

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) *

Anpassung der Patientenmerkmale im Kode 9-61

4. Mitwirkung der Fachverbände *

(siehe **Hinweise** am Anfang des Formulars)

- Es liegen keine schriftlichen Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der Fachverbände vor.
- Dem DIMDI werden zusammen mit dem Vorschlag schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

5. Der 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)

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

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.

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Die Kodes 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. Darüber hinaus bestehen erhebliche Konflikte zu den Patientenmerkmalen im Hinblick auf die Abrechnung zwischen GKV und Krankenhäusern.

In der Hoffnung ein eindeutiges Merkmal für aufwendige Patienten gefunden zu haben, hatte man damals das Merkmal "Sicherungsmaßnahmen" in den Kode aufgenommen. Die bisherigen Erfahrungen zeigen aber, dass die Anwendung von Sicherungsmaßnahmen auf Grund der Heterogenität der landesspezifischen Regelungen als Intensivmerkmal ungeeignet ist. Es setzt zudem Fehlanreize, weil in Fällen, in denen mit extrem hohem Aufwand erfolgreich deeskaliert und somit keine Sicherungsmaßnahmen zum Einsatz kamen, der Kode nicht angewendet werden kann.

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. Zahlreiche Abrechnungsprobleme könnten beigelegt werden.

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 Kodes ohne Nutzen dokumentiert werden. Die Straffung des Kodes 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 eindeutigere Formulierung "Für die Kodierung ist es ausreichend, wenn die Merkmale in der

Patientenakte vermerkt sind" ersetzt werden. Da der Kode 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.

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

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.