



Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH

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

PEPP Vorschlagsverfahren für 2026

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 Sachverständes bei der Weiterentwicklung des Entgeltsystems für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP-System) für das Jahr 2026. 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

Der OPS 9-643 Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Eltern- Kind- Setting; OPS 9-64a Psychiatrisch- psychotherapeutische Behandlung im besonderen kombinierten Eltern- Kind- Setting bei therapiebedürftigem Elternteil und therapiebedürftigem Kind und OPS 9-68 Psychiatrisch- psychosomatische Behandlung im besonderen Eltern- Kind- Setting bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen erfordert in seinen Strukturmerkmalen das Vorhandensein eines Eltern-Kind-Rooming-In.

Rooming-In meint hierbei die Unterbringung des Elternteils mit seinem Kind gemeinsam in einem eigenen familiengerechten Zimmer.

Ursprünglich ging es beim Rooming-In primär um Eltern, denen ermöglicht wurde im selben Zimmer mit ihrem kranken Kind aufgenommen zu werden und dadurch kontinuierlich bei ihm zu sein. Rooming-In erlaubt den Müttern und Vätern (oder anderen Bezugspersonen), mit dem kranken Kind im Krankenhaus oder auf der Säuglingsstation zu leben und dort auch zu übernachten. Damit wird Ängsten, Deprivations-Erscheinungen und dem psychischen Hospitalismus vorgebeugt.
(<https://de.wikipedia.org/wiki/Rooming-in>)

Dieser Grundsatz wurde eins zu eins ins Eltern-Kind-Setting übernommen. Die Umsetzung gestaltet sich diesbezüglich in vielen Fällen als nicht praktikabel. Bei der Mehrheit der Eltern-Kind-Setting Behandlungen sind nicht nur die Kinder therapiebedürftig, sondern auch die Elternteile.

Oftmals ist eine Unterbringung beider Personen in einem Familienzimmer aufgrund der Schwere der psychischen Erkrankung nicht umsetzbar bzw. erst im Laufe der Behandlung sinnvoll.

Die Unterbringung sollte am Anfang und während der Behandlung eine individuelle ärztliche und/oder therapeutische Entscheidung sein.

Nach den Vorgaben der OPS Codes gibt es keinen Spielraum, je nach Erkrankung bzw. psychischen Zustand der zu behandelnden Patienten zu entscheiden.

Hier gibt es die klare Vorgabe, dass eine Unterbringung nur gemeinsam in einem eigenen familiengerechten Zimmer erfolgen muss.

Lösungsvorschlag

Die OPS Codes zum Eltern-Kind-Setting müssen praxisnah umsetzbar gestaltet werden.

Die starre Vorgabe der Unterbringung des Elternteils mit seinem Kind gemeinsam in einem eigenen familiengerechten Zimmer muss gelockert werden.

Hier bedarf es eine individuelle ärztliche und/oder therapeutische Entscheidung zum Anfang und/oder während der Behandlung.

Problemstellung

In der Behandlung von Patienten*Innen mit Substanzkonsumstörungen sind bei der Mehrheit (je nach Studie bis zu 95%) behandlungsbedürftige psychiatrische Komorbiditäten vorhanden, die oft aber nicht diagnostiziert sind. Mit erfolgreicher Entzugsbehandlung treten diese regelhaft in den Vordergrund und bedingen einen erneuten Konsum. Patient*Innen versuchen sich selbst zu „behandeln“. Besonders die Diagnose F90.0 (ADHS) rückt in den letzten Jahren immer mehr in den Fokus von Wissenschaft und klinischer Praxis. Symptome wie Hyperaktivität/Impulsivität und Aufmerksamkeitsstörung prägen in unterschiedlicher Stärke das klinische Erscheinungsbild.

Patient*Innen beschreiben regelhaft eine Verbesserung der Aufmerksamkeit und eine Reduktion von Hyperaktivität und Impulsivität unter Amphetaminen und Meth-Amphetamin, Cannabinoiden und Alkohol. Mit dem Konsum gehen jedoch große psychische und körperliche Risiken einher. Nur auszugsweise ist die Entstehung von Psychosen bis Schizophrenien, aber auch Zahnverlust, Herzrhythmusstörungen und Kachexie zu nennen. Langfristig erleiden diese Patient*Innen Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, sodass sozialpsychiatrische Hilfen oder die Betreuung in Wohnstätten notwendig werden können.

