



Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH

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

PEPP Vorschlagsverfahren für 2025

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 2025. 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

Problemstellung:

Der Einsatz von Depotantipsychotika ist bei der Behandlung von Schizophreniepatienten etabliert und wird von der aktuellen S3-Leitlinie Schizophrenie (AWMF-Register Nr. 038-009 vom 15.03.2019, wird derzeit überarbeitet) empfohlen:

„Depotantipsychotika sind aufgrund ihrer gesicherten Applikation und guten Bioverfügbarkeit eine wirksame Alternative zur oralen Medikation und sollten in der Rezidivprophylaxe als Behandlungsalternative angeboten werden. Depotantipsychotika sind wie auch die oralen Antipsychotika wirksam in Hinblick auf die Rezidivprophylaxe ohne relevante Unterschiede in der Wirksamkeit“ (Empfehlung 38).

„Aufgrund nicht ausreichend belegter überlegener Wirksamkeit einzelner Depotantipsychotika untereinander sollte die Auswahl anhand des Nebenwirkungsprofils und des gewünschten Injektionsintervalls vorgenommen werden“ (Empfehlung 39).

Seit vielen Jahren existiert ein einzelnes unbewertetes Zusatzentgelt für die Gabe von Paliperidon (ZP20xx-26). Bei Einführung von Paliperidon unterschied sich dieses Arzneimittel im Preis von anderen verfügbaren Antipsychotika deutlich. Inzwischen – spätestens mit Wegfall des Patentschutzes – haben sich die Therapiekosten angeglichen. Paliperidon ist der aktive Metabolit „9-hydroxy-Risperidon“ des Antipsychotikums Risperidon.

2022 kam mit Risperidon ISM (Okedi®, ROVI) ein neues Depotantipsychotikum auf den deutschen Markt, das aufgrund seiner Galenik, der In-Situ Microparticles (ISM)-Technologie viele Vorteile verspricht (z.B. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/232114/Depot-Antipsychotikum-bei-Schizophrenie-Bewahrter-Wirkstoff-neu-verpackt>). Die ISM-Technologie basiert auf einem in-situ-bildenden festen polymeren Matrixsystem, das Risperidon enthält. Durch diese Technologie werden bereits am ersten Tag therapeutische Plasmaspiegel erreicht und der Wirkstoff wird kontinuierlich über 4 Wochen freigesetzt. Die Initiierung der Behandlung benötigt daher keine orale Supplementierung oder Loading Dose - im Gegensatz zu vergleichbaren Depotantipsychotika mit Risperidon und Paliperidon. Zudem zeigten die Ergebnisse der Zulassungsstudie Prisma-III, dass die Therapie mit Risperidon ISM nach einem Rückfall mit einer raschen Reduktion schwerer bis mittelschwerer psychotischer Symptome einhergeht. Risperidon ISM ist daher im Gegensatz zu klassischen Depotantipsychotika zur „Behandlung der Schizophrenie“ und nicht nur zur Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe zugelassen. Die Möglichkeit Risperidon ISM bereits frühzeitig während der Hospitalisierung zu verabreichen, sowie der schnelle Wirkeintritt wird sich voraussichtlich in kürzeren Krankenhausaufenthalten zeigen. Bei einer tagesbezogenen Vergütung im PEPP-System entstehen jedoch anders als im fall-pauschalierenden DRG-System durch Verweildauerverkürzungen für das Krankenhaus keine kostenkompensierenden Effekte.

Die Kosten von Risperidon ISM und Paliperidon sind vergleichbar:

-Risperidon ISM: AVP/UVP gem. Roter Liste: 518,19 € (75mg) und 683,11 € (100mg), d.h. ca. 6,83 - 6,91 €/mg

-Paliperidon: AVP/UVP für Xeplion gem. Roter Liste: 75mg (OPS 6-006.a0) 570,01 € und 100mg 751,79 €, d.h. ca. 6,91 – 7,52 €/mg

Durch das unbewertete Zusatzentgelt für Paliperidon resultiert trotz vergleichbarer Kosten eine deutlich unterschiedliche Vergütung in Abhängigkeit des verwendeten Präparates. Dies kann dazu führen, dass nicht ausschließlich patientenseitige Faktoren die Auswahl des Präparates bestimmen und behandelnde Ärztinnen und Ärzte dies als ökonomischen Einfluss auf die Indikationsstellung wahrnehmen.

Trotz der Neuartigkeit der Galenik und der vergleichbar hohen Therapiekosten zum Paliperidon, für das auch dieses Jahr weiter das ZP20xx-26 existiert, wurden NUB-Anträge für Risperidon für 2023 und 2024 mit dem Status 2 (nicht verhandelbar) abgelehnt. Der Hinweis auf fehlende oder nicht aussagekräftige Kostendaten (z.B. Abschlussberichte 2015, 2016, 2020 und 2024) zeigt im Wesentlichen die Wirkung des Zusatzentgeltes im Sinne einer „self-fulfilling prophecy“: Eingesetzt wird bei gleicher Indikation das Präparat, das auch vergütet wird. Die Kosten vom Einsatz von Risperidon ISM können erst vollständig im Datensatz aus 2023 analysiert werden (daher bislang NUB-Anträge). Da jedoch die Dosierungen und Preise nahezu identisch zu Paliperidon sind, bleibt keine Begründung, warum vom InEK weiter nur einseitig in den Wettbewerb zugunsten eines einzelnen Präparates eingegriffen werden müsste.

Lösungsvorschlag

Etablierung eines weiteren unbewerteten Zusatzentgeltes für die Gabe von Risperidon ISM. Ein paralleler Vorschlag zur Etablierung einer OPS-Klasse mit sinnvollen Dosierungsintervallen wurde fristgerecht bei BfArM eingereicht.

Vorschlags-Nr. **P2500009**

Vorschlagender **Universitätsklinikum Bonn**



Problemstellung

Im DRG-Bereich gibt es krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte für die Gabe von Gerinnungsfaktoren (ZP2024-97 "Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren" und ZP2024-139 "Gabe von Blutgerinnungsfaktoren").

Im PEPP-Bereich gibt es zur Zeit keine Möglichkeit, die Gabe von Gerinnungsfaktoren als Zusatzentgelt abzubilden. Die Behandlung z.B. von Blutern mit der Notwendigkeit einer regelmäßigen Faktorensubstitution stellt damit ein finanzielles Risiko für jede Klinik dar.

Lösungsvorschlag

Analoge Übernahme der DRG-Zusatzentgelte für Blutgerinnungsfaktoren in den PEPP-Bereich.

Problemstellung

Beim OPS 9-647 handelt es sich um einen Zusatzcode, dessen Verwendung der Abbildung weiterer ergänzender Angaben zu einer Operation oder Maßnahme dient und somit einen erhöhten Ressourcenverbrauch dokumentieren soll.

Den Struktur- und Mindestmerkmalen des OPS 9-647 ist der zusätzliche Ressourcenverbrauch zu entnehmen, welcher beispielsweise im Vergleich zur „Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen“ (9-60) anfällt. Besonders hervorzuheben ist hierbei das multidisziplinär zusammengesetzte Behandlungsteam mit mindestens 3 Berufsgruppen, davon mindestens 1 Arzt oder Psychologischer Psychotherapeut und das ressourcen- und lösungsorientierte Therapiemanagement, welches die Erbringung von Gruppen- und Einzeltherapie voraussetzt.

In der Praxis erkennen wir nun, dass in einer Vielzahl von Fällen, in denen der OPS 9-647 kodiert und dadurch die PEPP PA02C angesteuert wurde, zeitgleich, teilweise auch mehrfach, der OPS 9-649.0 „Keine Therapieeinheiten pro Woche“ vorliegt. Auch wenn anhand des OPS 9-649 keine Gruppentherapien durch Spezialtherapeuten und auch keine Einzel- oder Gruppentherapien durch Pflegefachkräfte abgebildet werden können, so setzen die Mindestmerkmale des OPS 9-647 doch das Vorhandensein von Therapieeinheiten durch Ärzte oder Psychotherapeuten und/oder Psychologen voraus. Fehlen diese gänzlich oder für die überwiegende Dauer der Behandlung, dürften die Mindestmerkmale des OPS 9-647 als nicht erfüllt und der zusätzliche Ressourcenverbrauch dadurch als nicht vorhanden angesehen werden.

Die Auswertung der Behandlungsfälle, mit der abgerechneten PEPP PA02C, der AOK Rheinland/Hamburg hat ergeben, dass in den Jahren 2022 und 2023 in der Mehrzahl der Fälle mit einem OPS 9-647 ebenfalls der Prozedurenschlüssel 9-649.0 (Keine Therapieeinheiten pro Woche) angegeben wurde, also weder Einzel- oder Gruppentherapien durch Ärzte, Einzel- oder Gruppentherapien durch Psychotherapeuten und/oder Psychologen oder Einzeltherapien durch Spezialtherapeuten vorgelegen haben.

2022: 55% 9-647 und 9-649.0

2023: 56% 9-647 und 9-649.0

Lösungsvorschlag

Es wird beantragt, die Funktion „Qualifizierte Entzugsbehandlung bei Erwachsenen“ abzuwerten und sie nicht mehr als Split-Kriterium für einen erhöhten Ressourcenverbrauch zu verwenden.

Zur Begründung möchten wir darauf hinweisen, dass in einer hohen Anzahl von Fällen, die aufgrund der Funktion „Qualifizierte Entzugsbehandlung von Erwachsenen“ der PEPP PA02C zugeordnet wurden, kein erhöhter Ressourcenverbrauch vorgelegen haben kann.

Die Mindestmerkmale des OPS 9-647 setzen das Vorhandensein von Therapieeinheiten durch Ärzte oder Psychotherapeuten und/oder Psychologen voraus. Fehlen diese gänzlich oder für die überwiegende Dauer der Behandlung, dürften die Mindestmerkmale des OPS 9-647 als nicht erfüllt und der zusätzliche Ressourcenverbrauch dadurch als nicht vorhanden angesehen werden. Folglich sollte die (fehlerhafte) Kodierung des OPS 9-647 nicht automatisch dazu führen, dass die PEPP mit dem dritthöchsten Ressourcenverbrauch angesteuert wird.

Ersatzweise könnte die Funktion „Qualifizierte Entzugsbehandlung bei Erwachsenen“ an die Funktionsweise des Kriteriums „Therapie Arzt/Psychologe ab 6 TE mit hohem Anteil“ gekoppelt werden, um sicherzustellen,

dass ein erhöhter Ressourcenverbrauch als Split-Kriterium vorgelegen hat und dementsprechend eine Mindestanzahl an Therapieeinheiten erbracht worden ist.

Die alleinige Erfüllung der Struktur- und Mindestmerkmale des OPS 9-647 durch Pflegefachkräfte dürfte anhand des eindeutigen Wortlautes nicht möglich sein. Es muss entweder ein Arzt oder Psychologischer Psychotherapeut an der Behandlung beteiligt sein und folglich fallen zwangsläufig Gruppen- und Einzeltherapien zur Erfüllung der Mindestmerkmale durch diese Berufsgruppe an.

Vorschlags-Nr. **P2500015**

Vorschlagender **Heinrich Sengelmann Klinik**



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 für 2023 P2300014 und für 2024 P2400011) 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

Vorschlags-Nr. **P2500016**

Vorschlagender **Heinrich Sengelmann Klinik**



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 2023 mit P2300015 und 2024 mit P2400010) keine entsprechenden spezifischen Leistungsbezeichner (z.B. ICD- bzw. OPS-Kodes) in den Kalkulationsdaten des Jahres 2020 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.

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.

Vorschlags-Nr. **P2500018**

Vorschlagender **Heinrich Sengelmann Klinik**



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 2023 mit P2300016 und 2024 mit P2400008 damals keine entsprechende spezifischen Leistungsbezeichner (z.B. ICD- bzw. OPS-Kodes) in den Kalkulationsdaten der Jahre 2021 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 ICD- bzw. OPS-Kodes vor.

Problemstellung

Der Einsatz von Depotantipsychotika ist bei der Behandlung von Schizophreniepatienten etabliert und wird von der aktuellen S3-Leitlinie Schizophrenie (AWMF-Register Nr. 038-009 vom 15.03.2019, wird derzeit überarbeitet) empfohlen:

„Depotantipsychotika sind aufgrund ihrer gesicherten Applikation und guten Bioverfügbarkeit eine wirksame Alternative zur oralen Medikation und sollten in der Rezidivprophylaxe als Behandlungsalternative angeboten werden. Depotantipsychotika sind wie auch die oralen Antipsychotika wirksam in Hinblick auf die Rezidivprophylaxe ohne relevante Unterschiede in der Wirksamkeit“ (Empfehlung 38).

„Aufgrund nicht ausreichend belegter überlegener Wirksamkeit einzelner Depotantipsychotika untereinander sollte die Auswahl anhand des Nebenwirkungsprofils und des gewünschten Injektionsintervalls vorgenommen werden“ (Empfehlung 39).

Seit vielen Jahren existiert ein einzelnes unbewertetes Zusatzentgelt für die Gabe von Paliperidon (ZP20xx-26). Bei Einführung von Paliperidon unterschied sich dieses Arzneimittel im Preis von anderen verfügbaren Antipsychotika deutlich. Inzwischen – spätestens mit Wegfall des Patentschutzes – haben sich die Therapiekosten angeglichen. Paliperidon ist der aktive Metabolit „9-Hydroxy-Risperidon“ des Antipsychotikums Risperidon.

2022 kam mit Risperidon ISM (Okedi®, ROVI) ein neues Depotantipsychotikum auf den deutschen Markt, das aufgrund seiner Galenik, der In-Situ Miroartikel (ISM)-Technologie viele Vorteile verspricht (z.B. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/232114/Depot-Antipsychotikum-bei-Schizophrenie-Bewaehrter-Wirkstoff-neu-verpackt>). Die ISM-Technologie basiert auf einem in-situ-bildenden festen polymeren Matrixsystem, das Risperidon enthält. Durch diese Technologie werden bereits am ersten Tag therapeutische Plasmaspiegel erreicht und der Wirkstoff wird kontinuierlich über 4 Wochen freigesetzt. Die Initiierung der Behandlung benötigt daher keine orale Supplementierung oder Loading Dose - im Gegensatz zu vergleichbaren Depotantipsychotika mit Risperidon und Paliperidon. Zudem zeigten die Ergebnisse der Zulassungsstudie Prisma-III, dass die Therapie mit Risperidon ISM nach einem Rückfall mit einer raschen Reduktion schwerer bis mittelschwerer psychotischer Symptome einhergeht. Risperidon ISM ist daher im Gegensatz zu klassischen Depotantipsychotika zur „Behandlung der Schizophrenie“ und nicht nur zur Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe zugelassen. Die Möglichkeit Risperidon ISM bereits frühzeitig während der Hospitalisierung zu verabreichen, sowie der schnelle Wirkeintritt wird sich voraussichtlich in kürzeren Krankenhausaufenthalten zeigen. Bei einer tagesbezogenen Vergütung im PEPP-System entstehen jedoch anders als im fallpauschalierenden DRG-System durch Verweildauerverkürzungen für das Krankenhaus keine kostenkompensierenden Effekte.

Die Kosten von Risperidon ISM und Paliperidon sind vergleichbar:

-Risperidon ISM: AVP/UVP gem. Roter Liste: 518,19 € (75mg) und 683,11 € (100mg), d.h. ca. 6,83 - 6,91 €/mg

-Paliperidon: AVP/UVP für Xeplion gem. Roter Liste: 75mg (OPS 6-006.a0) 570,01 € und 100mg 751,79 €, d.h. ca. 7,52 – 7,60 €/mg

Durch das unbewertete Zusatzentgelt für Paliperidon resultiert trotz vergleichbarer Kosten eine deutlich unterschiedliche Vergütung in Abhängigkeit des verwendeten Präparates. Dies kann dazu führen, dass nicht ausschließlich patientenseitige Faktoren die Auswahl des Präparates bestimmen und behandelnde Ärztinnen und Ärzte dies als ökonomischen Einfluss auf die Indikationsstellung wahrnehmen.

Trotz der Neuartigkeit der Galenik und der vergleichbar hohen Therapiekosten zum Paliperidon, für das auch 2024 weiter das ZP20xx-26 existiert, wurden NUB-Anträge für Risperidon für 2023 und 2024 mit dem Status 2 (nicht verhandelbar) abgelehnt.

Hinweisen aus den Abschlussberichten (z.B. 2024) ist zu entnehmen, dass die Analyse der Kalkulationsdaten keine stichhaltigen Anhaltspunkte für die Etablierung neuer bewerteter oder unbewerteter Zusatzentgelte – über die bestehenden hinaus – lieferte.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Kosten für die Gabe von Risperidon ISM bei Erstzulassung im Jahr 2022 erst vollständig im Datensatz aus 2023 analysiert werden können.

Lösungsvorschlag

Etablierung eines (unbewerteten) Zusatzentgeltes für die Gabe von Risperidon ISM. Ein paralleler Vorschlag zur Etablierung von OPS mit sinnvollen Dosierungsintervallen wurde fristgerecht bei BfArM eingereicht.

Problemstellung

Die Kodierung von Prozeduren, welche nur einmal während einer stationären Behandlung zu kodieren sind und sich auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl unterscheiden, sollten sowohl in der Somatik als auch in der Psychiatrie/Psychosomatik in identischer Weise kodiert werden. Gemäß DKR (Somatik) P005 werden diese Prozeduren aus pragmatischen Gründen unter Angabe des Datums der ersten Leistung angegeben, wohingegen diese Vorgabe in den DKR-Psych / PP012 für die identischen Prozeduren nicht enthalten ist.

Die Begründung leitet sich unter anderem aus der Einleitung zu beiden Kodierrichtlinien ab. Anhand der Prozedurenklassifikation soll das Leistungsspektrum der deutschen Krankenhäuser abgebildet werden. Es gilt, Leistungen vergleichbar darzustellen und sie einheitlich, auch in schwierigen Fällen, zu verschlüsseln. Die Diskrepanz zwischen den Vorgaben der somatischen und psychiatrisch/psychosomatischen Kodierrichtlinien steht aus Sicht der Antragstellerin einer Weiterentwicklung des Entgeltsystems gemäß § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) entgegen. Die Weiterentwicklung des durchgängig leistungsorientierten und pauschalierenden Entgeltsystems gemäß § 17b KHG benötigt die Angabe des Datums der ersten Leistung bei Prozeduren, die sich auf der Basis von Größe, Zeit und Leistung unterscheiden, die des ebenfalls durchgängig leistungsorientierten und pauschalierenden Entgeltsystems gemäß § 17d KHG schreibt diese Vorgehensweise bei der Kodierung hingegen nicht vor.

Sofern Angaben zu Größe, Zeit oder Anzahl in Relation zum Zeitpunkt der Kodierung nicht plausibel sind, wenn beispielsweise eine sehr hohe Dosis eines Medikamentes am Entlassungstag kodiert wurde und somit nicht abgeschätzt werden kann ob die Dosis in Relation zum gesamten Behandlungszeitraum oder in Teilen davon nachvollziehbar ist, entsteht unmittelbar weiterer Klärungsbedarf. Dieser unterliegt dem Wohlwollen des Leistungserbringers, bei der Plausibilisierung der angelieferten Daten mitzuwirken, oder er kann aufgrund der begrenzten Prüfquote auch unter Inanspruchnahme des MD nicht aufgeklärt werden.

Zusätzlich ist es für Krankenkassen auf der ersten Stufe des vom Bundessozialgerichtes entwickelten Prüfsystems von stationären Krankenhausleistungen, der Prüfung der vom Krankenhaus übermittelten Daten, notwendig, plausible Daten vorzufinden, die den Behandlungsverlauf so konkret wie möglich abbilden.

Ganz aktuell wird vermehrt das NUB 86, Esketamin nasal mit den Kliniken vereinbart und der OPS 6-00c.6 kodiert. Zur Plausibilisierung der verabreichten Menge ist es insbesondere bei einem OPS ohne konkrete Mengenangabe sehr wichtig, den Tag der ersten Gabe zu kennen. Nur so ist es denn Krankenkassen möglich, ohne Einschaltung des MD die Angaben, bzw. die Abrechnung der Kliniken zu überprüfen.

Lösungsvorschlag

Angleichung der Kodierrichtlinien P005 (Somatik) und PP012 (Psychiatrie/Psychosomatik) hinsichtlich der Angabe des Datums der ersten Leistung bei Prozeduren, die sich auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl unterscheiden.

Formulierungsvorschlag:

PP012f Prozeduren, unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl

Bestimmte Prozeduren des OPS, insbesondere aus Kapitel 6 und 8, werden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl unterschieden. Mengen- bzw. Zeitangaben sind zu addieren, die Summe ist einmal pro Aufenthalt zu kodieren.

Soweit der OPS für die Gabe von Medikamenten oder Blutprodukten eine Dosis- bzw. Mengenangabe vorsieht, ist nur die dem Patienten tatsächlich verabreichte Dosis bzw. Menge zu kodieren. Nur einmal während einer stationären Behandlung zu kodierende Prozeduren sind aus pragmatischen Gründen unter Angabe des Datums der ersten Leistung anzugeben.