

10 Pauschalierendes Vergütungssystem im Bereich Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP-System)

10.1 Grundstrukturen

Für die Entwicklung eines pauschalierenden Vergütungssystems im Bereich Psychiatrie und Psychosomatik kann, anders als beim DRG-System, nicht auf internationale Erfahrungen zurückgegriffen werden. Daher hat der Gesetzgeber den Vertragsparteien auf der Bundesebene einen Entwicklungsauftrag gegeben und dafür in § 17d Abs. 3 KHG i.d.F. des KHRC nur einen groben Rahmen vorgegeben.

Eine inhaltliche Festlegung besteht darin, dass es sich um ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten mit einem praktikablen Differenzierungsgrad für den unterschiedlichen Behandlungsaufwand bei bestimmten, medizinisch unterscheidbaren Patientengruppen handeln soll (§ 17d Abs. 1 KHG). Zur Sicherung der Qualität der psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung wird von Fallpauschalen zunächst abgesehen. Alternativen zu den tagesbezogenen Entgelten, zum Beispiel Komplexpauschalen für eine sektorübergreifende Versorgung, sollen im Rahmen der Weiterentwicklung geprüft werden, wenn die notwendigen Datengrundlagen und die Transparenz über die erbrachten Leistungen geschaffen sind (BT-Drucks. 16/1087, 25; die Vertragsparteien auf der Bundesebene haben inzwischen zur Schaffung der notwendigen Datengrundlagen eine Vereinbarung über die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen geschlossen, vgl. Rümelin 2012).

Ferner hat der Gesetzgeber inhaltlich vorgegeben, dass für Einrichtungen, die die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) anwenden (psychiatrische Krankenhäuser und selbstständige, gebietsärztlich geleitete psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, § 1 Abs. 2 Psych-PV), von den Leistungskomplexen auszugehen ist, die dieser Verordnung zugrunde liegen (§ 17d Abs. 3 Satz 2 KHG). Im Übrigen sind die gesetzlichen Vorgaben eng an die Regelungen zum DRG-Entgeltsystem angelehnt, weil sich diese bewährt haben (BT-Drucks. 16/1087 a. a. O.). So sind auch im PEPP-System Bewertungsrelationen als Relativgewichte zu definieren (§ 17d Abs. 1 Satz 5 KHG). Weil sich auch die Arbeit des Instituts für Entgeltkalkulation (InEK) im DRG-Bereich bewährt hat, ist dieses Institut von den Vertragsparteien auf der Bundesebene mit den Entwicklungsaufgaben zu beauftragen (§ 17d Abs. 3 Satz 3 KHG). Die beratende Teilnahme der Bundesärztekammer, der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe, der medizinischen Fachgesellschaften, der Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Industrie und der Industrie für Medizinprodukte am Entwicklungsprozess ist wie im DRG-Bereich geregelt; zusätzlich ist die Bundespsychotherapeutenkammer zu beteiligen (§ 17d Abs. 3 Satz 5 KHG). Damit sind die Voraussetzungen für eine breite Akzeptanz grundsätzlich auch für das PEPP-System gegeben.

Die Datenlieferung durch die Krankenhäuser an das InEK ist analog zum DRG-Bereich geregelt (§ 17d Abs. 9 KHG). § 17d Abs. 9 Satz 2 KHG sieht zusätzlich vor, dass die Kliniken, die die Psych-PV anwenden, für jeden voll- und teilstationären Behandlungsfall auch die tagesbezogene Einstufung der Patienten in die Behandlungsbereiche der Psych-PV (§§ 4, 8) analog zu deren Anlagen 1 (Erwachsenenpsychiatrie, 18 Behandlungsbereiche) und 2 (Kinder- und Jugendpsychiatrie, 7 Behandlungsbereiche) an das InEK zu übermitteln haben.

Auftragsgemäß (§ 17d Abs. 4 KHG) haben die Vertragsparteien auf der Bundesebene die Grundstrukturen für ein PEPP-System in ihrer „Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d KHG (Psych-Entgeltsystem)“ vom 30. November 2009 mit Ergänzungsvereinbarung vom 16. März 2012 festgelegt (<http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/psy/grundlagen/index.html>, Abruf am 22.1.2013). Die Eckpunkte der Vereinbarung betreffen neben der Beauftragung des InEK die Einführung des PEPP-Systems als „lernendes System“, die Klassifikation der Behandlungsfälle, die Dokumentation, die Kodierung, die Kalkulation, die Abrechnungsbestimmungen und die Begleitforschung mit starker Analogie zum DRG-System.

10.1.1 Lernendes System

Das PEPP-System erfordert in den Krankenhäusern einen hohen Aufwand für die Leistungsdokumentation und Kostenerfassung. Die organisatorischen und DV-technischen Voraussetzungen für eine ausreichend differenzierte und va-

lide Leistungs- und Kostenerfassung liegen aber noch nicht vor (Belling 2011, 61; Krüger u. Knapp 2010, 50). Die Krankenhäuser können dem InEK daher noch keine ausreichend belastbaren Daten zur Verfügung stellen, wie die Vertragsparteien auf der Bundesebene in der Präambel zu ihrer Ergänzungsvereinbarung vom 16. März 2012 ausdrücklich feststellen. Die erstmalige Systementwicklung für das Jahr 2013 beruht daher nach Auffassung der Vertragsparteien auf Annahmen und Erwartungen, die im Verlauf der Datenanalysen zur Systemanpassung und Weiterentwicklung überprüft werden müssen. Die Vertragsparteien haben sich auf eine jährliche Systemanpassung verständigt. Grundsätzliche Bestimmungen, die für die Systementwicklung zu klären sind, werden von den Vertragsparteien zeitnah und fortlaufend in enger Abstimmung mit dem InEK entschieden (§ 1 Abs. 2 Grundsatzvereinbarung).

Wegen der bestehenden Erkenntnislücken und der daraus resultierenden Unsicherheiten und Risiken hat sich der Gesetzgeber des PsychEntgG für eine sehr behutsame und risikobegrenzende Einführung des PEPP-Systems unter geschützten Bedingungen mit einer vierjährigen budgetneutralen Phase (2013 bis 2016) und einer sich anschließenden fünfjährigen Konvergenzphase (2017 bis 2021) entschieden. Er hat sich dabei noch Korrekturen vorbehalten, was sich auch daraus ergibt, dass die Vertragsparteien auf der Bundesebene dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2016 einen gemeinsamen Bericht über Auswirkungen des neuen Entgeltsystems und erste Anwendungserfahrungen vorlegen müssen (§ 17d Abs. 4 Satz 4 KHG i. d. F. des PsychEntgG). Sollte sich nach Vorlage des Berichts ein Anpassungsbedarf für die gesetzlichen Rahmenbedingungen ergeben, können diese weiterentwickelt werden (BT-Drucks. 17/8986, 26).



„Den Einrichtungen, für die das PsychEntgG gilt, wird somit bis zur Anwendung eines Festpreissystems mit einheitlichen Landesbasisentgeltwerten eine lange Anpassungszeit eingeräumt, in der sie sich auf die veränderten Rahmenbedingungen einstellen können“ (BT-Drucks. 17/8986 a.a.O.).

10.1.2 Klassifikation

Welche Klassifikationsmerkmale für die Definition eines tagesbezogenen Entgelts maßgebend sind, war für die Vertragsparteien auf der Bundesebene zunächst unklar. Bei der DRG-Entwicklung war das anders; die Klassifikationsmerkmale für die Definition von DRG-Fallgruppen waren bekannt (z.B. ICD, OPS, Geburtsgewicht, Beatmungszeiten).

„Auch wenn mit großer Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass Diagnosen und Prozeduren keine zu vernachlässigende Rolle bei der Abgrenzung der einzelnen Tagespauschalen voneinander einnehmen werden, so sind der strukturelle Aufbau, die Abfragelogik sowie die relevanten Klassifikationsmerkmale und ihr Zusammenspiel für das neue Vergütungssystem dennoch völlig unbekannt“ (Schlottmann 2012, 47).

