

InEK

Abschlussbericht

Weiterentwicklung des
pauschalierenden
Entgeltsystems für Psychiatrie
und Psychosomatik (PEPP)
für das Jahr 2021

Siegburg, den 18. Dezember 2020

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	23
2.2.5 Datenausschluss	24
2.2.6 Kalkulationsmethode für die Ergänzenden Tagesentgelte	25
2.2.7 Stationsäquivalente Behandlung.....	26
2.3 Berechnung der Bewertungsrelationen	27
2.3.1 Sonderkonstellationen.....	27
2.3.2 Normierung der Bewertungsrelationen	28
3 PEPP-ENTGELTSYSTEM 2021	29
3.1 Entwicklung der PEPP-Klassifikation: Vorgehensweise und Ergebnisse	29
3.1.1 Ausgangssituation	29
3.1.2 Tagesbezug und Gültigkeitsdauer von Merkmalen	30
3.1.3 Grundlagen der PEPP-Klassifikation.....	30
3.1.3.1 Fehler-PEPP	30
3.1.3.2 „Reste“-PEPP	32
3.1.4 Zusatzentgelte.....	32
3.1.5 Vorschlagsverfahren	33
3.1.5.1 Hintergrund	33
3.1.5.2 Beteiligung	33
3.1.5.3 Veröffentlichung der Vorschläge.....	34
3.1.5.4 Analysen zu Vorschlägen aus dem Vorschlagsverfahren	35
3.1.5.5 Ergebnisse der umgesetzten Vorschläge	35
3.1.5.6 Darstellung der nicht umgesetzten Vorschläge.....	36
3.2 Systematische Analysen und Ergebnisse	37
3.2.1 Grundlagen.....	37
3.2.2 Diagnosen- und Prozedurenklassifikation	37
3.2.3 Ergänzende Datenbereitstellung	37
3.2.4 Diagnosen	38

3.2.5	COVID-19.....	42
3.2.6	Prozeduren.....	42
3.2.6.1	Funktion „Intensivbehandlung bei Erwachsenen ab 3 Merkmalen“	43
3.2.6.2	Einzeltherapieeinheiten bei Erwachsenen	43
3.2.6.3	Pflegebedürftigkeit (OPS-Kode 9-984)	44
3.2.7	Strukturkategorie <i>Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychosomatik</i>	45
3.2.7.1	Split der Basis-PEPP PK03 <i>Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen</i>	45
3.2.7.2	Mäßig erhöhter Betreuungsaufwand bei Kindern und Jugendlichen	45
3.2.8	Weitere Umbauten	46
3.2.9	Stationsäquivalente Behandlung.....	46
4	FAZIT	48
5	PERSPEKTIVEN DER WEITERENTWICKLUNG	49
	ANHANG	50

ABKÜRZUNGEN

Abs.	Absatz
ATC	Anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BI-Modell	Betreuungsintensitätsmodell
BNB	Bösartige Neubildung
BPEPP	Basis-PEPP
BPfIV	Bundespfllegesatzverordnung
ca.	circa
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
FIM	Functional Independence Measure
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.m.	in Verbindung mit
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
MMSE	Mini Mental State Examination
MRE	Multiresistente Erreger
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
rTMS	Repetitive transkranielle Magnetstimulation
SGB	Sozialgesetzbuch
SK	Strukturkategorie
StaeB	Stationsäquivalente Behandlung
TE	Therapieeinheiten
TE-Kodes	OPS-Kodes aus der Gruppe Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
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 zur Verfügung gestellt.

Den 127 Krankenhäusern, die tagesbezogene Kostendaten für die Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems zur Verfügung gestellt haben, sei an dieser Stelle für ihr großes Engagement gedankt. In diesem Jahr möchten wir uns ganz besonders bei allen Beteiligten, die fristgerecht und umfangreich Daten für die Kalkulation geliefert haben, bedanken. Das damit verbundene Engagement ist in der aktuellen schwierigen Zeit mit den spürbaren Auswirkungen der Corona-Pandemie nicht selbstverständlich. Die gute Zusammenarbeit ermöglichte es dem InEK, auch in diesem Jahr das pauschalierende Entgeltsystem auf Grundlage einer stabilen Datengrundlage weiterzuentwickeln. 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
*Bereichsleiter
Statistische Auswertungen*

Siegburg, im Dezember 2020

1 Einführung

Der vorliegende Abschlussbericht beschreibt Grundlagen, Verfahrensweisen und Ergebnisse der Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems für das Jahr 2021. Der Bericht wendet sich an die interessierte Fachöffentlichkeit und soll einen Beitrag dazu leisten, die der Weiterentwicklung zugrunde liegende Vorgehensweise transparent zu machen und das Verständnis in Bezug auf die 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-Entgeltsystem 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 (BpflV) unter Anwendung der Psych-PV ermittelten Budgets wurden mittels der PEPP-Entgelte in Form von Abschlagszahlungen an die optierenden Krankenhäuser ausgezahlt. Diese Optionsphase wurde durch das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) bis Ende 2017 verlängert.

Gemäß dem PsychVVG wurde im Jahr 2018 die Anwendung der PEPP-Abrechnungsbestimmungen bei fortgeltender Budgetneutralität für Krankenhäuser verbindlich. Die Jahre 2018 und 2019 wurden als Übergangszeitraum konzipiert, um den

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, 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, und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., Berlin, vom 1. April 2014.

Beteiligten die Gestaltung eines planvollen und strukturierten Übergangs zu ermöglichen. Ab dem 1. Januar 2020 wurde das PEPP-Entgeltsystem nach dem PsychVVG budgetwirksam. Ab diesem Zeitpunkt ist der krankenhausesindividuelle 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 Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems durch das Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverstands bei der Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems (PEPP-Vorschlagsverfahren) unterstützt. Medizinische Fachgesellschaften, Verbandsorganisationen der Krankenhäuser und Krankenkassen sind dem Aufruf gefolgt, Vorschläge zur Weiterentwicklung zu unterbreiten. Durch die Beteiligung am Vorschlagsverfahren 2021 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 Weiterentwicklung 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 Weiterentwicklung 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.

2018 wurde 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. Mittlerweile haben bis auf wenige Ausnahmen alle freiwillig kalkulierenden Einrichtungen, die Erwachsene behandeln, das Betreuungsintensitätsmodell umgesetzt.

Für das Datenjahr 2019 sagten 104 der Krankenhäuser mit Kalkulationsvereinbarung eine Lieferung von Kalkulationsdaten zu. Weitere 20 Krankenhäuser wurden ab dem Datenjahr 2017 zur Teilnahme an der Kalkulation verpflichtet. Von den 20 für den PEPP-Bereich verpflichteten Krankenhäusern haben drei Krankenhäuser keine Kalkulationsdaten geliefert, 17 Krankenhäuser haben im Rahmen der Kostenkalkulation fallbezogene bzw. tagesbezogene Daten geliefert. Des Weiteren haben sechs für den DRG-Bereich verpflichtete Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen an der Kalkulation teilgenommen. Im Rahmen der Kostenkalkulation lieferten die verpflichteten Kalkulationsteilnehmer leistungsbezogene Tageskosten nach den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs. Die Daten aller 23 verpflichteten Krankenhäuser wurden in die Kalkulationsdatenmenge übernommen und leisten einen großen Beitrag zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation.

Von den 127 Kalkulationskrankenhäusern hatten 119 Einrichtungen bereits an der Kalkulation im Jahr 2019 teilgenommen. Sechs der 127 Krankenhäuser haben erstmalig an der Kalkulation für den PEPP-Bereich teilgenommen. Bei fünf der sechs Neueinsteiger handelt es sich um freiwillig teilnehmende Krankenhäuser. Zudem mussten die Daten von insgesamt drei Krankenhäusern wegen Kalkulationsmängeln aus der Kalkulationsstichprobe herausgenommen werden.

Tabelle 1 zeigt die Zahlen der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG und der Kostenerhebung für den Entgeltbereich „PSY“. Im Datenjahr 2019 wurden im zweiten Jahr Daten von Fällen mit stationsäquivalenter Behandlung an das InEK geliefert. Diese Fälle sind in den Tabellen und Abbildungen der nachfolgenden Abschnitte nicht enthalten. Unter Punkt 2.2.7 wird detailliert auf die in der diesjährigen Datenerhebung gelieferten Fälle mit stationsäquivalenter Behandlung eingegangen.

	Erhebung von Daten gem. § 21 KHEntgG	Erhebung von Kostendaten
Anzahl Krankenhäuser	595	127
Anzahl Fälle	1.125.167	361.032
Anzahl Pflēgetage	31.106.892	10.102.868

Tabelle 1: Umfang der Datenlieferungen, Entgeltbereich „PSY“, Datenjahr 2019 inklusive Begleitpersonen, rein vorstationäre Fälle und Überlieger, vor Fallzusammenführung ohne Fälle mit stationärsäquivalenter Behandlung (Stand: 31. Mai 2020)

Die 127 Kalkulationskrankenhäuser teilen sich in jeweils 58 alleinstehende Krankenhäuser und 69 Allgemeinkrankenhäuser oder Universitätskliniken mit angegliederter Fachabteilung auf (Abb. 1).

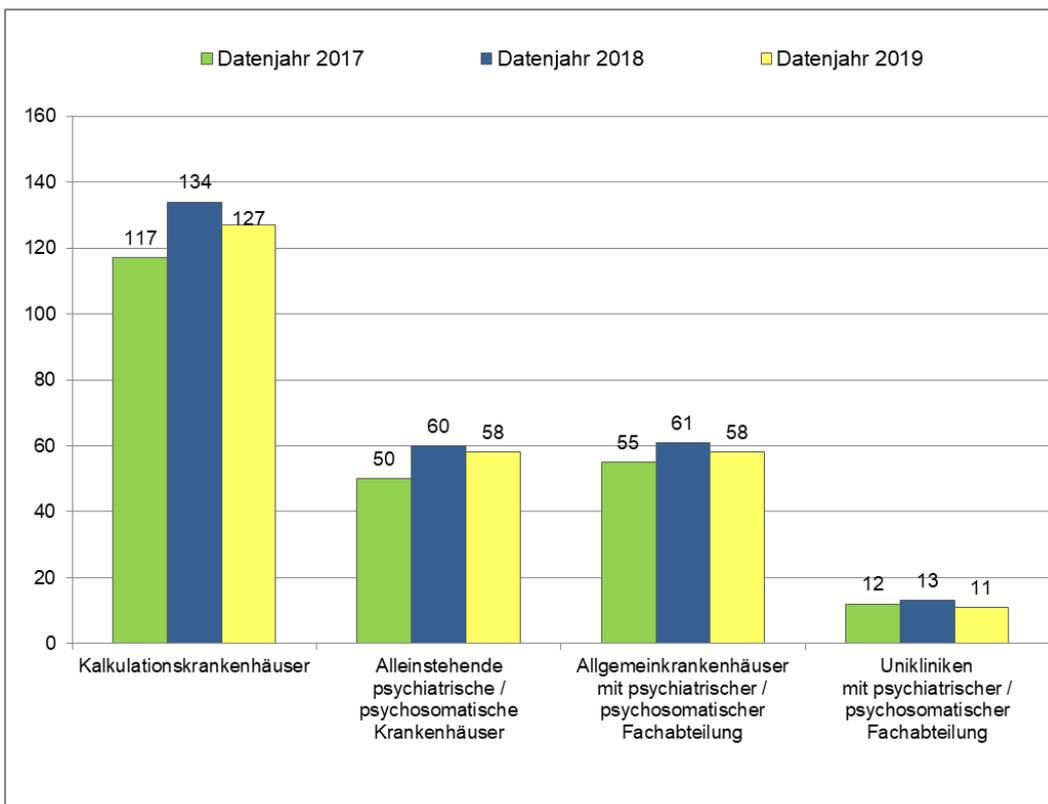


Abbildung 1: Verteilung der Kalkulationskrankenhäuser nach Strukturmerkmalen, Datenjahre 2017 bis 2019 im Vergleich

Insgesamt übermittelten 52 (Vorjahr: 55) Krankenhäuser Daten einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) inklusive teilstationärer Plätze und 67 (Vorjahr: 66) Krankenhäuser Daten einer Fachabteilung für Psychosomatik inklusive teilstationärer Plätze (Abb. 2). Gegenüber den Vorjahren ist ein erneuter Anstieg der Kalkulationskrankenhäuser mit einer Fachabteilung für Psychosomatik zu verzeichnen. 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.

