

# **Erfolgsfaktoren einer leistungsorientierten Tarifizierung in der Psychiatrie – Parallelen mit dem deutschen PEPP-System**

Dr. Johannes Nebe  
nebe leben GmbH

TARPSY-Konferenz Bern  
22. Juni 2017

## Perspektive des Referenten

- Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
  - Beginn Medizincontrolling 2002
  - MBA
  - Zentralfunktion Qualitätsmanagement und Medizincontrolling bei privatem Krankenhausbetreiber
  - Geschäftsentwicklung Pharmahandel
- 
- Seit 2011 eigene Unternehmensberatung **nebe leben GmbH** mit dem Schwerpunkt Erlösmanagement im Krankenhaus
  - Seit 2014 PEPP-Einführungs- und -Optimierungsprojekte
  - Einige Wochen pro Jahr als Honorararzt Neurologie und vor allem Psychiatrie

# Grundzüge der PEPP-Gruppierung entsprechend dem Definitionshandbuch, Beispiel PA04A

Schritt	Datenbasis
(1) Ermittlung der Strukturkateregrie (teilstationär KJP → PSO → PSY, → vollstationär KJP → PSO → PSY), hier PA	Fachabteilungsschlüssel
(2) Prä-PEPP-Zuordnung (kostenintensive Fälle)	Prozeduren
(3) Basis-PEPP, hier PA04	Hauptdiagnose
(4) PEPP (Splitting), hier PA04A	Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Prozeduren, Alter, „Funktionen“

## Auszug Definitions- handbuch PA04A

HD Affektive  
Störungen,  
(PA04-V1)

Alter >= 65 J	ND Pleuraerguß (PA04-V14)
	ND Pneumonien (PA04-V15)
	ND Bösartige oder sekundärbösartige Neubildung des Gehirns (PA04-V16)
Alter >= 85 J	
Dg Organische affektive Störungen (PA04-V17)	
Gültigkeitsdauer (mind. ein Kode aus IntBeh ab 3 Merk psyStör Erw (PA04-V33)) > 30 T	
Funktion mäßig erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen	
Funktion Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	

## Wichtige Quellen

### OPS-Katalog

---

Behandlungscodes

Zusatzcodes

Therapieeinheiten

### Deutsche Kodierrichtlinien

---

Definition Hauptdiagnose

Definition Nebendiagnosen

Spezialanweisung

### Entgeltkatalog

---

Bewertete vollstationäre PEPPs

Unbewertete vollstationäre PEPPs

Bewertete teilstationäre PEPPs

Unbewertete teilstationäre PEPPs

Zusatzentgelte (EUR)

Ergänzende Tagesentgelte  
(Bewertungsrelationen)

### PEPPV

---

Abrechnungsregeln (Verlegungen,  
Wiederaufnahmen)

## Was ist im deutschen PEPP derzeit erlösrelevant?

- Hauptdiagnose entscheidend, Nebendiagnosen (somatisch und psychiatrisch) zunehmend wichtig für PEPP-Aufwertung
  - Intensivbehandlung: ergänzende Tagesentgelte (ET) ab 3 Merkmalen, PEPP-Aufwertung schon ab 1 Merkmal
  - Therapieeinheiten Ärzte/Psychologen ab 6/Woche
  - Zusatzcodes: 1:1-Betreuung (ET ab 6 h, PEPP-Aufwertung), kriseninterventionelle Behandlung, klinisch-psychosomatische Komplexbehandlung, Mutter/Vater-Kind-Setting, qualifizierter Entzug
  - Pflegebedürftigkeit
  - Zusatzentgelte Paliperidon i. m., Elektrokrampftherapie, Strahlentherapie
- 
- KJP: Diagnosen, Kleinstgruppen- oder Einzelbetreuung (ET ab > 8 h, PEPP-Aufwertung), Krisenintervention
  - Bisher nicht relevant: Pflege, Spezialtherapeuten, Entlassungsaufwand, psychosoziale Notlage, erhöhter Supervisionsaufwand, Behandlung im stationersetzenden Umfeld

# Gründe für das pauschalierende Entgeltsystem in Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)

## Offiziell

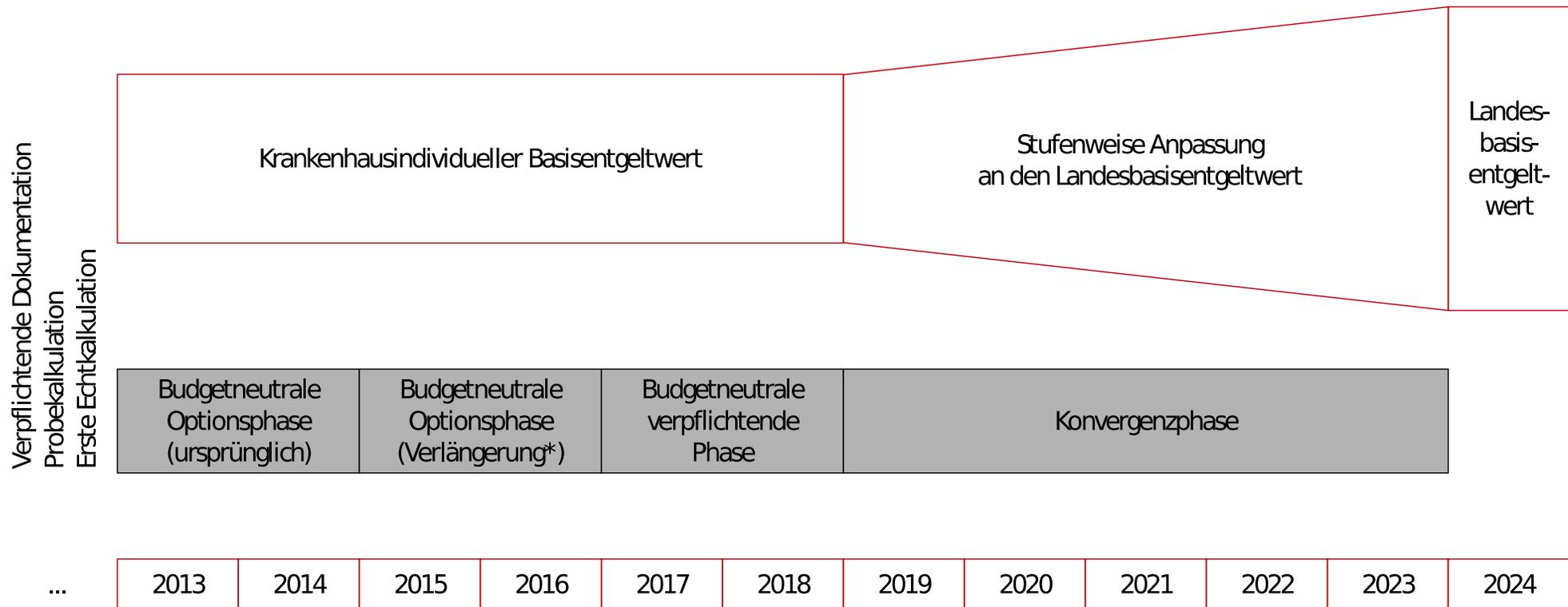
Abschaffung der Ungerechtigkeit: durch Klinikbudgets, die über Jahre hinweg auf der Vorjahresbasis neuverhandelt werden, haben sich sehr unterschiedliche Tagesentgelte entwickelt, die nicht in Beziehung zur Leistung beziehungsweise zur Fallschwere stehen

## Des weiteren

Krankenkassen und Behörden möchten mehr Transparenz in den psychiatrischen Leistungen – aus verschiedenen Gründen

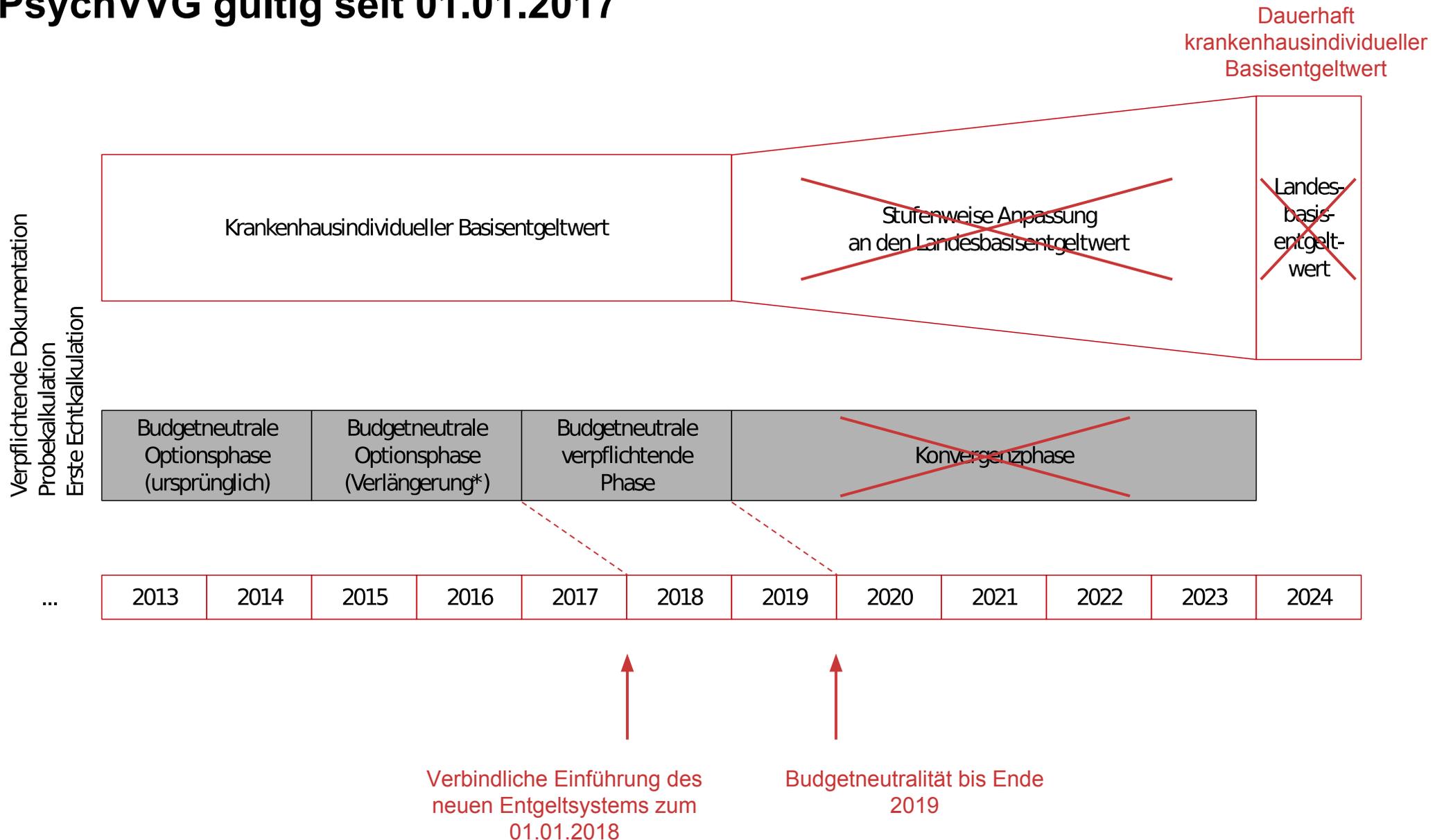
DRG-System als „Erfolgsmodell“ → PEPP orientiert sich daran hinsichtlich der Mechanik (nicht hinsichtlich der Fallpauschalisierung)

# Zeitplan PEPP vor dem PsychVVG



\* „Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-FQWG 2014), gültig ab 01.01.2015

# PsychVVG gültig seit 01.01.2017



## Vom Preissystem zurück zum Budgetsystem

- Leistung wird mit System „PEPP“ gemessen, auch wenn der Begriff im PsychVVG vermieden wird
- Lokal zu verhandelnde Budgets
- Wer sitzt am längeren Hebel?
  - Krankenhausvergleich
  - Professionalität der Verhandlungsmannschaften
- Es gibt kein leistungsgerechtes Budget, das nicht auch einen Preis impliziert

Alle begrüßen die lokal zu verhandelnden Budgets



Sind alle Krankenhäuser „besonders“ und verdienen ein überdurchschnittliches Budget?

## PEPP: Schmerzpunkte

- (1) Diagnosen: klinisch oder erlösorientiert?
- (2) Prozeduren: großer Aufwand zur Dokumentation von Intensivmerkmalen und komplexen Zusatzcodes
- (3) IT-Aufwand
  - Angebote der KIS-Hersteller oder Insellösungen?
  - Schnittstelle zwischen IT und Klinik?
  - Multiplikatoren? Customising?
- (4) „Mißtrauenskultur“, Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung
- (5) Unvollständige Transparenz des Systems
  - Politische Ziele („Gesetz zur Stärkung seelisch Erkrankter beschlossen“)
  - Home Treatment
  - Degression
  - Vorgaben zur Kalkulation (Diagnostik)

## PEPP: Schmerzpunkte

- (1) Diagnosen: klinisch oder erlösorientiert?
- (2) Prozeduren: großer Aufwand zur Dokumentation von Intensivmerkmalen und komplexen Zusatzcodes
- (3) IT-Aufwand
  - Angebote der KIS-Hersteller oder Insellösungen?
  - Schnittstelle zwischen IT und Klinik?
  - Multiplikatoren? Customising?
- (4) „Mißtrauenskultur“, Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung
- (5) Unvollständige Transparenz des Systems
  - Politische Ziele („Gesetz zur Stärkung seelisch Erkrankter beschlossen“)
  - Home Treatment
  - Degression
  - Vorgaben zur Kalkulation (Diagnostik)

# Schmerzpunkt Prozeduren

## Beispiel 9-642, integrierte somatisch-psychiatrische Komplexbehandlung

### Feststellung zu den Mindestmerkmalen des Krankenhauses (Geschäftsführer und Chefarzt)

Nr.	Forderungen des OPS-Kataloges	Regelungen im Krankenhaus XY
1	Über 24 Stunden vorhandene Infrastruktur eines Akutkrankenhauses mit verfügbarem Notfall-Labor und Notfall-Röntgendiagnostik und mit geregelter Zugang zu einer Intensivstation und zu einer Klinik für Innere Medizin oder zu einer anderen somatischen Fachabteilung (zum Beispiel Neurologie, Orthopädie, Gynäkologie, Onkologie)	Die interdisziplinäre internistische und chirurgische Intensivstation des Krankenhauses befindet sich im selben Gebäude wie die Klinik für Psychiatrie ... Der Zugang ist jederzeit möglich durch Telefonanruf auf der Intensivstation, wodurch Kontakt zum diensthabenden Arzt der Intensivstation hergestellt wird. Auch die Klinik für Innere Medizin mit den Abteilungen ... befindet sich im selben Gebäude. Der Zugang ist jederzeit möglich durch Kontakt zum diensthabenden Arzt der Abteilung. Eine Hauptabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe ist im Krankenhaus ebenfalls vorhanden.
2	Vorhandensein eines psychosomatisch-psychotherapeutischen Teams unter Verantwortung eines Facharztes für Psychiatrie; personelle Bedingungen: (a) auch somatische Facharztqualifikation des Verantwortlichen (zum Beispiel Neurologie) oder (b) sowohl Psychiater als auch somatischer Facharzt im Team	Der für das psychosomatisch-psychotherapeutische Team verantwortliche Arzt ist der Chefarzt Herr ... Er ist Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie. Im Team befinden sich auch weitere Neurologen (Leitender Oberarzt Herr ..., Oberarzt Herr ...) sowie Assistenzärzte mit Erfahrung in der Neurologie und Spezialtherapeuten mit somatischem Bezug (Ergotherapie, Physiotherapie, Sozialarbeit).
3	Arbeitstägliche Anwesenheit eines Arztes, um gegebenenfalls auch kurzfristig somatische Problemlagen behandeln zu können	Das Merkmal ist in XY wie in allen allgemein versorgenden Akutkrankenhäusern erfüllt.
4	Mindestens in einem somatischen Fach qualifizierte ärztliche Rufbereitschaft in demselben Krankenhaus über 24 Stunden täglich	Es gibt ärztliche Rufbereitschaften unter anderem für die Fächer Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesie, Gynäkologie und Geburtshilfe.
5	Grundsätzliche Möglichkeit der pflegerischen Behandlung auch bettlägeriger Patienten über 24 Stunden täglich	Das Merkmal ist in XY wie in allen allgemein versorgenden Akutkrankenhäusern erfüllt. In den somatischen Abteilungen werden auch Fälle mit Pflegekomplexmaßnahmenscore (PKMS) versorgt.

# Beispiel 9-642, fallbezogene Dokumentation

## Fallbezogene Dokumentation

- Somatische Erkrankung: .....
- Dokumentierte Veränderung des initialen medizinischen Behandlungsregimes im Verlauf der Krankenhausbehandlung: .....
- Psychische Komorbidität oder Copingstörung: .....

### Alternativ:

- Psychische Erkrankung mit somatischer Präsentation:  
 .....  
 .....
- Bedarf der intensiven Diagnostik und Therapie im Sinne einer auf die Erfordernisse somatisch adap-tierten integrierten klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung: .....
- .....

## Beispiel 9-642, Wochendokumentation

Rhythmus	Kriterium	Dokumentation
Wöchentlich	Tatsächliche Behandlung durch das beschriebene psychosomatisch-psychotherapeutische Team	OK:
Wöchentlich	Teambesprechung der psychosomatisch-psycho-thera-peuti-schen Komplexbehandlung	OK:
Dreimal wöchentlich	Multidisziplinäre Abstimmung mit allen an der Behandlung beteiligten somatischen Fachgebieten zur Differenzialdiagnostik oder zur integrierten somatischen und psychosomatischen Behandlung	Datum (1): Datum (2): Datum (3):
Montag ... Freitag	Ärztliche Visite oder ärztliche Therapieeinheit (auch Eintrag in der ärztlichen Dokumentation)	OK:
	Mindestens drei Bezugspflege-Kontakte zur Überprüfung und Anpassung des somatischen Behandlungsplanes (Eintrag in die Pflegedokumentation)	OK (1): OK (2): OK (3):
Samstag	Mindestens drei Bezugspflege-Kontakte zur Überprüfung und Anpassung des somatischen Behandlungsplanes (Eintrag in die Pflegedokumentation)	OK (1): OK (2): OK (3):
Sonntag	Mindestens drei Bezugspflege-Kontakte zur Überprüfung und Anpassung des somatischen Behandlungsplanes (Eintrag in die Pflegedokumentation)	OK (1): OK (2): OK (3):

## Aufgabe der Kliniken: Integration von klinischen Prozessen und Dokumentation

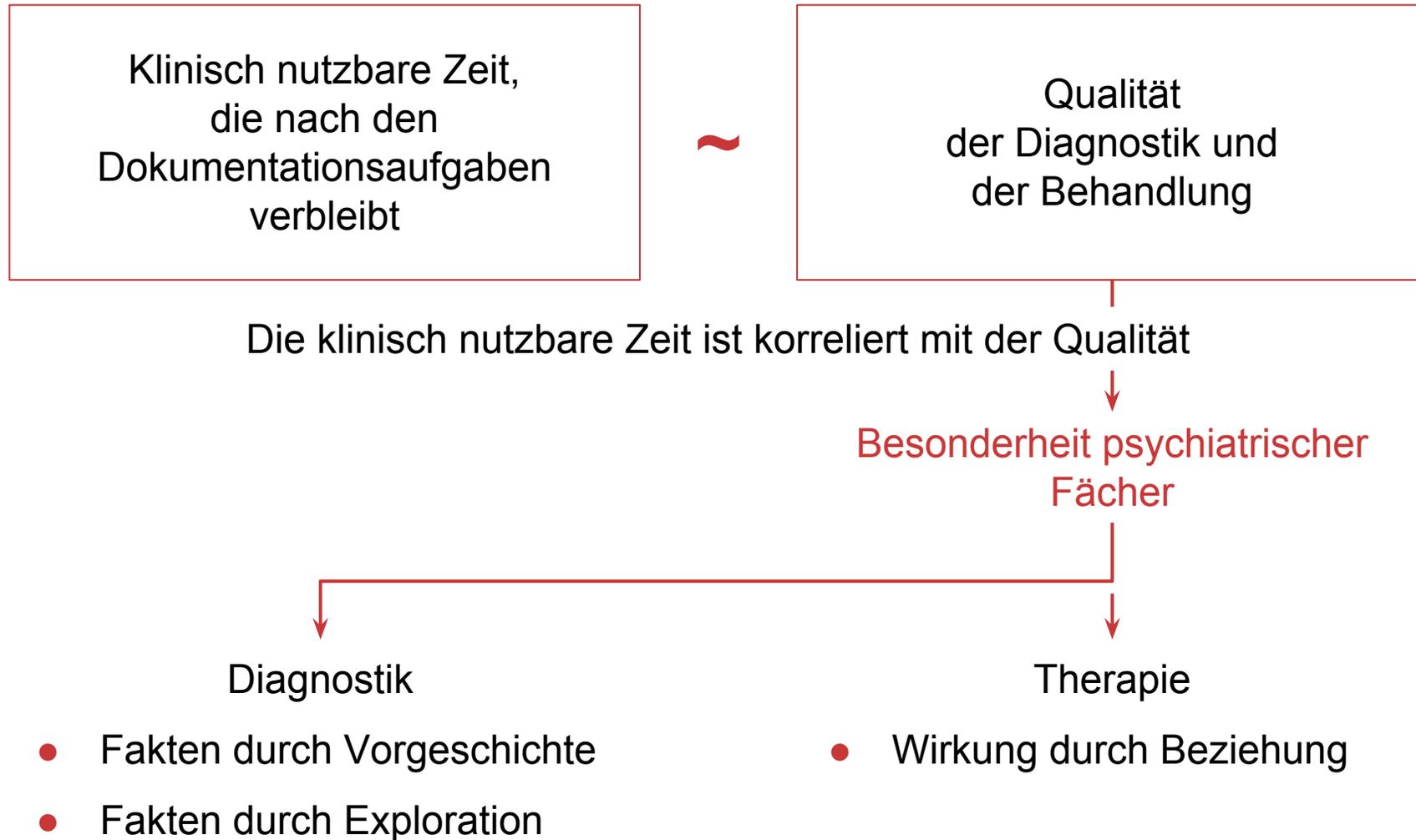
Klinisch nutzbare Zeit,  
die nach den  
Dokumentationsaufgaben  
verbleibt



Qualität  
der Diagnostik und  
der Behandlung

Die klinisch nutzbare Zeit ist korreliert mit der Qualität

## Aufgabe der Kliniken: Integration von klinischen Prozessen und Dokumentation



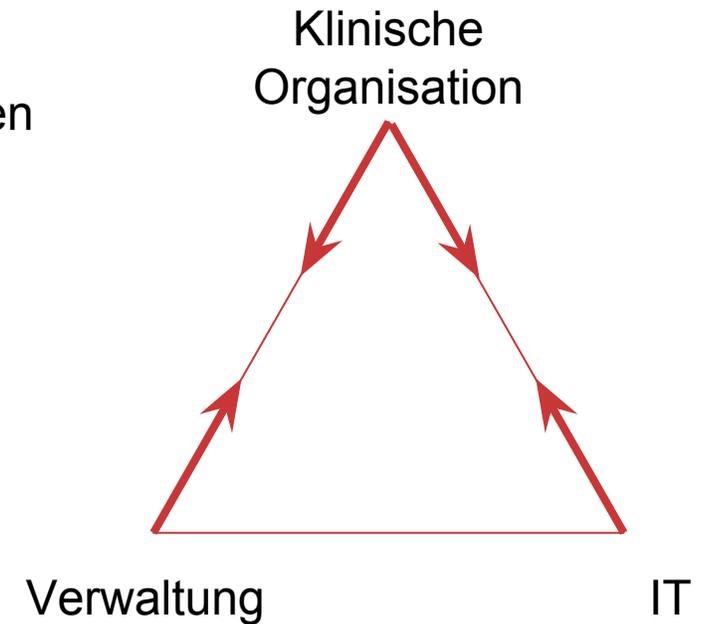
## PEPP: Schmerzpunkte

- (1) Diagnosen: klinisch oder erlösorientiert?
- (2) Prozeduren: großer Aufwand zur Dokumentation von Intensivmerkmalen und komplexen Zusatzcodes
- (3) IT-Aufwand
  - Angebote der KIS-Hersteller oder Insellösungen?
  - Schnittstelle zwischen IT und Klinik?
  - Multiplikatoren? Customising?
- (4) „Mißtrauenskultur“, Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung
- (5) Unvollständige Transparenz des Systems
  - Politische Ziele („Gesetz zur Stärkung seelisch Erkrankter beschlossen“)
  - Home Treatment
  - Degression
  - Vorgaben zur Kalkulation (Diagnostik)

# Schmerzpunkt IT und Organisation

## Ebene Krankenhaus

- Minimierung der aus dem klinischen Bereich abfließenden Ressourcen
- Gewinnung von Ärzten und Psychologen
- Optimierung im Dreieck  
Klinik – Verwaltung – IT
  - Beschäftigung mit praktischen Prozessen
  - Anpassung von IT-Werkzeugen



## Ebene Gesundheitssystem

- Straffung und Präzisierung des Prozedurenkataloges

## Ideal: Messung der Ineffizienz

	Kosten	Personal, Diagnostik, IT, Infrastruktur et cetera
+	Korrektur für „klinische Ineffizienz“	Wie hoch ist der Aufwand, der nicht in die Behandlungsqualität einfließt? <ul style="list-style-type: none"><li>• Nicht mit Patientenaufgaben verbrachte Zeit des Personals</li><li>• Einkaufsbedingungen</li><li>• Weitere Verschwendung</li></ul>
=	Vergütungsvolumen	Nicht unbedingt „Budget“

## PEPP: Schmerzpunkte

- (1) Diagnosen: klinisch oder erlösorientiert?
- (2) Prozeduren: großer Aufwand zur Dokumentation von Intensivmerkmalen und komplexen Zusatzcodes
- (3) IT-Aufwand
  - Angebote der KIS-Hersteller oder Insellösungen?
  - Schnittstelle zwischen IT und Klinik?
  - Multiplikatoren? Customising?
- (4) „Mißtrauenskultur“, Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung
- (5) Unvollständige Transparenz des Systems
  - Politische Ziele („Gesetz zur Stärkung seelisch Erkrankter beschlossen“)
  - Home Treatment
  - Degression
  - Vorgaben zur Kalkulation (Diagnostik)

## Schmerzpunkt Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)

- Die MDK-Prüfungen nehmen nach Einführung von PEPP zu
- Der Hauptteil der Prüfungen bezieht sich noch auf Fehlbelegungsfragen (die vorher ebenso gut hätten geprüft werden können, für die sich nun aber detailliertere Ansatzpunkte ergeben)
- Maßgeblich (vor Gericht): Klassifikationssysteme (ICD, OPS), Codierrichtlinien, Entgeltkatalog, Definitionshandbuch, PEPP-Vereinbarung
- Wegweisend: Positionen des MDS (MDK-Spitzenverband), Positionen der Fachgesellschaften und Gerichtsurteile (Sozialgerichte – Landessozialgerichte – Bundessozialgericht)

### Probleme

- Aufwand der Kliniken für Erlössicherung
- Ungenügende Operationalisierung der Kataloge
- Gefahr, daß Krankenkassen und MDKs eigenmächtig handeln und Fakten schaffen
- Ressourcenverbrauch durch Gerichtsverhandlungen (einschließlich Zeit)

## PEPP: Schmerzpunkte

- (1) Diagnosen: klinisch oder erlösorientiert?
- (2) Prozeduren: großer Aufwand zur Dokumentation von Intensivmerkmalen und komplexen Zusatzcodes
- (3) IT-Aufwand
  - Angebote der KIS-Hersteller oder Insellösungen?
  - Schnittstelle zwischen IT und Klinik?
  - Multiplikatoren? Customising?
- (4) „Mißtrauenskultur“, Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung
- (5) Unvollständige Transparenz des Systems
  - Politische Ziele („Gesetz zur Stärkung seelisch Erkrankter beschlossen“)
  - Home Treatment
  - Degression
  - Vorgaben zur Kalkulation (Diagnostik)

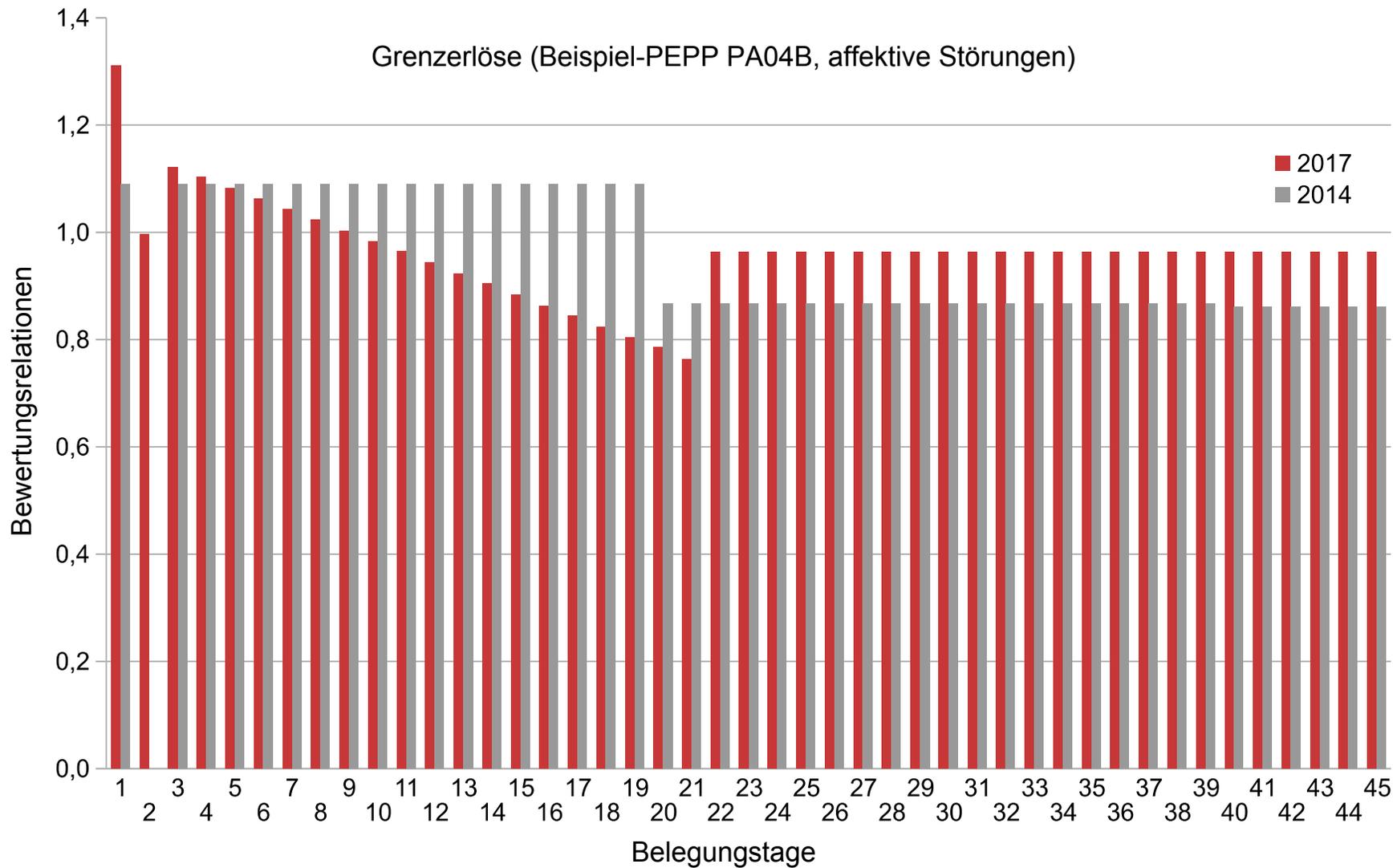
# Schmerzpunkt Transparenz

## Degression der Erlöse: von 2015 an neu abgebildet

Beispiel PA04B (affektive Störungen), 2017

Tag	BR der Vergütungsklasse	BR Summe (Tage × BR)	Grenz-BR (BR-Summe minus BR-Summe am Vortag)
1	1,3116	1,3116	1,3116
2	1,1541	2,3082	0,9966
3	1,1431	3,4293	1,1211
4	1,1332	4,5328	1,1035
...		...	...
20	0,9737	19,4740	0,7856
21	0,9637	20,2377	0,7637
22	0,9637	21,2014	0,9637
23	0,9637	22,1651	0,9637
...	0,9637	...	0,9637

# Degression der Erlöse: Ungereimtheiten bei der Einführung von Vergütungsklassen statt Vergütungsstufen



Quelle: Entgeltkataloge 2014, 2017

## PEPP: Schmerzpunkte

- (1) Diagnosen: klinisch oder erlöserorientiert?
- (2) Prozeduren: großer Aufwand zur Dokumentation von Intensivmerkmalen und komplexen Zusatzcodes
- (3) IT-Aufwand
  - Angebote der KIS-Hersteller oder Insellösungen?
  - Schnittstelle zwischen IT und Klinik?
  - Multiplikatoren? Customising?
- (4) „Mißtrauenskultur“, Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung
- (5) Unvollständige Transparenz des Systems
  - Politische Ziele („Gesetz zur Stärkung seelisch Erkrankter beschlossen“)
  - Home Treatment
  - Degression
  - Vorgaben zur Kalkulation (Diagnostik)

# Aktuelle Herausforderung: Umsetzung des PsychVVG

## Regelungen des PsychVVG zu Datenerhebung und Transparenz

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)
<b>Personal</b>	Zunächst vollständige Erfüllung der PsychPV für Kalkulationshäuser; für alle Krankenhäuser Dokumentation der Personalausstattung im Zeitverlauf, nach Berufsgruppen, nach Stellen und tatsächlicher Besetzung	Nachweispflicht für PsychPV-Vorgaben 2016 bis 2019; Entwicklung der Personalmindestvorgaben 2020 durch G-BA bis 30.09.2019
Stationsäquivalente Behandlung	Daten zu Behandlungsdokumentation und Qualität	Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner bis 30.06.2017
<b>Krankenhausvergleich</b>	Leistungen, (quantitativ beschriebene) regionale und strukturelle Besonderheiten, Personalausstattung, gerechtfertigte Vorhaltekosten	Vereinbarung auf Grundlage eines InEK-Konzeptes bis 01.01.2019
<b>Qualität</b>	Indikatoren für Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität (auch einrichtungs- und sektorenübergreifend)	Vom G-BA zu konkretisieren bis 30.09.2019
Fehlbelegung	Explizite Korrektur des Budget-Gesamtbetrages durch Verweildauerverkürzung und Verlagerung in ambulante Versorgung	Relevant spätestens mit Vereinbarung des Gesamtbudgets ab 2020

# Probleme der Universitätskliniken und der Maximalversorger mit hohem Basisentgeltwert

- Ist der Ressourcenaufwand in Kliniken ohne regionale Versorgungsverpflichtung höher als in anderen?
  - Hypothese: Fälle werden zunächst in den Versorgungskliniken behandelt und stellen in den Universitätskliniken dann eine Selektion von schwierigen Fällen dar
- Evidenz
  - Indirekt: Kliniken ohne Versorgungsverpflichtung haben Patienten mit einer größeren Anzahl vorangehender Behandlungen (bezogen auf die Krankheitsepisode)
  - Direkt: Der Ressourcenverbrauch ist (pro Zeiteinheit) größer

Art des erhöhten Ressourcenverbrauchs	Bewertung
Längere Behandlungsdauer	Irrelevant, da ohne Einfluß auf den Basisentgeltwert
Intensivere Behandlung durch Komorbidität	Vom InEK bereits mitkalkuliert
Intensivere Behandlung, meßbar an 1:1-Betreuung, Therapieeinheiten, Arzneimittelkosten	Vom InEK ohnehin mitkalkuliert, würde zur Erlösdifferenzierung führen, wenn es auch ein Kostentrenner wäre
Intensivere Diagnostik (CCT, MRT, PET, Elektrophysiologie, Konsile, Drug monitoring et cetera)	Relevant, da das InEK politische Vorgaben hat, diesen diagnostischen Aufwand nicht zu honorieren

## Veröffentlichungen

Als PDF herunterladen

Titel	Zeitschrift	Link
Mythos Degression	f & w, Juni 2015, Seite 442–445	<a href="#">PDF</a>
Der Übergang von PEPP zum PsychVVG	KU special, September 2016, Seite 24–26	<a href="#">PDF</a> , <a href="#">Literatur</a>

# Kontakt

nebe leben GmbH  
Dr. med. Johannes Nebe, MBA  
Tobias-Mayer-Str. 4/1  
73732 Esslingen am Neckar (Deutschland)  
+49 151 56929346  
[www.nebe-leben.de](http://www.nebe-leben.de)  
[jn@nebe-leben.de](mailto:jn@nebe-leben.de)