



**Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH**

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

# **PEPP Vorschlagsverfahren für 2019**

## **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 2019. 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.

Vorschlags-Nr. **P1900003**

Vorschlagender **Susanne Helbig**



### **Problemstellung**

Da im Rahmen der gesetzlichen und inhaltlichen Vorgaben eine Stations- oder Therapeutische Leitung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten (z.B. in Sachsen) im Bereich Psychotherapie realisierbar ist, erscheint eine Anpassung des Mindestmerkmals u.a. bzgl. 9-62 "unter Leitung" notwendig. Hier sollte alternativ zu der Facharzauflistung "Psychologischer Psychotherapeut" aufgeführt sein.  
Der Kode - in aktueller Formulierung - und kein alternativer bildet jene Leistungsform ab.

### **Lösungsvorschlag**

Anpassung des Mindestmerkmals u.a. bzgl. 9-62 "unter Leitung": Hier sollte alternativ zu der Facharzauflistung "Psychologischer Psychotherapeut" aufgeführt sein.

**Problemstellung**

Bei Berechnung der Vergütung von stationärer Krankenhausbehandlung nach PEPP fand mit dem Wechsel des Entgeltkataloges von 2015 auf 2016 eine relevante Änderung in der Basis-PEPP "Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen" statt. Bis einschließlich 2015 war eine Eingruppierung in die PEPP PA02C gegeben, bei "qualifiziertem Entzug ab 7 Behandlungstagen". Seit 2016 ist eine Eingruppierung in dieselbe PEPP PA02C nur möglich bei "qualifiziertem Entzug ab mehr als 14 Behandlungstagen". Hieraus ergeben sich aus unserer Sicht jedoch bedauerlicherweise den klinischen Erfordernissen widersprechende monetäre Anreize. Legt man den PEPP-Entgeltkatalog für 2018 zu Grunde so ergibt sich bei qualifizierter Entzugsbehandlung ab mehr als 14 Behandlungstagen eine maximale Bewertungsrelation pro Tag von 0,9947 (bei Behandlung für 15 Tage, welche die Mindestvorgabe erfüllt). Demgegenüber wird in der geringer vergüteten PEPP PA02D (ohne qualifizierten Entzug) eine geringfügig höhere Bewertungsrelation je Tag von 0,9955 noch nach 9 Behandlungstagen erreicht. Somit folgt daraus, dass eine "einfach" Entgiftung mit geringerem Ressourceneinsatz (keine Aufwendungen für z.B. Therapieeinheiten wie bei qualifizierter Entgiftung) über bis zu 9 Tage zu höheren Erlösen führt. Vor diesem Hintergrund besteht die Gefahr, dass Kliniken, welche ihre Versorgung streng nach monetären/betriebswirtschaftlichen Kriterien orientieren, keine qualifizierte Entgiftungsbehandlungen mehr anbieten werden, auch wenn diese klinisch indiziert sein sollten, was der Konsensempfehlung aus der aktuellen S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen" ("Es sollte eine Qualifizierte Entzugsbehandlung (QE) statt einer reinen körperlichen Entgiftung angeboten werden.") klar widerspricht.

**Lösungsvorschlag**

Aus unserer Sicht ließe sich dieses Problem nach dem aktuellen Entgeltkatalog für 2018 z.B. dadurch lösen, dass eine Eingruppierung von qualifizierten Entgiftungsbehandlungen in die PEPP PA02B statt PA02C erfolgt. Hier wäre an Behandlungstag 15 eine Bewertungsrelation pro Tag von 1,0635 erreicht, welche in der PEPP PA02D schon an Tag 5 (1,0500) unterschritten würde. Insgesamt würde hierdurch aus unserer Sicht zum Einen der Ressourcenverbrauch einer qualifizierten Entzugsbehandlung besser abgebildet, aber vor allem würden dadurch oben skizzierten Handlungsanreize nach rein monetären statt klinischen Gesichtspunkten entgegengewirkt.

**Problemstellung**

Wesentliche Erlösbestandteile im Kontext der medikamentösen Langzeittherapie schizophrener Patienten/-innen lassen sich bei fehlender Abbildung dieser Leistungen im OPS-Katalog 2018 und auch im PEPP-Entgeltkatalog für das Jahr 2018 nicht abbilden. Die notwendige Refinanzierung entsprechender Therapiemodelle ist daher aktuell nicht möglich, was zu einem finanziellen Defizit in der Asklepios Klinik Nord bei der Erbringung dieser Leistungen führt.

In den letzten Jahren kommen im Rahmen der Erhaltungstherapien bei schizophrenen Erwachsenen unterschiedliche medikamentöse Therapieansätze zum Einsatz. Von besonderer Relevanz sind hier die Depot-Antipsychotika, welche aufgrund ihrer gesicherten Applikation und guten Bioverfügbarkeit als wirksame Alternative zur oralen Medikation empfohlen werden. 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, 2). Diese Therapien sind bei komplexen Krankheitsverläufen mitunter die einzige Chance, für eine Stabilisierung der Patienten zu sorgen. Vorzüge dieser Präparate ergeben sich ausweislich der Studienlage und werden zudem in gewissen Patientenkonstellationen in den zugehörigen Leitlinien empfohlen (1, 2).

Seit dem Jahr 2014 ist eines dieser Präparate (Xeplion®, Wirkstoff: Paliperidon) über ein unbewertetes Zusatzentgelt im PEPP-System abgebildet (ZP2014-26). Der nun ebenfalls verfügbare Paliperidon-Abkömmling (Trevicta®) wird über das identische Zusatzentgelt auch im Jahr 2018 unverändert refinanziert.

Jedoch fehlen weitere alternative Präparate in den Rahmenbedingungen des Psych-Entgeltsystems bislang völlig. Diese können weder über einen zugehörigen Leistungsschlüssel (OPS-Code), noch über OPG/0118/MTN/1016 ein Zusatzentgelt abgebildet werden. Durch den intensiven Einsatz dieser Präparate kommt es klinikseitig zu einer deutlichen Unterdeckung bei der Erstattung entsprechender Therapien. Diese Kosten können bislang ausschließlich über die PEPP-Entgelte in Abhängigkeit von Liegedauer kompensiert werden.

