

Detailtiefe der OPS

Aktuelle Entwicklungen und Fragestellungen

Laut Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes sind Abrechnungsregeln stets im Wortlaut und ohne Ermessens- oder Interpretationsspielräume anzuwenden, wobei sich die Einhaltung der Abrechnungsregeln für einen sachverständigen Dritten aus der Dokumentation erschließen muss.

Auslegung der OPS-Merkmale

Bei der Umsetzung der sehr detailliert geregelten Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) in der Praxis ergeben sich dementsprechend zahlreiche Fragen nach den sozialrechtlich zu bewertenden Mindestmerkmalen: Beschreibt das isolierte Merkmal im OPS eine Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität? Wie wird der jeweilige Nachweis der Erbringung geführt? Welche Detailtiefe muss in der Dokumentation vorliegen, um leistungsrechtlich anerkannt zu werden?

Regelbehandlung

Was geschieht, wenn die Mindestvoraussetzungen in einem Strukturmerkmal vom MDK nicht anerkannt werden? Der OPS für

die Regelbehandlung etwa kann zwar in der Anzahl der erbrachten Therapieeinheiten auf Null reduziert werden. Dies setzt aber voraus, dass die Behandlung als Regelbehandlung qualifiziert wird. Wenn eine solche Regelbehandlung jedoch nach Prüfung nicht anerkannt würde, stellt sich die Frage nach der Abrechenbarkeit.

Eine Abrechnung ohne einen OPS führt aufgrund der fehlenden Plausibilität in eine Fehler-DRG. Die Frage ist, ob in diesem Fall gar eine fehlende akutstationäre Behandlungsnotwendigkeit vorliegt, so dass ein stationärer Vergütungsanspruch entfallen würde.

Beispiel Intensivbehandlung

Die Probleme der Auslegung von Merkmalen des OPS seien kurz am Beispiel der Intensivbehandlung dokumentiert.

Wie wird das Kriterium der Suizidalität, d. h. nur um Suizid kreisende Gedanken, objektiv nachgewiesen und gemessen? Was ist ein schwer selbstschädigendes

Im Rahmen des Fachausschusses Entgelt-system in der Psychiatrie und Psychosomatik der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling e. V. (DGfM) erfolgt ein regelmäßiger Austausch über die Herausforderung administrativer Umsetzung des PEPP-Systems in den Kliniken. Nachdem einige Mitglieder des Fachausschusses bereits Optionserfahrungen sammeln durften, kristallisieren sich nun Schwerpunkte heraus, welche einer Konkretisierung bzw. Verbesserung bedürfen.



Erika Raab
Vorstandsmitglied der DGfM
Leitung Interne Revision
Klinikum Darmstadt

Verhalten im Sinne des OPS? Wie wird dieses Merkmal definiert, gemessen und nachgewiesen? Wie wird das Merkmal der aku- ▶

ten Selbstgefährdung durch fehlende Orientierung oder Realitätsverkenntung zur Regelbehandlung bei Demenz abgegrenzt? Wie wird das Merkmal „nicht gruppenfähig“ definiert – durch die prospektive Einschätzung des Behandlers oder ausschließlich über eine realisierte Interaktion in der Gruppe?

Bereits an den aufgezeigten Beispielen ist erkennbar, dass die OPS-Merkmale bezüglich der Objektivierbarkeit und Messbarkeit auf den Prüfstand gehören, um präventiv Auseinandersetzungen um die Auslegung unbestimmter Begriffe zu vermeiden.

Der Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der DGfM (FoKA) hat diese Aspekte bereits in den entsprechenden Gremien thematisiert und auf eine Verbesserung gedrängt.

Fallzusammenführungen

Die größte Herausforderung für die Optionshäuser sind die Fallzusammenführungen. Das Krankenhaus hat gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 PEPPV 2014 eine Zusammenfassung der Aufenthaltsdaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in ein Entgelt vorzunehmen, wenn ein Patient innerhalb von 21 Kalendertagen (bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Entlassungstag der vorangegangenen Behandlung) wieder aufgenommen wird und in dieselbe Strukturkategorie einzustufen ist.

Eine Zusammenfassung und Neueinstufung ist nach § 2 Abs. 2 PEPPV nur vorzunehmen, wenn ein Patient innerhalb von 120 Kalendertagen (ab dem Aufnahme datum des ersten Krankenhausaufenthalts) wieder aufgenommen wird.

Während im DRG-System regelmäßig im jeweiligen Wiederkehrerfall maximal zwei bis drei Einzelfälle zusammengefasst werden und die Fallzusammenführungsquote bei 3 % bis 5 % der Gesamtfälle eines Jahres eher gering erscheint, zeigt sich im PEPP-System ein anderes Bild.

