Psych OPS Vorschläge

Grundsätzliche Änderungen

Einführung eines Mengenfeldes in den OPS und entsprechend den §301-Datensatz

Begründung

Durch die Einführung eines Mengenfeldes in den OPS kann die Abbildung von Mengenintervallen beispielsweise bei den Therapieeinheiten der psychiatrischen OPS oder auch bei anderen Komplex-OPS, den OPS für die Applikation von Medikamenten usw. entfallen. Dies hat mehrere Vorteile:

- *Die Anzahl der endständigen OPS wird geringer*
- *Der OPS wird übersichtlicher*
- *Die für das Entgeltsystem relevanten Mengenintervalle können im Rahmen der Kalkulation frei bestimmt werden.*
- *Dosis- oder Intervallanpassungen erfordern keine Anpassungen des OPS mehr*

"Klassische" OPS werden mit der Menge "1" als Standard angegeben

Beispiel 1:

x-xx Therapieeinheiten in der Psychiatrischen Behandlung von Erwachsenen

Hinw.:
Die für diese Therapien in unmittelbarem Patientenkontakt verbrachten Minuten sind im Mengenfeld anzugeben

x-xxx Psychotherapie

Beispiel 2:

8-800.c Transfusion von Erytrozytenkonzentraten

Hinw.:
Die Anzahl der Transfusionseinheiten ist im Mengenfeld anzugeben.

Beispiel 3:

6-001.0 Alemtuzumab, parenteral

Hinw.: Die applizierte Menge in mg ist im Mengenfeld anzugeben.

Eigenes Kapitel für die §17d KHG-Einrichtungen, z.B. 7

Begründung

Aus Übersichtsgründen empfiehlt es sich, für die ausschließlich im Geltungsbereich des §17d KHG gültigen Kodes einen eigenen Abschnitt, am Besten ein eigenes Kapitel zu reservieren. Die Kapitelnummer 7 wäre dafür noch verfügbar.

Vermeidung von Redundanzen in den Kodes durch Verlagerung gemeinsam geltender Anforderungen in den Kapitelvorspann

Begründung

Aus Übersichtsgründen empfiehlt es sich, generell geltende Merkmale in den Vorspann eines Kapitels oder eines Abschnittes zu ziehen und im Kode nur davon abweichende Merkmale zu benennen

Beispiel:

Leistungen mit Bezug auf bestimmte Berufsgruppen setzen eine abgeschlossene Berufsausbildung und entsprechende Berufsausübungserlaubnis voraus.

Auflösung der Komplexkodes

Begründung

Komplexkodes fassen die Leistungen verschiedener Disziplinen oder Berufsgruppen unter einem OPS zusammen. Zusätzlich verknüpfen sie diese Leistungen mit formalen Vorgaben und Mindestmerkmalen hinsichtlich der Struktur und der Leistung im Einzelfall. Damit weichen die Komplexkodes von der klassischen Leistungsabbildung z.B. der operativen OPS ab, bei denen die Leistungsinhalte medizinisch definiert sind. Die Komplexkodes bilden nicht nur Leistungen ab, sondern sie gestalten Leistungen. Denn die Leistungserbringer sind in den entsprechenden Leistungsbereichen gezwungen, ihre Leistungen an die Vorgaben des OPS anzupassen, wenn sie diese Leistungen weiterhin adäquat abbilden und dadurch refinanzieren wollen.

Der Sinn dieser Vorgaben in Komplexkodes mag sein, einen Qualitätsstandard zu definieren. Nach den derzeitigen Erfahrungen ist das Gegenteil der Fall: Einerseits wird im Rahmen von MDK-Prüfungen bereits bei minimaler Abweichung von den Vorgaben des OPS der Komplexkode insgesamt nicht anerkannt. Damit sind dann auch aufwändige Teilleistungen nicht mehr abbildbar. Die Auseinandersetzung zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen bzw. MDK um die Erfüllung der Anforderungen von Komplexkodes macht inzwischen einen Großteil der strittigen MDK-Fälle aus und entzieht der Patientenversorgung finanzielle und vor allem personelle Ressourcen.