Die Vertragsparteien auf der Bundesebene haben das InEK beauftragt, bei der Entwicklung der tagesbezogenen Entgelte auf Basis der Psych-PV-Behandlungsbereiche auch alle auf empirischer Datenbasis verfügbaren Klassifikationsmerkmale (ICD, OPS etc.) auf ihre Eignung zur Differenzierung der Entgelte insbesondere auch in unterschiedlichen Kombinationen zu überprüfen (§ 2 Abs. 1 Grundsatzvereinbarung).

10.1.3 Dokumentation

Paragraf 17d Abs. 9 KHG schreibt den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen vor, die in § 21 Abs. 2 KHEntgG genannten Daten an das InEK zu liefern. Zusätzlich ist von Einrichtungen, die die PsychPV anwenden, für jeden voll- und teilstationären Behandlungsfall die tagesbezogene Einstufung der Patienten in die Behandlungsbereiche nach den Anlagen 1 und 2 der Psych-PV zu übermitteln, wobei für die Dokumentation zur Begrenzung des Dokumentationsaufwandes eine Einstufung zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel des Behandlungsbereichs ausreicht.

Seit dem 1. Januar 2010 enthält der vom Deutschen Institut für Mathematik und Datenverarbeitung in der Medizin (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebene Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) neue OPS-Kodes (Komplekkodes) für die Diagnostik bzw. Behandlung von psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen sowie bei Kindern und Jugendlichen (1-903; 1-904; 9-60 bis 9-64 für Erwachsene; 9-65 bis 9-69 für Kinder und Jugendliche). Die OPS-Kodes sind sehr stark ausdifferenziert; sie enthalten auf Ebene der Viersteller jeweils eine Differenzierung in Regelbehandlung, Intensivbehandlung, psychotherapeutische Komplexbehandlung und Psychosomatische Komplexbehandlung. Danach erfolgt noch eine weitere Aufspaltung entsprechend dem Personaleinsatz nach den Berufsgruppen Arzt, Psychologe, Spezialtherapeut und Pflege (Haas u. Leber 2010, 43; Krüger u. Knapp 2010, 50). **Daneben** gilt für die patientenbezogene Dokumentation der Behandlungsbereiche nach der Psych-PV der OPS-Kode 9-98. Er bildet die 25 Behandlungsbereiche in der Psych-PV ab (<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/kodesuche/onlinefassungen/opshtml2013/index.htm>, Abruf am 22.1.2013; ausführliche Erläuterungen bei Köhler et al. 2012, 179ff.). Die starke Ausdifferenzierung der OPS-Komplekkodes führt insgesamt zu einem sehr hohen Dokumentationsaufwand mit in der Regel mehreren OPS-Kodes je Behandlungsfall und -woche (Roeder et al. 2010; Hauth et al. 2012).

Die Grundsatzvereinbarung der Vertragsparteien auf der Bundesebene verpflichtet die Krankenhäuser, nach dem jeweils gültigen OPS-Katalog die tagesbezogene Einstufung der Patienten in eine der 25 Psych-PV-Behandlungsbereiche jeweils zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel des Behandlungsbereichs vorzunehmen. Um eine möglichst hohe Datenqualität als Vorausset-



zung für eine solide Kalkulation der Tagespauschalen zu erreichen, haben die Vertragsparteien auf der Bundesebene Anfang 2010 eine Anwendungshilfe (Gemeinsame Empfehlung) für die Eingruppierung in die Behandlungsgruppen der Psych-PV verabschiedet (<http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/psy/kodierung/index.html>, Abruf am 23.01.2013).

10.1.4 Kodierung

Um eine einheitliche Anwendung der Diagnosen- und Prozedurenklassifikation (ICD und OPS) zu gewährleisten, vereinbarten die Vertragsparteien auf der Bundesebene jährlich Kodierrichtlinien (§ 4 Grundsatzvereinbarung). Obwohl die Funktion der Diagnosen und Prozeduren für die Klassifikation im neuen Entgeltsystem zunächst noch unklar war, sind die Vertragsparteien auf der Bundesebene davon ausgegangen, dass sie eine wichtige Rolle spielen werden. Die Sicherstellung einer einheitlichen Kodierqualität ist auch im PEPP-System von großer Wichtigkeit. Das „Rightkoding“ ist im PEPP-System genau so wichtig wie im DRG-System. Kodierrichtlinien sichern die richtige Kodierung ab.

Eine erste Version von Kodierrichtlinien für die Psychiatrie und Psychosomatik (DKR-Psych) haben die Vertragsparteien auf der Bundesebene für das Jahr 2010 vereinbart. Sie sind in nachfolgenden Versionen wenig verändert worden (http://www.g-drg.de/cms/PEPP-Entgeltsystem_2013/Kodierrichtlinien, Abruf am 23.01.2013; Schlottmann 2012, 107).

10.1.5 Kalkulation

Die Ermittlung und Fortschreibung der Entgeltkataloge muss auf Basis der Versorgungsrealität in Deutschland erfolgen. Die für die Systementwicklung mit der Kalkulation der Entgelte erforderlichen Daten sind dazu aus einer sachgerechten Auswahl von Krankenhäusern zu erheben. Die Bewertungsrelationen sind auf der Grundlage der Ist-Kosten der Krankenhäuser zu ermitteln (§ 5 Abs. 1 Grundsatzvereinbarung). Da es keine entwickelte Kalkulationsmethode gab, haben die Vertragsparteien auf der Bundesebene sich auf folgende schrittweise Vorgehensweise verständigt:

- Durchführung eines Prätests zur Entwicklung der Kalkulationsmethode im ersten Halbjahr 2010 durch das InEK;
- Erstellung einer ersten Version eines Kalkulationshandbuchs durch das InEK bis zum 3. Quartal 2010;
- Probekalkulation durch die Krankenhäuser im Jahr 2011 auf der Datenbasis des Jahres 2010;
- Erste Kalkulation durch die Krankenhäuser im Jahr 2012 auf der Datenbasis des Jahres 2011.

Am Prätest haben 17 Krankenhäuser teilgenommen. Die Ergebnisse wurden nicht offiziell veröffentlicht. In der Literatur (Belling 2011, 61; Heimig 2010, 268) wird jedoch berichtet, dass insbesondere folgende Probleme sichtbar geworden sind:

- Die therapeutischen Kernleistungen werden in den Krankenhäusern höchst unterschiedlich erfasst;
- Die Betreuungsintensität auf den Stationen wird nicht erfasst, sodass die Stationskosten nicht direkt zugeordnet werden können; es existiert im Sinne einer „Residualgröße“ ein Gemeinkostenblock von 65 bis 70 v.H., der nach noch zu definierenden Merkmalen auf den Kostenträger „Behandlungstag eines Behandlungsfalles“ verrechnet werden muss;
- Wichtige Strukturelemente wie die regionale Pflichtversorgung mit der Vorhaltung einer Notfallversorgung werden nicht erfasst;
- Der Tagesbezug der Kostenträgerrechnung stellt die Krankenhäuser vor große Herausforderungen.

Die derzeit gültige Version 1.0 des Kalkulationshandbuchs vom 16. November 2010 www.g-drg.de/Psychiatrie/Psychosomatik/Kodierrichtlinien 2013 (http://www.g-drg.de/cms/Kalkulation2/Pauschalisiertes_Entgeltsystem_Psychiatrie_17d_KHG_ndbuch, Abruf am 23.01.2013), die auch der Kalkulation in 2012 für den Systemeinstieg in 2013 zugrunde liegt, berücksichtigt die Ergebnisse des Prätests, hat aber noch nicht für alle Probleme eine befriedigende Lösung (Belling et al. 2012; Hauth et al. 2012). Die Gemeinkostenverteilung erfolgt über Bezugsgrößen, die für definierte Leistungsbereiche nach Kostenarten differenziert vorgegeben sind. Das Kalkulationshandbuch enthält darüber hinaus detaillierte Vorgaben für die Kostenerfassung, die Kostenartenrechnung und die innerbetriebliche Leistungsverrechnung. Checklisten helfen den Krankenhäusern, die Anforderungen zu erfüllen.

Ergänzend haben die Vertragsparteien auf der Bundesebene das InEK beauftragt, für die Zuordnung der Behandlungsleistungen zu Tagespauschalen einen fallbezogenen Gruppierungsalgorithmus zu entwickeln. Hiermit ist die Erwartung verbunden, dass bei einer fallbezogenen Gruppierung ein robusteres System, ein geringerer administrativer Aufwand und eine breitere Datenbasis für die Systementwicklung als bei einer tagesbezogenen Gruppierung zu erreichen sind. Hintergrund ist, dass die Leistungsdokumentation mit ICD- und OPS-Kodes fallbezogen erfolgt. Ein System tagesgenauer Gruppierung würde eine tagesgenaue Kodierung von Leistungen voraussetzen. Den damit verbundenen hohen administrativen Aufwand hielten die Vertragsparteien auf der Bundesebene nicht für vertretbar. Es bleibt jedoch bei der Abrechnung von Tagespauschalen (§ 1 Ergänzungsvereinbarung). Das bedeutet, dass die Leistungsdokumentation auf der Fallebene stattfindet, die Kostenkalkulation dagegen auf der Tagesebene.



10.2 PEPP-Entgeltkatalog 2013

10.2.1 Klassifikation

Das InEK präsentierte Anfang September 2012 den ersten PEPP-Entgeltkatalog für das Einstiegsjahr 2013. Das Bundesministerium für Gesundheit übernahm diesen Entgeltkatalog unverändert in die im Wege der Ersatzvornahme (§ 17d Abs. 6 KHG) erlassene „Verordnung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2013 – PEPPV 2013“ vom 19. November 2012 (BGBl. I 2012, 2303), nachdem die Deutsche Krankenhausgesellschaft das Scheitern der Verhandlungen über eine entsprechende Vereinbarung (§ 9 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 BPflV) erklärt hatte.

Der erste PEPP-Entgeltkatalog für 2013 enthält für vollstationäre Leistungen 94 bundeseinheitlich mit Bewertungsrelationen bewertete Entgelte und 18 unbewertete, krankenhausindividuell (§ 6 Abs. 1 BPflV) zu verhandelnde Entgelte. Drei Entgelte für vollstationäre Leistungen entsprechen Fehlerklassen, für die kein Relativgewicht vorgesehen ist (Anlagen 1a und 1b). Für teilstationäre Leistungen wurden sieben mit Bewertungsrelationen bewertete Entgelte und 13 unbewertete, krankenhausindividuell zu verhandelnde Entgelte ermittelt (Anlagen 2a und 2b). Die Entgelte mit Bewertungsrelationen sind vier Strukturkategorien zugeordnet (Prä-Strukturkategorie; Psychiatrie; Kinder- und Jugendpsychiatrie; Psychosomatik). Ferner enthält der Katalog 52 bewertete sowie 23 unbewertete Zusatzentgelte (Anlagen 3 und 4). Grundlage der Kalkulation waren 17 Prozent aller voll- und teilstationären Fälle in der Psychiatrie und Psychosomatik aus 59 Einrichtungen. Damit basiert der erste PEPP-Entgeltkatalog nach Auffassung des InEK und des Bundesministeriums für Gesundheit auf einer ausreichenden Kostenstichprobe. In der Tat ist die Stichprobe größer als beim ersten DRG-Entgeltkatalog 2003.

Der Katalog weist eine Spreizung der Erlöse pro Tag von über 450 Prozent auf. Er weist damit auf der Grundlage empirischer Daten einen viel höheren Differenzierungsgrad auf als das bisherige System mit tagesgleichen Pflegesätzen. Dies war für das Bundesministerium für Gesundheit ein wesentlicher Grund, den Vorschlag des InEK zu übernehmen (Begründung zum Entwurf der PEPPV 2013).

Bei der Klassifikation der Entgelte hat das InEK in Übereinstimmung mit international verwendeten Klassifikationssystemen für die Psychiatrie und mit der Einteilung der Behandlungsbereiche nach der Psych-PV auf die Hauptdiagnose als maßgebliches Kriterium abgestellt. Die erhobenen Daten belegen, dass die Hauptdiagnosen als Kostentrenner gut geeignet sind, auch bei längeren Verweildauern. Als Splitkriterien eingesetzte Hauptdiagnosen zeigen bei einer Reihe von Basis-PEPP Kostenunterschiede von rund 20 Prozent pro Tag. Die gesetzliche Forderung nach einer ausreichenden und praktikablen Differenzierung (§ 17d Abs. 1 Satz 4 KHG) wird also über die Einteilung nach Hauptdia-

gnosen bereits erreicht. Darüber hinaus hat das InEK mit sieben sogenannten „Prä-PEPP“ (analog zu den Prä-MDC im DRG-System) für hochaufwändige Intensivtherapien und 1:1 Betreuung für Erwachsene wie auch für Kinder und Jugendliche „erstmalig eine spezifische Vergütungsmöglichkeit für hochkomplexe Fälle geschaffen, deren Vergütungen weit jenseits der ‚typischen Pflege-satzdimension‘ in der typischen Größenordnung ‚rund 200 € am Tag‘ liegen“ (InEK, Anmerkungen 2012; eingehende Erläuterungen zur Gruppierungslogik im PEPP-Definitionsband 2012/2013 des InEK, http://www.g-drg.de/cms/PEPP-Entgeltsystem_2013/Definitionsband, Abruf am 23.01.2013).

Ein besonderes Merkmal für die Psychiatrie ist die Unterteilung der Entgelte in bis zu vier **verweildauerabhängige Vergütungsstufen**. Für einen Patienten, der einer PEPP mit Vergütungsstufen zugeordnet wird, erhält die Einrichtung für die ersten Tage des stationären Aufenthalts – in der ersten Vergütungsstufe – vergleichsweise hohe Tagessätze, dann in der zweiten Vergütungsstufe niedrigere Tagessätze usw. Die Vergütungsstufen sind nach den vom InEK gegebenen Informationen so adjustiert, dass die durchschnittlichen Kosten der Behandlung von Patienten mit kurzer Verweildauer innerhalb der ersten Vergütungsstufe mit der ermittelten Bewertungsrelation vollständig vergütet werden. Die übrigen Vergütungsstufen sind so berechnet, dass die durchschnittlichen Kosten des Aufenthalts nach Durchlaufen der Vergütungsstufen im Durchschnitt gedeckt werden. Die Vergütungsstufen verhindern eine Unterfinanzierung von Kurzliegern und eine Überfinanzierung von Langliegern. Dabei liegt auch bei Langliegern das mittlere effektive Relativgewicht für die gesamte Aufenthaltsdauer typischerweise deutlich über dem Relativgewicht der letzten Stufe.

Beispiel: (nach InEK, Anmerkungen 2012)

PEPP PA14B *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Essstörungen und andere Störungen, Alter < 66 Jahre, ohne komplizierte Konstellation*

Relativgewicht ab Tag 1:	1,2467 (1. Vergütungsstufe)
Relativgewicht ab Tag 10:	0,8713 (2. Vergütungsstufe)
Relativgewicht ab Tag 31:	0,8027 (3. Vergütungsstufe)
Mittleres Relativgewicht bei Verweildauer von 9 Tagen:	1,2467
Mittleres Relativgewicht bei Verweildauer von 10 Tagen:	1,2090
Mittleres Relativgewicht bei Verweildauer von 30 Tagen:	0,9839
Mittleres Relativgewicht bei Verweildauer von 31 Tagen:	0,9781
Mittleres Relativgewicht bei Verweildauer von 50 Tagen:	0,9114
Mittleres Relativgewicht bei Verweildauer von 100 Tagen:	0,8571

Somit entspricht die durchschnittliche Tagesvergütung für Langlieger aufgrund der hohen tagesbezogenen Vergütung in der ersten Vergütungsstufe

den ermittelten durchschnittlichen tagesbezogenen Behandlungskosten für den gesamten Aufenthalt.

In der Psychosomatik weist der PEPP-Entgeltkatalog keine Vergütungsstufen aus. Nach der Kalkulationsstichprobe indizieren die durchschnittlichen Tages-Behandlungskosten einen einheitlichen Kostenverlauf.

10.2.2 Kritik

Von den Fachgesellschaften für Psychiatrie und Psychosomatik wurde der erste PEPP-Entgeltkatalog abgelehnt, was schließlich die Deutsche Krankenhausgesellschaft bewog, dem Entgeltkatalog nicht zuzustimmen. Als Kritikpunkte wurden insbesondere vorgebracht:

- Die Hauptdiagnose sei wenig geeignet, den Behandlungsaufwand zu erkennen.
- Der Entgeltkatalog sei nicht ausreichend differenziert. Dadurch werde ein Anreiz gesetzt, aufwändige Fälle zu Gunsten einfacher Fälle zu vermeiden.
- Suchterkrankungen seien nicht sachgerecht im Katalog abgebildet.
- Die Psychosomatik sei zu undifferenziert im Katalog abgebildet.
- Die verweildauerabhängige Vergütung setze falsche Anreize; wegen der absinkenden Tagessätze seien vorzeitige Entlassungen und Fallzahlsteigerungen zu befürchten.

Das InEK (Anmerkungen 2012) und das Bundesministerium für Gesundheit (in der Begründung zum Entwurf der PEPPV 2013) räumen ein, dass der PEPP-Katalog 2013 noch Schwächen enthält. So sei die Kalkulationsstichprobe für die Psychosomatik tatsächlich klein und vermutlich nicht repräsentativ, so dass die Abbildung der Psychosomatik im Rahmen der Weiterentwicklung des Entgeltkataloges zweifellos verbessert werden müsse. Das betreffe auch die Abbildung von Strukturmerkmalen wie die Teilnahme an der regionalen Pflichtversorgung. Die hohe Bedeutung der Hauptdiagnosen für den PEPP-Gruppierungsprozess sei auch der Tatsache geschuldet, dass noch nicht in einem vergleichbar hohen Maß wie im DRG-System ICD- und OPS-Kodes als belastbare Kostentrenner zur Verfügung stehen. Da das DIMDI gemeinsam mit den Fachgesellschaften an der Weiterentwicklung der ICD- und OPS-Kodes arbeite, sei künftig eine wesentlich verbesserte Abbildung insbesondere von schwer erkrankten Patienten zu erwarten. Das Gleiche gelte auch für die aufwandsgerechte Eingruppierung von Suchterkrankungen, insbesondere Opiatabhängigkeit. Die im PEPP-Katalog 2013 bereits definierten „Prä-PEPP“ für hochaufwändige Fälle mit 1:1 Betreuung oder Behandlung im Intensivsetting stellten aber einen bedeutenden ersten Schritt dar.

Andere Kritikpunkte halten das InEK und das Bundesministerium für Gesundheit nicht für begründet. Der Anreiz zur Vermeidung aufwändiger Fälle sei

wegen der Bildung von „Prä-PEPP“ und von Vergütungsstufen bei den Basis-PEPP voraussichtlich gering. Die verweildauerabhängige Vergütung über Vergütungsstufen sei in einem System degressiver durchschnittlicher Tageskosen sachgerecht, weil sie die Unterfinanzierung von Kurzliegern und die Überfinanzierung von Langliegern vermeide. Ein eventuell damit verbundener Anreiz zur Verweildauerreduzierung sei durchaus erwünscht. Ein rein ökonomisch orientiertes Entlassungsmanagement mit der Absicht, den Patienten erneut stationär aufzunehmen und wieder die höchste Vergütungsstufe zu erreichen, werde durch die flankierenden Abrechnungsbestimmungen (s.u.) weitgehend verhindert. Bei der Weiterentwicklung des Vergütungssystems könnten erkannte Fehlanreize minimiert werden.

Im Ergebnis sehen das InEK und das Bundesministerium für Gesundheit den auf der Grundlage der zur Verfügung stehenden empirischen Daten entwickelten ersten PEPP-Entgeltkatalog als geeignete Einstiegslösung an, zumal die erkannten Schwächen sich in der budgetneutralen Phase nicht auf die Höhe des Budgets auswirken. Die lange budgetneutrale Phase und die anschließende Konvergenzphase könnten dazu genutzt werden, die Abbildung der Leistungen schrittweise zu verbessern. Alle Beteiligten, insbesondere die medizinischen Fachgesellschaften, wurden aufgefordert, daran konstruktiv und engagiert mitzuarbeiten. Das InEK wurde verpflichtet, bis zum 30. November 2012 analog zum DRG-System (vgl. § 17d Abs. 3 Satz 4 KHG) ein Vorschlagsverfahren für den PEPP-Entgeltkatalog 2014 einzurichten (§ 10 PEPPV 2013).

10.3 PEPP-Abrechnungsbestimmungen 2013

Die Abrechnungsbestimmungen für die PEPP-Entgelte 2013 sind ebenfalls Bestandteil der PEPPV 2013. Über sie hatten sich die Vertragsparteien auf der Bundesebene im Vorfeld grundsätzlich verständigt, sodass sie nahezu unverändert in die Rechtsverordnung übernommen wurden.

Von besonderem Interesse sind die Vorschriften über die Fallzusammenfassung (Fallzusammenführung) nach Wiederaufnahmen und die Abrechnungsbestimmungen bei Verlegung. Das Krankenhaus hat bei den mit Bewertungsrelationen bewerteten Leistungen eine Zusammenfassung der Aufenthaltsdaten zu *inem* Fall und eine Neueinstufung in ein PEPP-Entgelt vorzunehmen, wenn ein Patient innerhalb von 21 Kalendertagen, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Entlassungstag der vorangegangenen Behandlung, wieder aufgenommen wird, in dieselbe Strukturkategorie einzustufen ist und seit dem Aufnahmetag des ersten Krankenhausaufenthaltes nicht mehr als 120 Kalendertage verstrichen sind. Die Neueinstufung in ein PEPP-Entgelt ist mit den Daten aller zusammenzuführenden Krankenhausaufenthalte durchzuführen, wobei als Hauptdiagnose des zusammengeführten Falles die Hauptdiagnose des Aufenthalts mit der höchsten Anzahl an Berechnungstagen zu wählen ist (§ 2 PEPPV 2013). Eine Fallzusammenfassung hat unter den vorste-



henden Bedingungen auch zu erfolgen, wenn ein Patient in ein anderes Krankenhaus verlegt und von diesem oder einem anderen Krankenhaus in dasselbe Krankenhaus zurückverlegt wird (Rückverlegung, § 3 Abs. 2 PEPPV 2013).

Die Vorschriften über die Fallzusammenfassung sollen einen ökonomisch orientierten „Drehtüreffekt“ verhindern. Zu beachten ist, dass eine Fallzusammenfassung von bewerteten voll- und teilstationären Leistungen nicht erfolgt; eine Fallzusammenfassung kommt nur innerhalb dieser Bereiche in Betracht (§§ 2 Abs. 4, 3 Abs. 4, 6 Abs. 2 PEPPV 2013).

Bei Verlegungen ohne Rückverlegung rechnet jedes beteiligte Krankenhaus Entgelte auf der Basis der im eigenen Krankenhaus erfassten Daten ab. Unterliegt ein Krankenhaus sowohl der Bundespflegesatzverordnung als auch dem Krankenhausentgeltgesetz, sind diese unterschiedlichen Bereiche im Fall von internen Verlegungen wie eigenständige Krankenhäuser zu behandeln (§ 3 Abs. 1, Abs. 3 PEPPV 2013).

Die übrigen Abrechnungsbestimmungen sind mehr technischer Natur. Sie betreffen zum Beispiel die Laufzeit der Entgelte, den Kostenträgerwechsel und die Verweise auf die Anlagen zum PEPP-Entgeltkatalog.