

InEK

Abschlussbericht

Weiterentwicklung des
pauschalierenden
Entgeltsystems für Psychiatrie
und Psychosomatik (PEPP)
für das Jahr 2018

Siegburg, den 19. Dezember 2017

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 METHODIK | 4 |
| 2.1 Datenerhebung | 4 |
| 2.1.1 Grundsätze der Kalkulation | 4 |
| 2.1.2 Datenerhebung..... | 5 |
| 2.2 Datenaufbereitung..... | 11 |
| 2.2.1 Fallzusammenführung..... | 11 |
| 2.2.2 Bereinigungen und Korrekturen..... | 12 |
| 2.2.3 Ergänzende Datenbereitstellung | 14 |
| 2.2.4 Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen | 16 |
| 2.2.5 Datenausschluss | 17 |
| 2.2.6 Kalkulationsmethode für die Ergänzenden Tagesentgelte | 18 |
| 2.3 Berechnung der Bewertungsrelationen | 19 |
| 2.3.1 Sonderkonstellationen..... | 20 |
| 2.3.2 Normierung der Bewertungsrelationen | 20 |
| 3 PEPP-ENTGELTSYSTEM 2018..... | 21 |
| 3.1 Entwicklung der PEPP-Klassifikation: Vorgehensweise und Ergebnisse | 21 |
| 3.1.1 Ausgangssituation | 21 |
| 3.1.2 Tagesbezug und Gültigkeitsdauer von Merkmalen | 22 |
| 3.1.3 Grundlagen der PEPP-Klassifikation | 22 |
| 3.1.3.1 Fehler-PEPP | 22 |
| 3.1.3.2 „Reste“-PEPP | 24 |
| 3.1.4 Zusatzentgelte..... | 24 |
| 3.1.5 Vorschlagsverfahren | 25 |
| 3.1.5.1 Hintergrund | 25 |
| 3.1.5.2 Beteiligung | 25 |
| 3.1.5.3 Veröffentlichung der Vorschläge..... | 26 |
| 3.2 Systematische Analysen und Ergebnisse | 26 |
| 3.2.1 Grundlagen..... | 26 |
| 3.2.2 Diagnosen- und Prozedurenklassifikation | 27 |
| 3.2.3 Ergänzende Datenbereitstellung | 27 |
| 3.2.4 Diagnosen | 28 |
| 3.2.5 Prozeduren..... | 29 |
| 3.2.5.1 Therapieeinheiten Erwachsene (OPS 9-649) | 30 |
| 3.2.5.2 Pflegebedürftigkeit (OPS 9-984)..... | 35 |
| 3.2.6 Kinder- und Jugendpsychiatrie | 36 |
| 3.2.7 Stationsäquivalente Behandlung | 37 |
| 4 FAZIT | 40 |

| | |
|---|-----------|
| 5 PERSPEKTIVEN DER WEITERENTWICKLUNG | 41 |
| ANHANG..... | 43 |

ABKÜRZUNGEN

| | |
|-----------|---|
| Abs. | Absatz |
| ATC | Anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem |
| BGB | Bürgerliches Gesetzbuch |
| BI-Modell | Betreuungsintensitätsmodell |
| BMI | Body-Mass-Index |
| BPEPP | Basis-PEPP |
| BPfIV | Bundespfllegesatzverordnung |
| ca. | circa |
| CCL | Complication or Comorbidity Level; Schweregrad einer Komplikation oder Komorbidität |
| d.h. | das heißt |
| DIMDI | Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information |
| DKR-Psych | Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie bzw. Psychosomatik |
| EKT | Elektrokonvulsionstherapie |
| 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 für Psychiatrie und 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“) |
| PKMS | Pflegekomplexmaßnahmen-Score |
| PRE | Prä-Strukturkategorie zur übergreifenden Abbildung besonders aufwendiger Behandlungen |
| PSO | Psychosomatische Behandlung |
| 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 |
| Psych-VVG | Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen |
| PT | Pflegetage |
| QE | Qualifizierter Entzug |
| SGB | Sozialgesetzbuch |
| SK | Strukturkategorie |
| TE | Therapieeinheiten |
| TE-Kodes | OPS-Kodes aus der Gruppe Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen |
| u.a. | unter anderem |
| 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). Der Abschlussbericht wird um einen PEPP-Browser mit den Kalkulationsergebnissen und den wichtigsten statistischen Kennzahlen ergänzt. Der Report-Browser wird auf der Internetseite des InEK Ende 2017 zur Verfügung gestellt.

Den 114 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 2018 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 in dieser Kalkulationsrunde wiederum gesteigert werden.

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

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 Leistungsbezeichnern (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 2017

1 Einführung

Der vorliegende Abschlussbericht beschreibt Grundlagen, Verfahrensweisen und Ergebnisse der Entwicklung des PEPP-Entgeltsystems für das Jahr 2018. 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, 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 gem. § 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. Ein weiterer wichtiger Meilenstein war die Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner zur Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gem. § 17d KHG vom 1. April 2014. Die dort festgelegte geänderte Kalkulationssystematik und die Einführung der Ergänzenden Tagesentgelte (ET) hat sich nachhaltig auf das PEPP-System ausgewirkt² (siehe auch Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) für das Jahr 2015, Kapitel 2). 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 Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) unter Anwendung der Psych-PV ermittelten Budgets wurden mittels der PEPP-Entgelte in Form von Abschlagszahlungen an die optierenden Krankenhäuser ausgezahlt. Diese Optionsphase wurde durch das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (Psych-VVG) bis Ende 2017 verlängert.

Gemäß dem PsychVVG wird im Jahr 2018 die Anwendung der PEPP-Abrechnungsbestimmungen bei fortgeltender Budgetneutralität für Krankenhäuser verbindlich. Die Jahre 2018 und 2019 sind als Übergangszeitraum konzipiert, um den Beteiligten die Gestaltung eines planvollen und strukturierten Übergangs zu ermöglichen.

¹ Die „Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gem. § 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.

² Vereinbarung zur Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gem. § 17d KHG zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin, sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., Köln, gemeinsam und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., Berlin, vom 1. April 2014.

Ab dem 1. Januar 2020 soll das PEPP-Entgeltsystem nach dem PsychVVG budgetwirksam werden, die Konvergenzphase entfällt demnach.

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.

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 bzw. Psychosomatik (DKR-Psych).

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

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 erhalten die Kalkulationskrankenhäuser bei erfolgreicher Teilnahme an der Kalkulation auf Basis eines Datenjahrs eine pauschalisierte Vergütung. Diese setzt sich aus einem jährlichen Grundbetrag sowie einer tagesbezogenen Vergütung in Abhängigkeit von den vom InEK akzeptierten Kalkulationsdatensätzen 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 2018 konnten Erfahrungen der klinischen Praxis und medizinisches Expertenwissen in die Ergebnisse einfließen.

2 Methodik

2.1 Datenerhebung

2.1.1 Grundsätze der Kalkulation

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

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 sowohl für die PEPP-Eingruppierung als auch für die Ermittlung der Ergänzenden Tagesentgelte von Bedeutung. Von der externen Dokumentation (OPS-Kodes) ist die interne Dokumentation in den Krankenhäusern zu unterscheiden. Typischerweise wird die interne Leistungsdokumentation insbesondere in den Kalkulationskrankenhäusern detaillierter durchgeführt 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 Kosten eintragen, die für die tagesbezogen hausintern dokumentierte Leistung angefallen sind. 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) zu 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.

2.1.2 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 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 und Prozeduren (z.B. Therapieeinheiten). Die fallbezogenen Leistungsdaten werden durch das krankenhauserinterne 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. Mittlerweile haben bis auf wenige Ausnahmen alle kalkulierenden Einrichtungen, die Erwachsene behandeln, das Betreuungsintensitätsmodell umgesetzt. Von den insgesamt 334 Krankenhäusern, die mit dem InEK eine Kalkulationsvereinbarung abgeschlossen haben, erbringen 131 Einrichtungen Leistungen im BpflV-Entgeltbereich. Vier Krankenhäuser nahmen für das Datenjahr 2016 eine Übergangsregelung in Anspruch, d.h. es wurde nochmals die Möglichkeit eingeräumt, nur Daten aus dem Entgeltbereich „DRG“ einzusenden. Bis Februar 2017 sagten 114 Krankenhäuser eine Kalkulationsdatenlieferung zu. Zum Ende der Datenannahmefrist musste eine Einrichtung ihre Zusage zur Lieferung von Kalkulationsdaten aufgrund technischer Probleme zurückziehen. In den folgenden Tabellen und Abbildungen wird diese Einrichtung als Kal-

kulationsteilnehmer berücksichtigt. Von den 114 Kalkulationskrankenhäusern hatten 104 Einrichtungen bereits an der Kalkulation im Jahr 2016 teilgenommen. 10 der 114 Krankenhäuser haben erstmalig Kalkulationsdaten übermittelt. Insgesamt mussten die Daten von zwölf Krankenhäusern wegen nicht behebbarer technischer Probleme der Kalkulationssoftware bzw. Kalkulationsmängeln aus der Kalkulationsstichprobe herausgenommen werden.

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

| | Erhebung von Daten gem. § 21 KHEntgG | Erhebung von Kostendaten |
|----------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| Anzahl Krankenhäuser | 598 | 114 |
| Anzahl Fälle | 1.141.441 | 320.615 |
| Anzahl Pfl egetage | 29.819.767 | 8.384.288 |

Tabelle 1: Umfang der Datenlieferungen, Entgeltbereich „PSY“, Datenjahr 2016 inklusive Begleitpersonen, rein vorstationäre Fälle und Überlieger, vor Fallzusammenführung (Stand: 31. Mai 2017)

Die 114 Kalkulationskrankenhäuser teilen sich in jeweils 49 alleinstehende Krankenhäuser und 65 Allgemeinkrankenhäuser oder Universitätskliniken mit angegliederter Fachabteilung auf (Abbildung 1).

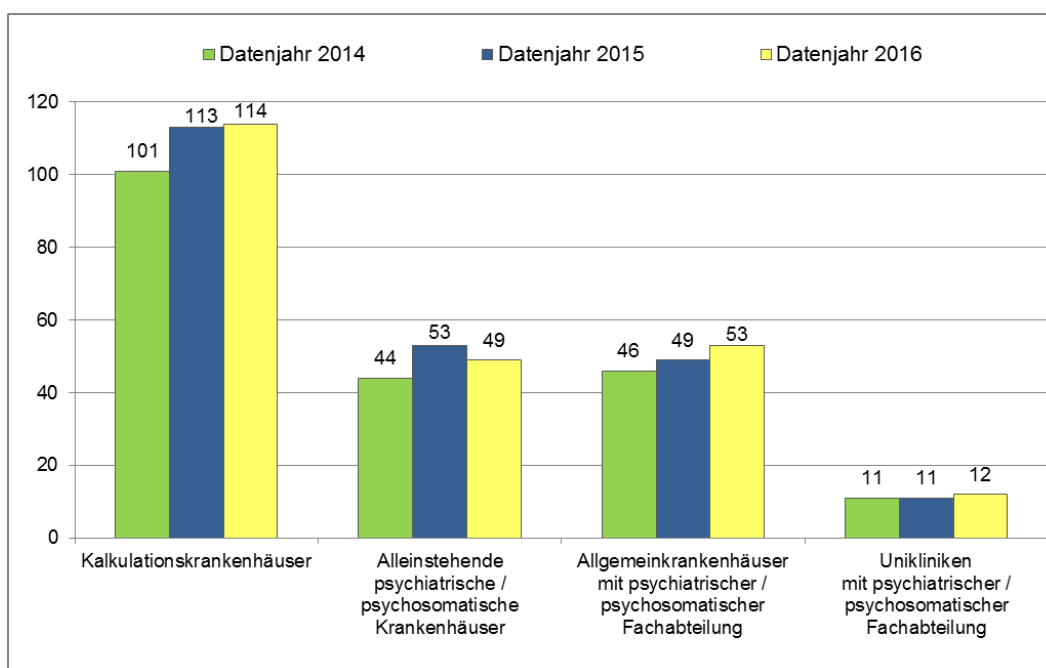


Abbildung 1: Verteilung der Kalkulationskrankenhäuser nach Strukturmerkmalen (Datenjahre 2014 bis 2016 im Vergleich)

Insgesamt übermittelten 48 (Vorjahr: 48) Krankenhäuser Daten einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) inklusive teilstationärer Plätze und 51 (Vorjahr: 43) Krankenhäuser Daten einer Fachabteilung für Psychosomatik inklusive teilstationärer Plätze (Abbildung 2). Gegenüber dem Vorjahr ist hier ein Anstieg der Kalkulationskrankenhäuser mit einer Fachabteilung für Psychosomatik zu verzeichnen. Dennoch ist die von den Kalkulationskrankenhäusern gelieferte Gesamtfallzahl im Bereich Psychosomatik rückläufig, da Krankenhäuser mit großen psychosomatischen Bereichen an der diesjährigen Kalkulation nicht teilgenommen haben.

