

Aufbau und Inhalte des PEPP-Kataloges 2014

Dr. Frank H. Jagdfeld, 22.11.2013

- Grundzüge PEPP-System
- Überblick Neuerungen Katalog 2014
- Was hat das InEK (warum) gemacht?
- Konfliktpotential
- Résumé

Grundzüge des PEPP-Systems

- Das PEPP-System beschreibt alle akutstationär behandelten psychiatrischen und psychosomatischen Patienten auf der Basis von Routine-Falldaten in klinisch definierten Fallgruppen mit ähnlichen tagesbezogenen Kosten.
- Jedem Fall (ggfs. nach Zusammenfassung von mehreren Einzelaufenthalten) wird genau eine PEPP zugeordnet.

PEPP = Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik

■ bezeichnet sowohl Entgeltsystem als auch einzelne Fallgruppen

Strukturkategorie (SK):

■ Oberste Kategorisierung, vornehmlich über strukturelle Merkmale wie z.B. Fachabteilung definiert

BPEPP:

■ Basis-PEPP wird grundsätzlich durch gleiche Liste von Diagnose- oder Prozedurenkodes definiert

PEPP:

■ Innerhalb einer BPEPP unterscheiden sich die Fallgruppen durch ihren Ressourcenverbrauch und sind anhand unterschiedlicher Faktoren (z.B. komplizierende Diagnosen, Prozeduren oder Alter) untergliedert

Groupier:

- Software zur Zuordnung von Behandlungsepisoden zu SK, BPEPP und PEPP

Bewertungsrelation, Relativgewicht, Kostengewicht:

- Kennzahl, die die Kosten eines Behandlungstages eines Patienten in der ihm zugeordneten PEPP beschreibt – im Verhältnis zu den durchschnittlichen Kosten aller Behandlungstage aller Patienten (**nur erste Verweildauerstufe**).

P O 03 A

Behandlungsbereich

P= vollstationär

T = teilstationär

i.d.R. Diagnosegruppe

(nicht bei Prä- und Fehler-
Strukturkategorie)

Strukturgruppe

O = Prä-Strukturgruppe

A = Psychiatrie

K = Kinder- und Jugendpsychiatrie

P = Psychosomatik

F = Fehler- und sonstige PEPP

„Ressourcenverbrauch“

A = höchster

B = zweithöchster

...

■ Erste Untergliederung

Teilstationär:

■ Aufnahmegrund = „03 Krankenhausbehandlung, teilstationär“

Vollstationär:

■ Aufnahmegrund \neq „03 Krankenhausbehandlung, teilstationär“

Abfragereihenfolge der Strukturkategorien

Kinder- und Jugendpsychiatrie, teilstationär



Psychosomatik, teilstationär



Psychiatrie, teilstationär



Prä-PEPP



Kinder- und Jugendpsychiatrie, vollstationär

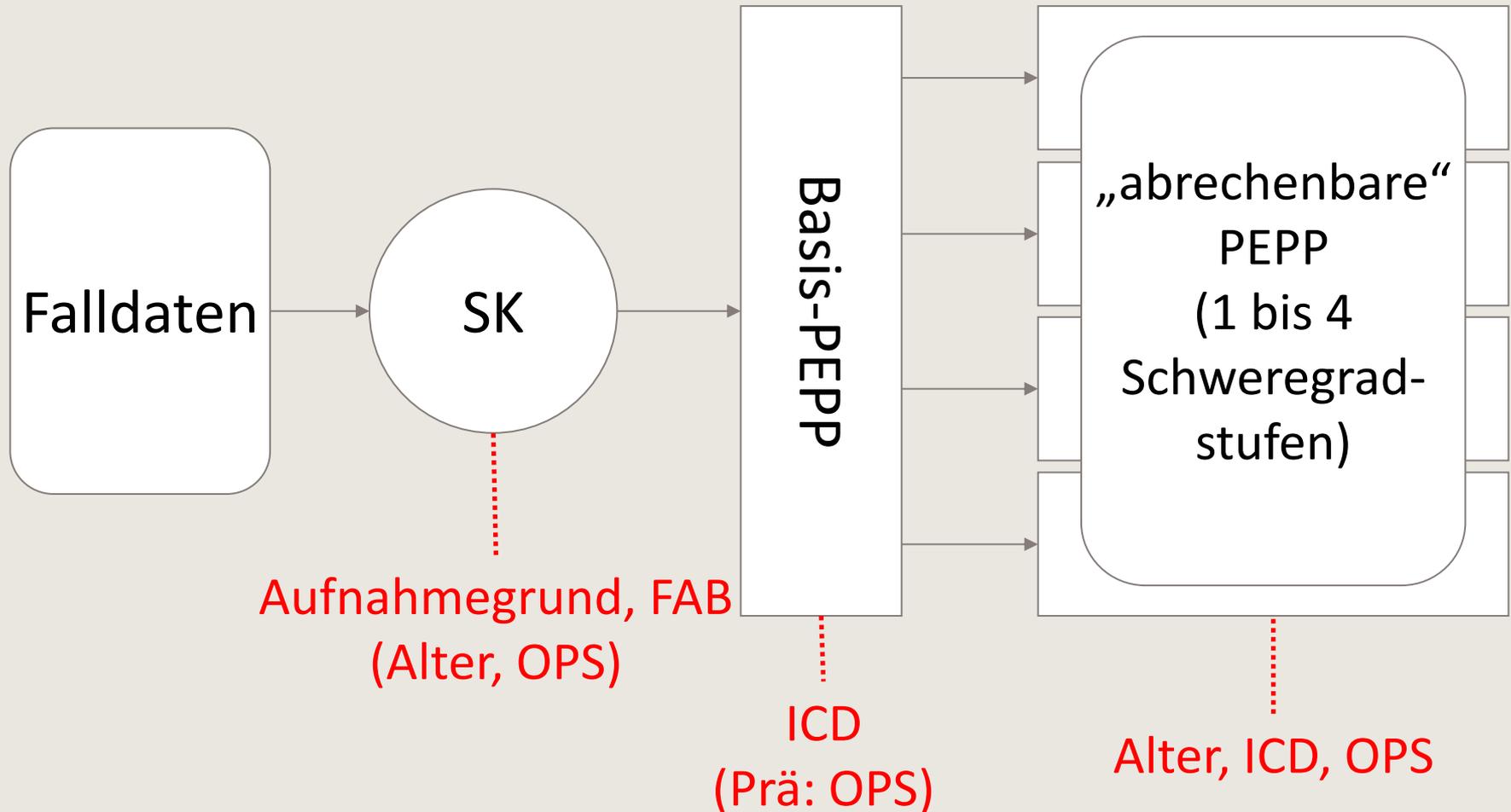


Psychosomatik, vollstationär



Psychiatrie, vollstationär

Fallgruppierung – schematisch



Das PEPP-Jahr

28. Februar:

Ende ICD-10-/OPS
Vorschlagsverfahren
DIMDI für Jahr x+1

31. März:

Ende PEPP-
Vorschlagsverfahren
InEK für Jahr x+1

im Herbst:
neue PEPPV,
ICD-10-GM &
OPS
für Jahr x+1

01.01.

31.12.

Klassifikationen (ICD, OPS) und PEPPV
(Abrechnungsbestimmungen, Kataloge)
gelten vom 01.01. bis 31.12.

Überblick über Neuerungen im Katalog 2014

P002 Intensivbehandlung bei Kindern und Jugendlichen

2013

P002A ... mit sehr hohem Bedarf an intensiver Beaufsichtigung in einer Kleinstgruppe bzw. Einzelbetreuung

P002B ... mit hohem Bedarf an intensiver Beaufsichtigung in einer Kleinstgruppe bzw. Einzelbetreuung

2014

P002A ... Einzelbetreuung mit sehr hohem Aufwand

P002B ... Einzelbetreuung mit hohem Aufwand

P003 Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung

2013

P003A ... mit äußerst hohem Aufwand

P003B ... mit sehr hohem Aufwand

P003C ... mit hohem Aufwand

P003D ... mit erhöhtem Aufwand

2014

P003A ... mit äußerst hohem Aufwand

P003B ... mit sehr hohem Aufwand

P003C ... mit erhöhtem Aufwand

PA02 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

2013

PA02A ...mit komplizierender
Konstellation

PA02B ...ohne komplizierende
Konstellation

2014

PA02A ...mit Heroinkonsum oder
intravenösem Gebrauch sonstiger
Substanzen

PA02B ...ohne Heroin, ohne i.v. Konsum,
mit komplizierender Konstellation oder
mit erhöhter Therapieintensität oder
mit Mutter/Vater-Kind-Setting

PA02C ...ohne Heroin, ohne i.v. Konsum,
ohne komplizierende Konstellation, mit
Qualifiziertem Entzug ab 7 Tagen

PA02D ...ohne Heroin, ohne i.v. Konsum,
ohne komplizierende Konstellation,
ohne Qualifizierten Entzug ab 7 Tagen

PA15 Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems

2013

PA15A ... mit komplizierender
Konstellation

PA15B Amnestisches Syndrom,
Alzheimer-Krankheit oder sonstige
degenerative Krankheiten des
Nervensystems, ohne komplizierende
Konstellation

PA15C Organische Störungen, ohne
komplizierende Konstellation

2014

PA15A ... mit komplizierender
Konstellation oder mit hohem Anteil
Intensivbehandlung oder mit erhöhter
Therapieintensität

PA15B ... mit bestimmten
Demenzerkrankungen oder mit
komplizierender Diagnose oder Alter >
84 Jahre oder mit erhöhtem Anteil
Intensivbehandlung

PA15C ... Alter < 85 Jahre, ohne
komplizierende Konstellation, ohne
bestimmte Demenzerkrankungen, ohne
komplizierende Diagnose

TA19/TA20 Psychotische, affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme, Schlaf-, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen

2013

TA19Z ... Alter > 65 Jahre oder mit komplizierender Konstellation

TA20Z ... Alter < 66 Jahre, ohne komplizierende Konstellation

2014

TA19Z ... Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation

TA20Z ... Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation

PK04 Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen

2013

PK04A ... mit komplizierender
Nebendiagnose

PK04B ... ohne komplizierende
Nebendiagnose

2014

PK04A ... mit komplizierender
Nebendiagnose oder mit Einzel-
oder Kleinstgruppenbetreuung mit
erhöhtem Aufwand

PK04B ... ohne komplizierende
Nebendiagnose, ohne Einzel- oder
Kleinstgruppenbetreuung mit
erhöhtem Aufwand

PK14 Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen

2013

PK14Z Verhaltensstörungen mit
Beginn in der Kindheit und Jugend,
Persönlichkeits- und
Verhaltensstörungen oder andere
Störungen

2014

PK14A ... Alter < 8 Jahre oder mit
komplizierender Konstellation oder
mit Einzel- oder
Kleinstgruppenbetreuung mit
erhöhtem Aufwand

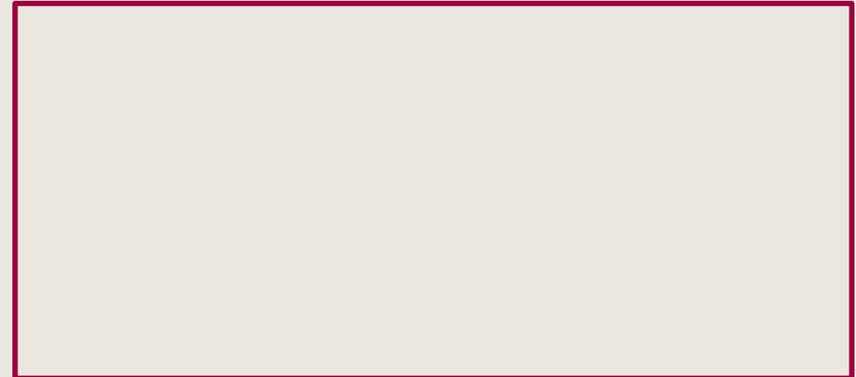
PK14B ... Alter > 7 Jahre, ohne
komplizierende Konstellation, ohne
Einzel- oder
Kleinstgruppenbetreuung mit
erhöhtem Aufwand

PP00Z Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung, mit sehr hohem Anteil

2013

PP00Z Psychosomatisch-
psychotherapeutische
Komplexbehandlung, mit sehr
hohem Anteil

2014



PP04 Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen

2013

PP04A ... Alter > 65 Jahre oder mit
komplizierender Konstellation

PP04B ... Alter < 66 Jahre, ohne
komplizierende Konstellation

2014

PP04A ... Alter > 89 Jahre oder mit
komplizierender Diagnose und Alter >
64 Jahre, oder mit komplizierender
Konstellation oder mit erhöhter
Therapieintensität

PP04B ... Alter < 90 J., mit
Mutter/Vater-Kind-Setting oder mit
kompl. Diagnose oder Alter > 64 Jahre
oder mit psychosomat.-psychother.
Komplexbeh. mit sehr hohem Anteil

PP04C ... Alter < 65 Jahre, ohne
komplizierende Diagnose, ohne
psychosomatisch-psychotherapeutische
Komplexbehandlung mit sehr hohem
Anteil

neues unbewertetes Zusatzentgelt

ZP ¹⁾	Bezeichnung	OPS Version 2014	
		OPS-Kode	OPS-Text
1	2	3	4
ZP2014-26	Gabe von Paliperidon, intramuskulär	6-006.a*	Applikation von Medikamenten Liste 6: Paliperidon, intramuskulär

Was hat das InEK (warum)
gemacht?

Krankenhäuser mit einer Zusage zur Kalkulationsdatenlieferung	71 (63) *
- davon Teilnehmer im Jahr 2012	58
- davon Neueinsteiger	13
Später Rückzug der Zusage	1 (2)
Einrichtungen mit erfolgter Datenlieferung = Kalulationstichprobe (davon 3 Testlieferungen von Neueinsteigern)	70 (61)

* (in Klammern: Stand Kalkulation Datenjahr 2011) Quelle: InEK

Strukturkategorien

Verteilung Kalkulationsdaten

Präfix	Strukturkategorie	Fälle	Anteil	Fälle (Vorjahr)	Veränderung ggü. VJ in %	Fallanteil § 21-Daten
PO	Prä-Strukturkategorie	5.420	3,2 %	3.216	69 %	28,7 %
PA	Psychiatrie, vollstationär	125.270	74,1 %	119.664	5 %	18,1 %
PK	Kinder- und Jugendpsychiatrie, vollstationär	10.713	6,3 %	7.937	35 %	23,4 %
PP	Psychosomatik, vollstationär	5.615	3,3 %	4.002	40 %	10,4 %
TA	Psychiatrie, teilstationär	17.967	10,6 %	16.409	9 %	16,6 %
TK	Kinder- und Jugendpsychiatrie, teilstationär	2.767	1,6 %	1.763	57 %	18,7 %
TP	Psychosomatik, teilstationär	1.347	0,8 %	1.400	-4 %	13,9 %
PF	Fehler-PEPP und sonstige PEPP	8	0,0 %	29	-72 %	4,9 %
	Gesamt	169.107	100,0 %	154.420	10 %	17,9 %

Teilnahme an der regionalen Pflichtversorgung

- keine einheitliche bundesweite Definition des Begriffs
- unterschiedliche Ausprägung bei den einzelnen Einrichtungen
- im § 21-Datensatz als ja/nein-Feld
 - von 66 Einrichtungen in der Kalkulation geben 61 „ja“ an
- die dem InEK vorliegende Datenbasis lässt keine aussagekräftige Analyse zu, da Vergleichsgruppe zu klein

Hinweise zur Weiterentwicklung der PEPP-Klassifikation

- PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014
- Kritikpunkte am PEPP-System 2013
- detaillierte Analyse aller in den Daten des Jahres 2012 zur Verfügung stehenden Parameter
 - Diagnosen
 - Prozeduren
 - weitere Attribute (z.B. Alter, FAB)
- ergänzende Datenbereitstellung

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2014

Im Überblick

Teilvorschläge insgesamt:	356
Nicht analysierbar: (z.B. Leistungsbezeichner in den Daten nicht vorhanden)	121
Prüfbar/analysierbar:	235
Umgesetzt:	99
Quote/Umgesetzt:	42 %

- nur ein Teil der eingereichten Vorschläge ist im Rahmen des InEK-Auftrages prüfbar
- Voraussetzung: Attribute (Prozeduren, Diagnosen) sind in den Daten des Jahres 2012 vorhanden und können somit auf Kostenunterschiede analysiert werden

121 Vorschläge wurden als „nicht analysierbar“ gewertet

- Grundsätzliche Abweichung von den Vorgaben der Selbstverwaltung, z.B. hinsichtlich der Vorgehensweise einer tagesbezogenen Kalkulation mit Fallgruppierung
- Vorschlag bezieht sich auf nicht in den Daten vorhandene Attribute (z.B. noch zu schaffende OPS-Kodes)
- Vorschlag ausschließlich zu Inhalten des OPS oder der ICD-10 (Weiterleitung an DIMDI)
- ...

Quelle: InEK

Nicht analysierbare Vorschläge (2)

- Vorschläge zur Prüfung auf Kostentrennung bei nicht bestehenden Leistungsbezeichnern oder nicht existierenden Rahmendaten, beispielhaft
 - „Berücksichtigung der Aufwendungen für eine hohe Strukturqualität im Personalbereich“
 - „Berücksichtigung leitliniengerechter Therapien im Entgeltsystem“
 - „Förderung fachlich anerkannter und umfassender Behandlungskonzepte im Entgeltsystem“

„Tagesentgelte für Psychiatrie und Psychotherapie“ (TEPP)

- Argumentation: „Mehrstufiges, monoton-degressives Vergütungsmodell für bestimmtes Patientenkollektiv nicht sachgerecht“
- Lösungsvorschlag: Einführung eines phasenweise höheren Vergütungssatzes bei Vorliegen besonderen Mehraufwands mit Tagesbezug
→ würde tagesbezogene Eingruppierung erfordern
- weicht grundsätzlich von den Vorgaben der Selbstverwaltung ab

Weiterentwicklung der PEPP-Klassifikation

■ Diagnosebezogene Analysen

■ Prozeduren

■ Weitere Attribute

■ Sucht

Diagnosebezogene Analysen

Ausgangslage - PEPP 2013:

- Hauptdiagnose weitgehend als Ordnungsmerkmal verwendet (Diagnosegruppen)
- viele Begleiterkrankungen führen zu einer verbesserten Eingruppierung entsprechend ihres erhöhten Aufwands:
 - somatische Begleiterkrankungen z.B. Pneumonie
 - hochaufwendige Ausprägungen neuropsychiatrischer Diagnosen z.B. *Schwere Intelligenzminderung*
- für PEPP 2014 Analyse aller nennenswert in den Kalkulationsdaten vorhandenen Diagnosen

Stand im Datenjahr 2012:

- Im Vergleich zu G-DRG aktuell noch deutlich weniger Diagnosen pro Fall

- G-DRG, Datenjahr 2012: 4,9 Nebendiagnosen pro Fall
- PEPP, Datenjahr 2012: 1,5 somatische Nebendiagn. / Fall

- Unterschiedliches Niveau durch
 - unterschiedliche Patientenkollektive
 - noch unterschiedliche Verschlüsselungstiefe?

Quelle: InEK

- somatische Diagnosen
 - Strukturkategorie übergreifend

- F-Diagnosen
 - Psychiatrie
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - Psychosomatik

- Berücksichtigung somatischer Nebendiagnosen bereits in PEPP 2013, überwiegend in den Splitkriterien der PEPP der Strukturkategorie „Psychiatrie“
- hochdifferenzierte Abbildung der Multimorbidität (analog der CCL-Matrix des G-DRG-Systems) auf den Daten der ersten zwei Jahre noch nicht möglich
- damit vor allem Aufwertung von Diagnosen möglich, die bereits alleine typischerweise mit hohen Tageskosten einhergehen

Für 2014 neue Berücksichtigung von somatischen Diagnosen

- schwangere Patientinnen (z.B. bei Sucht)
- Myasthenie
- Hydrocephalus
- Neoplasien
- HIV-Infektionen
- Zöliakie (Strukturkategorie KJP)
- Alkohol-Embryopathie
- Blindheit und hochgradige Sehbehinderung
- dermatologische Erkrankungen (z.B. Psoriasis)
- bereits aufgewertete somatische Diagnosen jetzt oft in größerem Umfang gruppierungsrelevant (z.B. Pneumonien)

zahlreiche Hinweise, insbesondere zu

- Diagnosegruppen aus dem Bereich psychotrope Substanzen
- Persönlichkeitsstörungen, z.B. vom Borderline-Typ
- Störungen mit psychotischer Symptomatik
- aber auch zu einzelnen Diagnosekodes wie z.B. F60.2
Dissoziale Persönlichkeitsstörung

für 2014 Aufwertung:

- der affektiven Störungen und Suchterkrankungen mit psychotischer Symptomatik
- der dissoziativen und organisch dissoziativen Störungen
- des Autismus und des malignen neuroleptischen Syndroms
- der Entzugssyndrome mit Delir und psychotischer Symptomatik bei Alkohol-/Sedativaabhängigkeit

Quelle: InEK

F-Diagnosen

Kinder- und Jugendpsychiatrie

für 2014:

- Diagnosen Dissoziative Störung (F44.2, F44.4, F44.5, F44.7) und *Elektiver Mutismus* (F94.0) in Splitkriterium der PK04A/B aufgenommen
- Diagnosen schwere (F72.1) sowie schwerste Intelligenzminderung (F73.1) in Splitkriterium der PK14A/B aufgenommen
- Diagnosen *Frühkindlicher Autismus* (F84.0) und *Atypischer Autismus* (F84.1) in Splitkriterium der PK14A/B aufgenommen

Quelle: InEK

- im PEPP-System 2013 nur in wenigen Fällen Nebendiagnosen gruppierungsrelevant
- Analysen ergaben, dass sich bei den Affektiven Störungen viele Diagnosen in gleicher Weise als Splitkriterium für die Psychosomatik und Psychiatrie eignen

F-Diagnosen

Psychosomatik (2)

für 2014:

- Berücksichtigung von Diagnosen in der PP04 analog zur PA04
- übrige PEPP der Psychiatrie und Psychosomatik unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Diagnosen bei der Verwendung als Splitkriterium deutlich
- durch (u.a.) neuen Dreifachsplit der PP04 (affektive Störungen) deutlich höhere Bedeutung somatischer und psychiatrischer Nebendiagnosen für die sachgerechte Eingruppierung in der Strukturkategorie Psychosomatik

Quelle: InEK

Diagnosebezogene Analysen

Zwischenfazit

- umfangreiche diagnosebezogene Analysen über alle Altersklassen und in allen Strukturkategorien
- Aufnahme zahlreicher somatischer und psychiatrischer Diagnosen in die Splitbedingungen mit resultierender PEPP-Höhergruppierung

Prozeduren

- für Analysen steht das Datenjahr 2012 zur Verfügung
- von 2011 zu 2012 nur geringfügige Änderungen in der OPS-Systematik
- verfügbare Prozedurenkodes bisher nur zu einem kleinen Teil gruppierungsrelevant
- für 2014 wurden alle verfügbaren Leistungsbezeichner untersucht!

1. „Therapieeinheitenkodes“ (9-60 und 9-61)
2. Intensivbehandlung Erwachsene (9-61)
3. 1:1-Betreuung/Kleinstgruppe Kinder / Jug. (9-670 und 9-671)
4. Integrierte klinisch-psychosom. Komplexbehandlung (9-642)
5. Eltern-Kind-Setting (9-643 und 9-68)
6. Kriseninterventionelle Behandlung (9-641 und 9-690)

„Therapieeinheitenkodes“ OPS 9-60 und 9-61 (Erwachsene)

Kodes enthalten mehrere Informationen, u.a.:

- Behandlungsart (Setting)
 - Regel- (9-60) oder Intensivbehandlung (9-61)
 - Anzahl der Intensivmerkmale

- sogenannte „Therapieintensität“
 - Anzahl der Therapieeinheiten (TE)

Ausgangssituation:

- für PEPP 2013 war noch keine Abbildung möglich
- Therapieeinheiten Pflege/Spezialtherapeuten stellten keinen Kostentrenner dar
- vergleichsweise geringe Fallzahlen mit hoher Therapieintensität
- erste Hinweise auf hohe Therapieintensität Ärzte/ Psychologen als mögliche zukünftige Kostentrenner
- umfassende Analyse für PEPP 2014

Analyseansätze:

- Anzahl der erbrachten Therapieeinheiten/Woche
- Anzahl der Tage mit gültigem Therapieeinheiten-Kode
- Anteil am Gesamtaufenthalt
- Kombinationslogik aus Gültigkeitsdauer und Anteil, um systematische Benachteiligungen (z.B. von Kurz- oder Langliegern) auszuschließen

- bessere Datenlage und Kodierqualität als im Vorjahr: in 2014 erstmalig in diversen PEPP v.a. in der SK Psychiatrie umgesetzt

- Aufwertung hoher psychotherapeutischer Behandlungsintensität:
 - > 6 TE pro Woche an mindestens 50% der Pflagetage bei
 - mindestens 7 Verweildauertagen
 - TE können in Regel- oder Intensivbehandlung erbracht werden
 - Berufsgruppe: Ärzte/Psychologen

- Umsetzung für die Berufsgruppen Pflege/Spezialtherapeuten für 2014 nicht möglich, da
 - stark unterschiedliche Anwendung des Codes in den Krankenhäusern
 - hohe Zahl an Therapieeinheiten nicht immer mit entsprechend höheren Kosten / Tag verbunden
 - uneinheitliches Ergebnis

Ausgangssituation:

- In PEPP 2013 bereits differenziert abgebildet:
 - Anteil > 75%, ab 3 Intensivmerkmale, mind. 4 Behandlungstage
 - Prä-PEPP P004

 - Anteil > 50%, ab 3 Intensivmerkmale
 - Höhergruppierung innerhalb der Strukturkategorie Psychiatrie

Intensivbehandlung Erwachsene (OPS 9-61)

Zahlreiche Anregungen aus dem Vorschlagsverfahren

■ geringere Einstiegsschwelle, beispielsweise:

■ ab 1 Merkmal

■ ab 40% Anteil

■ Berücksichtigung der Kleinstgruppe, aber auch

■ schärfere Definition: ab 5 Merkmalen

Analyseergebnis - Intensivbehandlung Erwachsene

- Definition aus PEPP 2013 weiter mit guter Kostentrennung
- Fälle ab 1 Merkmal mit deutlich geringerem Aufwand
- wenige Fälle mit durchgängig 5 Intensivmerkmalen über einen längeren Zeitraum
- Kurzlieger mit 5 Merkmalen deutlich kostenauffällig
- In bestimmten PEPP ist bereits ein Anteil von 40% der Verweildauer ein guter Kostentrenner

Intensivbehandlung Erwachsene

– Umbauten

- differenziertere Abbildung als im Vorjahr in der SK Psychiatrie

- **NEU:** „mit erhöhtem Anteil“
 - 40 % Anteil Intensivbehandlung (ab 3 Merkmale) an Pfllegetagen (z.B. in der PA03A, PA04A, PA15B)

- wie Vorjahr: „mit hohem Anteil“
 - 50 % Anteil Intensivbehandlung (ab 3 Merkmale) an Pfllegetagen (z.B. in der PA01A, PA02B und PA15A)

Intensivbehandlung Erwachsene

– Umbauten (2)

- differenziertere Abbildung als im Vorjahr in der Prä-PEPP
- **Modifiziert:** „mit äußerst hohem Aufwand“
 - 75% Anteil Intensivbehandlung (ab 3 Merkmale) oder neuerdings:
 - Berücksichtigung der Kurzlieger (unter 4 Pflage tage) ab 5 Merkmalen, ebenfalls 75% Anteil (in der P004Z)

Kleinstgruppe und Einzelbetreuung bei Kindern und Jugendlichen – Ausgangssituation

- bisher Eingruppierung nach ermittelter Stundenzahl pro Aufenthalt in den Codebereichen:
 - Kleinstgruppe (9-670.-) und
 - Einzelbetreuung (9-671.-)

- Einstiegsschwelle > 150 Stunden für die P002A und > 70 Std. für die P002B

Kleinstgruppe und Einzelbetreuung bei Kindern und Jugendlichen – Analysen

- keine expliziten Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren zum Thema
- Untersuchung von aufwendigen Fällen unterhalb der bisherigen Einstiegsschwellen (z. B. < 70 Stunden)
- Prüfung auch von niederschweligen Codes (z. B. nur 1 Mal pro Woche oder niedrige Stundenzahl pro Tag)

Kleinstgruppe und Einzelbetreuung (KJP)

– Ergebnis

- differenziertere Abbildung:
Aufnahme der Einzelbetreuungskodes mit
 - > 2 – 4 Std. pro Tag an mind. 4 Tagen pro Woche (9-671.13-16)
 - > 8 Std. pro Tag an 1 Tag pro Woche (9-671.30, .40 und .50)
in die Basisbedingung der Prä-PEPP P002
- Einstiegsschwelle wird damit leichter erreicht
- „Beaufsichtigung/Überwachung in der Kleinstgruppe“ aus der Prä-PEPP P002 entfernt → sachgerechtere Abbildung in der Strukturkategorie Kinder- und Jugendpsychiatrie

Kleinstgruppe und Einzelbetreuung

– Ergebnis (2)

- Einführung der Kleinstgruppen- und Einzelbetreuungskodes als Splitkriterium in die Strukturkategorie Kinder- und Jugendpsychiatrie:
 - Logik weitgehend analog zur Prä-PEPP P002, bei niedrigerer Einstiegsschwelle (mindestens 40 Std. pro Aufenthalt)
 - Umsetzung im Split der PK04 und PK10, somit in den beiden fallzahlstärksten PEPP der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Integrierte klinisch-psychosomatische Komplexbehandlung

Ausgangssituation:

- Zusatzkode (OPS 9-642) beschreibt
 - Kriterien zur ärztlichen und pflegerischen Betreuung
 - Vorliegen einer somatischen Erkrankung z.B. Asthma bronchiale, entzündliche Darmerkrankungen mit psychischer Komorbidität
 - bestimmte Strukturmerkmale des Krankenhauses
- Hinweise der Fachgesellschaft im Rahmen des Vorschlagsverfahrens

Analyseergebnis:

- Untersuchung der Fälle mit diesem Zusatzkode
- deutlich kostenauffällig bei mindestens 50 % Anteil der Komplexbehandlung an den Pfllegetagen
- Erarbeitung einer Liste somatischer Erkrankungen mit potentieller psychischer Komorbidität
 - Fälle mit diesen Diagnosen (ohne OPS 9-642) zeigen jedoch nur geringe Kostenunterschiede zu den anderen Fällen der PEPP
- Kombination aus beiden Ansätzen (ICD + OPS) ist sinnvoll

Integr. klin.-psychosom. Komplexbehandlung

Ergebnis für 2014

- sachgerechtere Abbildung von Fällen, bei denen der Kode für die Integrierte klinisch-psychosomatische Komplexbehandlung
 - an mindestens 50 % der Pflage tage erbracht wird und
 - zugleich eine bestimmte somatische Erkrankung vorliegt

- vom Umbau betroffene PEPP: PA04A, PP04A, PP10A u.a.

Psychosomatische Komplexbehandlung Analysen

- im Datenjahr 2012 deutlich veränderte Kalkulationsstichprobe, insbesondere in der SK Psychosomatik
- in der Folge Fälle der PEPP PP00Z nicht mehr durchgängig teurer als andere PEPP der Strukturkategorie
- bisherige Abbildung in PP00Z ist damit nicht mehr sachgerecht

Ergebnis für 2014:

- Auflösung der „psychosomatischen Prä-PEPP“ PP00Z
- Zuordnung der Patienten aus der aufgelösten PP00Z in der Strukturkategorie Psychosomatik anhand ihrer Hauptdiagnose
- Aufnahme der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung > 8 TE in die Splitbedingungen der psychosomatischen PEPP: Abbildung von Fällen mit hohem Anteil (Kode an > 50% an Pflgetagen gültig) in der PP04B und der PP10A

Quelle: InEK

Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren auf nicht sachgerechte Abbildung von Fällen mit dem Zusatzcode Eltern-Kind-Setting.

Dabei sind zwei Codes zu unterscheiden:

■ 9-643 **Mutter/Vater**-Kind-Setting: Erkrankte **Mütter oder Väter** mit Beziehungsstörung zum bis 4 Jahre alten Kind, dessen Mitbehandlung erforderlich ist

■ 9-68 Eltern-**Kind**-Setting: „Behandlung psychisch kranker **Kinder** [...] gemeinsam mit Eltern und ggf. Geschwistern, [...] wenn die Eltern-Kind-Dynamik einen wesentlichen Faktor zur Aufrechterhaltung der Störung darstellt“

Analyseergebnis:

- 9-643 Mutter/Vater-Kind-Setting, als Anteil an den Pflegetagen gerechnet
 - Hinweis auf mögliche Kostentrennung bei den Codes ab mindestens 8 Tagen

- 9-68 Eltern-Kind-Setting detailliert analysiert
 - deutliche Hausdominanz

Ergebnis für 2014 - Mutter/Vater-Kind-Setting:

- Fälle mit > 50% der Pflage tage im Mutter/Vater-Kind-Setting durch Höhereingruppierung sachgerechter abgebildet
- im Split der PA02A, PA03B, PA04B und PP04B

Kriseninterventionelle Behandlung bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen

- Struktur der Codes:
Mehr als 1,5 Std. kriseninterventionelle Behandlung pro Tag
bei Erwachsenen:
 - 9-641.0: Durch Ärzte und/oder Psychologen
 - 9-641.1: Durch Spezialtherapeuten und/oder
Pflegefachpersonen

- für Kinder und Jugendliche (9-690.-) Kode analog aufgebaut

- im Vorschlagsverfahren zahlreiche Anregungen zur Analyse
von Fällen mit kriseninterventioneller Behandlung

Kriseninterventionelle Behandlung bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen

- umfangreich analysiert nach Berufsgruppen und unterschiedlichem Anteil an den Pflorgetagen
- Patienten mit häufigen Kriseninterventionen (bei geringer Fallzahl) sind bereits fast zur Hälfte in den PEPP für Intensivbehandlung oder 1:1-Betreuung abgebildet
- Patienten mit einzelnen Kriseninterventionen nicht teurer
- Zudem:
 - scheinbar nur geringe Belastbarkeit des Kodes:
 - Mangelhafte Kodierqualität/-quantität?
 - Krankenhausdominanz

- Bedeutung deutlich gestiegen
- nach PEPP 2013 wurden **6 %** aller Fälle aufgrund einer Prozedur (z.B. Intensivbehandlung) eingruppiert
- in PEPP 2014 trifft dies für **15 %** aller Fälle zu
- typischerweise aufwändigere Fälle betroffen (Prä-PEPP, „A-PEPP“)

Fazit zu den Prozeduren

Gruppierungsrelevanz im Überblick

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

Quelle: InEK

Weitere Attribute

Ausgangssituation

- im PEPP-System 2013 „Alter > 65 Jahre“ in mehreren PEPP höhergruppierend, z.B. PA04 (Affektive Störungen)
- Abbildung aller Kinder < 14 Jahre in Strukturkategorie KJP
- höheres Lebensalter bisher nicht explizit gruppierungsrelevant
- Abbildung aufwendiger gerontopsychiatrischer Fälle v.a. in PEPP PA15 über Haupt- und Nebendiagnosen

Analysen:

- detaillierte Prüfung auf kostentrennende Wirkung in zahlreichen Stufen
 - sowohl im höheren Lebensalter (75, 80, 85, 90 Jahre)
 - als auch bei Kindern (3, 6, 10, 14 Jahre)

Neue Alterssplits

Ergebnis für 2014 – Erwachsene

- Affektive Störungen (PEPP PA04 und PP04)
Alter > 89 Jahre → Aufwertung in PA04A und PP04A
- Organische Störungen, degenerative Erkrankungen (PA15)
Alter > 84 Jahre → Aufwertung in PA15B
- Altersbedingung > 65 Jahre wurde einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren entsprechend durchgängig in allen betroffenen PEPP auf > 64 Jahre angepasst

Neue Alterssplits

Ergebnis für 2014 – Kinder

- Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen (PEPP PK14)
Alter < 8 Jahre → Aufwertung in PK14A
- in PK10 (Ess- und Fütterstörungen) Hinweise auf sehr teure Fälle < 6 Jahre, jedoch KH-Dominanz und Überschneidungen mit Thematik „Eltern-Kind-Setting“.
- noch keine Umsetzung, weitere Analysen erforderlich
- In den anderen PEPP der Strukturkategorie KJP kein Kostenunterschied oder sehr geringe Fallzahlen, so dass keine weitere Umsetzung möglich

Zuweisung in die Strukturkategorien

Überarbeitung für die Psychosomatik

- **bisher:** Zuweisung aller Fälle mit mindestens einem Fachabteilungsschlüssel (FAB) „Psychosomatik“ in die Strukturkategorie Psychosomatik
- damit Abbildung von Mischfällen mit FAB „Psychiatrie“ und „Psychosomatik“ immer in der SK Psychosomatik
- **neu:** Präzisierung der Zuweisungslogik durch Voraussetzung eines Anteils von mindestens 50% hinsichtlich der Gültigkeit der FAB-Schlüssel für Psychosomatik am Gesamtaufenthalt
- Abbildung von Mischfällen damit zukünftig entsprechend dem längeren Teilaufenthalt

BWKG

— Krankenhaus
— Reha
— Pflege

Sucht

Kritikpunkte im letzten Jahr:

- keine Abbildung des Qualifizierten Entzugs
- Abbildung von besonders aufwendigen Suchtformen (z. B. Heroingebrauch) über „Surrogatparameter“ nur teilweise möglich
- keine differenzierte Abbildung des multiplen Substanzmissbrauchs

- keine relevanten Änderungen im ICD und OPS für 2012 oder 2013
- problematisch insbesondere:
 - Opiatabhängigkeit nicht unterschieden nach
 - Heroin? (intravenöser Konsum?)
 - Schmerzmittel?
 - Einzelsubstanzen bei multiplem Substanzmissbrauch nicht erkennbar
- daraufhin fehlende Parameter durch InEK in KH nachgefragt

Abgefragte Informationen zu

- Qualifiziertem Entzug
- i.v. Konsum
- multiplem Substanzabusus

Bei erheblichem Aufwand (Nacherfassung) sehr guter Rücklauf!

	Fallzahl	Anzahl KH
Psychotrope Substanzen	5.581	35
Qualifizierter Entzug	23.671	39
Gesamt	29.252	47

Quelle: InEK

Was wurde genau abgefragt?

■ Psychotrope Substanzen

- Heroinapplikation (intravenös ↔ anderweitiger Konsum)
- Differenzierte Substanzen: Alkohol, Opioide, Sedativa/Hypnotika, Kokain, Amphetamine
- Marker für Applikationsart intravenös (nicht Heroin)

■ Qualifizierter Entzug (QE)

- Benennung der Patienten mit QE
- Anzahl der Tage, an denen gemäß dem erwarteten OPS-Kode behandelt wurde

■ eher kostenintensiv

- Heroin (i.v. als auch sonstige Applikation)
- Intravenöse Applikation anderer Substanzen
- Multipler Substanzgebrauch mit Konsum von Opioiden oder Kokain

■ weniger kostenauffällig

- Sedativa und Hypnotika

Sucht – Ergänzende Datenbereitstellung

Ergebnis zum Qualifizierten Entzug (QE)

- Fälle mit Merkmal für QE bei Erwachsenen kostenintensiver als Fälle, die nicht das Merkmal tragen
- Hinweise auf kostentrennende Eigenschaften für Kinder und Jugendliche
 - bei geringer Fallzahl noch kein umsetzbares Ergebnis

Sucht

Ergebnis für 2014

- Ausdifferenzierung der PEPP PA02 (psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) mit jetzt 4 statt 2 PEPP
 - neue PEPP PA02A für Fälle mit intravenösen Drogenkonsum oder Heroingebrauch
 - Berücksichtigung des multiplen Substanzgebrauchs in Verbindung mit Kokain oder Opiaten in der PA02B
 - neue PEPP PA02C, Aufwertung der Fälle mit mindestens einwöchiger Qualifizierter Entzugsbehandlung

Zusatzentgelte

- bei deutlich höheren Kosten für EKT und Strahlentherapie:
Abbildung durch Zusatzentgelt
 - Bewertung der Strahlentherapie wegen geringer Fallzahl je Leistung nicht möglich
 - Bewertung der Elektrokrampftherapie bei inhomogenen Leistungs- und Kostenangaben nicht möglich

Zusatzentgelte

Gabe von Paliperidon

- Rückfrageaktion zu hohen Medikamentenkosten
 - relevant hohe Kosten für Fälle mit Diagnose *Paranoider* bzw. *Undifferenzierter Schizophrenie* (F20.0, F20.3), *Schizophrenes Residuum* (F20.5) oder *Schizoaffektive Störungen* (F25.-)
 - Kosten i.d.R. begründet durch *Gabe von Paliperidon, intramuskulär*
 - Preis- und Mengenangaben allerdings divergent
- Bewertung der *Gabe von Paliperidon, intramuskulär* nicht möglich

Bewertungsrelationen

Analyse der mittleren Tageskosten

- Analyse der Tageskosten je Krankenhaus und PEPP in Abhängigkeit der Verweildauer

- gegenübergestellt werden die mittleren Tageskosten von zwei Analysegruppen
 - Analysegruppe 1: mind. 30 Fälle mit Verweildauer von 1 bis 7
 - Analysegruppe 2: alle Fälle einer PEPP; mind. 30 Fälle mehr als Analysegruppe 1

Vergütungsstufen – Kostendegression (2)

Beispiel PA04C : *Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen [...] ohne kompl. Diagnose*

Auf Krankenhaus-Ebene

■ 32.897 Fälle (Rohdaten nach Fallzusammenführung)

■ 52 Krankenhäuser

mW Tageskosten bei Verweildauer 1-7 Tage = 292 €

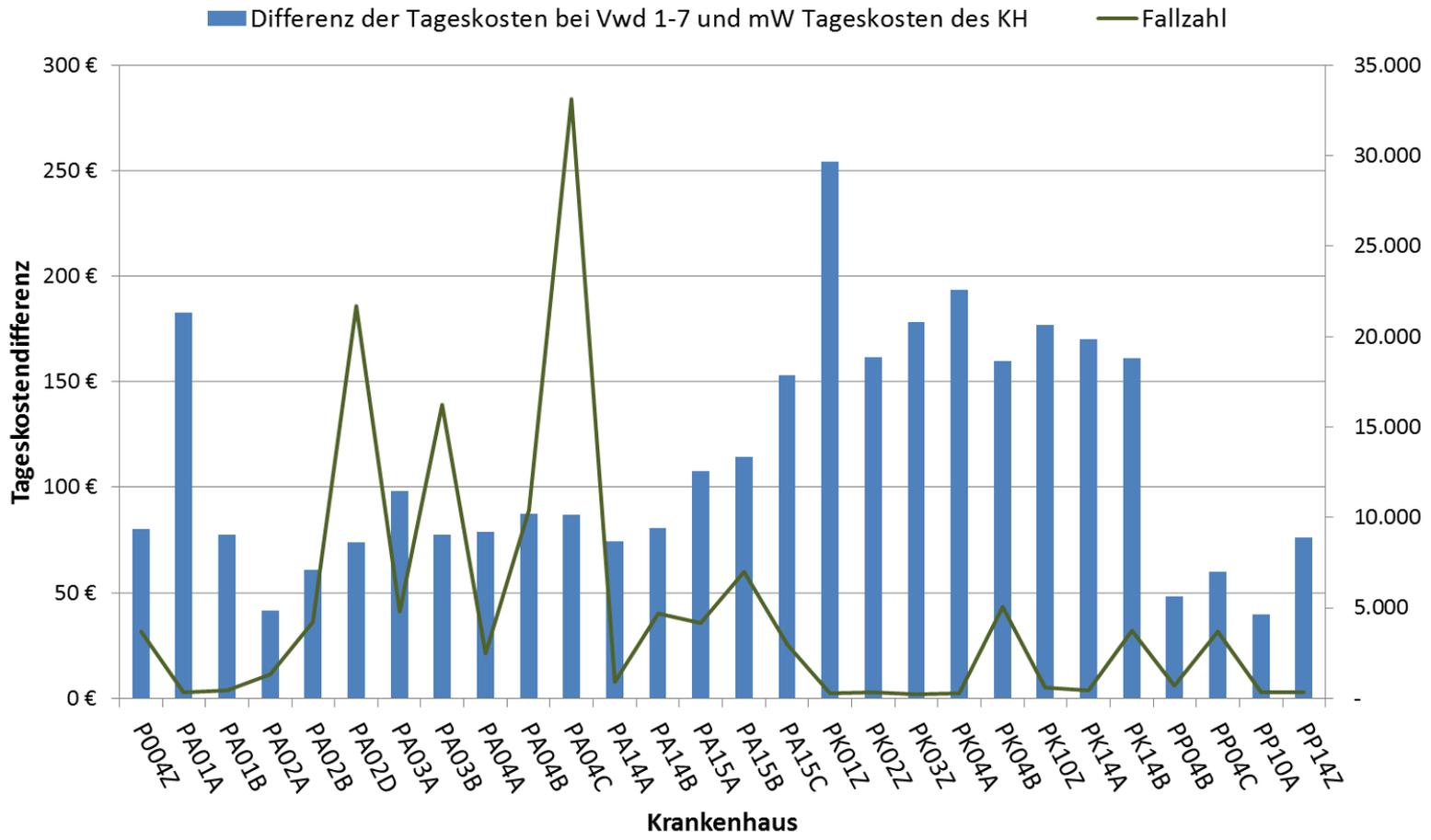
mW Tageskosten der PEPP = 204 €

Differenz der Tageskosten = 88 €

■ kleinste Differenz: 20 €, größte Differenz 287 €

Vergütungsstufen – Kostendegression (3)

Tageskostendifferenz zwischen Vwd 1-7 und mW Tageskosten der PEPP



Quelle: InEK

Ergebnis

- mittlere Tageskosten der Fälle mit Verweildauer 1 bis 7 **sind immer deutlich höher** als die mittleren Tageskosten aller Fälle
- bei **allen** Krankenhäusern liegt bei **jeder** PEPP eine Degression der mittleren Tageskosten der Fälle mit kurzer Verweildauer gegenüber allen Fällen vor
- die Differenz der mittleren Tageskosten wird noch größer bei Betrachtung der Fälle mit kurzer Verweildauer gegenüber den Fällen mit längerer Verweildauer

- Gruppierung aller Fälle (§ 21-Daten) nach PEPP-Version 2014
- DMI (DayMixIndex) =
Summe Bewertungsrelationen / Summe Verweildauertage
- Bezugsgröße so gewählt, dass für alle voll- und teilstationären Fälle (ohne Fälle in Fehler-PEPP und unbewerteten PEPP) gilt:

Summe Bewertungsrelationen = Summe Verweildauertage

- Bezugsgröße so gewählt, dass das durchschnittliche tagesbezogene Relativgewicht in Deutschland bei 1,0 (exakt 0,99997955) liegt
- Bezugsgröße für 2014 bei dieser Methodik beträgt **230,84 €**

Konfliktpotential?

- nach den Erfahrungen aus dem G-DRG System könnten Streitbehaftet sein:
 - Fälle in der Prä-Strukturkategorie
 - Fälle in hohen Schweregradstufen („A“) einer Basis-PEPP
 - Schwellenwerte
 - Fehlbelegung

Résumé

- verbesserte Abbildung hochaufwendiger Konstellationen in Prä-PEPP und „A-PEPP“
- deutliche Ausdifferenzierung im Bereich Sucht
- Berücksichtigung hoher Therapieintensität wie auch besonderer Behandlungsformen (z.B. dem Mutter/Vater-Kind-Setting)
- Aufwertung zahlreicher somatischer und psychiatrischer Diagnosen

- differenziertere Abbildung der Fälle mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen: Split der PK14
- Aufwertung der Altersklasse bis 8 Lebensjahre
- verstärkte Berücksichtigung von Prozedurenkodes z.B. der Einzelbetreuung innerhalb der Strukturkategorie
- Einbeziehung zahlreicher Diagnosen mit erhöhtem Aufwand (Diabetes mellitus, Alkoholembryopathie, Autismus, dissoziative Syndrome u. a.)

Ergebnis

Psychosomatik

- erstmalig Berücksichtigung der integrierten klinisch-psychosomatischen Komplexbehandlung
- deutliche Ausdifferenzierung der Basis-PEPP PP04 (affektive Störungen)
- Abbildung der Fälle mit hoher Anzahl an Therapieeinheiten in den Basis-PEPP PP04 und PP10, nicht mehr in „Prä-PEPP“ PP00Z
- Ausweitung des Spektrums der komplizierenden Nebendiagnosen