Die Diagnose von ADHS erfordert eine aufwändige und standardisierte Untersuchung, die mit etwa 180 Minuten an Zeitaufwand verbunden ist. Diese Untersuchung umfasst eine strukturierte Diagnostik (z.B. Homburger ADHS-Skala für Erwachsene), die durch geschultes Personal wie Ärzte oder Psychotherapeuten durchgeführt werden muss. Zusätzlich sollten Fremdanamnesen und Grundschulzeugnisse gesichtet werden. In manchen Fällen sind auch bildgebende Verfahren wie ein MRT des Gehirns oder ein EEG erforderlich. Nach der Diagnosestellung ist eine medikamentöse Behandlung nötig, die mit einer gründlichen Einarbeitung in die richtige Dosierung sowie regelmäßigen EKG- und Laborkontrollen verbunden ist. Die Zeit zur adäquaten medikamentösen Einstellung beträgt zusätzlich 2-4 Wochen.

Dieser erhöhte zeitliche und ressourcenintensive Aufwand für die Diagnostik und Behandlung von ADHS wird derzeit nicht ausreichend abgebildet. Die Mehrbelastung durch die Behandlung der Doppeldiagnose (Substanzstörung und ADHS) sollte in der Entscheidungslogik der PEPP PA02 berücksichtigt werden.

In unserem Haus können 11% der Suchtpatienten der oben beschriebenen Diagnosekombination zugeordnet werden. Dabei entfallen 67% in die PA02C und 19% in die PA02B. In Hinblick auf die bereits genannt Mehrbelastung ist eine Höhergruppierung innerhalb der PA02 sinnvoll.

Lösungsvorschlag

Wir regen daher an die entsprechenden Doppeldiagnosen Sucht mit ADHS zu untersuchen, um den Mehraufwand für die ADHS-Diagnostik sowie die medikamentöse Behandlung und Einstellung adäquat abzubilden. Dies würde eine gerechtere Ressourcenverteilung und eine realistischere Abrechnung des Mehraufwandes für die Behandlung dieser komplexeren Fälle ermöglichen.

Hierzu ist die Aufnahme der ND F90._ in die Entscheidungslogik der PEPP PA02 erforderlich.

Problemstellung

Eine Visite die dem allgemeinen Sprachverständnis entspricht, also vergleichbar der Visite während einer stationären Behandlung wäre, gibt es in StäB de facto nicht. Es wäre unwirtschaftlich, eine Ärztin/ einen Arzt oder gar den Großteil des Teams für wenige Minuten zu Pa-tient:innen fahren zu lassen, um sich ein Bild zu machen, auf dessen Grundlage die weitere Behandlung zu planen wäre. Letzteres Element findet ja wöchentlich auf einer deutlich breitere Basis in der multiprofessionellen Fallbesprechung statt: alle Teammitglieder tragen dort ihre Beobachtungen und Einschätzungen aus den Patientenkontakten der vergangenen Woche zusammen, woraufhin die fachärztliche Leitung die weiteren Behandlungsschritte festlegt.

Darüber hinaus ist der Wochenbezug der Visite wiederholt strittig. Ausschließlich diesen zu präzisieren (Kalenderwoche oder Behandlungswoche) würde jedoch zu kurz greifen. Eine Festlegung auf die Behandlungswoche würde weitere Organisations- und Dokumentationsaufwände erzeugen: softwareseitiger Anpassungsbedarf (optische Darstellung der Behandlungswochen), kontinuierlicher Anpassungsbedarf der Team-Einsatzpläne, erswerter Abgleich der dokumentierten Visiten zur Behandlungswoche für MD-Gutachter:innen.

