

**Verordnung
zum pauschalierenden Entgeltsystem
für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2013
(Verordnung pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik 2013
– PEPPV 2013)**

**Amtliche Begründung zum Referentenentwurf,
angepasst an den Verordnungstext vom 19. November 2012**

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Inhalt der Verordnung

Der GKV-Spitzenverband und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) als Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 17d Absatz 3 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) das pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Einrichtungen). Das neue Entgeltsystem ist grundsätzlich jährlich weiter zu entwickeln und anzupassen, insbesondere an medizinische Entwicklungen, Veränderungen der Versorgungsstrukturen und Kostenentwicklungen. Ein erster Entgeltkatalog war nach § 17d Absatz 4 Satz 2 KHG zum 30. September 2012 zu vereinbaren. Hierfür hat das von den Vertragsparteien getragene Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) den Vertragsparteien auf Bundesebene das auf Grundlage empirischer Daten ermittelte Kalkulationsergebnis am 4. September 2012 vorgestellt.

Nachdem eine fristgerechte Einigung der Vertragsparteien auf Bundesebene zum Entgeltsystem nicht möglich war und die Deutsche Krankenhausgesellschaft mit Schreiben vom 5. Oktober 2012 insoweit das Scheitern der Verhandlungen erklärt hat, werden die ausstehenden Entscheidungen nach § 17d Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 KHG durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates getroffen. Da zu den Abrechnungsbestimmungen zwischen den Vertragsparteien auf Bundesebene im Grundsatz Einvernehmen bestand, diese jedoch aufgrund grundsätzlicher Bedenken der DKG zu dem Entgeltkatalog nicht vereinbart werden konnten, werden die Abrechnungsbestimmungen weitgehend unverändert durch die Ersatzvornahme vorgegeben. Der Entgeltkatalog und die Abrechnungsbestimmungen werden zeitnah benötigt, damit Psych-Einrichtungen entscheiden können, ob sie von der Möglichkeit einer optionalen Nutzung des Entgeltsystems im Jahr 2013 Gebrauch machen wollen.

Um die Möglichkeit zur freiwilligen Anwendung im Jahr 2013 zu gewährleisten, werden die von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene im Grundsatz abgestimmten Abrechnungsbe-

stimmungen und der vom InEK ermittelte PEPP-Entgeltkatalog 2013 im Rahmen einer Ersatzvornahme vorgegeben.

Die Notwendigkeit einer Ersatzvornahme ergibt sich aus folgenden Gründen:

- Der PEPP-Entgeltkatalog und die Abrechnungsbestimmungen werden benötigt, damit nach § 17d Absatz 4 Satz 5 und 6 KHG Psych-Einrichtungen von der optionalen Anwendung des neuen Entgeltsystems im Jahr 2013 Gebrauch machen können.
- Der in § 11 Absatz 1 der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in der Fassung des Psych-Entgeltgesetzes normierte Prospektivitätsgrundsatz für eine Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus kann nur erfüllt werden, wenn die notwendigen Grundlagen möglichst rechtzeitig vor Beginn des Vereinbarungszeitraumes vorliegen.

Die Einführungsbedingungen für die Anwendung des neuen Psych-Entgeltsystems wurden mit dem Psych-Entgeltgesetz vom 21. Juli 2012 konkretisiert. Für das Jahr 2013 können die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen freiwillig entscheiden, ob sie das neue Entgeltsystem anwenden wollen. Eine Verpflichtung zur Anwendung des neuen Vergütungssystems besteht nicht. Dies gilt entsprechend für das Jahr 2014, für das dann ein weiterentwickelter Katalog von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbaren ist. In den beiden so genannten Optionsjahren 2013 und 2014 erfolgt somit die Einführung des Psych-Entgeltsystems nur auf Verlangen der Psych-Einrichtung (§ 17d Absatz 4 Satz 5 KHG).

In den Optionsjahren gelten zudem besonders schützende Bedingungen. Die Abrechnung nach dem neuen Entgeltsystem findet unter budgetneutralen Bedingungen statt, so dass die Höhe des vereinbarten Krankenhausbudgets nicht durch das neue Entgeltsystem bestimmt wird. Für optierende Einrichtungen hat der Gesetzgeber darüber hinaus in den Optionsjahren eine höhere Absicherung gegen Fehlschätzungen bei Art und Menge der voll- und teilstationären Leistungen vorgesehen, wie sie infolge einer noch nicht ausreichenden Kodierung von Patientenmerkmalen eintreten können. Mindererlöse gegenüber dem prospektiv vereinbarten Krankenhausbudget werden zu 95 Prozent ausgeglichen, Mehrererlöse zu 65 Prozent (§ 3 Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 und 3 BPfIV in der Fassung des Psych-Entgeltgesetzes).

Ausdruck des lernenden Systems der Einführung und Entwicklung des neuen Entgeltsystems ist ferner, dass der Katalog der pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP-Entgeltkatalog) grundsätzlich jährlich weiter entwickelt wird. Der durch Ersatzvornahme in Kraft zu setzende Entwurf des Entgeltkatalogs ist unter Beteiligung der Psych-Einrichtungen, der Fachgesellschaften und weiterer Beteiligter kontinuierlich zu optimieren. Eine Beteiligung hieran ist für Psych-Einrichtungen durch die Teilnahme an der jährlichen Kalkulation und der damit verbundenen Übermittlung von Kosten- und Leistungsdaten möglich. Für die Kalkulation des PEPP-Entgeltkatalogs 2013 wurden dem InEK von den Psych-Einrichtungen die Kosten- und Leistungsdaten von rd. 22 Prozent der voll- und teilstationären Fälle zur Verfügung gestellt. Nach Durchführung insbesondere von Plausibilisierungen und Fallzusammenführungen konnten vom InEK für die Kalkulation des ersten Entgeltkatalogs rd. 17 Prozent der voll- und teilstationären Psych-Fälle genutzt werden.

Darüber hinaus können sich im Rahmen des lernenden Systems Psych-Einrichtungen, Fachgesellschaften und weitere Beteiligte am jährlichen Vorschlagsverfahren der Selbstverwaltungspartner beteiligen, über das Änderungsbedarfe strukturiert eingebracht werden können. Dieses Vorschlagsverfahren ist erstmals für den PEPP-Entgeltkatalog 2014 einzurichten. Die Änderungsvorschläge aus dem Vorschlagsverfahren werden dann vom InEK anhand der vorliegen-

den Kalkulationsdaten dahingehend geprüft, ob hierdurch eine sachgerechtere Abbildung der voll- und teilstationären Leistungen der Psych-Einrichtungen im Entgeltkatalog erreicht wird. In diesem Zusammenhang kann auch der Vorschlag der Aktion Psychisch Kranke geprüft werden, ob gesundheitliche und soziale Beeinträchtigungen den Behandlungsaufwand maßgeblich bestimmen und als Kostentrenner geeignet sind. Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass jährlich Vorschläge zur Weiterentwicklung der medizinischen Klassifikationen im Rahmen des Vorschlagsverfahrens beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) eingebracht werden können. Die beiden Vorschlagsverfahren sind untereinander eng abgestimmt. Zur Erarbeitung von Vorschlägen für die jeweiligen Vorschlagsverfahren ist es den Fachgesellschaften und Verbänden unbenommen, Projekte und Pilotversuche durchzuführen. Von dieser Möglichkeit haben insbesondere Fachgesellschaften auch im Kontext der Entwicklung des DRG-Fallpauschalensystems regen Gebrauch gemacht.

