



GESUNDHEITSWESEN AKTUELL 2014

BEITRÄGE UND ANALYSEN

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Beate Garmann-Rolfes, Mathias Gatzert, Mechthild Veit
„Neues Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik – Erste Erfahrungen
aus Sicht einer Krankenkasse“

AUSZUG aus:
BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2014 (Seite 152–177)

Beate Garmann-Rolfes, Mathias Gatzten, Mechthild Veit

NEUES ENTGELTSYSTEM FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOSOMATIK – ERSTE ERFahrungen AUS SICHT EINER KRANKENKASSE

Etwa ein Jahrzehnt nach der Einführung der DRG-Fallpauschalen wird gegenwärtig nun auch in der Psychiatrie bundesweit ein neues Vergütungssystem eingeführt. Hierzu wurde für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten entwickelt (PEPP). Mangels einer Einigung zwischen den Partnern der Selbstverwaltung wurde das neue System für 2013 im Wege der Ersatzvornahme durch das Bundesgesundheitsministerium (BMG) in Kraft gesetzt. Der Beitrag gibt einen umfassenden Überblick über die aktuellen Entwicklungen sowie die administrativen, organisatorischen und EDV-technischen Anforderungen und zu lösenden Probleme bei der Umsetzung des neuen Systems aus Sicht einer Krankenkasse.

Einleitung

Das Fallpauschalensystem im somatischen Bereich (DRG-System) – mit nur einem Optionsjahr 2003 und einem weiteren budgetneutralen Jahr 2004 – wurde trotz anfänglicher Widerstände erfolgreich für rund 2.000 somatische Krankenhäuser eingeführt. Erst im Jahr 2009 gelang es jedoch dem Gesetzgeber, der gemeinsamen Selbstverwaltung über das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) den Auftrag zu erteilen, für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten zu entwickeln (§ 17 d Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG).

Wenngleich sowohl das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), der Gesetzgeber wie auch die Selbstverwaltung auf Erfahrungen mit der Entwicklung eines Vergütungssystems zurückgreifen konnten, waren die Ausgangsvoraussetzungen für die Implementierungen eines pauschalen und leistungsorientierten Vergütungssystems im psychiatrischen Bereich völlig andere als für die somatischen Einrichtungen:

Es gibt im Unterschied zum DRG-System keine vergleichbaren Beispiele aus anderen Ländern, an denen man sich bei der Konstruktion hätte orientieren können. Weiterhin sind psychiatrische Erkrankungen, die einer stationären oder teilstationären Behandlung bedürfen, in der Regel höchst individuell und komplex und somit einer Pauschalierung nur schwer zugänglich.

Da ein fallbezogenes Vergütungssystem aufgrund der dargestellten Besonderheiten ausschied, sieht § 17 d KHG konsequenterweise ein tagesbezogenes Vergütungssystem für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen vor. Konsequenterweise deshalb, weil der Erfolg einer psychiatrischen Behandlung maßgeblich auch über passgenaue Verweildauern gesteuert wird. Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass der gesetzliche Auftrag für das tagesbezogene Vergütungssystem erst 2009 politisch durchsetzbar war.

Mit der Grundlagenvereinbarung vom 30. November 2009 haben die Selbstverwaltungspartner den Auftrag des Gesetzgebers aufgenommen und die Eckpfeiler für das neue Vergütungssystem definiert. Auf dieser Basis hat das InEK im September des Jahres 2012 den ersten Entgeltkatalog für pauschalierende Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) für das Jahr 2013 vorgestellt, der mangels Einigung zwischen den Partnern der Selbstverwaltung im Wege der Ersatzvornahme durch das Bundesgesundheitsministerium (BMG) in Kraft gesetzt worden ist.

Aufgrund der anhaltenden Kritik an der Konstruktion der diagnosebezogenen Entgelte, die sich insbesondere auf die degressive Vergütung und die fehlende Berücksichtigung von individuellen Behandlungsaufwänden bezog, konnte der Entgeltkatalog für das Jahr 2014 nur in Verbindung mit einem Prüfauftrag für das InEK zwischen den Selbstverwaltungspartnern konsentiert werden. Mit dem Prüfauftrag wurde das InEK verpflichtet, nach Lösungen zu suchen, damit Erlös- und Aufwandsverlauf für die Patientengruppen nicht extrem auseinanderfallen.

Gleichzeitig sollte das InEK auch tagesbezogene Vergütungselemente in die Prüfung einbeziehen. Aufgrund der durchgeführten Analysen konnte das InEK verschiedene

Alternativen im Hinblick auf die Kalkulationsmethode vorstellen, die zu einer Abmilderung des – massiv kritisierten – degressiven Kostenverlaufs führen, obschon dieser empirisch belegt ist (Reif und Sleziona 2014: 169). Gleichzeitig hat das InEK verschiedene Leistungen im Hinblick auf ihre Abbildbarkeit als tagesbezogene Vergütungselemente untersucht. Diese Analysen des InEK waren Grundlage für die Vereinbarung der Selbstverwaltungs-partner zur Weiterentwicklung des PEPP-Systems vom 1. April 2014.

Mit dieser Vereinbarung werden die wesentlichen Kritikpunkte am PEPP-System aufgelöst: Durch Umstellung der Kalkulationsmethode auf die Methode „Mittlere Tageskosten der Fälle, am Tag X entlassen“ wird nun auch der Entlassungstag rechnerisch berücksichtigt. Dadurch wird zukünftig ein degressiver Kostenverlauf weitgehend vermieden, da es Vergütungsstufen mit degressiven Relativgewichten innerhalb eines Falles nicht mehr geben wird. Die Intensivbehandlung (mindestens drei Intensivmerkmale) und die 1:1-Betreuung (mehr als sechs Stunden) können künftig tagesbezogen abgebildet werden, sodass ab 2015 erstmals auch ein besonderer Aufwand tagesbezogen vergütet werden kann.

Auf dieser Grundlage wird das InEK im Spätsommer des Jahres 2014 den neuen Katalog für das Jahr 2015 vorstellen – verbunden mit der Hoffnung, dass die „grundlegende Veränderung der Vergütung mit mehr Tagesbezug [...] Akzeptanz findet bei denen, die sich sachlich mit dem System auseinandersetzen“ (Reif und Sleziona 2014: 169).

Ebenfalls wird über das mittlerweile in Kraft getretene Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) die Optionsphase um weitere zwei Jahre verlängert und für die Optionsphase ein weiterer finanzieller Anreiz für Optionseinrichtungen geschaffen, indem zur Ermittlung der Obergrenze der Gesamtbetrag des Vorjahres um den doppelten Veränderungswert angehoben werden kann.

Die aufgezeigten Anpassungen sollten dazu führen, dass man sich nun auf die praktische Anwendung des Systems und damit einer sachgerechten Weiterentwicklung des PEPP-Systems als lernendes System konzentriert.

