

InEK

Abschlussbericht

Weiterentwicklung des
pauschalierenden
Entgeltsystems für Psychiatrie
und Psychosomatik (PEPP)
für das Jahr 2019

Siegburg, den 18. Dezember 2018

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	6
1 EINFÜHRUNG.....	7
2 METHODIK	9
2.1 Datenerhebung	9
2.1.1 Grundsätze der Kalkulation	9
2.1.2 Datenerhebung.....	10
2.2 Datenaufbereitung.....	17
2.2.1 Fallzusammenführung.....	17
2.2.2 Bereinigungen und Korrekturen	18
2.2.3 Ergänzende Datenbereitstellung.....	20
2.2.4 Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen.....	22
2.2.5 Datenausschluss	23
2.2.6 Kalkulationsmethode für die Ergänzenden Tagesentgelte	24
2.3 Berechnung der Bewertungsrelationen	25
2.3.1 Sonderkonstellationen.....	26
2.3.2 Normierung der Bewertungsrelationen	26
3 PEPP-ENTGELTSYSTEM 2019	28
3.1 Entwicklung der PEPP-Klassifikation: Vorgehensweise und Ergebnisse	28
3.1.1 Ausgangssituation	28
3.1.2 Tagesbezug und Gültigkeitsdauer von Merkmalen.....	29
3.1.3 Grundlagen der PEPP-Klassifikation	29
3.1.3.1 Fehler-PEPP.....	29
3.1.3.2 „Reste“-PEPP	31
3.1.4 Zusatzentgelte.....	32
3.1.5 Vorschlagsverfahren	32
3.1.5.1 Hintergrund	32
3.1.5.2 Beteiligung	32
3.1.5.3 Veröffentlichung der Vorschläge	33
3.1.5.4 Analysen zu Vorschlägen aus dem Vorschlagsverfahren	34
3.2 Systematische Analysen und Ergebnisse	34
3.2.1 Grundlagen.....	34
3.2.2 Diagnosen- und Prozedurenklassifikation.....	35
3.2.3 Ergänzende Datenbereitstellung.....	35
3.2.4 Diagnosen	36

3.2.5	Prozeduren	38
3.2.5.1	Therapieeinheiten Erwachsene (OPS 9-649)	39
3.2.5.2	Therapieeinheiten durch Pflegefachpersonen und Spezialtherapeuten	40
3.2.5.3	Intensivbehandlung	42
3.2.5.4	Pflegebedürftigkeit (OPS 9-984)	42
3.2.6	Kinder- und Jugendpsychiatrie	43
3.2.7	Stationsäquivalente Behandlung	44
4	FAZIT	48
5	PERSPEKTIVEN DER WEITERENTWICKLUNG	49
	ANHANG	50

ABKÜRZUNGEN

Abs.	Absatz
ATC	Anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BI-Modell	Betreuungsintensitätsmodell
BMI	Body-Mass-Index
BPEPP	Basis-PEPP
BPfIV	Bundespfllegesatzverordnung
bzgl.	bezüglich
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
i.V.m.	in Verbindung mit
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 2018 zur Verfügung gestellt.

Den 112 Krankenhäusern, die freiwillig tagesbezogene Kostendaten für die Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems zur Verfügung gestellt haben, sei an dieser Stelle für ihr großes Engagement gedankt. Erstmals haben im Entgeltbereich PSY Krankenhäuser im Rahmen der Erhöhung der Repräsentativität an der Kostenerhebung teilgenommen. Den vier Krankenhäusern mit erfolgreicher Probekalkulation sei ebenfalls sehr herzlich für ihr großes Engagement gedankt. Die gute Zusammenarbeit ermöglichte es dem InEK, das pauschalierende Entgeltsystem für 2019 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 auf dem hohen Niveau des Vorjahres gehalten 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 2018

1 Einführung

Der vorliegende Abschlussbericht beschreibt Grundlagen, Verfahrensweisen und Ergebnisse der Entwicklung des PEPP-Entgeltsystems für das Jahr 2019. 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, Kap. 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. Ab diesem Zeitpunkt ist der krankenhausespezifische Basisentgeltwert auf örtlicher Ebene u.a. anhand des leistungsbezogenen Krankenhausvergleichs zu vereinbaren.

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 Grouper-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. 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 Sachverständigen 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 2019 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) 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 grundsätzlich 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.

In diesem Jahr wurden erstmalig die bisher aus freiwillig an der Kostenerhebung teilnehmenden Krankenhäusern zusammengesetzte Stichprobe um weitere Krankenhäuser ergänzt, die zu einer Teilnahme an der Kostenerhebung verpflichtet wurden. Mittels Losverfahren wurden 20 Krankenhäuser aus dem Entgeltbereich „PSY“ ermittelt, die ab dem Datenjahr 2017 fünf Jahre lang verpflichtet sind, an der Kostenerhebung teilzunehmen. Basis der Ziehung waren Krankenhäuser, die aufgrund ihres Leistungsspektrums und ihrer Trägerschaft einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation leisten können.

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. Mittler-

weile haben bis auf wenige Ausnahmen alle freiwillig kalkulierenden Einrichtungen, die Erwachsene behandeln, das Betreuungsintensitätsmodell umgesetzt.

Für das Datenjahr 2017 sagten 112 der Krankenhäuser mit Kalkulationsvereinbarung eine Lieferung von Kalkulationsdaten zu. Weitere 20 Krankenhäuser wurden zur Teilnahme an der Kalkulation verpflichtet. Von den 20 verpflichteten Krankenhäusern haben neun Krankenhäuser keine Kalkulationsdaten geliefert, sieben nahmen die im ersten Jahr bestehende Option der vereinfachten Datenlieferung wahr und vier Krankenhäuser haben im Rahmen der Probekalkulation fallbezogene Daten geliefert. Bei der im ersten Jahr bestehenden Möglichkeit der vereinfachten Datenerhebung lieferten die verpflichteten Krankenhäuser Kostenstellenauswertungen auf Basis der im Haus vorliegenden Konten sowie Angaben von Strukturinformationen. Im Rahmen der Probekalkulation lieferten die verpflichteten Kalkulationsteilnehmer leistungsbezogene Tageskosten nach den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs. Bei erwartungsgemäß teilweise noch unvollständiger Datengrundlage lag die Datenqualität der vier an der Probekalkulation teilnehmenden Krankenhäuser oberhalb der Datenqualität eines typischen Erstkalkulierers. Somit konnten die Daten der vier Krankenhäuser in die Kalkulationsdatensammlung aufgenommen werden und einen ersten Beitrag zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation leisten.

Von den 117 Kalkulationskrankenhäusern hatten 108 Einrichtungen bereits an der Kalkulation im Jahr 2017 teilgenommen. Neun der 117 Krankenhäuser haben erstmalig Kalkulationsdaten übermittelt. Diese teilen sich auf vier freiwillige Neueinsteiger, vier für den PEPP-Bereich verpflichtete Krankenhäuser mit Probekalkulation und ein für den DRG-Bereich verpflichtetes Krankenhaus mit PEPP-Bereich auf. Das für den DRG-Bereich verpflichtete Krankenhaus mit PEPP-Bereich konnte bis zum Ende des Kalkulationszeitraums keine Daten liefern, sodass es im weiteren Verlauf nicht mehr berücksichtigt werden konnte. Zudem mussten die Daten von insgesamt vier 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 Kostenerhebung für den Entgeltbereich „PSY“:

	Erhebung von Daten gem. § 21 KHEntgG	Erhebung von Kostendaten
Anzahl Krankenhäuser	597	117
Anzahl Fälle	1.135.356	332.157
Anzahl Pflgetage	30.164.007	8.818.349

Tabelle 1: Umfang der Datenlieferungen, Entgeltbereich „PSY“, Datenjahr 2017 inklusive Begleitpersonen, rein vorstationäre Fälle und Überlieger, vor Fallzusammenführung (Stand: 31. Mai 2018)

Die 117 Kalkulationskrankenhäuser teilen sich in jeweils 50 alleinstehende Krankenhäuser und 67 Allgemeinkrankenhäuser oder Universitätskliniken mit angegliederter Fachabteilung auf (Abbildung 1).

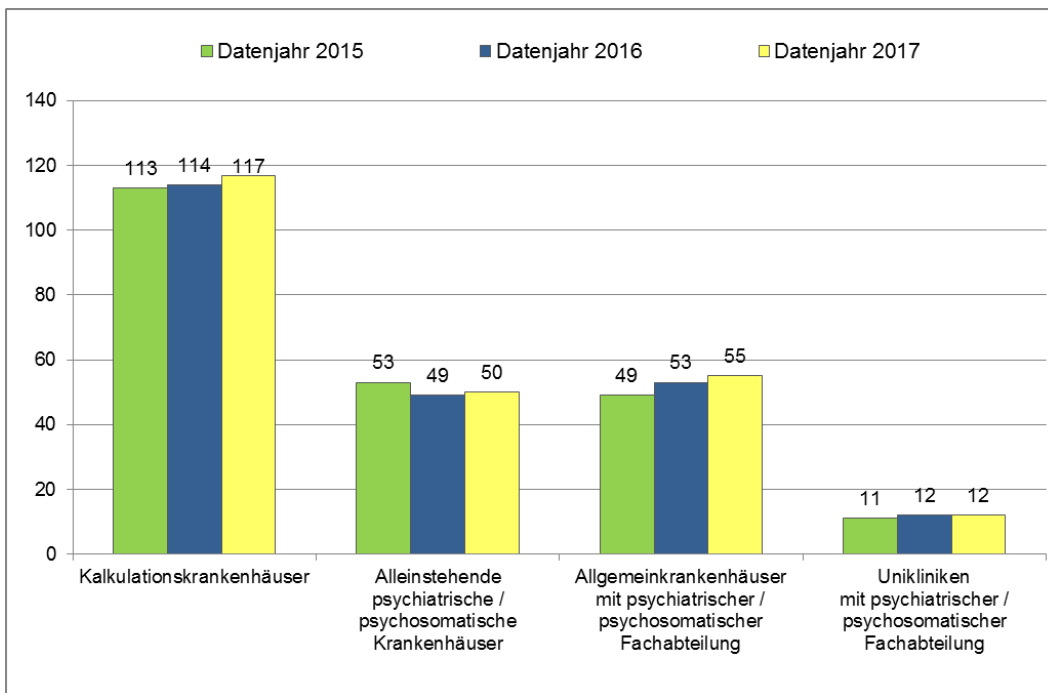


Abbildung 1: Verteilung der Kalkulationskrankenhäuser nach Strukturmerkmalen (Datenjahre 2015 bis 2017 im Vergleich)

Insgesamt übermittelten 49 (Vorjahr: 48) Krankenhäuser Daten einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) inklusive teilstationärer Plätze und 53 (Vorjahr: 51) Krankenhäuser Daten einer Fachabteilung für Psychosomatik inklusive teilstationärer Plätze (Abbildung 2). Gegenüber den Vorjahren ist hier ein erneuter Anstieg der Kalkulationskrankenhäuser mit einer Fachabteilung für Psychosomatik zu verzeichnen. Durch die Ergänzung der Kalkulationsstichprobe um 4 an der Probekalkulation teilnehmende, verpflichtete Krankenhäuser konnte die Gesamtfallzahl in den Strukturkategorien Kin-

der- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik gegenüber dem Vorjahr erhöht werden. Dennoch ist die von den Kalkulationskrankenhäusern gelieferte Gesamtfallzahl im Bereich Psychosomatik weiterhin unterdurchschnittlich, da Krankenhäuser mit großen psychosomatischen Bereichen an der diesjährigen Kalkulation nicht teilgenommen haben.

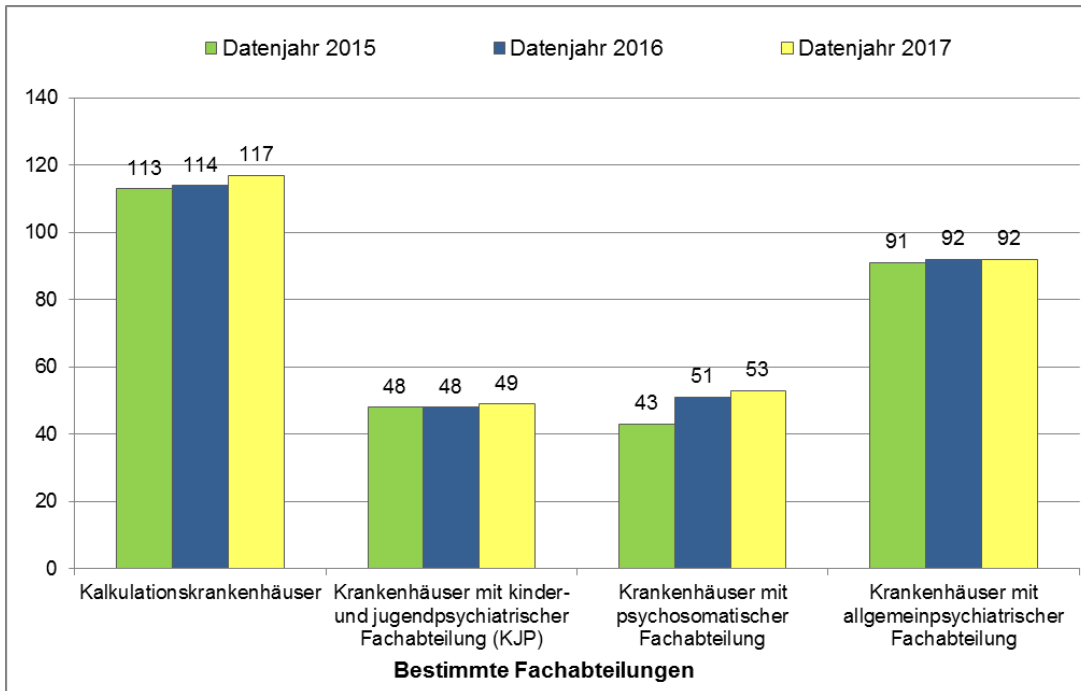


Abbildung 2: Verteilung der Kalkulationskrankenhäuser mit bestimmter Fachabteilung (Datenjahre 2015 bis 2017 im Vergleich)

Zusammensetzung der Datenlieferungen

Alle Darstellungen zur Zusammensetzung der Datenlieferungen beziehen sich auf den in Tabelle 1 dokumentierten Umfang von 597 Krankenhäusern bzw. 117 Kalkulationskrankenhäusern. Abbildung 3 stellt den Vergleich der Fallzahlen zwischen Kalkulationsdaten und den Daten der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG für ausgewählte Bereiche dar.

Bei der Gegenüberstellung der Fallmengen der Kalkulationskrankenhäuser und der Krankenhäuser der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG zeigt sich für das Datenjahr 2017 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 weiterhin geringeren Anteil als in der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG vertreten, auch wenn die Diskrepanz in diesem Jahr durch die Erweiterung der Datengrundlage um die an der Probekalkulation teilnehmenden verpflichteten Krankenhäuser verringert wurde. Die Fallzahl der Kalkulationsdaten im Bereich Psychosomatik ist gegenüber dem Vorjahr um 25,5% gestiegen.

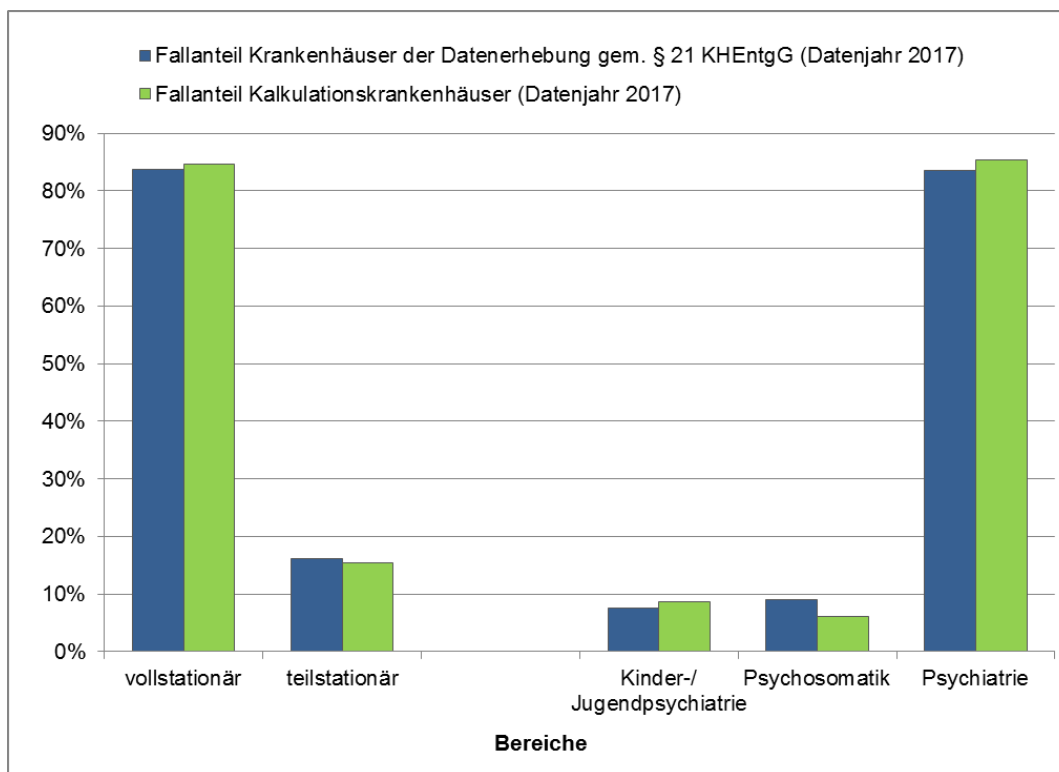


Abbildung 3: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach bestimmten Bereichen

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

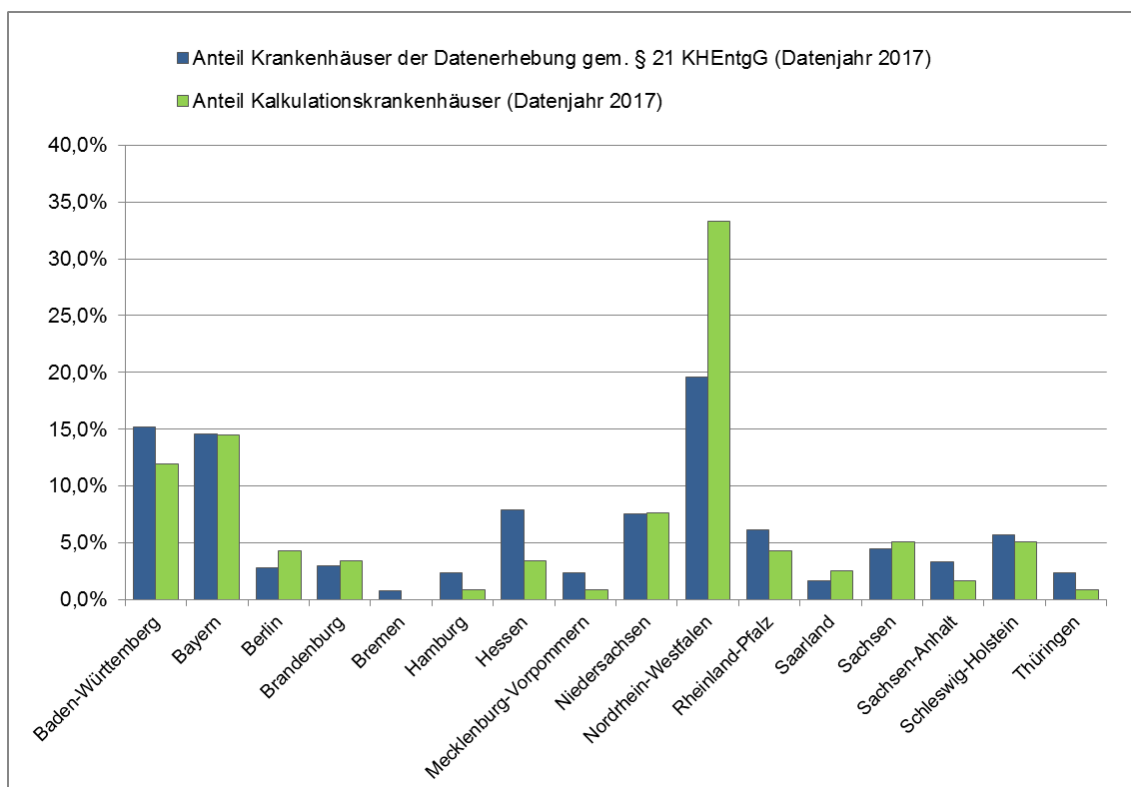


Abbildung 4: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach dem Bundesland der Krankenhäuser