Durch konstruktive und engagierte Nutzung dieser Verfahren durch die Beteiligten kann es gelingen, die Entwicklung des neuen Entgeltsystems zügig voranzutreiben. Für Patientenkriterien, die bereits grundsätzlich im Krankenhaus dokumentiert werden, die jedoch nicht Bestandteil der medizinischen Klassifikationen sind, kann das InEK durch ergänzende Datenabfragen bei den Kalkulationshäusern prüfen, ob relevante Kostentrenner gewonnen werden können, die die sachgerechte Leistungsabbildung verbessern. Sofern z. B. durch eine entsprechende ergänzende Datenabfrage im Jahr 2013 einzelne Kostentrenner abgeklärt werden können, können geeignete Kriterien bereits für die Weiterentwicklung des Entgeltkatalogs 2014 genutzt werden.

Bei der Weiterentwicklung des Vergütungssystems ist besondere Aufmerksamkeit auf die Minimierung von Fehlanreizen, die in unterschiedliche Richtungen wirken können, zu legen. Zugleich ist der Ausbau der Qualitätssicherung auf der Grundlage der vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu erstellenden Richtlinien erforderlich. Dabei bleibt es den Einrichtungen unbenommen, im Vorgriff frühzeitig eine freiwillige, einrichtungsübergreifende, zum Beispiel auf Routinedaten aufsetzende Qualitätssicherung mit öffentlicher Qualitätsdarlegung zu implementieren.

Erst mit dem dann dritten PEPP-Entgeltkatalog ist für das Jahr 2015 das neue Entgeltsystem von allen Psych-Einrichtungen – unter weiterhin budgetneutralen Bedingungen in den Jahren 2015 und 2016 – verbindlich anzuwenden. Durch den neuen Entgeltkatalog und die weiter entwickelten Fassungen entstehen den Psych-Einrichtungen damit insgesamt vier Jahre lang keine hierdurch bedingten Gewinne und Verluste. Als schützender Rahmen dient zudem eine im Jahr 2017 beginnende, insgesamt fünfjährige Überführungsphase (Konvergenzphase), in der das jährlich weiter entwickelte neue Entgeltsystem schrittweise ökonomische Wirksamkeit erlangt. Für Einrichtungen, die ab diesem Zeitpunkt durch das neue Entgeltsystem bedingte Budgetverminderungen hinzunehmen haben, gilt zudem eine schrittweise ansteigende Begrenzung dieser Verminderungen.

Darüber hinaus hat der Gesetzgeber die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene mit dem Psych-Entgeltgesetz verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2016 einen gemeinsamen Bericht über Auswirkungen des neuen Entgeltsystems, erste Anwendungserfahrungen sowie über die Anzahl und erste Erkenntnisse zu Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen vorzulegen. Hierdurch wird vor Beginn der Konvergenzphase eine Zwischenbilanz des bisherigen Einführungsprozesses gezogen. Da das lernende System auch die gesetzlichen Rahmenbedingungen einschließt, können diese bei bestehendem Anpassungsbedarf ebenfalls weiter entwickelt werden.

Der erste PEPP-Entgeltkatalog 2013 wird somit unter Würdigung der behutsamen und schrittweisen Einführung des neuen Entgeltsystems (schützende Bedingungen, lange mehrjährige Einführungsphase, kontinuierliche und offene Weiterentwicklung, Basierung auf einer breiten empirischen Datengrundlage, Möglichkeiten der Beteiligung am Entwicklungsprozess) durch Ersatzvornahme vorgegeben.

Der PEPP-Entgeltkatalog enthält keine Entgelte von Modellvorhaben nach § 64b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Er umfasst jedoch zahlreiche Entgelte für die teilstationäre Behandlung. Diese können für die Vergütung im Rahmen von Modellvorhaben, die jeweils gesondert zu vereinbaren ist, zur Orientierung herangezogen werden. Der Prüfauftrag nach § 17d Absatz 1 Satz 3 KHG zur Einbeziehung der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen kann erst zu einem späteren Zeitpunkt angegangen werden, sobald entsprechende Kosten- und Leistungsdaten dieser Einrichtungen verfügbar sind.

II. Kosten

Die Verordnung zum Psych-Entgeltsystem 2013 legt durch eine Ersatzvornahme nach § 17d Absatz 6 Nummer 1 KHG das Nähere für die Abrechnung der pauschalierenden Entgelte im Jahr 2013 fest. Der Verordnungsgeber wird grundsätzlich im Sinne einer Schiedsstelle für die Selbstverwaltungspartner tätig, die sich nicht einigen konnten. Da die grundlegenden Entscheidungen zur Einführung und stetigen Weiterentwicklung eines Psych-Entgeltsystems bereits mit dem Psych-Entgeltgesetz vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613) getroffen wurden, entstehen durch diese Verordnung für die öffentlichen Haushalte von Bund, Ländern und Gemeinden keine zusätzlichen Ausgaben.

Da die Grundsatzentscheidungen bereits mit dem Psych-Entgeltgesetz getroffen wurden, entstehen für die Unternehmen durch die Schiedsregelung keine zusätzlichen Kosten. Mit einer Erhöhung der Beiträge zur Krankenversicherung und somit einer zusätzlichen Belastung für die Beitragszahler infolge der Schiedsregelungen ist aus diesem Grunde ebenfalls nicht zu rechnen. Auswirkungen auf Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau sind deshalb ebenfalls nicht zu erwarten.

B. Einzelbegründung

Das Psych-Entgeltsystem wird in den Jahren 2013 bis 2016 unter geschützten Rahmenbedingungen eingeführt. Das Krankenhausbudget (Gesamtbetrag) wird noch nach den Regeln des bisher geltenden Rechts mit den Krankenkassen verhandelt, also in seiner Höhe noch nicht durch die neuen PEPP-Entgelte bestimmt (budgetneutrale Einführung nach § 3 BPfIV n. F.). Das Budget wird mit den neuen Entgelten gegenüber den einzelnen Krankenkassen oder gegenüber den Patientinnen oder Patienten abgerechnet. Die PEPP-Entgelte sind somit vier Jahre lang lediglich Abschlagszahlungen auf das vereinbarte Budget. Durch die Anwendung des neuen Entgeltkatalogs, auch in seiner weiterentwickelten Fassung, sind damit bis einschließlich zum Jahr 2016 keine hierdurch bedingten Gewinne oder Verluste für die Psych-Einrichtungen möglich.

Die Höhe von mit Bewertungsrelationen bewerteten PEPP-Entgelten ergibt sich aus der Multiplikation der Bewertungsrelationen laut PEPP-Entgeltkatalog mit einem aus dem vereinbarten Budget des Krankenhauses abgeleiteten krankenhausesindividuellen Basisentgeltwert. Verände-

rungen der voll- oder teilstationären Leistungszahlen oder der Leistungsstruktur sowie möglicherweise noch bestehende Ungenauigkeiten in dem PEPP-Entgeltkatalog werden neutralisiert und führen lediglich zu einer entsprechenden, korrigierenden Veränderung des zu ermittelnden Basisentgeltwerts. Entscheidend für die Finanzierung der psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtung bleibt in der vierjährigen budgetneutralen Phase somit das mit den Krankenkassen vereinbarte Budget, nicht die Höhe oder die Struktur der Entgelte.