Tabelle 1a: Gegenüberstellung Klassifikationssystem DRG versus PEPP (2014)

	Diagnosis Related Groups (DRG)	Pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)
Klassifikationsgruppen	25 Major Diagnostic Categories (MDC) 588 Basis-DRGs (ADRG), 1.196 DRGs insgesamt, 1.191 vollstationär, davon 1.148 bewertete DRGs, davon 43 unbewertete DRGs 5 DRGs teilstationär, davon 2 bewertete DRGs, davon 3 unbewertete DRGs	8 Strukturkategorien (SK) (voll- und teilstationär inklusive Fehler-PEPP) 21 Basis-PEPPs (BPEPP), 57 PEPPs vollstationär mit insgesamt 126 Vergütungsstufen, davon 39 bewertete PEPPs mit insgesamt 108 Vergütungsstufen (inklusive 3 Fehler- und sonstige PEPPs), davon 18 unbewertete PEPPs mit insgesamt 18 Vergütungsstufen 20 PEPPs teilstationär mit insgesamt 20 Vergütungsstufen, davon 7 bewertete PEPPs mit insgesamt 7 Vergütungsstufen, davon 13 unbewertete PEPPs mit insgesamt 13 Vergütungsstufen
Verweildauer-Regelung	Zu- und Abschläge für UGVD und OGVD (untere und obere Grenzverweildauer)	maximal 4 Vergütungsstufen je PEPP (Verweildauerintervalle) mit degressiv gestalteter Vergütung
Gruppierung	Fallgruppierung	Fallgruppierung
Abrechnung/Bewertung	Bewertungsrelationen je Fall	Bewertungsrelationen je Tag
Bezugsgröße	2.763,95 Euro (fallbezogen)	230,84 Euro (tagesbezogen)
verbindliche Anwendung	seit 2004	ab 2017
Optionsphase	1 Jahr (2003)	4 Jahre (2013 bis 2016)
budgetneutrale Phase	1 Jahr (2004)	2 Jahre (2017 bis 2018)
Konvergenzphase	5 Jahre (2005 bis 2009)	5 Jahre (2019 bis 2023)
betroffene Krankenhäuser	1.625*	etwa 580**
mögliche (diskutierte) Fehlanreize	frühzeitige Entlassung, Qualitätsdefizite durch unterlassene Leistungen	wegen degressiver Vergütung zu frühe Entlassung, keine sektorübergreifenden Ansätze
Qualitätssicherung	bundesweit vorhanden nach § 137 SGB V (für alle Leistungserbringer verpflichtend)	aktuell keine; geplant ab dem 1. Januar 2017 nach § 137 Absatz 1 c SGB V

* inklusive Mischkrankenhäuser (destatis 2012) ** Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen
Quelle: eigene Darstellung

Gegenüberstellung DRG und PEPP

Die Tabellen 1a und 1b geben auf der Grundlage des Kataloges für 2014 einen Überblick über die Unterschiede zwischen dem für den somatischen Bereich geltenden DRG-System und dem neuen PEPP-System, das nach der Optionsphase verbindlich von allen psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen anzuwenden ist. Ebenso werden die für das jeweilige Klassifikationssystem wichtigsten Kennzahlen gegenübergestellt.

Tabelle 1b: Vergleich der wichtigsten Kennzahlen DRG versus PEPP

DRG	PEPP	Erläuterung
Anzahl Fälle	Anzahl Fälle	
CM (Case-Mix) → (∑ Bewertungsrelationen [BR Fälle])	CM (Case-Mix) → (∑ BR Fälle)	CM = Summe der Bewertungsrelationen aller Behandlungsfälle
CMI (Case-Mix-Index) → (∑ BR/∑ Fälle)	CMI (Case-Mix-Index) → (∑ BR/∑ Fälle)	CMI = entspricht dem durchschnittlichen Fallschweregrad eines Behandlungsfalles
	Tage (B)PEPP (Basis-PEPP) je Vergütungsstufe (VG)	Anzahl Berechnungstage je Basis-PEPP beziehungsweise je PEPP gesamt und/oder je Vergütungsstufe (VG)
	Verweildauer (VWD) (B)PEPP/ Vergütungsstufe (VG)	Verweildauer je Basis-PEPP beziehungsweise je PEPP und/oder je Vergütungsstufe
DM (Day-Mix) → (∑ BR Tage)		DM = Summe der Bewertungsrelationen aller Behandlungstage
DMI (Day-Mix-Index) → (∑ BR Tage/Tage)		DMI = durchschnittliche tagesbezogene Bewertungsrelation

Quelle: eigene Darstellung

Start mit Stolpersteinen

Die 75 (Stand: Stichtag 28. August 2014) umgestiegenen Einrichtungen entsprechen einem Anteil von knapp 13 Prozent an allen psychiatrischen/psychosomatischen Einrichtungen beziehungsweise Fachabteilungen. Überwiegend sind die Gründe für den zurückhaltenden Gebrauch vom Optionsrecht auf die konsequent ablehnende Haltung von Fachgesellschaften, Länderministerien, Krankenhausgesellschaften und den Oppositionsparteien zurückzuführen (dazu auch der Antrag der Grünen und der Linken zum

Stopp des PEPP-Systems, Bundestagsdrucksache 18/557 und Bundestagsdrucksache 18/849). Die Kritik wird medienwirksam platziert und mit der Sorge um eine drastische Verschlechterung der psychiatrischen Versorgung begründet. „Sachgerechte Kritik aus der praktischen Anwendung heraus“, das bedeutet Kritik von Häusern, die das PEPP-System tatsächlich anwenden, gibt es bislang nicht (Reif und Sleziona 2014: 169).

Dazu kommt, dass ein neues Vergütungssystem sowohl bei Krankenkassen als auch bei den Kliniken eine lange Vorbereitungszeit benötigt. Der PEPP-Katalog für das Jahr 2013 konnte erst im November 2012 durch die Ersatzvornahme des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) in Kraft treten. Aufgrund der notwendigen Vorlaufzeiten für die notwendigen IT-Anpassungen in den Häusern und gegebenenfalls noch notwendigen Mitarbeiterschulungen konnte der Systemumstieg erst im zweiten Halbjahr 2013 anlaufen.

In vielen Einrichtungen scheiterte es aber schon daran, die elektronische Leistungserfassung einzuführen und somit die notwendigen Dokumentationsvoraussetzungen zu schaffen. Auf die technischen Probleme bei der Aufbereitung der Budgetunterlagen und die technischen Anpassungen für die Abrechnung wird im Folgenden noch eingegangen. Nicht selten haben Häuser daher ihre Optionserklärung wieder zurückgezogen. Es gibt Häuser, die technisch den Umstieg nicht vollziehen konnten, dennoch aber ihre internen Prozesse auf das neue Entgeltsystem umgestellt haben (diese werden in der Fachszene als „stille Optierer“ bezeichnet).

Die öffentlich geführten Diskussionen haben zu einer großen Unsicherheit bei den Häusern darüber geführt, ob das PEPP-System überhaupt bestehen bleibt. Auch vor diesem Hintergrund haben viele Häuser abgewartet, wie die Politik aktuell mit der geäußerten Kritik umgeht. Mit den durch das GKV-FQWG geplanten Anpassungen (siehe oben) hat der Gesetzgeber auf diese Kritik reagiert. Die Anpassungen werden nach Einschätzung der BARMER GEK dazu führen, dass die Anzahl der Optionshäuser im Jahr 2015 spürbar ansteigen wird.

Erfahrungen mit PEPP aus Sicht der BARMER GEK

Budgetverhandlung

Neben den Budgetverhandlungen mit „BPfIV-Kliniken“ (Bundespfllegesatzverordnung – BPfIV), die noch nicht auf das neue Entgeltsystem umgestiegen sind, ist bei den PEPP-Budgetverhandlungen zwischen Einrichtungen, die bereits im Vorjahr einen Systemumstieg realisiert haben – im Folgenden als „PEPP-Kliniken“ bezeichnet – und „Erstumstiegs-Kliniken“, also Krankenhäusern, die im laufenden Budgetjahr auf das neue PEPP-Entgeltsystem umsteigen, zu unterscheiden.