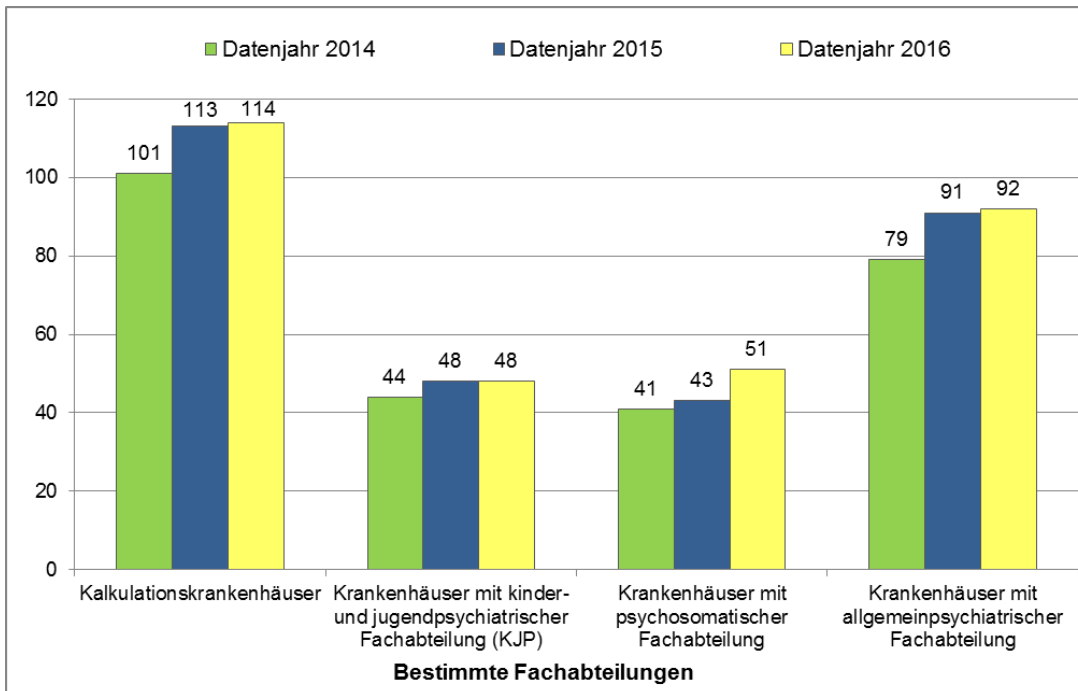


Abbildung 2: Verteilung der Kalkulationskrankenhäuser mit bestimmter Fachabteilung (Datenjahre 2014 bis 2016 im Vergleich)

Zusammensetzung der Datenlieferungen

Alle Darstellungen zur Zusammensetzung der Datenlieferungen beziehen sich auf den in Tabelle 1 dokumentierten Umfang von 598 Krankenhäusern bzw. 114 Kalkulationskrankenhäusern. Abbildung 3 stellt den Vergleich der Fallzahlen zwischen Kalkulationsdaten und den Daten der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG für ausgewählte Bereiche dar. In diesem Jahr sagten 8 Einrichtungen mit zum Teil langjähriger Kalkulationserfahrung ihre Teilnahme an der Kalkulation ab. Zum Großteil waren dies Krankenhäuser mit einer nicht unerheblichen Anzahl von Fällen, u.a. aus den Bereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik. Dies hatte deutliche Auswirkungen auf die Relativgewichte in den psychosomatischen PEPP.

Bei der Gegenüberstellung der Fallmengen der Kalkulationskrankenhäuser und der Krankenhäuser der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG zeigt sich für das Datenjahr 2016 jeweils ein geringer Unterschied für die Fallzahlverteilung in den Bereichen vollstationär bzw. teilstationär: Bei den Kalkulationsdaten liegt der Anteil der Fallzahlen an

der Gesamtfallzahl im Bereich der vollstationären Versorgung etwas höher und im Bereich der teilstationären Versorgung etwas niedriger als der jeweilige Anteil der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie liegt der Anteil der Fallzahlen an der Gesamtfallzahl bei den Kalkulationsdaten weiterhin etwas höher als der jeweilige Anteil der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG. Im Bereich der Psychiatrie allgemein zeigt sich auch bei den Kalkulationsdaten ein etwas höherer Anteil. Der Bereich Psychosomatik ist bei den Kalkulationskrankenhäusern auch in diesem Jahr verglichen mit dem Vorjahr mit einem nochmals geringeren Anteil als in der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG vertreten. Die Fallzahl der Kalkulationsdaten im Bereich Psychosomatik ist gegenüber dem Vorjahr rückläufig. Dies ist auf die Absage zur Kalkulationsteilnahme von Hauptleistungserbringern mit großen psychosomatischen Bereichen zurückzuführen.

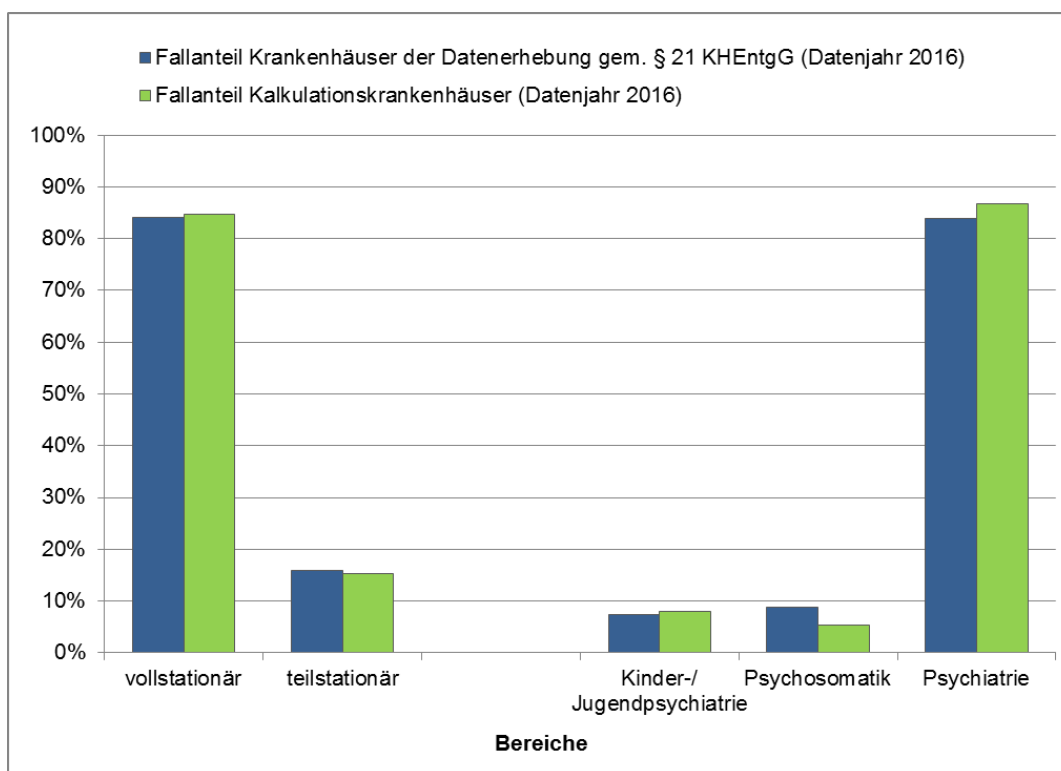


Abbildung 3: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach bestimmten Bereichen

Abbildung 4 zeigt die regionale Zusammensetzung der Datenerhebungen nach dem Bundesland der einbezogenen Krankenhäuser auf.

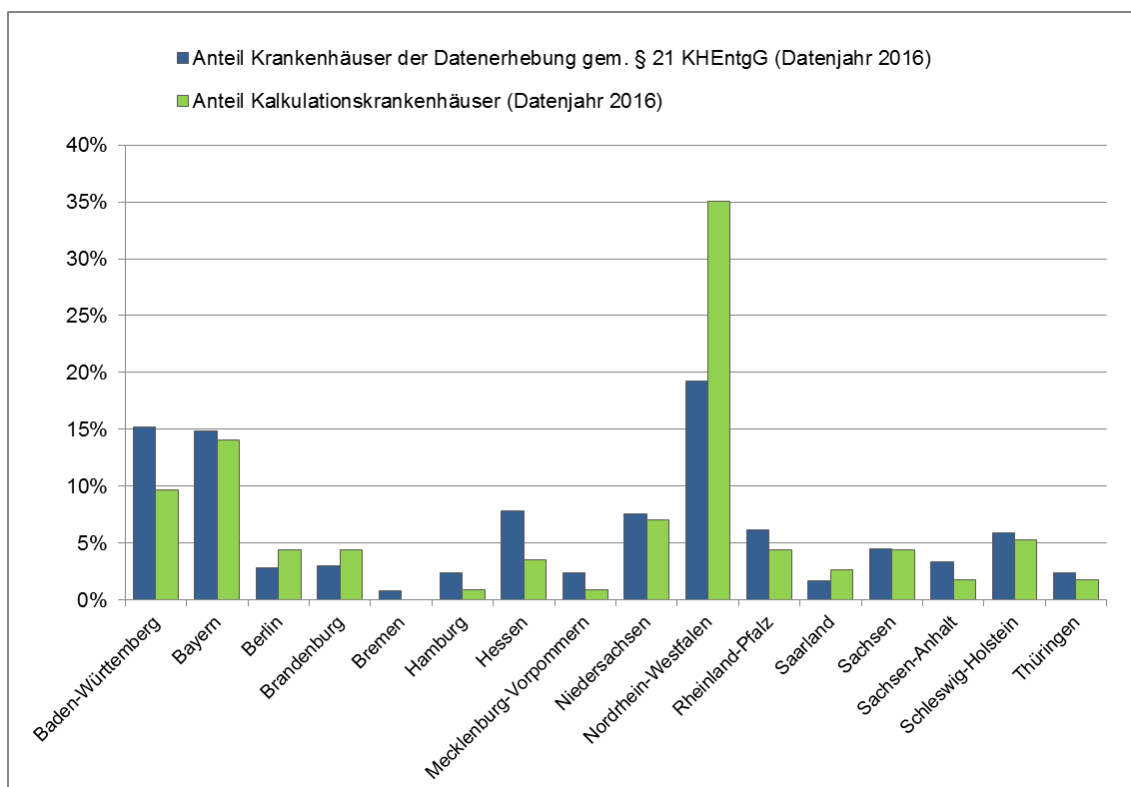


Abbildung 4: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach dem Bundesland der Krankenhäuser

Nordrhein-Westfalen und Bayern haben wie bereits im Vorjahr die größten Anteile bei den Kalkulationskrankenhäusern. Danach folgen Baden-Württemberg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Berlin, Brandenburg, Rheinland-Pfalz und Sachsen, wobei der Anteil der Kalkulationskrankenhäuser aus Nordrhein-Westfalen hier deutlich über dem entsprechenden Anteil an der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG liegt und gegenüber dem Vorjahr sogar noch gestiegen ist. Im Gegensatz dazu hat sich der Anteil der Kalkulationskrankenhäuser in Hessen gegenüber dem Vorjahr um rund 2,7 Prozentpunkte verringert. In einem Bundesland (Bremen) haben sich keine Einrichtungen an der Lieferung von Kostendaten beteiligt.

Die Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser zeigt Abbildung 5. Bei der Gegenüberstellung der Kalkulationskrankenhäuser mit Krankenhäusern der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG zeigt sich auch für das Datenjahr 2016 bei den Kalkulationskrankenhäusern ein Übergewicht der Krankenhäuser ab einer Größe von mehr als 100 Betten. Bei den Kalkulationskrankenhäusern sind kleine Krankenhäuser mit bis zu 100 Betten mit einem geringeren Anteil als ihrem Anteil an der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG vertreten. Gleichzeitig stellt die höhere Beteiligung großer Krankenhäuser die Abdeckung des gesamten Leistungsspektrums mit ausreichenden Fallzahlen sicher.

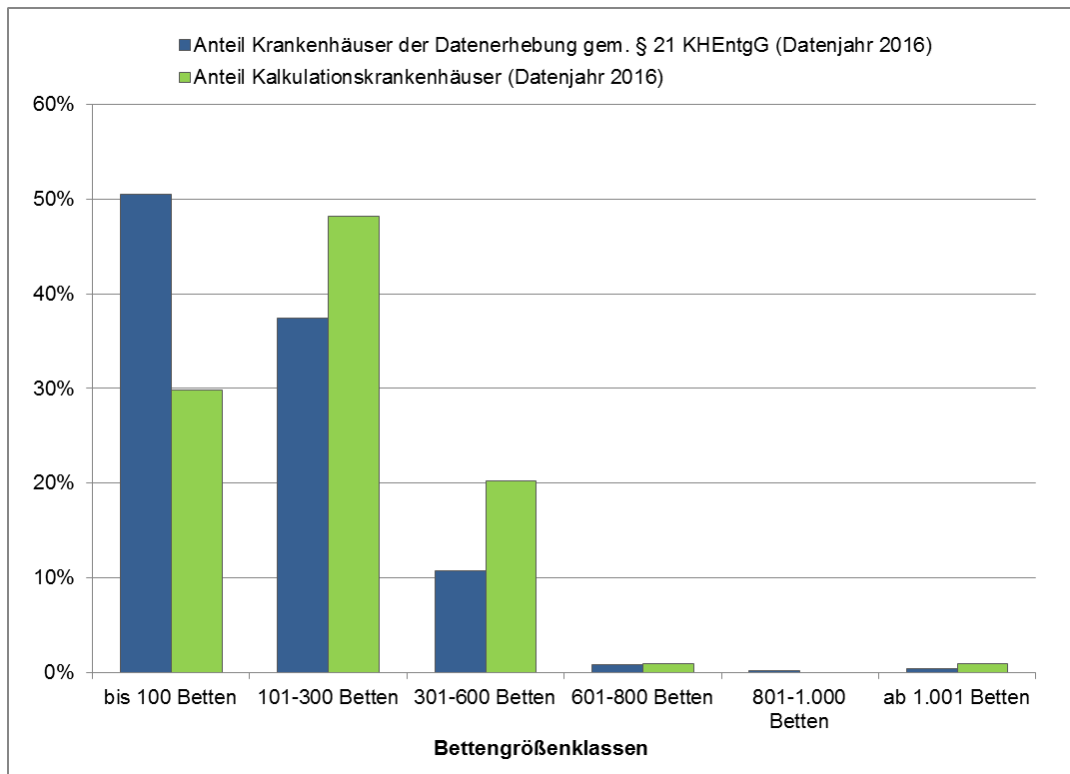


Abbildung 5: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser (nach Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG)

Abbildung 6 zeigt die Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser. Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft sind bei den Kalkulationskrankenhäusern wie im Vorjahr im Vergleich zu den Krankenhäusern der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG überproportional und Krankenhäuser in freigemeinnütziger bzw. privater Trägerschaft unterproportional vertreten.

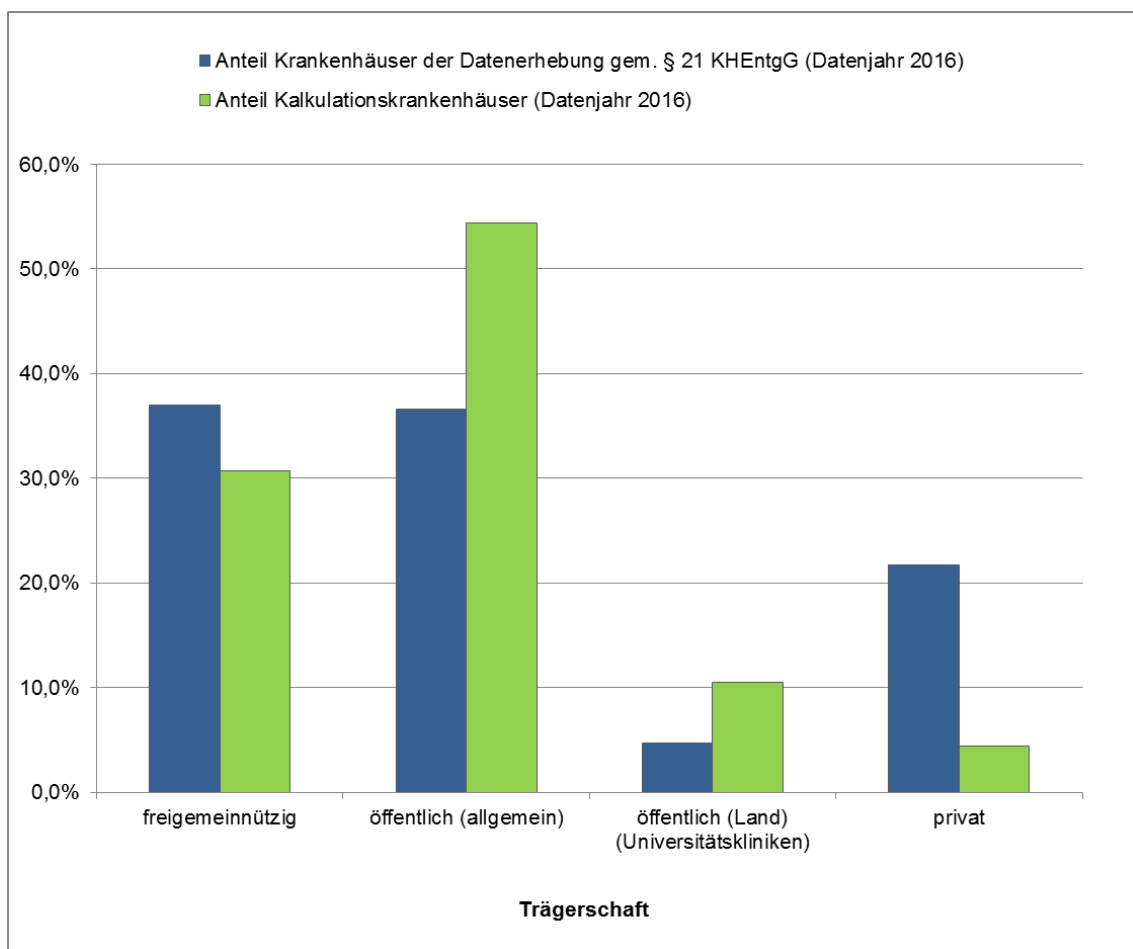


Abbildung 6: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser

Im Datenjahr 2016 rechneten insgesamt 315 Einrichtungen auf Basis des PEPP-Entgeltsystems ab, davon waren 71 Einrichtungen Kalkulationsteilnehmer.

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

2.2 Datenaufbereitung

2.2.1 Fallzusammenführung

Die Daten des Jahres 2016 wurden – sofern nicht aufgrund der Umstellung auf die PEPP-Abrechnung bereits in den Originaldaten geschehen – nachträglich auf Basis der Regelungen des § 2 der Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2017 (PEPPV 2017) zusammengefasst. Die Fallzusammenführung wurde auf dem Datenbestand der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG durchgeführt. Im Ergebnis waren 3,8% (Vorjahr: 5,9%)

aller voll- und teilstationären Fälle der Gesamtmenge der Kalkulationskrankenhäuser von der nachträglichen Fallzusammenführung betroffen.

2.2.2 Bereinigungen und Korrekturen

Die Maßnahmen zur Datenbereinigung umfassten verschiedene Korrekturen, um verzerrende Einflüsse aus ungleichen Voraussetzungen der Krankenhäuser auszugleichen und einen einheitlichen Periodenbezug herzustellen.

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. 1a 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 (Tabelle 2).

| Bereinigung | Anzahl Fälle |
|--|--------------|
| Vorstationäre Fälle ohne anschließende vollstationäre Behandlung und Begleitpersonen | 13.523 |
| Nicht vollständig kalkulierte Überlieger | 13.067 |

Tabelle 2: Fälle ohne PEPP-Relevanz in den Kalkulationsdaten

Dialysen gehören gem. § 2 Abs. 2 Satz 3 BPfIV nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen im Bereich Psychiatrie bzw. 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 (ZE), also additive Vergütungskomponenten, besser abzubilden 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 (vgl. Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) für das Jahr 2016, S. 13 f.).

Als hochspezialisierte Leistungen wurden im Rahmen der PEPP-Kalkulation solche Leistungen identifiziert, die originär keinen Bezug zur Kernleistung im Bereich Psychiatrie bzw. 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 Elektrokonvulsionstherapie (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 Kostenanteile für die Zusatzentgelt-relevanten Leistungen wurden daher jeweils aus den entsprechenden Kostenmodulen herausgerechnet und von den jeweiligen Fallkosten abgezogen (siehe Kap. 2.2.3). Beispielsweise wurden bei Erbringung der Leistung „Elektrokonvulsionstherapie“ 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. Wie im Vorjahr waren dies:

- Intensivbehandlung Erwachsener ab 3 Merkmalen (OPS-Kode 9-619, 9-61a und 9-61b [ab OPS Version 2016])
- 1:1-Betreuung bei Erwachsenen ab mehr als 6 Stunden (OPS-Kode 9-640.06 bis 9-640.08 [ab OPS Version 2016])
- Einzelbetreuung bei Kindern und Jugendlichen ab 8 Stunden (OPS-Kode 9-693.13 bis 9-693.15)
- Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe bei Kindern und Jugendlichen ab 8 Stunden (OPS-Kode 9-693.03 bis 9-693.05)

Tabelle 3 stellt die Zusammensetzung 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 resultiert aus der Fallzusammenführung.

| | Daten gem. § 21 KHEntgG | | | Kalkulationsdaten | | |
|------------------------------------|-------------------------|------------|-----------|-------------------|------------|-----------|
| | Fälle | Pflegetage | Anzahl KH | Fälle | Pflegetage | Anzahl KH |
| Gesamtmenge (wie geliefert) | 1.141.441 | 29.819.767 | 598 | 320.615 | 8.384.288 | 114 |
| davon vollstationär | 971.555 | 24.853.365 | 544 | 272.798 | 6.983.236 | 112 |
| davon teilstationär | 169.886 | 4.966.402 | 507 | 47.817 | 1.401.052 | 111 |
| Grundmenge * | 1.018.751 | 29.708.647 | 598 | 281.912 | 7.555.049 | 114 |
| davon vollstationär | 856.734 | 24.739.641 | 531 | 238.649 | 6.281.632 | 110 |
| davon teilstationär | 162.017 | 4.969.006 | 507 | 43.263 | 1.273.417 | 111 |

* nach Fallzusammenführung und ohne rein vorstationäre Fälle, ohne Begleitpersonen und ohne unvollständig kalkulierte Überlieger; vier Krankenhäuser erbringen ausschließlich teilstationäre Leistungen

Tabelle 3: Datenmengen der Datenlieferung gem. § 21 KHEntgG und der Kalkulationsdaten, Datenjahr 2016

2.2.3 Ergänzende Datenbereitstellung

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

- Patienten, die nach richterlicher Anordnung (gemäß PsychKG oder §§ 1631b bzw. 1906 BGB) untergebracht wurden
- Leistungen der Elektrokonvulsionstherapie und der Strahlentherapie
- Gabe von Medikamenten
- Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe oder Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen gemäß OPS-Kode 9-693.0* und 9-693.1* mit Angabe der jeweiligen Leistungstage und Anzahl der Stunden sowie der leistenden Berufsgruppe

Patienten, die nach richterlicher Anordnung (gemäß PsychKG oder §§ 1631b bzw. 1906 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 67 der 114 teilnehmenden Einrichtungen Angaben zur Verfügung gestellt. Insgesamt wurden 17.148 Fälle mit richterlicher Anordnung gem. §§ 1631b bzw. 1906 BGB und 13.872 Fälle mit sofortiger/einstweiliger Unterbringung gemäß PsychKG 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 Kostendiffe-

renzen zwischen Fällen mit richterlicher Anordnung und Fällen ohne richterliche Anordnung innerhalb einzelner PEPP ermittelt werden.

Elektrokonvulsionstherapie

Wie bereits in Kapitel 2.2.2 angeführt, wurde die Elektrokonvulsionstherapie (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.:

- Tagesgenaue Angabe der durchgeführten Leistung mit entsprechendem Kostenwert
- Dauer der jeweiligen EKT-Sitzung je Fall und Tag, differenziert nach Vorbereitungs-, Narkose- und Nachbereitungs-/Überwachungszeit
- Art und Anzahl der an der jeweiligen EKT-Sitzung beteiligten Berufsgruppen

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 2018 keine Bewertung des Zusatzentgelts für die Leistung Elektrokonvulsionstherapie möglich.

Strahlentherapie

Aufgrund der unzureichenden Datenlage konnten für den PEPP-Entgeltkatalog 2018 wie im Vorjahr die Leistungen der Strahlentherapie nur als unbewertetes Zusatzentgelt aufgenommen werden.

Gabe von Medikamenten

Die *Gabe von Paliperidon, intramuskulär* (OPS-Kode 6-006.a) wurde neben der Elektrokonvulsionstherapie als zweite originär psychiatrisch-psychosomatische ZE-fähige Leistung identifiziert. Um die verschiedenen Vorschläge aus dem Vorschlagsverfahren besser analysieren zu können, wurden auch für das Datenjahr 2016 alle einzeln der Kostenartengruppe 4b (Einzelkosten Medikamente) zugerechneten Medikamente im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung abgefragt, und zwar nach Datum der Gabe, Medikament (Handelsname, Wirkstoff, ATC-Kode), Applikationsform bzw. Dosis und Kosten. Insgesamt wurden 168.382 Datensätze für 9.729 identifizierbare Fälle aus 64 Kalkulationskrankenhäusern übermittelt. Damit lag zwar eine umfangreiche Datenlage vor, jedoch ist für die Einführung weiterer medikamentenspezifischer Zusatzentgelte auch eine fachliche Bewertung erforderlich, sodass bis zur Erstellung eines mit den Fachgesellschaften abgestimmten Gesamtkonzepts keine weiteren Veränderungen in diesem Bereich vorgenommen wurden. Daher bleibt weiterhin die *Gabe von Paliperidon, intramuskulär* im PEPP-Entgeltkatalog 2018 als unbewertetes Zusatzentgelt bestehen (vgl. auch Kap. 3.1.4).

2.2.4 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.

Wie in den Vorjahren wurden die Datensätze in drei verschiedenen Prüfungsebenen jeweils auf drei unterschiedlichen Betrachtungsebenen geprüft:

1. Prüfungen im Zuge der Datenannahme stellten sicher, dass die formalen Anforderungen der Datenübermittlung erfüllt sind.
2. 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.
3. In der dritten Prüfungsebene wurde eine Individualanalyse durchgeführt. Dies bedeutete die Inaugenscheinnahme von Einzelfällen unter ausgewählten Fragestellungen.

Ein besonderer Fokus wurde hierbei auf die Leistungen der Ergänzenden Tagesentgelte bzw. psychiatriespezifischen Zusatzentgelte gelegt. Beispielsweise wurde die umfangreiche Datenbereitstellung im Bereich der Medikamente zur Plausibilisierung der Kostenwerte in der Kostenartengruppe 4b (Einzelkosten Medikamente) herangezogen und nur die Werte nachgefragt, die durch diesen Abgleich nicht erklärt werden konnten. Weiterhin wurden die tagesgenauen Angaben in der ergänzenden Datenbereitstellung für die *Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe oder Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen* gemäß OPS-Kode 9-693.0* (Kleinstgruppe) und

OPS-Kode 9-693.1* (Einzelbetreuung) mit den übermittelten tagesbezogenen OPS-Kodes und den entsprechenden Kosten der angegebenen Berufsgruppe abgeglichen.

2.2.5 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.

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 (vgl. auch Kap. 3.1.3.1).

Die Datenprüfungen führten zum Ausschluss von insgesamt 25.226 voll- und teilstationären Fällen (Vorjahr: 20.766 Fälle). Davon sind 23.735 Fälle auf den vollständigen Ausschluss der Datensätze von zwölf Krankenhäusern zurückzuführen (8,4%).

1.491 voll- und teilstationäre Datensätze (0,5%; Vorjahr: 1,0%) mussten aufgrund schwerwiegender Fehler mit Auswirkung auf die mittleren Tageskosten von der Kalkulationsmenge ausgeschlossen werden. Eine der häufigsten Ausschlussursachen vollstationärer Fälle war z.B. die fehlerhafte Kostenzuordnung auf den Stationskostenstellen. Tabelle 4 gibt einen Überblick über die Gründe, warum vollstationäre Datensätze aus der Kalkulationsdatenmenge ausgeschlossen wurden.

| Kalkulations- bzw. Kodierfehler | Fallzahl |
|---|--------------|
| Fehlerhafte Kostenzuordnung auf Stationskostenstellen | 410 |
| Anzahl Anwesenheitstage stimmt nicht mit der Anzahl der übermittelten Tage mit Kosten überein | 248 |
| Keine Kosten für den vollstationären Aufenthalt übermittelt | 156 |
| Fehlerhafte Kostenzuordnung auf Therapiekostenstellen | 81 |
| Extrem hohe Fehlbuchungen an Einzeltagen | 75 |
| Kodierung und Kostenzuordnung stimmen nicht überein | 30 |
| Aufnahme wegen diagnost. Leistungen (Radiologie/Labor) bzw. OP | 21 |
| Fehlende Gesamtkosten wg. Fallzusammenführung gem. Regel mit Fall ohne Kosten | 6 |
| Gesamtergebnis | 1.027 |

Tabelle 4: Ausschlussgründe für vollstationäre Datensätze (Datenjahr 2016)

Insgesamt ergab sich aus der Korrektur der Daten eine neue Kalkulationsdatenbasis mit 256.686 Fällen aus 102 Einrichtungen (Rückgang von rund 2% gegenüber dem Vorjahr). Dies entspricht einem Anteil von rund 25,2% an den identisch selektierten Daten gem. § 21 KHEntgG (vgl. auch Tabelle 3, Tabelle 5).

| | Fälle | | | Pflegetage | | |
|------------------------------------|----------------|---------------|----------------|------------------|------------------|------------------|
| | vollstationär | teilstationär | Summe | vollstationär | teilstationär | Summe |
| Gesamtmenge (wie geliefert) | 272.798 | 47.817 | 320.615 | 6.983.236 | 1.401.052 | 8.384.288 |
| Grundmenge* | 238.649 | 43.263 | 281.912 | 6.281.632 | 1.273.417 | 7.555.049 |
| Gesamthaus-Löschungen | 19.034 | 4.701 | 23.735 | 482.270 | 128.711 | 610.981 |
| Einzelfall-Löschungen | 1.027 | 464 | 1.491 | 31.257 | 15.402 | 46.659 |
| Kalkulationsmenge | 218.588 | 38.098 | 256.686 | 5.768.105 | 1.129.304 | 6.897.409 |

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

Tabelle 5: Kalkulationsdatenmenge, Datenjahr 2016

2.2.6 Kalkulationsmethode für die Ergänzenden Tagesentgelte

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 (Stations-Kostenstellengruppen), therapeutischer 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 ermöglicht, z.B. der Kosten für die Leistung „1:1-Betreuung von Erwachsenen“ (OPS-Kode 9-640.0*).

Die Kalkulation der Ergänzenden Tagesentgelte für den PEPP-Entgeltkatalog 2018 erfolgte analog zum Vorjahr (vgl. Kap. 2.2.6 des Abschlussberichts zur Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) für das Jahr 2016). Zur Kalkulation des Ergänzenden Tagesentgelts ET02 *Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit mindestens 3 Merkmalen* konnten für den PEPP-Entgeltkatalog 2018 erstmalig die im Rahmen der §-21-Datenlieferung bereitgestellten OPS-Kodes 2016 verwendet werden.

2.3 Berechnung der Bewertungsrelationen

Die Methodik der Berechnung der Bewertungsrelationen sowie der Bezugsgröße ist im Vergleich zum letztjährigen PEPP-System unverändert übernommen worden. Details hierzu enthält Kapitel 3.3 des Abschlussberichts zur Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) für das Jahr 2015 (S. 26 ff.).

Das Vorgehen lässt sich wie folgt zusammenfassen:

- Glättung durch das Verfahren der „Linearen Regression“
- Auswahl der „besten“ Glättung (kleinster quadratischer Abstand zwischen geglättetem und tatsächlichem Kurvenverlauf)
- Gewichtung der Entlassungstage anhand der Pflagestage in den §-21-Daten
- Berechnung des Degressionsendpunkts (Aufenthaltsdauer, ab der die konstante Vergütung innerhalb einer PEPP einsetzt)
- Adjustierung je PEPP, sodass für die geglätteten Tageskosten gilt:
Kostenvolumen = Erlösvolumen
- Berechnung der Bezugsgröße so, dass für Fälle in bewerteten PEPP oder Fehler-PEPP gilt: Summe der Bewertungsrelationen aus PEPP-Gruppierung plus Summe der Bewertungsrelationen aus Ergänzenden Tagesentgelten entspricht der Summe der Pflagestage

2.3.1 Sonderkonstellationen

Wie im Vorjahr waren diejenigen PEPP besonders zu behandeln, 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 (wie z.B. bei der PEPP P003B oder P003C; vgl. Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) für das Jahr 2016, Kap. 2.3.1).

In diesem Jahr wurden erstmalig die PEPP TA20Z und TP20Z gemeinsam kalkuliert, da für die PEPP TA20Z und TP20Z bei ähnlichem Leistungsspektrum keine nennenswerten Kostenunterschiede zwischen den beiden Fallgruppen erkennbar waren. Die daraus resultierende hohe Fallzahl ermöglichte eine stabile Kalkulationsbasis. Zudem konnte der Einfluss der Stichprobenzusammensetzung der beiden Fallgruppen auf das Kalkulationsergebnis relativiert werden.

2.3.2 Normierung der Bewertungsrelationen

Analog zum Vorjahr wurden für die Berechnung der Bezugsgröße zunächst alle voll- und teilstationären Fälle gem. § 21 KHEntgG im Entgeltbereich „PSY“ nach dem PEPP-System 2018 gruppiert. Fälle in unbewerteten PEPP (Anlage 1b und 2b des PEPP-Entgeltkatalogs 2018) 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 (siehe Kap. 2.2.6) gemäß OPS-Kodierung mit der jeweiligen Bewertungsrelation zugeordnet.

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

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

Damit beträgt die durchschnittliche Bewertungsrelation je Tag (inklusive Ergänzender Tagesentgelte) 1,0000.

Die Bezugsgröße für den PEPP-Entgeltkatalog 2018 beträgt bei dieser Methodik 246,74 Euro.

3 PEPP-Entgeltsystem 2018

3.1 Entwicklung der PEPP-Klassifikation: Vorgehensweise und Ergebnisse

3.1.1 Ausgangssituation

Grundlage der Weiterentwicklung der PEPP-Klassifikation waren die Daten des Jahres 2016 und damit die gemäß ICD-10-GM Version 2016 bzw. OPS Version 2016 verschlüsselbaren Diagnosen und Prozeduren sowie die nach § 301 Abs. 3 SGB V, Anlage 2, Schlüssel 6 für das Jahr 2016 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.

Im OPS Version 2016 wurden die Codes für die Psychiatrische bzw. Psychosomatische Komplexbehandlung (OPS 2015: 9-60 bis 9-63 sowie 9-65 bis 9-68) überarbeitet und hinsichtlich Behandlungsart (Regel-, Intensiv-, psychotherapeutische und psychosomatische Behandlung) sowie Therapieeinheiten getrennt und differenziert. Durch die Änderung der Therapieeinheitenzählung war eine differenziertere Analyse hinsichtlich der Berufsgruppen und der Therapieform (Gruppen- versus Einzeltherapie) möglich.

Die zunehmende Erfahrung sowie die reale Anwendung des PEPP-Systems durch die Kliniken im Datenjahr 2016 führte zu einer weiteren Verbesserung der Datengrundlage und der Kodierqualität.

Auch nach Inkrafttreten des PsychVVG, das statt der ursprünglichen Etablierung des Entgeltsystems als Preissystem eine Neuorientierung zu einem Entgeltsystem als Budgetinstrument vorsieht, bleibt die leistungsorientierte Vergütung in Form der PEPP-Entgelte weiterhin relevant: einerseits für die unmittelbare fallgerechte Abrechnung des einzelnen Patienten zwischen Krankenhaus und Krankenkasse, andererseits als Leistungsparameter im vorgesehenen leistungsorientierten Krankenhausvergleich nach § 4 BPfIV und damit als Grundlage für die Krankenhäuser, ihr Budget leistungsgerecht zu vereinbaren.

Zusätzlich wurde durch das PsychVVG mit der stationsäquivalenten Behandlung ein neuer Leistungsbereich für psychiatrische Krankenhäuser eingeführt, der innerhalb des PEPP-Systems 2018 über zusätzliche Strukturkategorien – für die stationsäquivalente

Behandlung Erwachsener sowie für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen – abgebildet wird (siehe Kap. 3.2.7).

3.1.2 Tagesbezug und Gültigkeitsdauer von Merkmalen

Bei der Verschlüsselung von Leistungen der Psychiatrie und Psychosomatik im OPS spielt die Gültigkeit von Codes eine entscheidende Rolle. Im Abschlussbericht für das PEPP-System 2016 wurde ausführlich auf die Gültigkeit von Merkmalen eingegangen. An dieser Stelle sei daher lediglich noch einmal darauf verwiesen, dass zwischen Patientenmerkmalen (Diagnosen, bestimmten OPS, wie z.B. Pflegestufe) und echten Leistungsbeschreibungen (Therapieeinheiten, Tageskodes) zu unterscheiden ist. Während Patientenmerkmale in der Regel fallbezogen sind, können Leistungsbeschreibungen, sofern sie hinreichend spezifisch besondere patientenbezogene Aufwände beschreiben, ggf. für eine tagesbezogene Vergütung verwendet werden. Beispielhaft dafür sind die Ergänzenden Tagesentgelte.

3.1.3 Grundlagen der PEPP-Klassifikation

Der grundlegende Aufbau der PEPP-Klassifikation in drei Ebenen, Strukturkategorie (SK) – Basis-PEPP – PEPP, wurde strukturell unverändert aus den Vorjahren übernommen und inhaltlich durch die Strukturkategorien für die stationsäquivalente Behandlung Erwachsener sowie von Kindern und Jugendlichen ergänzt. Zu den weiteren Einzelheiten und Ausführungen zur Klassifikationsgrundlage wird daher auf den Vorjahresbericht verwiesen.

3.1.3.1 Fehler-PEPP

Zur Identifizierung von Fehlern, beispielsweise durch die unzulässige Kodierung von sich ausschließenden OPS am selben Tag oder die mehrfache Kodierung von OPS, die ein Ergänzendes Tagesentgelt auslösen, sind im PEPP-System sogenannte Fehler-PEPP implementiert. Diese sind weitgehend unverändert gegenüber den Vorjahren. Im Einzelnen handelt es sich um die PEPP:

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

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 Therapieeinheitenkodes am gleichen Tag*

Zusätzlich wurde in der PEPP-Version 2018 die folgende Fehler-PEPP ergänzt:

PF05Z *Fehlkodierung bei stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung*

Besondere Konstellation:

Wiederaufnahme am gleichen Tag mit zwei Kodes für die Behandlungsart

Eine besondere Konstellation kann entstehen, wenn ein Patient verlegt oder entlassen und innerhalb des gleichen Tages wieder aufgenommen wird und nicht nur für den Neubeginn der Behandlung mit dem 2. Teilaufenthalt, sondern auch für diesen letzten Tag des 1. Teilaufenthalts – z.B. wegen Wechsel der Behandlungsart – ein OPS für die Behandlungsart (z.B. OPS 9-60 bis 9-63) an diesem Tag gesetzt wird.

Werden dem Grouper die Daten (OPS und Fachabteilungsschlüssel) mit Zeitstempel übergeben, erkennt der Grouper-Algorithmus die Reihenfolge (OPS für 1. Teilaufenthalt → FAB0001 oder FAB0002 → OPS für 2. Teilaufenthalt). Der OPS für den 1. Teilaufenthalt wird dann nicht verwendet und der Fall – sofern keine anderen Fehler vorliegen – in eine reguläre PEPP gruppiert. Werden keine Zeitstempel mit OPS und FAB übergeben, kann der Grouper keine Reihenfolge ermitteln, beide OPS bleiben gültig und der Fall wird – wegen zwei sich ausschließender OPS am gleichen Tag – in die Fehler-PEPP PF04Z eingruppiert. Hier kann es je nach verarbeitetem Datensatz (mit oder ohne korrekte Uhrzeiten) zu technischen Abweichungen in der Gruppierung kommen, wobei das Ergebnis der Gruppierung mit Uhrzeiten das inhaltlich korrekte Ergebnis darstellt.

| Tag n-1 | Tag n | | | | | Tag n+1 |
|--------------------------------|---|-------|---|--------|--------|--|
| | 4 Uhr | 8 Uhr | 12 Uhr | 16 Uhr | 20 Uhr | |
| Psychiatrie FAB3100 | | | Entl./Verl. FAB0001/FAB0002 Tag n 08:00 – 20:00 Uhr | | | Psychiatrie FAB3100 |
| Intensivbeh. 1 Mm OPS 9-617 | Regelbehandlung OPS 9-607 Tag n, 0:00 Uhr | | | | | Intensivbehandlung 3 Merkmale OPS 9-619 Tag n, 20:00 Uhr |

Abbildung 7: Beispiel: Werden die OPS und FAB mit Uhrzeiten übergeben und liegt damit an Tag n der OPS 9-607 vor der FAB0001 bzw. FAB0002 und der OPS 9-619 danach, so entsteht durch diese Konstellation kein Fehler; für Tag n ist der OPS 9-619 gültig. Ohne Uhrzeiten (entspricht für den Grouper: Alle Daten mit Uhrzeit 00:00 Uhr) resultiert daraus die Fehler-PEPP PF04Z

3.1.3.2 „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. Diese PEPP sind unbewertet und als krankenhausesindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 BpflV zu vereinbaren, soweit diese als Krankenhausleistung erbracht werden dürfen. In der Abfragereihenfolge 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.

3.1.4 Zusatzentgelte

Wie in Kapitel 2.2.2 erläutert, ist bei bestimmten spezialisierten Leistungen die Vergütung mittels Zusatzentgelten sachgerecht. Im Zuge der Weiterentwicklung der PEPP-Klassifikation 2018 wurden zahlreiche Leistungen auf eine mögliche Abbildung als Zusatzentgelt untersucht. Als Ergebnis wurde zum einen für die folgenden Leistungen die Abbildung als Zusatzentgelt bestätigt:

| | |
|-----------|--|
| ZP2018-01 | <i>Elektrokonvulsionstherapie [EKT]</i> |
| ZP2018-02 | <i>Strahlentherapie</i> |
| ZP2018-26 | <i>Gabe von Paliperidon, intramuskulär</i> |

Wie im Vorjahr blieben die Zusatzentgelte unbewertet, da trotz ergänzender Datenerhebung und der daraus resultierenden umfangreichen Datengrundlage die Angaben zu Kosten und Aufwand stark differierten.

3.1.5 Vorschlagsverfahren

3.1.5.1 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.

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

3.1.5.2 Beteiligung

Es bestand weiterhin eine deutliche Zurückhaltung bei Vorschlägen zur Weiterentwicklung des PEPP-Systems.

Insgesamt waren für diese Kalkulationsrunde 30 Vorschläge (Vorjahr: 25) von 21 Institutionen (Vorjahr 20) eingegangen (siehe Tabelle 6).

| Institution | Vorschläge |
|---------------------------------------|------------|
| Vorschläge von Krankenhäusern/Trägern | 20 (16) |
| Vorschläge von Verbänden | 7 (4) |
| Vorschläge aus der Industrie | 2 (3) |
| Vorschläge der Selbstverwaltung | 1 (2) |

Tabelle 6: Vorschlagende Institutionen im Vorschlagsverfahren

Die Vorschläge bezogen sich inhaltlich in erster Linie auf einen der folgenden Themenschwerpunkte (siehe Tabelle 7):

| Thema | Anzahl |
|---|----------|
| Zusatzentgelte | 15 (14)* |
| Kinder- und Jugendpsychiatrie | 2 (2) |
| Allgemeine Psychiatrie | 8 (3) |
| Psychosomatik | 1 (0) |
| Sonstiges (Strukturen, Abrechnungsregeln,...) | 4 (4) |

* Davon 9 gleichartige Anträge zu Aripiprazol

Tabelle 7: Inhaltliche Themenschwerpunkte im Vorschlagsverfahren

Vorschläge, die sich primär auf Abrechnungsbestimmungen bezogen, wurden an die Selbstverwaltung weitergeleitet. Vorschläge, die sich primär auf die Einführung von OPS für bestimmte Leistungen bezogen, wurden an das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) weitergeleitet. Alle anderen Vorschläge wurden vom InEK eingehend geprüft und in Bezug auf ihre Relevanz für das PEPP-System analysiert und hinsichtlich der daraus resultierenden Gruppierungsergebnisse berechnet.

3.1.5.3 Veröffentlichung der Vorschläge

Alle Teilnehmer des Vorschlagsverfahrens erhalten nach Abschluss der Kalkulation eine ausführliche Antwort auf die von ihnen übermittelten Vorschläge. Weiterhin werden die Vorschlagsinhalte – bei Einverständnis des Vorschlagenden – auf der Internetseite des InEK veröffentlicht.

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.

3.2 Systematische Analysen und Ergebnisse

3.2.1 Grundlagen

Wie in Kapitel 2.2.2 ausgeführt, werden die Kostendaten nach Plausibilisierung um die Kosten für Zusatzentgelte und Ergänzende Tagesentgelte in den entsprechenden Modulen bereinigt. Auf Grundlage dieser bereinigten Kostendaten erfolgt die systematische Analyse

- der vorhandenen Eingruppierungskriterien und Splits auf weiterhin auch auf Basis der neuen Kostendaten bestehende Kostenunterschiede sowie
- 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 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 Einzelberechnungen. 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.

3.2.2 Diagnosen- und Prozedurenklassifikation

Grundlage der nachfolgend dargestellten Analysen und Umbauten zur PEPP-Version 2018 waren in erster Linie die im Datenjahr 2016 von den Kalkulationskrankenhäusern verschlüsselten Leistungsbezeichner in Form von ICD-10-GM und OPS, jeweils in der Version 2016.

3.2.3 Ergänzende Datenbereitstellung

Wie in Kapitel 2.2.3 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 verwendete Diagnose- bzw. Leistungsbezeichner,
- Leistungen, die eine Eignung als Kostentrenner erwarten lassen, deren Leistungsbezeichner (OPS) jedoch noch nicht existieren oder noch nicht ausreichend trennscharf formuliert sind und die 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 2017 auf den Weg gebracht,

- Vorschläge aus dem Vorschlagsverfahren zu noch nicht erfassten Diagnosen oder Leistungen,
- differenzierte Angaben zu Medikamenten oder Leistungen, die als Zusatzentgelte in Frage kommen oder vorgeschlagen wurden,
- weitere mögliche/notwendige Daten zur Systementwicklung.

Der Umfang der ergänzend zu erhebenden Merkmale muss jedoch begrenzt sein, da die ergänzende Datenbereitstellung 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.

Der Umfang der ergänzenden Datenbereitstellung konnte in dieser Kalkulationsrunde deutlich reduziert werden, da für einige in den letzten Jahren abgefragten Merkmale – wie beispielsweise Intensivmerkmale – inzwischen die entsprechend differenzierten OPS im Datensatz vorlagen.

3.2.4 Diagnosen

Wie auch in den Vorjahren wurden alle bisher in PEPP gruppierungsrelevanten Diagnosen auf Fortbestehen ihrer Eigenschaft als Kostentrenner überprüft. In diesem Zusammenhang wurden auch alle übrigen in den Daten vorkommenden Diagnosen auf mögliche Kostenunterschiede untersucht. Bereits in den Vorjahren erfolgten insbesondere Aufwertungen von Diagnosen, die eine besondere Schwere des Krankheitsverlaufs kennzeichnen (z.B. psychotische Verlaufsformen) oder die einen besonderen Pflegeaufwand darstellen (z.B. motorische oder kognitive Funktionseinschränkungen). Im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung konnten weitere Diagnosen in einzelnen PEPP aufgewertet werden. Tabelle 8 zeigt die von der Aufwertung betroffenen Diagnosen mit den jeweiligen PEPP, die nun durch diese Diagnosen angesteuert werden.

Bei der Überprüfung der bisherigen PEPP-Klassifikation konnten alle dort verwendeten Diagnosen als Kostentrenner erneut bestätigt werden. Dementsprechend wurde auch keine Abwertung von Diagnosen in der PEPP-Klassifikation vorgenommen.

| Diagnosen | ICD | PEPP | |
|-------------------|--------|---|-------|
| Gastroenteritiden | A02.0 | Salmonellenenteritis | PP04A |
| | A02.1 | Salmonellensepsis | PA04A |
| | A04.5 | Enteritis durch Campylobacter | PA04B |
| | A04.6 | Enteritis durch Yersinia enterocolitica | PA15A |
| | A04.7- | Enterokolitis durch Clostridium difficile | |
| Nierenkrankheit | N18.4 | Chron. Nierenkrankheit, Stadium 4 | PA02C |
| | N18.5 | Chron. Nierenkrankheit, Stadium 5 | |

Tabelle 8: Auszug der aufgewerteten Diagnosen im PEPP-System 2018

3.2.5 Prozeduren

Die im Bereich Psychiatrie und Psychosomatik (Geltungsbereich § 17d KHG) zur Verfügung stehenden Leistungsbezeichner (OPS) wurden ähnlich wie die Diagnosen in vollem Umfang analysiert. Tabelle 9 enthält eine Übersicht über die Prozeduren, die im PEPP-System 2018 zusätzliche Gruppierungsrelevanz erhielten:

| OPS-Kode | Inhalt | PEPP |
|----------|---|--|
| 9-984* | Pflegebedürftigkeit | <u>PK01A, PK02A,</u> PA01A, PA02A, PA02B, PA03A, PA04A, PA04B, PA14A, PA15A, PA15B |
| 9-649.* | Therapieeinheiten Erwachsene | <u>PA02B, PA03A,</u> <u>PA04A, PA14A,</u> PA15A, PP04A, PP10A |
| 9-672 | Intensivbehandlung von Kindern und Jugendlichen | <u>PK01A, PK02A</u> |
| 9-694* | Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen | <u>PK02A</u> |

Tabelle 9: Leistungsbezeichner mit veränderter Gruppierungsrelevanz in der PEPP-Version 2018 (PEPP mit neuer Verwendung fett und unterstrichen dargestellt)

Auf diese Änderungen wird in den folgenden Abschnitten näher eingegangen.

Das Anfang des Jahres in Kraft getretene PsychVVG sieht u.a. vor, dass OPS-Kodes, die sich für „den Zweck des Vergütungssystems nach § 17d KHG [...] als nicht erforderlich erwiesen haben“, gestrichen werden (siehe Tab. 10).

Neben einigen Prozeduren, die bisher nicht für die Eingruppierung verwendet wurden, (beispielsweise OPS für Supervision) hat das DIMDI eine Streichung auch für die OPS-Kodes 9-692*: *Indizierter komplexer Entlassungsaufwand [...] bei Kindern und Jugendlichen* sowie 9-690*: *Kriseninterventionelle Behandlung [...] bei Kindern und Jugendlichen* umgesetzt, die bei der Eingruppierung u.a. in die Prä-PEPP P003Z verwendet wurden. Allerdings zeigten die Analysen, dass die Streichung dieser Kodes nur bei wenigen Einzelfällen eine Auswirkung hatte, sodass diese Fälle nicht mehr in die P003Z, sondern in eine PEPP der kinder- und jugendpsychiatrischen Strukturkategorie eingruppiert wurden. Um eine Diskrepanz zwischen Datenjahr (2016) und Abrechnungsjahr (2018) zu vermeiden, wurde diese OPS in allen Grouper-Versionen (Version 2016/2018, Version 2017/2018 und Version 2018) aus dem Gruppierungsalgorithmus entfernt.

| OPS-Kode | Inhalt | OPS Version 2018 |
|----------|---|------------------|
| 9-692* | Indizierter komplexer Entlassungsaufwand [...] bei Kindern und Jugendlichen | gestrichen |
| 9-690* | Kriseninterventionelle Behandlung [...] bei Kindern und Jugendlichen | gestrichen |

Tabelle 10: Vom DIMDI gestrichene, bisher gruppierungsrelevante OPS

Alle weiteren OPS-Kodes des Abschnitts Psychiatrische bzw. Psychosomatische Behandlung blieben hinsichtlich ihrer Gruppierungsrelevanz unverändert.

3.2.5.1 Therapieeinheiten Erwachsene (OPS 9-649)

Ein wesentlicher Schwerpunkt der Analysen für die aktuelle Weiterentwicklung betraf die Therapieeinheiten. Die Therapieeinheiten für die Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen sind ein zentrales Element der Leistungsabbildung bei psychischen und psychosomatischen Störungen. Bis auf einige spezielle Leistungen, wie z.B. Krisenintervention und Einzelbetreuung, werden nahezu alle patientenbezogenen therapeutischen Leistungen durch die Therapieeinheiten abgebildet.

Bis zum OPS Version 2015 waren die Therapieeinheiten an die Behandlungsarten (Regel-, Intensivbehandlung etc.; OPS 9-60 bis 9-63) gebunden, sodass bei einem Wechsel der Behandlungsart (z.B. zwischen Regel- und Intensivbehandlung) nicht der eigentlich vorgegebene 7-Tage-Rhythmus, sondern eine kürzere Zeiteinheit abgebildet wurde. Die Berufsgruppen waren für Ärzte und Psychologen sowie für Spezialtherapeuten und Pflegefachpersonen zusammengefasst und auch Einzel- oder Gruppentherapie wurde gemeinsam in Summe abgebildet.

Seit dem OPS Version 2016 und damit erstmals im für die aktuelle Kalkulation verwendeten Datenjahr ist die Darstellung der Therapieeinheiten im OPS von den Behandlungsarten getrennt und damit streng im 7-Tages-Rhythmus abgebildet (abgesehen von

Ausnahmen bei der Fallzusammenführung, da mit dem neuen Teilaufenthalt auch die Zählung der Therapieeinheiten neu beginnt). Zudem werden die Berufsgruppen sowie Einzel- und Gruppentherapie gesondert kodiert und jede einzelne Therapieeinheit bzw. bei Gruppentherapie jedes Einzelintervall gezählt. Damit gibt es, wie in Abbildung 8 dargestellt, drei Dimensionen für die Analyse der Therapiekodes.

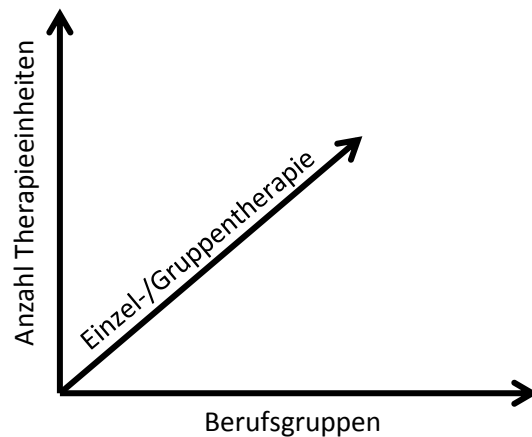


Abbildung 8: Dimensionen der Therapieeinheiten-Analyse

Dies führt zu einer deutlich verbesserten Möglichkeit der Analyse der Therapieeinheiten innerhalb der drei Dimensionen nach unterschiedlichen Ansätzen:

- Wie bisher: Hohe Therapieintensität an 50% der Behandlungstage
- Therapieintensität an 90% der Behandlungstage (90% = nahezu der gesamte Aufenthalt, aber Schwankungen zu Beginn oder Ende werden ermöglicht)
- Durchschnittliche Therapieintensität
- Hoher Anteil Einzeltherapien
- Hoher Anteil Gruppentherapien
- Kombinationen: n Einheiten Einzeltherapie und m Einheiten Gruppentherapie

Je nach verwendeter Logik werden Fälle mit gleicher Therapieanzahl, jedoch unterschiedlicher Therapieverteilung unterschiedlich berücksichtigt, wie Abbildung 9 beispielhaft unter der Annahme einer 28-tägigen Behandlung in drei Fällen mit unterschiedlicher Therapieverteilung zeigt. Alle drei Fälle haben 20 Therapieeinheiten erhalten.

- Im Fall 1 (rot) verteilen sich die Therapieeinheiten relativ regelmäßig auf den Behandlungszeitraum, nur die lediglich aus 2 Tagen bestehende letzte Woche hat nur eine Therapieeinheit.
- Im Fall 2 (blau) konzentrieren sich die Therapieeinheiten auf die mittleren drei Wochen.
- Im Fall 3 (grün) ist die Konzentration noch stärker auf lediglich zwei Wochen beschränkt.

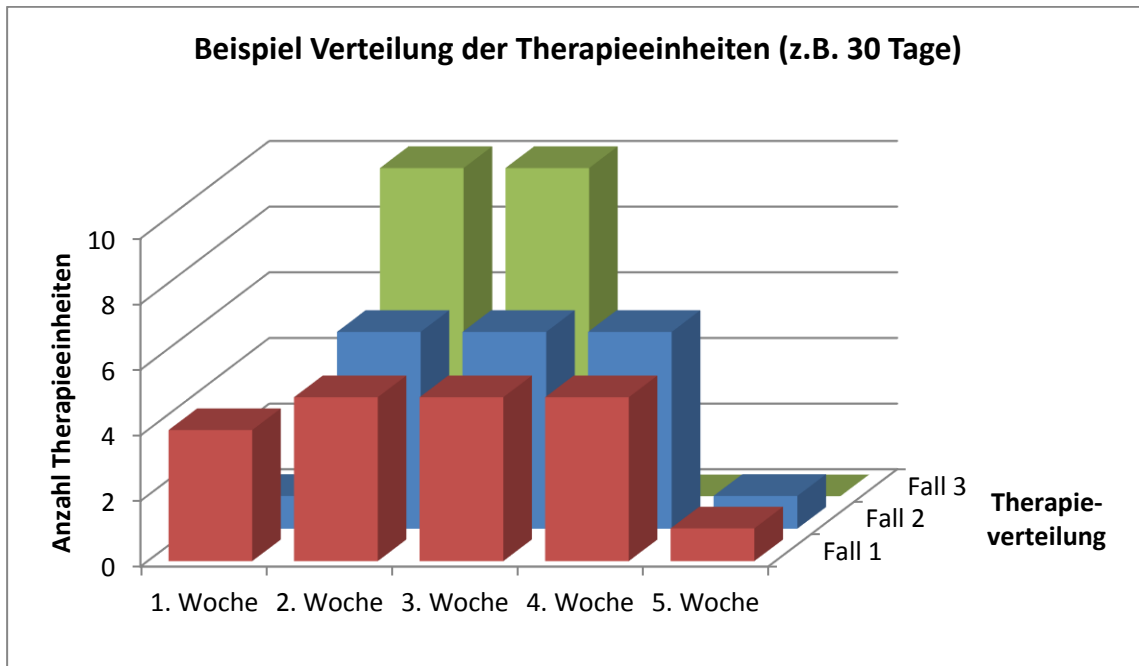


Abbildung 9: Verschiedene Analyseansätze ergeben bei unterschiedlicher Therapieverteilung unterschiedliche Ergebnisse (Erläuterung im Text)

Die Fälle werden bei verschiedenen Formulierungen des Kriteriums „*Therapieintensität*“ unterschiedlich berücksichtigt:

- Die bisher verwendete Logik „mindestens 6 TE an > 50% der Tage“ trifft nur auf Fall 2 zu.
- Die Logik „mindestens 3 TE an > 90% der Tage“ erfasst nur Fall 1.
- Die Logik „durchschnittlich 2 TE pro Woche“ würde alle dargestellten Fälle berücksichtigen.

Die vorliegenden Daten wurden nach den verschiedenen dargestellten Dimensionen und den verschiedenen Analyseansätzen eingehend untersucht. Im Ergebnis konnten die folgenden Ergänzungen bzw. Änderungen bei den Kriterien Therapieeinheiten für das PEPP-System 2018 umgesetzt werden:

- Die bisherige Differenzierung des Kriteriums „*mindestens 6 TE an > 50% der Tage*“ bei überwiegender Regel- bzw. Intensivbehandlung und „*mindestens 8 TE an > 50% der Tage*“ bei psychotherapeutischer bzw. psychosomatisch-psychotherapeutischer Komplexbehandlung in der Strukturkategorie *Psychiatrie* wurde aufgehoben. In den bisher betroffenen psychiatrischen PEPP reichen jetzt unabhängig von der Behandlungsart immer „**mindestens 6 TE an > 50% der Tage**“ für eine Höhergruppierung aus.
- Ein **erhöhter durchschnittlicher Anteil an Einzeltherapien** konnte in der Strukturkategorie *Psychiatrie* als weiteres Kriterium ergänzt werden. Dabei werden in den PEPP PA02B, PA03A, PA04A und PA14A zusätzlich die Fälle aufwertend eingrup-

piert, die durchschnittlich eine gewichtete Einzeltherapie pro Tag erhalten. Die Gewichtung ist aus dem Verhältnis der jeweiligen Personalkosten abgeleitet und beträgt je nach Berufsgruppe:

- für Therapieeinheiten der Ärzte: Faktor 1,0
- für Therapieeinheiten der Psychologen Faktor 0,8
- für Therapieeinheiten der Spezialtherapeuten Faktor 0,6

Weitere Voraussetzungen sind mindestens insgesamt 10 gewichtete Therapieeinheiten und ein Mindestaufenthalt von mehr als drei Tagen.

- Die Kodierung der **Therapieeinheiten durch Pflegefachpersonen** zeigte weiterhin große Schwankungen in der Anzahl zwischen den verschiedenen Häusern sowie uneinheitliche Kostenunterschiede der betroffenen Fälle in der jeweiligen PEPP. Insbesondere ergaben die Analysen:
 - Die Verwendung der OPS-Kodes mit relevanter Anzahl an Therapieeinheiten pro Woche ist in den verschiedenen Häusern höchst unterschiedlich, ein nicht unerheblicher Teil der Häuser verschlüsselt die Kodes überhaupt nicht.
 - Die Fälle mit hoher Anzahl Einzeltherapie Pflege zeigen in den relevanten PEPP nicht regelhaft höhere Tageskosten als die anderen Fälle der jeweiligen Einrichtungen in diesen PEPP, teilweise finden sich geringere Kosten als bei Fällen ohne diese Kodes.
 - Gerade bei Einrichtungen mit vergleichsweise häufiger Erfassung der Kodes für die Einzeltherapie Pflege finden sich oft keine oder nur sehr geringe Kostenunterschiede.

Die detaillierte Analyse der durch Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten in den fallzahlstarken PEPP bestätigt diese Ergebnisse und zeigt unerwartet deutliche Unterschiede zwischen den Kalkulationskrankenhäusern.

In der PEPP PA15B (überwiegend gerontopsychiatrische Fälle) zeigen einige Häuser einen extrem hohen Anteil an Fällen mit hoher Anzahl pflegerischer Therapieeinheiten (Einzeltherapie) ohne entsprechend höhere Tageskosten der Patienten, was als Hinweis gewertet werden könnte, dass – hausindividuell – hier zum Teil nicht durch Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten, sondern aufwendige pflegerische Leistungen von mehr als 25 Minuten Dauer erfasst sein könnten. Diese Unschärfe in Definition und Anwendung der Therapieeinheiten, gerade für die Berufsgruppe Pflege, die auch bereits in vorangegangenen Abschlussberichten zur Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems mehrfach dargestellt wurde, besteht auch im den diesjährigen Analysen zugrunde liegenden OPS Version 2016 weiterhin.

- In der **Psychosomatik** findet sich bei den meisten Fällen regelhaft bezogen auf die Anzahl ein sehr hohes Niveau an Therapieeinheiten, sodass sich hier im Vergleich

zur Psychiatrie eine Kostendifferenz erst bei einer höheren Anzahl an Therapieeinheiten zeigt. Der Unterschied von 8 Therapieeinheiten in der Strukturkategorie Psychosomatik versus 6 Therapieeinheiten in der Strukturkategorie *Psychiatrie* ist auch weiterhin gerechtfertigt. Auch in den differenzierten Analysen konnten für die Psychosomatik keine weiteren belastbaren Kriterien hinsichtlich der Therapieeinheiten ermittelt werden.

- In der **Kinder- und Jugendpsychiatrie** waren erst seit dem Datenjahr 2016 die Therapieeinheiten im Zusammenhang mit allen Behandlungsarten erfassbar. Bis zum OPS Version 2015 waren sie lediglich an die Regelbehandlung bzw. Eltern-Kind-Behandlung geknüpft. Zudem wird ein größerer Anteil auch der therapeutischen Leistungen im Rahmen einer Einzel- oder Kleingruppenbetreuung erbracht und kodiert. Aus diesen Gründen zeigten sich auch für die Therapieeinheiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie noch sehr unterschiedliche Ergebnisse bei Kodierung und Kosten, sodass für das PEPP-System 2018 eine Umsetzung des Kriteriums Therapieeinheiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie noch nicht möglich war.

In Tabelle 11 werden die Änderungen für das Kriterium Therapieeinheiten in einer Übersicht dargestellt.

| Kriterium | Bedingung | PEPP |
|---------------------------------------|--|--|
| 6 TE Arzt/Psychol. | Gültigkeit von OPS mit insgesamt ab 6 TE pro Woche Arzt oder Psychologe an > 50% der Pflagetage bei > 50% Regel- oder Intensivbehandlung oder 8 TE Arzt/Psychol. | PA02B PA03A PA04A PA14A PA15A |
| 8 TE Arzt/Psychol. | Gültigkeit von OPS mit insgesamt ab 8 TE pro Woche <ul style="list-style-type: none"> • Arzt oder Psychologe • an > 50% der Pflagetage | PP04A PP10A |
| Erhöhter Anteil Einzeltherapie | Durchschnittlich 1 gewichtete Einzel-TE pro Tag Arzt: Faktor 1,0 Psychologe Faktor 0,8 Spezialtherapeut Faktor 0,6 bei ≥ 10 gewichteten TE und Aufenthalt > 3 Tage | PA02B PA03A PA04A PA14A |

Tabelle 11: Übersicht der Änderungen für das Kriterium Therapieeinheiten

Neben den identifizierten Kriterien zur Berücksichtigung von Aufwandsunterschieden durch Therapieeinheiten deuten die Analysen allerdings auch auf Unschärfen der Definition der Therapieeinheiten hin. Dies gilt einerseits in Richtung anderer Leistungen wie Krisenintervention oder Einzelbetreuung, andererseits auch in Richtung von Leistungen, die nicht als Therapieleistungen im eigentlichen Sinne zu betrachten sind, wie beispielsweise Pflegeleistungen.

Aus Sicht der Entgeltentwicklung wäre eine genauere Abgrenzung der Leistungen untereinander („Wann ist eine Leistung jeweils eine Therapieeinheit / Einzelbetreuung /

Krisenintervention“) sinnvoll. Ebenso könnte eine Beschränkung der Therapieeinheiten auf spezifische Kernleistungen der Psychiatrie, deren Frequenz besser mit einem erhöhten Behandlungsaufwand oder auch der Schwere der Erkrankung korreliert, die Kostenunterschiede bei ggf. geringerem Erfassungsaufwand genauer darstellen, als dies durch die derzeitige Kompletterfassung aller therapeutischen Leistungen „...oder im Aufwand vergleichbarer Verfahren...“ möglich ist.

3.2.5.2 Pflegebedürftigkeit (OPS 9-984)

Im DRG-System werden u.a. die aufwendigen pflegerischen Leistungen über den PKMS erfasst und ggf. als Zusatzentgelt vergütet. Aufgrund der Unterschiede zwischen Somatik und Psychiatrie in Patientenstruktur und pflegerischen Leistungen wurde von einer unveränderten Übertragung des PKMS auf die Psychiatrie abgesehen und die Anwendung des PKMS-Kodes auf den Geltungsbereich des §17b KHG (DRG-System) beschränkt.

Gleichwohl werden die pflegerischen Leistungen in der Vergütung durch das PEPP-System berücksichtigt, unmittelbar durch die Ergänzenden Tagesentgelte bei 1:1-Betreuung oder mittelbar durch die Vergütungsrelevanz von Merkmalen pflegeaufwendiger Patienten, die z.B. einer Krisenintervention oder Intensivbehandlung bedürfen.