Andererseits versuchen Krankenhäuser, die Vorgaben formal und mit möglichst wenig Aufwand zu erfüllen. Die Folge davon ist, dass in der Formulierung der Komplexkodes die Anforderungen weiter steigen (siehe neurologische Komplexbehandlung des Schlaganfalls). Statt der Formulierung von formalen Qualitätsanforderungen innerhalb des OPS ist es sinnvoller, die Überprüfung von Qualitätsstandards in die Hände der dafür zuständigen Fachgesellschaften zu legen. Statt eines umfangreich formulierten Komplexkodes reichen dann die Abbildung der Einzelleistungen sowie ein Zusatzkode, z. B.:

x-xxx Behandlung auf einer zertifizierten Stroke-Unit

Hinw.: Die Anzahl der vollen Stunden der Behandlung in der zertifizierten Einheit ist im Mengenfeld anzugeben

Bei den Psychiatriekodes machen die Strukturvorgaben und die Forderung der Multiprofessionellen Behandlung im OPS ebenfalls keinen Sinn, da sie zum großen Teil das etablierte Psychiatriekonzept beschreiben. Auch hier könnte stattdessen eine Zertifizierung der Psychiatrien durch die Fachgesellschaften vorgeschrieben sein oder die Strukturanforderungen in andere gesetzliche oder vertragliche Regeln zum Entgeltsystem verlagert werden. Wenn jedoch eine Beschreibung der Strukturvoraussetzungen innerhalb des OPS erforderlich sein sollte, dass ist es aus Übersichtsgründen sinnvoll, diese nicht in jedem einzelnen Kode sondern als Kapitelvorspann zu den psychiatrischen Kodes anzulegen.

Weiterhin sind die Komplexkodes hinsichtlich der erforderlichen Dokumentation und Ermittlung des passenden Kodes wesentlich aufwändiger, als die Abbildung einzelner Leistungen. Die Voraussetzungen können meist erst retrospektiv geprüft werden. Die Dokumentation muss

unabhängig von der Kodierung erfolgen und die Kodierung kann erst nachträglich anhand der Dokumentation korrekt vorgenommen werden. In einigen Fällen kann eine Unterstützung der Prüfung von Kriterien durch die EDV erfolgen, in vielen Fällen ist jedoch zusätzlicher personeller Aufwand erforderlich. Dies entzieht entsprechende personelle Ressourcen der Patientenversorgung.

Dass im Rahmen der Kalkulation und der DRG-Gruppierung komplexe Leistungen auch ohne Komplexkodes vergütungsrelevant abgebildet werden können, zeigt sich beispielsweise in der Somatik bei der Vergütung von komplexen oder mehrzeitigen Frakturversorgungen. Hier prüft der Gruppierungsalgorithmus das Vorliegen mehrer ggf. zeitlich unabhängiger OPS.

Abschaffung der wochenweise Kodierung

- Die Behandlungsintensität wird zu Beginn der Behandlung und bei Wechsel kodiert
- Die therapeutischen Maßnahmen werden datumsbezogen als einzelne Leistung kodiert
- Geeignete andere Leistungen werden über den Aufenthalt aufsummiert und einmal pro Aufenthalt kodiert

Begründung:

Die wochenweise Kodierung führt ohne erkennbaren Nutzen zu einem deutlich erhöhten Aufwand bei der Kodierung. Denn erstens ist der Wochenrhythmus patientenindividuell; es kann kein z.B. stationsbezogener Wochenrhythmus eingerichtet werden. Zweitens wird der Wochenrhythmus durch einen Wechsel der Behandlungsintensität unterbrochen.