Während der budgetneutralen Phase (2013 bis voraussichtlich 2018) sind Budgetermittlung und Verhandlungstatbestände für die drei genannten Klinikategorien nahezu identisch. Das ergibt sich aus der Tatsache, dass die Budgets weiterhin auf der Grundlage der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (amtliche Formulare zur Budgetermittlung nach BPfIV alte Fassung, sogenannte LKA-Formulare) und der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) berechnet werden. Erst danach werden die „LKA-Budgets“ der „PEPP- und Erstumstiegs-Kliniken“ in die neuen Formulare – Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB) – und damit in die PEPP-Systematik überführt werden. Mithilfe der AEB-Formulare wird nicht nur das Budget der Einrichtung ermittelt, sondern diese dienen auch dazu, die geforderten beziehungsweise mit der Einrichtung vereinbarten PEPPs und Zusatzentgelte zu dokumentieren.

Der Aufbau der AEB-Formulare findet sich in der folgenden Tabelle 2.

Tabelle 2: Aufbau der AEB und des PEPP-Katalogs

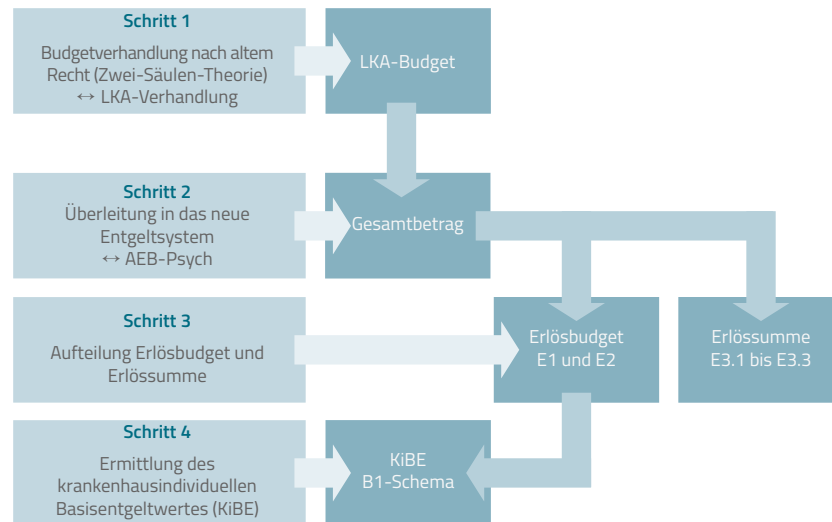
AEB-Formulare	PEPP-Entgelt-katalog 2014	Inhalt des AEB-Formulars	Anzahl Entgelte
E1	Anlage 1 (Teil a)	Aufstellung der mit Bewertungsrelationen bewerteten tagesbezogenen Entgelte = bewertete, vollstationäre PEPP-Entgelte aus der Anlage 1 a	39
	Anlage 2 (Teil a)	Aufstellung der mit Bewertungsrelationen bewerteten tagesbezogenen Entgelte = bewertete, teilstationäre PEPP-Entgelte aus der Anlage 2 a	7

AEB-Formulare	PEPP-Entgelt-katalog 2014	Inhalt des AEB-Formulars	Anzahl Entgelte
E2	Anlage 3	Aufstellung der monetär bewerteten Zusatzentgelte (ZP) aus der Anlage 3	57
	Anlage 4	Aufstellung der unbewerteten Zusatzentgelte (ZP) aus der Anlage 4, die als krankenhausesindividuelle Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 BPfIV zu vereinbaren sind	26
E3.2	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)	Aufstellung der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden NUB, die gemäß § 6 Absatz 2 BPfIV erst ab 2017 vereinbart werden können	derzeit keine
	Anlage 1 (Teil b)	Aufstellung der unbewerteten PEPP-Entgelte bei vollstationärer Versorgung aus der Anlage 1 b, die als krankenhausesindividuelle Entgelte nach § 6 Absatz 1 Satz 1 BPfIV zu vereinbaren sind. Diese Entgelte können fallbezogen (dann E3.1-Formular) oder tagesbezogen (dann E3.3-Formular) dargestellt werden.	18
E3.1/E3.3	Anlage 2 (Teil b)	Aufstellung der unbewerteten PEPP-Entgelte bei teilstationärer Versorgung aus der Anlage 2 b, die als krankenhausesindividuelle Entgelte gemäß § 6 Absatz 1 BPfIV zu vereinbaren sind. Diese Entgelte können fallbezogen (dann E3.1-Formular) oder tagesbezogen (dann E3.3-Formular) dargestellt werden.	13
	Gesamtbetrag und Basisentgeltwert nach § 3 BPfIV für die Kalenderjahre 2013 bis 2016	Ermittlung des Gesamtbetrages (Budget) und des krankenhausesindividuellen Basisentgeltwertes (KiBE) = Abrechnungswert für die bewerteten voll- und teilstationären PEPPs	–
B1			

Quelle: eigene Darstellung

Maßgebliche Vorschrift für die Budgetermittlung ist nach den obigen Ausführungen § 3 Absatz 2 Satz 1 BPfIV neue Fassung, wonach der Gesamtbetrag „in Anwendung des § 6 Absatz 1 der Bundespfllegesatzverordnung in der am 31.12.2012 geltenden Fassung“ (BPfIV alte Fassung) zu vereinbaren ist. Die Abbildung 1 verdeutlicht die einzelnen Schritte zur Budgetermittlung in der budgetneutralen Phase.

Abbildung 1: Schritte zur Budgetermittlung



Quelle: eigene Darstellung, Abkürzung: KiBE = krankenhausindividueller Basisentgeltwert

Bei der Budgetermittlung wird zunächst die Budgethöhe (Gesamtbetrag) ermittelt (Schritt 1 der Abbildung 1). Dazu wird wie sonst auch das LKA-Budget nach den Vorgaben der BpflV alte Fassung ermittelt. Im Anschluss daran wird das LKA-Budget (BpflV alte Fassung) in die neue PEPP-Vergütungssystematik mithilfe der neuen amtlichen AEB-Formulare übergeleitet (Schritt 2). Der nach LKA ermittelte Gesamtbetrag ist nach AEB-Logik gemäß § 3 Absatz 2 Satz 4 BpflV aufzuteilen zwischen dem Erlösbudget (E1 und E2) und der Erlössumme (E3 – Schritt 3). Nachfolgend kann dann anhand des B1-Schemas auch der erlösrelevante krankenhausindividuelle Basisentgeltwert (KiBE) berechnet werden (Schritt 4).

Die strikte Einhaltung dieser schrittweisen Vorgehensweise, zunächst eine Budgetberechnung nach LKA vorzunehmen und anschließend in die AEB-Formulare überzuleiten, ist unerlässlich, weil nur dann eine qualifizierte und damit sachgerechte Leistungsüberleitung von Fällen und Berechnungstagen der Ist-, Forderungs- und Vereinbarungsdaten aus den LKA-Formularen in die AEB-Formulare möglich ist. Der Schritt 1 – die

Ermittlung des Gesamtbetrages nach altem Recht – gelang in der Praxis. Eine große Herausforderung stellte hingegen die technische Umsetzung der Überleitung des vereinbarten LKA-Budgets in die PEPP-Systematik, und damit in die AEB-Logik, dar.

Im Folgenden sind die wesentlichen Verhandlungsinhalte aufgezeigt, die bei der Systemüberleitung aufgrund der heterogenen Logik beider Vergütungssysteme – LKA und PEPP beziehungsweise AEB – zu Schwierigkeiten führten.

