



**Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH**

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

# **PEPP Vorschlagsverfahren für 2022**

## **Veröffentlichung der Vorschläge**

Auf den folgenden Seiten finden sich die an das InEK fristgerecht eingereichten Vorschläge zum Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen bei der Weiterentwicklung des Entgeltsystems für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP-System) für das Jahr 2022. Von der Veröffentlichung ausgenommen sind Vorschläge, die überwiegend vertrauliche Daten (z.B. Kostendaten) enthielten, oder bei denen der Vorschlagende einer Veröffentlichung widersprochen hat.

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

**Problemstellung**

## Ziel, Ausgangslage und Indikatoren

Wir stellen immer im Rahmen kinderpsychiatrischer Diagnostik und Behandlung immer wieder fest, dass der eigentlich psychisch kranke Patient in der Familie ein Elternteil mit zumeist massiven biographischen Belastungen wie Misshandlungserfahrungen ist. Diese instabilen Eltern begeben sich aber, trotz unserer vielmaligen intensiven Empfehlungen in der Regel nicht in eine - dringend benötigte- eigene Behandlung, sondern 'arbeiten die Störung über das Kind ab'. Dem Kind kann aber eigentlich nur durch Behandlung der Eltern wirklich geholfen werden, ansonsten chronifiziert und aggraviert die Störung auf kindlicher Seite. Bis zu 17,6% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland leiden an emotionalen Störungen und Verhaltensstörungen. Bei ca. 2/3 der Fälle ist elterliche Psychopathologie ursächlich.

Longitudinale Befunde belegen ein hohes Chronifizierungsrisiko dieser Störungen bis ins Erwachsenenalter. Die psychotherapeutische Versorgung von Kindern an sich ist in Deutschland relativ gut: Es existieren evidenzbasierte Behandlungsleitlinien für eine Vielzahl psychischer Störungen, allerdings wird die Behandlung der Kinder und Jugendlichen häufig durch die psychische Belastung der Eltern erschwert. In ca. 60- 70 % der Fälle zeigt sich im Behandlungsverlauf eine bedeutsame emotionale Belastung mindestens eines Elternteils, weil dieses entweder mit eigenen verdrängten biographischen Themen - oft Misshandlungserfahrungen - konfrontiert wird oder sich durch den Kontakt zum professionellen Hilfesystem erstmals bezüglich eigener traumatischer Erfahrungen öffnet. Stoltenborgh et al.2 berichten in Bezug auf Misshandlungserfahrungen in der Kindheit eine weltweite Prävalenz von ca. 24%. In einer repräsentativen deutschen Studie zu aversiven Kindheitserfahrungen (engl.: aversive childhood experiences; ACE) berichteten 43,7% der Teilnehmer von mindestens einem ACE und 8,9% von mindestens vier ACEs. Im Gegensatz zur Gruppe mit  $\leq 1$  ACE berichtete die Gruppe mit  $\geq 4$  ACEs über eine klinische relevante psychische Symptomatik (insb. Depressivität, Angst und physische Aggression) und schwerwiegende psychosozialen Folgen.3

Die Auswirkungen von Missbrauch sind vielfältig und reichen von einem erhöhten Angst-, Insomnie-, Grübel- und Depressionserleben im Alltag und einem stark erhöhten Risiko für manifeste psychische Störungen bis hin zu einem erhöhten Risiko für körperliche (z.B. kardiovaskuläre) Erkrankungen und einer erhöhten Mortalität. Darüber hinaus haben frühe Gewalterfahrungen einen drastischen Einfluss auf die Entwicklung sozio-emotionaler Funktionen: Erwachsene mit Misshandlungserfahrungen zeigen markante Defizite im Erkennen emotionaler Gesichtsausdrücke präferieren größere räumliche Distanzen zu Interaktionspartnern, reagieren auf Berührung mit Unwohlsein und Angst, zeigen eine niedrigere Empathiefähigkeit und haben gravierende Defizite in den Exekutivfunktionen. Diese Defizite wirken sich unmittelbar auf das Bindungsverhalten und die emotionale Verfügbarkeit aus. Zum einen beeinträchtigen sie die Fähigkeit als Elternteil ein vorhersagbares, strukturiertes Alltagsleben für das Kind zu etablieren. Zum anderen weisen Betroffene Defizite in der Impulskontrolle auf, die zu Reizbarkeit, starken Gefühlsausbrüchen bis hin zu körperlicher Gewalt führen können. Diese Defizite können sogar unmittelbar bewirken, dass Eltern selber missbräuchliches Verhalten ausüben und werden bei 60% der Betroffenen zusätzlich verstärkt durch Beeinträchtigungen der Schlafqualität. Zuletzt beeinträchtigt insbesondere die mit der Missbrauchserfahrung einhergehende Psychopathologie die Eltern-Kind-Interaktion. Zu den häufigsten und schmerzlichsten Symptomen nach Traumatisierung zählt das Auftreten von ungewollten Erinnerungen an das Trauma, die scheinbar zusammenhangslos im Alltag auftreten. Diese intrusive Wiedererlebenssymptomatik wird im Wesentlichen bedingt durch Beeinträchtigungen der Gedächtnisbildung während des Traumas und durch schlechten Schlaf aufrecht erhalten. Wiedererlebenssymptome sind extrem belastend, so dass Eltern mit missbrauchsbedingten Symptomen für ihre Kinder weniger emotional verfügbar sind. Darüber hinaus kann das kindliche Ausdrucks- und Spielverhalten (in Form von Schreien und wildem Rennen) das Auftreten von schmerzhaften, intrusiven Erinnerungen auslösen. Vor dem Hintergrund der vielfältigen Auswirkungen von Misshandlungserfahrungen auf die sozio-emotionale, kognitive und psychische Entwicklung wird deutlich, dass das Erleben von Misshandlung eine Schlüsselrolle in der Weitergabe dieser Erfahrungen an die nächste Generation einnimmt.1 Dennoch ist es wichtig zu betonen, dass das biografische Vorliegen von Misshandlungserfahrung nicht zwangsläufig in

einer Weitergabe münden muss. Um dem dennoch bestehenden Potenzial zur Weitergabe mit möglichst hoher Effektivität entgegenzuwirken, wurde auf Basis der empirischen Befundlage zu den Auswirkungen von Missbrauchserfahrungen ein interaktionszentriertes Konzept entwickelt, das sich erstmals unmittelbar an Eltern-Kind-Dyaden mit einem von Missbrauch betroffenen Elternteil richtet.

Konkretes Ziel des Zusatzentgeltes ist es, ein niederschwelliges Behandlungsangebot zu schaffen, das ergänzend zur bereits in der klinischen Versorgung etablierten psychiatrisch/ psychotherapeutischen Behandlung der Kinder die Therapie der Eltern in den Fokus rückt, die nicht zu anderen Psychotherapeuten gehen, aber zu den kinderpsychiatrischen Behandlern oft großes Vertrauen entwickeln. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf der Bearbeitung von Missbrauchserfahrungen des Elternteils, die sich in der Interaktion mit dem Kind manifestieren und die gesunde Entwicklung der Kinder beeinträchtigen können. Weder in der kinder- und jugendpsychiatrischen/ -psychotherapeutischen noch in der psychiatrischen/ psychotherapeutischen Regelversorgung von Erwachsenen ist eine intensive Elterntherapie abrechenbar, was eine erhebliche Versorgungslücke darstellt. Diese Lücke muss unbedingt geschlossen werden, da die Behandlung der kindlichen Indexpatienten in der Regel nicht ausreichend ist. Häufig haben die Eltern einen noch größeren Hilfebedarf als die Kinder, können jedoch aufgrund starker Vorbehalte gegenüber der eigenen psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung bzw. der fehlenden eigenen Diagnose keiner Behandlung zugeführt werden. Es ist deshalb ein dringliches Kinderschutzanliegen, einen neuen Goldstandard der Versorgung zu schaffen, der es erlaubt, dass diese Eltern niederschwellig und ohne Schnittstellenproblematik mitbehandelt werden können.