Zusätzlich ist bereits seit der PEPP-Version 2016 die Pflegebedürftigkeit nach SGB XI über den OPS 9-984.* berücksichtigt und in der PEPP-Version 2017 nochmals aufgewertet. Dies führt nunmehr in der Strukturkategorie *Psychiatrie* zu einer differenzierten Abbildung pflegebedürftiger Patienten (siehe Tab. 12). Aufgrund der weiteren Differenzierung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch die Splits der PK01 und PK02 (siehe Kap. 3.2.6) konnte auch in diesen beiden PEPP und damit erstmals für Kinder und Jugendliche die Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad 3 berücksichtigt werden.

| | | | | | | | | | |
|--------------------|-------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------------|---------------------|
| <i>PS* I</i> | <i>Pflegegrad 2</i> | | <i>PA02B</i> | | <i>PA04B</i> | | | | |
| <i>PS II</i> | <i>Pflegegrad 3</i> | | | <i>PA03A</i> | | | <i>PA15B</i> | | |
| | | <i>PA01A</i> | <i>PA02A</i> | | <i>PA04A</i> | <i>PA14A</i> | <i>PA15A</i> | <u><i>PK01A</i></u> | <u><i>PK02A</i></u> |
| <i>PS III (+H)</i> | <i>Pflegegrad 4 + 5</i> | | | | | | | | |

Tabelle 12: Berücksichtigung der Pflegebedürftigkeit im PEPP-System 2018. Die Tabelle zeigt, welcher Pflegegrad in welcher PEPP mit einer Aufwertung verbunden ist (erstmalige Verwendung in PEPP Version 2018 unterstrichen) (* Pflegestufe)

3.2.6 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Innerhalb der Strukturategorie der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfolgte bisher die Differenzierung und Eingruppierung in die unterschiedlichen PEPP überwiegend durch Diagnosen (alle Basis-PEPP, PK04A, PK14A), durch das Alter (PK04A, PK14A, PK14B) oder den Betreuungsaufwand (PK04A, PK14A).

In den Analysen der kinder- und jugendpsychiatrischen Strukturategorie wurde der Schwerpunkt auf die Identifikation besonders aufwendiger Fälle vor allem bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen oder Einschränkungen (bei entsprechender Hauptdiagnose bisher regelhaft in der PEPP PK01Z abgebildet) und bei der Suchtbehandlung (bisher PEPP PK02Z) gelegt. Bei beiden PEPP konnte ein Split durchgeführt werden, wobei die Kriterien für die Höhergruppierung weitgehend entsprechend der jeweiligen PEPP aus der Strukturategorie für Erwachsene gestaltet werden konnten (siehe Tab. 13).

Somit werden in der PEPP PK01 insbesondere die Fälle mit schweren Einschränkungen wie Autismus, Intelligenzminderung mit Beobachtung/Behandlung, hochgradiger Sehbehinderung oder Pflegebedürftigkeit ab Grad 3 bzw. hohem Anteil Intensivbehandlung oder Betreuungsaufwand aufgewertet.

In der „Sucht“-PEPP PK02 werden die Fälle unter 14 Jahren oder mit schweren Suchterkrankungen oder bestimmten somatischen Krankheiten oder Behandlung im besonderen Setting (Qualifizierte Entzugsbehandlung) oder hohem Anteil Intensivbehandlung oder Betreuungsaufwand oder Pflegebedürftigkeit ab Grad 3 in die höherwertige PK02A eingruppiert.

Erstmals wurde in diesen Splits die Intensivbehandlung bei Kindern und Jugendlichen als solche für die Eingruppierung verwendet, sofern sie mehr als 50% der Behandlungstage ausmacht. Auch die Behandlung von Suchterkrankungen im besonderen Setting wurde für die PEPP PK02A erstmals verwendet.

Durch die Aufwertung der aufwendigen Fälle in die PEPP PK01A bzw. PK02A werden die weniger aufwendigen Fälle, die den genannten Kriterien nicht entsprechen und in der PEPP PK01B bzw. PK02B verbleiben, entsprechend abgewertet.

| PK01A | PK02A |
|--|--|
| Intelligenzstörungen, tiefgreifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen | Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen |
| <p>Diagnosen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autismus • Intelligenzminderung • Hochgradige Sehbehinderung <p>Prozeduren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoher Betreuungsaufwand • Hoher Anteil Intensivbehandlung • Pflegebedarf ab Grad 3 | <p>Diagnosen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Multiple Substanzen • Entzug mit Delir • Sucht mit psychot. Diagnose • Kachexie • Verschiedene somatische ND • Opioid- oder Kokainabhängigkeit <p>Prozeduren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoher Betreuungsaufwand • Hoher Anteil Intensivbehandlung • Bes. Setting (QE) KJP ab >14 Tage • Pflegebedarf ab Grad 3 <p>Alter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alter < 14 Jahre |

Tabelle 13: Übersicht über die Kriterien für die Höhergruppierung in den Basis-PEPP PK01 und PK02

3.2.7 Stationsäquivalente Behandlung

Mit dem PsychVVG wurde eine neue Krankenhausleistung eingeführt, die bisher nahezu ausschließlich im Rahmen von Modellvorhaben oder integrierten Versorgungsverträgen in nennenswertem Umfang erbracht wurde. Mit der stationsäquivalenten Behandlung (§ 115d i. V. m. § 39 SGB V) wird für Psychiatrische Kliniken die Möglichkeit geschaffen, Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen in akuten Krankheitsphasen, für die prinzipiell eine Indikation zur stationären Krankenhausbehandlung besteht, im häuslichen Umfeld zu behandeln.

Da es sich um eine Krankenhausleistung handelt, die der stationären Behandlung gleichgestellt ist (§ 39 Abs. 1 SGB V), liegt eine entsprechende Abbildung im Vergütungssystem nahe. Für die stationsäquivalente Behandlung wurden daher durch die Selbstverwaltungspartner in Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften und dem DIMDI zwei OPS-Kodes entwickelt, die diese Leistung einmal für den Bereich Erwachsene (OPS 9-701) und einmal für Kinder und Jugendliche (OPS 9-801) definieren. Innerhalb des OPS wird jeweils nach einem 30-minütigen Zeitintervall der erbrachten Leistung sowie der ausführenden Berufsgruppe differenziert. Zusätzlich werden die betroffenen Fälle mit einem eigenen Aufnahmegrund für die stationsäquivalente Behandlung im Datensatz nach § 301 SGB V und dementsprechend auch den Daten nach § 21 KHEntgG gekennzeichnet.

Damit liegen eindeutige Attribute vor, um die Fälle mit stationsäquivalenter Behandlung in den zukünftigen Daten zu identifizieren. Eine Kalkulation und Bewertung ist allerdings

aktuell nicht möglich, da diese Fälle mit den entsprechenden Attributen in den vorhandenen Daten des Datenjahres 2016 noch nicht existieren.

Mit den genannten Attributen können die Fälle mit stationsäquivalenter Behandlung in die neu gebildeten Strukturkategorien *Stationsäquivalente Behandlung bei Kindern und Jugendlichen* (QKJ) bzw. *Stationsäquivalente Behandlung bei Erwachsenen* (QPY) mit jeweils einer PEPP (QK80Z bzw. QA80Z) sowie einer Fehler-PEPP für Fehlkodierungen entsprechend den Abbildungen 10, 11 und 12 eingruppiert werden.

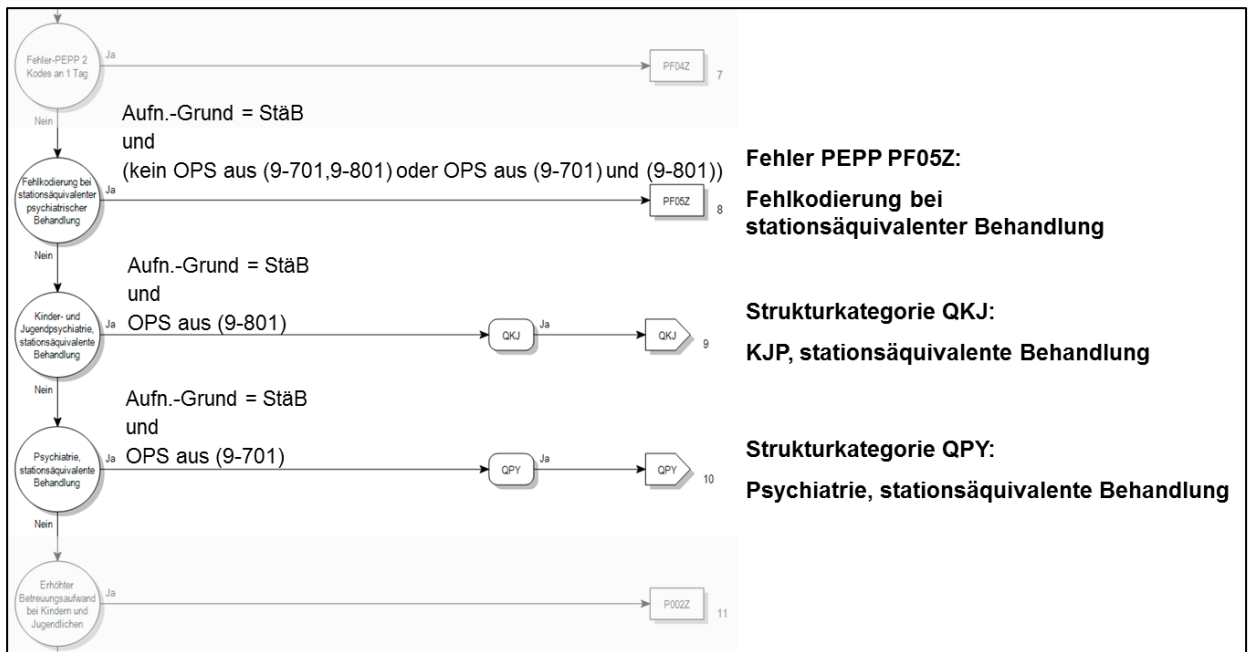


Abbildung 10: Flussdiagramm für die Eingruppierung der stationsäquivalenten Behandlung in die Strukturkategorien

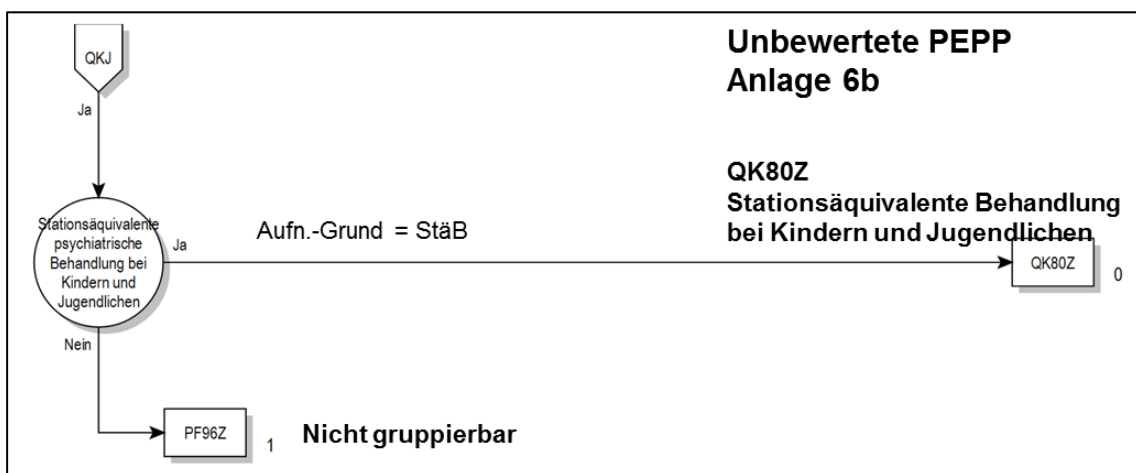


Abbildung 11: Flussdiagramm für die Eingruppierung der stationsäquivalenten Behandlung innerhalb der Strukturkategorie QKJ in die PEPP QK80Z. Da der Aufnahmegrund bereits vorher abgefragt wurde, ist der Entscheidungsknoten immer WAHR. Es handelt sich um eine technische Lösung mit Flexibilität für spätere Weiterentwicklungen und Differenzierungen.

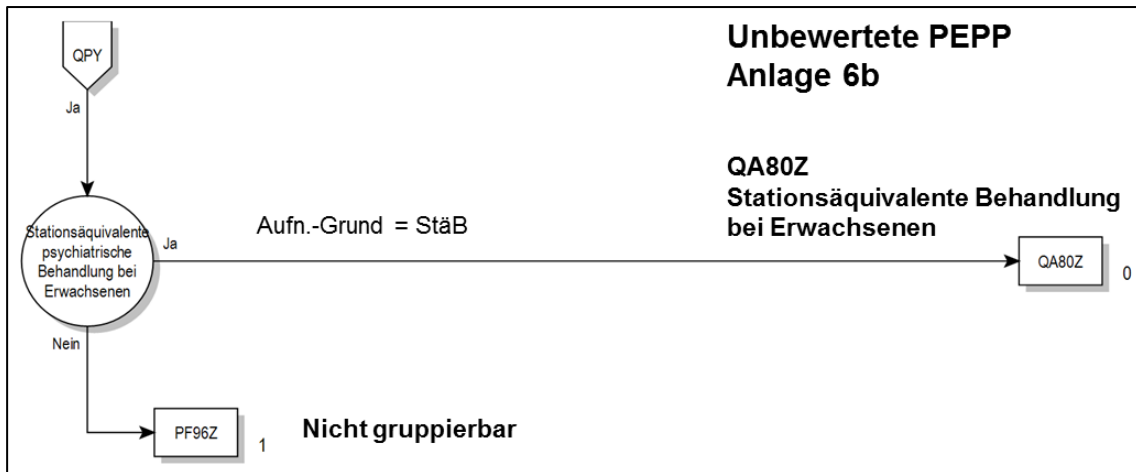


Abbildung 12: Flussdiagramm für die Eingruppierung der stationsäquivalenten Behandlung innerhalb der Strukturkategorie QPY in die PEPP QA80Z. Da der Aufnahmegrund bereits vorher abgefragt wurde, ist der Entscheidungsknoten immer WAHR. Es handelt sich um eine technische Lösung mit Flexibilität für spätere Weiterentwicklungen und Differenzierungen.