Vorläufige Budgets

Ein Umstieg auf das PEPP-System bedeutet für beide Vertragsparteien einen erhöhten administrativen und organisatorischen Aufwand. Dies gilt insbesondere bei einem unterjährigen Umstieg, da nun beide Abrechnungssysteme im Parallelbetrieb vorzuhalten sind. Patienten, die bis zum Umstiegsdatum stationär aufgenommen werden, werden weiterhin über tagesgleiche Pflegesätze abgerechnet, für nach diesem Zeitpunkt aufgenommene Patienten werden PEPP-Entgelte erlost. Dazu kommt, dass die Ausgleichsberechnung auf Basis des neuen Entgeltsystems erfolgt. Dies erfordert, den Teil der Fälle, die nach altem Recht über tagesgleiche Pflegesätze abgerechnet wurden, zusätzlich zu gruppieren und damit in der PEPP-Systematik abzubilden.

Vor dem Hintergrund des zusätzlichen Aufwandes, bedingt durch die Doppelvorhaltung zweier Abrechnungssysteme einerseits und die Notwendigkeit eines zusätzlichen Gruppierungsprozesses andererseits, spricht vieles dafür, den Systemumstieg möglichst zum Jahresbeginn zu realisieren. Sofern eine prospektive Budgetvereinbarung zeitlich nicht möglich ist, besteht gemäß § 12 BpflV neue Fassung die Möglichkeit einer vorläufigen Vereinbarung und damit der Abrechnung eines vorläufigen krankenhausindividuellen Basisentgeltwertes (KiBE) zum 1. Januar eines Jahres.

Ein weiterer positiver Effekt ist der entfallende Zeitdruck, zu einem bestimmten Termin die Budgetverhandlung abschließen zu müssen, was einer qualitativ hochwertigen Umsetzung zugutekommt. Ein auf ein vollständiges Kalenderjahr bezogener Umstieg vereinfacht überdies die Abgrenzung der Jahresgeschäftsabschlüsse. Die Umsetzung eines vorläufigen KiBE gemäß § 12 BpflV neue Fassung ist jedoch von der Zustimmung

der Genehmigungsbehörden abhängig, die je nach Bundesland unterschiedlich ausfiel. Im Fall eines hessischen Maximalversorgers lehnte das Regierungspräsidium Gießen beispielsweise eine vorläufige Vereinbarung ab, da eine Genehmigung gemäß § 12 BPfIV nur bei einem tatsächlich anhängigen Schiedsstellenverfahren zulässig sei. In Thüringen hingegen war eine vorläufige Vereinbarung erst ab dem Jahr 2014 möglich. In den Ländern Bayern, Baden-Württemberg, Sachsen und Sachsen-Anhalt wurde ein vorläufiges Budget von der Genehmigungsbehörde bewilligt. In Baden-Württemberg wurde ein entsprechender Mustervereinbarungstext zwischen den Landesverbänden und dem Land konsentiert. In Westfalen wird derzeit über eine entsprechende Mustervereinbarung verhandelt.

Eine positive Entwicklung hinsichtlich der Genehmigung vorläufiger Budgets ist ersichtlich, trotzdem sollte zuvor eine Abklärung mit der Genehmigungsbehörde erfolgen. Das gilt insbesondere für die Bundesländer Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz und Bremen (Stand: 28. August 2014), in denen in den Jahren 2013 und 2014 noch keine Klinik auf das neue Entgeltsystem umgestiegen ist.

Aufbereitung der Unterlagen LKA/AEB

Die technische Aufbereitung der AEB-Unterlagen, insbesondere die Erstellung des E1-Formulars, war für viele Erstumstiegs-Kliniken anspruchsvoll. Bei der Überleitung beziehungsweise Überführung der Abrechnungsdaten in die Verhandlungsdaten hatten einige Häuser technische Probleme an den Datenschnittstellen oder in den Krankenhausinformationssystemen. Im Ergebnis konnte in einigen Kliniken das auf LKA-Basis bereits verhandelte und vereinbarte Budget erst deutlich zeitversetzt auf das PEPP-System übergeleitet und vereinbart werden.

Bei einigen PEPP-Häusern kehrt sich das Problem der Datenaufbereitung um: Problematisch ist nun die sachgerechte Abbildung der LKA, weil die Fälle ab dem Systemumstieg (Genehmigung) nicht mehr nach BPfIV, sondern auf PEPP-Basis abgerechnet werden. Die PEPP-Abrechnungsdaten müssen nun mit großem Aufwand manuell auf die LKA-Systematik zurückgeführt werden, weil dieser Prozess über die Software nicht automatisiert ist. Der Verhandlungsverlauf wird dadurch deutlich verzögert.

Überleitung LKA – AEB

Den größten Diskussionsbedarf in der Budgetverhandlung nahm die Überleitung von LKA auf AEB ein. Vorwiegend bei der Plausibilitätsprüfung von Fällen und Tagen traten Fehler und Schwierigkeiten auf. Grund hierfür ist die abweichende Vergütungslogik von Fällen und Berechnungstagen zwischen dem alten (LKA-) und neuen (PEPP-)Vergütungssystem. Beispielsweise werden die Fälle und Tage aus der LKA, die im PEPP-Katalog als nicht bewertete Entgelte (Anlage 1b/2b) gruppiert werden, nicht im E1-, sondern im E3.3-Formular ausgewiesen. Bei der Überleitung des Mengengerüsts sind also diese Fälle und die dazugehörigen Berechnungstage aus der Leistungsmenge herauszurechnen, weil sie in der E1 nicht abzubilden sind.

Ab dem Budgetjahr 2014 ist zudem eine weitere Differenzierung in der Überleitung bei PEPP-Kliniken notwendig, weil die Überlieger des Vorjahres mit Fällen und Tagen (ab dem 1. Januar) nun im E1-Formular enthalten und im B1-Schema folgerichtig nicht mehr abzuziehen sind.

Eine falsche Überleitung von Berechnungstagen hat einen Mengen- und Preiseffekt zur Folge, der zu „falschen“ Mehr- beziehungsweise Mindererlösen führt. Da aber während der budgetneutralen Phase die LKA-Vereinbarung wieder die Ausgangsbasis für das in die PEPP-Systematik überzuleitende Budget des Folgejahres ist, induziert eine Fehlkalkulation keinen basiswirksamen Effekt, sondern ausschließlich einen Einmaleffekt über die Erlösausgleiche.

Eine fehlerhafte Überleitung der Fallzahl verfälscht den Case-Mix-Index (CMI) und die Verweildauer (VWD), hat aber im Gegensatz zu einer fehlerhaften Überleitung von Berechnungstagen keine Auswirkung auf die Erlöse. Bei der Überleitung sind insbesondere aufgrund der Vorgaben in den Abrechnungsregeln zum PEPP-System nachfolgende Tatbestände zu berücksichtigen.

Tabelle 3: Bei der Überleitung zu berücksichtigende Tatbestände

Tatbestand	Fälle	Tage
Überlieger (Systemumsteiger)	ja	ja
Überlieger (PEPP-Haus)	nein	nein
Wiederaufnahmen, vollstationär	ja	ja
Rückverlegungen, vollstationär	ja	ja
Wiederaufnahmen, teilstationär	ja	nein
Rückverlegungen, teilstationär	ja	nein
Wechsel von voll- zu teilstationär	ja	nein
unbewertete PEPPs	ja	ja
veränderte Fallzählung, teilstationär	ja	nein

Quelle: eigene Darstellung

Zur sachgerechten Überleitung wurde als Hilfsmittel ein Überleitungsformular verwendet, das die LKA-Fälle und Tage je Fachabteilung denen der vergleichbaren Strukturkategorie (beispielsweise Fachabteilung 2900 = Strukturkategorie Psychiatrie, vollstationär) gegenüberstellt. In der aggregierten Gesamtübersicht ist dann zu erkennen, ob die Anzahl von Fällen und Tagen aus der LKA (konkret aus dem L1-Blatt mit den Belegungsdaten des Krankenhauses) richtig in das E1-Formular aus der AEB übergeleitet wurde.