Der Entgeltkatalog ist grundsätzlich jährlich durch das InEK zu kalkulieren und somit unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts und veränderter Kostenstrukturen weiter zu entwickeln. Bereits für die Kalkulation des ersten PEPP-Entgeltkatalogs für das Jahr 2013 konnten in umfassendem Umfang die voll- und teilstationären Kosten- und Leistungsdaten einer großen Anzahl von Psych-Einrichtungen genutzt werden. Über § 21 KHEntgG stehen zudem für Analysezwecke die Leistungsdaten aller Psych-Einrichtungen zur Verfügung.

Zu § 1: Abrechnungsgrundsätze

Zu Absatz 1

Absatz 1 bestimmt, dass für die Abrechnung eines pauschalierenden Entgelts für die Leistungen der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen der am Tag der Aufnahme geltende PEPP-Entgeltkatalog und die dazu gehörenden Abrechnungsbestimmungen anzuwenden sind. Die Abrechnung erfolgt durch das die Leistung erbringende Krankenhaus.

Zu Absatz 2

Satz 1 bestimmt, dass die Abrechnung der PEPP-Entgelte nur mit einer durch das InEK zertifizierten Grouper-Software vorgenommen werden darf. Damit wird sichergestellt, dass bei gleichen Patientenkriterien auch gleiche Eingruppierungsergebnisse erzielt werden. Nach Satz 2 erfolgt mit der Grouper-Software die Eingruppierung in das einzelne PEPP-Entgelt nach der Anlage zu dieser Verordnung sowie innerhalb der PEPP-Entgelte in kalkulationsbasierte Vergütungsstufen. Sofern für die Eingruppierung in ein PEPP-Entgelt das Alter als Patientenkriterium verwendet wird, ist nach Satz 3 das Alter am Tag der Aufnahme in das Krankenhaus für die Abrechnung maßgeblich. Nach Satz 4 wird die Entgelthöhe je Tag ermittelt, indem die im PEPP-Katalog für die jeweils maßgebliche Vergütungsstufe ausgewiesene Bewertungsrelation nach Anlage 1a oder 2a mit dem Basisentgeltwert multipliziert wird. Das Ergebnis ist nach Satz 5 kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen zu runden. Für die Rechnungsstellung wird nach Satz 6 die Anzahl der Berechnungstage je Vergütungsstufe mit dem Preis der jeweiligen Vergütungsstufe multipliziert. Anschließend werden die so berechneten Beträge je Vergütungsstufe auf Basis der Gesamtverweildauer der Patienten oder des Patienten addiert.

Zu Absatz 3

Da der PEPP-Entgeltkatalog auf tagesbezogenen Entgelten basiert, sind nach Satz 1 und 2 weiterhin die Vorgaben der Bundespflegesatzverordnung zur Ermittlung der Verweildauer für Patienten oder Patientinnen, für die tagesbezogene Entgelte abgerechnet werden, maßgeblich. Dementsprechend wird weiterhin der Begriff des Berechnungstags verwendet. Nach Satz 3 ist zur Ermittlung der Verweildauer bei einer Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus und einer damit nach § 2 verbundenen Zusammenfassung von Fällen zu einem Gesamtfall lediglich nicht

der Verlegungs- oder Entlassungstag des zusammengeführten Falles in die Verweildauerermittlung einzubeziehen. Sofern sich Patientinnen oder Patienten während eines stationären Aufenthalts an einzelnen Kalendertagen nicht im Krankenhaus befinden, sind nach Satz 4 diese vollständigen Tage der Abwesenheit keine Berechnungstage. Nähere Ausführungen wie Tage der Abwesenheit definiert sind und wie mit diesen umzugehen ist, macht Absatz 4. Diese Abwesenheitstage sind nach Satz 5 gesondert in der Rechnung auszuweisen und werden bei der Ermittlung der Vergütungsstufen nicht berücksichtigt.

Zu Absatz 4

Nach Satz 1 und 2 kann für während einer stationären Behandlung auftretende vollständige Tage der Abwesenheit von Patientinnen und Patienten kein Entgelt berechnet werden. Für die Kalendertage des Antritts oder der Wiederkehr von Patientinnen und Patienten sind nach Satz 3 die jeweils maßgeblichen Entgelte in voller Höhe abrechenbar. Nach Satz 4 findet die Fallzusammenführungsregelung bei Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus (§ 2) dann keine Anwendung, wenn eine Krankenhausbehandlung nach einer Abwesenheit des Patienten oder der Patientin fortgesetzt wird.

Zu Absatz 5

Für die Vorlage der Unterlagen nach § 11 Absatz 4 BpflV n. F., der Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB-Psych), die im Rahmen der Budgetverhandlungen benötigt werden, ist eine nach einheitlichen Kriterien ermittelte Fallzahl erforderlich. Bei der Abrechnung von tagesbezogenen voll- oder teilstationären Entgelten wird grundsätzlich jede Aufnahme eines Patienten oder einer Patientin nach Satz 1 als ein Fall gezählt. Eine Fallzählung bei teilstationärer Behandlung pro Berechnungstag oder pro Quartal findet somit nicht mehr statt, sondern je aufgenommenen und entlassenen Fall. Satz 2 gibt als Ausnahme zu der Regel nach Satz 1 vor, dass bei Aufhalten, die aufgrund der Wiederaufnahmeregelung nach § 2 oder der Rückverlegungsregelung nach § 3 Absatz 2 zusammenzuführen sind, nur der zusammengeführte Fall zu zählen ist. Die abweichenden Vorgaben für die Fallzählung bei Fallzusammenführung bei Wiederaufnahmen nach § 2 und bei Rückverlegungen nach § 3 Absatz 2 finden nach Satz 3 auch bei teilstationärer Behandlung Anwendung, allerdings sind die entsprechenden Vorgaben zur Fallzusammenführung hier auf den jeweiligen Berechnungstag anzuwenden.

Zu Absatz 6

Im Jahr 2013 optierende Krankenhäuser, rechnen alle Fälle, die vor dem Umstiegszeitpunkt aufgenommen wurden, mit den zum Zeitpunkt der Aufnahme geltenden Entgelten ab. Diese Entgelte sind bis zum Entlassungszeitpunkt zu erheben. Für die während des Umstiegszeitpunkts im Krankenhaus befindlichen Patientinnen und Patienten erfolgt somit bei Entlassung im Jahr 2013 keine Abrechnung nach dem neuen Entgeltsystem; § 4 findet auch für diese Patientinnen und Patienten Anwendung.

Zu Absatz 7

Nach Satz 1 werden vor- und nachstationäre Behandlungen nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gesondert vergütet. Eine Berücksichtigung der Leistungen der vor- und nachstationären Behandlungen bei der Gruppierung von voll- und teilstationären Behandlungsfällen erfolgt nach Satz 2 im Unterschied zur Vorgehensweise bei DRG-Fallpauschalen daher nicht.

Zu Absatz 8

Sofern während einer stationären Behandlung in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Abteilung an einem somatischen Krankenhaus mit eigener Dialyseeinrichtung eine Dialysebehandlung durchgeführt wird, kann die Dialyse nach Satz 1 entweder ambulant oder in der eigenen Dialyseeinrichtung des somatischen Krankenhauses erbracht werden. Da nach § 2 Absatz 2 Satz 3 BpflV n. F. eine Dialyse für Psych-Einrichtungen keine stationär abrechenbare Leistung der Psychiatrie oder Psychosomatik darstellt, ist nach Satz 2 diese Leistung nur für somatische Krankenhäuser mit einer eigenen Dialyseeinrichtung abrechenbar. In diesem Fall können nach Satz 3 an den Tagen einer Dialysebehandlung neben den im jeweiligen Behandlungsfall jeweils maßgeblichen PEPP-Entgelten die Entgelte für teilstationäre Dialyse (Basis-DRG L90) nach den Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes abgerechnet werden. Da dann § 3 Absatz 3 zur Anwendung kommt, erfolgt für die Abrechnung der Dialyse die Bildung eines gesonderten Falls nach dem Krankenhausentgeltgesetz.