Die hohen Steigerungen der Gesamtfallzahl in der Strukturkategorie *Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychosomatik* der Vorjahre konnten in diesem Jahr nicht verzeichnet werden, vielmehr war die Fallzahl in diesem Bereich leicht rückläufig.

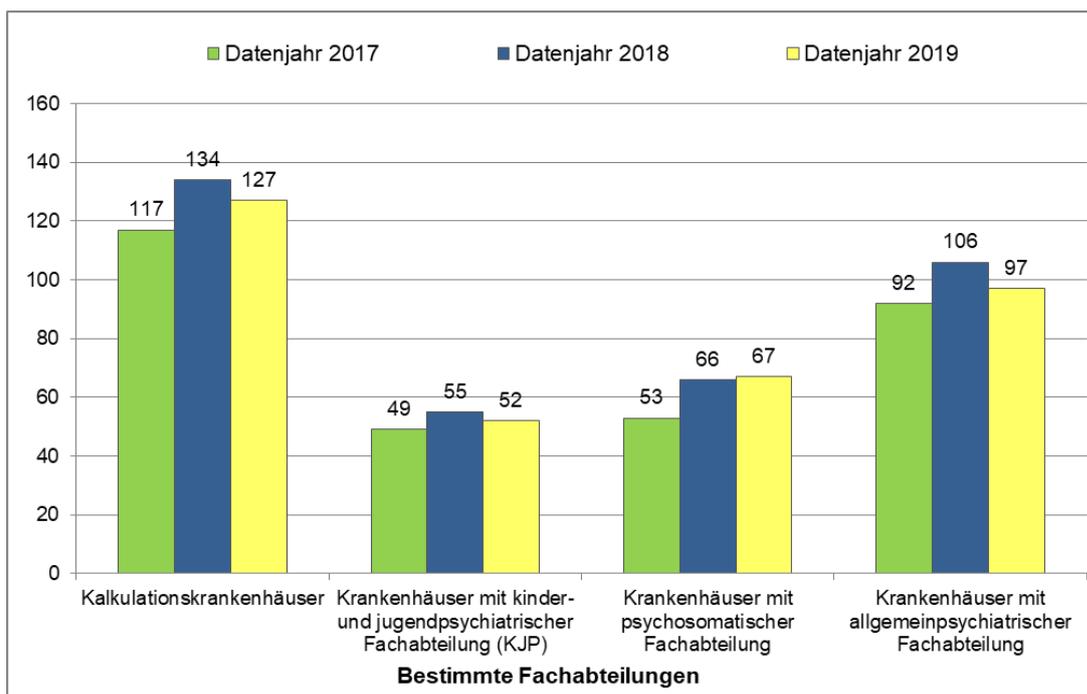


Abbildung 2: Verteilung der Kalkulationskrankenhäuser mit bestimmter Fachabteilung, Datenjahre 2017 bis 2019 im Vergleich

Zusammensetzung der Datenlieferungen

Alle Darstellungen zur Zusammensetzung der Datenlieferungen beziehen sich auf den in Tabelle 1 dokumentierten Umfang von 595 Krankenhäusern bzw. 127 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 2019 jeweils ein geringer Unterschied bei der 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 und

-psychosomatik 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 ein weiteres Mal durch die Erweiterung der Datengrundlage um die an der Kalkulation teilnehmenden verpflichteten Krankenhäuser verringert wurde. Bei insgesamt rückläufiger Fallzahl der Kalkulationsdaten konnte im Bereich Psychosomatik eine Fallzahlsteigerung gegenüber dem Vorjahr von ca. 3% verzeichnet werden.

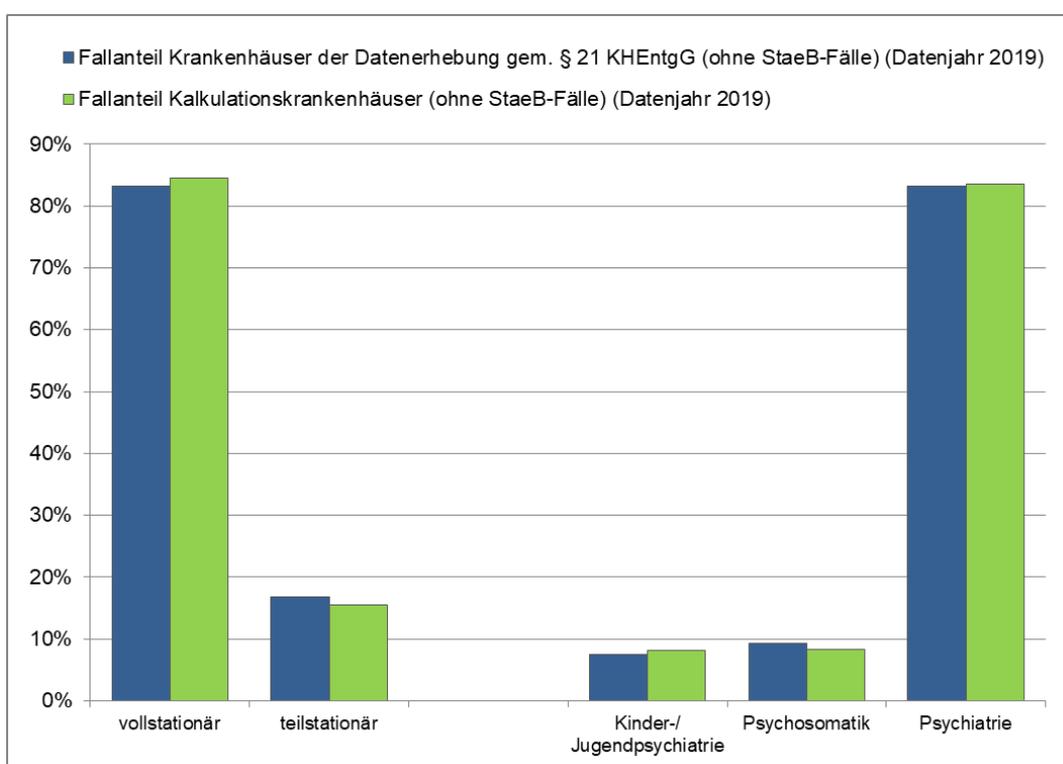


Abbildung 3: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach bestimmten Bereichen

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

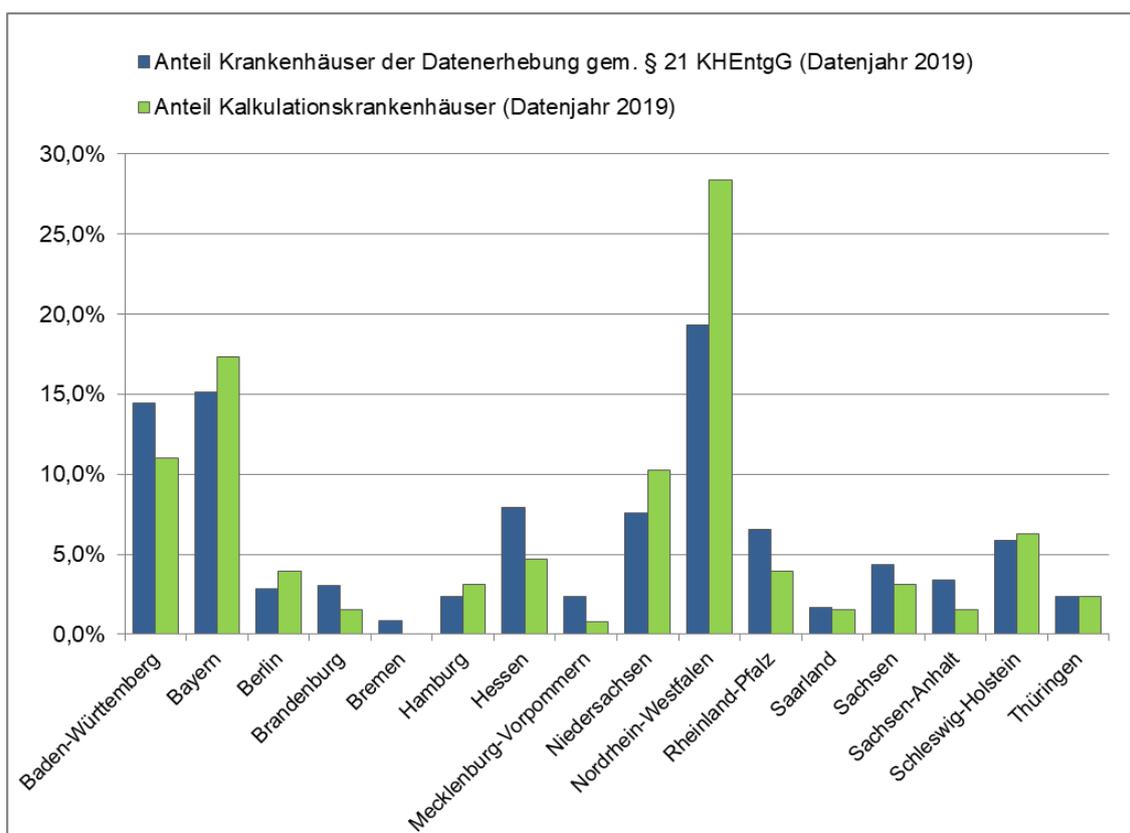


Abbildung 4: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach dem Bundesland der Krankenhäuser

Nordrhein-Westfalen und Bayern haben wie bereits im Vorjahr die größten Anteile bei den Kalkulationskrankenhäusern. Danach folgen Baden-Württemberg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Hessen, Berlin, Rheinland-Pfalz, Hamburg, Sachsen, 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 2019 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.