Die Etablierung eigener Strukturkategorien für jeweils nur eine PEPP mag im Vergleich zu möglichen Alternativen (beispielsweise Abbildung als Prä-PEPP) komplex aussehen. Es ist aber für einen eigenen neuen Leistungsbereich des Krankenhauses die systematisch korrekte Struktur. Vor allem aber ermöglicht dies zukünftige Weiterentwicklungen und Differenzierungen, ohne dass dadurch ein erneuter struktureller Umbau erforderlich wird.

Im Katalog finden sich die PEPP für die stationsäquivalente Behandlung in der neu geschaffenen Anlage 6b: „Unbewertete PEPP-Entgelte bei stationsäquivalenter Behandlung“, während die Anlage 6a: „Bewertete PEPP-Entgelte bei stationsäquivalenter Behandlung“ als Platzhalter für zukünftige kalkulierte und bewertete Entgelte derzeit noch keine PEPP enthält.

| Anlage 6b | | PEPP-Version 2018 |
|---|--|--------------------------|
| Unbewertete PEPP-Entgelte bei stationsäquivalenter Behandlung | | |
| Für die nachfolgend aufgeführten Leistungen sind krankenhausesindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 BPfIV zu vereinbaren, soweit diese als Krankenhausleistung erbracht werden dürfen. Dabei können für die aufgeführten PEPP-Entgelte auch weiter differenzierende Entgelte vereinbart werden. Bei der Vereinbarung der Entgelte ist die Leistungsbeschreibung für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im OPS zu berücksichtigen. | | |
| PEPP | Bezeichnung | |
| 1 | 2 | |
| QA80Z | Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen | |
| QK80Z | Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen | |
| Fehler-PEPP bei stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung | | |
| PF05Z | Fehlkodierung bei stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung | |

Abbildung 13: PEPP-Entgeltkatalog Anlage 6b für unbewertete PEPP-Entgelte bei stationsäquivalenter Behandlung

4 Fazit

Trotz der Neuorientierung des Entgeltsystems durch das PsychVVG bleiben die PEPP-Systematik und die Entgelte auf Grundlage der empirischen Kalkulation wesentlich für die Krankenhausabrechnung und die Budgetfindung auf Basis der Krankenhausleistungen.

Im Ergebnis konnte für die PEPP-Eingruppierung eine differenziertere Berücksichtigung der Therapieeinheiten erfolgen, wobei auch erstmals die Therapien durch Spezialtherapeuten aufwertend berücksichtigt werden konnten. Insbesondere wurde ein erhöhter Anteil an Einzeltherapien am Patienten aufgewertet.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie konnten Kinder mit Intelligenz- oder Entwicklungsstörungen durch eine Aufteilung der PEPP PK01Z in PK01A und PK01B sowie Kinder mit Suchterkrankungen durch die Aufteilung der PEPP PK02Z in PK02A und PK02B differenzierter hinsichtlich ihres Kostenaufwands abgebildet werden.

Die Intensivbehandlung sowie die Pflegebedürftigkeit ab Grad 3 konnte erstmals auch in der KJP bei den neuen Differenzierungen berücksichtigt werden.

Zusätzlich wurden einige somatische Begleiterkrankungen, wie Gastroenteritis und Nierenkrankheit, hinsichtlich der Berücksichtigung ihrer Ursachen bzw. Gruppierungsrelevanz ausgeweitet.

Mit den jeweiligen Strukturkategorien und den darin abgebildeten PEPP für die stationsäquivalente Behandlung bei Kindern und Jugendlichen sowie bei Erwachsenen wurden diese gesetzlich neu geschaffenen Krankenhausleistungen systemkonform und flexibel für weitere Entwicklungen in das Entgeltsystem integriert.

5 Perspektiven der Weiterentwicklung

Einerseits hat sich das PEPP-Entgeltsystem inzwischen in einer Reihe von Einrichtungen etabliert, die entweder bereits nach PEPP abrechnen oder sich auf die unmittelbar bevorstehende Abrechnung vorbereiten. Andererseits gab es umfangreiche und grundsätzliche Diskussionen und Fachgespräche zur Weiterentwicklung des Vergütungssystems, die in den Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) mündeten.

Für das PEPP-Entgeltsystem 2019 wird die bisher aus freiwillig an der Kostenerhebung teilnehmenden Krankenhäusern zusammengesetzte Stichprobe um weitere Krankenhäuser ergänzt, die zur Teilnahme an der Kostenerhebung verpflichtet werden. Mittels Losverfahren wurden 20 Krankenhäuser aus dem Entgeltbereich „PSY“ ermittelt, die ab dem Datenjahr 2017 fünf Jahre lang verpflichtet sind, an der Datenlieferung teilzunehmen. Basis der Ziehung waren Krankenhäuser, die aufgrund ihres Leistungsspektrums und ihrer Trägerschaft einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Repräsentativität leisten können.

Nach Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens bedürfen wesentliche Eckpunkte des Gesetzes noch der konkreten Ausgestaltung durch die Selbstverwaltung. Die Kalkulation eines bundeseinheitlichen Entgeltkatalogs bleibt weiterhin die Basis des Entgeltsystems in der Psychiatrie und Psychosomatik. Änderungen an der Kalkulationssystematik stehen für das kommende Datenjahr nicht an.

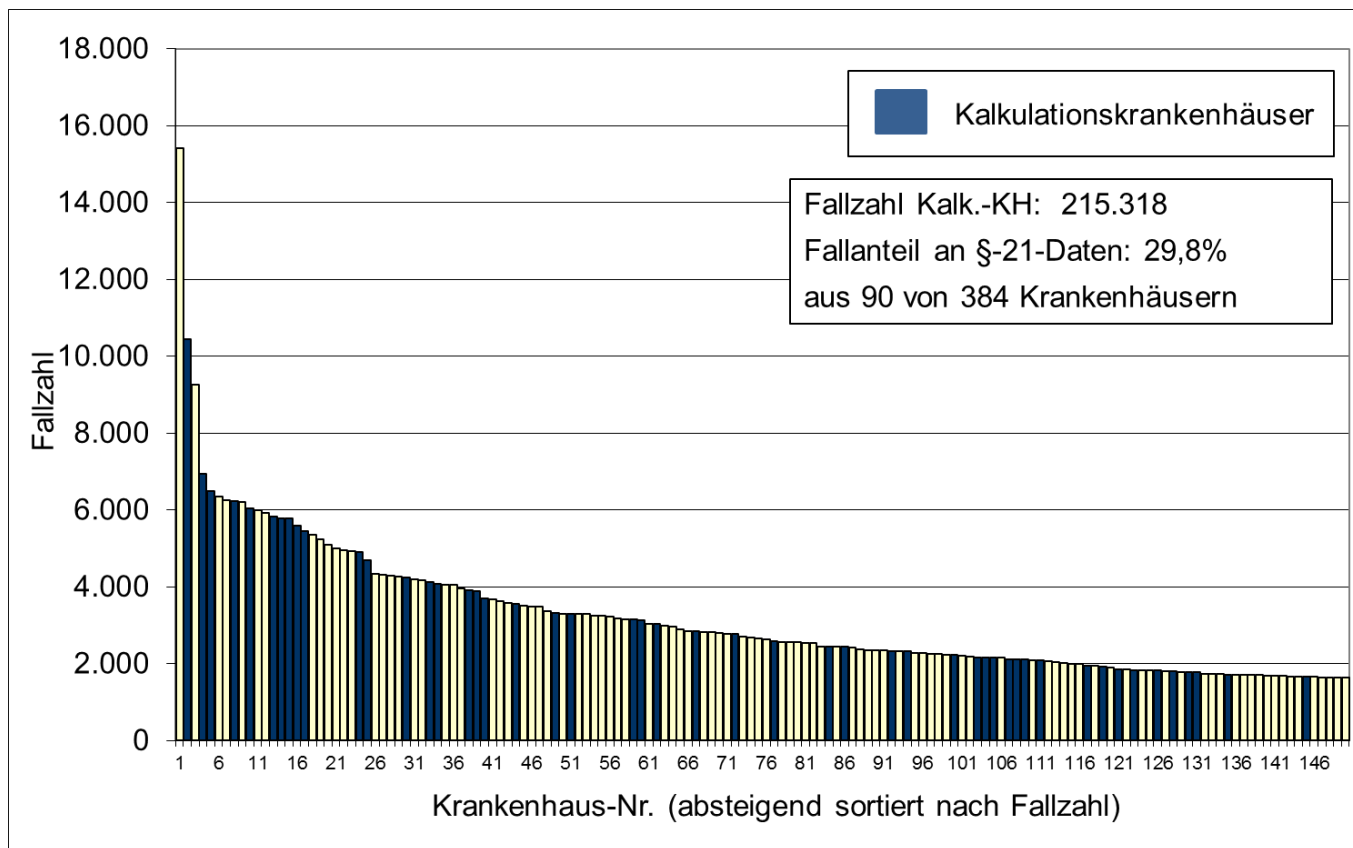
Anhang

Übersicht

- Anhang A-1: Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich Psychiatrie, Datenjahr 2016
- Anhang A-2: Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie, Datenjahr 2016
- Anhang A-3: Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich Psychosomatik, Datenjahr 2016

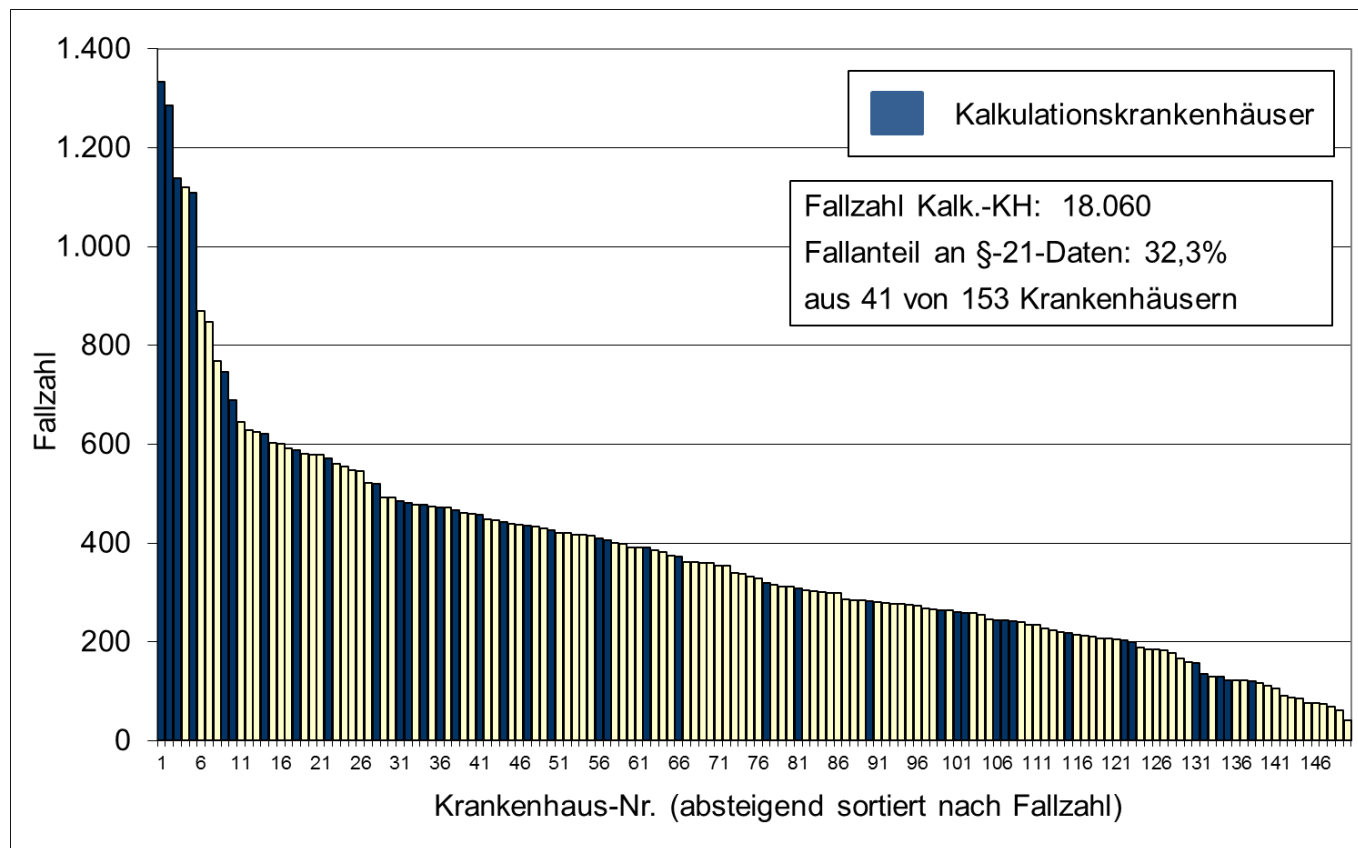
A-1 Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich Psychiatrie, Datenjahr 2016

In der folgenden Abbildung sind die 150 fallzahlstärksten Krankenhäuser (vollstationäre Fälle nach Fallzusammenführung) im Bereich **Psychiatrie** (inklusive der Fälle der Basis-PEPP P003) grafisch dargestellt; dabei sind die Kalkulationskrankenhäuser farbig markiert. Es wird deutlich, dass die Kalkulationsstichprobe bezüglich 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, Datenjahr 2016

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, Datenjahr 2016

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 bezüglich der Fallzahl im Bereich Psychosomatik die Grundgesamtheit noch nicht so gut abdeckt.