Nordrhein-Westfalen und Bayern haben wie bereits im Vorjahr die größten Anteile bei den Kalkulationskrankenhäusern. Danach folgen Baden-Württemberg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Sachsen, Berlin, Rheinland-Pfalz, Brandenburg, wobei der Anteil der Kalkulationskrankenhäuser aus Nordrhein-Westfalen hier deutlich über dem entsprechenden Anteil an der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG liegt, gegenüber dem Vorjahr jedoch etwas gesunken ist. 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 2017 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.

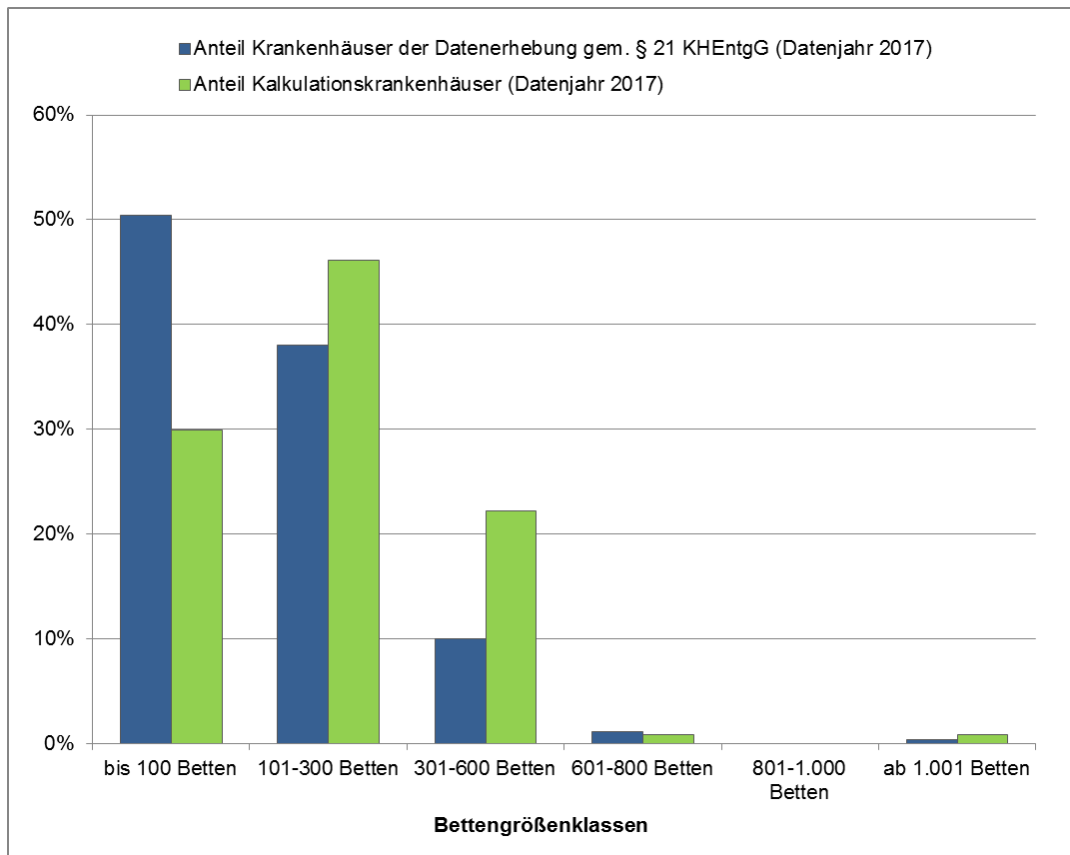


Abbildung 5: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser (nach Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG)

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.

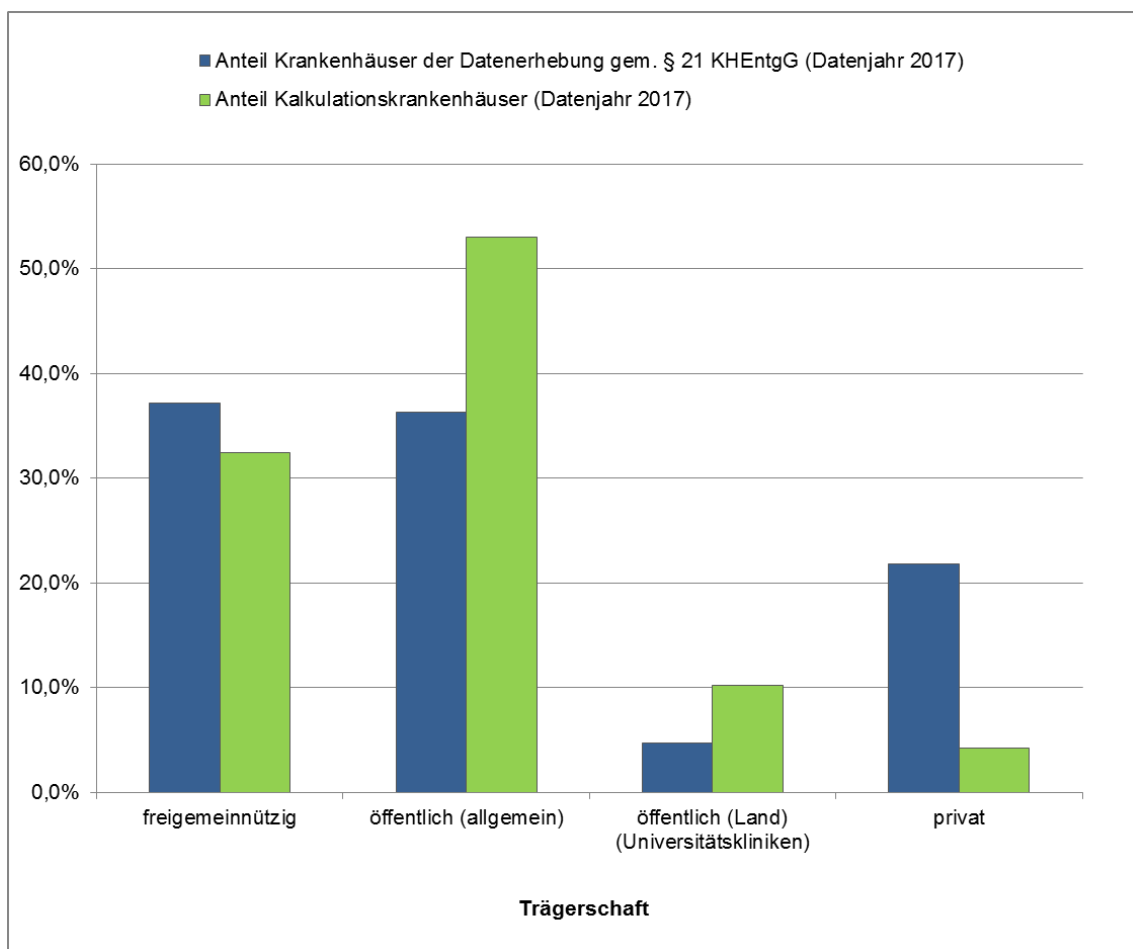


Abbildung 6: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser

Im Datenjahr 2017 rechneten insgesamt 347 Einrichtungen auf Basis des PEPP-Entgeltsystems ab, davon waren 99 Einrichtungen Kalkulationsteilnehmer.

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

2.2 Datenaufbereitung

2.2.1 Fallzusammenführung

Die Daten des Jahres 2017 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 2018 (PEPPV 2018) zusammengefasst. Die Fallzusammenführung wurde auf dem Datenbestand der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG durchgeführt. Im Ergebnis waren 2,0% (Vorjahr: 3,8%)

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	16.061
Nicht vollständig kalkulierte Überlieger	14.531

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)
- 1:1-Betreuung bei Erwachsenen ab mehr als 6 Stunden (OPS-Kode 9-640.06 bis 9-640.08)
- Einzelbetreuung bei Kindern und Jugendlichen ab mehr als 8 Stunden (OPS-Kode 9-693.13 bis 9-693.15)
- Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe bei Kindern und Jugendlichen ab mehr als 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)	1.135.356	30.164.007	597	332.157	8.818.349	117
davon vollstationär	962.240	25.052.147	544	282.761	7.372.238	115
davon teilstationär	173.116	5.111.860	505	49.396	1.446.111	112
Grundmenge *	1.038.315	30.046.938	597	294.660	7.902.044	117
davon vollstationär	870.004	24.933.846	532	249.506	6.594.432	114
davon teilstationär	168.311	5.113.092	505	45.154	1.307.612	112

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

Tabelle 3: Datenmengen der Datenlieferung gem. § 21 KHEntgG und der Kalkulationsdaten, Datenjahr 2017

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 drei 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

Die in den letzten Jahren abgefragten zusätzlichen Informationen zur intensiven 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* (Angabe der Leistungstage und konkreten Stundenzahl) werden nun ausschließlich durch den OPS abgebildet. Nachdem in den letzten Jahren die OPS-Angaben durch die zusätzlichen Informationen der ergänzenden Datenbereitstellung validiert wurden und sich gezeigt hatte, dass die Berechnung der ergänzenden Tagesentgelte allein auf Basis der dokumentierten OPS-Kodes ein sachgerechtes Ergebnis liefert, war in diesem Jahr die Abfrage entbehrlich.

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 74 der 117 teilnehmenden Einrichtungen Angaben zur Verfügung gestellt. Insgesamt wurden 17.159 Fälle mit richterlicher Anordnung gem. §§ 1631b bzw. 1906 BGB und 20.942 Fälle mit sofortiger/einstweiliger Unterbringung gemäß PsychKG übermittelt und konn-

ten in den Daten nach § 21 KHEntgG identifiziert werden. Im Rahmen der Analyse konnten auch in diesem Jahr keine belastbaren Ergebnisse im Hinblick auf Kostendifferenzen zwischen Fällen mit richterlicher Anordnung und Fällen ohne richterliche Anordnung innerhalb einzelner PEPP ermittelt werden.

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 2019 keine Bewertung des Zusatzentgelts für die Leistung Elektrokonvulsionstherapie möglich.

Strahlentherapie

Aufgrund der unzureichenden Datenlage konnten für den PEPP-Entgeltkatalog 2019 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 2017 alle einzelnen 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 195.911 Datensätze für 12.394 identifizierbare Fälle aus 72 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 Paliperi-*

don, *intramuskulär* im PEPP-Entgeltkatalog 2019 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 Mehrebenen-Ansatz 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.

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 Gesamtkostenebene wurde als nicht schwerwiegend eingestuft und ein Datensatz somit in die Kalkulationsmenge aufgenommen, wenn der Fehler auf Gesamtkostenebene 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 9.845 voll- und teilstationären Fällen (Vorjahr: 25.226 Fälle). Davon sind 7.433 Fälle auf den vollständigen Ausschluss der Datensätze von vier Krankenhäusern zurückzuführen (2,5%).

2.412 voll- und teilstationäre Datensätze (0,8%; Vorjahr: 0,5%) 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	397
Keine Kosten für den vollstationären Aufenthalt übermittelt	243
Kodierung und Kostenzuordnung stimmen nicht überein	158
Anzahl Anwesenheitstage stimmt nicht mit der Anzahl der übermittelten Tage mit Kosten überein	116
Extrem hohe Fehlbuchungen an Einzeltagen	139
Keine Kosten für den Bereich Station übermittelt	83
Fehlende Gesamtkosten wg. Fallzusammenführung gem. Regel mit Fall ohne Kosten	77
Aufnahme wegen diagnost. Leistungen (Radiologie/Labor) bzw. OP	2
Gesamtergebnis	1.215

Tabelle 4: Ausschlussgründe für vollstationäre Datensätze (Datenjahr 2017)

Insgesamt ergab sich aus der Korrektur der Daten eine neue Kalkulationsdatenbasis mit 284.815 Fällen aus 112 Einrichtungen (Zunahme von rund 11% gegenüber dem Vorjahr). Dies entspricht einem Anteil von rund 27,4% 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)	282.761	49.396	332.157	7.372.238	1.446.111	8.818.349
Grundmenge*	249.506	45.154	294.660	6.594.432	1.307.612	7.902.044
Gesamthaus-Löschungen	5.744	1.689	7.433	156.498	38.605	195.103
Einzelfall-Löschungen	1.215	1.197	2.412	21.879	29.721	51.600
Kalkulationsmenge	242.547	42.268	284.815	6.416.055	1.239.286	7.655.341

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

Tabelle 5: Kalkulationsdatenmenge, Datenjahr 2017

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 2019 erfolgte analog zu den Vorjahren (vgl. auch 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 wie im Vorjahr die im Rahmen der §-21-Datenlieferung bereitgestellten OPS-Kodes verwendet werden. Für die Leistung „1:1-Betreuung von Erwachsenen“ (OPS-Kode 9-640.0*) erfolgte im OPS Version 2019 eine Angleichung der Klassenangaben. Für das Ergänzende Tagesentgelt ET01 bedeutet dies: Die Einzelbetreuung mit einer exakten Stundenzahl von 6, 12 oder 18 Stunden wird im OPS Version 2019 mit einem „geringeren“ OPS verschlüsselt (vgl. Tabelle 6).

Stunden 2018	OPS 2018	Stunden 2019	OPS 2019
6	9-640.06 (6 bis unter 12 Stunden pro Tag)	> 6	9-640.06 (Mehr als 6 bis zu 12 Stunden pro Tag)
12	9-640.07 (12 bis unter 18 Stunden pro Tag)	> 12	9-640.07 (Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag)
18	9-640.08 (18 oder mehr Stunden pro Tag)	> 18	9-640.08 (Mehr als 18 Stunden pro Tag)

Tabelle 6: Klassenangaben OPS-Kode „1:1-Betreuung von Erwachsenen“ nach OPS2018 und OPS2019 für ET01

Die Angleichung der Klassengrenzen hat keine Auswirkungen auf die Kalkulation des Ergänzenden Tagesentgelts.

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 gesondert 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 Pflagetagen enthalten, auch wenn das Erreichen der PEPP mit weniger Pflagetagen 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 wie bereits im Vorjahr 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 2019 gruppiert. Fälle in unbewerteten PEPP (Anlage 1b und 2b des PEPP-Entgeltkatalogs 2019) 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:

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

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

Die Bezugsgröße für den PEPP-Entgeltkatalog 2019 beträgt bei dieser Methodik 257,40 €.

3 PEPP-Entgeltsystem 2019

3.1 Entwicklung der PEPP-Klassifikation: Vorgehensweise und Ergebnisse

3.1.1 Ausgangssituation

Grundlage der Weiterentwicklung der PEPP-Klassifikation waren die Daten des Jahres 2017 und damit die gemäß ICD-10-GM Version 2017 bzw. OPS Version 2017 verschlüsselbaren Diagnosen und Prozeduren sowie die nach § 301 Abs. 3 SGB V, Anlage 2, Schlüssel 6 für das Jahr 2017 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.

Die zunehmende Erfahrung der Krankenhäuser sowie der hohe Anteil von Echtabrechnungsfällen in den §-21- und Kalkulationsdaten führten zu einer Verbesserung der Datengrundlage und der Kodierqualität. Durch die vereinheitlichte und differenzierte Kodierung besteht die Möglichkeit einer zunehmenden internen sowie externen Kontrolle.

Für das PEPP-Entgeltsystem 2019 wurde die bisher aus freiwillig an der Kostenerhebung teilnehmenden Krankenhäusern zusammengesetzte Stichprobe um weitere Krankenhäuser ergänzt, die zur Teilnahme an der Kostenerhebung verpflichtet wurden. 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. Insgesamt konnte die Datengrundlage im PEPP-Entgeltsystem durch die neuen Kalkulationshäuser erhöht werden.

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. Pflegebedürftigkeit) 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 für das PEPP-System 2018 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. Aufgrund der für das PEPP-System 2019 etablierten Gruppierungsrelevanz der Therapieeinheiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden mögliche Fehlkodierungen analog zu denen für die Therapieeinheiten in der Erwachsenenpsychiatrie in die Fehler-PEPP PF04Z *Fehlkodierung der Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen mit unzulässiger Erfassung mehrerer Therapieeinheitenkodes am gleichen Tag* aufgenommen. Im Einzelnen handelt es sich um die PEPP:

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

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 das PEPP-System 2018 um 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 (siehe Abbildung 7).

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 Groupier: Alle Daten mit Uhrzeit 00:00 Uhr) resultiert daraus die Fehler-PEPP PF04Z.

Wird nach der FAB0001 oder FAB0002 kein weiterer Code für eine Behandlungsart verschlüsselt, bleibt der OPS-Code von vor der Entlassung oder Verlegung weiter gültig. Damit wird hier der zusammengeführte Fall als ganzer Fall angesehen, wie es in den DKR-Psych vorgesehen ist.

3.1.3.2 „Reste“-PEPP

Sowohl für den vollstationären als auch für den teilstationären Bereich gibt es sogenannte „Reste“-PEPP, 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 2019 wurden zahlreiche Leistungen auf eine mögliche Abbildung als Zusatzentgelt untersucht. Als Ergebnis wurde zum einen für die folgenden Leistungen die Abbildung als Zusatzentgelt bestätigt:

ZP2019-01	<i>Elektrokonvulsionstherapie [EKT]</i>
ZP2019-02	<i>Strahlentherapie</i>
ZP2019-26	<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

Wie bereits in den Vorjahren bestand eine deutliche Zurückhaltung bei Vorschlägen zur Weiterentwicklung des PEPP-Systems.

Die Vorschläge im Vorschlagsverfahren für 2019 kamen vor allem von Kliniken und Beratungsunternehmen, weniger von Fachgesellschaften. Insgesamt waren für diese Kal-

kulationsrunde 13 Vorschläge (Vorjahr: 30), teilweise mit mehreren Hinweisen in einem Vorschlag, von neun Institutionen (Vorjahr 21) eingegangen (siehe Tabelle 7).

Institution	Vorschläge
Vorschläge von Krankenhäusern/Trägern	8 (20)
Vorschläge von Verbänden	3 (7)
Vorschläge aus der Industrie	0 (2)
Vorschläge der Selbstverwaltung	0 (1)
Vorschläge von Beratungsunternehmen	2 (0)

Tabelle 7: Vorschlagende Institutionen im Vorschlagsverfahren

Die Vorschläge bezogen sich inhaltlich in erster Linie auf einen der folgenden Themenschwerpunkte (siehe Tabelle 8):

Thema	Anzahl
Zusatzentgelte	4* (15*)
Kinder- und Jugendpsychiatrie	1 (2)
Allgemeine Psychiatrie	7 (8)
Psychosomatik	0 (1)
Sonstiges (Strukturen, Abrechnungsregeln, ...)	1 (4)

* Davon 3 (9) gleichartige Anträge zu Aripiprazol

Tabelle 8: 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.

