



Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH

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

PEPP Vorschlagsverfahren für 2020

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 2020. 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

Personeller und materieller Mehraufwand wird bei der Behandlung bei MRE und nonMRE im PEPP-System nicht berücksichtigt

MRE-ND sind im PEPP-System nicht gruppierrelevant.

Psychiatrische Patienten sind in der Behandlung multiresistenter Erreger wie auch nicht multiresistenter Erreger gleichbedeutend ressourcenbindend zur Somatik.

Im somatischen Bereich werden die Komplexbehandlungen (8-987.**/8-98g.***) ab einer bestimmten Anzahl an Behandlungstagen erlösrelevant. Ebenso verhält es sich mit der Kodierung der Erreger als Nebendiagnose. Hier ist eine Wertigkeit (CCL) hinterlegt. Unter Umständen wird durch eine entsprechende Kodierung im somatischen Bereich eine Höhergruppierung erwirkt.

Im psychiatrischen Bereich ist weder die Kodierung der Nebendiagnosen (Erreger z.B. B96.2 und Resistenzbenennung z.B. U81.20) noch die Kodierung der Komplexbehandlung erlösrelevant.

Somit entsteht m.E. eine Schieflage, die seitens Ihrer Institution überprüft werden sollte.

Lösungsvorschlag

Da sich die MRE und nonMRE-Erreger in allen PEPPs befinden können ist es sicherlich schwierig hierfür eine entsprechende Zuordnung zu den einzelnen PEPPs zu treffen. Daher mein Vorschlag die genannten Komplexbehandlungen mit einem ZE zu belegen, welches den erhöhten Mehraufwand (personell, materiell) ausgleicht. Ebenso wäre es wünschenswert, wenn die ND zukünftig eine Wertigkeit im PEPP-System erfahren.

Punkt 1: Einfluss der Kodierung der ND MER-Erreger auf die Höhergruppierung

Punkt 2: ZE für die Durchführung der MRE-/nonMRE Komplexbehandlung

Problemstellung

In unserer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde nach Einführung des neuen Kinderschutzgesetzes im Jahre 2012 mit Unterstützung des sächsischen Projektes für Kinderschutz im Gesundheitswesen „Hinsehen - Erkennen - Handeln“ eine Kinderschutzgruppe, bestehend aus mehreren Professionen, gegründet. Diese trifft sich regelmäßig. Es werden abzuklärende Fälle bei V.a. Kindeswohlgefährdung besprochen und die fallführenden Therapeuten und die Teams in der Arbeit bzgl. Kinderschutz entsprechend unserer Kinderschutzstandards geschult. Weitere Punkte sind die verbesserte Kommunikation mit dem Jugendamt. Letztlich wird so ein schnelleres Handeln bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung entsprechend der nun auch neu erschienenen S3 Leitlinie zum Kinderschutz möglich. Darüber hinaus werden Koordinierungsaufgaben, z.B. Beratung externer Kollegen, Kooperation mit naheliegenden somatischen Kliniken, im regionalen Kinderschutz übernommen. Die Arbeit betrifft Fälle, bei denen, teils zu Beginn, oft jedoch erst im Verlauf der Behandlung, der V.a. eine Kindeswohlgefährdung (z.B. aufgrund einer emotionalen Vernachlässigung) abklärungsbedürftig erscheint. Hierbei wird ein striktes stufenweises Vorgehen entsprechend des Kinderschutzgesetzes eingehalten. Dies führt zu zeitlichen und personellen Mehraufwand (Erhebung einer spezifischen Sozialanamnese, Gespräche mit den Eltern vor dem Hintergrund der Kindeswohlgefährdung, Ausfüllen eines Ampelbogens zur Gefährdungseinschätzung bei dem betreffenden Kind, ggf. Fotodokumentation, Rücksprache mit Rechtsmedizin, Einbeziehung einer insoweit erfahrenden Fachkraft, Durchführung von Fallvisiten, Einbeziehung der Kinderschutzgruppe etc.).

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;

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 Prozeduren 2017 im somatischen Bereich.

Lösungsvorschlag

Aufnahme in den PEPP Katalog als individuelles Zusatzentgelt analog somatischer Bereich;
Eine Kalkulationsmatrix würde den außerordentlichen Aufwand darstellen (Anlage als Dokument)

Vorschlags-Nr. **P2000011**

Vorschlagender **Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf gemeinnützige GmbH**



Problemstellung

Auch in der Psychiatrie nach § 17d KHG sollte die Aufnahme von Begleitpersonen gemäß § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 der Bundespflegesatzverordnung mit einem entsprechenden Zuschlag refinanziert sein. Bisher wurden die hierdurch entstandenen Kosten von den Krankenhäusern getragen.

Insbesondere in der Kinder- und Jugend-Psychiatrie ist häufig die Anwesenheit von Bezugspersonen essentielle Therapievoraussetzung. Ähnliches gilt in der Allgemein-(Erwachsenen-)Psychiatrie bei Patienten mit Intelligenzminderung oder Demenz. Diese Begleitpersonen übernehmen keine Aufgaben des Krankenhauses, dienen aber der Compliance der Patienten bzw. erleichtern einen besseren Zugang zu ihnen.

In der Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie ist die Anwesenheit von Begleitpersonen (Eltern) sehr häufig unabdingbar.

Lösungsvorschlag

Da bisher in der Vergangenheit (s. PEPP-Vorschlagsverfahren 2017 mit Vorschlag P1800026) von den Selbstverwaltungspartnern eine diesbezügliche Regelung der Abrechnungsbestimmungen analog zu § 17b KHG nicht geschaffen wurde, schlagen wir alternativ zur Refinanzierung eine Ermittlung der beschriebenen Kostentrenner mit Etablierung eines Zusatzentgeltes durch Aufforderung des DIMDI zur Installation entsprechender ICD- bzw. OPS-Kodes vor.

Problemstellung

Zusammenfassung:

Frühinterventionelle Behandlungsangebote für psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen weisen gute Kosten-Nutzen-Relationen auf. Von der Fachgesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, DGKJP, wird für das Vorschulalter eine gemeinsame stationäre Behandlung von Eltern und Kindern als unerlässlich eingestuft. Eine entsprechende intensivtherapeutische stationäre Behandlung für Kinder und Eltern wird in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Evangelischen Krankenhauses Alsterdorf durchgeführt. Im Eltern-Kind-Setting können Kinder in den ersten Lebensjahren und behinderte bzw. chronisch kranke Kinder mit seelischen Störungen sowie Familien mit schweren Beziehungs- und Interaktionsstörungen behandelt werden. Die Leistungszahlen für das Jahr 2018 belegen, dass die in der Abteilung für KJPPP des EKA behandelten Patienten jünger und, gemessen am Anteil der Patienten mit Nebendiagnosen, schwerer krank waren als Patienten in stationärer KJP-Behandlung im Bundesdurchschnitt, diese Patienten zusammen mit ihren Eltern erhielten in kürzerer Behandlungsdauer mehr Therapieeinheiten als in stationärer KJP-Behandlung im Bundesdurchschnitt. Bisher werden für Begleiteltern auf den Stationen keine Kosten übernommen, die intensive therapeutische Arbeit an der Eltern-Kind-Interaktion, Elternberatung und milieutherapeutische Anleitung im Alltag werden in der aktuellen Kalkulation ebenso wenig berücksichtigt wie die Kosten für Wohnen und Verpflegung der Begleiteltern.

In der Kombination führt diese Konstellation dazu, dass die Eltern-Kind-Behandlung aktuell nicht kostendeckend durchgeführt werden kann. Um eine Weiterführung dieses effizienten Behandlungsangebots zu gewährleisten, müssen die entstehenden Kosten bei der Vergütung berücksichtigt werden.

Einleitung

Die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und –psychosomatik des Evangelischen Krankenhauses Alsterdorf (im Verbund mit dem Werner Otto Institut) hat in den vergangenen 14 Jahren ein innovatives, in Deutschland einzigartiges Behandlungskonzept für Kinder mit psychischen Störungen entwickelt, bei dem die Eltern mitaufgenommen und eng in Diagnostik und Therapie ihres Kindes einbezogen werden. Im Vergleich zur traditionellen Behandlung in vielen anderen Kliniken können im „intensivtherapeutischen Eltern-Kind-Setting“ (ein ähnliches Setting wird aktuell bundesweit in 38 Standorten mit durchschnittlich 7 Behandlungsplätzen angeboten) auch Kinder in den ersten Lebensjahren und behinderte bzw. chronisch kranke Kinder mit seelischen Störungen sowie Familien mit schweren Beziehungs- und Interaktionsstörungen erfolgreich behandelt werden.

Bedarf

Psychische Erkrankungen gehen häufig mit einer erheblichen Beeinträchtigung vieler Lebensbereiche einher und verursachen für die Erkrankten, ihre Familien und die gesamte Gesellschaft hohe Belastungen (Mattejat et al., 2003; Prince et al., 2007). Gemessen in DALY (Disability-adjusted life years, ein Maß für die Last der Erkrankung, das sowohl die Sterblichkeit, als auch die Beeinträchtigung des normalen, beschwerdefreien Lebens durch eine Erkrankung berücksichtigt), verursachen psychische und neurologische Erkrankungen in Europa im Vergleich zu anderen Erkrankungen die weitaus höchste Last: Bei Frauen waren sie im Jahr 2010 für 30.1%, bei Männern für 23.4% der gesamten Krankheitslast verantwortlich (Wittchen et al., 2011).

Auch die finanziellen Kosten für psychische Erkrankungen sind hoch: In Europa werden die direkten und indirekten Kosten auf 798 Billionen € geschätzt, für das Jahr 2030 wird mit einer Verdoppelung der Kosten gerechnet (Trautmann, Rehm, & Wittchen, 2016). Die „Global Burden of Disease Study 2010“ ermittelte, dass für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 0-25 Jahren psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen die Hauptursache für Beeinträchtigungen durch Krankheit bilden (Erskine et al., 2015). Viele psychische Erkrankungen des Erwachsenenalters weisen bereits Vorläufer in der Kindheit oder Adoleszenz auf: Etwa 50% aller psychischen Störungen beginnen vor dem 14. Lebensjahr, 75% vor dem 24. Lebensjahr (Kessler et al., 2005). In Europa sind jährlich etwa 165 Millionen Menschen von einer psychischen Erkrankung betroffen und es ist davon auszugehen, dass mehr als 50% der Bevölkerung in Ländern mit mittlerem und hohem Einkommen mindestens einmal im Leben eine psychische Erkrankung aufweisen (Wittchen, et al., 2011).

Vor diesem Hintergrund sind Ergebnisse von besonderer Relevanz, die nachweisen, dass insbesondere die frühinterventionelle Behandlung besonders günstige Kosten-Nutzen-Verhältnisse aufweisen (Zechmeister, Kilian, & McDaid, 2008). Die stationäre und teilstationäre Behandlung von psychisch kranken Kindern zusammen mit ihren Eltern stellt eine wirksame therapeutische/frühinterventionelle Maßnahme in diesem Zusammenhang dar. Erste Evaluationsergebnisse weisen auf eine gute Effektivität der Eltern-Kind-Behandlung hin (Krause, Rottger, Krauel, & Flechtner, 2018; Thomas, Abell, Webb, Avdagic, & Zimmer-Gembeck, 2017).

In den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), erstellt unter der Federführung der Fachgesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (DGKJP) für die Behandlung von psychischen Störungen von Säuglingen, Klein- und Vorschulkindern wird für die tagesklinische und stationäre Behandlung die Mitaufnahme der wichtigsten Bezugsperson als unerlässlich eingeschätzt (AWMF, 2015).

Während im Bereich der klassischen kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsangebote von der DGKJP aktuell eine ausreichende Ausstattung mit Behandlungsmöglichkeiten konstatiert wird, fehlen bisher für spezialisierte Eltern-Kind-Behandlungsangebote die erforderlichen Kapazitäten, die Wartelisten für die entsprechenden Behandlungsangebote sind lang, Wartezeiten von einem Jahr nicht selten (DGKJP, 2017).

Behandlungsangebot

In der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Ev. Krankenhaus Alsterdorf (EKA) im Verbund mit dem Werner-Otto-Institut werden seit 2005 Kinder im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter sowie Schulkinder zwischen 6 und 14 Jahren zusammen mit einem Elternteil stationär behandelt. In enger Kooperation mit dem Werner Otto Institut (Sozialpädiatrisches Zentrum nach § 119 SGB V) können auch psychische Störungen bei Kindern mit körperlichen und geistigen Behinderungen, chronischen somatischen Erkrankungen, tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (Autismus) oder Epilepsie behandelt werden. Sowohl auf den kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen (insgesamt 22 Plätze) als auch in der Tagesklinik wird regulär ein Elternteil als Begleitperson mit aufgenommen und in die Behandlung einbezogen, die gesamte kinder- und jugendpsychiatrische Klinik somit als Eltern-Kind-Klinik geführt.

Indikation

Die Indikation für die stationäre kinderpsychiatrische Behandlung wird im Rahmen einer ambulanten Diagnostik gestellt. Diese umfasst eine umfangreiche Anamneseerhebung, eine körperliche Untersuchung sowie eine Entwicklungsstandbestimmung des Kindes. Die Problematik des Kindes wird eingehend mit der Familie besprochen. Wichtig für die Aufnahme in der Eltern-Kind-Klinik ist die Bereitschaft eines Elternteils, das Kind während der Behandlung zu begleiten und sich aktiv am therapeutischen Prozess im Bereich des 2. Behandlungsfokus zu beteiligen.

Auf den Stationen werden vor allem Fütter- und Essstörungen (auch zur Sondenentwöhnung), schwere Schlafstörungen, komplexe Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen, Tic-Störungen, emotionale Störungen, Störungen des Sozialverhaltens und chronifizierte Ausscheidungsstörungen und Patienten mit chronifiziertem Schulabsentismus behandelt.

Behandlung

Die Behandlung wird multimodal durchgeführt und setzt sich aus kind-, beziehungs- und elternzentrierten Interventionen zusammen. Sie beinhaltet regelhaft eine umfassende kinderpsychiatrische, pädiatrische, neuropsychologische und psychotherapeutische Diagnostik. Der Einsatz psychotherapeutischer sowie (heil-)pädagogischer Maßnahmen richtet sich nach dem Entwicklungsstand und den besonderen Stärken und Schwächen des Kindes. Schulenübergreifend ergänzen sich unterschiedliche psychotherapeutische Verfahren aus der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologischen- und der systemischen Therapie. Die Therapie findet sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting statt. Des Weiteren wird in kleinen Gruppen mit den Kindern und in enger Zusammenarbeit mit den Eltern positives Verhalten im Alltag durch Soziales Kompetenztraining unterstützt. Eine Sozialberatung in Bezug auf Information über sozialrechtliche Leistungen und soziale Unterstützungsmöglichkeiten im Alltag trägt zum Transfer der Erfolge aus der Behandlung in den Alltag bei.

Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Psychomotorik, Kunsttherapie und Tanzpädagogik ergänzen dieses Angebot. Der begleitende Klinikschulunterricht stellt vor allem die schulischen Probleme in den Fokus und ermöglicht den Kindern, im Rahmen der Therapie wieder positive Erfahrungen mit der Schule zu sammeln. Ist eine medikamentöse Behandlung indiziert, wird diese vom zuständigen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie durchgeführt. Eine pädiatrische Sprechstunde, z.B. für Kinder mit Ausscheidungsstörungen, wird täglich angeboten. Von besonderer Bedeutung ist der vom Pflege- und Erziehungsdienst gestaltete Alltag, der milieuthérapeutisch das Kind sowohl in Interaktionen mit anderen Kindern als auch mit seinen Eltern begleitet und unterstützt. Jedes Kind hat eine feste Bezugsperson aus dem Pflege- und Erziehungsdienst (Bezugspflege).

Da sich Interaktionsstörungen zwischen Eltern und Kind und psychische Störungen auf Kindebene gegenseitig bedingen, kann nur die gemeinsame Behandlung zu nachhaltigem Erfolg führen. Weitere Familienmitglieder und wichtige Bezugspersonen werden, soweit möglich, ebenfalls in die Behandlung mit einbezogen. In hochfrequent angebotenen psychotherapeutischen, z.T. videogestützten Gesprächen reflektieren die Eltern Interaktions- und Beziehungsprobleme mit dem Kind, können aber auch eigene damit in Zusammenhang stehende psychische Belastungen und Schwierigkeiten therapeutisch bearbeiten. Zur Abstimmung des therapeutischen Vorgehens finden mehrmals wöchentlich Team- und Fallbesprechungen des gesamten interdisziplinären Teams statt, einmal wöchentlich erfolgt eine Kurvenvisite durch die leitende Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und die leitende Psychologin. Im Rahmen der Netzwerkarbeit wird Kontakt zu Kindergärten, Schulen, ambulanten Therapeuten und der Jugendhilfe aufgenommen. Bei Bedarf finden noch während der stationären Behandlung Runde Tische mit allen beteiligten Stellen statt. Eltern und einweisender Arzt erhalten einen umfassenden Bericht über die durchgeführte Diagnostik und Therapie.

Behandlungsteams

Die Behandlungsteams der drei Stationen setzen sich aus Kinderpsychiatern und -psychotherapeuten, Sozialpädagogen, Kliniklehrern, (Kinder-) Krankenpflegern, Heilpädagogen, Erziehern und Fachtherapeuten (Logopädie, Psychomotorik, Ergo-, Physio-, Kunst-, Tanztherapie) zusammen. Die Kinder- und Jugendärzte aus dem Werner Otto Institut werden bei pädiatrischen Fragestellungen niederschwellig hinzugezogen.

Behandelte Patienten

In der Abteilung für Kinder und Jugendpsychiatrie des Ev. Krankenhauses Alsterdorf ist das Alter der behandelten Patienten deutlich geringer als im Durchschnitt der Kliniken für KJPPP((AGWL LEISTUNGSBENCHMARKING PSYCHIATRIE & PSYCHOSOMATIK: Analysen 2018) (6,6 vs. 14,4 Jahre), die Verweildauer um 24 % kürzer (31,7 vs. 41,6 Tage), der Anteil der Patienten ohne Nebendiagnosen mit -55 % deutlich geringer (14,3% vs. 31,9%) und es werden pro Fall deutlich mehr Therapieeinheiten durchgeführt (+21 % Therapieeinheiten durch Arzt/Psychologe(48,55 TE vs. 40,24 TE); +51 % Therapieeinheiten durch Spezialtherapeuten 185,19 TE vs. 122,25 TE). Die Zahlen für das Jahr 2018 belegen damit, dass die behandelten Patienten jünger und, gemessen am Anteil der Patienten mit Nebendiagnosen, schwerer krank waren als Patienten in stationärer KJP-Behandlung im Durchschnitt, diese Patienten zusammen mit ihren Eltern haben in kürzerer Behandlungsdauer mehr Therapieeinheiten erhalten als in stationärer KJP-Behandlung im Durchschnitt.

Kosten für die Behandlung

Von den Kostenträgern werden bisher für Begleitern auf den Stationen keine Kosten übernommen. Gegenüber der klassischen stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung, die den Einbezug der Eltern in Form ambulanter Gespräche vorsieht (beispielsweise Eltern- und Familiengespräche, Elternabende und pädagogische Angebote), findet sich im intensivtherapeutischen Eltern-Kind-Setting ein erhöhter stationärer bzw. teilstationärer Ressourcenverbrauch in der gemeinsamen Behandlung von Eltern und Kindern bedingt durch eine weitaus intensivere Elternarbeit und Interaktionsarbeit. Über die klassische Elternarbeit hinausgehend findet eine intensivere therapeutische Arbeit sowie engmaschige milieuthérapeutische Anleitung im Alltag statt. Hinzu kommt, dass auch die Kosten für Wohnen und

Verpflegung der Begleiteltern von den Kostenträgern aktuell nicht übernommen werden, sondern zu Lasten der therapeutischen Einrichtung laufen.

Einer unveröffentlichten Erhebung der Universität Magdeburg zufolge (Göck, Röttger: Bundesweite Erhebung der kinderpsychiatrischen Eltern-Kind-Stationen und –Tageskliniken), bieten aktuell 38 Kliniken ein Eltern-Kind-Setting an, zumeist in kleinen Einheiten von durchschnittlich 7 Plätzen. Alle Einrichtungen stellen übereinstimmend fest, dass die Finanzierung dieses intensivtherapeutischen Konzepts durch die Kostensätze für die Behandlung der Kinder nicht abgedeckt wird.

Um eine Weiterführung dieses effizienten Behandlungsangebots zu gewährleisten, sollte von Seiten der Kostenträger zumindest eine Kostendeckung zugesichert werden.

Literatur

AWMF. (2015). S2k-Leitlinie 028/041 – Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter aktueller Stand: 09/2015

DGKJP (Producer). (2017). Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie zum Report des UN-Sonderberichterstatters vom 28.03.2017 für die General Assembly (UN).

Erskine, H. E., Moffitt, T. E., Copeland, W. E., Costello, E. J., Ferrari, A. J., Patton, G., . . . Scott, J. G. (2015). A heavy burden on young minds: the global burden of mental and substance use disorders in children and youth. [Article]. *Psychological Medicine*, 45(7), 1551-1563. doi: 10.1017/s0033291714002888

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication.[see comment][erratum appears in *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jul;62(7):768 Note: Merikangas, Kathleen R [added]]. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.

Krause, S., Rottger, U., Krauel, K., & Flechtner, H. H. (2018). Efficacy of a Parent-Child Psychiatric Unit Under Clinical Routine Conditions. *Kindheit und Entwicklung*, 27(1), 43-53. doi: 10.1026/0942-5403/a000243

Mattejat, F., Simon, B., König, U., Quaschner, K., Barchewitz, C., Felbel, D., . . . Remschmidt, H. (2003). Quality of life in children and adolescents with psychiatric disorders - Results of the first multicenter-Study with the ILK. [Editorial Material]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 31(4), 293-303. doi: 10.1024//1422-4917.31.4.293

Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *The Lancet*, 370(9590), 859-877. doi: 10.1016/s0140-6736(07)61238-0

Thomas, R., Abell, B., Webb, H. J., Avdagic, E., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2017). Parent-Child Interaction Therapy: A Meta-analysis. [Article]. *Pediatrics*, 140(3). doi: e20170352
10.1542/peds.2017-0352

Trautmann, S., Rehm, J., & Wittchen, H. U. (2016). The economic costs of mental disorders: Do our societies react appropriately to the burden of mental disorders? [Editorial Material]. *Embo Reports*, 17(9), 1245-1249. doi: 10.15252/embr.201642951

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jonsson, B., . . . Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. [Article]. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679. doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018

Zechmeister, I., Kilian, R., & McDaid, D. (2008). Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations. *Bmc Public Health*, 8. doi: 20

10.1186/1471-2458-8-20

Lösungsvorschlag

Zur angemessenen Refinanzierung eines voll- und teilstationären „intensivtherapeutischen

Eltern-Kind-Setting“ in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte eine Ermittlung der beschriebenen Kostentrenner mit z. B. der Etablierung eines Zusatzentgeltes durch Aufforderung des DIMDI zur Installation entsprechender ICD- bzw. OPS-Kodes vorgenommen werden.

Der bereits vorhandene OPS 9-686 (Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen) erzeugt bisher durch die vorhandenen Algorithmen bedingt keine Erhöhung der PEPP Bewertungsrelationen pro Tag.

Hier könnte unseres Erachtens für das voll- und teilstationäre „intensivtherapeutische Eltern-Kind-Setting“ eine erlösbezogene Differenzierung und Anpassung an den medizinisch notwendigen Ressourcenverbrauch erfolgen.

Vorschlags-Nr. **P2000014**

Vorschlagender **Heinrich Sengelmann Kliniken gGmbH**



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 personenintensiv ist.

Lösungsvorschlag

Vorschlag:

Da bisher in der Vergangenheit(s. PEPP-Vorschlagsverfahren 2014 mit Vorschlag P1400060) damals keine entsprechenden spezifischen Leistungsbezeichner (z.B. ICD- bzw. OPS-Kodes) in den Kalkulationsdaten des Jahres 2012 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.

P2000015

Vorschlagender **Heinrich Sengelmann Kliniken gGmbH**



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, freien Angeboten der Fachtherapien teilzunehmen. Dieses erfordert eine Ressourcenaufwendung, die über die üblichen hinausgeht.

Lösungsvorschlag

Da bisher in der Vergangenheit(s. PEPP-Vorschlagsverfahren 2014 mit Vorschlag P1400058) damals keine entsprechenden spezifischen Leistungsbezeichner (z.B. ICD- bzw. OPS-Kodes) in den Kalkulationsdaten des Jahres 2012 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. **P2000016**

Vorschlagender **Heinrich Sengelmann Kliniken gGmbH**



Problemstellung

Die Gartentherapie 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) damals keine entsprechenden spezifischen Leistungsbezeichner (z.B. ICD- bzw. OPS-Kodes) in den Kalkulationsdaten des Jahres 2012 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. **P2000018**

Vorschlagender **AOK RH**



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.

Problemstellung

In der Klinik für Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters in Aachen werden Patienten aus allen Altersgruppen bis zum 18. Lebensjahr behandelt.

Bei etwa jedem dritten Kind ergibt sich der Verdacht, dass eine Gefährdung des Kindeswohls durch Vernachlässigung oder Misshandlung oder Missbrauch vorliegt (Anhang 1 Vortrag Fegert 2018). Die relative Häufigkeit in unserem Patientengut ist so hoch aus verschiedenen Gründen: Die Eltern psychisch erkrankter Kinder sind durch die Erkrankung des Kindes selbst hochbelastet. Häufig spiegelt die Erkrankung des Kindes auch eine dysfunktionale, über mehrere Generationen weiter gegebene Eltern-Kind-Interaktion wieder (Anhang 2 z.B. Publikation Dahmen 2019). Auch eine psychische Erkrankung der Eltern selbst spielt eine große Rolle. Gerade bei unseren Patienten im Säuglings- und Kleinkindalter mit Entwicklungs-, emotionalen und Verhaltensstörungen sind die Eltern häufig überfordert. Immer wieder sind auch mehrere Kinder einer Familie betroffen.

Der Verdacht auf eine Gefährdung des Kindeswohls bzw. der Kindesgesundheit löst eine aufwendige Abfolge interdisziplinärer und fachgruppenübergreifender diagnostischer Maßnahmen unter Nutzung spezifischer Werkzeuge aus, die durch den OPS Code 1-945 zusammengefasst werden. Abhängig davon, ob und welche psychosozialen und interdisziplinären Behandlungsmaßnahmen neben der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung und der Einbindung der Jugendhilfe eine protokollierte Fallkonferenz aller Beteiligten notwendig erscheinen lassen, kann der OPS Code 1-945.0 (ohne weitere Maßnahmen) oder der OPS Code 1-945.1 (mit Durchführung von mindestens einer spezifisch protokollierten Fallkonferenz) verschlüsselt werden.

Die spezifische mehrdimensionale Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung des Kindeswohls stellt einen erheblichen Zusatzaufwand dar, der zurzeit im PEPP-Katalog nicht abgebildet ist. Im DRG Katalog hingegen wird diesem Aufwand seit 2018 erlöswirksam durch die Etablierung des unbewerteten Zusatzentgeltes 2018-152 bzw. 2019-152 Rechnung getragen:

ZE2019-152 Mehrdimensionale pädiatrische Diagnostik; OPS 1-945

ZE2019-152.01 ohne weiteren Maßnahmen, OPS 1-945.0

ZE2019-152.02 mit Durchführung von mindestens einer spezifisch protokollierten Fallkonferenz, OPS 1-945.1

Lösungsvorschlag

Wir schlagen vor, das Zusatzentgelt ZE2019-152 analog zum DRG Katalog in den PEPP-Katalog zu übernehmen.

Wir empfehlen die Benennung zu ändern auf „Mehrdimensionale Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindesgesundheit“. Insbesondere das Wort pädiatrisch empfehlen wir zu streichen, da es sich nicht nur um eine pädiatrische, sondern bei Übertragung auf die Kinder- und Jugend-Psychiatrie und – Psychosomatik kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik handelt.

Problemstellung

Von den verschiedenen klinisch relevanten neuroleptischen Wirkstoffen, die als Depot-Präparat über eine intramuskuläre Applikation angewendet werden können, hat bisher lediglich Paliperidon einen eigenen OPS und ist auch der einzige Wirkstoff, der als Zusatzentgelt außerhalb der PEPP-Entgelte vergütet werden kann. Im Abschlussbericht zum PEPP-System weist das InEK darauf hin, dass „für die Einführung weiterer medikamentenspezifischer Zusatzentgelte auch eine fachliche Bewertung erforderlich“ sei. Diese habe jedoch auch für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems 2019 nicht vorgelegen, daher seien keine Veränderungen bei den Zusatzentgelten für Depot-Neuroleptika vorgenommen worden [Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) für das Jahr 2019, Seite 21]. Laut InEK stelle sich in den ergänzenden Datenerhebungen zu den Medikamentenkosten das Paliperidon auch als das kostenauffälligste und am häufigsten verwendete Depot-Antipsychotikum dar.

Auch wenn sich in den Kostendaten lediglich für Paliperidon aus InEK-Sicht ein hinreichender Fallkostenunterschied für die Abbildung als medikamentenbezogenes Zusatzentgelt ergibt, bedeutet die alleinige Vergütung eines einzigen Wirkstoffes aus einer Gruppe mit vergleichbarer Indikation und Anwendung als Zusatzentgelt eine Schieflage.

Denn abgesehen von Anreiz- und Wettbewerbsaspekten, die bei Medikamenten mit der Ausweisung als Zusatzentgelt verbunden sind, werden die Kosten für alle anderen neuroleptischen Depot-Präparate in die betroffene PEPP eingerechnet. Da ausgehend von der Indikation für diese Präparate überwiegend Patienten der Basis-PEPP PA03 betroffen sind, werden die für diese PEPP ermittelten Kosten durch die nicht als Zusatzentgelt ausgewiesenen Depot-Neuroleptika beeinflusst. Kliniken, die den für eine Depot-Neuroleptika-Therapie indizierten Patienten Paliperidon verabreichen, erhalten dennoch die gleiche PEPP-Vergütung, wie diejenigen, die ein anderes Präparat verwenden und dieses aus dem PEPP-Erlös finanzieren müssen. Für Paliperidon-Patienten erhalten Kliniken somit auch den Vergütungsanteil, der für nicht zusatzentgeltrelevante Depot-Präparate in der PEPP enthalten ist. Auch wenn dieser Anteil sehr klein sein sollte, machte es aus fachlicher Sicht, zur Verminderung von Fehlanreizen sowie Aspekten der Abrechnung und des Wettbewerbs Sinn, alle hinsichtlich Indikation und Anwendung vergleichbaren Medikamente auch gleich zu behandeln.

Es stellt sich zudem die Frage, ob es überhaupt erwünscht ist, dass medikamentöse Therapie – im Gegensatz beispielsweise zu Psychotherapie – als Zusatzentgelt vergütet wird. Aufgrund der Indikation für eine neuroleptische Therapie finden sich die meisten Fälle und damit Kosten für Depot-Neuroleptika überwiegend in der Basis-PEPP PEPP PA03 und könnte dort auch differenziert werden, wenn der dem DIMDI vorliegenden Vorschlag für Einführung von OPS für weitere Depot-Neuroleptika umgesetzt wird.

Lösungsvorschlag

Abschaffung des Zusatzentgeltes für Paliperidon und Prüfung einer möglichen Kostentrennung in der PA03

Problemstellung

Zahlreiche Studien belegen die Effektivität von familienbasierten Behandlungsmodulen bei verschiedenen Patientengruppen, z.B. bei ADHS, oppositionellem Trotzverhalten und Störung des Sozialverhaltens, Autismus-Spektrumstörungen und emotionalen Störungen, wie Angst und Depression im Kindes- und Jugendalter. Für Kinder im Vorschulalter mit disruptiven Verhaltensstörungen werden Elterntrainingsprogramme, die direkt mit den Eltern zusammenarbeiten, sogar als „First-Line-Treatment“-Konzept betrachtet. Kinder aus Familien mit psychisch kranken Elternteilen profitieren allerdings weniger von ambulanten Elterntrainingsprogrammen als Kinder aus Familien ohne entsprechende Probleme. Nicht selten treten kindliche und elterliche psychische Erkrankungen gleichzeitig auf und bedingen sich gegenseitig, so dass eine gemeinsame stationäre Behandlung notwendig wird. Erste Studienergebnisse belegen den nachhaltigen Therapieerfolg der gemeinsamen Behandlung von Eltern und Kindern in ausgewählten Situationen.

Zur Umsetzung des im Anhang detailliert dargestellten Therapiekonzeptes wurde in der Kinder-Jugend-Psychiatrie im Universitätsklinikum Aachen im Frühjahr 2018 eine Eltern-Kind-Station eröffnet. Die Station bietet ein stationäres therapeutisches Angebot für 5 Eltern-Kind-Paare (Kinder bis zum Alter von 8 Jahren) sowie ein weiteres teilstationäres Angebot für 2 Eltern-Kind-Paare.

Aktuell werden die Elternteile gemäß der Fallpauschalenverordnung als Begleitpersonen ohne Berechnung stationär zusammen mit den Kindern aufgenommen. Gleichwohl werden sie diagnostischen Verfahren (z.B. Screening, strukturierte Videodiagnostik) unterzogen und nehmen täglich an Gruppen- und Einzeltherapiesitzungen durch Ärzte, Psychologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Heilpädagogen etc. teil (siehe Wochenpläne in Anhang 4). Die Einzel- und Gruppentherapien der Eltern werden zur Zeit nicht kodiert. Die Behandlung verfolgt vorwiegend einen verhaltenstherapeutischen und interaktionszentrierten Ansatz.

Die Eltern-Kind-Behandlung wird mit dem OPS Code 9-68 (Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen) in Verbindung mit einem OPS aus der Gruppe 9-696* zur Beschreibung der Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche dokumentiert. Beide OPS Codes weisen einen hohen, objektivierbaren Differenzierungsgrad auf (siehe Anhang 2, OPS Definition DIMDI 2019), wobei zu beachten ist, dass die Gruppentherapiecodes 9-696.6 bis 9.696.8, die 2018 noch eine Dokumentation der Gruppentherapien möglich machten, in der Katalogversion 2019 gestrichen sind (siehe Anhang 5: Änderungen OPS Code 2018 nach 2019)

Die Eltern-Kind-Behandlung wird derzeit unabhängig von der Anzahl der Behandlungseinheiten pro Woche weder in der Zuordnung zu einer PEPP in der Strukturkategorie PKJ (Kinder-Jugendpsychiatrie vollstationär) noch in Form eines Zusatzentgeltes oder Ergänzenden Tagesentgeltes berücksichtigt.

