

**DRGs in der Psychiatrie:
Die heutige Reformdiskussion in Deutschland
und mögliche Herausforderungen für die Schweiz**

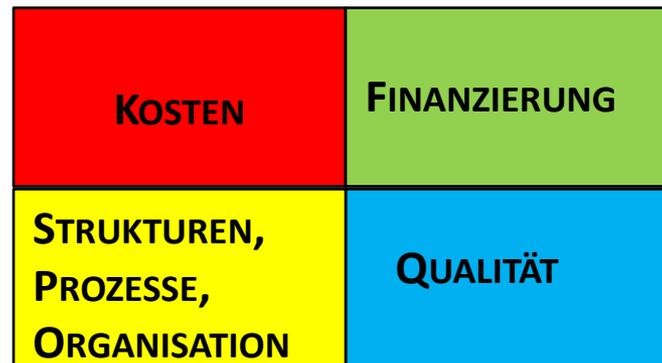
**Symposium zum Abschied
von Dr. Josef Fässler**

**Wil/Schweiz
am 8.7.2011**

Rolf Stuppardt, Berlin

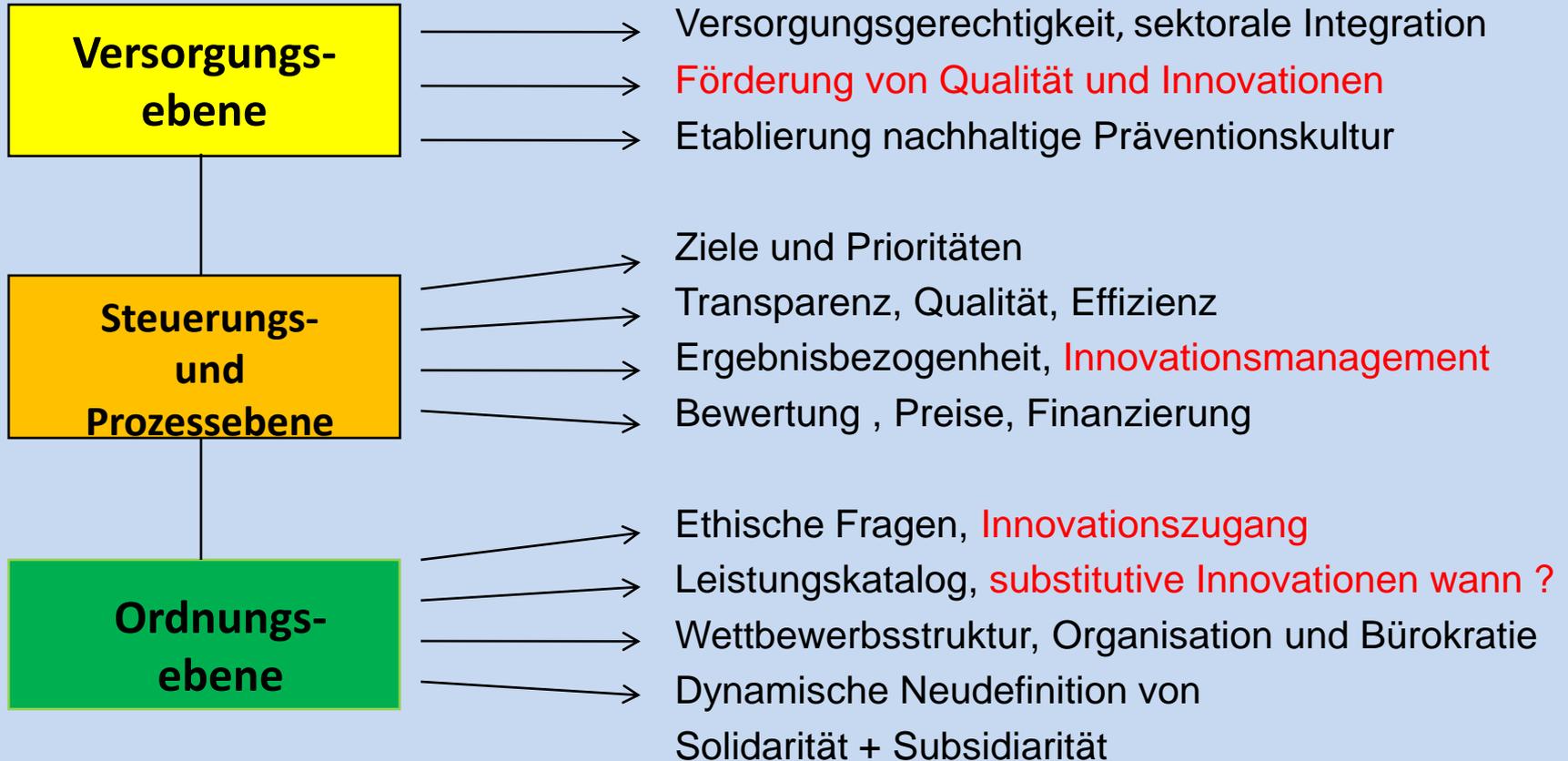
REFORMPROZESSMERKMALE DEUTSCHLAND

4-Felder-Fokus politischer Reformprozesse in der Gesundheitspolitik

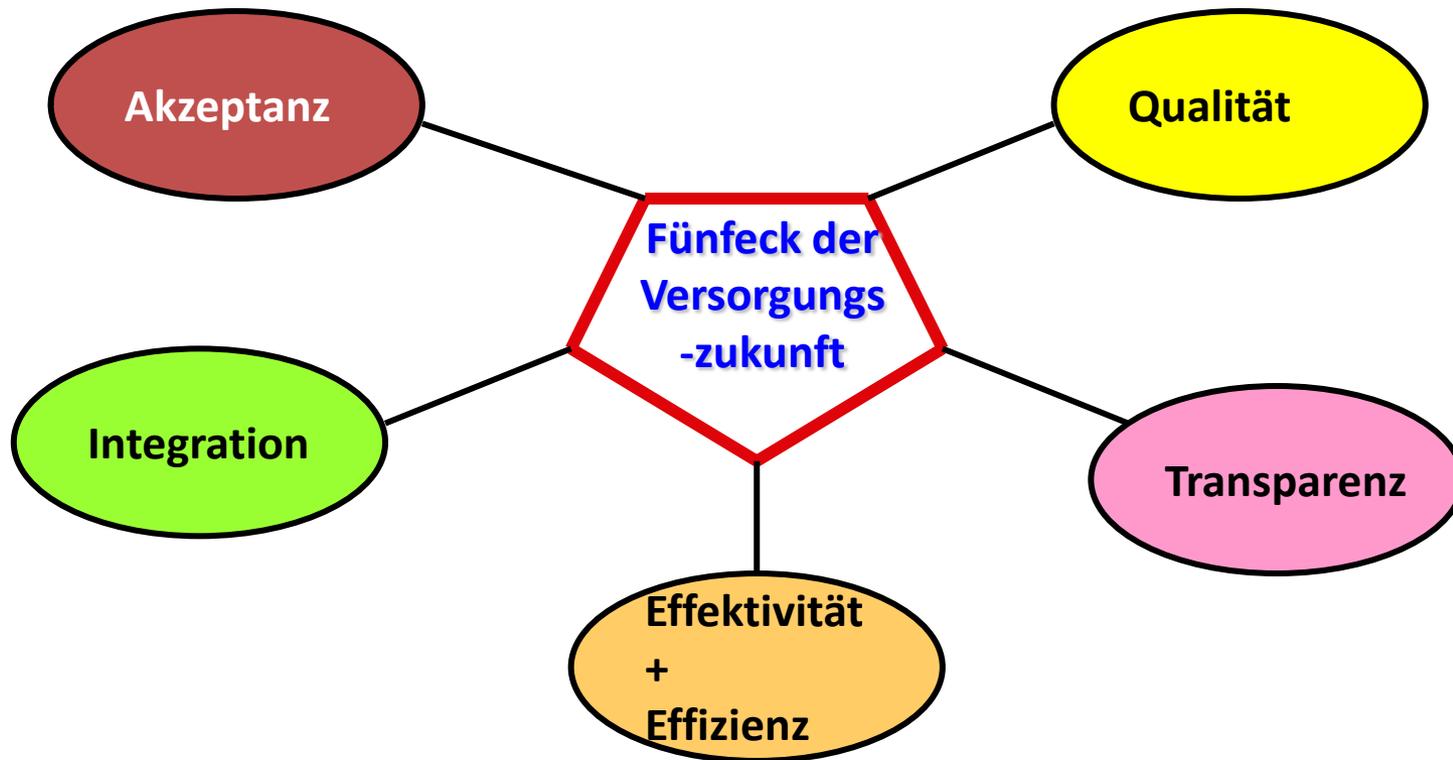


Quintessenz aller Reformprozesse zielt letztlich auf neue Bewertung medizinischer Versorgung (zB DRG), auf Transparenz, Wirtschaftlichkeit, Qualität und Wettbewerb

STRATEGISCHE HERAUSFORDERUNGEN ALS PERSPEKTIVEN



„Magisches Fünfeck“



Dies bestimmte auch den Rahmen der DRG-Einführung und der späteren Einführung der Psych-DRGs

Ziele des Gesetzgebers waren daher

- Ablösung der Fortschreibung kostenorientierter, historischer Budgets
- Gerechtere Verteilung knapper volkswirtschaftlicher Ressourcen
- Einführung leistungsorientiertes Vergütungssystem
- Förderung von Transparenz und Qualität in der Versorgung
- Förderung von Wirtschaftlichkeit und Wettbewerb
- Verkürzung der Verweildauer
- Effizienter Ressourceneinsatz (krankenhausintern wie krankhausübergreifend)



Etwas Empirie

- 
- **Trend zunehmender Ambulantisierung**
Betten 1990 → 71.882 2009 → 53.789, davon 25-30 % in Tageskliniken
 - **Flächendeckend psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)**
 - **Stationäre Verweildauer 2009 durchschnittlich 23,0 Tage**
 - **Behandlungsfälle psychiatrischer Erkrankungen + 150 % in 20 Jahren**
 - **Gesamtvolumen § 17 d Ausgaben rund 5 Mrd € (GKV)**
 - **Krankheitskosten für psychiatrische Erkrankungen und Verhaltensstörungen 2008 mit 28,7 Mrd € auf Platz 3 (Stat. BA)**

Ausgangspunkt Krankenhausfinanzierungsreform-Gesetz (KHRG)

Neue Regelungen für die Vergütung stationärer Psychiatrie und Psychosomatik durch Beendigung der BPfIV-Ära



Auftrag des Gesetzgebers (§ 17 d KHG):

Entwicklung leistungsorientiertes, pauschaliertes Vergütungssystem von tagesbezogenen Entgelten (Unterschied zu somatischen DRG) mit budgetneutraler Umsetzung

Zeitziel: Umsetzung 2013

Daneben Prüfauftrag:

- **Einbeziehung Leistungen psychiatrischer Institutsambulanzen (PIA)**
- **andere/alternative Abrechnungseinheiten als Tagespauschalen für bestimmte Leistungsbereiche (z.B. fall- und episodenzugehörig)**