3.1.5.4 Analysen zu Vorschlägen aus dem Vorschlagsverfahren

Inhaltlich bezogen sich die Vorschläge aus dem Vorschlagsverfahren u.a. auf:

- die Berücksichtigung der Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten,
- die weitere Aufwertung des Mutter/Vater-Kind-Settings,
- die Berücksichtigung der Qualifizierten Entzugsbehandlung in der Basis-PEPP PA04 *Affektive [...] und Schlafstörungen*,
- die Aufwertung der Diagnosen für *Andere Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung*,
- die Aufwertung der Diagnose für Pankreatitis in den Basis-PEPP PA04 und PA02 *[...] Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen*.

Trotz umfangreicher Analysen wurde die Weiterentwicklung des PEPP-Systems 2019 nur in geringem Maße vom Vorschlagsverfahren beeinflusst.

Ursachen für die gegenwärtig (noch) fehlende Berücksichtigung von Diagnosen und Prozeduren im Entgeltsystem sind entweder

- deren insgesamt seltene Verschlüsselung (geringe Fallzahl mit entsprechendem Kriterium),
- die Verwendung des Leistungsbezeichners durch nur eine sehr geringe Anzahl an Krankenhäusern,
- eine uneinheitliche Verwendung des Leistungsbezeichners (unterschiedliche Auslegung der Leistungsbeschreibung durch die Leistungserbringer) oder
- der fehlende Kostenunterschied zwischen Fällen mit und ohne jeweils untersuchte Leistungsbezeichner.

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 auch weiterhin auf bestehende Kostenunterschiede auf Basis der neuen Kostendaten 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 zum PEPP-System 2019 waren in erster Linie die im Datenjahr 2017 von den Kalkulationskrankenhäusern verschlüsselten Leistungsbezeichner in Form von ICD-10-GM und OPS, jeweils in der Version 2017.

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 2019 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 zu Intensivmerkmalen – inzwischen die entsprechend differenzierten OPS im Datensatz vorlagen.

3.2.4 Diagnosen

Wie auch in den Vorjahren wurden alle bisher im PEPP-System 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 somatische Begleiterkrankungen darstellten (z.B. Nierenkrankheit, Gastroenteritis).

Im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung konnten weitere Diagnosen in einzelnen PEPP aufgewertet bzw. erstmals berücksichtigt werden. Tabelle 9 zeigt die Diagnosen, die erstmals im PEPP-System 2019 gruppierungsrelevant geworden sind, mit der jeweils angesteuerten PEPP.

Diagnosen	ICD	PEPP
Psychotische Störungen	F11.5 - durch Opioide F14.5 - durch Kokain F15.5 - durch Halluzinogene	PA02B
Sek. BNB Knochen und Knochenmark	C79.5 Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarks	PA04B
Infantile Zerebralparese	G80.- Infantile Zerebralparese	PA04B

Tabelle 9: Erstmals im PEPP-System 2019 in der jeweiligen PEPP gruppierungsrelevante Diagnosen

Eine Vielzahl von Diagnosen, die sich in den Vorjahren als Kostentrenner erwiesen, konnten für das PEPP-System 2019 in weiteren PEPP als Splitkriterium aufgenommen werden (siehe Tabelle 10).

Diagnosen	ICD	PEPP
Gastroenteritiden	A04.7- Enterokolitis durch Clostridium difficile	PA02B
Adipositas	E66.-2 Adipositas, Grad III nach WHO	PA01A
Morbus Crohn	K50 Crohn-Krankheit	PA03A
Schwangerschaft	O09.- Schwangerschaftsdauer *	PA04B
Atypische Anorexia nervosa	F50.1 Atypische Anorexia nervosa	PA14A

Tabelle 10: Neu aufgenommene Diagnosen zur Abbildung kostenaufwendiger Fälle in den jeweiligen PEPP * Die ICD-Kodes für die Schwangerschaftsdauer fungieren als Marker dafür, dass eine Patientin schwanger ist.

Bei der Überprüfung der bisherigen PEPP-Klassifikation konnten viele der dort verwendeten Diagnosen als Kostentrenner erneut bestätigt werden. Als Ausnahme zeigten sich die Diagnosen für bestimmte Gastroenteritiden (A08.0 *Enteritis durch Rotaviren* und A08.1 *Akute Gastroenteritis durch Norovirus*), da sich Fälle mit den betroffenen Diagnosen nicht mehr mit Mehrkosten verbunden zeigten und daher die Gruppierungsrelevanz dieser ICD-Kodes für das PEPP-System 2019 gestrichen wurde (siehe Tabelle 11).

Diagnosen	ICD	PEPP
Bestimmte Gastroenteritiden	A08.0 Enteritis durch Rotaviren	PA04A
	A08.1 Akute Gastroenteritis durch Norovirus	PA15A
		PP04A

Tabelle 11: Streichung der Gruppierungsrelevanz folgender Diagnosen in den jeweiligen PEPP

Im Folgenden sind die aufgewerteten Diagnosen nach PEPP sortiert aufgelistet.

■ **Basis-PEPP PA01 Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen [...]**

Innerhalb der Basis-PEPP PA01 führen nun Fälle mit bestimmten Adipositas-Diagnosen in die PEPP PA01A.

- **Basis-PEPP PA02** *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen*
Fälle, welche außerdem die Diagnosen bestimmter Gastroenteritiden oder bestimmter psychotischer Störungen aufweisen, werden mit dem PEPP-System 2019 in die PEPP PA02B eingruppiert.
- **Basis-PEPP PA03** *Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen [...]*
Liegen bei Fällen aus der Basis-PEPP PA03 die Diagnosen für *Morbus Crohn* vor, werden sie in die PEPP PA03A aufgewertet.
- **Basis-PEPP PA04** *Affektive, [...] somatoforme und Schlafstörungen*
Mit den zusätzlichen Diagnosen *Infantile Zerebralparese, Schwangerschaft oder Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes* werden Fälle mit dem PEPP-System 2019 in die PEPP PA04B aufgewertet.
- **PEPP PA14** *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, [...]*
Fälle innerhalb der Basis-PEPP PA14 mit der Diagnose *Anorexia nervosa* konnten auch weiterhin als Kostentrenner identifiziert werden. Im PEPP-System 2019 führen nun auch Fälle mit der Diagnose *Atypische Anorexia nervosa* in die PEPP PA14A.

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 12 enthält eine Übersicht über die Prozeduren, die im PEPP-System 2019 zusätzliche Gruppierungsrelevanz erhielten:

OPS-Kode	Inhalt	PEPP
9-984*	Pflegebedürftigkeit	<u>PA14A, P003B, PP04A</u> , PK01A, PK02A, PA01A, PA02A, PA02B, PA03A, PA04A, PA04B, PA15A, PA15B
9-649.*	Einzel-Therapieeinheiten Erwachsene	<u>PA02A</u> PA02B , PA03A, PA04A, PA14A, PA15A, PP04A, PP10A
9-61(9/a/b)	Intensivbehandlung Erwachsene ab 3 Merkmale	<u>P003B, PA04A</u> , PA01A, PA02C, PA14A
9-696*	Einzel-Therapieeinheiten bei Kindern und Jugendlichen	<u>PK04A, PK14A</u>

Tabelle 12: Leistungsbezeichner mit veränderter Gruppierungsrelevanz im PEPP-System 2019 (PEPP mit neuer Verwendung fett und unterstrichen dargestellt).

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. Bis auf einige spezielle Leistungen, wie z.B. Krisenintervention und Einzelbetreuung, werden nahezu alle patientenbezogenen therapeutischen Leistungen durch die Therapieeinheiten abgebildet.
- Seit dem OPS Version 2011 sind Therapieeinheiten zusammen mit der Therapieart verschlüsselbar. Differenziert wurde ausschließlich nach den zwei Berufsfeldern Arzt/Psychologe und Spezialtherapeut/Pflegefachpersonen. Für den OPS Version 2016 wurden die Therapieeinheiten (TE) weiter ausdifferenziert, sodass nicht nur nach Einzel- und nach Gruppentherapie unterschieden, sondern auch jede Berufsgruppe gesondert kodiert werden kann. Übergreifend werden die Codes im 7-Tage-Rhythmus angegeben. Vor dem Hintergrund dieser ab dem OPS Version 2016 etablierten Dreidimensionalität wird die Intensität und Verteilung der Therapieeinheiten unterschiedlich berücksichtigt.
- Bisher ist eine unterschiedliche Anzahl an Einzel- und Gruppen-TE pro Woche gruppierungsrelevant. In der Strukturkategorie *Allgemeine Psychiatrie* findet eine Höhergruppierung ab 6 TE pro Woche statt. Aufgrund der regelhaft hohen Anzahl der TE in der Strukturkategorie *Psychosomatik* liegt die Mindestanzahl bei 8 TE pro Woche. In beiden Fällen müssen die TE an mindestens 50% der Behandlungstage erbracht werden. Diese Gruppierungsrelevanz konnte nach eingehenden Analysen für das PEPP-System 2019 erneut bestätigt werden.
- Zusätzlich wird in der Strukturkategorie *Allgemeine Psychiatrie* ein hoher Anteil an Einzeltherapie berücksichtigt. Diese Bedingung ist erfüllt, sobald durchschnittlich eine gewichtete TE pro Tag geleistet wurde, bei mehr als 9 TE und einem Aufenthalt von mindestens 4 Tagen. Eine durch Personalkosten begründete Gewichtung ergibt sich je nach behandelnder Berufsgruppe. Die bereits für das PEPP-System 2018 etablierte Gruppierungsrelevanz konnte bestätigt und in der PEPP PA02A erweitert werden. Tabelle 13 gibt Auskunft über die Gewichtung und die seit dem PEPP-System 2019 erweiterte Gruppierungsrelevanz.

