

Inhaltsverzeichnis

<u>Vorschlagsnr.</u>	<u>Einreichende Institution</u>
P1400002	(LWL-Klinik Lengerich)
P1400006	(SHG-Kliniken Sonnenberg)
P1400010	(Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige)
P1400011	(Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V)
P1400012	(Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V)
P1400013	(Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling (RV-West)
P1400014	(Landschaftsverband Rheinland (LVR)
P1400015	(Landschaftsverband Rheinland (LVR)
P1400016	(Landschaftsverband Rheinland (LVR)
P1400017	(Landschaftsverband Rheinland (LVR)
P1400018	(Landschaftsverband Rheinland (LVR)
P1400019	(Landschaftsverband Rheinland (LVR)
P1400020	(Landschaftsverband Rheinland (LVR)
P1400021	(Landschaftsverband Rheinland (LVR)
P1400022	(Landschaftsverband Rheinland (LVR)
P1400023	(Landschaftsverband Rheinland (LVR)
P1400024	(Landschaftsverband Rheinland (LVR)
P1400025	(Landschaftsverband Rheinland (LVR)
P1400026	(Landschaftsverband Rheinland (LVR)
P1400027	(Landschaftsverband Rheinland (LVR)
P1400028	(Landschaftsverband Rheinland (LVR)
P1400029	(Landschaftsverband Rheinland (LVR)
P1400030	(Landschaftsverband Rheinland (LVR)
P1400031	(Landschaftsverband Rheinland (LVR)
P1400032	(Landschaftsverband Rheinland (LVR)
P1400033	(Landschaftsverband Rheinland (LVR)
P1400034	(Landschaftsverband Rheinland (LVR)
P1400035	(Landschaftsverband Rheinland (LVR)
P1400036	(Landschaftsverband Rheinland (LVR)
P1400037	(Landschaftsverband Rheinland (LVR)
P1400038	(Deutsche Krankenhausgesellschaft)
P1400039	(Deutsche Krankenhausgesellschaft)
P1400040	(Deutsche Krankenhausgesellschaft)
P1400041	(Deutsche Krankenhausgesellschaft)
P1400042	(Deutsche Krankenhausgesellschaft)
P1400045	(Deutsche Krankenhausgesellschaft)
P1400046	(Deutsche Krankenhausgesellschaft)
P1400048	(Pfalzkrankenhaus AdöR)
P1400049	(Pfalzkrankenhaus AdöR)
P1400050	(Pfalzkrankenhaus AdöR)
P1400052	(Pfalzkrankenhaus AdöR)
P1400053	(AKP hier vertreten durch die Bundesdirektorenkonferenz (BDK)
P1400054	(Barmer GEK)

PEPP-Vorschlagverfahren für 2014

<u>Vorschlagsnr.</u>	<u>Einreichende Institution</u>
P1400055	(Krankenhaus Lahnhöhe)
P1400056	(Krankenhaus Lahnhöhe)
P1400057	(Heinrich-Sengelmann- Krankenhaus gemeinnützige GmbH)
P1400058	(Heinrich-Sengelmann- Krankenhaus gemeinnützige GmbH)
P1400059	(Heinrich-Sengelmann- Krankenhaus gemeinnützige GmbH)
P1400060	(Heinrich-Sengelmann- Krankenhaus gemeinnützige GmbH)
P1400061	(Heinrich-Sengelmann- Krankenhaus gemeinnützige GmbH)
P1400062	(Pfalzkllinikum für Psychiatrie und Neurologie)
P1400064	(Pfalzkllinikum für Psychiatrie und Neurologie)
P1400066	(MediClin Klinik für Akutpsychosomatik und Reha Zentrum am Hahnberg)
P1400067	(MediClin Klinik für Akutpsychosomatik und Reha Zentrum am Hahnberg)
P1400068	(MediClin Klinik für Akutpsychosomatik und Reha Zentrum am Hahnberg)
P1400069	(MediClin Klinik für Akutpsychosomatik und Reha Zentrum am Hahnberg)
P1400070	(MediClin Klinik für Akutpsychosomatik und Reha Zentrum am Hahnberg)
P1400071	(Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband)
P1400072	(Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband)
P1400073	(Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband)
P1400074	(VPKD)
P1400075	(VPKD)
P1400076	(VPKD)
P1400077	(VPKD)
P1400078	(VPKD)
P1400079	(Verband der Universitätsklinika)
P1400080	(vdek)
P1400082	(ZfP Südwürttemberg)
P1400084	(Verband der Universitätsklinika)
P1400085	(Barmer GEK)
P1400086	(Verband der Universitätsklinika)
P1400087	(Verband der Universitätsklinika)
P1400088	(Verband der Universitätsklinika)
P1400089	(Verband der Universitätsklinika)
P1400090	(Verband der Universitätsklinika)
P1400091	(Verband der Universitätsklinika)
P1400093	(Verband der Universitätsklinika)
P1400094	(Landschaftsverband Rheinland (LVR))
P1400095	(Vinzenz von Paul Hospital gGmbH)
P1400096	(Vinzenz von Paul Hospital gGmbH)
P1400097	(DGPPN)
P1400098	(DGPPN)
P1400099	(DGPPN)
P1400100	(DGPPN)
P1400101	(DGPPN)
P1400102	(DGPPN)
P1400103	(DGPPN)
P1400104	(DGPPN)

Veröffentlichung

PEPP-Vorschlagverfahren für 2014



<u>Vorschlagsnr.</u>	<u>Einreichende Institution</u>
P1400105	(DGPPN)
P1400106	(Bundespsychotherapeutenkammer)
P1400107	(Bundespsychotherapeutenkammer)
P1400108	(Bundespsychotherapeutenkammer)
P1400109	(BAG KJPP DGKJP)
P1400110	(BAG KJPP DGKJP)
P1400112	(BAG KJPP DGKJP BAG PED AG GKInD)
P1400113	(Aktion Psychisch Kranke)
P1400114	(Aktion Psychisch Kranke)
P1400115	(Aktion Psychisch Kranke)
P1400116	(Aktion Psychisch Kranke)
P1400117	(Aktion Psychisch Kranke)
P1400118	(Aktion Psychisch Kranke)
P1400119	(Aktion Psychisch Kranke)
P1400120	(Dt. Gesellschaft f. Gerontopsychiatrie u –psychotherapie)
P1400121	(Dt. Gesellschaft f. Gerontopsychiatrie u –psychotherapie)
P1400122	(Dt. Gesellschaft f. Gerontopsychiatrie u –psychotherapie)
P1400123	(DGKJP)
P1400124	(Verband der Universitätsklinika)
P1400125	(Verband der Universitätsklinika)
P1400126	(Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V)
P1400127	(Verband der Universitätsklinika)
P1400128	(Verband der Universitätsklinika)
P1400129	(Verband der Universitätsklinika)
P1400130	(Verband der Universitätsklinika)
P1400131	(Verband der Universitätsklinika)
P1400132	(Verband der Universitätsklinika)
P1400133	(Verband der Universitätsklinika)
P1400134	(Verband der Universitätsklinika)
P1400135	(Verband der Universitätsklinika)
P1400136	(Verband der Universitätsklinika)
P1400137	(Verband der Universitätsklinika)
P1400138	(Verband der Universitätsklinika)
P1400139	(Verband der Universitätsklinika)
P1400140	(Verband der Universitätsklinika)
P1400141	(Verband der Universitätsklinika)
P1400142	(Verband der Universitätsklinika)
P1400143	(Pfalzkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400002

Vorschlagender **LWL-Klinik Lengerich**



Problemstellung

Seit 28 Jahren bietet die LWL-Klinik Lengerich als eine von zwei Kliniken in Deutschland gehörlosen und stark hörgeschädigten psychisch kranken Menschen stationäre und ambulante Behandlungen an. Dieses Angebot erfolgt abteilungsspezifisch mit allen erforderlichen kommunikativen Hilfsmitteln, insbesondere der Deutschen Gebärdensprache und technischer Ausstattung, wie mit Hörgeräten gekoppelte Übertragungsanlagen. Das gesamte ärztliche, therapeutische und pflegerische Personal der Abteilung ist gebärdensprachkompetent und ist im Hinblick auf die sozialen, kulturellen, psychischen und Bildungsvoraussetzungen und -bedingungen Gehörloser und stark Schwerhöriger geschult. Bei diesem etablierten stationären Setting handelt es sich um ein vollständig auf Hörgeschädigte ausgerichtetes Angebot, das bzgl. der Ergo-, Sport- und physikalischen Therapie inklusive Angebote mit hörenden Patienten der Gesamtklinik beinhaltet. Die Abteilung ist gegliedert in kleinere stationäre Einheiten mit den Schwerpunkten akutpsychiatrische und Entgiftungsbehandlungen einschl. Doppeldiagnosen sowie psychotherapeutisch orientierte Behandlungen.

Dieses Behandlungsangebot hat sich vor allem aufgrund des stark erschwerten Zugangs Gehörloser und hochgradig Schwerhöriger zu medizinischen Maßnahmen insgesamt und psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsangeboten im Besonderen sehr bewährt. Dies hat seine Anerkennung u.a. darin gefunden, dass mit den Krankenkassen eine Vereinbarung von berufsgruppenspezifischen Sonderzuschlägen für dieses spezielle Behandlungsangebot erfolgte, womit der deutlich höhere Aufwand abgedeckt wird.

Andere Angebotsformen für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige mit psychischen Erkrankungen haben sich erfahrungsgemäß als nicht annähernd so effektiv erwiesen, wie das bei uns bestehende, komplett auf diese Patientengruppe spezialisierte Angebot. Andere Angebotsformen, z.B. punktuelle Dolmetscherbegleitung im stationären Setting mit Hörenden oder inklusive Angebote mit nur einzelnen für Hörgeschädigte geschulten Mitarbeitern zeigen nicht annähernd diesen behandlingstechnischen Erfolg. Letzteres begründet sich in der geringen Zahl Hörgeschädigter in inklusiven Angeboten, so dass die wenigen dort für diese Patientengruppe geschulten Mitarbeiter gebärdensprachlich und in der Gesamtbeurteilung der psycho-sozio-kulturellen Hintergründe Gehörloser und stark Schwerhöriger nicht kontinuierlich trainiert und erfahren sind.

Im neuen Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychosomatik wird diese Patientengruppe nicht abgebildet. Die Hörschädigung wird zwar als Nebendiagnose kodiert, dies führt jedoch nicht zu einer eindeutigen Identifikation und angemessenen Bewertung dieser Patientengruppe mit ihrem speziellen Diagnostik- und umfassenden Behandlungsbedarf.

Lösungsvorschlag

Da sich bislang das bewährte und hochspezialisierte Angebot für Hörgeschädigte im PEPP-System nicht ausreichend abbildet, schlagen wir vor, diese entsprechenden zusätzlichen Leistungen in einer neuen OPS abzubilden.

Die Qualitätsmerkmale / Mindestmerkmale dieser OPS sollten umfassen:

1. Die Einrichtung verfügt über ein Behandlungszentrum für Hörgeschädigte mit ambulantem und stationärem Behandlungsangebot zur Diagnostik und Therapie für gehörlose und schwerhörige Menschen mit verschiedenen seelischen Störungen und Krankheiten. Es wird von einer/m leitenden Ärztin/Arzt geführt.
2. Alle Zimmer verfügen über eine optische Notfallmeldeanlage und Lichtklingeln. Die Stationen sind zudem mit weiteren technischen Besonderheiten, die der Sicherheit und Kommunikation von Hörgeschädigten dienen, ausgestattet (wie Internetanschluss u.ä.m.).

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400002



3. Die Patienten sind zu kleinen Stationseinheiten zusammengefasst, um eine individuelle, behinderungsgerechte und am der Erkrankung ausgerichtete Behandlung zu ermöglichen.
4. Alle Mitarbeiter beherrschen die Gebärdensprache als Zusatzausbildung (durch externe Gebärdensprachdozenten entsprechend den anerkannten Konzepten) und können sich auf Gehörlose und stark Schwerhörige einstellen, sowie ihre Situation im Gesamtkontext der kulturellen, psychosozialen, Bildungs- und kommunikativen Aspekte angemessen beurteilen und diese umfassend in der Diagnostik und Behandlung der Betroffenen berücksichtigen.
5. Ein multiprofessionelles Team unter der Leitung eines Facharztes besteht mindestens aus Ärzten, Pflegekräften mit psychiatrischer Fachausbildung, Psychologen, Sozialpädagogen, Ergotherapeuten, Bewegungstherapeuten. Es führt die Behandlungsplanung und -evaluation gemeinsam durch.
6. Als Einzeltherapien werden angeboten:
Therapeutische, d.h. psychotherapeutisch und psychotherapeutisch orientierte Sitzungen / Beratungen
Ärztliche, d.h. psychiatrische und somatische Beratungen
Pädagogische Beratung und Begleitung
Angehörigengespräche und -beratungen
Entspannungsverfahren
Lebenspraktisches Training
Ergotherapie
Bewegungstherapie
Computergestütztes Hirnleistungstraining
Kommunikationsförderung
Lichttherapie
Physikalische Therapien
7. Als Gruppentherapien werden angeboten:
Psychotherapeutische Gruppe
Informations- und Kommunikationsgruppe
Soziales Kompetenztraining
Lebenspraktisches Training
Themenzentrierte Gruppen im ergotherapeutischen Bereich
PMR nach Jacobson
Gehirnjogging und kognitives Training
Bewegungstherapie, auch mit Musik
Arbeitstherapie (Bereiche: Werkstatt/Gärtnerei)
Sport, Schwimmen, Kegeln
Freizeitaktivitäten und -strukturierung
Kulturelle Angebote
8. Es besteht Erfahrung in der kommunikativen Unterstützung von Patienten mit Cochlea-Implantaten
9. Fachspezifische Fortbildungen werden durchgeführt.

Über die neu zu schaffende OPS können betroffene Fälle eindeutig identifiziert und einer angemessenen Bewertung im Psych-Entgeltsystem zugeführt werden.

Bei der neu einzuführenden Betreuungsintensität wäre eine Dimension "Einschränkung der Kommunikationsfähigkeit" zu wünschen mit den Ausprägungen:

- 1 - keine bis leicht (deutliche, langsame Sprechweise)
- 2 - mittel (mit Gebärden / Dolmetscher)
- 3 - mittel bis schwer (eingeschränktes Sprachniveau / Verständnis)
- 4 - schwer (keine Gebärdenkompetenz, nur nonverbale Kommunikation, u.a. Pantomime, möglich)
- 5 - besonders schwer (keine Kommunikation möglich oder taubblind, keine gemeinsame

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400002



Sprache)

Diese Dimension wäre auch für viele andere Patientengruppen (Menschen mit Migrationshintergrund, sprachliche Barrieren aufgrund anderer Erkrankungen etc.) anzuwenden.

Mit dem Deutschen Gehörlosen-Bund besteht Konsens über die Notwendigkeit der spezifischen Versorgungsangebote für gehörlose/hörgeschädigte psychisch kranke Menschen; von dieser Seite wird der Vorschlag umfänglich unterstützt.

Nachfolgend die Anlage(n) zum vorstehenden Vorschlag.

[Zur Übersicht](#)

Medizinische Expertise

Autorin: Dr. med. Ulrike Gotthardt,
Chefärztin des Behandlungszentrums für Hörgeschädigte
LWL-Klinik Lengerich

Bereits vor über 25 Jahren wurde in Deutschland erkannt, dass das wichtigste Behandlungsinstrument im Bereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, die Lautsprache, eine große Patientengruppe nicht oder nur sehr stark eingeschränkt erreicht. Dies betrifft Menschen mit Gehörlosigkeit, stark Schwerhörige, einschließlich Cochlear-Implantierte, Taubblinde sowie Spätertaubte.

Aufgrund dieser erkannten Unterversorgung entstanden Mitte der 80-er Jahre die Abteilungen für Hörgeschädigte (d.h. Gehörlose, stark Schwerhörige einschließlich Cochlear-Implantierte) in der LWL-Klinik in Lengerich und der Klinik am Europakanal in Erlangen.

Bis heute besteht in beiden Abteilungen eine kontinuierliche Nachfrage nach ambulanter und stationärer Diagnostik und psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung, die weder durch den zunehmenden Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern, noch durch die zunehmende Zahl an Cochlear-Implantierten abnimmt. Dieses liegt im ersteren Fall daran, dass die Hinzuziehung eines Gebärdensprachdolmetschers in das auf Vertrauen und ein Vier-Augen-Setting basierende Therapeut-Patienten-Verhältnis erheblich eingreift und daher von vielen Patienten als auch Therapeuten abgelehnt wird. Im zweiten Fall zeigt die Erfahrung, dass das Implantat kein den Hörenden ebenbürtiges Hörvermögen herstellen kann. So bleiben CI-Implantierte nicht nur in vermindertem Ausmaß wie zuvor trotzdem schwerhörig, sondern sind darüber hinaus oft auch weiterhin kommunikativ auf Unterstützung, wie z.B. das deutliche Sprechen, Ablesen von den Lippen und Gebärden, angewiesen. Dem gegenüber gibt es nur äußerst wenige Ärzte und Psychotherapeuten, die die erforderlichen Kommunikationsmittel sowie die Gebärdensprache beherrschen, die sich auf die Hörgeschädigten einstellen können, sowie deren Situation im Gesamtkontext der bildungs-, kulturellen, psychosozialen und kommunikativen Aspekte angemessen beurteilen können. Erst auf dieser Grundlage lassen sich zu Beginn und im Gesamtverlauf die individuellen und angemessenen Inhalte und Einzelheiten der Diagnostik und Behandlung ermitteln und entwickeln.

Bei dieser Gruppe psychisch erkrankter Hörgeschädigter handelt es sich im Weiteren überwiegend um Betroffene, deren Hörschädigung im frühesten Kindesalter eingetreten ist. Sie wachsen zu 90 Prozent in hörenden Familien auf, in denen die Voraussetzungen zur adäquaten Kommunikation zwischen den hörenden und den hörgeschädigten Familienmitgliedern nicht gegeben sind. Denn auch heute noch wird in der Frühförderung und Bildung dem Erlernen der Lautsprache und der lautsprachlichen Vermittlung von Alltagsinformationen, Erziehungsinhalten und Wissen offen oder versteckt die oberste Priorität eingeräumt, so dass u.a. die verschiedenen Kulturtechniken nur unzureichend erlernt werden. Dem gegenüber zeigen in Deutschland und international gewonnene Erfahrungen, dass die Förderung Gehörloser und stark Schwerhöriger auf allen Ebenen besser gelingt, wenn hier umfassend und individuell auf ihre kommunikativen Bedürfnisse, i.S. der Total Communication einschließlich der Gebärdensprache, eingegangen wird.

Somit ergeben sich durch die schwerpunktmäßige Ausrichtung auf die lautsprachliche Förderung für Hörgeschädigte u. a. erhebliche Defizite im Leseverständnis, den schriftsprachlichen Fähigkeiten, dem Wissen über Alltagsdinge einschließlich denjenigen mit gesundheitlicher Relevanz, im Umgang mit somatischen und psychischen Belastungen und Erkrankungen und vieles andere mehr. Um dies zu verdeutlichen sei beispielhaft darauf hingewiesen, dass entsprechend wissenschaftlicher Untersuchungen ein durchschnittlicher gehörloser Hauptschulabgänger einem gleichaltrigen Hörenden um etwa 2-3 Jahre in seiner psychosozialen Entwicklung und rund 4-5 Jahre in Bezug auf den Bildungsstand hinterherhinkt.

All diese genannten Punkte haben ganz erhebliche Auswirkungen auf die psychische Entwicklung und Gesundheit der gehörlosen und stark schwerhörigen Betroffenen. Auch wenn die psychiatrischen Erkrankungen bei ihnen in vergleichbarem Ausmaß anzutreffen sind wie bei Hörenden, so ist bei ihnen unserer Erfahrung nach ein höherer Anteil von psychischen und somatischen Komorbiditäten zu beobachten. Weiterhin zeigt sich ein deutlich höherer Anteil an hörgeschädigten psychisch Erkrankten mit Anpassungs- und neurotischen Störungen. Sehr problematisch sind darüber hinaus deutlich ausgeprägtere und schwerere psychische Krankheitsbilder bei Behandlungseintritt, da die Erreichbarkeit psychischer Hilfen für diese Personengruppe im Vergleich zu Hörenden um ein Wesentliches eingeschränkt ist. Hierbei ist nicht nur die Schwelle zum Erhalt psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfen durch die erheblichen kommunikativen Schwierigkeiten stark erhöht, auch trifft dies für die (begleitenden) somatischen Erkrankungen zu. So wird bei einem großen Teil der hier behandelten Hörgeschädigten erstmalig eine somatische Erkrankung diagnostiziert und/oder einer angemessenen Behandlung zugeführt. In deutlich höherer Ausprägung lässt sich zudem eine nonverbale Ausgestaltung der psychischen Krankheitsbilder bei dieser Patientengruppe beobachten, wobei hier beispielhaft die oftmals fast rein somatische Ausgestaltung depressiver Störungen genannt werden kann.

So kommen die gehörlosen und stark schwerhörigen Patienten aufgrund der kommunikativen Schwierigkeiten nicht nur erst sehr spät zur psychiatrischen und somatischen Diagnostik, auch durchlaufen sie sehr häufig umfangreiche und lang anhaltende somatisch-fachärztliche und schließlich auch mehrfache hörgeschädigten-unerfahrene psychiatrisch-psychosomatische Abklärungen und Behandlungen bevor sie in die ihnen entsprechende, fachlich adäquate Behandlung gelangen.

Daher erfordert sowohl die adäquate Diagnostik als auch Therapie gehörloser und stark schwerhöriger psychisch Kranker den direkten kommunikativen Zugang aller an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen einschl. der profunden Kenntnis der psychosozialen und kulturellen Hintergründe dieser Patientengruppe. In jedem Fall hat dies die umfangreiche entsprechende und anhaltende Schulung, Austausch und Supervision der zu 95 Prozent hörenden Mitarbeiter dieser Institutionen zur Voraussetzung, da nur ein sehr geringer Teil der Fachleute selbst hörgeschädigt ist.

Neben der objektiv durchführbaren Diagnostik (z.B. EEG, Liquorpunktion, CT, MRT) bezieht sich die psychiatrische Diagnostik Hörgeschädigter vor allem auf die persönliche Beziehungnahme mittels nonverbaler Kommunikation, Ablesen von den Lippen, individuell angepasstem (Laut)Spracheinsatz, lautsprachbegleitende Gebärden und die Deutsche Gebärdensprache sowie ganz besonders die Verhaltensbeobachtung. Neuropsychologische Testverfahren, welche speziell auf die Situation Hörgeschädigter adaptiert sind, existieren in Deutschland bislang nicht. Sollte doch versucht werden, vorhandene neuropsychologische Tests für Hörende im Einzelfall anzuwenden, so müssen diese mühsam in der individuell erforderlichen Kommunikation vermittelt werden. Dies benötigt nicht nur oft den zwei- bis dreifachen Zeitaufwand, sondern läuft u. U. durch zusätzlich notwendige Erläuterungen oftmals dem ursprünglichen Testdesign zuwider. Letztlich existieren im deutschen Sprachraum nur zwei Intelligenztests, die auf stark Schwerhörige und Gehörlose adaptiert sind, von denen eines zudem nur an Betroffenen bis zum Alter von 17 Jahren erprobt ist.

Auch die Therapiedurchführung erfordert ein deutliches Mehr an zeitlichem Aufwand und bedarf hier fast immer zu ihrer Vorbereitung umfangreicher Vermittlung von Basiswissen, wie diese bei hörenden Patienten bereits mit dem Ende der Schulzeit vorausgesetzt werden kann. In sofern müssen sämtliche Behandlungskonzepte nicht nur als Voraussetzung hierzu die Vermittlung von Basisinformationen und –wissen im Auge behalten, sondern im Verlauf auch immer wieder fehlende Wissenslücken schließen, die so bei hörenden Patienten nicht zu erwarten sind. Unter Berücksichtigung dieser besonderen kommunikativen und kulturellen sowie psychosozialen Bedingungen einschließlich des genannten zusätzlichen Aufklärungsaufwandes lassen sich jedoch letztlich vergleichbare Behandlungskonzepte wie bei Hörenden durchführen. Dabei finden vor allem gesprächs- und verhaltenstherapeutische

Behandlungsansätze Anwendung, in wenigen Fällen werden tiefenpsychologische Vorgehensweisen angewandt. Psychoanalytisch orientierte Behandlungen finden dem gegenüber nur selten Anwendung bei dieser Patientengruppe. Unter den genannten Voraussetzungen kommen bei Hörgeschädigten, wie dies auch bei Hörenden üblich ist, die Behandlungsinstrumente der Einzel- und Gruppensitzungen, ergo- und arbeitstherapeutischen Maßnahmen, Sport- und Soziotherapie, Gestaltungstherapie, Aromatherapie und im Rahmen der Entspannungstherapie insbesondere die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson zum Einsatz.

Finanzierungshintergrund

Autor: Wilhelm Prinz

Abteilungsleiter Finanz- und Rechnungswesen, Patientenverwaltung
LWL-Klinik Lengerich

Finanzierung / Krankenhausleistungen - Behandlungszentrum für Hörgeschädigte

Mit den Krankenkassen wurde für das Behandlungszentrum für Hörgeschädigte eine besondere Budgetvereinbarung getroffen. Bei der Berechnung der PsychPV wird für die einzelnen Berufsgruppen aufgrund des höheren Aufwandes ein berufsgruppenspezifischer Aufschlag auf die Minutenwerte berechnet. Für die differenzierte Behandlung werden auf die therapeutischen Anforderungen entsprechend ausgerichteten kleineren Stationen vorgehalten. Durch die geringere Größe der Stationen, ergibt sich aus der Sockelbemessung und der Nachwachenstruktur, ebenfalls eine höhere Personalausstattung

Durch die besonderen Strukturen ergeben sich auch bei den Sachkosten höhere Aufwendungen (u.a. Energie, Reinigung, Instandhaltung).

Die vorgenannten Aufwendungen sind in der Budgetermittlung/-vereinbarung berücksichtigt. Sie werden jedoch nicht eigenständig, sondern über den allgemeinen Pflegesatz abgerechnet.

Die Leistungszahlen (Durchschnitt 2008 - 2012) für die Abteilung und die gesamte Klinik sind nachfolgend aufgeführt:

Klinik/Abteilung vollstationär Krankenhausleistungen	Fälle	Berechnungs- tage	Verweildauer	Durchschnitt. Patienten
Behandlungszentrum für Hörgeschädigte (davon)	334	9.910	29,67	27,15
Klinik gesamt	4.694	118.662	25,28	325,10

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400006

Vorschlagender **SHG-Kliniken**



Problemstellung

KJPPP Kleinblittersdorf: Behandlung von Jugendlichen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und Komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung

Dialektisch-Behaviorale Therapie für Jugendliche (DBT-A) und Trauma-Fokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (TF-CBT)

Problemstellung:

In der KJPPP Kleinblittersdorf werden jährlich ca. 50 Jugendliche mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung bzw. komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung behandelt. Hierbei handelt es sich um Jugendliche, die in ihren familiären-, Peergroup-, schulischen- bzw. Ausbildungsbezügen überhaupt nicht mehr zu Recht kommen. Aufgrund ihrer mannigfaltigen psychiatrischen Symptomatiken: heftige Stimmungsschwankungen, selbstverletzendes, parasuizidales bzw. suizidales Verhalten und Dissoziationen können altersadäquate Alltagsfunktionen nicht mehr aufrecht erhalten werden.

Im Sinne von sog. "Selbstheilungsversuchen" kommt es in der Folge häufig zu Alkohol- und Cannabisabusus, was auch als dysfunktionale Coping-Strategie im Umgang mit der von den Jugendlichen selbst sehr aversiv erlebten emotionalen Instabilität verstanden werden kann. Nicht selten treten im weiteren Verlauf sog. komorbide Störungen auf. Neben dem bereits erwähnten beginnenden Alkohol- und Drogenabusus sind hier affektive Störungen (Depression- und Angststörungen) und Essstörungen, meistens in Form einer bulimischen Erkrankung, zu nennen.

In der Regel haben diese Jugendliche schon eine Kette wenig erfolgreicher ambulanter und oder teilstationärer/ stationärer Behandlungsversuche hinter sich, wenn sie zu uns kommen. Das macht sie und ihre Angehörigen - verständlicher Weise - zunächst einmal skeptisch gegenüber weiteren Therapie- und Behandlungsversuchen. Insofern braucht es zunächst eine gewisse Zeit um i.S. sog.

Commitment-Strategien ein tragfähiges therapeutisches Arbeitsbündnis mit diesen Patienten zu etablieren. Denn die Jugendlichen müssen sich freiwillig und eigenverantwortlich für das Therapieprogramm entscheiden.

Nicht adäquat behandelt werden aus diesen Jugendlichen im späteren Verlauf häufig sog. "Drehtürpatienten". Auch "Treatment as usual" - Behandlungen, also herkömmliche Behandlungsansätze, haben sich als wenig erfolgversprechend erwiesen. Hier sind Abbruchquoten von 75% die Regel. Und das macht die Behandlung dieser Patienten richtig teuer. Erwachsene Borderline-Patienten befinden sich durchschnittlich 100 Tage im Jahr in stationärer Behandlung und das kostet 15% der Gesamtausgaben in unserem Gesundheitssystem (BOHUS et. al, 2012).

Stefan Eisenbeis
Psychologischer Psychotherapeut
Ltd. Dipl. Psychologe

Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie und Psychosomatik
Waldstr. 40

Tel.:06805-928257
Mobil: 0173-6580239
E-mail: s.eisenbeis@sb.shg-kliniken.de

Lösungsvorschlag

Lösungsvorschlag:

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400006



In der KJPPP Kleinbittersdorf haben wir 2006 damit begonnen ein störungsspezifisches, evidenzbasiertes Therapieprogramm, die Dialektisch-Behaviorale Therapie für Jugendliche (DBT-A), zu implementieren. Im Oktober 2010 haben wir die vom Dachverband DBT ausgesprochene Zertifizierung als DBT-A Behandlungseinheit erlangt.

Parallel zur Implementierung haben wir die Behandlungsprogramme wissenschaftlich evaluiert. Mittlerweile sind bereits 150 Patienten in die Studie eingeschlossen worden. Hier einige Ergebnisse der zur Veröffentlichung anstehenden Studie (Eisenbeis & Möhler, in Vorbereitung): Gegenüber o.g. "Treatment as usual"- Behandlungen haben wir eine Abbruchquote von nur 15%, was bedeutet, dass es gelingt mit diese Verfahren die jugendlichen Patienten überhaupt erst einmal in Therapie zu halten. Die Prä-Post-Vergleiche zeigen eine signifikante Verbesserung in allen Parametern der Emotionsregulation, was bekannter Maßen die Kernproblematik der Störung darstellt, ein Rückgang der Dissoziationsneigung und eine signifikante Verbesserung der allgemeinen Psychopathologie, was einen Rückgang der o.a. komorbiden Störungen meint.

Unsere klinische Erfahrungen der vergangenen sieben Jahre haben gezeigt, dass die Jugendlichen mit einer zusätzlichen komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (z.B. chronischer sexueller Missbrauch) durch das DBT-A Programm alleine nicht ausreichend stabilisiert werden können. In Kooperation mit der KJPP Ulm haben wir 2011 begonnen ein weiteres, störungsspezifisches und evidenzbasiertes Therapieprogramm, die Trauma-Fokussierte-Kognitive Verhaltenstherapie (TF-CBT) zu etablieren. Im Rahmen einer Multi-Center-Studie bieten wir dieses Therapieprogramm an vier Standorten der KJPP der SHG-Kliniken ambulant und in Kleinbittersdorf in Kombination mit dem DBT-A Ansatz stationär an. Dies bedeutet, dass die Jugendlichen zunächst im DBT-A Programm starten und nach ausreichender psychischer Stabilisierung (keine akute Suizidalität, keine schweren Selbstverletzungen, eigenverantwortlicher Umgang mit dissoziativen Zuständen) setzt zusätzlich eine Trauma-Expositionsbehandlung nach dem TF-CBT Ansatz ein.

Bisher umfasst unser stationäres DBT-A Programm eine Behandlungsdauer von 12 Wochen, bei zusätzlicher TF-CBT-Behandlung, welche in der Hälfte des DBT-A Programms einsetzt, kommen nochmal 6 Wochen hinzu.

Stefan Eisenbeis
Psychologischer Psychotherapeut
Ltd. Dipl. Psychologe

Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Psychotherapie und Psychosomatik
Waldstr. 40

Tel.: 06805-928257
Mobil: 0173-6580239
E-mail: s.eisenbeis@sb.shg-kliniken.de

Diagnosen

F43.1
F60.31

[Zur Übersicht](#)

UNTERSCHIEDE

Psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen sowie jungen Erwachsenen versus bei Erwachsenen

KINDER/JUGENDLICHE/ JUNGE ERWACHSENE	ERWACHSENE
---	------------

1. Leidensdruck und Motivation

Subjektiv gering Leidensdruck eher sekundär empfunden: Ich muss in die Klappse Konsequenz	Subjektiv hoch Intrinsischer Leidensdruck
Primär Arbeit an der Beziehung notwendig; Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung Leidensdruck verdeutlichen Motivation aufbauen	Deutlich höhere Motivation bei Beginn von Therapie

2. Krankheitsbewältigung/Stigma-Management

Erkrankung plötzlich, unerwartet, „überfallsartig“ Erkrankung als Kränkung, Versagen	Therapie-Optionen im Vorfeld erwogen (wahrgenommen) Erkrankung als Konsequenz der Lebensereignisse und -führung
Konsequenz Verleugnung, Rationalisierung, Bagatellisierung	Erwartung und Inanspruchnahme von Hilfe

3. Umfeld

Oft invalidierendes Umfeld (Misshandlung, Missbrauch, Vernachlässigung) Bzw. Umfeldbedingungen unklar („Dunkelfeld“)	Umfeld meist frei gewählt Umfeld meist schneller wechselbar
--	---

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400010

Vorschlagender

Dynamisch-Psychiatrische Klinik Mengerschwaige



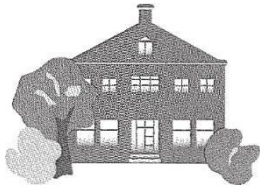
Problemstellung

Definition Erweiterung nach dem Bereich 9-62

Lösungsvorschlag

siehe Anhang

[Zur Übersicht](#)



Dynamisch-Psychiatrische

Klinik Mengerschwaige

Fachklinik für Psychiatrie | Psychotherapie
Psychoanalyse | Psychosomatik



Dynamisch-Psychiatrische Klinik Mengerschwaige
Geiselgasteigstraße 203 | 81545 München

InEK

DKG und DGPPN

Ihre Nachricht vom

Ihr Zeichen

Unser Zeichen

Datum

Dr.Fa./ah

06.02.2013

Vorschlagsverfahren-PEPP

Sehr geehrte Damen und Herren,

unsere Klinik ist spezialisiert auf die Behandlung schwerer und schwerster so genannter Frühstörungen (Persönlichkeitsstörungen, Psychosen, Angst- und Zwangserkrankungen etc.), die aufgrund ihrer strukturellen Störungen, die sich u.a. auch durch ihre soziale Isolation und Kontaktproblematik ausdrücken, von großen Gruppen besonders profitieren können. Nach unserer Erfahrung sind große Gruppen (beispielsweise in expressiven Therapien wie Tanz-, Musik-, Theater- oder Kunsttherapie, projektzentrierte Milieugruppen oder Klinikgroßgruppen) therapeutisch besonders wirksam. Dies ist auch durch die Fachliteratur belegt (s. z.B. Schneider & Weinberg: The Large Group Re-Visited, International Library of Group Analysis 2003, weitere Literatur auf Wunsch). Deshalb schlagen wir eine Erweiterung der Definition nach dem Bereich 9-62 auf 30 Patienten vor.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. (Univ. Tel Aviv/Israel) Egon Fabian
Arzt für Neurologie und Psychiatrie
Arzt für Psychosomatische Medizin
Leiter der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige

Kontaktdaten

Tel 089 64 27 23-0
Fax 089 64 27 23 95
info@Riklinik -menterschwaige.de
www.klinik-menterschwaige.de

Träger

Klinik für Dynamische
Psychiatrie München GmbH

Bankverbindungen

Bank für Sozialwirtschaft München
Kto 78 82 700 | Blz 700 205 00
Postgiroamt München
Kto 506 65 802 | Blz 700 100 80

Geschäftsführer

RA Michael Strebach
Prof. Dr. Maria Ammen

Gesetzliche Angaben

Registergericht München
Nr. HRB 54797

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014



Vorschlags-Nr. **P1400011**

Vorschlagender **Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V.**

Problemstellung

Fälle mit der Hauptdiagnose einer Manie oder einer bipolaren affektiven Störung (F30, F31) unterscheiden sich klinisch und möglicherweise auch in ihrem Ressourcenverbrauch von Fällen mit der Hauptdiagnose einer anderen affektiven Störung.
Hier erscheint eine Prüfung angemessen, ob diese Fälle sachgerechter in einer eigenen Basis-PEPP für Manie und bipolare Störungen oder ggfs. in einer anderen Basis-PEPP abgebildet werden können.

Lösungsvorschlag

Etablierung einer eigenen Basis-PEPP für "Manie oder bipolare Störung".
Alternativ Prüfung, ob diese Fälle ggfs.

Diagnosen

F30.0
F30.1
F30.2
F30.8
F30.9
F31.0
F31.1
F31.2
F31.3
F31.4
F31.5
F31.6
F31.7
F31.8
F31.9

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400012

Vorschlagender

Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V.



Problemstellung

Bei einer Subgruppe der tagesklinisch behandelten Patienten, insbesondere bei Direkteinweisungen aus dem ambulanten Bereich - ohne vorausgehende vollstationäre Behandlung - ist der diagnostische und therapeutische Aufwand erhöht.

In diesem Kontext hat der VGH Baden-Württemberg in seinem rechtskräftigen Beschluss vom 30.9.2009 (Az.: 9 S 906/08) entschieden, dass "besondere Verhältnisse" im Sinne des § 3 Abs. 4 S. 1 Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV), die eine vom Regeldienst abweichende Feststellung der Zahl der Personalstellen erlauben, dann vorlägen, wenn in einer psychiatrischen Tagesklinik auch akut psychisch Erkrankte aufgenommen würden. Damit wurde die Entscheidung der Landesschiedsstelle Baden-Württemberg aus dem Jahr 2006 zugunsten zweier Tageskliniken bestätigt, dass bei bestimmten Patienten ein Zuschlag auf die Psych-PV-Minutenwerte nach A6 erfolgen kann. Die Thematik besteht in anderen Bundesländern ebenso und dürfte sich angesichts des rechtskräftigen Urteils ggfs. noch verstärken.

Offen ist gegenwärtig die Frage, in welchen Behandlungsbereich nach der Psych-PV die entsprechenden Patienten im Rahmen der Übermittlungen der Abrechnungsdaten nach § 301 SGB V (Pseudo-OPS-Schlüssel) einerseits und der Datenlieferung nach § 21 KHEntgG andererseits einzustufen sind. Die Eingruppierungsempfehlungen der Selbstverwaltung sind in Bezug auf diese Thematik nicht eindeutig und lassen sowohl die Einstufung nach A1 als auch nach A6 zu.

Einige Krankenhäuser favorisieren gegenwärtig die Einstufung in den Behandlungsbereich A1. Die Information über die Versorgungsform (voll-, teilstationär) wird innerhalb der Datensätze sowohl gemäß § 301 SGB V als auch gemäß § 21 KHEntgG über die Nennung des Aufnahmegrundes gegeben. Der Arbeitskreis Württembergischer Tageskliniken hat im Jahr 2009 ein Bewertungsschema erarbeitet, nach welchen Kriterien tagesklinische Fälle in den Behandlungsbereich A1 eingestuft werden (siehe beigefügtes Dokument).

Vergleiche auch Vorschlag der BWKG aus dem Jahr 2010 im Rahmen des G-DRG-Vorschlagsverfahrens für das Jahr 2011 (Verfahrensnummer V11112).

Offen ist, ob sich der erhöhte diagnostische, therapeutische sowie Betreuungsaufwand dieser Patienten auch über andere Merkmale (z.B. Therapieeinheiten der Therapiekomplexe) erfassen lässt.

Lösungsvorschlag

a.) Analyse von tagesklinischen Kostendaten von Krankenhäusern, die Fälle mit Aufnahmegrund = "03" in den Behandlungsbereich A1 der Psych-PV eingestuft haben. Zeigen sich Kostenunterschiede zu Fällen mit Einstufung in den Behandlungsbereich A6.

b.) ggfs. Einführung eines neuen Leistungsbezeichners, der diese Fälle identifizierbar macht.

[Zur Übersicht](#)

Psych-PV A1 Einstufung – Bewertungskriterien Version April 09

1. Psychiatrisch-psychotherapeutischer Rahmen, Abklärung, Behandlung	
a. Keine ausreichende Vordiagnostik	
i. Eigenständige Diagnostische Einschätzung nötig	3
ii. Eigenständige Behandlungsplanung notwendig	3
iii. Fremdanamnese diagnostisch notwendig	2
iv. Aufwändige Zusatzdiagnostik (CCT, MR, Testung)	3
b. Behandlung steht häufig in Frage	
i. Große Ambivalenz bzgl. Behandlung	2
ii. Fehlzeiten	3
iii. Häufige Gespräche um Pat in der Klinik zu halten	4
iv. Nahe an Vollstationärer Behandlungsnotwendigkeit	4
v. Klärungsbedarf ob Pat TK überhaupt bewältigen kann	2
vi. Wenig tragfähige Krankheits- und Behandlungseinsicht	4
c. Suizidalität die häufiger Abklärung bedarf	8
d. Schwer sozialverträgliche Symptomatik	
i. Impulshaftigkeit	8
ii. Aggressivität	8
e. Intensive psychotherapeutische Interventionen sind notwendig	3
f. Hoher Abstimmungsbedarf und Supervisionsbedarf	4
g. Einbeziehung von Angehörigen in Behandlung ist notwendig	3
h. Schwierige Einbindung in therapeutische Gruppen	4
i. Häufige Krisengespräche mit fallverantwortlichem Therapeut und Bezugstherapeut - über den Einzelgesprächsstandard hinausgehend - sind erforderlich	6
j. Ausgeprägte Entlasskrise	6
2. Sucht (**	
a. Aktuell noch relevante Suchtmittelvorgeschichte, Kontrollbedarf bzgl. Substanzen, (Drogenscreening) CDT, Kontakt z. Suchtberatungsstelle nötig (**	8
3. Somatische Komplikationen	
a. Somatischer Abklärungsbedarf Untersuchungen innerhalb der Klinik notwendig.	4

b. Interkurrente somatische Erkrankungen, die zu Fehlzeiten führen	4
c. Kommunikationsbedarf mit Hausarzt, nicht psychiatrischen Klinikärzten	4
d. Unterstützungsbedarf wegen somatischer Behinderung	4
4. Psychopharmakologie	
a. Rasche ungeplante Medikationsveränderungen (Notfallmedikation)	8
b. Komplizierte Medikamenteneinstellung	4
c. Mehrfach Medikamente nicht vertragen (**	4
d. Therapierefraktär auf mehrere Medikamente (** 4	
e. Unsichere Compliance	4
f. Laborkontrollen werden nicht zuverlässig wahrgenommen	4
5. Klärung der äußeren Situation	
a. Es besteht erheblicher sozialer Klärungsbedarf (akute Bedrohung von Wohn-, Arbeitssituation, Krankenversicherungsstatus, Kinderversorgung, Unterstützung bei der Organisation einer Haushaltshilfe, Koordinierungsbedarf mit dem Jugendamt, etc.)	8
b. mit dem Patienten ist ein Entlassumfeld mit ambulanter Nachbehandlung zu entwickeln (Unterstützung bei der Suche nach einem ambulanten Nachbehandler, Kontaktaufnahme zur Psychiatrischen Institutsambulanz, Tagesstätte, Gemeindepsychiatrisches Zentrum, Betreutes Wohnen, SpDi, anschließende medizinische Rehabilitation	4
c. Einbringen in Hilfeplanverfahren ist nötig	8
d. Eine berufliche Rehabilitation (stufenweise Wiedereingliederung, Umschulung, betriebsgebundene Belastungserprobung) ist in die Wege zu leiten, wird gerade durchgeführt	4
e. Das soziale Umfeld macht Außentermine von Klinikmitarbeitern notwendig	4
f. Das Familiäre Umfeld ist intensiv auf die Entlassung vorzubereiten	4

Anleitung:

Es wird bei jedem Punkt festgestellt ob dies in den letzten vier Behandlungstagen vor dem Stichtag oder am Stichtag selbst relevant ist. Z.B. ist eine diagnostische Fremdanamnese, die für den nächsten Tag geplant nicht relevant.

Ausnahme: Sucht, Therapierefraktär (** hier ist die grundsätzliche Komorbidität bzw. Vorgeschichte relevant.

Einstufung in A1

Wenn in mindestens einem der Kriterienbereiche 8 oder mehr Punkte erreicht werden, ist von einem deutlich erhöhten Aufwand auszugehen.

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400013

Vorschlagender

Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling (RV-West)



Problemstellung

Die Einstellung von schizophrenen Patienten auf eine atypische langwirksame Therapieform erfolgt überwiegend während eines stationären Aufenthaltes der Betroffenen.

Depot-Antipsychotika werden in den Leitlinien zur Therapie der Schizophrenie aufgrund ihrer gesicherten Applikation und guten Bioverfügbarkeit als wirksame Alternative zur oralen Medikation empfohlen (1). Vor allem in den Fällen, in denen eine regelmäßige orale antipsychotische Medikation nicht sichergestellt ist, eine gesicherte Applikation aber dringend notwendig erscheint (z.B. schwere Fremd- oder Eigengefährdung im Rezidiv), oder wenn die Depot-Applikation eine Patientenpräferenz darstellt.

Paliperidonpalmitat setzt in dem Bereich der atypischen Depot-Antipsychotika aufgrund der langen Applikationsintervalle neue Maßstäbe. Studien zeigen eine signifikante Verlängerung des symptomfreien Intervalls, eine Reduzierung der Grundsymptome und eine insgesamt bessere Patientenzufriedenheit unter Paliperidonpalmitat (2, 3, 4, 5). Die monatlichen Injektionstermine stellen sowohl eine Erleichterung für die Patienten dar, als auch eine Entlastung für die ambulanten psychiatrischen Weiterbehandler. Denn aufgrund hoher Patientenzahlen und sinkender Facharztdichte im psychiatrisch-neurologischen Bereich kommt es häufig zu langen Wartezeiten auf Behandlungstermine. Durch die verbesserte Rezidivprophylaxe und den Erhalt der Leistungsfähigkeit der Patienten können zudem Kosten eingespart werden.

Das Wechselwirkungspotenzial mit anderen - über die Leber verstoffwechselten - Medikamenten ist gering. Dies ist ein wichtiger Vorteil, da ein Großteil der schizophrenen Patienten weitere Medikamente oder Substanzen einnimmt, oftmals ohne Wissen des behandelnden Arztes.

Bei Patienten, die rauchen und/oder eine Einschränkung der Leberfunktion aufweisen, ist keine Dosisanpassung notwendig (5), was ebenfalls einen Vorteil für Paliperidonpalmitat bedeutet.

Die Verträglichkeit von Paliperidonpalmitat zeigt insbesondere im Vergleich zu älteren konventionellen Depotpräparaten auf öligem Basis wie z.B. Haloperidol Depot und Flupentixol Depot (z.B. Extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen, Spätdyskinesien) einen deutlichen Vorteil für Paliperidonpalmitat.

Im Jahr 2012 wurde bei schätzungsweise 5.000 Fällen pro Jahr Paliperidonpalmitat während des stationären Aufenthaltes eingesetzt. Im Jahr 2010 gab es laut Krankenhaus-Statistik (Stat. Bundesamt) ca. 90.000 F20-Fälle (Schizophrenie) in Deutschland, d.h. nur ca. 4,5 % der schizophrenen Patienten wurden mit Paliperidonpalmitat in 2012 behandelt.

Da zunehmend Neueinstellungen auf Paliperidonpalmitat erfolgen und Risperidon Depot deutlich seltener bei Neueinstellungen Verwendung findet, kann davon ausgegangen werden, dass im Jahre 2013 schätzungsweise 7.000 bis 8.000 schizophrene Patienten während des stationären Aufenthaltes mit Paliperidonpalmitat behandelt werden.

Da bei Paliperidonpalmitat zur raschen Erreichung der therapeutischen Wirkstoffkonzentrationen zwei initiale Gaben von 150 mg und 100 mg innerhalb einer Woche injiziert werden, ergeben sich daraus für die Klinik höhere Kosten als bei Anwendung anderer Depotneuroleptika oder bei oraler Medikation (siehe Tabellenanhang).

Die erste Gabe der monatlichen Erhaltungsdosis erfolgt häufig noch während des stationären Aufenthaltes und verursacht ebenfalls deutlich höhere Kosten als vergleichbare orale oder parenterale Präparate.

Durch die lange Wirkdauer von einem Monat in der Erhaltungstherapie wird die Entlassung der Patienten in die ambulante Weiterbetreuung erleichtert und die Gefahr von Unterbrechungen der antipsychotischen Therapie vermindert und somit stationäre Wiederaufnahmen und damit verbundene assoziierte Kosten vermieden (Drehtüreffekt).

Die Mehrkosten für die Initialdosierung und die Erhaltungsdosis sind bisher nicht im PEPP-System adäquat abgebildet. Diese Mehrkosten tragen aktuell die Krankenhäuser und sichern damit den Übergang in die langfristige ambulante Versorgung der schizophrenen Patienten.

Aus dem Abschlussbericht (S. 104) zum PEPP-Entgeltsystem geht hervor, dass 74 % der für die Behandlung mit Paliperidonpalmitat in Frage kommenden Fälle mit den Hauptdiagnosen F20 - F29 in der Strukturkategorie PA03B und 14 % in die Strukturkategorie PA03A eingruppiert wurden (6).

Die restlichen F20-F29-Fälle verteilen sich auf die Prä-PEPP-Kategorien (insgesamt ca. 3 %) und die

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400013



tagesklinischen Kategorien TA19Z und TA20Z (insgesamt ca. 9 %).

Für die weitere Berechnung wurden daher vor allem die Strukturkategorien PA03A und PA03B berücksichtigt (6).

Werden die Arzneimittelkosten für Paliperidonpalmitat den Erlösen durch das PEPP-Entgelt gegenübergestellt, zeigt sich, dass der Anteil der Arzneimittelkosten an den Erlösen je nach Dosierung und Verweildauer zwischen ca. 17 % und 24 % liegt. (Detaillierte Berechnung siehe Tabellenanhang). Im Abschlussbericht (S. 101) wird der Sachbedarf für die PEPP-Entgelte PA03A und PA03B mit 4,2 % bzw. 3,8 % ausgewiesen. Durch den Einsatz von Paliperidonpalmitat wird damit der Anteil für den Sachbedarf, mit dem auch weitere psychopharmakologische und somatische Begleitmedikationen sowie der stationäre medizinische Bedarf gedeckt werden sollten, bei Weitem überschritten (6).

Betrachtet man die Kostendifferenz pro Aufenthalt, ergeben sich damit Unterdeckungen von ca. 1100 ? bis 1900 ? je nach Verweildauer und Dosierung. (Detaillierte Berechnung siehe Tabellenanhang)

Da Paliperidonpalmitat erst seit Mai 2011 in Deutschland erhältlich ist und erfahrungsgemäß der Einsatz neuer Medikamente zurückhaltend erfolgt, sind die Mehrkosten im Vergleich zu herkömmlichen Präparaten bisher nicht in den PEPP-Entgelten PA03A und PA03B ausreichend berücksichtigt. Damit wird der medizinisch sinnvolle Einsatz des Präparates aufgrund der Unterdeckung verhindert und ein Fehlanreiz geschaffen.

Auch ein Zusatzentgelt für Paliperidonpalmitat existiert bisher bei fehlender Abbildung im OPS-Katalog nicht.

Weitere antipsychotische Wirkstoffe wie Risperidon, Olanzapin, Quetiapin, Flupentixol Depot und Haloperidol Depot werden bereits vielfach generisch und damit sehr günstig angeboten. Weitere Neuroleptika wie Aripiprazol werden im Laufe des Jahres generisch.

Paliperidonpalmitat besitzt aufgrund seiner positiven Eigenschaften (monatliches Injektionsintervall, geringes Wechselwirkungspotential, therapeutischer Wirkspiegel schnell erreichbar ohne Supplementierung, einfache Handhabung, gute Verträglichkeit) hier ein Alleinstellungsmerkmal, ist aber von der Kostenseite her nicht im PEPP-Abrechnungssystem adäquat abgebildet.

Quellen:

- 1) Behandlungsleitlinie Schizophrenie, Reihe: S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Band 1; Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hrsg.) 2006, S. 199ff
- 2) David Hough, Srihari Gopal, Ujjwala Vijapurkar, Pilar Lim, Margarita Morozova, Mariëlle Eerdeken; Paliperidone palmitate maintenance treatment in delaying the time-to-relapse in patients with schizophrenia: A randomized, double-blind, placebo-controlled study; Schizophrenia Research 116 (2010) 107-117
- 3) S Gopal, U Vijapurkar, P Lim, M Morozova, M Eerdeken and D Hough; A 52-week open-label study of the safety and tolerability of paliperidone palmitate in patients with schizophrenia; J Psychopharmacol OnlineFirst, published on July 8, 2010 as doi:10.1177/0269881110372817
- 4) Newton R et al.; Practical guidelines on the use of paliperidone palmitate in schizophrenia; Current Medical Research & Opinion Vol. 28, No. 4, 2012, 1-9
- 5) Kasper S, Schreiner A, Geretsegger C, Hofmann P, Kalousek M, Kastner A, Lehofer M, Marksteiner J, Psota G, Rittmannsberger H, Wancata J (2011) Paliperidonpalmitat. Expertise. CliniCum neuropsych, Sonderausgabe Oktober 2011
- 6) InEK Abschlussbericht: Entwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) für das Jahr 2013

Lösungsvorschlag

Eine besondere Berücksichtigung der Arzneimittelkosten von Paliperidonpalmitat ist im System notwendig, da diese im stationären Bereich deutlich höher sind als die anderer Präparate und der Erlös aus den PEPP-Entgelten PA03A und PA03B nicht kostendeckend für die Kliniken ist.

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400013



Die beschriebenen Probleme können durch die Etablierung eines dosisdifferenzierten Zusatzentgeltes für die parenterale Therapie mit Paliperidonpalmitat gelöst werden.
Es müssen neue OPS-Schlüssel im Bereich 6-005.- etabliert werden.
(Entsprechender Antrag an das DIMDI ist gestellt.)

Vorschlag zur dosisabhängigen Kodierung (applizierte Menge):

Gabe von Paliperidonpalmitat, parenteral
ZP53.016-005.i025 mg bis unter 75 mg 305,68 €
ZP53.026-005.i175 mg bis unter 125 mg 600,56 €
ZP53.036-005.i2125 mg bis unter 175 mg 900,84 €
ZP53.046-005.i3175 mg bis unter 225 mg 1201,12 €
ZP53.056-005.i4225 mg bis unter 275 mg 1381,29 €
ZP53.066-005.i5275 mg bis unter 325 mg 1686,97 €
ZP53.076-005.i6325 mg bis unter 375 mg 1981,85 €
ZP53.086-005.i7375 mg bis unter 425 mg 2287,53 €
ZP53.096-005.i8425 mg bis unter 475 mg 2582,41 €
ZP53.106-005.i9475 mg bis unter 525 mg 2888,09 €
ZP53.116-005.iamehr als 525 mg 3182,97 €

Zur Behandlungsaufnahme steht ein Set (Inhalt: zwei Spritzen mit 100 mg und 150 mg) zur Verfügung, welches pro Patient und Aufenthalt einmal zu vergünstigten Konditionen bezogen werden kann. Daher kommt es zu einem nicht linearen Verlauf der Kosten zwischen der Applikation von 200 mg und 250 mg.

Nachfolgend die Anlage(n) zum vorstehenden Vorschlag.