Circa 15 % der Fälle einer Klinik unterliegen den Fallzusammenführungsregeln, wobei Spitzenwerte bei der Anzahl der zu einem Wiederkehrerfall zusammenzufassenden Einzelfälle ebenfalls im zweistelligen Bereich registriert werden.

Zusätzlicher Aufwand

Jede Fallzusammenführung bedeutet eine Stornierung des abgerechneten Falles im eigenen Krankenhausabrechnungssystem und eine entsprechende Meldung an die Krankenkasse, die Zusammenführung an sich und die Abrechnung des Wiederkehrerfalles sowie erneute Meldung an die Krankenkasse. Ist eine weitere Abrechnung einer Behandlung des Patienten erforderlich und fällt diese unter die Fallzusammenführungsregeln, beginnt dieser Stornierungs- und Abrechnungsprozess von vorn.

Da viele Abrechnungssysteme diese Komplexität in den elektronischen Abrechnungssystemen noch nicht automatisiert abbilden können, sind zahlreiche manuelle Teilschritte notwendig, um beispielsweise auch die korrekte Erfassung der Zusatzentgelte zu ermöglichen. Bei Abrechnungen von Fällen mit sieben und mehr Einzelaufhalten – wie sie gerade im Bereich der Suchterkrankungen und bei Elektrokrampftherapien gehäuft vorkommen – werden zwischen 15 und 30 Minuten pro Fall benötigt, um die Korrekturen und Einzelschritte auszuführen.

Jahresüberlieger und Fallzusammenführungen

Die Problematik verschärft sich, sobald Jahresüberlieger mit Fallzusammenführungen vorliegen, wie das nachfolgende Beispiel zeigt: Ein Patient mit einer Suchterkrankung wird im Jahr 2013 behandelt. Im Januar 2014 erfolgte die erneute Aufnahme des Patienten, wobei dieses Mal ein qualifizierter Entzug nach den Strukturmerkmalen des Prozeduren codes (welcher im Jahr 2014 eingeführt wurde) erfolgt.

Nach den Fallzusammenführungsregeln sind diese Fälle,

welche mit zwei unterschiedlichen PEPP-Katalogen abgebildet wurden, zusammenzufassen. Eine Umkodierung im Krankenhausinformationssystem war technisch nicht realisierbar. Da im DRG-System keine Fallzusammenführungen über den Jahreswechsel hinaus erfolgen, gab es technisch auch keine Basis, auf welcher die Abrechnungsregeln des PEPP hätten vergleichbar aufgebaut werden können.

Grenzen der IT

Es besteht in den KIS-Systemen eine strikte Plausibilitätsprüfung, wonach das Aufnahmejahr das Katalogjahr ist. Ebenso gibt es keine in der IT integrierte Migrationstabelle, welche unterstützend eine Vorjahresberechnung des neuen Entgeltfalles hätte simulieren und übernehmen können. Eine Umgruppierung musste daher manuell für jeden abweichenden OPS erfolgen.

Im Ergebnis führt dies zur Abnahme der Datenqualität für den PEPP-Bereich, wenn zu jedem Kode manuell das Katalogjahr ausgewählt werden soll. Es sei nur subsidiär darauf verwiesen, dass diese Konstellation das Hauptproblem bei Fehlerkorrekturen für InEK-Datenlieferung bei DRG-Einführung darstellte und dazu führte, dass die Fälle mit zwei Entgeltkatalogen sowohl für die Abrechnung, als auch für die InEK-Kalkulation manuell erfasst und bearbeitet werden müssen. Im Ergebnis dieser Umständlichkeit entfiel im DRG-System die Fallzusammenführung bei Jahresüberliegern.

Administrativer Tagesfall

Die entsprechenden fachlichen und formalen Konflikte treten regelmäßig auf bei inhaltlicher Veränderung der Codes und bei Codes, die so im Aufnahmejahr nicht existierten. Wer unterstellt, an dieser Stelle würde die Regelung der Fallpauschalenverordnung zu einer administrativen Entlastung und Entbürokratisierung führen, der irrt: Besteht zusätzlich ein Wechsel von Strukturkategorien, etwa weil zwischen zwei Aufhalten ein



