

OPS Version 2010 für die Psychiatrie und Psychosomatik (Psych-OPS)

Gemäß § 17 d KHG ist ein pauschalierendes Entgeltsystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen / Abteilungen einzuführen. In diesem Kontext haben die Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) die Fachgesellschaften und die Partner der Selbstverwaltung aufgefordert, bereits für den OPS Version 2010 erste Vorschläge für geeignete Prozedurenschlüssel einzureichen. Die DKG hatte sich hierzu mehrfach kritisch geäußert, da die Entwicklung geeigneter Codes in der Kürze der Zeit nicht nur aus fachlicher Sicht eine enorme Herausforderung darstellt, sondern gleichzeitig die Grundstrukturen für das neue Vergütungssystem noch vollständig unbekannt sind. Die Prozedurenkodes können jedoch einen erheblichen präjudizierenden Einfluss auf das künftige Vergütungssystem nehmen.

1) Prozedurenkodes zur Abbildung der Leistungen in der Psychiatrie und Psychosomatik

Eine Unterarbeitsgruppe des Krankenhausentgeltsausschuss (KEA) wurde zu der Thematik Psych-OPS einberufen. Nachdem sich jedoch zeigte, dass ein gemeinsamer Entwurf von Vertretern der DKG und der GKV aufgrund differierender Vorstellungen nicht entwickelt werden konnte, hat sich die DKG-Geschäftsstelle primär auf die Unterstützung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachgesellschaften (DGPPN, APK, ACKPA, BDK) sowie der Fachgesellschaften für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (bagkjpp und dgkjp) konzentriert.

Auf ausdrücklichen Wunsch des BMG hatten die Fachgesellschaften ihre Vorschläge bereits zum 11.09.2009 beim DIMDI einzureichen. Folgende OPS-Entwürfe wurden vorgelegt:

1. Vorschläge der psychiatrisch/psychotherapeutischen Fachgesellschaften und Verbände (DGPPN, APK, ACKPA, BDK) für die allgemeine Psychiatrie und Psychosomatik sowie Gerontopsychiatrie und Sucht
2. Vorschläge der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (bagkjpp und dgkjp) für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik
3. Vorschläge für die psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DGPM, DKPM) ausschließlich für die psychosomatische Medizin
4. Vorschlag für OPS für den Bereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kompetenz-Centrums Psychiatrie und Psychotherapie der MDK-Gemeinschaft und des GKV-Spitzenverbandes
5. Vorschlag der Bundespsychotherapeutenkammer zur Leistungserfassung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen mit dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)

Daran anschließend fanden fachliche Erörterungen der Vorschläge unter Beteiligung der Fachgesellschaften, des MDK sowie Vertretern des InEK statt.

Das DIMDI hat am 29.10.2009 nunmehr die offizielle Fassung des OPS Version 2010 bekannt gegeben.

Folgende Anmerkungen sind hierzu aus fachlicher Sicht zu treffen:

- Die Codes finden sich in Kapitel 1, Diagnostische Maßnahmen, Codebereich 1-903 bis 1-904 sowie in Kapitel 9, Ergänzende Maßnahmen 9-60 bis 9-69. Somit werden spezifische Codes sowohl für die Diagnostik als auch die Therapie vorgelegt.
- Sowohl die Codes für die Diagnostik als auch für therapeutische Leistungen erfahren eine Differenzierung in solche, die lediglich von Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17 d KHG und solchen, die von Einrichtungen im Geltungsbereich nach § 17 b KHG kodiert werden können.
- Die Codes gelten grundsätzlich für die Psychiatrie und die Psychosomatik gemeinsam. Gleichwohl sind hierzu Ausnahmen zu identifizieren. Insbesondere der Code 9-63 sowie der Code 9-642 sind mit Einschränkungen primär der Psychosomatik vorbehalten, zumindest muss die Leitung des Teams (9-63) bzw. die Verantwortung im Team (9-642) bei einem Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie liegen.
- Es findet eine Differenzierung in Codes für Erwachsene und Codes für Kinder und Jugendliche statt.
- Die therapeutischen Codes werden in Komplexcodes und Zusatzcodes differenziert.
- Während die Komplexcodes in der Regel wöchentlich anzugeben sind, hat für die Zusatzcodes eine Kodierung für jeden Behandlungstag zu erfolgen. Für Erwachsene wurden 4 Komplexcodes und 3 Zusatzcodes vorgelegt, für Kinder und Jugendliche 4 Komplexcodes und 1 Zusatzcode.
- Die 4 Komplexcodes für Erwachsene lauten „Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (Regelbehandlung, Intensivbehandlung, psychotherapeutische Komplexbehandlung, psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung)“.
- Die 4 Komplexcodes für die Kinder und Jugendlichen lauten „Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (Regelbehandlung bei Kindern, Regelbehandlung bei Jugendlichen, Intensivbehandlung bei Kindern und Jugendlichen, Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting)“.
- In den Komplexcodes wird die Leistungs-/Therapiedichte über so genannte Therapieeinheiten pro Woche abgebildet. Bei einer Therapieeinheit handelt es sich um eine zusammenhängende Therapie / Leistung von mindestens 25 Min. Erfolgt eine Gruppentherapie zählen 25 Min. als eine ¼ Therapieeinheit.
- Bei den Komplexcodes sind die Therapieeinheiten berufsgruppenspezifisch zu kodieren (Ärzte, Psychologen, Spezialtherapeuten, Pflegekräfte)
- Die Komplexcodes können sowohl für voll- als auch teilstationäre Leistungen genutzt werden.
- Die Zusatzcodes dienen der ergänzenden Information. Sie können lediglich in Kombination mit den Komplexcodes angewendet werden. Hierfür wurden 3 Codes für Erwachsene (erhöhter Behandlungsaufwand, kriseninterventionelle Behandlung und integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbe-

handlung) vorgelegt. Für Kinder und Jugendliche wurde 1 Kode für die kriseninterventionelle Behandlung definiert.

Einer ersten Einschätzung zufolge lehnen sich die vorgelegten OPS-Kodes teilweise sehr eng an die von den Fachgesellschaften gemeinsam mit der DKG erarbeiteten Vorschläge an. Dies betrifft insbesondere

- Die Aufgliederung in Komplex- und Zusatzkodes
- Den grundlegenden Aufbau sowie die Struktur
- Die Differenzierung in Kodes für Erwachsene sowie Kinder- und Jugendliche
- Zahlreiche inhaltliche Vorgaben
- Die gleichzeitige Berücksichtigung von voll- und teilstationären Leistungen
- Die Verwendung so genannter Therapieeinheiten für die Ermittlung der Leistungs- bzw. Therapiedichte.

Gleichwohl sind äußerst relevante Veränderungen festzustellen, die offensichtlich Ergebnis stattgefundener Absprachen zwischen Vertretern des BMG, des DIMDI und des InEK darstellen. Diese sind einer ersten Einschätzung der Geschäftsstelle zufolge aus Sicht der Krankenhäuser äußerst kritisch zu bewerten. Hier sind insbesondere folgende Aspekte zu nennen:

- Für die Komplexkodes ist eine wöchentliche Dokumentation vorgesehen. Hier bestand zuvor der Vorschlag, ausschließlich bei Wechsel der Therapieintensitäten eine erneute Verschlüsselung vorzunehmen.
- Die Leistungen von Mitarbeitern in Ausbildung (Psychotherapeuten im Praktikum (PiT, PiA), (Kinder-)Krankenpflegeschüler, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Sozialarbeiter im Anerkennungsjahr etc.) dürfen bei der Berechnung der Therapieeinheiten nicht berücksichtigt werden.
- Die vom Krankenhaus erbrachten, einzelnen zusammenhängenden Therapieeinheiten von mindestens 25, 50 bzw. 75 Min. müssen jeweils berufsgruppenspezifisch (Ärzte, Psychologen, Spezialtherapeuten, Pflegekräfte) wöchentlich exakt kodiert werden. Hierdurch ist mit einem immensen Dokumentationsaufwand sowie erheblichen Diskussionen zu unterschiedlichen Therapiekonzepten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen zu rechnen. Dem Grunde nach wurden die Komplexkodes nunmehr in Richtung Einzelleistungserfassung angepasst. Demgegenüber sahen die eingereichten Vorschläge ausschließlich die Angabe von summenbezogenen Therapieeinheiten über mehrere Berufsgruppen hinweg vor.
- Wenngleich die meisten Kodes sowohl für die Psychiatrie als auch für die Psychosomatik zur Verfügung stehen, so wurden dennoch wenige Kodes primär eher für die Psychosomatik geschaffen. Beispielsweise ist es nunmehr ausschließlich Abteilungen unter der Verantwortung eines Facharztes für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, der über eine zusätzliche somatische Facharztqualifikation verfügt, oder Abteilungen, deren Team neben dem Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie noch über einen weiteren verantwortlichen Facharzt mit einer somatischen Facharztqualifikation verfügt, möglich, das Vorliegen akuter und chronischer somatischer Erkrankungen mit psychischer Komorbidität ergänzend über einen für diesen Bereich spezifischen Kode abzubilden. Aus diesem Grunde empfehlen wir dringend allen Fachabteilungen, zusätzliche somatische Erkrankungen und damit in Verbindung stehende diagnostische und therapeutische Leistungen gesondert über die bereits verfügbaren Kodes zu verschlüsseln.

- In den neuen Kodes wird das Vorhandensein unterschiedlicher Berufsgruppen als Mindestmerkmal gefordert. Während es sich in den Vorschlägen ausschließlich um eine beispielhafte Nennung handelte, werden nunmehr die einzelnen Berufsgruppen scheinbar abschließend aufgezählt. Dies birgt erhebliches Potential für Konflikte mit den Krankenkassen, wenn unnötiger Weise zahlreiche Berufsgruppen in einzelnen Abteilungen gefordert werden.
- In den Kodes werden therapeutische Verfahren aufgelistet. Auch hier handelte es sich in den Vorschlägen um eine beispielhafte Nennung, so dass mit Diskussionen zu rechnen ist, ob es sich um eine abschließende Auflistung handelt.

Wenngleich zahlreiche Inhalte der Kodes durchaus zu begrüßen sind, da sie sich sehr eng an die vorgelegten Vorschläge der Fachgesellschaften anlehnen, so muss insbesondere die berufsgruppenspezifische Kodierung nach Therapieeinheiten äußerst kritisch bewertet werden. Diese werden zu einem immensen Dokumentationsaufwand in den Krankenhäusern führen und lassen zudem intensive Auseinandersetzungen zwischen den Krankenkassen und Krankenhäusern zu therapeutischen Konzepten befürchten.

2) **Prozedurenkodes zur Abbildung der Behandlungsarten nach der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV)**

Unabhängig von den oben genannten Ausführungen hat das DIMDI einen weiteren Codebereich aufgenommen, der sich ebenfalls in Kapitel 9 unter der Rubrik „*Andere ergänzende Maßnahmen und Informationen (9-98.... 9-99)*“ befindet. Hier sind Prozedurenschlüssel (Pseudo-OPS-Kodes) aufgeführt, die der Verschlüsselung der bereits bestehenden Behandlungsarten nach der Psychiatrie-Personalverordnung im Sinne einer technischen Hilfslösung dienen. Diese Kodes sind völlig unabhängig von den fachlich entwickelten Prozedurenkodes für die Psychiatrie und Psychosomatik zu sehen. Hiermit hat das BMG seine Androhung umgesetzt, die Behandlungsarten nach der Psych-PV über so genannte Pseudo-OPS-Kodes in dem amtlichen OPS zu fixieren und sie damit dem Verfahren nach § 301 SGB V zugänglich zu machen. Da es sich hierbei nicht um eine fachliche Anpassung des OPS, sondern vielmehr um eine Nutzung des OPS für völlig fachfremde Zwecke handelt, werden diesbezüglich keine weiterführenden Anmerkungen getroffen. Gleichwohl wird dieser Vorgang mit größtem Befremden zur Kenntnis genommen.