

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2016

Veröffentlichung der eingereichten Vorschläge *¹



Inhaltsverzeichnis

Vorschlagsnr.	Einreichende Institution
P1600002	Psychosomatische Klinik Bad Neustadt
P1600003	SHG-Kliniken Sonnenberg
P1600004	SLGW GmbH
P1600006	St. Marien-Hospital Düren
P1600007	Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V.
P1600008	Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V.
P1600009	MediClin Klinik für Akutpsychosomatik und Reha Zentrum am Hahnberg
P1600010	MediClin Klinik für Akutpsychosomatik und Reha Zentrum am Hahnberg
P1600011	MediClin Klinik für Akutpsychosomatik und Reha Zentrum am Hahnberg
P1600012	MediClin Klinik für Akutpsychosomatik und Reha Zentrum am Hahnberg
P1600013	MediClin Klinik für Akutpsychosomatik und Reha Zentrum am Hahnberg
P1600015	DKG e.V.
P1600016	Charité - Universitätsmedizin Berlin
P1600017	Caritas Trägergesellschaft West gGmbH
P1600018	Landschaftsverband Rheinland (LVR)
P1600019	Landschaftsverband Rheinland (LVR)
P1600020	Landschaftsverband Rheinland (LVR)
P1600022	DGPPN
P1600029	LWL-Klinik Herten
P1600031	AOK Rheinland/Hamburg
P1600032	SLGW GmbH
P1600033	SLGW GmbH
P1600035	Uniklinik Köln
P1600036	DGPPN
P1600037	DGPPN
P1600038	Verband der Universitätsklinika Deutschlands
P1600039	Verband der Universitätsklinika Deutschlands
P1600040	Verband der Universitätsklinika Deutschlands
P1600041	Verband der Universitätsklinika Deutschlands
P1600042	Verband der Universitätsklinika Deutschlands
P1600043	Verband der Universitätsklinika Deutschlands
P1600044	Verband der Universitätsklinika Deutschlands
P1600045	Verband der Universitätsklinika Deutschlands
P1600046	Verband der Universitätsklinika Deutschlands
P1600047	Verband der Universitätsklinika Deutschlands
P1600048	Verband der Universitätsklinika Deutschlands
P1600049	Verband der Universitätsklinika Deutschlands
P1600050	Verband der Universitätsklinika Deutschlands
P1600051	Verband der Universitätsklinika Deutschlands
P1600052	Kreisklinik Ebersberg
P1600054	VPKD
P1600055	BAG KJPP DGKJP
P1600057	Schön Klinik
P1600058	Schön Klinik
P1600059	Schön Klinik
P1600060	Krankenhaus Lahnhöhe
P1600061	Schön Klinik
P1600062	GSG Consulting GmbH
P1600063	St. Elisabeth Gruppe GmbH Katholische Kliniken Rhein Ruhr

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

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 könnte geprüft werden, ob die angeführten Prozeduren Fälle mit höherem Aufwand bedingen.

Vorschlags-Nr. **P1600003**

Vorschlagender **SHG-Kliniken Sonnenberg**



Problemstellung

Unsere seit 2009 bestehende Adoleszentenstation behandelt Patienten im Alter von etwa 16 bis 24 Jahren. Diese Patientengruppen werden im momentanen PEPP-Katalog nicht ausreichend berücksichtigt. (Differenzierte Darstellung im Anhang).

Lösungsvorschlag

Berücksichtigung der Patientengruppen Adoleszenten ≥ 18 Jahre in eigene PEPP, da diese Kostenaufwendiger zu behandeln sind als Vergleichsgruppen (Differenzierte Darstellung im Anhang).

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

Vorschlags-Nr. **P1600004**

Vorschlagender **SLGW GmbH**



Problemstellung

Die Anzahl Tage ohne Berechnung wird in PEPP für die Berechnung der Verweildauer verwendet, die Anzahl Tage außer Haus aus der Fachabteilungshistorie (Fachabteilungen 0001, 0002 und 0003) für die Gültigkeit der OPS-Codes. Wenn beide Werte nicht zusammenpassen, ergeben sich unplausible Gültigkeitswerte, z.B bei der Division durch die Anzahl Pflage tage (Caredays).

Lösungsvorschlag

Vor Beginn der Gruppierung sollte abgefragt werden, ob die Summe der Aufenthalte in Abteilungen 0001, 0002 und 0003 jeweils (ohne Aufnahme- und Entlassungstag) identisch ist mit der Anzahl Tage ohne Berechnung. Wenn möglich, sollte hier eine Funktion in Pseudo-Code vorgegeben werden, wenn nicht zumindest eine Beschreibung ins Spezifikationshandbuch aufgenommen werden. Wenn beide Werte nicht identisch sind, sollte in Fehlergruppe PF96Z gruppiert und Grouper-Status 08 oder ein neuer Status ausgegeben werden.

Problemstellung

Aripiprazol-Depot beschreibt den neuesten Vertreter im Bereich der langwirksamen Depot-Antipsychotika (Long-acting injectable antipsychotics, LAIs) und kommt im Rahmen der Einstellung schizophrener Patienten im stationären Bereich bereits verstärkt zur Anwendung.

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).

Durch die langen Injektionsintervalle von Aripiprazol-Depot 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 400 mg 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). Gerade junge Patienten (Alter ≤ 35 Jahre) profitieren hierbei besonders von der Einstellung auf eine entsprechende Depotmedikation (5). 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, 6). Bemerkenswerte 93% der Patienten waren mit der Behandlung mit Aripiprazol-Depot zufrieden (6). Aktuelle Untersuchungen zur Langzeitbehandlung mit Aripiprazol-Depot bestätigen die langfristig sehr gute Rezidivprophylaxe und das langfristig sehr gute Verträglichkeitsprofil dieses Präparates. Mit einer Rate drohender Rezidive von nur 8,25 % erweist sich Aripiprazol-Depot damit als eine effektive und wirksame Option in der Langzeittherapie der Schizophrenie (7).

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, 8, 9, 10). Eine 1 bis 10 Tage dauernde Non-Adhärenz verdoppelt schon das Rehospitalisierungsrisiko (8). 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, 11).

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 (12). 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 der Markteinführung von Aripiprazol-Depot im Jahr 2014 setzt diese innovative und neuartige Therapieoption in der langfristigen Schizophrenie-Therapie neue Maßstäbe und wird bereits jetzt im stationären Bereich verbreitet zur Anwendung gebracht.

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 8000 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 Depotspritze. 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 (475,31 € pro Anwendung inkl. MwSt.) 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 (13). Für die weiteren Berechnungen wurden daher diese beiden PEPPs berücksichtigt.

Laut dem PEPP-Browser für das Jahr 2015 betragen die durchschnittlichen Tages-Arzneimittelkosten in der PA03A 0,69 € bzw. 0,56 € in der PA03B. Die einmalige Gabe von Aripiprazol-Depot verursacht hier allerdings Kosten in Höhe von 475,31 € pro Anwendung. Dies entspricht mindestens 15,84 € Tagestherapiekosten bei einem Therapieintervall von 30 Tagen.

Geht man nun beispielhaft von einem Behandlungsfall mit einer Verweildauer von 26 Tagen aus, in dem die initiale Einstellung auf Aripiprazol-Depot erfolgt, so betragen die realen durchschnittlichen Tages-Arzneimittelkosten bei Anwendung von Aripiprazol-Depot in der PA03A 18,97 € und in der PA03B 18,84 € (siehe Kalkulation im Anhang). Hier werden die kalkulierten Tagesarzneimittelkosten schon um das ca. 30-Fache überschritten. Erfolgt nun im weiteren stationären Verlauf zusätzlich die Gabe der ersten Erhaltungs-dosis (nach 30 Tagen) entstehen erneut Kosten in Höhe von 475,31 € in der Klinik.

Bei einer dann angenommenen Verweildauer von 40 Tagen belaufen sich die realen Arzneimittelkosten auf 24,46 € (in der PA03A) bzw. 24,33 € (in der PA03B) pro stationärem 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 (14). Im Jahr 2014 wurde daher für die Gabe von Paliperidonpalmitat (Xeplion) ein unbepreistes Zusatzentgelt im PEPP-Entgeltkatalog 2014, Anlage 4 definiert (ZP2014-26). Dieses Zusatzentgelt ist auch im PEPP-Entgeltkatalog 2015 weiterhin identisch abgebildet.

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)Fleischhacker WW et al. Effects of Aripiprazole Once-Monthly on Symptoms and Functioning of Patients with an Acute Episode of Schizophrenia Stratified by Age; Poster presented at the 53rd annual American College of Neuropsychopharmacology (ACNP) congress; December 7-11, 2014; Phoenix, Arizona

6) 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)

7) Strickland et al. Aripiprazole Once-monthly for Long-term Maintenance Treatment of Schizophrenia: a 52-week Open-label Study; Poster presented at the 29th CINP World Congress of Neuropsychopharmacology 22–26 June 2014, Vancouver, Canada

8) Weiden PJ et al. Partial Compliance and Risk of Rehospitalization among California Medicaid Patients with Schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 2004;55(8):886-891.

9) Emsley R et al. Treatment response after relapse in a placebo-controlled maintenance trial in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2012;138(1):29-34.

10) Almond S et al. Relapse in schizophrenia: costs, clinical outcomes and quality of life. *Br J Psychiatry.* 2004;184:346-351.

11) 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.

12) Fachinformation Aripiprazol (Abilify Maintena)

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

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

Lösungsvorschlag

Da Aripiprazol-Depot erst seit Juni 2014 in Deutschland erhältlich ist, sind die zusätzlichen Kosten im Vergleich zu herkömmlichen Präparaten bisher nicht in den PEPP-Entgelten der PA03A und PA03B ausreichend berücksichtigt, womit der medizinisch sinnvolle Einsatz des Präparates aufgrund der Unterdeckung verhindert wird und ein Fehlanreiz zugunsten der Anwendung des im PEPP-System bereits abbildbaren Paliperidon-Depots besteht.

Eine eigene Berücksichtigung der Arzneimittelkosten im Rahmen der Gabe von Aripiprazol-Depot ist daher im PEPP-Abrechnungssystem 2016 notwendig, da diese Kosten die kalkulierten anteiligen Erlöse aus den PEPP-Entgelten der hauptsächlich angesteuerten PA03A und PA03B deutlich übersteigen.

Eine genaue Abbildung der vorliegenden Mehrkosten im klinischen Bereich ist bei fehlender OPS-Kodierbarkeit der Gabe von Aripiprazol-Depot aktuell 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 2016 sachgerecht. Bei den klar zuordenbaren arzneimittelbezogenen Kosten für die Anwendung von Aripiprazol-Depot sollte eine Abbildung auch ohne vorher existenten OPS-Schlüssel möglich sein und somit ein Zusatzentgelt in Anlehnung an das ZP2015-26 für das PEPP-System 2016 definiert werden können.

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

Gabe von Aripiprazol, parenteral

ZPOPS-Kode OPS-Text Betrag

ZP64.016-006.h0160 mg bis unter 300 mg 237,66 €

ZP64.026-006.h1300 mg bis unter 600 mg 475,31 €

ZP64.036-006.h2600 mg bis unter 900 mg 950,62 €

ZP64.046-006.h3900 mg bis unter 1.200 mg 1.425,93 €

ZP64.056-006.h41.200 mg bis unter 1.500 mg 1.901,24 €
ZP64.066-006.h51.500 mg bis unter 1.800 mg 2.376,55 €
ZP64.076-006.h61.800 mg und mehr 2.851,86 €

Die ermittelten Kosten pro OPS-Kategorie beruhen auf den aktuellen Arzneimittelkosten für Aripiprazol-Depot inkl. MwSt.

Anmerkung:

Hiermit wird der Veröffentlichung dieses Vorschlages im Rahmen der Veröffentlichung der Vorschläge des PEPP-Vorschlagsverfahrens für 2016 nach Punkt 5.3 Verfahrensbeschreibung PEPP-Vorschlagsverfahren insgesamt widersprochen.

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: 230 € (fiktiver Wert in Anlehnung an die Kalkulationsbeispiele des InEK)

Quelle 1: PEPP-Browser 2015 (InEK)

Quelle 2: Abschlussbericht zum PEPP-Sytem 2015 (InEK)

Quelle 3: PEPP-Entgeltkatalog Version 2015 (InEK)

Quelle 4: Definitionshandbuch zum PEPP-System 2015 (InEK)

Kliniklistenpreis für Aripiprazol-Depot:

Verkaufseinheit Klinik (3 x 400mg):

1.425,93 €

Kosten pro Applikation (inkl. MwSt.):

475,31 €

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 hoher 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	26,4186	24,0162
PEPP-Erlös (eff. BR x Basisentgeltwert)	6.076,28 €	5.523,73 €
Arzneimittelkosten pro Tag (Quelle 1, Spalte	0,69 €	0,56 €
Arzneimittelkosten bei aktueller VWD	17,94 €	14,56 €
Kosten Aripiprazol	475,31 €	475,31 €
Kostenunterdeckung Reale	-457,37 €	-460,75 €
Arzneimittelkosten pro Tag bei Gabe von	18,97 €	18,84 €
Überschreitung der kalkulierten Arzneimittelkosten um das x-Fache	27,49	33,64

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 hoher 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 €
0,69 €	0,56 €
27,60 €	22,40 €
950,62 €	950,62 €
-923,02 €	-928,22 €
24,46 €	24,33 €
35,44	43,44

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

Vorschlag ZP	OPS-Kode	OPS-Text	Betrag
ZP64.01	6-006.h0	160 mg bis unter 300 mg	237,66 €
ZP64.02	6-006.h1	300 mg bis unter 600 mg	475,31 €
ZP64.03	6-006.h2	600 mg bis unter 900 mg	950,62 €
ZP64.04	6-006.h3	900 mg bis unter 1.200 mg	1.425,93 €
ZP64.05	6-006.h4	1.200 mg bis unter 1.500 mg	1.901,24 €
ZP64.06	6-006.h5	1.500 mg bis unter 1.800 mg	2.376,55 €
ZP64.07	6-006.h6	1.800 mg und mehr	2.851,86 €

Vorschlags-Nr.

P1600007

Vorschlagender

Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V.



Problemstellung

Die Fallzusammenführung von tagesklinischen Fällen (PEPP-Entgeltkatalog 2015, Anlage 2a) erscheint überflüssig, da hier eine konstante tagesgleiche Vergütung vorliegt und keine Änderung der Bewertungsrelation in Abhängigkeit von der Einzel- bzw. Gesamtverweildauer nach Behandlungstagen stattfindet. Somit ist der hierfür nötige administrative und Software –Aufwand nicht notwendig.

Lösungsvorschlag

Streichung der Wiederaufnahme- und Fallzusammenführungsregel für teilstationäre Fälle wegen fehlender Relevanz für die Abrechnung (§7 und §7 PEPPV 2015).

Vorschlags-Nr. **P1600008**

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



Problemstellung

Analog zur Elektrokrampftherapie (EKT) wird auch für die repetitive transkranielle Magnetstimulation [rTMS] ein Zusatzentgelt im PEPP-System vorgeschlagen

Lösungsvorschlag

Prüfung der Leistung "Repetitive transkranielle Magnetstimulation" (OPS-Kode: 8-632), ob hierfür ein Zusatzentgelt etabliert werden kann.

Vorschlags-Nr. **P1600009**

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



Problemstellung

Persönlichkeitsstörungen werden nur in schweren Fällen diagnostiziert, da diese Diagnosen in vielen Köpfen nach wie vor einen "Stempel der Unabänderlichkeit" hervorrufen. Somit werden "aufwendigere" Patienten oft nicht hinreichend abgebildet, was zu Lasten der Behandler geht.

Lösungsvorschlag

Siehe Dateneingaben in den vorherigen Eingabemasken; bei Vorliegen z.B. einer Achse-II-Symptomatik (Persönlichkeitsakzentuierung, Persönlichkeitsstörung) kommt es zu einem erheblichen Mehraufwand in der Behandlung, der nicht über den ICD- oder OPS-Katalog nicht hinreichend abgebildet wird. Aus diesem Grund bitten wir um eine bessere Abbildung des Mehraufwandes.

Vorschlags-Nr. **P1600019**

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



Problemstellung

Jugendliche (Patienten unter 18 Jahren), die in der Akutpsychosomatik behandelt werden, werden aktuell einerseits durch den Grouper automatisch in den Bereich der KJP gegroupt. Diese Zuordnung entspricht nicht den Strukturen einer Akutpsychosomatik. Andererseits fallen die Jugendlichen in die vorhandenen psychosomatischen PEPPs (siehe Bemerkung). Die vorhandenen PEPPs in der Psychosomatik bilden nicht den entstehenden Mehraufwand der Jugendlichen in einer Akutpsychosomatik ab.

Lösungsvorschlag

Einführung einer eigenen PEPP in der Psychosomatik, welche durch die entsprechende Bewertungsrelation den Mehraufwand für Jugendliche und die Strukturen der Akutpsychosomatik wiedergibt.

Vorschlags-Nr. **P1600011**

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



Problemstellung

PA04A und PP04A sind bis auf die konkretisierte Altersüberschreitung > 89 Jahre identisch. Dennoch wird die PA04A mit einer höheren Bewertungsrelation versehen als PP04A.

1. In der Annahme dass der gleiche Patient sowohl in der Psychiatrie als auch Psychosomatik versorgt werden könnte, ist eine höhere Bewertungsrelation verhältnismäßig ungerechtfertigt.
2. Anzunehmen ist, dass Menschen > 89 Jahre aufwendiger sind. Wenn dem so sein sollte, müsste diese Altersgrenze auch in der Psychosomatik Berücksichtigung finden.
3. Andererseits könnte angenommen werden, dass alle Menschen > 89 Jahre in der Psychiatrie versorgt werden müssten.

Lösungsvorschlag

Wenn der Kostentrenner das Alter (89 Jahre) sein sollte, dann ist dieses Merkmal in eine gesonderte PEPP z. B. für "Gerontopsychiatrie" oder Alterspsychosomatik aufnehmen zu lassen. PA04 und PP04 wären demzufolge gleich zu bewerten.

Vorschlags-Nr.

P1600012

Vorschlagender

MediClin Klinik für Akutpsychosomatik und Reha Zentrum am
Hahnberg



Problemstellung

Richtlinien Komplexbehandlung: PsyBaDo, AMDP sowie GAF erfordern zeitlicher Aufwand, welcher nicht hinreichend abgebildet wird. Komplextraumatisierte Patienten, vor allem mit dissoziativen Symptomen erfordern sehr hohen Aufwand, welcher jedoch meist nicht als "Intensivbehandlung" abgerechnet werden kann.

Lösungsvorschlag

Wir schlagen die Aufnahme einer entsprechenden Prozedur in den OPS- Katalog vor, um eine sachgerechte Abbildung dieser aufwendiger Leistung zu erreichen.

Vorschlags-Nr. **P1600013**

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



Problemstellung

Viele Kurzkontakte (insbesondere bei Traumapatienten) ergeben keine Zeiteinheit von 25 Min. und werden so nicht als TE ausgewiesen. Trotzdem werden bei z.B. 5 Kurzkontakten ca. 10 Min. 50 Min. Therapie am Patienten erbracht, aber nicht angerechnet.

Lösungsvorschlag

Unser Vorschlag: Zeiten für die Therapieeinheiten entweder zu verkürzen (wie bei den Kinder und Jugendlichen auf 15 Minuten Therapiedauer) oder die Zeiten der Kurzkontakten am Tag zusammenzurechnen (z. B. 5 Kurzkontakte von 10 Minuten werden als 50 Minuten Therapieeinheit ausgewiesen).

Vorschlags-Nr. **P1600015**

Vorschlagender **DKG e.V.**



Problemstellung

Die Fälle unter der Diagnose F02.8* Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten erfordern in der Praxis einen überdurchschnittlich hohen diagnostischen Aufwand. Ggf. auch einen überdurchschnittlichen therapeutischen Aufwand. Dieser soll auf sachgerechte Abbildung geprüft werden.

Lösungsvorschlag

Wir regen an, in der Kalkulation zu prüfen, ob erstens die Diagnosekombination: F02.8* generell mit höheren Kosten verbunden ist und zweitens zu untersuchen, ob die F02.8* in Verbindung mit unterschiedlichen Kreuzdiagnosen höhere Kosten verursacht.

Problemstellung

Auch im vergangenen Jahr konnte offensichtlich für ein Zusatzentgelt Elektrokrampftherapie kein Preis kalkuliert werden. Die durch die unterschiedliche Kodierung für Grundleistung und Therapiesitzung vorgegebene Splittung in 2 Entgeltstufen erscheint plausibel. Hinsichtlich der zugeordneten Kosten für diese Leistungen scheint es aber jedoch erhebliche Abweichungen zwischen den verschiedenen Häusern zu geben, so dass eine valide Kalkulation nicht zustande kam. Dies ist nicht nachvollziehbar, da der Kostenaufwand dieser Leistung eigentlich sehr gut zu bestimmen sein müsste.

Lösungsvorschlag

Für die Bruttoperonalkosten dürfte bundesweit ein Betrag von ca. 1Euro/ Minute für den ärztlichen Dienst und ca. 60 Cent/ Minute für den Pflege und Funktionsdienst als Durchschnittswert derzeit als Orientierungswert gültig sein.

Werte, die weit von diesen Werten entfernt liegen, sind nicht plausibel.

Hinsichtlich des Zeitaufwands für die reine Sitzung zur Durchführung der Elektrokrampftherapie, dürften als Anhaltswerte die jeweiligen Anästhesiezeiten ausreichend genau sein.

Bei jährlich ca. 1500 EKT-Sitzungen hat sich für die Charité in den letzten Jahren eine durchschnittliche Dauer von 80 -90 Minuten herausgestellt, sowohl für die Ersttherapie wie auch für Folgesitzungen.

Für die Sitzung ergibt sich somit ein Wert für 2 Personen ärztlicher Dienst von je 90 Minuten Dauer: 180 Euro, 2 Personen Funktionsdienst ebenfalls 90 Minuten: 108 Euro. Hinzukommen ca. 2 Stunden

Nachbeobachtungszeit im Aufwachraum/ Eingriffsraum unter der Aufsicht einer Person aus Funktionsdienst/ Pflegedienst. Hierfür wären somit 72 Euro zu veranschlagen. Die reinen Personalkosten einer durchschnittlichen EKT-Sitzung können also den Betrag von 360 Euro nicht wesentlich unterschreiten.

Zur adäquaten Durchführung einer EKT-Sitzung gehört auch die anschließende ärztliche Evaluation des Patientenbefindens um die Wirkung abzuschätzen und die weitere Therapie zu planen. Hierfür wären ca. 30 Minuten ärztlicher Dienst mit körperlicher Untersuchung und psychiatrischer Exploration anzusetzen.

Insgesamt wären somit Personalkosten für die einfache Therapiesitzung von ca. 390 Euro zu erwarten.

Hinzu kommen die Kosten für Medikamente und medizinischen Sachbedarf, Anteile an Infrastruktur etc. Je nach baulichen und organisatorischen Gegebenheiten wären mehr oder weniger höhere Kosten für den Patiententransport zusätzlich erforderlich.

Für die Grundleistung, welche die Leistungen für die Aufklärung des Patienten umfasst, ist allein für diese Aufklärungsleistung eine ärztlicher Zeitaufwand von mindestens 60 Minuten (aufgeteilt in Anästhesie und Psychiatrie) anzusetzen. Personalkosten für die Grundleistung also ca. 450 Euro.

Aus diesen Angaben ist unserer Ansicht nach zu schließen, dass Kalkulationen, die deutlich unter diesen Beträgen liegen als nicht zutreffend anzusehen sind

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 und zuverlässige 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 den Behandlungserfolg sicherzustellen und somit ungeplante stationäre Aufenthalte bzw. Arztkontakte zu minimieren.

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 Facharzt-dichte im psychiatrisch-neurologischen Bereich kommt es häufig zu langen Wartezeiten auf Behandlungstermine. Durch die verbesserte Rezidivprophylaxe und den Erhalt der Leistungsfähigkeit der Patienten können weitere 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 Erhaltungs-dosis 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 einer Sicherung des Therapieerfolges beitragen.

Bei der Analyse der Abbildung der Erkrankungen des schizophrenen Formenbereiches (Hauptdiagnose aus den ICD-Kategorien F20-F29) findet sich zu einem großen Teil in den PEPPs PA03B sowie PA03A gruppiert werden.

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

Im PEPP-Browser 2015 findet man die Verteilung der Kosten. Die Tageskosten für die PEPP PA03A belaufen sich auf ca. 235 Euro, darin sind 3,56 Euro an Arzneimittelkosten vorgesehen, bei einem Aufenthalt von (Mittelwert der Verweildauer) 37,6 Tagen entspricht dies Kosten für Arzneimittel in Höhe von 133,85 Euro.

Analog findet man im PEPP-Browser 2014 in der PEPP PA03B Tageskosten von ca. 213 Euro mit einem Arzneimittelkostenanteil von 3,07 Euro oder bei einem 34,6-tägigen Aufenthalt (Mittelwert der Verweildauer)

insgesamt 106,22 Euro.

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. 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 2016 an das DIMDI gestellt.

Vorschlag:

Zusatzentgelt ausgelöst über einen dosisabhängigen OPS Schlüssel:

Vorschlag:

OPS 6-007 Applikation von Medikamenten, Liste 7

6-007.e Olanzapin, intramuskulär

.e0 150 mg bis unter 300 mg ZP64.01 305,85 €

.e1 300 mg bis unter 420 mg ZP64.02590,34 €

.e2 420 mg bis unter 620 mg ZP64.03896,22 €

.e3 620 mg bis unter 850 mg ZP64.041.344,33 €

.e4 850 mg bis unter 1280 mg ZP64.051.835,10 €

.e5 1280 mg bis unter 1800 mg ZP64.062.361,36 €

.e6 1800 mg bis unter 2050 mg ZP64.072.951,70 €

.e7 2050 mg bis unter 2750 mg ZP64.084.032,99 €

.e8 2750 mg und mehr ZP64.095.132,99€

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.

Problemstellung

Patienten mit einer geistigen Behinderung, die jedoch aufgrund einer anderen akuten psychiatrischen Erkrankung in der Klinik aufgenommen werden, zeichnen sich durch einen hohen bis sehr hohen Betreuungsaufwand ab. Dieser wird über das aktuelle PEPP-System nicht abgebildet, da die Hauptdiagnose für die Eingruppierung relevant ist, diese Fälle jedoch im Vergleich zu anderen Fällen mit der gleichen Hauptdiagnose deutlich mehr Ressourcen binden.

Das Problem wird am Beispiel einer Station einer Klinik dargestellt:

Auf der Station 44 werden Patienten mit Intelligenzminderung sowie chronischen Erkrankungen behandelt, deshalb stimmt der Ansatz der Intelligenzminderung nur bedingt. Z.B. sind zurzeit auf der Station 10 von 17 Patienten die in ihrer Diagnose eine leichte oder mittlere Intelligenzminderung diagnostiziert haben.

Die Station ist zuständig für die Behandlung von geistig behinderten Menschen mit

- Anpassungsstörungen
- Verhaltensstörungen
- Angst- und Unruhezuständen
- Fremd- und autoaggressivem Verhalten
- affektiven Störungen
- Zwangsstörungen
- psychotischen Störungen
- Persönlichkeitsstörungen
- somatischen Erkrankungen (die aufgrund der psychischen Störungen auf einer primär somatisch ausgerichteten Station nicht behandelt werden können)
- neurologischen Erkrankungen
- Suizidalität

Der gemeinsame „Nenner“ ist der durchgehend erhöhte Hilfsbedarf der Patienten im alltäglichen Leben. Sie kommen aus Wohnheimen, Gruppen oder Einrichtungen in denen sie schon, aufgrund ihrer Grunderkrankung, durchgehend auf fremde Hilfe angewiesen sind. Zu dieser Grunderkrankung kommt dann noch der akute Aufnahmearbeit hinzu, der das Arbeiten mit dem Patienten noch intensiviert.

Auf der Station befindet sich kein Patient, der aus einer eigenen Wohnung oder ähnlichem kommt. Es gibt jedoch Unterschiede, diese gehen vom betreuten Wohnen bis hin zu einer geschlossenen Einrichtung. Aber grundsätzlich ist keiner auf der Station in der Lage sein Leben selbst zu managen. Dies belegt auch das alle unsere Patienten einen gesetzlichen Betreuer haben

Lösungsvorschlag

Wir bitten um Prüfung, ob es Kostentrenner für Fälle mit der ND F70/F71 gefunden werden können, d.h. dass Fälle mit dieser ND vergleichsweise höhere Kostensätze aufweisen als Fälle mit der gleichen PEPP ohne diese ND.

Alternativ bitten wir um Prüfung, ob das Kriterium eines gesetzlichen Betreuers einen Kostenunterschied ausmacht.

Problemstellung

Die Zusammenfassung von Fällen bei Wiederaufnahme innerhalb von 21 Tagen (bis 120 Tagen) – insbesondere über Jahreswechsel hinweg – verursachen einen enormen administrativen Aufwand für die Kliniken und die Kostenträger. Beide - Kliniken und Kostenträger - haben hierdurch einen stark erhöhten personellen und IT-Aufwand, da es den IT-Herstellern nicht möglich ist, die Abrechnungsbestimmungen umzusetzen. Folglich sind viele manuelle Tätigkeiten, insbesondere Korrekturen, notwendig.

Gleichzeitig wurde der eigentlich Grund der Fallzusammenfassung, der Anreiz zur Verweildauerverkürzung, aufgrund der erheblichen Änderungen des PEPP-Kataloges 2015 deutlich entschärft. Die max. Anzahl der Entgeltgruppen beträgt 23 Tage (PA02D, PK14C), die durchschnittliche Anzahl der Entgeltgruppen beträgt 14 - die durchschnittliche Verweildauer in der Psychiatrie jedoch 22,4 (AP) bzw. 36,2 Tage (KJP) (Quelle: DeStatis Grunddaten Krankenhäuser 2013). Die Notwendigkeit der Fallzusammenfassung erschließt sich daher nicht, da bereits der Durchschnitt der Fälle in die letzte Entgeltgruppe eingruppiert wird.

Besonders im Bereich der Tagesklinik stellt die Fallzusammenfassung einen rein admin. Aufwand dar, der das Gesundheitssystem insgesamt nur durch den personellen und administrativen Aufwand belastet und keine Verbesserung darstellt.

Zusammenfassend verursacht die Fallzusammenfassung daher nur einen erhöhten personellen Aufwand im patientenfernen Bereich, ohne einen Nutzen für das neue Entgeltsystem darzustellen.

Lösungsvorschlag

Die Änderungen des PEPP-Systems 2015 basierten darauf, die Erlöse an die tatsächlichen Kostenverläufe anzupassen – das sollte auch für die Fälle mit Fallzusammenfassung geprüft werden. Wir bitten daher um Prüfung der zusammengefassten Fälle, ob diese höhere durchschnittliche Kosten pro Tag aufweisen als vergleichbare Fälle ohne Fallzusammenfassung. Insbesondere sollte das vor dem Hintergrund des gesetzlichen Auftrags gem. § 17d KHG, der Einführung eines „leistungsorientierten“ Vergütungssystem, erfolgen.

Da viele Kliniken in 2014 optiert sind, sollte die Prüfung nicht nur mit den Daten 2014 erfolgen – hier sind die Kostendaten bereits für zusammengefasst Fälle enthalten – sondern auch mit den Kostendaten aus 2013.