Die aktuelle Versorgungslage von Missbrauch betroffener Elternteile ohne psychische Störung ist zudem in Deutschland sehr eingeschränkt. Zwar gibt es (abhängig von der jeweiligen Region) Beratungsstellen, an die sich Betroffene wenden können, jedoch existiert bisher kein strukturiertes, auf wissenschaftlicher Evidenz fußendes Behandlungskonzept, das – neben dem psychischen Wohlbefinden des Elternteils – auf die Eltern-Kind-Interaktion fokussiert mit dem Ziel eine transgenerationale Weitergabe von Traumatisierung zu verhindern. Diese Leerstelle ist besonders gravierend aufgrund der hohen Anzahl Betroffener: Eine aktuelle deutsche Studie zur Häufigkeit von Kindeswohlgefährdung zeigt, dass 13,9 % der Befragten eine Form von sexuellem Missbrauch und über 40 % emotionale Vernachlässigung erlebt haben.<sup>24</sup> Hochgerechnet auf die deutsche Gesamtbevölkerung ergeben sich aktuell ca. 1,6 Millionen Betroffene. Auf Basis längsschnittlicher Daten ist davon auszugehen, dass 22% der Betroffenen im Erwachsenenalter selbst zu Missbrauchstätern werden. Auf Grundlage dieser Zahlen ist von einem großen Personenkreis auszugehen, der die NVF dringend benötigt. Wie unter 4.2. eingehender geschildert wird, existiert aktuell kein von der gesetzlichen Krankenkasse getragenes Versorgungsangebot, das eine Mitbehandlung von Eltern ohne explizite psychiatrische Diagnose vorsieht. Dies ist zur Unterbrechung des Kreislaufs der transgenerationalen Weitergabe von Missbrauch jedoch unabdingbar. Durch eine frühzeitige Abwendung von Missbrauch ließe sich nicht nur das schwerwiegende psychische Leid der Betroffenen, sondern auch die hohen gesellschaftlichen Kosten (pro Jahr ca. 11 Milliarden €)<sup>25</sup> vermindern. Somit wird deutlich, dass die NVF sowohl im Hinblick auf die Inanspruchnahme durch einen weiten Personenkreis als auch im Hinblick auf die abzuwendenden gesundheitsökonomischen Kosten als höchst relevant einzustufen ist.

Die aktuelle psychiatrische/psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Erwachsenen ist bisher weitestgehend auf Indexpatienten fokussiert, während nur begrenzte Möglichkeiten bestehen, Eltern und Kinder in der Interaktion zu behandeln. Dies ist bisher lediglich im Kleinkindbereich beispielsweise in spezialisierten psychiatrischen Eltern-Kind-Stationen (Altersbegrenzung liegt hier meist bei 5-6J.) oder im geringen Umfang in der Regelpsychotherapie bei Kindern durch Nutzung der Bezugspersonenstunden möglich. Die dafür vorgesehenen Ressourcen sind jedoch sehr begrenzt und decken insbesondere bei Schulkindern den Bedarf nicht ab.

## Lösungsvorschlag

Zielgruppe des vorgeschlagenen Zusatzentgeltes Elternbehandlung in der KJPP sind Eltern-Kind-Dyaden, in denen das Kind den Indexpatienten darstellt. Eltern von 0-18j. Kindern, die im kinder- und jugendpsychiatrischen Setting wegen emotionaler oder Verhaltensstörungen vorgestellt werden. Die psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung der Kinder wird dabei durch die Regelversorgung abgedeckt. Wir stellen aber immer wieder fest, dass der eigentlich psychisch kranke Patient in der Familie ein Elternteil ist. Diese begeben sich aber, trotz unserer vielmaligen intensiven Empfehlungen nicht in eine eigene Behandlung. Dem Kind kann aber eigentlich nur durch Behandlung der Eltern wirklich geholfen werden, ansonsten chronifiziert und aggraviert die Störung auf kindlicher Seite. Lösungsvorschlag: Primär durchlaufen die Eltern in der KJPP eine eigene Therapie, die darauf abzielt, ggf. Misshandlungserfahrungen zu bearbeiten, Alltagsstress und Grübeln zu reduzieren, die Schlafqualität zu steigern, den Affekt aufzuhellen und gesundheitsförderliches Verhalten zu unterstützen. Das Training ist modular konzipiert und enthält bedarfsorientiert optionale Elemente (z.B. die Schlafqualität betreffend), die nur dann zum Einsatz kommen, wenn entsprechende Probleme vorliegen. Zur Verbesserung der Stressresilienz und zur Eindämmung des Grübelns werden den Teilnehmern Entspannungstechniken (u.a. Atemübungen, Progressive Muskelrelaxation) oder meditative Techniken vermittelt. Die Eltern werden geschult positive Dinge an ihren Kindern und in ihrem Alltag wahrzunehmen, um den Affekt in einen positiveren Bereich zu verschieben. Um Beschwerden einer reduzierter Schlafqualität wirkungsvoll zu begegnen, durchlaufen betroffene Eltern ein Schlaftraining mit hypno- und verhaltenstherapeutischen Elementen. Zuletzt wird die Alltagsstruktur der Eltern analysiert und um gesundheitsförderliche Tätigkeiten (z.B. Sport, ausreichende Ruhezeiten, Zubereitung gesunder Mahlzeiten) erweitert. Die Wiedererlebenssymptomatik der Eltern wird durch eine Elaboration des Traumagedächtnisses eingedämmt. Dies geschieht durch die Erarbeitung eines kohärenten Traumanarrativs, welches die Eltern in schriftlicher Form erarbeiten sollen.