Insbesondere die Erstumsteiger-Kliniken waren gezwungen, den Kostenträgern korrigierte E1-Formulare vorzulegen, weil Überliegerfälle, Fallzusammenführungen oder unbewertete Entgelte (E3.3) nicht sachgerecht berücksichtigt oder abgebildet waren. In einigen Bundesländern konnten entsprechende standardisierte Hilfsformulare (Überliegerformulare als Anlage zur B1) zwischen den Vertragsparteien geeint werden, die auf Bundesebene nicht konsensfähig waren. Dies vereinfachte den Umstieg auf die PEPP-Systematik für beide Parteien deutlich und förderte auch das gegenseitige Vertrauen.

Tabelle 4: Überleitungsformular aus der Praxis (Hessen)

Leistungsüberleitung 2014 LKA/AEB				nachrichtlich: Darstellung der Leistungsüberleitung je Fachabteilung (Vereinbarung)					
Position	Leistungsart vollstationär (VS) teilstationär (TS)	Summe Leistungsüberleitung je Fachabteilung (Vereinbarung)		Allgemeine Psychiatrie		Kinder- und Jugendpsychiatrie		Psychosomatik/ Psychotherapie	
		Fallzahl	Berechnungstage	Fallzahl	Berechnungstage	Fallzahl	Berechnungstage	Fallzahl	Berechnungstage
		L1-Formular der Forderungs-/ Vereinbarungs-LKA	VS						
	TS								
Veränderung Fallzählung	TS								
Wechsel teilstationär zu vollstationär	TS								
Wiederaufnahmen/ Rückverlegung	VS								
	TS								
Entgelte nach § 6 Abs.1 BpflV nF (ohne Überlieger, nur E3.3)	VS								
	TS								
Belastungserprobungen	VS								
	TS								
Überlieger	VS								
	TS								
Übergeleitete Werte für das E1-Formular	VS	0	0	0	0	0	0	0	0
	TS	0	0	0	0	0	0	0	0

Anmerkungen: weiße Felder = Werte werden automatisch berechnet, grüne Felder = Werte sind einzutragen, graue Felder = keine Erfassung von Werten

Leistungsstrukturanalyse

Nach der Plausibilisierung der Überleitung nach Fällen und Tagen werden die AEB-Formulare inhaltlich/qualitativ geprüft (sogenannte Leistungsstrukturanalyse). Dies gilt insbesondere dann, wenn deutliche Abweichungen in der Leistungsstruktur zwischen den Ist-, Forderungs- und Vereinbarungsdaten festgestellt werden. Die Leistungsstrukturanalyse umfasst alle Blätter der AEB und erstreckt sich somit automatisch auf alle Anlagen des PEPP-Entgeltkataloges (Tabelle 2).

Anlage 1a/2a des PEPP-Kataloges (voll- und teilstationäre bewertete Entgelte)

Die bewerteten voll- und teilstationären PEPP-Entgelte werden über die E1 abgebildet. Bei einer abweichenden Leistungsmenge zwischen den Ist- und Forderungsdaten war diese immer dann konsensfähig, wenn der Day-Mix-Index (DMI) unverändert war oder nur geringfügig abwich. Bei einem in der Regel nach unten abweichenden DMI erfolgte hingegen eine differenzierte Analyse. Ursächlich hierfür waren folgende Sachverhalte:

- Trotz Zertifizierung der Grouper-Software durch das InEK wiesen die Gruppierungsergebnisse je nach Softwarehersteller in Teilen deutliche Differenzen auf. Dies kann im Ergebnis zu unterschiedlichen DMIs führen.
- Problematisch ist bei einem unterjährigen Umstieg die Abbildung und Berücksichtigung der Überlieger am Jahresende, die mit den Fällen und Tagen bis zum 31. Dezember 2014 in der E1 abzubilden sind. Da diese erst im Folgejahr entlassen und damit auch erst dann gruppiert werden können, haben einige Häuser Schwierigkeiten, diese Überlieger in der E1 abzubilden. Aus diesem Grund wurden beispielsweise im Jahr 2014 hilfsweise die aufgenommenen Überlieger 2012 nach den Katalogen 2013 und 2014 gruppiert und in die jeweilige E1 (Ist 2013/Forderung 2014) überführt. Es bestand Konsens, dass der DMI der Überlieger aus 2012/2013 gegenüber 2013/2014 und 2014/2015 aufgrund der Lerneffekte abweichen wird.
- In einzelnen Kliniken wurde eine deutliche Anzahl von unbewerteten PEPP-Entgelten im E3.3-Istformular ausgewiesen. Es wurden aber keine E3.3-Entgelte gefordert, weil die Fälle nach Aussage der Kliniken fehlerhaft kodiert waren. Diese Fälle wurden in der Forderungs-E1 abgebildet.

- Bei der Analyse der laufenden Abrechnungsfälle (Budgetjahr) zeichnete sich ein gegenüber dem Ist des Vorjahres und der Forderung erhöhter DMI ab, der auf Lerneffekte zurückzuführen war.

Bei den aufgeführten Beispielen konnte – abhängig von den Umständen des Einzelfalls – dahingehend eine Einigung erzielt werden, indem

- ein abweichender DMI vereinbart wurde oder
- Mehrerlöse aufgrund eines gestiegenen DMI vollständig ausgeglichen wurden oder
- die Ausgleichsberechnung nach BpflV alte Fassung mit den Ausgleichssätzen nach BpflV neue Fassung erfolgt.

Anlage 1b/2b (unbewertete voll- und teilstationäre Entgelte)

Bei den unbewerteten PEPP-Entgelten wurde in der Regel auf eine aufwendige Kostenkalkulation verzichtet und stattdessen die vereinbarten Pflegesätze ohne Ausgleichs- und Zuschläge aus der LKA übernommen.

Anlage 4 (unbewertete Zusatzentgelte)

Die Preise für die beiden unbewerteten Zusatzentgelte ZP201X-01 (Elektrokrampftherapie [EKT] und ZP201X-26 [Gabe von Paliperidon]) – neues Zusatzentgelt ab dem Jahr 2014 – wurden analog der Somatik auf Basis der vom Krankenhaus vorgelegten Kalkulation verhandelt.

Erlösausgleiche gemäß § 3 Absatz 5 BpflV (Mehr- oder Mindererlöse)

Die Ausgleichsberechnung für das Jahr 2013 gestaltet sich teilweise schwierig, weil Überliegerfälle, bei denen die Fallzusammenführungsregel greift, derzeit von einigen Kliniken aufgrund technischer Probleme nicht abgerechnet werden können. Ein Abgleich der abgerechneten Fälle mit den gruppierten Fällen (E1) stimmt nicht überein. Wegen des geringen nicht abrechenbaren Fallvolumens kann trotzdem ein vorläufiger Erlösausgleich über das Budget des Folgejahres erfolgen. Der endgültige Ausgleich erfolgt dann zeitversetzt über das Budget in den danach folgenden Jahren.

Im Ergebnis waren die Verhandlungen zum Systemumstieg von einem partnerschaftlichen Umgang geprägt. Das beweist unter anderem auch die Tatsache, dass in keinem Fall eine rechtliche Klärung im Rahmen eines Schiedsstellenverfahrens notwendig war.

Rechnungsprüfung

Die BARMER GEK hat sich konsequent für die zeitnahe Einführung des neuen Entgeltsystems eingesetzt. Ab dem 1. Januar 2013 konnten die ersten PEPP-Abrechnungen zweier bayerischer psychosomatischer Optionshäuser mit einem vorläufigen KiBE im Rahmen der Krankenhausabrechnungsprüfung abgewickelt werden. Inzwischen erfolgt die Abrechnung mit den insgesamt 75 PEPP-Kliniken weitgehend problemlos. Fragestellungen aufgrund der Neuerungen werden im partnerschaftlichen Dialog geklärt.

Klassifizierung der erbrachten Leistungen

Die Einführung eines leistungsorientierten Vergütungssystems setzt die medizinisch gehaltvolle Klassifikation der erbrachten Leistungen sowie die (tagesgenaue) adäquate Kalkulation voraus. Hierfür fehlte es lange Zeit an den Voraussetzungen einerseits zur Kodierung der Diagnosen nach ICD-10 und andererseits zur Klassifizierung der psychiatrischen und psychosomatischen Leistung. In Zeiten der Abrechnung tagesgleicher Pflegesätze wurden bisher dem Kostenträger lediglich Diagnosen mitgeteilt. Mit dem Umstieg auf PEPP werden erstmals Kodierungen abrechnungsrelevant und damit auch relevant für die Krankenhausrechnungsprüfung.

Der Umstieg auf das neue Entgeltsystem wurde in der Krankenhausabrechnung mit der Grundlagenvereinbarung aus dem Jahr 2009 eingeleitet. Diese Vereinbarung verpflichtete die psychiatrischen Krankenhäuser und Fachabteilungen, ab dem Jahr 2010 mit der Übermittlung ihrer Leistungen als OPS-Kodes (Operationen- und Prozeduren-Schlüssel) im Rahmen der Entlassmitteilung an die Kostenträger zu beginnen. Zeitgleich standen hierfür die ersten Allgemeinen Kodierrichtlinien (DKR-Psych 2010) zur Verfügung. Sanktionen bei fehlender oder fehlerhafter Übermittlung der ersten Operationen- und Prozeduren-Schlüssel (OPS 9-60 bis 9-69 sowie 1-903 und 1-904 sowie die OPS-Kodes 9-98ff. im Anwendungsbereich der Psych-PV) wurden allerdings nicht vereinbart.

Die Systematik der Kodierrichtlinien sowie die Operations- und Prozeduren-Schlüssel wurden danach im Jahr 2012 geringfügig angepasst und seitdem jährlich weiterentwickelt. Inzwischen liegen diese in der vierten (d) Version (DKR-Psych 2014) vor. Diese Kodierrichtlinien sind an die Somatik (DKR) angelehnt, allerdings mit fünfstelliger Kennzeichnung. Die Verantwortung für die konsistente, vollständige Dokumentation und Kodierung liegt beim behandelnden Arzt.

Kontierung psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhausleistungen

Eine Transparenz der GKV-Ausgaben für somatische in Abgrenzung zu psychiatrischen und psychosomatischen stationären Krankenhausleistungen bestand bis Ende des Jahres 2011 nicht. Alle Krankenhausausgaben in diesen beiden Bereichen wurden im GKV-Kontenrahmen auf gemeinsamen Konten verbucht. Dies änderte der Gesetzgeber durch eine entsprechende Änderung des Kontenrahmens, sodass seit dem Jahr 2012 die gesamten Leistungsausgaben aus dem psychiatrischen Krankenhausbereich (und nicht nur die, die über das neue Psych-Entgeltsystem abgerechnet werden) separat und damit transparent gebucht werden.

PEPP-Abrechnungsregeln

Die Selbstverwaltungspartner haben mit der Ergänzungsvereinbarung vom 16. März 2012 die Grundlagen für die Abrechnungsbestimmungen festgelegt. In der Vereinbarung findet sich zunächst die grundsätzliche Regelung, dass jedes Krankenhaus in der Lage sein muss, seine Behandlungsfälle mit den im eigenen Krankenhaus vorhandenen Daten zu gruppieren (Zuordnung der Behandlungsleistungen zu Tagespauschalen mit einem fallbezogenen Gruppierungsalgorithmus). Darüber hinaus enthält die Ergänzungsvereinbarung auch bereits erste Detailregelungen. Zu erwähnen sind hier die Fallzusammenführungsregelung für Wiederaufnahmen und die Begrenzung der Verkettung von Behandlungsfällen über den Jahreswechsel.

Fallzusammenführung

Die Krankenhäuser sind sowohl im DRG- als auch im PEPP-System verpflichtet, zwei oder mehr Aufenthalte innerhalb zeitlicher Fristen zu einem Fall zusammenzuführen

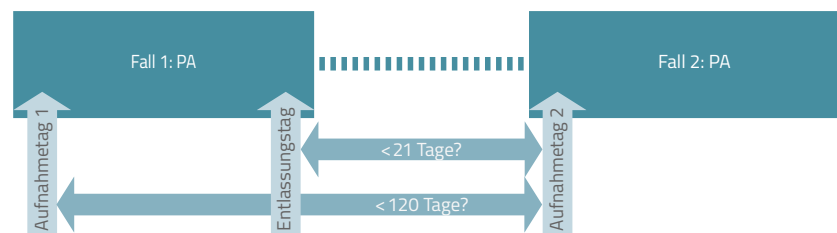
(Fallzusammenführung). Bei einer solchen Zusammenfassung zu einem neuen Gesamtfall werden die Verweildauer-, Diagnose- und Prozeduren-Daten der einzelnen Aufenthalte herangezogen, und mithilfe der Grouper-Software wird eine Neueinstufung in ein PEPP-Entgelt vorgenommen. Es erfolgt ausnahmslos keine Zusammenfassung von voll- und teilstationären Fällen.

Die Fallzusammenführung ist bei der PEPP-Abrechnung an nachfolgende Bedingungen geknüpft:

- Ein Patient wird innerhalb von 21 Kalendertagen, gezählt ab dem Entlassungstag der vorangegangenen Behandlung, und
- innerhalb von 120 Kalendertagen, gezählt ab dem Aufnahmetag der vorangegangenen Behandlung, wieder aufgenommen, und
- die erbrachten Leistungen der Behandlungsfälle sind in dieselbe Strukturkategorie einzustufen.

Die Abbildung 2 verdeutlicht das Zusammenwirken der „21/120-Fristenregel“.

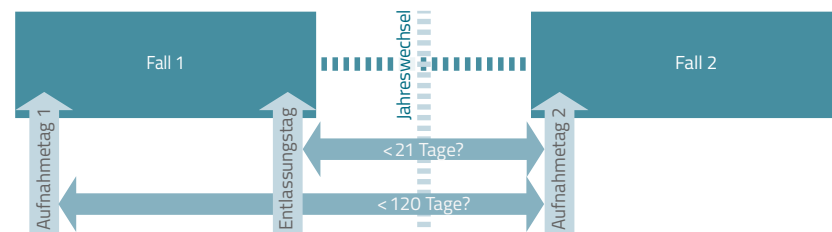
Abbildung 2: Prüfung von zwei vollstationären Behandlungsfällen der Strukturkategorie Psychiatrie (= PA) auf Fallzusammenführung



Quelle: eigene Darstellung

Die Bedingung „dieselbe Strukturkategorie“ soll sicherstellen, dass Fehlentwicklungen wie Drehtüreffekte beziehungsweise strategische Wiederaufnahmen innerhalb bestimmter Zeitabstände vermieden werden. Zur Vermeidung bürokratischen Aufwandes findet diese Bedingung keine Anwendung, sofern Fälle aus unterschiedlichen Jahren zusammenzufassen sind.

