

InEK

Abschlussbericht

Weiterentwicklung des
pauschalierenden
Entgeltsystems für Psychiatrie
und Psychosomatik (PEPP)
für das Jahr 2015

Siegburg, den 18. Dezember 2014

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
Auf dem Seidenberg 3
53721 Siegburg
Telefon 0 22 41 - 93 82 - 0
Fax 0 22 41 - 93 82 - 36

Inhaltsverzeichnis

	Seite
VORWORT	1
1 EINFÜHRUNG.....	2
2 VEREINBARUNG DER SELBSTVERWALTUNG VOM 1. APRIL 2014.....	5
2.1 Einführung Ergänzender Tagesentgelte (ET)	5
2.2 Berücksichtigung des Entlassungs- bzw. Verlegungstages als Berechnungstag	6
2.3 Abschaffung der bisherigen Vergütungsstufen und Bildung von Vergütungsklassen aller Fälle einer PEPP mit gleicher Aufenthaltsdauer	6
2.4 Beauftragung des InEK zur Beteiligung an der Weiterentwicklung der Leistungsdokumentation	7
3 METHODIK	8
3.1 Datenerhebung	8
3.1.1 Grundsätze der Kalkulation	8
3.1.2 Datenerhebung.....	9
3.2 Datenaufbereitung.....	14
3.2.1 Fallzusammenführung.....	14
3.2.2 Bereinigungen und Korrekturen	15
3.2.3 Ergänzende Datenbereitstellung	18
3.2.4 Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen.....	20
3.2.5 Datenausschluss	22
3.2.6 Kalkulationsmethode für die Ergänzenden Tagesentgelte (ET)	25
3.3 Berechnung der Bewertungsrelationen	26
3.3.1 Überblick.....	26
3.3.2 Glättungsverfahren.....	27
3.3.3 Adjustierung.....	30
3.3.4 Sonderkonstellationen.....	31
3.3.5 Vergütungsklassen.....	32
3.3.6 Normierung der Bewertungsrelationen	33
4 PEPP-ENTGELTSYSTEM 2015.....	34
4.1 Entwicklung der PEPP-Klassifikation: Vorgehensweise und Ergebnisse	34
4.1.1 Ausgangssituation	34
4.1.2 Tagesbezug und Gültigkeitsdauer von Merkmalen.....	35
4.1.3 Grundlagen der PEPP-Klassifikation	37
4.1.3.1 Strukturkategorien	37
4.1.3.2 Basis-PEPP	39
4.1.3.3 Differenzierung in die PEPP	41

4.1.3.4	PEPP teilstationär	41
4.1.3.5	Prä-PEPP	43
4.1.3.6	Fehler-PEPP	46
4.1.3.7	„Reste“-PEPP	47
4.1.4	Zusatzentgelte	48
4.1.5	Besonderheiten des PEPP-Definitionshandbuchs	50
4.1.6	Erweiterung des Groupers um die Ausgabe ergänzender Tagesentgelte	50
4.1.7	Vorschlagsverfahren	51
4.1.7.1	Hintergrund	51
4.1.7.2	Grundzüge des Verfahrens	52
4.1.7.3	Beteiligung	53
4.1.7.4	Bewertung und Berücksichtigung der Vorschläge.....	54
4.1.7.5	Veröffentlichung der Vorschläge	56
4.2	Systematische Analysen und Ergebnisse	57
4.2.1	Grundlagen.....	57
4.2.2	Diagnosen- und Prozedurenklassifikation	58
4.2.3	Ergänzende Datenbereitstellung	58
4.2.4	Analysen und Ergebnisse zu Prozedurenkodes	59
4.2.4.1	OPS-Kodes Psychiatrie / Psychosomatik.....	59
4.2.4.2	„Therapieeinheiten-Kodes“ OPS 9-60 bis OPS 9-63.....	60
4.2.4.3	Therapieintensität	61
4.2.4.4	Intensivbehandlung Erwachsene (9-61)	63
4.2.4.5	1:1-Betreuung und kriseninterventionelle Behandlung bei Erwachsenen.....	65
4.2.4.6	Kleinstgruppe/Einzelbetreuung bei Kindern und Jugendlichen (OPS 9-67 [bis 2014] bzw. OPS 9-693 [ab 2015])	67
4.2.4.7	Kriseninterventionelle Behandlung bei Kindern und Jugendlichen (OPS 9-690).....	69
4.2.4.8	Mutter/Vater-Kind- (OPS 9-643) und Eltern-Kind-Setting (OPS 9-68)	69
4.2.4.9	Zusammenfassung der Weiterentwicklungen im Bereich der Prozeduren	69
4.2.5	Weiterentwicklung im Bereich Sucht.....	70
4.2.5.1	Hochaufwendige Suchtformen	71
4.2.5.2	Multipler Substanzgebrauch	72
4.2.5.3	Qualifizierte Entzugsbehandlung.....	73
4.2.5.4	Stimulanzen	74
4.2.5.5	Sucht als Nebendiagnose.....	74
4.2.6	Diagnosebezogene Analysen und Ergebnisse	75
4.2.7	Differenzierung nach Alter	77

5 FAZIT	78
5.1 Bisherige Kritik am PEPP-Entgeltsystem	78
5.2 Degression: Hintergründe und Weiterentwicklung für 2015.....	78
5.3 Verbesserte Berücksichtigung des tatsächlichen Behandlungsaufwands im Verlauf durch Ergänzende Tagesentgelte	79
5.4 Kritische Überprüfung aller PEPP-Definitionskriterien	80
5.5 Weiterbestehende grundsätzliche Kritikpunkte	81
5.6 Zusammenfassende Einschätzung	81
6 PERSPEKTIVEN DER WEITERENTWICKLUNG	83
ANHANG	84

ABKÜRZUNGEN

Abs.	Absatz
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BI-Modell	Betreuungsintensitätsmodell
BMI	Body-Mass-Index
BPEPP	Basis-PEPP
BPfIV	Bundespflegegesetzverordnung
CCL	Complication or Comorbidity Level; Schweregrad einer Komplikation oder Komorbidität
CCL	Complication or Comorbidity Level; Schweregrad einer Komplikation oder Komorbidität
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKR-Psych	Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik
EKT	Elektrokrampftherapie
ET	Ergänzende Tagesentgelte
ggf.	gegebenenfalls
gem.	gemäß
ICD	International Classification of Diseases; Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Ausgabe für die Zwecke des SGB V
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
i.v.	intravenös
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KIS	Krankenhausinformationssystem
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
OPS	Operationsschlüssel nach § 301 SGB V basierend auf der Internationalen Klassifikation der Prozeduren in der Medizin
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie/Psychosomatik (die Abkürzung wird sowohl für das Entgeltsystem im Allgemeinen als auch für Fallgruppen verwendet)

PEPPV	Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (in den Jahren 2012 und 2013 „Verordnung“ statt „Vereinbarung“)
PRE	Prä-Strukturkategorie zur übergreifenden Abbildung besonders aufwendiger Behandlungen
PSO	Psychosomatische Behandlungen
PSY	Psychiatrische Behandlung Erwachsener
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung
Psych-PV-Kodes	OPS-Kodes aus der Gruppe Behandlung in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen
PT	Pflegetage
QE	Qualifizierte Entzugsbehandlung
SK	Strukturkategorie
TE	Therapieeinheiten
TE-Kodes	OPS-Kodes aus der Gruppe Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen
u.a.	unter anderem
v.a.	vor allem
vgl.	vergleiche
VWD	Verweildauer
z.B.	zum Beispiel
ZE	Zusatzentgelt
ZP	Zusatzentgelt in der Psychiatrie und Psychosomatik

Vorwort

Mit dem vorliegenden Bericht veröffentlicht das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) nähere Einzelheiten zur Vorgehensweise bei der Weiterentwicklung des durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) gem. § 17d Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Auch in diesem Jahr wird der Abschlussbericht um einen PEPP-Browser mit den Kalkulationsergebnissen und den wichtigsten statistischen Kennzahlen ergänzt. Der Report-Browser wird auf der Internetseite des InEK Anfang 2015 zur Verfügung gestellt.

Den 91 Krankenhäusern, die freiwillig tagesbezogene Kostendaten für die Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems zur Verfügung gestellt haben, sei an dieser Stelle für ihr großes Engagement gedankt. Diese Zusammenarbeit ermöglichte es dem InEK, das pauschalierende Entgeltsystem für 2015 weiterzuentwickeln. Darüber hinaus konnten der Kalkulationsablauf und der Kommunikationsprozess mit den Teilnehmern an der Kalkulation vertieft und den Krankenhäusern weiteres Verbesserungspotential hinsichtlich Dokumentation und Kostenrechnung frühzeitig aufgezeigt werden. Dadurch konnte die Datenqualität dieser Kalkulationsrunde wiederum deutlich gesteigert werden.

Einen weiteren wichtigen Baustein für die Entwicklung lieferten Fachgesellschaften, Verbände, Experten und Einzelpersonen aus Krankenhäusern und Krankenkassen, die sich konstruktiv am PEPP-Vorschlagsverfahren beteiligt haben.

Die Mitarbeiter von Krankenhäusern und Krankenkassen sowie sonstiger Beteiligter in der stationären Versorgung psychisch kranker Menschen bleiben weiterhin aufgefordert, aktiv zur Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems beizutragen. Dies gilt insbesondere für die Mitarbeiter aus Einrichtungen, die besondere Patientengruppen behandeln und deshalb auf notwendige Änderungen hinweisen. Psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Fachgesellschaften sind weiterhin aufgerufen, durch konstruktive Anregungen im Rahmen des Vorschlagsverfahrens sowie durch aktive Beteiligung bei der (Weiter-)Entwicklung von Leistungsbezeichnungen (z.B. OPS-Kodes) am Entwicklungsprozess teilzunehmen.

Für die Mitarbeiter der InEK GmbH

Dr. Frank Heimig
Geschäftsführer

Christian Jacobs
*Abteilungsleiter
Medizin*

Dr. Michael Rabenschlag
*Abteilungsleiter
Ökonomie*

Mathias Rusert
*Abteilungsleiter EDV
und Statistik*

Siegburg, im Dezember 2014

1 Einführung

Der vorliegende Abschlussbericht beschreibt Grundlagen, Verfahrensweisen und Ergebnisse der Entwicklung des PEPP-Entgeltsystems für das Jahr 2015. Der Bericht wendet sich an die interessierte Fachöffentlichkeit und soll einen Beitrag dazu leisten, die der Entwicklung zugrunde liegende Vorgehensweise transparent zu machen und das Verständnis über Zusammenhänge im PEPP-Entgeltsystem zu fördern.

Die gesetzliche Grundlage für die Einführung eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) in Deutschland wurde durch die „Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d KHG (Psych-Entgeltsystem)“¹ vom 30. November 2009 ergänzt. Weitere konkrete Regelungen und Schritte für die Einführung des Systems enthält das Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen vom 21. Juli 2012.

Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems startete zum 1. Januar 2013 zunächst auf freiwilliger Basis, indem interessierten Einrichtungen die Möglichkeit eingeräumt wurde, ihre Leistungen unter den Regelungen des PEPP-Entgeltsystems abzurechnen („Optionsmodell“). Dabei galt für die teilnehmenden Krankenhäuser der Grundsatz der Budgetneutralität, d.h. die auf Basis der bisherigen Regelungen der BpflV unter Anwendung der Psych-PV ermittelten Budgets wurden mittels der PEPP-Entgelte in Form von Abschlagszahlungen an die optierenden Krankenhäuser ausgezahlt. Diese Optionsphase wurde im Juli 2014 nochmals um zwei Jahre verlängert.

Nach aktueller Gesetzeslage wird im Jahr 2017 die Anwendung der PEPP-Abrechnungsbestimmungen bei fortgeltender Budgetneutralität für Krankenhäuser verbindlich. Die Jahre 2017 und 2018 sind als Übergangszeitraum konzipiert, um den Beteiligten die Gestaltung eines planvollen und strukturierten Übergangs zu ermöglichen. Ab dem 1. Januar 2019 wird die Umverteilungswirkung des PEPP-Entgeltsystems schrittweise zugelassen (Konvergenzphase), indem die Krankenhausbudgets gegen einen einheitlichen Basisentgeltwert auf Landesebene konvergieren.

Im Rahmen der Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen hat der Gesetzgeber den Selbstverwaltungspartnern nach § 17d KHG – das sind der GKV-Spitzenverband, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) – bestimmte Aufgaben übertragen.

¹ Die „Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d KHG (Psych-Entgeltsystem)“ wurde am 30. November 2009 zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin, sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Köln, gemeinsam und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., Berlin, geschlossen.

Bei ihrer Aufgabenwahrnehmung werden die Selbstverwaltungspartner durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) unterstützt. Weitere wesentliche Aufgaben des InEK in diesem Zusammenhang umfassen die Erstellung der Definitionshandbücher und Grupper-Spezifikationen sowie die Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien im Bereich Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych).

Das PEPP-Entgeltsystem ist als lernendes System angelegt (siehe Abb. 1). Veränderungen in der Zusammensetzung der Patientengruppen, für die das System entwickelt ist, neue Behandlungsmethoden oder Kostenentwicklungen beeinflussen die Datengrundlage. Zusätzlich werden über das Vorschlagsverfahren der fachliche Sachverstand und die Erfahrungen der Anwender in die Weiterentwicklung des Systems eingebunden.

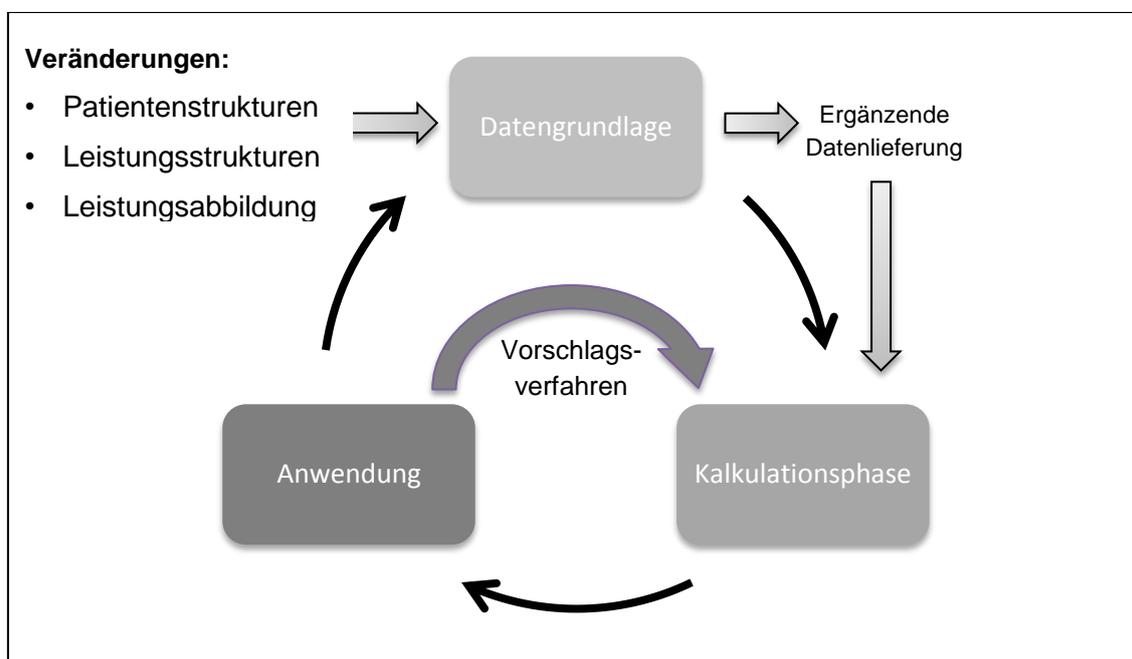


Abbildung 1: Lernendes System: Erfahrungen aus der Anwendung fließen in die Kalkulation ein

Dies setzt allerdings voraus, dass in regelmäßigen Abständen aktualisierte Daten über das medizinische Leistungsgeschehen und die Kosten der Behandlung zur Verfügung stehen. In Deutschland werden zu diesem Zweck in einer Vollerhebung Leistungsdaten zu den behandelten Patienten und Strukturdaten der Krankenhäuser sowie in einer Teilerhebung zusätzlich tagesbezogene Kostendaten erhoben. Die Erhebungen umfassen die Daten eines Kalenderjahres. Dabei sind die Datengewinnung, die Datenauswertung und die Gültigkeit der daraus erzielten Ergebnisse periodenversetzt angelegt.

Für die Datenerhebung der Kostendaten erhielten die Kalkulationskrankenhäuser bei erfolgreicher Teilnahme an der Kalkulation auf Basis des Datenjahrs 2013 eine pauschalierte Vergütung. Diese setzte sich aus einem jährlichen Grundbetrag sowie einer tagesbezogenen Vergütung in Abhängigkeit der vom InEK akzeptierten Kalkulationsdatensätze zusammen.

Zusätzlich werden die Arbeiten zur Pflege des PEPP-Entgeltsystems durch das Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverstands bei der Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems (PEPP-Vorschlagsverfahren) unterstützt. Medizinische Fachgesellschaften, Verbandsorganisationen der Krankenhäuser und Krankenkassen sind dem Aufruf gefolgt, Vorschläge zur Weiterentwicklung zu unterbreiten. Durch die Beteiligung am Vorschlagsverfahren 2015 konnten Erfahrungen der klinischen Praxis und medizinisches Expertenwissen in die Ergebnisse einfließen.

2 Vereinbarung der Selbstverwaltung vom 1. April 2014

Zur sachgerechten Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gem. § 17d KHG (PEPP) haben die Vertragsparteien auf Bundesebene am 1. April 2014 angepasste Grundsätze mit erheblichen Auswirkungen auf Kalkulation und Weiterentwicklung des PEPP-Systems 2015 vereinbart. Der Wortlaut dieser Vereinbarung findet sich im Internet unter www.g-drg.de. Die wesentlichen Inhalte dieser Vereinbarung sind:

- Einführung ergänzender tagesbezogener Entgelte (ET), die über Bewertungsrelationen vergütet werden:
 - Für Intensivbehandlung Erwachsener ab 3 Merkmalen (OPS 9-615.* bis OPS 9-616.*)
 - Für 1:1-Betreuung bei Erwachsenen ab mehr als 6 Stunden (OPS 9-640.01 bis .03)
 - Möglichkeit weiterer ergänzender Tagesentgelte nach Prüfung und Kalkulation durch das InEK
- Berücksichtigung des Entlassungs- bzw. Verlegungstages als Berechnungstag
 - Berechnung der Bewertungsrelationen anhand der Pfl egetage statt bisher der Verweildauertage
- Abschaffung der bisherigen Vergütungsstufen und Bildung von Vergütungsklassen aller Fälle einer PEPP mit gleicher Aufenthaltsdauer
 - Ermittlung der Bewertungsrelationen aus den durchschnittlichen Tageskosten der am jeweiligen Behandlungstag entlassenen Fälle
 - Anwendung von Glättungsverfahren zur Vermeidung erratischer Sprünge, um den Einfluss der Zusammensetzung der Stichprobe auf den Kostenverlauf zu reduzieren
 - Einheitliche Bewertungsrelation einer PEPP ab dem Tag, ab dem die Tageskosten nur noch geringfügig variieren, um die Anzahl der Vergütungsklassen gering zu halten und dadurch die Abrechnung zu vereinfachen
- Beauftragung des InEK zur Beteiligung an der Weiterentwicklung der Leistungsdokumentation

2.1 Einführung Ergänzender Tagesentgelte (ET)

Mit der Einführung ergänzender tagesbezogener Entgelte sollen erhöhte bzw. im Verlauf wechselnde Behandlungsaufwände unabhängig von der jeweiligen PEPP zusätzlich vergütet werden. Besonders aufwendige Leistungen werden so unabhängig vom Gesamtfall dann vergütet, wenn sie erbracht werden.

Voraussetzung dafür ist, dass eine ausreichend trennscharfe Definition der jeweiligen Leistung vorliegt und eine Ermittlung der diesen Leistungen entsprechenden Kosten möglich ist. Konkret bedeutet dies, dass nicht nur die tagesgenaue Abgrenzung einer Leistung über einen tagesbezogenen oder mit einer definierten Geltungsdauer versehenen OPS möglich sein muss, sondern sich an diesen Tagen auch Kosten in den entsprechenden Kostenmodulen der Leistung zuordnen lassen. Weitere Einzelheiten zur Kalkulation der Tagesentgelte finden sich in Kapitel 3.2.6.

In der Vergütung weisen diese Tagesentgelte technische Ähnlichkeiten zu den bekannten Zusatzentgelten auf. Allerdings dienen Bewertungsrelationen als Abrechnungsgrundlage.

2.2 Berücksichtigung des Entlassungs- bzw. Verlegungstages als Berechnungstag

In allen Analysen hat sich beständig gezeigt, dass die durchschnittlichen Tageskosten der Fälle von der Behandlungsdauer abhängen. Einerseits haben kürzer liegende Fälle durchschnittlich höhere Tageskosten als Fälle mit längeren Aufenthalten. Andererseits gibt es eine tendenzielle Abnahme der mittleren Tageskosten der einzelnen Fälle mit zunehmender Behandlungsdauer (Degression). Durch die Berücksichtigung des Entlassungs- bzw. Verlegungstages als Berechnungstag ein Tag mehr als bisher vergütet. Dadurch entfällt die bisherige gemeinsame Betrachtung der unterschiedlichen Kosten von Tagesfällen und Fällen mit einer Übernachtung (beides bisher Verweildauer=1). So ergibt sich eine Entzerrung und Abflachung der Degression.

2.3 Abschaffung der bisherigen Vergütungsstufen und Bildung von Vergütungsklassen aller Fälle einer PEPP mit gleicher Aufenthaltsdauer

Dieser Beschluss führt zu einer grundlegenden Änderung des PEPP-Entgeltkataloges und der Abrechnung. Bisher definierte der PEPP-Entgeltkatalog verschiedene Vergütungsstufen für unterschiedliche Abschnitte des Aufenthalts. Mit den Vergütungsstufen wurde der oben dargestellten Abhängigkeit der mittleren Tageskosten von der Verweildauer Rechnung getragen. Gleichzeitig mussten jedoch die hohen Kosten der Kurzlieger durch die Vergütung im Verlauf ausgeglichen werden.

Diese Vergütungsstufen entfallen nunmehr, stattdessen erhalten alle Fälle einer PEPP mit einer bestimmten Behandlungsdauer die gleiche Bewertungsrelation für alle Tage des Falles. Damit entfällt die Degression innerhalb eines Falles (im Verlauf stufenweise sinkende Tageserlöse) komplett. Ein Fall erhält nach Einstufung in eine PEPP bei einer

bestimmten Anzahl von Berechnungstagen eine einheitliche PEPP-Bewertungsrelation für jeden Tag des Falles.

Grundlage der Berechnung der Bewertungsrelationen sind die durchschnittlichen Tageskosten der Fälle innerhalb einer PEPP bezogen auf die Behandlungstage. Da es beim Verlauf der mittleren Tageskosten bezogen auf die Behandlungsdauer zu Schwankungen kommt, sind für die Ermittlung der Bewertungsrelationen Glättungsverfahren anzuwenden, um Zufälligkeiten in der Stichprobenszusammensetzung auszugleichen. Einzelheiten zur Berechnung der Bewertungsrelationen und zu den Glättungsverfahren finden sich in Kapitel 3.3.

2.4 Beauftragung des InEK zur Beteiligung an der Weiterentwicklung der Leistungsdokumentation

Das InEK wurde für die Systementwicklung beauftragt, sich aus der Kalkulation ergebende geeignete Hinweise zur verbesserten Abbildung des Leistungsgeschehens aufzugreifen und in den Diskussionsprozess der ICD/OPS-Weiterentwicklung (DIMDI) bereits im Jahr 2014 einzubringen. Diesen Auftrag hat das InEK insbesondere für verbesserte Abbildungen der Leistungen der *Spezifischen qualifizierten Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen* (OPS 2015: 9-647,-; siehe Kapitel 4.2.5.3) und bei der *intensiven Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe oder Einzelbetreuung bei Kindern und Jugendlichen* (OPS 2015: 9-693,-; siehe Kapitel 3.2.6 und 4.2.4.6) sowie bei der differenzierten Abbildung der Psychischen Störung durch Stimulanzen (ICD 2015: U69.33! bis U69.36!; siehe Kapitel 4.2.5.4) wahrgenommen.

3 Methodik

3.1 Datenerhebung

3.1.1 Grundsätze der Kalkulation

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

Die datenbasierte Entwicklung des Systems verläuft auf zwei unterschiedlichen Ebenen. Die Leistungsdokumentation erfolgt grundsätzlich auf der Ebene des zu dokumentierenden Leistungsbezeichners. Die dokumentierte Leistung kann sich dabei auf den gesamten Fall (wie z.B. bei der Kodierung der Diagnosen) oder einen bestimmten Abschnitt des Falles (wie z.B. bei der Kodierung der Therapieeinheiten) beziehen. Einige Leistungsattribute können tagesgenau dokumentiert werden (z.B. OPS-Kode für die 1:1-Betreuung bei Erwachsenen). Die gesammelten Informationen der Leistungsbeschreibung werden hinsichtlich ihrer spezifischen Gültigkeitsdauer für die Gruppierung verwendet. Dafür werden die einzelnen Leistungsattribute auf der Fallebene aggregiert und anschließend als Gesamtfallinformation auf der Leistungsebene dem Gruppierungsprozess unterworfen. Hierbei sind die fallbezogenen Leistungsattribute (wie z.B. Haupt- bzw. Nebendiagnosen oder Alter) für die Einstufung in die PEPP relevant, die tages- bzw. zeitraumbezogenen Leistungsattribute sind dagegen v.a. für die Ermittlung der ergänzenden Tagesentgelte von Bedeutung. Von der externen Dokumentation (OPS-Kodes) ist die interne Dokumentation in den Krankenhäusern zu unterscheiden. Dabei kann unterstellt werden, dass die interne Leistungsdokumentation insbesondere in den Kalkulationskrankenhäusern detaillierter durchgeführt wird als die externe Dokumentation, die zu Abrechnungszwecken an die Kostenträger übermittelt werden muss.

Die Kostenkalkulation erfolgt grundsätzlich auf der Tagesebene. Das bedeutet, dass die Kalkulationskrankenhäuser für jeden Behandlungstag eines Patienten eine Kostenmatrix erstellen und die entsprechenden für die tagesbezogen hausintern dokumentierte Leistung anfallenden Kosten eintragen. Auf diese Weise lässt sich einerseits ein konkreter Bezug zwischen den erbrachten Leistungen und den dafür angefallenen Kosten und andererseits ein Bezug der zeitraumbezogenen externen Leistungsdokumentation (z.B. Kodierung der Therapieeinheiten, TE) und den in diesem Zeitraum angefallenen Kosten herstellen. Kostendifferenzen zwischen verschiedenen Leistungsattributen – auch tagesbezogen – können damit identifiziert und analysiert werden. Darüber hinaus ermöglicht diese Vorgehensweise eine Analyse der Kostenverläufe sowohl innerhalb eines Falles als auch über eine Gruppe von Fällen. Die Informationen der Kostendatenlieferung in Verbindung mit der dokumentierten Leistungsbeschreibung ermöglichen dem InEK eine sachgerechte Analyse der Kostendaten.

3.1.2 Datenerhebung

Die Bereitstellung der für die Entwicklung des PEPP-Entgeltsystems benötigten Daten ist in § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) geregelt. Dieser verpflichtet alle Krankenhäuser, die Entgelte nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) für psychiatrische und psychosomatische Leistungen in Einrichtungen gem. § 17d Abs. 1 KHG (Entgeltbereich „PSY“) abrechnen, in einer jährlichen Vollerhebung krankenhausbegleitende Strukturdaten und fallbezogene Leistungsdaten bereitzustellen.

Die je Krankenhausfall anzugebenden Leistungsdaten beinhalten neben persönlichen Merkmalen des Patienten (z.B. Alter und Geschlecht) medizinische Informationen zur Behandlung wie Haupt- und Nebendiagnosen sowie erbrachte Therapieeinheiten und Prozeduren. Die fallbezogenen Daten werden durch das krankenspezifische Kennzeichen des Behandlungsfalls in Verbindung mit dem Institutionskennzeichen des Krankenhauses eindeutig identifiziert.

Die Datei „Kosten“ der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG enthält zusätzlich das Datenfeld „Pflegetag“. Der datumsbezogene Eintrag in diesem Datenfeld stellt die für die Entwicklung des PEPP-Entgeltsystems relevante Identifikation des Pflegetags sicher.

Die Kostendaten stellen Krankenhäuser auf freiwilliger Basis für die Kostenkalkulation zur Verfügung. Dabei verpflichten sich die Kalkulationskrankenhäuser in der mit dem InEK geschlossenen Vereinbarung, bei der Kalkulation von Behandlungskosten die im Kalkulationshandbuch beschriebene Methodik anzuwenden. Diese Methodik erfordert zwingend einen Tagesbezug für alle kostenmäßig bewerteten Leistungen.

Für den Tagesbezug der Kostenkalkulation auf den Stationen (Kostenstellengruppen 21 und 22) sind Betreuungsintensitätsmodelle (BI-Modelle) für eine tagesvariable Einschätzung des Behandlungsaufwands von Patienten zwingend erforderlich.

Zur Gewichtung der Pflegetage auf den Stationen nach der Betreuungsintensität (Kostenstellengruppen 21 und 22) stehen zwei Modelle zur Verfügung: ein Modell zur Anwendung für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und ein von den Fachverbänden der Psychiatrie und der Psychosomatik in Abstimmung mit dem InEK konsentiertes Modell für die Behandlungsbereiche Psychiatrie und Psychosomatik für Erwachsene. Das Betreuungsintensitätsmodell für Erwachsene gilt ab dem Datenjahr 2013. Bei rund zwei Dritteln der kalkulierenden Einrichtungen, die Erwachsene behandeln, wurde das neue Betreuungsintensitätsmodell im Laufe des Datenjahres 2013 bereits umgesetzt.

Von den 314 Krankenhäusern mit Vereinbarung erbringen 118 Einrichtungen Leistungen im BPfIV-Entgeltbereich. Aufgrund der ab dem Datenjahr 2013 geltenden gemeinsamen Übermittlung der Daten gem. § 17b Abs. 5 bzw. § 17d Abs. 5 KHG nahmen 17 Krankenhäuser die Übergangsphase für das Datenjahr 2013 wahr, d.h. es wurde nochmals die Möglichkeit eingeräumt, nur Daten aus dem Entgeltbereich „PSY“ einzusenden. Bis Februar 2014 sagten 92 Krankenhäuser eine Kalkulationsdatenlieferung

zu. Zu einem späteren Zeitpunkt musste eine Einrichtung ihre Zusage zur Lieferung von Kalkulationsdaten aufgrund technischer Probleme zurückziehen. Von den verbleibenden 91 Kalkulationskrankenhäusern hatten 68 Einrichtungen bereits an der Kalkulation im Jahr 2012 teilgenommen. 23 Krankenhäuser haben erstmalig Kalkulationsdaten übermittelt. Insgesamt haben sechs Krankenhäuser Daten im Rahmen von „Testsendungen“ geliefert. Diese Daten gehen nicht in die Kalkulationsdatenmenge ein.

Tabelle 1 zeigt die Zahlen der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG und der freiwilligen Kostenerhebung für den Entgeltbereich „PSY“:

Kriterium	Erhebung von Daten gem. § 21 KHEntgG	Erhebung von Kostendaten
Anzahl Krankenhäuser	589	91
Anzahl Fälle	1.140.526	272.644
Anzahl Pflgetage	28.093.364	6.917.741

Tabelle 1: Umfang der Datenlieferungen, Entgeltbereich „PSY“, Datenerhebung 2013 inkl. Begleitpersonen, rein vorstationäre Fälle und Überlieger, vor Fallzusammenführung (Stand: 31. Mai 2014)

Die 91 Einrichtungen mit erfolgter Kostendatenlieferung teilen sich in jeweils 40 allein-stehende Krankenhäuser und 51 Allgemeinkrankenhäuser oder Universitätskliniken mit angegliederter Fachabteilung auf (vgl. Abb. 2).

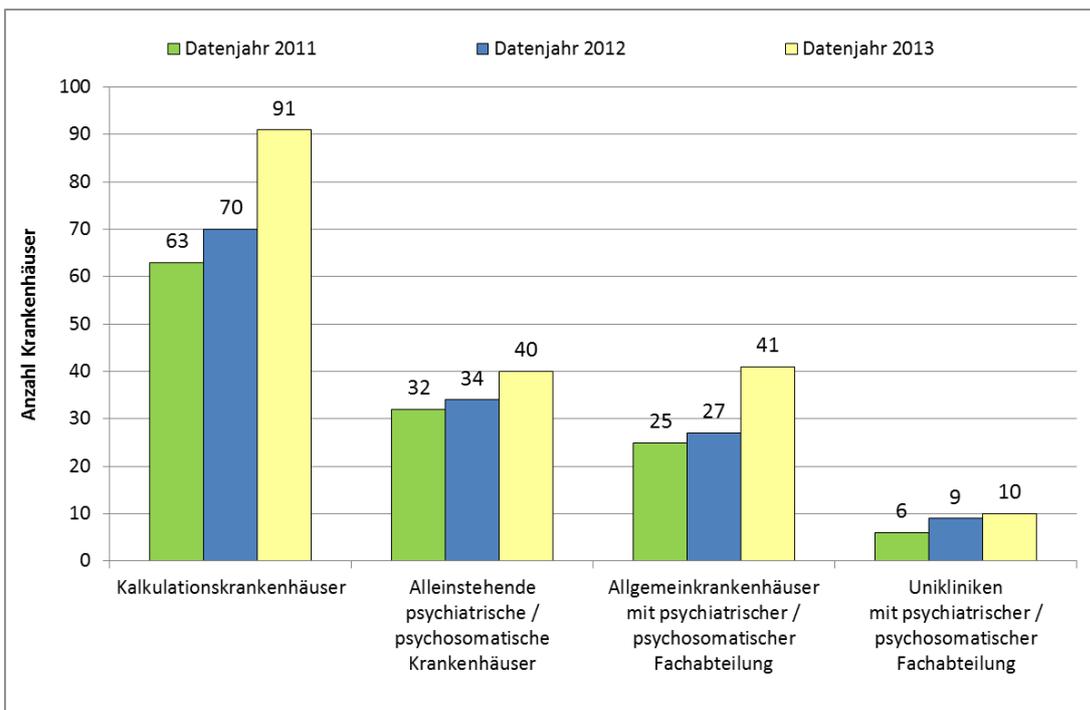


Abbildung 2: Verteilung der Kalkulationskrankenhäuser nach Strukturmerkmalen (Datenjahre 2011 bis 2013 im Vergleich)

Insgesamt übermittelten 42 (Vorjahr: 32) Krankenhäuser Daten einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) inklusive teilstationärer Plätze und 31 (Vorjahr: 26) Krankenhäuser Daten einer Fachabteilung für Psychosomatik inklusive teilstationärer Plätze (vgl. Abb. 3).

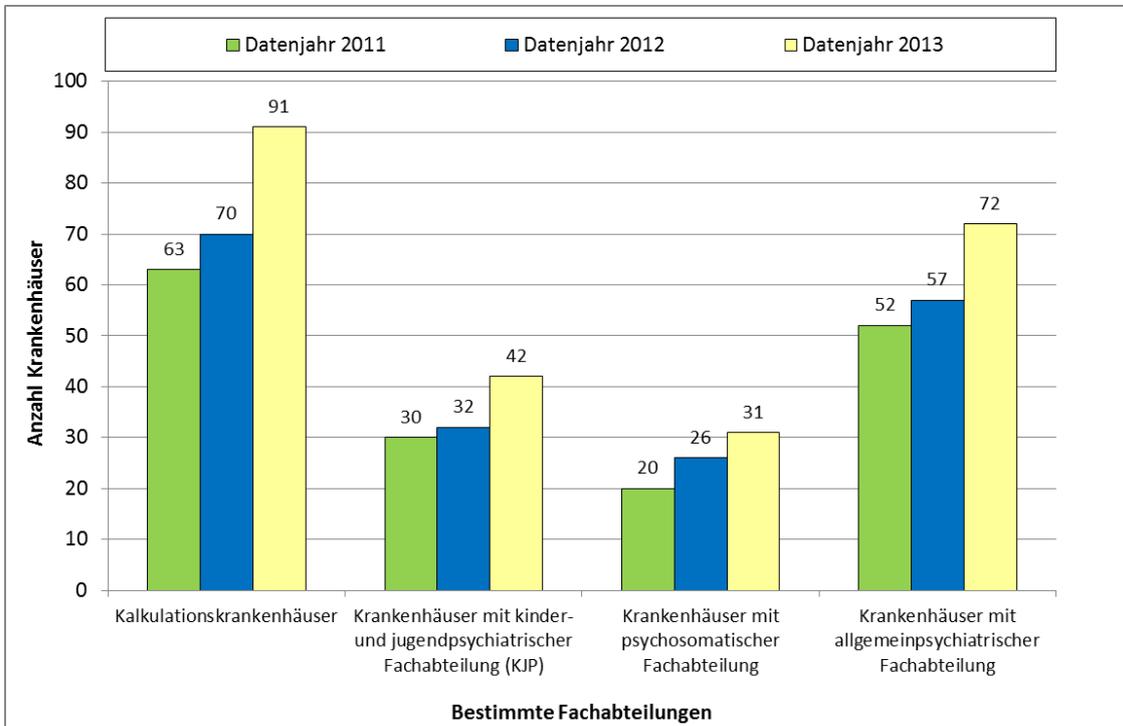


Abbildung 3: Verteilung der Kalkulationskrankenhäuser mit bestimmter Fachabteilung (Datenjahre 2011 bis 2013 im Vergleich)

Zusammensetzung der Datenlieferungen

Alle Darstellungen zur Zusammensetzung der Datenlieferungen beziehen sich auf den in Tabelle 1 dokumentierten Umfang von 589 Krankenhäusern bzw. 91 Kalkulationskrankenhäusern.

Abbildung 4 stellt den Vergleich der Fallzahlen zwischen Kalkulationsdaten und den Daten der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG für ausgewählte Bereiche dar.

Bei der Gegenüberstellung der Kalkulationskrankenhäuser mit Krankenhäusern der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG zeigt sich kein Unterschied für die Fallzahlverteilung in den Bereichen vollstationär bzw. teilstationär. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie liegt der Anteil der Fallzahlen an der Gesamtfallzahl bei den Kalkulationsdaten weiterhin etwas höher als der Anteil der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG. Auch im Bereich der Psychiatrie allgemein zeigt sich kein Unterschied in der Fallzahlverteilung. Andererseits sind bei den Kalkulationsdaten die Fallzahlen im Bereich Psychosomatik noch immer mit einem etwas geringeren Anteil als ihrem Anteil in der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG vertreten.

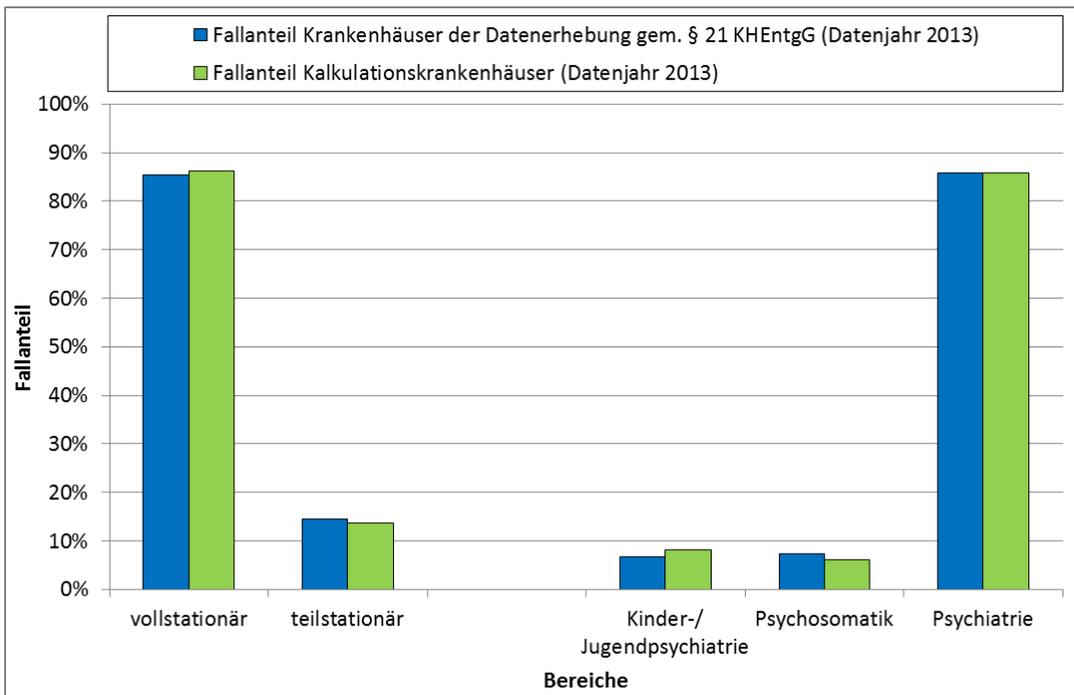


Abbildung 4: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach bestimmten Bereichen

Abbildung 5 zeigt die regionale Zusammensetzung der Erhebungen nach dem Bundesland der einbezogenen Krankenhäuser auf.

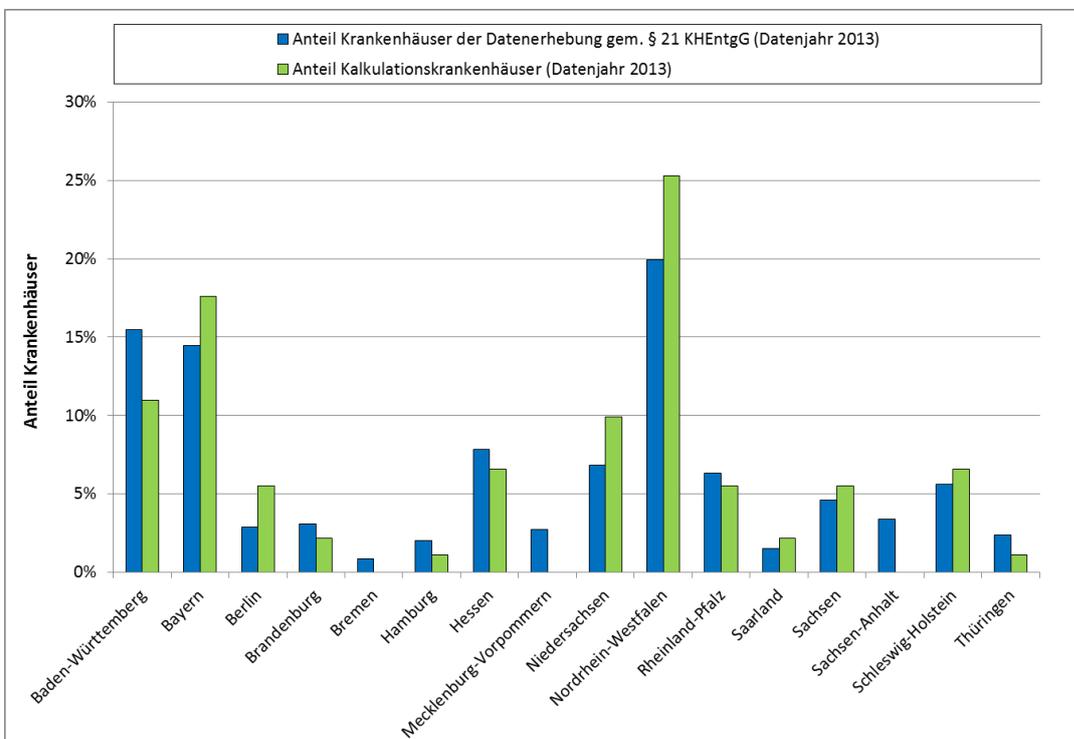


Abbildung 5: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach dem Bundesland der Krankenhäuser

Nordrhein-Westfalen und Bayern haben wie bereits im Vorjahr die größten Anteile bei den Kalkulationskrankenhäusern. Danach folgen Baden-Württemberg, Niedersachsen, Hessen, Schleswig-Holstein und Berlin zusammen mit Rheinland-Pfalz und Sachsen, wobei Berlin hier deutlich über dem entsprechenden Anteil der Erhebung von Daten gem. § 21 KHEntgG liegt.

In drei Bundesländern (Vorjahr: sechs) haben sich keine Einrichtungen an der Lieferung von Kostendaten beteiligt.

Die Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser zeigt Abbildung 6. Bei der Gegenüberstellung der Kalkulationskrankenhäuser mit Krankenhäusern der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG zeigt sich auch für das Datenjahr 2013 bei den Kalkulationskrankenhäusern ein Übergewicht der Krankenhäuser ab einer Größe von mehr als 100 Betten. Andererseits sind bei den Kalkulationskrankenhäusern kleine Krankenhäuser mit bis zu 100 Betten mit einem geringeren Anteil als ihrem Anteil in der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG vertreten. Gleichzeitig stellt die höhere Beteiligung großer Krankenhäuser die Abdeckung des gesamten Leistungsspektrums mit ausreichenden Fallzahlen sicher.

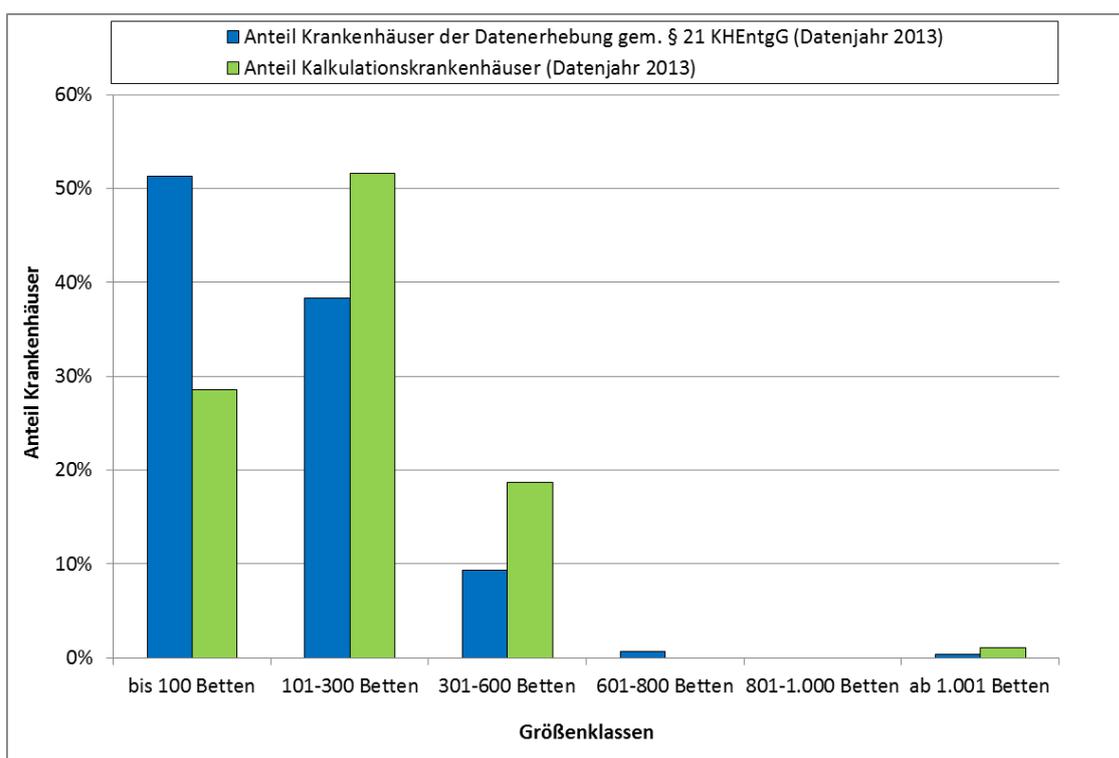


Abbildung 6: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser (nach Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG)

Abbildung 7 zeigt die Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser. Während Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft wie im Vorjahr im Vergleich zu den Krankenhäusern der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG bei den

Kalkulationskrankenhäusern überproportional vertreten sind, ist im Gegenzug das Verhältnis bei Krankenhäusern in freigemeinnütziger bzw. privater Trägerschaft genau entgegengesetzt.

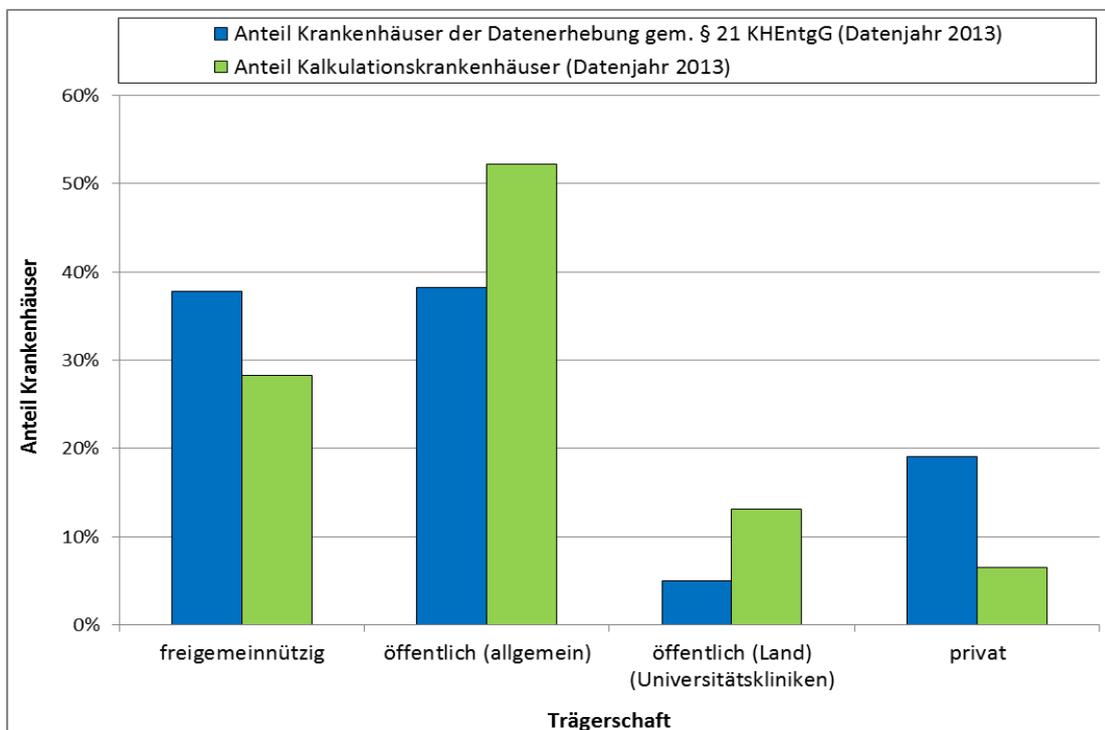


Abbildung 7: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser

Im Verlauf des Datenjahres 2013 machten insgesamt 28 Einrichtungen von der Option Gebrauch, auf die Abrechnung nach PEPP umzustellen. Davon waren 10 Einrichtungen Kalkulationsteilnehmer.

Weitere Analysen zur Repräsentanz der Stichprobe können dem Anhang entnommen werden.

3.2 Datenaufbereitung

3.2.1 Fallzusammenführung

Die Daten des Jahres 2013 wurden – sofern nicht aufgrund der Umstellung auf die PEPP-Abrechnung bereits in den Originaldaten geschehen – nachträglich auf Basis der Regelungen des § 4 der Verordnung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2014 (PEPPV 2014) zusammengefasst. Die Fallzusammenführung wurde auf dem Datenbestand der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG durchgeführt. Im Ergebnis waren 10,5% (Vorjahr: 10,5%)

aller voll- und teilstationären Fälle der Gesamtmenge der Kalkulationskrankenhäuser von den Fallzusammenführungsregelungen betroffen.

3.2.2 Bereinigungen und Korrekturen

Die Maßnahmen zur Datenbereinigung umfassten verschiedene Korrekturen, um verzerrende Einflüsse aus ungleichen Voraussetzungen der Krankenhäuser auszugleichen und einen einheitlichen Periodenbezug herzustellen. Dieser Prozess wird in Abbildung 8 schematisch verdeutlicht:



Abbildung 8: Übersicht über den Prozess der Bereinigungen und Korrekturen

Gem. § 17d Abs. 2 KHG werden vom PEPP-Entgeltsystem nicht erfasst:

- Vorstationäre Leistungen ohne anschließende vollstationäre Behandlung bzw. vorstationäre oder nachstationäre Behandlungstage bei vollstationärem Aufenthalt
- Kosten für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 KHEntgG und § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 BPfIV, die gem. § 17b Abs. 1 KHG über Zuschläge vergütet werden sollen

Die entsprechenden Fälle (z.B. Begleitpersonen) bzw. Tage (z.B. vor- und nachstationäre Behandlungstage) besaßen keine PEPP-Relevanz und wurden in eine separate Datenhaltung überführt. Ebenfalls wurden nicht vollständig kalkulierte Überlieger von der Kalkulationsdatenmenge ausgeschlossen (siehe Tab. 2).

Bereinigung	Anzahl Fälle
Vorstationäre Fälle ohne anschließende vollstationäre Behandlung und Begleitpersonen	11.109
Nicht vollständig kalkulierte Überlieger	11.438

Tabelle 2: Fälle ohne PEPP-Relevanz in den Kalkulationsdaten

Dialysen gehören gem. § 2 Abs. 2 Satz 3 BpflV nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen im Bereich Psychiatrie und Psychosomatik. Dementsprechend wurden die jeweiligen Datensätze um die Kosten für Dialysen bereinigt.

Im Rahmen der PEPP-Kalkulation wurde deutlich, dass ein Teil der hochspezialisierten Leistungen über Zusatzentgelte, also additive Vergütungskomponenten, besser abbildbar ist. Diese Leistungen lassen sich in der Regel keiner spezifischen PEPP zuweisen, d.h. sie können bei unterschiedlichen Diagnosen und in Kombination mit diversen Prozeduren erbracht werden. Folgende Kriterien sind für die Definition von Zusatzentgelten zu nennen:

- Streuung über mehrere PEPP
- Sporadisches Auftreten ohne feste Zuordnung zu bestimmter PEPP
- Definierbare Leistung mit eindeutigem Identifikations- und Abrechnungsmerkmal
- Relevante Höhe der Kosten
- Strukturell bedingte Verteilung bei der Leistungserbringung

Als hochspezialisierte Leistungen wurden im Rahmen der PEPP-Kalkulation einerseits solche Leistungen identifiziert, die originär keinen Bezug zur Kernleistung im Bereich Psychiatrie/Psychosomatik aufweisen, wie z.B. Strahlentherapie, Gabe von Blut oder Gabe von Medikamenten bei Chemotherapie. Der Vollständigkeit halber sei darauf hingewiesen, dass es sich hierbei nicht um Standardleistungen aus dem Bereich Psychiatrie bzw. Psychosomatik handelt. Die für diese Leistungen ausgewiesenen Zusatzentgelte sollen lediglich extrem aufwendige Leistungen für somatische Erkrankungen vergüten, die in Einzelfällen auch im PEPP-Entgeltbereich behandlungsbedürftig sind. Demgegenüber wurde als originär psychiatrisch/psychosomatische Leistung die Elektrokrampftherapie (EKT) identifiziert, die die Kriterien der Zusatzentgelt-Definition erfüllt. Als weitere originär psychiatrisch/psychosomatische Leistung konnte die *Gabe von Paliperidon, intramuskulär* identifiziert werden. Die im Datensatz enthaltenen Kostenteile für die Zusatzentgelt-relevanten Leistungen wurden daher jeweils aus den ent-

sprechenden Kostenmodulen herausgerechnet und von den Fallkosten abgezogen (vgl. auch Kap. 3.2.4). Beispielsweise wurden bei Erbringung der Leistung „Elektrokrampftherapie“ alle Module der Kostenstellengruppen 5 (Anästhesie) und 26 (Andere Therapie) am jeweiligen Tag der Leistungserbringung komplett bereinigt.

Darüber hinaus wurden entsprechende Kostenanteile für die Leistungen der Ergänzenden Tagesentgelte aus den jeweiligen Kostenmodulen herausgerechnet. Gemäß den Vorgaben der Selbstverwaltungspartner handelt es sich hierbei um:

- Intensivbehandlung Erwachsener ab 3 Merkmalen (OPS 9-615.* bis OPS 9-616.*)
- 1:1-Betreuung bei Erwachsenen ab mehr als 6 Stunden (OPS 9-640.01 bis .03)

Ergänzend hierzu konnten noch weitere Leistungen im Bereich der Intensivbehandlung bei Kindern und Jugendlichen (OPS 9-693*) als weitere Ergänzende Tagesentgelte identifiziert werden:

- Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe bei Kindern und Jugendlichen ab 12 Stunden (OPS (ab 2015) 9-693.04 und 9-693.05)
- Einzelbetreuung bei Kindern und Jugendlichen ab 8 Stunden (OPS (ab 2015) 9-693.13 bis 9-693.15)

Tabelle 3 stellt die Entwicklung der Gesamtmenge der Daten gem. § 21 KHEntgG und der Kalkulationsdaten dar, differenziert nach voll- und teilstationärer Leistungserbringung. Die Gesamtmenge zeigt die Datensätze wie geliefert an. Die Grundmenge bildet die Datensätze nach Fallzusammenführung (FZF) und Bereinigung um rein vorstationäre Fälle sowie um Begleitpersonen und – ausschließlich bei Kalkulationsdaten – unvollständig kalkulierte Überlieger ab. Die deutliche Reduktion der Fallzahl ist auf die Fallzusammenführung zurückzuführen.

	Daten gem. § 21 KHEntgG			Kalkulationsdaten		
	Fälle	Pflegetage	Anzahl KH	Fälle	Pflegetage	Anzahl KH
Gesamtmenge (wie geliefert)	1.140.526	28.093.364	589	272.644	6.917.741	91
davon vollstationär	985.157	23.820.329	537	236.568	5.954.573	88
davon teilstationär	155.369	4.273.035	479	36.076	963.168	84
Grundmenge *	970.292	27.996.703	588	221.361	6.163.502	91
davon vollstationär	829.756	23.722.347	525	191.019	5.280.933	88
davon teilstationär	140.536	4.274.356	479	30.342	882.569	84

* nach Fallzusammenführung und ohne rein vorstationäre Fälle, ohne Begleitpersonen und ohne unvollständig kalkulierte Überlieger

Tabelle 3: Datenmengen der Datenlieferung gem. § 21 KHEntgG und der Kalkulationsdaten, Datenjahr 2013

3.2.3 Ergänzende Datenbereitstellung

Die ergänzende Datenbereitstellung enthält über den Kalkulationsdatensatz hinausgehende fall- und tagesbezogene Kosten- und/oder Leistungsdaten für spezialisierte und kostenträchtige Leistungen. Es wurden insgesamt neun ergänzende Datenbereitstellungen durchgeführt. Informationen zu folgenden Leistungen wurden abgefragt:

- Patienten, die nach richterlicher Anordnung (gemäß PsychKG oder §§ 1906 bzw. 1631 BGB) untergebracht wurden
- Leistungen der Elektrokrampftherapie und der Strahlentherapie
- Gabe von Medikamenten (Paliperidon, Risperidon)
- Qualifizierte Entzugsbehandlung
- Gebrauch psychotroper Substanzen
- Kriseninterventionelle Behandlung bei Kindern und Jugendlichen sowie bei Erwachsenen mit Angabe der jeweiligen Zeitdauer
- Einzelsubstanzen gemäß ICD-Kode F15 „Störungen durch andere Stimulanzien“ bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen
- Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen gemäß OPS 9-670.* und 9-671.* mit Angabe der jeweiligen Leistungstage
- Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Patienten, die nach richterlicher Anordnung (gemäß PsychKG oder §§ 1906 bzw. 1631 BGB) untergebracht wurden

Mit Hilfe der Abfrage zur Unterbringung nach richterlicher Anordnung sollte untersucht werden, ob sich diese Fälle innerhalb einer PEPP hinsichtlich ihrer Kostenstruktur deutlich von Fällen ohne richterliche Anordnung unterscheiden. Im Ergebnis haben 53 der 91 teilnehmenden Einrichtungen Angaben zur Verfügung gestellt. Insgesamt wurden 11.058 Datensätze mit richterlicher Anordnung gem. §§ 1613b bzw. 1906 BGB (inkl. Doppelnennungen) und 4.747 Datensätze mit sofortiger/einstweiliger Unterbringung gemäß PsychKG (inkl. Doppelnennungen) übermittelt und konnten in den Daten nach § 21 KHEntgG identifiziert werden. Im Rahmen der Analyse konnten auch in diesem Jahr keine belastbaren Ergebnisse im Hinblick auf Kostendifferenzen zwischen Fällen mit richterlicher Anordnung und Fällen ohne richterliche Anordnung innerhalb einzelner PEPP ermittelt werden.

Elektrokrampftherapie

Wie bereits in Kapitel 2.2.2 angeführt, wurde die Elektrokrampftherapie (EKT) als originär psychiatrisch/psychosomatische Leistung identifiziert, die die Kriterien der Zusatzentgelt-Definition erfüllt. Um diese Leistung kalkulieren zu können, wurden im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung Informationen zur Leistung EKT abgefragt, wie z.B.

- Durchschnittliche Dauer je EKT-Sitzung, aufgeschlüsselt nach Aufklärungsgespräch, durchgeführter Therapie und anschließender Überwachung
- Durchschnittliche Kosten je Therapiesitzung, differenziert nach Personal- und Sachkosten
- Tagesgenaue Angabe der durchgeführten Leistung mit entsprechendem Kostenwert

Trotz intensiver Analysen war die Datenlage wie im Vorjahr für die Ermittlung eines einheitlichen Preises nicht ausreichend belastbar. Deshalb war auch für den PEPP-Entgeltkatalog 2015 keine Bewertung des Zusatzentgelts für die Leistung Elektrokrampftherapie möglich.

Strahlentherapie

Aufgrund der unzureichenden Datenlage konnten für den PEPP-Entgeltkatalog 2015 wie im Vorjahr die Leistungen der Strahlentherapie nur als unbewertetes Zusatzentgelt aufgenommen werden.

Gabe von Medikamenten (Paliperidon, Risperidon)

Die *Gabe von Paliperidon, intramuskulär* (OPS 6-006.a) wurde neben der Elektrokrampftherapie als zweite originär psychiatrisch/psychosomatische ZE-fähige Leistung identifiziert. Aufgrund verschiedener Vorschläge aus dem Vorschlagsverfahren wurde zusätzlich zu Paliperidon noch die intramuskuläre Gabe von Risperidon im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung abgefragt. Insgesamt wurden 3.720 Datensätze aus 58 Kalkulationskrankenhäusern übermittelt. Auf Basis der Analysen konnten für den Wirkstoff Risperidon bei intramuskulärer Gabe keine Hinweise auf Etablierung eines Zusatzentgelts gefunden werden (Therapiekosten deutlich niedriger als für Paliperidon und kaum Unterschiede in den Tageskosten). Für die *Gabe von Paliperidon, intramuskulär* konnte für den PEPP-Entgeltkatalog 2015 ein Zusatzentgelt etabliert werden. Aufgrund der divergenten Preis- und Mengenangaben bleibt es allerdings weiterhin unbewertet.

Ergänzende Leistungs- und Behandlungsdaten

Die weiteren oben aufgeführten ergänzenden Datenlieferungen bezogen sich auf zusätzliche Informationen zu Leistungs- und Behandlungsdaten, die vor allem im Rahmen der Analysen zur PEPP-Gruppierung verwendet wurden und auf die in Kapitel 4.2.3 weiter eingegangen wird.

3.2.4 Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen

Die vom InEK durchgeführten Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen analysieren, ob die aus den Kalkulationskrankenhäusern übermittelten Datensätze den formalen Anforderungen genügen und auch inhaltlich ein stimmiges Bild des Behandlungsfalls bzw. -tages vermitteln. Die formale Prüfung geht dabei der Frage nach, ob das methodische Vorgehen der Kostenkalkulation mit den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs bzw. die Kodierung mit den Vorgaben der DKR-Psych übereinstimmt. Die inhaltlichen Prüfungen analysieren, ob die Kostenzurechnung dem unterschiedlichen Behandlungsaufwand entspricht, beispielsweise ob eine kodierte Einzelbetreuung kostenmäßig abgebildet wurde. Im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik wurde die Plausibilisierung der Datensätze im Mehrebenenansatz in Matrixstruktur durchgeführt, um der Vielschichtigkeit von Fehlermöglichkeiten Rechnung tragen zu können (vgl. Abb. 9).

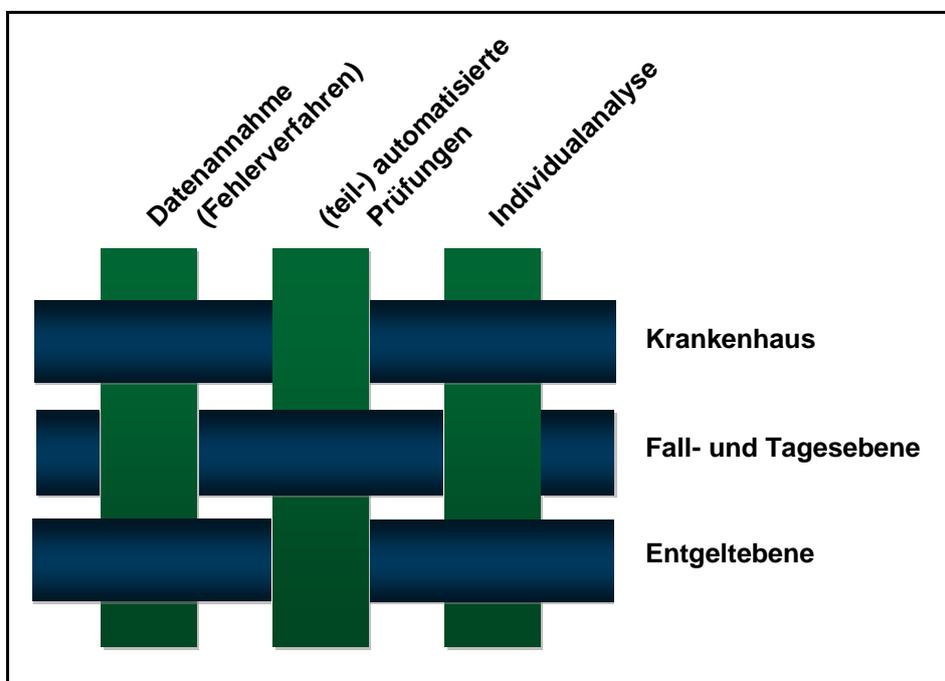


Abbildung 9: Mehrebenenansatz in Matrixstruktur

Zunächst wurden die Datensätze in drei verschiedenen Prüfungsebenen jeweils unter den drei unterschiedlichen Betrachtungsebenen geprüft.

Die Prüfungen im Zuge der Datenannahme (Fehlerverfahren) stellten sicher, dass die formalen Anforderungen der Datenübermittlung erfüllt sind. Grundlegende Kalkulations- und Dokumentationsfehler (z.B. ob zu einer Fallnummer Diagnosen übermittelt wurden) sowie Formatfehler wurden hierbei aufgezeigt und dem Kalkulationsteilnehmer direkt elektronisch übermittelt. Eine Korrektur dieser Fehler war die Voraussetzung zum erfolgreichen Einlesen der Datensätze.

Die in der zweiten Ebene durchgeführte inhaltliche Prüfung der Datensätze umfasste zunächst automatisiert erstellte fall- und tagesbezogene Prüfungen. Die schematisierten inhaltlichen Datenprüfungen wurden nach festgelegten Prüfroutinen unter drei Aspekten durchgeführt:

- Die ökonomische Prüfung erstreckte sich auf die von den Krankenhäusern gelieferten Kostendaten.
- Die medizinische Prüfung untersuchte die medizinischen Perioden- und Fallinformationen.
- Die medizinisch-ökonomische Prüfung nahm Zusammenhangsprüfungen zwischen den medizinischen und den ökonomischen Kosten- und Leistungsdaten vor.

Die Datensätze durchliefen auf jeder Prüfebene ein Prüfprogramm, das fest definierte Prüfkriterien vorgab. Die Analyse bezog sich auf das Vorhandensein bzw. Fehlen von Werten, die Zulässigkeit von Werten und die Verletzung der festgesetzten Randkriterien. Die zugrunde liegenden Grenzwerte wurden größtenteils rechnerisch ermittelt und anhand der Erfahrungen aus den vorangegangenen Kalkulationsrunden verifiziert. Auf Basis der bisherigen Erfahrungen und Rückmeldungen der Kalkulationskrankenhäuser konnten zahlreiche Prüfungen bzw. deren Randkriterien genauer definiert werden.

Im Rahmen von feldübergreifenden Prüfungen wurden auch Abhängigkeitsbeziehungen untersucht, die z.B. das Vorliegen von Kostendaten bei bestimmten Diagnose- bzw. Prozedurenkonstellationen betrafen. Der Vorteil dieser schematisierten Prüfungsroutinen liegt in der direkten und schnellen Rückmeldung an das Krankenhaus; allerdings erschließt sich die eigentliche Fehlerursache aufgrund der Komplexität des Sachverhalts nicht unbedingt direkt. Diesen Zusammenhang kann man anhand des folgenden Beispiels verdeutlichen:

Auf Basis der DKR-Psych „PP005b Multiple/Bilaterale Prozeduren“ müssen die OPS-Kodes *Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-60... 9-63)* zu Beginn jeder Behandlungswoche kodiert werden. Das InEK prüft anhand einer medizinischen Prüfung die Vollständigkeit der Kodierkette und anhand einer medizinisch-ökonomischen Prüfung die Kostenzuordnung zu den therapeutischen Kostenstellengruppen unter der Prämisse eines kor-

rekten OPS-Datums. Ein Kodierfehler bei einer tagesgenauen korrekten Kostenabbildung kann daher zu einer dreifachen Fehlermeldung führen:

- Fehlendes OPS-Datum zum Aufnahmetag
- Zu hohe therapeutische Kosten in der ersten Periode
- Fehlende Kosten in der zweiten Periode

Ein wichtiger Schritt zur Fehlerkorrektur ist daher das individuelle Erstellen eines Fehlerbildes aus der Kombination von Einzelfehlern durch das InEK. Dabei liegt der Fokus auf der Reduktion der Komplexität von Prüfergebnissen und auf der Identifikation der eigentlichen Fehlerursache. Im genannten Beispiel wäre die eigentliche Fehlerursache im Bereich der Kodierung und nicht der Kostenzuordnung zu finden. Dieses Fehlerbild wurde in einem Konformitätsprotokoll dem Kalkulationsteilnehmer zur Verfügung gestellt, in einem weiteren Dialog diskutiert und dann ggf. mit einer Datenkorrektur behoben.

In der dritten Prüfungsebene wurde eine Individualanalyse durchgeführt. Dies bedeutete die Inaugenscheinnahme von Einzelfällen unter ausgewählten Fragestellungen. Aufgrund der Besonderheit der Situation und um möglichst viele Fälle in die Stichprobe mit einzubeziehen, wurden zahlreiche Fälle einzeln analysiert und Auffälligkeiten in direkter Rückkopplung mit dem kalkulierenden Krankenhaus diskutiert. Die Individualanalyse verfolgte das Ziel, Kalkulationssicherheit bei Leistungen mit höherem bzw. niedrigerem Aufwand zu gewinnen.

3.2.5 Datenausschluss

Die Erkenntnisse aus den Konformitäts- und Plausibilitätsprüfungen wurden verwendet, um die Menge der auszuschließenden Daten zu bestimmen. Grundsätzlich wurden nur ganze Fälle ausgeschlossen. Bei den Fällen, die in die Kalkulation der tagesbezogenen Bewertungsrelation eingeflossen sind, wurden daher immer alle stationären Tage verwendet.

Im Fokus der abschließenden Beurteilung stand wie in den Vorjahren die Auswirkung der individuellen Fehler auf die mittleren Tageskosten bzw. auf die Gesamtkosten. Der individuelle Fehler auf Gesamkostenebene wurde als nicht schwerwiegend eingestuft und ein Datensatz somit in die Kalkulationsmenge aufgenommen, wenn der Fehler auf Gesamkostenebene keine Auswirkung hatte, beispielsweise bei fehlender tagesgenauer Übereinstimmung zwischen Kostenausweis und Leistung: Die grundsätzliche Kongruenz zwischen Leistungsdokumentation und Kostenausweis blieb jedoch gewahrt. Ebenso wurde ein Datensatz aus der Kalkulation nicht entfernt, wenn die Summe aller Fehler auf Gesamkostenebene nur geringe Auswirkungen zeigte. Letztendlich wurden nur solche Datensätze von der Kalkulation ausgeschlossen, deren Fehler sich auf Gesamkostenebene signifikant auswirkten, wie z.B. fehlende Abbildung von Ein-

zelbetreuungskosten bei Kodierung von Einzelbetreuung oder die Fehlbuchung von Medikamenteneinzelkosten in relevanter Höhe oder auch fehlende Therapiekosten bei Angabe von Qualifizierter Entzugsbehandlung. Bei diesen Fällen bestanden erhebliche Zweifel an der Kongruenz zwischen Leistungsdokumentation und Kostenausweis. Weiterhin wurde als schwerwiegender Kalkulationsfehler gewertet, wenn die berechnete Aufenthaltsdauer auf Basis der Fallangaben nicht in Einklang gebracht werden konnte mit der Anzahl der übermittelten Kostentage bzw. wenn die Differenz zwischen Aufenthaltsdauer in Pflgetagen und Anzahl der Kostentage nicht aufklärbar war. Die betroffenen Datensätze wurden aus der Kalkulationsmenge ausgeschlossen.

Die Datenprüfungen führten zum Ausschluss von insgesamt 15.824 voll- und teilstationären Fällen (Vorjahr: 8.026 Fälle). Davon sind 12.010 Fälle auf den vollständigen Ausschluss der Datensätze von sechs Krankenhäusern zurückzuführen (5,4%), die ihre Daten im Rahmen einer Testlieferung übermittelt hatten (Vorjahr: 3.225 – 1,8%). Der Ausschluss erfolgte aufgrund technischer und systematischer Probleme, die sich trotz gemeinsamer Bemühungen von InEK und den jeweiligen Krankenhäusern und mehrmaliger Lieferversuche als nicht „reparabel“ herausstellten. Aufgrund von Kalkulationsfehlern konnten 3.814 voll- und teilstationäre Datensätze nicht für die Kalkulation verwendet werden (1,7% – vgl. hierzu Tab. 4; Vorjahr: 4.801 Datensätze – 2,7%).

Die medizinischen Plausibilitätsprüfungen mit Auffälligkeiten im Kodierbereich führten in der Regel zu Hinweisen an die Krankenhäuser mit der Möglichkeit, die Verschlüsselung zu prüfen und ggf. zu korrigieren. Nur sehr wenige Fälle mussten aufgrund medizinischer Auffälligkeiten aus der Kalkulationsbasis ausgeschlossen werden.

Darüber hinaus mussten 3.814 Datensätze (vollstationär: 3.491; teilstationär: 323) aufgrund schwerwiegender Fehler mit Auswirkung auf die mittleren Tageskosten von der Kalkulationsmenge ausgeschlossen werden. Eine der häufigsten Ausschlussursachen vollstationärer Fälle waren z.B. fehlende Therapiekosten bzw. falsche Kostenzuordnung im Bereich Therapie bei Angabe von Qualifizierter Entzugsbehandlung. Tabelle 4 gibt einen Überblick über die Gründe, warum vollstationäre Datensätze aus der Kalkulationsdatenmenge ausgeschlossen wurden.

Kalkulations- bzw. Kodierfehler	
Fehlende Therapiekosten/falsche Kostenzuordnung bei Angabe von Qualifiziertem Entzug	1.950
Keine Kosten für den vollstationären Aufenthalt übermittelt	660
Fehlerhafte Kostenzuordnung auf Stationskostenstellen	336
Anzahl der Anwesenheitstage stimmt nicht mit der Anzahl der übermittelten Tage mit Kosten überein	219
Extrem hohe Fehlbuchungen an Einzeltagen	138
Aufnahme nur wegen OP bzw. diagnost. Leistungen (Radiologie/Labor)	72
Keine Kosten für den Bereich Station übermittelt	35
Kurzlieger ohne Therapiekosten	31
Fehlerhafte Kostenzuordnung bei kodierter Intensivbehandlung	24
Kodierung und Kostenzuordnung stimmen nicht überein	15
Fehlerhafte Kostenzuordnung bei kodierter Einzelbetreuung	11
Gesamtergebnis	3.491

Tabelle 4: Ausschlussgründe, vollstationäre Datensätze (Datenjahr 2013)

Insgesamt ergab sich aus der Korrektur der Daten eine neue Kalkulationsdatenbasis mit 205.537 Fällen aus 85 Einrichtungen (Steigerung von 21% gegenüber den Vorjahresfallzahlen). Dies entspricht einem Anteil von rund 21,2% an den identisch selektierten Daten gem. § 21 KHEntgG (vgl. Tab. 5, Grundmenge).

	Fälle			Pflegetage		
	vollstationär	teilstationär	Summe	vollstationär	teilstationär	Summe
Gesamtmenge (wie geliefert)	236.568	36.076	272.644	5.954.573	963.168	6.917.741
Grundmenge*	191.019	30.342	221.361	5.280.933	882.569	6.163.502
Gesamthauslösungen	10.180	1.830	12.010	290.452	46.884	337.336
Einzelfalllösungen	3.491	323	3.814	61.322	6.946	68.268
Kalkulationsmenge	177.348	28.189	205.537	4.929.159	828.739	5.757.898

* nach Fallzusammenführung und ohne rein vorstationäre Fälle, ohne Begleitpersonen und ohne unvollständig kalkulierte Überlieger

Tabelle 5: Kalkulationsdatenmenge, Datenjahr 2013

3.2.6 Kalkulationsmethode für die Ergänzenden Tagesentgelte (ET)

Für die Kalkulation Ergänzender Tagesentgelte (ET) kommen grundsätzlich nur solche Leistungen in Frage, deren Kosten abgrenzbar und in der Kostenmatrix identifizierbar sind. Aufgrund des differenzierten tagesgenauen Ausweises der Kosten getrennt nach Unterbringung (Stationskostenstellengruppen), therapeutische Kernleistung (Therapie-Kostenstellengruppen) und Diagnostik (diagnostische Kostenstellengruppen) in Kombination mit den unterschiedlichen Kostenartengruppen (z.B. einzelne Berufsgruppen und Einzelkosten sowie Infrastrukturkosten) wird eine tagesgenaue Identifizierung der Kosten z.B. der Leistung „1:1-Betreuung von Erwachsenen“ (OPS-Kode 9-640.0*) ermöglicht.

Die Kalkulation der Ergänzenden Tagesentgelte für den PEPP-Entgeltkatalog 2015 erfolgte analog der im Januar 2014 vorgestellten Methode. Dabei wurde ein durch Leistung begründetes Kostendelta wie folgt ermittelt:

- A: Festlegung der Module, in denen die jeweils untersuchte Leistung kostenmäßig abgebildet wird:

Für die 1:1-Betreuung von Erwachsenen kommt hier gemäß Kalkulationshandbuch das Modul 23_2 (Kostenstellengruppe Psychotherapie, Berufsgruppe Pflegedienst) in Frage.

- B: Berechnung der mittleren Kosten der Module je Tag mit gültigem Code für die jeweils untersuchte Leistung, indem die Summe der relevanten Module aller Tage mit gültigem Code für die untersuchte Leistung dividiert wird durch die Anzahl aller Tage mit gültigem Code für die untersuchte Leistung (siehe Abb. 10):

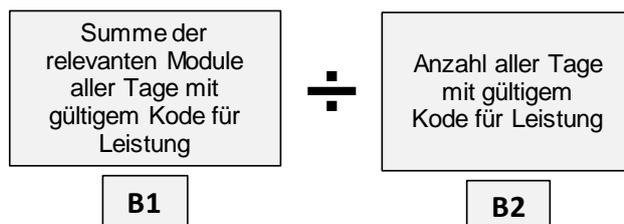


Abbildung 10: Berechnung der mittleren Kosten der Module je Tage mit gültigem Code für Leistung

Für die Leistung „1:1-Betreuung von Erwachsenen“ werden zunächst alle Tage getrennt nach den jeweils zu untersuchenden Codes identifiziert (B2). Dann werden die Kosten des Moduls 23_2 für alle entsprechenden Tage – getrennt nach Code – aufsummiert (B1). Zur Ermittlung der mittleren Kosten des Moduls 23_2 je Tag für die 1:1-Betreuung von Erwachsenen wird dann die Summe der Modulkosten für alle Tage mit der erbrachten Leistung dividiert durch die Anzahl der Tage mit Code ($B1/B2=C1$).

C: Berechnung des durch Leistung begründeten Kostendeltas durch Subtraktion der mittleren Kosten der Module je Tag ohne gültigen Kode für die untersuchte Leistung von den mittleren Kosten der Module je Tag mit gültigem Kode für die untersuchte Leistung (siehe Abb. 11):

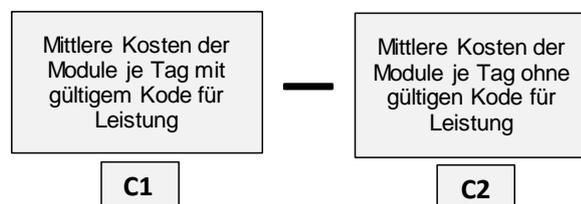


Abbildung 11: Berechnung des durch Leistung begründeten Kostendeltas

Als Gegenmenge für den unter B ermittelten Wert (C1) werden alle Tage herangezogen, für die keine Leistung „1:1-Betreuung von Erwachsenen“ übermittelt wurde. Auch für diese Tage werden die Kosten des Moduls 23_2 aufsummiert und dann durch die Anzahl der Tage dividiert (vgl. C2).

Um das im Katalog (Anlage 5) ausgewiesene Relativgewicht zu erhalten, wird das auf diese Weise ermittelte Kostendelta (C1-C2) zum Schluss durch die Bezugsgröße dividiert.

3.3 Berechnung der Bewertungsrelationen

3.3.1 Überblick

Grundlage für die Berechnung der Bewertungsrelationen im PEPP-System 2015 ist die in Kapitel 2 dargestellte Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner vom 1. April 2014 zur sachgerechten Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gem. § 17d KHG (PEPP).

Darin wird festgelegt, dass die bisherigen Vergütungsstufen innerhalb eines Falls nicht mehr angewendet werden. Vielmehr wird eine einheitliche tagesbezogene Vergütung über den gesamten Fall für alle Fälle innerhalb einer PEPP mit gleicher Behandlungsdauer (Vergütungsklasse) berechnet. Zur Berechnung der Bewertungsrelation werden die mittleren Tageskosten der Fälle einer PEPP mit gleicher Behandlungsdauer herangezogen. Da es jedoch bei den Kostendaten der PEPP bezogen auf die Behandlungsdauer in Abhängigkeit von den jeweiligen Fallzahlen und anderen Einflüssen Schwankungen geben kann, werden mathematische Glättungsverfahren angewendet, um einen stetigen Verlauf der Erlöse in Bezug auf die Verweildauer zu erreichen. Hierbei wird auch ein sogenannter Degressionsendpunkt berechnet, „ab dem die Tageskosten nur

noch gering variieren“ und ab dem durch Zuordnung einer einheitlichen Bewertungsrelation eine konstante Vergütung innerhalb der PEPP einsetzt.

Je PEPP werden nach Durchführung des Glättungsverfahrens die geglätteten Tageskosten – bei Gewichtung durch die Pflage tage der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG – so adjustiert, dass das Kosten- dem Erlösvolumen entspricht.

Die Bezugsgröße wird schließlich unter Berücksichtigung der Ergänzenden Tagesentgelte berechnet und als Nenner für alle Tageskostenwerte in Beziehung gesetzt, um Bewertungsrelationen – auch für die Ergänzenden Tagesentgelte – zu erhalten.

3.3.2 Glättungsverfahren

Die Glättung wird durch die nachvollziehbare statistische Methodik der linearen Regression nach folgendem Vorgehen erreicht:

- Berechnung eines vorläufigen Degressionsendpunkts
- Lineare Glättung unter Verwendung verschiedener Ausgangs- und Endpunkte
- Auswahl der „besten“ Glättung mittels der Kleinste-Quadrate-Methode (kleinster quadratischer Abstand zwischen geglättetem und tatsächlichem Kurvenverlauf)

Berechnung eines vorläufigen Degressionsendpunkts

Zur Berechnung des Degressionsendpunkts werden einerseits die mittleren Tageskosten der am Pflage tag X entlassenen Fälle berechnet. Andererseits werden die mit den Pflage tagen der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG gewichteten mittleren Tageskosten aller Fälle mit Entlassung ab Pflage tag X berechnet.

Der erste Tag nach dem Schnittpunkt dieser Werte wird als vorläufiger Degressionsendpunkt festgelegt.

Im Beispiel der PEPP PA03B *Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation* ist dies der Tag 19 (siehe Abb. 12).

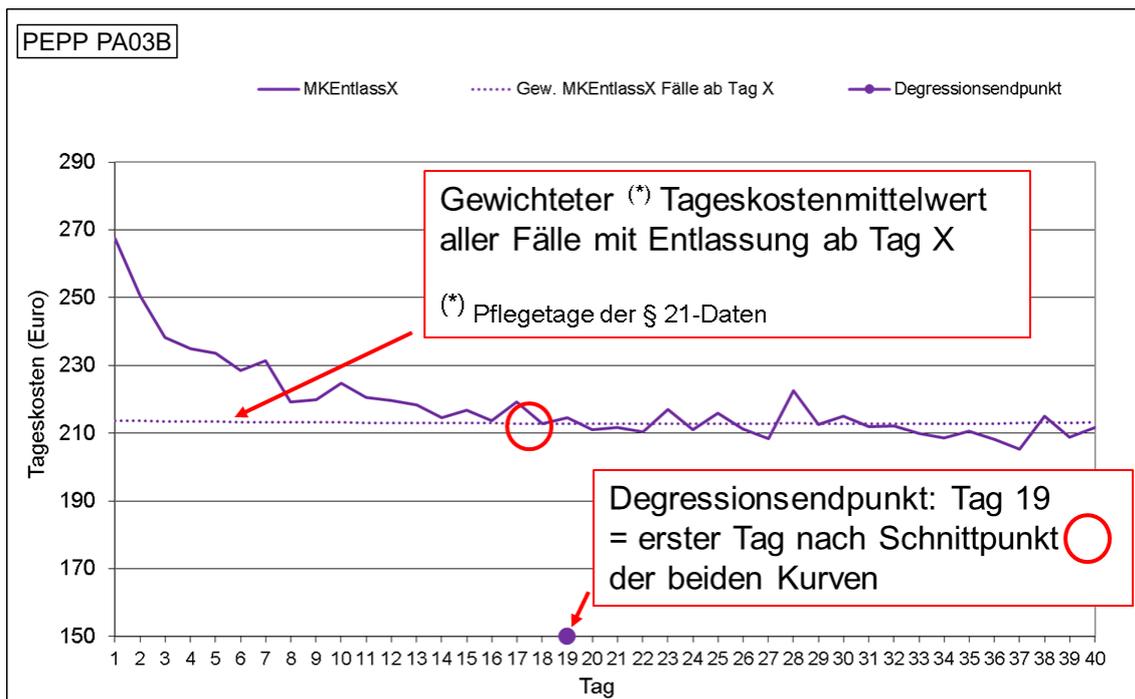


Abbildung 12: Berechnung des vorläufigen Degressionsendpunktes am Beispiel PA03B Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen oder andere psychotische Störungen, [...]

Lineare Glättung unter Verwendung verschiedener Ausgangs- und Endpunkte

Nun werden ausgehend von der Verlaufskurve der mittleren Tageskosten und des vorläufigen Degressionsendpunkts verschiedene lineare Glättungen berechnet, indem sowohl der Ausgangs- als auch der Endpunkt der zu glättenden Zeitspanne variiert werden.

- Variation des Ausgangspunkts: Setze *Tageserlöse = mittlere Tageskosten* für den Tag 1; die Tage 1 bis 2; die Tage 1 bis 3; die Tage 1 bis 4; die Tage 1 bis 5 und beginne die lineare Glättung jeweils ab dem letzten fixierten Tag.

Dies führt zu 5 Varianten.

- Variation des Endpunkts: Verschiebe den Degressionsendpunkt jeweils um einen Tag bis zu 4 Tage vor bzw. hinter den vorläufigen Degressionsendpunkt.

Dies führt zu 9 Varianten.

- Zusammen ergibt dies bis zu $5 * 9 = 45$ verschiedene Varianten linearer Glättungen.

In Abbildung 13 sind ausgewählte Varianten dieser geglätteten Tageskosten-Verlaufskurven für die Beispiel-PEPP dargestellt.

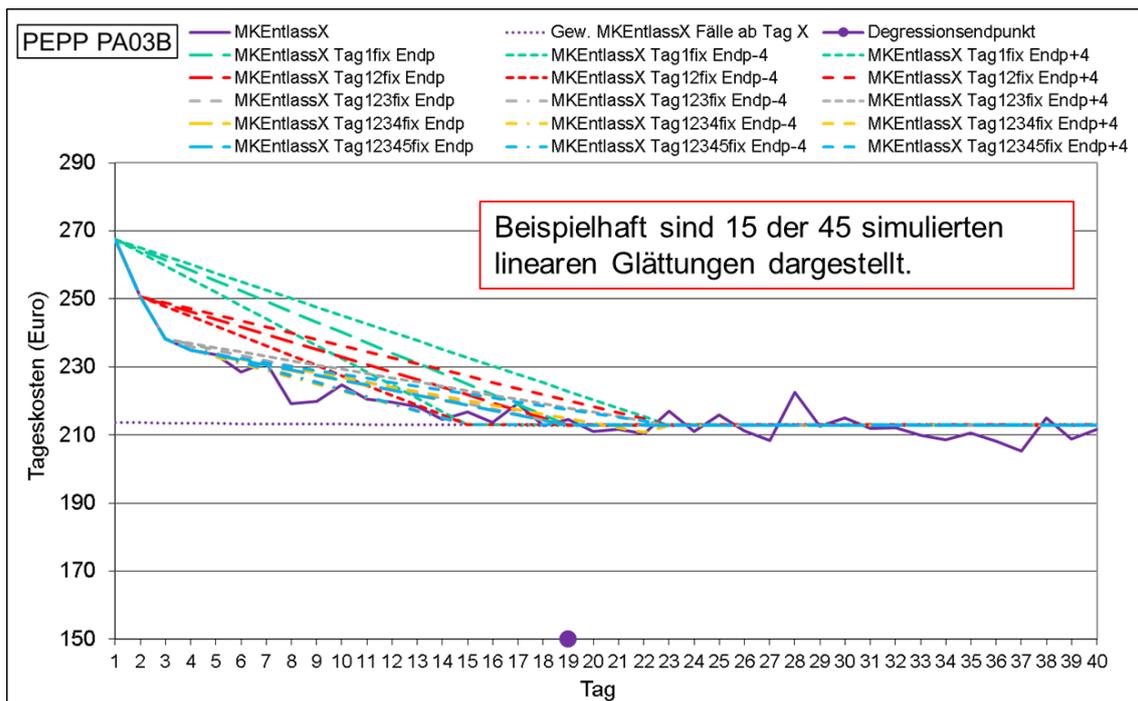


Abbildung 13: Berechnung der Glättungsvarianten am Beispiel PA03B Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen oder andere psychotische Störungen, [...]

Auswahl der „besten“ Glättung

Für jede Glättung wird nun die Summe der Quadrate der Abstände zwischen den Punkten der tatsächlichen und der geglätteten Werte berechnet. Als „beste“ Glättung wird diejenige Variante gewählt, deren „Quadratsumme“ der Abstände zum tatsächlichen Verlauf der Tageskostenkurve den kleinsten Wert ergibt.