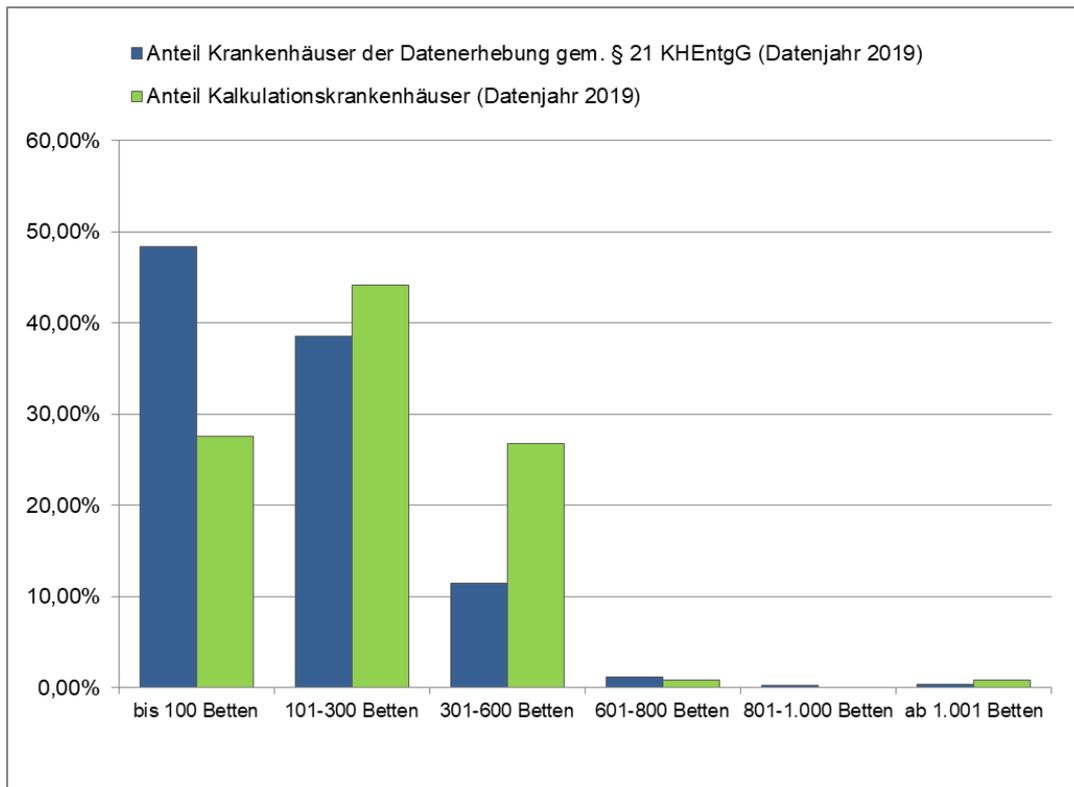


Abbildung 5: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser (nach Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG)

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. Es ist jedoch eine Steigerung des Anteils von 14,2% im Datenjahr 2018 auf 17,3% im Datenjahr 2019 bei Krankenhäusern in privater Trägerschaft zu verzeichnen.

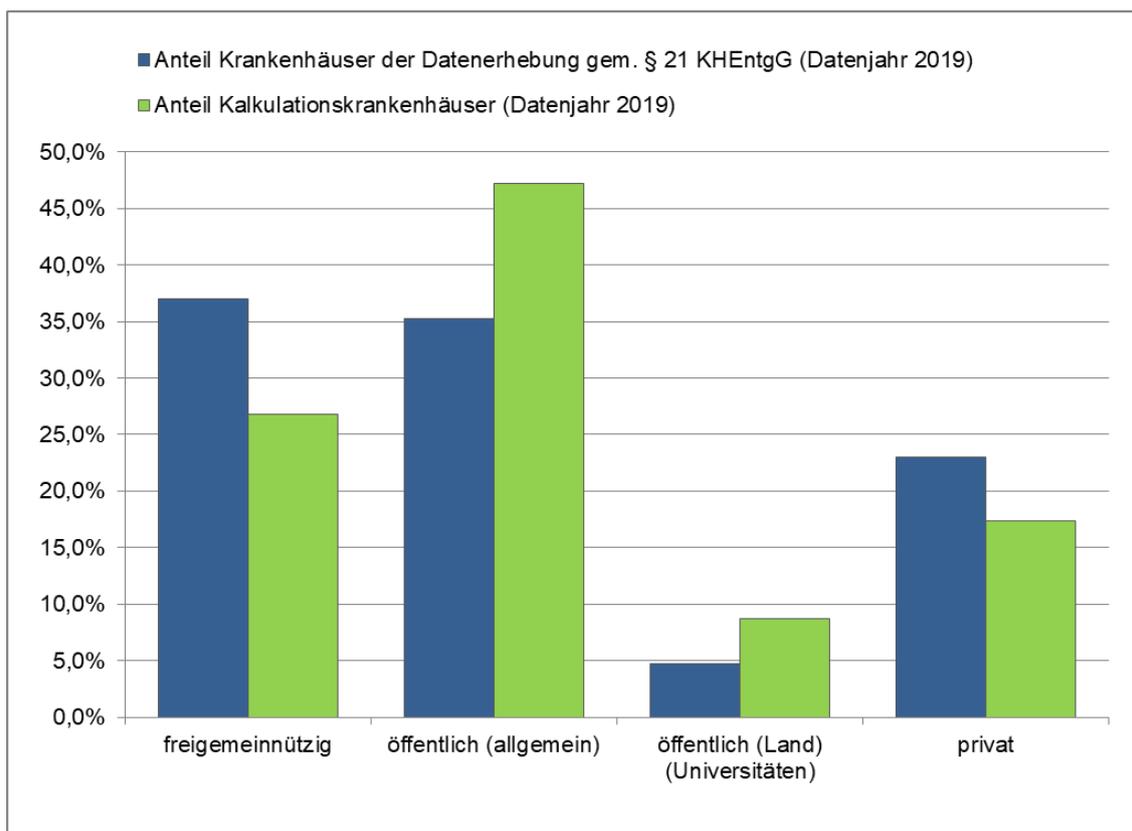


Abbildung 6: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser

Im Datenjahr 2019 rechneten insgesamt 592 Einrichtungen auf Basis des PEPP-Entgeltsystems ab, davon waren 127 Einrichtungen Kalkulationsteilnehmer.

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

2.2 Datenaufbereitung

2.2.1 Fallzusammenführung

Die Daten des Jahres 2019 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 2020 (PEPPV 2020) zusammengefasst. Die Fallzusammenführung wurde auf dem Datenbestand der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG durchgeführt. Im Ergebnis waren 0,1% (Vorjahr: 1,6%) 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 (Tab. 2).

Bereinigung	Anzahl Fälle
Vorstationäre Fälle ohne anschließende vollstationäre Behandlung und Begleitpersonen	18.307
Nicht vollständig kalkulierte Überlieger	14.079

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 wurden als originär psychiatrisch-psychosomatische Leistung die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) sowie in diesem Jahr erstmalig die repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) identifiziert, die die Kriterien der Zusatzentgelt-Definition erfüllen. 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.

	Daten gem. § 21 KHEntgG			Kalkulationsdaten		
	Fälle	Pflegetage	Anzahl KH	Fälle	Pflegetage	Anzahl KH
Gesamtmenge (wie geliefert)	1.125.167	31.106.892	595	361.032	10.102.868	127
davon vollstationär	947.883	25.740.585	534	307.902	8.485.838	125
davon teilstationär	177.284	5.366.307	510	53.130	1.617.030	116
Grundmenge *	1.056.128	30.607.135	595	328.395	9.106.174	127
davon vollstationär	879.040	25.246.085	524	277.893	7.612.022	124
davon teilstationär	177.088	5.361.050	510	50.502	1.494.152	116

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

Tabelle 3: Datenmengen der Datenlieferung gem. § 21 KHEntgG und der Kalkulationsdaten, ohne Fälle mit stationsäquivalenter Behandlung, Datenjahr 2019

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 Leistungsbereichen im Rahmen ergänzender Datenbereitstellungen abgefragt:

- Patienten, die nach richterlicher Anordnung (gemäß PsychKG oder §§ 1631b bzw. 1906 BGB) untergebracht wurden
- Leistungen der Elektrokonvulsionstherapie, der repetitiven transkraniellen Magnetstimulation und der Strahlentherapie
- Gabe von Medikamenten

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 62 der 127 teilnehmenden Einrichtungen Angaben zur Verfügung gestellt. Insgesamt wurden 17.469 Fälle mit richterlicher Anordnung gem. §§ 1631b bzw. 1906 BGB und 16.475 Fälle mit sofortiger/einstweiliger Unterbringung gemäß PsychKG übermittelt und konnten in den Kalkulationsdaten 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

In diesem Jahr war es dank der von den Krankenhäusern bereitgestellten guten Datenbasis im zweiten Jahr möglich, eine Bewertung des Zusatzentgelts Elektrokonvulsionstherapie vorzunehmen. Die im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung zur Verfügung gestellten detaillierten Informationen erlaubten eine tiefgehende Plausibilisierung der übermittelten Datensätze, insbesondere der Kosten in den Kostenstellengruppen 5 (Anästhesie) und 26 (Andere Therapie). Vereinzelt Datensätze einzelner Krankenhäuser konnten wegen fehlerhafter Kostenzuordnung für die Bewertung des Zusatzentgelts nicht berücksichtigt werden. Die Bewertung des Zusatzentgelts folgt der Differenzierung des OPS-Kodes 8-630.- nach „Grundleistung“ und „Therapiesitzung“. Zusammenfassend wurde für die Grundleistung der Elektrokonvulsionstherapie (OPS-Kode 8-630.2) ein Zusatzentgelt in Höhe von 394,58 € (Vorjahr 385,55 €) und für die Therapiesitzung (OPS-Kode 8-630.3) ein Zusatzentgelt in Höhe von 298,23 € (Vorjahr 271,41 €) ermittelt (siehe Tab. 4).

Elektrokonvulsionstherapie	OPS	Mittelwert Kosten (inkl. Anästhesie)	
		Vorjahr	aktueller Wert
Grundleistung	8-630.2	385,55 €	394,58 €
Therapiesitzung	8-630.3	271,41 €	298,23 €

Tabelle 4: Elektrokonvulsionstherapie Mittelwert Kosten, Datenjahre 2018 und 2019

Repetitive transkranielle Magnetstimulation

In diesem Jahr konnte erstmalig für die repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) ein Zusatzentgelt etabliert werden. Um diese Leistung plausibilisieren zu können, wurden im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung Informationen zur Leis-

tung rTMS abgefragt, die der oben beschriebenen Abfragesystematik der Leistung EKT gleichen.

Dank der von den Krankenhäusern bereitgestellten deutlich verbesserten Datenbasis war es möglich, eine Bewertung des Zusatzentgelts für die repetitive transkranielle Magnetstimulation vorzunehmen. Die im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung zur Verfügung gestellten detaillierten Informationen erlaubten auch bei dieser Leistung eine umfassende Plausibilisierung der übermittelten Datensätze. Eine geringe Anzahl von Datensätzen konnte wegen fehlender oder fehlerhafter Kostenzuordnung nicht in die Bewertung des Zusatzentgelts einfließen. Die Bewertung des Zusatzentgelts folgt der Differenzierung des OPS-Kodes 8-632.- nach „Grundleistung“ und „Therapiesitzung“. Zusammenfassend wurde für die Grundleistung der repetitiven transkraniellen Magnetstimulation (OPS-Kode 8-632.0) ein Zusatzentgelt in Höhe von 106,29 € und für die Therapiesitzung (OPS-Kode 8-632.1) ein Zusatzentgelt in Höhe von 68,19 € ermittelt (siehe Tab. 5).

Repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS)	OPS	Anzahl Tage	Mittelwert Kosten
Grundleistung	8-632.0	434	106,29 €
Therapiesitzung	8-632.1	10.199	68,19 €

Tabelle 5: *Repetitive transkranielle Magnetstimulation, Anzahl Tage und Mittelwert Kosten, Datenjahr 2019*

Strahlentherapie

Aufgrund der unzureichenden Datenlage konnten für den PEPP-Entgeltkatalog 2021 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 Elektrokonzulsionstherapie und der repetitiven transkraniellen Magnetstimulation als dritte originär psychiatrisch-psychosomatische Zusatzentgelt-fähige Leistung identifiziert. Um die verschiedenen Vorschläge aus dem Vorschlagsverfahren besser analysieren zu können, wurden auch für das Datenjahr 2019 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 198.339 Datensätze für 11.591 identifizierbare Fälle aus 75 Kalkulationskrankenhäusern übermittelt. Damit lag zwar eine umfangreiche Datenlage vor, jedoch ist für

die Einführung weiterer medikamentenspezifischer Zusatzentgelte auch eine fachliche Bewertung erforderlich, sodass bis zur Erstellung eines mit den Fachgesellschaften abgestimmten Gesamtkonzepts keine weiteren Veränderungen in diesem Bereich vorgenommen wurden. Daher bleibt weiterhin die *Gabe von Paliperidon, intramuskulär* im PEPP-Entgeltkatalog 2021 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 ökonomischen Kosten- und den medizinischen 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 Gesamkostenebene wurde als nicht schwerwiegend eingestuft und ein Datensatz somit in die Kalkulationsmenge aufgenommen, wenn der Fehler auf Gesamkostenebene keine Auswirkung hatte.

Die medizinischen Plausibilitätsprüfungen mit Auffälligkeiten bei der Kodierung 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 5.293 voll- und teilstationären Fällen (Vorjahr: 13.929 Fälle). Davon ist mit 2.879 Fällen mehr als die Hälfte auf den vollständigen Ausschluss der Datensätze von drei Krankenhäusern zurückzuführen (0,9%).

2.414 voll- und teilstationäre Datensätze (0,7%; Vorjahr: 0,8%) mussten aufgrund schwerwiegender Fehler mit Auswirkung auf die mittleren Tageskosten von der Kalkulationsdatenmenge ausgeschlossen werden. Eine der häufigsten Ausschlussursachen vollstationärer Fälle war z.B. die fehlerhafte Kostenzuordnung auf den Stationskostenstellen. Tabelle 6 gibt einen Überblick über die Gründe, warum vollstationäre Datensätze aus der Kalkulationsdatenmenge ausgeschlossen wurden.

Kalkulations- bzw. Kodierfehler	Fallzahl
Fehlerhafte Kostenzuordnung auf Stationskostenstellen	1.078
Keine Kosten für den vollstationären Aufenthalt übermittelt	364
Kalkulationsfehler des Hauses	128
Kodierung und Kostenzuordnung stimmen nicht überein	105
Fehlende Gesamtkosten wg. Fallzusammenführung gem. Regel mit Fall ohne Kosten	73
Anzahl Anwesenheitstage stimmt nicht mit der Anzahl der übermittelten Tage mit Kosten überein	62
Keine Kosten für den Bereich Station übermittelt	59
Fehlerhafte Kostenzuordnung auf Therapiekostenstellen	8
Aufnahme wegen diagnost. Leistungen (Radiologie/Labor) bzw. OP	4
Fehlerhafte Kostenzuordnung bei kodierter Einzelbetreuung/Kleinstgruppe	3
Extrem hohe Fehlbuchungen an Einzeltagen	1
Gesamtergebnis	1.885

Tabelle 6: Ausschlussgründe für vollstationäre Datensätze, Datenjahr 2019

Insgesamt ergab sich eine neue Kalkulationsdatenbasis mit 323.102 Fällen aus 124 Einrichtungen (Abnahme von rund 2,9% gegenüber dem Vorjahr). Dies entspricht einem Anteil von rund 30,6% an den identisch selektierten Daten gem. § 21 KHEntgG (vgl. auch Tab. 3, Tab. 7).

	Fälle			Pflegetage		
	vollstationär	teilstationär	Summe	vollstationär	teilstationär	Summe
Gesamtmenge (wie geliefert)	307.902	53.130	361.032	8.485.838	1.617.030	10.102.868
Grundmenge*	277.893	50.502	328.395	7.612.022	1.494.152	9.106.174
Gesamthaus-Löschungen	2.228	651	2.879	48.526	16.883	65.409
Einzelfall-Löschungen	1.885	529	2.414	39.879	15.401	55.280
Kalkulationsmenge	273.780	49.322	323.102	7.523.617	1.461.868	8.985.485

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

Tabelle 7: Kalkulationsdatenmenge, Datenjahr 2019

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 (Thera-

pie-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 2021 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).

2.2.7 Stationsäquivalente Behandlung

Im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) hat der Gesetzgeber in § 115d SGB V die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung als neue Krankenhausleistung für psychisch Kranke mit Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit definiert. Mit der „Vereinbarung zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V“ vom 1. August 2017 wurden die Grundsätze der Leistungserbringung der stationsäquivalenten Behandlung festgelegt. Entsprechend konnten für das Datenjahr 2019 im zweiten Jahr Kostendaten für Fälle mit stationsäquivalenter Behandlung geliefert werden.

Insgesamt 12 Kalkulationskrankenhäuser lieferten Kostendaten im Erwachsenenbereich. Ein Kalkulationskrankenhaus lieferte zusätzlich Kostendaten im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie (siehe Tab. 8).

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung	Kalkulationsdaten			§ 21-Daten		
	Anzahl Einrichtungen	Fallzahl	Pflegetage	Anzahl Einrichtungen	Fallzahl	Pflegetage
QA80Z (bei Erwachsenen)	12	471	16.571	30	1.384	42.690
QK80Z (bei Kindern und Jugendlichen)	1	15	373	3	103	3.283
PF05Z (Fehlkodierung)	0	0	0	2	4	85
Gesamt	12	486	16.944	32	1.491	46.058

Tabelle 8: Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung, Datenjahr 2019

Auch im zweiten Jahr waren noch Schwierigkeiten bei der Kalkulation der stationsäquivalenten Behandlung zu verzeichnen. Nach wie vor bestanden Auffälligkeiten bei der Kostenkalkulation, beispielsweise im Hinblick auf insgesamt fehlende Kosten in Kostenstellengruppe 27 oder bei fehlender Kongruenz zwischen Kosten und OPS-Kodierung.

Des Weiteren stellt sich die Frage der Bezugsbasis der Kalkulation: tages- oder OPS-bezogene Kalkulation.

- Bei einer tagesbezogenen Kalkulation ohne Bezug zur Berufsgruppe oder zur Therapiezeit wären hohe Varianzen zwischen Tagen mit verschiedenen Berufsgruppen und Therapiezeiten zu verzeichnen.
- Bei einer OPS-bezogenen Kalkulation mit Bezug zur Berufsgruppe und zur Therapiezeit könnte nur auf eine geringe Datenbasis für OPS-Kodes mit hohen Therapiezeiten zurückgegriffen werden.

Die Ergebnisse beider Varianten waren somit aus kalkulatorischer Sicht nicht belastbar, weshalb auch im zweiten Jahr der Kalkulation für den PEPP-Entgeltkatalog 2021 keine Bewertung der stationsäquivalenten Behandlung möglich war.

2.3 Berechnung der Bewertungsrelationen

Die Methodik der Berechnung der Bewertungsrelationen sowie der Bezugsgröße ist im Vergleich zum letztjährigen PEPP-Entgeltsystem 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 Daten gem. § 21 KHEntgG
- 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 Pfllegetagen enthalten, auch wenn das Erreichen der PEPP mit weniger Pfllegetagen theoretisch mglich wre (wie z.B. bei der PEPP P003B oder P003C; vgl. Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems fr Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) fr das Jahr 2016, Kap. 2.3.1).

In diesem Jahr wurden wie bereits in den Vorjahren die PEPP TA20Z und TP20Z gemeinsam kalkuliert, da fr die PEPP TA20Z und TP20Z bei hnlichem Leistungsspektrum keine nennenswerten Kostenunterschiede zwischen den beiden Fallgruppen erkennbar waren. Die daraus resultierende hohe Fallzahl ermoglichte eine stabile Kalkulationsbasis. Zudem konnte der Einfluss der Stichprobenszusammensetzung der beiden Fallgruppen auf das Kalkulationsergebnis relativiert werden.

2.3.2 Normierung der Bewertungsrelationen

Analog zum Vorjahr wurden fr die Berechnung der Bezugsgrge zunchst alle voll- und teilstationren Flle gem. § 21 KHEntgG im Entgeltbereich „PSY“ nach dem PEPP-Entgeltsystem 2021 gruppiert. Flle in unbewerteten PEPP (Anlage 1b und 2b des PEPP-Entgeltkatalogs 2021) blieben bei der weiteren Berechnung unbercksichtigt. Fr Flle in Fehler-PEPP wurde als Schtzwert eine Bewertungsrelation von 1,0000 je Tag verwendet.

Darber hinaus wurde allen Fllen fr die relevanten Behandlungstage das entsprechende Ergnzende Tagesentgelt (siehe Kap. 2.2.6) gemf OPS-Kodierung mit der jeweiligen Bewertungsrelation zugeordnet.

Die Bezugsgrge wurde so gewhlt, dass fr voll- und teilstationre Flle in bewerteten PEPP oder Fehler-PEPP gilt:

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

Damit betrgt die durchschnittliche Bewertungsrelation je Tag (inklusive Ergnzender Tagesentgelte) 1,0000.

Die Bezugsgrge fr den PEPP-Entgeltkatalog 2021 betrgt bei dieser Methodik 273,48 €.

3 PEPP-Entgeltsystem 2021

3.1 Entwicklung der PEPP-Klassifikation: Vorgehensweise und Ergebnisse

3.1.1 Ausgangssituation

Grundlage der Weiterentwicklung der PEPP-Klassifikation waren die Daten des Jahres 2019 und damit die gemäß ICD-10-GM Version 2019 bzw. OPS Version 2019 verschlüsselbaren Diagnosen und Prozeduren sowie die nach § 301 Abs. 3 SGB V, Anlage 2, Schlüssel 6 für das Jahr 2019 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 Daten nach § 21 KHEntgG führten zu einer Verbesserung der Datengrundlage und der Kodierqualität. Durch die vereinheitlichte und differenzierte Kodierung besteht die Möglichkeit einer zunehmenden internen sowie externen Kontrolle.

Bereits für das PEPP-Entgeltsystem 2020 wurde die bisher aus 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 Kalkulationskrankenhäuser 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 ab dem PEPP-Entgeltsystem 2018 über zusätzliche Strukturkategorien – für die stationsäquiva-

lente Behandlung Erwachsener sowie für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen – abgebildet wird (siehe Kap. 3.2.9).

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-Entgeltsystem 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-Kodes 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 seit dem PEPP-Entgeltsystem 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-Kodes am selben Tag oder die mehrfache Kodierung von OPS-Kodes, die ein Ergänzendes Tagesentgelt auslösen, sind im PEPP-Entgeltsystem sogenannte Fehler-PEPP implementiert. Diese sind unverändert gegenüber den Vorjahren. Im Einzelnen handelt es sich um die folgenden PEPP:

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

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*

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-Kode für die Behandlungsart (z.B. OPS-Kodes 9-60 bis 9-63) an diesem Tag gesetzt wird.

Werden dem Grouper die Daten (OPS-Kode und Fachabteilungsschlüssel) mit Zeitstempel übergeben, erkennt der Grouper-Algorithmus die Reihenfolge (OPS-Kode für 1. Teilaufenthalt → FAB0001 oder FAB0002 → OPS-Kode für 2. Teilaufenthalt). Der OPS-Kode für den 1. Teilaufenthalt wird dann nicht verwendet und der Fall – sofern keine anderen Fehler vorliegen – in eine reguläre PEPP eingruppiert. Werden keine Zeitstempel mit OPS-Kode und FAB übergeben, kann der Grouper keine Reihenfolge ermitteln, beide OPS-Kodes bleiben gültig und der Fall wird – wegen zwei sich ausschließender OPS-Kodes 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 Abb. 7).

