

InEK

Abschlussbericht

Weiterentwicklung des
pauschalierenden
Entgeltsystems für
Psychiatrie und
Psychosomatik (PEPP)
für das Jahr 2014

Siegburg, den 24. Januar 2014

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

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

Inhaltsverzeichnis

	Seite
VORWORT	1
1 EINFÜHRUNG	2
2 METHODIK	4
2.1 Datenerhebung.....	4
2.1.1 Grundsätze der Kalkulation	4
2.1.2 Datenerhebung	4
2.2 Datenaufbereitung	11
2.2.1 Fallzusammenführung	11
2.2.2 Bereinigungen und Korrekturen	11
2.2.3 Ergänzende Datenbereitstellung	13
2.3 Datenprüfung	14
2.3.1 Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen	14
2.3.2 Weiterentwicklung der Kostenkalkulation	16
2.3.3 Datenausschluss.....	17
2.4 Berechnung der Bewertungsrelationen	19
2.4.1 Normierung der Bewertungsrelationen	19
2.4.2 Berechnung der Bewertungsrelationen	20
2.4.2.1 Vergütungsstufen.....	20
2.4.2.2 Bewertungsrelationen	23
3 PEPP-ENTGELTSYSTEM 2014	27
3.1 Entwicklung der PEPP-Klassifikation: Vorgehensweise und Ergebnisse.....	27
3.1.1 Ausgangssituation.....	27
3.1.2 Entwicklung der PEPP-Klassifikation 2013	28
3.1.3 Weiterentwicklung zur PEPP-Klassifikation 2014.....	29
3.1.3.1 Strukturkategorien.....	29
3.1.3.2 Diagnosegruppen.....	31
3.1.3.3 Basis-PEPP und PEPP.....	32
3.1.3.3.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie	33
3.1.3.3.2 Psychosomatik.....	34
3.1.3.3.3 Psychiatrie	36
3.1.3.4 Funktionen „komplizierende Konstellation“	37
3.1.3.5 PEPP teilstationär	38
3.1.3.6 Prä-PEPP	39
3.1.3.7 Sortierung	42
3.1.3.8 Fehler-PEPP	43
3.1.3.9 Reste-PEPP	45
3.1.3.10 Zusatzentgelte	46
3.1.3.11 Besonderheiten des PEPP-Definitionshandbuchs	47

3.2	Systematische Analysen und Ergebnisse	48
3.2.1	Diagnosen- und Prozedurenklassifikation	48
3.2.2	Analysen und Ergebnisse zu Prozedurenkodes	48
3.2.2.1	OPS-Kodes Psychiatrie / Psychosomatik	48
3.2.2.2	„Therapieeinheiten-Kodes“ 9-60 und 9-61	51
3.2.2.2.1	Therapieintensität bei Regel- und Intensivbehandlung (9-60...9-61)	51
3.2.2.2.2	Intensivbehandlung Erwachsene (9-61)	52
3.2.2.2.3	Psychotherapeutische und psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung (9-62 und 9-63)	54
3.2.2.3	1:1-Betreuung Erwachsene (9-64)	55
3.2.2.4	Kleinstgruppe/Einzelbetreuung bei Kindern und Jugendlichen (9-67)	58
3.2.2.5	Kriseninterventionelle Behandlung (9-641 und 9-690)	60
3.2.2.6	Mutter/Vater-Kind- (9-643) und Eltern-Kind-Setting (9-68)	61
3.2.2.7	Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung (9-642) 62	
3.2.2.8	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen	63
3.2.2.9	Bedeutung prozeduraler Attribute für die sachgerechte Eingruppierung in der PEPP-Version 2014	64
3.2.3	Weiterentwicklung im Bereich Sucht auf Grundlage der ergänzenden Datenbereitstellung	65
3.2.4	Diagnosebezogene Analysen und Ergebnisse	68
3.2.4.1	Strukturkategorie Psychiatrie	69
3.2.4.1.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	69
3.2.4.1.2	Affektive, neurotische und Belastungsstörungen	71
3.2.4.1.3	Persönlichkeitsstörungen	71
3.2.4.1.4	Somatische Nebendiagnosen	72
3.2.4.2	Strukturkategorie Kinder- und Jugendpsychiatrie	74
3.2.4.3	Strukturkategorie Psychosomatik	75
3.2.5	Alter	75
3.2.6	Psychiatrie-Personalverordnung	77
3.2.7	Fachabteilungskennzeichen	78
3.2.8	Vorschlagsverfahren	78
3.2.8.1	Hintergrund	78
3.2.8.2	Grundzüge des Verfahrens	79
3.2.8.3	Beteiligung	81
3.2.8.4	Bewertung und Berücksichtigung der Vorschläge	81
3.2.8.5	Veröffentlichung der Vorschläge	83
3.2.8.6	Fazit des Vorschlagsverfahrens	83
3.2.9	Überblick über die wesentlichsten Veränderungen in der PEPP-Klassifikation	84
3.2.9.1	Psychiatrie	84
3.2.9.2	Kinder- und Jugendpsychiatrie	84
3.2.9.3	Psychosomatik	85
3.2.10	Fazit	85
4	PERSPEKTIVEN DER WEITERENTWICKLUNG	87
	ANHANG	88

Abkürzungen

Abs.	Absatz
BI-Modell	Betreuungsintensitätsmodell
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPEPP	Basis-PEPP
BPfIV	Bundespfllegesatzverordnung
bzgl.	bezüglich
CCL	Complication or Comorbidity Level; Schweregrad einer Komplikation oder Komorbidität
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKR-Psych	Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik
DMI	DayMixIndex; durchschnittliche tagesbezogene Bewertungsrelation
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen), 4. Auflage
EKT	Elektrokrampftherapie
FAB	Fachabteilung
GE	Geldeinheiten
gem.	gemäß
ICD	International Classification of Diseases; Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Ausgabe für die Zwecke des SGB V
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
IPF PPS	Inpatient Psychiatric Facility Prospective Payment System
Kalkulationshandbuch	Handbuch zur Kalkulation psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen gem. § 17d KHG
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KIS	Krankenhausinformationssystem
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
MRT	Magnetresonanztomografie
OPS	Operationenschlüssel nach § 301 SGB V – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin
OR	Operating Room; operativ

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

Vorwort

Mit dem vorliegenden Bericht veröffentlicht das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) nähere Einzelheiten zur Vorgehensweise bei der Entwicklung eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) gem. § 17d Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). In diesem Jahr wird der Abschlussbericht erstmals um einen PEPP-Reportbrowser mit den Kalkulationsergebnissen und den wichtigsten statistischen Kennzahlen ergänzt. Der Reportbrowser wird auf der Internetseite des InEK Anfang 2014 zur Verfügung gestellt.

Den 70 Krankenhäusern, die freiwillig tagesbezogene Kostendaten für die Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems zur Verfügung gestellt haben, sei an dieser Stelle für ihr großes Engagement gedankt. Diese Zusammenarbeit ermöglichte dem InEK, das pauschalierende Entgeltsystem für 2014 weiterzuentwickeln. Darüber hinaus konnten der Kalkulationsablauf und der Kommunikationsprozess mit den Teilnehmern an der Kalkulation vertieft und den Krankenhäusern weiterer Anpassungsbedarf hinsichtlich Dokumentation und Kostenrechnung frühzeitig aufgezeigt werden. Dadurch konnte die Datenqualität dieser Kalkulationsrunde wiederum deutlich gesteigert werden.

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

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

1 Einführung

Der vorliegende Abschlussbericht beschreibt Grundlagen, Verfahrensweisen und Ergebnisse der Entwicklung des PEPP-Entgeltsystems für das Jahr 2014. Der Bericht wendet sich an die interessierte Fachöffentlichkeit und soll einen Beitrag dazu leisten, die der Entwicklung zugrunde liegende Vorgehensweise transparent zu machen und das Verständnis über Zusammenhänge im PEPP-Entgeltsystem zu fördern.

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

Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems 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 BpflV unter Anwendung der Psych-PV ermittelten Budgets wurden mittels der PEPP-Entgelte in Form von Abschlagszahlungen an die optierenden Krankenhäuser ausgezahlt.

Nach aktueller Gesetzeslage wird im Jahr 2015 die Anwendung der PEPP-Abrechnungsbestimmungen bei fortgeltender Budgetneutralität für Krankenhäuser verbindlich. Die Jahre 2015 und 2016 sind als Übergangszeitraum konzipiert, um den Beteiligten die Gestaltung eines planvollen und strukturierten Übergangs zu ermöglichen. Ab dem 1. Januar 2017 wird die Umverteilungswirkung des PEPP-Entgeltsystems schrittweise zugelassen (Konvergenzphase), indem die Krankenhausbudgets gegen einen einheitlichen Basisentgeltwert auf Landesebene konvergieren.

Im Rahmen der Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen hat der Gesetzgeber den Selbstverwaltungspartnern nach § 17d KHG, das sind der GKV-Spitzenverband, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), bestimmte Aufgaben übertragen. Gleichzeitig hat sich der Gesetzgeber vorbehalten, bei Nichteinigung der Selbstverwaltungspartner erforderliche Regelungen durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Wege der Rechtsverordnung vornehmen zu lassen. In diesem Fall hat das InEK dem BMG nach dessen Weisungen zuzuarbeiten (§ 17d Abs. 6 Satz 4 KHG).

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

Das PEPP-Entgeltsystem ist als lernendes System angelegt. Veränderungen in der Zusammensetzung der Patientengruppen, für die das System entwickelt ist, oder neue Behandlungsmethoden werden im System berücksichtigt. Dies setzt allerdings voraus,

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

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

Für die Datenerhebung der Kostendaten erhielten die Kalkulationskrankenhäuser bei erfolgreicher Teilnahme an der Kalkulation auf Basis des Datenjahrs 2012 eine pauschalierte Vergütung. Diese setzte sich aus einem jährlichen Grundbetrag sowie einer tagesbezogenen Vergütung in Abhängigkeit der vom InEK akzeptierten Kalkulationsdatensätze zusammen.

Zusätzlich werden die Arbeiten zur Pflege des PEPP-Entgeltsystems durch das Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständs bei der Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems (PEPP-Vorschlagsverfahren) unterstützt. Medizinische Fachgesellschaften, Verbandsorganisationen der Krankenhäuser und Krankenkassen sind dem Aufruf gefolgt, im Rahmen eines „Strukturierten Dialogs“ Vorschläge zur Weiterentwicklung zu unterbreiten. Durch die umfangreiche Beteiligung am Vorschlagsverfahren 2014 konnten Erfahrungen der klinischen Praxis und medizinisches Expertenwissen in das Ergebnis einfließen. Damit erweist sich das PEPP-Entgeltsystem im besten Sinne als „lernendes System“.

Für die Mitarbeiter der InEK GmbH

Dr. Frank Heimig
Geschäftsführer

Christian Jacobs
Abteilungsleiter
Medizin

Dr. Michael
Rabenschlag
Abteilungsleiter
Ökonomie

Mathias Rusert
Abteilungsleiter
EDV und Statistik

Siegburg, im Januar 2014

2 Methodik

2.1 Datenerhebung

2.1.1 Grundsätze der Kalkulation

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

Die datenbasierte Entwicklung des Systems erfolgt auf zwei unterschiedlichen Ebenen. Die Leistungsdokumentation erfolgt grundsätzlich auf der Ebene des zu dokumentierenden Leistungsbezeichners. Die dokumentierte Leistung kann sich dabei auf den gesamten Fall (wie z.B. bei der Kodierung der Diagnosen) oder einen bestimmten Abschnitt des Falls (wie z.B. bei der Kodierung der Therapieeinheiten) beziehen. Einige Leistungsattribute können tagesgenau dokumentiert werden (z.B. OPS-Kode für die 1:1-Betreuung bei Erwachsenen). Die gesammelten Informationen der Leistungsbeschreibung werden hinsichtlich ihrer spezifischen Gültigkeitsdauer für die Gruppierung verwendet. Dafür werden die einzelnen Leistungsattribute auf der Fallebene aggregiert und anschließend als Gesamtfallinformation auf der Leistungsebene dem Gruppierungsprozess unterworfen. Von der externen Dokumentation (OPS-Kodes) ist die interne Dokumentation in den Krankenhäusern zu unterscheiden. Dabei kann unterstellt werden, dass die interne Leistungsdokumentation insbesondere in den Kalkulationskrankenhäusern detaillierter durchgeführt wird als die externe Dokumentation, die zu Abrechnungszwecken an die Kostenträger übermittelt werden muss.

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

2.1.2 Datenerhebung

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

Die je Krankenhausfall anzugebenden Leistungsdaten beinhalten neben persönlichen Merkmalen des Patienten (z.B. Alter und Geschlecht) medizinische Informationen zur Behandlung wie Haupt- und Nebendiagnosen sowie erbrachte Therapieeinheiten und

Prozeduren. Die fallbezogenen Daten werden durch das krankenhausinterne Kennzeichen des Behandlungsfalls in Verbindung mit dem Institutionskennzeichen des Krankenhauses eindeutig identifiziert.

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

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

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

Zur besseren Vergleichbarkeit der Kostendaten auf den Stationen (Kostenstellengruppen 21 und 22) haben die Fachverbände der Psychiatrie und der Psychosomatik gemeinsam in Abstimmung mit dem InEK ein einheitliches Modell zur Gewichtung der Pflegetage nach der Betreuungsintensität für Erwachsene entwickelt. Zur Gewichtung der Pflegetage nach der Betreuungsintensität stehen somit nur noch zwei Modelle zur Verfügung: ein Modell zur Anwendung für die Kinder- und Jugendpsychiatrie (das ehemalige Modell 8.1) und ein (neues) Modell für die Behandlungsbereiche Psychiatrie und Psychosomatik für Erwachsene. Das neue Betreuungsintensitätsmodell gilt ab dem Datenjahr 2013.

Bereits für das Datenjahr 2012 war eine Verbesserung in der Anwendung der bislang gültigen Betreuungsintensitätsmodelle erkennbar: Kein Krankenhaus wies gleich verteilte Kosten auf, wodurch die differenzierte Kalkulation der Stationskosten deutlich ausgedehnt werden konnte. Somit konnten zeitintensivere und aufwendigere Patienten bereits für das Datenjahr 2012 verursachungsgerechter abgebildet werden.

Von den 283 Krankenhäusern mit Vereinbarung erbringen 101 Einrichtungen Leistungen im BPfIV-Entgeltbereich. Aufgrund der ab dem Datenjahr 2013 geltenden gemeinsamen Übermittlung der Daten gem. § 17b Abs. 5 bzw. § 17d Abs. 5 KHG nahmen 30 Krankenhäuser die Übergangsphase für das Datenjahr 2012 wahr, d.h. es wurde einmalig die Möglichkeit eingeräumt, nur Daten aus dem Bereich nach § 17d KHG einzusenden. Bis Februar 2013 sagten 71 Krankenhäuser eine Kalkulationsdatenlieferung zu. Zu einem späteren Zeitpunkt musste eine weitere Einrichtung ihre Zusage zur Lieferung von Kalkulationsdaten aufgrund von technischen Problemen zurückziehen. Von den verbleibenden 70 Kalkulationskrankenhäusern hatten 58 Einrichtungen bereits an der Kalkulation im Jahr 2012 teilgenommen. 12 Krankenhäuser haben erstmalig Kalkulationsdaten übermittelt. Von diesen haben drei Krankenhäuser Daten im Rahmen von „Testsendungen“ geliefert. Diese Daten gehen nicht in die Kalkulationsdatenmenge ein.

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

Kriterium	Erhebung von Daten gem. § 21 KHEntgG	Erhebung von Kostendaten
Anzahl Krankenhäuser	587	70
Anzahl Fälle	1.109.643	220.587
Anzahl Pflegetage	27.388.073	5.650.213

Tabelle 1: Umfang der Datenlieferungen, Entgeltbereich „PSY“, Datenerhebung 2012 inkl. Begleitpersonen, rein vorstationäre Fälle und Überlieger, vor Fallzusammenführung (Stand: 31. Mai 2013)

Die 70 Einrichtungen mit erfolgter Kostendatenlieferung teilen sich in jeweils 34 alleinstehende Krankenhäuser und 36 Allgemeinkrankenhäuser oder Universitätskliniken mit angegliederter Fachabteilung auf (vgl. Abb. 1).

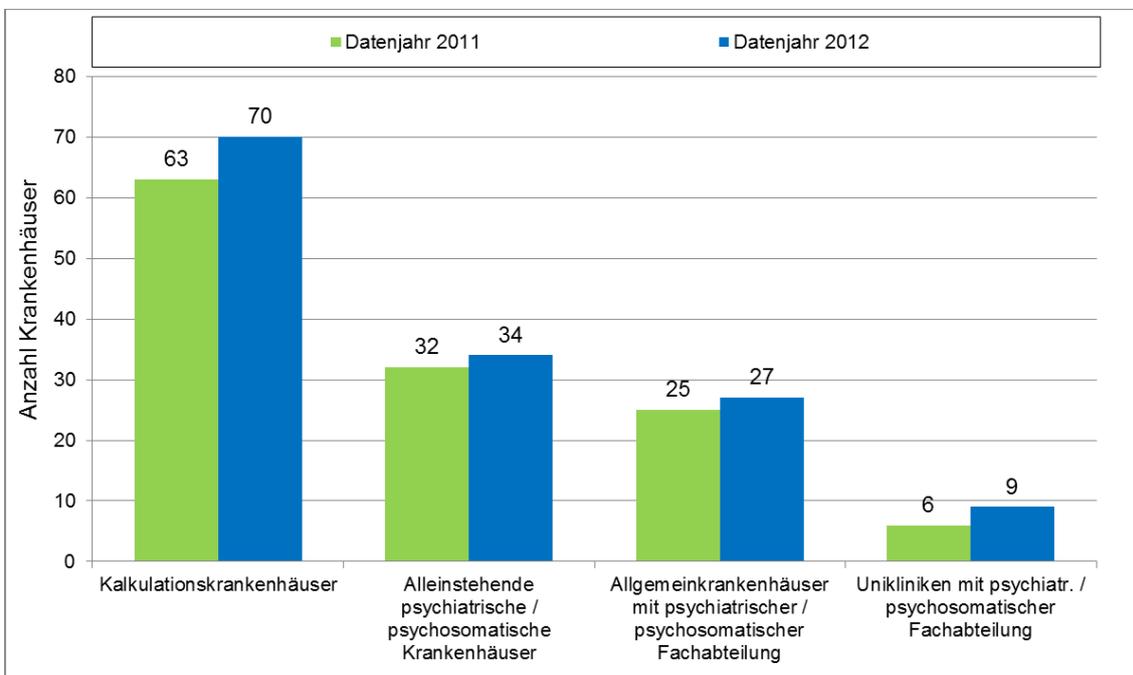


Abbildung 1: Verteilung der Kalkulationskrankenhäuser nach Strukturmerkmalen (Datenjahr 2012 im Vergleich zu Datenjahr 2011)

Insgesamt übermittelten 30 (Vorjahr: 30) Krankenhäuser Daten einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) inklusive teilstationärer Plätze und 26 (Vorjahr: 20) Krankenhäuser Daten einer Fachabteilung für Psychosomatik inklusive teilstationärer Plätze (vgl. Abb. 2).

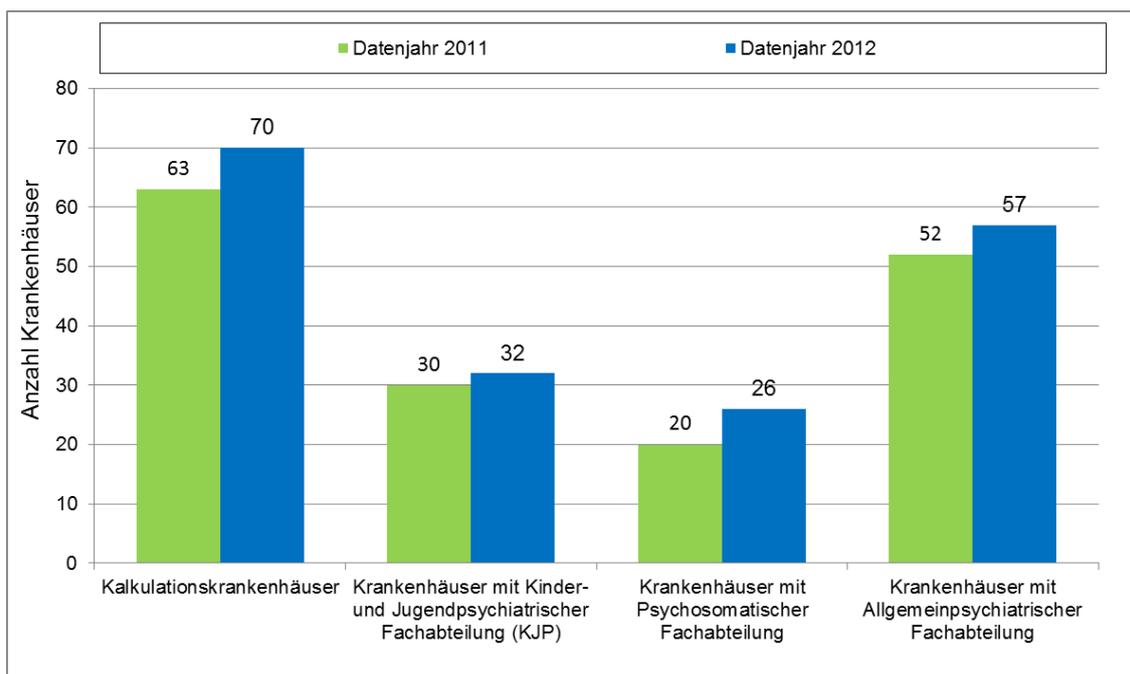


Abbildung 2: Verteilung der Kalkulationskrankenhäuser mit bestimmter Fachabteilung (Datenjahr 2012 im Vergleich zu Datenjahr 2011)

Zusammensetzung der Datenlieferungen

Alle Darstellungen zur Zusammensetzung der Datenlieferungen beziehen sich auf den in Tabelle 1 dokumentierten Umfang von 587 Krankenhäusern bzw. 70 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 Kalkulationskrankenhäuser mit Krankenhäusern der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG zeigt sich kein Unterschied für die Fallzahlverteilung in den Bereichen vollstationär bzw. teilstationär. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie liegt der Anteil der Fallzahlen an der Gesamtfallzahl bei den Kalkulationsdaten etwas höher als der Anteil der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG. Auch im Bereich der Psychiatrie allgemein zeigt sich kein Unterschied in der Fallzahlverteilung. Andererseits sind bei den Kalkulationsdaten die Fallzahlen im Bereich Psychosomatik noch immer mit einem geringeren Anteil als ihrem Anteil in der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG vertreten.

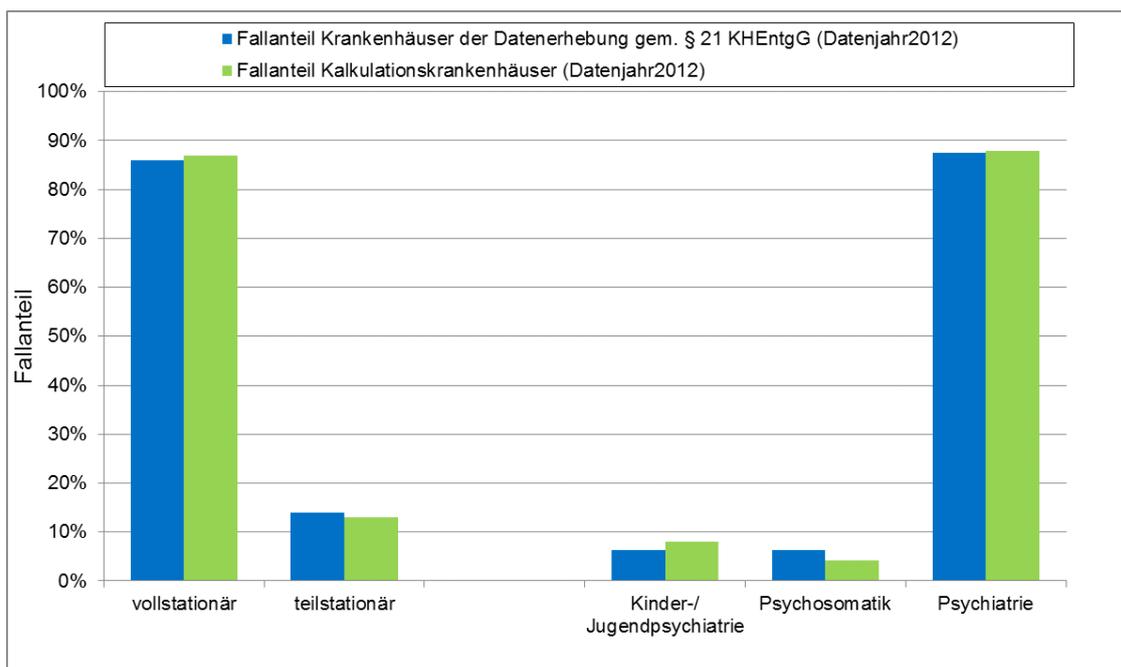


Abbildung 3: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach bestimmten Bereichen

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

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

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

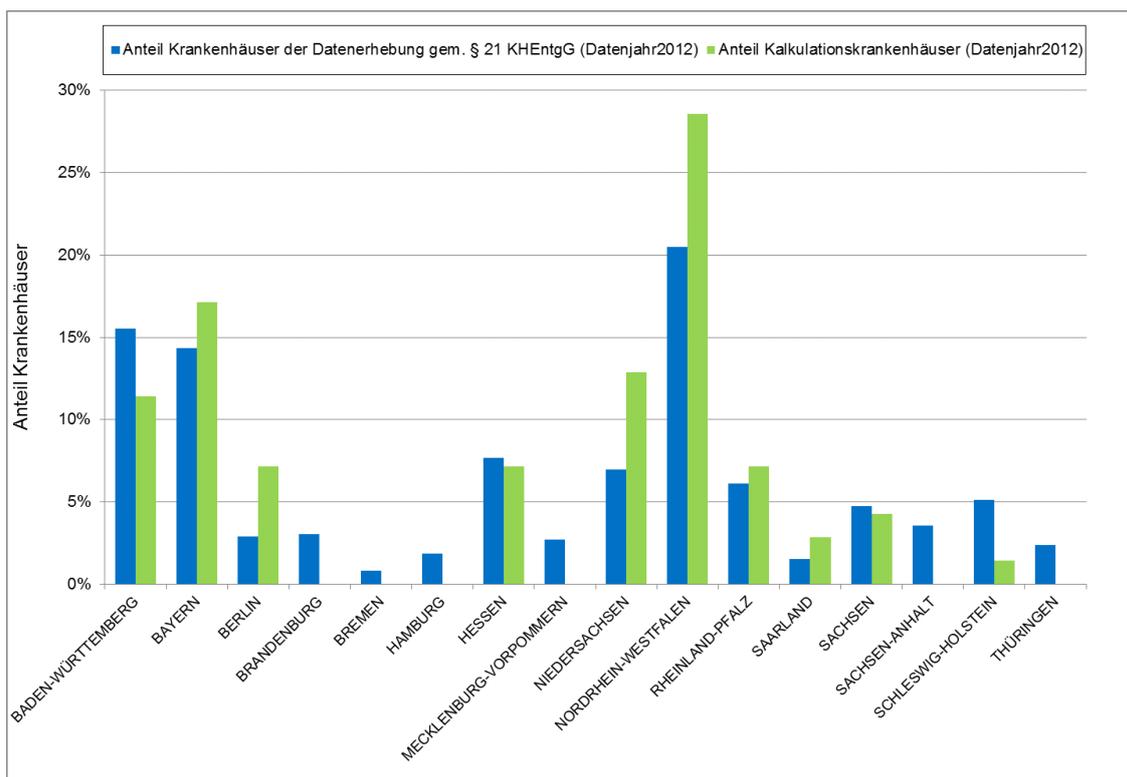


Abbildung 4: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach dem Bundesland der Krankenhäuser

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

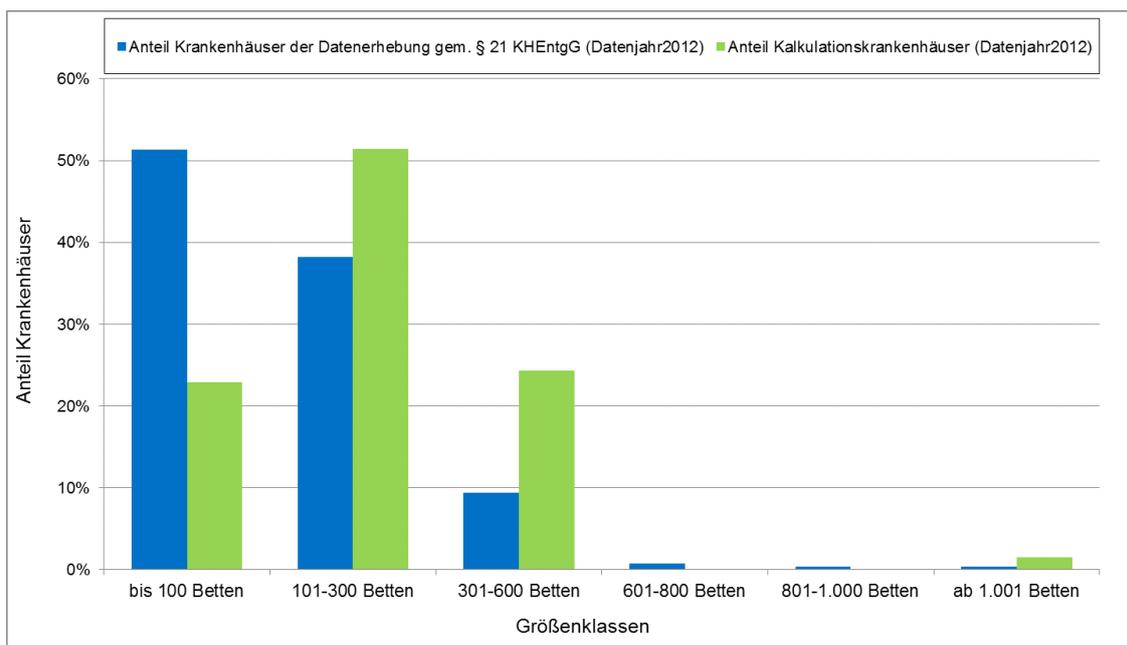


Abbildung 5: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser (nach Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG)

Die folgende Abbildung 6 zeigt die Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser. Während Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft wie im Vorjahr bei den Kalkulationskrankenhäusern überproportional im Vergleich zu den Krankenhäusern der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG vertreten sind, ist im Gegenzug das Verhältnis bei Krankenhäusern in freigemeinnütziger bzw. privater Trägerschaft genau entgegengesetzt.

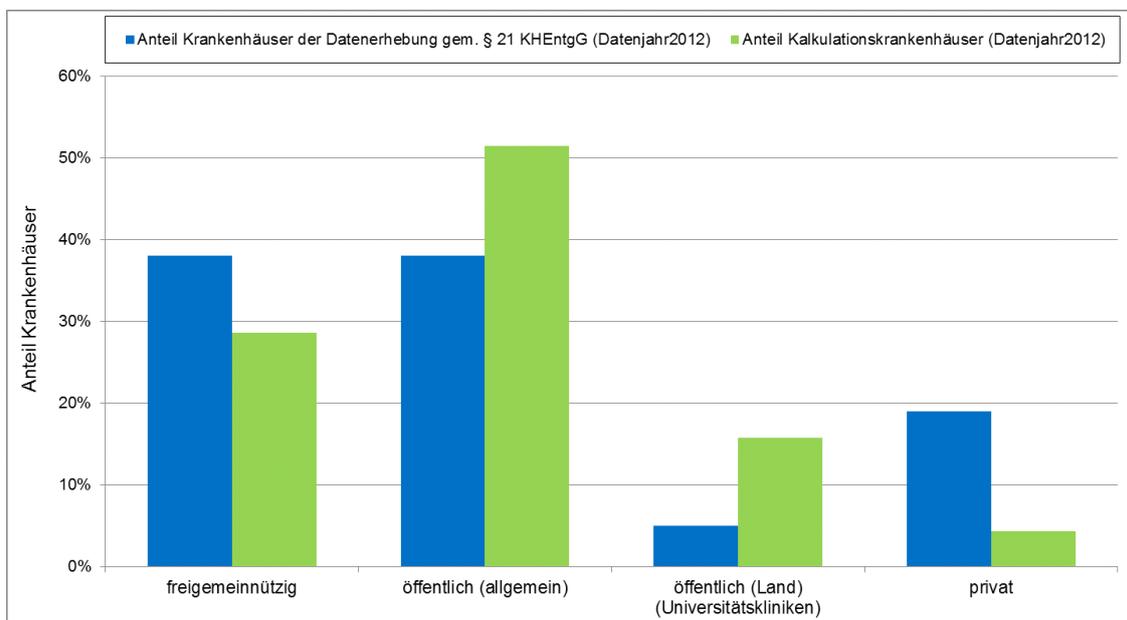


Abbildung 6: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser

Weitere Analysen zur Repräsentanz der Stichprobe können dem Anhang A-1 entnommen werden.

2.2 Datenaufbereitung

2.2.1 Fallzusammenführung

Die Daten des Jahres 2012 wurden nachträglich auf Basis der Regelungen des § 4 der Verordnung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2013 (PEPPV 2013) zusammengefasst. Die Fallzusammenführung wurde auf dem Datenbestand der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG durchgeführt.

Im Ergebnis waren 10,5% (Vorjahr: 10,8%) aller voll- und teilstationären Fälle der Gesamtmenge der Kalkulationskrankenhäuser von den Fallzusammenführungsregelungen betroffen.

2.2.2 Bereinigungen und Korrekturen

Die Maßnahmen zur Datenbereinigung umfassten verschiedene Korrekturen, um verzerrende Einflüsse aus ungleichen Voraussetzungen der Krankenhäuser auszugleichen und einen einheitlichen Periodenbezug herzustellen. Dieser Prozess wird in der nachfolgenden Abbildung 7 schematisch verdeutlicht:

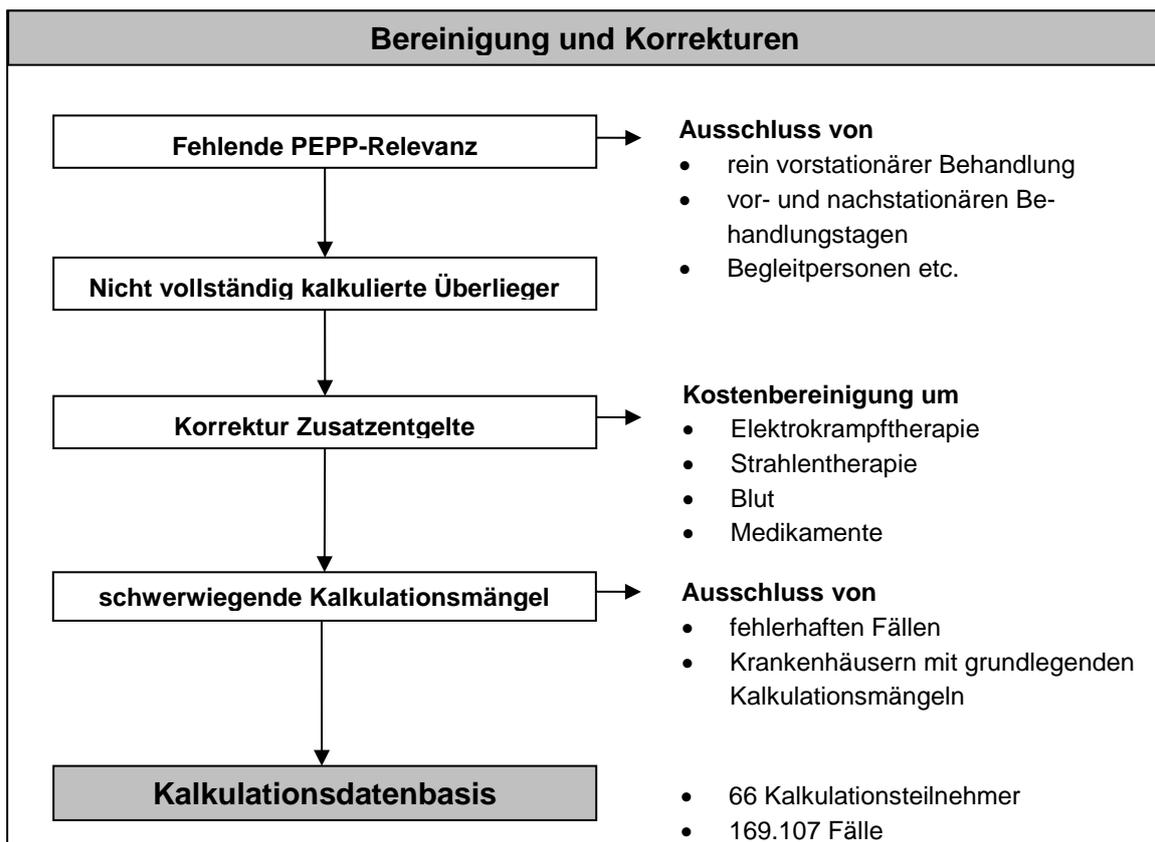


Abbildung 7: Übersicht Prozess – Bereinigungen und Korrekturen

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

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

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

Bereinigung	Anzahl Fälle
Vorstationäre Fälle ohne anschließende vollstationäre Behandlung und Begleitpersonen	9.678
Nicht vollständig kalkulierte Überlieger	10.621

Tabelle 2: Fälle ohne PEPP-Relevanz, Kalkulationsdaten

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

Im Rahmen der PEPP-Kalkulation wurde deutlich, dass ein Teil der hochspezialisierten Leistungen über Zusatzentgelte, also additive Vergütungskomponenten, besser abbildbar ist. Diese Leistungen lassen sich in der Regel keiner spezifischen PEPP zuweisen, d.h. sie können bei unterschiedlichen Diagnosen und in Kombination mit diversen Prozeduren erbracht werden. Folgende Kriterien sind für die Definition von Zusatzentgelten zu nennen:

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

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

Tabelle 3 stellt die Entwicklung der Gesamtmenge der Daten gem. § 21 KHEntG 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 und Bereinigung um rein vorstationäre Fälle sowie um Begleitpersonen und – ausschließlich bei Kalkulationsdaten – unvollständig kalkulierte Überlieger ab. Die deutliche Reduktion der Fallzahl ist auf die Fallzusammenfassung zurückzuführen.

	Daten gem. § 21 KHEntG			Kalkulationsdaten		
	Fälle	Pflegetage	Anzahl KH	Fälle	Pflegetage	Anzahl KH
Gesamtmenge (wie geliefert)	1.109.643	27.388.073	587	220.587	5.650.213	70
davon vollstationär	962.833	23.305.818	527	191.767	4.870.538	68
davon teilstationär	146.810	4.082.255	471	28.820	779.675	64
Grundmenge *	881.606	23.723.449	586	177.133	4.988.395	70
davon vollstationär	758.880	20.140.571	520	153.019	4.275.462	68
davon teilstationär	122.726	3.582.878	471	24.114	712.933	64

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

Tabelle 3: Datenmengen der Datenlieferung gem. § 21 KHEntG und Kalkulationsdaten, Datenjahr 2012

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 insgesamt vier ergänzende Datenbereitstellungen durchgeführt:

- für Leistungen der Elektrokrampftherapie und
- für Leistungen der Strahlentherapie sowie
- für Patienten, die nach richterlicher Anordnung (gemäß PsychKG oder § 1906 bzw. 1631 BGB) untergebracht wurden;
- darüber hinaus wurden Informationen zur Qualifizierten Entzugsbehandlung sowie zum Gebrauch psychotroper Substanzen abgefragt.

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 35 der 70 teilnehmenden Einrichtungen Fälle übermittelt. 10.101 Fälle mit richterlicher Anordnung konnten analysiert werden. Dabei konnten keine belastbaren Ergebnisse im Hinblick auf Kostendifferenzen zwischen Fällen mit richterlicher Anordnung und Fällen ohne richterliche Anordnung innerhalb einzelner PEPP ermittelt werden.

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

- Durchschnittliche Dauer je EKT-Sitzung, aufgeschlüsselt nach Aufklärungsgespräch, durchgeführter Therapie, anschließender Überwachung
- Durchschnittliche Kosten je Therapiesitzung, differenziert nach Personal- und Sachkosten
- Tagesgenaue Angabe der durchgeführten Leistung mit entsprechendem Kostenwert

Im Gegensatz zum Vorjahr galten für das Datenjahr 2012 erstmals tagesbezogene Codes für Leistungen der Elektrokrampftherapie. Trotz intensiver Analysen war die Datenlage für eine Kalkulation nicht ausreichend belastbar. Deshalb konnte auch für den PEPP-Entgeltkatalog 2014 kein bewertetes Zusatzentgelt für die Leistung Elektrokrampftherapie ausgewiesen werden.

Die *Gabe von Paliperidon, intramuskulär* (OPS 6-006.a) wurde in Kapitel 2.2.2 als zweite originär psychiatrisch/psychosomatische ZE-fähige Leistung identifiziert. Auf Basis einer zusätzlichen Rückfrageaktion zu hohen Kosten im Bereich Medikamente (Kostenartengruppe 4b) wurden Fälle mit relevant hohen Kosten gefunden, die Paliperidon erhalten haben (intramuskulär). Es handelte sich v.a. um Fälle mit den Diagnosen

- F20.0: *Paranoide Schizophrenie*
- F20.3: *Undifferenzierte Schizophrenie*
- F20.5: *Schizophrenes Residuum*
- F25.-: *Schizoaffektive Störungen*

Die ergänzende Datenbereitstellung zur Qualifizierten Entzugsbehandlung sowie zum Gebrauch psychotroper Substanzen nimmt einige Änderungen im ICD- und OPS-Katalog für das Jahr 2014 vorweg. Dadurch konnten diese Leistungsmerkmale bereits im PEPP-Katalog 2014 Berücksichtigung finden. Durch diese Aktion und die tatkräftige Unterstützung durch die Kalkulationskrankenhäuser können psychiatrische Einrichtungen mit Suchtbehandlung bereits im ersten Jahr der Gültigkeit der neuen OPS- bzw. ICD-Schlüssel von einer verbesserten Abbildung dieser Leistungen im PEPP-Entgeltkatalog profitieren. Die im Bereich Sucht abgefragten Merkmale sowie die darauf beruhenden Verbesserungen für 2014 sind in Kapitel 3.2 im Detail dargestellt.

2.3 Datenprüfung

2.3.1 Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen

Die vom InEK durchgeführten Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen analysieren, ob die aus den Kalkulationskrankenhäusern übermittelten Datensätze den formalen Anforderungen genügen und auch inhaltlich ein stimmiges Bild des Behandlungsfalls bzw. -tages vermitteln. Die formale Prüfung geht dabei der Frage nach, ob das methodische Vorgehen der Kostenkalkulation mit den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs bzw. die Kodierung mit den Vorgaben der DKR-Psych übereinstimmt. Die inhaltlichen Prüfungen analysieren, ob die Kostenzurechnung dem unterschiedlichen Behandlungsaufwand

entspricht, beispielsweise ob eine kodierte Einzelbetreuung kostenmäßig abgebildet wurde. Im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik wurde die Plausibilisierung der Datensätze im Mehrebenenansatz in Matrixstruktur durchgeführt, um der Vielschichtigkeit von Fehlermöglichkeiten Rechnung tragen zu können (vgl. Abb. 8).

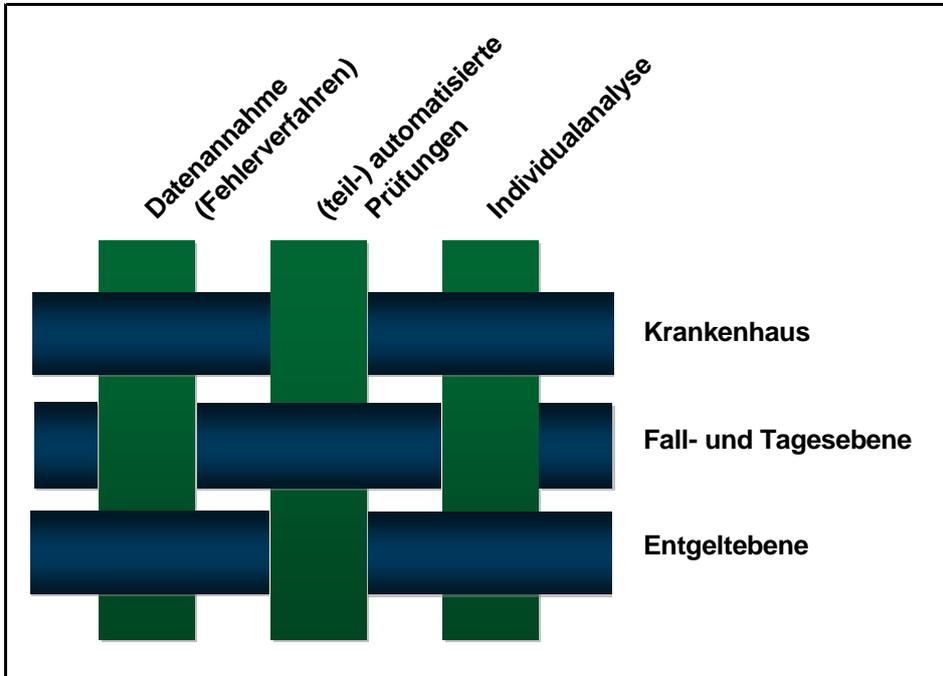


Abbildung 8: Mehrebenenansatz in Matrixstruktur

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

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

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

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

Die Datensätze durchliefen auf jeder Prüfebene ein Prüfprogramm, das fest definierte Prüfkriterien vorgab. Die Analyse bezog sich auf das Vorhandensein bzw. Fehlen von Werten, die Zulässigkeit von Werten und die Verletzung der festgesetzten Randkrite-

rien. Die zugrunde liegenden Grenzwerte wurden größtenteils rechnerisch ermittelt und anhand der Erfahrungen aus den vorangegangenen Kalkulationsrunden verifiziert. Auf Basis der bisherigen Erfahrungen und Rückmeldungen der Kalkulationskrankenhäuser konnten zahlreiche Prüfungen bzw. deren Randkriterien genauer definiert werden.

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

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

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

Ein wichtiger Schritt zur Fehlerkorrektur ist daher das individuelle Erstellen eines Fehlerbildes aus der Kombination von Einzelfehlern durch das InEK. Dabei liegt der Fokus auf der Reduktion der Komplexität von Prüfergebnissen und auf der Identifikation der eigentlichen Fehlerursache. Im genannten Beispiel wäre die eigentliche Fehlerursache im Bereich der Kodierung und nicht der Kostenzuordnung zu finden. Dieses Fehlerbild wurde in einem Konformitätsprotokoll dem Kalkulationsteilnehmer zur Verfügung gestellt, in einem weiteren Dialog diskutiert und dann gegebenenfalls mit einer Datenkorrektur behoben.

In der dritten Prüfungsebene wurde eine Individualanalyse durchgeführt. Dies bedeutete die Inaugenscheinnahme von Einzelfällen unter ausgewählten Fragestellungen. Aufgrund der Besonderheit der Situation und um möglichst viele Fälle in die Stichprobe mit einzubeziehen, wurden zahlreiche Fälle einzeln analysiert und Auffälligkeiten in direkter Rückkopplung mit dem kalkulierenden Krankenhaus diskutiert. Die Individualanalyse verfolgte das Ziel, Kalkulationssicherheit bei Leistungen mit höherem bzw. niedrigerem Aufwand zu gewinnen.

2.3.2 Weiterentwicklung der Kostenkalkulation

Als Ergebnis der Analysen und der Diskussion mit den Kalkulationsteilnehmern wurde eine deutliche Verbesserung der Datenqualität im Vergleich zum Vorjahr festgestellt.

- Differenzierte Kalkulation der Stationskosten

Aufgrund der positiven Lernkurve der Anwender konnte die Dokumentation der jeweiligen Betreuungsintensitätsmodelle verbessert werden. In der Kalkulationsstichprobe wies kein Krankenhaus mehr auf Hausebene gleich verteilte Stationskosten auf. Dadurch konnte eine verursachungsgerechtere Abbildung der zeitintensiven und aufwendigen Patienten im Ergebnis festgestellt werden.

- **Leistungserfassung**

Die externe Dokumentation (Kodierung) auf Basis der krankenhausinternen Dokumentation wird vermehrt EDV-gestützt durchgeführt. Dies führt zu einer Verringerung von Fehlern im Bereich der Kodierung. Gleichzeitig führten die erhöhte Sensibilität der Anwender und deren routiniertere Erfassung zu einem besseren Dokumentationsergebnis.

- **Kongruenz zwischen Kodierung und Kostenzuordnung**

Die tagesgenaue Kostenzuordnung auf Basis der internen Dokumentation wurde im Vergleich zum Vorjahr nochmals deutlich ausgebaut. Die Übereinstimmung zwischen Kodierung und Kostenzuordnung konnte dadurch überwiegend gewährleistet werden.

2.3.3 Datenausschluss

Die Erkenntnisse aus den Konformitäts- und Plausibilitätsprüfungen wurden verwendet, um die Menge der auszuschließenden Daten zu bestimmen. Grundsätzlich wurden nur ganze Fälle ausgeschlossen. 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 schwerpunktmäßig wie im Vorjahr 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, beispielsweise bei fehlender tagesgenauer Übereinstimmung zwischen Kostenausweis und Leistung: Die grundsätzliche Kongruenz zwischen Leistungsdokumentation und Kostenausweis blieb jedoch gewahrt. Ebenso wurde ein Datensatz aus der Kalkulation nicht entfernt, wenn die Summe aller Fehler auf Gesamkostenebene nur geringe Auswirkungen zeigte. Letztendlich wurden nur solche Datensätze von der Kalkulation ausgeschlossen, deren Fehler sich auf Gesamkostenebene signifikant auswirkten, wie z.B. fehlende Abbildung von Einzelbetreuungskosten bei Kodierung von Einzelbetreuung oder die Fehlbuchung von Medikamenteneinzelkosten in relevanter Höhe. Bei diesen Fällen bestanden erhebliche Zweifel an der Kongruenz zwischen Leistungsdokumentation und Kostenausweis. Weiterhin wurde als schwerwiegender Kalkulationsfehler gewertet, wenn die berechnete Verweildauer auf Basis der Fallangaben nicht in Einklang gebracht werden konnte mit der Anzahl der übermittelten Kostentage bzw. wenn die Differenz zwischen Verweildauer und Anzahl der Kostentage nicht aufklärbar war. Die betroffenen Datensätze wurden aus der Kalkulationsmenge ausgeschlossen.

Die Datenprüfungen führten zum Ausschluss von insgesamt 8.026 voll- und teilstationären Fällen (Vorjahr: 12.401 Fälle – vgl. hierzu Tab. 4). Dies entspricht einem Anteil von 4,5% (Vorjahr: 7,4%) bezogen auf die Gesamtzahl der bereitgestellten voll- und teilstationären Datensätze (nach Fallzusammenführung). Davon sind 3.225 Fälle auf den vollständigen Ausschluss der Datensätze von vier Krankenhäusern zurückzuführen. Von diesen hatten drei Krankenhäuser ihre Daten im Rahmen einer Testlieferung übermittelt. Der Ausschluss erfolgte aufgrund technischer und systematischer Probleme, die sich trotz gemeinsamer Bemühungen von InEK und den jeweiligen Krankenhäusern und mehrmaliger Lieferversuche als nicht „reparabel“ herausstellten.

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.

Darüber hinaus mussten 4.801 Datensätze (vollstationär: 3.339; teilstationär: 1.462) aufgrund schwerwiegender Fehler mit Auswirkung auf die mittleren Tageskosten von der Kalkulationsmenge ausgeschlossen werden. Eine der häufigsten Ausschlussursachen von vollstationären Fällen waren z.B. systematische Kalkulationsfehler im Rahmen der Stationskostenzuordnung bei kodierter Intensivbehandlung. Weiterhin fielen Fälle mit Vervielfachung der Therapiekosten am selben Tag auf. Tabelle 4 gibt einen Überblick über die Gründe, warum vollstationäre Datensätze aus der Kalkulationsdatenmenge ausgeschlossen wurden.

Systematische Kalkulationsfehler	
- Fehlerhafte Kostenzuordnung bei kodierter Intensivbehandlung	426
- Vervielfachung der Therapiekosten in den therapeutischen Kostenstellengruppen	404
- Keine Kosten für stationären Aufenthalt übermittelt	304
- Unplausibel hohe diagnostische Kosten am Aufnahmetag	289
- Fehlerhafte Kostenzuordnung zur Berufsgruppe Psychologe bei Leistungserbringung durch andere Berufsgruppen (Psychotherapie)	177
- Vervielfachung der Kosten für externe Leistungen bei Stationswechsel	118
Weitere Kalkulations- bzw. Kodierfehler	
- Rückmeldungen von Krankenhäusern zu Fehlbuchungen bzw. Fehlkodierungen	570
- Fehlerhafte Kostenzurechnung auf Stationskostenstellen	427
- Extrem hohe Fehlbuchungen an Einzeltagen	260
- Fehlende Kosten bei kodierter Leistung mit hohem Aufwand	160
- Anzahl der Anwesenheitstage stimmt nicht mit der Anzahl der übermittelten Kostentage überein	103
- Fehlende Kosten bei kodierter Einzelbetreuung	101
Summe Einzelfalllöschungen	3.339

Tabelle 4: Ausschlussgründe, vollstationäre Datensätze (Datenjahr 2012)

Insgesamt ergab sich aus der Korrektur der Daten eine neue Kalkulationsdatenbasis mit 169.107 Fällen aus 66 Einrichtungen (Steigerung von 10% gegenüber den Vorjahresfallzahlen). Dies entspricht einem Anteil von rund 19,2% an den identisch selektierten Daten gem. § 21 KHEntgG (vgl. Tab. 3, Grundmenge).

	Fälle			Pflegetage		
	vollstationär	teilstationär	Summe	vollstationär	teilstationär	Summe
Gesamtmenge (wie geliefert)	191.767	28.820	220.587	4.870.538	779.675	5.650.213
Grundmenge *	153.019	24.114	177.133	4.275.462	712.933	4.988.395
IK-Löschungen	2.654	571	3.225	87.331	18.498	105.829
Falllöschungen	3.339	1.462	4.801	141.110	40.086	181.196
Kalkulationsmenge	147.026	22.081	169.107	4.047.021	654.349	4.701.370

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

Tabelle 5: Kalkulationsdatenmenge, Datenjahr 2012

2.4 Berechnung der Bewertungsrelationen

2.4.1 Normierung der Bewertungsrelationen

Das PEPP-Entgeltsystem für 2014 wurde so normiert, dass die durchschnittliche tagesbezogene Bewertungsrelation in Deutschland (DMI, DayMixIndex) bei 1,0 liegt.

Für die Bestimmung der für diese Normierung erforderlichen Bezugsgröße wurden zunächst alle voll- und teilstationären Fälle gem. § 21 KHEntgG im Entgeltbereich „PSY“ nach dem PEPP-System 2014 gruppiert. Fälle in Fehler-PEPP und unbewerteten PEPP blieben bei der weiteren Berechnung unberücksichtigt. In einem zweiten Schritt wurden die Bewertungsrelationen der einzelnen Fälle sowie die zu diesen Fällen gehörenden Verweildauertage deutschlandweit aufsummiert. Die Bezugsgröße für die Normierung wird so bestimmt, dass die folgende Bedingung für die Gesamtheit der voll- und teilstationären Fälle im Entgeltbereich „PSY“ erfüllt ist:

Summe der Bewertungsrelationen = Summe der Verweildauertage bzw.

$DMI = \text{Summe der Bewertungsrelationen} / \text{Summe der Verweildauertage} = 1,0$

Die Bezugsgröße für 2014 beträgt nach dieser Methodik 230,84 €.

Bei der Bezugsgrößenfestlegung lag das durchschnittliche tagesbezogene Relativgewicht in Deutschland exakt bei 0,99997955. Ein Wert von exakt 1,00000000 kann bei dieser Berechnungsmethodik aufgrund der Rundung auf Eurocent-Beträge mathematisch nur zufällig erreicht werden.

2.4.2 Berechnung der Bewertungsrelationen

Grundsätzlich wurde die Berechnung der Bewertungsrelationen methodisch unverändert zum Vorjahr durchgeführt.

Bei der Kalkulation wurde prinzipiell darauf geachtet, dass zur Berechnung der PEPP-Bewertungsrelationen immer Kosteninformationen von mehr als 100 Fällen je PEPP zur Verfügung standen. Nur bei der PEPP P002A *Intensivbehandlung bei Kindern und Jugendlichen, Einzelbetreuung mit sehr hohem Aufwand* wurde für eine erhöhte Abbildungsgenauigkeit von dieser Regelung abgewichen. Die Verwendung einer geringeren Fallzahl führt zu einer sachgerechten Kalkulation bei der vorgenannten PEPP. Eine Zusammenlegung zu einer undifferenzierten PEPP war aufgrund der gefundenen Kostendifferenz nicht sachgerecht. Darüber hinaus kann durch den getrennten Ausweis die medizinische Akzeptanz insbesondere im Bereich der Prä-PEPP erhöht werden. Gestiegene Fallzahlen in der Kalkulationsstichprobe trugen dazu bei, dass im Vergleich zum Vorjahr (Datenjahr 2011) nur noch eine statt drei PEPP mit sehr geringer Fallzahl vorlag.

Aufgrund eines Beschlusses der Selbstverwaltung auf Bundesebene wird begleitend zum Abschlussbericht erstmals ein PEPP-Reportbrowser veröffentlicht. Dieser beinhaltet die wesentlichen Kennzahlen zur PEPP-Kalkulation für die bewerteten PEPP:

- Angaben zur Anzahl der der Kalkulation zugrunde liegenden Fälle und Tage
- Durchschnittliche Tageskosten in Form einer Kostenmatrix
- Statistische Kennzahlen zu Verweildauer, Tageskosten, Geschlecht und Alter
- Fallzahlen und -anteile für Haupt- und Nebendiagnosen sowie Prozeduren

Darüber hinaus sind im Anhang die Fallmengen je Strukturkategorie (siehe Anhang A-2) sowie die Verteilung der Diagnosen – getrennt nach Haupt- und Nebendiagnosen – für die Diagnosen aus dem Kapitel F der ICD-10-GM (siehe Anhang A-3-1 und A-3-2) ausgewiesen.

2.4.2.1 Vergütungsstufen

Die tagesbezogene Vergütung im Entgeltbereich „PSY“ wird durch Bewertungsrelationen je PEPP und Vergütungsstufen abgebildet. Diese Vergütungsstufen sind durch Verweildauergrenzen definiert. Grundsätzlich ist das Vorgehen der Definition der Vergütungsstufen methodisch unverändert zum Vorjahr. Aufgrund einer besonderen Konstellation gab es für eine PEPP eine Ausnahmeregelung zu diesem regelhaften Vorgehen; dies wird bzgl. der Vergütungsstufendefinition und der Berechnung der Bewertungsrelationen am Ende des folgenden Abschnitts 2.4.2.2 beschrieben.

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

Diesem Sachverhalt liegt die Analyse zugrunde, dass die durchschnittlichen Tageskosten von Patienten mit kurzer Verweildauer höher sind als die durchschnittlichen Tageskosten von Patienten mit längerer Verweildauer. Dies bedeutet, dass in Abhängigkeit von der Verweildauer ein degressiver Kostenverlauf bei den meisten PEPP erkennbar ist. Um diesem Tatbestand Rechnung zu tragen und die sachgerechte Vergütung für Kurzlieger zu garantieren, wurden bei den jeweils betroffenen PEPP mehrere Vergü-

tungsstufen eingeführt. Bei einem de facto bestehenden degressiven Kostenverlauf würde ein System mit einheitlichen Vergütungssätzen pro PEPP Kurzlieger untervergüten und Langlieger übervergüten.

Grundsätzlich ist zu berücksichtigen, dass bei der Abrechnung der Fälle nach dem PEPP-Entgeltkatalog stets alle Vergütungsstufen, die innerhalb der patientenindividuellen Verweildauer liegen, durchlaufen werden. Entsprechend liegt die durchschnittliche tagesbezogene Vergütung – ausgedrückt in Bewertungsrelationen – innerhalb der ersten Vergütungsstufe konstant auf der Bewertungsrelation der ersten Vergütungsstufe und bei längerer Verweildauer immer oberhalb der Bewertungsrelation der jeweiligen Vergütungsstufe. Der Abstand zwischen durchschnittlicher tagesbezogener vergüteter Bewertungsrelation und Bewertungsrelation der Vergütungsstufe nimmt mit zunehmender Verweildauer ab. Abbildung 9 zeigt den Verlauf der Bewertungsrelationen nach dem PEPP-Entgeltkatalog und der durchschnittlichen Bewertungsrelation je Tag in Abhängigkeit von der Verweildauer des Patienten am Beispiel der PEPP PA04C *Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter <65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplizierende Diagnose* für die ersten 100 Tage Verweildauer.

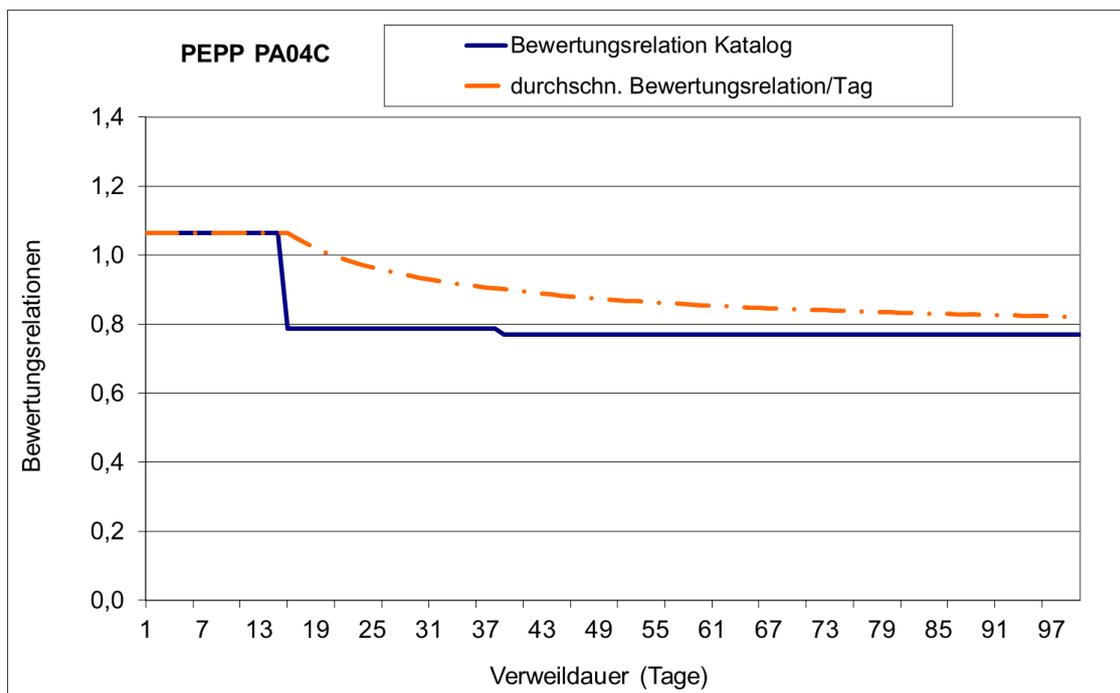


Abbildung 9: Bewertungsrelation nach PEPP-Entgeltkatalog versus durchschnittliche Bewertungsrelation je Tag in Abhängigkeit von der Verweildauer für die PEPP PA04C, PEPP-Entgeltkatalog 2014

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

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

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

In der folgenden Abbildung 10 der Erlöskurve zweier inhaltlich ähnlicher PEPP, die sich hinsichtlich ihrer PEPP-Eingruppierung nur durch die Kodierung von Betreuungskodes unterscheiden (P003C *Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung mit erhöhtem Aufwand* im Vergleich zu PA15A *Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, mit komplizierender Konstellation oder mit hohem Anteil Intensivbehandlung oder mit erhöhter Therapieintensität*), wird beispielhaft verdeutlicht, wie die oben benannten Aspekte betrachtet und bewertet wurden: Erst ab einer recht hohen Verweildauer (hier 172 Tage) wechselt das Vorzeichen der Erlösdifferenz. Unter Berücksichtigung der sehr geringen Fallzahlen in den Daten gem. § 21 KHEntgG ist der Sachverhalt, dass eine Prä-PEPP einen geringeren Erlös als eine inhaltlich ähnliche andere PEPP erzielt, hinnehmbar.

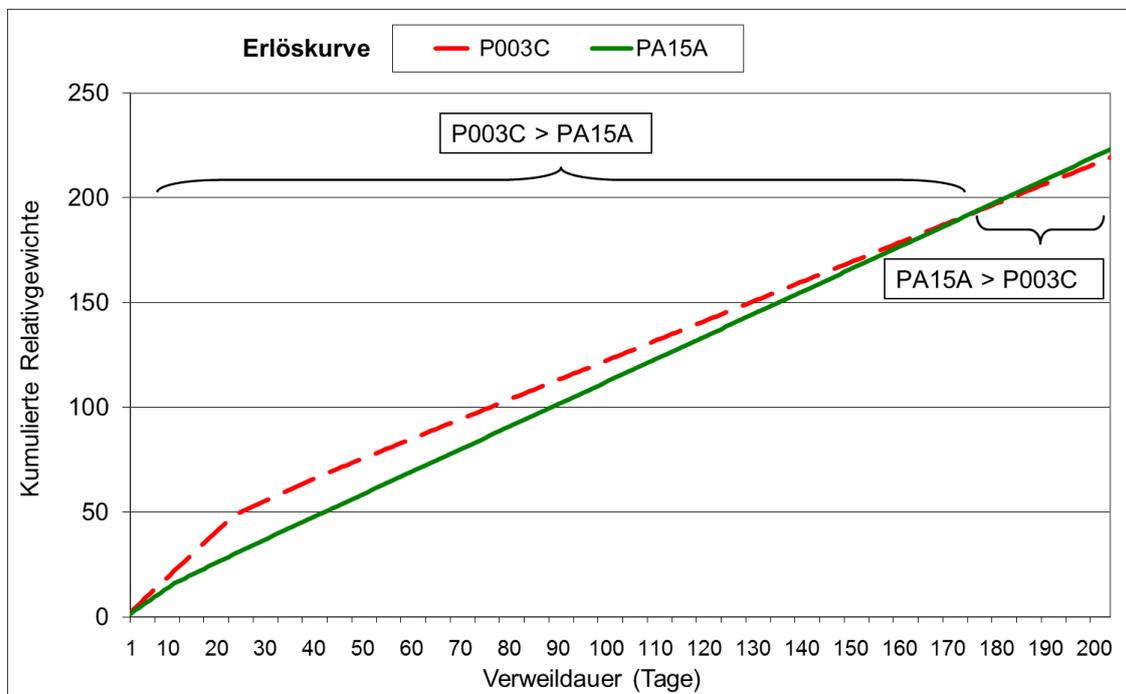


Abbildung 10: Erlöskurve für P003C und PA15A (dargestellt bis 200 Tage Verweildauer), PEPP-Version 2014

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

2.4.2.2 Bewertungsrelationen

Die Berechnung der Bewertungsrelationen wurde grundsätzlich methodisch unverändert zum Vorjahr durchgeführt.

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

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

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

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

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

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

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

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

Der gesamte Erlös eines Falls ist also stets eine Kaskade von tagesbezogenen Einzelerlösen, die in den jeweiligen Vergütungsstufen generiert werden (siehe die folgende schematische Darstellung in Tab. 6).

Vergütungsstufe	Tage in Vergütungsstufe 1	Tage in Vergütungsstufe 2	Tage in Vergütungsstufe 3	Tage in Vergütungsstufe 4
1				
2				
3				
4				

Tabelle 6: Schematische Darstellung der Erlösanteile in den einzelnen Vergütungsstufen

Schritt 3: Berechnung eines Korrekturfaktors für die Adjustierung der Tageskostenmittelwerte ab der zweiten Vergütungsstufe

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

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

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

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

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

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

Tabelle 7: Beispiel zur Berechnung der Bewertungsrelationen in den Vergütungsstufen: Schritt 1

In den Daten gem. § 21 KHEntgG liegen 30.000 Fälle mit insgesamt 250.000 Verweildauertagen in der Stufe 1 (Verweildauergrenzen 1 bis 16) vor. Eine Verweildauer von 17 bis 41 Tagen zeigen 31.000 Fälle und 30.500 Fälle haben eine Verweildauer von mehr als 41 Tagen. Aus den Kalkulationsdaten innerhalb der Verweildauergrenzen ergibt sich ein mittlerer Tageskostenwert von 240 Geldeinheiten (GE) für die erste Vergütungsstufe. Das Kostenvolumen – bezogen auf die Verweildauertage in den Daten gem. § 21 KHEntgG – beträgt also 60.000.000 GE. Analog dazu haben z.B. die 31.000 Fälle mit einer Verweildauer zwischen 17 und 41 Tagen ein Kostenvolumen von 193.500.000 GE. Insgesamt ergibt sich als Summe der drei Kostenvolumina in den Vergütungsstufen 1 bis 3 ein Kostenvolumen von 731.900.000 GE (vgl. Tab. 7).

Zu Schritt 2: In Tabelle 7 ist die Verteilung der Verweildauertage auf die einzelnen Vergütungsstufen aufgelistet. Die folgende Tabelle 8 berechnet in der oben beschriebenen kaskadierenden Weise die Erlöse für die drei Stufen, die sich unter Anwendung der Formel *mittlere Tageskosten = Erlöse der jeweiligen Vergütungsstufe* ergeben würden. In den Stufen 2 und 3 wird z.B. für die ersten 16 Tage der entsprechenden Fälle die erste Erlös Komponente durch Verwendung der mittleren Tageskosten der Vergütungsstufe 1 berechnet. Das Erlösvolumen der Vergütungsstufe 2 in Höhe von 205.900.000 GE setzt sich dann zusammen aus dem Erlös für die Verweildauertage in Vergütungsstufe 1 (496.000 Tage * 240 GE) und dem Erlös für die Verweildauertage in Vergütungsstufe 2 (404.000 Tage * 215 GE). In Summe ergibt sich für die 91.500 Fälle der fiktiven PEPP ein Erlösvolumen – bezogen auf die 91.500 Verweildauertage in den Daten gem. § 21 KHEntgG – in Höhe von 765.253.500 GE (vgl. Tab. 8).

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

Tabelle 8: Beispiel zur Berechnung der Bewertungsrelationen in den Vergütungsstufen: Schritt 2

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

Zu Schritt 3: Der Korrekturfaktor für die Adjustierung der mittleren Tageskosten in den Vergütungsstufen 2 und 3 der fiktiven PEPP ergibt sich als Quotient aus dem Kostenvolumen ohne Erlös in Stufe 1 (bis 16 Tage Verweildauer) im Zähler und dem Erlösvolumen ohne Erlös in Stufe 1 im Nenner (vgl. Tabelle 9).

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

Tabelle 9: Beispiel zur Berechnung der Bewertungsrelationen in den Vergütungsstufen: Schritt 3

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

Zu Schritt 4: Für die fiktive PEPP werden im vierten Schritt die mittleren Tageskosten der Vergütungsstufen 2 und 3 mit dem Korrekturfaktor 0,92889797 multipliziert. Eine

anschließende erneute Berechnung des Erlösvolumens mit den adjustierten Erlösen bestätigt, dass durch diese Vorgehensweise das Kosten- und Erlösvolumen der fiktiven PEPP – bezogen auf die Verweildauertage in den Daten gem. § 21 KHEntgG – übereinstimmen. Dies ist in der folgenden Tabelle 10 dargestellt:

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

Tabelle 10: Beispiel zur Berechnung der Bewertungsrelationen in den Vergütungsstufen, Schritt 4

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

Die PEPP **PA02C** *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, ohne Heroinkonsum, ohne intravenösen Gebrauch sonstiger Substanzen, ohne komplizierende Konstellation, mit Qualifiziertem Entzug ab 7 Behandlungstagen* stellte eine **Ausnahme** von diesem regelhaften Vorgehen dar. Aufgrund der Definition des OPS-Kodes zur Kodierung der Qualifizierten Entzugsbehandlung können keine Fälle mit weniger als 7 Verweildauertagen existieren. Entsprechend kann mit Hilfe der oben vorgestellten Methodik für diese PEPP die erste Vergütungsstufe nicht ohne Weiteres ermittelt werden. Um stochastischen Einflüssen bei der Bestimmung der Vergütungsstufen in der PA02C vorzubeugen, wurden aus pragmatischen Sachgerechtigkeitserwägungen heraus die Verweildauergrenzen der Vergütungsstufen der PA02D *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, ohne Heroinkonsum, ohne intravenösen Gebrauch sonstiger Substanzen, ohne komplizierende Konstellation, ohne Qualifizierten Entzug ab 7 Behandlungstagen* übernommen.

Für die erste Vergütungsstufe der PEPP PA02C können für die oben vorgestellte Kalkulationsmethodik damit keine Kosteninformationen vorliegen. Entsprechend wurde der ersten Vergütungsstufe der PA02C der Tageskostenwert der PA02D zugewiesen. Für die zweite und dritte Vergütungsstufe wurden die mittleren Ist-Tageskosten (vor Adjustierung) der beiden PEPP verglichen: Wies die PA02C je Vergütungsstufe hier höhere Ist-Tageskosten als die PA02D auf, so wurde der Differenzbetrag zu den adjustierten mittleren Tageskosten der PA02D addiert. Dieser Sachverhalt trat nach Analyse nur in der dritten Vergütungsstufe auf.

3 PEPP-Entgeltsystem 2014

3.1 Entwicklung der PEPP-Klassifikation: Vorgehensweise und Ergebnisse

3.1.1 Ausgangssituation

Grundlage der Weiterentwicklung der PEPP-Klassifikation waren die Daten des Jahres 2012 und damit die gemäß ICD-10-GM Version 2012 bzw. OPS 2012 verschlüsselbaren Diagnosen und Prozeduren sowie die nach § 301 Abs. 3 SGB V, Anlage 2, Schlüssel 6, für das Jahr 2012 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 SGB V eine Vielzahl weiterer fallbezogener Attribute, die auf mögliche damit verbundene höhere Tageskosten geprüft werden können, beispielsweise das Alter des Patienten.

Bei der Weiterentwicklung der Kodetabellensätze ICD und OPS für das Jahr 2012 hat es im Bereich Psychiatrie und Psychosomatik nur vergleichsweise geringfügige Änderungen gegeben. Bei der überwiegenden Zahl der Änderungen handelt es sich um Klarstellungen. Relevante neue Codes oder Differenzierungen hat es für Psychiatrie und Psychosomatik im ICD nicht gegeben, im OPS nur in sehr geringem Umfang:

- Neuer Codebereich 9-640.1 für die *Betreuung in der Kleinstgruppe* (bei Erwachsenen)
- Differenzierung des Codes 9-641 für die *Kriseninterventionelle Behandlung von mehr als 1,5 Stunden pro Tag* nach Berufsgruppen
 - Ärzte und/oder Psychologen
 - Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen
- Erweiterung des Codebereichs 9-670 *Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen* um die Zeitklasse 2 bis 6 Stunden (bisher erst ab 6 Stunden verschlüsselbar)

Grundlage für die in den nachfolgenden Kapiteln dargestellte erhebliche Ausdifferenzierung bei der Abbildung von Erkrankungen und Leistungen im PEPP-System 2014 war somit nicht eine deutliche Verbesserung hinsichtlich der Kodierbarkeit der Diagnosen und Prozeduren in Psychiatrie und Psychosomatik, sondern in erster Linie eine Verbesserung in der Anwendung der – in der überwiegenden Mehrzahl bereits im Vorjahr vorliegenden – Codes.

Weiterhin besteht bei der Verschlüsselung von Leistungen der Psychiatrie und Psychosomatik im OPS eine uneinheitliche Situation hinsichtlich der Gültigkeit von Codes. Während ICD-Codes immer für den gesamten Fall gültig sind, stellt sich die Situation für die OPS-Codes unterschiedlich dar:

So gilt für bestimmte Zusatzcodes der OPS-Klassifikation, wie z.B. den OPS-Code 9-640.00 *Erhöhter Behandlungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Behandlung: Mindestens 2 bis 6 Stunden pro Tag*, ein **Tagesbezug**. Das heißt, dieser Code muss für jeden Tag, an

dem die betreffende Leistung erbracht wird, erneut mit dem Datum der Erbringung verschlüsselt werden.

Dagegen gilt für die OPS-Kodes aus der Gruppe *Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen* (TE-Kodes), wie z.B. 9-605.0 *Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten: 1/12 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche*, in der Regel ein **Wochenbezug**. Ein Kode aus dieser Gruppe ist also in der Regel einmal pro Woche mit dem Datum des Beginns der Behandlungswoche zu kodieren, es sei denn, dass beispielsweise durch den Wechsel der Behandlungsart (z.B. Wechsel von Intensiv- auf Regelbehandlung) schon vor Ende der vollen Behandlungswoche eine geänderte Dokumentation nötig wird.

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

Bestimmte Kodes wie beispielsweise die Zusatzcodes aus 9-643 *Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting)* weisen einen **Fallbezug** auf. Hier ist die Anzahl der Behandlungstage in diesem Setting über den gesamten Aufenthalt zu summieren und einmalig z.B. als 9-643.5 *Mindestens 36 bis höchstens 42 Tage* zu kodieren.

Entsprechend komplex können die zugehörigen PEPP-Definitionen ausfallen.

3.1.2 Entwicklung der PEPP-Klassifikation 2013

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

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

3.1.3 Weiterentwicklung zur PEPP-Klassifikation 2014

Die Weiterentwicklung der PEPP-Klassifikation zur Version 2014 stützte sich auf eine Vielzahl von Anregungen:

- Kritikpunkte am PEPP-System 2013
- Erste Erfahrungen der Anwender
- Detaillierte Analyse aller in den Daten des Jahres 2012 zur Verfügung stehenden Parameter
 - Diagnosen
 - Prozeduren
 - Weitere fall- und tagesbezogene Attribute (Alter, Fachabteilung)
- Auffälligkeiten in den Kalkulationsdaten
- Umfangreiche ergänzende Datenlieferungen zu noch nicht regulär in den Daten aus 2012 verfügbaren Parametern und insbesondere
- Erstmalige Durchführung eines **Vorschlagsverfahrens** zur Einbindung externen Sachverständs bei der Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems

Insbesondere die rege Beteiligung am PEPP-Vorschlagsverfahren ergab eine Vielzahl wertvoller Hinweise zur Weiterentwicklung. Der Großteil der Vorschläge bezog sich dabei direkt auf das PEPP-Entgeltsystem 2013, es wurden aber auch alle Anregungen geprüft, die über die bisherige Struktur des PEPP-Entgeltsystems hinausgingen.

3.1.3.1 Strukturkategorien

Die erste Gliederungsebene der PEPP-Klassifikation wird als Strukturkategorie bezeichnet. Bereits in den Analysen im Rahmen des Prä-Tests und der Probekalkulation erfolgte eine solche Einteilung, die sich deutlich an die Klassen der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) anlehnte. Bei der Entwicklung der PEPP-Version 2013 hatte sich eine davon in wenigen Punkten abweichende Einteilung in folgende Strukturkategorien ergeben:

- *Prä-Strukturkategorie* für besonders aufwendige Fallkonstellationen
- *Teilstationär*: Alle Fälle mit Aufnahmegrund „Teilstationär“, weiter unterteilt in Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychosomatik / Psychiatrie
- *Kinder- und Jugendpsychiatrie* mit der Zuordnungslogik
 - Alter unter 14 Jahren oder
 - Überwiegende Aufenthaltsdauer in der Fachabteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie (altersunabhängig) oder
 - Alter über 13 und unter 18 Jahren mit überwiegender Aufenthaltsdauer in der Fachabteilung Psychosomatik und Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- *Psychosomatik*: Alle weiteren Fälle mit dem Fachabteilungsschlüssel „Psychosomatik“
- *Psychiatrie*: Alle Fälle ohne die Strukturkategorie *Kinder- und Jugendpsychiatrie* und *Psychosomatik*

Die Strukturkategorien für teilstationäre Fälle (definiert über den Aufnahmegrund „Teilstationär“) sind zu den Definitionen der vollstationären Fälle überschneidungsfrei (disjunkt). Daher ist die Abfragereihenfolge hier nicht von Bedeutung. Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden die teilstationären Strukturkategorien gemeinsam am Beginn der Abfragereihenfolge einsortiert.

Alle Fälle durchlaufen zunächst die *Prä*-Strukturkategorie. Diese hat zwei Funktionen: Erstens sind dort für bestimmte hochaufwendige Konstellationen eigene PEPP definiert (wie auch für einige wenige Fehlerkonstellationen). Zweitens erfolgt hier die Zuweisung der Behandlungsfälle zu den Strukturkategorien.

Mit der Einführung der Strukturkategorien wurde dem Umstand der strukturell unterschiedlichen Kostenstrukturen der verschiedenen Behandlungsformen Rechnung getragen. So ist die Kostenstruktur der vollstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht vergleichbar z.B. mit der Kostenstruktur der teilstationären Gerontopsychiatrie. Diesem Umstand folgend wurden für die PEPP-Version 2013 die oben genannten Strukturkategorien identifiziert (siehe auch Abb. 11):

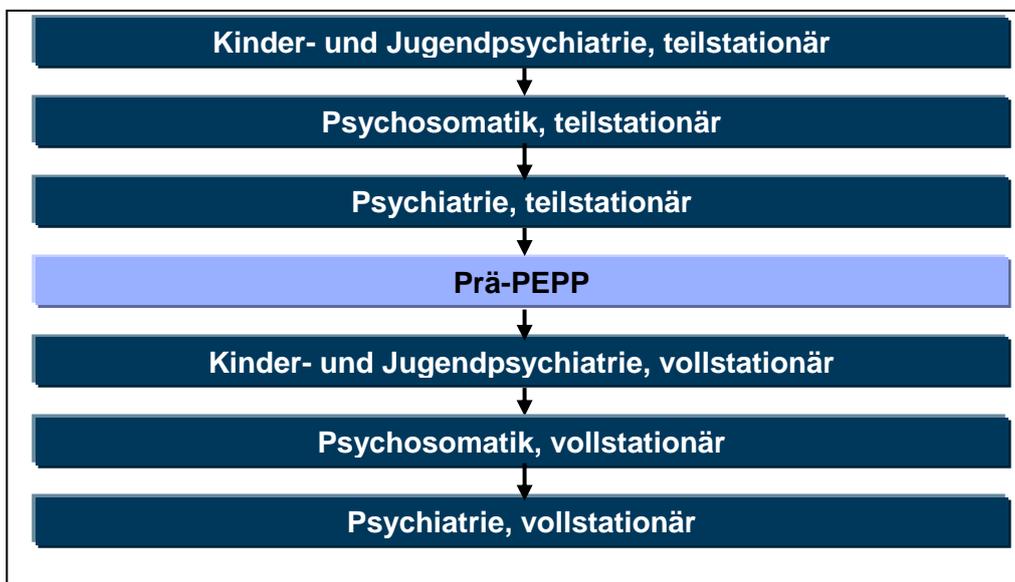


Abbildung 11: Strukturkategorien in PEPP, Abfragereihenfolge in der Prä-Strukturkategorie

Für die PEPP-Version 2014 hat sich die dargestellte Einteilung der Strukturkategorien bestätigt, insbesondere die Eingliederung der Gerontopsychiatrie und der Suchterkrankungen in die Strukturkategorie *Psychiatrie*.

Geändert im Vergleich zur PEPP-Klassifikation 2013 hat sich für 2014 lediglich die Definition der Strukturkategorie *Psychosomatik*. Während nach der PEPP-Version 2013 noch alle Fälle mit Fachabteilungskennzeichen „Psychosomatik“ dort eingruppiert wurden (sofern sie nicht zuvor in eine Prä-PEPP oder die SK KJP eingruppiert wurden), erfolgt eine Zuordnung ab 2014 nur noch, wenn mehr als 50% des Gesamtaufenthalts in einer psychosomatischen Einrichtung (gemäß Fachabteilungskennzeichen) erbracht worden ist.

Im Ergebnis werden also Mischfälle mit Teilaufhalten sowohl in Psychosomatik als auch in Psychiatrie zukünftig in die Strukturkategorie der überwiegend behandelnden Fachabteilung eingruppiert.

Die nachfolgenden Tabellen 11 und 12 zeigen die Verteilung der Fälle auf die Strukturkategorien, zum einen für die Daten der an der PEPP-Kostenkalkulation teilnehmenden Einrichtungen, zum anderen für alle Einrichtungen (Daten gem. § 21 KHEntgG). Auffällig ist vor allem der weiterhin im Vergleich zum Gesamtanteil geringere Anteil von Fällen in der Strukturkategorie *Psychosomatik* in den Kalkulationsdaten, auch wenn dieser Unterschied nicht mehr so stark ausgeprägt ist wie im Vorjahr.

Präfix	Strukturkategorie	Fälle	Anteil Fälle
P0	Prä-PEPP	18.908	2,0%
PA	Psychiatrie, vollstationär	692.142	73,4%
PK	Kinder- und Jugendpsychiatrie, vollstationär	45.812	4,9%
PP	Psychosomatik, vollstationär	53.861	5,7%
TA	Psychiatrie, teilstationär	108.198	11,5%
TK	Kinder- und Jugendpsychiatrie, teilstationär	14.835	1,6%
TP	Psychosomatik, teilstationär	9.663	1,0%
PF	Fehler-PEPP und sonstige PEPP	164	0,0%
	Gesamt	943.583	100,0%

Tabelle 11: Fallverteilung in den Strukturkategorien, PEPP-Version 2014, Datenjahr 2012, Daten gem. § 21 KHEntgG

Präfix	Strukturkategorie	Fälle	Anteil Fälle
P0	Prä-PEPP	5.420	3,2%
PA	Psychiatrie, vollstationär	125.270	74,1%
PK	Kinder- und Jugendpsychiatrie, vollstationär	10.713	6,3%
PP	Psychosomatik, vollstationär	5.615	3,3%
TA	Psychiatrie, teilstationär	17.967	10,6%
TK	Kinder- und Jugendpsychiatrie, teilstationär	2.767	1,6%
TP	Psychosomatik, teilstationär	1.347	0,8%
PF	Fehler-PEPP und sonstige PEPP	8	0,0%
	Gesamt	169.107	100,0%

Tabelle 12: Fallverteilung in den Strukturkategorien, PEPP-Version 2014, Kalkulationsdaten

3.1.3.2 Diagnosegruppen

Die Hauptdiagnose stellt auch für die PEPP-Version 2014 eines der maßgeblichen Kriterien für die Eingruppierung dar.

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

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

Es ist weiterhin anzumerken, dass auch die Einteilung der Psych-PV (insbesondere die Klassen „Sucht“ und „Gerontopsychiatrie“) sehr stark einer Hauptdiagnose-Einteilung entspricht, wenn auch auf einem wesentlich stärker aggregierten Niveau. Im Gegensatz dazu durchbricht das PEPP-System jedoch dort, wo dies angesichts der Datenlage (also der Tageskosten der entsprechenden Fälle) geboten ist, die Hauptdiagnoseorientierte Eingruppierung, wie etwa bei Patienten mit hochaufwendiger Einzelbetreuung oder Intensivbehandlung.

3.1.3.3 Basis-PEPP und PEPP

Innerhalb der einzelnen Strukturkategorien wurden die Diagnosegruppen bei der Entwicklung der PEPP-Klassifikation 2013 in einem ersten Schritt in inhalts- und aufwandsähnliche Klassen eingeteilt. Diese werden als „Basis-PEPP“ bezeichnet. Innerhalb dieser Basis-PEPP erfolgt dann gegebenenfalls eine weitere Differenzierung nach identifizierten Kostentrennern wie

- Haupt- und/oder Nebendiagnosen
- Prozedurenkodes
- Funktionen
- Alter

Die zahlreichen Analysen und Umbauten zu Splitkriterien innerhalb der einzelnen Basis-PEPP sind in Kapitel 3.2 umfangreich dargestellt.

Hingegen besteht die Zuordnung von Hauptdiagnosekodes zu Basis-PEPP in der PEPP-Version 2014 fast unverändert fort, da sich die gewählte Einteilung auch auf Basis der Kalkulationsdaten des Jahres 2012 weiterhin als geeignet erwiesen hat.

Eine wesentliche Veränderung ist jedoch, dass 191 Hauptdiagnosekodes, die bisher der unbewerteten Basis-PEPP PA16 zugeordnet waren, für 2014 in die bewertete Basis-PEPP PA15 *Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems* aufgenommen werden konnten. Dies betrifft vor allem neurologische Diagnosen:

- Ataxien
- Systematrophien
- Morbus Parkinson
- Multiple Sklerose
- Epilepsien
- Paresen
- Und weitere

Für diese Hauptdiagnosen zeigte sich in der dreifach gesplitteten PEPP PA15 eine sachgerechte Abbildung.

Entsprechend der Häufigkeit der zugrunde liegenden Hauptdiagnosen weisen die einzelnen PEPP der Strukturkategorien auch gemäß PEPP-Version 2014 deutlich unterschiedliche Fallzahlen auf, wie nachfolgend für die einzelnen Strukturkategorien dargestellt:

3.1.3.3.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Strukturkategorie *Kinder- und Jugendpsychiatrie, vollstationär* (KJP) umfasst in der PEPP-Version 2014 folgende Basis-PEPP:

- PK01 *Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen oder andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend*
- PK02 *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen*
- PK03 *Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen*
- PK04 *Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen*
- PK10 *Ess- oder Fütterstörungen*
- PK14 *Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen*
- PK15 *Organische Störungen, amnestisches Syndrom und degenerative Krankheiten des Nervensystems*
- PK16 *Krankheiten des Nervensystems, zerebrovaskuläre Krankheiten oder Thiaminmangel*
- PK17 *Andere psychosomatische Störungen*
- PK18 *Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome*
- PK98 *Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose*
- PK99 *Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose*

In Abbildung 12 wird die Verteilung der gelieferten Datensätze in der Strukturkategorie KJP dargestellt.

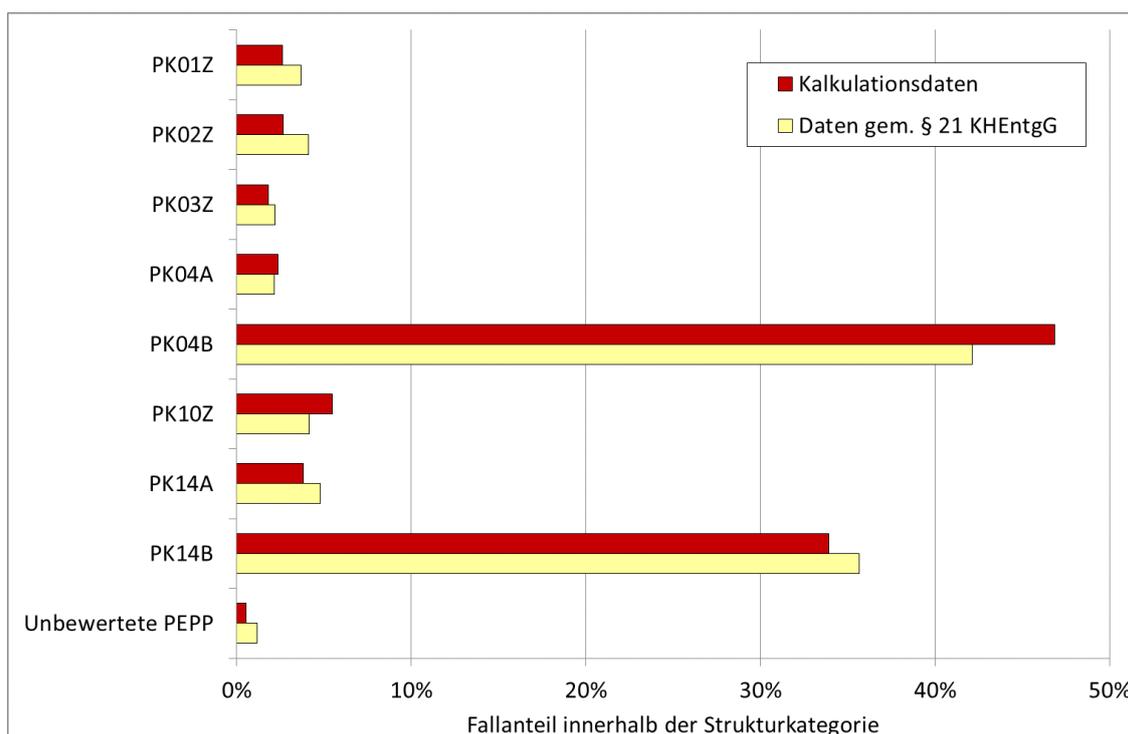


Abbildung 12: Verteilung in der Strukturkategorie Kinder- und Jugendpsychiatrie, PEPP-Version 2014

Die Definition der Basis-PEPP erfolgt durchgängig durch Diagnosegruppen. Dabei ergaben sich für die Basis-PEPP PK01 bis PK14 auf Grundlage der Kalkulationsdaten Relativgewichte, die mit einer Höhe von 1,823 bis 2,2385 (in der ersten Vergütungsstufe) deutlich über den typischen Relativgewichten der Psychiatrie oder Psychosomatik liegen, was den deutlich höheren Tageskosten der Fälle der Strukturkategorie KJP entspricht und somit maßgeblich zu einer sachgerechten Vergütung der Fälle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie beiträgt.

Neu für 2014 ist, dass die Basis-PEPP PK14 erstmals in zwei aufwandsunterschiedliche Klassen differenziert werden konnte.

Die Basis-PEPP PK15 bis PK18 sind weiterhin als unbewertete Pauschalen, also ohne ausgewiesenes Relativgewicht, im Entgeltkatalog enthalten (Anlage 1b).

Wie in allen Strukturkategorien dienen die Basis-PEPP P*98 und P*99 als sogenannte „Reste-PEPP“ (vgl. Kap. 3.1.3.9).

3.1.3.3.2 Psychosomatik

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

PP04 *Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen*

PP10 *Anorexia nervosa oder Ess- und Fütterstörungen*

PP14 *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen*

PP15 *Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems*

- PP16 *Krankheiten des Nervensystems, zerebrovaskuläre Krankheiten oder Thiaminmangel*
- PP17 *Andere psychosomatische Störungen*
- PP18 *Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome*
- PP98 *Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose*
- PP99 *Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose*

Die gelieferten Datensätze verteilen sich innerhalb der Strukturkategorie *Psychosomatik* wie in Abbildung 13 dargestellt:

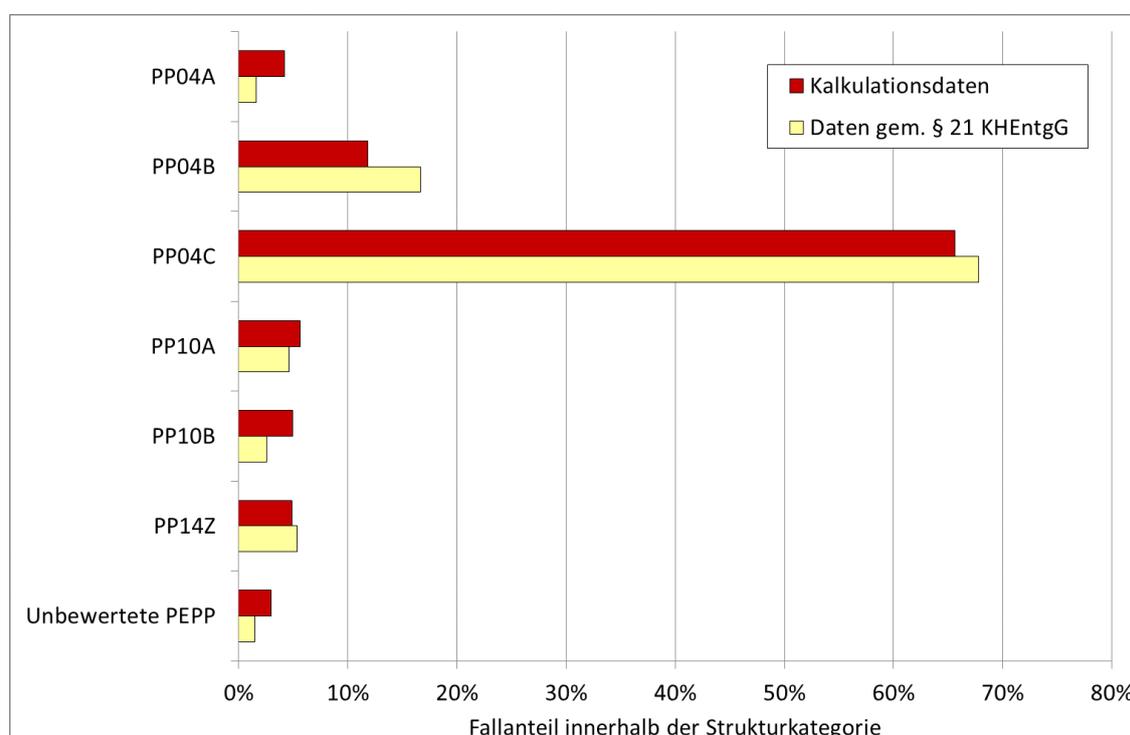


Abbildung 13: Verteilung in der Strukturkategorie Psychosomatik, vollstationär, PEPP-Version 2014

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

Im Vergleich zum Vorjahr fällt insbesondere auf, dass die Basis-PEPP PP00 *Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung, mit sehr hohem Anteil nicht mehr in der Version 2014 vorhanden ist. Die Hintergründe sind in Kapitel 3.2.2.2.3 ausführlich dargestellt.*

Fünf der sechs bewerteten PEPP der Strukturkategorie *Psychosomatik* weisen für 2014 mehrere Vergütungsstufen aus (Vorjahr: eine).

3.1.3.3.3 Psychiatrie

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

- PA01 *Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen und andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend*
- PA02 *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen*
- PA03 *Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen*
- PA04 *Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen*
- PA14 *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Essstörungen und andere Störungen*
- PA15 *Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems*
- PA16 *Krankheiten des Nervensystems, zerebrovaskuläre Krankheiten oder Thiaminmangel*
- PA17 *Andere psychosomatische Störungen*
- PA18 *Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome*
- PA98 *Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose*
- PA99 *Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose*

Innerhalb der Strukturkategorie *Psychiatrie* verteilen sich die gelieferten Datensätze wie in Abbildung 14 dargestellt:

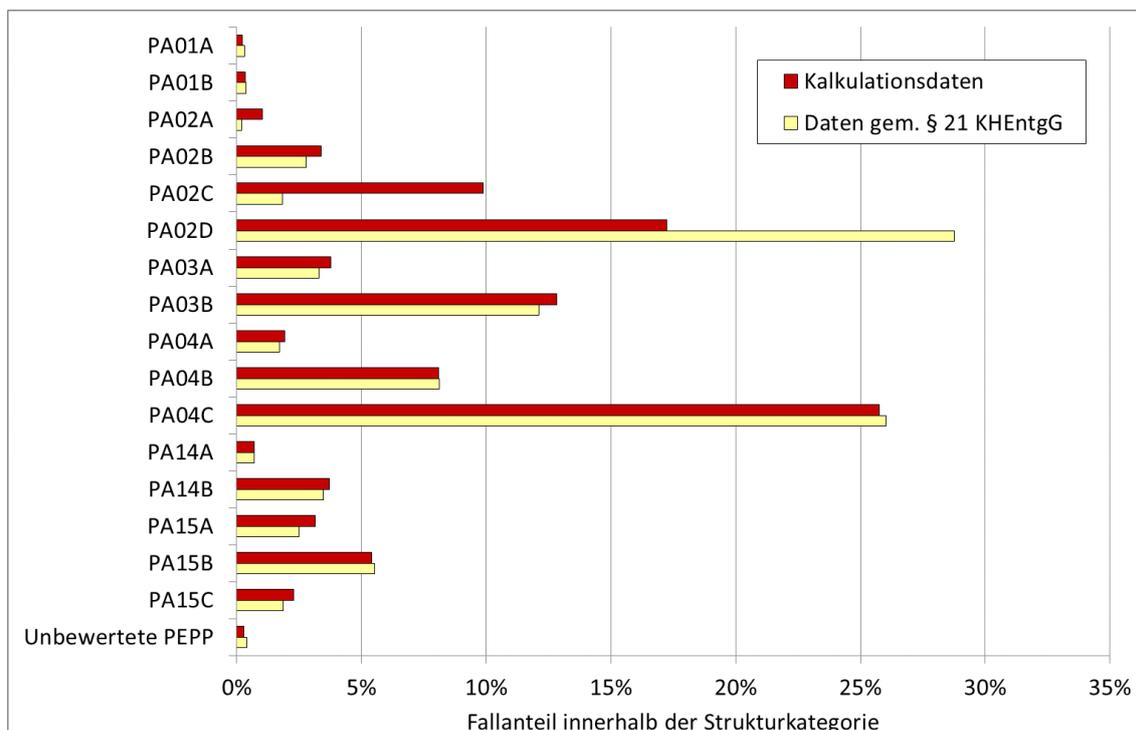


Abbildung 14: Verteilung in der Strukturkategorie Psychiatrie, vollstationär, PEPP-Version 2014

Die Definition der Basis-PEPP erfolgt durchgängig durch Diagnosegruppen. Dabei konnten für die Basis-PEPP PA01, PA02, PA03, PA04, PA14 und PA15 Relativgewichte kalkuliert werden, die weiteren, typischerweise fallzahlschwachen PEPP sind weiterhin als unbewertete PEPP im Entgeltkatalog ausgewiesen.

Die PEPP PA02C (definiert über die Leistung Qualifizierte Entzugsbehandlung) wurde auf Basis einer ergänzenden Datenlieferung neu etabliert. Da diese sich nur auf Fälle der Kalkulationshäuser bezieht, findet sich in der oben genannten Grafik ein sehr geringer Anteil an Fällen dieser PEPP in den Daten nach §21 KHEntgG. Näheres wird in den Kapiteln 3.2.2.8 und 3.2.3 erläutert.

3.1.3.4 Funktionen „komplizierende Konstellation“

Nach Etablierung der Strukturkategorien und der (überwiegend an der Hauptdiagnose orientierten) Definitionen der Basis-PEPP wurde eine Vielzahl weiterer Parameter auf eine Eignung als Splitkriterium untersucht. Dies betraf sowohl Codes für Haupt- oder Nebendiagnosen, Prozedurenschlüssel des OPS als auch weitere Variablen, beispielsweise das Patientenalter. Bei der Analyse dieser Faktoren als mögliche Kostentrenner in den einzelnen Basis-PEPP zeigte sich, dass die mit den untersuchten Merkmalen assoziierten Kostenunterschiede oft in mehreren, aber nicht allen Basis-PEPP ausgeprägt waren.

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

Diese Splitbedingungen werden in der Bezeichnung einer PEPP einheitlich als „komplizierende Konstellation“ bezeichnet. Die genauen Inhalte der Splitbedingung sind jeweils im Definitionshandbuch aufgeführt, meist als separate „Funktion“.

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

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

- Haupt- oder Nebendiagnose(n)
 - Chorea Huntington
 - Hochgradige Sehbehinderung
 - Bösartige Neubildung des Gehirns (primär oder sekundär)
- Nebendiagnose(n)
 - Pneumonie oder Pleuraerguss
 - Multiple Sklerose mit akuter Exazerbation oder Progression
 - Virale Enteritis
 - Linksherzinsuffizienz, Grad IV nach NYHA
 - Zerebrale Lähmungen

- Mehr als 30 Tage Gültigkeit eines Kodes für Intensivbehandlung (ab drei Merkmalen)
- Mehr als 50% Anteil der Intensivbehandlung am Gesamtaufenthalt
- 1:1-Betreuung erwachsener Patienten, ab 40 Stunden
- Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung (vgl. Kap. 3.2.2.7)
- Hohe „Therapieintensität“ (ab 6 TE/Woche) mit mindestens 50% Anteil am Gesamtaufenthalt (vgl. Kap. 3.2.2.2.1)

In dieser PEPP wie auch in vielen weiteren PEPP wurde das Spektrum der einzelnen schweregradsteigernden Faktoren, die als „komplizierende Konstellation“ gewertet werden und somit zu einer Höhergruppierung führen, für 2014 somit erheblich ausgeweitet.

3.1.3.5 PEPP teilstationär

Die Definition der 20 teilstationären Basis-PEPP plus „Reste“-PEPP erfolgte analog zu den vollstationären PEPP entsprechend den bereits beschriebenen Diagnosegruppen.

Für 2014 konnten somit folgende teilstationäre PEPP mit einem Relativgewicht bewertet werden:

Kinder- und Jugendpsychiatrie

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

Psychosomatik

- TP20Z *Psychosomatische oder psychiatrische Störungen*

Psychiatrie

- TA02Z *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen*
- TA15Z *Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems*
- TA19Z *Psychotische, affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme, Schlaf-, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen, Alter >64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation*
- TA20Z *Psychotische, affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme, Schlaf-, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen, Alter <65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation*

Die Verteilung der gelieferten Datensätze innerhalb dieser PEPP wird in Abbildung 15 dargestellt.

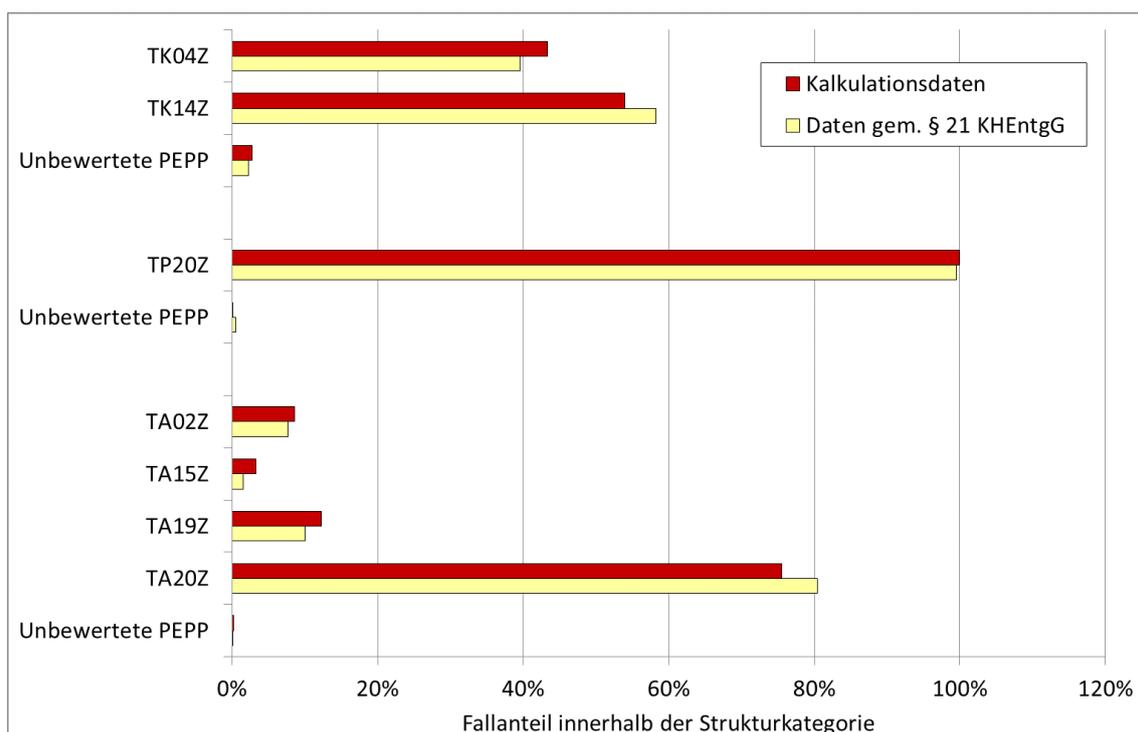


Abbildung 15: Verteilung in den teilstationären Strukturkategorien, PEPP-Version 2014

3.1.3.6 Prä-PEPP

Für bestimmte aufwendige Konstellationen, die mit deutlich höheren Tageskosten verbunden sind, kann eine weitgehend von Fachabteilung und Hauptdiagnose unabhängige Eingruppierung die sachgerechte Abbildung darstellen. In diesen Fällen erfolgt die Zuordnung der entsprechenden PEPP zur *Prä*-Strukturkategorie. Diese sogenannten Prä-PEPP umfassen im PEPP-Entgeltkatalog 2014 wie für 2013 die folgenden vier Basis-PEPP:

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

In Abbildung 16 wird die Verteilung der gelieferten Datensätze auf die etablierten PEPP dargestellt:

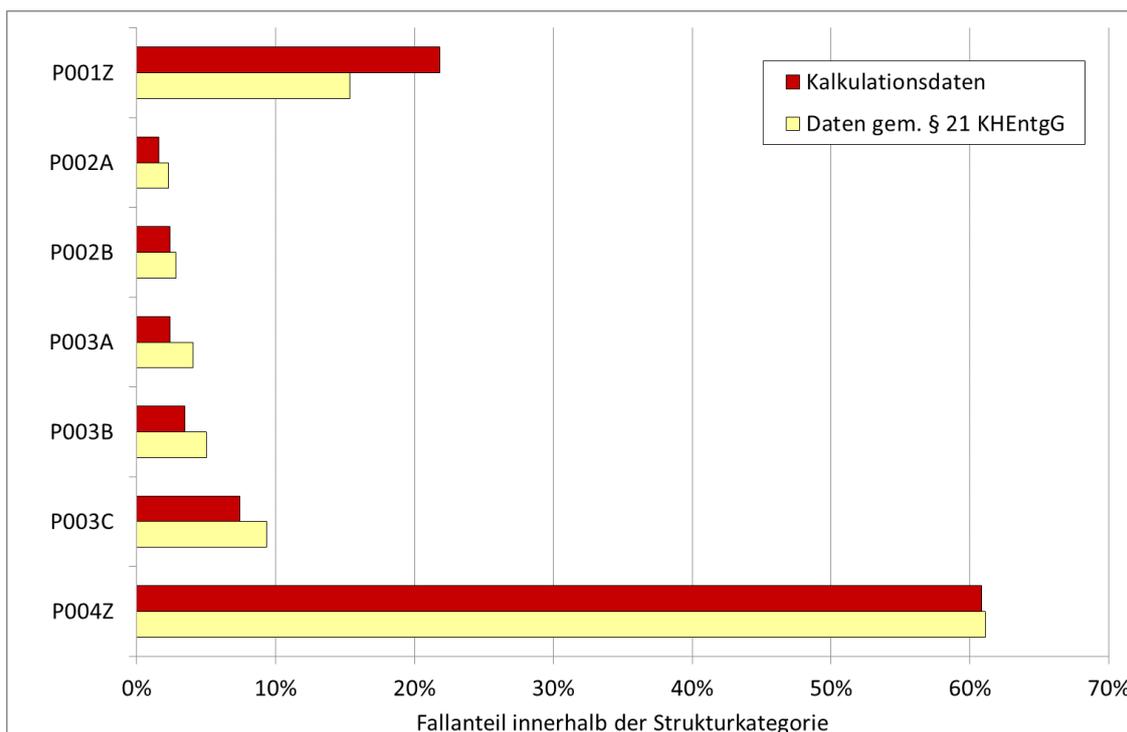


Abbildung 16: Verteilung in der Prä-Strukturkategorie, PEPP-Version 2014

Während – wie für 2013 – die Basis-PEPP P001 *Schlafapnoesyndrom* [...] nicht mit einem Relativgewicht bewertet werden konnte, weil der überwiegende Teil der Fälle in den Kalkulationsdaten nur aus einer einzigen Einrichtung stammte (Hausdominanz), sind die Basis-PEPP P002 bis P004 durchweg mit Relativgewichten belegt, die mit Werten zwischen 1,5950 und 3,6181 (in der ersten Vergütungsstufe) zu den höchsten im gesamten Entgeltkatalog gehören und maßgeblich zu einer sachgerechten Vergütung der aufwendigsten Fälle beitragen.

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

- 9-615 *Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen*
- 9-616 *Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 5 und mehr Merkmalen*
- 9-640 *Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen*
- 9-671 *Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen*

Die hinter den einzelnen Codes stehenden Einzelaufwände werden in diesen PEPP typischerweise vom Grouper addiert, ab einer PEPP-spezifischen Untergrenze erfolgt dann – teilweise unter Berücksichtigung weiterer Faktoren – die Eingruppierung in eine Prä-PEPP. Für die Basis-PEPP P002 bis P004 kann – zur übersichtlicheren Darstellung

des Inhalts und unter Verzicht auf Vollständigkeit – die Grundbedingung wie folgt zusammengefasst werden:

- P002: Einzelbetreuung über mehr als zwei Stunden pro Tag an mehr als einem Tag pro Woche oder über mehr als 12 Stunden pro Tag, Summe über den gesamten Aufenthalt liegt über Untergrenze
Die Betreuung in der Kleinstgruppe ist im Gegensatz zur PEPP-Version 2013 nicht mehr in der Prä-PEPP, sondern innerhalb der Strukturkategorie abgebildet
- P003: 1:1-Betreuung über mehr als zwei Stunden am Tag, Summe über den gesamten Aufenthalt liegt über Untergrenze
- P004: Anteil der Tage mit Intensivbehandlung (ab 3 Intensivmerkmalen) an den Pflegetagen beträgt mindestens 75% und die Intensivbehandlung findet an mehr als drei Tagen statt (letzte Einschränkung gilt nicht für Patienten ab 5 Intensivmerkmalen)

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

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

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

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

Neben einem derart definierten Mindestaufwand pro Fall war für die PEPP-Version 2013 typischerweise auch ein Mindestaufwand für die einzelnen berücksichtigten Tage definiert. Dieser kam beispielsweise in der Bedingung „ab 3 Intensivmerkmale“ oder „1:1-Betreuung über mehr als sechs Stunden am Tag“ zum Ausdruck. Für die Kalkulation des PEPP-Entgeltkatalogs 2013 wurden bei der Definition der Prä-PEPP in erster Linie Konstellationen berücksichtigt, die auf Basis der verfügbaren Daten sicher als hochaufwendig und extrem kostenauffällig detektiert werden konnten.

Auf Basis der verbesserten Datengrundlage des Jahres 2012 konnten für die PEPP-Version 2014 weitere Fälle in diesem Sinne als „sicher hochaufwendig“ identifiziert werden, beispielsweise konnte erstmals der Code 9-640.00 *Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung: Mindestens 2 bis 6 Stunden pro Tag*, der in der PEPP-

Version 2013 noch nicht gruppierungsrelevant war, bei der Definition der Prä-PEPP P003 berücksichtigt werden.

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

Zusätzlich konnten für 2014 erstmals auch Fälle mit sehr kurzer Verweildauer ebenfalls in dieser Prä-PEPP abgebildet werden, wenn Sie über mindestens 75% des Aufenthalts 5 oder mehr Intensivmerkmale aufwiesen.

3.1.3.7 Sortierung

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

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

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

Es ist offensichtlich, dass sich aus den dargestellten Grundsätzen zur Sortierung insbesondere die herausgehobene Position der sogenannten Prä-PEPP für besonders aufwendige Konstellationen erklärt. Dabei ist es jedoch prinzipiell möglich, dass eine PEPP der *Prä*-Strukturkategorie zwar höhere Tageskosten aufweist, als *fast* alle nachgeordneten PEPP – was die Abbildung als Prä-PEPP begründet –, jedoch *einzelne* nachgeordnete PEPP immer – oder in bestimmten Verweildauerkonstellationen – noch höhere Tageskosten aufweisen. Auch dies wird im PEPP-Algorithmus berücksichtigt.

Eine solche Besonderheit hinsichtlich der Sortierung im PEPP-System stellt die gesonderte Zuweisung zur PEPP PA15A *Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, mit komplizierender Konstellation [...]* innerhalb der *Prä*-Strukturkategorie dar. Während die Eingruppierung in die Prä-PEPP P004Z *Intensivbehandlung bei Erwachsenen, ab 3*

Merkmale, mit sehr hohem Anteil für psychiatrische Fälle typischerweise eine deutliche Aufwertung bedeutet, wäre dies für Fälle der PEPP PA15A praktisch nie der Fall, wie die nachfolgenden Relativgewichte der 1. Vergütungsstufe zeigen (vgl. Tab. 13):

PEPP	1. Vergütungsstufe	Gültigkeitsdauer
P004Z	1,5950	bis Tag 8
PA15A	1,6017	bis Tag 10

Tabelle 13: Erste Vergütungsstufe der PEPP P004Z und PA15A, PEPP-Version 2014

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

Jenseits einer Verweildauer von 330 Tagen würde sich eine minimal bessere Vergütung der beschriebenen Fälle in der P004Z ergeben. Da solche Fälle in den Kalkulationsdaten nicht vorkamen, wurde auf eine „verweildauerabhängige Umleitung“ verzichtet.

Anders stellt sich dies im Falle der PEPP P003C *Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung [...]* dar. Hier wurde zur Vermeidung einer Mindervergütung extremer Langlieger die neue Funktion „Vermeidung Mindervergütung für Langlieger“ etabliert. Dies ist ausführlich in Kapitel 3.2.2.3 erläutert.

3.1.3.8 Fehler-PEPP

Die Kodierung psychiatrischer und psychosomatischer Fälle ist durchaus komplex und trotz einer erkennbar ansteigenden Lernkurve auch im Datenjahr 2012 nicht bei allen Fällen frei von Fehlern. Zum einen ergibt sich gerade bei den OPS-Kodes mit unterschiedlichen Gültigkeitsebenen (Tag, Woche, Periode, Fall) eine Vielzahl von Fehlermöglichkeiten, zum anderen ist in der Verwendung von ICD, OPS und Kodierrichtlinien (DKR-Psych) noch nicht jeder Anwender bereits so erfahren wie viele Anwender des G-DRG-Systems nach über 10 Jahren.

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

Diese Frage betrifft primär die zukünftige Anwendung des PEPP-Groupers im Jahr 2014 (in optierenden Einrichtungen) bzw. der Grouper 2012/2014 und 2013/2014 für Planungszwecke. Für die Aufgabe, Fälle des Kalkulationsjahrs 2012, die schwere Kodierfehler mit möglicher Verfälschung des Inhalts einer PEPP aufweisen, ggf. aus der Kalkulationsgrundlage auszuschließen, ist eine Eingruppierung in eine Fehler-PEPP

nicht zwingend erforderlich, da zu diesem Zweck andere Umsetzungsmöglichkeiten bei der Plausibilisierung der Fälle (vgl. Kap. 2.3.1) bestehen.

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

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

Beispiele für die erste Konstellation sind:

- Fehlende Hauptdiagnose
- Nicht berechenbare Verweildauer
- Ungültiger Hauptdiagnosekode (z.B. nicht terminaler ICD-Kode)
- Fehlende Angaben zu Aufnahmeanlass und Aufnahmegrund (mit der Folge, dass voll- und teilstationäre Fälle nicht unterschieden werden können)
- Fehlendes Alter des Patienten

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

Die zweite Konstellation kommt in den beiden Fehler-PEPP

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

und

PF02Z *Fehlkodierung bei psychosomatisch-psychotherapeutischer Komplexbehandlung bei Erwachsenen*

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

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

3.1.3.9 Reste-PEPP

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

Definition:

PEPP *98Z *Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose*

Diese PEPP enthalten 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.

Die folgenden Tabellen 14 und 15 geben einen Überblick über die Anzahl der den „Reste“-PEPP zugeordneten Fälle sowie die häufigsten Hauptdiagnosen dieser Fälle.

PEPP	Fälle in Daten gem. § 21 KHEntgG	Fälle in Kalkulationsdaten
*98Z	1.305	129
*99Z	184	35

Tabelle 14: Fallverteilung „Reste“-PEPP, PEPP-Version 2014

Überblick über die häufigsten Hauptdiagnosen:

Kode	Text	Fälle
I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	42
I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	23
I50.9	Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet	21

Tabelle 15: Häufigste Hauptdiagnosen in PEPP *98Z, Daten gem. § 21 KHEntgG, PEPP-Version 2014

Trotz einer insgesamt breiteren Datengrundlage ist die diesen „Reste-PEPP“ zugeordnete Fallzahl im Vergleich zu den (bereits geringen) Fallzahlen des Vorjahres damit erneut gesunken.

3.1.3.10 Zusatzentgelte

Wie in Kapitel 2.2.2 erläutert, sind bestimmte spezialisierte Leistungen mittels Zusatzentgelten sachgerechter abbildbar. Im Zuge der Weiterentwicklung der PEPP-Klassifikation 2014 wurden zahlreiche Leistungen auf eine mögliche Abbildung als Zusatzentgelt untersucht. Als Ergebnis wurde zum einen für die folgenden Leistungen die Abbildung als Zusatzentgelt bestätigt:

ZP2014-01 *Elektrokrampftherapie [EKT]*

ZP2014-02 *Strahlentherapie*

Dabei kann die EKT als ein originär psychiatrisch/psychosomatisches Zusatzentgelt betrachtet werden. Maßgeblich für die Abbildung als Zusatzentgelt war neben den im entsprechenden Kapitel dargestellten Kriterien vor allem auch die Tatsache, dass der Leistungsumfang zwischen den einzelnen Fällen (u.a. Dauer und Anzahl der Sitzungen) erheblich variierte, was eine Abbildung innerhalb einer PEPP-Definition auch dann erschwert hätte, wenn ein klarer Bezug z.B. zu bestimmten Diagnosen vorgelegen hätte.

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

Für die PEPP-Version 2014 konnte ein weiteres Zusatzentgelt etabliert werden, das spezifisch für Patienten der Psychiatrie und Psychosomatik ist:

ZP2014-26 *Gabe von Paliperidon, intramuskulär*

Dies beruht auf umfangreichen, zusätzlich bei den Kalkulationskrankenhäusern angefragten Informationen zur Art der Leistungserbringung und den damit verbundenen Kosten, da ein entsprechender Leistungsbezeichner (z.B. OPS-Kode) bisher noch nicht existierte. Eine Bewertung mit einem einheitlichen Preis war für 2014 aber noch nicht möglich.

Über die oben dargestellten drei Zusatzentgelte hinaus wurden weitere 78 Zusatzentgelte (57 bewertet, 21 unbewertet) aus dem G-DRG-Fallpauschalenkatalog übernommen, beispielsweise für die Gabe von Blutprodukten oder bestimmte antineoplastische Chemotherapien. Ziel dieser Zusatzentgelte ist dabei nicht die Abbildung des typischen Falls, sondern gerade des besonderen Risikos seltener, aber hochteurer Fälle für die behandelnde Einrichtung.

3.1.3.11 Besonderheiten des PEPP-Definitionshandbuchs

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

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

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

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

- „Affektive Störungen mit komplizierender Konstellation, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen [TKJPE]“
- „Mäßig erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung“
- „Intensivbehandlung bei Erwachsenen, ab 3 Merkmalen, mit hohem Anteil [INTENS]“

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

3.2 Systematische Analysen und Ergebnisse

3.2.1 Diagnosen- und Prozedurenklassifikation

Grundlage der nachfolgend dargestellten Analysen und Umbauten zur PEPP-Version 2014 waren in erster Linie die im Datenjahr 2012 von den Kalkulationskrankenhäusern verschlüsselten Leistungsbezeichner in Form von ICD-10-GM und OPS. Im Folgenden finden sich detaillierte Informationen zu Weiterentwicklungen der Klassifikationen für den Bereich der Psychiatrie/Psychosomatik.

3.2.2 Analysen und Ergebnisse zu Prozedurenkodes

3.2.2.1 OPS-Kodes Psychiatrie / Psychosomatik

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

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

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

Die weitere Differenzierung dieser Codebereiche besteht in einer Unterteilung nach Anzahl der erbrachten Therapieeinheiten pro Woche. Unsere Analysen zu diesem Thema werden unter dem Begriff „Therapieintensität“ geführt (vgl. Kap. 3.2.2.2.1).

Dabei wird zusätzlich unterschieden, von welcher Berufsgruppe (Ärzte und/oder Psychologen im Gegensatz zu Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen) die Therapieeinheiten erbracht werden. Bei der Intensivbehandlung bei Erwachsenen (9-61) wird zudem die Information übermittelt, wie viele Merkmale (z.B. Anwendung besonderer Sicherungsmaßnahmen, akute Selbst- oder Fremdgefährdung, schwere Antriebsstörung etc.) ein Patient aufweist.

Am Beispiel des Codebereichs für die Intensivbehandlung bei Erwachsenen kann exemplarisch gut die Struktur dieser Codes veranschaulicht werden:

- 9-61 *Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen*
- 9-614 *Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen*
- 9-615 *Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen*
- 9-615.1 *Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: Intensivbehandlung mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten*
- 9-615.2 *Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen: Intensivbehandlung mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten*
- 9-615.20 *... mit bis 2 Therapieeinheiten pro Woche*
- 9-615.21 *... mit mehr als 2 bis 4 Therapieeinheiten pro Woche*
- 9-615.22 *... mit mehr als 4 bis 6 Therapieeinheiten pro Woche*

Abhängig von der Berufsgruppe können bis zu 48 Therapieeinheiten (mit jeweils 25 Minuten) durch einen Code verschlüsselt werden. Gemäß Hinweisen im OPS sind Codes aus den oben genannten Bereichen in der Regel einmal pro Woche anzugeben.

Zur Kennzeichnung besonders aufwendiger Leistungen im Bereich der Psychiatrie/ Psychosomatik steht eine Reihe sogenannter Zusatzcodes zur Verfügung, die zusätzlich zu den oben dargestellten Prozeduren angegeben werden können. Dabei werden beispielsweise folgende Leistungen berücksichtigt:

- 1:1-Betreuung
- Betreuung in der Kleinstgruppe
- Kriseninterventionelle Behandlung
- Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting und Eltern-Kind-Setting)
- Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung

Darüber hinaus wurden OPS-Kodes etabliert (9-98 *Behandlung in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen*), mit denen die Zuordnung der Patienten zu den in der Psych-PV definierten Bereichen und Behandlungsar-

ten kodiert und übermittelt werden kann. Die Zuordnung der Patienten ist von allen Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psych-PV liegen, vorzunehmen.

Die Prozeduren im Anwendungsbereich des § 17d KHG wurden seit 2010 kontinuierlich unter Beteiligung der zuständigen Fachgesellschaften weiterentwickelt. Dies beinhaltete z.B. eine Klarstellung oder Schärfung von Codes in ihrer Definition, aber auch die Erweiterung der kodierbaren Klassen von Therapieeinheiten. Für den der PEPP-Version zugrundeliegenden OPS Version 2012 wurden beispielsweise neue Codes für die Betreuung von Erwachsenen in der Kleinstgruppe geschaffen.

Für den OPS Version 2013 lag der Schwerpunkt auf Klarstellungen, aber auch einigen inhaltlichen Anpassungen ohne Etablierung neuer Codes (beispielsweise die Verkürzung der Dauer der Therapieeinheiten von 25 auf 15 Minuten bei Kindern und Jugendlichen).

Im OPS Version 2014 hingegen findet sich eine Anzahl neu etablierter Codes für Leistungen der Psychiatrie und Psychosomatik. Hier sind insbesondere folgende Codebereiche zu nennen:

- 9-644 *Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung bei Erwachsenen*
- 9-645 *Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen*
- 9-646 *Erhöhter Aufwand bei drohender oder bestehender psychosozialer Notlage bei Erwachsenen*
- 9-691 *Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen*
- 9-692 *Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen*
- 9-700 *Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen*
- 9-800 *Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen*
- 9-984 *Pflegebedürftigkeit*

Da diese in den Daten des Kalkulationsjahres 2012 noch nicht vorlagen, sind die genannten Codes im PEPP-System 2014 typischerweise gültige, aber nicht gruppierungsrelevante Prozeduren. Mit Vorliegen der Daten des Jahres 2014 werden 2015 spezifische Analysen mit möglicher Umsetzung im PEPP-System des Jahres 2016 möglich sein.

Wie in Kapitel 2.2.3 erläutert, ist eine frühere Berücksichtigung ggf. mittels des Instruments der ergänzenden Datenbereitstellung möglich. So war (wie nachfolgend in Kapitel 3.2.3 erläutert) eine Abbildung der Qualifizierten Entzugsbehandlung bereits für 2014 möglich.

3.2.2.2 „Therapieeinheiten-Kodes“ 9-60 und 9-61

Die OPS-Kodes aus 9-60 (Regelbehandlung Erwachsene) und 9-61 (Intensivbehandlung Erwachsene) enthalten zwei strukturell unterschiedliche Informationen:

- Anzahl der Therapieeinheiten (TE) pro Woche, nachfolgend als sogenannte „Therapieintensität“ bezeichnet
- Angabe, ob eine Regel- oder eine Intensivbehandlung vorlag, nachfolgend als „Behandlungsart“ bezeichnet

Diese beiden Qualitäten wurden in den Analysen grundsätzlich unabhängig voneinander untersucht und schließlich auch in unterschiedlicher Weise in die PEPP-Version 2014 als gruppierungsrelevante Merkmale aufgenommen, da die beiden Attribute nicht regelhaft miteinander in Beziehung stehen. So kann beispielsweise ein Patient, der eigen- und fremdgefährdendes Verhalten zeigt, gesetzlich untergebracht und schwer antriebsgestört ist, trotz dieser vielen Intensivmerkmale nur eine geringe Therapiedichte (in TE) aufweisen – oder ggf. gar keine Therapieeinheiten (auch 0 Therapieeinheiten sind mit diesen OPS verschlüsselbar).

3.2.2.2.1 Therapieintensität bei Regel- und Intensivbehandlung (9-60...9-61)

Bei der Entwicklung der PEPP-Version 2013 standen diese Kodes auch bereits in den Daten zur Verfügung und wurden umfassend untersucht, da eine sehr hohe Anzahl an Therapieeinheiten relevante Mehrkosten erwarten lässt. Eine Umsetzung ist im Vorjahr jedoch noch nicht gelungen. Zum einen war die Zahl der Fälle mit sehr hoher Therapieintensität vergleichsweise gering, zum anderen waren diese nicht immer mit den erwarteten hohen Tageskosten verbunden. Es zeigten sich jedoch bereits erste Hinweise auf eine mögliche Eignung als Kostentrenner für die Kodes zur Berufsgruppe Ärzte und Psychologen.

In der PEPP-Klassifikation 2014 konnte jetzt erstmals eine Aufwertung von Fällen mit hoher Therapieintensität umgesetzt werden, da sich der Zusammenhang zwischen hoher Therapiedichte und hohen Tageskosten deutlich stärker in den Daten zeigte.

Für diese Verbesserung der Datengrundlage war zum einen sicher eine noch stärker aufwandsgerechte Kostenkalkulation in den Kliniken verantwortlich, zum anderen eine breitere und weniger fehlerbehaftete Anwendung der Kodes.

Die Analysen für 2014 richteten sich vor allem auf Fälle mit besonders hoher Therapieintensität. Dabei wurden drei wesentliche Ansätze verfolgt:

1. Hohe Anzahl der erbrachten Therapieeinheiten im Gesamtaufenthalt
2. Hohe Anzahl an Tagen mit gültigem Therapieeinheiten-Kode
3. Hoher Anteil der Tage mit Therapieeinheiten am Gesamtaufenthalt

Für 2. und 3. wurden typischerweise nur Kodes oberhalb einer definierten Schwelle an TE pro Woche gewertet, z.B. >4, >6 oder >8.

Daraus ergeben sich folgende systematische Überlegungen: Die Abbildung der auf Basis der TE-Kodes als aufwendig erkennbaren Fälle lediglich über die Summe der erbrachten Therapieeinheiten (Ansatz 1) bzw. die absolute Gültigkeitsdauer (Ansatz 2) benachteiligt Fälle mit kurzer Verweildauer. Eine hohe Summe an Tagen mit einer dokumentierten Intensivbehandlung ist bei einem Langlieger deutlich leichter zu erreichen.

Andererseits bevorzugt die Abbildung über einen Anteil an den Pflgetagen (Ansatz 3) die Kurzlieger. Ein hoher Anteil von gültigen Tagen mit einer dokumentierten Intensivbehandlung wäre typischerweise bei Kurzliegern leichter zu erreichen.

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

Die Analyseergebnisse ermöglichten es, Patienten mit folgenden Merkmalen in höhere PEPP einzugruppieren, da sich die Fälle als deutlich kostenintensiver zeigten:

1. >6 Therapieeinheiten pro Woche an mindestens 50% der Pflgetage, unabhängig davon, ob in Regel- oder in Intensivbehandlung erbracht, UND
2. Mindestens 7 Verweildauertage Aufenthalt UND
3. TE erbracht durch die Berufsgruppe Ärzte und Psychologen

Dementsprechend wurden diese Fälle in der PEPP-Version 2014 in diversen PEPP der Strukturkategorie *Psychiatrie* in die besser bewertete „A-PEPP“ eingruppiert. Auch in der Strukturkategorie *Psychosomatik* sind diese Codes ab 2014 gruppierungsrelevant (in der Basis-PEPP PP04).

Wie bei der bereits im Vorjahr etablierten Logik für einen „hohen Anteil Intensivbehandlung“ (siehe Kap. 3.3.1.1.2) zeigte sich bei der Umsetzung auch hier eine Kombinationslogik aus Gültigkeitsdauer und Anteil als am besten geeignet, um systematische Benachteiligungen (z.B. von Kurz- oder Langliegern) auszuschließen.

Eine Umsetzung für die Berufsgruppe Pflegefachpersonen und Spezialtherapeuten war auch für 2014 nicht möglich, da die Häufigkeit der Anwendung der OPS-Kodes zwischen den Krankenhäusern stark differierte. Zudem war eine hohe Anzahl an Therapieeinheiten nicht immer mit entsprechend höheren Kosten am jeweiligen Tag verbunden. Insgesamt zeigte sich die Kodierqualität für die benannte Berufsgruppe Pflegefachpersonen und Spezialtherapeuten noch sehr uneinheitlich, sodass die Ergebnisse im Folgejahr erneut zu überprüfen sind.

3.2.2.2.2 Intensivbehandlung Erwachsene (9-61)

Die die Intensivbehandlung beschreibenden OPS-Kodes wurden nicht nur hinsichtlich der Anzahl der erbrachten Therapieeinheiten ausgewertet, sondern außerdem in Anbetracht von Alleinstellungsmerkmalen, die sie von den übrigen OPS-Kodes der Regel- und Komplexbehandlung abhebt – die Intensivmerkmale. So setzt die Verschlüsselung eines OPS-Kodes der Intensivbehandlung mindestens eines der folgenden seit dem OPS Version 2011 definierten sieben Merkmale voraus:

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

Zur Verschlüsselung dienen drei Codebereiche innerhalb der Intensivbehandlung:

- Mit 1 bis 2 Merkmalen (9-614)
- Mit 3 bis 4 Merkmalen (9-615)
- Mit 5 und mehr Merkmalen (9-616)

Bereits im Vorjahr hatte sich gezeigt, dass ein hoher Anteil an Intensivbehandlung an den Pflagetagen bei gleichzeitigem Vorliegen von mindestens 3 Intensivmerkmalen mit hohen Tageskosten verbunden ist. In den diesjährigen Analysen konnte dieser Zusammenhang zwischen Merkmalsanzahl und durchschnittlichen Tageskosten erneut bestätigt und umfangreicher umgesetzt werden.

Dies erfolgt z.B. in der Prä-PEPP P004Z, wo bereits für 2013 die Eingruppierung von Fällen mit sehr hohem Anteil (>75%) Intensivbehandlung an den Pflagetagen bei Erwachsenen mit mehr als zwei Merkmalen umgesetzt werden konnte. Aus dem Vorschlagsverfahren erhielten wir zahlreiche Anregungen zur Untersuchung der Intensivbehandlung hinsichtlich folgender Kriterien:

- Senkung der Einstiegsschwelle von 75% (bzw. von 50% in der Strukturkategorie *Psychiatrie*) auf z.B. 40%
- Prüfung der Fälle mit ≥ 5 Merkmalen auf besonders hohe Tageskosten
- Prüfung der Fälle mit 1 bis 2 Merkmalen auf erhöhte Tageskosten

Fälle mit nur 1 bis 2 Merkmalen zeigten keine regelhaften Mehrkosten in einem Maß, das eine Aufwertung begründet hätte.

Hingegen waren Fälle mit fünf und mehr Merkmalen deutlich auffällig hinsichtlich ihrer erhöhten Tageskosten. In den durchgeführten Analysen fanden sich jedoch nur sehr wenige Fälle mit ≥ 5 Merkmalen und einem hohen Anteil Intensivbehandlung an der gesamten Aufenthaltsdauer im Krankenhaus. Diese Fälle sind jedoch bereits durchweg der Prä-PEPP P004 zugeordnet und dort nicht wesentlich kostenauffällig.

Fälle mit sehr hohem Anteil (>75%) Intensivbehandlung und mindestens 5 Merkmalen bei zugleich kurzen Aufenthaltsdauern (<4 Pflagetage) zeigten sich jedoch als deutlich untervergütet, da diese nach der PEPP-Version 2013 noch nicht in eine Prä-PEPP eingruppiert wurden. Da diese Kurzlieger den Fällen der bisherigen P004Z von den Kosten her ähnlich waren, konnte dieser Vorschlag durch eine aufwandsgerechte Zuordnung der Fälle in die Prä-PEPP P004Z umgesetzt werden.

Ebenfalls untersucht wurde die Intensivbehandlung auf Ebene der Strukturkategorien. Hier war im Vorjahr die Aufwertung der Fälle mit einem hohen Anteil Intensivbehandlung (>50% bezogen auf die Pflagetage) mit mehr als zwei Merkmalen gelungen.

Zusätzlich konnte für 2014 der Vorschlag, Fälle mit einem erhöhten Anteil (>40%) Intensivbehandlung mit mehr als 3 Merkmalen bezogen auf Pflagetage differenzierter als im Vorjahr abzubilden, umgesetzt werden. Dies konnte in diversen PEPP der Strukturkategorien *Psychiatrie* und *Psychosomatik* (PA03, PA04, PP04 u.a.) implementiert werden und zur Aufwertung führen. Die im Vorjahr verwendete Logik, die einen Anteil von mindestens 50% fordert, ist weiterhin in verschiedenen PEPP gruppierungsrelevant (PA01, PA15 u.a.), da sich dort die höhere Einstiegsschwelle weiterhin als sachgerecht zeigte.

3.2.2.2.3 Psychotherapeutische und psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung (9-62 und 9-63)

Wie bereits im Allgemeinen Teil zu den Prozeduren erwähnt, handelt es sich bei den beiden Codebereichen um „Therapieeinheiten-Kodes“. Folglich sind diese wöchentlich zu kodieren, eventuell anfallende Therapieeinheiten sind anzugeben. Beide Codebereiche setzen ein vorrangig psychotherapeutisches Setting mit komplementären Behandlungsverfahren voraus, wobei Letzterer eine „Standardisierte psychosomatisch-psychotherapeutische Diagnostik“, einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und weitere – von der „rein“ psychotherapeutischen Komplexbehandlung abweichende – Mindestmerkmale (vgl. OPS-Beschreibung 9-63) voraussetzt. Eine Besonderheit der Kodes für die psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung ist die Differenzierung zwischen den Berufsgruppen Ärzte und Psychologen.

Vornehmlich in der Strukturkategorie *Psychosomatik* zeigten unsere Analysen für das Datenjahr 2012 eine deutlich veränderte Kalkulationsstichprobe gegenüber den Vorjahreswerten. Wie im Abschnitt „Zusammensetzung der Datenlieferungen“ in Kap. 2.1.2 dargestellt, besteht weiterhin eine Unterrepräsentation psychosomatischer Fälle in der Kalkulationsstichprobe, die jedoch, u.a. aufgrund der Ersteinahme weiterer psychosomatischer Einrichtungen, nicht mehr so stark ausgeprägt ist wie im Vorjahr. Dies wird in der „psychosomatischen Prä-PEPP“ PP00Z besonders anschaulich. Bisher wurden dort Fälle mit

- psychosomatisch-psychotherapeutischer Komplexbehandlung (9-63)
- **>6 Therapieeinheiten/Woche** (ärztlicher und psychologischer Dienst)
- Gültigkeit eines solchen Kodes an mehr als 50% der Pflage tage

abgebildet. Während diese Kategorie im PEPP-System 2013 auf Basis der Kalkulationsdaten aus 2011 noch besonders aufwendige Fälle der Strukturkategorie beinhaltete, zeigten die diesjährigen Untersuchungen – auf der deutlich veränderten und verbreiterten Stichprobe – die beschriebenen Fälle als nicht mehr durchgängig teurer als andere PEPP der Strukturkategorie. Somit war eine Abbildung dieser Fälle in einer eigenständigen PEPP am Beginn der Abfragereihenfolge nicht mehr zu begründen, denn dies hätte zu einer Abwertung der entsprechenden Fälle geführt. Auch eine Einsortierung der PP00Z entsprechend den gesunkenen Tageskosten war keine mögliche Lösung, da dies zu einer schrittweisen Auflösung der DRG geführt hätte.

Für 2014 wurden daher Fälle mit besonders aufwendigen Konstellationen der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung innerhalb der bestehenden PEPP der Strukturkategorie *Psychosomatik* aufgewertet. Dies war gemäß den Kosten möglich für Fälle mit

- psychosomatisch-psychotherapeutischer Komplexbehandlung (9-63)
- **>8 Therapieeinheiten/Woche** (ärztlicher und psychologischer Dienst)
- Gültigkeit eines solchen Kodes an mehr als 50% der Pflage tage

da sie sich als kostenaufwendiger erwiesen. Dementsprechend wurden diese durch Ergänzung bestehender Splitkriterien in den fallzahlstarken PEPP der Strukturkategorie (PP04 und PP10) in entsprechend höherwertige PEPP eingeordnet.

In gleicher Weise konnte erstmals auch der Codebereich der psychotherapeutischen Komplexbehandlung (9-62) in der Strukturkategorie *Psychosomatik* berücksichtigt werden. Bedingt durch eine unzureichende Datenlage (unvollständige und zwischen den einzelnen Krankenhäusern erheblich differierende Kodierung) konnte die psychothera-

apeutische Komplexbehandlung (9-62) in der Strukturkategorie *Psychiatrie* jedoch nicht für die Entwicklung der PEPP-Version 2014 berücksichtigt werden. Damit besteht im PEPP-System 2014 eine der Datenlage entsprechende, in einzelnen Punkten jedoch noch uneinheitliche Abbildung von Fällen mit einer hohen Zahl an Therapieeinheiten. Dies wird Anlass sein, diese Fälle bei der Weiterentwicklung des PEPP-Systems im kommenden Jahr erneut umfassend zu überprüfen.

3.2.2.3 1:1-Betreuung Erwachsene (9-64)

Diese Codes für den „erhöhten Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen“ wurden bereits im Vorjahr umfangreich analysiert und konnten vielfach bereits für die PEPP-Version 2013 Berücksichtigung finden. Mit diesem Codebereich konnte 2011 ausschließlich die Einzelbetreuung (1:1) erwachsener Patienten verschlüsselt werden, neu im OPS 2012 – also erstmals in der Kalkulation für 2014 untersuchbar – sind Codes für die Betreuung in einer Kleinstgruppe (2–3 Patienten). Es lag also zur Prüfung und Weiterentwicklung der Abbildung dieser hochaufwendigen Behandlungsform in den Daten aus 2012 nicht nur eine verbreiterte Datengrundlage durch vollständigere Verschlüsselung der Codes vor, sondern auch erstmals Zusatzinformationen zu einer bisher nicht kodierbaren Behandlungsform.

In der PEPP-Klassifikation des Jahres 2013 sind Fälle mit einer hohen Anzahl an Stunden in 1:1-Betreuung an mehreren Stellen deutlich aufgewertet:

- Ab einer Größenordnung von ca. 80 Stunden 1:1-Betreuung waren die entsprechenden Fälle in der Prä-PEPP P003 *Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung* abgebildet.
- Eine Größenordnung von ca. 40 Stunden führte in zahlreichen PEPP der Strukturkategorie *Psychiatrie* zu einer Höherbewertung – jeweils in die oberste Klasse der Basis-PEPP, also die mit „A“ an letzter Stelle bezeichnete. Dies betrifft mit den Basis-PEPP PA01, PA02, PA03, PA04, PA14 und PA15 alle bewerteten Basis-PEPP dieser Strukturkategorie und wurde in Form der Funktion „Mäßig erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen“ umgesetzt.

Dass oben nur von einer „Größenordnung“ der Stundenzahl gesprochen wird, ist in der Struktur der Codes (die stets ein Intervall an Betreuungsstunden angeben) und der PEPP-Logik an dieser Stelle begründet. Das nachfolgende Beispiel verdeutlicht dies anhand der Einstiegsbedingung in die Basis-PEPP P003 („Größenordnung 80 Stunden“).

Bei diesem Beispielfall wurde an vier Tagen jeweils der Code 9-640.01 *1:1-Betreuung >6–12 Stunden* verschlüsselt. Dies wertet der Grouper als 4 mal 9 = 36 Stunden (da für 6 bis 12 mit dem Klassenmittel von 9 Stunden gerechnet wird).

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

Dabei entspricht der Wert 80 als Untergrenze aber nicht zwingend der tatsächlich erbrachten Anzahl der geleisteten Stunden. Bezogen auf das oben genannte Beispiel bedeutet das, dass auch beispielsweise ein Fall mit 67 Stunden Einzelbetreuung (4 mal 7 plus 3 mal 13) beim Grouping aufgrund der Multiplikation der Stunden mit dem Klas-

senmittelwert (4 mal 9 Stunden für die Klasse >6–12 Stunden plus 3 mal 15 Stunden für die Klasse >12–18 Stunden = 81 Stunden) die Einstiegsschwelle zur P003 überschreiten könnte.

Im Vorjahr konnten aufwendige Konstellationen der Einzelbetreuung zwar wie dargestellt bereits in erheblichem Umfang aufgewertet werden, es war jedoch noch nicht möglich, auch Fälle mit einer 1:1-Betreuung unter 6 Stunden pro Tag in die PEPP-Definitionen einzubeziehen, da sich diese bei kleinen Fallzahlen als nicht regelhaft mit deutlich höheren Tageskosten verbunden zeigten. Somit wurde auf Grundlage der noch kleinen Stichprobe für 2013 eine Abbildung der sicher teuren Fälle mit mehr als 6 Stunden 1:1-Betreuung pro Tag in der Gruppierungslogik umgesetzt. Auf einer erheblich verbreiterten Datengrundlage war es in diesem Jahr darüber hinaus möglich, auch den Kode für „mindestens 2 bis 6 Stunden pro Tag“ (9-640.00) zu untersuchen und durch Aufnahme in die Logik der Prä-PEPP P003 sowie der Funktion „Mäßig erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen“ umzusetzen.

Im Ergebnis können 2014 mehr Fälle die gruppierungsrelevanten Schwellen von 80 bzw. 40 Stunden Einzelbetreuung erreichen, da auch Tage mit Betreuung unter 6 Stunden gewertet werden. Dies entspricht einer Aufwertung weiterer aufwendiger Fälle. Entsprechend den typischen Tageskosten der Fälle wurde der Kode für „mindestens 2 bis 6 Stunden pro Tag“ jedoch nicht mit dem rechnerischen Klassenmittelwert von 4 Stunden, sondern mit dem etwas geringeren Wert von 3 in die Ermittlung der Gesamtstundenzahl einbezogen.

Außerdem wurden verschiedene Optionen zur weiteren Präzisierung der Logiken für die hochaufwendige Einzelbetreuung untersucht, so z.B. eine mögliche Definition eines Mindestanteils der Tage mit 1:1-Betreuung am Gesamtaufenthalt oder die Berücksichtigung des Verhältnisses der Summe der Stunden mit 1:1-Betreuung zum Gesamtaufenthalt. Ersteres führte zu keinem umsetzbaren Ergebnis, da bei einem erheblichen Anteil der Fälle mit hoher Stundenzahl an 1:1-Betreuung diese an vergleichsweise wenigen Tagen erbracht wurde – ohne dass dies mit geringeren Tageskosten des Falls verbunden gewesen wäre. Letzteres wurde ebenfalls im Vorschlagsverfahren thematisiert und führte auch zu einer Veränderung:

Im PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014 wurde die Konstellation beschrieben, dass Fälle mit sehr langer Verweildauer die Basisbedingung der PEPP P003 (80 Stunden) auch erfüllen können, wenn sie eine – im Vergleich zur sehr langen Verweildauer – nur relativ geringe Stundenzahl der 1:1-Betreuung aufweisen. Dabei seien dann nicht in jedem Fall höhere Kosten in einem den Gesamtfall prägenden Maß zu erwarten. Diese Annahme wurde in den Daten des Jahres 2012 bestätigt. Entsprechend werden diese – wenigen – Fälle für 2014 nicht mehr in die PEPP P003 eingruppiert, da ihre Tageskosten nicht den Kosten der P003 entsprechen. Umgesetzt ist in Form einer zusätzlichen Bedingung, dass eine Eingruppierung in die P003 nicht erfolgt, wenn die Summe der Stunden an 1:1-Betreuung geringer ist als die Behandlungsdauer in Tagen.

Ein Fall mit 90 Stunden 1:1-Betreuung und einer Verweildauer von 60 Tagen wird also in die P003 eingruppiert, bei gleicher Stundenzahl und einer Verweildauer von 100 Tagen jedoch nicht. Im Ergebnis wurde die PEPP P003 um einige weniger aufwendige Fälle bereinigt und somit deutlich aufgewertet. Die Fälle, die der P003 aufgrund dieser Schärfung nicht mehr zugeordnet werden, sind aber weiterhin innerhalb der Strukturkategorie *Psychiatrie* über die Funktion „Mäßig erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen“ sachgerecht abgebildet.

Eine weitere Besonderheit der PEPP P003 *Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung* ist die neue Funktion „Vermeidung Mindervergütung für Langlieger“.

Wie in Kapitel 3.1.3.7 zur Sortierung erläutert, wird die PEPP P003 aufgrund der sehr hohen mittleren Tageskosten der Fälle an einer der ersten Positionen im System abgefragt – vor der Prä-PEPP P004 und vor allen PEPP der Strukturkategorie *Psychiatrie*. Dies stellt sicher, dass Fälle, die die Bedingungen mehrerer PEPP (z.B. P003 aufgrund von Einzelbetreuung und P004 aufgrund eines beim gleichen Fall ebenfalls vorliegenden hohen Intensivanteils) erfüllen, der PEPP mit dem höheren Erlös zugeordnet werden. Diese Sortierung erfolgt nach den Tageskosten typischer Fälle und bedeutet für die überwiegende Zahl der Fälle eine deutliche Besserstellung. Aufgrund der verweildauerabhängigen Vergütung bestand jedoch für einzelne extreme Langlieger die Situation, dass sie so der P003 zugeordnet waren, jedoch in darunter einsortierten PEPP einen geringfügig höheren Gesamterlös erzielt hätten, beispielsweise aufgrund dort höherer Relativgewichte in der letzten Stufe. Somit würde in diesen Fällen durch die Einsortierung eine Mindervergütung von Langliegern erreicht. Genau dies wird – ihrer Bezeichnung entsprechend – durch die neue Funktion „Vermeidung Mindervergütung für Langlieger“ verhindert.

Durch diese Funktion werden Fälle, die die Bedingungen der PEPP P003C erfüllen, in eine andere PEPP „umgeleitet“ (deren Eingangsbedingungen der Fall ebenfalls erfüllt), wenn sie aufgrund ihrer sehr langen Verweildauer dort insgesamt besser vergütet sind. Diese Verweildauerschwelle liegt bei

- 175 Tagen für die P004Z,
- 171 Tagen für die PA15A und
- 275 Tagen für die PA02A.

Dies sei an einem Beispiel nochmals verdeutlicht. Angenommen ein Patient mit Alzheimer-Demenz als Hauptdiagnose weise 130 Stunden 1:1-Betreuung bei einem Aufenthalt von 180 Tagen auf. Allein durch die Diagnose würde der Fall in die Basis-PEPP PA15 eingruppiert (PEPP mit überwiegend gerontopsychiatrischen Erkrankungen). Bezieht man nun die hohe Stundenanzahl mit ein, so erfüllt der Fall auch die Bedingungen der PEPP P003C. Da diese wiederum in der letzten Vergütungsstufe (siehe PEPP-Entgeltkatalog 2014) eine niedrigere Bewertungsrelation als die PEPP PA15A aufweist, würden bestimmte Fälle mit sehr langer Verweildauer (wie dieser) sachgerechter in der PA15A abgebildet. Es wurde die Verweildauer ermittelt, ab der die Eingruppierung in P003 nicht mehr mit einer Besserstellung verbunden ist, und diese entsprechend in der Funktion „Vermeidung Mindervergütung für Langlieger“ umgesetzt. Für die PA15A aus dem oben genannten Beispiel ergab sich ein Wert von mindestens 172 Tagen, ab dem ein Langlieger mit 1:1-Betreuung sachgerechter ebendort abgebildet ist als in der P003C.

PEPP	1. Vergütungsstufe	Letzte Vergütungsstufe
P003C	2,2021	0,9454
PA15A	1,6017	1,0837

Tabelle 16: Erste und letzte Vergütungsstufen der PEPP P003C und PA15A, PEPP-Version 2014

Da die „Umleitung“ von Fällen durch diese Funktion in einem auf echten Fällen basierenden Vergütungssystem wie PEPP zu Veränderungen von mittleren Kosten und Verweildauern – und somit von Relativgewichten und Verweildauergrenzen – führt, ist die Ermittlung der Verweildauerschwelle ein mehrstufiger, iterativer Prozess.

Auf den Daten des Jahres 2012 und nach Umsetzung der zahlreichen oben dargestellten Modifikationen zeigte sich zwischen den PEPP P003C und P003D nur noch ein sehr geringer Kostenunterschied, sodass diese PEPP zu einer zusammengefasst werden konnten.

Auch die seit 2012 erstmals verschlüsselbare Behandlung in der Kleinstgruppe bei Erwachsenen (Kodes aus 9-640.1-) wurde umfassend untersucht. Es zeigte sich, dass die Anwendung des Kodes in 2012 noch sehr uneinheitlich war. Rund 90% aller Fälle mit diesen Kodes stammte aus einem einzigen Haus. Auf dieser – nur sehr eingeschränkt aussagefähigen – Datengrundlage wiesen die Fälle mit Behandlung in der Kleinstgruppe zudem geringere Kosten pro Tag auf als die anderen Fälle der jeweiligen PEPP. Daher konnten die neuen Kodes weder in der Prä-PEPP P003 noch in der Funktion „Mäßig erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung“ Berücksichtigung finden.

3.2.2.4 Kleinstgruppe/Einzelbetreuung bei Kindern und Jugendlichen (9-67)

Die Betreuung in der Kleinstgruppe bzw. in der 1:1-Situation, die bei Erwachsenen über tagesbezogene Zusatzkodes realisiert ist, wurde im OPS für den kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich als Codebereich mit Wochenbezug umgesetzt, ähnlich der Regelbehandlung (9-65). Dementsprechend sind die Kleinstgruppe wie auch die Einzelbetreuung unter der *Psychiatrisch-psychosomatischen Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen* (9-67) zusammengefasst. Diese Kodes lösen folglich die Kodes für die Regelbehandlung bei Kindern (9-65) und Jugendlichen (9-66) sowie das Eltern-Kind-Setting (9-68) ab bzw. können nicht gleichzeitig zu diesen angegeben werden.

Ergänzend zu den bereits oben aufgeführten strukturellen Merkmalen der TE-Kodes werden in den Codebereichen *Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe* (9-670) und *Einzelbetreuung* (9-671) weitere Zeiteinheiten der Form „Jeweils mit x Stunden an x Tagen pro Woche“ genutzt. Beispielhaft sei hier der Code 9-670.32 *Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen: 6 bis 12 Stunden pro Tag, an 3 Tagen pro Woche* genannt. Die Identifizierung aufwendiger Fälle durch den PEPP-Grouper muss hier also der besonderen Struktur der Kodes Rechnung tragen. Die nachfolgende Übersicht in Tabelle 17 zeigt dies exemplarisch:

OPS	An x Tagen pro Woche	Stunden pro Tag	Kleinstgruppe / Einzelbetreuung	Stunden pro Woche	Personalstunden pro Woche
9-670.21	2	2 – 6	Kleinstgruppe	4 – 12	1,6 – 4,8 **
9-670.44	5	12 – 24	Kleinstgruppe	60 – 120	24 – 48 **
9-671.03	4	1 – 2	Einzelbetreuung	4 – 8	4 – 8
9-671.46	7	12 – 18	Einzelbetreuung	84 – 126	84 – 126

Tabelle 17: Exemplarische OPS-Codes für Kleinstgruppe/Einzelbetreuung bei Kindern und Jugendlichen

Bei den mit ** gekennzeichneten Codes ist bei der Ermittlung der Personalstunden zu berücksichtigen, dass eine Kleinstgruppe mit 2 oder 3 Patienten besetzt sein kann. Dementsprechend wurde die Zahl der Personalstunden pro Woche durch Division der Stundenzahl mit dem Faktor 2,5 ermittelt. Trotz dieser Korrektur der Stundenzahl bei der Kleinstgruppe zeigte sich, dass die Zeit der Kleinstgruppe nicht immer einen der Einzelbetreuung analogen Mehraufwand repräsentierte, sodass eine weiter differenzierte Abbildung erforderlich war. Hier mag mit verantwortlich sein, dass ein hoher Bedarf an 1:1-Betreuung einen Mehraufwand anzeigt, der über die 1:1-Betreuung selbst hinausgeht – was für die Kleinstgruppe nicht immer in diesem Maß gegeben ist.

Es ist einsichtig, dass, wie ausführlich bei der 1:1-Betreuung für Erwachsene dargestellt, die Abbildung hochaufwendiger Fälle über Schwellenwerte erfolgt, die eher einer „Größenordnung“ als einer exakten Zahl an „Personalstundeneinheiten“ (PE) entsprechen. Für die PEPP-Version 2013 erfolgte die Eingruppierung von Fällen ab 70 PE in der Prä-PEPP P002 *Intensivbehandlung bei Kindern und Jugendlichen*. Fälle mit über 150 PE zeigten selbst innerhalb dieser Klasse nochmals erheblich höhere Tageskosten, sodass trotz einer vergleichsweise geringen Fallzahl die weitere Differenzierung in P002A und P002B umgesetzt wurde, um so die Tatsache des nochmals deutlich höheren Aufwands dieser Fälle abbilden zu können.

Diese Abbildung hat sich auch für die PEPP-Version 2014 als sachgerecht gezeigt, so dass die Definition der Prä-PEPP P002 im Wesentlichen beibehalten wurde.

Weitere Analysen konzentrierten sich – auch auf Grundlage von Anregungen aus dem Vorschlagsverfahren – auf die Untersuchung aufwendiger Fälle unterhalb der bisherigen Einstiegsschwelle der P002 (z.B. <70 PE) sowie die Prüfung von niederschwelligeren Codes, z.B. Betreuung an nur einem Tag pro Woche oder mit niedriger Stundenanzahl pro Tag, die für die PEPP-Version 2013 noch nicht berücksichtigt werden konnten. Im Ergebnis konnte die PEPP P002 für 2014 umfassender definiert werden, indem die folgenden Codes noch in der Basisbedingung ergänzt wurden:

- >2 – 4 Std. pro Tag an mind. 4 Tagen pro Woche (9-671.13-16)
- >8 Std. pro Tag an 1 Tag pro Woche (9-671.30, .40 und .50)

Fälle mit diesen Codes können die hoch bewertete Prä-PEPP P002 2014 somit leichter erreichen.

Hingegen zeigte sich, dass Fälle mit „Beaufsichtigung mit Überwachung in der Kleinstgruppe“ (9-670) zwar höhere Kosten pro Tag aufwiesen, aber auf Grundlage der Daten aus 2012 nicht mehr in einem Maß, das die Eingruppierung in die Prä-PEPP rechtfertigt. Diese Fälle konnten für 2014 innerhalb der Strukturkategorie *Kinder- und Jugend-*

psychiatrie sachgerecht abgebildet werden, indem sie in den Splitkriterien der fallzahlstarken Basis-PEPP PK04 *Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen* und PK14 *Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen* berücksichtigt wurden.

In diesen PEPP führt eine Summe von 40 Personalstundeneinheiten – wobei sowohl die Einzelbetreuung als auch die Kleinstgruppe gewertet werden – stets zur Eingruppierung in die höchste Kategorie. Ergänzt um weitere Splitbedingungen (Nebendiagnosen, Alter) konnte so in der Strukturkategorie *Kinder- und Jugendpsychiatrie* eine deutliche Ausdifferenzierung erfolgen, wie sie bisher nur in den Strukturkategorien der Erwachsenenpsychiatrie bestand.

3.2.2.5 Kriseninterventionelle Behandlung (9-641 und 9-690)

Die Zusatzkodes für die „Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen“ bei Erwachsenen (9-641) bzw. Kindern und Jugendlichen (9-690) sind sich strukturell und inhaltlich sehr ähnlich, weshalb sie im Folgenden gemeinsam betrachtet werden. Sie sind im Falle von „psychosozialen oder psychischen Krisen, die tagesbezogen einen hohen Personaleinsatz“ erfordern, am jeweiligen Tag höchstens einfach anzugeben. Dabei ist zu beachten, dass die jeweiligen Therapieeinheiten-Kodes begleitend gesetzt sein müssen (9-60...9-63 bzw. 9-65...9-68).

Im Vorschlagsverfahren fanden sich zu den oben beschriebenen Zusatzkodes zahlreiche Anregungen zur Analyse von Fällen. Diese erfolgte u.a. bezogen auf die verschiedenen Berufsgruppen (Ärzte/Psychologen bzw. Spezialtherapeuten/Pflegefachpersonen) sowie auf unterschiedliche Anteile (der Tage mit Zusatzkode) an den Pflegetagen.

Die durchgeführten Analysen zu den Kriseninterventions-Kodes konnten aus verschiedenen Gründen nicht zu einer Umsetzung in der PEPP-Version 2014 führen: Zum einen gibt es zwar viele Fälle, die an einigen Tagen des Aufenthalts einen derartigen OPS-Kode aufweisen. In diesem Fall ist der Aufwand der Krisenintervention jedoch typischerweise nicht prägend für den Gesamtfall mit oft langer Verweildauer.

Zum anderen liegen Fälle mit einem hohen Anteil an Krisenintervention am Gesamtaufenthalt nur selten vor. Untersucht man diese Teilmenge indes genauer, ist festzustellen, dass Fälle mit einem hohen Anteil an „Kriseninterventionstagen“ am Gesamtaufenthalt oft bereits in die PEPP der *Prä*-Strukturkategorie eingruppiert und dort sachgerecht vergütet sind. Es finden sich jedoch auch Fälle mit vielen „Kriseninterventionstagen“, die dennoch keine regelhaft höheren Tageskosten aufweisen. Letzteres ist zusammen mit einer noch hausindividuell sehr unterschiedlichen Verschlüsselungspraxis ein Anhaltspunkt für eine aktuell noch geringe Belastbarkeit der Kriseninterventions-Kodes.

Inwieweit die undifferenzierten Kodes („ab 90 Minuten“ ohne weitere Einteilung) für die Krisenintervention sich zukünftig als Definitionsparameter eignen, wird zu prüfen sein. Perspektivisch wurde durch die Etablierung einer ausdifferenzierten Struktur der Kodes die zukünftige Analysierbarkeit erheblich verbessert (vgl. Tab. 18):

OPS 2014	Bezeichnung/Differenzierung
9-641.0	Kriseninterventionelle Behandlung durch Ärzte und/oder Psychologen
9-641.00	Mehr als 1 bis 1,5 Stunden pro Tag
9-641.01	Mehr als 1,5 bis 3 Stunden pro Tag
9-641.02	Mehr als 3 bis 4,5 Stunden pro Tag
9-641.03	Mehr als 4,5 bis 6 Stunden pro Tag
9-641.04	Mehr als 6 Stunden pro Tag

Tabelle 18: OPS-Kodes für Kriseninterventionelle Behandlung durch Ärzte/Psychologen

3.2.2.6 Mutter/Vater-Kind- (9-643) und Eltern-Kind-Setting (9-68)

Bei dem Mutter/Vater-Kind- und dem Eltern-Kind-Setting handelt es sich um zwei strukturell und inhaltlich unterschiedliche Codes, denen gemein ist, dass sie die gemeinsame Behandlung von Eltern und Kind beschreiben. Sie werden hier lediglich der Übersichtlichkeit halber zusammen behandelt.

Die *Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting)* ist ein Zusatzcode, der anzuwenden ist, wenn „aufgrund der elterlichen Erkrankung eine Beziehungsstörung zum 0–4 Jahre alten Kind besteht und die Aufnahme der Mutter oder des Vaters gemeinsam mit dem Kind indiziert ist, um psychiatrischen Auffälligkeiten beim Kind präventiv zu begegnen“. Da primär die Behandlung eines Elternteils stattfindet und das Kind mitbehandelt wird, reiht sich dieser Code in die psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen ein und erfordert zugleich die Verschlüsselung eines entsprechenden Therapieeinheiten-Kodes für Erwachsene (9-60...9-63). Der OPS-Code für das Mutter/Vater-Kind-Setting definiert jeweils die Anzahl an Tagen, an denen eine Behandlung im besonderen Setting erfolgte, also beispielsweise *mindestens 15 bis höchstens 21 Tage* (9-643.2).

Aus dem Vorschlagsverfahren erhielten wir zahlreiche Anregungen, Fälle mit oben genanntem Zusatzcode zu untersuchen: Fälle zeigen sich als teurer, wenn mindestens 8 Tage lang im besonderen Setting behandelt wurde und der Anteil des Mutter/Vater-Kind-Settings an den Pflgetagen mindestens >50% beträgt. Umgesetzt werden konnte hier eine Aufwertung innerhalb der bestehenden Splitkriterien sowohl in der Strukturkategorie Psychiatrie (PA02, PA03 und PA04) als auch in der Psychosomatik (PP04).

Die Behandlung im Eltern-Kind-Setting (9-68) ist von dem bisher thematisierten Zusatzcode abzugrenzen. Es handelt sich hierbei um einen Code, der „eine Behandlung von psychisch kranken Kindern oder retardierten Jugendlichen oder von Kindern/Jugendlichen mit psychischer Symptomatik gemeinsam mit Eltern und ggf. Geschwistern“ beschreibt und anzuwenden ist, wenn „die Eltern-Kind-Dynamik einen wesentlichen Faktor zur Entstehung oder Aufrechterhaltung der Störung [des Kindes] darstellt“. Da dabei die Behandlung des Kindes im Vordergrund steht und die Eltern nur in die Behandlung miteinbezogen werden, reiht sich der Codebereich in die „Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen ein“. Er ist strukturell identisch zu den Therapieeinheiten-Kodes aufgebaut. Entsprechend ist er alternativ zur Intensiv- bzw. Regelbehandlung bei Kin-

dern und Jugendlichen anzuwenden – es handelt sich also nicht um einen Zusatzkode, wie es beim Mutter/Vater-Kind-Setting der Fall ist.

Auch das Eltern-Kind-Setting (9-68) wurde detailliert untersucht: Da die überwiegende Anzahl der Fälle mit einem solchen Kode jedoch nur aus einem Haus stammte, konnte für 2014 noch keine Umsetzung im Sinne einer Aufwertung erfolgen. Deutliche Hinweise auf höhere Kosten bei diesen Fällen legen aber nahe, dass hier weitere Analysen in den zukünftigen Kalkulationsphasen durchzuführen sind.

3.2.2.7 Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung (9-642)

Die Zusatzkodes aus diesem Bereich des OPS waren gemäß der PEPP-Version 2013 noch nicht gruppierungsrelevant. Die Verschlüsselung dieses Kodes setzt das Vorliegen (auch strukturell) unterschiedlicher Mindestmerkmale voraus, beispielsweise:

- „Vorliegen von akuten und chronischen somatischen Erkrankungen mit psychischer Komorbidität und/oder Copingstörungen [...]“
- „Über 24 Stunden vorhandene Infrastruktur eines Krankenhauses mit einer Abteilung für Intensivmedizin, einer Klinik für Innere Medizin [...] einschließlich verfügbarem Notfall-Labor“
- „Team unter Verantwortung eines Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie [...]“
- „Täglich mindestens drei Bezugspflege-Kontakte zur Überprüfung und Anpassung des somatischen Behandlungsplanes“
- [...]

Diese Kriterien beziehen sich damit auf Strukturen des Krankenhauses wie auch auf Strukturen der Abteilung/Station sowie Erkrankungen des Patienten und durchgeführte Pflege- und Behandlungsmaßnahmen.

Sowohl aufgrund von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren als auch auf Basis eigener Analysen wurde die Abbildung dieses Zusatzkodes untersucht. Dabei zeigten sich Fälle mit mindestens 50% Anteil der Komplexbehandlung an den Pflagetagen als deutlich kostenauffällig – bei gleichzeitigem Vorliegen einer somatischen Erkrankung mit potentieller psychischer Komorbidität.

Für die Umsetzung erwies sich daher eine Kombinationslogik als sinnvoll, die einerseits das Vorhandensein einer bestimmten somatischen Diagnose und darüber hinaus den Zusatzkode der Komplexbehandlung erfordert. Hierzu wurde eine Liste mit somatischen Erkrankungen erarbeitet, die beispielsweise Diagnosen wie chronische Infektionserkrankungen, Krankheiten aus dem rheumatischen Formenkreis oder Krebserkrankungen beinhaltet.

Der Umbau findet in diversen PEPP der Strukturkategorien *Psychiatrie* und *Psychosomatik* Anwendung (PA03, PA04, PP04, PP10 u.a.) und führt zur Höhergruppierung in die jeweils höchstwertige PEPP.

Die gewählte Umsetzung mittels einer Kombination aus Prozedurenkode 9-642 und Diagnosekode bestimmter somatischer Erkrankungen zeigte sich hinsichtlich der Kostentrennung einem reinen Prozedurensplit ebenso überlegen wie auch rein diagnosebezogenen Definitionen.

3.2.2.8 Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen

Ein häufig genannter Kritikpunkt der PEPP-Version 2013 ist die fehlende Abbildung der Qualifizierten Entzugsbehandlung bei substanzabhängigen Patienten. Bisweilen konnte nur im Entgeltbereich des §17b KHG ein derartiger Code *Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker* (8-985) verwendet werden. Da die Qualifizierte Entzugsbehandlung jedoch häufig im psychiatrischen-psychosomatischen Setting erfolgt, wurde für das Jahr 2014 ein entsprechender OPS-Kode vom DIMDI in den OPS aufgenommen, der nur im Entgeltbereich des §17d KHG anzuwenden ist. Er beruht auf den Vorschlägen, die im Rahmen des DIMDI-Vorschlagsverfahrens eingereicht wurden. Da der Kode in der PEPP-Version 2014 bereits Anwendung findet, sei an dieser Stelle kurz auf dessen Struktur eingegangen.

Die „Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen“ definiert jeweils einen Zeitraum an Tagen, an denen die Behandlung stattgefunden hat. Der Kode „ist für jeden stationären Aufenthalt nur einmal anzugeben, sofern die spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung an mindestens 7 Tagen angewendet wurde oder wenn bei weniger als 7 Tagen ein vorzeitiger Abbruch der Behandlung in diesem Setting erfolgte.“ Aus Gründen der Übersichtlichkeit folgt ein Auszug der Codes aus dem systematischen OPS-Verzeichnis in der Version 2014:

9-700 *Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen*

- 9-700.0 *Weniger als 7 Behandlungstage*
Inkl.: Vorzeitiger Abbruch nach weniger als 7 Behandlungstagen
- 9-700.1 *Mindestens 7 bis höchstens 14 Behandlungstage*
- 9-700.2 *Mindestens 15 bis höchstens 21 Behandlungstage*
- 9-700.3 *Mindestens 22 bis höchstens 28 Behandlungstage*
- 9-700.4 *Mindestens 29 Behandlungstage*

Da für das Datenjahr 2012 – das unseren diesjährigen Analysen zugrunde liegt – kein derartiger OPS-Kode zur Verfügung stand, wurden die Daten zur Qualifizierten Entzugsbehandlung ergänzend bei den teilnehmenden Kalkulationskrankenhäusern abgefragt. Dabei wurde fallbezogen auf den stationären Gesamtaufenthalt die Anzahl der Tage übermittelt, an denen ein Patient an der Entzugsbehandlung – gemäß den Kriterien des zu diesem Zeitpunkt für 2014 erwarteten OPS-Kodes – teilnahm.

Angesichts des erheblichen Aufwands bei der Nacherfassung der oben genannten Daten möchten wir uns an dieser Stelle erneut bei den teilnehmenden Kalkulationskrankenhäusern ausdrücklich bedanken. Der erstaunlich gute Rücklauf umfasst ca. 23.500 Fälle, die von 39 Krankenhäusern bereitgestellt wurden.

Auf dieser Datengrundlage durchgeführte Analysen bestätigten die Annahme, dass Fälle mit dem Merkmal „Qualifizierte Entzugsbehandlung“ bei Erwachsenen kostenintensiver sind als jene, die nicht das Merkmal tragen. Im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich gab es bei geringer Fallzahl noch keine ausreichenden Hinweise auf kosten-trennende Eigenschaften.

Umgesetzt werden konnten diese Ergebnisse im Sinne einer Ausdifferenzierung der bereits in der PEPP-Version 2013 bestehenden PA02 *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* (siehe Abb. 17). Da sich Fälle mit dem Merkmal

- mindestens 7 Behandlungstage mit Qualifizierter Entzugsbehandlung bei gleichzeitigem Vorliegen von
- mindestens 50% Anteil der Tage mit Qualifizierter Entzugsbehandlung an den Pflgetagen

als kostenauffällig darstellten, war es angezeigt, diese in einer neu differenzierten PEPP (PA02C) einer sachgerechten Vergütung zuzuführen. Die Berechnung des Anteils von 50% am Gesamtaufenthalt konnte auf Basis der ergänzenden Daten tagesgenau durchgeführt werden. Die oben dargestellten Zeitklassen des OPS für 2014 ermöglichen eine etwas geringere Genauigkeit bei der Ermittlung der Untergrenze von 50%:

Zur Ermittlung des Anteils (50% der Pflgetage) wurden jeweils die Klassenmittelwerte der OPS-Kodes bestimmt. Für den Code 9-700.3 (22 – 28 Tage Behandlungstage) ergab sich so ein Mittelwert von 25 Tagen. Damit dieser einem Anteil von mindestens 50% der Pflgetage entspricht, darf der Gesamtaufenthalt des Patienten 50 Tage nicht überschreiten. Hielte sich ein Patient beispielsweise 55 Tage im Krankenhaus auf, während der Code 9-700.3 (= Klassenmittelwert 25 Tage) verschlüsselt worden wäre, so entspräche dies lediglich 45% der Pflgetage. In diesem Falle fände eine Höhereingruppierung in die PA02C nicht statt.

Analog hierzu wurden die Mittelwerte für die restlichen Codes bestimmt. Da der Code 9-700.4 keinen Zeitraum, sondern lediglich „Mindestens 29 Behandlungstage“ voraussetzt, konnte hier kein Mittelwert gebildet werden – sodass in diesem Fall lediglich der verschlüsselte Code, nicht jedoch ein Anteil an den Pflgetagen vorausgesetzt wird.

3.2.2.9 Bedeutung prozeduraler Attribute für die sachgerechte Eingruppierung in der PEPP-Version 2014

Wie die vorausgegangenen ausführlichen Darstellungen zeigen, hat die Bedeutung prozeduraler Attribute (OPS-Kodes) in der PEPP-Version 2014 (gegenüber 2013) sehr deutlich zugenommen. Während gemäß der PEPP-Version 2013 nur rund 6% aller Fälle aufgrund einer oder mehrerer kodierter Prozeduren (z.B. Intensivbehandlung) eingruppiert wurden, hat sich dies für 2014 auf rund 15% aller Fälle deutlich erhöht.

Dies ist insbesondere für die sachgerechte Eingruppierung der aufwendigsten Fälle relevant, da diese besonders häufig anhand ihrer OPS-Kodes eingruppiert und so typischerweise hoch bewerteten PEPP zugewiesen werden – beispielsweise in der *Prä-Struktur*kategorie oder der jeweils höchsten Stufe („A-PEPP“) innerhalb der PEPP der verschiedenen Strukturkategorien.

Die nachfolgende Tabelle 19 gibt einen Überblick über die Gruppierungsrelevanz verschiedener Kodebereiche des OPS in den PEPP-Versionen 2013 und 2014.

Kodebereich	Inhalt	2013	2014
9-60	Regelbehandlung Erwachsene (Therapieeinheiten)	0	++
9-61	Intensivbehandlung Erwachsene	++	+++
9-62	Psychotherapeutische Komplexbehandlung	0	+
9-63	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	+	+
9-640	1:1-Betreuung Erwachsene	++	++
9-642	Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	0	++
9-643	Mutter/Vater-Kind-Setting	0	++
9-67	1:1-Betreuung/Kleinstgruppe Kinder und Jugendliche	+	++

Tabelle 19: Gruppierungsrelevanz von Prozedurenkodes nach PEPP-Version 2014 versus 2013.
 „0“ = nicht gruppierungsrelevant, „+“ bis „+++“ = Zunehmender Grad an Gruppierungsrelevanz

3.2.3 Weiterentwicklung im Bereich Sucht auf Grundlage der ergänzenden Datenbereitstellung

Die PEPP-Version 2014 wurde im Jahr 2013 auf Grundlage der Daten des Jahres 2012 entwickelt. Dieser auch zukünftige Weiterentwicklungen betreffende zweijährige Zyklus hat zur Folge, dass zwischen der Etablierung neuer Leistungsbezeichner (z.B. OPS-Kodes) und einer möglichen Gruppierungsrelevanz im PEPP-Entgeltsystem typischerweise zwei Jahre liegen. Es kann insbesondere in der Einführungsphase eines Vergütungssystems wünschenswert sein, diesen manchmal als „Kalkulationslücke“ bezeichneten Zeitraum zu verkürzen, um früher eine aufwandsgerechtere Vergütung von neu etablierten Codes oder Innovationen zu erreichen. Eine Möglichkeit ist die sogenannte ergänzende Datenabfrage, die sich diesbezüglich im G-DRG-System als effektives Instrument erwiesen hat.

Die Weiterentwicklung des PEPP-Systems basiert auf den Daten gem. § 21 KHEntgG sowie den freiwilligen Lieferungen von Kostendaten der Kalkulationskrankenhäuser. Neben diesen „regulären“ Datenlieferungen werden weitere ergänzende Fallinformationen aus den Kalkulationskrankenhäusern benötigt, um die relevanten Leistungen auf einer ausreichend differenzierten Datenbasis analysieren und bewerten zu können.

Ein Schwerpunkt der ergänzenden Bereitstellung lag bei der Entwicklung der PEPP-Version 2014 auf zusätzlichen fallbezogenen Informationen zu Suchterkrankungen.

Der noch geringe Differenzierungsgrad der Basis-PEPP PA02 *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* war einer der wesentlichen Kritikpunkte an der PEPP-Version 2013. Benannt wurden dabei vor allem die folgenden drei Punkte:

- Fehlende Abbildung der Qualifizierten Entzugsbehandlung
- Unzureichende Differenzierung zwischen verschiedenen aufwendigen Suchterkrankungen, insbesondere bei Opiatabhängigkeit

- Fehlende Differenzierung bei multiplem Substanzmissbrauch

Wie bereits bei der Vorstellung des PEPP-Systems 2013 erläutert, waren diese Abbildungsschwächen der PEPP-Version 2013 in der Datengrundlage begründet:

- Kein Leistungsbezeichner für die Qualifizierte Entzugsbehandlung im OPS (der Kode für die *Motivationsbehandlung Abhängigkeitserkrankter (8-985)* konnte nur im Entgeltbereich des §17b KHG angewendet werden)
- Keine Differenzierung der Opiatabhängigkeit im ICD, beispielsweise mit einer Trennung in intravenösen Abusus und oralen Analgetikamissbrauch
- Kodes für multiplen Substanzmissbrauch im ICD ohne Angabe der konsumierten Substanzen, sodass beispielsweise nicht zwischen multiplem Substanzmissbrauch mit Heroin, Kokain und Amphetaminen einerseits und – im Extremfall – Nikotin und Alkohol andererseits unterschieden werden konnte.

Im Ergebnis war für 2013 nur eine teilweise Abbildung besonders aufwendiger Suchtformen möglich, beispielsweise durch Aufwertung sogenannter „Surrogatparameter“. Darunter werden Begleiterkrankungen verstanden, die indirekte Hinweise auf bestimmte Konsummuster liefern können. So sind bei der intravenösen Opiatabhängigkeit beispielsweise HIV-Infektionen, chronische Hepatitis und Aspirationspneumonien zu nennen, die als besonders aufwendig identifiziert und in der PEPP-Version 2013 entsprechend höher eingruppiert werden konnten – ohne dass der Umstand der intravenösen Opiatabhängigkeit in den Daten des Jahres 2011 direkt erkennbar war.

Da sich weder für ICD und OPS 2012 noch für die Kataloge des Jahres 2013 die Kodiermöglichkeiten wesentlich verändert haben, hätte ohne eine ergänzende Datenlieferung die Situation einer unzureichend differenzierten Abbildung im Bereich Sucht auch für die PEPP-Versionen 2014 und 2015 weiterbestanden. Daher wurde im Laufe des zurückliegenden Jahres eine ergänzende Datenbereitstellung für die folgenden Bereiche durchgeführt:

- Applikationsart psychotroper Substanzen (insbesondere intravenöser Konsum)
- Ergänzende Informationen zu den einzelnen konsumierten psychotropen Substanzen bei multiplem Substanzgebrauch
- Qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker (siehe auch Kap. 3.2.2.8)

Angesichts des Aufwands, den eine nachträgliche Erfassung dieser Attribute für das zum Zeitpunkt der Abfrage bereits ein halbes Jahr zurückliegende Datenjahr 2012 bedeutet, muss die Beteiligung der Kalkulationskrankenhäuser an der ergänzenden Datenabfrage im Bereich Sucht als außerordentlich gut bewertet werden. Die nachfolgende Tabelle 20 zeigt die Zahl der gelieferten Fälle und der Einrichtungen, die sich beteiligten:

Art der Datenerhebung	Fallzahl	Anzahl KH
Psychotrope Substanzen	5.581	35
Qualifizierte Entzugsbehandlung	23.671	39
Gesamt	29.252	47

Tabelle 20: Im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung gelieferte Daten

Konkret wurden jeweils fallbezogen abgefragt:

- Heroinapplikation (intravenös ↔ anderweitiger Konsum)
- Marker für intravenöse Applikation weiterer psychotroper Substanzen außer Heroin
- Differenzierte Substanzen: Alkohol, Opioide, Sedativa/Hypnotika, Kokain, Amphetamine
- Leistung „Qualifizierte Entzugsbehandlung“ mit exakter Zahl der Behandlungstage

Angesichts des erheblichen Aufwands bei der Nacherfassung dieser Daten möchten wir uns an dieser Stelle erneut bei den teilnehmenden Kalkulationskrankenhäusern ausdrücklich bedanken.

Die durch die ergänzende Datenbereitstellung gewonnenen zusätzlichen Fallinformationen bildeten die Grundlage für umfangreiche Analysen zum Bereich Sucht und ermöglichten letztlich einen differenzierten Umbau für das Jahr 2014. Die Basis-PEPP PA02 *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* konnte grundlegend überarbeitet und mit 4 statt zuvor 2 PEPP deutlich ausdifferenziert werden:

- Die PEPP PA02A *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, mit Heroinkonsum oder intravenösem Gebrauch sonstiger Substanzen* bildet ab dem Jahr 2014 den Heroingebrauch und den intravenösen Konsum sonstiger psychotroper Substanzen ab.
- Der multiple Substanzgebrauch findet Berücksichtigung (in Verbindung von Kokaïn und Opiaten) in der PEPP PA02B *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, ohne Heroinkonsum, ohne intravenösen Gebrauch sonstiger Substanzen, mit komplizierender Konstellation oder mit erhöhter Therapieintensität oder mit Mutter/Vater-Kind-Setting*.
- Mit der PEPP PA02C *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, ohne Heroinkonsum, ohne intravenösen Gebrauch sonstiger Substanzen, ohne komplizierende Konstellation, mit Qualifiziertem Entzug ab 7 Behandlungstagen* konnte erstmals die Qualifizierte Entzugsbehandlung abgebildet werden. Da diese PEPP ihrer Definition entsprechend nur Fälle mit einer Verweildauer ab 6 Tagen enthalten kann, orientiert sich die Vergütung der ersten Stufen an der PEPP PA02D.
- Die PEPP PA02D *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, ohne Heroinkonsum, ohne intravenösen Gebrauch sonstiger Substanzen, ohne komplizierende Konstellation, ohne Qualifizierten Entzug ab 7 Behandlungstagen* enthält die anderen Fälle mit Suchterkrankungen.

Die nachfolgende Abbildung 17 verdeutlicht diesen umfangreichen Umbau:

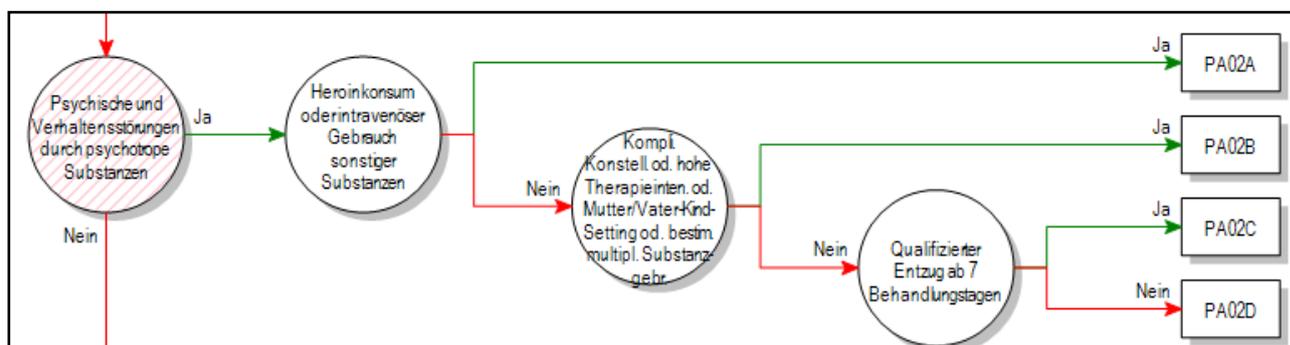


Abbildung 17: Ausdifferenzierung der PA02, PEPP-Version 2014

Um in Zukunft die beschriebenen Schwächen der Kodierbarkeit bei Sucht vollständig und dauerhaft (somit ohne ergänzende Datenlieferung) zu beheben, waren Änderungen in ICD, OPS und Kodierrichtlinien erforderlich.

So wurden für 2014 zur differenzierten Kodierung „psychischer und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ vom DIMDI drei neue Codes in den ICD aufgenommen:

- U69.30! *Intravenöser Konsum von Heroin*
- U69.31! *Nichtintravenöser Konsum von Heroin*
- U69.32! *Intravenöser Konsum sonstiger psychotroper Substanzen*

Bei den Codes handelt es sich um Zusatzcodes, die ergänzend zu Diagnosen aus dem Bereich F11.- bis F16.- zu kodieren sind. Zukünftig können daher z.B. Patienten mit oralem Schmerzmittelabusus eindeutig von Heroinkonsumenten unterschieden werden. Da sich diese Änderung erst auf das Datenjahr 2014 auswirkt, wird für die Entwicklung der PEPP-Version 2015 (Datenjahr 2013) noch einmal eine ergänzende Datenabfrage erforderlich sein.

Auch für die Verschlüsselung bei multiplem Substanzgebrauch verbessern sich die Kodiermöglichkeiten ab 2014, indem gemäß DKR-Psych zukünftig „die einzelnen konsumierten Substanzen [...], wann immer möglich, entsprechend ihrer Art und Auswirkung so genau wie möglich kodiert“ werden müssen. Die unspezifischen „Kombinationskategorien für multiplen Substanzgebrauch (F19.– *Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen*), sind [nur noch] dann zu verwenden, wenn nicht entschieden werden kann, welche Substanz die Störung ausgelöst hat [...]“

Die Etablierung neuer OPS-Kodes für die *Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen* wurde bereits in Kapitel 3.2.2.8 dargestellt.

3.2.4 Diagnosebezogene Analysen und Ergebnisse

Die Bedeutung der Diagnosen im PEPP-System besteht nicht nur in der in Kapitel 3.1.3.2 und 3.1.3.3 dargestellten Funktion als Ordnungsmerkmal für die Eingruppierung in eine Basis-PEPP anhand der Hauptdiagnose.

Bereits für die PEPP-Version 2013 konnten für eine Vielzahl von Diagnosekodes auch deutliche Aufwandsunterschiede hinsichtlich der mittleren Tageskosten der Fälle identifiziert werden, die eine höhere Eingruppierung von Fällen mit bestimmten Diagnosen begründen, was zumeist durch Höhergruppierung innerhalb der Basis-PEPP umgesetzt wurde. Dies betraf sowohl Haupt- als auch insbesondere Nebendiagnosen.

Da Diagnosen ein fallbezogenes Merkmal darstellen, ist die Aufwertung einer mit höherem Aufwand verbundenen Diagnose typischerweise dann möglich, wenn dieser Aufwand über den gesamten oder den überwiegenden Teil des Aufenthalts besteht und zudem von relevanter Höhe ist.

Manche Diagnosen erfüllen diese Bedingungen nicht und sind daher als Definitionskriterium im PEPP-System nicht geeignet. Beispielsweise sind die häufigsten Nebendiagnosen der Fälle des Datenjahres 2012 die Codes für die essentielle Hypertonie (ICD I10.00 und I10.90). Zwar besteht diese chronische Erkrankung typischerweise über den gesamten Aufenthalt, aber da gemäß Kodierrichtlinien bereits die Weitergabe der häuslichen antihypertensiven Medikation durch das Krankenhaus ausreicht, um diese Codes verschlüsseln zu dürfen, werden Mehrkosten pro Tag in relevanter Höhe durch diese Diagnosen in der Regel nicht verursacht. Folglich sind die Codes I10.00 und I10.90 als Nebendiagnose im PEPP-System nicht gruppierungs- und damit auch nicht erlösrelevant.

In den PEPP-Versionen 2013 und 2014 erfolgt noch keine Berücksichtigung eines möglichen kumulativen Effekts mehrerer aufwandssteigernder Nebendiagnosen. Eine solch differenzierte Berücksichtigung der Multimorbidität ist perspektivisch bei Vorliegen weiterer Kalkulationserfahrungen – beispielsweise analog zum CCL-System des G-DRG-Systems – denkbar. Die Entwicklung eines solchen Schweregradsystems erfordert aufgrund ihrer hohen Komplexität eine Datengrundlage von mehreren Jahren, sodass zum jetzigen Zeitpunkt der Systementwicklung davon noch abgesehen wurde.

Bei der Weiterentwicklung zur PEPP-Version 2014 wurde eine Vielzahl von Diagnosen auf ihre mögliche Eignung als Definitionskriterium untersucht. Zum einen beruhte dies auf Anregungen aus dem Vorschlagsverfahren, zum anderen auf InEK-eigenen Analysen insbesondere zu vermuteten Aufwandsunterschieden.

Nachfolgend werden durchgeführte Analysen und umgesetzte Veränderungen für die PEPP-Klassifikation 2014 ausführlich dargestellt.

3.2.4.1 Strukturkategorie Psychiatrie

3.2.4.1.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Die Diagnosekodes aus F10-F19 *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* spielen in der PEPP-Klassifikation in zwei verschiedenen Konstellationen eine bedeutende Rolle für die sachgerechte Eingruppierung der Fälle:

- Fälle mit einer Hauptdiagnose „Sucht“ sind überwiegend in der Basis-PEPP PA02 *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* abgebildet
- Fälle mit einer entsprechenden Nebendiagnose sind in der Regel gemäß ihrer Hauptdiagnose einer anderen PEPP zugeordnet, dort können mit der Nebendiagnose assoziierte Aufwandsunterschiede eine Aufwertung innerhalb der PEPP begründen

Die PEPP PA02 *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* wurde, wie in Kapitel 3.2.3 dargestellt, umfangreich ausdifferenziert.

Die im Vorjahr identifizierten Splitkriterien, beispielsweise HIV- und Hepatitisinfektion als „Surrogatparameter“ des intravenösen Konsums, bestätigten sich erneut als aufwendig und wurden in der jetzt vierfach unterteilten Basis-PEPP PA02 der PA02B zugeordnet. Durch die ergänzende Datenerhebung zur Sucht konnte die (2013 auf Basis ebendieser Surrogatparameter aufgestellte) Hypothese eines erhöhten Aufwands pro Tag für bestimmte Suchtformen (z.B. heroinabhängige Patienten) bestätigt werden.

Dabei zeigten sich als eher kostenintensiv

- Fälle mit Konsum von Heroin (intravenöse wie auch sonstige Applikation)
- Intravenöse Applikation anderer Substanzen
- Multipler Substanzgebrauch mit Konsum von Opioiden oder Kokain

Hingegen zeigte sich beispielsweise der Konsum von Sedativa und Hypnotika nicht als in gleicher Weise kostenauffällig.

Die sich am kostenauffälligsten darstellenden Fälle mit intravenösem Drogenkonsum (unabhängig von der Substanz) wie auch Heroingebrauch (unabhängig von der Applikationsart) wurden gemeinsam in der neu geschaffenen PA02A abgebildet.

In einer weiteren Umsetzung wurde der multiple Substanzgebrauch in Verbindung mit Kokain oder Opiaten berücksichtigt: Dies erfolgte im Split der PA02B, die im Hinblick auf ihre weiteren Splitkriterien etwa der PA02A der PEPP-Version 2013 entspricht. Beispielhaft wird ab 2014 ein Patient mit der Diagnose eines Abhängigkeitssyndroms durch Opioide (F11.2) bei gleichzeitigem Vorliegen einer beliebigen anderen Störung durch psychotrope Substanzen, z.B. dem schädlichen Gebrauch von Alkohol (F10.1), in die PA02B eingruppiert.

Im Vorschlagsverfahren wurde angeregt, die verschiedenen klinischen Zustandsbilder bei den mit ICD-Kodes aus F1 *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* verschlüsselten Störungen auf Aufwandsunterschiede zu untersuchen.

Die folgende Übersicht zeigt die Struktur der untersuchten klinischen Ausprägungen im ICD-Kode (F10.X-F19.X), die jeweils mit der letzten Stelle des Kodes angegeben werden:

- .0 Akute Intoxikation (akuter Rausch)
- .1 Schädlicher Gebrauch
- .2 Abhängigkeitssyndrom
- .3 Entzugssyndrom
- .4 Entzugssyndrom mit Delir
- .5 Psychotische Störung
- .6 Amnestisches Syndrom

Die genannten Zustandsbilder wurden für alle verschlüsselbaren Substanzen untersucht (F10-F19). Dabei wiesen die Ergebnisse auf besonders kostenintensive Fälle bei Vorliegen eines Entzugssyndroms mit Delir (F1X.4) oder einer psychotischen Störung (F1X.5) jeweils in Verbindung mit Alkohol oder Sedativa als auslösender Substanz. Eine entsprechende Höhergruppierung dieser Fälle ließ sich bei deutlich höheren Tageskosten der Fälle für die Basis-PEPP PA04 *Affektive, neurotische und Belastungsstö-*

rungen und analog für die Basis-PEPP PP04 der Strukturkategorie *Psychosomatik* umsetzen.

Die anderen klinischen Ausprägungen wie z.B. ein Entzugssyndrom ohne Delir zeigten hingegen keine regelhaft höheren Kosten.

3.2.4.1.2 Affektive, neurotische und Belastungsstörungen

Aus diversen Vorschlägen erhielten wir die Anregung, innerhalb der Gruppe der affektiven Störungen (F30-F39) mögliche Kostenunterschiede zu überprüfen. Dabei stellten sich folgende Störungsbilder mit manischer Episode als besonders kostenauffällig dar:

- F31.2 *Bipolar affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen*
- F30.2 *Manie mit psychotischen Symptomen*

Diese Fälle zeigten sich in der Basis-PEPP PA04 (hinsichtlich der Tageskosten) als kostenähnlich zu den Fällen der PA04A, sodass Patienten mit einer der beiden oben genannten Hauptdiagnosen zukünftig in die PA04A eingruppiert werden. Wie dem Unterkapitel zur Psychosomatik zu entnehmen ist, gelten annähernd alle für die PA04 umgesetzten Änderungen auch für die PEPP der *Affektiven Störungen in der Psychosomatik* (PP04).

Weitere umgesetzte Änderungen beziehen sich auf neurotische und Belastungsstörungen. So gab es zahlreiche Hinweise auf nicht sachgerechte Abbildung dissoziativer Störungen (Konversionsstörungen etc.) in der PEPP-Version 2013. Die durchgeführten Analysen zeigten durchgängig höhere Kosten pro Tag für bestimmte Codes dieser Diagnosegruppe, sodass eine Umsetzung als schweregradsteigernde Nebendiagnose in den Basis-PEPP PA03 und PA14 sowie (als Hauptdiagnose) in den Basis-PEPP PA04 und PP04 erfolgte.

3.2.4.1.3 Persönlichkeitsstörungen

In mehr als 20 Einzelvorschlägen aus dem Vorschlagsverfahren wurde Bezug genommen auf die emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (ICD F60.31). Im Wesentlichen wurde auf den entstehenden Mehraufwand z.B. durch die erhöhte Anzahl und Dauer therapeutischer Kontakte bei dieser Patientengruppe hingewiesen.

Die emotional instabile Persönlichkeitsstörung wurde daher in einer Vielzahl von Modifikationen auf kostentrennende Eigenschaften überprüft. Bei nicht regelhaft höheren Tageskosten der betroffenen Fälle, deren Eignung – in Bezug auf ihre Definition wenig belastbarer Codes als Splitkriterien – fraglich war, erfolgte für die PEPP-Version 2014 jedoch keine Umsetzung.

Darüber hinaus wurde vorgeschlagen, die oben genannten Persönlichkeitsstörungen in Kombination mit (para)suizidalem Verhalten zu untersuchen. Hierzu ist anzumerken, dass für „Patienten mit selbstverletzendem Verhalten“ kein eindeutiger Leistungsbezeichner besteht, sondern diese sich in den Intensivmerkmalen wiederfinden und in diesem Kontext auch bereits gruppierungsrelevant sind.

3.2.4.1.4 Somatische Nebendiagnosen

Im Rahmen der Weiterentwicklung zur PEPP-Version 2014 wurden auch nicht-psychiatrische Erkrankungen (nachfolgend kurz als „somatische Diagnosen“ bezeichnet) systematisch auf die Beschreibung von Aufwandsunterschieden hin überprüft. Diese Untersuchungen wurden Strukturkategorie-übergreifend durchgeführt. Dabei zeigt sich, dass nicht alle Diagnosen in gleicher Weise als Aufwertungskriterium in allen PEPP geeignet sind.

Im Vergleich zu den Fällen der akut-somatischen Krankenhäuser zeigt sich im Datenjahr 2012, dass Fälle aus psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern pro Fall im Mittel deutlich weniger somatische Nebendiagnosen aufweisen als die Fälle der akut-somatischen Krankenhäuser – trotz deutlich längerer Verweildauer:

- Akut-somatische Krankenhäuser: 4,9 Nebendiagnosen pro Fall
- Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen: 1,5 Nebendiagnosen pro Fall

Dieser Unterschied kann zum einen darin begründet sein, dass psychiatrische und psychosomatische Patienten tatsächlich weniger somatische Begleiterkrankungen aufweisen als Patienten der akut-somatischen Krankenhäuser. Das ebenfalls erheblich unterschiedliche Durchschnittsalter aller Patienten (PEPP-System 44,8 Jahre versus G-DRG-System 54,8 Jahre) verdeutlicht dies.

Zum anderen ist jedoch auch davon auszugehen, dass im Datenjahr 2012 noch nicht in allen psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern die gleiche Vollständigkeit bei der Erfassung von Diagnosekodes erreicht worden ist wie in den somatischen Einrichtungen nach über 10 Jahren DRG-Abrechnung.

Es ist daher durchaus wahrscheinlich, dass die Zahl kodierter somatischer Nebendiagnosen mit zunehmender Kodierungserfahrung in den nächsten Jahren auch im psychiatrischen und psychosomatischen Bereich ansteigen wird, möglicherweise jedoch ohne das Niveau der somatischen Kliniken zu erreichen.

Die für die PEPP-Version 2014 in großer Zahl durchgeführten Analysen zur Kostenrelevanz somatischer Nebendiagnosen erfolgten somit wahrscheinlich auf einer noch weiter verbesserungsfähigen Datengrundlage.

Angesichts zahlreicher Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren für 2014 wurden somatische Nebendiagnosen hinsichtlich ihrer kostentrennenden Eigenschaft umfangreich untersucht. Die Ergebnisse bestätigten einen höheren Aufwand für diverse somatische Nebendiagnosen, sodass diese in der PEPP-Version 2014 vielerorts schweigraderhöhend berücksichtigt werden konnten.

Die folgende Tabelle 21 zeigt daher nur einen Ausschnitt über die getätigten Systemumbauten. Es werden jeweils die aufgewertete Nebendiagnose und die zukünftig angesteuerte PEPP dargestellt:

Nebendiagnose	PEPP-Version 2014
Chorea Huntington (G10)	PA02B, PA03A, PA14A, PA15A
Blindheit und hochgradige Sehbehinderung (H54.0)	PA01A, PA02B, PA04B, PP04B, PA15A
Adipositas mit einem BMI ab 35 (E66)	PA03A, PA04B, PP04B, PA14A
Hereditäre muskuläre Erkrankungen (Myasthenia gravis, Muskeldystrophie, Myasthenie u.a.)	PA03A, PA04B, PP04B
Schwangerschaftsdauer (O09)	PA02B, PA03A, PA14A

Tabelle 21: Ausschnitt der Systemumbauten: Aufgewertete Nebendiagnose und angesteuerte PEPP

Die Codes für die Schwangerschaftsdauer, die gemäß ICD und DKR bei jeder schwangeren Patientin mit zu erfassen sind, stehen dabei stellvertretend für das Vorliegen einer Schwangerschaft, die sich in den genannten PEPP als mit durchgehend höheren Tageskosten verbunden gezeigt hat.

Die Ursachen eines gesteigerten Kostenaufwands bei Vorliegen bestimmter Nebendiagnosen sind vielschichtig. Als Beispiel sei die „Blindheit und hochgradige Sehbehinderungen (H54.0)“ zu nennen, die u.a. mit einer gesteigerten Personalbindung (z.B. Pflegepersonalkosten) assoziiert ist.

Weiterhin wurde im Vorschlagsverfahren angeregt, die bisher als Splitkriterium verwendeten somatischen Nebendiagnosen zwischen den verschiedenen Basis-PEPP zu vereinheitlichen. So wurde beispielsweise empfohlen, die z.B. in der PEPP PA04 angewandte Funktion „Komplizierende somatische Nebendiagnose bei affektiven Störungen“ auch in der PEPP PA02 (Psychotische Störungen) auf ihre kostentrennende Funktion zu überprüfen. Nach zahlreichen durchgeführten Analysen zeigte sich, dass in vielen Fällen eine solche Angleichung möglich war. Die folgende Tabelle 22 gibt einen beispielhaften Überblick:

Funktion/Diagnosetabelle	PEPP-Version 2013	PEPP-Version 2014
Funktion „Komplizierende somatische Nebendiagnose bei affektiven Störungen“	PA04A	PA03A, PA04A, PP04A, PA14A
Pneumonien	PA15A	PA2B, PA15A
Bösartige oder sekundär bösartige Neubildung des Gehirns	PA15A	PA02B, PA03A, PA04A, PA04B, PP04A, PP04B, PA15A

Tabelle 22: Vereinheitlichung der Splitkriterien somatischer Nebendiagnosen in PEPP

Darüber hinaus konnten auf der verbesserten Datengrundlage des Jahres 2012 zahlreiche bestehende Nebendiagnosetabellen um weitere als mit höherem Aufwand pro Tag verbunden identifizierte Codes erweitert werden. So konnten z.B. die Codes für die chronisch lymphatische Leukämie [CLL] (C91.10) und die chronisch myeloische Leukämie [CML] (C92.10) für 2014 in die Tabelle der „böartigen und sekundär böartigen Neubildungen“ aufgenommen werden und sind somit erstmals gruppierungsrelevant – im Sinne einer Aufwertung.

Ein anderes Beispiel ist die asymptomatische HIV-Infektion, die in die Gruppe der „Komplizierenden somatischen Diagnosen bei substanzinduzierten Störungen“ aufgenommen und somit ebenfalls aufgewertet werden konnte.

3.2.4.2 Strukturkategorie Kinder- und Jugendpsychiatrie

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie bezogen sich die Analysen zu kostenauffälligen Diagnosen in erster Linie auf die beiden fallzahlstärksten Basis-PEPP dieser Strukturkategorie:

- PK04 *Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen*
- PK14 *Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen bei Kindern*

Im Ergebnis konnten zahlreiche Diagnosecodes, die sich als mit regelhaft höheren Kosten pro Tag verbunden zeigten, in den bereits in der PEPP-Version 2013 bestehenden Split der Basis-PEPP PK04 schweregradsteigernd aufgenommen bzw. bei der erstmals für 2014 möglichen Differenzierung der Basis-PEPP PK14 berücksichtigt werden.

Die folgende Tabelle 23 zeigt einen Auszug der Diagnosen, die in der PEPP-Version 2014 nach Analyse aufgewertet werden konnten:

Ziel-PEPP	Ab 2014 gruppierungsrelevante Diagnosen
PK04A	Diabetes mellitus Typ 1 (z.B. E10.90) Dissoziative Störungen (F44.-) Elektiver Mutismus (F94.0)
PK14A	Schwere und schwerste Intelligenzminderung (F72.1, F73.1) Frühkindlicher Autismus (F84.0) Atypischer Autismus (F84.1) Zöliakie (K90.0)

Tabelle 23: Auszug aufgewerteter Diagnosen in PEPP-Version 2014

Grundsätzlich kann die Analyse der mit einer Diagnose verbundenen Kosten auch dazu führen, dass eine bisher schweregradwirksame Diagnose aufgrund nicht mehr oder nicht mehr in relevanter Höhe gefundener Mehrkosten als gruppierungsrelevante Diagnose gestrichen wird. So zeigten sich bestimmte Diagnosecodes für Persönlichkeitsstörungen, die in der PEPP-Version 2013 in der Basis-PEPP PK04 gruppierungsrelevant waren, auf Basis der Daten des Jahres 2012 nicht mehr kostenauffällig und wurden entsprechend aus der Splitbedingung der PEPP gestrichen.

3.2.4.3 Strukturkategorie Psychosomatik

In der Strukturkategorie *Psychosomatik* war in der PEPP-Version 2013 nur eine überschaubare Zahl an psychosomatisch-psychiatrischen Diagnosen wie auch somatischen Nebendiagnosen für die Eingruppierung relevant, z.B. die Intelligenzminderungen in den Basis-PEPP PP04 und PP10, den beiden fallzahlstärksten PEPP dieser Strukturkategorie. Auch im Datenjahr 2012 verteilen sich die Fälle in der Psychosomatik mit ähnlichem Schwerpunkt, sodass sich die durchgeführten Analysen wie auch die umgesetzten Veränderungen in erster Linie auf die beiden genannten Basis-PEPP beziehen.

In der PEPP-Version 2013 führten jeweils dieselben Hauptdiagnosen (Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme oder Schlafstörungen) in die Basis-PEPP PP04 der Strukturkategorie *Psychosomatik* bzw. die Basis-PEPP PA04 in der Strukturkategorie *Psychiatrie*. Auch in der PEPP-Version 2014 unterscheiden sich die Eingangsbedingungen der jeweiligen Basis-PEPP nicht. Darüber hinaus ergaben die Analysen ein ähnliches Nebendiagnosespektrum in diesen beiden PEPP mit vergleichbaren Kostenprofilen. Da sich auch die in der Basis-PEPP PA04 verwendeten Prozedurenschlüssel (OPS) als sinnvolle Kostentrenner für die psychosomatische Basis-PEPP PP04 erwiesen, wurde bei positivem Analyseergebnis die Ausdifferenzierung der PA04 annähernd vollständig auf die PP04 übertragen, sodass die Basis-PEPP PP04 ab 2014 dreifach gesplittet und damit wesentlich stärker differenziert ist.

Dabei sind auch in erheblichem Umfang somatische Nebendiagnosen relevant, dies ist ausführlich in Kapitel 3.2.4.1.4 dargestellt.

Des Weiteren spielen Diagnosen auch eine wesentliche Rolle in der neuen Funktion „Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung“, die u.a. in der Basis-PEPP PP04 Fälle mit einer akuten oder chronischen somatischen Erkrankung mit psychischer Komorbidität und/oder Copingstörungen und entsprechendem psychosomatischen Behandlungssetting gemäß ihrer höheren Tageskosten sachgerecht eingruppiert. Ausführlich ist dieser Umbau in Kapitel 3.2.2.7 dargestellt.

3.2.5 Alter

Bereits für die PEPP-Version 2013 konnte das Patientenalter in vielen Konstellationen bei der Eingruppierung berücksichtigt werden. Hierbei sind z. B. zu nennen:

- Ein Alter >65 Jahre ist nach der PEPP-Version 2013 in mehreren PEPP höhergruppierend, z.B. PA04 *Affektive [...] Störungen*
- Kinder mit einem Alter <14 Jahren sind immer in die Strukturkategorie KJP eingruppiert – im Sinne einer Aufwertung entsprechend den höheren Tageskosten der Fälle
- Ebenso sind Jugendliche vielfach in die Strukturkategorie KJP eingruppiert, wenn sie z.B. überwiegend in Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt wurden

Ein besonders hohes Lebensalter, z.B. ab 85 oder 90 Jahren, war bisher im PEPP-System noch nicht gruppierungsrelevant. Die Abbildung aufwendiger gerontopsychiatrischer Fälle in der PEPP PA15 erfolgte in der PEPP-Version 2013 vor allem über Haupt- und Nebendiagnosen.

Für die PEPP-Version 2014 wurden alle PEPP gezielt auf mögliche Kostenunterschiede, die durch das Patientenalter begründet waren, geprüft. Typischerweise standen hierbei für alte Menschen folgende Altersstufen im Fokus der Betrachtung:

- Alter >89 Jahre
- Alter >84 Jahre
- Alter >79 Jahre
- Alter >74 Jahre

Für Kinder und Jugendliche wurden vor allem folgende Altersstufen untersucht:

- Alter <1 Jahr
- Alter <2 Jahre
- Alter <6 Jahre
- Alter <10 Jahre
- Alter <14 Jahre

Im Ergebnis zeigten sich Patienten mit hohem Lebensalter in mehreren weiteren PEPP mit regelhaft höheren Kosten verbunden, sodass eine Umsetzung im Sinne einer Aufwertung erfolgen konnte. Im Einzelnen sind dies:

- Alter >89 Jahre, PA04 und PP04 *Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen [...] erhöhter Therapieintensität*, Aufwertung in die PA04A und PP04A
- Alter >84 Jahre, PA15, *Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit, und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems [...] Intensivbehandlung* Aufwertung in die PA15B
- Alter >65 Jahre, einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren folgend wurde das Alter in allen betroffenen PEPP durchgängig auf >64 Jahre angepasst

Hinsichtlich einer weiteren Verbesserung der sachgerechten Vergütung von Kindern und Jugendlichen werden auch innerhalb der Strukturkategorie KJP mögliche zusätzliche Alterssplits systematisch untersucht. Diesen kommt jedoch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht die gleiche Bedeutung zu wie im G-DRG-System, da bereits nach der PEPP-Version 2013 alle Fälle unter 14 Jahren in der Strukturkategorie KJP spezifisch abgebildet sind und somit keine „Misch-PEPP“ existieren, die Kinder unter 14 Jahren und Erwachsene enthalten. Zudem könnten weitere Unterteilungen schnell zu deutlich geringeren Fallzahlen in den entsprechenden PEPP führen, was deren Umsetzung erschweren würde.

Dennoch konnte für die PEPP-Version 2014 die Basis-PEPP PK14 *Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, [...] oder andere Störungen* eine weitere Altersdifferenzierung (<8 Jahre) realisiert werden, was zu einer deutlichen Aufwertung der unter 8 jährigen Kinder führt.

Auch in der PEPP PK10 *Ess- und Fütterstörungen* zeigten sich Hinweise auf sehr teure Fälle mit Alter <6 Jahren. Diese Fälle konzentrierten sich jedoch auf nur sehr wenige Krankenhäuser. Zudem bestanden deutliche Überschneidungen mit der besonderen Behandlungsform des Eltern-Kind-Settings, sodass die Etablierung einer eigenständigen PEPP für das Datenjahr 2012 noch nicht möglich war.

Sowohl die Überprüfung auf mögliche zusätzliche Alterssplits als auch die Analyse besonderer Behandlungsformen wird bei der Fortentwicklung des PEPP-Entgeltsystems weiterhin eine wichtige Rolle spielen.

3.2.6 Psychiatrie-Personalverordnung

Die Einstufung nach Psychiatrie-Personalverordnung (kurz: Psych-PV) ist für die der Weiterentwicklung des PEPP-Systems zugrunde liegenden Fälle des Datenjahres 2012 ebenfalls dokumentiert und konnte somit auf die Eignung als mögliches Definitionskriterium untersucht werden. Diese Informationen liegen in Form von OPS-Kodes vor (9-98 *Behandlung in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen*).

Diese Kodes bezeichnen zum einen die Eingruppierung der stationär behandelten Patienten in die Behandlungsbereiche

- Allgemeine Psychiatrie (9-980)
- Abhängigkeitskranke (9-981)
- Gerontopsychiatrie (9-982)
- Kinder- und Jugendpsychiatrie (9-983)

Zum anderen kann den Kodes auch die Behandlungsart nach Psych-PV entnommen werden, insbesondere

- Regelbehandlung (z.B. A1)
- Intensivbehandlung (z.B. A2)

Im Vorschlagsverfahren wurde angeregt, zu prüfen, inwieweit diese Eingruppierung nach Psych-PV sich als Definitionskriterium im PEPP-System eignet. Daher wurde insbesondere überprüft, ob die OPS-Kodes zur *Behandlung in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen*, die inhaltlich vergleichbaren Definitionen der PEPP-Systematik ersetzen oder auch ergänzen können, beispielsweise:

- Definition der Basis-DRG PA02 *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* über Hauptdiagnosen aus dem Bereich Sucht
- Definition der Basis-PEPP PA15 *Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems* sowie Differenzierung dieser und weiterer PEPP nach Alter
- Definition der Strukturkategorie *Kinder- und Jugendpsychiatrie* über Alter und Fachabteilungskennzeichen
- Definition hochaufwendiger Fälle in der *Prä*-Strukturkategorie sowie innerhalb der einzelnen PEPP anhand von Intensivmerkmalen und einem bestimmten Anteil der Intensivbehandlung am Gesamtaufenthalt

Im Ergebnis zeigte sich, dass durchweg die im PEPP-Algorithmus eingesetzten Definitionen bessere Kostentrenner darstellen als die Psych-PV-OPS-Kodes. Dies gilt sowohl für die Definition der Strukturkategorien bzw. Basis-PEPP zu Abhängigkeitskranken, Gerontopsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch zur Abgrenzung von Regel- versus Intensivbehandlung. Somit kommen die Kodes zur *Behandlung in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen* (9-98) auch in der PEPP-Version 2014 nicht zum Einsatz.

3.2.7 Fachabteilungskennzeichen

In der PEPP-Version 2013 werden die Fachabteilungskennzeichen (kurz: FAB-Schlüssel oder FAB-Kennzeichen) der Fälle teilweise für die Zuordnung von Fällen zu den Strukturkategorien verwendet (siehe Kap. 3.1.3.1). Dies betrifft im Einzelnen:

- Kinder und Jugendpsychiatrie, teil- (TPJ) und vollstationär (PKJ)
- Psychosomatik, teil- (TPO) und vollstationär (PSO)

Auch auf Basis der Daten des Jahres 2012 zeigte sich dies für die PEPP-Version 2014 weiterhin als geeignet.

Die einzige Veränderung hinsichtlich der Anwendung der FAB-Schlüssel betrifft „Mischfälle“, die sowohl in psychiatrischen als auch in psychosomatischen Abteilungen behandelt wurden. Da gemäß PEPP-Version 2013 lediglich mindestens ein psychosomatisches FAB-Kennzeichen verschlüsselt sein musste, um die Zuweisung eines Falls in die Strukturkategorie *Psychosomatik* zu bewirken, waren alle solchen Mischfälle dieser Strukturkategorie zugeordnet.

Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren stellten dies für Fälle mit sehr langem Teilaufenthalt in der Psychiatrie und kurzem Teilaufenthalt in der Psychosomatik in Frage.

Nach Analyse konnte hier die Eingruppierung für 2014 präzisiert werden: Gemäß PEPP-Version 2014 werden die beschriebenen Mischfälle nur noch dann in die Strukturkategorie *Psychosomatik* eingruppiert, wenn sie an über 50% der Pflage tage in einer psychosomatischen Abteilung behandelt worden sind.

3.2.8 Vorschlagsverfahren

3.2.8.1 Hintergrund

Für die Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) und zur Förderung von dessen Akzeptanz ist es angezeigt, externen Sachverstand einzubinden. Zu diesem Zweck wurde der sogenannte Strukturierte Dialog („Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverstandes“) vom InEK etabliert.

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

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

Vorschlagende Organisationen können insbesondere sein:

- Die Träger der Selbstverwaltung im Bereich der stationären Versorgung
- Die medizinischen Fachgesellschaften
- Fach- und Berufsverbände
- Die Bundesärztekammer
- Der Deutsche Pflegerat
- Der Bundesverband der Medizinproduktehersteller

- Die Spitzenorganisation der pharmazeutischen Industrie
- Weitere Organisationen und Institutionen

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

3.2.8.2 Grundzüge des Verfahrens

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

Die folgende Abbildung 18 zeigt ein Web-Formular des PEPP-Vorschlagsverfahrens 2014:



InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

PEPP-Vorschlagsverfahren

Stammformblatt Problemstellung Lösungsvorschlag **Kodes** Dokumente

Welche Diagnose(n) betrifft dieser Vorschlag? [zum Suchdialog](#)

Falls die Diagnosecodes nicht bekannt sind, beschreiben Sie bitte kurz die Diagnose(n)

Welche Prozedur(en) betrifft dieser Vorschlag? [zum Suchdialog](#)

Falls Sie die Prozedurencodes nicht zur Hand haben, beschreiben Sie bitte kurz die Prozedur(en)

Speichern Speichern und bereitstellen

© InEK GmbH - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 2010 - 2012 | Pflichtfelder sind mit * gekennzeichnet.

Abbildung 18: Web-Formular „Kodes“ des PEPP-Vorschlagsverfahrens für 2014

Da die PEPP-Klassifikation noch am Anfang ihrer Entwicklung steht, ist das Vorschlagsverfahren bewusst sehr offen angelegt und bietet beispielsweise auch Raum für die umfangreiche Übermittlung von Freitext und zusätzlichen Dokumenten. Eine zu

starke Fokussierung auf Vorschläge mit Bezug auf die für 2013 vorliegende PEPP-Systematik erschien nicht zielführend. Zudem sollte der möglicherweise fehlenden oder noch geringen praktischen Erfahrung der Anwender mit dem PEPP-System Rechnung getragen werden. Eine detaillierte Kenntnis der Systematik von Kodierung, Eingruppierung und Abrechnung konnte zu Beginn des ersten Optionsjahres noch nicht von allen Beteiligten erwartet werden.

Das PEPP-Vorschlagsverfahren soll daher explizit auch für Anregungen offenstehen, die über konkrete Umbauvorschläge zum PEPP-Algorithmus 2014 hinausgehen:

- Vorschläge zur Verbesserung der Beschreibung insbesondere der aufwendigen Leistungen in Psychiatrie und Psychosomatik
- Anregungen zur Kalkulation
- Anmerkungen zur Abrechnungssystematik
- Beschreibung besonderer Versorgungsformen
- Reine Problembeschreibungen

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

Im Rahmen der „Verordnung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2013“ (PEPPV 2013) wurde das InEK vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragt, ein Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems zu etablieren. Dieses Vorschlagsverfahren wurde am 29. November 2012 eröffnet. Wesentliche Charakteristika des Verfahrens waren:

1. Vorschläge konnten ausschließlich online über das InEK-Datenportal übermittelt werden
2. Für eine Bearbeitung im Rahmen der Weiterentwicklung zur PEPP-Version 2014 mussten Vorschläge bis zum 31. März 2013 eingebracht werden. Später eingehende Vorschläge wurden dem Vorschlagsverfahren des nächsten Jahres zugeordnet
3. Nur für Vorschläge, die bis zum 28. Februar 2013 eingebracht worden waren, konnte eine Rückfrage durch das InEK im Falle von Unklarheiten zugesagt werden
4. Das Vorschlagsverfahren erlaubt eine umfangreiche Eingabe von Freitext, insbesondere in den Feldern „Problembeschreibung“ und „Lösungsvorschlag“, ein konkreter Bezug auf die PEPP-Version 2013 ist möglich, aber nicht erforderlich
5. Änderungsvorschläge zum ICD-10-GM bzw. OPS waren primär an das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) zu richten. Hinweise zu ICD und OPS, die im Rahmen des PEPP-Vorschlagsverfahrens eingingen, wurden vom InEK zuständigkeitshalber an das DIMDI weitergeleitet
6. Bereits in den ebenfalls am 29. November 2012 veröffentlichten „Hinweisen zum PEPP-Vorschlagsverfahren“ wurde angekündigt, dass eine Veröffentlichung der Vorschlagsinhalte „ganz oder in wesentlichen Auszügen auf der Homepage des InEK“ vorgesehen war

Alle eingegangenen Vorschläge wurden systematisch aufbereitet und erforderlichenfalls in analysierbare Teilvorschläge gegliedert. Die simulierbaren Vorschläge wurden auf Basis der aus den Kalkulationskrankenhäusern gelieferten Daten überprüft. Auch die nicht simulierbaren Hinweise flossen durch die Schärfung des Problembewusstseins zu den dargestellten Themen in die Weiterentwicklung des PEPP-Systems ein.

Zum Abschluss des Verfahrens informiert das InEK die Absender ausführlich darüber, in welchem Umfang und aus welchen Gründen eingebrachte Vorschläge bei der Weiterentwicklung des PEPP-Systems berücksichtigt wurden.

3.2.8.3 Beteiligung

Die Beteiligung am erstmaligen Verfahren war ausgesprochen positiv. Insgesamt sind 130 Vorschlagssendungen eingegangen. Dabei wurden 105 Vorschlagssendungen von Fachgesellschaften oder Verbänden sowie weitere 25 Vorschlagssendungen von Einzelpersonen/Institutionen eingebracht. Da eine Vorschlagssendung aus mehreren Teilvorschlägen (also Vorschlägen zu verschiedenen Problemstellungen oder PEPP) bestehen konnte, ergaben sich über 350 einzelne Vorschläge.

Rund 120 Teilvorschläge wurden als „nicht analysierbar“ im Sinne einer Prüfung auf Basis der Kostendaten des Jahres 2012 gewertet. Der häufigste Grund dafür war, dass die zur Analyse des dargestellten Sachverhalts erforderlichen Leistungsbezeichner in den Daten des Jahres 2012 noch nicht vorhanden waren. Von den als grundsätzlich analysierbar bewerteten 235 Vorschlägen konnten schließlich über 40% ganz oder teilweise bei der Weiterentwicklung des PEPP-Systems für 2014 umgesetzt werden – eine Quote, die sogar noch über der Umsetzungsquote bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems liegt.

Auch eine grundsätzliche Abweichung von den Vorgaben der Selbstverwaltung zum PEPP-System, z.B. hinsichtlich der Vorgehensweise einer tagesbezogenen Kalkulation mit Fallgruppierung, konnte dazu führen, dass ein Vorschlag als „nicht analysierbar“ bewertet wurde. In solchen Fällen wurde versucht, die aufgezeigte Problematik auf anderem Wege zu analysieren und wenn möglich systemkonform umzusetzen.

3.2.8.4 Bewertung und Berücksichtigung der Vorschläge

Die eingebrachten Vorschläge waren in unterschiedlichem Maße konkret. Gemäß den Vorgaben der Selbstverwaltungspartner nach § 17d KHG über die Einführung eines pauschalierenden Vergütungssystems auf Grundlage tagesbezogener Entgelte ist das Ziel, Lösungen innerhalb des PEPP-Entgeltsystems zu finden. Dies wurde im ersten Verfahrensjahr in unterschiedlichem Maße von den Vorschlagenden berücksichtigt. Auf die Schwierigkeiten bei der Berücksichtigung mangels konkreter oder außerhalb des vorgegebenen Rahmens befindlicher Vorschläge wurde bereits vielfach hingewiesen.

Für nicht direkt auf den Daten der Kalkulationskrankenhäuser simulierbare Vorschläge wird stets geprüft, ob eine Lösung innerhalb des Systems gefunden werden kann. Nicht direkt simulierbare Vorschläge waren insbesondere:

- **Vorschläge zur Neuformulierung/Umwidmung von ICD- und OPS-Kodes**

Die Weiterentwicklung der Klassifikationen ICD-10-GM und OPS ist Aufgabe des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Darauf wurde in der Verfahrensbeschreibung hingewiesen. Die im Rahmen des Verfahrens eingegangenen Vorschläge zur Neuformulierung von Kodes wurden an die zuständigen Stellen beim DIMDI weitergeleitet, allerdings hatte dies keine Verlängerung der Annahmefrist des DIMDI (28. Februar 2013) zur Folge.
- **Vorschläge zur Finanzierung über Zusatzentgelte**

Generell ist die Vergütung einzelner Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel über Zusatzentgelte für eng begrenzte Ausnahmefälle vorgesehen. Die Ermittlung von Zusatzentgelten erfordert typischerweise ergänzende Fallinformationen und eine eigene Methodik. In Kapitel 3.1.3.10 wird zur Ermittlung von Zusatzentgelten ausführlich Stellung genommen.
- **Vorschläge zur Bildung neuer PEPP aufgrund neuer ICD-/OPS-Kodes**

Simulationen auf den Daten der Kalkulationskrankenhäuser konnten nur anhand von Kodes durchgeführt werden, die in den Datensätzen vorhanden waren oder aufgrund einer ergänzenden Datenbereitstellung zur Verfügung standen. Mit neu beantragten Kodes wurde wie oben beschrieben verfahren. Wurden diese Kodes vom DIMDI in die Klassifikationen aufgenommen, können sie ab dem Jahr 2014 verschlüsselt werden und stehen dann spätestens im Jahr 2015 in den Kalkulationsdaten zur Analyse zur Verfügung. Vorschläge, die auf Kodes des Jahres 2013 basieren, wurden weitestgehend auf Kodes des Jahres 2012 übergeleitet. War dies nicht möglich, wurden diese Vorschläge für eine erneute Bearbeitung im nächsten Jahr vorgemerkt.
- **Vorschläge zur Änderung der Deutschen Kodierrichtlinien**

Vorschläge zur Änderung der Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/ Psychosomatik (DKR-Psych) können ebenfalls im Strukturierten Dialog eingebracht werden. Mehrere Vorschläge hatten eine Anpassung der DKR-Psych zum Ziel. Mögliche Änderungen werden in der AG Klassifikation, dem zuständigen Gremium der Selbstverwaltung, beraten und fließen in die Weiterentwicklung der DKR Psych ein. Beispielsweise wurde – einem Vorschlag des Strukturierten Dialogs entsprechend – die Verschlüsselung bei multiplem Substanzabusus so geändert, dass zukünftig Fälle mit hochaufwendigen Suchtmustern in den Daten besser erkennbar sind.
- **Vorschläge zur Änderung von Rahmenbedingungen des PEPP-Entgeltsystems**

Vorschläge, die grundsätzlich von den vereinbarten Rahmenbedingungen für die Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems abwichen oder eine solche Änderung von Rahmenbedingungen bezweckten, wurden auf innerhalb des PEPP-Systems simulierbare Hinweise untersucht und flossen in die Diskussion bei der Änderung methodischer Ansätze ein.

Einige Vorschläge wurden text- oder inhaltsidentisch von mehreren Institutionen/Personen eingebracht (Duplikate). Ein Vorteil ergab sich durch mehrfache Einsendungen nicht. Eine Priorisierung bei Mehrfachnennung fand nicht statt.

Die direkt simulierbaren Vorschläge wurden alle auf den Kalkulationsdaten – zum Teil mehrfach – berechnet und bewertet. Konkret bedeutet dies, dass ein entsprechend modifizierter PEPP-Groupier erstellt wird, sodass alle Fälle der Kalkulationskrankenhäuser einmal mit dem unveränderten und einmal mit dem entsprechend dem Vorschlag ange-

passten PEPP-Grupper verarbeitet werden können. Die daraus resultierenden Fallverschiebungen werden analysiert, insbesondere daraufhin, ob die Kostenhomogenität in den PEPP-Klassen sich durch die Änderung verbessert oder verschlechtert.

Ergänzend hierzu wurden häufig mehrere Vorschlagsvarianten oder InEK-eigene Alternativlösungen analysiert. So wurde – basierend auf konkreten Vorschlägen oder ange-regt durch die eingebrachten Problemdarstellungen – vor und während der Kalkulation eine Vielzahl von Änderungsvorschlägen entwickelt und in der Kalkulationsphase simu-liert. Die Gesamtzahl der simulierten Änderungen lag damit erheblich höher als die An-zahl der eingebrachten simulierbaren Vorschläge, nämlich bei ca. 1.700 Änderungsver-sionen.

3.2.8.5 Veröffentlichung der Vorschläge

Zur Erhöhung der Transparenz im Rahmen der Pflege und Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems haben die Vertragsparteien auf Bundesebene entschieden, die bis zum 31. März 2013 eingegangenen Vorschläge zur Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems auf der Internetseite des InEK zu veröffentlichen. Dies beinhaltet eine vollständige Veröffentlichung aller Vorschlagsinhalte ohne redaktionelle Kürzung oder sonstige Bearbeitung, ohne personenbezogene Daten aus den Stammdaten des InEK-Datenportals, jedoch mit den Namen der den Vorschlag einreichenden Institution(en).

Vor Veröffentlichung wurde allen Teilnehmern des Vorschlagsverfahrens ermöglicht, dieser Veröffentlichung ganz oder in Teilen zu widersprechen. Ein Widerspruch gegen die Veröffentlichung der Vorschlagsinhalte wurde jedoch von keiner Institution einge-legt. Lediglich einige Anlagen zu Vorschlägen, die beispielsweise klinikinterne Auswer-tungen enthielten, wurden auf Wunsch der vorschlagenden Institution ganz oder teil-weise ausgeblendet. Zudem wurden einige fehlerhafte Schreibweisen korrigiert, nicht jedoch z.B. unvollständige Angaben etwa in Kodelisten ergänzt. Inhaltlich entspricht das unter www.g-drg.de veröffentlichte Dokument somit weitestgehend den dem InEK bei der Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems vorliegenden Vorschlägen.

Außerdem wurde allen Teilnehmern des Vorschlagsverfahrens im Dezember 2013 eine abschließende ausführliche Antwort auf die von ihnen übermittelten Vorschläge zuge-sandt.

3.2.8.6 Fazit des Vorschlagsverfahrens

Die rege Beteiligung bereits am ersten PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014 war 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.

Die hohe Zahl von eingegangenen Vorschlägen wie auch die sehr hohe Umsetzungs-quote unterstreichen die Bedeutung des Verfahrens. Es ist zu hoffen – und angesichts des erfolgreichen Verfahrens auch zu erwarten –, dass quantitativ und qualitativ die Beteiligung am Verfahren für 2015 – das am 29. November 2013 eröffnet wurde – so-gar noch zunehmen wird.

3.2.9 Überblick über die wesentlichsten Veränderungen in der PEPP-Klassifikation

3.2.9.1 Psychiatrie

In der Strukturkategorie *Psychiatrie* wurde bei der Weiterentwicklung zur PEPP-Version 2014 vor allem die Abbildung hochaufwendiger Konstellationen weiter verbessert. Dies betrifft zum einen die in Kapitel 3.2.2 dargestellten Veränderungen zu Prozedurenkodes, die sich vor allem in den PEPP der *Prä*-Strukturkategorie sowie den jeweils höchsten Schweregraden („A-PEPP“) der PEPP der anderen Strukturkategorien auswirken.

Neben einer verbesserten Abbildung bereits in der PEPP-Version 2013 eingesetzter Attribute (Intensivbehandlung, Einzelbetreuung) konnten weitere aufwendige Leistungen und besondere Behandlungsformen, wie das Mutter/Vater-Kind-Setting (Mitbehandlung eines bis 4 Jahre alten Kindes neben dem erkrankten Elternteil) oder eine hohe „Therapieintensität“ (Therapieeinheiten-Kodes) erstmals berücksichtigt werden.

Ebenfalls weiter verbessert wurde die Berücksichtigung als mit höheren Kosten verbunden identifizierter somatischer und psychiatrisch/psychosomatischer Diagnosen sowie die Abbildung von Patienten im hohen Lebensalter (85 bis 90 Jahre).

Die umfangreichste Weiterentwicklung betrifft die Ausdifferenzierung des Bereichs Sucht (Basis-PEPP PA02): Hier konnten – insbesondere durch den guten Rücklauf der ergänzenden Datenerhebung – Fälle mit intravenösem Drogenkonsum (PA02A) aufgewertet werden. Außerdem konnten der multiple Substanzgebrauch (in Verbindung mit Kokain oder Opiaten in der PA02B) sowie Fälle mit mindestens einwöchiger Qualifizierter Entzugsbehandlung (PA02C) erstmals spezifisch abgebildet werden.

Bereits im ersten Jahr der Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems ist es somit gelungen, auf zentrale Kritikpunkte an der PEPP-Version 2013 einzugehen und die benannten Problembereiche einer sachgerechten Abbildung zuzuführen.

3.2.9.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im Hinblick auf die weiter verbesserte sachgerechte Abbildung hochaufwendiger Konstellationen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind in erster Linie die zahlreichen Umbauten zur Einzelbetreuung und Betreuung in der Kleinstgruppe zu nennen, die in Kapitel 3.2.2.4 ausführlich dargestellt sind. Hier konnte sowohl eine Schärfung der Prä-PEPP PA02 mit verbesserter Bewertung der höchstaufwendigen Fälle erreicht werden wie auch eine deutlich umfangreichere Einbeziehung aufwendiger Fälle, die bisher noch nicht spezifisch eingruppiert wurden, beispielsweise weil die Gesamtzahl der Stunden in Einzel- oder Kleinstgruppenbetreuung unter der bisherigen Einstiegsschwelle lag. Die Ausdifferenzierung innerhalb der Strukturkategorie KJP bedeutet hier eine erhebliche Aufwertung.

Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der verstärkten Berücksichtigung schweregraderhörender Nebendiagnosen, beispielsweise Intelligenzminderung, Autismus, Diabetes mellitus und viele weitere.

Mit der erstmaligen Etablierung eines Altersplits innerhalb der Strukturkategorie KJP konnte zudem ein höherer Aufwand bei Patienten mit einem Alter von unter 8 Jahren bestätigt und für die Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen (Basis-PEPP PK14) für 2014 umgesetzt werden.

3.2.9.3 Psychosomatik

Die verbesserte Beteiligung psychosomatischer Einrichtungen an der PEPP-Kalkulation fiel nicht ganz so deutlich aus wie erhofft, führte aber dennoch zu einer im Vergleich zum Vorjahr stark veränderten Zusammensetzung der Stichprobe. Auf Grundlage einer insgesamt größeren Fallzahl konnten mehr Attribute auf ihre Kostenrelevanz untersucht und für 2014 zu einem erheblichen Teil auch gruppierungswirksam umgesetzt werden. Zu nennen ist in erster Linie die erheblich verbesserte Ausdifferenzierung der fallzahlstärksten Basis-PEPP PP04 *Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen*.

Daneben tragen auch die neue Funktion „Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung“, die Fälle mit einer akuten oder chronischen somatischen Erkrankung mit psychischer Komorbidität und/oder Copingstörungen und entsprechendem psychosomatischen Behandlungssetting deutlich besser stellt, sowie zahlreiche erstmals gruppierungsrelevante Diagnosen zu einer besseren Differenzierung in dieser Strukturkategorie bei.

Eine Auswirkung der geänderten Stichprobe ist auch – wie in Kapitel 3.2.2.2.3 dargestellt – die veränderte Abbildung der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung, die ab 2014 nicht mehr in eine eigenständige PEPP führt.

Zudem war auf Grundlage der verbreiterten Datenbasis in fünf der sechs bewerteten PEPP der Strukturkategorie *Psychosomatik* für 2014 die Ausweisung mehrerer Vergütungsstufen im Katalog möglich.

3.2.10 Fazit

Die Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems erfolgt auf Grundlage einer auch im internationalen Vergleich einzigartigen Datengrundlage zu Kosten- und Leistungsdaten stationärer und teilstationärer Patienten in den Einrichtungen der Erwachsenen- wie auch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In der Strukturkategorie *Psychosomatik* blieb die Datenlage noch vergleichsweise schwach; der für eine deutliche Verbesserung der Datenlage erforderliche Zuwachs in der Beteiligung konnte für den Entgeltkatalog 2014 noch nicht erreicht werden. Bei insgesamt gestiegener Kalkulationsbeteiligung bestehen weiterhin leichte Einschränkungen hinsichtlich der Datenqualität und in bestimmten Teilen auch hinsichtlich der Beteiligung an der Kostenkalkulation.

Mit dem Engagement der Kalkulationsteilnehmer, sich über die bloße Datenlieferung hinaus auch im Dialog mit dem InEK inhaltlich intensiv mit den Kosten- und Leistungsdaten auseinanderzusetzen, konnte der nächste große Schritt zu einem durchgängigen, leistungsgerechten Entgeltsystem auf Grundlage von Echtdateien gelingen.

Die vorhandenen Leistungsattribute konnten dabei vollständig untersucht werden. In über 1.700 Einzelrechnungen (von denen jede einen Umbau des PEPP-Groupers mit anschließender Neugruppierung und Analyse der Fallverschiebungen von rund 1 Million Fällen bedeutet) wurden die in diesem Bericht dargestellten Eingruppierungskriterien erarbeitet und verifiziert. Die vorliegenden Leistungsdaten (ICD- und OPS-Kodes) erlaubten einen gegenüber dem Vorjahr verbesserten Überblick über das Leistungsgeschehen. Allerdings ist weiterhin erkennbar, dass gerade die Beschreibung hochaufwendiger Leistungen in Psychiatrie und Psychosomatik noch verbesserungsfähig ist.

Wertvolle Hinweise zu Verbesserungspotential bei der Leistungsdokumentation sowie für die Eingruppierung der Behandlungsfälle innerhalb des PEPP-Entgeltsystems werden durch die Anwendung im Echtbetrieb in den Optionskrankenhäusern gewonnen. Das für den PEPP-Entgeltkatalog 2014 erstmals durchgeführte PEPP-

Vorschlagsverfahren lieferte zahlreiche Ansatzpunkte für die sachgerechte Weiterentwicklung der Klassifikation. Weitere Impulse für die Verbesserung der klassifikatorischen Zuordnung können durch das bereits eröffnete PEPP-Vorschlagsverfahren für 2015 erwartet werden.

Bei einer an der Leistungsgerechtigkeit der Vergütung orientierten Würdigung der PEPP-Klassifikation für 2014 ist aus Sicht des InEK – auch bei kritischer Betrachtung – festzustellen, dass sich bereits in dieser zweiten Version entscheidende Verbesserungen ergeben haben. Zum einen konnte die grundsätzliche Eignung vieler bereits verwendeter Leistungsinformationen (beispielsweise von Nebendiagnosen als Kostentrenner) vielfach bestätigt werden; zum anderen konnte die Abgrenzung hochaufwendiger Konstellationen für viele Fälle verbessert werden. Durch eine ausführliche ergänzende Datenbereitstellung im Bereich der Suchtbehandlung konnten wichtige Leistungsmerkmale, die erstmals ab dem 1. Januar 2014 durch ICD- und OPS-Kodes dokumentiert werden können, bereits für den PEPP-Entgeltkatalog 2014 als gruppierungsrelevante (und damit als erlösrelevante) Kostentrenner in das Entgeltsystem integriert werden.

Zusammenfassend stellt das PEPP-Entgeltsystem 2014 eine solide Weiterentwicklung eines Ausgangsmodells für die Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für die Psychiatrie und Psychosomatik dar.

4 Perspektiven der Weiterentwicklung

Für die folgende Kalkulationsrunde werden die weitere Vergrößerung der Stichprobe und damit auch eine Steigerung der Datenqualität und -quantität insbesondere in der Psychosomatik von größter Bedeutung sein. Die Verbesserung der Datengrundlage sollte sich im Datenjahr 2013 durch die gestiegene Erfahrung der Teilnehmer mit der tagesbezogenen Kalkulation weiter fortsetzen.

Im Datenjahr 2013 wird erstmals das einheitliche Betreuungsintensitätsmodell zur Kalkulation der Stationskosten in der Psychiatrie und Psychosomatik für Erwachsene zum Einsatz kommen und einen Beitrag zu einer verbesserten Abbildung der Stationskosten leisten.

Die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen werden auf Basis der Erfahrungen aus der vergangenen Kalkulation weiterentwickelt und die Qualität der Prüfungen und Rückmeldungen seitens des InEK verbessert. Mit der Weiterentwicklung der Prüfungen reagiert das InEK auf die positive Lernkurve der Krankenhäuser hinsichtlich der Vorgehensweise bei der Kalkulation. Die hausindividuelle Rückkopplung in Form eines abschließenden Berichts (Abschlusschreiben) im Herbst 2013 mit Hinweisen auf Verbesserungspotential für die nächste Kalkulationsphase und individuelle Abschlussgespräche wird zusätzlich zur Steigerung der Datenqualität beitragen.

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

Anhang

Übersicht

Anhang A-1-1:

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

Anhang A-1-2:

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

Anhang A-1-3:

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

Anhang A-2:

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

Anhang A-3-1:

Anzahl der Fälle gemäß Hauptdiagnosegruppen des Kapitels *05 Psychische und Verhaltensstörungen* (siehe ICD-10-GM, Version 2012) für bewertete PEPP

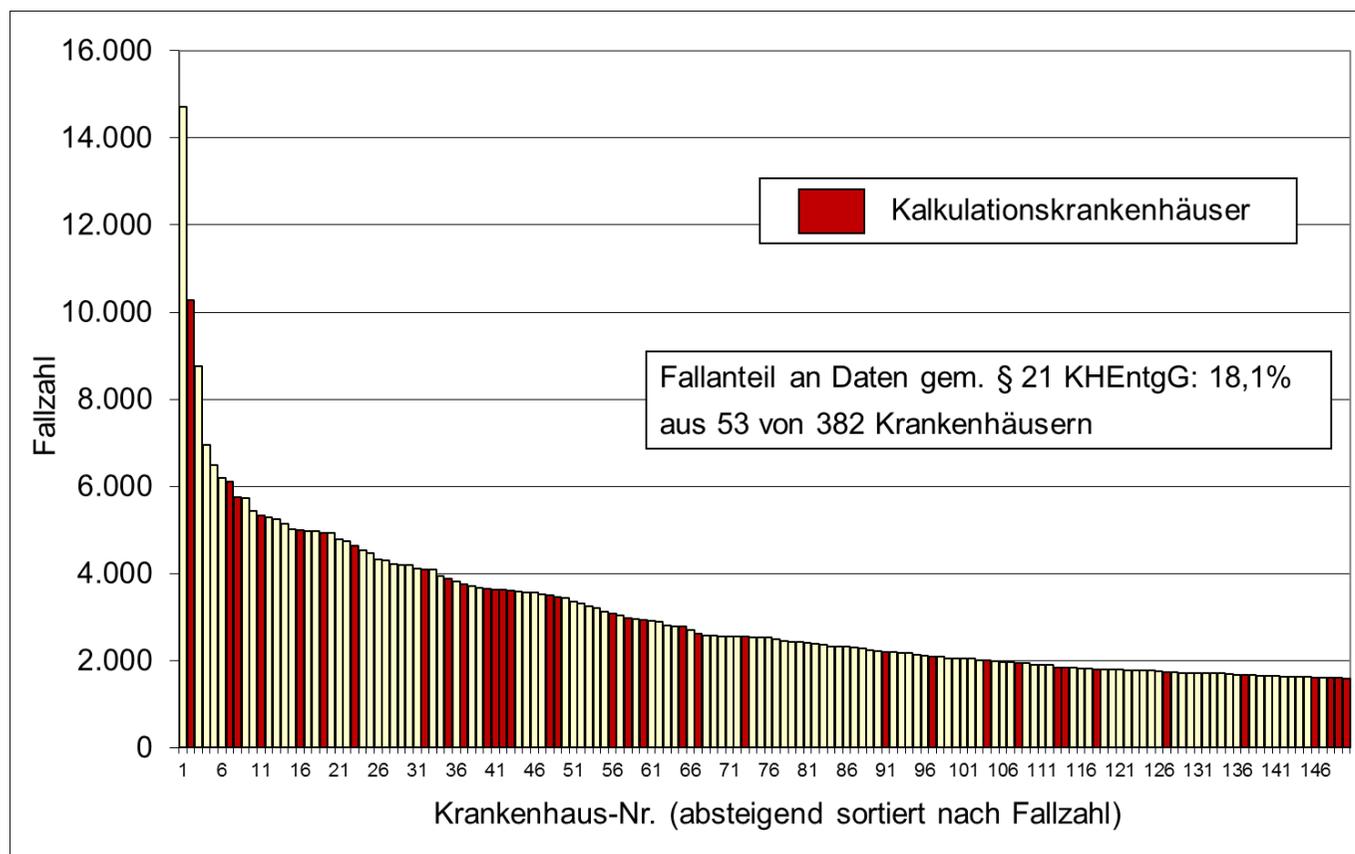
Anhang A-3-2:

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

Anhang A-1-1:

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

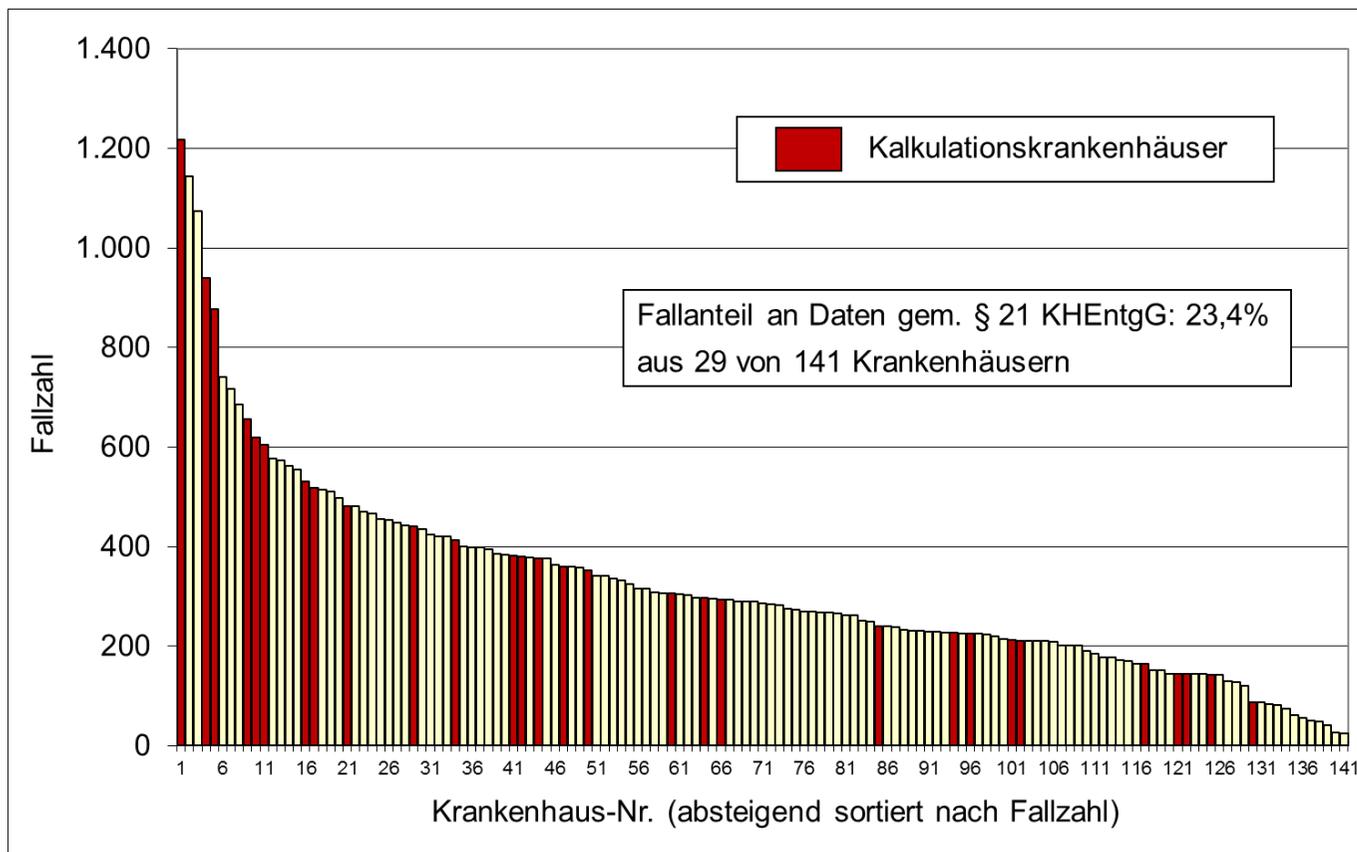
In der folgenden Abbildung sind die 150 fallzahlstärksten Krankenhäuser (vollstationäre Fälle nach Fallzusammenführung) im Bereich Psychiatrie grafisch dargestellt; dabei sind die Kalkulationskrankenhäuser farbig markiert. Es wird deutlich, dass die Kalkulationsstichprobe bzgl. der Fallzahl im Bereich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



Anhang A-1-2:

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

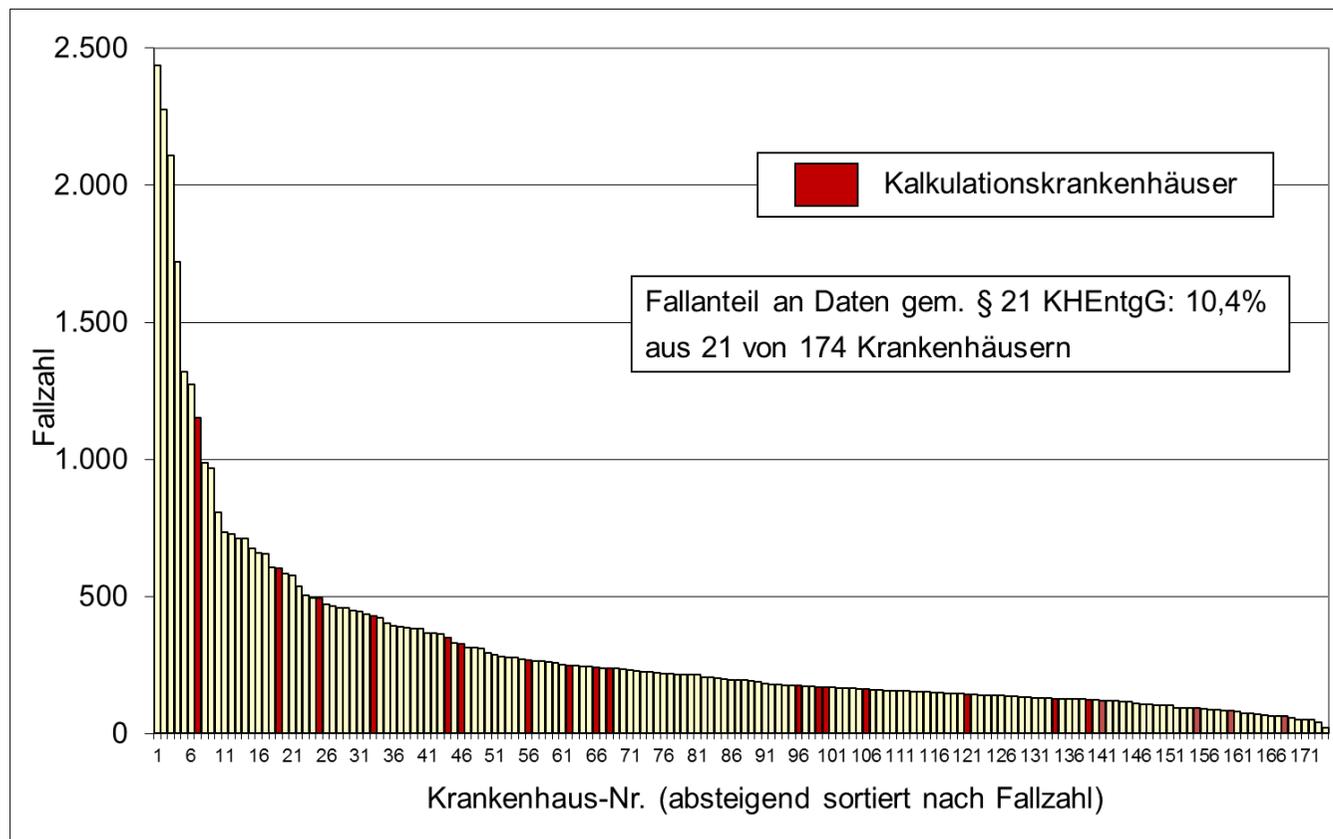
In der folgenden Abbildung sind die Krankenhäuser (vollstationäre Fälle nach Fallzusammenführung) im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie grafisch dargestellt; dabei sind die Kalkulationskrankenhäuser farbig markiert. Es wird deutlich, dass die Kalkulationsstichprobe bzgl. der Fallzahl im Bereich Kinder-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



Anhang A-1-3:

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

In der folgenden Abbildung sind die 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 nicht gut abdeckt.



Anhang A-2:

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

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

Präfix	Strukturkategorie	Fälle	Anteil
P0	Prä-PEPP	18.908	2,0%
PA	Psychiatrie, vollstationär	692.142	73,4%
PK	Kinder- und Jugendpsychiatrie, vollstationär	45.812	4,9%
PP	Psychosomatik, vollstationär	53.861	5,7%
TA	Psychiatrie, teilstationär	108.198	11,5%
TK	Kinder- und Jugendpsychiatrie, teilstationär	14.835	1,6%
TP	Psychosomatik, teilstationär	9.663	1,0%
PF	Fehler-PEPP und sonstige PEPP	164	0,0%
	Gesamt	943.583	

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

Präfix	Strukturkategorie	Fälle	Anteil	Fallanteil Kalkulationsdaten an §-21-Daten
P0	Prä-PEPP	5.420	3,2%	28,7%
PA	Psychiatrie, vollstationär	125.270	74,1%	18,1%
PK	Kinder- und Jugendpsychiatrie, vollstationär	10.713	6,3%	23,4%
PP	Psychosomatik, vollstationär	5.615	3,3%	10,4%
TA	Psychiatrie, teilstationär	17.967	10,6%	16,6%
TK	Kinder- und Jugendpsychiatrie, teilstationär	2.767	1,6%	18,7%
TP	Psychosomatik, teilstationär	1.347	0,8%	13,9%
PF	Fehler-PEPP und sonstige PEPP	8	0,0%	4,9%
	Gesamt	169.107		17,9%

Mit einem Gesamtanteil der Kalkulationsdaten an den Daten gem. § 21 KHEntgG von 17,9% (Vorjahr: 16,7%) zeigt sich u.a. eine überdurchschnittliche Abdeckung in den Strukturkategorien *Psychiatrie, vollstationär* (18,1%) sowie *Kinder- und Jugendpsychiatrie, vollstationär* (23,4%), während die Fälle im Bereich *Psychosomatik, vollstationär* mit 10,4% Fallanteil unterrepräsentiert sind.

Anhang A-3-1:

Anzahl Fälle gemäß **Hauptdiagnose**-Gruppen des Kapitels *05 Psychische und Verhaltensstörungen* (siehe ICD-10-GM, Version 2012) für bewertete PEPP

PEPP	ICD-Gruppen										
	F00–F09	F10–F19	F20–F29	F30–F39	F40–F48	F50–F59	F60–F69	F70–F79	F80–F89	F90–F98	F99–F99
	Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Schizophrenie, schizotypen und wahnhaftige Störungen	Affektive Störungen	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Intelligenzstörung	Entwicklungsstörungen	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen
P002A	3	1	7	4	25	16	1	2	3	25	0
P002B	1	2	13	18	21	24	5	2	6	38	0
P003A	32	4	33	25	4	0	14	7	5	0	0
P003B	48	12	60	30	6	1	14	8	0	1	0
P003C	109	30	122	60	6	2	29	9	3	2	0
P004Z	106	1.342	978	477	114	3	111	109	19	15	1
PA01A	0	0	0	0	0	0	0	260	37	0	0
PA01B	0	0	0	0	0	0	0	373	31	20	0
PA02A	0	1.273	0	1	0	0	0	0	0	0	0
PA02B	0	4.152	0	44	24	1	0	0	0	0	0
PA02C	0	12.277	0	75	9	0	0	0	0	0	0
PA02D	1	19.649	0	1.131	803	16	0	0	0	0	0
PA03A	438	0	4.281	0	0	0	0	0	0	0	0
PA03B	0	0	16.074	0	0	0	0	0	0	0	0
PA04A	410	0	2	1.616	376	6	0	0	0	0	0
PA04B	3	0	6	8.531	1.559	44	0	0	0	0	0

	ICD-Gruppen										
	F00–F09	F10–F19	F20–F29	F30–F39	F40–F48	F50–F59	F60–F69	F70–F79	F80–F89	F90–F98	F99–F99
	Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Schizophrenie, schizotypen und wahnhaftige Störungen	Affektive Störungen	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Intelligenzstörung	Entwicklungsstörungen	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen
PEPP											
PA04C	3	0	59	23.504	8.563	138	1	0	0	0	0
PA14A	99	0	0	0	0	35	723	0	0	36	0
PA14B	66	0	0	0	0	125	4.297	0	0	159	0
PA15A	3.307	82	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PA15B	4.649	277	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PA15C	2.774	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PF01Z	6	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
PK01Z	0	0	0	0	0	0	0	69	146	65	0
PK02Z	0	257	0	9	17	0	0	0	0	0	0
PK03Z	0	0	196	0	0	0	0	0	0	0	0
PK04A	0	0	0	119	107	0	0	0	0	26	0
PK04B	0	0	0	2.237	2.197	5	0	0	0	581	0
PK10Z	0	0	0	0	0	506	0	0	0	79	0
PK14A	1	0	0	0	0	0	3	0	0	406	0

	ICD-Gruppen										
	F00–F09	F10–F19	F20–F29	F30–F39	F40–F48	F50–F59	F60–F69	F70–F79	F80–F89	F90–F98	F99–F99
PEPP	Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Schizophrenie, schizotyp und wahnhaftige Störungen	Affektive Störungen	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Intelligenzstörung	Entwicklungsstörungen	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen
PK14B	3	0	0	0	0	0	229	0	0	3.398	0
PP04A	2	0	0	74	158	0	0	0	0	0	0
PP04B	0	0	0	320	341	1	0	0	0	0	0
PP04C	0	0	0	2.111	1.568	4	0	0	0	0	0
PP10A	0	0	0	0	0	316	0	0	0	0	0
PP10B	0	0	0	0	0	277	0	0	0	0	0
PP14Z	0	16	11	1	0	0	231	0	2	14	0
TA02Z	0	1.526	0	10	3	2	0	0	0	0	0
TA15Z	444	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TA19Z	88	0	210	1.632	224	0	45	2	2	3	0
TA20Z	7	0	1.957	8.771	1.897	39	834	21	6	46	0
TK04Z	0	0	0	337	490	0	0	0	0	371	0
TK14Z	1	6	37	10	13	49	31	9	106	1.230	0
TP20Z	1	1	3	774	343	66	155	0	0	2	0

Anhang A-3-2:

Anzahl Nennungen von **Nebendiagnosen** für Diagnose-Gruppen des Kapitels *05 Psychische und Verhaltensstörungen* (siehe ICD-10-GM, Version 2012) für bewertete PEPP

PEPP	ICD-Gruppen										
	F00–F09	F10–F19	F20–F29	F30–F39	F40–F48	F50–F59	F60–F69	F70–F79	F80–F89	F90–F98	F99–F99
	Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Schizophrenie, schizotypie und wahnhaftige Störungen	Affektive Störungen	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Intelligenzstörung	Entwicklungsstörungen	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen
P002A	1	70	5	7	6	5	7	22	10	35	0
P002B	0	36	12	22	23	7	8	9	13	58	0
P003A	41	44	24	21	20	4	24	12	0	2	0
P003B	70	60	46	34	20	7	25	14	2	2	0
P003C	154	177	67	43	33	8	47	18	6	3	0
P004Z	298	2837	346	390	449	120	356	180	41	41	2
PA01A	29	17	26	10	26	1	17	60	19	10	0
PA01B	29	73	54	29	76	3	43	78	15	32	0
PA02A	4	2956	51	180	135	11	99	5	2	20	0
PA02B	79	7821	182	720	477	105	491	16	4	67	0
PA02C	172	17424	373	2921	1568	202	1004	89	9	150	1
PA02D	343	31572	821	4409	2750	290	2699	174	9	256	0
PA03A	611	1324	1374	230	216	57	157	269	23	29	2
PA03B	131	6449	4205	616	676	103	622	452	39	76	4
PA04A	525	749	67	539	417	71	237	78	52	37	2
PA04B	1302	2876	197	2115	1981	443	756	194	16	46	0

	ICD-Gruppen										
	F00–F09	F10–F19	F20–F29	F30–F39	F40–F48	F50–F59	F60–F69	F70–F79	F80–F89	F90–F98	F99–F99
PEPP	Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Schizophrenie, schizotypen und wahnhaftige Störungen	Affektive Störungen	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Intelligenzstörung	Entwicklungsstörungen	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen
PA04C	287	10672	660	5703	7881	849	6066	468	49	458	3
PA14A	59	501	47	280	383	149	293	166	5	38	0
PA14B	33	2716	122	1567	1211	271	977	47	27	191	0
PA15A	3884	592	85	228	80	24	33	36	7	26	0
PA15B	6224	1076	146	582	153	23	33	24	1	38	1
PA15C	2232	693	83	242	133	70	44	76	7	13	0
PF01Z	6	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
PK01Z	1	1	7	27	55	0	11	33	75	206	0
PK02Z	2	200	4	35	41	5	18	2	3	121	0
PK03Z	1	40	52	19	24	4	5	7	17	37	0
PK04A	1	13	6	61	126	96	41	10	42	88	1
PK04B	1	354	40	818	1234	138	211	95	358	1560	1
PK10Z	1	7	0	176	89	98	12	3	20	60	0
PK14A	0	17	0	10	45	5	7	16	170	362	0

	ICD-Gruppen										
	F00–F09	F10–F19	F20–F29	F30–F39	F40–F48	F50–F59	F60–F69	F70–F79	F80–F89	F90–F98	F99–F99
PEPP	Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Schizophrenie, schizotypen und wahnhaftige Störungen	Affektive Störungen	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Intelligenzstörung	Entwicklungsstörungen	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen
PK14B	3	644	22	226	452	53	152	98	323	1782	1
PP04A	7	46	3	112	206	49	12	0	4	3	0
PP04B	9	134	2	286	471	225	144	2	0	10	0
PP04C	10	793	11	1465	2379	638	869	8	16	44	1
PP10A	0	41	3	194	90	98	40	1	4	0	0
PP10B	0	101	1	205	86	87	47	0	4	4	0
PP14Z	0	114	3	220	189	91	45	0	4	11	0
TA02Z	11	1145	41	451	258	31	207	5	0	25	0
TA15Z	293	64	7	73	33	0	8	2	0	1	0
TA19Z	349	459	69	396	497	120	206	18	3	9	2
TA20Z	102	2861	473	2399	3584	343	2335	80	62	218	0
TK04Z	0	14	4	173	355	33	24	20	216	666	0
TK14Z	2	40	11	97	202	59	32	30	371	1165	1
TP20Z	6	215	6	634	783	211	309	0	0	21	0