

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).

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 – 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, 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 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)	www.kcpp-mv.de
Anrede (inkl. Titel) *	Frau Dr. med.
Name *	Martinsohn-Schittkowski
Vorname *	Wiebke
Straße *	Blücherstraße 27 C
PLZ *	18055
Ort *	Rostock
E-Mail *	w.martinsohn-schittkowski@mdk-mv.de
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 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 Erwachsenen

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 Erwachsenen

Exkl.:

Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-607),

Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-61),

Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-626),

Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-634),

Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung (9-644 ff.)

integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-642)

Ein erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-640 ff.)

spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker (9-647 ff.)

die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting) (9-643 ff.)

Hinw.:

Eine kriseninterventionelle Behandlung (9-641 ff.),

indizierter komplexer Entlassungsaufwand (9-645 ff.),

der erhöhte Aufwand bei drohender oder bestehender psychosozialer Notlage (9-646 ff.),

der erhöhte therapieprozessorientierte patientenbezogene Supervisionsaufwand (9-648 ff.) und der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern (9-510 ff.) sind gesondert zu kodieren

Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine psychiatrische Behandlung ausschließlich im häuslichen Umfeld des Patienten.

Dieser Kode ist für jeden Tag mit stationsäquivalenter Behandlung anzugeben.

Mindestmerkmale:

- Therapiezielorientierte Behandlung durch ein mobiles multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)

- Team bestehend aus ärztlichem Dienst, Psychologen, pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter der Spezialtherapeuten.

- Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen in der Einrichtung:

- Ärzte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)

- Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie)

- Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Logopäden, Kreativtherapeuten)

- Pflegefachpersonen (z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger)

- 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

- 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:

- Supportive Einzelgespräche

- Einzelpsychotherapie
- Psychoedukation
- Internetbasierte Interventionen
- Angehörigengespräche (z.B. Psychoedukation, Gespräche mit Betreuern)
- Gespräche mit Richtern oder Behördenvertretern
- Somato-psychosomatisches ärztliches Gespräch
- Aufklärung, Complianceförderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie, Einnahmetraining
- Leistungen im und unter Einbeziehung des sozialen Netzwerkes/Umfeldes des Patienten (z.B. Familie, Arbeitgeber, Betreuer, komplementäre Dienste)

- Als angewandte Verfahren der Spezialtherapeuten und Pflegefachpersonen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:

- Bezugstherapeutengespräche, supportive Einzelgespräche
- Behandlung und spezielle Interventionen durch Pflegefachpersonen (z.B. alltagsbezogenes Training, Aktivierungsbehandlung)
- Ergotherapeutische Behandlungsverfahren
- Physiotherapeutische Behandlungsverfahren
- Spezielle psychosoziale Interventionen (z.B. Selbstsicherheitstraining, soziales Kompetenztraining)
- Kreativtherapien (z.B. Tanztherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie)
- Internetbasierte Interventionen
- Gespräche mit Behördenvertretern
- Angehörigengespräche, Gespräche mit Betreuern
- Physio- oder Bewegungstherapie (z.B. Sporttherapie)
- Sensorisch fokussierte Therapien (z.B. Genusstraining, Snoezelen)
- Entspannungsverfahren (z.B. progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, autogenes Training oder psychophysiologische Techniken wie Biofeedback)
- Logopädie (z.B. bei Schluckstörungen)
- Übende Verfahren und Hilfekoordination zur Reintegration in den individuellen psychosozialen Lebensraum
- Beratung, Adhärenz-Förderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psycho-pharmakotherapie, Einnahmetraining
- Psychoedukation
- Gestaltungs-, Körper- und Bewegungstherapie
- Somatopsychisch-psychosomatische Kompetenztrainings (Diätberatung, Sozialberatung, Sport)

- 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 Wohngemeinschaften

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

9-XX1 Stationsäquivalente Behandlung im häuslichen Umfeld bei psychischen und psychosomatischen

Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen 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 Behandlung im häuslichen Umfeld bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen 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 Behandlung im häuslichen Umfeld bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen 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 Behandlung im häuslichen Umfeld bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen 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 § 115d 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.

Vor diesem Hintergrund ist grundsätzlich anzunehmen, dass die so beschriebenen Patienten von einer Eingliederung beispielsweise in therapeutische Gruppensettings nicht (ausreichend) profitieren können. Alle üblicherweise 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. In Anlehnung an vergleichbare Komplexkodes 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.

Die oben skizzierten Patientengruppen zeichnen sich häufig durch einen hohen Schweregrad der Erkrankung aus. Die krankheitsbedingt fehlende Fähigkeit zur Selbstfürsorge und eine Überforderung in alltäglichen Handreichungen einschließlich der Haushaltsführung, des Einkaufs von Nahrungsmitteln, der Nahrungszubereitung, einer eigenmotivierten Nahrungsaufnahme und ggf. auch der Körperpflege tragen zur Indikationsstellung für eine stationäre Krankenhausbehandlung bei. Vor diesem Hintergrund muss es zu den Leistungen einer stationsäquivalenten Behandlung gehören, bei Bedarf neben einer medizinischen auch eine pflegerische Basisversorgung zu gewährleisten.

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. Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-607)
2. Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-61)
3. Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-626)
4. Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-634)
5. Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung (9-644 ff.)
6. Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-642)
7. erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-640 ff.)
8. spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker (9-647 ff.)
9. psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting) (9-643 ff.)

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

Der Code 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 an eine psychosomatische vollstationäre Behandlungsstruktur gebunden ist und somit im Rahmen einer stationsäquivalenten Behandlung nicht erbracht werden kann.

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.

Unter Punkt 8. wird die qualifizierte Entzugsbehandlung beschrieben, eine besondere Behandlungsform, die es in dieser Form nur im deutschen Gesundheitssystem gibt. Es werden Maßnahmen einer suchtmmedizinischen Akutbehandlung angeboten, die über die körperliche Entgiftung hinaus gehen. Diese bestehen aus einem komplexen Angebot aus Einzel- und insbesondere Gruppenbehandlungen (z. B. Psychoedukationsgruppen, Suchtberatung und Gruppenpsychotherapie). Eine Indikation für eine vollstationäre qualifizierte Entzugsmaßnahme besteht bei Vorliegen des Risikos eines alkoholbedingten Entzugsanfalls und oder Entzugsdelirs und/oder bei Vorliegen von gesundheitlichen bzw. psychosozialen Rahmenbedingungen, bei denen Alkoholabstinenz im ambulanten Setting nicht erreichbar erscheint (S3-Leitlinie Alkoholbedingte Störungen 2015/04). Sofern der Patient keine Notwendigkeit zur somatischen Entgiftung oder aber eine eigenmotivierte Abstinenz aufweist, ist grundsätzlich nicht mehr von einer Notwendigkeit einer stationären Behandlung auszugehen, so dass auch keine Indikation für ein stationsäquivalentes Setting gegeben ist. Daher wird vorgeschlagen, den Kode als Exklusivum festzulegen.

Unter Punkt 9. wird der Zusatzkode für das besondere Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting) beschrieben. Dieser Kode ist, wie schon aus dem Namen ersichtlich, ein Setting-Kode, der sich spezifisch auf die Situation einer stationären Behandlung im Krankenhaus bezieht. Es wird vorgeschlagen, für den Bereich der stationsäquivalenten Behandlung eine eigene Möglichkeit der Abbildung des Mutter/Vater-Kind-Settings zu schaffen, die in den Mindestmerkmalen der besonderen Situation eines psychisch kranken Elternteils in der verantwortlichen Situation für ein schutzbefohlenes Kind und auch dem Aspekt einer ggf. vorliegenden Kindwohlgefährdung in besonderem Maße gerecht wird. Ein entsprechender Vorschlag wurde eingereicht. Ohne die verantwortliche 24-stündige professionelle Begleitung eines stationären Krankenhaussettings ist mit besonderer Sorgfalt auf die Belange zweier besonders vulnerabler Zielgruppen zu achten, was sich in einem angepassten Kode widerspiegeln muss.

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 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)

--