Tag n-1	Tag n					Tag n+1
	4 Uhr	8 Uhr	12 Uhr	16 Uhr	20 Uhr	
Psychiatrie FAB2900	Entl./Verl. FAB0001/FAB0002 Tag n 08:00 – 20:00 Uhr		Psychiatrie FAB2900			
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 liegen damit an Tag n der OPS 9-607 vor der FAB0001 bzw. FAB0002 und der OPS 9-619 danach, so entsteht durch diese Konstellation kein Fehler; für Tag n ist der OPS 9-619 gültig. Ohne Uhrzeiten (entspricht für den Grouper: Alle Daten mit Uhrzeit 00:00 Uhr) resultiert daraus die Fehler-PEPP PF04Z.

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 eingruppiert 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 2021 wurden zahlreiche Leistungen auf eine mögliche Abbildung als Zusatzentgelt untersucht. Als Ergebnis wurde zum einen für die folgenden Leistungen die Abbildung als unbewertetes Zusatzentgelt bestätigt:

ZP2021-02 *Strahlentherapie*

ZP2021-26 *Gabe von Paliperidon, parenteral*

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

Zum anderen konnte für das Zusatzentgelt für die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) im zweiten Jahr der Kalkulation ein einheitlicher Preis kalkuliert werden (siehe Tab. 4). Der Grundleistung (OPS-Kode 8-630.2) wird das Zusatzentgelt ZP73.01 und der Therapie-sitzung (OPS-Kode 8-630.3) das Zusatzentgelt ZP73.02 zugeordnet. Dies wurde aufgrund der nochmals verbesserten Datengrundlage und mehrjährigen Erfahrung der Kalkulationskrankenhäuser bei der Kostenkalkulation ermöglicht.

Des Weiteren konnte erstmals für die repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS) ein Zusatzentgelt kalkuliert werden. Ab dem PEPP-Entgeltkatalog Version 2021 wird der Grundleistung (OPS-Kode 8-632.0) das Zusatzentgelt ZP75.01 und der Therapie-sitzung (OPS-Kode 8-632.1) das Zusatzentgelt ZP75.02 zugeordnet (siehe auch Kap.2.2.3).

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

Auch für das Vorschlagsverfahren 2021 bestand eine deutliche Zurückhaltung bei Vorschlägen zur Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems.

Die Vorschläge kamen überwiegend von einzelnen Kliniken. Insgesamt waren für diese Kalkulationsrunde 17 Vorschläge (Vorjahr: 12), teilweise mit mehreren Hinweisen in einem Vorschlag, von 10 Institutionen (Vorjahr: 8) eingegangen (siehe Tab. 9).

Institution	Vorschläge
Vorschläge von Krankenhäusern/Trägern	14 (9)
Vorschläge von Verbänden	1 (2)
Vorschläge von Beratungsunternehmen	0 (0)
Vorschläge von Krankenkassen	2 (1)
Vorschläge der Selbstverwaltung	0 (0)

Tabelle 9: Vorschlagende Institutionen im Vorschlagsverfahren

Die Vorschläge bezogen sich inhaltlich in erster Linie auf einen der folgenden Themenschwerpunkte (siehe Tab. 10):

Thema	Anzahl
Zusatzentgelte	6 (9)
Kinder- und Jugendpsychiatrie	5 (2)
Allgemeine Psychiatrie	0 (0)
Psychosomatik	1 (0)
Sonstiges (Strukturen, Abrechnungsregeln, ...)	5 (1)

Tabelle 10: Inhaltliche Themenschwerpunkte im Vorschlagsverfahren

Vorschläge bezüglich der Zusatzentgelte bezogen sich mehrheitlich auf noch nicht im Datensatz identifizierbare Leistungen, wie z.B. die „Gartentherapie“ bei Demenzerkrankungen. Diese Vorschläge konnten aufgrund eines fehlenden Leistungsbezeichners somit nicht analysiert werden. Vorschläge, die sich primär auf Abrechnungsbestimmungen bezogen, wurden generell an die Selbstverwaltung weitergeleitet. Vorschläge, die sich primär auf die Einführung von OPS-Kodes für bestimmte Leistungen bezogen, wurden an das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), jetzt Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), weitergeleitet. Alle anderen Vorschläge wurden vom InEK eingehend geprüft und in Bezug auf ihre Relevanz für das PEPP-Entgeltsystem 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 Erweiterung der Bezeichnung der Strukturkategorie *Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)* um den Begriff der Psychosomatik,
- die Etablierung eines Zusatzentgelts für die *Diagnostik bei Verdacht auf eine Gefährdung des Kindeswohls bzw. der Kindergesundheit* (OPS-Kode 1-945),
- die Etablierung eines Zusatzentgelts für eine HIV-Postexpositionsprophylaxe,
- die Aufhebung der Einteilung nach voll-, teilstationär oder stationsäquivalent und Abbildung über die Fachabteilung der Fälle,
- die Berücksichtigung des bestehenden Zusatzentgelts für Paliperidon nur bei der Indikation einer Schizophrenie (ICD-Kodes F20.-).

Aus dem Vorschlagsverfahren 2021 konnten zwei Vorschläge in das PEPP-Entgeltsystem 2021 integriert werden. 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,
- der fehlende Kostenunterschied zwischen Fällen mit und ohne jeweils untersuchte Leistungsbezeichner oder
- die fehlende Erkennbarkeit der spezifischen Leistungen im Datensatz.

3.1.5.5 Ergebnisse der umgesetzten Vorschläge

Unter der Strukturkategorie *Kinder- und Jugendpsychiatrie (voll- und teilstationär)* sind auch Leistungen durch psychosomatische Fachabteilungen definiert. Seit dem PEPP-Entgeltsystem 2020 ist u.a. die Fachabteilung 3110 (Psychosomatik/Psychoth./Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik) in den Zugangsbedingungen der Strukturkategorie enthalten. Aufgrund dessen wurden die Bezeichnungen der Strukturkategorien entsprechend geändert in:

- „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychosomatik, vollstationär“
- „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychosomatik, teilstationär“.

Seit mehreren Jahren wurden Vorschläge im PEPP-Vorschlagsverfahren eingereicht, die eine Etablierung eines Zusatzentgelts für die *Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit* vorgeschlagen haben. Im somatischen Bereich sind die OPS-Kodes aus dem Bereich 1-945 seit dem G-DRG-System 2018 über ein unbewertetes Zusatzentgelt erlösrelevant. Im aktuellen Datenjahr (2019) waren erstmalig Fälle mit entsprechenden Kodes enthalten. Aufgrund dessen konnte für das PEPP-Entgeltsystem 2021 ein unbewertetes Zusatzentgelt für die *Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit* analog dem G-DRG-System etabliert werden (ZP2021-90).

3.1.5.6 Darstellung der nicht umgesetzten Vorschläge

Es wurde vorgeschlagen, für die HIV-Postexpositionsprophylaxe ein Zusatzentgelt zu etablieren. Laut Vorschlag werden die Tageskosten für eine Kombination verschiedener Präparate in der PEPP-Systematik nicht adäquat berücksichtigt. Bei diesem Vorschlag handelte es sich nicht um einen Vorschlag der Fachgesellschaft, sondern um eine Einzelfallbeschreibung eines Krankenhauses. In den Ergänzenden Daten finden sich Fälle mit entsprechenden Präparaten und vergleichsweise geringen Kosten von rund 25 Euro pro Tag. Da für die meisten Präparate bereits Generika verfügbar sind, ist mit einem Preisrückgang in den nächsten Jahren zu rechnen. Vorgeschlagen wurde das ZE für die HIV-Postexpositionsprophylaxe (HIV-PEP). Da die Präparate nicht nur als HIV-PEP, sondern u.a. auch als HIV-PrÄP (HIV-Prä-Expositionsprophylaxe) gegeben werden, können diese Fälle in der Ergänzenden Datenbereitstellung nicht einwandfrei identifiziert werden. Regelmäßig konnte aufgrund der geringen Tageskosten und dem zu erwartenden Preisrückgang kein ZE etabliert werden.

Wie schon in den letzten Jahren wurde auch im PEPP-Vorschlagsverfahren 2021 ein Vorschlag in Bezug auf das ZE für Paliperidon eingereicht. Dieser aktuelle Vorschlag zielt darauf ab, das bestehende Zusatzentgelt für Paliperidon ausschließlich bei der Indikation Schizophrenie (ICD-Kodes F20.-) zu berücksichtigen. In der ergänzenden Datenbereitstellung zeigt sich Paliperidon weiterhin als das kostenauffälligste und am häufigsten verwendete Depot-Antipsychotikum. Die Kosten sind dabei unabhängig von der Indikation auffällig, sodass sich im Ergebnis daher keine Änderungen beim Zusatzentgelt für Paliperidon ergeben haben.

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:

- Kodierte Leistungen (OPS-Kode)
- Nebendiagnosen und Begleiterkrankungen
- Weitere Falldaten, wie z.B. Alter
- Weitere mögliche Veränderungen, z.B. resultierend aus Anträgen oder eigenen Analysen

Daraus ergibt sich eine Vielzahl von Einzelberechnungen. Diese werden auf den Kalkulationsdaten des Datenjahres 2019 hinsichtlich der Abbildung von Kostenunterschieden analysiert. Ebenso erfolgen Analysen auf den gesamten Daten nach § 21 KHEntgG hinsichtlich der Auswirkungen auf das PEPP-Entgeltsystem 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-Entgeltsystem 2021 waren in erster Linie die im Datenjahr 2019 von den Kalkulationskrankenhäusern verschlüsselten Leistungsbezeichner in Form von ICD-10-GM und OPS, jeweils in der Version 2019.

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-Entgeltsystem verwendete Diagnose- bzw. Leistungsbezeichner,
- Leistungen, die eine Eignung als Kostentrenner erwarten lassen, deren Leistungsbezeichner (OPS-Kodes) 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, jetzt Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), und den Fachgesellschaften eine Ergänzung oder Änderung des ICD oder OPS für 2020 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.

3.2.4 Diagnosen

Wie auch in den Vorjahren wurden alle bisher im PEPP-Entgeltsystem 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.

Diagnosen, die bereits in vielen PEPP gruppierungsrelevant sind, beschreiben vor allem erschwerende, somatische Begleiterkrankungen, wie beispielsweise sekundäre bösartige Neubildungen, terminale Niereninsuffizienz oder primäre pulmonale Hypertonie. Ebenfalls als kostentrennend wirken Indizes für Funktionseinschränkungen, wie z.B. schwere motorische Funktionseinschränkungen. Im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung konnten weitere Diagnosen in einzelnen PEPP aufgewertet bzw. erstmals berücksichtigt werden. Tabelle 11 zeigt die Diagnosen, die erstmalig im PEPP-Entgeltsystem 2021 gruppierungsrelevant geworden sind, mit der jeweils angesteuerten PEPP.

Diagnose	ICD	PEPP
Pulmonale Hypertonie	I27.0 primäre pulmonale Hypertonie	PA04B

Tabelle 11: Erstmals im PEPP-Entgeltsystem 2021 in der jeweiligen PEPP gruppierungsrelevante Diagnose

Eine Vielzahl von Diagnosen, die sich in den Vorjahren als Kostentrenner erwiesen haben, konnten für das PEPP-Entgeltsystem 2021 in weiteren PEPP als Splitkriterium aufgenommen werden (siehe Tab. 12).

