

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zur Einführung des neuen OPS-Codes 8-98e für die spezialisierte stationäre Palliativversorgung

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin begrüßt die Einführung des neuen OPS-Codes 8-98e für spezialisierte stationäre Palliativversorgung im Rahmen der Behandlung im Krankenhaus in den OPS-Katalog 2012.

Mit Aufnahme des von der DGP als Vorschlag eingereichten OPS-Codes für spezialisierte stationäre Palliativversorgung ist es gelungen, das Konzept eines bedarfsgerecht abgestuften Palliativversorgungsmodells auch für den Bereich der stationären Palliativversorgung im OPS-System (Operationen- und Prozedurenschlüssel, herausgegeben vom DIMDI) abbildbar zu machen.

Der Code 8-982 für palliativmedizinische Komplexbehandlung bleibt weiterhin unverändert bestehen. Die Einführung eines Diagnoseschlüssels für spezialisierte stationäre Palliativversorgung wurde nach Ansicht der DGP aus folgenden Gründen notwendig:

1. Mit Einführung der SAPV haben Patienten im ambulanten Betreuungsumfeld einen gesetzlich festgeschriebenen Leistungsanspruch auf qualifizierte multiprofessionelle Palliativversorgung durch ein formal spezialisiertes Team, die 24 Stunden täglich verfügbar ist. Die bisherige Beschreibung der palliativmedizinischen Komplexbehandlung garantiert eine vergleichbare Qualität der Versorgung nicht. Dadurch drohte eine Schieflage gerade für Patienten, die trotz bestehender SAPV-Betreuung einer stationären Behandlung bedürfen.

Diese Lücke wird formal durch die Spezialisierte Stationäre Palliativversorgung geschlossen, die das korrespondierende Element der SAPV im Krankenhausbereich darstellt.

2. Die OPS 8-982, die *nicht* an die Erbringung der Leistungen auf einer eigenständigen Palliativstation geknüpft ist, stellt einen sehr heterogenen Bereich für palliative Leistungen dar. Über die OPS 8-982 können dabei sowohl Leistungen eines mobilen, multiprofessionellen Palliativdienstes, der unterstützend in anderen Krankenhausstationen tätig ist (herkömmlich als Konsildienst bezeichnet) als auch Leistungen in Palliativstationen geltend gemacht werden. Diese Leistungen unterscheiden sich aber grundsätzlich bezüglich ihres Charakters: Impulsgebende, begleitende Mitbehandlung und kontinuierliche Palliativbehandlung sind bezüglich Aufwand und Inhalt nicht identisch.

Beide Leistungssegmente - die OPS 8-982 ebenso wie die neue OPS 8-98e - sind sinnvoll und seitens der DGP ausdrücklich gewünscht.

Perspektivisch wird nur durch eine differenzierte Abbildung von Leistungen in den bestehenden Klassifikationssystemen auch eine angemessene Vergütung der palliativmedizinischen Leistungen sichergestellt. Auch aus diesem Grund wurde es notwendig, die Leistungen einer Palliativstation präziser zu operationalisieren.

Die Einführung des neuen OPS-Schlüssels seitens des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat als reines Klassifikationssystem (vorbehaltlich möglicher Ausnahmeregelungen) zunächst keinen unmittelbaren Einfluss auf die Vergütungssituation. Vielmehr werden alle im Jahr 2012 kodierten Fälle der Kalkulationshäuser im Folgejahr (2013) zur Ermittlung der Erlösrelevanz bewertet, so dass frühestens 2014 eine eigene finanzielle Bewertung des Codes zu erwarten ist. Ob diese Analyse allerdings überhaupt in der bestehenden Systematik des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) einen Anpassungsbedarf der Vergütung erkennen lässt, ist zum jetzigen Zeitpunkt offen.

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin ist überzeugt, dass dieser Anpassungsbedarf besteht und erwartet über die Datensätze der mit dem neuen OPS-Code 8-98e berechneten Fälle hierzu eine zielführende, konstruktive und ergebnisorientierte Diskussion, um die Schwachstellen des jetzigen Vergütungssystems, insbesondere die inhaltlich nicht nachvollziehbare Zeitbindung und finanzielle Nichtberücksichtigung der Behandlungsdauer von 0-6 Tagen korrigieren zu können. Gerade bei Kurzzeitbehandlungen besteht - vor allem vor dem Hintergrund der immer breiteren SAPV und damit der häufig nur wenige Tage währenden stationären und gleichzeitig hochkomplexen Versorgung von Palliativpatienten - eine extreme Leistungsverdichtung.

Berlin, 26.10.2011