Für die Beispiel-PEPP ist dies die Variante „Fixiere die Tage 1 bis 4“ und „Verschiebe den Degressionsendpunkt um 4 Tage vor den vorläufigen Degressionsendpunkt“, d.h. also

- Setze für Tag 1 bis Tag 4 fest: $Tageserlös = \text{mittlere Tageskosten}$ der am Tag X entlassenen Fälle.
- Nimm Tag 15 als neuen Degressionsendpunkt, d.h. setze ab Tag 15: $Tageserlöse = \text{gewichteter Tageskosten-Mittelwert}$ der ab Tag 15 entlassenen Fälle.
- Verbinde Tag 4 und Tag 15 durch eine Gerade (d.h. subtrahiere für jeden weiteren Tag ab Tag 4 bis Tag 15 jeweils $1/11$ (Nenner: $15-4=11$) der Kostendifferenz zwischen Tag 4 und 15), sodass der berechnete Wert als Tageserlös dient.

Abbildung 14 zeigt die Tageskosten-Verlaufskurven sowie die ausgewählte „beste“ Glättungsvariante.

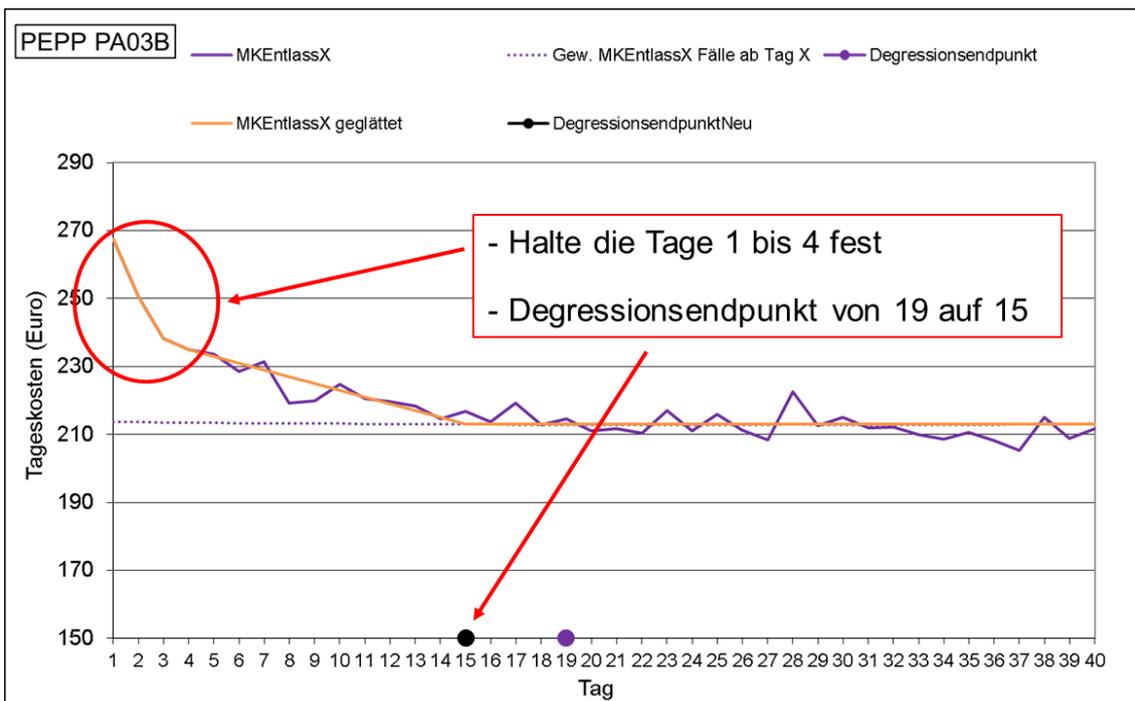


Abbildung 14: Ergebnis der „besten“ Glättungsvariante am Beispiel PA03B Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen oder andere psychotische Störungen, [...]

3.3.3 Adjustierung

Nachdem je PEPP das Glättungsverfahren durchgeführt wurde, werden die geglätteten Tageskosten – bei Gewichtung durch die Pflage tage der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG – zusätzlich so adjustiert, dass gilt:

$$\text{Kostenvolumen} = \text{Erlösvolumen.}$$

Die Änderung der Methodik gemäß der Vereinbarung der Selbstverwaltung vom 1. April 2014 – wie oben in den einzelnen Umsetzungsschritten dargestellt – führt zu deutlich geringeren Adjustierungsfaktoren als im Vorjahr (jetzt sehr eng an 1,000000).

In Tabelle 6 sind zusammenfassend die Glättungskennzahlen und Adjustierungsfaktoren für das PEPP-System 2015 dargestellt. Dabei ist anzumerken, dass die in den Abbildung 12 bis Abbildung 14 verwendete Beispiel-PEPP PA03B nur als schematisches Beispiel zu verstehen ist. (Tatsächlich ist der Degressionsendpunkt für diese PEPP in der Schlussfassung des PEPP-Systems 2015 der Tag 17.)

PEPP	SK	Degr.-Endp.	#Tage fix	Adj.-Faktor	PEPP	SK	Degr.-Endp.	#Tage fix	Adj.-Faktor
P003B	PRE	19	1	0,99056064	PA14B	PSY	15	3	1,00041052
P003C	PRE	19	1	0,99625246	PA15A	PSY	20	3	0,99824163
PA01A	PSY	10	2	1,00024868	PA15B	PSY	19	3	1,00288530
PA01B	PSY	5	3	0,99997555	PA15C	PSY	16	1	1,00190494
PA02A	PSY	14	3	1,00324024	PK01Z	PKJ	11	1	0,99803287
PA02B	PSY	18	3	1,01271590	PK02Z	PKJ	11	1	1,00290080
PA02C	PSY	19	3	1,02849322	PK03Z	PKJ	17	1	0,99823513
PA02D	PSY	23	5	1,00879686	PK04A	PKJ	13	2	0,99919602
PA03A	PSY	19	2	0,99967624	PK04B	PKJ	22	2	0,99978776
PA03B	PSY	17	4	1,00059471	PK14A	PKJ	13	1	0,99948385
PA04A	PSY	16	2	0,99714608	PK14B	PKJ	21	1	1,00005590
PA04B	PSY	18	3	0,99942879	PK14C	PKJ	23	2	0,99555847
PA04C	PSY	20	3	1,00031570	PP04A	PSO	8	2	0,99991322
PA14A	PSY	15	3	1,00081107	PP04B	PSO	10	2	0,99999308

Tabelle 6: Glättungskennzahlen und Adjustierungsfaktoren für das PEPP-System 2015

3.3.4 Sonderkonstellationen

Einige PEPP haben aufgrund geringer Fallzahl oder anderer Ursachen starke Schwankungen bzw. keine Tendenz im Tageskostenverlauf (siehe Beispiel PK10Z in Abbildung 15). In diesen Fällen wird die Bewertungsrelation einheitlich ab Tag 1 aus den mit den Pflgetagen der Daten gem. § 21 KHEntgG gewichteten Tageskosten-Mittelwerten errechnet.

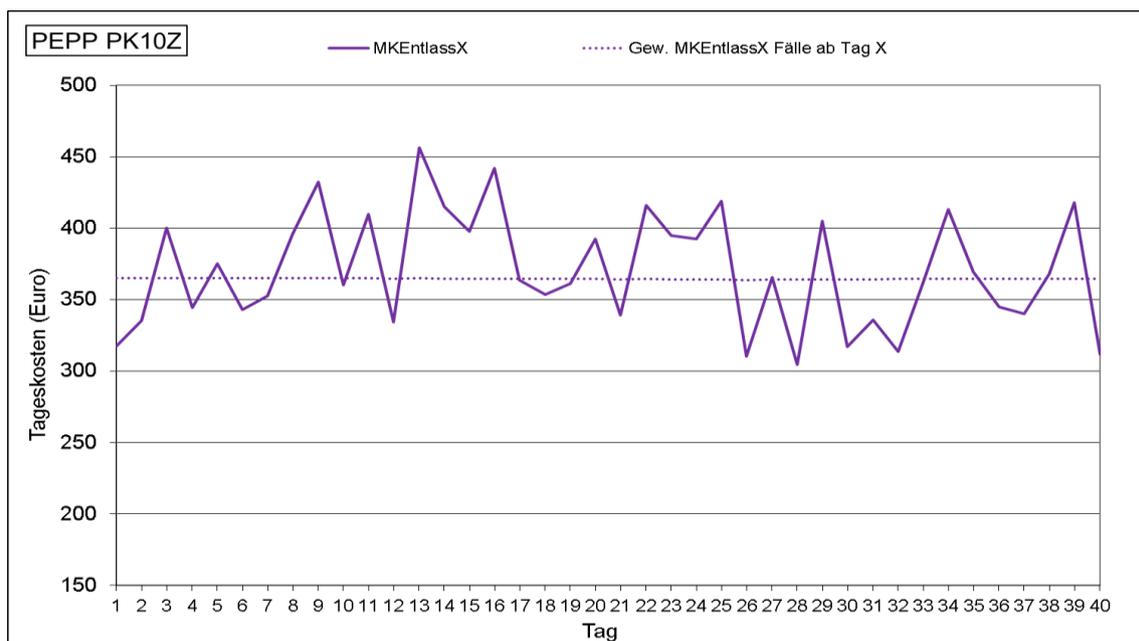


Abbildung 15: Beispiel PEPP PK10Z ohne Tendenz im Kostenverlauf

Eine weitere Besonderheit bieten diejenigen PEPP, die das Erreichen einer Einstiegsschwelle an Leistungsmerkmalen voraussetzen. Durch diese Einstiegsschwelle sind in den Kostendaten ggf. keine Fälle unterhalb einer bestimmten Anzahl von Pflgetagen enthalten, auch wenn das Erreichen der PEPP mit weniger Pflgetagen theoretisch möglich wäre.

Ein Beispiel hierfür ist die PEPP P003B *Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung mit sehr hohem Aufwand*. Diese erfordert ca. 150 Stunden 1:1-Betreuung Erwachsener. In den Kostendaten finden sich entsprechende Fälle erst ab 9 Pflgetagen. Die Einstiegsschwelle ist jedoch theoretisch bereits ab 7 Pflgetagen erreichbar. Bei der Betreuung eines Patienten durch mehrere Mitarbeiter und der dadurch vorgesehenen Aufsummierung der Stunden beider Mitarbeiter kann das Kriterium sogar mit noch weniger Tagen erreicht werden.

Um auch solche Fälle abrechnen zu können, ergibt sich die Notwendigkeit, die in den Kostendaten nicht vorhandenen Tage zu bewerten. In diesen Fällen wird der Wert für den ersten berechneten Zeitraum auch für die kürzer behandelten Fälle festgesetzt (siehe Abbildung 16).

PEPP	Bezeichnung	Anzahl Berechnungstage	Bewertungsrelation je Tag
1	2	3	4
P003B	Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung mit sehr hohem Aufwand	1	1,5832
		2	1,5832
		3	1,5832
		4	1,5832
		5	1,5832
		6	1,5832
		7	1,5832
		8	1,5832
		9	1,5832
		10	1,5656
		11	1,5330
		12	1,5004

„Anzahl Berechnungstage“ 1-8 erhalten Bewertungsrelation wie bei „Anzahl Berechnungstage“ = 9

Abbildung 16: Festsetzung der Bewertungsrelationen für Fälle mit weniger als 9 Pflgetagen am Beispiel der PEPP P003B

Dieses Vorgehen wurde entsprechend auch für die PEPP P003C angewandt.

3.3.5 Vergütungsklassen

Die bisherigen Vergütungsstufen innerhalb einer PEPP kommen nicht mehr zur Anwendung. Stattdessen werden PEPP-bezogen Vergütungsklassen aller Fälle mit der gleichen Anzahl an Berechnungstagen gebildet. Die für diese Fälle ermittelten Bewertungsrelationen werden für jeden Berechnungstag des Falles abgerechnet. Innerhalb eines Falles gibt es bei der PEPP-Vergütung somit eine einheitliche Bewertungsrelation. Der bisherige degressive Verlauf der Vergütung eines Falles entfällt.

Zur Berechnung der täglichen Bewertungsrelation eines Falles muss im PEPP-Entgeltkatalog innerhalb der PEPP nach der Anzahl der Berechnungstage des Falles gesucht werden. Die Bewertungsrelation der entsprechenden Zeile wird für jeden Berechnungstag des Falles vergütet. Ist die Behandlungsdauer länger als die letzte im PEPP-Entgeltkatalog ausgewiesene Anzahl der Berechnungstage, gilt die Bewertungsrelation der letzten ausgewiesenen Zeile (entspricht dem Degressionsendpunkt) innerhalb der PEPP.

3.3.6 Normierung der Bewertungsrelationen

Für die Berechnung der Bezugsgröße wurden zunächst alle voll- und teilstationären Fälle gem. § 21 KHEntgG im Entgeltbereich Psychiatrie und Psychosomatik nach dem PEPP-System 2015 gruppiert. Fälle in unbewerteten PEPP (Anlage 1b und 2b des PEPP-Entgeltkatalogs 2015) blieben bei der weiteren Berechnung unberücksichtigt. Für Fälle in Fehler-PEPP wurde als Schätzwert eine Bewertungsrelation von 1,0000 je Tag verwendet.

Darüber hinaus wurde allen Fällen für die relevanten Behandlungstage das entsprechende Ergänzende Tagesentgelt (ET, siehe Kap. 2.1 und 3.2.7) gem. OPS-Kodierung zugeordnet.

Tabelle 7 zeigt die Zuordnungen im Überblick:

	Bewertungsrelation gem. PEPP-Gruppierung	Bewertungsrelation gem. ET-Zuordnung
Fälle in bewerteten PEPP	gem. PEPP 2015	gem. PEPP 2015
Fälle in Fehler-PEPP	Schätzung: 1,0000 pro Tag	gem. PEPP 2015
Fälle in unbewerteten PEPP (Anlage 1b und 2b)	nicht berücksichtigt	nicht berücksichtigt

Tabelle 7: Fallmengen und Bewertungsrelationen für die Berechnung der Bezugsgröße für das PEPP-System 2015

Die Bezugsgröße wurde nun so gewählt, dass für voll- und teilstationäre Fälle in bewerteten PEPP oder Fehler-PEPP gilt:

$$\begin{aligned} & \text{Summe Bewertungsrelationen aus PEPP-Gruppierung} \\ & + \text{Summe Bewertungsrelationen aus Ergänzenden Tagesentgelten} \\ & \triangleq \text{Summe Pflage tage} \end{aligned}$$

Die Bezugsgröße für 2015 bei dieser Methodik beträgt 230,32.

4 PEPP-Entgeltsystem 2015

4.1 Entwicklung der PEPP-Klassifikation: Vorgehensweise und Ergebnisse

4.1.1 Ausgangssituation

Grundlage der Weiterentwicklung der PEPP-Klassifikation waren die Daten des Jahres 2013 und damit die gemäß ICD-10-GM Version 2013 bzw. OPS Version 2013 verschlüsselbaren Diagnosen und Prozeduren sowie die nach § 301 Abs. 3 SGB V, Anlage 2, Schlüssel 6, für das Jahr 2013 zugelassenen Fachabteilungsschlüssel.

Sowohl zu den per OPS verschlüsselten Leistungen als auch hinsichtlich der Fachabteilungskette liegen (mit Zeitstempel und Gültigkeitsdauern) umfangreiche Informationen vor, die nicht nur dem Fall, sondern auch präzise dem Behandlungstag zugeordnet werden können.

Des Weiteren enthält der Datensatz nach § 21 KHEntgG eine Vielzahl weiterer fallbezogener Attribute, die auf mögliche damit verbundene höhere Tageskosten geprüft werden können, beispielsweise das Alter des Patienten.

Bei der Weiterentwicklung der Kodekataloge ICD und OPS für das den Daten zugrunde liegende Jahr 2013 hat es im Bereich Psychiatrie und Psychosomatik nur vergleichsweise geringfügige Änderungen gegeben. Bei der überwiegenden Anzahl der Änderungen handelt es sich um Klarstellungen. Relevante neue Codes oder Differenzierungen hat es für Psychiatrie und Psychosomatik im ICD und OPS nicht gegeben.

Allerdings gab es für den ICD und den OPS Version 2014 einige relevante Änderungen, die zum Teil bereits im PEPP-System 2014 berücksichtigt wurden (ICD Codes aus dem Bereich U69.3- für Heroin- bzw. intravenösen Konsum von Drogen sowie die OPS-Codes aus dem Bereich 9-700.- für die Qualifizierte Entzugsbehandlung). Weiterhin wurden die Codes für die Kriseninterventionelle Behandlung bei Erwachsenen (OPS 9-641.0-) sowie Kindern und Jugendlichen (OPS 9-690.0) nach der aufgewendeten Zeit differenziert und bilden nunmehr den unterschiedlichen Aufwand für diese Leistung ab.

Zwar lagen diese Änderungen noch nicht in den ursprünglichen Leistungsdaten des Datenjahres 2013 vor, jedoch sind sie durch eine ergänzende Datenlieferung der Kalkulationshäuser nachträglich ermittelt worden.

Grundlage für die in den nachfolgenden Kapiteln dargestellten Ausdifferenzierungen und Änderungen bei der Abbildung von Erkrankungen und Leistungen im PEPP-System 2015 war nicht nur die Verbesserung hinsichtlich der Kodierbarkeit der Diagnosen und Prozeduren in Psychiatrie und Psychosomatik, sondern auch eine Verbesserung in der Anwendung der Codes. Mit zunehmender Erfahrung bei der Kodierung psychiatrischer und psychosomatischer Störungen und den bei diesen Patienten erbrach-

ten Leistungen im Rahmen des PEPP-Systems wird sich, insbesondere bei den Einrichtungen, die bereits auf die Abrechnung nach dem PEPP-System umgestellt haben, die Kodierqualität weiter verbessern.

4.1.2 Tagesbezug und Gültigkeitsdauer von Merkmalen

Bei der Verschlüsselung von Leistungen der Psychiatrie und Psychosomatik im OPS spielt die Gültigkeit von Codes eine entscheidende Rolle. Während es im DRG-Bereich in der Regel nicht auf eine tagesgenaue Bestimmung des Zeitraums der Leistungserbringung, sondern lediglich auf die Gesamtdauer des Zeitraums ankommt und dieser Zeitraum daher (meist in Intervallen) im Codes selbst verschlüsselt werden kann (z.B. OPS 8-982.1 *Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage*), ist im tagesbezogenen Entgeltsystem der Psychiatrie und Psychosomatik in vielen Fällen auch ein konkreter Bezug zwischen Behandlungstag und Leistung erforderlich.

ICD

ICD-Kodes sind immer für den gesamten Fall gültig, unabhängig davon, ob die damit verschlüsselte Diagnose auch während des gesamten Aufenthalts bestand, erst im Verlauf aufgetreten ist oder sich wieder zurückgebildet hat (siehe Abb. 17). Ein Patient mit Demenz ist ggf. während eines Aufenthalts nur vorübergehend delirant, der dazugehörige ICD-Kode F05.1 gilt dagegen für den gesamten Fall. Eine tagesgenaue Erfassung von Diagnosen wäre mit erheblichem Aufwand verbunden, abgesehen davon, dass sich die einer Diagnose zugrunde liegende Symptomatik im Verlauf häufig schleichend entwickelt bzw. zurückbildet. Daher sind die exakten Tage des Vorliegens einer Diagnose mit Beginn- und Enddatum in der Regel nicht bestimmbar.

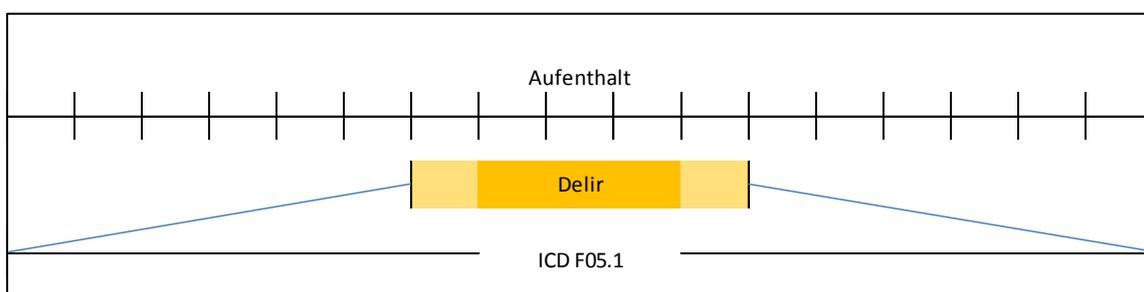


Abbildung 17: Vorliegen von Diagnosen und deren Gültigkeit als ICD

OPS

Dagegen besitzen die OPS-Kodes unterschiedliche Gültigkeiten:

So gilt für bestimmte Zusatzkodes der OPS-Klassifikation, wie z.B. den OPS-Kode 9-640.00 *Erhöhter Behandlungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Behandlung: Mindestens 2 bis 6 Stunden pro Tag*, ein Tagesbezug. Das heißt, dieser Kode muss für jeden Tag, an dem die betreffende Leistung erbracht wird, mit dem Datum der Leistung verschlüsselt werden.

Dagegen gilt für die OPS-Kodes aus der Gruppe *Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen* (TE-Kodes), wie z.B. 9-605.0 *Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche*, in der Regel ein Wochenbezug. Ein Kode aus dieser Gruppe ist also in der Regel einmal pro Woche mit dem Datum des Beginns der Behandlungswoche zu kodieren, es sei denn, dass beispielsweise durch den Wechsel der Behandlungsart (z.B. Wechsel von Intensiv- auf Regelbehandlung) schon vor Ende der vollen Behandlungswoche eine geänderte Dokumentation nötig wird.

Für die OPS-Kodes aus der Gruppe „Behandlung in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen“ (Psych-PV-Kodes), wie z.B. OPS 9-983.0 *Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Kinder- und Jugendpsychiatrie: Behandlungsbereich KJ1 (Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung)* gilt ein Periodenbezug. Das bedeutet, dass zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel des Behandlungsbereichs ein Kode aus dieser Gruppe zu vergeben ist. Hierbei kann die Länge der zugeordneten Periode von einem Tag bis zur gesamten Verweildauer variieren.

Bestimmte Kodes wie beispielsweise die Zusatzkodes aus OPS 9-643 *Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting)* weisen einen Fallbezug auf. Hier ist die Anzahl der Behandlungstage in diesem Setting über den gesamten Aufenthalt zu summieren und einmalig z.B. als 9-643.5 *Mindestens 36 bis höchstens 42 Tage* zu kodieren.

Entsprechend komplex können die zugehörigen PEPP-Definitionen ausfallen.

Abbildung 18 gibt exemplarisch einen Überblick über die Gültigkeitsdauern unterschiedlicher Merkmale während des Behandlungsverlaufs.

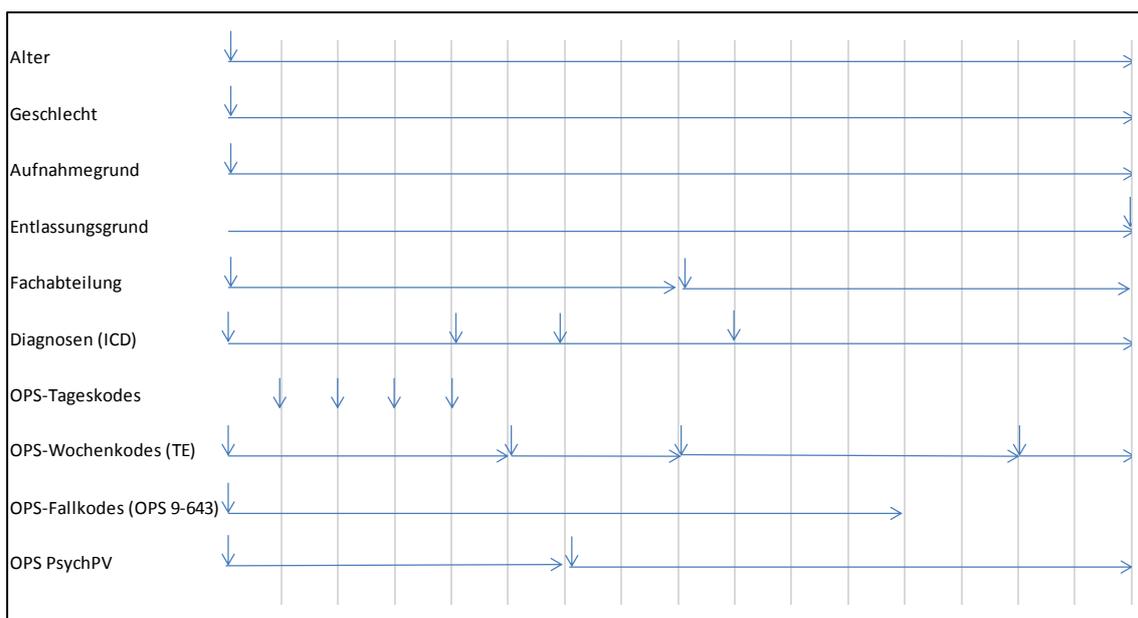


Abbildung 18: Gültigkeit von Merkmalen

4.1.3 Grundlagen der PEPP-Klassifikation

Nach dem gesetzlichen Auftrag des § 17d KHG soll das Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik als ein „durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten“ entwickelt werden. Dabei hat das Vergütungssystem „den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden“.

Dies bedeutet, dass anders als im DRG-System nicht der Fall, sondern jeder einzelne Behandlungstag vergütet werden soll, jedoch in pauschalierter Form, sodass es durchaus im Einzelfall zu Abweichungen zwischen dem tatsächlichen Aufwand und dem Erlös kommen kann. Jedoch soll im Gegensatz zu dem bisherigen vollkommen pauschalen System der tagesgleichen Pflegesätze, in dem jeder Patient (krankenhausbezogen) gleich vergütet wird, ein unterschiedlicher (ökonomischer) Behandlungsaufwand von Patientengruppen unterschieden werden. Die entsprechenden Patientengruppen sollen nach medizinischen Kriterien gebildet werden. Maßgeblich ist jedoch, dass sich innerhalb dieser Gruppen ein ähnlicher Aufwand widerspiegelt, d.h. die Behandlung durchschnittlich ähnliche Kosten verursacht.

4.1.3.1 Strukturkategorien

Dazu werden in einem ersten Schritt Strukturkategorien verwendet, durch die verschiedene Behandlungsformen und Fachbereiche berücksichtigt werden. Die Strukturkategorien unterteilen sich in:

■ Teilstationär:

TKJ: Psychiatrische und psychosomatische Behandlung von Kindern und Jugendlichen

TSO: Psychosomatische Behandlungen

TKY: Psychiatrische Behandlung Erwachsener

■ Vollstationär:

PRE: Prä-Strukturkategorie zur übergreifenden Abbildung besonders aufwendiger Behandlungen

PKJ: Psychiatrische und psychosomatische Behandlung von Kindern und Jugendlichen

PSO: Psychosomatische Behandlungen

PSY: Psychiatrische Behandlung Erwachsener

Die Einteilung in die Strukturkategorien (siehe Abb. 19) erfolgt unverändert zum PEPP-System 2014: Zwischen den voll- und den teilstationären Kategorien wird nach dem Aufnahmegrund gem. § 301 SGB V (Schlüssel 03 für teilstationäre Fälle) unterschieden.

Die kinder- und jugendpsychiatrischen Strukturkategorien erhalten

- alle Fälle mit einem Alter unter 14 Jahren (Kinder),
- alle Fälle, die mindestens die Hälfte ihres Aufenthalts in einer spezialisierten Fachabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt wurden,
- sowie alle Fälle mit einem Alter bis 18 Jahre, die in einer Einrichtung für Psychosomatik behandelt wurden und deren Behandlung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie geleitet wurde.

Die psychosomatischen Strukturkategorien erhalten alle Fälle, die mehr als 50% ihres Aufenthalts in einer psychosomatischen Fachabteilung behandelt wurden.

Alle anderen Fälle werden in den psychiatrischen Strukturkategorien eingruppiert.

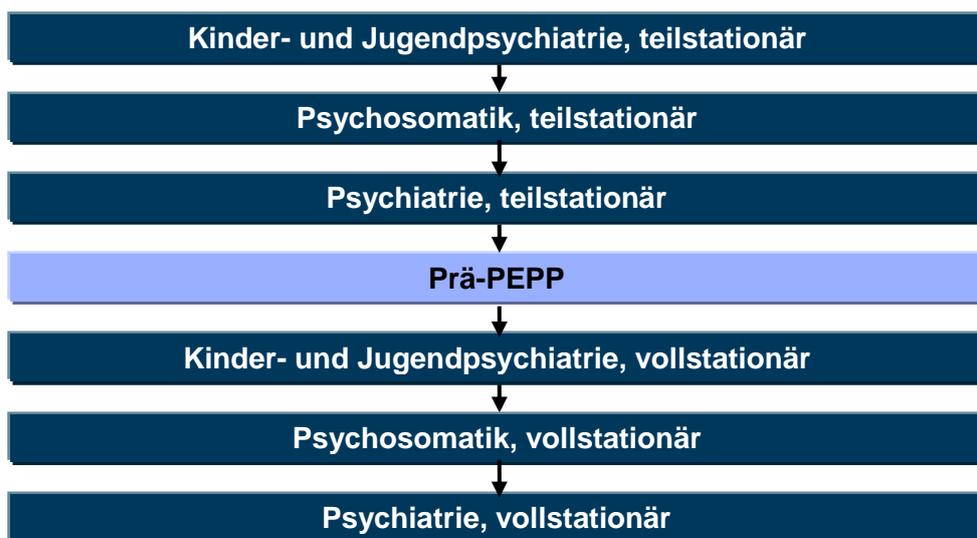


Abbildung 19: Strukturkategorien im PEPP-System, Abgeregihnenfolge in der Prä-Strukturkategorie

Präfix	Strukturkategorie	Kalkulationsdaten		§-21-Daten	
		Fallzahl	Anteil Fälle	Fallzahl	Anteil Fälle
P0	Prä-PEPP	2.392	1,2%	5.959	0,6%
PA	Psychiatrie, vollstationär	150.652	73,3%	708.733	73,0%
PK	Kinder- und Jugendpsychiatrie, vollstationär	13.341	6,5%	48.918	5,0%
PP	Psychosomatik, vollstationär	10.686	5,2%	58.478	6,0%
TA	Psychiatrie, teilstationär	22.675	11,0%	113.468	11,7%
TK	Kinder- und Jugendpsychiatrie, teilstationär	3.874	1,9%	16.235	1,7%
TP	Psychosomatik, teilstationär	1.640	0,8%	10.831	1,1%
PF	Fehler-PEPP und sonstige PEPP	277	0,1%	7.670	0,8%
Gesamt		205.537	100,0%	970.292	100,0%

Tabelle 8: Fallverteilung in den Strukturkategorien, PEPP-Version 2015, Datenjahr 2013

4.1.3.2 Basis-PEPP

Innerhalb der Strukturkategorien erfolgt die Einteilung der Patienten in der Regel anhand des medizinischen Kriteriums der Hauptdiagnose oder besonderer Behandlungsbereiche. Die so entstehenden Klassen werden als Basis-PEPP (BPEPP) bezeichnet. Dabei lehnt sich diese Einteilung an in der Psychiatrie gebräuchliche Klassifikationen an, wie sie in ICD, Lehrbüchern oder bei der Ausgestaltung von Behandlungsbereichen in den Einrichtungen ebenfalls verwendet werden.