Bei stationärer Aufnahme im Rahmen der Behandlung einer Schizophrenie ist allerdings keine einheitliche Liegedauer anzusetzen. Vielmehr entscheiden zahlreiche patientenindividuelle Kriterien und alle vorliegenden Komorbiditäten, wie lange ein Patient im stationären Setting verbleiben muss. Es sind daher relativ kurze Liegedauern (einige Tage nur zur erneuten Depot-Medikation) bis hin zu mehreren Monaten Verweildauer denkbar. Der Faktor Liegedauer kann also nicht als Maßgabe für eine Refinanzierung der erfolgten medikamentösen Therapien mit einem Depot-Antipsychotikum dienen. Die Kosten alternativer Präparate werden so aktuell vollständig von der Klinik getragen.

Faktisch liegt damit momentan eine Teilung der Rückvergütung von Depotpräparaten vor. Xeplion® und Trevicta® werden direkt refinanziert und alle weiteren Präparate nicht, obwohl sie nachweislich einen großen stationären Einsatz erfahren.

In der uns vorliegenden Datenmenge erscheint das Präparat Abilify Maintena® (Wirkstoff: Aripiprazol) zusätzlich als relevant für die individuelle Abbildung über ein eigenes Zusatzentgelt im PEPP-System. Betrachtung der mangelnden finanziellen Abbildung von Aripiprazol-Depot:

In der Asklepios Klinik Nord wurden im Jahr 2017 ca. 60 Depot-Spritzen mit dem Wirkstoff Aripiprazol-Depot eingesetzt. Bei Kosten von ca. 475 € pro Anwendung beläuft sich die mangelnde Abbildung auf eine Gesamtsumme von 28.500 € (= Anzahl x 475 €)

Damit ist eine Gesamtsumme von 28.500€ aktuell über die mangelnde Kodier- und Abrechenbarkeit von Aripiprazol-Depot nicht adäquat gegenfinanziert. Diese Summe muss aus alternativen Erlösen querfinanziert werden, um den Einsatz einer entsprechenden Medikation den Patienten/-innen überhaupt weiterhin ermöglichen zu können.

Im Zuge der Neuausrichtung des PEPP-Entgeltsystems und den Einflüssen des PsychVVGs wird eine differenzierte Leistungsabbildung zukünftig unerlässlich für eine psychiatrische Klinik sein. Ohne eine genaue Zuordnung intensiver Kostenblöcke kann die lokale Budgetverhandlung nur unzureichend gelingen.

Vor diesem Hintergrund muss dringend eine Abbildung von Aripiprazol-Depot über ein eigenes

Zusatzentgelt sichergestellt werden.

Quellen:

- 1) S3 Praxisleitlinie zur Behandlung der Schizophrenie , Stand: 01.11.2005 (in Überarbeitung),  
Quelle: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-009.html>
- 2) NHS Clinical Guideline „Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management“,  
last update: march 2014, Quelle: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>  
OPG/0118/MTN/1016
- 3) InEK, PEPP-Katalog für das Jahr 2018
- 4) DIMDI, OPS-Katalog für das Jahr 2018

### Lösungsvorschlag

Zur genauen Abbildung der Gabe von Aripiprazol-Depot ist ein eigener Dosis-gestaffelter OPS-Code notwendig. Dieser wurde parallel über die mitbeteiligten Fachgesellschaften zentral im Zuge des DIMDI-Vorschlagsverfahrens für den Katalog 2019 beantragt. Hier sollte von Seiten des InEKs vor dem Hintergrund einer zwingend notwendigen Bereinigung der Kosten im Bereich der Depot-Medikation bei schizophrenen Patienten/-innen dringend für eine Abbildung über den OPS-Katalog geworben werden. Erst durch diese Abbildung kann eine erstmalige Erfassung zugehöriger Fälle in den Kostendaten der Kalkulationshäuser und in den §21er Daten aller Kliniken erfolgen.

Da dem InEK parallel der Zugriff auf eine Vielzahl von Kostendaten der PEPP-Kalkulationshäuser möglich ist, sollte mittlerweile auch für weitere Depot-Antipsychotika ein relevanter Kostenanteil nachweisbar sein. Im Zuge einer gleichberechtigten Abbildung weiterer Wirkstoffe müssen dringend weitere Zusatzentgelte in den PEPP-Katalog aufgenommen werden.

Nach den Maßgaben der Verfahrensbeschreibung des PEPP-Vorschlagsverfahrens für 2019 (InEK, 30.11.2017) wird mit diesem Antrag präzise ein definierter Sachverhalt für die zukünftige Abbildung über ein eigenes Zusatzentgelt beantragt.

Nur durch die Etablierung eines eigenen Zusatzentgeltes für die Gabe von Aripiprazol-Depot kann die bisher bestehende Schieflage in der Vergütung entsprechender Depottherapien korrigiert werden.

Die Staffelung dieses neuen Zusatzentgeltes sollte sich nach den beim DIMDI vorgeschlagenen Intervallen richten, um auch unterschiedliche Dosierungen von den Kosten her differenziert abbilden zu können. Ein Zusatzentgelt in Anlehnung an das bereits gelistete ZP2018-26 erscheint sachgerecht. Eine Listung des neuen Zusatzentgeltes für die Gabe von Aripiprazol-Depot sollte, wie schon im Jahr 2014 bei Paliperidon, auch ohne vorher bestehenden OPS-Code bei massivem Erlöspotential möglich sein.

Nur so können die anteiligen Medikamentenkosten für die Gabe von Aripiprazol-Depot sinnvoll vor Ort und in Abhängigkeit lokaler Besonderheiten ausreichend mit den Vertretern der Kostenträger verhandelt werden.

Die hier dargestellte, mangelnde Kostenzuordnung kann damit sicher durch die eigene Definition eines Zusatzentgeltes für die parenterale Gabe von Aripiprazol-Depot im PEPP-Entgeltsystem 2019 korrigiert werden. - OPS siehe Codes

Vorschlags-Nr. **P1900008**

Vorschlagender **Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie**



### **Problemstellung**

Zusätzliche Abklärung des Verdachtes der Gefährdung des Kindeswohles außerhalb der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung;

Anerkennung des massiven, insbesondere personellen, zusätzlichen Aufwandes in der medizinischen Kinderschutzarbeit;

Die Abrechenbarkeit im DRG Katalog, also im somatischen Bereich ist gegeben.

### **Lösungsvorschlag**

Aufnahme in den PEPP Katalog als individuelles Zusatzentgelt

lt. G-DRG Katalog 2018 - Anlage 4 ZE 2018-152

**Problemstellung**

OPG/0118/MTN/1016

Hintergründe zum PEPP-Vorschlagsverfahren des InEK für das PEPP-System 2019:

Vorschläge für 2019 können ausschließlich online über das InEK-Datenportal (<https://daten.inek.org/>) übermittelt werden.

Änderungsvorschläge sind bis zum 31. März 2018 beim InEK einzureichen.

Änderungsvorschläge können von jedem eingebracht werden.

Die eingegangenen und formal geprüften Vorschläge werden nach Abschluss der Annahmephase ganz oder in wesentlichen Auszügen auf der Homepage des InEK veröffentlicht.

Vorschläge und angehängte Dateien sollten keine patientenbezogenen Daten (z. B. Medikationsdaten oder klinische Patientendaten) enthalten.

Zusatzentgelt-Antrag für Aripiprazol-Depot zur Einreichung beim InEK:

Problemstellung:

Kurzzusammenfassung:

Mangelnde Abbildung von Aripiprazol-Depot im PEPP-Entgeltsystem und damit verbundene Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit bei fehlender Erstattung der Arzneimittelkosten über ein Zusatzentgelt.

Hintergrund:

Im Rahmen der medikamentösen Schizophrenie-Therapie werden aufgrund ihrer gesicherten Applikation und guten Bioverfügbarkeit Depot-Antipsychotika 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,ä2). Diese Depotformulierungen stellen damit eine wichtige Therapieoption im Kontext einer zielführenden Schizophrenie-Behandlung dar.

Die optimale medikamentöse Einstellung ist hierbei immer auch von patientenindividuellen Kriterien abhängig. Die Bandbreite der zur Verfügung stehenden Wirkstoffe ist in diesem Zusammenhang daher enorm wichtig. Nur durch dieses breite pharmakologische Spektrum kann eine individualisierte Therapieanpassung sichergestellt werden. Aktuell wird allerdings durch die alleinige Abbildung nur eines Depot-Wirkstoffes (Paliperidon) ein Fehlanreiz geschaffen und die medizinisch notwendige Therapievelfalt deutlich beschnitten.

OPG/0118/MTN/1016

Ziele der Schizophrenie-Therapie:

Die langfristige und nachhaltige Stabilisierung von schizophrenen Patienten gehört zu den wichtigsten Zielen der Schizophrenie Therapie (Steigerung der Therapieadhärenz). Dass dieses Ziel häufig nicht erreicht bzw. dauerhaft aufrechterhalten werden kann, ist in den meisten Fällen auf eine unzureichende Therapietreue zurückzuführen. Aus diesem Grund ist die Verfolgung eines multimodalen Therapieansatzes wichtig, der insbesondere die Pharmakotherapie als Basis mit neuropsychologischen und psychosozialen Behandlungsstrategien kombiniert.

In Deutschland sind ca. 800 000 Patienten an einer Schizophrenie erkrankt. In einer Verteilung von etwa 350.000 Frauen und 450.000 Männer. Bedingt durch die Begleiterkrankungen und einen häufig ungesunden Lebensstil, der sich beispielsweise in stärkerem Konsum von Suchtmitteln widerspiegelt, ist die Sterblichkeit bei Schizophrenie Patienten verglichen mit der Gesamtbevölkerung um das 2,5-fache erhöht. 40% bis 60% der Schizophrenie Patienten entwickeln eine Alkohol- und/oder Drogenabhängigkeit. Zu der erhöhten Sterblichkeit trägt auch die Suizidrate bei. Begleiterkrankungen verstärken die ungünstigen Verläufe der Krankheit. Neben Suchterkrankungen und Depression spielt eine mangelnde Behandlungsbereitschaft eine zentrale Rolle für einen ungünstigen Krankheitsverlauf.

Eine Schizophrenie wird aktuell mit einer Kombination aus pharmakotherapeutischen Verfahren sowie psycho- und soziotherapeutischen Methoden behandelt. Ein wichtiger Baustein ist dabei die Arzneimitteltherapie. Ohne medikamentöse Rückfallprophylaxe liegt die Rezidivquote in dem Jahr nach der ersten schizophrenen Episode bei etwa 70% und im zweiten Jahr bei etwa 80%. Die Rückfallraten unter medikamentöser Behandlung liegen mit ca. 30% nach einem Jahr und ca. 50% nach zwei Jahren erheblich

niedriger. Mit einer zunehmenden Zahl von Rückfällen verlängert sich zudem die Zeit, bis Patienten auf die Therapie ansprechen (Gaebel und Wölwer 2010).

Stellenwert der Depotmedikation:

Bei Depotmedikamenten wird dem Patienten in regelmäßigen Abständen durch medizinisches Personal eine Injektion in den Muskel verabreicht. Das Medikament bildet dort ein Depot und wird über einen längeren Zeitraum kontinuierlich freigesetzt, so dass die Blutspiegel gleichbleibend hoch sind. Zwischen den Injektionen muss der Patient nicht an seine Krankheit und die Medikamenteneinnahme denken (Kane et al. 2003). Depotmedikamente weisen im Vergleich zu oralen Formulierungen eine bessere Bioverfügbarkeit auf, wodurch niedrigere Dosierungen verwendet werden können. In der Folge sind die Substanzbelastung und die damit verbundenen Nebenwirkungen vermindert (7). Depotmedikamente steigern damit einerseits die Therapietreue und senken andererseits das Rezidivrisiko.

Patienten mit oraler Medikation verbrachten (nach zwei Jahren) doppelt so viel Zeit im Krankenhaus wie die Patienten unter Depotmedikation (Müller et al. 2002). Es ergaben sich 42% Rückfälle bei oraler Medikation im Vergleich zu 27% unter Depotmedikation (8). Die Wahrscheinlichkeit für ein Rezidiv beträgt 33,3% unter oraler Medikation im Vergleich zu 21,6% bei Depotmedikation (9).

OPG/0118/MTN/1016

Wichtiger Vertreter unter den Depot-Präparaten (Aripiprazol-Depot):

Am 15. Juni 2014 wurde Aripiprazol-Depot (Handelsname ABILIFY MAINTENA®) zur Erhaltungstherapie bei erwachsenen Patienten mit Schizophrenie, die während einer akuten Behandlung stabil mit oralem Aripiprazol eingestellt wurden, für die intraglutäale Injektion auf dem deutschen Markt eingeführt (Dosierung 300-400 mg/4 Wochen) (3).

Die Einführung dieses weiteren atypischen Depotantipsychotikums für Injektionsintervalle von 4 Wochen ist vor allem in Hinblick auf die Therapieadhärenz als prinzipiell positiv zu werten (4, 5, 6). Aufgrund der bereits bekannten guten Verträglichkeit von Aripiprazol (geringe metabolische Effekte, geringes EPS-Risiko, kein Prolaktinanstieg, keine bekannte QTc-Verlängerung) erscheint die Substanz als Depot-Formulierung besonders geeignet für die Erhaltungstherapie bei Patienten mit schizophrenen Störungen. Auf pharmakokinetische Besonderheiten, v.a. Interaktionen, und den vor Beginn einer Depottherapie notwendigen Nachweis der Verträglichkeit von oralem Aripiprazol ist zu achten.

Nach der Markteinführung von Aripiprazol-Depot setzt diese innovative Therapieoption in der langfristigen Schizophrenie-Therapie neue Maßstäbe und wird im stationären Bereich der psychiatrischen Versorgung verbreitet zur Anwendung gebracht.

Zusammenfassung:

Depotpräparate spielen im Rahmen der patientenorientierten Schizophrenie-Therapie eine entscheidende Rolle. Die ärztlichen Behandlungsoptionen werden durch die selektiven Rückvergütungszusammenhänge im PEPP-System jedoch enorm eingeschränkt. Hier wird aktuell nur ein einziger Wirkstoff über ein Zusatzentgelt refinanziert. Weitere am Markt verfügbare Präparate (hier v.a. Aripiprazol-Depot) werden, in Bezug auf die ebenfalls hohen Arzneimittelkosten für eine Depot-Spritze, momentan nicht berücksichtigt. Die ärztliche Therapieentscheidung muss also verstärkt auch ökonomisch vertreten werden, wodurch sinnvolle Einstellungen auf Aripiprazol-Depot bei fehlender Rückvergütung nur zögerlich erfolgen. Dieser Missstand im PEPP-System ist dringend zu beheben.

Quellen:

(1) S3 Praxisleitlinie zur Behandlung der Schizophrenie, Stand: 01.11.2005 (in Überarbeitung), Quelle: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-009.html>

(2) NHS Clinical Guideline „Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management“, last update: march 2014, Quelle: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>

(3) Fachinformation Aripiprazol (Abilify Maintena)

(4) Motiwala FB, Siscoe KS, El-Mallakh RS. Review of depot aripiprazole for schizophrenia. Patient Preference Adherence 2013; 7:1181-7.

OPG/0118/MTN/1016

(5) Shirley M, Perry CM. Aripiprazole (ABILIFY MAINTENA®): A review of its use as maintenance treatment for adult patients with schizophrenia. Drugs 2014; 74:1097-110.

- (6) Spittler S. Klinische Daten und Erfahrungen mit Aripiprazol-Depot in der Therapie der Schizophrenie. Psychopharmakotherapie 2014; 3: 106-111.
- (7) Bai YM et al. Oral versus depot antipsychotic drugs for schizophrenia-A critical systematic review and meta-analysis of randomised long-term trials. J Clin Psychiatry 2007;68(8):1218-1225
- (8) Schooler NR. Relapse and Rehospitalization: Comparing Oral and Depot Antipsychotics. J Clin Psychiatry. 2003;64 Suppl 16:14-7
- (9) Leucht C et al. Oral versus depot antipsychotic drugs for schizophrenia-A critical systematic review and meta-analysis of randomised long-term trials. Schizophrenia Research 127 (2011) 83–92

**Lösungsvorschlag:**

Nur durch die Etablierung eines eigenen Zusatzentgeltes für die Gabe von Aripiprazol-Depot kann die bisher bestehende Schieflage in der Vergütung entsprechender Depottherapien und die bestehende Eingrenzung auf nur einen Wirkstoff sinnvoll korrigiert werden.

Ein Zusatzentgelt in Anlehnung an das bereits gelistete ZP2018-26 für die Gabe von Paliperidon erscheint sachgerecht. Durch die Definition eines unbewerteten Zusatzentgeltes bleibt die lokale Verhandlung der zugehörigen Kosten bestehen. Dies erscheint vor dem Hintergrund des PsychVVGs sinnvoll, da auch bei der Gabe von Aripiprazol-Depot von divergenten Kostenstrukturen in den Kliniken ausgegangen werden kann. Nur so können die anteiligen Medikamentenkosten für die Gabe von Aripiprazol-Depot sinnvoll vor Ort und in Abhängigkeit lokaler Besonderheiten ausreichend mit den Vertretern der Kostenträger verhandelt werden.

Eine Listung des neuen Zusatzentgeltes für die Gabe von Aripiprazol-Depot sollte, wie schon im Jahr 2014 bei Paliperidon, auch ohne vorher bestehenden OPS-Kode bei möglich sein.

**Fazit:**

Die hier dargestellte, mangelnde Kostenzuordnung kann nur durch die Definition eines eigenen Zusatzentgeltes für die parenterale Gabe von Aripiprazol-Depot im PEPP-Entgeltsystem 2019 ö

**Lösungsvorschlag****Lösungsvorschlag:**

Nur durch die Etablierung eines eigenen Zusatzentgeltes für die Gabe von Aripiprazol-Depot kann die bisher bestehende Schieflage in der Vergütung entsprechender Depottherapien und die bestehende Eingrenzung auf nur einen Wirkstoff sinnvoll korrigiert werden.