Abbildung 3: Zusammenführung von Fällen aus unterschiedlichen Kalenderjahren unabhängig von der Strukturkategorie



Quelle: eigene Darstellung

Die Vertragsparteien haben für das Jahr 2014 eine Fortführung der Abrechnungsregeln mit kleinen Ergänzungen und Klarstellungen vereinbart. Zur Klarstellung wurde vereinbart, dass Abrechnungsfälle, die vor dem Umstieg einer Klinik auf PEPP-Abrechnung entlassen und nach dem PEPP-Umstieg wieder aufgenommen wurden, ausnahmslos nicht als ein Fall zusammengeführt werden. So wurde es von der BARMER GEK bereits im Vorjahr mit den Häusern vereinbart und praktiziert.

Jahreswechsel bei Extremlangliegern

Für extreme Langlieger (Verweildauer größer als 366 Tage beziehungsweise im Jahr 2013 aufgenommene Patienten) wird für Zwecke der Abrechnung zum 31. Dezember 2014 eine formale/administrative Entlassung vorgenommen. Nur für diese Einzelfälle wurde für die Kennzeichnung im elektronischen Datenaustausch (DA) ein eigener Entlassgrund „25“ neu eingeführt. Für den fortgesetzten Aufenthalt ab dem 1. Januar 2015 erfolgt dann die PEPP-Abrechnung beginnend mit der ersten Vergütungsstufe.

Abbildung 4: Jahreswechsel bei Extremlangliegern

2013	01.01.2014	31.12.2014	01.01.2015
1. Jahreswechsel		2. Jahreswechsel	
Fall 1 und „Extremlanglieger“ > 366 Tage			Fall 2
Aufnahme		formale Entlassung „25“	neuer Aufnahmesatz

Quelle: eigene Darstellung

Damit wird den in Einzelfällen mehrjährigen Verweildauern im Bereich der stationären Behandlung von psychisch kranken Menschen Rechnung getragen. Für die Abrechnung müssen damit nicht mehr als maximal zwei Entgeltkataloge vorgehalten werden.

Technik, Teilzahlung, Tage ohne Berechnung

Mit der Veröffentlichung des ersten Katalogentwurfs im September 2012 und der Fixierung von Abrechnungsregeln wurde der kurzfristige technische Anpassungsbedarf konkret. Die Meldung der Fachabteilung wurde für die PEPP-Abrechnung relevant; die bisherigen Zwischenrechnungen konnten unter PEPP nicht fortgeführt werden. Kurzfristig wurden neue Prozesse für Teilzahlungen (Zwischenrechnungen) und die Dokumentation externer Aufenthalte bei Abwesenheit über Mitternacht, sogenannte „Tage ohne Berechnung“ (mit Pseudo-Fachabteilung), definiert. Für Krankenhäuser und Krankenkassen bedeutete dies gleichermaßen einen hohen technischen Anpassungsbedarf ihrer Software.

Folgende Probleme sind in PEPP-Abrechnungen konkret aufgetreten:

- Es wurden für Zuschläge fälschlicherweise DRG-Entgeltschlüssel verwendet, obwohl es für diese im PEPP-Bereich eigene Entgeltschlüssel gibt. Für eine fehlerfreie PEPP-Rechnung dürfen aber nur PEPP-Entgeltschlüssel verwendet werden, auch wenn die Zuschläge betragsgleich in ihrer Höhe sind.
- Die gewohnte Abrechnungspraxis von Beurlaubungen über das Wochenende führte in der zweiten Jahreshälfte und beim Einstieg in die PEPP-Abrechnung zu Problemen. Grund dafür ist die seit dem 1. Juli 2013 für die Krankenhäuser bestehende Verpflichtung, teil- und vollstationäre Abwesenheitszeiten in dem Fachabteilungsverlauf tagesgenau zu melden. Dies muss geschehen, indem in der Entlassmitteilung eine Pseudo-Fachabteilung gemeldet wird. Dieser Fachabteilungsschlüssel macht die Beurlaubungstage kenntlich. Die Meldung der „Tage ohne Berechnung“ nur in der Schlussrechnung entspricht einer unvollständigen Datenmeldung und ist nicht korrekt. Abwesenheitszeiten sind daher in der Entlassmitteilung und der Rechnung anzugeben.
- Die Einstufung der abgerechneten Entgelte erfolgt über zertifizierte Grouper. Trotzdem ergeben sich in der Abrechnung unterschiedliche Zahlbeträge durch Rundungsdifferenzen

bei der Multiplikation des Basisentgeltwertes (mit der Bewertungsrelation pro Tag oder für alle Tage der Vergütungsstufe) und anschließender Rundung auf zwei Nachkommastellen. Diese Problematik entfällt im nächsten Jahr mit der Aufhebung der Vergütungsstufen je PEPP. Der Grouper müsste somit nicht nur das PEPP-Entgelt, sondern auch den korrekten Zahlbetrag ermitteln.

Anfänglich haben die Kliniken derartige Fallkonstellationen in der Abrechnung häufig solange zurückgestellt, bis die Abrechnungssoftware eine adäquate Lösung zuließ. Inzwischen sind auch diese Einstiegschürden genommen.

Fazit: Für mehr Akzeptanz – Weiterentwicklung auf allen Ebenen

Aufgrund der Vereinbarung zur Weiterentwicklung des PEPP-Systems wird für das Jahr 2015 eine grundlegende Anpassung und Überarbeitung des PEPP-Systems erfolgen. Die bereits weiter oben beschriebenen Änderungen greifen aus Sicht der BARMER GEK die wesentlichen Kritikpunkte am bisherigen System auf und führen diese einer sachgerechten Lösung zu. Damit sollte es gelingen, das PEPP-System als solches nicht mehr infrage zu stellen. Stattdessen sollten sich alle Beteiligten – die Politik, die Fachgesellschaften, die Selbstverwaltungspartner, das InEK und die (Kalkulations-)Einrichtungen – der eigentlichen Aufgabe für die nächsten Jahre zuwenden: der Weiterentwicklung des Systems.

Die mit dem GKV-FQWG beschlossene Verlängerung der Optionsphase sowie der zusätzliche finanzielle Anreiz über den doppelten Veränderungswert sind nach Auffassung der BARMER GEK fachlich nicht begründet. Insbesondere die finanziellen Auswirkungen durch die Anhebung der Obergrenze bedeuten eine unakzeptable finanzielle Belastung für die Solidargemeinschaft. Die Verlängerung der Optionsphase und damit der budgetneutralen Phase um weitere zwei Jahre stellt eine unnötige Verlängerung des ohnehin schon langfristig angelegten Zeitplans zur Einführung des PEPP-Systems dar. Die Befürworter einer Verlängerung der Optionsphase verkennen, dass mit den Ergebnissen aus dem InEK-Prüfauftrag die zentralen Kritikpunkte am PEPP-System aufgelöst wurden und somit kein sachlicher Grund für die Verlängerung besteht. Wenn das PEPP-System gelebt werden soll, muss es zügig von allen Kliniken angewandt werden. Im Ergebnis werden diese politischen Zugeständnisse des Gesetzgebers aber dazu führen, dass die

Umstiegsbereitschaft für das Jahr 2015 signifikant steigen wird. Außerdem bringt der Gesetzgeber mit diesen Zugeständnissen immerhin zum Ausdruck, dass er am PEPP-System festhalten wird – das ist aus Sicht der BARMER GEK ein wichtiges und positives Signal.

