



**Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH**

Institutsträger: Deutsche Krankenhausgesellschaft • Spitzenverbände der Krankenkassen • Verband der privaten Krankenversicherung

# **PEPP Vorschlagsverfahren für 2023**

## **Veröffentlichung der Vorschläge**

Auf den folgenden Seiten finden sich die an das InEK fristgerecht eingereichten Vorschläge zum Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen bei der Weiterentwicklung des Entgeltsystems für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP-System) für das Jahr 2023. Von der Veröffentlichung ausgenommen sind Vorschläge, die überwiegend vertrauliche Daten (z.B. Kostendaten) enthielten, oder bei denen der Vorschlagende einer Veröffentlichung widersprochen hat.

Die Vorschläge können auch über die Lesezeichenleiste am linken Rand direkt aufgerufen werden.

**Problemstellung**

In seltenen Konstellationen kommt es zu unklaren Regeln für die Fallzusammenführung:

Voraussetzung, alle Fälle liegen innerhalb der 90 Tagefrist:

1. Der primäre Fall bildet eine Prä-PEPP z.B. P003A
2. Es folgen mehrere Fälle, die zusammengeführt werden mit einer "regulären" PEPP P14A, P14B, etc., Diese werden in ihren Fällen gemäß den PEPP Regeln zusammengeführt.
3. Der letzte Fall in dieser Fallkette führt dazu, dass die Gesamtheit der abgebildeten 1zu1 Betreuungen (OPS 9-640.xx) nun in der letzten Fallzusammenführung eine PräPEPP bildet z.B. P003B
4. Eine Fallzusammenführung mit dem vorherigen Fall passiert nicht.
5. Es folgt eine neuerliche Aufnahme (innerhalb der 90 Tagefrist): Dieser Fall ist nun eine PräPEPP P003A.
6. Eine Fallzusammenführung wird vom Grouper nicht angeboten. Eigentlich könnten hier die PräPEPP's miteinander in eine Fallzusammenführung gehen.

Problematisch ist hier, dass Krankenkassen hier eine Fallzusammenführung fordern, die aber zumindest nach den technischen Spezifikationen des KIS Systems (ORBIS) gar nicht möglich ist.

Im DRG Bereich gibt es hier zumindest eine Klarstellung, im PEPP Bereich haben wir dies nicht gefunden:  
Antwort der DKG (siehe unten)

„Diesbezüglich wurde seitens Produktmanagement 2019 eine Anfrage an die DKG gestellt, wo wir die Rückmeldung erhalten haben, dass die Beurteilung der Strukturkategorie auf den Einzelfall geht. Dementsprechend sind auch in ORBIS immer die PEPPs der Einzelfälle maßgeblich für die Kopplung. Aus dem Screenshot geht hervor, dass die Fälle XXXXX bis YYYYY ( 11.02.2021, 15:45 - 01.04.2021, 11:03) aufgrund der PA14A und PA14B gekoppelt wurden.

Die Ursache für die Kopplung ist dabei immer die PEPP des vorhergehenden Falles, auch wenn sich die PEPP der Fallkette im Laufe der Zeit ändert. (Hier auf P003B)

Der Fall ZZZZ1 mit der PEPP P003B sowie der ZZZZ2 mit der PEPP P003A haben eine andere Strukturkategorie und sind damit nicht zu koppeln.“

**Lösungsvorschlag**

Eine klare Vorschrift, die die Fallzusammenführung in diesen Spezialfällen regelt, d.h. die Aufnahme der Begründung in den Regeln für die Fallzusammenführung in PEPP erhält die Regel, dass die (wie in der Antwort der DKG) ursprünglichen Einzelkategorien der gebildeten PEPP bei Fallzusammenführungen berücksichtigt werden müssen: Eine im Urfall gebildete Strukturkategorie bleibt als führende Struktur bestehen und kann dann nicht mit einer folgenden anderen Strukturkategorie in PEPP gekoppelt werden.

### Problemstellung

Die bundesweit massiv ansteigenden Zahlen der stationären Aufnahmen von Patient\*innen mit Essstörungen erfordern eine Anpassung der Kostendeckung.

In der Regel besteht bei Patient\*innen mit einer Essstörung ein erheblicher Arbeitsmehraufwand aufseiten des ärztlichen Personals und des Pflegepersonals (120min pro Tag). Patient\*innen mit einer Essstörung müssen bei den Mahlzeiten begleitet werden, die Mahlzeiten müssen über weite Abschnitte der Aufenthalte vom Pflegepersonal vorbereitet werden, die Essenssituationen müssen vor- und nachbesprochen, Sitzzeiten überwacht werden. Es kommt häufig zur Notwendigkeit einer Begleitung auf die Toilette oder zur Überwachung der Verrichtung von Hygienemaßnahmen. Patient\*innen mit Bewegungsdrang müssen teilweise ganztägig überwacht werden. Es muss eine Überwachung der somatischen Folgeerscheinungen erfolgen (Überwachung der Vitalparameter, regelhaftes Wiegen, Diagnostik in Form von regelmäßigen Laborkontrollen und EKG-Kontrollen). Natürlich müssen Auffälligkeiten im somatischen Bereich auch behandelt werden (regelhafte Problematiken sind hierbei Obstipation, Dekubitusentwicklung, Ödeme, Ekzeme, gastroösophagealer Reflux). Im therapeutischen Bereich stellt sich zudem die Herausforderung, dass einige Therapieinhalte, welche im stationären Setting umgesetzt werden, von den Patient\*innen krankheitsbedingt sehr ambivalent betrachtet werden und deswegen ein erhöhter Gesprächsbedarf mit den Patient\*innen selbst sowie deren Eltern erforderlich ist. Aufgrund des anfänglich meist sehr niedrigen Körpergewichts benötigen die Patient\*innen häufig anfangs mehrere Kurztermine/Gespräche pro Woche sowohl vom Therapeuten als auch von der Pflege. Für die Compliance der Familien sind außerdem mehrere Gespräche mit den Eltern zur Psychoedukation, Erläuterung der Therapieplanung, sowie Besprechung des weiteren Vorgehens bei Non-Compliance seitens Patient\*in oder Familie nötig.

Die stationäre Versorgung von Patient\*innen mit Essstörungen bedeutet sowohl für das ärztliche Personal, aber insbesondere für das Pflegepersonal einen deutlich erhöhten Mehraufwand. Die Versorgung muss jedoch bedarfsorientiert und ohne wesentlichen zeitlichen Verzug erfolgen, hierbei besteht wenig Steuerungsfähigkeit für die Kliniken. Dies ist vorwiegend darin begründet, dass bei Indikationsstellung zur stationären Aufnahme von Patient\*innen mit einer Essstörung meist schwerwiegende somatische Folgeerscheinungen (insbesondere tödliche Folgen zum Beispiel durch Infektionen oder Herzerkrankungen) drohen.

Vergütungsvergleich (stationär) Anorexie vs. Depression

Behandlungsdauer Vergütung Anorexie Vergütung Depression

3 Tage 1.130,-- € 1.750,-- €

7 Tage 2.630,-- € 4.150,-- €

10 Tage 4.100,-- € 6.200,-- €

35 Tage 13.400,-- € 18.000,-- €

4 Monate 51.600,-- € 70.000,-- €

16 Monate 197.400,-- € 252.800,-- €

Bemerkung:

Während bei den Minutenwerten von Ärzten, Psychologen und Spezialtherapeuten kein nennenswerter Unterschied besteht, stehen beim PED durchschnittlich ca. 120 Minuten pro Tag zu Buche, d. h. ca. 14 Stunde pro Woche an Mehraufwand bei Anorexiebehandlungen, das entspricht ziemlich genau 2 Arbeitstagen.

**Lösungsvorschlag**

Höhere Bewertung der PK10A und hauptsächlich der PK10B bei Anorexie-Patient\*innen

Es wird vorgeschlagen die Vergütung für die Versorgung von stationären Anorexie-Patient\*innen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie anzupassen und zu erhöhen.

Der erhöhte Mehraufwand der Versorgung von Patient\*innen mit Essstörungen im stationären Setting sowohl auf Seiten des ärztlichen Personals, als auch insbesondere auf Seiten des Pflegepersonals sollte sich in einer entsprechenden Vergütung widerspiegeln. Die um 35% erhöhte Kostendeckung bei einer 4-monatigen stationären Versorgung eines Patienten/ einer Patientin mit der Diagnose Depressive Episode verglichen zu Anorexie-Patient\*innen entspricht nicht dem dafür notwendigen Arbeitsaufwand des Personals. Insbesondere ist zu beachten, dass neben dem Mehraufwand bezogen auf die essstörungstypischen Symptome (Somatische Diagnostik und Behandlung, erhöhter Betreuungsaufwand rund ums Essen, ..) fast regelhaft eine oder mehrere Komorbiditäten (vor allem eine depressive Episode) zu behandeln sind.

**Problemstellung**

Die bundesweit massiv ansteigenden Zahlen der stationären Aufnahmen von Patient\*innen mit Essstörungen erfordern eine Anpassung der Kostendeckung.

In der Regel besteht bei Patient\*innen mit einer Essstörung ein erheblicher Arbeitsmehraufwand aufseiten des ärztlichen Personals und des Pflegepersonals (120min pro Tag). Patient\*innen mit einer Essstörung müssen bei den Mahlzeiten begleitet werden, die Mahlzeiten müssen über weite Abschnitte der Aufenthalte vom Pflegepersonal vorbereitet werden, die Essenssituationen müssen vor- und nachbesprochen, Sitzzeiten überwacht werden. Es kommt häufig zur Notwendigkeit einer Begleitung auf die Toilette oder zur Überwachung der Verrichtung von Hygienemaßnahmen. Patient\*innen mit Bewegungsdrang müssen teilweise ganztägig überwacht werden. Es muss eine Überwachung der somatischen Folgeerscheinungen erfolgen (Überwachung der Vitalparameter, regelhaftes Wiegen, Diagnostik in Form von regelmäßigen Laborkontrollen und EKG-Kontrollen). Natürlich müssen Auffälligkeiten im somatischen Bereich auch behandelt werden (regelhafte Problematiken sind hierbei Obstipation, Dekubitusentwicklung, Ödeme, Ekzeme, gastroösophagealer Reflux). Im therapeutischen Bereich stellt sich zudem die Herausforderung, dass einige Therapieinhalte, welche im stationären Setting umgesetzt werden, von den Patient\*innen krankheitsbedingt sehr ambivalent betrachtet werden und deswegen ein erhöhter Gesprächsbedarf mit den Patient\*innen selbst sowie deren Eltern erforderlich ist. Aufgrund des anfänglich meist sehr niedrigen Körpergewichts benötigen die Patient\*innen häufig anfangs mehrere Kurztermine/Gespräche pro Woche sowohl vom Therapeuten als auch von der Pflege. Für die Compliance der Familien sind außerdem mehrere Gespräche mit den Eltern zur Psychoedukation, Erläuterung der Therapieplanung, sowie Besprechung des weiteren Vorgehens bei Non-Compliance seitens Patient\*in oder Familie nötig

Die stationäre Versorgung von Patient\*innen mit Essstörungen bedeutet sowohl für das ärztliche Personal, aber insbesondere für das Pflegepersonal einen deutlich erhöhten Mehraufwand. Die Versorgung muss jedoch bedarfsorientiert und ohne wesentlichen zeitlichen Verzug erfolgen, hierbei besteht wenig Steuerungsfähigkeit für die Kliniken. Dies ist vorwiegend darin begründet, dass bei Indikationsstellung zur stationären Aufnahme von Patient\*innen mit einer Essstörung meist schwerwiegende somatische Folgeerscheinungen (insbesondere tödliche Folgen zum Beispiel durch Infektionen oder Herzerkrankungen) drohen.

**Lösungsvorschlag**

Höhere Bewertung der PK10A und hauptsächlich der PK10B bei Anorexie-Patient\*innen

Es wird vorgeschlagen die Vergütung für die Versorgung von stationären Anorexie-Patient\*innen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie anzupassen und zu erhöhen.

Der erhöhte Mehraufwand der Versorgung von Patient\*innen mit Essstörungen im stationären Setting sowohl auf Seiten des ärztlichen Personals, als auch insbesondere auf Seiten des Pflegepersonals sollte sich in einer entsprechenden Vergütung widerspiegeln. Die um 35% erhöhte Kostendeckung bei einer 4-monatigen stationären Versorgung eines Patienten/ einer Patientin mit der Diagnose Depressive Episode verglichen zu Anorexie-Patient\*innen entspricht nicht dem dafür notwendigen Arbeitsaufwand des Personals. Insbesondere ist zu beachten, dass neben dem Mehraufwand bezogen auf die essstörungstypischen Symptome (Somatische Diagnostik und Behandlung, erhöhter Betreuungsaufwand rund ums Essen, ..) fast regelhaft eine oder mehrere Komorbiditäten (vor allem eine depressive Episode) zu behandeln sind.

Vorschlags-Nr. **P2300014**

Vorschlags-Name **Zusatzentgelt für die Vielfalt des Therapieangebotes**

Vorschlagender **Heinrich Sengelmann Kliniken**



### **Problemstellung**

Therapieangebote: Ergotherapie, Gartentherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie, Physiotherapie, Tanztherapie, Werktherapie Holz.

In unserem Haus werden diagnosespezifische Therapien vom behandelnden Arzt verordnet und einzeln oder in Gruppen durchgeführt.

Zusätzlich gibt es im HSK aber auch die Möglichkeit, an freien Angeboten der Fachtherapien teilzunehmen. Dieses erfordert eine Ressourcenaufwendung, die über die üblichen hinausgeht.

### **Lösungsvorschlag**

Vorschlag: Da bisher in der Vergangenheit (s. PEPP-Vorschlagsverfahren 2019 mit Vorschlag P2000015 und für 2022 P2200126) damals keine entsprechende spezifischen Leistungsbezeichner (z.B. ICD- bzw. OPS-Kodes) in den Kalkulationsdaten der Jahre 2019 und ff. nicht zur Verfügung standen, schlagen wir nochmals zur Refinanzierung eine Ermittlung der beschriebenen Kostentrenner mit Etablierung eines Zusatzentgeltes durch Aufforderung des DIMDI zur Installation entsprechender IDC- bzw. OPS-Kodes vor.

Vorschlags-Nr. **P2300015**

Vorschlags-Name **Zusatzentgelt für Gerontogartenpflege als Therapieangebot  
speziell für Demenz**

Vorschlagender **Heinrich Sengelmann Kliniken**



### **Problemstellung**

Die Gartentherapie ("Garten der Sinne") in unserem Haus ist ein zusätzliches Therapieangebot speziell für

Demenzerkrankungen, welche durch Sonne, Wind, Düften und Farben positiv beeinflusst werden.

Um diese Leistung anbieten zu können, werden zusätzliche Ressourcen zur Gartenpflege benötigt. Denn richtig gestaltete Gärten lösen mit ihrer Form, Farbe, Materialien, symbolischen Artefakten sowie Gerüchen einzelne Gefühle aus, die Demenzkranken helfen sich zu erinnern.

### **Lösungsvorschlag**

Da bisher in der Vergangenheit (s. PEPP-Vorschlagsverfahren 2019 Vorschlag P2000016, Vorschlagsverfahren 2022 mit P2200125

damals keine entsprechenden spezifischen Leistungsbezeichner (z.B. ICD- bzw. OPS-Kodes) in den Kalkulationsdaten des

Jahres 2019 und ff. Jahren nicht zur Verfügung standen, schlagen wir nochmals zur Refinanzierung eine Ermittlung

der beschriebenen Kostentrenner mit Etablierung eines Zusatzentgeltes durch Aufforderung des DIMDI zur Installation

entsprechender ICD- bzw. OPS-Kodes vor.

Vorschlags-Nr.

P2300016



Vorschlags-Name

**Krankenhausindividuelles Zusatzentgelt für "Therapie im Schwimmbad"**

Vorschlagender

**Heinrich Sengelmann Kliniken**

### **Problemstellung**

In unserem Haus wird die Behandlung von Krankheiten, speziell des Bewegungsapparates, mit sogenannten natürlichen Mitteln wie Wasser, Wärme, Kälte und Gymnastik durchgeführt. Dieser Ansatz wirkt sich auf die seelische Befindlichkeiten aus. Dazu verfügen wir über eine hauseigene Schwimmhalle, die für diese spezielle Anwendungen zu einem erhöhten Ressourcenverbrauch führt, da so eine Behandlung zeit-, kosten- und personalintensiv ist.

### **Lösungsvorschlag**

Vorschlag: Da bisher in der Vergangenheit (s. PEPP-Vorschlagsverfahren 2021 mit Vorschlag P2100081 und 2022 mit P2200122 damals keine entsprechende spezifischen Leistungsbezeichner (z.B. ICD- bzw. OPS-Kodes) in den Kalkulationsdaten der Jahre 2020 und ff. nicht zur Verfügung standen, schlagen wir nochmals zur Refinanzierung eine Ermittlung der beschriebenen Kostentrenner mit Etablierung eines Zusatzentgeltes durch Aufforderung des DIMDI zur Installation entsprechender IDC- bzw. OPS-Kodes vor.

**Problemstellung**

Die Reittherapie in unserem Haus ist ein zusätzliches Therapieangebot und wird von einer Reitheiltherapeutin durchgeführt.

Sie wird insbesondere für die stationäre Behandlung bei affektiven, Angst-/Panik-, posttraumatischen und depressiven Störungen der Patienten indiziert.

Es werden pädagogische, psychologische, psychotherapeutische und sozial-integrative Maßnahmen mit dem Medium Pferd umgesetzt.

In der Reittherapie wird die wohltuende und heilende Wirkung des Pferdes auf den Menschen genutzt. Das Pferd schenkt Vertrauen und Sicherheit, braucht aber gleichzeitig auch klare Regeln.

Der Bewegungsrhythmus des Tieres wirkt lockernd, ausgleichend und angstlösend.

So kann das Pferd sehr effektiv als Brücke zwischen Patienten und Therapeut genutzt werden.

Die Reittherapie kann dort helfen, wo herkömmliche Methoden nichts mehr bewirken.

Der Patient lernt mit Ängsten und Frustrationen umzugehen, Vertrauen wird aufgebaut, die Konzentration und Kooperation

wird erhöht und das Selbstwertgefühl wird gestärkt.

Die Wirksamkeit dieser Therapien wurden vielfach beschrieben z.B. medizinischen Veröffentlichungen und Studien(u.a. Angelika Taubert: Reittherapie in Neurologie und Psychotherapie. Peter Lang ISBN 978-3-631-58653-2; Lori Marino, Scott O. Lilienfeld: Dolphin-Assisted Therapy: More Flawed Data and More Flawed Conclusions. In: Anthrozoos: A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals. 20, 2007, S. 239–249) bereits aufgezeigt worden.

Diese Reittherapie führt zu einem erhöhten Ressourcenverbrauch, da eine derartige Behandlung zeit-, kosten- und personalintensiv ist.

**Lösungsvorschlag**

Die Reittherapie wird bisher nicht spezifisch als Leistungsbezeichnung im OPS abgebildet und daher, wie andere therapeutische Leistungen, ausschließlich als Therapieeinheit erfasst.

Aus diesem Grund sollte, um eine spezifische Kostentrenner-Analyse der Reittherapie zur Entwicklung eines entsprechenden Zusatzentgeltes durchführen zu können, das DIMDI zur Schaffung hier entsprechender ICD- bzw. OPS-Kodes aufgefordert werden.