



**Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH**

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

# **PEPP Vorschlagsverfahren für 2021**

## **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 2021. 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

Es geht um die Problematik, dass in der bisherigen Systematik die Versorgungsarten vollstationär, teilstationär und ggf. stationsäquivalent strikt getrennt sind und ein Wechsel der Art bei einem medizinischen Behandlungsfall mehrere Fallanlagen bedingt. Das hat wiederum einen deutlich erhöhten klinischen und administrativen Aufwand zur Folge. Durch den notwendigen Fallbezug müssen Daten mit den Kostenträgern ausgetauscht, ärztliche Anordnungen neu erstellt werden usw.

Psychiatrische und psychosomatische Erkrankungen und Störungsbilder sind häufig durch eine wechselnde Akuität und damit einhergehender unterschiedlicher Behandlungsnotwendigkeit gekennzeichnet. Konkret heißt dies, dass es im Behandlungsverlauf mehrfach einen Wechsel zwischen den Notwendigkeiten einer vollstationären und teilstationären, sowie ggf. stationsäquivalenten Krankenhausleistung geben kann. Die bisherige Abrechnungssystematik sieht eine strikte Trennung zwischen den einzelnen Versorgungsarten vor. Dies führt zwingend zu einer administrativen Aufteilung des einzelnen Behandlungsverlaufes in mehrere Behandlungs- und Abrechnungsfälle. Durch den notwendigen Fallbezug bedingt dies im Klinikalltag einen deutlichen Mehraufwand durch zusätzliche Fallanlagen mit letztlich deckungsgleichen Prozessabläufen. Von der Fallnummernvergabe über den Datenaustausch mit den Kostenträgern, sich wiederholende ärztliche und therapeutische Anordnungen und Dokumentationsaufwände bis hin zum Entlassmanagement. Außerdem ergeben sich statistische Verwerfungen und unterschiedliche Definitionen bspw. bei der Fallzählung oder Verweildauerberechnung. Darüber hinaus kann es auch im Nachgang von MDK-Begutachtungen zu extremen Aufwänden kommen um bestimmte Fallkonstellationen abbilden zu können.

### Lösungsvorschlag

Um diese Aufwände zu reduzieren, zielt unser Vorschlag darauf ab, die Trennung der Versorgungsarten über den Marker Aufnahmegrund aufzuheben und stattdessen über die Fachabteilungsschlüssel abzubilden.

Gem. § 17d Abs. 1 KHG soll für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage tagesbezogener Entgelte eingeführt werden.

Aufgrund der beschriebenen Problemstellung schlagen wir eine Aufhebung der Trennung zwischen den unterschiedlichen Aufnahmegründen vollstationär, teilstationär und stationsäquivalent vor. Damit ist nicht gemeint, die Unterscheidung dieser Versorgungsformen gänzlich zu beenden. Diese könnte weiterhin durch die Fachabteilungsschlüssel (FAB) gewährleistet werden. Durch die tagesgenaue Angabe des jeweiligen FAB bleibt auch die Behandlungsform als Splittkriterium in der PEPP-Gruppierung erhalten. Dass die Schlüssel für dieses Vorgehen belastbar sind, hat sich durch die Relevanz als Leistungsmerkmal in verschiedenen PEPP gezeigt (z.B. Entscheidungslogik PKJ).

Für die Abbildung im Entgeltkatalog und damit der Rechnungstellung könnten unterschiedliche Szenarien in Betracht kommen. So wäre zu prüfen, ob, wie im Beispiel der Entscheidungslogik PKJ, der prozentuale Anteil eines FAB an der Behandlungsdauer die PEPP-Gruppierung maßgeblich beeinflusst. Ein weiterer Ansatz wäre die Gruppierung in eine PEPP als „Grundvergütung“ und die Tage in der jeweiligen FAB als Ergänzende Tagesentgelte abzubilden.

Der grundsätzliche Aufbau und die Struktur des PEPP-Systems könnte bestehen bleiben. Würde sich erwartungsgemäß auch bei der Prüfung durch das InEK bestätigen, dass die Unterscheidung, ob und wie lange eine voll-, teilstationäre oder stationsäquivalente Behandlung vorlag, vollständig über die Fachabteilungsschlüssel möglich ist, könnte der Aufnahmegrund als Merkmal entfallen. Dies wäre wiederum Anlass, die Zusammensetzung des § 301-Datensatzes zu überdenken und die Aufwände durch neue Fallanlagen erheblich zu reduzieren.

**Problemstellung**

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.

Unter Kindesmisshandlung werden in der Literatur verschiedene, häufig gemeinsam auftretende Formen unterschieden. Neben der körperlichen Kindesmisshandlung sind auch Vernachlässigung, seelische Misshandlungen und sexueller Missbrauch zu beachten.

Unter Vernachlässigung werden Zustände zusammengefasst, welche durch die fehlende Beachtung des Mindestbedarfs „an körperlicher Pflege, Zuwendung und Beaufsichtigung des Kindes“ entstehen. 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, 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.B. reaktive Bindungsstörungen, PTBS, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Substanzmissbrauch, Depression und Störungen des Sozialverhaltens zur Folge haben

**Lösungsvorschlag**

Um die Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit im Rahmen einer psychiatrischen Krankenhausbehandlung abbilden zu können, ist die Spezialisierung Fachkraft für Psychiatrie den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Pflegefachfrau/Pflegefachmann) gleichzusetzen.

Das Mindestmerkmal „Die Durchführung von mindestens einer Fallbesprechung mit mindestens 3 Fachdisziplinen zusammen mit einer Fachkraft für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege mit Dokumentation“ sollte aus unserer Sicht ergänzt werden durch den Zusatz „oder durch eine Fachkraft für Gesundheits- und Krankenpflege mit Zusatzqualifikation zur Fachkraft für Psychiatrie“.

Das multiprofessionelle Team setzt sich aus Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialarbeitern, Pflegefachfrauen / Pflegefachmännern mit der Spezialisierung Gesundheits- und Kinderkrankenpflege oder der Zusatzqualifikation zur Fachkraft für Psychiatrie zusammen und führt über alle Patienten wöchentliche Fallbesprechungen, in denen das soziale Umfeld und die Erziehungsbedingungen ausdrücklich beachtet werden.

Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und-psychotherapie und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten sind durch ihre Ausbildung qualifiziert, entsprechende Störungen zu erkennen und zu behandeln und weitere Helfer einzubeziehen, insbesondere das Jugendamt um das Kind vor weiterer Vernachlässigung / Misshandlung zu schützen und bereits eingetretene Schäden zu mildern. Dafür gibt es in Kliniken für KJP stets eine enge Zusammenarbeit mit den Jugendämtern, die aufwendig und zeitintensiv ist.

**Problemstellung**

Dieser Vorschlag wird bereits das 3 Jahr wiederholt. Aufgrund der unzulänglichen Begründungen einer Nichtumsetzung bitten wir um nochmalige dringende Prüfung.

Unser Krankenhaus nimmt am sächsischen Projekt für Kinderschutz im Gesundheitswesen mit dem Namen „Hinsehen - Erkennen - Handeln“ teil. Im Mittelpunkt steht dabei eine bessere Kommunikation mit Jugendämtern, aber auch schnelleres Handeln bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung. Es werden darüber hinaus auch Koordinierungsaufgaben im regionalen Kinderschutz übernommen oder z.B. eine beratende Funktion für niedergelassene Kollegen erfüllt. Das Sächsische Krankenhaus kooperiert innerhalb der Kinderschutzarbeit eng mit naheliegenden somatischen Kliniken. Die Arbeit betrifft Fälle bei denen sich, teils zu Beginn, oft jedoch erst im Verlauf der Behandlung eine latente Kindeswohlgefährdung (z.B. aufgrund einer emotionalen Vernachlässigung) feststellen lässt. Die psychiatrischen Kliniken sind seit der Einführung des sich in Entwicklung befindlichen Vergütungssystem (PEPP) mit höheren Kodier- und Dokumentationspflichten konfrontiert. Es kristallisierte sich heraus, dass das neue Entgeltsystem in den normalen Entgelten (E 1.1) nicht diese Tätigkeiten/Aufwand abbildet, welche unsere Kinder- und Jugendpsychiatrische Fachabteilung als gesellschaftspolitische Aufgabe übernommen hat. Problem: Zusätzliche Abklärung des Verdachtes der Gefährdung des Kindeswohles außerhalb der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung; Anerkennung des personellen zusätzlichen Aufwandes in der medizinischen Kinderschutzarbeit; wird finanziell im PEPP System nicht berücksichtigt;

Um die Aufwandsdimension zu untermauern stellen wir Ihnen unter Dokumente unser Verfahrensablaufschemata, Kindeswohlgefährdung Rote Mappe und den Leitfaden Kinderschutz zur Verfügung.

Die Abrechenbarkeit im G-DRG System erfolgt seit 2018 (ZE2018-152) auf Basis von bundesweit 14 x in der 1-945.0 und 12 x in der 1-945.1 dokumentierten OPS Codes 2017, 2019 (ZE 2019-152) auf Basis von bundesweit 55 x in der 1-945.0 und 53 x in der 1-945.1 dokumentierten OPS - Codes 2018 im somatischen Bereich.

Analysen/Vergleiche über Kalkulationsdaten von Kliniken bundesweit zum Sachverhalt kann nicht herangezogen werden, da gemäß § 17b Absatz 3 Satz 6 KHG die Repräsentativität der Kalkulation bezüglich der OPS in den letzten 3 Jahren nicht gegeben war. Im PEPP System sollte wie im somatischen Bereich ein hausindividuelles Zusatzentgelt es ermöglichen diesen Aufwand transparent abzubilden und zu vergüten.

**Lösungsvorschlag**

Tätigkeiten/ Aufwand werden zusätzlich zu dem laut sächsischen Krankenhausplan festgelegten Versorgungsauftrages beschriebenen Behandlungsaufgaben durchgeführt;

Wir bitten um nochmalige kritische Beurteilung.

### Problemstellung

Die stationäre Eltern-Kind-Behandlung wurde im Januar 2010 in unserer Klinik eingeführt. Das therapeutische Konzept des Familien-Haus ist angelehnt an Prof. Asen und Prof. Scholz, welche die Multi-Familietherapie in Deutschland verbreitet haben.

In Deutschland gibt es nur wenige Kliniken, welche das Konzept stationär anbieten, z. Bsp. die Asklepios Klinik in der Stadt Brandenburg, die Uniklinik Magdeburg und die KJP Viersen/Niederrhein. Das Konzept im tagesklinischen Setting bietet z.Bsp. die Uniklinik Dresden oder in der KJPP-TK Bernau-Eberswalde.

Die Abbildung der psychiatrisch-psychosomatischen Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen erfolgt über den OPS 9-68.

Der OPS ist ein Zusatzcode und wirkt sich erlösverändernd für die PEPP PK02 aus.

In unserem Familienhaus sind in den vergangenen fünf Jahren folgende Fallzahlen je PEPP zur Abrechnung gelangt:

PEPP2015\*2016201720182019

PK01Z06700

PK01A00013

PK01B00032

PK04A110118

PK04B1645504132

PK14A113261422

PK14B1147188

PK14C00001

PK18Z02010

Gesamtergebnis1984847976

\* Oktober 2015 optiert ins PEPP-System

Im Therapiekonzept sind therapeutische Leistungen für die Eltern, welche 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 kritischen Erziehungssituationen treten alltagsnah auf und werden dabei von allen Teammitgliedern auf ihre Verhaltenskonsequenzen beim Kind hin beobachtet und gemeinsam, auch mit den anderen Eltern bewertet und verbessert. Die Eltern erkennen die positiven Effekte ihrer neuen Erziehungshaltung und üben die Anwendung konkreter Familienregeln und deren alltägliche Umsetzung.

### Lösungsvorschlag

Überprüfung der Kostenkalkulation in Bezug auf die Bewertung des OPS 9-68 für die PEPP KJPP voll- und teilstationär. Bewertung der elternbezogenen Leistungen/ Kosten im Vergleich zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit vergleichbaren Krankheitsbildern ohne ständige Einbindung der Eltern in den Behandlungsprozess.

### Problemstellung

Psychiatrische und psychosomatische Erkrankungen und Störungsbilder sind häufig durch eine wechselnde Akuität und damit einhergehender unterschiedlicher Behandlungsnotwendigkeit gekennzeichnet. Konkret heißt dies, dass es im Behandlungsverlauf mehrfach einen Wechsel zwischen den Notwendigkeiten einer vollstationären und teilstationären, sowie ggf. stationsäquivalenten Krankenhausleistung geben kann.

Die bisherige Abrechnungssystematik sieht eine strikte Trennung zwischen den einzelnen Versorgungsarten vor. Dies führt zwingend zu einer administrativen Aufteilung des einzelnen Behandlungsverlaufes in mehrere Behandlungs- und Abrechnungsfälle. Durch den notwendigen Fallbezug bedingt dies im Klinikalltag einen deutlichen Mehraufwand durch zusätzliche Fallanlagen mit letztlich deckungsgleichen Prozessabläufen. Von der Fallnummernvergabe über den Datenaustausch mit den Kostenträgern, sich wiederholende ärztliche und therapeutische Anordnungen und Dokumentationsaufwände bis hin zum Entlassmanagement. Außerdem ergeben sich statistische Verwerfungen und unterschiedliche Definitionen bspw. bei der Fallzählung oder Verweildauerberechnung. Darüber hinaus kann es auch im Nachgang von MDK-Begutachtungen zu extremen Aufwänden kommen um bestimmte Fallkonstellationen abbilden zu können.

### Lösungsvorschlag

Gem. § 17d Abs. 1 KHG soll für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage tagesbezogener Entgelte eingeführt werden.

Aufgrund der beschriebenen Problemstellung schlagen wir eine Aufhebung der Trennung zwischen den unterschiedlichen Aufnahmegründen vollstationär, teilstationär und stationsäquivalent vor. Damit ist nicht gemeint die Unterscheidung dieser Versorgungsformen gänzlich zu beenden. Diese könnte weiterhin durch die Fachabteilungsschlüssel (FAB) gewährleistet werden. Durch die tagesgenaue Angabe des jeweiligen FAB bleibt auch die Behandlungsform als Splittkriterium in der PEPP-Gruppierung erhalten. Das die Schlüssel für dieses Vorgehen belastbar sind, hat sich durch die Relevanz als Leistungsmerkmal in verschiedenen PEPP gezeigt (z.B. Entscheidungslogik PKJ).

Für die Abbildung im Entgeltkatalog und damit der Rechnungstellung könnten unterschiedliche Szenarien in Betracht kommen. So wäre zu prüfen, ob, wie im Beispiel der Entscheidungslogik PKJ, der prozentuale Anteil eines FAB an der Behandlungsdauer die PEPP-Gruppierung maßgeblich beeinflusst. Ein weiterer Ansatz wäre die Gruppierung in eine PEPP als „Grundvergütung“ und die Tage in der jeweiligen FAB als Ergänzende Tagesentgelte abzubilden, z.B. bestimmte Bewertungsrelation pro Tag vollstationärer FAB. Der grundsätzliche Aufbau und die Struktur des PEPP-Systems könnte bestehen bleiben.

Vorschlags-Nr. **P2100070**

Vorschlagender **Heiligenfeld Klinik Waldmünchen GmbH**



### **Problemstellung**

Unter der Strukturkategorie Kinder- und Jugendpsychiatrie im PEPP-Definitionsbandbuch ist die Erbringung von Leistungen auch durch psychosomatische Fachabteilungen definiert und vorgesehen. In der Bezeichnung der Strukturkategorie im PEPP-Definitonshandbuch ist dies nicht eindeutig klar gestellt, deswegen bitten wir um eine Klarstellung der Bezeichnung durch Ergänzung der Bezeichnung.

### **Lösungsvorschlag**

Ergänzung der Bezeichnung Strukturkategorie Kinder- und Jugendpsychiatrie um Psychosomatik (im vollstationären Bereich).  
Neue gewünschte Bezeichnung: Strukturkategorie Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik

**Problemstellung**

Die Abbildung von Behandlungen im Eltern-Kind-Setting kann nicht plausibel, nachvollziehbar und einheitlich durch die vorhandenen OPS erfolgen.

In unserer Familientherapie im Haus 24 werden psychisch kranke Eltern oder Mutter/Vater zusammen mit ihren Kindern, welche aufgrund der elterlichen Krankheit eine Beziehungsstörung entwickelt haben, behandelt. Das Therapiekonzept der Multifamilientherapie zielt u.a. auf die Identifizierung dysfunktionaler Kommunikations- und Interaktionsmuster innerhalb der Familie, auf die Entwicklung von alternativen, sozial und emotional fördernden und stabilisierenden Eltern-Kind-Interaktionen und der Verankerung dieser Interaktionsmuster sowie der erworbenen Elternkompetenzen in den häuslichen Alltag ab. (Therapiekonzept im Anhang)

Für die Abbildung der Leistungen ist bei Erwachsenen der OPS-Kode 9-643 vorgesehen. Mindestmerkmal ist, dass eines der mitbehandelten Kinder das Alter zwischen 0-4 Jahren hat. Sind die

mitbehandlungspflichtigen Kinder alle älter als 4 Jahre, kann die gemeinsam Behandlung nicht abgebildet werden. Der größte Anteil der in unserem Krankenhaus behandelten Eltern hat Kinder im Kindergarten-, Vorschul- oder Grundschulalter. Therapieleistungen, welche im besonderen Setting erbracht werden, müssen zusammenhängend mindestens 25 Minuten sein. Bei der Erfassung ist die Berechnung von Familientherapien (Behandlungen von Eltern bzw. mit den Kindern zusammen) nicht definiert (OPS 9-649). Für die Abbildung der Leistungen im Eltern-Kind-Setting ist bei Kindern der OPS-Kode 9-68 vorgesehen. Folgende Beschreibung gibt der OPS vor: „Es findet eine Behandlung von psychisch kranken Kindern oder retardierten Jugendlichen oder von Kindern/Jugendlichen mit psychischer Symptomatik gemeinsam mit Eltern und ggf. Geschwistern statt, wenn die Eltern-Kind-Dynamik einen wesentlichen Faktor zur Entstehung oder Aufrechterhaltung der Störung darstellt. Die Behandlung in diesem Setting dient der Erlangung einer entwicklungsfördernden Mutter/Vater-Kind-Interaktion unter störungsspezifischen Aspekten.“

Therapieleistungen, welche im besonderen Setting erbracht werden, müssen zusammenhängend mindestens 15 Minuten sein. Bei der Erfassung zählen auch Familientherapie oder Elterngespräche als Einzeltherapie. Bei Eltern-Gruppentherapien oder Eltern-Kind-Gruppentherapien ist die Gruppengröße auf maximal 8 Familien der 15 Teilnehmer begrenzt. (OPS 9-696)

Werden beide Elternteile gemeinsam behandelt und erhalten als „Eltern“ entsprechend dem Verständnis des OPS 9-68 Therapieeinheiten abgerechnet, liegt eine falsche Erfassung aus Sicht des Erwachsenen OPS-Kodes 9-643/ 9-649 vor. Da die Eltern im letztgenannten OPS nicht definiert sind, muss von einer Gruppentherapie mit zwei Teilnehmern (Mutter und Vater) ausgegangen werden. Werden die Eltern gemeinsam mit den Kindern therapiert (Bsp. Familiengespräche, Eltern-Kind-Interaktionen oder Elterngruppentherapien), finden die Kinder keine Berücksichtigung.

Für die Eltern und die Kinder sind unterschiedlichen Mindestvorgaben für die Erfassung von Therapieleistungen (OPS 9-649/ 9-696) vorhanden.

Die OPS 9-649 und 9-696 sind zu überprüfen. Aus unserer Sicht ist es nicht plausibel, dass die gleiche Leistung unterschiedlich abgebildet werden muss. Bei der Abrechnung der Leistungen gibt es im Fall von MDK-Prüfungen Erlösreduzierungen aufgrund der unterschiedlichen Bewertung aus Sicht der MDK-Gutachter (wortgenaue Auslegung der OPS) und von Seiten des Krankenhauses (Anwendung des OPS 9-68, welcher Eltern-/Familientherapien definiert). Elterntherapien (Mutter und Vater) und Familientherapien werden nicht als Einzeltherapie anerkannt, da die Definition der Therapieeinheiten OPS 9-696 nur für den OPS 9-68 gilt und nicht auf den OPS 9-643 angewendet werden können.

Der OPS 9-643 ist zu überprüfen. Eine Abbildung der Leistungen im besonderen Setting, z. Bsp. in der Multifamilientherapie muss auch dann möglich sein, wenn alle behandlungspflichtigen Kinder der behandlungspflichtigen Eltern älter als 4 Jahre sind. Für diese spezielle Krankenhausbehandlung – Eltern-Kind-Setting – ist ein Kennzeichen für die Abrechnung zu definieren, welches den Krankenkassen einen Hinweis auf die Behandlung im besonderen Setting gibt.

**Lösungsvorschlag**



Die Definition von Eltern- und Familientherapien wird für die OPS 9-649 und der Kinder 9-696 analog der bereits vorhandenen Festlegung im OPS 9-696 vereinheitlicht.  
Der OPS 9-643 wird für die Altersstufen aller Kinder und Jugendlichen geöffnet oder es wird ein zusätzliches Kennzeichen für die Behandlung von Erwachsenen im Eltern-Kind-Setting eingeführt.

**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 MDK-Gutachterinnen/Gutachter 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 ZP2020-26 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).

**Problemstellung**

In der gutachterlichen Prüfpraxis findet sich häufig eine parallele Abrechnung von Zeiten der 1:1-Betreuung und Kriseninterventionen. Der erhöhte personelle Aufwand in beiden Prozeduren führt zu einem erhöhten Betreuungsintensitätsaufwand. Es stellt sich die Frage, ob die Prozeduren des OPS 9-640.- Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen und des OPS 9-641.- Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen laut Vorgaben des Regelwerkes OPS korrekt kodiert wurden.

Eine kriseninterventionelle Behandlung stellt eine Behandlung von psychosozialen und psychischen Krisen dar, die tagesbezogen einen hohen Personaleinsatz erfordern.

Eine Krise ist eine akute, vorübergehende psychische Störung als Reaktion auf außergewöhnliche Ereignisse. Bei einer Krisenintervention geht es um vordringlich ungeplante (außerhalb des vorgegebenen Therapieplans), Orientierung gebende einzeltherapeutische Kontakte. Diese Zeiten können nicht auf Therapieeinheiten angerechnet werden.