Kriterium	Bedingung	PEPP
6 TE Arzt/Psychol.	Gültigkeit von OPS mit insgesamt ab 6 TE pro Woche Arzt oder Psychologe an > 50% der Pflage tage	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 Pflage tage 	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	PA02A PA02B PA03A PA04A PA14A

Tabelle 13: Gruppierungsrelevanz der Therapieeinheiten innerhalb verschiedener PEPP

Auf eine Erweiterung dieser Funktion im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie wird in Kapitel 3.2.6 eingegangen.

3.2.5.2 Therapieeinheiten durch Pflegefachpersonen und Spezialtherapeuten

Die Gruppierungsrelevanz der Therapieeinheiten durch die verschiedenen Berufsgruppen blieb analog zum PEPP-System 2018 erhalten (Abbildung 8). Die Einzel- und Gruppentherapieeinheiten durch Ärzte und Psychologen erwiesen sich weiterhin als Kostentrenner, ebenso wie die Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten. Bei den TE des Pflegefachpersonals und der Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten fand sich kein ausreichender Kostenunterschied, welcher eine Aufwertung von Fällen rechtfertigt.

Bei den umfangreichen Analysen der TE durch Pflegefachpersonen (vor allem in den fallzahlstarken PEPP, z.B. PA04D) stellte sich eine sehr unterschiedliche Anwendung der Codes in den verschiedenen Krankenhäusern heraus. Beispielsweise wurden die TE in einigen Häusern praktisch überhaupt nicht kodiert. Aber auch bei einem hohen Maß an Kodierungen konnte in den allermeisten Fällen nicht der erwartete Kostenunterschied gefunden werden. Teilweise zeigte sich sogar eine leicht inverse Tendenz. Hohe Kosten von Fällen mit vielen pflegerischen Therapieeinheiten ließen sich überwiegend durch allgemein überdurchschnittliche Kosten der Krankenhäuser erklären.

Diese Unschärfe in Definition und Anwendung der Therapieeinheiten, die auch bereits in vorangegangenen Abschlussberichten zur Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems mehrfach dargestellt wurde, besteht auch in den diesjährigen Analysen.

Das Anfang des letzten 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“, nach Möglichkeit gestrichen werden sollen.

Folglich wurde durch das DIMDI im OPS Version 2019 die Streichung der OPS-Kodes 9-649.7*: *Einzeltherapie durch Pflegefachpersonen*, 9-649.8*: *Gruppentherapie durch Pflegefachpersonen* und 9-649.6*: *Gruppentherapie durch Spezialtherapeuten* vorgenommen. Analog geschah dies auch bei den Kodes aus dem Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie. Bei den Analysen zeigten diese OPS keine kostentrennenden Merkmale.

	Ärzte	Psychologen	Spezialtherapeuten	Pflegefachpersonal
Einzeltherapie	✓	✓	✓	—
Gruppentherapie	✓	✓	—	—

Abbildung 8: Gruppierungsrelevanz der durch die verschiedenen Berufsgruppen erbrachten Therapieeinheiten

Neben den identifizierten Kriterien zur Berücksichtigung von Aufwandsunterschieden durch Therapieeinheiten deuten die Analysen weiterhin 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.

3.2.5.3 Intensivbehandlung

Die Intensivbehandlung gehört zu den Leistungen, welche innerhalb eines Gültigkeitszeitraums kodiert werden. Sie kann nur durch eine der anderen Therapiearten (Regel- oder Komplexbehandlung) abgelöst werden. Das Kodieren einer Intensivbehandlung setzt bestimmte Merkmale auf Patientenseite voraus (z.B. Anwendung von Sicherungsmaßnahmen, akute Selbstgefährdung, akute Fremdgefährdung). Bisher ist die Intensivbehandlung bei mindestens 3 Merkmalen an 50% der Behandlungstage nur in der Strukturkategorie *Vollstationäre Psychiatrie* gruppierungsrelevant. Ab dem PEPP-System 2019 werden zusätzlich auch Intensivbehandlungs-Fälle mit erhöhtem Betreuungsaufwand in die PEPP P003B *Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen [...]* aufgewertet. Ab 14 Behandlungstagen werden Fälle der Basis-PEPP PA04 mit Intensivbehandlung mit mindestens 3 Merkmalen an 50% der Behandlungstage in die PEPP PA04A *Affektive [...] und Schlafstörungen [...] mit hoher Therapieintensität* aufgewertet.

3.2.5.4 Pflegebedürftigkeit (OPS 9-984)

Im G-DRG-Vergütungssystem der somatischen Krankenhäuser werden u.a. die aufwendigen pflegerischen Leistungen über den PKMS (Hochaufwendige Pflege) 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 der 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. Die bereits im Bereich der stationären Allgemeinen und Kinder- und Jugendpsychiatrie differenzierte Abbildung der Pflegebedürftigkeit konnte für das PEPP-System 2019 ausgeweitet werden (z.B. PEPP PA14A). Die Analyse ergab darüber hinaus Hinweise auf Fälle mit regelhaft höheren Kosten ab dem Pflegegrad 3 in der betreuungsintensiven PEPP P003B und in der Psychosomatik (PEPP PP04A). Die aktuelle Relevanz der Pflegegrade stellt Tabelle 14 dar.

Pflegegrad 2			PA02B		PA04B			
Pflegegrad 3	PK01A			PA03A		<u>PA14A</u>	PA15B	
Pflegegrad 4 + 5	PK02A	PA01A	PA02A		PA04A		PA15A	<u>P003B</u> <u>PP04A</u>

Tabelle 14: Berücksichtigung der Pflegebedürftigkeit im PEPP-System 2019. Die Tabelle zeigt, welcher Pflegegrad in welcher PEPP mit einer Aufwertung verbunden ist (erstmalige Verwendung im PEPP-System 2019 unterstrichen)

3.2.6 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Bisher waren die Prozeduren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in weitaus geringerem Maße erlösrelevant als bei den Erwachsenen. Als belastbare Kriterien zur Höhergruppierung bestätigten sich schwere Einschränkungen (Diagnosen wie z.B. Autismus, Intelligenzminderung oder hochgradige Sehbehinderung), Intensivbehandlung oder Pflegebedürftigkeit. Eine hohe Therapieintensität von Einzel- oder Gruppentherapie mit den identischen Schwellen, wie sie bei den Erwachsenen kostentrennend wirken, konnte auch in der diesjährigen Kalkulation nicht auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie übertragen werden. Die Analysen zeigten, dass sich auch die Definition der Einzeltherapieeinheiten, wie sie bei den Erwachsenen verwendet wird, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht als belastbares Splitkriterium eignet. Allerdings konnten bei einem vergleichsweise hohen Niveau an Einzeltherapie Kostenunterschiede zwischen Fällen mit und ohne dieses Maß an Therapieeinheiten identifiziert werden. Durch Anpassung der Bedingungen für den „hohen Anteil an Einzeltherapie“, wie sie bei den Erwachsenen verwendet wird, konnten diese besonders kostenauffälligen Fälle abgegrenzt werden. Im Unterschied zu den Erwachsenen zählen die gewichteten Einzel-TE in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ab durchschnittlich 1,5 TE pro Tag. Eine Rolle spielt dabei, dass eine Therapieeinheit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 15 Minuten entspricht und bei den Erwachsenen 25 Minuten. Des Weiteren wird ein Mindestaufenthalt von 7 Tagen vorausgesetzt (4 Tage bei den Erwachsenen) (siehe Abb. 9)

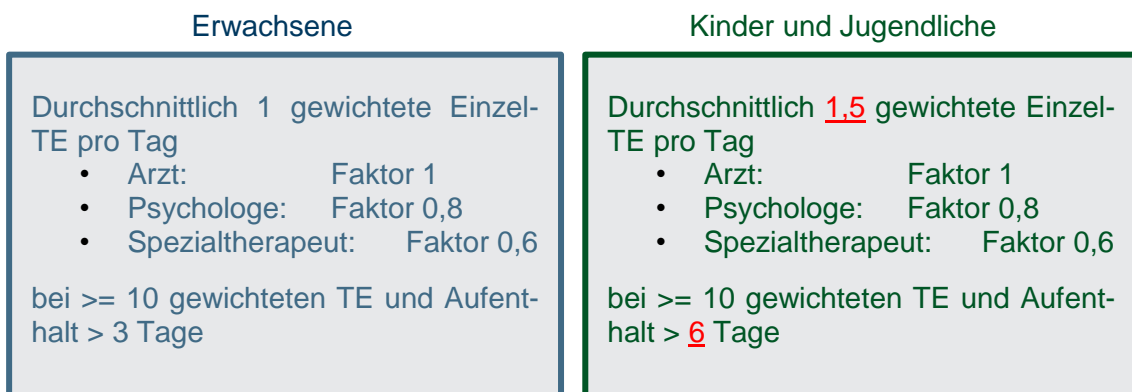


Abbildung 9: Vergleich der Funktion „Hoher Anteil Einzeltherapieeinheiten“ bei Erwachsenen und bei Kindern und Jugendlichen

Jeweils rund 10% der Fälle aus den PEPP PK04B und PK14B/PK14C konnten mit einem erhöhten Anteil an Einzeltherapie in die PEPP PK04A *Affektive, [...] und Schlafstörungen [...] bzw. PK14A Verhaltensstörungen [...] mit erhöhtem Betreuungsaufwand* aufgewertet werden. Tabelle 15 zeigt eine Übersicht der Verwendung des Kriteriums „äußerst hoher Anteil Einzeltherapie“ in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Kriterium	Bedingung	PEPP
Äußerst hoher Anteil Einzeltherapie	Durchschnittlich <u>1,5</u> gewichtete Einzel-TE pro Tag Arzt: Faktor 1,0 Psychologe: Faktor 0,8 Spezialtherapeut: Faktor 0,6 bei <u>≥ 10</u> gewichteten TE und Aufenthalt <u>> 6</u> Tage	<u>PK04A</u> <u>PK14A</u>

Tabelle 15: Übersicht der Änderungen für das Kriterium „äußerst hoher Anteil Einzeltherapie“

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 2017 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.

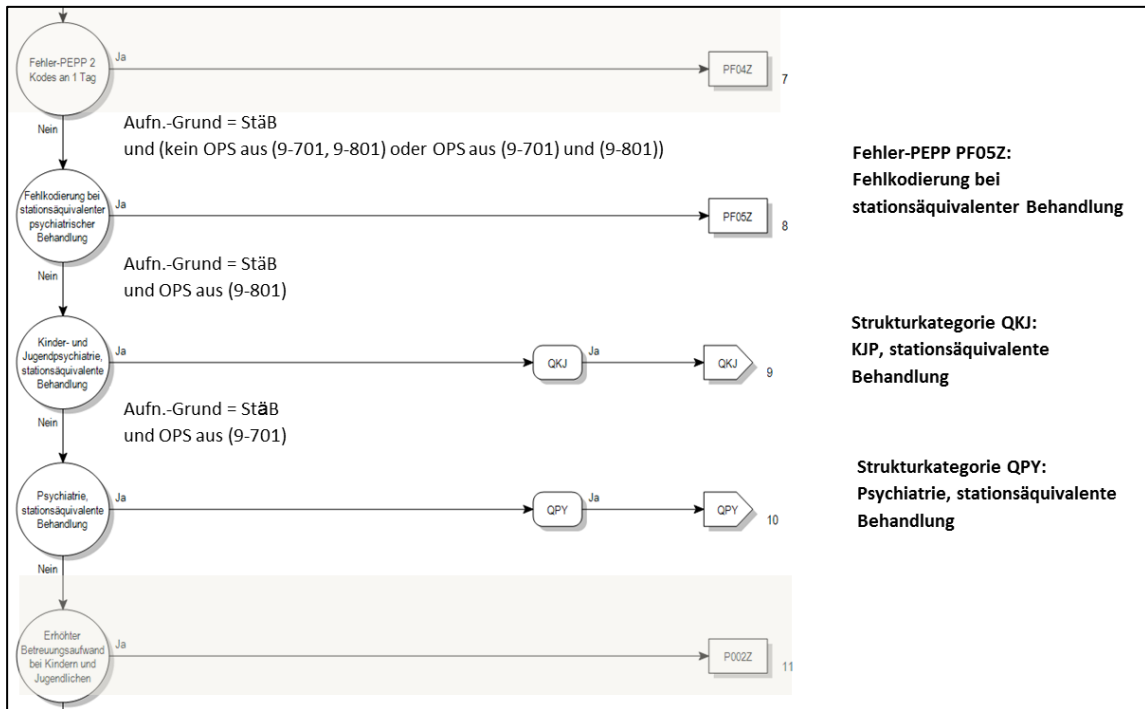


Abbildung 10: Flussdiagramm für die Eingruppierung der stationsäquivalenten Behandlung in die Strukturkategorien

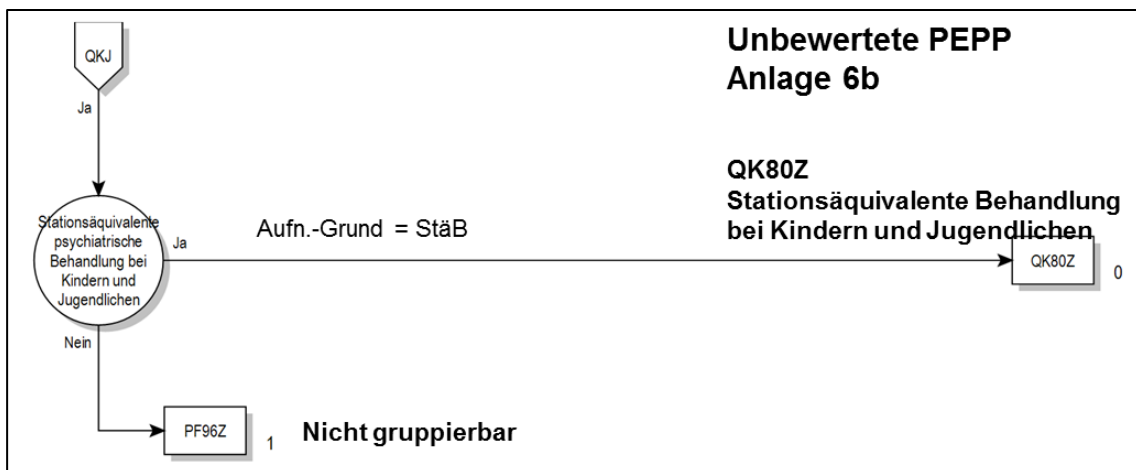


Abbildung 11: Flussdiagramm für die Eingruppierung der stationsäquivalenten Behandlung innerhalb der Strukturkategorie QKJ in die PEPP QK80Z. Da der Aufnahmegrund bereits vorher abgefragt wurde, ist der Entscheidungsknoten immer WAHR. Es handelt sich um eine technische Lösung mit Flexibilität für spätere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

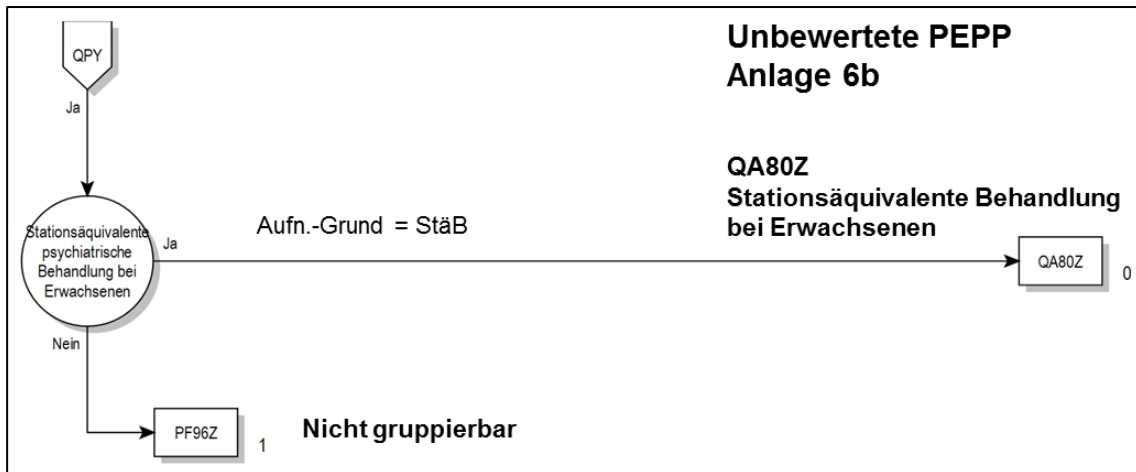


Abbildung 12: Flussdiagramm für die Eingruppierung der stationsäquivalenten Behandlung innerhalb der Strukturkategorie QPY in die PEPP QA80Z. Da der Aufnahmegrund bereits vorher abgefragt wurde, ist der Entscheidungsknoten immer WAHR. Es handelt sich um eine technische Lösung mit Flexibilität für spätere 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 (siehe Abbildung 13).

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

Diese bereits für das PEPP-System 2018 etablierte Behandlung blieb für das PEPP-System 2019 unverändert, da sich in den Daten des Jahres 2017 diese Attribute nicht finden ließen. Somit wird die Analyse der stationsäquivalenten Behandlung sicherlich ein Schwerpunkt der Kalkulation für das PEPP-System 2020 darstellen.

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 und eine steigende Gruppierungsrelevanz verzeichnet werden.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie konnten erstmals Therapieeinheiten aufwertend berücksichtigt werden. Somit werden beispielsweise Kinder mit affektiven, Schlaf- oder Verhaltensstörungen im Falle eines sehr hohen Anteils an Einzeltherapie hinsichtlich ihres Kostenaufwands sachgerecht abgebildet.

Die Intensivbehandlung sowie die Pflegebedürftigkeit ab Grad 2 erfahren weiterhin eine steigende Gruppierungsrelevanz. Zusätzlich wurden einige somatische Begleiterkrankungen wie Gastroenteritis und Adipositas 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. Ab dem Jahr 2018 sind stationsäquivalente Behandlungen mit dem OPS 9-701* (bei Erwachsenen) oder dem OPS 9-801* (bei Kindern und Jugendlichen) zu kodieren. Eine Kalkulation der stationsäquivalenten Behandlung ist mit Vorhandensein dieses Leistungsbezeichners frühestens ab dem Datenjahr 2018 möglich.

5 Perspektiven der Weiterentwicklung

Für das PEPP-Entgeltsystem 2020 ist von einer weiteren Erhöhung der Stichprobe um Kalkulationsdaten der mittels Losverfahren verpflichteten Krankenhäuser, die in diesem Jahr die Option der vereinfachten Kalkulation wahrgenommen haben, auszugehen. Damit ist für das PEPP-Entgeltsystem 2020 eine weitere Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation zu erwarten.

Die Kalkulation eines bundeseinheitlichen Entgeltkatalogs bleibt weiterhin die Basis des Entgeltsystems in der Psychiatrie und Psychosomatik. Im Zusammenhang mit der Einführung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung gem. § 115d SGB V wird ab dem Datenjahr 2018 die Kalkulationsmatrix um die Kostenstellengruppe 27 (Stationsäquivalente Behandlung) erweitert. Die Kosten des mobilen fachärztlich geleiteten multiprofessionellen Behandlungsteams sind berufsgruppenbezogen den Kostenarten- und -gruppen (1-3c) der Kostenstellengruppe 27 zuzuweisen. Sie umfassen die berufsgruppenbezogenen Therapiezeiten am Patienten (gemäß OPS 2018 9-701.* und 9-801.*) sowie die berufsgruppenbezogenen Fahrzeiten. Die für Verkehrsmittel anfallenden Kosten werden den Infrastrukturkosten zugewiesen.

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vom 19. Dezember 2016 wurde in § 4 BPfIV ein leistungsbezogener Krankenhausvergleich eingeführt. Im Sinne der Transparenz und der Unterstützung bei Budgetverhandlungen soll den Vertragsparteien ein leistungsbezogener Vergleich auf Bundes- und Bundeslandebene möglich sein. Bis zum 1. Januar 2019 vereinbarten die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene ein Konzept, das u.a. die Datenübermittlung an das InEK festlegt. Somit sollen die gewonnenen Informationen bei den Budgetverhandlungen 2020 herangezogen werden können. Hierbei bilden budgetrelevante Leistungen, vereinbarte Entgelte und Nachweise zur personellen Ausstattung sowie mögliche regionale und strukturelle Besonderheiten die Basis für die Vergleiche.

Bis einschließlich 2019 haben Krankenhäuser gemäß § 18 BPfIV nachzuweisen, inwiefern die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) zur Zahl der Personalstellen eingehalten werden. Ab dem Jahr 2020 werden die Vertragsparteien auf Bundesebene, nach Beschlussfassung des G-BA zu den Personalvorgaben, eine Ausgestaltung des Nachweises vornehmen.

Die Kalkulation eines bundeseinheitlichen Entgeltkatalogs bleibt weiterhin die Basis des Entgeltsystems in der Psychiatrie und Psychosomatik. Entsprechend wird das leistungsgerechte PEPP-Entgeltsystem für 2020 weiterentwickelt werden. Dabei sind zum Beispiel erstmals auch Leistungen der stationsäquivalenten Behandlung in den Kalkulationsdaten analysierbar.

Eine fortgesetzte und wünschenswerterweise noch stärkere Teilnahme aller Beteiligten des PEPP-Systems im Vorschlagsverfahren ist dabei hilfreich.

Anhang

Übersicht

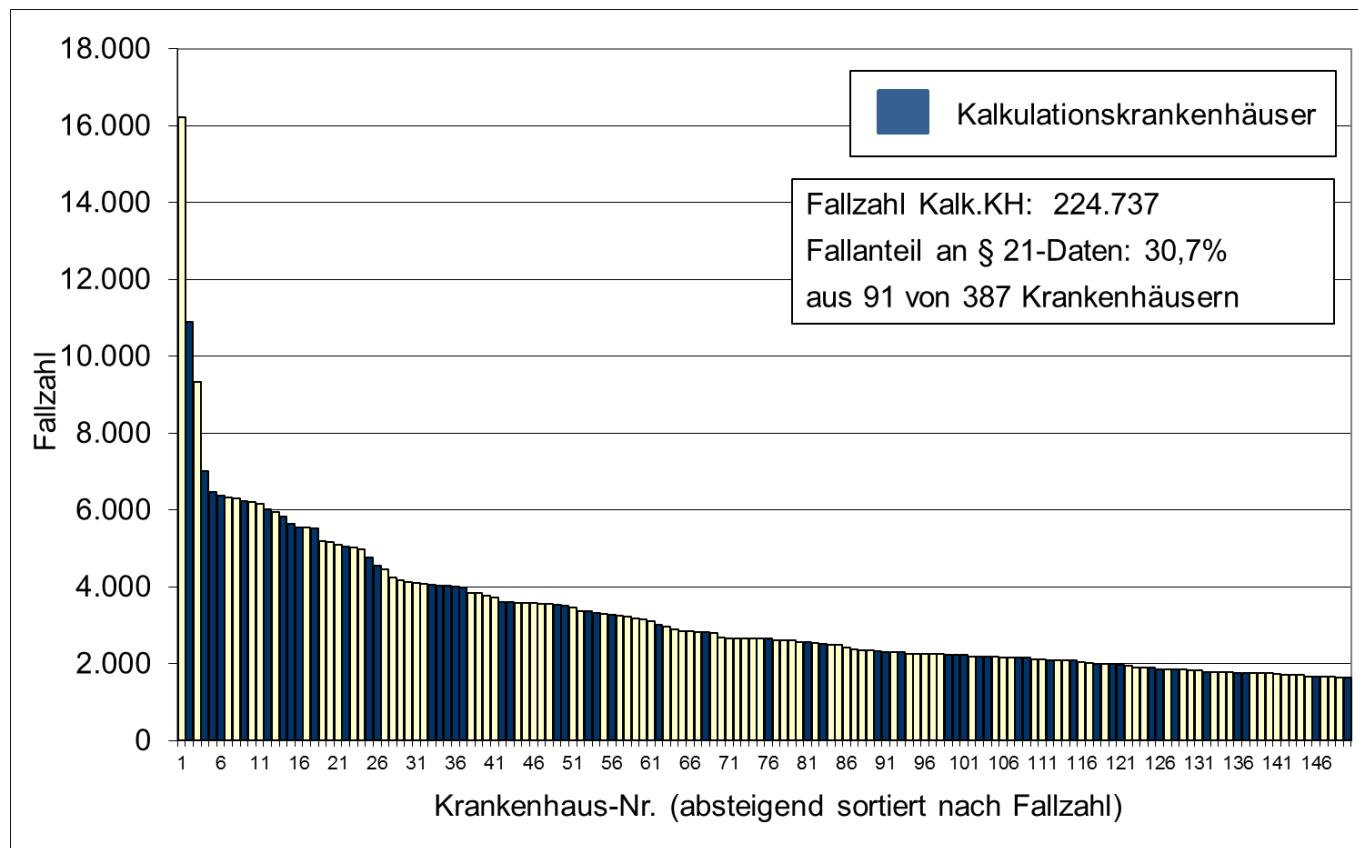
Anhang A-1: Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich Psychiatrie, Datenjahr 2017

Anhang A-2: Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie, Datenjahr 2017

Anhang A-3: Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich Psychosomatik, Datenjahr 2017

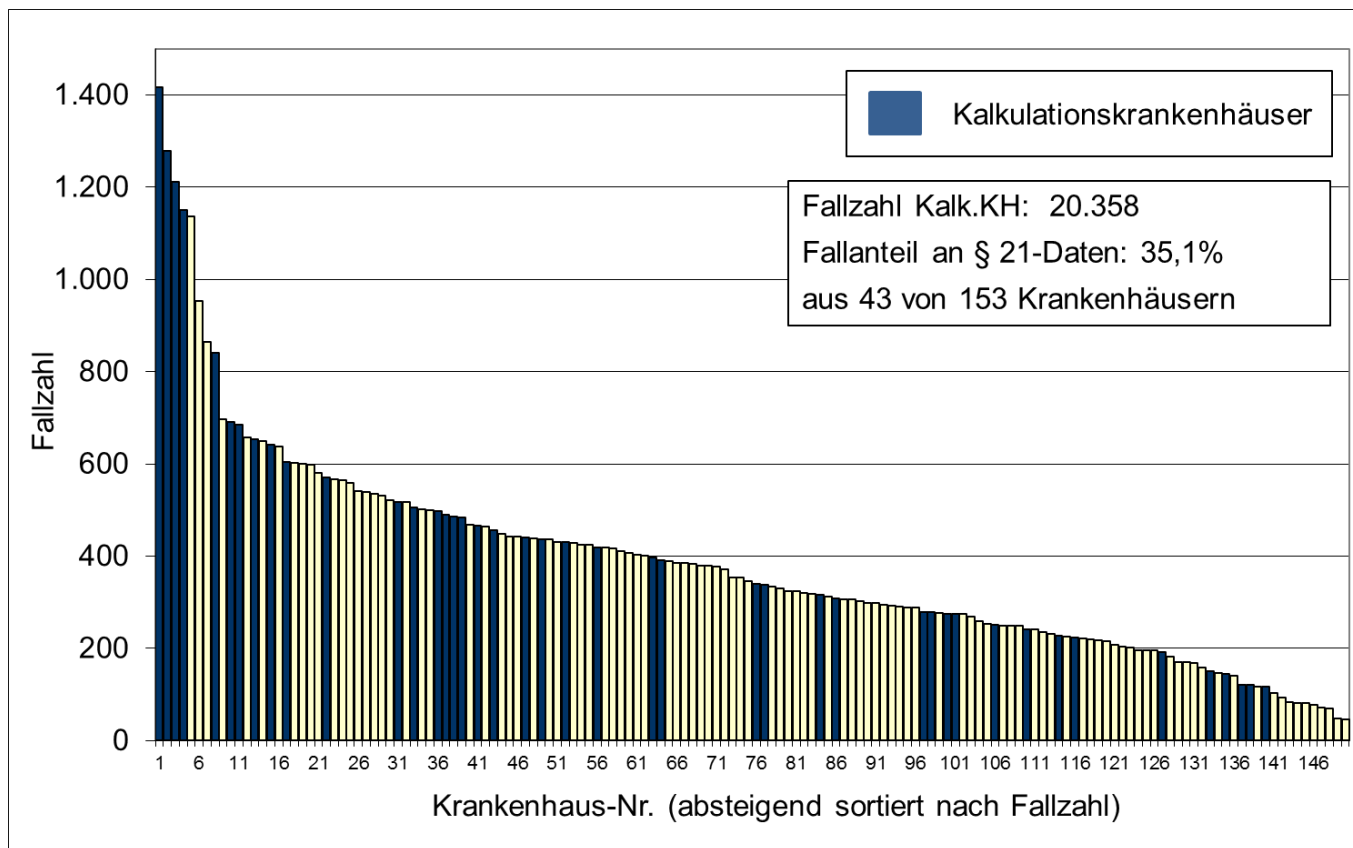
A-1 Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich Psychiatrie, Datenjahr 2017

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 bzgl. der Fallzahl im Bereich Psychiatrie die Grundgesamtheit gut abdeckt.



A-2 Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie, Datenjahr 2017

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 2017

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

