

G-DRG-Systementwicklung aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes

32. Deutscher Krankenhaustag
Düsseldorf 18.11.2009

Dr. Wulf-Dietrich Leber

GKV-Spitzenverband, Berlin

Gang der Handlung

- 1 DRG-Entwicklung 2010
- 2 Entgeltsystem Psychiatrie
- 3 Investitionsgewichte
- 4 Qualitätsorientierte Vergütung
- 5 Wettbewerbliche Neuordnung

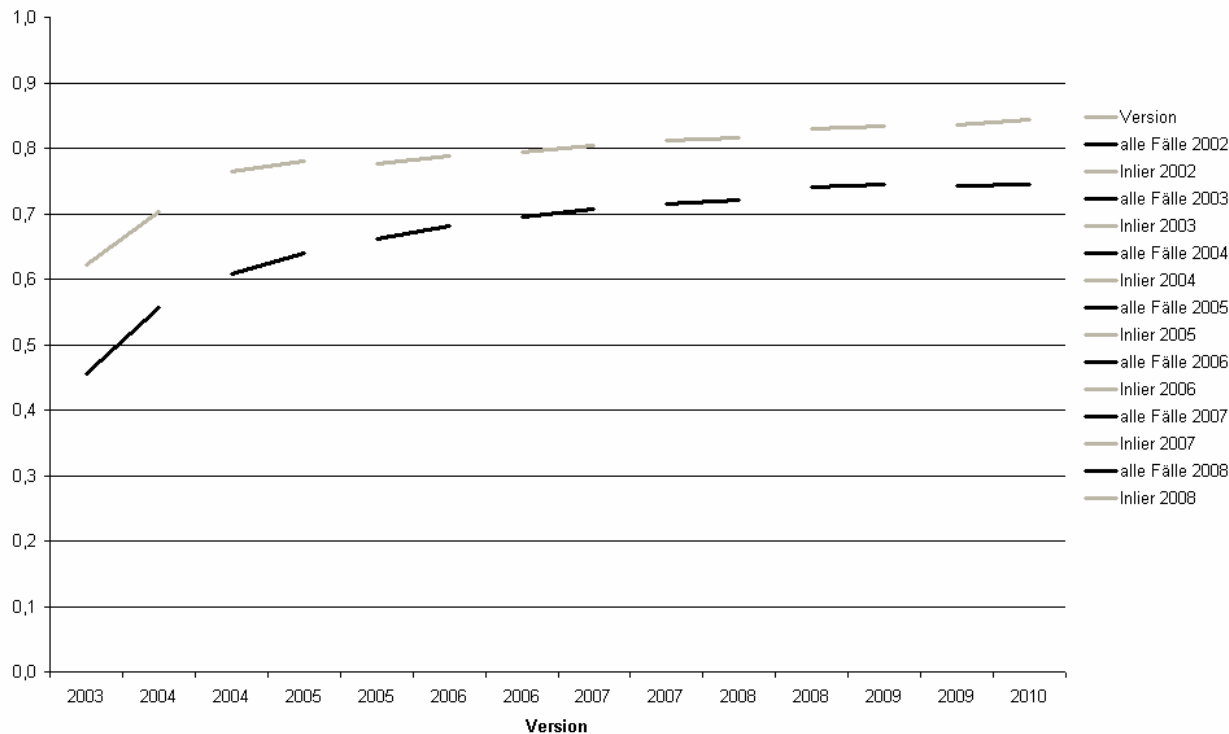
DRG-System (Entwicklung 2003 bis 2010)

Jahr	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Abs. Änderung zu 2009
DRGs (ges.)	664	824	878	954	1082	1137	1192	1200	
Änderung (absolut zum Vorjahr)		+ 160	+ 54	+ 76	+ 128	+ 55	+ 55	+ 8	
Änderung (in Prozent zum Vorjahr)		+ 24%	+ 7%	+ 9%	+ 13%	+ 5%	+ 5%	+ 1%	
Hauptabteilung	664	824	878	952	1077	1132	1187	1195	+ 8
– Bewertet	642	806	845	912	1035	1089	1146	1154	+ 8
– Unbewertet	22	18	33	40	42	43	41	41	0
Teilstationär	0	0	0	2	5	5	5	5	0
– Bewertet	0	0	0	1	1	1	1	1	0
– Unbewertet	0	0	0	1	4	4	4	4	0
Belegabteilung	642	739	762	748	771	933	882	873	– 9