Aus der Erfahrung der gutachterlichen Prüfpraxis liegt mehrheitlich nicht gleichzeitig eine 1:1-Betreuung und eine Krisenintervention bei einem Patienten an einem Tag vor.

**Lösungsvorschlag**

Es wird vorgeschlagen, bei der Kalkulation die Prüfergebnisse des MD(K) zu berücksichtigen. Insbesondere konnte anhand der Patientendokumentation in den wenigsten Fällen das Vorliegen der Mindestmerkmale des OPS Kriseninterventionelle Behandlung mit einem erhöhten Behandlungsaufwand bestätigt werden.

**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 aufgrund 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. **P2100081**

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) 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. **P2100082**

Vorschlagender **Universitätsklinikum Bonn**



### **Problemstellung**

Die Gabe von Blutgerinnungsfaktoren ist im DRG-System in Form von individuellen Zusatzentgelten (ZE2020-97, ZE2020-137, ZE2020-138, ZE2020-139) abgebildet. Im Gegensatz zu vielen anderen Zusatzentgelten wurden diese allerdings nicht in den PEPP-Entgeltkatalog übernommen. Patienten, die eine dauerhafte und regelmäßige Substitutionstherapie benötigen, sind auf deren Fortführung während eines stationären Aufenthaltes angewiesen. Ebenso ist das Auftreten temporärer Blutgerinnungsstörungen auch bei psychiatrischen/psychosomatischen Patienten denkbar.

In der Vergangenheit waren am Universitätsklinikum Bonn immer wieder auch Hämophilie-Patienten mit Substitutionsbedarf in stationärer psychiatrischer Behandlung. Die dadurch entstehenden hohen Mehrkosten lassen sich zurzeit in keiner Weise im PEPP-Entgeltsystem abbilden, sodass die Behandlung eines Hämophilie-Patienten eine extreme finanzielle Belastung für eine Klinik bedeuten würde.

### **Lösungsvorschlag**

Aufnahme der individuellen Zusatzentgelte für Blutgerinnungsfaktoren in den PEPP-Entgeltkatalog 2021 analog zum DRG-Fallpauschalenkatalog.

**Problemstellung**

Derzeit wird ein(e) aktuell in Behandlung befindliche(r) Patient\*in mit einer postexpositionellen Prophylaxe (PEP) in Folge einer Gruppenvergewaltigung behandelt. Nach AWMF Leitlinie (AWMF-Register-Nr.: 055-004) zur PEP erfolgt eine medikamentöse Therapie für 4 Wochen. Der Aufenthalt in unserer Kinder- und Jugendpsychiatrie ist derzeit mindestens für den Therapiezeitraum der PEP indiziert. Nach Auffassung der Leitlinie, hätte der G-BA die PEP als erstattungsfähig eingeordnet. Diese wird jedoch in der PEPP-Systematik nicht adäquat berücksichtigt/vergütet.

Auf Anordnung und Therapieempfehlung der zuständigen lokalen Expertin für kindergynäkologische Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf reicht aufgrund der Schwere der Vergewaltigung die sogenannte "Pille danach" nicht aus, so dass zusätzlich eine HIV Postexpositionsprophylaxe mit den Präparaten Raltegravir - Handelsname Isenstress® mit der Tagesdosierung 1-0-1 mit Tageskosten von 30,65€ (Packungspreis in Höhe von 772,80€ (exkl. MwSt) bei 60 Tabletten) und dem Medikament Emtricitabin 200 mg / Tenofovir disoproxil 245 mg - Handelsname Truvada® mit der Tagesdosierung 1-0-0 mit Tageskosten von 2,17€ (Packungspreis in Höhe von 54,62€ (exkl. MwSt) bei 30 Tabletten) verordnet wurde.  
Arztbrief und AWMF-Leitlinie ist als Dokument angehängt.