Zu Absatz 9

Absatz 9 gibt den Psych-Einrichtungen ein Verfahren an die Hand, mit dessen Hilfe sie eine Zwischenrechnung erstellen können, sofern keine entsprechende Vereinbarung auf Landesebene oder auf Ebene der einzelnen Einrichtung besteht. Die Einrichtungen können dann als Abschlagszahlung für jeden vollstationären Berechnungstag eine Bewertungsrelation von 1,0000 und für jeden teilstationären Berechnungstag eine Bewertungsrelation in Höhe von 0,7500 in Rechnung stellen. Dies entspricht der Vergütung für einen durchschnittlichen vollstationären bzw. teilstationären Behandlungsfall. Durch die Regelung werden Liquiditätsprobleme bei den Einrichtungen vermieden.

Zu § 2: Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus

Mit der Zielsetzung, Fehlentwicklungen wie Drehtüreffekte, also eine strategische Wiederaufnahme von Patientinnen oder Patienten innerhalb bestimmter Zeitabstände, zu vermeiden, regelt § 2 für bestimmte Fälle eine Zusammenlegung von zwei oder mehreren Aufenthalten zu einem Gesamtfall. Bei einer solchen Zusammenfassung von Krankenhausaufenthalten zu einem Gesamtfall werden die Verweildauer-, Diagnose- und Prozeduren-Daten der einzelnen Aufenthalte herangezogen und mit Hilfe der Grouper-Software wird eine Neueinstufung in ein PEPP-Entgelt vorgenommen. Hat das Krankenhaus einen der Aufenthalte bereits gegenüber der Krankenkasse abgerechnet, ist diese Abrechnung zu stornieren und der Gesamtfall erneut mit dem Ergebnis der Neueinstufung in Rechnung zu stellen.

Zu Absatz 1

Wird eine Patientin oder ein Patient innerhalb von 21 Kalendertagen wieder in dasselbe Krankenhaus aufgenommen und wäre hierfür ein Entgelt aus derselben Strukturkategorie des PEPP-Entgeltkatalogs abrechenbar, ist eine Zusammenfassung der jeweiligen Aufenthaltsdaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in ein PEPP-Entgelt vorzunehmen. Sofern Fälle aus unterschiedlichen Jahren zusammenzufassen sind, findet das Kriterium der Einstufung in dieselbe Strukturkategorie keine Anwendung. Hierdurch wird bürokratischer Aufwand für die Psych-Einrichtungen vermieden, da diese nicht auf der Grundlage der im neuen Jahr erhobenen Patientenmerkmale prüfen müssen, in welche Strukturkategorie ein Patient oder eine Patientin an-

hand des Kataloges und des Groupers des alten Jahres eingestuft worden wäre. Der PEPP-Entgeltkatalog 2013 gliedert sich maßgeblich in die folgenden Strukturkategorien: Prä-Strukturkategorie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik. Die maßgebliche 21-Tage-Frist bemisst sich nach der Zahl der Kalendertage ab dem Entlassungstag der vorangegangenen Behandlung. Der Entlassungstag ist bei der Bemessung der Frist mitzuzählen.

Zu Absatz 2

Durch Absatz 2 wird die Durchführung von Fallzusammenführungen nach Absatz 1 zeitlich befristet. Eine Zusammenfassung und Neueinstufung nach Absatz 1 ist nur vorzunehmen, wenn eine Patientin oder ein Patient innerhalb von 120 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthalts, für den die Fallzusammenführung Anwendung findet, wieder aufgenommen wird. Der Aufnahmetag des ersten Krankenhausaufenthalts ist bei der Bemessung der Frist mitzuzählen.

Zu Absatz 3

Für die Fallzusammenführung bei Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus sind nach Satz 1 für die Neueinstufung die Daten aller innerhalb der Fristen nach Absatz 1 und 2 zusammenzuführenden Krankenhausaufenthalte heranzuziehen. Satz 2 definiert als Hauptdiagnose für den zusammengeführten Fall die Hauptdiagnose des Aufenthaltes mit der längsten Verweildauer. Werden mehr als zwei Aufenthalte zusammengeführt, sind nach Satz 3 die Berechnungstage der einzelnen Aufenthalte mit gleicher Hauptdiagnose zu addieren. Es ist zu prüfen, welche Hauptdiagnose unter Berücksichtigung der Vorgabe nach Satz 2 den höchsten Belegungsanteile auf sich vereinigen kann. Sofern Krankenhausaufenthalte mit unterschiedlichen Hauptdiagnosen gleiche Belegungsanteile auf sich vereinigen, so dass die Vorgaben der Sätze 2 und 3 zu keiner eindeutigen Bestimmung der Hauptdiagnose des zusammengeführten Falles führen, gibt Satz 4 vor, dass dann als Hauptdiagnose die Diagnose des zeitlich früheren Aufenthaltes zu wählen ist. Sofern das Krankenhaus einen zusammenzuführenden Aufenthalt bereits abgerechnet hat, ist nach Satz 5 die Abrechnung zu stornieren. Der zusammengefasste Fall ist mit dem Ergebnis der Neueinstufung anstelle dessen in Rechnung zu stellen.

Zu Absatz 4

Fallzusammenführungen bei Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus nach § 2 sowie Zusammenführungen bei Rückverlegungen in dasselbe Krankenhaus nach § 3 Absatz 2 werden nach Satz 1 nur bei der Abrechnung von bewerteten Entgelten angewendet. Die Regelungen finden somit keine Anwendung bei der Abrechnung von nach § 6 BPfIV n. F. krankenhausspezifisch zu vereinbarenden Entgelten, die in den Anlagen 1b, 2b und 4 zusammengefasst sind. Auch erfolgt nach Satz 2 keine Fallzusammenführung von unterschiedlichen Aufenthalten bei gemischter Entgeltabrechnung, konkret, wenn bei dem einen Aufenthalt vollstationäre Entgelte und bei einem anderen Aufenthalt teilstationäre Entgelte abgerechnet werden.

Zu § 3: Verlegung

Zu Absatz 1

Satz 1 gibt vor, dass bei Verlegungen jedes der beteiligten Krankenhäuser die maßgeblichen Entgelte eigenständig abrechnet, unabhängig davon, ob ein Patient oder eine Patientin nach Hause entlassen oder verlegt wird. Die Abrechnung erfolgt auf der Grundlage der im eigenen Haus erfassten Daten, ein Datenaustausch zwischen unterschiedlichen Krankenhäusern ist für die Abrechnung nicht erforderlich. Satz 2 definiert den Begriff „Verlegung“, indem es die im somatischen Bereich bereits langjährig etablierte 24-Stunden-Regel, die für das Vorliegen einer Verlegung zwischen der Entlassung aus einem Krankenhaus und der Aufnahme in einem anderen Krankenhaus nicht überschritten werden darf, übernimmt. Ziel ist es, Meinungsverschiedenheiten von Krankenhäusern und Krankenkassen darüber, ob eine Verlegung oder eine Entlassung vorliegt, möglichst zu vermeiden.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt die Fälle, die nach einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus von diesem in das erstbehandelnde Krankenhaus zurückverlegt werden. Bei Rückverlegungen finden für die Aufenthalte in demselben Krankenhaus die Regelungen zur Fallzusammenführung bei Wiederaufnahme nach § 2 Anwendung.

Zu Absatz 3

Für psychiatrische oder psychosomatische Fachabteilungen an einem somatischen Krankenhaus gibt Satz 1 im Falle von internen Verlegungen vor, dass die nach unterschiedlichen Vergütungsregeln abrechnenden Teilbereiche eines Krankenhauses wie zwei eigenständige Krankenhäuser zu behandeln sind. Im somatischen Teil des Krankenhauses erbrachte Leistungen sind nach den Regelungen des Krankenhausentgeltgesetzes und den hierfür maßgeblichen Abrechnungsbestimmungen abzurechnen. Für die im Psych-Bereich des Hauses erbrachten Leistungen gelten die Vorgaben der Bundespflegesatzverordnung n. F. und der Abrechnungsbestimmungen dieser Verordnung. Klarstellend verweist Satz 2 auf die Geltung der Vorgaben der Absätze 1 und 2 zu Verlegungen. Damit findet die zwischen den unterschiedlichen Geltungsbereichen bereits langjährig etablierte Regelung des § 3 Absatz 4 der Fallpauschalenvereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene entsprechend Anwendung.

Zu Absatz 4

Satz 1 gibt vor, dass voll- und teilstationäre Behandlungen, die Patientinnen oder Patienten in demselben Krankenhaus erfahren, als getrennte Fälle zu betrachten sind. Eine Zusammenführung des vollstationären und des teilstationären Behandlungsanteils nach den Vorgaben des § 2 oder § 3 Absatz 2 erfolgt nach Satz 2 nicht. Klarstellend führt Satz 3 aus, dass jedoch innerhalb des vollstationären Behandlungsanteils und innerhalb des teilstationären Behandlungsanteils die Vorgaben zur Zusammenführung des § 2 oder § 3 Absatz 2 Anwendung finden.

Zu § 4: Jahreswechsel

Im Bereich der stationären Behandlung von psychisch kranken Menschen treten zum Teil sehr lange Verweildauern auf. Zur administrativen Erleichterung wird für Fälle, die noch im Jahr 2013

aufgenommen und zum Jahresende 2014 noch nicht entlassen wurden, mit Satz 1 lediglich für Zwecke der Abrechnung eine Entlassung fingiert. Die Patientinnen oder Patienten sind nicht tatsächlich zum 31. Dezember 2014 zu entlassen; vielmehr werden auf Basis der bis dahin vorliegenden Informationen die Leistungen des Krankenhauses nach den Vorgaben dieser Abrechnungsbestimmungen abgerechnet. Da die Patientinnen und Patienten nicht tatsächlich am 31. Dezember zu entlassen sind, ist vorgesehen, dass es sich bei diesem Tag um einen Berechnungstag handelt, für den eine Vergütung zu zahlen ist. Damit wird vermieden, dass Krankenhäuser und Krankenkassen parallel mehr als zwei Entgeltkataloge anwenden müssen. Nach der fingierten Entlassung werden Patientinnen und Patienten nicht in eine höhere Vergütungsstufe eingestuft, vielmehr läuft die Einstufung im neuen Entgeltkatalog fort, als wenn keine fingierte Entlassung vorgenommen worden wäre. Klarstellend führt Satz 2 aus, dass bei diesen Fällen mit sehr langen Verweildauern von über 365 Tagen eine Fallzusammenführung nicht vorzunehmen ist. Um den Umstieg auf das neue Psych-Entgeltsystem zu unterstützen, gibt Satz 3 vor, dass die Vorgaben der Sätze 1 und 2 auch für Patientinnen oder Patienten Anwendung finden, die vor dem Umstiegszeitpunkt auf das neue Entgeltsystem in das Krankenhaus aufgenommen wurden. Bei einem unterjährigen Umstieg auf das neue Entgeltsystem kann es somit auch im Umstiegsjahr dazu kommen, dass die Vorgaben der Sätze 1 und 2 bei Fällen mit Verweildauern von unter 365 Tagen zur Anwendung kommen. Auch Patientinnen und Patienten, die vor dem Umstieg in das Krankenhaus aufgenommen wurden, werden zum 31. Dezember 2013 mit den vor dem Umstieg geltenden Entgelten abgerechnet. Ab dem 1. Januar 2014 haben Optionshäuser auch für diese Patientinnen und Patienten die im Jahr 2014 gültigen Abrechnungsbestimmungen zum PEPP-Entgeltsystem anzuwenden.

Zu § 5: Zusatzentgelte

Zu Absatz 1

Absatz 1 gibt für die nach § 17d Absatz 2 Satz 2 KHG vorgesehenen Zusatzentgelte den Katalog der bundeseinheitlich bewerteten Zusatzentgelte vor (Anlage 3). Die Zusatzentgelte können zusätzlich zu den bundesweit bewerteten Entgelten für voll- oder teilstationäre Leistungen (Anlagen 1a und 2a) sowie zusätzlich zu den nach § 6 Absatz 1 BPfIV n. F. krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelten abgerechnet werden. Die Zusatzentgelte sind im Umstiegsjahr nach dem Zeitpunkt des Umstiegs einer Einrichtung auf das neue Entgeltsystem abrechenbar.

Zu Absatz 2

Soweit Zusatzentgelte vom InEK zwar bundeseinheitlich definiert, nicht aber bundeseinheitlich bewertet werden konnten, sind diese in Anlage 4 der Verordnung aufgeführt. Für diese Zusatzentgelte vereinbaren nach Satz 1 die Vertragsparteien vor Ort (Vertragsparteien nach § 11 BPfIV n. F.) krankenhausesindividuelle Entgelte. Ebenso wie die bundeseinheitlich bewerteten Entgelte der Anlage 3 können nach Satz 2 auch die krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte der Anlage 4 zusätzlich zu den bundesweit bewerteten Entgelten für voll- oder teilstationäre Leistungen (Anlagen 1a und 2a) sowie zusätzlich zu den krankenhausesindividuell vereinbarten Entgelten nach § 6 Absatz 1 BPfIV n. F. abgerechnet werden. Nach Satz 3 sind bei einer verspäteten Budgetvereinbarung bis zu dem nach § 15 Absatz 1 Satz 3 BPfIV n. F. maßgeblichen Zeitpunkt die für das Kalenderjahr 2012 vereinbarten Entgelte weiterhin abzurechnen. Sofern ein Optionshaus eine Budgetvereinbarung auf der Grundlage des neuen Entgeltsystems zwar grundsätzlich bereits getroffen hat, hierbei jedoch nicht für alle im Rahmen des Versorgungsauftrags maßgeblichen Entgelte krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte ver-

einbart wurden, haben sich die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene verständigt, dass nach Satz 4 pauschal 600 Euro je Zusatzentgelt abgerechnet werden können. Entsprechendes gilt nach Satz 5 bei der Behandlung von Notfallpatientinnen und -patienten. Eventuelle Über- oder Unterzahlungen gegenüber dem nach § 3 BPfIV n. F. vereinbarten Gesamtbetrag werden durch die Erlösausgleiche nach § 3 Absatz 5 BPfIV n. F. ausgeglichen.

Zu § 6: Teilstationäre Leistungen

Zu Absatz 1

Für teilstationäre Leistungen können nach Satz 1 bewertete Entgelte nach Anlage 2a oder Entgelte, die nach § 6 Absatz 1 Satz 1 BPfIV n. F. krankenhausesindividuell vereinbart worden sind, abgerechnet werden. Die krankenhausesindividuell zu vereinbarenden teilstationären Entgelte sind grundsätzlich in Anlage 2b zusammengefasst. Die teilstationären Entgelte können nach Satz 1 für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag der Krankenhausbehandlung abgerechnet werden. Satz 2 stellt in diesem Zusammenhang klar, dass bei teilstationären Leistungen abweichend zu den Vorgaben von § 1 Absatz 3 auch der Verlegungs- oder Entlassungstag berechenbar ist, der nicht zugleich Aufnahmetag ist. Dies ist das Ergebnis einer Abstimmung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene, die damit von der nach § 8 Absatz 2 Satz 5 BPfIV n. F. bestehenden Möglichkeit der Vereinbarung abweichender Vorgaben zur Definition des Berechnungstags Gebrauch machen wollten. Die Berechenbarkeit jedes einzelnen Aufenthaltstags bei teilstationären Leistungen führt nicht zu Mehrausgaben, da die Entgelte nur eine Abschlagszahlung auf das prospektiv vereinbarte Krankenhausbudget darstellen.

Zu Absatz 2

Nach Satz 1 gelten auch für mit Bewertungsrelationen bewertete teilstationäre Entgelte die Regelungen für die Zusammenführung bei Wiederaufnahme nach § 2 und die Regelungen zur Verlegung nach § 3 entsprechend. Eine Fallzusammenführung findet bei krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelten nach § 2 Absatz 4 Satz 1 nicht statt. Satz 2 stellt klar, dass eine Zusammenführung von vollstationären und teilstationären Behandlungsanteilen nach den Vorgaben des § 2 oder § 3 Absatz 2 nicht erfolgt.

Zu Absatz 3

Absatz 3 gibt vor, dass bei interner Verlegung von einer teilstationären Behandlung in eine vollstationäre Behandlung an dem Verlegungstag zusätzlich zu einem vollstationären Entgelt nicht auch ein teilstationäres Entgelt abgerechnet werden kann. Die Vorgaben des § 1 Absatz 3 Satz 2 zu den Berechnungstagen beziehen sich auf externe Verlegungen und stehen daher nicht in Widerspruch zur Berechnung des Kalendertags der internen Verlegung.

Zu § 7: Sonstige Entgelte

§ 6 BPfIV n. F. fasst Leistungen, die mit den auf Bundesebene bewerteten Entgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden können und für die deshalb krankenhausesindividuelle Entgelte zu vereinbaren sind, unter dem Oberbegriff „sonstige Entgelte“ zusammen. Auch für die auf der Bundesebene nicht bewerteten voll- und teilstationären Entgelte der Anlagen 1b und 2b sind nach Satz 1 krankenhausesindividuelle Entgelte zu vereinbaren. Bei einer verspäteten Budgetver-

einbarung sind bis zu dem nach § 15 Absatz 1 Satz 3 BPfIV n. F. maßgeblichen Zeitpunkt die für das Kalenderjahr 2012 vereinbarten Entgelte weiterhin abzurechnen. Sofern ein Optionshaus eine Budgetvereinbarung auf der Grundlage des neuen Entgeltsystems zwar grundsätzlich bereits getroffen hat, hierbei jedoch nicht für alle im Rahmen des Versorgungsauftrags maßgeblichen Entgelte krankhausindividuelle vollstationäre Entgelte (Anlage 1b) bzw. krankhausindividuelle teilstationäre Entgelte (Anlage 2b) vereinbart wurden, haben sich die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene verständigt, dass nach Satz 2 bei vollstationären Leistungen pauschal 250 Euro je vollstationären Berechnungstag bzw. nach Satz 3 bei teilstationären Leistungen pauschal 190 Euro je teilstationären Berechnungstag abgerechnet werden können. Entsprechendes gilt nach Satz 4 bei der Behandlung von Notfallpatientinnen und -patienten. Die Werte entsprechen den gerundeten durchschnittlichen Kosten je voll- und teilstationären Belegungstag. Eventuelle Über- oder Unterzahlungen gegenüber dem nach § 3 BPfIV n. F. vereinbarten Gesamtbetrag werden zudem durch die Erlösausgleiche nach § 3 Absatz 5 BPfIV n. F. ausgeglichen.

Zu § 8: Kostenträgerwechsel

Bei einem Kostenträgerwechsel ist der gesamte Krankenhausfall mit dem zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme zuständigen Kostenträger abzurechnen, der sich die Kosten anteilig von dem nachfolgenden Kostenträger erstatten lässt. Die Kostenteilung zwischen den Kostenträgern bleibt insofern unberührt und ist im Innenverhältnis zwischen den Kostenträgern zu klären. Es handelt sich dabei um ein bei der Abrechnung von Krankenhausleistungen etabliertes Verfahren, das den administrativen Aufwand für die Krankenhäuser im Vergleich zu einer erforderlichen Ermittlung des jeweils zuständigen Kostenträgers vermindert. Den Krankenhäusern liegen in aller Regel keine genauen und verlässlichen Angaben dazu vor, wann bei einer Patientin oder einem Patienten ein leistungsrechtlicher Zuständigkeitswechsel eingetreten ist.

Zu § 9: Laufzeit der Entgelte

Können Entgelte nicht so rechtzeitig vereinbart werden, dass sie ab dem 1. Januar eines Jahres abgerechnet werden können, bestimmt § 15 Absatz 1 Satz 3 BPfIV n. F., dass die bisher geltenden Entgelte weiterhin abzurechnen sind. Dies gilt insbesondere für Krankenhäuser, die das neue Psych-Entgeltsystem im Jahr 2013 auf freiwilliger Grundlage einführen.

Zu Absatz 1

Die auf der Bundesebene bewerteten Entgelte sind für Patientinnen oder Patienten, die ab dem Umstieg auf das neue Entgeltsystem nach dem 1. Januar 2013 in das Krankenhaus aufgenommen werden abzurechnen. Umstiegszeitpunkt ist der Zeitpunkt der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde.

Zu Absatz 2

Bis zum Beginn der Abrechenbarkeit von krankhausindividuell zu vereinbarenden Entgelten sind die für diese Leistungen bisher vereinbarten Entgelte weiter abzurechnen.

Zu § 10: Vorschlagsverfahren

Das InEK wird beauftragt, für die Entwicklung des PEPP-Entgeltkatalogs 2014 bis zum 30. November 2012 ein Vorschlagsverfahren zu eröffnen. Die Grundzüge des Verfahrens sind mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen. Es soll sich organisatorisch an dem für das DRG-System etablierten Vorschlagsverfahren orientieren. Zielsetzung für das Vorschlagsverfahren ist es nach Satz 2, dass konstruktive Änderungsvorschläge zu dem PEPP-Entgeltkatalog 2013 strukturiert zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems berücksichtigt werden können. Das Vorschlagsverfahren hat nach Satz 3 allen Beteiligten offen zu stehen. Es sollen sich nicht nur Fachgesellschaften und Berufsverbände aus dem Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik beteiligen können, sondern u. a. auch Einzelpersonen und einzelne Psych-Einrichtungen.

Aus den organisatorischen Erfahrungen zum lernenden System, die in der Einführungsphase des DRG-Systems gemacht wurden, lässt sich ableiten, dass alle Beteiligten gerade von der optionalen Einführung eines Entgeltsystems mit der Möglichkeit eines frühen „Echtbetriebs“ und dem begleitenden Start eines Vorschlagsverfahrens massiv profitieren. Durch die optionale Anwendung konnte eine Vielzahl von Erfahrungen vor Ort früh in die Weiterentwicklung einfließen. Es ist wünschenswert, dass eine vergleichbare inhaltliche und konstruktive Beteiligung aller vom PEPP-System Betroffenen frühzeitig erreicht werden kann. Hier ist neben grundsätzlichen Verbesserungsvorschlägen auch Detailarbeit an allen Komponenten des PEPP-Vergütungssystems gefragt, beispielsweise an der Verbesserung der Leistungsbezeichner zur Abbildung der speziellen Leistungen der Psychiatrie. Gerade der letztgenannte Punkt bietet den Fachvertretern erheblichen Gestaltungsspielraum, den es zu nutzen gilt.

Zu § 11: Inkrafttreten, Außerkrafttreten, Übergangsregelung

Zu Absatz 1

Die Verordnung tritt am Tag der Verkündung in Kraft, um den Vertragsparteien auf der örtlichen Ebene so zeitnah wie möglich den PEPP-Entgeltkatalog 2013 als Grundlage für erforderliche weitere Vorbereitungen und die frühzeitige Aufnahme von Budgetverhandlungen an die Hand zu geben.

Zu Absatz 2

Da die DKG das Scheitern der Verhandlungen für das Psych-Entgeltsystem des Jahres 2013 erklärt hat, gilt die Verordnung nur für das Jahr 2013. Satz 2 gibt eine Übergangsregelung vor für den Fall, dass für das Jahr 2014 ein neuer PEPP-Entgeltkatalog nicht rechtzeitig vorliegt und angewendet werden kann. In einem solchen Fall sind die Entgelte des Jahres 2013 nach dieser Verordnung einschließlich der für das Jahr 2013 geltenden Abrechnungsregeln entsprechend weiter anzuwenden.

Zu den Anlagen

Für die Kalkulation des PEPP-Entgeltkatalogs 2013 wurden dem InEK von den Psych-Einrichtungen die Kosten- und Leistungsdaten von rd. 22 Prozent der voll- und teilstationären

Fälle zur Verfügung gestellt. Nach Durchführung insbesondere von Plausibilisierungen und Fallzusammenführungen konnten vom InEK für die Kalkulation des ersten Entgeltkatalogs rd. 17 Prozent der voll- und teilstationären Psych-Fälle genutzt werden. Der vom InEK auf dieser Grundlage ermittelte erste PEPP-Entgeltkatalog 2013 umfasst insgesamt 135 pauschalierte Entgelte für stationäre Psych-Leistungen. Er gliedert sich zum einen in 115 vollstationäre Entgelte, wovon 94 auf der Bundesebene bewertet werden konnten (Anlage 1a) und für 18 unbewertete Entgelte krankenhausesindividuelle Vergütungen zu vereinbaren sind (Anlage 1b); 3 PEPP-Entgelte der Anlage 1a entsprechen Fehlerklassen, für die kein Relativgewicht vorgesehen ist. Zum anderen wurden 20 Entgelte für teilstationäre Psych-Leistungen ermittelt, wovon 7 Entgelte mit Bewertungsrelationen bewertet sind (Anlage 2a) und für 13 Entgelte krankenhausesindividuelle Vergütungen zu vereinbaren sind (Anlage 2b). Zusätzlich sind 75 Zusatzentgelte abrechenbar, wovon wiederum 52 Zusatzentgelte in ihrer Entgelthöhe bestimmt sind (Anlage 3) und für 23 Zusatzentgelte krankenhausesindividuelle Vergütungen zu vereinbaren sind (Anlage 4). Trotz noch verbesserungsbedürftiger Datengrundlage bietet damit bereits der erste PEPP-Entgeltkatalog eine deutlich sach- und leistungsgerechtere Abbildung der Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen als über die derzeit geltenden Abteilungspflegesätze.

Der PEPP-Entgeltkatalog 2013 wurde den Vertragsparteien auf Bundesebene am 4. September 2012 vom InEK vorgestellt und inhaltlich diskutiert. Gegen den vom InEK vorgelegten Katalog wurde von Seiten der Psych-Fachverbände Kritik geäußert. Das InEK hat zu der Kritik u. a. mit Datum vom 13. September 2012 Stellung genommen und zur Aufklärung bestehender Missverständnisse beigetragen. Zudem wurde am 15. Oktober 2012 im Bundesministerium für Gesundheit eine weitere Gesprächsrunde mit Psych-Fachverbänden zur Erörterung kritischer Aspekte durchgeführt.

Das PEPP-Entgeltsystem unterscheidet sich in gesetzlichem Auftrag, Systemstruktur, Kalkulationsmethodik und vielerlei anderer Hinsicht vom DRG-Fallpauschalensystem. Kalkuliert wurden tagesbezogene Entgelte. Für jeden zusätzlich erbrachten voll- oder teilstationären Behandlungstag ist ein zusätzliches tagesbezogenes PEPP-Entgelt abrechenbar. Eine Fallpauschalierung sieht der PEPP-Entgeltkatalog 2013 nicht vor.

Der Differenzierungsgrad des PEPP-Entgeltkatalogs genügt den an die Einführungsphase zu stellenden Anforderungen. Der Katalog weist eine Spreizung der Erlöse pro Tag von über 450 Prozent auf. Die aktuelle Vergütungssituation tagesgleicher Abteilungspflegesätze ist zweifelsohne weniger differenziert. Insbesondere wird mit den im Rahmen der Prä-Strukturkategorie enthaltenen Entgelten für hochaufwändige Intensivtherapien und 1:1-Betreuung für Erwachsene wie auch für Kinder und Jugendliche erstmals eine spezifische Vergütungsmöglichkeit für hochkomplexe Fälle geschaffen, deren Kosten pro Tag weit jenseits der typischen Pflegesatzdimension von rd. 200 Euro am Tag liegen. Gerade diesen Patientinnen und Patienten und ihrer durchaus unterschiedlichen Verteilung auf die Versorgungslandschaft wird das aktuelle System der tagesgleichen Pflegesätze nicht gerecht. Eine schrittweise Verbesserung der Differenzierung des neuen Entgeltsystems wird durch die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen ermöglicht, die als Grundannahme für das lernende System der Weiterentwicklung des Entgeltkatalogs von einer schrittweisen Verbesserung des Entgeltkatalogs ausgehen und diesen Verbesserungsprozess u. a. unter optionalen und budgetneutralen Bedingungen auch zulassen.

Im Hinblick auf die Nutzung von Diagnosen für die Entgeltdifferenzierung ist darauf hinzuweisen, dass nach den empirischen Daten mit Hilfe von Diagnosen einzelne Patientengruppen mit nicht unerheblichen Aufwandsunterschieden voneinander unterschieden werden können. Da für die Eingruppierung umfassendere Diagnoseoberbegriffe verwendet werden, ist es zutreffender,

von einem System zu sprechen, das Diagnosegruppen nutzt. Bestimmte Hauptdiagnosen erweisen sich in einem deutlichen Maß als geeignete Kostentrenner, viele Diagnosen zeigen deutliche Kostenunterschiede über den gesamten Aufenthalt. So zeigen beispielsweise die als Splitkriterien eingesetzten Hauptdiagnosen für organische Störungen (Basis-PEPP PA03 und PA04) bei typischen Verweildauern Kostenunterschiede pro Tag bis über 20 Prozent. Auch in anderen PEPP-Entgelten der Psychiatrie und auch der Kinder- und Jugendpsychiatrie finden sich Kostendifferenzen in ähnlicher Dimension. Eine Nichtberücksichtigung von Diagnosen bei der Eingruppierung in die Entgelte wäre daher nicht sachgerecht. Die über eine geeignete Hauptdiagnoseeinteilung erreichbare Kostenspreizung geht weit über die aktuell mit den Abteilungsplafonds zu erreichende Spreizung hinaus.

Im Rahmen des lernenden Systems können frühzeitig – auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie – weitere Leistungsmerkmale als Kostentrenner identifiziert werden, die Aufwandsunterschiede noch deutlicher erklären können als die vorhandene Diagnosenkodierung. Das Vorschlagsverfahren nach § 10 ermöglicht allen Beteiligten die Einbringung von Änderungsvorschlägen, um eine konstruktive Weiterentwicklung des Entgeltsystems zu gewährleisten. Parallel zur Weiterentwicklung der PEPP-Klassifikation werden zudem vom DIMDI die ICD- und OPS-Kataloge in Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften und allen anderen Beteiligten fortlaufend weiterentwickelt. Geeignete OPS-Kodes werden in Zukunft voraussichtlich zu einer noch wesentlich verbesserten Abbildung insbesondere schwer erkrankter Patientinnen oder Patienten führen. Die sehr langen und abgestuften Ein- und Überführungsfristen des neuen Entgeltsystems ermöglichen entsprechende Entwicklungsschritte. Die im aktuellen PEPP-System bereits definierten Entgelte in der Prä-Strukturkategorie für hochaufwändige Fälle mit 1:1 Betreuung oder Behandlung im Intensivsetting stellen hier einen bedeutenden, wenn auch ersten Schritt einer weit über eine reine Diagnoseeinteilung hinaus gehenden Differenzierung dar. Sie deuten mit zum Teil um 200 Prozent über dem Niveau anderer PEPP-Pauschalen liegenden Relativgewichten bereits an, welches Erlösspektrum ein am tatsächlichen Behandlungsaufwand orientiertes Vergütungssystem erzielen kann.

Im Hinblick auf die verweildauerassoziierten Vergütungsstufen ist zu berücksichtigen, dass der abgestufte Kostenverlauf das Ergebnis der tagesbezogenen Kostenkalkulation ist, die das InEK auf der Grundlage der dafür von den Krankenhäusern und Fachabteilungen zur Verfügung gestellten empirischen Daten durchgeführt hat. Dabei führt auch ein aufwändiger Behandlungsbedarf, der nicht zu Beginn, sondern in einer späteren Phase der Behandlung auftritt, zu einer entsprechend höheren Vergütung. Diese Fallkonstellation bringt keinen Anreiz für eine frühzeitige Entlassung mit sich.

Die abgestuften Tagesentgelte wurden nicht aus den Gesamtfallkosten nachträglich geschätzt. Vielmehr haben aus Gründen der Sparsamkeit der Dokumentation die Vertragsparteien auf Bundesebene lediglich beschlossen, dass die Leistungsdokumentation nicht tagesgenau vorzunehmen ist, sondern fallbezogen erfolgen kann. Die Kostenkalkulation findet aber auf Tagesebene statt und ist Grundlage für die Entwicklung des Katalogs. Eine Abstufung nach Verweildauer im Entgeltkatalog, die nicht zu Vergütungssprüngen, sondern zu einem ganz moderat einsetzenden Absinken der Vergütungshöhe je Tag führt, leitet sich aus dem empirischen Kostenverlauf der umfassenden und plausibilisierten Kalkulationsdaten ab. Abgestufte durchschnittliche Tageskosten werden auch in anderen internationalen Untersuchungen zu Behandlungskosten in der Psychiatrie bestätigt.

Die kalkulierten Vergütungsstufen dienen unter anderem der sachgerechten Vergütung von Kurzliegern. Die Vergütungsstufen sind so adjustiert, dass die durchschnittlichen Kosten der Patientinnen oder Patienten mit kurzer Verweildauer innerhalb der ersten Vergütungsstufe mit

der ermittelten Bewertungsrelation vollständig vergütet werden. Die übrigen Vergütungsstufen sind so berechnet, dass die durchschnittlichen Kosten der Patientinnen oder Patienten mit entsprechenden Verweildauern nach Durchlaufen vorheriger Vergütungsstufen gedeckt werden. Eine systematische Untervergütung von Langliegern findet nach dem PEPP-Entgeltkatalog 2013 nicht statt. Die Vergütungsstufen repräsentieren die sachgerechte Lösung bei den degressiven durchschnittlichen Tageskosten. Ein System mit einheitlichen Vergütungssätzen untervergütet dagegen Kurzlieger massiv und übervergütet Langlieger in den Bereichen der hohen Verweildauer. Das bestehende System einheitlicher Tagessätze setzt daher vergütungstechnisch den Fehlanreiz zu längeren stationären Verweildauern.

Ein rein ökonomisch orientiertes Entlassungsmanagement mit der Absicht, Patientinnen oder Patienten erneut stationär aufzunehmen und wieder die höchste Vergütungsstufe zu erreichen, wird durch flankierende Abrechnungsbestimmungen weitgehend verhindert. Behandlungsfälle, die innerhalb von 21 Tagen nach Entlassung wieder stationär aufgenommen werden, müssen nach § 2 zu einer Abrechnungseinheit zusammengeführt werden. Damit wird ein möglicher Anreiz für eine rasche Entlassung bei gleichzeitiger Wiederaufnahme deutlich reduziert.

Auch bei den Suchterkrankungen erfolgt bereits für das Optionsjahr 2013 ein Einstieg in eine differenzierte Abbildung. Patientinnen und Patienten mit einer Suchterkrankung werden im PEPP-System in eine Vielzahl von verschiedenen Entgeltgruppen eingruppiert. Bei der Abbildung der besonders betreuungsintensiven Patientinnen oder Patienten spielen die Entgelte für hochaufwändige Intensivbehandlung und Einzelbetreuung eine wichtige Rolle. Gleichwohl bedarf der Katalog hier frühzeitig einer weiteren Differenzierung.

Bei der sachgerechten Abbildung von psychosomatischen Leistungen besteht noch Verbesserungsbedarf, dem im Rahmen der Weiterentwicklung des Entgeltkatalogs Rechnung zu tragen ist. Hierfür ist die Teilnahme weiterer psychosomatischer Einrichtungen an der Kostenkalkulation erforderlich, um die Weiterentwicklung auf eine verbesserte empirische Basis zu stellen. Dem InEK liegen bereits feste Zusagen zur Kalkulationsteilnahme von psychosomatischen Einrichtungen vor, so dass mit einer erheblichen Verbesserung der Datengrundlage für die zukünftige Weiterentwicklung gerechnet werden kann.

Zu berücksichtigen ist, dass der Gesetzgeber mit dem Psych-Entgeltgesetz von 21. Juli 2012 die Anwendung des neuen Entgeltsystems in den ersten beiden Jahren freiwillig gestellt hat sowie sehr lange und abgestufte Übergangsphasen beschlossen hat, die einen behutsamen Einstieg in das neue Entgeltsystem ermöglichen. Außerdem bestehen für die Betroffenen verschiedene Möglichkeiten sich an der jährlichen Weiterentwicklung des Entgeltsystems zu beteiligen (siehe dazu Allgemeiner Teil der Begründung, I.).