Vorschlags-Nr. **P1600020**

Vorschlagender **Landschaftsverband Rheinland (LVR)**



Problemstellung

In dem neuen Entgeltsystem werden dezentrale Einrichtungen nicht, z. B. in Form von Zuschlägen, beachtet, obwohl diese über das aktuelle Finanzierungsmodell der Pflegesätze durch die Kostenträger getragen werden. Dabei ist die Versorgung der Patienten in dezentralen Einrichtungen mit einem erhöhten finanziellen Aufwand verbunden, u.a. aufgrund der Größe der Einrichtungen. Dezentrale Akutstationen spielen dabei eine große Rolle bei dem Aufbau gemeindeintegrierter Versorgungsstrukturen. Psychiatrische Kliniken, die den Aufbau der gemeindeintegrierter Versorgungsstrukturen fördern, werden durch das neue Entgeltsystem erheblich benachteiligt. Die Gefahr besteht, dass genau diese dezentralen Einrichtungen durch die Einführung des neuen Entgeltsystems nicht mehr haltbar sind und die wohnortnahe Versorgung gefährdet wird. Die Gefahr besteht, dass es durch das neue Entgeltsystem zu einer Verschlechterung der wohnortnahen Versorgung kommen könnte.

Lösungsvorschlag

Prüfung der Kalkulationsdaten, ob die Kostendaten dezentraler Einrichtungen einen höheren, durchschnittlichen Kostensatz aufzeigen als vergleichbare Fälle von zentralen Abteilungen.

Dafür müssten die Fallnummer der dezentralen Einheiten gesondert abgefragt werden. Die Definition eines festen Zuschlags für dezentrale Einheiten sollte tagesbezogen und unabhängig von der Diagnose sein.

Vorschlags-Nr. **P1600022**

Vorschlagender **DGPPN**



Problemstellung

Die Fallzusammenführung bedeutet einen sehr hohen bürokratischen Aufwand. Es erschwert die Abläufe. Die Abrechnungslogik folgt dabei nicht der Logik des Verlaufs psychiatrischer Erkrankungen. Sie behindert nach Einschätzung der Fachgesellschaften den unkomplizierten Übergang zwischen den unterschiedlichen Settings.

Lösungsvorschlag

Es sollten Kriterien entwickelt werden, wann die Fallzusammenführung nicht mehr angezeigt ist - d.h. der Anreiz, künstlich früher zu entlassen und anschließend medizinisch nicht indiziert wieder aufzunehmen. Als die Abrechnung noch in Stufen erfolgte, war die Fallzusammenführung besser nachvollziehbar. Die Selbstverwaltungspartner sollten einen klaren Hinweis bekommen, wann auf diese verzichtet werden kann. Nach Einschätzung der Fachgesellschaften sollte dies spätestens dann erfolgen, wenn die Kosten- und Erlöskurve dicht beieinander liegen.

Problemstellung

Seit 2003 wird die Station Mutter-Kind in der LWL-Klinik Herten betrieben. Die Station verfügt über 8 vollstationäre und 2 teilstationäre Behandlungsplätze. Im Jahr 2013 wurden 41 Fälle vollstationär und 3 Fälle tagesklinisch behandelt.

Die hochspezialisierte und qualitativ hochwertige Behandlung verschaffte der Klinik - insbesondere auch wegen des insgesamt begrenzten Angebotes einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung im Mutter-Kind-Setting - überregionale Anerkennung. Patientinnen werden aus ganz Nordrhein-Westfalen aufgenommen. Zur besonderen Bedeutung dieser Behandlungsform wird im Abschnitt „Medizinische Expertise“ ausführlich berichtet, auf den Behandlungspfad wird im darauf folgenden Abschnitt eingegangen. Die Behandlung wurde bisher durch die Krankenkassen in Form einer budgeterhöhenden Berücksichtigung gewürdigt, sodass ein kostendeckendes Arbeiten gewährleistet werden konnte.

Im Rahmen der Einführung des pauschalierten Entgeltsystems in der Psychiatrie (PEPP) verändert sich die finanzielle Situation gegenwärtig erheblich. Der hohe Aufwand der Behandlung mit deutlich überdurchschnittlichen personal- und kostenintensiven Therapie-Maßnahmen ist im PEPP-System aktuell bei weitem nicht in ausreichendem Maße abgebildet. Eine kostendeckende Behandlung ist mit dem gegenwärtigen System folglich nicht zu erreichen. Der Anpassungsdruck würde zu einem erheblichen Verlust der Behandlungsqualität führen. Auf die genauen Kosten und Erlösverläufe wird im Abschnitt Finanzierungshintergrund eingegangen.

Schlußendlich werden Lösungsvorschläge genannt, um auch in der - als lernendes System ausgelegten - PEPP-Systematik kostendeckende Erlöse zu sichern.

Lösungsvorschlag

Angesichts des - wie in der medizinischen Expertise ausgeführt - gleichbleibend hohen Bedarfes an entsprechenden Therapieangeboten und des bundesweit bestehenden Mangels an Behandlungsplätzen im Mutter-Kind-Setting bedarf es einer kostendeckenden Finanzierung der Behandlung dieses besonders anspruchsvollen Patientenlientels im PEPP-System.

Das hiesige Behandlungssetting ist langjährig erprobt und hat sich bewährt. Gravierende Änderungen sind nicht durchführbar, ohne dass erhebliche Qualitätseinbußen der Behandlung zu befürchten wären. Zur Sicherstellung der leistungsgerechten Finanzierung der Mutter-Kind Behandlung ist eine adäquate Berücksichtigung im PEPP-System unausweichlich. In der LWL-Klinik Herten zeigt sich eine durch den Systemwechsel bedingte Finanzierungslücke von 270,19 € pro Behandlungstag.

Angesichts der bundesweit geringen Fallzahlen und der Heterogenität der Hauptdiagnosen erscheint der Vorschlag einer bepreisten PEPP für die Mutter-Kind-Behandlung nicht sinnvoll.

Kostentrenner bei der Behandlung ist weniger die Hauptdiagnose der Patientinnen sondern vielmehr der settingbedingte Aufwand der Mutter-Kind-Behandlung. Wir schlagen für die Mutter-Kind-Behandlung ein unbewertetes Zusatzentgelt vor, weil dadurch der Tatsache am ehesten Rechnung getragen wird, dass in Form des Kindes ein zweiter Patient mitbehandelt wird.

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

Analyse der Mutter-Kindbehandlung nach PEPP Einführung

Einleitung

Seit 2003 wird die Station Mutter-Kind in der LWL-Klinik Herten betrieben. Die Station verfügt über 8 vollstationäre und 2 teilstationäre Behandlungsplätze. Im Jahr 2013 wurden 41 Fälle vollstationär und 3 Fälle tagesklinisch behandelt.

Die hochspezialisierte und qualitativ hochwertige Behandlung verschaffte der Klinik - insbesondere auch wegen des insgesamt begrenzten Angebotes einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung im Mutter-Kind-Setting - überregionale Anerkennung. Patientinnen werden aus ganz Nordrhein-Westfalen aufgenommen. Zur besonderen Bedeutung dieser Behandlungsform wird im Abschnitt „Medizinische Expertise“ ausführlich berichtet, auf den Behandlungspfad wird im darauf folgenden Abschnitt eingegangen.

Die Behandlung wurde bisher durch die Krankenkassen in Form einer budgeterhöhenden Berücksichtigung gewürdigt, sodass ein kostendeckendes Arbeiten gewährleistet werden konnte.

Im Rahmen der Einführung des pauschalierten Entgeltsystems in der Psychiatrie (PEPP) verändert sich die finanzielle Situation gegenwärtig erheblich. Der hohe Aufwand der Behandlung mit deutlich überdurchschnittlichen personal- und kostenintensiven Therapie-Maßnahmen ist im PEPP-System aktuell bei weitem nicht in ausreichendem Maße abgebildet. Eine kostendeckende Behandlung ist mit dem gegenwärtigen System folglich nicht zu erreichen. Der Anpassungsdruck würde zu einem erheblichen Verlust der Behandlungsqualität führen. Auf die genauen Kosten und Erlösverläufe wird im Abschnitt Finanzierungshintergrund eingegangen.

Schlußendlich werden Lösungsvorschläge genannt, um auch in der - als lernendes System ausgelegten - PEPP-Systematik kostendeckende Erlöse zu sichern.

Medizinische Expertise für das PEPP-Vorschlagsverfahren:

Die gemeinsame Behandlung der postpartal psychisch erkrankten Mutter mit ihrem Säugling im psychiatrischen Krankenhaus

Die **Inzidenz postpartaler psychischer Störungen** (Literaturübersicht 1) **ist hoch**: 26 bis 80 % der Wöchnerinnen erleiden den postpartalen Blues, 10 bis 15 % erkranken an einer postpartalen Depression (PPD), 0,1 bis 0,2 % entwickeln eine postpartale Psychose. In der „Transcultural study of postnatal depression“ (2) ergab sich im Mittel eine Prävalenz von 18,3 % von depressiven Störungen circa sechs Monate postpartal in einem US-amerikanischen und acht europäischen Zentren.

Depressionen, die in der Postpartalzeit auftreten, nehmen unter dem **Aspekt der Primärprävention** eine Sonderstellung ein, da die mütterliche Psychopathologie den Säugling in einer hochsensiblen Phase der kindlichen Entwicklung trifft. Langfristige emotionale und kognitive **Entwicklungsstörungen beim Kind sind die Folge**. In einer australischen Studie (3) zeigen 15-jährige Kinder depressiv erkrankter Mütter zu 20 % eine depressive Störung; dabei tragen Schwere und Chronizität der mütterlichen Depression zum jugendlichen Störungsrisiko bei (4). Das erhöhte Risiko einer kindlichen Psychopathologie infolge der mütterlichen Depression ist gesichert (5). Selbst die Kinder subklinisch depressiv erkrankter Mütter weisen im Alter von 36 Monaten entsprechende kognitive Einschränkungen und Verhaltensstörungen auf (6). Die genannte Assoziation zwischen mütterlicher psychischer Erkrankung und kindlichem Störungsrisiko gilt nicht nur für die postpartale Depression, sondern auch für andere postpartale psychische Erkrankungen.

In der Bundesrepublik leben zwischen drei und vier Millionen Kinder von Eltern mit einer psychischen Störung, das kindliche Störungsrisiko bei psychischen Auffälligkeiten der Eltern ist um den Faktor zwei bis drei gegenüber einer Vergleichsgruppe erhöht und **30 bis 45 % der Kinder** in stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung (7) **haben einen psychisch kranken Elternteil**.

Aus dem engen Zusammenhang zwischen der mütterlichen Erkrankung und den Entwicklungsbelastungen/Störungsrisiken für das Kind leitet sich die **Notwendigkeit eines spezifischen Settings** ab, dass die Behandlung der postpartalen psychischen Erkrankung der Mutter mit der Prävention der kindlichen Entwicklungsstörungen verbindet.

Vor der Einrichtung gemeinsamer stationärer Mutter-Kind-Behandlungseinheiten (MKE) sowohl für die postpartal psychisch erkrankte Mutter als auch für ihren Säugling bestand das zentrale Dilemma der alleinigen Aufnahme der erkrankten Wöchnerin darin, dass diese nach Hause zu ihrem Säugling drängte, zu früh und oft gegen ärztlichen Rat entlassen wurde, dort in der Belastungssituation zu Hause häufig erneut dekompenzierte und wieder aufgenommen werden musste.

Mit der Entwicklung von Mutter-Kind-Einheiten wird aber auch aus ärztlicher Sicht der Konflikt gelöst, entweder die Patientin — ihrem Wunsch entsprechend — zu früh und noch akut erkrankt zu entlassen, damit das Rezidiv, die Wiederaufnahme und eine insgesamt längere stationäre Behandlungsdauer vorzuprogrammieren, oder sie — gegen ihren Willen, mit schlechtem Gewissen, fehlender Compliance und damit auch schlechtem Behandlungsergebnis — von ihrem Säugling zu trennen.

Des Weiteren bieten MKE die einmalige Möglichkeit, neben der Behandlung der Mutter auch die für die kindliche Entwicklung und den Verlauf der mütterlichen Erkrankung bedeutende Mutter-Kind-Interaktion zu fördern, primärpräventiv tätig zu sein und spätere psychische Erkrankungen beim Kind zu vermeiden (8,6). Bereits 1995 formulierte Kumar (9) — der Nestor der englischen „Mother-Baby-Units“ (MBU) —: „Ein primäres Behandlungsziel ist die Beurteilung des aktuellen und/oder potenziellen Risikos für die Kinder im Kontext der mütterlichen psychischen Erkrankung sowie die primäre Prävention psychischer Erkrankungen des Kindes“.

Diese Ziele lassen sich nicht mit dem in der Geburtshilfe und Pädiatrie auch in Deutschland üblichen „Rooming-In“ realisieren (10). Wenn die singuläre Möglichkeit zur Primärprävention

im Bereich der Psychiatrie bei einer sowohl unter biologisch-genetischen als auch unter psychosozialen Aspekten definierten Hochrisikogruppe genutzt werden soll, müssen Therapieangebote sich auch auf das Kind bzw. auf die frühe Mutter-Kind-Interaktion und – Beziehung erstrecken. Des Weiteren stellt die **gemeinsame Behandlung von Mutter und Säugling** einen **nachdrücklichen protektiven Faktor hinsichtlich des Infantizids oder erweiterten Suizids** dar. In wenigen Einzelfällen kann auch eine Einschätzung der Erziehungsfähigkeit der Mutter und sehr selten eine Trennung von Mutter und Säugling in Zusammenarbeit mit dem zuständigen Jugendamt erfolgen (11, 12).

Um die Benachteiligung postpartal psychisch erkrankter Frauen zu beenden und die Chance der Primärprävention für die Kinder der erkrankten Mütter zu nutzen, forderten Lanczik und Brockington bereits 1997 im Deutschen Ärzteblatt (13) in Anlehnung an die Zahlen aus England für die Bundesrepublik mindestens 9,6 Mutter-Kind-Betten pro eine Million Einwohner. Auf die Bevölkerungszahl und die Geburtenrate in Deutschland bezogen errechnen sich für die BRD 750 Betten zur stationären Aufnahme von psychischkranken Müttern mit ihren Kleinkindern. Eine bundesweite Erhebung in 2007 (14) erbrachte, dass der **Bedarf an stationären Mutter-Kind-Behandlungsangeboten in der BRD erst zu 21 % gesichert ist**. Dabei ist diese Entwicklung von MKE wegen des fehlenden Finanzierungsrahmens der Mehrkosten, die durch die Therapie der mütterlichen Beziehungsstörung zum Kind entstehen, gefährdet. Eine aktuelle Untersuchung beweist, dass diese Unterversorgung weiter zugenommen hat (15). Die Heidelberger Postpartum-Studie (Reck et al, 2006) zeigt dabei an einer **Heidelberger Normalpopulation von 862 Müttern, dass in 7,1 % eine gestörte Mutter-Kind-Bindung vorliegt**, die bei der Untergruppe der Mütter mit einer postpartalen Depression auf 17 % ansteigt.

Die Therapie der Bindungsstörung generiert deutliche Mehrkosten, die durch den tagesgleichen Pflegesatz für die Mutter nicht gedeckt sind. Kumar (9) weist bereits 1995 auf den hohen Kostenfaktor hin; wegen der deutlich höheren Personalkosten geht er von dem 1,5- bis 2,0-fachen Tagespflegesatz aus. Im Einzelnen resultieren diese Mehrkosten aus der videogestützten beziehungsanalytischen Mutter-Kind-Körpertherapie (Konzept bei Lier-Schehl [16]), Babymassage, Mutter-Säugling-Spielgruppen, Personalmehrkosten für Kinderkrankenschwestern/Erzieherinnen zur Entlastung der Mutter (regelmäßig nachts in der ersten Woche nach der gemeinsamen Aufnahme; tagsüber während der gesamten stationären Behandlung, damit die Mutter einen Teil ihrer Therapien ohne Säugling wahrnehmen kann) sowie zur Anleitung und zur Unterstützung der Mutter bei der Säuglingspflege.

Bundesweit besteht bisher keine einheitliche Regelung zur Finanzierung der weiter oben beschriebenen Mehrkosten. In Einzelfällen konnten Kliniken in den jährlichen Budgetrunden mit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erreichen, dass die Einstufung der Patientinnen in die Kategorie A2 der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) erfolgt. Des Weiteren erfolgt gelegentlich eine Mitfinanzierung der Mehrkosten durch Stiftungen und Fördervereine.

Die **LWL-Klinik Herten konnte in der Budgetrunde 2011 mit der GKV eine Budgeterhöhung für die Säuglinge vereinbaren**.

Nachdem der Gesetzgeber festlegte, dass gemäß § 17d KHG im Jahr 2013 ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten in allen Einrichtungen für Psychiatrie und Psychosomatik einzuführen ist, entwickelte unter der Federführung von W. Jordan aus Magdeburg eine deutsche Fachexpertengruppe einen eigenständigen OPS-Kode für die Mutter-Kind-Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie/-Psychosomatik. Es gelang in der ersten Revision des OPS-Kataloges für das Jahr 2011 einen **neuen Zusatzkode (9-643) für die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting)** zu etablieren. Dieser Kode ist für die Behandlung psychisch kranker Mütter oder Väter mit einer psychischen Störung nach der Geburt des Kindes anzuwenden, wenn aufgrund der elterlichen Erkrankung eine Beziehungsstörung zum 0-4 Jahre alten Kind besteht und die Aufnahme der Mutter oder des Vaters gemeinsam mit dem Kind indiziert ist, um psychiatrische Auffälligkeiten beim Kind präventiv zu begegnen.

Gleichzeitig werden dezidierte inhaltliche und strukturelle Voraussetzungen für die Angabe dieses Zusatzcodes gefordert. Damit ist endlich die beste Möglichkeit der Primärprävention (17) des Fachgebietes Psychiatrie und Psychotherapie im zukünftigen psychiatrischen Vergütungssystem verankert, **und es bleibt abzuwarten, ob auch eine ausreichende Finanzierung erfolgt**. Etwa zur gleichen Zeit erschien das erste deutschsprachige Lehrbuch der Säuglingspsychiatrie (18), und die Psychoneonatologie begann sich als neue Subdisziplin der Psychiatrie zu etablieren.

Zusammenfassend gilt festzustellen, dass eine **durchgehende und adäquate Finanzierung von Mutter-Kind-Einheiten dringend indiziert und geboten ist**: Aus volkswirtschaftlichen Gründen (Folgekosten für die Unterbringung des Säuglings während des stationären Aufenthaltes der Mutter wie auch für die spätere Behandlung des nun ebenfalls erkrankten Kindes entfallen); aus medizinischen Gründen (die Behandlung der Mutter-Säugling-Bindungsstörung verhindert u.a. Infantizide und erweiterte Suizide).

Literatur

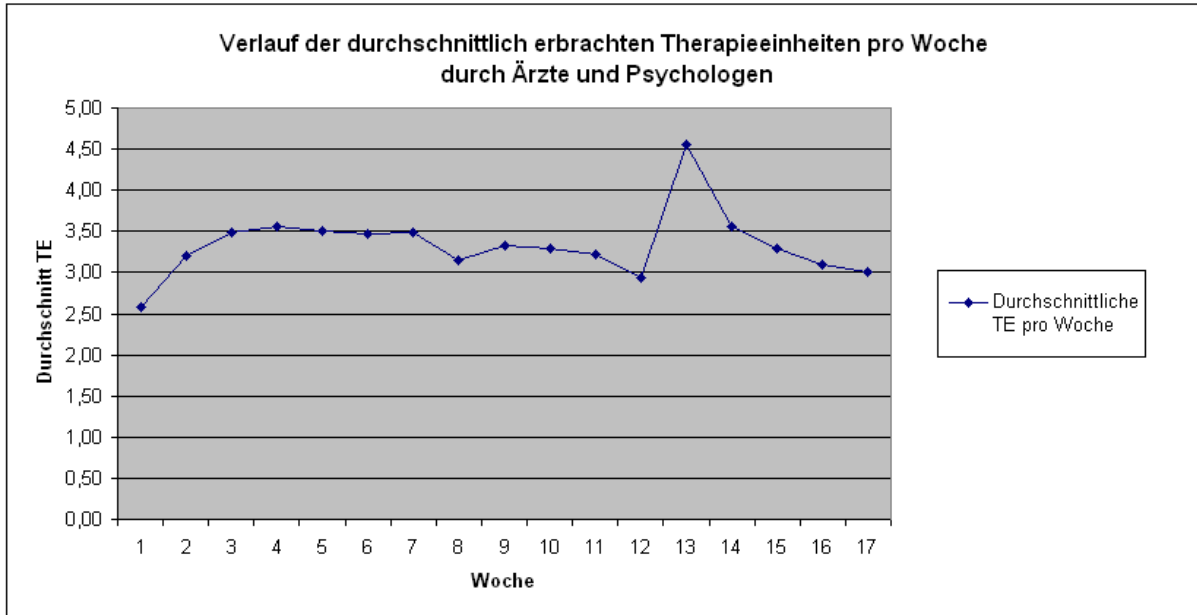
- (1) Riecher-Rössler A (1997) Psychische Störungen und Erkrankungen nach der Entbindung. Fortsch Neurol Psychiatr 65: 97-107
- (2) Marks MN, O'Hara MW, Glangeaud-Freudenthal N et al. (2004) Transcultural study of postnatal depression (TCS-PND): development and testing of harmonised research methods. Br J Psychiatry 184 [Suppl 46]: 17-23
- (3) Hammen C (2003) Social stress and women's risk for recurrent depression. Arch Womens Ment Health 6: 9-13
- (4) Hammen C, Brennan P (2003) Severity, chronicity and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample. Arch Gen psychiatry 60: 253-258
- (5) Beardslee WR, Versage EM, Gladstone TR (1998) Children of affectively ill parents: a review over the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 37: 1134-1141
- (6) NICHD Early Child Care Research Network (1999) Chronicity of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity and child functioning at 36 months. Dev Psychol 35: 1297-1310
- (7) Remschmidt H, Matteja F (1994) Kinder psychotischer Eltern. Göttingen. Hogrefe
- (8) Reck C, Weiss R, Fuchs T et al. (2004) Behandlung der postpartalen Depression: Aktuelle Befunde und Therapiemodell. Nervenarzt 75: 1068-1073
- (9) Kumar R, Marks M, Platz C, Yoshida K (1995) Clinical survey of a psychiatric mother and baby unit: characteristics of 100 consecutive admissions. J Affect Disord 33: 11-22
- (10) Hornstein C, Wortmann-Felischer S, Schwarz M (2001) Stationäre Mutter-Kind-Aufnahme: Mehr als Rooming-In? In: Rohde A, Riecher-Rössler A (Hrsg) Psychische Erkrankungen bei Frauen, Psychiatrie und Psychosomatik in der Gynäkologie, Roderer, Regensburg, S 287-294
- (11) Hartmann HP (1997) Mutter-Kind-Behandlung in der Psychiatrie, Psychiatr Prax 24: 56-60, 172-177, 281-285
- (12) Stewart DE (1987) Psychiatric admission of mentally ill mothers with their infants. Can J Psychiatry 34: 34-38
- (13) Lanczik MH, Brockington IF (1997) Postpartal auftretende psychische Erkrankungen. Dtsch Arztebl 46: 2522-2526
- (14) Turmes L, Hornstein C (2007) Stationäre Mutter-Kind-Behandlungseinheiten in Deutschland. Ein Bericht zum Status quo. Nervenarzt 78: 773-779
- (15) Jordan W, Bielau H, Cohrs S, Hauth I, Hornstein C, Marx A, Reck C, Einsiedel

von R. Aktuelle Versorgungs- und Finanzierungslage von Mutter-Kind-Einheiten für schwangerschaftsassozierte psychische Störungen in Deutschland. Psychiat Prax 2012; 39: 205-210

- (16) Lier-Schehl H (2003) Prävention und beziehungsfördernde Therapie bei frühkindlichen Beziehungsstörungen in einer stationären psychiatrischen Mutter-Kind-Station. In: Turmes L (Hrsg) Das psychiatrische Fachkrankenhaus zu Beginn des 21. Jahrhunderts. PsychoGen, Dortmund, S 65-77
- (17) Turmes L. Beziehungsstörungen im Postpartum. Die gemeinsame Behandlung der postpartal psychisch erkrankten Mutter mit ihrem (beziehungsgestörten) Säugling im psychiatrischen Krankenhaus: Eine seltene, weil nicht finanzierte primärpräventive Maßnahme in der Psychiatrie. Psychiat Prax 2010; 37: 310-315
- (18) Gontard A. Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer; 2010

Behandlungspfad

Das in der LWL-Klinik Herten etablierte Konzept der Mutter-Kind Behandlung zeichnet sich durch hohe Qualität, vielfältiges Therapieangebot und hohen Patientenbezug aus. Die Behandlungsdauer ist aufgrund individueller, patientenbezogener Behandlungskonzepte und der Heterogenität der Krankheitsbilder durch eine hohe Varianz gekennzeichnet. Der Behandlungsverlauf nimmt jedoch bei allen Patienten eine ähnliche Form an und wird im Folgenden erläutert:



In der ersten Woche findet die Vorbereitung der Mütter auf die Mutter-Kind Behandlung statt. Diese beginnt mit der Aufnahme der Mutter sowie mit der direkt anschließenden Analyse des Krankheitszustandes. Darauf folgend, in der Regel nach 2-3 Tagen, kann die Aufnahme des Kindes umgesetzt werden und es beginnt die Eingewöhnungsphase. In der Eingewöhnungsphase werden die Mütter auf das Setting vorbereitet. Wie die obere Graphik darstellt kann das Mutter-Kind Setting erst Mitte bis Ende der zweiten Woche voll aufgenommen werden. Die anschließende Dauer des Settings wird bei Fällen ohne Komplikationen mit 10 Wochen geplant. In dieser Zeit wird eine intensive Behandlung mit durchschnittlich 3,39 Therapieeinheiten pro Woche durch Ärzte und Psychologen vorgenommen (OPS 9-643 Mutter-Kind Setting; OPS 9-624 psychotherapeutische Komplexbehandlung. Der OPS 9-624 findet im Groupingprozess derzeit keine Berücksichtigung). Im Weiteren ist diese Zeit durch regelmäßig erfolgende, häusliche Belastungserprobungen gekennzeichnet, welche über das Wochenende stattfinden. Somit resultiert eine hohe Anzahl der Tage ohne Berechnung.

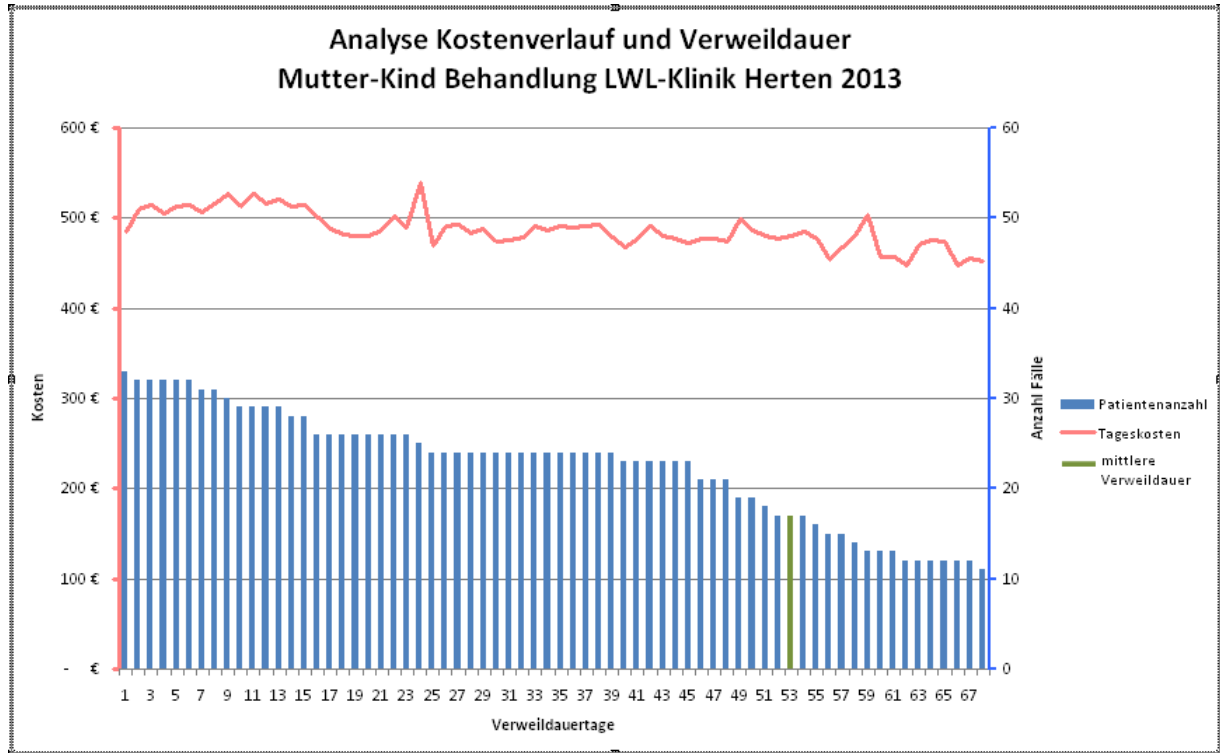
Nach der elften Behandlungswoche fängt die intensive Vorbereitung der Mütter auf die Entlassung an. Die letzte Phase wird multiprofessionell und individuell-patientenbezogen durchgeführt und kann somit sehr schwer pauschalisiert werden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Patienten in der Regel eine lange Liegedauer und eine hohe Therapiefrequenz aufweisen. Neben dem Mutter-Kind-Setting sind teilweise auch über 8 ärztliche bzw. psychotherapeutische TE pro Woche gegeben. Diese Konstellation führt aufgrund der Logik des PEPP-Groupers gegenwärtig in keine höhere PEPP als beispielsweise das Mutter-Kind-Setting alleine.

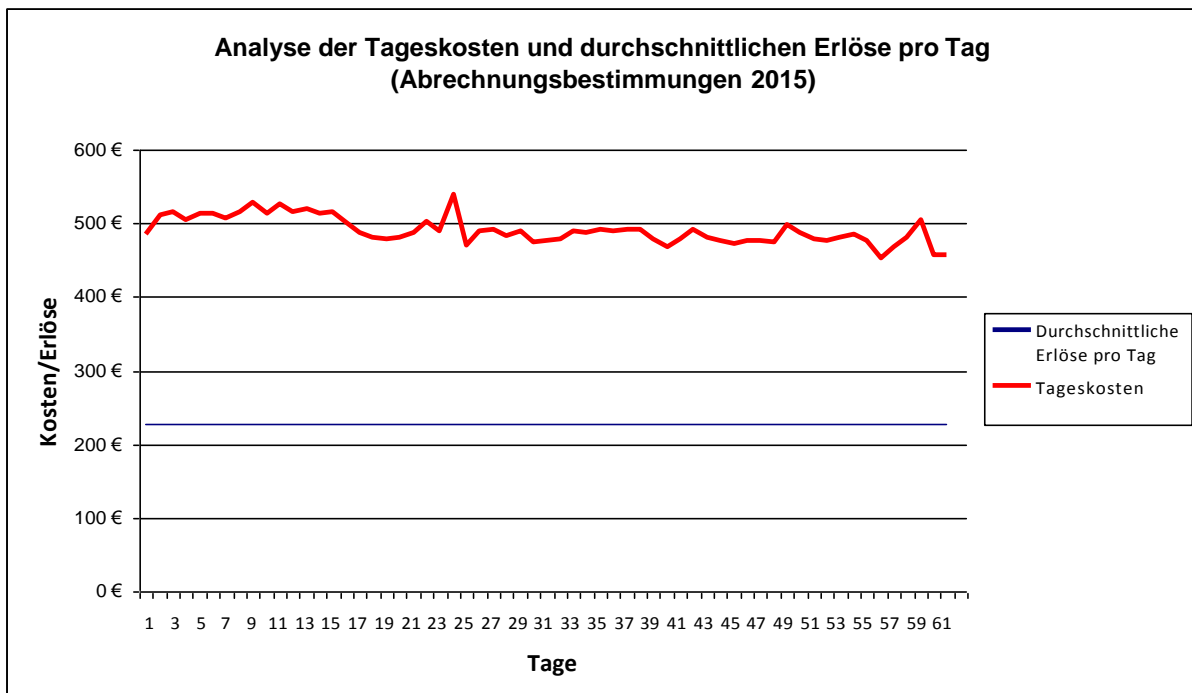
Therapieeinheiten der Pflege, der Sport- und Theatertherapeuten sowie der Pädagogen bleiben im PEPP-System ebenso wie die das Kind betreffenden Therapien auf der Erlösseite komplett unberücksichtigt.

Finanzierungshintergrund

Die Finanzierung der Mutter-Kind Behandlung wurde bisher durch das mit der GKV vereinbarte zusätzliche Budget sichergestellt. Diese Finanzierungsform führte zum Ausbau der Infrastruktur, sehr hoher Qualität der Behandlung sowie Finanzierung der behandlungsentsprechenden Personalkosten. Die derzeitigen Kosten der Mutter-Kind Behandlung weisen keinen degressiven Charakter auf. Der Kostenverlauf und die Anzahl der Patienten an den einzelnen Verweildauertagen für das Jahr 2013 stellen sich wie folgt dar:



Die Gegenüberstellung der durchschnittlichen Tageskosten des Jahres 2013 mit den, in 2015 zu erwartenden, durchschnittlichen Erlösen pro Tag verdeutlicht, dass **die Kosten der Behandlung zu keinem Zeitpunkt durch abrechenbare PEPPs gedeckt werden.**



Die Nachkalkulation der Mutter-Kind Behandlung wird im Anhang zur Verfügung gestellt. Aus dieser ist ersichtlich, dass die durchschnittlichen Kosten pro BT 495,68 € betragen. Die Erlösprognose kann für das Jahr 2015 anhand der 41 im Jahre 2013 (nach Berücksichtigung der Fallzusammenführung) behandelten stationären Patienten wie folgt dargestellt werden:

PEPP	Anzahl PEPP	Anzahl in %	DMI 2015 im Durchschnitt	Tageserlöse im Durchschnitt
PA03A	4	7,50%	1,0161	234,03 €
PA04B	35	92,15%	0,9759	224,76 €
PA04C	2	0,35%	1,0253	236,15 €
Summe	41		0,9790	225,49 €

Aufgrund sowohl der langen Liegezeiten als auch der Spezialisierung der Behandlung auf Depressionserkrankungen würde schätzungsweise der durchschnittliche DMI im Jahre 2015 0,9790 betragen. Bei einer Multiplikation dieser mit der von InEK gewählten Bezugsgröße von 230,32 €, würde ein Tageserlös von 225,49 € im Jahre 2015 zur Verfügung stehen. Bei einem Vergleich des Tageserlöses mit den durchschnittlichen Tageskosten entsteht eine Lücke von **270,19 € pro Tag**. Diese müsste gedeckt werden, damit die anhaltende Qualität der Behandlung gewährleistet werden kann.

Lösungsvorschlag

Angesichts des - wie in der medizinischen Expertise ausgeführt - gleichbleibend hohen Bedarfes an entsprechenden Therapieangeboten und des bundesweit bestehenden Mangels an Behandlungsplätzen im Mutter-Kind-Setting bedarf es einer kostendeckenden Finanzierung der Behandlung dieses besonders anspruchsvollen Patientenkontingents im PEPP-System.

Das hiesige Behandlungssetting ist langjährig erprobt und hat sich bewährt. Gravierende Änderungen sind nicht durchführbar, ohne dass erhebliche Qualitätseinbußen der Behandlung zu befürchten wären. Zur Sicherstellung der leistungsgerechten Finanzierung der Mutter-Kind Behandlung ist eine adäquate Berücksichtigung im PEPP-System unausweichlich. In der LWL-Klinik Herten zeigt sich eine durch den Systemwechsel bedingte Finanzierungslücke von **270,19 €** pro Behandlungstag.

Angesichts der bundesweit geringen Fallzahlen und der Heterogenität der Hauptdiagnosen erscheint der Vorschlag einer bepreisten PEPP für die Mutter-Kind-Behandlung nicht sinnvoll.

Kostentrenner bei der Behandlung ist weniger die Hauptdiagnose der Patientinnen sondern vielmehr der settingbedingte Aufwand der Mutter-Kind-Behandlung. Wir schlagen für die Mutter-Kind-Behandlung ein unbewertetes Zusatzentgelt vor, weil dadurch der Tatsache am ehesten Rechnung getragen wird, dass in Form des Kindes ein zweiter Patient mitbehandelt wird.

Problemstellung

Im Rahmen des PEPP-Systems ist die Kodierung einer Diagnose aus dem Bereich E66.- Adipositas in unterschiedlicher Weise gruppierungsrelevant. Insbesondere im Rahmen der Kodierung als Nebendiagnose ergibt sich aus unserer Sicht folgende Problematik:

Sofern die Adipositas im ursächlichen Zusammenhang mit der psychiatrischen Erkrankung steht, gehören sämtliche damit einhergehenden therapeutischen Ansätze zum Behandlungskonzept. Wenn dagegen die Adipositas in keinem Bezug zur psychiatrischen Erkrankung steht, ist es nicht Aufgabe des psychiatrischen Krankenhauses in diesen körperlichen Zustand einzugreifen, sofern es nicht aus anderen Gründen medizinisch zwingend erforderlich ist.

Die Kodierung der Adipositas als ND erfolgt nach unseren Erfahrungen bereits, wenn zum Beispiel im Rahmen der stationären Aufnahme das Gewicht oder der BMI erhoben, ein Spezialbett bereitgestellt bzw. einmalig eine wenige Minuten dauernde Ernährungsberatung durch eine Diätassistentin durchgeführt und zu mehr Bewegung angehalten wurde. Diese Vorgehensweise liegt uns vielfach, durch Gutachten bestätigt vor und wird seitens des MDK als zur Basisaufwendung bzw. zur aktivierenden Pflege zugehörig bewertet.

Unseres Erachtens ist ein erhöhter Ressourcenaufwand durch Adipositas unter Umständen dann nachvollziehbar, wenn es sich um Patienten mit einem extrem hohen BMI handelt, sodass eine erhöhte Pflege beispielsweise aufgrund von Bewegungseinschränkungen gegeben ist und therapeutisch eine differenzierte diätetische Betreuung z.B. durch eine ErnährungswissenschaftlerIn erfolgt, die mehrfach, über eine bestimmte Zeiteinheit und über den stationären Aufenthalt kontinuierlich stattfindet, somit über eine einmalige Kurz-Beratung durch eine DiätassistentIn deutlich hinausgeht.

Eine Abbildung der Adipositas im Rahmen des PEPP-Systems wie es derzeit vorliegt, stellt einen Anreiz zu einer einmaligen Kurzernährungsberatung aller adipösen Patienten durch einen Diätassistenten dar. Fehlanreize werden in diesem Fall gleich auf zwei Ebenen generiert.

1. Es wird die vorliegende Adipositas vom Krankenhaus als Nebendiagnose kodiert, jedoch keinerlei oder lediglich den Basisaufwand nicht relevant übersteigende Maßnahmen innerhalb der Behandlung dokumentiert. Dies ist regelmäßig erst durch die komplette Akteneinsicht durch den MDK zu ermitteln was zu einer Vielzahl von Gutachtenaufträgen führt.
2. Da das Krankenhaus allein durch die Erbringung eines – geringfügigen – Aufwandes eine höhere Vergütung erzielen kann, besteht ein Anreiz diesen zu erbringen, egal ob er notwendig, sinnvoll oder gewünscht ist. Somit kann durch eine „Leistung“ außerhalb der Behandlungsnotwendigkeit allein durch die Erbringung oder sogar nur durch die Kodierung ein Mehrerlös erzielt werden, der keine Rechtfertigung über den Behandlungsauftrag des Krankenhauses oder durch die – zwingende – Behandlungsnotwendigkeit des Patienten erfährt.

Lösungsvorschlag

- a) Streichen des Codebereichs E66.-2 Adipositas, BMI \geq 40 als ND aus den Splitbedingungen der PEPPs PK14A, PP04A, PA03A, PA04B, PA14A
- b) Streichen des Codebereichs E66.-1, E66.-2 Adipositas, BMI \geq 35 als HD / ND aus der Funktion Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung (IKPPKB)
- c) Differenzierung des ICD-Kodes E66.- Adipositas in zusätzliche BMI-Bereiche (BMI $>$ 50, $>$ 60), bei denen mit einer eingeschränkten Beweglichkeit und dadurch erhöhtem pflegerischen Aufwand zu rechnen ist (ein entsprechender Vorschlag wurde dem DIMDI vorgelegt)
- d) Im Nachgang Änderung der bisherigen Splitkriterien bzgl. Adipositas durch die unter c) vorgeschlagenen neuen Dokumentationsmöglichkeiten, z.B. Höhergruppierung ab einem BMI $>$ 50 oder noch höher

Der vollständige Wegfall der Entgeltwirksamkeit ist unseres Erachtens aufgrund der Fehlanreize und der festgestellten fehlerhaften und missbräuchlichen Anwendung unbedingt geboten.

Sofern dies derzeit noch nicht umsetzbar ist, bitten wir um Untersuchung einer Lösung im Sinne des unter e) hilfswise formulierten Vorschlags. Dadurch würde die Schwelle zur Abrechnungsmöglichkeit sehr deutlich, aber sachgerecht angehoben.

e) Etablierung einer Dokumentationsmöglichkeit des erhöhten Aufwandes zum Beispiel im Sinne einer qualifizierten Ernährungsschulung:

Durchführung durch eine Ökotrophologin, Schulungseinheiten von

mindestens xy (z.B. 45) Min. pro Einheit,

mindestens xy (z.B. 3) pro Woche,

mit höchstens xy (z.B. 3) Teilnehmern

ODER/UND

Bewertung/Identifizierung eines erhöhten Pflegeaufwandes z.B. bei extrem adipösen Patienten, die Unterstützung bei den Aktivitäten täglichen Lebens benötigen bspw. durch ein Punkteschema (Hilfe beim Waschen; Hilfe beim Ankleiden; Hilfe bei Lagerungs-/Positionswechsel;...jeweils mit 0, 5, 10 Pkt. zu bewerten)

Vorschlags-Nr. **P1600032**

Vorschlagender **SLGW GmbH**



Problemstellung

Die Verweildauer laut Grouper wird anders berechnet als die Verweildauer, die in der PEPPV für die Berechnung der Entgelte maßgeblich ist.
So ist z.B. seit 2015 der Entlassungstag in PEPPV abrechenbar, die Verweildauer laut Grouper wird bei vollstationären Fällen jedoch noch ohne den Entlassungstag berechnet. Ebenso ist laut PEPPV der Verlegungstag aus der Psychiatrie nicht abrechenbar, wenn der Patient in die Somatik desselben Krankenhauses verlegt wird, wohl aber, wenn er in die Somatik eines anderen Krankenhauses verlegt wird. Dies wird im Grouper nicht berücksichtigt.
Die Verweildauer laut Grouper ist daher außer für Gruppierungszwecke ohne Belang und muss deshalb für die Abrechnung neu berechnet werden.

Lösungsvorschlag

Die Berechnung der Verweildauer laut Grouper sollte jedes Jahr übereinstimmen mit der Anzahl Berechnungstage, die laut PEPPV für die Abrechnung tagesgleicher Entgelte maßgeblich ist. Wenn die Berechnung laut PEPPV zu kompliziert ist, sollte das InEK gegen die PEPPV sein Veto einlegen.

Vorschlags-Nr. **P1600033**

Vorschlagender **SLGW GmbH**



Problemstellung

Wenn der Aufnahmetag oder der Entlassungstag ungültig ist oder der Entlassungstag vor dem Aufnahmetag liegt, wird der Fall in die Fehlergruppe PF96Z gruppiert, aber der Grouper-Status nicht gesetzt. Dadurch ist es nicht möglich, die Ursache für die Gruppierung zu erkennen.

Lösungsvorschlag

Wenn der Aufnahmetag oder der Entlassungstag ungültig ist oder der Entlassungstag vor dem Aufnahmetag liegt, sollte der Grouper-Status auf einen neuen Wert, z.B. 09, gesetzt werden.

Problemstellung

Auch im vergangenen Jahr konnte offensichtlich für ein Zusatzentgelt Elektrokrampftherapie kein Preis kalkuliert werden. Die durch die unterschiedliche Kodierung für Grundleistung und Therapiesitzung vorgegebene Splittung in 2 Entgeltstufen erscheint plausibel. Hinsichtlich der zugeordneten Kosten für diese Leistungen scheint es aber jedoch erhebliche Abweichungen zugeben, so dass eine valide Kalkulation nicht zustande kam. Dies ist nicht nachvollziehbar, da der Kostenaufwand dieser Leistung eigentlich sehr gut zu bestimmen sein müsste.

Lösungsvorschlag

Lösungsvorschlag Für die Bruttopersonalkosten in der Anästhesie wird ein Betrag von 78,57 Euro/ Stunde für den ärztlichen Dienst und 34,74 Euro/ Stunde für den Funktionsdienst angenommen. Hinsichtlich des Zeitaufwands für die reine Sitzung zur Durchführung der Elektrokrampftherapie, dürften als Anhaltswerte die jeweiligen Anästhesiezeiten ausreichend genau sein. Die durchschnittliche Dauer liegt in der Uniklinik Köln bei 90 Minuten, sowohl für die Ersttherapie wie auch für Folgesitzungen. Für die Sitzung ergibt sich somit ein Wert für 1 Personen ärztlicher Dienst von je 90 Minuten Dauer: 117,85 Euro, 1 Personen Funktionsdienst ebenfalls 90 Minuten: 52,11 Euro.

Hinzu kommen ca. 2 Stunden Nachbeobachtungszeit im Aufwachraum/ Eingriffsraum unter der Aufsicht einer Person aus dem Funktionsdienst. Hierfür wären somit 69,48 Euro zu veranschlagen.

Da die Patienten zusätzlich noch von je einem Mitarbeiter Ärztlicher Dienst und Pflegedienst aus der Psychiatrie betreut werden, kommen für diese Berufsgruppen noch folgende Personalkosten hinzu: 2 Stunden Assistenzarzt Psychiatrie mit 58,77 Euro/ Stunde: 117,54 Euro und 30 Minuten Pflegekraft Psychiatrie mit 31,26 Euro/ Stunde: 15,63 Euro.

Die reinen Personalkosten einer durchschnittlichen EKT-Sitzung belaufen sich also an der Uniklinik Köln auf ca. 370 Euro.

Zur adäquaten Durchführung einer EKT-Sitzung gehört auch die anschließende ärztliche Evaluation des Patientenbefindens um die Wirkung abzuschätzen und die weitere Therapie zu planen. Hierfür wären ca. 30 Minuten ärztlicher Dienst mit körperlicher Untersuchung und psychiatrischer Exploration anzusetzen. Insgesamt wären somit Personalkosten für die einfache Therapiesitzung von ca. 412 Euro zu erwarten.

Hinzu kommen die Kosten für Medikamente und medizinischen Sachbedarf, Anteile an Infrastruktur etc. Je nach baulichen und organisatorischen Gegebenheiten werden mehr oder weniger höhere Kosten für den Patiententransport erforderlich.

Für die Grundleistung, welche zusätzlich die Aufklärung des Patienten umfasst, ist ein ärztlicher Zeitaufwand von mindestens 60 Minuten (aufgeteilt in Anästhesie und Psychiatrie) anzusetzen. Die Personalkosten für die Grundleistung liegen also ca. 450 Euro.

Vorschlags-Nr. **P1600036**

Vorschlagender **DGPPN**



Problemstellung

Die sogenannten Prästrukturkriterien spielen nach der Umstellung der Abrechnungslogik zum 01.01.2015 im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie nahezu keine Rolle mehr. Gleichzeitig unterliegen sie einer speziellen Logik, die von den sonstigen Bestimmungen von PEPP-Entgelten abweicht. Diese Prästrukturkriterien erschweren den Kliniken das medizinische Controlling, vermutlich auch die Budgetverhandlungen. Es erscheint deutlich einfacher, diese Behandlungsfälle in das vornehmlich diagnosenbezogene System zu integrieren.

Lösungsvorschlag

Es wäre gut, transparente Kriterien zu entwickeln, wann auf diese Kategorien verzichtet werden kann. Dabei sollte insbesondere berücksichtigt werden, dass der Anteil der Patienten, der in die Kategorie eingeordnet wird, niedriger als 0,1 Prozent ist.

Vorschlags-Nr. **P1600037**

Vorschlagender **DGPPN**



Problemstellung

Die Kosten, die mit der regionalen Pflichtversorgung verbunden sind, waren schon im Jahr 2014 Gegenstand der Diskussion und Prüfung durch das InEK. Dabei wurden global die Kosten von pflichtversorgenden Kliniken mit solchen, die diese nicht aufweisen, unterschieden. Mit diesem Ansatz fanden sich keine Unterschiede, auch weil 90 Prozent der Kliniken angegeben haben, dass sie über eine regionale Pflichtversorgung verfügen. Gleichzeitig besteht weiterhin die Annahme, dass die nicht patientenbezogenen Leistungen Kosten auslösen, die es nur bisher nicht gelungen ist, ausreichend abzubilden.

Lösungsvorschlag

Es wird angeregt, eine eigene Kostenstelle zu definieren. Nur so kann diese Fragestellung abschließend beantwortet werden. Vermutlich ist die dichotome Betrachtungsweise (besteht eine regionale Pflichtversorgung ja oder nein) kein hinreichender Ansatz. Die Fachgesellschaften verfügen über Überlegungen, wie eine differenziertere Analyse stattfinden könnte. Aber auch diese wäre nur mit einer eigenen Kostenstelle möglich. Wenn Interesse an einem möglichen anderen Ansatz besteht, bieten die Fachgesellschaften an, sich darüber auszutauschen.

Vielleicht ist die Studie im Anhang bei den weiteren Überlegungen von Interesse.

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

Vorschlags-Nr. **P1600038**

Vorschlagender **Verband der Universitätsklinika Deutschlands**



Problemstellung

Als Mindestkriterium zur Erfassung des Erhöhten Betreuungsaufwandes wird eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung beschrieben, bei Bestehen dieses Kriteriums wird die Behandlung gleichzeitig nicht mehr als Regelbehandlung (9-60) definiert, sodass der Hinweis zur Kodierung in Kombination mit der Regelbehandlung (9-40) gestrichen werden kann, da sich die beiden Codes gegenseitig ausschließen.

Lösungsvorschlag

Streichung des Teilsatzes: „[Sie können nur in Kombination] mit der Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-60) [...]“ im Hinweistext zum Kodegruppe 9-640

Vorschlags-Nr. **P1600039**

Vorschlagender **Verband der Universitätsklinika Deutschlands**



Problemstellung

Es könnte am jeweilig vorgesehen Tag der Teambesprechung ein Feiertag sein. Dann wäre es nicht sinnvoll, in den Kliniken für KJP die gesamte Wochenorganisation umzustellen.
In den Codes für die Erw.-Psychiatrie wurden die wöchentlichen Teambesprechungen als Minimalkriterium im OPS 2015 aus diesem Grund bereits gestrichen (Hinweise zu Codes 9-60 bis 964).

Lösungsvorschlag

Streichen der wöchentlichen multiprofessionellen Teambesprechung als Minimalkriterium auch in den Behandlungskodes der KJP bei den Codes der Gruppen 9-65, 9-66, 9-67, 9-68

Problemstellung

Eine intensivierete pharmakologische Behandlung lässt sich aktuell im OPS nicht abbilden, sowohl eine ggf. verlängerte stationäre Behandlung durch eine Behandlung bei Therapieresistenz als auch höhere Aufwände im Rahmen der Pharmakotherapie können nicht abgebildet werden.

Lösungsvorschlag

Die Pharmakologische Behandlung stellt einen zentralen Therapiepfiler in der Behandlung psychischer Störungen dar. Patienten mit nachfolgenden Merkmalen benötigen eine pharmakologische Behandlung, welche sich in Art und Umfang deutlich von der pharmakologischen Regelbehandlung unterscheidet. Dieser OPS ist ein Zusatzcode (einmalige Kodierung je Fall) und wird ausgelöst wenn 4 Merkmale vorhanden sind. Mindestmerkmale:

1. Vorliegen sog. Therapieresistenz mit mind. 2 lege artis durchgeführten medikamentösen Therapieversuchen in ausreichender Zeit und Dosis
2. Durchführung von wöchentlich TDM
3. Durchführung einer Cytochrom-Genotypisierung
4. Medikamenten-Umstellungen bei Polypharmazie mit komplexen Interaktionsprofilen mit mehr als 4 unterschiedlichen Medikamenten
5. Wirkstoffspezifische Maßnahmen: Erhöhter Überwachungsaufwand und Schulungsaufwand bei Lithium, Tranylcypromin (Diätschulung), Clozapin
6. Auftreten von behandlungsbedürftigen unerwünschten Arzneimittel-Wirkungen (UAW); z.B. Intoxikationen, Delirien (z.B. anticholinerg), serotonerges Syndrom, malignes neuroleptisches Syndrom, Syncopen, vegetative Entgleisungen/Vigilanzstörungen, Monitorpflichtigkeit (inkl. QTC-Zeit-Verlängerung)
7. Fallbesprechung mit einem klinischen Pharmakologen
8. Zuweisung aus psychiatrischen/psychosomatischen Fachkrankenhaus/Abteilung

Durch den OPS kann eine Komplexe Pharmakologische Behandlung abgebildet werden, um eine längere Verweildauer gegenüber den Krankenkassen zu plausibilisieren und hierdurch ggf. MDK-Prüfungen zu reduzieren. Im Rahmen der PEPP-Entwicklung sollte eine Möglichkeit bestehen, Fälle mit einer komplexen Pharmakotherapie zu selektieren, um dies ggf. als Kostentrenner zu analysieren.

Problemstellung

Die tagesklinische PEPP TP20Z (Psychosomatische und psychiatrische Störung) hat derzeit keinerlei Splitkriterien. Aus dem Blickwinkel des PEPP-Entgeltsystems betrachtet, ist es bislang völlig irrelevant, ob die Patienten in einer psychosomatischen Tagesklinik tatsächlich ein aufwändiges Hochdosis-Therapieprogramm erfahren oder eben nicht. Die PEPP ist die gleiche, da der Grouper keinerlei OPS zur Bewertung des Falles heranzieht. Allein mit der Strukturkategorie Psychosomatik teilstationär, über 18 Jahre, kommt man in diese PEPP. Weitere Merkmale sind nicht gruppierungsrelevant. Unter Kostengesichtspunkten ist es extrem relevant, welche Therapiedosis die Patienten tatsächlich erhalten und aus welchen Fachärzten und Spezialtherapeuten bzw. Pflegekräften das Behandlungsteam zusammengesetzt ist.

Lösungsvorschlag

Es wird vorgeschlagen, die tagesklinische PEPP TP20Z (Psychosomatische und psychiatrische Störung) zu differenzieren in TP20A und TP20B.

Als Splitkriterium für die TP20A wird für teilstationäre Einrichtungen/Tageskliniken ein Zusatzkode in Analogie zum OPS-Kode 9-62 Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen oder 9-63

Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen vorgeschlagen.

Diese zwei Kodes für Komplexbehandlungen gibt es bereits, man müsste sie nur auch für die Tageskliniken als Splitkriterium verwenden.

Es macht finanziell für eine Tagesklinik einen großen Unterschied, ob man in den zunehmend psychotherapeutisch spezialisierten Tageskliniken eine psychotherapeutische Hochdosistherapie durchführt, die mit entsprechendem Personal (FA-Ärzte, Psychologen, Spezialtherapeuten) auch in Urlaubs- und Krankheitszeiten ihren Anspruch halten müssen oder ob es sich um ein rein tagesstrukturierendes Angebot handelt, das in erster Linie von Pflegekräften getragen wird.

Problemstellung

Bei der medizinisch indizierten stationären EKT-Erhaltungstherapie kommt es zu geplanten Wiederaufnahmeserien, durch die eine unnötige und aufwändige administrative Fallbearbeitung durch die nötige Fallzusammenführung verursacht wird.

Lösungsvorschlag

Schaffung einer eigenen PEPP für EKT-Erhaltungstherapie mit 2 Belegungstagen, für die eine Ausnahme einer Fallzusammenführung definiert ist.
Bei der stationären Behandlung von Patienten mit Erhaltungs-EKT, die aus medizinischen Gründen stationär erfolgen muss, kommt es unter den aktuellen Fallzusammenführungsregelungen zu Fallketten von bis zu 17 Einzelfällen. Der administrative Aufwand der Fallzusammenführung mit vorheriger Stornierung der Vorfälle ist nicht zu rechtfertigen. Eine mögliche, aber unwahrscheinliche Degression der Fallkosten bei sehr konstant bleibenden Aufwänden (2 Belegungstage mit EKT-Leistung) wären hier für die PEPP zu kalkulieren, die ohne Fallzusammenführung abrechenbar ist.

Problemstellung

Dieser Antrag beinhaltet einen Vorschlag für die Neuaufnahme einer dosisabhängigen OPS / ZP-Schlüsselnummer für die intramuskuläre Gabe von Aripiprazol-IM zur Behandlung der Schizophrenie. Aripiprazol-IM ist ein Depot-Antipsychotikum, das intramuskulär zur Therapie der Schizophrenie verabreicht wird. Die Zulassung für Aripiprazol (Abilify Maintena®) erfolgte im November 2013. Bei der Depotform dieses Wirkstoffes ergeben sich Injektionsintervalle von 4 Wochen.

Dies kann zu einer Entlastung für die ambulanten psychiatrischen Weiterbehandler führen durch Stabilisierung der Patienten und einer Verbesserung der Compliance. Dies ist von Relevanz, auch weil es aufgrund hoher Patientenzahlen und sinkender Fachärztdichte im psychiatrischen Bereich häufig zu langen Wartezeiten auf Behandlungstermine kommt.

Wenn sich durch eine kontinuierliche Behandlung die Rezidivprophylaxe verbessert, kann dies dazu führen, dass die Leistungsfähigkeit der Patienten erhalten werden könnte und zudem Kosten eingespart werden könnten.

Es ist davon auszugehen, dass die Gabe von Aripiprazol-IM in psychiatrischen Kliniken ansteigen wird. Durch die lange Wirkdauer von einem Monat in der Erhaltungstherapie kann erwartet werden, dass 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 öfter Kosten vermieden werden können (Drehtüreffekt).

Zur adäquaten Abbildung im PEPP-System ist es notwendig, einen dosisabhängigen OPS-Schlüssel für die Gabe von Aripiprazol-IM zu etablieren.

Der Medikamentenpreis beträgt 515,97 €/ Injektion (300mg/400mg).

Lösungsvorschlag

Einführung eines neuen Zusatzentgeltes in Verbindung mit einem neuen OPS -Kodes für die intramuskuläre Gabe von Aripiprazol-IM mit folgenden Stufen:

6-008 Applikation von Medikamenten,

6-008.i- Gabe von Aripiprazol-IM, parenteral;

6-008.i0 bis 300 mg;

6-008.i1 bis 400 mg;

6-008.i2 bis 600 mg;

6-008.i3 bis 700 mg;

6-008.i4 bis 800 mg;

6-008.i5 bis 900 mg;

6-008.i6 bis 1200 mg;

6-008.i7 bis 1500 mg;

6-008.i8 bis 1600 mg;

6-008.i9 bis 1800 mg;

6-008.ia mehr als 1900 mg;

Problemstellung

Dieser Antrag beinhaltet einen Vorschlag für die Neuaufnahme einer dosisabhängigen OPS / ZP-Schlüsselnummer für die intramuskuläre Gabe von Olanzapinpamoat zur Behandlung der Schizophrenie. Olanzapinpamoat ist ein Depot-Antipsychotikum, das intramuskulär zur Therapie der Schizophrenie verabreicht wird. Die Zulassung für Olanzapin wurde im November 2008 erteilt. Bei der Depotform dieses Wirkstoffes ergeben sich flexible Injektionsintervalle von 2 bis 4 Wochen. Diese flexiblen Applikationsintervalle stellen eine positive Behandlungsoption für die Patienten dar, weil eine individuelle Dosisanpassung möglich ist. Dies kann zu einer Entlastung für die ambulanten psychiatrischen Weiterbehandler führen durch Stabilisierung der Patienten und einer Verbesserung der Compliance. Durch die lange Wirkdauer von einem Monat in der Erhaltungstherapie kann erwartet werden, dass 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 öfter Kosten vermieden werden können (Drehtüreffekt).

Zur adäquaten Abbildung im PEPP-System ist es notwendig, einen dosisabhängigen OPS-Schlüssel für die Gabe von Olanzapinpamoat zu etablieren.

Kosten:

210 mg Durchstechflasche 305,85 €;

300 mg Durchstechflasche 448,11 €;

405 mg Durchstechflasche 590,34 €;

Lösungsvorschlag

Einführung eines neuen Zusatzentgeltes in Verbindung mit einem neuen OPS-Kodes für die intramuskuläre Gabe von Olanzapinpamoat mit folgenden Stufen:

6-008 Applikation von Medikamenten,

6-008.i- Gabe von Olanzapinpamoat, parenteral;

6-008.i0 150 mg bis unter 300 mg;

6-008.i1 300 mg bis unter 420 mg;

6-008.i2 420 mg bis unter 620 mg;

6-008.i3 620 mg bis unter 850 mg;

6-008.i4 850 mg bis unter 1280 mg;

6-008.i5 1280 mg bis unter 1800 mg;

6-008.i6 1800 mg bis unter 2050 mg;

6-008.i7 2050 mg bis unter 2750 mg;

6-008.i8 2750 mg und mehr

Problemstellung

Für den Kode aus der Gruppe 9-647 „Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen“ ist als eines und erstes der Mindestmerkmale „Somatischer Entzug“ aufgeführt. Eine Qualifizierte Entzugsbehandlung (QE) kann aber auch nach einer körperlichen Entgiftung beginnen, z.B. wenn der Patient erst nach Entgiftung in die Psychiatrie verlegt wird. Des Weiteren wäre, selbst wenn die erste Entgiftung im gleichen Krankenhaus stattgefunden hat, die erneute Kodierung eines Kodes der Gruppe 9-647, falls der Qualifizierte Entzug über 28 Tage dauert, unter dieser Bedingung nur möglich, wenn eine erneute Entgiftung nötig wurde.

Die Absicht den Qualifizierten Entzug durch einen OPS-Kode abzubilden, wird durch das Mindestmerkmal der körperlichen Entgiftung unnötig eingeschränkt, auch für die PEPP-Kalkulation ist eine korrekte Kalkulation des Qualifizierten Entzugs nicht mehr möglich, da diese Information über einen Qualifizierten Entzug nicht mehr in allen Fällen erfolgen kann.

Die vollständige Kennzeichnung von Behandlungsfällen mit einer leitlinienorientierten Qualifizierten Entzugsbehandlung ist auch für eine mögliche Qualitätssicherung der suchtmmedizinischen Behandlung relevant.

Lösungsvorschlag

Das Mindestkriterium „körperlicher Entzug“ sollte gestrichen, oder aber mit dem Zusatz „falls notwendig“ versehen werden.

Möglich wäre auch eine Klarstellung in den DKR-Psych.

Ein somatischer Entzug ist kein obligatorischer Bestandteil (möglicher Aspekt) einer Qualifizierten Entzugsbehandlung (QE), insb. wenn die Entgiftung bereits vor der Aufnahme in die Psychiatrie erfolgte, daher sollte dieser kein Mindestmerkmal zur Kennzeichnung eines Qualifizierten Entzugs sein.

Im entsprechenden OPS-Kode für die KJP (9-694 Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen) wird das Mindestkriterium somatischer Entzug lediglich auf das Behandlungskonzept bezogen. Diese Formulierung wäre ebenfalls geeignet um darzustellen, dass eine körperliche Entgiftung im Rahmen des Qualifizierten Entzugs standardisiert ist, aber nur dann Anwendung findet, wenn dies tatsächlich notwendig/relevant ist.

Vorschlags-Nr. **P1600046**

Vorschlagender **Verband der Universitätsklinika Deutschlands**



Problemstellung

Eine Einzelsupervision ist ab 2015 nur für Ärzte und Psychologen kodierbar, dies spiegelt nicht das multiprofessionelle Behandlungskonzept wieder. Durch die feste Integration von Co-Therapeuten bei der Patientenversorgung wäre insb. auch eine Supervision von Bezugspflegepersonen abzubilden, für die eine feste Zuständigkeit zu Patienten besteht.

Lösungsvorschlag

Anpassung des OPS 9-648.0 mit Erweiterung auf Supervision von Co-Therapeuten, z.B. Pflegekräfte mit klarer Zuständigkeit zum einzelnen Patienten (Primary Nursing, Bezugspflege) und Fachpflegeweiterbildung Psychiatrie.

Problemstellung

Eine Einzelsupervision ist ab 2015 nur für Ärzte, Psychologen und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten kodierbar, dies spiegelt nicht immer das multiprofessionelle Behandlungskonzept wieder. Durch die feste Integration von Co-Therapeuten bei der Patientenversorgung wäre insb. auch eine Supervision von Bezugspflegepersonen abzubilden, für die eine feste Zuständigkeit zu Patienten besteht.

Lösungsvorschlag

Anpassung des OPS 9-695.0 mit Erweiterung auf Supervision von Co-Therapeuten, z.B. Pflegekräfte mit klarer Zuständigkeit zum einzelnen Patienten (Primary Nursing, Bezugspflege) und Fachpflegeweiterbildung Psychiatrie

Problemstellung

Der Ausschluss von Fahrzeiten bei der Berücksichtigung der zeitlichen Aufwände im Rahmen des indizierten komplexen Entlassaufwands ist nicht nachvollziehbar und führt zu einer inhomogenen Aufwandsberücksichtigung. Inhaltlich ist der Ausschluss von Personalaufwänden für die Begleitung bei Hausbesuchen, Belastungserprobungen usw. nicht nachvollziehbar, da sich diese je nach örtlicher Situation der Klinik stark unterscheiden können.

Lösungsvorschlag

Auch Fahrzeiten sollten bei der Berechnung der zeitlichen Aufwände im Entlassmanagement berücksichtigt werden, wenn eine Begleitung durch Ärzte/Psychologen, Pflegekräfte oder Spezialtherapeuten medizinisch und therapeutisch indiziert ist.

Der OPS 9-692 soll die Personalaufwände im Rahmen des Entlassmanagements erfassen, die Begleitung des Patienten zu verschiedenen Anlässen wird hier explizit als erfassbare Aufwände im OPS aufgeführt. Die tatsächlichen Aufwände beinhalten aber auch die Fahrzeiten bei einer notwendigen Begleitung der Patienten. Für die Kostenkalkulation wären Kosten und OPS-Zeiten bei einer vollständigen Berücksichtigung nachvollziehbar und für die PEPP-Kalkulation besser geeignet.

Vorschlags-Nr. **P1600049**

Vorschlagender **Verband der Universitätsklinika Deutschlands**



Problemstellung

Der Ausschluss von Fahrzeiten bei der Berücksichtigung der zeitlichen Aufwände im Rahmen des indizierten komplexen Entlassaufwands ist nicht nachvollziehbar und führt zu einer inhomogenen Aufwandsberücksichtigung. Inhaltlich ist der Ausschluss von Personalaufwänden für die Begleitung bei Hausbesuchen, Belastungserprobungen usw. nicht nachvollziehbar, da sich diese je nach örtlicher Situation der Klinik stark unterscheiden können.

Lösungsvorschlag

Auch Fahrzeiten sollten bei der Berechnung der zeitlichen Aufwände im Entlassmanagement berücksichtigt werden, wenn eine Begleitung durch Ärzte/Psychologen, Pflegekräfte oder Spezialtherapeuten medizinisch und therapeutisch indiziert ist.

Der OPS 9-645 soll die Personalaufwände im Rahmen des Entlassmanagements erfassen, die Begleitung des Patienten zu verschiedenen Anlässen wird hier explizit als erfassbare Aufwände im OPS aufgeführt. Die tatsächlichen Aufwände beinhalten aber auch die Fahrzeiten bei einer notwendigen Begleitung der Patienten. Für die Kostenkalkulation wären Kosten und OPS-Zeiten bei einer vollständigen Berücksichtigung nachvollziehbar und für die PEPP-Kalkulation besser geeignet.

Problemstellung

Als Mindestkriterium des neuen Tagekodes zur Intensiven Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe oder Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-693.-) wurde „Angehörigengespräche und gezielte Anleitung der Bezugspersonen aus dem familiären oder sozialen Raum, Begleitung von Besucherkontakten auf der Station“ aufgenommen. Diese Leistung ist medizinisch-therapeutisch nicht generell täglich sinnvoll, bei fehlendem Angehörigengespräch an einem Tag mit Intensiver Beaufsichtigung könnte so der Kode nicht verwendet werden und der Aufwand nicht bei der PEPP-Ermittlung, bzw. ET-Ermittlung berücksichtigt werden, obwohl dies im PEPP-System 2015 beabsichtigt wurde.

Lösungsvorschlag

Streichen von Angehörigengespräch als Mindestmerkmal, da es nicht jeden Tag nötig und zur Aufwandserfassung im Verhältnis der personalintensiven Beaufsichtigung im Ressourcenaufwand nicht relevant ist.

Ebenfalls möglich wäre es, bei dem Merkmal „Angehörigengespräche und gezielte Anleitung der Bezugspersonen aus dem familiären oder sozialen Raum, Begleitung von Besucherkontakten auf der Station“ ein „Ggf.“ voranzustellen, sodass klar wird, dass auch die Zeiten einer Intensiven Betreuung ohne Angehörigengespräche usw. am selben Tag mit dem OPS erfasst werden können, um den Aufwand abzubilden.

Eine zwingende Verknüpfung einer Intensivierten Beaufsichtigung und Angehörigengespräche am selben Tag der Intensiven Beaufsichtigung stellt auch kein Qualitätskriterium da.

Vorschlags-Nr. **P1600051**

Vorschlagender **Verband der Universitätsklinika Deutschlands**



Problemstellung

Die Fallzusammenführung von tagesklinischen Fällen (PEPP-Entgeltkatalog 2015, Anlage 2a) erscheint uns überflüssig, da hier eine konstante tagesgleiche Vergütung vorliegt und keine Änderung der Bewertungsrelation in Abhängigkeit von der Einzel- bzw. Gesamtverweildauer nach Behandlungstagen stattfindet. Somit sind der hierfür nötige Softwareaufwand und der verwaltungstechnische Aufwand nicht notwendig.

Lösungsvorschlag

Streichung der Wiederaufnahme- und Fallzusammenführungsregel für tagesklinische Fälle (PEPP-Entgeltkatalog 2015, Anlage 2a) wegen fehlender Relevanz für die Abrechnung (PEPPV 2015, §7 bzw. §2).

Problemstellung

In die Strukturkategorie Psychosomatik, vollstationär werden alle Leistungen von Abteilungen und Kliniken mit entsprechendem Fachabteilungskennzeichen „Psychosomatik“ eingruppiert, (wenn mehr als 50% des Gesamtaufenthalts in einer entsprechenden Einrichtung erbracht worden sind).

Das ist aus mehreren Gründen problematisch:

1. In einigen Bundesländern findet die Psychosomatik (3100) im Bettenplan keine Berücksichtigung. Hier wird die Psychoamtik z.B. unter dem Fachabteilungsschlüssel 2900 (Psychiatrie) geführt (Länderbeispiele: Thüringen, Brandenburg).
2. Die psychotherapeutischen Komplexleistungen in Abteilungen mit dem entsprechenden Fachabteilungsschlüssel steuern entweder in den Komplexcode 9-62 (Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei der Leitung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) oder in den Komplexcode 9-63, (Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei der Leitung durch einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie).

Die Komplexcodes 962 und 9-63 haben aber unterschiedliche Strukturvoraussetzungen: (Teambesprechungen und Visiten, ein Richtlinien-orientiertes Grundverfahren im 9-63) und bieten unterschiedliche Leistungserfassung (die Berufsgruppen Ärzte/Psychologen werden in 9-62 gemeinsam erfasst).

Darüber hinaus ist zu befürchten, dass sich das Leistungsgeschehen in den beiden Komplexcodes unterscheidet, ohne dass dies bei der gemeinsamen Erfassung in der Strukturkategorie Psychosomatik auffällt.

So gibt es Anhaltspunkte dafür, dass z.B. im Komplexcode 9-62 auch Fehlkodierungen stattfinden und nicht nur komplexe psychotherapeutische Leistungen, sondern auch medikamentöse Behandlungen abgebildet werden (z.B. bei Verhaltensstörungen durch Psychotrope Substanzen und Schizophrenie und wahnhaftige Störungen in der Basis-PEPP PP14Z, siehe Tabelle im Anhang des Abschlussberichts des InEK 2014 (Seite 95).

Das könnte auch erklären, warum das InEK Im Abschlussbericht 2014 (Seite 54) feststellt: „Während diese Kategorie (Kode 9-63) im PEPP-System 2013 auf Basis der Kalkulationsdaten aus 2011 noch besonders aufwendige Fälle der Strukturkategorie beinhaltete, zeigten die diesjährigen Untersuchungen.... die beschriebenen Fälle als nicht mehr durchgängig teurer als andere PEPP der Strukturkategorie.“

Wenn diese Unterschiede in den Strukturvoraussetzungen, Leistungen und möglicherweise auch auf die zukünftigen Erlösen nicht differenzierter abgebildet werden, ist auch zu befürchten, dass dadurch nicht erwünschte Signale an Klinikbetreiber gesandt werden:

Sie könnten versucht sein, die Leitung von psychosomatischen Abteilungen mit Fachärzten für Psychiatrie zu besetzen und dadurch den möglicherweise höher bewerteten Komplexcode (9-62) mit den geringeren Anforderungen an die Strukturqualität anzusteuern.

Eine gemeinsame Erfassung dieses aus klinischer Sicht zu unterscheidenden Leistungsgeschehens macht eine leistungsgerechte Darstellung und Differenzierung möglicher Kostenunterschiede (s.o.) unmöglich.

Lösungsvorschlag

Das InEK wird gebeten, zu untersuchen, wie sich das Leistungsgeschehen in der Strukturkategorie

„Psychosomatik, vollstationär“ in Bezug auf Haupt- und Nebendiagnosen, Therapiedichte, Beteiligung der Berufsgruppen u.a. in den Komplexkodes 9-62 und 9-63 unterscheiden.

Des Weiteren bitten wir das InEK zu untersuchen, ob mögliche Unterschiede Kosten relevant sind und als Kostentrenner dienen können.

Für die Bundesländer ohne Berücksichtigung der Psychosomatik im Bettenplan bitten wir zu prüfen, ob es sich bei der Kodierung des Komplexkodes 9-62 um psychosomatisch, psychotherapeutische Leistungen handelt, die kalkulatorisch eher der Strukturkategorie "Psychosomatik, vollstationär" zuzuordnen sind.

Problemstellung

Die Verläufe psychischer Erkrankungen sind sehr unterschiedlich. Sie sind nicht nur von Hauptdiagnosen, sondern auch von der Komorbidität mit weiteren psychischen Erkrankungen und bestimmten Kombinationen psychischer Erkrankungen abhängig.

Insbesondere die Kombinationen bestimmter psychischer Erkrankungen verschlechtert den Verlauf und die Prognose und erfordern aus ärztlich/psychotherapeutischer Sicht einen erhöhten Behandlungsaufwand (Therapiedichte, Kriseninterventionen, vermehrten Betreuungsaufwand).

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

Auch die Kombination von Angsterkrankungen (F40, F41) und Depressionen (F32, F33) erfordern immer wieder vermehrten therapeutischen und pflegerischen Einsatz und verlängerte Verweildauern.

Posttraumatische Belastungsstörungen (F43.1.) sind Erkrankungen mit hohem Therapieaufwand, v.a. in Kombination mit depressiven Episoden (F32, F33).

Im PEPP-Katalog 2015 werden die Persönlichkeitsstörungen als Hauptdiagnosen in PA14A und PA14B (zusammen mit den Essstörungen) außerdem in PP14Z (zusammen mit allgemeinen Verhaltensstörungen) eingruppiert.

Als Nebendiagnosen sind Persönlichkeitsstörungen in den Basis-PEPP PA02, PA04, und PP04, PP10 eingruppiert.

Angsterkrankungen finden sich als Hauptdiagnosen in PA04 und PP04, als Nebendiagnosen in PA02, PA04, PA14, PP04, PP10 und PP14.

P.S. einen ähnlichen Antrag hat der VPKD schon 2013 gestellt. Damals war die Kalkulationsbasis jedoch deutlich kleiner.

Lösungsvorschlag

Das InEK wird gebeten, zu überprüfen, ob sich Persönlichkeitsstörungen (PS), insbesondere Borderline-PS (ICD F60.30 und F60.31) in den verschiedenen Basis-PEPPs (s.o.) in Bezug auf den therapeutischen Aufwand, den pflegerischen Aufwand, die Betreuungsintensität und die Verweildauer unterscheiden, abhängig davon, ob sie als Haupt- oder Nebendiagnosen kodiert werden.

Außerdem wird das InEK gebeten, noch einmal zu überprüfen, ob sich Persönlichkeitsstörungen (PS), insbesondere Borderline-PS (ICD F60.30 und F60.31)

als Nebendiagnosen in Kombination mit folgenden Hauptdiagnosen als Kostentrenner eignen:

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

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

Darüber hinaus möchten wir das InEK anregen, das gleiche für die Angsterkrankungen (F40,F41) und Posttraumatische Belastungsstörungen (F43.1) zu tun:

Wie unterscheiden sich Angsterkrankungen (F40,F41) als Haupt- oder Nebendiagnosen in den entsprechenden Basis-PEPP (s.o.) ?

Sind Angsterkrankungen (F40,F41) und Posttraumatische Belastungsstörungen (F43.1) als Kostentrenner geeignet, wenn sie als Nebendiagnosen kodiert werden?

