

# InEK

Abschlussbericht

Weiterentwicklung des  
pauschalierenden  
Entgeltsystems für Psychiatrie  
und Psychosomatik (PEPP)  
für das Jahr 2017

Siegburg, den 19. Dezember 2016

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
<b>VORWORT .....</b>	<b>1</b>
<b>1 EINFÜHRUNG.....</b>	<b>2</b>
<b>2 METHODIK .....</b>	<b>4</b>
<b>2.1 Datenerhebung .....</b>	<b>4</b>
2.1.1 Grundsätze der Kalkulation .....	4
2.1.2 Datenerhebung.....	5
<b>2.2 Datenaufbereitung.....</b>	<b>10</b>
2.2.1 Fallzusammenführung.....	10
2.2.2 Bereinigungen und Korrekturen.....	11
2.2.3 Ergänzende Datenbereitstellung .....	13
2.2.4 Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen .....	15
2.2.5 Datenausschluss .....	16
2.2.6 Kalkulationsmethode für die Ergänzenden Tagesentgelte .....	18
<b>2.3 Berechnung der Bewertungsrelationen .....</b>	<b>18</b>
2.3.1 Sonderkonstellationen.....	19
2.3.2 Normierung der Bewertungsrelationen .....	19
<b>3 PEPP-ENTGELTSYSTEM 2017.....</b>	<b>21</b>
<b>3.1 Entwicklung der PEPP-Klassifikation: Vorgehensweise und Ergebnisse .....</b>	<b>21</b>
3.1.1 Ausgangssituation .....	21
3.1.2 Tagesbezug und Gültigkeitsdauer von Merkmalen .....	22
3.1.3 Grundlagen der PEPP-Klassifikation .....	22
3.1.3.1 Fehler-PEPP .....	22
3.1.3.2 „Reste“-PEPP .....	23
3.1.4 Zusatzentgelte.....	23
3.1.5 Vorschlagsverfahren .....	24
3.1.5.1 Hintergrund .....	24
3.1.5.2 Beteiligung .....	24
3.1.5.3 Veröffentlichung der Vorschläge.....	25
<b>3.2 Systematische Analysen und Ergebnisse .....</b>	<b>25</b>
3.2.1 Grundlagen.....	25
3.2.2 Diagnosen- und Prozedurenklassifikation .....	26
3.2.3 Ergänzende Datenbereitstellung .....	26
3.2.4 Diagnosen .....	27
3.2.5 Prozeduren.....	30
3.2.6 Sucht .....	33
3.2.7 Psychosomatik .....	34
3.2.8 Kinder- und Jugendpsychiatrie .....	35

<b>3.3 Besonderheiten durch Änderungen im OPS .....</b>	<b>36</b>
3.3.1 OPS 9-61 Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen .....	37
3.3.2 OPS 9-649 Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen .....	38
3.3.3 Streichung des OPS 1-903 (bzw. 1-904) für aufwendige Diagnostik und Überführung in Therapieeinheiten .....	40
<b>4 FAZIT .....</b>	<b>41</b>
<b>5 PERSPEKTIVEN DER WEITERENTWICKLUNG .....</b>	<b>42</b>
<b>ANHANG .....</b>	<b>43</b>

## ABKÜRZUNGEN

Abs.	Absatz
ATC	Anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem
bezgl.	bezüglich
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BI-Modell	Betreuungsintensitätsmodell
BMI	Body-Mass-Index
BPEPP	Basis-PEPP
BPfIV	Bundespfllegesatzverordnung
ca.	circa
CCL	Complication or Comorbidity Level; Schweregrad einer Komplikation oder Komorbidität
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKR-Psych	Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie bzw. Psychosomatik
EKT	Elektrokrampftherapie (ab OPS 2017 umbenannt in Elektrokonvulsionstherapie)
ET	Ergänzende Tagesentgelte
ggf.	gegebenenfalls
gem.	gemäß
ICD	International Classification of Diseases; Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Ausgabe für die Zwecke des SGB V
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
inkl.	inklusive
i.v.	intravenös
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KIS	Krankenhausinformationssystem
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
OPS	Operationsschlüssel nach § 301 SGB V basierend auf der Internationalen Klassifikation der Prozeduren in der Medizin

PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (die Abkürzung wird sowohl für das Entgeltsystem im Allgemeinen als auch für Fallgruppen verwendet)
PEPPV	Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (in den Jahren 2012 und 2013 „Verordnung“ statt „Vereinbarung“)
PRE	Prä-Strukturkategorie zur übergreifenden Abbildung besonders aufwendiger Behandlungen
PSO	Psychosomatische Behandlungen
PSY	Psychiatrische Behandlung Erwachsener
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung
Psych-PV-Kodes	OPS-Kodes aus der Gruppe Behandlung in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen
PT	Pflegetage
SGB	Sozialgesetzbuch
SK	Strukturkategorie
TE	Therapieeinheiten
TE-Kodes	OPS-Kodes aus der Gruppe Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
VWD	Verweildauer
z.B.	zum Beispiel
ZE	Zusatzentgelt
ZP	Zusatzentgelt in der Psychiatrie und Psychosomatik

## Vorwort

Mit dem vorliegenden Bericht veröffentlicht das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) nähere Einzelheiten zur Vorgehensweise bei der Weiterentwicklung des durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) gem. § 17d Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Der Abschlussbericht wird um einen PEPP-Browser mit den Kalkulationsergebnissen und den wichtigsten statistischen Kennzahlen ergänzt. Der Report-Browser wird auf der Internetseite des InEK Ende 2016 zur Verfügung gestellt.

Den 113 Krankenhäusern, die freiwillig tagesbezogene Kostendaten für die Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems zur Verfügung gestellt haben, sei an dieser Stelle für ihr großes Engagement gedankt. Diese Zusammenarbeit ermöglichte es dem InEK, das pauschalierende Entgeltsystem für 2017 weiterzuentwickeln. Darüber hinaus konnten der Kalkulationsablauf und der Kommunikationsprozess mit den Teilnehmern an der Kalkulation vertieft und den Krankenhäusern weiteres Verbesserungspotential hinsichtlich Dokumentation und Kostenrechnung frühzeitig aufgezeigt werden. Dadurch konnte die Datenqualität in dieser Kalkulationsrunde wiederum gesteigert werden.

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

Die Mitarbeiter von Krankenhäusern und Krankenkassen sowie sonstiger Beteiligter in der stationären Versorgung psychisch kranker Menschen bleiben weiterhin aufgefordert, aktiv zur Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems beizutragen. Dies gilt insbesondere für die Mitarbeiter aus Einrichtungen, die besondere Patientengruppen behandeln und deshalb auf notwendige Änderungen hinweisen. Psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Fachgesellschaften sind weiterhin aufgerufen, durch konstruktive Anregungen im Rahmen des Vorschlagsverfahrens sowie durch aktive Beteiligung bei der (Weiter-)Entwicklung von Leistungsbezeichnern (z.B. OPS-Kodes) am Entwicklungsprozess teilzunehmen.

Für die Mitarbeiter der InEK GmbH

**Dr. Frank Heimig**  
*Geschäftsführer*

**Christian Jacobs**  
*Abteilungsleiter  
Medizin*

**Dr. Michael Rabenschlag**  
*Abteilungsleiter  
Ökonomie*

**Mathias Rusert**  
*Abteilungsleiter EDV  
und Statistik*

Siegburg, im Dezember 2016

# 1 Einführung

Der vorliegende Abschlussbericht beschreibt Grundlagen, Verfahrensweisen und Ergebnisse der Entwicklung des PEPP-Entgeltsystems für das Jahr 2017. Der Bericht wendet sich an die interessierte Fachöffentlichkeit und soll einen Beitrag dazu leisten, die der Entwicklung zugrunde liegende Vorgehensweise transparent zu machen und das Verständnis über Zusammenhänge im PEPP-Entgeltsystem zu fördern.

Die gesetzliche Grundlage für die Einführung eines durchgängigen, leistungsorientierten pauschalierenden Vergütungssystems für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) in Deutschland wurde durch die „Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gem. § 17d KHG (Psych-Entgeltsystem)“<sup>1</sup> vom 30. November 2009 ergänzt. Weitere konkrete Regelungen und Schritte für die Einführung des Systems enthält das Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen vom 21. Juli 2012. Ein weiterer wichtiger Meilenstein war die Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner zur Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gem. § 17d KHG vom 1. April 2014. Die dort festgelegte geänderte Kalkulationssystematik und die Einführung der Ergänzenden Tagesentgelte (ET) hat sich nachhaltig auf das PEPP-System ausgewirkt<sup>2</sup> (siehe auch Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) für das Jahr 2015, Kapitel 2). Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems startete zum 1. Januar 2013 zunächst auf freiwilliger Basis, indem interessierten Einrichtungen die Möglichkeit eingeräumt wurde, ihre Leistungen unter den Regelungen des PEPP-Entgeltsystems abzurechnen („Optionsmodell“). Dabei galt für die teilnehmenden Krankenhäuser der Grundsatz der Budgetneutralität, d.h. die auf Basis der bisherigen Regelungen der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) unter Anwendung der Psych-PV ermittelten Budgets wurden mittels der PEPP-Entgelte in Form von Abschlagszahlungen an die optierenden Krankenhäuser ausgezahlt. Diese Optionsphase soll durch das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (Psych-VVG) bis Ende 2017 verlängert werden.

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

---

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

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

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

Im Rahmen der Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen hat der Gesetzgeber den Selbstverwaltungspartnern nach § 17d KHG – das sind der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) – bestimmte Aufgaben übertragen.

Bei ihrer Aufgabenwahrnehmung werden die Selbstverwaltungspartner durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) unterstützt. Weitere wesentliche Aufgaben des InEK in diesem Zusammenhang umfassen die Erstellung der Definitionshandbücher und Grouper-Spezifikationen sowie die Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien im Bereich Psychiatrie bzw. Psychosomatik (DKR-Psych).

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

Dies setzt allerdings voraus, dass in regelmäßigen Abständen aktualisierte Daten über das medizinische Leistungsgeschehen und die Kosten der Behandlung zur Verfügung stehen. In Deutschland werden zu diesem Zweck in einer Vollerhebung Leistungsdaten zu den behandelten Patienten und Strukturdaten der Krankenhäuser sowie in einer Teilerhebung zusätzlich tagesbezogene Kostendaten erhoben. Die Erhebungen umfassen die Daten eines Kalenderjahres. Dabei sind die Datengewinnung, die Datenauswertung und die Gültigkeit der daraus erzielten Ergebnisse periodenversetzt angelegt.

Für die Datenerhebung der Kostendaten erhalten die Kalkulationskrankenhäuser bei erfolgreicher Teilnahme an der Kalkulation auf Basis eines Datenjahrs eine pauschalisierte Vergütung. Diese setzt sich aus einem jährlichen Grundbetrag sowie einer tagesbezogenen Vergütung in Abhängigkeit von den vom InEK akzeptierten Kalkulationsdatensätzen zusammen.

Zusätzlich werden die Arbeiten zur Pflege des PEPP-Entgeltsystems durch das Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverstands bei der Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems (PEPP-Vorschlagsverfahren) unterstützt. Medizinische Fachgesellschaften, Verbandsorganisationen der Krankenhäuser und Krankenkassen sind dem Aufruf gefolgt, Vorschläge zur Weiterentwicklung zu unterbreiten. Durch die Beteiligung am Vorschlagsverfahren 2017 konnten Erfahrungen der klinischen Praxis und medizinisches Expertenwissen in die Ergebnisse einfließen.

## **2 Methodik**

### **2.1 Datenerhebung**

#### **2.1.1 Grundsätze der Kalkulation**

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

Die datenbasierte Entwicklung des Systems verläuft auf zwei unterschiedlichen Ebenen. Die Leistungsdokumentation erfolgt grundsätzlich auf der Ebene des zu dokumentierenden Leistungsbezeichners. Die dokumentierte Leistung kann sich dabei auf den gesamten Fall (wie z.B. bei der Kodierung der Diagnosen) oder einen bestimmten Abschnitt des Falles (wie z.B. bei der Kodierung der Therapieeinheiten) beziehen. Einige Leistungsattribute können tagesgenau dokumentiert werden (z.B. OPS-Kode für die 1:1-Betreuung bei Erwachsenen). Die gesammelten Informationen der Leistungsbeschreibung werden hinsichtlich ihrer spezifischen Gültigkeitsdauer für die Gruppierung verwendet. Dafür werden die einzelnen Leistungsattribute auf der Fallebene aggregiert und anschließend als Gesamtfallinformation auf der Leistungsebene dem Gruppierungsprozess unterworfen. Hierbei sind die fallbezogenen Leistungsattribute (wie z.B. Haupt- bzw. Nebendiagnosen oder Alter) für die Einstufung in die PEPP relevant. Die tages- bzw. zeitraumbezogenen Leistungsattribute sind sowohl für die PEPP-Eingruppierung als auch für die Ermittlung der Ergänzenden Tagesentgelte von Bedeutung. Von der externen Dokumentation (OPS-Kodes) ist die interne Dokumentation in den Krankenhäusern zu unterscheiden. Typischerweise wird die interne Leistungsdokumentation insbesondere in den Kalkulationskrankenhäusern detaillierter durchgeführt als die externe Dokumentation, die zu Abrechnungszwecken an die Kostenträger übermittelt werden muss.

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

## 2.1.2 Datenerhebung

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

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

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

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

Für den Tagesbezug der Kostenkalkulation auf den Stationen (Kostenstellengruppen 21 und 22) sind Betreuungsintensitätsmodelle (BI-Modelle) für eine tagesvariable Einschätzung des Behandlungsaufwands von Patienten zwingend erforderlich.

Zur Gewichtung der Pflegetage auf den Stationen nach der Betreuungsintensität (Kostenstellengruppen 21 und 22) stehen zwei Modelle zur Verfügung: ein Modell zur Anwendung für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und ein von den Fachverbänden der Psychiatrie und der Psychosomatik in Abstimmung mit dem InEK konsentiertes Modell für die Behandlungsbereiche Psychiatrie und Psychosomatik für Erwachsene. Bei rund 98% der kalkulierenden Einrichtungen, die Erwachsene behandeln, wurde das Betreuungsintensitätsmodell im Datenjahr 2015 umgesetzt (Vorjahr: ca. 94%).