Ein Zusatzentgelt in Anlehnung an das bereits gelistete ZP2018-26 für die Gabe von Paliperidon erscheint sachgerecht. Durch die Definition eines unbewerteten Zusatzentgeltes bleibt die lokale Verhandlung der zugehörigen Kosten bestehen. Dies erscheint vor dem Hintergrund des PsychVVGs sinnvoll, da auch bei der Gabe von Aripiprazol-Depot von divergenten Kostenstrukturen in den Kliniken ausgegangen werden kann. Nur so können die anteiligen Medikamentenkosten für die Gabe von Aripiprazol-Depot sinnvoll vor Ort und in Abhängigkeit lokaler Besonderheiten ausreichend mit den Vertretern der Kostenträger verhandelt werden.

Eine Listung des neuen Zusatzentgeltes für die Gabe von Aripiprazol-Depot sollte, wie schon im Jahr 2014 bei Paliperidon, auch ohne vorher bestehenden OPS-Kode bei möglich sein.

**Fazit:**

Die hier dargestellte, mangelnde Kostenzuordnung kann nur durch die Definition eines eigenen Zusatzentgeltes für die parenterale Gabe von Aripiprazol-Depot im PEPP-Entgeltsystem 2019 ö

Vorschlags-Nr. **P1900010**

Vorschlagender **GSG Consulting GmbH**



### **Problemstellung**

Die Pankreatitis ist eine Nebenwirkung unterschiedlicher pharmakologischer Therapieregime. In Kombination mit Komorbiditäten wie Abhängigkeitserkrankungen kann die Pankreatitis sowohl durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit als auch durch eine erschwerte Therapiefindung zu einer Erhöhung der Kosten bei der Behandlung führen.

Die akute und die sonstige Pankreatitis ist im PEPP System bisher nicht als potentiell erschwerende Nebendiagnose aufgeführt.

### **Lösungsvorschlag**

Integration der K85.ff als erschwerende somatische Nebendiagnose in verschiedenen Basis-PEPPs

**Problemstellung**

Die Hauptdiagnosen F71.1, F72.1 und F73.1 führen innerhalb der Basis-PEPP PA01 zu einer Eingruppierung in die PEPP PA01A mit höherem Relativgewicht. Dies gilt jedoch nicht für die Diagnosen F70.1 „Leichte Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert“, F78.1 „Andere Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert“ und F79.1 „Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert“.

Bei Patienten, die in Heimeinrichtungen untergebracht sind, insbesondere in heilpädagogischen Heimen, liegen oft weder in den Heimen und noch bei den gesetzlichen Betreuern Unterlagen über das Ausmaß der Intelligenzminderung vor, obwohl diese die Unterbringung in diesen Einrichtungen bzw. gesetzliche Betreuung bedingt. In MDK-Prüfungen wird bei fehlendem Nachweis des IQ-Bereichs durch Testung bei klinischer Einschätzung die spezifische Hauptdiagnose (F71.1, F72.1 oder F73.1) gestrichen und durch F79.1 ersetzt.

Je nach Art und Schwere der Störung des Patienten ist eine (wiederholte) Testung in stationären Aufenthalten aus psychiatrischer Sicht kontraindiziert, da diese sich ggf. destabilisierend und nicht vertrauensbildend auswirkt, zumal diese Patienten überwiegend zur Intervention in schweren Krisen stationär aufgenommen werden. In diesen Fällen weist das ambulante Setting klar auf eine Intelligenzminderung hin (z.B. Leben in Heimeinrichtungen, Tätigkeit in Werkstatt für Behinderte, gesetzliche Betreuung, die nicht wegen psychischer sonstiger Erkrankung eingerichtet wurde usw.). Aus einer Testung würde sich nur im Ausnahmefall ein Erkenntnisgewinn für die Behandlung bzw. Nachsorge ergeben. Darüber hinaus messen die vorhandenen Tests in den unteren Bereichen erfahrungsgemäß eher ungenau und sind wegen zusätzlicher Einschränkungen (z.B. Blindheit, fehlendes Sprachvermögen o.ä.), die gerade bei schwereren Formen der Intelligenzminderung vorliegen, auch des Öfteren nicht einsetzbar. Es ist davon auszugehen, dass die „deutliche Verhaltensstörung“, die zusätzlich zum IQ Bestandteil der Diagnose ist, den Aufwand in diesen Fällen bestimmt und nicht der IQ-Wert. Daher sollten die Hauptdiagnosen F70.1, F78.1 und F79.1 ebenfalls in die PEPP PA01A führen.

**Lösungsvorschlag**

Aufnahme der Hauptdiagnosen F70.1, F78.1 und F79.1 in die entsprechenden Tabellen der Basis-PEPP PA01A analog zur F71.1, F72.1 und F73.1.

**Problemstellung**

Die Nebendiagnosen F70.1, F71.1, F72.1 und F73.1 führen innerhalb der Basis-PEPPs PA03, PA04, PA14 und PA15 zu einer Eingruppierung in eine PEPP mit höherem Relativgewicht. Dies gilt jedoch nicht für die F78.1 „Andere Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert“ und die F79.1 „Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert“.

Bei Patienten, die in Heimeinrichtungen untergebracht sind, insbesondere in heilpädagogischen Heimen, liegen oft weder in den Heimen und noch bei den gesetzlichen Betreuern Unterlagen über das Ausmaß der Intelligenzminderung vor, obwohl diese die Unterbringung in diesen Einrichtungen bzw. gesetzliche Betreuung bedingt. In MDK-Prüfungen wird bei fehlendem Nachweis des IQ-Bereichs durch Testung bei klinischer Einschätzung die spezifische Nebendiagnose (F70.1, F71.1, F72.1 oder F73.1) gestrichen und durch F79.1 ersetzt.

Je nach Art und Schwere der Störung des Patienten ist eine (wiederholte) Testung in stationären Aufenthalten aus psychiatrischer Sicht kontraindiziert, da diese sich ggf. destabilisierend und nicht vertrauensbildend auswirkt, zumal diese Patienten überwiegend zur Intervention in schweren Krisen stationär aufgenommen werden. In diesen Fällen weist das ambulante Setting klar auf eine Intelligenzminderung hin (z.B. Leben in Heimeinrichtungen, Tätigkeit in Werkstatt für Behinderte, gesetzliche Betreuung, die nicht wegen psychischer sonstiger Erkrankung eingerichtet wurde usw.). Aus einer Testung würde sich nur im Ausnahmefall ein Erkenntnisgewinn für die Behandlung bzw. Nachsorge ergeben.

Darüber hinaus messen die vorhandenen Tests in den unteren Bereichen erfahrungsgemäß eher ungenau und sind wegen zusätzlicher Einschränkungen (z.B. Blindheit, fehlendes Sprachvermögen o.ä.), die gerade bei schwereren Formen der Intelligenzminderung vorliegen, auch des Öfteren nicht einsetzbar.

Der Aufwand ist in diesen Fällen mindestens ebenso vorhanden, eine Eingruppierung in eine entsprechende höher bewertete PEPP ist durch die fehlende IQ-Testung jedoch nicht möglich bzw. führt zu MDK-Prüfungen mit dem oben beschriebenen Ergebnis.

**Lösungsvorschlag**

Aufnahme der Nebendiagnosen F78.1 und F79.1 in die entsprechenden Tabellen der Basis-PEPPs PA03, PA04, PA14 und PA15 analog zur F70.1 bzw. analog zur F71.1 in den PEPPs, in denen die Nebendiagnosen F70.1 und F71.1 unterschiedliche Gruppierungsrelevanz haben.

**Problemstellung**

Die Nebendiagnosen F70.1, F71.1, F72.1 und F73.1 führen innerhalb der Basis-PEPPs PK04 und PK14 zu einer Eingruppierung in eine PEPP mit höherem Relativgewicht. Dies gilt je-doch nicht für die F78.1 „Andere Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert“ und die F79.1 „Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert“.

Bei Patienten, die in Heimeinrichtungen untergebracht sind, insbesondere in Heilpädagogischen Heimen, liegen oft weder in den Heimen und noch bei den gesetzlichen Betreuern Unterlagen über das Ausmaß der Intelligenzminderung vor, obwohl diese die Unterbringung in diesen Einrichtungen bzw. gesetzliche Betreuung bedingt. In MDK-Prüfungen wird bei fehlendem Nachweis des IQ-Bereichs durch Testung bei klinischer Einschätzung die spezifische Nebendiagnose (F70.1, F71.1, F72.1 oder F73.1) gestrichen und durch F79.1 ersetzt.

Je nach Art und Schwere der Störung des Patienten ist eine (wiederholte) Testung in stationären Aufenthalten aus psychiatrischer Sicht kontraindiziert, da diese sich ggf. destabilisierend und nicht vertrauensbildend auswirkt, zumal diese Patienten überwiegend zur Intervention in schweren Krisen stationär aufgenommen werden.

Darüber hinaus messen die vorhandenen Tests in den unteren Bereichen erfahrungsgemäß eher ungenau und sind wegen zusätzlicher Einschränkungen (z.B. Blindheit, fehlendes Sprachvermögen o.ä.), die gerade bei schwereren Formen der Intelligenzminderung vorliegen, auch des Öfteren nicht einsetzbar.

Der Aufwand ist in diesen Fällen mindestens ebenso vorhanden, eine Eingruppierung in eine entsprechende höher bewertete PEPP ist durch die fehlende IQ-Testung jedoch nicht möglich bzw. führt zu MDK-Prüfungen mit dem oben beschriebenen Ergebnis.

**Lösungsvorschlag**

Aufnahme der Nebendiagnosen F78.1 und F79.1 in die entsprechenden Tabellen der Basis-PEPPs PK04 und PK14 analog zur F70.1 bzw. analog zur F71.1 in den PEPPs, in denen die Nebendiagnosen F70.1 und F71.1 unterschiedliche Gruppierungsrelevanz haben.

**Problemstellung**

Fast ein Drittel aller Patienten mit einer Major-Depression spricht nicht auf eine klassische medikamentöse Therapie an (1). Hieraus leitet sich ein wachsender Bedarf an neuen und innovativen Behandlungsalternativen in der ambulanten und insbesondere auch stationären psychiatrischen Depressions-Therapie ab.

Intranasales Esketamin ist ein Glutamat-Rezeptor-Modulator mit einem neuartigen Wirkmechanismus im Rahmen der Behandlung der Depression. Intranasales Esketamin ist ein nicht-kompetitiver, Subtyp nicht-selektiver, aktivitätsabhängiger N-Methyl-D-Aspartat (NMDA)-Rezeptor-Antagonist und wirkt somit modulierend auf die glutamatvermittelte Signaltransduktion im zentralen Nervensystem. Über eine schnell erhöhte Freisetzung von Brain Derived Neurotrophic Factor (BDNF) wird außerdem eine Synaptoneogenese hervorgerufen. Intranasales Esketamin stellt dementsprechend eine Substanz dar, welche nicht nur regulierend auf die neurotransmittervermittelte Signaltransduktion wirkt, sondern auch neuroplastische Prozesse hervorruft, welche neuronale Neuverknüpfung bewirken. Diese synaptische Neuverknüpfung von Nervenzellen im Gehirn soll das depressionsbedingte Transmitterungleichgewicht nachhaltig korrigieren. Intranasales Esketamin wird derzeit im Rahmen eines weltweiten klinischen Entwicklungsprogramms von Janssen in der Behandlung von zwei spezifischen Patientenpopulationen erforscht. Dies sind zum einen Patienten mit therapieresistenter Depression (TRD), d.h. diese Patienten haben in der aktuellen mittelgradigen bis schweren depressiven Episode auf mindestens zwei Behandlungen mit Antidepressiva nicht angesprochen. Zum anderen sind dies Patienten mit einer Major Depression, die sich in unmittelbarer Gefahr für einen Suizid befinden. Während das primäre Ziel in der Behandlung der TRD mit intranasalem Esketamin eine schnelle und wirksame Behandlung der therapieresistenten depressiven Symptomatik ist, zielt die Behandlung von Patienten mit Major Depression und unmittelbarer Suizidgefahr mit intranasalem Esketamin auf eine rasche Verbesserung der depressiven Symptomatik und somit auch der suizidalen Ideationen ab.