Zu den PEPP-Kennzahlen von 17 Kindern, die im Jahr 2018 zusammen mit einem Elternteil und mindestens 16 Tage auf der Eltern-Kind-Station behandelt wurden, verweisen wir auf Anhang 3;. Entsprechend der im Konzept geschilderten Behandlungsschwerpunkte wurden die behandelten Kinder in die PEPP Gruppen PK04 (Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen), PK14 (Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen), - hier wegen des Alters jünger als 8 Jahre fast immer in die PEPP PK14A - und vereinzelt in die PK01 (Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen und andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend) eingruppiert.

Die Vergütung der Behandlung in der derzeitigen PEPP Struktur ist für alle o.g. Gruppen defizitär. Im Jahr 2018 lag das durchschnittliche Defizit pro Patient und Tag im Universitätsklinikum Aachen bei durchschnittlich 466 Euro. Dementsprechend liegt die Untergruppe für die kalkulierte Gruppe von 17 Patienten bei 16.340 €. Dieses Defizit erwächst nicht nur aus der fehlenden Abbildung des mitbehandelten Erwachsenen bzw. der Interaktionsbehandlung, sondern auch aus Aufwendungen in der Behandlung des Kindes, die durch die PEPP nicht abgedeckt werden. Zur differenzierten Kalkulation verweisen wir auf Anhang 4; die Kalkulation wurde an einer Musterpopulation von 17 Patienten mit einer Behandlungsdauer von mehr als 15 Tagen und Mitbehandlung eines Elternteils und basierend auf dem Behandlungskonzept vorgenommen. Nicht berücksichtigt wurden Überlieger, Therapieabbrecher und Sonderkonstellationen.

Nach unserem Kenntnisstand stellt sich die Situation in anderen kinder-jugend-psychiatrischen Kliniken, die eine Eltern-Kind-Behandlung anbieten, ähnlich dar, so dass die wenigen Kliniken in Deutschland, die eine Eltern-Kind-Behandlung bislang angeboten haben, inzwischen das Therapiekonzept trotz der vorweisbaren inhaltlichen Erfolge aus ökonomischen Gründen wieder verlassen. Unter anderem sei auf die Antragsstellung aus einer anderen Klinik bereits im Jahr 2017 (Antrag Nr. 04) verwiesen.

Lösungsvorschlag

Alternative A: Unbewertete PEPP für Eltern-Kind-Behandlung in der Strukturkategorie PKJ
Auslösendes Kriterium für die PEPP wären die OPS Codes 9-68 und 9-696* Es könnte eine neue Misch-PEPP unabhängig von der Hauptdiagnose sein, es könnten aber auch drei PEPP mit Beibehaltung der Primärgruppierung über die Hauptdiagnose sein, nämlich PK01 , PK04C und PK14C sein.

Alternative B: Unbewertetes Zusatzentgelt für die Eltern-Kind-Behandlung
In Anlehnung an die OPS Kombination 9-68 und 9-696* wäre ein Zusatzentgelt pro Behandlungswoche – kumulativ für alle Therapiebereiche aus der Gruppe 9-696- nahe liegend.

Problemstellung

Wie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch kommt es unter bestimmten Bedingungen in der Pädiatrischen Psychosomatik vor, dass die Patienten etwas älter sind als 18 Jahre. Das ist in den zugehörigen Prozeduren 9-66 oder 9-67 auch so vorgesehen („Dieser Kode ist für die Behandlung von Patienten anzuwenden, die bei stationärer Aufnahme das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (bei deutlichen Entwicklungsdefiziten auch für Heranwachsende bis zum vollendeten 21. Lebensjahr“). Bei dem Fachabteilungsschlüssel der betroffenen Kinderklinik (Fachabteilungsschlüssel 3110, damit SKPKJ-V1) rutscht ein Patient über 18 Jahre trotz Kodierung der Kinder-OPS-Kodes (SKPKJ-V0) automatisch in die Strukturkategorie der Erwachsenen-Psychosomatik, was nicht gewollt sein kann (siehe PEPP Def.-Handbuch).

Ziel ist es, dass Patienten der KJP und Kinder-Psychosomatik, die an Kinderkliniken unter Leitung eines Facharztes für KJP analog der zugehörigen OPS-Prozedur bis 21 Jahre behandelt werden auch in der Strukturkategorie KJP eingeordnet werden.

Lösungsvorschlag

Wir bitten Sie zu prüfen, ob man in der Entscheidungslogik für die Strukturkategorie KJP das Alter von 18 Jahre auf 21 Jahre anheben kann oder eventuell den Fachabteilungsschlüssels 3110 in die Liste SKPKJ-V2 aufnimmt