

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) *

Veränderte Abbildung der Intensivbehandlung - Erwachsenenpsychiatrie

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:

1. Einschränkung der Merkmale auf wenige aufwandsgleiche Merkmale mit ähnlichen Gefährdungspotential.
2. Die Abbildung von Sicherungsmaßnahmen als Intervention, die schwere Antriebsstörung und die mangelnde eigenständige Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme werden als Merkmale gestrichen.
3. Gleichgerichtete Merkmale, wie z.B. Selbstgefährdung und fehlende Orientierung, werden zusammengefasst.
4. Die Abbildung der Intensivbehandlung beim Erwachsenen wird daher nicht mehr nach der Anzahl der vorliegenden Patientenmerkmale differenziert. Damit ist nur noch ein Endsteller-Kode für die Intensivbehandlung erforderlich.

5. Kodierung zu Beginn der Intensivbehandlung, danach wöchentlich.

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Die Codes zur Abbildung der Intensivbehandlung differenzieren bislang nach der Anzahl der jeweils vorliegenden Patientenmerkmale. Die derzeitige Abbildung der Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-61) bildet die Behandlungsrealität so jedoch nur unzureichend ab. Hieraus ergibt sich eine erhebliche Schieflage in der Darstellung des Zusatzaufwands pflichtversorgender Einrichtungen im PEPP-System.

In der Hoffnung ein eindeutiges Merkmal für aufwendige Patienten gefunden zu haben, hatte man damals das Merkmal 'Sicherungsmaßnahmen' in den Code aufgenommen. Die bisherigen Erfahrungen zeigen aber, dass die Anwendung von Sicherungsmaßnahmen auf Grund der Heterogenität der landesspezifischen Regelungen als Intensivmerkmal ungeeignet ist. Es geht zudem auf Grund der Prüfpraxis des MDK mit dem Problem einher, Fehlanreize zu setzen. So streicht der MDK beispielsweise in Fällen, in denen mit extrem hohem Aufwand erfolgreich deeskaliert wurde, Merkmale des Intensivkodes.

Auch sind die Intensivmerkmale aus fachlicher Sicht nicht gleichrangig im Hinblick auf den mit ihnen verbundenen Aufwand. Durch die Streichung einiger weicherer Kriterien soll eine höhere Trennschärfe erzielt werden. Verbleibende Merkmale mit intensivem Behandlungsbedarf, von denen ein zentraler Gefährungsaspekt ausgeht, sind die akute Selbstgefährdung, akute Fremdgefährdung und die akute Vitalgefährdung. In der Folge wird die Aufzählung der Merkmale nicht weiter benötigt. Liegt ein Intensivmerkmal vor, handelt es sich um einen sehr aufwendigen Patienten. Dies muss sich dann auch entsprechend im Vergütungssystem niederschlagen.

Besonders aufwändige Patienten können weiterhin durch die parallele Abbildung der 1:1-Betreuung zusätzlich gekennzeichnet und somit entgeltwirksam berücksichtigt werden.

Derzeit ist erst ab 3 Intensivmerkmalen eine höhere Vergütung zu erreichen, d.h. im Umkehrschluss, dass 60-70% der Codes ohne Nutzen dokumentiert werden. Die Straffung des Codes trägt daher auch zum Bürokratieabbau bei.

Konsequenterweise soll zur Entlastung bei der Dokumentation der Merkmale die Formulierung 'Für den Nachweis der Merkmale ist die Regeldokumentation in der Patientenakte ausreichend' durch die eindeutiger Formulierung 'Die Merkmale sind in der Patientenakte vermerkt' 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, die Merkmale 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.

Hinzu kommt, dass der spezifische zusätzliche Dokumentationsaufwand der aktuellen OPS-Abbildung

von Intensivbehandlung einen enormen Ressourcenverbrauch erfordert. Neben der höchst anspruchsvollen Aufgabe der intensiven Betreuung dieser Patientinnen und Patienten muss Fachpersonal aktuell täglich jedes einzelne der Merkmale so beschreiben, dass dies auch aus der MDK Perspektive heraus nachvollziehbar ist.

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

Der Vorschlag dient als Beitrag für mehr Kostenhomogenität und soll gleichzeitig den bürokratischen Aufwand mindern.

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.)

Der Vorschlag dient der besseren Abbildung besonders aufwendiger Patientengruppen und somit auch der Vergleichbarkeit des Behandlungsspektrums.

8. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)

k.A.