

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) *

Aktualisierter Vorschlag stationsäquivalente psychiatrische Behandlung KJP

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:

Bezüglich der Voten der Fachgesellschaft verweisen wir auf die Anlage 2 zu diesem Vorschlag. Diese stellt das Ergebnisprotokoll der Sitzung der Selbstverwaltungspartner mit den Fachgesellschaften dar, mit denen das Benehmen gemäß § 115d Abs. 3 SGB V hergestellt wurde.

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 Neuuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Der bereits eingereichte Vorschlag zur Beschreibung der stationsäquivalenten Behandlung wird nunmehr, wie angekündigt, nach Abschluss der Verhandlungen in der Selbstverwaltung angepasst und in den nicht geeinten Punkten begründet (siehe auch Anlage 1 zu diesem Vorschlag). Um die Voten der Fachgesellschaften nachvollziehbar zu machen, ist dem Vorschlag zusätzlich das Ergebnisprotokoll der Sitzung der Selbstverwaltungspartner mit den Fachgesellschaften, mit denen das Benehmen gemäß § 115d Abs. 3 SGB V hergestellt wurde, beigelegt (vertraulich zu behandeln).

Wesentliche Punkte, welche nicht in der Selbstverwaltung konsentiert werden konnten, sind:

1. Aufnahme der Codes 9-693ff. in den Hinweistext als kodierbare Zusatzcodes
2. Die psychiatrische Behandlung soll überwiegend im häuslichen Umfeld stattfinden.
3. Den Mindestmerkmalen soll eine deskriptive Einführung der grundlegenden Voraussetzungen der stationsäquivalenten Behandlung vorangestellt werden.
4. Das Team soll zumindest aus jeweils einem Mitarbeiter aus dem ärztlichen und pädagogisch-pflegerischen Dienst, sowie einem Mitarbeiter aus einer weiteren Berufsgruppe, z.B. Psychologen oder Spezialtherapeuten bestehen. Genesungsbegleiter können hinzugezogen werden.
5. Durchführung einer wöchentlichen ärztlichen Visite
6. Durchführung einer wöchentlichen multiprofessionellen Teamabsprache
7. Die Leistungen werden in der Regel einmal täglich im direkten, ansonsten im telefonischen, online-gestützten oder telemedizinischen Patientenkontakt erbracht.
8. Verankerung einer durchgängigen 24-stündigen Erreichbarkeit
9. Ergänzungen zur nicht-abschließenden Liste der angewandten Verfahren
10. Für den Code erfolgt zunächst keine weitere Differenzierung.

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Zu 1.: Folgende Codes sollen im Hinweistext als potentielle Zusatzcodes aufgenommen werden:

Kode 9-693ff: Eine intensive Betreuung eines Patienten kann auch im Kontext der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung erforderlich sein, ohne dass es hierbei einer vollstationären Aufnahme bedarf. Akute Probleme eines Patienten können eine intensivere Stabilisierung im Rahmen einer Einzelbetreuung erfordern. Dabei handelt es sich um eher kurzzeitige, sehr intensive Interventionen, die im Krankenhaus durchgeführt werden können. Über die zusätzliche Angabe der Codes wird Transparenz hinsichtlich besonders schwer zu führender Patienten geschaffen.

Zu 2.: Die stationsäquivalente Behandlung soll überwiegend im häuslichen Umfeld erfolgen. Es muss im Rahmen der stationsäquivalenten Behandlung jedoch möglich sein, weitere Ressourcen der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik (je nach Bundesland und Träger im Bedarfsfall auch der Schule für Kranke) für ergänzende Diagnostik und Therapie zu nutzen, beispielsweise zur Durchführung einer Gruppenpsychotherapie, wenn die Behandlung eines Patienten dies erfordert. Eine Einschränkung der stationsäquivalenten Behandlung ausschließlich auf das häusliche Umfeld des Patienten ist nicht sinnvoll und würde vermutlich die Implementierung der neuen Versorgungsform verhindern. Die Behandlung im häuslichen Umfeld wird mit dem Begriff 'überwiegend' besonders betont, gleichzeitig aber der erforderliche Spielraum zur Anwendung notwendiger Leistungen im Krankenhaus gewahrt. Die zu erwartende Versorgungspraxis wird sich auch an dem Wunsch des Gesetzgebers nach einer Flexibilisierung der Versorgung orientieren und muss sich dementsprechend in dem Code abbilden. Dies umfasst auch eine vorübergehende kurzzeitige Inanspruchnahme von Leistungen im Krankenhaus ohne eine vollstationäre Aufnahme.

Zu 3.: Zur besseren Verständlichkeit für den Anwender wird den Mindestmerkmalen eine deskriptive Einführung in die Grundvoraussetzungen für eine stationsäquivalente Behandlung vorangestellt und damit das Wesen der stationsäquivalenten Behandlung genauer beschrieben. Sie orientiert sich an den gesetzlichen Vorschriften.

Zu 4.: Die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung stellt eine neue Form der Krankenhausbehandlung dar und muss sich erst in ihrer differenzierten Ausgestaltung auch hinsichtlich des fokussierten Patientenlientels entfalten. Für die Phase der Umsetzung dieser neuen Behandlungsform ist es hinsichtlich der Mindestanforderungen an die Zusammensetzung des Behandlungsteams sinnvoll, keine allzu starren Vorgaben zu treffen und somit zunächst auch einen Beginn mit kleineren Teams und nur wenigen Patienten zu ermöglichen, jedoch gleichzeitig die grundsätzlich erforderliche Kompetenz für die Behandlung sicherzustellen. Neben jeweils einem Vertreter des ärztlichen und des pädagogisch-pflegerischen Dienstes ist das Team um mindestens einen Vertreter einer weiteren Berufsgruppe zu ergänzen. Bei diesem kann es sich z.B. um einen Psychologen oder einen Spezialtherapeuten handeln. Die Aufnahme eines Psychologen in das Team ist demnach bei gegebenem Bedarf möglich, aber nicht verpflichtend.

Zu 5.: Soweit die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung an mehr als 6 Tagen in Folge erfolgt, ist eine wöchentliche ärztliche Visite durchzuführen. Die Forderung der GKV, dass die ärztliche Visite generell nur vor Ort beim Patienten erfolgen kann, verhindert eine individuell dem Patientenbedarf angepasste flexible Ausgestaltung der Behandlung und wird daher abgelehnt. Es ist zudem nicht verständlich, warum die ärztliche Visite nicht auch in der Klinik erfolgen kann, wenn der Patient ohnehin dort gerade eine Leistung in Anspruch nimmt.

Zu 6.: Soweit die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung an mehr als 6 Tagen in Folge erfolgt, soll eine wöchentliche multiprofessionelle Teamabsprache erfolgen um den weiteren Behandlungsverlauf zu beraten. Gegebenenfalls sind hierbei kooperierende Leistungserbringer nach § 115d Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V einzubeziehen.

Zu 7.: Abweichend vom dem bereits übermittelten Vorschlag sollen bei der Art der Patientenkontakte 'online-gestützte' Patientenkontakte als mögliche weitere Form ergänzt werden. Die Leistungen werden in der Regel einmal täglich im direkten, ansonsten im telefonischen, online-gestützten oder telemedizinischen Patientenkontakt und abhängig vom Bedarf jeweils durch eine oder mehrere Personen des multiprofessionellen Teams erbracht. Der Absatz mit den Regelungen zu den Patientenkontakten beschreibt den Kern der Leistungsart der stationsäquivalenten Behandlung. Auch an dieser Stelle sollen keine künstlich starren Rahmenvorgaben getroffen werden. Vielmehr sollen Erprobungsmöglichkeiten für unterschiedliche Modelle hinsichtlich Art und Intensität der Patientenkontakte in Abhängigkeit vom individuellen Patientenbedarf gestaltbar sein.

Zu 8.: Eine 24-stündige telefonische Erreichbarkeit sowie die Möglichkeit von Notfallinterventionen wird, wie im Gesetz gefordert, umgesetzt. Darüber hinaus gehende Regelungen, wie von der GKV vorgeschlagen, sind abzulehnen.

Zu 9.: Die Ergänzungen bei der Auflistung der angewandten Verfahren erfolgen an den Stellen, an denen Dissens besteht. Auch bei stationsäquivalenter Behandlung können, wie oben bereits ausgeführt, Leistungen im Krankenhaus und damit außerhalb des häuslichen Umfelds sinnvoll sein. Dazu zählen auch Gruppen(psycho-)therapien bzw. therapeutische und pädagogische Angebote in der Gruppe. Die Vorhaltung mobiler Teams und die Durchführung von Fahrten sind eine Voraussetzung für diese Behandlungsform und zählen demnach zu den Leistungen. Leistungen zur Diagnostik und andere Therapieverfahren der psychiatrischen Einrichtung sind hier ebenfalls abzubilden.

Zu 10.: Hinsichtlich der Differenzierung des Codes erscheint es zunächst sinnvoll, Erfahrungen zu sammeln und dann in einem nächsten Schritt über eine ggf. geeignete Differenzierung zu diskutieren. Im Rahmen der Kalkulation können in Analogie zum Betreuungsintensitätsmodell unterschiedliche Intensitätsgrade ermittelt werden. Da jedoch zunächst krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart werden, bleibt ausreichend Zeit erlösrelevante Stufen über die Kalkulation zu entwickeln und diese anschließend im OPS einzuführen. So würden die Codes der Versorgung folgen und nicht normative OPS-Vorgaben die Versorgung unabhängig von ihrem Nutzen festschreiben. Wie auch die Fachgesellschaften lehnen wir eine zeit- und berufsgruppenbezogene Differenzierung zum jetzigen Zeitpunkt ab.

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

Die neu einzuführenden Codes bilden ab dem 1.1.2018 die Grundlage für die Verhandlung krankenhausesindividueller Entgelte.

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.