

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. Pränante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

Veränderung OPS 9-61x 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:

ohne Angabe

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)

Zur Einstufung von Intensivbehandlung muss eines der folgend genannten Intensivmerkmale vorliegen:

- Akute Selbstgefährdung durch Suizidalität und/oder schwer selbstschädigendes Verhalten und/oder fehlende Orientierung und/oder Realitätsverkennung
- Akute Fremdgefährdung
- Akute Vitalgefährdung durch somatische Komplikationen (incl. Delir)

Es ist nur das führende Merkmal zu kodieren (keine Codes für 2, bzw. 3 dieser Merkmale) Die Einstufung eines der Merkmale löst also unmittelbar eine Entgeltwirkung aus.

Für die Einschätzung der akuten Gefährdung ist die konkrete Bezugnahme auf das individuelle Lebensumfeld des Patienten außerhalb der Station hinreichend. Eine akute Gefährdung bedeutet, dass ein

Eintreten eines konkret zu benennenden Schadensereignisses außerhalb eines personalintensiv geführten stationären Rahmens angenommen werden muss.

Potentielle Gefahren wie z.B. durch unzureichende Körperpflege und/oder Konsumverhalten psychotroper Substanzen mittel- oder langfristig zu erwartenden Beeinträchtigungen sind nicht hinreichend. Eine akute Gefährdung in der aktuellen Lebenssituation muss sich schlüssig aus dem Aufnahmearbeit oder konkretem Verhalten im Stationsalltag heraus herleiten lassen. Auch die Beschreibung einer Orientierungsstörung oder einer Realitätsverkennung ist nicht hinreichend, wenn sich aus der Dokumentation keine konkrete Gefährdung ergibt.

Ein intensiver Betreuungsaufwand muss initial in der Dokumentation erkennbar sein.

Eine Kodierung der Intensivbehandlung erfolgt grundsätzlich wöchentlich. Die ärztliche Einschätzung hierzu erfolgt initial zu Beginn (Aufnahmezeitpunkt, bzw. im Behandlungsverlauf) und ist ab der zweiten Einstufungswoche mindestens 1x je Einstufungswoche zu aktualisieren.

Eine Einstufung in Regelbehandlung erfolgt also immer erst nach dem Ablauf einer mit Intensivbehandlung eingestuften Woche.

Erläuterung hierzu:

Die oben genannten Intensivmerkmale sind fachlich tragfähig und können in der Formulierung aus dem aktuellen OPS-Katalog übernommen werden. Diese haben sich zudem in der Tradition der PsychPV-Einstufung in den Einrichtungen bewährt.

Da die Beschreibung des Aufnahmearbeites regelmäßig wesentlicher Teil der ärztlichen Ersteinschätzung ist und entsprechend ausführlich dokumentiert wird, ergibt sich hier im Gegensatz zur bestehenden OPS-Systematik kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand. Eine qualifizierte wöchentliche Gefährdungseinschätzung macht auch im weiteren Behandlungsverlauf fachlich inhaltlich Sinn und lässt sich als Zusatzaufwand auch aus dieser Perspektive heraus vermitteln.

Mindestens 1x je Einstufungswoche meint konkret, dass die Aktualisierung der ärztlichen Einschätzung nicht zwingend am ersten Tag der 2. Intensivbehandlungswoche erfolgen muss.

Man muss betonen, dass in dieser Abbildung von Intensivbehandlung eine frühzeitige Entaktualisierung von akuter Gefährdung auch wirtschaftlich belohnt wird, da der Intensivbehandlungsstatus immer mindestens eine Woche Gültigkeit hat. Im aktuell bestehenden Modell ist es nicht nur so, dass dieser Behandlungserfolg bei weiterhin deutlich aufwändigeren Patienten unmittelbar zum Wegfall des weiterhin sachgerechten Erlöses führt. Auf einer Makroebene ergibt sich darüber hinaus die Realität, dass Häuser denen diese Entaktualisierung vergleichsweise unzureichender gelingt, über die Entgeltlogik wirtschaftlich gesehen dafür belohnt werden. Dies kann weder im Interesse von Patientinnen und Patienten, aber auch nicht im Interesse der Kostenträger sein.

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Die derzeitige Abbildung der Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-61x) bildet die Behandlungsrealität unzureichend ab. Hieraus ergibt sich eine erhebliche Schiefelage in der Abbildung des Zusatzaufwands pflichtversorgender Einrichtungen im PEPP-System.

In psychiatrischen Einrichtungen wird eine Vielzahl von Patienten vollstationär behandelt, die außerhalb des sehr spezifischen und auf die Bedürfnisse ausgerichteten Settings der Stationen als manifest selbst- und/oder fremdgefährdend einzuschätzen sind. Diese Patienten werden engmaschig begleitet, um Gefährdungssituationen im Stationsalltag erst gar nicht entstehen zu lassen. Fachlich unumstritten ist damit jeweils ein sehr hoher Betreuungsaufwand verbunden.

Im Rahmen der PsychPV werden diese Patientinnen und Patienten in den Intensivkategorien A2, S2 und G2 eingestuft, da von einer manifesten Gefährdung auszugehen ist. Hier zeigen sich in gängigen Benchmarks über die PsychPV-Stichtage Intensivanteile von durchschnittlich ca. 18% in der Behandlungskategorie A2, ca. 40% in der Behandlungskategorie S2 (hier Sonderregelung zu Drogenabh.) und ca. 30% bei G2-Patienten. Diese Anteile wirken aktuell über die PsychPV-Stichtage unmittelbar budgetwirksam und erscheinen ob der besonderen Aufgabe pflichtversorgender Einrichtungen inhaltlich sachgerecht.

Demgegenüber fällt auf, dass pflichtversorgende PEPP-Optionshäuser nur noch eine Quote zwischen 0,5%-3% an Berechnungstagen mit entgeltrelevanter Intensivbehandlung (3 oder mehr Merkmale – OPS 9-619 bis 9-61b) aufweisen.

Hinzu kommt, dass der spezifische zusätzliche Dokumentationsaufwand der aktuellen OPS-Abbildung von Intensivbehandlung einen enormen Ressourcenaufwand 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. MDK-Gutachten zeigen, dass bei Verlaufseinträgen, die sich von dieser strikten formalistischen Vorgehensweise lösen, eingestufte Merkmale grundsätzlich nicht anerkannt werden und ergänzende Tagesentgelte somit gestrichen werden. Dies geht nachweisbar so weit, dass z.B. bei MDK seitig bestätigter 'Akuter Selbstgefährdung durch Suizidalität' in Verbindung mit ebenfalls bestätigter 'Schwerer Antriebsstörung' das Merkmal 'besonderer Sicherung' und somit auch das ergänzende Tagesentgelt gestrichen wird, weil keine ärztliche Anordnung der Sicherung in der Dokumentation vorhanden ist. Dies Beispiel zeigt deutlich wie weit sich die aktuelle Ausgestaltung des Konzeptes Intensivbehandlung im OPS- und PEPP-Katalog von der originären Zielsetzung entfernt hat.

These:

Das Zusammenspiel zwischen den Kriterien der Intensivbehandlung im OPS-Katalog, deren Entgeltrelevanz im Entgeltkatalog und der Interpretation der Merkmale durch den MDK führt zu einer Begrenzung der Abrechnungsrelevanz von Intensivbehandlung auf jene Fälle und Tage, bei denen Deeskalationsversuche und/oder eine tragfähige Beziehungskonstellation im Stationsalltag faktisch gescheitert sind. Somit werden fachlich gewünschte Attribute psychiatrischer Kriseninterventionsbehandlung finanziell benachteiligt und diesbezüglich ein hoher Personalaufwand verkannt.

Dies soll an folgendem Beispiel alltagsnah verdeutlicht werden:

Herr A. kommt von der Polizei in Handfesseln mit Unterbringungsbeschluss nach PsychKG zur Aufnahme, nachdem es im häuslichen Umfeld in wahnhafter Verkennung von Nachbarn zu tätlichen Auseinandersetzungen gekommen war. (PsychPV unstrittig A2)

Variante A: Dem Arzt und den Pflegenden gelingt es um den weiterhin sehr angespannten Patienten ein Setting zu schaffen aus dem sämtliche Alltagsanforderungen zurückgenommen werden und der Patient wahrnimmt, dass es keine Notwendigkeit gibt sich tätlich zu wehren. Durch eine Vielzahl zugewandter und beruhigender Kurzkontakte gelingt es eine weitere Eskalation auf der Station zu verhindern. Der Patient wird so bei fortgesetzt erheblichem Aufwand auch in den nächsten Tagen betreut.

