

# InEK

Abschlussbericht

Weiterentwicklung des  
pauschalierenden  
Entgeltsystems für Psychiatrie  
und Psychosomatik (PEPP)  
für das Jahr 2020

Siegburg, den 18. Dezember 2019

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH  
Auf dem Seidenberg 3  
53721 Siegburg  
Telefon 0 22 41 - 93 82 - 0  
Fax 0 22 41 - 93 82 - 36

## Inhaltsverzeichnis

	Seite
<b>VORWORT .....</b>	<b>6</b>
<b>1 EINFÜHRUNG.....</b>	<b>7</b>
<b>2 METHODIK .....</b>	<b>9</b>
<b>2.1 Datenerhebung .....</b>	<b>9</b>
2.1.1 Grundsätze der Kalkulation .....	9
2.1.2 Datenerhebung.....	10
<b>2.2 Datenaufbereitung.....</b>	<b>17</b>
2.2.1 Fallzusammenführung.....	17
2.2.2 Bereinigungen und Korrekturen.....	18
2.2.3 Ergänzende Datenbereitstellung .....	20
2.2.4 Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen .....	22
2.2.5 Datenausschluss .....	23
2.2.6 Kalkulationsmethode für die Ergänzenden Tagesentgelte .....	25
2.2.7 Stationsäquivalente Behandlung.....	25
<b>2.3 Berechnung der Bewertungsrelationen .....</b>	<b>26</b>
2.3.1 Sonderkonstellationen.....	26
2.3.2 Normierung der Bewertungsrelationen .....	27
<b>3 PEPP-ENTGELTSYSTEM 2020.....</b>	<b>28</b>
<b>3.1 Entwicklung der PEPP-Klassifikation: Vorgehensweise und Ergebnisse .....</b>	<b>28</b>
3.1.1 Ausgangssituation .....	28
3.1.2 Tagesbezug und Gültigkeitsdauer von Merkmalen .....	29
3.1.3 Grundlagen der PEPP-Klassifikation.....	29
3.1.3.1 Fehler-PEPP .....	29
3.1.3.2 „Reste“-PEPP .....	31
3.1.4 Zusatzentgelte.....	31
3.1.5 Vorschlagsverfahren .....	32
3.1.5.1 Hintergrund .....	32
3.1.5.2 Beteiligung .....	32
3.1.5.3 Veröffentlichung der Vorschläge.....	33
3.1.5.4 Analysen zu Vorschlägen aus dem Vorschlagsverfahren .....	34
3.1.5.5 Ergebnisse der umgesetzten Vorschläge .....	34
<b>3.2 Systematische Analysen und Ergebnisse .....</b>	<b>36</b>
3.2.1 Grundlagen.....	36
3.2.2 Diagnosen- und Prozedurenklassifikation .....	37
3.2.3 Ergänzende Datenbereitstellung .....	37
3.2.4 Diagnosen .....	38

3.2.5	Prozeduren.....	40
3.2.5.1	Komplexbehandlung bei Infektion durch multiresistente oder nicht multiresistente, isolierpflichtige Erreger.....	40
3.2.5.2	Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen.....	41
3.2.5.3	Pflegebedürftigkeit (OPS-Kode 9-984).....	42
3.2.6	Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	43
3.2.6.1	Strukturkategorie Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	43
3.2.6.2	Split der PK10Z Ess- und Fütterstörungen.....	45
3.2.6.3	Split der PK04B Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen [.....]	46
3.2.7	Stationsäquivalente Behandlung.....	47
<b>4</b>	<b>FAZIT .....</b>	<b>51</b>
<b>5</b>	<b>PERSPEKTIVEN DER WEITERENTWICKLUNG .....</b>	<b>52</b>
	<b>ANHANG .....</b>	<b>54</b>

**ABKÜRZUNGEN**

Abs.	Absatz
ATC	Anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BI-Modell	Betreuungsintensitätsmodell
BNB	Bösartige Neubildung
BPEPP	Basis-PEPP
BPfIV	Bundespfllegesatzverordnung
bzgl.	bezüglich
ca.	circa
d.h.	das heißt
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKR-Psych	Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie bzw. Psychosomatik
EKT	Elektrokonvulsionstherapie
ET	Ergänzende Tagesentgelte
FIM	Functional Independence Measure
ggf.	gegebenenfalls
gem.	gemäß
ICD	International Classification of Diseases; Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Ausgabe für die Zwecke des SGB V
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
i.V.m.	in Verbindung mit
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
MMSE	Mini Mental State Examination
MRE	Multiresistente Erreger
OPS	Operationsschlüssel nach § 301 SGB V basierend auf der Internationalen Klassifikation der Prozeduren in der Medizin

PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (die Abkürzung wird sowohl für das Entgeltsystem im Allgemeinen als auch für Fallgruppen verwendet)
PEPPV	Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (in den Jahren 2012 und 2013 „Verordnung“ statt „Vereinbarung“)
PKMS	Pflegekomplexmaßnahmen-Score
PRE	Prä-Strukturkategorie zur übergreifenden Abbildung besonders aufwendiger Behandlungen
PSO	Psychosomatische Behandlung
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
Psych-VVG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
PT	Pflegetage
QE	Qualifizierter Entzug
SGB	Sozialgesetzbuch
SK	Strukturkategorie
StaeB	Stationsäquivalente Behandlung
TE	Therapieeinheiten
TE-Kodes	OPS-Kodes aus der Gruppe Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel
ZE	Zusatzentgelt
ZP	Zusatzentgelt in der Psychiatrie und Psychosomatik

## Vorwort

Mit dem vorliegenden Bericht veröffentlicht das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) nähere Einzelheiten zur Vorgehensweise bei der Weiterentwicklung des durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) gem. § 17d Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Der Abschlussbericht wird um einen PEPP-Browser mit den Kalkulationsergebnissen und den wichtigsten statistischen Kennzahlen ergänzt. Der Report-Browser wird auf der Internetseite des InEK Ende 2019 zur Verfügung gestellt.

Den 111 Krankenhäusern mit Kalkulationsvereinbarung, die tagesbezogene Kostendaten für die Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltsystems zur Verfügung gestellt haben, sei an dieser Stelle für ihr großes Engagement gedankt. Den 23 im Rahmen der Erhöhung der Repräsentativität gezogenen Krankenhäusern (17 Krankenhäuser aus der Ziehung Psychiatrie und sechs Krankenhäuser aus der Ziehung DRG) mit erfolgreicher Kostenkalkulation sei ebenfalls sehr herzlich für ihr großes Engagement gedankt. Die gute Zusammenarbeit ermöglichte es dem InEK, das pauschalierende Entgeltsystem für 2020 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 auf dem hohen Niveau des Vorjahres gehalten werden. Einen weiteren Baustein für die Entwicklung lieferten Verbände, Experten und Einzelpersonen aus Krankenhäusern und Krankenkassen, die sich konstruktiv am PEPP-Vorschlagsverfahren beteiligten.

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 2019

# 1 Einführung

Der vorliegende Abschlussbericht beschreibt Grundlagen, Verfahrensweisen und Ergebnisse der Entwicklung des PEPP-Entgeltsystems für das Jahr 2020. 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 in Bezug auf die Zusammenhänge im PEPP-Entgeltsystem zu fördern.

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

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

---

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

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

Ab dem 1. Januar 2020 soll das PEPP-Entgeltsystem nach dem PsychVVG budgetwirksam werden. Ab diesem Zeitpunkt ist der krankenhausesindividuelle Basisentgeltwert auf örtlicher Ebene u.a. anhand des leistungsbezogenen Krankenhausvergleichs zu vereinbaren.

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

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

Das PEPP-Entgeltsystem ist als lernendes System angelegt. Veränderungen in der Zusammensetzung der Patientengruppen, für die das System entwickelt wurde, neue Behandlungsmethoden oder abweichende Kostenentwicklungen beeinflussen die Datengrundlage. Dies setzt allerdings voraus, dass in regelmäßigen Abständen aktualisierte Daten über das medizinische Leistungsgeschehen und die Kosten der Behandlung zur Verfügung stehen. In Deutschland werden zu diesem Zweck in einer Vollerhebung Leistungsdaten zu den behandelten Patienten und Strukturdaten der Krankenhäuser sowie in einer Teilerhebung zusätzlich tagesbezogene Kostendaten erhoben. Die Erhebungen umfassen die Daten eines Kalenderjahres. Dabei sind die Datengewinnung, die Datenauswertung und die Gültigkeit der daraus erzielten Ergebnisse periodenversetzt angelegt.

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

Zusätzlich werden die Arbeiten zur Pflege des PEPP-Entgeltsystems durch das Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen 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 2020 konnten Erfahrungen der klinischen Praxis und medizinisches Expertenwissen in die Ergebnisse einfließen.



## **2 Methodik**

### **2.1 Datenerhebung**

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

Gem. § 17d Abs. 1 KHG soll für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und 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) zu den in diesem Zeitraum angefallenen Kosten herstellen. Kostendifferenzen zwischen verschiedenen Leistungsattributen – auch tagesbezogen – können damit identifiziert und analysiert werden. Darüber hinaus ermöglicht diese Vorgehensweise eine Analyse der Kostenverläufe sowohl innerhalb eines Falles als auch über eine Gruppe von Fällen. Die Informationen der Kostendatenlieferung in Verbindung mit der dokumentierten Leistungsbeschreibung ermöglichen dem InEK eine sachgerechte Analyse der Kostendaten.

## 2.1.2 Datenerhebung

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

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

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

Die Kostendaten stellen Krankenhäuser grundsätzlich 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.

Im letzten Jahr wurde die bisher aus freiwillig an der Kostenerhebung teilnehmenden Krankenhäusern zusammengesetzte Stichprobe um weitere Krankenhäuser ergänzt, die zu einer Teilnahme an der Kostenerhebung verpflichtet wurden. Mittels Losverfahren wurden 20 Krankenhäuser aus dem Entgeltbereich „PSY“ ermittelt, die ab dem Datenjahr 2017 fünf Jahre lang verpflichtet sind, an der Kostenerhebung teilzunehmen. Basis der Ziehung waren Krankenhäuser, die aufgrund ihres Leistungsspektrums und ihrer Trägerschaft einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation leisten können.

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. Mittler-

weile haben bis auf wenige Ausnahmen alle freiwillig kalkulierenden Einrichtungen, die Erwachsene behandeln, das Betreuungsintensitätsmodell umgesetzt.

Für das Datenjahr 2018 sagten 111 der Krankenhäuser mit Kalkulationsvereinbarung eine Lieferung von Kalkulationsdaten zu. Weitere 20 Krankenhäuser wurden ab dem Datenjahr 2017 zur Teilnahme an der Kalkulation verpflichtet. Von den 20 für den PEPP-Bereich verpflichteten Krankenhäusern haben drei Krankenhäuser keine Kalkulationsdaten geliefert, 17 Krankenhäuser haben im Rahmen der Kostenkalkulation fallbezogene bzw. tagesbezogene Daten geliefert. Des Weiteren haben sechs für den DRG-Bereich verpflichtete Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen an der Kalkulation teilgenommen. Im Rahmen der Kostenkalkulation lieferten die verpflichteten Kalkulationsteilnehmer leistungsbezogene Tageskosten nach den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs. Bei erwartungsgemäß teilweise noch unvollständiger Datengrundlage lag die Datenqualität der insgesamt 23 gezogenen Krankenhäuser größtenteils oberhalb der Datenqualität eines typischen Neukalkulierers. Somit konnten die Daten von 20 der 23 verpflichteten Krankenhäuser in die Kalkulationsdatenmenge übernommen werden und einen Beitrag zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation leisten.

Von den 134 Kalkulationskrankenhäusern hatten 110 Einrichtungen bereits an der Kalkulation im Jahr 2018 teilgenommen. 24 der 134 Krankenhäuser haben erstmalig an der Kalkulation teilgenommen. Diese teilen sich auf fünf freiwillige Neueinsteiger, 13 für den PEPP-Bereich verpflichtete Krankenhäuser und sechs für den DRG-Bereich verpflichtete Krankenhäuser mit PEPP-Bereich auf. Zudem mussten die Daten von insgesamt sieben Krankenhäusern wegen nicht behebbarer technischer Probleme der Kalkulationssoftware bzw. Kalkulationsmängeln aus der Kalkulationsstichprobe herausgenommen werden. Tabelle 1 zeigt die Zahlen der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG und der Kostenerhebung für den Entgeltbereich „PSY“. Im Datenjahr 2018 wurden im Rahmen der Datenerhebung erstmalig Fälle mit stationsäquivalenter Behandlung an das InEK geliefert. Diese Fälle sind in den Tabellen und Abbildungen der nachfolgenden Abschnitte nicht enthalten. Unter Punkt 2.2.7 wird detailliert auf die in der diesjährigen Datenerhebung gelieferten Fälle mit stationsäquivalenter Behandlung eingegangen.

	Erhebung von Daten gem. § 21 KHEntgG	Erhebung von Kostendaten
Anzahl Krankenhäuser	591	134
Anzahl Fälle	1.134.999	392.103
Anzahl Pflégetage	30.470.165	10.615.959

Tabelle 1: Umfang der Datenlieferungen, Entgeltbereich „PSY“, Datenjahr 2018 inklusive Begleitpersonen, rein vorstationäre Fälle und Überlieger, vor Fallzusammenführung ohne Fälle mit stationsäquivalenter Behandlung (Stand: 31. Mai 2019)

Die 134 Kalkulationskrankenhäuser teilen sich in jeweils 60 alleinstehende Krankenhäuser und 74 Allgemeinkrankenhäuser oder Universitätskliniken mit angegliederter Fachabteilung auf (Abb. 1).

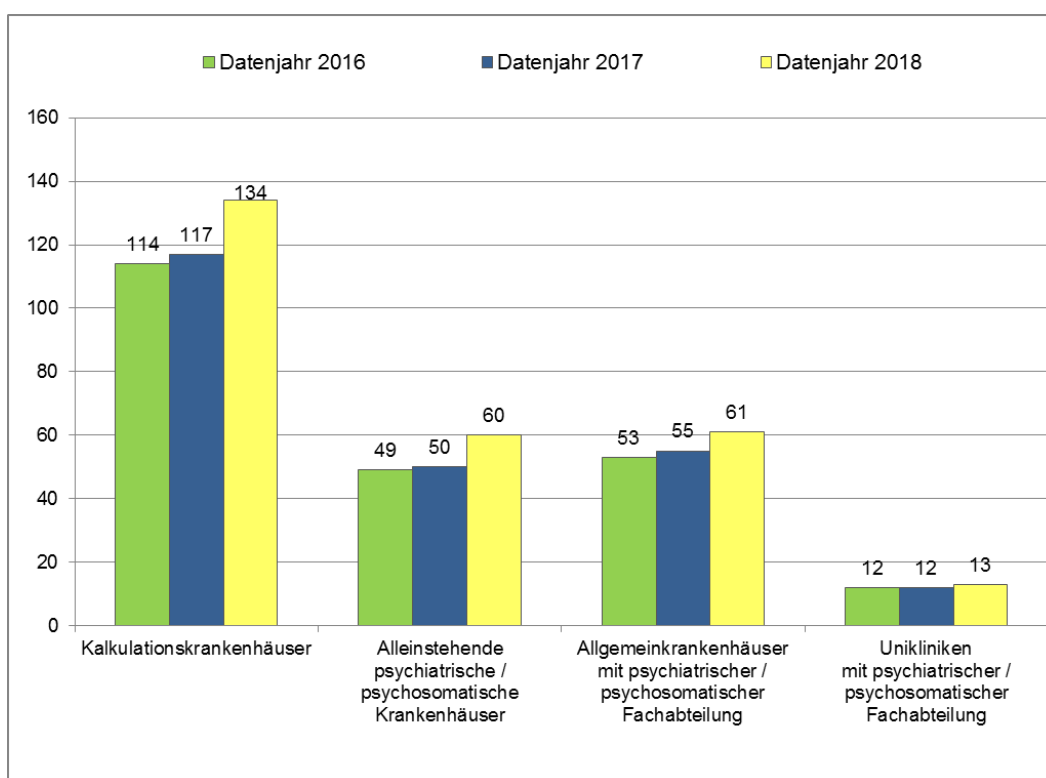


Abbildung 1: Verteilung der Kalkulationskrankenhäuser nach Strukturmerkmalen (Datenjahre 2016 bis 2018 im Vergleich)

Insgesamt übermittelten 55 (Vorjahr: 49) Krankenhäuser Daten einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) inklusive teilstationärer Plätze und 66 (Vorjahr: 53) Krankenhäuser Daten einer Fachabteilung für Psychosomatik inklusive teilstationärer Plätze (Abb. 2). Gegenüber den Vorjahren ist hier ein erneuter Anstieg der Kalkulationskrankenhäuser mit einer Fachabteilung für Psychosomatik oder einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie zu verzeichnen. Durch die Ergänzung der Kalkulati-

onsstichprobe um 17 teilnehmende, für den PEPP-Bereich verpflichtete Krankenhäuser konnte die Gesamtfallzahl in den Strukturkategorien *Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik* gegenüber dem Vorjahr erhöht werden. Dennoch ist die von den Kalkulationskrankenhäusern gelieferte Gesamtfallzahl im Bereich Psychosomatik weiterhin unterdurchschnittlich, da Krankenhäuser mit großen psychosomatischen Bereichen an der diesjährigen Kalkulation nicht teilgenommen haben.

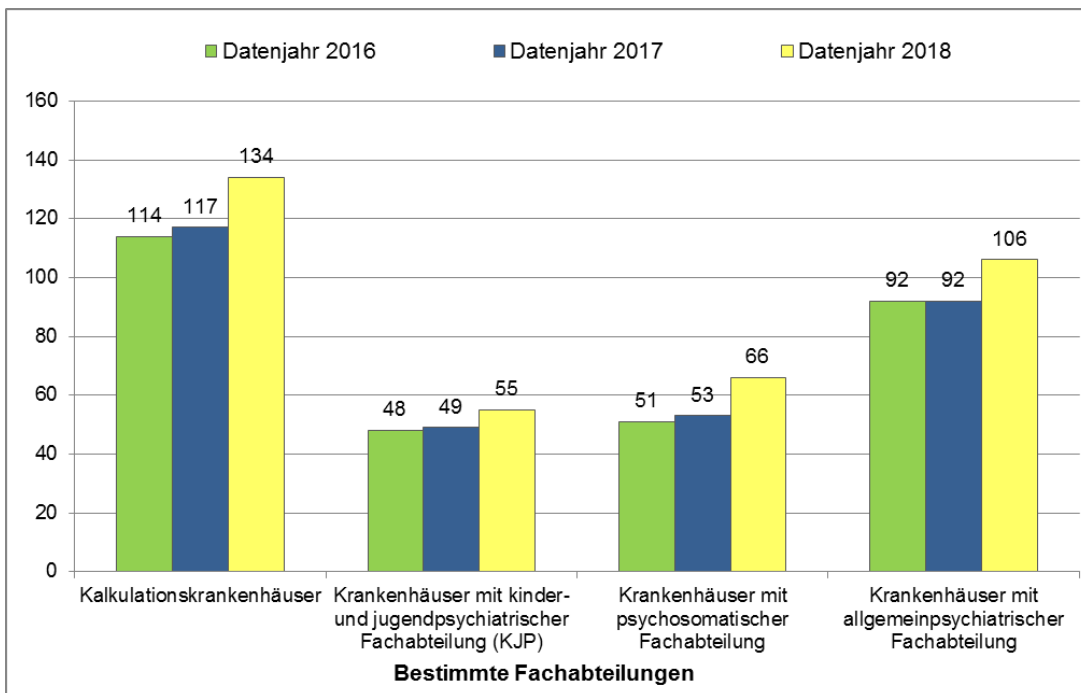


Abbildung 2: Verteilung der Kalkulationskrankenhäuser mit bestimmter Fachabteilung (Datenjahre 2016 bis 2018 im Vergleich)

### **Zusammensetzung der Datenlieferungen**

Alle Darstellungen zur Zusammensetzung der Datenlieferungen beziehen sich auf den in Tabelle 1 dokumentierten Umfang von 591 Krankenhäusern bzw. 134 Kalkulationskrankenhäusern. Abbildung 3 stellt den Vergleich der Fallzahlen zwischen Kalkulationsdaten und den Daten der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG für ausgewählte Bereiche dar.

Bei der Gegenüberstellung der Fallmengen der Kalkulationskrankenhäuser und der Krankenhäuser der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG zeigt sich für das Datenjahr 2018 jeweils ein geringer Unterschied für die Fallzahlverteilung in den Bereichen vollstationär bzw. teilstationär: Bei den Kalkulationsdaten liegt der Anteil der Fallzahlen an der Gesamtfallzahl im Bereich der vollstationären Versorgung etwas höher und im Bereich der teilstationären Versorgung etwas niedriger als der jeweilige Anteil der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie liegt der Anteil der Fallzahlen an der Gesamtfallzahl bei den Kalkulationsdaten weiterhin etwas

höher als der jeweilige Anteil der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG. Im Bereich der Psychiatrie allgemein zeigt sich auch bei den Kalkulationsdaten ein etwas höherer Anteil. Der Bereich Psychosomatik ist bei den Kalkulationskrankenhäusern auch in diesem Jahr verglichen mit dem Vorjahr mit einem weiterhin geringeren Anteil als in der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG vertreten, auch wenn die Diskrepanz in diesem Jahr durch die Erweiterung der Datengrundlage um die an der Kalkulation teilnehmenden verpflichteten Krankenhäuser verringert wurde. Die Fallzahl der Kalkulationsdaten im Bereich Psychosomatik ist gegenüber dem Vorjahr um 47% gestiegen.

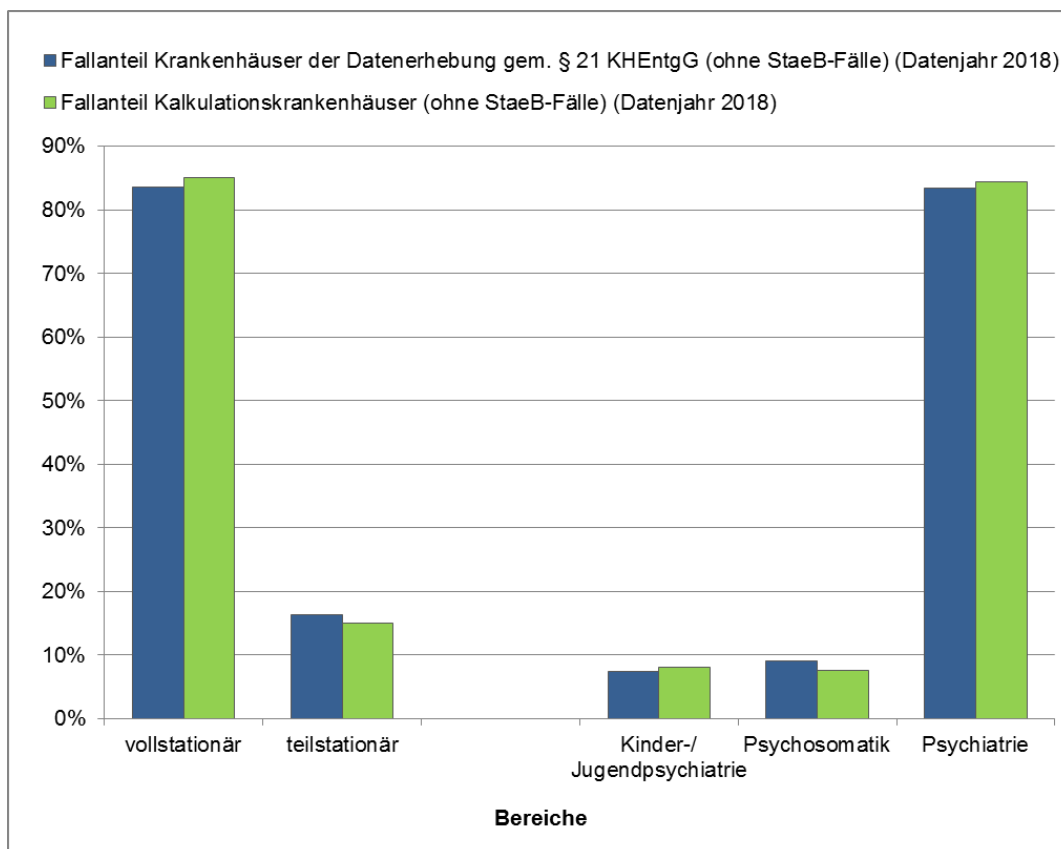


Abbildung 3: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach bestimmten Bereichen

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

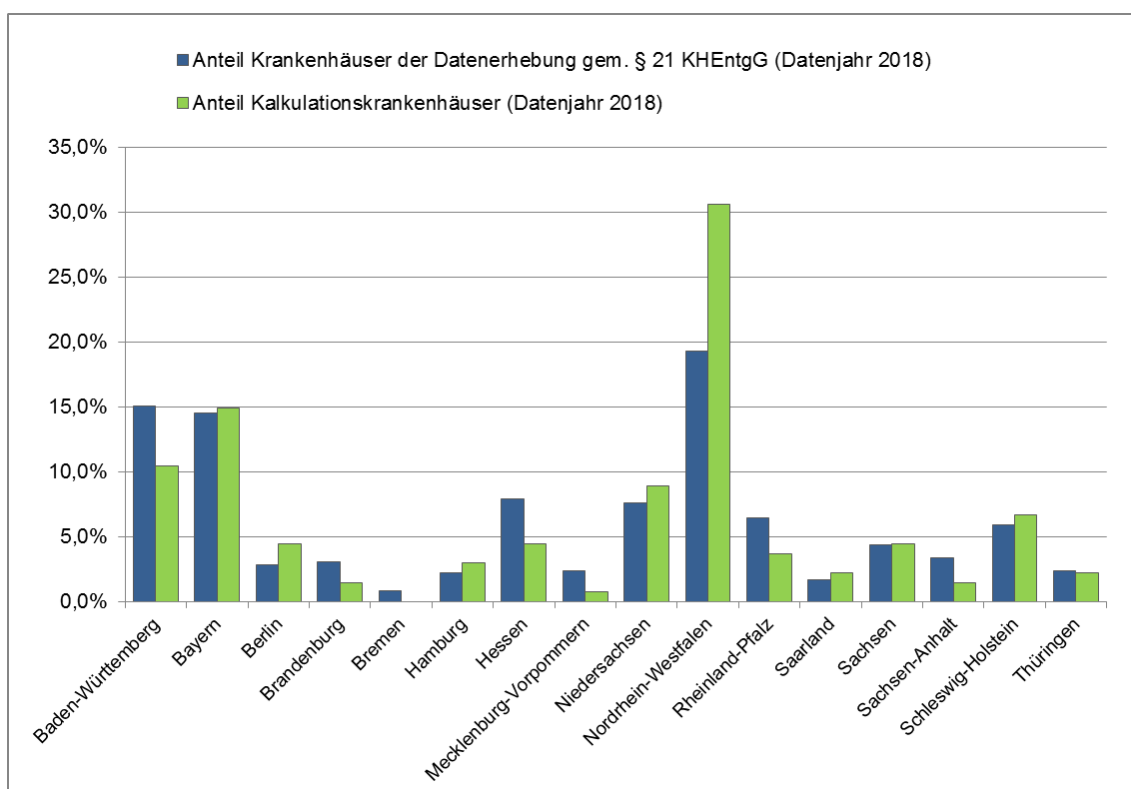


Abbildung 4: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach dem Bundesland der Krankenhäuser

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

Die Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser zeigt Abbildung 5. Bei der Gegenüberstellung der Kalkulationskrankenhäuser mit Krankenhäusern der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG zeigt sich auch für das Datenjahr 2018 bei den Kalkulationskrankenhäusern ein Übergewicht der Krankenhäuser ab einer Größe von mehr als 100 Betten. Bei den Kalkulationskrankenhäusern sind kleine Krankenhäuser mit bis zu 100 Betten mit einem geringeren Anteil als ihrem Anteil an der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG vertreten. Gleichzeitig stellt die höhere Beteiligung großer Krankenhäuser die Abdeckung des gesamten Leistungsspektrums mit ausreichenden Fallzahlen sicher.

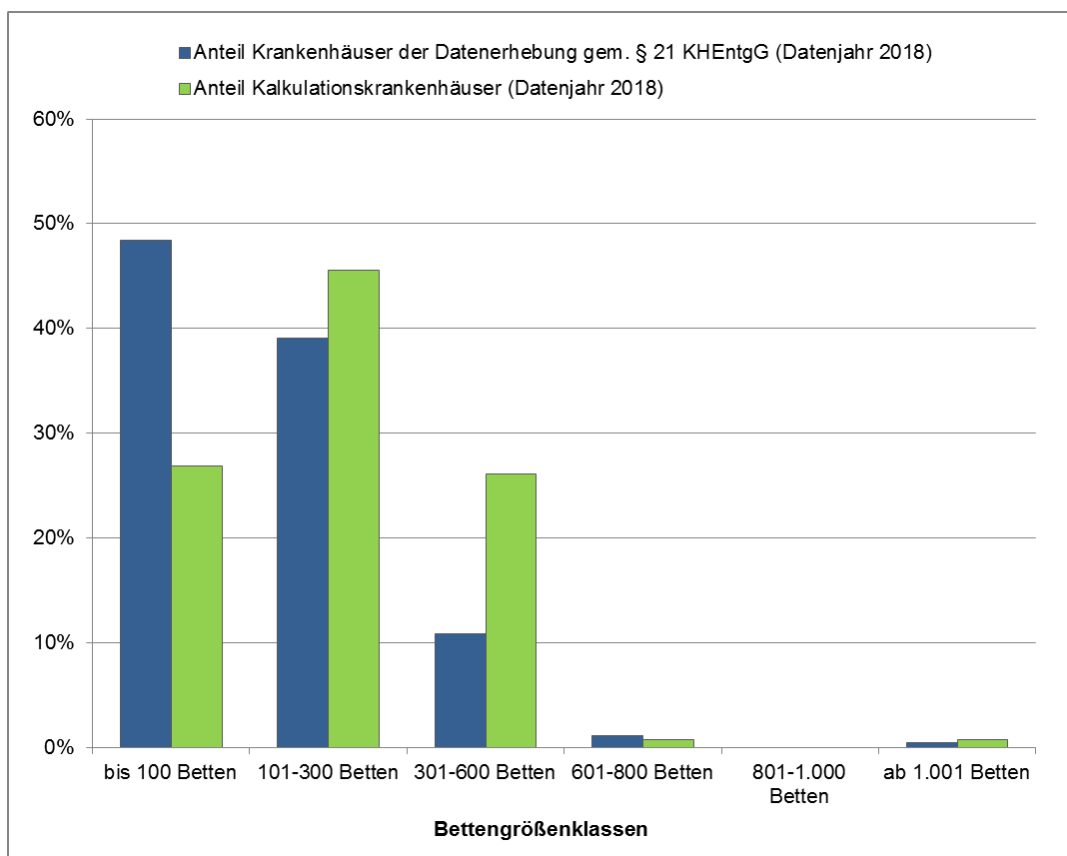


Abbildung 5: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser (nach Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG)

Abbildung 6 zeigt die Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser. Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft sind bei den Kalkulationskrankenhäusern wie im Vorjahr im Vergleich zu den Krankenhäusern der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG überproportional und Krankenhäuser in freigemeinnütziger bzw. privater Trägerschaft unterproportional vertreten. Es ist jedoch eine Steigerung des Anteils von 4,3% im Datenjahr 2017 auf 14,2% im Datenjahr 2018 bei Krankenhäusern in privater Trägerschaft zu verzeichnen.



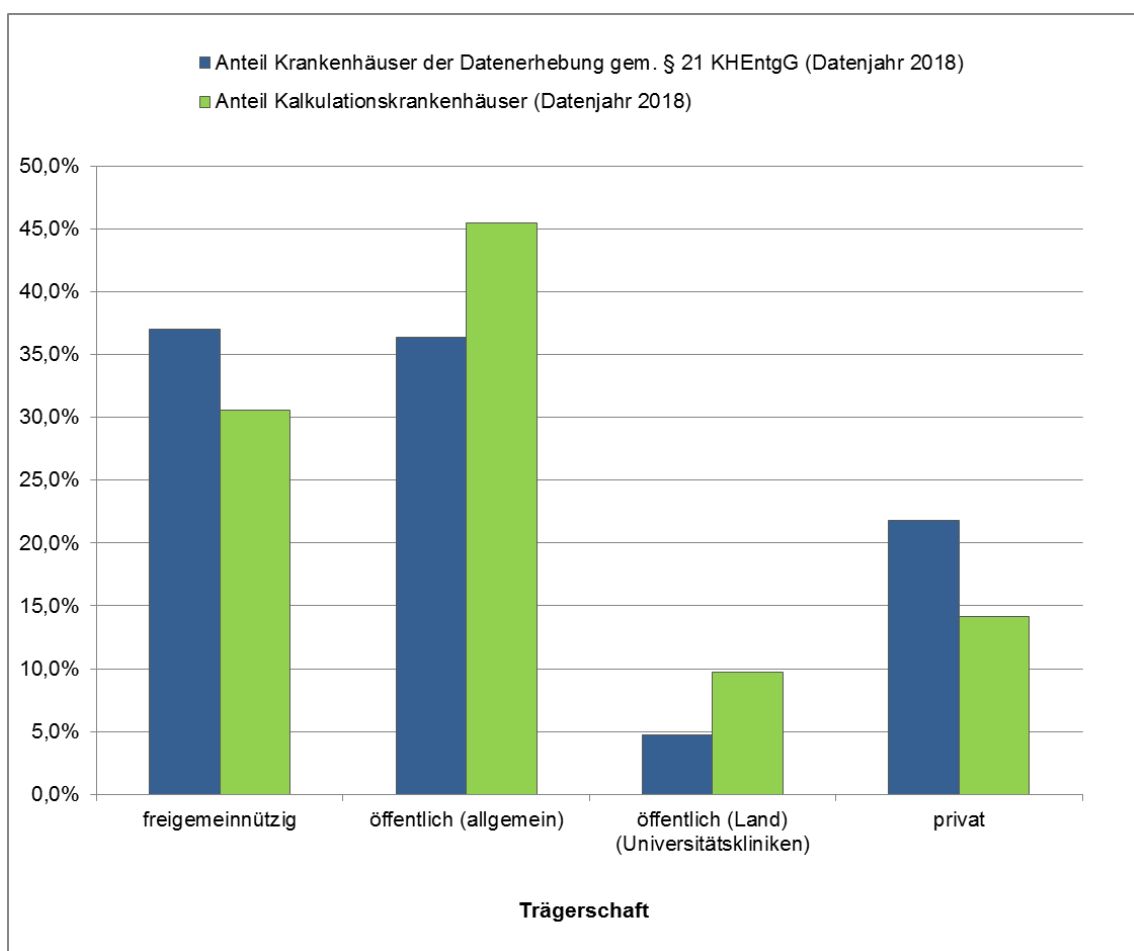


Abbildung 6: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser

Im Datenjahr 2018 rechneten insgesamt 499 Einrichtungen auf Basis des PEPP-Entgeltsystems ab, davon waren 123 Einrichtungen Kalkulationsteilnehmer.

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

## 2.2 Datenaufbereitung

### 2.2.1 Fallzusammenführung

Die Daten des Jahres 2018 wurden – sofern nicht aufgrund der Umstellung auf die PEPP-Abrechnung bereits in den Originaldaten geschehen – nachträglich auf Basis der Regelungen des § 2 der Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2019 (PEPPV 2019) zusammengefasst. Die Fallzusammenführung wurde auf dem Datenbestand der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG durchgeführt. Im Ergebnis waren 1,6% (Vorjahr: 2,0%)

aller voll- und teilstationären Fälle der Gesamtmenge der Kalkulationskrankenhäuser von der nachträglichen Fallzusammenführung betroffen.

## 2.2.2 Bereinigungen und Korrekturen

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

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

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

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

Bereinigung	Anzahl Fälle
Vorstationäre Fälle ohne anschließende vollstationäre Behandlung und Begleitpersonen	20.406
Nicht vollständig kalkulierte Überlieger	19.352

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

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

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

Als hochspezialisierte Leistungen wurden im Rahmen der PEPP-Kalkulation solche Leistungen identifiziert, die originär keinen Bezug zur Kernleistung im Bereich Psychiatrie bzw. Psychosomatik aufweisen, wie z.B. Strahlentherapie, Gabe von Blut oder Gabe von Medikamenten bei Chemotherapie. Der Vollständigkeit halber sei darauf hingewiesen, dass es sich hierbei nicht um Standardleistungen aus dem Bereich Psychiatrie bzw. Psychosomatik handelt. Die für diese Leistungen ausgewiesenen Zusatzentgelte sollen lediglich extrem aufwendige Leistungen für somatische Erkrankungen vergüten, die in Einzelfällen auch im PEPP-Entgeltbereich behandlungsbedürftig sind. Demgegenüber wurde als originär psychiatrisch-psychosomatische Leistung die Elektrokonvulsionstherapie (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 jeweiligen Fallkosten abgezogen (siehe Kap. 2.2.3). Beispielsweise wurden bei Erbringung der Leistung „Elektrokonvulsionstherapie“ 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)
- 1:1-Betreuung bei Erwachsenen ab mehr als 6 Stunden (OPS-Kode 9-640.06 bis 9-640.08)
- Einzelbetreuung bei Kindern und Jugendlichen ab mehr als 8 Stunden (OPS-Kode 9-693.13 bis 9-693.15)
- Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe bei Kindern und Jugendlichen ab mehr als 8 Stunden (OPS-Kode 9-693.03 bis 9-693.05)

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

	Daten gem. § 21 KHEntgG			Kalkulationsdaten		
	Fälle	Pflegetage	Anzahl KH	Fälle	Pflegetage	Anzahl KH
<b>Gesamtmenge (wie geliefert)</b>	1.131.218	30.425.978	591	392.103	10.615.959	134
davon vollstationär	956.678	25.220.723	537	335.861	8.932.094	132
davon teilstationär	174.540	5.205.255	503	56.242	1.683.865	125
<b>Grundmenge *</b>	1.051.158	30.355.154	591	346.798	9.403.504	134
davon vollstationär	878.743	25.151.438	522	294.692	7.881.781	132
davon teilstationär	172.415	5.203.716	503	52.106	1.521.723	125

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

Tabelle 3: Datenmengen der Datenlieferung gem. § 21 KHEntgG und der Kalkulationsdaten, ohne Fälle mit stationsäquivalenter Behandlung, Datenjahr 2018

### 2.2.3 Ergänzende Datenbereitstellung

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

- Patienten, die nach richterlicher Anordnung (gemäß PsychKG oder §§ 1631b bzw. 1906 BGB) untergebracht wurden
- Leistungen der Elektrokonvulsionstherapie und der Strahlentherapie
- Gabe von Medikamenten

#### **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 74 der 134 teilnehmenden Einrichtungen Angaben zur Verfügung gestellt. Insgesamt wurden 19.380 Fälle mit richterlicher Anordnung gem. §§ 1631b bzw. 1906 BGB und 20.482 Fälle mit sofortiger/einstweiliger Unterbringung gemäß PsychKG übermittelt und konnten in den Kalkulationsdaten 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.

### **Elektrokonvulsionstherapie**

Wie bereits in Kapitel 2.2.2 angeführt, wurde die Elektrokonvulsionstherapie (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 Vorbereitungs-, Narkose- und Nachbereitungs-/Überwachungszeit
- Art und Anzahl der an der jeweiligen EKT-Sitzung beteiligten Berufsgruppen

In diesem Jahr war es dank der von den Krankenhäusern bereitgestellten guten Datenbasis erstmalig möglich, eine Bewertung des Zusatzentgelts Elektrokonvulsionstherapie vorzunehmen. Die im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung zur Verfügung gestellten detaillierten Informationen erlaubten eine tiefgehende Plausibilisierung der übermittelten Datensätze, insbesondere der Kosten in den Kostenstellengruppen 5 (Anästhesie) und 26 (Andere Therapie). Vereinzelt Datensätze einzelner Krankenhäuser konnten wegen fehlerhafter Kostenzuordnung für die Bewertung des Zusatzentgelts nicht berücksichtigt werden. Die Bewertung des Zusatzentgelts folgt der Differenzierung des OPS-Kodes 8-630.- nach „Grundleistung“ und „Therapiesitzung“. Zusammenfassend wurde für die Grundleistung der Elektrokonvulsionstherapie (OPS-Kode 8-630.2) ein Zusatzentgelt in Höhe von 385,55 € und für die Therapiesitzung (OPS-Kode 8-630.3) ein Zusatzentgelt in Höhe von 271,41 € ermittelt.

<b>Elektrokonvulsionstherapie</b>	<b>OPS</b>	<b>Anzahl Tage</b>	<b>Mittelwert Kosten (inkl. Anästhesie)</b>
Grundleistung	8-630.2	1.564	385,55 €
Therapiesitzung	8-630.3	12.405	271,41 €

*Tabelle 4: Elektrokonvulsionstherapie Anzahl Tage und Mittelwert Kosten*

### **Strahlentherapie**

Aufgrund der unzureichenden Datenlage konnten für den PEPP-Entgeltkatalog 2020 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 Elektrokonvulsionstherapie als zweite originär psychiatrisch-psychosomatische Zusatzentgelt-fähige Leistung identifiziert. Um die verschiedenen Vorschläge aus dem Vorschlagsverfahren besser analysieren zu können, wurden auch für das Datenjahr 2018 alle einzeln 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 65.389 Datensätze für 6.669 identifizierbare Fälle aus 76 Kalkulationskrankenhäusern übermittelt. Damit lag zwar eine umfangreiche Datenlage vor, jedoch ist für die Einführung weiterer medikamentenspezifischer Zusatzentgelte auch eine fachliche Bewertung erforderlich, sodass bis zur Erstellung eines mit den Fachgesellschaften abgestimmten Gesamtkonzepts keine weiteren Veränderungen in diesem Bereich vorgenommen wurden. Daher bleibt weiterhin die *Gabe von Paliperidon, intramuskulär* im PEPP-Entgeltkatalog 2020 als unbewertetes Zusatzentgelt bestehen (vgl. auch Kap. 3.1.4).

### **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 Mehrebenen-Ansatz in Matrixstruktur durchgeführt, um der Vielschichtigkeit von Fehlermöglichkeiten Rechnung tragen zu können.

Wie in den Vorjahren wurden die Datensätze in drei verschiedenen Prüfungsebenen jeweils auf 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 ökonomischen Kosten- und den medizinischen 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 die Leistungen der Ergänzenden Tagesentgelte bzw. psychiatriespezifischen Zusatzentgelte gelegt. Beispielsweise wurde die umfangreiche Datenbereitstellung im Bereich der Medikamente zur Plausibilisierung der Kostenwerte in der Kostenartengruppe 4b (Einzelkosten Medikamente) herangezogen und nur die Werte nachgefragt, die durch diesen Abgleich nicht erklärt werden konnten.

### **2.2.5 Datenausschluss**

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

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

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

Die Datenprüfungen führten zum Ausschluss von insgesamt 13.929 voll- und teilstationären Fällen (Vorjahr: 9.845 Fälle). Davon ist mit 11.100 Fällen der überwiegende Anteil auf den vollständigen Ausschluss der Datensätze von sieben Krankenhäusern zurückzuführen (3,2%).

2.829 voll- und teilstationäre Datensätze (0,8%; Vorjahr: 0,8%) mussten aufgrund schwerwiegender Fehler mit Auswirkung auf die mittleren Tageskosten von der Kalkulationsmenge ausgeschlossen werden. Eine der häufigsten Ausschlussursachen vollstationärer Fälle war z.B. die fehlerhafte Kostenzuordnung auf den Stationskostenstellen. Tabelle 5 gibt einen Überblick über die Gründe, warum vollstationäre Datensätze aus der Kalkulationsdatenmenge ausgeschlossen wurden.

Kalkulations- bzw. Kodierfehler	Fallzahl
Fehlerhafte Kostenzuordnung auf Stationskostenstellen	950
Kalkulationsfehler des Hauses	391
Keine Kosten für den vollstationären Aufenthalt übermittelt	302
Anzahl Anwesenheitstage stimmt nicht mit der Anzahl der übermittelten Tage mit Kosten überein	145
Fehlerhafte Kostenzuordnung auf Therapiekostenstellen	126
Kodierung und Kostenzuordnung stimmen nicht überein	81
Fehlende Gesamtkosten wg. Fallzusammenführung gem. Regel mit Fall ohne Kosten	75
Keine Kosten für den Bereich Station übermittelt	38
Aufnahme wegen diagnost. Leistungen (Radiologie/Labor) bzw. OP	6
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>2.114</b>

Tabelle 5: Ausschlussgründe für vollstationäre Datensätze (Datenjahr 2018)

Insgesamt ergab sich eine neue Kalkulationsdatenbasis mit 332.869 Fällen aus 127 Einrichtungen (Zunahme von rund 17% gegenüber dem Vorjahr). Dies entspricht einem Anteil von rund 31,7% an den identisch selektierten Daten gem. § 21 KHEntgG (vgl. auch Tab. 3, Tab. 6).

	Fälle			Pflegetage		
	vollstationär	teilstationär	Summe	vollstationär	teilstationär	Summe
<b>Gesamtmenge (wie geliefert)</b>	335.861	56.242	392.103	8.932.094	1.683.865	10.615.959
<b>Grundmenge*</b>	294.692	52.106	346.798	7.881.781	1.521.723	9.403.504
Gesamthaus-Löschungen	8.897	2.203	11.100	228.144	58.483	286.627
Einzelfall-Löschungen	2.114	715	2.829	35.211	17.556	52.767
<b>Kalkulationsmenge</b>	<b>283.681</b>	<b>49.188</b>	<b>332.869</b>	<b>7.618.426</b>	<b>1.445.684</b>	<b>9.064.110</b>

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

Tabelle 6: Kalkulationsdatenmenge, Datenjahr 2018



## 2.2.6 Kalkulationsmethode für die Ergänzenden Tagesentgelte

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

Die Kalkulation der Ergänzenden Tagesentgelte für den PEPP-Entgeltkatalog 2020 erfolgte analog zu den Vorjahren (vgl. auch Kap. 2.2.6 des Abschlussberichts zur Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) für das Jahr 2016).

## 2.2.7 Stationsäquivalente Behandlung

Im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) hat der Gesetzgeber in § 115d SGB V die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung als neue Krankenhausleistung für psychisch Kranke mit Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit definiert. Mit der „Vereinbarung zur Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung nach § 115d Abs. 2 SGB V“ vom 1. August 2017 wurden die Grundsätze der Leistungserbringung der stationsäquivalenten Behandlung festgelegt. Entsprechend konnten für das Datenjahr 2018 erstmals Kostendaten für Fälle mit stationsäquivalenter Behandlung geliefert werden.

Insgesamt fünf Kalkulationskrankenhäuser lieferten Kostendaten im Erwachsenenbereich. Ein Kalkulationskrankenhaus lieferte zusätzlich Kostendaten im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie. Von den fünf Kalkulationskrankenhäusern wies ein Krankenhaus mehr als 50% der insgesamt gelieferten Datensätze auf.

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung	Kalkulationsdaten			§ 21-Daten		
	Anzahl Einrichtungen	Fallzahl	Pflegetage	Anzahl Einrichtungen	Fallzahl	Pflegetage
QA80Z (bei Erwachsenen)	5	119	2.484	13	372	9.244
QK80Z (bei Kindern und Jugendlichen)	1	14	264	2	29	775
PF05Z (Fehlkodierung)	1	2	34	1	2	34
<b>Gesamt</b>	<b>5</b>	<b>135</b>	<b>2.782</b>	<b>13</b>	<b>403</b>	<b>10.053</b>

Tabelle 7: Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung, Datenjahr 2018

Im ersten Jahr der Kalkulation waren noch erhebliche Schwierigkeiten bei der Kalkulation der stationsäquivalenten Behandlung zu verzeichnen. Neben grundsätzlich fehlenden Kostendaten in der Kostenstellengruppe 27 (stationsäquivalente Behandlung) stimmte bei einem großen Anteil der gelieferten Tage die OPS-Kodierung einzelner Berufsgruppen nicht mit in einzelnen Modulen ausgewiesenen Kosten überein. Aufgrund der geringen Datenmenge und der noch nicht vollständig kongruenten Datenlage war im ersten Jahr der Kalkulation für den PEPP-Entgeltkatalog 2020 weder eine Bewertung der stationsäquivalenten Behandlung noch eine Überprüfung zur möglichen Differenzierung der bestehenden PEPP-Entgelte möglich.

## 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 (S. 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 Pflagestage in den Daten gem. § 21 KHEntgG
- 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 Pflagestage

### 2.3.1 Sonderkonstellationen

Wie im Vorjahr waren diejenigen PEPP gesondert 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 Pfllegetagen enthalten, auch wenn das Erreichen der PEPP mit weniger Pfllegetagen theoretisch mglich wre (wie z.B. bei der PEPP P003B oder P003C; vgl. Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems fr Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) fr das Jahr 2016, Kap. 2.3.1).

In diesem Jahr wurden wie bereits in den Vorjahren die PEPP TA20Z und TP20Z gemeinsam kalkuliert, da fr die PEPP TA20Z und TP20Z bei hnlichem Leistungsspektrum keine nennenswerten Kostenunterschiede zwischen den beiden Fallgruppen erkennbar waren. Die daraus resultierende hohe Fallzahl ermoglichte eine stabile Kalkulationsbasis. Zudem konnte der Einfluss der Stichprobenzusammensetzung der beiden Fallgruppen auf das Kalkulationsergebnis relativiert werden.

### 2.3.2 Normierung der Bewertungsrelationen

Analog zum Vorjahr wurden fr die Berechnung der Bezugsgrge zunchst alle voll- und teilstationren Flle gem. § 21 KHEntgG im Entgeltbereich „PSY“ nach dem PEPP-System 2020 gruppiert. Flle in unbewerteten PEPP (Anlage 1b und 2b des PEPP-Entgeltkatalogs 2020) blieben bei der weiteren Berechnung unbercksichtigt. Fr Flle in Fehler-PEPP wurde als Schtzwert eine Bewertungsrelation von 1,0000 je Tag verwendet.

Darber hinaus wurde allen Fllen fr die relevanten Behandlungstage das entsprechende Ergnzende Tagesentgelt (siehe Kap. 2.2.6) gemf OPS-Kodierung mit der jeweiligen Bewertungsrelation zugeordnet.

Die Bezugsgrge wurde so gewhlt, dass fr voll- und teilstationre Flle in bewerteten PEPP oder Fehler-PEPP gilt:

$$\begin{aligned} & \text{Summe Bewertungsrelationen aus PEPP-Gruppierung} \\ + & \text{ Summe Bewertungsrelationen aus Ergnzenden Tagesentgelten} \\ \triangleq & \text{ Summe Pfllegetage} \end{aligned}$$

Damit betrgt die durchschnittliche Bewertungsrelation je Tag (inklusive Ergnzender Tagesentgelte) 1,0000.

Die Bezugsgrge fr den PEPP-Entgeltkatalog 2020 betrgt bei dieser Methodik 262,46 €.

### **3 PEPP-Entgeltsystem 2020**

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

##### **3.1.1 Ausgangssituation**

Grundlage der Weiterentwicklung der PEPP-Klassifikation waren die Daten des Jahres 2018 und damit die gemäß ICD-10-GM Version 2018 bzw. OPS Version 2018 verschlüsselbaren Diagnosen und Prozeduren sowie die nach § 301 Abs. 3 SGB V, Anlage 2, Schlüssel 6 für das Jahr 2018 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.

Die zunehmende Erfahrung der Krankenhäuser sowie der hohe Anteil von Echtabrechnungsfällen in den Daten nach § 21 KHEntgG führten zu einer Verbesserung der Datengrundlage und der Kodierqualität. Durch die vereinheitlichte und differenzierte Kodierung besteht die Möglichkeit einer zunehmenden internen sowie externen Kontrolle.

Für das PEPP-Entgeltsystem 2020 wurde die bisher aus an der Kostenerhebung teilnehmenden Krankenhäusern zusammengesetzte Stichprobe um weitere Krankenhäuser ergänzt, die zur Teilnahme an der Kostenerhebung verpflichtet wurden. Mittels Losverfahren wurden 20 Krankenhäuser aus dem Entgeltbereich „PSY“ ermittelt, die ab dem Datenjahr 2017 fünf Jahre lang verpflichtet sind, an der Datenlieferung teilzunehmen. Basis der Ziehung waren Krankenhäuser, die aufgrund ihres Leistungsspektrums und ihrer Trägerschaft einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Repräsentativität leisten können. Insgesamt konnte die Datengrundlage im PEPP-Entgeltsystem durch die neuen Kalkulationshäuser erhöht werden.

Auch nach Inkrafttreten des PsychVVG, das statt der ursprünglichen Etablierung des Entgeltsystems als Preissystem eine Neuorientierung zu einem Entgeltsystem als Budgetinstrument vorsieht, bleibt die leistungsorientierte Vergütung in Form der PEPP-Entgelte weiterhin relevant: einerseits für die unmittelbare fallgerechte Abrechnung des einzelnen Patienten zwischen Krankenhaus und Krankenkasse, andererseits als Leistungsparameter im vorgesehenen leistungsorientierten Krankenhausvergleich nach § 4 BPfIV und damit als Grundlage für die Krankenhäuser, ihr Budget leistungsgerecht zu vereinbaren.

Zusätzlich wurde durch das PsychVVG mit der stationsäquivalenten Behandlung ein neuer Leistungsbereich für psychiatrische Krankenhäuser eingeführt, der ab dem PEPP-System 2018 über zusätzliche Strukturkategorien – für die stationsäquivalente

Behandlung Erwachsener sowie für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen – abgebildet wird (siehe Kap. 3.2.7).

### **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 Abschlussbericht für das PEPP-System 2016 wurde ausführlich auf die Gültigkeit von Merkmalen eingegangen. An dieser Stelle sei daher lediglich noch einmal darauf verwiesen, dass zwischen Patientenmerkmalen (Diagnosen, bestimmten OPS-Kodes wie z.B. Pflegebedürftigkeit) 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. Beispielhaft dafür sind die Ergänzenden Tagesentgelte.

### **3.1.3 Grundlagen der PEPP-Klassifikation**

Der grundlegende Aufbau der PEPP-Klassifikation in drei Ebenen, Strukturkategorie (SK) – Basis-PEPP – PEPP, wurde strukturell unverändert aus den Vorjahren übernommen und inhaltlich seit dem PEPP-System 2018 durch die Strukturkategorien für die stationsäquivalente Behandlung Erwachsener sowie von Kindern und Jugendlichen ergänzt. Zu den weiteren Einzelheiten und Ausführungen zur Klassifikationsgrundlage wird daher auf den Vorjahresbericht verwiesen.

#### **3.1.3.1 Fehler-PEPP**

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

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

PF02Z *Fehlkodierung bei psychosomatisch-psychotherapeutischer Komplexbehandlung bei Erwachsenen*

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

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

PF05Z *Fehlkodierung bei stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung*

### **Besondere Konstellation:**

#### **Wiederaufnahme am gleichen Tag mit zwei Kodes für die Behandlungsart**

Eine besondere Konstellation kann entstehen, wenn ein Patient verlegt oder entlassen und innerhalb des gleichen Tages wieder aufgenommen wird und nicht nur für den Neubeginn der Behandlung mit dem 2. Teilaufenthalt, sondern auch für diesen letzten Tag des 1. Teilaufenthalts – z.B. wegen Wechsel der Behandlungsart – ein OPS-Kode für die Behandlungsart (z.B. OPS-Kodes 9-60 bis 9-63) an diesem Tag gesetzt wird.

Werden dem Grouper die Daten (OPS-Kode und Fachabteilungsschlüssel) mit Zeitstempel übergeben, erkennt der Grouper-Algorithmus die Reihenfolge (OPS-Kode für 1. Teilaufenthalt → FAB0001 oder FAB0002 → OPS-Kode für 2. Teilaufenthalt). Der OPS-Kode für den 1. Teilaufenthalt wird dann nicht verwendet und der Fall – sofern keine anderen Fehler vorliegen – in eine reguläre PEPP gruppiert. Werden keine Zeitstempel mit OPS-Kode und FAB übergeben, kann der Grouper keine Reihenfolge ermitteln, beide OPS-Kodes bleiben gültig und der Fall wird – wegen zwei sich ausschließender OPS-Kodes am gleichen Tag – in die Fehler-PEPP PF04Z eingruppiert. Hier kann es je nach verarbeitetem Datensatz (mit oder ohne korrekte Uhrzeiten) zu technischen Abweichungen in der Gruppierung kommen, wobei das Ergebnis der Gruppierung mit Uhrzeiten das inhaltlich korrekte Ergebnis darstellt (siehe Abb. 7).

Tag n-1	Tag n					Tag n+1
	4 Uhr	8 Uhr	12 Uhr	16 Uhr	20 Uhr	
Psychiatrie FAB2900	Entl./Verl. FAB0001/FAB0002 Tag n 08:00 – 20:00 Uhr		Psychiatrie FAB2900			
Intensivbeh. 1 Mm OPS 9-617	Regelbehandlung OPS 9-607 Tag n, 0:00 Uhr	Intensivbehandlung 3 Merkmale OPS 9-619 Tag n, 20:00 Uhr				

Abbildung 7: Beispiel: Werden die OPS und FAB mit Uhrzeiten übergeben und liegt damit an Tag n der OPS 9-607 vor der FAB0001 bzw. FAB0002 und der OPS 9-619 danach, so entsteht durch diese Konstellation kein Fehler; für Tag n ist der OPS 9-619 gültig. Ohne Uhrzeiten (entspricht für den Grouper: Alle Daten mit Uhrzeit 00:00 Uhr) resultiert daraus die Fehler-PEPP PF04Z.

Wird nach der FAB0001 oder FAB0002 kein weiterer Kode für eine Behandlungsart verschlüsselt, bleibt der OPS-Kode von vor der Entlassung oder Verlegung weiter gültig. Damit wird hier der zusammengeführte Fall als ganzer Fall angesehen, wie es in den DKR-Psych vorgesehen ist.

### 3.1.3.2 „Reste“-PEPP

Sowohl für den vollstationären als auch für den teilstationären Bereich gibt es sogenannte „Reste“-PEPP, die mit dem Kürzel \*98Z bzw. \*99Z enden und der Abbildung von Fällen dienen, die entweder keine neuropsychiatrische Hauptdiagnose, aber eine neuropsychiatrische Nebendiagnose oder aber gar keine neuropsychiatrische Diagnose aufweisen. Diese PEPP sind unbewertet und als krankenhausesindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 BpflV zu vereinbaren, 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, ist bei bestimmten spezialisierten Leistungen die Vergütung mittels Zusatzentgelten sachgerecht. Im Zuge der Weiterentwicklung der PEPP-Klassifikation 2020 wurden zahlreiche Leistungen auf eine mögliche Abbildung als Zusatzentgelt untersucht. Als Ergebnis wurde zum einen für die folgenden Leistungen die Abbildung als unbewertetes Zusatzentgelt bestätigt:

ZP2019-02      *Strahlentherapie*

ZP2019-26      *Gabe von Paliperidon, intramuskulär*

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

Zum anderen konnte für das Zusatzentgelt für die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) erstmals ein einheitlicher Preis kalkuliert werden (siehe Tab. 4 in Kap. 2.2.3). Der Grundleistung (OPS-Kode 8-630.2) wird das Zusatzentgelt ZP73.01 und der Therapie-sitzung (OPS-Kode 8-630.3) das Zusatzentgelt ZP73.02 zugeordnet. Dies wurde aufgrund der nochmals verbesserten Datengrundlage und mehrjährigen Erfahrung der Kalkulationskrankenhäuser bei der Kostenkalkulation ermöglicht.

### **3.1.5      Vorschlagsverfahren**

#### **3.1.5.1    Hintergrund**

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

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

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

#### **3.1.5.2    Beteiligung**

Auch für das Vorschlagsverfahren 2020 bestand eine deutliche Zurückhaltung bei Vorschlägen zur Weiterentwicklung des PEPP-Systems.

Die Vorschläge kamen überwiegend von einzelnen Kliniken. Insgesamt waren für diese Kalkulationsrunde 12 Vorschläge (Vorjahr: 13), teilweise mit mehreren Hinweisen in einem Vorschlag, von acht Institutionen (Vorjahr: 9) eingegangen (siehe Tab. 8).



Institution	Vorschläge
Vorschläge von Krankenhäusern/Trägern	9 (8)
Vorschläge von Verbänden	2 (3)
Vorschläge von Beratungsunternehmen	0 (2)
Vorschläge von Krankenkassen	1 (0)
Vorschläge der Selbstverwaltung	0 (0)

Tabelle 8: Vorschlagende Institutionen im Vorschlagsverfahren

Die Vorschläge bezogen sich inhaltlich in erster Linie auf einen der folgenden Themenschwerpunkte (siehe Tab. 9):

Thema	Anzahl
Zusatzentgelte	9 (4)
Kinder- und Jugendpsychiatrie	2 (1)
Allgemeine Psychiatrie	0 (7)
Psychosomatik	0 (0)
Sonstiges (Strukturen, Abrechnungsregeln, ...)	1 (1)

Tabelle 9: Inhaltliche Themenschwerpunkte im Vorschlagsverfahren

Vorschläge bezüglich der Zusatzentgelte bezogen sich mehrheitlich auf noch nicht im Datensatz identifizierbare Leistungen, wie z.B. die „Gartentherapie“ bei Demenzerkrankungen. Diese Vorschläge konnten aufgrund eines fehlenden Leistungsbezeichners somit nicht analysiert werden. Vorschläge, die sich primär auf Abrechnungsbestimmungen bezogen, werden generell an die Selbstverwaltung weitergeleitet. Vorschläge, die sich primär auf die Einführung von OPS-Kodes für bestimmte Leistungen bezogen, wurden an das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) weitergeleitet. Alle anderen Vorschläge wurden vom InEK eingehend geprüft und in Bezug auf ihre Relevanz für das PEPP-System analysiert und hinsichtlich der daraus resultierenden Gruppierungsergebnisse berechnet.

### 3.1.5.3 Veröffentlichung der Vorschläge

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

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

### 3.1.5.4 Analysen zu Vorschlägen aus dem Vorschlagsverfahren

Inhaltlich bezogen sich die Vorschläge aus dem Vorschlagsverfahren u.a. auf

- die Berücksichtigung der *Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern und der Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit nicht multiresistenten, isolationspflichtigen Erregern*,
- die Erweiterung der *Strukturkategorie Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)* um junge Erwachsene zwischen 18 und 20 Jahren, die in einer psychosomatischen Fachabteilung behandelt werden,
- die Etablierung eines Zusatzentgelts für die *Diagnostik bei Verdacht auf eine Gefährdung des Kindeswohls bzw. der Kindergesundheit* (OPS-Kode 1-945),
- die Berücksichtigung der *psychiatrisch-psychosomatischen Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting)* (OPS-Kode 9-68) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie,
- das Abschaffen des bestehenden Zusatzentgelts für Paliperidon und Abbildung dieser Leistung innerhalb der Basis-PEPP PA03 *Schizophrenie, [...]*.

Aus dem Vorschlagsverfahren 2020 konnten zwei Vorschläge in das PEPP-System 2020 integriert werden. Ursachen für die gegenwärtig (noch) fehlende Berücksichtigung von Diagnosen und Prozeduren im Entgeltsystem sind entweder

- deren insgesamt seltene Verschlüsselung (geringe Fallzahl mit entsprechendem Kriterium),
- die Verwendung des Leistungsbezeichners durch nur eine sehr geringe Anzahl an Krankenhäusern,
- der fehlende Kostenunterschied zwischen Fällen mit und ohne jeweils untersuchte Leistungsbezeichner oder
- die fehlende Erkennbarkeit der spezifischen Leistungen im Datensatz.

### 3.1.5.5 Ergebnisse der umgesetzten Vorschläge

Die Behandlung von Fällen mit Infektion durch multiresistente oder nicht multiresistente, isolierungspflichtige Erreger kann über folgende OPS-Kodes verschlüsselt werden:

- 8-987.0 *Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern („MRE“) auf spezieller Isoliereinheit*
- 8-987.1 *Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern („MRE“) nicht auf spezieller Isoliereinheit*
- 8-98g.0 *Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern („non MRE“) auf spezieller Isoliereinheit*

- 8-98g.1 *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern („non MRE“) nicht auf spezieller Isoliereinheit*

Diese Codebereiche differenzieren jeweils nach Anzahl an Behandlungstagen.

Im Vorschlagsverfahren wurde darauf hingewiesen, dass Fälle mit einer Komplexbehandlung bei Infektion durch MRE oder non MRE aufgrund der typischen, in der Definition der Codes beschriebenen Mehraufwände (z.B. Hygienemaßnahmen, Isolierung) im PEPP-System Berücksichtigung finden sollten. Analysen zeigten, dass diese Fälle erhöhte Kosten aufwiesen und hauptsächlich in der Basis-PEPP PA15 *Organische Störungen [...], Alzheimer-Krankheit oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems* auftreten. Folglich wurden Fälle mit den genannten Codes in die PEPP PA15A eingruppiert (siehe Tab. 10).

OPS-Kode	Inhalt	PEPP
8-987.02; 8-987.03; 8-987.12; 8-987.13	Komplexbehandlung ab 14 Behandlungstagen bei MRE	<b><u>PA15A</u></b>
8-98g.03, 8-98g.04 8-98g.13, 8-98g.14	Komplexbehandlung ab 15 Behandlungstagen bei non MRE	

Tabelle 10: Gruppierungsrelevanz der Codes für Komplexbehandlung bei Infektion durch MRE oder non MRE ab dem PEPP-System 2020

Die Codebereiche für *Komplexbehandlung bei Infektion durch MRE oder non MRE* sind im OPS Version 2018 unterschiedlich gestaffelt (siehe Tab. 11).

OPS-Kode MRE	Behandlungstage	OPS-Kode non MRE	Behandlungstage
8-987.00, 8-987.10	Bis 6	8-98g.00; 8-98g.10	Bis 4
8-987.01, 8-987.11	7-13	8-98g.01; 8-98g.11	5-9
8-987.02, 8-987.12	14-20	8-98g.02; 8-98g.12	10-14
8-987.03, 8-987.13	>20	8-98g.03; 8-98g.13	15-19
		8-98g.04; 8-98g.14	>19

Tabelle 11: Codebereiche für die Komplexbehandlung bei Infektion durch MRE oder non MRE, jeweils auf einer speziellen Isoliereinheit oder nicht auf einer speziellen Isoliereinheit

Da die Codebereiche für MRE und non MRE unterschiedlich gestaffelt sind, war eine vollständig identische Berücksichtigung der beiden Codebereiche nicht möglich.

Im Vorschlagsverfahren wurde darüber hinaus eine Erweiterung der Strukturkategorie *Kinder- und Jugendpsychiatrie* angeregt. Unter Berücksichtigung der Prozeduren aus den Codebereichen 9-65 bis 9-69 (z.B. *Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbe-*

*handlung bei [...] Kindern und Jugendlichen*) sollen auch junge Erwachsene, die in einer psychosomatischen Fachabteilung behandelt werden, mit einem Alter von 18 bis 20 Jahren in die Strukturkategorie *KJP* eingruppiert werden. Diese Codes gelten bei deutlichen Entwicklungsdefiziten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr. Ebenfalls wurde darauf hingewiesen, dass der Fachabteilungsschlüssel (FAB-Schlüssel) 3110 (Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik) nicht in der Liste der FAB-Schlüssel aufgeführt ist, die für die Zuordnung in die Strukturkategorie *KJP* maßgeblich ist. Analysen der Datengrundlage zeigten zwar, dass bereits im PEPP-System 2019 mehr als 95% der von diesem Vorschlagsverfahren beschriebenen Patienten zwischen 18 und 20 Jahren in die Strukturkategorie *KJP* eingruppiert werden. Für die wenigen verbleibenden Fälle aus der Psychosomatik zeigte sich die vorgeschlagene Zuordnung zur *KJP* durch das Alter und den FAB-Schlüssel 3110 (Psychosomatik/Psychoth./Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik) jedoch als sachgerecht. Ab dem PEPP-System 2020 werden folglich Fälle in die Strukturkategorie *KJP* eingruppiert, die

- unter 14 Jahre alt sind oder
- an mindestens 50% der Pflage tage einen Fachabteilungsschlüssel der *KJP*, einschließlich des FAB-Schlüssels 3110 (*Psychosomatik [...] KJP*) aufweisen oder
- zwischen 14 und 20 Jahren alt sind und an mindestens 50% der Pflage tage einen Fachabteilungsschlüssel aus der Psychosomatik aufweisen und die Mindestmerkmale der Behandlung unter Anleitung eines Facharztes für *KJP* erfüllen.

## 3.2 Systematische Analysen und Ergebnisse

### 3.2.1 Grundlagen

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

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

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

- der kodierten Leistungen (OPS-Kode)
- der Nebendiagnosen und Begleiterkrankungen
- weiterer Falldaten, wie z.B. Alter

- weiterer möglicher Veränderungen, z.B. resultierend aus Anträgen oder eigenen Analysen

Daraus resultiert eine Vielzahl von Einzelberechnungen. Diese werden auf den Kalkulationsdaten des Datenjahres 2018 hinsichtlich der Abbildung von Kostenunterschieden analysiert. Ebenso erfolgen Analysen auf den gesamten Daten nach § 21 KHEntgG hinsichtlich der Auswirkungen auf das 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 zum PEPP-System 2020 waren in erster Linie die im Datenjahr 2018 von den Kalkulationskrankenhäusern verschlüsselten Leistungsbezeichner in Form von ICD-10-GM und OPS, jeweils in der Version 2018.

### **3.2.3 Ergänzende Datenbereitstellung**

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

Aus klassifikatorischer Sicht sind dies insbesondere Daten für

- im Datenjahr noch nicht vorhandene, aber bereits im PEPP-System verwendete Diagnose- bzw. Leistungsbezeichner,
- Leistungen, die eine Eignung als Kostentrenner erwarten lassen, deren Leistungsbezeichner (OPS-Kodes) jedoch noch nicht existieren oder noch nicht ausreichend trennscharf formuliert sind und die 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 2020 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.

### 3.2.4 Diagnosen

Wie auch in den Vorjahren wurden alle bisher im PEPP-System gruppierungsrelevanten Diagnosen auf Fortbestehen ihrer Eigenschaft als Kostentrenner überprüft. In diesem Zusammenhang wurden auch alle übrigen in den Daten vorkommenden Diagnosen auf mögliche Kostenunterschiede untersucht. Diagnosen, die bereits in vielen PEPP gruppierungsrelevant sind, beschreiben vor allem erschwerende, somatische Begleiterkrankungen, wie beispielsweise sekundäre bösartige Neubildungen oder terminale Niereninsuffizienz. Ebenfalls als kostentrennend wirken Indizes für Funktionseinschränkungen, wie z.B. schwere kognitive Funktionseinschränkungen oder auch Markerkodes für eine bestehende Schwangerschaft. Im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung konnten weitere Diagnosen in einzelnen PEPP aufgewertet bzw. erstmals berücksichtigt werden. Tabelle 12 zeigt die Diagnosen, die erstmals im PEPP-System 2020 gruppierungsrelevant geworden sind, mit der jeweils angesteuerten PEPP.

Diagnosen	ICD	PEPP
Hepatische Enzephalopathie	K72.72! - Grad 2 K72.73! - Grad 3 K72.74! - Grad 4	PA02B PA15B
Mittlere kognitive Funktionseinschränkung	U51.10 - Erweiterter Barthel-Index: 20-65 Pkt. U51.11 - Kognitiver FIM: 11-29 Pkt. U51.12 - MMSE: 17-23 Pkt.	PA04A
Mittelschwere motorische Funktionseinschränkung	U50.30 - Barthel-Index: 40-55 Pkt. U50.31 - Motorischer FIM: 43-58 Pkt.	PA15A

Tabelle 12: Erstmals im PEPP-System 2020 in der jeweiligen PEPP gruppierungsrelevante Diagnosen

Eine Vielzahl von Diagnosen, die sich in den Vorjahren als Kostentrenner erwiesen haben, konnten für das PEPP-System 2020 in weiteren PEPP als Splitkriterium aufgenommen werden (siehe Tab. 13).

Diagnosen	ICD	PEPP
Sek. BNB Knochen und Knochenmark	C79.5 Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarks	PA04A PA15A PP04A
Chronische Nierenkrankheit	N18.4 - Stadium 4 N18.5 - Stadium 5	PA02B
Schwangerschaft	O09.- Schwangerschaftsdauer	PP04A PA02A

Tabelle 13: Neu aufgenommene Diagnosen zur Abbildung kostenaufwendiger Fälle in den jeweiligen PEPP

Die ICD-Kodes für die Schwangerschaftsdauer fungieren lediglich als Marker dafür, dass eine Patientin schwanger ist. Die genaue Schwangerschaftsdauer ist hingegen im PEPP-System 2020 nicht gruppierungsrelevant. Bei der Überprüfung der bisherigen PEPP-Klassifikation konnten viele der dort verwendeten Diagnosen als Kostentrenner erneut bestätigt werden.

Im Folgenden sind die aufgewerteten Diagnosen nach PEPP sortiert aufgelistet.

■ **Basis-PEPP PA02** *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen*

Fälle, welche die Diagnosen für *Hepatische Enzephalopathie ab Grad 2* aufweisen, werden mit dem PEPP-System 2020 in die PEPP PA02B eingruppiert. Fälle mit einem Markerkode für eine bestehende Schwangerschaft werden von der PEPP PA02B in die höchstbewertete PEPP PA02A und Fälle mit *chronische Nierenkrankheit ab Stadium 4* werden von der PEPP PA02C in die PEPP PA02B aufgewertet.

■ **Basis-PEPP PA04** *Affektive, [...] somatoforme und Schlafstörungen*

Neben Fällen mit *schwerer kognitiver Funktionseinschränkung* werden mit dem PEPP-System 2020 auch Fälle mit *mittlerer kognitiver Funktionseinschränkung* in die PEPP PA04A aufgewertet. Mit den Diagnosen für *Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarks* werden Fälle von der PEPP PA04B in die PEPP PA04A aufgewertet.

■ **Basis-PEPP PA15** *Organische Störungen [...], Alzheimer-Krankheit*

Fälle mit Diagnosen für *bösartige oder sekundäre Neubildung des Gehirns* oder für *schwere oder schwerste motorische Funktionseinschränkungen*, werden auch weiterhin als Kostentrenner identifiziert. Zusätzlich werden im PEPP-System 2020 auch Fälle mit *Sekundärer bösartiger Neubildung des Knochens und des Knochenmarks* oder mit *mittelschwerer motorischer Funktionsein-*

*schränkung* in die PEPP PA15A eingruppiert. Fälle mit *Hepatischer Enzephalopathie ab Grad 2* werden in die PEPP PA15B aufgewertet.

#### ■ **Basis-PEPP PP04 Affektive [...] und Schlafstörungen**

In der Strukturkategorie *Psychosomatik* werden ebenfalls Fälle mit den Diagnosen für *Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarks* oder für eine bestehende Schwangerschaft in die PP04A eingruppiert.

### 3.2.5 Prozeduren

Die im Bereich Psychiatrie und Psychosomatik (Geltungsbereich § 17d KHG) zur Verfügung stehenden Leistungsbezeichner (OPS-Kodes) wurden ähnlich wie die Diagnosen in vollem Umfang analysiert. Tabelle 14 enthält eine Übersicht über die Prozeduren, die im PEPP-System 2020 zusätzliche Gruppierungsrelevanz erhielten.

OPS-Kode	Inhalt	PEPP
8-987; 8-98g	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern (MRE; non-MRE) [...]	<b><u>PA15A</u></b>
9-696	Einzel-Therapieeinheiten KJP	<b><u>PK10A</u></b> , PK14A, PK04A
9-672	Intensivbehandlung KJP	<b><u>PK10A</u></b> , PK04A, PK14A, PK01A, PK02A
9-984.7	Pflegebedürftigkeit ab Grad 2	<b><u>PP04A</u></b> , PA02B, PA03A, PA04B, PA14A

Tabelle 14: Leistungsbezeichner mit veränderter Gruppierungsrelevanz im PEPP-System 2020 (PEPP mit neuer Verwendung sind fett und unterstrichen dargestellt).

#### 3.2.5.1 Komplexbehandlung bei Infektion durch multiresistente oder nicht multiresistente, isolierpflichtige Erreger

Bisher galten fast ausschließlich Prozeduren aus dem Kapitel 9 *Ergänzende Maßnahmen* der OPS-Klassifikation, wozu auch die spezifisch psychiatrisch-psychosomatischen Kodes (z.B. Anzahl der Therapieeinheiten (TE), 1:1-Behandlung) zählen, im PEPP-System als gruppierungsrelevant. Neben dem OPS-Kode 1-790 für die *Kardiorespiratorische Polysomnographie* sind seit dem PEPP-System 2020 auch die Kodes für die *Komplexbehandlung bei Infektion durch multiresistente oder nicht multiresistente, isolierpflichtige Erreger* (8-987; 8-98g) ab 14 bzw. 15 Tagen als Kostentrenner etabliert. Fälle mit diesen Komplexbehandlungen werden, wie im Kapitel 3.1.5.5 ausführlich beschrieben, in die PEPP PA15A *Organische Störungen [...] oder sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems mit komplizierender Konstellation [...]* eingruppiert.



### 3.2.5.2 Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen

Um einen besonders hohen Betreuungsaufwand am Patienten in der allgemeinen Psychiatrie abzugrenzen, wird im PEPP-System die Funktion „Mäßig erhöhter Betreuungsaufwand“ bzw. die Zuordnung zu einer Kategorie der Prä-PEPP P003 „Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung, Krisenintervention, komplexer Entlassungsaufwand“ genutzt. Sie beinhaltet die sehr pflegeintensiven Codebereiche für die *1:1-Betreuung* (OPS-Kode 9-640), die *Krisenintervention* (OPS-Kode 9-641) und den *komplexen Entlassungsaufwand* (OPS-Kode 9-645). Diese Codebereiche werden anhand der geleisteten Stunden (Zeitklassen) differenziert, wobei die Krisenintervention und der komplexe Entlassungsaufwand zusätzlich jeweils nach behandelnder Berufsgruppe (Arzt/Psychologe und Spezialtherapeut/Pflegefachpersonal) unterteilt werden. Die jeweiligen Bedingungen setzen sich aus der Summe an geleisteten Stunden zusammen. Diese wiederum führen ab einem Gesamtaufwand von mehr als 100 Stunden in die Prä-PEPP P003C bzw. bei mindestens 41 Stunden auf Ebene der Strukturkategorie *Psychiatrie* zu einer Eingruppierung in die jeweils höher bewertete PEPP (siehe Tab. 15).

Kodes	Bedingung	PEPP
1:1-Betreuung (ab 2h/Tag) oder	> 300 Stunden und im Mittel > 1h/Tag	P003A
Krisenintervention (ab 3h/Tag) oder	> 150 Stunden und im Mittel > 1h/Tag	P003B
Komplexer Entlassungsaufwand (ab 2h/Tag)	> 100 Stunden und im Mittel > 1h/Tag	P003C
	> <u>40</u> Stunden	PA01A, PA02A, PA03A, PA04A, PA14A, PA15A

Tabelle 15: Bisherige Gruppierungsrelevanz des „erhöhten Betreuungsaufwands“ im PEPP-System

Die in die Prä-PEPP führenden Bedingungen blieben analog zum PEPP-System 2019 erhalten. Die Analyse der Funktion „Mäßig erhöhter Betreuungsaufwand“ auf Grundlage der Kalkulationsdaten ergab Hinweise auf regelhaft höhere Kosten bei Fällen, welche die Bedingung an mindestens 31 Stunden statt an mehr als 40 Stunden erfüllen. Seit dem PEPP-System 2020 werden also Fälle aufgewertet, die an insgesamt mehr als 30 Stunden 1:1-Betreuung, Krisenintervention oder einen komplexen Entlassungsaufwand erhalten (siehe Tab. 16).

Kodes	Bedingung	PEPP
1:1-Betreuung (ab 2h/Tag) oder	> 300 Stunden und im Mittel > 1h/Tag	P003A
Krisenintervention (ab 3h/Tag) oder	> 150 Stunden und im Mittel > 1h/Tag	P003B
Komplexer Entlassungsaufwand (ab 2h/Tag)	> 100 Stunden und im Mittel > 1h/Tag	P003C
	> <u>30</u> Stunden	PA01A, PA02A, PA03A, PA04A, PA14A, PA15A

Tabelle 16: Gruppierungsrelevanz des „erhöhten Betreuungsaufwands“ im PEPP-System 2020

### 3.2.5.3 Pflegebedürftigkeit (OPS-Kode 9-984)

Im G-DRG-Vergütungssystem der somatischen Krankenhäuser werden u.a. die aufwendigen pflegerischen Leistungen über die OPS-Kodes für den PKMS (Pflegekomplexmaßnahmen-Score für hochaufwendige Pflege) erfasst und ggf. als Zusatzentgelt vergütet. Aufgrund der Unterschiede zwischen Somatik und Psychiatrie in Patientenstruktur und pflegerischen Leistungen wurde von einer unveränderten Übertragung des PKMS auf die Psychiatrie abgesehen und die Anwendung der PKMS-Kodes auf den Geltungsbereich des § 17b KHG (DRG-System) beschränkt. Pflegerische Leistungen werden in der Vergütung durch das PEPP-System zum einen durch erbrachte Leistungen wie z.B. 1:1-Betreuung oder Krisenintervention abgebildet, zum anderen spielen Patientenmerkmale wie motorische oder kognitive Funktionseinschränkungen und die Pflegegrade nach SGB XI eine Rolle. Letztere sind bereits seit dem PEPP-System 2016 über den OPS-Kodebereich 9-984 berücksichtigt.

Die bereits im PEPP-System 2019 auf den Bereich der stationären Psychosomatik ausgeweitete Relevanz der Pflegegrade zeigte im Datenjahr 2018, dass bereits Fälle ab dem Pflegegrad 2 in der PEPP PP04A *Affektive [...] und Schlafstörungen, Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation [...]* mit höheren Kosten assoziiert sind. Demnach werden ab dem PEPP-System 2020 nicht nur Fälle mit dem Pflegegrad 3, sondern auch mit dem Pflegegrad 2 in die PEPP PP04A aufgewertet. Die aktuelle Relevanz der Pflegegrade stellt Tabelle 17 dar.

Pflegegrad 2			PA02B		PA04B			
Pflegegrad 3	PK01A			PA03A		PA14A	PA15B	<u>PP04A</u>
Pflegegrad 4 + 5	PK02A	PA01A	PA02A		PA04A		PA15A	P003B

Tabelle 17: Berücksichtigung der Pflegebedürftigkeit im PEPP-System 2020. Die Tabelle zeigt, welcher Pflegegrad in welcher PEPP mit einer Aufwertung verbunden ist (erstmalige Verwendung im PEPP-System 2020 unterstrichen)

### 3.2.6 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Ein Hauptaugenmerk der diesjährigen Analysen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie galt, neben den Diagnosen und Prozeduren, den strukturellen Bedingungen dieser Kategorie. Zu Beginn der Klassifikation steht die Zuordnung von Fällen in die Strukturkategorie *KJP*, je nach Aufnahmegrund voll- oder teilstationär. Bisher wurden Fälle dort eingruppiert die:

- unter 14 Jahre alt sind oder
- an mindestens 50% der Pflagetage einen Fachabteilungsschlüssel der KJP aufweisen oder
- zwischen 14 und 18 Jahren alt sind und an mindestens 50% der Pflagetage einen Fachabteilungsschlüssel aus der Psychosomatik aufweisen und die Mindestmerkmale der Behandlung unter Anleitung eines Facharztes für KJP erfüllen.

#### 3.2.6.1 Strukturkategorie *Kinder- und Jugendpsychiatrie*

Wie in Kapitel 3.1.5.5 beschrieben, konnten die Bedingungen, die in die Strukturkategorie *Kinder- und Jugendpsychiatrie* (vollstationär sowie teilstationär) führen, erweitert werden. Ab dem PEPP-System 2020 werden nun ebenfalls Fälle in die KJP aufgenommen, welche zwischen 18 und 20 Jahren alt sind und an mindestens 50% der Pflagetage einen Fachabteilungsschlüssel aus der Psychosomatik aufweisen und die Mindestmerkmale der Behandlung unter Anleitung eines Facharztes für KJP erfüllen. Zusätzlich sind auch Fälle betroffen, die an mindestens 50% der Pflagetage den Fachabteilungsschlüssel 3110 (*Psychosomatik/ Psychotherapie/ Schwerpunkt KJP*) aufweisen (siehe Abb. 8).

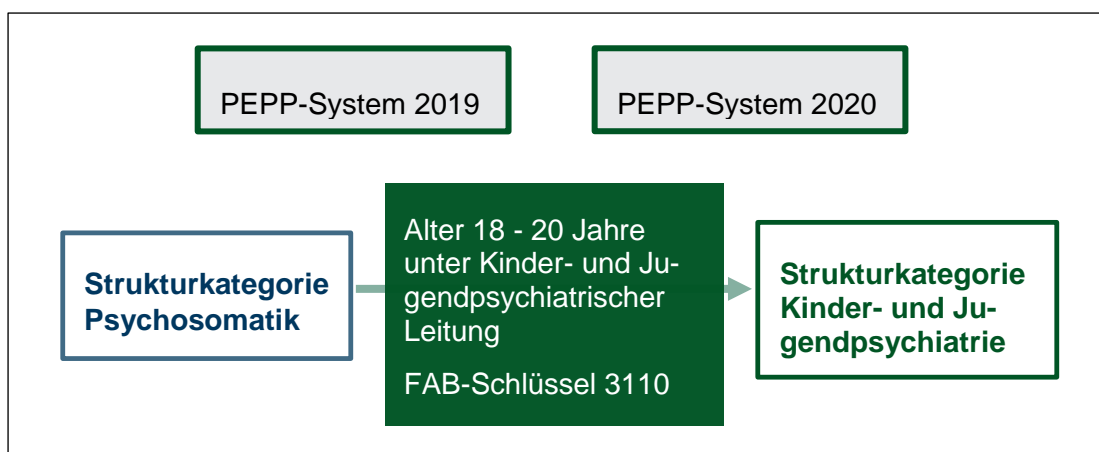


Abbildung 8: Erweiterung der Strukturkategorie KJP im PEPP-System 2020

Dies führt in der Regel dazu, dass diese Fälle aus der Strukturkategorie *Psychosomatik* in die tendenziell höher bewertete Strukturkategorie *KJP* eingruppiert werden.

Im Verlauf der Klassifikation kommt es zu einer Zuordnung in die spezifischen Basis-PEPP bzw. die jeweiligen PEPP. Splitkriterien in der KJP sind beispielsweise ein junges Alter, ein äußerst hoher Anteil an Einzeltherapie oder Intensivbehandlung.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind die Therapieeinheiten (OPS-Kodebereich 9-696) erst seit dem Datenjahr 2016 im Zusammenhang mit allen Behandlungsarten erfassbar. Bis zum OPS Version 2015 waren sie lediglich an die Regelbehandlung bzw. Eltern-Kind-Behandlung geknüpft. Auch weil ein größerer Anteil der therapeutischen Leistungen im Rahmen einer Einzel- oder Kleinstgruppenbetreuung erbracht und koordiniert wurde, ergaben sich für die Therapieeinheiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sehr unterschiedliche Ergebnisse bei Kodierung und Kosten. Erst im PEPP-System 2019 konnten erstmals die gruppierungsrelevanten Eigenschaften der Therapieeinheiten erkannt und durch die Funktion „Äußerst hoher Anteil Einzeltherapie“ umgesetzt werden. Die Funktion identifiziert Fälle mit einem vergleichsweise hohen Maß an Therapieeinheiten, verglichen mit der Funktion „Hoher Anteil Einzeltherapie“, die bisher ausschließlich in der Erwachsenenpsychiatrie gruppierungsrelevant war. Im Unterschied zu den Erwachsenen zählten die gewichteten Einzel-TE in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ab durchschnittlich 1,5 TE pro Tag ab einem Mindestaufenthalt von 7 Tagen (4 Tage bei Erwachsenen, siehe Abb. 9). Eine Rolle spielt dabei, dass eine Therapieeinheit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 15 Minuten entspricht und bei Erwachsenen 25 Minuten beträgt.

Hoher Anteil Einzeltherapie	Äußerst hoher Anteil Einzeltherapie
<p>Durchschnittlich 1 gewichtete Einzel-TE pro Tag</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arzt: Faktor 1,0</li> <li>• Psychologe: Faktor 0,8</li> <li>• Spezialtherapeut: Faktor 0,6</li> </ul> <p>bei <math>\geq 10</math> gewichteten TE und Aufenthalt <math>&gt; 3</math> Tage</p>	<p>Durchschnittlich <u>1,5</u> gewichtete Einzel-TE pro Tag</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arzt: Faktor 1,0</li> <li>• Psychologe: Faktor 0,8</li> <li>• Spezialtherapeut: Faktor 0,6</li> </ul> <p>bei <math>\geq 10</math> gewichteten TE und Aufenthalt <math>&gt; \underline{6}</math> Tage</p>

Abbildung 9: Vergleich der Funktionen „Hoher Anteil Einzeltherapie“ und „Äußerst hoher Anteil Einzeltherapie“

Die Intensivbehandlung bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Kode 9-67) gehört zu den Leistungen, die innerhalb eines Gültigkeitszeitraums kodiert werden. Sie kann nur durch eine der anderen Therapiearten (Regelbehandlung oder Behandlung im besonderen Setting) abgelöst werden. Das Kodieren einer Intensivbehandlung setzt u.a. bestimmte Merkmale auf Patientenseite voraus (z.B. Anwendung von Sicherungsmaßnahmen, akute Selbstgefährdung, akute Fremdgefährdung).

Die oben genannten Prozeduren dienen bisher in den folgenden fallzahlstärksten Basis-PEPP als Kostentrenner:

- PK01 *Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen [...]*
- PK02 *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen [...]*
- PK04 *Affektive [...] und Schlafstörungen*
- PK14 *Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen [...]*

Für das PEPP-System 2020 konnten zwei neue Splits gebildet werden, sodass die Basis-PEPP PK04 weiter und die Basis-PEPP PK10 erstmalig differenziert werden konnten.

### 3.2.6.2 Split der PK10Z Ess- und Fütterstörungen

Die PEPP PK10Z *Ess- und Fütterstörungen* wurde für das PEPP-System 2020 zu der PEPP PK10A *Ess- und Fütterstörungen mit hoher Therapieintensität oder mit Intensivbehandlung oder Alter < 12 Jahre* und der PEPP PK10B *Ess- oder Fütterstörungen ohne hohe Therapieintensität, ohne Intensivbehandlung oder Alter > 11 Jahre* differenziert (siehe Abb. 10).

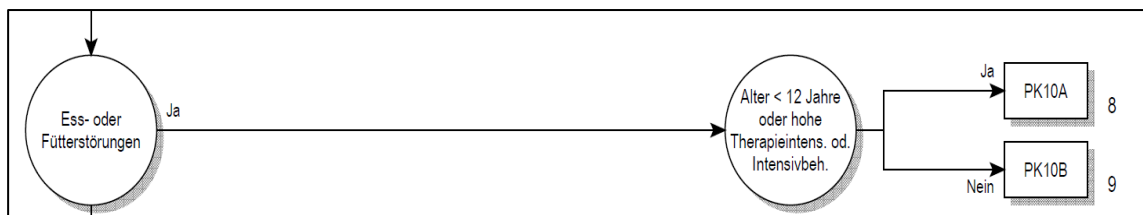


Abbildung 10: Split der Basis-PEPP PK10

Es stellte sich heraus, dass Fälle höhere Kosten aufweisen, die jünger als 12 Jahre alt sind oder einen hohen Anteil an Einzeltherapie aufweisen. Erstmals für die PEPP PK10A zeigten die Analysen, dass Fälle mit im Durchschnitt einer gewichteten TE pro Tag bei mehr als zehn gewichteten TE und einem Mindestaufenthalt von vier Tagen regelhaft erhöhte Kosten aufwiesen und somit aufgewertet werden konnten.

Darüber hinaus wurden Fälle in die PK10A aufgewertet, die eine Intensivbehandlung an über 50% der Pflgetage aufweisen (bei einer Gültigkeit des Kodes an mehr als 2 Tagen). Die Relevanz der Intensivbehandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie konnte erweitert werden. Die bereits bestehende Gruppierungsrelevanz dieser Funktion konnte auch für das PEPP-System 2020 bestätigt werden.

### 3.2.6.3 Split der PK04B *Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen* [...]

Die fallzahlstärkste Basis-PEPP in der Strukturkategorie *KJP PK04 Affektive [...] und Schlafstörungen* war bis zum PEPP-System 2019 zweifach differenziert nach erhöhtem Betreuungsaufwand, hoher Therapieintensität, komplizierenden Nebendiagnosen oder Intensivbehandlung. Für das PEPP-System 2020 erfolgte aufgrund der vorliegenden Datengrundlage eine Umstrukturierung dieser Basis-PEPP. Fälle der „alten“ PK04B, die jünger als 14 Jahre alt sind, werden dadurch in die „neue“ PEPP PK04B *Affektive [...] und Schlafstörungen [...] mit komplizierender Nebendiagnose oder Alter < 14 Jahre* aufgewertet. Außerdem werden Fälle, die eine komplizierende somatische Nebendiagnose haben, kostenentsprechend neu in die PK04B eingruppiert. Fälle mit bestimmten komplizierenden psychischen Nebendiagnosen werden weiterhin in die PK04A *Affektive [...] und Schlafstörungen mit komplizierender Konstellation [...]* eingruppiert. Die im PEPP-System 2019 noch nicht vorhandene PEPP PK04C *Affektive [...] und Schlafstörungen ohne komplizierende Konstellation [...]* enthält entsprechend die Fälle ohne die benannten, mit höherem Aufwand verbundenen Attribute (siehe Abb. 11).

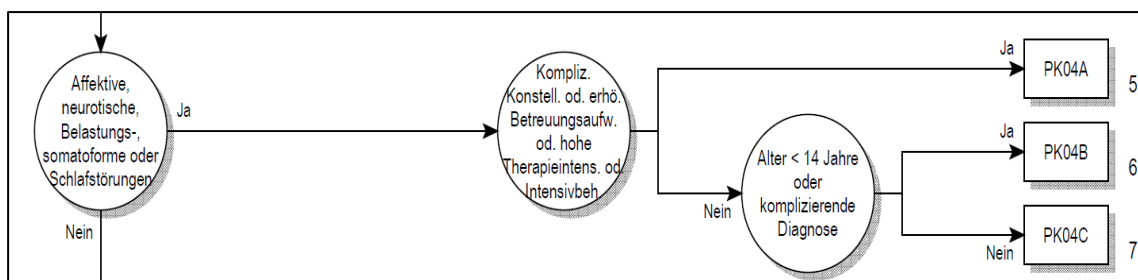


Abbildung 11: Split der Basis-PEPP PK04

### 3.2.7 Stationsäquivalente Behandlung

Mit dem PsychVVG wurde eine neue Krankenhausleistung eingeführt, die bisher nahezu ausschließlich im Rahmen von Modellvorhaben oder integrierten Versorgungsverträgen in nennenswertem Umfang erbracht wurde. Mit der stationsäquivalenten Behandlung (§ 115d i.V.m. § 39 SGB V) wird für psychiatrische Kliniken die Möglichkeit geschaffen, Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen in akuten Krankheitsphasen, für die prinzipiell eine Indikation zur stationären Krankenhausbehandlung besteht, im häuslichen Umfeld zu behandeln.

Je nach OPS-Kode werden die Fälle mit stationsäquivalenter Behandlung in die neu gebildeten Strukturkategorien *Stationsäquivalente Behandlung bei Kindern und Jugendlichen* (QKJ) bzw. *Stationsäquivalente Behandlung bei Erwachsenen* (QPY) mit jeweils einer PEPP (QK80Z bzw. QA80Z) sowie einer Fehler-PEPP für Fehlkodierungen entsprechend den Abbildungen 12, 13 und 14 eingruppiert.

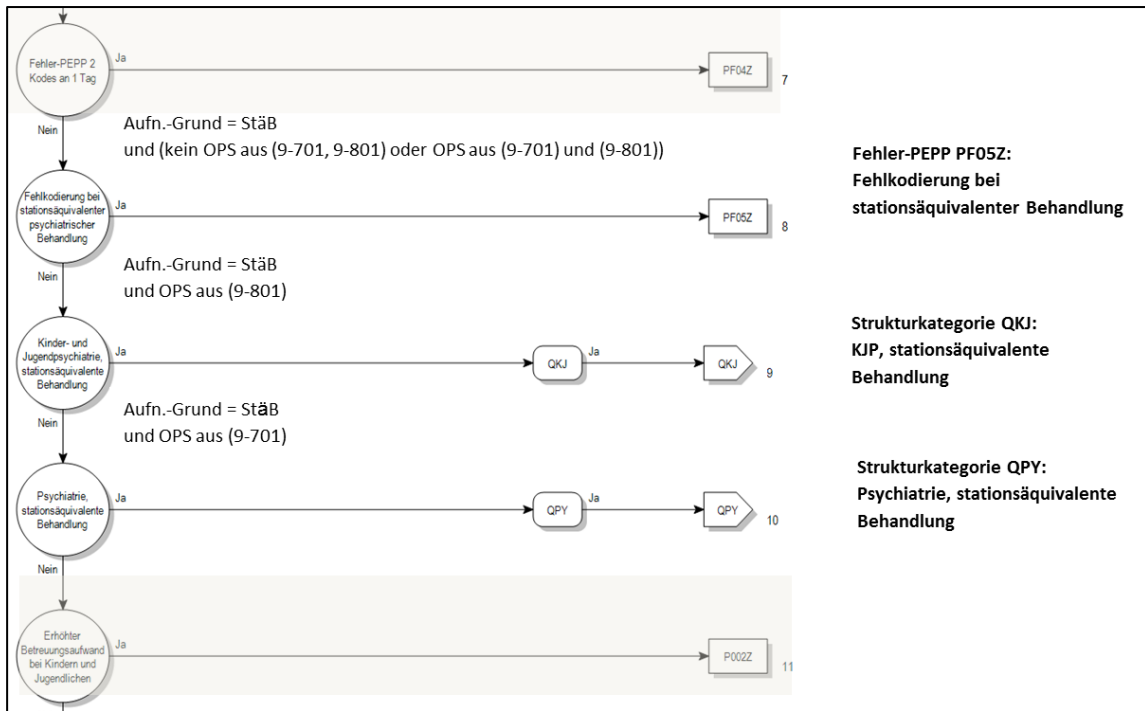


Abbildung 12: Flussdiagramm für die Eingruppierung der stationsäquivalenten Behandlung in die Strukturkategorien

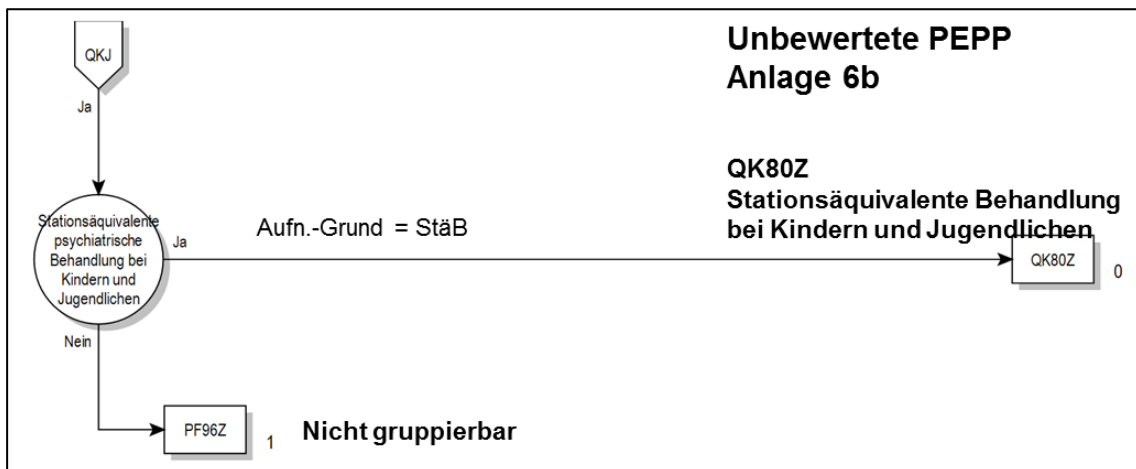


Abbildung 13: Flussdiagramm für die Eingruppierung der stationsäquivalenten Behandlung innerhalb der Strukturkategorie QKJ in die PEPP QK80Z. Da der Aufnahmegrund bereits vorher abgefragt wurde, ist der Entscheidungsknoten immer WAHR. Es handelt sich um eine technische Lösung mit Flexibilität für spätere Weiterentwicklungen und Differenzierungen.





Abbildung 14: Flussdiagramm für die Eingruppierung der stationsäquivalenten Behandlung innerhalb der Strukturkategorie QPY in die PEPP QA80Z. Da der Aufnahmegrund bereits vorher abgefragt wurde, ist der Entscheidungsknoten immer WAHR. Es handelt sich um eine technische Lösung mit Flexibilität für spätere Weiterentwicklungen und Differenzierungen.

Die Etablierung eigener Strukturkategorien für jeweils nur eine PEPP mag im Vergleich zu möglichen Alternativen (beispielsweise Abbildung als Prä-PEPP) komplex wirken. Es ist aber für einen eigenen neuen Leistungsbereich des Krankenhauses die systematisch korrekte Struktur. Vor allem aber ermöglicht dies zukünftige Weiterentwicklungen und Differenzierungen, ohne dass dadurch ein erneuter struktureller Umbau erforderlich wird.

Im Datenjahr 2018 lagen erstmals Fälle mit einer stationsäquivalenten Behandlung vor. In den Kalkulationsdaten von 2018 konnten insgesamt 135 Fälle aus fünf Einrichtungen identifiziert werden. Davon werden 14 Fälle einer Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie zugeordnet. Eine Kalkulation und Bewertung konnte noch nicht vorgenommen werden, da die Fallzahl bisher nicht ausreichend war, noch keine Kongruenz zwischen Kostendaten und OPS-Kodierung vorlag und teilweise noch keine Kosten aus den Krankenhäusern übermittelt wurden.

Im Katalog finden sich die PEPP für die stationsäquivalente Behandlung in der neu geschaffenen Anlage 6b „Unbewertete PEPP-Entgelte bei stationsäquivalenter Behandlung“, während die Anlage 6a „Bewertete PEPP-Entgelte bei stationsäquivalenter Behandlung“ als Platzhalter für zukünftige kalkulierte und bewertete Entgelte derzeit noch keine PEPP enthält (siehe Abb. 15).

<b>Anlage 6b</b>		<b>PEPP-Version 2020</b>
<b>Unbewertete PEPP-Entgelte bei stationsäquivalenter Behandlung nach § 115d SGB V</b>		
<p>Für die nachfolgend aufgeführten Leistungen sind krankenhausindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 BpflV zu vereinbaren, soweit diese als Krankenhausleistung erbracht werden dürfen. Dabei können für die aufgeführten PEPP-Entgelte auch weiter differenzierende Entgelte vereinbart werden. Bei der Vereinbarung der Entgelte ist die Leistungsbeschreibung für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im OPS zu berücksichtigen.</p>		
PEPP	Bezeichnung	
1	2	
QA80Z <sup>1)</sup>	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen	
QK80Z <sup>1)</sup>	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen	
<b>Fehler-PEPP bei stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung</b>		
PF05Z <sup>1)</sup>	Fehlkodierung bei stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung	
<b>Fußnote:</b>		
1)	Nach § 8 PEPPV 2020 ist für diese PEPP-Entgelte die nach § 6 Abs. 1 BpflV bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelthöhe bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben.	

Abbildung 15: PEPP-Entgeltkatalog Anlage 6b für unbewertete PEPP-Entgelte bei stationsäquivalenter Behandlung

Diese für das PEPP-System 2018 etablierte Abbildung blieb für das PEPP-System 2020 unverändert. Mit steigender Kodierungsqualität und Fallzahlstärke wird die Analyse der stationsäquivalenten Behandlung sicherlich ein Schwerpunkt der Kalkulation für das PEPP-System 2021 darstellen.

## 4 Fazit

Im Ergebnis konnte für die PEPP-Eingruppierung eine differenziertere Berücksichtigung der Strukturkategorie *KJP* etabliert werden sowie eine steigende Gruppierungsrelevanz bestimmter pflegeintensiver OPS-Kodes erfolgen. Auch erschwerende somatische Begleiterkrankungen konnten in diesem Jahr weiter an Bedeutung gewinnen.

Neben der Erweiterung der Kinder- und Jugendpsychiatrie um Fälle zwischen 18 und 20 Jahren aus der Psychosomatik und der Eingliederung des Fachabteilungsschlüssels 3110 (*Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik*) in die Liste der Kinder- und Jugendpsychiatrischen FAB-Schlüssel konnten zwei neue Splits etabliert werden. Somit werden nun beispielsweise Fälle mit besonders jungem Alter in den PEPP für *Ess- und Fütterstörungen* und für *Affektive- und Schlafstörungen* hinsichtlich ihres Kostenaufwands differenzierter abgebildet.

Einige bestimmte hoch pflegeintensive OPS-Kodes sowie ICD-Kodes, wie z.B. 1:1-Betreuung, Krisenintervention, kognitive oder motorische Funktionseinschränkungen und die Pflegegrade, konnten im Bereich der vollstationären allgemeinen Psychiatrie eine breitere Berücksichtigung finden. Auch dank der Vorschläge aus dem diesjährigen Vorschlagsverfahren konnten aufwendige Prozeduren, wie die Komplexbehandlung bei multiresistenten oder anderen isolationspflichtigen Erregern, erstmalig im PEPP-System abgebildet werden. Mit den jeweiligen Strukturkategorien und den darin abgebildeten PEPP für die stationsäquivalente Behandlung bei Kindern und Jugendlichen sowie bei Erwachsenen wurden diese gesetzlich neu geschaffenen Krankenhausleistungen systemkonform und flexibel für weitere Entwicklungen in das Entgeltsystem integriert. Seit dem Jahr 2018 sind stationsäquivalente Behandlungen mit dem OPS-Kode 9-701\* (bei Erwachsenen) oder dem OPS-Kode 9-801\* (bei Kindern und Jugendlichen) zu kodieren. Die derzeitige Datenbasis erlaubt keine Bewertung der stationsäquivalenten Behandlung. Bei einer Erweiterung der Datenmenge kann zukünftig eine Kalkulation der stationsäquivalenten Behandlung und ggf. eine Differenzierung der bislang bestehenden PEPP-Entgelte für die stationsäquivalente Behandlung möglich sein.

## 5 Perspektiven der Weiterentwicklung

Gemäß dem PsychVVG wurde im Jahr 2018 die Anwendung der PEPP-Abrechnungsbestimmungen bei fortgeltender Budgetneutralität für Krankenhäuser verbindlich. Die Jahre 2018 und 2019 sind als Übergangszeitraum konzipiert, um den Beteiligten die Gestaltung eines planvollen und strukturierten Übergangs zu ermöglichen. Ab dem 1. Januar 2020 soll das PEPP-Entgeltsystem nach dem PsychVVG budgetwirksam werden. Ab diesem Zeitpunkt ist der krankenhausindividuelle Basisentgeltwert auf örtlicher Ebene u.a. anhand des leistungsbezogenen Krankenhausvergleichs zu vereinbaren. Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vom 19. Dezember 2016 wurde in § 4 BPfIV ein leistungsbezogener Krankenhausvergleich eingeführt. Im Sinne der Transparenz und der Unterstützung bei Budgetverhandlungen soll den Vertragsparteien ein leistungsbezogener Vergleich auf Bundes- und Bundeslandebene möglich sein. Mit der Vereinbarung nach § 9 Abs. 1 Nr. 9 BPfIV zu den näheren Einzelheiten des leistungsbezogenen Vergleichs nach § 4 BPfIV (Psych-Krankenhausvergleichs-Vereinbarung) haben sich die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene auf ein Konzept verständigt. Die Vereinbarung regelt die Datengrundlage, die Darstellung der Ergebnisse, die Definition der Vergleichsgruppen, die Datenübermittlung an das InEK sowie die Zugangsrechte für die Anwender des Krankenhausvergleichs. Somit sollen die gewonnenen Informationen erstmals bei den Budgetverhandlungen 2020 herangezogen werden können. Hierbei bilden budgetrelevante Leistungen, vereinbarte Entgelte und Nachweise zur personellen Ausstattung sowie mögliche regionale und strukturelle Besonderheiten die Basis für die Vergleiche.

Bis einschließlich 2019 haben Krankenhäuser gem. § 18 BPfIV nachzuweisen, inwiefern die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) zur Zahl der Personalstellen eingehalten werden. Ab dem Jahr 2020 wird der Nachweis nach den Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) von der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossenen „Richtlinie über die personelle Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL)“ abgelöst. Nachweise der Krankenhäuser müssen ab dem 1. Januar 2020 erbracht und die Vorgaben innerhalb eines vierjährigen Übergangszeitraumes zunächst zu 85% und später zu 90% erfüllt werden.

Gem. § 6 Abs. 4 BPfIV können ab dem Jahr 2020 für die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die mit den derzeitigen bewerteten PEPP-Entgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden, erstmals zeitlich befristete Entgelte außerhalb des Gesamtbetrags nach § 3 Abs. 3 BPfIV vereinbart werden. In Anlehnung an das NUB-DRG-Verfahren konnten Krankenhäuser erstmals bis zum 31. Oktober 2019 für das Jahr 2020 NUB-PEPP-Anfragen beim InEK einreichen. Eine erstmalige Überprüfung auf Integration von Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in den PEPP-Entgeltkatalog kann in Abhängigkeit von der Datenlage frühestens für das PEPP-System 2021 erfolgen.

Die Kalkulation eines bundeseinheitlichen Entgeltkatalogs bleibt weiterhin die Basis des Entgeltsystems in der Psychiatrie und Psychosomatik. Entsprechend wird das leis-

tungsgerechte PEPP-Entgeltsystem für 2021 weiterentwickelt werden. Dabei sind z.B. auch Leistungen der stationsäquivalenten Behandlung in den Kalkulationsdaten und ggf. aus dem NUB-PEPP-Verfahren gewonnene Erkenntnisse analysierbar.

Eine fortgesetzte und wünschenswerterweise noch stärkere Teilnahme aller Beteiligten des PEPP-Systems am Vorschlagsverfahren ist dabei hilfreich.

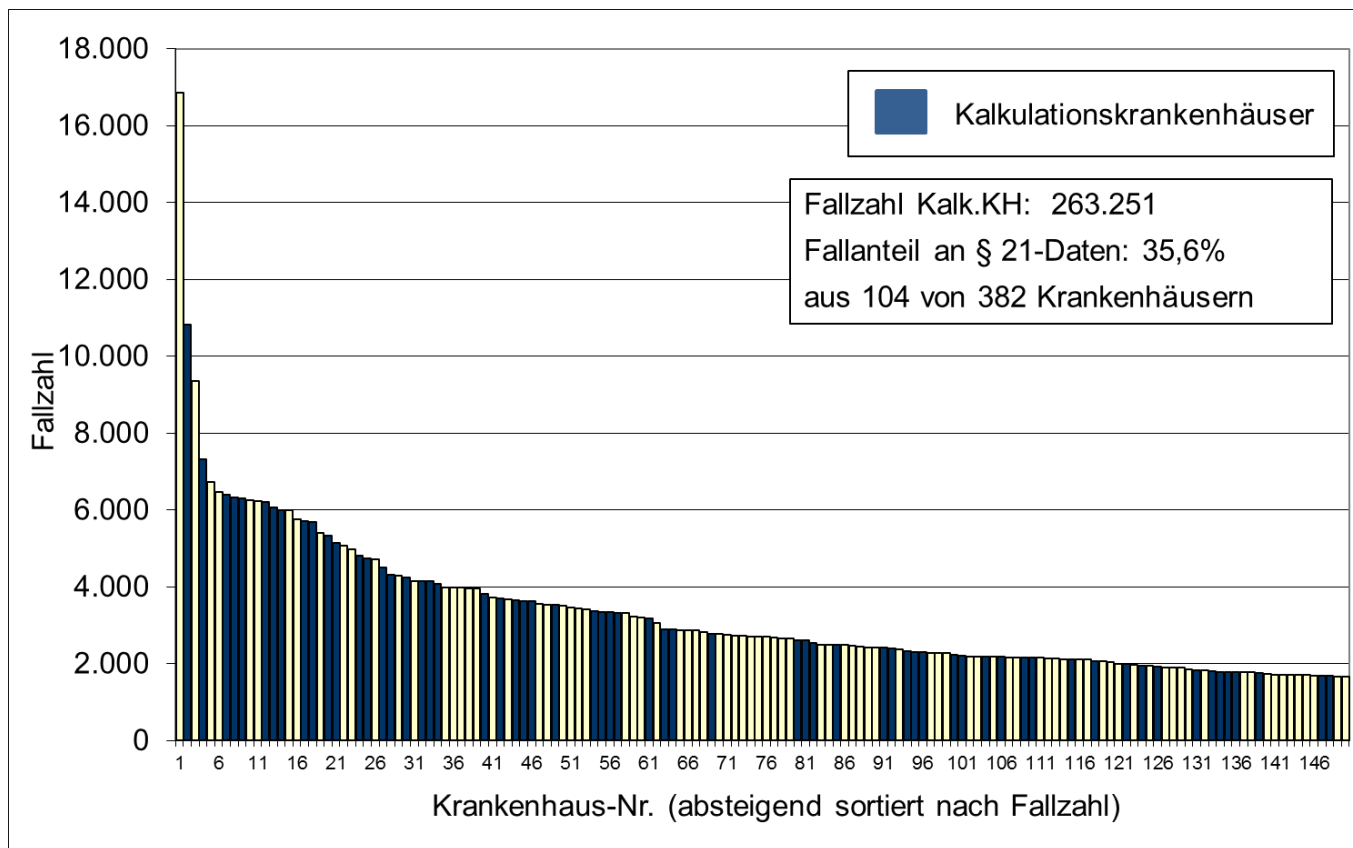
## **Anhang**

### ***Übersicht***

- Anhang A-1: Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich Psychiatrie, Datenjahr 2018
- Anhang A-2: Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie, Datenjahr 2018
- Anhang A-3: Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich Psychosomatik, Datenjahr 2018

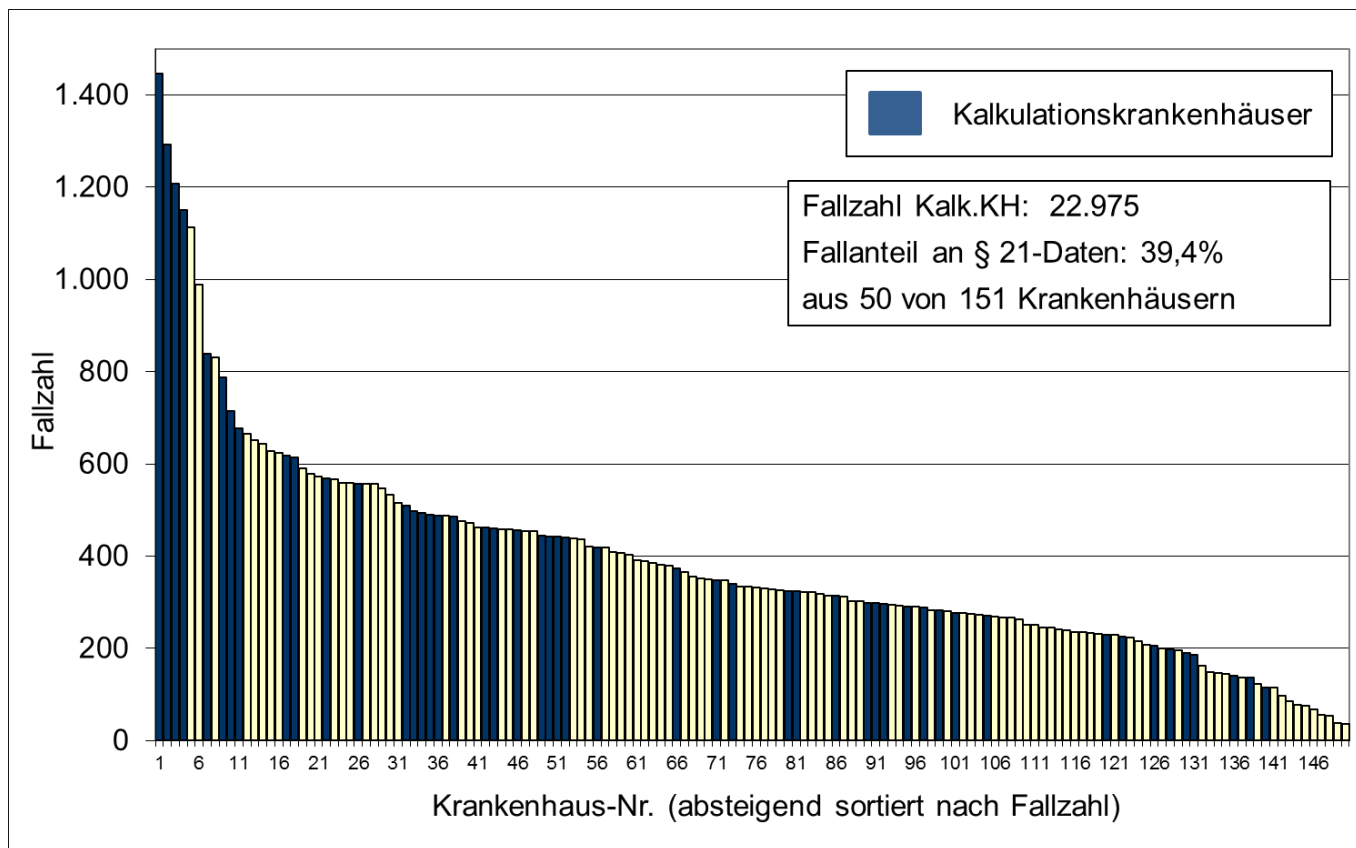
**A-1 Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich Psychiatrie, Datenjahr 2018**

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



**A-2 Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie, Datenjahr 2018**

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





**A-3 Grafische Darstellung der fallzahlstärksten Krankenhäuser in Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) und Kalkulationsstichprobe für den Bereich Psychosomatik, Datenjahr 2018**

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 im Vergleich zum Vorjahr (19,2% Fallanteil) besser abdeckt.