Diagnosen	ICD	PEPP
Konsum psychotroper Substanzen bei durch diese verursachten psychischen und Verhaltensstörungen	U69.30 Intravenöser Konsum von Heroin	PA04B
	U69.32 Intravenöser Konsum sonstiger psychotroper Substanzen	
Mittelschwere motorische Funktionseinschränkung	U50.30 Barthel-Index: 40–55 Pkt.	PA02B
	U50.31 Motorischer FIM: 43–58 Pkt.	PA03A
Schwere, sehr schwere motorische Funktionseinschränkung	U50.40 Barthel-Index: 20–35 Pkt.	PA02B
	U50.41 Motorischer FIM: 31–42 Pkt.	PA03A
	U50.50 Barthel-Index: 0–15 Pkt.	PA04B
	U50.51 Motorischer FIM: 13–30 Pkt.	

Tabelle 12: Neu aufgenommene Diagnosen zur Abbildung kostenaufwendiger Fälle in den jeweiligen PEPP

Die Diagnosen für mittelschwere, schwere oder sehr schwere motorische Funktionseinschränkungen sind im PEPP-Entgeltsystem 2020 bereits in den PEPP PA15A *Organische Störungen [...], Alzheimer-Krankheit [...]* mit erhöhtem Aufwand bzw. PA15B gruppierungsrelevant. Für das PEPP-Entgeltsystem 2021 konnte die Gruppierungsrelevanz für motorische Funktionseinschränkungen deutlich erhöht werden (siehe Übersicht Tab. 13).

ICD	Text	2020	2021 neu dazu
U50.0-	Keine/geringe motorische Funktionseinschränkung		
U50.1-	Leichte motorische Funktionseinschränkung		
U50.2-	Mittlere motorische Funktionseinschränkung		
U50.3-	Mittelschwere motorische Funktionseinschränkung	PA15B	PA02B, PA03A
U50.4-	Schwere motorische Funktionseinschränkung	PA15A	PA02B, PA03A, PA04B
U50.5-	Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung	PA15A	PA02B, PA03A, PA04B

Tabelle 13: Steigende Gruppierungsrelevanz der Diagnosen für motorische Funktionseinschränkungen

Die systematischen Analysen der Diagnosen beinhalten nicht nur die Untersuchungen auf teure Fälle oder aufwendige Diagnosen, sondern auch die Prüfung, ob Diagnosen noch einen Mehraufwand beschreiben bzw. ob die Fälle PEPP-entsprechende Kosten aufweisen. Auf diese Weise wurden Diagnosen identifiziert, deren Kosten in bestimmten PEPP den potentiellen Mehraufwand nicht mehr begründen. Diese wurden entsprechend neu zugeordnet.

Einige Diagnosen, die sich in den Vorjahren als Kostentrenner erwiesen haben, zeigten keine kostentrennende Wirkung mehr für das PEPP-Entgeltsystem 2021 (siehe Tab. 14). Die Fälle werden zukünftig neu abgebildet.

Diagnosen	ICD	PEPP
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	F10.4 Entzugssyndrom mit Delir	PA15A ↓ PA15B
Leichte Intelligenzmin- derung	F70.1 Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	PA15B ↓ PA15C
Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter	E66.02 Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr E66.92 Adipositas, nicht näher bezeichnet	PA03A ↓ PA03B PA04B ↓ PA04C
Anorexia nervosa	F50.1 Atypische Anorexia nervosa F50.2 Bulimia nervosa F50.08 Sonstige und nicht näher bezeichnete Anorexia nervosa	PK04A ↓ PK04B

Tabelle 14: Fallende Gruppierungsrelevanz bestimmter Diagnosen

Im Folgenden sind die Veränderungen in Bezug auf Diagnosen nach PEPP sortiert aufgelistet.

■ **Basis-PEPP PA02** *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen*

Fälle, welche die Diagnosen für *mittelschwere, schwere oder sehr schwere motorische Funktionseinschränkungen* aufweisen, werden im PEPP-Entgeltsystem 2021 in der PEPP PA02B abgebildet. Des Weiteren werden Fälle mit einem Alter über 74 Jahre in die PEPP PA02B aufgewertet.

■ **Basis-PEPP PA03** *Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen*

Analog zur Basis-PEPP PA02 werden Fälle mit den Diagnosen für *mittelschwere, schwere oder sehr schwere motorische Funktionseinschränkungen* im PEPP-Entgeltsystem in die PEPP PA03A aufgewertet. Darüber hinaus zeigten Fälle mit Diagnosen für *Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr und nicht näher bezeichnet: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter* nicht die entsprechenden Kosten im Vergleich zu anderen Fällen der PEPP PA03A, sodass diese Fälle zukünftig in der PEPP PA03B abgebildet werden.

■ **Basis-PEPP PA04** *Affektive, [...] somatoforme und Schlafstörungen*

Im Gegensatz zu den Basis-PEPP PA02 und PA03 werden in der Basis-PEPP PA04 lediglich Fälle mit *schweren oder sehr schweren motorischen Funktionseinschränkungen* aufgewertet. Ab dem PEPP-Entgeltsystem 2021 werden die betroffenen Fälle in die PEPP PA04B eingruppiert. Darüber hinaus werden Fälle mit *primärer pulmonaler Hypertonie* von der PEPP PA04C in die PEPP PA04B aufgewertet. Ebenfalls werden Fälle mit den Diagnosen für den *intravenösen Konsum von Heroin und sonstiger psychotroper Substanzen* in der PEPP PA04B abgebildet und damit aufgewertet. Des Weiteren zeigten die Diagnosen für *Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr und nicht näher bezeichnet: Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter* keine kostentrennende Wirkung mehr, sodass diese Diagnosen kostenentsprechend von der PEPP PA04B in die PEPP PA04C abgewertet wurden.

■ **Basis-PEPP PA15** *Organische Störungen [...], Alzheimer-Krankheit*

In der Basis-PEPP PA15 zeigten sowohl Fälle mit den Diagnosen für *psychische Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir* als auch für *leichte Intelligenzminderung: deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert* keine PEPP-entsprechenden Kosten. Aufgrund dessen wurden die Fälle mit *psychischen Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir* der PEPP PAPA15B und Fälle mit *leichter Intelligenzminderung: deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert* aus der PEPP PA15B der PEPP PA15C kostenentsprechend neu zugeordnet.

■ Basis-PEPP PK04 Affektive [...] und Schlafstörungen (KJP)

In der Strukturkategorie *Kinder- und Jugendpsychiatrie* werden Fälle mit den Diagnosen für die *atypische Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und sonstige und nicht näher bezeichnete Anorexia nervosa* kostenentsprechend neu der PEPP PK04B zugeordnet.

3.2.5 COVID-19

Basierend auf Analysen der unterjährigen Datenerfassung 2020 und der zu erwartenden weiteren Bedeutung der Diagnose *COVID-19, Virus nachgewiesen* wurde diese Diagnose als gruppierungsrelevant in das PEPP-Entgeltsystem integriert. Im Datenjahr 2019 lagen weder Fälle noch Kosten vor. Die Einordnung der Diagnose *COVID-19, Virus nachgewiesen* erfolgte daher in Analogie bestimmter, bereits gruppierungsrelevanter Diagnosen für Pneumonie. Damit ergibt sich, dass die Fälle in vielen Basis-PEPP in die jeweils am höchsten bewertete PEPP eingruppiert werden (siehe Tab. 15).

PA02B	PA03A	PA04A (+Alter ≥ 65 Jahre), PA04B	PA14A	PA15A	PK02A	PP04A
-------	-------	-------------------------------------	-------	-------	-------	-------

Tabelle 15: Gruppierungsrelevanz der Diagnose für COVID-19, Virus nachgewiesen

3.2.6 Prozeduren

Die im Bereich Psychiatrie und Psychosomatik (Geltungsbereich § 17d KHG) zur Verfügung stehenden Leistungsbezeichner (OPS-Kodes) wurden ähnlich wie die Diagnosen in vollem Umfang analysiert. Tabelle 16 enthält eine Übersicht über die Prozeduren, die im PEPP-Entgeltsystem 2021 zusätzliche Gruppierungsrelevanz erhielten.

OPS-Kode	Inhalt	PEPP
9-61(9/a/b)	Intensivbehandlung Erwachsene ab 3 Merkmalen	<u>PA02B (> 13 PT), PA03A, PA15B,</u> P003B, PA01A, PA02C, PA04A, PA14A
9-649	Einzeltherapieeinheiten Erwachsene	<u>PP04A,</u> PA02A, PA03A, PA04A, PA14A, PK10A
9-984.7	Pflegebedürftigkeit ab Grad 2	<u>PK14B,</u> PP04A, PA02B, PA03A, PA04B, PA14A
9-672	Intensivbehandlung KJP	<u>PK03A,</u> PK10A, PK04A, PK14A, PK01A, PK02A
9-693	Erhöhter Betreuungsaufwand (1:1 Betreuung/Kleinstgruppe) KJP	<u>PK10A,</u> PK01A, PK02A, PK04A, PK14A

Tabelle 16: Leistungsbezeichner mit veränderter Gruppierungsrelevanz im PEPP-Entgeltsystem 2021 (PEPP mit neuer Verwendung sind fett und unterstrichen dargestellt; PT: Pflagetage).

3.2.6.1 Funktion „Intensivbehandlung bei Erwachsenen ab 3 Merkmalen“

Ein hoher Anteil an Intensivbehandlung bei Erwachsenen ist seit einiger Zeit im PEPP-Entgeltsystem gruppierungsrelevant. Ein hoher Anteil „Intensivbehandlung bei Erwachsenen, ab 3 Merkmalen“ ist als globale Funktion definiert und liegt vor, wenn an mehr als 50% der Pflgetage mit einer Gültigkeit von mehr als 2 Tagen und einer Anwesenheit von mehr als 2 Pflgetagen eine Intensivbehandlung mit mindestens 3 Merkmalen durchgeführt wurde (OPS 9-619, 9-61a, 9-61b).

In der Basis-PEPP PA02 *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* ist diese Funktion bereits gruppierungsrelevant, sodass die betroffenen Fälle in der PEPP PA02C abgebildet sind. Für das PEPP-Entgeltsystem 2021 konnten langliegende Fälle, die zum einen die Funktion „Intensivbehandlung bei Erwachsenen, ab 3 Merkmalen“ erfüllen und zum anderen mehr als 13 Pflgetage aufweisen, in die PEPP PA02B *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, [...] mit hoher Therapieintensität [...]* aufgewertet werden. Des Weiteren werden Fälle, die die Voraussetzungen dieser Funktion erfüllen, zukünftig innerhalb der Basis-PEPP PA03 der PEPP PA03A *Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen, [...] mit hoher Therapieintensität, [...]* und innerhalb der Basis-PEPP PA15 der PEPP PA15B *Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, [...] mit hoher Therapieintensität [...]* zugeordnet und damit aufgewertet.

3.2.6.2 Einzeltherapieeinheiten bei Erwachsenen

Die Funktion „Hoher Anteil Einzeltherapie“ ist bereits an mehreren Stellen im PEPP-Entgeltsystem gruppierungsrelevant (Tab. 17).

Funktion	Kodes	Faktor	PEPP 2020
Hoher Anteil Einzeltherapie	Durchschnittlich 1 gewichtete Einzel-TE pro Tag <ul style="list-style-type: none"> • Einzeltherapie Ärzte • Einzeltherapie Psychologe • Einzeltherapie Spezialtherapeut bei ≥ 10 gewichteten TE und Aufenthalt > 3 Tage	1 0,8 0,6	PA02A PA02B PA02C PA03A PA04A PA04B PA14A PK10A

Tabelle 17: Bisherige Gruppierungsrelevanz der „Einzeltherapieeinheiten (TE) bei Erwachsenen“ im PEPP-Entgeltsystem

Sowohl in der allgemeinen Psychiatrie als auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie findet diese seit Jahren etablierte Funktion große Anwendung und führt dazu, dass Fäl-

le entsprechend ihrem Aufwand höhergruppiert werden. Für das PEPP-Entgeltsystem 2021 konnte diese Relevanz erstmalig auch für die Strukturkategorie *Psychosomatik Anwendung* finden. Somit werden Fälle mit einem hohen Anteil an Einzeltherapie aus der PEPP PP04B *Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, [...] ohne hohe Therapieintensität, [...] in die PEPP PP04A Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, [...] mit hoher Therapieintensität [...] aufgewertet.*

3.2.6.3 Pflegebedürftigkeit (OPS-Kode 9-984)

Im G-DRG-Vergütungssystem werden u.a. die aufwendigen pflegerischen Leistungen über die OPS-Kodes für den PKMS (Pflegekomplesmaßnahmen-Score für 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 (G-DRG-System) beschränkt. Darüber hinaus wurden nach Ausgliederung der Pflege aus dem G-DRG-System die Codes für den PKMS für den OPS Version 2020 aus der OPS-Klassifikation gestrichen. Pflegerische Leistungen werden in der Vergütung durch das PEPP-Entgeltsystem zum einen durch erbrachte Leistungen wie z.B. 1:1-Betreuung oder Krisenintervention abgebildet, zum anderen spielen Patientenmerkmale wie motorische oder kognitive Funktionseinschränkungen und die Pflegegrade nach SGB XI eine Rolle. Letztere sind bereits seit dem PEPP-Entgeltsystem 2016 über den OPS-Kodebereich 9-984 berücksichtigt.

Bereits im PEPP-Entgeltsystem 2019 wurde die Relevanz der Pflegegrade auf den Bereich der stationären Psychosomatik ausgeweitet. Für das PEPP-Entgeltsystem 2021 konnte diese Gruppierungsrelevanz weiter gesteigert werden und findet somit auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie steigende Berücksichtigung. Fälle ab einem Pflegegrad 3 werden zukünftig in die PEPP PK14B *Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Stör., Alter 8-13 J. od. mit erhöhter Pflegebed., [...] eingruppiert.* Die aktuelle Relevanz der Pflegegrade ist in Tabelle 18 dargestellt.

Pflegegrad 2				PA02B		PA04B			
Pflegegrad 3	PK01A				PA03A		PA14A	PA15B	PP04A
Pflegegrad 4 + 5	PK02A	<u>PK14B</u>	PA01A	PA02A		PA04A		PA15A	P003B

Tabelle 18: Berücksichtigung der Pflegebedürftigkeit im PEPP-Entgeltsystem 2021. Die Tabelle zeigt, welcher Pflegegrad in welcher PEPP mit einer Aufwertung verbunden ist (erstmalige Verwendung im PEPP-Entgeltsystem 2021 unterstrichen)

3.2.7 Strukturkategorie *Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychosomatik*

Wie bereits im Kapitel „Vorschlagsverfahren“ beschrieben, wurde die Strukturkategorie *Kinder- und Jugendpsychiatrie* sowohl für die vollstationären als auch für die teilstationären Fälle umbenannt, sodass auch die psychosomatischen Leistungen gekennzeichnet sind.

3.2.7.1 Split der Basis-PEPP PK03 *Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen*

Die PEPP PK03Z *Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen* wurde für das PEPP-Entgeltsystem 2021 in die PEPP PK03A *Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen mit Intensivbehandlung* und die PEPP PK03B *Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen ohne Intensivbehandlung* differenziert (siehe Abb. 8).

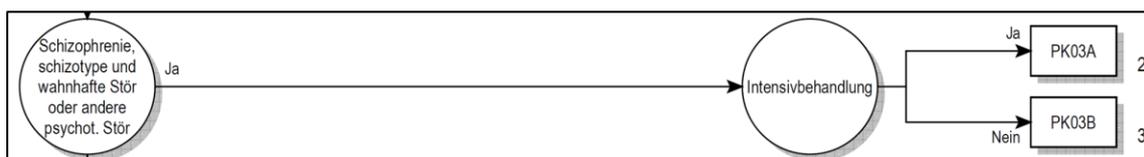


Abbildung 8: Split der Basis-PEPP PK03

Es stellte sich heraus, dass Fälle mit einer Intensivbehandlung an über 50% der Pflegetage (bei einer Gültigkeit des Codes an mehr als 2 Tagen) deutlich höhere Kosten aufwiesen als andere Fälle in der PEPP PK03Z. Aufgrund dessen wurde die PEPP PK03Z anhand der Funktion „Intensivbehandlung KJP“ differenziert. Die Relevanz der Intensivbehandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie konnte demnach erneut erweitert werden. Die bereits bestehende Gruppierungsrelevanz dieser Funktion konnte auch für das PEPP-Entgeltsystem 2021 bestätigt werden.

3.2.7.2 Mäßig erhöhter Betreuungsaufwand bei Kindern und Jugendlichen

Die Funktion „Mäßig erhöhter Betreuungsaufwand bei Kindern und Jugendlichen“ führt in vielen PEPP der KJP in die am höchsten bewertete PEPP. Die Bedingung dieser Funktion wird erfüllt, wenn in Summe mehr als 40 Stunden eine Einzelbetreuung (OPS 9-693.1*) oder intensive Betreuung in einer Kleinstgruppe (OPS 9-693.0*) stattfindet. Auch in der im PEPP-Entgeltsystem 2020 neu etablierten PEPP PK10B *Ess- oder Fütterstörungen ohne hohe Therapieintensität, ohne Intensivbehandlung [...]* zeigten Fälle, die diese Funktion erfüllen, höhere Tageskosten als andere Fälle in dieser PEPP.

Durch Aufnahme dieser Funktion in die Bedingung der PEPP PK10A *Ess- und Fütterstörungen mit hoher Therapieintensität oder mit Intensivbehandlung oder mit erhöhtem Betreuungsaufwand [...]* werden betroffene Fälle ihren Kosten entsprechend aufgewertet (siehe Abb. 9).

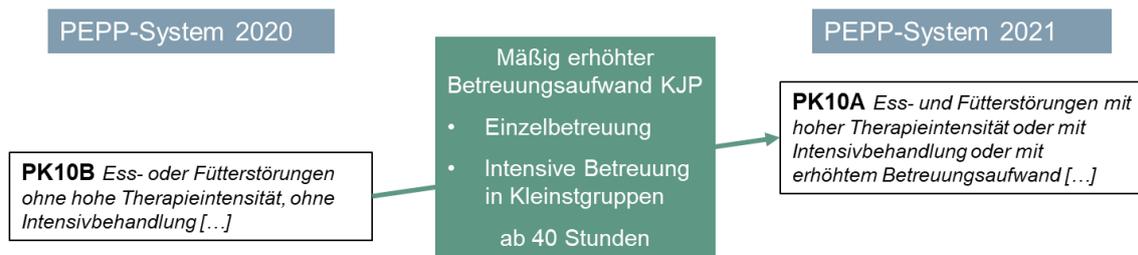


Abbildung 9: Aufnahme der Funktion „Mäßig erhöhter Betreuungsaufwand“ in die Bedingung der PEPP PK10A

3.2.8 Weitere Umbauten

In der allgemeinen Psychiatrie zeigten sich Fälle mit einem Alter höher als 74 bzw. 79 Jahren mit höheren Tageskosten verbunden im Vergleich zu den anderen Fällen der jeweiligen PEPP.

- Aufwertung von Fällen ≥ 75 Jahren in die PEPP PA02B *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Alter > 74 Jahre [...]*
- Aufwertung von Fällen ≥ 80 Jahren in die PEPP P003B *Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung, Krisenintervention und komplexer Entlassungsaufwand mit sehr hohem Aufwand [...]* oder *Alter > 79 Jahre*

3.2.9 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.

Je nach OPS-Kode werden 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 eingruppiert.

Für weitere detaillierte Informationen verweisen wir an dieser Stelle auf den PEPP-Abschlussbericht für das PEPP-Entgeltsystem 2020.

Aufgrund unzureichender Datengrundlage war es noch nicht möglich, für die betreffenden PEPP Relativgewichte für das Datenjahr 2019 zu kalkulieren (siehe dazu auch Kap. 2.2.7).

4 Fazit

Auf Basis weiter verbesserter Kosten- und Leistungsdaten sowie umfangreicher Analysen konnte auch für das Jahr 2021 eine Vielzahl von Detailumbauten des PEPP-Systems umgesetzt werden, die zu einer weiter verbesserten Sachgerechtigkeit der Abbildung psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen im Entgeltsystem beitragen.

Unter anderem konnte die Bedeutung der Prozeduren für personal- und insbesondere pflegeintensive Leistungen weiter gesteigert werden; dies unterstreicht die Relevanz der Prozeduren in der PEPP-Systematik. Dabei fanden u.a. die Intensivbehandlung und die Pflegebedürftigkeit sowohl in der Erwachsenenpsychiatrie als auch in der Strukturkategorie *Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychosomatik* eine erweiterte Berücksichtigung. Ebenfalls konnten Fälle mit einem hohen Anteil an Einzeltherapieeinheiten in der allgemeinen Psychiatrie weiter aufgewertet werden. Nicht nur die Bedeutung der Prozeduren konnte für das PEPP-Entgeltsystem erhöht werden, auch hinsichtlich insbesondere somatischer Nebendiagnosen werden ab 2021 entsprechende Fälle noch differenzierter abgebildet. Dies betrifft beispielsweise die Diagnosen für erhebliche motorische Funktionseinschränkungen, deren Gruppierungsrelevanz erheblich gesteigert werden konnte, was einer deutlichen Aufwertung der Versorgung dieser Patienten mit erheblichen Einschränkungen entspricht.

Durch die Änderung der Bezeichnung der Strukturkategorie *Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychosomatik* werden die verschiedenen Leistungen auch im Namen der Kategorie deutlich. Darüber hinaus konnte mit dem Split der PEPP PK03Z eine differenziertere Abbildung für Kinder mit Intensivbehandlung umgesetzt werden.

Auf Basis einer verbesserten Datengrundlage im Datenjahr 2019 konnte des Weiteren nicht nur ein Zusatzentgelt für die repetitive transkranielle Magnetstimulation kalkuliert, sondern auch ein unbewertetes Zusatzentgelt für die Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit in den PEPP-Entgeltkatalog 2021 aufgenommen werden.

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. Seit dem Jahr 2018 sind stationsäquivalente Behandlungen mit dem OPS-Kode 9-701* (bei Erwachsenen) oder 9-801* (bei Kindern und Jugendlichen) zu kodieren. Die derzeitige Datenbasis erlaubt noch keine Bewertung der stationsäquivalenten Behandlung mit einheitlichen Relativgewichten. Eine weitere Verbesserung der Datengrundlage kann zukünftig sowohl die Bewertung von PEPP für die stationsäquivalente Behandlung als auch ggf. eine weitere Differenzierung der entsprechenden PEPP-Entgelte für die stationsäquivalente Behandlung ermöglichen.

5 Perspektiven der Weiterentwicklung

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vom 19. Dezember 2016 wurde in § 4 BpflV ein leistungsbezogener Krankenhausvergleich eingeführt. Im Sinne der Transparenz und der Unterstützung bei Budgetverhandlungen ist den Vertragsparteien ein leistungsbezogener Vergleich auf Bundes- und Bundeslandebene möglich. Mit der Vereinbarung nach § 9 Abs. 1 Nr. 9 BpflV zu den näheren Einzelheiten des leistungsbezogenen Vergleichs nach § 4 BpflV (Psych-Krankenhausvergleichs-Vereinbarung) haben die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene die Datengrundlage, die Darstellung der Ergebnisse, die Definition der Vergleichsgruppen, die Datenübermittlung an das InEK sowie die Zugangsrechte für die Anwender des Krankenhausvergleichs geregelt. Somit können die gewonnenen Informationen erstmals bei den Budgetverhandlungen 2020 herangezogen werden. Hierbei bilden budgetrelevante Leistungen, vereinbarte Entgelte und Nachweise zur personellen Ausstattung sowie mögliche regionale und strukturelle Besonderheiten die Basis für die Vergleiche. Die Vereinbarungsergebnisse zu den regionalen und strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung sollen zukünftig ebenfalls Impulse für die Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems liefern.

Gem. § 6 Abs. 4 BpflV können ab dem Jahr 2020 für die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die mit den derzeitigen bewerteten PEPP-Entgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden, erstmals zeitlich befristete Entgelte außerhalb des Gesamtbetrags nach § 3 Abs. 3 BpflV vereinbart werden. In Anlehnung an das NUB-Verfahren im G-DRG-System können Krankenhäuser erstmalig seit 2019 bis zum 31. Oktober des Jahres für das Folgejahr NUB-PEPP-Anfragen beim InEK einreichen.

Die Kalkulation eines bundeseinheitlichen Entgeltkatalogs bleibt weiterhin die Basis des Entgeltsystems in der Psychiatrie und Psychosomatik. Entsprechend wird das leistungsgerechte PEPP-Entgeltsystem für 2022 weiterentwickelt werden. Dabei sind insbesondere Leistungen der stationsäquivalenten Behandlung in den Kalkulationsdaten und ggf. aus dem NUB-PEPP-Verfahren gewonnene Erkenntnisse tiefer analysierbar.

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

Die Kostendatenerhebung im kommenden Jahr (Datenjahr 2020) erhält aufgrund der Auswirkungen der SARS-Cov-2-Pandemie eine besondere Bedeutung. Die Auswirkungen der Pandemie werden sich in den Leistungs- und Kostendaten widerspiegeln. Ein umsichtiger Umgang mit den erhobenen Daten im Rahmen der Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems ist entsprechend geboten.

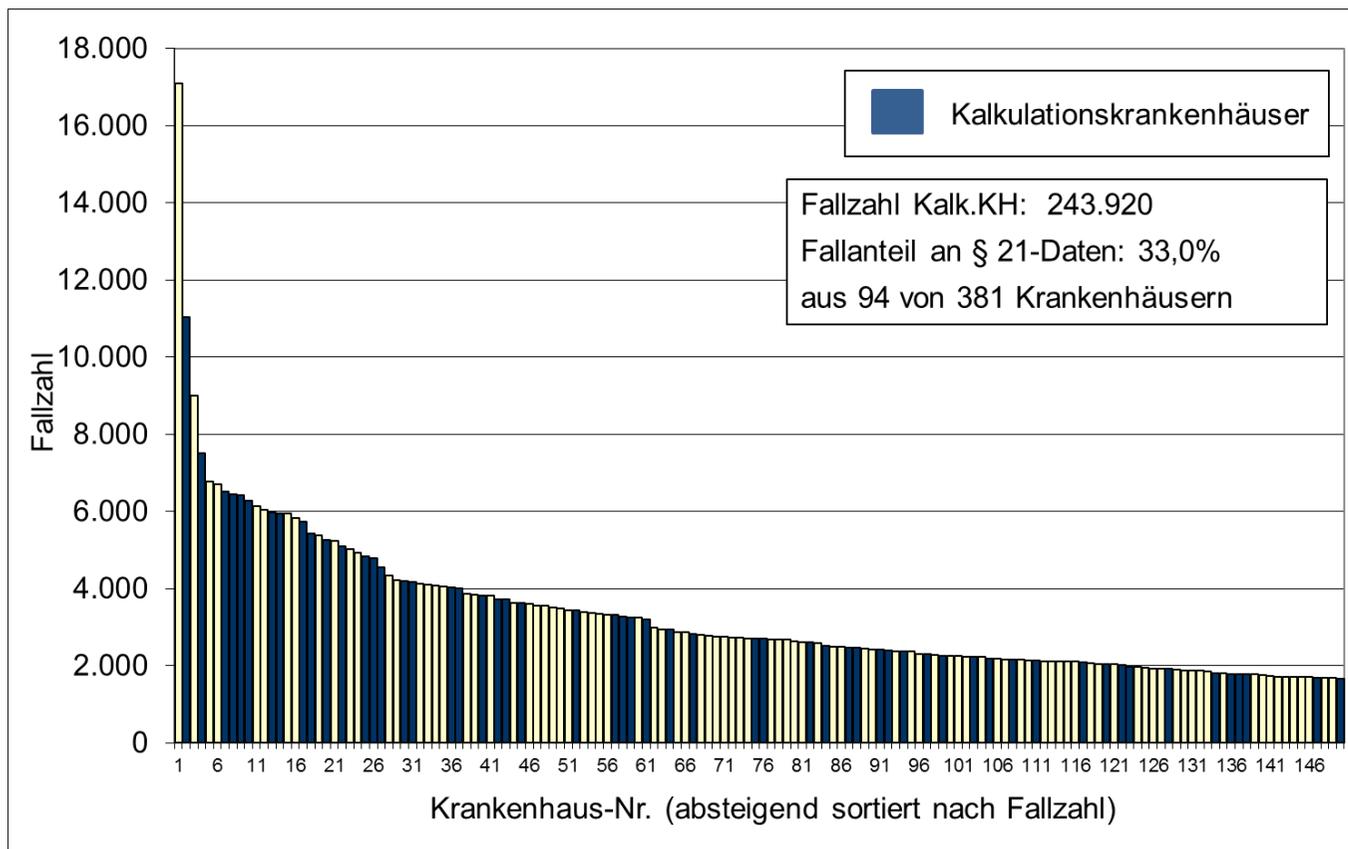
Anhang

Übersicht

- Anhang A-1: Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich Psychiatrie, Datenjahr 2019
- Anhang A-2: Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie, Datenjahr 2019
- Anhang A-3: Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich Psychosomatik, Datenjahr 2019

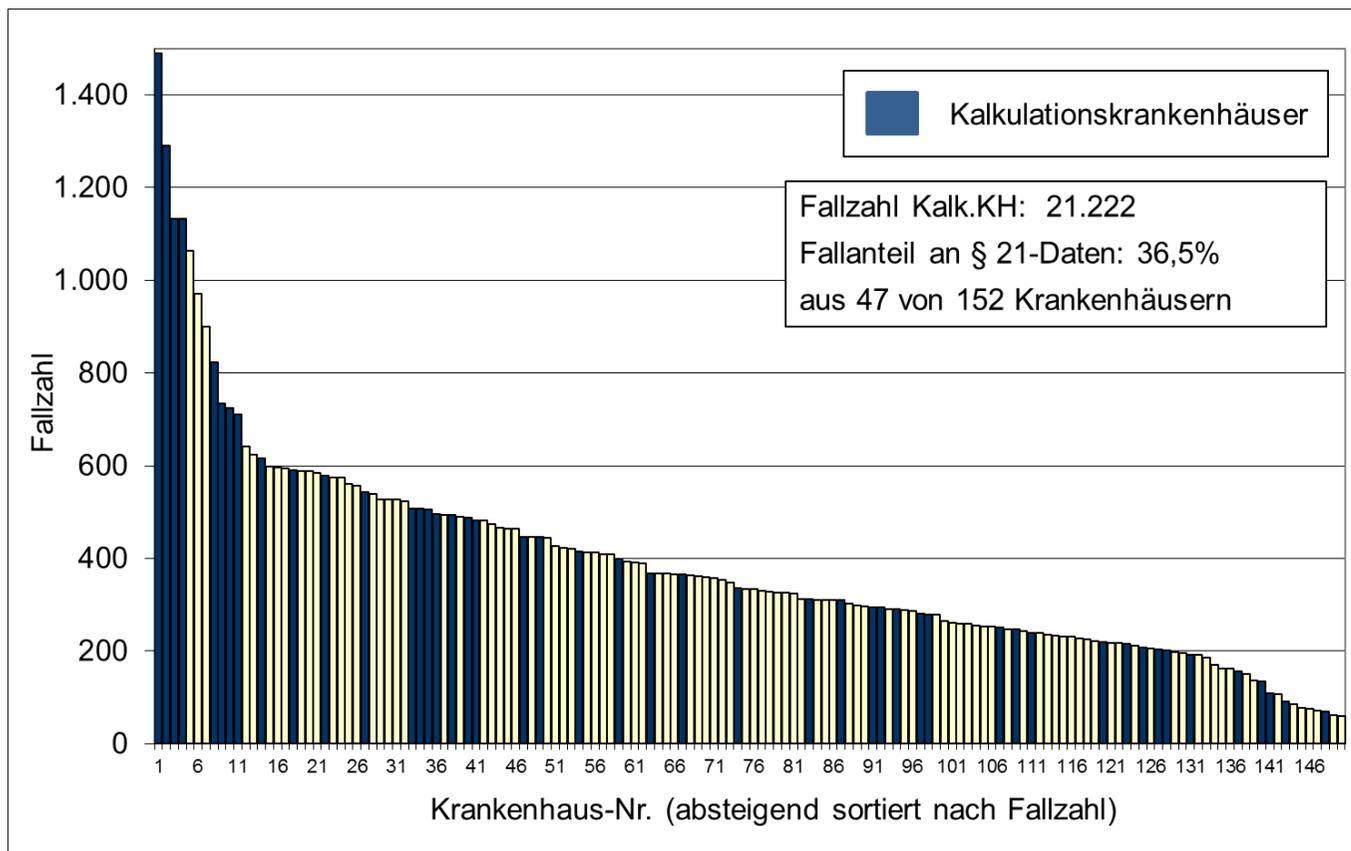
A-1 Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich Psychiatrie, Datenjahr 2019

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; die Kalkulationskrankenhäuser sind farbig markiert. Es wird deutlich, dass die Kalkulationsstichprobe bezüglich der Fallzahl die Grundgesamtheit gut abdeckt (Fallanteil Vorjahr: 35,6%).



A-2 Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie, Datenjahr 2019

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; die Kalkulationskrankenhäuser sind farbig markiert. Es wird deutlich, dass die Kalkulationsstichprobe bezüglich der Fallzahl die Grundgesamtheit gut abdeckt (Fallanteil Vorjahr: 39,4%).



A-3 Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich Psychosomatik, Datenjahr 2019

In der folgenden Abbildung sind die 150 fallzahlstärksten Krankenhäuser (vollstationäre Fälle nach Fallzusammenführung) im Bereich **Psychosomatik** grafisch dargestellt; die Kalkulationskrankenhäuser sind farbig markiert. Es wird deutlich, dass die Kalkulationsstichprobe bezüglich der Fallzahl die Grundgesamtheit gut abdeckt (Fallanteil Vorjahr: 29,2%).