**Weltweit keine
nutzbaren Vorbilder
wie bei DRG**

verbinden • verstehen • vertrauen

STUPPARDT | PARTNER
Beratung mit gesundem Menschenverstand

Fahrplan für die Einführung psychiatrischer Tagespauschalen

2013: Budgetneutraler Umstieg

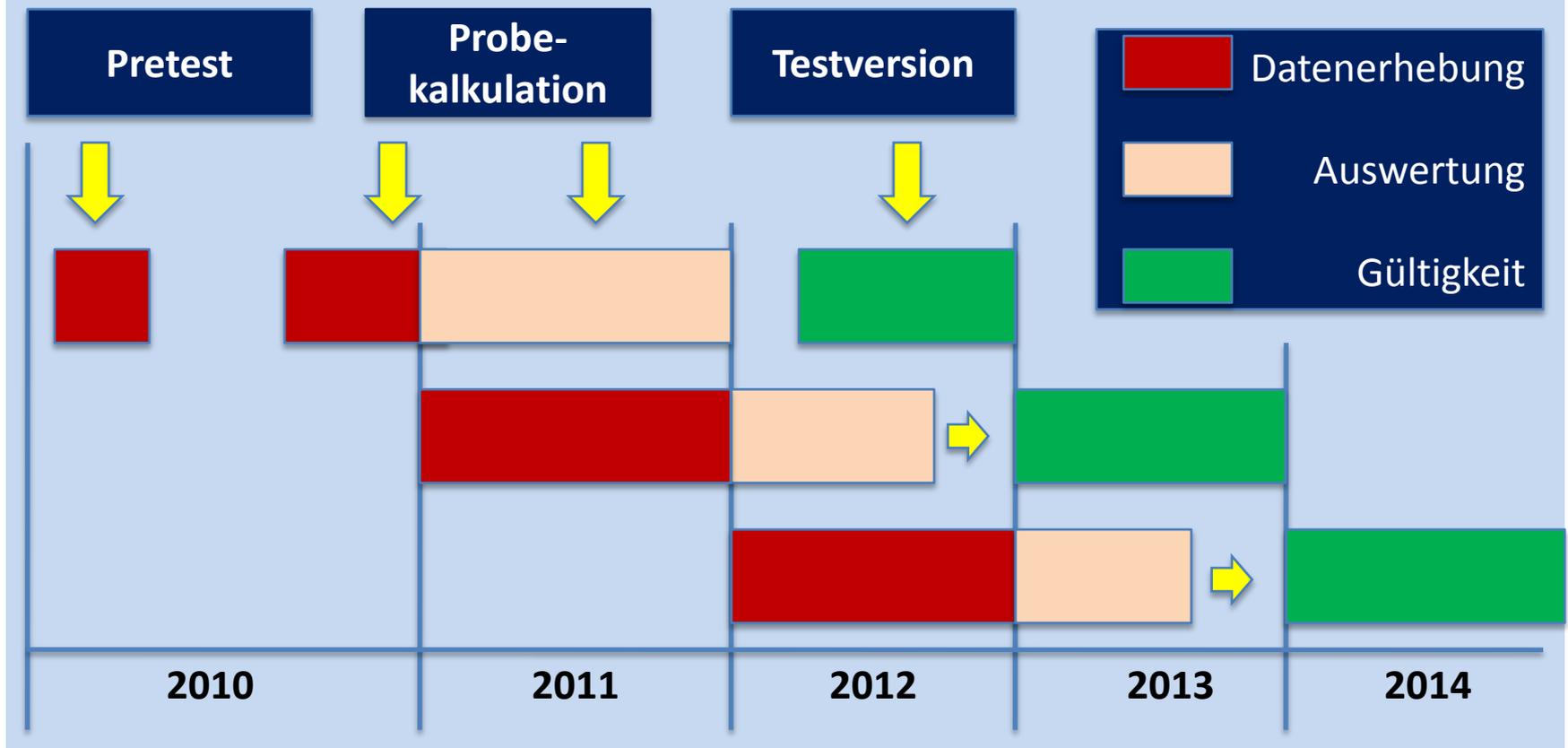
2012: Kalkulation

2011: 2. OPS-Erweiterung

2010: Psych-PV-Doku, 1. OPS-Erweiterung

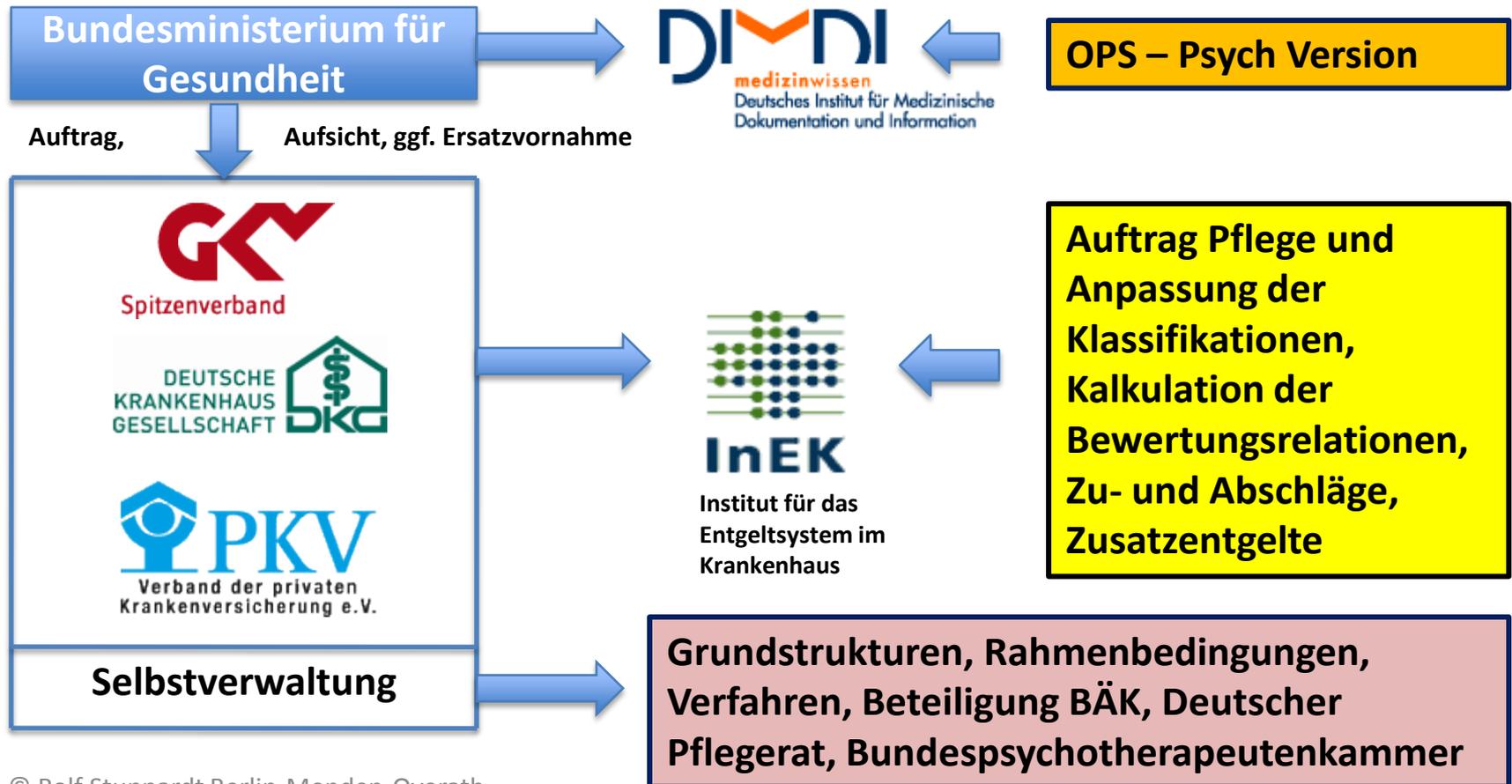
2009: Vereinbarung der Partner GKV, PKV und DKG zu Grundstrukturen

Fahrplan Psych-Entgeltentwicklung



Quelle: Nach GKV-Spitzenverband

Institutionen des Entgeltsystems



Erste Meilensteine, Kritik

November 2009: Einigung zwischen GKV, PKV und DKG über Grundstrukturen

Erweiterte Doku-Pflicht in den psychiatrischen Einrichtungen ab 2010

Anwendung eines zum gleichen Zeitpunkt von BMG und DIMDI veröffentlichten erweiterten Operations- und Prozedurenschlüssel **(OPS)**, erstmals mit Abrechnungsziffern für psychiatrische Leistungen,



Massive Kritik: zu hohe Komplexität, zu viele Codes für Fallabbildung erforderlich, immenser Dokumentationsaufwand, unpräzise, sachfremde Reduktionen der Psych-Leistungen, massive Fehlanreize; Bitte um unterjährige Revision abgelehnt

Stand: DIMDI gibt Ende 2010 die OPS-Version 2011 bekannt

OPS-Systematik psychiatrische Leistungen

Patientengruppen

- Erwachsene
- Kinder
- Jugendliche

Art der Therapie

- Intensivtherapie
- Regelbehandlung
- Komplexbehandlg

Berufsgruppen

- Ärzte
- Psychologen
- Pflegepersonal

Für wöchentlichen Zeitbedarf stundengenaue Codierziffern zur Ermittlung der geplanten Tagespauschalen

Kritik: hoher Verwaltungsaufwand, Unplausibilitäten

Konsequenz: Bei nicht korrekter Anmeldung keine Sanktionen in 2010

Schwäche: Nichtberücksichtigung von PIA, auf später verschoben, erst Erfahrungen, PIA in Händen der Länder, wenig bundesweite Kompatibilität

Kodierrichtlinien (DKR), Zweck

DKR dienen
primär neuem
Entgeltsystem

Vereinbarung Grundstrukturen: erste Kodierrichtlinien ab 1.1.2010 einheitlich anwenden, Diagnosen- und Prozedurenklassifikation vereinbart

- Sicherstellung einer einheitlichen Kodierqualität für Diagnosen (ICD-10) und Prozeduren (OPS) für Regelfälle, schwierige Fälle, Zweifelsfälle, Ausnahmen
- Einheitliche Abbildung des Diagnosen- und Leistungsspektrums in Krankenhäusern (gleiche Fälle gleich verschlüsseln)
- Einheitliche Zuordnung vergleichbarer Krankenhausfälle zu gleichen Entgelten (Psych-Entgeltsystem)
- Gezielte Steuerung spezifischer Fälle in einzelne Entgelte
- Förderung „Right-Coding“

GKV-PKV-Grundsätze (ordnungspol. Rahmen) zur Einführung Psych-Entgeltsystem (Auszug, März 2011)

1. Längere budgetneutrale Entwicklungsphase für zügigen Umstieg
2. Vielfalt von Vergütungsformen wegen Heterogenität der psychiatrischen Krankheiten und Leistungen
3. Abgrenzung zur ambulanten Versorgung (PIA): bundesweite Dokumentation des Leistungsgeschehens ab 2012
4. Gesetzliche Integration von Psychiatrie und Somatik in einheitliches Krankenhausvergütungssystem
5. Alternative Vergütungsformen (z.B. Regionalbudgets) ermöglichen
6. Vorerst keine Selektivverträge in der psychiatrischen Versorgung
7. Sektor übergreifende Qualitätssicherung, Qualitätsindikatoren

Aktuelle Positionen der DKG (März 2011)

1. Qualität des neuen Systems geht vor Schnelligkeit, Zweifel am Zeitplan, geht nicht schneller als somatische DRGs
2. Festlegung von Optionsjahren und budgetneutralen Jahren
3. Preisniveau (analog zum DRG-System) auf der Landesebene vereinbaren
4. Konvergenzphase kritisch: Eigenständigkeit des Versorgungsbereichs erhalten, eigenständige Preisfaktoren
5. Erlösentwicklung entscheidend für Akzeptanz, Mehr- und Mindererlösausgleiche sichern und verbessern
6. Beitragssatzstabilität : fehlende Verursachungsgerechtigkeit einnahmeorientierter Ausgabenpolitik, sachgerechte Kostenorientierungswerte erforderlich

Zwischenfazit 1

- Kritik ist konstruktiv in der Sache aufgenommen worden, Arbeiten am neuen System wurden **politisch und in der Sache akzeptiert** (ein Tagessatz für die Gesamteinrichtung wird – ohne Änderung der Erlössummen – durch ein paar Dutzend fallgruppenspezifische Tagessätze ersetzt = keine Revolution)
- Spannungsfeld **Dokumentationsaufwand versus Präzision**
Aufwandsabbildung für Kalkulation bleibt bestehen
- Annäherung Psychiatrie und Psychosomatik wenig erkennbar
- **Abbildung/Kalkulation Sockelleistungen schwierig**,
Grundleistungen in der Psychiatrie ungleich höher als bei somatischen DRGs
- **Bestehendes Konfliktpotential:** andere Vergütungseinheiten als der Tag

Zwischenfazit 2

- Konsequente Einführung von ITZ-technischer bundeseinheitlicher Leistungsdokumentation und –abrechnung = Modernisierung in Richtung allgemeiner Entwicklungsstand im übrigen stationären Sektor (neuester Qualitätsbericht: alle Qualitätsziele der DRG-Einführung letztlich erreicht)
- Entwicklung läuft weiter auf Hochtouren
- Lernendes System anerkennen und konsequent anwenden
- Kalkulationsqualität als Basis der Systemgüte liegt naturgemäß noch hinter der G-DRG-Kalkulation zurück
- Psych-DRG wird wegen der anderen Grundlasten und der schwierigeren Standardisierung immer besonders bleiben



Was wäre wichtig für die Schweiz?

- Evaluation/Begleitforschung unbedingt mit der Einführung eines neuen Systems beginnen; Fokus: Veränderung der Versorgungsstrukturen und -prozesse, Qualität der Versorgung, Auswirkungen auf andere Versorgungsbereiche, Art und Menge von evtl. Leistungsverlagerungen)
- Unbedingt das Neue als offenes „lernendes System“ anlegen
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung implementieren (intern, extern, Q-Berichte = auch in D. ein Mangel im Psych-Bereich)
- Schulungen, Weiterbildung konsequent angehen
- Vermeiden Sie dringend unnötige Bürokratie
- Finanzierung durch Verlagerungen sicherstellen
- Finanzierung von speziellen Leistungen sicherstellen, vor allem von Innovationen



**Herzlichen Dank,
wir bleiben
in Verbindung**

