

**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) \***

Aufhebung der Differenzierung und Klarstellungen zur Dokumentation für Kode 9-61

**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)

Für den Kode 9-61 werden folgende Anpassungen vorgeschlagen (siehe auch Anlage):

1. Die Abbildung der Intensivbehandlung beim Erwachsenen soll künftig nicht mehr nach der Anzahl der vorliegenden Patientenmerkmale differenzieren. Damit ist nur noch ein Endsteller-Kode für die Intensivbehandlung erforderlich.
2. Die Formulierung für den Nachweis der Patientenmerkmale über die Regeldokumentation soll durch 'Für die Kodierung ist es ausreichend, wenn das führende Merkmal in der Patientenakte vermerkt ist' ersetzt werden.
3. Analog zum Vorschlag zum Regelbehandlungskode soll die allgemeine Beschreibung der Intensivbehandlung vom Ende des Kodes an den Anfang verschoben werden.

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

### a. Problembeschreibung \*

Die Codes zur Intensivbehandlung differenzieren bislang nach der Anzahl der jeweils vorliegenden Patientenmerkmale. Die Anforderungen an die tägliche Dokumentation der einzelnen Patientenmerkmale werden vom MDK regelmäßig sehr hoch und nach Region sehr unterschiedlich gestellt und verursachen bei der Anwendung der Codes einen beispiellosen Dokumentations- und Prüfaufwand.

Es wird vorgeschlagen, die Differenzierung nach der Anzahl vorliegender Patientenmerkmale aufzuheben. Sehr aufwändige Patienten werden durch die parallele Abbildung der 1:1-Betreuung zusätzlich gekennzeichnet und können somit entgeltwirksam berücksichtigt werden. Ob das alleinige Vorliegen einer Intensivbehandlung ohne zusätzliche 1:1-Betreuung unabhängig davon, wieviele Patientenmerkmale in einem aktuellen Fall existieren auch zukünftig noch als Kostentrenner für die Kalkulation im Entgeltsystems dienen kann, muss sich in den kommenden Kalkulationen zeigen. Bereits heute ist erst ab 3 Intensivmerkmalen eine höhere Vergütung zu erreichen, d.h. im Umkehrschluss, dass 60-70% der Codes ohne Nutzen dokumentiert werden. An dieser Stelle muss daher eine gegebenenfalls weniger differenzierte Vergütung in Kauf genommen werden, da der Aufwand für Dokumentation und Abrechnung dieser Codes gerade vor dem Hintergrund der Neuausrichtung des Entgeltsystems als Budgetsystem unverhältnismäßig hoch ist. Zur Transparenz über den Anteil der Fälle mit Intensivbehandlung bleibt der Code aber bestehen.

Konsequenterweise soll zur Entlastung bei der Dokumentation das Mindestmerkmal zum Nachweis der Patientenmerkmale 'Für den Nachweis der Merkmale ist die Regeldokumentation in der Patientenakte ausreichend' durch die eindeutiger Formulierung 'Für die Kodierung ist es ausreichend, wenn das führende Merkmal in der Patientenakte vermerkt ist' ersetzt werden. Da der Code lediglich zwischen dem Vorliegen mindestens eines Patientenmerkmals und dem Nicht-Vorliegen von Patientenmerkmalen der Intensivbehandlung differenziert, muss es für die Kodierung ausreichend sein, das führende Merkmal in der Patientenakte zu vermerken. Darüber hinaus gehende Anforderungen an die Dokumentation aufgrund weiterer rechtlicher Anforderungen sind für andere Zwecke bestimmt und nicht für die Kodierung zu fordern.

Analog zum Vorschlag für die Regelbehandlung soll die allgemeine Beschreibung der Intensivbehandlung im Sinne der Anwenderfreundlichkeit der OPS-Formulierung vom Ende des Codes an den Anfang verschoben werden, um dem Anwender eine schnellere Orientierung über das Wesen der Intensivbehandlung zu ermöglichen und die im Anschluss beschriebenen Mindestmerkmale besser einordnen zu können.

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

Verminderung des Dokumentationsaufwandes vor dem Hintergrund des Psych-VVG. Hochaufwendige Fälle werden durch parallele Kodierung der 1:1-Betreuung weiter abgebildet.

### 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.