Hinsichtlich der Menge der zu übermittelnden OPS im Datensatz nach § 301 SGB V ist sowohl bei der Kodierung im Wochenrhythmus, als auch bei der Kodierung der datumsbezogenen Einzelleistungen die Grenze der maximal übermittelbaren OPS bei extrem lange stationär behandelten Patienten, wie sie in der Psychiatrie vorkommen, zu niedrig. Eine Reform des Datensatzes nach § 301 SGB V ist an dieser Stelle unabhängig von der Umsetzung dieses Vorschlags erforderlich. Eine grundlegende technische Reform des Datensatzes nach § 301 SGB V zur Flexibilisierung der zu übertragenden Daten – beispielsweise in Form einer XML-Datenstruktur – wäre wünschenswert.

Konkrete Änderungsvorschläge zur Abbildung Psychiatrischer Leistungen

Die folgenden Vorschläge verstehen sich als Ersatz für die bisherigen OPS im Geltungsbereich des § 17d KHG. Sie stellten den Vorschlag einer neuen Systematik dar, ohne den Anspruch zu erheben, alle erforderlichen Leistungen und Maßnahmen vollständig abzubilden. Insbesondere wird hier nur auf den Bereich der Erwachsenenpsychiatrie eingegangen. Inhaltliche Ergänzungen können jedoch problemlos in die Systematik eingearbeitet werden.

Ziel der hier vorgestellten Systematik ist eine Vereinfachung und Verringerung des Aufwandes für Kodierung und Dokumentation bei gleichzeitig genauerer Abbildung der Leistungen. Zusätzlich wird davon ausgegangen, dass Konfliktpotentiale in der Interpretation der Kodes vermindert werden.

7-0 Behandlungsintensität und Behandlungsaufwand

7-00 Behandlungsintensität

Ein Kode aus diesem Bereich ist zu Beginn der Behandlung und bei Wechsel der Behandlungsintensität anzugeben.

7-000 Regelbehandlung

7-001 Intensivbehandlung

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils bei Eintreten der genannten Situation anzugeben. Die Anzahl der Kalendertage, an denen die genannte Situation ab diesem Zeitpunkt besteht, ist im Mengefeld anzugeben. Jedes zeitliche Intervall in dem eine der genannten Situationen besteht, ist gesondert zu kodieren. Besteht keine der genannten Situationen mehr ist Regelbehandlung (7-000) oder psychotherapeutische Behandlung (7-002) zu kodieren.

Dokumentationsanforderungen:

- Tägliche Dokumentation von Art, Ausprägung und Verlauf der genannten Situationen

7-001.0 Behandlung von Patienten mit akuter Selbstgefährdung durch Suizidalität
7-001.2 Behandlung von Patienten mit akuter Fremdgefährdung
7-001.3 Behandlung von Patienten mit schwerer Antriebsstörung (gesteigert oder reduziert)
7-001.4 Behandlung von Patienten ohne eigenständige Flüssigkeits- oder Nahrungsaufnahme
7-001.5 Behandlung von Patienten mit akuter Selbstgefährdung durch fehlende Orientierung oder Realitätsverkennung
7-001.6 Behandlung von Patienten mit vitaler Gefährdung bei Entzugsbehandlung
7-001.7 Behandlung von Patienten in Fixierung

Begründung:

Dieser Kode bildet bewusst ausschließlich die Merkmale der Intensivbehandlung (z. T. aus dem OPS 2011) ab. Ob und in welchem Umfang diese Merkmale als Kostentrenner geeignet sind, kann im Rahmen der Kalkulation ohne Überlagerung durch andere komplexe Kriterien geprüft werden.

7-002 Psychotherapeutische Behandlung von schwer oder mehrfach erkrankten Patienten

Hinw.: Der Kode ist für Patienten anzuwenden, bei denen die Art und/oder Schwere der Erkrankung eine intensive psychotherapeutische Behandlung notwendig machen. Dokumentationsanforderungen:

- Fachärztliche Indikationsstellung unter Bezug auf psychiatrische Anamnese und Krankengeschichte
- Feststellung der erforderlichen Motivation und Inspektionsfähigkeit
- Individuelle Behandlungs- und Therapieplanung mit Überprüfung der Ziele im Rahmen wöchentlicher Teambesprechungen
- Planung von mindestens 3 psychotherapeutischen Sitzungen pro Woche, die von Ärzten oder Psychologen geleitet werden, davon mindesten eine als Einzeltherapie.

Begründung:

Dieser Kode hebt bewusst auf die Indikationsstellung und die Behandlungsplanung ab. Ob die Behandlungsplanung tatsächlich umgesetzt wurde, kann an der Verschlüsselung der Therapieeinheiten erkannt und entsprechend in der Kalkulation berücksichtigt werden. Dies entbindet die behandelnden Mitarbeiter davon, neben der Behandlungsplanung vor der Kodierung auch die formale Umsetzung zu prüfen. Die behandelnden Mitarbeiter können sich auf die inhaltliche Umsetzung konzentrieren, die Teambesprechungen werden nicht von der Diskussion beherrscht, welcher Kode zu verwenden ist.

7-01 Zusatzaufwand

7-010 Erhöhter Betreuungsaufwand

Hinw.: Der Kode ist für Patienten anzuwenden, die eine kontinuierliche Betreuung, Beobachtung oder Überwachung durch eine Person benötigen. Es kann nur die Zeit für den unmittelbaren Patientenkontakt angegeben werden. Die für diese Betreuung aufgewendete Zeit kann nicht für die Berechnung in anderen Kodes verwendet werden. Dieser Kode ist für jeden Kalendertag mit erhöhtem Behandlungsaufwand gesondert anzugeben. Die für die Maßnahme pro Tag aufgewendete Zeit in Minuten ist im Mengenfeld anzugeben.

Dokumentationsanforderungen:

- Tägliche ärztliche Befunderhebung und ggf. ärztliche Anordnung zur Einleitung oder Fortführung der Betreuungsmaßnahmen
- Mehrmals tägliche Dokumentation der Sichtkontrollen bzw. des aktuellen Zustandes des Patienten durch die betreuende Person

7-010.0 qualifizierte 1:1 Betreuung

Betreuung durch einen Arzt, einen Psychologen, eine Pflegefachkraft oder einen Spezialtherapeuten mit abgeschlossener Berufsausbildung

7-010.1 sonstige 1:1 Betreuung

Incl.: Betreuung durch unqualifiziertes Personal und Personal in Ausbildung

Excl.: Betreuung durch ehrenamtliche Mitarbeiter

7-011 akute Deeskalation

Hinw.: Der Kode ist für Patienten anzuwenden, bei denen wegen eines akut aggressiven Verhaltens eine systematische Deeskalationsstrategie angewendet wird. Die für diese Maßnahme aufgewendete Zeit kann nicht für die Berechnung in anderen Kodes verwendet werden. Dieser Kode ist für jeden Kalendertag mit entsprechender Maßnahme anzugeben. Die für die Maßnahme pro Tag aufgewendete Zeit in Minuten ist im Mengenfeld anzugeben.

Strukturanforderungen:

- Nachweisbare Qualifikation von mindestens einem Mitarbeiter pro Station in Deeskalationsmaßnahmen bei psychiatrischen Patienten.
- Vorhandensein eines Deeskalationskonzeptes der Klinik.

Dokumentationsanforderungen:

- Auslösende Ursache (soweit feststellbar)
- Akutes auslösendes Verhalten des Patienten
- Durchgeführte Interventionen und Maßnahmen
- Verlauf und Ergebnis der Deeskalation

7-011 multiple Kurzkontakte

Hinw.: Der Kode ist für Patienten anzuwenden, die aufgrund ihrer Erkrankung sehr häufig (mindestens 20x Tag) kurzen nichttherapeutischen Kontakt mit Mitarbeitern suchen und dabei distanzlos auftreten und/oder keine Rücksicht auf die aktuelle Tätigkeit des Mitarbeiter nehmen (z.B. Kontaktgier). Dieser Kode ist für den Beginn des entsprechenden Verhaltens anzugeben. Im Mengenfeld ist die Anzahl der Tage dieses Verhaltens anzugeben. Therapeutische Kontakte sind gesondert zu kodieren.

Dokumentationsanforderungen:

- Tägliche Dokumentation des aktuellen Kontaktverhaltens (Pflege- oder Befunddokumentation) als Gesamtschau (die Dokumentation jedes Einzelkontaktes ist nicht erforderlich).
- Ärztliche Beschreibung des Verhaltens als Befund der Psychiatrischen Erkrankung

7-1 Diagnostische oder therapeutische Patientenkontakte

Hinw.: Die für die folgenden Kodes aufgewendete Zeit wird im Mengenfeld angegeben. Es kann nur die Zeit mit unmittelbarem Patientenkontakt von mindestens 10min pro Kontakt angegeben werden. Die jeweils für diese Kodes aufgewendete Zeit kann nicht für die Berechnung in anderen Kodes verwendet werden.

7-10 ärztliche und psychologische Einzelkontakte

7-100 ärztliches/psychologische Untersuchung

incl.: Anamnese, körperliche Untersuchung, psychologische Testverfahren, Somato-psychososmatische, Psychologische, psychosoziale und neuropsychologische Diagnostik

7-101 ärztliches/psychologisches Gespräch

incl.: Gespräche mit dem Patienten unter Beteiligung von Angehörigen oder anderen Personen des sozialen Umfeldes

excl.: Anwesenheit weiterer Patienten

7-102 Psychotherapie

Anwendung eines anerkannten psychotherapeutischen Verfahrens

7-10x Sonstige ärztliche/psychologische Einzelkontakte

7-11 ärztliche und psychologische Gruppenkontakte

Die folgenden 5. und 6. Stellen sind in diesem Abschnitt zu verwenden

.0 mit bis zu 6 Patienten

- .00 mit einem Arzt oder Psychotherapeut
- .01 mit zwei Ärzten/Psychotherapeuten
- .01 mit einem Ärzten/Psychotherapeuten und einer Pflegefachkraft/einem Spezialtherapeuten

.1 mit 7 bis 12 Patienten

- .10 mit einem Arzt oder Psychotherapeut
- .11 mit zwei Ärzten/Psychotherapeuten
- .11 mit einem Ärzten/Psychotherapeuten und einer Pflegefachkraft/einem Spezialtherapeuten

.2 mit 13 bis 18 Patienten

- .20 mit einem Arzt oder Psychotherapeut
- .21 mit zwei Ärzten/Psychotherapeuten
- .21 mit einem Ärzten/Psychotherapeuten und einer Pflegefachkraft/einem Spezialtherapeuten

7-110 ärztliches/psychologisches Gruppengespräch

7-111 Gruppenpsychotherapie

Anwendung eines anerkannten psychotherapeutischen Verfahrens

Bei einer Gruppengröße von 13 bis 18 Patienten ist die Therapie von zwei Ärzten/Psychologen durchzuführen (7-111.21)

7-112 Sonstige ärztliche/psychologische Gruppenkontakte

7-12 pflegerische und spezialtherapeutische Einzelkontakte

7-120 pflegerisches/spezialtherapeutisches Assesment

incl.: Anamnese, körperliche Untersuchung, Testverfahren

7-121 pflegerisches/spezialtherapeutische Einzelgespräche

7-122 pflegerische Einzelbehandlung

incl.: alltagsbezogene Trainings, Aktivierungsbehandlung

7-123 Ergotherapeutische Einzelbehandlung

7-124 Spezielle psychosoziale Interventionen im Einzelkontakt

incl.: Selbstsicherheitstraining, soziales Kompetenztraining

7-125 Kreativtherapie als Einzeltherapie

7-126 Physio- oder Bewegungstherapie

7-127 Sensorisch fokussierte Therapien

7-128 Entspannungsverfahren

7-129 Logopädie

7-129 Übende Verfahren und Hilfekoordination zur Reintegration in den individuellen psychosozialen Lebensraum

Incl.: Begleitung und Unterstützung des Patienten bei Aktivitäten zur Lebensorganisation (z.B. Einkaufen, Behördengänge, Wohnungssuche, externe Gespräche)

…

7-12x sonstige pflegerische/spezialtherapeutische Einzeltherapie

7-12 pflegerische und spezialtherapeutische Gruppenkontakte

Die folgenden 5. und 6. Stellen sind in diesem Abschnitt zu verwenden

.0 mit bis zu 6 Patienten

.00 mit einer Pflegekraft/Spezialtherapeut

.01 mit zwei Pflegekräften/Spezialtherapeuten

.1 mit 7 bis 12 Patienten

.10 mit einer Pflegekraft/Spezialtherapeut

.11 mit zwei Pflegekräften/Spezialtherapeuten

.2 mit 13 bis 18 Patienten

.20 mit einer Pflegekraft/Spezialtherapeut

.21 mit zwei Pflegekräften/Spezialtherapeuten

7-121 pflegerisches/spezialtherapeutische Gruppengespräche

7-122 pflegerische Gruppenbehandlung

incl.: alltagsbezogene Trainings, Aktivierungsbehandlung

7-123 Ergotherapeutische Gruppenbehandlung

7-124 Spezielle psychosoziale Interventionen in Gruppen

incl.: Selbstsicherheitstraining, soziales Kompetenztraining

7-125 Kreativtherapie

7-126 Physio- oder Bewegungstherapie

7-127 Sensorisch fokussierte Therapien

7-128 Entspannungsverfahren

7-129 Logopädie

7-129 Übende Verfahren und Hilfekoordination zur Reintegration in den individuellen psychosozialen Lebensraum

Incl.: Begleitung und Unterstützung des Patienten bei Aktivitäten zur Lebensorganisation (z.B. Einkaufen, Behördengänge, Wohnungssuche, externe Gespräche)

…

7-12x sonstige pflegerische/spezialtherapeutische Gruppentherapie

7-2 Patientenbezogene Umfeldkontakte

Hinw.: Die für die folgenden Kodes aufgewendete Zeit wird im Mengenfeld angegeben. Es kann nur eine Zeit von mindestens 10min Dauer pro Kontakt angegeben werden. Die Kontakte müssen unmittelbaren Bezug zum einzelnen Patienten haben. Die jeweils für diese Kodes aufgewendete Zeit kann nicht für die Berechnung in anderen Kodes verwendet werden.

7-20 Angehörigengespräch

incl.: Psychoedukation, Angehörigengruppen, Gespräche mit Betreuern und anderen Bezugspersonen

excl.: Gespräche im Beisein des Patienten (7-101, 7-129)

7-200 ärztliches/psychologisches Angehörigengespräch
- 7-200.0 im Einzelkontakt
- 7-200.1 in Angehörigengruppen

7-201 pflegerisches/spezialtherapeutisches Angehörigengespräch
- 7-201.0 im Einzelkontakt
- 7-201.1 in Angehörigengruppen

7-21 Gespräche mit Richtern, Behörden oder anderen Institutionen

excl.: Gespräche im Beisein des Patienten (7-101, 7-121)

7-210 ärztliches/psychologisches Gespräch mit Richtern oder Behörden

7-211 pflegerisches/spezialtherapeutisches Gespräch mit Richtern oder Behörden

7-21 Sonstige Gespräche und patientenbezogener Aufwand

incl.: Gespräche mit Kostenträgern, MDK; Aufwand für patientenbezogene Stellungnahmen

7-210 ärztliche/psychologische Gespräche und sonstiger Aufwand

7-211 pflegerische/spezialtherapeutische Gespräche du sonstiger Aufwand