[Zur Übersicht](#)

Dosisklassen für Paliperidonpalmitat

(entsprechend einem beim DIMDI eingereichten OPS-Antrags)

25 mg bis unter 75 mg

75 mg bis unter 125 mg

125 mg bis unter 175 mg

175 mg bis unter 225 mg

225 mg bis unter 275 mg

275 mg bis unter 325 mg

325 mg bis unter 375 mg

375 mg bis unter 425 mg

425 mg bis unter 475 mg

475 mg bis unter 525 mg

mehr als 525mg

Paliperidonpalmitat (Xeplion)	Einstellung (nur Initialdosierung)		Einstellung und 1. Erhaltungsdosis	
Initialdosierung	150 mg + 100 mg		150 mg + 100 mg	150 mg + 100 mg
Erhaltungsdosis	keine Gabe		75 mg	100 mg
Wirkstoffverbrauch	250 mg		325 mg	350 mg
Anzahl Injektionen	2		3	3
Arzneimittelkosten Xeplion (€)	1381,29		1834,41	1981,85
(siehe Klinikpreislise, Kostengünstigste Variante)				2282,13
Annahme Verweildauer (Tage)	25		45	45
durchschn. Tagestherapiekosten (€)	55,25 €		40,76 €	44,04 €
(Arzneimittelkosten Xeplion/VWD)				50,71 €
PEPP-Entgelt pro Aufenthalt				
PEPP-Entgelt PA03A	6.391,83 €		10.678,86 €	10.678,86 €
PEPP-Entgelt PA03B	5.642,82 €		9.587,97 €	9.587,97 €
(PEPP-Berechnung siehe unten)				
Anteil Kosten Xeplion/PEPP-Erlöse:				
PEPP-Entgelt PA03A	21,61%		17,18%	18,56%
PEPP-Entgelt PA03B	24,48%		19,13%	20,67%
(Arzneimittelkosten Xeplion/PEPP-Entgelt)				23,80%
Anteil Sachbedarf pro Tag				
Entgelt PA03A	9,79 € (4,2 %)		9,79 € (4,2 %)	9,79 € (4,2 %)
Entgelt PA03B	8,12 € (3,8 %)		8,12 € (3,8 %)	8,12 € (3,8 %)
(nEK-Abschlussbericht, S. 101)				
Anteil Sachbedarf pro Aufenthalt				
Entgelt PA03A	244,75 €		440,55 €	440,55 €
Entgelt PA03B	203,00 €		365,40 €	365,40 €
(Sachbedarf pro Tag x VWD)				
Differenz Sachbedarf zu Arzneimittelkosten				
Entgelt PA03A	-1.136,54 €		-1.393,86 €	-1.541,30 €
Entgelt PA03B	-1.178,29 €		-1.469,01 €	-1.616,45 €
(Sachbedarf - Kosten Xeplion)				-1.916,73 €

PEPP-Berechnung	nur Initialdosierung			Initialdosierung und 1. Erhaltungsdosis		
	VWD	BWR	Erlös	VWD	BWR	Erlös
PA03A	25 Tage	27,11 5	6.391,83 €	45 Tage	45,307	10.678,86 €
PA03B	25 Tage	23,9407	5.642,82 €	45 Tage	40,67 7	9.587,97 €

Artikelbezeichnung	Packungsgröße	Kliniklistenpreis (exkl. MwSt.)	PZN	Kliniklistenpreis (inkl. MwSt.)
Xeplion 25 mg	1 Fertigspritze	128,43	7568241	152,8317
Xeplion 50 mg	1 Fertigspritze	256,87	7568554	305,6753
Xeplion 75 mg	1 Fertigspritze	380,77	7568577	453,1163
Xeplion 100 mg	1 Fertigspritze	504,67	7568689	600,5573
Xeplion 150 mg	1 Fertigspritze	757,01	7568778	900,8419
Xeplion-Set zur Behandlungsaufnahme	2 Fertigspritzen	1160,75	7568850	1381,2925

PEPP-Kategorie	Anzahl Fälle F20-29	Verteilung
Prä-Pepp, gesamt	668	3%
PA03A	3208	14%
PA03B	16816	74%
TA19Z	154	1%
TA20Z	1895	8%
	22741	100%

InEK Abschlussbericht

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr. **P1400014**

Vorschlagender **Landschaftsverband Rheinland (LVR)**



Problemstellung

Das Kalkulationsmodell sieht vor, dass die Kosten in Abhängigkeit der Behandlungskategorie in Regel- oder Intensivbehandlung je individuellem Tag dargestellt werden. Dafür muss eine "virtuelle Trennung" der physischen Kostenstellen in zwei Kostenstellen je Station erfolgen. Die Kostensätze der Regel- und Intensivbehandlung je Station müssen dabei identisch sein, da es sich um die gleiche physische Station handelt.

Lösungsvorschlag

Diese virtuelle Trennung der Kosten kann unter Umständen zu Kalkulationsfehlern führen und ist daher zu streichen. Die Information der Behandlungskategorie je Tag ist grundsätzlich durch den OPS bestimmt und somit als Information auch weiterhin je Tag verfügbar.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400015

Vorschlagender

Landschaftsverband Rheinland (LVR)



Problemstellung

Das neue Entgeltsystem sieht keine finanzielle Förderung dezentraler Einrichtungen vor, obwohl diese über das aktuelle Finanzierungsmodell der Pflegesätze durch die Kostenträger getragen werden. Die Versorgung der Patienten in dezentralen Einrichtungen ist mit einem erhöhten finanziellen Aufwand verbunden aufgrund der Größe der Einrichtungen. Dezentrale Akutstationen spielen dabei eine große Rolle bei dem Aufbau gemeindeintegrierter Versorgungsstrukturen. Psychiatrische Kliniken, die den Aufbau der gemeindeintegrierter Versorgungsstrukturen fördern, werden durch das neue Entgeltsystem erheblich benachteiligt.

Lösungsvorschlag

Prüfung der Kalkulationsdaten 2012, ob die Kostendaten dezentraler Einrichtungen einen höheren Kostensatz aufzeigen. Dafür müssten die Fallnummer der dezentralen Einheiten gesondert abgefragt werden. Die Definition eines festen Zuschlags für dezentrale Einheiten sollte tagesbezogen und unabhängig von der Diagnose sein.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr. **P1400016**

Vorschlagender **Landschaftsverband Rheinland (LVR)**



Problemstellung

Kliniken mit regionaler Versorgungspflicht werden in dem neuen Entgeltsystem benachteiligt, da diese in einem sich verschärfenden marktorientierten System deutliche Nachteile gegenüber Konkurrenten ohne Versorgungspflicht haben.

Z. B. ist eine Spezialisierung nur sehr begrenzt möglich.

Neben der eingeschränkten Möglichkeit zur strategischen Ausrichtung im neuen Entgeltsystem, müssen Kliniken mit einem Versorgungsgebiet auch Strukturen für die Behandlung der Einwohner des Versorgungsgebietes vorhalten. In dem neuen Entgeltsystem spielen diese Umstände bislang keine Rolle.

Lösungsvorschlag

Weitere Prüfung der Datensätze, ob die Fälle von Kliniken mit Versorgungsvertrag sich von den Kliniken ohne Versorgungsvertrag unterscheiden. Fortführen der Prüfung, ob Patienten mit einer gerichtliche Unterbringung eine Kostenrelevanz haben.

Lösung: Zuschlag je Fall und Tag für Kliniken mit regionaler Versorgungspflicht.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400017

Vorschlagender

Landschaftsverband Rheinland (LVR)



Problemstellung

Das neue Vergütungssystem des InEK sieht eine Vergütung je Datensatz (= Fall) in der Psychiatrie mit einem Verteilungsgewicht von 0,22 pro Tag und Fall vor. Allerdings wird gleichzeitig eingeschränkt, dass die Vergütung je Datensatz auf max. 40 Tage begrenzt ist. Somit steigt die variable Vergütung je Fall nur bis 40 Berechnungstagen, Fälle mit einer längeren Verweildauer - insbesondere zusammengefasste Fälle - werden nicht entsprechend dem Dokumentationsaufwand vergütet.

Lösungsvorschlag

Die für eine Kalkulationsteilnahme erforderliche Dokumentation (hier als Bsp. die Betreuungsintensität) erfolgt je Patient täglich, unabhängig von der Verweildauer fällt je individuellen Pflgetag der Dokumentationsaufwand an.

Die Maximalgrenze von 40 Tage je Kalkulationsdatensatz sollte aus dem Vertrag gestrichen werden. Der ohnehin erhebliche Dokumentationsaufwand sollte entsprechend gewürdigt und belohnt werden

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400018

Vorschlagender

Landschaftsverband Rheinland (LVR)



Problemstellung

Patienten mit der Hauptdiagnose einer affektiven Störung werden alle gemeinsam in der Basis-PEPP PA04 abgebildet. Patienten mit bestimmte Hauptdiagnosen wie z.B. der schweren Depression mit psychotischen Symptomen (F32.3, F33.3, F31.5) erscheinen innerhalb dieser Gruppe jedoch aufwendiger, ohne dass sie weitere Kriterien aufweisen würden, die zu einer höheren Eingruppierung führen würden wie die Intensivbehandlung von aus-reichender Dauer oder eine 1:1-Behandlung. Ein Teil dieser Patienten erfüllt typischerweise Intensivkriterien wie eine Eigengefährdung, Realitätsverkenning oder besondere Sicherungsmaßnahmen, aber oft werden nicht mehr als 2 Intensivmerkmale erreicht oder die Dauer der akuten Phase ist relativ gesehen zu kurz, um die Bedingungen der Funktion "Intensivbehandlung bei Erwachsenen, ab 3 Merkmalen, mit hohem Anteil" zu erfüllen.

Lösungsvorschlag

Wir bitten um Überprüfung der Hauptdiagnosen F32.3, F33.3, F31.5 als Kostentrenner in der Basis-PEPP PA04, ggf. auch in Kombination mit Codes aus 9-61* (Intensivbehandlung).

Diagnosen

F31.5
F32.3
F33.3

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014



Vorschlags-Nr.

P1400019

Vorschlagender

Landschaftsverband Rheinland (LVR)

Problemstellung

Patienten mit der Hauptdiagnose einer affektiven Störung werden alle gemeinsam in der Basis-PEPP PA04 abgebildet. Patienten mit bestimmte Hauptdiagnosen wie z.B. der Manie (F30.1, F30.2, F31.1, F31.2) erscheinen innerhalb dieser Gruppe jedoch aufwendiger, ohne dass sie weitere Kriterien aufweisen würden, die zu einer höheren Eingruppierung führen würden wie die Intensivbehandlung von ausreichender Dauer oder eine 1:1-Behandlung. Ein Teil dieser Patienten erfüllt typischerweise Intensivkriterien wie eine Antriebssteigerung, Realitätsverkenkung oder besondere Sicherungsmaßnahmen, aber oft werden nicht mehr als 2 Intensivmerkmale erreicht oder die Dauer der akuten Phase ist relativ gesehen zu kurz, um die Bedingungen der Funktion "Intensivbehandlung bei Erwachsenen, ab 3 Merkmalen, mit hohem Anteil" zu erfüllen.

Lösungsvorschlag

Wir bitten um Überprüfung der Hauptdiagnosen F30.1, F30.2, F31.1, F31.2 als Kostentrenner in der Basis-PEPP PA04, ggf. auch in Kombination mit Codes aus 9-61* (Intensivbehandlung).

Diagnosen

F30.1
F30.2
F31.1
F31.2

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400020

Vorschlagender

Landschaftsverband Rheinland (LVR)



Problemstellung

Fälle, die - typischerweise zu Beginn ihrer Behandlung - fünf oder mehr Intensivmerkmale aufweisen, sind aufwendiger und in ihren Kosten gegenüber Fällen mit weniger Intensivmerkmalen auffällig. Insbesondere in der Gerontopsychiatrie sind solch aufwendige Fälle keine Seltenheit

Lösungsvorschlag

Wir bitten, zu prüfen, ob das Splitkriterium "Gültigkeitsdauer (mind. ein Kode aus IntBeh ab 5 Merk psyStör Erw) > 30 T" einen geeigneten Kostentrenner darstellt. Dazu sollten jene PEPPs in der Strukturkategorie "Psychiatrie, vollstationär" zu analysiert werden, die bereits jetzt das Splitkriterium "Gültigkeitsdauer (mind. ein Kode aus IntBeh ab 3 Merk psyStör Erw) > 30 T" beinhalten.

Wir bitten, alternativ zu prüfen, ob das Splitkriterium "Gültigkeitsdauer (mind. ein Kode aus IntBeh ab 5 Merk psyStör Erw) > 10 T" einen geeigneten Kostentrenner darstellt. Dazu sollten jene PEPPs in der Strukturkategorie "Psychiatrie, vollstationär" zu analysiert werden, die bereits jetzt das Splitkriterium "Gültigkeitsdauer (mind. ein Kode aus IntBeh ab 3 Merk psyStör Erw) > 30 T" beinhalten.

Wir bitten weiterhin, zu prüfen, ob das Splitkriterium "Funktion Intensivbehandlung bei Erwachsenen, ab 5 Merkmalen, mit hohem Anteil" einen geeigneten Kostentrenner darstellt. Dazu sollten jene PEPPs in der Strukturkategorie "Psychiatrie, vollstationär" zu analysiert werden, die bereits jetzt das Splitkriterium "Funktion Intensivbehandlung bei Erwachsenen, ab 3 Merkmalen, mit hohem Anteil" beinhalten.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014



Vorschlags-Nr.

P1400021

Vorschlagender

Landschaftsverband Rheinland (LVR)

Problemstellung

Die Krisenintervention durch Ärzte/Psychologen ist bei einer Dauer von mehr als 1,5 Stunden pro Tag mit dem Kode 9-641.0 verschlüsselbar. Bislang ist diese im PEPP nicht gruppierungsrelevant. Insbesondere in den Patientengruppen, die im PEPP 2013 nicht die Bedingungen für eine Intensivbehandlung ab 3 Merkmalen erfüllen, stechen die Tage mit diesem Zusatzkode in Bezug auf den Aufwand heraus.

Lösungsvorschlag

Wir bitten um Überprüfung, ob die kriseninterventionelle Behandlung durch Ärzte/Psychologen einen geeigneten Kostentrenner in den PEPPs der Strukturkategorie "Psychiatrie, vollstationär" darstellt. Eine geeignete Schwelle bezüglich der Anzahl der Zusatzcodes bzw. der Summe der mindestens erbrachten Stunden pro Fall wäre festzulegen.

Wir bitten weiterhin um Überprüfung, ob die kriseninterventionelle Behandlung durch Ärzte/Psychologen einen geeigneten Kostentrenner in den PEPPs der Strukturkategorie "Psychiatrie, teilstationär" darstellt.

Ggf. wäre zu überprüfen, ob ein Zusatzentgelt gestaffelt nach der Anzahl der Tage mit diesem Zusatzkode oder nach der Summe der mindestens erbrachten Stunden eine sachgerechte Abbildung ermöglicht.

Prozeduren

9-641.0

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014



Vorschlags-Nr. **P1400022**

Vorschlagender **Landschaftsverband Rheinland (LVR)**

Problemstellung

Die Krisenintervention durch Spezialtherapeuten/Pflege ist bei einer Dauer von mehr als 1,5 Stunden pro Tag mit dem Code 9-641.1 verschlüsselbar. Bislang ist diese im PEPP nicht gruppierungsrelevant. Insbesondere in den Patientengruppen, die im PEPP 2013 nicht die Bedingungen für eine Intensivbehandlung ab 3 Merkmalen erfüllen, stehen die Tage mit diesem Zusatzcode in Bezug auf den Aufwand heraus.

Lösungsvorschlag

Wir bitten um Überprüfung, ob die kriseninterventionelle Behandlung durch Spezialtherapeuten/Pflege einen geeigneten Kostentrenner in den PEPPs der Strukturkategorie "Psychiatrie, vollstationär" darstellt. Eine geeignete Schwelle bezüglich der Anzahl der Zusatzcodes bzw. der Summe der mindestens erbrachten Stunden pro Fall wäre festzulegen.

Wir bitten weiterhin um Überprüfung, ob die kriseninterventionelle Behandlung durch Spezialtherapeuten/Pflege einen geeigneten Kostentrenner in den PEPPs der Strukturkategorie "Psychiatrie, teilstationär" darstellt.

Ggf. wäre zu überprüfen, ob ein Zusatzentgelt gestaffelt nach der Anzahl der Tage mit diesem Zusatzcode oder nach der Summe der mindestens erbrachten Stunden eine sachgerechte Abbildung ermöglicht.

Prozeduren

9-641.1

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400023

Vorschlagender **Landschaftsverband Rheinland (LVR)**



Problemstellung

Patienten mit der Nebendiagnose einer psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, insbesondere F10.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom
F10.3 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom
F10.4 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir
F10.5 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Psychotische Störung
erfordern einen höheren ärztlichen und pflegerischen Aufwand aufgrund der notwendigen Überwachung bei einem drohenden oder manifesten Entzug. Wenn eine Entzugssymptomatik auftritt, sind in der Folge weitere Maßnahmen wie eine entsprechende Medikation, längerdauernde Überwachung und Sicherungsmaßnahmen erforderlich. Weiterhin entsteht Aufwand durch die psychotherapeutische Mitbehandlung der Sucht.

Lösungsvorschlag

1. Aufnahme - ggf. einzeln - der genannten Diagnosen in die Funktion "Komplizierende psychiatrische Nebendiagnose, Psychiatrie".
2. Split der PEPP PA15C "Organische Störungen, ohne komplizierende Konstellation" anhand der benannten Diagnosen, ggf. einzeln.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400024

Vorschlagender **Landschaftsverband Rheinland (LVR)**



Problemstellung

Patienten mit der Nebendiagnose "Schädlicher Gebrauch von Analgetika" (F55.2) erfordern einen höheren ärztlichen und pflegerischen Aufwand aufgrund der notwendigen Überwachung bei einem drohenden oder manifesten Entzug. Wenn eine Entzugssymptomatik auftritt, sind in der Folge weitere Maßnahmen wie eine entsprechende Medikation, längerdauernde Überwachung und Sicherungsmaßnahmen erforderlich. Weiterhin entsteht Aufwand durch die psychotherapeutische Mitbehandlung der Sucht.

Lösungsvorschlag

1. Aufnahme der Diagnose F55.2 in die Funktion "Komplizierende psychiatrische Nebendiagnose, Psychiatrie".
2. Split der PEPP PA15C "Organische Störungen, ohne komplizierende Konstellation" anhand der Diagnose F55.2.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400025

Vorschlagender

Landschaftsverband Rheinland (LVR)



Problemstellung

Patienten mit der Nebendiagnose Bulimie (F50.2 oder F50.3) erfordern aufgrund der Komplexität dieses Krankheitsbildes und aufgrund von körperlichen Symptomen einen höheren ärztlichen und pflegerischen Aufwand. In der Funktion "Komplizierende psychiatrische Nebendiagnose, Psychiatrie" wird bislang nur die Anorexia nervosa berücksichtigt.

Lösungsvorschlag

Aufnahme der Diagnosen für die Bulimie (F50.2, F50.3) in die Funktion "Komplizierende psychiatrische Nebendiagnose, Psychiatrie".

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400026

Vorschlagender **Landschaftsverband Rheinland (LVR)**



Problemstellung

Patienten mit der Nebendiagnose einer dissoziativen Störung (F44.*) erfordern aufgrund der Komplexität dieser Krankheitsbilder einen höheren ärztlichen und pflegerischen Aufwand.

Lösungsvorschlag

1. Aufnahme - ggf. einzeln - der genannten Diagnosen in die Funktion "Komplizierende psychiatrische Nebendiagnose, Psychiatrie".
2. Split der PEPP PA02B "Psychische und Verhaltensstörungen durch psycho-trope Substanzen, ohne komplizierende Konstellation" anhand der benannten Diagnosen für Persönlichkeitsstörungen, ggf. einzeln.
3. Split der PEPP PA15C "Organische Störungen, ohne komplizierende Konstellation" anhand der benannten Diagnosen, ggf. einzeln.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400027

Vorschlagender **Landschaftsverband Rheinland (LVR)**



Problemstellung

Patienten mit der Nebendiagnose einer Persönlichkeitsstörung, insbesondere

F60.2 Dissoziale Persönlichkeitsstörung
F60.30 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Impulsiver Typ
F60.31 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typ
F61 Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen

erfordern aufgrund der Komplexität dieser Krankheitsbilder einen höheren ärztlichen und pflegerischen Aufwand.

Lösungsvorschlag

1. Aufnahme - ggf. einzeln - der genannten Diagnosen in die Funktion "Komplizierende psychiatrische Nebendiagnose, Psychiatrie".
2. Split der PEPP PA02B "Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, ohne komplizierende Konstellation" anhand der benannten Diagnosen für Persönlichkeitsstörungen, ggf. einzeln.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400028

Vorschlagender

Landschaftsverband Rheinland (LVR)



Problemstellung

Patienten mit der Nebendiagnose einer psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika (vor allem Benzodiazepine), insbesondere
F10.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom
F10.3 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Entzugssyndrom
F10.4 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Entzugssyndrom mit Delir
F10.5 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Psychotische Störung
erfordern einen höheren ärztlichen und pflegerischen Aufwand aufgrund der notwendigen Überwachung bei einem drohenden oder manifesten Entzug. Wenn eine Entzugssymptomatik auftritt, sind in der Folge weitere Maßnahmen wie eine entsprechende Medikation, längerdauernde Überwachung und Sicherungsmaßnahmen erforderlich. Weiterhin entsteht Aufwand durch die psycho-therapeutische Mitbehandlung der Sucht.

Lösungsvorschlag

1. Aufnahme - ggf. einzeln - der genannten Diagnosen in die Funktion "Komplizierende psychiatrische Nebendiagnose, Psychiatrie".
2. Split der PEPP PA15C "Organische Störungen, ohne komplizierende Konstellation" anhand der benannten Diagnosen, ggf. einzeln.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400029

Vorschlagender

Landschaftsverband Rheinland (LVR)



Problemstellung

Schwangere Patientinnen erfordern während einer Entzugsbehandlung einen höheren ärztlichen und pflegerischen Aufwand. Die Überwachung erfolgt engmaschiger, die Auswahl der Medikation ist komplexer, die Patientinnen müssen intensiver im psychischen und sozialen Bereich betreut werden usw. Weiterhin sind vermehrt somatische/gynäkologische Untersuchungen erforderlich, die meist konsiliarisch durchgeführt werden.

Lösungsvorschlag

Split der PEPP PA02B anhand der Nebendiagnosen aus dem Bereich Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400030

Vorschlagender **Landschaftsverband Rheinland (LVR)**



Problemstellung

Der OPS unterscheidet zwischen Intensivbehandlung mit 1-2, 3-4 und >4 Merkmalen. Grundsätzlich ist durch die inhaltliche Spezifizierung im OPS 2013 zu erwarten, dass die Intensivmerkmale eine tragendere Funktion im System übernehmen könnten. Hierzu erscheint aber wichtig, dass dies im OPS-Katalog trennschärfer abzubilden.

Lösungsvorschlag

Für den Anfang wäre eine Differenzierung des OPS getrennt nach 1, 2, 3, 4, und >4 Merkmalen sinnvoll. Zielführend wäre in der Entwicklung zudem, dass der konkrete OPS-Kode die genaue Kombination von Merkmalen angibt, z.B. also exemplarisch z.B. 1000001 für Besonderer Sicherungsmaßnahme in Verbindung mit Entzugsbehandlung mit vitaler Gefährdung. (Merkmale 1 und Merkmal 7). Dies gäbe zudem die Möglichkeit die Kodierung verschiedener Häuser differenzierter miteinander zu vergleichen.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014



Vorschlags-Nr. **P1400031**

Vorschlagender **Landschaftsverband Rheinland (LVR)**

Problemstellung

Es ist fachlich nachvollziehbar, dass Patienten, die 3 Merkmale der Intensivbehandlung erfüllen, einen deutlich erhöhten Behandlungsaufwand darstellen. Bezieht man diesen als Anteil auf die Pflage tage (>50%), so werden leider überwiegend Behandlungsabbrecher erfasst.

Dem gegenüber werden Patienten, die nach schweren Behandlungsverläufen (z.B. 10 Tagen 3 Merkmale) Intensiv bereits dann nicht mehr abgebildet, wenn nur eine kurze Weiterbehandlung (im Beispiel 11 Tage) erfolgt. Hier erfolgt die Abrechnung dann so, als hätte diese sehr personalintensive Behandlungsepisode nicht stattgefunden.

Lösungsvorschlag

In der komplizierende Konstellation "Intensivbehandlung bei Erwachsenen ab 3 Merkmalen mit hohem Anteil" (>50%) werden neben der 50%-Regel auch Fälle gefasst, die das Merkmal Intensivbehandlung mit mind. 3 Merkmalen an 5 Tagen erfüllen.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400032

Vorschlagender

Landschaftsverband Rheinland (LVR)



Problemstellung

Mit der Festlegung von Schwellen (>80, >100, >150, >300 BStd.) der 1:1-Behandlung als Kriterium für die Prä-Strukturkategorie ergibt sich ein unheilvoller Anreiz in dem System. Dies ist begründet durch die Festlegung, dass dann der komplette Behandlungsverlauf, also vom ersten bis zum letzten Tag, in der Prä-PEPP geführt wird. Bekanntlich ergibt sich die 1:1 Behandlung klassisch als Sitzwache am fixierten Patienten. Hiermit sollten keine wirtschaftlichen Vorteile verbunden sein.

Lösungsvorschlag

1:1 Behandlung wird im System in definierten Schwellen (>2, >6, >12, >18) als tagesbezogenes Zusatzentgelt ausgestaltet. Dabei bleibt die jeweilige Entgelthöhe jeweils unterdeckend, so dass der besondere Aufwand zwar honoriert wird, sich aber kein wirtschaftlicher Vorteil einstellt. Hier wäre also betont von der sonstigen Kalkulationssystematik von Zusatzentgelten, nämlich Bewertung durch Durchschnittskosten abzuweichen und betont ein z.B. um 20% reduzierter Ansatz festzulegen. Vorstellbar wäre auch ein fallbezogenes Zusatzentgelt in der Gesamtdauer der 1:1 Behandlung. (z.B. >20, >40, >80 Std.).

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400033

Vorschlagender **Landschaftsverband Rheinland (LVR)**



Problemstellung

Es ist fachlich nachvollziehbar, dass Patienten, die 3 Merkmale der Intensivbehandlung erfüllen, einen deutlich erhöhten Behandlungsaufwand darstellen. Bezieht man diesen hingegen als Anteil auf die Pflgetage (>75%), so werden fast ausschließlich Behandlungsabbrecher erfasst. Dem gegenüber werden Patienten, die nach schwersten Behandlungsverläufen (z.B. 20Tagen 3 Merkmale) Intensiv bereits dann nicht mehr in der Prä-Strukturkategorie abgebildet, wenn nur eine kurze Weiterbehandlung (im Beispiel 7 Tage) erfolgt.

Lösungsvorschlag

Für die Prä-Strukturkategorie PO04Z werden neben der 75%-Regel auch Fälle gefasst, die das Merkmal Intensivbehandlung mit mind. 3 Merkmalen an 14 Tagen erfüllen.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr. **P1400034**

Vorschlagender **Landschaftsverband Rheinland (LVR)**



Problemstellung

Ältere psychiatrisch kranke Menschen werden in besonderen Behandlungsstrukturen behandelt. Diese zumeist personalintensiveren Stationen versuchen den besonderen Bedürfnissen älterer Menschen gerecht zu werden. Im PEPP-Entgeltkatalog versucht man diesen Bereich durch die Altersgrenze Alter >65 Jahre zu erfassen. Die beschriebenen Bereiche nehmen (wie eine Internetrecherche stützt) jedoch weit überwiegend Menschen ab einem Alter von 65. Jahren in das besondere Setting auf. Es ist nicht nachvollziehbar warum dies bei der Definition der Altersgrenze im PEPP-Katalog nicht entsprechend gesetzt wurde.

Lösungsvorschlag

Anpassung der Komplizierenden Konstellation Alter >65 auf
Alter >64 oder
Alter >=65 LJ.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400035

Vorschlagender

Landschaftsverband Rheinland (LVR)



Problemstellung

In der Behandlung und Pflege von Demenzerkrankten zeigt sich im praktischen Alltag ein deutlicher Anstieg des notwendigen Aufwandes in Abhängigkeit vom Alter. Die Erfahrung zeigt, dass hier das Alter von 80 Jahren eine geeignete Grenze darstellt, um mit relevanter Wahrscheinlichkeit diesen höheren Aufwand zu vermuten.

Lösungsvorschlag

In der PA15 bitte gezielt Altersklassen bezüglich des Aufwandes untersuchen und z.B. das Alter ab 80 Jahren als komplizierende Konstellation berücksichtigen.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400036

Vorschlagender

Landschaftsverband Rheinland (LVR)



Problemstellung

In einer Stellungnahme zum Neuen Entgeltsystem beschreibt das InEK, dass die Virusinfektionen als Surrogatparameter zur Kennzeichnung der i.V. Drogenabhängigkeit dienen. Abgesehen von dieser mehr als fragwürdigen Festlegung, ist dies momentan technisch fehlerhaft umgesetzt. Sofern sich keine geeigneteren Parameter in ICD oder OPS definieren lassen, sollte jedoch zwingend die Diagnose Z21 - Asymptomatische HIV-Infektion als triggernde Nebendiagnose berücksichtigt und die Funktion "Komplizierende somatische Nebendiagnose bei substanzinduzierten Störungen" entsprechend ergänzt werden.

Lösungsvorschlag

Z21 - Asymptomatische HIV-Infektion wird in der Funktion Komplizierende somatische Nebendiagnose bei substanzinduzierten Störungen ergänzt.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400037

Vorschlagender

Landschaftsverband Rheinland (LVR)



Problemstellung

Die teuren HIV-Medikamente stellen einen hohen Kostenfaktor dar, wenn ein Patient diese Arzneimittel benötigt. Beispielsweise kostet das Medikament Isentress (60 Tabletten) 882,87 ? (lt. Rote Liste) oder Combivir (60 Tabletten) 667,66 ? (lt. Rote Liste).

Lösungsvorschlag

Die Kosten für HIV-Medikamente sollen verpflichtend von den Krankenkassen übernommen werden. Daher sehen wir die Einführung eines Zusatzentgeltes für HIV-Medikamente als sinnvoll an.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr. **P1400038**

Vorschlagender **Deutsche Krankenhausgesellschaft**



Problemstellung

Gemäß den Ausführungen des Definitionshandbuchs tragen die Kosten der apparativen Diagnostik in nicht unerheblichem Umfang zu den Vergütungssprüngen zwischen erster und zweiter Vergütungsstufe bei. Möglicherweise werden hierdurch Fehlanreize verschärft.

Lösungsvorschlag

Wir bitten zu prüfen, in welcher Höhe die Kosten der apparativen Diagnostik zu den Vergütungssprüngen bei den Bewertungsrelationen beitragen und ob eine tagesgenaue Vergütung der apparativen Diagnostik ggfs. über Zusatzentgelte eine geeignetere Lösung darstellen könnte.

Mit diesem Vorschlag beteiligt sich die DKG in konstruktiver Weise am Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des PEPP. Eine Zustimmung der DKG zum ersten Entwurf des PEPP-Katalogs ist damit aber nicht verbunden.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400039

Vorschlagender

Deutsche Krankenhausgesellschaft



Problemstellung

Der Differenzierungsgrad des ersten Entgeltkatalogs ist naturgemäß noch sehr gering und zwingend weiter zu entwickeln. Die Vielzahl potentieller Split-Kriterien ist nochmals über das gesamte PEPP-Entgeltsystem an Hand der neuen, hoffentlich besseren Kalkulationsdaten auf mögliches Differenzierungspotential zu überprüfen.

Lösungsvorschlag

Wir bitten, die bisher verfügbaren sowie alle neuen potentiellen Split-Kriterien im gesamten PEPP-Entgeltsystem anhand der nunmehr verfügbaren Kalkulationsdaten auf mögliche Kostentrennerfunktion zu untersuchen. Dies betrifft bspw. Die Anzahl an Merkmalen im Kontext der Intensivbehandlung, die Anzahl Therapieeinheiten bei den psychotherapeutischen Komplexcodes, somatische Nebendiagnosen oder Zusatzcodes (z. B. Vater-Mutter-Kind-Setting, Krisen-Intervention). Des Weiteren gilt es zu prüfen, ob administrative Daten, wie z. B. Aufnahmeanlass oder Entlassungsgrund kostentrennende Eigenschaften aufweisen. Ergänzend sind die bestehenden bzw. potentiellen Altersplits auf ihre kostentrennende Funktion zu überprüfen und ggf. anzupassen. In diesem Zusammenhang sollte auch das Merkmal größer/gleich 90 Lebensjahre zusätzlich auf kostentrennende Funktion geprüft werden, da es hier entsprechende Hinweise aus dem Anwenderbereich gibt, dass diese Fälle einen deutlich höheren Behandlungsaufwand verglichen mit anderen Altersstufen verursachen.

Mit diesem Vorschlag beteiligt sich die DKG in konstruktiver Weise am Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des PEPP. Eine Zustimmung der DKG zum ersten Entwurf des PEPP-Katalogs ist damit aber nicht verbunden.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr. **P1400040**

Vorschlagender **Deutsche Krankenhausgesellschaft**



Problemstellung

Mit zunehmender Verweildauer verringert sich laut mehrfachen Hinweisen degressionsbedingt der Deckungsbeitrag für Ultra-Langlieger. Hierdurch besteht die Gefahr, dass diese Fälle nicht sachgerecht vergütet werden und Potential für mögliche Fehlanreize bieten.

Lösungsvorschlag

Wir bitten um Prüfung, ob es sinnvoll sein könnte, für die Fälle mit der jeweils höchsten Verweildauer in jeder PEPP eine eigene Lösung im System zu suchen (z.B. eigene PEPP, eigene Vergütungsstufe). Gleiches bitten wir für die Fälle mit der jeweils kürzesten Verweildauer (z.B. Kurzlieger) über alle PEPP zu prüfen.

Mit diesem Vorschlag beteiligt sich die DKG in konstruktiver Weise am Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des PEPP. Eine Zustimmung der DKG zum ersten Entwurf des PEPP-Katalogs ist damit aber nicht verbunden.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400041

Vorschlagender

Deutsche Krankenhausgesellschaft



Problemstellung

Fälle, welche vor regulärem Ende der Behandlung das Merkmal einer vorzeitigen Entlassung/Selbstentlassung und über eine erhöhte kurzfristige Wiederaufnahmerate (unter drei Wochen) verfügen, weisen vermutlich Aufwandsunterschiede im Vergleich zu Fällen ohne diese Merkmale auf. Gleiches gilt für Fälle mit der Merkmalskombination lange Verweildauer und hohe Wiederaufnahmerate (sog. heavy user). Es kann vermutet werden, dass solche Fälle mit einem höheren Aufwand einhergehen.

Lösungsvorschlag

Es wird gebeten zu prüfen, ob bestimmte Diagnosen/Diagnosegruppen (z.B. Sucht F01, emotional instabile Persönlichkeitsstörungen F60.3-) identifiziert werden können, bei denen eine ungewöhnliche Häufung frühzeitiger Entlassung/Selbstentlassung und eine erhöhte Wiederaufnahmerate oder eine lange Verweildauer in Kombination mit einer erhöhten Wiederaufnahmerate zu verzeichnen ist und damit eine nicht sachgerechte Abbildung des Behandlungsaufwandes verbunden ist. Sollten solche Diagnosegruppen identifizierbar sein und über eine entsprechende Kostenhomogenität verfügen, ist eine gesonderte Abbildung im Entgelt-Katalog zu prüfen.

Mit diesem Vorschlag beteiligt sich die DKG in konstruktiver Weise am Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des PEPP. Eine Zustimmung der DKG zum ersten Entwurf des PEPP-Katalogs ist damit aber nicht verbunden.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr. **P1400042**

Vorschlagender **Deutsche Krankenhausgesellschaft**



Problemstellung

Gemäß § 17d Abs. 3 Satz 2 KHG sind für Einrichtungen, in denen die Psych-PV Anwendung findet, die Behandlungsbereiche der Psych-PV bei der Entwicklung des Entgeltsystems zu beachten. Trotz aufwendiger Dokumentation wurden die OPS-Kodes für die Einstufung in die Behandlungsbereiche der Psych-PV bisher nicht erkennbar berücksichtigt.

Lösungsvorschlag

Wir bitten, die OPS-Kodes für die Einstufung in die Behandlungsbereiche der Psych-PV anhand der nunmehr vorliegenden Kostendaten nochmals hinsichtlich ihrer Funktion als potentielle Kostentrenner umfassend zu untersuchen.

Mit diesem Vorschlag beteiligt sich die DKG in konstruktiver Weise am Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des PEPP. Eine Zustimmung der DKG zum ersten Entwurf des PEPP-Katalogs ist damit aber nicht verbunden.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400045

Vorschlagender

Deutsche Krankenhausgesellschaft



Problemstellung

Wir gehen davon aus, dass sämtliche Schwellenkriterien an Hand der nunmehr vorliegenden Kalkulationsdaten auf ihre weitergehende kostentrennende Funktion überprüft werden. So ist z.B. für die Eingruppierung in die P004Z u.a. ein Mindestanteil der Intensivbehandlung (mindestens drei Merkmale) von 75 % bezogen auf die Gesamtverweildauer erforderlich. In diesen Fällen muss bezogen auf die gesamte vollstationäre Verweildauer $\frac{3}{4}$ Intensivbehandlung mit mindestens drei Merkmalen und lediglich $\frac{1}{4}$ weiterer sonstiger Behandlungen vorliegen. Aus Sicht der klinischen Praxis scheint dies nicht plausibel.

Lösungsvorschlag

Da aus medizinischer Sicht in diesem Beispiel ein Missverhältnis zwischen Intensiv- und z.B. Regelbehandlung besteht, wird darum gebeten, den zur Eingruppierung erforderlichen hohen Mindestanteil an Intensivbehandlung in Kombination mit einer unterschiedlichen Anzahl von Mindestmerkmalen zu prüfen.

Mit diesem Vorschlag beteiligt sich die DKG in konstruktiver Weise am Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des PEPP. Eine Zustimmung der DKG zum ersten Entwurf des PEPP-Katalogs ist damit aber nicht verbunden.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400046

Vorschlagender

Deutsche Krankenhausgesellschaft



Problemstellung

In der Strukturkategorie Psychiatrie wirkt ein BMI größer/gleich 35 unter bestimmten Voraussetzungen schweregraddifferenzierend. Diese Differenzierung erfolgt nicht innerhalb der Strukturkategorie Psychosomatik, obwohl eine Behandlung dieser Fälle in beiden Strukturkategorien erfolgt.

Lösungsvorschlag

Wir bitten zu prüfen, ob und unter welchen Bedingungen das Merkmal BMI größer/gleich 35 eine Schweregraddifferenzierung in der Strukturkategorie Psychosomatik darstellt.

Mit diesem Vorschlag beteiligt sich die DKG in konstruktiver Weise am Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des PEPP. Eine Zustimmung der DKG zum ersten Entwurf des PEPP-Katalogs ist damit aber nicht verbunden.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014



Vorschlags-Nr. **P1400048**

Vorschlagender **Pfalzlinikum AdÖR**

Problemstellung

Die Gruppe der Kriseninterventionen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (akute Krise liegt vor) mit Aufenthalt von 1 bis 3 Tagen findet nach unserer Auffassung weder inhaltlich noch bzgl. der Vergütung keine adäquate Abbildung im PEPP. Diese Patienten sind hoch aufwendig, bedürfen ungeplanten hohen therapeutischen und Überwachungsaufwand (im Sinne der Krisenintervention), können nach Deeskalation durch Therapeuten und PPD relativ schnell wieder ins häusliche oder weiterversorgende/betreuende Umfeld entlassen werden. Der Aufwand ist Hauptdiagnosenunabhängig, liegt vom Niveau nach unseren Berechnung im Bereich der Pre-PEPP.

Lösungsvorschlag

neue Prä PEPP P005Z Krisenintervention KJP
Bewertung 2,0

Trigger OPS Krisenintervention innerhalb 24h nach Aufnahme

Prozeduren

Krisenintervention am Aufnahmetag
9-690.0
9-690.1

Diagnosen

klassisches Diagnosespektrum KJP

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014



Vorschlags-Nr.

P1400049

Vorschlagender

Pfalzlinikum AdÖR

Problemstellung

Die PEPP P001Z ist zum einen nicht bewertet, zum anderen werden fast alle somnologischen Fälle nur über die PSG in die PEPP getriggert.

Dies gilt dann auch für Fälle, die mit psychiatrischer Erkrankung zur Behandlung aufgenommen werden, mit kurzer oder mittlerer Verweildauer behandelt werden und eine konsiliarische somnologische Diagnostik und/oder Therapie während des Aufenthaltes erhalten.

Die Bewertung der P001Z oder auch der neuen P001A und P001B sollte sich auch der Vergütung des DRG Systems orientiert auf jeden Fall über diesem Wert bewegen, unsere Daten belegen den höheren personellen Aufwand im psychiatrischen Schlaflabor aufgrund der Psychischen/ psychiatrischen Morbidität/ Komorbidität.

Lösungsvorschlag

1. Differenzierung PEPP P001Z auf PEPP P001A (für besonders aufwendige Patienten mit der Notwendigkeit der nächtlichen 1:1 Behandlung) und P001B (Trigger OPS 1:1 Behandlung und/oder Krisenintervention)
2. Auslösung PEPP P001Z nur bei somnologischer Hauptdiagnose (wie in P001Z bisher auch definiert) oder Aufenthalt aufs Schlaflabor beschränkt für 1-4 Behandlungstage
3. Für konsiliarische somnologische Diagnostik und/oder Therapie, die den von uns vorgeschlagene neuen OPS Komplexbehandlung Schlaflabor erfüllen Auslösung von zwei neuen Zusatzentgelten ZP59 für somnologische konsiliarische Diagnostik und ZP60 für somnologische konsiliarische Therapie
4. Bewertung P001Z mit 440€ pro Tag (siehe mitgeltende Dokumente)
5. Bewertung P001A und P001B (siehe mitgeltende Dokumente), diese Bewertung liegt auf jeden Fall über dem Wert im DRG-System,, unsere Personalbindungszeiten liegen, auch aufgrund der psychiatrischen/ psychischen Morbidität/ Komorbidität über den DRG Werten.

Prozeduren

Neu vorgeschlagene OPS: 8-97f.fKomplexbehandlung Schlafmedizin

8-97f.0Komplexbehandlung Diagnostik Schlafmedizin

8-97f.1Komplexbehandlung Therapie Schlafmedizin

9-964.01/02/031:1 Betreuung mit mehr als 6 Stunden pro Tag

9-964.11/12Betreuung in der Kleinstgruppe mehr als 6 Stunden pro Tag

Beschreibung:

Abbildung Somnologische Leistungen und hoher Aufwand

1-790

1-791

1-795

8-717.0

8-717.1

Diagnosen

Klassisches Hauptdiagnosespektrum der psychiatrischen Schlaflabore

E66.20

E66.21

E66.22

E66.29

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400049

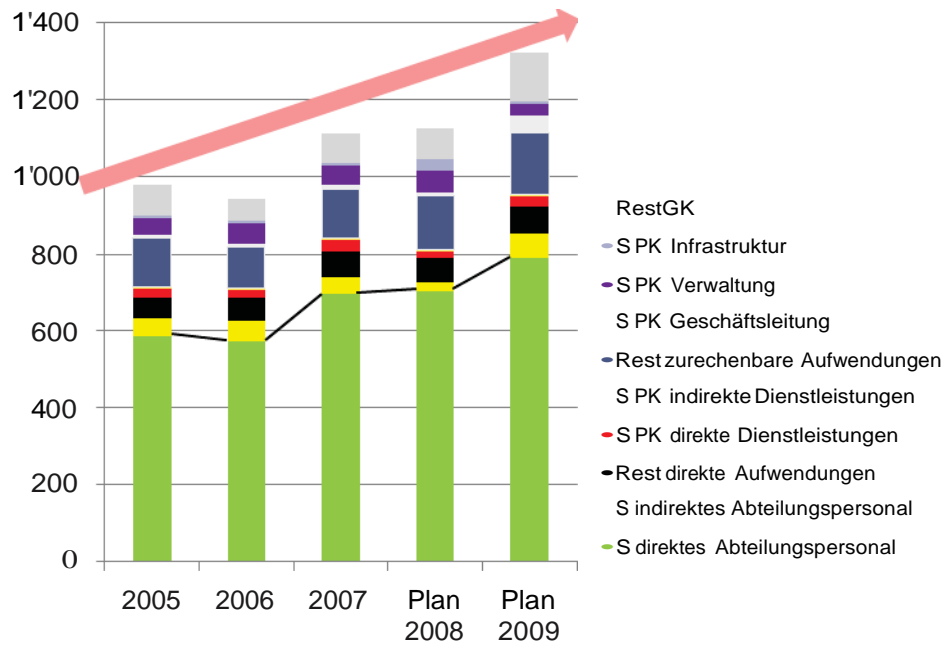
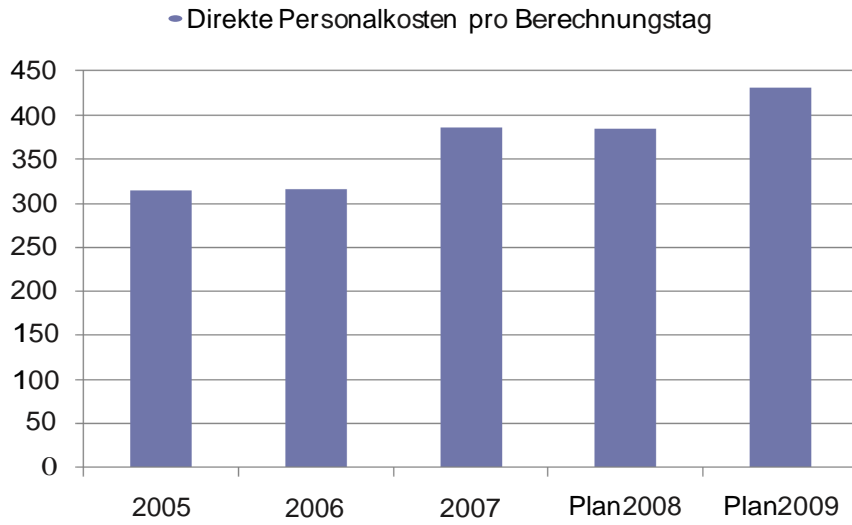


F51.0
G25.81
G47.30
G47.31
G47.32
G47.38
G47.39
G47.4

Nachfolgend die Anlage(n) zum vorstehenden Vorschlag.

[Zur Übersicht](#)

Analyse Daten Schlaflabor Pfalzkrlinikum 2005-2009



PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400050

Vorschlagender **Pfalzlinikum AdÖR**



Problemstellung

Die Behandlung psychiatrischer Patienten, die mit einem multiresistenten Keim oder Erreger höchster Ansteckungsgefahr isoliert werden müssen erfordert einen hoch signifikanten Mehraufwand aufgrund der Isolation, der Hygienemaßnahmen, der spezifischen Behandlung, der bisher im System nicht adäquat abgebildet wird.

Wir hatten in unserer Einrichtung im Jahre 2012 25 Patienten mit einer MRSA oder EBSL Infektion, die isoliert (alle Einzel) wurden und eine Versorgung und Behandlung nach den RKI-Richtlinien durchgeführt wurde, also denn OPS auslösen. Die meisten psychiatrischen Einrichtungen werden keine spezielle Isoliereinheit haben, deswegen beziehen wir uns allein mit dem Vorschlag auf Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit.

Die Erkrankungsrate der MRE ist statistisch nachweisbar zunehmend, auch bei uns steigen die Zahlen an.

Lösungsvorschlag

Es sollte ein tagesbezogenes Zusatzentgelt ausgelöst werden durch die Kodierung des OPS Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE] 8-987.1f und der entsprechende Diagnose.

Betreffende Diagnose(n):

ICD:

U80fErreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen
U80.0fStaphylokokkus aureus
U80.1fStreptokokkus pneumoniae
U80.2fEnterokokkus faecalis
U80.3fEnterokokkus faecium
U80.4fEscherichia, Klebsiella, Proteus
U80.5fEnterobacter, Citrobacter, Serratia
U80.6fPseudomonas aeruginosa
U80.7fBurholderia, Stenotrophomonas
U81Erreger mit Multiresistenz gegen Antibiotika
U82!Mykobakterien mit Resistenz gegen Antituberkulotika

Beschreibung:

Alle Nebendiagnosen für Isolierpflichtige Infektionen, bei denen aus medizinisch-hygienischer Sicht eine Komplexbehandlung entsprechend den unten benannten Mindestmerkmalen indiziert ist und wird.

Betreffende Prozeduren:

OPS:

8-987.1 Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit
.10 Bis zu 6 Behandlungstage
.11 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
.12 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage

Mindestmerkmale:

- Behandlung durch speziell ausgewiesenes medizinisches Personal, in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaushygieniker und/oder der/dem Krankenschwester/-pfleger für Krankenhaushygiene (Hygienefachkraft) unter Aufsicht des Krankenhaushygienikers unter Berücksichtigung aktueller Behandlungs- und Pflegestandards

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400050



- Durchführung von speziellen Untersuchungen zur Feststellung der Trägerschaft von multiresistenten Erregern (ICD-10-GM-Kodes U80 - U82) bzw. der erfolgreichen Sanierung der Kolonisierung bzw. Infektion sowie zur Prävention einer Weiterverbreitung
 - Durchführung von strikter Isolierung (Einzel- oder Kohortenisolierung) mit eigenem Sanitärbereich oder Bettstuhl bei entsprechender hygienischer Indikation (Vermeidung von Kreuzinfektionen). Die Isolierung wird aufrechterhalten, bis in drei negativen Abstrichen/Proben von Prädilektionsstellen der MRE nicht mehr nachweisbar ist. Die Abstriche/Proben dürfen nicht am gleichen Tag entnommen sein. Die jeweils aktuellen Richtlinien des Robert-Koch-Instituts sind zu berücksichtigen
- Es muss ein dokumentierter durchschnittlicher Mehraufwand von mindestens 2 Stunden täglich während der Behandlungstage mit strikter Isolierung entstehen. Dazu gehören neben den oben beschriebenen Maßnahmen z.B.:
- Einsatz von erregerspezifischen Chemotherapeutika/Antibiotika
 - Mindestens tägliche lokale antiseptische Behandlung der betroffenen Areale (z.B. Rachen oder Wundsanierung; antiseptische Sanierung anderer betroffener Körperteile/Organe)
 - Antiseptische Ganzkörperwäsche, bei intakter Haut mindestens täglich
 - Täglicher Wechsel von Bettwäsche, Bekleidung und Utensilien der Körperpflege (Waschlappen u.ä.)
 - Schutzmaßnahmen bei Betreten und Verlassen des Zimmers (zimmerbezogener Schutzkittel, Handschuhe, ggf. Mund-Nasen-Schutz, einschleusen, ausschleusen etc.)
 - Ggf. mehrmals tägliche Desinfektion patientennaher Flächen
 - Mindestens tägliche Fußbodendesinfektion und Schlussdesinfektion
 - Patienten- und Angehörigengespräche zum Umgang mit MRE
 - Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen unter besonderen räumlich-organisatorischen Bedingungen (z.B. im Patientenzimmer anstelle im Funktionsbereich; wenn in Funktionsbereichen, dann mit unmittelbar anschließender Schlussdesinfektion)

Beschreibung:

Abbildung spezifischer Leistungen bei isolierungspflichtigen Patienten mit Erkrankung durch multiresistente Erreger.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014



Vorschlags-Nr. **P1400052**

Vorschlagender **Pfalzlinikum AdÖR**

Problemstellung

Die Intensivtagesklinische Behandlung (neue Entwicklung zur Reduktion der Hospitalisierung der Patienten) mit Aufenthalt der Patienten zwischen 8h morgens und 20h abends in einer tagesklinisch konzipierten Einrichtung über 7 Tage in der Woche wird im System bisher nicht abgebildet. Die Patienten schlafen nachts zu Hause, in der Klinik werden für den Krisenfall, der nicht durch das im Bereitschaftsdienst stehende Krisenteam (Arzt und Pflegekraft) deeskaliert werden kann, Notfallbetten bereit gehalten.

Die Behandlungsform wird vom Facharzt medizinisch indiziert und hat für den Patient viele wichtige Element, die u.a. eine Hospitalisierung vermeiden können und die Therapiemotivation verbessern.

Lösungsvorschlag

Die Einführung entweder einer eigenen PEPP-Strukturgruppe Psychiatrie Intensivtagesklinik (PI) mit den PEPP

PI001A >65Jahre, mit komplizierender Konstellation und PI001B alle weiteren, oder in der Bereichen PA und PK anschließend die PA020A und PA020B sowie PK020A und PK020B. alle F-Diagnosen triggern in diese PEPP.

Die Vergütung sollte 95% des Ansatzes der vollstationären Versorgung betragen, wir haben in der Aufwandsberechnung nur im Personalbereich eine Reduktion der Kosten um ca. 5% ermittelt.

ICD:

Alle F-Diagnosen als Hauptdiagnosen, alle G30ff mit Nebendiagnosen F0ff

Betreffende Prozeduren:

OPS:

Alle Psych-OPS Leistungskodes 9-60ff, 9-61ff, 9-62ff

Mitgeltende Dokumente:

Die Vergütung errechnet sich aus dem vollstationären Satz abzüglich der Kosten des (ärztlichen und pflegerischen) Nachtdienstes zuzüglich der Bereitschaftsdienstkosten des Krisenteams.

Die Vergütung sollte daher 95% der Vollstationären Vergütung der A und B Gruppen im Mittelwert ohne Degression sein.

Diagnosen

alle F Diagnosen

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014



Vorschlags-Nr.

P1400053

Vorschlagender **AKP hier vertreten durch die Bundesdirektorenkonferenz (BDK)**

InEK

Problemstellung

Die zum 1.1.2013 vom Bundesministerium für Gesundheit gegen den Protest der DKG, der Fachverbände, der Fachgesellschaft, der Betroffenen und der Angehörigen psychisch Kranker in Kraft gesetzte Vergütungssystematik der pauschalierenden Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) widerspricht grundsätzlich den Vorgaben des §17d KHG. Dieser fordert ausgehend von den Behandlungsbereichen der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) die Entwicklung eines eigenständigen, durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten. Gemeint sind hiermit Entgelte, die die Variation des Ressourcenverbrauchs im Verlauf der Behandlung eines Patienten entsprechend der Entwicklung seines Befindens leistungsorientiert widerspiegeln. So, wie ein allgemeinspsychiatrischer Patient im Bereich der PsychPV den Bereichen A1-A6 in variabler Weise zugeordnet wird, je nachdem, ob aktuell eine Regelbehandlung, Intensivbehandlung, Psychotherapeutische Behandlung etc. stattfindet, so sollten die zu entwickelnden Tagesentgelte den entsprechend schwankenden Ressourcenverbrauch individuell variabel abbilden.

Im Folgenden (im Eingabefeld "Lösungsvorschläge") wird dies Problem näher erläutert und ein Grundgerüst tagesbezogener Entgelte dargestellt. Dieser Vorschlag ist als Diskussionsvorschlag konzipiert, der nur durch die von den Kalkulationshäusern dem InEK zur Verfügung gestellten Kosten- und Leistungsdaten kalkulatorisch konkretisiert werden kann. Dies kann zunächst nur für den Bereich der Voll- und teilstationären Bereich erfolgen (weil nur hierzu Daten vorliegen), obwohl das TEPP System prinzipiell alle möglichen Behandlungssettings, auch ambulante Behandlung und home-treatment abbilden könnte.

Da die Textformatierung bei Eingabe in diese Maske verloren geht und Abbildungen nicht in diese Maske kopierbar sind, wird das besser lesbare Gesamtdokumente "Tagesentgelte für Psychiatrie und Psychotherapie (TEPP)" separat als PDF file zur Verfügung gestellt.

Lösungsvorschlag

Tagesentgelte für Psychiatrie und Psychotherapie (TEPP)

Grundzüge eines zukunftsorientierten, pauschalierenden, leistungsbezogenen Entgeltsystems
Ein Vorschlag des Arbeitskreises der Krankenhausleitungen psychiatrischer Kliniken (AKP) bestehend aus den Vorständen der Bundesdirektorenkonferenz (BDK), der Bundesfachvereinigung leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie (BFLK) und des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands - Fachgruppe Psychiatrie (VKD)

Vorbemerkung

Die zum 1.1.2013 vom Bundesministerium für Gesundheit gegen den Protest der DKG, der Fachverbände, der Fachgesellschaft, der Betroffenen und der Angehörigen psychisch Kranker in Kraft gesetzte Vergütungssystematik der pauschalierenden Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) widerspricht grundsätzlich den Vorgaben des §17d KHG. Dieser fordert ausgehend von den Behandlungsbereichen der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) die Entwicklung eines eigenständigen, durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten. Gemeint sind hiermit Entgelte, die die Variation des Ressourcenverbrauchs im Verlauf der Behandlung eines Patienten entsprechend der Entwicklung seines Befindens leistungsorientiert widerspiegeln. So, wie ein allgemeinspsychiatrischer Patient im Bereich der PsychPV den Bereichen A1-A6 in variabler Weise zugeordnet wird, je nachdem, ob aktuell eine Regelbehandlung, Intensivbehandlung, Psychotherapeutische Behandlung etc. stattfindet, so sollten die zu entwickelnden Tagesentgelte den entsprechend schwankenden Ressourcenverbrauch individuell variabel abbilden.