**Lösungsvorschlag**

Wir würden um Einführung eines Zusatzentgelts bitten, welche die Tagesmedikamentenkosten in Höhe von 32,82€ nach Standard-Therapieschema abbildet.

Vorschlags-Nr. **P2100085**

Vorschlagender **Heinrich Sengelmann Kliniken**



### **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.

P2100086

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.

### Problemstellung

Psychiatrische und psychosomatische Erkrankungen und Störungsbilder sind häufig durch eine wechselnde Akuität und damit einhergehender unterschiedlicher Behandlungsnotwendigkeit gekennzeichnet. Konkret heißt dies, dass es im Behandlungsverlauf mehrfach einen Wechsel zwischen den Notwendigkeiten einer vollstationären und teilstationären, sowie ggf. stationsäquivalenten Krankenhausleistung geben kann.

Die bisherige Abrechnungssystematik sieht eine strikte Trennung zwischen den einzelnen Versorgungsarten vor. Dies führt zwingend zu einer administrativen Aufteilung des einzelnen Behandlungsverlaufes in mehrere Behandlungs- und Abrechnungsfälle, was einen deutlichen administrativen Mehraufwand mit sich bringt.

Es entsteht Aufwand beim Datenaustausch mit den Kostenträgern, durch erneut zu dokumentierende ärztliche und therapeutische Anordnungen und weitere zusätzliche Dokumentationsaufwände bis hin zum Entlassmanagement.

Durch Übertragungsfehler bei der Neuanlage der Fälle (z.B. bei der Medikation) kann es außerdem zu schwerwiegenden Behandlungsfehlern kommen.

Es ergeben sich statistische Verwerfungen und unterschiedliche Definitionen bspw. bei der Fallzählung oder Verweildauerberechnung. Darüber hinaus kann es auch im Nachgang von MDK-Begutachtungen zu Aufwänden kommen, um bestimmte Fallkonstellationen abbilden zu können.

Das Entgeltsystem sollte eine patientenzentrierte, sektorenübergreifende Behandlung fördern. Eine flexible bedarfsgerechte Behandlung der Patienten wird durch unnötigen administrativen Aufwand aber eher behindert.

### Lösungsvorschlag

#### 3. Lösungsvorschlag

Gem. § 17d Abs. 1 KHG soll für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage tagesbezogener Entgelte eingeführt werden.

Aufgrund der beschriebenen Problemstellung schlagen wir eine Aufhebung der Trennung zwischen den unterschiedlichen Aufnahmegründen vollstationär, teilstationär und stationsäquivalent vor. Damit ist nicht gemeint die Unterscheidung dieser Versorgungsformen gänzlich zu beenden. Diese könnte weiterhin durch die Fachabteilungsschlüssel (FAB) gewährleistet werden. Durch die tagesgenaue Angabe der jeweiligen FAB bleibt auch die Behandlungsform als Splittkriterium in der PEPP-Gruppierung erhalten. Dass die Schlüssel für dieses Vorgehen belastbar sind, hat sich durch die Relevanz als Leistungsmerkmal in verschiedenen PEPP gezeigt (z.B. Entscheidungslogik PKJ).

Für die Abbildung im Entgeltkatalog und damit der Rechnungstellung könnten unterschiedliche Szenarien in Betracht kommen. So wäre zu prüfen, ob, wie im Beispiel der Entscheidungslogik PKJ, der prozentuale Anteil eines FAB an der Behandlungsdauer die PEPP- Gruppierung maßgeblich beeinflusst. Ein weiterer Ansatz wäre die Gruppierung in eine PEPP als „Grundvergütung“ und die Tage in der jeweiligen FAB als Ergänzende Tagesentgelte abzubilden, z.B. bestimmte Bewertungsrelation pro Tag vollstationärer FAB. Der grundsätzliche Aufbau und die Struktur des PEPP-Systems könnte bestehen bleiben

**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.