

InEK

Abschlussbericht

Weiterentwicklung des
pauschalierenden
Entgeltsystems für Psychiatrie
und Psychosomatik (PEPP)
für das Jahr 2016

Siegburg, den 21. Dezember 2015

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	5
2.1 Datenerhebung	5
2.1.1.1 Grundsätze der Kalkulation	5
2.1.2 Datenerhebung	6
2.2 Datenaufbereitung	12
2.2.1.1 Fallzusammenführung	12
2.2.2 Bereinigungen und Korrekturen	13
2.2.3 Ergänzende Datenbereitstellung	15
2.2.4 Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen	17
2.2.5 Datenausschluss	19
2.2.6 Kalkulationsmethode für die Ergänzenden Tagesentgelte	21
2.3 Berechnung der Bewertungsrelationen	23
2.3.1 Sonderkonstellationen	23
2.3.2 Normierung der Bewertungsrelationen	24
3 PEPP-ENTGELTSYSTEM 2016	26
3.1 Entwicklung der PEPP-Klassifikation: Vorgehensweise und Ergebnisse	26
3.1.1 Ausgangssituation	26
3.1.2 Tagesbezug und Gültigkeitsdauer von Merkmalen	27
3.1.3 Grundlagen der PEPP-Klassifikation	27
3.1.4 Zusatzentgelte	29
3.1.5 Vorschlagsverfahren	31
3.2 Systematische Analysen und Ergebnisse	35
3.2.1 Grundlagen	35
3.2.2 Diagnosen- und Prozedurenklassifikation	35
3.2.3 Ergänzende Datenbereitstellung	36
3.2.4 Diagnosen	36
3.2.5 Prozeduren	37
3.2.5.1 Prozedurenkodes mit bereits bestehender Gruppierungsrelevanz	37
3.2.5.2 Neue Prozedurenkodes (seit OPS 2014)	39
3.2.6 Sucht	40
3.2.7 Alter	41
3.2.8 Kinder- und Jugendpsychiatrie	42
3.2.9 Weitere Analysen von Vorschlägen	42
3.3 Besonderheiten durch Änderungen im OPS 2016	46
3.3.1 OPS 9-61 Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	47
3.3.2 OPS 9-649 Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	48

3.3.3 Streichung des OPS 1-903 (bzw. 1-904) für aufwendige Diagnostik und Überführung in Therapieeinheiten.....	49
4 FAZIT	50
5 PERSPEKTIVEN DER WEITERENTWICKLUNG	51
ANHANG	53

ABKÜRZUNGEN

Abs.	Absatz
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BI-Modell	Betreuungsintensitätsmodell
BMI	Body-Mass-Index
BPEPP	Basis-PEPP
BPfIV	Bundespflegesatzverordnung
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
EKT	Elektrokrampftherapie
ET	Ergänzende Tagesentgelte
ggf.	gegebenenfalls
gem.	gemäß
HD	Hauptdiagnose
ICD	International Classification of Diseases; Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Ausgabe für die Zwecke des SGB V
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
i.v.	intravenös
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
ND	Nebendiagnose
OPS	Operationsschlüssel nach § 301 SGB V basierend auf der Internationalen Klassifikation der Prozeduren in der Medizin
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie/Psychosomatik (die Abkürzung wird sowohl für das Entgeltsystem im Allgemeinen als auch für Fallgruppen verwendet)

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

Vorwort

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

Den 101 Krankenhäusern, die freiwillig tagesbezogene Kostendaten für die Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems zur Verfügung gestellt haben, sei an dieser Stelle für ihr großes Engagement gedankt. Diese Zusammenarbeit ermöglichte es dem InEK, das pauschalierende Entgeltsystem für 2016 weiterzuentwickeln. Darüber hinaus konnten der Kalkulationsablauf und der Kommunikationsprozess mit den Teilnehmern an der Kalkulation vertieft und den Krankenhäusern weiteres Verbesserungspotential hinsichtlich Dokumentation und Kostenrechnung frühzeitig aufgezeigt werden. Dadurch konnte die Datenqualität in dieser Kalkulationsrunde wiederum gesteigert werden.

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

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

Für die Mitarbeiter der InEK GmbH

Dr. Frank Heimig
Geschäftsführer

Christian Jacobs
*Abteilungsleiter
Medizin*

Dr. Michael Rabenschlag
*Abteilungsleiter
Ökonomie*

Mathias Rusert
*Abteilungsleiter EDV
und Statistik*

Siegburg, im Dezember 2015

1 Einführung

Der vorliegende Abschlussbericht beschreibt Grundlagen, Verfahrensweisen und Ergebnisse der Entwicklung des PEPP-Entgeltsystems für das Jahr 2016. Der Bericht wendet sich an die interessierte Fachöffentlichkeit und soll einen Beitrag dazu leisten, die der Entwicklung zugrunde liegende Vorgehensweise transparent zu machen und das Verständnis über Zusammenhänge im PEPP-Entgeltsystem zu fördern.

Die gesetzliche Grundlage für die Einführung eines durchgängigen, leistungsorientierten pauschalierenden Vergütungssystems für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) in Deutschland wurde durch die „Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gem. § 17d KHG (Psych-Entgeltsystem)“¹ vom 30. November 2009 ergänzt. Weitere konkrete Regelungen und Schritte für die Einführung des Systems enthält das Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen vom 21. Juli 2012. Ein weiterer wichtiger Meilenstein war die Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner zur Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gem. § 17d KHG vom 1. April 2014. Die dort festgelegte geänderte Kalkulationssystematik und die Einführung der Ergänzenden Tagesentgelte (ET) hat sich nachhaltig auf das PEPP-System ausgewirkt² (siehe auch Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) für das Jahr 2015, Kapitel 2).

Die Einführung des PEPP-Entgeltsystems startete zum 1. Januar 2013 zunächst auf freiwilliger Basis, indem interessierten Einrichtungen die Möglichkeit eingeräumt wurde, ihre Leistungen unter den Regelungen des PEPP-Entgeltsystems abzurechnen („Optionsmodell“). Dabei galt für die teilnehmenden Krankenhäuser der Grundsatz der Budgetneutralität, d.h. die auf Basis der bisherigen Regelungen der BpflV unter Anwendung der Psych-PV ermittelten Budgets wurden mittels der PEPP-Entgelte in Form von Abschlagszahlungen an die optierenden Krankenhäuser ausgezahlt. Diese Optionsphase wurde im Juli 2014 nochmals um zwei Jahre verlängert.

Nach aktueller Gesetzeslage wird im Jahr 2017 die Anwendung der PEPP-Abrechnungsbestimmungen bei fortgeltender Budgetneutralität für Krankenhäuser verbindlich. Die Jahre 2017 und 2018 sind als Übergangszeitraum konzipiert, um den Beteiligten die Gestaltung eines planvollen und strukturierten Übergangs zu ermöglichen. Ab dem

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

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

1. Januar 2019 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.

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

Das PEPP-Entgeltsystem ist als lernendes System angelegt (Abbildung 1). Veränderungen in der Zusammensetzung der Patientengruppen, für die das System entwickelt wurde, neue Behandlungsmethoden oder abweichende Kostenentwicklungen beeinflussen die Datengrundlage. Zusätzlich werden über das Vorschlagsverfahren der fachliche Sachverstand und die Erfahrungen der Anwender in die Weiterentwicklung des Systems eingebunden.

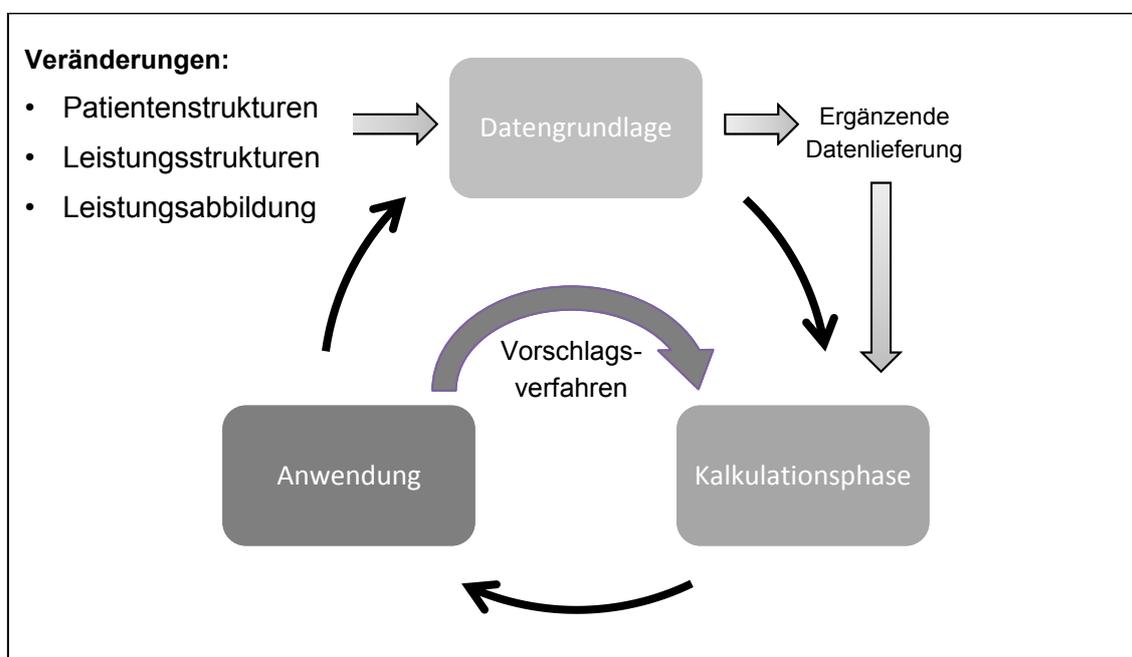


Abbildung 1: Lernendes System – Erfahrungen aus der Anwendung fließen in die Kalkulation ein

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

Für die Datenerhebung der Kostendaten erhielten die Kalkulationskrankenhäuser bei erfolgreicher Teilnahme an der Kalkulation auf Basis des Datenjahrs 2014 eine pauschalierte Vergütung. Diese setzte sich aus einem jährlichen Grundbetrag sowie einer tagesbezogenen Vergütung in Abhängigkeit von den vom InEK akzeptierten Kalkulationsdatensätzen zusammen.

Zusätzlich werden die Arbeiten zur Pflege des PEPP-Entgeltsystems durch das Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverstands bei der Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems (PEPP-Vorschlagsverfahren) unterstützt. Medizinische Fachgesellschaften, Verbandsorganisationen der Krankenhäuser und Krankenkassen sind dem Aufruf gefolgt, Vorschläge zur Weiterentwicklung zu unterbreiten. Durch die Beteiligung am Vorschlagsverfahren 2016 konnten Erfahrungen der klinischen Praxis und medizinisches Expertenwissen in die Ergebnisse einfließen.

2 Methodik

2.1 Datenerhebung

2.1.1.1 Grundsätze der Kalkulation

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

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

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

2.1.2 Datenerhebung

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

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

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

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

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

Zur Gewichtung der Pflegetage auf den Stationen nach der Betreuungsintensität (Kostenstellengruppen 21 und 22) stehen zwei Modelle zur Verfügung: ein Modell zur Anwendung für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und ein von den Fachverbänden der Psychiatrie und der Psychosomatik in Abstimmung mit dem InEK konsentiertes Modell für die Behandlungsbereiche Psychiatrie und Psychosomatik für Erwachsene. Das Betreuungsintensitätsmodell für Erwachsene gilt seit dem Datenjahr 2013. Bei 94% der kalkulierenden Einrichtungen, die Erwachsene behandeln, wurde das Betreuungsintensitätsmodell im Laufe des Datenjahres 2014 bereits umgesetzt (Vorjahr: rd. 67%).

Von den insgesamt 320 Krankenhäusern, die mit dem InEK eine Kalkulationsvereinbarung abgeschlossen haben, erbringen 123 Einrichtungen Leistungen im BPflV-Entgeltbereich. 11 Krankenhäuser nahmen für das Datenjahr 2014 eine Übergangsregelung in Anspruch, d.h. es wurde nochmals die Möglichkeit eingeräumt, nur Daten aus dem Entgeltbereich „PSY“ einzusenden. Bis Februar 2015 sagten 101 Krankenhäuser

eine Kalkulationsdatenlieferung zu. Zu einem späteren Zeitpunkt mussten drei Einrichtungen ihre Zusage zur Lieferung von Kalkulationsdaten aufgrund technischer Probleme zurückziehen. Von den verbleibenden 98 Kalkulationskrankenhäusern hatten 86 Einrichtungen bereits an der Kalkulation im Jahr 2014 teilgenommen. 12 Krankenhäuser haben erstmalig Kalkulationsdaten übermittelt. Insgesamt mussten die Daten von vier Krankenhäusern wegen nicht behebbaren technischer Mängel der Kalkulationssoftware aus der Kalkulationsstichprobe herausgenommen werden.

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

	Erhebung von Daten gem. § 21 KHEntgG	Erhebung von Kostendaten
Anzahl Krankenhäuser	594	101
Anzahl Fälle	1.154.486	295.124
Anzahl Pflgetage	28.983.063	7.495.416

Tabelle 1: Umfang der Datenlieferungen, Entgeltbereich „PSY“, Datenerhebung 2014 inkl. Begleitpersonen, rein vorstationäre Fälle und Überlieger, vor Fallzusammenführung; darüber hinaus wurden aus 4 Einrichtungen 10 rein vorstationäre Fälle (mit insgesamt 31 Pflgetagen) übermittelt, wobei diese Einrichtungen keine Fachabteilungen nach BpflV vorhalten (Stand: 31. Mai 2015)

Die 101 Kalkulationskrankenhäuser teilen sich in jeweils 44 alleinstehende Krankenhäuser und 57 Allgemeinkrankenhäuser oder Universitätskliniken mit angegliederter Fachabteilung auf (Abbildung 2).

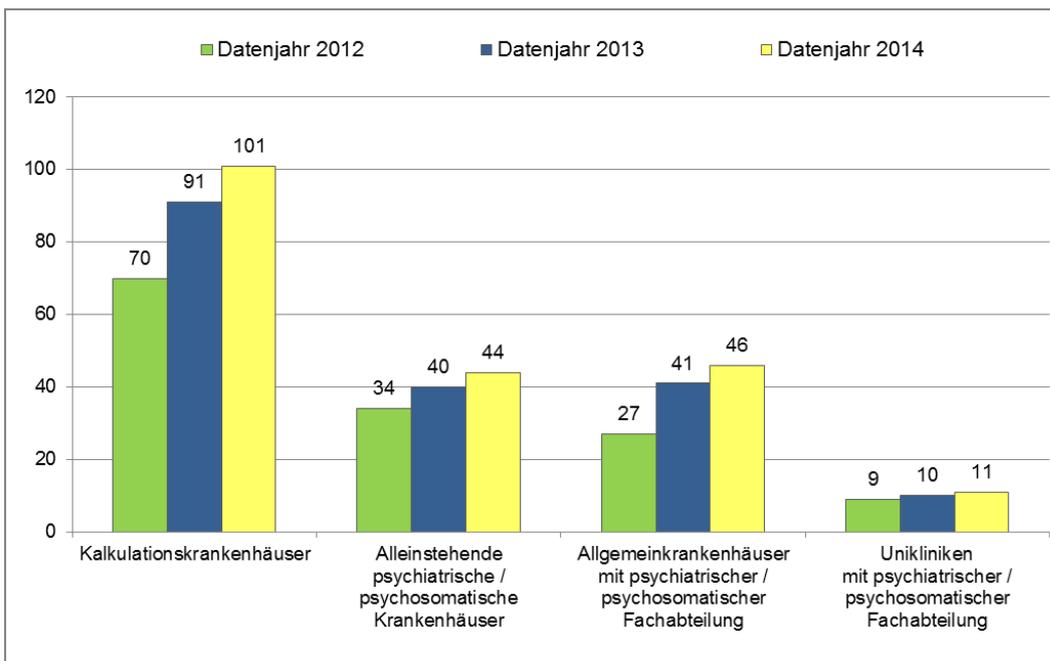


Abbildung 2: Verteilung der Kalkulationskrankenhäuser nach Strukturmerkmalen (Datenjahre 2012 bis 2014 im Vergleich)

Insgesamt übermittelten 44 (Vorjahr: 42) Krankenhäuser Daten einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) inklusive teilstationärer Plätze und 41 (Vorjahr: 31) Krankenhäuser Daten einer Fachabteilung für Psychosomatik inklusive teilstationärer Plätze (Abbildung 3).

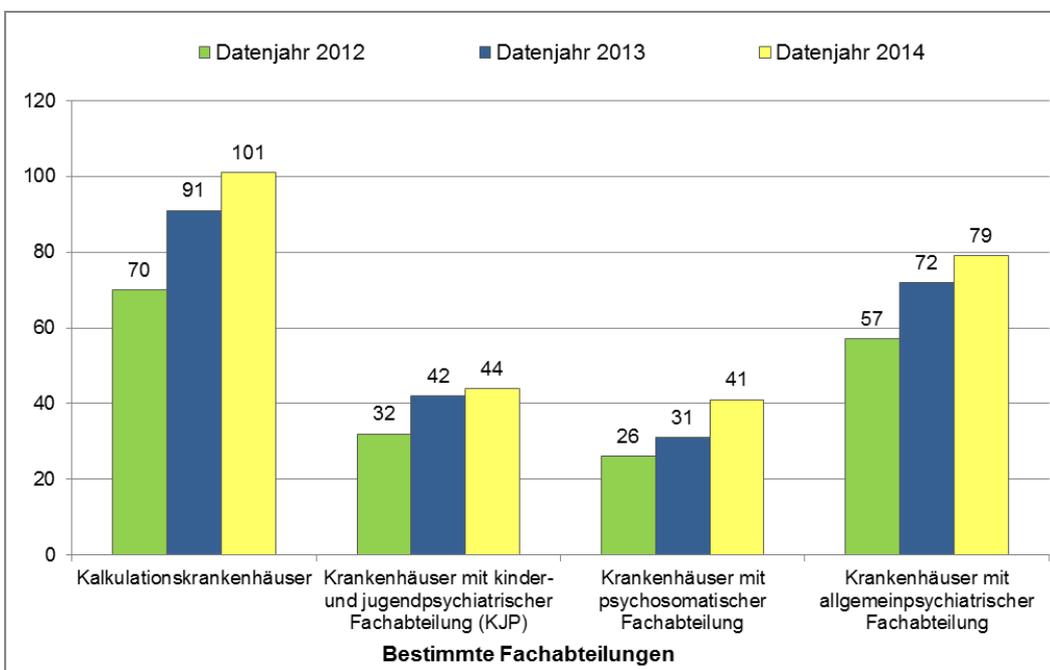


Abbildung 3: Verteilung der Kalkulationskrankenhäuser mit bestimmter Fachabteilung (Datenjahre 2012 bis 2014 im Vergleich)

Zusammensetzung der Datenlieferungen

Alle Darstellungen zur Zusammensetzung der Datenlieferungen beziehen sich auf den in Tabelle 1 dokumentierten Umfang von 594 Krankenhäusern bzw. 101 Kalkulationskrankenhäusern.

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

Bei der Gegenüberstellung der Fallmengen der Kalkulationskrankenhäuser und der Krankenhäuser der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG zeigt sich für das Datenjahr 2014 jeweils ein geringer Unterschied für die Fallzahlverteilung in den Bereichen vollstationär bzw. teilstationär: Bei den Kalkulationsdaten liegt der Anteil der Fallzahlen an der Gesamtfallzahl im Bereich der vollstationären Versorgung etwas höher und im Bereich der teilstationären Versorgung etwas niedriger als der jeweilige Anteil der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie liegt der Anteil der Fallzahlen an der Gesamtfallzahl bei den Kalkulationsdaten weiterhin etwas höher als der jeweilige Anteil der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG. Im Bereich der Psychiatrie allgemein zeigt sich – wie im Vorjahr – kein Unterschied in der Fallzahlverteilung. Der Bereich Psychosomatik ist bei den Kalkulationskrankenhäusern noch immer mit einem etwas geringeren Anteil als in der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG vertreten.

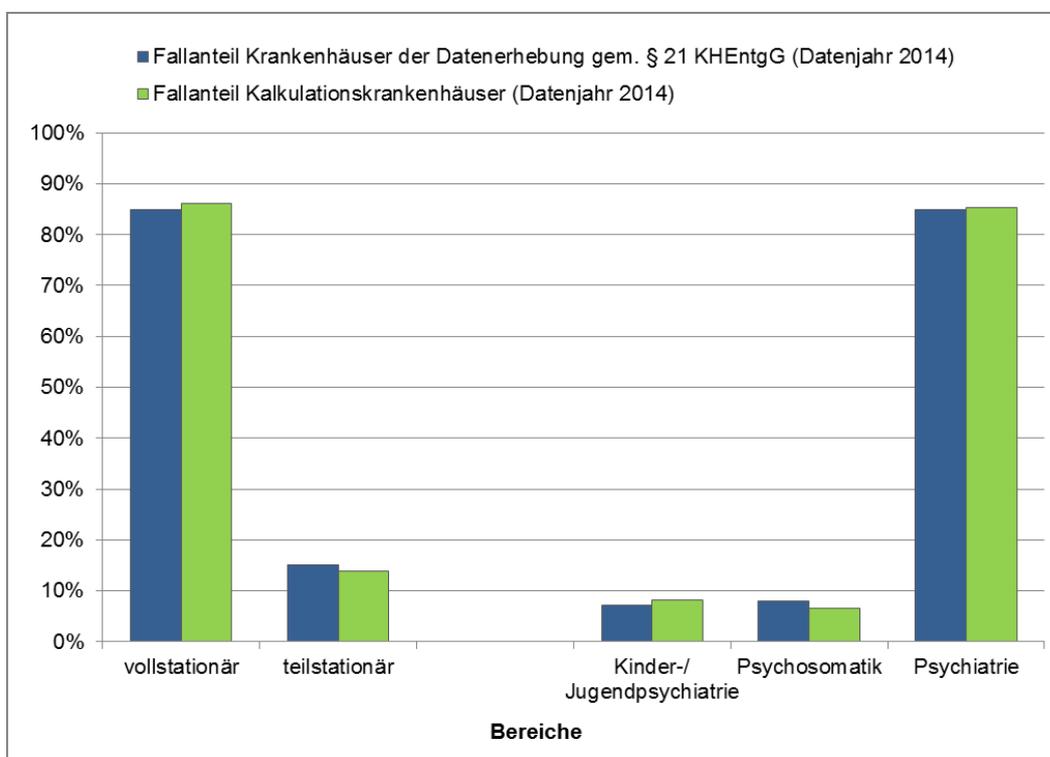


Abbildung 4: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach bestimmten Bereichen

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

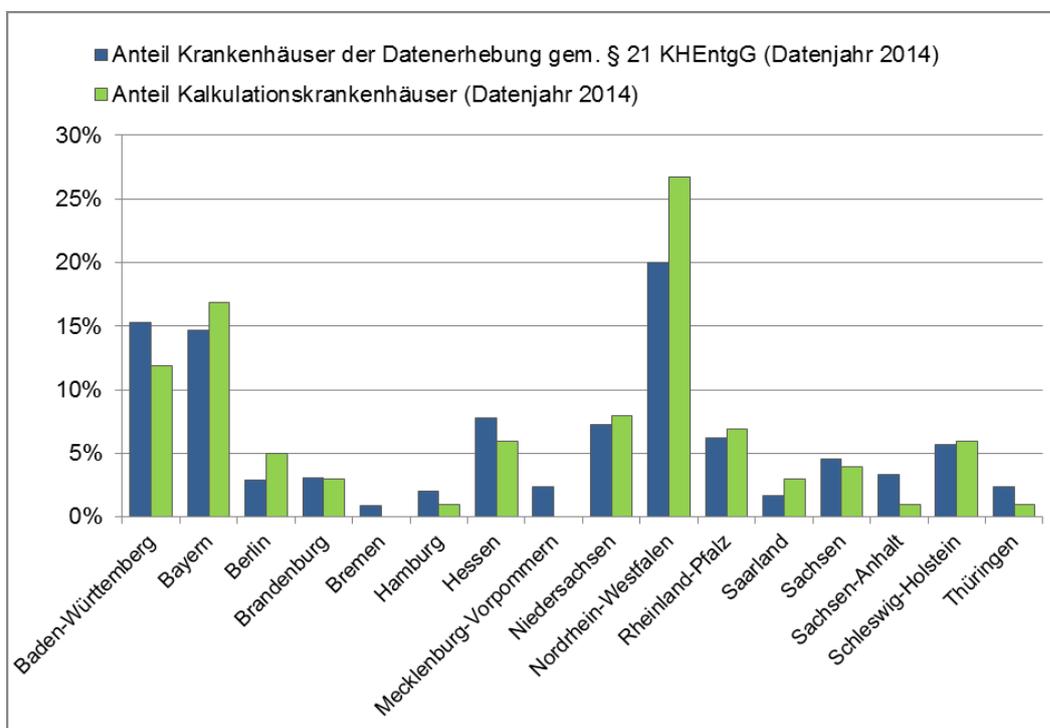


Abbildung 5: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach dem Bundesland der Krankenhäuser

Nordrhein-Westfalen und Bayern haben wie bereits im Vorjahr die größten Anteile bei den Kalkulationskrankenhäusern. Danach folgen Baden-Württemberg, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Hessen, Schleswig-Holstein, Berlin und Sachsen, wobei der Anteil der Kalkulationskrankenhäuser aus Nordrhein-Westfalen hier deutlich über dem entsprechenden Anteil an der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG liegt. In zwei Bundesländern (Vorjahr: drei) haben sich keine Einrichtungen an der Lieferung von Kostendaten beteiligt.

Die Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser zeigt Abbildung 6. Bei der Gegenüberstellung der Kalkulationskrankenhäuser mit Krankenhäusern der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG zeigt sich auch für das Datenjahr 2014 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 an der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG vertreten. Gleichzeitig stellt die höhere Beteiligung großer Krankenhäuser die Abdeckung des gesamten Leistungsspektrums mit ausreichenden Fallzahlen sicher.

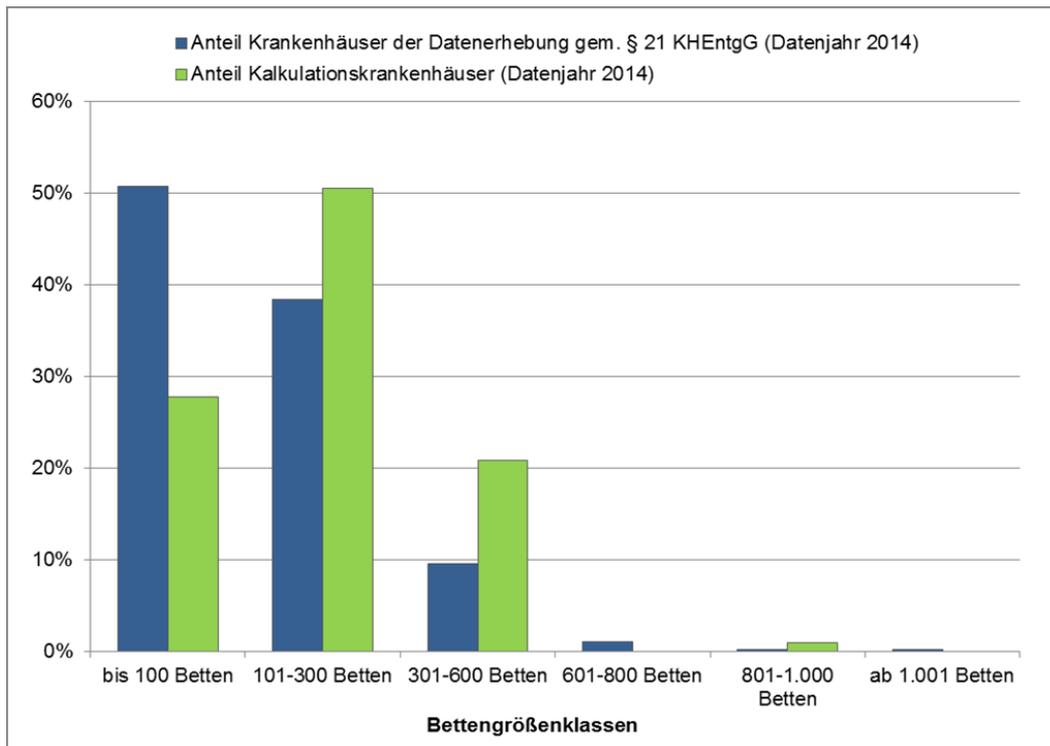


Abbildung 6: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser (nach Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG)

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

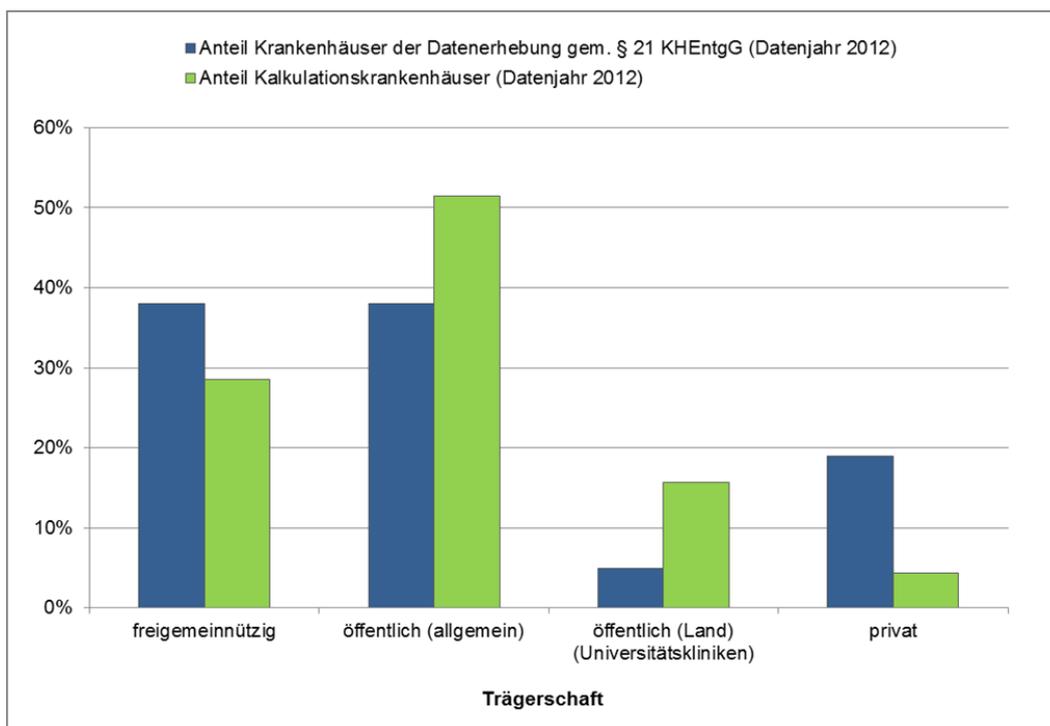


Abbildung 7: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser

Im Datenjahr 2014 rechneten insgesamt 103 Einrichtungen auf Basis des PEPP-Entgeltsystems ab, davon waren 31 Einrichtungen Kalkulationsteilnehmer.

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

2.2 Datenaufbereitung

2.2.1.1 Fallzusammenführung

Die Daten des Jahres 2014 wurden – sofern nicht aufgrund der Umstellung auf die PEPP-Abrechnung bereits in den Originaldaten geschehen – nachträglich auf Basis der Regelungen des § 4 der Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2015 (PEPPV 2015) zusammengefasst. Die Fallzusammenführung wurde auf dem Datenbestand der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG durchgeführt. Im Ergebnis waren 8,4% (Vorjahr: 10,5%) 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.

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

- Vorstationäre Leistungen ohne anschließende vollstationäre Behandlung bzw. vorstationäre oder nachstationäre Behandlungstage bei vollstationärem Aufenthalt
- Kosten für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 KHEntgG und § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 BPfIV, die gem. § 17b Abs. 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 (Tabelle 2).

Bereinigung	Anzahl Fälle
Vorstationäre Fälle ohne anschließende vollstationäre Behandlung und Begleitpersonen	16.040
Nicht vollständig kalkulierte Überlieger	13.339

Tabelle 2: Fälle ohne PEPP-Relevanz in den Kalkulationsdaten

Dialysen gehören gem. § 2 Abs. 2 Satz 3 BPfIV nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen im Bereich Psychiatrie 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 (ZE), also additive Vergütungskomponenten, besser abzubilden ist. Diese Leistungen lassen sich in der Regel keiner spezifischen PEPP zuweisen, d.h. sie können bei unterschiedlichen Diagnosen und in Kombination mit diversen Prozeduren erbracht werden. 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 bzw. Psychosomatik handelt. Die für diese Leistungen ausgewiesenen Zusatzentgelte sollen lediglich extrem aufwendige Leistungen für somatische Erkrankungen vergüten, die in Einzelfällen auch im PEPP-Entgeltbereich behandlungsbedürftig sind. Demgegenüber wurde als originär psychiatrisch/psychosomatische Leistung die Elektrokrampftherapie (EKT) identifiziert, die die Kriterien der Zusatzentgelt-Definition erfüllt. Als weitere originär psychiatrisch/psychosomatische Leistung konnte die *Gabe von Paliperidon, intramuskulär* identifiziert werden. Die im Datensatz enthaltenen Kostenanteile für die Zusatzentgelt-relevanten Leistungen wurden daher jeweils aus den entsprechenden Kostenmodulen herausgerechnet und von den Fallkosten abgezogen (siehe Kap. 2.2.3). Beispielsweise wurden bei Erbringung der Leistung „Elektrokrampftherapie“ alle Module der Kostenstellengruppen 5 „Anästhesie“ und 26 „Andere Therapie“ am jeweiligen Tag der Leistungserbringung komplett bereinigt.

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

- Intensivbehandlung Erwachsener ab 3 Merkmalen (OPS-Kode 9-619, 9-61a und 9-61b [ab OPS Version 2016])
- 1:1-Betreuung bei Erwachsenen ab mehr als 6 Stunden (OPS-Kode 9-640.06 bis 9-640.08 [ab OPS Version 2016])
- Einzelbetreuung bei Kindern und Jugendlichen ab 8 Stunden (OPS-Kode 9-693.13 bis 9-693.15 [ab OPS Version 2015])
- Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe bei Kindern und Jugendlichen ab 12 Stunden (OPS-Kode 9-693.04 bis 9-693.05 [ab OPS Version 2015])
- Als **neues Ergänzendes Tagesentgelt** konnte die *Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen, Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag* (OPS-Kode 9-693.03 [ab OPS Version 2015]) identifiziert werden.

Tabelle 3 stellt die Entwicklung der Gesamtmenge der Daten gem. § 21 KHEntgG und der Kalkulationsdaten dar, differenziert nach voll- und teilstationärer Leistungserbringung. Die Gesamtmenge zeigt die Datensätze wie geliefert an. Die Grundmenge bildet

die Datensätze nach Fallzusammenführung (FZF) und Bereinigung um rein vorstationäre Fälle sowie um Begleitpersonen und – ausschließlich bei Kalkulationsdaten – unvollständig kalkulierte Überlieger ab. Die deutliche Reduktion der Fallzahl resultiert aus der Fallzusammenführung.

	Daten gem. § 21 KHEntgG			Kalkulationsdaten		
	Fälle	Pflegetage	Anzahl KH	Fälle	Pflegetage	Anzahl KH
Gesamtmenge (wie geliefert)	1.154.486	28.983.063	594	295.124	7.495.416	101
davon vollstationär	993.821	24.431.907	542	256.634	6.420.327	101
davon teilstationär	160.665	4.551.156	486	38.490	1.075.089	91
Grundmenge *	985.927	28.872.118	594	241.080	6.633.238	101
davon vollstationär	836.651	24.319.884	528	207.746	5.662.109	99
davon teilstationär	149.276	4.552.234	486	33.334	971.129	91

* nach Fallzusammenführung und ohne rein vorstationäre Fälle, ohne Begleitpersonen und ohne unvollständig kalkulierte Überlieger; 2 Krankenhäuser erbringen ausschließlich teilstationäre Leistungen

Tabelle 3: Datenmengen der Datenlieferung gem. § 21 KHEntgG und der Kalkulationsdaten, Datenjahr 2014

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 sechs ergänzende Datenbereitstellungen durchgeführt. Informationen zu folgenden Leistungen wurden abgefragt:

- Patienten, die nach richterlicher Anordnung (gemäß PsychKG oder §§ 1631b bzw. 1906 BGB) untergebracht wurden
- Leistungen der Elektrokrampftherapie und der Strahlentherapie
- Gabe von Medikamenten
- Qualifizierte Entzugsbehandlung und Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen für die Überlieger 2013/2014
- Einzelsubstanzen gemäß ICD-Kode F15 „Störungen durch andere Stimulanzien“ bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen
- Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen gemäß OPS-Kode 9-670.* und 9-671.* (OPS Version 2014) mit Angabe der jeweiligen Leistungstage und Anzahl der Stunden

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

Mit Hilfe der Abfrage zur Unterbringung nach richterlicher Anordnung sollte untersucht werden, ob sich diese Fälle innerhalb einer PEPP hinsichtlich ihrer Kostenstruktur deutlich von Fällen ohne richterliche Anordnung unterscheiden. Im Ergebnis haben 56 der 101 teilnehmenden Einrichtungen Angaben zur Verfügung gestellt. Insgesamt wurden 12.910 Fälle mit richterlicher Anordnung gem. §§ 1631b bzw. 1906 BGB und 7.562 Fälle mit sofortiger/einstweiliger Unterbringung gemäß PsychKG übermittelt und konnten in den Daten nach § 21 KHEntgG identifiziert werden. Im Rahmen der Analyse konnten auch in diesem Jahr keine belastbaren Ergebnisse im Hinblick auf Kostendifferenzen zwischen Fällen mit richterlicher Anordnung und Fällen ohne richterliche Anordnung innerhalb einzelner PEPP ermittelt werden.

Elektrokrampftherapie

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

- Tagesgenaue Angabe der durchgeführten Leistung mit entsprechendem Kostenwert
- Dauer der jeweiligen EKT-Sitzung je Fall und Tag, differenziert nach Vorbereitungszeit, Narkosezeit und Nachbereitung/Überwachung
- Art und Anzahl der an der jeweiligen EKT-Sitzung beteiligten Berufsgruppen

Trotz intensiver Analysen war die Datenlage wie im Vorjahr für die Ermittlung eines einheitlichen Preises nicht ausreichend belastbar. Deshalb war auch für den PEPP-Entgeltkatalog 2016 keine Bewertung des Zusatzentgelts für die Leistung Elektrokrampftherapie möglich.

Strahlentherapie

Aufgrund der unzureichenden Datenlage konnten für den PEPP-Entgeltkatalog 2016 wie im Vorjahr die Leistungen der Strahlentherapie nur als unbewertetes Zusatzentgelt aufgenommen werden.

Gabe von Medikamenten

Die *Gabe von Paliperidon, intramuskulär* (OPS-Kode 6-006.a) wurde neben der Elektrokrampftherapie als zweite originär psychiatrisch/psychosomatische ZE-fähige Leistung identifiziert. Aufgrund verschiedener Vorschläge aus dem Vorschlagsverfahren wurden für das Datenjahr 2014 erstmalig alle einzeln in der Kostenartengruppe 4b (Einzelkosten Medikamente) zugerechneten Medikamente im Rahmen der ergänzenden

Datenbereitstellung abgefragt, und zwar nach Datum der Gabe, Medikament (Handelsname, Wirkstoff, ATC-Kode), Applikationsform bzw. Dosis und Kosten. Insgesamt wurden 443.487 Datensätze für 10.018 identifizierbare Fälle aus 53 Kalkulationskrankenhäusern übermittelt. Auf Basis der Analysen konnten für weitere Wirkstoffe keine Hinweise auf Etablierung eines Zusatzentgelts gefunden werden. Für die *Gabe von Paliperidon, intramuskulär* konnte für den PEPP-Entgeltkatalog 2016 ein Zusatzentgelt bestätigt werden. Aufgrund der divergenten Preis- und Mengenangaben bleibt es allerdings weiterhin unbewertet (vgl. auch Kap. 3.1.4). Im Rahmen der nächsten Kalkulationsrunde ist jedoch zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Definition eines Zusatzentgelts für die *Gabe von Paliperidon* noch gegeben sind (vgl. Kap. 2.2.2), u.a. da knapp 80% aller Fälle mit entsprechender Medikation die Basis-PEPP PA03 ansteuern.

Ergänzende Leistungs- und Behandlungsdaten

Die weiteren oben aufgeführten ergänzenden Datenlieferungen bezogen sich auf zusätzliche Informationen zu Leistungs- und Behandlungsdaten, die vor allem im Rahmen der Analysen zur PEPP-Gruppierung verwendet wurden und auf die in Kapitel 3.2.3 weiter eingegangen wird.

2.2.4 Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen

Die vom InEK durchgeführten Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen analysieren, ob die aus den Kalkulationskrankenhäusern übermittelten Datensätze den formalen Anforderungen genügen und auch inhaltlich ein stimmiges Bild des Behandlungsfalls bzw. -tages vermitteln. Die formale Prüfung geht dabei der Frage nach, ob das methodische Vorgehen der Kostenkalkulation mit den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs bzw. die Kodierung mit den Vorgaben der DKR-Psych übereinstimmt. Die inhaltlichen Prüfungen analysieren, ob die Kostenzurechnung dem unterschiedlichen Behandlungsaufwand entspricht, beispielsweise ob eine kodierte Einzelbetreuung kostenmäßig abgebildet wurde. Im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik wurde die Plausibilisierung der Datensätze im Mehrebenenansatz in Matrixstruktur durchgeführt, um der Vielschichtigkeit von Fehlermöglichkeiten Rechnung tragen zu können (Abbildung 8).

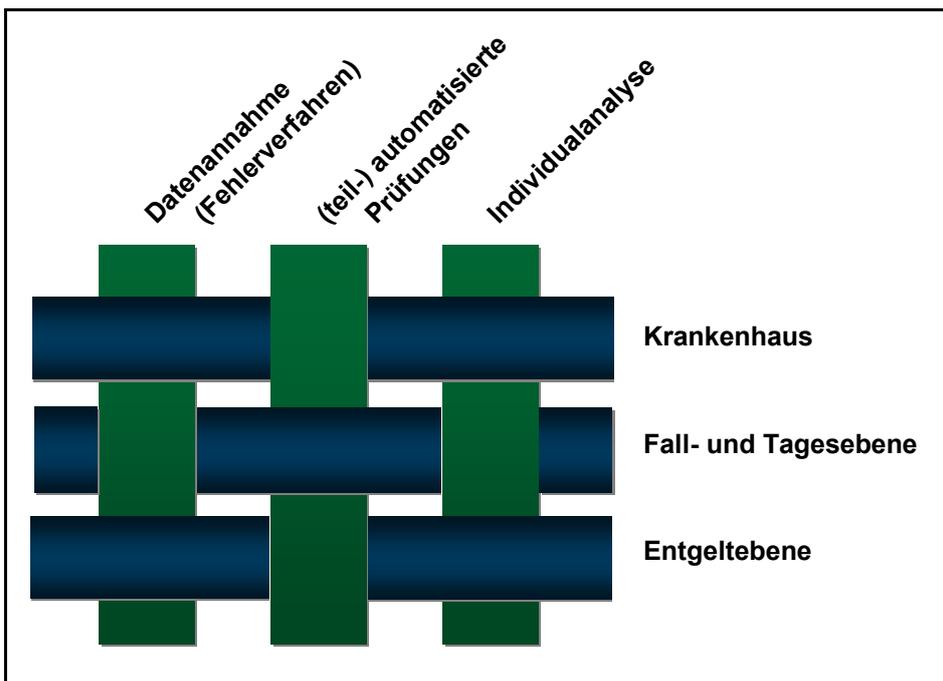


Abbildung 8: Mehrebenenansatz in Matrixstruktur

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

1. Prüfungen im Zuge der Datenannahme stellten sicher, dass die formalen Anforderungen der Datenübermittlung erfüllt sind.
2. Die in der zweiten Ebene durchgeführte inhaltliche Prüfung der Datensätze umfasste zunächst automatisiert erstellte fall- und tagesbezogene Prüfungen. Die schematisierten inhaltlichen Datenprüfungen wurden nach festgelegten Prüfroutinen unter drei Aspekten durchgeführt:
 - Die ökonomische Prüfung erstreckte sich auf die von den Krankenhäusern gelieferten Kostendaten.
 - Die medizinische Prüfung untersuchte die medizinischen Perioden- und Fallinformationen.
 - Die medizinisch-ökonomische Prüfung nahm Zusammenhangsprüfungen zwischen den medizinischen und den ökonomischen Kosten- und Leistungsdaten vor.
3. In der dritten Prüfungsebene wurde eine Individualanalyse durchgeführt. Dies bedeutete die Inaugenscheinnahme von Einzelfällen unter ausgewählten Fragestellungen.

Ein besonderer Fokus wurde hierbei auf Leistungen der Ergänzenden Tagesentgelte bzw. psychiatriespezifischen Zusatzentgelte gelegt. Beispielsweise wurde die umfang-

reiche Datenbereitstellung im Bereich der Medikamente zur Plausibilisierung der Kostenwerte in der Kostenartengruppe 4b (Einzelkosten Medikamente) herangezogen und nur die Werte nachgefragt, die durch diesen Abgleich nicht erklärt werden konnten. Weiterhin wurden die tagesgenauen Angaben in der ergänzenden Datenbereitstellung der *Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen* gemäß OPS-Kode 9-670.* (Kleinstgruppe) und OPS-Kode 9-671.* (Einzelbetreuung) (OPS Version 2014) mit den übermittelten (periodenbezogenen) OPS-Kodes und den entsprechenden Kosten der angegebene Berufsgruppe abgeglichen.

2.2.5 Datenausschluss

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

Im Fokus der abschließenden Beurteilung stand wie in den Vorjahren die Auswirkung der individuellen Fehler auf die mittleren Tageskosten bzw. auf die Gesamtkosten. Der individuelle Fehler auf Gesamkostenebene wurde als nicht schwerwiegend eingestuft und ein Datensatz somit in die Kalkulationsmenge aufgenommen, wenn der Fehler auf Gesamkostenebene keine Auswirkung hatte. Beispielsweise bleibt bei fehlender tagesgenauer Übereinstimmung zwischen Kostenausweis und Leistung dennoch die grundsätzliche Kongruenz zwischen Leistungsdokumentation und Kostenausweis auf Fallebene 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 oder auch fehlende Therapiekosten bei Angabe von Qualifizierter Entzugsbehandlung. Bei diesen Fällen bestanden erhebliche Zweifel an der Kongruenz zwischen Leistungsdokumentation und Kostenausweis. Weiterhin wurde als schwerwiegender Kalkulationsfehler gewertet, wenn die berechnete Aufenthaltsdauer auf Basis der Fallangaben nicht in Einklang gebracht werden konnte mit der Anzahl der übermittelten Kostentage bzw. wenn die Differenz zwischen Aufenthaltsdauer in Pflge tagen und Anzahl der Kostentage nicht aufklärbar war. Die betroffenen Datensätze wurden aus der Kalkulationsmenge ausgeschlossen.

Die medizinischen Plausibilitätsprüfungen mit Auffälligkeiten im Kodierbereich führten in der Regel zu Hinweisen an die Krankenhäuser mit der Möglichkeit, die Verschlüsselung

zu prüfen und ggf. zu korrigieren. Nur sehr wenige Fälle mussten aufgrund medizinischer Auffälligkeiten aus der Kalkulationsbasis ausgeschlossen werden (vgl. auch Kap. 3.1.3).

Die Datenprüfungen führten zum Ausschluss von insgesamt 20.096 voll- und teilstationären Fällen (Vorjahr: 15.824 Fälle). Davon sind 15.503 Fälle auf den vollständigen Ausschluss der Datensätze von sieben Krankenhäusern zurückzuführen (6,4%).

4.593 voll- und teilstationäre Datensätze (1,9%; Vorjahr: 1,7%) mussten aufgrund schwerwiegender Fehler mit Auswirkung auf die mittleren Tageskosten von der Kalkulationsmenge ausgeschlossen werden. Eine der häufigsten Ausschlussursachen vollstationärer Fälle waren z.B. fehlende Therapiekosten bzw. falsche Kostenzuordnung im Bereich Therapie bei Angabe von Qualifizierter Entzugsbehandlung. Tabelle 4 gibt einen Überblick über die Gründe, warum vollstationäre Datensätze aus der Kalkulationsdatenmenge ausgeschlossen wurden.

Kalkulations- bzw. Kodierfehler	
Fehlende Therapiekosten/falsche Kostenzuordnung bei Angabe von qualifizierter Entzugsbehandlung	885
Keine Kosten für den vollstationären Aufenthalt übermittelt	509
Fehlerhafte Kostenzuordnung auf Stationskostenstellen	315
Kodierung und Kostenzuordnung stimmen nicht überein	192
Anzahl Anwesenheitstage stimmt nicht mit der Anzahl der übermittelten Tage mit Kosten überein	105
Fehlende Gesamtkosten wegen Fallzusammenführung gemäß Regel mit Fall ohne Kosten	98
Aufnahme wegen diagnostischer Leistungen (Radiologie/Labor) bzw. OP	64
Keine Kosten für den Bereich Station übermittelt	32
Extrem hohe Fehlbuchungen an Einzeltagen	30
Fehlerhafte Kostenzuordnung bei kodierter Einzelbetreuung	19
Anzahl Anwesenheitstage stimmt nicht mit der Anzahl der angegebenen Tage gemäß QE-Kode überein	10
Unvollständig kalkulierte Überlieger	9
Kurzlieger ohne Therapiekosten	3
Fehlerhafte Kostenzuordnung auf Therapiekostenstellen	2
Gesamtergebnis	2.273

Tabelle 4: Ausschlussgründe für vollstationäre Datensätze (Datenjahr 2014)

Insgesamt ergab sich aus der Korrektur der Daten eine neue Kalkulationsdatenbasis mit 220.984 Fällen aus 94 Einrichtungen (Steigerung von 7,5% gegenüber dem Vorjahr). Dies entspricht einem Anteil von rund 22,4% an den identisch selektierten Daten gem. § 21 KHEntgG (vgl. auch Tabelle 3, Tabelle 5).

	Fälle			Pflegetage		
	vollstationär	teilstationär	Summe	vollstationär	teilstationär	Summe
Gesamtmenge (wie geliefert)	256.634	38.490	295.124	6.420.327	1.075.089	7.495.416
Grundmenge *	207.746	33.334	241.080	5.662.109	971.129	6.633.238
Gesamthaus-Löschungen	12.528	2.975	15.503	336.768	68.481	405.249
Einzelfall-Löschungen	2.273	2.320	4.593	44.520	65.576	110.096
Kalkulationsmenge	192.945	28.039	220.984	5.280.821	837.072	6.117.893

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

Tabella 5: Kalkulationsdatenmenge, Datenjahr 2014

2.2.6 Kalkulationsmethode für die Ergänzenden Tagesentgelte

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

Die Kalkulation der Ergänzenden Tagesentgelte für den PEPP-Entgeltkatalog 2016 erfolgte analog zum Vorjahr. Dabei wurde ein durch Leistung begründetes Kostendelta wie folgt ermittelt:

A: Festlegung der Module, in denen die jeweils untersuchte Leistung kostenmäßig abgebildet wird:

Beispielsweise kommt für die 1:1-Betreuung von Erwachsenen hier gemäß Kalkulationshandbuch das Modul 23_2 (Kostenstellengruppe „Psychotherapie“, Berufsgruppe „Pflegedienst“) in Frage.

B: Berechnung der mittleren Kosten je Tag der Module für die jeweils untersuchte Leistung: Die Summe der Kosten der relevanten Module aller Tage mit gültigem Kode für die untersuchte Leistung wird durch die Anzahl aller Tage mit gültigem Kode für die untersuchte Leistung dividiert (Abbildung 9):

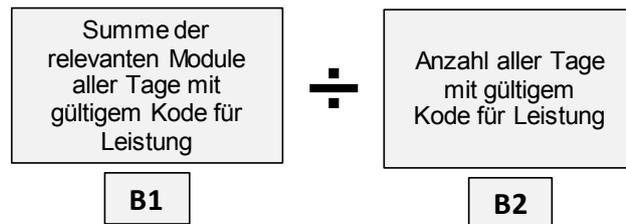


Abbildung 9: Berechnung der mittleren Kosten der Module je Tag mit gültigem Kode für Leistung

Für die Leistung „1:1-Betreuung von Erwachsenen“ werden beispielsweise zunächst alle Tage getrennt nach den jeweils zu untersuchenden Codes identifiziert (B2). Dann werden die Kosten des Moduls 23_2 für alle entsprechenden Tage – getrennt nach Code – aufsummiert (B1). Zur Ermittlung der mittleren Kosten des Moduls 23_2 je Tag für die 1:1-Betreuung von Erwachsenen wird dann die Summe der Modulkosten für alle Tage mit der erbrachten Leistung durch die Anzahl der Tage mit Kode dividiert ($B1/B2=C1$).

C: Berechnung des durch Leistung begründeten Kostendeltas durch Subtraktion der mittleren Kosten der Module je Tag ohne gültigen Kode für die untersuchte Leistung von den mittleren Kosten der Module je Tag mit gültigem Kode für die untersuchte Leistung (Abbildung 10):

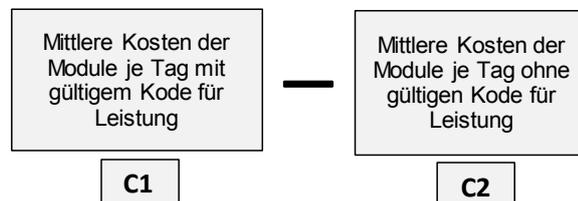


Abbildung 10: Berechnung des durch Leistung begründeten Kostendeltas

Als Gegenmenge für den unter B ermittelten Wert (C1) werden beispielsweise alle Tage herangezogen, für die keine Leistung „1:1-Betreuung von Erwachsenen“ übermittelt wurde. Auch für diese Tage werden die Kosten des Moduls 23_2 aufsummiert und dann durch die entsprechende Anzahl der Tage dividiert (vgl. C2).

Um das im Katalog (Anlage 5) ausgewiesene Relativgewicht zu erhalten, wird das auf diese Weise ermittelte Kostendelta ($C1-C2$) zum Schluss durch die Bezugsgröße (Kap. 2.3.2) dividiert.

2.3 Berechnung der Bewertungsrelationen

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

Das Vorgehen lässt sich wie folgt zusammenfassen:

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

2.3.1 Sonderkonstellationen

Wie im Vorjahr waren diejenigen PEPP besonders zu behandeln, die das Erreichen einer Einstiegsschwelle an Leistungsmerkmalen voraussetzen. Durch diese Einstiegsschwelle sind in den Kostendaten ggf. keine Fälle unterhalb einer bestimmten Anzahl von Pflégetagen enthalten, auch wenn das Erreichen der PEPP mit weniger Pflégetagen theoretisch möglich wäre.

Ein Beispiel hierfür ist die PEPP P003B *Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung und Krisenintervention mit sehr hohem Aufwand*. Diese erfordert bei der Behandlung des Patienten insgesamt eine kumulierte Leistung von mehr als 150 Stunden für die 1:1-Betreuung Erwachsener bzw. für die kriseninterventionelle Behandlung. In den Kostendaten finden sich entsprechende Fälle erst ab 9 Pflégetagen. Die Einstiegsschwelle ist jedoch theoretisch bereits ab 7 Pflégetagen erreichbar. Bei der Betreuung eines Patienten durch mehrere Mitarbeiter und der dadurch vorgesehenen Aufsummierung der Stunden dieser Mitarbeiter kann das Kriterium sogar mit noch weniger Tagen erreicht werden.

Um auch solche Fälle abrechnen zu können, ergibt sich die Notwendigkeit, die in den Kostendaten nicht vorhandenen Tage zu bewerten. In diesen Fällen wird der Wert für den ersten berechneten Zeitraum auch für die kürzer behandelten Fälle festgesetzt (Abbildung 11).

PEPP	Bezeichnung	Anzahl Berechnungstage/ Vergütungsklasse	Bewertungsrelation je Tag
1	2	3	4
P003B	Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung und Krisenintervention mit sehr hohem Aufwand	1	1,6265
		2	1,6265
		3	1,6265
		4	1,6265
		5	1,6265
		6	1,6265
		7	1,6265
		8	1,6265
		9	1,6265
		10	1,6024
		11	1,5744
		12	1,5463

Anzahl Berechnungstage 1 – 8 erhalten Bewertungsrelation wie bei Anzahl Berechnungstage = 9

Abbildung 11: Festsetzung der Bewertungsrelationen für Fälle mit weniger als 9 Pflgetagen am Beispiel der PEPP P003B

Dieses Vorgehen wurde entsprechend auch für die PEPP P003C angewandt.

2.3.2 Normierung der Bewertungsrelationen

Analog zum Vorjahr wurden für die Berechnung der Bezugsgröße zunächst alle voll- und teilstationären Fälle gem. § 21 KHEntgG im Entgeltbereich „PSY“ nach dem PEPP-System 2016 gruppiert. Fälle in unbewerteten PEPP (Anlage 1b und 2b des PEPP-Entgeltkatalogs 2016) blieben bei der weiteren Berechnung unberücksichtigt. Für Fälle in Fehler-PEPP wurde als Schätzwert eine Bewertungsrelation von 1,0000 je Tag verwendet.

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

Mit der Überarbeitung der Fehler-PEPP werden im Datenjahr bestimmte Fälle mit Kodierfehler, die im PEPP-System 2014 einer bewerteten PEPP zugewiesen wurden, im PEPP-System 2016 einer unbewerteten Fehler-PEPP zugeordnet (siehe Kap. 3.1.3). Die durch diese Umgruppierung entstehende Differenz in der Summe der Bewertungsrelationen wurde bei der nachfolgend aufgeführten Summierung entsprechend so berücksichtigt, als seien diese Fälle weiterhin einer bewerteten PEPP zugewiesen. Die

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

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

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

Die Bezugsgröße für 2015 bei dieser Methodik beträgt 234,62 Euro.

3 PEPP-Entgeltsystem 2016

3.1 Entwicklung der PEPP-Klassifikation: Vorgehensweise und Ergebnisse

3.1.1 Ausgangssituation

Grundlage der Weiterentwicklung der PEPP-Klassifikation waren die Daten des Jahres 2014 und damit die gemäß ICD-10-GM Version 2014 bzw. OPS Version 2014 verschlüsselbaren Diagnosen und Prozeduren sowie die nach § 301 Abs. 3 SGB V, Anlage 2, Schlüssel 6 für das Jahr 2014 zugelassenen Fachabteilungsschlüssel.

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

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

Im OPS 2016 wurde eine umfassende Überarbeitung der Therapiekodes vorgenommen. Dabei wurden die Codes für die Therapieart (Regel-, Intensiv-, psychotherapeutische und psychosomatische Behandlung) von den Therapieeinheiten getrennt und die Therapieeinheiten nach Anzahl, Berufsgruppen sowie Einzel- bzw. Gruppentherapie aufgeteilt. Diese grundlegenden Änderungen bedingen auch Veränderungen in der Eingruppierung, auf die in den entsprechenden Abschnitten weiter eingegangen wird.

Grundlage für die in den nachfolgenden Kapiteln dargestellten Ausdifferenzierungen und Änderungen bei der Abbildung von Erkrankungen und Leistungen im PEPP-System 2016 war nicht nur die Verbesserung hinsichtlich der Kodierbarkeit der Diagnosen und Prozeduren in Psychiatrie und Psychosomatik, sondern auch eine Verbesserung in der Anwendung der Codes. Mit zunehmender Erfahrung bei der Kodierung psychiatrischer und psychosomatischer Störungen und den bei diesen Patienten erbrachten Leistungen im Rahmen des PEPP-Systems wird sich, insbesondere bei den Einrichtungen, die bereits auf die Abrechnung nach dem PEPP-System umgestellt haben, die Kodierqualität weiter verbessern.

3.1.2 Tagesbezug und Gültigkeitsdauer von Merkmalen

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

3.1.3 Grundlagen der PEPP-Klassifikation

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

Fehler-PEPP

Die Kodierung psychiatrischer und psychosomatischer Fälle ist durchaus komplex und trotz einer erkennbar ansteigenden Lernkurve auch im Datenjahr 2014 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 Grupper als solche angemahnt werden sollen (durch Zuordnung in eine Fehler-PEPP ohne Relativgewicht) und welche Auffälligkeiten in den Optionsjahren noch zu akzeptieren sind.

Es zeigte sich in den Daten einiger Häuser, insbesondere solcher, die nicht an der Kalkulation teilnehmen und noch nicht nach PEPP abrechnen, ein verhältnismäßig hoher Anteil von fehlerhaft kodierten Fällen insbesondere bei Leistungen, die relevant für die Kalkulation von weiteren ergänzenden tagesbezogenen Entgelten sein könnten. Trotz Prüfung der Daten der Kalkulationshäuser im Rahmen der Plausibilitätsprüfungen führen solche Fehlkodierungen zu Verzerrungen bei der Betrachtung der Ergebnisse auf den Daten der Grundgesamtheit. Um daher die Datenlage auch bei den nicht an der

Kalkulation beteiligten Einrichtungen zu verbessern, wurden die Fehler-PEPP so verändert, dass im Gegensatz zu den Vorjahren nicht mehr nur potentiell gruppierungsrelevante Fehler greifen, sondern grundsätzlich bestimmte OPS auf Fehlkodierung hin untersucht werden.

Zudem wurden die Fehler-PEPP PF01Z bis PF04Z klarer strukturiert und von Überschneidungen befreit. Damit beinhalten sie die folgenden Fehlerprüfungen, wobei in der Regel auf die Kodierung entsprechender, sich gegenseitig ausschließender Codes am gleichen Tag geprüft wird:

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

PF02Z *Fehlkodierung bei psychosomatisch-psychotherapeutischer Komplexbehandlung bei Erwachsenen*

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

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

„Reste“-PEPP

Sowohl für den vollstationären als auch für den teilstationären Bereich wurden sogenannte „Reste“-PEPP geschaffen, die mit dem Kürzel *98Z bzw. *99Z enden und der Abbildung von Fällen dienen, die entweder keine neuropsychiatrische Hauptdiagnose (HD), aber eine neuropsychiatrische Nebendiagnose (ND) oder aber gar keine neuropsychiatrische Diagnose aufweisen. Insgesamt existieren acht PEPP dieser Art, die unbewertet 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.

PEPP *98Z *Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose*

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

PEPP *99Z Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose

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

3.1.4 Zusatzentgelte

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

- ZP2016-01 *Elektrokrampftherapie [EKT]*
- ZP2016-02 *Strahlentherapie*
- ZP2016-26 *Gabe von Paliperidon, intramuskulär*

Dabei können die EKT und die Gabe von Paliperidon als originär psychiatrisch-psycho-somatische Leistungen betrachtet werden. Maßgeblich für ihre Abbildung als Zusatzentgelt war neben den im entsprechenden Kapitel dargestellten Kriterien vor allem 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/psycho-somatische Leistung, es finden sich jedoch wie im Vorjahr entsprechende Fälle 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. Um auch aus der psychiatrischen Behandlung heraus eine strahlentherapeutische Behandlung zu ermöglichen, ist dieses Zusatzentgelt vorgesehen. Allerdings sind die für die Leistung übermittelten Kosten zu uneinheitlich bei nur geringen Fallzahlen.

Diese Zusatzentgelte bleiben auch für das PEPP-System 2016 erhalten, konnten jedoch nach wie vor noch nicht bewertet werden. Bei der Erhebung der Kosten und Leistungsdaten für die EKT-Leistungen gab es weiterhin erhebliche Kostenunterschiede zwischen den Kliniken. Teilweise gab es auch Unterschiede innerhalb der Kostendaten

der Kliniken selbst zwischen den am jeweiligen Tag auf den zugeordneten Kostenstellengruppen 5 „Anästhesie“ und 26 „Andere Therapien“ gebuchten und den in der ergänzenden Datenbereitstellung gemeldeten Kosten.

Auch die Angaben zum Zeitaufwand und dem eingesetzten Personal waren zwischen den Kliniken sehr uneinheitlich. Zudem fehlen in der Kalkulationsstichprobe einige Häuser mit hohen Leistungszahlen.

Im Bereich der Depot-Antipsychotika gab es im Rahmen des Vorschlagsverfahrens erneut Anregungen zur Etablierung weiterer Zusatzentgelte, insbesondere für

- Risperidon, intramuskulär
- Olanzapin, intramuskulär
- Aripiprazol, intramuskulär

Um einen umfassenden Überblick über die in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken verabreichten und als Einzelkosten erfassten Medikamente zu erhalten, wurden im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung alle auf der Kostenart 4b verbuchten Medikamente abgefragt. Dadurch konnte ein umfassender Überblick über die Medikamente mit relativ hohen Dosiskosten ermittelt werden.

Die Analysen zeigen, dass trotz relativ strukturierter „theoretischer“ Therapieschemata, wie sie in den Fachinformationen zum jeweiligen Medikament angegeben werden, die Dosis und die Applikationsintervalle haus- und patientenindividuell sehr unterschiedlich sind.

Weiterhin ergaben sich teilweise deutliche Unterschiede in den Kosten pro Einheit, so dass eine Bewertung weiterhin nicht möglich war. Für Olanzapin und Aripiprazol waren die Fallzahlen für eine fundierte Analyse zu gering.

Die überwiegende Mehrzahl der Fälle, die Depot-Antipsychotika erhalten, finden sich in den PEPP PA03A und PA03B (siehe Abbildung 12). Neben einer möglichen Anreizproblematik kann aufgrund der geringen Streuung die Eignung oder Notwendigkeit des Vergütungselements Zusatzentgelt für die Medikamentengabe kritisch diskutiert werden.

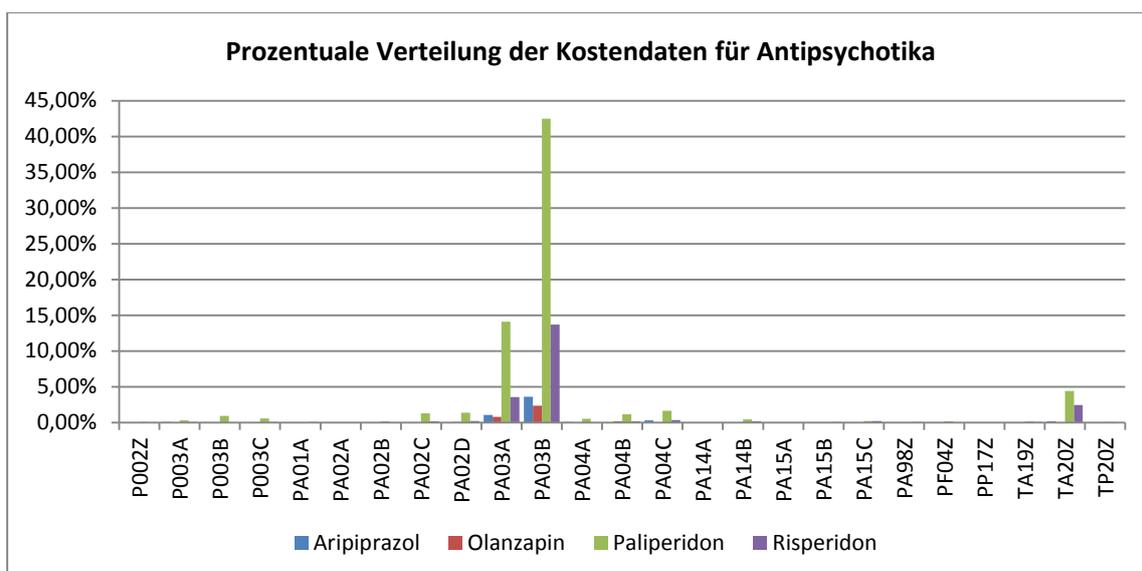


Abbildung 12: Prozentuale PEPP-Verteilung der Kosten für Depot-Antipsychotika

Wie in den Vorjahren sind Zusatzentgelte aus dem G-DRG-Fallpauschalenkatalog übernommen worden, beispielsweise für die Gabe von Blutprodukten oder bestimmte antineoplastische Chemotherapien. Ziel dieser Zusatzentgelte ist dabei nicht die Abbildung des typischen Falles, sondern gerade des besonderen Risikos seltener, aber hochteurer Fälle für die behandelnde Einrichtung. Ein Beispiel ist die Fortführung einer Chemotherapie mit hochteuren Substanzen bei einem Tumorpatienten, der wegen der psychiatrischen Symptomatik bei Hirnmetastasen in der psychiatrischen Klinik behandelt wird.

3.1.5 Vorschlagsverfahren

Hintergrund

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

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

Vorschlagsberechtigt ist grundsätzlich jeder. Es erscheint jedoch sinnvoll, Vorschläge von genereller Bedeutung zuvor mit weiteren Betroffenen abzustimmen, um bei ge-

meinsamen Interessen auch einen gemeinsamen Vorschlag einzureichen und eine 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 2015 erhalten die Vorschlagenden eine qualifizierte Rückmeldung, inwieweit der Vorschlag bei der Weiterentwicklung berücksichtigt werden und aus welchen Gründen ggf. keine Umsetzung oder nur eine Teilumsetzung erfolgen konnte.

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.

Das PEPP-Vorschlagsverfahren soll daher explizit auch für Anregungen offenstehen, die über konkrete Umbauvorschläge zum PEPP-Algorithmus 2015 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

Allgemeine Anregungen können nicht in gleicher Weise datengestützt analysiert werden wie konkrete Vorschläge zu Veränderungen der PEPP-Eingruppierung. Dennoch ist es für eine erfolgreiche Weiterentwicklung des PEPP-Systems sinnvoll, auf diesem Wege

einen Überblick über die bestehenden Problemfelder zu erhalten, um Analyse- und Umsetzungsmöglichkeiten dort perspektivisch in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten verbessern zu können.

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

Beteiligung

Die Beteiligung am Vorschlagsverfahren ist im Vergleich zum vorangegangenen Jahr wieder leicht angestiegen.

Insgesamt waren für diese Kalkulationsrunde 50 Vorschläge (Vorjahr: 44) von 23 Institutionen (Vorjahr 20) eingegangen.

Institution	Vorschläge
Vorschläge von Krankenhäusern/Trägern	24
Vorschläge von Fachverbänden	19
Vorschläge aus der Industrie	4
Vorschläge der Selbstverwaltung	3

Tabelle 6: Vorschlagsverfahren: Vorschlagende Institutionen

Die Vorschläge ließen sich jeweils einem der folgenden Bereiche (siehe Tabelle 7) und Themenschwerpunkte (siehe Tabelle 8) zuordnen:

Bereich	Teilvorschläge
Psychosomatik	9
Zusatzentgelte	8
Kinder- und Jugendpsychiatrie	6
Allgemeine Psychiatrie	3
Teilstationäre Behandlung	3
Sucht	2
Gerontopsychiatrie	1
Sonstiges (Strukturen, Abrechnungsregeln,...)	18

Tabelle 7: Vorschlagsverfahren: Themenschwerpunkte strukturell

Thema	Teilvorschläge
Leistungen (z.B. Prozeduren des OPS)	23
Diagnosen	6
Abrechnungsbestimmungen	5
Alter	4
Versorgungsstrukturen	4
Sonstiges	4
Medikamente	3
Behinderung	1

Tabelle 8: Vorschlagsverfahren: Themenschwerpunkte inhaltlich

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

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 2015 eingegangenen Vorschläge zur Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems auf der Internetseite des InEK zu veröffentlichen. Dies beinhaltet (nach ausdrücklichem Einverständnis der einreichenden Institution) 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 Institutionen.

Somit entsprechen die unter www.g-drg.de veröffentlichten Dokumente weitgehend den dem InEK bei der Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems vorliegenden Vorschlägen.

Alle Teilnehmer des Vorschlagsverfahrens erhalten nach Abschluss der Kalkulation eine ausführliche Antwort auf die von ihnen übermittelten Vorschläge.

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

3.2 Systematische Analysen und Ergebnisse

3.2.1 Grundlagen

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

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

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

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

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

3.2.2 Diagnosen- und Prozedurenklassifikation

Grundlage der nachfolgend dargestellten Analysen und Umbauten zur PEPP-Version 2016 waren in erster Linie die im Datenjahr 2014 von den Kalkulationskrankenhäusern verschlüsselten Leistungsbezeichner in Form von ICD-10-GM und OPS, jeweils in der Version 2014. Dabei muss berücksichtigt werden, dass sich einige Codes bis zur Version des Anwendungsjahres, also in diesem Fall 2016, ggf. ändern (siehe dazu auch Kap. 3.3).

3.2.3 Ergänzende Datenbereitstellung

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

Aus klassifikatorischer Sicht sind dies insbesondere Daten für

- im Datenjahr noch nicht vorhandene, aber bereits im PEPP-System 2015 verwendete Diagnose- bzw. Leistungsbezeichner wie beispielsweise die Differenzierung von Stimulantien (ICD U69.33 bis U69.36) zur Ermöglichung der Abgrenzung des Behandlungsaufwands bei dieser sehr inhomogenen Substanzgruppe,
- Leistungen, die eine Eignung als Kostentrenner erwarten lassen, deren Leistungsbezeichner (OPS) jedoch noch nicht existieren oder noch nicht ausreichend trennscharf formuliert sind und sich daher noch nicht für eine Analyse eignen; bei diesen Leistungen ist in der Regel in Abstimmung mit dem DIMDI und den Fachgesellschaften eine Ergänzung oder Änderung des ICD oder OPS für 2016 auf den Weg gebracht,
- Vorschläge aus dem Vorschlagsverfahren zu noch nicht erfassten Diagnosen oder Leistungen,
- differenzierte Angaben zu Medikamenten oder Leistungen, die als Zusatzentgelte in Frage kommen oder vorgeschlagen wurden,
- weitere mögliche/notwendige Daten zur Systementwicklung.

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

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

3.2.4 Diagnosen

Wie auch in den Vorjahren wurden alle bisher in PEPP gruppierungsrelevanten Diagnosen auf Fortbestehen ihrer Eigenschaft als Kostentrenner überprüft. Darüber hinaus wurden alle in den Daten vorkommenden Diagnosen auf mögliche Kostenunterschiede untersucht. Im Ergebnis konnten bisher unberücksichtigte Neben- wie auch Hauptdiagnosen in die Eingruppierungskriterien verschiedener PEPP einbezogen werden. Während Diagnosen außerhalb des Spektrums der psychischen Störungen (sogenannte somatische Diagnosen) bereits vielerorts abgebildet sind, konnten für PEPP 2016 vor

allen psychiatrische Störungen in den Strukturkategorien *Erwachsenenpsychiatrie* und *Erwachsenenpsychosomatik* aufgewertet werden (siehe Tabelle 9).

Diagnose	Typ *	Ursprungs-PEPP	Ziel-PEPP
Anorexia nervosa (F50.0)	ND	PA14B	PA14A
Organische Persönlichkeitsstörung (F07.0)	HD	PA14B	PA14A
Organisch affektive und emotional-labile Störung (F06.3, F06.6)	HD+ND	PA04B/C	PA04A
Bestimmte psychotische Störungen bei HD-Sucht	ND	PA02D	PA02C
Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F31.5, F32.3, F33.3)	HD	PP04B	PP04A
Bestimmte affektive Störungen mit psychotischen Symptomen	HD	PK04B	PK04A
Dissoziative Störungen (F06.5, F44.0-5)	HD	PK04B	PK04A
Kachexie (R64)	ND	PA02D	PA02C

Tabelle 9: Auszug der aufgewerteten Diagnosen in PEPP 2016
(* ND = Nebendiagnose, HD = Hauptdiagnose)

3.2.5 Prozeduren

Die im Bereich Psychiatrie und Psychosomatik (Geltungsbereich § 17d KHG) zur Verfügung stehenden Leistungsbezeichner (OPS) wurden ähnlich wie die Diagnosen in vollem Umfang analysiert. Der Übersicht halber werden zunächst die Leistungsbezeichner dargestellt, die bereits im PEPP-System 2015 berücksichtigt waren und deren Gruppierungsrelevanz möglicherweise verändert wurde.

3.2.5.1 Prozedurenkodes mit bereits bestehender Gruppierungsrelevanz

Therapieeinheitenkodes (OPS 9-60 bis 9-63)

Die „Therapieeinheitenkodes“ konnten hinsichtlich ihrer kostentrennenden Eigenschaft für 2016 wie für 2015 bestätigt werden. Somit ist das Kriterium der „erhöhten Therapieintensität“ weiterhin gültig. Dieses Kriterium regelt, dass Fälle, die an mehr als der Hälfte der stationären Pflageetage mindestens 6 Therapieeinheiten (Regel- und Intensivbehandlung) bzw. 8 Therapieeinheiten (Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung) pro Woche erhielten, in die jeweils höherwertige PEPP eingruppiert

werden. Während sich hinsichtlich der Gruppierungsrelevanz keine Veränderung für die Therapieeinheitenkodes ergab, wurden vom DIMDI für 2016 weitreichende Veränderungen an der Struktur dieser Codes vorgenommen (vgl. Kap. 4.3). Die Behandlungsart (z.B. Regel- oder Intensivbehandlung) wurde von den Therapieeinheiten entkoppelt, sodass diese Informationen künftig voneinander getrennt zu verschlüsseln sind. Bedingt durch diese inhaltlichen und strukturellen Änderungen, ist eine Überleitung der PEPP-Eingruppierung auf die neue OPS-Systematik für den PEPP-Groupier für 2016 erforderlich.

Kriseninterventionelle Behandlung bei Erwachsenen (OPS 9-641)

Ein Beispiel für eine für 2016 differenziertere Abbildung bereits gruppierungsrelevanter Leistungen ist die *Kriseninterventionelle Behandlung* in der Prä-PEPP P003 (*Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen*). So waren in der Basis-PEPP im Vorjahr alle Krisenkodes (>3 Stunden pro Tag) berücksichtigt, nicht jedoch in den endständigen PEPP (P003A und P003B). Dort zählte die Krisenintervention erst ab >6 Stunden pro Tag. Eine Analyse der Kalkulationsdaten ergab dagegen eine sachgerechtere Eingruppierung bei einheitlicher Verwendung aller – in der Basis-PEPP genutzten – Codes auch für die Ausdifferenzierung der PEPP der P003.

Kleinstgruppe Erwachsene (OPS 9-640.1*)

Der *erhöhte Betreuungsaufwand mit Beaufsichtigung in der Kleinstgruppe bei Erwachsenen* (OPS 9-640.1*) wurde hinsichtlich einer möglichen Abbildung als ET überprüft. Dazu angefertigte Analysen zeigten erhebliche Schwankungen bei den leistungsbezogenen Kosten bei einer durchgängigen Anwendung der Codes von nur vier Kliniken. Darüber hinaus ergaben sich Hinweise auf eine unterschiedliche Auslegung der Leistungsbeschreibung je nach Klinik. In diesem Zusammenhang wurden die Kliniken mit den höchsten Leistungszahlen zur jeweiligen Auslegung des Codes befragt. Dabei wurden sowohl unterschiedliche Indikationen (z.B. Demenz, mangelnde Flüssigkeits-/Nahrungsaufnahme) als auch unterschiedliche Verfahren der Beaufsichtigung (z.B. Sitzwache, Sichtkontakt, Kamera) angegeben. Generell ist die Kleinstgruppenbetreuung bei Erwachsenen in der nächsten Kalkulationsphase erneut zu untersuchen.

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

Während das Eltern-Kind-Setting (erkranktes Kind wird in Begleitung seiner Eltern stationär behandelt) in den dazu durchgeführten Analysen keinen Kostenunterschied gegenüber der regulären Behandlung zeigte und der Code nur von sehr wenigen Kliniken angewendet wurde, konnte die Berücksichtigung des Mutter/Vater-Kind-Settings überarbeitet werden. Bei dieser Behandlungsart wird ein von einer psychischen Störung betroffener Elternteil von seinem Kind – zu dem eine Beziehungsstörung besteht – begleitet. Im PEPP-System 2015 wurden Fälle mit dieser Leistung höhergruppiert, sofern sie an mehr als 50% der Pflage tage im Mutter/Vater-Kind-Setting behandelt wurden.

Während die Gruppierungsrelevanz dieses Settings für 2016 bestätigt wurde, konnte die zugrunde liegende Logik präzisiert werden. Dadurch werden Fälle mit mehreren Leistungsperioden – beispielsweise bedingt durch eine Fallzusammenführung – besser berücksichtigt bzw. gelangen leichter in die jeweiligen A-PEPP.

3.2.5.2 Neue Prozedurenkodes (seit OPS 2014)

Pflegebedürftigkeit (OPS 9-984)

Neu in der OPS-Klassifikation 2014 – und damit erstmals in den Kalkulationsdaten – sind die Codes für die Pflegebedürftigkeit. In Anlehnung an die Definition der Pflegebedürftigkeit in den Sozialgesetzbüchern spiegeln die zugehörigen Codes (OPS 9-984*) den Grad der Bedürftigkeit in mehreren Stufen wider (I: erhebliche, II: schwere, III: schwerste Pflegebedürftigkeit). Er kann somit eher als Patientenmerkmal („Patient ist pflegebedürftig“) angesehen werden, als dass er aufwendige Leistung beschreibt („Patient erhält Pflege“). Damit ist dieser Bereich anders als – bei den entsprechenden Codes – im G-DRG System gelöst, wo die erbrachte Pflegeleistung als Score (PKMS) realisiert wurde.

Zur Pflegebedürftigkeit in Psychiatrie und Psychosomatik führte das InEK mehrere Analysen sowohl im Erwachsenen- als auch im Kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich durch. Dazu wurde das Vorkommen der Codes für die verschiedenen Pflegestufen in den Kalkulationsdaten in Bezug auf mögliche Mehrkosten untersucht. Bei Erwachsenen fanden sich ab Pflegestufe II deutliche Kostenunterschiede gegenüber Fällen, für die keine Pflegestufe angegeben war. Die kostenauffälligen Fälle fanden sich vorrangig in gerontopsychiatrischen PEPP (PA15C) bzw. in den PEPP für affektive, neurotische und Belastungsstörungen (PA04B/C). Für 2016 konnten diese Fälle in der jeweils höherwertigen PEPP abgebildet werden (PA15B bzw. PA04A). Im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich fand sich hingegen nur eine geringe Anzahl von Fällen, für die die Codes für die Pflegebedürftigkeit angegeben waren. Darüber hinaus zeigten diese Fälle keinen Anhaltspunkt für Mehrkosten. In der nächsten Kalkulationsphase, wird die Pflegebedürftigkeit erneut untersucht werden.

Psychosoziale Notlage (OPS 9-646) und komplexer Entlassaufwand (OPS 9-645)

Mehraufwand, der im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts für die Klärung bzw. Regelung psychosozialer Notlagen anfällt, ist seit 2014 Teil des OPS-Katalogs. Basierend auf unterschiedlichen Problembereichen sind im OPS vier Mindestmerkmale definiert:

- Finanzielle Notlage
- Drohende oder eingetretene Erwerbslosigkeit

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

Die Summe der vorliegenden Merkmale ist mit dem Kode für die psychosoziale Notlage anzugeben. Entsprechend untersuchte das InEK das Vorhandensein von Kostenunterschieden von Fällen mit und ohne Kode, wobei alle möglichen Merkmalsanzahlen (1–4) getrennt analysiert wurden. Wenngleich sich ab einer Mindestanzahl von drei Merkmalen Hinweise auf Mehrkosten ergaben, konnte dieser Leistungsbezeichner bei sehr geringer Fallzahl und der Dominanz weniger Krankenhäuser für das PEPP-System 2016 noch nicht umgesetzt werden. Dem ist hinzuzufügen, dass der Kode sich inhaltlich mit dem *Indizierten komplexen Entlassaufwand bei Erwachsenen* (OPS 9-645) überschneidet, was eine Abbildung beider Codes im Entgeltsystem erschwert. Der Entlassaufwand beschreibt jedoch Leistungen, die z.B. zur Unterstützung des Wohnsitzwechsels, zur beruflichen Wiedereingliederung oder zur Unterstützung Angehöriger erbracht werden können. Demzufolge ist der Zusatzkode im aktuellen Datenjahr (OPS 2014) nach Höhe des Entlassaufwands in Stunden untergliedert (>5 bis 10, >10 bis 15 oder >15 Stunden) und richtet sich nach der die Leistung erbringenden Berufsgruppe (Spezialtherapeut/Pflege oder Arzt/Psychologe).

Bei einer sehr geringen Fallzahl in den Kalkulationsdaten und der überwiegenden Anwendung des Kodes in nur wenigen Krankenhäusern war für die PEPP-Version 2016 noch keine Abbildung des komplexen Entlassaufwands möglich.

3.2.6 Sucht

Wie auch in den vorangehenden Versionen lag ein Schwerpunkt der Weiterentwicklung auf einer umfassenderen Berücksichtigung von Störungen aus dem Suchtbereich (Abb. 2).

Untersucht wurde beispielsweise, ob sich Fälle mit einer bestimmten substanzbedingten Störung bei Vorliegen eines klinisch besonders aufwendigen Zustandsbildes entsprechend ihrer höheren Behandlungskosten in der PEPP PA02C besser abbilden lassen. Dazu wurden u.a. das *Entzugssyndrom* (F1*.3), das *Entzugssyndrom mit Delir* (F1*.4) und die *psychotische Störung* (F1*.5) als Folge einer substanzbedingten Störung auf höhere Kosten analysiert. Für das *Entzugssyndrom mit Delir* ergab sich ein deutlicher Unterschied der Tageskosten, sodass dieses klinische Zustandsbild im Gruppierungsalgorithmus erstmals berücksichtigt werden konnte. Mit Ausnahme von Tabak konnte das *Entzugssyndrom mit Delir* für alle übrigen Substanzen in der PEPP PA02C berücksichtigt werden. Entsprechende Fälle gelangen somit aus der PA02D in die höherwertige PA02C.

Ein weiterer Fortschritt besteht in der Besserstellung von Patienten mit einer Hauptdiagnose aus dem Suchtbereich in Kombination mit einer psychotischen Störung als Nebendiagnose („Doppeldiagnose Sucht“). Bei diesen Fällen zeigte sich der klinisch erhöhte Behandlungsaufwand ebenfalls mit höheren Tageskosten assoziiert. Berücksichtigt werden konnten die psychotischen Nebendiagnosen in der PA02C, was einer Aufwertung von Fällen aus der PA02D entspricht.

Die Kriterien für Fälle mit spezifischer Qualifizierter Entzugsbehandlung wurden präzisiert. Während in den vorherigen PEPP-Versionen eine mindestens einwöchige Behandlung in diesem Setting vorausgesetzt wurde, wurde für 2016 auf Basis der Kalkulationsdaten diese Schwelle auf mehr als 14 Behandlungstage angehoben. Zugleich entspricht diese Änderung einer Annäherung an die typische Behandlungsdauer einer Qualifizierten Entzugsbehandlung (vgl. AWMF S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“).

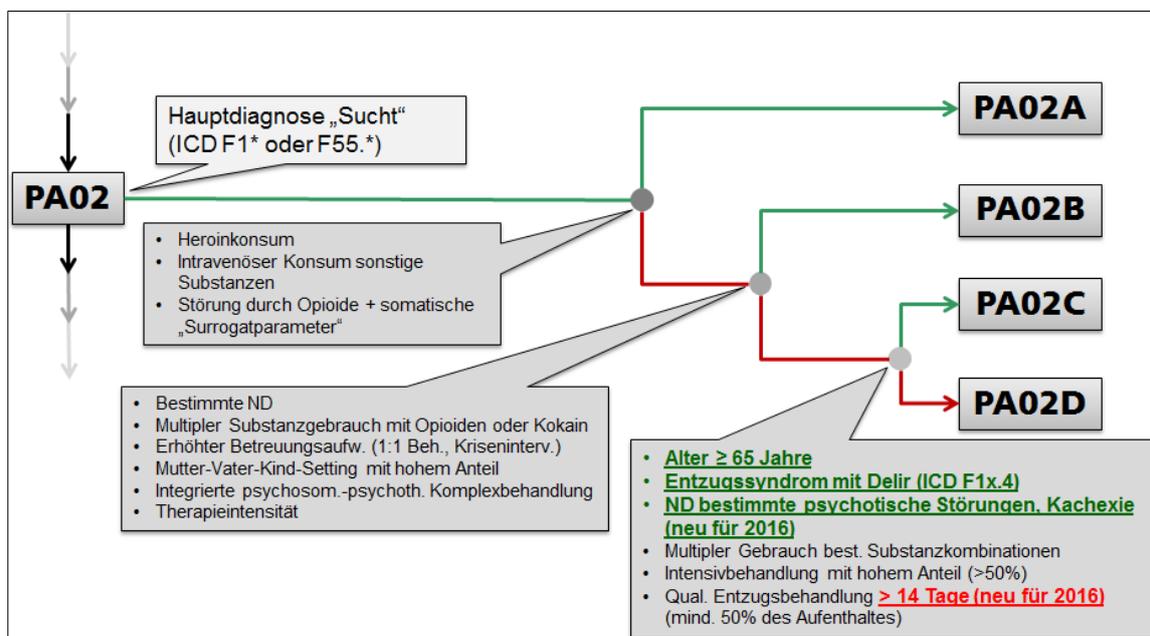


Abbildung 13: Differenziertere Eingruppierung im Suchtbereich

3.2.7 Alter

In vorherigen PEPP-Versionen wurde das Patientenalter bereits an verschiedenen Stellen als Definitionskriterium verwendet. Neben einer Überprüfung der bestehenden Kriterien wurden sämtliche PEPP auf eine mögliche Differenzierung über das Alter untersucht. In den Analyseergebnissen bildeten insbesondere gerontopsychiatrische Patienten (hier: Alter \geq 65 Jahre) mit einer Hauptdiagnose aus dem Suchtbereich eine aufwendige Fallmenge, die aus der PA02D in die PA02C aufgewertet werden konnte. In

der PEPP für affektive, neurotische und Belastungsstörungen PA04 ließ sich die bereits bestehende Altersschwelle von ≥ 90 Jahren, die bisher in die A-PEPP führte, auf ≥ 85 Jahren absenken. Eine Anregung aus dem Vorschlagsverfahren, ebenfalls in der Strukturkategorie *Psychosomatik* (in der PEPP PP04 für *Affektive, neurotische und Belastungsstörungen*) Patienten mit besonders hohem Alter gesondert abzubilden, ließ sich – bei einer sehr geringen Zahl von Fällen in dieser Altersklasse – nicht umsetzen.

3.2.8 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Eine der Neuerungen im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich betrifft die Besserstellung von Kindern mit Verhaltensstörung bei Intelligenzminderung. Während in den Vorjahren bereits die schwereren und schwersten Formen der geistigen Behinderung in verschiedenen PEPP berücksichtigt werden konnten, wurde im Vorschlagsverfahren angeregt, auch die leichteren Formen auf Kostenauffälligkeiten zu untersuchen. Denn auch diese Ausprägungsgrade können mit einer „*deutlichen Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert*“ (vgl. F70.1, ICD-10-GM) einhergehen. In den Analyseergebnissen wurden die für diese Patientengruppe vermuteten höheren Behandlungskosten bestätigt. Eine Aufwertung dieser Fälle konnte in verschiedenen kinder- und jugendpsychiatrischen PEPP erfolgen.

Erstmalig abgebildet werden konnte die *Kriseninterventionelle Behandlung bei Kindern und Jugendlichen* für 2016. Bedingt durch die hohe inhaltliche und ökonomische Ähnlichkeit der Kriseninterventionskodes mit der Einzelbetreuung und der Beaufsichtigung in der Kleinstgruppe, wurden diese Betreuungsformen zum Teil gemeinsam im System umgesetzt. Im Einzelnen wurde die Krisenintervention überall dort abgebildet, wo die Einzelbetreuung bereits gruppierungsrelevant war.

Darüber hinaus wurde untersucht, inwieweit sich im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich bisher nicht ET-relevante Leistungen als ET berücksichtigen lassen. Dazu wurden die Kalkulationsdaten auf mögliche tagesbezogene Mehrkosten untersucht. In den für die Kinder- und Jugendpsychiatrie relevanten Kodes zeigte sich die *Intensive Beaufsichtigung in der Kleinstgruppe mit mehr als 8 bis zu 12h pro Tag* kostenauffällig, so dass diese Leistung 2016 über ein zusätzliches ET (ET04.01) abgebildet werden konnte.

3.2.9 Weitere Analysen von Vorschlägen

In den Diskussionen um die Weiterentwicklung eines Entgeltsystems für die Psychiatrie und Psychosomatik wird der Begriff „Regionale Pflichtversorgung“ immer wieder als besonderer Kostenfaktor angeführt. Hierzu gab es auch den Vorschlag einer Fachge-

sellschaft, für die Aufwendungen im Zusammenhang mit „Regionaler Pflichtversorgung“ im Rahmen der Kalkulation eine eigene Kostenstellengruppe einzurichten, um entsprechende Kosten besser abbilden zu können. Dieser Vorschlag wurde an die Selbstverwaltung weitergeleitet.

Die zu dieser Thematik durchgeführten Recherchen und Analysen zeigten einerseits, dass es in den Bundesländern unterschiedliche Regelungen hinsichtlich des Begriffs „Pflichtversorgung“ gibt. Das reicht von der detaillierten Festlegung der Krankenhäuser und Einzugsgebiete durch Landesverordnungen, wie beispielsweise in Sachsen und Brandenburg, über eine generelle Festlegung im Landespsychiatriegesetz (PsychKG), dass sich grundsätzlich alle im Krankenhausplan genannten Kliniken an der Pflichtversorgung beteiligen und die konkrete Ausgestaltung durch die Regierungsbezirke vorgenommen wird, wie z.B. in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz, bis hin zu der Feststellung des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung in Sachsen-Anhalt in seinem 21. Bericht von Mai 2013 bis April 2014: „Eine regionale Versorgungsverpflichtung psychiatrischer Kliniken ist [...] nie festgelegt worden.“

Hinzu kommt die Schwierigkeit einer Abgrenzung spezifischer Kosten für „regionale Pflichtversorgung“, denn Strukturen wie Ambulanz/Aufnahme(-station), Bereitschaftsdienst und notwendige Personalvorhaltung sowie sonstige besondere Ausstattungen lassen sich nur schwer Regelvorhaltung und spezifische Vorhaltung für die regionale Pflichtversorgung unterscheiden.

Für das Datenjahr 2013 wurde das Merkmal „Beteiligung an der regionalen Pflichtversorgung“ explizit bei den Kliniken abgefragt. Während in der Kalkulationsstichprobe 97,7% aller Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie angaben, sich an der regionalen Pflichtversorgung zu beteiligen, traf dies für die Gesamtheit der Krankenhäuser mit Daten nach § 21 im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie lediglich für 79,6% zu, sodass hier eine Schiefelage zwischen Kalkulationsstichprobe und Grundgesamtheit besteht.

Strukturkategorie	PRE	PSY	PKJ	PSO
Kalkulationsdaten ¹⁾	99,4%	97,7%	96,7%	41,3%
§21-Daten ²⁾	82,4%	79,6%	74,5%	28,8%

Tabelle 10: Anteil Fälle aus Einrichtungen mit Angabe „regionale Pflichtversorgung“ über Strukturkategorien (Daten aus dem Jahr 2013)

Da es faktisch in den für die Pflichtversorgung relevanten Strukturkategorien *Allgemeine Psychiatrie* und *Kinder- und Jugendpsychiatrie* in den Kalkulationsdaten so gut wie keine Häuser ohne Pflichtversorgung gibt, ist ein Vergleich der Kosten auf Hausebene

zwischen Häusern mit und ohne Beteiligung an der regionalen Pflichtversorgung anhand der Kalkulationsdaten nicht möglich.

Auf Fallebene wurde analysiert, welche Kriterien möglicherweise Fälle aus der regionalen Pflichtversorgung charakterisieren können. Ein Kriterium ist die Tatsache vorläufige oder gesetzliche Unterbringung. Dieses Kriterium liegt zwar nicht als Routinemarker vor, wird jedoch bereits seit mehreren Jahren im Rahmen einer ergänzenden Datenabfrage von den Kalkulationsteilnehmern fallbezogen erhoben. Hier zeigte sich wie in den Vorjahren bezogen auf die jeweilige PEPP kein wesentlicher Unterschied in den Fallkosten. Allerdings gibt es derartige Fälle in nennenswerter Anzahl nur in den Strukturkategorien der vollstationären Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie, nicht jedoch in der psychosomatischen oder den tagesklinischen Strukturkategorien.

Als Surrogatparameter für die Beteiligung an der regionalen Pflichtversorgung kann der Anteil der Notfallaufnahmen dienen. Eine Notfallaufnahme liegt mit hoher Wahrscheinlichkeit dann vor, wenn der Patient nachts oder am Wochenende aufgenommen wird. Um Artefakte wie eine im Krankenhausinformationssystem voreingestellte Aufnahmezeit um 06:00 morgens oder strukturierte Wochenendaufnahmen auszuschließen, wurde für die Analysen der Aufnahmezeiten ein eng gefasster Zeitraum von 22:00 Uhr bis 05:30 Uhr als „Nachttaufnahme“ gewählt, wobei die Fälle ohne Zeitangabe (im Datensatz 00:00 Uhr) davon ausgeschlossen wurden. Dabei ergaben sich für die Kliniken die in Abbildung 14 dargestellten Anteile an Nachttaufnahmen in der Strukturkategorie *Vollstationäre Psychiatrie*, also regelhaft zwischen 5% und 15% aller Fälle der Klinik.

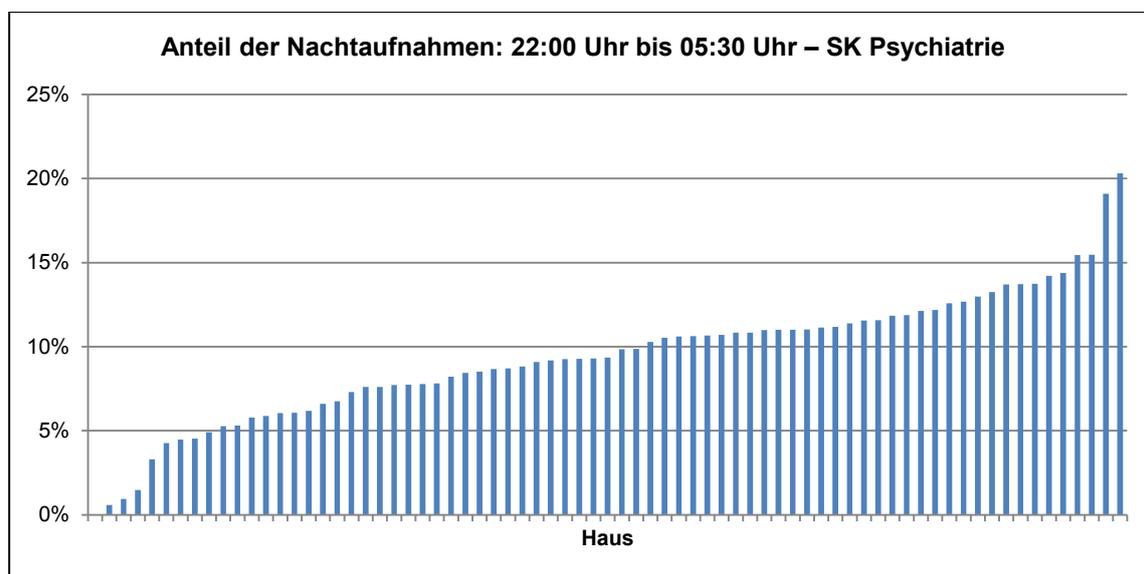


Abbildung 14: Anteil Nachttaufnahmen, Strukturkategorie Psychiatrie

Ein ähnliches Bild ergibt sich für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, wobei es hier einerseits einige wenige Kliniken ohne Nachtaufnahme gibt und andererseits in einigen Kliniken die Nachtaufnahmequote bis zu 20% der Fälle erreicht (Abbildung 15).

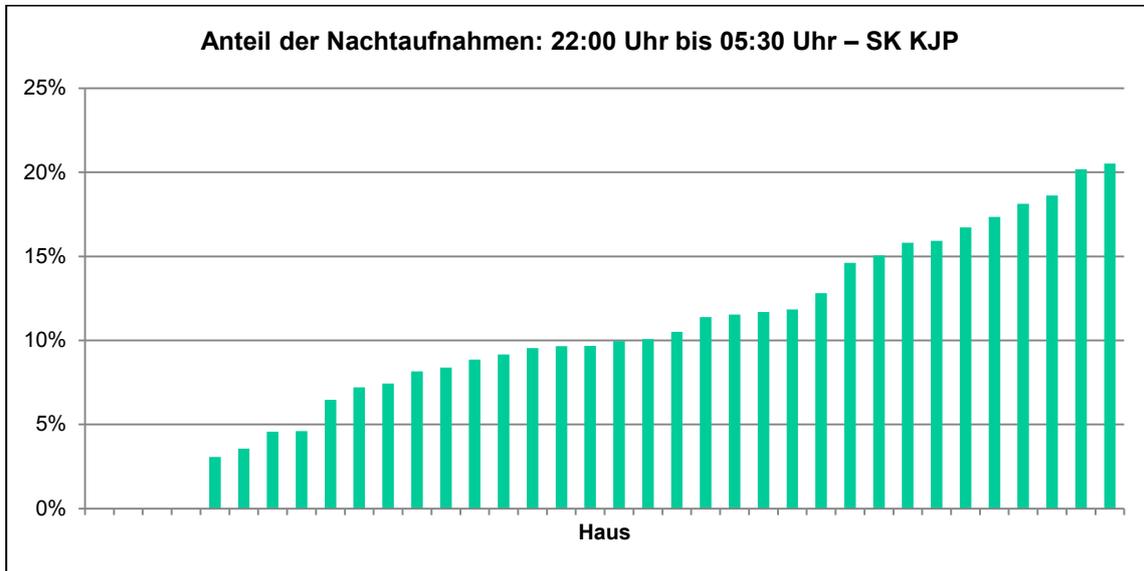
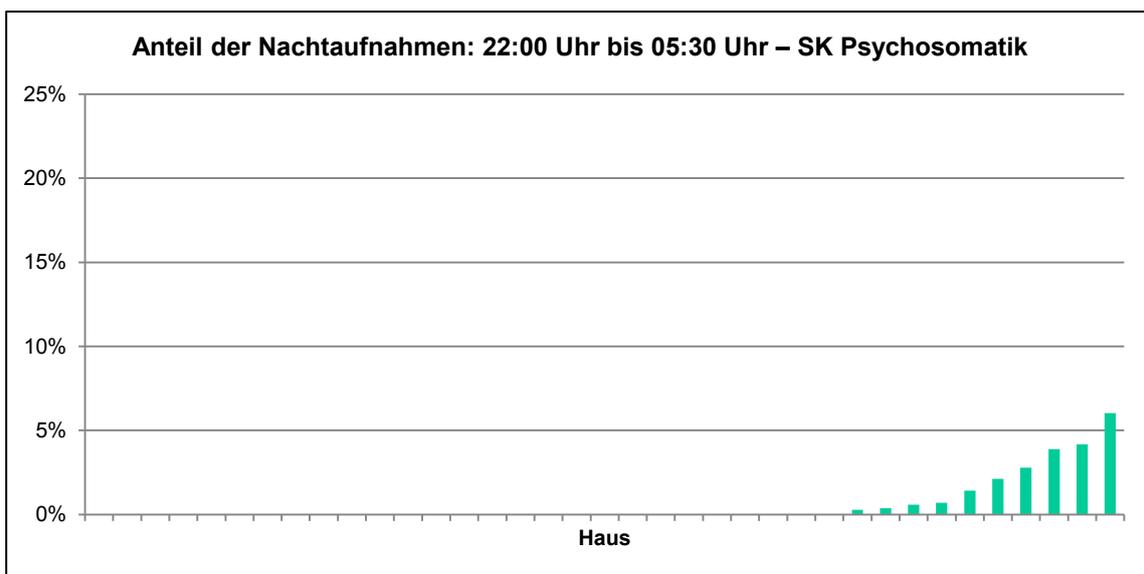


Abbildung 15: Anteil Nachtaufnahmen, Strukturkategorie Kinder- und Jugendpsychiatrie

Dagegen finden sich in der Strukturkategorie *Psychosomatik* nur sehr wenige Fälle mit Nachtaufnahme aus sehr wenigen Kliniken (Abbildung 16).



Bezogen auf die jeweilige PEPP ergeben sich keine relevanten Kostenunterschiede der Fälle mit Nachtaufnahme und der entsprechenden Gegenmenge. Dies sei am Beispiel der PA02D, der PEPP mit dem höchsten Anteil und der höchsten absoluten Zahl an Nachtaufnahmen, dargestellt. Die Anzahl der Nachtaufnahmefälle (in Abbildung 17 dunkel gestrichelt) ist bei Entlassung am Aufnahmetag noch höher als die Anzahl in der Gegenmenge, nimmt jedoch bis Entlassung am Tag 3 rapide ab. Länger als zehn Tage bleiben nur noch sehr wenige Fälle mit Nachtaufnahme.

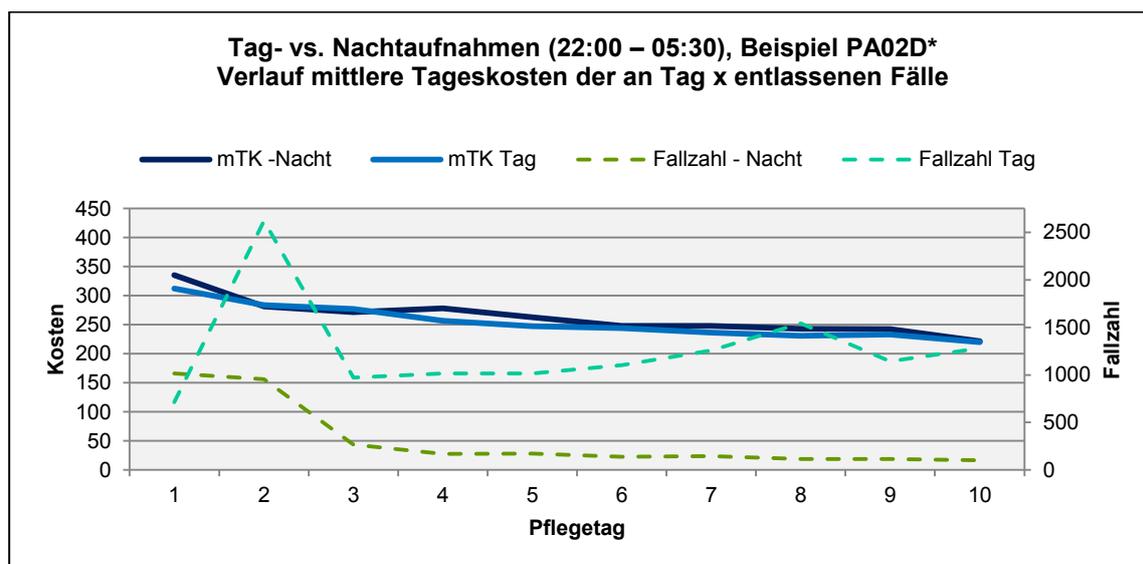


Abbildung 17: Kostenunterschiede Tag-/Nachtaufnahmen PA02D, Tag 1 bis 10

3.3 Besonderheiten durch Änderungen im OPS 2016

Die im Folgenden dargestellten Hinweise und Auswirkungen durch die Änderungen des OPS 2014 wurden bereits ausführlich in dem vom InEK am 30. Oktober 2015 auf seiner Internetseite veröffentlichten Dokument „Hinweise zur Leistungsplanung PEPP 2016“ erläutert und sollen hier lediglich die Problematik veranschaulichen. Für weitere Informationen insbesondere zur Leistungsplanung bitten wir, das genannte Dokument zu verwenden.

Die umfangreichste Änderung im OPS für den Anwendungsbereich des § 17d KHG in der Psychiatrie und Psychosomatik ist die Trennung der Therapiearten (Regelbehandlung, Intensivbehandlung, Psychotherapeutische und Psychosomatische Komplexbehandlungen) von den Therapieeinheiten. Für die Intensivbehandlung (OPS-Bereich 9-61) hat dies Auswirkungen auf die Ermittlung der Ergänzenden Tagesentgelte, für die Therapieeinheiten auf die Zählung der Therapieintensität (z.B. auch in der derzeit zur Eingruppierung verwendeten Schwelle von 6 bzw. 8 Therapieeinheiten pro Woche).

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

Wesentliche Änderung ist hier der in den OPS 2016 aufgenommene Hinweis:

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

Die Formulierung im OPS 2015 lautete:

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

[...]

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

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

Abbildung 18).

Merkmale (Beispiel)	Tag														...	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
Sicherungsmaßnahmen	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
Suizidalität	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
Fremdgefährdung	X	X	X	X	X	X										
Antriebsstörung	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Entzug mit Vitalgefährdung	X	X	X	X												
Anzahl	5	5	5	5	4	4	3	3	3	1	1	1	0	0	...	
OPS bis 2015	9-616.*							9-615.*					9-60*			
ET 2015	ET02.02	ET02.01	ET02.01	ET02.01	ET02.01	ET02.01	ET02.01									
OPS 2016	9-61b				9-61a			9-619			9-617			9-60*		
ET 2016	ET02.02	ET02.02	ET02.02	ET02.02	ET02.01	ET02.01	ET02.01	ET02.01	ET02.01							

Abbildung 18: Änderung der Kodierung der Intensivmerkmale ab 2016 und Auswirkungen auf die Ermittlung der Ergänzenden Tagesentgelte

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

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

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

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

Abbildung 19: Auswirkungen der Zählung der Therapieeinheiten auf die Eingruppierung in bestimmten Konstellationen – Aufwertung

Gelegentlich kann durch eine Verschiebung der Intervalle auch eine zufällige Veränderung sowohl im Sinne einer Aufwertung (siehe Abb. 19) als auch im Sinne einer Abwertung (siehe Abb. 20) eintreten. Es ist jedoch davon auszugehen, dass es durch diese

OPS-Änderung tendenziell zu einer höheren Anzahl von Fällen mit Erfüllung des Kriteriums kommen wird.

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

Abbildung 20: Auswirkungen der Zählung der Therapieeinheiten auf die Eingruppierung in bestimmten Konstellationen – Abwertung

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

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

4 Fazit

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

Nach den umfassenden Veränderungen des PEPP-Systems 2015 mit Abschaffung des degressiven Vergütungsverlaufs innerhalb eines Falles und Einführung der Ergänzenden Tagesentgelte stand für das PEPP-System 2016 eine behutsame Weiterentwicklung sowie Anpassung an die Veränderungen im OPS im Mittelpunkt. Die damit erreichte Stabilität des PEPP-Systems kommt insbesondere den Einrichtungen zugute, die sich im Rahmen der Optionsmöglichkeit bereits für die Abrechnung ihrer Krankenhausleistungen mittels PEPP entschieden haben.

Zusätzlich konnten zahlreiche weitere Analysen beispielsweise zu Medikamenten und zur Thematik der Pflichtversorgung durchgeführt werden. Auch wenn die daraus gewonnenen Erkenntnisse nicht immer unmittelbar und erlösrelevant in das Entgeltsystem einfließen, tragen sie zum Verständnis des Leistungsgeschehens und dessen Abbildungsmöglichkeiten im Rahmen eines Entgeltsystems bei.

5 Perspektiven der Weiterentwicklung

In der Praxis hat sich das PEPP-System inzwischen in einer Reihe von Einrichtungen etabliert, die entweder bereits nach PEPP abrechnen oder sich auf die unmittelbar bevorstehende Abrechnung vorbereiten. Die Weiterentwicklung des PEPP-Systems soll den Erfahrungen aus der Praxis und den Ansprüchen dieser Einrichtungen an ein praktikables und sachgerechtes Vergütungssystem im Rahmen des gesetzlichen Auftrags Rechnung tragen.

Dazu wird auch für die folgende Kalkulationsrunde ein besonderes Augenmerk auf die Verbesserung der Datenqualität gelegt. Einerseits steigt die Datenqualität mit der Erfahrung der bisherigen Kalkulationsteilnehmer sowie mit der zunehmenden tatsächlichen Nutzung des PEPP-Systems für die Abrechnung, andererseits unterliegen die beim InEK eingehenden Daten auf verschiedenen Ebenen einer zunehmend genaueren Plausibilisierung.

Die Klassifikationen des ICD und insbesondere des OPS werden im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik kontinuierlich weiterentwickelt und tragen nach Eingang in die Datengrundlage der nächsten Kalkulationsrunden auch zur Weiterentwicklung des PEPP-Systems bei.

Das Vorschlagsverfahren steht weiterhin allen beteiligten Einrichtungen, Fachgesellschaften und Berufsverbänden, Krankenkassen, anderen Verbänden und Einzelpersonen für Vorschläge zur Weiterentwicklung offen. Hier können die anwachsenden Erfahrungen aus dem Umgang mit der PEPP-Klassifikation sowie in zunehmendem Maße auch die Erfahrungen aus dem Abrechnungsalltag in die Weiterentwicklung des PEPP-Systems einfließen.

Das PEPP-System ermöglicht eine aufwands- und leistungsbezogene Vergütung der stationären Versorgung psychisch gestörter Menschen und kommt damit insbesondere den schwerkranken und besonders aufwendig zu versorgenden Patienten zugute. Damit ist es weit differenzierter als die bisherige Vergütung tagesgleicher Pflegesätze über alle Patienten. Soweit Besonderheiten in der Versorgung noch nicht abgebildet sind, besteht die Möglichkeit der Beteiligung an der Weiterentwicklung des Systems. Dies kann durch Vorschläge zur Verbesserung der Leistungsabbildung in ICD und OPS beim DIMDI, durch Beteiligung am Vorschlagsverfahren des InEK oder – für die an der Versorgung beteiligten Einrichtungen – insbesondere durch Teilnahme an der Kalkulation geschehen.

Das Vergütungssystem im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung unterscheidet bestehende Aufwände und Kosten auf Grundlage einer umfangreichen Stichprobe. Gleichzeitig ist es darauf ausgelegt, sich jährlich anhand von Veränderungen im Kosten- und Leistungsspektrum durch Verbesserungen in der Abbildung der Leistungen und unter Berücksichtigung konstruktiver Kritik weiterzuentwickeln und sich ständig zu verbessern.

Anhang

Übersicht

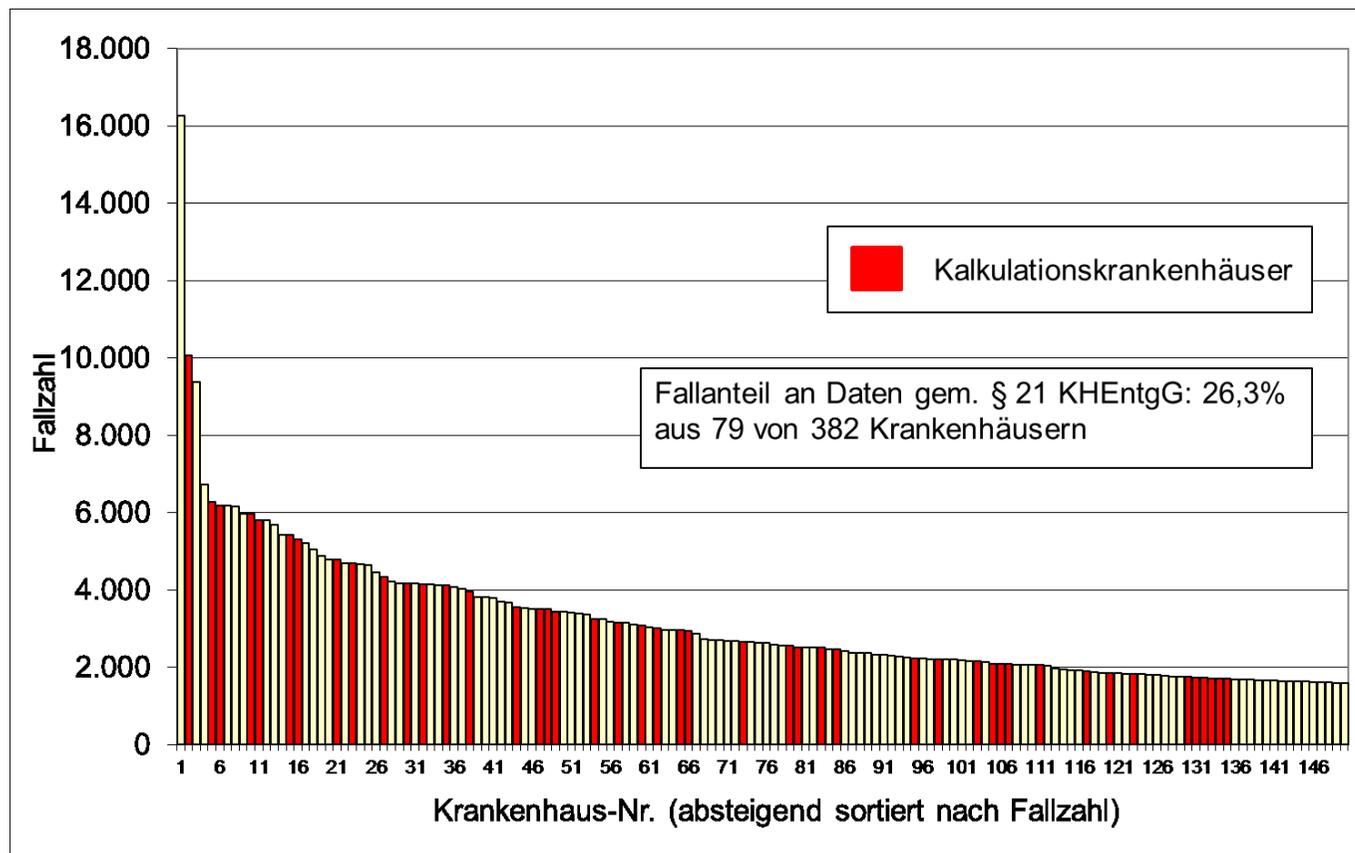
- Anhang A-1: Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich Psychiatrie

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

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

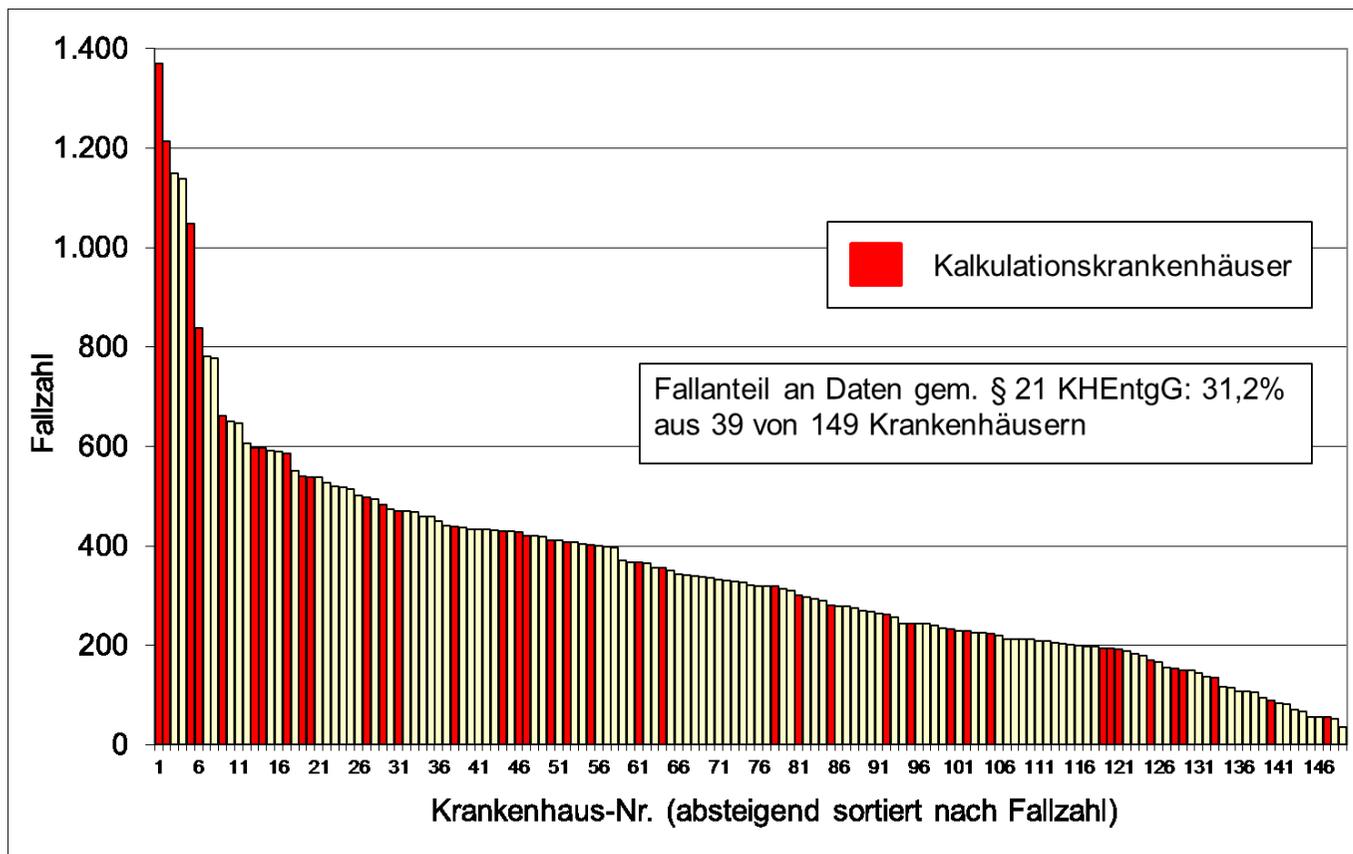
A-1 Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich Psychiatrie

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



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

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



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

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

