

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2015

Veröffentlichung der eingereichten Vorschläge *¹



Inhaltsverzeichnis

Vorschlagsnr. Einreichende Institution

P1500009	Klinikum der Goethe Universität, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
P1500010	Klinikum der Goethe Universität, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
P1500012	vdek
P1500013	St. Marien-Hospital Düren
P1500014	Caritas Trägergesellschaft West gGmbH
P1500015	Oberhavel Kliniken GmbH
P1500016	St. Marien-Hospital Düren
P1500017	Landschaftsverband Rheinland (LVR)
P1500018	Landschaftsverband Rheinland (LVR)
P1500019	Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz
P1500020	Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf
P1500021	Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf
P1500022	Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf
P1500023	Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf
P1500024	Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf
P1500025	DKG e.V.
P1500026	DKG e.V.
P1500027	DKG e.V.
P1500028	Landschaftsverband Rheinland (LVR)
P1500029	Landschaftsverband Rheinland (LVR)
P1500030	Trommsdorff GmbH & Co. KG Arzneimittel
P1500031	GSG Consulting GmbH
P1500032	Landschaftsverband Rheinland (LVR)
P1500033	DGPPN
P1500034	DGPPN
P1500035	DGPPN
P1500036	DGPPN
P1500037	DGPPN
P1501028	St. Lukas Klinik
P1501029	Rhön-Klinikum AG
P1501030	Heinrich-Sengelmann- Krankenhaus gemeinnützige GmbH
P1501031	Heinrich-Sengelmann- Krankenhaus gemeinnützige GmbH
P1501032	Heinrich-Sengelmann- Krankenhaus gemeinnützige GmbH
P1501033	Heinrich-Sengelmann- Krankenhaus gemeinnützige GmbH
P1501034	Heinrich-Sengelmann- Krankenhaus gemeinnützige GmbH
P1501035	Heinrich-Sengelmann- Krankenhaus gemeinnützige GmbH
P1501036	Heinrich-Sengelmann- Krankenhaus gemeinnützige GmbH
P1501037	Bundesdirektorenkonferenz
P1501038	Kreisklinik Ebersberg
P1501039	Katholische Kliniken Ruhrhalbinsel GmbH
P1501040	BAG KJPP DGKJP
P1501041	BAG KJPP DGKJP
P1501042	BAG KJPP DGKJP
P1502028	Psychiatrische Klinik Lüneburg gGmbH

*¹ Von der Veröffentlichung ausgenommen sind Vorschläge, die überwiegend vertrauliche Daten (z.B. Kostendaten) enthielten, oder bei denen der Vorschlagende einer Veröffentlichung widersprochen hat.

Vorschlags-Nr.

P1500009

Vorschlagender

Klinikum der Goethe Universität, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie



Problemstellung

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte mich heute gerne mit einer Frage zur Verschlüsselung von Intensivleitungen an Sie wenden. Ich bin OPS/PEPP-Beauftragter der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Frankfurt. Wir haben kürzlich die Datensätze der im Jahr 2012 behandelten Patienten "gruppen" lassen. Dabei fiel auf, dass nur wenige der Patienten die prä-PEPPs P002A/P002B erreichen.

Bei genauerer Sichtung der Datenlage fiel auf, dass pro Woche mehrere OPS-Codes der Klassen 9-670 und 9-671 erzeugt wurden. Im "Systematischen Verzeichnis OPS 2013" wird angegeben, dass pro Woche in der Regel ein Code pro Kategorie angegeben wird. Bei dauerbetreuten Patienten werden aber in der Regel pro Woche mehrere Codes pro Kategorie erzeugt, da die Intensivleistungen an den einzelnen Tagen variieren. Dies hat zur Folge, dass bei inhomogen verteilten wöchentlichen Intensivleistungen (siehe Beispiel) viele Tage nicht gezählt werden. Auf diese Weise können u.a. Tage mit besonders hohen Intensivleistungen aus der Berechnung herausfallen.

Laut Definition der Prä-PEPPs P002A/B werden OPS-Codes mit einer "0" am Ende (=Leistungen, die nur einmal pro Woche anfallen) nicht berücksichtigt.

Eingang in den Grouper erhalten also nur die im Folgenden rot dargestellten Leistungen, während die weiß dargestellten nicht berücksichtigt werden:

Lösungsvorschlag

Wir empfehlen entweder

- eine Neudefinition der Intensivleistungen, die sicherstellt, dass nur ein wöchentlicher OPS-Code jeweils für die Intensivleistungen Einzelbetreuung bzw. Kleingruppenbetreuung erzeugt wird.

oder

- die Aufnahme der OPS-Codes 9-670.X0 bzw 9-671-X0 in die Definition der PräPEPPS P002A / P002B

Zu diesem Vorschlag existieren ein oder mehrere Anlagen. Sie sind diesem Dokument ggf. beigelegt.

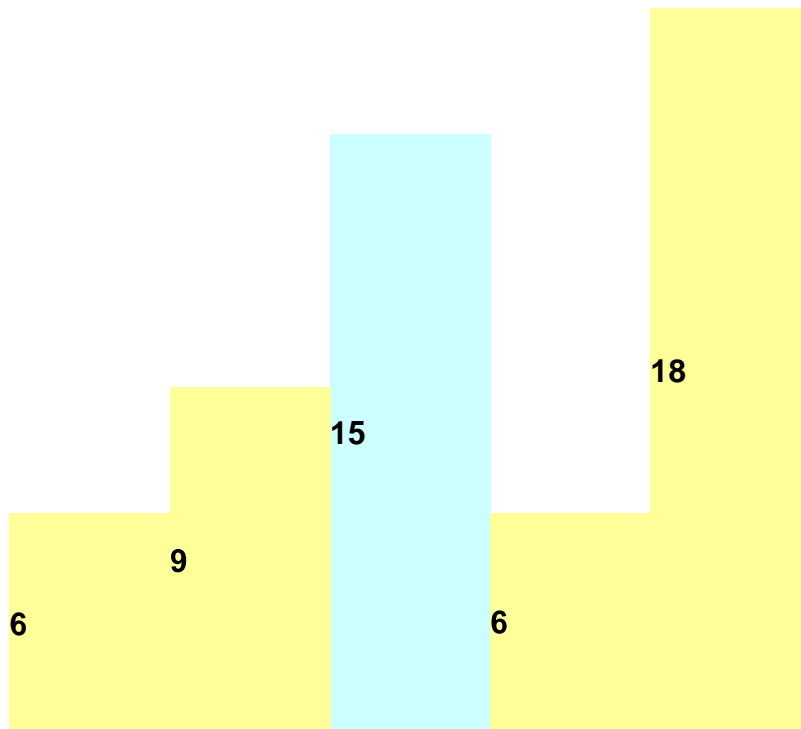
Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte mich heute gerne mit einer Frage zur Verschlüsselung von Intensivleitungen an Sie wenden. Ich bin OPS/PEPP-Beauftragter der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Frankfurt. Wir haben kürzlich die Datensätze der im Jahr 2012 behandelten Patienten "gruppen" lassen. Dabei fiel auf, dass nur wenige der Patienten die prä-PEPPs P002A/P002B erreichen.

Bei genauerer Sichtung der Datenlage fiel auf, dass pro Woche mehrere OPS-Codes der Klassen 9-670 und 9-671 erzeugt wurden. Im "Systematischen Verzeichnis OPS 2013" wird angegeben, dass pro Woche in der Regel ein Code pro Kategorie angegeben wird. Bei dauerbetreuten Patienten werden aber in der Regel pro Woche mehrere Codes pro Kategorie erzeugt.

Folgendes Beispiel:

Ein Patient erreichte in Kalenderwoche 1 folgende Einzelbetreuungswerte (gelb) bzw. Kleinstgruppenbetreuung (blau), Angaben jeweils in Stunden:



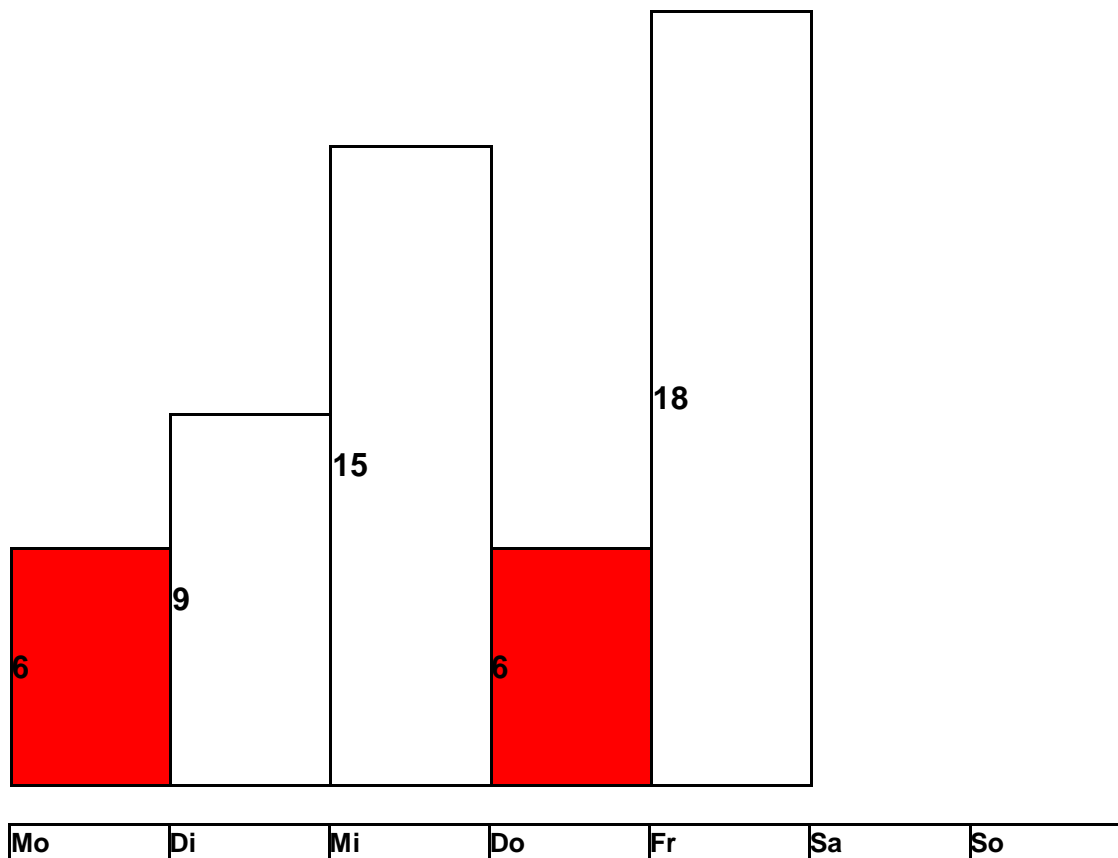
Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
----	----	----	----	----	----	----

Es ergeben sich folgende Codes:

OPS **9-671.21**
 9-671.30
 9-671.40

 9-670.40

Laut Definition der Prä-PEPPs P002A/B werden OPS-Codes mit einer "0" am Ende (=Leistungen, die nur einmal pro Woche anfallen) nicht berücksichtigt.
 Eingang in den Grouper erhalten also nur die im Folgenden rot dargestellten Leistungen, während die weiß dargestellten nicht berücksichtigt werden:



Es werden also nur Leistungen gezählt, die mindestens an 2 Tagen identisch erfolgten. Im dargestellten Fall sind das 22% der erbrachten Gesamtleistungen.
 Die meisten unserer Patienten erreichen aus diesem Grund nicht die Intensiv-PEPPs, obwohl sie in hohem Maß Intensivleistungen erhalten.

Mich würde interessieren, wie Sie diesen Aspekt einschätzen. Da in der Kinder- und Jugendpsychiatrie den Prä-PEPPs eine besondere finanzielle Bedeutung zukommt, möchte ich Sie um eine umfassende Stellungnahme bitten.

Problemstellung

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte mich heute gerne mit einer Frage zur Verschlüsselung von Intensivleistungen an Sie wenden. Ich bin OPS/PEPP-Beauftragter der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Frankfurt. Wir haben kürzlich die Datensätze der im Jahr 2012 behandelten Patienten "gruppen" lassen. Dabei fiel auf, dass nur wenige der Patienten die prä-PEPPs P002A/P002B erreichen.

Bei genauerer Sichtung der Datenlage fiel auf, dass pro Woche mehrere OPS-Codes der Klassen 9-670 und 9-671 erzeugt wurden. Im "Systematischen Verzeichnis OPS 2013" wird angegeben, dass pro Woche in der Regel ein Code pro Kategorie erzeugt wird. Bei dauerbetreuten Patienten werden aber in der Regel pro Woche mehrere Codes pro Kategorie erzeugt, da die Intensivleistungen an den einzelnen Tagen variieren.

Dies hat zur Folge, dass bei inhomogen verteilten wöchentlichen Intensivleistungen (siehe Beispiel im beigefügten Dokument) viele Tage nicht gezählt werden. Auf diese Weise können u.a. Tage mit besonders hohen Intensivleistungen aus der Berechnung herausfallen. Im dargestellten Beispiel werden deshalb nur 22% der erbrachten Intensiv-Leistungen für die PEPP-Klassifikation berücksichtigt.

Lösungsvorschlag

Wir empfehlen entweder

- eine Neudefinition der Intensivleistungen, die sicherstellt, dass nur ein wöchentlicher OPS-Code jeweils für die Intensivleistungen Einzelbetreuung bzw. Kleingruppenbetreuung erzeugt wird.

oder

- die Aufnahme der OPS-Codes 9-670.X0 bzw 9-671-X0 in die Definition der PräPEPPs P002A / P002B

Zu diesem Vorschlag existieren ein oder mehrere Anlagen. Sie sind diesem Dokument ggf. beigefügt.

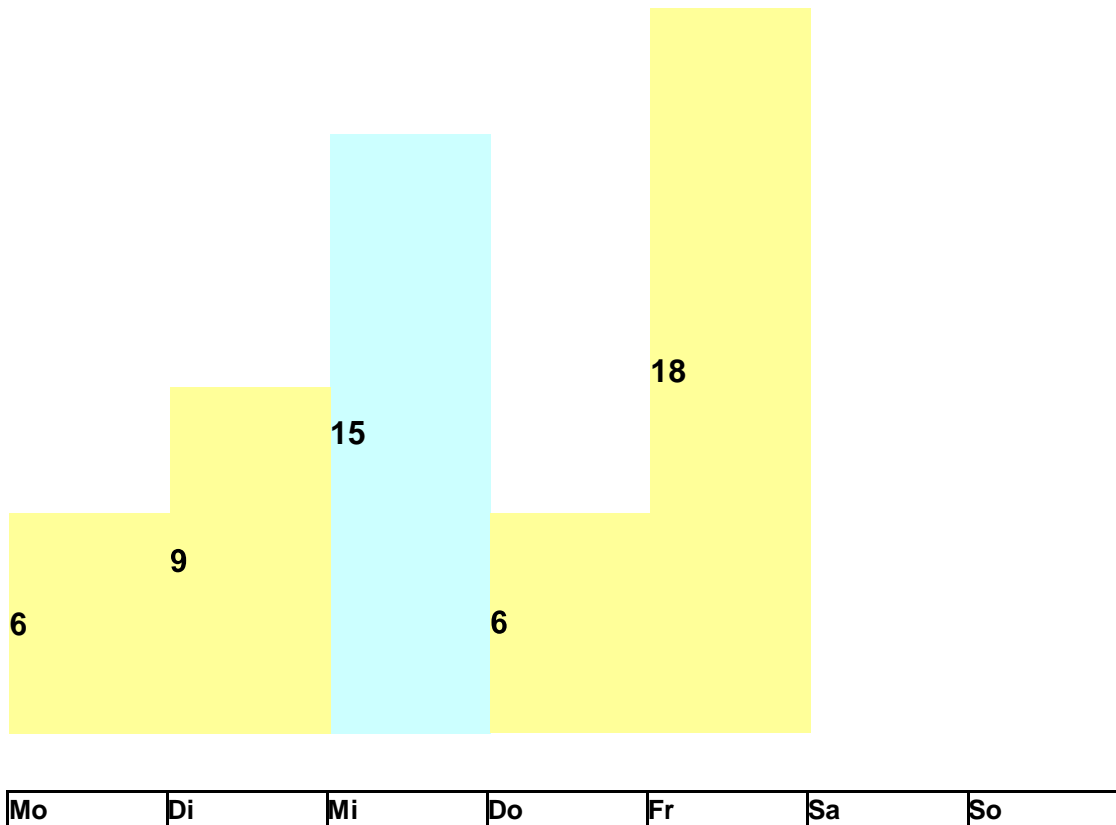
Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte mich heute gerne mit einer Frage zur Verschlüsselung von Intensivleitungen an Sie wenden. Ich bin OPS/PEPP-Beauftragter der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Frankfurt. Wir haben kürzlich die Datensätze der im Jahr 2012 behandelten Patienten "gruppen" lassen. Dabei fiel auf, dass nur wenige der Patienten die prä-PEPPs P002A/P002B erreichen.

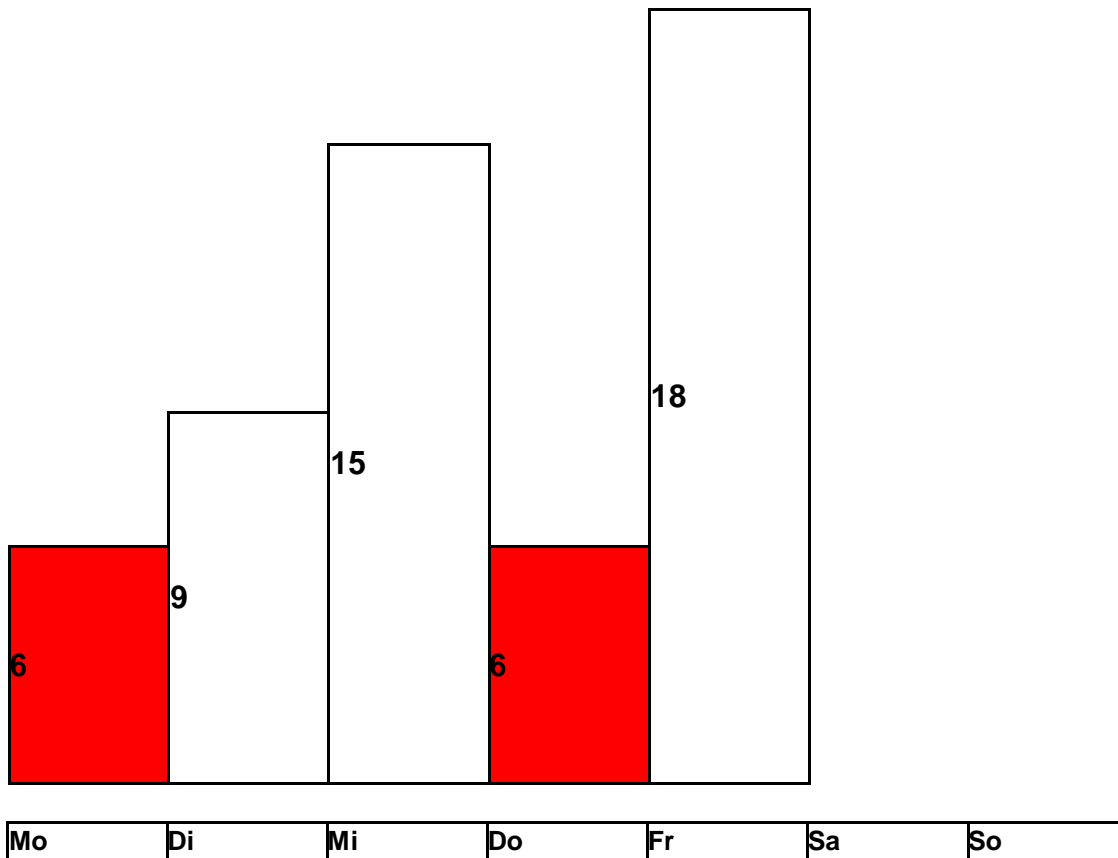
Bei genauerer Sichtung der Datenlage fiel auf, dass pro Woche mehrere OPS-Codes der Klassen 9-670 und 9-671 erzeugt wurden. Im "Systematischen Verzeichnis OPS 2013" wird angegeben, dass pro Woche in der Regel ein Code pro Kategorie angegeben wird. Bei dauerbetreuten Patienten werden aber in der Regel pro Woche mehrere Codes pro Kategorie erzeugt.

