

Kristina Siam

Kodierleitfaden für die Psychiatrie und Psychosomatik 2022



Praxiswissen Abrechnung

 medhochzwei

Siam

Kodierleitfaden für die Psychiatrie und Psychosomatik 2022

Für Jule, Franco und Alex:
Danke, dass ich mich immer auf euch
und eure Unterstützung verlassen kann!

Kodierleitfaden für die Psychiatrie und Psychosomatik 2022

von

Dr. Kristina Siam

11. Auflage 2022



Anschrift des Autors:

Dr. Kristina Siam

Universitätsklinikum Münster

Geschäftsbereich Medizinisches Management

Niels-Stensen-Str. 8

48149 Münster

Bibliografische Information der Deutschen

Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese

Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte
bibliografische Daten sind im Internet über

<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Bei der Herstellung des Werkes haben wir uns
zukunftsbewusst für umweltverträgliche und
wiederverwertbare Materialien entschieden. Der Inhalt ist
auf elementar chlorfreiem Papier gedruckt.

Die Autorin sichert zu, die Inhalte dieses Buches mit größter
Sorgfältigkeit erstellt zu haben, kann aber keine Garantie für
die Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit der
bereitgestellten Informationen in dem vorliegenden Buch
übernehmen.

© 2022 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg

www.medhochzwei-verlag.de

ISBN 978-3-86216-875-0

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld

Umschlaggestaltung: Wachter Kommunikationsdesign, St. Martin

Titelbild: Florian Augustin/Shutterstock.com

Druck: mediaprint solutions GmbH, Paderborn

Vorwort

Seit dem 1.1.2019 sind mittlerweile alle psychiatrischen, psychosomatischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhäuser verpflichtet, auf Grundlage des PEPP-Entgeltsystems abzurechnen.

Mit dem neuen Entgeltsystem ist die Dokumentation im Rahmen der Abrechnung im Vergleich zu Zeiten, als noch über tagesgleiche Pflegesätze abgerechnet wurde, deutlich komplexer geworden. Eine vollständige und korrekte Dokumentation erbrachter Leistungen bildet jedoch im neuen Vergütungssystem auch zukünftig bei weiterer Ausgestaltung des Entgeltsystems als Budgetsystem die Grundlage für die Abrechnung im Einzelfall.

Die Dokumentation stellt dabei insbesondere auch unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Klassifikationssysteme und das Vergütungssystem jährlich weiterentwickelt werden, eine große Herausforderung für die betroffenen Fachabteilungen und Krankenhäuser dar. Kenntnisse über die Klassifikationssysteme in ihrer jeweils aktuellen Version, aber auch über die zahlreichen darüber hinaus relevanten Richtlinien sind dafür unabdingbar.

Immer wieder kommen dabei neue Herausforderungen hinzu, wie die Konfrontation mit Rechnungsprüfungen oder Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen.

Dieser Kodierleitfaden soll helfen, einen Überblick über die komplexen Zusammenhänge von Diagnosecodes, Prozedurenschlüssel und den in Psychiatrie und Psychosomatik relevanten Richtlinien zu bekommen, und damit die mit der Dokumentation und Kodierung betrauten Mitarbeiter bei ihrer täglichen Arbeit zu unterstützen.

Münster, Dezember 2021

Dr. Kristina Siam

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

1 Das Pauschalierende Entgeltsystem in Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)

1.1 Vom Fall zum Erlös

1.2 PEPP-Notation

1.3 Bedeutung von Kodierung und Dokumentation im neuen Entgeltsystem

1.4 Relevante Änderungen für 2022 im PEPP-System

2 Die Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych)

2.1 Bedeutung der Kodierrichtlinien bei der Abrechnung nach dem neuen Entgeltsystem

2.2 Einfluss der Kodierrichtlinien auf die Auswahl der Diagnosekodes

2.3 Die Kodierung der Hauptdiagnose nach den DKR-Psych

2.4 Die Kodierung von Nebendiagnosen nach den DKR-Psych

2.5 Fazit für die Anwendung der Deutschen Kodierrichtlinien im klinischen Alltag

3 Diagnosekodierung in Psychiatrie und Psychosomatik

3.1 Hauptdiagnosekodierung

3.2 Kodierung somatischer und psychischer Komorbiditäten

3.3 Pflegerelevante Nebendiagnosen

3.4 Fazit für die Kodierung von Diagnosen im klinischen Alltag

4 Prozedurenkodierung in Psychiatrie und Psychosomatik

4.1 Grundlagen der Prozedurenkodierung in Psychiatrie und Psychosomatik

4.2 Relevante OPS-Kodes zur Abbildung von Einzelleistungen in Psychiatrie und Psychosomatik

4.3 Dokumentation und Erfassung der Psych-Komplexxodes in Psychiatrie und Psychosomatik

- [4.3.1 Prüfschritte zur Einstufung der Behandlungsarten bei Erwachsenen](#)
- [4.3.2 Prüfschritte zur weiteren Spezifizierung des Behandlungssettings in der Erwachsenenpsychiatrie und -psychosomatik](#)
- [4.3.3 Prüfschritte im Zusammenhang mit der Dokumentation von Leistungen in der Erwachsenenpsychiatrie und -psychosomatik](#)
- [4.3.4 Prüfschritte zur Einstufung der Behandlungsarten bei Kindern und Jugendlichen](#)
- [4.3.5 Prüfschritte zur weiteren Spezifizierung des Behandlungssettings in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychosomatik](#)
- [4.3.6 Prüfschritte im Zusammenhang mit der Dokumentation von Leistungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychosomatik](#)
- [4.4 Ausgewählte sonstige Komplexkodes mit Relevanz in Psychiatrie und Psychosomatik](#)
- [4.5 Relevanz der OPS-Kodierung im PEPP-System](#)
- [4.6 Fazit für die Kodierung von Prozeduren im klinischen Alltag](#)
- [5 Definition und Hinweise zu den Mindestmerkmalen der Intensivbehandlung](#)
- [6 Auszug aus dem OPS-Katalog](#)
- [7 Psych-PV, PPP-RL und ihre Relevanz für die Kodierung](#)
- [8 Rechnungsprüfungen durch Kostenträger](#)
 - [8.1 Gesetzliche Grundlage für Rechnungsprüfungen](#)
 - [8.2 Entwicklung der Rechnungsprüfungen in Psychiatrie und Psychosomatik](#)
 - [8.3 Bedeutung von Rechnungsprüfungen in Psychiatrie und Psychosomatik](#)
 - [8.4 Wie kann den Herausforderungen durch Rechnungsprüfungen begegnet werden?](#)
 - [8.5 Fazit](#)
- [9 Häufige Fragen in Zusammenhang mit der Kodierung und Abrechnung in Psychiatrie und Psychosomatik](#)

- [9.1 Definitionen und Kennzahlen im PEPP-System](#)
- [9.2 Fallzusammenfassungen im PEPP-System](#)
- [9.3 Systematik des PEPP-Systems](#)
- [9.4 Abbildung ausgewählter Leistungen im PEPP-System](#)
- [9.5 Definition von Berufsgruppen nach Psych-Komplexkode](#)
- [9.6 Zusammenhang zwischen den Behandlungsarten nach den Psych-Komplexkodes und den Einstufungen in die Behandlungsbereiche nach PPP-RL](#)
- [9.7 Abbildung ausgewählter Diagnosen](#)
- [9.8 Dokumentation von Therapieeinheiten](#)

[Abkürzungsverzeichnis](#)

[Literaturverzeichnis](#)

Auf die für Psychiatrie und Psychosomatik relevanten Änderungen 2022 wird insbesondere auf folgenden Seiten eingegangen:

Änderungen im PEPP-System:

[22](#)

Änderungen der
Kodierrichtlinien: [40](#)

Änderungen der Relevanz
von Diagnosen: [70](#), [79](#)

Änderungen im OPS: [102](#),
[127](#), [131](#)

1 Das Pauschalierende Entgeltsystem in Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)

1.1 Vom Fall zum Erlös

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG)¹ wurde im Jahre 2009 die Einführung eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems auf der Grundlage tagesbezogener Entgelte für die Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik bestimmt. Erste Krankenhäuser rechnen bereits seit 2013 über das neue Vergütungssystem und damit nicht mehr über tagesgleiche Pflegesätze wie zuvor ab.

Das mittlerweile in allen Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik etablierte Vergütungssystem wird als PEPP-Entgeltsystem bezeichnet. Die Abkürzung PEPP steht dabei für **P**auschalierendes **E**ntgeltsystem für **P**sychiatrie und **P**sychosomatik. Dabei handelt es sich um eine Systematik, mit deren Hilfe Behandlungsfälle anhand von bestimmten Parametern zu Gruppen zusammengefasst werden. Die Bezeichnung PEPP steht dabei nicht nur für das Entgeltsystem im Allgemeinen, sondern auch für die einzelne Fallgruppe. Die im jeweiligen System vorhandenen Fallgruppen sind im sog. Entgeltkatalog aufgeführt, der auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) unter www.g-drg.de veröffentlicht ist.

Jeder Behandlungsfall wird anhand eines komplexen Algorithmus genau einer PEPP-Pauschale zugeordnet – unabhängig davon, ob eine Behandlung nur in einer oder ggf. in unterschiedlichen psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen eines Krankenhauses erfolgte. Bei einer Verlegung im selben Krankenhaus in einen anderen Entgeltbereich jedoch – beispielsweise durch die Verlegung in eine somatische Fachabteilung – wird dort

ein eigener Fall generiert; die Abrechnung in der Somatik erfolgt dann unabhängig vom psychiatrischen oder psychosomatischen Fall über das DRG-Entgeltsystem. Die Ermittlung der PEPP in Psychiatrie und Psychosomatik erfolgt automatisiert über eine sog. Grouper-Software.

Einfluss auf die Zuordnung eines Falls zu einer PEPP können insbesondere folgende Parameter haben:

- Diagnosen, verschlüsselt über ICD-Kodes nach der jeweils gültigen Version der ICD-10-GM
- Leistungen, verschlüsselt über OPS-Kodes nach der jeweils gültigen Version des OPS, inkl. Leistungsdatum
- das Alter des Patienten oder der Patientin
- der Aufnahmegrund (voll-, teilstationäre oder stationsäquivalente Behandlung)
- die Fachabteilung, in der die Patientin oder der Patient behandelt wird.