Von den insgesamt 334 Krankenhäusern, die mit dem InEK eine Kalkulationsvereinbarung abgeschlossen haben, erbringen 130 Einrichtungen Leistungen im BPfIV-Entgeltbereich. Fünf Krankenhäuser nahmen für das Datenjahr 2015 eine Übergangsregelung in Anspruch, d.h. es wurde nochmals die Möglichkeit eingeräumt, nur Daten aus dem Entgeltbereich „DRG“ einzusenden. Bis Februar 2016 sagten 113 Krankenhäuser eine Kalkulationsdatenlieferung zu. Zu einem späteren Zeitpunkt mussten fünf Einrichtungen ihre Zusage zur Lieferung von Kalkulationsdaten aufgrund technischer

Probleme zurückziehen. Von den verbleibenden 108 Kalkulationskrankenhäusern hatten 96 Einrichtungen bereits an der Kalkulation im Jahr 2015 teilgenommen. 17 der 113 Krankenhäuser haben erstmalig Kalkulationsdaten übermittelt. Insgesamt mussten die Daten von drei Krankenhäusern wegen nicht behebbaren technischer Probleme der Kalkulationssoftware aus der Kalkulationsstichprobe herausgenommen werden.

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

	Erhebung von Daten gem. § 21 KHEntgG	Erhebung von Kostendaten
Anzahl Krankenhäuser	596	113
Anzahl Fälle	1.150.335	330.478
Anzahl Pflgetage	29.353.108	8.607.182

Tabelle 1: Umfang der Datenlieferungen, Entgeltbereich „PSY“, Datenjahr 2015 inkl. Begleitpersonen, rein vorstationäre Fälle und Überlieger, vor Fallzusammenführung (Stand: 31. Mai 2016)

Die 113 Kalkulationskrankenhäuser teilen sich in jeweils 53 alleinstehende Krankenhäuser und 60 Allgemeinkrankenhäuser oder Universitätskliniken mit angegliederter Fachabteilung auf (Abbildung 1).

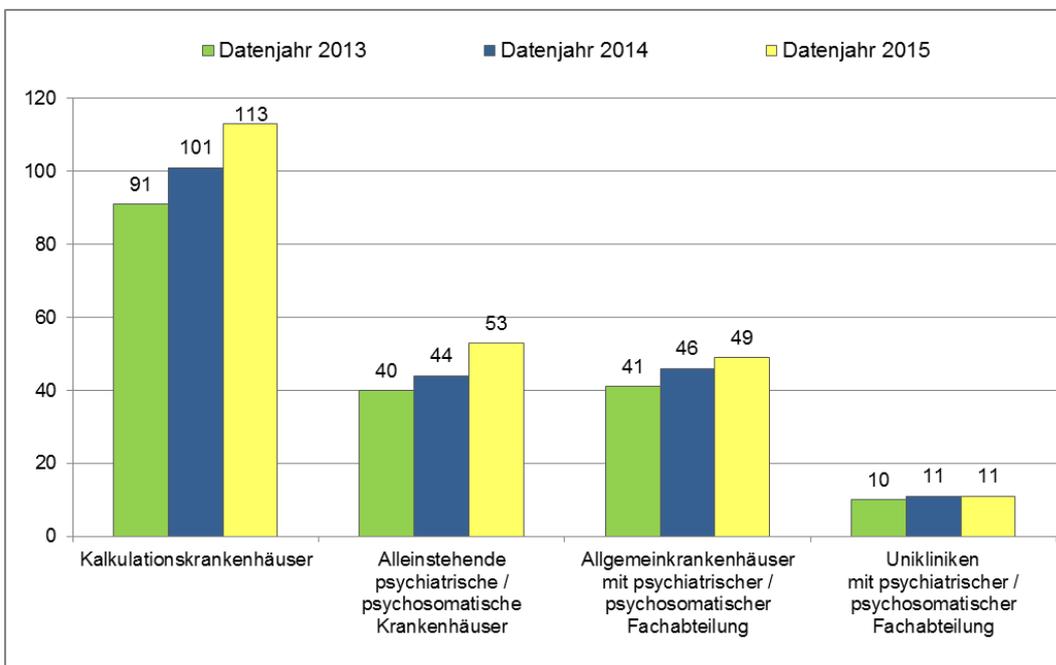


Abbildung 1: Verteilung der Kalkulationskrankenhäuser nach Strukturmerkmalen (Datenjahre 2013 bis 2015 im Vergleich)

Insgesamt übermittelten 48 (Vorjahr: 44) Krankenhäuser Daten einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) inklusive teilstationärer Plätze und 43 (Vorjahr: 41)

Krankenhäuser Daten einer Fachabteilung für Psychosomatik inklusive teilstationärer Plätze (Abbildung 2).

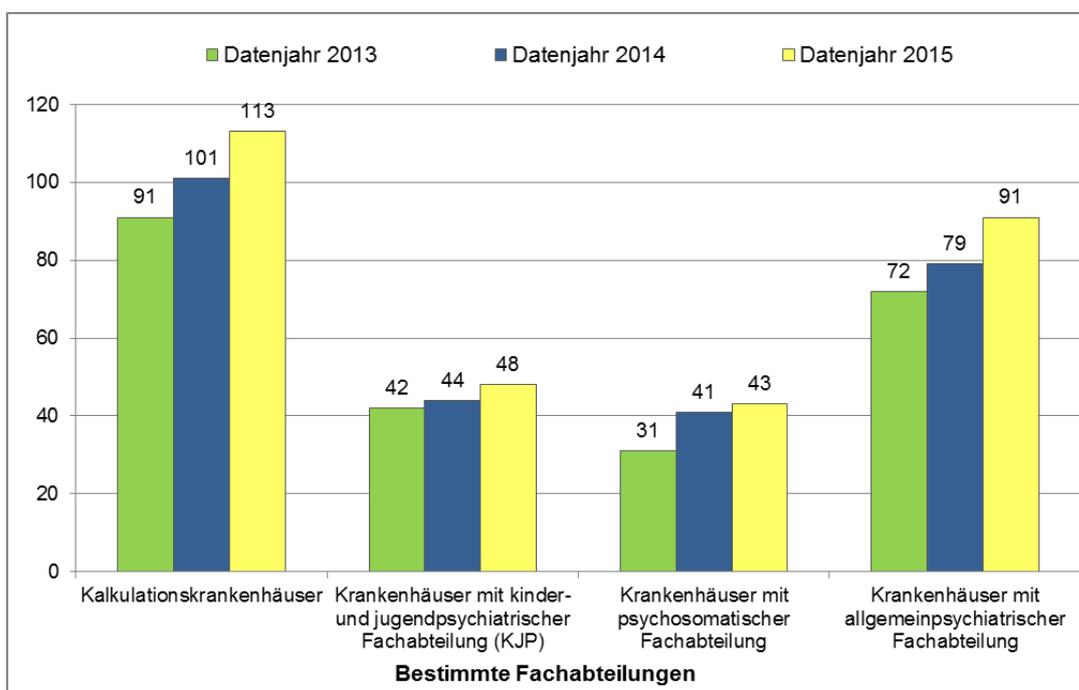


Abbildung 2: Verteilung der Kalkulationskrankenhäuser mit bestimmter Fachabteilung (Datenjahre 2013 bis 2015 im Vergleich)

### Zusammensetzung der Datenlieferungen

Alle Darstellungen zur Zusammensetzung der Datenlieferungen beziehen sich auf den in Tabelle 1 dokumentierten Umfang von 596 Krankenhäusern bzw. 113 Kalkulationskrankenhäusern. Abbildung 3 stellt den Vergleich der Fallzahlen zwischen Kalkulationsdaten und den Daten der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG für ausgewählte Bereiche dar.

Bei der Gegenüberstellung der Fallmengen der Kalkulationskrankenhäuser und der Krankenhäuser der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG zeigt sich für das Datenjahr 2015 jeweils ein geringer Unterschied für die Fallzahlverteilung in den Bereichen vollstationär bzw. teilstationär: Bei den Kalkulationsdaten liegt der Anteil der Fallzahlen an der Gesamtfallzahl im Bereich der vollstationären Versorgung etwas höher und im Bereich der teilstationären Versorgung etwas niedriger als der jeweilige Anteil der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie liegt der Anteil der Fallzahlen an der Gesamtfallzahl bei den Kalkulationsdaten weiterhin etwas höher als der jeweilige Anteil der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG. Im Bereich der Psychiatrie allgemein zeigt sich auch bei den Kalkulationsdaten ein etwas höherer Anteil. Der Bereich Psychosomatik ist bei den Kalkulationskrankenhäusern auch in diesem Jahr mit einem geringeren Anteil als in der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG vertreten.

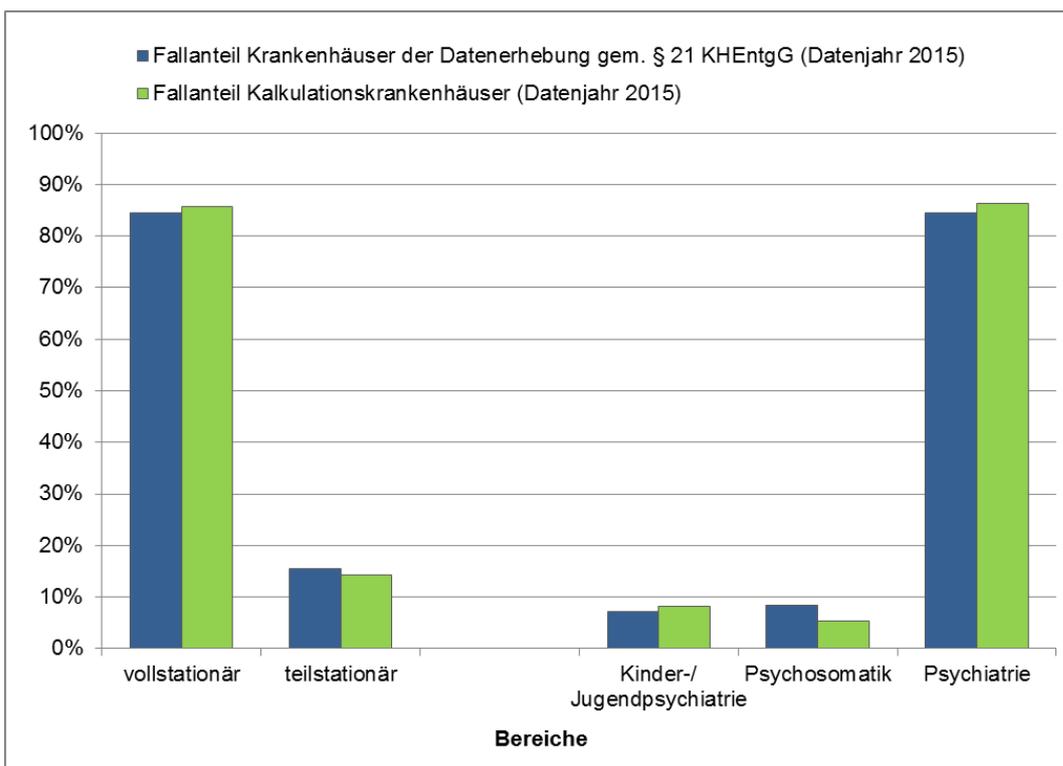


Abbildung 3: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach bestimmten Bereichen

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

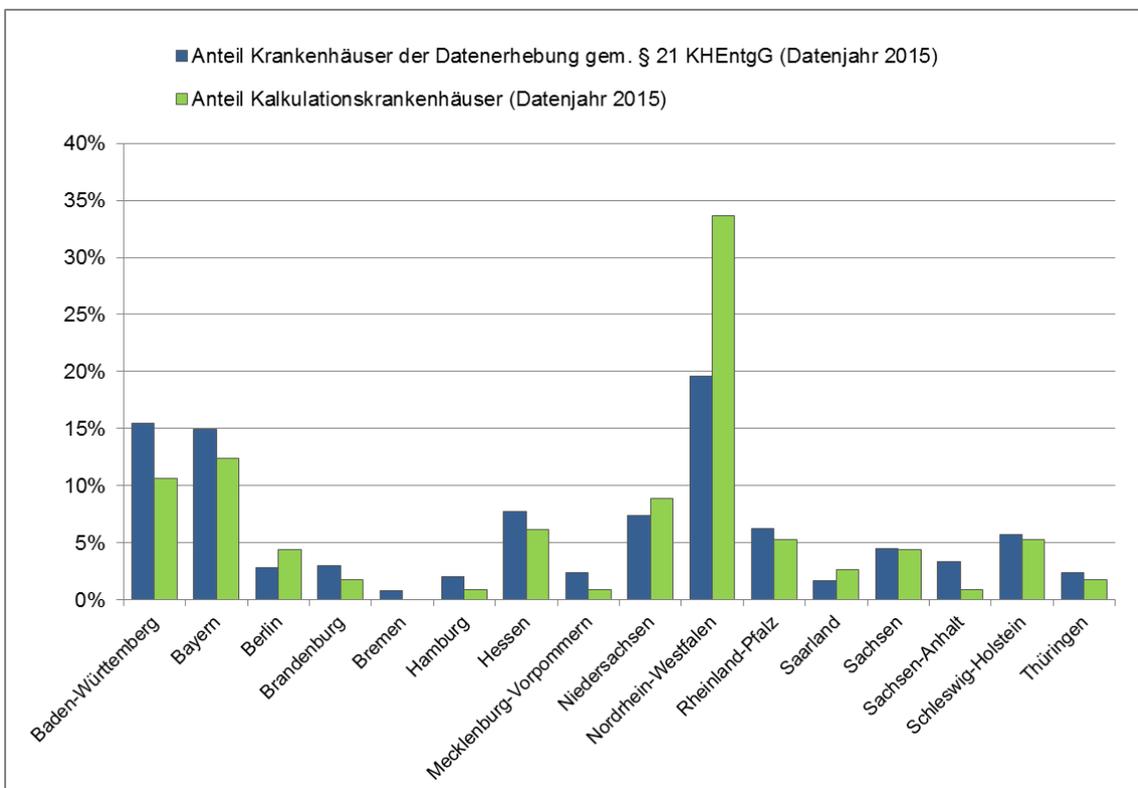


Abbildung 4: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach dem Bundesland der Krankenhäuser

Nordrhein-Westfalen und Bayern haben wie bereits im Vorjahr die größten Anteile bei den Kalkulationskrankenhäusern. Danach folgen Baden-Württemberg, Niedersachsen, Hessen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein, Berlin und Sachsen, wobei der Anteil der Kalkulationskrankenhäuser aus Nordrhein-Westfalen hier deutlich über dem entsprechenden Anteil an der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG liegt und gegenüber dem Vorjahr sogar noch gestiegen ist. Im Gegensatz dazu hat sich der Anteil der Kalkulationskrankenhäuser in Bayern gegenüber dem Vorjahr um rund 5% verringert. In einem Bundesland (Vorjahr: zwei) haben sich keine Einrichtungen an der Lieferung von Kostendaten beteiligt.