Variante B: Die professionellen Bemühungen zur Deeskalation laufen ins Leere. Nach versuchtem tätlichen Angriff auf eine Pflegeperson muss der Patient fixiert werden.

Die OPS-Bewertung von Variante A stellt sich auf der Grundlage von typischen Formulierungen aus MDK-Gutachten wie folgt dar:

- Es ist zu keiner tätlichen Auseinandersetzung auf der Station gekommen. Insofern ist der Zustand der Fremdgefährdung für den Aufnahmearbeit und die Einleitung des PsychKG nachvollziehbar, nicht jedoch für die Behandlung auf der Station.
- Es liegt keine schwere Antriebsstörung vor, da der Patient sich begrenzen lies.
- Die Anwendung von Sicherungsmaßnahmen ist nicht erkennbar. Der Patient hat nicht auf das Verlassen der Station gedrängt und musste auch ansonsten nicht gesichert werden (Fixierung/Isolierung).

Im Gegensatz hierzu fällt die OPS-Bewertung von Variante B in allen genannten Intensivmerkmalen auch aus der MDK-Sicht nachvollziehbar positiv aus.

Fazit: Das Zusammenspiel zwischen OPS-Kriterien und Entgeltsystematik verhindert eine sachgerechte Bewertung von erfolgreicher Deeskalation. Hieraus ergibt sich eine fatale Anreizwirkung.

Aus diesem Blickwinkel heraus lassen sich die erheblichen quantitativen Abweichungen zwischen PsychPV-Einstufung und entgeltrelevanter OPS-Einstufung schlüssig auch für andere Konstellationen herleiten.

Problemanalyse auf der OPS-Ebene:

Die sich aus der Kalkulation ergebene Festlegung, dass erst drei Merkmale zu einem erheblichen Entgeltunterscheid führen, resultiert im Wesentlichen daraus, dass die Merkmale aus fachlicher Sicht nicht auf gleichrangiger Ebene formuliert wurden.

In der Praxis zeigt sich, dass ein intensiver Behandlungsbedarf zumeist von einem zentralen Gefährdungsaspekt ausgeht.

Hier lassen sich folgende als die zentralen Merkmale von Intensivbehandlung bewerten:

- Akute Selbstgefährdung – Suizidalität/schwer selbstschädigendes Verhalten/fehlende Orientierung/Realitätsverkennung
- Akute Fremdgefährdung
- Akute Vitalgefährdung durch somatische Komplikationen (incl. Delir)

Aus einer schweren Antriebsstörung in der Definition des OPS ergibt sich natürlich ein nicht unerheblicher Aufwand, der jedoch weitergehend operationalisiert werden müsste, damit ein in der Entgeltsystematik tragfähiges Einzelmerkmal entstehen könnte.

Das aktuell gleichrangig formulierte Merkmal 'keine eigenständige Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme' lässt sich kausal sowohl der Selbst- als auch der Vitalgefährdung zuordnen, kann darüber hinaus aber auch Ausdruck einer an anderer Stelle des OPS abgebildeten Pflegebedürftigkeit sein. Insgesamt erscheint es also an anderen Stellen hinreichend abgebildet.

Das aktuell im OPS-Katalog benannte Merkmal der Sicherung ist eine Intervention, die sich aus einer Gefährdung ergibt, und weist somit eine ganz andere Beschreibungsebene auf.

Die OPS-Definition suggeriert somit 7 gleichrangige Merkmale, die sich bei fachlicher Analyse hingegen eindeutig nicht gleichrangig zeigen.

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

Insgesamt würde das Entgeltsystem durch die hier beschriebene neue Logik der Kodierung der Intensivbehandlung in Richtung von höherer Leistungsgerechtigkeit und im Sinne deutlich verbesserter fachlicher Akzeptanz weiterentwickelt und dabei zudem dem gesetzlichen Auftrag Rechnung getragen den Dokumentationsaufwand deutlich zu reduzieren.

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 *

keine aber,
wesentliche Einsparungen durch Reduktion der Dokumentation und Überprüfung.

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

ca. 1-3 % der psychiatrischen Fälle

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

ohne Angabe

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.)

Wesentliche Erhöhung der Transparenz durch eindeutige OPS Beschreibung.

Z.Zt. werden viele OPS im Bereich der Intensivbehandlung ausgewiesen, die nachher überprüft und ggf. storniert werden, da die Dokumentation nicht eindeutig ist.

8. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)