Die Unterteilung nach Basis-PEPP in den vollstationären Strukturkategorien kann den Tabellen 9–11 entnommen werden.

BPEPP	Basis-PEPP	Kalkulationsdaten		§-21-Daten		Bewertet
		Fallzahl	Anteil Fälle	Fallzahl	Anteil Fälle	
PA01	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen und andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1.054	0,7%	5.293	0,7%	x
PA02	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	45.562	30,2%	227.606	32,1%	x
PA03	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen	25.568	17,0%	112.758	15,9%	x
PA04	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen	55.642	36,9%	261.500	36,9%	x
PA14	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Essstörungen und andere Störungen	6.652	4,4%	29.767	4,2%	x
PA15	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems	15.729	10,4%	69.464	9,8%	x
PA16	Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten	86	0,1%	493	0,1%	
PA17	Andere psychosomatische Störungen	9	0,0%	43	0,0%	
PA18	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome	221	0,1%	951	0,1%	
PA98	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose	118	0,1%	766	0,1%	
PA99	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose	11	0,0%	92	0,0%	
Gesamt		150.652	100,0%	708.733	100,0%	

Tabelle 9: Fallverteilung auf die Basis-PEPP innerhalb der Strukturkategorie Vollstationäre Psychiatrie, PEPP-Version 2015, Datenjahr 2013

BPEPP	Basis-PEPP	Kalkulationsdaten		§-21-Daten		Bewertet
		Fallzahl	Anteil Fälle	Fallzahl	Anteil Fälle	
PK01	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen und andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	381	2,9%	1.616	3,3%	x
PK02	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	506	3,8%	2.309	4,7%	x
PK03	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen	294	2,2%	1.051	2,1%	x
PK04	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen	7.016	52,6%	23.067	47,2%	x
PK10	Ess- und Fütterstörungen	786	5,9%	2.305	4,7%	x
PK14	Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen	4.286	32,1%	18.078	37,0%	x
PK15	Organische Störungen, amnestisches Syndrom und degenerative Krankheiten des Nervensystems	4	0,0%	64	0,1%	
PK16	Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten	2	0,0%	29	0,1%	
PK17	Andere psychosomatische Störungen	5	0,0%	21	0,0%	
PK18	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome	55	0,4%	345	0,7%	
PK98	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose	5	0,0%	27	0,1%	
PK99	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose	1	0,0%	6	0,0%	
Gesamt		13.341	100,0%	48.918	100,0%	

Tabelle 10: Fallverteilung auf die Basis-PEPP innerhalb der Strukturkategorie Vollstationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie, PEPP-Version 2015, Datenjahr 2013

BPEPP	Basis-PEPP	Kalkulationsdaten		§-21-Daten		Bewertet
		Fallzahl	Anteil Fälle	Fallzahl	Anteil Fälle	
PP04	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen	9.189	85,99%	50.592	86,51%	x
PP10	Ess- und Fütterstörungen	830	7,77%	4.151	7,10%	x
PP14	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen	480	4,49%	2.966	5,07%	x
PP15	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems	3	0,03%	46	0,08%	
PP16	Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten	2	0,02%	36	0,06%	
PP17	Andere psychosomatische Störungen	167	1,56%	489	0,84%	
PP18	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome	8	0,07%	60	0,10%	
PP98	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose	7	0,07%	128	0,22%	
PP99	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose	0	0,00%	10	0,02%	
Gesamt		10.686	100,0%	58.478	100,0%	

Tabelle 11: Fallverteilung auf die Basis-PEPP innerhalb der Strukturkategorie Vollstationäre Psychosomatik, PEPP-Version 2015, Datenjahr 2013

4.1.3.3 Differenzierung in die PEPP

Innerhalb der Basis-PEPP erfolgt ggf. eine Unterteilung, die weitere medizinische Kriterien, beispielsweise die erbrachten Leistungen, mit einbezieht.

Als Kriterien werden insbesondere verwendet:

- Behandlungsart und Behandlungsaufwand
- Vorliegen von Intensivmerkmalen
- Therapiezeiten
- Schwere bzw. Ausprägung der psychischen Störung
- Begleiterkrankungen mit Erhöhung des diagnostischen, therapeutischen oder pflegerischen Aufwands

Auf die Analyse der Kriterien für das PEPP-System 2015 wird im Einzelnen in Kapitel 4.1.6 eingegangen.

4.1.3.4 PEPP teilstationär

Die Definition der 20 teilstationären Basis- plus „Reste“-PEPP erfolgte analog zu den vollstationären PEPP entsprechend den bereits beschriebenen Diagnosegruppen.

Die 2015 bestehenden teilstationären PEPP sind in den Tabellen 12–14 dargestellt:

BPEPP	Basis-PEPP	Kalkulationsdaten		§-21-Daten		Bewertet
		Fallzahl	Anteil Fälle	Fallzahl	Anteil Fälle	
TA02	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	1.772	7,8%	8.644	7,6%	x
TA15	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems	701	3,1%	1.823	1,6%	x
TA16	Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten	6	0,0%	36	0,0%	
TA17	Andere psychosomatische Störungen	2	0,0%	23	0,0%	
TA18	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome	25	0,1%	67	0,1%	
TA19	Psychotische, affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme, Schlaf-, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen, Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Diagnose	2.786	12,3%	11.460	10,1%	x
TA20	Psychotische, affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme, Schlaf-, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Diagnose	17.338	76,5%	91.325	80,5%	x
TA98	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose	14	0,1%	55	0,0%	
TA99	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose	31	0,1%	35	0,0%	
Gesamt		22.675	100,0%	113.468	100,0%	

Tabelle 12: Fallverteilung auf die Basis-PEPP innerhalb der Strukturkategorie Teilstationäre Psychiatrie, PEPP-Version 2015, Datenjahr 2013

BPEPP	Basis-PEPP	Kalkulationsdaten		§-21-Daten		Bewertet
		Fallzahl	Anteil Fälle	Fallzahl	Anteil Fälle	
TK04	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen ohne komplizierende Nebendiagnose	1.695	43,8%	6.758	41,6%	x
TK14	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen mit komplizierender Nebendiagnose oder Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen	2.104	54,3%	9.138	56,3%	x
TK15	Organische Störungen, amnestisches Syndrom und degenerative Krankheiten des Nervensystems	5	0,1%	22	0,1%	
TK16	Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten	1	0,0%	6	0,0%	
TK17	Andere psychosomatische Störungen	7	0,2%	11	0,1%	
TK18	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome	59	1,5%	291	1,8%	
TK98	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose	3	0,1%	9	0,1%	
Gesamt		3.874	100%	16.235	100%	

Tabelle 13: Fallverteilung auf die Basis-PEPP innerhalb der Strukturkategorie Teilstationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie, PEPP-Version 2015, Datenjahr 2013

BPEPP	Basis-PEPP	Kalkulationsdaten		§-21-Daten		Bewertet
		Fallzahl	Anteil Fälle	Fallzahl	Anteil Fälle	
TP20	Psychosomatische oder psychiatrische Störungen	1.640	100,0%	10.801	99,7%	
TP98	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose	0	0,0%	28	0,3%	
TP99	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose	0	0,0%	2	0,0%	
Gesamt		1.640	100,0%	10.831	100,0%	

Tabelle 14: Fallverteilung auf die Basis-PEPP innerhalb der Strukturategorie Teilstationäre Psychosomatik, PEPP-Version 2015, Datenjahr 2013

Im Gegensatz zum Vorjahr konnte keine Bewertung der TP20Z erfolgen. Es lag keine ausreichende Anzahl plausibler Kostendaten vor. In vielen Fällen erfolgte bei gemischt tagesklinisch und vollstationär genutzten Stationen keine eindeutige Kostenabgrenzung.

4.1.3.5 Prä-PEPP

Für bestimmte aufwendige Konstellationen, die mit deutlich höheren Tageskosten verbunden sind, kann eine weitgehend von Fachabteilung und Hauptdiagnose unabhängige Eingruppierung die sachgerechte Abbildung darstellen. In diesen Fällen erfolgt die Zuordnung der entsprechenden PEPP zur Prä-Strukturategorie. Diese sogenannten Prä-PEPP umfassen im PEPP-Entgeltkatalog 2015 folgende Basis-PEPP (vgl. Tab. 15):

BPEPP	Basis-PEPP	Kalkulationsdaten		§-21-Daten		Bewertet
		Fallzahl	Anteil Fälle	Fallzahl	Anteil Fälle	
P001	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie, VWD < 7 Tage	1.439	60,2%	2.455	41,2%	
P002	Einzelbetreuung bei Kindern und Jugendlichen mit hohem Aufwand	378	15,8%	1.140	19,1%	x
P003	Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung	575	24,0%	2.364	39,7%	x
Gesamt		2.392	100,0%	5.959	100,0%	

Tabelle 15: Fallverteilung auf die Basis-PEPP innerhalb der Strukturategorie Prä-PEPP, PEPP-Version 2015, Datenjahr 2013

Wie bereits in den Vorjahren kann die Basis-PEPP P001 *Schlafapnoesyndrom* [...] nicht mit einem Relativgewicht bewertet werden, weil der überwiegende Teil der Fälle in den Kalkulationsdaten nur aus einer einzigen Einrichtung stammte (Hausdominanz).

Die Basis-PEPP P002 und P003 sind im Wesentlichen über Prozedurenkodes des OPS definiert, die einen klar umschriebenen Mindestaufwand widerspiegeln. Es handelt sich um die 1:1-Betreuung bei Erwachsenen für die P003 bzw. die Einzelbetreuung bei Kindern und Jugendlichen für die P002.

Die hinter den jeweiligen Codes stehenden Einzelaufwände werden in diesen PEPP vom Grouper addiert. Dazu werden ab einem Mindestaufwand (mehr als 2 Stunden) die in den Codes angegebenen Zeitklassen mit dem Klassenmittelwert – bzw. die unterste Zeitklasse etwas geringer – bewertet. Ab einer PEPP-spezifischen Untergrenze erfolgt dann teilweise unter Berücksichtigung weiterer Faktoren die Eingruppierung in eine Prä-PEPP.

Durch den Beschluss der Selbstverwaltung vom 1. April 2014 wurden die in Prä-PEPP P003 und P004 des Jahres 2014 abgebildeten Leistungen (1:1-Betreuung Erwachsener, Intensivbehandlung Erwachsener ab 3 Merkmalen) als geeignet für die neuen ergänzenden tagesbezogenen Entgelte (ET) angesehen und dem InEK der Auftrag erteilt, weitere Leistungen auf ihre Eignung für ergänzende tagesbezogene Entgelte hin zu untersuchen. Dabei zeigte sich auch die in der Prä-PEPP P002 abgebildete Intensivbehandlung bei Kindern und Jugendlichen mit Einzelbetreuung ab mehr als 8 Stunden bzw. Betreuung in der Kleinstgruppe ab mehr als 12 Stunden als für die Tagesentgelte geeignet.

Nach der Festlegung dieser Tagesentgelte und der entsprechenden Bereinigung der Kalkulationsdaten (siehe Kapitel 3.2.6) mussten insbesondere die Prä-PEPP daraufhin überprüft werden, ob sie noch in dem Maße Fälle mit Mehrkosten abbilden, die eine Abbildung als Prä-PEPP weiterhin rechtfertigen, oder ob die Mehrkosten bereits durch die Tagesentgelte abgedeckt sind. Dabei zeigten sich für die Fälle mit Intensivbehandlung bei Erwachsenen keine Kostendifferenzen mehr, die eine Abbildung in der Prä-PEPP gerechtfertigt hätten. Daher wurden die Fälle im PEPP-System 2015 innerhalb der jeweiligen Strukturkategorie eingruppiert und die Prä-PEPP P004Z aufgelöst.

Die Einzelbetreuung Erwachsener und die Intensivbehandlung der Kinder und Jugendlichen mit Einzelbetreuung zeigten weiterhin ab bestimmten Schwellen deutliche Mehrkosten. Allerdings war die bisherige Differenzierung der P002 nicht mehr aufrechtzuerhalten. Die entsprechenden Fälle werden jetzt gemeinsam in der P002Z abgebildet. Zusätzlich wurde die oben dargestellte Berechnung des Aufwands für die Intensivbehandlung mit Einzelbetreuung bei Kindern und Jugendlichen angepasst. Denn die zugrunde liegenden OPS beinhalten in der bisherigen Fassung sowohl die Anzahl der Stunden als auch die Anzahl der Tage der Einzelbetreuung. In der PEPP-Version 2014 wurden nur Codes ab einem Schwellenwert für die Gesamtstunden (kodierte Stunden x Tage) berücksichtigt (siehe Abb. 20).

PEPP P002B Intensivbehandlung bei Kindern und Jugendlichen, Einzelbetreuung mit hohem Aufwand

Einzelbetreuung PsyPsychoSoKomBeh KJP, Score 1 (P002-1)

9-671.13‡ Einzelbetreuung: >2 - 4 h pro Tag: An 4 Tagen pro Woche
 9-671.14‡ Einzelbetreuung: >2 - 4 h pro Tag: An 5 Tagen pro Woche
 9-671.15‡ Einzelbetreuung: >2 - 4 h pro Tag: An 6 Tagen pro Woche
 9-671.16‡ Einzelbetreuung: >2 - 4 h pro Tag: An 7 Tagen pro Woche

9-671.21‡ Einzelbetreuung: >4 - 8 h pro Tag: An 2 Tagen pro Woche
 9-671.30‡ Einzelbetreuung: >8 - 12 h pro Tag: An 1 Tag pro Woche
 9-671.40‡ Einzelbetreuung: >12 - 18 h pro Tag: An 1 Tag pro Woche

Abbildung 20: Ausgangslage: Auszug aus dem Definitionshandbuch für das PEPP-System 2014. Verwendung der Codes für die Einzelbetreuung von mehr als 2 bis 4 Stunden bei Kindern und Jugendlichen erst ab 4 Tagen pro Woche. Grobe Klassenbildung der Zeitklassen.

Dies führte dazu, dass einzelne Tage mit verhältnismäßig geringer Einzelbetreuung nicht berücksichtigt wurden, selbst wenn an den restlichen Tagen höhere Einzelbetreuungszeiten erbracht wurden. Angeregt durch einen Vorschlag aus dem Vorschlagsverfahren werden für 2015 in der P002 nunmehr alle Codes mit Betreuungszeiten mit mehr als 2 Stunden berücksichtigt, auch wenn sie nur für einen Tag kodiert sind (siehe Abb. 21). Zusätzlich wurde als Einstiegsbedingung für die P002 ergänzt, dass durchschnittlich mehr als eine Stunde Einzelbetreuung pro Tag stattfinden muss.

PEPP P002Z Einzelbetreuung bei Kindern und Jugendlichen mit hohem Aufwand

Einzelbetr PKJ, 2 Stunden (P002-1)

9-671.10‡ Einzelbetreuung: >2 - 4 h pro Tag: An 1 Tag pro Woche

Einzelbetr PKJ, 4 Stunden (P002-2)

9-671.11‡ Einzelbetreuung: >2 - 4 h pro Tag: An 2 Tagen pro Woche

Einzelbetr PKJ, 6 Stunden (P002-3)

9-671.12‡ Einzelbetreuung: >2 - 4 h pro Tag: An 3 Tagen pro Woche

9-671.20‡ Einzelbetreuung: >4 - 8 h pro Tag: An 1 Tag pro Woche

Abbildung 21: Ergebnis: Auszug aus dem Definitionshandbuch für das PEPP-System 2013/2015. Verwendung der Codes für die Einzelbetreuung von mehr als 2 bis 4 Stunden bei Kindern und Jugendlichen bereits ab 1 Tag pro Woche. Genaue Klassenbildung der Zeitklassen.

Um einen besseren Leistungsbezug zu ermöglichen und insbesondere um an den jeweiligen Leistungstagen die dazugehörigen Kosten ermitteln zu können, wurde vom DIMDI für 2015 eine Änderung des OPS in einen Tageskode (OPS 9-693.-) vorgenommen.

In der P003 wurde aufgrund der veränderten Kostendaten die Eintrittsschwelle auf einen Aufwand von 100 Stunden erhöht, wobei neben der 1:1-Betreuung nun auch die Krisenintervention ab mehr als 3 Stunden berücksichtigt wird. Dies wurde durch die zeitliche Differenzierung des OPS für die Krisenintervention (9-641) im OPS Version 2014 möglich. Durch eine ergänzende Datenlieferung der Kalkulationskrankenhäuser konnte diese Änderung bereits auf den Kalkulationsdaten des Datenjahres 2013 simuliert werden. Weitere Einzelheiten zu den Änderungen finden sich in Kapitel 4.2.4.5.

4.1.3.6 Fehler-PEPP

Die Kodierung psychiatrischer und psychosomatischer Fälle ist durchaus komplex und trotz einer erkennbar ansteigenden Lernkurve auch im Datenjahr 2013 nicht bei allen Fällen frei von Fehlern. Zum einen ergibt sich gerade bei den OPS-Kodes mit unterschiedlichen Gültigkeitsebenen (Tag, Woche, Periode, Fall) eine Vielzahl von Fehlermöglichkeiten, zum anderen ist in der Verwendung von ICD, OPS und Kodierrichtlinien (DKR-Psych) noch nicht jeder Anwender bereits so erfahren wie viele Anwender des G-DRG-Systems nach über 10 Jahren.

Es stellte sich daher bei der Entwicklung des PEPP-Entgeltkatalogs auch die Frage, welche Fehlerkonstellationen vom Grouper als solche angemahnt werden sollen (durch Zuordnung in eine Fehler-PEPP ohne Relativgewicht) und welche Auffälligkeiten in den Optionsjahren noch zu akzeptieren sind.

Diese Frage betrifft primär die zukünftige Anwendung des PEPP-Groupers im Jahr 2015 (in optierenden Einrichtungen) bzw. der Grouper 2013/2015 und 2014/2015 für Planungszwecke. Für die Aufgabe, Fälle des Kalkulationsjahrs 2013, die schwere Kodierfehler mit möglicher Verfälschung des Inhalts einer PEPP aufweisen, ggf. aus der Kalkulationsgrundlage auszuschließen, ist eine Eingruppierung in eine Fehler-PEPP nicht zwingend erforderlich, da zu diesem Zweck andere Umsetzungsmöglichkeiten bei der Plausibilisierung der Fälle (vgl. Kap. 3.2.4) bestehen.

Die Zuordnung zu Fehler-PEPP beschränkt sich daher unverändert auf einige wenige Fälle, die in zwei verschiedene Kategorien eingeteilt werden können:

- Fall ist aufgrund fehlender oder ungültiger Angaben nicht eingruppierbar
- Fall weist Kodierfehler auf, die zu einer fälschlichen Zuordnung in eine höher bewertete PEPP führen

Beispiele für die erste Konstellation sind:

- Fehlende Hauptdiagnose
- Nicht berechenbare Verweildauer
- Ungültiger Hauptdiagnosekode (z.B. nicht terminaler ICD-Kode)
- Fehlende Angaben zu Aufnahmearbeit und Aufnahmegrund (mit der Folge, dass voll- und teilstationäre Fälle nicht unterschieden werden können)
- Fehlendes Alter des Patienten

Diese Fehler führen zur Eingruppierung in die Fehler-PEPP PF96Z *Nicht gruppierbar*. Das Gruppierungsergebnis PF96Z weist eindeutig auf einen schweren Fehler hin und wird typischerweise als Anregung zur Verbesserung der Datenqualität des Falles wirken.

Die zweite Konstellation kommt in den Fehler-PEPP

PF01Z *Fehlkodierung bei erhöhtem Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung*

PF02Z *Fehlkodierung bei psychosomatisch-psychotherapeutischer Komplexbehandlung bei Erwachsenen*

PF03Z *Fehlkodierung bei Einzel- und Kleinstgruppenbetreuung bei Kindern und Jugendlichen*

PF04Z *Fehlkodierung der Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen mit unzulässiger Erfassung mehrerer OPS-Kodes am gleichen Tag*

zum Ausdruck. Durch die Zuordnung zur Fehler-PEPP wird vermieden, dass Fälle aufgrund der fehlerhaften Kodierung in eine höher bewertete PEPP eingruppiert werden. Die Fehler-PEPP PF04Z weist auch auf einen Fehler bei der Kodierung von Kodes für die neuen ergänzenden Tagesentgelte hin.

In den Daten der Jahre 2013 oder 2014 wäre die Verschlüsselung der Kodes für die Intensivbehandlung mit Einzelbehandlung bei Kindern und Jugendlichen in der Konstellation

9-671.25 *Einzelbetreuung: Mehr als 4 bis 8 Stunden pro Tag:
An 6 Tagen pro Woche*

9-671.33 *Einzelbetreuung: Mehr als 8 bis 12 Stunden pro Tag:
An 4 Tagen pro Woche*

beispielsweise bei einem Aufenthalt von 8 Tagen fehlerhaft, obwohl grundsätzlich unterschiedliche Stundenangaben parallel verschlüsselt werden dürfen. Bei diesem Beispiel wird die gleiche Leistung jedoch so kodiert, dass die Summe der kodierten Tage höher ist als die gesamte Aufenthaltsdauer. Sofern diese Fehlkodierung zu einer Höhergruppierung führen würde, würden die entsprechenden Fälle in den Grupper-Versionen 2013/2015 bzw. 2014/2015 in der Fehler-PEPP PF03Z abgefangen. Ab OPS-Version 2015 gelten jedoch Tageskodes für diese Leistung, sodass die Fehler-PEPP PF03Z im Jahr 2015 nicht mehr angesteuert wird.

4.1.3.7 „Reste“-PEPP

Sowohl für den vollstationären als auch für den teilstationären Bereich wurden sogenannte „Reste“-PEPP geschaffen, die mit dem Kürzel *98Z bzw. *99Z enden und der Abbildung von Fällen dienen, die entweder keine neuropsychiatrische Hauptdiagnose, aber eine neuropsychiatrische Nebendiagnose oder aber gar keine neuropsychiatrische

Diagnose aufweisen. Insgesamt existieren acht PEPP dieser Art, die unbewertet und als krankenhausesindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 BpflV zu vereinbaren sind, soweit diese als Krankenhausleistung erbracht werden dürfen. In der Abfrager Reihenfolge stehen die „Reste“-PEPP immer am Ende der jeweiligen Strukturkategorie.

PEPP *98Z *Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose*

Diese PEPP enthalten Fälle, die aufgrund ihrer Diagnosen im Gruppierungsalgorithmus bisher keiner PEPP zugeordnet wurden, jedoch mindestens eine neuropsychiatrische Nebendiagnose aufweisen. Aufgrund des Vorkommens in mehreren Strukturkategorien erfolgt die Definition über die globale Funktion „Psychiatrische Störungen als Nebendiagnose“.

PEPP *99Z *Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose*

In diesen PEPP werden alle Fälle aufgefangen, die bisher nicht gruppiert wurden. Aufgrund der Abfrage dieser PEPP an letzter Position der jeweiligen Strukturkategorie sind hierfür keine Diagnose- oder Prozedurentabellen erforderlich. Es ergibt sich jedoch aus der Definition der zuvor abgefragten PEPP, dass diese Fälle weder eine neuropsychiatrische Haupt- noch eine solche Nebendiagnose aufweisen.

4.1.4 Zusatzentgelte

Wie in Kapitel 3.2.2 erläutert, sind bestimmte spezialisierte Leistungen mittels Zusatzentgelten sachgerechter zu vergüten. Im Zuge der Weiterentwicklung der PEPP-Klassifikation 2015 wurden zahlreiche Leistungen auf eine mögliche Abbildung als Zusatzentgelt untersucht. Als Ergebnis wurde zum einen für die folgenden Leistungen die Abbildung als Zusatzentgelt bestätigt:

ZP2014-01 *Elektrokrampftherapie [EKT]*

ZP2014-02 *Strahlentherapie*

ZP2014-26 *Gabe von Paliperidon, intramuskulär*

Dabei können die EKT und die Gabe von Paliperidon als originär psychiatrisch-psychosomatische Leistungen betrachtet werden. Maßgeblich für ihre Abbildung als Zusatzentgelt war neben den im entsprechenden Kapitel dargestellten Kriterien vor allem die Tatsache, dass der Leistungsumfang zwischen den einzelnen Fällen (u.a. Dauer und Anzahl der Sitzungen) erheblich variierte, was eine Abbildung innerhalb einer PEPP-Definition auch dann erschwert hätte, wenn ein klarer Bezug z.B. zu bestimmten Diagnosen vorgelegen hätte.

Die Strahlentherapie ist demgegenüber keine typische psychiatrisch/psychosomatische Leistung, findet sich aber wie im Vorjahr in den Kalkulationsdaten, für die ohne Zusatzentgelt keine adäquate Vergütung der deutlich erhöhten Kosten umsetzbar war. Bei den entsprechenden Fällen liegen zumeist Hirnmetastasen vor, die bestrahlt werden, wobei die Patienten aufgrund einer psychiatrischen Symptomatik primär von Einrichtungen der Psychiatrie versorgt werden. Um auch aus der psychiatrischen Behandlung heraus eine strahlentherapeutische Behandlung zu ermöglichen, ist dieses Zusatzentgelt vorgesehen. Allerdings ist die Fallzahl für eine Bewertung bisher zu gering.

Diese Zusatzentgelte bleiben auch für das PEPP-System 2015 erhalten, konnten jedoch nach wie vor noch nicht bewertet werden. Im Falle von EKT und der Gabe von Paliperidon gab es im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung unterschiedliche Angaben zu den Kosten sowie beim EKT zum zeitlichen und personellen Aufwand und bei Paliperidon zu den Mengenangaben.

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens gab es darüber hinaus weitere Anregungen, die eingehend und durch Nachfragen bei den Kalkulationskrankenhäusern untersucht wurden. Dies betraf insbesondere die Abbildung weiterer Neuroleptika wie

- Risperidon, intramuskulär
- Olanzapin intramuskulär
- Aripiprazol, intramuskulär
- Clozapin, intramuskulär
- inhalatives Loxapin

Bei Risperidon zeigten sich ebenfalls sehr große Unterschiede in den Angaben zu den Kosten und Mengen. Insbesondere ergaben sich jedoch gegenüber Paliperidon niedrigere Gesamttherapiekosten, die, verteilt auf die Behandlungstage, kaum noch einen Unterschied in den Tageskosten bewirkten.

Zu den anderen angegebenen Neuroleptika ist die Datenbasis aus den Kalkulationskrankenhäusern zu gering. Teilweise lagen nur Daten aus einzelnen Häusern vor oder die Medikamente wurden in den Kalkulationskrankenhäusern gar nicht verwendet. Somit konnte für die PEPP-Version 2015 kein weiteres psychiatriespezifisches Zusatzentgelt etabliert werden.

Wie in den Vorjahren sind Zusatzentgelte aus dem G-DRG-Fallpauschalenkatalog übernommen, beispielsweise für die Gabe von Blutprodukten oder bestimmte antineoplastische Chemotherapien. Ziel dieser Zusatzentgelte ist dabei nicht die Abbildung des typischen Falles, sondern gerade des besonderen Risikos seltener, aber hochteurer Fälle für die behandelnde Einrichtung. Ein Beispiel ist die Fortführung einer Chemotherapie bei einem Tumorpatienten, der wegen der psychiatrischen Symptomatik bei Hirnmetastasen in der psychiatrischen Klinik behandelt wird.

4.1.5 Besonderheiten des PEPP-Definitionshandbuchs

Zweck des Definitionshandbuchs ist es, die Grundzüge der Zuordnung von Fällen zu PEPP, wie sie von der Grouper-Software vorgenommen wird, zu erläutern. Damit wird eine Hilfestellung geboten, den Prozess der PEPP-Zuordnungen durch den Grouper für einzelne Datensätze nachzuvollziehen. Das Handbuch ist zwar eine vollständige Darstellung des Eingruppierungsalgorithmus, dient jedoch in erster Linie der Transparenz sowie Nachvollziehbarkeit und ist somit nicht als Ersatz für eine Grouper-Software gedacht.

In der aktuellen Version wurde Wert auf eine verbesserte Übersichtlichkeit gelegt. Die Verwendung von Funktionen wurde auf mehrfach verwendete, komplexere Algorithmen beschränkt, um die Notwendigkeit, beim Nachvollziehen einer Eingruppierung innerhalb des Handbuchs zu „springen“, möglichst zu reduzieren. Zudem werden nun alle Funktionen gemeinsam in dem Abschnitt „Globale Funktionen“ dargestellt.

Soweit Tabellen mit gleichen Inhalten in verschiedenen Basis-PEPP Anwendung finden, werden sie aus den gleichen Gründen in der Definition jeder Basis-PEPP einzeln aufgeführt.

4.1.6 Erweiterung des Groupers um die Ausgabe ergänzender Tagesentgelte

Bisher bestand sowohl im DRG- als auch im PEPP-System die Aufgabe der durch das InEK zertifizierten Eingruppierungsprogramme (Grouper) darin, die jeweilige DRG bzw. PEPP aus den Eingabedaten eines Falles zu ermitteln. Zusätzlich wurden Diagnosen und Prozeduren hinsichtlich ihrer Gültigkeit und Verwendung bei der Eingruppierung gekennzeichnet sowie der CCL-Wert der Diagnosen bzw. der PCCL-Wert des Falles ermittelt. Dies war der Bestandteil der Zertifizierung. Darüber hinausgehende Leistungen, beispielsweise die Ermittlung von Zusatzentgelten waren im eigentlichen Krankenhausinformationssystem (KIS) oder durch nicht vom InEK zertifizierte Erweiterungen des Grouper-Programms auszuführen.

Im Bereich des PEPP-Systems gibt es im Gegensatz zum DRG-System Codes mit unterschiedlichen Gültigkeitszeiträumen. Dabei unterliegen die Gültigkeiten von Codes wie beispielsweise der Regel- oder Intensivbehandlung komplexen Regeln, wie im Folgenden dargestellt wird.

Ein Kode aus dem OPS-Bereich 9-60 bis 9-63 ist gültig:

- max. 7 Tage ab dem Datum, an dem der Kode gesetzt wurde
- **oder** bis Beginn einer anderen Behandlungsart
(z.B. Ablösung der Intensiv- durch Regelbehandlung)

- **oder** bis Entlassung/Verlegung (auch bei Fallzusammenführung) abzüglich vollständige Tage der Abwesenheit.

