

# Änderungsvorschlag für den OPS 2018

## Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Vorschläge jeweils ein eigenes Formular aus.
2. Füllen Sie dieses Formular elektronisch aus. Die Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur **strukturell unveränderte digitale** Kopien im DOCX-Format angenommen werden.
3. Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß unten stehendem Beispiel; verwenden Sie Kleinschrift ohne Umlaute und ß, ohne Leer- oder Sonderzeichen und ohne Unterstrich:  
*ops2018-kurzbezeichnungdesinhalts.docx*; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2018-komplexxkodefruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2017** an **vorschlagsverfahren@dimdi.de**.
5. Der fristgerechte Eingang wird Ihnen per E-Mail bestätigt. Heben Sie diese **Eingangsbestätigung** bitte als Nachweis auf. Sollten Sie keine Eingangsbestätigung erhalten, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, [klassi@dimdi.de](mailto:klassi@dimdi.de)).

## Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Bitte berücksichtigen Sie bei der Erarbeitung eines OPS-Vorschlags die 'Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS' in der aktuellen Fassung:

[www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) – Klassifikationen ... – OPS – Vorschlagsverfahren – 5. Gesichtspunkte ...

Änderungsvorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** eingebracht werden. Dies dient der fachlichen Beurteilung und Bündelung der Vorschläge, erleichtert die Identifikation relevanter Vorschläge und trägt so zur Beschleunigung der Bearbeitung bei.

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

**Einzelpersonen** werden gebeten, ihre Vorschläge vorab mit allen für den Vorschlag relevanten Fachverbänden (Fachgesellschaften [www.awmf-online.de](http://www.awmf-online.de), Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Fachverbänden abgestimmt sind, leitet das DIMDI diesen Abstimmungsprozess ein. Kann die Abstimmung nicht während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden, so kann der Vorschlag nicht umgesetzt werden.

## Einräumung der Nutzungsrechte

Mit Einsendung des Vorschlags räumen Sie dem DIMDI das Nutzungsrecht an dem eingereichten Vorschlag ein.

## Erklärung zum Datenschutz

### Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe an Dritte

**Alle** im Formular gemachten Angaben werden zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und an die an der Bearbeitung des Vorschlags Beteiligten weitergegeben.

### Veröffentlichung auf den Internetseiten des DIMDI

Die Veröffentlichung der Vorschläge auf den Internetseiten des DIMDI ist zeitlich nicht befristet. Sie dient einerseits der Transparenz des jeweiligen laufenden Verfahrens. Andererseits soll sichergestellt werden, dass den Anwendern des OPS alle eingegangenen Vorschläge auch über das konkrete Verfahren hinaus als Grundlage für Vorschläge in künftigen Verfahren zur Verfügung stehen und dass Interessierte mit Einreichern von Vorschlägen in Kontakt treten können.

**Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Erklärung zum Datenschutz zu bestätigen.**

**Pflichtangaben sind mit einem \* markiert.**

### 1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	GKV-Spitzenverband
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	GKV-SV
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.gkv-spitzenverband.de
Anrede (inkl. Titel) *	Frau Dr.
Name *	Schmedders
Vorname *	Mechtild
Straße *	Reinhardtstraße 28
PLZ *	10117
Ort *	Berlin
E-Mail *	mechtild.schmedders@gkv-spitzenverband.de
Telefon *	030 206288-2200

### Einräumung der Nutzungsrechte \*

- ☒ Ich als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem DIMDI die nachfolgend beschriebenen Nutzungsrechte an dem Vorschlag einzuräumen. Mit Einsendung des Vorschlags wird die folgende Erklärung akzeptiert:  
 'Gegenstand der Nutzungsrechteübertragung ist das Recht zur Bearbeitung und Veröffentlichung des Vorschlags im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS komplett oder in Teilen und damit Zugänglichmachung einer breiten Öffentlichkeit. Dies schließt sprachliche und inhaltliche Veränderungen ein. Dem DIMDI werden jeweils gesonderte, räumlich unbeschränkte und nicht ausschließliche Nutzungsrechte an dem Vorschlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfristen eingeräumt. Die Einräumung der Nutzungsrechte erfolgt unentgeltlich.'