KassenGipfel

2015

- Gesundes Gesundheitssystem? Reformbedarf in GKV und PKV -

26. und 27. Februar 2015 in Berlin

- **Reformvorhaben im Krankenversicherungssystem**
– Einkommensabhängige Aufschläge: Sackgasse oder Königsweg?
- **Finanzierungsfragen der Kassen: Bleibt die Versorgungsrealität außen vor?**
- **Ausschreibungsverfahren auf Biegen und Brechen? Vertragswettbewerb in der GKV und die Rolle der Selektivverträge**
- **Das AMNOG – Erfolgsmodell mit Entwicklungsmöglichkeiten**
- **Telemedizin im Spannungsfeld von zunehmender technischer Intelligenz und dem richtigen Umgang mit der Datenflut**
- **Runder Tisch Medizintechnik: Verhandlungsspielraum zur Förderung von Innovationen in der Medizintechnik**
- **Dauerbaustelle: Qualitätsoffensive im deutschen Gesundheitssystem**
- **Krankenkassenkommunikation 2.0**
– Zielgerichtetes Multichannelmanagement
- **Neue Marktsegmente für GKV und PKV – Welche Programme greifen?**

JETZT Plätze sichern!
Alle Infos unter www.mcc-seminare.de

Moderation:



Karin P. Vanis,
Redakteurin,
ehem. Haupt-
stadtstudio, ZDF



Prof. Dr. Alexander P. F. Ehlers
Fachanwalt f. Medizin-
recht, Facharzt f. All-
gemeinmedizin, Ehlers,
Ehlers & Partner

Große politische
Diskussionsrunde:



DIE LINKE.

Ihre Referenten/Innen und Diskussionspartner/Innen:



Dr. Clemens Muth,
Vors. des Vor-
stands, DKV Deut-
sche Krankenversi-
cherung AG



Günter Wältermann,
Vorsitzender
des Vorstands,
AOK Rheinland/
Hamburg



Josef Hecken,
unparteiischer
Vors., Gemeinsamer
Bundesaus-
schuss (G-BA)



Ulrike Elsner,
Vorstandsvorsit-
zende, Verband
der Ersatzkassen
e. V.



Prof. Dr. Joachim Szczenyi,
Geschäftsführer,
AQUA –
Institut



Jürgen Graalmann,
Vorstandsvor-
sitzender, AOK-
Bundesverband



Dr. Christof Veit,
Geschäftsf.
BQS-Institut



Thomas Ballast,
stv. Vorsitzen-
der des Vorstan-
des, Techniker
Krankenkasse



Prof. Dr. Herbert Rebscher,
Vorsitzender d.
Vorstands, DAK-
Unternehmen
Leben

Hilde Mattheis, MdB, Gesundheitspolitische Sprecherin, SPD • **Maria Michalk**, MdB, stv. Gesundheitspolitische Sprecherin, CDU/CSU • **Maria Klein-Schmeink**, MdB, Gesundheitspolitische Sprecherin, Bündnis 90/Die Grünen • **Harald Weinberg**, MdB, Gesundheitspolitischer Sprecher, DIE LINKE. • **Rainer Höfer**, Abteilungsleiter Telematik/IT-Systemfragen, GKV-Spitzenverband • **Michael Hübner**, Breichsleiter Ambulante Versorgung, BARMER GEK • **Gerhard Schulte**, unparteiisches vorsitzendes Mitglied, Schiedsstelle Bayern (Sozialrecht) • **Dr. Volker Leienbach**, Verbandsdirektor, Verband der privaten Krankenversicherung e. V. • **Ingolf Kester**, Leiter Ausschreibungs- und Rabattvertragsmanagement, STADapharm GmbH • **Christian Molt**, Mgl. d. Vorstands, Allianz Krankenversicherung AG • **Dr. Robert Welte**, Leiter neue Produkte & Gesundheitsökonomie, Glaxo Smith Kline

Wechsel des Alters mit altersabhängiger Plausibilität des Codes zu berücksichtigen ist und lag zuvor eine weitere Fallzusammenführung vor, die nun zu stornieren ist, nehmen die administrativen manuellen Nachkorrekturen einen zeitlichen Umfang an, der als „administrativer Tagesfall“ zu bezeichnen ist.

Ab 2015 grenzt § 2 Abs. 5 PEPPP 2015 nun zumindest ein: „Für Patienten, die im Jahr 2015 aufgenommen werden, gilt bei Wiederaufnahme ab dem 1. Januar 2016 abweichend von Absatz 1 Satz 1 eine Frist von 6 Kalendertagen.“ In Anwendung der Erfahrungen aus dem DRG-System wäre aus administrativer Sicht anzuraten, grundsätzlich Fallzusammenführung über Strukturkategorien hinaus zu überdenken, als auch zur Vermeidung der Zusammenfassung unterschiedlicher Entgeltkataloge den Jahresabschluss wie im DRG-System auf den 31.12. des jeweiligen Jahres zu legen.

Entlastung und Entbürokratisierung

Aufgrund der Detailtiefe der OPS und der damit erforderlichen Dokumentationsmenge stellt die Umsetzung des PEPPP-Systems administrativ eine große Herausforderung dar. Einige Konfliktfelder wären vermeidbar, wenn die Erkenntnisse aus den frühen Jahren des DRG-Systems gerade im Bereich der Fallzusammenführungen übertragen worden wären.

Im Bereich der OPS würde eine Bereinigung um die individualisierten Berufsgruppenmerkmale zur Entlastung und Entbürokratisierung führen. Im Gegensatz zu der von den Fachgesellschaften gewünschten Erhöhung der Detailabbildung und damit des Dokumentationsaufwandes ist aus administrativer Sicht eher eine Erhöhung der Standardisierung und des Abstraktionsgrades als zielführend zu bezeichnen.

Nicht zuletzt sollte bedacht werden, dass der Patientendatenschutz kontinuierlich mit jeder

weiteren Forderung nach mehr Abbildung von Individualität in der Kodierung und der erforderlichen Übermittlung dieser Daten zur Abrechnungsprüfung aufgeweicht wird.

Umfangreiche MDK-Prüfungen

Die Unschärfe der OPS setzt sich im Bereich der MDK-Prüfungen fort: Der hohe Detaillierungsgrad in der Grundstruktur der OPS führt zu einer umfangreichen Prüfpflicht des MDK. In konsequenter Umsetzung der OPS-Vorgaben ist es nicht verwunderlich, dass den MDK-Anfragen in jedem Prüffall ein Strukturabfragebogen beiliegt, welcher neben der Einzeldokumentation von Art, Umfang und Inhalt der jeweiligen Therapieeinheiten auszufüllen sei.

Vergütungsabfrage

Im Rahmen der Strukturbögen wird die Frage gestellt, ob der jeweilige (!) Behandler angemessen innerhalb der Berufsgruppe vergütet wurde. Ungeachtet des unbestimmten Begriffes der „Angemessenheit“ bietet die Formulierung Anlass zu weiteren Auseinandersetzungen.

Neben juristischen Spitzfindigkeiten, etwa ob die übertarifliche Bezahlung von Einzelpersonen aufgrund von besonderen Leistungsmerkmalen auch als Erfüllung der OPS-Vorgaben im Sinne einer Angemessenheit der Vergütung einer Berufsgruppe darstellt, ob diese Problematik tatsächlich Inhalt einer medizinischen Prüfung durch den MDK darstellen kann und der Frage, wie tief dementsprechend der Detaillierungsgrad in der Beantwortung ebendieser Vergütungsabfragen bezogen auf den Einzelfall gehen darf, wird weitergehendes Konfliktpotenzial rund um das Thema Datenschutz zu erwarten sein.

Konfliktrichtige Situation bei Strukturbögen

Im DRG-System ist höchststrichler geklärt, dass Strukturmerkmale nicht Bestandteil der MDK-Einzelfallprüfung sind und so legt die Empfehlung der Landeskrankenhausesgesellschaften den

Krankenhäusern nahe, die entsprechenden Strukturbögen nicht auszufüllen. Bei einer Weigerung der Krankenhäuser bemängelt der MDK dann die nicht vollständig vorgelegte Dokumentation, welche in konsequenter Fortführung der Leistungsprüfung durch die Krankenkasse zur Kürzung des Entgeltes führt.

In letzter Konsequenz bedeutet es wiederum, dass die Krankenhäuser klagen werden. Diese konfliktrichtige Situation wäre bei einer intensiven Auseinandersetzung mit den Lehren des DRG-Systems und Adaptation auf das PEPPP-System vermeidbar gewesen.

Fazit

Aufgrund der Detailtiefe der OPS und der damit erforderlichen Dokumentationsmenge stellt die Umsetzung des PEPPP-Systems administrativ eine große Herausforderung dar. Einige Konfliktfelder wären vermeidbar, wenn die Erkenntnisse aus den frühen Jahren des DRG-Systems gerade im Bereich der Fallzusammenführungen übertragen worden wären. Im Bereich der OPS würde eine Bereinigung um die individualisierten Berufsgruppenmerkmale zur Entlastung und Entbürokratisierung führen.

Vorhandene und bewährte technische Lösungen im Abrechnungssystem vergleichbar zum DRG-System könnten übernommen werden, die umfangreiche manuelle Nachbearbeitung sowohl auf Seiten der Krankenhäuser, als auch bei den Krankenkassen entfiel, so dass ein sinnvoller Einsatz personeller und finanzieller Ressourcen stattfinden kann. Dies führt wiederum zu erhöhter Effizienz, Liquidität Planungssicherheit und nicht zuletzt auch zu einer Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit. ■

Erika Raab
Klinikum Darmstadt GmbH
Grafenstraße 9
64283 Darmstadt Leitung