Alex Po/weyo-Fotolia

Der Übergang von PEPP zum PsychVVG

Aktuelles zur Codierung und Medizincontrolling in den psychiatrischen Fächern

PEPP oder eine Weiterentwicklung bleiben die Grundlage für die Leistungsdarstellung und aus diesem Grund verlieren die bisherigen Aufgaben des Medizincontrollings (Dokumentation, Codierung, Berichtswesen) nicht an Bedeutung. Bei einer Deckelung der Ausgaben und einem höheren Dokumentationsbedarf steigt die Erfordernis einer effizienten und ressourcenschonenden Dokumentation, so dass sich das Medizincontrolling stärker der Verzahnung von klinischen Prozessen mit Dokumentation und Codierung annehmen muss. Das PsychVVG führt neue, derzeit noch wenig konkretisierte Pflichten zur Datenübermittlung ein sowie vor Ort zu verhandelnde, leistungsbezogene Budgets. Daher wird sich das Medizincontrolling vorausschauend auf die Erfassung von Daten zum Nachweis von Qualität und Leistung einstellen müssen.

Das psychiatrische Entgeltsystem befindet sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt im Umbruch. Das pauschalierende Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) wurde für das Systemjahr 2015 modifiziert. Dabei wurden die ergänzenden Tagesentgelte eingeführt und die Erlösdegression etwas reduziert. Im Jahr 2016 ist die bedeutendste Änderung, dass aufgrund eines neuen OPS-Kataloges die Zahl der Therapieeinheiten nicht mehr gemeinsam mit der Grundbehandlung verschlüsselt wird, sondern separat als Zusatzcode (▶ Tab. 1).

Von den Eckpunkten zum PsychVVG

Nach verspäteter, dann aber anhaltender Kritik aus allen relevanten Fachverbänden startete der Bundesgesundheitsminister einen „strukturierten Dialog“ zur Überarbeitung des Systems. Die Ergebnisse wurden am 18. Februar 2016 in einem Eckpunktepapier veröffentlicht. Am 3. August 2016 genehmigte das Bundeskabinett den Entwurf für das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG), das am 1. Januar 2017 in Kraft treten soll. Formal wurden alle Ergebnisse des Dialogs umgesetzt. Doch werden in den meisten Punkten nur Fristen genannt, bis wann die Selbstverwaltungspartner Spezifizierungen entwickelt haben müssen.

Das PsychVVG führt einen idealistischen Hometreatment-Ansatz ein, der aber die Fragen der Krankenhausvergütung überhaupt nicht beantwortet. Seine Praktikabilität und Finanzierbarkeit sind ebenso offen wie die Auswirkungen auf das stationäre Geschehen. Davon abgesehen ist die wichtigste Konsequenz des PsychVVG die Abkehr von einem Preissystem zurück zu einem Budgetsystem, wie es in den psychiatrischen Fächern bislang schon praktiziert wurde. Die Erlöse richten sich im neuen System möglicherweise nicht, wie früher geplant, ausschließlich nach den erbrachten Leistungen.

Um den Erfolg des eigenen Protestes zu belegen, wird nun von vielen Interessenvertretern behauptet, PEPP sei abgeschafft. Richtig ist, dass auch unter den Bedingungen des PsychVVG vielerlei Bedarf besteht,

die Leistungen einer psychiatrischen Abteilung oder Klinik zu messen. Für eine solche Messung stehen außer PEPP noch gar keine anderen Systeme bereit. Alle alternativen Systeme wären auf die Verbesserung der Dokumentationsgrundlagen, auf Datenerhebungen und Kalkulation angewiesen, was insgesamt viel Zeit benötigen würde. Außerdem kann es gar keine strikte Unterscheidung von Preissystem und Budgetsystem geben, wenn gleichzeitig das Budget „leistungsgerecht" sein soll. Ein definiertes Entgelt für eine definierte Leistung impliziert einen bestimmten Preis. Das PsychVVG verweist sogar explizit auf PEPP oder ein Analogon. Es ist von der Anpassung des „Basisentgeltwertes" die Rede, der von Krankenhausleistungen abhängig sein wird, „die von den bundesweiten Katalogen nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 und 2 umfasst sind", also von PEPP und Zusatzentgelt-Katalog.

Jahr	Systemvorgaben	Gesetzliche Vorgaben
2013	• Erster PEPP-Entgeltkatalog (auf Basis der Daten 2011)	• Beginn der Optionsphase (bis 2014)
2014		• Verlängerung der Optionsphase bis 2016 (durch das GKV-FQWG) und der budgetneutralen Phase bis 2018
2015	• Einführung der Ergänzenden Tagesentgelte • Vergütungsklassen statt Vergütungsstufen • Abrechnung auch des Entlassungstages • Qualifizierter Entzug als Zusatzcode • KJP: Definition der Intensivbehandlung anhand von Intensivmerkmalen statt nach Einzel- oder Kleinstgruppenbetreuung	
2016	• Abbildung der Therapieeinheiten als Zusatzcode separat vom Behandlungscode	PsychVVG (derzeit Kabinettsbeschluss): • Verlängerung der Optionsphase bis 2017 und der budgetneutralen Phase bis 2019 • Ersetzung der Konvergenz durch verhandelte Budgets

Abkürzungen: KJP = Kinder- und Jugendpsychiatrie, GKV-FQWG = Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung

Tab. 1: Entwicklung des PEPP

Erste Aufgabe: konventionelles Medizincontrolling

Das Medizincontrolling sieht sich vor drei Herausforderungen stehen. Die erste entspricht den bekannten Aufgaben, an denen sich nichts ändern wird: Gewährleistung korrekter Datensätze, sachgerechte Codierung, MDK-sichere Dokumentation, Berichtswesen, Schulungen, Leistungsplanung. Zunächst ist die Erzeugung korrekter, widerspruchsfreier Datensätze zu garantieren.

Fehlt die Hauptdiagnose? Fehlt bereits am ersten Tag der Behandlungscode oder der Code für die PsychPV-Einstufung. Wird für denselben Tag eine Regel- und eine Intensivbehandlung angegeben? Ist der Rhythmus der Zusatzcodes für die Therapieeinheiten durcheinandergeraten? Dann muss die Kontrolle der Codierung durch Codierfachkräfte organisiert werden und es muss eine Entscheidung getroffen werden, wieweit sich Codierfachkräfte bereits fallbegleitend engagieren sollen.

Kennzahlen dienen der Einleitung von Verbesserungen und dem Berichtswesen. In absteigender Reihenfolge sind am wichtigsten: die Behandlungstage, der Day-Mix (kumulierte Relativgewichte), der Day-Mix-Index, Fallzahl und Zahl der Nebendiagnosen. Diese Daten werden nach Hauptdiagnosen und nach Stationen aufgeschlüsselt. Die Zahl der Nebendiagnosen pro Fall gibt einen Anhalt für die Codieraktivität und hat für die Fallschwere schon an Bedeutung gewonnen.

In den Psychiatrien tut man sich aber noch schwer, klinisch bedeutsame Diagnosen von solchen zu unterscheiden, die auch aktuellen Aufwand gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien erzeugen. Intensivkriterien sind für die Fallschwere von großer Bedeutung, aber sie werden derzeit noch unkritisch festgestellt, solange sie dem MDK nicht standhalten müssen. Die Wiederaufnahmerate ist eine derzeit etwas überschätzte Kennzahl, gemessen an Erlöseffekt und Steuerungmöglichkeiten. Im Sinne der Qualitätsmessung wird sie aber in Zukunft eine größere Rolle spielen. Die Leistungsplanung gehört ebenso zu den konventionellen Aufgaben des Medizincontrollings. Hier ist es vor allem wichtig, die typischen Fallkonstellationen zu erkennen und Sollabläufe sowie Zielverweildauern zu definieren.

Dr. Johannes Nebe
Geschäftsführer
Esslingen am Neckar

Zweite Aufgabe: Integration von klinischen Prozessen und Dokumentation

Die zweite Herausforderung ist vielleicht nicht neu, aber sie spitzt sich zu. Ärzte und Psychologen sind teuer und in vielen Kliniken auch zunehmend knapp. Gleichzeitig steigen die Dokumentationsanforderun- ▶

elbaMed
Gesundheitsmanagement ist kein Zufall!
Medizin-Controlling
• Kodierung & Abrechnung
• MDK-Fallbearbeitung
• Erlösoptimierung
für die Psychiatrie: PEPP - fit
mit elbaMed
elbaMed GmbH: Tel.: 0800-elbamed (0800-35 22 6 33)
www.elbamed.de ■ info@elbamed.de

Rubrik	Details	Spezifizierung, Zeitpunkt
Leistungen	Dokumentationspflichten und Codierung wie bisher, Darstellung der Leistungen anhand des Entgeltkataloges	Bestehender Entgeltkatalog und jährliche Folgekataloge (von Kalkulation und Dokumentationsgrundlagen wie OPS abhängig)
Personal	Zunächst vollständige Erfüllung der PsychPV für Kalkulationshäuser; für alle Krankenhäuser Dokumentation der Personalausstattung im Zeitverlauf, nach Berufsgruppen, nach Stellen und tatsächlicher Besetzung	Ausgestaltung des Nachweises bis 31.3.2017; Entwicklung der Personalmindestvorgaben durch G-BA bis 30.9.2019
Stationsäquivalente Behandlung	Daten zu Behandlungsdokumentation und Qualität	Vereinbarung bis 30.6.2017
Krankenhausvergleich (als Grundlage für das lokal zu verhandelnde Budget)	Leistungen, (quantitativ beschriebene) regionale und strukturelle Besonderheiten, Personalausstattung, gerechtfertigte Vorhaltekosten	Vereinbarung auf Grundlage eines InEK-Konzeptes bis 1.1.2019
Qualität	Indikatoren für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (auch einrichtungs- und sektorenübergreifend)	Zu konkretisieren bis 30.9.2019
Fehlbelegung	Explizite Korrektur des Budget-Gesamtbetrages durch Verweildauerverkürzung und Verlagerung in ambulante Versorgung	Sofort relevant, Verschärfung ab 2020

Tab. 2: Regelungen des PsychVVG zu Datenerhebung und Transparenz

gen. Schon im PEPP sind sie hoch mit der erforderlichen Zeiterfassung, mit der Erfüllung der Komplexcodes (wie qualifizierter Entzug) und mit dem Beleg der Intensivkriterien. Unter PsychVVG-Bedingungen werden die Anforderungen nicht kleiner, sondern größer (siehe unten). Die Fachverbände haben die PEPP-Entwicklung lange negiert, dann haben sie protestiert, aber sie haben ihren wichtigsten Beitrag noch nicht geleistet, nämlich sich an den Entwurf einer praktikablen, psychiatriespezifischen Alternative zum OPS-Katalog zu machen.

Die nach den Dokumentationsaufgaben verbleibende, klinisch nutzbare Zeit entscheidet maßgeblich, wenn auch keineswegs allein, über die Qualität der Diagnostik und der Behandlung. Aufgabe ist es daher, die klinischen Prozesse mit der Dokumentation zu verschränken und damit die Dokumentation effizienter zu machen. Hier mangelt es an Personen, die die praktischen Abläufe wirklich durchdringen und die gleichzeitig über Zeit und Kompetenz verfügen, Verbesserungen im Dreieck Organisation–IT–Verwaltung zu ersinnen und umzusetzen.
Solche Aufgaben können sich natürlich ebenso auf die Pflege beziehen, die besonders dazu neigt, das Hamsterrad formalistischer Dokumentation zu drehen. In Kürze tritt der paradoxe Effekt ein, dass in dem Moment, in dem die Effizienz der psychiatrischen Versorgung nachgewiesen werden muss, die Effizienz durch erhöhte Dokumentationsanforderungen und technischen Aufwand sinkt.

Dritte Aufgabe: Aufbau einer PsychVVG-gerechten Datenbasis

Die dritte Herausforderung besteht in der Vorbereitung auf die Auswirkungen des PsychVVG, das offensichtlich etliche Quantifizierungen verlangt, auch wenn der bloße Gesetzestext die weitere Konkretisierung noch offen lässt und auf Regelungen zwischen den Selbstverwaltungspartnern oder auf Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses verweist. ▶Tabelle 2 gibt einen Überblick über Art und Ausmaß der in Zukunft zu erhebenden Daten.
Die allgemeine Erleichterung, die nach der Veröffentlichung des Eckpunktepapiers bestand, weil die Krankenhausbudgets nun vor Ort und individuell verhandelt werden können, ist schwer verständlich. Denn es ist offensichtlich eine Illusion, dass jedes Krankenhaus für sich Besonderheiten nachweisen kann, die ein überdurchschnittliches Budget (beziehungsweise einen überdurchschnittlichen Basisentgeltwert) rechtfertigen. Lokale Verhandlungen über das Budget werden nicht erfolgreich sein, wenn empfundene Besonderheiten dargestellt werden, sondern wenn Argumente mit Daten untermauert werden können. Nachdem schon bisher die Verhandlungsteams der Kostenträger in der Regel besser gerüstet und besser spezialisiert sind als die der Krankenhäuser, wird das Ungleichgewicht sich wegen der erhöhten Transparenz und des Datenzugriffs im Rahmen des Krankenhausvergleiches noch weiter verstärken. Auch die Regelung, dass es eine verpflichtende Anpassung des Basisentgeltwertes nur von oben (bei Überschreitung des Vergleichswertes um mehr als ein Drittel), nicht von unten gibt, erzeugt Druck für die Krankenhäuser.

Die Methodik zur Feststellung von Qualitätsmerkmalen ist noch nicht etabliert, und auch die Form, in der besondere Leistungen dargestellt werden können, ist noch unklar. Gerade daher ist das Medizincontrolling besonders gefordert, die Zeit zu nutzen und schon Fakten zu schaffen. Unter den gegenwärtigen Bedingungen rückt das Medizincontrolling noch näher ans Qualitätsmanagement heran – wenn eine Trennung zwischen beidem überhaupt je sinnvoll war.

Für das Medizincontrolling stellt sich daher die Aufgabe, sinnvolle Kennzahlen und Daten zu erheben, um auch bei Konkretisierung der PsychVVG-Vorgaben bereits gerüstet zu sein. Solche Daten beziehen sich auf: (a) PEPP, (b) Leistungen, die im PEPP noch nicht abgebildet sind, (c) gerechtfertigte Kosten (materiell oder personell), die wegen struktureller Besonderheiten unvermeidbar sind und (d) Qualitätsmerkmale. ■

Literatur beim Verfasser.

Dr. Johannes Nebe, MBA
Geschäftsführer
nebe leben GmbH
Tobias-Mayer-Str. 4/1
73732 Esslingen am Neckar
jn@nebe-leben.de