Gleiches gilt für die Selbstverwaltungspartner, die mit der Vereinbarung zur Weiterentwicklung des PEPP-Systems dokumentieren, dass sie die grundsätzliche Entscheidung für das PEPP-System nicht infrage stellen. Damit sind nach Einschätzung der BARMER GEK die Grundlagen für das PEPP-System endgültig zementiert, sodass man sich für die Zukunft statt mit einer generellen Verweigerungshaltung mehr mit der sachgerechten Weiterentwicklung des neuen Vergütungssystems beschäftigen sollte. Die psychiatrischen Einrichtungen sollten nicht nur die Chance nutzen, frühzeitig auf das neue System umzusteigen, um für den Echtbetrieb – die Konvergenzphase – gut vorbereitet zu sein, sondern sich auch als Kalkulationshäuser am Kalkulationsverfahren beteiligen. Nur so kann auf der Grundlage einer umfangreichen Datenbasis letztlich das Ziel eines ausdifferenzierten und leistungsgerechten Vergütungssystems erreicht werden.

Für die Zukunft ist insbesondere eine medizinisch aussagekräftige Weiterentwicklung der Klassifikationssysteme (ICD/OPS) wichtig. Es kann jedenfalls nicht toleriert werden, dass beispielsweise im Rahmen der Intensivbehandlung (OPS 9-60) die Anzahl der Intensivmerkmale darüber entscheidet, ob die Intensivbehandlung zusätzlich als tagesbezogenes Entgelt abgerechnet werden kann. Hier müssen inhaltliche Kriterien und Mindestmerkmale definiert werden, die dann Auslöser für das tagesbezogene Entgelt sind.

Es ist darauf zu achten, dass bei der künftigen Weiterentwicklung von tagesbezogenen Vergütungselementen der Anreiz für einen inflationären Gebrauch (wie in der Somatik der Nikotinabusus) ausgeschaltet wird. Vor diesem Hintergrund ist jedenfalls derzeit eine tagesbezogene Vergütung von radiologischen Großgeräteleistungen etwa bei der Diagnostik von Demenzerkrankungen abzulehnen. Bevor über die für das Jahr 2015 feststehenden tagesbezogenen Vergütungselemente der Intensivbehandlung und der 1:1-Betreuung hinaus weitere Leistungen tagesbezogen abgebildet werden, sollten

dem InEK im Rahmen des Kalkulationsverfahrens umfangreichere Daten zur Verfügung stehen. Die derzeitige Datenlage ebenso wie die Kodierpraxis sind jedenfalls im Hinblick auf aussagekräftige Analysen noch völlig unzureichend.

Darüber hinaus darf die Integration der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) in das neue Vergütungssystem nicht in Vergessenheit geraten. Im Jahr 2010 waren in Deutschland 491 PIA etabliert. Im Vergleich zum Jahr 2000 mit 256 PIA gab es somit etwa 92 Prozent mehr PIA-Einrichtungen. Hinzu kamen im Jahr 2010 186 (2000: 63) PIA für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Dabei hat sich auch die Zahl der behandelten Patienten – allerdings innerhalb von fünf Jahren – nahezu verdoppelt. Im Jahr 2005 wurden knapp 564.000 Fälle gezählt (inklusive Kinder- und Jugend-PIA), im Jahr 2010 waren es etwa 1.194.000 (es lagen jedoch nicht von allen Bundesländern Daten vor – Gesundheitsministerkonferenz 2012). Die GKV-Ausgaben für PIA lagen im Jahr 2012 bei rund 470 Millionen Euro (KJ1-Statistik 2013), und damit rund zwölf Prozent höher als im Vorjahr.

Der Auftrag des Gesetzgebers in § 17 d Absatz 1 Satz 3 KHG hat bislang lediglich dazu geführt, dass die Psychiatrischen Institutsambulanzen ihre Leistungen gemäß der Vereinbarung des bundeseinheitlichen Katalogs für die Dokumentation der Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 295 Absatz 1 b Satz 4 SGB V (PIA-Doku-Vereinbarung) nach einer sehr rudimentären Differenzierung zu dokumentieren haben. Die dokumentierten Daten sind zum einen gemäß § 21 KHEntgG an das InEK, zum anderen aber auch gemäß § 295 SGB V mit den Abrechnungsdaten nach § 120 Absatz 3 Satz 4 SGB V an die Krankenkassen zu liefern.

Nachdem die Psychiatrischen Institutsambulanzen ihre Daten seit dem 1. Januar 2013 entsprechend zu dokumentieren und zu liefern haben, sollte im Jahr 2015 eine erste Auswertung und Prüfung im Hinblick auf eine mittelfristige Einbeziehung möglich sein. Vor dem Hintergrund, dass entsprechende Modellvorhaben und IV-Verträge den Schluss zulassen, dass eine sektorübergreifende Versorgung psychisch kranker Menschen unter qualitativen wie auch wirtschaftlichen Gesichtspunkten unbedingt zu befürworten ist, muss der gesetzliche Prüfauftrag konsequent weiter verfolgt werden.

Der Start des neuen PEPP-Systems war holprig und mit einigen Stolpersteinen in der praktischen Umsetzung gepflastert. Die BARMER GEK hat von Anfang an den partnerschaftlichen Dialog mit den Einrichtungen für bestehende Probleme gesucht, und zusammen ist in aller Regel eine partnerschaftliche Lösung gefunden worden. Die hier dargestellten Erfahrungen zeigen deutlich auf, dass mit der Einführung eines neuen Vergütungssystems immer auch ein laufender Lernprozess verbunden ist – sowohl aufseiten der Einrichtungen wie auch aufseiten der Krankenkassen.

Nachdem die Selbstverwaltung aktuell die wesentlichen Kritikpunkte am PEPP-System aufgegriffen und das InEK nun den Auftrag hat, ab der Katalogversion für das Jahr 2015 eine grundlegende Überarbeitung in dem oben beschriebenen Sinne vorzunehmen, sollte man sich jetzt dem Tagesgeschäft zuwenden und sich um eine sachgerechte Weiterentwicklung des Systems bemühen. Der Appell an dieser Stelle lautet daher, dem PEPP-System nun die Chance zu geben, sich als lernendes System zu etablieren.

Literatur

Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen: Das psychiatrische Entgeltsystem überarbeiten und das Versorgungssystem qualitativ weiterentwickeln. Bundestagsdrucksache 18/557.

Antrag der Fraktion Die Linke: Einführung des neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie stoppen. Bundestagsdrucksache 18/849.

destatis (2012): Statistisches Bundesamt: Fachserie 12, Reihe 6.11; Gesundheit: Grunddaten der Krankenhäuser 2012.

Deutsche Kodierrichtlinien für die Psychiatrie/Psychosomatik (DKR-Psych) 2014 (Stand 2. Oktober 2013). © InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus.

Gesundheitsministerkonferenz (2012): Bericht „Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven“ der AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden. Beschluss zu TOP 6.7 der 85. Gesundheitsministerkonferenz der Länder.

KJ1-Statistik (2013): Gesetzliche Krankenversicherung. Endgültige Rechnungsergebnisse, Konto 5440.

Reif, M. und M. Sleziona (2014): Das Wichtigste ist Verschwiegenheit. Exklusiv-Interview mit Dr. Frank Heimig. In: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 2014 (2). S. 166ff.