Zugleich (auch bei Festlegung der Kalenderwoche als Bezugsrahmen) besteht die strittige Frage, ob ärztlicher Einzelkontakt im Aufnahme- bzw. Entlassgespräch als Visite gelten kann. Eine Visite im allgemeinen Sprachverständnis ist der geringgradigste aller vorgesehenen Arztkontakte: nur wenige Minuten Dauer, keine Gesprächssituation ausschließlich zwischen Patientin und Arzt. Ein Einzelgespräch im häuslichen Umfeld stellt dagegen einen wesentlich intensiveren Arztkontakt her, der weit höher bewertet sein muss, als eine Visite. Dass ein ärztliches Aufnahme- bzw. Entlassgespräch nicht als Visite gelten soll, wäre deshalb unsinnig. Eine scharfe Trennung zwischen Visite und ärztlichem Einzelkontakt ist in der psychiatrischen Behandlung kaum möglich. Durch Verzicht auf den unpräzisen Begriff „Visite“ wäre dieser Streitpunkt hinfällig.

Zur Gewährleistung eines ärztlichen Kontakts in angemessener Frist ist ein gewisser organisatorischer Aufwand weiterhin erforderlich, er lässt sich mit dem nachfolgenden Änderungsvorschlag jedoch reduzieren: bei Aufnahme u./o. Entlassung durch eine Psychologin oder einen Psychologen wäre maximal den ersten beiden Kalenderwochen ein ärztlicher Kontakt individuell zu organisieren. Darüber hinaus würden ärztlich aufsuchende Kontakte auch an festgelegten Wochentagen die Einhaltung des Mindestmerkmals gewährleisten.

Lösungsvorschlag

Umformulierung der Mindestmerkmale in:

„Ärztliches oder psychologisches Aufnahme- und Entlassgespräch unter Facharztstandard. Mindestens ein direkter ärztlicher Kontakt pro Kalenderwoche, spätestens jedoch am 7. Behandlungstag.

Durchführung einer kalenderwöchentlichen multiprofessionellen Fallbesprechung...“

Problemstellung

Im DRG-Bereich gibt es krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte für die Gabe von Gerinnungsfaktoren (ZE2025-97 "Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren" und ZE2025-139 "Gabe von Blutgerinnungsfaktoren").

Im PEPP-Bereich gibt es zur Zeit keine Möglichkeit, die Gabe von Gerinnungsfaktoren als Zusatzentgelt abzurechnen. Eine längerfristige psychiatrische Behandlung von Patienten, die gleichzeitig auf eine regelmäßige Faktorensubstitution angewiesen sind, stellt damit ein hohes finanzielles Risiko dar. Da diese Konstellation in unserer Klinik immer wieder auftritt, bitten wir dringend um Würdigung des Vorschlages. Eine Begründung für die Ablehnung haben wir in den letzten Jahren nicht erhalten.

Lösungsvorschlag

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

Problemstellung

Ausweisung einer PEPP ohne Übermittlung eines Primär-OPS-Kodes

1. Überprüfung der Systematik zur Ausweisung einer PEPP unter Berücksichtigung von Diagnosen und Prozeduren:

Problem:

Eine stationäre Behandlung kann aufgrund verschiedener Diagnosen erforderlich sein. Unabhängig von den Diagnosen, entscheidet die Therapeutinnen und Therapeuten in welchem Setting die jeweilige Patientin/ der jeweilige Patient behandelt wird.

Den jeweiligen Behandlungsbereichen werden Prozedurenkodes zugeordnet, in denen krankenhausbezogene Strukturmerkmale und patientenbezogene Mindestmerkmale verankert sind.

Für die Behandlung Erwachsener (Fachabteilungen Psychiatrie und Psychosomatik) handelt es sich um die Behandlungsbereiche der Regelbehandlung, der Intensivbehandlung und der psychotherapeutischen Komplexbehandlungen.

9-607 Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

9-61 Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen

9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

9-634 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

Im Bereich der Kinderpsychiatrie gibt es die Behandlungsbereiche der Regelbehandlung, der Intensivbehandlung der psychiatrisch-psychosomatischen Behandlung im besonderen Setting (Eltern Kind Setting)

9-656 Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

9-672 Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

9-686 Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Krankenhäuser haben seit dem Jahr 2021 gemäß § 275d SGB V die Einhaltung von Strukturmerkmalen der durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 SGB V durch den Medizinischen Dienst begutachten zu lassen, bevor sie entsprechende Leistungen mit den Kostenträgern vereinbaren und abrechnen. Die Prüfung von Strukturmerkmalen der OPS-Kodes dient der Feststellung von Abrechnungsvoraussetzungen der Krankenhäuser.

