Foto: TrudiDesign – Fotolia

Fehlbelegungsprüfungen im PEPP-Zeitalter

Eine Analyse des Fachausschuss Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik der DGfM

Von Dr. med. Johannes Nebe, Dr. med. Achim Hochlehnert, Dr. med. Claus Wolff-Menzler, Prof. Dr. med. Henning Schauenburg, Birgit Puppe und Marina Mosafer

Das neue Entgeltsystem in der Psychiatrie wirkt sich in vielseitiger Weise auf die MDK-Prüfungen aus. Auch die Frage der Fehlbelegung wird durch das neue Entgeltsystem indirekt beeinflusst. Altbekannte Themen bekommen eine neue Brisanz. Auf drei von diesen Problemthemen wird in diesem Beitrag näher eingegangen.

Keywords: *PEPP, MDK-Prüfung, Fehlbelegung*

Mit der Einführung des neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie (die Überlegungen gelten hier auch für die Fächer Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie) entstehen auch neue Themen für die MDK-Prüfungen. Bei der Überprüfung von Haupt- und Nebendiagnosen sowie von erlösrelevanten OPS-Kodes wie dem qualifizierten Entzug ist dies offensichtlich. Doch auch die Frage der Fehlbelegung wird durch das neue Entgeltsystem indirekt beeinflusst – aus zwei Gründen: Erstens bekommt die MDK-Prüfung durch PEPP eine neue Dynamik; es werden Mitarbeiter für die Auseinandersetzungen um Kodierung in der Psychiatrie eingestellt oder geschult, die Zahl der Prüfungen steigt, und das Thema MDK-Prüfung erhält eine größere Aufmerksamkeit als zuvor. Zweitens entstehen durch die Anwendung von PEPP viel differenziertere Informationen zu den Behandlungsfällen, zum Beispiel die Verteilung von Therapieeinheiten verschiedener Berufsgruppen über die Zeit. Diese Informationen werden als Ansatzpunkte auch für Fehlbelegungsfragen dienen.

In den Abteilungen und Kliniken lassen sich daher derzeit zwei Bewegungen beobachten: Der Anteil der PEPP-spezifischen MDK-Anfragen nimmt zu, und mit den durch PEPP-Informationen ausgelösten Fehlbelegungsüberprüfungen entsteht eine neue Kategorie von Prüfungen. Vor diesem Hintergrund bekommen altbekannte Themen eine neue Brisanz. Auf drei von diesen Problemthemen wird im Folgenden näher eingegangen.

Das Problem des „guten Wochenendes“

Therapeutische Belastungserprobungen sind integraler Bestandteil der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung. Die stationären Bedingungen sind wichtig, da sie dem Patienten Schutz gewähren, ferner eine neue Distanz zu seinem alltäglichen Lebensumfeld und eine sonst nicht zu erreichende Dichte von Beobachtung, Begleitung und Therapie ermöglichen. Doch die

erreichten Fortschritte müssen sich bald wieder in der Auseinandersetzung mit dem Lebensumfeld bewähren; zudem muss die Belastbarkeit angesichts der häuslichen Konfliktfelder und Herausforderungen erprobt werden.

Wenn das erste „gute Wochenende“, also eine Belastungserprobung mit einigen positiven Aspekten, absolviert ist, darf das für den MDK keineswegs heißen, dass das Ziel der stationären Behandlung schon erreicht ist und alle daran anschließende Zeit gleichbedeutend mit Fehlbelegung ist. Das hieße nämlich im Umkehrschluss, dass in den Belastungserprobungen keine Zeit für eine Lern- und Fortschrittskurve gewährt würde oder dass die Belastungserprobung aus defensiven Gründen in der stationären Behandlung weit nach hinten verschoben würde. Dadurch ginge den Patienten und den Behandlern einiges an Sicherheit verloren, dass die stationäre Behandlung auch erfolgreich abgeschlossen wird und der Übergang in die poststationäre Behandlungsphase gelingt.

Das Problem der „letzten Woche“

Die stationäre psychiatrische und psychosomatische Behandlung ist nicht symmetrisch. Am Anfang erfolgen viel Diagnostik und viel therapeutische Intervention. Am Anfang ist auch der klinische Zustand oft dramatisch schlecht und der psychopathologische Befund reich an Defiziten. Es ist der regelhafte Ablauf einer stationären Behandlung, dass sich dies dann schrittweise wandelt. Ein weniger dramatischer psychopathologischer Befund darf aber nicht der stationären Behandlungsindikation die Grundlage entziehen.

Wenn der MDK, wie es leider häufig zu beobachten ist, aus einer zehnwöchigen Behandlung eines zunächst schwer depressiven oder schwer psychotischen Patienten die letzte Woche herauspickt und dafür die Leistungspflicht der Krankenkasse in Frage stellt, hat er insofern leichtes Spiel, als sich die Situation in diesem Zeitfenster entdramatisiert hat und sich das auch in der Dokumentation widerspiegelt. Es liegt in der Natur der Sache, dass erfolgreiche Behandlungen mit einer kontinuierlichen Befundstabilisierung und Symptomreduktion verbunden sind. Es muss die Entscheidung der Kliniker bleiben, den Entlasszeitpunkt nach klinischen Maßstäben im Sinne der guten klinischen Praxis festzulegen. Es kann nicht im Sinne der Patienten sein, wenn die Behandlungsqualität mittelbar durch kostenträgerseitige Verweildauerkürzungen gesenkt wird und im Endergebnis Erfolge bei Befundstabilisierung und Symptomreduktion durch solche Maßnahmen „bestraft“ werden.

Das Problem der stationären Psychotherapie

Es hat sich bewährt, dass die Maßnahmen mit einem fest vereinbarten Therapiezeitraum einhergehen (zum Beispiel acht Wochen). Die Indikation ergibt sich regel- ▶

consus Akademie

DRG UPDATE 2018

Wir machen Sie und Ihre Klinik fit für den Start in das neue DRG-Jahr.
Für Teilnehmer aus Kliniken, die uns vorab die §21-Daten zur Verfügung stellen, bilden wir Erlöschancen und Risiken für das DRG-Jahr 2018 hausindividuell ab. Damit Sie wirklich wissen, was in 2018 auf Sie zukommt.

UNSERE SEMINARE ZUM THEMA DRG UPDATE 2018

Hamburg
Montag, 04.12.2017

Düsseldorf
Donnerstag, 07.12.2017

Stuttgart
Freitag, 08.12.2017

Berlin
Dienstag, 12.12.2017

Direkt zum **Seminar** anmelden

Knowhow von Praktikern für Praktiker: An der consus Akademie vermitteln Branchenprofis ihr Fachwissen rund um das Erlös- und Krankenhausmanagement.

consus Akademie · Hamburger Straße 152 · 22083 Hamburg
Telefon: +49 40 334 6930 11 · info@consus-akademie.de · consus-akademie.de

©is-company.de

haft aus akuten, zugespitzten, oft schwer depressiven Krankheitsbildern, bei denen eine langwierige Suche nach einer ambulanten Therapie nicht zumutbar ist. Auch chronifizierte und sozial besonders verfahrene Situationen können ein Grund für die stationäre Psychotherapie sein. Ein multimodales, hochintensives und meist gruppenorientiertes Setting vermag hier empirisch belegt gute Erfolge zu erzielen.

Die Indikation für die stationäre Behandlung ergibt sich aus dem angebotenen Behandlungskonzept, das in dieser Form im außerstationären Bereich nicht verfügbar ist. Sie ergibt sich nicht aus dem psychopathologischen Befund an einzelnen Tagen und nicht aus den ärztlichen, psychologischen, pflegerischen Dokumentationen in einzelnen Wochen. Wenn das so ist und wenn man sich dafür entscheidet, dass stationäre Psychotherapie ein Angebot des Gesundheitssystems darstellt, muss auch die Überprüfungslogik auf eine solche stationäre Behandlung abgestimmt sein.

So ist in diesem Kontext die Zustands- und Aufwandsbeschreibung in selektierten und zu kleinen Zeitfenstern das völlig falsche Prüfinstrumentarium. Die Frage der Indikation der stationären Behandlung wird am Anfang geklärt und muss dann geklärt bleiben. Zu dieser Frage gehört ganz zentral auch die Einschätzung, ob und ab wann die ambulanten Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft sind. Das geht nicht, ohne die unterschiedlichen realen Versorgungsmöglichkeiten (ländlich versus städtisch) und die speziellen Patientengruppen zu berücksichtigen.

Das retrospektive Infragestellen einzelner Wochen durch den MDK bei initialer Kostenzusage ist demnach ein Widerspruch in sich, setzt Fehlentwicklungen in Gang und kann im Endeffekt den Patienten gefährden. Denn eine dem Patienten willkürlich erscheinende Verkürzung des abgesprochenen Behandlungszeitraumes gefährdet dann das Behandlungsziel und -ergebnis insgesamt, wie auch empirisch gezeigt wurde.

„Das retrospektive Infragestellen einzelner Wochen durch den MDK bei initialer Kostenzusage ist demnach ein Widerspruch in sich, setzt Fehlentwicklungen in Gang und kann im Endeffekt den Patienten gefährden."

Fazit

Die genannten Problembereiche haben medizinische, medizinrechtliche und berufspolitische Implikationen. In medizinischer Hinsicht müssen sich die Kliniker und ihre Fachgesellschaften davor bewahren, sich durch existierende oder gedanklich vorweggenommene MDK-Kriterien treiben zu lassen. Klinisch tätige Ärzte müssen den Mut haben, die stationäre Behandlungsnotwendigkeit umzusetzen und diese zu verteidigen.

In medizinrechtlicher Sicht muss gefragt werden, ob in Kliniken, die voll ausgelastet sind, und in Fällen, bei denen die Indikation zur stationären Behandlung vorab geklärt wurde, die Beweislast richtig verteilt ist. Dass die Kliniken auch in den geschilderten Szenarien die Behandlungsnotwendigkeit jederzeit und für jedes Zeitfenster nachzuweisen haben, stellt eine Schieflage dar, weil die Grundannahme zu Unrecht die ist, dass die Behandlung unrechtmäßig stationär erfolgt ist.

In berufspolitischer Hinsicht schließlich müssen die Fachgesellschaften dafür sorgen, dass sie Szenarien vorausdenken und ihren Mitgliedern dafür Handlungsempfehlungen geben. Die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM), in der Vertreter aus Psychiatrie, Psychosomatik und Medizincontrolling mitarbeiten, ist bestrebt, die Auseinandersetzung mit den geschilderten Themen konstruktiv voranzutreiben. So wie die DGfM bei den DRG-Kodierfragen wichtige Beiträge durch die Arbeit des Fachausschusses für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA) und die Kommentierung der MDS-SEG-4-Leitlinien geleistet hat, wird der Fachausschuss Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik (FEPP) auch für die sich neu entwickelnden Herausforderungen im PEPP-Entgeltsystem bedeutsame Impulse geben und die Entwicklungen sowie Fehlentwicklungen kritisch hinterfragen. ■

Literatur bei den Verfassern

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

Dr. med. Johannes Nebe

Dr. med. Achim Hochlehnert
Projektleiter
Universitätsklinikum Heidelberg

Dr. med. Claus Wolff-Menzler
Geschäftsführender Oberarzt
Universitätsmedizin Göttingen

Prof. Dr. med. Henning Schauenburg
Stellvertreter des Ärztlichen Direktors
Allgemeine Innere Medizin & Psychosomatik,
Heidelberg

Birgit Puppe
PEPP-Koordinatorin
Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke

Marina Mosafer
Controllerin
Klinikum Frankfurt Höchst GmbH