Aktuell läuft einerseits ein Phase 3 Studienprogramm für die Indikation Major Depression mit Patienten, die sich in unmittelbarer Gefahr für einen Suizid befinden. Die Studienpopulation besteht aus Patienten, welche aufgrund ihrer Suizidalität im Rahmen der mittelgradigen bis schweren depressiven Episode akut stationär aufgenommen und behandelt werden müssen.

Das Phase 3 Studienprogramm zur Entwicklung von intranasalem Esketamin in der Behandlung der TRD dagegen besteht aus 3 Kurzzeit- (ESKETINTRD3001, ESKETINTRD3002 und ESKETINTRD3005) sowie aus 3 Langzeitstudien (ESKETINTRD3003, ESKETINTRD3004 und ESKETINTRD3008). Dieses Phase 3 Studienprogramm für die Indikation TRD wird in Kürze abgeschlossen sein.

Das primäre Ziel des Phase 3 Studienprogramms für die TRD ist die Evaluation der Wirksamkeit von intranasalem Esketamin in Kombination mit einem neu initiierten oralen Antidepressivum (SSRI oder SSNRI) gegenüber einem neu initiierten oralen Antidepressivum bei Patienten mit einer TRD, die in der aktuellen mittelgradigen bis schweren depressiven Episode nicht auf mindestens zwei unterschiedliche Behandlungen mit Antidepressiva angesprochen haben.

Die FDA hat intranasalem Esketamin in der Behandlung der TRD im November 2013 und für die Behandlung der Patienten mit einer Major Depression, die sich in unmittelbarer Gefahr für einen Suizid befinden im August 2016 den Status einer sogenannten "Breakthrough Therapy" zuerkannt. Diesen Status, der mit einem beschleunigten Zulassungsverfahren verbunden ist, verleiht die FDA einem Arzneimittel, wenn es allein oder in Kombination mit einem oder mehreren anderen Arzneimitteln zur Behandlung einer ernsthaften oder lebensbedrohlichen Krankheit bestimmt ist und es vorläufige klinische Evidenz gibt, dass das Medikament eine substanzielle Verbesserung gegenüber existierenden Therapien in einem oder mehreren klinisch signifikanten Endpunkten zeigt.

Mit der erwarteten Markteinführung im Jahre 2019 in Deutschland wird eine sowohl innovative Substanz als auch Applikationsform für die Behandlung der TRD in der klinischen Versorgung zur Verfügung stehen.

**Ökonomische Betrachtung:**

Bei der Gabe von intranasalem Esketamin entstehen in der Klinik direkte Mehrkosten durch die Applikation der entsprechenden intranasalen Dosis. Die entsprechend der vorgesehenen Applikationsschemata

mehrfache Anwendung in der Klinik führt voraussichtlich zu Kosten, die deutlich über den existierenden Fallkosten der Arzneimittel liegen.

Die bisherigen kalkulierten Arzneimittelkosten in den maßgeblichen PEPP-Pauschalen decken eine Therapie mit intranasalem Esketamin nicht annähernd ab.

Auch ein Zusatzentgelt existiert aufgrund der Neuartigkeit des Wirkstoffes in der intranasalen Applikation zur Behandlung der Depression noch nicht.

Eine Betrachtung des PEPP-Browsers 2017 liefert maßgeblich 6 PEPP-Pauschalen, in denen eine Abbildung entsprechender Fälle zu erwarten ist:

Prä-PEPPs:

P003BERhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung, Krisenintervention und komplexer Entlassaufwand mit sehr hohem Aufwand

P003CERhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung, Krisenintervention und komplexer Entlassaufwand mit deutlich erhöhtem Aufwand

Psychiatrie:

PA04AAffektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter > 84 Jahre oder mit komplizierender Diagnose und Alter > 64 Jahre, oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität

PA04BAffektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter < 85 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, mit Mutter/Vater-Kind-Setting oder mit komplizierender Diagnose oder mit erheblicher Pflegebedürftigkeit oder Alter > 64 Jahre

PA04CAffektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplizierende Diagnose, ohne erhebliche Pflegebedürftigkeit

Psychosomatik:

PP04AAffektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität oder mit Mutter/Vater-Kind-Setting

Betrachtung der kalkulierten Arzneimittelkosten der jeweiligen PEPPs bei Berücksichtigung der mittleren Liegedauer pro PEPP (2):

P003B:

kalkulierte Sachkosten für Arzneimittel pro Tag: 0,83 €

Mittlere Liegedauer: 61,8 Tage

Mittlerer Sachkostenanteil für Arzneimittel pro Fall: 51,30 €

P003C:

kalkulierte Sachkosten für Arzneimittel pro Tag: 1,04 €

Mittlere Liegedauer: 46,9 Tage

Mittlerer Sachkostenanteil für Arzneimittel pro Fall: 48,78 €

PA04A:

kalkulierte Sachkosten für Arzneimittel pro Tag: 0,67 €

Mittlere Liegedauer: 35,5 Tage

Mittlerer Sachkostenanteil für Arzneimittel pro Fall: 23,79 €

PA04B:

kalkulierte Sachkosten für Arzneimittel pro Tag: 0,48 €

Mittlere Liegedauer: 34,7 Tage

Mittlerer Sachkostenanteil für Arzneimittel pro Fall: 16,66 €

PA04C:

kalkulierte Sachkosten für Arzneimittel pro Tag: 0,11 €

Mittlere Liegedauer: 30,6 Tage

Mittlerer Sachkostenanteil für Arzneimittel pro Fall: 3,37 €

PP04A:

kalkulierte Sachkosten für Arzneimittel pro Tag: 0,30 €

Mittlere Liegedauer: 42,1 Tage  
Mittlerer Sachkostenanteil für Arzneimittel pro Fall: 12,63 €

#### Zusammenfassung:

Die kalkulierten Sachkosten für Arzneimittel betragen lediglich 3,37 € (PA04C) bis 51,30 € (P003B) pro Fall. Die genauen Kosten für den Einsatz von intranasalem Esketamin können zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abgeschätzt werden. Voraussichtlich werden diese jedoch deutlich über den existierenden Fallkosten der Arzneimittel liegen. Hier ist bei dem Einsatz von intranasalem Esketamin mit einer deutlichen Unterdeckung der Kosten zu rechnen, welche die Kliniken zu tragen haben.