Spitzenverband

Güte des DRG-Systems



Varianzreduktionsmaß

	G-DRG System 2009	G-DRG System 2010
Alle Fälle	0,7426	0,7443
Inlier	0,8366	0,8430

Quelle: InEK 21.08.09

Gang der Handlung

- 1 DRG-Entwicklung 2010
- 2 Entgeltsystem Psychiatrie
- 3 Investitionsgewichte
- 4 Qualitätsorientierte Vergütung
- 5 Wettbewerbliche Neuordnung

KHRG–Auftrag (§ 17d KHG)

→ § 17 d Abs. 1 Satz 1 KHG:

„Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen von Fachkrankenhäusern und selbständigen, gebietsärztlich geleiteten Abteilungen an somatischen Krankenhäusern für die Fachgebiete **Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie** (psychiatrische Einrichtungen) sowie **Psychosomatische Medizin und Psychotherapie** (psychosomatische Einrichtungen) ist ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten einzuführen.“

→ Bewertungsrelationen als bundseinheitliche Relativgewichte

Prüfaufträge

- ➔ Andere Abrechnungseinheiten für bestimmte Leistungsbereiche
 - Tag
 - Episode (nach Behandlungsbereichen)
 - voll-, teilstationär
 - Fall

- ➔ Einbeziehung von Leistungen von psychiatrischen Institutsambulanzen

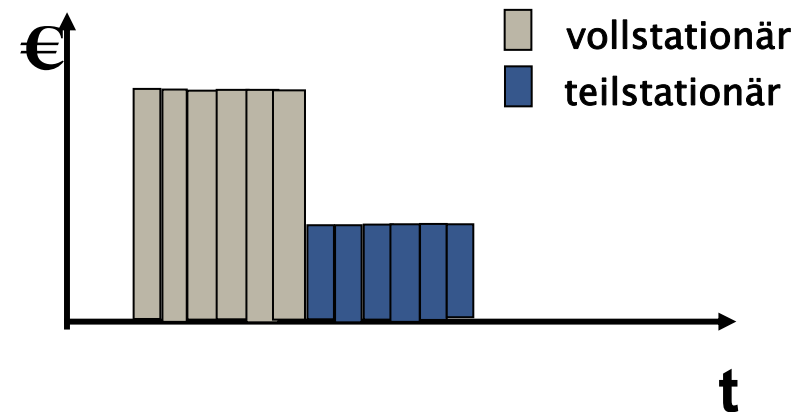
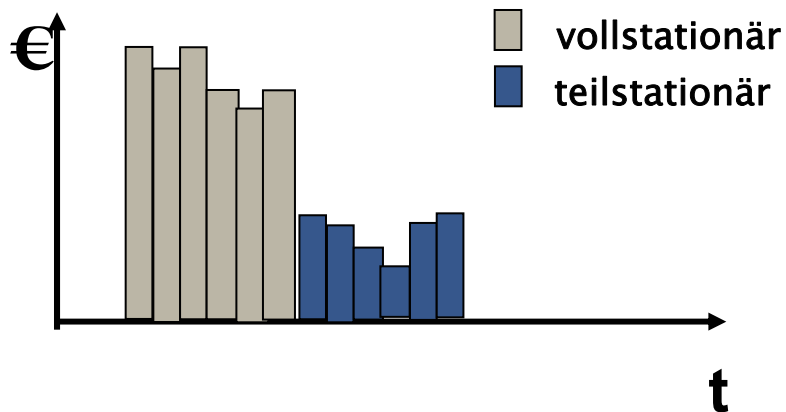
DRG–analoge Regelungen (§ 17d Absatz 2 KHG)

- Abbildung voll- und teilstationärer Krankenhausleistungen
- Möglichkeit von Zusatzentgelten
- Vereinbarung von Gewichten vor Ort, wenn bundeseinheitlich nicht möglich
- Besondere Einrichtungen
- Zu- und Abschläge
- Neue Untersuchungs- und Behandlungsformen
- Sicherstellungszuschläge möglich

Systemelemente der Vergütung

1. Klassifikation
 2. Grupper-Definition
 3. Zusatzentgelte
 4. Abrechnungsregeln
 5. Kalkulationshandbuch
 6. Kodierregeln
 7. Besondere Einrichtungen
 8. Neue Untersuchungs- und Behandlungsformen
- ➔ ... und vieles mehr (Qualitätssicherung, strukturierter Dialog zur Weiterentwicklung,....)

Tages- oder Fallgroupierung



- ➔ Jeder Tag einzeln „durch den Grouper“, also jeder Tag eine andere Pauschale?
- ➔ Krankheitsepisode (z.B. vollstationärer Fall) durch den Grouper und daraus einheitlicher Tagessatz abgeleitet?
- ➔ ... oder sogar einheitliche Groupierung für voll- und teilstationär?
- ➔ ... oder Mittelweg: Tagespauschalen mit wöchentlicher Groupierung ?

Datengrundlage: OPS und Psych-PV-Einstufung

- Datenlieferung nach § 301 SGB V
- „Zusätzlich ist von Einrichtungen, die die Psychiatrie-Personalverordnung anwenden, für jeden voll- und teilstationären Behandlungsfall die **tagesbezogene Einstufung** der Patientin oder des Patienten in die Behandlungsbereiche nach den Anlagen 1 und 2 der Psychiatrie-Personalverordnung zu übermitteln; für die zugrunde liegende Dokumentation reicht eine Einstufung zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel des Behandlungsbereichs aus.“ (§ 17 d Abs. 9 KHG).

OPS 2010

- ➔ Konsens: Eine OPS-Erweiterung ist zur Abbildung der psychiatrischen Versorgung notwendig.
- ➔ Tendenz zum zweistufigen Vorgehen: erste Erweiterung für 2010, zweite Erweiterung für 2011.
- ➔ Seit Frühjahr 2009 Diskussion in diversen Konstellationen (BMG, DIMDI, InEK, DKG, GKV, Fachgesellschaften,...)
- ➔ Finale Entscheidung und Bekanntmachung durch DIMDI

Abbildung psychiatrischer, psychosomatischer und psychotherapeutischer Leistungen im OPS-Katalog 2010

Einrichtungen im
Geltungsbereich des
§ 17 b KHG

wie bisher, z.B. Psychosoziale, psychosomatische, neuropsychologischer und psychotherapeutische Therapien
9-40 ...9-41

Einrichtungen im
Geltungsbereich des
§ 17 d KHG

Neu ab 2010 , ausschließlich für „§ 17d“
9-60 ..9-69

Einrichtungen,
die im Anwendungsbereich der
Psych-PV liegen

Neu ab 2010 , unabhängig von der Stichtagserhebung zur Personalbemessung: Übermittlung der Einstufung bei Aufnahme und bei jedem Wechsel als OPS : **9-98..9-99**

Intensitätsstufen im OPS 2010

Behandlungsarten

- Regelbehandlung
- Intensivbehandlung
- Psychotherapeutische Komplexbehandlung
- Psychosomatisch–psychotherapeutische Komplexbehandlung
(standardisierte Diagnostik; somatisch–medizinische Aufnahmeuntersuchung; fachärztliche Visite)
- Behandlung von Kindern und Jugendlichen

17 d-Bereich im OPS 2010

Gemeinsamkeiten der neuen OPS-Codes 9-60..9-69

- ➔ Nur für Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17 d
- ➔ Mindestmerkmale zur Struktur- und Prozessqualität (z.B. multiprofessionelles Team, fachärztliche Leitung)
- ➔ Wochenweise Erfassung der Therapiedauer, unterschieden nach vier Berufsgruppen :
 - Ärzte, Psychologen, Spezialtherapien, Pflege
- ➔ Definition der anwendbaren Therapien und Berufsgruppen

Bewertung durch die GKV

- Den Deutschen ist es nicht gegeben, einfache Lösungen zu finden.
- Zu starke Inputorientierung (tautologische Gruppenbildung, Anreize zur Leistungsausweitung, Selbstkostendeckung in neuem Gewand)
- Der Wochenbezug ist richtungweisend für die Groupierung
- Eine Revision ist sinnvoll, wird aber zu keinem völlig anderem System führen.

Psych-Grundlagenvereinbarung

- Gesetzesvorgabe: Selbstverwaltungspartner vereinbaren Grundstrukturen bis Ende 2009.
- Zahlreiche Diskussionsrunden. Keine Einigung in der Jahresmitte über Initialmaßnahmen.
- Einigung im Spitzengespräch am 17.11.2009.
- Redaktionelle Feinabstimmung und Vorstands

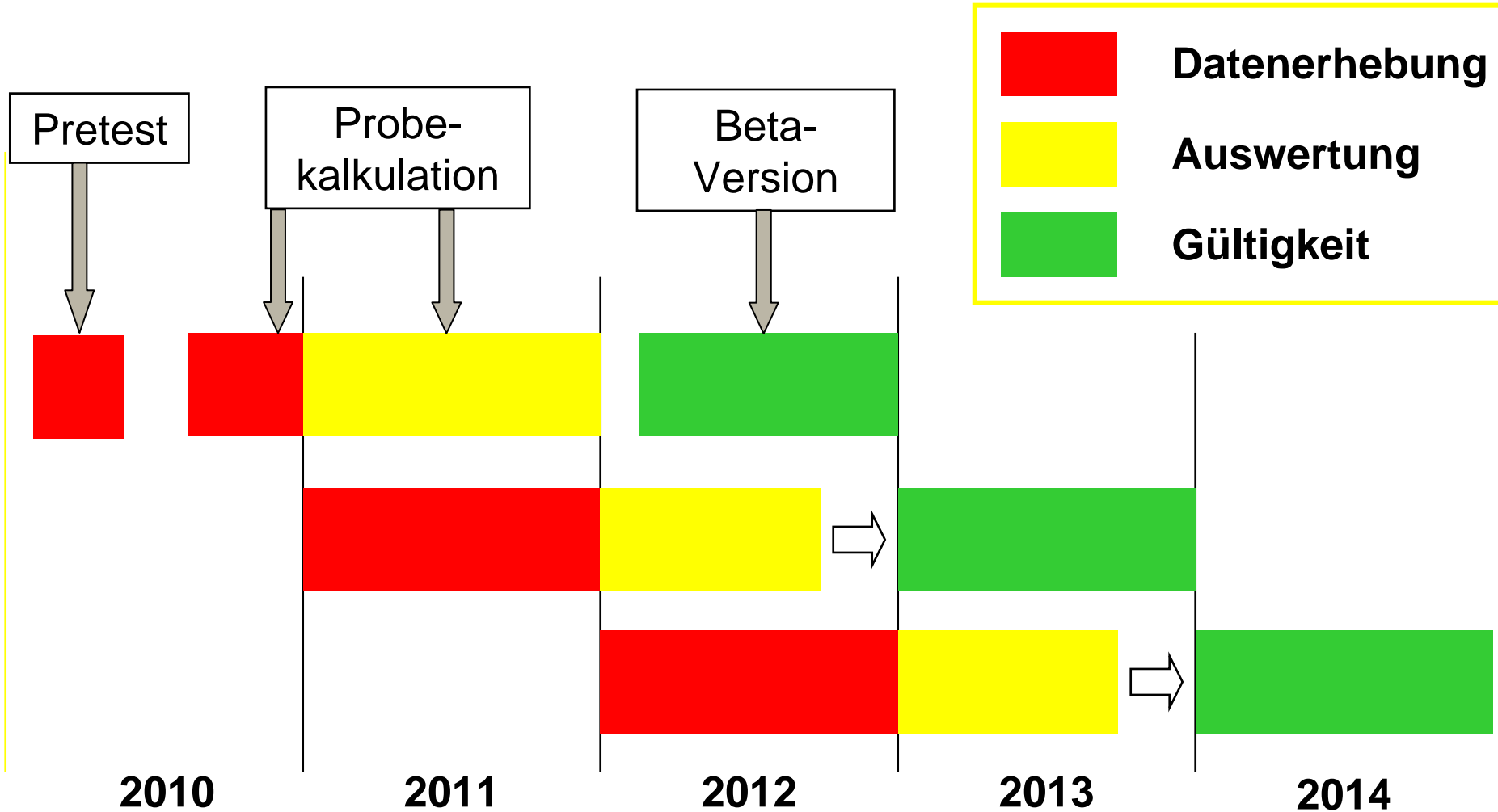
Eckpunkte der Psych-Vereinbarung

- Erwähnung der PsychPV-Umsetzung unter Wahrung der Rechtspositionen
- InEK-Beauftragung analog zum DRG-System
- Datenübermittlung PsychPV via 301
- Zeitplan gemäß gesetzlicher Vorgabe
- Gemeinsame Initiative gegenüber BMG zwecks OPS-Revision zum 01.07.2010