Die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) entwickelte PEPP Systematik nimmt hingegen eine Fallkostenkalkulation zum Ausgangspunkt, bei der zunächst Fälle diagnosebezogen und fallkostenorientiert gruppiert und zu einer sog. PEPP zusammengefasst werden. Erst sekundär werden dann innerhalb einer Fallgruppe tagesbezogene Entgelte kalkuliert, die keinen Bezug mehr zum Verlauf des Behandlungsaufwandes des einzelnen Patienten zeigen. Diese tagesbezogenen Entgelte werden nicht aus einer tatsächlich tagesbezogenen Kostenkalkulation errechnet, sondern aus durchschnittlichen Tageskosten von Fällen unterschiedlicher Länge geschätzt (siehe Abschlussbericht PEPP 2013 des InEK). Hierbei entstehen degressive Vergütungsstufen (siehe Abb. 1), die im Verlauf bei (fast) allen PEPPs monoton zu einer deutlichen Abnahme der Relativgewichte, und damit der Vergütung, auf bis zu 75% führen. Der genaue Kalkulationsalgorithmus für diese Vergütungsstufen ist nicht öffentlich bekannt. Verwunderlich ist, dass die primäre Fallgruppierung vom InEK damit begründet wurde, dass eine Zuordnung der Kosten zu einzelnen Tagen bisher nicht ausreichend genau möglich sei. Wenn dies stimmt, dann lassen sich auch keine tagesgenauen Einzelkostenverläufe errechnen, die für eine Berechnung des durchschnittlichen Kostenverlaufs eigentlich notwendig sind. Interessanterweise finden gerade solche Kalkulationskrankenhäuser, die über sehr exakte tagesbezogene Kostendaten verfügen, keine Hinweise auf eine systematische Kostendegression.

Abb. 1 Verlauf der Tagesentgelte entsprechend dem PEPP-Katalog 2013 bei einem fiktiven Landesbasisentgeltwert von 250 EURO (rote Linie). Entlassung am Tag 17 und Wiederaufnahme am Tag 27 führen zu einer Fallzusammenführung, weshalb die Vergütung mit der niedrigsten vor der letzten Entlassung erreichten Vergütungsstufen beginnt (Die Relativgewichte entsprechen der PEPP PA02A), aus Neurotransmitter, 3/2013

Diese Unstimmigkeiten wären im Rahmen einer Systemweiterentwicklung ("lernendes System") wahrscheinlich lösbar. Eine solche Weiterentwicklung scheint aber nicht lohnend, weil das PEPP System nicht nur gesetzliche Vorgaben missachtet, sondern fachlich und gesundheitsökonomisch falsche Anreize setzt und eine qualitativ hochwertige Weiterentwicklung der psychiatrischen Behandlung behindert, anstatt sie zu befördern. Die wesentlichen Argumente, die zu dieser Schlussfolgerung führen, seien im Folgenden skizziert:

1. Der Krankenhausbehandlungsfall ist aus folgenden Gründen eine für die Vergütung der Leistungen in psychiatrischen Krankenhäusern grundsätzlich ungeeignete Bezugsgröße:
 - a. Die interindividuelle Varianz der Gesamtbehandlungskosten innerhalb eines Behandlungssettings wird im Wesentlichen durch die Dauer der Behandlung des einzelnen Patienten bestimmt, die höchst variabel und nicht reliabel vorhersagbar ist. Verweildauerunabhängige, also fallbezogene Leistungsbestandteile, wie die Durchführung aufwändiger einmaliger normierter Maßnahmen (Typ: Operation) oder die einmalige Versorgung mit teuren Verbrauchsmaterialien (Typ: Herzschrittmacher) spielen eine untergeordnete Rolle.
 - b. Die intraindividuelle zeitliche Varianz der Behandlungskosten steht im engen Zusammenhang mit dem individuellen Betreuungsbedarf des einzelnen Patienten, der im Verlauf einer Behandlung stark variiert. Zu dieser Variabilität tragen neben dem Befinden des Patienten und der wechselnden Symptomausprägung auch in erheblichem Umfang psychosoziale Erfordernisse bei, die durch die Notwendigkeit entstehen, aus diagnostischen und therapeutischen Gründen das private und berufliche Umfeld des Patienten in die Behandlung mit einzubeziehen. Aufgrund der zeitlich nicht synchronen Variabilität der verschiedenen Komponenten, die zusammen den Betreuungsbedarf ausmachen, schwankt letzterer im Verlauf einer Behandlung unsystematisch, wie Kostenverläufe von Krankenhäusern zeigen, die in der Lage sind, die Daten einzelner Behandlungstage sehr exakt zu erheben. Insbesondere kommt es - abgesehen von einer initialen Kostenspitze zu Beginn der Behandlung - nicht zu einer kontinuierlich monotonen Abnahme der Tagesbehandlungskosten.
 - c. Fallbezogene Kalkulationen sind aufgrund unterschiedlicher Basiskosten nur innerhalb eines Behandlungssettings sinnvoll durchführbar (stationär, teilstationär oder ambulant). Deshalb entsteht bei

jedem Settingwechsel ein neuer Fall. Dies ist gerade für moderne, zukunftsweisende und möglicherweise auch besonders kosteneffiziente Behandlungsansätze, die innerhalb einer Behandlung mehrere Settingwechsel vorsehen, enorm aufwändig und deshalb kontraproduktiv.

2. Monoton degressive Tagessätze mit einer relativen Übervergütung zu Beginn der Behandlung, wie sie die PEPP vorsehen, beinhalten immanent einen Anreiz zur Verweildauerverkürzung und machen vor allem die Behandlung längerfristig schwer kranker Patienten für das Krankenhaus zu einem ökonomischen Risiko.

a. Die Verweildauer psychiatrischer Patienten im Krankenhaus hat sich im Laufe der letzten Jahrzehnte in etwa halbiert. Es gibt keine empirisch fundierten Daten, die belegen könnten, dass diese Verweildauern im Mittel immer noch zu lange sind; im Gegenteil gibt es für bestimmte Patientengruppen (z.B. schizophrene Patienten) Hinweise darauf, dass die Verweildauern kürzer sind, als dies zur Verhinderung rascher Wiederaufnahmen sinnvoll wäre.

b. Die monotone Degression der PEPP Tagesentgelte fußt auf mittleren Tageskosten von Fällen unterschiedlicher Dauer. Hieraus folgt, dass Patienten einer PEPP oder Prä-PEPP Kategorie mit einem Betreuungsbedarf unterhalb des Mittelwertes für das Krankenhaus vorteilhaft, solche mit höherem Betreuungsbedarf für das Krankenhaus problematisch sind. Innerhalb der Prä-PEPP Kategorien sind also vor allem Patienten ökonomisch problematisch, die besonders lange schwer krank sind (z.B. über Monate 1:1 Betreuung). In den PEPP Kategorien macht das Phänomen der Orientierung am Mittelwert die elektive Behandlung von Patienten ökonomisch interessant, während vorherzusehen ist, dass der Betreuungsbedarf akut und als Notfall im Rahmen der regionalen Pflichtversorgung aufgenommenen Patienten über dem Mittelwert liegen wird.

c. Das Fallzusammenführungsprinzip der PEPP (Fallzusammenführung innerhalb von 21 Tagen bis zu 120 Tagen Gesamtfalllänge) macht die fachliche Widersinnigkeit monoton degressiver Entgelte besonders deutlich. Dieses Prinzip führt dazu, dass innerhalb eines Zeitraumes von 4 Monaten überwiegend die niedrigste Vergütungsstufe einer PEPP Grundlage des Tagesentgeltes ist, auch wenn ein Patient mehrfach nach einem Alkohorrückfall wieder in die Klinik kommt, oder wenn ein Patient, der unter einer Schizophrenie leidet nach häuslichem Absetzen seiner Medikation erneut hochpsychotisch geworden ist.

3. Der primäre Diagnosebezug der PEPP und damit auch der sekundär generierten Tagesentgelte ist problematisch.

a. Mit wenigen Ausnahmen implizieren psychiatrische Diagnosen keinen spezifischen tagesbezogenen Behandlungsaufwand. Dies gilt trotz der Behauptung des InEK, eine Gruppierung nach Diagnosen sei möglich, weil die Gruppierung eben fallkosten- und nicht tagesbezogen erfolgt und damit verweildauerabhängig ist. Im weiten Spektrum der Diagnosengruppen F2-F6 kann jeder Patient, auch über längere Zeit eine 1:1 Betreuung auf einer geschlossenen Station benötigen, oder aber von Anfang an in stabilem Zustand an einer psychotherapeutischen Behandlung teilhaben. Es ist also das aktuelle Befinden und nicht die Diagnose, die im Wesentlichen den Behandlungsaufwand bestimmt.

b. Psychiatrische Diagnosen weisen, wiederum mit wenigen Ausnahmen (z.B. im Bereich der Demenzerkrankungen), eine geringe Zuverlässigkeit auf. Zwar kann die Reliabilität der Diagnose durch operationalisierte Diagnoseverfahren erhöht werden, solche Verfahren werden aber bisher in Deutschland nicht in großem Umfang eingesetzt und wegen des ungelösten Problems der Diagnosevalidität ist auch zu bezweifeln, ob strukturierte Diagnosen im klinischen Alltag überhaupt sinnvoll sind.

c. Die Nutzung gering reliabler Diagnosen zur Entgeltdifferenzierung wird unweigerlich dazu führen, dass die Kostenträger durch den MDK Diagnosen in Frage stellen lassen werden. Dieses Problem kann im Grunde nur durch die flächendeckende Einführung operationalisierter diagnostischer Verfahren gelöst werden, die extrem aufwändig sind und - wie eben ausgeführt - die Validität nicht erhöhen. Zudem führt standardisierte operationalisierte Diagnostik typischerweise zu einer massiven Zunahme von Komorbidität, also dazu, dass Patienten die diagnostischen Kriterien mehrerer Störungen gleichzeitig erfüllen und damit formal, möglicherweise aber nicht inhaltlich, unter verschiedenen Erkrankungen leiden.

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400053



Ein primär fall- und diagnosebezogenes Vergütungssystem, wie das PEPP System, ist also nicht dazu geeignet eine zukunftsweisende Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung zu begleiten und zu unterstützen, weswegen im Folgenden als mögliches Alternativmodell die Umriss systematischer Tagesentgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (TEPP) skizziert werden sollen.

Grundstruktur eines TEPP Systems

Tagesentgelte für die Psychiatrie und Psychotherapie sollen in pauschalierender, leistungsorientierter Weise den wechselnden Aufwand abbilden, der im Rahmen einer Behandlung durch das Krankenhaus entsteht.

Dieser Aufwand umfasst:

1. Kosten ohne direkten Bezug zur Behandlung des einzelnen Patienten

a. Strukturkosten des Krankenhauses (z.B. Gebäude, allgemeiner administrativer Aufwand)

b. Kosten der Behandlungsinfrastruktur (z.B. medizinische Geräte, Kosten der Vernetzung im Rahmen der regionalen Pflichtversorgung, Vorhaltungen für die Möglichkeit der Notfallbehandlung)

2. Kosten mit direktem Bezug zur Behandlung des einzelnen Patienten

a. Basiskosten (Kost, Logis, individueller nicht-therapeutisch/diagnostischer Aufwand)

b. Kosten für Diagnostik und Therapie

Die Form der Kostengruppierung erlaubt die Berechnung von Tagesentgelten für verschiedene Behandlungssettings aus den genannten 4 Komponenten nach dem gleichen Grundprinzip. In Tabelle 1 sind, natürlich auf arbiträrer Basis, solche Tagesentgelte für die verschiedenen Settings dargestellt.

Setting Stationär Teilstationär Ambulant 1 Aufsuchende Behandlung

Kostenart

1a 10105252

1b 310101010

2a 410040515

2b 5130 (50-500)100 (50-150)30 (10-70)60 (30-120)

Summe 25019050100

1 Möglicherweise können die Settings ambulant und aufsuchende Behandlung zusammengefasst werden.

2 Möglicherweise kann die Kalkulation der Krankenhausstrukturkosten auch gemeinsam für alle Settings erfolgen. 3 Diese Kosten können sich zwischen Krankenhäusern mit und ohne Pflichtversorgung, unterscheiden. 4 Die Basiskosten unterscheiden sich nur zwischen den Settings aber nicht zwischen den einzelnen Tagen. 5 Die Behandlungskosten sind pro Tag und Setting variabel, wie die Beträge in Klammern andeuten.

Abb. 2: Verlauf hypothetischer leistungsbezogener Tagesentgelte im Rahmen einer der Behandlung einer depressiven Episode. Die ebenfalls arbiträren Vergütungsstufen entsprechen noch zu kalkulierenden primär tagesbezogenen Entgelten. Wie in Abb. 1 ist ein hypothetischer Landesentgeltwert von 250 angenommen. Die vollstationäre Behandlung ist blau, die teilstationäre Behandlung rot dargestellt. Im Gegensatz zu den sekundären Tagesentgelten entsteht bei primären Tagesentgelten kein ökonomischer Anreiz zur Verkürzung oder Verlängerung von Krankenhausaufhalten. Aus Neurotransmitter 3/2013.

Innerhalb jedes Settings können dann unterschiedliche Tagesentgelte kalkuliert werden, deren Variabilität aufwandsabhängig und leistungsorientiert ist. Welche aufwandsbezogenen Variablen sich dazu eignen, müsste eine primär tagesbezogene Kalkulation durch das InEK zeigen. Um den therapeutischen Leistungsbezug herzustellen, wäre es anstatt einer Einzeldokumentation von z.B. 25 Minuten Einheiten sinnvoll, bestimmte Leistungssets festzulegen, die bestimmten Behandlungssettings entsprechen. Als individuelle Kostentrenner pro Tag kommen zudem Parameter wie Intensiv- oder 1:1 Betreuung, ein besonders hoher aktueller Betreuungsaufwand, wie er sich im Gewichtungmodell von DGPPN und DGPM widerspiegelt, besondere therapeutische Maßnahmen (z.B. EKT), besondere diagnostische Maßnahmen (z.B. Neuropsychologie, Schlaflabor) und anderes in Betracht.

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400053



Zunächst wäre im Rahmen der InEK Kalkulation natürlich nur die Berechnung voll- und teilstationärer Tagesentgelte möglich, sobald aber Leistungs- und Kostendaten für andere Settings vorliegen, wäre das System leicht und komplikationslos auf den ambulanten Bereich übertragbar. Abb. 2 zeigt in erster Näherung arbiträre Entgelte für den stationären und teilstationären Bereich in einem TEPP System. Gerade im Vergleich zu Abb. 1 wird offensichtlich, dass diese Form der Tagesentgelte tatsächlich den Leistungsverlauf abbildet und fallbezogene Schwierigkeiten, wie z.B. das Problem der Fallzusammenführung erst gar nicht entstehen.

Nachfolgend die Anlage(n) zum vorstehenden Vorschlag.

[Zur Übersicht](#)

Tagesentgelte für Psychiatrie und Psychotherapie (TEPP)

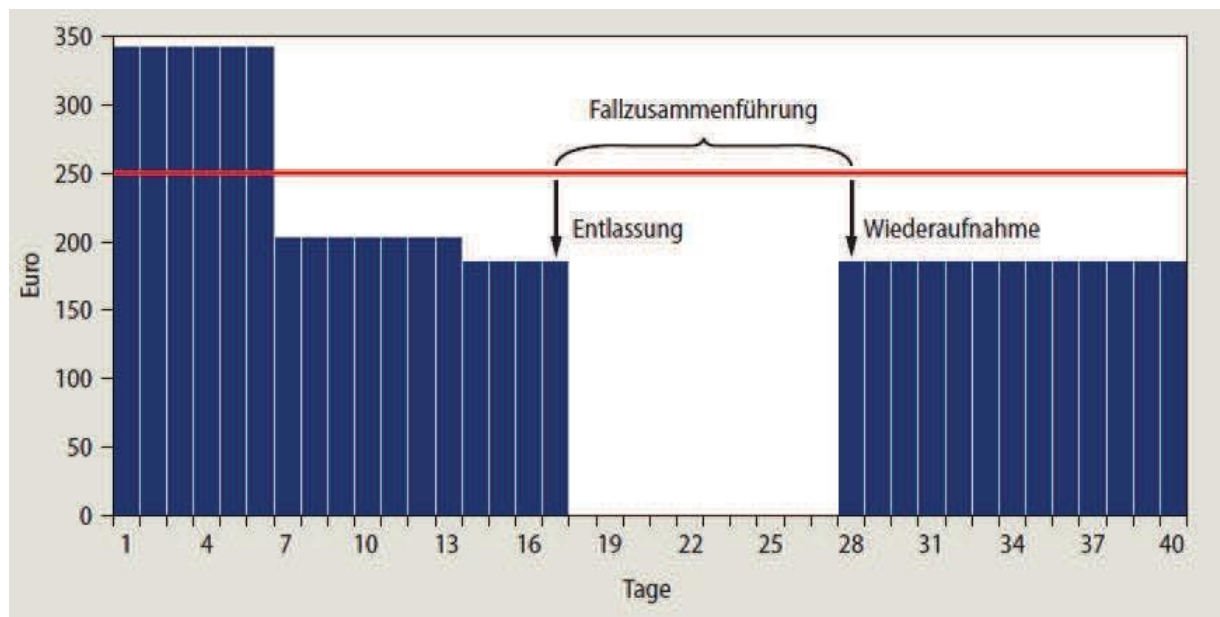
Grundzüge eines zukunftsorientierten, pauschalierenden, leistungsbezogenen Entgeltsystems
Ein Vorschlag des Arbeitskreises der Krankenhausleitungen psychiatrischer Kliniken (AKP)
bestehend aus den Vorständen der Bundesdirektorenkonferenz (BDK), der
Bundesfachvereinigung leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie (BFLK) und des
Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands - Fachgruppe Psychiatrie (VKD)

Vorbemerkung

Die zum 1.1.2013 vom Bundesministerium für Gesundheit gegen den Protest der DKG, der Fachverbände, der Fachgesellschaft, der Betroffenen und der Angehörigen psychisch Kranker in Kraft gesetzte Vergütungssystematik der pauschalierenden Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) widerspricht grundsätzlich den Vorgaben des §17d KHG. Dieser fordert ausgehend von den Behandlungsbereichen der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) die Entwicklung eines eigenständigen, durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten. Gemeint sind hiermit Entgelte, die die Variation des Ressourcenverbrauchs im Verlauf der Behandlung eines Patienten entsprechend der Entwicklung seines Befindens leistungsorientiert widerspiegeln. So, wie ein allgemeinpsychiatrischer Patient im Bereich der PsychPV den Bereichen A1-A6 in variabler Weise zugeordnet wird, je nachdem, ob aktuell eine Regelbehandlung, Intensivbehandlung, Psychotherapeutische Behandlung etc. stattfindet, so sollten die zu entwickelnden Tagesentgelte den entsprechend schwankenden Ressourcenverbrauch individuell variabel abbilden.

Die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) entwickelte PEPP Systematik nimmt hingegen eine Fallkostenkalkulation zum Ausgangspunkt, bei der zunächst Fälle diagnosebezogen und fallkostenorientiert gruppiert und zu einer sog. PEPP zusammengefasst werden. Erst sekundär werden dann innerhalb einer Fallgruppe tagesbezogene Entgelte kalkuliert, die keinen Bezug mehr zum Verlauf des Behandlungsaufwandes des einzelnen Patienten zeigen. Diese tagesbezogenen Entgelte werden nicht aus einer tatsächlich tagesbezogenen Kostenkalkulation errechnet, sondern aus durchschnittlichen Tageskosten von Fällen unterschiedlicher Länge geschätzt (siehe Abschlussbericht PEPP 2013 des InEK). Hierbei entstehen degressive Vergütungsstufen (siehe Abb. 1), die im Verlauf bei (fast) allen PEPPs monoton zu einer deutlichen Abnahme der Relativgewichte, und damit der Vergütung, auf bis zu 75% führen. Der genaue Kalkulationsalgorithmus für diese

Vergütungsstufen ist nicht öffentlich bekannt. Verwunderlich ist, dass die primäre Fallgruppierung vom InEK damit begründet wurde, dass eine Zuordnung der Kosten zu einzelnen Tagen bisher nicht ausreichend genau möglich sei. Wenn dies stimmt, dann lassen sich auch keine tagesgenauen Einzelkostenverläufe errechnen, die für eine Berechnung des durchschnittlichen Kostenverlaufs eigentlich notwendig sind. Interessanterweise finden gerade solche Kalkulationskrankenhäuser, die über sehr exakte tagesbezogene Kostendaten verfügen, keine Hinweise auf eine systematische Kostendegression.



^

Abb. 1 Verlauf der Tagesentgelte entsprechend dem PEPP-Katalog 2013 bei einem fiktiven Landesbasisentgeltwert von 250 EURO (rote Linie). Entlassung am Tag 17 und Wiederaufnahme am Tag 27 führen zu einer Fallzusammenführung, weshalb die Vergütung mit der niedrigsten vor der letzten Entlassung erreichten Vergütungsstufen beginnt (Die Relativgewichte entsprechen der PEPP PA02A), aus Neurotransmitter, 3/2013

Diese Unstimmigkeiten wären im Rahmen einer Systemweiterentwicklung („lernendes System“) wahrscheinlich lösbar. Eine solche Weiterentwicklung scheint aber nicht lohnend, weil das PEPP System nicht nur gesetzliche Vorgaben missachtet, sondern fachlich und gesundheitsökonomisch falsche Anreize setzt und eine qualitativ hochwertige Weiterentwicklung der psychiatrischen Behandlung behindert, anstatt sie zu befördern. Die wesentlichen Argumente, die zu dieser Schlussfolgerung führen, seien im Folgenden skizziert:

1. Der Krankenhausbehandlungsfall ist aus folgenden Gründen eine für die Vergütung der Leistungen in psychiatrischen Krankenhäusern grundsätzlich ungeeignete Bezugsgröße:
 - a. Die interindividuelle Varianz der Gesamtbehandlungskosten innerhalb eines Behandlungssettings wird im Wesentlichen durch die Dauer der Behandlung des einzelnen Patienten bestimmt, die höchst variabel und nicht reliabel vorhersagbar ist. Verweildauerunabhängige, also fallbezogene Leistungsbestandteile, wie die Durchführung aufwändiger einmaliger normierter Maßnahmen (Typ: Operation) oder die einmalige Versorgung mit teuren Verbrauchsmaterialien (Typ: Herzschrittmacher) spielen eine untergeordnete Rolle.
 - b. Die intraindividuelle zeitliche Varianz der Behandlungskosten steht im engen Zusammenhang mit dem individuellen Betreuungsbedarf des einzelnen Patienten, der im Verlauf einer Behandlung stark variiert. Zu dieser Variabilität tragen neben dem Befinden des Patienten und der wechselnden Symptomausprägung auch in erheblichem Umfang psychosoziale Erfordernisse bei, die durch die Notwendigkeit entstehen, aus diagnostischen und therapeutischen Gründen das private und berufliche Umfeld des Patienten in die Behandlung mit einzubeziehen. Aufgrund der zeitlich nicht synchronen Variabilität der verschiedenen Komponenten, die zusammen den Betreuungsbedarf ausmachen, schwankt letzterer im Verlauf einer Behandlung unsystematisch, wie Kostenverläufe von Krankenhäusern zeigen, die in der Lage sind, die Daten einzelner Behandlungstage sehr exakt zu erheben. Insbesondere kommt es – abgesehen von einer initialen Kostenspitze zu Beginn der Behandlung - nicht zu einer kontinuierlich monotonen Abnahme der Tagesbehandlungskosten.
 - c. Fallbezogene Kalkulationen sind aufgrund unterschiedlicher Basiskosten nur innerhalb eines Behandlungssettings sinnvoll durchführbar (stationär, teilstationär oder ambulant). Deshalb entsteht bei jedem Settingwechsel ein neuer Fall. Dies ist gerade für moderne, zukunftsweisende und möglicherweise auch besonders kosteneffiziente Behandlungsansätze, die innerhalb einer Behandlung mehrere Settingwechsel vorsehen, enorm aufwändig und deshalb kontraproduktiv.

2. Monoton degressive Tagessätze mit einer relativen Übervergütung zu Beginn der Behandlung, wie sie die PEPP vorsehen, beinhalten immanent einen Anreiz zur Verweildauerverkürzung und machen vor allem die Behandlung längerfristig schwer kranker Patienten für das Krankenhaus zu einem ökonomischen Risiko.
 - a. Die Verweildauer psychiatrischer Patienten im Krankenhaus hat sich im Laufe der letzten Jahrzehnte in etwa halbiert. Es gibt keine empirisch fundierten Daten, die belegen könnten, dass diese Verweildauern im Mittel immer noch zu lange sind; im Gegenteil gibt es für bestimmte Patientengruppen (z.B. schizophrene Patienten) Hinweise darauf, dass die Verweildauern kürzer sind, als dies zur Verhinderung rascher Wiederaufnahmen sinnvoll wäre.
 - b. Die monotone Degression der PEPP Tagesentgelte fußt auf mittleren Tageskosten von Fällen unterschiedlicher Dauer. Hieraus folgt, dass Patienten einer PEPP oder Prä-PEPP Kategorie mit einem Betreuungsbedarf unterhalb des Mittelwertes für das Krankenhaus vorteilhaft, solche mit höherem Betreuungsbedarf für das Krankenhaus problematisch sind. Innerhalb der Prä-PEPP Kategorien sind also vor allem Patienten ökonomisch problematisch, die besonders lange schwer krank sind (z.B. über Monate 1:1 Betreuung). In den PEPP Kategorien macht das Phänomen der Orientierung am Mittelwert die elektive Behandlung von Patienten ökonomisch interessant, während vorherzusehen ist, dass der Betreuungsbedarf akut und als Notfall im Rahmen der regionalen Pflichtversorgung aufgenommener Patienten über dem Mittelwert liegen wird.
 - c. Das Fallzusammenführungsprinzip der PEPP (Fallzusammenführung innerhalb von 21 Tagen bis zu 120 Tagen Gesamtfalllänge) macht die fachliche Widersinnigkeit monoton degressiver Entgelte besonders deutlich. Dieses Prinzip führt dazu, dass innerhalb eines Zeitraumes von 4 Monaten überwiegend die niedrigste Vergütungsstufe einer PEPP Grundlage des Tagesentgeltes ist, auch wenn ein Patient mehrfach nach einem Alkoholrückfall wieder in die Klinik kommt, oder wenn ein Patient, der unter einer Schizophrenie leidet nach häuslichem Absetzen seiner Medikation erneut hochpsychotisch geworden ist.

3. Der primäre Diagnosebezug der PEPP und damit auch der sekundär generierten Tagesentgelte ist problematisch.
 - a. Mit wenigen Ausnahmen implizieren psychiatrische Diagnosen keinen spezifischen tagesbezogenen Behandlungsaufwand. Dies gilt trotz der Behauptung des InEK, eine Gruppierung nach Diagnosen sei möglich, weil die Gruppierung eben fallkosten- und nicht tagesbezogen erfolgt und damit verweildauerabhängig ist. Im weiten Spektrum der Diagnosengruppen F2-F6 kann jeder Patient, auch über längere Zeit eine 1:1 Betreuung auf einer geschlossenen Station benötigen, oder aber von Anfang an in stabilem Zustand an einer psychotherapeutischen Behandlung teilhaben. Es ist also das aktuelle Befinden und nicht die Diagnose, die im Wesentlichen den Behandlungsaufwand bestimmt.
 - b. Psychiatrische Diagnosen weisen, wiederum mit wenigen Ausnahmen (z.B. im Bereich der Demenzerkrankungen), eine geringe Zuverlässigkeit auf. Zwar kann die Reliabilität der Diagnose durch operationalisierte Diagnoseverfahren erhöht werden, solche Verfahren werden aber bisher in Deutschland nicht in großem Umfang eingesetzt und wegen des ungelösten Problems der Diagnosevalidität ist auch zu bezweifeln, ob strukturierte Diagnosen im klinischen Alltag überhaupt sinnvoll sind.
 - c. Die Nutzung gering reliabler Diagnosen zur Entgeltdifferenzierung wird unweigerlich dazu führen, dass die Kostenträger durch den MDK Diagnosen in Frage stellen lassen werden. Dieses Problem kann im Grunde nur durch die flächendeckende Einführung operationalisierter diagnostischer Verfahren gelöst werden, die extrem aufwändig sind und – wie eben ausgeführt - die Validität nicht erhöhen. Zudem führt standardisierte operationalisierte Diagnostik typischerweise zu einer massiven Zunahme von Komorbidität, also dazu, dass Patienten die diagnostischen Kriterien mehrerer Störungen gleichzeitig erfüllen und damit formal, möglicherweise aber nicht inhaltlich, unter verschiedenen Erkrankungen leiden.

Ein primär fall- und diagnosebezogenes Vergütungssystem, wie das PEPP System, ist also nicht dazu geeignet eine zukunftsweisende Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung zu begleiten und zu unterstützen, weswegen im Folgenden als mögliches Alternativmodell die

Umrisse systematischer Tagesentgelte für Psychiatrie und Psychosomatik (TEPP) skizziert werden sollen.

Grundstruktur eines TEPP Systems

Tagesentgelte für die Psychiatrie und Psychotherapie sollen in pauschalierender, leistungsorientierter Weise den wechselnden Aufwand abbilden, der im Rahmen einer Behandlung durch das Krankenhaus entsteht.

Dieser Aufwand umfasst:

1. Kosten ohne direkten Bezug zur Behandlung des einzelnen Patienten
 - a. Strukturkosten des Krankenhauses (z.B. Gebäude, allgemeiner administrativer Aufwand)
 - b. Kosten der Behandlungsinfrastruktur (z.B. medizinische Geräte, Kosten der Vernetzung im Rahmen der regionalen Pflichtversorgung, Vorhaltungen für die Möglichkeit der Notfallbehandlung)
2. Kosten mit direktem Bezug zur Behandlung des einzelnen Patienten
 - a. Basiskosten (Kost, Logis, individueller nicht-therapeutisch/diagnostischer Aufwand)
 - b. Kosten für Diagnostik und Therapie

Die Form der Kostengruppierung erlaubt die Berechnung von Tagesentgelten für verschiedene Behandlungssettings aus den genannten 4 Komponenten nach dem gleichen Grundprinzip. In Tabelle 1 sind, natürlich auf arbiträrer Basis, solche Tagesentgelte für die verschiedenen Settings dargestellt.

Setting	Stationär	Teilstationär	Ambulant ¹	Aufsuchende Behandlung
Kostenart				
1a	10	10	5 ²	5 ²
1b ³	10	10	10	10
2a ⁴	100	40	5	15
2b ⁵	130 (50-500)	100 (50-150)	30 (10-70)	60 (30-120)
Summe	250	190	50	100

¹ Möglicherweise können die Settings ambulant und aufsuchende Behandlung zusammengefasst werden. ² Möglicherweise kann die Kalkulation der Krankenhausstrukturkosten auch gemeinsam für alle Settings erfolgen. ³ Diese Kosten können sich zwischen Krankenhäusern mit und ohne Pflichtversorgung, unterscheiden. ⁴ Die Basiskosten unterscheiden sich nur zwischen den Settings aber nicht zwischen den einzelnen

Tagen.⁵ Die Behandlungskosten sind pro Tag und Setting variabel, wie die Beträge in Klammern andeuten.

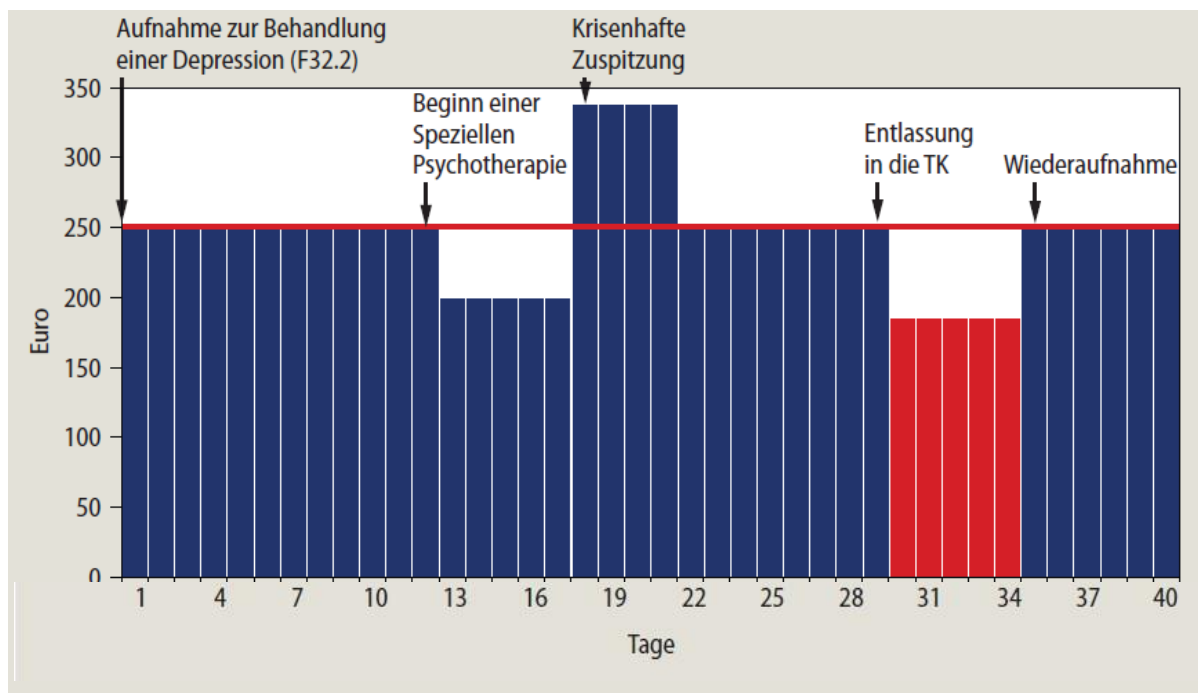


Abb. 2: Verlauf hypothetischer leistungsbezogener Tagesentgelte im Rahmen einer der Behandlung einer depressiven Episode. Die ebenfalls arbiträren Vergütungsstufen entsprechen noch zu kalkulierenden primär tagesbezogenen Entgelten. Wie in Abb. 1 ist ein hypothetischer Landesentgeltwert von 250 angenommen. Die vollstationäre Behandlung ist blau, die teilstationäre Behandlung rot dargestellt. Im Gegensatz zu den sekundären Tagesentgelten entsteht bei primären Tagesentgelten kein ökonomischer Anreiz zur Verkürzung oder Verlängerung von Krankenhausaufenthalten. Aus Neurotransmitter 3/2013.

Innerhalb jedes Settings können dann unterschiedliche Tagesentgelte kalkuliert werden, deren Variabilität aufwandsabhängig und leistungsorientiert ist. Welche aufwandsbezogenen Variablen sich dazu eignen, müsste eine primär tagesbezogene Kalkulation durch das InEK zeigen. Um den therapeutischen Leistungsbezug herzustellen, wäre es anstatt einer Einzeldokumentation von z.B. 25 Minuten Einheiten sinnvoll, bestimmte Leistungssets festzulegen, die bestimmten Behandlungssettings entsprechen. Als individuelle Kostentrenner pro Tag kommen zudem Parameter wie Intensiv- oder 1:1 Betreuung, ein besonders hoher aktueller Betreuungsaufwand, wie er sich im Gewichtungmodell von DGPPN und DGPM widerspiegelt, besondere therapeutische Maßnahmen (z.B: EKT), besondere diagnostische Maßnahmen (z.B. Neuropsychologie, Schlaflabor) und anderes in Betracht.

Zunächst wäre im Rahmen der InEK Kalkulation natürlich nur die Berechnung voll- und teilstationärer Tagesentgelte möglich, sobald aber Leistungs- und Kostendaten für andere Settings vorliegen, wäre das System leicht und komplikationslos auf den ambulanten Bereich übertragbar. Abb. 2 zeigt in erster Näherung arbiträre Entgelte für den stationären und teilstationären Bereich in einem TEPP System. Gerade im Vergleich zu Abb. 1 wird

offensichtlich, dass diese Form der Tagesentgelte tatsächlich den Leistungsverlauf abbildet und fallbezogene Schwierigkeiten, wie z.B. das Problem der Fallzusammenführung erst gar nicht entstehen.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400054

Vorschlagender

Barmer GEK



Problemstellung

Die Intensivbehandlung ab 3 Merkmalen, abgebildet durch die OPS-Kodes 9-615* und 9-616*, findet als gültiger Kode bezogen auf die Pflagestage für die Funktion "INTENS-1" und die PEPP P004Z Berücksichtigung.

Berücksichtigung.

Die OPS-Kodes der Intensivbehandlung werden unterteilt in die erbrachten Therapieeinheiten/Woche und die Anzahl der Merkmale.

Für die Zuordnung zur Intensivbehandlung wird weder eine Unterscheidung der Merkmale ab 3 Merkmalen, noch der Nachweis erbrachter Therapieeinheiten benötigt.

Damit wird im Extremfall eine Intensivbehandlung mit 3 Merkmalen ohne Therapieeinheiten (9-615.0) mit einer Intensivbehandlung mit mehr als 4 Merkmalen und mehr als 48 Therapieeinheiten (9-616.2r) gleichgestellt.

Lösungsvorschlag

Die erbrachten Therapieeinheiten wie auch die Eingrenzung der Merkmale sind für die Zuordnung zur Intensivbehandlung differenziert zu betrachten und entsprechend abgestuft als Anteil einer Intensivbehandlung zu berücksichtigen.

Die Intensivbehandlung sollt daher erst ab 2 Therapieeinheiten Berücksichtigung finden.

Die OPS-Kodes 9-615.0, 9-615.10, 9-616.0, 9-616.10 sind aus den Tabellen P004-1 und INTENS-1 zu streichen.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014



Vorschlags-Nr. **P1400055**

Vorschlagender **Krankenhaus Lahnhöhe**

Problemstellung

Unser Vorschlag wird unterstützt von der AnthroMed gGmbH, vom Zertifizierungsverfahren AnthroMed KLINIKNETZWERK und der Rottal-Inn-Kliniken GmbH-Simbach / Psychosomatische Fachklinik Dr. Gosda

Im Rahmen eines multimodalen Therapiesettings wird mit den Patienten auf mehreren Ebenen zeitgleich an ihrer Symptomatik gearbeitet, begleitet von Mitgliedern jeweils unterschiedlich spezialisierter Berufsgruppen (z.B. Kunsttherapien, Bewegungstherapien, Pflegekontakte, Ärztgruppen, Psychologen .). Die dafür notwendig vorzuhaltende Komplexität der Behandlungsstrukturen bildet sich derzeit unzureichend ab.

Patientengruppen mit somatisch-orientiertem Krankheitskonzept wie z. B. F 45 bedürfen zwar einer komplexen und intensivierten Behandlung unter Inanspruchnahme der verschiedenen Berufsgruppen. Zur Entwicklung eines Symptomverständnisses und eines nachhaltigen Therapieweges bedürfen sie aber eines besonders hohen Anteiles Körper-Kunst- und Cotherapeutisch-Pflegerischer Zugänge. Dementsprechend verändert sich die Abmischung innerhalb der OPD 9-63x zugunsten dieser Berufsgruppen.

Bei Inanspruchnahme von weniger als drei Therapieeinheiten Arzt/ Psychologe würde jedoch nur eine Regelbehandlung abgebildet. Die Vorhaltekosten für die übrigen Strukturmerkmale der Komplexbehandlung werden nicht repräsentiert.

Lösungsvorschlag

1. Verpflichtung der Einbindung anderer Therapeutengruppen zum Erbringen der Komplexbehandlungsziffer 9-63x bei gleichzeitiger Bindung an Mindesttherapieeinheiten (z.B. mindestens 4 Therapieeinheiten Spezialtherapeuten, 2 Therapieeinheiten Pflege / 2 Therapieeinheiten Arzt/ Psychologe bei insgesamt mindestens 8 Therapieeinheiten pro Woche)

2. Die Komplexbehandlung ist auch dann erbracht, wenn von den drei geforderten Therapieeinheiten Arzt/Psychologe eine durch mindestens 4 Therapieeinheiten Spezialtherapie/Pflege ersetzt wird.

Prozeduren

9-630

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400056

Vorschlagender

Krankenhaus Lahnhöhe



Problemstellung

Unser Vorschlag wird unterstützt von der AnthroMed gGmbH, vom Zertifizierungsverfahren AnthroMed KLINIKNETZWERK und der Rottal-Inn-Kliniken GmbH-Simbach Psychosomatische Fachklinik Dr. Gosda

Sowohl im Code 9-604 wie auch 9-63x werden die Gruppengrößen auf 18 Teilnehmer begrenzt und es werden ab einer Teilnehmerzahl von 13 die Teilnahme von zwei Therapeuten gefordert

Lösungsvorschlag

Gruppengrößen über 12 bis 36 Patienten für die Indikation Psychoedukation unter Beibehaltung eines Therapeuten

Prozeduren

9-630

9-604

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400057

Vorschlagender

Heinrich-Sengelmann- Krankenhaus gemeinnützige GmbH



Problemstellung

Unser Haus verfügt über mehrere eigenständige Stationen, die Menschen mit Abhängigkeit illegaler Drogen, legaler Drogen oder einer Doppeldiagnose wie Abhängigkeit und psychischer Erkrankung geschlossen behandelt. Bei jeder Behandlung suchen wir einen individuellen Weg, wobei Patienten kontrolliert mit Substitutionen behandelt werden. Zusätzlich wird eine auf Naturheilkunde bezogene Therapie unterstützt. Ebenso werden Methoden wie Akkupunktur, eine Progressive Muskelentspannungstherapie und Reiki angewendet. Dieses erfordert ein spezielles Behandlungsteam (Ärzte, Psychologen etc.) und beinhaltet eine spezifische Behandlungsstruktur entsprechend der Leitlinien der psychiatrischen Fachgesellschaften beispielhaft analog der Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug] in OPS Version 2013 [8-985]. Wir schlagen deshalb vor in der Psychiatrie ein analoges Verfahren zu etablieren. Der in der Psychiatrie bisher angewandte OPS 9-981 [Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Abhängigkeitskranke] ist in der Definition unspezifisch gehalten und sollte durch einen modifizierten Code erweitert werden.

Lösungsvorschlag

Der in der Psychiatrie bisher angewandte OPS 9-981 [Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Abhängigkeitskranke] ist in der Definition unspezifisch gehalten und sollte durch einen modifizierten Code erweitert werden.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400058

Vorschlagender

Heinrich-Sengelmann- Krankenhaus gemeinnützige GmbH



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, freien Angeboten der Fachtherapien teilzunehmen. Dieses erfordert eine Ressourcenaufwendung, die über die üblichen hinausgeht. Ein Angebot wie Nordic Walking oder gezieltes Muskelaufbautraining (Work Out) wird von einer eingekauften Person von außerhalb durchgeführt.

Lösungsvorschlag

Wir schlagen daher vor, diese zusätzliche Leistung über ein Zusatzentgelt abzubilden.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400059

Vorschlagender

Heinrich-Sengelmann- Krankenhaus gemeinnützige GmbH



Problemstellung

Kommt zu der psychischen Symptomatik eines Patienten noch eine Schwerstbehinderung hinzu, erfordert dieses eine besondere Erschwerniszulage analog des Fallpauschalen-Kataloges 2013 individuelles Zusatzentgelt [ZE2013-36]. Die Behandlung von Schwerstbehinderten in der Psychiatrie weist ähnliche Kostentrenner wie im DRG System, aufgrund speziell ausgebildetem Personal und zusätzlicher Sachressourcen, auf.

Lösungsvorschlag

Wir schlagen daher ein analoges, Krankenhaus individuell zu vereinbarendes Zusatzentgelt in der Psychiatrie vor.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400060

Vorschlagender

Heinrich-Sengelmann- Krankenhaus gemeinnützige GmbH



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 personenintensiv ist.

Lösungsvorschlag

Wir schlagen daher vor, diese zusätzliche Leistung über ein Zusatzentgelt zu refinanzieren und abzubilden.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400061

Vorschlagender

Heinrich-Sengelmann- Krankenhaus gemeinnützige GmbH



Problemstellung

Die Gartentherapie in unserem Haus ist ein zusätzliches Therapieangebot (auf Empfehlung von BMG und DGPPN) 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

Wir regen daher an, diese Leistung eines Gerontogartens abzubilden und damit eine Refinanzierung zu ermöglichen.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400062

Vorschlagender

Pfalzlinikum für Psychiatrie und Neurologie



Problemstellung

In die Prästrukturkategorien müssten deutlich mehr Patienten fallen. Aktuell machen diese PEPPs nur einen geringen Anteil der Patienten aus. Damit wird der größte Teil der Intensivpatienten und 1:1 Behandlungen nicht leistungsgerecht bezahlt. Die meisten Fälle fallen in die "einfachen" PEPPs obwohl zeitweise hochintensive Leistungen erbracht wurden.

Finanziell könnte das durch niedrigere Relativgewichte ausgeglichen werden, sodass trotzdem Kliniken mit hohem Anteil von intensiven Patienten profitieren würden.

- In 2012 waren in unserer Erwachsenenpsychiatrie 44% der Patienten zeitweise als Intensiv eingestuft. Die Kriterien für die höher gewichtete PEPP P004Z hätten davon aber nur ca. 4,5% der Intensiv - Fälle erfüllt!

Bei weiteren ca. 5 % der Intensiv - Fälle hätte die "Intensiveinstufung ab 3 Merkmale" zu einer "komplizierenden Konstellation" bei den diagnosebezogenen PEPPs geführt.

Bei allen anderen als Intensiv eingestuften Patienten (ca. 90%) hätte die Anzahl der Merkmale und der Anteil der Pflage tage nicht für eine höhere Vergütung gereicht.

- In 2012 wurden bis Ende November 399 Patienten zeitweise 1:1 betreut. Das sind ca. 7% der gesamten Fälle. Davon hätten nur 57 Patienten (14%) die Kriterien dieser BPEPP erfüllt. Das entspricht ca. 1% der Gesamtfälle.

Bei weiteren 5% der zeitweise 1:1 betreuten Patienten hätten die dokumentierten Leistungen zu einer "komplizierenden Konstellation" bei den diagnosebezogenen PEPP geführt.

81% der zeitweise 1:1 betreuten Patienten würden damit nur mit den diagnosebezogenen PEPP "ohne komplizierende Konstellation" abgegolten.

Betreffende PEPP(s):

- BPEPP P004 Intensivbehandlung bei Erwachsenen, ab 3 Merkmalen, mit sehr hohem Anteil
- BPEPP P003 Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung

Betreffende Diagnose(n):

ICD:

Alle F-Diagnosen

Betreffende Prozeduren:

OPS:

9-61

9-640

Lösungsvorschlag

BPEPP P004 Intensivbehandlung bei Erwachsenen, ab 3 Merkmalen, mit sehr hohem Anteil

- Reduzierung der notwendigen Intensivmerkmale auf Zwei.
- Statt des notwendigen Anteils der Intensiv Tage von 75% wären 40% realitätsnäher.
- Die größere Anzahl der dann betroffenen Patienten könnte durch niedrigere Relativgewichte ausgeglichen werden. Kliniken mit Akutversorgung würden durch den größeren Anteil der Intensiv Pepps trotzdem profitieren (→ Leistungsgerecht).
- BPEPP P003 Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung
- Auch hier Steigerung der Zahl der einbezogenen Patienten durch Senkung der Anforderungen und

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400062



Ausgleich der höheren Anzahl durch niedrigere Relativgewichte.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014



Vorschlags-Nr. **P1400064**

Vorschlagender **Pfalzkllinikum für Psychiatrie und Neurologie**

Problemstellung

Drogenabhängige fallen im bisherigen PEPP-System in die gleichen PEPP (PA02) wie Alkoholabhängige. Das führt nicht zu einer leistungsgerechten Vergütung dieser aufwändigen Patienten. In der Psych-PV werden Drogenabhängige z.B. grundsätzlich in S2 eingestuft, was dem höheren Personalaufwand Rechnung trägt. Betreffende PEPP(s):

PA02 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Betreffende Diagnose(n):

ICD:
F11 - F19 (außer F17)

Betreffende Prozeduren:

OPS:
9-61

Beschreibung:
Abgrenzung von Drogenabhängigen und Alkoholabhängigen.

Lösungsvorschlag

Einstufung der Drogenabhängigen in eine eigene PEPP wenn sie auf einer Spezialstation in einem individuellen Setting (z.B. Pfalzkllinikum Station Cleaneck - Qual. Entzugsbehandlung Abhängiger von illegalen Drogen - Opiatfreier Entzug) behandelt werden.

Einstufung der Drogenabhängigen in die PEPP PA02A wenn sie auf einer psychiatrischen Station behandelt werden.

Prozeduren

9-61

Diagnosen

F11 - F19 (außer F17)

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400066

Vorschlagender

MediClin Klinik für Akutpsychosomatik und Reha Zentrum am Hahnberg



Problemstellung

1. Komplextraumatisierte Patienten, vor allem mit dissoziativen Symptomen erfordern sehr hohen Aufwand, welcher jedoch meist nicht als "Intensivbehandlung" abgerechnet werden kann. Diese Patienten fallen in dieselbe Kategorie wie ein Patient mit einem Monotrauma (u.U. die gleiche Diagnose).
2. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen können sehr aufwändig sein (z.B. Cluster B Störungen) oder auch eher angepasst und daher wenig aufwändig sein (z.B. Cluster C Störungen). Dies wird nicht hinreichend berücksichtigt.
3. Viele Kurzkontakte ergeben keine Zeiteinheit von 25 Min. und werden so nicht als TE ausgewiesen. Trotzdem werden bei z.B. 5 Kurzkontakten ca. 10 Min. 50 Min. Therapie am Patienten erbracht, aber nicht angerechnet.

Lösungsvorschlag

- Zu 1.: Wir schlagen die Aufnahme einer entsprechenden Prozedur in den OPS- Katalog vor, um eine sachgerechte Abbildung dieser Leistung zu erreichen.
- Zu 2.: Erweiterung der entsprechenden Definition.
- Zu 3.: Erweiterung der entsprechenden Definition: Zeiten für die Therapieeinheiten verkürzen oder Zusammenrechnen von Zeiten mehrerer Kontakte am Tag.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014



Vorschlags-Nr. **P1400067**

Vorschlagender **MediClin Klinik für Akutpsychosomatik und Reha Zentrum am Hahnberg**

Problemstellung

1. Blinde und sehbehinderte Patienten, welche mit einer F-Diagnose zu uns kommen, werden hier nicht hinreichend abgebildet, da diese bei allen beteiligten Therapeuten einen oft erheblich größeren Aufwand bedeuten.
2. Richtlinien Komplexbehandlung: PsyBaDo, AMDP sowie GAF erfordern zeitlicher Aufwand, welcher nicht hinreichend abgebildet wird.
3. Richtlinien Komplexbehandlung: Wöchentliche Dokumentation von Behandlungsergebnissen und -zielen jedes Patienten erfordert sehr viel Zeit und wird nicht hinreichend abgebildet.

Lösungsvorschlag

Zu 1.: Wir schlagen die Aufnahme solcher Patientengruppen vor, um eine sachgerechte Abbildung zu erreichen.

Zu 3.: Die Dokumentationszeit mit berücksichtigen.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014



Vorschlags-Nr. **P1400068**

Vorschlagender **MediClin Klinik für Akutpsychosomatik und Reha Zentrum am Hahnberg**

Problemstellung

1. Keine genaue Definition von z. B. ärztliche Aufnahme: Was genau gehört alles dazu? (körperliche Untersuchung genau definieren, Laboruntersuchung genau definieren etc.)
2. Richtlinien Komplexbehandlung: Wöchentliche 10 Min. Visiten erfordern sehr viel Zeit und werden nicht einzeln codiert, was jedoch sinnvoll wäre.

Lösungsvorschlag

Zu 1.: Genaue Definition der Leistungen.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014



Vorschlags-Nr. **P1400069**

Vorschlagender **MediClin Klinik für Akutpsychosomatik und Reha Zentrum am Hahnberg**

Problemstellung

1. Patienten mit Borderline- Persönlichkeitsstörung und Patienten mit selbstverletzendem Verhalten (was sich mit der Gruppe der chronisch komplex traumatisierten Patienten überschneidet) in die Gruppe der Patienten mit erhöhtem therapeutischen und pflegerischem Aufwand aufnehmen.
2. Die PEPPs schlagen einen geringeren Schlüssel für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen vor als wir über die Komplexbehandlung erzielen können.
3. Schwierige Erfassung von Krisen, da erst ab 1,5 h Krisenzeit am Patienten neu kodiert werden und erstmal als supp. Gespräche oder Therapiegespräche erfasst werden können. Es ist häufig so, dass Pat. diese zusätzlichen Kontakte benötigen, da sie gerade in einer Krise sind und vorher nicht gesagt werden kann, wie lange die Krise dauert.

Lösungsvorschlag

- Zu 2.: Über die Anzahl der Therapeuten- und Co-Therapeutenkontakte abrechnen - unabhängig der Zeit des Kontaktes als Basis. Ab 25 Min. werden die Kontakte dann abgebildet.
- Zu 3.: Zusätzliche Kontakte wegen Krisen nach Zeit kodieren.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014



Vorschlags-Nr. **P1400070**

Vorschlagender **MediClin Klinik für Akutpsychosomatik und Reha Zentrum am Hahnberg**

Problemstellung

1. Nur Leistungen von examinierten Pflegekräften werden verschlüsselt. Langjährige einjährige Pflegekräfte erbringen aber auch professionelle Arbeit.

Lösungsvorschlag

Zu 1.: Leistungen von nicht examinierten Pflegekräften erfassen, evtl. TE "runterbrechen".

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400071

Vorschlagender

Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband



Problemstellung

Besondere soziale und gesundheitliche Beeinträchtigungen (bspw. auch behinderungsbedingte Mehraufwände), die sich auf die Behandlung auswirken, gehen derzeit nicht in die Entgeltsystematik ein. Ein besonderes Engagement für benachteiligte Patientengruppen - zum Beispiel Schwerkranke - ist derzeit potentiell existenzbedrohend für die Krankenhäuser.

Lösungsvorschlag

Eine adäquate Vergütung in der Psychiatrie sollte eine angemessene Ressourcenverteilung fördern und den "Schief lagen" des jetzigen Systems entgegen wirken. Ausgehend von dem Ziel eines zugangsgerechten Hilfesystems muss das neue Entgeltsystem so ausgestaltet sein, dass es zu einer angemessenen Ressourcenverteilung zwischen verschiedenen Patientengruppen kommt. Sinnvolle Leistungskategorien fördern eine gute Versorgungsqualität insbesondere bei bisher unter- und fehlversorgten Patientengruppen. Aus Sicht der Diakonie Deutschland muss das neue Entgeltsystem eine umfassende personenzentrierte Versorgung schwer und chronisch kranker und mehrfachbelasteter Menschen adäquater ermöglichen.

Sinnvoll sind Zusatzentgelte, die besondere soziale und gesundheitliche Beeinträchtigungen (auch behinderungsbedingte Mehraufwände), die sich auf die Behandlung auswirken, berücksichtigen. Ähnlich wie die Vergabe besonderer Medikationen und Spezialtherapien (z.B. Elektrokrampftherapie) gesondert vergütet wird, sollten psychosoziale Interventionen mit erhöhtem Aufwand, z.B. die stundenweise Teilnahme an externen arbeitstherapeutischen oder gemeindepsychiatrischen Maßnahmen, aufwendige Netzwerkkonferenzen, Bewältigung aufwendiger psychosozialer Notlagen etwa bei Wohnungslosigkeit adäquat vergütet werden. Auch die Vorhaltung einer hohen Strukturqualität im Bereich des Personals in den Krankenhäusern muss durch Vergütungsanreize gefördert werden.

[Zur Übersicht](#)

Das neue Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen Positionen der Diakonie

Diakonie für
Menschen mit
psychischen
Erkrankungen/
seelischen
Behinderungen

Kriterien zur Bewertung
des zukünftigen Entgelt-
systems

November 2012

Inhalt

3	Vorwort
4	1. Einleitung
5	2. Das psychiatrische Hilfesystem – diakonische Vision und Bestandsaufnahme
5	2.1 Diakonische Grundhaltung
6	2.2 Zur zukünftigen Rolle diakonischer psychiatrischer Krankenhäuser und Abteilungen
7	2.3 Qualitätskriterien für die psychiatrische Behandlung
10	2.4 Weiterentwicklungsbedarf im psychiatrischen Hilfesystem
11	3. Ziele und Umsetzung der Entgeltreform
11	3.1 Stationäre psychiatrische Behandlung im Wandel
13	3.2 Modellversuche sektorenübergreifender Versorgung: Aktueller Stand und Perspektiven
16	3.3 Auswirkungen der Entgeltreform auf andere soziale Sicherungssysteme
18	4. Kriterien für das neue Entgeltsystem
20	5. Fazit
23	Impressum

Vorwort

Der vorliegende Diakonie-Text setzt sich kritisch mit dem neuen Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser auseinander, nach dem in einer Erprobungsphase ab 2013 Optionskrankenhäuser und ab 2017 alle psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser und Abteilungen ihre Leistungen abrechnen müssen. Erklärtes Ziel des Gesetzgebers ist es, durch das neue Entgeltsystem leistungsgerecht und tagesbezogen pauschaliert zu vergüten.

Evangelische Krankenhäuser behandeln Menschen mit psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen. Zugleich werden auch in angrenzenden diakonischen Arbeitsfeldern – wie etwa der Eingliederungs- oder Altenhilfe – Menschen mit psychischen Erkrankungen betreut. Der Diakonie Deutschland ist es vor diesem Hintergrund ein wichtiges Anliegen, sich dezidiert zu der neuen Vergütungssystematik zu positionieren.

Diakonische Krankenhäuser, Dienste und Einrichtungen haben einen umfassenden Begriff von Gesundheit und Krankheit. Ausgehend vom christlichen Menschenbild stehen hier Menschen mit ihren biographischen und sozialen Hintergründen im Mittelpunkt. Jeden und jede wahrzunehmen mit allen körperlichen, seelischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen ist unser wichtigstes Anliegen auch in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung. Gesundheit und Krankheit verweisen Menschen auf ihr Menschsein mit all den zugehörigen Fragen nach Lebenssinn und Orientierung.

Verantwortliche in diakonischen Trägern und Einrichtungen messen die Qualität eines Hilfesystems grundsätzlich daran, wie es den Betroffenen mit den größten Bedarfen dient. In der psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung und Begleitung sind dies vor allem Menschen mit chronischen und schweren psychischen Erkrankungen und solche, die neben ihrer Erkrankung noch von anderen Problemen betroffen sind. Dies können soziale Benachteiligung, zusätz-

liche somatische Erkrankungen beziehungsweise alters- oder behinderungsbedingte Einschränkungen sein.

Diakonische Krankenhäuser brauchen, um gut arbeiten und ihre Konzepte umsetzen zu können, ein Vergütungssystem, das es ihnen ermöglicht, als Krankenhaus im Kontext' zu handeln und im regionalen Verbund Versorgungsverantwortung zu übernehmen. Besonderheiten in Therapieansätzen einzelner Häuser gilt es zu berücksichtigen. Ein sinnvolles Vergütungssystem sollte zudem die notwendigen Vernetzungsaktivitäten zwischen Krankenhäusern und ihrem regionalen Umfeld fördern, um dem Ziel eines sektorenübergreifend 'nahtlosen' Hilfesystems näherzukommen.

Ein neues Entgeltssystem für Krankenhäuser hat indirekt auch Einfluss auf andere Sektoren. Als ein besonders offensichtliches Beispiel sei genannt, dass sich aufgrund kürzerer Verweildauern die Hilfebedarfe der Menschen ändern, die aus dem Krankenhaus entlassen werden. Bei künftigen Evaluationen des neuen Entgeltsystems für Krankenhäuser gilt es deshalb, auch die Auswirkungen auf angrenzende Hilfestrukturen zu betrachten, zum Beispiel auf die ambulante Behandlung oder die Gemeindepsychiatrie.

Das vorliegende Papier nimmt die Auswirkungen des neuen Systems übergreifend in den Blick. Es formuliert Anforderungen an das neue Entgeltsystem und ordnet absehbare Auswirkungen des neuen Systems ein. Interessierte, die sich mit dem neuen Entgeltsystem detaillierter beschäftigen wollen, finden hier eine Übersicht und eine erste Bewertung der neuen Regelungen.

Maria Loheide
Vorstand Sozialpolitik

1. Einleitung

Das seit 2009 mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz geplante Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen wird die stationäre Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen auf eine neue finanzielle Basis stellen. Die Vergütung soll künftig „durchgängig, leistungsorientiert und pauschalierend“ aufgrund tagesbezogener Entgelte erfolgen. Krankenhäuser werden dadurch andere Anreize zur Leistungssteuerung erhalten. Dies wird auf die Versorgung im Krankenhaus, aber auch auf die gesamte Versorgungslandschaft Einfluss haben. Eine umfassende Analyse der Entgeltreform sollte also sowohl deren Auswirkungen auf den Krankenhaussektor als auch auf andere relevante Bereiche des Hilfesystems berücksichtigen.

Die Diakonie ist Trägerin von über 40 psychiatrischen Krankenhäusern, 40 psychiatrischen Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit insgesamt rund 20 psychiatrischen Institutsambulanzen, sowie von über 50 Sozialpsychiatrischen Diensten. Mehr als 600 gemeindepsychiatrische Dienste und Einrichtungen der Diakonie bieten ambulante und stationär organisierte Hilfen¹ zur sozialen und beruflichen Teilhabe von Menschen mit seelischen Behinderungen an (das heißt Eingliederungshilfe nach SGB XII). Über den psychiatrischen Sektor hinaus befinden sich zahlreiche weitere Angebote in diakonischer Trägerschaft, die ebenfalls für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen versorgungsrelevant sind. Dies sind zum Beispiel Angebote für Kinder und Jugendliche, Familien, ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen

und/oder Pflegebedarf sowie Angebote der Not- und Flüchtlingshilfe. Die diakonischen Träger haben auch als große Aus- und Weiterbilder Bedeutung für die Versorgungslandschaft. Darüber hinaus binden sie viele freiwillig Engagierte in ihre Arbeit ein. Vor diesem Hintergrund wird in vorliegendem Positionspapier das neue Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen im Hinblick auf seine Auswirkungen auf die Versorgung in Krankenhäusern und auf die gesamte Versorgungslandschaft eingeschätzt. Dabei wird der sozialanwaltschaftlichen Verantwortung der Diakonie für besonders hilfebedürftige Menschen Rechnung getragen.

Gegenwärtig ist die konkrete Ausgestaltung des künftigen Entgeltsystems noch in vielen Punkten ungewiss. Im Folgenden werden deshalb keine Empfehlungen für den Umgang mit den neuen Entgelten gegeben, sondern Entwicklungstendenzen bewertet. Dies soll diakonische Träger und Einrichtungen dabei unterstützen, sich im Reformprozess zu orientieren. Ausgehend von einer Zielbeschreibung, wie eine gute psychiatrische und psychosomatische Versorgung beschaffen sein sollte, sowie einer Bestandsaufnahme des heutigen psychiatrischen Hilfesystems, wird beschrieben, wie das neue Entgeltsystem für Krankenhäuser und die umgebende Helfelandschaft umgesetzt werden soll und was damit erreicht werden kann. In diesem Kontext wird auch formuliert, welche inhaltlichen Anforderungen das neue Entgeltsystem erfüllen muss, damit sich durch die Entgeltreform die Versorgung psychisch Kranker verbessert.

¹ Die Begriffe psychiatrischer Hilfe beziehungsweise Versorgung werden im Folgenden weit gefasst als Gesamtheit aller medizinischen, therapeutischen und sozialen Unterstützungsleistungen, die Betroffenen professionell und informell zur Verfügung stehen. Am psychiatrischen Hilfesystem sind dementsprechend mehrere soziale Sicherungs- (und Finanzierungs-)Systeme beteiligt. Neben Krankenversicherungsleistungen (SGB V) sind dies vor allem Pflege (SGB XI), Eingliederungshilfe / Sozialhilfeleistungen (SGB XII) und Rentenversicherungsleistungen (SGB VIII). Unter Behandlung werden im Folgenden enger gefasst sozio- und psychotherapeutische und medizinische Leistungen nach SGB V verstanden.

2. Das psychiatrische Hilfesystem – diakonische Vision und Bestandsaufnahme

2.1 Diakonische Grundhaltung

Die Diakonie vertritt Konzepte einer sozial- und gemeindeorientierten Psychiatrie, die in Deutschland seit der Psychiatrie-Enquete von 1975 breit akzeptiert sind²: Die regionale Pflichtversorgung soll sicherstellen, dass jeder Mensch unabhängig von der Schwere und Dauer seiner psychischen Erkrankung in der Region, in der er lebt, angemessen beraten, behandelt und versorgt wird. Daraus ergibt sich, dass die Hilfestrukturen wohnortnah zur Verfügung stehen sollten und niedrighschwellige sowie aufsuchende Angebote umfassen, um auch Menschen zu erreichen, die nicht aktiv nach Hilfe suchen (können). Das Primat sollte auf der ambulanten Versorgung liegen, die die Betroffenen in ihrem Lebensumfeld unterstützt. Die konsequente und kontinuierliche Beteiligung der Betroffenen und ihrer Angehörigen an den Behandlungs- und Hilfeprozessen sowie die organisierte Selbsthilfe ist wesentlicher Baustein. Stationäre Einrichtungen ergänzen diese Versorgung. Menschen mit psychiatrischem Unterstützungsbedarf sollten in ihrem Lebensraum ein differenziertes therapeutisches Angebot erhalten und von multiprofessionell zusammengestellten Teams begleitet werden. Die Diakonie ist der Auffassung, dass sich die Qualität unseres Versorgungssystems daran bemisst, inwieweit diejenigen, die am nötigsten Unterstützung brauchen, angemessen und an ihren Bedürfnissen ausgerichtet begleitet und behandelt werden. Diese Personenzentrierung bedeutet eine Abkehr von einer angebotsorientierten Hilfeerbringung. Maßgeblich für wirkungsvolle Hilfen und wesentliche Elemente einer guten psychiatrischen Versorgung sind die therapeutische Kontinuität und die Qualität der therapeutischen Beziehung. Hierfür ist das psychiatrische Hilfesystem zwingend sektorenübergreifend – das heißt, über die verschiedenen Leistungsbereiche – aber auch unter Einbezug informeller Hilfe und Selbsthilfe zu organisieren. Grund-

sätzlich sollte der Übergang von einem Leistungssystem zum anderen, etwa nach einer Entlassung aus dem Krankenhaus, für Patientinnen und Patienten nahtlos ausgestaltet sein, so dass keine Zugangsbarrieren beziehungsweise Brüche in den Versorgungspfaden entstehen.

Die Diakonie orientiert sich grundsätzlich an einem umfassenden – und nicht reduktionistischen – Begriff von Gesundheit beziehungsweise Krankheit³. Diakonisches Handeln stellt den Menschen mit seinen biografischen und sozialen Zusammenhängen in den Mittelpunkt und nimmt ihn mit seinen körperlichen, seelischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen in seiner Ganzheit wahr. Gesundheit wird nicht vorrangig als Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen gesehen, sondern umfassender verstanden. Auch mit Einschränkungen kann Leben gelingen. Dabei verweisen sowohl Gesundheit als auch Krankheit auf unser Menschsein als Leben in der Endlichkeit und werfen Fragen nach der Lebensbestimmung des Menschen auf. Eine derartige Sichtweise fördert sinnverstehende Zugänge gerade auch bei schweren psychischen Erkrankungen, wie beispielsweise Psychosen, und bedeutet, dass dem gängigen biopsychosozialen Erklärungsmodell psychischer Erkrankungen auch entsprechende, differenzierte und umfassende Behandlungskonzepte folgen müssen.

Mit den drei Leitbegriffen Trialog, Empowerment und Recovery sollen kurz drei weitere Ansätze beziehungsweise Haltungen beschrieben werden, die neben einer leitliniengerechten und evidenzbasierten Behandlung aus diakonischer Sicht für eine gute psychiatrische Versorgung erforderlich sind. Mit Trialog ist der gleichberechtigte Austausch von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und professionell Mitarbeitenden gemeint. Psychiatrie-Erfahrene und deren Angehörige werden als Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung gefragt. Durch das Einbeziehen dieser Perspektiven ist eine erweiterte Wahrnehmung der Situation / der Krise beziehungsweise ein

² Die Enquetekommission hatte damals unter anderem angemahnt: Aufbau von bedarfsgerechten ambulanten und komplementären Hilfsangeboten im Lebensumfeld, Dezentralisierung und Regionalisierung stationärer Hilfen und Koordination und Zusammenarbeit innerhalb der Versorgungssysteme und Standardversorgungsgebiete. (<http://www.dgppn.de/schwerpunkte/versorgung/enquete.html>).

³ Vgl. Jürgen Armbruster und Katharina Ratzke (2010): Integrierte Versorgung nach den §§ 140 ff. SGB V. Chancen und Risiken neuer Versorgungskonzepte im Gesundheitswesen aus Sicht der Diakonie.

umfassenderes Verständnis psychischer Erkrankung möglich.⁴ Der dialogische Ansatz erfordert die konsequente Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und ihren Angehörigen an allen Behandlungs- und Hilfeprozessen, aber auch bei der weiteren Ausgestaltung des Versorgungssystems und den hiermit korrespondierenden, politischen Prozessen. Eine Möglichkeit, die spezifischen Kompetenzen von Betroffenen in der sozial-psychiatrischen Arbeit systematisch zu nutzen, bieten EX-IN-Weiterbildungen zur Qualifizierung Psychiatrie-Erfahrener.⁵

Bei Empowerment geht es darum, Selbstbefähigung zu fördern und zu unterstützen⁶. Durch das Bewusstmachen der eigenen Stärke(n), Ressourcen und Kompetenzen wird die Möglichkeit eröffnet, sich für die eigenen Rechte einzusetzen und erlebte Machtlosigkeit zu überwinden. Empowerment kann dabei nur von den Betroffenen selbst umgesetzt werden. Die professionell Tätigen müssen bei ihrem Handeln immer wieder reflektieren, inwieweit sie tatsächlich Handlungsoptionen der Betroffenen vergrößern und Möglichkeiten zu Selbsthilfe, Selbstvertrauen und Selbstbestimmung unterstützen oder aber möglicherweise behindern.

In eine ähnliche Richtung verweist das Konzept der Recovery (wörtlich: Erholung, Genesung)⁷. Recovery bedeutet, die passive Patientenrolle hinter sich zu lassen und sich auf den Weg zu einem selbstbestimmten und sinnerfüllten Leben zu machen. Zentrale Ideen des Konzeptes betonen, dass Genesung oder Genesung auch bei schweren psychischen Erkrankungen möglich ist. Wobei die Erkrankung ganz abklingen kann oder aber ein gutes Leben mit der Erkrankung oder einzelnen Symptomen gelingt. Hoffnung zu haben und zu vermitteln – letzteres als Aufgabe auch für die Professionellen – ist für den Genesungsprozess elementar. Dabei verläuft jeder Genesungsweg anders und Genesung ist mit, ohne oder trotz fachlicher Unterstützung möglich. Wie diese Haltungen in diakonischen Diensten und Einrichtungen des psychiatrischen Versorgungssystems umgesetzt und mit Leben gefüllt werden

können, ist in dem Qualitätshandbuch ProPsychiatrieQualität (PPQ)⁸ nachzulesen (siehe unten).

2.2 Zur zukünftigen Rolle diakonischer psychiatrischer Krankenhäuser und Abteilungen

Vor diesem konzeptionellen Hintergrund betrachten wir die diakonischen Kliniken (und Einrichtungen in anderer Trägerschaft, die sich an den gleichen fachlichen Zielen orientieren) als Teil der gemeindenahen Versorgung. Sie sind Bestandteil des breiten Spektrums von ambulanten und stationären Hilfsangeboten für Menschen mit psychischen Erkrankungen und übernehmen, als ‚Krankenhaus im Kontext‘ im regionalen Verbund Versorgungsverantwortung. Je nach Region kann es sinnvoll sein, dass ein Krankenhaus auch erweiterte ambulante Hilfen anbietet. Dabei ist die Zusammenarbeit mit bestehenden Strukturen – zum Beispiel gemeindepsychiatrischen Verbänden – von zentraler Bedeutung. Wichtig ist auch der Ausbau präventiver, aufsuchender, ambulanter Angebote, mit denen das Krankenhauspersonal als kontinuierliche Krankheitsbegleiter (auch prä- und poststationär) zur Verfügung stehen kann.

Zur diakonischen Praxis gehört es seit langem, sich insbesondere auf die Versorgung von Schwerkranken und von Unterversorgung (oder anderweitiger Benachteiligung) bedrohten Patientengruppen zu konzentrieren, auch wenn dieses Engagement nicht selten der gegenwärtig ökonomischen Vergütungslogik widerspricht. Dies bedeutet konkret, lokal bestehende Versorgungslücken zu identifizieren? und vorhandene Ressourcen soweit wie möglich den genannten Patientengruppen zugute kommen zu lassen. Vorrangiges Anliegen der Diakonie ist die Sicherung einer beziehungsorientierten, kontinuierlichen Basisversorgung. Zielgruppenorientierte (diversifizierte) Angebote sind in der jeweiligen Region zu entwickeln, so dass allen Menschen ein innovatives, qualitativ hochwertiges psychiatrisches Hilfesystem wohnortnah zur Verfügung steht. Dem entsprechend werden überregionale Zentren, die zu einer Diagnose-bezogenen ‚Verschickung‘ von Betroffenen führen, mit Skepsis betrachtet. Gleichzeitig sieht die Diakonie die Notwendigkeit fachlicher Weiterentwicklung und angemessener Spezialisierung im Sinne eines pluralistischen

4 Vgl. Thomas Bock, Dorothea Buck, Ingeborg Esterer(2000): Es ist normal, verschieden zu sein. Psychosoziale Arbeitshilfen 10.

5 Die Weiterbildungen sind so konzipiert, dass Psychiatrie-Erfahrene nach ihrer Genesung als ReferentInnen, als Mitarbeitende oder als ehrenamtlich Tätige im psychiatrischen Feld beschäftigt werden können. Weitere Informationen finden sich unter www.ex-in.info.

6 Zu den weiteren Ausführungen vergleiche Andreas Knuf, Margret Osterfeld und U. Seibert (2007): Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit.

7 Vgl. hierzu auch Michaela Amering und Margit Schmolke (2007): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit..

8 Bundesverband evangelische Behindertenhilfe und Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie (Hg) 2009: PPQ – ProPsychiatrieQualität. Leitzielorientiertes Qualitätsmanagement, <http://www.ppq.info/>.

– jedoch gut vernetzten – Systems. Über die Weiterentwicklung und den Aufbau neuer Strukturen ist im konkreten Fall unter Einbeziehung aller (auch der gemeindepsychiatrischen Akteure) regional zu entscheiden. In ihrer Haltung gegenüber Patientinnen und Patienten verstehen sich diakonische Krankenhäuser als serviceorientierte Dienstleister. und streben konkrete Verbesserungen an, wie zum Beispiel einen Ausbau von Angeboten auch am Wochenende, modulare Therapieangebote oder flexiblere Öffnungszeiten.

Zugleich pflegen diakonische Einrichtungen für ihre Mitarbeitenden eine positive Organisationskultur und Arbeitsatmosphäre und setzen sich für zeitgemäße Arbeitsbedingungen und gesundheitsförderliche Arbeitsplätze ein.

Diakonische Krankenhäuser verstehen sich als „Entwicklungsmotoren“ für die gesamte psychiatrische Behandlung. Ziel ist es – unter gegenseitiger Anerkennung der jeweiligen Kompetenzen – gemeinsam mit den gemeindepsychiatrischen Verbänden Kooperationsformen zu etablieren, die aus einer Hand personenzentrierte Hilfe, Begleitung und Behandlung anbieten und Ansprechpartner für Betroffene, Familien und Arbeitgeber sind.

2.3 Qualitätskriterien für die psychiatrische Behandlung

Im Zuge der Diskussionen über die Weiterentwicklung der psychiatrischen Helfelandschaft spielt die Frage eine zentrale Rolle, welches geeignete Indikatoren zur Bewertung der Versorgung sind. Die Komplexität psychiatrischer Krankheitsbilder macht es in der Psychiatrie und Psychotherapie schwerer als in anderen medizinischen Fächern, die Qualität der Versorgung objektiv zu bestimmen. Die Forderung der Evidenzbasierung ist grundsätzlich richtig. Auch sie birgt aber Probleme, da gerade die Effekte komplexer Interventionen, die fachlich hochplausibel sind, schlechter beforscht sind. Das gilt zum Beispiel für Versorgungsnetzwerke über Sektorengrenzen hinweg. Es gibt jedoch Erfahrungen aus Modellprojekten (zum Beispiel Regionalbudgets, siehe auch Kapitel 3.2), aus internationalen Studien sowie aus der gängigen Psychiatrie-berichterstattung, auf die zurückgegriffen werden kann.

Gemäß moderner psychiatriepolitischer Vorstellungen ist es für die Qualitätssicherung komplexer psychiatrischer Behandlungssysteme nicht ausreichend, diese nur hinsichtlich ihrer Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, bezogen auf stationäre

Zielmatrix eines psychiatriekompetenten Versorgungsmanagements			
	Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
Individuelle Ebene	Individuelle Fallführung und Prüfung der bedarfsgerechten Planung der Einzelfallhilfen	Geteiltes Verständnis der Ausgangslage/Krise mit den Beteiligten, Förderung des Ideenaustauschs und der Verhandlung über Maßnahmen der Einzelfallhilfe	Allseits akzeptierbares Verhandlungsergebnis (u. U. Beobachtungszeitraum über längere Zeit nötig), Verbesserung von Gesundheitsstatus/Lebensqualität/Zufriedenheit beim Patienten und seinen Angehörigen
Ebene der Organisation	Mitarbeiterteams und Führungskräfte mit eigenständiger Motivation und Freude an der Arbeit im psychiatrischen Feld	Befähigung der Mitarbeitenden und Führungskräfte, Wissenstransfer und Managemententwicklung, Führungsgrundsätze im Dienst der Mitarbeiterteams mit gemeinsamen Zielvorstellungen und Leitbildern	Spür-/messbare Veränderungen durch Psychiatriekompetenz der Mitarbeitenden/Führungskräfte (vernetztes Denken, spezifische Infogewinnung, Psychiatrierelevantes Wissen und Können)
Ebene der Planung und Steuerung des regionalen Versorgungssystems	Förderung der Verfügbarkeit und Angemessenheit der Hilfen, der Kooperation und Koordination aller Akteure sowie des Aufbaus eines Qualitätsmanagements in den einzelnen Organisationen	Sicherstellung der personenbezogenen Planung/ kontinuierlichen Durchführung der Hilfen, Organisation eines regionalen Diskurses mit Einigung über Gewichtung von Versicherten-, Institutions-, Kostenträger- und Zielorientierung, Klärung gemeinsamer Grundsätze, Strategieprozesse und Projekte	Priorität für ambulante Hilfen und Behandlung Schwerkranker, Prävention ungünstiger, kostenträchtiger Verläufe, Kennzahlen und Vergleiche, externe Q-Sicherung mit Indikatoren der Ergebnis-, Struktur- und Prozess-Q (cave reine Ergebnissteuerung: „inversive-care-law“ in der Psychiatrie)

und teilstationäre Krankenhausbehandlung, zu betrachten. Vielmehr muss im Hinblick auf das unter anderem von der Aktion Psychisch Kranke (APK) verfolgte Ziel, personen- statt institutionszentrierte Hilfe anzubieten, zwischen den Ebenen der Person, der Organisation und der des gemeindepsychiatrischen Verbundes / Netzwerkes unterschieden werden.

Beispielhaft dafür ist die Matrix, die die Psychiatriegruppe des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) in Niedersachsen entwickelt hat und für die Beratungstätigkeit gegenüber den Krankenkassen einsetzt. Konzeptionell sind hier Gedanken aus der Arbeit von Cording eingegangen⁹ (siehe Tabelle auf der vorherigen Seite).

Einzelkriterien für jedes dieser Felder können und müssen jeweils anwendungsbezogen definiert werden:

Ein Beispiel für Indikatoren der Strukturqualität kann auf der individuellen Ebene die Verlässlichkeit des Case-Managements (gemessen an Abbruchraten oder der Häufigkeit des Wechsels des persönlichen therapeutischen Begleiters (PTB)) sein. Auf Organisationsebene ist das Vorhandensein einzelner Versorgungsbausteine oder die Personalausstattung nach PsychPV relevant. Auf der Ebene des Gemeindepsychiatrischen Verbundes sind das Vorhandensein der Bausteine für die psychiatrische Komplexbehandlung und Nachsorge wichtige Indikatoren, aber auch Prävention im gemeindepsychiatrischen Netzwerk (ausreichende Plätze an Tagesstätten, Wohn- und Arbeitsangeboten und so weiter), das Vorhandensein von Beratungs- und Beschwerdestellen für Nutzer, Angehörige und ihre Betreuer, das Vorhandensein eines vertraglich geregelten Gremiensystems oder die Niederschwelligkeit der Angebote.

Beispiele für Indikatoren der Prozessqualität sind auf der individuellen Ebene verbindliche Behandlungsvereinbarungen mit den Patienten und Patientinnen, eine integrierte personenzentrierte Hilfeplanung, Fallkonferenzen und das Erfassen der Biographie und der sozialen Lebenszusammenhänge der Erkrankten. Auf Organisationsebene geht es um die Umsetzung von Leitlinien, um gängige Kennzahlen für einzelne Problembereiche der Psychiatrie (zum Beispiel Anzahl von Unterbringungen und andere Zwangsmaßnahmen, Anzahl von Gewaltzwischenfällen, Anzahl sonstiger besonderer Vorkommnisse), um Qualifikationsvorgaben für die Mitarbeitenden oder die Durchführung von Nutzer- und Mitarbeiterbefra-

gungen. Indikatoren auf Ebene des gemeindepsychiatrischen Verbundes können sektorenübergreifende Behandlungs- und Versorgungspfade, die Auswertung und Kommentierung der Qualitätsberichte aller Einrichtungen hinsichtlich übergreifend relevanter Themen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität oder ein einheitliches Datenmanagementsystem (regionale BADO) sein.

Beispiele für Indikatoren der Ergebnisqualität liegen vor allem aus Begleitforschungen zu Modellprojekten vor. Speziell für die Versorgung schizophrener Erkrankter haben Weinmann und Becker¹⁰ 2009 einen Satz von Qualitätsindikatoren, einschließlich ihrer Definition, Anwendungsgebiete und Operationalisierung herausgegeben. Diese lassen sich zumindest auf weitere chronisch verlaufende Krankheitsbilder der Psychiatrie übertragen. Diese Kriterien wurden bereits verwendet, um im Rahmen bereits bestehender Modellprojekte Qualität zu messen. Auf der individuellen Ebene scheinen vor allem die Erhebungsbereiche Psychopathologie, soziales Funktionsniveau und Lebensqualität, für einzelne Diagnosegruppen getrennt erfasst, sinnvoll. Für die Psychopathologie bieten sich Standardverfahren wie der CGI-S an (Clinical Global Impression, psychiatrischer Gesamtzustand) sowie die Symptom Checkliste 90-R (Patientensicht) sowie weitere spezifische Indikatoren für einzelne Diagnosegruppen an. Das soziale Funktionsniveau wird konventionsgemäß mit dem Global Assessment of Functioning, GAF angegeben. Weiter liegen Erfahrungen mit der Social and Occupational Functioning Scale, SOFAS vor. Standardverfahren zur Messung der Lebensqualität ist der Lebensqualitätsbogen der WHO (WHO QoL – BREF). Weitere sinnvolle Einzelparameter sind zum Beispiel Hospitalisierungsarten. Auf Organisationsebene sind Indikatoren zum Beispiel die Messung der Psychiatriekompetenz der Mitarbeitenden, der Führungskräfte und patientenferner Bereiche oder die Veränderungsbereitschaft bei neuen Versorgungserfordernissen. Auf Ebene des gemeindepsychiatrischen Verbundes sind die externe Evaluation des Gesamtversorgungssystems, die Priorität für ambulante Hilfen, die besondere Ergebnisbetrachtung für schwerst- und chronifiziert Erkrankte und die Ergebnisse präventiver Maßnahmen – Gesundheitsaufklärung und gesundheitsökonomische Analysen (Effektivität des Gesamtsystems) – zu berücksichtigen. Zusätzlich sind Praxisprobleme wie die Verlegung in andere Bundesländer (falls Einrichtungen regional nicht vorhanden sind) oder direkt in Pflegeeinrichtungen (trotz Anspruchs auf Eingliederungshilfe) qualitätsrelevant.

⁹ Vgl. Clemens Cording: Plädoyer für ein neues Paradigma psychiatrischer Qualitätssicherung, Psych Praxis 2003; 30:225-229.

¹⁰ Weinmann / Becker, Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie, Psychiatrie-Verlag 2009.

Ein weiteres Konzept zur Umsetzung eines ganzheitlichen Qualitätsverständnisses stellt ProPsychiatrieQualität (PPQ) dar¹¹. PPQ wurde von den beiden konfessionellen Fachverbänden Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) und Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie (CBP) speziell für den Bereich der Gemeindepsychiatrie entwickelt und kann prinzipiell von allen Diensten und Einrichtungen des psychiatrischen Versorgungssystems umgesetzt werden.

Ausgehend von einer diskursorientierten Entwicklung von Qualitätsmerkmalen sozialpsychiatrischer Hilfeprozesse richtet sich das Qualitätsverständnis von PPQ mehr an der Qualitätsentwicklung – also an der kontinuierlichen Verbesserung der Qualität der Unterstützungsleistungen – als an der Qualitätskontrolle aus. Konstituierend für den Qualitätsbegriff sind die ethischen Grundlagen des christlichen Menschenbildes und die gemeinsam mit den Nutzerinnen und Nutzern entwickelten fachlichen Anforderungen an die Qualität sozialpsychiatrischer Hilfen. Zentral für das Qualitätsverständnis von PPQ ist die Ausrichtung der Haltung von Mitarbeitenden an den übergeordneten Wertvorstellungen. Die fachlich-ethischen Leitziele sind: Würde achten – Rechte sicherstellen; Selbstbestimmung wahren – Eigenverantwortung stärken; Verantwortung in gegenseitiger Achtung übernehmen; Glaubens- und Sinnerfahrungen ermöglichen; Teilhabe am Gemeinwesen solidarisch gestalten; Leiden und Symptome vermindern und mit Ressourcen nachhaltig umgehen.

Ausgehend von diesen Leitziele können anhand wesentlicher Leistungsprozesse in psychiatrischen Diensten und Einrichtungen mit Hilfe einer Matrix Qualitätsindikatoren beschrieben werden. Die PPQ-Projektgruppe hat sich auf folgende Leistungsprozesse geeinigt: Kontaktaufnahme, Zugang; Planung der Hilfen; bedarfsgerechte und personenzentrierte Hilfe; Koordination der Dienstleistungen im Einzelfall; Personaleinsatz und –organisation; Leistungsdokumentation; Verwaltung/Abrechnung; Öffentlichkeitsarbeit und Gemeinwesenorientierung. Diese beschriebenen Prozesse erheben dabei keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern können und sollen an die spezifischen Dienstleistungen des jeweiligen Trägers angepasst werden.

Die dargestellten Qualitätsindikatoren stellen einen kleinen Teil von vorhandenen Qualitätsindikatoren in der Psychiatrie dar. Es wird deutlich, dass diese unterschiedliche Fokussierungen aufweisen und insbesondere die Aussagereichweite

von Qualitätsindikatoren für komplexe Versorgungssysteme noch gering ist. Gerade im Bereich der Prozess- und Strukturqualitätsindikatoren gilt, dass nur auf einen Bereich bezogene Ergebnisse als nicht belastbar gelten müssen: So kann kaum die erfolgreiche stationäre Behandlung als Erfolg gewertet werden, wenn mangelhafte ambulante Versorgungsstrukturen ein weiteres erfolgreiches Krankheitsmanagement unmöglich machen.

Die Konzeptualisierung von QM-Systemen hat deshalb der Tatsache Rechnung zu tragen, dass personenzentrierte psychiatrische Hilfen oft nur im Verbund zu erbringen sind. Dies bedeutet, dass es kaum noch Sinn macht, Qualitätsentwicklungssysteme nur für einzelne Einrichtungen zu konzipieren. Stattdessen sollten sie als gemeinsame Aufgabe des gemeindepsychiatrischen Verbundes inklusive der Krankenhäuser aufgefasst werden.¹²

In diese Richtung weist auch der aktuelle Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses zur „Entwicklung eines sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur Versorgung bei psychischen Erkrankungen“ vom März 2012: Mit der Einführung der neuen Entgeltsystematik wurde parallel die Entwicklung von einheitlichen Qualitätsindikatoren (Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität) beschlossen. Diese sollen zu Beginn der Konvergenzphase (2017) vorliegen. Mit der Entwicklung beauftragt wurde der G-BA¹³. Dieser wiederum beauftragte das AQUA-Institut. Es soll nun Indikatoren entwickeln, die allgemeine Aussagen und Aussagen zu speziellen Krankheitsbildern und Patientengruppen ermöglichen. Um den Dokumentationsaufwand gering zu halten, soll geprüft werden, inwieweit der Einbezug von Routinedaten zielführend ist. Die Entwicklung soll sektorenübergreifende Fragestellungen

¹² „Qualitätsentwicklung sollte auf regionaler Ebene als partizipativer Prozess gestaltet werden unter Beteiligung der Psychiatrie-Erfahrenen, der Angehörigen, der MitarbeiterInnen und der Einrichtungsververtretungen sowie der politisch und administrativ Verantwortlichen. Die verschiedenen einrichtungsbezogenen Qualitätszirkel könnten in einem regionalen Qualitätsverbund koordiniert werden. Anhand der PPQ-Leitziele können in einem nächsten Schritt auf regionaler Ebene Qualitätsindikatoren für unterschiedliche Leistungsbereiche erarbeitet und abgestimmt werden. Die Qualitätsentwicklung in der Region erfordert die Festlegung von Qualitätszielen, die priorisiert werden, überprüfbar sind und mit zeitlichen Zielperspektiven versehen werden. Die Qualitätsdimensionen sind dieselben, die sich bereits für die einrichtungsbezogenen Konzepte der internen QE bewährt haben.“ PPQ, S. 96.

¹³ Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung der Institution nach § 137a SGB V: Entwicklung eines sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur Versorgung bei psychischen Erkrankungen. (http://www.g-ba.de/downloads/39-261-1458/2012-03-15_AQUA_QS-psychische-Erkrankungen.pdf. Aufruf am 26.08.2012)

¹¹ Für weiterführende Informationen siehe Referenz in Fußnote 8.

und Erfahrungen von Patienten und Angehörigen mit einbeziehen.¹⁴

Aus Sicht der Diakonie Deutschland sind im G-BA-Auftrag die zuvor skizzierten bereits vorliegenden Qualitätsindikatoren zu berücksichtigen.

2.4 Weiterentwicklungsbedarf im psychiatrischen Hilfesystem

Diese Zielvorstellungen psychiatrischer Versorgung fordern die Krankenhäuser sowie die gesamte Helfelandschaft heraus, denn nach wie vor erschweren Schnittstellenprobleme, Fehlanreize und Versorgungslücken ein bedarfsorientiertes Arbeiten.

Die Koordination und Integration verschiedener Hilfsangebote und die Sicherung der Zugangsgerechtigkeit stellen zentrale – und weit über den psychiatrischen Versorgungsbe- reich hinausgehende – Herausforderungen für das deutsche Gesundheitssystem dar^{15 16}. In der psychiatrischen Fachdiskussion ist unumstritten, dass Kontinuität für den Behand-

lungserfolg zentral ist und die unterschiedlichen Hilfesysteme, die nach SGB V, VIII, XI und XII, aber auch SGB II und SGB III finanziert werden, gut verknüpft sein müssen, damit sektorenübergreifend gehandelt werden kann.

Die psychiatrische Helfelandschaft muss deshalb strukturell weiterentwickelt werden: Erforderlich sind flexible, kontinuierliche Pfade der Behandlung, Rehabilitation und Teilhabeförderung, die sequenziell oder parallel nutzbar sind. Dafür müssen auf sozialrechtlicher Ebene integrierte, die verschiedenen Sozialgesetzbücher übergreifende Komplexleistungen ermöglicht werden. Damit Betroffene die ambulanten oder stationären Leistungen, die sie brauchen, auch in Anspruch nehmen können, muss es in allen Regionen in Deutschland ausreichende, auskömmlich finanzierte Angebote geben. Die Mittelverteilung muss so erfolgen, dass auch schwer und chronisch kranke Patientinnen und Patienten ausreichend versorgt werden können und keine Anreize gesetzt werden, etwa 'leichtere Fälle' zu generieren.

Die Diakonie Deutschland erwartet grundsätzlich von einer sinnvollen Entgeltreform, dass sie die Erreichung dieser fachlichen Ziele erleichtert.

14 Pressemitteilung AQUA-Insitut vom 27.03.2012 (<http://www.aqua-institut.de/de/presse/psychische-erkrankungen.html>). Aufruf am 26.08.2012).

15 Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfiehlt in seinem Gutachten 2007 (Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, www.svr-gesundheit.de) unter anderem am Beispiel der Wohnungslosenhilfe den Ausbau einer besser integrierten Versorgung: „Um Psychiatrie, Wohnungslosen- und Suchtkrankenhilfe sowie weitere Einrichtungen zur sozialen und psychosozialen Versorgung in ihren Angeboten stärker aufeinander abzustimmen, müssen Schnittstellen sowohl auf versorgungspraktischer Ebene, (...), als auch im administrativen Bereich, (...), etwa durch gemeinsame Fortbildungen oder Arbeitskreise, geschaffen werden (...). Die Bemühungen um eine stärkere Integration der zersplitterten medizinischen, psychotherapeutischen und sozialen Hilfsangebote hat zu – ersten – Überlegungen geführt, ähnlich wie in den USA auch in Deutschland den Arbeitsansatz des Case Managements (...) zu installieren. Eine solche geregelte Fallverantwortung liefe hier darauf hinaus, dass den Betroffenen während des gesamten, an die verschiedenen Instanzen gebundenen Stabilisierungsprozesses eine feste Bezugsperson zur Seite steht, welche die Hilfen bündelt, dokumentiert und über die weitere Behandlung mitentscheidet“ (Langfassung, Nr. 949)

„Die sektorenübergreifende Versorgung vermag jedoch per se, vor allem bei divergierenden Interessen der Leistungserbringer, die Effektivität und Effizienz der Leistungserstellung nicht zu garantieren. Unter Allokationsaspekten setzt die optimale Integration von Gesundheitsleistungen hinsichtlich der Anreizsysteme voraus, dass die jeweiligen individuellen Rationalitäten der Leistungserbringer mit der Systemrationalität einer effizienten und effektiven Patientenversorgung übereinstimmen.“ (Kurzfassung, S. 41)

16 Auch die Obersten Landesgesundheitsbehörden kommen in ihrer gemeinsamen Bestandsaufnahme von 2007 zur Umsetzung der Psychiatrie-Enquete zu dem Ergebnis, dass „die Behandlung psychisch kranker Menschen (...) unabdingbar einer engen und umfangreichen Kooperation aller Behandlungs- und Betreuungsangebote“ bedarf. Diese Notwendigkeit geht weit über den Regelungsbereich des SGB V hinaus. Um Kooperationen aller an der Versorgung beteiligten Institutionen und Einrichtungen auf dem erforderlichen hohen qualitativen und verbindlichen Niveau zu ermöglichen, haben sich regionale Verbundstrukturen als besonders geeignet erwiesen.“ (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Oberen Landesgesundheitsbehörden im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz: „Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven“, 76. Sitzung, Beschluss vom 02./03.07.2003, 1. Auflage 2007)

3. Ziele und Umsetzung der Entgeltreform

3.1 Stationäre psychiatrische Behandlung im Wandel

Mit § 17d Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) von 2009 hat der Gesetzgeber für die Entgeltreform in der Psychiatrie das übergeordnete Ziel formuliert, ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten zu entwickeln (zuvor: einrichtungsabhängig, individuelle Verhandlungen nach Bundespflegesatzverordnung (BpflV)). Das neue Vergütungssystem soll den unterschiedlichen Behandlungsaufwand bei medizinisch unterscheidbaren Patientengruppen abbilden, aber gleichzeitig praktikabel, das heißt, nicht zu differenziert sein. Zusätzlich sollte geprüft werden, inwieweit für bestimmte Leistungsbereiche andere Abrechnungseinheiten eingeführt werden können und inwieweit die Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen einzubeziehen sind. Außerdem waren ursprünglich die Wiederherstellung einer Personalausstattung nach Psych-PV, und eine Verbesserung der integrierten sektorenübergreifenden Versorgung zentrale Ziele. Außerdem verpflichtet das Gesetz die Vertragsparteien (Krankenkassen und Krankenhäuser) auf Bundesebene zur Durchführung einer Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems und zur Versorgungsqualität – auch im Hinblick auf andere Versorgungsbereiche, zum Beispiel Leistungsverlagerungen (§ 17d Abs. 8 KHG). In der Gesetzesbegründung wurde nahegelegt, zur Entwicklung der neuen Entgelte von den Leistungskomplexen auszugehen, die der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) zugrunde liegen. Ein Fallbezug wie beim DRG-System wurde ursprünglich als ungeeignet bewertet, da hier Fehlanreize – wie eine zu frühe Entlassung – befürchtet wurden.

Das Gesetz zur Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen wurde am 21. Juli 2012 vom Bundestag verabschiedet und ist zum 1. August 2012 in Kraft getreten. Die Umsetzung erfolgt ab dem 1. Januar 2013. Die konkrete Ausgestaltung der Entgelte wurde auf das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) übertragen. Der erste Katalog des neuen Systems wurde im September 2012 den Selbstverwaltungspartnern vorgestellt.

Im Folgenden wird die Umsetzung der Ziele ‚Personalausstattung nach Psych PV‘ und ‚Einführung einer bundeseinheitlichen leistungsgerechten Vergütung‘ mit tagesbezogenen Pauschalen im Zuge des Gesetzgebungsprozesses genauer beleuchtet.

Personalausstattung nach PsychPV

Ursprünglich war die Wiederherstellung der Personalausstattung eine gesetzlich definierte Voraussetzung, die es vor der Umstellung der Vergütung zu erfüllen galt. Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) war beabsichtigt, vor Einführung des Entgeltsystems eine vollständige Umsetzung der PsychPV bis zur Konvergenzphase zu erzielen.

Die Psychiatriepersonalverordnung¹⁷ wurde 1991 in Kraft gesetzt, als eine der letzten, vielleicht aber als die entscheidendste Maßnahme zur Qualitätsverbesserung der Versorgung psychisch Kranker in Folge der Psychiatrie-Enquete. Hintergrund ihrer Einführung war die Einsicht, dass in der Psychiatrie und Psychotherapie einzig die persönliche Beziehung mit den Therapeuten der verschiedenen Berufsgruppen ein nachhaltig positives Ergebnis erwarten lässt, die Qualität der Psychiatrie also direkt abhängig ist von einer ausreichenden Ausstattung mit Therapeuten unterschiedlicher Professionen. Für viele Kliniken änderte sich mit der Umsetzung der PsychPV die Personalausstattung schlagartig. Eine Großklinik mit mehreren hundert Betten hatte vor der Psychiatriepersonalverordnung vielleicht zwei Ergotherapeuten – nach Inkrafttreten jedoch bis zu fünfmal so viele. Nur mit dieser intensivierten Personalausstattung konnten die Ziele der Psychiatrie Enquete weiter verfolgt werden.

In der Folge blieb die Psych PV bis heute eine verbindliche Vorgabe und wurde auch im Rahmen der Budgetverhandlungen zwischen Kostenträgern und Kliniken insofern angewandt, als die Anzahl der vom Budget erfassten Mitarbeitenden konkret niedergelegt wurde. Über die Jahre trat dann eine

¹⁷ Vgl. Heinrich Kunze, Ludwig Kaltenbach, Klaus Kupfer (Hrsg.): Psychiatrie-Personalverordnung. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. Kohlhammer, Stuttgart 2010.

Diskrepanz auf, weil sich die Durchschnittsgehälter der Mitarbeitenden besser entwickelten als die durch die verschiedenen Gesundheitsreformen vorgegebenen Refinanzierungsraten der Krankenträger. So war zwar oft formal die Planzahl für die von der PsychPV erfassten Mitarbeiter erhalten, in der Realität wurden diese Stellen aber aus Kostentwicklungsgründen nicht besetzt, so dass die PsychPV-Erfüllungsquote sank. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz verpflichtet die Länder zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser. Dazu sind im Rahmen der dualen Finanzierung die notwendigen Investitionen durch die öffentliche Hand zu tragen. Aufgrund der Kassenlage der Länder und der – neben mangelnder Refinanzierung der Betriebskosten – unzureichenden Investitionskostenfinanzierung der Bundesländer sind die meisten Kliniken gefordert, Investitionen aus Eigenmitteln zu finanzieren. Dies führt häufig dazu, dass die Vorgaben der PsychPV in der Praxis nicht eingehalten werden können: Eine Messung im Jahre 2004 ergab eine durchschnittliche Umsetzung der PsychPV von nur 90,1 Prozent in der Erwachsenenpsychiatrie und nur 87,9 Prozent in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.¹⁸ Seither ist vermutlich ein weiterer erheblicher Rückgang zu verzeichnen. Dazu kommt, dass die Kliniken, die aufgrund der DRG-Einführung Defizite in den somatischen Fachabteilungen aufwiesen, die von den Kostenträgern gewährten Personalmittel für die Psychiatrie nicht vollständig in die psychiatrischen Fachabteilungen gaben, sondern zum Teil ihre Defizite damit ausglich.

Gemeinsam mit anderen psychiatrischen Fachverbänden, vor allem der Aktion Psychisch Kranker, hat sich die Diakonie Deutschland in der Vergangenheit wiederholt dafür eingesetzt, dass mit dem KHRG eine Mindestbefüllungsquote von 100 Prozent festgeschrieben und eine entsprechende Nachverhandlungsoption erteilt werden.¹⁹ Mit dem Psychiatrieentgeltgesetz bleibt diese Forderung nach besserer Personalausstattung bestehen, bis einschließlich 2016 können höhere Personalmittel Grund für Nachverhandlungen sein. Neu ist, dass die Einhaltung der PsychPV durch Bescheinigung des Wirtschaftsprüfers offengelegt werden muss, zumindest für die Kliniken, die nachverhandeln wollen.²⁰ Einzelne Bundesländer (zum Beispiel Brandenburg) haben eigene Kontroll-

mechanismen für die PsychPV geschaffen – in Brandenburg obliegt dies den Besuchskommissionen.

Die neue Psychiatrieentgeltregelung sieht ab 2017 das Auslaufen der PsychPV vor. Bis dahin sollen Verhandlungen über zusätzliche Personalstellen aufgrund der PsychPV für alle Krankenhäuser möglich sein. Ohne eine Umsetzung der Personalausstattung nach PsychPV für alle Kliniken würde ein aktuell defizitärer Zustand zur normativen Basis der zukünftigen Krankenhausfinanzierung gemacht.

Die Diakonie Deutschland fordert, dass an die Stelle der PsychPV klare Qualitätsanforderungen treten. Diese sollen beinhalten, dass ausreichendes und gut ausgebildetes Personal für die Psychiatrie vorgehalten wird, wobei die Qualitätsansprüche über die Entgelte entsprechend abgebildet werden. Ansonsten sind wieder Zustände wie vor der Psychiatrieentquete zu erwarten, da Einzelleistungen mit immer geringerem Personalaufwand und damit zu Lasten der Qualität für die Patienten erbracht würden²¹.

Einführung einer bundeseinheitlichen leistungsgerechten Vergütung mit tagesbezogenen Pauschalen

Ein weiteres Ziel der Entgeltreform ist die Umstellung von Kosten- auf Leistungsorientierung. Damit zielt die Reform nicht vorrangig auf Kostendämpfung, sondern beinhaltet die Chance, Entgelte leistungsbezogen auszugestalten. Im Idealfall kann dies zu einer gerechteren Vergütung und höheren Transparenz des Leistungsgeschehens, zu einer Optimierung von Versorgungsstrukturen und einem effizienteren Ressourceneinsatz krankenhauserintern und -extern, das heißt, zu einer umfassenden Qualitätsverbesserung, führen.

Ein erster Kalkulationsvorschlag für die neuen Entgelte wurde im September 2012 vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) der Selbstverwaltung vorgestellt. Die Effekte des neuen Entgeltsystems auf die Versorgung werden sich im Detail erst im Zuge der Vergütungsumstellung in den

18 Gebhardt / Schmidt-Michel / Kunze, Evaluation der Psych-PV – Abschlussbericht zur Psych-PV-Umfrage 2005“, Aktion Psychisch Kranke im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit; <http://www.apk-ev.de/public/projekte.asp?pid=>

19 Bemerkenswert ist, dass ein Gesetzgeber die Einhaltung seiner eigenen Verordnung nunmehr noch zu 90 Prozent fordert.

20 Eine verbindliche Überprüfung aller Kliniken auf diesem Wege ist allerdings wohl nicht vorgesehen.

21 Die Bundesfachvereinigung der leitenden Pflegepersonen in der Psychiatrie (BfLK) kommen in ihrer Stellungnahme zum Psych-Entgeltgesetz vom 18.7.2012 zum Schluss, dass die Erfahrung aus der Somatik bei der Einführung der G-DRG schmerzlich deutlich macht, dass in ‚somatischen Krankenhäusern‘ circa 20.000 Pflegestellen abgebaut wurden. Mit dieser Erfahrung aus der Systemumstellung der somatischen Disziplinen möchte die BfLK als mahnendes Beispiel lernen und deutlich machen, dass eine mangelhafte Explizierung einer Mindestausstattung mit pflegerischem Personal in der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik zu einem Mangel an Pflegekapazitäten und damit zu einem gesundheitspolitischen und auch gesellschaftspolitischen Problem werden kann. (http://bflk.de/sites/bflk.de/files/doku/2012/psych-entgeltgesetz_20.07.2012.pdf)

nächsten Jahren zeigen. Unstrittig ist, dass das neue Entgeltsystem die Helfelandschaft stark verändern werden wird. Das heißt, es wird mit relevanten Steuerungswirkungen und Anreizen für die stationären Einrichtungen einhergehen, die auch Veränderungen im ambulanten Bereich und anderen Versorgungssektoren nach sich ziehen. Im Sinne einer Qualitätsverbesserung ist das neue Entgeltsystem also daraufhin zu bewerten, inwiefern es Fehlanreize vermeidet, die einzelne Patientengruppen benachteiligen. Weitergehend müssten neue Anreize helfen, bestehende Versorgungslücken zu schließen.

In der Praxis erweist sich die Festlegung von sinnvollen Leistungskategorien als sehr ambitioniertes Unterfangen. Der bisherige Prozess ist mit vielen Kontroversen und mit Kritik an der Qualität der Zwischenergebnisse (zum Beispiel am Kodier-Systeme) einhergegangen. Nach wie vor ist ungewiss, inwiefern das neue Entgeltsystem tatsächlich leistungsbezogen sein wird und den Aufwand für unterschiedliche Patientengruppen, das heißt, die tatsächlich geleistete Arbeit adäquat abbildet.

Aus fachlicher Perspektive werden ernst zu nehmende Messprobleme geltend gemacht: beispielsweise scheint es schwierig, geeignete „Kostentrenner“ zu finden, die, wie vom Gesetzgeber gefordert, den unterschiedlichen Kostenaufwand bei medizinisch unterscheidbaren Gruppen abbilden: Ein reiner Diagnosebezug ist hier unbefriedigend, da mit einer identischen psychiatrischen Diagnose – zum Beispiel „Depression“ – ganz unterschiedliche Verläufe und damit Behandlungsnotwendigkeiten verbunden sein können.

Eine Sorge in der Fachwelt ist, dass mit der konkreten Ausgestaltung der Entgelte Anreize zur Fallgenerierung entstehen, die sich positiv oder negativ auf die Versorgung unterschiedlicher Patientengruppen auswirken, wodurch die tatsächlich erbrachten Leistungsumfänge nicht für alle Patientengruppen realistisch abgebildet werden. Im neuen Entgeltsystem müssen OPS²²-relevante Behandlungseinheiten kodiert werden. Dies ist für ‚leichte Fälle‘ deutlich einfacher als für Menschen mit schweren und chronischen Erkrankungen: Das neue System droht Anreize zu setzen, möglichst viele leichter erkrankte Menschen im Krankenhaus zu behandeln (‚Psychosomatisierung der Psychiatrie‘). Dies benachteiligt voraussichtlich vor allem Menschen mit schweren und chronischen Erkrankungen, die häufig komplexe und umfangreiche, aber schlecht in Zeiteinheiten abbildbare Hilfebedarfe haben und für die bereits

jetzt Versorgungslücken bestehen. Insbesondere besteht die Gefahr, dass von der Norm abweichende Behandlungen im Einzelfall zu Finanzierungsproblemen führen.

Aufgrund der Schnelligkeit des Einführungsprozesses drohen Chancen für Qualitätsverbesserungen durch die Reform verloren zu gehen. Aufgrund der noch unbefriedigenden Datenbasis und dadurch unausgereiften Leistungskategorien sind Fehlkalkulationen zu befürchten, die direkt zu Lasten der Patientinnen und Patienten gehen.

Bereits vor der Bekanntgabe der neuen Entgelte zeigen sich erste Effekte der Reform. Krankenhäuser müssen zur OPS-Generierung intensiv in EDV-Systeme investieren und damit ihre Ressourcen in patientenferne Tätigkeiten umschichten. Mit dem steigenden Leistungsbewusstsein der Häuser – welches grundsätzlich zu begrüßen ist – besteht die Gefahr, dass künftig eine Therapieplanung viel stärker als bisher ökonomisch orientiert sein wird und übergreifende Aspekte der psychiatrischen Versorgung nicht mehr finanzierbar sind. Insbesondere die Gestaltung achtsamer Milieus wird so erschwert, da diese im neuen Entgeltsystem nicht abbildbar ist und dem entsprechend keine Ressourcen dafür zur Verfügung stehen.

3.2 Modellversuche sektorenübergreifender Versorgung: Aktueller Stand und Perspektiven

Anders als im KHRG ursprünglich vorgesehen, beinhaltet das Gesetz zur Einführung des neuen Entgeltsystems keine Anreize dafür, dass Krankenhäuser im Rahmen der Regelversorgung die ambulante Versorgung ausbauen. Nur innerhalb von Modellversuchen können Versorgungs- und Vergütungssysteme entwickelt werden, die Krankenhäuser in diese Richtung lenken. Im Rahmen der Regelversorgung gibt es aber keine Impulse, die für Krankenhäuser die bestehenden Interessenkonflikte zwischen institutioneller Existenzsicherung und Rollenwandel in Richtung einer moderneren ambulantiserten psychiatrischen Versorgung auflösen.

Die gesetzlichen Möglichkeiten für Modellprojekte sind jedoch erweitert worden. Das Gesetz bestimmt im § 63 Abs. 1 und 2 SGB V, dass Modellversuche die Versorgung psychisch kranker Menschen weiterentwickeln, die Patientenversorgung verbessern und die sektorenübergreifende Leistungserbringung optimieren sollen. Mit der Einführung des neuen § 64b SGB V zur Durchführung von Modellversuchen im Zuge der Psychiatrie-Entgeltreform soll die gesamte Versorgungslandschaft

²² Operationen- und Prozedurenschlüssel im Gesundheitswesen; deutsche Modifikation der Internationalen Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (ICPM).

weiterentwickelt werden. Die Reform sollte damit mehr erreichen als eine reine Neuberechnung der stationären Entgelte.

Künftige Modellprojekte nach § 64b SGB V können auf die Erfahrungen in laufenden Projekten zurückgreifen. Im Zuge der Reformen zu einer besser integrierten Gesundheitsversorgung wurden in den letzten Jahren durch den Gesetzgeber bereits verschiedene neue Anreize geschaffen, damit medizinische Behandlung über Leistungssektoren hinweg besser organisiert werden kann. Auch in der Psychiatrie gibt es seit einigen Jahren vermehrt Modellversuche, die sektorenübergreifend angelegt sind und sowohl stationäre als auch ambulante Angebote vernetzen.

Die Ansätze aktueller Modellversuche unterscheiden sich hinsichtlich der initiiierenden Akteure, der Vertragsformen und ihrer Reichweite (s. Kasten). Regionalbudgets haben die größte Reichweite in Bezug auf die erreichten Patientengruppen. Hier sind alle Patientinnen und Patienten einer Region unabhängig von ihrer Diagnose und Krankenversicherung einbezogen. Von Selektivverträgen nach §140a SGB V profitieren teils nur Versicherte einer oder weniger Krankenkassen beziehungsweise mit einer spezifischen Diagnose.²³ Auch die freie Arztwahl ist hier eingeschränkt. Die Selektivverträge der Integrierten Versorgung weisen andererseits, insbesondere, wenn sie im ambulanten Setting mit den gemeindepsychiatrischen Verbänden geschlossen wurden, teilweise ein größeres Spektrum beteiligter Akteure sektorenübergreifender Versorgung auf (Einrichtungen der Eingliederungshilfe über Leistungen häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie nach SGB V einbezogen). Insgesamt gilt für die Psychiatrie, wie auch für andere Versorgungsbereiche, dass die gesetzliche Beschränkung innovativer Vertragsmöglichkeiten auf den SGB-V-Bereich für eine umfassende sektorenübergreifende Versorgung weiterhin zu kurz greift.

²³ Für die hier notwendige Einschreibung können sowohl Pro- als auch Contra-Argumente gefunden werden: Nicht alle Patienten können – auch krankheitsbedingt – hierfür gewonnen werden. Andererseits kann eine aktive Einschreibung und Entscheidung für eine Teilnahme individuell auch einen Autonomiegewinn und neue Ebene der Auseinandersetzung mit der Erkrankung bedeuten.

Typen integrierter Versorgung nach Initiatoren

Die gegenwärtige Landschaft vorhandener regionaler Projekte lässt sich folgendermaßen nach Initiatoren und Vertragsformen typisieren:

A. Durch Kliniken

(1) Regionalbudgets

Beispiele: Seit mehr als sieben Jahren existieren Regionalbudgets in 6 Regionen mit knapp 1 Million Einwohnern (Schleswig-Holstein und Nordhausen, in Brandenburg geplant: Nauen, Potsdam)

Für eine Region wird ein festes Budget für alle vom Krankenhaus erbrachten, voll- und teilstationären und ambulanten Leistungen mit allen Krankenkassen vereinbart (nach § 23 BPfIV). Es werden also Anreize gesetzt, teurere stationäre Behandlungskapazitäten ab- und teilstationäre und ambulante Versorgungsstrukturen aufzubauen.

Regionalbudgets führen zur Übernahme von Verantwortung für das gesamte Behandlungssystem einer Region. Evaluationen zeigen, dass die Behandlungsqualität erhalten bleibt, Kostensteigerungen begrenzt werden und „Misstrauensaufwand“ durch Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MdK) reduziert wird. Signifikante Verbesserungen (Outcomes) zeigen sich im Bereich sozialer Integration. Der Einbezug von Kinder- und Jugendpsychiatrischer Versorgung ist derzeit nur in Nordhausen umgesetzt.

(2) Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V:

Vertrag zwischen einer Krankenkasse und einem Krankenhausträger

Beispiel: ZfP Südwürttemberg

Ein Selektivvertrag ermöglicht hier Versicherten einer Kasse eine besser integrierte Behandlung. Die Kasse hat mit einem großen Träger für eine bestimmte Patientinnen- und Patientengruppe einen Vertrag (Regionalbudget) abgeschlossen. Es werden Jahrespauschalen pro Patient unabhängig von der Versorgungsform vereinbart.

Verträge zwischen einer Krankenkasse und verschiedenen Krankenhausträgern

Beispiel: TK-Projekte in Hanau, Rüdersdorf

In Kooperation mit Trägern vereinbart eine Kasse leistungsgerechte Entgelte für stationäre und ambulante Leistungen, die ebenfalls Anreize setzen, in ambulante Versorgungsfor-

men zu investieren. Im Unterschied zu den Regionalbudgets wurden hier durchgehende Tagesentgelte auf Grundlage der PsychPV – die um Ambulanzgruppen erweitert wurde (PsychPV-OPS) – vereinbart. Der Anreiz zur Leistungserbringung ist identisch (Wahl der richtigen Behandlungsintensität durch den Leistungserbringer innerhalb eines Gesamtbudgets). Die Refinanzierung erfolgt jedoch leistungsgerechter und stärker auf die individuellen Bedarfe der Patienten bezogen, eine regionale oder territoriale Abgrenzung ist nicht notwendig.

Vertrag zwischen einem Krankenhausträger und verschiedenen Krankenkassen

Beispiel: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Für Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie wurde mit verschiedenen Kassen eine jährliche Fallpauschale vereinbart. Ziel ist eine Ambulantisierung mithilfe langfristiger Behandlung durch das UKE in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern. Eingeschlossen sind unter anderem die Möglichkeit der Behandlung zu Hause, Krisenintervention rund um die Uhr und psychotherapeutische Interventionen.

B. Durch Ärztenetze

Beispiel: Niedersächsisches Modell

Hier wurden durch sozialpsychiatrische Schwerpunktpraxen Integrierte Versorgungsverträge nach § 140a SGB V abgeschlossen, um Versorgungspfade insbesondere für schwer und chronisch Erkrankte zu etablieren, die in den Praxen nicht ausreichend versorgt werden konnten¹.

C. Durch gemeindepsychiatrische Träger

Beispiel: Netzwerk psychische Gesundheit der Techniker-Krankenkasse

Hier wurden Verträge nach §140a SGB V zwischen einer Krankenkasse und Trägern gemeindepsychiatrischer Angebote geschlossen. Ziel dieser Vertragsform ist es explizit, stationäre Behandlungen zu vermeiden, soweit dies durch bessere ambulante Behandlungspfade erreicht werden kann.

¹ Später baute ein pharmazeutisches Unternehmen ein landesweites integriertes Versorgungsmodell auf den bereits bestehenden Netzwerken auf. Die Diakonie hat sich immer wieder klar gegen eine Beteiligung der Pharmaindustrie an IV-Verträgen ausgesprochen.

Voraussetzungen zur Verbesserung sektorenübergreifender Arbeit durch Modellversuche
Damit die künftigen Projekte auf Basis des neuen Modell-Paragraphen nach § 64b SGB V tatsächlich zu einer Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung und zu einer Verbesserung sektorenübergreifender Arbeit führen können, muss es zum Beispiel Anreize zur Investition in Modellprojekte geben: Nur bei einer hinreichend großen Anzahl solcher Projekte können in einigen Jahren auch eine sinnvolle Wirkungsuntersuchung stattfinden und Ergebnisse von Modellstandorten miteinander verglichen werden. Es muss weiterhin gesichert sein, dass Modellprojekte passgenau zu lokalen Versorgungsbedarfen entwickelt werden, um Bedarfe von Nutzerinnen und Nutzern besser zu decken (das heißt insbesondere schwerer Erkrankte einschließen) und damit sie möglichst vielen Patientinnen und Patienten zugute kommen²⁴. Kosteneinsparinteressen von Krankenkassen dürfen nicht im Vordergrund stehen. Die Verträge müssten zudem verstärkt auch für andere Träger im Umfeld der Krankenhäuser geöffnet werden (ambulante und stationäre Dienste und Einrichtungen nach SGB VIII, XI und XII).

Auf politischer Ebene ist zu wünschen, dass mit Modellversuchen ein ‚lernendes System‘ installiert wird – dass also gute Strukturen, die in Modellprojekten erprobt wurden, auch ab 2017 in die Regelversorgung übernommen werden. Um dies zu ermöglichen, sollten durch das BMG oder gegebenenfalls durch die Selbstverwaltung auf Bundesebene Projekte gesammelt und nach einheitlichen, überregional zu definierenden Qualitätskriterien (Anforderungen bezüglich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität), bewertet werden. Nur so sind Evaluationsergebnisse später auch vergleichbar. Bei einer solchen Evaluation von Modellprojekten muss auch das ambulante Umfeld einbezogen werden, soweit es nicht Teil des Modellprojektes ist, in dem Patientinnen und Patienten etwa im Anschluss an einen Klinikaufenthalt versorgt werden. Zu beachten ist auch, dass eine sinnvolle Evaluation erst nach einer gewissen Zeit möglich ist. Zunächst müssen neue Strukturen geschaffen werden, die erst nach einer Phase des Übergangs und der Arbeit wirkliche Effekte zeigen.

Schließlich besteht insbesondere bei Regionalbudgets, innerhalb derer stationäre Betten ab- und ambulante Versorgungs-

²⁴ Eine Benachteiligung von Schwerkranken ist ein spezieller Effekt der Psychiatrie, der in der Somatik so nicht denkbar wäre, auch Compliance-Probleme werden hier anders bewertet (Beispiel Diabetes: 30 Prozent der Diabetes-Patienten nehmen Medikamente nicht – eine Entlassung als „austherapiert“ wäre hier nicht denkbar).

strukturen aufgebaut worden sind, das Problem, dass diese Projekte nach Ende der budgetneutralen Phase im neuen Entgeltsystem wahrscheinlich nur schwer überlebensfähig sind: Hier haben sich in der Regel die Kosten pro Bett im Krankenhaus erhöht. Eine Überleitung dieser Verträge zum geplanten §64 SGB V ist schwierig. Es müssen ein expliziter Bestandsschutz für die oben skizzierten Projekte geschaffen und konkrete Regelungen gefunden werden, die eine Fortführung sicherstellen.

3.3 Auswirkungen der Entgeltreform auf andere soziale Sicherungssysteme

Die Entgeltreform regelt die Vergütung der stationären Behandlung nach SGB V neu. Indirekt betroffen sind jedoch auch weitere Versorgungsbereiche, wie die ambulante Behandlung nach SGB V, sowie weitere Bereiche des psychiatrischen Hilfesystems, die weniger medizinisch-therapeutische Zielsetzungen haben, sondern auf Teilhabe, Pflege und soziale Unterstützung abzielen (SGB XI, XII, VIII). Evaluationen des neuen Vergütungssystems müssen auch die Auswirkungen auf angrenzende Versorgungsbereiche betrachten.

Ähnlich wie bei der Einführung der Diagnosis Related Groups (kurz DRG, deutsch Diagnosebezogene Fallgruppen) in somatischen Krankenhäusern vor einigen Jahren dürfte mit der Reform der Trend zu früheren Entlassungen verstärkt werden. Damit wirkt das neue Entgeltsystem auch über die Krankenhäuser hinaus: Die Nachfrage nach intensiveren, ambulanten Behandlungsmöglichkeiten (SGB V), ambulanter Eingliederungshilfe (SGB XII) oder Plätzen in nachgeordneten Wohn- oder Pflegeeinrichtungen (SGB XII und XI) wird weiter steigen.

Bereits jetzt bestehen jedoch Versorgungslücken und Schnittstellenprobleme in diesen Sektoren, durch die das ‚Recht auf Behandlung‘ nach SGB V insbesondere für schwer und chronisch erkrankte Patientinnen und Patienten nur unzureichend umgesetzt wird:

Stationäre Klinikaufenthalte sind in der Versorgungsrealität oft zu wenig in umfassendere Versorgungspfade eingebettet. Durch die Verkürzung von Verweildauern – die bereits vor der Entgeltreform begann – werden Menschen mit langwierigen Erkrankungsphasen zum Teil entlassen, obwohl sie eine längere und umfassendere Behandlung benötigten, die ihnen derzeit außerhalb der Klinik nicht geboten werden kann. Gleichzeitig fehlt den Kliniken häufig der notwendige Bezug zur Gemeinde ihrer Patientinnen und Patienten. Ein lebenswelt-

bezogener und personenzentrierter Therapie-Ansatz in den Kliniken wird durch die Zementierung und Segmentierung in ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote erschwert. Zielsetzungen sozialer Teilhabe und Inklusion, wie beispielsweise Arbeit und Arbeitsvermittlung nach SGB II und SGB III, werden in den Therapien häufig zu wenig beachtet. Die unterschiedliche Finanzierung von Trägern im Hilfesystem schafft außerdem Anreize, „schwere Fälle“ in andere Sektoren zu verschieben, beispielsweise aus Krankenhäusern in stationäre Einrichtungen der Pflege oder Eingliederungshilfe (SGB XI/XII). Auch Übergänge aus der Kinder- in die Erwachsenen-Psychiatrie und eine Vernetzung von SGB-V- und SGB-VIII-Leistungen gestalten sich häufig schwierig.

Im Bereich der Behandlung nach SGB V stagniert die „Ambulantisierung“ der Behandlung schwer und chronisch kranker Menschen. Budgets von Krankenhäusern sind wesentlich an voll- und teilstationäre Behandlung gebunden. Restriktive Vorgaben der Krankenkassen aus Furcht vor Leistungsausweitungen erschweren zusätzlich einen adäquaten Ausbau ambulanter Angebote. Darüber hinaus ist seit Jahren ein Rückzug niedergelassener Fachärztinnen und Fachärzte aus der psychiatrischen Grundversorgung aus betriebswirtschaftlichen Gründen zu verzeichnen. Es fehlt eine flächendeckende Implementierung von Soziotherapie und häuslicher Krankenpflege für psychisch Kranke, und die traditionelle psychotherapeutische Versorgung geht vielfach an den Bedarfen und Bedürfnissen von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen vorbei. Ambulante komplexe Leistungen, die dem mehrdimensionalen Charakter gerade auch chronischer psychischer Erkrankungen gerecht werden würden und seelische Behinderungen zum Teil vermeiden könnten, fehlen weitestgehend. Auch die personelle und finanzielle Ausstattung der Sozialpsychiatrischen Dienste erlaubt kaum noch, dass diese ihren Aufgaben gerecht werden können. Darüber hinaus gibt es in Deutschland viel zu wenige Krisendienste, die rund um die Uhr und an allen Tagen Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Bezugspersonen in eskalierenden Krisensituationen zur Verfügung stünden. Sie könnten oft Hospitalisierungen vermeiden. Das Krankenhaus ist jedoch in solchen Kontexten häufig die einzige Anlaufstation für Menschen mit psychiatrischen Bedarfen, auch wenn sie im ambulanten Kontext vielleicht besser behandelt werden könnten. Aufgrund der defizitären ambulanten Behandlung kommt es immer wieder zu eigentlich vermeidbaren Klinikaufenthalten.

Auch im Bereich der Rehabilitation bestehen Versorgungslücken. Viele Angebote sind eher für Menschen mit leichteren beziehungsweise psychosomatischen Erkrankungen konzi-

piert. Für Menschen mit der Diagnose Psychose sind die bestehenden Zugangshürden oft zu hoch. Bundesweit gibt es nur circa 60 anerkannte Einrichtungen zur Rehabilitation psychisch Kranker (RPK); ambulante Komplexangebote zur beruflichen und medizinischen Rehabilitation werden nur an drei Standorten vorgehalten.

Nicht zuletzt werden Teilhabeleistungen trotz des bestehenden Rechtsanspruches nicht immer im nötigen Umfang bewilligt – sei es, dass der Anspruch negiert und auf vorrangige Leistungsträger verwiesen wird, oder aber dass der Leistungsumfang in einer Art und Weise reduziert wird, die eine angemessene und individuell zugeschnittene Begleitung zum Teil nicht mehr möglich macht. Es ist zu befürchten, dass die Eingliederungshilfe noch stärker als bisher zum Auffangbecken für nicht ausreichend oder zu kurz behandelte Patientengruppen wird, die aus Krankenhäusern entlassen werden, ohne dass zuvor sichergestellt wurde, dass die Einrichtungen der Eingliederungshilfe eine adäquate Versorgung leisten können. Da auch die Eingliederungshilfe an finanzielle Grenzen stößt, droht eine weitere Verschiebung der hiervon betroffenen Menschen in die Pflege oder in andere soziale Angebote, wie Wohnungslosenhilfe, Frauenhäuser aber auch in forensische Einrichtungen.

Der Vorrang ambulanter vor stationären Hilfen, der aus fachlicher Sicht durchweg zu unterstützen ist, setzt ein entsprechendes personenzentriertes Hilfesystem voraus. Fehlen diese Unterstützungssysteme, vergrößert sich das Risiko, dass ein Teil der betroffenen Menschen ohne ausreichende Hilfe zu Hause lebt, in Einrichtungen der Altenhilfe „abgeschoben“ wird oder auf der Straße oder in Notunterkünften landet. Es kommt immer wieder vor, dass Menschen allein deswegen in geschlossenen Settings untergebracht werden, weil andere mögliche Unterstützungsleistungen an den fachlichen Konzepten, den Kapazitäten oder der mangelnden Flexibilität der Leistungserbringer oder/und der fehlenden Bereitschaft der Leistungsträger zur Kostenübernahme scheitern.

Vor diesem Hintergrund gilt es, ausreichende ambulante Behandlungsmöglichkeiten flächendeckend zur Verfügung zu stellen, Angebote der medizinischen Rehabilitation für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder seelischen Behinderungen auszubauen (einschließlich ambulanter und mobiler Reha-

bilitationsangebote) und den Zugang zu Leistungen der Eingliederungshilfe zu erleichtern und Ansprüche durchzusetzen.

Schließlich bestehen Zugangsbarrieren insbesondere für Menschen mit besonders hohen Versorgungsbedarfen fort. Um Zugang zum Hilfesystem zu erhalten, müssen Patientinnen und Patienten über bestimmte ‚soziale Ressourcen‘ verfügen, wie unterstützende Angehörige, eine gewisse Kommunikationsfähigkeit oder Bildung. Nicht selten sind auch durch Einsatz individueller privater Zuzahlungen Versorgungslücken zu überbrücken, beispielsweise durch Selbstzahlung niedrigschwelliger sozialer Unterstützung bei Demenz, für Dolmetscherdienste, oder zur privat finanzierten Überbrückung von Wartezeiten auf eine GKV-finanzierte ambulante Psychotherapie. Insbesondere mehrfachbelastete Menschen, die neben ihren psychiatrischen auch noch andere Probleme haben wie soziale Isolation, Armut oder Wohnungslosigkeit, erhalten aufgrund fehlender diesbezüglicher Ressourcen häufig nicht ausreichende (aufsuchende und niedrigschwellige) Hilfen. Auch Faktoren wie hohes Alter (Immobilität), Migrationshintergrund (Sprachbarrieren) oder krankheitsbedingt drohende Stigmatisierung (zum Beispiel durch chronische Abhängigkeitserkrankungen) bringen Risiken der Unterversorgung mit sich, da passgenaue zielgruppenbezogene Hilfen nicht flächendeckend ausgebaut sind. Entwicklungspotentiale bestehen zum Beispiel im Ausbau transkultureller Kompetenz, in einer besseren Versorgung von Erst-Erkrankten oder psychisch erkrankten Menschen mit geistiger Behinderung, in präventiven Angeboten für Kinder psychisch erkrankter Menschen sowie in der Versorgung für älter werdende Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen.

Das Recht auf Behandlung, insbesondere einer Behandlung, die den spezifischen Bedürfnissen psychisch Kranker, wie im § 27 SGB V gefordert, Rechnung trägt, wird somit heute wie auch zukünftig im ambulanten wie auch im stationären Sektor voraussichtlich nur dann realisiert werden können, wenn a) das neue Entgeltsystem diesen Schief lagen des Systems entgegenwirkt und b) parallel zur Entgeltreform zusätzliche Ausbau- und Entwicklungsmaßnahmen in den anderen Sektoren getroffen werden.

Diese genannten Bereiche müssen genau daraufhin geprüft werden, zu welchen Änderungen das neue Entgeltsystem hier führt.

4. Kriterien für das neue Entgeltsystem

Die Entgeltreform soll dazu beitragen, die psychiatrische Versorgung zu verbessern. Aus Sicht der Diakonie Deutschland ist die konkrete Ausgestaltung der neuen Entgelte nach folgenden inhaltlichen Kriterien zu bewerten:

Eine adäquate Vergütung in der Psychiatrie sollte...

... eine angemessene Ressourcenverteilung fördern und den „Schieflagen“ des jetzigen Systems entgegen wirken.

Ausgehend von dem Ziel eines zugangsgerechten Hilfesystems muss das neue Entgeltsystem so ausgestaltet sein, dass es zu einer angemessenen Ressourcenverteilung zwischen verschiedenen Patientengruppen kommt. Sinnvolle Leistungskategorien fördern eine gute Versorgungsqualität insbesondere bei bisher unter- und fehlversorgten Patientengruppen.²⁵ Derzeit ist ein besonderes Engagement für benachteiligte Patientengruppen – zum Beispiel Schwerkranke – potentiell existenzbedrohend für die Krankenhäuser. Aus Sicht der Diakonie Deutschland muss das neue Entgeltsystem eine umfassende personenzentrierte Versorgung schwer und chronisch kranker und mehrfachbelasteter Menschen besser ermöglichen.

... die Umsetzung fachlich anerkannter Behandlungskonzepte (zum Beispiel leitliniengerechte Behandlung, Dialog, Empowerment, Recovery) im Sinne einer personenzentrierten psychiatrischen Hilfe fördern.

Eine gute psychiatrische Behandlung ist aus Sicht der Diakonie Deutschland maßgeblich von Faktoren wie einer ausreichenden Personalausstattung, der Zusammenarbeit multiprofessioneller Teams, therapeutischer Kontinuität, der Gestaltung achtsamer Milieus abhängig und davon, dass Betroffene und Angehörige in jeder Phase einbezogen werden. Das neue Entgeltsystem sollte umfassende Behandlungsansätze, wie Lebenswelt- und Beziehungs-

orientierung und die Berücksichtigung biopsychosozialer Dimensionen psychischer Störungen unterstützen und nicht behindern. Das heißt auch, über das Entgeltsystem sollte „Milieu“-Arbeit abgerechnet werden können.

... die Krankenhäuser darin unterstützen, im lokalen Verbund Versorgungsverantwortung zu übernehmen.

Psychiatrische Hilfebedarfe und -strukturen weisen regionale Unterschiede auf. Aus Sicht der Diakonie Deutschland sind die Akteure vor Ort stärker als bisher zu fordern, gemeinsam potentiell unterversorgte Patientengruppen und lokale Versorgungslücken zu identifizieren und die vorhandenen Ressourcen in koordinierter Weise entsprechend auszurichten. Dies kann nur gelingen, wenn auch das neue Entgeltsystem diesen Populationsbezug fördert und nicht erschwert. Es ist zu prüfen, welche Budgetverantwortlichkeiten hier förderlich sind. Das neue Gremium nach § 90a SGBV auf Landesebene könnte zu sektorenübergreifenden Ansätzen Empfehlungen abgeben.

... eine sektorenübergreifende Versorgung fördern. Eine zentrale Herausforderung für eine bessere psychiatrische Versorgung ist die Entwicklung flexibler, kontinuierlicher Pfade der Behandlung, Rehabilitation und Teilhabeförderung, die sequenziell und gleichzeitig nutzbar sind. Hierfür sind flexibler nutzbare integrierte Komplexleistungen (zum Beispiel übergreifend stationär – teilstationär – ambulant) erforderlich, die den Übergang zwischen verschiedenen Hilfsangeboten erleichtern. Über entsprechende Entgelte sollte auch die bisher unterentwickelte Netzwerkarbeit von Krankenhäusern mit anderen Angeboten vor Ort honoriert und damit gefördert werden. Ein sinnvolles Entgeltsystem hilft nicht nur, die Sektorengrenze zwischen stationärer und ambulanter Behandlung nach SGB V besser zu überbrücken, sondern auch, die Barrieren zu anderen Leistungsbereichen (SGB-XI- und SGB-XII-Leistungen, oder auch Integration von Arbeit und Arbeitsvermittlung nach SGB II und SGB III) zu überwinden. Über das neue Entgeltsystem sollten außerdem finanzielle Anreize zum übergreifenden Case Management gesetzt werden, wobei sicherzustellen ist, dass dieses fachlich-

²⁵ Eine Benachteiligung von Schwerkranken ist ein spezieller Effekt der Psychiatrie, der in der Somatik so nicht denkbar wäre, auch Compliance-Probleme werden hier anders bewertet (Beispiel Diabetes: 30 Prozent der Diabetes-Patienten nehmen Medikamente nicht – eine Entlassung als „austherapiert“ wäre hier nicht denkbar).

- konzeptionellen Standards genügt. Die Zuständigkeit für Case Management kann regional und fallbezogen variieren, hierfür müssen vor Ort im gemeindepsychiatrischen Verbund Entscheidungskompetenzen bestehen.
- ... eine Ambulantisierung psychiatrischer Hilfe fördern.
Das Entgeltsystem sollte stärkere Anreize dafür setzen, die stationäre psychiatrische Behandlung besser in die gemeindenahere Versorgung einzubetten. Die Krankenhäuser sollten, wo regional sinnvoll, die Möglichkeit erhalten, ihr Behandlungsangebot in den ambulanten Bereich auszuweiten. Es muss sichergestellt werden, dass dies in Kooperation mit den anderen vor Ort vorhandenen Hilfsstrukturen (zum Beispiel gemeindepsychiatrische Verbünde) geschieht.
 - ... den aktuellen Wissensstand zur Qualitätsmessung guter psychiatrischer Versorgung wider spiegeln.
Das neue Entgeltsystem wird neue Anreize setzen und die Versorgung steuern. Aus Sicht der Diakonie Deutschland muss es darum gehen, verstärkte Anreize für ein gemeindenaheres, personenzentriertes und sektorenübergreifend integriertes psychiatrisches Hilfesystem zu setzen. Das Entgeltsystem ist dafür an bereits existierenden Indikatoren (siehe Modellprojekte, PPQ) zu orientieren und gleichzeitig so anpassungsfähig zu gestalten, dass es durch neu zu entwickelnde Indikatoren (zum Beispiel zu Teilhabe, Empowerment, Recovery) im Sinne eines lernenden Systems kontinuierlich nachgebessert werden kann. Bei einer künftigen Evaluation des Entgeltsystems müssen alle beteiligten Sektoren des psychiatrischen Hilfesystems in den Blick genommen werden. Eine alleinige Betrachtung von Indikatoren im Krankenhaussektor greift zu kurz, Qualitätsstandards können sinnvoll nur sektorenübergreifend angelegt sein.
 - ... spezifische Anforderungen von unterschiedlichen Zielgruppen an eine leistungsgerechte Vergütung (zum Beispiel Kinder und Jugendliche, Menschen mit Behinderung, Demenzbetroffene) berücksichtigen.
In einem künftigen leistungsgerechten Vergütungssystem gilt es, besondere Bedarfe auch gesondert abzubilden.
- Beispielsweise besteht in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Krankenhausversorgung neben therapeutischem auch pädagogischer Bedarf, den es durch eine ausreichende Personalausstattung zu decken gilt. In der Regel sind Kinder- und Jugendpsychiatrien kleinteilig und familiennah organisiert. Ein vernetztes Arbeiten mit ambulanten SGB-V-Angeboten und Leistungen nach SGB VIII ist hier wichtig. In der Demenzversorgung spielt die Alltagsbegleitung eine wichtigere Rolle als in anderen Versorgungsbereichen. Bei Menschen mit Behinderungen sind beispielsweise die Bedarfe nach Assistenz gesondert zu berücksichtigen.
- ... regionale Unterschiede berücksichtigen.
Unterschiede in der Versorgung im ländlichen und städtischen Raum müssen in den Tagesentgelten berücksichtigt werden. So sollten die höheren Fahrtkosten im ländlichen Raum bei aufsuchenden Diensten abgerechnet werden können.
 - ... die Träger- und konzeptionelle Vielfalt psychiatrischer Versorgung fördern und erhalten.
Aus der Perspektive diakonischer Krankenhäuser, zu deren Spezifika beispielsweise verschiedene Seelsorge-Angebote gehören, muss das neue Entgeltsystem Besonderheiten in den Therapieansätzen einzelner Häuser berücksichtigen, damit die Trägervielfalt erhalten bleibt.
 - ... „bürokratiearm“ sein.
Das neue Entgeltssystem stellt stark erhöhte Anforderungen an die Leistungserfassung und -abrechnung für die Krankenhäuser. Dies führt zu einer Ressourcenumschichtung in den Häusern aus der Pflege hin in die Verwaltung. Diese Entwicklung sollte durch möglichst niedrigen bürokratischen Aufwand begrenzt werden. Das neue System sollte so ausgestaltet sein, dass kleine Träger bei erfolgreicher Arbeit nicht durch zu aufwändige Berechnungs- und IT-Anforderungen behindert oder gar in ihrer Existenz bedroht werden.
- An diesem Forderungskatalog muss sich das neue Entgeltssystem messen lassen, da es ansonsten am gesetzlichen Auftrag vorbei geht. Es muss darauf hingewirkt werden, dass die Reform über eine reine ‚Umrechnung‘ von Tagessätzen nach altem Recht in neue Tagespauschalen hinausgeht.

5. Fazit

Die psychiatrische Helfelandschaft in Deutschland ist insbesondere für schwer und chronisch kranke und mehrfach belastete Patientinnen und Patienten noch weit vom Ziel einer ambulantiserten, personenzentrierten und gemeindenahen Versorgung entfernt. Auch wenn diese Zielvorstellung bereits mit der Psychiatrie-Enquete 1971 formuliert wurde, stagniert die entsprechende Ausrichtung der Hilfsstrukturen unter anderem aufgrund von Fehlanreizen. Hinzu kommt, dass sich die Fragmentierung der Versorgungssektoren und Leistungsbe- reiche (Sozialgesetzbücher), die für das gesamte deutsche Gesundheitssystem gilt, auch in der Psychiatrie negativ auf die Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten aus- wirkt: Brüche und Dopplungen in den Behandlungen, ver- meidbare Klinikaufenthalte und Versorgungslücken könnten verringert werden, wenn flexiblere, kontinuierlichere Pfade der Behandlung, Rehabilitation, Teilhabeförderung und Selbst- hilfe ausgestaltet würden und die Hilfsangebote vor Ort bes- ser koordiniert und mit stärkerem Bezug zu den Patienten umgesetzt würden.

Um Anreize in einer Weise neu zu setzen, dass Schief lagen des bisherigen Systems vermindert und Verbesserungen der Versorgung erreicht werden können, ist grundsätzlich die versäulte Leistungszuständigkeit im derzeitigen Sozialver- sicherungssystem zu überdenken. Ein neues Vergütungs- system für Leistungen der psychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen wird dies nicht alleine erreichen können. Dennoch ist aus Sicht der Diakonie Deutschland das neue Entgeltsystem in seiner aktuell bekannten Form daran zu messen, inwieweit es eine bessere Behandlung von Patien- tinnen und Patienten unterstützt und nicht erschwert.

Zum jetzigen Zeitpunkt bleiben die Ergebnisse des aktuellen Reformprozesses in mehrfacher Hinsicht hinter den ursprüng- lich formulierten Zielen des Gesetzgebers zurück. Das be- schlossene Gesetz zur Entgeltreform und die vorgestellten neuen Entgelte lassen befürchten, dass weiterhin Personal- mangel in den Einrichtungen besteht, Ressourcen weiter ungleich verteilt sind und ein besser integriertes Hilfesystem

in der Regelversorgung weiterhin für viele Patientinnen und Patienten nicht zur Verfügung stehen wird.

Die Diakonie Deutschland stellt mit dem vorliegenden Position- papier eine Reihe inhaltlicher Kriterien an das neue Entgelt- system auf, die es zu berücksichtigen gilt, damit die Reform positive Steuerungswirkungen entfalten kann und die Kranken- häuser hier eine konstruktiv gestaltende Rolle einnehmen können. Dieser Kriterienkatalog soll der Diakonie Deutsch- land und den diakonischen Einrichtungen als Maßstab und Diskussionsgrundlage dienen, um das neue Entgeltsystem kritisch zu reflektieren und gegebenenfalls Vorschläge für dessen Weiterentwicklung unterbreiten zu können.

Das politische Engagement für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Helfelandschaft muss jedoch über die Entgelt- reform hinausgehen. Die Reform hat relevante Konsequenzen auch auf andere soziale Sicherungssysteme. Sie kann im Sinne der Patientinnen und Patienten nur dann erfolgreich sein, wenn parallel der ambulante SGB-V-Bereich (zum Beispiel Psycho- therapie, Soziotherapie), sowie erweiterte – auch ambulante und mobile – Rehabilitationsangebote ausgebaut und eine bessere Passung der psychiatrischen Behandlungspfade – mit Angeboten der Eingliederungshilfe – und der Einbezug des informellen Sektors vorangetrieben werden. Nicht zuletzt sind auch eine weniger restriktive Bewilligungspraxis und mehr Mut und Innovationsgeist von den Kostenträgern zu fordern.

Schließlich ist die Verantwortungsverteilung zwischen Minis- terien und Selbstverwaltung in diesem Gesetzgebungspro- zess kritisch zu reflektieren: Die Entgeltreform beinhaltet den Prozess der Vergütungsumstellung per Bundesgesetz und die inhaltliche Ausgestaltung des zukünftigen Entgeltsys- tems, was im Rahmen des korporatistisch organisierten Gesundheitssystems Aufgabe der Selbstverwaltungspartner ist. Durch diese Aufteilung liegt die Steuerungsverantwortung derzeit größtenteils bei den Leistungsträgern selbst. Es ist zu prüfen, inwieweit eine stärkere (Wieder-) Übernahme politi- scher Verantwortung für die Psychiatrie sinnvoll wäre, insbe-

sondere, wenn Qualitätsprobleme in der Versorgung einer besonders schutzbedürftigen Klientel zu vermuten sind. Wir fordern, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

einen unabhängigen Beirat einsetzt der eine inhaltlich normierende Funktion haben könnte, aber auch für die Begleitforschung zuständig wäre.

6. Projektgruppenmitglieder sowie Expertinnen und Experten

Wolfgang Bayer,
Stiftung das Rauhe Haus

Anke Berger-Schmitt,
Klinik Hohe Mark

Dr. Anja Dieterich,
Diakonisches Werk der EKD, Leitung der Projektgruppe

Dr. Gundula Grießmann,
Diakonisches Werk der EKD, Leitung der Projektgruppe

PD Dr. Martin Heinze,
Immanuel Krankenhaus Rüdersdorf

Frank Oetzmann,
Ev.-Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg

Dr. Katharina Ratzke,
Diakonisches Werk der EKD

Prof. Dr. Michael Schulz
Fachhochschule der Diakonie, Bielefeld

Dr. Hanns-Dieter Voigt
Johanna-Odebrecht-Stiftung Greifswald

Auszug Diakonie Texte 2011/2012

- 07.2012 Klientinnen und Klienten in ihrer Elternrolle stärken – Kinder psychisch oder suchtkranker Eltern achtsam wahrnehmen
- 06.2012 Soziale Daseinsvorsorge in den Kommunen: Zivilgesellschaft stärken, Solidarität und Teilhabe sichern
- 05.2012 Rechtssicherheit und Fairness bei Grundsicherung nötig
Diakonie-Umfrage ergibt: SGB-II-Rechtsansprüche regelmäßig nicht umgesetzt
- 04.2012 Freiwilliges Engagement in Einrichtungen und Diensten der Diakonie – Eine repräsentative Studie
- 03.2012 Leitlinien Arbeitsmigration und Entwicklung
– Guidelines on Labour Migration and Development
Art.-Nr: 613 003 032ENGL
– Principes directeurs pour les migrations et le développement
Art.-Nr: 613 003 032FR
- 02.2012 Sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche – eine Aufgabe der Prävention und Gesundheitsförderung aus Sicht der Diakonie
- 01.2012 Diskriminierungsschutz in diakonischen Arbeitsfeldern
- 16.2011 50 Jahre Zivildienst
- 15.2011 Pflegestatistik – zum 15. Dezember 2009
- 14.2011 Einrichtungsstatistik – Regional – zum 1. Januar 2010
- 13.2011 Vorstandsbericht
- 12.2011 Sozialleistungen für Unionsbürgerinnen und Unionsbürger in Deutschland
- 11.2011 Teilhabe abhängigkeitskranker Menschen sichern
- 10.2011 Einrichtungsstatistik zum 1. Januar 2010
- 09.2011 Altenarbeit im Gemeinwesen
Demografisch geboten – politisch notwendig – verlässlich finanziert
- 08.2011 Prozesse interkultureller Öffnung konkretisieren, kommunizieren, kultivieren
- 07.2011 Kommunikation von Qualität in der stationären Altenhilfe
- 06.2011 Mitarbeitendenstatistik zum 1. September 2008
- 05.2011 Chancen für Kinder eröffnen – Teilhabe durch Kinder- und Jugendrehabilitation
- 04.2011 Der Tod gehört zum Leben
- 03.2011 Abschiebungshaft in Deutschland – Positionen und Mindestforderungen der Diakonie

Liebe Leserinnen und Leser,

wir hoffen, dass wir Ihnen mit der vorliegenden Ausgabe des Diakonie Textes Informationen und inhaltliche Anregungen geben können. Wir sind an Rückmeldungen interessiert, um unsere Arbeit zu optimieren. Wir freuen uns deshalb, wenn Sie uns

1. Kommentare und Anregungen zum Inhalt des Textes zukommen lassen,
2. informieren, welchen Nutzen Sie durch diesen Text für Ihre Arbeit erfahren haben und
3. mitteilen, wie Sie auf die vorliegende Ausgabe der Diakonie Texte aufmerksam geworden sind und ob oder wie Sie diese weitergeben werden.

Ihre Rückmeldungen senden Sie bitte an die verantwortliche Projektleitung (siehe Impressum unter Kontakt).

Herzlichen Dank!
Diakonie Deutschland

Impressum

Die Texte, die wir in der Publikationsreihe Diakonie Texte veröffentlichen, sind im Internet frei zugänglich. Sie können dort zu nicht-kommerziellen Zwecken heruntergeladen und vielfältig werden. Diakonie Texte finden Sie unter www.diakonie.de/Texte. Im Vorspann der jeweiligen Ausgabe im Internet finden Sie Informationen, zu welchem Preis Diakonie Texte gedruckt beim Zentralen Vertrieb bestellt werden können.

Bestellungen: Zentraler Vertrieb des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V.
Karlsruher Straße 11
70771 Leinfelden-Echterdingen
Telefon: +49 711 21 59-777
Telefax: +49 711 797 75 02
Vertrieb@diakonie.de

Benutzer des Diakonie Wissensportals können über die Portalsuche nicht nur nach Stichworten in den Textdateien recherchieren, sondern auch auf weitere verwandte Informationen und Veröffentlichungen aus der gesamten Diakonie zugreifen. Voraussetzung ist die Freischaltung nach der Registrierung auf www.diakonie-wissen.de

www.diakonie.de

Diakonie Deutschland –
Evangelischer Bundesverband
Evangelisches Werk für
Diakonie und Entwicklung e.V.
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin

Verantwortlich für die Reihe:
Andreas Wagner
Zentrum Kommunikation
Telefon: +49 30 65211-1779
redaktion@diakonie.de
www.diakonie.de

Kontakt:
Dr. med. Anja Dieterich, MPH
Grundsatzfragen der
gesundheitlichen Versorgung
Zentrum Gesundheit,
Rehabilitation und Pflege
Telefon: +49 30 65211-1664
anja.dieterich@diakonie.de

Dr. Gundula Grießmann
Betriebswirtschaft
Stabsstelle Vorstand
Sozialpolitik
Telefon: +49 30 65211-1595
gundula.griessmann@diakonie.de

Layout: A. Stiefel

Druck: Zentraler Vertrieb des
Diakonischen Werkes
der Evangelischen Kirche
in Deutschland e. V.
Karlsruher Straße 11
70771 Leinfelden-Echterdingen

© November 2012 – 1. Auflage
ISBN-Nr. 978-3-941458-58-1

Art.-Nr. 613003082

Diakonie Deutschland –
Evangelischer Bundesverband
Evangelisches Werk für Diakonie und
Entwicklung e. V.
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin
Telefon: +49 30 65211-0
Telefax: +49 30 65211-3333
diakonie@diakonie.de
www.diakonie.de

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400072

Vorschlagender

Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband



Problemstellung

Insbesondere bei schweren und chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen ist sowohl in der stationären wie auch der ambulanten Behandlung von einer Unter- und Fehlversorgung auszugehen (z.B. Klingberg Mai 2012, Deutsches Ärzteblatt). In der Behandlung von Psychosen beispielsweise gibt es trotz eindeutiger Evidenz und Festlegung in anerkannten nationalen und internationalen Leitlinien ein erhebliches Umsetzungsproblem bei Psychotherapien, Familieninterventionen und aufsuchenden, multiprofessionellen Behandlungsangeboten.

Lösungsvorschlag

Eine adäquate Vergütung in der Psychiatrie sollte die Umsetzung fachlich anerkannter Behandlungskonzepte (zum Beispiel leitliniengerechte Behandlung, Dialog, Empowerment, Recovery) im Sinne einer personenzentrierten psychiatrischen Hilfe fördern. So muss gewährleistet werden, dass auch schwere psychische Erkrankungen, wie beispielsweise Psychosen, umfassend und leitliniengerecht behandelt werden. Dies ist bspw. durch Zusatzentgelte bzw. Abschläge bei Erfüllung bzw. Nichterfüllung von durch den G-BA festgelegten Qualitätsstandards zu erreichen.

Eine gute psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung ist aus Sicht der Diakonie Deutschland maßgeblich von Faktoren wie einer ausreichenden Personalausstattung, der Zusammenarbeit multiprofessioneller Teams, therapeutischer Kontinuität und der Gestaltung achtsamer Milieus abhängig und davon, dass Betroffene und Angehörige in jeder Phase einbezogen werden. Das neue Entgeltsystem sollte umfassende Behandlungsansätze, wie Lebenswelt- und Beziehungsorientierung und die Berücksichtigung biopsychosozialer Dimensionen psychischer Störungen unterstützen und nicht behindern. Das heißt auch, über das Entgeltsystem sollte "Milieu"-Arbeit abgerechnet werden können.

Ausführlicher s. Diakonie-Text zum neuen Entgeltsystem, als beigefügtes Dokument zu vorherigem Vorschlag
oder unter: <http://www.diakonie.de/diakonie-texte-9043.html>

[Zur Übersicht](#)

Vorschlags-Nr.

P1400073

Vorschlagender

Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband

Problemstellung

Ein zentrales Problem der psychiatrischen Hilfelandschaft ist die Unterentwicklung flexibler, kontinuierlicher Pfade der Behandlung, Rehabilitation und Teilhabeförderung, die sequenziell und gleichzeitig nutzbar sind. Das System enthält keinerlei Anreize, zu einer vernetzten übergreifenden Behandlung. Die vorgesehenen Modellprojekte nach §64 b SGB V sind als Schritt zur Weiterentwicklung der Hilfesystems unzureichend. Die Degression belohnt die anfängliche Akutphase, verkürzt die Aufenthalte und verknappt die Mittel in der Phase der Planung und Erprobung von Übergängen und der Vorbereitung auf die Entlassung bzw. auf weiterführende rehabilitative Maßnahmen. Kurze Erprobungsphasen im häuslichen Umfeld (Wochenendbeurlaubungen) führen nach §1 (4) zur Aussetzung von Zahlungen. In §1 (7) wird auf die bislang üblichen Sätze der vor- und nachstationären Behandlung verwiesen.

Lösungsvorschlag

Ein sinnvolles Entgeltsystem hilft nicht nur, die Sektorengrenze zwischen stationärer und ambulanter Behandlung nach SGB V besser zu überbrücken, sondern auch, die Barrieren zu anderen Leistungsbereichen (SGB-XI- und SGB-XII-Leistungen, oder auch Integration von Arbeit und Arbeitsvermittlung nach SGB II und SGB III) zu überwinden. Erforderlich sind flexibler nutzbare integrierte Komplexleistungen (zum Beispiel übergreifend stationär - teilstationär - ambulant), die den Übergang zwischen verschiedenen Hilfsangeboten erleichtern. Sinnvoll sind bspw. Zusatzentgelte, durch die für eine Übergangszeit in erweitertem Umfang stationäre Ressourcen für die Weiterbehandlung genutzt und vergütet werden könnten (weiter verlängerte Teilnahmen an therapeutischen Maßnahmen der Klinik, klinische Interventionen im häuslichen Umfeld vor- und nach der Entlassung). Über entsprechende Entgelte sollte auch die bisher unterentwickelte Netzwerkarbeit von Krankenhäusern mit anderen Angeboten vor Ort honoriert und damit gefördert werden. Über das neue Entgeltsystem sollten außerdem finanzielle Anreize zum übergreifenden Case Management gesetzt werden, wobei sicherzustellen ist, dass dieses fachlich-konzeptionellen Standards genügt. Die Zuständigkeit für Case Management kann regional und fallbezogen variieren, hierfür müssen vor Ort im gemeindepsychiatrischen Verbund Entscheidungskompetenzen bestehen. Insgesamt sollte eine adäquate Vergütung in der Psychiatrie die Krankenhäuser darin unterstützen, im lokalen Verbund Versorgungsverantwortung zu übernehmen. Psychiatrische Hilfebedarfe und -strukturen weisen regionale Unterschiede auf. Aus Sicht der Diakonie Deutschland sind die Akteure vor Ort stärker als bisher zu fordern, gemeinsam potentiell unterversorgte Patientengruppen und lokale Versorgungslücken zu identifizieren und die vorhandenen Ressourcen in koordinierter Weise entsprechend auszurichten. Dies kann nur gelingen, wenn auch das neue Entgeltsystem diesen Populationsbezug fördert und nicht erschwert. Es ist zu prüfen, welche Budgetverantwortlichkeiten hier förderlich sind. Das neue Gremium nach § 90a SGBV auf Landesebene könnte zu sektorenübergreifenden Ansätzen Empfehlungen abgeben.

Ausführlicher s. Diakonie-Text zum neuen Entgeltsystem, als beigefügtes Dokument zu vorherigem Vorschlag
oder unter: <http://www.diakonie.de/diakonie-texte-9043.html>

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400074

Vorschlagender VPKD



Problemstellung

Es gibt zahlreiche wissenschaftliche Studien, die nachweisen, dass die Verläufe von psychischen Erkrankungen schwerer sind, wenn zusätzlich Persönlichkeitsstörungen, insbesondere Persönlichkeitsstörungen vom Borderline- oder emotional instabilen Typ (ICD F60.30 und F60.31) vorliegen.

Eine Differenzierung nach Persönlichkeitsstörungen entspricht der Achse II des DSM IV, das zwischen Symptomdiagnosen und Strukturdiagnosen unterscheidet.

Dies gilt insbesondere für depressive Episoden (ICD F32), Suchterkrankungen (ICD F10), Somatisierungsstörung (ICD F45.0), Anorexia nervosa (ICD F50.0) und Bulimia nervosa (ICD F50.2).

Es wird vermutet, dass Patienten mit einer der genannten Hauptdiagnosen und einer Persönlichkeitsstörung mehr Ressourcen verbrauchen, als Patienten, die nur eine der genannten Hauptdiagnosen haben.

Lösungsvorschlag

Das InEK soll überprüfen, inwieweit sich Persönlichkeitsstörungen (PS) als Nebendiagnose, insbesondere Borderline-PS (ICD F60.30 und F60.31) in Kombination mit folgenden Hauptdiagnosen als Kostentrenner eignen:

Unipolare Depression (ICD F32 und F33),
Angst- und Zwangsstörungen (ICD F40, F41 und F42),
Störungen durch Alkohol (ICD F10),
Störungen durch Opioide (ICD F11),
Störungen durch Sedativa und Hypnotika (ICD F13),
Somatoforme Störungen (ICD F45),
Dissoziative Störungen (ICD F44),
Anorexia nervosa (ICD F50.0 und F50.1) und
Bulimia nervosa (ICD F50.2)

Parallel dazu soll untersucht werden, ob die Borderline-PS (ICD F60.30 und F60.31) in der PEPP PA04C bzw. in der PA02A und PA02B bzw. in der PP04B einen Kostentrenner darstellt.

Die Vorschläge gelten sowohl für die Strukturkategorie Psychiatrie als auch Psychosomatik

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400075

Vorschlagender VPKD



Problemstellung

Die Basis-PEPP PA04 „Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen“ bzw. PP04 „Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen“ fasst sehr viele Krankheitsentitäten mit unterschiedlichem Ressourcenverbrauch zusammen.

Affektive Erkrankungen (ICD-10: F30.* bis F33.*) sind die größte Gruppe von psychischen Erkrankungen. Sie werden in zahlreichen psychiatrischen und z. T. in psychosomatischen Abteilungen bei mehr als 70 Prozent der Patienten als Hauptdiagnose verschlüsselt.

Aus klinischer Sicht erscheint es sinnvoller, bei affektiven Erkrankungen zwischen F30.* bis F31.* auf der einen Seite zu unterscheiden, da diese Erkrankungen v. a. in psychiatrischen Kliniken medikamentös behandelt werden. Auf der anderen Seite verursachen affektive Erkrankungen (F32.* und F33.*) je nach Schweregrad und Komorbidität z. T. oft erheblichen psychotherapeutischen Aufwand. Es wäre anzustreben, dass sich diese Differenzierung in Zukunft auch im PEPP-System abbilden würde.

Lösungsvorschlag

Das InEK wird gebeten, die depressive Krankheitszustände (F32.* und F33.*) als Kostentrenner innerhalb der PA04 bzw. PP04 zu untersuchen. Dies könnte wie folgt geschehen:

A) Höhergruppierung der ICD F32.* und F33.* in die PEPP PA04B statt bisher der PEPP PA04C

B) Höhergruppierung der ICD F32.* und F33.* in die PEPP PP04B statt bisher der PEPP PP04C

C) Höhergruppierung folgender ICD-Kodes in die PEPP PA04B statt bisher der PEPP PA04C:

F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome

F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen

F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome

F33.3 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen

D) Höhergruppierung folgender ICD-Kodes in die PEPP PP04B statt bisher der PEPP PP04C:

F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome

F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen

F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome

F33.3 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen

E) Außerdem könnte man die schweren Verlaufsformen depressiver Krankheitszustände systemübergreifend als Kostentrenner suchen. Beispiele hierfür wären:

F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome

F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen

F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome

F33.3 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen

Diese könnten in die Tabelle „Komplizierende psychiatrische Diagnosen, Psychiatrie (PNDPSY-1)“ der Funktion „Komplizierende psychiatrische Nebendiagnose, Psychiatrie“ aufgenommen werden.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400076

Vorschlagender VPKD



Problemstellung

Die Basis-PEPP PA04 „Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen“ bzw. PP04 „Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen“ fasst sehr viele Krankheitsentitäten mit unterschiedlichem Ressourcenverbrauch zusammen.

Auch bei den somatoformen Erkrankungen (ICD-10: F45.*) sind Erkrankungen ganz unterschiedlicher Schweregrade, u. a. auch chronische Schmerzstörungen, zusammengefasst, die oft somatische Diagnostik notwendig machen und häufig mit Komorbiditäten und Analgetikaabusus auftreten.

Die derzeitige Gruppierungssituation lässt diese Unterschiedlichkeiten unberücksichtigt.

Lösungsvorschlag

Das InEK wird gebeten, die chronische Schmerzstörung (F45.40 und F45.41), v.a. bei gleichzeitig bestehendem Analgetikaabusus (F55.2), als Kostentrenner innerhalb der PA04 bzw. PP04 zu untersuchen.

Außerdem könnte man nach organischen Nebendiagnosen (Bandscheiben-, Knochenerkrankungen etc.) als Kostentrenner suchen. Beispiele hierfür wären:

Tumorerkrankungen (ICD-Kapitel C)

Metastasen (C78.* und C79.*)

Bandscheibenerkrankungen (M51.0 und M51.1)

Rheumaerkrankungen (M05.*)

Diese könnten in die Tabelle „Komplizierende somatische Diagnosen, Psychiatrie (SOMND-1)“ der Funktion „Komplizierende somatische Nebendiagnose“

oder eine neue Tabelle innerhalb der Funktion „Komplizierende somatische Nebendiagnose bei affektiven Störungen“ aufgenommen werden.

Alternativ könnte innerhalb der PA04 bzw. PP04 geprüft werden, ob die angeführten Nebendiagnosen Fälle mit höherem Aufwand detektieren.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014



Vorschlags-Nr.

P1400077

Vorschlagender VPKD

Problemstellung

Im PEPP-System 2013 sind bisher lediglich die Merkmale Diagnose, Alter und das Vorliegen oder nicht Vorliegen einer komplizierenden Konstellation für die Eingruppierung bzw. Ansteuerung einer Entgeltgruppe relevant. Leistungsbeschreibungen spielen derzeit nur eine untergeordnete Rolle. Die Behandlungs- und Therapiekonzepte für Patienten mit derselben Diagnose können sich zwischen einzelnen Krankenhäusern erheblich unterscheiden. So gibt es einige psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, die beispielsweise Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leitliniengerecht mit einem personal- und kostenintensiven psychotherapeutischen Therapieprogramm behandeln, und andere Einrichtungen, die ein solches Angebot nicht vorhalten. Nach dem jetzigen PEPP-Entgeltkatalog erhalten beide Krankenhäuser die gleiche Pauschale, unabhängig von ihren Leistungen.

Es wäre deshalb sinnvoll eine PEPP in Abhängigkeit einer hohen Leistungsdichte zu implementieren, um zwischen therapieintensiven und betreuungsintensiven Patienten zu unterscheiden.

Lösungsvorschlag

Überprüfung innerhalb der Basis-PEPPs bzw. einzelner Diagnosegruppen (z. B. Borderline-Persönlichkeitsstörung F60.3, Unipolare Depression F31 und F32, Zwangsstörungen F42), inwieweit die sehr intensiven psychotherapeutischen Therapieprogramme als Kostentrenner geeignet sind.

Dies könnte beispielsweise durch Etablierung einer PEPP mit folgender Logik geschehen:

Gültigkeitsdauer (> 10 TE/Wo durch Ärzte oder Psychologen in den OPS 9-62 und OPS 9-63) mind. 4 Wochen

UND

Anteil von Gültigkeitsdauer (> 10 TE/Wo durch Ärzte oder Psychologen in den OPS 9-62 und OPS 9-63) bezogen auf Pflagetage > 75%

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400078

Vorschlagender VPKD



Problemstellung

Bisher existiert nur eine PEPP für psychotherapieintensive Komplexleistungen in der Strukturkategorie Psychosomatik (PP00Z „Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung, mit sehr hohem Anteil“).

Die Qualitätsberichte der psychiatrischen Kliniken weisen jedoch nach, dass in zahlreichen psychiatrischen Abteilungen auch therapieintensive Behandlungen, z. B. in Spezialstationen für traumatisierte Patienten, Persönlichkeitsstörungen oder Essstörungen stattfinden.

Durch das Fehlen einer spezifischen PEPP für psychotherapieintensive Komplexleistungen in der Strukturkategorie Psychiatrie werden diese Fälle pro Tag nicht ausreichend abgebildet.

Lösungsvorschlag

Etablierung einer neuen PEPP für psychotherapieintensive Komplexleistungen in der Strukturkategorie Psychiatrie anhand einer Gruppierungslogik, die der der PEPP PP00Z (Anteil von Gültigkeitsdauer (> 6 TE/Wo durch Ärzte oder Psychologen) bezogen auf Pflgetage > 50%) entspricht. Als Kodeliste zu dieser Logik müssten die entsprechenden OPS-Kodes aus 9-62 „Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen“ hinterlegt werden.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400079

Vorschlagender

Verband der Universitätsklinik



Problemstellung

Die Kostenanalyse des Verbandes der Universitätsklinik hat ergeben, dass ein Teil der bildgebenden Verfahren keine Standardleistung bei der Diagnostik sind und daher in der Kostenkalkulation nicht ausreichend berücksichtigt werden. Hierbei handelt es sich um kostenintensive Verfahren, die zwar nur in Einzelfällen durchgeführt werden, prinzipiell aber bei allen PEPP-Pauschalen vorkommen können. Hieraus resultiert ein Kostenunterdeckung. Dies betrifft die bildgebenden Verfahren cMRT

Lösungsvorschlag

Daher schlagen wir vor, für die den OPS 3-800 cMRT ohne Kontrastmittel und 3-820 cMRT mit Kontrastmittel jeweils ein Zusatzentgelt vorzusehen.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014



Vorschlags-Nr.

P1400080

Vorschlagender vdek

Problemstellung

Die derzeitigen OPS erlauben keine Abbildung stationersetzender Maßnahmen. Dies ist im Zuge der Weiterentwicklung des Entgeltsystems, insbesondere im Rahmen der Diskussionen um Modellvorhaben nach § 64b SGB V erforderlich, um die Grundlage für die in den nächsten Jahren anstehenden und gesetzlich vorgegebenen Vorhaben zu schaffen. Diese sind insbesondere:

- Einbezug der Modellvorhaben in die Begleitforschung / Bericht nach § 17d Abs. 4 S.10 KHG/ Zusammenführung der individuellen Evaluation nach § 65 SGB V
- Erfüllung des Auftrages nach § 64b Abs. 3 SGB V sowie der nun abgeschlossenen Vereinbarung zur Datenübermittlung zu Art und Umfang der zu meldenden Daten aus Modellvorhaben an das InEK
- Erfüllung des Prüfauftrages nach § 17d Abs. 1 S. 2 und 3 KHG (Einbezug PIA in das Entgeltsystem, Entwicklung anderer Abrechnungseinheiten)
- Schaffung einer Grundlage für etwaige Kalkulationsverfahren
- Entwicklung von sektorübergreifende Qualitätsindikatoren nach § 137 Abs. 1c SGB V

Unabhängig der zukünftigen systemischen Relevanz von Modellvorhaben / sektorübergreifenden Vorhaben muss zunächst die Grundlage für eine Abbildung von stationersetzenden Maßnahmen sowie deren Abgrenzung von rein stationär erbrachten Leistungen geschaffen werden. Da Leistungen, die im Rahmen von stationersetzenden Maßnahmen erbracht werden, derzeit nicht über den OPS abbildbar sind, ist es erforderlich, dies über ein einfaches Zusatzkennzeichen zu ermöglichen. Sämtliche weitere systemische und politische Vorhaben erfordern eine Abbildung dieser Leistungen. Erfolgt dies nicht, können die o.g. Aufträge nicht sachgerecht erfüllt werden.

Lösungsvorschlag

Die Abbildung von stationersetzenden Maßnahmen sollte unabhängig und parallel zur Revisionen der „regulären OPS“

- 9-60...9-64 (Behandlung bei psych. und psychosom. Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen),
- 9-65...9-69 (Behandlung bei psych. und psychosom. Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen) erfolgen, da
- die spezifische Gestaltung der Therapiebedingung (hier: Umfeld) abgebildet werden soll und nicht die Behandlungsmaßnahme (Regel-/Intensivbehandlung etc.) an sich
- der Revisionsantrag deutlich höhere Erfolgsaussichten hat
- keine gänzliche Neuordnung der Psych-OPS erforderlich
- man greift nicht in die Überlegungen zur Abbildung der med.-therapeutischen Inhalte ein
- die „regulären OPS“ entsprechend ihrer Hinweise im OPS-Verzeichnis bereits dokumentiert werden dürfen, wenn sie „im Lebensumfeld des Patienten“ erbracht werden,
- so eine unmittelbare Grundlage für eine etwaige spätere Kalkulation geschaffen wird (Kostentrennung durch Angabe des Settings möglich),
- die Behandlungsmaßnahme im stationersetzenden Umfeld abgebildet werden kann,
- eine einfache Differenzierung nach Erwachsenen – und Kinder/Jugendpsychiatrie möglich ist,
- und letztendlich die anderen Funktionen des OPS (insbesondere zur QS und Epidemiologie) nicht beeinflusst werden bzw. sogar verstärkt werden (Stichwort: sektorenübergreifende QS, Versorgungs-/Begleitforschung).

Konkreter Lösungsvorschlag

- Ergänzung der bereits vorhandenen Zusatzkennzeichen
- o9-64* (Erwachsene)
- o9-69* (KJP)
- Angabe des stationersetzenden Umfelds in der 4. Stelle:

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400080



o9-644.* (Erbringung der Behandlungsmaßname im stationersetzenden Umfeld bei Erwachsenen)
o9-691.* (Erbringung der Behandlungsmaßname im stationersetzenden Umfeld bei Kindern und Jugendlichen)
•Angabe der drei diskutierten Säulen in der 5. Stelle:
o9-644.0 (Hometreatment bei Erwachsenen)
o9-644.1 (½ Hometreatment bei Erwachsenen)
o9-644.2 (½ Tagesklinik bei Erwachsenen)
o9-691.0 (Hometreatment bei Kindern und Jugendlichen)
o9-691.1 (½ Hometreatment bei Kindern und Jugendlichen)
o9-691.2 (½ Tagesklinik bei Kindern und Jugendlichen)
•Jeweils Leistungsbeschreibungen mit Min./ Max.-Werten zur Abbildung des zeitlichen Aufwands
oHometreatment (Behandlung eines Patienten im häuslichen Umfeld durch ein multiprofessionelles, ärztlich geleitetes Behandlungsteam (mind. 210 Minuten ohne Fahrzeiten)
o½ Hometreatment (Behandlung eines Patienten im häuslichen Umfeld durch ein multiprofessionelles, ärztliche geleitetes Behandlungsteam (mind. 105 Minuten, max. 209 Minuten ohne Fahrzeiten).
o½ Tagesklinik (intermittierende Behandlung eines Patienten in der Tagesklinik, mind. 90 Minuten Gruppentherapie und 25 Minuten Einzeltherapie oder 60 Minuten Einzeltherapie)
•Um den Zusammenhang mit der Behandlungsmaßnahme (abgebildet über die „regulären OPS“) zu ermöglichen, ist ein Wochenbezug erforderlich, d.h. der Zusatzcode ist neben dem entsprechenden OPS 9-60*/9-65* wöchentlich anzugeben; die Min./Max.- Werte im Kode sind daher auf die Woche zu beziehen.
•Wichtig ist die Abbildung, dass es sich um stationersetzende Maßnahmen handelt. Sollte eine Einigung über die Differenzierung an der 5. Stelle nicht möglich sein, kann eine Einschränkung auf die 4. Stelle (9-644 / 9-691) vorgenommen werden.

Prozeduren

9-64*,9-69*

Diagnosen

F00-F99

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400082

Vorschlagender **ZfP Südwürttemberg**



Problemstellung

Die Behandlung im Krankenhaus kann die sozialen Bezüge und Interaktionen im Lebensumfeld eines Patienten nicht oder nur unzureichend therapeutisch einbeziehen. Dadurch kommt es zu unnötig langen Verweildauern. Der Transfer der erreichten Besserung in den Alltag mißlingt ganz oder teilweise, was zu erneuter Aufnahme führt usw.

Durch die aufsuchende Behandlung direkt im Lebensumfeld des Patienten vor, nach, ergänzend oder alternativ zur Krankenhausbehandlung mit Mitteln des Krankenhauses durch ein ärztlich geleitetes multiprofessionelles Team kann die Behandlung verbessert, der stationäre Aufenthalt verkürzt und eine erzielte Besserung nachhaltig gesichert werden.

Lösungsvorschlag

Zusätzliche PEPP plus: Stationsersetzende Leistungen (SL) werden in den OPS- Katalog und mit einer vorläufigen Bewertungsrelation in den PEPP-Katalog Anlage1a/2a oder als unbewertete Leistungen in PEPP 1b/2b aufgenommen

1 SL 001 „Hometreatment“:

- OPS 9-644.0: Hometreatment bei Erwachsenen - Behandlung eines Patienten überwiegend im häuslichen Umfeld durch ein multiprofessionelles, ärztlich geleitetes Behandlungsteam. Mindestens 210 Minuten Behandlungsleistungen (abgeleitet aus dem Personalaufwand PsychPV Regelbehandlung A1 über alle Berufsgruppen aufsummiert)

- Bewertung der Leistung: Ausgangskalkulation: 1,0 Bewertungsrelation (entsprechend einem durchschnittlichen Tag Krankenhaus)

2 SL 002 „Hometreatment – halber Tag“

- OPS 9-644.1: 1/2 Hometreatment bei Erwachsenen: stationsersetzende Behandlung eines Patienten überwiegend im häuslichen Umfeld durch ein multiprofessionelles, ärztlich geleitetes Behandlungsteam. Mindestens 105 Minuten Behandlungsleistungen i

- Bewertung der Leistung: Ausgangskalkulation: 0,5 Bewertungsrelation

3 SL 003 Tagesklinik – halber Tag

- OPS 9-644.2: 1/2 Tagesklinik bei Erwachsenen: Behandlung eines Patienten in der psychiatrischen Tagesklinik durch ein multiprofessionelles, ärztlich geleitetes Team. Mindestens 90 Minuten Gruppenbehandlung und 25 Minuten Einzelgespräch oder: 60 Minuten Einzelgespräch.

- Bewertung der Leistung: Ausgangskalkulation: 0,4 Bewertungsrelation (1/2 Tagesklinik)

Prozeduren

neue Prozeduren 9-644.0 bis 9-644.2

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400084

Vorschlagender

Verband der Universitätsklinik



Problemstellung

Die Kostenanalyse des Verbandes der Universitätsklinik hat ergeben, dass ein Teil der bildgebenden Verfahren keine Standardleistung bei der Diagnostik sind und daher in der Kostenkalkulation nicht ausreichend berücksichtigt werden. Hierbei handelt es sich um kostenintensive Verfahren, die zwar nur in Einzelfällen durchgeführt werden, prinzipiell aber bei allen PEPP-Pauschalen vorkommen können. Hieraus resultiert ein Kostenunterdeckung. Dies betrifft die bildgebenden Verfahren Computertomografie des Schädels

Lösungsvorschlag

Daher schlagen wir vor, für die den OPS 3-200 cCT ohne Kontrastmittel, 3-220 cCT mit Kontrastmittel sowie CT mit FDG (Fluor-18-Deoxyglucose).jeweils ein Zusatzentgelt vorzusehen.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014



Vorschlags-Nr. **P1400085**

Vorschlagender **Barmer GEK**

Problemstellung

Die Intensivbehandlung ab 3 Merkmalen, abgebildet durch die OPS-Kodes 9-615* und 9-616*, findet als gültiger Kode bezogen auf die Pflage tage für die Funktion "INTENS-1" und die PEPP P004Z Berücksichtigung.
Die OPS-Kodes der Intensivbehandlung werden unterteilt in die erbrachten Therapieeinheiten/Woche und die Anzahl der Merkmale.
Für die Zuordnung zur Intensivbehandlung wird weder eine Unterscheidung der Merkmale ab 3 Merkmalen, noch der Nachweis erbrachter Therapieeinheiten benötigt.
Damit wird im Extremfall eine Intensivbehandlung mit 3 Merkmalen ohne Therapieeinheiten (9-615.0) mit einer Intensivbehandlung mit mehr als 4 Merkmalen und mehr als 48 Therapieeinheiten (9-616.2r) gleichgestellt.

Lösungsvorschlag

Die erbrachten Therapieeinheiten wie auch die Eingrenzung der Merkmale sind für die Zuordnung zur Intensivbehandlung differenziert zu betrachten und entsprechend abgestuft als Anteil einer Intensivbehandlung zu berücksichtigen.
Die Intensivbehandlung sollt daher erst ab 2 Therapieeinheiten Berücksichtigung finden.
Die OPS-Kodes 9-615.0, 9-615.10, 9-616.0, 9-616.10 sind aus den Tabellen P004-1 und INTENS-1 zu streichen

Prozeduren

9-615*

Diagnosen

F00-F99

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400086

Vorschlagender

Verband der Universitätsklinik



Problemstellung

Die Kostenanalyse des Verbandes der Universitätsklinik hat ergeben, dass ein Teil der bildgebenden Verfahren keine Standardleistung bei der Diagnostik sind und daher in der Kostenkalkulation nicht ausreichend berücksichtigt werden. Hierbei handelt es sich um kostenintensive Verfahren, die zwar nur in Einzelfällen durchgeführt werden, prinzipiell aber bei allen PEPP-Pauschalen vorkommen können. Hieraus resultiert ein Kostenunterdeckung. Dies betrifft die bildgebenden Verfahren PET des Gehirns.

Lösungsvorschlag

Daher schlagen wir vor, für die den OPS 3-740 Positronenemmissionstomografie des Gehirns ein Zusatzentgelt vorzusehen, sofern eines der folgenden Verfahren angewandt wird:

- Fluor-desoxyglucose PET
- PET mit FDG (Fluor-18-Deoxyglucose)
- Fluorbetapir PET (Amyvid PET)

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400087

Vorschlagender

Verband der Universitätsklinik



Problemstellung

Die Kostenanalyse des Verbandes der Universitätsklinik hat ergeben, dass ein Teil der bildgebenden Verfahren keine Standardleistung bei der Diagnostik sind und daher in der Kostenkalkulation nicht ausreichend berücksichtigt werden. Hierbei handelt es sich um kostenintensive Verfahren, die zwar nur in Einzelfällen durchgeführt werden, prinzipiell aber bei allen PEPP-Pauschalen vorkommen können. Hieraus resultiert eine Kostenunterdeckung. Dies betrifft die bildgebenden Verfahren PET mit CT des Gehirns.

Lösungsvorschlag

Daher schlagen wir vor, für die den OPS 3-750 Positronenemissionstomografie mit Computertomografie des Gehirns ein Zusatzentgelt vorzusehen.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400088

Vorschlagender

Verband der Universitätsklinik



Problemstellung

Die Kostenanalyse des Verbandes der Universitätsklinik hat ergeben, dass ein Teil der bildgebenden Verfahren keine Standardleistung bei der Diagnostik sind und daher in der Kostenkalkulation nicht ausreichend berücksichtigt werden. Hierbei handelt es sich um kostenintensive Verfahren, die zwar nur in Einzelfällen durchgeführt werden, prinzipiell aber bei allen PEPP-Pauschalen vorkommen können. Hieraus resultiert eine Kostenunterdeckung. Dies betrifft die Szintigrafie von Gehirn und Liquorräumen

Lösungsvorschlag

Daher schlagen wir vor, für die den OPS 3-700 Szintigrafie von Gehirn und Liquorräumen ein Zusatzentgelt vorzusehen.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400089

Vorschlagender

Verband der Universitätsklinik



Problemstellung

Die Kostenanalyse des Verbandes der Universitätsklinik hat ergeben, dass ein Teil der bildgebenden Verfahren keine Standardleistung bei der Diagnostik sind und daher in der Kostenkalkulation nicht ausreichend berücksichtigt werden. Hierbei handelt es sich um kostenintensive Verfahren, die zwar nur in Einzelfällen durchgeführt werden, prinzipiell aber bei allen PEPP-Pauschalen vorkommen können. Hieraus resultiert eine Kostenunterdeckung. Dies betrifft die Single-Photon-Emissionscomputertomographie des Gehirns SPECT-Untersuchungen

Lösungsvorschlag

Daher schlagen wir vor, für die den OPS 3-720.- Single-Photon-Emissionscomputertomographie des Gehirns SPECT-Untersuchungen ein Zusatzentgelt vorzusehen, sofern eines der folgenden Verfahren durchgeführt wird:

- Szintigraphische Untersuchung des Gehirns mit I-123-FP-CIT (DaTSCAN)
- 3-720.11 Szintigraphische Untersuchung des Gehirns mit I-123-IBZM
- Szintigraphische Untersuchung des Gehirns mit I-123 AMT (I-123 Alphamethyltyrosin)
- Szintigraphische Untersuchung des Gehirns mit Tc-99m ECD (Tc-99m Ethylcysteinat)
- SPECT mit Tc-99m HMPAO SPECT
- SPECT mit I-123 Amphetamin

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400090

Vorschlagender

Verband der Universitätsklinik



Problemstellung

Die Kostenanalyse des Verbandes der Universitätsklinik hat ergeben, dass ein Teil der bildgebenden Verfahren keine Standardleistung bei der Diagnostik sind und daher in der Kostenkalkulation nicht ausreichend berücksichtigt werden. Hierbei handelt es sich um kostenintensive Verfahren, die zwar nur in Einzelfällen durchgeführt werden, prinzipiell aber bei allen PEPP-Pauschalen vorkommen können. Hieraus resultiert eine Kostenunterdeckung. Dies betrifft die Single-Photon-Emissionscomputertomographie mit Computertomografie (SPECT/CT) des Gehirns.

Lösungsvorschlag

Daher schlagen wir vor, für die den OPS 3-730.- Single-Photon-Emissionscomputertomographie mit Computertomografie (SPECT/CT) des Gehirns ein Zusatzentgelt vorzusehen, sofern eines der folgenden Verfahren durchgeführt wird:

- 3-732.0 Mit Niedrigdosis-Computertomographie zur
- 3-732.1 Mit diagnostischer Computertomographie
- 3-732.x Sonstige

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400091

Vorschlagender **Verband der Universitätsklinik**



Problemstellung

Zur Pharmakovigilanz bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen wird an Universitätsklinik fallweise eine interdisziplinäre Diagnostik angewandt. Im OPS-Katalog ist hierfür keine eigene Ziffer vorgesehen, weshalb die Leistungen im Rahmen der Kostenkalkulation nicht sachgerecht abgebildet werden können. Die Kostenanalyse ergab hierfür eine Unterdeckung. Daher schlagen wir die Aufnahme einer entsprechenden Prozedur in den OPS-Katalog vor.

Lösungsvorschlag

1-906 Interdisziplinäre, multiprofessionelle Intensivdiagnostik bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

Hinw.: Dieser Kode ist nur für Leistungen anzugeben, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17d KHG erbracht wurden. Dieser Kode ist sowohl für die voll- als auch die teilstationäre Behandlung zu verwenden und kann für jeden Tag, an dem die Kriterien erfüllt sind, angegeben werden. Die für die Diagnostik aufgewendete Zeit kann nicht für die Berechnung der Therapieeinheiten der Primärkodes (9-60 bis 9-63) oder der Zusatzkodes (9-64) angerechnet werden.

Mindestmerkmale:

- Interdisziplinäre, multiprofessionelle Diagnostik zur diagnostischen und differentialdiagnostischen Einordnung von psychiatrischen und psychosomatischen Störungen (z.B. Demenzen und ihre Erscheinungsformen, Alkohol-Folgekrankheiten) unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder Facharztes für Psychiatrie oder Facharztes für Nervenheilkunde oder Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, und mindestens einem Facharzt anderer Berufsgruppen (bspw. FA für Innere Medizin, FA für Neurologie, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie).

- Die Leistungen (inklusive Auswertung) umfassen z.B. folgende Bereiche:

- o Interdisziplinäre ärztliche Diagnostik mit Differenzialdiagnostik

- o Spezielle Neuropsychologische Diagnostik

- o Spezielle Bildgebung

- o Labormedizin

- o EKG

- Es werden die Behandlungsziele und der spezifische Therapiebedarf definiert und ein Therapieplan vereinbart.

- Anerkannt werden alle Leistungen, die durch Mitarbeiter erbracht werden, die eine Ausbildung in der jeweiligen, hier genannten Berufsgruppe abgeschlossen haben und in einem dieser Berufsgruppe entsprechenden, vergüteten Beschäftigungsverhältnis stehen.

Prozeduren

1-900

[Zur Übersicht](#)

1. Interdisziplinäre Diagnostik zur Pharmakovigilanz bei Erwachsenen

Problembeschreibung

Zur Pharmakovigilanz bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen wird an Universitätsklinika fallweise eine interdisziplinäre Diagnostik angewandt. Im OPS-Katalog ist hierfür keine eigene Ziffer vorgesehen, weshalb die Leistungen im Rahmen der Kostenkalkulation nicht sachgerecht abgebildet werden können. Die Kostenanalyse ergab hierfür eine Unterdeckung. Daher schlagen wir die Aufnahme einer entsprechenden Prozedur in den OPS-Katalog vor.

Lösungsvorschlag

1-906 Interdisziplinäre, multiprofessionelle Intensivdiagnostik bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

Hinw.: Dieser Kode ist nur für Leistungen anzugeben, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17d KHG erbracht wurden. Dieser Kode ist sowohl für die voll- als auch die teilstationäre Behandlung zu verwenden und kann für jeden Tag, an dem die Kriterien erfüllt sind, angegeben werden. Die für die Diagnostik aufgewendete Zeit kann nicht für die Berechnung der Therapieeinheiten der Primärkodes (9-60 bis 9-63) oder der Zusatzkodes (9-64) angerechnet werden.

Mindestmerkmale:

- Interdisziplinäre, multiprofessionelle Diagnostik zur diagnostischen und differentialdiagnostischen Einordnung von psychiatrischen und psychosomatischen Störungen (z.B. Demenzen und ihre Erscheinungsformen, Alkohol-Folgekrankheiten) unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder Facharztes für Psychiatrie oder Facharztes für Nervenheilkunde oder Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, und mindestens einem Facharzt anderer Berufsgruppen (bspw. FA für Innere Medizin, FA für Neurologie, ~~Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie~~).
- Die Leistungen (inklusive Auswertung) umfassen z.B. folgende Bereiche:
 - Interdisziplinäre ärztliche Diagnostik mit Differenzialdiagnostik
 - Spezielle Neuropsychologische Diagnostik
 - Spezielle Bildgebung
 - Labormedizin
 - EKG
- Es werden die Behandlungsziele und der spezifische Therapiebedarf definiert und ein Therapieplan vereinbart.
- Anerkannt werden alle Leistungen, die durch Mitarbeiter erbracht werden, die eine Ausbildung in der jeweiligen, hier genannten Berufsgruppe abgeschlossen haben und in einem dieser Berufsgruppe entsprechenden, vergüteten Beschäftigungsverhältnis stehen.

2. Multiprofessionelle Komplexdiagnostik bei Komorbidität/chronischen Störungen

Problembeschreibung

Bei komorbiden und/oder chronischen psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen wird an Universitätsklinika fallweise eine multiprofessionelle Komplexdiagnostik zur Psychotherapie durchgeführt. Im OPS-Katalog ist hierfür keine eigene Ziffer vorgesehen, weshalb die Leistungen im Rahmen der Kostenkalkulation nicht sachgerecht abgebildet werden können. Die Kostenanalyse ergab hierfür eine Unterdeckung. Daher schlagen wir die Aufnahme einer entsprechenden Prozedur in den OPS-Katalog vor.

Lösungsvorschlag

Einführung eines neuen OPS – Codes 1-907 Multiprofessionelle Komplexdiagnostik zur Psychotherapie bei komorbiden und/oder chronischen psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

Dieser Kode ist nur für Leistungen anzugeben, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17d KHG erbracht wurden

Dieser Kode ist sowohl für die voll- als auch die teilstationäre Behandlung zu verwenden und kann für jeden Tag, an dem die Kriterien erfüllt sind, angegeben werden

Die für die Diagnostik aufgewendete Zeit kann nicht für die Berechnung der Therapieeinheiten der Primärkodes (9-60 bis 9-63) oder der Zusatzcodes (9-64) angerechnet werden

Mindestmerkmale:

- Multidisziplinäre Diagnostik zur differenzierten Einordnung der Diagnose und der bisherigen Therapien durch ein multiprofessionelles Team (Ärzte, Diplom-Psychologen) unter Leitung eines Facharztes (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)
- Regelmäßige Qualitätskontrollen der psychopathologischen und Komorbiditätsdiagnostik (Nachweis durch bspw. Zertifizierung)
- Es werden die Behandlungsziele und der spezifische multiprofessionelle Therapiebedarf definiert und ein Therapieplan vereinbart
- Es werden im diagnostischen Einzelkontakt von mindestens 2 Stunden pro Tag durch die oben genannten Berufsgruppen z.B. folgende Leistungen (inklusive Auswertung) erbracht:
 - Ausführliche ärztliche oder psychologische diagnostische Gespräche (z.B. biographische Anamnese, soziale Anamnese, Familienanamnese, Fremdanamnese)
 - Strukturierte Befunderhebung z.B. unter Verwendung störungsspezifischer Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen
 - Ausführliche Differenzialdiagnostik

- Komorbiditätsdiagnostik
- Psychologische, psychosoziale und neuropsychologische Diagnostik zur Erhebung, Indikationsstellung, Verlaufsbeurteilung und Erfolgskontrolle
- Anerkannt werden alle Leistungen, die durch Mitarbeiter erbracht werden, die eine Ausbildung in der jeweiligen, hier genannten Berufsgruppe abgeschlossen haben und in einem dieser Berufsgruppe entsprechenden, vergüteten Beschäftigungsverhältnis stehen. Bei Psychotherapeuten in Ausbildung ist für eine Anerkennung der Leistungen Voraussetzung, dass diese Mitarbeiter eine Vergütung entsprechend ihrem Grundberuf z.B. als Diplom-Psychologe oder Diplom-(Sozial-)Pädagoge erhalten

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400093

Vorschlagender

Verband der Universitätsklinik



Problemstellung

Bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen wird an Universitätsklinik fallweise eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Intensivdiagnostik durchgeführt. Im OPS-Katalog ist hierfür keine eigene Ziffer vorgesehen, weshalb die Leistungen im Rahmen der Kostenkalkulation nicht sachgerecht abgebildet werden können. Die Kostenanalyse ergab hierfür eine Unterdeckung.

Lösungsvorschlag

Wir schlagen die Aufnahme einer entsprechenden Prozedur in den OPS-Katalog vor.

Prozeduren

1-900

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400094

Vorschlagender

Landschaftsverband Rheinland (LVR)



Problemstellung

Das vorliegende PEPP-System birgt – wie auch das DRG-System – Gefahr der Fehlanreize, da durch die PEPP-Systematik die durchschnittlichen Kosten einer Diagnose finanziert werden. Hierdurch besteht die Gefahr, dass Behandlungen durchgeführt werden, die für ein Krankenhaus zu einem hohen Deckungsbeitrag führen. Eine medizinische Notwendigkeit wird aber nicht hinreichend berücksichtigt. Andererseits ist zu befürchten, dass Behandlungen die bei einem Krankenhaus zu einem negativen Deckungsbeitrag führen, nicht oder nur verkürzt durchgeführt werden.

Lösungsvorschlag

Mit der Clinical Global Impression Beurteilungsskala (CGI) ist es möglich, Therapieeffekte bei allen psychiatrischen und psychosomatischen Krankheiten zu messen. Dabei werden der Schweregrad der Krankheit, die Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung, die therapeutische Wirksamkeit und die Therapie-Risiken beurteilt.

Zusätzlich zu den Kosten und Leistungen, werden auch die Bewertungen nach der CGI-Skala bei der Ermittlung der PEPPs berücksichtigt. Hierfür ist es notwendig, dass die Kalkulationshäuser die Bewertung der CGI-Skala pro Patient und pro Tag erheben und dem InEK übermitteln. Somit ist eine Analyse der CGI-Skala als Kostentrenner möglich. Um eine ausreichende Behandlung zu beurteilen, ist die CGI-Skala ein Qualitätsindikator.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400095

Vorschlagender **Vinzenz von Paul Hopsital gGmbH**



Problemstellung

Trennung...Siehe Dateianlage

Lösungsvorschlag

Siehe Dateianlage

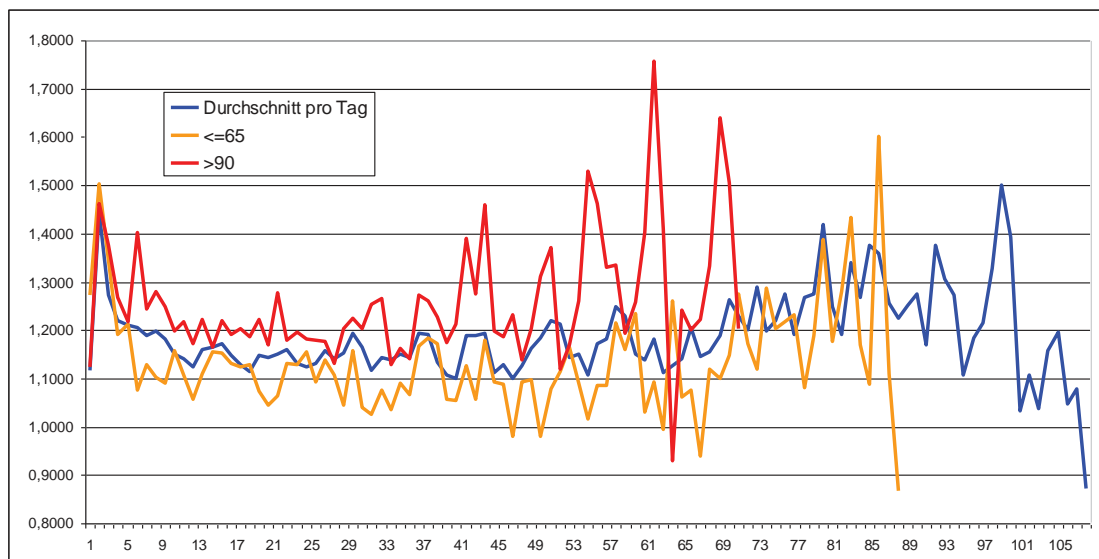
[Zur Übersicht](#)

Trennung der PEPP-Entgelte nach Altersgruppen

Nach einer ausführlichen Datenanalyse unserer Kalkulationsdaten haben wir festgestellt, dass die durchschnittlichen Behandlungskosten mit zunehmenden Alter des Patienten steigen. Am Beispiel der PA15B „Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, ohne komplizierende Konstellation“ belegen wir mit folgenden intern errechneten Gewichtungspunkten unseren Vorschlag:

PEPP	Altersgruppe	Bewertungsrelation/Tag		Veränderungen		Fallzahl
		DS PEPP	Alterssplitt	Steigerung	Abw.DS/PEPP	
PA15B	<=65	1,1764	1,1485		-2,4%	23
	66 -69	1,1764	1,1078	-3,5%	-5,8%	13
	70-79	1,1764	1,1559	4,3%	-1,7%	95
	80 – 89	1,1764	1,1905	3,0%	1,2%	129
	>=90	1,1764	1,2338	3,6%	4,9%	25

Folgende Grafik stellt noch die durchschnittlichen Tageskosten für die Patienten <=65 Jahre, Durchschnittskosten alle Fälle und Patienten >= 90 Jahre dar. Hier sind die Kostenunterschiede ebenfalls deutlich zu erkennen.



Wir bitten im Rahmen des Vorschlagswesens um Überprüfung und ggf. im Katalog 2014 weiteren Aufteilungen der PEPP-Entgelte nach Altersstufen einzuführen.

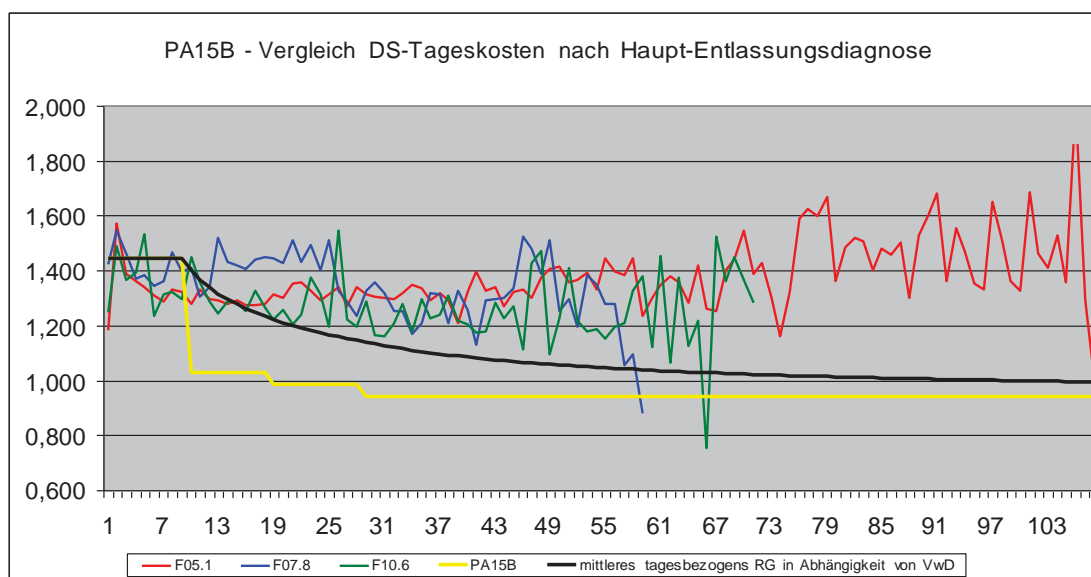
Überprüfung der ICD-Hauptdiagnose als Groupingmerkmal für die PEPP-Ermittlung

Bei einer weiteren Analyse der PEPP-Entgelte haben wir in unserem Hause festgestellt, dass bei der gleichen PEPP die Verweildauern der einzelnen Haupt-Entlassungsdiagnosen sehr unterschiedlich sind. So werden Fälle mit der HD F10.6 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol – Amnestisches Syndrom“ in die gleiche PEPP wie die Patienten der HD F05.1 „Delir bei Demenz“ eingestuft. Bei der F10.6 haben wir eine durchschnittliche Verweildauer von 5,2 Tagen und bei der F05.1 eine durchschnittliche Verweildauer von 32,12 Tagen. Siehe dazu folgende Tabelle:

	F05.1	F07.8	F10.6
Fallzahl	108	59	71
Pflegetage	3.469	601	369
DS-VwD	32,12	10,19	5,2

Auch die Kostenverläufe entwickeln sich sehr unterschiedlich. So steigen die Tageskosten bei Patienten mit der F05.1 mit zunehmender Verweildauer, während bei der F10.6 ein eher gleichmäßiger Kostenverlauf zu erkennen ist. Dies steht im keinem Verhältnis zu den Abschlägen der Bewertungsrelation/Tag nach den vorliegenden Vergütungsstufen. Hier sehen wir keine leistungsgerechte Vergütung, insbesondere von Patienten mit der HD F05.1.

Beiliegende Grafik zeigt die Problematik auf.



Wir bitten im Rahmen des Vorschlagswesens um Überprüfung und ggf. im Katalog 2014 weitere Differenzierungen der PEPP-Entgelte nach medizinisch ähnlich gelagerten Krankheitsbildern vorzunehmen.

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400096

Vorschlagender **Vinzenz von Paul Hopsital gGmbH**



Problemstellung

PA15b. Siehe Dateianlage

Lösungsvorschlag

Siehe Dateianlage

Diagnosen

F05.1
F07.8
F10.6

[Zur Übersicht](#)

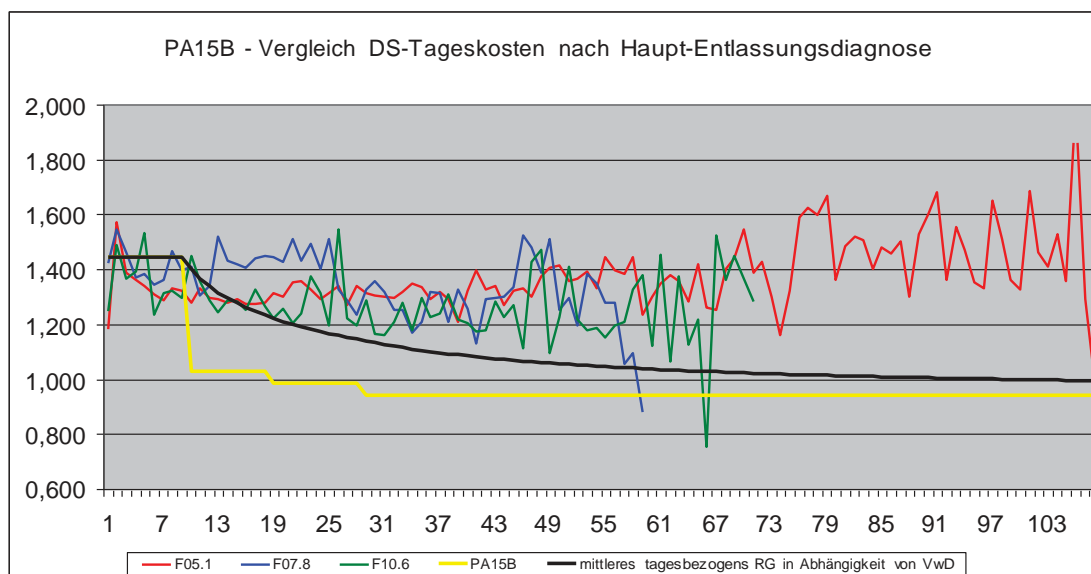
Überprüfung der ICD-Hauptdiagnose als Groupingmerkmal für die PEPP-Ermittlung

Bei einer weiteren Analyse der PEPP-Entgelte haben wir in unserem Hause festgestellt, dass bei der gleichen PEPP die Verweildauern der einzelnen Haupt-Entlassungsdiagnosen sehr unterschiedlich sind. So werden Fälle mit der HD F10.6 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol – Amnestisches Syndrom“ in die gleiche PEPP wie die Patienten der HD F05.1 „Delir bei Demenz“ eingestuft. Bei der F10.6 haben wir eine durchschnittliche Verweildauer von 5,2 Tagen und bei der F05.1 eine durchschnittliche Verweildauer von 32,12 Tagen. Siehe dazu folgende Tabelle:

	F05.1	F07.8	F10.6
Fallzahl	108	59	71
Pflegetage	3.469	601	369
DS-VwD	32,12	10,19	5,2

Auch die Kostenverläufe entwickeln sich sehr unterschiedlich. So steigen die Tageskosten bei Patienten mit der F05.1 mit zunehmender Verweildauer, während bei der F10.6 ein eher gleichmäßiger Kostenverlauf zu erkennen ist. Dies steht im keinem Verhältnis zu den Abschlägen der Bewertungsrelation/Tag nach den vorliegenden Vergütungsstufen. Hier sehen wir keine leistungsgerechte Vergütung, insbesondere von Patienten mit der HD F05.1.

Beiliegende Grafik zeigt die Problematik auf.



Wir bitten im Rahmen des Vorschlagswesens um Überprüfung und ggf. im Katalog 2014 weitere Differenzierungen der PEPP-Entgelte nach medizinisch ähnlich gelagerten Krankheitsbildern vorzunehmen.

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014



Vorschlags-Nr.

P1400097

Vorschlagender DGPPN

Problemstellung

Der Vorschlag wird durch die DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie) eingereicht:

Das vom InEK gewählte mehrstufige, monoton degressive Vergütungsmodell geht vom Mittelwert des hypothetisierten Kostenverlaufs über alle Patienten dieser PEPP-Gruppe aus. Unsere eigenen Analysen an Patienten von Kalkulationshäusern haben aber gezeigt, dass es Untergruppen von Patienten gibt, auf welche diese Annahme einer kontinuierlichen Degression der Kosten im Behandlungsverlauf nicht zutrifft, sondern bei denen es zumindest phasenweise zu einem gegenüber der Gesamtpopulation sogar zu einem signifikanten Kostenanstieg kommt. Hierzu zählen insbesondere Patienten, die überdurchschnittlich lange stationär behandelt werden, bei denen eine therapieresistente floride Akutsymptomatik mit prinzipiell erhöhter Eigengefährdung (z.B. drohende Selbstbeschädigungshandlungen bei Borderline-Patienten, länger andauernde Suizidgedanken bei therapieresistenter Depression, vital gefährdende Alkohol- oder Drogenrückfälle auch während der stationären Behandlung, Alterspatienten mit komplexer somatischer Komorbidität) bzw. Fremdgefährdung (z.B. therapieresistente schizophrene Psychosen) auftritt.

Auswirkungen:

1. Bei einer Häufung solcher vom normalen Vergütungsverlauf abweichenden Patienten bzw. bei häufigen Wiederaufnahmen und mehrfacher Fallzusammenführung resultiert eine nicht angemessene Finanzierung einzelner Patientengruppen. Dieses Ergebnis steht im offensichtlichen Widerspruch zum erklärten politischen Ziel, die bisherige pauschalierte Vergütung in Form eines einheitlichen tagesgleichen Pflegesatzes durch eine leistungsgerechte Vergütung im Einzelfall abzulösen.
2. Kostenrelevante Besonderheiten der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen könnten nur tagesbezogen abgebildet werden. In der Fallbetrachtung können relevante höhere Kosten, die z.B. durch eine intensive Diagnostik, eine 1:1-Betreuung oder eine kriseninterventionelle Behandlung entstehen, nicht abgebildet werden, da sie nicht ausreichend hoch sind, um im Fallbezug zu einer Kostendifferenz zu führen.
3. Weiterhin könnte die Tendenz bestehen, die im Rahmen der mittel- bis längerfristigen Behandlung unzureichende Vergütung evidenzbasierter Behandlungsmaßnahmen (z.B. Psychotherapie, komplexe Entlassungsvorbereitung zur Prävention von Wiederaufnahmen, Psychoedukation) auf das fachlich vertretbare Minimum zu beschränken, um den Personalaufwand an die Vergütung anzupassen. Hierdurch würde der Fehlanreiz bestehen, ohnehin schon bestehende Schnittstellenprobleme zwischen stationärem und ambulantem Sektor weiter zu vernachlässigen, obwohl diese auch nach Empfehlungen der Sachverständigenkommission von hoher Bedeutung sind.
4. Bei der Entwicklung eines tagesbezogenen Entgeltsystems gilt es zu berücksichtigen, dass keine Anreize zur Leistungsausweitung entstehen.

Lösungsvorschlag

Das gegenwärtig für alle Patienten einer PEPP-Kategorie geltende monoton degressive Vergütungsmodell bedarf einer grundlegenden Modifikation. Anhand von zu erarbeitender objektiver Kriterien (z.B. intensive Diagnostik, eine 1:1-Betreuung, höhere Einstufung der PsychPV, Wechsel von Regel- zur Intensivbehandlung) ist ein Vergütungsmechanismus vorzusehen, in welchem phasenweise

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400097



ein höherer tagesgleicher Vergütungssatz geltend gemacht werden kann. An dieser Stelle verweisen wir auf das von der BDK vorgeschlagene "TEPP"-System.

Anmerkung: Dieser Vorschlag ist vorrangig gegenüber anderen Vorschlägen der Task Force der DGPPN zu prüfen.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400098

Vorschlagender **DGPPN**



Problemstellung

Der Vorschlag wird durch die DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie) eingereicht:

Das InEK hat bisher auf die Zusatzvergütung diagnostischer Maßnahmen (insbesondere Bildgebung sowie somatische Zusatzuntersuchungen und Behandlungen, z.B. endoskopische Untersuchungen des Magen-Darm-Traktes, gynäkologische oder urologische Zusatzuntersuchungen, aber auch aufwändige neuropsychologische Untersuchungen) verzichtet. Dadurch werden sowohl apparativ aufwändige kostengenerierende Untersuchungen, als auch ohne Verlegung in eine somatische Abteilung durchgeführte therapeutische Maßnahmen (z.B. Entfernung eines Darmpolypen im Rahmen einer Coloskopie, Behandlung einer Oesophagusvarizenblutung beim Alkoholkranken) nicht oder nicht ausreichend vergütet. Ebenso aufwändige neuropsychologische Diagnostik.

Lösungsvorschlag

Für aufwändige apparative Zusatzuntersuchungen (z.B. MRT), insbesondere für die Diagnostik somatischer Begleiterkrankungen, sowie für im Rahmen der stationären psychiatrischen Behandlung durchgeführte aufwändige somatische Therapiemaßnahmen, sollten tagesbezogene Zusatzvergütungen kalkuliert und festgelegt werden. Der vom InEK gesehene Gefahr einer nicht fachlich begründeten Leistungsausweitung (z.B. im Bereich der Bildgebung) kann dadurch begegnet werden, dass die Zusatzentgelte streng kostendeckend kalkuliert werden, so dass dadurch keine Überschüsse erzielt werden können. Dieser Ansatz orientiert sich damit an der EKT-Behandlung, die sich schon als nicht bewertetes Zusatzentgelt Berücksichtigung gefunden hat.

Diese Kosten für diese teuren Zusatzuntersuchungen werden nur angemessen vergütet, wenn sie tages-bezogen berücksichtigt werden.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr. **P1400099**

Vorschlagender **DGPPN**



Problemstellung

Der Vorschlag wird durch die DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie) eingereicht:

Die vom InEK im Rahmen des PEPP-Katalogs festgelegten Vergütungsgewichte weisen im ersten Vergütungsabschnitt durchweg eine relativ hohe Vergütung aus, die aus den uns vorliegenden Ist-Daten von Kalkulationshäusern nicht nachvollzogen werden können. Möglicherweise ist dieser initiale Anstieg darauf zurückzuführen, dass Leistungen, die keinem bestimmten Behandlungstag zugeordnet werden konnten (z.B. lediglich aufgrund einer Sammelrechnung für Bildgebung) oder die einer bestimmten Kategorie zugehören (z.B. MRT) auf Vorgabe des InEK grundsätzlich in die ersten Behandlungstage gebucht wurden. Hierdurch würde eine Verzerrung des tatsächlichen Kostenaufwands in den verschiedenen, vom InEK als monoton degressiv postulierten Vergütungsabschnitten entstehen, weil Kosten, die tatsächlich erst zu einem späteren Behandlungszeitpunkt entstanden sind, fälschlicherweise dem ersten Vergütungsabschnitt zugerechnet werden, dessen Höhe damit ungerechtfertigt ansteigt.

Lösungsvorschlag

Kosten für definierte Zusatzuntersuchungen sind immer dem Behandlungstag zuzuordnen, an dem sie entstanden sind. Sofern der Tag der Durchführung der Untersuchung im Nachhinein nicht ermittelt werden kann, sind die entstandenen Kosten ggf. gleichmäßig auf die gesamte Behandlung zu verteilen.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014



Vorschlags-Nr. **P1400100**

Vorschlagender **DGPPN**

Problemstellung

Der Vorschlag wird durch die DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie) eingereicht:

Insbesondere bei Patienten, die eine überdurchschnittliche Verweildauer aufweisen, oder bei denen eine niedrigwertige Vergütungsstufe erreicht ist, ist die vorgesehene Vergütung im Fall einer aufwändigen Entlassungsvorbereitung (z.B. mehrfache begleitete Hausbesuche, Familiengespräche, Fallkonferenzen, Vorbereitung einer Verlegung in geeignete komplementäre Betreuung zur Reduktion der Wiederaufnahmehäufigkeit, bzw. zur Sicherung des Behandlungserfolgs, z.B. bei chronisch schizophrenen Patienten oder bei rückfallgefährdeten Suchtpatienten) nach unseren Analysen vielfach unzureichend. Es besteht die Gefahr, dass die im Rahmen der Entlassungsvorbereitung getroffenen Maßnahmen auf das Minimum beschränkt werden, da das fachlich Gebotene nicht ausreichend gegenfinanziert ist.

Lösungsvorschlag

Es sollte empirisch geprüft werden, ob Patienten hinsichtlich ihres Ist-Kostenverlaufs von der jeweiligen Gesamtstichprobe einer PEPP abgrenzbar sind, die in den Wochen vor der Entlassung (z.B. mittels des Aufwandsgewichtungsmodells) einen hohen psychosozialen Aufwand und damit ein höheres Relativgewicht aufweisen.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400101

Vorschlagender **DGPPN**



Problemstellung

Der Vorschlag wird durch die DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie) eingereicht:

Nach unseren Analysen trifft es nicht zu, dass die mittleren Behandlungskosten – wie vom PEPP-Katalog vorgegeben – ab einem bestimmten Behandlungstag auf ein Minimum abnehmen und dann im weiteren Zeitverlauf konstant bleiben. Vielmehr spricht viel dafür, dass die Gruppe der besonders lange stationär behandelten Patienten aus mindestens zwei unterschiedlichen Gründen hinsichtlich ihrer Verweildauer vom Gesamtdurchschnitt abweicht. Einerseits handelt es sich um Patienten, die immer wieder im Behandlungsverlauf intermittierend akute Erkrankungssymptome aufweisen (z.B. phasenweise Selbstbeschädigungshandlungen von Borderline-Patienten) oder zumindest gefährdet sind, bei einer zu frühen Entlassung einen Erkrankungsrückfall zu erleiden (z.B. schizophrene Patienten mit komorbidem Drogenabusus), oder es handelt sich um chronifizierte Krankheitsverläufe, bei denen eine längerfristige psychotherapeutische bzw. eine soziotherapeutische stationäre Behandlung angezeigt ist, weil ansonsten eine rasche stationäre Wiederaufnahme zu erwarten wäre. Eine Gemeinsamkeit dieser Patienten ist, dass es sich um die besonders schwer kranken Patienten handelt, deren Behandlung vermutlich mit besonders hohen Kosten verbunden ist.

Lösungsvorschlag

Der Kostenverlauf im Bereich der Langlieger (letzte Vergütungsstufe) sollte hinsichtlich seiner Homogenität (Standardabweichung bzw. Streuung) daraufhin geprüft werden, ob es – insbesondere unter Berücksichtigung des Aufwandsgewichtungs-/Betreuungsintensitätsmodells - möglich ist, über alle PEPP-Kategorien hinweg eine klinisch-operationalisiert abgrenzbare Patientengruppe zu identifizieren, bei der eine deutlich erhöhte (weitere Vergütungsstufe) den tatsächlichen Kostenverlauf besser abbildet als die letzte Vergütungsstufe im bisherigen PEPP-Katalog.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400102

Vorschlagender **DGPPN**



Problemstellung

Der Vorschlag wird durch die DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie) eingereicht:

In einzelnen Diagnosegruppen (insbesondere bei Menschen mit Suchterkrankungen) ist der Anteil an Kurzliegern sehr hoch und die Behandlung kostenintensiv. Dies könnte bei Kurzliegern in der Sucht dazu führen, dass sie durch die Fallzusammenführung in eine degressive Verweildauerstufe kommen und damit die bei jeder Wiederaufnahme kostenintensiven Behandlungskosten nicht finanziert werden. Damit würden wesentliche Therapieziele konterkariert. Es ist zu prüfen, inwieweit „kostenintensive Kurzlieger“ nicht generell eine eigene PEPP erhalten in Abgrenzung zu Patienten mit mittleren und längeren Verweildauern. Dies hätte den Vorteil, dass bei Patienten mit mittleren und längeren Verweildauern die erste Vergütungsstufe, die sich jetzt aus den Kosten der Kurzlieger ergibt, artifiziiell hoch ist und damit zu einer der Behandlungsrealität nicht entsprechenden Degression in der zweiten Stufe führt.

Lösungsvorschlag

Schaffung einer eigenen PEPP „Kurzlieger“

[Zur Übersicht](#)

Vorschlags-Nr. **P1400103**

Vorschlagender **DGPPN**

Problemstellung

Der Vorschlag wird durch die DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie) eingereicht:

Die von den Selbstverwaltungspartnern beschlossenen Fallzusammenführungsregeln beruhen nach unserer Kenntnis nicht auf tatsächlichen Fallkostenberechnungen. Vielmehr sollen sie dazu dienen, Fehlanreize zu verhindern, die sich aus der Tatsache ergeben, dass das streng verweildauerabhängige PEPP-Vergütungssystem ohne Fallzusammenführung Mehrerlöse allein dadurch generieren würde, dass bei Patienten nach Erreichen einer niedrigwertigen Vergütungsgruppe eine Entlassung, gefolgt von einer kurzfristigen Wiederaufnahme, erhebliche Mehrerlöse erzielt werden könnten.

Hierdurch entstehen aber Vergütungsungerechtigkeiten für alle diejenigen Patienten, bei denen die Entlassung und kurzfristige Wiederaufnahme innerhalb von 21 Tagen völlig sachgerecht und ohne jede Absicht zur Erzielung ungerechtfertigter Mehrerlöse allein nach fachlichen Kriterien oder dem Wunsch des Patienten entsprechend vorgenommen wurden (z.B. entgiftete Suchtpatienten mit Alkohol- oder Drogenrückfall innerhalb von 21 Tagen, Borderline-Patienten mit erneuter stationär behandlungsbedürftiger Eigengefährdung oder Selbstverletzungshandlung).

Lösungsvorschlag

Die Fallzusammenführungsregeln bedürfen einer grundlegenden Überarbeitung auf empirischer Grundlage.

1.
Für Patientengruppen, bei denen aufgrund der Kalkulationsdaten die Ist-Kosten bei Wiederaufnahme den Kosten der erstmalig aufgenommenen Patienten derselben PEPP-Kategorie entsprechen, sollte keine Fallzusammenführung, sondern eine reguläre PEPP-Vergütung erfolgen. Aufgrund eigener klinischer Daten ist davon auszugehen, dass Suchtkranke mit akuten Intoxikationszuständen und Borderline-Patienten mit erheblichen selbstbeschädigenden Handlungen bzw. Patienten mit akuten Belastungsreaktionen nach geplantem oder durchgeführtem Suizidversuch dieser Patientengruppe zuzuordnen sind.

2.
Für Patienten, bei denen nach stationärer Wiederaufnahme die tatsächlichen Kosten aufgrund der Art oder Schwere des Krankheitsbilds unstrittig, nicht durch die zuletzt gültige Vergütungsstufe des PEPP-Katalogs, gedeckt sind (z.B. somatisch pflegebedürftige Patienten nach schwerem Suizidversuch), sollte eine Neueingruppierung in eine höhere Vergütungsstufe erfolgen. Hierzu sind auf empirischer Grundlage operationalisierte Kriterien zu entwickeln, die das in der jeweiligen PEPP-Vergütungsstufe im Regelfall vorliegende Krankheitsbild hinsichtlich seiner Art und Schwere eindeutig beschreiben, so dass eine Zuordnung der Wiederaufnahmen zu einer dieser Vergütungsstufen möglich ist.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014



Vorschlags-Nr. **P1400104**

Vorschlagender **DGPPN**

Problemstellung

Der Vorschlag wird durch die DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie) eingereicht:

Patienten mit hohen Wiederaufnahmeraten bzw. sehr langer stationärer Verweildauer stellen eine relativ kleine Untergruppe dar, bei denen besondere Umstände vorliegen, die eine längerfristige Stabilisierung oder eine frühzeitigere Entlassung verhindern. Auf der Grundlage klinischer Erfahrung ist anzunehmen, dass die Kostenverläufe bei diesen Patienten nicht durch die der jeweiligen PEPP-Kategorie zugewiesenen Gewichtungsfaktoren für die Gesamtgruppe abgebildet werden. Dadurch entsteht möglicherweise gerade für diese kleine Gruppe von psychiatrisch schwerer beeinträchtigten Patienten eine für die Kostenerstattung unzureichende Vergütungsstruktur, deren Hauptproblem möglicherweise in der Degression im Langzeitverlauf besteht, so dass die Vergütung einer evidenzbasierten Therapie nicht mehr möglich ist.

Lösungsvorschlag

Auf geeigneter empirischer Grundlage sollten z.B. ausgehend von der Normalverteilung der Verweildauer bzw. der Häufigkeit der stationären Wiederaufnahme (ohne vorherige Anwendung der Fallzusammenführungsregeln oder einer Unterscheidung, ob die Wiederaufnahme in demselben oder einem anderen psychiatrischen Krankenhaus erfolgte) diejenigen Patientengruppen identifiziert werden, bei denen, bezogen auf die entsprechende PEPP-Kategorie, entweder eine besonders hohe Verweildauer oder eine besonders häufige Wiederaufnahme erfolgt ist. Für diese Patientengruppen sollten operationalisierte Indikatoren gefunden werden, die vom Regelfall abweichende Kostenverläufe kennzeichnen und ggf. in einer eigenen PEPP eine sachgerechte, ggf. nondegressive Vergütung ermöglichen.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400105

Vorschlagender **DGPPN**



Problemstellung

Der Vorschlag wird durch die DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie) eingereicht:

Psychiatrische Kliniken nehmen zum Teil hoheitliche Aufgaben wahr. Dabei besteht insbesondere die Verpflichtung, gesetzlich untergebrachte Patienten einer zugeordneten Region aufnehmen zu müssen. Diese Patienten können jederzeit kommen und erfordern dann insbesondere einen hohen Personalaufwand, da dann immer möglich ist, dass ein hohes Maß an Auto- oder Fremdaggression vorhanden ist. Diese Leistungen der Kliniken müssen vorgehalten werden.

Regionale Pflichtversorgung bedeutet Aufnahme- und Behandlungspflicht für alle Patienten aus einer definierten Region, die

- a) nach den Unterbringungsgesetzen der Länder (PsychKGs) sowie dem BGB (Betreuung) eingewiesen werden oder
- b) krankenhausbearbeitungsbedürftig sind, in der Regelversorgungsklinik behandelt werden möchten und Ihren Wohnsitz im Pflichtversorgungsgebiet haben.

Lösungsvorschlag

Die Kalkulationshäuser sollen aufgefordert werden, alle Kosten, die im Rahmen der Pflichtversorgung entstehen, auszuweisen. Diese Kosten könnten dann über Zuschläge patientenunabhängig vergütet werden.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400106

Vorschlagender

Bundespsychotherapeutenkammer



Problemstellung

Bisher existiert nur eine PEPP für psychotherapieintensive Komplexleistungen in der Strukturkategorie Psychosomatik (PP00Z „Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung, mit sehr hohem Anteil“).

Die Qualitätsberichte der psychiatrischen Kliniken weisen jedoch nach, dass in zahlreichen psychiatrischen Abteilungen auch therapieintensive Behandlungen, z. B. in Spezialstationen für traumatisierte Patienten, Persönlichkeitsstörungen oder Essstörungen stattfinden.

Durch das Fehlen einer spezifischen PEPP für psychotherapieintensive Komplexleistungen in der Strukturkategorie Psychiatrie werden diese Fälle pro Tag nicht ausreichend abgebildet.

Lösungsvorschlag

Etablierung einer neuen PEPP für psychotherapieintensive Komplexleistungen in der Strukturkategorie Psychiatrie anhand einer Gruppierungslogik, die der der PEPP PP00Z (Anteil von Gültigkeitsdauer (> 6 TE/Wo durch Ärzte oder Psychologen) bezogen auf Pflgetage > 50%) entspricht. Als Kodeliste zu dieser Logik müssten die entsprechenden OPS-Kodes aus 9-62 „Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen“ hinterlegt werden.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400107

Vorschlagender **Bundespsychotherapeutenkammer**



Problemstellung

Es gibt zahlreiche wissenschaftliche Studien, die nachweisen, dass die Verläufe von psychischen Erkrankungen schwerer sind, wenn zusätzlich Persönlichkeitsstörungen, insbesondere Persönlichkeitsstörungen vom Borderline- oder emotional instabilen Typ (ICD F60.30 und F60.31) vorliegen.

Eine Differenzierung nach Persönlichkeitsstörungen entspricht der Achse II des DSM IV, das zwischen Symptomdiagnosen und Strukturdiagnosen unterscheidet.

Dies gilt insbesondere für depressive Episoden (ICD F32), Suchterkrankungen (ICD F10), Somatisierungsstörung (ICD F45.0), Anorexia nervosa (ICD F50.0) und Bulimia nervosa (ICD F50.2).

Es wird vermutet, dass Patienten mit einer der genannten Hauptdiagnosen und einer Persönlichkeitsstörung mehr Ressourcen verbrauchen, als Patienten, die nur eine der genannten Hauptdiagnosen haben.

Lösungsvorschlag

Das InEK soll überprüfen, inwieweit sich Persönlichkeitsstörungen (PS) als Nebendiagnose, insbesondere Borderline-PS (ICD F60.30 und F60.31) in Kombination mit folgenden Hauptdiagnosen als Kostentrenner eignen:

Unipolare Depression (ICD F32 und F33),
Angst- und Zwangsstörungen (ICD F40, F41 und F42),
Störungen durch Alkohol (ICD F10),
Störungen durch Opioide (ICD F11),
Störungen durch Sedativa und Hypnotika (ICD F13),
Somatoforme Störungen (ICD F45),
Dissoziative Störungen (ICD F44),
Anorexia nervosa (ICD F50.0 und F50.1) und
Bulimia nervosa (ICD F50.2)

Parallel dazu soll untersucht werden, ob die Borderline-PS (ICD F60.30 und F60.31) in der PEPP PA04C bzw. in der PA02A und PA02B bzw. in der PP04B einen Kostentrenner darstellt.

Die Vorschläge gelten sowohl für die Strukturkategorie Psychiatrie als auch Psychosomatik

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014



Vorschlags-Nr.

P1400108

Vorschlagender **Bundespsychotherapeutenkammer**

Problemstellung

Im PEPP-System 2013 sind bisher lediglich die Merkmale Diagnose, Alter und das Vorliegen oder nicht Vorliegen einer komplizierenden Konstellation für die Eingruppierung bzw. Ansteuerung einer Entgeltgruppe relevant. Leistungsbeschreibungen spielen derzeit nur eine untergeordnete Rolle. Die Behandlungs- und Therapiekonzepte für Patienten mit derselben Diagnose können sich zwischen einzelnen Krankenhäusern erheblich unterscheiden. So gibt es einige psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, die beispielsweise Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leitliniengerecht mit einem personal- und kostenintensiven psychotherapeutischen Therapieprogramm behandeln, und andere Einrichtungen, die ein solches Angebot nicht vorhalten. Nach dem jetzigen PEPP-Entgeltkatalog erhalten beide Krankenhäuser die gleiche Pauschale, unabhängig von ihren Leistungen.

Es wäre deshalb sinnvoll eine PEPP in Abhängigkeit einer hohen Leistungsdichte zu implementieren, um zwischen therapieintensiven und betreuungsintensiven Patienten zu unterscheiden.

Lösungsvorschlag

Überprüfung innerhalb der Basis-PEPPs bzw. einzelner Diagnosegruppen (z. B. Borderline-Persönlichkeitsstörung F60.3, Unipolare Depression F32 und F33, Zwangsstörungen F42), inwieweit die sehr intensiven psychotherapeutischen Therapieprogramme als Kostentrenner geeignet sind.

Dies könnte beispielsweise durch Etablierung einer PEPP mit folgender Logik geschehen:

Gültigkeitsdauer (> 10 TEWo durch Ärzte oder Psychologen in den OPS 9-62 und OPS 9-63) mind. 4 Wochen

UND

Anteil von Gültigkeitsdauer (> 10 TEWo durch Ärzte oder Psychologen in den OPS 9-62 und OPS 9-63) bezogen auf Pflergetage > 75%

[Zur Übersicht](#)

Vorschlags-Nr.

P1400109

Vorschlagender

BAG KJPP DGKJP

Problemstellung

Problemstellung 1) :

Zusätzlich zum täglich eingestuftem Betreuungsintensitätsmodell (Dokumentation des Pflegeaufwandes der Fachverbände, nur Kalkulationskliniken) ist ein weiterer Indikator für ökonomisch aufwändige Patienten der Krankheitsschweregrad und die Störungskomplexität, diese können abgebildet werden anhand des langjährig in der KJPP eingeführten Multiaxialen Klassifikationssystems MAS nach Rutter, dt. Übersetzung von Schmidt und Remschmidt (zuletzt 5. Auflage 2006) 2), das geprüfte Operationalisierungen enthält und in allen Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verbindlich eingeführt ist. Wir halten das MAS für das geeignete Schweregradmaß und sehen hier eine abweichende Entwicklung von der Erwachsenenpsychiatrie.

Begründung:

Die Achsen des MAS bieten wesentliche Informationen über Patientenmerkmale mit möglicher Kostentrennerfunktion zusätzlich zum Betreuungsintensitätsmodell, das nur in den Kalkulationshäusern angewendet wird.

Die 2. Achse MAS (Feld 1) mit dem Intelligenzniveau liefert Hinweise für die Schnelligkeit der möglichen kognitiven Umsetzung von Behandlungsprozessen und damit für die voraussichtliche Varianz in der Verweildauer und für die Zahl der erforderlichen Therapieeinheiten.

Die 5. Achse MAS (Feld 2) gibt Auskunft über die psychosozialen Belastungen und damit teilweise Aufschlüsse für die erforderlichen Therapieeinheiten für Sozialarbeiter und Ärzte/Psychologen

Die 6. Achse MAS (Feld 3) ist ein gut eingeführtes globales Assessment des psychosozialen Funktionsniveaus und bietet in der Langfassung ein direktes Maß z.B. für die Erforderlichkeit von 24-Stunden-Betreuung und auch für die spätere Betreuungsintensität während der Behandlung.

Beschreibung des MAS-Modells relativ zu bereits erhobenen Daten:

Achse 1: Psychiatrische Haupt- und Nebendiagnosen nach ICD-10 // DKR-Psych

Achse 2: Entwicklungsstörungen sind in der ICD-10-GM unter F 8 komplett abgebildet. Bedeutsame Nebendiagnosen, sofern nicht Hauptdiagnose (wie z.B. Autismus F 84).

Achse 3: Intelligenzminderungen werden teilweise über F 7-Diagnosen als Haupt- oder Nebendiagnose erfasst, wobei aber eine andere Gewichtung und höhere Differenzierung im MAS verglichen mit der ICD-10 besteht: Lernbehinderung ab IQ 85 sowie hohe Intelligenz werden als Risikofaktoren erfasst.

Achse 4: Somatische und neurologische Diagnosen. Werden bereits als komplizierende Nebendiagnosen über ICD-10 // DKR im PEPP erfasst.

Achse 5: Psychosozialen Belastungsfaktoren. Die Anzahl der Kodierungen auf der 5. Achse sollte ungewichtet eingehen.

Achse 6: allgemeines Funktionsniveau im Sinne der Psychosozialen Beeinträchtigung. Diese Achse ist zentral für die Einschätzung des Ausmaßes der Teilhabebeeinträchtigung, wichtig für die Differenzierung des erforderlichen Eingliederungsaufwands und Behandlungsaufwands.

Anmerkungen:

1) Siehe auch unser Schreiben vom 11.4. 2012 vor Etablierung des Vorschlagsverfahrens

2) Literatur: Remschmidt H, Schmidt MH, Poustka F (2006) Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV.

5. Auflage 2005, Hans Huber, Bern

Lösungsvorschlag

Vorschlag zur Umsetzung:

Erhebung nach Aufnahme. Einmalig pro Behandlungsfall könnte eine Übermittlung in 3 Datenfeldern

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400109



erfolgen, z. B. im Datensatz nach § 21KHEntgG gemäß der Operationalisierung des MAS (z.B. analog der Spalte für Körpergewicht bei Neugeborenen)

Feld 1: 2. Achse MAS, Zahlenwert 1-9

(1= IQ >129; 2= IQ 115-129; 3= IQ 85-114; 4=IQ 70-84; 5=IQ 50-69; 6=IQ 35-49; 7=IQ 20-34; 8= IQ<20; 9= IQ nicht zu erheben)

Feld 2: 5. Achse MAS, Zahlenwert 0 – 30 (Maximal erreichbare Anzahl an Belastungsfaktoren)

Feld 3: 6. Achse MAS, Zahlenwert 0-9

(0= Herausragende Funktion, 1= vorübergehende oder geringere Schwierigkeiten in nur 1 oder 2 Bereichen,

2= leichte Schwierigkeiten in mindestens 1 oder 2 Bereichen, 3=mäßige Beeinträchtigung in mindestens 1 oder 2

Bereichen, 4= ernsthafte soziale Beeinträchtigung in mindestens 1 oder 2 Bereichen, 5=ernsthafte soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen, 6=Funktionsunfähig in den meisten Bereichen, 7=schwere und

durchgängige soziale Beeinträchtigung, 8=Tiefe und durchgängige soziale Beeinträchtigung:

9= nicht einschätzbar

Alternativ könnte (übergangsweise) diese Einstufung auch analog der Pseudo-OPS-Ziffern 9-983 zum PsychKG beim DIMDI erfolgen. Auf Wunsch formulieren wir gerne eine entsprechende Prozedur.

Der Vorschlag wird unterstützt von: BAG KJPP, DGKJP, BAG PED, Verbändeübergreifende Arbeitsgruppe GKinD

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014



Vorschlags-Nr. **P1400110**

Vorschlagender **BAG KJPP DGKJP**

Problemstellung

Es besteht die dringende Vermutung, dass Strukturmerkmale hinsichtlich der Bereitstellungskosten und hinsichtlich der Patienten- und Leistungsstruktur (Krisen-vs. Regelbehandlung, Durchschnitts-Verweildauer etc.) entscheidend sind. Daher wird vorgeschlagen, zusätzliche Strukturmerkmale, insbesondere die Pflichtversorgung mit aufzunehmen, die sonst (neben den bekannten Merkmalen der Institutionskennzeichen) nicht erfasst werden.

Lösungsvorschlag

Vorschlag zur Lösung:

Die Abfragematrix des InEK gegenüber den Kalkulationshäusern wäre entsprechend zu ergänzen, z.B. hinsichtlich der letzten 4 Felder für Institutionsmerkmale.

Liste von Strukturmerkmalen der Krankenhäuser im Kalkulationshandbuch

a. Regionale Pflicht- und Vollversorgung

Definition: Zuständigkeit für alle Patienten nach § 1631b BGB und Unterbringungsgesetz/Psych-KG des Bundeslandes sowie Notfalldienst für eine definierte Versorgungsregion incl. Notfallaufnahmen; Aufnahme von krankenhausbehandlungsbedürftigen Patienten aus der Versorgungsregion, die bzw. deren Sorgeberechtigte um Behandlung nachsuchen

1= ja

2=nein

b. Relation Betten/10.000 unter 18jährige Einwohner im Einzugsgebiet

1= unter 3

2= 3- 3,99

3= 4- 4,99

4= 5 -7,99

5= 8 und mehr

9= unzutreffend, da kein definiertes Einzugsgebiet

c. Dichte der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater im Einzugsgebiet relativ zur GBA-Bedarfsplanungsrichtlinie (1 KJPP: 96.000 unter 18jährigen Einwohnern im Einzugsgebiet)

1= Unterversorgung

2= erfüllter GBA-Versorgungsgrad

3= übererfüllter GBA-Versorgungsgrad

9= unzutreffend, da kein definiertes Einzugsgebiet

d. TK vorhanden

1=ja

2= nein

Unterstützer dieses Vorschlags: BAG KJPP, DGKJP, BAG

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014



Vorschlags-Nr.

P1400112

Vorschlagender

BAG KJPP DGKJP BAG PED AG GKiND

Problemstellung

Es ist festzustellen, dass Leistungen im Rahmen von Modellvorhaben oder anderen innovativen Krankenhausleistungen im Übergang von (teil-)stationär nach ambulant nach § 64b SGB V im PEPP-System nicht abbildbar sind. Patienten, die solche Leistungen erhalten, sind kalkulatorisch bisher nicht erkennbar. Insbesondere für Kinder und Jugendliche, die je Bundesland besonders berücksichtigt werden sollen (§64b) fehlt diese Möglichkeit im PEPP-System. Darüber hinaus ist es im aktuellen System nicht möglich, Patientenverläufe über teil- zu vollstationär und in die flexible Versorgung zu erkennen, was für die Datenlieferung zu Modellvorhaben an InEK, wie sie im § 64b(3) vorgesehen ist, und für die Vergleichbarkeit auf Bundesebene erforderlich wäre.

Lösungsvorschlag

Lösungsvorschlag:

1. Wir könnten uns vorstellen, ein Eingabefeld in den Datensatz nach § 21 KHEntgG einzuführen, das kennzeichnet, an welchen Tagen Patienten home treatment (HT) versus stationäre, versus teilstationäre Leistungen erhalten.

Die Leistungserfassung erfolgt für Kinder und Jugendliche weiterhin anhand der OPS 9-65 oder 9-66.

2. Die Patientenidentifikationsziffer könnte in ihrer Endung so dargestellt werden, dass im Datensatz nach § 21er KHEntgG alle voll- und teilstationären incl. flexible/HT-Leistungen für einen Patienten pro Datenjahr zusammengeführt werden können.

Anmerkung:

Die einreichenden Verbände haben für die Abbildung der Therapieeinheiten im Prozedurenkatalog einen Vorschlag für eine OPS- Prozedur als Zusatzinformation 9-69x formuliert. Dieser Vorschlag findet sich in der Anlage. Wir bitten freundlichst um Austausch beider Institutionen zu diesen Vorschlägen. Wir werden unsererseits beides dem DIMDI in Kopie zur Kenntnis geben.

Unterstützer des Vorschlags:

BAG KJPP, DGKJP, BAG PED, Verbändeübergreifende Arbeitsgruppe GKiND

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400113

Vorschlagender **Aktion Psychisch Kranke**



Problemstellung

Zu 3 „Offenes Verfahren“, insbesondere 5.2.3 Kalkulation PEPP

Nach Auffassung der Aktion Psychisch Kranke steht die Ersatzvornahme der Verordnung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen im Widerspruch zum Auftrag des KHRG 2009. Diese grundlegende Kritik der APK wird von fast allen Fachverbänden, Arbeitsgemeinschaften der Träger, den Vertretern der Angehörigen und der Betroffenen geteilt.

InEK und die Partner der Selbstverwaltung waren in fast 4 Jahren nicht in der Lage, eine den Spezifika der psychiatrischen Versorgung adäquate Datengrundlage für eine verlässliche Berechnung von PEPP zu erstellen.

- Die Therapieeinheiten (OPS 9-60 bis 9-63 für Erwachsene) erwiesen sich als nicht kostentrennend, anders als die Erfassung von seltenen besonderen Leistungsaufwänden (1:1 Betreuung, u.a. OPS 9-64)
- Mit den OPS ist weiterhin der weit überwiegende Teil des Leistungsaufwands nicht zu erfassen, vor allem die psychiatrische Grundpflege und psychosoziale Milieuthérapie und die ärztlich-psychologischen Koordination der Behandlung inklusive Bereitschaftsdienst. Jeder Kenner psychiatrisch-psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung weiß, dass dieser Leistungsbereich im besonderen Maße kostentrennend ist.
- Erst nach dem dem aktuellen System zugrundeliegenden Datenlieferungen wurde ein von der AG Psychiatrie und psychosomatische Medizin erarbeitetes Gewichtungsmo­dell mit 3 Aufwandsdimensionen und je 3 Stufen dokumentiert, wie vorher bereits in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Über die Reliabilität der Zuordnung ist noch nichts bekannt. Die mögliche Kostentrennung kann erst berechnet werden, wenn es möglich geworden ist, den Leistungsaufwand für Grundpflege, psychosoziale Milieuthérapie und ergänzende Leistungen (Behandlungsabstimmung, Fortbildung usw.) zu ermitteln. Bisher sind diese Daten in die Kalkulation der PEPP nicht eingegangen. Eine Kostentrennungsfunktion sollte gezielt geprüft werden.
- Das InEK hat in den letzten Monaten wiederholt Defizite in der Erfassung dieses Leistungsaufwands eingestanden und spricht innerhalb der gewählten Diagnosegruppen von erheblichen Kostenunterschieden (z.B. S.35 Abschlussbericht 2013). Inwieweit auf dieser Grundlage Angaben zur Kostentrennung einen relevanten Aussagewert haben, ist völlig offen. So ist das Verhältnis einiger Relativgewichte zueinander nach klinischer Erfahrung ganz unverständlich (z.B. PA14A/B zu PA03) – verbunden mit finanziellen Anreizwirkungen zu einer verstärkten Aufnahme von Patienten mit geringeren psychosozialen Funktionsstörungen.
- Aufgrund der ungenügenden Datenlage ist eine Neu-Überprüfung mit den nun erhobenen Daten aus 2012, anhand von zusätzlichen Strukturmerkmalen sinnvoll und notwendig, um dem Auftrag des KHRG zu entsprechen.
- So wurde die vom KHRG vorgegebene Anpassung der Personalausstattung auf 100% Psych-PV nicht geprüft, obgleich bekanntlich in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung das Leistungsgeschehen besonders stark von Personalbestand bestimmt wird.
- Ebenso wurde nicht ermittelt, inwieweit regionale Versorgungs­verpflichtung für die Kalkulationshäuser vorgegeben war, die zumindest den Vorhalteaufwand wesentlich beeinflusst.
- Eine besondere Problematik der aktuell geltenden Bewertungsrelationen der PEPP und Prä-PEPP liegt darin, dass sie überlagert werden durch Festlegungen zu einer fallbezogenen anstelle tagesbezogenen Behandlungssteuerung über finanzielle Anreize (u.a. bei den Vergütungsstufen), die bei interessengeleiteter Umsetzung durch vorzeitige Entlassungen höchst problematischen Auswirkungen auf eine bedarfsgerechte personenbezogene Patientenversorgung haben und zu Problemverlagerungen in andere Versorgungsbereiche führen würden.

Ohne Transparenz des Verfahrens, einer genügend großen Zahl an adäquat erhobenen Daten und eine grundlegende methodische Überprüfung der Datenerhebung (sowie das In-Bezug-Setzen zur Grundgesamtheit aller psychiatrischen Leistungserbringer) sowie nachfolgend der Berechnung v.a. der

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400113



Split-Kriterien ist nach Auffassung der APK und fast aller Fachverbände das PEPP-System zu wenig empirisch fundiert.

Ohne diese Schritte wäre unter Weiterführung des jetzt entwickelten Systems eine Verschlechterung der Versorgung besonders für Patienten mit schweren Funktionsbeeinträchtigungen zu befürchten, außerdem unnötig steigende Kosten und Kostenverlagerungen insbesondere in steuerfinanzierte Bereiche, wie Sozialhilfe und Jugendhilfe, aber auch im Bereich des SGB V durch Bettenvermehrung in der psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung.

Lösungsvorschlag

Zur Überprüfung und Diskussion von Datengrundlage und Berechnungsverfahren und zur Begleitung der prozesshaften Umsetzung des Auftrags des KHRG wird kurzfristig ein unabhängiger Beirat für das InEK aus Experten von mehreren Kalkulationskrankenhäusern und von Fachgesellschaften gebildet, der regelmäßig öffentlich über die Beratungsergebnisse berichtet

Dieser hätte u.a. die folgenden nächsten Aufgaben zu begleiten:

1. Überprüfung der Kostentrennungsfunktion des Gewichtungsmodells
2. Revision des Diagnosebezugs
3. Erfassung der Psych-PV-Auslastung der Kalkulationshäuser
4. Erfassung der regionalen Versorgungsverpflichtung als Institutionsmerkmal der Kalkulationshäuser
5. Überprüfung des Episodenbezugs in der Kalkulation, Ermöglichung eines Personen- anstelle eines Fallbezugs im Kostenaufwand pro Jahr

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400114

Vorschlagender **Aktion Psychisch Kranke**



Problemstellung

zu 5.2.2 Weiterentwicklung Leistungsbezeichner

5.2.2.1 Abbildung von Hometreatment / flexibler, stationersetzender Krankenhausversorgung - Von der BAG KJPP sinngemäß übernommen

Es ist festzustellen, dass Leistungen im Rahmen von Modellvorhaben oder anderen innovativen Krankenhausleistungen im Übergang von (teil)-stationär nach ambulant nach § 64b SGB V im PEPP-System nicht abbildbar sind. Patienten, die solche Leistungen erhalten, sind kalkulatorisch bisher nicht erkennbar.

Darüber hinaus ist es im aktuellen System nicht möglich, Patientenverläufe über teil- zu vollstationär und in die flexible Versorgung zu erkennen, was für die Datenlieferung zu Modellvorhaben an InEK, wie sie im § 64b(3) vorgesehen ist, und für die Vergleichbarkeit auf Bundesebene erforderlich wäre.

Lösungsvorschlag

zu 5.2.2.1 Abbildung von Hometreatment / flexibler, stationersetzender Krankenhausversorgung - Von der BAG KJPP sinngemäß übernommen

1. Wir könnten uns vorstellen, ein Eingabefeld in den Datensatz nach § 21 KHEntgG einzuführen, das kennzeichnet, an welchen Tagen Patienten Hometreatment (HT) versus stationäre, versus teilstationäre Leistungen erhalten.

Die Leistungserfassung erfolgt für Erwachsenen der OPS 9-60 f.

2. Die Patientenidentifikationsziffer könnte in ihrer Endung so dargestellt werden, dass im Datensatz nach § 21 KHEntgG alle voll- und teilstationären incl. flexible/HT-Leistungen für einen Patienten pro Datenjahr zusammengeführt werden können.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400115

Vorschlagender **Aktion Psychisch Kranke**



Problemstellung

zu 5.2.2.2 Bürokratieaufwand senken: Leistungsbezeichnungen aus der Meldung an InEK ausschließen, deren Relevanz für die Kalkulation empirisch nicht erwiesen wurde.

Der Abschlussbericht PEPP vom Januar 2013 deutet an, dass ein Teil der OPS oder OPS-Komponenten keine oder nur eine schwache Relevanz für die Kalkulation gezeigt haben. Wenn eine deutliche Tendenz erkennbar und eine Verbesserung der Datenlage absehbar ist, sollte die Kodierung nur in den Kalkulationshäusern fortgesetzt werden bis zur empirischen Klärung der Relevanz für die Kalkulation.

Eine nur vage Kalkulationsrelevanz ist keine ausreichende Rechtfertigung, in allen Kliniken bundesweit alle bisherigen OPS noch weiter zu kodieren, zu Lasten der knappen Zeit, die für Patienten zur Verfügung steht.

Lösungsvorschlag

zu 5.2.2.2 Bürokratieaufwand senken: Leistungsbezeichnungen aus der Meldung an InEK ausschließen, deren Relevanz für die Kalkulation empirisch nicht erwiesen wurde.

Eine kleine Expertengruppe aus InEK und Fachgesellschaften, DKG und Spitzenverbände Kassen/MDK, erarbeitet einen Vorschlag, den InEK dann an DIMDI weiter reicht zur Berücksichtigung bei den Änderungen für OPS 2014.

Neue OPS-Vorschläge sollten erst dann in den DIMDI Katalog aufgenommen werden, wenn eine Vortestung durch einige Kliniken und anschließend durch InEK in Kalkulationshäusern, ggf. unter Verwendung von schon vorhandenen Daten, die Kalkulationsrelevanz empirisch wahrscheinlich gemacht haben. Das kann zwischen Einreichung Ende Februar und Entscheidung durch DIMDI im September erfolgen.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400116

Vorschlagender **Aktion Psychisch Kranke**



Problemstellung

zu 5.2.3 Kalkulation PEPP

Degression nach Verweildauerstufen rückgängig machen

Die Verweildauer-abhängigen Stufen mit Degression in PEPP-2013 erzeugen Fehlanreize zulasten von Patienten mit chronisch-rezidivierenden Krankheitsverläufen insbesondere bei Psychosen und Suchterkrankungen. Patienten mit längerem Krankenhausbehandlungsbedarf werden durch andere Patienten verdrängt, die kürzeren und zum Teil auch nicht stationären Behandlungsbedarf haben. Für die Kliniken würde dies gestiegene Erlöse bei niedrigerem Aufwand ergeben, wenn sie den Systemanreizen folgen.

Die für PEPP gerechneten Durchschnittswerte von degressiven Verweildauerstufen werden zur normativen Setzung, die bei vielen Patienten mit individuell sehr unterschiedlichen Verläufen und Bedarfen Fehlsteuerungen erzeugen. Je stärker die Streuung, umso mehr bedeutet der Mittelwert für Patienten eine zu große Unter- oder Überschreitung. Das setzt Anreize für Kliniken, sich der zu weit über dem Durchschnitt liegenden Fälle je Verweildauerstufe sowie der Fälle aus niedriger bewerteten Verweildauerstufen möglichst zu entledigen und die freiwerdenden Betten mit neuen leichter Kranken zu ersetzen, die im ambulanten Sektor unterversorgt sind.

Die Behandlungsrealität wird den PEPP-Anreizen – vorseilend - angepasst. Hier kumulieren zwei Effekte: Die Anreize von PEPP und die Versorgungsdynamik. Steigende Nachfrage und unzureichende ambulante Behandlung (in Praxen und Institutsambulanzen) erzeugen den „Überlauf“ in den stationären Sektor und generieren dort mehr und einträglichere Fälle.

Die Kliniken werden die Kompetenz entwickeln, ihre Leistungsprozesse, orientiert an Kosten und Erlösen, gezielt zu steuern. Dann nimmt aber auch die Gefahr zu, diese Kompetenz zur Optimierung der Überschüsse zulasten der Patienten zu nutzen.

Zu berücksichtigen sind Unterschiede der regionalen Bettenmessziffer (BMZ) und der Morbidität in der regionalen Bevölkerung. Z. B.: Kliniken in Bundesländern mit niedriger BMZ, die relativ zur niedrigen BMZ teilweise gute Pflegesätze verhandelt haben, werden doppelte Verlierer: einerseits durch die ungünstige Verweildauerverteilung bei überwiegend schwer kranken Patienten und andererseits durch die Konvergenz.

Das gleiche gilt für Suchtabteilungen mit – teils verhandeltem (!) längerem Verweildauerkorridor als in den PEPP vorgesehen.

Lösungsvorschlag

zu 5.2.3 Kalkulation PEPP

Degression nach Verweildauerstufen rückgängig machen

Die Verweildauerabhängige Degression wird rückgängig gemacht.

Mit PEPP wird nur das Ziel der leistungsorientierteren und transparenteren Vergütung verfolgt, und nicht auch das Ziel der Steuerung der Versorgung. Dazu wird die Methodik der Erhebung des tatsächlichen Behandlungsaufwands gerade auch bei Patienten mit schweren Funktionsbeeinträchtigungen auf einen Stand gebracht, der eine angemessene Datengrundlage für die Berechnung der Bewertungsrelationen sicherstellt.

Die Abbildung von Unterschieden im tagesbezogenen Aufwand von Krankenhausbehandlung kann verbessert werden, wenn die Abfolge von stationären und teilstationären Abschnitten der Behandlung – in flexibler Reihenfolge – bezogen auf Personen und definierte Zeitstrecken zusammengeführt wird. Zur Realisierung der sektorenübergreifenden Perspektive sollten die Vorbereitungen getroffen werden, in einem nächsten Schritt auch institutsambulante Behandlung einzubeziehen.

Damit in der Kalkulation unterschiedliche Krankenhausleistungen als zu einer Person zugehörig erkannt

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400116



werden können, hat die BAG KJPP einen Vorschlag zur Patientenidentifikationsziffer eingereicht, dem wir uns anschließen, siehe oben 5.2.2.1

Das Ziel der Steuerung der Versorgung – aktuell Anreize zur Verkürzung der Verweildauer – sollte nicht auf ein nur stationäres Vergütungssystem angewendet werden. Erst wenn die Behandlungsprozesse sektorenübergreifend organisiert, beschrieben und aufwandgerecht bewertet werden, sollte erneut geprüft werden, welche Anreize zur Reduzierung welcher Verweildauer, oder besser: des sektorenübergreifenden Ressourcenverbrauchs, bei der Behandlung von Versicherten sinnvoll sein könnten.

Anreize für weniger stationäre Behandlungen ohne verbesserte Angebote außerhalb des stationären Sektors führen zu Leistungsverlagerungen zulasten der Patienten, der Angehörigen, anderer Sozialleistungsträger sowie der steuerfinanzierten Versorgungsbereiche.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014



Vorschlags-Nr. **P1400117**

Vorschlagender **Aktion Psychisch Kranke**

Problemstellung

zu 5.2.4 Kodierrichtlinien Psychiatrie und Psychosomatik

Mit den mittlerweile vier Systemen – ICD 10, OPS / Pseudo-OPS, Deutsche Kodierrichtlinien für Psychiatrie und Psychosomatik (DKR-Psych), PEPP – droht eine grenzenlose Eskalierung des bürokratischen Grabenkriegs zwischen Kliniken und Krankenkassen, wenn es mit der „Scharfstellung“ des Entgeltsystems ab 2017 ums Geld geht.

Lösungsvorschlag

5.2.4 Kodierrichtlinien Psychiatrie und Psychosomatik

Dies ist primär eine Problemanzeige als Voraussetzung für die Suche nach Lösungen.

- a) Suche nach Vereinfachung und besserer Übersichtlichkeit: Datenumfang vermindern, Entlastung für die betroffenen Fachkräfte, Datenqualität verbessern
- b) Kultur des Vertrauens zwischen Kliniken und Kassen und MDK fördern, konsentiertere Ziele und gemeinsame transparente Schritte auf die Ziele. Orientierung gebende Beispiele: gemeinsame Entwicklung der Regionalbudgets in Schleswig-Holstein, Modellprojekt Hanau. (Damit ist nicht gemeint, das Regionalbudget generell als Finanzierungskonzept einzuführen, sondern die vertrauensvolle Zusammenarbeit in den Modellen.)

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014



Vorschlags-Nr. **P1400118**

Vorschlagender **Aktion Psychisch Kranke**

Problemstellung

zu 5.2.5 Systementwicklung PEPP

„PEPP plus“

Zur Umsetzung des mit diesem Vorschlag angestrebten Zieles haben wir Beratungsbedarf. Nach unserem vorläufigen Verständnis gehört die Umsetzung in die Zuständigkeit von InEK und DIMDI. Wir reichen den Vorschlag deshalb bei beiden Institutionen ein und bitten um Beratung, auf welchem Weg in welcher Schrittfolge das Ziel erreichbar ist.

Problem:

Es gibt Kliniken, die ihre Behandlungsprozesse in Richtung der Zielsetzung von § 17d (1) KHG und § 64b SGB V schon weiter entwickelt haben oder dies beabsichtigen, insbesondere auch bisherige „Regionalbudgets“ und IV-Verträge. Diese Entwicklungen sind an Erfahrungen in Deutschland und an Behandlungsprinzipien orientiert, für die es in der internationalen Literatur gute Evidenz gibt. Innovative Leistungen sind im bestehenden PEPP Katalog (noch) nicht abbildbar und kalkulierbar, z. B. Leistungsformen entsprechend dem Hinweis vor den Codes 9-60...9-64:
„Die Behandlung erfolgt als ärztlich indizierte Diagnostik und Therapie im therapeutischen Milieu mit Bezug auf das Lebensumfeld oder im Lebensfeld des Patienten“

Die Flexibilisierung von Krankenhausbehandlung für individuell passgenauere sektorenübergreifende Behandlungsprozesse kann 3 Dimensionen betreffen: die institutionelle Dosis, den Ort von Krankenhausbehandlung (in der Klinik und im Lebensfeld), und die Zeitachse (die Frequenz pro Woche und Dauer der Behandlung einschließlich der Institutsambulanz).

Lösungsvorschlag

zu 5.2.5 Systementwicklung PEPP

„PEPP plus“

Zur Umsetzung des mit diesem Vorschlag angestrebten Zieles haben wir Beratungsbedarf. Nach unserem vorläufigen Verständnis gehört die Umsetzung in die Zuständigkeit von InEK und DIMDI. Wir reichen den Vorschlag deshalb bei beiden Institutionen ein und bitten um Beratung, auf welchem Weg in welcher Schrittfolge das Ziel erreichbar ist.

Lösungsvorschlag:

OPS: Ergänzung der bereits vorhandenen Zusatzkennzeichen

- 9-64* (Erwachsene)

vgl. 9-69* vgl. Vorschlag BAG KJP u.a.

Die stationersetzende Behandlung erfolgt im Lebensfeld oder als ½ Tagesklinik.

PEPP wird um einige Einheiten ergänzt, deshalb: „PEPP plus“

Die Einheiten erhalten vorläufige OPS-Leistungsbeschreibungen, Bezeichnungen und Bewertungen im PEPP. Damit können die innovativen Kliniken ihr Leistungsgeschehen besser abbilden und differenzierter abrechnen als im bisherigen PEPP.

Im Rahmen des lernenden Systems (InEK/DIMDI) wird die Leistungsbeschreibung und die Kalkulation schrittweise weiter verbessert.

Die Transparenz des Leistungsgeschehens ist gewährleistet. Die Leistungen werden über §21 u. § 301

erfasst und den Krankenkassen zur Verfügung gestellt. Die Abrechnung läuft wie bei allen PEPPs tagesbezogen.

Die ergänzenden PEPP plus Leistungen werden im Rahmen des vereinbarten Krankenhausbudgets erbracht und werden prospektiv wie andere Leistungen vereinbart. Das Leistungsgeschehen kann mit Modellversuchen nach §64 b problemlos verglichen werden.

Katalog „PEPP plus“ - Vorschläge für PEPP-Ergänzungen

1. PEPP-Katalog für teil-/vollstationäre Leistungen wird angewandt.

2. Zusätzliche PEPP plus: Stationsersetzende Leistungen (SL) werden in den OPS- Katalog und mit einer vorläufigen Bewertungsrelation in den PEPP-Katalog Anlage 1a/2a oder als unbewertete Leistungen in PEPP 1b/2b aufgenommen.

2.1 SL 001 „Hometreatment“:

- OPS 9-644.0: Hometreatment bei Erwachsenen - Behandlung eines Patienten überwiegend im häuslichen Umfeld durch ein multiprofessionelles, ärztlich geleitetes Behandlungsteam. Mindestens 210 Minuten Behandlungsleistungen (abgeleitet aus dem Personalaufwand Psych-PV Regelbehandlung A1 über alle Berufsgruppen aufsummiert)

- Bewertung der Leistung: Ausgangskalkulation: 1,0 Bewertungsrelation (entsprechend einem durchschnittlichen Tag Krankenhaus)

2.2 SL 002 „Hometreatment – halber Tag“

- OPS 9-644.1: 1/2 Hometreatment bei Erwachsenen: stationsersetzende Behandlung eines Patienten überwiegend im häuslichen Umfeld durch ein multiprofessionelles, ärztlich geleitetes Behandlungsteam. Mindestens 105 Minuten Behandlungsleistungen i

- Bewertung der Leistung: Ausgangskalkulation: 0,5 Bewertungsrelation

2.3 SL 003 Tagesklinik – halber Tag

- OPS 9-644.2: 1/2 Tagesklinik bei Erwachsenen: Behandlung eines Patienten in der psychiatrischen Tagesklinik durch ein multiprofessionelles, ärztlich geleitetes Team. Mindestens 90 Minuten Gruppenbehandlung und 25 Minuten Einzelgespräch
oder: 60 Minuten Einzelgespräch.

- Bewertung der Leistung: Ausgangskalkulation: 0,4 Bewertungsrelation (1/2 Tagesklinik)

Der Zusatzcode ist ergänzend zu den entsprechenden OPS 9-60* & 9-65* wöchentlich anzugeben, ggf. anteilig auf die Woche zu beziehen

Begründung der Bewertungsrelationen

Variante a) Die Leistungskomplexe 2.1 - 2.3 werden mit vorläufig normativ festgesetzten Bewertungsrelationen in PEPP Anlage 1a bzw. 2a aufgenommen.

Variante b) Die Leistungskomplexe 2.1 - 2.3 werden als unbewertet in Anlage 1b bzw. 2b aufgenommen. Empfehlung an die Budgetvertragspartner: die Bewertung unter Bezug auf § 6 (1) BPfIV – mit Hinweis auf die Fortentwicklung im lernenden System - vereinbaren, im Regelbudget oder im Modellbudget nach § 64b (V).

Die PIA Finanzierung bleibt zunächst davon abgekoppelt. Sie erfolgt weiter wie bisher nach den Landesvereinbarungen, bis Änderungen geklärt sind: individuell für ein Krankenhaus vereinbart, oder auf

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400118



Landes- bzw. Bundesebene vorgegeben.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400119

Vorschlagender **Aktion Psychisch Kranke**



Problemstellung

Ergänzende Abfrage von Strukturmerkmalen der Kalkulationshäuser
Vgl. Vorschlag BAG KJPP & DGPPN

Es besteht die dringende Vermutung, dass Strukturmerkmale hinsichtlich der Bereitstellungskosten und hinsichtlich der Patienten- und Leistungsstruktur (Krisen-vs. Regelbehandlung, Durchschnitts-Verweildauer etc.) entscheidend sind. Daher wird vorgeschlagen, zusätzliche Strukturmerkmale, insbesondere die Pflichtversorgung mit aufzunehmen, die sonst nicht erfassbar ist.

Lösungsvorschlag

Ergänzende Abfrage von Strukturmerkmalen der Kalkulationshäuser
Vgl. Vorschlag BAG KJPP & DGPPN

Die die Abfragematrix des InEK gegenüber den Kalkulationshäusern wäre entsprechend zu ergänzen, z.B. hinsichtlich der letzten Felder für Institutionsmerkmale.

Liste von Strukturmerkmalen der Krankenhäuser im Kalkulationshandbuch

a. Pflicht- und Vollversorgung

Definition: Regionale Pflichtversorgung bedeutet Aufnahme- und Behandlungspflicht für alle Patienten aus einer definierten Region, die

- a) nach den Unterbringungsgesetzen der Länder (PsychKG's) sowie dem BGB (Betreuung) eingewiesen werden oder
- b) krankenhausbehandlungsbedürftig sind, in der Regelversorgungsklinik behandelt werden möchten und Ihren Wohnsitz im Pflichtversorgungsgebiet haben

1 = ja

2 = nein

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014



Vorschlags-Nr.

P1400120

Vorschlagender

Dt. Gesellschaft f. Gerontopsychiatrie u. -psychotherapie

Problemstellung

Psychisch Kranke haben einen Anspruch darauf, dass auch ihre somatische Komorbidität angemessen behandelt wird. Wo immer dies möglich ist, werden psychisch Kranke mit behandlungsbedürftigen somatischen Erkrankungen in eine entsprechende somatische Fachabteilung verlegt. Aufgrund der psychischen Komorbidität müssen aber auch akute somatische Erkrankungen in der psychiatrischen Abteilung behandelt werden. Der Aufwand dafür wird in den psychiatrischen Codes nicht abgebildet. Immer häufiger kommt es vor allem in der Gerontopsychiatrie vor, dass die somatische Morbidität nicht Zusatzerkrankung, sondern Ursache der psychischen Erkrankung ist. Der dann sehr hohe Aufwand für Diagnostik und Behandlung lässt sich gleichfalls bisher nicht abbilden.

Die Mitbehandlung somatischer Komorbidität wird durch die Formulierungen im Code 9-642 nicht ausreichend erfasst.

Die Abbildung über die Diagnosen reicht in der Regel nicht aus, da in vielen Fällen die akute, aufwändige Behandlungsbedürftigkeit in der Diagnose nicht abgebildet wird – häufig vorkommende Beispiele hierfür sind der Hypertonus, die Herzinsuffizienz, der M. Parkinson.

Aktuelles Beispiel: 78jähriger Mann, keine psychiatrische Vorgeschichte, hat Ende Januar eine biologische Herzklappe bekommen. Seit Operation und in der Rehabilitationsbehandlung kontinuierliche Verschlechterung des AZ und zunehmende Depressivität. Stellt sich am 18.3. in einer internistischen Rettungsstelle zum wiederholten Mal wegen Thoraxschmerzen vor, wird nach Herzinfarktausschluss zuständigkeitshalber in die Psychiatrische Klinik geschickt, weil er Lebensüberdrussgedanken äußert. Einzige internistische Auffälligkeit seien hohe Entzündungswerte, die aber schon seit längerem bekannt seien. Die Lebensüberdrussgedanken basieren auch nach Einschätzung der Angehörigen darauf, dass "alles immer schlechter und er immer nur weggeschickt wird". In der Psychiatrie wird bei fluktuierenden kontinuierlichen Defiziten und Temperatur eine Endokarditis mit Klappenabszess und septischen Mikroinfarkten im Gehirn festgestellt und der Patient am 23.5. in eine Kardiologie verlegt.

Aufwand in den 5 Tagen neben der psychiatrischen Diagnostik (einschließlich CMRT) und Behandlung: Blutkultur, i.v. Antibiose mit Cefuroxim und nach Resistogramm Tazobac, transösophageale Echokardiographie, zeitaufwendige Verhandlungen mit der ursprünglich operierenden Klinik, Verschicken von Bildern per Stadtboten.

Auswirkungen: Bisher wurden somatisch und psychisch kranke Patienten in der Regel in der Psychiatrie mitversorgt. Kliniken mit gerontopsychiatrischen Bereichen, die mit solchen Problemen häufiger konfrontiert waren, hatten die Möglichkeit, diese Aufwände in den Pflegesatzverhandlungen einzubringen. Das PEPP-System führt zu einer Fokussierung der Aufmerksamkeit auf Kosten-Nutzen-Relationen für das Krankenhaus, nicht für die Kranken, so dass das Risiko besteht, dass psychisch Kranke mit somatischer Komorbidität in Zukunft nicht mehr angemessen versorgt werden können.

Lösungsvorschlag

Prüfung, ob die zusätzliche Aufwände für die Mitbehandlung somatischer Erkrankungen in Form eines Zusatzentgelts mit Bezug zum Therapiezeitraum analog dem existierenden psychosomatischen Zusatzcode 9-642 abgebildet werden können.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400121

Vorschlagender

Dt. Gesellschaft f. Gerontopsychiatrie u. -psychotherapie



Problemstellung

Kolonisationen und Infektionen mit multiresistenten Erregern, die zu einer Isolierbedürftigkeit der betroffenen Patienten führen, komplizieren eine psychiatrische Behandlung der Betroffenen erheblich. Die Isolierung verhindert eine Teilnahme an spezifischen Therapieangeboten, kann dadurch auch zu einer Verschlechterung der psychiatrischen Erkrankung führen, und verzögert die Durchführung der Diagnostik. Die Diagnose allein reicht für eine Abbildung nicht aus – es gibt Varianten der Multiresistenz, die nicht isolierpflichtig sind (ESBL), und der unterschiedliche Aufwand für Isolierung und Sanierung wird darin nicht deutlich.

Der existierende Komplexcode 8-987 reicht nicht aus, da hier die Isolierung nicht berücksichtigt ist.

Auswirkungen: Die Isolierung führt in der Regel zu einer Verlängerung der Verweildauer.

Die Sanierung bei MRSA nimmt zusätzlich enorme personelle und zeitliche Ressourcen in Anspruch.

Der dadurch insgesamt deutlich erhöhte Aufwand für die Behandlung von psychisch Kranken, die mit multiresistenten Erregern besiedelt oder infiziert sind, wird bisher im PEPP negativ abgebildet, da der erhöhte Aufwand nicht nur nicht vergütet wird, sondern durch die Degression zu finanziellen Nachteilen führt.

Lösungsvorschlag

Prüfung, ob durch die Einführung eines Zusatzcodes (als OPS-Vorschlag beim DIMDI eingereicht) der Aufwand mit Bezug zum jeweiligen Therapiezeitraum abgebildet werden kann.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400122

Vorschlagender

Dt. Gesellschaft f. Gerontopsychiatrie u. -psychotherapie



Problemstellung

Infektionen, die zu einer Isolierbedürftigkeit der betroffenen Patienten oder von ganzen Patientenkohorten führen, komplizieren eine psychiatrische Behandlung der Betroffenen erheblich. Die Isolierung verhindert eine Teilnahme an spezifischen Therapieangeboten, kann dadurch auch zu einer Verschlechterung der psychiatrischen Erkrankung führen, und verzögert die Durchführung der Diagnostik.

Auswirkungen: Die Isolierung führt in der Regel zu einer Verlängerung der Verweildauer. Da bei psychisch Kranken eine Zimmerisolierung nicht immer konsequent durchführbar ist, wird bei hoch kontagiösen Infektionen mit kurzer Inkubationszeit (Noro-, ggf. auch Rotaviren) unter Umständen auch eine Stationssperrung bis zum Abklingen der Endemie, und der Einsatz von Leihpersonal bei hohem Krankenstand im Stammpersonal notwendig.

Der durch das Auftreten von gastrointestinalen Infektionen insgesamt deutlich erhöhte Aufwand für die Behandlung von psychisch Kranken wird bisher im PEPP negativ abgebildet, da der erhöhte Aufwand nicht nur nicht vergütet wird, sondern durch die Degression zu finanziellen Nachteilen führt.

Lösungsvorschlag

Prüfung, ob durch die Einführung eines Zusatzcodes (als OPS-Vorschlag beim DIMDI eingereicht) der Aufwand mit Bezug zum jeweiligen Therapiezeitraum abgebildet werden kann.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400123

Vorschlagender **DGKJP**



Problemstellung

Prüfung einer möglichen Kostentrennerfunktion von Vernachlässigung und Missbrauch (ICD-10-GM-T74)

Problemstellung:

Das Bundesgesundheitsministerium hat erstmalig für 2013 über das DIMDI einen Abrechnungscode für die Abklärung von Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch (ICD-10-GM-T74) im DRG-System einführen lassen. Entsprechend dem Vorgehen der Weltgesundheitsorganisation wurde auch die DKR angepasst.

Internationale Literatur weist darauf hin, dass T 74 einen reliablen und relevanten Kostentrenner darstellt. Der Kalkulationsdatensatz könnte andererseits dadurch verfälscht sein, dass nach § 294 a SGB V mutmaßliche Kostenverursacher mit den Kosten der fremdverursachte Gesundheitsschäden zu belasten sind. Ärzte sind dadurch (bei Kindesmisshandlung, Vernachlässigung, Missbrauch sind die vermuteten Täter häufig in der Familie) aufgrund der schützenswerten Interessen der betroffenen Patienten ggfs. zurückhaltend mit der Kodierung.

Die Diagnose T 74 zeigt sich nach der wissenschaftlichen Evidenz als relevante Comorbidität bei sehr vielen kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen (Substanzbedingte Störungen F1, Schizophrenie F2, Belastungsstörungen F 43, Dissoziative Störungen F 44).

Lösungsvorschlag

Vorschlag zur Lösung:

Es wird angeregt, in der Kalkulationsstichprobe ab 2013 zu prüfen

- a) Wie oft die Diagnose T 74 in den kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen gestellt wird und
- b) Ob der Diagnose T 74 eine Kostentrennerfunktion zukommt.

Unterstützer dieses Vorschlags: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

[Zur Übersicht](#)



DGKJP - Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie e.V.
Geschäftsstelle • Reinhardtstraße 14 • 10117 Berlin

Institut für das Entgeltsystem im Kranken-
haus
Auf dem Seidenberg

Siegburg

31.03.2013

Kostentrennungsfunktion von ICD-10-GM-T74...

Das Bundesgesundheitsministerium hat erstmalig für 2013 über das DIMDI einen Abrechnungscode für die Abklärung von Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellem Missbrauch (T74...) einführen lassen. Dementsprechend wurde auch die Kodierrichtlinie in Bezug auf Misshandlungsdiagnosen abgeändert und solche Diagnosen sind nun endlich im deutschen Gesundheitswesen generell, entsprechend dem Vorgehen der Weltgesundheitsorganisation, zugelassen und in den üblichen Krankenhausdokumentationssystemen problemlos zu codieren.

Die Kostentrennungsfunktion ist international (siehe auch Achse 5 des MAS, weiterer Antrag der 3 Fachverbände KJPP) evident. Jedoch ist es möglich dass die Diagnose aktuell noch nicht repräsentativ verwendet wird.

Der zentrale Schritt der es deutschen Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erst ermöglichen würde tatsächlich diese Fälle zu dokumentieren und die Diagnosen zu nutzen, nämlich die Abänderung des § 294 a SGB V, ist bislang nicht erfolgt. Hieraus ergibt sich ein massives Risiko für die Patientinnen und Patienten, wenn im medizinischen Bereich der Misshandlungskontext erwähnt wird, haben die Krankenkassen nach dieser Norm die Verpflichtung, mutmaßliche Kostenverursacher (bei Kindesmisshandlung, Vernachlässigung, Missbrauch sind die vermuteten Täter häufig in der Familie) mit den Kosten zu belasten, da es sich um so genannte fremdverursachte Gesundheitsschäden handelt. Die Krankenkassen sind durch diese Norm berechtigt, alle entsprechend notwendigen Informationen von den Behandlerinnen und Behandlern einzufordern. Die Schweigepflicht zählt hier nicht, da es sich um eine gesetzliche Regelung handelt und die Weitergabe einer Verpflichtung entspricht. Um die Regresse durchzusetzen bedienen sich die Krankenkassen dann des Instruments der Strafanzeige, so dass manchmal für Betroffene und Behandler völlig



Deutsche Gesellschaft für
Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und
Psychotherapie e.V.

Präsident
Prof. Dr. med. Gerd Schulte-Körne
Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie,
Klinikum der Universität München
Pettenkoferstr. 8 a
80336 München
☎ 089 – 5160 5920; 📠 089 – 5160 5902
E-Mail: gerd.schulte-koerne@med.uni-muenchen.de

Stellvertretender Präsident u. Schatzmeister
Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert
Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm

Kongresssekretär
Prof. Dr. med. Frank Häßler
Direktor der Klinik für Psychiatrie, Neurologie,
Psychosomatik und Psychotherapie
im Kindes- und Jugendalter der
Universität Rostock

Schriftführer
Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Tobias Banaschewski
Direktor der Klinik für Kinder- und Jugend-
psychiatrie und Psychotherapie
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Mannheim

Beisitzer
Prof. Dr. med. Johannes Hebebrand
Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie
Rheinische Kliniken Essen an der
Universität Duisburg-Essen

Beisitzer
Prof. Dr. med. Katja Becker
Direktorin der Klinik für Kinder- und Jugend-
psychiatrie, -Psychosomatik und -Psychotherapie,
Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Marburg

Ehrenpräsidenten
Prof. em. Dr. med. Dr. phil. Helmut Remschmidt,
Marburg

Prof. em. Dr. med. Dr. rer. nat. Martin H. Schmidt,
Mannheim

Kooptierte Mitglieder
Prof. Dr. med. Renate Schepker
Vorsitzende der BAG
Chefärztin der Abteilung für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Zentrum für Psychiatrie Die Weissenau (ZfP)
Ravensburg-Weissenau

Dr. med. Maik Herberhold
Vorsitzender der BKJPP, Bochum

Hauptgeschäftsführer
Dr. phil. Thomas Nesselser

Geschäftsstelle
Nicole Schardien
Reinhardtstraße 14
10117 Berlin
☎ 030 / 2404 772-20, 📠 030 / 2404 772-29
E-mail: geschaeftsstelle@dgkjp.de
Internet: <http://www.dgkjp.de>

Deutsche Apotheker- und Ärztekasse
BLZ 300 606 01
Kto-Nr.: 0006788564
IBAN Nr.: DE67 3006 0601 0006 7885 64
BIC (Swift Code): DAAEDED

VR 27791 B Amtsgericht Berlin

unerwartet, nach längerer Zeit, in nicht kontrollierbaren Situationen, Polizei oder Staatsanwaltschaft intervenieren. Eine seit Jahren geforderte Ausnahme für den Kinderschutz in dieser an sich sinnvollen Norm, die das Binnenverhältnis zwischen Kostenträgern regelt, wurde bislang nicht umgesetzt. Wenn, wie nun geschehen, teilweise Änderungen umgesetzt werden, die es leichter ermöglichen im Gesundheitswesen Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch wahrzunehmen und zu dokumentieren und gleichzeitig diese Regelung nicht geändert wird, erhöht sich die Gefahr, die in der Übergangssituation für die ohnehin belasteten Betroffenen entsteht. Deshalb werden entsprechende Codes von vielen verantwortlichen Ärztinnen und Ärzten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie aber auch in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik derzeit, obwohl sie entsprechend der internationalen Literatur reliable und relevante Kostentrenner darstellen, zum Schutz ihrer Patienten nicht dokumentiert. Dies verfälscht den Kalkulationsdatensatz bzw. verhindert eine realistische Unterscheidung auf der Basis dieser Merkmale.

Die vorgetragene Forderung richtet sich nicht allein an das InEK sondern auch an das BMG, welches das PEPP System per Ersatzvornahme eingeführt hat, hier für Rahmenbedingungen zu sorgen, die die im PEPP System vorgesehene Berücksichtigung so genannter „Missbrauchsdiagnosen“ erst gefahrenfrei und sinnvoll ermöglicht (vgl. auch hierzu Forderungskatalog Gesundheitshearing des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs <http://beauftragter-missbrauch.de/course/view.php?id=28>)

Mit freundlichen Grüßen



J.M. Fegert
Vizepräsident der DGKJP
31.03.2013

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400124

Vorschlagender

Verband der Universitätsklinik



Problemstellung

Bei komorbiden und/oder chronischen psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen wird an Universitätsklinik fallweise eine multiprofessionelle Komplexdiagnostik zur Psychotherapie durchgeführt. Im OPS-Katalog ist hierfür keine eigene Ziffer vorgesehen, weshalb die Leistungen im Rahmen der Kostenkalkulation nicht sachgerecht abgebildet werden können. Die Kostenanalyse ergab hierfür eine Unterdeckung. Daher schlagen wir die Aufnahme einer entsprechenden Prozedur in den OPS-Katalog vor.

Lösungsvorschlag

Einführung eines neuen OPS - Codes 1-907 Multiprofessionelle Komplexdiagnostik zur Psychotherapie bei komorbiden und/oder chronischen psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

Dieser Code ist nur für Leistungen anzugeben, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17d KHG erbracht wurden

Dieser Code ist sowohl für die voll- als auch die teilstationäre Behandlung zu verwenden und kann für jeden Tag, an dem die Kriterien erfüllt sind, angegeben werden

Die für die Diagnostik aufgewendete Zeit kann nicht für die Berechnung der Therapieeinheiten der Primärkodes (9-60 bis 9-63) oder der Zusatzkodes (9-64) angerechnet werden

Mindestmerkmale:

- Multidisziplinäre Diagnostik zur differenzierten Einordnung der Diagnose und der bisherigen Therapien durch ein multiprofessionelles Team (Ärzte, Diplom-Psychologen) unter Leitung eines Facharztes (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)

- Regelmäßige Qualitätskontrollen der psychopathologischen und Komorbiditätsdiagnostik (Nachweis durch bspw. Zertifizierung)

- Es werden die Behandlungsziele und der spezifische multiprofessionelle Therapiebedarf definiert und ein Therapieplan vereinbart

- Es werden im diagnostischen Einzelkontakt von mindestens 2 Stunden pro Tag durch die oben genannten Berufsgruppen z.B. folgende Leistungen (inklusive Auswertung) erbracht:

- o Ausführliche ärztliche oder psychologische diagnostische Gespräche (z.B. biographische Anamnese, soziale Anamnese, Familienanamnese, Fremdanamnese)

- o Strukturierte Befunderhebung z.B. unter Verwendung störungsspezifischer Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen

- o Ausführliche Differenzialdiagnostik

- o Komorbiditätsdiagnostik

- o Psychologische, psychosoziale und neuropsychologische Diagnostik zur Erhebung, Indikationsstellung, Verlaufsbeurteilung und Erfolgskontrolle

- Anerkannt werden alle Leistungen, die durch Mitarbeiter erbracht werden, die eine Ausbildung in der jeweiligen, hier genannten Berufsgruppe abgeschlossen haben und in einem dieser Berufsgruppe entsprechenden, vergüteten Beschäftigungsverhältnis stehen. Bei Psychotherapeuten in Ausbildung ist für eine Anerkennung der Leistungen Voraussetzung, dass diese Mitarbeiter eine Vergütung entsprechend ihrem Grundberuf z.B. als Diplom-Psychologe oder Diplom-(Sozial-)Pädagoge erhalten

Prozeduren

1-900

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014



Vorschlags-Nr.

P1400125

Vorschlagender

Verband der Universitätsklinik

Problemstellung

Der OPS 9-642 ist seiner bisherigen Fassung zu unspezifisch und bedarf einer Konkretisierung.

Lösungsvorschlag

Neuformulierung des OPS 9-642 Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Er kann nur jeweils in Kombination angegeben werden mit der Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-60), der Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-61), der Psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-62) und der Psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-63). Solange die Mindestmerkmale dieses Kodes erfüllt sind, ist er jedes Mal bei der Verwendung eines Kodes aus den Bereichen 9-60, 9-61, 9-62 und 9-63 mit anzugeben

Mindestmerkmale:

- Vorliegen von aktuell medizinisch behandlungsbedürftigen akuten und chronischen somatischen Erkrankungen, dokumentiert durch Veränderung(en) des initialen medizinischen Behandlungsregimes im Verlauf der Krankenhausbehandlung mit psychischer Komorbidität und/oder Copingstörungen (z.B. Asthma bronchiale, KHK, Diabetes mellitus, Blutdruckkrisen, entzündliche Darmerkrankungen, Tumorerkrankungen, chronische Infektionskrankheiten, Transplantationspatienten) oder von sich vorwiegend somatisch präsentierenden Erkrankungen (z.B. somatoforme [Schmerz-]Störung, schwerstes Untergewicht bei Anorexia nervosa), die der gleichzeitigen intensiven somatischen Diagnostik und Therapie im Sinne einer auf die Erfordernisse somatisch Kranker adaptierten integrierten klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bedürfen
- Behandlung durch ein psychosomatisch-psychotherapeutisches oder psychiatrisch-psychotherapeutisches Team unter Verantwortung eines Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Psychotherapeutische Medizin), eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie, eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Facharztes für Nervenheilkunde jeweils mit einer weiteren, somatischen Facharztqualifikation (Innere Medizin/Allgemeinmedizin, Neurologie, Orthopädie, Anästhesiologie/Schmerztherapie) oder unter Verantwortung eines Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Psychotherapeutische Medizin), eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie, eines Facharztes für Psychiatrie oder eines Facharztes für Nervenheilkunde und eines weiteren Arztes mit einer somatischen Facharztqualifikation, die überwiegend in der zugehörigen psychosomatisch-psychotherapeutischen oder psychiatrisch-psychotherapeutische Einheit tätig sein müssen.
- Über 24 Stunden vorhandene Infrastruktur eines Akutkrankenhauses mit geregelter Zugang zu einer selbständig geleiteten Abteilung für Intensivmedizin und einer Klinik für Innere Medizin oder einer anderen somatischen Fachabteilung (z.B. Neurologie, Orthopädie, Gynäkologie, Hämatonkologie) einschließlich verfügbarem Notfall-Labor und Notfall-Röntgendiagnostik.
- Arbeitstägliche ärztliche Visiten, wenn keine „höherwertige“ ärztliche Therapieeinheit erfolgt
- Täglich mindestens 3 Bezugspflege-Kontakte zur Überprüfung und Anpassung des somatischen Behandlungsplanes
- Mindestens in einem somatischen Fach qualifizierte ärztliche Rufbereitschaft über 24 Stunden täglich
- Pflegerische Behandlung auch bettlägeriger Patienten ist grundsätzlich über 24 Stunden täglich gewährleistet
- Über die Struktur der wöchentlichen Teambesprechungen psychosomatisch-psychotherapeutischer Komplexbehandlungen hinaus erfolgt die regelmäßige multidisziplinäre Abstimmung mit allen an der Behandlung beteiligten somatischen Fachgebieten zur weiteren Differenzialdiagnostik oder/und integrierten somatischen und psychosomatischen Behandlung mit wochenbezogener Dokumentation

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400125



bisheriger somatischer Behandlungsergebnisse und weiterer somatischer Behandlungsziele.

Prozeduren

9-642

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400126

Vorschlagender

Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V.



Problemstellung

Im Definitionshandbuch der PEPP-Version 2013 führen ähnliche Hauptdiagnosen aufgrund der ausgeprägten Kondensationen unterschiedlichster Hauptdiagnosegruppen meist zu einer identischen Basis-PEPP-Zuordnung.

Allerdings bestehen auch relevante Ausnahmen.

Die Zuweisung einer Hauptdiagnose aus dem Abschnitt "Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)" führt über die Funktionen PTSDX, PTX02, PTX15 in die PEPP-Gruppen für "Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen".

Anders behandelt werden jedoch die Codes F1x.6 für ein amnestisches Syndrom.

Diese Codes sind einerseits in den Funktionen PTSDX und PTX15 abgebildet, führen daneben jedoch beispielsweise auch in die PEPP PA15B.

Diese Abbildung in einer PEPP für "Amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems" erscheint inhaltlich nachvollziehbar und sachgerecht.

Problemstellung:

Wenn nun gleichzeitig als Nebendiagnose die zugrunde liegende Abhängigkeitsstörung (z.B. F10.2) kodiert wird, stellt sich die Frage nach der Reihenfolge der Codes. Hier zeichnet sich ein Konfliktpotential zwischen Krankenhäusern und GKV/MDK ab. Es könnte mit der DKR-Psych PD002 argumentiert werden, dass die zugrunde liegende Störung als Hauptdiagnose zu kodieren sei. Damit wäre die spezielle Abbildung in der PA15B nicht mehr möglich.

Lösungsvorschlag

Eine Klarstellung in einer speziellen Kodierrichtlinie (5 PSYCHISCHE UND VERHALTENSSTÖRUNGEN) erscheint erforderlich.

Textvorschlag:

"Wenn die stationäre Aufnahme eines Patienten zur Behandlung eines durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingten amnestisches Syndroms erfolgt und ein Substanzkonsum der betreffenden psychotropen Substanz erfolgt, ist das amnestische Syndrom als Hauptdiagnose zu kodieren. Der Substanzkonsum ist als Nebendiagnose anzugeben, sofern dies der Nebendiagnosedefinition entspricht."

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400127

Vorschlagender **Verband der Universitätsklinika**



Problemstellung

Neben der in 9-62 beschriebenen psychotherapeutischen Komplexbehandlung werden in der Standardbehandlung psychischer Erkrankungen manualisierte stationäre Psychotherapieprogramme eingesetzt, die den Einsatz psychotherapeutischer Behandlung in Umfang und Zeit sowie die Rollen und Aufgaben der beteiligten Berufsgruppen in erheblich höherem Maße vorgeben. Das Konzept der manualisierten stationären Psychotherapie setzt einen hohen Grad an fachlicher Supervision und an Abstimmung der beteiligten Berufsgruppen voraus, die eine strukturelle Voraussetzung dieses OPS-Kodes abbildet. In dieser Behandlungsform ist zudem aufgrund der manualisierten Behandlung kein Degress der Behandlungskosten zu erwarten.

Der vorgeschlagene Code bildet eine Behandlungsmethode ab, deren Aufwand und somit auch Kosten über einen bestimmten Zeitraum weitestgehend durch ein Manual festgelegt sind. Es ist daher nicht mit einer Abnahme der Kosten über die Zeit zu rechnen. Somit ist durch Ergänzung dieses Kodes eine differenzierte Überprüfung der im PEPP vorgegebenen Kostenabnahme über den Behandlungszeitraum möglich

Lösungsvorschlag

NEUE SCHLÜSSELNUMMER IN ANLEHNUNG AN 9-62 :

9-70 Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
vgl. beigefügtes Dokument für genaue Erläuterungen

Die eingefügten Ergänzungen beschreiben den kostenrelevanten erforderlichen höheren Aufwand, der als Voraussetzung für diese Behandlung erforderlich ist und sich nicht durch die in 9-62 kodierbaren Therapieeinheiten abbildet.

[Zur Übersicht](#)

PROBLEMBESCHREIBUNG

Neben der in 9-62 beschriebenen psychotherapeutischen Komplexbehandlung werden in der Standardbehandlung psychischer Erkrankungen manualisierte stationäre Psychotherapieprogramme eingesetzt, die den Einsatz psychotherapeutischer Behandlung in Umfang und Zeit sowie die Rollen und Aufgaben der beteiligten Berufsgruppen in erheblich höherem Maße vorgeben. Das Konzept der manualisierten stationären Psychotherapie setzt einen hohen Grad an fachlicher Supervision und an Abstimmung der beteiligten Berufsgruppen voraus, die eine strukturelle Voraussetzung dieses OPS-Kodes abbildet. In dieser Behandlungsform ist zudem aufgrund der manualisierten Behandlung kein Degress der Behandlungskosten zu erwarten.

RELEVANZ

Der vorgeschlagene Kode bildet eine Behandlungsmethode ab, deren Aufwand und somit auch Kosten über einen bestimmten Zeitraum weitestgehend durch ein Manual festgelegt sind. Es ist daher nicht mit einer Abnahme der Kosten über die Zeit zu rechnen. Somit ist durch Ergänzung dieses Kodes eine differenzierte Überprüfung der im PEPP vorgegebenen Kostenabnahme über den Behandlungszeitraum möglich

LÖSUNGSVORSCHLAG

NEUE SCHLÜSSELNUMMER IN ANLEHNUNG AN 9-62

die eingefügten Ergänzungen beschreiben den kostenrelevanten erforderlichen höheren Aufwand, der als Voraussetzung für diese Behandlung erforderlich ist und sich nicht durch die in 9-62 kodierbaren Therapieeinheiten abbildet.

9-70 Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

Exkl.:

Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-60)

Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-61)

Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen (9-62)

Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-63)

Hinw.:

Ein erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-640), eine kriseninterventionelle Behandlung (9-641), die integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-642) und eine aufwendige Diagnostik bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (1-903) sind gesondert zu kodieren

Ein Kode aus diesem Bereich ist in der Regel einmal pro Woche anzugeben. Als erste Woche gilt die Zeitspanne vom Tag der Aufnahme bis zum Ablauf der ersten 7 Tage, usw. Erfolgt eine Versorgung an weniger als 7 Tagen (z.B. aufgrund einer Entlassung oder eines Wechsels zwischen Regelbehandlung, Intensivbehandlung oder psychotherapeutischer Komplexbehandlung), werden auch dann die Leistungen der jeweiligen Berufsgruppen berechnet und entsprechend der Anzahl der erreichten Therapieeinheiten kodiert

Sofern Therapieverfahren an Wochenenden, Feiertagen, Aufnahme- oder Entlassungstagen erbracht werden, sind diese ebenfalls zu berücksichtigen

Als Einzeltherapie gilt eine zusammenhängende Therapie von mindestens 25 Minuten. Dies entspricht einer Therapieeinheit

Gruppentherapien dauern ebenfalls mindestens 25 Minuten. Dies entspricht in Abhängigkeit von der Anzahl der Patienten pro Gruppentherapie einer 1/4, 1/8 oder 1/12 Therapieeinheit. Bei Gruppentherapien ist die Gruppengröße auf maximal 18 Patienten begrenzt. Bei einer Gruppenpsychotherapie mit 13 bis 18 Patienten sind 2 ärztliche oder psychologische Therapeuten erforderlich

Therapiedauer	Einzeltherapie	Gruppentherapie bis 6 Patienten	Gruppentherapie 7 bis 12 Patienten	Gruppentherapie 13 bis 18 Patienten
Mind. 25 min	1 TE	1/4 TE	1/8 TE	1/12 TE
Mind. 50 min	2 TE	1/2 TE	1/4 TE	1/6 TE
Mind. 75 min	3 TE	3/4 TE	3/8 TE	1/4 TE

usw.

Pro Einzel- oder Gruppentherapie dürfen Therapieeinheiten für maximal 2 Therapeuten pro Patient angerechnet werden

Anerkannt werden alle Leistungen, die durch Mitarbeiter erbracht werden, die eine Ausbildung in der jeweiligen, hier spezifizierten Berufsgruppe abgeschlossen haben und in einem dieser Berufsgruppe entsprechenden, vergüteten Beschäftigungsverhältnis stehen. Bei Psychotherapeuten in Ausbildung ist für eine Anerkennung der Leistungen Voraussetzung, dass diese Mitarbeiter eine Vergütung entsprechend ihrem Grundberuf z.B. als Diplom-Psychologe oder Diplom-(Sozial-)Pädagoge erhalten. Für die Kodierung sind die durch die jeweilige Berufsgruppe erbrachten Therapieeinheiten zu addieren. Dann sind die Therapieeinheiten der Ärzte und Psychologen einerseits und der Spezialtherapeuten und Pflegefachpersonen andererseits jeweils in einer Gruppe zusammenzufassen und zu kodieren. Ein Kode aus diesem Bereich ist sowohl für die voll- als auch die teilstationäre Behandlung zu verwenden.

Mindestmerkmale:

- Der Kode ist für Patienten anzuwenden, bei denen die Art und/oder Schwere der Erkrankung eine intensive psychotherapeutische Behandlung notwendig machen. Der Patient muss hierfür ausreichend motiviert und introspektionsfähig sein. Die Indikation für die psychotherapeutische Komplexbehandlung muss durch einen Facharzt (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde, Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie) oder einen psychologischen Psychotherapeuten gestellt werden
- Die Behandlung wird nach einem für den stationären Kontext manualisierten psychotherapeutischen Therapieprogramm mit empirischen Wirksamkeitsnachweis und zeitlich definierten Behandlungsphasen durchgeführt, in dem definierte therapeutische Aufgaben sowohl für Ärzte/psychologische Therapeuten, Fachtherapeuten als auch Pflegefachpersonen definiert sind.
- Die Psychotherapie wird sowohl in Einzel- als auch in Gruppenbehandlung durchgeführt.
- Strukturelle Voraussetzung sind die externe Supervisionen des Behandlungsteams (mind. alle 4 Wochen) und erhöhter Aufwand der Abstimmung von Behandlungsabläufen in Form einer Besprechung im Team zwischen Ärzten/Psychologischen Therapeuten und Pflegepersonen von mindestens 25 min täglich. Es finden wöchentlich mindestens 90 Minuten Fall Besprechung aller beteiligten Berufsgruppen statt.

- Die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztliche und psychologische Einzel- und Gruppentherapie) müssen mindestens 3 Therapieeinheiten pro Woche umfassen. Bei weniger als 3 Therapieeinheiten pro Woche ist ein Kode aus dem Bereich 9-60 (Regelbehandlung) zu verwenden, sofern keine Intensivbehandlung (9-61) vorliegt. Bei Erfassungszeiträumen von weniger als 1 Woche (z. B. wegen Entlassung) können die 3 Therapieeinheiten auch anteilig erbracht werden, sofern die Behandlung in diesem Zeitraum dem dominierenden Behandlungskonzept des stationären Aufenthaltes im Sinne (der hier unter 9-70 genannten Komplex) -kodes entspricht
- Fachtherapeutisch sind mindestens 3 der folgenden Berufsgruppen in die Behandlung auf der Station integriert und nehmen an den oben genannten regelmäßigen Fallbesprechungen teil: Sozialarbeit, Körper- oder Bewegungstherapie, Ergotherapie, Kunsttherapie, Gestaltungstherapie, Musiktherapie, Tanztherapie, Pflegepersonal mit therapeutischer Zusatzqualifikation im manualisierten Therapieprogramm.
- In den individuellen wöchentlichen Behandlungsplan des Patienten sind mindestens 2 Therapieeinheiten der folgenden Therapien integriert: Körper- oder Bewegungstherapie oder Musiktherapie oder Ergotherapie.
- Therapiezielorientierte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde)
- Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen in der Einrichtung:
 - Ärzte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie oder Facharzt für Nervenheilkunde)
 - Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut oder Diplom-Psychologe)
 - Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Logopäden, Kreativtherapeuten)
 - Pflegefachpersonen (z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger)
- Als angewandte Verfahren der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Supportive Einzelgespräche
 - Einzelpsychotherapie
 - Gruppenpsychotherapie, Psychoedukation
 - Angehörigengespräche (z.B. Psychoedukation, Angehörigengruppen, Gespräche mit Betreuern)
 - Gespräche mit Richtern oder Behördenvertretern
 - Somato-psychosomatisches ärztliches Gespräch
 - Aufklärung, Complianceförderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierte Psychopharmakotherapie
- Als angewandte Verfahren der Spezialtherapeuten und Pflegefachpersonen gelten folgende Verfahren oder im Aufwand vergleichbare Verfahren:
 - Bezugstherapeutengespräche, supportive Einzelgespräche
 - Behandlung und spezielle Interventionen durch Pflegefachpersonen (z.B. alltagsbezogenes Training, Aktivierungsbehandlung)
 - Ergotherapeutische Behandlungsverfahren
 - Physiotherapeutische Behandlungsverfahren
 - Übende Verfahren und Hilfekoordination zur Reintegration in den individuellen psychosozialen Lebensraum
 - Gespräche mit Behördenvertretern
 - Angehörigengespräche, Gespräche mit Betreuern
 - Spezielle psychosoziale Interventionen (z.B. Selbstsicherheitstraining, soziales Kompetenztraining)
 - Kreativtherapien (z.B. Tanztherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie)
 - Physio- oder Bewegungstherapie (z.B. Sporttherapie)
 - Entspannungsverfahren (z.B. progressive Muskelrelaxation nach Jacobson)

- Beratung, Adhärenz-Förderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie
- Psychoedukation

9-704 Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

9-704.0 Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit 1/12 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche

9-704.1 Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche

9-704.2 Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche

9-704.3 Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 8 bis 10 Therapieeinheiten pro Woche

9-704.4 Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 10 bis 12 Therapieeinheiten pro Woche

9-704.5 Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 12 bis 14 Therapieeinheiten pro Woche

9-704.6 Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 14 bis 16 Therapieeinheiten pro Woche

9-704.7 Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 16 bis 18 Therapieeinheiten pro Woche

9-704.8 Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 18 bis 20 Therapieeinheiten pro Woche

9-704.9 Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 20 bis 22 Therapieeinheiten pro Woche

9-704.a Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 22 bis 24 Therapieeinheiten pro Woche

9-704.b Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 24 bis 26 Therapieeinheiten pro Woche

9-704.c Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 26 bis 28 Therapieeinheiten pro Woche

9-704.d Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 28 bis 30 Therapieeinheiten pro Woche

9-704.e Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 30 bis 32 Therapieeinheiten pro Woche

9-704.f Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 32 Therapieeinheiten pro Woche

9-705 Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten

9-705.0 Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche

9-705.1 Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche

9-705.2 Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche

9-705.3 Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche

9-705.4 Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 8 bis 10 Therapieeinheiten pro Woche

9-705.5 Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 10 bis 12 Therapieeinheiten pro Woche

9-705.6 Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 12 bis 14 Therapieeinheiten pro Woche

9-705.7 Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 14 bis 16 Therapieeinheiten pro Woche

9-705.8 Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 16 bis 18 Therapieeinheiten pro Woche

9-705.9 Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 18 bis 20 Therapieeinheiten pro Woche

9-705.a Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 20 bis 22 Therapieeinheiten pro Woche

9-705.b Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 22 bis 24 Therapieeinheiten pro Woche

9-705.c Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 24 bis 26 Therapieeinheiten pro Woche

9-705.d Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 26 bis 28 Therapieeinheiten pro Woche

9-705.e Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 28 bis 30 Therapieeinheiten pro Woche

9-705.f Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 30 bis 32 Therapieeinheiten pro Woche

9-705.g Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 32 bis 34 Therapieeinheiten pro Woche

9-705.h Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 34 bis 36 Therapieeinheiten pro Woche

9-705.j Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 36 bis 38 Therapieeinheiten pro Woche

9-705.k Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 38 bis 40 Therapieeinheiten pro Woche

9-705.m Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 40 bis 42 Therapieeinheiten pro Woche

9-705.n Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 42 bis 44 Therapieeinheiten pro Woche

9-705.p Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 44 bis 46 Therapieeinheiten pro Woche

9-705.q Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 46 bis 48 Therapieeinheiten pro Woche

9-705.r Manualisierte stationäre psychotherapeutische Behandlung mit mehr als 48 Therapieeinheiten pro Woche

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014



Vorschlags-Nr. **P1400128**

Vorschlagender **Verband der Universitätsklinika**

Problemstellung

Das . Therapeutisches Drug-Monitoring (TDM) stellt ein evidenzbasiertes Instrument dar, das als Standardprozedur der Optimierung pharmakologischer Therapie sowohl i.S. der Wirksamkeit als auch der Vermeidung schädlicher Nebenwirkungen dient. Die fachgerechte Anwendung führt zu erheblichen Kosten, die im vorhandenen OPS nicht abzubilden sind.

Die vorgeschlagene OPS-Schlüsselnummer dient der Abbildung einer Standardprozedur zur Therapieüberwachung und Optimierung, deren Kosten bisher im PEPP nicht abgebildet sind.

Lösungsvorschlag

Neuer OPS Kode

9-80 Serum-/Plasmaspiegel-Monitoring zur Optimierung von Therapiesicherheit und -effektivität von Psychopharmaka

9-80.2 Serum-/Plasmaspiegel-Monitoring zur Optimierung von Therapiesicherheit und -effektivität von Psychopharmaka

Inkl. Therapeutisches Drug-Monitoring (TDM). Behandlungsoptimierung durch Quantifizierung von Medikamentenkonzentrationen im Blutserum oder –plasma als Werkzeug einer individualisierten Psychopharmakotherapie. Durchführung, Auswertung und klinische Befundung, Beurteilung der Auswirkungen auf individuelle Therapiestrategien.

9-80.3 Befundbesprechung eines TDM (auch telefonisch) mit einem klinischen Pharmakologen

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400129

Vorschlagender

Verband der Universitätsklinik



Problemstellung

Die RTMS stellt eine Behandlungsmöglichkeit persistierender Symptome psychischer Erkrankungen nach ausgeschöpfter leitliniengerechter Therapie dar, die zu erheblichen Kosten führt. Sie ist metaanalytisch eine wirksame Behandlungsform bei unipolaren Depressionen. Im bisherigen OPS ist eine Erfassung dieser Leistung nicht möglich. In Analogie zum Zusatzentgelt bei Elektrokrampftherapie (8-630) ist davon auszugehen, dass die RTMS zu einer Kostendifferenzierung im PEPP führt.

Lösungsvorschlag

Neuer OPS Kode

8-632 Repetitive Transkraniellen Magnetstimulation [RTMS]

8-632.2 Grundleistung

Hinw.: Zur Grundleistung gehören die fachärztliche Indikationsstellung, die Aufklärung, die Planung und die Durchführung der ersten Therapiesitzung mit repetitiver transkranieller Magnetstimulation. Diese ist nicht gesondert zu kodieren.

Dieser Kode ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben

8-632.3 Therapiesitzung

Inkl.: Erhaltungs-RTMS

Hinw.: Dieser Kode ist unabhängig von der Gesamtzahl der Stimulationen einmal pro Therapiesitzung anzugeben

Prozeduren

8-630

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400130

Vorschlagender **Verband der Universitätsklinik**



Problemstellung

Die bisherige PEPP 2013 Klassifikation sieht keine Differenzierung episodisch remittierender und chronischer bzw. therapieresistenter Verlaufstypen der unipolaren Depression vor. Es ist jedoch empirisch belegt, dass einerseits circa 20% der unipolaren Depressionen chronisch verlaufen (Keller 1984, 1992, 1992) und die Behandlung chronischer Verläufe mit einem höheren Aufwand verbunden ist, da in dieser Erkrankungsgruppe u.a. ein signifikant höheres Maß an psychosozialen Komplikationen vorliegt. Es ist davon auszugehen, dass die Behandlung dieses per definitionem schon bei Aufnahme als therapierefraktär klassifizierbaren Erkrankungstyps mit einem höheren finanziellen Aufwand verbunden ist, der zudem über einen längeren Zeitraum erforderlich ist als bei episodisch remittierenden Depressionen. Es ist davon auszugehen, dass in Kliniken mit einem entsprechenden Behandlungsschwerpunkt und breitem Diagnostik- und Interventionsangebot ein erhöhter Anteil dieser Fälle behandelt wird, der in der bisherigen Einteilung der Splits A,B,C innerhalb der Basis-PEPP PA04 nicht berücksichtigt wird. Chronische bzw. therapieresistente Verläufe bei Patienten unter 66 Jahren würden bisher gemeinsam mit episodischen Verläufen unter der Splitkategorie A kodiert, was dem deutlich erhöhten Aufwand für die Behandlung chronisch Erkrankter, insbesondere in ihrem sozialen Funktionsniveau sozial stark beeinträchtigter Patienten widerspricht.

Lösungsvorschlag

Es wird daher vorgeschlagen, in Analogie zur DSM Klassifikation innerhalb der PEPP PA04 der affektiven Störungen ein kontinuierliches Bestehen depressiver Symptomatik mit einer Dauer von mindestens 2 Jahren als PEPP-Splitkriterium zu definieren. Das entsprechende Kriterium zur Einteilung in die ressourcenverbrauchsabhängige Splitkategorie PA04B oder PA04C sollte lauten „chronischer Verlauf einer Depression mit Symptompersistenz über mindestens 2 Jahre“. Es wäre hierbei zu ermitteln, ob eine dieser beiden Splitkategorien geeignet ist, den tatsächlichen Ressourcenverbrauch abzubilden. Als Basis der Kodierung dieser Information besteht prinzipiell auch Bedarf nach Abbildung in der ICD-Kodierungs-Systematik, der auch als positive Anregung zur ICD-11 Entwicklung dienen könnte.

Diagnosen

F32
F33

[Zur Übersicht](#)

Vorschlag zur Kalkulation-PEPP

Kriterium zur Einteilung in die ressourcenverbrauchsabhängige Splitkategorie innerhalb der Basis-PEPP PA04 „chronischer Verlauf einer Depression mit Symptompersistenz über mindestens 2 Jahre“.

Bezug im ICD10: F32 F33 fehlt eine Differenzierung episodischer und chronischer zeitlicher Verlaufsformen der Depression

PROBLEMBESCHREIBUNG:

Die bisherige PEPP 2013 Klassifikation sieht keine Differenzierung episodisch remittierender und chronischer bzw. therapieresistenter Verlaufstypen der unipolaren Depression vor. Es ist jedoch empirisch belegt, dass einerseits circa 20% der unipolaren Depressionen chronisch verlaufen (Keller 1984,1992,1992) und die Behandlung chronischer Verläufe mit einem höheren Aufwand verbunden ist, da in dieser Erkrankungsgruppe u.a. ein signifikant höheres Maß an psychosozialen Komplikationen vorliegt.

Es ist davon auszugehen, dass die Behandlung dieses per definitionem schon bei Aufnahme als therapierefraktär klassifizierbaren Erkrankungstyps mit einem höheren finanziellen Aufwand verbunden ist, der zudem über einen längeren Zeitraum erforderlich ist als bei episodisch remittierenden Depressionen. Es ist davon auszugehen, dass in Kliniken mit einem entsprechenden Behandlungsschwerpunkt und breitem Diagnostik- und Interventionsangebot ein erhöhter Anteil dieser Fälle behandelt wird, der in der bisherigen Einteilung der Splits A,B,C innerhalb der Basis-PEPP PA04 nicht berücksichtigt wird. Chronische bzw. therapieresistente Verläufe bei Patienten unter 66 Jahren würden bisher gemeinsam mit episodischen Verläufen unter der Splitkategorie A kodiert, was dem deutlich erhöhten Aufwand für die Behandlung chronischer Erkrankter, insbesondere in ihrem sozialen Funktionsniveau sozial stark beeinträchtigter Patienten widerspricht.

RELEVANZ:

Die unipolare Depression ist eine der beiden in der Psychiatrie am häufigsten stationär behandelten Erkrankungen. Die Differenzierung betrifft somit eine große Gruppe stationär behandelter Fälle. Die nationale S3 Versorgungsleitlinie unipolare Depression nimmt zur Behandlungsplanung eine Differenzierung episodischer und chronischer Verläufe vor. In den empirisch validierten DSM IV und DSM 5 Klassifikationen psychischer Störungen wird ebenfalls eine Klassifikation in chronische vs. episodische Verläufe bei Depressionen vorgenommen. Es zeigen sich als chronische Verlaufsformen eine vorbestehende Dysthymie, d.h. eine leichtere Form der Depression, auf die sich eine schwere Episode aufsetzt, und eine kontinuierliche schwere Depression ohne episodische Rückbildung.

Bei vorbestehender Dysthymie zeigt sich ein höherer Grad anderer psychischer Erkrankungen der DSM IV Achse I (Holm-Denoma, Berlim, Fleck, & Joiner, 2006) und II (Garyfallos et al., 1999; Pepper, Klei, Anderson, Riso, Ouimette, & Lizardi, 1995), ausgeprägtere Suizidalität (Holm-Denoma, et al., 2006; Klein, Taylor et al.,

1988; Klein et al., 2000) und stärkere funktionelle Einschränkungen (Evans, Cloitre, Kocsis, & Gniwesch, 1995; Hays, Wells, Sherbourne, Rogers, & Spritzer, 1995). Dasselbe trifft auf die dauerhaft chronische Ausprägung schwerer depressiver Episoden zu: Es zeigen sich beispielsweise eine höhere Komorbidität mit Angststörungen (Gilmer et al., 2005; Klein et al., 2004), ausgeprägtere Suizidalität (Garvey et al., 1986; Gilmer et al., 2005) und stärkere funktionelle Einschränkungen (Gilmer et al., 2005) als Patienten mit episodischer schwerer Depression. Zur Klassifikation des Verlaufs unipolarer depressiver Störungen besteht in der ICD-10 Klassifikation lediglich die Möglichkeit zwischen dem Auftreten einer einzigen – d.h. der ersten (F32.) - und mehr als einer Episode (F33) zu unterscheiden. Eine Unterscheidung eines episodisch remittierenden und eines chronischen Verlaufs ist nicht möglich, eine prinzipiell vorstellbare Kodierung einer vorbestehende Dysthymie und einer aktuellen Depressiven Episode ist ausgeschlossen, die spezifische Kodierung einer dauerhaften schweren Symptomatik ist prinzipiell nicht möglich. Insofern besteht auch Bedarf nach Änderung der ICD-Kodierungs-Systematik.

LÖSUNGSVORSCHLAG

Es wird daher vorgeschlagen, in Analogie zur DSM Klassifikation innerhalb der PEPP PA04 der affektiven Störungen ein kontinuierliches Bestehen depressiver Symptomatik mit einer Dauer von mindestens 2 Jahren als PEPP-Splitkriterium zu definieren. Das entsprechende Kriterium zur Einteilung in die ressourcenverbrauchsabhängige Splitkategorie PA04B oder PA04C sollte lauten „chronischer Verlauf einer Depression mit Symptompersistenz über mindestens 2 Jahre“. Es wäre hierbei zu ermitteln, ob eine dieser beiden Splitkategorien geeignet ist, den tatsächlichen Ressourcenverbrauch abzubilden. Als Basis der Kodierung dieser Information besteht prinzipiell auch Bedarf nach Abbildung in der ICD-Kodierungs-Systematik, der auch als positive Anregung zur ICD-11 Entwicklung dienen könnte.

Literatur

DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BptK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression*. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression-Langfassung, 1. Auflage 2009. DGPPN, ÄZQ, AWMF - Berlin, Düsseldorf 2009

Keller MB, Klerman GL, Lavori PW, Coryell W, Endicott J, Taylor J. Long-term outcome of episodes of major depression. Clinical and public health significance. JAMA 1984;252(6):788- 92.

Keller MB, Lavori PW, Mueller TI, Endicott J, Coryell W, Hirschfeld RM, Shea T. Time to recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression. A 5-year prospective follow-up of 431 subjects. Arch Gen Psychiatry 1992;49(10):809-16.

Keller MB. The long-term treatment of depression. J Clin Psychiatry 1999;60 Suppl 17:41-5.

Holm-Denoma JM, Berlim MT, Fleck MPA, Joiner TE. Double depression in adult psychiatric outpatients in Brazil: Distinct from major depression? Psychiatry Research 2006;144:191–196.

Garyfallos G, Adamopoulou A, Karastergiou A, Voikli M, Sotiropoulou A, Donias S, et al. Personality disorders in dysthymia and major depression. Acta Psychiatrica Scandinavica 1999;99:332–340.

Pepper CM, Klein DN, Anderson RL, Riso LP, Ouimette PC, Lizardi H. Axis II comorbidity in dysthymia and major depression. American Journal of Psychiatry 1995;152:239–247.

Klein DN, Taylor EB, Dickstein S, Harding K. Primary early-onset dysthymia: Comparison with primary non-bipolar, non-chronic major depression on demographic, clinical, familial, personality, and socioenvironmental characteristics and short-term outcome. Journal of Abnormal Psychology

Klein DN, Taylor EB, Dickstein S, Harding K. Primary early-onset dysthymia: Comparison with primary non-bipolar, non-chronic major depression on demographic, clinical, familial, personality, and socioenvironmental characteristics and short-term outcome. *Journal of Abnormal Psychology*

Evans S, Cloitre M, Kocsis JH, Keitner GI, Holzer CP, Gniwesch L. Social-vocational adjustment in unipolar mood disorders: Results of the DSM-IV field trial. *Journal of Affective Disorders* 1995;38:73–80.

Hays RD, Wells KB, Sherbourne CD, Rogers W, Spritzer K. Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Archives of General Psychiatry* 1995;52:11–19.

Gilmer WS, Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, Luther J, Howland RH, et al. Factors associated with chronic depressive episodes: A preliminary report from the STAR-D project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2005;112:425–433.

Garvey MJ, Tollefson GD, Tuason VB. Is chronic primary major depression a distinct depression subtype? *Comprehensive Psychiatry* 1986;27:446–448.

[ZurÜbersicht](#)

Vorschlags-Nr.

P1400131

Vorschlagender

Verband der Universitätsklinika

Problemstellung

Der erhöhte Aufwand bei qualifizierter Entzugsbehandlung bei Abhängigkeitserkrankungen wird im OPS-Katalog nicht ausreichend berücksichtigt und kann in der Folge in der Kostenkalkulation nicht sachgerecht abgebildet werden.

Lösungsvorschlag

Es wird daher vorgeschlagen, einen neuen OPS-Code 9-644.-Erhöhter Aufwand bei qualifizierter Entzugsbehandlung von Abhängigkeitserkrankungen vorzusehen. Dazu wird folgender Formulierungsvorschlag gemacht:
Exkl.: Abhängigkeit von Nikotin (Tabak), Koffein und nicht stoffgebundenen Abhängigkeiten

Hinw.: Dieser Code ist ein Zusatzcode. Er kann nur jeweils in Kombination angegeben werden mit der Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-60), der Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-61), der Psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-62) und der Psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-63). Solange die Mindestmerkmale dieses Codes erfüllt sind, ist er jedes Mal bei der Verwendung eines Codes aus den Bereichen 9-60, 9-61, 9-62 und 9-63 mit anzugeben

Mindestmerkmale:

- Stationäre Entzugsbehandlung einer Abhängigkeitserkrankung mit spezifischer somatischer Diagnostik von Begleit- und Folgeerkrankungen (z.B. Polyneuropathie, HIV- und / oder Hepatitis-Infektionen, Wernicke-Korsakow-Syndrom, hepatische Enzephalopathie, Schädel-Hirn-Traumata, Kleinhirnatrophie etc.).
- Die damit verbundene aufwendige Diagnostik erfordert eine 24 Stunden vorhandene Infrastruktur mit den Möglichkeiten einer spezifischen neuroradiologischen Diagnostik (CCT, MRT), Möglichkeiten der Durchführung eines Notfalllabors sowie laborchemischer Spezialanalytik (z.B. Ammoniak-Bestimmung) sowie eine Konsiliar-ärztliche Mitbetreuung durch Abteilungen der Inneren Medizin, Neurologie, Intensivmedizin und Chirurgie
- Team unter Verantwortung eines Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie oder eines Facharztes für Nervenheilkunde jeweils mit suchtmmedizinischer Zusatzqualifikation insbesondere in motivierender Gesprächsführung. Die Qualifikation in motivierender Gesprächsführung ist eine notwendige Schlüsselqualifikation für die Anleitung des Teams zur Motivationsarbeit im Rahmen der qualifizierten Entzugsbehandlung
- Täglich mindestens 3 dokumentierte Bezugspflege-Kontakte zur Überprüfung und Anpassung des suchtspezifischen und des somatischen Behandlungsplans
- Umfassende Information und Aufklärung über Abhängigkeitserkrankungen, Förderung von Veränderungsbereitschaft und Motivierung zur problemspezifischen Weiterbildung und Einleitung suchtspezifischer Anschlussbehandlungen (z.B. Nachsorgeplan, Einleitung einer Entwöhnungstherapie)
- Standardisiertes suchtmmedizinisches und soziales Assessment
- Durchführung einer standardisiert erfassten Symptom-geleiteten medikamentösen Entzugsbehandlung (z.B. nach CIWA-Ar)
- Ressourcen- und lösungsorientiertes Therapiemanagement unter Einsatz differenzierter Therapieelemente patientenbezogen in Kombination von Gruppen- und Einzelarbeit: Psychoedukative Informationsgruppen, medizinische Informationsgruppen, themenzentrierte Einzel- und Gruppentherapie, Ergotherapie, Krankengymnastik/Bewegungstherapie, Entspannungsverfahren
- Maßnahmen zur Eingliederung des Patienten in das bestehende regionale Suchthilfesystem (Suchtselbsthilfe, Suchtberatungsstellen)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400131



Prozeduren

9-640

[Zur Übersicht](#)

Vorschlags-Nr.

P1400132

Vorschlagender

Verband der Universitätsklinika

Problemstellung

Zusätzlich zum täglich eingestuftem Betreuungsintensitätsmodell (Dokumentation des Pflegeaufwandes der Fachverbände) sollte in den Kalkulationshäusern der Krankheitschweregrad und die Störungskomplexität abgebildet werden anhand des langjährig in der KJPP eingeführten Multiaxialen Klassifikationssystems MAS nach Rutter, dt. Übersetzung von Schmidt und Remschmidt (zuletzt 5. Auflage 2006), das geprüfte Operationalisierungen enthält und in allen Kliniken der KJPP verbindlich eingeführt ist. Wir halten das MAS für das geeignete Schweregradmaß und sehen hier eine abweichende Entwicklung von der Erwachsenenpsychiatrie.

Lösungsvorschlag

Der Krankheitschweregrad und die Störungskomplexität werden nach Aufnahme und einmalig pro Behandlungsfall erhoben. Die Übermittlung erfolgt in 3 Datenfeldern gemäß der Operationalisierung des MAS (liegt in jeder KJPP vor):

Feld 1: 2. Achse MAS, Zahlenwert 1-9

(1= IQ >129; 2= IQ 115-129; 3= IQ 85-114; 4=IQ 70-84; 5=IQ 50-69; 6=IQ 35-49; 7=IQ 20-34; 8= IQ<20; 9= IQ nicht zu erheben)

Feld 3: 5. Achse MAS, Zahlenwert 0 – 38 (Maximal erreichbare Anzahl an Belastungsfaktoren)

Feld 4: 6. Achse MAS, Zahlenwert 0-9

(0= Herausragende Funktion, 1= vorübergehende oder geringere Schwierigkeiten in nur 1 oder 2 Bereichen, 2= leichte Schwierigkeiten in mindestens 1 oder 2 Bereichen, 3=mäßige Beeinträchtigung in mindestens 1 oder 2 Bereichen, 4= ernsthafte soziale Beeinträchtigung in mindestens 1 oder 2 Bereichen, 5=ernsthafte soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen, 6=Funktionsunfähig in den meisten Bereichen, 7=schwere und durchgängige soziale Beeinträchtigung, 8=Tiefe und durchgängige soziale Beeinträchtigung; 9= nicht einschätzbar)

Beschreibung des MAS-Modells relativ zu bereits erhobenen Daten:

Achse 1: Psychiatrische Haupt- und Nebendiagnosen nach ICD-10 // DKR-Psych

Achse 2: Entwicklungsstörungen sind in der ICD-10-GM unter F 8 komplett abgebildet. Bedeutsame Nebendiagnosen, sofern nicht Hauptdiagnose (wie z.B. Autismus F 84).

Achse 3: Intelligenzminderungen werden teilweise über F 7-Diagnosen als Haupt- oder Nebendiagnose erfasst, wobei aber eine andere Gewichtung und höhere Differenzierung im MAS verglichen mit der ICD-10 besteht: Lernbehinderung ab IQ 85 sowie hohe Intelligenz werden als Risikofaktoren erfasst.

Achse 4: Somatische und neurologische Diagnosen. Werden bereits als komplizierende Nebendiagnosen über ICD-10 // DKR im PEPP erfasst.

Achse 5: Psychosozialen Belastungsfaktoren. Die Anzahl der Kodierungen auf der 5. Achse sollte ungewichtet eingehen.

Achse 6: allgemeines Funktionsniveau im Sinne der Psychosozialen Beeinträchtigung. Diese Achse ist zentral für die Einschätzung des Ausmaßes der Teilhabebeeinträchtigung, wichtig für die Differenzierung des erforderlichen Eingliederungsaufwands und Behandlungsaufwands.

[Der Vorschlag wird unterstützt von: BAG KJPP, DGKJP, BAG PED, Verbändeübergreifende Arbeitsgruppe BAG/ G-KinD, Verband der Universitätskliniken in Deutschland]

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400133

Vorschlagender

Verband der Universitätsklinik



Problemstellung

Die Kostenanalyse des Verbandes der Universitätsklinik hat ergeben, dass ein Teil der diagnostischen Maßnahmen keine Standardleistung bei der Diagnostik sind und daher in der Kostenkalkulation nicht ausreichend berücksichtigt werden. Hierbei handelt es sich um kostenintensive Verfahren, die zwar nur in Einzelfällen durchgeführt werden, prinzipiell aber bei allen PEPP-Pauschalen vorkommen können. Hieraus resultiert eine Kostenunterdeckung. Dies betrifft die Gendiagnostik.

Lösungsvorschlag

Daher schlagen wir vor, für Maßnahmen im Bereich der Gendiagnostik ein Zusatzentgelt vorzusehen.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400134

Vorschlagender

Verband der Universitätsklinik



Problemstellung

Die Kostenanalyse des Verbandes der Universitätsklinik hat ergeben, dass ein Teil der diagnostischen Maßnahmen keine Standardleistung bei der Diagnostik sind und daher in der Kostenkalkulation nicht ausreichend berücksichtigt werden. Hierbei handelt es sich um kostenintensive Verfahren, die zwar nur in Einzelfällen durchgeführt werden, prinzipiell aber bei allen PEPP-Pauschalen vorkommen können. Hieraus resultiert eine Kostenunterdeckung. Dies betrifft die Kapselendoskopie.

Lösungsvorschlag

Daher schlagen wir vor, für diagnostische Maßnahmen im Bereich der Kapselendoskopie (OPS 1-656 und 1-63a) ein Zusatzentgelt vorzusehen.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400135

Vorschlagender

Verband der Universitätsklinik



Problemstellung

Die Kostenanalyse im Verband der Universitätsklinik hat ergeben, dass in Abhängigkeit der Erkrankungsschwere der Kostenaufwand bei der Anorexia Nervosa unterschiedlich hoch ist. Die Erfassung besonderer Schweregrade wird bislang aber noch nicht ausreichend bei der Kostenkalkulation berücksichtigt.

Lösungsvorschlag

Daher schlagen wir vor, für das Krankheitsbild der Anorexia Nervosa folgende Schweregrad erhöhenden Faktoren als Kostentrenner für die Kalkulation zu überprüfen:
BMI<10, bzw. BMI<13, mit Leberversagen, mit Agranulozytose (Neutrophile <500) und Isolationspflicht, Purgieren, Chronifizierungsgrad (Dauer der Erkrankung und Anzahl der stationären Vorbehandlungen), Gesetzliche Betreuung, Notwendigkeit zur Vollpflege

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400136

Vorschlagender

Verband der Universitätsklinik



Problemstellung

Die Kostenanalyse im Verband der Universitätsklinik hat ergeben, dass in Abhängigkeit der Erkrankungsschwere der Kostenaufwand bei der Schmerzbehandlung unterschiedlich hoch ist. Die Erfassung besonderer Schweregrade wird bislang aber noch nicht ausreichend bei der Kostenkalkulation berücksichtigt.

Lösungsvorschlag

Daher schlagen wir vor, für das Krankheitsbild Schmerz folgende Schweregrad erhöhenden Faktoren als Kostentrenner für die Kalkulation zu überprüfen:

Fehlschlagen unimodaler Therapie, Medikamentenabhängigkeit, begleitende somatische oder psychischer Erkrankung, Arbeitsfähigkeit, Chronifizierungsgrad (z.B. nach Gerbershagen)

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400137

Vorschlagender

Verband der Universitätsklinik



Problemstellung

Die Kostenanalyse im Verband der Universitätsklinik hat ergeben, dass in Abhängigkeit der Erkrankungsschwere der Kostenaufwand bei der Adipositasbehandlung unterschiedlich hoch ist. Die Erfassung besonderer Schweregrade wird bislang aber noch nicht ausreichend bei der Kostenkalkulation berücksichtigt.

Lösungsvorschlag

Daher schlagen wir vor, für das Krankheitsbild Adipositas folgende Schweregrad erhöhenden Faktoren als Kostentrenner für die Kalkulation zu überprüfen:
BMI<60, bzw. BMI<70, Arbeitsfähigkeit

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400138

Vorschlagender

Verband der Universitätsklinik



Problemstellung

Die Kostenanalyse im Verband der Universitätsklinik hat ergeben, dass in Abhängigkeit der Erkrankungsschwere der Kostenaufwand bei der Adipositasbehandlung unterschiedlich hoch ist. Die Erfassung besonderer Schweregrade wird bislang aber noch nicht ausreichend bei der Kostenkalkulation berücksichtigt.

Lösungsvorschlag

Daher schlagen wir vor, als Kostentrenner bei Somatoformen Störungen den Chronifizierungsgrad (Dauer der Erkrankung und Umfang der Vorbehandlungen) als Schweregrad erhöhenden Faktoren für die Kalkulation zu überprüfen.

[Zur Übersicht](#)

Vorschlags-Nr.

P1400139

Vorschlagender

Verband der Universitätsklinik

Problemstellung

Somatische Komorbiditäten finden im PEPP als sogenannte „komplizierende Konstellation“ Berücksichtigung und führen hier über den damit verbundenen erhöhten Ressourcenverbrauch zu einem „Upgrading“ innerhalb des Basis-PEPP, meist in die Kategorie A=höchster Ressourcenverbrauch. Die zur Anwendung kommenden Diagnoselisten können sich auf einzelne Basis-PEPP beziehen (z.B. PA02, PA15) oder finden globalere Anwendung (Funktion Komplizierende somatische Nebendiagnose, Funktion Komplizierende somatische Nebendiagnose bei affektiven Störungen, Funktion Komplizierende somatische Nebendiagnose bei psychotischen Störungen).

Die dort aufgeführten Diagnosen bilden nicht die für eine Universitätsklinik häufigen und besonders schweren somatischen Komorbiditäten ab. Nur wenn innerhalb eines Basis-PEPP (bestimmt durch die Hauptdiagnose) eine der konkret aufgelisteten somatischen Nebendiagnosen vorliegt, ist das Kriterium erfüllt. Wenn andere u.U. viel schwerwiegendere somatische Erkrankungen vorliegen, greift dieses Kriterium nicht. Im Falle des Basis-PEPP PA02:“ Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ wird nur das Vorliegen einer komorbiden Hepatitis, HIV-Infektion, einer Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes und einer Wernicke-Enzephalopathie erfasst. Patienten mit komorbiden Abszessen, Thrombosen, hepatischer Enzephalopathie u.s.w. erfüllen diese komplizierende Konstellation nicht und bleiben in ihrem Ressourcenverbrauch unberücksichtigt.

Lösungsvorschlag

Wir schlagen für die Basis-Pepp Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (BPEPP PA02) vor, die spezifischen Diagnoselisten PA02-1 „Komplizierende somatische Diagnosen bei substanzinduzierten Störungen“ wie folgt zu ergänzen:

E41 Alimentärer Marasmus

A46 Erysipel

G04.8 Septische Herdenzephalitis (Sonstige Enzephalitis)

I33.- Endokarditis, akut und subakut

I51.4 Myokarditis, nicht näher bezeichnet

I80.0 Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis oberflächlicher Gefäße der unteren E.

I80.1 Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der V. femoralis

I80.2 Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren E.

I80.9 Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis nicht näher bezeichneter Lokalisation

J13 Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae

J14 Pneumonie durch Haemophilus influenzae

J15.4 Pneumonie durch sonstige Streptokokken

J15.8 Sonstige bakterielle Pneumonie

J15.9 Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet

J18.9 Pneumonie, nicht näher bezeichnet

K04.6 Periapikaler Abszess mit Fistel

K70.1 Alkoholische Hepatitis

K70.3 Alkoholische Leberzirrhose

K85.2 Alkoholinduzierte akute Pankreatitis

K04.7 Periapikaler Abszess ohne Fistel

K72.71 Hepatische Enzephalopathie, Grad 1

K72.72 Hepatische Enzephalopathie, Grad 2

K72.73 Hepatische Enzephalopathie, Grad 3

L02.1 Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Hals

L02.2 Hautabszess, Furunkel und Karbunkel am Rumpf

L02.4 Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an Extremitäten

L02.8 Hautabszess, Furunkel und Karbunkel an sonstigen Lokalisationen

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400140

Vorschlagender

Verband der Universitätsklinik



Problemstellung

Somatische Komorbiditäten finden im PEPP als sogenannte „komplizierende Konstellation“ Berücksichtigung und führen hier über den damit verbundenen erhöhten Ressourcenverbrauch zu einem „Upgrading“ innerhalb des Basis-PEPP, meist in die Kategorie A=höchster Ressourcenverbrauch. Die zur Anwendung kommenden Diagnoselisten können sich auf einzelne Basis-PEPP beziehen (z.B. PA02, PA15) oder finden globalere Anwendung (Funktion Komplizierende somatische Nebendiagnose, Funktion Komplizierende somatische Nebendiagnose bei affektiven Störungen, Funktion Komplizierende somatische Nebendiagnose bei psychotischen Störungen). Allerdings bilden die dort aufgeführten Diagnosen nicht die für eine Universitätsklinik häufigen und besonders schweren somatischen Komorbiditäten ab.

Warum bei affektiven und psychotischen Störungen neben der global zur Anwendung kommenden „Funktion Komplizierende somatische Nebendiagnose“ eine zweite Funktion angeboten wird, ist schwer verständlich, da nicht nur primäre ZNS-Erkrankungen (MS) und deren Folgezustände (Zerebrale Lähmungen), sondern auch das Gebiet der Pneumonien aufgeführt ist, die u.E. bei diesen Diagnosegruppen nicht häufiger vorkommen als in anderen Kategorien bzw. Basis-PEPPs und in der Globalen Funktion Komplizierende somatische Nebendiagnose nicht vorkommen.

Lösungsvorschlag

Wir schlagen vor, die sehr ähnlichen globaleren Funktionen

- Funktion Komplizierende somatische Nebendiagnose bei psychotischen Störungen (SND03-)
- Funktion Komplizierende somatische Nebendiagnose bei affektiven Störungen (SND04-)

durch ZNS-Erkrankungen, die häufig mit affektiven oder psychotischen Störungen vorkommen und noch keine Berücksichtigung in der Funktion Komplizierende somatische Nebendiagnose gefunden haben (Vermeidung von Überschneidungen), wie folgt zu ergänzen:

G91.2 Normaldruckhydrozephalus

G11.- Hereditäre Ataxie

R47.0Dysphasie, Aphasie

N31.0 Ungehemmte neurogene Blasenentleerung

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014



Vorschlags-Nr.

P1400141

Vorschlagender

Verband der Universitätsklinik

Problemstellung

Somatische Komorbiditäten finden im PEPP als sogenannte „komplizierende Konstellation“ Berücksichtigung und führen hier über den damit verbundenen erhöhten Ressourcenverbrauch zu einem „Upgrading“ innerhalb des Basis-PEPP, meist in die Kategorie A=höchster Ressourcenverbrauch. Die zur Anwendung kommenden Diagnoselisten können sich auf einzelne Basis-PEPP beziehen (z.B. PA02, PA15) oder finden globalere Anwendung (Funktion Komplizierende somatische Nebendiagnose, Funktion Komplizierende somatische Nebendiagnose bei affektiven Störungen, Funktion Komplizierende somatische Nebendiagnose bei psychotischen Störungen). Allerdings bilden die dort aufgeführten Diagnosen nicht die für eine Universitätsklinik häufigen und besonders schweren somatischen Komorbiditäten ab.

In der bei den meisten PEPPs „angebotenen“ Funktion Komplizierende somatische Nebendiagnose (Ausnahmen PA01 und PA15) fehlen u.E. aufwendige somatische Erkrankungen wie häufige Krebserkrankungen. Nicht selten dekompensieren Patienten unter ihrer Krebserkrankung, müssen zwingend stationär in unseren Einrichtungen behandelt werden und bedürfen z.B. einer begleitenden Chemotherapie oder aufwendigen Diagnostik. Chemotherapien sind in der Regel nicht Zusatzentgelt-fähig und werden in der Somatik aus diesem Grunde auch vorwiegend ambulant verabreicht, was aber bei schwer depressiven Patienten nicht möglich ist. Zumindest die häufigen Krebserkrankungen sollten aus diesem Grund Berücksichtigung erfahren.

Außerdem fehlen u.E. die häufigsten Pneumonien in der Liste. Diese finden nur bei den Funktionen mit Beschränkung auf affektive oder psychotische Störungen und bei PA15 (Organische Störungen...) Berücksichtigung. Das ist u.E. nicht einsichtig. Auch ein Patient mit einer Essstörung kann an einer Pneumonie erkranken, ebenso der Drogenabhängige Patient.

Lösungsvorschlag

Wir schlagen vor, die Funktion Komplizierende somatische Nebendiagnose, Psychiatrie (SOMND-1) wie folgt zu ergänzen:

- A08.1 Akute Gastroenteritis durch Norovirus
- B02.-Zoster (Herpes Zoster)
- C43.-Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
- C43.-Bösartiges Melanom der Haut
- C50.-Bösartige Neubildung der Brustdrüse
- C53.-Bösartige Neubildung des Cervix uteri
- C54.-Bösartige Neubildung des Corpus uteri
- C56.-Bösartige Neubildung des Ovars
- C61.-Bösartige Neubildung der Prostata
- C81.-Hodgin Lymphom
- C91.-Chronische lymphatische Leukämie
- C92.1 Chronische myeloische Leukämie
- I10.11 Maligne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
- I20.-Angina pectoris
- I80.1 Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis der V. femoralis
- I80.2 Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der u.E.
- J09 Grippe durch bestimmte nachgewiesene Influenzaviren
- J12.-Viruspneumonie
- J13 Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae
- J14 Pneumonie durch Haemophilus influenzae
- J15.1 Pneumonie durch Pseudomonas
- J15.2 Pneumonie durch Staphylokokken
- J15.3 Pneumonie durch Streptokokken Gruppe B
- J15.4 Pneumonie durch sonstige Streptokokken

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400141



J15.5 Pneumonie durch Escherichia coli
J15.6 Pneumonie durch andere aerobe gramnegative Bakterien
J15.7 Pneumonie durch Mycoplasma pneumoniae
J15.8 Sonstige bakterielle Pneumonie
J15.9 Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet
J16.0 Pneumonien durch Chlamydien
J16.8 Pneumonie durch sonstige nicht bezeichnete Infektionserreger
U80.-Erreger mit bestimmten Antibiotika-Resistenzen, die besondere therapeutische und hygienische Maßnahmen erfordern

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400142

Vorschlagender

Verband der Universitätsklinik



Problemstellung

Die Weiterbildung von Ärzten/-innen verursacht einen spezifischen Aufwand. Ärzte/-innen in Weiterbildung haben bei weitem nicht die Produktivität wie erfahrene Fachärzte. Im Vergleich zu Kliniken ohne Weiterbildungsaufgaben werden deshalb in Weiterbildungseinrichtungen oftmals mehr Ärzte für die gleichen Leistungen eingesetzt. Dadurch fällt ein zusätzlicher direkter Personalaufwand an. Zusätzlich muss dort auch für die erfahrenen Ober- und Fachärzte ein zusätzlicher Aufwand veranschlagt werden, weil sich diese um die Anleitung der Berufsanfänger kümmern. Dies ist zumeist dann einschlägig, wenn entsprechende Vorschriften den Facharztstandard vorsehen. Insgesamt verzögern sich in den Einrichtungen, die Ärzte/-innen weiterbilden, viele Abläufe durch den überdurchschnittlich hohen Anteil von Nichtfachärzten in der Weiterbildung.

In der bisherigen Kostenkalkulation werden die Kosten für die Weiterbildung der Ärzte/-innen nicht gesondert berücksichtigt. Die Kosten der ärztlichen Weiterbildung fließen undifferenziert in die Durchschnittskalkulation der pauschalierten Entgelte ein. Dies führt schließlich dazu, dass bei der Vergütung allen Einrichtungen ein spezifischer Weiterbildungsaufwand erstattet wird und zwar unabhängig davon, ob, in welchem Umfang und mit welchem Aufwand sie sich an der ärztlichen Weiterbildung beteiligen. Dadurch werden diejenigen Einrichtungen wesentlich benachteiligt, die sich besonders stark in der Weiterbildung engagieren, und führt dort zu einer Kostenunterdeckung der Weiterbildung. Gleichzeitig profitieren davon diejenigen Einrichtungen, die sich gar nicht oder kaum an der Weiterbildung von Ärzten/-innen beteiligen.

Lösungsvorschlag

Wir schlagen vor, erstens zu überprüfen, ob es zwischen den Einrichtungen (z.B. Universitätsklinik, allgemeine nichtuniversitäre Krankenhäuser, kleine vs. große Krankenhäuser, Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Betten Einrichtungen) relevante Unterschiede bzgl. der Zahl bzw. des Anteils der Ärzte/-innen in einer Weiterbildung gibt.

Zweitens schlagen wir vor zu überprüfen, ob es zwischen den Einrichtungen, die Aufgaben in der ärztlichen Weiterbildung übernehmen, signifikante Unterschiede im spezifischen Aufwand für die ärztliche Weiterbildung gibt. Es ist beispielsweise davon auszugehen, dass die Einrichtungen mit einem Weiterbildungszertifikat für „Psychiatrie und Psychotherapie“ nach den Richtlinien der Europäischen Facharztgesellschaft „Union Européenne des Médecins Spécialistes“ (UEMS) einen erhöhten Aufwand für die ärztliche Weiterbildung haben. Denn zusätzlich zu den Anforderungen der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer müssen sie weitere Kriterien erfüllen, wie z.B. Zugänglichkeit zu Literatur, Supervisionen, feste Ansprechpartner, Rotationsorganisation, Sicherheitsmaßnahmen im Dienst usw.

[Zur Übersicht](#)

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Vorschlags-Nr.

P1400143

Vorschlagender

Pfalzkllinikum für Psychiatrie und Neurologie



Problemstellung

Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen werden bei Eignung und vorliegender Motivation über ca. 12 Wochen in einem sehr aufwändigen DBT Therapieprogramm (Dialektisch-Behaviorale-Therapie) behandelt.

Durch den deutlichen Abfall der Gewichtung bei den PEPP PA14B nach dem 10. und 30. Tag wird die Behandlung nicht mehr leistungsgerecht vergütet.

Lösungsvorschlag

Einstufung dieser Patienten in eine eigene PEPP mit linearer Gewichtung wenn sie in einem definierten therapeutischen Programm (DBT) behandelt werden.

[Zur Übersicht](#)