Die Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser zeigt Abbildung 5. Bei der Gegenüberstellung der Kalkulationskrankenhäuser mit Krankenhäusern der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG zeigt sich auch für das Datenjahr 2015 bei den Kalkulationskrankenhäusern ein Übergewicht der Krankenhäuser ab einer Größe von mehr als 100 Betten. Bei den Kalkulationskrankenhäusern sind kleine Krankenhäuser mit bis zu 100 Betten mit einem geringeren Anteil als ihrem Anteil an der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG vertreten. Gleichzeitig stellt die höhere Beteiligung großer Krankenhäuser die Abdeckung des gesamten Leistungsspektrums mit ausreichenden Fallzahlen sicher.

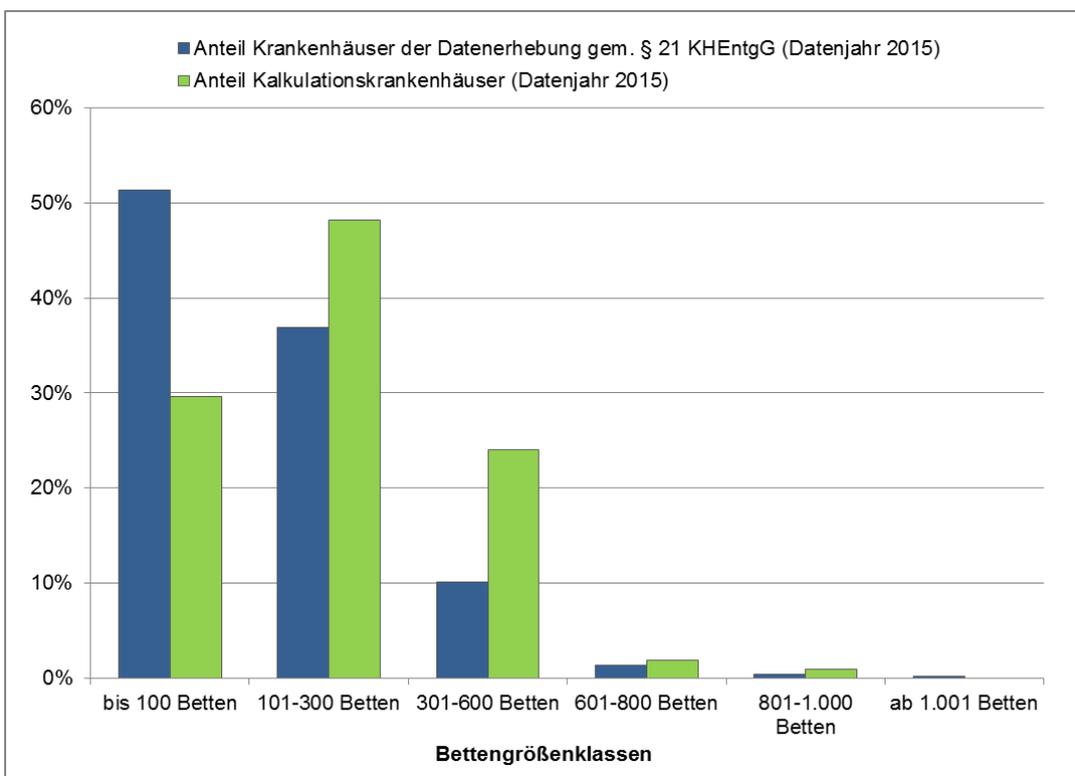


Abbildung 5: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser (nach Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG)

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

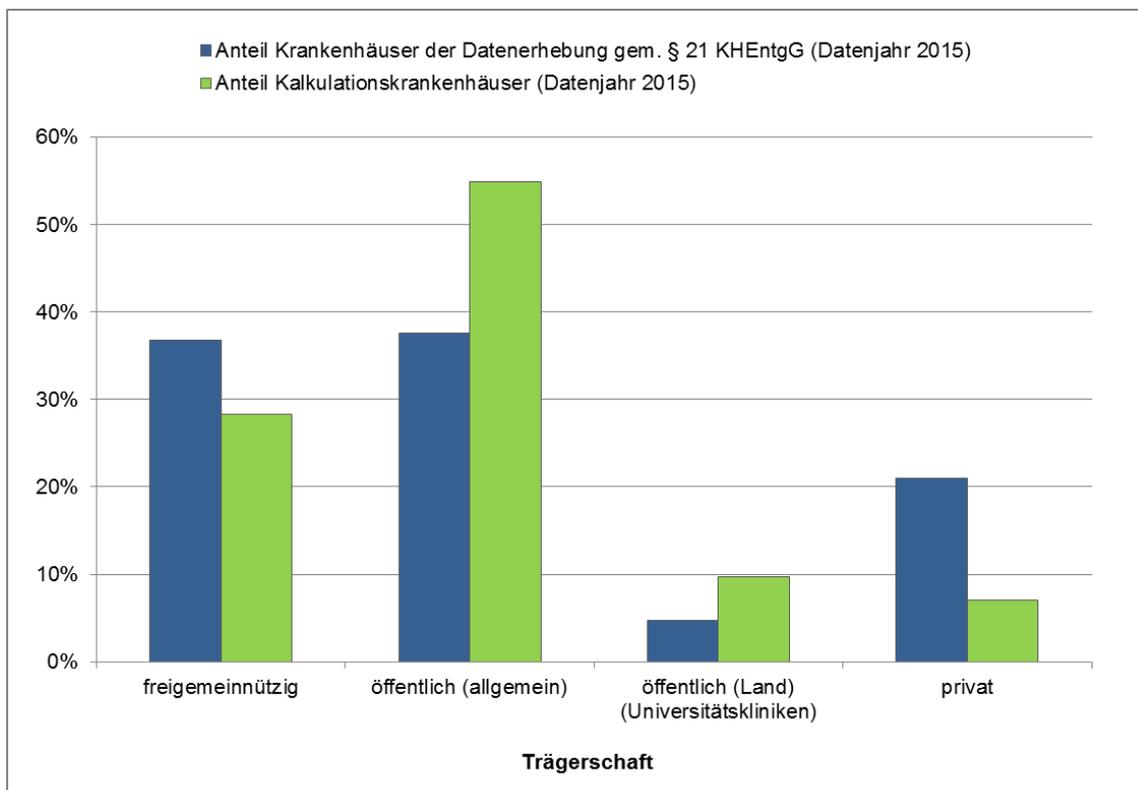


Abbildung 6: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser

Im Datenjahr 2015 rechneten insgesamt 210 Einrichtungen auf Basis des PEPP-Entgeltsystems ab, davon waren 68 Einrichtungen Kalkulationsteilnehmer.

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

## 2.2 Datenaufbereitung

### 2.2.1 Fallzusammenführung

Die Daten des Jahres 2015 wurden – sofern nicht aufgrund der Umstellung auf die PEPP-Abrechnung bereits in den Originaldaten geschehen – nachträglich auf Basis der Regelungen des § 2 der Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2016 (PEPPV 2016) zusammengefasst. Die Fallzusammenführung wurde auf dem Datenbestand der Datener-

hebung gem. § 21 KHEntgG durchgeführt. Im Ergebnis waren 5,9% (Vorjahr: 8,4%) aller voll- und teilstationären Fälle der Gesamtmenge der Kalkulationskrankenhäuser von der nachträglichen Fallzusammenführung betroffen.

## 2.2.2 Bereinigungen und Korrekturen

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

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

- Vorstationäre Leistungen ohne anschließende vollstationäre Behandlung bzw. vorstationäre oder nachstationäre Behandlungstage bei vollstationärem Aufenthalt
- Kosten für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 KHEntgG und § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 BPfIV, die gem. § 17b Abs. 1a KHG über Zuschläge vergütet werden sollen

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

Bereinigung	Anzahl Fälle
Vorstationäre Fälle ohne anschließende vollstationäre Behandlung und Begleitpersonen	14.608
Nicht vollständig kalkulierte Überlieger	13.657

*Tabelle 2: Fälle ohne PEPP-Relevanz in den Kalkulationsdaten*

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

Im Rahmen der PEPP-Kalkulation wurde deutlich, dass ein Teil der hochspezialisierten Leistungen über Zusatzentgelte (ZE), also additive Vergütungskomponenten, besser abzubilden ist. Diese Leistungen lassen sich in der Regel keiner spezifischen PEPP zuweisen, d.h. sie können bei unterschiedlichen Diagnosen und in Kombination mit diversen Prozeduren erbracht werden (vgl. Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) für das Jahr 2016, S. 13 f.).

Als hochspezialisierte Leistungen wurden im Rahmen der PEPP-Kalkulation solche Leistungen identifiziert, die originär keinen Bezug zur Kernleistung im Bereich Psychiatrie bzw. Psychosomatik aufweisen, wie z.B. Strahlentherapie, Gabe von Blut oder Gabe von Medikamenten bei Chemotherapie. Der Vollständigkeit halber sei darauf hingewiesen, dass es sich hierbei nicht um Standardleistungen aus dem Bereich Psychiatrie bzw. Psychosomatik handelt. Die für diese Leistungen ausgewiesenen Zusatzentgelte sollen lediglich extrem aufwendige Leistungen für somatische Erkrankungen vergüten, die in Einzelfällen auch im PEPP-Entgeltbereich behandlungsbedürftig sind. Demgegenüber wurde als originär psychiatrisch-psychosomatische Leistung die Elektrokrampftherapie (EKT – ab OPS Version 2017 in *Elektrokonvulsionstherapie* umbenannt) identifiziert, die die Kriterien der Zusatzentgelt-Definition erfüllt. Als weitere originär psychiatrisch-psychosomatische Leistung konnte die *Gabe von Paliperidon, intramuskulär* identifiziert werden. Die im Datensatz enthaltenen Kostenanteile für die Zusatzentgelt-relevanten Leistungen wurden daher jeweils aus den entsprechenden Kostenmodulen herausgerechnet und von den Fallkosten abgezogen (siehe Kap. 2.2.3). Beispielsweise wurden bei Erbringung der Leistung „Elektrokrampftherapie“ alle Module der Kostenstellengruppen 5 „Anästhesie“ und 26 „Andere Therapie“ am jeweiligen Tag der Leistungserbringung komplett bereinigt.

Darüber hinaus wurden entsprechende Kostenanteile für die Leistungen der Ergänzenden Tagesentgelte aus den jeweiligen Kostenmodulen herausgerechnet. Wie im Vorjahr waren dies:

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

Tabelle 3 stellt die Zusammensetzung der Gesamtmenge der Daten gem. § 21 KHEntgG und der Kalkulationsdaten dar, differenziert nach voll- und teilstationärer Leistungserbringung. Die Gesamtmenge zeigt die Datensätze wie geliefert an. Die Grundmenge bildet die Datensätze nach Fallzusammenführung (FZF) und Bereinigung um rein vorstationäre Fälle sowie um Begleitpersonen und – ausschließlich bei Kalkulationsdaten – unvollständig kalkulierte Überlieger ab. Die deutliche Reduktion der Fallzahl resultiert aus der Fallzusammenführung.

	Daten gem. § 21 KHEntgG			Kalkulationsdaten		
	Fälle	Pflegetage	Anzahl KH	Fälle	Pflegetage	Anzahl KH
<b>Gesamtmenge (wie geliefert)</b>	1.150.335	29.353.108	596	330.478	8.607.182	113
davon vollstationär	984.812	24.565.642	545	284.991	7.270.190	110
davon teilstationär	165.523	4.787.466	491	45.487	1.336.992	106
<b>Grundmenge *</b>	1.001.304	29.243.713	596	282.825	7.695.301	113
davon vollstationär	846.259	24.456.254	532	242.608	6.483.836	110
davon teilstationär	155.045	4.787.459	491	40.217	1.211.465	106

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

Tabelle 3: Datenmengen der Datenlieferung gem. § 21 KHEntgG und der Kalkulationsdaten, Datenjahr 2015

### 2.2.3 Ergänzende Datenbereitstellung

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

- Patienten, die nach richterlicher Anordnung (gemäß PsychKG oder §§ 1631b bzw. 1906 BGB) untergebracht wurden
- Leistungen der Elektrokrampftherapie und der Strahlentherapie
- Gabe von Medikamenten
- Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen gemäß OPS-Kode 9-693.0\* und 9-693.1\* mit Angabe der jeweiligen Leistungstage und Anzahl der Stunden sowie der leistenden Berufsgruppe
- Anzahl der Merkmale bei Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen auf Tagesebene gemäß OPS-Kode 9-61\* (OPS Version 2016)

#### ***Patienten, die nach richterlicher Anordnung (gemäß PsychKG oder §§ 1631b bzw. 1906 BGB) untergebracht wurden***

Mit Hilfe der Abfrage zur Unterbringung nach richterlicher Anordnung sollte untersucht werden, ob sich diese Fälle innerhalb einer PEPP hinsichtlich ihrer Kostenstruktur deutlich von Fällen ohne richterliche Anordnung unterscheiden. Im Ergebnis haben 66 der 113 teilnehmenden Einrichtungen Angaben zur Verfügung gestellt. Insgesamt wurden 17.402 Fälle mit richterlicher Anordnung gem. §§ 1631b bzw. 1906 BGB und 13.156 Fälle mit sofortiger/einstweiliger Unterbringung gemäß PsychKG übermittelt und konn-

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

### **Elektrokrampftherapie**

Wie bereits in Kapitel 2.2.2 angeführt, wurde die Elektrokrampftherapie (EKT – ab OPS Version 2017 in *Elektrokonvulsionstherapie* umbenannt) als originär psychiatrisch-psychosomatische Leistung identifiziert, die die Kriterien der Zusatzentgelt-Definition erfüllt. Um diese Leistung kalkulieren zu können, wurden im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung Informationen zur Leistung EKT abgefragt, wie z.B.

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

Trotz intensiver Analysen war die Datenlage wie im Vorjahr für die Ermittlung eines einheitlichen Preises nicht ausreichend belastbar. Deshalb war auch für den PEPP-Entgeltkatalog 2017 keine Bewertung des Zusatzentgelts für die Leistung Elektrokrampftherapie möglich.

### **Strahlentherapie**

Aufgrund der unzureichenden Datenlage konnten für den PEPP-Entgeltkatalog 2017 wie im Vorjahr die Leistungen der Strahlentherapie nur als unbewertetes Zusatzentgelt aufgenommen werden.

### **Gabe von Medikamenten**

Die *Gabe von Paliperidon, intramuskulär* (OPS-Kode 6-006.a) wurde neben der Elektrokrampftherapie als zweite originär psychiatrisch-psychosomatische ZE-fähige Leistung identifiziert. Um die verschiedenen Vorschläge aus dem Vorschlagsverfahren besser analysieren zu können, wurden auch für das Datenjahr 2015 alle einzelnen der Kostenartengruppe 4b (Einzelkosten Medikamente) zugerechneten Medikamente im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung abgefragt, und zwar nach Datum der Gabe, Medikament (Handelsname, Wirkstoff, ATC-Kode), Applikationsform bzw. Dosis und Kosten. Insgesamt wurden 209.080 Datensätze für 10.504 identifizierbare Fälle aus 64 Kalkulationskrankenhäusern übermittelt. Damit lag zwar eine umfangreiche Datenlage vor, jedoch ist für die Einführung weiterer medikamentenspezifischer Zusatzentgelte auch eine fachliche Bewertung erforderlich, sodass bis zur Erstellung eines mit den Fachgesellschaften abgestimmten Gesamtkonzepts keine weiteren Veränderungen in diesem Bereich vorgenommen wurden. Daher bleibt weiterhin die *Gabe von Paliperi-*

don, intramuskulär im PEPP-Entgeltkatalog 2017 als unbewertetes Zusatzentgelt bestehen (vgl. auch Kap. 3.1.4).

### ***Anzahl der Merkmale bei Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen auf Tagesebene***

Um die mit der Anpassung des OPS-Kodes zum 1. Januar 2016 verbundene Änderung der Definition und Zählung der Merkmale kalkulatorisch bereits auf Basis der Daten des Datenjahres 2015 vorwegnehmen zu können, wurde eine Abfrage zur Merkmalsanzahl bei Intensivbehandlung bei Erwachsenen auf Tagesebene durchgeführt. Die ergänzende Datenbereitstellung konnte 87% der gemäß OPS Version 2015 identifizierten Tage mit Intensivbehandlung in den entsprechenden Kalkulationskrankenhäusern abdecken. Damit bestand eine sehr gute Datenbasis, die für die Kalkulation des Ergänzenden Tagesentgelts ET02 verwendet werden konnte (vgl. Kap. 2.2.6).

## **2.2.4 Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen**

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

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

1. Prüfungen im Zuge der Datenannahme stellten sicher, dass die formalen Anforderungen der Datenübermittlung erfüllt sind.
2. Die in der zweiten Ebene durchgeführte inhaltliche Prüfung der Datensätze umfasste zunächst automatisiert erstellte fall- und tagesbezogene Prüfungen. Die schematisierten inhaltlichen Datenprüfungen wurden nach festgelegten Prüfroutinen unter drei Aspekten durchgeführt:
  - Die ökonomische Prüfung erstreckte sich auf die von den Krankenhäusern gelieferten Kostendaten.
  - Die medizinische Prüfung untersuchte die medizinischen Perioden- und Fallinformationen.

- Die medizinisch-ökonomische Prüfung nahm Zusammenhangsprüfungen zwischen den medizinischen und den ökonomischen Kosten- und Leistungsdaten vor.
3. In der dritten Prüfungsebene wurde eine Individualanalyse durchgeführt. Dies bedeutete die Inaugenscheinnahme von Einzelfällen unter ausgewählten Fragestellungen.

Ein besonderer Fokus wurde hierbei auf Leistungen der Ergänzenden Tagesentgelte bzw. psychiatriespezifischen Zusatzentgelte gelegt. Beispielsweise wurde die umfangreiche Datenbereitstellung im Bereich der Medikamente zur Plausibilisierung der Kostenwerte in der Kostenartengruppe 4b (Einzelkosten Medikamente) herangezogen und nur die Werte nachgefragt, die durch diesen Abgleich nicht erklärt werden konnten. Weiterhin wurden die tagesgenauen Angaben in der ergänzenden Datenbereitstellung der *Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen* gemäß OPS-Kode 9-693.0\* (Kleinstgruppe) und OPS-Kode 9-693.1\* (Einzelbetreuung) mit den übermittelten tagesbezogenen OPS-Kodes und den entsprechenden Kosten der angegebenen Berufsgruppe abgeglichen.

### 2.2.5 Datenausschluss

Die Erkenntnisse aus den Konformitäts- und Plausibilitätsprüfungen wurden verwendet, um die Menge der auszuschließenden Daten zu bestimmen. Grundsätzlich wurden nur ganze Fälle ausgeschlossen. Bei den Fällen, die in die Kalkulation der tagesbezogenen Bewertungsrelation eingeflossen sind, wurden daher immer alle stationären Tage verwendet.

Im Fokus der abschließenden Beurteilung stand wie in den Vorjahren die Auswirkung der individuellen Fehler auf die mittleren Tageskosten bzw. auf die Gesamtkosten. Der individuelle Fehler auf Gesamkostenebene wurde als nicht schwerwiegend eingestuft und ein Datensatz somit in die Kalkulationsmenge aufgenommen, wenn der Fehler auf Gesamkostenebene keine Auswirkung hatte.

Die medizinischen Plausibilitätsprüfungen mit Auffälligkeiten im Kodierbereich führten in der Regel zu Hinweisen an die Krankenhäuser mit der Möglichkeit, die Verschlüsselung zu prüfen und ggf. zu korrigieren. Nur sehr wenige Fälle mussten aufgrund medizinischer Auffälligkeiten aus der Kalkulationsbasis ausgeschlossen werden (vgl. auch Kap. 3.1.3.1).

Die Datenprüfungen führten zum Ausschluss von insgesamt 20.766 voll- und teilstationären Fällen (Vorjahr: 20.096 Fälle). Davon sind 17.849 Fälle auf den vollständigen Ausschluss der Datensätze von acht Krankenhäusern zurückzuführen (6,3%).

2.917 voll- und teilstationäre Datensätze (1,0%; Vorjahr: 1,9%) mussten aufgrund schwerwiegender Fehler mit Auswirkung auf die mittleren Tageskosten von der Kalkulationsmenge ausgeschlossen werden. Eine der häufigsten Ausschlussursachen vollstationärer Fälle war z.B. die fehlerhafte Kostenzuordnung auf den Stationskostenstellen. Tabelle 4 gibt einen Überblick über die Gründe, warum vollstationäre Datensätze aus der Kalkulationsdatenmenge ausgeschlossen wurden.

Kalkulations- bzw. Kodierfehler	Anzahl
Fehlerhafte Kostenzuordnung auf Stationskostenstellen	448
Anzahl Anwesenheitstage stimmt nicht mit der Anzahl der übermittelten Tage mit Kosten überein	359
Extrem hohe Fehlbuchungen an Einzeltagen	176
Kodierung und Kostenzuordnung stimmen nicht überein	130
Keine Kosten für den vollstationären Aufenthalt übermittelt	65
Aufnahme wegen diagnost. Leistungen (Radiologie/Labor) bzw. OP	62
Fehlende Gesamtkosten wegen Fallzusammenführung gemäß Regel mit Fall ohne Kosten	48
Fehlerhafte Kostenzuordnung auf Therapiekostenstellen	43
Fehlende Therapiekosten/falsche Kostenzuordnung bei Angabe von Qualifizierter Entzugsbehandlung	42
Fehlerhafte Kostenzuordnung bei kodierter Einzelbetreuung/Kleinst-gruppe	14
Keine Kosten für den Bereich Station übermittelt	2
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>1.389</b>

Tabelle 4: Ausschlussgründe für vollstationäre Datensätze (Datenjahr 2015)

Insgesamt ergab sich aus der Korrektur der Daten eine neue Kalkulationsdatenbasis mit 262.059 Fällen aus 105 Einrichtungen (Steigerung von 18,6% gegenüber dem Vorjahr). Dies entspricht einem Anteil von rund 26,2% an den identisch selektierten Daten gem. § 21 KHEntgG (vgl. auch Tabelle 3, Tabelle 5).

	Fälle			Pflegetage		
	vollstationär	teilstationär	Summe	vollstationär	teilstationär	Summe
<b>Gesamtmenge (wie geliefert)</b>	284.991	45.487	330.478	7.270.190	1.336.992	8.607.182
<b>Grundmenge*</b>	242.608	40.217	282.825	6.483.836	1.211.465	7.695.301
Gesamthaus-Löschungen	14.156	3.693	17.849	337.123	98.669	435.792
Einzelfall-Löschungen	1.389	1.528	2.917	37.724	43.531	81.255
<b>Kalkulationsmenge</b>	<b>227.063</b>	<b>34.996</b>	<b>262.059</b>	<b>6.108.989</b>	<b>1.069.265</b>	<b>7.178.254</b>

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

Tabelle 5: Kalkulationsdatenmenge, Datenjahr 2015

### 2.2.6 Kalkulationsmethode für die Ergänzenden Tagesentgelte

Für die Kalkulation Ergänzender Tagesentgelte (ET) kommen grundsätzlich nur solche Leistungen in Frage, deren Kosten abgrenzbar und in der Kostenmatrix identifizierbar sind. Aufgrund des differenzierten tagesgenauen Ausweises der Kosten getrennt nach Unterbringung (Stations-Kostenstellengruppen), therapeutischer Kernleistung (Therapie-Kostenstellengruppen) und Diagnostik (diagnostische Kostenstellengruppen) in Kombination mit den unterschiedlichen Kostenartengruppen (z.B. einzelne Berufsgruppen und Einzelkosten sowie Infrastrukturkosten) wird eine tagesgenaue Identifizierung der Kosten ermöglicht, z.B. der Kosten für die Leistung „1:1-Betreuung von Erwachsenen“ (OPS-Kode 9-640.0\*).

Die Kalkulation der Ergänzenden Tagesentgelte für den PEPP-Entgeltkatalog 2017 erfolgte analog zum Vorjahr (vgl. Kap. 2.2.6 des Abschlussberichts zur Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) für das Jahr 2016).

Zur Kalkulation des Ergänzenden Tagesentgelts ET02 *Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit mindestens 3 Merkmalen* wurden für den PEPP-Entgeltkatalog 2017 die Daten der ergänzenden Datenbereitstellung herangezogen (vgl. Kap. 2.2.3). Die tagesgenauen Merkmalsangaben bildeten dabei die Grundlage für die Ermittlung des durch Leistung begründeten Kostendeltas für die jeweilige Merkmalsausprägung. Somit konnten die feinere Differenzierung und die seit dem 1. Januar 2016 geltende Zählweise der Merkmale der OPS-Kodes 2016 bereits auf die Daten des Datenjahrs 2015 übertragen und für alle relevanten OPS-Kodes 9-619, 9-61a und 9-61b differenzierte Werte ausgewiesen werden. Durch die ergänzende Datenbereitstellung wurden somit über die OPS-Kodierung des Datenjahres 2015 hinausgehende Leistungsinformationen bereitgestellt, die eine Differenzierung nach der OPS-Kodierung 2016 schon für den PEPP-Entgeltkatalog 2017 vorwegnehmen konnten.

## 2.3 Berechnung der Bewertungsrelationen

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

Das Vorgehen lässt sich wie folgt zusammenfassen:

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

### **2.3.1 Sonderkonstellationen**

Wie im Vorjahr waren diejenigen PEPP besonders zu behandeln, die das Erreichen einer Einstiegsschwelle an Leistungsmerkmalen voraussetzen. Durch diese Einstiegsschwelle sind in den Kostendaten ggf. keine Fälle unterhalb einer bestimmten Anzahl von Pflgetagen enthalten, auch wenn das Erreichen der PEPP mit weniger Pflgetagen theoretisch möglich wäre (wie z.B. bei der PEPP P003B oder P003C; vgl. Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) für das Jahr 2016, Kap. 2.3.1).

### **2.3.2 Normierung der Bewertungsrelationen**

Analog zum Vorjahr wurden für die Berechnung der Bezugsgröße zunächst alle voll- und teilstationären Fälle gem. § 21 KHEntgG im Entgeltbereich „PSY“ nach dem PEPP-System 2017 gruppiert. Fälle in unbewerteten PEPP (Anlage 1b und 2b des PEPP-Entgeltkatalogs 2017) blieben bei der weiteren Berechnung unberücksichtigt. Für Fälle in Fehler-PEPP wurde als Schätzwert eine Bewertungsrelation von 1,0000 je Tag verwendet.

Darüber hinaus wurde allen Fällen für die relevanten Behandlungstage das entsprechende Ergänzende Tagesentgelt (siehe Kap. 2.2.6) gemäß OPS-Kodierung mit der jeweiligen Bewertungsrelation zugeordnet.

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

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

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

Die Bezugsgröße für den PEPP-Entgeltkatalog 2017 beträgt bei dieser Methodik 240,22 Euro.

### **3 PEPP-Entgeltsystem 2017**

#### **3.1 Entwicklung der PEPP-Klassifikation: Vorgehensweise und Ergebnisse**

##### **3.1.1 Ausgangssituation**

Grundlage der Weiterentwicklung der PEPP-Klassifikation waren die Daten des Jahres 2015 und damit die gemäß ICD-10-GM Version 2015 bzw. OPS Version 2015 verschlüsselbaren Diagnosen und Prozeduren sowie die nach § 301 Abs. 3 SGB V, Anlage 2, Schlüssel 6 für das Jahr 2015 zugelassenen Fachabteilungsschlüssel.

Sowohl zu den per OPS verschlüsselten Leistungen als auch hinsichtlich der Fachabteilungskette liegen (mit Zeitstempel und Gültigkeitsdauern) umfangreiche Informationen vor, die nicht nur dem Fall, sondern auch präzise dem Behandlungstag zugeordnet werden können.

Des Weiteren enthält der Datensatz nach § 21 KHEntgG eine Vielzahl weiterer fallbezogener Attribute, die auf mögliche damit verbundene höhere Tageskosten geprüft werden können, beispielsweise das Alter des Patienten.

Im OPS Version 2016 wurden die Codes für die Psychiatrische bzw. Psychosomatische Komplexbehandlung (OPS 2015: 9-60 bis 9-63 sowie 9-65 bis 9-68) überarbeitet und hinsichtlich Therapieart (Regel-, Intensiv-, psychotherapeutische- und psychosomatische Behandlung) sowie Therapieeinheiten getrennt und differenziert. Diese grundlegenden Änderungen bedingen auch Veränderungen in der Eingruppierung, auf die in den entsprechenden Abschnitten weiter eingegangen wird.

Die zunehmende Erfahrung sowie reale Anwendung des PEPP-Systems der Kliniken im Datenjahr 2015 führte zu einer Verbesserung der Datengrundlage und Kodierqualität. Hinsichtlich der Diagnosen im ICD und der Leistungsbeschreibungen im OPS wurden zwischen 2014 und dem Datenjahr 2015 im Bereich der psychiatrierelevanten Codes keine wesentlichen Neuerungen eingeführt oder sonstige Veränderungen vorgenommen, die zu einer Verbesserung der Leistungsabbildung geführt und damit eine Veränderung der Gruppierungssystematik veranlasst hätten. Gleichzeitig waren – nicht zuletzt aufgrund der laufenden Diskussionen und des daraus resultierenden Gesetzgebungsverfahrens zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems – auch die externen Vorschläge im Vorschlagsverfahren rückläufig. Dennoch konnte in einigen Bereichen das PEPP-System 2017 durch die Berücksichtigung weiterer Merkmale und Leistungen moderat weiterentwickelt werden.

### 3.1.2 Tagesbezug und Gültigkeitsdauer von Merkmalen

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

### 3.1.3 Grundlagen der PEPP-Klassifikation

Der grundlegende Aufbau der PEPP-Klassifikation in drei Ebenen Strukturkategorie (SK) – Basis PEPP – PEPP wurde unverändert aus den Vorjahren übernommen. Zu den weiteren Einzelheiten und Ausführungen zur Klassifikationsgrundlage wird daher auf den Vorjahresbericht verwiesen.

#### 3.1.3.1 Fehler-PEPP

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

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

PF02Z *Fehlkodierung bei psychosomatisch-psychotherapeutischer Komplexbehandlung bei Erwachsenen*

PF03Z *Fehlkodierung bei Einzel- und Kleinstgruppenbetreuung und Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen*

PF04Z *Fehlkodierung der Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen mit unzulässiger Erfassung mehrerer Therapieeinheitenkodes am gleichen Tag*

### 3.1.3.2 „Reste“-PEPP

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

PEPP \*98Z *Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose*

Diese PEPP enthalten Fälle, die aufgrund ihrer Diagnosen im Gruppierungsalgorithmus bisher keiner PEPP zugeordnet wurden, jedoch mindestens eine neuropsychiatrische Nebendiagnose aufweisen. Aufgrund des Vorkommens in mehreren Strukturkategorien erfolgt die Definition über die globale Funktion „Psychiatrische Störungen als Nebendiagnose“.

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

In diesen PEPP werden alle Fälle aufgefangen, die bisher nicht gruppiert wurden. Aufgrund der Abfrage dieser PEPP an letzter Position der jeweiligen Strukturkategorie sind hierfür keine Diagnose- oder Prozedurentabellen erforderlich. Es ergibt sich jedoch aus der Definition der zuvor abgefragten PEPP, dass diese Fälle weder eine neuropsychiatrische Haupt- noch eine solche Nebendiagnose aufweisen.

### 3.1.4 Zusatzentgelte

Wie in Kapitel 2.2.2 erläutert, sind bestimmte spezialisierte Leistungen mittels Zusatzentgelten sachgerechter zu vergüten. Im Zuge der Weiterentwicklung der PEPP-Klassifikation 2016 wurden zahlreiche Leistungen auf eine mögliche Abbildung als Zusatzentgelt untersucht. Als Ergebnis wurde zum einen für die folgenden Leistungen die Abbildung als Zusatzentgelt bestätigt:

ZP2016-01	<i>Elektrokonvulsionstherapie [EKT]</i>
ZP2016-02	<i>Strahlentherapie</i>
ZP2016-26	<i>Gabe von Paliperidon, intramuskulär</i>

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

### 3.1.5 Vorschlagsverfahren

#### 3.1.5.1 Hintergrund

Für die Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) und zur Förderung von dessen Akzeptanz ist es angezeigt, den Sachverstand der an diesem System Beteiligten einzubinden. Zu diesem Zweck wurde das Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverstands vom InEK etabliert.

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

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

#### 3.1.5.2 Beteiligung

Die Beteiligung am Vorschlagsverfahren ist im Vergleich zu den vorangehenden Jahren deutlich zurückgegangen.

Insgesamt waren für diese Kalkulationsrunde 25 Vorschläge (Vorjahr: 50) von 20 Institutionen (Vorjahr 23) eingegangen (siehe Tab. 6).

Institution	Vorschläge
Vorschläge von Krankenhäusern/Trägern	16
Vorschläge von Fachverbänden	4
Vorschläge aus der Industrie	3
Vorschläge der Selbstverwaltung	2

Tabelle 6: Vorschlagende Institutionen im Vorschlagsverfahren

Die Vorschläge ließen sich jeweils einem der folgenden Themenschwerpunkte (siehe Tab. 7) zuordnen:

Thema	Anzahl
Zusatzentgelte	14*
Kinder- und Jugendpsychiatrie	2
Allgemeine Psychiatrie	3
Teilstationäre Behandlung	1
Gerontopsychiatrie	1
Sonstiges (Strukturen, Abrechnungsregeln,...)	4

\* Davon 7 gleichartige Anträge zu Aripripazol und 2 gleichartige Anträge zu Paliperidon

Tabelle 7: Inhaltliche Themenschwerpunkte im Vorschlagsverfahren

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

### 3.1.5.3 Veröffentlichung der Vorschläge

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

Die Beteiligung am PEPP-Vorschlagsverfahren ist für die Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems von großer Bedeutung. Für die Teilnahme wie auch die Zustimmung zur Veröffentlichung sei allen Beteiligten an dieser Stelle nochmals sehr herzlich gedankt.

## 3.2 Systematische Analysen und Ergebnisse

### 3.2.1 Grundlagen

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

- der vorhandenen Eingruppierungskriterien und Splits auf weiterhin auch auf Basis der neuen Kostendaten bestehende Kostenunterschiede sowie
- der im Vorschlagsverfahren eingereichten rechenbaren Vorschläge.

Zusätzlich erfolgt eine systematische Überprüfung der folgenden Kriterien auf eine mögliche Kostentrennung in den verschiedenen PEPP:

- der kodierten Leistungen (OPS-Kode)
- der in ergänzenden Datenabfragen ermittelten zusätzlichen Kriterien wie beispielsweise der differenzierten Intensivmerkmale
- der Nebendiagnosen und Begleiterkrankungen
- weiterer Falldaten wie z.B. Alter
- weiterer möglicher Veränderungen, z.B. resultierend aus Anträgen oder eigenen Analysen

Daraus resultiert eine Vielzahl von Einzelrechnungen. Diese werden auf den Kalkulationsdaten hinsichtlich der Abbildung von Kostenunterschieden analysiert. Ebenso erfolgen Analysen auf den gesamten Daten nach § 21 KHEntgG hinsichtlich der Auswirkungen auf das gesamte PEPP-System und für alle Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik. Erst nachdem die Bewertung aller Analysen eine Verbesserung des Systems in Hinblick auf eine sachgerechte Abbildung der Fälle zeigt, werden die entsprechenden Änderungen im System umgesetzt.

### **3.2.2 Diagnosen- und Prozedurenklassifikation**

Grundlage der nachfolgend dargestellten Analysen und Umbauten zur PEPP-Version 2017 waren in erster Linie die im Datenjahr 2015 von den Kalkulationskrankenhäusern verschlüsselten Leistungsbezeichner in Form von ICD-10-GM und OPS, jeweils in der Version 2015. Dabei muss berücksichtigt werden, dass sich einige Codes bis zur Version des Anwendungsjahres, also in diesem Fall 2017, ggf. ändern (siehe dazu auch Kap. 3.3).

### **3.2.3 Ergänzende Datenbereitstellung**

Wie in Kapitel 2.2.3 beschrieben, werden für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems von den Kalkulationseinrichtungen weitere Daten benötigt, die in den Standarddatensätzen nicht enthalten sind.

Aus klassifikatorischer Sicht sind dies insbesondere Daten für

- im Datenjahr noch nicht vorhandene, aber bereits im PEPP-System verwendete Diagnose- bzw. Leistungsbezeichner,
- Leistungen, die eine Eignung als Kostentrenner erwarten lassen, deren Leistungsbezeichner (OPS) jedoch noch nicht existieren oder noch nicht ausreichend trenn-

scharf formuliert sind und sich daher noch nicht für eine Analyse eignen; bei diesen Leistungen ist in der Regel in Abstimmung mit dem DIMDI und den Fachgesellschaften eine Ergänzung oder Änderung des ICD oder OPS für 2017 auf den Weg gebracht,

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

Der Umfang der ergänzend zu erhebenden Merkmale muss jedoch begrenzt sein, da die ergänzende Datenbereitstellung einen erheblichen Aufwand für die Kalkulationskrankenhäuser darstellt. Denn nicht alle Daten liegen in den Häusern in elektronisch auswertbarer Form vor, sodass – trotz relativ kurzer vorgegebener Bearbeitungszeiträume – oft manuelle Aktenauswertungen erforderlich sind.

Dennoch sind diese Daten für die Weiterentwicklung des PEPP-Systems unabdingbar.

### 3.2.4 Diagnosen

Wie auch in den Vorjahren wurden alle bisher in PEPP gruppierungsrelevanten Diagnosen auf Fortbestehen ihrer Eigenschaft als Kostentrenner überprüft. In diesem Zusammenhang wurden auch alle in den Daten vorkommenden Diagnosen auf mögliche Kostenunterschiede untersucht. Dabei zeigten sich eine Reihe von Neben- und Hauptdiagnosen mit höheren Kosten verbunden. Dies ermöglichte eine Aufwertung der jeweiligen Diagnosen in den Eingruppierungskriterien verschiedener PEPP. Tabelle 8 zeigt die von der Aufwertung betroffenen Diagnosen mit ihrer jeweiligen Ursprungs- und Ziel-PEPP. So konnten z.B. im Bereich der Gerontopsychiatrie Fälle mit der Nebendiagnose *Schwere und sehr schwere motorische Funktionseinschränkung* (U50.40, U50.41, U50.50, U50.51) aus den PEPP mit niedrigerem Ressourcenverbrauch (Ursprungs-PEPP: PA15B/C) in die besser bewertete PEPP PA15A (Ziel-PEPP) verschoben werden. Insgesamt werden durch die Aufwertungen für die PEPP-Version 2017 vor allem Patienten mit alltagsrelevanten körperlichen und psychischen Einschränkungen bessergestellt.

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

Diagnose	Typ *	Ursprungs-PEPP	Ziel-PEPP
Schwere und sehr schwere motorische Funktionseinschränkung (U50.40, U50.41, U50.50, U50.51)	ND	PA15B/C	PA15A
Schwere kognitive Funktionseinschränkung (U51.20, U51.21, U51.22)	ND	PA04B/C	PA04A
Adipositas mit Body-Mass-Index von 40 und mehr (E66.02, E66.12, E66.22, E66.82, E66.92)	ND	PP10B	PP10A
Kachexie (R64)	ND	PA03B	PA03A
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1x.2-5, ausgenommen Tabak und Stimulans Koffein)	ND	PK04B	PK04A
	ND	PP04B	PP04A
Lewy-Körper-Krankheit (G31.82)	HD+ ND	PA15B/C	PA15A
Entzugssyndrom mit Delir bei psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10.4)	HD+ ND	PA15B/C	PA15A

Tabelle 8: Auszug der aufgewerteten Diagnosen im PEPP-System 2017

(\* ND = Nebendiagnose, HD = Hauptdiagnose)

Eine Neuerung im Entgeltsystem stellt die Berücksichtigung der motorischen und kognitiven Funktionseinschränkung dar. Diese lassen sich mit Hilfe von standardisierten Instrumenten quantifizieren und zugleich anhand eines Diagnoseschlüssels (ICD-10-GM) abbilden. Die motorische Funktionseinschränkung (z.B. Bettlägerigkeit oder Notwendigkeit der Hilfe des Transfers aus dem Bett) ist im ICD durch den Barthel-Index und den motorischen FIM (Functional Independence Measure™) repräsentiert (siehe Tab. 9). Für eine mögliche Berücksichtigung im PEPP-System 2017 wurden die verschiedenen Grade der motorischen Einschränkung analysiert. Im Ergebnis zeigte sich in der gerontopsychiatrischen Basis-PEPP PA15 eine hohe Anzahl besonders kostenintensiver Fälle mit einer schweren und sehr schweren motorischen Funktionseinschränkung. Diese konnten entsprechend ihrer höheren Kosten in der PA15A abgebildet werden. Demnach wird beispielsweise ein 85-jähriger Patient mit Hauptdiagnose *Delir ohne Demenz* (ICD F05.0) und Nebendiagnose *Schwere motorische Funktionseinschränkung: Motorischer FIM: 31-42 Punkte* (ICD-10-GM U50.41) künftig nicht mehr in die PEPP PA15B, sondern in die höherwertige PEPP PA15A eingruppiert.

<b>Grad der motorischen Funktionseinschränkung</b>	<b>Punkte Barthel-Index</b>	<b>Punkte Motorischer FIM</b>	<b>ICD-Kode</b>
keine oder gering	100	85-91	U50.0
leicht	80-95	69-84	U50.1
mittel	60-75	59-68	U50.2
mittelschwer	40-55	43-58	U50.3
<b>schwer</b>	<b>20-35</b>	<b>31-42</b>	<b>U50.4</b>
<b>sehr schwer</b>	<b>0-15</b>	<b>13-30</b>	<b>U50.5</b>

Tabelle 9: Darstellung der motorischen Funktionseinschränkung im ICD-10-GM. Im Entgeltsystem für 2017 gruppierungsrelevante Diagnoseschlüssel sind farbig hinterlegt.

Zur Erfassung der kognitiven Funktionseinschränkung (wie beispielsweise der Merkfähigkeit) hält der ICD-10-GM mit dem erweiterten Barthel-Index, dem kognitiven FIM und dem MMSE (Mini Mental State Examination) ebenfalls eine Reihe etablierter Testinstrumente bereit. Tabelle 10 veranschaulicht die verschiedenen Schweregrade der kognitiven Funktionseinschränkung:

<b>Grad der kognitiven Funktionseinschränkung</b>	<b>Punkte Erweiterter Barthel-Index</b>	<b>Punkte Kognitiver FIM</b>	<b>Punkte MMSE</b>	<b>ICD-Kode</b>
keine oder leicht	70-90	30-35	24-30	U51.0-
mittel	20-65	11-29	17-23	U51.1-
<b>schwer</b>	<b>0-15</b>	<b>5-10</b>	<b>0-16</b>	<b>U51.2-</b>

Tabelle 10: Darstellung der kognitiven Funktionseinschränkung im ICD-10-GM. Im Entgeltsystem für 2017 gruppierungsrelevante Diagnoseschlüssel sind farblich hinterlegt.

Die vom InEK auf Grundlage der Kalkulationsdaten durchgeführten Analysen ergaben Hinweise auf Mehrkosten bei Vorliegen einer schweren kognitiven Funktionseinschränkung bei Fällen innerhalb der Basis-PEPP PA04. In der Gerontopsychiatrie zeigten sich Fälle mit entsprechender Diagnose bereits sachgerecht abgebildet. Dies erklärt sich durch den Umstand, dass die jeweiligen Fälle mehrheitlich eine Hauptdiagnose tragen (hier: ICD-10-GM F05.1 Delir bei Demenz), die schon zur Eingruppierung in die PEPP PA15B führt. Innerhalb der Basis-PEPP PA04 konnten diese Fälle hingegen in der höherwertigen PEPP PA04A entsprechend ihren höheren Kosten abgebildet werden. Durch diese Systemweiterentwicklung konnte vor allem eine aufwandsgerechtere Vergütung depressiver Patienten mit kognitiver Funktionseinschränkung erzielt werden.

### 3.2.5 Prozeduren

Die im Bereich Psychiatrie und Psychosomatik (Geltungsbereich §17d KHG) zur Verfügung stehenden Leistungsbezeichner (OPS) wurden ähnlich wie die Diagnosen in vollem Umfang analysiert. Im Folgenden werden vor allem die Leistungsbezeichner ausführlich besprochen, die im PEPP-System 2017 verändert berücksichtigt wurden, während die, deren Gruppierungsrelevanz unverändert bestätigt werden konnte, nur tabellarisch dargestellt sind:

OPS-Kode	Inhalt	2016	2017
9-984*	Pflegebedürftigkeit	+	+++
9-645*	Komplexer Entlassaufwand Erwachsene	-	++
9-692*	Komplexer Entlassaufwand Kinder und Jugendliche	-	++
9-60* bis 9-63*	Behandlungsarten-Kodes Erwachsene	unverändert	
9-640.0*	1:1-Betreuung Erwachsene	unverändert	
9-641*	Kriseninterventionelle Behandlung Erwachsene	unverändert	
9-642	Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	unverändert	
9-65* bis 9-67*	Behandlungsarten-Kodes Kinder und Jugendliche	unverändert	
9-643*	Mutter-/Vater-Kind-Setting	unverändert	
9-693*	Einzelbetreuung/Kleinstgruppe Kinder und Jugendliche	unverändert	
9-690*	Kriseninterventionelle Behandlung Kinder und Jugendliche	unverändert	

Tabelle 11: In PEPP-Version 2016 und 2017 verwendete Leistungsbezeichner und ihre Gruppierungsrelevanz

- : keine Berücksichtigung; +, ++, +++ Grad der Berücksichtigung (Auswirkung auf die Eingruppierung)

Darüber hinaus gibt es eine Reihe weiterer Leistungsbezeichner, die aus verschiedenen Gründen bisher nicht beim Systemumbau berücksichtigt werden konnten. Hierzu gehören u.a. das Eltern-Kind-Setting (9-68\*), die Qualifizierte Entzugsbehandlung (9-694\*) bei Kindern und Jugendlichen und der erhöhte Supervisionsaufwand bei Kindern und Jugendlichen (9-695\*) sowie Erwachsenen: (9-648\*). Ursachen für die gegenwärtig (noch) fehlende Berücksichtigung dieser Prozeduren im Entgeltsystem sind entweder

- deren insgesamt seltene Verschlüsselung (geringe Fallzahl mit entsprechendem Kriterium),
- die Verwendung des Leistungsbezeichners durch nur eine sehr geringe Anzahl an Krankenhäusern,

- eine uneinheitliche Verwendung des Leistungsbezeichners (unterschiedliche Auslegung der Leistungsbeschreibung durch die Leistungserbringer) oder
- der fehlende Kostenunterschied zwischen Fällen mit und ohne jeweils untersuchte Leistungsbezeichner.

### **Pflegebedürftigkeit (OPS 9-984)**

Ähnlich wie im DRG-System stellte die Abbildung von Patienten mit hohem Pflegebedarf auch im PEPP-Entgeltsystem bisweilen eine Herausforderung dar. Neben den Diagnosen zur kognitiven und motorischen Funktionseinschränkung (vgl. Kap. 3.2.4) stellt der OPS seit dem Jahr 2014 ein weiteres Kriterium zur Quantifizierung des Pflegebedarfs zur Verfügung. Anders als im Bereich § 17b KHG, wo auch jeweilige Pflegeaufwände (erbrachte Leistungen) zu dokumentieren und ggf. ZE-relevant sind (PKMS), wird im Bereich Psychiatrie und Psychosomatik die Pflegebedürftigkeit als Patientenmerkmal (Pflegestufe I-III) erfasst.

Nachdem der entsprechende Leistungsbezeichner im Vorjahr erstmals in die PEPP-Klassifikation aufgenommen werden konnte, wurde dieses Kriterium für die PEPP-Version 2017 erneut umfassend untersucht. In diesem Zusammenhang ist auf die Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs hinzuweisen, die im Rahmen der Pflegereform erfolgte. Dabei wurden u.a. die bis 2016 gültigen Pflegestufen (I – III inklusive Härtefall) in Pflegegrade (1 – 5) umbenannt. Tabelle 12 zeigt, wie sich die einzelnen Pflegestufen vereinfacht in Pflegegrade überführen lassen. Der OPS Version 2017 wurde vom DIMDI den Veränderungen entsprechend überarbeitet.

<b>Bis 2016</b>	<b>Ab 2017</b>	<b>OPS 2017</b>
Pflegestufe 0	Pflegegrad 1	9-984.6
Pflegestufe I	Pflegegrad 2	9-984.7
Pflegestufe II	Pflegegrad 3	9-984.8
Pflegestufe III	Pflegegrad 4	9-984.9
Pflegestufe III, Härtefall	Pflegegrad 5	9-984.a

*Tabelle 12: Gegenüberstellung von Pflegestufen (bis 2016) und Pflegegraden (ab 2017) mit zugehörigem OPS-Kode (vorläufige Überleitung der Pflegestufen in Pflegegrade durch das InEK)*

Die Analyse der Pflegebedürftigkeit auf Grundlage der Kalkulationsdaten ergab in der Erwachsenenpsychiatrie Hinweise auf Fälle mit regelhaft höheren Kosten bereits ab Pflegestufe I in einzelnen PEPP. In der Psychosomatik und der Kinder- und Jugendpsychiatrie gab es hingegen nur eine sehr geringe Fallzahl von Patienten mit einer Pflegebedürftigkeit, sodass das Kriterium an dieser Stelle nicht weiter untersucht werden konnte.

Im Ergebnis konnte die Pflegestufe in der Erwachsenenpsychiatrie differenziert berücksichtigt werden (vgl. Tab. 13): Während im Vorjahr nur Fälle mit mindestens Pflegestufe II (Pflegegrad 3) bessergestellt werden konnten, z.B. innerhalb der PA04A, ließen sich

für die PEPP-Version 2017 auch Fälle mit mindestens Pflegestufe I (Pflegegrad 2) in der PEPP PA04B abbilden und so zu einer abgestuften, aufwandsgerechten Bewertung führen.

<b>PS I *</b>	<b>Pflegegrad 2</b>		<b><u>PA02B</u></b>		<b><u>PA04B</u></b>		
<b>PS II</b>	<b>Pflegegrad 3</b>			<b><u>PA03A</u></b>			<b>PA15B</b>
<b>PS III (+H)</b>	<b>Pflegegrade 4 + 5</b>	<b><u>PA01A</u></b>	<b><u>PA02A</u></b>		<b>PA04A**</b>	<b><u>PA14A</u></b>	<b><u>PA15A</u></b>

Tabelle 13: Berücksichtigung der Pflegebedürftigkeit im PEPP-System 2017. Die Tabelle zeigt, welcher Pflegegrad in welcher PEPP mit einer Aufwertung verbunden ist (\* Pflegestufe, \*\*Aufwertungen aus dem Vorjahr nicht unterstrichen)

### Komplexer Entlassaufwand (9-645) und psychosoziale Notlage (OPS 9-646)

Der OPS-Kode für den komplexen Entlassaufwand, der erst seit dem Vorjahr in den Kalkulationsdaten vorliegt, wurde auch in diesem Jahr hinsichtlich einer möglichen Berücksichtigung im Entgeltsystem untersucht. Er beschreibt eine Leistung, die im Zusammenhang mit der Entlassung eines Patienten erbracht wird. Beispiele sind die Unterstützung beim Wohnsitzwechsel, der beruflichen Wiedereingliederung oder der Organisation nachbetreuender Dienste. Der zugehörige OPS-Kode ist nach Berufsgruppen (Ärzte/Psychologen bzw. Pflege/Spezialtherapeuten) und in drei Zeitklassen (mehr als 1 bis zu 2, mehr als 2 bis zu 4 und mehr als 4 Stunden pro stationärem Aufenthalt) gegliedert, die jeweils getrennt voneinander analysiert wurden. Während im Vorjahr bei einer geringen Fallzahl noch keine Abbildung im Entgeltsystem möglich war, konnten diesjährige Analysen auf einer breiteren Datengrundlage stattfinden. Es zeigten sich Hinweise auf Mehrkosten bei Fällen in der Erwachsenenpsychiatrie, die mehr als 2 bis zu 4 Stunden Entlassaufwand pro Aufenthalt unabhängig von der Berufsgruppe erhalten hatten. Dementsprechend war eine Umsetzung des Entlassaufwands ab mehr als 2 Stunden für alle Berufsgruppen möglich, und zwar im Rahmen der Ermittlung des *Erhöhten Betreuungsaufwandes bei Erwachsenen* (vgl. Tab. 14). Letzterer setzt sich aus der Summe der Aufwände für 1:1-Betreuung und Krisenintervention zusammen und führt ab einem Gesamtaufwand von mehr als 100 Stunden in der Prä-PEPP P003 bzw. 40 Stunden auf Ebene der Strukturkategorie *Psychiatrie* zu einer Eingruppierung in die jeweils höher bewertete PEPP.

Die Relevanz dieser Systemweiterentwicklung wird durch das folgende Fallbeispiel deutlich: Ein Fall mit Hauptdiagnose *Schizophrenie* (ICD-10-GM F20.0) und insgesamt 36 Stunden 1:1-Betreuung wurde gemäß PEPP-Version 2016 in die PEPP PA03B eingruppiert. Erst durch Zählung des komplexen Entlassaufwands – angenommen der Patient erhielt mehr als 4 Stunden – wird die Schwelle von 40 Stunden erreicht und der Fall in die PEPP PA03A einsortiert.

Kode	Bedingung	PEPP
1:1-Betreuung (ab 2 Stunden) oder Krisenintervention (ab 3 Stunden) oder <b>Komplexer Entlassaufwand (ab 2 Stunden)</b>	> 300 Stunden und im Mittel > 1 h/Tag	P003A
	> 150 Stunden und im Mittel > 1 h/Tag	P003B
	> 100 Stunden und im Mittel > 1 h/Tag	P003C
	> 40 Stunden	PA01A PA02B PA03A PA04A PA14A PA15A

Tabelle 14: Berücksichtigung des komplexen Entlassaufwands bei der Berechnung des erhöhten Betreuungsaufwands bei Erwachsenen

Anders als der komplexe Entlassaufwand beschreibt die psychosoziale Notlage einen Mehraufwand, der in Form von Mindestmerkmalen anstatt der Dauer der erbrachten Leistung erfasst wird. Dabei geben die vier verschiedenen Mindestmerkmale an, in welchen Problembereichen Klärungs- bzw. Unterstützungsbedarf besteht:

- Finanzielle Notlage
- Drohende oder eingetretene Erwerbslosigkeit
- Drohende oder eingetretene Obdachlosigkeit
- Regelung der Weiterversorgung abhängig betreuter Angehöriger (z.B. Kinder)

Die Summe der vorliegenden Merkmale ist mit dem Kode für die psychosoziale Notlage anzugeben. Entsprechend untersuchte das InEK das Vorhandensein von Kostenunterschieden von Fällen mit und ohne Kode, wobei alle möglichen Merkmalsanzahlen (1–4) getrennt analysiert wurden. Wenngleich sich ab einer Mindestanzahl von drei Merkmalen Hinweise auf Mehrkosten ergaben, gab es lediglich nur eine sehr geringe Fallzahl mit entsprechender Kodierung bei Dominanz weniger Krankenhäuser. Daher wurde eine Berücksichtigung innerhalb der Gruppierung für die PEPP-Version 2017 nicht umgesetzt.

### 3.2.6 Sucht

Nachdem die PEPP für substanzbedingte Störungen (PA02) im Vorjahr erheblich weiterentwickelt werden konnte, bestätigten die für die PEPP-Version 2017 durchgeführten Analysen die im Vorjahr etablierten Kriterien. Hierzu gehören u.a. die Berücksichtigung der Qualifizierten Entzugsbehandlung, die Aufwertung besonders aufwendiger klinischer Zustandsbilder (z.B. Entzugssyndrom mit Delir) sowie die Kombination aus Suchthauptdiagnose und Psychose als Nebendiagnose. Neu in der PEPP-Version 2017 ist die differenzierte Implementierung der Pflegebedürftigkeit innerhalb der Sucht-PEPP PA02 (s.o.): Fälle mit Pflegestufe I werden künftig in der PEPP PA02B, Fälle mit einer

Pflegestufe II und höher werden entsprechend ihren Mehrkosten in der PEPP PA02A abgebildet.

Durch die Berücksichtigung des indizierten komplexen Entlassaufwands in der Funktion für den erhöhten Betreuungsaufwand bei Erwachsenen (u.a. in der PEPP PA02B) werden im PEPP-System 2017 nun auch Patienten mit einer Suchterkrankung in Verbindung mit einem erhöhten Aufwand bei der Entlassungsvorbereitung sachgerechter vergütet.

Als komplizierende Nebendiagnose konnten Erkrankungen aus dem Suchtbereich hingegen umfassend berücksichtigt werden (vgl. Kap. 3.2.4). Hierzu gehören klinisch besonders auffällige Ausprägungsgrade der Suchterkrankung.

### **3.2.7 Psychosomatik**

Die Zuordnung der Fälle in die Strukturkategorie *Psychosomatik* erfolgte bisher durch das Kriterium, dass die Behandlung an mehr als 50% der Pflage tage in einer ausgewiesenen psychosomatischen Fachabteilung mit einem entsprechenden Fachabteilungsschlüssel stattfinden musste. Von fachlicher Seite wurde allerdings darauf hingewiesen, dass nicht in jedem Bundesland die Psychosomatik umfassend und eigenständig im Krankenhausplan aufgeführt sei, was dazu führe, dass psychosomatische Behandlungen im PEPP-System nicht als solche in der SK *Psychosomatik* abgebildet seien, wenn der entsprechende Fachabteilungsschlüssel nicht vorliege.

Es wurde daher überprüft, inwieweit sich die Codes für die Behandlungsart *psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei Erwachsenen* (OPS 9-63\*) bei der Zuweisung in die SK *Psychosomatik* – im Sinne einer Schärfung der Kriterien – berücksichtigen lassen. Im Ergebnis zeigte sich, dass Fälle, die an mehr als 50% der Pflage tage einen Code für die vorbenannte Behandlungsart aufweisen, in der SK *Psychosomatik* insbesondere hinsichtlich ihrer Fallkosten sachgerecht eingruppiert werden. Dementsprechend wurde die SK-Zuweisung für die PEPP-Version 2017 überarbeitet (vgl. Tab. 15).

	PEPP 2016	PEPP 2017
<b>Eingruppierung in Strukturkategorie PSO / TPO, wenn ...</b>	... mehr als 50% der Pflgetage einen psychosomatischen Fachabteilungsschlüssel aufweisen.	... mehr als 50% der Pflgetage a) einen psychosomatischen Fachabteilungsschlüssel  <b><u>oder</u></b> <b><u>b) einen Kode für die Behandlungsart psychosom-psychotherapeut. Komplexbehandlung aufweisen.</u></b>

Tabelle 15: Präzisierung der SK-Zuweisung in der Psychosomatik für PEPP-Version 2017 im Vergleich zur Regelung in der Vorjahresversion

Zusätzlich konnten Fälle mit der Nebendiagnose Adipositas mit Body-Mass-Index von 40 und mehr (ICD: E66.02, E66.12, E66.22, E66.82, E66.92) aufgewertet werden (vgl. Kap. 3.2.4).

### 3.2.8 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Ähnlich wie in den anderen Bereichen des PEPP-Entgeltsystems gab es in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) für 2017 keine grundlegenden Veränderungen, sondern vorwiegend Detailverbesserungen. Hierzu zählen eine umfassendere Abbildung von Suchtneben Diagnosen und die Berücksichtigung des komplexen Entlassaufwands für 2017.

Kinder- und jugendpsychiatrische Patienten mit einer Suchterkrankung sind vorwiegend in der PEPP PK02Z (*Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen*) abgebildet. Sofern eine andere Störung im Vordergrund stand, war zu prüfen, inwiefern substanzbezogene Störungen als Nebendiagnose hinsichtlich einer Kostendifferenz zu berücksichtigen sind. Die hierzu durchgeführten Analysen zeigten Hinweise auf Mehrkosten in der fallzahlstärksten kinder- und jugendpsychiatrischen PEPP PK04 (*Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen*) für alle Substanzen (ausgenommen: Tabak und Stimulans Koffein) bei den klinischen Ausprägungsgraden Abhängigkeitssyndrom, Entzugssyndrom mit und ohne Delir sowie psychotische Störung. Im Ergebnis konnten diese Nebendiagnosen im Sinne einer Aufwertung bei der Eingruppierung der jeweiligen Fälle in die PEPP PK04A berücksichtigt werden.

Der Leistungsschlüssel für den komplexen Entlassaufwand (OPS 9-692) entspricht vom Aufbau her dem in der Erwachsenenpsychiatrie zur Verfügung stehenden Kode (vgl. Kap. 3.2.5). Es handelt sich um einen Tageskode, der für definierte Zeitaufwände anzugeben ist, die in Verbindung mit der Entlassung stehen. Während die Analysen im Vorjahr bei geringer Fallzahl und einheitlicher Kostenzusammensetzung keine Umset-

zung zuließen, zeigten sich in diesem Jahr Hinweise auf Mehrkosten bei Aufwänden von mehr als 2 Stunden, unabhängig von der Berufsgruppe. Im Ergebnis konnte der komplexe Entlassaufwand in der Prä-PEPP P002Z und auf Ebene der Strukturkategorie in der PEPP PK04A und der PEPP PK14A berücksichtigt werden. Die Berechnung der Aufwände für den komplexen Entlassaufwand erfolgt gemeinsam mit den Aufwänden aus der Einzel- und Kleinstgruppenbetreuung sowie der Krisenintervention, wie Tabelle 16 zeigt:

Kode	Bedingung	PEPP
1:1-Betreuung (ab 2 Stunden) oder Krisenintervention (ab 3 Stunden) oder Kleinstgruppe (ab 6 Stunden, ausgenommen P002Z) oder <b><u>Komplexer Entlassaufwand (ab 2 Stunden)</u></b>	> 70 Stunden und im Mittel > 1 h/Tag	P002Z
	> 40 Stunden	PK04A PK14A

Tabelle 16: Berücksichtigung des komplexen Entlassaufwands bei der Berechnung des erhöhten Betreuungsaufwands bei Kindern und Jugendlichen

### 3.3 Besonderheiten durch Änderungen im OPS

Die im Folgenden dargestellten Hinweise und Auswirkungen durch die Änderungen des OPS Version 2016 wurden bereits ausführlich in dem vom InEK auf seiner Internetseite veröffentlichten Dokument „Hinweise zur Leistungsplanung PEPP 2017“ erläutert und sollen hier lediglich die Problematik veranschaulichen. Für weitere Informationen insbesondere zur Leistungsplanung bitten wir, das genannte Dokument zu verwenden.

Obwohl sich im OPS Version 2017 gegenüber der Version 2016 nur sehr geringe Änderungen hinsichtlich der für den Bereich des § 17d KHG relevanten OPS finden (in erster Linie die Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade), sind für die Entwicklung und Gesamtbewertung des PEPP-Systems 2017 auch die Änderungen im OPS Version 2015 sowie 2016 von Interesse. Denn die Entwicklung des PEPP-Systems 2017 findet mit den Daten des Jahres 2015 statt, sodass 2015 neu eingeführte OPS ggf. erstmals untersucht werden können bzw. zwischenzeitliche Veränderungen bereits verwendeter OPS zu berücksichtigen sind.

Die umfangreichste Änderung im OPS für den Anwendungsbereich des § 17d KHG in der Psychiatrie und Psychosomatik ist die Trennung der Therapiearten (Regelbehandlung, Intensivbehandlung, Psychotherapeutische und Psychosomatische Komplexbe-

handlungen) von den Therapieeinheiten. Für die Intensivbehandlung (OPS-Bereich 9-61) hat dies Auswirkungen auf die Ermittlung der Ergänzenden Tagesentgelte, für die Therapieeinheiten auf die Zählung der Therapieintensität (z.B. auch in der derzeit zur Eingruppierung verwendeten Schwelle von 6 bzw. 8 Therapieeinheiten pro Woche).

### **3.3.1 OPS 9-61 Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen**

Wesentliche Änderung ist hier der im OPS Version 2016 aufgenommene Hinweis:

*„Ein Kode aus diesem Bereich ist zu Beginn der Behandlung, bei jedem Wechsel der Behandlungsart und bei jeder Änderung der Anzahl der Patientenmerkmale anzugeben.“*

Die Formulierung im OPS Version 2015 lautete:

*„Ein Kode aus diesem Bereich ist in der Regel einmal pro Woche anzugeben. Als erste Woche gilt die Zeitspanne vom Tag der Aufnahme bis zum Ablauf der ersten 7 Tage, usw. Erfolgt eine Versorgung an weniger als 7 Tagen (z.B. aufgrund einer Entlassung oder eines Wechsels zwischen Regelbehandlung, Intensivbehandlung oder psychotherapeutischer Komplexbehandlung), werden auch dann die Leistungen der jeweiligen Berufsgruppen berechnet und entsprechend der Anzahl der erreichten Therapieeinheiten kodiert.*

*[...]*

*Die für den jeweiligen Patienten zutreffenden unterschiedlichen Merkmale sind für die jeweilige Behandlungsepisode (maximal eine Woche) zu addieren.“*

Dies bedeutet, dass bis 2015 der OPS beispielsweise für Intensivbehandlung mit drei und vier Merkmalen eine ganze Woche galt, selbst wenn die drei Merkmale nur an den ersten Tagen der Woche bestanden und den Rest der Woche weniger als drei Merkmale. Ab 2016 ist bei Änderung der Anzahl der Merkmale ein neuer OPS anzugeben, so dass bei diesem Beispiel der OPS für drei Merkmale nur für genau die Tage mit drei Merkmalen gilt und dementsprechend das dazugehörige ET02.01 auch nur für diese Tage ermittelt wird. Entsprechendes gilt für den OPS mit fünf und mehr Merkmalen (siehe Abb. 7).

Merkmale (Beispiel)	Tag														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	...
Sicherungsmaßnahmen	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Suizidalität	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
Fremdgefährdung	X	X	X	X	X	X									
Antriebsstörung	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Entzug mit Vitalgefährdung	X	X	X	X											
<b>Anzahl</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	...
<b>OPS bis 2015</b>	9-616.*							9-615.*					9-60*		
<b>ET 2015</b>	ET02.02	ET02.01	ET02.01	ET02.01	ET02.01	ET02.01									
<b>OPS 2017</b>	9-61b				9-61a			9-619			9-617			9-60*	
<b>ET 2017</b>	ET02.05	ET02.05	ET02.05	ET02.05	ET02.04	ET02.04	ET02.03	ET02.03	ET02.03						

Abbildung 7: Änderung der Kodierung der Intensivmerkmale ab 2016 und Auswirkungen auf die Ermittlung der Ergänzenden Tagesentgelte

Im PEPP-System 2016 werden deshalb bei einigen Fällen unter Umständen weniger oder geringer bewertete Ergänzende Tagesentgelte für die Intensivbehandlung Erwachsener ermittelt, als dies bei gleicher Anzahl und Verteilung der Merkmale im PEPP-System 2015 der Fall gewesen wäre.

### 3.3.2 OPS 9-649 Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen

Die Anzahl der Therapieeinheiten bei Erwachsenen (und bei Kindern und Jugendlichen, hier jedoch nicht gruppierungsrelevant) wurde von der Therapieart entkoppelt und wird nunmehr über den gesamten Aufenthalt des Patienten in einem strikten 7-Tage-Rhythmus erfasst. Demgegenüber kam es bis 2015 dazu, dass aufgrund der verkürzten Angabe einer Therapieart (weniger als 7 Tage, z.B. bei Wechsel von Intensiv- auf Regelbehandlung) auch die Therapieeinheiten nicht für ganze 7 Tage, sondern für weniger Tage zu summieren waren und daher eine entsprechend geringere Anzahl im OPS zu kodieren war. Die Trennung und der eigene Rhythmus der Therapieeinheiten im OPS Version 2016 kann dazu führen, dass mehr Fälle als bisher die Bedingung „Anteil Therapieeinheiten ab 6 TE bezogen auf Pflage tage > 50%“ sowie die Bedingung der Funktion „Psychotherapie ab 8 TE mit hohem Anteil“ erfüllen können. Diese Kriterien werden in den PEPP PA02B, PA03A, PA04A, PA14A, PA15A, PP04A und PP10A verwendet.

	Tag																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
TE Arzt	1,5	2	0,5	1	1	2	0	1,2	0,75	2	1	1	0	0,2	2	1	1
<b>Σ TE Arzt</b>	4			4			4,95			5,2							
OPS bis 2015	9-614.11			9-605.2			9-614.12			9-605.2							
Kriterium	Kriterium "Anteil der Gültigkeit von Kodes mit mehr als 6 TE Arzt/Psychologe ≥ 50% der Pflage tage" <b>nicht</b> erfüllt																
PEPP (beispielhaft)	PA04C																
<b>Σ TE Arzt</b>	8					6,15					4						
OPS 2016	9-649.16 + 9-649.20					9-649.14 + 9-649.21					9-649.13						
	9-618		9-607		9-618		9-617		9-607								
Kriterium	Kriterium "Anteil der Gültigkeit von Kodes mit mehr als 6 TE Arzt/Psychologe ≥ 50% der Pflage tage" erfüllt																
PEPP (beispielhaft)	PA04A																

Abbildung 8: Auswirkungen der Zählung der Therapieeinheiten auf die Eingruppierung in bestimmten Konstellationen – Aufwertung

Gelegentlich kann durch eine Verschiebung der Intervalle auch eine zufällige Veränderung sowohl im Sinne einer Aufwertung als auch im Sinne einer Abwertung eintreten. Es ist jedoch davon auszugehen, dass es durch diese OPS-Änderung tendenziell zu einer höheren Anzahl von Fällen mit Erfüllung des Kriteriums kommen wird.

Auswirkungen der Zählung der Therapieeinheiten auf die Eingruppierung in bestimmten Konstellationen																		
	Tag																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
TE Arzt	1	0	0,5	1	1	2	0	1,2	0,75	2	1	1	0	1,2	2	1	1	
Therapieart	Intensiv			Regel			Intensiv					Regel						
	Aufsummierung der TE nur für den Zeitraum der jeweiligen Therapieart																	
<b>Σ TE Arzt</b>	2,5			6,95					7,2									
OPS bis 2015	9-614.11			9-605.3					9-605.3									
Kriterium	Kriterium "Anteil der Gültigkeit von Kodes mit mehr als 6 TE Arzt/Psychologe ≥ 50% der Pflage tage" erfüllt																	
PEPP (beispielhaft)	PA04A																	
	Aufsummierung der TE (getrennt nach Einzel-/Gruppentherapie) ab Aufnahme alle 7 Tage																	
<b>Σ TE Arzt</b>	5,5					7,15					4							
OPS 2016	9-649.16 + 9-649.20					9-649.14 + 9-649.21					9-649.13							
	9-618		9-607		9-618		9-617		9-607									
Kriterium	Kriterium "Anteil der Gültigkeit von Kodes mit mehr als 6 TE Arzt/Psychologe ≥ 50% der Pflage tage" <b>nicht</b> erfüllt																	
PEPP (beispielhaft)	PA04C																	

Abbildung 9: Auswirkungen der Zählung der Therapieeinheiten auf die Eingruppierung in bestimmten Konstellationen – Abwertung

### **3.3.3 Streichung des OPS 1-903 (bzw. 1-904) für aufwendige Diagnostik und Überführung in Therapieeinheiten**

Einen ebenfalls möglicherweise erhöhenden Effekt auf die Anzahl der zu kodierenden Therapieeinheiten hat der Wegfall des OPS 1-903 für die aufwendige Diagnostik bei Erwachsenen (1-904 für aufwendige Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen entfällt ebenfalls, allerdings ohne Relevanz für die Eingruppierung) und die ab 2016 vorzunehmende Abbildung der entsprechenden Leistung im OPS 9-649 (9-696 bei Kindern und Jugendlichen) für die Therapieeinheiten. Die in den Daten der Jahre 2014 und 2015 mit dem OPS 1-903 kodierten Zeiten sind für die PEPP-Version 2016 zusätzlich als Therapieeinheiten zu berücksichtigen, was bei diesen Fällen ggf. zu den in Kapitel 3.3.2 genannten Veränderungen führen kann.

## 4 Fazit

Die Weiterentwicklung des PEPP-Systems erfolgt auf Grundlage einer auch im internationalen Vergleich einzigartigen Datengrundlage zu Kosten- und Leistungsdaten voll- und teilstationärer Patienten in den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen. Insgesamt ist die Kalkulationsbeteiligung weiter angestiegen.

Unter dem Eindruck der Diskussionen um die Weiterentwicklung der Vergütung der psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung und dem daraus resultierenden Gesetzgebungsverfahren stand für das PEPP-System 2017 eine behutsame Weiterentwicklung und Anpassung an die Veränderungen im OPS, wie die Differenzierung der Anzahl der Intensivmerkmale, im Mittelpunkt. Die damit erreichte Stabilität des PEPP-Systems kommt insbesondere den Einrichtungen zugute, die sich im Rahmen der Optionsmöglichkeit bereits für die Abrechnung ihrer Krankenhausleistungen mittels PEPP entschieden haben.

Dennoch konnte eine Vielzahl von Anpassungen die Abbildungen der psychiatrischen Behandlungen im Sinne einer Leistungs- und Aufwandsgerechtigkeit verbessern. Insbesondere durch die weitere differenzierte und ausgeweitete Berücksichtigung der Pflegebedürftigkeit sowie die Aufnahme der motorischen und kognitiven Funktionseinschränkungen innerhalb der PEPP-Klassifikation erfährt die psychiatrische Behandlung der davon betroffenen Patientengruppen eine Aufwertung innerhalb der Entgeltsystematik.

Eine Reihe zusätzlicher Analysen der vorliegenden Daten sowie der ergänzenden Datenbereitstellungen tragen zum Verständnis des Leistungsgeschehens und dessen Abbildungsmöglichkeiten im Rahmen eines Entgeltsystems bei, auch wenn sie im Einzelfall nicht unmittelbar in die PEPP-Klassifikation und Entgeltsystematik einfließen konnten.

## 5 Perspektiven der Weiterentwicklung

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

Nach Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens bedürfen wesentliche Eckpunkte des Gesetzes noch der konkreten Ausgestaltung durch die Selbstverwaltung. Die Kalkulation eines bundeseinheitlichen Entgeltkatalogs bleibt weiterhin Basis des Entgeltsystems in Psychiatrie und Psychosomatik. Änderungen an der Kalkulationssystematik stehen für das kommende Datenjahr nicht an – lediglich die Darstellung der Kosten extern bezogener Leistungen innerhalb der Kostenmatrix wird angepasst. Die Darstellung als Einzelkosten des medizinischen Sachbedarfs als Bestandteil der Kostenartengruppe 6b wird zugunsten einer separaten Darstellung als Einzelkosten für extern bezogene Leistungen in der Kostenartengruppe 6c erweitert.

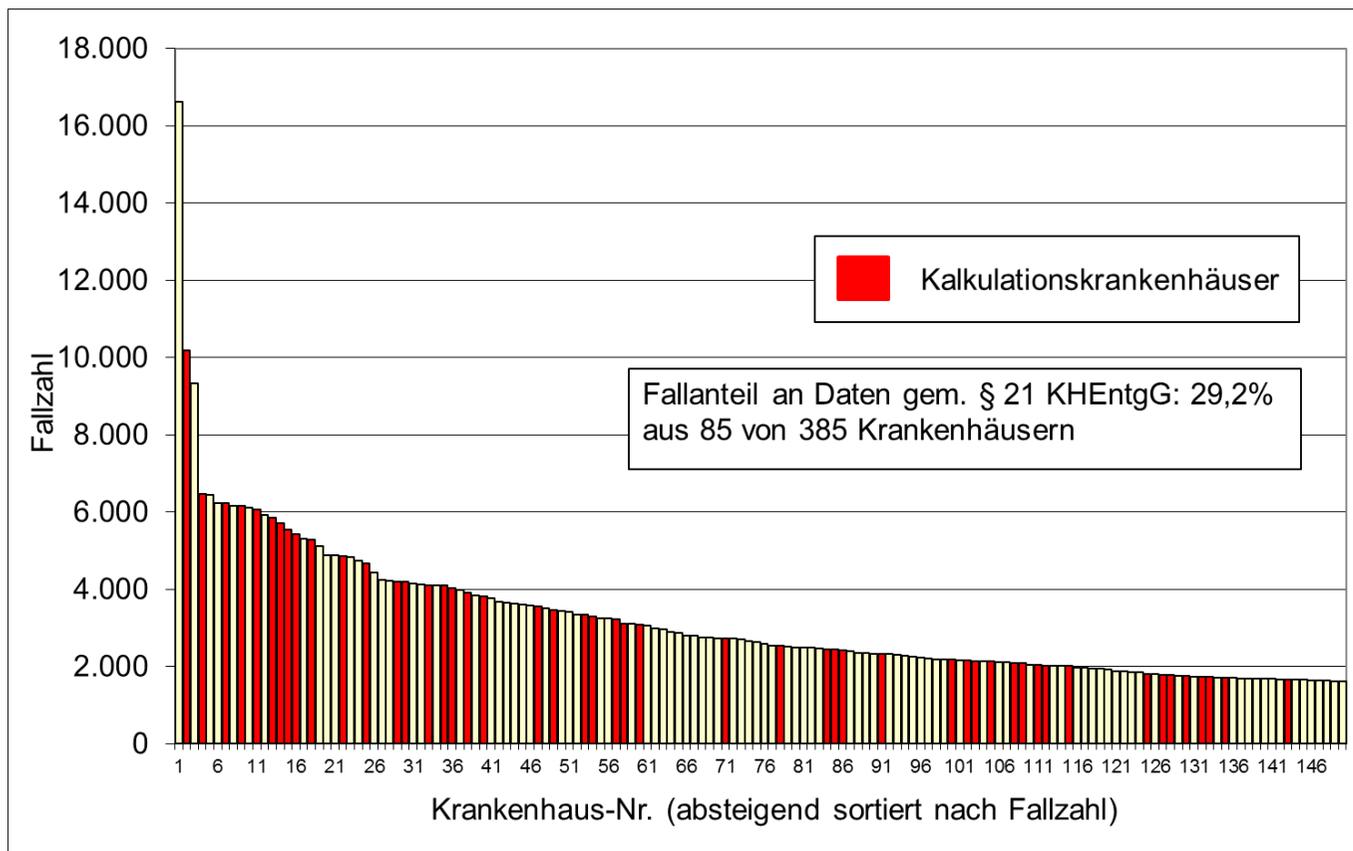
## **Anhang**

### ***Übersicht***

- Anhang A-1: Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich Psychiatrie, Datenjahr 2015
  
- Anhang A-2: Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie, Datenjahr 2015
  
- Anhang A-3: Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich Psychosomatik, Datenjahr 2015

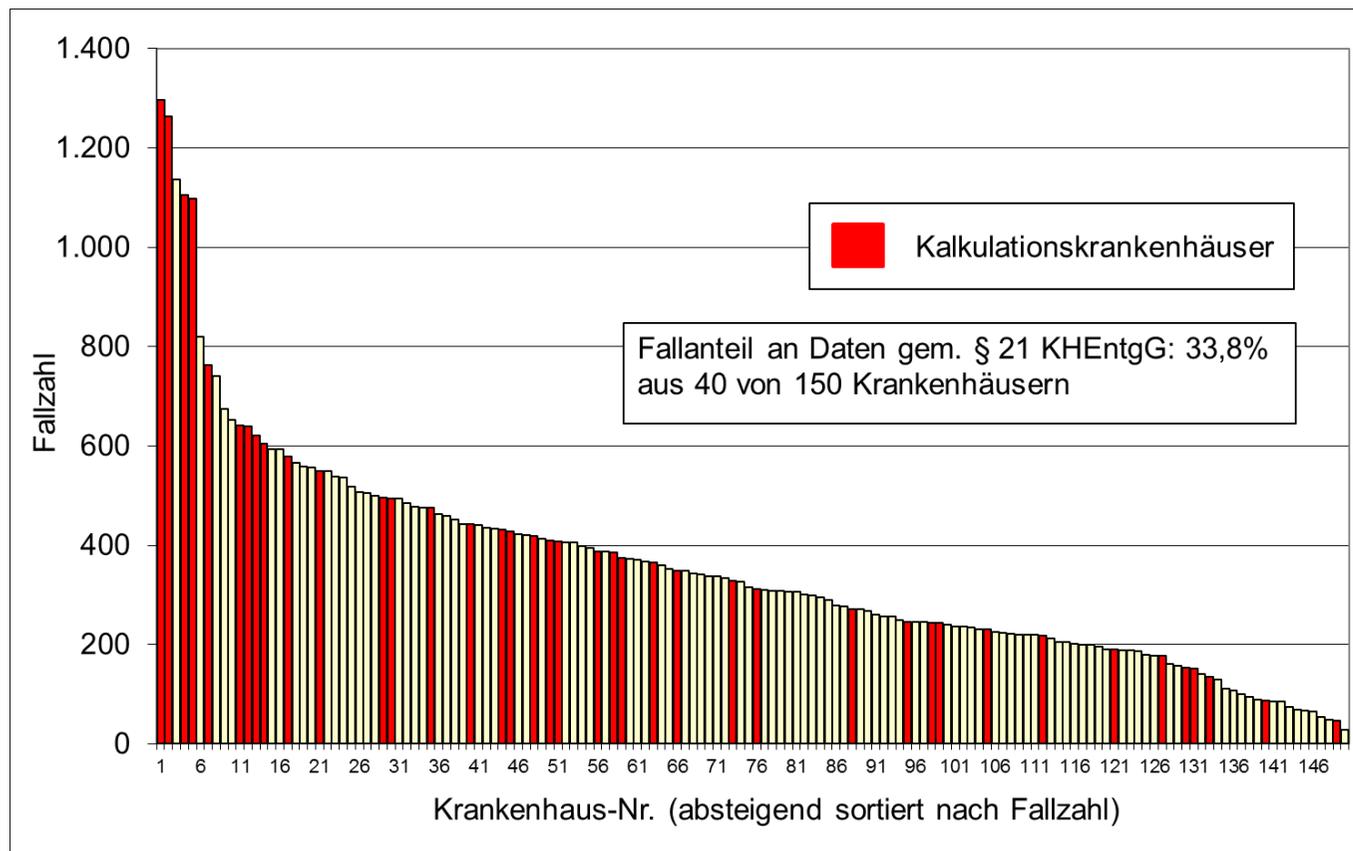
**A-1 Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich Psychiatrie, Datenjahr 2015**

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



**A-2 Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie, Datenjahr 2015**

In der folgenden Abbildung sind die Krankenhäuser (vollstationäre Fälle nach Fallzusammenführung) im Bereich **Kinder- und Jugendpsychiatrie** (inklusive der Fälle der Basis-PEPP P002) grafisch dargestellt; dabei sind die Kalkulationskrankenhäuser farbig markiert. Es wird deutlich, dass die Kalkulationsstichprobe bzgl. der Fallzahl im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie die Grundgesamtheit gut abdeckt.



**A-3 Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich Psychosomatik, Datenjahr 2015**

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