### Erklärung zum Datenschutz \*

- ☒ Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- ☒ Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.
- ☒ Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter [dsb@dimdi.de](mailto:dsb@dimdi.de) erreichen.

## 2. Ansprechpartner/-in (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	Kompetenz-Centrum für Psychiatrie und Psychotherapie der MDK-Gemeinschaft und des GKV-Spitzenverbandes
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	KCPP
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	<a href="http://www.kcpp-mv.de">www.kcpp-mv.de</a>
Anrede (inkl. Titel) *	Frau Dr. med.
Name *	Martinsohn-Schittkowski
Vorname *	Wiebke
Straße *	Blücherstraße 27 C
PLZ *	18055
Ort *	Rostock
E-Mail *	<a href="mailto:w.martinsohn-schittkowski@mdk-mv.de">w.martinsohn-schittkowski@mdk-mv.de</a>
Telefon *	0381 25255-75

### Erklärung zum Datenschutz \*



Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.



Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.



Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter [dsb@dimdi.de](mailto:dsb@dimdi.de) erreichen.

**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) \***

Vorschlag Kode stationsäquivalente Behandlung bei Kindern/Jugendlichen

**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 Neuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen

Exkl.:

Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern (9-656),

Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen (9-666),

Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-672),

Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-686),

Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen (9-691),

Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen (9-694)

Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe oder Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-693 ff.)

Hinw.:

Die kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-690 ff.), der indizierte komplexe Entlassungsaufwand (9-692 ff.), der erhöhte therapieprozessorientierte patientenbezogene Supervisionsaufwand (9-695 ff.) und der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern (9-510 ff.) sind gesondert zu kodieren

Dieser Kode ist für die Behandlung von Patienten anzuwenden, die zu Beginn der stationsäquivalenten Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (bei deutlichen Entwicklungsdefiziten auch für Heranwachsende bis zum vollendeten 21. Lebensjahr)

Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung ausschließlich im häuslichen Umfeld des Patienten.

Dieser Kode ist für jeden Tag mit stationsäquivalenter Behandlung anzugeben.

Mindestmerkmale:

- Therapiezielorientierte Behandlung nach einem individuellen Behandlungsplan durch ein mobiles multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Team bestehend aus ärztlichem Dienst, Psychologen, pädagogisch-pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter der Spezialtherapeuten.
- Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen in der Einrichtung:
  - Ärzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)
  - Psychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie)
  - Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Heilpädagogen, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten, Logopäden)
  - Pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z.B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher)
- Durchführung einer wöchentlichen ärztlichen Visite vor Ort / im häuslichen Umfeld (bei stationsäquivalenter Behandlung an mehr als 6 Tagen in Folge). Der Facharztstandard ist zu gewährleisten.
- Durchführung einer wöchentlichen multiprofessionellen Teambesprechung zur Beratung des weiteren Behandlungsverlaufs (bei stationsäquivalenter Behandlung an mehr als 6 Tagen in Folge) unter Einbeziehung ggf. kooperierender Leistungserbringer nach § 115d Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V
- Behandlung auf der Grundlage eines individuellen Therapieplanes, orientiert an den Möglichkeiten und dem Bedarf des Patienten und seiner unmittelbaren Bezugspersonen
- Es erfolgt mindestens ein direkter Patientenkontakt durch mindestens ein Mitglied des multiprofessionellen Teams pro Tag
- 24-stündige Erreichbarkeit eines Team-Mitarbeiters und die jederzeitige ärztliche Eingriffsmöglichkeit, auch am Wochenende
- Jederzeit verfügbares Funktions- und medizinisch-technisches Personal
- Als angewandte Verfahren der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
  - Ärztliches oder psychologisches Einzelgespräch/ einzeltherapeutische Intervention
  - Einzelpsychotherapie mit kind- und jugendgerechten Verfahren
  - Entspannungsverfahren
  - Ärztliche oder psychologische therapeutische Familienkontakte, Elterngespräche, Familiengespräche und

Familientherapie und/oder Gespräche/Kontakte mit Bezugspersonen aus dem Herkunftsmilieu (z.B. Jugendhilfe, Pflegefamilie)

- Somato-psychosomatisches ärztliches Gespräch
- Aufklärung (Kind/Jugendlicher und Bezugspersonen), Complianceförderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie
- (Störungsspezifische) Psychoedukation
- Helferkonferenzen (z.B. Jugendhilfe)
- Anleitung von Bezugspersonen im Umgang mit dem Patienten, z.B. Begleitung von Deeskalationen (desaktualisierendes 'Talking down' bis hin zu Freiheitseinschränkung oder Freiheitsentzug)
  
- Als angewandte Verfahren der pädagogisch-pflegerischen Fachpersonen und der Spezialtherapeuten gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
  - Behandlungseinheiten durch die kinderpsychiatrische bzw. jugendpsychiatrische Pflege/Bezugspflege des Pflege- und Erziehungsdienstes (z.B. alltagsbezogenes Training, Anleitung und Förderung der Selbständigkeit, Stuhltraining, Esstraining, Verstärkerplan, Feedbackrunden)
  - Anleitung bei sozialer Interaktion
  - Gelenkte Freizeitaktivitäten, Medienpädagogik, Erlebnispädagogik/-therapie mit therapeutischem Auftrag gemäß Gesamtbehandlungsplan
  - Heilpädagogische oder ergotherapeutische Förder- und Behandlungsverfahren (auch als Eltern-Kind-Interaktionsförderung)
  - Kreativtherapien (z.B. Tanztherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie)
  - Bewegungstherapie, Mototherapie, Logopädie
  - Übende Verfahren und prospektive Hilfekoordination hinsichtlich der geplanten Reintegration in Schule und soziales Umfeld
  - Gespräche mit Behördenvertretern
  - Erlebnispädagogik oder -therapie
  - Ergotherapeutische Behandlungsverfahren, Bewegungstherapie, Krankengymnastik, Kunst- und Musiktherapie, Entspannungsverfahren in Einzelkontakt oder Kleinstgruppe
  - Unterstützung (der Eltern) bei alltäglichen Verrichtungen und Förderung der selbständigen Konfliktklärung mit dem Kind, ggf. mit Video-Feedback, ggf. mit spezifischen Deeskalationstechniken
  - Einübung spezialisierter Therapiemodule gemeinsam mit den Eltern
  - Spezielle psychosoziale Techniken (z.B. Sozialkompetenztraining, Anleitung zu gemeinsamen Aktivitäten mit Familienmitgliedern wie Spiel, Sport, Freizeit)
  - Angehörigengespräche und gezielte Anleitung von Bezugspersonen aus dem Herkunftsmilieu, dem familiären oder sozialen Raum
  - Interventionen hinsichtlich der geplanten Überleitung in andere Behandlungssettings oder rehabilitative Anschlussmaßnahmen (z.B. Jugendhilfe)
  
- Eine medizinische und pflegerische Basisversorgung wird bei Bedarf sichergestellt
- Die Behandlung des Patienten umfasst mindestens 210 Minuten pro Tag im persönlichen Kontakt zum Patienten. Fahrzeiten werden dabei nicht angerechnet.
  
- Differenzierung nach Ort der Leistungserbringung:
  - Stationsäquivalente Behandlung in einer Privatwohnung
  - Stationsäquivalente Behandlung in einer Pflegeeinrichtung / betreute Wohnge-meinschaften

Für die Kodierung müssen sowohl die erste als auch die zweite Stelle nach dem Punkt kodiert werden.

9-XX1 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen mit durch Ärzte

## erbrachter Einzeltherapie

9-XX1.0\_ 10 Minuten  
9-XX1.1\_ 20 Minuten  
9-XX1.2\_ 40 Minuten  
9-XX1.3\_ 60 Minuten  
9-XX1.4\_ 90 Minuten  
9-XX1.5\_ 120 Minuten  
9-XX1.6\_ 180 Minuten  
9-XX1.7\_ 240 Minuten

## 9-XX2 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen mit durch Psychologen erbrachter Einzeltherapie

9-XX2.0\_ 10 Minuten  
9-XX2.1\_ 20 Minuten  
9-XX2.2\_ 40 Minuten  
9-XX2.3\_ 60 Minuten  
9-XX2.4\_ 90 Minuten  
9-XX2.5\_ 120 Minuten  
9-XX2.6\_ 180 Minuten  
9-XX2.7\_ 240 Minuten

## 9-XX3 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen mit durch Pflegefachpersonen erbrachter Einzeltherapie

9-XX3.0\_ 10 Minuten  
9-XX3.1\_ 20 Minuten  
9-XX3.2\_ 40 Minuten  
9-XX3.3\_ 60 Minuten  
9-XX3.4\_ 90 Minuten  
9-XX3.5\_ 120 Minuten  
9-XX3.6\_ 180 Minuten  
9-XX3.7\_ 240 Minuten

## 9-XX4 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen mit durch Spezialtherapeuten erbrachter Einzeltherapie

9-XX4.0\_ 10 Minuten  
9-XX4.1\_ 20 Minuten  
9-XX4.2\_ 40 Minuten  
9-XX4.3\_ 60 Minuten  
9-XX4.4\_ 90 Minuten  
9-XX4.5\_ 120 Minuten  
9-XX4.6\_ 180 Minuten  
9-XX4.7\_ 240 Minuten

9-XX\_.\_ Leistungsart



- 9-XX\_\_1 nicht näher bezeichnet
- 9-XX\_\_2 Psychotherapie definiert (analytisches Verfahren oder Verhaltenstherapie)
- 9-XX\_\_3 Psychotherapie (andere Verfahren oder Methoden)
- 9-XX\_\_4 alltagsspezifisches Kompetenztraining
- 9-XX\_\_5 übende Verfahren (z.B. Autogenes Training, PMR nach Jacobson)
- 9-XX\_\_6 spezifisches Therapieverfahren (z.B. Ergotherapie oder Arbeitstherapie)
- 9-XX\_\_7 Pflegediagnostik (inkl. Fremdbeurteilungstests)
- 9-XX\_\_8 spezifische Testverfahren
- 9-XX\_\_9 vertiefte Exploration
- 9-XX\_\_a Besprechung mit Bezugspersonen
- 9-XX\_\_b Krisenintervention
- 9-XX\_\_c medikamentöse Einstellung / Umstellung
- 9-XX\_\_d administrative Tätigkeiten

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

### a. Problembeschreibung \*

Im Rahmen der Beratungen zur Leistungsbeschreibung für die stationsäquivalente Behandlung nach § 115 d Abs. 3 SGB V sind grundsätzliche Unterschiede in der Interpretation des Gesetzestextes zwischen den Selbstverwaltungspartnern deutlich geworden, wie der neue Leistungsbereich konkret auszugestalten ist:

‘Eine stationsäquivalente Behandlung umfasst eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. Sie entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung.’

Aus dieser Formulierung des Gesetzestextes kann abgeleitet werden, dass der Ort der Behandlung die Häuslichkeit des Patienten ist und das flexible, komplexe Behandlungsangebot einer vollstationären Behandlung aufsuchend vor Ort erbracht wird.

Um eine Leistungsbeschreibung für ein stationsäquivalentes Setting zu erarbeiten, ist grundsätzlich zu überlegen, welche Patientengruppe unter medizinischen Gesichtspunkten von einem stationsäquivalenten Setting in der Häuslichkeit mehr profitiert, als von einem sozialen, gruppenorientierten und milieuthérapeutischen Setting. Nur so können notwendige Leistungen identifiziert und beschrieben werden. Es bieten sich Patienten an, die krankheitsbedingt von diesem vollstationären Krankenhaussetting wenig oder nicht profitieren und sich ggf. sogar in ihrem Zustand verschlechtern. Diese Patienten sind krankheitsbedingt dauerhaft oder vorübergehend nicht in der Lage, soziale Beziehungen aufzunehmen und zu gestalten. Die Eingliederung in eine soziale Gruppe zu Behandlungszwecken würde eine Überforderung darstellen. Ebenso finden sich in dieser Überlegung Patienten wieder, die störungsbedingt durch einen Wechsel des Aufenthaltsortes und der Bezugspersonen mit einer deutlichen Verschlechterung ihres psychischen Zustandes reagieren. Das gut strukturierte pädagogische Setting einer Station gilt für die vollstationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung als effektiver als viele Spezialtherapien nach dem ‘Gießkannenprinzip’. Die Rolle des Pflege- und Erziehungspersonals ist durch die professionelle Unterstützung bei der Problembewältigung im Alltag eine Orientierung und Halt gebende. Vor diesem Hintergrund ist grundsätzlich anzunehmen, dass die avisierten Patienten von einer Eingliederung in ein milieuthérapeutisches Gesamtkonzept, sowie in das Prinzip der Gruppenpflege nicht (ausreichend) profitieren können.

Alle übellicherweise im Rahmen einer stationären psychiatrischen Krankenhausbehandlung konzeptuell berücksichtigten Angebote von Gruppeninterventionen wurden entsprechend bei der Leistungsbeschreibung einer stationsäquivalenten Behandlung nicht berücksichtigt. Diese Überlegung umfasst explizit auch die Teilnahme an Therapiegruppen im Krankenhaus.

Die stationsäquivalente Behandlung soll hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung entsprechen. Daher müssen Mindeststandards formuliert werden, die einer stationären Behandlung ebenbürtig sind. Dazu gehören direkte



Patientenkontakte mindestens einmal am Tag ebenso, wie die wöchentliche ärztliche Visite mit Facharztstandard. Unter einem direkten Kontakt ist hierbei die persönliche Anwesenheit eines Teammitglieds in der Häuslichkeit des Patienten gemeint, die unabhängig von ggf. zusätzlich erfolgenden telefonischen oder telemedizinischen Patientenkontakten stattfindet.

Ein wesentlicher Wirkfaktor der stationären Behandlung ist der direkte und zeitlich umfängliche Kontakt zu geschultem Personal verschiedener Berufsgruppen. Diese dienen dem Schutz, der Fürsorge und unterschiedlichen therapeutischen Maßnahmen für den und mit dem Patienten. Mit dem Anliegen, der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit des Patienten gerecht zu werden, ist es als notwendig zu betrachten, die zitierte Komplexität und andererseits Flexibilität im professionellen Tun mittels einer Mindestgesamtzeit am Patienten zu hinterlegen. Beispielhaft und unter Berücksichtigung bereits etablierter Codes im OPS wurde in diesem Vorschlag der zeitliche Umfang eines ganztägigen Hometreatments angeführt.

In dem Kontext der 'Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung' sind auch die Forderung nach einer 24stündigen Erreichbarkeit eines Team-Mitarbeiters und die jederzeitige ärztliche Eingriffsmöglichkeit, auch am Wochenende, zu bewerten. Dies entspricht einer Versorgungssituation im vollstationären Setting und wird zudem in der Gesetzesbegründung zu Ausgestaltung des neuen Leistungsbereichs explizit so gefordert. Es muss sichergestellt sein, dass bei Bedarf eine unmittelbare ärztliche Intervention stattfinden kann. Hierbei ist explizit auch die Möglichkeit einer unmittelbaren persönlichen Visitation des Patienten im Bedarfsfall sicherzustellen. An Anlehnung an vergleichbare Komplexcodes aus dem somatischen Bereich ist zu überlegen, eine Zeitspanne von maximal 30 Minuten bis zum Eintreffen des Arztes beim Patienten festzulegen. Weiterhin ist zu erwägen, in Anbetracht einer dann u. U. eingetretenen Notsituation eine begleitende Person aus dem Team zu fordern.

Kinder und Jugendliche befinden sich naturgemäß in einer abhängigen Betreuungssituation von ihren Erziehungsberechtigten. Insofern ist in altersangemessener Abstufung an Anforderungen sicherzustellen, dass ein ausreichendes Maß an Aufsicht, Kontakt zu Bezugspersonen, Versorgung mit Nahrung und Alltagsstrukturierung zur Verfügung stehen. Sind diese nicht durch die unmittelbaren Bezugspersonen sicherzustellen liegt eine Indikation für eine vollstationäre Krankenhausbehandlung vor.

Da der Gesetzgeber explizit die Einbeziehung kooperierender Leistungserbringer vorgesehen hat (§ 115 d Abs. 2 Satz 3 SGB V), ist eine Teambesprechung des multiprofessionelles Team unter Einbeziehung selbiger zwingend als Mindestanforderung zu betrachten, um ein koordiniertes, komplexes Vorgehen im Sinne einer therapiezielorientierten Behandlung zu ermöglichen.