Durch ein solches Zusatzentgelt zur psychotherapeutischen Behandlung von ELTERN in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird eine große klaffende Leerstelle im Fach KJPP geschlossen. Das Zusatzentgelt wird einen entscheidenden Beitrag zu Weiterentwicklung der integrierten Versorgung von psychischen belasteten Kindern und Eltern mit eigenen Misshandlungserfahrungen leisten und damit dem erheblichen Risiko der transgenerationalen Weitergabe von Misshandlungserfahrungen entgegenwirken und einen entscheidenden Beitrag zum generellen Kinderschutz leisten.

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

Vorschlags-Nr. **P2200111**

Vorschlagender **ViaNobis - Die Fachklinik**



**Problemstellung**

Analog NUB Antrag N2105072

**Lösungsvorschlag**

Analo NUB - Antrag N2105072

**Problemstellung**

In unserem Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie werden regelmäßig Patienten in die psychiatrischen Fachabteilungen stationär aufgenommen, welche eine hohe Anzahl an somatischen Begleiterkrankungen vorweisen bzw. multimorbid sind. So wird zum Beispiel ein psychiatrischer Patient regelmäßig in unserem Haus aufgenommen, bei dem die Therapie mit einem preisintensiven Arzneimittel hier Imiclucerase (Cerecyme) medizinisch indiziert ist. Da die Gabe des Medikamentes im PEPP-Entgeltkatalog nicht als Zusatzentgelt fixiert ist, muss das Krankenhaus auf eine Refinanzierung seitens der Krankenkasse des Versicherten verzichten. Dies Vorgehen entspricht der Regel. Wäre der besagte Patient in unserer somatischen Fachabteilung aufgenommen worden, wäre die Abrechnung des Medikamentes mit dem Zusatzentgelt ZE 2021-66 problemlos erfolgt.

Da dies jedoch nicht geht, bleibt das Krankenhaus hier auf mehreren zehntausenden Euro sitzen. Dieses Tatsache lässt sich auch nicht mehr auf eine Art Mischkalkulation reduzieren. Dafür sind die Verluste viel zu hoch. Der oben geschilderte Fall ist nur einer von vielen. So kam es bereits auch in unserer Kinder- und Jugendpsychiatrie vor, dass ein Kind mit Genotropin behandelt werden musste und es ebenfalls keine Chance zur Abrechnung gab. Die finanziellen Verluste für die Gabe dieses Medikamentes betragen 13.000 €

**Lösungsvorschlag**

Dringende, baldige Übernahme der abrechenbaren Zusatzentgelte aus dem DRG-Katalog in den PEPP-Katalog.

Vorschlags-Nr. **P2200117**

Vorschlagender **AOK PLUS**



### **Problemstellung**

Anpassung der Kodierrichtlinie PP012e / Prozeduren, unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl an die Handhabung im G-DRG-System P005k.  
Die Prüfung der Plausibilisierung insbesondere von Medikamenten-Zusatzentgelten ist unter anderem auf Grund der fehlenden verlässlichen Angabe des OPS-Datums für die erste Gabe (des Medikaments) oft unmöglich.  
In der Praxis wird überwiegend das Datum der Entlassung als OPS-Datum übermittelt.

### **Lösungsvorschlag**

Die Angabe des Datums der ersten Gabe insbesondere von ZE-fähigen Medikamenten, wie es für die Somatik (P005k) vorgeschrieben ist, sollte ebenfalls für das PEPP-System gelten.  
"Nur einmal während einer stationären Behandlung zu kodierende Prozeduren sind aus pragmatischen Gründen unter Angabe des Datums der ersten Leistung anzugeben,..."  
Auch im PEPP-Bereich werden mittlerweile viele Medikamente gegeben, bei denen die Menge im Verlauf des Aufenthaltes addiert werden muss. Eine sachgerechte Prüfung der Dosis, welche die Höhe des Zusatzentgeltes bestimmt, ist nur möglich, wenn die Kodierung des entsprechenden OPS mit dem Datum der ersten Gabe erfolgt.  
Die unterschiedlichen Positionen innerhalb der Selbstverwaltung zu diesem Thema, welche seit Jahren in dem „Hinweis der Selbstverwaltung“ erwähnt werden, sollten aus unserer Sicht (endlich) abschließend diskutiert werden.

Vorschlags-Nr. **P2200118**

Vorschlagender **Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie  
Großschweidnitz**



### **Problemstellung**

Bei der Kodierung der ICD U50.- / U51.- ist die Information aus der Katalogversion 2021 "Einmalige Kodierung der motorischen Funktionseinschränkung innerhalb der ersten fünf stationären Behandlungstage; bei veränderten Werten innerhalb dieser Zeit ist der höchste Punktwert zu verschlüsseln. Bei geriatrischer oder frührehabitativer Behandlung erfolgt die Kodierung analog zu Beginn dieser Behandlung. Die Kodierung erfordert den Einsatz eines der aufgeführten standardisierten Testverfahren (FIM: Functional Independence Measure™)." zu beachten.

Fallzusammenlegungen haben mehrere Aufnahmetage.

Der MDK streicht die Diagnose, wenn die Kodierung im zweiten Aufenthalt gerechtfertigt ist, mit der Begründung, dass die Funktionseinschränkung nicht innerhalb der ersten fünf Behandlungstage der Fallkette belegt ist.

### **Lösungsvorschlag**

Die Information im ICD-Text wird um eine Klarstellung für die Fallzusammenlegungen ergänzt.

Vorschlags-Nr.

P2200119

Vorschlagender

**Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie  
Großschweidnitz**



### **Problemstellung**

Im Therapiekonzept Familientherapie sind therapeutische Leistungen für die Eltern, welche medizinisch notwendig aber nicht behandlungsbedürftige Begleitpersonen mit vollstationärer Unterbringung sind, enthalten. Diese stellen einen therapeutischen und kostenverursachenden Mehraufwand gegenüber den Behandlungskonzepten in den anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen dar. Die integrative Behandlung der Kinder erfolgt unter Berücksichtigung systemischer und lerntheoretischer Aspekte, zielt auf die Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung, die Strukturierung der elterlichen Erziehungshaltung und einer Veränderung der normabweichenden Verhaltensweisen des Kindes ab.

Die Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach §17b Abs. 1 Satz 4 KHG ist für die Psychiatrie nicht anwendbar.

Die Kosten können nicht (teilweise) refinanziert werden.

### **Lösungsvorschlag**

Überprüfung der Kostenkalkulation

**Problemstellung**

Der OPS 1-945 ist in der aktuellen Version 2021 nur im stationären Aufenthalt abrechenbar.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie wird die Diagnostik auch im teilstationären Setting durchgeführt. Die Abbildung der diagnostischen Leistungen bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit bei seelischer Misshandlung des Kindes ist durch die vorgegebenen Mindestmerkmale des OPS 1-945 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ungenügend anwendbar.

Das Befinden kann bspw. durch Mangelernährung, fehlende Hygiene und/oder Kleidung (körperliche Vernachlässigung) oder durch erniedrigendes, entwürdigendes Erziehungsverhalten (emotionale Vernachlässigung) geprägt sein. Risikofaktoren für Misshandlungen und Vernachlässigungen können unter anderem psychisch kranke Eltern, psychisch oder organisch kranke Kinder und Jugendliche, belastete Familiensituationen, ein ungünstige soziale Bedingungen oder eine erhöhte Gewaltbereitschaft im Lebensumfeld des Kindes sein.

Vernachlässigungen können bei Kindern die Entwicklung von schweren Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen wie z. Bsp. reaktive Bindungsstörungen, PTBS, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Substanzmissbrauch, Depression und Störungen des Sozialverhaltens zur Folge haben.

Die Diagnostik kann und muss auch im teilstationären Setting bei Gefährdungsaspekten durchgeführt und abgerechnet werden können.

**Lösungsvorschlag**

Die Anwendung des OPS 1-945 wird für den teilstationären Bereich der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Behandlung zugelassen.

**Problemstellung**

Mit der Etablierung des Pauschalierenden Entgeltsystems für die Psychiatrie und Psychosomatik sind seinerzeit Fallzusammenfassungen in den Abrechnungsbestimmungen zwischen den Selbstverwaltungspartnern vereinbart worden. Als Begründung hierfür wurde insbesondere ein möglicher Fehlanreiz, Patientinnen und Patienten aufgrund der degressiven Vergütungssystematik frühzeitig zu entlassen und dann mit einer zeitnahen Wiederaufnahme höhere Tagesentgelte am Behandlungsbeginn erzielen zu können, genannt. In einem zunächst für die Psychiatrie und Psychosomatik geplanten Preis-Leistungs-System hätte eine frühzeitige Entlassung und Wiederaufnahme bei abnehmendem Verlauf der Entgelte – zumindest kurzfristig – in der Tat zu einem steigenden Krankenhausbudget führen können.

Im Rahmen des PsychVVG wurde jedoch die Budgetsystematik grundlegend verändert. Das PEPP-Entgeltsystem wurde zu einem kostenorientierten Budgetsystem umgestaltet. Über einen leistungsbezogenen Krankenhausvergleich sollen sich dabei bekanntlich die Basisentgeltwerte vergleichbarer Krankenhäuser einem einheitlichen Niveau anpassen. Die abgerechneten PEPP-Leistungen haben damit einen wesentlich kleineren Einfluss auf das Krankenhausbudget - nämlich nur noch über den Krankenhausvergleich. Eine Steigerung des DMI über frühzeitige Entlassungen und Wiederaufnahmen würde nicht automatisch zu einem dauerhaft höheren Budget führen, sondern hätte vorrangig lediglich Auswirkungen auf den Basisentgeltwert. Festzuhalten ist daher, dass der Fehlanreiz, Patienten zu frühzeitig zu entlassen, - sofern diesem überhaupt gefolgt worden wäre - durch diese Veränderung deutlich reduziert wurde.

Gemäß „§ 2 Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus“ der aktuellen PEPPV hat das Krankenhaus jedoch weiterhin innerhalb der 14-Tage/90-Tage-Regelung eine Zusammenfassung der Aufenthaltsdaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in ein Entgelt vorzunehmen, wenn ein Patient bzw. eine Patientin wieder aufgenommen wird und in dieselbe Strukturkategorie einzustufen ist.

Diese Fallzusammenfassungen führen jedoch an vielen Stellen zu einem erhöhten bürokratischen Aufwand:

- Die Fallzusammenfassungen führen zu einem deutlich erhöhten zeitlichen Aufwand bei der Abrechnung, da Rechnungen storniert, Prozeduren neu berechnet (z.B. Medikamente), Falldaten zusammengefasst und Rechnungen neu erstellt werden müssen.
- Im Zusammenhang mit Fallzusammenfassungen kommt es besonders häufig zu IT-bedingten Fehlern und Problemen, die zu zusätzlichen Korrekturen führen.
- Auch auf Seiten der Krankenkassen entsteht ein Mehraufwand, da aufgrund der Stornierungen und Korrekturen mehr Entlassungen bzw. Rechnungen geprüft und bearbeitet werden müssen und die Fallsteuerung damit unübersichtlicher wird.
- Ebenso im Zusammenhang mit MDK-Verfahren führt dies zu Problemen: Wenn für einen Fall bereits eine MDK-Prüfung veranlasst wurde und dieser Fall aufgrund der Regelungen zur Fallzusammenfassung um einen weiteren Fall ergänzt und damit verändert werden muss, muss die Schlussrechnung aufgrund der Wiederaufnahmeregelungen wieder storniert werden und der Abrechnungsfall um einen zusätzlichen Aufenthalt erweitert werden. Dies sorgt häufig für Unklarheiten und zusätzliche Abstimmungserfordernisse mit den Krankenkassen und dem MDK.

Ebenfalls ist nicht zu erkennen, dass die Fallzusammenfassungsverordnung zu einer besseren Abbildung der Kosten der Behandlungsfälle führt, die Entgelte also dadurch aufwandsgerechter kalkuliert bzw. abgerechnet werden können. Vielmehr besteht der gegenteilige Eindruck, dass durch Fallzusammenfassungen Fälle gleich bewertet bzw. abgerechnet werden, die nicht gleich sind. Zwei Entzugsbehandlungen mit zwischenzeitlichem Rückfall nach der ersten Entlassung sind z.B. nicht vergleichbar mit einer Entzugsbehandlung mit gleicher Gesamtverweildauer ohne zwischenzeitlichem Rückfall.

**Lösungsvorschlag**

Vor diesem Hintergrund sollte geprüft werden, ob die derzeitigen Regelungen der Fallzusammenfassung bei Wiederaufnahmen bzw. bei Rückverlegungen einen Beitrag zu einer verbesserten Abbildung der kalkulierten Fallkosten im Entgeltsystem leisten, wie groß dieser Beitrag ist und ob auf diese Fallzusammenfassungen auch verzichtet werden könnte.

Dies könnte zu einer Reduktion der Komplexität des Entgeltsystems, zu einem Bürokratieabbau an verschiedenen Stellen (siehe Problembeschreibung) und damit zu einer gesteigerten Akzeptanz des Entgeltsystems insgesamt beitragen.

Vorschlags-Nr. **P2200122**

Vorschlagender **Heinrich Sengelmann Kliniken**



### **Problemstellung**

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

### **Lösungsvorschlag**

Vorschlag: Da bisher in der Vergangenheit (s. PEPP-Vorschlagsverfahren 2019 mit Vorschlag P2000014 und 2021 mit Vorschlag P2100081) damals keine entsprechende spezifischen Leistungsbezeichner (z.B. ICD- bzw. OPS-Kodes) in den Kalkulationsdaten der Jahre 2012 und ff. nicht zur Verfügung standen, schlagen wir nochmals zur Refinanzierung eine Ermittlung der beschriebenen Kostentrenner mit Etablierung eines Zusatzentgeltes durch Aufforderung des DIMDI zur Installation entsprechender IDC- bzw. OPS-Kodes vor.

**Problemstellung**

Die Adipositas bei Kinder und Jugendlichen im KJPP Bereich sind nicht PEPP-relevant. Jedoch wird die Adipositas bei Patienten ab 18 Jahren für das "Höhergruppieren" herangezogen. Im Bereich der Kinder und Jugendpsychiatrie werden i. d. R. Patienten behandelt, die nicht älter als 18 Jahre sind. Patienten die 18 Jahre und älter sind werden aufgrund ihrer Volljährigkeit in der Erwachsenenpsychiatrie behandelt. Daher kann eine "Komplizierte somatische Nebendiagnose" wie die Adipositas ab 18 Jahren bei Kindern und Jugendlichen nicht funktionieren.

Als Beispiel dient hier die PEPP "PK14A".

Ein Kriterium zur Höhergruppierung von der "PK14B" in die höherwertige "PK14A" sind die im PEPP Definitionshandbuch (2021) aufgeführten "Komplizierende somatische Nebendiagnose bei Verhaltens- u. Persönlichkeitstrg bei Kindern u. Jugendl (PK14-K3)".

Hier ist u. a. die Adipositas ab 18 Jahren zu nennen. Seite 106. - 107. PEPP Definitionshandbuch 2021. Es fehlt die Adipositas bei Patienten bis 18 Jahren.

**Lösungsvorschlag**

Eine Überprüfung aller PEPP's im Kinder und Jugendbereich sowohl vollstationär als auch teilstationär bezüglich der Problematik. Die Adipositas der "Erwachsenen" durch die Adipositas bei "Kindern und Jugendlichen" ersetzen.

Streichung der "Adipositas ab 18 Jahren" und ersetzen durch: "Adipositas bei Kindern und Jugendlichen von 3 Jahren bis unter 18 Jahren über 97,0-Perzentils bis einschließlich 99,5-Perzentils".

Sowie die "Adipositas bei Kindern und Jugendlichen von 3 Jahren bis unter 18 Jahren über 99,5-Perzentils". (nach ICD-10)

**Problemstellung**

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

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

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

In der Reittherapie wird die wohltuende und heilende Wirkung des Pferdes auf den Menschen genutzt.