Die Strukturmerkmale beschreiben organisatorische, personelle oder fachliche Vorgaben.

Damit hat der OPS eine weitere Funktion bekommen- die Sicherung der strukturellen Qualität der Krankenhausbehandlung.

Es werden im Rahmen der Einzelfallabrechnungsprüfung verstärkt Beispiele berichtet in denen, ohne eine Kodierung von Prozeduren- allein aus der Übermittlung der Hauptdiagnose- eine PEPP generiert wurde.

Problematisch ist das in den Krankenhäusern, die bei der vorab erfolgten Strukturprüfung die erforderlichen Strukturmerkmale nicht nachweisen konnten und deshalb eine negative Bescheinigung und einen negativen Bescheid erhielten.

Das hat zur Folge, dass diese Krankenhäuser diese Leistung nicht erbringen dürfen und eine Abrechnung nicht erfolgen darf. Der Grouper weist aber dennoch in einigen Fällen eine PEPP aus, ohne dass eine entsprechende Behandlungsprozedur angegeben wurde.

Dieser Algorithmus ist nicht mit der zu fordernden Behandlungsqualität in Einklang zu bringen. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass es in dem Behandlungsbereich der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinderpsychiatrie strukturell vorrangig um das Vorhandensein von qualifiziertem Personal geht. Ohne die Anwesenheit der fachlich qualifizierten Personen, ist eine qualifizierte Behandlung für die psychisch kranke

Menschen nicht möglich.

Lösungsvorschlag

Es wird vorgeschlagen, dass neben der Hauptdiagnose und der Nebendiagnosen die Kodierung einer Prozedur essentieller Bestandteil der Generierung einer PEPP sein muss, um den Willen des Gesetzgebers zu berücksichtigen, eine Mindestqualität der Behandlung sicherzustellen. Die Überprüfung der Strukturmerkmale (StrOPS) würde anderenfalls ad Absurdum geführt.

Problemstellung

Xeplion und Trevicta sind indiziert zur Erhaltungstherapie bei erwachsenen Patienten mit Schizophrenie, die auf Paliperidon oder Risperidon eingestellt wurden. Bei bestimmten erwachsenen Patienten mit Schizophrenie und früherem Ansprechen auf orales Paliperidon oder Risperidon kann Xeplion ohne vorherige Einstellung auf eine orale Behandlung angewendet werden, wenn die psychotischen Symptome leicht bis mittelschwer sind und eine Behandlung mit einem Depot-Antipsychotikum erforderlich ist. Für alle anderen Diagnosen besteht ein off-label-use. Laut Datenbank des BfArM des DIMDI (AMIS-Datenbank), Stand: 29.10.2019, gibt es in Deutschland bspw. derzeit drei Wirkstoffe (in 135 Präparaten/Packungsformen), die für die Indikation schizoaffektive Störung als verschreibungspflichtige Arzneimittel zugelassen sind.

Nach sozialmedizinischer Prüfung durch Gutachterinnen/Gutachter der Medizinischen Dienste wird Paliperidon-Depot auch bei anderen Indikationen, insbesondere bei den Diagnosen: schizoaffektive Psychose und Borderline-Störungen abgerechnet. Somit werden unbewertete Zusatzentgelte durch Behandlungen generiert, die nicht indikationsgerecht zum Einsatz kommen. Da Paliperidon als einziges Präparat ein Zusatzentgelt generiert, andere, ebenfalls verfügbare und in-label einsetzbare Präparate hingegen nicht, besteht die Vermutung eines monetären Fehlanreizes.

Lösungsvorschlag

Für die Kalkulation des Zusatzentgelts ZP2025-26 wird vorgeschlagen nur diejenigen Fälle zu berücksichtigen, die eine indikationsgerechte Anwendung abbilden (Kombination des OPS 6-006.a* mit ICD-10-GM-Diagnose: F 20.- Schizophrenie).