Die Vorschläge gelten sowohl für die Strukturkategorie Psychiatrie als auch Psychosomatik

Vorschlags-Nr. **P1600055**

Vorschlagender **BAG KJPP DGKJP**



Problemstellung

Bisher wurden für die Kinder- und Jugendpsychiatrie noch keine für Patientenmerkmale identifiziert, bei denen eine Kostentrennerfunktion nachgewiesen worden wäre (Ausnahme wenige Diagnosen, hilfsweise Betreuungsintensitätsmodell).

Lösungsvorschlag

Das MAS (Multiaxiale Klassifikationsschema) ist in allen Kliniken für KJPP eingeführt und langjährig erprobt, die hier zur Debatte stehende Achse V hat eine Operationalisierung und eine zufriedenstellende Interraterreliabilität und lässt sich auf die T-Z-Codes der ICD-10-GM mittels einer Liste übersetzen, die wir DIMDI gebeten hatten bei der ICD-10-GM einzustellen.

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**Problematik:**

Die Kriterien für die Einstufung in eine KJP-PEPP im Bereich Kinder- und Jugendpsychosomatik (FAB 3110) sind

- Alter < 18 Jahre und Kinder- und Jugend-OPS \geq 50% der Behandlungstage

Dagegen im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie (FAB 2930):

- \geq 50% des Aufenthalts in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und KJP-OPS

Weiterhin ist laut Gruppierlogik der Fachabteilungsschlüssel der Kinder – und Jugendpsychiatrie (2930) in der Tabelle der Kinder- und Jugendlichen und der Fachabteilungsschlüssel der Kinder- und Jugendpsychosomatik (3110) in der Tabelle der Erwachsenen enthalten.

Dies bedeutet, dass Jugendliche \geq 18 Jahre in der Kinder- und Jugendpsychosomatik (unabhängig von den übrigen Kriterien) immer in einer Erwachsenen PEPP landen, wohingegen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bei alleiniger Erfüllung der Kriterien OPS und FAB weiterhin eine Kinder- und Jugend-PEPP angesteuert wird.

Dies ist aus unserer Sicht nicht sachgerecht, da der Aufwand auf der Kinder – und Jugendstation immer höher ist, egal ob der Patient 17 oder 18 Jahre alt ist und egal, ob er in der Psychiatrie oder Psychosomatik liegt. Eine Aufnahme auf der Kinder- und Jugendpsychosomatik mit einem Alter \geq 18 erfolgt in der Regel nur bei Wiederaufnahme und nicht bei einem Erstaufenthalt. Dies kann also ggf. als zusätzliches Kriterium herangezogen werden.

Lösungsvorschlag

Wir bitten um Prüfung dieses Sachverhaltes.

Die einfachste Lösung wäre die Kinder- und Jugendpsychosomatik (Fachabteilungsschlüssel 3110) in der Tabelle der Kinder mit aufzunehmen.

Alternativ kann zusätzlich bei den Kindern \geq 18 Jahren das Kennzeichen Wiederaufnahme geprüft werden und bei Vorliegen der Fall weiterhin in die PK gruppiert werden.

Vorschlags-Nr. **P1600058**

Vorschlagender **Schön Klinik**



Problemstellung

Objektiv betrachtet ist es nicht nachvollziehbar, warum in der Psychiatrie die Schwelle der triggernden Therapieeinheiten für Ärzte und Psychologen bei 6 liegt und in der Psychosomatik bei 8 Einheiten/ Woche liegen.

Ein Beispiel sind die PEPPs der affektiven Störungen (04).

Bei der PA04A reichen mehr als 6TE pro Woche über mehr als 50% der Behandlungstage.

(s. Definitionshandbuch)

Bei der PP04 hingegen werden mehr als 8 TE pro Woche verlangt.

(s. Definitionshandbuch)

Lösungsvorschlag

Wir bitten um Prüfung, ob in der Kalkulationsgrundlage dieser Sachverhalt nachweisbar und sachgerecht ist.

Vorschlags-Nr. **P1600059**

Vorschlagender **Schön Klinik**



Problemstellung

Beim psychiatrischen Komplexcode (9-62) werden ärztl. & psychol. Leistungen gemeinsam gezählt. Dagegen werden beim Komplexcode (9-63) ärztl. & psychol. Leistungen getrennt gezählt. Hieraus ergibt sich derzeit beim Kode 9-63 folgendes Problem:

Werden z.B. vom Psychologen 4 und vom Arzt 5 TEs erbracht, ergeben sich die Codes 9-631.1 (2-4TE) und 9-630.2 (4-6TE).

Da der Grouper keinerlei Informationen mehr über die tatsächlichen TEs hat, muss er sich zwangsläufig an der unetren Schwelle orientieren und das Triggerkriterium > 8TE wir nicht erreicht.

Ein Fall mit Gleichen TEs landet also im Zweifelsfall mit der 9-62 in einer höheren PEPP als mit der 9-63.

Dies ist ein reines Logikproblem, welches aus unserer Sicht durch eine Einzelbetrachtung der Therapieeinheiten einfach behoben werden kann.

Lösungsvorschlag

Dies ist ein reines Logikproblem, welches aus unserer Sicht durch eine Einzelbetrachtung der Therapieeinheiten einfach behoben werden kann.

Der Vorschlag zur Änderung des OPS-Kodes ist beim Dimdi bereits eingereicht.

Vorschlags-Nr. **P1600060**

Vorschlagender **Krankenhaus Lahnhöhe**



Problemstellung

Wir möchten unser vielfältiges Therapieangebot, das unter anderem durch die Mitnutzung einer großen physikalischen wie ebenso einer großen Anthroposophisch ausgerichteten kunsttherapeutischen Abteilung, unterstützt wird, in speziellen Behandlungspfaden, eng an der individuellen Bedürftigkeit des einzelnen Patienten ausgerichtet, einsetzen.

Lösungsvorschlag

Die schon vorhandenen und nach §17b bereits eingesetzten OPS 8-975.2 und 8-975.3 würden uns bei der Umsetzung, Einrichtung und der damit verbundenen leistungsgerechten Abbildung der verschiedenen Behandlungspfade wesentlich unterstützen.

So werden alle Berufsgruppen, die Cotherapeutisch am Prozess beteiligt sind, angemessen und Erlöswirksam eingebunden.

Vorschlags-Nr. **P1600061**

Vorschlagender **Schön Klinik**



Problemstellung

In den PEPPs z.B. der affektiven Störungen sieht man deutliche Kostenunterschiede zwischen Psychiatrie und Psychosomatik. Zwischen der niedrigste PEPP der affektiven Störungen in der Psychiatrie (PA04C) und der niedrigste PEPP Psychosomatik (PP04B) macht dies ein Delta von 0,06 RG-Punkte pro Tag aus. Hinzu kommt der unterschiedliche hohe Tagessatz aus dem Bundespflegesatzsystem, die den Effekt (zumindest in der Optionsphase) noch verstärken.

Lösungsvorschlag

Wir bitten daher um Prüfung, wie sich das Kostendelta bei gleichen Krankheitsbildern, die in beiden Bereichen behandelt werden (z.B. F32 (depressive Episode) oder F33 (rezidivierende depressive Störung)) zusammensetzt:

- Tatsächlich höhere spezifische Kosten (Therapie, Medikamente...)
- Lediglich höhere Gemeinkosten (z.B. für höhere Personalvorhaltekosten wegen Pflichtversorgung)

Dieser Vorschlag ist auch mit dem VPKD abgestimmt.

Bitte löschen Sie Vorschlag P1600057. Ich entspricht dem gleichen Sachverhalt mit fehlerhafter Problembeschreibung. leider konnte ich ihn nicht mehr bearbeiten.

Vorschlags-Nr. **P1600062**

Vorschlagender **GSG Consulting GmbH**



Problemstellung

Die Behandlung im Qualifizierten Entzug wird in zwei unterschiedlichen Weisen im PEPP-System berücksichtigt.

Zum einen werden tagesbezogene Entgelte ausgelöst.

Darüber hinaus führt die Behandlung mit einer Dauer von mindestens sieben Behandlungstagen in der Basis-PEPP PA02 in die PA02C.

Viele psychiatrische Erkrankungen sind mit einer erhöhten Häufigkeit von Abhängigkeitserkrankungen assoziiert, wie z.B. affektiven oder Persönlichkeitsstörungen.

In komplexen Behandlungsfällen ist die Klärung, ob die Abhängigkeitserkrankung oder die damit assoziierte Erkrankung im Vordergrund gestanden hat schwer zu trennen. Die Zuteilung einer Behandlung in die Basis-PEPP PA02 oder PA04 führt zu unterschiedlichen Bewertungen und damit zu Prüfanreizen von Seiten der Kodierenden (KH) oder Kontrollierenden (MDK).

Lösungsvorschlag

Wenn ein qualifizierter Entzug durchgeführt wird, sollte die Zuordnung unabhängig von der Hauptdiagnose in die PA02C führen.

Der Anreiz auf eine rein erlösorientierte Kodierung mit philosophisch ausartenden Stellungnahmen über die im Vordergrund stehende Erkrankung kann so vermieden werden.

Problemstellung

Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus

Sinn der Fallzusammenführung ist, keinen Anreiz für ökonomisch bedingte frühe Entlassung und anschließende Neuaufnahme zu schaffen.

Die Regelungen bezüglich der Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus nach PEPPV sind extrem verwaltungsaufwendig für Krankenhaus und Kostenträgerseite. Den zusätzlichen Personalaufwand schätzen wir in einer Klinik mit 135 vollstationären und 32 teilstationären Plätzen mit mindestens einer halben VK. Gleichzeitig ergibt sich durch Stornierung und Neuberechnung der Wiederaufnahmefälle ein nicht unerheblicher negativer Liquiditätseffekt auf die Geldeingangsdauer (Umschlaghäufigkeit der Debitoren). Selbstzahler, die ihre Rechnungen mit Beihilfestellen und Privatversicherern abrechnen müssen, erleben dies als überbordende Bürokratie.

Fallzusammenführungen im teilstationären Bereich haben darüber hinaus so gut wie keinen Erlösmindernden Effekt und werden als Systemgängelung erachtet.

Lösungsvorschlag

Vorgeschlagen wird, auf das Instrument der Fallzusammenführung in der jetzigen bürokratieaufwendigen Form zu verzichten, und statt dessen einen Wiederaufnahmeabschlag zu entwickeln, der einen gleichen Steuerungseffekt entfaltet.

Hierbei würde es nicht zu Fallzusammenführungen im bisherigen Sinn kommen, sondern alle Fälle würden weiterhin als Einzelfälle abgerechnet.

Bei Wiederaufnahme eines Falls innerhalb der bisher gültigen oder gegebenenfalls zu modifizierenden Fristen ist der Wiederaufnahmeabschlag als Rechnungsabzug vorzunehmen über den Zeitraum bis zur vorletzten Vergütungsklasse einer PEPP. Hat die PEPP nur eine Vergütungsklasse, entfällt der Wiederaufnahmeabschlag.

Die Information für den Grouper zur Ermittlung des Abschlags könnte über eine entsprechende Ergänzung im §301 Schlüssel 1: Aufnahmegrund erreicht werden, in dem z.B. für die Stelle 3 und 4 der Wert 08 aufgenommen wird: Wiederaufnahme nach PEPPV

Vorteil wäre eine einfache administrative Handhabbarkeit ohne Verschiebung von Steuereffekten.

Ein Rechenbeispiel dazu in der Anlage

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

Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus, Wiederaufnahmeabschlag statt Fallzusammenführung

Sinn der Fallzusammenführung ist, keinen Anreiz für ökonomisch bedingte frühe Entlassung und anschließende Neuaufnahme zu schaffen.

Die Regelungen bezüglich der Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus unter PEPPV sind extrem verwaltungsaufwendig für Krankenhaus und Kostenträgerseite. Den zusätzlichen Personalaufwand schätzen wir in einer Klinik mit 135 vollstationären und 32 Teilstationären Plätzen mit mindestens einer halben VK. Gleichzeitig ergibt sich durch Stornierung und Neuberechnung der Wiederaufnahmefälle ein nicht unerheblicher negativer Liquiditätseffekt auf die Geldeingangsdauer (Umschlaghäufigkeit der Debitoren). Selbstzahler, die ihre Rechnungen mit Beihilfestellen und Privatversicherern abrechnen müssen, erleben dies als überbordende Bürokratie. Fallzusammenführungen im teilstationären Bereich haben darüber hinaus so gut wie keinen erlösmindernden Effekt und werden als Systemgängelung erachtet

Vorgeschlagen wird, auf das Instrument der Fallzusammenführung in der jetzigen bürokratieaufwendigen Form zu verzichten, und stattdessen einen Wiederaufnahmeabschlag zu entwickeln, der einen gleichen Steuerungseffekt entfaltet.

Hierbei würde es nicht zu Fallzusammenführungen im bisherigen Sinn kommen, sondern alle Fälle würden weiterhin als Einzelfälle abgerechnet. Bei Wiederaufnahme eines Falls innerhalb der bisher gültigen oder gegebenenfalls zu modifizierenden Fristen ist der Wiederaufnahmeabschlag als Rechnungsabzug vorzunehmen über den Zeitraum bis zur vorletzten Vergütungsklasse einer PEPP. Hat die PEPP nur eine Vergütungsklasse, entfällt der Wiederaufnahmeabschlag.

Die Information für den Grouper zur Ermittlung des Abschlags könnte über eine entsprechende Ergänzung im §301 Schlüssel 1: Aufnahmegrund erreicht werden, in dem z.B. für die Stelle 3 und 4 der Wert 08 aufgenommen wird: Wiederaufnahme nach PEPPV

Vorteil wäre eine einfache administrative Handhabbarkeit ohne Verschiebung von Steuereffekten.

Beispiel:

PA04B							
Anzahl							
Berechnung							
tage /	Bewertungs	Bewertung	Differenz Spalte 2-		Halber Wert		
Vergütungs	relation	niedrigste	Differenz Spalte 2-		Halber Wert		
klasse	je Tag	Vergütungsklas	Spalte3	Spalte 4	Basisentgeltwert	Wiederaufnahmeabschlag	
1	1,2105	0,9751	0,2354	0,1177	230,00 €	27,07 €	
2	1,1114	0,9751	0,1363	0,0682	230,00 €	15,69 €	
3	1,1045	0,9751	0,1294	0,0647	230,00 €	14,88 €	
4	1,0964	0,9751	0,1213	0,0607	230,00 €	13,96 €	
5	1,0878	0,9751	0,1127	0,0564	230,00 €	12,97 €	
6	1,0791	0,9751	0,1040	0,0520	230,00 €	11,96 €	
7	1,0704	0,9751	0,0953	0,0477	230,00 €	10,97 €	
8	1,0618	0,9751	0,0867	0,0434	230,00 €	9,98 €	
9	1,0531	0,9751	0,0780	0,0390	230,00 €	8,97 €	
10	1,0444	0,9751	0,0693	0,0347	230,00 €	7,98 €	
11	1,0358	0,9751	0,0607	0,0304	230,00 €	6,99 €	
12	1,0271	0,9751	0,0520	0,0260	230,00 €	5,98 €	
13	1,0185	0,9751	0,0434	0,0217	230,00 €	4,99 €	
14	1,0098	0,9751	0,0347	0,0174	230,00 €	4,00 €	
15	1,0011	0,9751	0,0260	0,0130	230,00 €	2,99 €	
16	0,9925	0,9751	0,0174	0,0087	230,00 €	2,00 €	
17	0,9838	0,9751	0,0087	0,0044	230,00 €	1,01 €	
18	0,9751	0,9751					

Fall mit 15 Tagen in der PEPP PA04B			
15 PA04B	1,0011	230	3453,795
15 Wiederaufnahmeabschlag	-0,013	230	-44,85
			3408,945