

Bitte beachten Sie: Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 2 und 3 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 2 bzw. Seite 3. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4, also ab hier, veröffentlicht.

3. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

Streichung der Therapieeinheitenkodes 9-649 und 9-696

4. Mitwirkung der Fachverbände *

(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

- ☐ Dem/Der Vorschlagenden liegen schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände vor. Sie werden dem DIMDI zusammen mit dem Vorschlag übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

5. Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines bisher nicht spezifisch kodierbaren Medizinproduktes charakterisiert ist *

☒ Nein

☐ Ja

- a. Name des Medizinproduktes und des Herstellers (Ggf. mehrere. Falls Ihnen ähnliche Produkte bekannt sind, führen Sie diese bitte auch auf.)

- b. Datum der letzten CE-Zertifizierung und Zweckbestimmung laut Gebrauchsanweisung

6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

(ggf. inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Klassentitel, Inklusiva, Exklusiva, Hinweise und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Es wird eine vollständige Streichung der Therapieeinheitenkodes bei Erwachsenen (9-649) und bei Kindern und Jugendlichen (9-696) gefordert.

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Die Therapieeinheitenkodes gehen mit einem immensen Dokumentationsaufwand bei minimaler Erlösrelevanz einher und sind daher strikt abzulehnen. Sie binden nicht nur erhebliche Personalressourcen, sondern setzen durch die strengen Zeitvorgaben zusätzlich Fehlanreize einzelne bedarfsorientierte therapeutische Interventionen normativen Zeitvorgaben zu unterwerfen, ohne dass hierfür belastbare Erkenntnisse vorliegen. Die Therapieeinheitenkodes werden äußerst häufig kodiert. Je nach Interpretation der Anwender, welche Leistungen über Therapieeinheiten abzubilden sind, werden völlig heterogene Leistungen und unterschiedliche Summen von Therapieeinheiten gebildet und kodiert. Zusätzlich hat sich gezeigt, dass nur ein Bruchteil der Codes eine Entgeltrelevanz entfaltet. Erst ab einer Anzahl von 6 Therapieeinheiten pro Woche hat die Dokumentation eventuell eine Auswirkung auf das Entgelt. Dies gilt zudem nur für dokumentierte Therapieeinheiten von Ärzten und Psychologen, nicht aber von Spezialtherapeuten und der Pflege. Die weit überwiegende Mehrheit der kodierten Therapieeinheiten in den einzelnen Krankenhäusern bleibt unterhalb dieser Schwelle und ist demnach nicht entgeltrelevant. Eine herausragende Funktion als Kostentrenner ist bei diesen Codes auch in Zukunft nicht zu erwarten, so wie sie sich bislang auch als kein gutes Mittel zur Abbildung von Leistungsunterschieden in den verschiedenen Krankenhäusern gezeigt haben. Zusätzlich erfordern diese Codes zahlreiche Einzeldokumentationen in der Patientenakte um die den Therapieeinheiten zugrundeliegenden Leistungen bei Abrechnungsstreitigkeiten nachweisen zu können. Somit ist eine Doppeldokumentation erforderlich.

Dem sehr hohen Dokumentationsaufwand für eine minutengenaue und berufsgruppenbezogene Zählung von Einzelleistungen steht eine mangelnde Erlösrelevanz gegenüber. Aufwand und Nutzen stehen demnach in keinem akzeptablen Verhältnis. Für das künftige Budgetsystem sind sie zudem verzichtbar. Durch das Streichen der Codes wird dringend notwendige Zeit für die Behandlung der Patienten gewonnen.

b. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme relevant? *

Eine Streichung würde eine deutliche Entbürokratisierung der Dokumentation bedeuten.

c. Verbreitung des Verfahrens *

- ☒ Standard (z.B., wenn das Verfahren in wissenschaftlichen Leitlinien empfohlen wird)
- ☐ Etabliert (z.B., wenn der therapeutische Stellenwert in der Literatur beschrieben ist)
- ☐ In der Evaluation (z.B., wenn das Verfahren neu in die Versorgung eingeführt ist)
- ☐ Experimentell (z.B., wenn das Verfahren noch nicht in die Versorgung eingeführt ist)
- ☐ Unbekannt

Falls für die Bearbeitung des Vorschlags relevant: Angaben zu Leitlinien, Literatur, Studienregistern usw. (maximal 5 Angaben)

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

k. A.

e. Fallzahl (ggf. geschätzt), bei der das Verfahren zur Anwendung kommt *

k. A.

f. Kostenunterschiede (ggf. geschätzt) zu bestehenden, vergleichbaren Verfahren (Schlüsselnummern) *

k. A.

g. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant? *

(Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.)

k. A.

8. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)

k. A.