

InEK

Abschlussbericht

Entwicklung eines
pauschalierenden
Entgeltsystems für
Psychiatrie und
Psychosomatik (PEPP)
für das Jahr 2013

Siegburg, den 10. Januar 2013

Institut für das
Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
Auf dem Seidenberg 3
53721 Siegburg

Telefon 0 22 41 - 93 82 - 0
Fax 0 22 41 - 93 82 - 36

Inhaltsverzeichnis

	Seite
VORWORT	1
1 EINFÜHRUNG	2
2 METHODIK	4
2.1 Datenerhebung.....	4
2.1.1 Grundsätze der Kalkulation	4
2.1.2 Datenerhebung	4
2.2 Datenaufbereitung	9
2.2.1 Fallzusammenführung	9
2.2.2 Bereinigungen und Korrekturen	10
2.2.3 Ergänzende Datenbereitstellung	12
2.3 Datenprüfung	13
2.3.1 Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen	13
2.3.2 Herausforderungen der Kostenkalkulation	15
2.3.3 Datenausschluss.....	16
2.4 Berechnung der Bewertungsrelationen	17
2.4.1 Normierung der Bewertungsrelationen	17
2.4.2 Berechnung der Bewertungsrelationen	18
2.4.2.1 Vergütungsstufen.....	18
2.4.2.2 Bewertungsrelationen	21
3 PEPP-ENTGELTSYSTEM 2013	25
3.1 Überblick zu international eingesetzten Systemen.....	25
3.1.1 Prospective Payment System for Inpatient Psychiatric Facilities (IPF PPS).....	25
3.1.2 Diagnose Behandelnde Combinatie (DBC)	27
3.1.3 Zusammenfassung	29
3.2 Entwicklung der PEPP-Klassifikation: Vorgehensweise und Ergebnisse.....	30
3.2.1 Ausgangssituation.....	30
3.2.2 Entwicklung der PEPP-Klassifikation 2013	30
3.2.2.1 Strukturkategorien.....	31
3.2.2.2 Diagnosegruppen.....	34
3.2.2.3 PEPP vollstationär	37
3.2.2.3.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie	38
3.2.2.3.2 Psychosomatik.....	40
3.2.2.3.3 Psychiatrie	42
3.2.2.4 Funktionen „komplizierende Konstellation“	44
3.2.2.5 PEPP teilstationär	45
3.2.2.6 Prä-PEPP	46
3.2.2.7 Sortierung	50
3.2.2.8 Fehler-PEPP	51

3.2.2.9	Reste-PEPP	52
3.2.2.10	Zusatzentgelte	53
3.2.2.11	Besonderheiten des PEPP-Definitionshandbuchs	54
3.3	Weitere systematische Analysen	56
3.3.1	Diagnosen- und Prozedurenklassifikation	56
3.3.1.1	ICD-10-GM.....	56
3.3.1.2	OPS.....	58
3.3.2	Weitere prozedurengestützte Analysen.....	61
3.3.2.1	Therapieeinheiten-Kodes.....	61
3.3.2.2	Psychiatrie-Personalverordnung.....	66
3.3.2.3	Weitere untersuchte Prozeduren	66
3.3.3	Weitere diagnosebezogene Analysen	67
3.3.3.1	Störungen durch psychotrope Substanzen	67
3.3.3.2	Organische Störungen	68
3.3.3.3	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen.....	69
3.3.3.4	Affektive Störungen.....	70
3.3.3.5	Essstörungen	70
3.3.3.6	Intelligenzstörungen, Entwicklungsstörungen	71
3.3.3.7	Störungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	71
3.3.3.8	Somatische Nebendiagnosen	72
3.3.3.9	Alter.....	73
3.3.3.10	Ergänzende Datenbereitstellung	74
3.4	Weiterentwicklung	75
3.4.1	Strukturierter Dialog / Vorschlagsverfahren.....	75
3.4.2	Fazit	77
4	PERSPEKTIVEN DER WEITERENTWICKLUNG	78
ANHANG	79

Abkürzungen

Abs.	Absatz
BI-Modell	Betreuungsintensitätsmodell
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPEPP	Basis-PEPP
BPfIV	Bundespfllegesatzverordnung
bzgl.	bezüglich
CCL	Complication or Comorbidity Level; Schweregrad einer Komplikation oder Komorbidität
DBC	Diagnose Behandlung Combinatie, Diagnostische Behandlungskombinationen
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKR-Psych	Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen), vierte Auflage
EKT	Elektrokrampftherapie
FAB	Fachabteilung
GE	Geldeinheiten
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
IPF PPS	Inpatient Psychiatric Facility Prospective Payment System
Kalkulationshandbuch	Handbuch zur Kalkulation psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen gem. § 17d KHG
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KIS	Krankenhausinformationssystem
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
MRT	Magnetresonanztomografie
OPS	Operationenschlüssel nach § 301 SGB V – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin
OR	Operating Room; operativ

PE	Personalstundeneinheit
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie/Psychosomatik (die Abkürzung wird sowohl für das Entgeltsystem im Allgemeinen als auch für Fallgruppen verwendet)
PEPPV	Verordnung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2013
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung
Psych-PV-Kodes	OPS-Kodes aus der Gruppe <i>Behandlung in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen</i>
SK	Strukturkategorie
TE	Therapieeinheiten
TE-Kodes	OPS-Kodes aus der Gruppe <i>Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen</i>
u.a.	unter anderem
v.a.	vor allem
z.B.	zum Beispiel

Vorwort

Mit dem vorliegenden Bericht veröffentlicht das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) nähere Einzelheiten zur Vorgehensweise bei der Entwicklung eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) gem. § 17d Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG).

Den 63 Krankenhäusern, die freiwillig tagesbezogene Kostendaten für die Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems zur Verfügung gestellt haben, sei an dieser Stelle für ihr großes Engagement gedankt. Diese Zusammenarbeit ermöglichte dem InEK, das pauschalierende Entgeltsystem für 2013 zu entwickeln und insbesondere die Betreuungsintensitätsmodelle zu analysieren und in ein einheitliches Betreuungsintensitätsmodell zu überführen. Darüber hinaus konnten der Kalkulationsablauf und der Kommunikationsprozess mit den Teilnehmern an der Kalkulation vertieft und den Krankenhäusern Anpassungsbedarf hinsichtlich Dokumentation und Kostenrechnung frühzeitig aufgezeigt werden. Dadurch konnte die Datenqualität dieser Kalkulationsrunde deutlich gesteigert werden.

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

Zu wünschen bleibt, dass Krankenhäuser und Krankenkassen weiter durch aktive Mitarbeit zur Entwicklung des PEPP-Entgeltsystems beitragen. Dies gilt vor allem auch für die Krankenhäuser, die besondere Patientengruppen behandeln und deshalb auf notwendige Änderungen hinweisen. Psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Fachgesellschaften sind aufgerufen, durch konstruktive Anregungen im Rahmen des „Strukturierten Dialogs“ sowie durch aktive Beteiligung bei der (Weiter-) Entwicklung von Leistungsbezeichnungen (z.B. OPS-Kodes) am Entwicklungsprozess teilzunehmen.

1 Einführung

Der vorliegende Abschlussbericht beschreibt Grundlagen, Verfahrensweisen und Ergebnisse der Entwicklung des PEPP-Entgeltsystems für das Jahr 2013. Der Bericht wendet sich an die interessierte Fachöffentlichkeit und soll einen Beitrag dazu leisten, die der Entwicklung zugrunde liegende Vorgehensweise transparent zu machen und das Verständnis über Zusammenhänge im PEPP-Entgeltsystem zu fördern.

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

Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems soll ab dem 1. Januar 2013 zunächst auf freiwilliger Basis starten, indem interessierten Einrichtungen die Möglichkeit eingeräumt wird, ihre Leistungen unter den Regelungen des PEPP-Entgeltsystems abzurechnen („Optionsmodell“). Dabei gilt für die teilnehmenden Krankenhäuser der Grundsatz der Budgetneutralität, d.h. die auf Basis der bisherigen Regelungen der BpflV unter Anwendung der Psych-PV ermittelten Budgets werden mittels der PEPP-Entgelte in Form von Abschlagszahlungen an die optierenden Krankenhäuser ausgezahlt.

Abbildung 1 zeigt den vorgesehenen weiteren Verlauf der Systemeinführung:

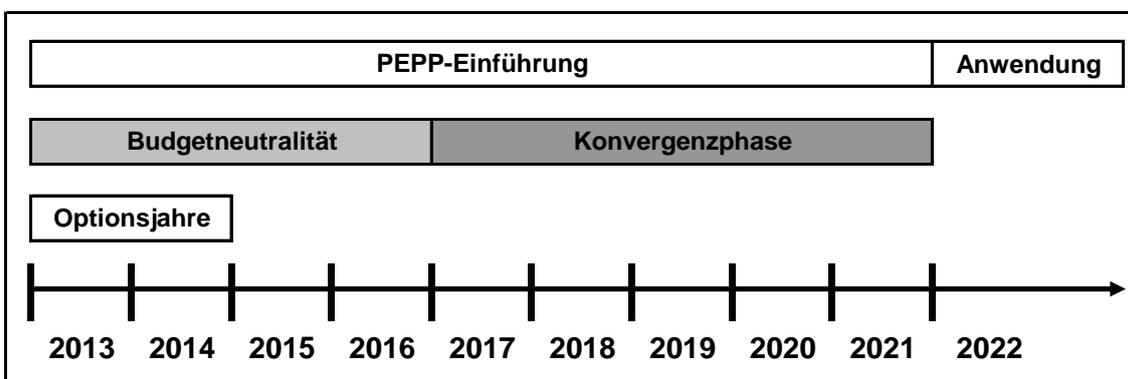


Abbildung 1: Zeitplan der PEPP-Einführung in Deutschland

Im Jahr 2015 wird die Anwendung der PEPP-Abrechnungsbestimmungen bei fortgeltender Budgetneutralität für Krankenhäuser verbindlich. Die Jahre 2015 und 2016 sind als Übergangszeitraum konzipiert, um den Beteiligten die Gestaltung eines planvollen und strukturierten Übergangs zu ermöglichen. Ab dem 01. Januar 2017 wird die Umverteilungswirkung des PEPP-Entgeltsystems schrittweise zugelassen (Konvergenzphase), indem die Krankenhausbudgets gegen einen einheitlichen Basisentgeltwert auf Landesebene konvergieren.

Im Rahmen der Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen hat der Gesetzgeber bestimmte Aufgaben den

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

Selbstverwaltungspartnern nach § 17d KHG, das sind der GKV-Spitzenverband, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), übertragen. Gleichzeitig hat sich der Gesetzgeber vorbehalten, bei Nichteinigung der Selbstverwaltungspartner erforderliche Regelungen durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Wege der Rechtsverordnung vornehmen zu lassen. In diesem Fall hat das InEK dem BMG nach dessen Weisungen zuzuarbeiten (§ 17d Abs. 6 Satz 4 KHG). Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat mit Schreiben vom 5. Oktober 2012 das Scheitern der Verhandlungen der Selbstverwaltungspartner zur Vereinbarung des PEPP-Entgeltkatalogs für das Jahr 2013 erklärt. Daraufhin wurden die für das Jahr 2013 gültigen Entgeltkataloge und Abrechnungsregeln durch das BMG im Zuge einer sogenannten Ersatzvornahme per Rechtsverordnung gemäß § 17d Abs. 6 Satz 1 Nr. 1 KHG vorgegeben.

Bei ihrer Aufgabenwahrnehmung werden die Selbstverwaltungspartner und das BMG 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 Grouperspezifikationen sowie die Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien im Bereich Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych).

Das PEPP-Entgeltsystem ist als lernendes System angelegt. Veränderungen in der Zusammensetzung der Patientengruppen, für die das System entwickelt ist, oder neue Behandlungsmethoden werden im System berücksichtigt. 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 ist die Datengewinnung, die Datenauswertung und die Gültigkeit des daraus erzielten Ergebnisses periodenversetzt angelegt.

Für die Datenerhebung der Kostendaten erhielten die Kalkulationskrankenhäuser bei erfolgreicher Teilnahme an der Kalkulation auf Basis des Datenjahrs 2011 eine pauschalierte Vergütung. Diese setzte sich aus einem jährlichen Grundbetrag sowie einer tagesbezogenen Vergütung in Abhängigkeit der vom InEK akzeptierten Kalkulationsdatensätze zusammen. Insgesamt wurden ca. 2,1 Millionen Euro ausgezahlt.

Zusätzlich werden die Arbeiten zur Pflege des PEPP-Entgeltsystems durch das Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverstands bei der Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems (Vorschlagsverfahren) unterstützt, insbesondere medizinische Fachgesellschaften, Verbandsorganisationen der Krankenhäuser und Krankenkassen sind aufgerufen, im Rahmen eines „Strukturierten Dialogs“ Vorschläge zur Weiterentwicklung zu unterbreiten. Durch umfangreiche Beteiligung am Vorschlagsverfahren können Erfahrungen der klinischen Praxis und medizinisches Expertenwissen in das Ergebnis einfließen. Dann kann sich das PEPP-Entgeltsystem im besten Sinne als „lernendes System“ erweisen.

Für die Mitarbeiter der InEK GmbH

Dr. Frank Heimig
Geschäftsführer

Christian Jacobs
Abteilungsleiter
Medizin

Dr. Michael
Rabenschlag
Abteilungsleiter
Ökonomie

Mathias Rusert
Abteilungsleiter
EDV und Statistik

Siegburg, im Januar 2013

2 Methodik

2.1 Datenerhebung

2.1.1 Grundsätze der Kalkulation

Gemäß § 17d Abs. 1 KHG soll für die Vergütung von voll- und teilstationären Fällen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten eingeführt werden.

Die datenbasierte Entwicklung des Systems erfolgt 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 Falls (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. Von der externen Dokumentation (OPS-Kodes) ist die interne Dokumentation in den Krankenhäusern zu unterscheiden. Dabei kann unterstellt werden, dass die interne Leistungsdokumentation insbesondere in den Kalkulationskrankenhäusern detaillierter erfolgt als die externe Dokumentation, die zu Abrechnungszwecken an die Kostenträger übermittelt werden muss.

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

2.1.2 Datenerhebung

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

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

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

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

Für den Tagesbezug der Kostenkalkulation auf den Stationen (Kostenstellengruppen 21 und 22) sind in Ermangelung von verbreiteten Dokumentationssystemen wie bspw. der Pflegepersonalregelung (PPR) Betreuungsintensitätsmodelle (BI-Modelle) für eine tagesvariable Einschätzung des Behandlungsaufwands von Patienten zwingend erforderlich.

Die Vereinbarung über eine Kalkulationsteilnahme schlossen 77 Einrichtungen (siehe Anhang A-1). Bis Februar 2012 sagten 65 Krankenhäuser eine Kalkulationsdatenlieferung zu, 12 Krankenhäuser mussten aufgrund von personellen Engpässen oder grundlegenden technischen Schwierigkeiten bereits zu diesem Zeitpunkt die Lieferung der Kostendaten absagen. Zu einem späteren Zeitpunkt haben zwei weitere Einrichtungen ihre Zusage zur Lieferung von Kalkulationsdaten aufgrund von technischen Problemen zurückgezogen. Von den verbleibenden 63 Kalkulationskrankenhäusern hatten 41 Einrichtungen an der sogenannten Probekalkulation im Jahr 2011 bereits teilgenommen. Insgesamt 36 Einrichtungen wiesen Erfahrungen mit der Kostenkalkulation auf, die sie im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems erworben haben.

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

Kriterium	Erhebung von Daten gem. § 21 KHEntgG	Erhebung von Kostendaten
Anzahl Krankenhäuser	587	63
Anzahl Fälle	1.079.664	205.247
Anzahl Pflegetage	26.937.237	5.138.434

Tabelle 1: Umfang der Datenlieferungen, Entgeltbereich „PSY“, Datenerhebung 2011 inkl. Begleitpersonen, rein vorstationäre Fälle und Überlieger, vor Fallzusammenführung (Stand: 31. Mai 2012)

Die 63 Einrichtungen mit erfolgter Kostendatenlieferung teilen sich in jeweils 32 allein-stehende Krankenhäuser und 31 Allgemeinkrankenhäuser oder Universitätskliniken mit angegliederter Fachabteilung auf (vgl. Abb. 2).

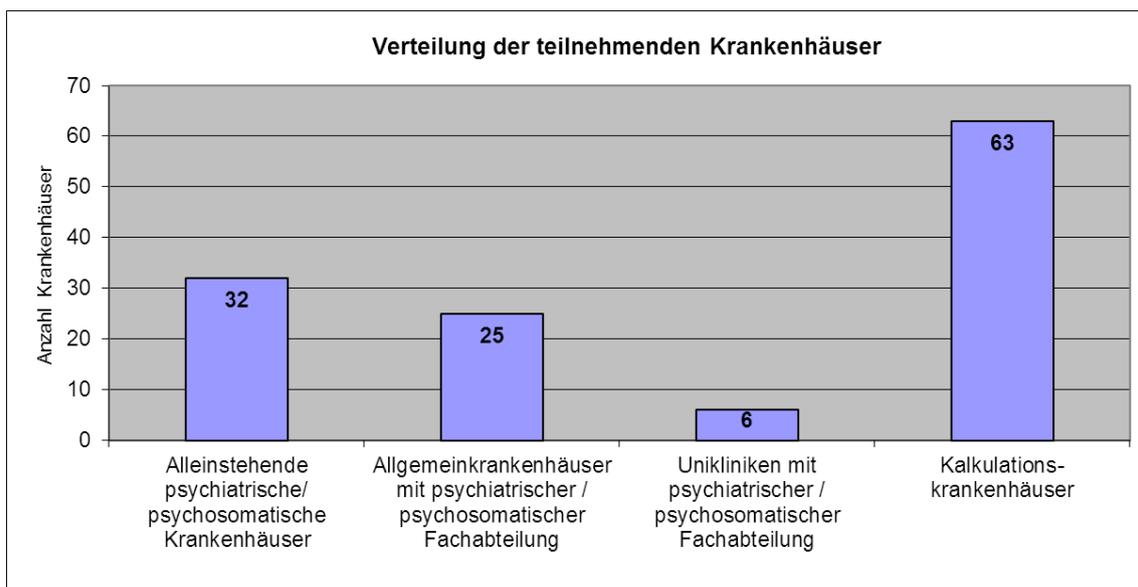


Abbildung 2: Verteilung der Kalkulationskrankenhäuser nach Strukturmerkmalen

Insgesamt übermittelten 30 Krankenhäuser Daten einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) inklusive teilstationärer Plätze und 20 Krankenhäuser Daten einer Fachabteilung für Psychosomatik inklusive teilstationärer Plätze (vgl. Abb. 3).

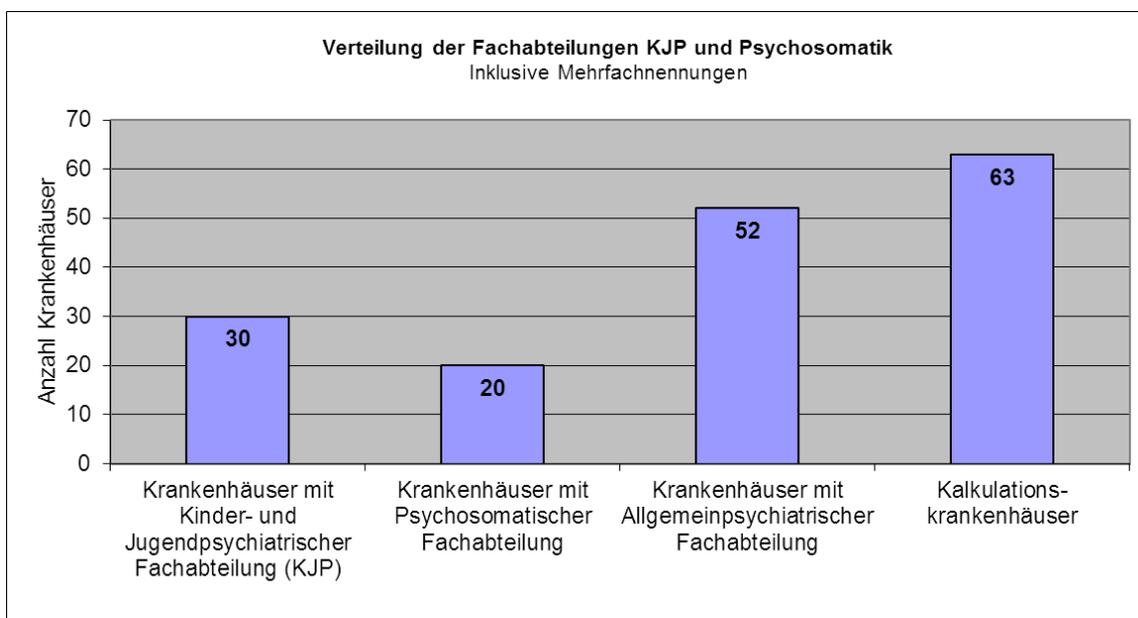


Abbildung 3: Verteilung der Kalkulationskrankenhäuser mit bestimmter Fachabteilung

Zusammensetzung der Datenlieferungen

Alle Darstellungen zur Zusammensetzung der Datenlieferungen beziehen sich auf den in Tabelle 1 dokumentierten Umfang von 587 Krankenhäusern bzw. 63 Kalkulationskrankenhäusern.

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

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

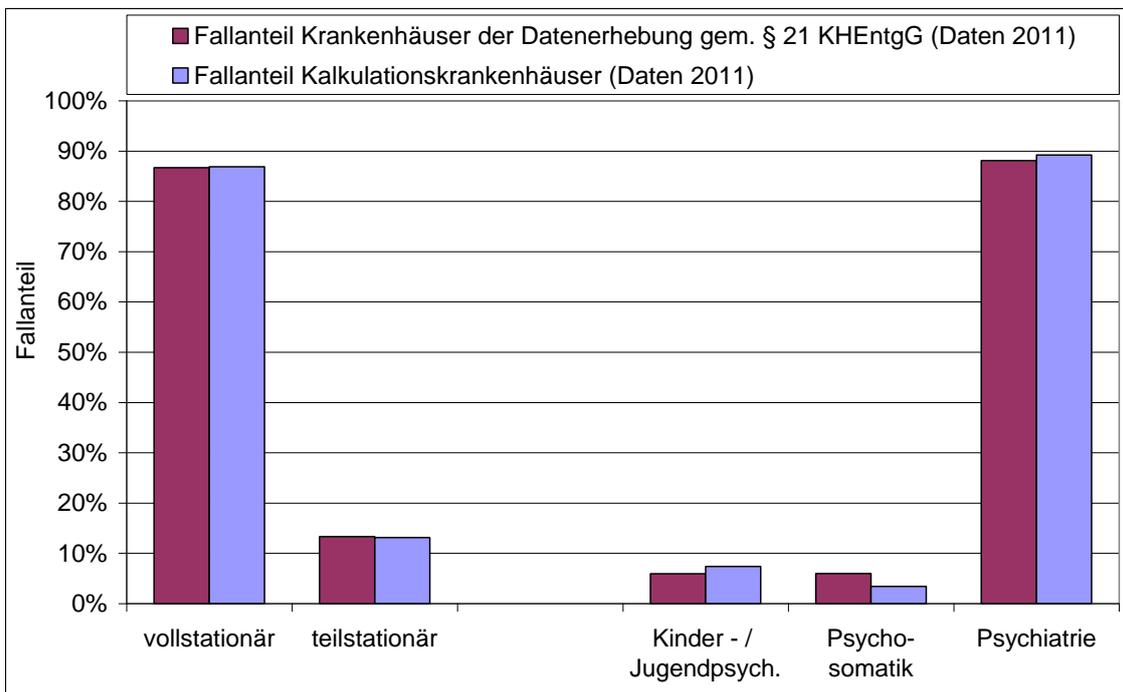


Abbildung 4: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach bestimmten Bereichen

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

Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen haben die größten Anteile bei den Kalkulationskrankenhäusern. Danach folgen Baden-Württemberg, Bayern und Berlin, wobei letzteres Bundesland hier deutlich über dem entsprechenden Anteil der Erhebung von Daten gem. § 21 KHEntgG liegt.

In sechs Bundesländern haben sich keine Einrichtungen an der Lieferung von Kostendaten beteiligt.

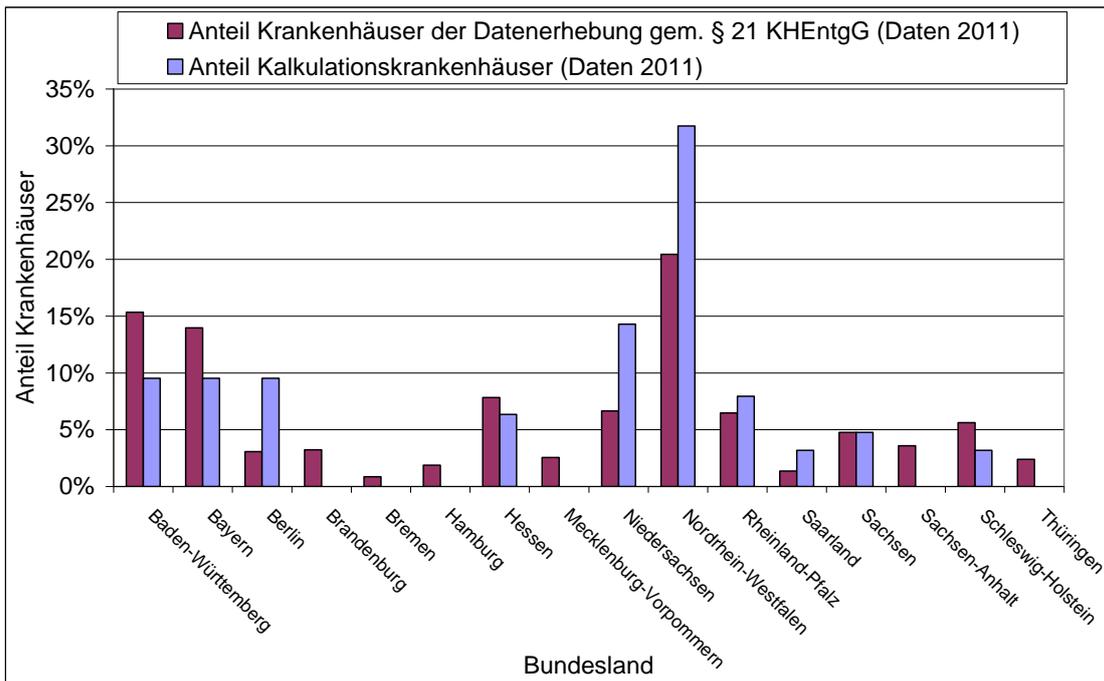


Abbildung 5: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach dem Bundesland der Krankenhäuser

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

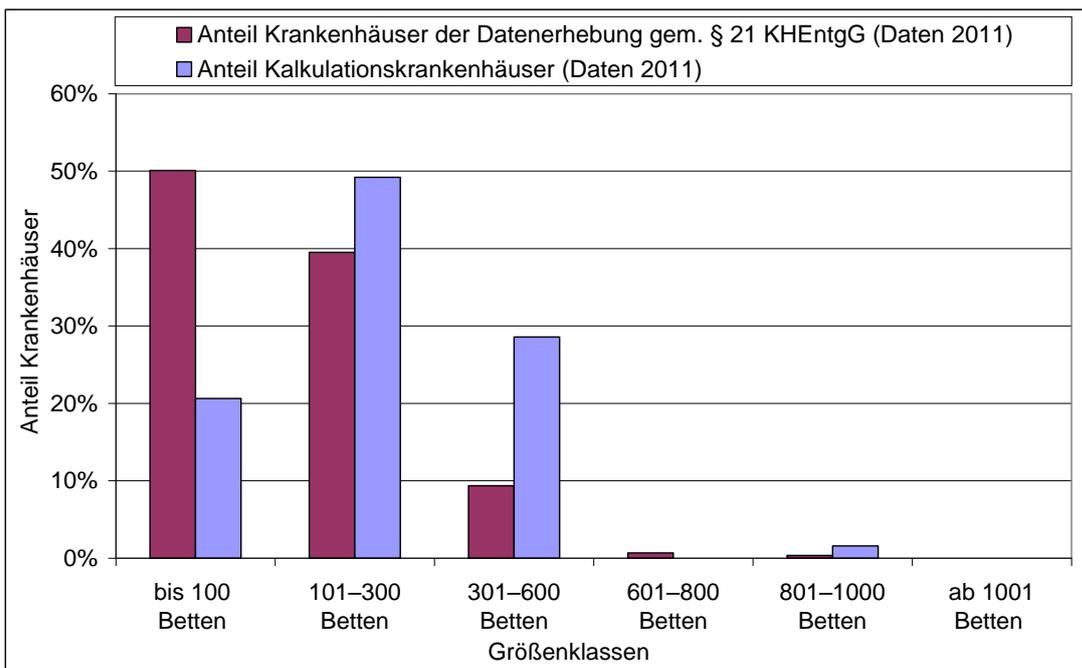


Abbildung 6: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser

Die folgende Abbildung 7 zeigt die Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser. Während Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft bei den Kalkulationskrankenhäusern überproportional im Vergleich zu den Krankenhäusern der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG vertreten sind, ist im Gegenzug das Verhältnis bei Krankenhäusern in frei-gemeinnütziger bzw. privater Trägerschaft genau entgegengesetzt.

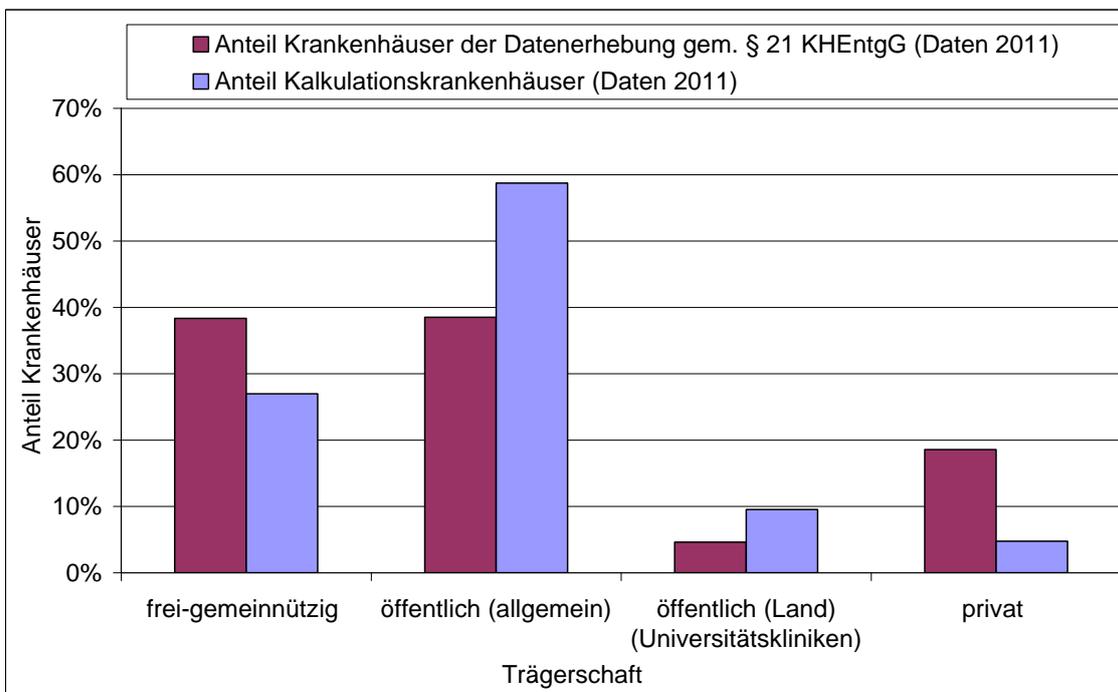


Abbildung 7: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser

Weitere Analysen zur Repräsentanz der Stichprobe können dem Anhang A-2 entnommen werden.

2.2 Datenaufbereitung

2.2.1 Fallzusammenführung

Die Ergänzungsvereinbarung zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gem. § 17d KHG vom 16. März 2012 regelt detailliert die Fragen der Fallzusammenführung. Zwischen den Entgeltbereichen nach BpflV und KHEntgG oder zwischen dem voll- und dem teilstationären Versorgungsbereich soll keine Zusammenführung von Daten durchgeführt werden (vgl. § 2 Abs. 3 Ergänzungsvereinbarung). Voraussetzung der Regelungen zur Fallzusammenführung ist die fallbezogene Gruppierung. Dafür sind nach § 3 Abs. 1 der Ergänzungsvereinbarung die stationären Krankenhausaufenthalte bei Wiederaufnahme durch dasselbe Krankenhaus innerhalb von 21 Kalendertagen ab dem Entlassungstag der vorangegangenen Behandlung zu einem Behandlungsfall zusammenzuführen. Zur Begrenzung von lang andauernden Verkettungen von Krankenhausaufenthalten sind Wiederaufnahmen ab dem 120. Kalendertag ab dem Aufnahmetag des ersten stationären Krankenhausaufenthalts nach § 3 Abs. 2 als neuer Behandlungsfall zu gruppieren. Die

Verkettung von Behandlungsfällen über den Jahreswechsel regelt § 3 Abs. 3. Von dieser Regelung ist der Verordnungsgeber bei der Ersatzvornahme für das Jahr 2013 auf Basis des aktuellen Diskussionsverlaufs abgewichen (vgl. § 4 der Verordnung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2013 [PEPPV 2013]).

Da die Daten des Jahres 2011 noch nicht den Regelungen zur Fallzusammenführung unterlagen, mussten die gelieferten Daten nachträglich auf Basis der Regelungen der Ergänzungsvereinbarung zusammengefasst werden. Die Fallzusammenführung wurde auf dem Datenbestand der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG durchgeführt.

Im Ergebnis waren 10,8% aller voll- und teilstationären Fälle der Gesamtmenge der Kalkulationskrankenhäuser von den Fallzusammenführungsregelungen 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. Dieser Prozess wird in der nachfolgenden Abbildung 8 verdeutlicht:

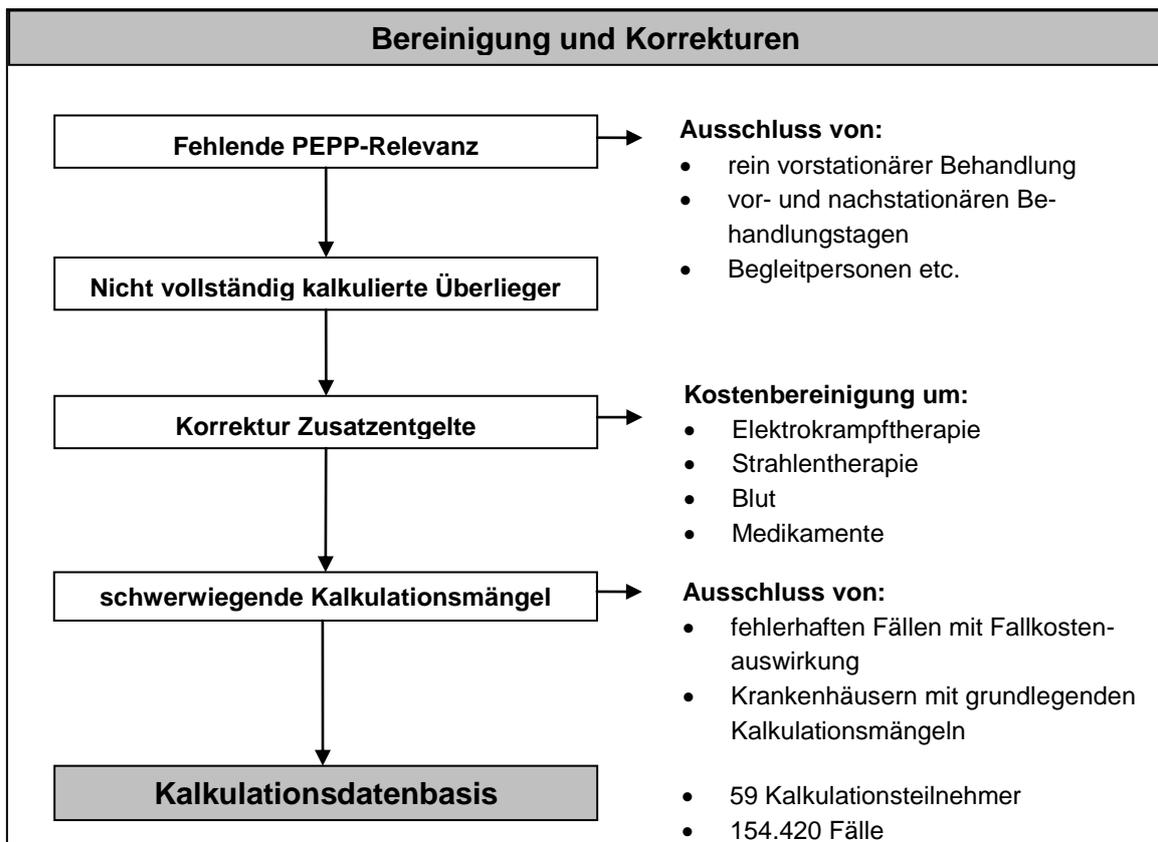


Abbildung 8: Übersicht Prozess – Bereinigungen und Korrekturen

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

- Vorstationäre Leistungen ohne anschließende vollstationäre Behandlung
- Kosten für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 KHEntgG und § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 der BpflV, die gem. § 17b Abs. 1 KHG über Zuschläge vergütet werden sollen

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

Bereinigung	Anzahl Fälle
Vorstationäre Fälle ohne anschließende vollstationäre Behandlung und Begleitpersonen	6.942
Nicht vollständig kalkulierte Überlieger	9.369

Tabelle 2: Fälle ohne PEPP-Relevanz, Daten gem. § 21 KHEntgG

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

Im Rahmen der PEPP-Kalkulation wurde deutlich, dass ein Teil der hochspezialisierten Leistungen über Zusatzentgelte, also additive Vergütungskomponenten, besser 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. Folgende Kriterien sind für die Definition von Zusatzentgelten zu nennen:

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

Als hochspezialisierte Leistungen wurden im Rahmen der PEPP-Kalkulation einerseits solche Leistungen identifiziert, die originär keinen Bezug zur Kernleistung im Bereich Psychiatrie/Psychosomatik aufweisen, wie z.B. Strahlentherapie, Gabe von Blut oder Gabe von Medikamenten bei Chemotherapie. Der Vollständigkeit halber sei darauf hingewiesen, dass es sich hierbei nicht um Standardleistungen aus dem Bereich Psychiatrie/Psychosomatik handelt. Die für diese Leistungen ausgewiesenen Zusatzentgelte sollen lediglich extrem aufwendige Leistungen vergüten. Demgegenüber wurde als originär psychiatrisch/psychosomatische Leistung die Elektrokrampftherapie (EKT) identifiziert, die die Kriterien der Zusatzentgelt-Definition erfüllt. Die im Datensatz enthaltenen Kostenanteile für die Zusatzentgelt-relevanten Leistungen wurden daher aus den entsprechenden Kostenmodulen herausgerechnet und von den Fallkosten abgezogen (vgl. auch Kap. 2.2.3).

Tabelle 3 stellt die Entwicklung der Gesamtmenge der Daten gem. § 21 KHEntG und der Kalkulationsdaten dar. Die Gesamtmenge 1 zeigt die Datensätze wie geliefert an, differenziert nach voll- und teilstationärer Leistungserbringung. Die Gesamtmenge 2 bildet die Datensätze nach Fallzusammenführung und Bereinigung um rein vorstationäre Fälle sowie um Begleitpersonen und unvollständig kalkulierte Überlieger ab (nur Kalkulationsdaten), differenziert nach voll- und teilstationärer Leistungserbringung. Die deutliche Reduktion der Fallzahl ist auf die Fallzusammenfassung zurückzuführen.

	Daten gem. § 21 KHEntG			Kalkulationsdaten		
	Fälle	Pflegetage	Anzahl KH	Fälle	Pflegetage	Anzahl KH
Gesamtmenge 1 (wie geliefert)	1.079.664	26.937.237	587	205.247	5.138.434	63
davon vollstationär	942.214	23.026.227	529	179.243	4.411.651	62
davon teilstationär	137.450	3.911.010	469	26.004	726.783	59
Grundmenge 2 *	925.808	26.875.180	584	166.821	4.590.240	63
davon vollstationär	801.515	22.953.864	521	144.839	3.931.957	62
davon teilstationär	124.293	3.921.316	469	21.982	658.283	59

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

Tabelle 3: Datenmengen der Datenlieferung gem. § 21 KHEntG und Kalkulationsdaten, Datenjahr 2011

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 zwei ergänzende Datenbereitstellungen durchgeführt: für Leistungen der Elektrokrampftherapie und für Patienten, die nach richterlicher Anordnung (gemäß PsychKG oder § 1906 BGB) untergebracht wurden. Die Falldaten der gerichtlich untergebrachten Patienten wurden aufgrund von Hinweisen aus dem Teilnehmerkreis der Probekalkulation erhoben. Mit Hilfe dieser Abfrage sollte untersucht werden, ob sich diese Fälle innerhalb einer PEPP hinsichtlich ihrer Kostenstruktur deutlich von Fällen ohne richterliche Anordnung unterscheiden.

Im Ergebnis haben 39 der 63 teilnehmenden Einrichtungen Fälle übermittelt. Es konnten 9.673 Fälle mit richterlicher Anordnung analysiert werden. Dabei ergaben sich keine Hinweise auf Kostendifferenzen zwischen Fällen mit richterlicher Anordnung und Fällen ohne richterliche Anordnung innerhalb einzelner PEPP.

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

- Durchschnittliche Dauer je EKT-Sitzung, aufgeschlüsselt nach Aufklärungsgespräch, durchgeführter Therapie, anschließender Überwachung
- Durchschnittlicher Kostensatz je Therapiesitzung, differenziert nach Personal- und Sachkosten (vor allem hier auch Anästhesiekosten)
- Ort der Kostenzuordnung (Kosten für Therapie, Kosten für Anästhesisten)

Aufgrund des im Jahr 2011 geltenden unspezifischen OPS-Kodes (OPS 8-630.0 *Bis zu 8 Behandlungen* / OPS 8-630.1 *Mehr als 8 Behandlungen*) wurde darüber hinaus auch die Anzahl der tatsächlichen Therapiesitzungen pro Patient abgefragt. Aufgrund der inhomogenen Datenlage konnte jedoch auf Basis dieser Abfrage kein bewertetetes Zusatzentgelt für die Leistung Elektrokrampftherapie ausgewiesen werden.

2.3 Datenprüfung

2.3.1 Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen

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

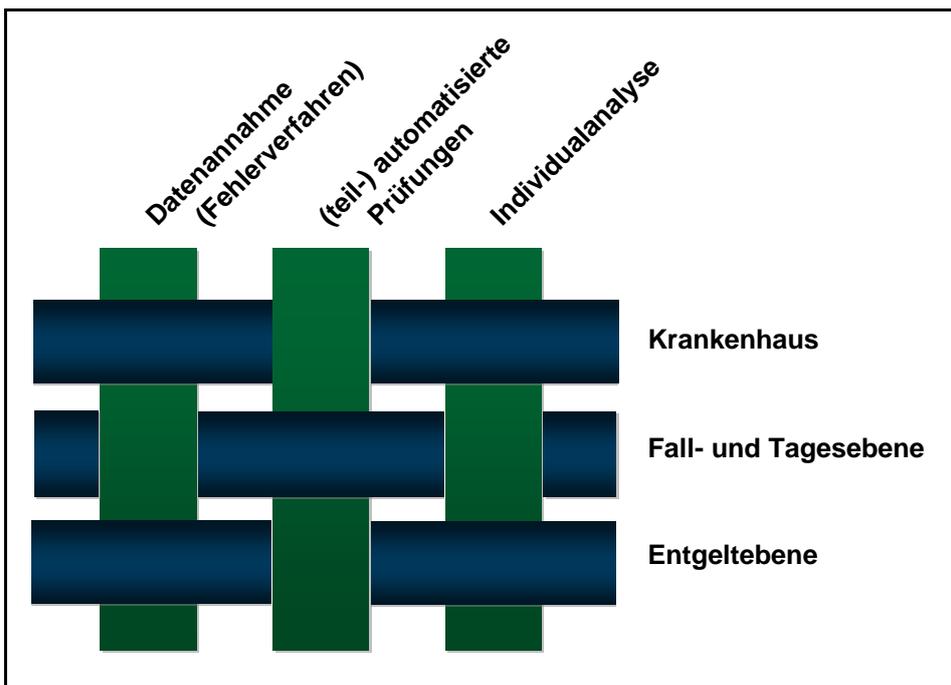


Abbildung 9: Mehrebenenansatz in Matrixstruktur

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

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

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

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

Die Datensätze durchliefen auf jeder Prüfebene ein Prüfprogramm, das fest definierte Prüfkriterien vorgab. Die Analyse bezog sich auf das Vorhandensein bzw. Fehlen von Werten, die Zulässigkeit von Werten und die Verletzung der festgesetzten Randkriterien. Die zugrunde liegenden Grenzwerte wurden größtenteils rechnerisch ermittelt und anhand der Erfahrungen aus Prätest und Probekalkulation verifiziert. Aus diesem Grund konnten die Prüfintervalle nur sehr weit gefasst werden. In der nächsten Kalkulationsrunde werden auf Basis der bisherigen Erfahrungen und Rückmeldungen der Kalkulationskrankenhäuser die Prüfungen bzw. deren Randkriterien genauer definiert werden.

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

Auf Basis der DKR-Psych „PP005b Multiple/Bilaterale Prozeduren“ müssen die OPS-Kodes *Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-60*... 9-63*)* zu Wochenanfang kodiert werden. Das InEK prüft anhand einer medizinischen Prüfung die Vollständigkeit der Kodierkette und anhand einer medizinisch-ökonomischen Prüfung die Kostenzuordnung zu den therapeutischen Kostenstellengruppen unter der Prämisse eines korrekten OPS-Datums. Ein Kodierfehler bei einer tagesgenauen korrekten Kostenabbildung kann daher zu einer dreifachen Fehlermeldung führen:

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

Ein wichtiger Schritt zur Fehlerkorrektur ist daher das individuelle Erstellen eines Fehlerbildes aus der Kombination von Einzelfehlern durch das InEK. Dabei liegt der

Fokus auf der Reduktion der Komplexität von Prüfergebnissen und auf der Identifikation der eigentlichen Fehlerursache. Im genannten Beispiel wäre die eigentliche Fehlerursache im Bereich der Kodierung und nicht der Kostenzuordnung zu finden. Dieses Fehlerbild wurde in einem Konformitätsprotokoll dem Kalkulationsteilnehmer zur Verfügung gestellt, in einem weiteren Dialog diskutiert und dann gegebenenfalls mit einer Datenkorrektur behoben.

In der dritten Prüfungsebene wurde eine Individualanalyse durchgeführt. Dies bedeutete die Inaugenscheinnahme von Einzelfällen unter ausgewählten Fragestellungen. Aufgrund der Besonderheit der Situation und um möglichst viele Fälle in die Stichprobe mit einzubeziehen, wurden zahlreiche Fälle einzeln analysiert und Auffälligkeiten in direkter Rückkopplung mit dem kalkulierenden Krankenhaus diskutiert. Die Individualanalyse verfolgte das Ziel, Kalkulationssicherheit bei Leistungen mit höherem bzw. niedrigerem Aufwand zu gewinnen. Als häufiges Beispiel sind Fälle mit auffällig hohen Therapiekosten im Bereich Pflegedienst/Spezialtherapeuten ohne aufwandserklärenden OPS-Kode zu nennen. Als Ursache der Auffälligkeit konnte nach Rücksprache mit dem jeweiligen Krankenhaus zum einen eine fehlende OPS-Kodierung für *Einzelbetreuung von Erwachsenen* (9-640.*) identifiziert werden, zum anderen konnten weitere Ursachen für Kalkulationsfehler aufgedeckt werden, wie beispielsweise die fehlende Berücksichtigung der Gruppengröße in der Kostenabbildung der Gruppentherapie.

2.3.2 Herausforderungen der Kostenkalkulation

Als Ergebnis der Analysen und der Diskussion mit den Kalkulationsteilnehmern konnten die folgenden Aspekte der Kalkulation als besonders fordernd identifiziert werden:

1. Leistungserfassung

Die Leistungen im Bereich Therapie werden mit Codes aus dem Bereich 9-60* bis 9-63* und 9-65* bis 9-69* (OPS-Version 2011) *Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen/Kindern und Jugendlichen* (TE-Kodes) beschrieben. Die TE-Kodes beinhalten unterschiedliche Berufsgruppen, Intensitäten der Behandlung und zuletzt die Anzahl der Therapieminuten unter Berücksichtigung der Gruppengröße in einer Periode.

Durch die Diskussionen mit den Krankenhäusern wurde deutlich, dass die vollständige Erfassung der Therapieleistungen eine Herausforderung für das beteiligte Personal darstellt. Bei der Leistungserfassung musste sichergestellt werden, dass keine Eingabefehler vorliegen und dass insbesondere die aufwendigen Leistungen dokumentiert wurden. Des Weiteren trat das Problem auf, dass die externe Dokumentation (OPS-Kodierung) nicht immer fehlerfrei aus der internen Dokumentation des Krankenhauses abgeleitet werden konnte. So wurde z.B. trotz erbrachter Leistung teilweise kein OPS-Kode verschlüsselt. Dem gegenüber standen dann zum Teil hohe Kosten, die aufgrund der internen Dokumentation – kalkulatorisch korrekt – zugebucht wurden. Gar nicht oder doppelt kodierte Therapieleistungen konnten zudem zu Fehlern in den Kodierketten der TE-Kodes gemäß OPS Version 2011 führen.

2. Kalkulation

Die tagesgenaue Kostenkalkulation stellt das Krankenhaus vor weitere Herausforderungen. Einem OPS-Kode mit Tagesbezug, beispielsweise bei OPS-Kode 9-640.* *Einzelbetreuung bei Erwachsenen*, müssen an dem Tag der Kodierung auch die Therapiekosten zugebucht werden. Diese Kongruenz von Kodierung und Kostenzuordnung war nicht immer gewährleistet.

Für einige Kalkulationsteilnehmer stellte sich das Verknüpfen der internen Leistungserfassung mit der Kostenkalkulation als problematisch dar. Zum Beispiel war die korrekte kostenmäßige Abbildung der Gruppengrößen bei einer erbrachten Therapieleistung nicht immer gewährleistet. Ein Patient mit Therapie in einer Gruppe mit vier Teilnehmern erhielt dann fälschlicherweise genauso hohe Kosten wie ein Patient mit einer Therapieleistung in einer Gruppe mit zehn Teilnehmern.

In den Bereichen der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung und der Personalkostenverrechnung wurden bei einigen Krankenhäusern Auffälligkeiten festgestellt. Dennoch wurde ein solides Ergebnis erzielt, welches insbesondere in Anbetracht der geringen Kalkulationserfahrung einiger Kalkulationsteilnehmer zu würdigen ist.

Die derzeitige positive Entwicklung der Einrichtungen hinsichtlich ihrer Kalkulationsmethodik wird erwartungsgemäß auch in der nächsten Kalkulationsrunde zu weiteren Verbesserungen führen.

2.3.3 Datenausschluss

Die Erkenntnisse aus den Konformitäts- und Plausibilitätsprüfungen wurden verwendet, um die Menge der auszuschließenden Daten zu bestimmen. Grundsätzlich wurden nur ganze Fälle ausgeschlossen, da bei einem Ausschluss einzelner Tage keine sinnvolle Berechnung der mittleren Tageskosten mehr möglich gewesen wäre. Bei den Fällen, die in die Kalkulation eingeflossen sind, wurden daher immer alle stationären Tage verwendet.

Im Fokus der abschließenden Beurteilung stand schwerpunktmäßig die Auswirkung der individuellen Fehler auf die mittleren Tageskosten bzw. auf die Gesamtkosten. Der individuelle Fehler auf Gesamtkostenebene wurde als nicht schwerwiegend eingestuft und ein Datensatz somit in die Kalkulationsmenge aufgenommen, wenn er auf Gesamtkostenebene keine Auswirkung hatte, wie z.B. die fehlende tagesgenaue Kongruenz zwischen Kostenausweis und Leistung. Ebenso wurde ein Datensatz aus der Kalkulation nicht ausgeschlossen, wenn die Summe aller Fehler auf Gesamtkostenebene nur geringe Auswirkungen zeigte. Letztendlich wurden nur solche Datensätze von der Kalkulation ausgeschlossen, deren Fehler sich auf Gesamtkostenebene signifikant auswirkten, wie z.B. fehlende Abbildung von Einzelbetreuungskosten bei Kodierung von Einzelbetreuung oder die Fehlbuchung von Medikamenteneinzelkosten in relevanter Höhe. Weiterhin wurde als schwerwiegender Kalkulationsfehler gewertet, wenn die berechnete Verweildauer auf Basis der Fallangaben nicht in Einklang gebracht werden konnte mit der Anzahl der übermittelten Kostentage bzw. wenn die Differenz zwischen Verweildauer und Anzahl der Kostentage nicht aufklärbar war. Die betroffenen Datensätze wurden aus der Kalkulationsmenge ausgeschlossen.

Die Datenprüfungen führten zum Ausschluss von insgesamt 12.401 voll- und teilstationären Fällen (vgl. hierzu Tab. 4). Dies entspricht einem Anteil von 7,4% bezogen auf die Gesamtzahl der bereitgestellten voll- und teilstationären Datensätze (nach Fallzusammenführung). Davon sind 8.703 Fälle auf den vollständigen Ausschluss der Datensätze von vier Krankenhäusern zurückzuführen. Dieser Ausschluss erfolgte aufgrund technischer und systematischer Probleme, die sich trotz gemeinsamer Bemühungen von InEK und den jeweiligen Krankenhäusern und mehrmaliger Lieferversuche als nicht „reparabel“ herausstellten.

Es wurden darüber hinaus 3.698 Datensätze aufgrund schwerwiegender Fehler mit Auswirkung auf die mittleren Tageskosten von der Kalkulationsmenge ausgeschlossen.

Die häufigsten Ausschlussursachen waren fehlende Gesamtkosten, schwerwiegende Fehler im Bereich der Infrastrukturkosten sowie fehlende Kostenmatrizen.

Insgesamt ergab sich aus der Korrektur der Daten eine neue Kalkulationsdatenbasis mit 154.420 Fällen aus 59 Einrichtungen. Dies entspricht einem Anteil von rd. 17% an den Daten gem. § 21 KHEntgG.

	Fälle			Pflegetage		
	vollstationär	teilstationär	Summe	vollstationär	teilstationär	Summe
Gesamtmenge (wie geliefert)	179.243	26.004	205.247	4.411.651	726.783	5.138.434
Grundmenge 2*	144.839	21.982	166.821	3.931.957	658.283	4.590.240
IK-Löschungen	7.122	1.581	8.703	199.480	45.762	245.242
Falllöschungen	2.869	829	3.698	107.842	31.303	139.145
Kalkulationsmenge	134.848	19.572	154.420	3.624.635	581.218	4.205.853

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

Tabelle 4: Datenmengen der Kalkulationsdaten, Datenjahr 2011

2.4 Berechnung der Bewertungsrelationen

2.4.1 Normierung der Bewertungsrelationen

Die der Ableitung der Klassifikation zugrunde liegende Fallmenge umfasste eine Teilmenge aller in Deutschland im Geltungsbereich des PEPP-Entgeltsystems behandelten Fälle. In einer Gegenüberstellung wurden die relativen Häufigkeiten für jede PEPP für die Daten der Kalkulationskrankenhäuser mit denen der PEPP-Daten gem. § 21 KHEntgG verglichen.

Zur Kompensation abweichender Häufigkeitsverteilungen der PEPP in der betrachteten Tagesgesamtheit wurde die Bezugsgröße zur Ableitung der Bewertungsrelationen durch Anwendung der tatsächlichen in den PEPP-Daten gem. § 21 KHEntgG vorliegenden Anzahl der Tage je PEPP korrigiert bzw. normiert.

Dieses Vorgehen begründet sich aus der Vorgabe, dass sich die Bewertungsrelation einer PEPP an einem kostendurchschnittlichen Tageswert aus den Krankenhäusern der PEPP-Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG orientieren soll, dem definitionsgemäß die Bewertungsrelation 1,0 zugewiesen ist. Dazu wurde der arithmetische Mittelwert der Tageskosten je PEPP (aus den Daten der Kalkulationskrankenhäuser) durch einen diesen kostendurchschnittlichen Tageswert der PEPP-Daten gem. § 21 KHEntgG beschreibende Bezugsgröße dividiert.

Die normierte Bezugsgröße ist damit als gewichteter arithmetischer Mittelwert der Tageskosten aller vollstationären Fälle definiert: Je PEPP wurde der Mittelwert der Tages-

kosten mit der jeweiligen Anzahl der Tage der Daten je PEPP gem. § 21 KHEntgG gewichtet, womit die Häufigkeitsverteilung der PEPP in den Daten gem. § 21 KHEntgG in der normierten Bezugsgröße abgebildet ist.

Nach dieser Berechnung beträgt die Bezugsgröße für 2013 als gewichteter Tageskostenmittelwert in Deutschland 235,70 €.

2.4.2 Berechnung der Bewertungsrelationen

Grundsätzlich wurde bei der Kalkulation darauf geachtet, dass zur Berechnung der PEPP-Bewertungsrelationen immer Kosteninformationen von mehr als 100 Fällen je PEPP zur Verfügung standen. Bei drei PEPP (P002A, B *Intensivbehandlung bei Kindern und Jugendlichen ...*, PP00Z *Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung, mit sehr hohem Anteil*) wurde für eine erhöhte Abbildungsgenauigkeit von dieser Regelung abgewichen. Die Verwendung einer geringeren Fallzahl führt zu einer sachgerechten Kalkulation bei den vorgenannten PEPP. Eine Zusammenlegung zu einer undifferenzierten PEPP war aufgrund der gefundenen Kostendifferenz nicht sachgerecht. Darüber hinaus kann durch den getrennten Ausweis die medizinische Akzeptanz insbesondere im Bereich der Prä-PEPP erhöht werden. Die geringere Besetzung mit Kalkulationsfällen in den drei PEPP ist auch unter einem perspektivischen Blickwinkel zu betrachten; für die Zukunft können steigende Fallzahlen in der Kalkulationsstichprobe erwartet werden.

Zur besseren Nachvollziehbarkeit enthält dieser Bericht einen Anhang mit den wichtigsten statistischen Kennzahlen zur PEPP-Kalkulation (siehe Anhang A-5). Insbesondere enthalten die Tabellen Angaben zur Anzahl der Fälle und Tage je PEPP, zu durchschnittlichen Kostenwerten (inkl. Standardabweichung) und eine Übersicht zur Kostenverteilung je PEPP (siehe Anhang A-7). Eine Tabelle führt die Krankenhäuser mit Kalkulationsvereinbarung auf (siehe Anhang A-1). Weitere Tabellen zeigen die Verteilung der Fälle nach Altersklassen je PEPP (siehe Anhang A-6) sowie die Verteilung der Diagnosen – getrennt nach Haupt- und Nebendiagnosen für die Diagnosen aus dem Kapitel F der ICD-10-GM (siehe Anhang A-8-1 und A-8-2). Darüber hinaus werden die fallzahlstärksten Hauptdiagnosen, Nebendiagnosen und Prozeduren (jeweils Top 10) für bewertete PEPP ausgewiesen (siehe Anhang A-8-3).

Für die Erstellung der statistischen Angaben wird auf alle verwendeten Fälle nach Fallzusammenführung für das Datenjahr 2011 rekurriert.

Die Selbstverwaltung auf der Bundesebene wird zu Beginn des Jahres 2013 beraten, in welcher Form weitere Informationen zur Kalkulation bereitgestellt werden sollen. Die ergänzenden Informationen sollen dann in Form einer Datenbank auf der Internetseite des InEK zur Verfügung stehen.

2.4.2.1 Vergütungsstufen

Die tagesbezogene Vergütung im Entgeltbereich PSY wird durch Bewertungsrelationen je PEPP und Vergütungsstufen abgebildet. Diese Vergütungsstufen sind durch Verweildauergrenzen definiert.

Für jede bewertete PEPP ist mindestens die Bewertungsrelation für die erste Vergütungsstufe ausgewiesen. Im Bereich der vollstationären Versorgung sind PEPP mit bis zu vier Vergütungsstufen vertreten.

Diesem Sachverhalt liegt die Analyse zugrunde, dass die durchschnittlichen Tageskosten von Patienten mit kurzer Verweildauer höher sind als die durchschnittlichen Tageskosten von Patienten mit längerer Verweildauer. Dies bedeutet, dass in Abhängigkeit der Verweildauer ein degressiver Kostenverlauf bei den meisten PEPP erkennbar ist. Um diesem Tatbestand gerecht zu werden und die sachgerechte Vergütung für Kurzlieger zu garantieren, wurden bei den jeweils betroffenen PEPP mehrere Vergütungsstufen eingeführt. Bei einem de facto bestehenden degressiven Kostenverlauf würde ein System mit einheitlichen Vergütungssätzen pro PEPP Kurzlieger untervergüten und Langlieger übervergüten.

Grundsätzlich ist zu berücksichtigen, dass bei der Abrechnung der Fälle nach dem PEPP-Entgeltkatalog stets alle Vergütungsstufen, die innerhalb der patientenindividuellen Verweildauer liegen, durchlaufen werden. Entsprechend liegt die durchschnittliche tagesbezogene Vergütung – ausgedrückt in Bewertungsrelationen – innerhalb der ersten Vergütungsstufe konstant auf der Bewertungsrelation der ersten Vergütungsstufe und bei längerer Verweildauer immer oberhalb der Bewertungsrelation der jeweiligen Vergütungsstufe. Der Abstand zwischen durchschnittlicher tagesbezogener vergüteter Bewertungsrelation und Bewertungsrelation der Vergütungsstufe nimmt mit zunehmender Verweildauer ab. Abbildung 10 zeigt den Verlauf der Bewertungsrelationen nach dem PEPP-Entgeltkatalog und der durchschnittlichen Bewertungsrelation je Tag in Abhängigkeit von der Verweildauer des Patienten am Beispiel der PEPP PA14B *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Essstörungen oder andere Störungen, Alter <66 Jahre, ohne komplizierende Konstellation* für die ersten 100 Tage Verweildauer.

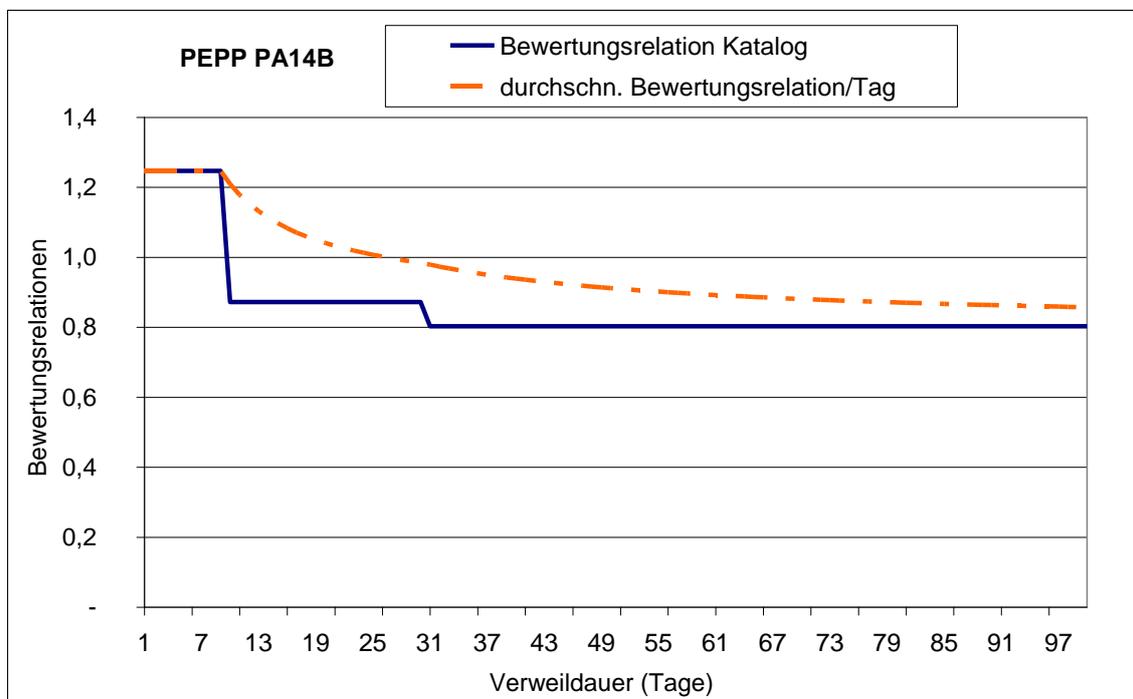


Abbildung 10: Bewertungsrelation nach PEPP-Entgeltkatalog versus durchschnittliche Bewertungsrelation je Tag in Abhängigkeit von der Verweildauer für die PEPP PA14B, PEPP-Entgeltkatalog 2013

Die Verweildauergrenzen der Vergütungsstufen wurden durch verschiedene Analysen festgesetzt. Dabei wurden die Verweildauergrenzen auf Basis von 20%- bzw. 25%- bzw. 33%- bzw. 50%-Quantilen bzgl. der Verweildauerverteilung in den Daten gem. § 21 KHEntgG berechnet. Diese Verweildauergrenzen bildeten die Analysebasis für die einzelnen Klassen, wobei das Fünf-Klassen-System (basierend auf den 20%-Quantilen) der methodischen Vorgabe der Selbstverwaltung entsprach.

Im Einzelnen wurden der Verweildauer- und Kostenverlauf in den verschiedenen Klassen untersucht. Bei der Entscheidung für die Verweildauergrenzen je PEPP wurden u.a. folgende Aspekte berücksichtigt:

- Fallzahl je Stufe
- Klassenbreite
- Berücksichtigung der Sortierung bzw. der Hierarchie (innerhalb der Basis-PEPP, bei inhaltlich ähnlichen PEPP)
- Differenz Tageskosten zwischen den Klassen
- Weitestgehende Vermeidung latenter Fehldokumentationsanreize
- Plausible Vergütungssprünge
- Absolute Vergütungshöhe

In der folgenden Abbildung 11 der Erlöskurve zweier inhaltlich ähnlicher PEPP, die sich hinsichtlich ihrer PEPP-Eingruppierung nur durch die Kodierung von Betreuungskodes unterscheiden (P003D *Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung mit erhöhtem Aufwand* im Vergleich zu PA15A *Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, mit komplizierender Konstellation*), wird beispielhaft verdeutlicht, wie die oben benannten Aspekte betrachtet und bewertet wurden: Erst ab einer recht hohen Verweildauer (hier 121 Tage) wechselt das Vorzeichen der Erlösdifferenz. Unter Berücksichtigung der sehr geringen Fallzahlen in den Daten gem. § 21 KHEntgG ist der Sachverhalt, dass eine Prä-PEPP einen geringeren Erlös als eine inhaltlich ähnliche andere PEPP erzielt, hinnehmbar. In allen anderen Konstellationen liegt der Schnittpunkt jeweils bei einer Verweildauer deutlich jenseits der Gültigkeitsdauer des PEPP-Entgeltkatalogs von maximal 731 Tagen.

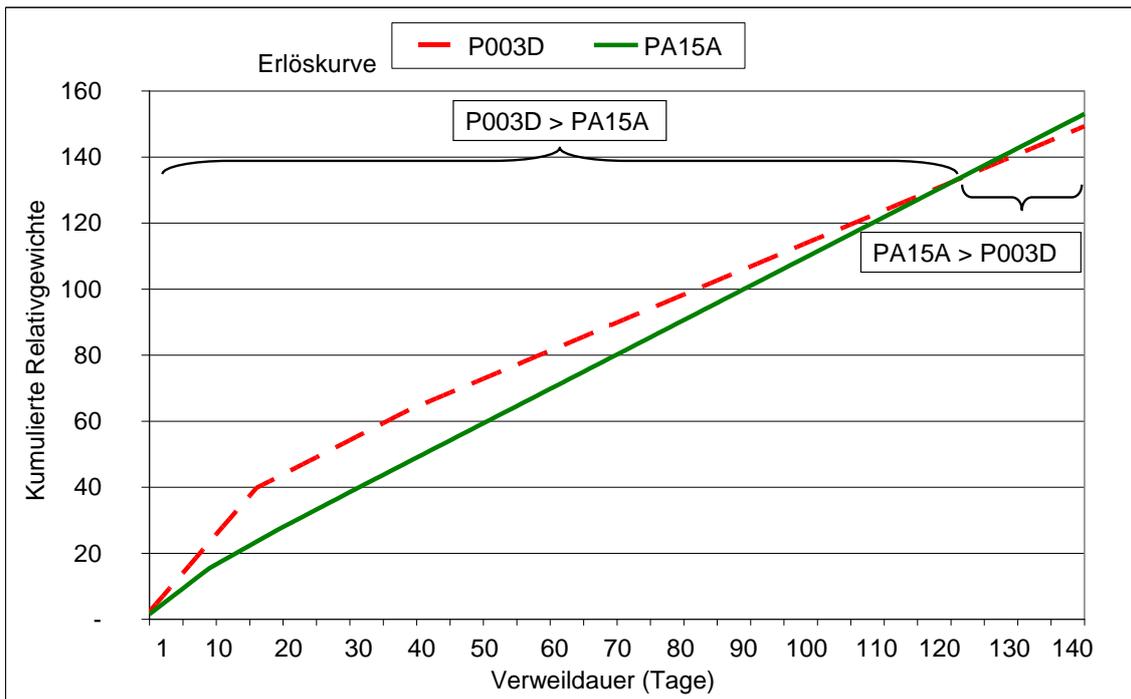


Abbildung 11: Erlöskurve für P003D und PA15A (dargestellt bis 140 Tage Verweildauer), PEPP-Version 2013

Die Analyse der Fallzahlen und Kostendifferenzen in der Gegenüberstellung der Drei- versus Vier- versus Fünf-Klassen-Simulationen je PEPP und Vergütungsstufe auf Basis der Kalkulationsdaten brachte ebenfalls wichtige Entscheidungshilfen für die Ausgestaltung der einzelnen PEPP.

2.4.2.2 Bewertungsrelationen

Die Bewertungsrelation einer PEPP errechnet sich für den Bereich der ersten Vergütungsstufe durch Division des arithmetischen Tagesmittelwerts der Kosten der Fälle in dieser Vergütungsstufe durch die Bezugsgröße (siehe Kap. 2.4.1).

Die mittleren Tageskosten der ggf. folgenden Vergütungsstufen werden dann so adjustiert, dass das Kosten- und Erlösvolumen je PEPP – bezogen auf die Verweildauertage in den Daten gem. § 21 KHEntgG – in der Summe übereinstimmen. Dieses Vorgehen wird im Folgenden schematisch erläutert.

Schritt 1: Kostenvolumen gemäß Verteilung der Daten gem. § 21 KHEntgG

Je Vergütungsstufe wird das Kostenvolumen unter Verwendung der Kosteninformationen der Kalkulationsstichprobe und der Verweildauerinformationen der Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) berechnet. Dabei werden die mittleren Tageskosten der Fälle mit einer dieser Vergütungsstufe zuzuordnenden Verweildauer aus der Kalkulationsstichprobe mit der Summe der Verweildauertage der korrespondierenden Fälle gem. § 21 KHEntgG multipliziert.

Schritt 2: Erlösvolumen (vor Adjustierung) der Daten gem. § 21 KHEntgG unter Verwendung der mittleren Tageskosten je Vergütungsstufe (vor Adjustierung) als Tageserlös

Der Vergütungsstufe 1 werden alle Fälle zugeordnet, die aufgrund ihrer Verweildauer nur die erste Vergütungsstufe erreichen können. Diese erhalten als Erlös das Produkt aus dem Tageskostenmittelwert der ersten Vergütungsstufe und der Anzahl der Verweildauertage in dieser Vergütungsstufe.

Der Erlös (vor Adjustierung) für Fälle, deren Verweildauer sich in den Verweildauer- grenzen der Vergütungsstufe 2 befindet, setzt sich additiv aus zwei Erlösanteilen zu- sammen: dem Erlös für die bis zur Verweildauerobergrenze der Vergütungsstufe 1 „verbrachten Verweildauertage in Vergütungsstufe 1“ und dem Erlös für die restlichen „ab Vergütungsstufe 2 anfallenden“ Verweildauertage. Der Erlös (vor Adjustierung) für Fälle, die aufgrund ihrer Verweildauer der Vergütungsstufe 3 oder 4 zuzuordnen sind, setzt sich in analoger Weise additiv und kaskadierend aus drei bzw. vier Erlösanteilen zusammen.

Prinzipiell gilt also, dass länger liegende Fälle – unabhängig davon, welcher Vergü- tungsstufe deren gesamte Verweildauer zuzuordnen ist – für den Zeitraum bis zum Er- reichen der Verweildauerobergrenze einer vorherigen Vergütungsstufe auch mit dem dazugehörigen (adjustierten) Tageskostenmittelwert dieser vorherigen Vergütungsstufe vergütet werden.

Der gesamte Erlös eines Falls ist also stets eine Kaskade von tagesbezogenen Einzel- erlösen, die in den jeweiligen Vergütungsstufen generiert werden (siehe die folgende schematische Darstellung in Tab. 5).

Vergütungs- stufe	Tage in Vergü- tungsstufe 1	Tage in Vergü- tungsstufe 2	Tage in Vergü- tungsstufe 3	Tage in Vergü- tungsstufe 4
1				
2				
3				
4				

Tabella 5: Schematische Darstellung der Erlösanteile in den einzelnen Vergütungsstufen

Schritt 3: Berechnung eines Korrekturfaktors für die Adjustierung der Tageskostenmit- telwerte ab der zweiten Vergütungsstufe.

Für die Berechnung des Korrekturfaktors werden das Erlösvolumen gesamt ohne das Erlösvolumen der Verweildauertage aus Vergütungsstufe 1 und das Kostenvolumen gesamt ohne das Erlösvolumen der Verweildauertage aus Vergütungsstufe 1 verwen- det und in Bezug zueinander gesetzt. Dabei ist zu beachten, dass für die Vergütungs- stufe 1 das Kostenvolumen dem Erlösvolumen entspricht.

Schritt 4: Erlösvolumen der Daten gem. § 21 KHEntgG unter Verwendung der ab Ver- gütungsstufe 2 adjustierten mittleren Tageskosten

Mit den durch den Korrekturfaktor adjustierten mittleren Tageskosten je PEPP ergibt sich – unter Anwendung der additiven Berechnung des Gesamterlöses einer PEPP wie in Schritt 2 dargestellt – der Sachverhalt $\text{Summe Kosten der PEPP} = \text{Summe Erlöse der PEPP}$.

Die Vorgehensweise sei im Folgenden modellhaft für eine fiktive PEPP erläutert.

Zu Schritt 1: Für die fiktive PEPP seien durch Analyse (vgl. Kap. 2.4.2.1) drei Vergü- tungsstufen vorgesehen. In den Stufen seien folgende Werte zu verzeichnen:

Stufe	Fallzahl § 21- Daten	Tage § 21- Daten	UG	OG	Mittlere Tages- kosten	Summe Kosten	Tage in Stufe 1	Tage in Stufe 2	Tage in Stufe 3
1	30.000	250.000	1	16	240,00	60.000.000	250.000		
2	31.000	900.000	17	41	215,00	193.500.000	496.000	404.000	
3	30.500	2.300.000	42		208,00	478.400.000	488.000	762.500	1.049.500
Summe	91.500	3.450.000				731.900.000	1.234.000		

Tabelle 6: Beispiel zur Berechnung der Bewertungsrelationen in den Vergütungsstufen: Schritt 1

In den Daten gem. § 21 KHEntgG liegen 30.000 Fälle mit insgesamt 250.000 Verweildauertagen in der Stufe 1 (Verweildauergrenzen 1 bis 16). Eine Verweildauer von 17 bis 41 Tagen zeigen 31.000 Fälle und 30.500 Fälle haben eine Verweildauer von mehr als 41 Tagen. Aus den Kalkulationsdaten innerhalb der Verweildauergrenzen ergibt sich ein mittlerer Tageskostenwert von 240 Geldeinheiten (GE) für die erste Vergütungsstufe. Das Kostenvolumen – bezogen auf die Verweildauertage in den Daten gem. § 21 KHEntgG – beträgt also 60.000.000 GE. Analog dazu haben z.B. die 31.000 Fälle mit einer Verweildauer zwischen 17 und 41 Tagen ein Kostenvolumen von 193.500.000 GE. Insgesamt ergibt sich als Summe der drei Kostenvolumina in den Vergütungsstufen 1 bis 3 ein Kostenvolumen von 731.900.000 GE (vgl. Tab. 6).

Zu Schritt 2: In Tabelle 6 ist die Verteilung der Verweildauertage auf die einzelnen Vergütungsstufen aufgelistet. Die folgende Tabelle 7 berechnet in der oben beschriebenen kaskadierenden Weise die Erlöse für die drei Stufen, die sich unter Anwendung der Formel *mittlere Tageskosten = Erlöse der jeweiligen Vergütungsstufe* ergeben würden. In den Stufen 2 und 3 wird z.B. für die ersten 16 Tage der entsprechenden Fälle die erste Erlösponente durch Verwendung der mittleren Tageskosten der Vergütungsstufe 1 berechnet. Das Erlösvolumen der Vergütungsstufe 2 in Höhe von 205.900.000 GE setzt sich dann zusammen aus dem Erlös für die Verweildauertage in Vergütungsstufe 1 (496.000 Tage * 240 GE) und dem Erlös für die Verweildauertage in Vergütungsstufe 2 (404.000 Tage * 215 GE). In Summe ergibt sich für die 91.500 Fälle der fiktiven PEPP ein Erlösvolumen – bezogen auf die 91.500 Verweildauertage in den Daten gem. § 21 KHEntgG – in Höhe von 765.253.500 GE (vgl. Tab. 7).

Stufe	UG	OG	Mittlere Tages- kosten	Erlöse	Berechnung des Erlöses
1	1	16	240,00	60.000.000	= 240,00 * 250.000
2	17	41	215,00	205.900.000	= 240,00 * 496.000 + 215,00 * 404.000
3	42		208,00	499.353.500	= 240,00 * 488.000 + 215,00 * 762.500 + + 208,00 * 1.049.500
				765.253.500	

Tabelle 7: Beispiel zur Berechnung der Bewertungsrelationen in den Vergütungsstufen: Schritt 2

Ohne Adjustierung der Erlöse würde in dieser fiktiven PEPP für die Fälle mit einer Verweildauer von mehr als 16 Tagen eine Übervergütung von 765.253.500 GE – 731.900.000 GE = 33.353.500 GE resultieren. Diese wird im Schritt 3 durch eine entsprechende Adjustierung ausgeglichen.

Zu Schritt 3: Der Korrekturfaktor für die Adjustierung der mittleren Tageskosten in den Vergütungsstufen 2 und 3 der fiktiven PEPP ergibt sich als Quotient aus dem Kostenvolumen ohne Erlös in Stufe 1 (bis 16 Tage Verweildauer) im Zähler und dem Erlösvolumen ohne Erlös in Stufe 1 im Nenner (vgl. Tabelle 8).

Sachverhalt	Wert	Berechnung
Summe Erlöse für Tage <= 16	296.160.000	= 240,00 * 1.234.000
Summe Kosten für Tage > 16	435.740.000	= 731.900.000 - 296.160.000
Summe Erlöse für Tage > 16	469.093.500	= 765.253.500 - 296.160.000
Korrekturfaktor	0,92889797	= 435.740.000 / 469.093.500

Tabelle 8: Beispiel zur Berechnung der Bewertungsrelationen in den Vergütungsstufen: Schritt 3

Dieser Korrekturfaktor von rund 92,9% wird nun zur Adjustierung der mittleren Tageskosten aller Vergütungsstufen außerhalb der Vergütungsstufe 1 verwendet. Grundsätzlich gilt der Zusammenhang: je größer der Korrekturfaktor, desto höher ist der adjustierte Erlösbetrag der Vergütungsstufe (desto dichter liegt der adjustierte Erlösbetrag an den berechneten mittleren Tageskosten der Vergütungsstufe).

Zu Schritt 4: Für die fiktive PEPP werden im vierten Schritt die mittleren Tageskosten der Vergütungsstufen 2 und 3 mit dem Korrekturfaktor 0,92889797 multipliziert. Eine anschließende erneute Berechnung des Erlösvolumens mit den adjustierten Erlösen bestätigt, dass durch diese Vorgehensweise das Kosten- und Erlösvolumen der fiktiven PEPP – bezogen auf die Verweildauertage in den Daten gem. § 21 KHEntgG – übereinstimmen. Dies ist in der folgenden Tabelle 9 dargestellt:

Stufe	Korrekturfaktor	Mittlere Tageskosten	Mittlere Tagesk. adjustiert	Erlöse adjustiert	Berechnung des adjustierten Erlöses
1		240,00	240,00	60.000.000	= 240,00 * 250.000
2	0,92889797	215,00	199,71	199.724.078	= 240,00 * 496.000 + 199,71 * 404.000
3	0,92889797	208,00	193,21	472.175.922	= 240,00 * 488.000 + 199,71 * 762.500 + + 193,21 * 1.049.500
Summe				731.900.000	

Tabelle 9: Beispiel zur Berechnung der Bewertungsrelationen in den Vergütungsstufen: Schritt 4

Dieses Beispiel der Ermittlung von Erlösbeträgen in den Vergütungsstufen einer fiktiven PEPP soll ausschließlich die Vorgehensweise bei der Berechnung verdeutlichen. Aus den fiktiven Daten lassen sich weder allgemeine Aussagen zur Verteilung der Fallzahlen, Pflage tage und mittleren Tageskosten je Vergütungsstufe noch verallgemeinerte Aussagen auf die einzelnen Berechnungsergebnisse der Erlösbeträge sowie potentieller Über- bzw. Untervergütungen in den einzelnen Vergütungsstufen im PEPP-Katalog ableiten.

3 PEPP-Entgeltsystem 2013

3.1 Überblick zu international eingesetzten Systemen

Im Vorfeld der Entwicklung des PEPP-Systems erfolgten intensive Studien der internationalen Literatur im Hinblick auf Vorbilder zu möglichen Systemen. Im Gegensatz zur Einführung des G-DRG-Systems auf Basis der Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRG) in der Version 4.1 gibt es für das PEPP-System kein direktes Vorgängersystem.

Viele international eingesetzte Klassifikationssysteme befinden sich eher in einer Studienphase, als dass sie bereits zu Abrechnungszwecken unter vergleichbaren Bedingungen wie in Deutschland mit der Einführung des PEPP-Systems vorliegend genutzt würden.

Die nachfolgend kurz charakterisierten Systeme aus den USA und den Niederlanden befinden sich hingegen bereits seit mehreren Jahren im Einsatz zur Vergütung psychiatrischer Leistungen.

Im Gegensatz zum G-DRG-System und dem nicht inhaltlich, aber in Bezug auf Transparenz und Nachvollziehbarkeit doch daran orientierten PEPP-System sind zu internationalen Klassifikations- und Vergütungssystemen meist nicht alle Inhalte frei veröffentlicht. Insbesondere der Eingruppierungsalgorithmus und die genauen im Einzelnen verwendeten Parameter sind typischerweise nicht oder mindestens nicht im Detail frei verfügbar. Zum Teil liegen nur orientierende Informationen vor. Dennoch konnten zahlreiche zu untersuchende Kostentrenner durch diese Literaturrecherche identifiziert werden.

Charakteristika der internationalen Systeme sowie mögliche Ansatzpunkte für Analyse und Entwicklung des zukünftigen deutschen Systems wurden vom InEK auch in verschiedenen Sitzungen der Selbstverwaltung vorgestellt und mit den Selbstverwaltungspartnern diskutiert.

3.1.1 Prospective Payment System for Inpatient Psychiatric Facilities (IPF PPS)

Nach einer mehrjährigen Vorbereitungsphase wird dieses System seit dem 1. Januar 2005 (umfassend seit 2009) in den USA angewendet (Medicare). Die Vergütung nach IPF PPS erfolgt tagesbezogen, die Klassifizierung jedoch typischerweise anhand fallbezogener Parameter. Es werden patientenbezogene, einrichtungsbezogene und geographische Faktoren verwendet:

- Patientenbezogen: Hauptdiagnosegruppe, Komorbiditäten, Alter, Verweildauer (degressive Vergütung) und einige wenige prozedurale Komponenten (z.B. EKT)
- Nicht patientenbezogen: Krankenhaus-Lohnkosten-Index, lohnunabhängige geographische Faktoren, Lehrkrankenhaus etc.

Eines der wesentlichen Kriterien zur Klasseneinteilung der Patienten ist die Hauptdiagnose. Diese wird nach ICD-9 verschlüsselt, womit typischerweise ein geringerer Detail-

grad als bei Verschlüsselung nach ICD-10 verbunden ist. Genaue Diagnoselisten mit einer Überleitung zur ICD-10 zum Vergleich liegen nicht vor.

Offensichtlich scheint aber, dass – wie beim PEPP-System auch – inhaltsnahe Diagnosen zu Diagnosegruppen zusammengeführt wurden. Die Spreizung der Korrekturfaktoren für die Vergütung liegt bei IPF PPS (für die Klassen ohne prozedurale Komponente) zwischen 1,07 und 0,88 und damit in etwa in der Dimension der reinen Diagnostrenner in PEPP bzw. leicht darunter.

In Tabelle 10 werden beispielhaft Diagnosegruppen aus dem IPF PPS dargestellt.

Beschreibung	DRG	Faktor
Procedure with principal diagnosis of mental illness	DRG 424	1,22
Acute adjustment reaction	DRG 425	1,05
Depressive neurosis	DRG 426	0,99
Neurosis, except depressive	DRG 427	1,02
Disorders of personality	DRG 428	1,02
Organic disturbances	DRG 429	1,03
Psychosis	DRG 430	1,00
Childhood disorders	DRG 431	0,99
Other mental disorders	DRG 432	0,92
Alcohol/Drug use, Leave against Medical Advice (LAMA)	DRG 433	0,97
Alcohol/Drug use with comorbid conditions	DRG 521	1,02
Alcohol/Drug use without comorbid conditions	DRG 522	0,98
Alcohol/Drug use without rehabilitation	DRG 523	0,88
Degenerative nervous system disorders	DRG 12	1,05
Non-traumatic stupor & coma	DRG 023	1,07

Tabelle 10: IPF-PPS-Diagnosegruppen

Des Weiteren kommt im IPF PPS eine deutlich degressive Verweildaueradjustierung der Vergütung zur Anwendung. In der nachfolgenden Tabelle 6 werden die Faktoren zur Verweildaueradjustierung dargestellt. Daraus wird unter anderem ersichtlich, dass ab einer Verweildauer von mehr als 21 Tagen jeder weitere Verweildauertag mit dem Adjustierungsfaktor 0,92 bewertet wird.

Tag des Aufenthalts	Korrekturfaktor
Tag 1	1,19 – 1,31
Tag 2	1,12
Tag 3	1,08
Tag 4	1,05
Tag 5	1,04
Tag 6	1,02
Tag 7	1,01
Tag 8	1,01
Tag 9	1,00
Tag 10	1,00
Tag 11	0,99
Tag 12	0,99
Tag 13	0,99
Tag 14	0,99
Tag 15	0,98
Tag 16	0,97
Tag 17	0,97
Tag 18	0,96
Tag 19	0,95
Tag 20	0,95
Tag 21	0,95
Nach Tag 21	0,92

Tabelle 11: IPF PPS degressive Verweildaueradjustierung

Die ersten Tage der Behandlung werden höher vergütet als die Behandlungstage am Ende eines längeren stationären Aufenthalts. Um nicht durch kurzfristige Entlassung immer wieder die höheren Vergütungen der ersten Tage zur Abrechnung bringen zu können, existiert eine Art Fallzusammenführungsregel (wird der Patient innerhalb von bis zu 5 Tagen erneut stationär behandelt, wird die Verweildauervergütung einfach fortgesetzt, so als sei der Patient kontinuierlich stationär behandelt worden).

3.1.2 Diagnose Behandlung Combinatie (DBC)

In den Niederlanden wurde das Abrechnungssystem für stationäre psychiatrische Fälle in der aktuellen Form 2009 eingeführt. Bei den sogenannten DBCs (Diagnose Behandlung Combinatie, Diagnostische Behandlungskombinationen) handelt es sich um

eine Art Fallgruppe, die aufgrund klinischer und administrativer Faktoren identifiziert wird. Dabei setzt sich die Vergütung additiv aus den Komponenten der sogenannten Interventions- und der Verweildauer-DBC zusammen. In der Version 2009 existieren 19 Interventionskategorien mit insgesamt 145 Interventionscodes und 15 Verweildauerkategorien mit insgesamt 70 Verweildauercodes.

Der Leistungserbringer erhält eine feste Interventions-DBC auf Basis der Hauptdiagnose und der durchgeführten Behandlung. Diese Interventions-DBCs sind überwiegend durch Hauptdiagnosen, angelehnt an die Systematik nach dem Diagnostischen und Statistischen Handbuch psychischer Störungen (DSM) (siehe auch Kapitel 3.3.1.1), definiert. Die Spannbreite dieser DBCs reicht von minimal 0 Euro (keine Intervention bei einem maximal 24-stündigen Aufenthalt) bis beispielsweise zwischen 935 und 43.415 Euro bei einem Patienten mit einer Diagnose aus dem Bereich der schizophrenen Erkrankungen. Die Höhe der tatsächlichen Interventions-DBC in diesem Beispiel hängt nicht nur von der Diagnose, sondern auch von der Verweildauer, der durchgeführten Pharmakotherapie und der weiteren Diagnostik ab. In Tabelle 12 werden auszugsweise einige Interventions-DBCs mit ihren weiteren Faktoren, die die tatsächliche Höhe des Entgelts bestimmen, dargestellt.

Interventionskategorie	DBC-Kode	Weitere Faktoren
Schizophrenie	062 bis 068; 143 bis 145	Verweildauer, Pharmakotherapie, weitere Diagnostik
Depression	070 bis 078; 146 bis 147	Verweildauer, psychologische Diagnostik, Psychotherapie, andere Therapien
Persönlichkeitsstörung	121 bis 129; 158 bis 159	Verweildauer, weitere Diagnostik, Psychotherapie

Tabelle 12: Auszug aus den Interventions-DBCs mit zugehörigen weiteren Faktoren

Zusätzlich erhält das Krankenhaus eine wiederum feste Verweildauer-DBC, deren Vergütungshöhe von der Verweildauer bestimmt wird. Die Verweildauer-DBCs beginnen bei einer Verweildauer von 0 Tagen und beschreiben Verweildauerklassen bis 364 Tage. Darüber hinaus existiert keine weitere Differenzierung, sodass bei Langliegern über einem Jahr Verweildauer keine Anpassung der Verweildauer-DBC erfolgt. In Tabelle 13 werden exemplarisch einige Verweildauer-DBCs dargestellt.

Verweildauer (Tage)	DBC-Kode	Entgelt minimal (2009)
0 bis 3	011 bis 015	195 €
3 bis 7	021 bis 025	480 €
7 bis 14	031 bis 035	972 €
14 bis 21	041 bis 045	1.671 €
21 bis 42	051 bis 055	2.983 €

Tabelle 13: Verweildauer-DBCs und deren Entgelte für stationäre Aufenthalte

Werden die Vergütungshöhen der Verweildauer-DBC auf Tagesbasis umgerechnet, ist zu erkennen, dass die durchschnittliche tagesbezogene Vergütung bei Kurzliegern mit ca. 160 Euro je Tag (Verweildauer-DBC mit 3–7 Tagen Verweildauer) deutlich höher ist als die durchschnittliche tagesbezogene Vergütung bei Langliegern mit ca. 100 Euro.

DBC verwendet nach DSM verschlüsselte Diagnosen. Da noch weitere Faktoren verwendet werden, kann eine Spreizung der diagnosebezogenen Vergütungsklassen nicht einfach bestimmt werden.

Kurz zusammengefasst erfolgt die Klassifizierung nach DBC somit anhand fallbezogener Merkmale, die Ermittlung der Vergütungshöhe hingegen aus einer Mischung von fall- und tagespauschalierten Entgeltbestandteilen.

3.1.3 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann davon gesprochen werden, dass die aufwandsbezogene Bewertung psychiatrischer Patientengruppen auf der Basis der kodierten Diagnosen und einer Adjustierung durch verweildauerbezogene Faktoren internationalen Erfahrungen und Forschungsergebnissen entspricht.

Einen Überblick über diese und weitere Systeme (Kanada, Australien, Neuseeland) bietet der Artikel "Payment by Results in Mental Health: a review of the international literature and economic assessment of the Integrated Packages Approach to Care (InPAC)" (von A. Mason und M. Goddard, University of York, 2009), CHE Research Paper 50, der unter

<http://www.york.ac.uk/che/pdf/rp50.pdf>

verfügbar ist.

Der oben genannte Übersichtsartikel spricht eine Empfehlung für eine Verweildauerdegression aus:

"Recommendation 4: Consider adjusting payments by length of stay

In the US, length of stay was found to be a major explanatory variable for cost variation and, for this reason, the Americans have opted for a per diem unit of payment. The Ontario system separates length of stay into three parts that vary by their resource intensity: admission phase (days 0 to 5), post-admission phase (days 6 to 730) and long-term phase (more than two years). Both the US and Canadian systems adjust payments for interrupted stays [...]"

3.2 Entwicklung der PEPP-Klassifikation: Vorgehensweise und Ergebnisse

3.2.1 Ausgangssituation

Grundlage der Entwicklung der PEPP-Klassifikation waren die Daten des Jahres 2011 und damit die gemäß ICD-10-GM Version 2011 bzw. OPS 2011 verschlüsselbaren Diagnosen und Prozeduren sowie die nach § 301 Abs. 3 SGB V, Anlage 2, Schlüssel 6, für das Jahr 2011 zugelassenen Fachabteilungsschlüssel.

Dabei war die Ausgangssituation in Bezug auf die vorhandenen Kodierungsmöglichkeiten insbesondere durch die unterschiedliche Gültigkeitsdauer der ICD-10-GM-Kodes und der OPS-Kodes sehr inhomogen.

Während ICD-Kodes immer für den gesamten Fall gültig sind, stellt sich die Situation für die OPS-Kodes unterschiedlich dar.

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

Dagegen gilt für die OPS-Kodes aus der Gruppe *Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen* (TE-Kodes), wie z.B. 9-605.0 *Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: ¼ bis 2 Therapieeinheiten pro Woche*, ein Wochenbezug. Ein Code aus dieser Gruppe ist also in der Regel einmal pro Woche mit dem Datum des Beginns der Behandlungswoche zu kodieren, es sei denn, dass beispielsweise durch den Wechsel der Behandlungsart (z.B. Wechsel von Intensiv- auf Regelbehandlung) schon vor Ende der vollen Behandlungswoche eine geänderte Dokumentation nötig wird.

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

3.2.2 Entwicklung der PEPP-Klassifikation 2013

Die Vorgehensweise in der Entwicklung der PEPP-Klassifikation 2013 lässt sich gliedern in:

- Definition bzw. Unterteilung in Strukturkategorien (SK)
- Definition von Diagnosegruppen angelehnt an ICD-10

- Definition der „Reste“-Gruppen „Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose“ und „Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose“
- Gruppierung aller Fälle in die definierten PEPP
- Systematische Analysen zu den Gruppierungsmerkmalen Haupt- oder Nebendiagnose (ICD-10-GM 2011), Prozedur (OPS 2011) oder Alter auf Ebene Strukturkategorie bzw. PEPP zur Identifikation komplizierender Konstellationen
- Kondensation fallzahlarmer sowie bezüglich Kosten, Alter oder Verweildauer ähnlicher PEPP
- Definition von Fehler-PEPP und sonstigen unbewerteten PEPP
- Definition von Zusatzentgelten
- Hierarchische Ordnung der PEPP innerhalb der Strukturkategorien nach mittleren Tageskosten

3.2.2.1 Strukturkategorien

Die erste Gliederungsebene der PEPP-Klassifikation wird als Strukturkategorie bezeichnet. Bereits in den Analysen im Rahmen des Prä-Tests und der Probekalkulation erfolgte eine solche Einteilung, die sich deutlich an die Klassen der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) anlehnte:

- „Prä“-Kategorie
- Kinder und Jugendpsychiatrie (definiert über Fachabteilungsschlüssel)
- Psychosomatik (über Fachabteilungsschlüssel oder OPS-Kodes)
- Gerontopsychiatrie (über Alter oder Diagnosen für Demenz)
- Abhängigkeitserkrankungen (über Hauptdiagnosen F1* ohne Nikotinabhängigkeit)
- Allgemeinpsychiatrie (über psychiatrische Hauptdiagnosen)
- Rest-Kategorie

Bereits in dieser Einteilung wurden die Klassen der Psych-PV – beispielsweise bei den Abhängigkeitserkrankungen oder der Gerontopsychiatrie – schärfer definiert und zum Teil durchbrochen, um eine leistungsgerechtere Abbildung zu ermöglichen.

Diese Entwicklung setzte sich bei der Definition der Strukturkategorien für die PEPP-Systematik 2013 fort. Ergänzend zu den o.g. Klassen enthält das PEPP-System 2013 auch eigene Strukturkategorien für teilstationäre Fälle. Da diese (definiert über den Aufnahmegrund „Teilstationär“) zu den Definitionen der vollstationären Fälle überschneidungsfrei (disjunkt) sind, ist die Abfragereihenfolge hier nicht von Bedeutung. Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden die teilstationären Strukturkategorien gemeinsam am Beginn der Abfragereihenfolge einsortiert.

Alle Fälle durchlaufen zunächst die sogenannte „Prä“-Kategorie. Diese hat zwei Funktionen: Erstens sind dort für bestimmte hochaufwendige Konstellationen eigene PEPP definiert (siehe Abbildung 17 in Kap. 3.2.3.6). Zweitens erfolgt hier die Zuweisung der Behandlungsfälle zu den Strukturkategorien.

Mit der Einführung der Strukturkategorien wird dem Umstand der strukturell unterschiedlichen Kostenstrukturen der verschiedenen Behandlungsformen Rechnung getragen. So ist die Kostenstruktur der vollstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht vergleichbar z.B. mit der Kostenstruktur der teilstationären Gerontopsychiatrie. Diesem Umstand folgend wurden nachstehende Strukturkategorien identifiziert (siehe auch Abb. 12):

- Teilstationär: Alle Fälle mit Aufnahmegrund „Teilstationär“
- Kinder- und Jugendpsychiatrie (oder-Bedingung):
 - Alter unter 14 Jahren
 - Überwiegende Aufenthaltsdauer in der Fachabteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie (altersunabhängig)
 - Alter über 13 und unter 18 Jahren mit überwiegender Aufenthaltsdauer in der Fachabteilung Psychosomatik und Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Psychosomatik: Alle weiteren Fälle mit dem Fachabteilungsschlüssel Psychosomatik
- Psychiatrie: Alle Fälle ohne die Strukturkategorie Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik

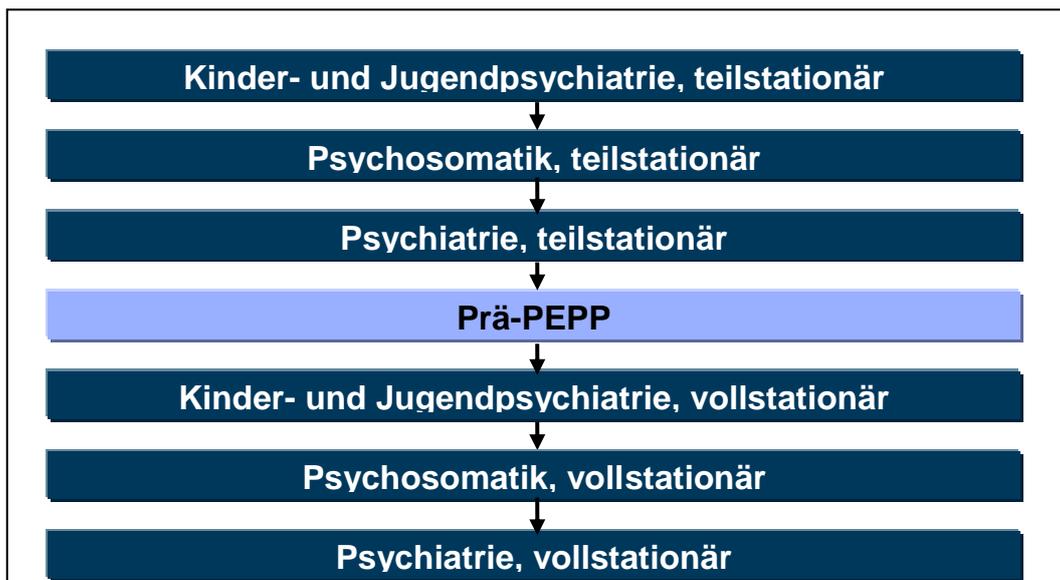


Abbildung 12: Struktur der Prä-PEPP, PEPP-Version 2013

Im Vergleich zur Probekalkulation 2011 findet sich damit keine eigenständige Strukturkategorie mehr für den Bereich der Suchterkrankungen bzw. für die Gerontopsychiatrie. Die vollständige Berücksichtigung der Fälle aus dem Bereich Sucht innerhalb der Psychiatrie erfolgt aufgrund der Hauptdiagnose in der Basis-PEPP PA02 *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* als eigenständige Diagnosegruppe (siehe Kap. 3.3.3.1).

Eine aufwandsgerechtere Abbildung der Fälle aus der Gerontopsychiatrie innerhalb der Psychiatrie konnte durch die Gruppierung der Fälle

- mit den Hauptdiagnosen *Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems* in die höher bewertete Basis-PEPP PA15,
- mit einem Alter von mehr als 65 Jahren in die höher bewertete(n) PEPP der jeweiligen durch die Hauptdiagnose gruppierten Basis-PEPP

erreicht werden. Die Eingliederung der Suchterkrankungen und der Gerontopsychiatrie in die Strukturkategorie Psychiatrie ermöglicht nun eine sachgerechte Abbildung besonders aufwendiger Konstellationen (die teilweise nur geringe Fallzahlen aufwiesen) innerhalb der Hierarchie der Strukturkategorie, was eine Einsortierung in die Abfrage-Reihenfolge gemäß den zugrunde liegenden Kosten erfordert.

In jeweils eigenständigen Strukturkategorien für Abhängigkeitserkrankungen und gerontopsychiatrische Patienten wäre die Aufwertung solcher Konstellationen erheblich erschwert gewesen, insbesondere wäre eine sachgerechte Einsortierung gemäß den höheren Tageskosten der Fälle nicht möglich gewesen. Zu nennen sind hier vor allem die Parameter Intensivbehandlung und 1:1-Betreuung (unterhalb der Einstiegsschwelle der jeweiligen Prä-PEPP), aber auch weitere Fallkonstellationen profitierten erheblich von der durch die gemeinsame Strukturkategorie ermöglichten sachgerechten Eingruppierung. In diesem Zusammenhang konnten beispielsweise folgende weitere spezifische Konstellationen identifiziert und leistungsgerecht abgebildet werden:

- Aufwertung der Fälle mit Diagnosenkombination F1x.- *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* und E51.2 *Wernicke-Enzephalopathie* in die höher vergütete Basis-PEPP PA15 bzw. TA15
- Aufwertung der Fälle mit den Hauptdiagnosen *Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörung* und der Nebendiagnose F1x.0 *Akute Intoxikation* in die höher vergütete Basis-PEPP PA02 bzw. TA02
- Aufwertung der Fälle mit Hauptdiagnose F1x.6 *Amnestisches Syndrom* in die höher vergütete Basis-PEPP PA15 bzw. TA15

Im Zuge der Entwicklung der PEPP-Systematik 2013 wurde die Zuweisung zur Strukturkategorie Kinder- und Jugendpsychiatrie wesentlich verfeinert. Die Zuordnung erfolgt nicht mehr ausschließlich über Fachabteilungskennzeichen, sondern berücksichtigt mehrere Faktoren: Alter, Fachabteilung und bei intern verlegten Patienten auch Länge der Behandlung in der Fachabteilung sowie für in psychosomatischen Einrichtungen behandelte Jugendliche auch die Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Im Ergebnis werden alle Patienten unter 14 Jahre und ein klar definierter Teil der über 13-Jährigen entsprechend ihrer höheren Tageskosten der Strukturkategorie Kinder- und Jugendpsychiatrie zugeordnet. Die Tageskosten der außerhalb der Strukturkategorie Kinder- und Jugendpsychiatrie eingruppierten jugendpsychiatrischen Fälle entsprachen denen der Psychiatrie bzw. Psychosomatik.

Im Vergleich zur Probekalkulation 2011 erfolgt die Definition der Strukturkategorie Psychosomatik nur noch über das entsprechende Fachabteilungskennzeichen. Annähernd alle in den Kalkulationsdaten identifizierbaren Fälle haben einen entsprechenden FAB-Schlüssel, weniger als 0,1% der Fälle erhielten nur den OPS-Kode Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung (9-63*) und keinen FAB-Schlüssel. Somit führt die vereinfachte Definition nicht zu wesentlichen Unterschieden hinsichtlich der Zahl der in die Strukturkategorie eingruppierten Fälle (im Vergleich zur Definition „FAB oder OPS“). In den Analysen konnten zudem keine Kostenunterschiede zwischen den Fällen mit FAB-Schlüssel und OPS-Kode und den Fällen mit FAB-Schlüssel ohne OPS-Kode (jeweils ca. 50% der Fälle) gefunden werden.

Die nachfolgenden Tabellen 14 und 15 zeigen die Verteilung der Fälle auf die Strukturkategorien, zum einen für die Daten der an der Kostenkalkulation PEPP teilnehmenden Einrichtungen, zum anderen für alle Einrichtungen (Daten gem. § 21 KHEntgG). Auffällig ist vor allem der im Vergleich zum Gesamtanteil deutlich geringere Anteil von Fällen in der Strukturkategorie *Psychosomatik* in den Kalkulationsdaten.

Präfix	Strukturkategorie	Fälle	Anteil Fälle
P0	Prä-PEPP	12.058	1,3%
PA	Psychiatrie, vollstationär	695.377	75,1%
PK	Kinder- und Jugendpsychiatrie, vollstationär	43.020	4,6%
PP	Psychosomatik, vollstationär	50.527	5,5%
TA	Psychiatrie, teilstationär	102.398	11,1%
TK	Kinder- und Jugendpsychiatrie, teilstationär	13.678	1,5%
TP	Psychosomatik, teilstationär	8.217	0,9%
PF	Fehler-PEPP und sonstige PEPP	533	0,1%
	Gesamt	925.808	100,0%

Tabelle 14: Fallverteilung in den Strukturkategorien, PEPP-Version 2013, Datenjahr 2011, Daten gem. § 21 KHEntgG

Präfix	Strukturkategorie	Fälle	Anteil Fälle
P0	Prä-PEPP	3.216	2,1%
PA	Psychiatrie, vollstationär	119.664	77,5%
PK	Kinder- und Jugendpsychiatrie, vollstationär	7.937	5,1%
PP	Psychosomatik, vollstationär	4.002	2,6%
TA	Psychiatrie, teilstationär	16.409	10,6%
TK	Kinder- und Jugendpsychiatrie, teilstationär	1.763	1,1%
TP	Psychosomatik, teilstationär	1.400	0,9%
PF	Fehler-PEPP und sonstige PEPP	29	0,0%
	Gesamt	154.420	100,0%

Tabelle 15: Fallverteilung in den Strukturkategorien, PEPP-Version 2013, Kalkulationsdaten

3.2.2.2 Diagnosegruppen

Die Hauptdiagnose stellt eines der maßgeblichen Kriterien für die Eingruppierung gemäß der vorgelegten PEPP-Systematik dar. Alle untersuchten international eingesetzten Klassifikationssysteme in der Psychiatrie verwenden die Hauptdiagnose ebenfalls als bedeutsames Kriterium. Dass die Hauptdiagnose eines Falles eine zentrale Rolle in den Analysen des InEK bei der Entwicklung des PEPP-Entgeltsystems spielt, wurde

bereits im Prätest wie auch bei der Vorstellung der Ergebnisse der Probekalkulation dargestellt.

Bestimmte Hauptdiagnosen haben sich in einem deutlichen Maß als geeignete Kostentrenner erwiesen, viele Diagnosen zeigen dabei erhebliche Kostenunterschiede über den gesamten Aufenthalt. So zeigen beispielsweise die in den Basis-PEPP PA03 und PA04 als Splitkriterien eingesetzten Hauptdiagnosen für organische Störungen bei typischen Verweildauern Kostenunterschiede pro Tag von über 20%. Auch in anderen PEPP der Psychiatrie und auch der Kinder- und Jugendpsychiatrie finden sich Kostendifferenzen in ähnlicher Dimension.

Insgesamt kann von einer durchgängigen Verwendung von Diagnosegruppen als Ordnungsmerkmal gesprochen werden. Als echte Kostentrenner kommen Diagnosen nur in Teilen der PEPP-Klassifikation zur Anwendung. Als Prädiktor der zu erwartenden Fallkosten oder der Verweildauer sind Hauptdiagnosen nicht geeignet und kommen auch nicht als solche zum Einsatz.

Es ist anzumerken, dass auch die Einteilung der Psych-PV (insbesondere die Klassen Sucht und Gerontopsychiatrie) sehr stark einer Hauptdiagnose-Einteilung entspricht, wenn auch auf einem wesentlich stärker aggregierten Niveau, jedoch ohne – im Gegensatz zu PEPP – dort, wo dies angesichts der Datenlage (also der Tageskosten der entsprechenden Fälle) geboten ist, die Hauptdiagnose-orientierte Eingruppierung zu durchbrechen, wie etwa bei der aufwendigen Einzelbetreuung oder den besonders aufwendigen Konstellationen von Suchtpatienten.

Die hohe Bedeutung der Hauptdiagnosen für den PEPP-Gruppierungsprozess ist zumindest teilweise auch der Tatsache geschuldet, dass noch nicht in einem vergleichbar hohen Maß wie beispielsweise im G-DRG-System andere, etwa prozedurale Leistungsbezeichner (OPS-Kodes) als belastbare Kostentrenner zur Verfügung stehen. Parallel zur Weiterentwicklung der PEPP-Klassifikation werden vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) die ICD- und OPS-Kataloge in Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften und allen anderen Beteiligten fortlaufend weiterentwickelt. Geeignete OPS-Kodes werden in Zukunft sicher zu einer noch weiter verbesserten Abbildung insbesondere schwer erkrankter Patienten führen. Die im aktuellen PEPP-System bereits definierten Prä-PEPP für hochaufwendige Fälle mit 1:1-Betreuung oder Behandlung im Intensivsetting stellen hier einen bedeutenden, wenn auch ersten Schritt dar und deuten mit zum Teil um 200% über dem Niveau anderer PEPP liegenden Relativgewichten bereits an, welches Erlösspektrum ein am tatsächlichen Behandlungsaufwand orientiertes Vergütungssystem erzielen kann.

Nicht nur in Bezug auf die weitere Differenzierung der Diagnoseklassifikation, sondern auch hinsichtlich der Nachvollziehbarkeit der als Ordnungsmerkmale verwendeten Diagnosegruppen wird die fachliche Rückmeldung der Anwender zu weiteren Verbesserungen führen. Die Zusammensetzung der Diagnosegruppen in der PEPP-Version 2013 ist teilweise als schlecht nachvollziehbar oder medizinisch wenig stimmig kommentiert worden. Ausgehend vom Strukturierten Dialog werden vom InEK die bisherigen Diagnosegruppen untersucht und Möglichkeiten einer verbesserten Einteilung untersucht werden. Die Entwicklung der Diagnosegruppen erfolgte in starker Anlehnung an die ICD-10-Klassifikation, zeigt aber auch Abweichungen (siehe Tab. 16). Dabei wurden sowohl Anregungen aus der DSM-IV-Klassifikation übernommen als auch weitere in der Literatur verwendete Klassifikationssysteme einbezogen.

Nr.	Diagnosegruppe
01	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen oder andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
02	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
03	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen
04	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen
05	Phobische, andere Angst- oder Zwangsstörungen
06	Somatoforme oder andere neurotische Störungen
07	Dissoziative Störungen
08	Sexuelle Funktionsstörungen oder Störungen der Geschlechtsidentität, der Sexualpräferenz oder der sexuellen Entwicklung und Orientierung
09	Nichtorganische oder organische Schlafstörungen
10	Ess- oder Fütterstörungen
11	Hyperkinetische Störungen, kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen, Störungen des Sozialverhaltens oder sozialer Funktionen
12	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen oder Störungen im Wochenbett
13	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
14	Persönlichkeitsstörungen oder andauernde Persönlichkeitsänderungen
15	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems
16	Krankheiten des Nervensystems, zerebrovaskuläre Krankheiten oder Thiaminmangel
17	Andere psychosomatische Störungen
18	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome

Tabelle 16: Übersicht der Diagnosegruppen, PEPP-Version 2013. Grau hinterlegt sind die ICD-10-identischen Gruppen

Abweichend von der ICD-10-Klassifikation wurden bestimmte Untergruppen zur differenzierten Darstellung der kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbilder sowie aufwandsgerechten Abbildung der KJP zusammengefasst. Dies betrifft die Diagnosegruppen 01: *Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen oder andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* und 11: *Hyperkinetische Störungen, kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen, Störungen des Sozialverhaltens oder sozialer Funktionen*.

Entsprechend wurde zur aufwandsgerechten Abbildung der Gerontopsychiatrie die Diagnosegruppe 15 *Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems* gebildet.

Zur vollständigen Abbildung der neuro-psychiatrischen bzw. neurologischen und „psychiatrienahen“ Diagnosen wurden die Gruppen 16 *Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)*, *zerebrovaskuläre Krankheiten (I60-I69)* oder *Thiaminmangel (E51.-)*, 17 *Andere psychosomatische Störungen (z.B. Adipositas E66.-, Asthma bronchiale J45.-, Ulcus ventriculi K25.-, Crohn-Krankheit K50.-, Rückenschmerzen M54.- etc.)* und 18 *Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome (z.B. Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten F81.-, Ruhelosigkeit und Erregung R45.1 etc.)* gebildet. Ca. 2.500 Fälle in Deutschland werden mit einer Hauptdiagnose aus den Diagnosegruppen 16, 17 oder 18 behandelt. Im vorliegenden PEPP-System werden diese Fälle in einer unbewerteten PEPP abgebildet.

Aus den bisherigen Erfahrungen ist zu erwarten, dass durch eine Veränderung der Kodierung bzw. Verbesserung der Kodierqualität in den nächsten Jahren eine Bewertung der bisher unbewerteten PEPP möglich wird oder eine Reduktion der Fallzahlen in den über die Diagnosegruppen 16, 17 und 18 definierten PEPP zur Auflösung der entsprechenden PEPP führt.

Es muss jedoch betont werden, dass einer vergleichsweise hohen Zahl unbewerteter PEPP-Klassen nur eine sehr geringe Zahl von Fällen, die in diese unbewerteten PEPP eingruppiert werden, gegenübersteht. In den Daten gem. §21 KHEntgG des Jahres 2011 werden 99% aller stationären und teilstationären Fälle aus Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik einer bewerteten PEPP zugeordnet. Nur 1,1% der vollstationären und 0,4% der teilstationären Fälle werden hingegen in eine unbewertete PEPP eingruppiert.

3.2.2.3 PEPP vollstationär

Im Rahmen der Kalkulation wurden die oben beschriebenen Diagnosegruppen den Analyseergebnissen in den Strukturkategorien entsprechend in aufwandsähnlichen Klassen zusammengefasst, was auch als Kondensation bezeichnet wird).

So zeigte sich, dass in allen Strukturkategorien eine Zusammenfassung der Diagnosegruppen 04, 05, 06, 07, 09 und 12 angelehnt an die Untergruppen F3* und F4* nach ICD-10 zu der Diagnosegruppe *Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen* kondensiert werden können. Die Untersuchung der Fälle in den unkondensierten Diagnosegruppen ergab keine signifikanten Unterschiede in den Kostenstrukturen.

Ebenso konnte in allen Strukturkategorien die Zusammenfassung der Diagnosegruppen 08, 11, 13 und 14 angelehnt an die Untergruppe F6* nach ICD-10 zu *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen* durchgeführt werden.

In Abbildung 13 wird die Zuweisung zu den vollstationären Strukturkategorien in der Prä-Strukturkategorie dargestellt.

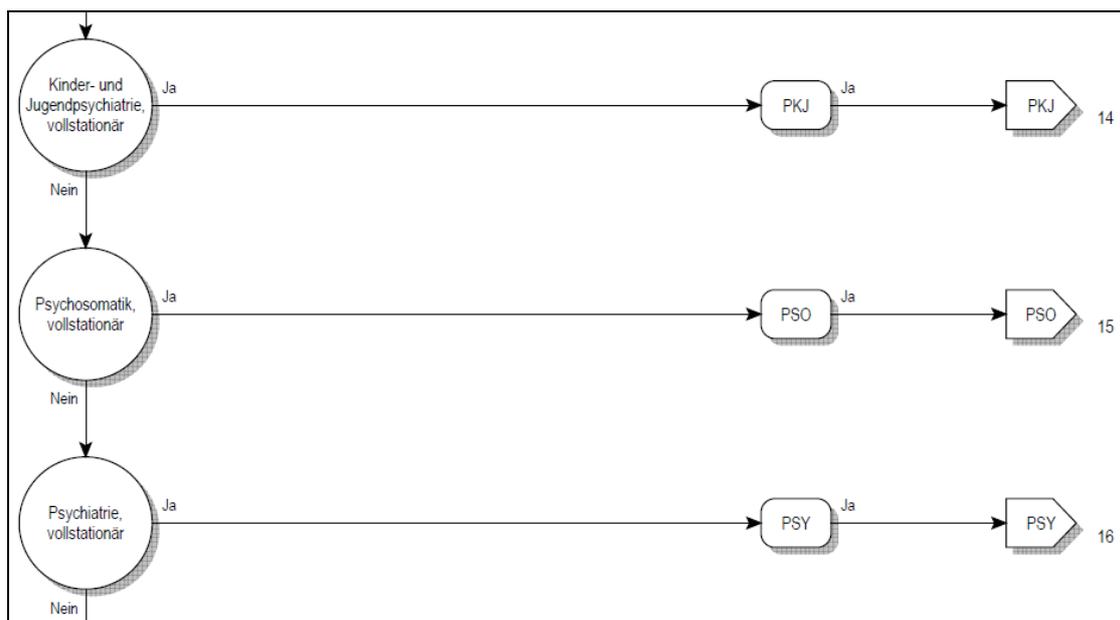


Abbildung 13: Zuweisung zu den vollstationären Strukturkategorien, PEPP-Version 2013

3.2.2.3.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Strukturkategorie *Kinder- und Jugendpsychiatrie, vollstationär* (PKJ), umfasst folgende Basis-PEPP:

- PK01 Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen oder andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- PK02 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- PK03 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen
- PK04 Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen
- PK10 Ess- oder Fütterstörungen
- PK14 Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen
- PK15 Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems
- PK16 Krankheiten des Nervensystems, zerebrovaskuläre Krankheiten oder Thiaminmangel
- PK17 Andere psychosomatische Störungen
- PK18 Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome

PK98 Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose

PK99 Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose

In Abbildung 14 wird die Verteilung der gelieferten Datensätze in der Strukturkategorie Kinder- und Jugendpsychiatrie, vollstationär, dargestellt.

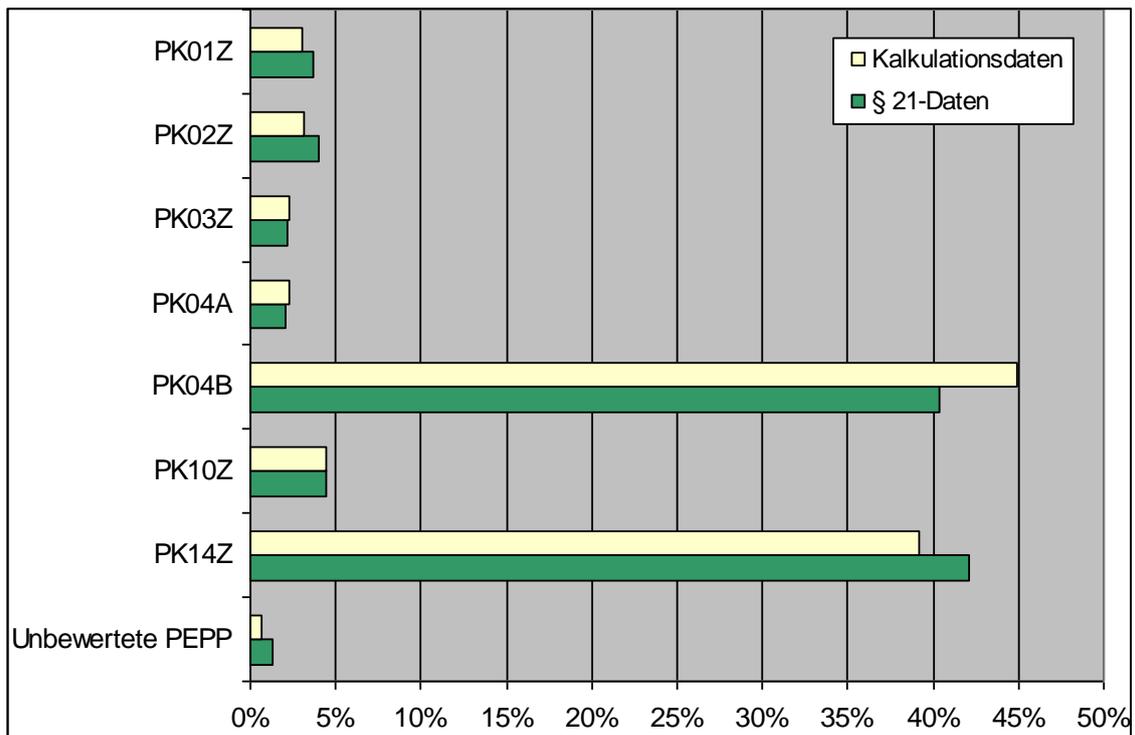


Abbildung 14: Verteilung in der Strukturkategorie Kinder- und Jugendpsychiatrie, PEPP-Version 2013

Die Definition der Basis-PEPP erfolgt durchgängig durch Diagnosegruppen. Dabei ergaben sich für die Basis-PEPP PK01 bis PK14 auf Grundlage der Kalkulationsdaten Relativgewichte, die mit einer Höhe von 1,6019 bis 1,9963 (in der ersten Vergütungsstufe) deutlich über den typischen Relativgewichten der Psychiatrie oder Psychosomatik liegen, was den deutlich höheren Tageskosten der Fälle der Strukturkategorie KJP entspricht und somit maßgeblich zu einer sachgerechten Vergütung der Fälle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie beiträgt.

Die Basis-PEPP PK15 bis PK18 wurden als unbewertete Pauschalen, also ohne ausgewiesenes Relativgewicht in den Entgeltkatalog aufgenommen.

Wie in allen Strukturkategorien dienen die Basis-PEPP P*98 und P*99 als sogenannte Reste-PEPP (vgl. Kapitel 3.2.3.9).

Innerhalb der Basis-PEPP PK04 für Fälle mit Diagnosen aus dem Bereich Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen war es möglich, aufwendigere Fälle durch eine Kombination der definierenden Hauptdiagnose mit bestimmten psychiatrischen oder somatischen Nebendiagnosen zu identifizieren.

Bei den als aufwandssteigernd identifizierten psychiatrischen Nebendiagnosen handelt es sich um die Anorexie (F50.1 und F50.2), die Persönlichkeitsstörungen (F60* und F61) und bestimmte Formen der tief greifenden Entwicklungsstörungen (F84.0, F84.1 und F84.2). Ebenfalls konnten die somatischen Nebendiagnosen bestimmte Formen des Diabetes mellitus, die aufgrund einer Entgleisung zu einem erhöhten somatisch begründeten Aufwand führen, und Diagnosen aus dem Bereich Epilepsie (G40* und G41*) als aufwandssteigernd in dieser Basis-PEPP identifiziert werden. Wenn ein Fall in dieser Basis-PEPP eine dieser Nebendiagnosen trägt, erfolgt dadurch eine Gruppierung in die höher bewertete PEPP PK04A *Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, mit komplizierender Nebendiagnose*.

Einen Überblick über weitere, als mögliche Splitkriterien untersuchte Parameter bietet Kapitel 3.3.3.

3.2.2.3.2 Psychosomatik

Die Strukturkategorie *Psychosomatik, vollstationär* (PSO), umfasst folgende Basis-PEPP:

- | | |
|------|--|
| PP00 | Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung, mit sehr hohem Anteil |
| PP04 | Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen |
| PP10 | Anorexia nervosa, Ess- oder Fütterstörungen |
| PP14 | Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen |
| PP15 | Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems |
| PP16 | Krankheiten des Nervensystems, zerebrovaskuläre Krankheiten oder Thiaminmangel |
| PP17 | Andere psychosomatische Störungen |
| PP18 | Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome |
| PP98 | Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose |
| PP99 | Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose |

Die gelieferten Datensätze verteilen sich innerhalb der Strukturkategorie Psychiatrie wie in Abbildung 15 dargestellt:

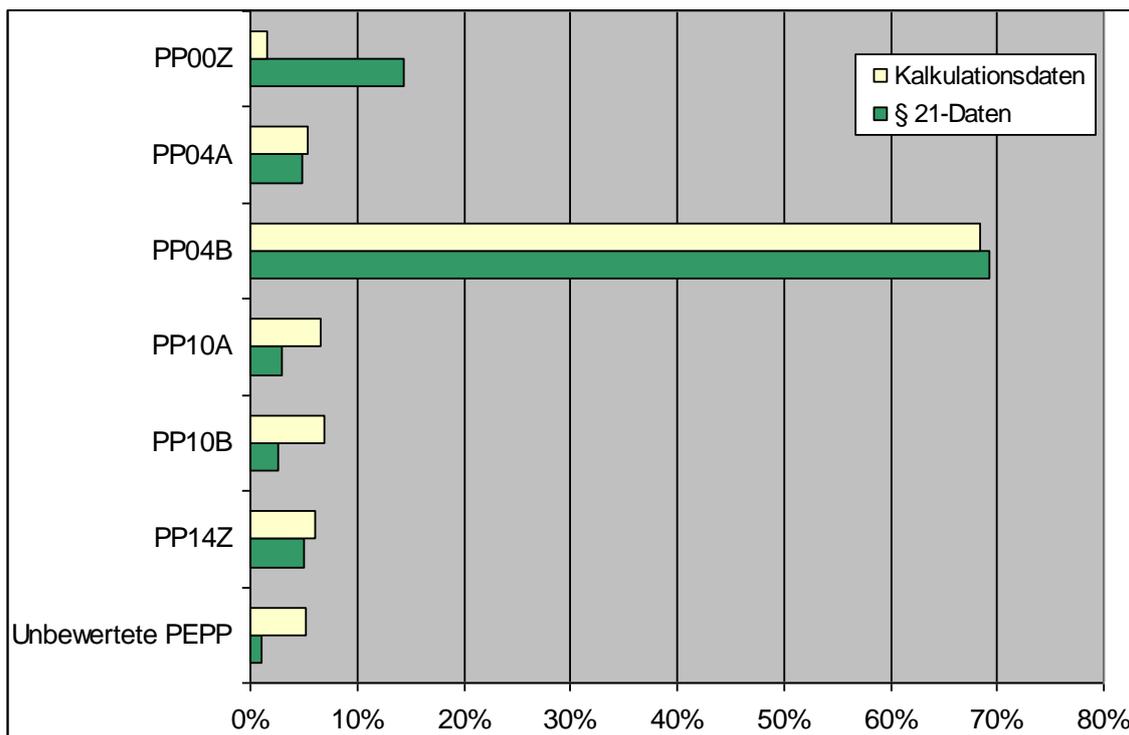


Abbildung 15: Verteilung in der Strukturkategorie Psychosomatik, vollstationär, PEPP-Version 2013

Die Definition der Basis-PEPP erfolgt überwiegend durch Diagnosegruppen. Dabei konnten für die Basis-PEPP PP00, PP04, PP10 und PP14 Relativgewichte ermittelt werden, die weiteren PEPP dieser Strukturkategorie finden sich als unbewertete Pauschalen im Entgeltkatalog.

Die in Kapitel 2.3.2.1 dargestellten deutlichen Unterschiede in den Tageskosten zwischen Kurz- und Langliegern sowie auch im Verlauf einer längeren Behandlung finden sich auf Grundlage der Kalkulationsdaten in der Psychosomatik nicht in gleicher Art und Höhe. Dabei ist auch anzumerken, dass der Anteil an Kurzliegern in der Psychosomatik geringer ist als typischerweise in psychiatrischen Einrichtungen. In den Daten der psychosomatischen Einrichtungen finden sich oft typische Verweildauern von z.B. sechs oder acht ganzen Wochen. Neben der insgesamt geringen Fallzahl erschwert auch diese Verweildauerverteilung weitergehende Analysen zum Kostenverlauf erheblich.

In der Folge wurden die meisten PEPP der Strukturkategorie Psychosomatik nur mit einer Vergütungsstufe im Entgeltkatalog ausgewiesen. Diese PEPP weisen also zum einen keine degressive Vergütung im Verlauf auf, zum anderen fehlen damit aber auch Relativgewichte über 1,2, wie sie für die erste Vergütungsstufe vieler PEPP der Strukturkategorie Psychiatrie typisch sind.

Lediglich für die PEPP PP14 *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen* konnten auf Basis der empirischen Daten zwei Vergütungsstufen ermittelt werden.

Eine Besonderheit in der Strukturkategorie Psychosomatik stellt die Basis-PEPP PP00 dar. Zur Eingruppierung in diese Kategorie muss der Anteil der Tage mit einem hohen durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten therapeutischem Aufwand an den Gesamtpflegetagen überwiegen.

Dazu werden die Tage, an denen ein Kode aus dem Bereich *Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen bei Erwachsenen* gültig war, ermittelt. Dabei konnte eine Anzahl von mehr als sechs durch Ärzte oder Psychologen erbrachte Therapieeinheiten pro Woche trotz einer vergleichsweise geringen Fallzahl als kostentrennende Untergrenze identifiziert werden. Der Anteil dieser Tage an den Gesamtpflegetagen muss größer als 50% sein.

Für geringere Anteile, eine geringere Therapieintensität (unter 7 TE) wie auch für die Berufsgruppen Pflege und Spezialtherapeuten fanden sich keine regelhaft höheren Tagelkosten. Mit einem Relativgewicht von 1,176 (verweildauerunabhängig) ist die PEPP PP00 die am höchsten bewertete Klasse innerhalb der Strukturkategorie Psychosomatik.

In der Basis-PEPP PP04 für Fälle mit Hauptdiagnosen aus dem Bereich Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen gelang es, aufwendigere Fälle durch einen Alterssplit und die Kombination mit bestimmten Nebendiagnosen zu identifizieren. So gelangen sowohl Fälle mit einem Alter über 65 Jahre als auch Fälle mit bestimmten psychiatrischen oder somatischen Nebendiagnosen in die höher bewertete PEPP PP04A *Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter >65 Jahre oder mit komplizierender Konstellation*. Dabei handelt es sich bei den in dieser Basis-PEPP als aufwandssteigernd identifizierten psychiatrischen Nebendiagnosen um die mittelgradigen, schweren und schwersten Intelligenzminderungen oder um die dissoziierte Intelligenz, jeweils mit deutlichen Verhaltensstörungen (F7*.1). Zu den somatischen Nebendiagnosen zählen im Wesentlichen bestimmte Infektionen, als entgleist bezeichnete Formen des Diabetes mellitus, bestimmte organische Hirnleistungsstörungen sowie die Epilepsien.

In der Basis-PEPP PP10 konnten ebenfalls die Fälle mit den im vorherigen Absatz beschriebenen Nebendiagnosen als aufwendig identifiziert werden. Darüber hinaus werden Fälle mit einer Hauptdiagnose *Anorexia nervosa* (F50.0 und F50.1) in die höher bewertete PEPP PP10A *Anorexia nervosa, Ess- oder Fütterstörungen mit komplizierender Nebendiagnose* eingruppiert.

3.2.2.3.3 Psychiatrie

Die Strukturkategorie *Psychiatrie, vollstationär* (PSY), umfasst folgende Basis-PEPP:

- | | |
|------|--|
| PA01 | Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen oder andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend |
| PA02 | Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen |
| PA03 | Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen |
| PA04 | Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen |
| PA14 | Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Essstörungen oder andere Störungen |
| PA15 | Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems |

- PA16 Krankheiten des Nervensystems, zerebrovaskuläre Krankheiten oder Thiaminmangel
- PA17 Andere psychosomatische Störungen
- PA18 Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome
- PA98 Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose
- PA99 Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose

Innerhalb der Strukturkategorie Psychiatrie verteilen sich die gelieferten Datensätze wie in Abbildung 16 dargestellt:

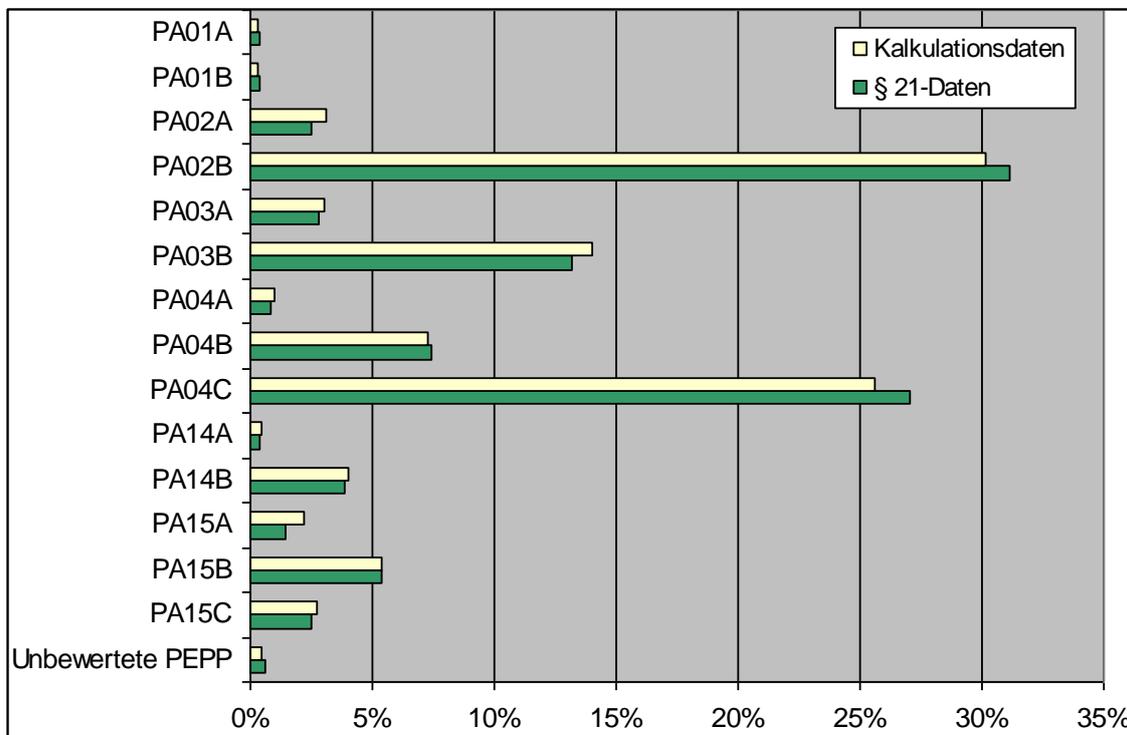


Abbildung 16: Verteilung in der Strukturkategorie Psychiatrie, vollstationär, PEPP-Version 2013

Die Definition der Basis-PEPP erfolgt durchgängig durch Diagnosegruppen. Dabei konnten für die Basis-PEPP PA01, PA02, PA03, PA04, PA14 und PA15 Relativgewichten kalkuliert werden, die weiteren, typischerweise fallzahlschwachen PEPP wurden unbewertet in den Entgeltkatalog aufgenommen.

In allen bewerteten Basis-PEPP war es möglich, innerhalb der PEPP aufwendigere Fälle zu identifizieren und die PEPP entsprechend zu splitten. Meist wurden mehrere einen höheren Aufwand repräsentierende Parameter zu einer „komplizierenden Konstellation“ (vgl. Kap. 3.2.2.4) zusammengefasst.

Beispielhaft sei hier die Basis-PEPP PA03 dargestellt. Hier werden Fälle mit einer Hauptdiagnose aus dem Bereich *Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen* eingruppiert.

In die höher bewertete PEPP PA03A gelangen Fälle, wenn diese mindestens eines der folgenden Merkmale aufweisen:

- Alter über 65 Jahre
- Mehr als 30 Tage lang einen gültigen Kode aus dem Bereich Intensivbehandlung bei psychischen oder psychosomatischen Störungen oder Verhaltensstörungen bei Erwachsenen ab drei Merkmalen
- Ein mäßig erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen bezogen auf die 1:1-Betreuung
- Ein hoher Anteil Intensivbehandlung bei Erwachsenen, ab drei Merkmalen
- Hauptdiagnose Katatone Schizophrenie
- Hauptdiagnose aus dem Bereich Organische psychotische Störungen
- Bestimmte, als komplizierend identifizierte psychiatrische oder somatische Nebendiagnose

3.2.2.4 Funktionen „komplizierende Konstellation“

Nach Etablierung der Strukturkategorien und der (überwiegend an der Hauptdiagnose orientierten) Definitionen der Basis-PEPP wurde eine Vielzahl weiterer Parameter auf eine Eignung als Splitkriterium untersucht. Dies betraf sowohl Kodes für Haupt- oder Nebendiagnosen, Prozedurenschlüssel des OPS als auch weitere Variablen, beispielsweise das Patientenalter.

Bei der Analyse dieser Faktoren als mögliche Kostentrenner in den einzelnen Basis-PEPP zeigte sich, dass die mit den untersuchten Merkmalen assoziierten Kostenunterschiede oft in mehreren, aber nicht allen Basis-PEPP ausgeprägt waren.

Zugleich konnten in vielen Basis-PEPP mehrere, einen höheren Aufwand beschreibende Merkmale gefunden werden. Im Ergebnis besteht das schließlich umgesetzte Splitkriterium einer Basis-PEPP daher oft aus mehreren, typischerweise mit logischem „oder“ verbundenen Bedingungen, die den Splitkriterien anderer Basis-PEPP oft ähnlich, aber nicht immer gleich sind.

Diese Splitbedingungen werden in der Bezeichnung der PEPP einheitlich als „komplizierende Konstellation“ bezeichnet. Die genauen Inhalte der Splitbedingung sind jeweils im Definitionshandbuch aufgeführt, meist als separate „Funktion“ (vgl. Kap. 3.2.2.11 Besonderheiten des PEPP-Definitionshandbuchs).

Am Beispiel der PEPP PA15A *Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, mit komplizierender Konstellation* werden nachfolgend die genauen Inhalte der „komplizierenden Konstellation“ für diese PEPP dargestellt.

Fälle, die der Basis-PEPP PA15 zugeordnet sind, werden dann in die PA15A (die PEPP mit dem höchsten Ressourcenverbrauch innerhalb der Basis-PEPP PA15) eingruppiert, wenn sie mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllen:

- Haupt- oder Nebendiagnosen „bösartige Neubildung des Gehirns“ (primär oder sekundär)
- Mehr als 30 Tage Gültigkeit eines Kodes für Intensivbehandlung (ab drei Merkmalen)
- 1:1-Betreuung erwachsener Patienten, ab 40 Stunden (zur genauen Logik dieser Bedingung vgl. Kap. 3.2.2.6)
- Mehr als 50% Anteil der Intensivbehandlung am Gesamtaufenthalt
- Nebendiagnose Aspirationspneumonie, Multiple Sklerose mit Exazerbation, Virale Enteritis, Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe, Pleuraerguss etc.

3.2.2.5 PEPP teilstationär

Die Definition der 18 teilstationären Basis-PEPP plus „Reste“-PEPP erfolgte analog zu den vollstationären PEPP entsprechend den bereits beschriebenen Diagnosegruppen.

Die Differenzierung bzw. Kondensation der PEPP wurde ebenfalls analog zu den vollstationären PEPP durchgeführt. Allerdings erfolgte eine weitere Zusammenfassung kostenähnlicher und fallzahlarmer PEPP, da eine andere Diagnosenverteilung und die deutlich reduzierte Fallzahl im Vergleich zu den vollstationären PEPP dies erforderlich machte. So wurde beispielsweise für die PEPP TA19Z die noch weiter kondensierte Diagnosegruppe *Psychotische, affektive, neurotische Belastungs-, somatoforme, Schlaf-, Persönlichkeits und Verhaltensstörungen* gebildet.

Auf einer durchaus breiten Datenbasis von über 500.000 teilstationären Datensätzen in den Daten der Kalkulationshäuser zeigte sich in den weiteren Analysen, dass die durchschnittlichen Tageskosten der teilstationären Fälle insgesamt deutlich homogener sind als die der vollstationären Fälle. Die im Vergleich zum vollstationären Teil des Entgeltkatalogs reduzierte Anzahl der PEPP in den teilstationären Strukturkategorien erklärt sich somit nicht etwa aus geringen Fallzahlen, sondern aus der Ähnlichkeit der Tageskosten.

Im Ergebnis konnten somit folgende teilstationäre PEPP etabliert werden:

Kinder- und Jugendpsychiatrie:

- | | |
|-------|--|
| TK04Z | Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen ohne komplizierende Nebendiagnose |
| TK14Z | Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen mit komplizierender Nebendiagnose oder Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen |

Psychosomatik:

- | | |
|-------|--|
| TP20Z | Psychosomatische oder psychiatrische Störungen |
|-------|--|

Psychiatrie:

- TA02Z Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- TA15Z Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems
- TA19Z Psychotische, affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme, Schlaf-, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen, Alter >65 Jahre oder mit komplizierender Konstellation
- TA20Z Psychotische, affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme, Schlaf-, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen, Alter <66 Jahre, ohne komplizierende Konstellation

Die Verteilung der gelieferten Datensätze innerhalb dieser PEPP wird in Abbildung 17 dargestellt.

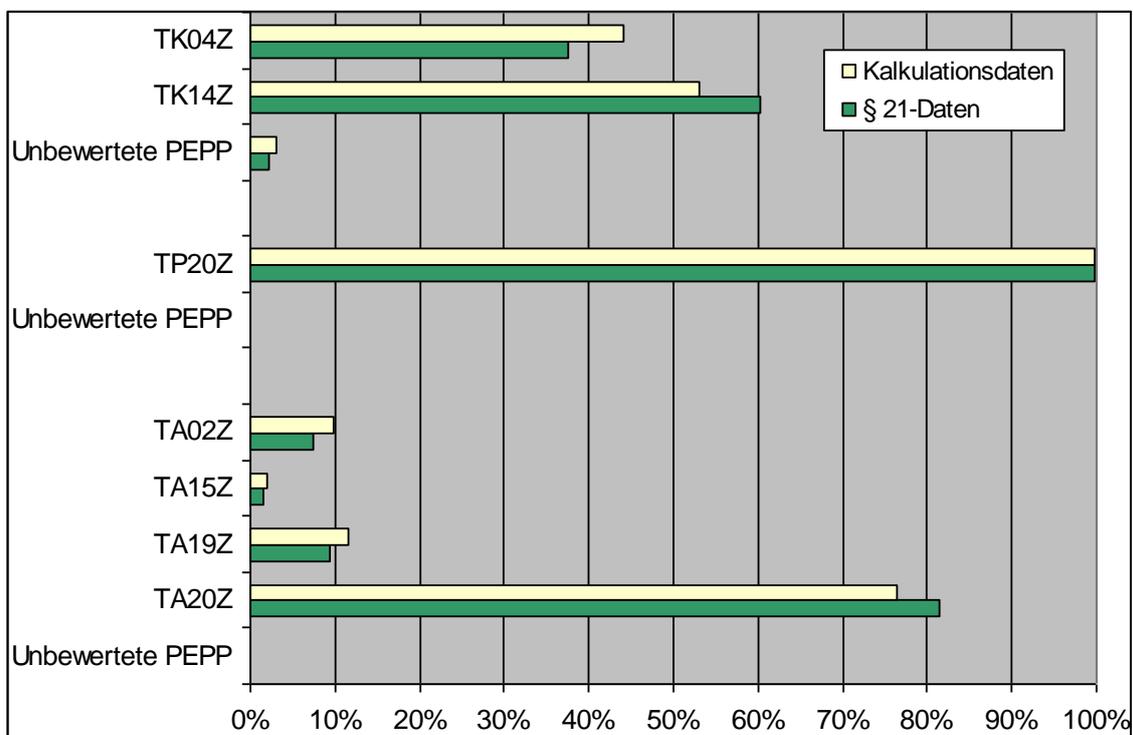


Abbildung 17: Verteilung in den teilstationären Strukturkategorien, PEPP-Version 2013

3.2.2.6 Prä-PEPP

Für bestimmte aufwendige Konstellationen, die mit deutlich höheren Tageskosten verbunden sind, kann eine weitgehend von Fachabteilung und Hauptdiagnose unabhängige Eingruppierung die sachgerechte Abbildung darstellen. In diesen Fällen erfolgt die Zuordnung der entsprechenden PEPP zur Prä-Strukturkategorie. Diese sogenannten Prä-PEPP umfassen im PEPP-Entgeltkatalog 2013 die folgenden vier Basis-PEPP:

- P001 *Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie [...]*
- P002 *Intensivbehandlung bei Kindern und Jugendlichen*
- P003 *Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung*
- P004 *Intensivbehandlung bei Erwachsenen, ab 3 Merkmalen, mit sehr hohem Anteil*

In Abbildung 18 wird die Verteilung der gelieferten Datensätze auf die etablierten PEPP dargestellt:

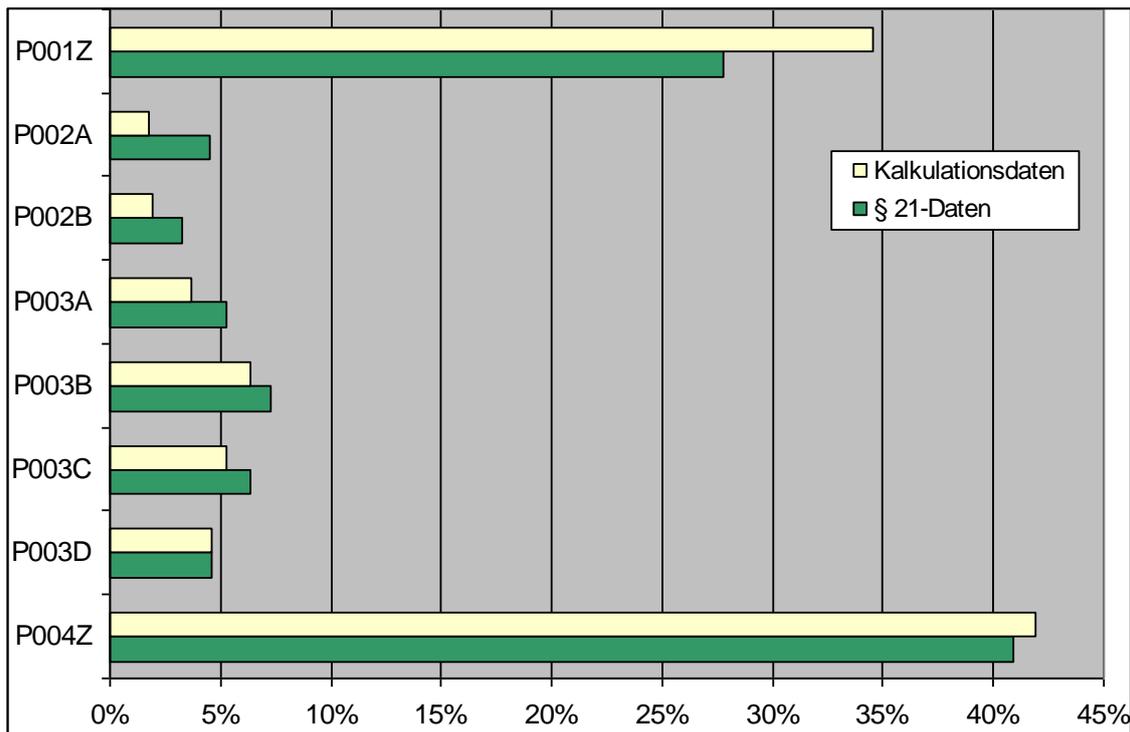


Abbildung 18: Verteilung in der Strukturkategorie Prä, PEPP-Version 2013

Während die Basis-PEPP P001 *Schlafapnoesyndrom [...]* nicht mit einem Relativgewicht bewertet werden konnte, weil der überwiegende Teil der Fälle in den Kalkulationsdaten nur aus einer einzigen Einrichtung stammte (Hausdominanz), sind die Basis-PEPP P002 bis P004 durchweg mit Relativgewichten belegt, die mit Werten zwischen 1,5095 und 3,5422 (in der ersten Vergütungsstufe) zu den höchsten im gesamten Entgeltkatalog gehören und maßgeblich zu einer sachgerechten Vergütung der aufwendigsten Fälle beitragen.

Die Basis-PEPP P002 bis P004 sind im Wesentlichen über Prozedurenkodes des OPS definiert, die einen klar umschriebenen Mindestaufwand widerspiegeln. Diese Codes finden sich in den Bereichen

- 9-615 *Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen*
- 9-616 *Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 5 und mehr Merkmalen*

- 9-640 *Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen*
- 9-670 *Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen*
- 9-671 *Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen*

Die hinter den einzelnen Codes stehenden Einzelaufwände werden in diesen PEPP typischerweise vom Grouper addiert, ab einer PEPP-spezifischen Untergrenze erfolgt dann – teilweise unter Berücksichtigung weiterer Faktoren – die Eingruppierung in eine Prä-PEPP. Für die Basis-PEPP P002 bis P004 kann – zur übersichtlichen Darstellung des Inhalts und unter Verzicht auf Vollständigkeit – die Grundbedingung wie folgt zusammengefasst werden:

- P002 Einzelbetreuung über mehr als vier Stunden pro Tag (oder Kleinstgruppe über mehr als zwölf Stunden pro Tag), an mehr als einem Tag pro Woche, Summe über den gesamten Aufenthalt liegt über Untergrenze
- P003 1:1-Betreuung über mehr als sechs Stunden am Tag, Summe über den gesamten Aufenthalt liegt über Untergrenze
- P004 Anteil der Tage mit Intensivbehandlung (ab 3 Intensivmerkmalen) an den Pflegetagen beträgt mindestens 75%, die Intensivbehandlung findet an mehr als drei Tagen statt und die Verweildauer beträgt mehr als zwei Tage

Die Einstiegsschwelle (Untergrenze) der PEPP P002 und P003 kann dabei aufgrund der komplexen Struktur der zugrunde liegenden OPS-Kodes (ohne Angabe einer genauen Stundenzahl, sondern meist eines Bereichs, z.B. „über 6 bis zu 12 Stunden“) nicht exakt beziffert werden, die typische Größenordnung liegt bei etwa 70 bis 90 Stunden 1:1-Betreuung (in Summe über den Gesamtaufenthalt). Vom Grouper wird bei solchen Codes die in die Berechnung des Gesamtaufwands einbezogene Anzahl der Stunden z.B. der 1:1-Betreuung aus der Anzahl der Codes und dem „Klassenmittelwert“ des Codes ermittelt. Beispiel:

An vier Tagen wurde jeweils der Code 9-640.01 *1:1-Betreuung >6–12 Stunden* verschlüsselt. Dieses wertet der Grouper als 4 mal 9 = 36 Stunden.

Ist zusätzlich noch dreimal der Code 9-640.02 *1:1-Betreuung >12–18 Stunden* bei diesem Fall angegeben, wertet der Grouper dies als weitere 3 mal 15 = 45 Stunden. Damit (36 + 45 = 81) wäre die Untergrenze von 80 für die Zuordnung in die Basis-PEPP P003 *Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung* überschritten und der Fall würde hier eingruppiert.

Dabei entspricht der Wert 80 als Untergrenze aber nicht zwingend der tatsächlich erbrachten Anzahl der geleisteten Stunden. Bezogen auf das o.g. Beispiel bedeutet das, dass auch Fälle mit 67 Stunden Einzelbetreuung (4 mal 7 plus 3 mal 13) beim Grouping aufgrund der Multiplikation der Stunden mit dem Klassenmittelwert (4 mal 9 Stunden für die Klasse >6–12 Stunden plus 3 mal 15 Stunden für die Klasse >12–18 Stunden = 81 Stunden) die Einstiegsschwelle zu den PEPP P002 und P003 überschreiten würden.

Neben einem derart definierten Mindestaufwand pro Fall ist typischerweise auch ein Mindestaufwand für die einzelnen berücksichtigten Tage definiert. Dieser kommt beispielsweise in der Bedingung „ab 3 Intensivmerkmale“ oder „1:1-Betreuung über mehr als sechs Stunden am Tag“ zum Ausdruck. Für die Kalkulation des PEPP-

Entgeltkatalogs 2013 wurden bei der Definition der Prä-PEPP in erster Linie Konstellationen berücksichtigt, die auf Basis der verfügbaren Daten sicher als hochaufwendig und extrem kostenauffällig detektiert werden konnten. Fälle mit weniger als drei Intensivmerkmalen wiesen beispielsweise nicht in gleicher Weise höhere Tageskosten auf.

Im Rahmen der zukünftigen Weiterentwicklung wird zu prüfen sein, in welcher Weise die Definition der Prä-PEPP noch verbessert werden kann, beispielsweise ob und mit welchem Gewicht auch Leistungen, die unterhalb der momentanen Einstiegsschwelle „pro Tag“ liegen, berücksichtigt werden können, wie beispielsweise der Kode

- 9-640.00 *Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung: Mindestens 2 bis 6 Stunden pro Tag*

der aktuell noch nicht gruppierungsrelevant ist.

Statt einer Untergrenze in Stunden ist für die Zuordnung zur PEPP P004 *Intensivbehandlung bei Erwachsenen, ab 3 Merkmalen, mit sehr hohem Anteil* ein Anteil der Tage mit bestimmten intensiven Therapien an den Pfllegetagen von mindestens 75% am Gesamtaufenthalt maßgeblich und zugleich eine Mindestzahl von mehr als drei Tagen erforderlich, an denen die Intensivbehandlung stattgefunden hat, bei einer Verweildauer von mehr als zwei Tagen. Die Verweildauerbedingung dient dabei der Berücksichtigung von Beurlaubungstagen. Diese Kombination von Bedingungen trägt der Tatsache Rechnung, dass die Vorgabe nur eines hohen Anteils selektiv Kurzlieger bevorzugen würde, wohingegen eine reine Untergrenze in Tagen vor allem Langliegern zugutekäme. Die gewählte Kombination detektiert auffällige, hochaufwendige Fälle sowohl bei Lang- als auch bei (nicht extremen) Kurzliegern.

Nur ein relativ geringer Prozentsatz der Fälle in den Kalkulationsdaten wird einer der beschriebenen bewerteten Prä-PEPP zugeordnet. Die zur sicheren Abgrenzung der hochaufwendigen Fälle etablierten trennscharfen Definitionen verhindern eine starke Beimischung vergleichsweise weniger komplexer Fälle und ermöglichen so die Eingruppierung vergleichbarer hochteurer Fälle mit in der Folge ganz erheblich über dem Niveau der anderen Strukturkategorien liegenden Relativgewichten der PEPP.

Das nachfolgende Beispiel in Tabelle 17 verdeutlicht die Kostenhöhe und Kostenstruktur einer Prä-PEPP zur Abbildung der 1:1-Betreuung:

P003B* Vergütungsstufe 1	Tageskosten	Davon: Personalkosten
Stationskosten	204 €	131 €
Psychotherapie (inkl. Einzelbetreuung)	510 €	350 €
Sonstige Therapiekosten	5 €	3 €
Sonstige Diagnostikkosten	15 €	7 €
Gesamtsumme:	734 €	492 €

Tabelle 17 Kostenstruktur Zusatzkode 1:1-Betreuung Erwachsene, Kalkulationsdaten PEPP-Version 2013

(* Kriterium: Einzelbetreuung 150 Std. – 300 Std.)

Die Tabelle bildet eine aggregierte Kostenmatrix mit den Bereichen Station (Kostenstellengruppe 21 und 22), Psychotherapie (Kostenstellengruppe 23), Sonstige Therapie (Kostenstellengruppe 24 bis 26) und sonstige Diagnostik (Kostenstellengruppe 7 bis 11) ab. In der Kostenstellengruppe 23 (Psychotherapie) werden gemäß Kalkulationshandbuch „Kalkulation von Behandlungskosten“ die Kosten der Einzelbetreuung abgebildet. Die mittleren Tageskosten der P003B* in der ersten Vergütungsstufe in Höhe von 734 € erscheinen auffällig hoch, wobei der primäre Kostentreiber die Einzelbetreuung ist. Die Ursache liegt darin, dass das gruppierungsrelevante Kriterium der P003B eine Einzelbetreuung von 150 Std. – 300 Std. und die erste Vergütungsstufe eine Verweildauer <23 vorsieht. Das bedeutet, dass mindestens 6,8 Std. Einzelbetreuung am Tag erbracht werden müssen, damit beide Kriterien erfüllt sind. Erwartet man einen Stundensatz für die Personalkosten des Pflegedienstes von mindestens 40 €, so muss der günstigste mögliche Fall Personalkosten für Einzelbetreuung in Höhe von 272 € pro Tag aufweisen.

3.2.2.7 Sortierung

In einem hierarchisch geordneten und zur Abrechnung von Krankenhausleistungen eingesetzten Klassifikationssystem wie PEPP ist die Abfragereihenfolge von Bedeutung für eine sachgerechte Vergütung: Für Fälle, die aufgrund ihrer Leistungsinformationen (Diagnosen, Prozeduren, Alter ...) die Eingangsbedingung mehrerer Klassen (hier also PEPP) erfüllen können, ist sicherzustellen, dass im typischen Fall die Eingruppierung in die höher bewertete Klasse erfolgt. Dies wird in der Regel durch eine entsprechende Sortierung erreicht.

Einerseits ist aufgrund der Bedeutung der Hauptdiagnose als Klassifikationsmerkmal in PEPP die Sortierung nicht in jedem Fall von Bedeutung und daher auf den ersten Blick weniger komplex als im G-DRG-System. Da ein Fall nur eine Hauptdiagnose aufweist und die hauptdiagnosedefinierten PEPP überschneidungsfrei (disjunkt) sind, ist die Abfragereihenfolge für rein hauptdiagnosedefinierte PEPP nicht von Bedeutung (bei gruppierungsrelevanten Nebendiagnosen oder Prozeduren stellt sich dies anders dar).

Andererseits sind für eine sachgerechte Sortierung auch die einzelnen Vergütungsklassen (mit durchaus unterschiedlichen Grenzen bei verschiedenen PEPP) zu beachten, um eine korrekte Eingruppierung der typischen Fälle zu erreichen.

Es ist offensichtlich, dass sich aus den dargestellten Grundsätzen zur Sortierung insbesondere die herausgehobene Position der sogenannten Prä-PEPP für besonders aufwendige Konstellationen erklärt.

Eine Besonderheit hinsichtlich der Sortierung in PEPP stellt die gesonderte Zuweisung zur PEPP PA15A *Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, mit komplizierender Konstellation* innerhalb der Prä-Strukturkategorie dar. Während die Eingruppierung in die Prä-PEPP P004Z *Intensivbehandlung bei Erwachsenen, ab 3 Merkmalen, mit sehr hohem Anteil* für psychiatrische Fälle typischerweise eine deutliche Aufwertung bedeutet, wäre dies für Fälle der PEPP PA15A nicht der Fall, wie die nachfolgenden Relativgewichte zeigen (vgl. Tab. 18):

PEPP	1. Vergütungsstufe	2. Vergütungsstufe
P004Z	1,5095	1,0523
PA15A	1,5486	1,1374

Tabelle 18: Vergütungsstufen der PEPP P004Z und PA15A, PEPP-Version 2013

Die Eingruppierung in die Prä-PEPP P004Z würde für Fälle der PA15A also eine deutliche Schlechterstellung bedingen, was durch Einsortierung der PA15A in die Abfrage-Reihenfolge der Prä-SK vermieden wird. Im Ergebnis werden also Fälle, die die Bedingungen zur Zuordnung sowohl in die P004Z als auch in die PA15A erfüllen, in die höher bewertete PA15A eingruppiert. Anderenfalls könnte die zusätzliche Erbringung eines hohen Anteils an Intensivbehandlung (wie sie zur Zuordnung in die Basis-PEPP P004 erforderlich ist) zu einem geringeren Erlös führen. Diese „Mindervergütung bei Mehrleistung“ wäre zum einen in einem leistungsgerechten Entgeltsystem nicht begründbar und würde zum anderen einen möglichen Anreiz zum Verzicht auf die Kodierung der Intensivbehandlung bedeuten.

3.2.2.8 Fehler-PEPP

Die Kodierung psychiatrischer und psychosomatischer Fälle ist durchaus komplex und im Datenjahr 2011 nicht bei allen Fällen frei von Fehlern. Zum einen ergibt sich gerade bei den OPS-Kodes mit unterschiedlichen Gültigkeitsebenen (Tag, Woche, Fall) eine Vielzahl von Fehlermöglichkeiten, zum anderen ist in der Verwendung von ICD, OPS und Kodierrichtlinien (DKR-Psych) noch nicht jeder Anwender bereits so erfahren wie viele Anwender des G-DRG-Systems nach 10 Jahren.

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

Diese Frage betrifft primär die zukünftige Anwendung des PEPP-Groupers im Jahr 2013 (in optierenden Einrichtungen) bzw. der Grouper 2011/2013 und 2012/2013 für Planungszwecke. Für die Aufgabe, Fälle des Kalkulationsjahrs 2011, die schwere Kodierfehler mit möglicher Verfälschung des Inhalts einer PEPP aufweisen, ggf. aus der Kalkulationsgrundlage auszuschließen, ist eine Eingruppierung in eine Fehler-PEPP nicht zwingend erforderlich, da zu diesem Zweck andere Umsetzungsmöglichkeiten bei der Plausibilisierung der Fälle (vgl. Kap. 2.1.3) bestehen.

Die Zuordnung zu Fehler-PEPP beschränkt sich daher für 2013 auf einige wenige Fälle, die in zwei verschiedene Kategorien eingeteilt werden können:

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

Beispiele für die erste Konstellation sind:

- Fehlende Hauptdiagnose
- Nicht berechenbare Verweildauer

- Ungültiger Hauptdiagnosekode (z.B. nicht terminal)
- Fehlende Angaben zu Aufnahmeanlass und Aufnahmegrund (mit der Folge, dass voll- und teilstationäre Fälle nicht unterschieden werden können)
- Fehlendes Alter des Patienten

Diese Fehler führen zur Eingruppierung in die Fehler-PEPP PF96Z *Nicht gruppierbar*. Dies stellt auch eine sinnvolle frühe Rückmeldung bereits im Rahmen der ersten Kodierung und Gruppierung durch die Anwender dar. Das Gruppierungsergebnis PF96Z weist eindeutig auf einen schweren Fehler hin und wird typischerweise als Anregung zur Verbesserung der Datenqualität des Falles wirken.

Die zweite Konstellation kommt in den beiden Fehler-PEPP

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

und

PF02Z *Fehlkodierung bei psychosomatisch-psychotherapeutischer Komplexbehandlung bei Erwachsenen*

zum Ausdruck. Durch die Zuordnung zur Fehler-PEPP wird vermieden, dass falsch kodierte Fälle aufgrund der fehlerhaften Kodierung in eine höher bewertete PEPP eingruppiert werden. Beispielsweise wäre die viermalige Angabe des Kodes 9-640.03 [...] *1:1-Betreuung: Mehr als 18 Stunden pro Tag am gleichen Tag* nicht statthaft und darf daher nicht (durch Addition der Stunden durch den Grouper) zu einer Eingruppierung in die Basis-PEPP P003 *Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen* führen. Dieser Fall wird daher der Fehler-PEPP PF01Z *Fehlkodierung bei erhöhtem Betreuungsaufwand bei Erwachsenen* [...] zugewiesen.

Ein Fall mit zweimaliger Angabe des Kodes 9-640.01 [...] *1:1-Betreuung: Mehr als 6 bis 12 Stunden pro Tag* am gleichen Tag ist hingegen zwar formal ebenfalls falsch, der vom Grouper ermittelte Wert von 18 Stunden 1:1-Betreuung liegt aber deutlich unterhalb der gruppierungsrelevanten Schwelle, sodass von einer Zuordnung zur Fehler-PEPP in diesem und vergleichbaren Fällen abgesehen wurde.

3.2.2.9 Reste-PEPP

Sowohl für den vollstationären als auch für den teilstationären Bereich wurden sogenannte „Reste“-PEPP geschaffen, die mit dem Kürzel *98Z bzw. *99Z enden und der Abbildung von Fällen dienen, die entweder nur eine neuropsychiatrische Nebendiagnose und keine Hauptdiagnose oder aber gar keine neuropsychiatrische Diagnose aufweisen. Insgesamt existieren sechs PEPP dieser Art, die unbewertet sind und als Krankenhausindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 BPfIV zu vereinbaren sind, soweit diese als Krankenhausleistung erbracht werden dürfen. In der Abfragereihenfolge stehen die „Reste“-PEPP immer am Ende der jeweiligen Strukturkategorie.

Definition:

PEPP *98Z *Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose*

Diese PEPP enthalten alle Fälle mit einer Nebendiagnose aus einer der beschriebenen 18 Diagnosegruppen, die im Gruppierungsalgorithmus bisher keiner PEPP zugeordnet wurden. Aufgrund des Vorkommens in mehreren Strukturkategorien erfolgt die Definition über die globale Funktion *Psychiatrische Störungen als Nebendiagnose [PTSDX]*.

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

In diesen PEPP werden alle Fälle aufgefangen, die bisher nicht gruppiert wurden. Aufgrund der Abfrage dieser PEPP an letzter Position der jeweiligen Strukturkategorie sind hierfür keine Diagnose- oder Prozedurentabellen erforderlich.

Die folgenden Tabellen 19 und 20 geben einen Überblick über die Anzahl der den „Reste“-PEPP zugeordneten Fällen sowie die häufigsten Hauptdiagnosen dieser Fälle.

PEPP	Fälle § 21-Daten	Fälle Kalkulationsdaten
*98Z	1.652	151
*99Z	230	21

Tabelle 19: Fallverteilung „Reste“-PEPP, PEPP-Version 2013

Überblick über die häufigsten Hauptdiagnosen:

Kode	Text	Fälle
I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	63
I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	38
J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	25

Tabelle 20: Häufigste Hauptdiagnosen in PEPP *98Z, Daten gem. § 21 KHEntgG, PEPP-Version 2013

3.2.2.10 Zusatzentgelte

Wie in Kapitel 2.2.2 erläutert, sind bestimmte spezialisierte Leistungen mittels Zusatzentgelten sachgerechter abbildbar. Bei der Entwicklung der PEPP-Klassifikation 2013 wurden zahlreiche Leistungen auf eine mögliche Abbildung als Zusatzentgelt untersucht. Neu etabliert werden konnten im PEPP-Entgeltkatalog zwei Zusatzentgelte:

ZP2013-01 *Elektrokrampftherapie [EKT]*

ZP2013-02 *Strahlentherapie*

Dabei kann die EKT als ein originär psychiatrisch/psychosomatisches Zusatzentgelt betrachtet werden. Maßgeblich für die Abbildung als Zusatzentgelt war neben den in 2.2.2 erläuterten Kriterien vor allem auch die Tatsache, dass der Leistungsumfang zwischen den einzelnen Fällen (u.a. Dauer und Anzahl der Sitzungen) erheblich variierte,

was eine Abbildung innerhalb einer PEPP-Definition auch dann erschwert hätte, wenn ein klarer Bezug z.B. zu bestimmten Diagnosen vorgelegen hätte.

Die Strahlentherapie ist demgegenüber keine typische psychiatrisch/psychosomatische Leistung, fand sich aber bei einer nicht vernachlässigbaren Zahl von Fällen in den Kalkulationsdaten, für die ohne Zusatzentgelt keine adäquate Vergütung der deutlich erhöhten Kosten umsetzbar war. Bei den entsprechenden Fällen liegen zumeist Hirnmetastasen vor, die bestrahlt werden, wobei die Patienten aufgrund einer psychiatrischen Symptomatik primär von Einrichtungen der Psychiatrie versorgt werden.

Über die o.g. neuen Zusatzentgelte hinaus wurden weitere 73 Zusatzentgelte (52 bewertet, 21 unbewertet) aus dem G-DRG-Fallpauschalenkatalog übernommen, beispielsweise für die Gabe von Blutprodukten oder bestimmte antineoplastische Chemotherapien. Ziel dieser Zusatzentgelte ist dabei nicht die Abbildung des typischen Falls, sondern gerade des besonderen Risikos seltener, aber hochteurer Fälle für die behandelnde Einrichtung.

Zu den Leistungen, die im Hinblick auf die mögliche Abbildung als Zusatzentgelt untersucht wurden, ohne dass dies in der Etablierung als Zusatzentgelt resultierte, gehörten insbesondere Verfahren der bildgebenden Diagnostik, z.B. Computertomographie oder Kernspintomographie des Kopfes. Diese Leistungen werden bei psychiatrischen und psychosomatischen Fällen in der Regel zu Beginn eines stationären Aufenthalts erbracht. Aufgrund der verweildauerabhängigen Entgeltstufen zeigte sich hier eine teilweise sachgerechte Abbildung der erbrachten Leistungen und ihrer Kosten. Unter Berücksichtigung der möglichen Anreizproblematik durch die Vergütung von Einzelleistungen in einem pauschalierten System wurde daher auf die Etablierung entsprechender Zusatzentgelte für bildgebende Verfahren verzichtet.

3.2.2.11 Besonderheiten des PEPP-Definitionshandbuchs

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

Obwohl das PEPP-System strukturell wie inhaltlich kaum Gemeinsamkeiten zum G-DRG-System aufweist, ist die Darstellung im Handbuch zur besseren Verständlichkeit für Anwender, die bereits Vorerfahrungen mit dem G-DRG-System haben, an die im Definitionshandbuch des G-DRG-Systems verwendete Darstellung angelehnt.

Eine Besonderheit des PEPP-Definitionshandbuchs ist der deutlich stärkere Einsatz von Logiken, die als sogenannte Funktionen angelegt wurden. Diese erleichtern bei der Entwicklung der PEPP-Klassifikation eine vollständige und fehlerfreie Analyse aller zur Verfügung stehenden Parameter (z.B. aufwandssteigernde Nebendiagnosen) und kommen typischerweise in mehreren PEPP-Definitionen zum Einsatz, werden aber nur an einer Stelle definiert und auch im Handbuch nur an einer Stelle abgedruckt. Somit werden unnötige Redundanzen vermieden und zur Verschlankung sowie verbesserten Übersichtlichkeit des PEPP-Definitionshandbuchs beigetragen.

Einige Funktionen werden nur in einer Strukturkategorie angewendet und daher am Ende des Kapitels der entsprechenden Strukturkategorie abgedruckt. Dies ist beispielsweise bei den Funktionen

- *Affektive Störungen mit komplizierender Konstellation, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen [TKJPE]*
- *Psychosomatische oder psychiatrische Störungen [TPOGE]*
- *Intensivbehandlung bei Erwachsenen, ab 3 Merkmalen, mit hohem Anteil [INTENS]*

der Fall. Strukturkategorieübergreifende Funktionen werden am Ende des Definitionshandbuchs im Kapitel *Globale Funktionen* dargestellt. Einen detaillierten Überblick über die bestehenden Funktionen liefert die Funktionsübersicht im Handbuch, in der in tabellarischer Übersicht dargestellt ist, welche Funktion in welcher Strukturkategorie bzw. in welcher PEPP genutzt wird.

3.3 Weitere systematische Analysen

3.3.1 Diagnosen- und Prozedurenklassifikation

Grundlage der Analysen zum PEPP-System 2013 waren u.a. die im Datenjahr 2011 von den Kalkulationskrankenhäusern verschlüsselten Leistungsbezeichner in Form von ICD-10-GM und OPS. Im Folgenden finden sich detaillierte Informationen zu Weiterentwicklungen der Klassifikationen für den Bereich der Psychiatrie/Psychosomatik.

3.3.1.1 ICD-10-GM

Die ICD-10 ist ein einachsiges und monohierarchisches Klassifikationssystem. Bei der ICD-10-GM handelt es sich um eine deutsche Weiterentwicklung, die Erweiterungen für die Anwendung als Bestandteil von Vergütungssystemen enthält.

Besonderes Augenmerk wurde im Rahmen der Analysen des PEPP-Systems 2013 auf die Diagnosen aus Kapitel V *Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)* gelegt. In den Versionen 2011 bis 2013 enthält dieses Kapitel 437 Codes und ist in elf Gruppen gegliedert:

	Überschrift
F00–F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10–F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20–F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30–F39	Affektive Störungen
F40–F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50–F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60–F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70–F79	Intelligenzstörung
F80–F89	Entwicklungsstörungen
F90–F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99–F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Tabelle 21: Übersicht der 11 Gruppen des Kapitels V „Psychische und Verhaltensstörungen“ des ICD-10-GM Version 2011

Während in der ICD-10-GM die Codes des Kapitels V überwiegend eine 4-stellige Differenzierung aufweisen, findet sich auf internationaler Ebene (The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, World Health Organization) eine darüber hinausgehende Spezifizierung. So kann beispielsweise bei bestimmten Demenzerkrankungen mit Hilfe einer zusätzlichen fünften bzw. sechsten Stelle nach dem Vorhandensein von

zusätzlichen Symptomen bzw. nach dem Schweregrad der Demenz unterschieden werden. Ähnliches gilt für die Diagnosegruppe F10–F19 *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen*, bei der eine zusätzlich vorliegende Symptomatik oder die Art der psychotischen Störung differenziert angegeben werden kann.

Die nach ICD-10 verschlüsselten Diagnosen haben sich als geeignetes Ordnungsmerkmal für den PEPP-Algorithmus erwiesen. Wie in Kapitel 3.2 dargestellt, haben sich bestimmte Diagnosen darüber hinaus auch als gute Kostentrenner erwiesen. Dennoch ist unbestritten, dass trotz der dargestellten Eignung als Kostentrenner für das PEPP-System des ersten Optionsjahres die ICD-10-GM noch nicht alle Informationen zu medizinisch und ökonomisch bedeutsamen Charakteristika psychischer Erkrankungen enthält. Insbesondere die Erkrankungsschwere, aber auch weitere begleitende, etwa soziale Faktoren, sind noch nicht in wünschenswertem Maße abgebildet. Die Kalkulation des ersten PEPP-Katalogs kann hier bereits einige Hinweise für eine sachgerechte Weiterentwicklung der ICD-10-GM liefern.

Das InEK stand und steht einer Weiterentwicklung der ICD-10-GM im Bereich der psychischen Störungen sehr offen gegenüber. 2010 und zuletzt 2011 wurde diskutiert, die ICD-10-GM in Anlehnung an die internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10 Kapitel V) bei bestimmten Codes durch Einführung einer fünften Stelle weiter zu differenzieren. Beispielsweise wurde vorgeschlagen, die Codes für bestimmte Schizophrenien weiter zu differenzieren nach:

- ._0 erste Episode der Erkrankung
- ._1 wiederholte Episode mit vollständiger Remission
- ._2 wiederholte Episode mit unvollständiger Remission
- ._3 kontinuierlich episodischer Verlauf mit zunehmenden Defiziten
- ._4 kontinuierlich episodischer Verlauf mit stabilen Defiziten
- ._8 sonstige Episode

Eine solche Ausdifferenzierung hätte möglicherweise die Trennschärfe von Diagnosecodes und ihre Eignung als Kostentrenner weiter verbessern können. Eine Umsetzung ist bisher jedoch (bis einschließlich ICD-10-GM 2013) nicht erfolgt, da noch kein ausreichender Konsens innerhalb der Fachwelt erreicht worden ist.

Das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen, DSM) ist ein Klassifikationssystem der American Psychiatric Association (Amerikanische Psychiatrische Vereinigung), das erstmals 1952 in den USA herausgegeben wurde. Aktuell liegt die vierte Auflage (DSM-IV) vor, die 1994 veröffentlicht wurde und im Jahr 2000 eine Textrevision (DSM-IV-TR) erfuhr.

Das DSM zeichnet sich durch eine multiaxiale Diagnostik aus. Die Störung des Patienten kann auf fünf Achsen abgebildet werden:

- Achse I: Aktuelle klinische Störungen mit Ausnahme von Persönlichkeitsstörungen und geistiger Behinderung. Diese werden im DSM anhand klinischer Merkmale und Fallbeispiele ausführlich beschrieben.
- Achse II: Persönlichkeitsstörungen und geistige Behinderung. Hier liegt der Fokus auf den langfristigen Störungen, die zum Teil auch parallel zu Achse-I-Störungen existieren.

- Achse III: Medizinische Krankheitsfaktoren mit Relevanz für die psychische Störung. Diese Achse umfasst körperliche Probleme, die bedeutsam für die psychische Störung sein können.
- Achse IV: Psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme. Beispiele sind Wohnungsprobleme, berufliche Probleme oder Probleme im sozialen Umfeld).
- Achse V: Globale Erfassung des Funktionsniveaus zur genaueren Beschreibung des Krankheitsgrades. Genutzt wird die Global-Assessment-of-Functioning-(GAF-)Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus. Die Skala hat einen Wertebereich von 1 bis 100, wobei der Wert 1 der „ständigen Gefahr sich selbst oder andere zu verletzen oder keine Fähigkeit, minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten“ und der Wert 100 einer „hervorragende Leistungsfähigkeit“ entspricht.

Beispiel für die multiaxiale Beurteilung eines Patienten nach DSM-IV:

Achse I:	Mittelgradige depressive Episode Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom
Achse II:	Abhängige Persönlichkeitsstörung
Achse III:	Keine
Achse IV:	Drohender Verlust des Arbeitsplatzes
Achse V:	GAF 35: Starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen

Im Vergleich zur Diagnoseerfassung allein basierend auf ICD-10-GM erscheint es wünschenswert, insbesondere die Informationen gemäß der Achsen IV und V nach DSM bezüglich ihrer Eignung als Kostentrenner in einem aufwandsbezogenen Vergütungssystem untersuchen zu können.

Allerdings stehen diese Informationen derzeit in den Daten gem. § 21 KHEntgG und damit auch in den Kalkulationsdaten nicht zur Verfügung.

3.3.1.2 OPS

Im Hinblick auf die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gem. § 17d KHG wurden erstmals in den OPS Version 2010 spezifische Codes zur Abbildung von psychiatrischen/psychosomatischen Leistungen (inklusive Diagnostik) aufgenommen, die ausschließlich von Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17d KHG angewendet werden können. Diese wurden vom DIMDI in enger Kooperation mit den zuständigen Fachgesellschaften unter Einbeziehung des InEK entwickelt.

Bei der Verschlüsselung der therapeutischen Leistungen wird zunächst – wie bei der Diagnostik – danach unterschieden, ob es sich um die Behandlung von Erwachsenen oder von Kindern und Jugendlichen handelt. Weiterhin wird differenziert zwischen einer Intensiv- oder Regelbehandlung sowie einer Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen. Dies spiegelt sich im aktuellen OPS in den folgenden Codebereichen wider:

- 9-60 *Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen*
- 9-61 *Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen*
- 9-62 *Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen*
- 9-63 *Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen*
- 9-65 *Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern*
- 9-66 *Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen*
- 9-67 *Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen*
- 9-68 *Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen*

Die weitere Differenzierung dieser Kodebereiche besteht in einer Unterteilung nach der Anzahl der erbrachten Therapieeinheiten pro Woche. Dabei wird zusätzlich unterschieden, von welcher Berufsgruppe (Ärzte und/oder Psychologen im Gegensatz zu Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen) die Therapieeinheiten erbracht wurden. Bei der Intensivbehandlung bei Erwachsenen (9-61) wird zudem die Information übermittelt, wie viele Merkmale (z.B. Anwendung besonderer Sicherungsmaßnahmen, akute Selbst- oder Fremdgefährdung, schwere Antriebsstörung etc.) ein Patient aufweist. Eine Ausnahme stellen hier die Codes aus dem Bereich 9-67 dar, die eine von diesen Kriterien abweichende Differenzierung nach

- intensiver Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe,
- Einzelbetreuung,
- Anzahl der erbrachten Stunden pro Tag bzw. pro Woche

aufweisen.

Gemäß Hinweisen im OPS sind Codes aus den oben genannten Bereichen in der Regel einmal pro Woche anzugeben.

Zur Kennzeichnung besonders aufwendiger Leistungen im Bereich der Psychiatrie/ Psychosomatik bei schwerkranken Patienten steht eine Reihe sogenannter Zusatzkodes zur Verfügung, die zusätzlich zu den Prozeduren für die Regelbehandlung angegeben werden können. Dabei werden beispielsweise folgende Leistungen berücksichtigt:

- 1:1-Betreuung
- Betreuung in der Kleinstgruppe

- Kriseninterventionelle Behandlung
- Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting).

Darüber hinaus wurden OPS-Kodes etabliert (9-98 *Behandlung in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen*), mit denen die Zuordnung der Patienten zu den in der Psych-PV definierten Bereichen und Behandlungsarten kodiert und übermittelt werden kann. Die Zuordnung der Patienten ist von allen Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psych-PV liegen, vorzunehmen.

Die Prozeduren im Anwendungsbereich des § 17d KHG wurden seit 2010 kontinuierlich unter Beteiligung der zuständigen Fachgesellschaften weiterentwickelt. Dies beinhaltete z.B. eine Klarstellung oder Schärfung von Kodes in ihrer Definition, aber auch die Erweiterung der kodierbaren Klassen von Therapieeinheiten. Für den OPS Version 2012 wurden beispielsweise neue Kodes geschaffen für die Betreuung in der Kleinstgruppe bei erhöhtem Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-640.1). Da diese Leistung zuvor gar nicht verschlüsselt werden konnte und somit eine Identifikation in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser nicht möglich war, sind diese Prozedurenschlüssel, im Gegensatz zu der 1:1-Betreuung bei Erwachsenen, in der PEPP-Version 2013 noch nicht gruppierungsrelevant.

Kodes hingegen für die *Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen* (9-670) für „mehr als 12 Stunden pro Tag“ definieren die Basis-PEPP P002 *Intensivbehandlung bei Kindern und Jugendlichen*. Diese Leistung konnte anhand der genannten Kodes in den Daten aus 2011 identifiziert und somit entsprechend analysiert werden. Für den OPS Version 2013 ist hervorzuheben, dass aufgrund von Hinweisen der Fachgesellschaft für die Codebereiche 9-65, 9-66 und 9-68 die Dauer einer Therapieeinheit von 25 auf 15 Minuten verkürzt wurde. Da die Anzahl der Therapieeinheiten für diesen Bereich im PEPP-System zurzeit nicht schwegrad-erhöhend wirkt, hat diese OPS-Änderung keinerlei Auswirkung auf die Gruppierung von Fällen gemäß der PEPP-Version 2013, ist allerdings gegebenenfalls bei der Weiterentwicklung des PEPP-Systems für 2014, die auf Daten des Jahres 2012 beruht, zu beachten.

Detaillierte Erläuterungen zur Analyse der beschriebenen Prozeduren auf ihre Eignung als Kostentrenner im PEPP-System finden sich in Kapitel 3.3.2.1. Es ist grundsätzlich anzumerken, dass die Tatsache, dass ein Kode oder Codebereich im PEPP-System 2013 keine Gruppierungsrelevanz hat, kein Indikator für eine Streichung dieses Kodes im OPS ist. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass sich mit zunehmender Erfahrung mit dem PEPP-System und den Leistungsbezeichnern in der ICD-10-GM und im OPS die Datengrundlage und damit die Analysemöglichkeiten verbessern werden. Es ist ebenso zu erwarten, dass sich daraus zukünftig noch weitere Hinweise hinsichtlich der Eignung bestimmter Diagnosen oder Leistungen als Kostentrenner sowie einer weiteren Differenzierung der Klassifikationen ergeben werden.

Für den Bereich der Diagnostik existieren im OPS Version 2013 die folgenden Codebereiche:

1-903 *Aufwendige Diagnostik bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen*

1-904 *Aufwendige Diagnostik bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen*

Eine anfangs eingeführte Differenzierung dieser Codes nach der Anzahl der Behandlungstage wurde zugunsten einer Kodierung an jedem Tag, an dem die Kriterien des jeweiligen Codes erfüllt sind, wieder verlassen.

3.3.2 Weitere prozedurengestützte Analysen

3.3.2.1 Therapieeinheiten-Kodes

Mittels der sogenannten Therapieeinheiten-Kodes des OPS (TE-Kodes) können die erbrachten Therapieeinheiten unterschieden nach Berufsgruppe(n), Behandlungsart und Anzahl der erbrachten Einheiten dokumentiert werden. Diese Merkmale dienen als Ansatzpunkte zur Analyse dieser Prozeduren.

Ebenfalls als Herausforderung stellte sich die unterschiedliche zeitliche Gültigkeit einzelner Codebereiche dar. So gibt es Codes mit einem Tagesbezug, mit Wochenbezug und Teilen davon. Daraus resultierend musste zunächst die Gültigkeit jedes einzelnen dokumentierten Codes ermittelt werden.

Manche OPS-Kodes dürfen gleichzeitig verschlüsselt werden, ohne dass die zeitliche Gültigkeit hierdurch verändert wird. Andere OPS-Kodes hingegen lösen einander ab und beenden die Gültigkeit des jeweiligen Vorgängers.

Der gewählte Lösungsansatz ermittelt die sogenannte „Gültigkeitsdauer“ jedes einzelnen Codes: Jedem gesetzten Code wird seine „zeitliche Gültigkeit“ unter Berücksichtigung der Ablöseregeln zugewiesen. In Abbildung 19 wird exemplarisch ein Verlauf der dokumentierten TE-Kodes dargestellt.

Pflegetag	Tag 0, Aufnahme	Tag 1	Tag 2	Tag 3	Tag 4	Tag 5	Tag 6	Tag 7	Tag 8	Tag 9	Tag 10	Tag 11	Tag 12	Tag 13	Tag 14	Tag 15	Tag 16	Tag 17	Tag 18	Tag 19	Tag 20	Tag 21	Tag 22	Tag 23	Tag 24, Entlassung
	TE-Kode	9-614.0							9-605.0							9-614.11				9-605.3					
Gültigkeitsdauer	7 Tage Intensivbehandlung							7 Tage Regelbehandlung							4 Tage Intensivbeh.				7 Tage Regelbehandlung						

Abbildung 19: Beispiel zur Gültigkeitsdauer von TE-Kodes, PEPP-Version 2013

In diesem Beispiel löst der Code für Regelbehandlung an Tag 18 den zuvor verschlüsselten Code für Intensivbehandlung vor Ablauf von sieben Tagen ab. Daraus ergeben sich aus den dokumentierten TE-Kodes folgende einzelne Gültigkeitsdauern:

Für den am Aufnahmetag (Tag 0) dokumentierten Kode 9-614.0 eine Gültigkeitsdauer von sieben Tagen, für die an Tag 7 dokumentierten Codes 9-605.0 und 9-606.1 jeweils sieben Tage, für den an Tag 14 dokumentierten Kode 9-614.11 vier Tage und für die an Tag 18 dokumentierten Codes 9-605.3 und 9-606.2 jeweils sieben Tage.

Aufsummiert nach der Anzahl der Tage einer Behandlungsart ergeben sich somit insgesamt elf Tage Intensivbehandlung und 14 Tage Regelbehandlung. In Anteilen an den Gesamtpflegetagen ergeben sich als prozentuale Anteile nach der Behandlungsart 44% Intensivbehandlung und 56% Regelbehandlung, jeweils bezogen auf die Anzahl der Pflgetage.

Daraus ergeben sich folgende systematische Überlegungen: Die Abbildung der auf Basis der TE-Kodes als aufwendig erkennbaren Fälle lediglich über die Gültigkeitsdauer abzubilden, bevorzugt einerseits die sogenannten Langlieger. Eine hohe Summe an Tagen mit einer dokumentierten Intensivbehandlung ist bei einem Langlieger deutlich leichter zu erreichen.

Andererseits bevorzugt die Abbildung über einen Anteil an den Pflgetagen die Kurzlieger. Ein hoher Anteil von gültigen Tagen mit einer dokumentierten Intensivbehandlung wäre typischerweise bei Kurzliegern leichter zu erreichen.

Der gewählte Lösungsansatz umfasst eine Kombinationslogik aus Gültigkeitsdauer und Anteil, um systematische Benachteiligungen auszuschließen.

Beispielhaft sei dies an der Entscheidungslogik der PEPP P004Z *Intensivbehandlung bei Erwachsenen, ab 3 Merkmalen, mit sehr hohem Anteil* dargestellt. Zur Erreichung dieser PEPP ist Folgendes erforderlich:

Mehr als 75% aller Pflgetage eines Falles müssen mit Intensivbehandlung mit mehr als zwei Merkmalen (9-615* bzw. 9-616*) kodiert sein UND die Anzahl der als Intensivbehandlung kodierten Pflgetage muss größer als drei sein.

Dies hat zur Folge, dass ein Fall mit zwei Pflgetagen, an denen jeweils ein Kode der Behandlungsart „Intensivbehandlung mit mehr als zwei Merkmalen“ zwar das Kriterium „Anteil der Pflgetage mit Intensiv >75%“ erfüllt, aber eben nicht das Kriterium „Anzahl Pflgetage mit Intensiv >3“, sodass ein solcher Fall nicht in die PEPP P004Z gruppiert würde.

Wie in Kapitel 3.2.2.6 dargestellt, konnten PEPP für die Intensivbehandlung bei Kindern und Jugendlichen mit hohem und sehr hohem Bedarf, für erhöhten Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung mit hohem bis äußerst hohem Aufwand und für die Intensivbehandlung bei Erwachsenen, ab 3 Merkmalen, mit sehr hohem Anteil, auf Grundlage dieser Definition etabliert werden.

Dabei war hinsichtlich der TE-Kodes das Merkmal „Intensivbehandlung“ kostentrennend, nicht jedoch die Höhe der erfassten Therapieeinheiten.

Darüber hinaus wurden die TE-Kodes auch in allen anderen Strukturkategorien umfassend auf ihre mögliche Eignung als Kostentrenner untersucht.

Psychiatrie

In weiteren Analysen wurde der Codebereich Intensivbehandlung Erwachsene (9-61*) untersucht. Im Ergebnis zeigte sich bei Betrachtung des gesamten Codebereichs weder für die absolute Anzahl aller Tage mit Intensivbehandlung noch durch einen hohen Anteil an Tagen mit Intensivbehandlung noch anhand der Summe der insgesamt im Intensivsetting erbrachten Therapieeinheiten ein eindeutiges Ergebnis in Bezug auf signifikant höhere Tageskosten.

Daraufhin erfolgte eine differenzierte Analyse der Fälle und ihrer Tageskosten anhand der weiteren Untergliederung der Intensivbehandlung nach der Anzahl der Intensivmerkmale. Im OPS 2011 werden sieben Intensivmerkmale beschrieben:

- Gesetzliche Unterbringung
- Akute Selbstgefährdung durch Suizidalität
- Akute Fremdgefährdung
- Schwere Antriebsstörung (gesteigert oder reduziert)
- Keine eigenständige Flüssigkeits-/Nahrungsaufnahme
- Akute Selbstgefährdung durch fehlende Orientierung oder Realitätsverkennung
- Entzugsbehandlung mit vitaler Gefährdung

Zur Verschlüsselung dienen drei Codebereiche innerhalb der Intensivbehandlung:

- mit 1 bis 2 Merkmalen (9-614*)
- mit 3 bis 4 Merkmalen (9-615*)
- mit mehr als 5 Merkmalen (9-616*)

Als Arbeitshypothese zur Analyse dieser Merkmale diene die Annahme, dass eine Korrelation zwischen Anzahl der Merkmale und den durchschnittlichen Tageskosten besteht. In den Analysen konnte diese Hypothese weitgehend bestätigt und umgesetzt werden.

In der Prä-PEPP gelang die Abbildung von Fällen mit sehr hohem Anteil (>75%) Intensivbehandlung bei Erwachsenen mit mehr als zwei Merkmalen an den Pflgetagen in der PEPP P004Z. In den PEPP der Strukturkategorie Psychiatrie gelang die Aufwertung der Fälle mit einem hohen Anteil (>50%) Intensivbehandlung mit mehr als zwei Merkmalen bezogen auf Pflgetage und von Fällen mit mehr als 30 Tagen Intensivbehandlung mit mehr als zwei Merkmalen (9-615* bzw. 9-616*).

Zur weiteren Analyse der TE-Kodes stellten sich folgende Herausforderungen heraus:

Die TE-Kodes verschlüsseln die Anzahl erbrachter Therapieeinheiten in Form eines Intervalls (Beispiel: 9-614.11 *Intensivbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten*). Die Anzahl der Therapieeinheiten wird immer zusammen mit der Behandlungsart und getrennt nach Berufsgruppen verschlüsselt.

Diese komplexe Ausgangslage wurde mit folgenden Lösungsansätzen analysiert:

Um die Anzahl der erbrachten Therapieeinheiten zu ermitteln, wurden zunächst die Klassenmittelwerte der erbrachten Therapieeinheiten je TE-Kode berechnet. Die Klassenmittelwerte wurden dann mit der dokumentierten Häufigkeit je TE-Kode multipliziert.

Mit diesem Ergebnis wurde die Kostentrennung auf Basis der Anzahl der erbrachten Therapieeinheiten untersucht. Dazu wurden Gruppen sowohl nach Behandlungsart und nach der Berufsgruppe differenziert, aber auch berufsgruppen- und behandlungsartübergreifend gebildet.

Für die Behandlungsart Regelbehandlung konnte dabei keine Kostentrennung durch die Anzahl der Therapieeinheiten bei Erbringung durch alle Berufsgruppen oder nur durch die Berufsgruppen der Spezialtherapeuten oder Pflegefachpersonen ermittelt werden. Eine Kostentrennung auf noch sehr geringem Niveau zeigte sich durch die Anzahl der Therapieeinheiten bei Erbringung durch Ärzte/Psychologen.

Bei in Zukunft weiter verbesserter Kostenkalkulation der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen vor allem hinsichtlich einer sachgerechteren Kostenzuordnung von Personalkosten ist zu erwarten, dass sich die Kostenunterschiede zwischen geringen und hohen Therapieintensitäten klarer abgrenzen lassen.

Die genaue Analyse der Therapieeinheiten-Kodebereiche ergab hinsichtlich der durch die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten folgende Besonderheiten:

- Unklarer Leistungsinhalt: In den Daten der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen des Jahres 2011 zeigt sich eine sehr unterschiedliche Verschlüsselung der benannten Codes, insbesondere hinsichtlich des hierbei typischerweise erreichten Niveaus der Summe der Therapieeinheiten pro Woche. Je nach Einrichtung reicht die Spanne der im typischen Fall „durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten“ von unter zwei bis hin zu über 20 Einheiten pro Woche. Nach umfassender Analyse und Rückfragen des InEK bei auffälligen Häusern hat sich gezeigt, dass die Therapieeinheiten in sehr unterschiedlicher Weise gezählt werden. Als problematisch beschrieben werden beispielsweise Leistungen der täglichen Pflege, das gemeinsame Frühstück auf Station oder das Aufnahmegespräch. Zumindest in einigen Häusern werden die Codes also in derartiger Breite verschlüsselt, dass die zugrunde liegenden Inhalte und tatsächlichen Behandlungsaufwände kaum vergleichbar erscheinen. Schon allein aus diesem Grund erscheinen die Codes in der bestehenden Definition der Leistungsinhalte nicht als geeignete Kostentrenner.
- Fehlende Trennung zwischen Spezialtherapeuten und Pflegefachpersonen: Durch die Zusammenfassung der beiden Berufsgruppen „Spezialtherapeuten“ und „Pflegefachpersonen“ zu jeweils einheitlichen Codebereichen ist in den Daten der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen nicht mehr erkennbar, durch welche Berufsgruppe die kodierten Therapieeinheiten erbracht worden sind. Eine Abgrenzung spezialtherapeutischer Leistungen gelingt somit nicht, damit ist auch nicht analysierbar, ob sich spezialtherapeutische Leistungen ggf. als Definitionskriterium in bestimmten PEPP eignen könnten. Konstellationen, die wie oben für pflegerische Leistungen beschrieben, zu einer sehr breiten Erfassung auch von Standardleistungen und somit einer sehr hohen Zahl an beim typischen Fall erfassten Therapieeinheiten führen können, sind dem InEK für den Bereich der spezialtherapeutischen Leistungen nicht in gleicher Weise bekannt.
- Keine Korrelation zwischen Kosten und Therapieeinheiten: Die Fälle, die die oben genannten Codes für „durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachte Therapieeinheiten“ aufweisen, zeigen zumindest bis zu einem Wert von sechs Therapieeinheiten pro Woche keine auffälligen Tageskosten.

Darüber hinausgehende Werte (an TE pro Woche) scheinen überwiegend durch die oben geschilderten Besonderheiten der Kodierung begründet. Zudem zeigt sich, dass die diskreten Mehrkosten, die Fälle mit extrem hohen TE-Summen pro Woche aufweisen, bei der bestehenden Erfassung in ihrer Höhe nicht mit dem Ressourceneinsatz korrelieren, der bei einer nachvollziehbaren Verschlüsselung dieser Codes zu erwarten ist.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Zur Dokumentation der Therapieeinheiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie stehen die Codes aus den Bereichen *Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung* (9-65*/9-66*), *Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung* (9-67*) und *Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting)* (9-68*) zur Verfügung.

Ergänzend zu den bereits oben aufgeführten strukturellen Merkmalen der TE-Kodes werden in den Codebereichen *Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe* (9-670.*) und *Einzelbetreuung* (9-671.*) weitere Zeiteinheiten der Form „Jeweils mit x Stunden an x Tagen pro Woche“ genutzt. Beispielhaft sei hier der Code 9-670.02 *Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen: 6 bis 12 Stunden pro Tag, an 3 Tagen pro Woche* genannt.

Auch hier zeigte sich nach den oben bereits geschilderten Vorüberlegungen keine Kostentrennung durch die reine Anzahl der Therapieeinheiten. Ebenso zeigte sich keine eindeutige Kostentrennung durch die Anzahl der Tage oder einen hohen relativen Anteil der Aufenthaltsdauer mit Intensivbehandlung (9-67*).

Trotz intensiver Analysen war auch eine Bewertung des Eltern-Kind-Settings (9-68*) aufgrund geringer Fallzahl und Dominanz einzelner Einrichtungen nicht möglich.

Zur Analyse der Behandlungsart Intensivbehandlung erfolgte abweichend zu der für die Psychiatrie beschriebenen Vorgehensweise aufgrund der oben beschriebenen anderen Zeiteinheiten die Ermittlung eines Stunden- und eines Personalmittelwerts und Multiplikation des Produkts aus diesen Werten mit der Anzahl der Tage zu einer „Personalstundeneinheit“ (PE) pro Woche für alle Codes ab 4 Stunden pro Tag und 2 Tage pro Woche. Durch die Addition dieser „Personalstundeneinheiten“ konnten Fälle mit erheblichen Mehrkosten pro Tag identifiziert und der Basis-PEPP P002 (mehr als 65 PE) zugeordnet werden. Fälle mit über 120 PE zeigten selbst innerhalb dieser Klasse nochmals erheblich höhere Tageskosten, sodass trotz einer vergleichsweise geringen Fallzahl die weitere Differenzierung in P002A und P002B umgesetzt wurde, um so die Tatsache des nochmals deutlich höheren Aufwands dieser Fälle abbilden zu können.

Psychosomatik

In den Analysen zeigten sich deutlich erhöhte Tageskosten für Patienten mit den TE-Kodes aus dem Bereich *Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung* (9-63*) für Ärzte oder Psychologen ab sechs Therapieeinheiten. Die Umsetzung erfolgte in der Strukturkategorie Psychosomatik in der PEPP P00Z mit einer Kombinationslogik: Mindestens 50% der Aufenthaltsdauer müssen einen gültigen Code aus dem Bereich *Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung* mit mindestens sechs durch Ärzte oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche tragen. Diese Definition erlaubte die Abbildung der aufwendigeren Patienten in einer spezifischen Klasse trotz einer vergleichsweise kleinen Fallzahl.

In weiteren Analysen zeigte sich, dass Codes mit geringerer Anzahl an Therapieeinheiten pro Woche zwar weitaus häufiger dokumentiert sind, aber nicht mit höheren Tageskosten einhergehen. Ebenso zeigte sich keine Kostentrennung bei den durch die Berufsgruppen Pflege oder Spezialtherapeuten erbrachten Therapieeinheiten.

3.3.2.2 Psychiatrie-Personalverordnung

Mit Einführung des OPS Version 2010 wurden OPS-Kodes etabliert, mit denen die Zuordnung der Patienten zu den in der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) definierten Bereiche und Behandlungsarten kodiert und übermittelt werden kann. Die Zuordnung der Patienten ist von allen Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psych-PV liegen, vorzunehmen. Damit kann anhand der Kalkulationsdaten auch die Eignung der Psych-PV als Definitionskriterium untersucht und ihre Funktion als Kostentrenner ggf. mit anderen Einteilungen verglichen werden.

Bereits die letztjährige Probekalkulation zum Psych-Entgeltsystem hatte gezeigt, dass mittels der Einstufung nach Psychiatrie-Personalverordnung keine kostenhomogene Klasseneinteilung möglich war. Dies hat sich auch in der diesjährigen Kalkulation bestätigt.

Bezüglich der Behandlungsbereiche zeigten sich insbesondere die Abbildung der Suchterkrankungen und der gerontopsychiatrischen Patienten (in den Basis-PEPP PA02 bzw. PA15, ergänzt durch weitere Aufwertungen anhand Alter, Nebendiagnosen etc.) als deutlich spezifischer und leistungsgerechter.

Auch im Hinblick auf die Intensivbehandlung bei Erwachsenen gemäß Psych-PV zeigte sich die Abgrenzung aufwendiger von weniger aufwendigen Patienten im Vergleich zur Intensivbehandlung gemäß Therapieeinheiten-OPS-Kodes (mit Differenzierung nach der Anzahl der Intensivmerkmale) als deutlich weniger trennscharf.

Im Ergebnis werden die OPS-Kodes, die die Einteilung nach Psych-PV wiedergeben, in der PEPP-Systematik 2013 nicht als Definitionskriterium genutzt.

3.3.2.3 Weitere untersuchte Prozeduren

In weiteren Analysen wurden die Prozeduren für aufwendige Diagnostik bei Erwachsenen (1-903*) sowie bei Kindern und Jugendlichen (1-904*) untersucht. Im Ergebnis zeigte sich keine Kostentrennung durch einen hohen Anteil (ab drei Tagen) an aufwendiger Diagnostik in den untersuchten Fällen.

Fälle mit operativen Leistungen (OR-Prozeduren) fanden sich in den Kalkulationsdaten nur in verschwindend geringem Maß. Nichtsdestotrotz sollte zukünftig eine sachgerechte Abbildung dieser wenigen Einzelfälle mit besonders hohen Kosten angestrebt werden.

Des Weiteren wurden auch die Prozedurenkodes für Elektrokrampftherapie, Strahlentherapien und verschiedene Verfahren der bildgebenden Diagnostik umfassend untersucht. Nähere Informationen hierzu sind im Kapitel Zusatzentgelte (siehe Kap. 3.2.2.10) dargestellt.

3.3.3 Weitere diagnosebezogene Analysen

3.3.3.1 Störungen durch psychotrope Substanzen

Abgesehen von den in den Prä-PEPP für hochaufwendige Intensivbehandlung und Einzelbetreuung abgebildeten besonders betreuungsintensiven Patienten, sind innerhalb der Strukturkategorie Psychiatrie die meisten Fälle der Basis-PEPP PA02 *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* zugeordnet. Innerhalb dieser Basis-PEPP werden besonders betreuungsaufwendige Patienten, darunter auch viele Opiatabhängige mit typischen schweren Begleitproblemen (z.B. einer Hepatitis C), in die höher bewertete PEPP PA02A eingruppiert. Die Einsortierung der „Sucht-BPEPP“ PA02 in die Strukturkategorie Psychiatrie hat darüber hinaus die Abbildung weiterer besonders aufwendiger Konstellationen in anderen, hoch bewerteten, PEPP ermöglicht. Ein Beispiel ist die Zuordnung der sogenannten Wernicke-Enzephalopathie in die Basis-PEPP PA15.

Für den Bereich der Suchterkrankungen bestehen jedoch noch weitere Verbesserungsmöglichkeiten. Diese betreffen in erster Linie die Opiatabhängigkeit, wo eine aufwandsgerechte Eingruppierung für 2013 noch nicht vollständig gelungen ist. Hier existieren noch Schwächen der aktuellen ICD- und OPS-Klassifikationen. Zum einen können Patienten mit Schmerzmittelabusus aktuell noch nicht von den (erwartet teureren) i.v.-Abhängigen unterschieden werden, zum anderen sind bestimmte Opiatabhängige, wenn sie noch weitere Substanzen konsumieren, mit der Diagnose „multipler Substanzmissbrauch“ verschlüsselt und damit nicht sicher unterscheidbar von den ebenfalls so kodierten Fällen z.B. mit Alkohol- und Nikotinabusus, die vergleichsweise weniger aufwendig sind. Daher war eine Aufwertung aller Fälle mit Opiatabhängigkeit für 2013 noch nicht umsetzbar.

Hingegen konnte ein erheblicher Teil der aufwendigsten Fälle mit Opiatabhängigkeit anhand von Nebendiagnosen für typische, schwere Begleiterkrankungen (chronische Hepatitis, HIV-Infektion, Aspirationspneumonie) sicher identifiziert und sachgerecht abgebildet werden. Durch diese sogenannten „Surrogatparameter“ werden etwa 30% der Fälle mit i.v.-Opiatabhängigkeit getroffen – wobei es sich um die sicher aufwendigsten Fälle handelt. Für 2013 konnte somit noch keine vollständige, aber bereits eine substantielle Teillösung umgesetzt werden.

Eine weitere Verbesserung der sachgerechten Abbildung wird hier auf dem Weg des „lernenden Systems“ erfolgen. Durch die Fachgesellschaften sind in Zusammenarbeit mit dem DIMDI und den anderen Beteiligten geeignete Parameter zur Beschreibung der aufwendigen Leistungen zu erarbeiten. Auf der Grundlage einer verbesserten Beschreibung können dann die entsprechenden Fälle analysiert und in weiteren Versionen des PEPP-Entgeltsystems sachgerecht zugeordnet werden.

Umfassend untersucht wurde auch, ob die an 4. Stelle der ICD-10-GM-Kodes verschlüsselten Ausprägungen der Abhängigkeitserkrankungen mit unterschiedlichen Kosten verbunden sind.

Kode	Text
F1x.0	Akute Intoxikation [Akuter Rausch]
F1x.1	Schädlicher Gebrauch
F1x.2	Abhängigkeitssyndrom
F1x.3	Entzugssyndrom
F1x.4	Entzugssyndrom mit Delir
F1x.5	Psychotische Störung
F1x.6	Amnestisches Syndrom
F1x.7	Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
F1x.8	Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
F1x.9	Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung

Tabelle 22: Übersicht: 4. Stelle des Codebereichs F10–F19, ICD-10-GM Version 2011

Die Analyse der Kategorien erfolgte dabei sowohl nach Substanzen getrennt als auch substanzübergreifend. Im Ergebnis konnten die Codes für das *Amnestische Syndrom* (F1x.6) aufgrund der Kosten- und Altershomogenität sowie aus systematischen Überlegungen zur Basis-PEPP PA15 *Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems* zugeordnet und damit deutlich aufgewertet werden.

Die weiteren Kategorien, z. B. Entzugssyndrom mit und ohne Delir oder Psychotische Störung erwiesen sich hingegen nicht als geeignete Kostentrenner. Auch die akute Intoxikation zeigte sich sachgerecht vergütet: Diese Fälle weisen typischerweise eine eher kurze Verweildauer auf und werden in der Regel überwiegend über die erste Vergütungsstufe abgebildet.

3.3.3.2 Organische Störungen

Eine Vielzahl von Analysen betraf die Diagnosecodes für *organische Störungen*. Beispielsweise wurden die verschiedenen Demenzformen (F00–F03) auf Aufwandsunterschiede hin analysiert, wobei sich jedoch keine belastbaren Kostenunterschiede nachweisen ließen. Zwar fielen Fälle mit Delir (F05.-) durch einen höheren Ressourcenverbrauch auf, da diese Codes jedoch keine Schweregradeinteilung aufweisen und ihnen keine belastbaren diagnostischen Kriterien zugrunde liegen, erschien eine Umsetzung als erlössteigerndes Merkmal im PEPP-System nicht operationalisierbar und hätte zukünftig erwartbar zu Auseinandersetzungen bei Kodierung und Abrechnung geführt.

Besonderes Augenmerk lag auf den Codes für *psychische Störungen mit organischer Ursache* (Codebereich F06–F09), hier war aus systematischen Gründen sowohl eine Abbildung bei den anderen organischen Störungen (BPEPP PA15) als auch eine Zuordnung zu den spezifischen Krankheitsbildern mit gleicher Symptomatik denkbar. Die folgende Tabelle 23 zeigt eine Auswahl der betroffenen Codes.

Kode	Text
------	------

F06.0	Organische Halluzinose
F06.1	Organische katatone Störung
F06.2	Organische wahnhaft [schizophrenieforme] Störung
F06.3	Organische affektive Störungen
F06.4	Organische Angststörung
F06.5	Organische dissoziative Störung
F06.6	Organische emotional labile [asthenische] Störung
F07.0	Organische Persönlichkeitsstörung

Tabelle 23: Auswahl organischer Störungsbilder, ICD-10-GM Version 2011

Für den überwiegenden Teil der Diagnosen bestanden deutliche Kostenunterschiede zwischen den organischen Störungen (F06–F09) und den entsprechenden spezifischen nichtorganischen Krankheitsbildern.

Den höheren Kosten der Fälle folgend, wurden die betroffenen Fälle überwiegend der Basis-PEPP PA15 *Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems* zugeordnet. Bestimmte Diagnosen wurden dabei stets der Basis-PEPP PA15 zugeordnet, beispielsweise:

F06.1 *Organische katatone Störung*

F07.1 *Postenzephalitisches Syndrom*

Andere Diagnosen werden dort nur in Verbindung mit einem Alter >65 Jahren oder einem primären oder sekundären Malignom des Hirns eingruppiert, beispielsweise:

F06.0 *Organische Halluzinose*

F06.3 *Organische affektive Störungen*

Auch die Fälle mit diesen Diagnosen, deren Kostenunterschiede eine Aufwertung in die Basis-PEPP PA15 nicht rechtfertigten, wurden in vielen anderen Basis-PEPP aufgewertet. So wird beispielsweise ein Patient mit einer *Organischen Halluzinose* und einem Alter <66 Jahren innerhalb der Basis-PEPP PA03 *Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen* stets der besser bewerteten PEPP PA03A zugeordnet.

Zusammenfassend konnte für die organischen Störungen somit eine hochdifferenzierte, aufwandsgerechte Abbildung umgesetzt werden.

3.3.3.3 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

Neben den bereits beschriebenen organischen Störungen konnte auch die Hauptdiagnose *Katatone Schizophrenie* innerhalb der Basis-PEPP PA03 aufgewertet werden.

Hingegen zeigten sich die Nebendiagnosen aus dem Bereich Schizophrenie (ICD-Kode F20.-) nicht als geeignete Kostentrenner.

3.3.3.4 Affektive Störungen

Auch für die affektiven Störungen zeigten sich vor allem die organischen Störungen mit dieser Symptomatik kostenauffällig.

Für die bei den Diagnosen für Manie / manische Episode bei bipolarer Störung und depressiver Episoden in Ansätzen gefundenen Kostenunterschiede, die im Vergleich zur Manie geringere Kosten für die Kombination von Manie und Depression (gemischte Episode) zeigten, konnte schon deshalb keine Umsetzung erfolgen, weil dies einen Fehlanreiz geschaffen hätte, die depressive Symptomatik bei gemischten Episoden nicht zu kodieren.

3.3.3.5 Essstörungen

Essstörungen sind sowohl in der Strukturkategorie Psychosomatik als auch in der Strukturkategorie Psychiatrie häufige Diagnosen. Während in der Strukturkategorie Psychosomatik eine separate Basis-PEPP PP10 *Ess- und Fütterstörungen* etabliert wurde, wurden die Fälle in der Strukturkategorie Psychiatrie mit aufwandsähnlichen Diagnosen zur Basis-PEPP PA14 *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Essstörungen oder andere Störungen* zusammengefasst.

In beiden Basis-PEPP wurden die Fälle mit der Hauptdiagnose *Anorexie* bei deutlichen Mehrkosten jeweils in die höher vergütete PEPP aufgewertet. Hingegen zeigte sich für die *Bulimie* kein Kostenunterschied zu den anderen Fällen der entsprechenden Basis-PEPP.

Ebenso ließen sich auch für die Nebendiagnose *Anorexie* deutliche Mehrkosten nachweisen, was in mehreren Basis-PEPP zu einer Aufwertung mittels der Funktion *Komplizierende psychiatrische Nebendiagnose, Psychiatrie* führte. Im Ergebnis werden in den Basis-PEPP

- PA03 *Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen*
- PA04 *Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen*
- PA14 *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Essstörungen oder andere Störungen*
- PK04 *Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen (KJP)*

Fälle mit Nebendiagnose *Anorexie* aufgewertet. Auch für teilstationäre Fälle zeigten sich höhere Tageskosten, sodass eine Aufwertung z.B. in die PEPP

- TA19Z *Psychotische, affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme, Schlaf-, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen, Alter >65 Jahre oder mit komplizierender Konstellation*

erfolgen konnte.

3.3.3.6 Intelligenzstörungen, Entwicklungsstörungen

Die Codes für den Schweregrad der Intelligenzminderung (ab mittelgradig) mit Verhaltensstörung zeigten sich ebenfalls als gut kostentrennende Nebendiagnosen, vor allem in den PEPP der Strukturkategorie Psychiatrie. Über die Funktion *Komplizierende psychiatrische Nebendiagnose, Psychiatrie* erfolgte die Aufwertung in mehreren PEPP, z.B. in der Basis-PEPP PA03 *Schizophrenie [...]*.

Ebenfalls als geeignetes Aufwertungskriterium zeigten sich die Codes für *tief greifende Entwicklungsstörungen* (F84.0, F84.1, F84.2), die als Hauptdiagnose innerhalb der Basis-PEPP PA01 in die PA01A aufgewertet werden konnten.

Die Nebendiagnosen für *tief greifende Entwicklungsstörungen* konnten hingegen nicht als komplizierende psychiatrische Nebendiagnosen aufgewertet werden, da keine entsprechenden höheren Kosten in den Kalkulationsdaten vorlagen.

3.3.3.7 Störungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Hinsichtlich der Abbildung von Fällen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde systematisch untersucht, ob Diagnosecodes (sowohl psychiatrischer als auch somatischer Erkrankungen und Störungen) als zusätzliches Splittkriterium in Form von Haupt- oder Nebendiagnosen herangezogen werden können.

Es wurde also untersucht, ob damit innerhalb der diagnosegruppenbasierten Basis-PEPP noch aufwendigere Fälle zu identifizieren sind. Analysen bezüglich der Hauptdiagnosen ergaben – über die für die BPEPP-Zuordnung verwendeten Diagnosegruppen hinaus – keinen Hinweis auf eine zusätzliche Kostentrennung, zudem war bei vielen Diagnosen nur eine geringe Anzahl von Fällen in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser betroffen. Im Fokus der Analysen standen vor allem die folgenden Erkrankungen:

- Schwere (rezidivierende) depressive Störungen oder reaktive Bindungsstörungen mit Enthemmung innerhalb der Basis-PEPP PK04 *Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen*
- Tief greifende Entwicklungsstörungen innerhalb der Basis-PEPP PK01 *Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen oder andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend*
- Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen oder hyperkinetische Störung innerhalb der Basis-PEPP PK14 *Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen*
- Akute Intoxikation innerhalb der Basis-PEPP PK02 *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen*
- Organische Psychose innerhalb der Basis-PEPP PK03 *Schizophrenie, schizotyp und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen*

Für den Bereich der psychiatrischen Nebendiagnosen zeigten die folgenden Erkrankungen gute kostentrennende Eigenschaften. Demzufolge war eine Aufwertung in die PEPP PK04A *Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, mit komplizierender Nebendiagnose* und TK14Z *Affektive, neurotische, Belastungs-*

somatoforme oder Schlafstörungen mit komplizierender Nebendiagnose oder Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen möglich:

- Anorexia nervosa
- Persönlichkeitsstörungen
- Tief greifende Entwicklungsstörungen

Eine Berücksichtigung als Kostentrenner war hingegen nicht möglich für die in den Strukturkategorien Psychiatrie und Psychosomatik vielfach splitrelevanten Diagnosen für deutliche Verhaltensstörungen bei Intelligenzminderung.

Darüber hinaus wurden auch somatische Nebendiagnosen auf ihre kostentrennenden Eigenschaften untersucht. Die Analysen hatten zur Folge, dass bestimmte Nebendiagnosen wie Epilepsie und Diabetes mellitus ebenfalls in die PEPP PK04A und TK14Z aufgewertet werden konnten. Zudem erscheinen diese Diagnosen nicht oder allenfalls in geringem Umfang Kodieranreizen unterworfen. Nicht zu einer weiteren Differenzierung von Fällen führten Diagnosen wie Asthma, Atemwegsinfektionen oder Noro- oder Rotavirusinfektionen.

3.3.3.8 Somatische Nebendiagnosen

Im Rahmen der Kalkulation wurden auch die nicht psychiatrischen Erkrankungen (kurz als „somatische Diagnosen“ bezeichnet) systematisch auf die Beschreibung von Aufwandsunterschieden überprüft. Diese Untersuchungen wurden getrennt für die einzelnen Basis-PEPP durchgeführt. Es zeigte sich, dass nicht alle Diagnosen in gleicher Weise als Aufwertungskriterium in allen PEPP geeignet sind.

So war z.B. ein deutlicher Unterschied zwischen den kostentrennenden Nebendiagnosen der Basis-PEPP PA02 *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* und der Basis-PEPP PA15 *Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems* zu verzeichnen. In der Basis-PEPP PA02 war z.B. die Diagnose B18.2 *Chronische Virushepatitis C*, in der Basis-PEPP PA15 z.B. die Diagnose I50.14 *Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe* als Kostentrenner geeignet. Im Ergebnis wurde z.B. in der Basis-PEPP PA02 die PEPP PA02A *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, mit komplizierender Konstellation* etabliert, in der beispielsweise der oben genannte Diagnosekode B18.2 *Chronische Virushepatitis C* gruppierungsrelevant ist.

Weitere Beispiele für gruppierungsrelevante somatische Nebendiagnosen in der Basis-PEPP PA02:

- HIV-assoziierte Erkrankungen
- Wernicke-Enzephalopathie
- Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes

Wie in Kapitel 3.3.3.1 erläutert, dienen z.B. die Codes für Hepatitis sowie HIV als sogenannte Surrogatparameter, um besonders aufwendige Fälle mit in der Regel intravenösem Drogenabusus zu erkennen.

Dagegen war z.B. der Codebereich I60–I69 *Zerebrovaskuläre Krankheiten* aufgrund ungenügender Datengrundlage bzw. Datenqualität als Kostentrenner nicht geeignet. Die Fallzahl je Code war zu gering und es zeigten sich nicht im Schweregrad begründete Kostenunterschiede. Auch der Schweregrad der kognitiven Funktionseinschränkung (Codebereich U51.- MMSE bzw. erweiterter Barthel-Index) war – trotz möglicherweise guter Eignung als Kostentrenner – bei ausgeprägter Krankenhausdominanz nicht valide kalkulierbar. Ein weiteres Beispiel für Codes ohne Kostentrennung bei geringer Fallzahl sind Vergiftungskodes mit potenziell neuropsychiatrischer Symptomatik (z.B. Herzglykoside, Thyreostatika), die somit auch nicht als Splitkriterium berücksichtigt werden konnten.

Perspektivisch ist bei Vorliegen weiterer Kalkulationserfahrungen – analog zum G-DRG-System – die Einführung einer sogenannten CCL-Matrix eine weitere Möglichkeit, schweregradsteigernde Nebendiagnosen zu berücksichtigen, die in der Regel zu einem signifikant höheren Ressourcenverbrauch führen. Die CCL-Matrix würde eine hochdifferenzierte Abbildung mit unterschiedlicher Bewertung von Nebendiagnosen je nach PEPP ermöglichen. Jeder Diagnose würde ein CCL-Wert (Komplikations- und Komorbiditätslevel) zugewiesen. Anschließend würde jedem Datensatz ein PCCL-Wert (patientenbezogener klinischer Schweregrad) zugeordnet, d.h. eine Maßzahl für den kumulativen Effekt der CCL-Werte einer Behandlungsepisode. Der PCCL-Wert könnte als Splitkriterium innerhalb bestimmter Basis-PEPP dienen. Somit wäre die CCL-Matrix insbesondere auch für die Abbildung des Multimorbiditätsgrades der Patienten geeignet. Zur CCL-Matrix könnte auch ein sogenanntes Ausschlussverfahren gehören, das dazu dient, ähnliche sowie assoziierte Diagnosen nur einmal zu zählen. Die Entwicklung einer solchen CCL-Matrix erfordert aufgrund ihrer hohen Komplexität eine Datengrundlage von mehreren Jahren. Von einer Einführung einer CCL-Matrix wurde daher zum jetzigen Zeitpunkt der Systementwicklung abgesehen.

3.3.3.9 Alter

Bei der Entwicklung des PEPP-Entgeltsystems wurde auch das Alter der Patienten als möglicher Kostentrenner umfassend untersucht. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychosomatik wurde dabei besonderes Augenmerk auf die folgenden Altersklassen gelegt:

- Alter unter 4 Jahren
- Alter unter 6 Jahren
- Alter unter 14 Jahren

Im Ergebnis zeigte sich keine Kostentrennung durch weitere Alterssplits. Insgesamt hatte das Alter bei Kindern sehr heterogene Auswirkungen auf die unterschiedlichen Diagnosegruppen. Hinzu kommt, dass bei gewissen Altersklassen wie z.B. bei den unter Sechsjährigen nur eine geringe Fallzahl in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser vorlag.

In den Strukturkategorien Psychiatrie und Psychosomatik wurden ebenfalls verschiedene Altersbedingungen auf die Eignung als Kostentrenner analysiert. Dabei erwies sich ein Alter größer als 65 Jahre als hinsichtlich Fallzahl und Kostentrennung am besten geeignetes Kriterium. Teilweise konnte hier auch in Kombination mit komplizierenden Nebendiagnosen eine Differenzierung und Aufwertung von Fällen erreicht werden. In

den folgenden Basis-PEPP konnte entsprechend das Alter bei Erwachsenen als Splitkriterium etabliert werden:

- PA03 *Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen*
- PA04 *Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen*
- PA14 *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Essstörungen oder andere Störungen*
- PP04 *Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen*
- TA19 *Psychotische, affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme, Schlaf-, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen, Alter >65 Jahre oder mit komplizierender Konstellation*

Die betroffenen Fälle werden jeweils dem höchsten Schweregrad dieser Basis-PEPP zugeordnet. In bestimmten Basis-PEPP zeigte sich im Gegensatz zu den oben beschriebenen Altersplits auch, dass über die Hauptdiagnose hinaus keine zusätzliche bedeutsame Kostentrennung durch Altersplits zu erreichen wäre. Dies trifft beispielsweise auf die Basis-PEPP TA15 *Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems* und PA15 *Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems* zu, wobei bei Letzterer das durchschnittliche Alter bereits bei 77,3 Jahren lag.

3.3.3.10 Ergänzende Datenbereitstellung

Die PEPP-Version 2013 wurde im Jahr 2012 auf Grundlage der Daten des Jahres 2011 entwickelt. Dieser auch zukünftige Weiterentwicklungen betreffende zweijährige Zyklus hat zur Folge, dass zwischen der Etablierung neuer Leistungsbezeichner (z.B. OPS-Kodes) und einer möglichen Gruppierungsrelevanz im PEPP-Entgeltsystem typischerweise zwei Jahre liegen. Es kann insbesondere in der Einführungsphase eines Vergütungssystems wünschenswert sein, diesen manchmal als „Kalkulationslücke“ bezeichneten Zeitraum zu verkürzen, um früher eine aufwandsgerechtere Vergütung von neu etablierten Kodes oder Innovationen zu erreichen. Eine Möglichkeit ist die sogenannte ergänzende Datenabfrage, die sich diesbezüglich im G-DRG-System als effektives Instrument erwiesen hat.

Die Weiterentwicklung des PEPP-Systems basiert auf den Daten gem. § 21 KHEntgG sowie den freiwilligen Lieferungen von Kostendaten der Kalkulationskrankenhäuser. Neben diesen „regulären“ Datenlieferungen werden weitere ergänzende Fallinformationen aus den Kalkulationskrankenhäusern benötigt, um die relevanten Leistungen auf einer ausreichend differenzierten Datenbasis analysieren und bewerten zu können. So könnten im Rahmen der Kalkulation der PEPP-Version 2014, die im Jahr 2013 stattfinden und auf Daten des Jahres 2012 (also ICD-10-GM Version 2012 und OPS Version 2012) basieren wird, Leistungen und Leistungsdifferenzierungen aus der ICD-10-GM Version 2013 und dem OPS Version 2013 ebenso wie Leistungen, die in diesen Katalogen noch nicht abgebildet sind, abgefragt werden. Ohne die ergänzende Datenbereitstellung würden diese Informationen erst in der Kalkulation des Jahres 2014 – oder nach Einführung neuer Kodes für 2014 – erst im Jahr 2015 berücksichtigt werden können.

Bereits in diesem Jahr wurde eine ergänzende Datenabfrage zu Patienten, die nach richterlicher Anordnung untergebracht sind (gem. PsychKG oder § 1906 BGB) sowie zur Elektrokrampftherapie durchgeführt.

3.4 Weiterentwicklung

3.4.1 Strukturierter Dialog / Vorschlagsverfahren

Für die Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) und zur Förderung von dessen Akzeptanz ist es angezeigt, externen Sachverstand einzubinden.

Zu diesem Zweck wurde der sogenannte „Strukturierte Dialog“ („Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverstandes“) vom InEK etabliert und mit der Veröffentlichung im Internet am 29. November 2012 eröffnet. Änderungsvorschläge, die in die Weiterentwicklung der PEPP-Klassifikation für das Jahr 2014 einfließen sollen, wird das InEK bis zum 31. März 2013 entgegennehmen.

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

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

Vorschlagende Organisationen können insbesondere sein:

- Die Träger der Selbstverwaltung im Bereich der stationären Versorgung
- Die medizinischen Fachgesellschaften
- Fach- und Berufsverbände
- Die Bundesärztekammer
- Der Deutsche Pflegerat
- Der Bundesverband der Medizinproduktehersteller
- Die Spitzenorganisation der pharmazeutischen Industrie
- Weitere Organisationen und Institutionen

Das Einbringen von Änderungsvorschlägen über die Organisationen dient der Qualifizierung und Bündelung von Änderungsvorschlägen und trägt so zu einer Beschleunigung der Bearbeitung und Erleichterung der Identifikation relevanter Änderungsvorschläge bei. Nach Abschluss des Verfahrens und der Weiterentwicklung zur PEPP-Version 2014 erhalten die Vorschlagenden eine qualifizierte Rückmeldung, inwieweit der Vorschlag bei der Weiterentwicklung berücksichtigt werden konnte und aus welchen Gründen ggf. keine Umsetzung oder nur eine Teilumsetzung erfolgen konnte.

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

Die folgende Abbildung 15 zeigt ein Web-Formular des PEPP-Vorschlagsverfahrens 2014:

The screenshot shows a web form titled "PEPP-Vorschlagsverfahren" from InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. The form has a navigation bar with tabs: "Stammformblatt", "Problemstellung", "Lösungsvorschlag", "Kodes", and "Dokumente". The "Kodes" tab is active. The form contains two main sections for code selection:

- Diagnose section:** "Welche Diagnose(n) betrifft dieser Vorschlag?" with a search dialog button "zum Suchdialog" and a text area for manual entry: "Falls die Diagnosekodes nicht bekannt sind, beschreiben Sie bitte kurz die Diagnose(n)".
- Prozedur section:** "Welche Prozedur(en) betrifft dieser Vorschlag?" with a search dialog button "zum Suchdialog" and a text area for manual entry: "Falls Sie die Prozedurenkodes nicht zur Hand haben, beschreiben Sie bitte kurz die Prozedur(en)".

At the bottom, there are buttons for "Speichern" and "Speichern und bereitstellen". A footer note reads: "© InEK GmbH - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 2010 - 2012 | Pflichtfelder sind mit * gekennzeichnet."

Abbildung 20: Web-Formular „Kodes“ des PEPP-Vorschlagsverfahrens für 2014

Da die PEPP-Klassifikation noch am Anfang ihrer Entwicklung steht, ist das Vorschlagsverfahren bewusst sehr offen angelegt und bietet beispielsweise auch Raum für die umfangreiche Übermittlung von Freitext und auch zusätzlichen Dokumenten. Eine zu starke Fokussierung auf Vorschläge mit Bezug auf die für 2013 vorliegende PEPP-Systematik erschien nicht zielführend. Zudem sollte der möglicherweise fehlenden oder noch geringen praktischen Erfahrung der Anwender mit dem PEPP-System Rechnung getragen werden: Eine detaillierte Kenntnis der Systematik von Kodierung, Eingruppierung und Abrechnung kann zu Beginn des ersten Optionsjahres noch nicht von allen Beteiligten erwartet werden.

Das PEPP-Vorschlagsverfahren soll daher explizit auch für Anregungen offenstehen, die über konkrete Umbauvorschläge zum PEPP-Algorithmus 2013 hinausgehen:

- Vorschläge zur Verbesserung der Beschreibung insbesondere der aufwendigen Leistungen in Psychiatrie und Psychosomatik
- Anregungen zur Kalkulation

- Anmerkungen zur Abrechnungssystematik
- Beschreibung besonderer Versorgungsformen,
- Reine Problembeschreibungen

Es ist klar, dass nicht alle allgemeinen Anregungen in gleicher Weise datengestützt analysiert werden können wie konkrete Vorschläge zu Veränderungen der PEPP-Eingruppierung. Dennoch ist für eine erfolgreiche Weiterentwicklung des PEPP-Systems gerade in den ersten Jahren ein Überblick über die bestehenden Problemfelder von entscheidender Bedeutung, um Analyse- und Umsetzungsmöglichkeiten dort perspektivisch in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten verbessern zu können.

3.4.2 Fazit

Die Entwicklung des PEPP-Entgeltsystems erfolgte auf Grundlage einer auch im internationalen Vergleich sicher einzigartigen Datengrundlage zu Kosten- und Leistungsdaten stationärer und teilstationärer Patienten in den Einrichtungen der Erwachsenen- wie auch der Kinder- und Jugendpsychiatrie – bei bekanntermaßen noch vergleichsweise schwacher Datenlage in der Psychosomatik. Trotz gewisser noch bestehender Einschränkungen hinsichtlich der Datenqualität und in bestimmten Teilen auch hinsichtlich der Beteiligung an der Kostenkalkulation ist damit der erste große Schritt hin zu einem durchgängigen, leistungsgerechten Entgeltsystem auf Grundlage von Echtdateien gelungen.

Die vorhandenen Leistungsattribute konnten dabei fast vollständig untersucht werden, in über 700 Einzelrechnungen (von denen jede einen Umbau des PEPP-Groupers mit anschließender Neugruppierung und Analyse der Fallverschiebungen von rund 1 Million Fällen bedeutet) wurden schrittweise die in diesem Bericht dargestellten Eingruppierungskriterien erarbeitet und verifiziert. Die vorliegenden Leistungsdaten (ICD- und OPS-Kodes) erlaubten vielfach einen Überblick über das Leistungsgeschehen, es ist aber – wie beispielsweise zu den Abhängigkeitserkrankungen dargestellt – auch erkennbar, dass gerade die Beschreibung hochaufwendiger Leistungen in Psychiatrie und Psychosomatik noch verbessert werden muss. Wertvolle Hinweise dazu – wie auch zu Verbesserungsmöglichkeiten im PEPP-Algorithmus – werden die Anwendung im Echtbetrieb in den Kalkulationskrankenhäusern erbringen, insbesondere aber auch das bereits eröffnete PEPP-Vorschlagsverfahren.

Bei einer an der Leistungsgerechtigkeit der Vergütung orientierten Würdigung der PEPP-Klassifikation für 2013 ist aus Sicht des InEK – auch bei kritischer Betrachtung – festzustellen, dass sich bereits in dieser ersten Version im Vergleich zum bisherigen System tagesgleicher Pflegesätze entscheidende Verbesserungen ergeben haben. Die Abgrenzung hochaufwendiger Konstellationen ist bereits für viele Fälle gelungen, die Prä-PEPP für Einzelbetreuung und Intensivbehandlung sind besonders deutliche Beispiele. Auch die grundsätzliche Eignung vieler bereits vorliegender Leistungsinformationen (beispielsweise von Nebendiagnosen als Kostentrenner) konnte vielfach belegt werden.

Zusammenfassend stellt das PEPP-Entgeltsystem 2013 ein solides Ausgangsmodell für die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für die Psychiatrie und Psychosomatik dar.

4 Perspektiven der Weiterentwicklung

Die tagesbezogene Kalkulation mit fallbezogener Gruppierung wird weiterhin einer der Grundsätze im Rahmen der Kalkulationsmethodik bleiben. Für die folgende Kalkulationsrunde werden die Vergrößerung der Stichprobe und damit auch eine Steigerung der Datenqualität und -quantität vor allem im Bereich der Psychosomatik von größter Bedeutung sein. Die Verbesserung der Datengrundlage wird sich voraussichtlich im Datenjahr 2012 durch die gestiegene Erfahrung der Teilnehmer mit der tagesbezogenen Kalkulation weiter fortsetzen.

Eine aus den Fachgesellschaften der Psychiatrie und psychosomatischen Medizin sowie Vertretern der Pflege zusammengesetzte Arbeitsgruppe hat gemeinsam mit dem InEK ein Gewichtungsmo­dell zum PEPP-Entgeltsystem entwickelt. Dieses wird künftig alle in Anlage 13 des Kalkulationshandbuchs für Psychiatrie und Psychosomatik genannten Beispiele für Modelle der Betreuungsintensität außer dem Modell 8.1 (Kinder- und Jugendpsychiatrie) ersetzen. Die Integration dieses neuen Betreuungsintensitätsmodells wird ebenfalls zu einer verbesserten Abbildung der Stationskosten beitragen, wodurch die Identifizierung weiterer möglicher Kostentrenner gegeben sein wird.

Die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen werden auf Basis der Erfahrungen aus der vergangenen Kalkulation weiter ausgebaut und die Qualität der Prüfungen und Rückmeldungen seitens des InEK verbessert. Schon während der Kalkulationsphase zeichnete sich eine positive Lernkurve der Krankenhäuser hinsichtlich der Vorgehensweise bei der Kalkulation ab. Die hausindividuelle Rückkopplung in Form eines abschließenden Berichts (Abschluss schreiben) im Herbst 2012 mit Hinweisen auf Verbesserungspotential für die nächste Kalkulationsphase und individuelle Abschlussgespräche wird zusätzlich zur Steigerung der Datenqualität beitragen. Darüber hinaus werden Klarstellungen im Rahmen der Kalkulationsmethodik die Datenqualität weiter erhöhen.

Neben der Verbreiterung und Verbesserung der Datengrundlage wird die Weiterentwicklung der Kodiermöglichkeiten und der PEPP-Klassifikation von entscheidender Bedeutung sein. Insbesondere muss die Darstellbarkeit aufwendiger Patienten weiter verbessert werden. Über den Strukturierten Dialog mit allen Beteiligten wird das Fachwissen der in Psychiatrie und Psychosomatik Tätigen wie auch die Erfahrungen beim Einsatz vor Ort frühzeitig in die Weiterentwicklung einfließen. Das Vorschlagsverfahren ermöglicht eine offene und vielschichtige Rückkoppelung, sodass eine breite inhaltliche und konstruktive Beteiligung aller vom PEPP-System Betroffenen zu erwarten ist, was zu einer raschen weiteren Ausdifferenzierung im Sinne eines „lernenden Systems“ beitragen wird.

Anhang

Übersicht

Anhang A-1:

Auflistung der Teilnehmer mit vertraglicher Vereinbarung über eine Kalkulationsteilnahme zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d KHG (siehe Kap. 2.1.2)

Anhang A-2-1:

Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich Psychiatrie gemäß Eingruppierung in die entsprechende Strukturkategorie

Anhang A-2-2:

Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie gemäß Eingruppierung in die entsprechende Strukturkategorie

Anhang A-2-3:

Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich Psychosomatik gemäß Eingruppierung in die entsprechende Strukturkategorie

Anhang A-3:

Häufigkeitsverteilung der Fallzahlen nach Strukturkategorien für die Grundgesamtheit und die als plausibel verwendeten Fälle der Kalkulationsstichprobe (siehe Kap. 3.2.3.1)

Anhang A-4:

Homogenitätskoeffizient der Tageskosten für bewertete PEPP sowie Vergleich der Homogenitätskoeffizienten bei Betrachtung ohne bzw. mit Vergütungsstufen (siehe Kap. 2.3.2.1)

Anhang A-5:

Statistische Kennzahlen für bewertete PEPP: Fallzahl, Anzahl Verweildauertage, Mittelwert und Standardabweichung für Tageskosten, Verweildauer und Alter

Anhang A-6:

Altersklassen: Häufigkeitsverteilung für bewertete PEPP

Anhang A-7:

Kostenverteilung der Tageskosten (Aufteilung nach Personal-, Sach- und Infrastrukturkosten) für bewertete PEPP

Anhang A-8-1:

Anzahl der Fälle gemäß Hauptdiagnosegruppen des Kapitels *05 Psychische und Verhaltensstörungen* für bewertete PEPP

Anhang A-8-2:

Anzahl der Nennungen von Nebendiagnosen für Diagnosegruppen des Kapitels *05 Psychische und Verhaltensstörungen* für bewertete PEPP

Anhang A-8-3:

Fallzahlstärkste Hauptdiagnosen, Nebendiagnosen und Prozeduren (jeweils Top 10) für bewertete PEPP

Anhang A-1:

Auflistung der Teilnehmer mit vertraglicher Vereinbarung über eine Kalkulationsteilnahme zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gem. § 17d KHG (siehe Kap. 2.1.2)

Krankenhausname	Ort
Rheinessen-Fachklinik	Alzey
Rhein-Mosel-Fachklinik	Andernach
Bezirkskliniken Schwaben - BKH GZ/ABT. Donauwörth	Augsburg
Schön Klinik Bad Arolsen	Bad Arolsen
Lippische Nervenlinik Dr. Spernau GmbH Co.	Bad Salzuflen
Psychiatrieverbund Oldenburger Land gGmbH - Karl-Jaspers-Klinik	Bad Zwischenahn
Charité Universitätsmedizin Berlin	Berlin
Evang. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH	Berlin
Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe gGmbH	Berlin
Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk	Berlin
Schloßpark-Klinik	Berlin
St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee	Berlin
LWL-Universitätsklinikum Bochum	Bochum
LVR-Klinik Bonn	Bonn
Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret	Darmstadt
Vestische Kinder- und Jugendklinik/Universität Witten/Herdecke	Datteln
Krankenhaus Maria-Hilf GmbH	Daun
LWL Klinik Dortmund	Dortmund
Marien-Hospital	Dortmund
Städtisches Krankenhaus Dresden-Neustadt	Dresden
Evangelisches und Johanniter Klinikum Niederrhein gGmbH - Betriebsteil 1 - 3	Duisburg
LVR-Klinikum Düsseldorf - Kliniken der Heinrich-Heine-Universität	Düsseldorf
Universitätsklinikum Erlangen	Erlangen
Katholische Kliniken Ruhrhalbinsel gGmbH	Essen
Philippusstift Kath. Krankenhaus gGmbH	Essen
Vitos Hochtaunus gemeinnützige GmbH	Friedrichsdorf
Klinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie Wichernstift gGmbH	Ganderkesee

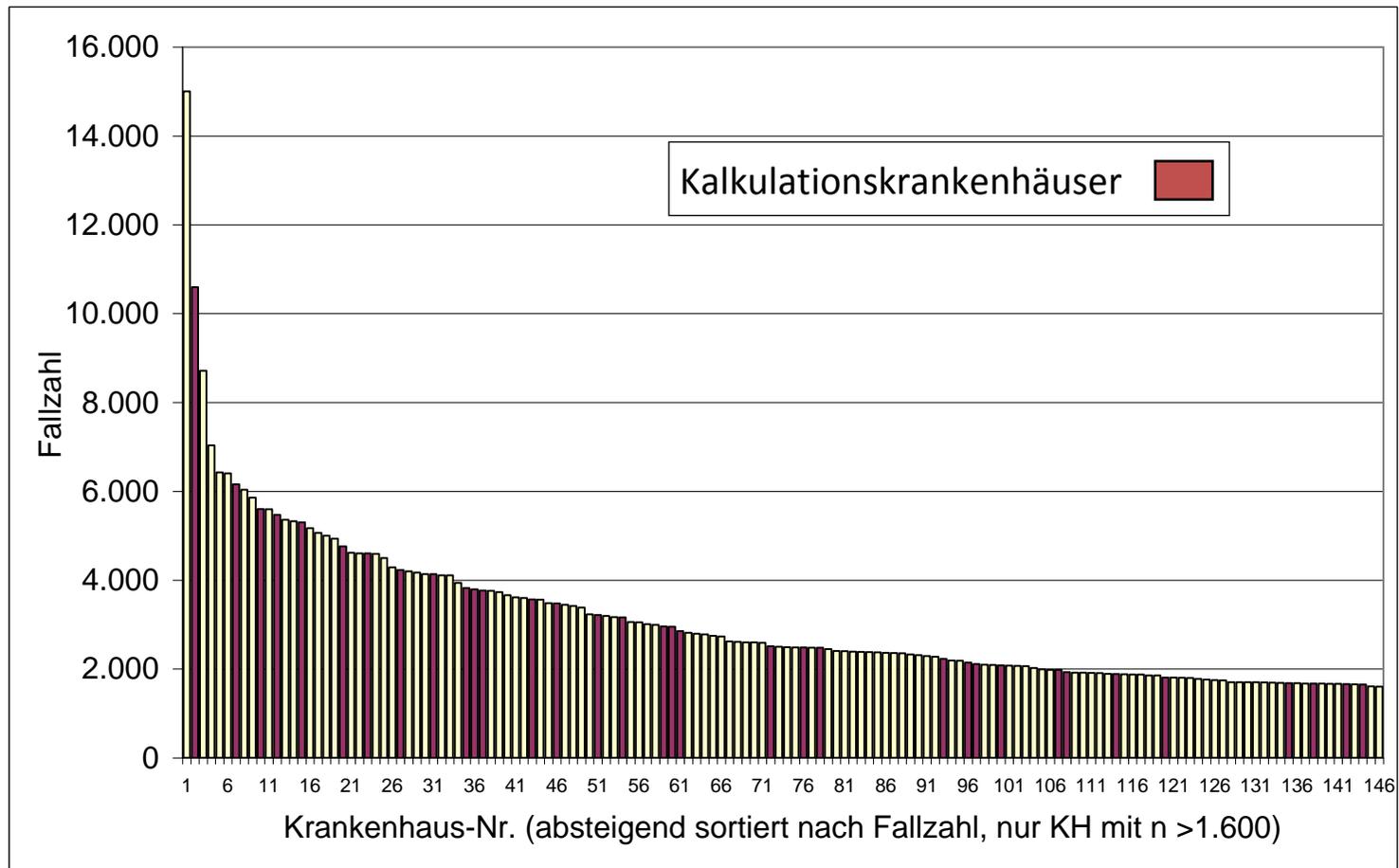
Krankenhausname	Ort
Vitos Gießen-Marburg gemeinnützige GmbH	Gießen
Sächsisches Krankenhaus Großschweidnitz	Großschweidnitz
Kreiskrankenhaus Gummersbach GmbH	Gummersbach
Kreiskrankenhaus Gummersbach- Klinik Marienheide	Gummersbach
Bezirkskliniken Schwaben BKH-Günzburg	Günzburg
Isar-Amper-Klinikum - Klinik München-Ost	Haar
Vitos Haina gemeinnützige GmbH	Haina (Kloster)
LWL-Universitätsklinik Hamm	Hamm
Diakoniekrankenhaus Henriettenstiftung gGmbH	Hannover
Kinderkrankenhaus auf der Bult	Hannover
Medizinische Hochschule Hannover	Hannover
Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH	Heide
Universitätsklinikum Heidelberg	Heidelberg
LWL-Klinik Hemer Hans-Prinzhorn-Klinik	Hemer
Klinikum Herford	Herford
St. Marien-Hospital Eickel	Herne
LWL-Klinik Herten	Herten
AMEOS Klinikum Hildesheim	Hildesheim
Universitätsklinikum des Saarlandes	Homburg
Westpfalz-Klinikum GmbH - Standort Kaiserslautern	Kaiserslautern
Pfalzkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie	Klingenmünster
Universitätsklinikum Köln	Köln
Klinik Königshof	Krefeld
Städtisches Klinikum St. Georg gGmbH	Leipzig
Krankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin/Psychiatrische Krisenintervention	Lohr am Main
Märkische Kliniken GmbH - Klinikum Lüdenscheid	Lüdenscheid
Psychiatrische Klinik Lüneburg gemeinnützige GmbH	Lüneburg
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit	Mannheim
LWL-Klinik Marl-Sinsen -Haardklinik-	Marl
Heckscher-Klinikum gGmbH	München
Städtisches Klinikum München GmbH - Krankenhaus München Harlaching	München
St. Augustinus-Kliniken	Neuss

Krankenhausname	Ort
Ubbo-Emmius-Klinik Norden	Norden
Klinikum Nürnberg - Kliniken Nord und Süd	Nürnberg
Klinik Hohe Mark	Oberursel
Klinikum Oldenburg gGmbH	Oldenburg
Evangelische Stiftung Tannenhof	Remscheid
imland GmbH	Rendsburg
Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie	Rodewisch
Vinzenz von Paul Hospital gGmbH	Rottweil a.N.
Immanuel Klinik Rüdersdorf	Rüdersdorf
SHG Kliniken Sonnenberg	Saarbrücken
Kreisklinikum Siegen GmbH	Siegen
Kreiskrankenhaus Simbach am Inn	Simbach am Inn
Elbe Kliniken Stade-Buxtehude GmbH - Elbe Klinikum	Stade
Klinikum Stuttgart	Stuttgart
Klinikum der Eberhard- Karls-Universität Tübingen	Tübingen
Universitätsklinikum Ulm	Ulm
SHG Kliniken Völklingen	Völklingen
Heidekreis-Klinikum GmbH Krankenhaus Walsrode	Walsrode

Anhang A-2-1:

Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich **Psychiatrie** gemäß Eingruppierung in die entsprechende Strukturkategorie

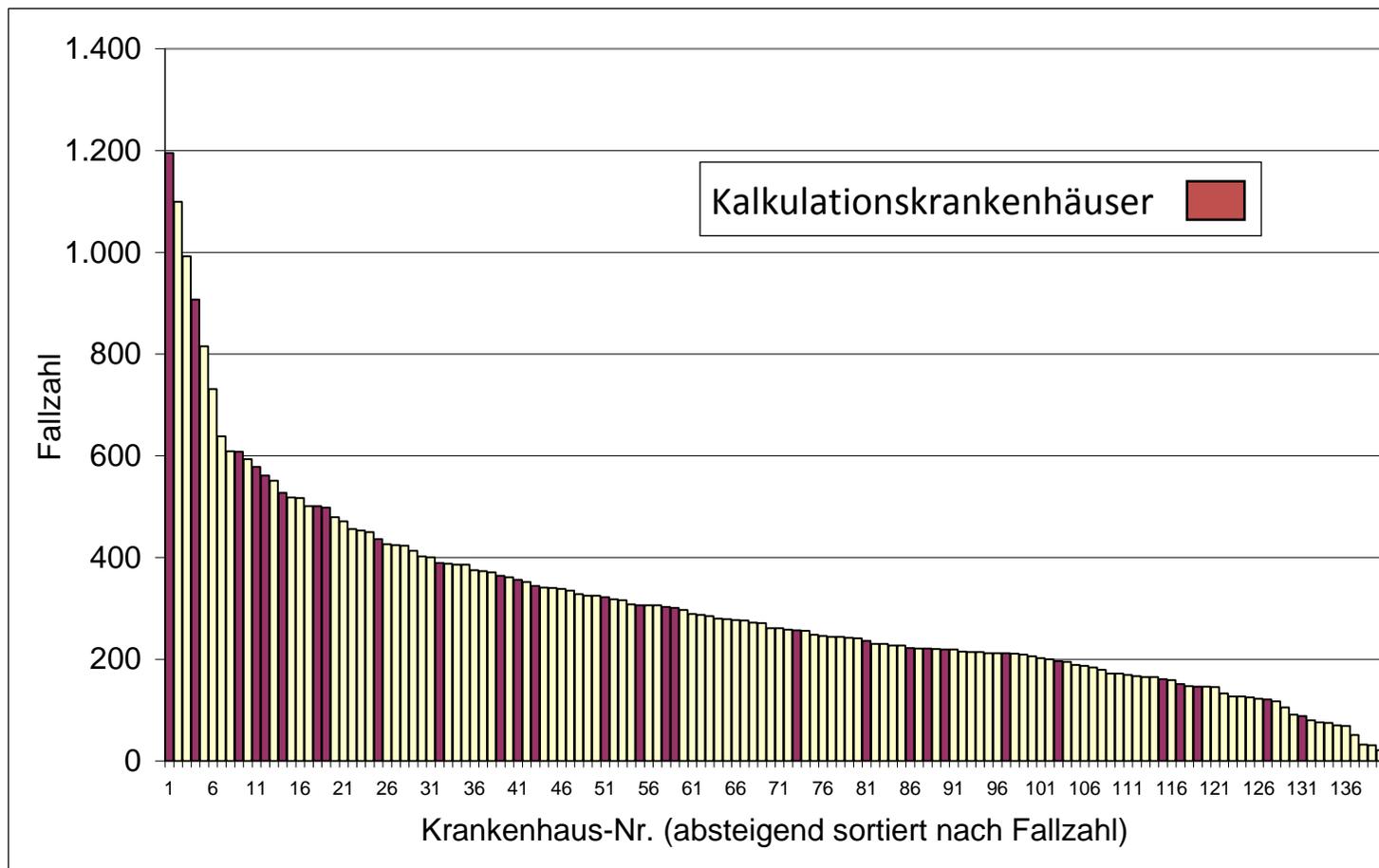
In der folgenden Abbildung sind nur die fallzahlstärksten Krankenhäuser (vollstationäre Fälle nach Fallzusammenführung) mit $n > 1.600$ Fällen im Bereich Psychiatrie grafisch dargestellt; dabei sind die Kalkulationskrankenhäuser farbig markiert. Es wird deutlich, dass die Kalkulationsstichprobe bzgl. der Fallzahl im Bereich Psychiatrie die Grundgesamtheit gut abdeckt.



Anhang A-2-2:

Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich **Kinder- und Jugendpsychiatrie** gemäß Eingruppierung in die entsprechende Strukturkategorie

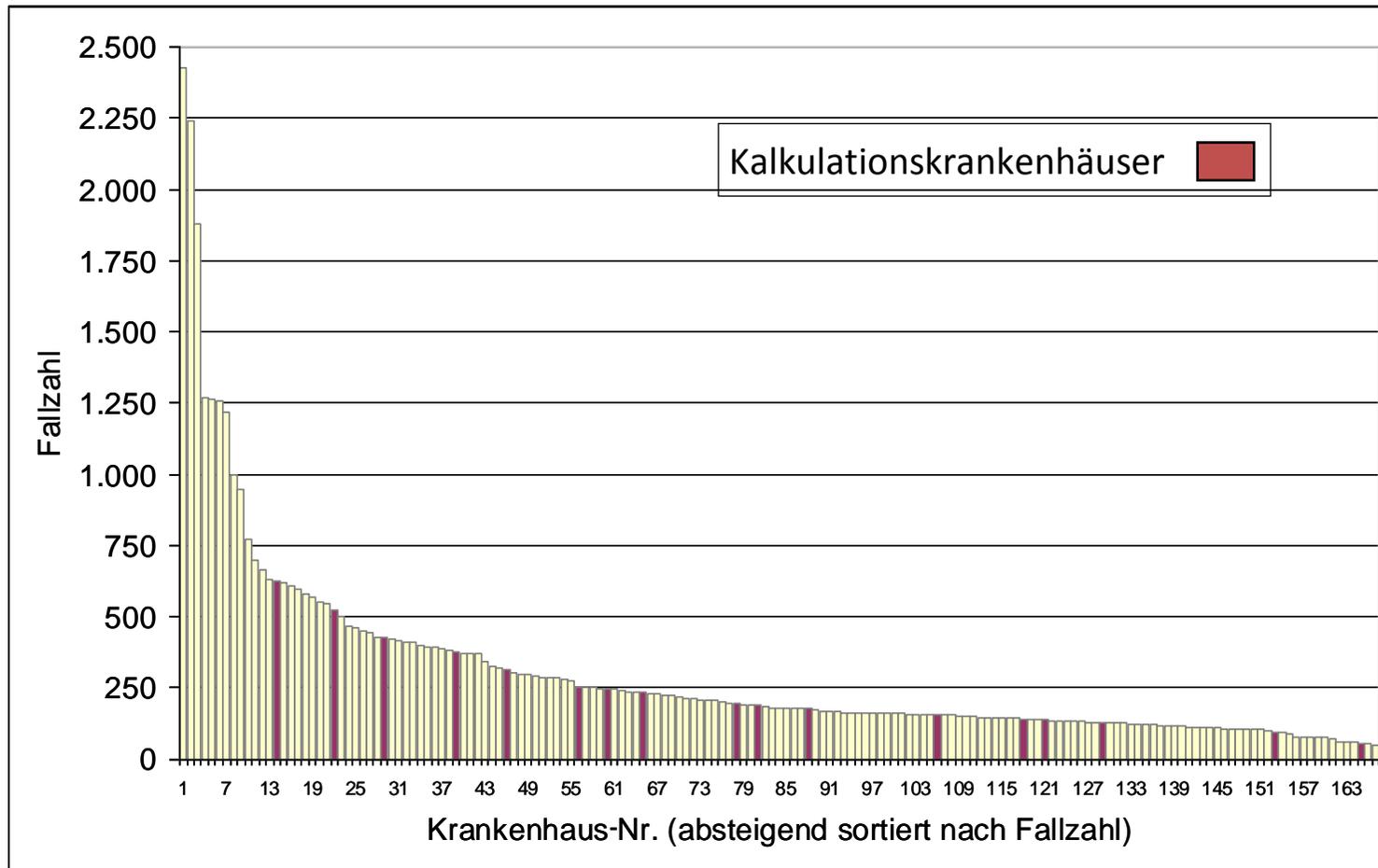
In der folgenden Abbildung sind nur die fallzahlstärksten Krankenhäuser (vollstationäre Fälle nach Fallzusammenführung) mit $n > 1.600$ Fällen im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie grafisch dargestellt; dabei sind die Kalkulationskrankenhäuser farbig markiert. Es wird deutlich, dass die Kalkulationsstichprobe bzgl. der Fallzahl im Bereich Psychiatrie die Grundgesamtheit gut abdeckt.



Anhang A-2-3:

Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntg) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich **Psychosomatik** gemäß Eingruppierung in die entsprechende Strukturkategorie

In der folgenden Abbildung sind nur die fallzahlstärksten Krankenhäuser (vollstationäre Fälle nach Fallzusammenführung) mit $n > 1.600$ Fällen im Bereich Psychosomatik grafisch dargestellt; dabei sind die Kalkulationskrankenhäuser farbig markiert. Es wird deutlich, dass die Kalkulationsstichprobe bzgl. der Fallzahl im Bereich Psychiatrie die Grundgesamtheit nicht gut abdeckt.



Anhang A-3:

Häufigkeitsverteilung der Fallzahlen nach Strukturkategorien für die Grundgesamtheit und die als **plausibel verwendeten Fälle** der Kalkulationsstichprobe

Die folgende Tabelle zeigt die Häufigkeitsverteilung der Fallzahlen nach Strukturkategorien für die Grundgesamtheit (nach Fallzusammenführung):

Präfix	Strukturkategorie	Fallzahl	Fallanteil SK an Gesamt
P0	Prä-PEPP	12.058	1,3%
PA	Psychiatrie, vollstationär	695.377	75,1%
PK	Kinder- und Jugendpsychiatrie, vollstationär	43.020	4,6%
PP	Psychosomatik, vollstationär	50.527	5,5%
TA	Psychiatrie, teilstationär	102.398	11,1%
TK	Kinder- und Jugendpsychiatrie, teilstationär	13.678	1,5%
TP	Psychosomatik, teilstationär	8.217	0,9%
PF	Fehler-PEPP und sonstige PEPP	533	0,1%
	Gesamt	925.808	100,0%

Die folgende Tabelle zeigt die Häufigkeitsverteilung der Fallzahlen nach Strukturkategorien für die als **plausibel verwendeten Fälle der Kalkulationsstichprobe** (nach Fallzusammenführung):

Präfix	Strukturkategorie	Fallzahl	Fallanteil SK an Gesamt	Fallanteil Kalkulationsdaten an § 21-Daten
P0	Prä-PEPP	3.216	2,1%	26,7%
PA	Psychiatrie, vollstationär	119.664	77,5%	17,2%
PK	Kinder- und Jugendpsychiatrie, vollstationär	7.937	5,1%	18,4%
PP	Psychosomatik, vollstationär	4.002	2,6%	7,9%
TA	Psychiatrie, teilstationär	16.409	10,6%	16,0%
TK	Kinder- und Jugendpsychiatrie, teilstationär	1.763	1,1%	12,9%
TP	Psychosomatik, teilstationär	1.400	0,9%	17,0%
PF	Fehler-PEPP und sonstige PEPP	29	0,0%	5,4%
	Gesamt	154.420	100,0%	16,7%

Mit einem Gesamtanteil der Kalkulationsdaten an den Daten gem. § 21 KHEntgV von 16,7% zeigt sich u.a. eine überdurchschnittliche Abdeckung in den Strukturkategorien *Psychiatrie, vollstationär* (17,2%) sowie *Kinder- und Jugendpsychiatrie, vollstationär* (18,4%), während die Fälle im Bereich *Psychosomatik, vollstationär* mit 7,9% Fallanteil klar unterrepräsentiert sind.

Anhang A-4:

Homogenitätskoeffizient der Tageskosten für bewertete PEPP sowie Vergleich der Homogenitätskoeffizienten bei Betrachtung ohne bzw. mit Vergütungsstufen (siehe Kap. 2.3.2.1)

Im Allgemeinen ist der Homogenitätskoeffizient (HK) ein Streuungsmaß, welches unabhängig von der empirischen Verteilung einer Datenmenge verwendet werden kann und die Homogenität von Kategorien bzw. Klassen beschreibt. Der HK der Tageskosten ist folgendermaßen definiert:

$$HK = \frac{1}{1 + \text{Variationkoeffizient Tageskosten}} = \frac{1}{1 + \frac{\text{Standardabweichung Tageskosten}}{\text{Mittelwert Tageskosten}}}$$

Der Wert des HK ist also größer als 0,5, wenn die Standardabweichung kleiner als der Mittelwert und damit das Verhältnis der Standardabweichung zum Mittelwert kleiner als 1 ist.

In der folgenden Tabelle ist je bewertetem PEPP-Entgelt der HK der Tageskosten zweifach ausgewiesen:

- In Spalte 4 steht der HK der Tageskosten ohne Berücksichtigung der Vergütungsstufen der PEPP; alle Fälle der PEPP bilden hier eine gemeinsame Klasse.
- In Spalte 5 ist dagegen der fallzahlgewichtete mittlere HK der Tageskosten je PEPP ausgewiesen. Für eine PEPP mit drei Vergütungsstufen wurde also z.B. der Mittelwert aus den drei HK der Vergütungsstufen 1, 2 und 3 – gewichtet anhand der Fallzahl innerhalb der Vergütungsstufe – berechnet. Bei PEPP mit nur einer Vergütungsstufe ist dieser Wert also gleich dem in Spalte 4.
- In den Spalten 6 bzw. 7 stehen die Differenzen absolut bzw. relativ (in %) zwischen den beiden HK der Tageskosten aus den Spalten 4 und 5.

Eine Steigerung von z.B. 1,8% für die PEPP P002A bedeutet also, dass die Differenzierung in drei Vergütungsstufen die Homogenität der Tageskosten für diese PEPP um 1,8% gegenüber einer undifferenzierten Abbildung ohne Vergütungsstufen erhöht hat.

Die letzten beiden Zeilen der Tabelle geben – fallzahlgewichtete – Gesamtwerte für den HK der Tageskosten für die insgesamt betrachteten bewerteten PEPP an.

Hierbei ist eine Steigerung von 10,7% zu verzeichnen, falls alle bewerteten PEPP betrachtet werden. Schränkt man die Sicht auf diejenigen PEPP mit mehr als einer Vergütungsstufe ein, so beträgt die Steigerung 13,0%.

Die Differenzierung nach Vergütungsstufen innerhalb der PEPP hat die Homogenität dieser PEPP insgesamt deutlich um ca. ein Siebtel erhöht.

PEPP-Entgelt	Bezeichnung	Anzahl Vergütungsstufen	HK Tageskosten ohne Vergütungsstufen	HK Tageskosten mit Verg.stufen (fallzahlgew. mittl. HK aus Verg.stufen)	Differenz HK (Sp. 5 vs. 4) absolut)	Differenz HK (Sp. 5 vs. 4) relativ
1	2	3	4	5	6	7
P002A	Intensivbehandlung bei Kindern und Jugendlichen mit sehr hohem Bedarf an intensiver Beaufsichtigung in einer Kleinstgruppe bzw. Einzelbetreuung	3	0,7546	0,7678	0,0132	1,8%
P002B	Intensivbehandlung bei Kindern und Jugendlichen mit hohem Bedarf an intensiver Beaufsichtigung in einer Kleinstgruppe bzw. Einzelbetreuung	2	0,6972	0,7467	0,0495	7,1%
P003A	Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung mit äußerst hohem Aufwand	4	0,6802	0,7868	0,1066	15,7%
P003B	Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung mit sehr hohem Aufwand	3	0,6509	0,7919	0,1410	21,7%
P003C	Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung mit hohem Aufwand	3	0,6807	0,8152	0,1345	19,8%
P003D	Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung mit erhöhtem Aufwand	3	0,6759	0,8169	0,1410	20,9%
P004Z	Intensivbehandlung bei Erwachsenen, ab 3 Merkmalen, mit sehr hohem Anteil	3	0,7011	0,7464	0,0453	6,5%
PA01A	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen oder andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, mit komplizierender Konstellation	3	0,6637	0,7436	0,0799	12,0%
PA01B	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen oder andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, ohne komplizierende Konstellation	3	0,6436	0,7347	0,0911	14,2%
PA02A	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, mit komplizierender Konstellation	3	0,7116	0,7889	0,0773	10,9%
PA02B	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, ohne komplizierende Konstellation	3	0,6205	0,7443	0,1238	19,9%

PEPP-Entgelt	Bezeichnung	Anzahl Vergütungsstufen	HK Tageskosten ohne Vergütungsstufen	HK Tageskosten mit Verg.stufen (fallzahlgew. mittl. HK aus Verg.stufen)	Differenz HK (Sp. 5 vs. 4) absolut)	Differenz HK (Sp. 5 vs. 4) relativ
1	2	3	4	5	6	7
PA03A	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen, Alter > 65 Jahre oder mit komplizierender Konstellation	3	0,6961	0,7439	0,0478	6,9%
PA03B	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen, Alter < 66 Jahre, ohne komplizierende Konstellation	3	0,6823	0,7372	0,0549	8,0%
PA04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter > 65 Jahre und mit komplizierender Nebendiagnose, oder mit komplizierender Konstellation	3	0,6777	0,7319	0,0542	8,0%
PA04B	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter > 65 Jahre oder mit komplizierender Nebendiagnose	3	0,7085	0,7529	0,0444	6,3%
PA04C	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter < 66 Jahre, ohne komplizierende Nebendiagnose, ohne komplizierende Konstellation	3	0,6398	0,7200	0,0802	12,5%
PA14A	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Essstörungen oder andere Störungen, Alter > 65 Jahre oder mit komplizierender Konstellation	3	0,7096	0,7697	0,0601	8,5%
PA14B	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Essstörungen oder andere Störungen, Alter < 66 Jahre, ohne komplizierende Konstellation	3	0,6181	0,7280	0,1099	17,8%
PA15A	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, mit komplizierender Konstellation	4	0,7260	0,7819	0,0559	7,7%
PA15B	Amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, ohne komplizierende Konstellation	4	0,6941	0,7613	0,0672	9,7%

PEPP-Entgelt	Bezeichnung	Anzahl Vergütungsstufen	HK Tageskosten ohne Vergütungsstufen	HK Tageskosten mit Verg.stufen (fallzahlgew. mittl. HK aus Verg.stufen)	Differenz HK (Sp. 5 vs. 4) absolut)	Differenz HK (Sp. 5 vs. 4) relativ
1	2	3	4	5	6	7
PA15C	Organische Störungen, ohne komplizierende Konstellation	4	0,6758	0,7509	0,0751	11,1%
PK01Z	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen oder andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	3	0,6832	0,7677	0,0845	12,4%
PK02Z	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	3	0,6136	0,7218	0,1082	17,6%
PK03Z	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen	3	0,6676	0,7264	0,0588	8,8%
PK04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, mit komplizierender Nebendiagnose	3	0,6973	0,7947	0,0974	14,0%
PK04B	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, ohne komplizierende Nebendiagnose	3	0,6870	0,7824	0,0954	13,9%
PK10Z	Ess- oder Fütterstörungen	3	0,7730	0,7951	0,0221	2,9%
PK14Z	Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen	3	0,6713	0,7574	0,0861	12,8%
PP00Z	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung, mit sehr hohem Anteil	1	0,8057	0,8057	0,0000	0,0%
PP04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter > 65 Jahre oder mit komplizierender Konstellation	1	0,7890	0,7890	0,0000	0,0%
PP04B	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter < 66 Jahre, ohne komplizierende Konstellation	1	0,7724	0,7724	0,0000	0,0%
PP10A	Anorexia nervosa, Ess- oder Fütterstörungen mit komplizierender Nebendiagnose	1	0,8004	0,8004	0,0000	0,0%
PP10B	Ess- oder Fütterstörungen ohne komplizierende Nebendiagnose	1	0,8101	0,8101	0,0000	0,0%

PEPP-Entgelt	Bezeichnung	Anzahl Vergütungsstufen	HK Tageskosten ohne Vergütungsstufen	HK Tageskosten mit Verg.stufen (fallzahlgew. mittl. HK aus Verg.stufen)	Differenz HK (Sp. 5 vs. 4) absolut)	Differenz HK (Sp. 5 vs. 4) relativ
1	2	3	4	5	6	7
PP14Z	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen	2	0,7706	0,7969	0,0263	3,4%
TA02Z	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	1	0,7955	0,7955	0,0000	0,0%
TA15Z	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems	1	0,8058	0,8058	0,0000	0,0%
TA19Z	Psychotische, affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme, Schlaf-, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen, Alter > 65 Jahre oder mit komplizierender Konstellation	1	0,7959	0,7959	0,0000	0,0%
TA20Z	Psychotische, affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme, Schlaf-, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen, Alter < 66 Jahre, ohne komplizierende Konstellation	1	0,7718	0,7718	0,0000	0,0%
TK04Z	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen ohne komplizierende Nebendiagnose	1	0,8069	0,8069	0,0000	0,0%
TK14Z	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen mit komplizierender Nebendiagnose oder Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen	1	0,8122	0,8122	0,0000	0,0%
TP20Z	Psychosomatische oder psychiatrische Störungen	1	0,7449	0,7449	0,0000	0,0%
Gesamt			0,6754	0,7479	0,0725	10,7%
Gesamt, nur PEPP mit mehr als einer Vergütungsstufe			0,6571	0,7425	0,0854	13,0%

Anhang A-5:

Statistische Kennzahlen für bewertete PEPP: Fallzahl, Anzahl Verweildauertage, Mittelwert und Standardabweichung für Tageskosten, Verweildauer und Alter

PEPP-Entgelt	Bezeichnung	Anzahl Fälle	Anzahl Verweildauertage	Tageskosten in €		Verweildauer in Tagen		Alter in Jahren	
				Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
P002A	Intensivbehandlung bei Kindern und Jugendlichen mit sehr hohem Bedarf an intensiver Beaufsichtigung in einer Kleinstgruppe bzw. Einzelbetreuung	58	5.185	494,66	160,82	89,4	45,8	13,0	3,8
P002B	Intensivbehandlung bei Kindern und Jugendlichen mit hohem Bedarf an intensiver Beaufsichtigung in einer Kleinstgruppe bzw. Einzelbetreuung	63	4.303	441,97	191,95	68,3	45,5	14,2	2,7
P003A	Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung mit äußerst hohem Aufwand	119	9.466	495,52	232,93	79,5	49,9	50,9	21,4
P003B	Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung mit sehr hohem Aufwand	200	10.880	411,26	220,55	54,4	45,8	55,0	22,0
P003C	Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung mit hohem Aufwand	151	6.431	372,77	174,85	42,6	29,5	52,6	21,8
P003D	Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung mit erhöhtem Aufwand	133	5.259	334,55	160,35	39,5	33,2	47,1	19,5
P004Z	Intensivbehandlung bei Erwachsenen, ab 3 Merkmalen, mit sehr hohem Anteil	1.363	32.689	274,72	117,14	24,0	23,8	50,8	18,7
PA01A	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen oder andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, mit komplizierender Konstellation	333	6.621	261,81	132,68	19,9	18,7	39,4	14,9

PEPP-Entgelt	Bezeichnung	Anzahl Fälle	Anzahl Verweildauertage	Tageskosten in €		Verweildauer in Tagen		Alter in Jahren	
				Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	PEPP-Entgelt	Bezeichnung	Anzahl Fälle
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PA01B	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen oder andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, ohne komplizierende Konstellation	391	6.688	238,08	131,82	17,1	19,0	34,6	14,4
PA02A	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, mit komplizierender Konstellation	3.697	57.016	262,73	106,44	15,4	12,5	38,3	9,3
PA02B	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, ohne komplizierende Konstellation	36.094	459.172	234,39	143,34	12,7	12,4	43,2	12,8
PA03A	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen, Alter > 65 Jahre oder mit komplizierender Konstellation	3.577	137.087	235,70	102,87	38,3	34,0	59,2	17,4
PA03B	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen, Alter < 66 Jahre, ohne komplizierende Konstellation	16.817	579.041	213,01	99,16	34,4	31,5	40,8	11,9
PA04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter > 65 Jahre und mit komplizierender Nebendiagnose, oder mit komplizierender Konstellation	1.184	40.740	250,38	119,04	34,4	32,5	62,8	17,3
PA04B	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter > 65 Jahre oder mit komplizierender Nebendiagnose	8.735	300.284	220,59	90,74	34,4	28,2	69,4	14,4
PA04C	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter < 66 Jahre, ohne komplizierende Nebendiagnose, ohne komplizierende Konstellation	30.660	923.787	206,16	116,05	30,1	28,6	41,1	13,0

PEPP-Entgelt	Bezeichnung	Anzahl Fälle	Anzahl Verweildauertage	Tageskosten in €		Verweildauer in Tagen		Alter in Jahren	
				Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	PEPP-Entgelt	Bezeichnung	Anzahl Fälle
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PA14A	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Essstörungen oder andere Störungen, Alter > 65 Jahre oder mit komplizierender Konstellation	487	14.147	244,25	99,95	29,0	31,3	38,2	17,7
PA14B	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Essstörungen oder andere Störungen, Alter < 66 Jahre, ohne komplizierende Konstellation	4.763	115.654	223,12	137,80	24,3	27,6	31,2	11,1
PA15A	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, mit komplizierender Konstellation	2.598	68.644	294,70	111,25	26,4	19,9	78,5	10,7
PA15B	Amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, ohne komplizierende Konstellation	6.424	147.086	270,96	119,39	22,9	17,3	78,3	10,2
PA15C	Organische Störungen, ohne komplizierende Konstellation	3.342	77.530	247,91	118,92	23,2	19,5	74,5	13,2
PK01Z	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen oder andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	243	10.362	362,63	168,16	42,6	32,8	12,2	3,2
PK02Z	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	249	4.784	346,91	218,48	19,2	24,0	16,4	1,5
PK03Z	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen	182	10.006	353,75	176,12	55,0	51,7	16,0	2,0
PK04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, mit komplizierender Nebendiagnose	178	7.231	345,35	149,92	40,6	47,3	15,6	2,3

PEPP-Entgelt	Bezeichnung	Anzahl Fälle	Anzahl Verweildauertage	Tageskosten in €		Verweildauer in Tagen		Alter in Jahren	
				Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	PEPP-Entgelt	Bezeichnung	Anzahl Fälle
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PK04B	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, ohne komplizierende Nebendiagnose	3.571	136.943	326,83	148,85	38,3	39,1	14,2	3,0
PK10Z	Ess- oder Fütterstörungen	339	22.368	353,07	103,69	66,0	57,9	12,5	5,1
PK14Z	Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen	3.120	120.684	342,97	167,89	38,7	36,9	13,0	3,1
PP00Z	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung, mit sehr hohem Anteil	62	2.360	277,20	66,85	38,1	33,9	38,6	14,0
PP04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter > 65 Jahre oder mit komplizierender Konstellation	210	6.346	236,94	63,36	30,2	19,6	65,1	13,8
PP04B	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter < 66 Jahre, ohne komplizierende Konstellation	2.731	110.687	221,12	65,16	40,5	23,1	39,9	12,6
PP10A	Anorexia nervosa, Ess- oder Fütterstörungen mit komplizierender Nebendiagnose	264	12.922	246,08	61,37	48,9	35,4	26,9	9,5
PP10B	Ess- oder Fütterstörungen ohne komplizierende Nebendiagnose	286	11.789	222,45	52,15	41,2	24,6	29,7	10,6
PP14Z	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen	245	10.160	211,41	62,93	41,5	26,8	32,8	12,2
TA02Z	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	1.614	21.738	166,73	42,86	13,5	10,3	42,9	12,4

PEPP-Entgelt	Bezeichnung	Anzahl Fälle	Anzahl Verweildauertage	Tageskosten in €		Verweildauer in Tagen		Alter in Jahren	
				Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	PEPP-Entgelt	Bezeichnung	Anzahl Fälle
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TA15Z	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems	341	6.114	203,96	49,15	17,9	17,4	73,3	10,2
TA19Z	Psychotische, affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme, Schlaf-, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen, Alter > 65 Jahre oder mit komplizierender Konstellation	1.895	57.065	177,95	45,62	30,1	19,5	65,2	15,9
TA20Z	Psychotische, affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme, Schlaf-, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen, Alter < 66 Jahre, ohne komplizierende Konstellation	12.543	380.589	162,58	48,06	30,3	20,9	39,9	12,3
TK04Z	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen ohne komplizierende Nebendiagnose	776	30.720	236,48	56,61	39,6	26,7	12,8	3,3
TK14Z	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen mit komplizierender Nebendiagnose oder Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen	934	41.042	245,90	56,87	43,9	27,9	11,1	3,5
TP20Z	Psychosomatische oder psychiatrische Störungen	1.397	41.396	178,22	61,02	29,6	19,2	41,6	13,0

Anhang A-6:

Altersklassen: Häufigkeitsverteilung für bewertete PEPP

PEPP	Altersstufen																
	unter 5 Jahre	5 bis unter 10 Jahre	10 bis unter 14 Jahre	14 bis unter 18 Jahre	18 bis unter 25 Jahre	25 bis unter 30 Jahre	30 bis unter 35 Jahre	35 bis unter 40 Jahre	40 bis unter 45 Jahre	45 bis unter 50 Jahre	50 bis unter 55 Jahre	55 bis unter 60 Jahre	60 bis unter 65 Jahre	65 bis unter 70 Jahre	70 bis unter 75 Jahre	75 bis unter 80 Jahre	80 Jahre und älter
P002A	0,0%	24,1%	17,2%	56,9%	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
P002B	0,0%	6,3%	27,0%	65,1%	1,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
P003A	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	14,3%	5,0%	7,6%	6,7%	8,4%	7,6%	10,1%	3,4%	5,0%	1,7%	6,7%	8,4%	14,3%
P003B	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	9,0%	7,5%	7,0%	3,5%	10,0%	5,0%	7,5%	5,5%	5,5%	7,5%	6,5%	7,5%	18,0%
P003C	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	11,3%	9,3%	6,0%	7,3%	7,3%	8,6%	8,6%	4,0%	4,6%	5,3%	6,6%	3,3%	17,9%
P003D	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	11,3%	15,8%	3,8%	9,8%	7,5%	9,0%	12,8%	4,5%	6,8%	4,5%	2,3%	2,3%	9,8%
P004Z	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	7,7%	8,0%	7,3%	6,1%	10,9%	9,8%	9,8%	8,1%	6,7%	6,4%	6,0%	4,6%	8,4%
PA01A	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	20,7%	11,4%	7,5%	10,8%	12,0%	9,0%	10,5%	5,4%	5,4%	3,9%	1,8%	0,3%	0,3%
PA01B	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	34,5%	11,8%	10,2%	6,9%	10,7%	9,7%	5,6%	4,6%	1,5%	1,5%	1,5%	0,8%	0,3%
PA02A	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	4,2%	13,4%	20,3%	19,9%	17,1%	13,0%	7,3%	3,0%	0,8%	0,3%	0,3%	0,2%	0,0%
PA02B	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	8,6%	8,9%	9,8%	9,9%	14,0%	16,5%	14,1%	8,8%	4,6%	2,4%	1,5%	0,5%	0,3%
PA03A	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,4%	4,2%	4,7%	4,4%	6,2%	6,9%	7,1%	5,6%	4,6%	16,9%	18,8%	9,1%	8,1%
PA03B	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	9,1%	12,6%	12,9%	11,0%	13,2%	14,7%	11,9%	8,1%	5,7%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%
PA04A	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	2,7%	2,3%	4,1%	3,3%	5,0%	5,7%	6,6%	6,6%	8,3%	11,1%	15,7%	12,8%	16,0%
PA04B	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	1,2%	1,3%	1,6%	2,3%	2,8%	2,6%	2,2%	1,7%	18,2%	25,4%	18,5%	20,3%
PA04C	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	14,8%	9,6%	8,7%	9,3%	12,5%	14,4%	13,1%	9,9%	6,7%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%
PA14A	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	25,1%	16,6%	12,3%	8,0%	7,6%	7,6%	4,1%	2,5%	1,6%	4,9%	4,5%	2,9%	1,8%
PA14B	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	36,2%	18,3%	11,9%	9,3%	9,0%	7,7%	3,5%	2,1%	1,5%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
PA15A	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%	0,3%	0,6%	1,3%	1,2%	1,5%	3,1%	6,4%	14,5%	17,4%	53,2%
PA15B	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,4%	0,8%	1,7%	2,4%	3,2%	5,7%	14,2%	18,8%	52,5%
PA15C	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,6%	0,6%	0,8%	1,6%	2,3%	3,0%	2,7%	2,8%	8,5%	17,2%	18,9%	40,5%
PK01Z	0,4%	20,2%	39,9%	37,4%	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

PEPP	Altersstufen																
	unter 5 Jahre	5 bis unter 10 Jahre	10 bis unter 14 Jahre	14 bis unter 18 Jahre	18 bis unter 25 Jahre	25 bis unter 30 Jahre	30 bis unter 35 Jahre	35 bis unter 40 Jahre	40 bis unter 45 Jahre	45 bis unter 50 Jahre	50 bis unter 55 Jahre	55 bis unter 60 Jahre	60 bis unter 65 Jahre	65 bis unter 70 Jahre	70 bis unter 75 Jahre	75 bis unter 80 Jahre	80 Jahre und älter
PK02Z	0,0%	0,0%	2,4%	83,9%	13,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
PK03Z	0,0%	0,5%	8,8%	81,9%	8,2%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
PK04A	0,0%	2,2%	12,4%	76,4%	9,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
PK04B	1,1%	6,7%	23,8%	64,4%	4,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
PK10Z	13,6%	5,9%	21,5%	56,6%	2,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
PK14Z	0,4%	15,2%	31,8%	51,2%	1,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
PP00Z	0,0%	0,0%	0,0%	1,6%	17,7%	9,7%	11,3%	11,3%	16,1%	11,3%	6,5%	6,5%	3,2%	1,6%	3,2%	0,0%	0,0%
PP04A	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,9%	2,4%	0,5%	2,4%	2,4%	1,4%	6,7%	2,9%	3,8%	26,2%	34,8%	8,1%	5,7%
PP04B	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	15,6%	11,3%	9,7%	8,9%	12,0%	15,0%	13,5%	9,3%	4,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%
PP10A	0,0%	0,0%	0,0%	1,9%	51,5%	17,8%	12,5%	5,7%	4,2%	3,0%	2,3%	0,0%	0,0%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%
PP10B	0,0%	0,0%	0,0%	3,5%	35,0%	23,1%	14,7%	6,3%	5,9%	5,6%	2,1%	2,8%	0,7%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%
PP14Z	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	30,2%	19,2%	13,9%	9,4%	7,3%	6,5%	4,9%	4,1%	2,9%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%
TA02Z	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	8,4%	9,3%	9,4%	10,4%	13,8%	18,4%	12,9%	9,6%	4,1%	1,9%	1,2%	0,6%	0,0%
TA15Z	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,6%	0,0%	0,6%	0,3%	1,5%	2,6%	2,9%	2,6%	9,1%	23,5%	32,8%	22,9%
TA19Z	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,7%	2,9%	2,6%	2,6%	3,4%	3,4%	3,5%	2,3%	2,0%	21,5%	26,6%	15,4%	11,1%
TA20Z	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	14,2%	11,6%	10,5%	10,2%	14,2%	14,2%	11,6%	8,4%	4,6%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%
TK04Z	0,1%	17,1%	38,0%	40,1%	4,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
TK14Z	0,5%	38,2%	35,5%	22,5%	3,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
TP20Z	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	11,0%	10,4%	11,3%	12,0%	13,1%	13,7%	11,5%	9,0%	4,2%	1,3%	2,0%	0,6%	0,1%

Anhang A-7:

Kostenverteilung der Tageskosten (Aufteilung nach Personal-, Sach- und Infrastrukturkosten) für bewertete PEPP.

PEPP	Bezeichnung	EUR %	Tageskosten gesamt	Kostenverteilung		
				Personal-kosten ¹	Sach-bedarf ²	Infra-struktur ³
1	2	3	4	5	6	7
P002A	Intensivbehandlung bei Kindern und Jugendlichen mit sehr hohem Bedarf an intensiver Beaufsichtigung in einer Kleinstgruppe bzw. Einzelbetreuung	EUR	494,66	361,23	6,84	126,59
		%	100%	73,0%	1,4%	25,6%
P002B	Intensivbehandlung bei Kindern und Jugendlichen mit hohem Bedarf an intensiver Beaufsichtigung in einer Kleinstgruppe bzw. Einzelbetreuung	EUR	441,97	318,15	6,14	117,68
		%	100%	72,0%	1,4%	26,6%
P003A	Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung mit äußerst hohem Aufwand	EUR	495,52	334,11	13,77	147,64
		%	100%	67,4%	2,8%	29,8%
P003B	Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung mit sehr hohem Aufwand	EUR	411,26	267,88	11,72	131,66
		%	100%	65,1%	2,8%	32,0%
P003C	Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung mit hohem Aufwand	EUR	372,77	239,89	12,02	120,86
		%	100%	64,4%	3,2%	32,4%
P003D	Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung mit erhöhtem Aufwand	EUR	334,55	211,53	11,23	111,79
		%	100%	63,2%	3,4%	33,4%
P004Z	Intensivbehandlung bei Erwachsenen, ab 3 Merkmalen, mit sehr hohem Anteil	EUR	274,72	170,74	12,50	91,48
		%	100%	62,2%	4,6%	33,3%
PA01A	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen oder andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, mit komplizierender Konstellation	EUR	261,81	170,44	9,78	81,59
		%	100%	65,1%	3,7%	31,2%
PA01B	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen oder andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, ohne komplizierende Konstellation	EUR	238,08	149,07	8,35	80,66
		%	100%	62,6%	3,5%	33,9%
PA02A	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, mit komplizierender Konstellation	EUR	262,73	157,50	11,33	93,90
		%	100%	59,9%	4,3%	35,7%
PA02B	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, ohne komplizierende Konstellation	EUR	234,39	141,57	8,43	84,39
		%	100%	60,4%	3,6%	36,0%

PEPP	Bezeichnung	EUR %	Tageskosten gesamt	Kostenverteilung		
				Personal- kosten ¹	Sach- bedarf ²	Infra- struktur ³
1	2	3	4	5	6	7
PA03A	Schizophrenie, schizotype und wahn- hafte Störungen oder andere psychoti- sche Störungen, Alter > 65 Jahre oder mit komplizierender Konstellation	EUR	235,70	142,38	9,79	83,53
		%	100%	60,4%	4,2%	35,4%
PA03B	Schizophrenie, schizotype und wahn- hafte Störungen oder andere psychoti- sche Störungen, Alter < 66 Jahre, ohne komplizierende Konstellation	EUR	213,01	128,56	8,12	76,33
		%	100%	60,4%	3,8%	35,8%
PA04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter > 65 Jahre und mit komplizieren- der Nebendiagnose, oder mit komplizie- render Konstellation	EUR	250,38	157,13	10,19	83,06
		%	100%	62,8%	4,1%	33,2%
PA04B	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter > 65 Jahre oder mit komplizieren- der Nebendiagnose	EUR	220,59	132,90	8,44	79,25
		%	100%	60,3%	3,8%	35,9%
PA04C	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter < 66 Jahre, ohne komplizierende Nebendiagnose, ohne komplizierende Konstellation	EUR	206,16	123,81	6,78	75,57
		%	100%	60,1%	3,3%	36,7%
PA14A	Persönlichkeits- und Verhaltensstörun- gen, Essstörungen oder andere Stö- rungen, Alter > 65 Jahre oder mit kompli- zierender Konstellation	EUR	244,25	154,42	8,50	81,33
		%	100%	63,2%	3,5%	33,3%
PA14B	Persönlichkeits- und Verhaltensstörun- gen, Essstörungen oder andere Stö- rungen, Alter < 66 Jahre, ohne kompli- zierende Konstellation	EUR	223,12	134,77	7,35	81,00
		%	100%	60,4%	3,3%	36,3%
PA15A	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, mit komplizierender Konstellation	EUR	294,70	185,49	13,75	95,46
		%	100%	62,9%	4,7%	32,4%
PA15B	Amnestisches Syndrom, Alzheimer- Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, ohne komplizierende Konstellation	EUR	270,96	168,01	12,94	90,01
		%	100%	62,0%	4,8%	33,2%
PA15C	Organische Störungen, ohne komplizie- rende Konstellation	EUR	247,91	154,37	12,68	80,86
		%	100%	62,3%	5,1%	32,6%
PK01Z	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen oder andere Störungen mit Beginn in	EUR	362,63	255,01	4,96	102,66
		%	100%	70,3%	1,4%	28,3%

der Kindheit und Jugend						
PEPP	Bezeichnung	EUR %	Tageskosten gesamt	Kostenverteilung		
				Personal-kosten ¹	Sach-bedarf ²	Infra-struktur ³
1	2	3	4	5	6	7
PK02Z	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	EUR	346,91	272,81	10,53	63,57
		%	100%	78,6%	3,0%	18,3%
PK03Z	Schizophrenie, schizotype und wahn-hafte Störungen oder andere psychoti-sche Störungen	EUR	353,75	241,82	5,68	106,25
		%	100%	68,4%	1,6%	30,0%
PK04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, mit komplizierender Nebendiagnose	EUR	345,35	236,07	5,13	104,15
		%	100%	68,4%	1,5%	30,2%
PK04B	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, ohne komplizierende Nebendiagnose	EUR	326,83	222,94	4,70	99,19
		%	100%	68,2%	1,4%	30,3%
PK10Z	Ess- oder Fütterstörungen	EUR	353,07	238,12	4,84	110,11
		%	100%	67,4%	1,4%	31,2%
PK14Z	Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen	EUR	342,97	238,70	5,01	99,26
		%	100%	69,6%	1,5%	28,9%
PP00Z	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehand-lung, mit sehr hohem Anteil	EUR	277,20	148,75	12,70	115,75
		%	100%	53,7%	4,6%	41,8%
PP04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter > 65 Jahre oder mit komplizieren-der Konstellation	EUR	236,94	143,67	8,16	85,11
		%	100%	60,6%	3,4%	35,9%
PP04B	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter < 66 Jahre, ohne komplizierende Konstellation	EUR	221,12	135,88	4,92	80,32
		%	100%	61,5%	2,2%	36,3%
PP10A	Anorexia nervosa, Ess- oder Fütterstö-rungen mit komplizierender Nebendi-agnose	EUR	246,08	150,84	6,77	88,47
		%	100%	61,3%	2,8%	36,0%
PP10B	Ess- oder Fütterstörungen ohne kom-plizierende Nebendiagnose	EUR	222,45	138,29	4,62	79,54
		%	100%	62,2%	2,1%	35,8%
PP14Z	Persönlichkeits- und Verhaltensstörun-gen oder andere Störungen	EUR	211,41	132,31	4,18	74,92
		%	100%	62,6%	2,0%	35,4%
TA02Z	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	EUR	166,73	97,15	4,53	65,05
		%	100%	58,3%	2,7%	39,0%
TA15Z	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des	EUR	203,96	113,80	10,10	80,06
		%	100%	55,8%	5,0%	39,3%

Nervensystems						
PEPP	Bezeichnung	EUR %	Tageskosten gesamt	Kostenverteilung		
				Personal-kosten ¹	Sach-bedarf ²	Infra-struktur ³
1	2	3	4	5	6	7
TA19Z	Psychotische, affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme, Schlaf-, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen, Alter > 65 Jahre oder mit komplizierender Konstellation	EUR	177,95	102,32	7,09	68,54
		%	100%	57,5%	4,0%	38,5%
TA20Z	Psychotische, affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme, Schlaf-, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen, Alter < 66 Jahre, ohne komplizierende Konstellation	EUR	162,58	94,85	5,05	62,68
		%	100%	58,3%	3,1%	38,6%
TK04Z	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen ohne komplizierende Nebendiagnose	EUR	236,48	153,44	3,45	79,59
		%	100%	64,9%	1,5%	33,7%
TK14Z	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen mit komplizierender Nebendiagnose oder Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen	EUR	245,90	164,30	4,25	77,35
		%	100%	66,8%	1,7%	31,5%
TP20Z	Psychosomatische oder psychiatrische Störungen	EUR	178,22	111,89	2,09	64,24
		%	100%	62,8%	1,2%	36,0%

¹ Spalte 5: Personalkosten: Summe der Kostenartengruppen (*)

- 1: Personalkosten ärztlicher Dienst,
- 2: Personalkosten Pflege-/Erziehungsdienst,
- 3: Personalkosten med.-techn. Dienst/Funktionsdienst,
- 3a: Personalkosten Psychologen,
- 3b: Personalkosten Sozialarbeiter, Sozial-/Heilpädagogen,
- 3c: Personalkosten Spezialtherapeuten.

² Spalte 6: Sachkosten: Summe der Kostenartengruppen (*)

- 4a: Sachkosten Arzneimittel,
- 4b: Sachkosten Arzneimittel (Einzelkosten/Ist-Verbrauch),
- 5: Sachkosten Implantate/Transplantate,
- 6a: Sachkosten übriger med. Bedarf,
- 6b: Sachkosten übriger med. Bedarf (Einzelkosten/Ist-Verbrauch).

³ Spalte 7: Infrastrukturkosten: Summe der Kostenartengruppen (*)

- 7: Personal- u. Sachkosten medizinische Infrastruktur,
- 8: Personal- u. Sachkosten nicht medizinische Infrastruktur.

(*) gemäß Kalkulationshandbuch V1.0 vom 16.11.2010

Anhang A-8-1:Anzahl Fälle gemäß Hauptdiagnose-Gruppen des Kapitels 05 *Psychische und Verhaltensstörungen* für bewertete PEPP

PEPP	ICD-Gruppen										
	F00–F09	F10–F19	F20–F29	F30–F39	F40–F48	F50–F59	F60–F69	F70–F79	F80–F89	F90–F98	F99–F99
	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Schizophrenie, schizotypen und wahnhaftige Störungen	Affektive Störungen	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Intelligenzstörung	Entwicklungsstörungen	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen
P002A	0	4	11	7	3	6	2	2	6	17	0
P002B	0	3	3	8	13	2	3	2	4	25	0
P003A	30	3	42	22	0	0	7	3	2	0	0
P003B	50	10	57	41	4	4	5	7	0	2	0
P003C	39	15	43	22	7	1	13	1	1	0	0
P003D	16	13	48	32	7	0	9	2	1	0	0
P004Z	43	391	464	296	56	1	40	27	13	5	1
PA01A	0	0	0	0	0	0	0	278	55	0	0
PA01B	0	0	0	0	0	0	0	350	32	9	0
PA02A	1	3.642	0	33	21	0	0	0	0	0	0
PA02B	6	34.139	0	1.118	811	18	0	0	0	1	0
PA03A	369	0	3.208	0	0	0	0	0	0	0	0
PA03B	0	0	16.817	0	0	0	0	0	0	0	0
PA04A	318	0	0	749	116	1	0	0	0	0	0
PA04B	4	0	3	7.471	1.235	21	0	0	0	0	0
PA04C	6	0	54	22.397	8.087	105	0	0	0	0	0
PA14A	28	0	0	0	0	6	435	0	0	18	0
PA14B	105	0	0	0	0	110	4.418	0	0	130	0

	F00–F09	F10–F19	F20–F29	F30–F39	F40–F48	F50–F59	F60–F69	F70–F79	F80–F89	F90–F98	F99–F99
	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Schizophrenie, schizotyp und wahnhaftige Störungen	Affektive Störungen	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Intelligenzstörung	Entwicklungsstörungen	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen
PA15A	2.125	49	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PA15B	4.115	288	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PA15C	3.304	35	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PK01Z	0	0	0	0	0	0	0	59	121	63	0
PK02Z	0	217	0	4	27	0	0	0	0	1	0
PK03Z	2	0	180	0	0	0	0	0	0	0	0
PK04A	0	0	0	78	90	0	0	0	0	10	0
PK04B	0	0	0	1.407	1.738	4	0	0	0	420	0
PK10Z	0	0	0	0	0	281	0	0	0	58	0
PK14Z	2	0	0	0	0	0	203	0	0	2.915	0
PP00Z	0	0	0	16	31	14	0	0	0	0	0
PP04A	0	0	0	93	117	0	0	0	0	0	0
PP04B	0	0	1	1.375	1.349	4	1	0	0	0	0
PP10A	0	0	0	0	0	264	0	0	0	0	0
PP10B	0	0	0	0	0	286	0	0	0	0	0
PP14Z	0	9	15	2	2	1	212	0	0	4	0
TA02Z	0	1.596	0	11	4	3	0	0	0	0	0
TA15Z	188	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TA19Z	55	0	154	1.440	196	1	48	1	0	0	0
TA20Z	8	0	1.895	7.629	1.997	63	887	13	9	41	0
TK04Z	0	0	0	215	357	0	0	0	0	204	0
TK14Z	0	5	43	9	15	31	37	7	56	731	0
TP20Z	0	1	3	738	482	81	91	0	0	1	0

Anhang A-8-2:Anzahl Nennungen von Nebendiagnosen für Diagnose-Gruppen des Kapitels *05 Psychische und Verhaltensstörungen* für bewertete PEPP

PEPP	ICD-Gruppen										
	F00–F09	F10–F19	F20–F29	F30–F39	F40–F48	F50–F59	F60–F69	F70–F79	F80–F89	F90–F98	F99–F99
	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Schizophrenie, schizotypen und wahnhaftige Störungen	Affektive Störungen	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Intelligenzstörung	Entwicklungsstörungen	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen
P002A	0	6	12	11	18	1	5	4	13	23	0
P002B	0	19	4	10	18	3	5	9	12	25	0
P003A	55	34	25	18	10	4	17	9	2	2	0
P003B	98	72	34	37	19	2	21	7	3	3	0
P003C	56	51	19	13	19	5	13	6	0	2	0
P003D	28	56	23	14	12	1	21	11	1	1	0
P004Z	199	890	143	153	112	21	133	94	17	30	0
PA01A	20	11	35	8	22	4	15	74	34	19	0
PA01B	30	73	33	42	66	6	50	51	11	24	1
PA02A	27	6.691	131	626	362	77	467	6	3	57	0
PA02B	475	48.918	1.190	7.211	4.767	552	3.953	309	38	440	2
PA03A	490	694	947	172	112	46	100	231	16	26	0
PA03B	137	6.288	3.929	690	672	120	595	468	28	100	4
PA04A	374	301	38	245	162	24	86	56	7	9	0
PA04B	1.405	2.038	157	1.828	1.678	333	566	211	6	37	1
PA04C	313	9.592	787	5.639	7.519	816	5.265	495	68	370	0
PA14A	36	233	24	126	162	112	148	64	8	19	1
PA14B	54	2.761	149	1.307	1.246	272	1.168	162	29	156	0
PA15A	2.804	375	50	171	45	16	21	20	1	26	0

	F00–F09	F10–F19	F20–F29	F30–F39	F40–F48	F50–F59	F60–F69	F70–F79	F80–F89	F90–F98	F99–F99
	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Schizophrenie, schizotyp und wahnhaftige Störungen	Affektive Störungen	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Intelligenzstörung	Entwicklungsstörungen	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen
PA15B	6.007	1.054	133	587	161	26	53	16	1	34	0
PA15C	3.049	815	103	223	114	77	48	79	4	13	1
PK01Z	0	3	10	18	26	3	1	18	75	184	0
PK02Z	0	242	7	17	21	5	13	3	9	72	0
PK03Z	1	38	42	23	18	3	4	7	10	42	0
PK04A	0	18	6	39	50	51	129	2	11	38	0
PK04B	7	221	51	564	976	100	66	88	265	1.294	1
PK10Z	1	1	3	84	61	64	16	1	16	38	0
PK14Z	10	477	11	199	399	43	129	80	411	1.770	2
PP00Z	0	6	0	7	17	9	3	0	0	0	0
PP04A	5	30	1	77	118	18	11	0	0	3	0
PP04B	4	443	17	1.080	1.662	506	496	1	3	33	0
PP10A	0	40	2	115	79	86	23	1	1	3	0
PP10B	0	83	3	221	75	92	51	0	3	0	0
PP14Z	2	116	4	183	178	58	45	0	2	6	0
TA02Z	8	1.289	51	504	271	36	257	7	1	40	0
TA15Z	278	39	6	43	18	1	6	2	0	0	0
TA19Z	295	346	42	364	484	122	198	29	1	9	0
TA20Z	79	2.393	433	2.384	3.450	366	2.227	100	32	144	2
TK04Z	1	13	4	124	264	23	15	15	108	447	0
TK14Z	1	27	28	63	129	31	32	14	237	629	0
TP20Z	6	237	4	696	811	317	205	0	0	11	0

Anhang A-8-3:

Fallzahlstärkste Hauptdiagnosen, Nebendiagnosen und Prozeduren (jeweils Top 10) für bewertete PEPP

Im Folgenden werden auf Basis der als plausibel in der Kalkulation verwendeten Fälle die Fallanteile der fallzahlstärksten Hauptdiagnosen, Nebendiagnosen und Prozeduren (nur terminale Codes) angezeigt.

Neben der PEPP-Bezeichnung sind zudem einige statistische Kennzahlen (siehe Anhang A-5) zur Orientierung ausgewiesen. Es werden dabei folgende Abkürzungen verwendet: VWD = Verweildauer, MW = Mittelwert.

Rubrik „Hauptdiagnosen“: Der Wert in der Spalte „Anteil“ gibt den Anteil (in %) der Fälle mit der jeweiligen Hauptdiagnose an den als plausibel in der Kalkulation verwendeten Fällen an.

Rubrik „Nebendiagnosen“: Der Wert in der Spalte „Anteil“ gibt den Anteil (in %) der Fälle mit der jeweiligen Nebendiagnose an den als plausibel in der Kalkulation verwendeten Fällen an.

Rubrik „Prozeduren“: Der Wert in der Spalte „Anteil“ gibt den Anteil (in %) der Fälle mit der jeweiligen Prozedur an den als plausibel in der Kalkulation verwendeten Fällen an.

Aus Platzgründen wird dies nur für die ersten zehn Codes („Top 10“) angezeigt. Zudem werden die Prozedurenkodes auf einer eigenen Seite ausgewiesen.

Bei etwaiger gleicher Fallzahl in der Rubrik „Hauptdiagnosen“ ist der alphanumerisch zuerst genannte Code ausgewiesen. Bei etwaiger gleicher Fallzahl in den Rubriken „Nebendiagnosen“ bzw. „Prozeduren“ ist die Sortierung der angezeigten Codes zunächst absteigend nach der Anzahl der Kodennennung und anschließend alphanumerisch aufsteigend nach den genannten Codes.

P002A	<i>Intensivbehandlung bei Kindern und Jugendlichen mit sehr hohem Bedarf an intensiver Beaufsichtigung in einer Kleinstgruppe bzw. Einzelbetreuung</i>				
	Anzahl Fälle: 58	Anzahl VWD-Tage: 5.185	Tageskosten MW: 494,66	Verweildauer MW: 89,4	Alter MW: 13,0

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	13,8%	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	12,1%
F94.1	Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters	8,6%	F43.2	Anpassungsstörungen	8,6%
F20.0	Paranoide Schizophrenie	5,2%	F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	8,6%
F32.1	Mittelgradige depressive Episode	5,2%		Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom	5,2%
F50.0	Anorexia nervosa	5,2%	F19.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Psychotische Störung	5,2%
F84.0	Frühkindlicher Autismus	5,2%	F20.0	Paranoide Schizophrenie	5,2%
F19.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Psychotische Störung	3,5%	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	5,2%
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	3,5%	F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	5,2%
F12.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Psychotische Störung	1,7%	F70.1	Leichte Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	5,2%
F19.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom	1,7%	F98.0	Nichtorganische Enuresis	5,2%
			F22.0	Wahnhafte Störung	3,5%

P002A	<i>Intensivbehandlung bei Kindern und Jugendlichen mit sehr hohem Bedarf an intensiver Beaufsichtigung in einer Kleinstgruppe bzw. Einzelbetreuung</i>				
	Anzahl Fälle: 58	Anzahl VWD-Tage: 5.185	Tageskosten MW: 494,66	Verweildauer MW: 89,4	Alter MW: 13,0

OPS	Prozedur	Anteil
9-671.10	Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Mehr als 2 bis 4 Stunden pro Tag: An 1 Tag pro Woche	74,1%
9-671.00	Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen: 1 bis 2 Stunden pro Tag: An 1 Tag pro Woche	63,8%
9-671.30	Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Mehr als 8 bis 12 Stunden pro Tag: An 1 Tag pro Woche	62,1%
9-983.2	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie: Behandlungsart KJ3 (Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung)	62,1%
9-671.21	Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Mehr als 4 bis 8 Stunden pro Tag: An 2 Tagen pro Woche	60,3%
9-671.20	Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Mehr als 4 bis 8 Stunden pro Tag: An 1 Tag pro Woche	60,3%
1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	60,3%
9-670.00	Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen: 6 bis 12 Stunden pro Tag: An 1 Tag pro Woche	51,7%
9-671.22	Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Mehr als 4 bis 8 Stunden pro Tag: An 3 Tagen pro Woche	51,7%
9-671.31	Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Mehr als 8 bis 12 Stunden pro Tag: An 2 Tagen pro Woche	48,3%

P002B	<i>Intensivbehandlung bei Kindern und Jugendlichen mit hohem Bedarf an intensiver Beaufsichtigung in einer Kleinstgruppe bzw. Einzelbetreuung</i>				
	Anzahl Fälle: 63	Anzahl VWD-Tage: 4.303	Tageskosten MW: 441,97	Verweildauer MW: 68,3	Alter MW: 14,2

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F43.2	Anpassungsstörungen	12,7%	F19.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Schädlicher Gebrauch	9,5%
F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	9,5%	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	7,9%
F32.1	Mittelgradige depressive Episode	7,9%	F10.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch	6,4%
F91.2	Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen	6,4%	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	6,4%
F91.3	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten	6,4%	F74.1	Dissoziierte Intelligenz: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	6,4%
F92.8	Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	6,4%	F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	6,4%
F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	4,8%	F40.1	Soziale Phobien	4,8%
F20.0	Paranoide Schizophrenie	3,2%	F43.2	Anpassungsstörungen	4,8%
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	3,2%	F70.1	Leichte Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	4,8%
F70.1	Leichte Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	3,2%	F92.0	Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung	4,8%

P002B	<i>Intensivbehandlung bei Kindern und Jugendlichen mit hohem Bedarf an intensiver Beaufsichtigung in einer Kleinstgruppe bzw. Einzelbetreuung</i>				
	Anzahl Fälle: 63	Anzahl VWD-Tage: 4.303	Tageskosten MW: 441,97	Verweildauer MW: 68,3	Alter MW: 14,2

OPS	Prozedur	Anteil
9-983.2	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie: Behandlungsart KJ3 (Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung)	66,7%
9-671.00	Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen: 1 bis 2 Stunden pro Tag: An 1 Tag pro Woche	60,3%
1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	58,7%
9-671.10	Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Mehr als 2 bis 4 Stunden pro Tag: An 1 Tag pro Woche	54,0%
9-671.20	Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Mehr als 4 bis 8 Stunden pro Tag: An 1 Tag pro Woche	49,2%
9-671.30	Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Mehr als 8 bis 12 Stunden pro Tag: An 1 Tag pro Woche	41,3%
9-671.11	Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Mehr als 2 bis 4 Stunden pro Tag: An 2 Tagen pro Woche	39,7%
9-983.1	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie: Behandlungsart KJ2 (Jugendpsychiatrische Regelbehandlung)	38,1%
9-670.00	Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen: 6 bis 12 Stunden pro Tag: An 1 Tag pro Woche	36,5%
9-671.21	Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Mehr als 4 bis 8 Stunden pro Tag: An 2 Tagen pro Woche	36,5%

P003A	<i>Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung mit äußerst hohem Aufwand</i>				
	Anzahl Fälle: 119	Anzahl VWD-Tage: 9.466	Tageskosten MW: 495,52	Verweildauer MW: 79,5	Alter MW: 50,9

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F20.0	Paranoide Schizophrenie	18,5%	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	12,6%
F05.1	Delir bei Demenz	10,1%	F00.1	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)	10,9%
F25.0	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch	9,2%	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	10,1%
G30.1	Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn	5,9%	F20.0	Paranoide Schizophrenie	8,4%
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	5,0%	G30.1	Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn	8,4%
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	5,0%	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	8,4%
F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	4,2%	E87.6	Hypokaliämie	7,6%
F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	3,4%	F00.2	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form	7,6%
F01.3	Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz	2,5%	F05.1	Delir bei Demenz	6,7%
F06.8	Sonstige näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	2,5%	G30.8	Sonstige Alzheimer-Krankheit	6,7%

P003A	<i>Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung mit äußerst hohem Aufwand</i>				
	Anzahl Fälle: 119	Anzahl VWD-Tage: 9.466	Tageskosten MW: 495,52	Verweildauer MW: 79,5	Alter MW: 50,9

OPS	Prozedur	Anteil
9-640.03	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung: Mehr als 18 bis 24 Stunden pro Tag	97,5%
9-640.01	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung: Mehr als 6 bis 12 Stunden pro Tag	91,6%
9-640.02	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung: Mehr als 12 bis 18 Stunden pro Tag	91,6%
9-640.00	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung: Mindestens 2 bis 6 Stunden pro Tag	67,2%
9-980.1	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsart A2 im Bereich Allgemeine Psychiatrie (Intensivbehandlung)	66,4%
9-614.10	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit 1/12 bis 2 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche	57,1%
9-614.20	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit 1/12 bis 2 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten pro Woche	52,1%
9-980.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsart A1 im Bereich Allgemeine Psychiatrie (Regelbehandlung)	44,5%
9-614.21	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mehr als 2 bis 4 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachte Therapieeinheiten pro Woche	37,0%
9-614.0	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: Intensivbehandlung ohne Therapieeinheiten pro Woche	33,6%

P003B	<i>Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung mit sehr hohem Aufwand</i>				
	Anzahl Fälle: 200	Anzahl VWD-Tage: 10.880	Tageskosten MW: 411,26	Verweildauer MW: 54,4	Alter MW: 55,0

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F20.0	Paranoide Schizophrenie	19,5%	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	11,5%
F05.1	Delir bei Demenz	10,5%	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	10,5%
G30.1	Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn	5,5%	F00.2	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form	9,0%
F31.1	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome	3,5%	F00.1	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)	8,0%
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	3,5%	E87.6	Hypokaliämie	8,0%
F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	3,5%	G30.8	Sonstige Alzheimer-Krankheit	8,0%
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	3,0%	F20.0	Paranoide Schizophrenie	6,5%
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	3,0%	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	6,5%
F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung	2,5%	Z74.1	Probleme mit Bezug auf: Notwendigkeit der Hilfestellung bei der Körperpflege	6,0%
F06.2	Organische wahnhafte [schizophreniforme] Störung	2,0%	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	5,5%

P003B	<i>Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung mit sehr hohem Aufwand</i>				
	Anzahl Fälle: 200	Anzahl VWD-Tage: 10.880	Tageskosten MW: 411,26	Verweildauer MW: 54,4	Alter MW: 55,0

OPS	Prozedur	Anteil
9-640.01	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung: Mehr als 6 bis 12 Stunden pro Tag	88,0%
9-640.03	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung: Mehr als 18 bis 24 Stunden pro Tag	87,0%
9-640.02	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung: Mehr als 12 bis 18 Stunden pro Tag	83,0%
9-980.1	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsart A2 im Bereich Allgemeine Psychiatrie (Intensivbehandlung)	63,0%
9-640.00	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung: Mindestens 2 bis 6 Stunden pro Tag	60,0%
9-614.10	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit 1/12 bis 2 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche	50,5%
9-614.20	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit 1/12 bis 2 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten pro Woche	45,0%
9-980.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsart A1 im Bereich Allgemeine Psychiatrie (Regelbehandlung)	44,5%
9-982.1	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Gerontopsychiatrie: Behandlungsart G2 im Bereich Gerontopsychiatrie (Intensivbehandlung)	37,0%
9-614.21	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mehr als 2 bis 4 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachte Therapieeinheiten pro Woche	34,0%

P003C	<i>Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung mit hohem Aufwand</i>				
	Anzahl Fälle: 151	Anzahl VWD-Tage: 6.431	Tageskosten MW: 372,77	Verweildauer MW: 42,6	Alter MW: 52,6

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F20.0	Paranoide Schizophrenie	13,3%	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	11,3%
F05.1	Delir bei Demenz	11,3%	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	9,3%
F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	7,3%	Z74.1	Probleme mit Bezug auf: Notwendigkeit der Hilfestellung bei der Körperpflege	9,3%
F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	7,3%	F00.1	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)	8,0%
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	4,0%	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	7,3%
G30.1	Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn	4,0%	F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	7,3%
F25.0	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch	3,3%	E86	Volumenmangel	6,6%
F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung	2,7%	F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	6,6%
F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	2,7%	F00.2	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form	6,0%
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	2,7%	F05.1	Delir bei Demenz	6,0%

P003C	<i>Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung mit hohem Aufwand</i>				
	Anzahl Fälle: 151	Anzahl VWD-Tage: 6.431	Tageskosten MW: 372,77	Verweildauer MW: 42,6	Alter MW: 52,6

OPS	Prozedur	Anteil
9-640.01	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung: Mehr als 6 bis 12 Stunden pro Tag	85,4%
9-640.03	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung: Mehr als 18 bis 24 Stunden pro Tag	84,1%
9-640.02	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung: Mehr als 12 bis 18 Stunden pro Tag	70,9%
9-980.1	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsart A2 im Bereich Allgemeine Psychiatrie (Intensivbehandlung)	56,3%
9-640.00	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung: Mindestens 2 bis 6 Stunden pro Tag	55,0%
9-980.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsart A1 im Bereich Allgemeine Psychiatrie (Regelbehandlung)	47,7%
9-614.20	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit 1/12 bis 2 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten pro Woche	38,4%
9-614.10	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit 1/12 bis 2 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche	35,1%
9-606.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	33,8%
9-605.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	32,5%

P003D	<i>Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung mit erhöhtem Aufwand</i>				
	Anzahl Fälle: 133	Anzahl VWD-Tage: 5.259	Tageskosten MW: 334,55	Verweildauer MW: 39,5	Alter MW: 47,1

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F20.0	Paranoide Schizophrenie	22,6%	F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	9,0%
F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	6,8%	F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	9,0%
F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	6,0%	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	9,0%
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	6,0%	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	6,8%
F25.0	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch	5,3%	F20.0	Paranoide Schizophrenie	6,0%
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	4,5%	Z74.1	Probleme mit Bezug auf: Notwendigkeit der Hilfestellung bei der Körperpflege	6,0%
F05.1	Delir bei Demenz	3,8%	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	4,5%
F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung	3,8%	F10.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch	4,5%
F31.1	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome	3,0%	F17.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom	4,5%
F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	3,0%	N40	Prostatahyperplasie	4,5%

P003D	<i>Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung mit erhöhtem Aufwand</i>				
	Anzahl Fälle: 133	Anzahl VWD-Tage: 5.259	Tageskosten MW: 334,55	Verweildauer MW: 39,5	Alter MW: 47,1

OPS	Prozedur	Anteil
9-640.01	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung: Mehr als 6 bis 12 Stunden pro Tag	86,5%
9-640.03	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung: Mehr als 18 bis 24 Stunden pro Tag	82,0%
9-980.1	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsart A2 im Bereich Allgemeine Psychiatrie (Intensivbehandlung)	73,7%
9-640.02	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung: Mehr als 12 bis 18 Stunden pro Tag	66,2%
9-980.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsart A1 im Bereich Allgemeine Psychiatrie (Regelbehandlung)	57,1%
9-614.20	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit 1/12 bis 2 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten pro Woche	45,1%
9-640.00	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung: Mindestens 2 bis 6 Stunden pro Tag	44,4%
9-614.10	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit 1/12 bis 2 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche	43,6%
1-903.0	Aufwendige Diagnostik bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: An 1 Tag	40,6%
9-606.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	37,6%

P004Z	<i>Intensivbehandlung bei Erwachsenen, ab 3 Merkmalen, mit sehr hohem Anteil</i>				
	Anzahl Fälle: 1.363	Anzahl VWD-Tage: 32.689	Tageskosten MW: 274,72	Verweildauer MW: 24,0	Alter MW: 50,8

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F20.0	Paranoide Schizophrenie	19,9%	F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	12,6%
F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	13,6%	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	8,7%
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	7,3%	F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	6,8%
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	4,9%	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	6,6%
F19.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom	4,6%	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	6,4%
F25.0	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch	3,6%	F20.0	Paranoide Schizophrenie	4,5%
F43.2	Anpassungsstörungen	2,4%	F19.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom	4,4%
F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	2,4%	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	4,3%
F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung	2,1%	Z74.1	Probleme mit Bezug auf: Notwendigkeit der Hilfestellung bei der Körperpflege	4,0%
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	1,8%	F13.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom	3,7%

P004Z	<i>Intensivbehandlung bei Erwachsenen, ab 3 Merkmalen, mit sehr hohem Anteil</i>				
	Anzahl Fälle: 1.363	Anzahl VWD-Tage: 32.689	Tageskosten MW: 274,72	Verweildauer MW: 24,0	Alter MW: 50,8

OPS	Prozedur	Anteil
9-615.20	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mit 1/12 bis 2 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten pro Woche	54,7%
9-615.10	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mit 1/12 bis 2 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche	47,3%
9-980.1	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsart A2 im Bereich Allgemeine Psychiatrie (Intensivbehandlung)	46,9%
9-615.0	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: Intensivbehandlung ohne Therapieeinheiten pro Woche	34,5%
9-615.21	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mehr als 2 bis 4 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachte Therapieeinheiten pro Woche	33,2%
9-982.1	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Gerontopsychiatrie: Behandlungsart G2 im Bereich Gerontopsychiatrie (Intensivbehandlung)	26,6%
9-981.1	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Abhängigkeitskranke: Behandlungsart S2 im Bereich Abhängigkeitskranke (Intensivbehandlung)	26,0%
1-903.0	Aufwendige Diagnostik bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: An 1 Tag	20,4%
9-615.22	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mehr als 4 bis 6 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachte Therapieeinheiten pro Woche	20,2%
1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	18,9%

PA01A	<i>Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen oder andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, mit komplizierender Konstellation</i>				
	Anzahl Fälle: 333	Anzahl VWD-Tage: 6.621	Tageskosten MW: 261,81	Verweildauer MW: 19,9	Alter MW: 39,4

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F71.1	Mittelgradige Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	58,6%	F71.1	Mittelgradige Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	9,9%
F72.1	Schwere Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	20,4%	G40.9	Epilepsie, nicht näher bezeichnet	7,2%
F84.0	Frühkindlicher Autismus	9,9%	F20.0	Paranoide Schizophrenie	5,4%
F84.1	Atypischer Autismus	6,6%	F72.1	Schwere Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	5,4%
F73.1	Schwerste Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	2,1%	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	4,8%
F70.1	Leichte Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	0,6%	F43.2	Anpassungsstörungen	4,2%
F70.9	Leichte Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung	0,3%	F70.1	Leichte Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	4,2%
F72.8	Schwere Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung	0,3%	F84.1	Atypischer Autismus	3,9%
F73.8	Schwerste Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung	0,3%	F84.0	Frühkindlicher Autismus	3,6%
F74.1	Dissoziierte Intelligenz: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	0,3%	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	3,0%

PA01A	<i>Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen oder andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, mit komplizierender Konstellation</i>				
	Anzahl Fälle: 333	Anzahl VWD-Tage: 6.621	Tageskosten MW: 261,81	Verweildauer MW: 19,9	Alter MW: 39,4

OPS	Prozedur	Anteil
9-980.1	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsart A2 im Bereich Allgemeine Psychiatrie (Intensivbehandlung)	51,4%
9-980.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsart A1 im Bereich Allgemeine Psychiatrie (Regelbehandlung)	46,9%
1-903.0	Aufwendige Diagnostik bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: An 1 Tag	27,3%
9-606.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	25,5%
9-614.20	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit 1/12 bis 2 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten pro Woche	22,5%
9-614.10	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit 1/12 bis 2 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche	20,4%
9-604	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen ohne Therapieeinheiten pro Woche	18,9%
9-614.0	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: Intensivbehandlung ohne Therapieeinheiten pro Woche	18,0%
9-980.3	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsart A4 im Bereich Allgemeine Psychiatrie (Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker)	17,1%
9-605.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	16,5%

PA01B	<i>Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen oder andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, ohne komplizierende Konstellation</i>				
	Anzahl Fälle: 391	Anzahl VWD-Tage: 6.688	Tageskosten MW: 238,08	Verweildauer MW: 17,1	Alter MW: 34,6

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F70.1	Leichte Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	65,7%	F70.1	Leichte Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	9,0%
F84.5	Asperger-Syndrom	7,7%	F43.2	Anpassungsstörungen	7,7%
F70.0	Leichte Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung	5,9%	G40.9	Epilepsie, nicht näher bezeichnet	6,1%
F71.0	Mittelgradige Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung	3,8%	F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	5,1%
F79.1	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	3,6%	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	4,4%
F70.8	Leichte Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung	2,8%	F20.0	Paranoide Schizophrenie	4,4%
F79.9	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung	2,3%	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	3,3%
F71.8	Mittelgradige Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung	1,8%	E03.9	Hypothyreose, nicht näher bezeichnet	3,3%
F78.1	Andere Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	1,5%	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	3,3%
F95.2	Kombinierte vokale und multiple motorische Tics [Tourette-Syndrom]	1,5%	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	3,3%

PA01B	<i>Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen oder andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, ohne komplizierende Konstellation</i>				
	Anzahl Fälle: 391	Anzahl VWD-Tage: 6.688	Tageskosten MW: 238,08	Verweildauer MW: 17,1	Alter MW: 34,6

OPS	Prozedur	Anteil
9-980.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsart A1 im Bereich Allgemeine Psychiatrie (Regelbehandlung)	75,2%
9-606.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	43,0%
9-980.1	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsart A2 im Bereich Allgemeine Psychiatrie (Intensivbehandlung)	39,9%
9-605.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	30,2%
9-606.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	25,3%
9-604	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen ohne Therapieeinheiten pro Woche	24,0%
9-614.20	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit 1/12 bis 2 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten pro Woche	19,2%
9-606.2	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	15,9%
1-903.0	Aufwendige Diagnostik bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: An 1 Tag	13,3%
9-614.0	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: Intensivbehandlung ohne Therapieeinheiten pro Woche	13,0%

PA02A	<i>Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, mit komplizierender Konstellation</i>				
	Anzahl Fälle: 3.697	Anzahl VWD-Tage: 57.016	Tageskosten MW: 262,73	Verweildauer MW: 15,4	Alter MW: 38,3

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F11.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode: Abhängigkeitssyndrom	32,3%	B18.2	Chronische Virushepatitis C	85,3%
F19.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom	31,8%	F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	23,6%
F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	17,1%	F17.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom	16,0%
F11.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode: Entzugssyndrom	5,2%	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	15,3%
F19.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Entzugssyndrom	2,7%	F11.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode: Entzugssyndrom	15,2%
F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	2,3%	Z51.83	Opiatsubstitution	14,6%
F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	1,8%	F13.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom	14,2%
F13.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom	1,1%	F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	14,2%
F19.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Psychotische Störung	0,8%	F19.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom	13,8%
F10.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir	0,5%	F11.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode: Abhängigkeitssyndrom	11,6%

PA02A	<i>Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, mit komplizierender Konstellation</i>				
	Anzahl Fälle: 3.697	Anzahl VWD-Tage: 57.016	Tageskosten MW: 262,73	Verweildauer MW: 15,4	Alter MW: 38,3

OPS	Prozedur	Anteil
9-981.1	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Abhängigkeitskranke: Behandlungsart S2 im Bereich Abhängigkeitskranke (Intensivbehandlung)	88,6%
9-614.20	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit 1/12 bis 2 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten pro Woche	38,5%
9-614.10	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit 1/12 bis 2 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche	38,2%
9-606.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	33,6%
9-614.21	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mehr als 2 bis 4 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachte Therapieeinheiten pro Woche	29,4%
9-605.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	27,8%
9-981.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Abhängigkeitskranke: Behandlungsart S1 im Bereich Abhängigkeitskranke (Regelbehandlung)	23,6%
9-606.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	18,7%
9-604	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen ohne Therapieeinheiten pro Woche	17,9%
9-614.0	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: Intensivbehandlung ohne Therapieeinheiten pro Woche	17,4%

PA02B	<i>Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, ohne komplizierende Konstellation</i>				
	Anzahl Fälle: 36.094	Anzahl VWD-Tage: 459.172	Tageskosten MW: 234,39	Verweildauer MW: 12,7	Alter MW: 43,2

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	52,3%	F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	26,5%
F19.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom	8,2%	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	26,1%
F11.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom	7,3%	F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	21,2%
F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	7,0%	F17.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom	12,4%
F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	6,8%	F43.2	Anpassungsstörungen	6,1%
F13.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom	1,9%	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	5,7%
F12.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom	1,5%	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	4,9%
F43.2	Anpassungsstörungen	1,4%	F13.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom	4,7%
F10.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch	1,3%	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	4,3%
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	1,1%	F12.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom	4,3%

PA02B	<i>Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, ohne komplizierende Konstellation</i>				
	Anzahl Fälle: 36.094	Anzahl VWD-Tage: 459.172	Tageskosten MW: 234,39	Verweildauer MW: 12,7	Alter MW: 43,2

OPS	Prozedur	Anteil
9-981.1	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Abhängigkeitskranke: Behandlungsart S2 im Bereich Abhängigkeitskranke (Intensivbehandlung)	62,4%
9-981.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Abhängigkeitskranke: Behandlungsart S1 im Bereich Abhängigkeitskranke (Regelbehandlung)	55,9%
9-606.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	42,4%
9-605.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	37,0%
9-614.20	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit 1/12 bis 2 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten pro Woche	28,3%
9-614.10	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit 1/12 bis 2 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche	23,7%
9-606.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	23,6%
9-604	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen ohne Therapieeinheiten pro Woche	22,3%
9-614.0	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: Intensivbehandlung ohne Therapieeinheiten pro Woche	17,3%
9-614.21	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mehr als 2 bis 4 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachte Therapieeinheiten pro Woche	14,6%

PA03A	<i>Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen oder andere psychotische Störungen, Alter > 65 Jahre oder mit komplizierender Konstellation</i>				
	Anzahl Fälle: 3.577	Anzahl VWD-Tage: 137.087	Tageskosten MW: 235,70	Verweildauer MW: 38,3	Alter MW: 59,2

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F20.0	Paranoide Schizophrenie	43,2%	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	14,4%
F06.2	Organische wahnhafte [schizophreniforme] Störung	9,5%	F20.0	Paranoide Schizophrenie	10,2%
F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv	8,5%	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	9,6%
F22.0	Wahnhafte Störung	7,7%	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	7,8%
F25.0	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch	6,6%	F20.5	Schizophrenes Residuum	4,5%
F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung	5,2%	E03.9	Hypothyreose, nicht näher bezeichnet	4,3%
F20.2	Katatone Schizophrenie	5,1%	E66.01	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40	4,0%
F20.5	Schizophrenes Residuum	4,8%	F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	3,6%
F23.1	Akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie	1,3%	K59.0	Obstipation	3,3%
F06.0	Organische Halluzinose	0,9%	F17.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom	3,2%

PA03A	<i>Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen oder andere psychotische Störungen, Alter > 65 Jahre oder mit komplizierender Konstellation</i>				
	Anzahl Fälle: 3.577	Anzahl VWD-Tage: 137.087	Tageskosten MW: 235,70	Verweildauer MW: 38,3	Alter MW: 59,2

OPS	Prozedur	Anteil
9-606.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	50,2%
9-980.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsart A1 im Bereich Allgemeine Psychiatrie (Regelbehandlung)	42,3%
9-982.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Gerontopsychiatrie: Behandlungsart G1 im Bereich Gerontopsychiatrie (Regelbehandlung)	36,4%
9-980.1	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsart A2 im Bereich Allgemeine Psychiatrie (Intensivbehandlung)	35,2%
9-606.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	34,8%
9-614.20	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit 1/12 bis 2 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten pro Woche	33,9%
9-605.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	33,6%
9-604	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen ohne Therapieeinheiten pro Woche	28,8%
9-982.1	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Gerontopsychiatrie: Behandlungsart G2 im Bereich Gerontopsychiatrie (Intensivbehandlung)	28,5%
9-606.2	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	22,4%

PA03B	<i>Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen oder andere psychotische Störungen, Alter < 66 Jahre, ohne komplizierende Konstellation</i>				
	Anzahl Fälle: 16.817	Anzahl VWD-Tage: 579.041	Tageskosten MW: 213,01	Verweildauer MW: 34,4	Alter MW: 40,8

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F20.0	Paranoide Schizophrenie	63,3%	F20.0	Paranoide Schizophrenie	12,0%
F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv	8,2%	F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	6,1%
F25.0	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch	5,9%	F19.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom	4,2%
F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung	4,8%	F17.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom	4,1%
F20.5	Schizophrenes Residuum	2,9%	F10.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch	3,9%
F22.0	Wahnhafte Störung	2,5%	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	3,3%
F20.1	Hebephrene Schizophrenie	2,4%	F20.5	Schizophrenes Residuum	3,2%
F23.1	Akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie	2,3%	F12.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Schädlicher Gebrauch	2,9%
F23.0	Akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie	1,6%	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	2,5%
F23.2	Akute schizophreniforme psychotische Störung	1,0%	F12.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom	2,5%

PA03B	<i>Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen, Alter < 66 Jahre, ohne komplizierende Konstellation</i>				
	Anzahl Fälle: 16.817	Anzahl VWD-Tage: 579.041	Tageskosten MW: 213,01	Verweildauer MW: 34,4	Alter MW: 40,8

OPS	Prozedur	Anteil
9-980.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsart A1 im Bereich Allgemeine Psychiatrie (Regelbehandlung)	81,4%
9-606.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	60,3%
9-980.1	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsart A2 im Bereich Allgemeine Psychiatrie (Intensivbehandlung)	50,9%
9-605.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	42,6%
9-606.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	39,8%
9-604	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen ohne Therapieeinheiten pro Woche	32,5%
9-614.20	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit 1/12 bis 2 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten pro Woche	29,2%
9-606.2	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	23,4%
9-614.0	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: Intensivbehandlung ohne Therapieeinheiten pro Woche	19,1%
9-614.10	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit 1/12 bis 2 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche	18,3%

PA04A	<i>Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter > 65 Jahre und mit komplizierender Nebendiagnose, oder mit komplizierender Konstellation</i>				
	Anzahl Fälle: 1.184	Anzahl VWD-Tage: 40.740	Tageskosten MW: 250,38	Verweildauer MW: 34,4	Alter MW: 62,8

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F06.3	Organische affektive Störungen	25,8%	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	22,4%
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	18,3%	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	13,8%
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	16,3%	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	8,0%
F43.2	Anpassungsstörungen	5,5%	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	5,6%
F32.1	Mittelgradige depressive Episode	4,7%	F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	5,6%
F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	4,5%	I69.3	Folgen eines Hirninfarktes	5,3%
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	4,4%	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	5,2%
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	3,3%	Z92.1	Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese	5,2%
F31.2	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen	2,8%	F06.7	Leichte kognitive Störung	4,7%
F31.1	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome	2,5%	Z95.0	Vorhandensein eines implantierten Herzschrittmachers oder eines implantierten Kardiodefibrillators	4,6%

PA04A	<i>Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter > 65 Jahre und mit komplizierender Nebendiagnose, oder mit komplizierender Konstellation</i>				
	Anzahl Fälle: 1.184	Anzahl VWD-Tage: 40.740	Tageskosten MW: 250,38	Verweildauer MW: 34,4	Alter MW: 62,8

OPS	Prozedur	Anteil
9-606.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	50,6%
9-982.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Gerontopsychiatrie: Behandlungsart G1 im Bereich Gerontopsychiatrie (Regelbehandlung)	44,3%
9-605.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	42,7%
9-606.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	39,2%
9-980.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsart A1 im Bereich Allgemeine Psychiatrie (Regelbehandlung)	34,9%
9-982.1	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Gerontopsychiatrie: Behandlungsart G2 im Bereich Gerontopsychiatrie (Intensivbehandlung)	32,3%
9-980.1	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsart A2 im Bereich Allgemeine Psychiatrie (Intensivbehandlung)	27,6%
9-614.20	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit 1/12 bis 2 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten pro Woche	26,5%
9-606.2	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	24,2%
1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	23,1%

PA04B	<i>Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter > 65 Jahre oder mit komplizierender Nebendiagnose</i>				
	Anzahl Fälle: 8.735	Anzahl VWD-Tage: 300.284	Tageskosten MW: 220,59	Verweildauer MW: 34,4	Alter MW: 69,4

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	27,3%	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	24,2%
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	23,7%	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	16,7%
F43.2	Anpassungsstörungen	6,8%	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	8,0%
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	6,3%	E03.9	Hypothyreose, nicht näher bezeichnet	6,3%
F32.1	Mittelgradige depressive Episode	6,3%	F13.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom	5,3%
F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	5,8%	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	5,2%
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	4,4%	F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	5,1%
F31.4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	3,5%	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	4,7%
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	1,7%	E78.0	Reine Hypercholesterinämie	4,3%
F43.0	Akute Belastungsreaktion	1,5%	K59.0	Obstipation	4,2%

PA04B	<i>Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter > 65 Jahre oder mit komplizierender Nebendiagnose</i>				
	Anzahl Fälle: 8.735	Anzahl VWD-Tage: 300.284	Tageskosten MW: 220,59	Verweildauer MW: 34,4	Alter MW: 69,4

OPS	Prozedur	Anteil
9-606.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	64,0%
9-982.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Gerontopsychiatrie: Behandlungsart G1 im Bereich Gerontopsychiatrie (Regelbehandlung)	62,3%
9-605.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	58,4%
9-606.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	53,8%
9-606.2	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	33,3%
9-980.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsart A1 im Bereich Allgemeine Psychiatrie (Regelbehandlung)	27,0%
9-604	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen ohne Therapieeinheiten pro Woche	24,8%
9-982.1	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Gerontopsychiatrie: Behandlungsart G2 im Bereich Gerontopsychiatrie (Intensivbehandlung)	24,5%
9-605.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	23,6%
1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	22,3%

PA04C	<i>Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter < 66 Jahre, ohne komplizierende Nebendiagnose, ohne komplizierende Konstellation</i>				
	Anzahl Fälle: 30.660	Anzahl VWD-Tage: 923.787	Tageskosten MW: 206,16	Verweildauer MW: 30,1	Alter MW: 41,1

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	22,3%	F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	8,0%
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	22,1%	F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	6,0%
F43.2	Anpassungsstörungen	13,8%	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	5,7%
F32.1	Mittelgradige depressive Episode	7,7%	F10.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch	5,6%
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	6,2%	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	4,5%
F43.0	Akute Belastungsreaktion	3,9%	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	4,3%
F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	2,7%	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	4,0%
F31.4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	2,5%	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	3,9%
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	2,5%	F43.2	Anpassungsstörungen	3,4%
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	2,0%	F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	3,2%

PA04C	<i>Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter < 66 Jahre, ohne komplizierende Nebendiagnose, ohne komplizierende Konstellation</i>				
	Anzahl Fälle: 30.660	Anzahl VWD-Tage: 923.787	Tageskosten MW: 206,16	Verweildauer MW: 30,1	Alter MW: 41,1

OPS	Prozedur	Anteil
9-980.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsart A1 im Bereich Allgemeine Psychiatrie (Regelbehandlung)	80,9%
9-606.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	59,5%
9-605.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	58,3%
9-606.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	50,0%
9-606.2	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	32,8%
9-980.1	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsart A2 im Bereich Allgemeine Psychiatrie (Intensivbehandlung)	28,8%
9-605.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	27,9%
9-604	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen ohne Therapieeinheiten pro Woche	22,9%
9-606.3	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche	18,7%
1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	15,5%

PA14A	<i>Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Essstörungen oder andere Störungen, Alter > 65 Jahre oder mit komplizierender Konstellation</i>				
	Anzahl Fälle: 487	Anzahl VWD-Tage: 14.147	Tageskosten MW: 244,25	Verweildauer MW: 29,0	Alter MW: 38,2

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	56,1%	E66.02	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr	17,3%
F60.30	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Impulsiver Typ	7,4%	F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	16,8%
F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	7,4%	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	9,5%
F07.0	Organische Persönlichkeitsstörung	5,8%	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	9,2%
F60.4	Histrionische Persönlichkeitsstörung	3,1%	F50.0	Anorexia nervosa	9,0%
F60.0	Paranoide Persönlichkeitsstörung	2,5%	F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	8,8%
F60.8	Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen	2,3%	G40.9	Epilepsie, nicht näher bezeichnet	8,8%
F63.8	Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	1,9%	E66.01	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40	8,2%
F60.2	Dissoziale Persönlichkeitsstörung	1,4%	E03.9	Hypothyreose, nicht näher bezeichnet	8,0%
F60.6	Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung	1,4%	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	6,6%

PA14A	<i>Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Essstörungen oder andere Störungen, Alter > 65 Jahre oder mit komplizierender Konstellation</i>				
	Anzahl Fälle: 487	Anzahl VWD-Tage: 14.147	Tageskosten MW: 244,25	Verweildauer MW: 29,0	Alter MW: 38,2

OPS	Prozedur	Anteil
9-980.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsart A1 im Bereich Allgemeine Psychiatrie (Regelbehandlung)	69,4%
9-606.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	46,2%
9-605.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	45,8%
9-980.1	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsart A2 im Bereich Allgemeine Psychiatrie (Intensivbehandlung)	45,6%
9-606.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	35,5%
9-604	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen ohne Therapieeinheiten pro Woche	29,0%
9-614.20	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit 1/12 bis 2 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten pro Woche	24,2%
9-606.2	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	23,2%
9-614.10	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit 1/12 bis 2 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche	21,4%
9-605.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	19,3%

PA14B	<i>Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Essstörungen oder andere Störungen, Alter < 66 Jahre, ohne komplizierende Konstellation</i>				
	Anzahl Fälle: 4.763	Anzahl VWD-Tage: 115.654	Tageskosten MW: 223,12	Verweildauer MW: 24,3	Alter MW: 31,2

HD	Hauptdiagnose	Anteil
F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	60,5%
F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	11,2%
F60.30	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Impulsiver Typ	9,5%
F60.8	Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen	2,9%
F07.0	Organische Persönlichkeitsstörung	2,2%
F63.0	Pathologisches Spielen	1,2%
F50.0	Anorexia nervosa	1,1%
F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	1,1%
F63.8	Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	1,0%
F60.9	Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnet	0,9%

ND	Nebendiagnose	Anteil
F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	13,5%
F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	11,3%
F10.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch	8,0%
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	7,8%
F43.2	Anpassungsstörungen	6,9%
F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	6,1%
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	5,9%
F19.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom	5,3%
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	5,1%
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	4,8%

PA14B	<i>Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Essstörungen oder andere Störungen, Alter < 66 Jahre, ohne komplizierende Konstellation</i>				
	Anzahl Fälle: 4.763	Anzahl VWD-Tage: 115.654	Tageskosten MW: 223,12	Verweildauer MW: 24,3	Alter MW: 31,2

OPS	Prozedur	Anteil
9-980.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsart A1 im Bereich Allgemeine Psychiatrie (Regelbehandlung)	69,5%
9-606.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	49,3%
9-605.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	48,2%
9-606.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	37,9%
9-980.1	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsart A2 im Bereich Allgemeine Psychiatrie (Intensivbehandlung)	35,7%
9-606.2	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	25,5%
9-605.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	23,4%
9-604	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen ohne Therapieeinheiten pro Woche	22,0%
9-614.20	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit 1/12 bis 2 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten pro Woche	17,9%
9-606.3	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche	16,1%

PA15A	<i>Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, mit komplizierender Konstellation</i>				
	Anzahl Fälle: 2.598	Anzahl VWD-Tage: 68.644	Tageskosten MW: 294,70	Verweildauer MW: 26,4	Alter MW: 78,5

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F05.1	Delir bei Demenz	34,6%	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	23,4%
F06.3	Organische affektive Störungen	11,4%	F00.2	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form	22,7%
G30.1	Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn	9,9%	F00.1	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)	19,7%
F06.2	Organische wahnhaft [schizophreniforme] Störung	5,9%	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	16,4%
F07.8	Sonstige organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	4,2%	R32	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz	12,4%
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz	4,0%	Z74.1	Probleme mit Bezug auf: Notwendigkeit der Hilfestellung bei der Körperpflege	12,4%
F06.8	Sonstige näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	3,4%	F05.1	Delir bei Demenz	10,9%
G30.8	Sonstige Alzheimer-Krankheit	3,4%	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	10,3%
F01.3	Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz	3,1%	R15	Stuhlinkontinenz	10,0%
F05.0	Delir ohne Demenz	2,4%	G30.1	Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn	9,7%

PA15A	<i>Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, mit komplizierender Konstellation</i>				
	Anzahl Fälle: 2.598	Anzahl VWD-Tage: 68.644	Tageskosten MW: 294,70	Verweildauer MW: 26,4	Alter MW: 78,5

OPS	Prozedur	Anteil
9-982.1	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Gerontopsychiatrie: Behandlungsart G2 im Bereich Gerontopsychiatrie (Intensivbehandlung)	87,2%
3-200	Native Computertomographie des Schädels	43,8%
9-615.20	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mit 1/12 bis 2 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten pro Woche	36,6%
9-615.10	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mit 1/12 bis 2 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche	33,7%
9-982.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Gerontopsychiatrie: Behandlungsart G1 im Bereich Gerontopsychiatrie (Regelbehandlung)	30,7%
1-903.0	Aufwendige Diagnostik bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: An 1 Tag	26,3%
1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	26,2%
9-615.21	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mehr als 2 bis 4 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachte Therapieeinheiten pro Woche	23,4%
9-615.0	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: Intensivbehandlung ohne Therapieeinheiten pro Woche	21,4%
9-615.22	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: mehr als 4 bis 6 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachte Therapieeinheiten pro Woche	17,4%

PA15B	<i>Amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, ohne komplizierende Konstellation</i>				
	Anzahl Fälle: 6.424	Anzahl VWD-Tage: 147.086	Tageskosten MW: 270,96	Verweildauer MW: 22,9	Alter MW: 78,3

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F05.1	Delir bei Demenz	31,4%	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	24,5%
G30.1	Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn	20,2%	F00.1	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)	23,9%
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz	10,4%	F00.2	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form	19,6%
G30.8	Sonstige Alzheimer-Krankheit	6,9%	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	14,2%
F05.0	Delir ohne Demenz	5,5%	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	10,4%
F01.3	Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz	4,5%	G30.1	Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn	9,4%
F10.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Amnestisches Syndrom	4,4%	F05.1	Delir bei Demenz	8,7%
F05.8	Sonstige Formen des Delirs	3,2%	R32	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz	7,2%
F01.2	Subkortikale vaskuläre Demenz	2,6%	Z74.1	Probleme mit Bezug auf: Notwendigkeit der Hilfestellung bei der Körperpflege	6,4%
F05.9	Delir, nicht näher bezeichnet	2,2%	F03	Nicht näher bezeichnete Demenz	6,4%

PA15B	<i>Amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, ohne komplizierende Konstellation</i>				
	Anzahl Fälle: 6.424	Anzahl VWD-Tage: 147.086	Tageskosten MW: 270,96	Verweildauer MW: 22,9	Alter MW: 78,3

OPS	Prozedur	Anteil
9-982.1	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Gerontopsychiatrie: Behandlungsart G2 im Bereich Gerontopsychiatrie (Intensivbehandlung)	64,3%
9-982.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Gerontopsychiatrie: Behandlungsart G1 im Bereich Gerontopsychiatrie (Regelbehandlung)	50,0%
9-614.20	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit 1/12 bis 2 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten pro Woche	35,7%
3-200	Native Computertomographie des Schädels	33,9%
9-606.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	28,9%
1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	25,7%
9-614.21	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mehr als 2 bis 4 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachte Therapieeinheiten pro Woche	23,1%
9-614.10	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit 1/12 bis 2 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche	23,1%
9-606.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	19,3%
9-614.0	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: Intensivbehandlung ohne Therapieeinheiten pro Woche	19,0%

PA15C	<i>Organische Störungen, ohne komplizierende Konstellation</i>				
	Anzahl Fälle: 3.342	Anzahl VWD-Tage: 77.530	Tageskosten MW: 247,91	Verweildauer MW: 23,2	Alter MW: 74,5

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F06.3	Organische affektive Störungen	36,2%	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	25,5%
F06.2	Organische wahnhafte [schizophreniforme] Störung	20,1%	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	17,6%
F07.8	Sonstige organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	8,2%	G30.1	Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn	13,9%
F06.8	Sonstige näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	7,9%	F00.2	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form	13,7%
F06.7	Leichte kognitive Störung	6,7%	F00.1	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)	13,4%
F07.0	Organische Persönlichkeitsstörung	4,6%	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	10,9%
F06.0	Organische Halluzinose	4,3%	G30.8	Sonstige Alzheimer-Krankheit	9,3%
F06.9	Nicht näher bezeichnete organische psychische Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	4,1%	F06.3	Organische affektive Störungen	7,8%
F07.9	Nicht näher bezeichnete organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	2,6%	F03	Nicht näher bezeichnete Demenz	7,5%
F07.2	Organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma	2,5%	F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	6,3%

PA15C	<i>Organische Störungen, ohne komplizierende Konstellation</i>				
	Anzahl Fälle: 3.342	Anzahl VWD-Tage: 77.530	Tageskosten MW: 247,91	Verweildauer MW: 23,2	Alter MW: 74,5

OPS	Prozedur	Anteil
9-982.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Gerontopsychiatrie: Behandlungsart G1 im Bereich Gerontopsychiatrie (Regelbehandlung)	53,6%
9-982.1	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Gerontopsychiatrie: Behandlungsart G2 im Bereich Gerontopsychiatrie (Intensivbehandlung)	50,5%
9-606.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	36,3%
9-614.20	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit 1/12 bis 2 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten pro Woche	32,3%
3-200	Native Computertomographie des Schädels	31,5%
9-606.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	24,7%
9-605.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	24,5%
9-614.21	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mehr als 2 bis 4 durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachte Therapieeinheiten pro Woche	21,0%
9-614.10	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen: mit 1/12 bis 2 durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten pro Woche	19,8%
9-604	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen ohne Therapieeinheiten pro Woche	18,9%

PK01Z	<i>Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen oder andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend</i>				
	Anzahl Fälle: 243	Anzahl VWD-Tage: 10.362	Tageskosten MW: 362,63	Verweildauer MW: 42,6	Alter MW: 12,2

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F84.5	Asperger-Syndrom	19,8%	F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	20,2%
F70.1	Leichte Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	17,7%	F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	12,4%
F98.1	Nichtorganische Enkopresis	14,8%	F98.0	Nichtorganische Enuresis	7,8%
F84.1	Atypischer Autismus	11,9%	F84.5	Asperger-Syndrom	6,6%
F84.0	Frühkindlicher Autismus	10,3%	F93.8	Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters	5,4%
F95.2	Kombinierte vokale und multiple motorische Tics [Tourette-Syndrom]	5,4%	F43.2	Anpassungsstörungen	4,5%
F84.8	Sonstige tief greifende Entwicklungsstörungen	4,9%	F84.0	Frühkindlicher Autismus	4,1%
F98.0	Nichtorganische Enuresis	4,5%	F98.1	Nichtorganische Enkopresis	4,1%
F71.1	Mittelgradige Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	3,7%	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	3,7%
F84.9	Tief greifende Entwicklungsstörung, nicht näher bezeichnet	2,5%	F83	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	3,7%

PK01Z	<i>Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen oder andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend</i>				
	Anzahl Fälle: 243	Anzahl VWD-Tage: 10.362	Tageskosten MW: 362,63	Verweildauer MW: 42,6	Alter MW: 12,2

OPS	Prozedur	Anteil
9-983.0	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie: Behandlungsart KJ1 (Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung)	56,0%
9-654.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/5 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	36,2%
1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	36,2%
9-654.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	35,4%
9-983.1	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie: Behandlungsart KJ2 (Jugendpsychiatrische Regelbehandlung)	27,2%
9-654.2	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	26,8%
9-983.2	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie: Behandlungsart KJ3 (Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung)	22,6%
9-664.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/5 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	19,3%
9-655.6	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 12 bis 14 Therapieeinheiten pro Woche	16,5%
9-655.7	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 14 bis 16 Therapieeinheiten pro Woche	16,5%

PK02Z	<i>Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen</i>				
	Anzahl Fälle: 249	Anzahl VWD-Tage: 4.784	Tageskosten MW: 346,91	Verweildauer MW: 19,2	Alter MW: 16,4

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F12.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom	27,3%	F10.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch	16,9%
F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	15,7%	F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	10,8%
F19.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom	9,6%	Z63	Andere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis	10,8%
F19.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Schädlicher Gebrauch	5,2%	F15.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Schädlicher Gebrauch	8,4%
F43.2	Anpassungsstörungen	5,2%	F19.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Schädlicher Gebrauch	8,4%
F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	4,4%	F91.2	Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen	8,0%
F43.0	Akute Belastungsreaktion	4,4%	Z60	Kontaktanlässe mit Bezug auf die soziale Umgebung	7,6%
F10.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch	4,0%	Z62	Andere Kontaktanlässe mit Bezug auf die Erziehung	7,2%
F12.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Schädlicher Gebrauch	3,6%	F12.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom	6,8%
F19.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Psychotische Störung	3,6%	F12.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen	6,4%

PK02Z	<i>Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen</i>				
	Anzahl Fälle: 249	Anzahl VWD-Tage: 4.784	Tageskosten MW: 346,91	Verweildauer MW: 19,2	Alter MW: 16,4

OPS	Prozedur	Anteil
9-983.2	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie: Behandlungsart KJ3 (Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung)	66,3%
9-983.1	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie: Behandlungsart KJ2 (Jugendpsychiatrische Regelbehandlung)	45,4%
9-664.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/5 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	34,1%
9-664.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	25,7%
9-671.00	Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen: 1 bis 2 Stunden pro Tag: An 1 Tag pro Woche	20,9%
9-665.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/5 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	18,5%
9-665.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	15,7%
9-665.2	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	15,3%
9-664.2	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	14,9%
9-671.10	Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Mehr als 2 bis 4 Stunden pro Tag: An 1 Tag pro Woche	13,3%

PK03Z	<i>Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen oder andere psychotische Störungen</i>				
	Anzahl Fälle: 182	Anzahl VWD-Tage: 10.006	Tageskosten MW: 353,75	Verweildauer MW: 55,0	Alter MW: 16,0

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F20.0	Paranoide Schizophrenie	38,5%	F12.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom	5,5%
F20.1	Hebephrene Schizophrenie	8,2%	F20.0	Paranoide Schizophrenie	5,5%
F23.2	Akute schizophreniforme psychotische Störung	7,7%	F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	4,4%
F23.0	Akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie	5,5%	F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	3,9%
F25.1	Schizoaffective Störung, gegenwärtig depressiv	5,0%	F12.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Schädlicher Gebrauch	3,3%
F21	Schizotype Störung	3,9%	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	3,3%
F23.3	Sonstige akute vorwiegend wahnhafte psychotische Störungen	3,9%	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	3,3%
F23.8	Sonstige akute vorübergehende psychotische Störungen	3,3%	F43.2	Anpassungsstörungen	3,3%
F29	Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose	3,3%	F91.2	Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen	3,3%
F20.8	Sonstige Schizophrenie	2,8%	F20.1	Hebephrene Schizophrenie	2,8%

PK03Z	<i>Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen</i>				
	Anzahl Fälle: 182	Anzahl VWD-Tage: 10.006	Tageskosten MW: 353,75	Verweildauer MW: 55,0	Alter MW: 16,0

OPS	Prozedur	Anteil
9-983.2	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie: Behandlungsart KJ3 (Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung)	61,5%
9-983.1	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie: Behandlungsart KJ2 (Jugendpsychiatrische Regelbehandlung)	58,8%
9-664.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/5 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	50,6%
9-664.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	41,8%
9-665.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	31,9%
9-671.00	Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen: 1 bis 2 Stunden pro Tag: An 1 Tag pro Woche	30,2%
9-665.2	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	29,7%
9-665.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/5 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	29,1%
9-664.2	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	29,1%
9-665.3	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche	25,3%

PK04A	<i>Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, mit komplizierender Nebendiagnose</i>				
	Anzahl Fälle: 178	Anzahl VWD-Tage: 7.231	Tageskosten MW: 345,35	Verweildauer MW: 40,6	Alter MW: 15,6

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F32.1	Mittelgradige depressive Episode	19,1%	F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	47,2%
F43.0	Akute Belastungsreaktion	17,4%	F50.1	Atypische Anorexia nervosa	13,5%
F43.2	Anpassungsstörungen	13,5%	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	11,2%
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	11,8%	F50.0	Anorexia nervosa	9,0%
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	8,4%	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	7,3%
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	4,5%	F60.4	Histrionische Persönlichkeitsstörung	6,2%
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	2,8%	F60.30	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Impulsiver Typ	4,5%
F41.1	Generalisierte Angststörung	2,8%	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	3,9%
F93.8	Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters	2,8%	F43.0	Akute Belastungsreaktion	3,9%
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	2,3%	F43.2	Anpassungsstörungen	3,9%

PK04A	<i>Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, mit komplizierender Nebendiagnose</i>				
	Anzahl Fälle: 178	Anzahl VWD-Tage: 7.231	Tageskosten MW: 345,35	Verweildauer MW: 40,6	Alter MW: 15,6

OPS	Prozedur	Anteil
9-983.1	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie: Behandlungsart KJ2 (Jugendpsychiatrische Regelbehandlung)	54,5%
9-983.2	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie: Behandlungsart KJ3 (Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung)	47,8%
9-664.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/5 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	39,9%
9-664.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	39,3%
9-664.2	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	28,1%
9-665.5	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: mehr als 10 bis 12 Therapieeinheiten pro Woche	19,7%
9-665.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/5 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	18,0%
1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	17,4%
9-665.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	16,9%
9-665.7	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: mehr als 14 bis 16 Therapieeinheiten pro Woche	16,9%

PK04B	<i>Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, ohne komplizierende Nebendiagnose</i>				
	Anzahl Fälle: 3.571	Anzahl VWD-Tage: 136.943	Tageskosten MW: 326,83	Verweildauer MW: 38,3	Alter MW: 14,2

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F32.1	Mittelgradige depressive Episode	26,1%	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	9,7%
F43.2	Anpassungsstörungen	23,0%	F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	7,2%
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	7,4%	F93.8	Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters	7,2%
F93.8	Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters	7,3%	F43.2	Anpassungsstörungen	6,8%
F43.0	Akute Belastungsreaktion	4,7%		Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	3,6%
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	4,4%	F92.8	Emotionen	3,6%
F40.1	Soziale Phobien	3,1%	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	3,4%
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	2,5%	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	2,9%
F93.0	Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters	2,0%	F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	2,9%
F42.2	Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt	1,7%	F40.1	Soziale Phobien	2,6%
			F43.8	Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung	2,4%

PK04B	<i>Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, ohne komplizierende Nebendiagnose</i>				
	Anzahl Fälle: 3.571	Anzahl VWD-Tage: 136.943	Tageskosten MW: 326,83	Verweildauer MW: 38,3	Alter MW: 14,2

OPS	Prozedur	Anteil
9-983.1	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie: Behandlungsart KJ2 (Jugendpsychiatrische Regelbehandlung)	51,8%
9-664.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/5 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	36,7%
9-664.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	33,2%
9-983.2	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie: Behandlungsart KJ3 (Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung)	32,6%
9-983.0	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie: Behandlungsart KJ1 (Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung)	27,9%
1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	27,0%
9-664.2	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	24,4%
9-654.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/5 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	18,3%
9-654.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	17,8%
9-665.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/5 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	17,6%

PK10Z	<i>Ess- oder Fütterstörungen</i>				
	Anzahl Fälle: 339	Anzahl VWD-Tage: 22.368	Tageskosten MW: 353,07	Verweildauer MW: 66,0	Alter MW: 12,5

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F50.0	Anorexia nervosa	54,3%	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	14,2%
F98.2	Fütterstörung im frühen Kindesalter	17,1%	F50.0	Anorexia nervosa	12,7%
F50.1	Atypische Anorexia nervosa	13,0%	Z76.3	Gesunde Begleitperson einer kranken Person	12,1%
F50.2	Bulimia nervosa	6,8%	Z03.8	Beobachtung bei sonstigen Verdachtsfällen	5,0%
F50.8	Sonstige Essstörungen	3,8%	Z43.1	Versorgung eines Gastrostomas	5,0%
F50.9	Essstörung, nicht näher bezeichnet	3,0%	Z87.6	Bestimmte in der Perinatalperiode entstandene Zustände in der Eigenanamnese	4,7%
F50.4	Essattacken bei anderen psychischen Störungen	1,2%	Z93.1	Vorhandensein eines Gastrostomas	4,7%
F50.3	Atypische Bulimia nervosa	0,6%	K59.0	Obstipation	4,4%
F50.5	Erbrechen bei anderen psychischen Störungen	0,3%	F40.1	Soziale Phobien	3,5%
			Z92.4	Größerer operativer Eingriff in der Eigenanamnese, anderenorts nicht klassifiziert	3,5%

PK10Z	<i>Ess- oder Fütterstörungen</i>				
	Anzahl Fälle: 339	Anzahl VWD-Tage: 22.368	Tageskosten MW: 353,07	Verweildauer MW: 66,0	Alter MW: 12,5

OPS	Prozedur	Anteil
9-983.1	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie: Behandlungsart KJ2 (Jugendpsychiatrische Regelbehandlung)	46,9%
9-664.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	42,2%
9-664.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/5 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	42,2%
9-664.2	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	37,5%
9-664.3	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche	29,5%
9-983.2	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie: Behandlungsart KJ3 (Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung)	25,7%
9-983.0	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie: Behandlungsart KJ1 (Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung)	21,2%
9-654.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	20,1%
9-654.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/5 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	19,2%
9-665.9	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: mehr als 18 bis 20 Therapieeinheiten pro Woche	18,9%

PK14Z	<i>Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen</i>				
	Anzahl Fälle: 3.120	Anzahl VWD-Tage: 120.684	Tageskosten MW: 342,97	Verweildauer MW: 38,7	Alter MW: 13,0

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F92.8	Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	25,3%	F92.8	Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	9,8%
F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	23,6%	F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	9,4%
F92.0	Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung	17,1%	F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	8,3%
F91.2	Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen	6,6%	F43.2	Anpassungsstörungen	5,5%
F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	4,5%	F92.0	Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung	4,3%
F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	4,2%	F98.0	Nichtorganische Enuresis	4,2%
F91.3	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten	3,9%	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	3,5%
F92.9	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, nicht näher bezeichnet	3,5%	F93.8	Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters	3,1%
F91.0	Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens	2,2%	F10.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch	3,1%
F94.1	Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters	2,2%	F94.1	Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters	2,6%

PK14Z	<i>Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen</i>				
	Anzahl Fälle: 3.120	Anzahl VWD-Tage: 120.684	Tageskosten MW: 342,97	Verweildauer MW: 38,7	Alter MW: 13,0

OPS	Prozedur	Anteil
9-983.0	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie: Behandlungsart KJ1 (Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung)	43,6%
9-983.1	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie: Behandlungsart KJ2 (Jugendpsychiatrische Regelbehandlung)	35,1%
9-983.2	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie: Behandlungsart KJ3 (Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung)	33,9%
9-654.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/5 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	32,1%
9-654.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	30,0%
9-664.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/5 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	27,1%
1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	25,1%
9-664.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	22,4%
9-654.2	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	20,1%
9-664.2	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	14,2%

PP00Z	<i>Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung, mit sehr hohem Anteil</i>				
	Anzahl Fälle: 62	Anzahl VWD-Tage: 2.360	Tageskosten MW: 277,20	Verweildauer MW: 38,1	Alter MW: 38,6

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F45.0	Somatisierungsstörung	22,6%	K29.7	Gastritis, nicht näher bezeichnet	11,3%
F32.1	Mittelgradige depressive Episode	16,1%	K44.9	Hernia diaphragmatica ohne Einklemmung und ohne Gangrän	11,3%
F50.0	Anorexia nervosa	9,7%	F51.0	Nichtorganische Insomnie	8,1%
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	4,8%	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	8,1%
F50.4	Essattacken bei anderen psychischen Störungen	4,8%	E03.9	Hypothyreose, nicht näher bezeichnet	6,5%
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	3,2%	E66.02	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr	6,5%
F41.9	Angststörung, nicht näher bezeichnet	3,2%	E73.9	Laktoseintoleranz, nicht näher bezeichnet	6,5%
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	3,2%	E74.1	Störungen des Fruktosestoffwechsels	6,5%
F43.2	Anpassungsstörungen	3,2%	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	6,5%
F43.8	Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung	3,2%	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	6,5%

PP00Z	<i>Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung, mit sehr hohem Anteil</i>				
	Anzahl Fälle: 62	Anzahl VWD-Tage: 2.360	Tageskosten MW: 277,20	Verweildauer MW: 38,1	Alter MW: 38,6

OPS	Prozedur	Anteil
9-632.0	1/12 bis 2 durch Spezialtherapeuten erbrachte Einheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	71,0%
9-630.3	Mehr als 6 bis 8 durch Ärzte erbrachte Einheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	67,7%
9-632.1	Mehr als 2 bis 4 durch Spezialtherapeuten erbrachte Einheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	66,1%
9-642	Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	66,1%
9-630.4	Mehr als 8 bis 10 durch Ärzte erbrachte Einheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	54,8%
9-632.2	Mehr als 4 bis 6 durch Spezialtherapeuten erbrachte Einheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	51,6%
9-630.2	Mehr als 4 bis 6 durch Ärzte erbrachte Einheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	46,8%
9-630.5	Mehr als 10 bis 12 durch Ärzte erbrachte Einheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	38,7%
9-630.1	Mehr als 2 bis 4 durch Ärzte erbrachte Einheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	38,7%
9-631.0	1/12 bis 2 durch Psychologen erbrachte Einheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	37,1%

PP04A	<i>Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter > 65 Jahre oder mit komplizierender Konstellation</i>				
	Anzahl Fälle: 210	Anzahl VWD-Tage: 6.346	Tageskosten MW: 236,94	Verweildauer MW: 30,2	Alter MW: 65,1

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F32.1	Mittelgradige depressive Episode	18,6%	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	26,7%
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	14,3%	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	15,7%
F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren	7,1%	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	12,4%
F41.0	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	6,7%	E78.0	Reine Hypercholesterinämie	10,5%
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	5,7%	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	6,7%
F45.0	Somatisierungsstörung	5,7%	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	6,7%
F41.1	Generalisierte Angststörung	4,3%	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	6,2%
F43.2	Anpassungsstörungen	4,3%	E03.8	Sonstige näher bezeichnete Hypothyreose	5,7%
F45.40	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	3,8%	F41.0	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	5,7%
F45.30	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Herz und Kreislaufsystem	3,3%	F43.2	Anpassungsstörungen	5,7%

PP04A	<i>Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter > 65 Jahre oder mit komplizierender Konstellation</i>				
	Anzahl Fälle: 210	Anzahl VWD-Tage: 6.346	Tageskosten MW: 236,94	Verweildauer MW: 30,2	Alter MW: 65,1

OPS	Prozedur	Anteil
9-605.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	52,4%
9-606.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	41,4%
9-605.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	38,6%
9-606.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	37,6%
9-630.1	Mehr als 2 bis 4 durch Ärzte erbrachte Einheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	31,4%
9-633.0	1/12 bis 2 durch Pflegefachkräfte erbrachte Einheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	29,5%
9-606.2	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	28,6%
9-632.0	1/12 bis 2 durch Spezialtherapeuten erbrachte Einheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	26,2%
9-642	Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	23,3%
9-631.0	1/12 bis 2 durch Psychologen erbrachte Einheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	22,9%

PP04B	<i>Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter < 66 Jahre, ohne komplizierende Konstellation</i>				
	Anzahl Fälle: 2.731	Anzahl VWD-Tage: 110.687	Tageskosten MW: 221,12	Verweildauer MW: 40,5	Alter MW: 39,9

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	15,9%	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	13,2%
F32.1	Mittelgradige depressive Episode	14,9%	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	9,2%
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	11,2%	F41.0	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	8,4%
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	7,8%	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	7,7%
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	6,9%	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	6,1%
F43.2	Anpassungsstörungen	5,6%	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	4,8%
F41.0	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	4,8%	F43.2	Anpassungsstörungen	4,7%
F45.40	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	4,7%	E78.0	Reine Hypercholesterinämie	4,6%
F45.0	Somatisierungsstörung	4,1%	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	4,4%
F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren	3,9%	F45.0	Somatisierungsstörung	4,3%

PP04B	<i>Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen, Alter < 66 Jahre, ohne komplizierende Konstellation</i>				
	Anzahl Fälle: 2.731	Anzahl VWD-Tage: 110.687	Tageskosten MW: 221,12	Verweildauer MW: 40,5	Alter MW: 39,9

OPS	Prozedur	Anteil
9-605.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	57,7%
9-605.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	45,6%
9-606.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	44,3%
9-633.0	1/12 bis 2 durch Pflegefachkräfte erbrachte Einheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	42,6%
9-606.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	40,9%
9-630.1	Mehr als 2 bis 4 durch Ärzte erbrachte Einheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	38,3%
9-606.2	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	36,3%
9-632.0	1/12 bis 2 durch Spezialtherapeuten erbrachte Einheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	34,7%
9-632.1	Mehr als 2 bis 4 durch Spezialtherapeuten erbrachte Einheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	30,8%
9-633.1	Mehr als 2 bis 4 durch Pflegefachkräfte erbrachte Einheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	28,5%

PP10A	<i>Anorexia nervosa, Ess- oder Fütterstörungen mit komplizierender Nebendiagnose</i>				
	Anzahl Fälle: 264	Anzahl VWD-Tage: 12.922	Tageskosten MW: 246,08	Verweildauer MW: 48,9	Alter MW: 26,9

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F50.0	Anorexia nervosa	72,4%	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	22,4%
F50.1	Atypische Anorexia nervosa	25,8%	E41	Alimentärer Marasmus	20,5%
F50.8	Sonstige Essstörungen	1,1%	F50.0	Anorexia nervosa	14,0%
F50.2	Bulimia nervosa	0,4%	E87.6	Hypokaliämie	11,0%
F50.4	Essattacken bei anderen psychischen Störungen	0,4%		Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	11,0%
			F33.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Schädlicher Gebrauch	7,2%
			N91.1	Sekundäre Amenorrhoe	6,8%
			G47.0	Ein- und Durchschlafstörungen	6,1%
			F50.2	Bulimia nervosa	5,3%
			I31.3	Perikarderguss (nichtentzündlich)	4,6%

PP10A	<i>Anorexia nervosa, Ess- oder Fütterstörungen mit komplizierender Nebendiagnose</i>				
	Anzahl Fälle: 264	Anzahl VWD-Tage: 12.922	Tageskosten MW: 246,08	Verweildauer MW: 48,9	Alter MW: 26,9

OPS	Prozedur	Anteil
9-605.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	63,3%
9-606.2	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	43,6%
9-606.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	42,8%
9-605.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	42,4%
9-606.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	40,2%
9-630.1	Mehr als 2 bis 4 durch Ärzte erbrachte Einheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	39,4%
9-632.0	1/12 bis 2 durch Spezialtherapeuten erbrachte Einheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	33,7%
9-633.1	Mehr als 2 bis 4 durch Pflegefachkräfte erbrachte Einheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	32,6%
9-642	Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	31,4%
9-632.1	Mehr als 2 bis 4 durch Spezialtherapeuten erbrachte Einheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	29,6%

PP10B	<i>Ess- oder Fütterstörungen ohne komplizierende Nebendiagnose</i>				
	Anzahl Fälle: 286	Anzahl VWD-Tage: 11.789	Tageskosten MW: 222,45	Verweildauer MW: 41,2	Alter MW: 29,7

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F50.2	Bulimia nervosa	60,8%	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	34,3%
F50.8	Sonstige Essstörungen	17,5%	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	22,4%
F50.3	Atypische Bulimia nervosa	11,9%	E66.02	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr	12,6%
F50.9	Essstörung, nicht näher bezeichnet	5,9%	F17.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Schädlicher Gebrauch	10,8%
F50.4	Essattacken bei anderen psychischen Störungen	3,9%	F50.2	Bulimia nervosa	8,7%
			F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	8,7%
			F10.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch	8,0%
			F34.1	Dysthymia	6,6%
			E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	4,9%
			F55.1	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Laxanzien	4,9%

PP10B	<i>Ess- oder Fütterstörungen ohne komplizierende Nebendiagnose</i>				
	Anzahl Fälle: 286	Anzahl VWD-Tage: 11.789	Tageskosten MW: 222,45	Verweildauer MW: 41,2	Alter MW: 29,7

OPS	Prozedur	Anteil
9-605.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	67,1%
9-606.2	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	49,3%
9-605.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	42,7%
9-606.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	41,3%
9-606.3	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche	39,9%
9-606.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	38,1%
9-630.1	Mehr als 2 bis 4 durch Ärzte erbrachte Einheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	33,9%
9-633.0	1/12 bis 2 durch Pflegefachkräfte erbrachte Einheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	33,6%
9-633.1	Mehr als 2 bis 4 durch Pflegefachkräfte erbrachte Einheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	31,8%
9-632.1	Mehr als 2 bis 4 durch Spezialtherapeuten erbrachte Einheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	31,1%

PP14Z	<i>Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen</i>				
	Anzahl Fälle: 245	Anzahl VWD-Tage: 10.160	Tageskosten MW: 211,41	Verweildauer MW: 41,5	Alter MW: 32,8

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	47,8%	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	24,5%
F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	13,9%	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	18,0%
F60.30	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Impulsiver Typ	5,7%	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	12,7%
F60.6	Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung	5,3%	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	11,0%
F60.8	Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen	4,1%	F10.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch	8,6%
F20.0	Paranoide Schizophrenie	2,0%	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	8,2%
F60.4	Histrionische Persönlichkeitsstörung	1,6%	F40.1	Soziale Phobien	8,2%
F21	Schizotype Störung	1,2%	F17.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom	7,8%
F60.7	Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung	1,2%	F41.0	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	6,5%
F62.0	Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung	1,2%	F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	5,7%

PP14Z	<i>Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen</i>				
	Anzahl Fälle: 245	Anzahl VWD-Tage: 10.160	Tageskosten MW: 211,41	Verweildauer MW: 41,5	Alter MW: 32,8

OPS	Prozedur	Anteil
9-605.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	55,9%
9-605.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	40,4%
9-606.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	39,2%
9-606.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	39,2%
9-633.0	1/12 bis 2 durch Pflegefachkräfte erbrachte Einheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	38,0%
9-980.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsart A1 im Bereich Allgemeine Psychiatrie (Regelbehandlung)	35,5%
9-632.0	1/12 bis 2 durch Spezialtherapeuten erbrachte Einheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	33,9%
9-630.1	Mehr als 2 bis 4 durch Ärzte erbrachte Einheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	32,7%
9-606.2	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	31,8%
9-632.1	Mehr als 2 bis 4 durch Spezialtherapeuten erbrachte Einheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	27,8%

TA02Z	<i>Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen</i>				
	Anzahl Fälle: 1.614	Anzahl VWD-Tage: 21.738	Tageskosten MW: 166,73	Verweildauer MW: 13,5	Alter MW: 42,9

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	68,3%	F17.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom	19,8%
F12.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom	5,5%	F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	12,7%
F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	5,2%	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	10,6%
F19.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom	4,3%	F43.2	Anpassungsstörungen	7,3%
F11.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom	3,0%	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	7,2%
F19.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Entzugssyndrom	2,2%	F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	6,8%
F13.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom	2,2%	F12.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom	6,2%
F10.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch	1,2%	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	5,7%
F19.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Psychotische Störung	1,2%	F19.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom	5,1%
F11.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Entzugssyndrom	0,9%	F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	4,6%

TA02Z	<i>Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen</i>				
	Anzahl Fälle: 1.614	Anzahl VWD-Tage: 21.738	Tageskosten MW: 166,73	Verweildauer MW: 13,5	Alter MW: 42,9

OPS	Prozedur	Anteil
9-606.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	61,0%
9-605.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	60,4%
9-981.5	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Abhängigkeitskranke: Behandlungsart S6 im Bereich Abhängigkeitskranke (Tagesklinische Behandlung)	58,1%
9-606.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	39,1%
9-981.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Abhängigkeitskranke: Behandlungsart S1 im Bereich Abhängigkeitskranke (Regelbehandlung)	36,7%
9-606.2	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	29,5%
9-605.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	23,0%
9-606.3	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche	16,9%
9-604	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen ohne Therapieeinheiten pro Woche	9,2%
1-903.0	Aufwendige Diagnostik bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: An 1 Tag	8,9%

TA15Z	<i>Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems</i>				
	Anzahl Fälle: 341	Anzahl VWD-Tage: 6.114	Tageskosten MW: 203,96	Verweildauer MW: 17,9	Alter MW: 73,3

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
G30.1	Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn	29,3%	F00.1	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)	32,8%
F06.3	Organische affektive Störungen	19,4%	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	13,5%
F06.7	Leichte kognitive Störung	10,3%	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	13,5%
G30.8	Sonstige Alzheimer-Krankheit	8,2%	F00.2	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form	10,6%
F06.2	Organische wahnhafte [schizophreniforme] Störung	4,4%	F06.3	Organische affektive Störungen	6,2%
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz	3,2%	I67.3	Progressive subkortikale vaskuläre Enzephalopathie	5,9%
F01.3	Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz	2,6%	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	5,6%
G30.0	Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn	2,1%	F06.7	Leichte kognitive Störung	5,6%
G31.0	Umschriebene Hirnatrophie	2,1%	G30.1	Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn	5,3%
F07.8	Sonstige organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	1,8%	Z92.1	Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese	4,4%

TA15Z	<i>Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems</i>				
	Anzahl Fälle: 341	Anzahl VWD-Tage: 6.114	Tageskosten MW: 203,96	Verweildauer MW: 17,9	Alter MW: 73,3

OPS	Prozedur	Anteil
9-982.5	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Gerontopsychiatrie: Behandlungsart G6 im Bereich Gerontopsychiatrie (Tagesklinische Behandlung)	85,9%
9-605.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	56,3%
9-606.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	50,4%
9-606.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	43,1%
9-606.2	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	42,5%
9-605.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	42,2%
9-606.3	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche	23,5%
1-903.0	Aufwendige Diagnostik bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: An 1 Tag	16,4%
9-982.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Gerontopsychiatrie: Behandlungsart G1 im Bereich Gerontopsychiatrie (Regelbehandlung)	13,8%
1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	10,3%

TA19Z	<i>Psychotische, affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme, Schlaf-, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen, Alter > 65 Jahre oder mit komplizierender Konstellation</i>				
	Anzahl Fälle: 1.895	Anzahl VWD-Tage: 57.065	Tageskosten MW: 177,95	Verweildauer MW: 30,1	Alter MW: 65,2

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	22,7%	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	19,4%
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	15,8%	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	17,1%
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	13,6%	E11.90	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet	7,8%
F32.1	Mittelgradige depressive Episode	9,6%	F06.7	Leichte kognitive Störung	6,5%
F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	3,1%	E66.02	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr	5,3%
F31.4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	2,8%	E78.0	Reine Hypercholesterinämie	5,1%
F20.0	Paranoide Schizophrenie	2,6%	E03.9	Hypothyreose, nicht näher bezeichnet	5,1%
F43.2	Anpassungsstörungen	2,6%	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	4,4%
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	2,3%	F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	4,2%
F06.3	Organische affektive Störungen	1,9%	E66.01	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40	4,0%

TA19Z	<i>Psychotische, affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme, Schlaf-, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen, Alter > 65 Jahre oder mit komplizierender Konstellation</i>				
	Anzahl Fälle: 1.895	Anzahl VWD-Tage: 57.065	Tageskosten MW: 177,95	Verweildauer MW: 30,1	Alter MW: 65,2

OPS	Prozedur	Anteil
9-605.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	79,5%
9-606.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	70,1%
9-982.5	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Gerontopsychiatrie: Behandlungsart G6 im Bereich Gerontopsychiatrie (Tagesklinische Behandlung)	65,1%
9-606.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	60,5%
9-606.2	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	53,5%
9-605.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	41,7%
9-606.3	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche	30,0%
9-980.5	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsart A6 im Bereich Allgemeine Psychiatrie (Tagesklinische Behandlung)	29,7%
9-606.4	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 8 bis 10 Therapieeinheiten pro Woche	14,3%
9-982.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Gerontopsychiatrie: Behandlungsart G1 im Bereich Gerontopsychiatrie (Regelbehandlung)	11,6%

TA20Z	<i>Psychotische, affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme, Schlaf-, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen, Alter < 66 Jahre, ohne komplizierende Konstellation</i>				
	Anzahl Fälle: 12.543	Anzahl VWD-Tage: 380.589	Tageskosten MW: 162,58	Verweildauer MW: 30,3	Alter MW: 39,9

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	16,3%	F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	5,3%
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	14,6%	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	5,1%
F32.1	Mittelgradige depressive Episode	12,6%	F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	4,2%
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	10,0%	F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	4,2%
F20.0	Paranoide Schizophrenie	8,1%	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	4,0%
F43.2	Anpassungsstörungen	5,9%	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	3,8%
F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	3,1%	F43.2	Anpassungsstörungen	3,6%
F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv	2,3%	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	3,6%
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	1,7%	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	3,6%
F41.0	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	1,6%	F41.0	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	3,5%

TA20Z	<i>Psychotische, affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme, Schlaf-, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen, Alter < 66 Jahre, ohne komplizierende Konstellation</i>				
	Anzahl Fälle: 12.543	Anzahl VWD-Tage: 380.589	Tageskosten MW: 162,58	Verweildauer MW: 30,3	Alter MW: 39,9

OPS	Prozedur	Anteil
9-980.5	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsart A6 im Bereich Allgemeine Psychiatrie (Tagesklinische Behandlung)	84,8%
9-605.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	73,5%
9-606.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	62,8%
9-606.2	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	54,5%
9-606.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	52,6%
9-605.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	47,9%
9-606.3	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche	36,3%
9-606.4	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 8 bis 10 Therapieeinheiten pro Woche	20,0%
9-605.2	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	14,7%
9-980.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsart A1 im Bereich Allgemeine Psychiatrie (Regelbehandlung)	14,3%

TK04Z	<i>Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen ohne komplizierende Nebendiagnose</i>				
	Anzahl Fälle: 776	Anzahl VWD-Tage: 30.720	Tageskosten MW: 236,48	Verweildauer MW: 39,6	Alter MW: 12,8

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F43.2	Anpassungsstörungen	17,1%	F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	12,5%
F32.1	Mittelgradige depressive Episode	16,0%	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	10,1%
F93.8	Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters	14,1%	F93.8	Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters	9,0%
F40.1	Soziale Phobien	6,1%	F43.2	Anpassungsstörungen	7,7%
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	5,4%	F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	4,6%
F93.0	Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters	5,4%	F98.8	Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	4,0%
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	3,6%	F40.1	Soziale Phobien	4,0%
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	3,6%	F98.0	Nichtorganische Enuresis	4,0%
F93.2	Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters	3,2%	F93.0	Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters	3,4%
F93.3	Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität	2,2%	Z63	Andere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis	3,4%

TK04Z	<i>Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen ohne komplizierende Nebendiagnose</i>				
	Anzahl Fälle: 776	Anzahl VWD-Tage: 30.720	Tageskosten MW: 236,48	Verweildauer MW: 39,6	Alter MW: 12,8

OPS	Prozedur	Anteil
9-983.6	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie: Behandlungsart KJ7 (Tagesklinische Behandlung)	87,2%
9-654.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/5 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	41,4%
9-654.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	40,3%
9-654.2	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	32,2%
9-664.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/5 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	30,4%
9-664.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	29,3%
1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	21,7%
9-664.2	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	21,5%
9-655.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	21,1%
9-655.2	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	20,8%

TK14Z	<i>Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen mit komplizierender Nebendiagnose oder Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen</i>				
	Anzahl Fälle: 934	Anzahl VWD-Tage: 41.042	Tageskosten MW: 245,90	Verweildauer MW: 43,9	Alter MW: 11,1

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	20,5%	F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	13,6%
F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	14,9%	F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	7,6%
F92.8	Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	12,9%	F93.8	Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters	7,5%
F92.0	Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung	7,3%	F98.0	Nichtorganische Enuresis	5,1%
F91.3	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten	5,4%	F92.8	Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	4,9%
F84.5	Asperger-Syndrom	3,5%	F43.2	Anpassungsstörungen	4,8%
F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	2,8%	Z63	Andere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis	4,3%
F94.1	Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters	2,5%	F83	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	4,1%
F91.2	Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen	2,4%	F81.0	Lese- und Rechtschreibstörung	4,0%
F50.0	Anorexia nervosa	2,1%	Z62	Andere Kontaktanlässe mit Bezug auf die Erziehung	3,8%

TK14Z	<i>Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen mit komplizierender Nebendiagnose oder Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen</i>				
	Anzahl Fälle: 934	Anzahl VWD-Tage: 41.042	Tageskosten MW: 245,90	Verweildauer MW: 43,9	Alter MW: 11,1

OPS	Prozedur	Anteil
9-983.6	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie: Behandlungsart KJ7 (Tagesklinische Behandlung)	91,1%
9-654.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	58,1%
9-654.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/5 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	56,5%
9-654.2	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche	43,5%
9-655.8	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 16 bis 18 Therapieeinheiten pro Woche	26,9%
1-207.0	Elektroenzephalographie (EEG): Routine-EEG (10/20 Elektroden)	26,9%
9-654.3	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 6 bis 8 Therapieeinheiten pro Woche	26,0%
9-655.9	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 18 bis 20 Therapieeinheiten pro Woche	25,9%
9-655.7	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 14 bis 16 Therapieeinheiten pro Woche	25,7%
9-655.4	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 8 bis 10 Therapieeinheiten pro Woche	24,5%

TP20Z	<i>Psychosomatische oder psychiatrische Störungen</i>				
	Anzahl Fälle: 1.397	Anzahl VWD-Tage: 41.396	Tageskosten MW: 178,22	Verweildauer MW: 29,6	Alter MW: 41,6

HD	Hauptdiagnose	Anteil	ND	Nebendiagnose	Anteil
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	21,4%	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	18,0%
F32.1	Mittelgradige depressive Episode	18,0%	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	16,8%
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	6,7%	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	9,1%
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	5,7%	F41.0	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	8,7%
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	5,4%	Z73	Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung	8,0%
F41.0	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	4,6%	F17.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom	6,5%
F45.1	Undifferenzierte Somatisierungsstörung	3,1%	F51.0	Nichtorganische Insomnie	5,9%
F40.01	Agoraphobie: Mit Panikstörung	2,9%	F54	Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	5,6%
F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren	2,2%	H93.1	Tinnitus aurium	5,5%
F45.40	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	2,2%	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	5,1%

TP20Z	<i>Psychosomatische oder psychiatrische Störungen</i>				
	Anzahl Fälle: 1.397	Anzahl VWD-Tage: 41.396	Tageskosten MW: 178,22	Verweildauer MW: 29,6	Alter MW: 41,6

OPS	Prozedur	Anteil
9-633.0	1/12 bis 2 durch Pflegefachkräfte erbrachte Einheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	60,2%
9-632.0	1/12 bis 2 durch Spezialtherapeuten erbrachte Einheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	59,6%
9-605.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	56,8%
9-633.1	Mehr als 2 bis 4 durch Pflegefachkräfte erbrachte Einheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	53,0%
9-630.1	Mehr als 2 bis 4 durch Ärzte erbrachte Einheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	49,5%
9-606.0	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	45,1%
9-630.0	1/12 bis 2 durch Ärzte erbrachte Einheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	43,8%
9-632.1	Mehr als 2 bis 4 durch Spezialtherapeuten erbrachte Einheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	41,8%
9-631.0	1/12 bis 2 durch Psychologen erbrachte Einheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	41,1%
9-606.1	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten: Regelbehandlung mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche	39,0%