Das Pferd schenkt Vertrauen und Sicherheit, braucht aber gleichzeitig auch klare Regeln.

Der Bewegungsrhythmus des Tieres wirkt lockernd, ausgleichend und angstlösend.

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

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

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

wird erhöht und das Selbstwertgefühl wird gestärkt.

Die Wirksamkeit dieser Therapien wurden vielfach beschrieben z.B. medizinischen Veröffentlichungen und Studien(u.a. Angelika Taubert: Reittherapie in Neurologie und Psychotherapie. Peter Lang ISBN

978-3-631-58653-2; Lori Marino, Scott O. Lilienfeld: Dolphin-Assisted Therapy: More Flawed Data and More Flawed Conclusions. In: Anthrozoos: A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals. 20, 2007, S. 239–249) bereits aufgezeigt worden.

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

**Lösungsvorschlag**

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

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

**Problemstellung**

Die Gartentherapie ("Garten der Sinne") in unserem Haus ist ein zusätzliches Therapieangebot speziell für Demenzerkrankungen, welche durch Sonne, Wind, Düften und Farben positiv beeinflusst werden. Um diese Leistung anbieten zu können, werden zusätzliche Ressourcen zur Gartenpflege benötigt. Denn richtig gestaltete Gärten lösen mit ihrer Form, Farbe, Materialien, symbolischen Artefakten sowie Gerüchen einzelne Gefühle aus, die Demenzkranken helfen sich zu erinnern.

**Lösungsvorschlag**

Da bisher in der Vergangenheit (s. PEPP-Vorschlagsverfahren 2014 mit Vorschlag P1400061, 2019 Vorschlag P2000016) damals keine entsprechenden spezifischen Leistungsbezeichner (z.B. ICD- bzw. OPS-Kodes) in den Kalkulationsdaten des Jahres 2012 und ff. Jahren nicht zur Verfügung standen, schlagen wir nochmals zur Refinanzierung eine Ermittlung der beschriebenen Kostentrenner mit Etablierung eines Zusatzentgeltes durch Aufforderung des DIMDI zur Installation entsprechender ICD- bzw. OPS-Kodes vor.

Vorschlags-Nr.

P2200126

Vorschlagender **Heinrich Sengelmann Kliniken**



### **Problemstellung**

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

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

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

### **Lösungsvorschlag**

Vorschlag: Da bisher in der Vergangenheit (s. PEPP-Vorschlagsverfahren 2019 mit Vorschlag P2000015) damals keine entsprechende spezifischen Leistungsbezeichner (z.B. ICD- bzw. OPS-Kodes) in den Kalkulationsdaten der Jahre 2012 und ff. nicht zur Verfügung standen, schlagen wir nochmals zur Refinanzierung eine Ermittlung der beschriebenen Kostentrenner mit Etablierung eines Zusatzentgeltes durch Aufforderung des DIMDI zur Installation entsprechender IDC- bzw. OPS-Kodes vor.

Vorschlags-Nr. **P2200127**

Vorschlagender **Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und  
-psychotherapie**



### **Problemstellung**

Bisher sind die Fachgesellschaften DGPPN, DKGJP und DGGPP an der Entwicklung der OPS-Codes und der ICD10-GM beteiligt. Die DKR-Psych werden aber nach wie vor ohne Beteiligung von Psych-Fachleuten von den Selbstverwaltungspartnern aus den Somatik-Kodierrichtlinien übernommen, berücksichtigen dabei von Anfang an nicht die Besonderheiten der Psychiatrie im Vergleich zu somatischen Fächern und enthalten immer wieder Widersprüche zu den OPS-Codes, die dann zu Überraschungen im MDK-Prüfverfahren führen oder vor Gericht geklärt werden müssen. Beispiele dafür sind die Therapieeinheiten bei Aufnahme, die im OPS verlangt werden, dann aber unter Hinweis darauf, dass bei Aufnahmeuntersuchungen laut DKR-Psych keine Leistungen erfasst werden dürfen, wieder gestrichen werden, oder die unklare Definition der Hauptdiagnose - gelten im Einzelfall dieselben Regeln wie bei einer Fallkette, oder gelten andere? Hier wäre die Beteiligung von Psy-Fachleuten unseres Erachtens sinnvoll.

### **Lösungsvorschlag**

Beteiligung der Fachgesellschaften an der Weiterentwicklung der DKR-Psych.