Es zeichnet sich jetzt schon ab, dass eine große Herausforderung darin bestehen wird, diese in der klinischen Versorgung dringend benötigte Substanz auch im PEPP-Entgeltsystem adäquat abzubilden. Hierzu ist einerseits eine dosisdifferenzierende OPS-Verschlüsselung notwendig. Ein entsprechender Antrag auf Aufnahme neuer OPS-Kodes im Kapitel 6 für die Gabe von intranasalem Esketamin wurde parallel beim DIMDI gestellt.

Eine frühzeitige sachgerechte Abbildung dieses Wirkstoffes in innovativer nasaler Formulierung im PEPP-System ist notwendig, um die Behandlung der therapieresistenten Depression, sowie Patienten mit einer Major Depression, die sich in unmittelbarer Gefahr für einen Suizid befinden zukünftig zu ermöglichen.

#### Quellen:

1) Ärzteblatt, 31. Dezember 2017

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/87289/Esketamin-Nasenspray-lindert-Major-Depression-in-klinischer-Studie> (abgerufen am 24.01.2018)

2) PEPP-Browser 2017, InEK

### Lösungsvorschlag

Der Einsatz von intranasalem Esketamin stellt eine neue und zukunftsweisende Therapieoption zur Behandlung depressiver Patienten dar. Es ist mit einer zunehmenden Relevanz des Einsatzes von intranasalem Esketamin im gesamten Bereich des PEPP-Entgeltsystems zu rechnen.

Die damit verbundene hohe Anzahl an Behandlungen mit genannter Medikation bei stationären Patienten führt zu direkt auf den Einsatz von intranasalem Esketamin zurückführbare, relevante Mehrkosten dieser Therapie.

Bislang sind lediglich die gängigen oralen Antidepressiva kalkulatorisch in den Daten des InEK abgebildet. Relevante Zusatztherapien zur Behandlung schwerwiegender Depressionen, wie zum Beispiel die Elektrokonvulsionstherapie, sind bereits über Zusatzentgelte im PEPP-System fest verankert.

Im Zuge der Weiterentwicklung des PEPP-Systems sollte dringend geprüft werden, ob die anteiligen Kosten für intranasales Esketamin über ein Zusatzentgelt sachgerecht abgebildet werden können.

Aufgrund der fehlenden Abbildung über den OPS-Katalog und die noch nicht vorliegenden Kostendaten der Kalkulationshäuser ist die Etablierung eines bewerteten Zusatzentgeltes aktuell noch nicht möglich.

Es wird daher hiermit die Definition eines unbewerteten Zusatzentgeltes in Anlehnung an die bereits im PEPP-Entgeltkatalog umfassend abgebildeten psychiatrischen Leistungen (ZP2018-01, Elektrokonvulsionstherapie [EKT] / ZP2018-26, Gabe von Paliperidon, intramuskulär) beantragt. So kann klinikindividuell der jeweilige Einsatz des intranasalen Esketamins korrekt bewertet und individuell mit den Kostenträgern ausgehandelt werden.

In Anlehnung an die bereits beim DIMDI beantragten neuen OPS-Kodes wird daher folgendes Zusatzentgelt beantragt:

ZPBezeichnung OPS-Kode  
ZP2019-63 Gabe von Esketamin, intranasal 6-006.i- Gabe von Esketamin, intranasal

Vorschlags-Nr. **P1900016**

Vorschlagender **GSG Consulting GmbH**



### **Problemstellung**

Der Qualifizierte Entzug ist nur in der Basis-PEPP PA02 Trigger in eine spezifische PEPP

Die Behandlung im Qualifizierten Entzug wird auf zwei unterschiedliche Weisen im PEPP-System berücksichtigt.

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.

Alternativ kann der qualifizierte Entzug als erschwerende Konstellation in den anderen Basis-PEPP geprüft werden.

Aufgrund der aktuellen Zuordnung und der singulären Relevanz in der Basis-PEPP PA02 ist zu erwarten, dass anderen Konstellationen in den Kalkulationsdaten selten vorhanden sind.

Vorschlags-Nr. **P1900018**

Vorschlagender **Universitätsklinikum Heidelberg**



### **Problemstellung**

Die Finanzierung von Begleitpersonen (in diesem Fall das Kind) ist im PEPP-System nicht vorgesehen. Der Aufwand für die Aufnahme des Kindes ist jedoch erheblich, da hier nicht nur die Kosten für die Unterbringung sowie Logis, sondern auch Kosten für die entsprechende Betreuung des Kindes entstehen, während der aufgenommene Elternteil (i.d.R. die Mutter) in Gruppen- oder Einzeltherapie ist. Dies betrifft im überproportionalen Ausmaß darauf spezialisierte Stationen und Abteilungen.

### **Lösungsvorschlag**

Die Kosten für die stationäre Aufnahme und die qualifizierte Betreuung des Kindes (Begleitperson) durch entsprechend qualifizierte Mitarbeiter sollte im PEPP-System in die entsprechenden PEPP eingepreist werden.

Vorschlags-Nr. **P1900019**

Vorschlagender **Universitätsklinikum Heidelberg**



### **Problemstellung**

Der Berücksichtigung der Gruppentherapie von Spezialtherapeuten (z.B. Musiktherapeuten in Kleingruppen) ist im PEPP-Kalkulationssystem bislang nicht vorgesehen, jedoch aus unserer Sicht signifikant.

### **Lösungsvorschlag**

Die Gruppentherapie von Spezialtherapeuten sollte im PEPP-System in die entsprechenden PEPPs eingepreist werden.