Im Entgeltkatalog finden sich keine Eurobeträge für jede PEPP, sondern sog. Bewertungsrelationen. Diese tagesbezogenen Bewertungsrelationen bilden die Grundlage für die Ermittlung des Rechnungsbetrages im Einzelfall. Die Höhe der Bewertungsrelation innerhalb einer PEPP und damit die tagesbezogene Bewertung richtet sich nach der Anzahl der Berechnungstage eines Falls. In Abrechnung gebracht wird dabei immer eine einheitliche Bewertungsrelation je Tag für jeden Berechnungstag.

Berechnungstage sind der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts bzw. bei stationsäquivalenter Behandlung Tage mit direktem Patientenkontakt inklusive des Verlegungs- oder Entlassungstages aus dem Krankenhaus bzw. der stationsäquivalenten Behandlung; wird ein Patient am gleichen Tag – gegebenenfalls auch mehrfach – aufgenommen und verlegt oder entlassen, gilt dieser Tag als Aufnahmetag und zählt als ein Berechnungstag.

Vollständige Kalendertage der Abwesenheit, die während eines Behandlungsfalles anfallen, sind keine Berechnungstage. Zwischen Beurlaubungen und sozialen Belastungserprobungen im Rahmen des therapeutischen Konzepts wird dabei in den Abrechnungsbestimmungen kein Unterschied gemacht.

Einfluss auf die Anzahl der Berechnungstage können ferner Verlegungen zwischen unterschiedlichen Entgeltbereichen im gleichen Krankenhaus haben. Wird eine Patientin oder ein Patient aus dem Geltungsbereich der Psychiatrie/Psychosomatik (Einrichtung im Geltungsbereich des § 17d KHG) im selben Krankenhaus in den Geltungsbereich der Somatik (Einrichtung im Geltungsbereich des § 17b KHG) verlegt, so gilt der Verlegungstag nicht als Berechnungstag, um eine Doppelabrechnung zu verhindern. Hintergrund ist die Tatsache, dass im PEPP-System ohne diese Regelung der Verlegungstag einen Berechnungstag darstellen würde, der als Aufnahmetag im DRG-System dann erneut zur Abrechnung käme. Gleiches gilt bei Verlegungen innerhalb von Psychiatrie/Psychosomatik bei Verlegungen zwischen teil- und vollstationärer Behandlung am selben Tag.

In vielen PEPPs resultiert bei einer geringeren Anzahl an Berechnungstagen eine höhere Bewertungsrelation pro Tag als bei einer höheren Anzahl an Berechnungstagen. Dieser Umstand wird auch als sog. degressive Vergütung bezeichnet und resultiert aus Analyseergebnissen des InEK bei der Weiterentwicklung des PEPP-Systems, die ergeben haben, dass die durchschnittlichen Kosten pro Tag bei kürzeren Aufenthalten höher sind als bei längerer Verweildauer.

Die Entgelthöhe je Tag ergibt sich aus dem Produkt der maßgeblichen Bewertungsrelation aus dem Entgeltkatalog und dem sog. Basisentgeltwert. Der Basisentgeltwert ist dabei krankenhausspezifisch und ergibt sich aus dem zwischen dem jeweiligen Krankenhaus und den

Kostenträgern verhandelten Budget sowie den im Rahmen der Budgetverhandlung zugrunde gelegten Leistungen. Die resultierende Entgelthöhe je Tag multipliziert mit der Anzahl der Berechnungstage ergibt den PEPP-Erlös für den jeweiligen Behandlungsfall.

Die Berechnung des PEPP-Erlöses soll anhand von zwei Beispielen erläutert werden, die sich beide auf den in der folgenden Tabelle dargestellten Auszug aus dem Entgeltkatalog beziehen:

PEPP	Bezeichnung	Anzahl Berechnungstage / Vergütungsklasse	Bewertungsrelation je Tag
PA02D	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne Heroinkonsum oder intravenösen Gebrauch sonstiger Substanzen, ohne Qualifizierten Entzug ab mehr als 14 Behandlungstagen	1	1,4002
		2	1,2544
		3	1,1767
		4	1,1212
		5	1,0791
		6	1,0464
		7	1,0365
		8	1,0264
		9	1,0165
		10	1,0066
		11	0,9966
		12	0,9866
		13	0,9766
		14	0,9667
		15	0,9568
		16	0,9467
		17	0,9368
		18	0,9269

Quelle: Auszug aus dem PEPP-Entgeltkatalog 2022.²

Beispiel 1

Vollstationäre Aufnahme in die Erwachsenenpsychiatrie: 1.1.2022

Vollstationäre Entlassung aus der Erwachsenenpsychiatrie: 5.1.2022

PEPP-Eingruppierung: PA02D

Anzahl Berechnungstage: 5

Krankenhausindividueller Basisentgeltwert: 240,00 €

Aus der Anzahl der Berechnungstage ergibt sich im ersten Beispiel die Vergütungsklasse 5 mit einer Bewertungsrelation von 1,0791 pro Tag. Diese multipliziert mit dem angenommenen Basisentgeltwert ergeben einen PEPP-Erlös pro Tag in Höhe von:

$$1,0791 \times 240,00 \text{ €} = 258,98 \text{ €}$$

Daraus ergibt sich für den Gesamtaufenthalt ein PEPP-Erlös in Höhe von: $258,98 \text{ €} \times 5 = 1.294,90 \text{ €}$

Beispiel 2

Vollstationäre Aufnahme in die Erwachsenenpsychiatrie: 1.1.2022

Vollstationäre Entlassung aus der Erwachsenenpsychiatrie: 25.1.2022

PEPP-Eingruppierung: PA02D

Anzahl Berechnungstage: 25

Krankenhausindividueller Basisentgeltwert: 240,00 €

Aus der Anzahl der Berechnungstage ergibt sich im zweiten Beispiel die Vergütungsklasse 18, da die Anzahl der Berechnungstage in diesem Fall die letzte im Katalog ausgewiesene Vergütungsklasse übersteigt; damit ist für die Berechnungen die letzte, im Katalog ausgewiesene Bewertungsrelation heranzuziehen. Der PEPP-Erlös pro Tag berechnet sich damit aus:

$$0,9269 \times 240,00 \text{ €} = 222,46 \text{ €}$$

Daraus ergibt sich für den Gesamtaufenthalt ein PEPP-Erlös in Höhe von: $222,46 \text{ €} \times 25 = 5.561,50 \text{ €}$

Neben den bundeseinheitlich bewerteten, im Entgeltkatalog mit einer Bewertungsrelation ausgewiesenen PEPPs existieren darüber hinaus sog. unbewertete PEPPs, deren Entgelthöhe im Rahmen der Budgetverhandlungen zwischen individuellem Krankenhaus und Kostenträgern vereinbart werden müssen.

Zusätzlich zum PEPP-Erlös können Krankenhäuser – bei entsprechender Leistungserbringung – Entgelte für Ergänzende Tagesentgelte (ET), Zusatzentgelte (ZP) und Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) in Rechnung stellen:

Ergänzende Tagesentgelte sind wie die PEPPs mit Bewertungsrelationen hinterlegt und bilden hoch aufwendige Leistungen in Psychiatrie und Psychosomatik, wie beispielsweise lange 1:1-Betreuungszeiten bei Erwachsenen und auch bei Kindern und Jugendlichen, ab. Die Entgelthöhe je Tag wird auch hier wie bei den PEPPs durch Multiplikation der ausgewiesenen Bewertungsrelation mit dem krankenhausindividuellen Basisentgeltwert ermittelt. Entgelte für ergänzende Tagesentgelte können zusätzlich zu den PEPP-Erlösen in Rechnung gestellt werden.

Weitere additive Vergütungselemente im PEPP-System stellen Zusatzentgelte und NUBs dar. Zusatzentgelte können für bestimmte, ebenfalls im Entgeltkatalog aufgeführte teure Leistungen zur Abrechnung gebracht werden. Dabei handelt es sich insbesondere um teure Medikamente, wie beispielsweise die intramuskuläre Gabe von Paliperidon, oder teure, üblicherweise in der Psychiatrie/Psychosomatik selten vorkommende Therapien mit teuren Zytostatika, aber auch die Durchführung von Elektrokonvulsionstherapien (EKT) oder repetitiven transkraniellen Magnetstimulationen (rTMS). Eine vollständige Auflistung der für das Jahr 2022

relevanten Zusatzentgelte findet sich ebenfalls im Entgeltkatalog.³ Die sog. bewerteten Zusatzentgelte sind im Entgeltkatalog mit einem Eurowert bepreist, während die unbewerteten Leistungen wiederum zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern vereinbart werden müssen.

NUBs stellen zeitlich befristete Entgelte für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dar. Sie spielen in Psychiatrie und Psychosomatik bisher eher eine untergeordnete Rolle. Für 2020 konnten für entsprechende Leistungen erstmals bis zum 31.10. des Vorjahres Anfragen, ob die neue Methode mit den bereits vereinbarten Entgelten und Zusatzentgelten sachgerecht abgerechnet werden kann, beim InEK gestellt werden, die dann bis Ende Januar 2020 mit einem Status versehen wurden. Abhängig vom vergebenen Status können auch für NUBs Entgelte im Rahmen von Budgetverhandlungen zwischen Krankenhaus und Kostenträgern verhandelt werden. Beispielhaft sei hier das NUB für die intranasale Gabe von Esketaminhydrochlorid genannt. Die Beantragung Neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden muss jedes Jahr neu zur genannten Frist erfolgen. Eine Aufstellung der aktuell beantragten und mit einem Status versehenen NUBs findet sich auf der Seite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus [unter www.g-drg.de](http://www.g-drg.de).

1.2 PEPP-Notation

Das aktuelle PEPP-System besteht – unverändert zum Vorjahr – aus 85 PEPPs. Diese bilden vollstationäre, teilstationäre oder Leistungen im Rahmen einer stationsäquivalenten Behandlung ab.

Die Möglichkeit einer stationsäquivalenten Behandlung als eine neue Form der Krankenhausbehandlung wurde 2017 mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)⁴ eingeführt. Die stationsäquivalente

psychiatrische Behandlung umfasst demnach eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile, ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. Sie soll hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung entsprechen.

Eine PEPP besteht immer aus fünf Zeichen. Die ersten beiden Zeichen geben Auskunft über die sog. Strukturkategorie. Die Strukturkategorie wird über den Aufnahmegrund (teilstationär, vollstationär oder stationsäquivalente Behandlung) sowie über die vornehmlich behandelnde Fachabteilung (Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychosomatik, Erwachsenenpsychiatrie oder Psychosomatik) definiert.

Kinder werden bis auf wenige Ausnahmen (Fehler-PEPP, Prä-PEPP) immer der Kategorie Kinder- und Jugendpsychiatrie zugeordnet.

Eine Besonderheit stellen Fehler-PEPPs und PEPPs der sog. Prä-Strukturkategorie dar.

Fehler-PEPPs bilden ungültige Informationen ab.

Eine Fehler-PEPP kann beispielsweise durch eine unvollständige Dokumentation der Parameter, die der Grouper zwingend für die Weiterverarbeitung benötigt, oder aber auch durch relevante Kodierfehler insbesondere im Bereich der Prozedurenschlüssel resultieren. Fehler-PEPPs beginnen immer mit den beiden Buchstaben „PF“ und müssen vom Krankenhaus zwingend vor der Abrechnung mit den Kostenträgern korrigiert werden.

Die Prä-Strukturkategorie dient der Identifikation besonders kostenintensiver Fälle. PEPPs dieser Strukturkategorie werden beispielsweise Behandlungsfälle mit besonders hoher Behandlungsintensität wie langen oder häufigen 1:1-Betreuungszeiten zugeordnet.

Entsprechend der beschriebenen Systematik ergeben sich damit folgende Strukturkategorien:

- Teilstationär
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychosomatik:TK
 - Psychosomatik:TP
 - Allgemeine Psychiatrie:TA
- Stationsäquivalente Behandlung
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychosomatik:QK
 - Allgemeine Psychiatrie:QA
- Vollstationär
 - Prä-Strukturkategorie:P0
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychosomatik:PK
 - Psychosomatik:PP
 - Allgemeine Psychiatrie:PA
 - Fehler-PEPP:PF

Innerhalb einer Strukturkategorie – mit Ausnahme von Fehler-PEPPs, Prä-PEPPs und PEPPs zur Abbildung einer stationsäquivalenten Behandlung – werden die Behandlungsfälle anhand ihrer Hauptdiagnose einer Diagnosegruppe (dritte und vierte Stelle der fünfstelligen PEPP, ausschließlich Ziffern) zugeordnet. Mögliche Diagnosegruppen sind – ähnlich der Systematik in der ICD-10-GM – affektive Störungen, psychische Störungen durch psychotrope Substanzen oder auch Schizophrenien. Die ersten vier Zeichen einer PEPP werden als sog. Basis-PEPP bezeichnet und bilden damit – bis auf wenige Ausnahmen – innerhalb einer Strukturkategorie Behandlungsfälle mit ähnlichen Diagnosekodes ab. Über die letzte Stelle, wiederum einem Buchstaben, erfolgt schließlich innerhalb der Basis-PEPP eine Unterscheidung nach unterschiedlichen Aufwänden. Derzeit gibt es bis zu vier Differenzierungen:

- A: höchster Ressourcenverbrauch
- B: zweithöchster Ressourcenverbrauch

- C: dritthöchster Ressourcenverbrauch
- D: vierthöchster Ressourcenverbrauch

Relevante Parameter für die Zuordnung zu einer dann abrechenbaren PEPP können dabei sein:

- Bestimmte Hauptdiagnose
- Ausgewählte somatische oder psychiatrische Nebendiagnosen
- Alter
- Bestimmte Prozeduren

Nicht bei allen Basis-PEPPs erfolgt eine weitere Differenzierung nach Aufwand. Diese PEPPs werden an letzter Stelle mit einem Z notiert.

Die Notation PA04A (Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter > 84 Jahre oder mit komplizierender Diagnose und Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität) steht damit für „Vollstationär, Allgemeine Psychiatrie, Diagnosegruppe Affektive Störungen, höchster Ressourcenverbrauch“.

1.3 Bedeutung von Kodierung und Dokumentation im neuen Entgeltsystem

Mit der Einführung des neuen Entgeltsystems hat sich die Abrechnung stationärer Behandlungsfälle in Psychiatrie und Psychosomatik grundlegend geändert. Während im alten Vergütungssystem bei Abrechnung über tagesgleiche Pflegesätze insbesondere die Verweildauer eines Behandlungsfalls Einfluss auf den Rechnungsbetrag nehmen konnte, spielt innerhalb des PEPP-Systems die Kodierung von Diagnosen und Leistungen eine zentrale Rolle. Mit der Dokumentation und Kodierung wird im neuen Vergütungssystem die Rechnung geschrieben.

Entsprechende Angaben insbesondere zu Diagnosen und Prozeduren sind dabei unter Berücksichtigung der einschlägigen Regelwerke zu dokumentieren und zu erfassen. Zu den relevanten Regelwerken gehören:

- Die Klassifikationssysteme zur Abbildung der Diagnosen (ICD-10-GM) und Prozeduren (OPS)
- Die Deutschen Kodierrichtlinien Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych)
- Die Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen
- Die Eingruppierungsempfehlungen zur Einstufung nach PPP-RL

Zwar verhandeln Krankenhäuser und Kostenträger weiterhin jährlich ein Budget. Die Abrechnung im Einzelfall stellt jedoch einen Abschlag auf das vereinbarte Budget dar und wird durch die Dokumentation und Kodierung bestimmt. Gelingt es einem Krankenhaus nicht, durch entsprechende Abrechnungen im Einzelfall das vereinbarte Budget zu erreichen, fließt zwischen Kostenträgern und Krankenhaus letztlich weniger Geld als ursprünglich vereinbart.

Einfluss können an dieser Stelle insbesondere durch Kostenträger initiierte Rechnungsprüfungen nehmen. Rechnungskürzungen im Nachgang können mit dazu beitragen, dass ein ursprünglich zwischen Krankenhaus und Kostenträgern vereinbartes Budget durch die tatsächlich geflossenen Erlöse nicht erreicht werden kann ([vgl. auch Kapitel 8](#)). Damit spielt auch unter dem Gesichtspunkt von möglichen Rechnungsprüfungen, die mit Einführung des PEPP-Entgeltsystems in den meisten Krankenhäusern aufgenommen haben dürften, die Dokumentation eine entscheidende Rolle.

Im Rahmen der Budgetverhandlungen vor Ort können neben zahlreichen anderen Faktoren auch Veränderungen von Art und Menge der Leistungen des Krankenhauses von

Bedeutung sein. Auch in diesem Zusammenhang entfalten Dokumentation und Kodierung damit zukünftig eine Relevanz.

Nicht zuletzt sei an dieser Stelle betont, dass es sich beim PEPP-System um ein lernendes System handelt. Die jährliche Weiterentwicklung basiert auf den Leistungsdaten aller deutschen Krankenhäuser sowie zusätzlich auf weiteren umfangreichen Datenlieferungen der sog. Kalkulationskrankenhäuser, die neben ihren Leistungsdaten beispielsweise auch Angaben zu fall- und tagesbezogenen Kosten ans InEK liefern. Die PEPP-Version wird damit immer auf Grundlage von zwei Jahre alten Daten kalkuliert. Eine sachgerechtere Abbildung von Leistungen kann damit nur dann erreicht werden, wenn die der Weiterentwicklung des Systems zugrundeliegenden Daten vollständig und korrekt sind. Auch dies kann nur durch eine entsprechend gute Dokumentation und Kodierung insbesondere in den sog. Kalkulationshäusern erreicht werden.

1.4 Relevante Änderungen für 2022 im PEPP-System

Grundlage der Weiterentwicklung des PEPP-Systems 2022 wäre eigentlich das Datenjahr 2020 gewesen, das auch in Psychiatrie und Psychosomatik maßgeblich beeinflusst war durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie. Die Weiterentwicklung des PEPP-Systems 2022 konnte daher vom InEK nicht ohne Weiteres – wie in den vergangenen Jahren etabliert – auf den eigentlich zu verwendenden Daten des Jahres 2020 erfolgen. Vielmehr wurde im Rahmen eines zweistufigen Ansatzes zunächst die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung des Systems auf Grundlage der bereits analysierten Kostendaten des Jahres 2019 geprüft, gefolgt von einer kostenorientierten Anpassung für COVID-19-Fälle unter Berücksichtigung der Daten des Jahres 2020.

Im Ergebnis bleibt der Katalog 2021 – bis auf die Anpassungen für COVID-19-Fälle sowie die durch die

Normierung des Systems bedingten Änderungen – unverändert bestehen.

Damit bleibt die Anzahl der für 2022 zur Verfügung stehenden PEPPs im Vergleich zum Katalog 2021 gleich.

Die stationsäquivalente Behandlung konnte weiterhin nicht bundeseinheitlich bewertet werden.

Die Anzahl der Zusatzentgelte hat sich von 128 auf 130 erhöht; zu der Erhöhung tragen insbesondere neue unbewertete Zusatzentgelte zur Abbildung teurer antineoplastischer Medikamente, Antikörper und Antimykotika bei.

Die Bepreisung der Zusatzentgelte für Elektrokonvulsionstherapien sowie repetitive transkranielle Magnetstimulationen wurde sowohl für die Grundleistungen als auch für die Therapiesitzungen unverändert aus dem Vorjahr übernommen.

1 Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz– KHRG). Online: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl109s0534.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl109s0534.pdf%27%5D__1639247878874 [abgerufen am 11.12.2021].

2 GKV-Spitzenverband/Verband der Privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft: Anlage 1a der Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik 2022 – PEPPV 2022. 2021.

3 GKV-Spitzenverband/Verband der Privaten Krankenversicherung/Deutsche Krankenhausgesellschaft: Anlagen 3 und 4 der Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik 2022 – PEPPV 2022. 2021.

4 Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG). Online: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl116s2986.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl116s2986.pdf%27%5D__1639248672581 [abgerufen am 11.12.2021].

2 Die Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych)

2.1 Bedeutung der Kodierrichtlinien bei der Abrechnung nach dem neuen Entgeltsystem

Mit Einführung des neuen Vergütungssystems war es notwendig, dass für die Kodierung von Diagnosen und Prozeduren feste Regeln eingeführt wurden, um so in einem System, in dem durch die Dokumentation und Kodierung letztlich die Rechnung geschrieben wird, zu gewährleisten, dass über die einheitliche Anwendung der Diagnosen- und Prozedurenklassifikationen vergleichbare Krankenhausfälle gleichen PEPP-Entgelten zugeordnet werden können. Kodierrichtlinien im Rahmen der stationären Abrechnung sind insbesondere auch deshalb notwendig, da – anders als in der ambulanten Versorgung – die Nutzung von sog. Zusatzkennzeichen zur Angabe der Diagnosesicherheit nicht verwendet werden dürfen. Während damit in der ambulanten Abrechnung über Kennzeichen wie

V – Verdachtsdiagnosen bzw. auszuschließende Diagnose

Z – (symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose

A – ausgeschlossene Diagnose

dargestellt werden kann, dass es sich nicht um gesicherte Diagnosen handelt, ist dies im stationären Setting nicht möglich, sodass Regelungen vorgegeben werden müssen, wie entsprechende Sachverhalte abzubilden sind.

Damit wurden erstmals für das Jahr 2010 verbindliche Regelungen in Form der Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie und Psychosomatik (DKR-Psych)¹ verpflichtend eingeführt. Auch die bestehenden Klassifikationssysteme (ICD-10-GM und OPS) enthalten bereits Vorgaben zur

Verschlüsselung von Diagnosen und Prozeduren (vgl. [Kapitel 3 und 4](#)). Für den Fall, dass zwischen den Hinweisen zur Nutzung der Klassifikationssysteme (ICD-10-GM und OPS) und den DKR-Psych Widersprüche bestehen, haben die Kodierrichtlinien Vorrang.

Beim Lesen der Richtlinien könnte man auf den ersten Blick den Eindruck gewinnen, dass doch alle bisherigen Kodiergewohnheiten beibehalten werden können und somit keine besonderen Anpassungen bei der Vergabe von Diagnosen und Prozeduren notwendig sind. Dies ist nur bedingt richtig. Einige Vorgaben der Deutschen Kodierrichtlinien können dazu führen, dass im Rahmen der Abrechnung nach dem PEPP-Entgeltsystem in einzelnen Konstellationen von einer „intuitiv“ vorgenommenen Kodierung abgewichen werden muss. Dies betrifft insbesondere:

- Die Reihenfolge von Haupt- und Nebendiagnose(n)
- Die Dokumentation medizinisch relevanter Nebendiagnosen, die für die Abrechnung dann aber nicht an die Kostenträger übermittelt werden dürfen
- Die Berücksichtigung somatischer Diagnosen, die im PEPP-Entgeltsystem an Bedeutung gewonnen haben

Die Verantwortung für die Vergabe von Diagnosen liegt eindeutig bei der ärztlichen Berufsgruppe. Auch die Verantwortung, dass die Diagnosen, die erhobenen Befunde und die Dokumentation konsistent zueinander sind, liegt in ärztlicher Verantwortung. Dies geht explizit aus der Kodierrichtlinie PD001 hervor. Dies bedeutet aber nicht, dass Teilaufgaben bei der Ermittlung der Diagnosen nicht an andere Berufsgruppen delegiert werden dürfen. Genau diese Aufgabe übernehmen mittlerweile auch in vielen psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken und Fachabteilungen Kodierfachkräfte.

Die folgenden Ausführungen stellen die wichtigsten Vorgaben der Kodierrichtlinien dar.

2.2 Einfluss der Kodierrichtlinien auf die Auswahl der Diagnosekodes

Die Kodierrichtlinien in Psychiatrie und Psychosomatik bestimmen nicht nur die Reihenfolge der Diagnosekodierung und damit, welche Diagnose als Haupt- und welche Diagnose(n) als Nebendiagnose zu verschlüsseln sind. Auch die Auswahl der Diagnosekodes wird durch sie bestimmt.

Grundsätzlich ist immer so spezifisch wie möglich zu verschlüsseln. „Sonstige“ und „nicht näher bezeichnete“ Schlüsselnummern bezeichnen Resteklassen und sind immer nur dann anzugeben, wenn keine spezifischere Klassifizierung möglich ist. Dabei ist die Resteklasse „sonstige“ (in den meisten Konstellationen auf Viersteller-Ebene an der „.8“ zu erkennen) nur dann bei der Kodierung zu verwenden, wenn der Krankheitszustand zwar genau bezeichnet werden kann, die Diagnoseklassifikation für die Störung aber keine eigene Differenzierung vorsieht. So ist eine Binge-Eating-Esstörung mit dem Diagnosekode F50.8 (Sonstige Essstörungen) zu kodieren, da innerhalb der ICD-Kategorie F50.- und darüber hinaus kein spezifischerer ICD-Kode zur Abbildung des Krankheitszustands existiert. Im Gegensatz dazu bildet die Resteklasse „nicht näher bezeichnet“ (in den meisten Konstellationen auf Viersteller-Ebene an der „.9“ zu erkennen) Zustände ab, in denen eine Krankheit zwar mit ihrem Oberbegriff beschrieben werden kann, weitere Informationen zur spezifischeren Abbildung aber nicht vorliegen. Wenn also bekannt wäre, dass eine Essstörung vorliegt, weitere Informationen zur Auswahl eines spezifischen Kodes aber fehlen, wäre in dem angegebenen Beispiel der ICD-Kode F50.9 (Essstörung, nicht näher bezeichnet) zu kodieren.

Auch im Hinblick auf sog. Kombinationsschlüsselnummern regeln die Kodierrichtlinien, dass immer so spezifisch wie möglich zu verschlüsseln ist.

Als Kombinationsschlüsselnummern werden Codes bezeichnet, die „zur Klassifikation von zwei Diagnosen oder einer Diagnose mit einer Manifestation oder einer mit ihr zusammenhängenden Komplikation verwendet“ werden. Entsprechende Codes sind dann zu verwenden, wenn diese die vorliegenden diagnostischen Informationen vollständig abbilden. So ist, wenn bei einem Patienten Zwangsgedanken (ICD-Code F42.0) und Zwangshandlungen (ICD-Code F42.1) vorliegen, die Kombinationsschlüsselnummer F42.2 (Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt) anzugeben, da dieser Code sämtliche diagnostischen Informationen vollständig abbildet.

Das Prinzip der spezifischen Kodierung wird auch bei der Kodierung eines multiplen Substanzgebrauchs verfolgt. Liegt ein Missbrauch unterschiedlicher psychotroper Substanzen in einem Behandlungsfall vor und soll dieser für die Abrechnung abgebildet werden, sind die einzelnen konsumierten Substanzen, wann immer möglich, so genau wie möglich zu verschlüsseln. Existierende Kombinationscodes für multiplen Substanzgebrauch aus der Kategorie F19.- (Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen) sind hingegen nicht zu verwenden, da sie unspezifisch sind und die differenzierte Abbildung von Art und Auswirkung des Konsums unmöglich machen. Codes der Kategorie F19.- sind nur in folgenden Konstellationen zu verwenden:

- Es kann nicht entschieden werden, welche Substanz die Störung ausgelöst hat.
- Eine oder mehrere der konsumierten Substanzen sind nicht sicher zu identifizieren oder unbekannt.
- Die Substanzaufnahme verläuft chaotisch und wahllos.

Kodes aus F19.- bilden in den oben aufgeführten Konstellationen dabei nicht den multiplen Substanzgebrauch

ab, sodass alle bekannten konsumierten Substanzen so spezifisch wie möglich anzugeben sind.

2.3 Die Kodierung der Hauptdiagnose nach den DKR-Psych

Für jeden stationären Behandlungsfall ist für die Abrechnung genau eine Hauptdiagnose zu setzen. Bei Zusammenführung mehrerer Krankenhausaufenthalte zu einem Abrechnungsfall, was nach den geltenden Abrechnungsbestimmungen vorkommen kann, ist auch hier eine Hauptdiagnose zu definieren. Die dabei anzuwendenden Regeln sind ebenfalls im Folgenden aufgeführt.

Die Hauptdiagnose ist definiert als:

Zitat: Die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist.

Beispiel

33-jähriger Patient mit massivem Verfolgungserleben und Stimmenhören. Es handelt sich um die dritte stationäre Aufnahme. Das Erleben besteht seit drei Monaten, nachdem er zwei Monate zuvor seine neuroleptische Medikation abgesetzt hat.

Hauptdiagnose Paranoide Schizophrenie

Nebendiagnose Keine

Der medizinische Zustand, der für die Abrechnung als Hauptdiagnose gewählt wird, muss damit bei Aufnahme vorgelegen und kann sich nicht erst im Verlauf des stationären Aufenthaltes entwickelt haben. Die Diagnose muss jedoch bei Aufnahme noch nicht direkt gestellt worden sein, wenn der Patient sich beispielsweise zunächst mit Symptomen vorstellt, die im weiteren Verlauf dann zur

Diagnose führen. Die Hauptdiagnose muss damit auch nicht der Aufnahme- oder Einweisungsdiagnose entsprechen.

In den meisten Fällen in Psychiatrie und Psychosomatik werden Diagnosen aus dem Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“ der ICD-10-GM die Hauptdiagnose stellen. Die Vorgaben in den Kodierrichtlinien können jedoch durchaus auch dazu führen, dass eine Diagnose außerhalb dieses Kapitels als Hauptdiagnose anzugeben ist, wie das folgende Beispiel aus den Kodierrichtlinien zeigt:

Beispiel aus den Deutschen Kodierrichtlinien

Ein Patient wird wegen zunehmender Persönlichkeitsveränderungen (Distanzlosigkeit, Wutausbrüche, Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen, Stimmungsschwankungen) und Kopfschmerzen stationär aufgenommen. Der neurologische Befund und die weiterführende apparative Diagnostik ergeben die Diagnose eines Hirntumors. Es wird eine organische Persönlichkeitsstörung bei Hirntumor diagnostiziert. Der Patient wird drei Tage nach stationärer Aufnahme zur Operation des Hirntumors in die Neurochirurgie verlegt. Eine umfassende psychologisch-psychiatrische Persönlichkeitsdiagnostik wurde nicht durchgeführt.

Hauptdiagnose	Hirntumor
Nebendiagnose	Organische Persönlichkeitsstörung

Der Begriff „nach Analyse“ bezeichnet die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthaltes. Damit sind auch Befunde, die möglicherweise erst nach Entlassung des Patienten vorliegen, aber im stationären Aufenthalt erhoben wurden, bei der Kodierung zu berücksichtigen.

Im oben aufgeführten Beispiel führten die Symptome des Hirntumors zur stationären Aufnahme. Das Vorliegen eines Hirntumors war zu diesem Zeitpunkt noch nicht bekannt. Erst im Verlauf des stationären Aufenthaltes wurde dieser diagnostiziert, ist dann aber – auch wenn es sich nicht um eine Diagnose aus dem Kapitel der psychischen und Verhaltensstörungen handelt – als Hauptdiagnose zu kodieren.

Dieser Sachverhalt wird in den Deutschen Kodierrichtlinien auch noch einmal explizit geregelt und anhand von einem Beispiel verdeutlicht: