

## **„ Das neue Entgeltsystem in der Psychiatrie – Drohende Risiken erfolgreich vermeiden“**

**Größte Risiko: Das DRG-System nur als Abrechnungssystem zu verstehen**

**Einführung DRG bedeutet Paradigmenwechsel von einer kostenorientierten zu einer leistungsorientierten Vergütung –Geld folgt der Leistung heißt die Parole**

**Wettbewerbsorientierung der Krankenhäuser mit all seinen Vor- und Nachteilen**

Daten zur Entgeltfindung bei DRG`s sind:

Haupt- und Nebendiagnosen (Schweregrad)

Prozeduren (Operationen, Diagnostische Maßnahmen, Therapien)

Verweildauer nur noch für Zu- und Abschlüge

Budgetverhandlungen hauptsächlich nur noch über die Leistungsmengen

einheitliche Landesbaserate für alle Häuser (nach fünfjähriger Konvergenzphase)

Daten zur Entgeltfindung bei den Tagessätzen in der Psychiatrie derzeit:

Budgetverhandlungen mit Budgetsumme und Berechnung der Tagessätze

Verweildauer der Patienten

Daten aus Psych-PV: Nachweis der Strukturqualität aus Verhältnis Patientenmix zu Personaleinsatz

Psych DRG:

im Unterschied zur G-DRG ein tagespauschalisiertes (nicht fallpauschalisiertes) Entgeltsystem,

im Unterschied zum jetzigen System in der Psychiatrie mit landesweit einheitlichen Tagessatz und mit Bewertungsrelationen als Relativgewichte

kein Anreiz für lange Verweildauern durch degressive Tagesvergütung.

## Ziele und Risiken eines DRG-Systems

Zielsetzung bei Einführung der DRG war:

Transparenz – leistungsgerechte Vergütung (nicht kostenorientiert) – Geld soll Leistung folgen

Qualität - DRG-System ist ohne Qualitätsmanagement nicht denkbar

Wirtschaftlichkeit durch gleiche Vergütung für gleiche Leistung – mehr Wettbewerb – Abbau von Überkapazitäten (Rückgang Krankenhäuser von 2.242 in 2000 auf 2064 in 2010)

G-DRG scheint ein Exportartikel zu werden – DRG bietet eine Basis eines vergleichbaren Entgeltsystems im stationären Sektor in Europa

## Folgen:

Verweildauerreduktion (internationale Maßstäbe) – Aufnahme- und Entlassungsmanagement sind von grundlegender Bedeutung, Überleitungsmanagement in ambulante Medizin und Pflege gestalten

Erhöhter Dokumentationsaufwand – Prozesse planen und effizient gestalten, DRG sind nicht abteilungsorientiert, sondern die Leistung für den Patient im Krankenhaus wird honoriert

Strukturunterschiede (Abteilungsgröße, regionale Gesichtspunkte, Pflichtversorgung, Vorhaltekosten) werden nicht berücksichtigt - Antwort: sektorübergreifende Angebote entwickeln

## Wie kann sich LVR Bonn auf die Umstellung vorbereiten?

LVR hat gute strukturelle Ausgangsposition – große Klinik in einem starken Verbund

Einstiegsoption in 2013 möglichst in allen LVR-Kliniken nutzen – früh Erfahrung sammeln, austauschen und allgemeiner Risikoschutz durch 75 % Mindererlösausgleich nutzen, von anderen im Verbund lernen

Budgetneutrale Phase (4 Jahre) erlaubt Fehler in der Einführungsphase

LVR Bonn startet mit relativ hohen Pflegesätzen im Vergleich des Zweckverbandes von 37 Psychiatrien, ca. 10% höhere Fallkosten ( 6122 €) als der Mittelwert (5482 €), leicht höhere VwD (25,6) als der Durchschnitt (24,27) – LVR Bonn muss den damit verbundenen höheren Schweregrad bzw. aufwändigere Strukturqualität, d.h. z.B. höhere Therapiedichte nachweisen, um höhere Relativgewichte zu erhalten, um nicht Konvergenzverlierer zu werden, anderenfalls ist eine Anpassung der Kostenstrukturen unvermeidbar.

Behandlungsstandards interdisziplinär- und berufsgruppenübergreifend diagnoseabhängig entwickeln, Prozesse, insbesondere disziplin- und therapieübergreifende Prozesse klären – mehr Kommunikation zwischen den Berufsgruppen und Abteilungen

Bisherige Abläufe und Angebote auch selbstkritisch in Frage stellen

Dokumentationsaufwand durch effiziente Strukturen (Med. Dokumentationskräfte) und modernes IT-System in Grenzen halten – Medizincontrolling gewährleistet Verbindung von Abrechnungssystem und Qualitätsmanagement.

digitale Patientenakte dient auch der besseren, klareren Kommunikation in einer zunehmend arbeitsteiligen Patientenversorgung

frühzeitig ambulant/stationäre bzw. tagesklinische Versorgungsformen in den Versorgungsregionen ortsnahe entwickeln

Vorteil: man spricht zuerst über Leistungen und erlösorientiertem Kostenmanagement, d.h. nicht über Sparen als Selbstzweck, sondern über zielorientierten Einsatz der Ressourcen

Es kann ein neuer fruchtbarer Austausch zwischen Ökonomie und Medizin, Pflege und Therapie in den Einrichtungen entstehen, , Gemeinsame Verantwortung des Klinikvorstands wächst

Wirtschaftlichkeit muss die Basis der Leistungserbringung sein, darf aber nicht zum höchsten Ziel werden – auch wenn Medizin und Pflege ökonomischen Gesetzen folgen muss, darf die Gesundheit nicht zur Ware werden –

Nachhaltige Struktur-, Ergebnis- und Prozessqualität können aber gerade den langfristigen Erfolg auch in einem leistungsbezogenen, wettbewerbsorientierten Entgeltsystem sichern