Da der OPS für die Intensivbehandlung Erwachsener ab 3 Merkmalen im PEPP-System 2015 ein Ergänzendes Tagesentgelt auslöst, ist die korrekte und einheitliche Berechnung der Gültigkeitsdauer des jeweiligen Intensivkodes von erheblicher Bedeutung für die Abrechnung dieser Entgelte. Um daher die Gefahr unterschiedlicher Berechnungen von Gültigkeiten und damit der Anzahl von Ergänzenden Tagesentgelten bei der Vielfalt der Krankenhausinformations- und Krankenkassenabrechnungssysteme zu vermeiden, wurde das InEK von der Selbstverwaltung beauftragt, die Ausgabe der Tagesentgelte in die Grouperspezifikation mit aufzunehmen.

Ab der PEPP-Grouperversion 2013/2015 werden daher die Ergänzenden Tagesentgelte durch die zertifizierten Grouper ermittelt und mit ET-Nummer, Beginndatum, Enddatum (bei Tageskodes = Beginndatum) und Anzahl (bei Tageskodes = 1) ausgegeben.

4.1.7 Vorschlagsverfahren

4.1.7.1 Hintergrund

Für die Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) und zur Förderung von dessen Akzeptanz ist es angezeigt, den Sachverstand der an diesem System Beteiligten einzubinden. Zu diesem Zweck wurde das Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverstands vom InEK etabliert.

Das PEPP-Vorschlagsverfahren ermöglicht es allen Beteiligten, sich konstruktiv an der Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen zu beteiligen.

Vorschlagsberechtigt ist grundsätzlich jeder. Es erscheint jedoch sinnvoll, Vorschläge von genereller Bedeutung zuvor mit weiteren Betroffenen abzustimmen, um bei gemeinsamen Interessen auch einen gemeinsamen Vorschlag einzureichen und eine Konkurrenz eventuell ähnlicher Vorschläge zu vermeiden.

Vorschlagende Organisationen können insbesondere sein:

- Die Träger der Selbstverwaltung im Bereich der stationären Versorgung
- Die medizinischen Fachgesellschaften
- Fach- und Berufsverbände
- Die Bundesärztekammer
- Der Deutsche Pflegerat

- Der Bundesverband der Medizinproduktehersteller
- Die Spitzenorganisation der pharmazeutischen Industrie
- Weitere Organisationen und Institutionen

Das Einbringen von Änderungsvorschlägen über die Organisationen dient der Qualifizierung und Bündelung von Änderungsvorschlägen und trägt so zu einer Beschleunigung der Bearbeitung und Erleichterung der Identifikation relevanter Änderungsvorschläge bei. Nach Abschluss des Verfahrens und der Weiterentwicklung zur PEPP-Version 2015 erhalten die Vorschlagenden eine qualifizierte Rückmeldung, inwieweit der Vorschlag bei der Weiterentwicklung berücksichtigt werden konnte und aus welchen Gründen ggf. keine Umsetzung oder nur eine Teilumsetzung erfolgen konnte.

4.1.7.2 Grundzüge des Verfahrens

Technisch wurde das PEPP-Vorschlagsverfahren über ein Web-Formular realisiert. Dies ermöglicht ein einfaches und plattformunabhängiges Eingeben von Vorschlägen zum PEPP-System.

Das PEPP-Vorschlagsverfahren soll daher explizit auch für Anregungen offenstehen, die über konkrete Umbauvorschläge zum PEPP-Algorithmus 2015 hinausgehen:

- Vorschläge zur Verbesserung der Beschreibung insbesondere der aufwendigen Leistungen in Psychiatrie und Psychosomatik
- Anregungen zur Kalkulation
- Anmerkungen zur Abrechnungssystematik
- Beschreibung besonderer Versorgungsformen
- Reine Problembeschreibungen

Allgemeine Anregungen können in gleicher Weise datengestützt analysiert werden wie konkrete Vorschläge zu Veränderungen der PEPP-Eingruppierung. Dennoch ist es für eine erfolgreiche Weiterentwicklung des PEPP-Systems sinnvoll, auf diesem Wege einen Überblick über die bestehenden Problemfelder zu erhalten, um Analyse- und Umsetzungsmöglichkeiten dort perspektivisch in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten verbessern zu können.

Weitere Einzelheiten zu den Grundlagen des Vorschlagsverfahrens finden sich auf der Internetseite des InEK (www.g-drq.de).

4.1.7.3 Beteiligung

Die Beteiligung am Vorschlagsverfahren war im Vergleich zum vorangegangenen Jahr rückläufig. Dies lag zum Teil daran, dass einerseits viele Vorschläge, die sich auf Änderungen der Klassifikationen ICD und OPS bezogen, direkt an das zuständige Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) gestellt wurden. Andererseits waren wesentliche Änderungen bereits außerhalb des Vorschlagsverfahrens durch Beschlüsse der Selbstverwaltung unter Einbeziehung der Fachgesellschaften auf den Weg gebracht worden (siehe Kap. 2).

Insgesamt waren für diese Kalkulationsrunde 44 Vorschläge (Vorjahr: 126) von 20 Institutionen (Vorjahr 26) eingegangen, aus denen 52 Teilvorschläge resultierten. Die einreichenden Institutionen sind in Tabelle 16 dargestellt.

Institution	Teilvorschläge
Krankenhausträger	33
Fachgesellschaften	12
Selbstverwaltung	4
Sonstige	3

Tabelle 16: Vorschlagsverfahren: Vorschlagende Institutionen

Dabei gab es Vorschläge zu den folgenden unterschiedlichen Bereichen (siehe Tab. 17):

Thema	Teilvorschläge
Vorschlag zu existierenden PEPP (z.B. Logikänderung)	18
Neue Kostentrenner (z.B. Nebendiagnosen)	11
Neue Zusatzentgelte (z.B. Risperidon)	12
Neue OPS-Kodes (z.B. Medikamente, Therapieformen)	4
OPS Änderungen (z.B. Dauer der Therapieeinheiten)	5
Sonstiges (z.B. DKR-PSY Änderungen)	2

Tabelle 17: Vorschlagsverfahren: Themenschwerpunkte strukturell

Inhaltlich waren die in Tabelle 18 dargestellten Themenbereiche betroffen:

Thema	Teilvorschläge
Persönlichkeitsstörungen/Schmerzstörungen	2
Abhängigkeitserkrankungen	4
Affektive Störungen	4
Kinder- und Jugendpsychiatrie	5
Spezielle Therapieverfahren (z.B. Reittherapie)	2
Notfälle/Pflichtversorgung/Unterbringung	4
Medikamente (v.a. Depot-Neuroleptika)	9
Allgemein/Strukturell (z.B. Prä-PEPP, Kalkulationsmethodik)	22

Tabelle 18: Vorschlagsverfahren: Themenschwerpunkte inhaltlich

Insgesamt konnten 28 Vorschläge analysiert und berechnet werden. Drei Vorschläge wurden für die PEPP-Version 2015 vollständig und zwei weitere teilweise umgesetzt. In vier weiteren Fällen wurde durch ein anderes Vorgehen als vorgeschlagen ein inhaltlich jedoch ähnliches Ergebnis im Sinne des Vorschlags erreicht. Bei 19 Vorschlägen zeigte sich keine Kostendifferenz oder Verbesserung des Systems.

Die restlichen 24 Vorschläge erwiesen sich als nicht rechenbar. Bei vier Vorschlägen wurde jedoch durch die bereits von der Selbstverwaltung beschlossene Änderung der Kalkulationssystematik die im Vorschlag formulierte Intention in anderer Form umgesetzt. 12 Vorschläge beinhalteten Anregungen zur Änderung von ICD- oder OPS-Kodes und lagen daher nicht im Zuständigkeitsbereich des InEK, sondern sind dem Vorschlagsverfahren des DIMDI zuzuordnen. Bei acht Vorschlägen lagen keine Leistungsbezeichner vor, die eine Analyse ermöglicht hätten, oder der Vorschlag war insgesamt nicht ausreichend präzise beschrieben.

Bei der Bewertung der Ergebnisse des Vorschlagsverfahrens ist zu berücksichtigen, dass im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik das Vorschlagsverfahren erst zum zweiten Mal durchgeführt wurde und daher nicht die gleiche Erfahrung vorausgesetzt werden kann wie im DRG-System. Mit zunehmender Kenntnis bei der konkreten Anwendung der PEPP-Systematik und vor allem mit zunehmender Erfahrung bei der tatsächlichen Abrechnung nach PEPP ist eine Zunahme der Beteiligung und der konkreten und analysierbaren Vorschläge zu erwarten.

4.1.7.4 Bewertung und Berücksichtigung der Vorschläge

Die eingebrachten Vorschläge waren in unterschiedlichem Maße konkret. Gemäß den Vorgaben der Selbstverwaltungspartner nach § 17d KHG über die Einführung eines pauschalierenden Vergütungssystems auf Grundlage tagesbezogener Entgelte ist es das Ziel, Lösungen innerhalb des PEPP-Entgeltsystems zu finden.

Einige Vorschläge wurden text- oder inhaltsidentisch von mehreren Institutionen oder Personen eingebracht (Duplikate). Ein Vorteil ergab sich durch mehrfache Einsendungen nicht. Eine Priorisierung bei Mehrfachnennung fand nicht statt.

Die direkt simulierbaren Vorschläge wurden alle auf den Kalkulationsdaten – zum Teil mehrfach – berechnet und bewertet. Konkret bedeutet dies, dass ein entsprechend modifizierter PEPP-Grouper erstellt wird, sodass alle Fälle der Kalkulationskrankenhäuser einmal mit dem unveränderten und einmal mit dem entsprechend dem Vorschlag angepassten PEPP-Grouper verarbeitet werden können. Die daraus resultierenden Fallverschiebungen werden analysiert, insbesondere daraufhin, ob die Kostenhomogenität in den PEPP-Klassen sich durch die Änderung verbessert oder verschlechtert.

Ergänzend hierzu wurden häufig mehrere Vorschlagsvarianten oder InEK-eigene Alternativlösungen analysiert. So wurde – basierend auf konkreten Vorschlägen oder angeregt durch die eingebrachten Problemdarstellungen – vor und während der Kalkulation eine Vielzahl von Änderungsvorschlägen entwickelt und in der Kalkulationsphase simuliert. Die Gesamtzahl der simulierten Änderungen lag damit erheblich höher als die Anzahl der eingebrachten simulierbaren Vorschläge.

Für nicht direkt auf den Daten der Kalkulationskrankenhäuser simulierbare Vorschläge wird stets geprüft, ob eine Lösung innerhalb des Systems gefunden werden kann. Im Folgenden werden die wesentlichen nicht direkt simulierbaren Vorschläge vorgestellt.

Vorschläge zur Neuformulierung/Umwidmung von ICD- und OPS-Kodes

Die Weiterentwicklung der Klassifikationen ICD-10-GM und OPS ist Aufgabe des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Darauf wurde in der Verfahrensbeschreibung hingewiesen. Die im Rahmen des Verfahrens eingegangenen Vorschläge zur Neuformulierung von Kodes können daher vom InEK nicht selbst bearbeitet werden.

Vorschläge zur Finanzierung über Zusatzentgelte

Generell ist die Vergütung einzelner Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel über Zusatzentgelte für eng begrenzte Ausnahmefälle vorgesehen. Die Ermittlung von Zusatzentgelten erfordert typischerweise ergänzende Fallinformationen, insbesondere in der Regel einen entsprechenden Leistungsbezeichner (OPS) und eine eigene Methodik. In den Kapiteln 3.2.2 und 4.1.4 wird zur Ermittlung von Zusatzentgelten ausführlich Stellung genommen.

Vorschläge zur Bildung neuer PEPP aufgrund neuer ICD-/OPS-Kodes

Simulationen auf den Daten der Kalkulationskrankenhäuser konnten nur anhand von Kodes durchgeführt werden, die in den Datensätzen vorhanden waren oder aufgrund einer ergänzenden Datenbereitstellung zur Verfügung standen. Neu entwickelte und geänderte Kodes stehen typischerweise erst ein Jahr später für die Kalkulation zur Ver-

fügung und können daher frühestens zwei Jahre später wirksam werden. Sofern aus besonderen Gründen eine frühere Umsetzung anzustreben ist, müssen die entsprechenden Leistungen im Rahmen einer ergänzenden Datenbereitstellung von den Kalkulationskrankenhäusern nachgeliefert werden. Dies ist aufgrund des Aufwandes jedoch nur in einem begrenzten Umfang möglich.

Vorschläge zur Änderung der Deutschen Kodierrichtlinien

Vorschläge zur Änderung der Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych) können ebenfalls im Vorschlagsverfahren eingebracht werden. Mehrere Vorschläge hatten eine Anpassung der DKR-Psych zum Ziel. Mögliche Änderungen werden in der AG Klassifikation, dem zuständigen Gremium der Selbstverwaltung, beraten und fließen in die Weiterentwicklung der DKR-Psych ein.

Vorschläge zur Änderung von Rahmenbedingungen des PEPP-Entgeltsystems

Vorschläge, die grundsätzlich von den vereinbarten Rahmenbedingungen für die Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems abwichen oder eine solche Änderung von Rahmenbedingungen bezweckten, wurden auf innerhalb des PEPP-Systems simulierbare Hinweise untersucht und flossen in die Diskussion bei der Änderung methodischer Ansätze ein.

4.1.7.5 Veröffentlichung der Vorschläge

Zur Erhöhung der Transparenz im Rahmen der Pflege und Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems haben die Vertragsparteien auf Bundesebene entschieden, die bis zum 31. März 2014 eingegangenen Vorschläge zur Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems auf der Internetseite des InEK zu veröffentlichen. Dies beinhaltet eine vollständige Veröffentlichung aller Vorschlagsinhalte ohne redaktionelle Kürzung oder sonstige Bearbeitung, ohne personenbezogene Daten aus den Stammdaten des InEK-Datenportals, jedoch mit den Namen der den Vorschlag einreichenden Institution(en).

Vor der Veröffentlichung wurde es allen Teilnehmern des Vorschlagsverfahrens ermöglicht, dieser Veröffentlichung ganz oder in Teilen zu widersprechen. Ein Widerspruch gegen die Veröffentlichung der Vorschlagsinhalte wurde jedoch von keiner Institution eingelegt. Lediglich einige Anlagen zu Vorschlägen, die beispielsweise klinikinterne Auswertungen enthielten, wurden auf Wunsch der vorschlagenden Institution ganz oder teilweise ausgeblendet. Zudem wurden einige fehlerhafte Schreibweisen korrigiert, nicht jedoch z.B. unvollständige Angaben etwa in Kodelisten ergänzt. Inhaltlich entspricht das unter www.g-drg.de veröffentlichte Dokument somit weitestgehend den dem InEK bei der Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems vorliegenden Vorschlägen.

Alle Teilnehmer des Vorschlagsverfahrens erhalten nach Abschluss der Kalkulation eine ausführliche Antwort auf die von ihnen übermittelten Vorschläge.

Die Beteiligung am PEPP-Vorschlagsverfahren ist für die Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems von großer Bedeutung. Für die Teilnahme wie auch die Zustimmung zur Veröffentlichung sei allen Beteiligten an dieser Stelle nochmals sehr herzlich gedankt.

4.2 Systematische Analysen und Ergebnisse

4.2.1 Grundlagen

Wie in Kapitel 3.2.2 ausgeführt, werden die Kostendaten nach Plausibilisierung um die Kosten für Zusatzentgelte und Ergänzende Tagesentgelte in den entsprechenden Modulen bereinigt. Auf Grundlage dieser Kostendaten erfolgt die systematische Analyse

- der vorhandenen Eingruppierungskriterien und Splits auf weiterhin auch auf den neuen Kostendaten bestehende Kostenunterschiede und
- der im Vorschlagsverfahren eingereichten rechenbaren Vorschläge.

Zusätzlich erfolgt eine systematische Überprüfung der folgenden Kriterien auf eine mögliche Kostentrennung in den verschiedenen PEPP:

- der kodierten Leistungen (OPS-Kode),
- der in ergänzenden Datenabfragen ermittelten zusätzlichen Kriterien wie beispielsweise der Qualifizierten Entzugsbehandlung,
- der Nebendiagnosen und Begleiterkrankungen
- weiterer Falldaten wie z.B. Alter
- weiterer möglicher Veränderungen, z.B. resultierend aus Anträgen oder eigenen Analysen

Daraus resultiert eine Vielzahl von Einzelrechnungen. Diese werden auf den Kalkulationsdaten hinsichtlich der Abbildung von Kostenunterschieden analysiert. Ebenso erfolgen Analysen auf den gesamten Daten nach § 21 KHEntgG hinsichtlich der Auswirkungen auf das gesamte PEPP-System und für alle Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik. Erst nachdem die Bewertung aller Analysen eine Verbesserung des Systems in Hinblick auf eine sachgerechte Abbildung der Fälle zeigt, werden die entsprechenden Änderungen im System umgesetzt.

4.2.2 Diagnosen- und Prozedurenklassifikation

Grundlage der nachfolgend dargestellten Analysen und Umbauten zur PEPP-Version 2015 waren in erster Linie die im Datenjahr 2013 von den Kalkulationskrankenhäusern verschlüsselten Leistungsbezeichner in Form von ICD-10-GM und OPS. Im Folgenden finden sich detaillierte Informationen zu Weiterentwicklungen der Klassifikationen für den Bereich der Psychiatrie/Psychosomatik.

4.2.3 Ergänzende Datenbereitstellung

Wie in Kapitel 3.2.3 beschrieben werden für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems von den Kalkulationseinrichtungen weitere Daten benötigt, die in den Standarddatensätzen nicht enthalten sind.

Aus klassifikatorischer Sicht sind dies insbesondere Daten für

- im Datenjahr noch nicht vorhandene, aber bereits im PEPP-System 2014 verwendete Diagnose- bzw. Leistungsbezeichner wie beispielsweise Heroinkonsum/ i.v. Applikation von Drogen (ICD U69.3-) oder Qualifizierte Entzugsbehandlung (OPS 9-700.-),
- Leistungen, die eine Eignung als Kostentrenner erwarten lassen, deren Leistungsbezeichner (OPS) jedoch noch nicht existieren oder noch nicht ausreichend trennscharf formuliert sind und sich daher noch nicht für eine Analyse eignen; bei diesen Leistungen ist in der Regel in Abstimmung mit dem DIMDI und den Fachgesellschaften eine Ergänzung oder Änderung des ICD oder OPS für 2015 auf den Weg gebracht,
- Vorschläge aus dem Vorschlagsverfahren zu noch nicht erfassten Diagnosen oder Leistungen,
- weitere mögliche/notwendige Daten zur Systementwicklung.

Der Umfang der durch eine ergänzende Datenbereitstellung zu erhebenden Merkmale muss jedoch begrenzt sein, da dies einen erheblichen Aufwand für die Kalkulationskrankenhäuser darstellt. Denn nicht alle Daten liegen in den Häusern in elektronisch auswertbarer Form vor, sodass – trotz relativ kurzer vorgegebener Bearbeitungszeiträume – oft manuelle Aktenauswertungen erforderlich sind.

Dennoch sind diese Daten für eine effektive Weiterentwicklung des PEPP-Systems unabdingbar.

4.2.4 Analysen und Ergebnisse zu Prozedurenkodes

4.2.4.1 OPS-Kodes Psychiatrie / Psychosomatik

Im Hinblick auf die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gem. § 17d KHG wurden erstmals im OPS Version 2010 spezifische Kodes zur Abbildung psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen (inklusive Diagnostik) aufgenommen, die ausschließlich von Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17d KHG angewendet werden können.

Diese Prozeduren wurden seit 2010 kontinuierlich unter Beteiligung der zuständigen Fachgesellschaften sowie des InEK weiterentwickelt. Dies beinhaltete z.B. eine Klärstellung oder Schärfung von Kodes in ihrer Definition, aber auch die Erweiterung der verschlüsselbaren Klassen wie beispielsweise den differenzierten zeitlichen Aufwand bei der kriseninterventionellen Behandlung.

Im OPS Version 2014 finden sich eine Anzahl neu etablierter Kodes für Leistungen der Psychiatrie und Psychosomatik. Hier sind insbesondere folgende Codebereiche zu nennen:

- 9-644 *Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung bei Erwachsenen*
- 9-645 *Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen*
- 9-646 *Erhöhter Aufwand bei drohender oder bestehender psychosozialer Notlage bei Erwachsenen*
- 9-691 *Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen*
- 9-692 *Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen*
- 9-700 *Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen*
- 9-800 *Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen*
- 9-984 *Pflegebedürftigkeit*

Der Kode 9-700 *Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen* wird, obwohl erst 2014 eingeführt, bereits im PEPP-System 2014 verwendet. Bei der Entwicklung des PEPP-Systems 2014 zeigte aufgrund einer ergänzenden Datenbereitstellung mit qualitativ und quantitativ ausreichender Datenlage die Qua-

lifizierte Entzugsbehandlung eine deutliche Relevanz, sodass eine rasche Umsetzung angestrebt wurde und möglich war.

Die anderen Codes lagen in den Daten des Kalkulationsjahres 2013 noch nicht vor, daher sind die genannten Codes im PEPP-System 2015 typischerweise gültige, aber nicht gruppierungsrelevante Prozeduren. Mit Vorliegen der Daten des Jahres 2014 werden 2015 spezifische Analysen mit möglicher Umsetzung im PEPP-System des Jahres 2016 möglich sein.

Auch für das PEPP-System 2015 werden einige Codes berücksichtigt, die erst mit dem OPS Version 2015 in der verwendeten Form vorliegen werden, die jedoch mittels ergänzender Datenbereitstellung bereits auf den Kalkulationsdaten 2013 simuliert wurden. Dies betrifft beispielsweise die Abbildung der Krisenintervention in der ab OPS 2014 vorhanden Differenzierung der aufgewendeten Zeit.

4.2.4.2 „Therapieeinheiten-Kodes“ OPS 9-60 bis OPS 9-63

Die OPS-Kodes aus 9-60 bis 9-63 enthalten zwei strukturell unterschiedliche Informationen:

- Anzahl der Therapieeinheiten (TE) pro Woche getrennt nach Berufsgruppen, nachfolgend als sogenannte „Therapieintensität“ bezeichnet
- Angabe, ob eine Regel- oder eine Intensiv-, eine psychotherapeutische oder eine psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung vorlag, nachfolgend als „Behandlungsart“ bezeichnet

Diese beiden Qualitäten wurden in den Analysen grundsätzlich unabhängig voneinander untersucht und schließlich auch in unterschiedlicher Weise in die PEPP-Version 2015 als gruppierungsrelevante Merkmale aufgenommen, da die beiden Attribute nicht regelhaft miteinander in Beziehung stehen.

Die Verknüpfung dieser beiden Qualitäten führt zu einer ggf. unterschiedlichen Zählung der Therapieeinheiten bei wechselnden Behandlungsarten. Denn bei häufig wechselnden Behandlungsarten mit Perioden, die kürzer als eine Woche sind, ist die Zahl der Therapieeinheiten bezogen auf den Zeitraum der Gültigkeit des Codes naturgemäß kleiner, obwohl bezogen auf den Aufenthalt die gleiche Therapiedichte erbracht wurde (siehe Abb. 22).

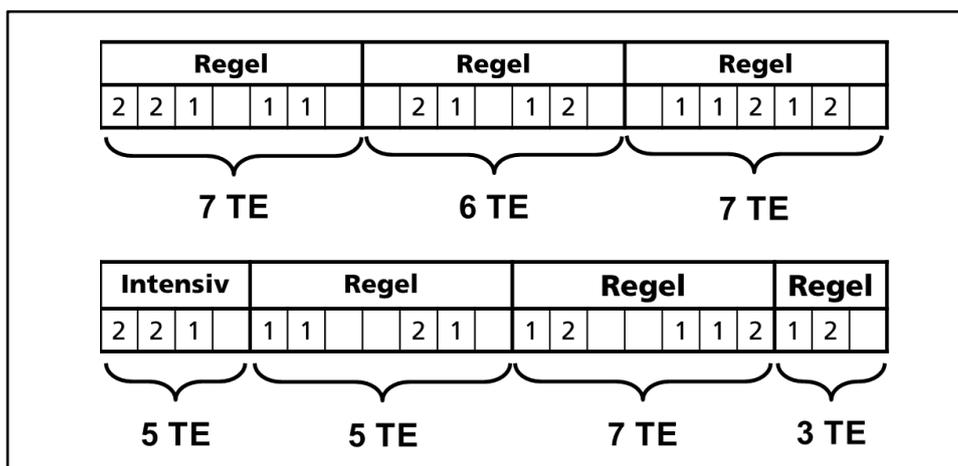


Abbildung 22: Unterschiedliche Zählweise von Therapieeinheiten aufgrund eines Wechsels der Behandlungsart

Innerhalb der Therapieeinheiten werden eine Vielzahl von Verfahren subsumiert und durch die Formulierung „oder im Aufwand vergleichbare Verfahren“ der Interpretationsspielraum für Leistungen, die als Therapieeinheiten zu werten sind, weiter eröffnet. Daher zeigt sich in den Daten eine sehr unterschiedliche Nutzung der Therapieeinheitenkodes und der Kodierung der Therapiedichte in den Kliniken, insbesondere bei den therapeutisch/pflegerischen Therapieeinheiten.

Die Verknüpfung der Berufsgruppen von Arzt und Psychotherapeut einerseits und Pflege und Spezialtherapeuten andererseits in den Codes OPS 9-60 bis 9-62 bildet Leistungen von Berufsgruppen mit unterschiedlichem Kostenniveau im gleichen Kode ab.

Dagegen sind Prozeduren, die spezifisch eine definierte Leistung mit einem gegenüber anderen Patienten erhöhten Aufwand beschreiben, für die Entwicklung von leistungsorientierten Kriterien zur Eingruppierung besser geeignet.

4.2.4.3 Therapieintensität

Die Abbildung der Therapieintensität erfolgte bisher über einen Mindestanteil an Tagen mit hoher (verschlüsselter) Therapiedichte durch Ärzte oder Psychologen. Dabei wurde sowohl die Verwendung der jeweiligen Basiskodes für die Behandlungsarten als auch der Schwellenwerte für die Therapiedichte zwischen den Strukturkategorien Psychiatrie und Psychosomatik unterschiedlich gehandhabt, wie Tabelle 19 zeigt:

Kode	Bedingung PEPP-Version 2014	PSY	PSO
Regel-/Intensivbehandlung OPS 9-60* OPS 9-61*	≥ 6 TE/Woche Arzt/Psychologe an mehr als 50% der Pflagetage	PA02B PA03A PA04A PA14A PA15A	PP04A PP10A
Psychotherapeutische Komplex- behandlung („Psychiatrie“) OPS 9-62*	≥ 8 TE/Woche Arzt/Psychologe an mehr als 50% der Pflagetage		PP04A PP10A
Psychosomatisch-psychotherap. Komplexbehandlung OPS 9-63*	≥ 8 TE/Woche Arzt/Psychologe an mehr als 50% der Pflagetage		

Tabelle 19: Ausgangslage: Verwendung der OPS-Kodes für Therapieeinheiten (TE) im PEPP-System 2014

Insbesondere konnten 2014 die Therapieeinheiten des OPS 9-62 für psychotherapeutische Komplexbehandlung in der Strukturkategorie *Psychiatrie* nicht verwendet werden, obwohl es sich bei diesem Kode gerade um die Abbildung der Psychotherapie in der Akutpsychiatrie handelt. 2014 wurde dieser Kode in den Kalkulationsdaten von den psychiatrischen Einrichtungen sehr uneinheitlich verwendet und spiegelte nicht den zu erwartenden Mehraufwand wider.

Bei der Entwicklung des PEPP-Systems 2015 wurden die Kodes für die Therapieeinheiten in Hinblick auf verschiedene Berechnungsmethoden der Therapieintensität, auf unterschiedliche Schwellenwerte und in Hinblick auf die unterschiedlichen Berufsgruppen eingehend untersucht.

Dabei wurden die bisherigen Kriterien in der vorliegenden Form auch als Kostentrenner für PEPP die Version-2015 bestätigt. Zusätzlich konnten in der Strukturkategorie *Psychiatrie* die Therapieeinheiten der OPS-Bereiche 9-62 *Psychotherapeutische Komplexbehandlung* und 9-63 *Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung* in der gleichen Weise berücksichtigt werden wie bisher in der Psychosomatik (siehe Tab. 20).

Kode	Bedingung PEPP-Version 2015	PSY	PSO
Regel-/Intensivbehandlung OPS 9-60* OPS 9-61*	≥ 6 TE/Woche Arzt/Psychologe an mehr als 50% der Pflagetage	PA02B PA03A PA04A PA14A PA15A	PP04A PP10A
Psychotherapeutische Komplex- behandlung („Psychiatrie“) OPS 9-62*	≥ 8 TE/Woche Arzt/Psychologe an mehr als 50% der Pflagetage	<u>PA02B</u> <u>PA03A</u> <u>PA04A</u>	PP04A PP10A
Psychosomatisch-psychoth. Komplexbehandlung OPS 9-63*	≥ 8 TE/Woche Arzt/Psychologe an mehr als 50% der Pflagetage	<u>PA14A</u> <u>PA15A</u>	

Tabelle 20: Ergebnis: Verwendung der OPS-Kodes für Therapieeinheiten (TE) im PEPP-System 2015

Die unterschiedlichen Schwellenwerte (ab 6 bzw. ab 8 Therapieeinheiten) bei verschiedenen Kodes beruhen darauf, dass bei Verwendung der Kodes für die psychotherapeutische Komplexbehandlung bzw. die psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung die durchschnittliche Anzahl der Therapieeinheiten grundsätzlich höher liegt als bei Patienten mit Regel- oder Intensivbehandlung bei ähnlichem Kostenniveau. Aus diesem Grund musste hier die Schwelle für eine Kostentrennung höher angesetzt werden.

Eine Umsetzung für die Berufsgruppe Pflegefachpersonen und Spezialtherapeuten war auch für 2015 nicht möglich, da die Häufigkeit der Anwendung der OPS-Kodes zwischen den Krankenhäusern stark differierte. Zudem war eine hohe Anzahl an Therapieeinheiten nicht immer mit entsprechend höheren Kosten am jeweiligen Tag verbunden. Insgesamt zeigte sich die Kodierqualität für die benannte Berufsgruppe Pflegefachpersonen und Spezialtherapeuten noch sehr uneinheitlich, sodass die Ergebnisse im Folgejahr erneut zu überprüfen sind.