Die folgenden Codes werden als Exklusiva vorgeschlagen:

1. Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern (9-656),
2. Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen (9-666),
3. Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-672),
4. Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-686),
5. Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationärer ersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen (9-691),
6. Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen (9-694)
7. Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe oder Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-693)

Die Codes 1. – 4. Sind Settingcodes, die eine kinder- und Jugendpsychiatrische Behandlung im vollstationären Setting beschreiben. Daher schließt sich eine gleichzeitige Kodierung selbstredend aus.

Auch und insbesondere der Code unter Punkt 4. ist ein Settingcode, der an eine Aufnahme in eine vollstationäre Krankenhausbehandlung gebunden ist. Insbesondere die zeitlich umfängliche Anleitung der Bezugspersonen beispielsweise hinsichtlich alltagsbezogener Verrichtungen, der Förderung einer selbständigen Konfliktklärung mit dem Kind und der Anleitung zum gemeinsamen Spiel und vor allem

die an ein Gruppensetting gebundenen therapeutischen Elemente wie die Multifamilientherapie, die Eltern-Gruppentherapie, die Eltern-Kind-Gruppe sind in einem stationsäquivalenten Setting nicht realisierbar.

Der Kode unter 5. beschreibt Behandlungsmaßnahmen im stationersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung, die eigenständig weiterhin im Rahmen von Modellvorhaben nach § 64b SGB V erbracht werden und nicht gleichzeitig erbracht werden können.

Unter 6. wird ein Zusatzkode beschrieben, der 'nur in Kombination mit der Regelbehandlung bei Kindern (9-656) und bei Jugendlichen (9-666) und der Intensivbehandlung bei Kindern und Jugendlichen (9-672) angegeben werden' kann. Diese Behandlungsmaßnahmen sind an das vollstationäre Setting der Codes gebunden und nicht im häuslichen Bereich zu erbringen.

Unter 7. werden sowohl die 1:1-Behandlung als auch die Behandlung in einer Kleinstgruppe abgebildet. Zu Therapien im Gruppensetting wurden bereits oben grundsätzliche Überlegungen formuliert. Die 1:1-Betreuung ist dem stationsäquivalenten Setting immanent, so dass sie im internen Vergleich der Patientengruppe keinen erhöhten Aufwand abbildet. Hingegen ist die Dauer eines persönlichen Kontakts durch unterschiedliche Berufsgruppen in der Häuslichkeit des Patienten durchaus vom indikationsspezifisch individuell unterschiedlichen Bedarf des Patienten abhängig. Daher wird grundsätzlich dafür plädiert, Zeiten am Patienten differenziert abzubilden.

Innerhalb des neuen Leistungsbereiches der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung wird es voraussichtlich hinsichtlich des Aufwands differenzierte Leistungsangebote geben. Dies legen die Beschreibungen aus den Verhandlungen der Selbstverwaltungspartner sowie der Anhörung der maßgeblichen Fachgesellschaften nahe. Um die, wie auch bereits bezüglich der 1:1 Betreuung adressierten, unterschiedlichen Leistungsaufwände abbilden zu können, wird daher eine differenzierte Erfassung der Zeit am Patienten je Berufsgruppe vorgeschlagen. Fahrzeiten können ggf. separat ausgewiesen werden. Die Differenzierung nach Art der Leistungserbringung soll zudem die medizinisch inhaltliche Transparenz erhöhen. Eine Differenzierung ob die stationsäquivalente Behandlung in einer Privatwohnung oder z.B. in einer Pflegeeinrichtung erbracht wurde ist notwendig, um die damit verbundenen unterschiedlichen Aufwände auf Seiten der Leistungserbringer abbilden zu können.

Die differenzierte Erfassung des Leistungsgeschehens kann dann auch eine Grundlage für den zu erstellenden Bericht gemäß § 115d Abs. 4 SGB V über die Auswirkungen der Einführung dieses neuen Leistungsbereiches auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten darstellen.

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

Die Relevanz ergibt sich aus § 115d Abs. 3 SGB V.

**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 \***

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

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

**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.)

**8. Sonstiges**

(z.B. Kommentare, Anregungen)