



**DEUTSCHE GESELLSCHAFT  
FÜR PALLIATIVMEDIZIN**

## **Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin**

zum Urteil des Bundessozialgerichtes B1KR19/17R hinsichtlich seiner Auswirkungen auf die Codierung der palliativmedizinischen Komplexbehandlung im stationären Bereich sowie insbesondere auf die Dokumentation der multiprofessionellen Teambesprechung

Berlin, 05.11.2018

Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP)  
Aachener Str. 5 / 10713 Berlin / [www.palliativmedizin.de](http://www.palliativmedizin.de)  
Tel: 030 / 30 10 100 0, E-Mail: [dgp@palliativmedizin.de](mailto:dgp@palliativmedizin.de)

## **1. Hintergrund: Urteil Bundessozialgericht**

Der erste Senat des Bundessozialgerichtes (BSG) hat mit einer Entscheidung vom 19.12.2017 unter dem Aktenzeichen B1KR91/17R ein Grundsatzurteil zur Abrechenbarkeit von Komplexbehandlungen und der zugrunde liegenden Dokumentation gefällt. Auslöser war ein Fall aus dem Bereich der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung. In Analogie zu dieser Komplexbehandlung wird innerhalb des Urteils eine Bedeutung für andere Komplexbehandlungen abgeleitet, so unter anderem für die OPS 8-982 (palliativmedizinische Komplexbehandlung).

Daraus resultierende unmittelbare Konsequenzen für die palliativmedizinische Komplexbehandlung werden aber nicht weiter präzisiert. Insbesondere in der Ableitung der notwendigen Dokumentationsmerkmale für die Teambesprechung ergibt sich hieraus ein Klärungsbedarf für die Patientengruppe unter palliativmedizinischer Komplexbehandlung.

## **2. Anforderung an Teambesprechung und deren Dokumentation nach BSG-Urteil**

Die im BSG-Urteil als Streitfall diskutierte OPS 8-559.1 setzt eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung voraus, welche die Erfüllung bestimmter Mindestmerkmale erfordert, darunter „die wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele“.

In den Kodes zur palliativmedizinischen Komplexbehandlung findet sich eine ähnliche Formulierung als Mindestmerkmal, so in der aktuellen Version 2018 für die 8-982: „Wöchentliche multidisziplinäre Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele pro vollständiger Woche.“

Dieselbe Formulierung findet sich auch im OPS 8-98e.

Im Wortlaut des BSG-Urteils wird als Voraussetzung für eine gültige Dokumentation der Teambesprechung für die OPS 8-550 gefordert:

*„...zu dokumentieren sind konkret wochenbezogen jeweils Behandlungsergebnisse und eigenständige Behandlungsziele je Therapiebereich, aufgrund der wöchentlich stattfindenden gemeinsamen Teambesprechung, einschließlich der personenbezogenen Benennung aller teilnehmenden Berufsgruppen nach ihren Vertretern und der fachärztlichen Behandlungsleitung. Dies erfordert nach allgemeinem Sprachgebrauch eine planvolle geordnete zielgerichtete Zusammenfassung. Es geht um die konzentrierte Darstellung eines strukturierenden Dialoges (der wöchentlichen Teambesprechung) nach fachärztlicher Behandlungsleitung, teilnehmenden Berufsgruppen, Ausgangspunkt (bisherige Behandlungsergebnisse) und Ergebnis der Besprechung (weitere Behandlungsziele). Inhalte haben alle Berufsgruppen (ärztliche Behandlung, die vier genannten Teambereiche, Pflege, Sozialdienst), nicht nur die bislang tätig gewordenen Therapiebereiche beizusteuern. Die Therapiebereiche, die in der vergangenen Woche seit der letzten Teambesprechung den jeweiligen Versicherten behandelt haben, haben erreichte und damit zugleich ggf. (noch) nicht erreichte, aber schon angestrebte konkrete Behandlungsergebnisse mitzuteilen. Dies schließt mit ein, dass die bislang nicht tätig gewordenen Berufsgruppen ihrerseits ihren Sachverstand mit einbringen, Vorschläge für ihren Bereich unterbreiten und sich an der Festlegung der Behandlungsziele für die jeweils nächste Woche diskursiv beteiligen. Die Behandlungsziele sind angesichts des im Wortlaut mehrfach hervorgehobenen Teamgedankens das Ergebnis der gemeinsamen Beratung von Vertretern aller*

*Berufsgruppen unter dokumentiert fachärztlicher Behandlungsleitung. Dem zu bezeichnenden Facharzt mit Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich „klinische Geriatrie“ kommt dabei die Moderation und Gesamtverantwortung zu. Die Wochenbezogenheit und der organisatorische Rahmen für die Einbindung des gesamten Teams und die Umsetzung der Behandlungsziele, auch wenn nicht alle Teammitglieder an der wöchentlichen Teambesprechung teilnehmen (können), erfordern eine möglichst konkrete, für alle Teammitglieder nachvollziehbare Beschreibung des Ist-Zustandes und der weiteren Behandlungsmaßnahmen. Dies entspricht auch dem Gedanken der Komplexbehandlung OPS 8-550 und einige andere OPS-Codes der OPS-Gruppe 8-55 bis 8-60 sowie 8-97 und 8-98. Sie geht über den Bedarf eines Patienten in einem „geriatrischen“ Alter hinaus, der nur in einzelnen in OPS 8-550 angesprochenen Bereiche auf Therapie und/oder Pflege durch besonders geschultes Personal, angewiesen ist. Er muss zur erforderlichen Frührehabilitation einer spezifischen, konkreten mehrstimmigen, aber konzentrierten Therapieantwort des aus verschiedenen Berufsgruppen bestehenden Teams bedürfen. Hierzu zählen die Ärzte, die vier Therapiebereiche und ebenfalls auch das Pflegepersonal und der Sozialdienst. Insbesondere muss erkennbar sein, welcher jeweils eigenständige Beitrag von jedem der vier genannten Therapiebereiche (Physiotherapie/physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/ facio-orale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie) für den einzelnen Patienten in Abstimmung mit den anderen Therapiebereichen zur Erreichung des Therapieziels im Rahmen des teamintegrierten Einsatzes erbracht werden kann und noch zu erbringen ist. Vertreter aller Berufsgruppen müssen dokumentiert bei der wöchentlichen Teambesprechung anwesend sein. Hierzu sind alle Teilnehmer individuell und nach ihrer Berufsgruppe zu bezeichnen.*

*Der OPS 8-550 unterscheidet sich von den anderen Prozeduren mit Dokumentationspflicht dadurch, dass sie als einziger vierstelliger OPS-Code ausdrücklich die Beteiligung aller Berufsgruppen anordnet. Die Teamabstimmung muss aus der Dokumentation als qualifizierter konkreter Handlungsanleitung klar ersichtlich hervorgehen. Allgemeine Formulierungen, die Bezeichnung bloßer Globalziele (z.B. Steigerung der Selbständigkeit, Mobilität) genügen nicht. Dementsprechend fordert der OPS bei etlichen Komplexbehandlungen nach seinem Regelungssystem eine wochenbezogene Dokumentation, wenn sich die Komplexität (auch) aus der Unterschiedlichkeit der Therapiebereiche ergibt und deswegen ein erhöhter Abstimmungsbedarf besteht (vergleiche neben OPS8-550 zum Beispiel OPS 8-552/8-559/8-563/8-972/8-975, dort sogar zweimal in der Woche Besprechung, 8-97d, 8-982, 8-984, 8-986). In den Fällen anderer Komplexbehandlungen ohne ausdrücklich vorgesehene Beteiligung unterschiedlicher Therapiebereiche wird weder eine wochenbezogene, noch überhaupt eine besondere Dokumentation vom jeweiligen OPS-Code verlangt. Die Dokumentation kann dokumentiert an den professionellen Horizont der Therapeutenadressaten direkt knapp und abgekürzt erfolgen. Auch schließt der Wortlaut des OPS8-550 Bezugnahmen auf ausführliche Darstellung an anderer Stelle nicht aus.“*

### **3. Limitationen der Übertragbarkeit auf die palliativmedizinische Komplexbehandlung**

Für den Kontext der palliativmedizinischen Komplexbehandlung steht fest, dass einige Aspekte zur Dokumentationsnotwendigkeit von multiprofessionellen Teambesprechungen übertragen werden können. Darunter ist insbesondere das Strukturkriterium zu nennen, das eine namentliche Nennung und Beteiligung möglichst aller beteiligten Berufsgruppen voraussetzt.

Anders aber als bei der OPS 8-550 („mindestens zwei aus vier“) ist bei den palliativmedizinischen Komplexbehandlungen schon keine abschließende Liste beteiligter Berufsgruppen im OPS vorgegeben („mindestens zwei“), so dass eine Vollständigkeit durch den OPS selbst gar nicht definiert ist. Der Aufwand, bis zu 9 mögliche Therapiebereiche (8-982) oder maximal 4 Therapiebereiche (8-550) zu einer Teambesprechung zusammenzubringen, ist nicht vergleichbar. Bezogen auf prozessuale Aspekte der Leistungserbringung besteht noch weniger inhaltlicher Gleichklang zwischen den Komplexkodes.

So ist zum Beispiel im Rahmen der OPS 8-550 als ein weiteres Mindestmerkmal der teamintegrierte Einsatz „von mindestens zwei der folgenden vier Therapiebereiche“ obligat gefordert. (*„Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der folgenden 4 Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie. Eine gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren“*)

Diesem steht sowohl bei der OPS 8-982 als auch bei der 8-98e eine breitere Nennung anrechnungsfähiger Therapiebereiche gegenüber, allerdings präzisiert um den nachzuweisenden kumulativen Zeitaufwand, der als Prozesskriterium „Kompetenzzeit für den Patienten“ beschreibt. (*„Einsatz von mindestens zwei der folgenden Therapiebereiche: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie, Physiotherapie/Ergotherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Entspannungstherapie und Durchführung von Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengesprächen mit insgesamt mindestens 6 Stunden pro Patient und vollständiger Woche patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen (Die Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche können von allen Berufsgruppen des Behandlungsteams durchgeführt werden).“*)

Dieser zusätzliche zeitliche Aufwand von sechs Stunden Therapie pro Woche ist in der palliativmedizinischen Komplexbehandlung nicht an bestimmte und generell nicht nur an ergänzende Therapiebereiche gekoppelt, sondern im Rahmen der Angehörigen- und Patientengespräche auch durch ärztlichen und pflegerischen Dienst zu leisten – dem jeweils zu individualisierenden Ansatz entsprechend.

Allein in dieser Differenzierung der Mindestmerkmale wird ein unterschiedliches Selbstverständnis der Komplexbehandlungen deutlich: In der palliativmedizinischen Komplexbehandlung wird so ein eher flexibler, patientenindividuell zu definierender Zugang zu der komplexen Behandlungssituation beschrieben, in der geriatrisch früh rehabilitativen Komplexbehandlung ein eher strukturierter Mehraufwand. Z.B. ist die u.a. in der S3-Leitlinie „Palliativmedizin für Menschen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ beschriebene individuell zu tätige Therapiezielermittlung in der palliativmedizinischen Behandlung ein eigenständiger Prozess, der sich unterscheidet von der Therapiezieldefinition der frührehabilitativen geriatrischen Ebene.

Diese Unterschiede zeigen die Limitationen der Übertragbarkeit – obwohl beides als Komplexbehandlung benannt ist. Die Tatsache, dass ein Leistungsgeschehen durch multiprofessionelle Zusammenarbeit als Komplexbehandlung für den OPS definiert ist, lässt keinen Rückschluss auf inhaltliche Übereinstimmung der Prozesse zu, die benötigt werden, um der Komplexität zu begegnen.

Unmittelbare Auswirkungen auf Unterschiede in der Dokumentation sind offensichtlich: Die Behandlungsgrundsätze der spezialisierten Palliativbehandlung fordern eine jederzeit nachvollziehbare inhaltliche Darstellung in der patientenindividuellen Verlaufsdokumentation. Die im BSG-Urteil geübte Kritik an einer lediglich stichpunktartigen Nennung von Behandlungswegen und –ergebnissen in der Wochenbesprechung trifft deshalb im Fall der palliativmedizinischen Komplexbehandlung nicht zu. Dies ist nicht nur als fachlich zweckmäßig und ausreichend zu bezeichnen, sondern im Sinne eines verhältnismäßigen Ressourceneinsatzes darf in keiner Weise eine nicht dem Patientenwohl zuträgliche Doppeldokumentation erfolgen. Die im OPS beschriebene verpflichtende Dokumentation inhaltlicher Aspekte, selbst in abgekürzter Form, stellt bereits ein Zugeständnis an die notwendige Operationalisierung dar und birgt keinen Mehrwert für die Patientenversorgung aus den oben genannten Gründen. Sie dient rein der Darstellung des Leistungsgeschehens für die abrechnungsrelevante Dokumentation. Der OPS selbst nimmt dabei keinerlei Stellung zu Art und Inhalt der Dokumentation der Teambesprechung.

Daraus leiten wir für den Bereich der palliativmedizinischen Komplexbehandlung ab, dass im Kontext der Dokumentation der wöchentlichen Teambesprechung die Nennung der Globalziele in der Dokumentation nicht nur ausreichend, sondern sogar sinnvoll ist.

An anderer Stelle wird explizit durch die Formulierung eines individuellen Behandlungsplans, die tägliche abzuhaltende Fallkonferenz sowie die individuelle Verlaufskontrolle nachweislich der Behandlungsfortschritt detailliert beschrieben und belegt – und das bereits aufgrund der anderen zu erfüllenden Mindestmerkmale der OPS-Anforderungen.

Der Prozess einer „Therapiezielklärung“ oder „Steigerung der Selbsthilfefähigkeit“ kann nicht automatisch als unzulässig global kategorisiert werden, selbst wenn das für den geriatrisch medizinischen Bereich gelten sollte, da dies im palliativmedizinischen Komplexzusammenhang sehr wohl mit konkreten Prozessschritten verbunden ist, die an anderer Stelle nachvollziehbar in der Verlaufsdokumentation erkennbar sind. Ob das für den OPS 8-550 ebenso gegeben sein könnte, entzieht sich unserer Einschätzung – aber für den Prozess der spezialisierten Palliativbehandlung kann dies zweifelsfrei über die Forderungen der S3-Leitlinie im Kapitel „Versorgungsstrukturen“ und korrespondierenden Kapiteln mit symptomspezifischem Fokus abgeleitet werden.

Vergleichbare prozessbeschreibende Mindestmerkmale sind im OPS 8-550 nicht gefordert.

Es ergeben sich also nicht überwindbare Limitationen in der Übertragbarkeit der Analogie beider Komplexbehandlungen.

Die pure Tatsache, dass ein Leistungsgeschehen als Komplexbehandlung im OPS definiert ist, lässt keinen Rückschluss auf inhaltliche Übereinstimmung der Prozesse zu, die dann im Rahmen der Dokumentation die Einhaltung relevanter Mindestmerkmale, hier die Dokumentationsanforderungen an die wöchentliche Teambesprechung, belegen.

#### **4. Auswirkungen des BSG Urteils**

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) fürchtet und beobachtet gravierende Auswirkungen auf die Dokumentationspraxis im Rahmen der palliativmedizinischen Komplexbehandlung (OPS 8-98e und 8-982), und betont nachdrücklich, dass die prinzipielle Anwendbarkeit des BSG-Urteils B1KR19/17R in höchstem Maße fragwürdig scheint.

Die DGP bemüht sich in Zusammenarbeit mit den zuständigen Vertretern der Selbstverwaltung, wie dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), um eine Klarstellung im Klassifikationssystem OPS an den entsprechenden Stellen. Selbstverständlich unterstützt die DGP eine möglichst korrekte und präzise Abbildung einer patientenindividuellen Komplexbehandlung.

Aktuell beobachtet die DGP als Fehlentwicklung und Risiken:

- Unkritische und unzulässige Übernahme der im BSG-Urteil aufgestellten Forderungen an eine wöchentliche Teambesprechung nach OPS 8-550 für die palliativmedizinischen Komplexcodes durch den Medizinischen Dienst (MdK).
- Ausufernde Steigerung der Dokumentationstätigkeit zum Nachweis bestehender Mindestmerkmale ohne Einfluss auf die Patientenversorgung.
- Unklare Rechtslage bzgl. der tatsächlichen Relevanz des BSG-Urteils für die Palliativversorgung.

Der DGP ist bewusst, dass die Anwendbarkeit des BSG-Urteils auf palliativmedizinische Komplexbehandlung aktuell in hohem Maße unterschiedlich gehandhabt und betrachtet wird. Die DGP strebt eine Harmonisierung der Abläufe an und steht gerne für die entsprechenden Organe (MDS sowie DIMDI) zur Verfügung, um eine schnelle Klarstellung zu erreichen.

Bis zur erfolgten Klarstellung empfiehlt die DGP:

- Mindestens die Ergänzung der bis zum BSG-Urteil in Prüfungen unbeanstandeten Dokumentationsvorlagen der wöchentlichen Teambesprechungen um den Hinweis *„Dokumentation erfolgt unter Bezugnahme auf ausführliche Darstellung an anderer Stelle“*

(Wortlaut aus dem BSG-Urteil: *„Auch schließt der Wortlaut des OPS 8-550 Bezugnahmen auf ausführliche Darstellung an anderer Stelle nicht aus.“*)

Die Rechtssicherheit kann – wie oben ausgeführt – nicht gewährleistet werden.

Eine Klarstellung wird angestrebt über

- Das Vorschlagsverfahren des DIMDI (Überarbeitung der OPS Codes)
- FAQ des DIMDI zur Klarstellung der Intention
- Dialog mit MDK zur Rationale der Prüfkriterien/ Begutachtungsrichtlinien
- Erwartung der Ergebnisse von Musterprozessen im oben genannten Sinne
- Erarbeitung einer Begutachtungsrichtlinie durch den MDS, unter Mitwirkung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin