

Kristina Siam

Kodierleitfaden für die Psychiatrie und Psychosomatik 2025



Praxiswissen Abrechnung

 medhochzwei

Siam

Kodierleitfaden für die Psychiatrie und Psychosomatik 2025

Für Jule, Franco und Alex:
Ihr seid die besten Kodierfachkräfte, die ich mir für die
Psychiatrie/Psychosomatik wünschen kann!

Kodierleitfaden für die Psychiatrie und Psychosomatik 2025

von
Dr. Kristina Siam

14. Auflage 2025

Anschrift des Autors:
Dr. Kristina Siam
Universitätsklinikum Münster
Geschäftsbereich Operatives Medizincontrolling
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.

ISBN 978-3-98800-114-6
ISBN eBook: 978-3-98800-115-3

© 2025, medhochzwei Verlag, Heidelberg
Alte Eppelheimer Str. 42/1
69115 Heidelberg
E-Mail: info@medhochzwei-verlag.de
Web: www.medhochzwei-verlag.de

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 Verarbeitung in elektronischen Systemen. Die automatisierte Analyse des Werkes, um daraus Informationen insbesondere über Muster, Trends und Korrelationen gemäß § 44b UrhG („Text und Data Mining“) zu gewinnen, ist untersagt.

Satz: Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld
Umschlaggestaltung: kreativmedia KONZEPTION & DESIGN, Hückelhoven
Titelbild: Florian Augustin/Shutterstock.com

Vorwort

Seit dem 01.01.2019 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 Diagnosekodes, 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, Januar 2025

Dr. Kristina Siam

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
1 Das Pauschalierende Entgeltsystem in Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP).....	11
1.1 Vom Fall zum Erlös	11
1.2 PEPP-Notation.....	17
1.3 Bedeutung von Kodierung und Dokumentation im neuen Entgeltsystem	20
1.4 Relevante Änderungen für 2025 im PEPP-System	22
2 Die Deutschen Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/ Psychosomatik (DKR-Psych)	25
2.1 Bedeutung der Kodierrichtlinien bei der Abrechnung nach dem neuen Entgeltsystem	25
2.2 Einfluss der Kodierrichtlinien auf die Auswahl der Diagnosekodes.....	27
2.3 Die Kodierung der Hauptdiagnose nach den DKR-Psych.....	29
2.4 Die Kodierung von Nebendiagnosen nach den DKR-Psych.....	35
2.5 Fazit für die Anwendung der Deutschen Kodierrichtlinien im klinischen Alltag	39
3 Diagnosekodierung in Psychiatrie und Psychosomatik.....	41
3.1 Hauptdiagnosekodierung.....	41
3.2 Kodierung somatischer und psychischer Komorbiditäten	46
3.3 Pflegerelevante Nebendiagnosen	70
3.4 Fazit für die Kodierung von Diagnosen im klinischen Alltag	81
4 Prozedurenkodierung in Psychiatrie und Psychosomatik	83
4.1 Grundlagen der Prozedurenkodierung in Psychiatrie und Psychosomatik.....	83
4.2 Relevante OPS-Kodes zur Abbildung von Einzelleistungen in Psychiatrie und Psychosomatik.....	86
4.3 Dokumentation und Erfassung der Psych-	

Komplekkodes in Psychiatrie und Psychosomatik.....	94
4.3.1 Prüfschritte zur Einstufung der Behandlungsarten bei Erwachsenen	99
4.3.2 Prüfschritte zur weiteren Spezifizierung des Behandlungssettings in der Erwachsenenpsychiatrie und -psychosomatik.	102
4.3.3 Prüfschritte im Zusammenhang mit der Dokumentation von Leistungen in der Erwachsenenpsychiatrie und -psychosomatik.	106
4.3.4 Prüfschritte zur Einstufung der Behandlungsarten bei Kindern und Jugendlichen.....	115
4.3.5 Prüfschritte zur weiteren Spezifizierung des Behandlungssettings in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychosomatik.....	117
4.3.6 Prüfschritte im Zusammenhang mit der Dokumentation von Leistungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/- psychosomatik	120
4.4 Ausgewählte sonstige Komplekkodes mit Relevanz in Psychiatrie und Psychosomatik.....	126
4.5 Relevanz der OPS-Kodierung im PEPP-System.....	130
4.6 Fazit für die Kodierung von Prozeduren im klinischen Alltag	131
5 Definition und Hinweise zu den Mindestmerkmalen der Intensivbehandlung.....	133
6 Auszug aus dem OPS-Katalog	141
7 Psych-PV, PPP-RL und ihre Relevanz für die Kodierung.....	221
7.1 Allgemeine Psychiatrie	227
7.2 Abhängigkeitskranke.....	230
7.3 Gerontopsychiatrie	231
7.4 Psychosomatik.....	233
7.5 Kinder- und Jugendpsychiatrie	236
8 Rechnungsprüfungen durch Kostenträger.....	239
8.1 Gesetzliche Grundlage für Rechnungsprüfungen.....	239

8.2	Entwicklung der Rechnungsprüfungen in Psychiatrie und Psychosomatik.....	241
8.3	Bedeutung von Rechnungsprüfungen in Psychiatrie und Psychosomatik.....	244
8.4	Wie kann den Herausforderungen durch Rechnungsprüfungen begegnet werden?.....	245
8.5	Fazit.....	247
9	Häufige Fragen in Zusammenhang mit der Kodierung und Abrechnung in Psychiatrie und Psychosomatik	249
9.1	Definitionen und Kennzahlen im PEPP-System	249
9.2	Fallzusammenfassungen im PEPP-System.....	251
9.3	Systematik des PEPP-Systems.....	253
9.4	Abbildung ausgewählter Leistungen im PEPP-System	255
9.5	Definition von Berufsgruppen nach Psych-Komplexkode	258
9.6	Zusammenhang zwischen den Behandlungsarten nach den Psych-Komplexkodes und den Einstufungen in die Behandlungsbereiche nach PPP-RL.....	260
9.7	Abbildung ausgewählter Diagnosen.....	261
9.8	Dokumentation von Therapieeinheiten.....	262
	Abkürzungsverzeichnis.....	265
	Literaturverzeichnis.....	269
	Stichwortverzeichnis.....	275

Auf die für Psychiatrie und Psychosomatik relevanten Änderungen 2025 wird insbesondere auf folgenden Seiten eingegangen:

Änderungen im PEPP-System:	22, 132
Änderungen der Kodierrichtlinien:	40
Änderungen in der ICD-10-GM:	50, 81
Änderungen der Relevanz von Diagnosen:	50, 81
Änderungen im OPS:	131
Änderungen der Relevanz von Prozeduren:	22, 132, 225

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 – beispielsweise durch die Verlegung in eine somatische Fachabteilung – wird

1 Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG). Online: http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl109s0534.pdf [abgerufen am 22.12.2024].

jedoch 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 krankenspezifisch 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	1,4613
		2	1,3057
		3	1,2344
		4	1,1565
		5	1,1044
		6	1,0773
		7	1,0646
		8	1,0519
		9	1,0392
		10	1,0265
		11	1,0138
		12	1,0011
		13	0,9884
		14	0,9757
		15	0,9630
		16	0,9503
		17	0,9376

Quelle: Auszug aus dem PEPP-Entgeltkatalog 2025.²

² GKV-SV/PKV/DKG: Anlage 1a der Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik 2025 – PEPPV 2025. 2024.

Beispiel 1

Vollstationäre Aufnahme in die Erwachsenenpsychiatrie:	1.1.2025
Vollstationäre Entlassung aus der Erwachsenenpsychiatrie:	5.1.2025
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 1,1044 pro Tag. Diese multipliziert mit dem angenommenen Basisentgeltwert ergeben einen PEPP-Erlös pro Tag in Höhe von:

$$1,1044 \times 240,00 \text{ €} = 265,06 \text{ €}$$

Daraus ergibt sich für den Gesamtaufenthalt ein PEPP-Erlös in Höhe von:

$$265,06 \text{ €} \times 5 = 1.325,30 \text{ €}$$

Beispiel 2

Vollstationäre Aufnahme in die Erwachsenenpsychiatrie:	1.1.2025
Vollstationäre Entlassung aus der Erwachsenenpsychiatrie:	25.1.2025
PEPP-Eingruppierung:	PA02D
Anzahl Berechnungstage:	25
Krankenhausindividueller Basisentgeltwert:	240,00 €

Aus der Anzahl der Berechnungstage ergibt sich im zweiten Beispiel die Vergütungsklasse 17, 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:

$$0,9376 \times 240,00 \text{ €} = 225,02 \text{ €}$$

Daraus ergibt sich für den Gesamtaufenthalt ein PEPP-Erlös in Höhe von:

$$225,02 \text{ €} \times 25 = 5.625,50 \text{ €}$$

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 2025 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.

³ GKV-SV/PKV/DKG: Anlagen 3 und 4 der Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik 2025 – PEPPV 2025. 2024.

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.

1.2 PEPP-Notation

Das aktuelle PEPP-System besteht – unverändert zu den letzten Jahren – 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 multipro-

4 Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG). Online: http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl116s2986.pdf [abgerufen am 22.12.2024].

fessionelle 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: PO
 - 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 zugenommen 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 2025 im PEPP-System

Anders als in den Vorjahren aufgrund der Auswirkungen der Coronapandemie auf die Leistungs- und Kostendaten in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen lag in dem für die Berechnungen des PEPP-Systems 2025 heranzuziehenden Datenjahr 2023 eine zum Zwecke der Weiterentwicklung ausreichend belastbare Datengrundlage vor.

Damit konnte vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus eine vollständige Neubewertung der Bewertungsrelationen auf Basis aktueller Daten erfolgen. Auch die Kalkulation der bestehenden bewerteten Zusatzentgelte und Ergänzenden Tagesentgelte konnte auf der Grundlage aktueller Kostendaten erfolgen.

Weitreichende klassifikatorische Veränderungen wurden – nicht zuletzt auch bedingt durch die weiterhin verhaltene Beteiligung

am Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des PEPP-Systems – nicht vorgenommen.

Einzig in der Erwachsenenpsychiatrie wurden die Bedingungen für die Gruppierungsrelevanz der Qualifizierten Entzugsbehandlung innerhalb der Basis-PEPP PA02 unter zusätzlicher Berücksichtigung der erbrachten Therapieeinheiten im Aufenthalt geschärft.

Die stationsäquivalente Behandlung konnte weiterhin nicht bundeseinheitlich bewertet werden.

Die Anzahl der Zusatzentgelte hat sich von 127 auf 136 erhöht. Von den Veränderungen im Bereich der Zusatzentgelte sind insbesondere in Psychiatrie und Psychosomatik eher seltener eingesetzte Zytostatika, Antikörper und Medikamente zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose betroffen.

Die Bepreisung der Zusatzentgelte für Elektrokonvulsionstherapien sowie repetitive transkranielle Magnetstimulationen wurde sowohl für die Grundleistungen als auch für die Therapiesitzungen neu kalkuliert. Für die Elektrokonvulsionstherapien resultiert aufgrund geänderter Stichprobenzusammensetzung ein Rückgang der durchschnittlichen Kosten (-6,0 % für die Grundleistung und -8,9 % für die Therapiesitzung). Auch bei den repetitiven transkraniellen Magnetstimulationen zeigt sich bei Zunahme der Leistungserbringung ein leichter Rückgang der durchschnittlichen Kosten (-1,5 % für die Grundleistung und -2,5 % für die Therapiesitzung).

Damit kann für 2025 von einem weitgehend stabilen System gesprochen werden.

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)⁵ verpflichtend eingeführt. Auch die bestehenden Klassifikationssysteme (ICD-10-GM und

⁵ DKG/GKV-SV/PKV/InEK: Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych) Version 2025. 2024.

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.