Folgendes Beispiel:

Ein Patient erreichte in Kalenderwoche 1 folgende Einzelbetreuungswerte (gelb) bzw. Kleinstgruppenbetreuung (blau), Angaben jeweils in Stunden:



Laut Definition der Prä-PEPPs P002A/B werden OPS-Codes mit einer "0" am Ende (=Leistungen, die nur einmal pro Woche anfallen) nicht berücksichtigt.
 Eingang in den Grouper erhalten also nur die im Folgenden rot dargestellten Leistungen, während die weiß dargestellten nicht berücksichtigt werden:



Es werden also nur Leistungen gezählt, die mindestens an 2 Tagen identisch erfolgten. Im dargestellten Fall sind das 22% der erbrachten Gesamtleistungen.
 Die meisten unserer Patienten erreichen aus diesem Grund nicht die Intensiv-PEPPs, obwohl sie in hohem Maß Intensivleistungen erhalten.

Mich würde interessieren, wie Sie diesen Aspekt einschätzen. Da in der Kinder- und Jugendpsychiatrie den Prä-PEPPs eine besondere finanzielle Bedeutung zukommt, möchte ich Sie um eine umfassende Stellungnahme bitten.

Vorschlags-Nr. **P1500012**

Vorschlagender **vdek**



Problemstellung

Zusätzlich zum Betreuungsintensitätsmodell ist der Krankheitsschweregrad und die Störungskomplexität ein weiterer Indikator für ökonomisch aufwändige Patienten. Dieser könnte in der KJPP abgebildet werden anhand des langjährig verwendeten Multiaxialen Klassifikationssystems MAS nach Rutter (dt. Übersetzung von Schmidt und Remschmidt (zuletzt 5. Auflage 2006)), das geprüfte Operationalisierungen enthält und in allen Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie verbindlich eingeführt ist.

Sollte sich das Modell für die Klassifikationsystematik als nicht rechenbar erweisen, sollte hilfsweise geprüft werden, inwiefern bestimmte einzelne Diagnosen einen kalkulatorischen Mehraufwand bedingen und andererseits, ob die kumulierte Anzahl an Diagnosen eine Varianzaufklärung des Aufwandes bietet.

Lösungsvorschlag

Anhand des anliegenden Überleitungsschemas sollte geprüft werden, ob in der KJP bestimmte Diagnosen einen Mehraufwand begründen. Ist dies der Fall, sollten diese kostentrennend als Splitkriterium eingesetzt werden.

Zu diesem Vorschlag existieren ein oder mehrere Anlagen. Sie sind diesem Dokument ggf. beigefügt.

1. Abnorme intrafamiliäre Beziehungen

1.0 Mangel an Wärme in der Eltern - Kind Beziehung	i. R. von Vernachlässigung T74.0, sonst Z62
1.1 Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen	Z63
1.2 Feindliche Ablehnung oder Sündenbockzuweisung gegenüber dem Kind.....	akut: T74.3, sonst Z62
1.3 Körperliche Kindesmisshandlung.....	ak ut: T74.1, sonst Z61
1.4 Sexueller Missbrauch (innerhalb der Familie)	akut / gesichert: T74.2, sonst Z61
1.8 Andere: _____	Z61 / 62 / 63

2. Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie

2.0 Psychische Störung / abweichendes Verhalten eines Elternteils	Z63
2.1 Behinderung eines Elternteils.....	Z63
2.2 Behinderung der Geschwister.....	Z63
2.8 Andere: _____	Z63

3. Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation..... Z62

4. Abnorme Erziehungsbedingungen

4.0 Elterliche Überfürsorge	Z62
4.1 Unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung	i. R. von Vernachlässigung T74.0, sonst Z62
4.2 Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt	i. R. von Vernachlässigung T74.0, sonst Z62
4.3 Unangemessene Anforderungen und Nötigung durch die Eltern i. R. v. psychischem Missbr. T74.1, sonst	Z62
4.8 Andere: _____	Z62

5. Abnorme unmittelbare Umgebung

5.0 Erziehung in einer Institution.....	Z62
5.1 Abweichende Elternsituation	Z60
5.2 Isolierte Familie	Z63
5.3 Lebensbedingungen mit möglicher psychosozialer Gefährdung.....	Z59
5.8 Andere: _____	Z59

6. Akute, belastende Lebensereignisse

6.0 Verlust einer Liebes- oder engen Beziehung.....	Z61
6.1 Bedrohliche Umstände infolge von Fremdunterbringung.....	Z61
6.2 Negativ veränderte familiäre Beziehungen durch neue Familienmitglieder	Z61
6.3 Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen	i. R. v. psych. Missbrauch T74.1, sonst Z61
6.4 Sexueller Missbrauch (außerhalb der Familie).....	akut / gesichert: T74.2, sonst Z61
6.5 Unmittelbare, beängstigende Erlebnisse	Z61
6.8 Andere: _____	Z61

7. Gesellschaftliche Belastungsfaktoren

7.0 Verfolgung oder Diskriminierung.....	Z60
7.1 Migration oder soziale Verpflanzung.....	Z60
7.8 Andere: _____	Z60

8. Chronische Belastungen im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit

8.0 Abnorme Streitbeziehungen mit Schülern / Mitarbeitern	Z55 / Z56
8.1 Sündenbockzuweisung durch Lehrer / Ausbilder	Z55 / Z56
8.2 Allgemeine Unruhe in der Schule / Arbeitssituation	Z55 / Z56
8.8 Andere: _____	Z55 / Z56

9. Belastende Lebensereignisse infolge von Verhaltensstörungen oder Behinderungen des Kindes

9.0 Institutionelle Erziehung	Z62
9.1 Bedrohliche Umstände infolge Fremdunterbringung.....	Z61
9.2 Abhängige Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen	Z61
9.8 Andere: _____	Z61

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 ölicher Basis wie z.B. Haloperidol Depot und Flupentixol Depot (z.B. Extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen, Spätdyskinesien) einen deutlichen Vorteil für Paliperidonpalmitat.

Im Jahr 2013 wurde bei schätzungsweise 5.500 Fällen Paliperidonpalmitat während des stationären Aufenthaltes eingesetzt. Im Jahr 2012 gab es laut Krankenhaus-Statistik (Stat. Bundesamt) ca. 90.000 F20.-Fälle (Schizophrenie) in Deutschland, d.h. nur ca. 6 Prozent der schizophrenen Patienten wurden mit Paliperidonpalmitat in 2013 behandelt.

Da zunehmend Neueinstellungen auf Paliperidonpalmitat erfolgen und Risperidon Depot deutlich seltener bei Neueinstellungen Verwendung findet, kann davon ausgegangen werden, dass im Jahre 2015 schätzungsweise 7.000 bis 8.000 schizophrene Patienten während des stationären Aufenthaltes mit Paliperidonpalmitat behandelt werden.

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 2014 generisch.

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).

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 noch nicht endgültig und einheitlich im PEPP-Abrechnungssystem abgebildet.

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.

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. Gerade bei komplexen Fallkonstellationen, in denen die Schizophrenie nicht alleine im Fokus der stationären Therapie steht (begleitende Suchtproblematik, chronische Erkrankungen), kommt es erfahrungsgemäß zu

einer deutlichen Verlängerung der stationären Verweildauer. Bei Liegezeiten deutlich größer als 30 Tagen fallen neben den Kosten für die initiale Einstellung auf Paliperidonpalmitat damit auch die Kosten der notwendigen Erhaltungsdosis an.

In der Folge sind die anfallenden Kosten bei Anwendung von Paliperidonpalmitat deutlich höher, als der Arzneimittelkostenanteil der angesteuerten PEPPs PA03A (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen, Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit erhöhter Therapieintensität oder mit Mutter/Vater-Kind-Setting) und PA03B (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation) ausweist.

Die für die Behandlung mit Paliperidonpalmitat in Frage kommenden Fälle mit den Hauptdiagnosen F20 – F29 werden zu ca. 20 Prozent in die PA03A und zu ca. 75 Prozent in die PA03B eingruppiert (6).

Da in diesen PEPP-Pauschalen die veranschlagten Arzneimittelkosten bei der Anwendung von Paliperidonpalmitat bei weitem überschritten werden, wurde im Jahr 2014 erstmals ein unbewertetes Zusatzentgelt (ZP2014-26) definiert.

Im Abschlussbericht zum PEPP-System 2014 (Seite 14) wird bestätigt, dass Fälle zu selektieren sind, die bei Anwendung von Paliperidonpalmitat relevant höhere Arzneimittelkosten aufweisen, als vergleichbare Fälle ohne die entsprechende Medikation (6).

Die Etablierung eines Zusatzentgeltes ist damit also sachgerecht.

Mit dem unbewerteten Zusatzentgelt (ZP2014-26) ist allerdings noch keine einheitliche Abbildung im PEPP-System erfolgt.

Gerade aufgrund der durch das DIMDI klar definierten Dosisklassen scheint eine Kostenzuordnung im Rahmen der Berechnung der bewerteten Zusatzentgelte nun möglich zu sein.

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. ClinCum neuropsych, Sonderausgabe Oktober 2011
- 6) InEK Abschlussbericht: Entwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) für das Jahr 2014

Lösungsvorschlag

Die beschriebenen Probleme können durch die Etablierung eines dosisdifferenzierten, bewerteten Zusatzentgeltes für die parenterale Therapie mit Paliperidonpalmitat gelöst werden.

Dafür können die vom DIMDI erstmals im Jahr 2014 neu etablierten OPS-Schlüssel im Bereich 6-006.a* herangezogen werden.

Vorschlag:

Gabe von Paliperidonpalmitat, parenteral 6-006.a

ZP58.01.a0 75 mg bis unter 125 mg 629,99 €
ZP58.02.a1 125 mg bis unter 175 mg 944,98 €
ZP58.03.a2 175 mg bis unter 250 mg 1.420,29 €
ZP58.04.a3 250 mg bis unter 325 mg 1.769,64 €
ZP58.05.a4 325 mg bis unter 400 mg 2.244,96 €
ZP58.06.a5 400 mg bis unter 475 mg 2.720,28 €
ZP58.07.a6 475 mg bis unter 550 mg 3.195,60 €
ZP58.08.a7 550 mg bis unter 625 mg 3.670,92 €
ZP58.09.a8 625 mg bis unter 700 mg 4.146,25 €
ZP58.10.a9 700 mg bis unter 775 mg 4.621,57 €
ZP58.11.aa 775 mg bis unter 850 mg 5.096,89 €
ZP58.12.ab 850 mg bis unter 925 mg 5.572,21 €
ZP58.13.ac 925 mg bis unter 1.000 mg 6.047,53 €
ZP58.14.ad 1.000 mg bis unter 1.075 mg 6.522,85 €
ZP58.15.ae 1.075 mg bis unter 1.150 mg 6.998,18 €
ZP58.16.af 1.150 mg bis unter 1.225 mg 7.473,50 €
ZP58.17.ag 1.225 mg und mehr 8.103,48 €

Die Berechnung der Arzneimittelkosten wurde anhand der gängigen Klinikpreisliste entwickelt.
(siehe Anlage)

Zu diesem Vorschlag existieren ein oder mehrere Anlagen. Sie sind diesem Dokument ggf. beigefügt.

Zusatzentgelt für die Gabe von Paliperidon%

6-006.a	Paliperidon, intramuskulär	Arzneimittelkosten
.a0	75 mg bis unter 125 mg	Kosten für 100 mg 629,99 €
.a1	125 mg bis unter 175 mg	Kosten für 150 mg 944,98 €
.a2	175 mg bis unter 250 mg	Kosten für 225 mg 1.420,29 €
.a3	250 mg bis unter 325 mg	Kosten für 300 mg 1.769,64 €
.a4	325 mg bis unter 400 mg	Kosten für 375 mg 2.244,96 €
.a5	400 mg bis unter 475 mg	Kosten für 450 mg 2.720,28 €
.a6	475 mg bis unter 550 mg	Kosten für 525 mg 3.195,60 €
.a7	550 mg bis unter 625 mg	Kosten für 600 mg 3.670,92 €
.a8	625 mg bis unter 700 mg	Kosten für 675 mg 4.146,25 €
.a9	700 mg bis unter 775 mg	Kosten für 750 mg 4.621,57 €
.aa	775 mg bis unter 850 mg	Kosten für 825 mg 5.096,89 €
.ab	850 mg bis unter 925 mg	Kosten für 900 mg 5.572,21 €
.ac	925 mg bis unter 1.000 mg	Kosten für 975 mg 6.047,53 €
.ad	1.000 mg bis unter 1.075 mg	Kosten für 1.050 mg 6.522,85 €
.ae	1.075 mg bis unter 1.150 mg	Kosten für 1.125 mg 6.998,18 €
.af	1.150 mg bis unter 1.225 mg	Kosten für 1.200 mg 7.473,50 €
.ag	1.225 mg und mehr	Kosten für 1.300 mg 8.103,48 €

Artikelbezeichnung	Packungsgröße	Kliniklistenpreis (exkl. MwSt.)	PZN	Kliniklistenpreis (inkl. MwSt.)
Xeplion 25 mg	1 Fertigspritze		7568241	
Xeplion 50 mg	1 Fertigspritze		7568554	
Xeplion 75 mg	1 Fertigspritze		7568577	
Xeplion 100 mg	1 Fertigspritze		7568689	
Xeplion 150 mg	1 Fertigspritze		7568778	
Xeplion-Set zur Behandlungsaufnahme 250 mg	2 Fertigspritzen		7568850	

Problemstellung

ZE-Antrag Olanzapin:

Problemstellung:

Die Einstellung von an Schizophrenie erkrankten Patienten auf eine langwirksame Therapie mit einem Depotpräparat erfolgt überwiegend während eines stationären Aufenthaltes.

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 bei Patienten mit fehlender Compliance, bei denen eine regelmäßige orale antipsychotische Medikation nicht sichergestellt werden kann, eine solche Applikation aber dringend notwendig erscheint (z.B. wegen negativer Folgen auf die soziale und berufliche Integration oder Fremd- oder Eigengefährdung) oder wenn die Depot-Applikation vom Patienten gewünscht wird.

In 2012 wurden 37 Mio. Tagesdosen orales Olanzapin (Generika und Original) verzeichnet. Viele schizophrene Patienten werden im Krankheitsverlauf also mit dem atypischen Antipsychotikum Olanzapin oral behandelt und zeigen gute Response (2). Daher ist es wichtig, diesen Therapieerfolg bei vorbehandelten Patienten auch mit dem entsprechenden Depot-Antipsychotikum weiterzuführen.

Olanzapin-Depot zeigt in Studien genau wie Olanzapin oral eine zuverlässige Rezidivprophylaxe (3), eine Verträglichkeit vergleichbar mit Olanzapin oral (4), eine anhaltende Verbesserung der Symptomatik während der Therapie mit Olanzapin-Depot (5) und eine sehr gute Patientenzufriedenheit mit dem Olanzapin-Depot. Die flexiblen Injektionstermine im 2- oder 4-wöchigen Intervall wie auch die flexible Dosierung, die eine Einstellung nach individuellen Patientenbedürfnissen ermöglichen, stellen sowohl eine wichtige Behandlungsoption für die Patienten dar als auch eine Entlastung für die ambulanten psychiatrischen Weiterbehandler. Denn aufgrund hoher Patientenzahlen und sinkender Facharztliche 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.

Im Jahr 2012 wurde bei schätzungsweise 500 Fällen pro Jahr Olanzapin-Depot 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. 0,5 % der schizophrenen Patienten wurden mit Olanzapin-Depot in 2012 behandelt.

Da ein nicht unerheblicher Anteil der Patienten mit oralen Olanzapin behandelt wird und zunehmend Neueinstellungen auf Olanzapin-Depot erfolgen, kann davon ausgegangen werden, dass im Jahre 2013 schätzungsweise 800 schizophrene Patienten während des stationären Aufenthaltes mit Olanzapin-Depot behandelt wurden.

Die Wiederaufnahmeraten zur stationären Behandlung von Patienten mit Schizophrenie können durch die lange Wirkungsdauer und die zuverlässige Verfügbarkeit des Wirkstoffs gesenkt werden und die Weiterbetreuung im ambulanten Bereich kann sich dadurch verlässlicher gestalten, Akutsituationen mit nachteiligen Effekten für den Patienten und sein Umfeld können reduziert werden. Dies führt im ambulanten und stationären Sektor zu einer entsprechenden Kostenreduktion.

Die Mehrkosten für die empfohlene und für zwei Zieldosierungen höhere Anfangsdosierung sowie für die Erhaltungsdosis und die erforderliche 3-stündige Beobachtung sind bisher im PEPP-System nicht abgebildet und werden von den Krankenhäusern getragen, die damit zu einem Übergang in den ambulanten Sektor und eine Sicherung des Therapieerfolges beitragen.

Bei der Analyse der Abbildung der Erkrankungen des schizophrenen Formenbereiches findet man im Abschlussbericht zum PEPP-System 2014 (S. 93ff), dass Fälle aus diesem Erkrankungsbereich (Hauptdiagnose aus den ICD-Kategorien F20-F29) zu einem großen Teil in die PEPPs PA03B (ca. 69%) sowie PA03A (ca. 18%) gruppiert werden.

Weitere nennenswerte Fallzahlen finden sich in den PEPPs TA02Z (ca. 6,5%) und der Prä-PEPP P04Z (ca. 4%).

Für die weitere Darstellung werden daher vor allem die PEPPs PA03A und PA03B betrachtet.

Im PEPP-Browser 2014 findet man bei der Verteilung der Kosten die Kosten für die Arzneimittelkosten der

PA03B:

Die Tageskosten belaufen sich auf ca. 216 Euro, darin sind 3,06 Euro an Arzneimittelkosten vorgesehen, dies entspricht einem Anteil von 1,39%, oder bei einem 30-tägigen Aufenthalt kalkulierte Kosten der Arzneimittel in Höhe von 91,80 Euro. Analog findet man im DRG-Browser 2014 in der PEPP PA03A Tageskosten von ca. 236 Euro mit einem Arzneimittelkostenanteil von 3,41 Euro (entsprechend 1,4%) oder bei einem 30-tägigen Aufenthalt insgesamt 102,30 Euro. Als weiterer Kostenfaktor fällt die gesetzlich vorgeschriebene 3-stündige Beobachtung des Patienten mit zusätzlichen Kosten im Personalbereich ins Gewicht.

Durch den Einsatz von Olanzapin-Depot wird damit der Anteil für den Sachbedarf, mit dem auch die gesamte weitere psychopharmakologische und somatische Medikation gedeckt wird, deutlich überschritten. Je nach Verweildauer ergeben sich beim Einsatz von Olanzapin-Depot Kostenunterschiede zur Kalkulation im Bereich von 310 € (Anfangsdosis lt. Fachinformation für 2 Monate empfohlen) bis 760€ (Anfangs- und Erhaltungsdosis). Bei längerer Verweildauer wird die Erhaltungsdosis entsprechend häufiger gegeben. In 2012 wurden 37 Millionen Tagesdosen Olanzapin oral (Original und Generika) verzeichnet. Es ist davon auszugehen, dass bei einer nennenswerten Anzahl von Patienten insbesondere mit rezidivierenden stationären Aufenthalten und fraglicher Compliance eine Umstellung auf die Depot-Gabe von Olanzapin stattfinden wird.

Ein Zusatzentgelt für Olanzapin existiert nicht, allerdings gibt es ein (unbepreistes) Zusatzentgelt für Paliperidon, was bei ähnlicher Indikation teurer ist und aktuell als Originalpräparat im Handel ist.

Weitere überwiegend auch generisch verfügbare antipsychotische Medikamente werden teilweise zu sehr günstigen Preisen angeboten.

Olanzapin-Depot weist auf Grund seiner dargestellten Eigenschaften (flexible Injektionsintervalle, flexible Dosierung/geringe Wechselwirkungen, hohe Patientenzufriedenheit, gute Wirksamkeit) eine optimale Möglichkeit der nachhaltigen Therapiesicherung auf, ist allerdings im PEPP System bisher nicht abgebildet.

Quellen:

- (1) https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s3-praxisleitlinien-bd1-schizo (18.2.2014)
- (2) Boter H et al. Schizophrenia Res 2009; 115:97-103
- (3) Kane JM et al. Olanzapine Long-Acting Injection: A 24-Week, Randomized, Double-Blind Trial of Maintenance Treatment in Patients with Schizophrenia. Am J Psychiatry 2010;167:181-189
- (4) McDonnell D. Hum. Psychopharmacol Clin Exp 2011; 26: 422-433
- (5) McDonnell D et al. Clinical Medical Insights: Psychiatry 2011:3

Lösungsvorschlag

Wie oben dargestellt sind die Kosten von Olanzapin-Depot im PEPP System in den genannten PEPPs PA03A und PA03B nicht kostendeckend abgebildet, daher ist eine besondere Berücksichtigung der Gabe dieses Medikamentes nötig.

Das beschriebene Problem kann durch die Etablierung eines dosisabhängigen Zusatzentgeltes für die intramuskuläre Gabe von Olanzapin-Depot gelöst werden.

Dazu müssen auch neue OPS-Schlüssel im Kapitel 6 des OPS etabliert werden, ein entsprechender Antrag wurde für 2015 an das DIMDI gestellt.

Vorschlag:

Zusatzentgelt ausgelöst über einen dosisabhängigen OPS Schlüssel:

6-006.h Olanzapin, intramuskulär

- .h0 150 mg bis unter 300 mg ZP58.01 305,85 €
- .h1 300 mg bis unter 420 mg ZP58.02590,34 €
- .h2 420 mg bis unter 620 mg ZP58.03896,22 €
- .h3 620 mg bis unter 850 mg ZP58.041.344,33 €
- .h4 850 mg bis unter 1280 mg ZP58.051.835,10 €
- .h5 1280 mg bis unter 1800 mg ZP58.062.361,36 €
- .h6 1800 mg bis unter 2050 mg ZP58.072.951,70 €
- .h7 2050 mg bis unter 2750 mg ZP58.084.032,99 €
- .h8 2750 mg und mehr ZP58.095.132,99€

Olanzapin-Depot wird als Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Depot-Injektionssuspension für 210 mg/300 mg/ 405 mg im Handel zur Verfügung gestellt.

Die Preise laut „Roter Liste“ betragen

- 1 Durchstechfl. (N1) 210 mg Plv. + 1 Durchstechfl. m. Lsgm. (3 ml) 305,85
- 1 Durchstechfl. (N1) 300 mg Plv. + 1 Durchstechfl. m. Lsgm. (3 ml) 448,11
- 1 Durchstechfl. (N1) 405 mg Plv. + 1 Durchstechfl. m. Lsgm. (3 ml) 590,34

Je nach Verlauf und Länge der Behandlung ergeben sich dadurch unterschiedliche Konstellationen einer möglichen Verabreichung des Wirkstoffes (z. B. Anfangsdosierung und Erhaltungsdosierung auf den unterschiedlichen Niveaus bzw. nur die Fortführung der Erhaltungsdosis bei bereits eingestellten Patienten, etc.), die in dem oben dargestellten Lösungsvorschlag enthalten sind.

Dieser Antrag wird inhaltlich unterstützt von:

Dr. Josef Eberl, Oberarzt, Inn-Salzach-Klinikum Wasserburg am Inn

Prof. Dr. med. Here Folkerts, Leitender Arzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Reinhard-Nieter-Krankenhaus Wilhelmshaven

PD Dr. med. Maria Jockers-Scherübl, Chefärztin der Abt. Psychiatrie, Psychotherapie u. Psychosomatik, Oberhavel Kliniken GmbH Klinik Hennigsdorf

Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammers, Chefarzt der I. und III. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll

Dipl.-Med. Christina Pfeiffer, Ärztliche Direktorin, Chefärztin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Marien-Krankenhaus Dresden

Dr. med. Richard Serfling, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Sophien- und Hufeland-Klinikum Weimar

Dr. med. Ulrich Zönnchen, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, EKA Erzgebirgsklinikum Annaberg gemeinnützige GmbH

Problemstellung

Die Einstellung von an Schizophrenie erkrankten Patienten auf eine langwirksame Therapie mit einem Depotpräparat erfolgt überwiegend während eines stationären Aufenthaltes.

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 bei Patienten mit fehlender Compliance bei denen eine regelmäßige orale antipsychotische Medikation nicht sichergestellt werden kann, eine solche Applikation aber dringend notwendig erscheint (z.B. wegen negativer Folgen auf die soziale und berufliche Integration oder Fremd- oder Eigengefährdung), oder wenn die Depot-Applikation vom Patienten gewünscht wird.

In 2012 wurden 37 Mio. Tagesdosen orales Olanzapin (Generika und Original) verzeichnet. Viele schizophrene Patienten werden im Krankheitsverlauf also mit dem atypischen Antipsychotikum Olanzapin oral behandelt und zeigen gute Response (2). Daher ist es wichtig diesen Therapieerfolg bei vorbehandelten Patienten auch mit dem entsprechenden Depot-Antipsychotikum weiterzuführen.

Olanzapin-Depot zeigt in Studien genau wie Olanzapin oral eine zuverlässige Rezidivprophylaxe (3), Verträglichkeit vergleichbar mit Olanzapin oral (4), eine anhaltende Verbesserung der Symptomatik während der Therapie mit Olanzapin-Depot (5) und eine sehr gute Patientenzufriedenheit mit dem Olanzapin-Depot. Die flexiblen Injektionstermine im 2- oder 4-wöchigen Intervall wie auch die flexible Dosierung, die eine Einstellung nach individuellen Patientenbedürfnissen ermöglichen, stellen sowohl eine wichtige Behandlungsoption für die Patienten dar, als auch eine Entlastung für die ambulanten psychiatrischen Weiterbehandler. Denn aufgrund hoher Patientenzahlen und sinkender Facharztichte 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.

Im Jahr 2012 wurde bei schätzungsweise 500 Fällen pro Jahr Olanzapin-Depot 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. 0,5 % der schizophrenen Patienten wurden mit Olanzapin-Depot in 2012 behandelt.

Da ein nicht unerheblicher Anteil der Patienten mit oralen Olanzapin behandelt wird und zunehmend Neueinstellungen auf Olanzapin-Depot erfolgen, kann davon ausgegangen werden, dass im Jahre 2013 schätzungsweise 800 schizophrene Patienten während des stationären Aufenthaltes mit Olanzapin-Depot behandelt wurden.

Die Wiederaufnahmeraten zur stationären Behandlung von Patienten mit Schizophrenie können durch die lange Wirkungsdauer und die zuverlässige Verfügbarkeit des Wirkstoffs gesenkt werden und die Weiterbetreuung im ambulanten Bereich kann sich dadurch, verlässlicher gestalten, Akutsituationen mit nachteiligen Effekten für den Patienten und sein Umfeld können reduziert werden. Dies führt im ambulanten und stationären Sektor zu einer entsprechenden Kostenreduktion.

Die Mehrkosten für die empfohlene und für zwei Zieldosierungen höhere Anfangsdosierung, sowie für die Erhaltungsdosis und die erforderliche 3-stündige Beobachtung sind bisher im PEPP System nicht abgebildet und werden von den Krankenhäusern getragen, die damit zu einem Übergang in den ambulanten Sektor und eine Sicherung des Therapieerfolges beitragen.

Bei der Analyse der Abbildung der Erkrankungen des schizophrenen Formenbereiches findet man im Abschlussbericht zum PEPP-System 2014 (S. 93ff) dass Fälle aus diesem Erkrankungsbereich (Hauptdiagnose aus den ICD-Kategorien F20-F29) zu einem großen Teil in die PEPPs PA03B (ca. 69%) sowie PA03A (ca. 18%) gruppiert werden.

Weitere nennenswerte Fallzahlen finden sich in den PEPPs TA02Z (ca. 6,5%) und der Prä-PEPP P04Z (ca. 4%).

Für die weitere Darstellung werden daher vor allem die PEPPs PA03A und PA03B betrachtet.

Im PEPP-Browser 2014 findet man bei der Verteilung der Kosten folgende Konstellation in der PA03B:

- Vergleiche graphische Darstellung in der Anlage -

Die Tageskosten belaufen sich auf ca. 216 Euro, darin sind 3,06 Euro an Arzneimittelkosten vorgesehen, dies entspricht einem Anteil von 1,39%, oder bei einem 30-tägigen Aufenthalt kalkulierte Kosten der Arzneimittel in Höhe von 91,80 Euro. Analog findet man im DRG-Browser 2014 in der PEPP PA03A Tageskosten von ca. 236 Euro mit einem Arzneimittelkostenanteil von 3,41 Euro (entsprechend 1,4%) oder bei einem 30-tägigen Aufenthalt insgesamt 102,30 Euro. Als weiterer Kostenfaktor fällt die gesetzlich vorgeschriebene 3-stündige Beobachtung des Patienten mit zusätzlichen Kosten im Personalbereich ins Gewicht.

Durch den Einsatz von Olanzapin-Depot wird damit der Anteil für den Sachbedarf, mit dem auch die gesamte weitere psychopharmakologische und somatische Medikation gedeckt wird, deutlich überschritten. Je nach Verweildauer ergeben sich beim Einsatz von Olanzapin-Depot Kostenunterschiede zur Kalkulation im Bereich von 310 € (Anfangsdosis lt. Fachinformation für 2 Monate empfohlen) bis 760 € (Anfangs- und Erhaltungsdosis). Bei längerer Verweildauer wird die Erhaltungsdosis entsprechend häufiger gegeben. In 2012 wurden 37 Millionen Tagesdosen Olanzapin oral (Original und Generica) verzeichnet. Es ist davon auszugehen, dass bei einer nennenswerten Anzahl von Patienten insbesondere mit rezidivierenden stationären Aufenthalten und fraglicher Compliance eine Umstellung auf die Depot-Gabe von Olanzapin stattfinden wird.

Ein Zusatzentgelt für Olanzapin existiert nicht, allerdings gibt es ein (unbepreistes) Zusatzentgelt für Paliperidon, was bei ähnlicher Indikation teurer ist und aktuell als Originalpräparat im Handel ist.

Weitere überwiegend auch generisch verfügbare antipsychotische Medikamente werden teilweise zu sehr günstigen Preisen angeboten.

Olanzapin-Depot weist auf Grund seiner dargestellten Eigenschaften (flexible Injektionsintervalle, flexible Dosierung/geringe Wechselwirkungen, hohe Patientenzufriedenheit, gute Wirksamkeit) eine optimale Möglichkeit der nachhaltigen Therapiesicherung auf, ist allerdings im PEPP System bisher nicht abgebildet.

Quellen:

(1) https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s3-praxisleitlinien-bd1-schizo (18.2.2014)

(2) Boter H et al. Schizophrenia Res 2009; 115:97-103

(3) Kane JM et al. Olanzapine Long-Acting Injection: A 24-Week, Randomized, Double-Blind Trial of Maintenance Treatment in Patients with Schizophrenia. Am J Psychiatry 2010;167:181-189

(4) McDonnell D. Hum. Psychopharmacol Clin Exp 2011; 26: 422-433

(5) McDonnell D et al. Clinical Medical Insights: Psychiatry 2011:3

XX

Lösungsvorschlag

Lösungsvorschlag:

Wie oben dargestellt sind die Kosten von Olanzapin-Depot im PEPP System in den genannten PEPPs PA03A und PA03B nicht kostendeckend abgebildet, daher ist eine besondere Berücksichtigung der Gabe dieses Medikamentes nötig.

Das beschriebene Problem kann durch die Etablierung eines dosisabhängigen Zusatzentgeltes für die intramuskuläre Gabe von Olanzapin-Depot gelöst werden.

Dazu müssen auch neue OPS-Schlüssel im Kapitel 6 des OPS etabliert werden, ein entsprechender Antrag wurde für 2015 an das DIMDI gestellt.

Vorschlag:

Zusatzentgelt ausgelöst über einen dosisabhängigen OPS Schlüssel:

6-006.h Olanzapin, intramuskulär

.h0 150 mg bis unter 300 mg ZP58.01 305,85 €

.h1 300 mg bis unter 420 mg ZP58.02 590,34 €

.h2 420 mg bis unter 620 mg ZP58.03 896,22 €

.h3 620 mg bis unter 850 mg ZP58.04 1.344,33 €
.h4 850 mg bis unter 1280 mg ZP58.05 1.835,10 €
.h5 1280 mg bis unter 1800 mg ZP58.06 2.361,36 €
.h6 1800 mg bis unter 2050 mg ZP58.07 2.951,70 €
.h7 2050 mg bis unter 2750 mg ZP58.08 4.032,99 €
.h8 2750 mg und mehr ZP58.09 5.132,99€

Olanzapin-Depot wird als Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Depot-Injektionssuspension für 210 mg/-300 mg/ -405 mg im Handel zur Verfügung gestellt. Die Preise laut „Roter Liste“ betragen

1 Durchstechfl. (N1) 210 mg Plv. + 1 Durchstechfl. m. Lsgm. (3 ml) 305,85
1 Durchstechfl. (N1) 300 mg Plv. + 1 Durchstechfl. m. Lsgm. (3 ml) 448,11
1 Durchstechfl. (N1) 405 mg Plv. + 1 Durchstechfl. m. Lsgm. (3 ml) 590,34

Je nach Verlauf und Länge der Behandlung ergeben sich dadurch unterschiedliche Konstellationen einer möglichen Verabreichung des Wirkstoffes. (z. B. Anfangsdosierung und Erhaltungsdosierung (auf den unterschiedlichen Niveaus) bzw. nur die Fortführung der Erhaltungsdosis bei bereits eingestellten Patienten, etc.), die in dem oben dargestellten Lösungsvorschlag enthalten sind. XX

Zu diesem Vorschlag existieren ein oder mehrere Anlagen. Sie sind diesem Dokument ggf. beigelegt.

ZE-Antrag Olanzapin:

Problemstellung:

Die Einstellung von an Schizophrenie erkrankten Patienten auf eine langwirksame Therapie mit einem Depotpräparat erfolgt überwiegend während eines stationären Aufenthaltes.

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 bei Patienten mit fehlender Compliance bei denen eine regelmäßige orale antipsychotische Medikation nicht sichergestellt werden kann, eine solche Applikation aber dringend notwendig erscheint (z.B. wegen negativer Folgen auf die soziale und berufliche Integration oder Fremd- oder Eigengefährdung), oder wenn die Depot-Applikation vom Patienten gewünscht wird.

In 2012 wurden 37 Mio. Tagesdosen orales Olanzapin (Generika und Original) verzeichnet. Viele schizophrene Patienten werden im Krankheitsverlauf also mit dem atypischen Antipsychotikum Olanzapin oral behandelt und zeigen gute Response (2). Daher ist es wichtig diesen Therapieerfolg bei vorbehandelten Patienten auch mit dem entsprechenden Depot-Antipsychotikum weiterzuführen.

Olanzapin-Depot zeigt in Studien genau wie Olanzapin oral eine zuverlässige Rezidivprophylaxe (3), Verträglichkeit vergleichbar mit Olanzapin oral (4), eine anhaltende Verbesserung der Symptomatik während der Therapie mit Olanzapin-Depot (5) und eine sehr gute Patientenzufriedenheit mit dem Olanzapin-Depot.

Die flexiblen Injektionstermine im 2- oder 4-wöchigen Intervall wie auch die flexible Dosierung, die eine Einstellung nach individuellen Patientenbedürfnissen ermöglichen, stellen sowohl eine wichtige Behandlungsoption für die Patienten dar, als auch eine Entlastung für die ambulanten psychiatrischen Weiterbehandler. Denn aufgrund hoher Patientenzahlen und sinkender Facharztichte 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.

Im Jahr 2012 wurde bei schätzungsweise 500 Fällen pro Jahr Olanzapin-Depot 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 0,5 % der schizophrenen Patienten wurden mit Olanzapin-Depot in 2012 behandelt.

Da ein nicht unerheblicher Anteil der Patienten mit oralen Olanzapin behandelt wird und zunehmend Neueinstellungen auf Olanzapin-Depot erfolgen, kann davon ausgegangen werden, dass im Jahre 2013 schätzungsweise 800 schizophrene Patienten während des stationären Aufenthaltes mit Olanzapin-Depot behandelt wurden.

Die Wiederaufnahmeraten zur stationären Behandlung von Patienten mit Schizophrenie können durch die lange Wirkdauer und die zuverlässige Verfügbarkeit des Wirkstoffs gesenkt werden und die Weiterbetreuung im ambulanten Bereich kann sich dadurch, verlässlicher gestalten, Akutsituationen mit nachteiligen Effekten für den Patienten und sein Umfeld können reduziert werden. Dies führt im ambulanten und stationären Sektor zu einer entsprechenden Kostenreduktion.

Die Mehrkosten für die empfohlene und für zwei Zieldosierungen höhere Anfangsdosierung, sowie für die Erhaltungsdosis und die erforderliche 3-stündige Beobachtung sind bisher im PEPP System nicht abgebildet und werden von den Krankenhäusern getragen, die damit zu einem Übergang in den ambulanten Sektor und eine Sicherung des Therapieerfolges beitragen.

Bei der Analyse der Abbildung der Erkrankungen des schizophrenen Formenbereiches findet man im Abschlussbericht zum PEPP-System 2014 (S. 93ff) dass Fälle aus diesem Erkrankungsbereich (Hauptdiagnose aus den ICD-Kategorien F20-F29) zu einem großen Teil in die PEPPs PA03B (ca. 69%) sowie PA03A (ca. 18%) gruppiert werden.

Weitere nennenswerte Fallzahlen finden sich in den PEPPs TA02Z (ca. 6,5%) und der Prä-PEPP P04Z (ca. 4%).

Für die weitere Darstellung werden daher vor allem die PEPPs PA03A und PA03B betrachtet.

Im PEPP-Browser 2014 findet man bei der Verteilung der Kosten folgende Konstellation in der PA03B:

PEPP-Browser 2014



PA03B: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen oder andere psychotische Störungen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation
Strukturkategorie Psychiatrie, vollstationär

	Personalkosten						Sachkosten						Personal-/Sachkosten		Summe
	Ärztlicher Dienst	Pflege-/Erziehungsdienst	med.-techn./Funktionsdienst	Psychologen	Sozialarbeiter / Sozial-Heilpädagogen	Spezialtherapeuten	Arzneimittel		Implantate	übriger medizinischer Bedarf		med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur		
Tageskosten	1	2	3	3a	3b	3c	4a	4b	5	6a	6b	7	8		
21. Station - Regelbehandlung	18,56	53,80	0,99	2,78	2,98	1,57	2,08	0,31	0,00	1,00	0,14	9,36	42,69	136,26	
22. Station - Intensivbehandlung	7,07	21,90	0,35	0,58	1,05	0,73	0,85	0,13	0,00	0,42	0,03	3,93	15,58	52,62	
23. Psychotherapie	3,06	6,86	0,01	1,00	0,77	0,21	0,11	0,07	0,00	0,06	0,02	0,01	0,03	12,21	
24. Physikalische Therapie	0,03	0,07	0,03	0,01	0,00	0,74	0,00	0,00	0,00	0,01	0,06	0,04	0,37	1,36	
25. Ergotherapie	0,04	0,43	0,10	0,02	0,05	4,14	0,00	0,00	0,00	0,16	0,19	0,27	2,12	7,52	
26. Andere Therapie	0,08	0,09	0,00	0,01	0,01	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,10	0,34	
04. OP-Bereich	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,03	
05. Anästhesie	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	
07. Kardiologische Diagnostik / Therapie	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	
08. Endoskopische Diagnostik / Therapie	0,02	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,05	
09. Radiologie	0,19	0,00	0,24	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,05	0,46	0,10	0,15	1,20	
10. Laboratorien	0,06	0,00	0,54	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,52	0,76	0,08	0,24	2,20	
11. Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche	0,48	0,23	0,73	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,06	0,07	0,10	0,45	2,13	
Summe	29,61	83,38	3,03	4,40	4,86	7,43	3,06	0,51	0,00	2,28	1,73	13,91	61,75	215,95	

Die Tageskosten belaufen sich auf ca. 216 Euro, darin sind 3,06 Euro an Arzneimittelkosten vorgesehen, dies entspricht einem Anteil von 1,39%, oder bei einem 30-tägigen Aufenthalt kalkulierte Kosten der Arzneimittel in Höhe von 91,80 Euro. Analog findet man im DRG-Browser 2014 in der PEPP PA03A Tageskosten von ca. 236 Euro mit einem Arzneimittelkostenanteil von 3,41 Euro (entsprechend 1,4%) oder bei einem 30-tägigen Aufenthalt insgesamt 102,30 Euro. Als weiterer Kostenfaktor fällt die gesetzlich vorgeschriebene 3-stündige Beobachtung des Patienten mit zusätzlichen Kosten im Personalbereich ins Gewicht.

Durch den Einsatz von Olanzapin-Depot wird damit der Anteil für den Sachbedarf, mit dem auch die gesamte weitere psychopharmakologische und somatische Medikation gedeckt wird, deutlich überschritten.

Je nach Verweildauer ergeben sich beim Einsatz von Olanzapin-Depot Kostenunterschiede zur Kalkulation im Bereich von 310 € (Anfangsdosis lt. Fachinformation für 2 Monate empfohlen) bis 760 € (Anfangs- und Erhaltungsdosis). Bei längerer Verweildauer wird die Erhaltungsdosis entsprechend häufiger gegeben.

In 2012 wurden 37 Millionen Tagesdosen Olanzapin oral (Original und Generica) verzeichnet. Es ist davon auszugehen, dass bei einer nennenswerten Anzahl von Patienten insbesondere mit rezidivierenden stationären Aufenthalten und fraglicher Compliance eine Umstellung auf die Depotgabe von Olanzapin stattfinden wird.

Ein Zusatzentgelt für Olanzapin existiert nicht, allerdings gibt es ein (unbepreistes) Zusatzentgelt für Paliperidon, was bei ähnlicher Indikation teurer ist und aktuell als Originalpräparat im Handel ist.

Weitere überwiegend auch generisch verfügbare antipsychotische Medikamente werden teilweise zu sehr günstigen Preisen angeboten.

Olanzapin-Depot weist auf Grund seiner dargestellten Eigenschaften (flexible Injektionsintervalle, flexible Dosierung/geringe Wechselwirkungen, hohe Patientenzufriedenheit, gute Wirksamkeit) eine optimale Möglichkeit der nachhaltigen Therapiesicherung auf, ist allerdings im PEPP System bisher nicht abgebildet.

Quellen:

(1) https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s3-praxisleitlinien-bd1-schizophrenie.pdf (18.2.2014)

(2) Boter H et al. Schizophrenia Res 2009; 115:97-103

(3) Kane JM et al. Olanzapine Long-Acting Injection: A 24-Week, Randomized, Double-Blind Trial of Maintenance Treatment in Patients with Schizophrenia. Am J Psychiatry 2010;167:181-189

(4) McDonnell D. Hum. Psychopharmacol Clin Exp 2011; 26:422-433

(5) McDonnell D et al. Clinical Medical Insights: Psychiatry 2011:3

Lösungsvorschlag:

Wie oben dargestellt sind die Kosten von Olanzapin-Depotim PEPP System in den genannten PEPPs PA03A und PA03B nicht kostendeckend abgebildet, daher ist eine besondere Berücksichtigung der Gabe dieses Medikamentes nötig.

Das beschriebene Problem kann durch die Etablierung eines dosisabhängigen Zusatzentgeltes für die intramuskuläre Gabe von Olanzapin-Depot gelöst werden.

Dazu müssen auch neue OPS-Schlüssel im Kapitel 6 des OPS etabliert werden, ein entsprechender Antrag wurde für 2015 an das DIMDI gestellt.

Vorschlag:

Zusatzentgelt ausgelöst über einen dosisabhängigen OPS Schlüssel:

6-006.h Olanzapin, intramuskulär

.h0	150 mg bis unter 300 mg	ZP58.01	305,85 €
.h1	300 mg bis unter 420 mg	ZP58.02	590,34 €
.h2	420 mg bis unter 620 mg	ZP58.03	896,22 €
.h3	620 mg bis unter 850 mg	ZP58.04	1.344,33 €
.h4	850 mg bis unter 1280 mg	ZP58.05	1.835,10 €
.h5	1280 mg bis unter 1800 mg	ZP58.06	2.361,36 €
.h6	1800 mg bis unter 2050 mg	ZP58.07	2.951,70 €
.h7	2050 mg bis unter 2750 mg	ZP58.08	4.032,99 €
.h8	2750 mg und mehr	ZP58.09	5.132,99€

Olanzapin-Depot wird als Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Depot-Injektionssuspension für 210 mg/-300 mg/ -405 mg im Handel zur Verfügung gestellt.

Die Preise laut „Roter Liste“ betragen

1 Durchstechfl. (N1) 210 mg Plv. + 1 Durchstechfl. m. Lsgm. (3 ml)	305,85
1 Durchstechfl. (N1) 300 mg Plv. + 1 Durchstechfl. m. Lsgm. (3 ml)	448,11
1 Durchstechfl. (N1) 405 mg Plv. + 1 Durchstechfl. m. Lsgm. (3 ml)	590,34

Je nach Verlauf und Länge der Behandlung ergeben sich dadurch unterschiedliche Konstellationen einer möglichen Verabreichung des Wirkstoffes. (z. B. Anfangsdosierung und Erhaltungsdosierung (auf den unterschiedlichen Niveaus) bzw. nur die Fortführung der Erhaltungsdosis bei bereits eingestellten Patienten, etc.), die in dem oben dargestellten Lösungsvorschlag enthalten sind.

Dieser Antrag wird inhaltlich unterstützt von:

Dr. Mustermann, Musterklinik Musterstadt; Dr. Musterfrau, Klinik Musterstadt

Problemstellung

Aripiprazol-Depot wird nach Markteinführung im Rahmen der Einstellung schizophrener Patienten auf ein langwirksames Depot-Antipsychotikum zukünftig verstärkt im stationären Bereich zur Anwendung kommen.

Depot-Antipsychotika werden in den Leitlinien zur Therapie der Schizophrenie aufgrund ihrer gesicherten Applikation und guten Bioverfügbarkeit als wirksame Alternative zur oralen Medikation empfohlen. 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 (1).

Aripiprazol-Depot beschreibt den neuesten Vertreter im Bereich der langwirksamen Depot-Antipsychotika (Long-acting injectable antipsychotics, LAIs). Durch die langen Injektionsintervalle ergibt sich ein direkter Vorteil gegenüber der vormals üblichen täglichen oralen Medikation, da nachweislich die Adhärenz der entsprechenden Patienten erhöht wird und es seltener zu einem Krankheitsrezidiv kommt.

Die Verhinderung eines Rückfalls ist entscheidend für die Prognose des weiteren Krankheitsverlaufs. Die Zulassungsstudie konnte belegen, dass Aripiprazol Depot das Rückfallrisiko signifikant gegenüber Placebo reduziert (2). In der europäischen Zulassungsstudie zeigte sich Aripiprazol Depot 400mg der oralen Aripiprazol Gabe zum Studienendpunkt signifikant überlegen hinsichtlich der Veränderung des PANSS Gesamt Scores, sowie des CGI-S. Die Zeit bis zum Therapieabbruch jedweder Ursache war signifikant verlängert gegenüber der oralen Gabe und einer subtherapeutischen Dosierung (3). In einer weiteren Studie konnte gezeigt werden, dass durch die Umstellung auf Aripiprazol-Depot die Gesamtraten für psychiatrische Hospitalisierungen im Vergleich mit den retrospektiv ermittelten Raten derselben Patienten, als diese mit oralen Standardtherapeutika behandelt wurden, erheblich reduziert werden konnten (4).

Parallel steigt die Patientenzufriedenheit durch die erleichterte, einmalige Gabe und die bessere Verträglichkeit von Aripiprazol-Depot gegenüber typischen Depotprodukten deutlich an (2). Das sehr gute Verträglichkeitsprofil ist dabei mit den oralen Darreichungsformen von Aripiprazol vergleichbar (2). Aripiprazol-Depot bietet dem Patienten statistisch signifikante Vorteile im Hinblick auf das wichtige psychosoziale Funktionsniveau (2, 5). Bemerkenswerte 93% der Patienten waren mit der Behandlung mit Aripiprazol-Depot zufrieden (5).

Die klinische Einstellung auf eine Depotmedikation erleichtert darüber hinaus die adäquate Weiterbetreuung im ambulanten Bereich. Gerade vor dem Hintergrund einer sinkenden Facharztdichte und der schon jetzt dramatischen Wartezeiten im ambulanten Bereich trägt Aripiprazol-Depot dazu bei, ein Therapieversagen aufgrund einer zwischenzeitlichen Unterbrechung der Therapie zu verhindern (4, 6, 7, 8). Eine 1 bis 10 Tage dauernde Non-Adhärenz verdoppelt schon das Rehospitalisierungsrisiko (6). Daher kann durch die sichere und langfristige medikamentöse Einstellung der Patienten die Zahl der stationären Wiederaufnahmen gesenkt (Drehtüreffekt) und so insgesamt Behandlungskosten eingespart werden (2, 4, 9).

Aripiprazol-Depot wird einmal monatlich injiziert, wobei die Standarddosierung 400 mg pro Applikation beträgt. Patientenindividuell kann die Dosis auch auf 160 mg bis 300 mg/Monat reduziert werden (10).

Nach der ersten Injektion wird empfohlen, für 14 Tage Aripiprazol in oraler Form (10-20 mg täglich) zusätzlich zu geben, da die Absorption der Substanz aus dem Depot langsam erfolgt. Die maximalen Plasmakonzentrationen werden damit 5 bis 7 Tage nach der ersten Injektion erreicht.

Nach erfolgter Markteinführung von Aripiprazol-Depot Mitte 2014 ist zu erwarten, dass diese innovative und neuartige Therapieoption in der langfristigen Schizophrenie-Therapie neue Maßstäbe setzen wird und im stationären Bereich vielfach zur Anwendung kommt.

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes weist im Jahr 2012 knapp 90.000 stationäre Patienten mit der Diagnose Schizophrenie aus. Bei dem dargestellten Nutzen in der stationären Therapie der Schizophrenie kann hier von mehr als 4000 Fällen im Jahr 2015 ausgegangen werden, in denen eine Neueinstellung auf Aripiprazol-Depot erfolgen wird. In den Folgejahren wird dieses innovative Präparat erwartungsgemäß bei noch mehr klinischen Behandlungsfällen zur Anwendung kommen.

Ökonomische Betrachtung:

Bei der initialen Einstellung auf Aripiprazol-Depot entstehen in der Klinik direkte Mehrkosten durch die Applikation der ersten Depotstrieze. Parallel muss die orale Gabe sichergestellt werden, um ausreichend hohe Wirkstoffspiegel zu erreichen. Diese initiale Gabe, sowie weitere im stationären Aufenthalt notwendige Applikationen (bei einer Verweildauer von länger als einem Monat), sind direkt mit Mehrkosten (399,42 € pro Anwendung) für die Einrichtungen verbunden.

Anhand der Verteilung der Hauptdiagnose-Gruppen zeigt sich, dass 76 % der Fälle mit der Hauptdiagnose Schizophrenie in die PEPP PA03B und 20 % in die PA03A eingruppiert werden (11). Für die weiteren Berechnungen wurden daher diese beiden PEPPs berücksichtigt.

Laut dem PEPP-Browser für das Jahr 2014 betragen die durchschnittlichen Tages-Arzneimittelkosten in der PA03A 0,52 € bzw. 0,51 € in der PA03B. Die einmalige Gabe von Aripiprazol-Depot verursacht hier allerdings Kosten in Höhe von 399,42 € pro Anwendung. Dies entspricht 13,31 € Tagestherapiekosten bei einer Gabe alle 30 Tage.

Geht man nun beispielhaft von einem Behandlungsfall mit 26 Tagen Verweildauer aus, in dem die initiale Einstellung auf Aripiprazol-Depot erfolgt, so betragen die realen durchschnittlichen Arzneimittelkosten in der PA03A 15,88 € und in der PA03B 15,87 € pro Tag (siehe Kalkulation im Anhang).

Hier werden die kalkulierten Tagesarzneimittelkosten um das ca. 30-Fache überschritten.

Erfolgt nun im weiteren stationären Verlauf zusätzlich noch die Gabe der ersten Erhaltungsdosis (nach einem Monat) entstehen erneut Kosten in Höhe von 399,42 € in der Klinik.

Bei einer dann angenommenen Verweildauer von 40 Tagen belaufen sich die realen Arzneimittelkosten auf 20,49 € (in der PA03A) bzw. 20,48 € (in der PA03B) pro Behandlungstag.

Diese ermittelten Kosten überschreiten die kalkulierten Tagesarzneimittelkosten dann um das ca. 40-Fache. Die bei Gabe von Aripiprazol-Depot entstehenden Mehrkosten werden aktuell nicht in der Kalkulation der PEPP-Entgelte berücksichtigt. Eine eigene Rückvergütung über dosisdifferenzierte Zusatzentgelte existiert bei fehlender Abbildung im OPS-Klassifikationssystem nicht.

Im Abschlussbericht zum PEPP-Entgeltsystem 2014 wird bestätigt, dass es bei der Anwendung von Depot-Neuroleptika zu relevant höheren Kosten in der entsprechenden Diagnosegruppe (F20.-) kommt (12). Im Jahr 2014 wurde daher für die Gabe von Paliperidonpalmitat (Xeplion) ein unbepreistes Zusatzentgelt im PEPP-Entgeltkatalog 2014, Anlage 4 definiert.

Bei der klinischen Anwendung von Aripiprazol-Depot kommt es in vergleichbarer Weise zu relevanten Mehrkosten, die aktuell alleine von den Kliniken getragen werden müssen.

Diese Schieflage in der Kostenkalkulation lässt sich nur durch ein eigenes dosisdifferenziertes Zusatzentgelt für die Gabe von Aripiprazol-Depot korrigieren.

Quellen:

- 1)S3 Praxisleitlinie zur Behandlung der Schizophrenie
- 2)Kane, JM et al. Aripiprazole intramuscular depot as maintenance treatment in patients with schizophrenia: a 52-week, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study. J Clin Psychiatry 2012;73(5):617-624.
- 3)Fleischhacker WW, Sanchez R, Perry PP, et al. Aripiprazole once-monthly for the treatment of schizophrenia: a double-blind, randomized, non-inferiority study vs. oral aripiprazole. Poster presented at the Annual Meeting of the APA, May 18–22, 2013. San Francisco, CA, USA.
- 4)Kane JM, Sanchez R, Zhao J, et al. Hospitalization rates in patients switched from oral antipsychotics to aripiprazole oncemonthly for the management of schizophrenia. J Med Econ 2013; 16(7):917–925.
- 5)Carson WH, Perry P, Sanchez R, et al. Effects of a Once-Monthly Formulation of Aripiprazole on Secondary Efficacy Outcomes in Maintenance Treatment of Schizophrenia. Institute on Psychiatric Services meeting, October 4–7, 2012 (Poster)
- 6)Weiden PJ et al. Partial Compliance and Risk of Rehospitalization among California Medicaid Patients with Schizophrenia. Psychiatr Serv. 2004;55(8):886-891.
- 7)Emsley R et al. Treatment response after relapse in a placebo-controlled maintenance trial in schizophrenia. Schizophr Res. 2012;138(1):29-34.
- 8)Almond S et al. Relapse in schizophrenia: costs, clinical outcomes and quality of life. Br J Psychiatry.

2004;184:346-351.

9)Andreasen NC, Carpenter WT Jr, Kane JM, et al. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. Am J Psychiatry 2005;162(3):441–449.

10)Fachinformation Aripiprazol (Abilify Maintena)

11)Abschlussbericht zum PEPP-Entgeltsystem 2014, Anhang A-3-1, Seite 93, InEK

12)Abschlussbericht zum PEPP-Entgeltsystem 2014, Seite 14, InEK

Lösungsvorschlag

Eine eigene Berücksichtigung der Arzneimittelkosten von Aripiprazol-Depot ist im PEPP-Abrechnungssystem notwendig, da diese im stationären Bereich deutlich höher sind als die kalkulierten anteiligen Erlöse aus den PEPP-Entgelten der hauptsächlich angesteuerten PA03A und PA03B. Eine genaue Abbildung der entstehenden Mehrkosten im klinischen Bereich ist bei fehlender Kodierbarkeit der Gabe von Aripiprazol-Depot aktuell noch nicht möglich. Durch die Etablierung dosisdifferenzierter OPS-Schlüssel kann erst eine genaue Kostenzuordnung geschehen. Daher wurde ein entsprechender Antrag parallel an das DIMDI gestellt.

Bei schon zuvor vom InEK bestätigten, relevanten Mehrkosten bei Anwendung von Depot-Neuroleptika ist auch für Aripiprazol-Depot die Abbildung über ein eigenes Zusatzentgelt im PEPP-System 2015 sachgerecht.

Vorschlag für die Kalkulation eines entsprechenden Zusatzentgeltes für die Gabe von Aripiprazol-Depot:

Gabe von Aripiprazol, parenteral

ZP58.016-006.h0160 mg bis unter 300 mg199,71 €

ZP58.026-006.h1300 mg bis unter 600 mg399,42 €

ZP58.036-006.h2600 mg bis unter 900 mg798,84 €

ZP58.046-006.h3900 mg bis unter 1.200 mg1.198,26 €

ZP58.056-006.h41.200 mg bis unter 1.500 mg1.597,68 €

ZP58.066-006.h51.500 mg bis unter 1.800 mg1.997,10 €

ZP58.076-006.h6mehr als 1.800 mg2.396,52 €

Die ermittelten Kosten pro OPS-Kategorie beruhen auf den zu erwartenden Arzneimittelkosten für Aripiprazol-Depot.

Anmerkung:

Hiermit wird der Veröffentlichung dieses Vorschlages im Rahmen der Veröffentlichung der Vorschläge des PEPP-Vorschlagsverfahrens für 2015 nach Punkt 5.3 Verfahrensbeschreibung PEPP-Vorschlagsverfahren insgesamt widersprochen. Der Vorschlag enthält Detailangaben, die zum aktuellen Zeitpunkt als vertraulich angesehen werden müssen.

Zu diesem Vorschlag existieren ein oder mehrere Anlagen. Sie sind diesem Dokument ggf. beigelegt.

Berechnungen zum ZE-Antrag für Aripiprazol-Depot

Grundlagen der Berechnung für Aripiprazol:

- Basisentgeltwert: 235,70 €
 Quelle 1: PEPP-Browser 2014 (InEK)
 Quelle 2: Abschlussbericht zum PEPP-System 2014 (InEK)
 Quelle 3: PEPP-Entgeltkatalog Version 2014 (InEK)
 Quelle 4: Definitionshandbuch zum PEPP-System 2014 (InEK)

HD: F20.0 (Paranoide Schizophrenie), 26 Tage Verweildauer, Psychiatrie, vollstationär im Verlauf Einstellung auf Aripiprazol (1. Gabe mit 400 mg)

PEPP-Pauschale	PA03A	PA03B
Bezeichnung	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen, Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit erhöhter Therapieintensität oder mit Mutter/Vater-Kind-Setting	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation
Verweildauer	26	26
eff. Bewertungsrelation (Summe aller BR pro Tag)	28,0354	24,7798
PEPP-Erlös (eff. BR x Basisentgeltwert)	6.607,94 €	5.840,60 €
Arzneimittelkosten pro Tag (Quelle 1)	0,52 €	0,51 €
Arzneimittelkosten bei aktueller VWD	13,52 €	13,26 €
Kosten Aripiprazol	399,42 €	399,42 €
Kostenunterdeckung	-385,90 €	-386,16 €
Reale Arzneimittelkosten pro Tag bei Gabe von Aripiprazol	15,88 €	15,87 €
Überschreitung der kalkulierten Arzneimittelkosten um das x-Fache	30,54	31,12

Kliniklistenpreis für Aripiprazol-Depot:

- Verkaufseinheit Klinik (3 x 400mg): 1.198,26 €
 Kosten pro Applikation: 399,42 €

HD: F20.0 (Paranoide Schizophrenie), 40 Tage Verweildauer, Psychiatrie, vollstationär, im Verlauf Einstellung auf Aripiprazol (1. Gabe mit 400 mg) sowie 1. Erhaltungsdosis (2. Gabe mit 400 mg)

PA03A	PA03B
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen, Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit erhöhter Therapieintensität oder mit Mutter/Vater-Kind-Setting	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation
40	40
40,8720	36,5272
9.633,53 €	8.609,46 €
0,52 €	0,51 €
20,80 €	20,40 €
798,84 €	798,84 €
-778,04 €	-778,44 €
20,49 €	20,48 €
39,41	40,16

Vorschlag für die Kalkulation eines entsprechenden Zusatzentgeltes für die Gabe von Aripiprazol-Depot:

ZP58.01	6-006.h0	160 mg bis unter 300 mg	199,71 €
ZP58.02	6-006.h1	300 mg bis unter 600 mg	399,42 €
ZP58.03	6-006.h2	600 mg bis unter 900 mg	798,84 €
ZP58.04	6-006.h3	900 mg bis unter 1.200 mg	1.198,26 €
ZP58.05	6-006.h4	1.200 mg bis unter 1.500 mg	1.597,68 €
ZP58.06	6-006.h5	1.500 mg bis unter 1.800 mg	1.997,10 €
ZP58.07	6-006.h6	mehr als 1.800 mg	2.396,52 €

Problemstellung

Mit der Festlegung von Schwellen (>80, >150, >300 BStd.) der 1:1-Behandlung als Kriterium für die Prä-Strukturkategorie ergibt sich ein starker finanzieller Anreiz.

Internen Berechnungen zeigen, dass insbesondere bei längeren Behandlungen (z.B. F32.1; 42 BT ohne Komplizierender Konstellation, da Intensiv unter 40%, also PA04C) bei hinzutretender 1:1 Behandlung im Umfang >80 Std. Erlösunterschiede von >7500€ für den Fall in der P003C entstehen. Die Mehrerlöse übersteigen dann hier die Kosten einer 4 tägigen 1:1 Behandlung deutlich. Diese Unterscheide haben sich im Vergleich 2014 zu 2013 nochmals erhöht.

Sollte dies nicht verändert werden, so erscheint es ab dem Ende der budget-neutralen Phase wirtschaftlich lukrativ jedem eigen- oder fremdgefährdeten Patienten, bei Erwartung einer längeren Behandlungsdauer für die ersten 4 Tage eine 1:1 Behandlung zukommen zu lassen. (der OPS schließt dies anhand der Kriterien auch nicht aus) Dabei sei noch nicht einmal erwähnt, dass die 1:1 Behandlung üblicherweise aus einer Sitzwache in Begleitung von fixierten Patienten entsteht, so dass hier zudem Schwellenanreize hinzutreten, sofern die notwendige Fixierungsdauer sich in Reichweite der entgeltrelevanten Grenzen befindet (siehe Beatmungsstunden Somatik).

Im Ergebnis ist jede Darstellung der 1:1 Behandlung durch Zuordnung in eine Prä-Strukturkategorie kontraproduktiv.

Lösungsvorschlag

(Nochmalige dringende) Überprüfung der Abbildung der 1:1 Behandlung als Zusatzentgelt mit Tages- (z.B. gestaffelt >6, >12 Std.) oder Fallbezug (>40, >80, >100 etc.).

Problemstellung

Mit längerer Verweildauer werden Fälle mit Abschnitten von Intensivbehandlung nicht nur in den Vergütungsstufen abgewertet, sondern auch bezüglich der zugeordneten PEPP. Die Intensivbehandlung ist auch aus Praktikersicht ein belastbarer Kosten-trenner. In der konkreten Abbildung im PEPP-Katalog ergeben sich jedoch Fehlanreize und handwerklich Mängel. Dies sei beispielhaft erläutert:

Beispiel Pat. F33.2, 10 Tage Intensivbehandlung mit 4, dann 3 Merkmalen.
Ab dem 11ten Tag dank Therapie und Medikation Regelbehandlung.

Situation A: Patient bricht die Behandlung am 13. Tag (viel zu früh) ab:
Anteil Intensivbeh. > 75%, also P004Z, BWR 1,5950 usw.

Situation B: Patient bricht in der Stabilisierungsphase ab und geht nach 19 Ta-gen, Intensivbeh. >40%, also PA04A; BWR: 1,2200 usw.

Situation C: Patienten verlässt nach anfänglich schwerem Erkrankungsverlauf die Klinik hinreichend stabilisiert am 30. Tag. Anteil Intensiv<40%, also PA04C, BWR 1,0642 usw.

In Situation C unterscheidet sich der Fall aus Abrechnungssicht nicht von dem Patienten mit elektiver Aufnahme auf einer Depressionsstation. Dies ist aus klinischer Perspektive nicht sachgerecht, da der Aufwand der ersten 10 Tage vergleichend immens war.

Ab dem Ende der budgetneutralen Phase ergibt sich der Anreiz Patienten in der Zeit der gültigen Prä-Strukturkategorie zu entlassen. Verschärft wird dies dadurch, dass eine Fallzusammenfassung zwischen Prä-Strukturkategorie und Basis-PEPP nicht greift, da unterschiedliche Strukturkategorien vorliegen.

Lösungsvorschlag

Sind innerhalb der ersten 20 Behandlungstage mindestens 50% der Tage Intensivbehandlung mit mind. 3 Merkmalen, so werden die Fälle grundsätzlich der A-Kategorie zugeordnet. Dies gilt für die PEPP PA01, PA02, PA03, PA04, PA14. Die Degression in den Vergütungsstufen dieser PEPP bildet den Kostenverlauf bei längerandauernden Fällen sachgerecht ab. Die PA004Z wird wegen der Fehlanreizwirkung (Belohnung des Behandlungsabbruchs bei Schwerstkranken) aufgelöst.

Problemstellung

Die mit dem Crystal-Entzug (Methamphetamin) verbundenen Belastungen und Aufwendungen im Rahmen der PEPP-Eingruppierung nicht inadäquat abgebildet.

Die Suchtstoffe werden im PEPP 2014 in 4 Vergütungsgruppen von PA 02 A bis D eingruppiert, Gruppe A wird am höchsten vergütet, Gruppe D am niedrigsten:

PA 02A Konsum von Heroin i.v. oder nicht i.v., i.v.-Konsum sonstiger psychotroper Substanzen
PA 02B Mischkonsum von Opioiden bzw. Kokain zusammen mit Alkohol / Cannabis / Amphetamin
PA 02C Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung von Abhängigkeitskranken, außer Opiode und Kokain
PA 02D Entzugsbehandlung ohne qualifizierten Entzug

Die Problematik der Methamphetamin- (Crystal) sowie Amphetamin-Abhängigkeit ist in den psychiatrischen Kliniken in Sachsen (aber auch in Bayern) im Vormarsch. In diesem Zusammenhang wird auf die Pressemitteilung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung vom 10.03.2014 verwiesen.

Nach den aktuellen Inhalten des Definitionshandbuches würde die Behandlung in die Gruppe PA 02C bzw. -D fallen und eine niedrige Vergütung bedeuten. würde

Dabei ist gerade der Entzug von Methamphetamin- und Amphetamin-Patienten sehr aufwendig:

Neben vielzähligen körperlichen Symptomen (Mangelernährung, pathologische Hauterscheinungen, Kreislaufprobleme mit teilweiser Überwachungsnotwendigkeit) stehen erhebliche psychische und insbesondere Verhaltensauffälligkeiten im Vordergrund. Die Betroffenen leiden unter einer ausgeprägten Unruhe, Reizbarkeit und Nervosität. Bedürfnisversagen führt zu Aggressionen, welche teilweise auch nonverbal ausagiert werden. Die Stimmungslage ist dysphorisch und unterliegt schnellem Wechsel. Die Antriebslage wechselt gleichfalls nahezu schlagartig, im Tagesablauf sind die Patienten ungesteuert, unkoordiniert und chaotisch, Wiederholt treten psychotische Episoden auf. Relativ oft besteht im Entzug eine Notwendigkeit der Unterbringung und Betreuerbestellung. Bei extremen Verhaltensauffälligkeiten und Aggressionen muss häufig fixiert werden.

Auch der Mischkonsum von Methamphetamin mit Cannabis und/oder Alkohol stellt die Therapeuten vor ganz erhebliche Herausforderungen.

Patienten mit Crystal-Abhängigkeit leiden zusätzlich unter einer Vielzahl sozialer Probleme. Oft besteht kein Versicherungsschutz, es fehlt der Wohnraum, im Umfeld bestehen Konflikte, teilweise auch auf juristischer Ebene. Eine berufliche Integration ist nahezu nie vorhanden.

Die Abbildung des geschilderten Behandlungs- und Betreuungsaufwandes in der Gruppe PA 02C und -D ist inadäquat. Es ist kein Unterschied zu der in der Gruppe B genannten Patienten Klientel zu begründen. Eine Sonderstellung von Kokain- und Heroin-Mischkonsum ist nicht nachvollziehbar.

Lösungsvorschlag

Die Behandlung der Methamphetamin-Abhängigkeit ist in Form einer höheren Gruppierung abzubilden - konkret in Gruppe PA 02B oder in einer neu zu bildenden Gruppe.

Vorschlags-Nr. **P1500020**

Vorschlagender **Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf**



Problemstellung

Erwachsene Patienten, die die Intensivkriterien laut OPS Katalog erfüllen, sind aus unserer Erfahrung fast nie in der Lage, 25 Minuten am Stück an einer Therapie teilzunehmen. Jedoch benötigen gerade diese Patienten die Möglichkeit, ihre Belastbarkeit in Therapiegruppen zu erproben und zu verbessern, um ihre soziale Reintegration vorzubereiten. Durch die Einteilung in 25-Minuten-Einheiten wird besonders in Abteilungen mit schwerkranken Patienten der therapeutische Aufwand, den diese Patienten benötigen, gar nicht oder nur absolut inadäquat abgebildet: die meiste Zeit, die mit den Patienten therapeutisch gearbeitet wird, wird nicht erfasst.

Lösungsvorschlag

Für erwachsene Patienten, die gemäß der Kriterien im OPS Katalog (9-61) im Rahmen der Intensivbehandlung versorgt werden, soll gelten:

Gruppentherapie-Einheiten dauern 15 Minuten, bei Gruppentherapien ist die Gruppengröße auf maximal 15 Patienten begrenzt, bei einer Teilnahme von 3 oder mehr Intensivpatienten muss die Gruppe nach dem 2 Therapeuten Prinzip geführt werden. Damit wäre auch eine inhaltliche Angleichung an die Minuten-Zeiten der KJP gegeben.

Problemstellung

Erwachsene Patienten, die die Intensivkriterien laut OPS Katalog erfüllen, sind fast nie in der Lage, 25 Minuten am Stück an einer Einzeltherapie teilzunehmen. Jedoch benötigen gerade diese Patienten eine intensive Therapie und Betreuung, die im psychiatrischen Alltag aber über den Tag verteilt in meistens kürzeren therapeutischen Kontakten stattfindet. Dieser Aufwand und die entsprechenden Therapieleistungen spiegeln sich in der Leistungserfassung nicht wider, da dort nur eine Mindestdauer von 25 Minuten vorgesehen ist. Durch diese Einteilung wird besonders in Abteilungen mit schwerkranken Patienten der therapeutische Aufwand, den diese Patienten benötigen, gar nicht oder nur absolut inadäquat abgebildet: die meiste Zeit, die mit den Patienten therapeutisch gearbeitet wird, wird nicht erfasst.

Lösungsvorschlag

Für erwachsene Patienten, die gemäß der Kriterien im OPS Katalog (9-61) im Rahmen der Intensivbehandlung versorgt werden, soll gelten:

Es wird ein zeitlich differenzierter Tageskode Intensivbehandlung eingeführt.

Intensivbehandlung Erwachsene 1-4h Einzelbetreuung

Intensivbehandlung Erwachsene 4-8h Einzelbetreuung

Intensivbehandlung Erwachsene 8-12h Einzelbetreuung

Intensivbehandlung Erwachsene 12-18h Einzelbetreuung

Intensivbehandlung Erwachsene über 18h Einzelbetreuung

Bei der Berechnung der Stunden für die Einzelbetreuung werden Einzelkontakte durch alle Berufsgruppen berücksichtigt. Bei Einzelbetreuung durch mehr als eine Person (2:1 oder 3:1) sind die jeweiligen Zeiten für jede betreuende Person anzurechnen.

Dieses Vorgehen würde der Intensivbehandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – OPS 9-967x – entsprechen.

Problemstellung

Für Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die lt. OPS Katalog die Intensivkriterien erfüllen, besteht keine Möglichkeit, die Teilnahme an Therapiegruppen außerhalb der Betreuung in der Kleinstgruppe abzubilden.

Insbesondere im Hinblick auf die soziale Reintegration ist die Teilnahme an Gruppentherapien notwendig. Der reale therapeutische Aufwand, der meistens im Rahmen von etwas größeren Gruppen als die Kleinstgruppe (> 3 Patienten) stattfindend, wird durch das aktuelle System überhaupt nicht erfasst.

Lösungsvorschlag

Zusätzlich zur Betreuung in der Kleinstgruppe wird ein Kode Intensivbehandlung Gruppentherapie geschaffen:

Eine Gruppentherapie dauert 15 Minuten, die Gruppengröße ist auf 12 Patienten begrenzt. Gruppen mit 5 oder mehr Patienten werden nach dem 2-Therapeutenprinzip geführt.

Vorschlags-Nr.

P1500023

Vorschlagender

Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf



Problemstellung

Gegenwärtig besteht eine Diskrepanz zwischen dem aktuell gültigen OPS-Code aus dem Bereich der KJP, 9-800.x: "Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen", und der PEPP PK02Z, die noch nicht wie im Erwachsenenbereich ausdifferenziert ist.

Lösungsvorschlag

Wir schlagen vor, dass der OPS-Katalog 9-800.x als Kostentrenner eingeführt wird zur Unterscheidung in die PEPPs PK02A und PK02B, wobei das Vorhandensein des OPS-Codes 9-800.x eine Eingruppierung in PK02A zur Folge hätte. Das Behandlungssetting, was sich im OPS-Code 9-800.x widerspiegelt, bedeutet einen Mehraufwand für die behandelnde Einrichtung.

Problemstellung

Die Erfahrungen unseres Hauses in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen, die eine Nebendiagnose aus dem Suchtbereich aufweisen, zeigt, dass im Zusammenspiel zwischen einer psychischen Störung, z.B. aus dem Bereich der affektiven Störungen, und einer Suchtnebendiagnose nicht nur ein höherer Aufwand, sondern vor allem auch eine höhere Liegedauer resultiert, um die Patienten wieder adäquat auf ihren Alltag vorzubereiten. Häufig ist gerade keine Suchtdiagnose die führende Hauptdiagnose, sondern eine Diagnose aus den Bereichen F1x.xx, F3x.xx, F6x.xx oder F9x.xx diejenige, die über den gesamten Aufenthalt im stationären oder teilstationären Setting den meisten Aufwand auslöst und somit als Hauptdiagnose gilt. Daher werden diese Patienten sehr häufig in die PEPPs PK04A/B oder PK14A/B eingeordnet. Dabei wird dann aber der Aufwand, der durch eine - meist am Anfang der Behandlung stattfindende - qualifizierte Suchtbehandlung nicht adäquat abgebildet. Diese komplizierende Konstellation wird somit nur teilweise oder oder sogar überhaupt nicht in den Erlösen ausgewiesen.

Lösungsvorschlag

Wir schlagen vor, dass das Zusammenspiel aus einer Suchtdiagnose als Nebendiagnose und dem Vorliegen eines OPS-Codes 9-800.x ("Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen") zur Eingruppierung in eine höhere PEPP führt. So sollte bei einer Hauptdiagnose für die PEPP PK04B bzw. PK14B durch eine Nebendiagnose aus dem Bereich F1x.xx und dem Vorliegen eines 9-800.x-OPS-Codes die Eingruppierung in PK04A bzw. PK14A erfolgen. Wir sehen dabei die Kombination aus Nebendiagnose und dem Suchtspezifischen Setting als notwendig an, um einerseits auch den reell erhöhten Aufwand widerzuspiegeln, und um andererseits in diesem Bereich auch einen Anreiz für eine entsprechend spezifische und durch eine wie im OPS geforderte "[...] Spezialstation für Suchtpatienten [...]" durchgeführte Behandlung zu setzen.

Vorschlags-Nr. **P1500025**

Vorschlagender **DKG e.V.**



Problemstellung

Patienten mit Demenzdiagnose sind eine klinisch sehr heterogene Gruppe auch bezüglich des Aufwandes (Pflege, ärztlich-therapeutisch). Mit den Codes ICD-10: U51.- ist eine Schweregradeinteilung der Demenzerkrankung möglich. Der dafür vorgesehene MMSE als Testverfahren ist wissenschaftlich gut validiert und wird in der Praxis auch leitliniengemäß in der Routine vorgenommen. Es ist zu erwarten, dass Schweregrad der Demenz und Aufwand miteinander korrelieren. Dies wirkt sich aber derzeit noch nicht ausreichend differenzierend auf die Eingruppierung in eine spezifische PEPP aus.

Lösungsvorschlag

Überprüfung, ob z. Bsp. die ICD-Kodes: U51.1- Mittlere kognitive Funktionseinschränkung bzw. U 51.2- Schwere kognitive Funktionseinschränkung als Splitbedingung geeignet sind.

Vorschlags-Nr.

P1500026

Vorschlagender **DKG e.V.**



Problemstellung

Bei Patienten mit schweren Verläufen einer Suchterkrankung und hohem Aufwand sind überproportional häufig mehrere stationäre Behandlungen notwendig. Durch die Fallzusammenführung (FZF) werden diese stationären Behandlungsepisoden oftmals zu einem Abrechnungsfall zusammengeführt. Bei gleicher Verweildauer verursachen diese Suchtpatienten mit häufigen Entlassungen und Wiederaufnahmen einen höheren Ressourcenverbrauch als Fälle mit einem einzigen durchgängigen stationären Aufenthalt. Eine differenzierte Abbildung z.B. über eine Splitbedingung findet derzeit aber noch nicht statt.

Lösungsvorschlag

Überprüfung, ob eine gesonderte Abbildung der Fälle der Basis-PEPP PA02, die aus mehreren stationären Behandlungsepisoden bestehen und durch Fallzusammenführung (FZF) zu einem Abrechnungsfall gemacht wurden, möglich ist.

Vorschlags-Nr. **P1500027**

Vorschlagender **DKG e.V.**



Problemstellung

Die Diagnose Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus (ICD-10: F 60.31) ist laut Bohus (Dialektisch Behaviorale Therapie der Borderline-Störung im stationären Setting, 2000) mit hohen Behandlungskosten besonders im stationären Bereich verbunden. Dies erklärt sich durch teilweise lange stationäre Behandlungszeiten, die mit häufigen Folgeaufnahmen kontrastieren. Durch die Fallzusammenführung werden diese stationären Behandlungsepisoden oftmals zu einem Abrechnungsfall zusammen geführt. Es ist anzunehmen, dass diese Patienten bei gleicher Verweildauer mit häufigen Entlassungen und Wiederaufnahmen einen höheren Ressourcenverbrauch verursachen als Fälle mit einem einzigen durchgängigen stationären Aufenthalt.

Lösungsvorschlag

Gesonderte Abbildung der Fälle mit der Diagnose F60.31 (als HD oder ND) der Basis-PEPP PA14, die aus mehreren stationären Behandlungsepisoden bestehen und durch Fallzusammenführung (FZF) zu einem Abrechnungsfall gemacht wurden.

Vorschlags-Nr. **P1500028**

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 und bitten um entsprechende Prüfung der Kalkulationsdaten.

Vorschlags-Nr. **P1500029**

Vorschlagender **Landschaftsverband Rheinland (LVR)**



Problemstellung

Das Antipsychotikum Aripiprazol wird vermutlich ab Mitte des Jahres 2014 in Deutschland bzw. in Europa neben seiner bisherigen oralen Darreichungsform auch als intramuskuläre Depot-Injektion verfügbar sein. Es ist mit ähnlich hohen Kosten wie für das bereits als unbewertetes Zusatzentgelt etablierte Paliperidon i.m. zu rechnen. In den USA ist es bereits unter dem Handelsnamen Abilify Maintena erhältlich. Es wird eine monatliche Injektion von 400 mg empfohlen, ggf. kann auch je nach Symptomatik eine Reduktion auf 300 mg pro Monat erfolgen. Während der ersten 14 Tage wird die orale antipsychotische Medikation beibehalten.

Lösungsvorschlag

Wir bitten Etablierung eines zunächst unbewerteten Zusatzentgelts bereits für das Jahr 2015. Trotz der fehlenden Möglichkeit einer ergänzenden Datenlieferung besteht die Möglichkeit, dass einige Kalkulationskrankenhäuser bereits Mitte des Jahres Einkaufspreise zur Überprüfung der tatsächlichen Kostenhöhe übermitteln könnten.

Problemstellung

Agitation gehört zu den häufigsten Notfallsituationen in der Psychiatrie. Das Verhalten akut agitierter Patienten kann leicht von einem Zustand innerer Erregung zu einer offenen Feindseligkeit eskalieren. Psychiatrische Notfälle, wie die akute Agitation bei Patienten mit der Diagnose Schizophrenie oder Bipolar I, können rasch eskalieren und erfordern ein adäquates therapeutisches Eingreifen. Die schnelle Beruhigung und die Wiederherstellung der Kooperationsfähigkeit des Patienten sind dabei die vorrangigen Ziele einer Akuttherapie (1).

Die Standardtherapie der Agitation bei psychotischen Erkrankungen bzw. manischen Psychosen umfasst bei der Notwendigkeit eines raschen Wirkungseintritts insbesondere die medikamentöse Behandlung durch intravenöse bzw. intramuskuläre Verabreichung von Antipsychotika bzw. Sedativa. Die Verabreichung von Injektionen in einem Zustand akuter Agitation wird von vielen Patienten erkrankungsbedingt als besonders belastend empfunden.

Hier bietet inhalatives Loxapin (Adasuve®) eine mögliche therapeutische Alternative, da es nicht parenteral, sondern inhalativ verabreicht wird. Es hat sich in klinischen Studien zur Akutbehandlung der Agitation bei Patienten mit Schizophrenie und bipolaren Störungen als rasch wirksam und gut verträglich erwiesen (2, 3). Wie Studien (2, 3) zeigen, tritt die Wirkung bereits 10 Minuten nach Inhalation ein. Maximale Plasmaspiegel werden im Mittel unter 2 Minuten und damit ähnlich schnell wie bei einer intravenösen Gabe erreicht (4).

Inhalatives Loxapin ist zur schnellen Kontrolle von leichter bis mittelschwerer Agitiertheit bei erwachsenen Patienten mit Schizophrenie oder bipolarer Störung zugelassen. Die Patienten sollen unmittelbar nach der Kontrolle von akuten Agitationssymptomen eine reguläre Behandlung erhalten (5).

Inhalatives Loxapin darf nur in einem Krankenhausumfeld und unter Aufsicht von medizinischem Fachpersonal verabreicht werden, da eine bronchodilatatorische Therapie mit einem kurzwirksamen Betasympathomimetikum für die Behandlung von möglichen, aber seltenen schwerwiegenden respiratorischen Nebenwirkungen (Bronchospasmus) verfügbar sein muss (5).

Beim DGPPN Kongress 2013 wurde diese in Deutschland seit 2013 verfügbare neue Therapieoption erstmals vorgestellt (6) und auf dem Europäischen Psychiatrie-Kongress (EPA 2014) berichteten Experten bereits von ersten Erfahrungen im klinischen Praxiseinsatz (7).

Vor allem in der Aufnahmesituation, in der Agitation vermehrt auftreten kann, aber auch beim längerfristigen stationären Aufenthalt erscheint eine innovative inhalierbare antipsychotische Medikation als Alternative zur invasiven, oftmals zwangsweise verabreichten Applikation injizierbarer Medikationen als neue wichtige Option dringend notwendig (z.B. schwere Fremd- oder Eigengefährdung), um eine Zwangsbehandlung mit injizierbarer Medikation und traumatisierenden Therapieerfahrungen vermeiden zu können.

Inhalatives Loxapin bietet in diesem engen Therapiebereich aufgrund der innovativen Applikation mittels patentiertem Einzeldosisinhalator (8) neue Maßstäbe in der Agitationsbehandlung.

Die inhalative Therapieform stellt sowohl eine Erleichterung für die Patienten dar, als auch eine Entlastung für die stationären psychiatrischen Behandler. Durch die schnelle Entaktualisierung kann die reguläre Dauerbehandlung schneller fortgesetzt bzw. eingeleitet werden, durch den Erhalt der Kooperationsfähigkeit 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 inhalatives Loxapin bedeutet.

Die Verträglichkeit von inhalativem Loxapin zeigt insbesondere im Vergleich zu oral verfügbaren bzw.

injizierbaren Präparaten wie z.B. Haloperidol (z.B. extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen, Spätdyskinesien)(9, 10), Benperidol (z.B. extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen)(11) oder Zuclopenthixolacetat (z.B. extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen)(12) einen deutlichen Vorteil für inhalatives Loxapin.

Im Jahr 2010 gab es laut Krankenhaus-Statistik (Stat. Bundesamt) ca. 90.000 F20-Fälle (Schizophrenie) sowie ca. 17.000 F30-Fälle (Bipolare Störungen) in Deutschland, die Anzahl der akuten behandelten Agitationsfälle ist nicht bekannt. Nur ein sehr geringer Prozentsatz der schizophrenen und bipolaren Patienten wurden bislang mit inhalativem Loxapin seit 2013 behandelt (51 Zählleinheiten, IMS, MAT 12/2013).

Da bei der Agitationsbehandlung bis zu 2 Gaben inhalatives Loxapin gegeben werden können (5), ergeben sich hieraus für die Klinik höhere Kosten (70,- bis 140,- €) als bei Anwendung oraler oder injizierbarer Neuroleptika.

Die Mehrkosten für den Einsatz von inhalativem Loxapin sind bisher nicht im PEPP-System adäquat abgebildet. Diese Mehrkosten tragen aktuell die Krankenhäuser und sichern damit die schnelle Deeskalation und Weiterbehandlung in die langfristig ambulante Versorgung schizophrener und bipolarer Patienten.

Durch den Einsatz von inhalativem Loxapin – gerade in der Aufnahmesituation und bei kurzer Verweildauer auf Station – wird damit der Anteil für den Sachbedarf, mit dem auch weitere psychopharmakologische und somatische Begleitmedikationen sowie der stationäre medizinische Bedarf gedeckt werden sollten, überschritten.

Inhalatives Loxapin besitzt aufgrund seiner positiven Eigenschaften (schnelle Wirkung innerhalb von 10 Minuten, geringes Wechselwirkungspotential, therapeutischer Wirkspiegel schnell erreichbar ohne Supplementierung, einfache Handhabung, gute Verträglichkeit, nicht-invasive Therapie) ein Alleinstellungsmerkmal, ist aber von der Kostenseite her nicht im PEPP-Abrechnungssystem adäquat abgebildet.

Da inhalatives Loxapin erst seit Juli 2013 in Deutschland erhältlich ist und erfahrungsgemäß der Einsatz neuer Medikamente insbesondere im Bereich der Akutbehandlung psychiatrischer Erkrankungen zurückhaltend und in Erwartung der Einführung des neuen Entgeltsystems zunehmend tageskostenorientiert erfolgt, sind die Mehrkosten im Vergleich zu herkömmlichen Präparaten bisher nicht in den PEPP-Entgelten berücksichtigt. Damit wird der medizinisch sinnvolle Einsatz des Präparates aufgrund der Unterdeckung nahezu verhindert und ein Fehlanreiz geschaffen, diese neuartige Verabreichungsform mit Potential für die substantielle Verbesserung der Behandlung akuter Agitation bei schizophrenen und affektiven Psychosen aus Kostengründen nicht oder nur sehr selten zu erproben bzw. regelmäßig einzusetzen. Dadurch würde den betroffenen Patienten und Therapeuten die Option weitgehend vorenthalten, die in dem durch dieses Präparat ermöglichten Verzicht auf eine akute parenterale Behandlung mittels Injektionen zu nutzen.

Auch ein Zusatzentgelt für inhalatives Loxapin existiert bisher bei fehlender Abbildung im OPS-Katalog nicht. Bei ähnlicher Problemstellung hat das InEK im vergangenen Jahr im Entgeltkatalog 2014 ein vergleichbares Zusatzentgelt für die Verabreichung von Paliperidonpalmitat in einer Depotformulierung (P1400013, PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014) geschaffen und das DIMDI in eine entsprechende OPS-Kodierung (OPS 6-006.x) umgesetzt.

Quellen:

1) Allen MH et al. The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies 2005. J Psychiatr Pract 11 (Suppl 1): 5-108.

- 2) Lesem MD et al. Rapid acute treatment of agitation in individuals with schizophrenia: multicentre, randomised, placebo-controlled study of inhaled loxapine. Br J Psychiatry 2011; 198: 51-58.
- 3) Kwentus J et al. Rapid acute treatment of agitation in patients with bipolar I disorder: multicentre, randomised, placebo-controlled study of inhaled loxapine. Bipolar Disorder 2012; 14: 31-40.
- 4) Spyker DA et al. Pharmakokinetik of loxapine following inhalation of thermally generated aerosol in healthy volunteers. J Clin Pharmacol 2010; 50: 169-179.
- 5) Fachinformation ADASUVE Februar 2013.
- 6) Symposium beim DGPPN 2013, Berlin, 29.11.2013: Die Innovation in der Akuttherapie für agitierte Patienten mit Schizophrenie oder bipolarer Störung.
- 7) Symposium beim EPA 2014, Munich, 3.3.2014: Agitation in Psychiatric Emergencies.
- 8) Noymer P et al. The Staccato System: Inhaler Design Characteristics for Rapid Treatment of CNS Disorders, RDD 2010: 13-21.
- 9) Fachinformationen Haldol Injektionslösung November 2012, Haldol Tabletten Dezember 2011, Haldol Tropfen zum Einnehmen Dezember 2011.
- 10) Vergleich Loxapin oral (höhere Dosierung als inhalativ) vs. Haloperidol parenteral: Jensen K et al. Loxapine versus haloperidol parenterally in acute psychosis with agitation, Acta psychiat. scand. 1977;56: 256-264.
- 11) Fachinformation Glianimon April 2013.
- 12) Fachinformation Ciatyl-Z Acuphase Juli 2013.

Lösungsvorschlag

Eine besondere Berücksichtigung der Arzneimittelkosten von inhalativem Loxapin ist im System notwendig, da diese im stationären Bereich deutlich höher sind als die anderer Präparate und der Erlös aus den PEPP-Entgelten vor allem bei kurzdauernder stationärer Akutbehandlung nicht kostendeckend für die Kliniken ist.

Die beschriebenen Probleme können durch die Etablierung eines dosisabhängigen Zusatzentgeltes für die inhalative Therapie mit Loxapin vermieden bzw. gelöst werden.

Dazu müssten ergänzend neue OPS-Schlüssel etabliert werden. Eine entsprechende ergänzende Anpassung des OPS-Katalogs 2015 beim DIMDI wäre bei Aufnahme des hier angeregten Sonderentgelts in den Entgeltkatalog 2015 dazu notwendig und wird hiermit angeregt.

Vorschlag zur dosisabhängigen Kodierung (applizierte Menge):

Gabe von inhalativem Loxapin

10 mg Dosis (1 Gabe) 70,- €

2 x 10 mg Dosis (2 Gaben) 140,- €

Jede weitere Dosis (Gabe) 70,- €

Zur Behandlung stehen Klinikpackungen mit 1 Einzeldosis-Inhalator (jeder Inhalator enthält 10 mg Loxapin und gibt 9,1 mg Loxapin pro Inhalation ab) zur Verfügung.

Zu diesem Vorschlag existieren ein oder mehrere Anlagen. Sie sind diesem Dokument ggf. beigelegt.

Problemstellung

Agitation gehört zu den häufigsten Notfallsituationen in der Psychiatrie. Das Verhalten akut agitierter Patienten kann leicht von einem Zustand innerer Erregung zu einer offenen Feindseligkeit eskalieren. Psychiatrische Notfälle, wie die akute Agitation bei Patienten mit der Diagnose Schizophrenie oder Bipolar I, können rasch eskalieren und erfordern ein adäquates therapeutisches Eingreifen. Die schnelle Beruhigung und die Wiederherstellung der Kooperationsfähigkeit des Patienten sind dabei die vorrangigen Ziele einer Akuttherapie (1).

Die Standardtherapie der Agitation bei psychotischen Erkrankungen bzw. manischen Psychosen umfasst bei der Notwendigkeit eines raschen Wirkungseintritts insbesondere die medikamentöse Behandlung durch intravenöse bzw. intramuskuläre Verabreichung von Antipsychotika bzw. Sedativa. Die Verabreichung von Injektionen in einem Zustand akuter Agitation wird von vielen Patienten erkrankungsbedingt als besonders belastend empfunden.

Hier bietet inhalatives Loxapin (Adasuve[®]) eine mögliche therapeutische Alternative, da es nicht parenteral, sondern inhalativ verabreicht wird. Es hat sich in klinischen Studien zur Akutbehandlung der Agitation bei Patienten mit Schizophrenie und bipolaren Störungen als rasch wirksam und gut verträglich erwiesen (2, 3). Wie Studien (2, 3) zeigen, tritt die Wirkung bereits 10 Minuten nach Inhalation ein. Maximale Plasmaspiegel werden im Mittel unter 2 Minuten und damit ähnlich schnell wie bei einer intravenösen Gabe erreicht (4).

Inhalatives Loxapin ist zur schnellen Kontrolle von leichter bis mittelschwerer Agitiertheit bei erwachsenen Patienten mit Schizophrenie oder bipolarer Störung zugelassen. Die Patienten sollen unmittelbar nach der Kontrolle von akuten Agitationssymptomen eine reguläre Behandlung erhalten (5).

Inhalatives Loxapin darf nur in einem Krankenhausumfeld und unter Aufsicht von medizinischem Fachpersonal verabreicht werden, da eine bronchodilatatorische Therapie mit einem kurzwirksamen Betasympathomimetikum für die Behandlung von möglichen, aber seltenen schwerwiegenden respiratorischen Nebenwirkungen (Bronchospasmus) verfügbar sein muss (5).

Beim DGPPN Kongress 2013 wurde diese in Deutschland seit 2013 verfügbare neue Therapieoption erstmals vorgestellt (6) und auf dem Europäischen Psychiatrie-Kongress (EPA 2014) berichteten Experten bereits von ersten Erfahrungen im klinischen Praxiseinsatz (7).

Vor allem in der Aufnahmesituation, in der Agitation vermehrt auftreten kann, aber auch beim längerfristigen stationären Aufenthalt erscheint eine innovative inhalierbare antipsychotische Medikation als Alternative zur invasiven, oftmals zwangsweise verabreichten Applikation injizierbarer Medikationen als neue wichtige Option dringend notwendig (z.B. schwere Fremd- oder Eigengefährdung), um eine Zwangsbehandlung mit injizierbarer Medikation und traumatisierenden Therapieerfahrungen vermeiden zu können.

Inhalatives Loxapin bietet in diesem engen Therapiebereich aufgrund der innovativen Applikation mittels patentiertem Einzeldosisinhalator (8) neue Maßstäbe in der Agitationsbehandlung.

Die inhalative Therapieform stellt sowohl eine Erleichterung für die Patienten dar, als auch eine Entlastung für die stationären psychiatrischen Behandler. Durch die schnelle Entaktualisierung kann die reguläre Dauerbehandlung schneller fortgesetzt bzw. eingeleitet werden, durch den Erhalt der Kooperationsfähigkeit 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 inhalatives Loxapin bedeutet.

Die Verträglichkeit von inhalativem Loxapin zeigt insbesondere im Vergleich zu oral verfügbaren bzw. injizierbaren Präparaten wie z.B. Haloperidol (z.B. extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen, Spätdyskinesien)(9, 10), Benperidol (z.B. extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen)(11) oder Zuclopenthixolacetat (z.B. extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen)(12) einen deutlichen Vorteil für inhalatives Loxapin.

Im Jahr 2010 gab es laut Krankenhaus-Statistik (Stat. Bundesamt) ca. 90.000 F20-Fälle (Schizophrenie) sowie ca. 17.000 F30-Fälle (Bipolare Störungen) in Deutschland, die Anzahl der akuten behandelten Agitationsfälle ist nicht bekannt. Nur ein sehr geringer Prozentsatz der schizophrenen und bipolaren Patienten wurden bislang mit inhalativem Loxapin seit 2013 behandelt (51 Zähleinheiten, IMS, MAT 12/2013).

Da bei der Agitationsbehandlung bis zu 2 Gaben inhalatives Loxapin gegeben werden können (5), ergeben sich hieraus für die Klinik höhere Kosten (70,- bis 140,- €) als bei Anwendung oraler oder injizierbarer Neuroleptika.

Die Mehrkosten für den Einsatz von inhalativem Loxapin sind bisher nicht im PEPP-System adäquat abgebildet. Diese Mehrkosten tragen aktuell die Krankenhäuser und sichern damit die schnelle Deeskalation und Weiterbehandlung in die langfristig ambulante Versorgung schizophrener und bipolarer Patienten.

Durch den Einsatz von inhalativem Loxapin – gerade in der Aufnahmesituation und bei kurzer Verweildauer auf Station – wird damit der Anteil für den Sachbedarf, mit dem auch weitere psychopharmakologische und somatische Begleitmedikationen sowie der stationäre medizinische Bedarf gedeckt werden sollten, überschritten.

Inhalatives Loxapin besitzt aufgrund seiner positiven Eigenschaften (schnelle Wirkung innerhalb von 10 Minuten, geringes Wechselwirkungspotential, therapeutischer Wirkspiegel schnell erreichbar ohne Supplementierung, einfache Handhabung, gute Verträglichkeit, nicht-invasive Therapie) ein Alleinstellungsmerkmal, ist aber von der Kostenseite her nicht im PEPP-Abrechnungssystem adäquat abgebildet.

Da inhalatives Loxapin erst seit Juli 2013 in Deutschland erhältlich ist und erfahrungsgemäß der Einsatz neuer Medikamente insbesondere im Bereich der Akutbehandlung psychiatrischer Erkrankungen zurückhaltend und in Erwartung der Einführung des neuen Entgeltsystems zunehmend tageskostenorientiert erfolgt, sind die Mehrkosten im Vergleich zu herkömmlichen Präparaten bisher nicht in den PEPP-Entgelten berücksichtigt. Damit wird der medizinisch sinnvolle Einsatz des Präparates aufgrund der Unterdeckung nahezu verhindert und ein Fehlanreiz geschaffen, diese neuartige Verabreichungsform mit Potential für die substantielle Verbesserung der Behandlung akuter Agitation bei schizophrenen und affektiven Psychosen aus Kostengründen nicht oder nur sehr selten zu erproben bzw. regelmäßig einzusetzen. Dadurch würde den betroffenen Patienten und Therapeuten die Option weitgehend vorenthalten, die in dem durch dieses Präparat ermöglichten Verzicht auf eine akute parenterale Behandlung mittels Injektionen zu nutzen.

Auch ein Zusatzentgelt für inhalatives Loxapin existiert bisher bei fehlender Abbildung im OPS-Katalog nicht. Bei ähnlicher Problemstellung hat das InEK im vergangenen Jahr im Entgeltkatalog 2014 ein vergleichbares Zusatzentgelt für die Verabreichung von Paliperidonpalmitat in einer Depotformulierung (P1400013, PEPP-Vorschlagsverfahren für

2014) geschaffen und das DIMDI in eine entsprechende OPS-Kodierung (OPS 6-006.x) umgesetzt.

Quellen:

- 1) Allen MH et al. The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies 2005. J Psychiatr Pract 11 (Suppl 1): 5-108.
- 2) Lesem MD et al. Rapid acute treatment of agitation in individuals with schizophrenia: multicentre, randomised, placebo-controlled study of inhaled loxapine. Br J Psychiatry 2011; 198: 51-58.
- 3) Kwentus J et al. Rapid acute treatment of agitation in patients with bipolar I disorder: multicentre, randomised, placebo-controlled study of inhaled loxapine. Bipolar Disorder 2012; 14: 31-40.
- 4) Spyker DA et al. Pharmakokinetik von loxapin nach Inhalation eines thermisch erzeugten Aerosols bei gesunden Probanden. J Clin Pharmacol 2010; 50: 169-179.
- 5) Fachinformation ADASUVE Februar 2013.
- 6) Symposium beim DGPPN 2013, Berlin, 29.11.2013: Die Innovation in der Akuttherapie für agitierte Patienten mit Schizophrenie oder bipolarer Störung.
- 7) Symposium beim EPA 2014, München, 3.3.2014: Agitation in Psychiatric Emergencies.
- 8) Noymer P et al. The Staccato System: Inhaler Design Characteristics for Rapid Treatment of CNS Disorders, RDD 2010: 13-21.
- 9) Fachinformationen Haldol Injektionslösung November 2012, Haldol Tabletten Dezember 2011, Haldol Tropfen zum Einnehmen Dezember 2011.
- 10) Vergleich Loxapin oral (höhere Dosierung als inhalativ) vs. Haloperidol parenteral: Jensen K et al. Loxapine versus haloperidol parenterally in acute psychosis with agitation, Acta psychiat. scand. 1977,56: 256-264.
- 11) Fachinformation Glianimon April 2013.
- 12) Fachinformation Ciatyl-Z Acuphase Juli 2013.

Lösungsvorschlag

Eine besondere Berücksichtigung der Arzneimittelkosten von inhalativem Loxapin ist im System notwendig, da diese im stationären Bereich deutlich höher sind als die anderer Präparate und der Erlös aus den PEPP-Entgelten vor allem bei kurzdauernder stationärer Akutbehandlung nicht kostendeckend für die Kliniken ist.

Die beschriebenen Probleme können durch die Etablierung eines dosisabhängigen Zusatzentgeltes für die inhalative Therapie mit Loxapin vermieden bzw. gelöst werden. Dazu müssten ergänzend neue OPS-Schlüssel etabliert werden. Eine entsprechende ergänzende Anpassung des OPS-Katalogs 2015 beim DIMDI wäre bei Aufnahme des hier angeregten Sonderentgelts in den Entgeltkatalog 2015 dazu notwendig und wird hiermit angeregt.

Vorschlag zur dosisabhängigen Kodierung (applizierte Menge):

Gabe von inhalativem Loxapin	
10 mg Dosis (1 Gabe)	70,- €
2 x 10 mg Dosis (2 Gaben)	140,- €
Jede weitere Dosis (Gabe)	70,- €

Zur Behandlung stehen Klinikpackungen mit 1 Einzeldosis-Inhalator (jeder Inhalator enthält 10 mg Loxapin und gibt 9,1 mg Loxapin pro Inhalation ab) zur Verfügung.

Nachfolgend die Anlage(n) zum vorstehenden Vorschlag.

Artikelbezeichnung	Packungsgröße	Kliniklistenpreis (exkl. MwSt.)	PZN	Kliniklistenpreis (inkl. MwSt.)
Adasuve 9,1 mg einzeldosiertes Pulver zur Inhalation	1 Einzeldosis- Inhalator	70,- €	04440210	83,30 €

Vorschlags-Nr. **P1500031**

Vorschlagender **GSG Consulting GmbH**



Problemstellung

2014 wurden die Zusatzkodes U69.3-! zur Differenzierung der Opioidabhängigkeit in Heroin- und Schmerzmittelabhängigkeit zu ermöglichen.

Die Schlüssel entscheiden über die Zuteilung der PEPP PA02A.

Anhand der Schlüssel ist nicht zu erkennen, wie lange diese erfasst werden können.

Sind die Schlüssel als obligate Schlüssel zu verstehen, die Patienten identifiziert, die aktuell oder in Ihrer Vorgeschichte Heroin konsumiert haben? Dann wären die Schlüssel für den Patienten immer zu erheben. Oder ist eher von einer Abhängigkeit von oral zugeführten Opioiden auszugehen, wenn der Patient sich seit längerer Zeit in einer stabilen Substitution ohne Beikonsum befindet? Dies wäre durch Interpretation akut vor chronisch schlüssig. Der Patient würde dann wegen der oralen Polamidon Substitution weiterbehandelt und nicht wegen der Heroin Abhängigkeit.

Lösungsvorschlag

Über die Kodierrichtlinien sollte festgelegt werden, wie die Verschlüsselung der Codes U69.3-! vorzunehmen ist.

Die Kodierung des Schlüssels richtet sich nach der vorwiegenden Art des Konsums. Eine einmalige intravenöse Applikation würde demnach nicht in den Schlüssel U69.30! führen.

Auch wenn sich ein Patient in einer chronischen Substitutionstherapie befindet, werden die Schlüssel weiterhin kodiert, da die Therapie sich unmittelbar aus der zurückliegenden Heroinabhängigkeit ergibt.

Vorschlags-Nr. **P1500032**

Vorschlagender **Landschaftsverband Rheinland (LVR)**



Problemstellung

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie stehen fallführende Psychologen und Ärzte gleichberechtigt nebeneinander. Der Passus „Es erfolgt eine tägliche ärztliche Befunderhebung“ als Mindestmerkmal beim OPS-Kode 9-67 spiegelt daher nicht die Realität auf den Stationen wieder.

Lösungsvorschlag

Wir bitten um Änderung des Mindestmerkmals: „Es erfolgt eine tägliche ärztliche oder psychologische Befunderhebung“.

Vorschlags-Nr. **P1500033**

Vorschlagender **DGPPN**



Problemstellung

Die Pflichtversorgung ist vermutlich ein kostensteigernder Faktor, der bisher noch nicht ausreichend berücksichtigt ist.

Lösungsvorschlag

Die psychiatrische Vollversorgung (Synonyme: Regionalversorgung, Pflichtversorgung) ist durch verschiedene Merkmale gekennzeichnet. Der Einfluss auf die Kosten sollten geprüft werden.

Kriterien:

- a. Verpflichtende Aufnahme von Patienten, die nach PsychKG untergebracht sind (bzw. den entsprechenden gesetzlichen Regelungen in den verschiedenen Bundesländern) - Dieses Kriterium könnte einfach bei den Kalkulationshäusern erfragt werden.
- b. Hoher Anteil der Aufnahmen außerhalb der regulären Dienstzeit (Reguläre Dienstzeit: Montag – Freitag; 7:30 Uhr – 17:00 Uhr). Dies könnte in verschiedenen Stufen berechnet werden (>10%, >20%, >30% etc. Aufnahmen außerhalb der regulären Dienstzeit). - Diese Information müsste schon jetzt in den gelieferten Datensätzen enthalten sein.

Vorschlags-Nr. **P1500034**

Vorschlagender **DGPPN**



Problemstellung

Die sog. Prästrukturkriterien machen den Grouper kompliziert. Im ersten Schritt sollte man meinen, dass dies nicht so bedeutsam ist, da die Eingruppierung in die jeweiligen PEPPs der Grouper für die Kliniken erledigt. Aber durch die Sonderstellung der Prästrukturkriterien in der Fallzusammenführung wird die Abrechnung und die Fallsteuerung für die Kliniken möglicherweise unnötig verkompliziert.

Lösungsvorschlag

Es wäre sinnvoll, zu prüfen, ob auf die Prästrukturkriterien verzichtet werden kann, da die entscheidenden Kriterien (Intensivbehandlung; 1:1-Betreuung) durch Aufschläge abgebildet werden können.

Vorschlags-Nr.

P1500035

Vorschlagender DGPPN



Problemstellung

Die Fallzusammenführung erschwert eine sinnvolle Fallsteuerung. Teilweise kommt es zu klinischen nicht sinnvollen Konstellationen (z.B. Zusammenführung von zwei tagesklinischen Fällen über einen vollstationären hinweg).

Lösungsvorschlag

Da die Degression nach dem neuen (vermutlich vereinbarten) Kalkulationsverfahren, welches vom InEK entwickelt worden ist, deutlich geringer ausfällt, sollte geprüft werden, ob schon zum jetzigen Zeitpunkt auf die Fallzusammenführung verzichtet werden kann.

Problemstellung

Möglicherweise werden sich die Selbstverwaltungspartner auf einen veränderten Kalkulationsansatz einigen, der die Degression deutlich mindert und im Verlaufe des Aufenthalts zu stabilen Relativgewichten führt. Auch dieser Ansatz basiert auf einer - deutlich modifizierten - fallbezogenen Kalkulation.

Es stellt sich daher weiterhin die Frage, ob es noch Ansätze gibt, die den Zusammenhang zwischen Kosten und Erlösen besser beschreiben.

Lösungsvorschlag

In einem Entgeltsystem mit einer tagesbezogenen Kalkulation (tagegenaue Buchung von Kosten und Leistungen) (Modell 3 des InEK) kommt es zu rhythmischen Wochenschwankungen. Daher wurde dieses Modell mit großer Skepsis betrachtet.

Es wäre sinnvoll, eine Methodik zu entwickeln, diese Rhythmik auszugleichen (z.B. durch Mittelwertbildung). Es könnte sein, dass die Degression dann weiter reduziert werden kann und den Zusammenhang zwischen Kosten und Leistungen noch besser darstellt.

Vorschlags-Nr. **P1500037**

Vorschlagender **DGPPN**



Problemstellung

Möglicherweise einigen sich die Selbstverwaltungspartner in einem ersten Schritt, einige tagesbezogene Leistungen als Zuschläge zuzulassen (z.B. Intensivbehandlung ab 3 Merkmalen).

Tage mit einer Einstufung der Intensivbehandlung mit 1-2 Merkmalen und der 1:1-Betreuung von 2-6 Stunden wurden bisher nicht berücksichtigt.

Diese könnte die Chance nehmen, hohe tagesbezogene Kosten noch genauer darzustellen.

Lösungsvorschlag

Es wäre wünschenswert, dass eine Kalkulation stattfindet, in der die 1:1-Betreuung ab zwei Stunden und die Intensiveinstufung ab einem Merkmal erfolgen. Dies könnte die Degression weiter reduzieren und die variablen Behandlungsverläufe besser darstellen.

Wenn die Einstufung mit 1-2 Merkmalen dem InEK zu ungenau erscheint, wird angeregt, dass das InEK dem DIMDI eine Präzisierung des Intensivcodes vorschlägt (sechs statt 3 Stufen). Ähnliches könnte auch bei der 1:1-Betreuung überlegt werden (Unterteilung der 1:1-Betreuung im Bereich 2-6 Stunden).

Problemstellung

Die St. Lukas Klinik ist ein hoch spezialisiertes und profiliertes Kompetenzzentrum mit überregionalem Einzugsbereich in der Behandlung von Menschen aller Altersstufen mit geistigen Behinderungen, Intelligenzminderungen und schweren Kommunikationsstörungen, die psychisch und/oder internistisch erkrankt sind. In 3 stationären Abteilungen, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Allgemeine Psychiatrie und Innere Medizin mit insgesamt 62 Betten, behandelten wir im Jahr 2013 893 Patienten im stationären Rahmen (Kinder- und Jugendpsychiatrie: 22 Betten, 192 Fälle, Allgemeine Psychiatrie: 20 Betten, 161 Fälle, Internistische Abteilung: 20 Betten, 540 Fälle).

In der Folge möchten wir darstellen, warum das geplante pauschalierende Entgeltsystem PEPP unsere Leistungen nicht erfassen kann und nicht adäquat honorieren wird, genauso wenig wie das bereits seit Jahren in unserer internistischen Abteilung zur Anwendung kommende System der DRGs.

In der Regel liegen bei unseren Patienten eine geistige Behinderung und eine schwere Kommunikationsstörung vor. Das bedeutet, dass die Betroffenen nicht adäquat über körperliche Beschwerden berichten können, und psychiatrische Krankheiten präsentieren sich in untypischer Form. Um dennoch zu einer zielführenden Behandlung zu kommen, ist sowohl auf somatischem wie auch auf psychiatrischem Gebiet eine besondere Expertise und ein besonders hoher diagnostischer und therapeutischer Aufwand nötig, was in der Regel einen multiprofessionellen und zeitlich besonders hohen Einsatz erfordert. Neben der unabdingbaren engen Kooperation der ärztlichen Fachgruppen mit dem Pflege- und Erziehungspersonal ist bei den meisten Patienten der gleichzeitige Einsatz von psychiatrischer und internistischer Kompetenz erforderlich. Gleiches gilt im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin für das Zusammenwirken pädiatrisch-neuropädiatrischer und kinder- und jugendpsychiatrischer sowie psychotherapeutischer Kompetenz.

Aufgrund der speziellen Möglichkeiten dieses Angebotes konzentrieren sich in unserer Klinik besonders schwer betroffene und besonders schwierig zu behandelnde Patienten. Diese haben in der Regel die Eskalationsstufen der Behandlungspyramide vom Hausarzt zum Facharzt, in die Institutsambulanz, in das Versorgungskrankenhaus (psychiatrisch / somatisch) und einer Spezialstation durchlaufen und gelangen zum Schluss in unsere Spezialklinik. Es ist naheliegend, dass ein bundesweit kalkulierter Durchschnittswert, selbst wenn er besonders schwere Fälle berücksichtigt, nie die Gegebenheiten einer Klinik, die ausschließlich schwere Spezialfälle behandelt, erfassen kann.

Um unsere Situation etwas zu konkretisieren, möchten wir im Folgenden einige Beispiele aus dem medizinischen und Versorgungsalltag anführen:

- Geistig behinderte Patienten können ihre Beschwerden oft nicht beschreiben oder Schmerzen nicht lokalisieren. Dies führt zu einer umfangreichen Suchdiagnostik. Ein Beispiel: plötzlich auftretende Unruhezustände können auf Zahnschmerzen, Magen-Darm-Erkrankungen, Knochenbrüche oder Angstsymptome zurückgehen. Nach all diesen Ursachen muss gefahndet werden.
- Häufig können geistig behinderte Patienten diagnostische Maßnahmen nicht verstehen und entwickeln starke Ängste. Manchmal ist für harmlose Blutentnahmen der Einsatz mehrerer Betreuungspersonen notwendig.
- Wegen der eingeschränkten oder fehlenden Kooperationsfähigkeit geistig behinderter Patienten sind aufwendigere Untersuchungen sowohl in der Vorbereitung, wie in der Durchführung langwierig, teils nur in Narkose durchführbar.
- In der alltäglichen Versorgung sind Unterstützungsleistungen für Tätigkeiten notwendig, die nicht behinderte Patienten weitgehend selbstständig bewerkstelligen können (Unterstützung in der hygienischen Versorgung, manche Patienten müssen von zwei Betreuungspersonen in die Dusche hineinbegleitet werden. Aufwendige Essensbegleitung mit speziell aufbereiteter Ernährung wegen Aspirationsgefahr in 1:1-Präsenz, Hilfen beim An- und Auskleiden, etc.)

-Menschen mit einer geistigen Behinderung und stationär behandlungsbedürftigen Erkrankungen sind in der Regel von Angehörigen und institutionellen Betreuungspersonen (z. B. Pflegekräften in einem Behindertenheim) umgeben. Alle diese Personen müssen über die Behandlungsnotwendigkeiten bzw. die notwendigen Folgemaßnahmen aufgeklärt werden, was den Beratungsumfang und den Kommunikationsaufwand drastisch erhöht.

-Die Patienten sind in der Regel nicht geschäftsfähig, sondern stehen unter gesetzlicher Betreuung. Für manche Therapiemaßnahmen sind Beschränkungen der Mobilität notwendig. Dies macht verbindliche rechtliche Absprachen mit gesetzlichen Betreuern und Gerichten erforderlich, was den Dokumentations-, Beratungs- und Administrationsaufwand nochmals erhöht.

-Patienten mit einer geistigen Behinderung, oft verbunden mit weiteren Erkrankungen wie Epilepsien, sind aufgrund der Multimorbidität medikamentös mehrfach behandelt; negative Medikamenteninteraktionen und Unverträglichkeiten sind häufiger als in der Normalbevölkerung – entsprechend vorsichtig müssen medikamentöse Einstellungen erfolgen und Verlaufseffekte überprüft werden. Damit lassen sich Regelbehandlungszeiten oft nicht einhalten, sondern sie werden zwangsläufig überschritten.

-Manche Behandlungsmaßnahmen, insbesondere operative Eingriffe, erfordern von den Patienten eine gewisse Zeit erhöhter Selbststeuerung und Aufmerksamkeit in der Nachsorge. So darf ein augenoperierter Patient nicht am Auge manipulieren. Oder: Nach einer Operation ist ein Bein oder ein Gelenk über Wochen hinweg nicht belastbar. Geistig behinderte Patienten können dies nicht erkennen und die notwendigen Vorsichtsmaßnahmen nicht einhalten. Daher müssen Schutzmaßnahmen eingesetzt werden – manchmal bis hin zu Fixierungen, die dann wieder eine zusätzliche persönliche Begleitung und Präsenz erfordern. Diese kursorischen Beispiele ließen sich um ein Vielfaches erweitern.

Dies ist mit einer Regeltherapie in einer Klinik nicht vergleichbar und erzeugt einen massiv erhöhten Betreuungsaufwand und einen hohen Handlungsdruck auf unterschiedlichsten Ebenen.

Ein Blick in den vom InEK veröffentlichten PEPP-Browser 2014 führt zu dem Ergebnis, dass unsere Tageskosten die kalkulierten bei nahezu allen PEPPs deutlich übersteigen, lediglich den PEPPs P002A bis P003 C aus der Prä-Strukturkategorie liegen Werte zugrunde, die auch unsere Tageskosten decken würden.

Fazit:

Die Besonderheiten in der medizinischen und pflegerischen Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung, mit Verständnis- und Kooperationsschwierigkeiten und mit psychischen Erkrankungen sind in einer solchen Weise individuell, vielschichtig und umfänglich, dass sie sich in einem pauschalierten und Regelsystem, das sich medizinisch und wirtschaftlich immer an einer Normalpopulation und an Regelabläufen orientieren muss, nicht abbilden lassen. In der bundesweiten Datengrundlage kommen unseres Erachtens solche Fälle, wenn überhaupt, sehr selten vor.

Lösungsvorschlag

Eine denkbare Lösung wäre unserer Auffassung nach, für unsere Patientinnen und Patienten je Abteilung (Allgemeine Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie) im Entgeltkatalog eine unbewertete PEPP vorzusehen.

Die von uns als hoch spezialisierte und fächerübergreifend arbeitende Klinik favorisierte Alternative ist es, als „besondere Einrichtung“ eingestuft zu werden. Diese Lösungsmöglichkeit kann das InEK jedoch nicht schaffen, sie ist an die Selbstverwaltungspartner adressiert.

In der bislang geübten Praxis, in den Pflegesatzverhandlungen in denen die Besonderheiten der Klinik von

den Krankenkassenvertretern und uns gemeinsam betrachtet, kritisch gewürdigt und in abgestimmten Pflegesätzen fixiert werden, sehen wir auch für die Zukunft die geeignete Lösung.

Wir bitten Sie, Wege für solchermaßen speziell arbeitende Kliniken, insbesondere für unser Haus, zu ebnen und haben die Hoffnung, dass Sie uns in unserem Anliegen zugunsten einer ganz besonders schwer betroffenen Personengruppe unterstützen können. In Baden-Württemberg gibt es nach unserer Information lediglich zwei Kliniken mit insgesamt 62 Betten und 20 Plätzen, die ausschließlich Menschen mit Behinderungen versorgen, die St. Lukas Klinik in Meckenbeuren-Liebenau und die Tagesklinik Bernsteinstraße in Stuttgart.

Problemstellung

Die Basis-PEPP 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 auftreten.

Die derzeitige Gruppierungssituation lässt diese Unterschiedlichkeiten unberücksichtigt.

Chronische Schmerzstörungen (F45.40 und F45.41) beinhalten Krankheitsbilder unterschiedlicher Ausprägung und Intensität.

Des Weiteren befinden sich unter diesen Diagnosegruppen Patienten, die unterschiedlich intensiv somatisch (anästhesiologisch oder schmerztherapeutisch) vorbehandelt sind.

Lösungsvorschlag

Das InEK wird gebeten, die chronische Schmerzstörung (F45.40 und F45.41), als Kostentrenner innerhalb der PA04 bzw. PP04 folgende Komorbiditäten zu untersuchen:

- Depressive Episode (F32.*), Rezidivierende depressive Störung (F33*), Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40.*), Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60.*)
- Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M*)
- Krankheiten des Nervensystems (G*)

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.

Ferner wird das InEK gebeten, aufwändige Prozeduren der Schmerztherapie als Kostentrenner zu prüfen:

- Anästhesie (8-90*)
- Schmerztherapie (8-91*)

Innerhalb der PP04 sollte geprüft werden, ob die angeführten Prozeduren Fälle mit höherem Aufwand bedingen.

Ziel der Überprüfung: Sofern als Kostentrenner identifizierbar, weiterer Split innerhalb der Basis-PEPP bzw. eigene PEPP.

Vorschlags-Nr. **P1501030**

Vorschlagender **Heinrich-Sengelmann- Krankenhaus gemeinnützige GmbH**



Problemstellung

Auch in der Psychiatrie ist die Mitaufnahme von Begleitpersonen in speziellen Fällen aus medizinisch-therapeutischer Sicht in Bezugnahme auf eine optimierte Nutzung der Therapieangebote im Krankenhaus unabdingbar. Bisher wurden die hierdurch entstandenen Kosten von den Krankenhäusern getragen.

Lösungsvorschlag

Analog zu der Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17 b Abs. 1 Satz 4 KHG, sollten entsprechende Zuschläge auch in der Psychiatrie nach § 17d KHG vereinbart werden.

Problemstellung

Das stationäre Angebot einer Reittherapie mit psychologisch-psychiatrisch ausgebildeten Therapeuten ist insbesondere bei affektiven, Angst-/Panik-, posttraumatischen und depressiven Störungen der Patienten indiziert.

Sie fördert, wie allgemein Psychotherapien mit Tieren, die Körper- und Selbstwahrnehmung über eine non-verbale Kontaktentwicklung ohne Bedrohlichkeit.

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

Die Kosten in unserem Hause liegen durch Personal- und Sachkosten bei z.Z. XXX,XX € für standardmäßig pro Patient mit 1 Therapieeinheit von 3 Stunden in der Woche. Die durchschnittliche Verweildauer dieser Patienten-Klientel liegt bei 35 Tagen.

Lösungsvorschlag

Refinanzierung der beschriebenen Kostentrenner durch Etablierung eines Zusatzentgeltes durch Schaffen entsprechender ICD- bzw. OPS-Kodes.

Vorschlags-Nr.

P1501032

Vorschlagender

Heinrich-Sengelmann- Krankenhaus gemeinnützige GmbH



Problemstellung

Clozapin wird als Psycholeptikum in erster Linie bei therapieresistenter Schizophrenie und Psychosen im Verlauf eines Morbus Parkinson nach Versagen der Standardtherapie angewendet. Aufgrund möglicher gravierender Nebenwirkungen (schwere Blutbildveränderungen, Myokardinfarkt, Leberfunktionsstörungen u.v.a.) müssen vor Therapiebeginn andere bisher eingesetzte Neuroleptika langsam abgesetzt und Clozapin vorsichtig in kleinen Einzelschritten vorgenommen werden. Dabei essentiell erforderlich ist hierbei eine engmaschige diagnostische und psychiatrische stationäre Überwachung mit einem deutlich erhöhten Personal- und Sachmittelaufwand. Insbesondere kann dies nur in einem relativ langen Therapiezeitrahmen von mindestens 2-3 Wochen, aber durchaus auch in über 6 Wochen erfolgen.

Lösungsvorschlag

Refinanzierung der beschriebenen Kostentrenner durch Etablierung eines Zusatzentgeltes durch Schaffen entsprechender ICD- bzw. OPS-Kodes.

Vorschlags-Nr. **P1501033**

Vorschlagender **Heinrich-Sengelmann- Krankenhaus gemeinnützige GmbH**



Problemstellung

Risperidon in dieser Applikationsform ist indiziert zur Erhaltungstherapie der Schizophrenie bei Patienten, die zurzeit mit oralen Antipsychotika stabilisiert sind. 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. Die Kosten für eine Ampulle mit 50mg Risperidon betragen z.Zt. ca. 300,00 €.

Lösungsvorschlag

Refinanzierung der beschriebenen Kostentrenner durch Etablierung eines Zusatzentgeltes durch Schaffen entsprechender ICD- bzw. OPS-Kodes.

Vorschlags-Nr.

P1501034

Vorschlagender

Heinrich-Sengelmann- Krankenhaus gemeinnützige GmbH



Problemstellung

Analog der in der Somatik geltenden OPS 8-980(Intensivmedizinische Komplexbehandlung) sollte für die psychiatrischer Intensiv-Patienten aufgrund der insbesondere auf diesen Stationen vorhandenen erhöhten Personal-Ressourcen: Pflege: 46 % höherer Anteil gegenüber einer normalen Station, Arzt: 25 % höherer Anteil gegenüber einer normalen Station ein Refinanzierungsausgleich geschaffen werden.

Lösungsvorschlag

Refinanzierung der beschriebenen Kostentrenner durch Etablierung eines OPS-Kodes für eine Intensiv-Komplextherapie in der Psychiatrie mit Erlösrelevanz im Grouping.

Vorschlags-Nr.

P1501035

Vorschlagender

Heinrich-Sengelmann- Krankenhaus gemeinnützige GmbH



Problemstellung

Für die psychiatrische Sektor Versorgung entstehen den betreffenden Kliniken deutliche Mehrkosten durch Vorhalten von Personalressourcen und Einsatz von zusätzlichen Sachmitteln. In unserem Haus setzen wir auf Aufnahmestation zusätzlich 5,5 VK Pflegekräfte (jährlich: 269,5 T€) und 0,5 VK Arzt (jährlich: 42,5 T€) gegenüber einer normalen Station ein. Dieses entspricht einem erhöhten Anteil an Personal-Ressourcen(gegenüber einer normalen Station) bei der Pflege: 46 % und im Bereich der Ärzte: 25 % an Mehrpersonal.

Lösungsvorschlag

Refinanzierung der beschriebenen Kostentrenner durch Etablierung eines Zusatzentgeltes durch Schaffen entsprechender ICD- bzw. OPS-Kodes.

Vorschlags-Nr.

P1501036

Vorschlagender

Heinrich-Sengelmann- Krankenhaus gemeinnützige GmbH



Problemstellung

In der Psychiatrie gibt je nach Einzugsgebiet und Klientel Patienten, die weder akut noch fremdgefährdet sind, aber aufgrund ihrer Verhaltensauffälligkeiten (Z.B. aufgrund von Psychosen, Demenz, Intelligenzminderung) regelmäßig aber auch fluktuierend einen deutlichen Mehraufwand an Personalressourcen (Ärzte, Psychologen, Pflege) meist über kürzere Zeiträume (< 25 min.) aber gehäuft über den Tag binden.

Lösungsvorschlag

Schaffen eines OPS-Kodes bei indiziertem komplexen Therapieaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Erlösrelevanz im Grouping.

Problemstellung

§17d KHG schreibt die Entwicklung eines neuen Entgeltsystems auf der Basis primär tagesbezogener Entgelte vor. Die bisherige Kalkulation trägt dem nicht Rechnung, weil die primäre Bezugsgröße der Fall und die Diagnose sind und erst sekundär Tagesentgelte berechnet werden. Begründet würde diese Abweichung vom gesetzlichen Auftrag vor allem mit der Unmöglichkeit primär tagesbezogene reliable zu kalkulieren. Diese Behauptung konnte mittlerweile empirisch durch Arbeiter einer Reihe von Kalkulationshäusers widerlegt werden (siehe Klimke et al., Nervenarzt 1/2014).

Im Rahmen eines Prüfauftrages konnte das InEK selbst dies bestätigen, hat aber dennoch keine primär tagesbezogenen Entgelte kalkuliert, sondern die diagnosebezogenen Fallgruppen unverändert belassen und vorgeschlagen, in geringem Umfang tagesbezogene Zuschläge zu kalkulieren und die Degression durch Vergütung des Entlassungstages zu mildern. Die grundlegenden Fehler des PEPP Systems werde als durch sekundäre "Umbaumaßnahmen" abgemildert, ohne dass man die Fehler selbst abstellen würde - wie das jedes vernünftig lernende System tun würde.

Lösungsvorschlag

Es sollen zusätzlich zum aktuellen Vorgehen in Vorbereitung des Entgeltkataloges 2016 tagesbezogene Kalkulationen ohne vorherige Fall- und Diagnosegruppierung (also unter Wegfall der PEPP Gruppierung) durchgeführt werden. Als mögliche Kostentrenner kommen die bei Klimke et al. (Nervenarzt 2014) und Pollmächer (Neurotransmitter, 2103) genannten Variablen in Betracht.

Sekundär kann dann durchaus wieder die kostentrennende Eigenschaft von Diagnosen für die tagesbezogenen Entgelte geprüft werden. Falls dies notwendig ist, sollte durch die Selbstverwaltungspartner umgehend der letzte Prüfauftrag erweitert oder ein neuer, zusätzlicher Prüfauftrag vereinbart werden.

Problemstellung

In allen Strukturkategorien sind „Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen“ in den Basis-PEPPs PK04, PP04 und PA04 zusammengefasst.

„Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen“ machen einen Großteil der Hauptdiagnosen im Kategorien der Kinder- und Jugendpsychiatrie (PK04B mit 47%), der Psychosomatik (PP04C mit 66%) und Psychiatrie (PA04C mit 26%).

Hier werden ganz unterschiedliche medizinische Krankheitsentitäten aus den Gruppen F30 bis F39, F 40 bis F48 und F51 aus dem Kapitel V des ICD 10-GM 2012 mit ganz unterschiedlichem Ressourcenverbrauch zusammengefasst.

Aus klinischer Sicht erscheint es sinnvoller, die Basis-PEPPs nach den Gruppen des Kapitel V zu differenzieren und je nach Schweregrad und Komorbidität zu gruppieren.

So ist es in Zukunft auch möglich, unterschiedliche Patientengruppen und unterschiedliche Schweregrade in den einzelnen Strukturkategorien besser zu differenzieren (z.B. Unterschiede zwischen der Strukturkategorie Psychiatrie und Psychosomatik).

Lösungsvorschlag

Das InEK wird gebeten, die Kostentrenner innerhalb der PK04, PA04 bzw. PP04 zu untersuchen und zu prüfen, ob die Differenzierung der Hauptdiagnosen in jeweils eigenen Basis-PEPPs nach den Kapiteln des ICD 10-GM (Trennung zwischen F30* bis F39*, F 40 bis F44*, F45* und F51) den unterschiedlichen Ressourcenverbrauch besser abbildet.

Des weiteren wird das InEK gebeten, zu prüfen, ob sich die Häufigkeit, der Schweregrad, Anzahl und Art der somatische Nebendiagnosen und der Ressourcenverbrauch bei

- depressive Krankheitszuständen (F32.* und F33)
 - Neurotische und Belastungsstörungen (F40* bis F44*)
 - somatoformen Störungen (F45*) insbesondere bei (F45.0, F45.3-, F45.4-)
- zwischen den Strukturkategorien Psychiatrie und Psychosomatik unterscheiden.

Nebendiagnosen könnten z.B. in die Tabelle „Komplizierende somatische Diagnosen, Psychiatrie (SOMND-1)“ oder eine neue Tabelle innerhalb der Funktion „Komplizierende somatische Nebendiagnosen bei affektiven Störungen“ aufgenommen werden.

Problemstellung

Der OPS-Code 9-700.* stellt einen zusätzlichen Behandlungsbereich dar, der gemäß OPS-Definition alternativ zu den Behandlungsbereichen aus 9-60 bis 9-69 existiert. Er ist im Gegensatz zu den OPS-Codes für die anderen Behandlungsbereiche nur einmal je Aufenthalt zu verschlüsseln. Mehrere Episoden, die diesem Behandlungsbereich zuzuordnen sind, werden gemäß der Anzahl der Gültigkeitstage addiert und mit dem Datum der ersten Einstufung in diesen Behandlungsbereich verschlüsselt. Dadurch kann es zu Unschärfen bei der Gültigkeitsberechnung anderer Behandlungsbereiche kommen, die ggf. zur nicht sachgerechten Einstufung in eine PEPP führen, die einen hohen Anteil Intensivbehandlung berücksichtigt. Ein Beispiel ist dem beigefügten Dokument zu entnehmen. Je nachdem, wie stark das Kriterium der Gültigkeitsdauer von Einstufungen in bestimmte Behandlungsbereiche in künftigen PEPP-Definitionen Anwendung finden soll, können die Unschärfen wachsen.

Lösungsvorschlag

Der OPS-Code 9-700 benötigt keine Dauer mehr. Er wird bei jedem Wechsel in diesen Behandlungsbereich kodiert. Die Gültigkeitsdauer (bisher über die Klassenmitte) wird wie die Gültigkeitsdauer der anderen Behandlungsbereich ermittelt.

Zu diesem Vorschlag existieren ein oder mehrere Anlagen. Sie sind diesem Dokument ggf. beigefügt.

Spez. Qualifizierte Entzugsbehandlung							
Intensivbehandlung (3 Merkmale)							
Tag (Aufenthalt: 01.04. bis 07.04.2014)	01.04.2014	02.04.2014	03.04.2014	04.04.2014	05.04.2014	06.04.2014	07.04.2014

Datensätze zur Gruppverarbeitung und in OPS.csv	9-700.0	am	01.04.2014	Gültigkeit: < 7 Tage
	9-614.0	am	02.04.2014	Gültigkeit (formal): 6 Tage > 75%
				Gültigkeit (inhaltlich): 2 Tage < 75%

Vorschlags-Nr. **P1501040**

Vorschlagender **BAG KJPP DGKJP**



Problemstellung

Notfallaufnahmen sind in der Kinder- und Jugendpsychiatrie klare Kostentreiber, aber derzeit nicht abzubilden.

Lösungsvorschlag

Angeregt wird somit, einen Marker im Patientendatenfile einzuführen, in dem seitens des behandelnden Arztes oder Psychologen das Merkmal „Notfallaufnahme“ bejaht oder verneint wird.

Zur Einführung eines neuen Markers gibt es keine Alternative. Mit dem Merkmal „Notfall“ in den Aufnahmezeiten nach § 21 ist leider häufig auch verbunden, dass der Patient – häufig der Fall – aus Gründen sozialer Inkompetenz von Patient und /oder Eltern ohne Einweisung aufgenommen wird; daraus kann nicht geschlossen werden dass es sich um eine Notfallaufnahme im Rahmen der Pflichtversorgung handelt.

Vorschlags-Nr. **P1501041**

Vorschlagender **BAG KJPP DGKJP**



Problemstellung

Nach Nicht-Aufnahme unserer Anregung, das gut eingeführte MAS V. Achse auf eine Kostentrennerfunktion zu prüfen, haben wir nun beim DIMDI den Antrag gestellt, eine analoge Liste der T-Z-Kodes zur MAS in die ICD-10-GM aufzunehmen (siehe Anhang: Dokumente).

Sofern diesem Vorschlag gefolgt wird, regen wir an, im nächsten Schritt die Kostentrennungsfunktion im Rahmen der Kalkulation zu überprüfen.

Lösungsvorschlag

Verwendung der über den DIMDI-Vorschlag generierten Codes T-Z und Überprüfung auf eine Kostentrennerfunktion

Hier der Vorschlag an DIMDI im Wortlaut:

"Beteiligte Verbände: BAG KJPP und DGKJP gemeinsam mit BAG PED KJPP; abgestimmt mit VUD (Es handelt sich um eine Abwandlung unseres Vorschlags P 1400109 an das InEK aus 2013 für 2014).

Aufnahme der Referenztabelle zur Abbildung der MAS Achse V in den T-Z-Diagnosen (siehe Anlage) in die ICD-10-GM.

Begründung:

Eine Parallelisierung des MAS V und der T-Z-Diagnosen mit Dreistellern (hier weicht die ICD-10-GM von der ICD-10-Forschungsfassung ab) wie in Anlage 1 dargestellt würde erlauben, ohne Einführung einer weiteren diagnostischen Kategorie die im Fach flächendeckend gut etablierte und nach internationaler Literatur aufwandspräzisierungsfähige Liste psychosozialer Belastungsfaktoren in die Logik der ICD-10-GM zu übertragen und damit sowohl für die Klassifikation als auch für die InEK-Kalkulation handhabbar zu machen. Es wird erwartet, dass nicht nur die Art sondern auch die Anzahl an Belastungsfaktoren bedeutsam ist für die Charakterisierung der Patienten und für den Ressourcenaufwand."

Zu diesem Vorschlag existieren ein oder mehrere Anlagen. Sie sind diesem Dokument ggf. beigefügt.

1. Abnorme intrafamiliäre Beziehungen

1.0 Mangel an Wärme in der Eltern - Kind Beziehung i. R. von Vernachlässigung **T74.0**, sonst **Z62**
 1.1 Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen **Z63**
 1.2 Feindliche Ablehnung oder Sündenbockzuweisung gegenüber dem Kind..... akut: **T74.3**, sonst **Z62**
 1.3 Körperliche Kindesmisshandlung..... ak ut: **T74.1**, sonst **Z61**
 1.4 Sexueller Missbrauch (innerhalb der Familie) akut / gesichert: **T74.2**, sonst **Z61**
 1.8 Andere: _____ **Z61 / 62 / 63**

2. Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie

2.0 Psychische Störung / abweichendes Verhalten eines Elternteils **Z63**
 2.1 Behinderung eines Elternteils **Z63**
 2.2 Behinderung der Geschwister **Z63**
 2.8 Andere: _____ **Z63**

3. Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation **Z62**

4. Abnorme Erziehungsbedingungen

4.0 Elterliche Überfürsorge **Z62**
 4.1 Unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung i. R. von Vernachlässigung **T74.0**, sonst **Z62**
 4.2 Erziehung, die eine unzureichende Erfahrung vermittelt i. R. von Vernachlässigung **T74.0**, sonst **Z62**
 4.3 Unangemessene Anforderungen und Nötigung durch die Eltern i. R. v. psychischem Missbr. **T74.1**, sonst **Z62**
 4.8 Andere: _____ **Z62**

5. Abnorme unmittelbare Umgebung

5.0 Erziehung in einer Institution **Z62**
 5.1 Abweichende Elternsituation **Z60**
 5.2 Isolierte Familie **Z63**
 5.3 Lebensbedingungen mit möglicher psychosozialer Gefährdung **Z59**
 5.8 Andere: _____ **Z59**

6. Akute, belastende Lebensereignisse

6.0 Verlust einer Liebes- oder engen Beziehung **Z61**
 6.1 Bedrohliche Umstände infolge von Fremdunterbringung **Z61**
 6.2 Negativ veränderte familiäre Beziehungen durch neue Familienmitglieder **Z61**
 6.3 Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen i. R. v. psych. Missbrauch **T74.1**, sonst **Z61**
 6.4 Sexueller Missbrauch (außerhalb der Familie)..... akut / gesichert: **T74.2**, sonst **Z61**
 6.5 Unmittelbare, beängstigende Erlebnisse **Z61**
 6.8 Andere: _____ **Z61**

7. Gesellschaftliche Belastungsfaktoren

7.0 Verfolgung oder Diskriminierung **Z60**
 7.1 Migration oder soziale Verpflanzung **Z60**
 7.8 Andere: _____ **Z60**

8. Chronische Belastungen im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit

8.0 Abnorme Streitbeziehungen mit Schülern / Mitarbeitern **Z55 / Z56**
 8.1 Sündenbockzuweisung durch Lehrer / Ausbilder **Z55 / Z56**
 8.2 Allgemeine Unruhe in der Schule / Arbeitssituation **Z55 / Z56**
 8.8 Andere: _____ **Z55 / Z56**

9. Belastende Lebensereignisse infolge von Verhaltensstörungen oder Behinderungen des Kindes

9.0 Institutionelle Erziehung **Z62**
 9.1 Bedrohliche Umstände infolge Fremdunterbringung **Z61**
 9.2 Abhängige Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen **Z61**
 9.8 Andere: _____ **Z61**

Problemstellung

Das InEK wird ersucht, den Tagesbezug analog zum Prüfauftrag der Selbstverwaltung für die Erwachsenenpsychiatrie auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie zu überprüfen.

Es ist sehr stark damit zu rechnen, dass sich durch die neue Berechnungsmethodik auch in unserem Gebiet die Degression stark abschwächen wird. Gleichzeitig findet in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bei den häufigsten Diagnosen mit zunehmender Häufigkeit Intervalltherapie statt – entweder durch Abbrüche oder Weglaufen der Patienten oder durch indizierte Entlassungen durch die Behandler und vereinbarte konsekutive Wiederkehr, oder durch Wiederaufnahme infolge eines jugendtypischen, krisenhaften Verlaufs. Jede erneute Aufnahme des identischen Patienten auf eine Jugendstation löst nichtsdestotrotz einen erneuten, umfänglichen diagnostischen und Eingangs-Aufwand aus.

Lösungsvorschlag

Für die Systementwicklung haben wir bereits das DIMDI gebeten den Code für Intensivbehandlung bei Kindern und Jugendlichen auf einen Tagesbezug umzustellen.

Es wird angeregt zu prüfen, ob aus kalkulatorischen und aus inhaltlichen Gründen aufgrund dieser für das Jugendalter typischen Konstellationen auf die Fallzusammenführung bereits zum jetzigen Zeitpunkt verzichtet werden kann. Es finden sich hier in der Regel nicht sogenannte Drehtür-Effekte hinter Wiederaufnahmen.

Vorschlags-Nr. **P1502028**

Vorschlagender **Psychiatrische Klinik Lüneburg gGmbH**



Problemstellung

Die in den Kodierrichtlinien beschriebene Lösung bei vorhandenen ausgeschlossenen Diagnosen eine Z03.2 als Hauptdiagnose zu kodieren, findet im PEPP System keine korrekte Abbildung. Die Kodierung einer solchen Z Diagnose führt in eine Fehler-PEPP, die nicht bewertet ist. Im DRG System ist dieses anders, dort führt die Kodierung der Z03.2 in eine

Lösungsvorschlag

Aufnahme einer bewerteten PEPP für Ausschlussdiagnosen wie in den Kodierrichtlinien beschrieben in Anlehnung an das DRG System.

Zu diesem Vorschlag existieren ein oder mehrere Anlagen. Sie sind diesem Dokument ggf. beigefügt.

Alter: 15 Jahre

Verweildauer: 28 Tage Aufnahmeart:

Aufnahmeanlass: 01

Entlassungsart: 01

Diagnosen: Z03.2 Beobachtung bei Verdacht auf psychische Krankheiten oder
Verhaltensstörungen gültig

Gruppierungsergebnis (G-DRG 2014)

MDC 19 Psychische Krankheiten und Störungen

DRG U66Z Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen oder
psychische Störungen in der Kindheit

PCCL 0 Status: normales Grouping (GetDRG-Grouper 2014) (GetDRG V13.0.1)

Verweildauer aktuelle VWD: 28 1. Tag Abschlag: 0 1. Tag Zuschlag: 12

mittl. VWD (arith.): 4.6 untere GVWD: 0 obere GVWD: 11

Kostengewicht Basiskostengewicht: 0.638 eff. Kostengewicht: 2.27 (Zuschlag: 1.632)