4.2.4.4 Intensivbehandlung Erwachsene (9-61)

Die Selbstverwaltungspartner haben am 1. April 2014 beschlossen, u.a. die Zeiten der Intensivbehandlung mit drei und mehr Merkmalen zukünftig über ein Ergänzendes Tagesentgelt (ET) zu vergüten. Daher mussten die Kalkulationsdaten um die entsprechenden Kosten an den Tagen mit Intensivbehandlung bereinigt werden. Dadurch wurde innerhalb der PEPP-Systematik der Kostenabstand zwischen den Fällen mit Intensivbehandlung und den Fällen ohne Intensivbehandlung deutlich geringer. Das Kriterium der Intensivbehandlung musste deshalb dort, wo es im PEPP-System 2014 verwendet worden ist, hinsichtlich seiner kostentrennenden Eigenschaften untersucht werden. Insbesondere galt dies für die Prä-PEPP P004, da diese explizit über hohe Zeiten der Intensivbehandlung definiert war (siehe Tab. 21).

Bedingung PEPP-Version 2014	PRE	PSY	PSO
Anteil Intensivbehandlung ab 3 Merkmalen an Aufenthaltstagen > 75% ab mehr als 3 Tagen Intensivbehandlung	P004Z		
Anteil Intensivbehandlung ab 3 Merkmalen an Aufenthaltstagen > 50%		PA01A PA02B PA14A PA15A	
Anteil Intensivbehandlung ab 3 Merkmalen an Aufenthaltstagen > 40%		PA03A PA04A PA15B	PP04A
Mehr als 30 Tage Intensivbehandlung ab 3 Merkmalen		PA03A PA04A PA15A	PP04A

Tabelle 21: Ausgangssituation: Verwendung der Intensivbehandlung im PEPP-System 2014

Dazu wurde die PEPP P004Z auf noch bestehende relevante Kostenunterschiede zu Fällen außerhalb der Prä-Strukturkategorie untersucht. Zudem wurden die bestehenden sowie weitere mögliche Schwellenwerte für den Anteil der Intensivbehandlung am Aufenthalt sowie hinsichtlich der absoluten Dauer der Intensivbehandlung analysiert.

Aufgrund der Vergütung über Ergänzende Tagesentgelte zeigten sich bei den Restkosten der Fälle aus der P004Z keine relevanten Kostenunterschiede zu den entsprechenden Fällen innerhalb der jeweiligen Strukturkategorie mehr, sodass die P004Z gestrichen wurde.

Auch innerhalb der Strukturkategorien und der einzelnen Basis-PEPP zeigten sich Kostenunterschiede in der Regel erst ab einem höheren Schwellenwert des Anteils der Intensivbehandlung. Insgesamt wurden daher die auf der Intensivbehandlung ab 3 Merkmalen beruhenden Kriterien in einigen PEPP gestrichen bzw. im Sinne einer leichten Abwertung modifiziert. Für die Intensivbehandlung mit weniger als 3 Merkmalen konnten weiterhin keine relevanten Kostenunterschiede ermittelt werden.

Das Ergebnis der Umbauten findet sich in Tabelle 22:

Bedingung PEPP-Version 2015	PRE	PSY	PSO
Anteil Intensivbehandlung ab 3 Merkmalen an Aufenthaltstagen > 75% ab mehr als 3 Tagen Intensivbehandlung	P004Z		
Anteil Intensivbehandlung ab 3 Merkmalen an Aufenthaltstagen > 50%		PA01A PA02B PA02C PA14A PA15A	
Anteil Intensivbehandlung ab 3 Merkmalen an Aufenthaltstagen > 40%		PA03A PA04A PA15B	PP04A
Mehr als 30 Tage Intensivbehandlung ab 3 Merkmalen		PA03A PA04A PA15A	PP04A

Tabelle 22: Ergebnis: Verwendung der Intensivbehandlung im PEPP-System 2015

Auch die Zeiten mit Codes für die Intensivbehandlung mit 1-2 Merkmalen, die bisher nicht gruppierungsrelevant waren, wurden eingehend untersucht. Es fanden sich dabei jedoch weiterhin keine relevanten Kostenunterschiede zu den restlichen Fällen in der jeweiligen PEPP.

4.2.4.5 1:1-Betreuung und kriseninterventionelle Behandlung bei Erwachsenen

In der PEPP-Version 2014 wurde bisher die 1:1-Betreuung Erwachsener in der Prä-PEPP P003 sowie in der Strukturkategorie *Psychiatrie* wie in Tabelle 23 dargestellt verwendet. Die kriseninterventionelle Behandlung Erwachsener war in der PEPP-Version 2014 nicht gruppierungsrelevant.

Kode	Bedingung PEPP-Version 2014	PEPP
1:1-Betreuung (ab 2 Stunden) OPS 9-640.0*	> 300 Stunden und im Mittel >1 Stunde/Tag	P003A
	> 150 Stunden und im Mittel >1 Stunde/Tag	P003B
	> 80 Stunden und im Mittel >1 Stunde/Tag	P003C
	> 40 Stunden	PA01A PA04A PA02B PA14A PA03A PA15A

Tabelle 23: Ausgangssituation: Verwendung der 1:1-Betreuung im PEPP-System 2014

1:1-Betreuung Erwachsener (OPS 9-640.0-)

Auch für die 1:1-Betreuung Erwachsener hat die Selbstverwaltung am 1. April 2014 die Vergütung über ein Ergänzendes Tagesentgelt (ab 6 Stunden/Tag) beschlossen. Daher erfolgte auch für die Tage mit entsprechender Betreuungsintensität eine Bereinigung der Kostendaten und die Analyse der bisherigen Kriterien.

Im Ergebnis zeigten die Fälle mit 1:1-Betreuung weiterhin deutliche Kostenunterschiede zu den Fällen ohne diese Leistung. Die bisher verwendeten Kriterien erwiesen sich weiterhin als sachgerecht, lediglich die Einstiegsschwelle in die P003C musste auf 100 Stunden angehoben werden.

Kriseninterventionelle Behandlung Erwachsener (OPS 9-641)

Bis einschließlich der OPS-Version 2013 war die kriseninterventionelle Behandlung zeitlich undifferenziert ab 1,5 Stunden Aufwand erfassbar. In der OPS-Version 2014 wurde der Kode zeitlich differenziert in

9-641._0 *Mehr als 1 bis 1,5 Stunden pro Tag*

9-641._1 *Mehr als 1,5 bis 3 Stunden pro Tag*

9-641._2 *Mehr als 3 bis 4,5 Stunden pro Tag*

9-641._3 *Mehr als 4,5 bis 6 Stunden pro Tag*

9-641._4 *Mehr als 6 Stunden pro Tag*

Obwohl diese Differenzierung im Datenjahr 2013 noch nicht vorhanden war, konnte durch eine ergänzende Datenbereitstellung der Kalkulationskrankenhäuser das entsprechende Zeitraster auf den Kalkulationsdaten simuliert werden. Dies ermöglichte eine eingehende Analyse sowohl nach dem zeitlichen Aufwand als auch nach der beteiligten und in diesem Kode abgebildeten Berufsgruppe.

Dabei zeigten sich unabhängig von der Berufsgruppe deutliche Kostenunterschiede ab einem Aufwand von mehr als drei Stunden pro Tag.

Aufgrund der strukturellen und inhaltlichen Überschneidung mit der 1:1-Betreuung wurde der Kode für die Krisenintervention in den Kriterien verwendet, in denen bereits die 1:1-Betreuung höhergruppierend wirkte (siehe Tab. 24).

Kode	Bedingung PEPP-Version 2015	PEPP
1:1-Betreuung (ab 2 Stunden) OPS 9-640.0* <u>oder</u> <u>Krisenintervention ab 3 Stunden</u> <u>OPS 9-641.01 bis .04 (Arzt/Psychologe)</u> <u>OPS 9-641.11 bis .14 (Spezialth./Pflege)</u> <u>(OPS-Version 2014)</u>	> 300 Stunden und im Mittel > 1 Stunde/Tag	P003A
	> 150 Stunden und im Mittel > 1 Stunde/Tag	P003B
	> 100 Stunden und im Mittel > 1 Stunde/Tag	P003C
	> 40 Stunden	PA01A PA04A PA02B PA14A PA03A PA15A

Tabelle 24: Ergebnis: Verwendung der 1:1-Betreuung und Krisenintervention im PEPP-System 2015

4.2.4.6 Kleinstgruppe/Einzelbetreuung bei Kindern und Jugendlichen (OPS 9-67 [bis 2014] bzw. OPS 9-693 [ab 2015])

Der Beschluss der Selbstverwaltung vom 1. April 2014 beinhaltete neben der Entscheidung zur Vergütung der Intensivbehandlung Erwachsener ab 3 Merkmalen und 1:1-Betreuung Erwachsener ab 6 Stunden über Ergänzende Tagesentgelte auch einen Prüfauftrag an das InEK, weitere Leistungsbereiche auf ihre Eignung als Ergänzende Tagesentgelte hin zu untersuchen. Im Ergebnis konnte auch die Einzelbetreuung bei Kindern und Jugendlichen ab 8 Stunden sowie die Betreuung in der Kleinstgruppe ab 12 Stunden als Ergänzendes Tagesentgelt abgebildet werden. Daher waren bei den betroffenen Fällen ebenfalls die entsprechenden Beträge in den Kostendaten zu bereinigen und die bisherige Verwendung dieser Leistungen im Grouper-Algorithmus zu überprüfen.

Die Kodierung der Einzelbetreuung bzw. Betreuung in der Kleinstgruppe bei Kindern und Jugendlichen ist bisher sehr komplex. Diese Leistungen sind bis zum OPS Version 2014 mit der Einstufung als Intensivbehandlung verknüpft. Daher werden diese Codes für Behandlungsperioden bis zu einer Woche kodiert und beinhalten sowohl die Anzahl der Tage als auch den zeitlichen Aufwand in Stunden.

Dadurch wird die Kodierung dieser Leistungen relativ komplex und aufwendig. Zudem ist anhand des Codes lediglich nachvollziehbar, wie viele Tage mit Einzelbetreuung eines bestimmten Stundenaufwands innerhalb einer Woche liegen. Die genauen Tage, an denen die Leistung erfolgt, lassen sich nicht aus der Kodierung ermitteln. Dies ist jedoch für den Abgleich der Kostendaten mit den Leistungsdaten erforderlich.

Aus diesem Grund wurde eine ergänzende Datenabfrage mit genauer Angabe des Leistungsdatums, der Berufsgruppe, des zeitlichen Aufwands und bei Betreuung in der Kleinstgruppe auch der Gruppengröße durchgeführt. Auf dieser Grundlage konnte sowohl die Definition des Ergänzenden Tagesentgelts als auch die Analyse der Gruppierungskriterien durchgeführt werden.

Um in Zukunft eine tagesgenaue Abbildung zu gewährleisten, wurde in Absprache zwischen den Fachgesellschaften und dem InEK vom DIMDI eine Änderung der entsprechenden Codes vorgenommen, so dass ab dem Jahr 2015 Tagescodes für die Einzelbetreuung und die Betreuung in der Kleinstgruppe bei Kindern und Jugendlichen zur Verfügung stehen.

Auf Basis der Daten des Jahres 2012 waren für die PEPP-Version 2014 nur solche Fälle regelhaft erheblich kostenauffällig, die sowohl pro Fall als auch pro Woche über einem bestimmten Schwellenwert an Einzelbetreuungszeiten lagen. Dadurch blieben bestimmte Intervalle von Einzelbetreuungszeiten unberücksichtigt, wenn sie beispielsweise nur an einem Tag pro Woche stattfanden. Für das PEPP-System 2015 war aufgrund einer verbesserten Datenlage eine durchgehende Abbildung der Betreuungszeiten ab mehr als 2 Stunden möglich. Daher wurde die Berechnung des Aufwands für die Einzelbetreuung und die Betreuung in der Kleinstgruppe für 2015 grundlegend überarbeitet. Dies vereinfacht auch die Überleitung auf die ab 2015 gültigen Tagescodes für diese Leistungen.

In der Berechnung des Aufwands werden nunmehr für die PEPP-Versionen 2013/2015 bzw. 2014/2015 alle Codes für die Einzelbetreuung ab einem Schwellenwert von mehr als 2 Stunden vom ersten Tag an berücksichtigt. Diese Codes werden in der Regel mit dem Mittelwert der von ihnen abgebildeten Stunden multipliziert (eine Ausnahme stellt der Code für mehr als 2 bis 4 Stunden dar, der lediglich mit 2 multipliziert wird). Außerhalb der Prä-PEPP werden in der Strukturkategorie *Kinder- und Jugendpsychiatrie* auch die Codes für die Betreuung in der Kleinstgruppe ab mehr als 4 Stunden berücksichtigt. Letztere werden mit (ggf. gerundet) $\frac{1}{2,5}$ x mittlerer Stundenwert bewertet, da sich die Zeit auf 2 bis 3, also im Mittel etwa 2,5 zu betreuende Kinder verteilt.

In der Prä-PEPP P002 wurde die Eingangsbedingung dahingehend verschärft, dass – entsprechend der oben genannten Berechnung – mehr als durchschnittlich eine Stunde Einzelbetreuung pro Tag vorliegen muss. In der Strukturkategorie *Kinder- und Jugendpsychiatrie* werden Einzelbetreuung und Betreuung in der Kleinstgruppe bei Kindern und Jugendlichen unter Verwendung der Funktion „mäßig erhöhter Betreuungsaufwand bei Kindern und Jugendlichen, 1:1-Betreuung und Kleinstgruppe“ ab einer Schwelle von insgesamt mehr als 40 Stunden zur Eingruppierung in die PK04A bzw. PK14A verwendet.

Aufgrund der oben beschriebenen Komplexität der Verschlüsselung wurde eine zusätzliche Fehler-PEPP PF03Z eingeführt, um Fälle, die allein aufgrund einer eindeutigen Fehlkodierung in eine höherwertige PEPP eingruppiert würden, frühzeitig dem Anwender anzuzeigen (siehe Kap. 4.1.3.6). Dies betrifft jedoch lediglich die Grupper-Versionen 2013/2015 und 2014/2015, da ab OPS Version 2015 Tagescodes für diese Leistungen gelten und die Kodierung daher vereinfacht ist.

4.2.4.7 Kriseninterventionelle Behandlung bei Kindern und Jugendlichen (OPS 9-690)

Dieser Kode wurde für den OPS Version 2014 ebenfalls überarbeitet und ist nunmehr in zeitlicher Differenzierung zu erfassen. Für das Datenjahr 2013 lag der Kode noch in undifferenzierter Form vor. Daher wurde in einer ergänzenden Datenerhebung eine Differenzierung der entsprechenden Leistungen in die Berufsgruppe und den zeitlichen Aufwand abgefragt. Allerdings konnte eine Berücksichtigung dieses Kodes bei geringer Fallzahl und uneinheitlicher Kostenzusammensetzung in den Kalkulationsdaten noch nicht im PEPP-System 2015 berücksichtigt werden.

4.2.4.8 Mutter/Vater-Kind- (OPS 9-643) und Eltern-Kind-Setting (OPS 9-68)

Hinsichtlich der gemeinsamen Behandlung von Eltern und Kindern – im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie (primäre Behandlung des Elternteils, Mitbehandlung und Betreuung des Kindes) über den Zusatz-OPS 9-643 und im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie (primäre Behandlung des Kindes, Mitbehandlung der Eltern unter Berücksichtigung der Eltern-Kind-Beziehung) über den OPS-Bereich 9-68 abgebildet – hat sich bei den durchgeführten Analysen keine wesentliche Änderung zu der Ausgangslage ergeben. Nach wie vor besteht beim Eltern-Kind-Setting in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine starke Hausdominanz, sodass dieser Kode weiterhin nicht für die Gruppierung verwendet werden kann. An der Gruppierungsrelevanz des Mutter-/Vater-Kind-Settings in der Erwachsenenpsychiatrie bei (unter Verwendung des Klassenmittelwerts der kodierten Tage) mehr als der Hälfte der Aufenthaltstage in den PEPP PA02B, PA03A, PA04B und PP04A hat sich im Vergleich zur PEPP-Version 2014 nichts geändert.

4.2.4.9 Zusammenfassung der Weiterentwicklungen im Bereich der Prozeduren

Die Bedeutung der erbrachten Leistungen für die sachgerechte Eingruppierung hat im PEPP-System 2015 erneut zugenommen. Bei der weiteren Entwicklung ist zu beachten, dass eine zunehmende Orientierung an medizinischen Leistungen nur dann möglich ist, wenn die Leistungsbeschreibungen in Form der als OPS definierten Prozeduren auch hinreichend eindeutig sind und genau die Leistungen beschreiben, die tatsächlich einen Mehraufwand verursachen. Dabei ist zu bedenken, dass komplex gestaltete und verschiedene Qualitäten umfassende Leistungsbezeichnungen nicht nur schwieriger zu kalkulieren und im Gruppierungsalgorithmus zu handhaben sind, sondern auch einen erheblichen Aufwand in den Einrichtungen hinsichtlich der Verschlüsselung verursa-

chen und durch Komplexität und/oder Interpretationsspielräume auch leichter fehlerhaft oder uneinheitlich kodiert werden.

Im Überblick ergeben sich die folgenden Veränderungen in der Berücksichtigung der Prozeduren im PEPP-System 2015, wobei zu beachten ist, dass einige Prozeduren zukünftig zusätzlich über Ergänzende Tagesentgelte (ET) vergütet, d.h. bereits darüber aufgewertet werden (siehe Tab. 25):

Kode	Inhalt	2014	2015
9-60*	Regelbehandlung Erwachsener (Therapieeinheiten)	++	++
9-61*	Intensivbehandlung Erwachsener	+++	++ ¹⁾
9-62*	Psychotherapeutische Komplexbehandlung	+	++
9-63*	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	+	++
9-640*	1:1-Betreuung Erwachsener	++	++ ¹⁾
9-641*	Kriseninterventionelle Behandlung Erwachsener	0	++
9-642*	Integrierte klinisch-psychosom.-psychotherap. Komplexbeh.	++	++
9-643*	Mutter/Vater-Kind-Setting	++	++
9-67*	1:1-Betreuung/Kleinstgruppe Kinder und Jugendliche	++	+++ ¹⁾

¹⁾ Zusätzlich neue ergänzende Tagesentgelte für diese Leistungen

Tabelle 25: Ergebnis der prozeduralen Umbauten im PEPP-System 2015

4.2.5 Weiterentwicklung im Bereich Sucht

Die PEPP-Version 2015 wurde im Jahr 2014 auf Grundlage der Daten des Jahres 2013 entwickelt. Allerdings wurden bereits im PEPP-System 2014 vor allem im Bereich Sucht Kriterien verwendet, die bereits im letzten Jahr auf einer ergänzenden Datenbereitstellung der Kalkulationskrankenhäuser beruhte. Sie wurden wie folgt in OPS, ICD oder Kodierrichtlinien für das Jahr 2014 aufgenommen:

OPS:

- Qualifizierte Entzugsbehandlung (OPS 9-700)
- Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen:
(OPS 9-800, im PEPP-System 2014 nicht verwendet)

ICD:

- Heroinkonsum (ICD U69.30! (i.v.) und U69.31! (nicht i.v.))
- i.v. Konsum sonstiger Substanzen (ICD U69.32!)

Kodierrichtlinien:

- Kodierung von multiplem Substanzgebrauch (DKR-PSY PD016d)

Da diese Kriterien auch in den Daten des Jahres 2013 noch nicht vorlagen, musste auch in diesem Jahr eine ergänzende Datenabfrage zu diesem Thema erfolgen.

Zusätzlich gab es Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren, dass die Kodegruppe des ICD F15 *Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein* sehr inhomogen sei. Mit dieser Kodegruppe werden Fälle mit Gebrauch von Amphetaminen (z.B. „Speed“) bzw. Methamphetaminen (z.B. „Crystal“) oder anderen modernen sogenannten „Designer-Drogen“ mit oft wechselnden stimulierenden Substanzen kodiert. Aufgrund des teils hohen Abhängigkeitspotentials dieser Substanzen wurde vermutet, dass sich der dadurch erhöhte Behandlungsaufwand auch in den Kostendaten zeige. Dem stünde in der gleichen Kodegruppe jedoch die Kodierung des schädlichen Gebrauchs von Koffein gegenüber. Dieser sei hingegen nicht mit einem regelhaften Mehraufwand assoziiert. Aus diesem Grund wurde die ergänzende Datenabfrage im Suchbereich erweitert, um eine Differenzierung der mit F15 kodierten Stimulanzien in (Meth-)Amphetamine und sonstige Stimulanzien außer Koffein zu erreichen.

Es erfolgten eingehende Analysen der suchtbewogenen Diagnosen und Prozeduren innerhalb der jeweiligen Sucht-PEPP der Strukturkategorien (PA02, PK02, PP02) sowie von suchtbewogenen Nebendiagnosen in anderen PEPP. Dabei konnten die folgenden Schwerpunkte für die Weiterentwicklung identifiziert werden:

- Hochaufwendige Suchtformen
- Multipler Substanzgebrauch
- Qualifizierte Entzugsbehandlung
- Stimulanzien
- Sucht als Nebendiagnose

Die Darstellung der einzelnen Analysen und Umbauten bezieht sich in erster Linie auf die Strukturkategorie *Vollstationäre Psychiatrie*, da hier mit Abstand die meisten Patienten zu finden sind. Sofern Ergebnisse oder Umbauten auch für andere Strukturkategorien zutreffen, wird dies explizit erwähnt.

4.2.5.1 Hochaufwendige Suchtformen

Im PEPP-System 2014 führte der Konsum von Heroin (jegliche Konsumart) sowie der intravenöse Konsum anderer Substanzen unmittelbar in die PEPP PA02A. Aus dem vorschlagsverfahren gab es Hinweise, dass Patienten mit einem anamnestischen Heroinkonsum, die jedoch aktuell mittels eines anderen Opiats (z.B. Methadon) substituiert würden, in der Behandlung ebenfalls mehr Aufwand verursachten als der durchschnittliche Suchtpatient. Da der rein anamnestische Heroinkonsum bzw. die Substitutionsbe-

handlung nicht in den Daten enthalten ist, stand lediglich die Opiatabhängigkeit als überprüfbarer Parameter zur Verfügung. Die Analysen ergaben, dass zwar nicht alle Opiatabhängigkeiten eine Höhergruppierung rechtfertigten, jedoch Patienten mit Opiatabhängigkeit und sogenannten „Surrogat-Parametern“ – wie beispielsweise HIV oder Hepatitis als Nebendiagnose – eine aufwendigere Patientengruppe darstellen, die über eine Eingruppierung in die PEPP PA02A sachgerecht abgebildet werden konnte.

4.2.5.2 Multipler Substanzgebrauch

Der Gebrauch von Opioiden bzw. Kokain in Kombination mit anderen Substanzen führte im PEPP-System 2014 zur Abbildung in der PEPP PA02B, der Konsum von Tabak (F17) eingeschlossen. Einerseits kommt Tabakkonsum bei den Suchtpatienten relativ häufig vor, andererseits steht die Tabakabhängigkeit in der Regel nicht im Zentrum psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung und ist im Aufwand nicht mit den anderen in der PEPP PA02B abgebildeten Suchtformen zu vergleichen. Als Ergebnis der Analysen und zur Vermeidung von Fehlanreizen wurde die Abhängigkeit von Tabak als Zweitsubstanz aus dem Kriterium für die Eingruppierung in die PEPP PA02B entfernt (siehe Abb. 23).

Gleichzeitig wurde der bisher unberücksichtigte Konsum mehrerer Substanzen ohne Opiate oder Kokain – ebenfalls ohne Berücksichtigung von Tabak – in die PEPP PA02C aufgewertet.

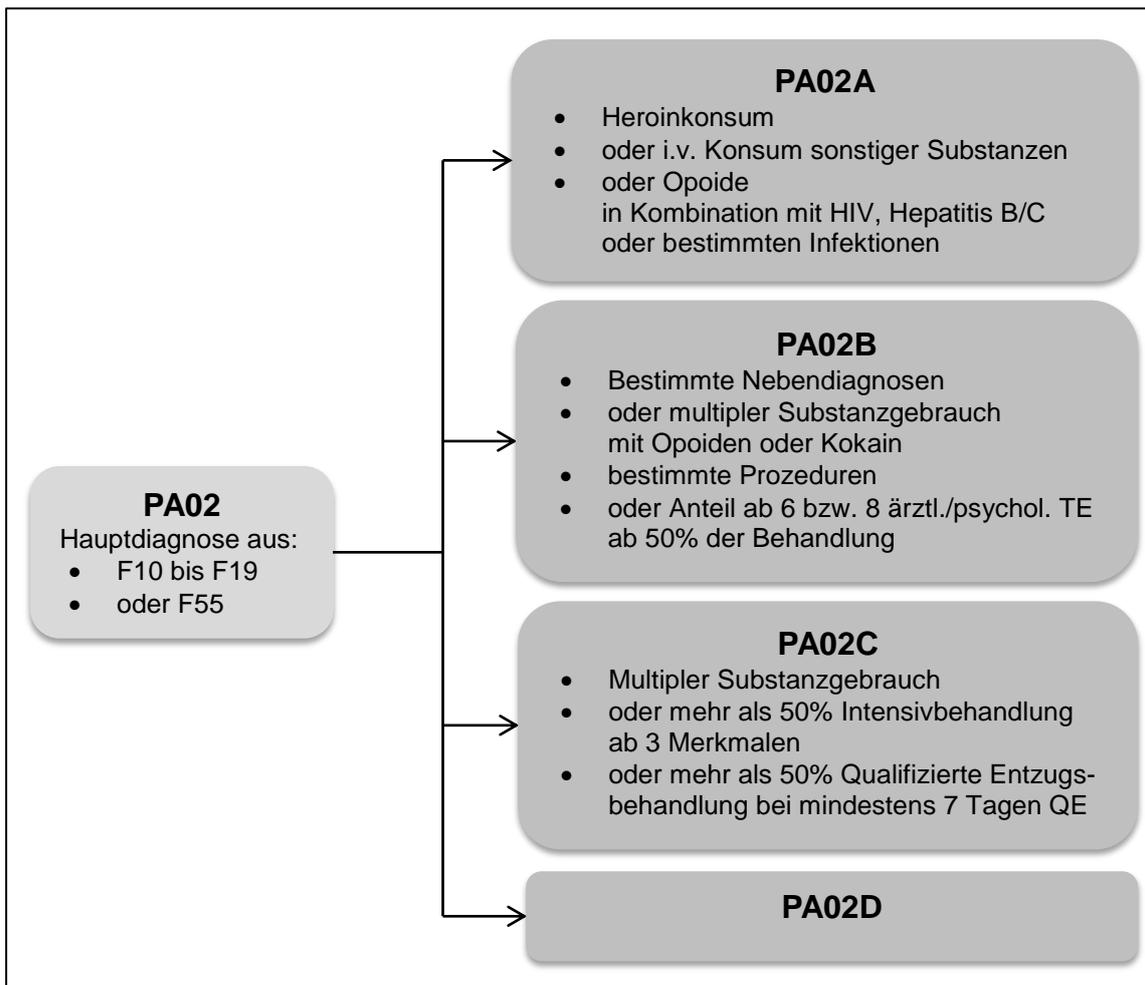


Abbildung 23: Differenzierung der PEPP PA02 (Suchterkrankungen) im PEPP-System 2015

4.2.5.3 Qualifizierte Entzugsbehandlung

Eine Qualifizierte Entzugsbehandlung von mehr als 7 Tagen an mehr als 50% der Aufenthaltstage führte 2014 in der Strukturkategorie *Psychiatrie* in die PEPP PA02C. In der Kinder und Jugendpsychiatrie konnte die entsprechende Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen aufgrund einer uneinheitlichen Datenlage noch nicht abgebildet werden.

Da die Qualifizierte Entzugsbehandlung erst ab dem OPS Version 2014 verschlüsselbar ist, erfolgte auch in diesem Jahr eine ergänzende Datenabfrage sowohl im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch bei den Erwachsenen.

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie war bei einem Rücklauf von weniger als 300 Fällen aus fünf Kalkulationskrankenhäusern und uneinheitlichen Kostendaten auch in diesem Jahr keine Umsetzung möglich.

Bei den Erwachsenen bestätigte sich hingegen die Abbildung in der PEPP PA02C bei unveränderten Kriterien.

Da der OPS für die Qualifizierte Entzugsbehandlung in der Version 2014 lediglich die gesamte Anzahl von Tagen bezogen auf den Fall darstellt, jedoch keine eindeutige Verknüpfung des einzelnen Tages (und der dort angegebenen Kosten) mit der Behandlung zulässt, wurde in Abstimmung mit dem DIMDI und den Fachgesellschaften eine Änderung des OPS für 2015 auf den Weg gebracht, die eine genaue Zuordnung zwischen Qualifizierter Entzugsbehandlung und Behandlungstag zulässt.

4.2.5.4 Stimulanzen

Der ICD F15 *Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzen, einschließlich Koffein* subsumiert eine Vielzahl von Substanzen, darunter etliche, die in modernen „Designer-“ oder „Party-Drogen“ in unterschiedlichen Zusammensetzungen Anwendung finden. Aus dem Vorschlagsverfahren gab es Hinweise, dass die Entzugsbehandlung von Patienten mit Amphetamin- bzw. Methamphetamin-Abhängigkeit besonders aufwendig sei. Die Kodegruppe F15 lässt hingegen keine Abgrenzung dieser Substanzen von Koffein oder anderen Stimulanzen zu. Um daher die Substanzen innerhalb dieser Kodegruppe differenzieren zu können, erfolgte eine ergänzende Datenabfrage nach (Meth-)amphetaminhaltigen Substanzen, nach sonstigen Substanzen außer Koffein und nach Koffein bei den mit F15 kodierten Fällen.

Innerhalb der Sucht-PEPP fanden sich noch keine ausreichenden Hinweise für eine differenzierte Berücksichtigung, jedoch konnten Fälle mit (Meth-)Amphetaminkonsum oder dem Konsum sonstiger Stimulanzen außer Koffein als Nebendiagnosen bei affektiven Störungen für die Eingruppierung in die PEPP PA04B berücksichtigt werden.

4.2.5.5 Sucht als Nebendiagnose

Im PEPP-System 2014 wurden Fälle mit der Sucht-Nebendiagnose in der Ausprägungsform „akuter Rausch“ (ICD F1_.0) in die PEPP für Suchterkrankungen eingruppiert, ohne zwangsläufig über eine Sucht-Hauptdiagnose zu verfügen. Auf Grundlage der Kalkulationsdaten für 2013 zeigten Fälle, die diesen Kriterien entsprachen, eine uneinheitliche Kostenstruktur, sodass in der PEPP-Version 2015 nunmehr die Eingruppierung in die Basis-PEPP anhand der Hauptdiagnose erfolgt.

Als Nebendiagnose berücksichtigt werden in der PEPP-Version 2015 neben den o.g. Stimulanzen

- die Substanzgruppen Alkohol und Sedativa (ICD F10, F13) in den Ausprägungsformen mit psychotischer Störung und Delir (ICD F1_.4, .5) in den PEPP PP04A und PA04A,
- die Substanzgruppen Heroin und Kokain (ICD F11, F14) in den Ausprägungen Abhängigkeit, Entzugssyndrom (mit und ohne Delir) sowie psychotische Störung (ICD F1_.2 bis .5) in der PEPP PA04B und
- weitere Substanzgruppen bei Entzugssyndrom mit Delir (ICD F1_.4) in der PEPP PA03A.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie zeigten Fälle, die bisher in den PEPP PK04B und PK14B abgebildet waren, bei bestimmten suchtspezifischen Nebendiagnosen eine Kostenstruktur, die der Kinder-Sucht-PEPP (PK02Z) entsprach. Dies betraf die Diagnosen der folgenden Substanzgruppen (siehe Tab. 26):

Substanzgruppe	ICD 1-3.Stelle	Ausprägungsform	ICD 4.Stelle
Opioide	F11	Entzugssyndrom ohne Delir	.3
Cannabis	F12		
Kokain	F14	Entzugssyndrom mit Delir	.4
Halluzinogene	F16	psychotische Störung	.5
Lösungsmittel	F18		

Tabelle 26: Substanzgruppen und Ausprägungsformen von in die PEPP PK02Z führenden Sucht-Nebendiagnosen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Entsprechende Fälle wurden für die PEPP-Version 2015 in der PEPP PK02Z abgebildet.

4.2.6 Diagnosebezogene Analysen und Ergebnisse

Die Bedeutung der Diagnosen im PEPP-System besteht nicht nur in der in Kapitel 4.2.1 dargestellten Funktion als Ordnungsmerkmal für die Eingruppierung in eine Basis-PEPP anhand der Hauptdiagnose.

Bereits für die PEPP-Version 2014 konnten für eine Vielzahl von Diagnosekodes auch deutliche Aufwandsunterschiede hinsichtlich der mittleren Tageskosten der Fälle identifiziert werden, die eine höhere Eingruppierung von Fällen mit bestimmten Diagnosen begründen, was zumeist durch Höhergruppierung innerhalb der Basis-PEPP umgesetzt wurde. Dies betraf sowohl Haupt- als auch insbesondere Nebendiagnosen.

Da Diagnosen ein fallbezogenes Merkmal darstellen, ist die Aufwertung einer mit höherem Aufwand verbundenen Diagnose typischerweise dann möglich, wenn dieser Aufwand über den gesamten oder den überwiegenden Teil des Aufenthalts besteht und

zudem von relevanter Höhe ist. Dies gilt beispielsweise für Diagnosen, mit denen ein besonderer Behandlungs- oder Pflegeaufwand assoziiert ist wie beispielsweise die Diagnose eines Dekubitus 3. Grades.

In den PEPP-Versionen 2014 und 2015 erfolgt noch keine Berücksichtigung eines möglichen kumulativen Effekts mehrerer aufwandssteigernder Nebendiagnosen. Eine solch differenzierte Berücksichtigung der Multimorbidität ist perspektivisch bei Vorliegen weiterer Kalkulationserfahrungen – beispielsweise analog zum CCL-System des G-DRG-Systems – denkbar. Die Entwicklung eines solchen Schweregradsystems erfordert aufgrund ihrer hohen Komplexität eine Datengrundlage von mehreren Jahren, sodass zum jetzigen Zeitpunkt der Systementwicklung davon noch abgesehen wurde.

Bei der Weiterentwicklung zur PEPP-Version 2015 wurden zunächst alle in den Daten vorliegenden Nebendiagnosen hinsichtlich einer möglichen Abweichung der mittleren Kosten der Fälle zu den restlichen Fällen ihrer PEPP untersucht. Daraufhin wurden die in dieser Analyse auffälligen Diagnosen, die bereits als Splitkriterium verwendeten Diagnosen sowie die sich aus dem Vorschlagsverfahren ergebenden Diagnosen auf ihre mögliche Eignung als Definitionskriterium strukturübergreifend untersucht. Zusätzlich wurden weitere Diagnosen, die nach eigenen Analysen als kostentrennend in Frage kommen, sowie „verwandte“ Diagnosen bereits verwendeter Diagnosen untersucht.

Im Ergebnis fanden sich eine Reihe somatischer und psychiatrischer Diagnosen, die sich als zusätzliche Kriterien zur Aufwertung von Fällen in bestimmten PEPP eigneten. Eine entsprechende Übersicht findet sich in den Tabellen 27 und 28.

Diagnose	Auf- (+) und Abwertung (-) in PEPP	
Adipositas, BMI ≤ 40	-	PP04A, PA03A, PA04B, PA14A, PK14A
Adipositas, BMI > 40	+	PP04A, PA03A, PA04B, PA14A, PK14A
Beidseitiger Hörverlust und Taubstummheit	+	PK14A
Chronische Nierenkrankheit Stadium IV und V	+	PA15A
Dekubitus Grad III und IV (alle Lokalisationen)	+	PA15A
Epileptiforme Krankheitsbilder	+	PK14A
HIV-Erkrankung	+	PA02A, PA03A, PA15A
Kachexie	+	PA02A, PA04B
Morbus Crohn	+	PP04A
Psoriasis	-	PA15A

Tabelle 27: Ergebnis der Auf- und Abwertungen somatischer Nebendiagnosen

Diagnose	Auf- (+) und Abwertung (-) in PEPP	
Anorexia nervosa	+	PA14A
Bulimia nervosa	+	PA03A, PK04A
Hyperkinetische und Störungen des Sozialverhaltens	+	PK04A
Leichte Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	+	PA03A, PA04B, PA14A, PA15B
Persönlichkeitsstörungen	-	PK04A
Schizoaffektive Psychose, manischer Typ	+	PA03A
Spezielle Demenzformen	+	PA15A
Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis	+	PK14A

Tabelle 28: Ergebnis der Auf- und Abwertungen psychiatrischer Nebendiagnosen

Bei den meisten Fällen wurden die angegebenen Diagnosen zusätzlich berücksichtigt, d.h. aufgewertet. Lediglich die Diagnosen Adipositas mit BMI kleiner oder gleich 40 und Psoriasis in der PEPP PA15A sowie die Persönlichkeitsstörungen in der PEPP PK04A konnten als Splitkriterium – aufgrund mangelnder Kostenunterschiede – nicht aufrechterhalten werden.

4.2.7 Differenzierung nach Alter

Bereits für die PEPP-Version 2014 konnte das Patientenalter in vielen Konstellationen bei der Eingruppierung berücksichtigt werden.

Auch für die Entwicklung der PEPP-Version 2015 erfolgten detaillierte Prüfungen auf kostentrennende Wirkung in zahlreichen Stufen über alle Strukturkategorien sowohl im höheren Lebensalter bei 70, 75, 80, 85, 90 Jahren als auch bei Kindern bei 3, 6, 8, 10, 13 sowie 14 Jahren.

Bei den Erwachsenen konnten die bestehenden Altersplits bestätigt werden. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie fanden sich Kostenunterschiede, die eine weitere Altersdifferenzierung der PEPP PK14 erforderten. Diese ist in der PEPP-Version 2015 wie folgt definiert:

- PK14A: Alter kleiner 8 Jahre (oder komplizierende Konstellation)
- PK14B: Alter 8 bis 13 Jahre (Kinder)
- PK14C: Alter größer 13 Jahre (Jugendliche)

5 Fazit

5.1 Bisherige Kritik am PEPP-Entgeltsystem

In Hinblick auf die in den letzten beiden Jahren vorgestellten Versionen 2013 und 2014 des PEPP-Entgeltsystems wurden in der Fachöffentlichkeit insbesondere die folgenden Punkte kritisch diskutiert:

- Durch die degressive Vergütung könnte ein zu starker Anreiz zur Verweildauerverkürzung bestehen
- Dem tatsächlichen Behandlungsaufwand im Verlauf des Falles werde die fallbezogene Degression nicht gerecht
- Für die Eingruppierung nach PEPP sei die Wahl der Hauptdiagnose von zu großer Bedeutung
- Der Fokus des Entgeltsystems liege zu stark auf dem vollstationären Aufenthalt, dieser sollte u.a. stärker auf eine sektorübergreifende Versorgung ausgerichtet sein

Die in Kapitel 2 umfassend dargestellte Vereinbarung der Selbstverwaltung vom 1. April 2014 zur Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems geht insbesondere auf die beiden erstgenannten Punkte ein.

Damit wurden die Umstellung der Katalogberechnung und die Abschaffung der bisherigen Vergütungsstufen beschlossen. Durch die Einbeziehung des Entlassungstages in die Abrechnung konnte die Degression der Kosten zwischen Fällen mit kurzer und Fällen mit längerer Behandlungsdauer abgeflacht werden. Zudem orientiert sich die Vergütung nunmehr an den Kosten entsprechender Fälle mit gleicher Behandlungsdauer. Aus der Behandlungsdauer wurden Vergütungsklassen gebildet, die Fälle mit gleicher Behandlungsdauer zusammenfassen. Ab einer für die jeweilige PEPP definierten Behandlungsdauer erhalten alle Fälle die gleiche Vergütung pro Tag.

5.2 Degression: Hintergründe und Weiterentwicklung für 2015

Der in den vorangegangenen Kalkulationen wiederholt bestätigten Tatsache, dass Patienten mit hoher Behandlungsdauer sich durch ihre im Vergleich zu Kurzliegern der gleichen PEPP deutlich geringeren Tageskosten auszeichnen, trugen die verweildauerabhängigen Vergütungsstufen der PEPP-Entgeltkataloge 2013 und 2014 Rechnung. Darüber hinaus wiesen bestimmte Fälle noch eine weitere Komponente der Degression auf: Auf Grundlage der stets tagesbezogenen Kostenkalkulation war vielfach nachweisbar, dass die ersten Tage eines Falles typischerweise höhere Kosten pro Tag aufwiesen als die Tage im späteren Behandlungsverlauf. Die stetige Verbesserung der Datengrundlagen des PEPP-Systems (durch stärkere Beteiligung wie auch verbesserte Kostenkalkulation) führte keineswegs zu einer Verminderung der messbaren Kostende-

gression. Einrichtungen, die z.B. aufgrund eines differenzierten Betreuungsintensitätsmodells den Fällen sehr gut ihre korrekten Tageskosten in der Kalkulation zuweisen konnten, zeigen oft die beschriebenen Effekte in besonderem Maße.

Die vom InEK erarbeiteten und von der Selbstverwaltung konsentierten methodischen Änderungen zu Verweildauerermittlung, ergänzender tagesbezogener Vergütung und angepasster Katalogsystematik ermöglichen es jedoch, die Kostenverläufe der Fälle in sachgerechter Weise noch besser im Vergütungssystem abzubilden, und minimieren für typische Fälle die Degression der Vergütung erheblich.

Bereits die Einbeziehung des Entlassungstages in die Verweildauerermittlung wie auch entsprechend in die tagesbezogene Vergütung über PEPP-Relativgewichte führt (wie in Kap. 2.2 dargestellt) zu einer deutlichen Verminderung der Degression. Die Etablierung des Ergänzenden Tagesentgelts trägt hierzu ebenfalls bei, da die Kosten dieser hochaufwendigen Leistungen an den jeweiligen Leistungstagen bereinigt wurden (vgl. Kap. 3.2.6), was in überdurchschnittlichem Maße die ersten Verweildauertage betrifft. Die durch diese Veränderungen abgeflachte Kostendegression ermöglichte drittens die Ermittlung eines in vielen PEPP bereits sehr frühen Degressionsendpunktes, mit der Folge einer konstanten Vergütung je Tag ab einer individuell bestimmten Anzahl von Pflegetagen.

Trotz einer unverändert in den Kalkulationsdaten messbaren Kostendegression konnten so unerwünschte Anreize im PEPP-Entgeltsystem weitestgehend vermieden werden und ein wesentliches Hindernis für die Akzeptanz des PEPP-Entgeltsystems massiv entschärft werden.

So wurde die Kritik an den mit zunehmender Verweildauer sinkenden Tageserlösen aufgenommen und eine Lösung gefunden, mit der die Erlöse noch näher an die Kosten der jeweiligen Kalkulationsfälle angenähert werden konnten.

5.3 Verbesserte Berücksichtigung des tatsächlichen Behandlungsaufwands im Verlauf durch Ergänzende Tagesentgelte

Für besonders aufwendige Leistungen hat die Selbstverwaltung die Einführung Ergänzender Tagesentgelte beschlossen. Dies betrifft:

- Einzelbetreuung ab 6 Stunden bei Erwachsenen und
- Intensivbehandlung ab 3 Merkmalen bei Erwachsenen.

Das InEK konnte zudem noch weitere Leistungen als Ergänzende Tagesentgelte berechnen:

- Einzelbetreuung ab 8 Stunden und Kleinstgruppenbetreuung ab 12 Stunden bei Kindern und Jugendlichen

Wesentlich für die Identifizierung der den Tagesentgelten zugrundeliegenden Leistungen war eine hinreichend genaue Definition der Leistung im OPS sowie ein deutlicher und auf die Leistung zurückzuführender Kostenunterschied in den entsprechenden Modulen bei Tagen mit und Tagen ohne Leistung.

Mit den Ergänzenden Tagesentgelten werden besondere hochaufwendige Leistungen tagesgenau abgebildet und vergütet. Damit wurde die Kritik aufgenommen, dass die bisherige Vergütungssystematik den tatsächlichen Behandlungsaufwand im Verlauf nicht berücksichtigt. Durch die gefundene Lösung der zusätzlichen Vergütung aufwendiger Leistungen durch Ergänzende Tagesentgelte spiegelt nunmehr die Vergütung die im Behandlungsverlauf auftretenden Schwankungen im Aufwand der Behandlung wider.

5.4 Kritische Überprüfung aller PEPP-Definitionskriterien

Wie in den Vorjahren wurden alle im PEPP-System zur Definition von Fallgruppen verwendeten Definitionskriterien – auch unabhängig vom Vorschlagsverfahren – überprüft. Somit wurde auch die Gruppierungsrelevanz von Diagnosekodes umfassend analysiert.

Zusätzlich wurden alle im Rahmen des Vorschlagsverfahrens vorgelegten Vorschläge analysiert und, soweit möglich, berechnet. Aus dem Vorschlagsverfahren konnten wertvolle Hinweise zur Weiterentwicklung des PEPP-Systems gewonnen werden, beispielsweise bei der differenzierten Berücksichtigung von Stimulanzen bei Abhängigkeitserkrankungen.

Weiterhin wurden systematisch alle für die Psychiatrie und Psychosomatik vorliegenden Leistungsbezeichner (OPS) auf den Daten des Datenjahres 2013 analysiert. Dabei wurden in geeigneten Bereichen bereits Änderungen im OPS für das Jahr 2014 berücksichtigt, indem die an der Kalkulation teilnehmenden Kliniken ergänzende Daten bereitstellten. So konnte beispielsweise die Qualifizierte Entzugsbehandlung bei Abhängigkeitserkrankungen oder die Krisenintervention in ihrer differenzierten zeitlichen Unterteilung berücksichtigt werden.

Leistungen, die im neuen System über Ergänzende Tagesentgelte vergütet werden, mussten (auf den um die Kosten für die Tagesentgelt-Leistungen bereinigten Kostendaten) auf ihre weitere Eignung als Kostentrenner hin untersucht werden, da die in der

Vorversion (PEPP 2014) bestehenden Kostenunterschiede durch die Etablierung von ET für 2015 vollständig oder teilweise vergütet sein könnten.

Dabei zeigte sich insbesondere für die Einzelbetreuung (sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei Erwachsenen), dass bei Vorliegen dieser Leistung nicht nur die Kosten für diese Leistungen anfallen, sondern gleichzeitig andere kostensteigernde Umstände vorliegen. Daher war in diesen Fällen nach wie vor die spezifische Abbildung von Fällen mit besonders hohen Anteilen der Leistung an der Behandlung in einer Prä-PEPP bzw. als aufwertendes Kriterium innerhalb bestimmter PEPP gerechtfertigt. Für die Intensivtherapie bei Erwachsenen ab 3 Merkmalen ergab sich für 2015 hingegen eine deutlich verminderte Relevanz für die sachgerechte Eingruppierung.

Die Diagnosen dienen in Form der Hauptdiagnose weiterhin in erster Linie als Ordnungskriterium zur grundsätzlichen Strukturierung der PEPP-Klassifikation. Die aufwandsgerechte Zuordnung zu einzelnen PEPP innerhalb einer Basis-PEPP stützt sich dann über bestimmte, als Kostentrenner bestätigte Diagnosekodes hinaus auch auf eine Vielzahl weiterer Parameter (Prozeduren, Prozedurenkombinationen, Gültigkeitszeiträume aufwendiger Behandlungen, Therapieintensität, besondere Behandlungsformen, Alter). Im Vergleich zur Vorversion hat die direkte Erlösrelevanz der Hauptdiagnose somit eher weiter abgenommen, was u.a. durch die neuen Ergänzenden Tagesentgelte, erstmals berücksichtigte Leistungen wie die Krisenintervention oder neu etablierte Nebendiagnosebedingungen (z.B. Sucht bei Jugendlichen) begründet ist.

5.5 Weiterbestehende grundsätzliche Kritikpunkte

Das PEPP-Entgeltsystem bezieht sich auch in der Version 2015 auf voll- und teilstationäre Leistungen. Mit der für das Datenjahr 2013 erstmals durchgeführten Datenerfassung zu Modellprojekten, der Einbeziehung der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) sowie der ersten Etablierung sektorübergreifender Leistungsbezeichner im OPS wurden jedoch die Voraussetzungen für zukünftige erweiterte Analysen verbessert.

5.6 Zusammenfassende Einschätzung

Die Weiterentwicklung des PEPP-Systems erfolgt auf Grundlage einer auch im internationalen Vergleich einzigartigen Datengrundlage zu Kosten- und Leistungsdaten voll- und teilstationärer Patienten in den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen. Insgesamt ist die Kalkulationsbeteiligung weiter angestiegen, erfreulicherweise insbesondere im Bereich der Psychosomatik.

Es konnten zusätzliche Leistungen ergänzt und bestehende Leistungskriterien weiter ausgebaut werden. Dies war bei einigen Leistungen insbesondere durch eine Schär-

fung der Definition im OPS und einer differenzierteren Aufwandsabbildung wie im Beispiel der Krisenbetreuung möglich.

Durch das Zusammenspiel von Ergänzenden Tagesentgelten und angepasster Katalogsystematik konnte mit der bisherigen fallbezogenen Degression ein Hauptkritikpunkt am PEPP-Vergütungssystem entschärft und zugleich die sachgerechte Vergütung insbesondere hochaufwendiger Fälle deutlich verbessert werden.

Die umfassenden Veränderungen im PEPP-System 2015 illustrieren das Prinzip des lernenden Systems, indem konstruktive Kritik aufgenommen und in Lösungen umgesetzt wird, in eindrucksvoller Weise.

6 Perspektiven der Weiterentwicklung

Für die folgende Kalkulationsrunde wird eine weitere Vergrößerung der Kalkulationsstichprobe angestrebt. Gleichzeitig ist durch die gestiegene Erfahrung der bisherigen Teilnehmer mit der tagesbezogenen Kalkulation sowie der zunehmenden tatsächlichen Nutzung des PEPP-Systems für die Abrechnung zu erwarten, dass sich auch die Datenqualität weiter steigert.

Die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen werden auf Basis der Erfahrungen aus der vergangenen Kalkulation weiterentwickelt und die Qualität der Prüfungen und Rückmeldungen seitens des InEK verbessert. Mit der Weiterentwicklung der Prüfungen reagiert das InEK auf die positive Lernkurve der Krankenhäuser hinsichtlich der Vorgehensweise bei der Kalkulation. Die hausindividuelle Rückkopplung in Form eines abschließenden Berichts (Abschluss schreiben) im Herbst 2014 mit Hinweisen auf Verbesserungspotential für die nächste Kalkulationsphase und individuelle Abschlussgespräche wird zusätzlich zur Steigerung der Datenqualität beitragen.

In den Klassifikationen des ICD und insbesondere des OPS hat es im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik in den Versionen für 2014 einige wesentliche Weiterentwicklungen gegeben, die sich nunmehr in der Datengrundlage der nächsten Kalkulationsrunde finden und für die PEPP-Version 2016 eingehend ausgewertet werden können.

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens können die anwachsenden Erfahrungen aus dem Umgang mit der PEPP-Klassifikation sowie in zunehmendem Maße auch die Erfahrungen aus dem Abrechnungsalltag in die Weiterentwicklung der PEPP einfließen.

Das PEPP-System ermöglicht eine aufwands- und leistungsbezogene Vergütung der stationären Versorgung psychisch gestörter Menschen und kommt damit insbesondere den schwer kranken und besonders aufwendig zu versorgenden Patienten zugute. Damit ist es weit differenzierter als die bisherige Vergütung tagesgleicher Pflegesätze über alle Patienten. Soweit Besonderheiten in der Versorgung noch nicht abgebildet sind, besteht die Möglichkeit der Beteiligung an der Weiterentwicklung des Systems. Dies kann durch Vorschläge zur Verbesserung der Leistungsabbildung in ICD und OPS beim DIMDI, durch Beteiligung am Vorschlagsverfahren des InEK oder – für die an der Versorgung beteiligten Einrichtungen – insbesondere durch Teilnahme an der Kalkulation geschehen.

Das Vergütungssystem im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung unterscheidet bestehende Aufwände und Kosten auf Grundlage einer umfangreichen Stichprobe. Gleichzeitig ist es darauf ausgelegt, sich jährlich anhand von Veränderungen im Kosten- und Leistungsspektrum durch Verbesserungen in der Abbildung der Leistungen und unter Berücksichtigung konstruktiver Kritik weiterzuentwickeln und sich ständig zu verbessern.

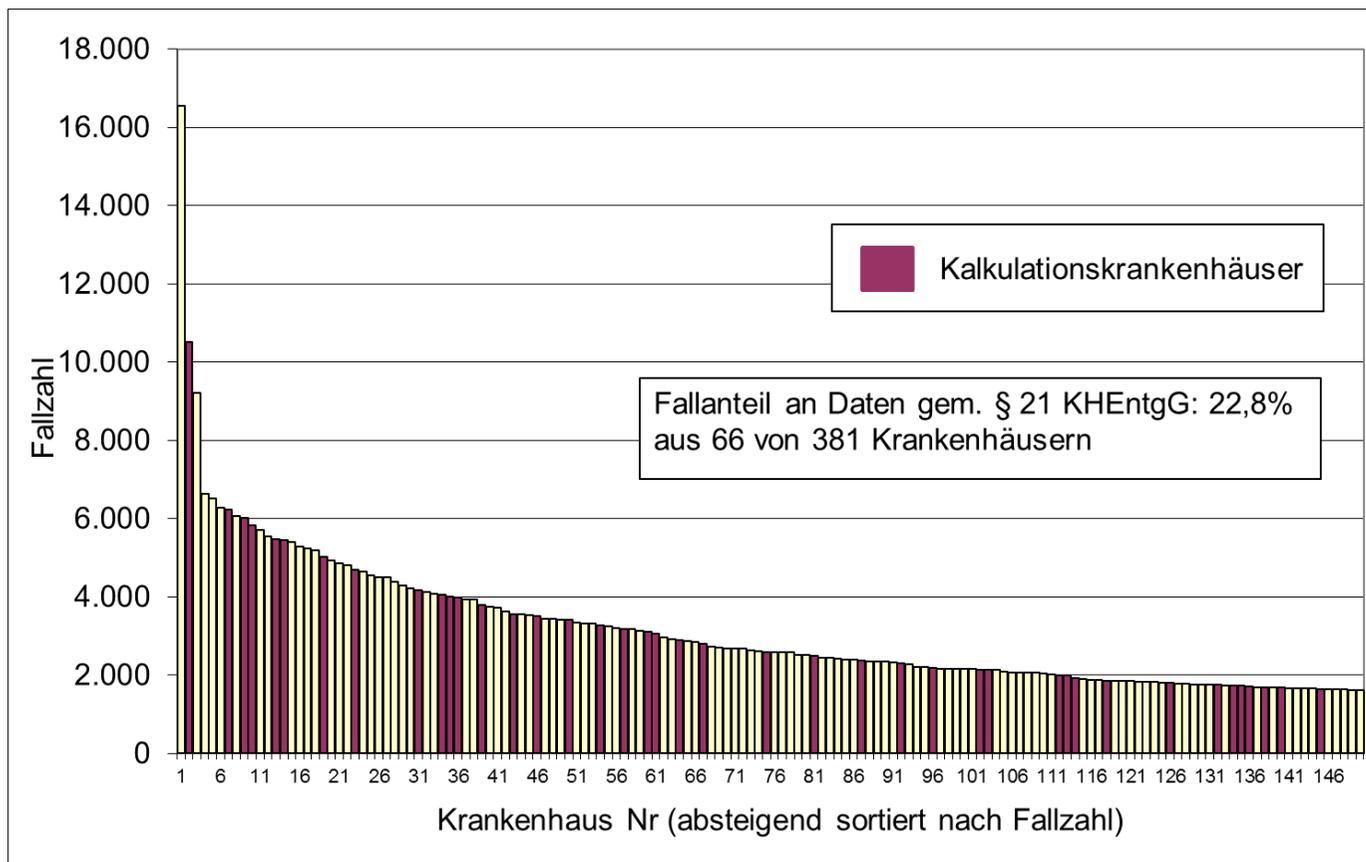
Anhang

Übersicht

- Anhang A-1: Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich Psychiatrie
- Anhang A-2: Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Anhang A-3: Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich Psychosomatik

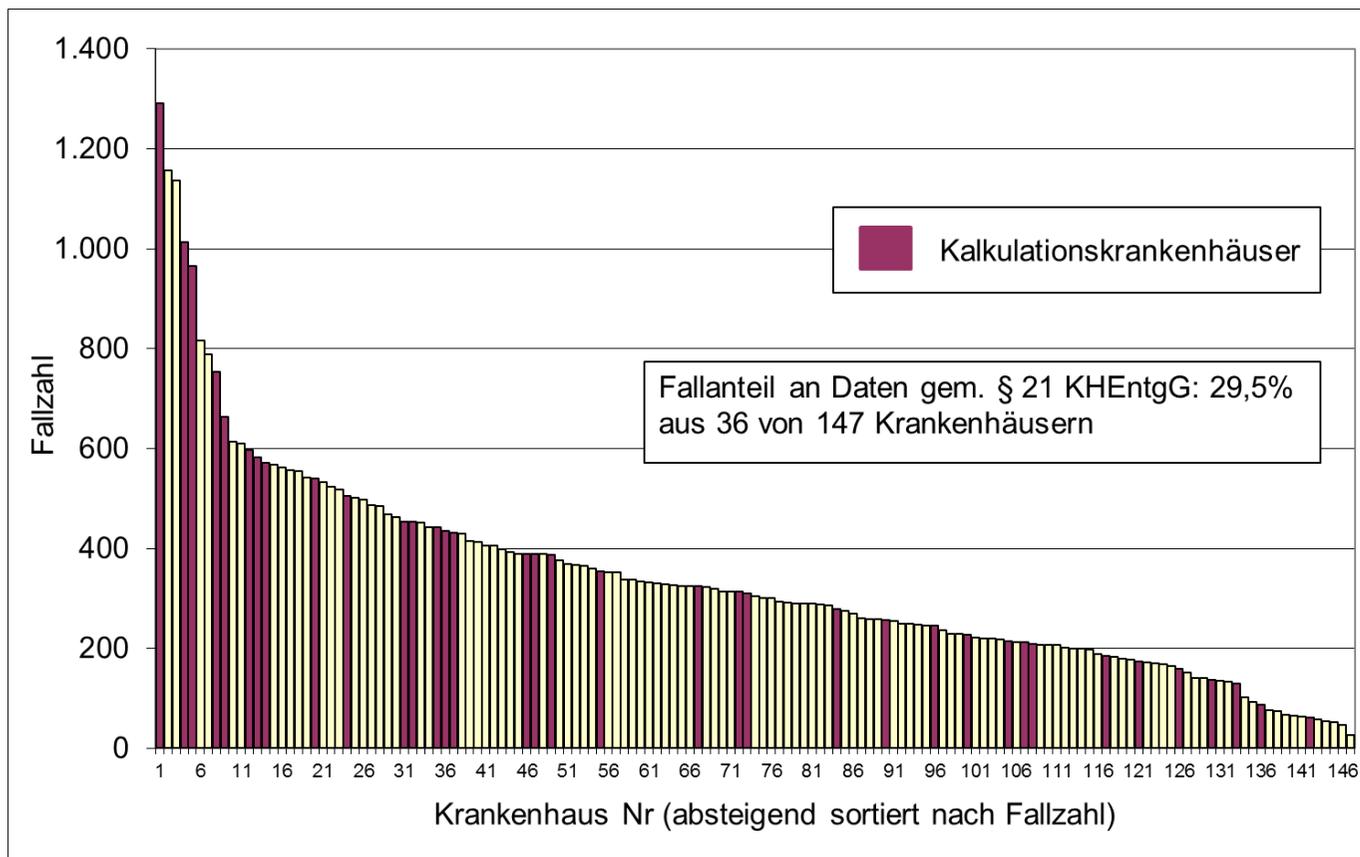
A-1 Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich Psychiatrie

In der folgenden Abbildung sind die 150 fallzahlstärksten Krankenhäuser (vollstationäre Fälle nach Fallzusammenführung) im Bereich **Psychiatrie** (inklusive der Fälle der Basis-PEPP P003 und P004) grafisch dargestellt; dabei sind die Kalkulationskrankenhäuser farbig markiert. Es wird deutlich, dass die Kalkulationsstichprobe bzgl. der Fallzahl im Bereich Psychiatrie die Grundgesamtheit gut abdeckt.



A-2 Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie

In der folgenden Abbildung sind die Krankenhäuser (vollstationäre Fälle nach Fallzusammenführung) im Bereich **Kinder- und Jugendpsychiatrie** (inklusive der Fälle der Basis-PEPP P002) grafisch dargestellt; dabei sind die Kalkulationskrankenhäuser farbig markiert. Es wird deutlich, dass die Kalkulationsstichprobe bzgl. der Fallzahl im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie die Grundgesamtheit gut abdeckt.



A-3 Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich Psychosomatik

In der folgenden Abbildung sind die 150 fallzahlstärksten Krankenhäuser (vollstationäre Fälle nach Fallzusammenführung) im Bereich **Psychosomatik** grafisch dargestellt; dabei sind die Kalkulationskrankenhäuser farbig markiert. Es wird deutlich, dass die Kalkulationsstichprobe bzgl. der Fallzahl im Bereich Psychosomatik die Grundgesamtheit noch nicht so gut abdeckt.