Entwicklung Psych-Entgelte



Spitzenverband



Gang der Handlung

- 1 DRG-Entwicklung 2010
- 2 Entgeltsystem Psychiatrie
- 3 Investitionsgewichte
- 4 Qualitätsorientierte Vergütung
- 5 Wettbewerbliche Neuordnung

Investitionsbewertungsrelationen

- ➔ Gesetzlicher Auftrag aus dem KHRG (§ 10 Abs 2 KHG):
Die 17b-Partner beauftragen das InEK für bundeseinheitliche Investitionsbewertungsrelationen zu entwickeln.

- ➔ Anwendung für 17b-Bereich ab 2012
- ➔ Anwendung für 17d-Bereich ab 2014

- ➔ Anmerkung:
 - keine Lösung der erodierenden Investitionsfinanzierung
 - keine Verpflichtung der Länder zu Anwendung

- ➔ Ziel: Vereinbarung von Grundstrukturen bis Ende 2009

Invest-Vereinbarung am 17.11.2009 gescheitert

→ Weitestgehende Einigkeit über Kalkulation: Ähnlich wie bei Betriebskosten erfolgt die Kalkulation fallbezogen im Rahmen von Modulen zur innerbetrieblichen Leistungsverrechnung.

→ Differierende Vorstellung zur Ergebnisdarstellung

DKG: „Investitionsgrouper“

GKV: Weitere Spalte mit Investitionsgewichten in der bestehenden DRG-Systematik.

Gang der Handlung

- 1 DRG-Entwicklung 2010
- 2 Entgeltsystem Psychiatrie
- 3 Investitionsgewichte
- 4 Qualitätsorientierte Vergütung
- 5 Wettbewerbliche Neuordnung

P4P-Review des SVR

- Gutachten 2007 des Sachverständigenrates:
„Kooperation und Verantwortung – Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“
- 28 Studien identifiziert, davon 21 mit positivem Effekt
- 15 Studien mit einfachen und 19 mit komplexen Endpunkten
- Beispiel für einfache Endpunkte: Einhalten von Leitlinien zu Raucherentwöhnung, Screening, Impfung, Leitliniengerechte Therapie
- Beispiele für komplexe Endpunkte: Asthma-Therapie, Qualität der Versorgung in Pflegeheimen, Präventionsprogramme, Erfolgsfaktor von Health Plans

Parallelwelten

- Vergütungsfragen und Qualitätsfragen sind bislang in Deutschland streng getrennt.
- Budget- und Krankenhausplanungsrecht kennen keine Qualität. QS-Verfahren sind explizit von Vergütungsfragen getrennt.
- Getrennte Szenen:
Die Edlen einerseits, die Ernstzunehmenden andererseits.



Spitzenverband

Der QS-Indikatorenkosmos

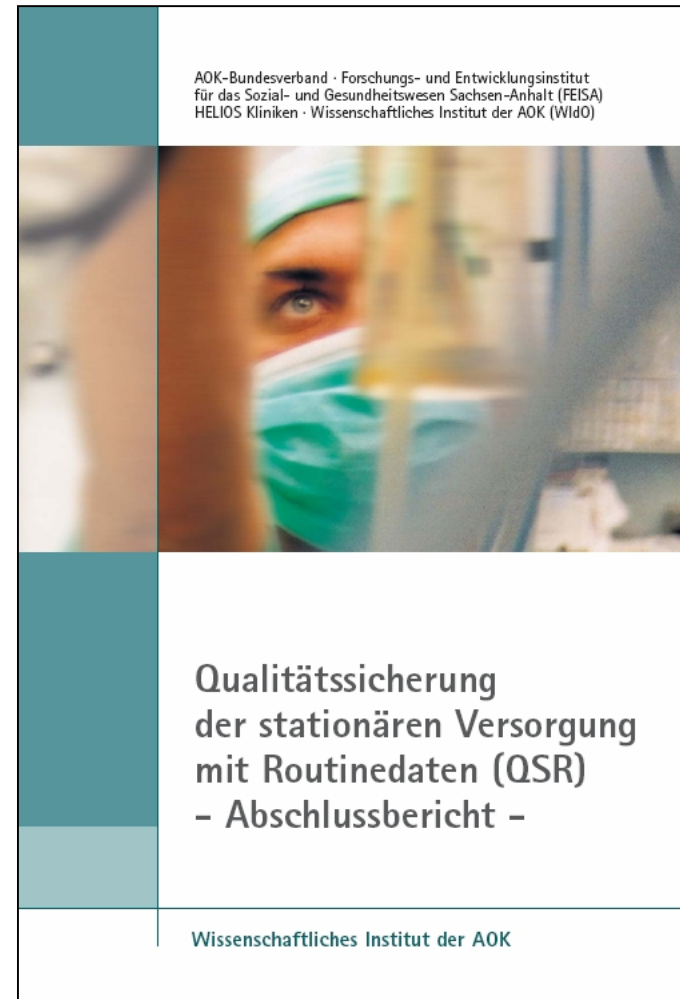


BQS-Indikatoren

- rund 200 Indikatoren für die stationäre Versorgung
- nur rund zwei Dutzend Indikatoren im Qualitätsbericht veröffentlicht (Auswahlmethodik: QUALIFY)
- Datenbasis: rund 3 Millionen „BQS-Bögen“
- inhaltlicher Schwerpunkt bei BpflV-Fallpauschalen

Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR)

- Verfahren zur Qualitätsmessung mit administrativen Routinedaten wurde entwickelt (Projektpartner: AOK-Bundesverband, HELIOS Kliniken, Universität Magdeburg (FEISA), WIdO)
- aufwandsarme, an Ergebnisqualität orientierte Qualitätssicherung möglich
- erstmals Qualitätssicherung über Entlassungstermin hinaus
- valide Indikatoren der Ergebnisqualität



QiSA

- Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung
- Handbuch mit über 100 Qualitätsindikatoren, zusammengestellt von AQUA im Auftrag des AOK-Bundesverbandes (vorgestellt am 17.06.2009)
- zunächst ein Band von fünf Bänden (Allgemeine Indikatoren, Asthma/COPD, Pharmakotherapie, Prävention)
- Einsatz bei Arztnetzen geplant

QiSA-Indikatoren (Auswahl „Allgemeine Indikatoren“)

- 7 Anteil der Ärzte mit Teilnahme an mind. 4 QS-Zirkeln je Jahr
- 17 Anteil der Ärzte, die in den letzten 36 Monaten eine Patientenbefragung in ihrer Praxis durchgeführt haben
- 20 Anteil der Patienten mit Einhaltung der vereinbarten Wartezeit
- 26 Anteil der stationären Aufnahmen für Eingriffe aus dem AOP-Katalog an allen stationären Aufnahmen
- 28 Zahl der stationären Notfallaufnahmen je 1.000 eingeschriebene Versicherte

AQIK

KBV-Projekt: Indikatorenset für die vertragsärztliche Versorgung

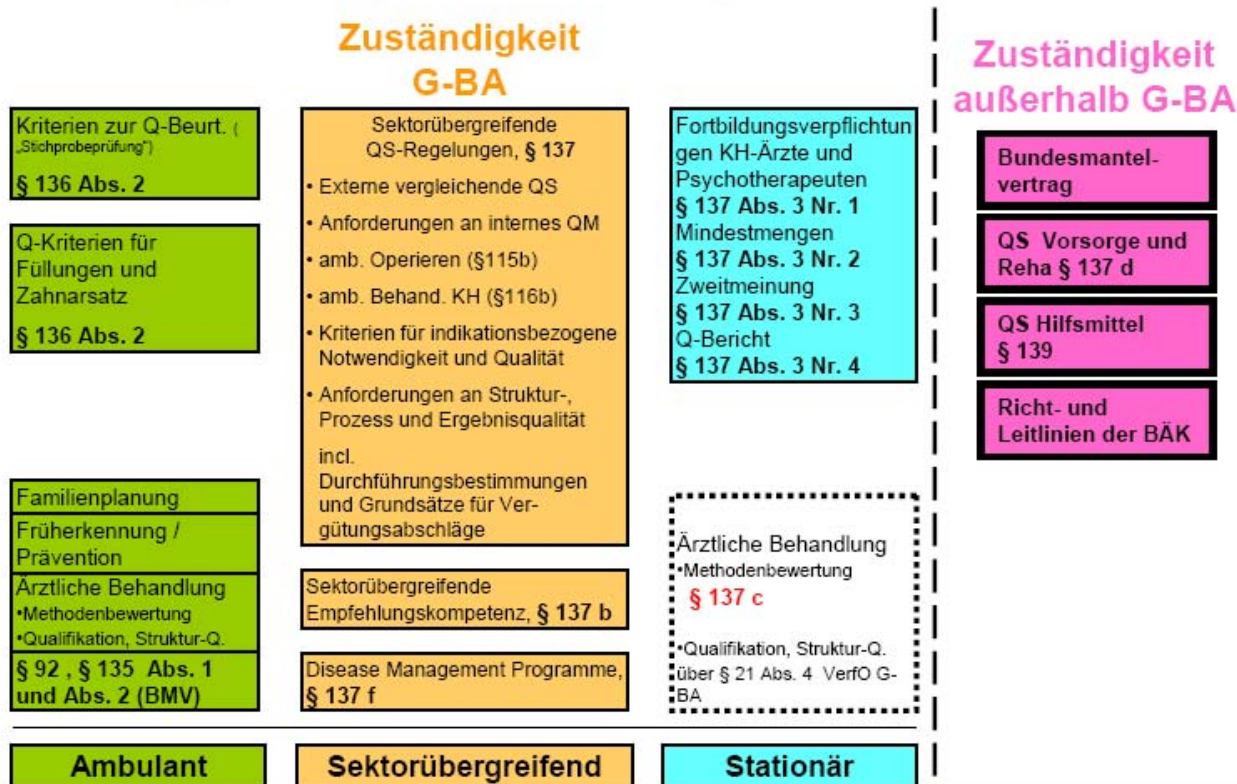
Zunächst Sichtung von 2.000 Indikatoren

Indikatorenauswahl

- 14 QI fachübergreifend
- 12 QI neuropsychiatrisch
- 7 QI kardiovaskulär
- 6 QI Muskel-Skelett
- 3 QI gynäkologisch
- 2 QI Harninkontinenz
- 2 QI HIV/Aids

QS-Dominanz des G-BA

QS-Regelungen im GKV-System – GKV-WSG



Sektorenübergreifende QS im G-BA

- einheitlicher Rechtsrahmen („Richtlinie 13“)
- einheitliche Beschlussfassung aller Sektoren

- phantastische Optionen
 - sektorengleiche QS (z.B. PTCA, Katarakt)
 - extrasektorale Messung (Verlaufsmessung)
 - intersektorale Prozesse

Richtlinie 13

- Die gesamte Qualitätssicherung des gemeinsamen Bundesausschuss wird künftig in einer Richtlinie nach § 92 Absatz 1, Satz 2 Nr. 13 SGB V geregelt.
- Die vorbereitenden Arbeiten in diversen Gremien seit WSG, führten bislang zu keinem Konsens.
- Ein entscheidungsreifer Entwurf des neutralen Vorsitzenden ist für die Plenumssitzung im Dezember 2009 angekündigt.

Konturen der Richtlinie 13

- Es gibt drei unterschiedliche QS-Verfahrenstypen
 1. Bundesverfahren (Bsp Kinderherzchirurgie)
 2. Bund-Länderverfahren (fast alle BQS-Verfahren),
Berechnung auf Bundesebene, Dialog auf Landesebene)
 3. Landesverfahren (landesspezifische Berechnung)
- Auf Landesebene werden in Analogie zur Bundesebene paritätische Landesarbeitsgemeinschaften (LAGs) eingerichtet.
- Aqua („fachlich unabhängige Institution nach § 137a SGB V“) erhält für die Auswertungen die Rohdaten. Die Landesebene kann parallel rechnen.
- Das Pseudonymisierungsverfahren ist noch nicht spezifiziert.

Mehrpunktmessung

Fast alle wesentlichen Qualitätsfragen erfordern nach der Initialmessung eine Verlaufsmessung.

Datentechnische und datenschutzrechtliche Herausforderung (Vertrauensstelle) ist die Zusammenführung der Messungen.

Mehrpunktmessungen sind fast immer fallübergreifend, manchmal auch sektorübergreifend.

Verlaufsmessungen bedeuten einen Quantensprung gegenüber den bisherigen fallbezogenen Verfahren. Sie sind der Übergang zu einer patientenorientierten Qualitätssicherung.

Konsequenzen für die QS-Institutionen

- ➔ Mehrpunktmessung können keine Landesverfahren sein, da nicht zwangsläufig alle Messpunkte im gleichen Land liegen. Maßgebliche Ebene für die Mehrpunktmessung ist die Bundesebene. Der strukturierte Dialog kann in der Regel auf Landesebene bleiben.

„BQS–Problem 1“ Erfassungsaufwand

Der Erfassungsaufwand ist gigantisch. Mehr als drei Millionen Bögen werden erfasst.

Es gelingt derzeit nicht, Verfahren einzustellen. Letztmalig wurden im Verfahrensjahr 2004 12 von 30 Verfahren eingestellt.

Einige der QS–Ergebnisse könnten auch mit Routinedaten gemessen werden, aber dagegen gab es bislang starke Widerstände.

„BQS–Problem 2“ Mangelnde Transparenz



Nur ein Bruchteil der Kennzahlen wird in Qualitätsberichten veröffentlicht.

Botschaft an die Patienten: „Es gibt schlechte Krankenhäuser in Deutschland, aber wir sagen euch nicht, welche es sind.“

„BQS–Problem 3“ Mangelnde Relevanz

Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass die jetzigen QS–Verfahren weitestgehend konsequenzenlos sind.

QS auf sozialpädagogischem Niveau: „Schön, dass wir drüber gesprochen haben.“

Künftig werden die Indikatoren vielleicht einmal vergütungsrelevant.

„BQS–Problem 4“ Enges Zeitfenster

- Die entscheidende Qualitätsfrage bei Endoprothesen – die Standzeit – lässt sich nicht während eines Krankenhausaufenthaltes beantworten.
- Viele der Qualitätsindikatoren haben wenig mit der Qualität zu tun, die Ärzte und Patienten wirklich interessiert.
- Bei weiter sinkender Verweildauer wird das derzeitige Messinstrumentarium weiter an Bedeutung verlieren.

Die Zukunft lässt auf sich warten

Neue sektorübergreifende Verfahren werden kaum bis April 2010 entwickelt sein. Das aber wäre notwendig, um sie 2011 einzusetzen.

Erstes Datenjahr ist 2012. Aber erst das zweite Jahr liefert in der Regel valide Ergebnisse. Konsequenz: Frühestens 2014 können die ersten Ergebnisse diskutiert werden.

Paradigmenwechsel

Standardsichtweise:

„Sektorenübergreifende QS-Verfahren ergänzen ein funktionierendes System sektorspezifischer QS-Verfahren.“

Das aber ist falsch; richtig ist:

„Die bestehenden fallbezogenen Verfahren müssen mittels Mehrpunktmessung fall- und ggf. sektorenübergreifend erweitert werden. Ergänzend kann es neue sektorenübergreifende Verfahren geben.“

Der schnellere Weg zur sektorübergreifenden QS

Bestehende Verfahren werden sektorengleich angewendet:

- PTCA
- Dialyse

Bestehende Verfahren werden fallübergreifend erweitert

- Endoprothesen (TEP, Re-TEP)
- Herzschrittmacher (Aggregatwechsel)
- PTCA (Restenose)

Die Suche nach dem idealen Indikator

Der ideale Indikator ...

1. ... ist qualitätsdifferenzierend.
2. ... misst Ergebnisqualität.
3. ... ist evidenzbasiert.
4. ... ist signifikant und risikoadjustiert.
5. ... ist aufwandsarm zu erheben (möglichst Routinedaten).
6. ... liefert zeitnah Ergebnisse.
7. ... ordnet Qualität verursachungsgerecht zu.

Gang der Handlung

- 1 DRG-Entwicklung 2010
- 2 Entgeltsystem Psychiatrie
- 3 Investitionsgewichte
- 4 Qualitätsorientierte Vergütung
- 5 Wettbewerbliche Neuordnung

7,5 Mrd Defizit in 2010 ?

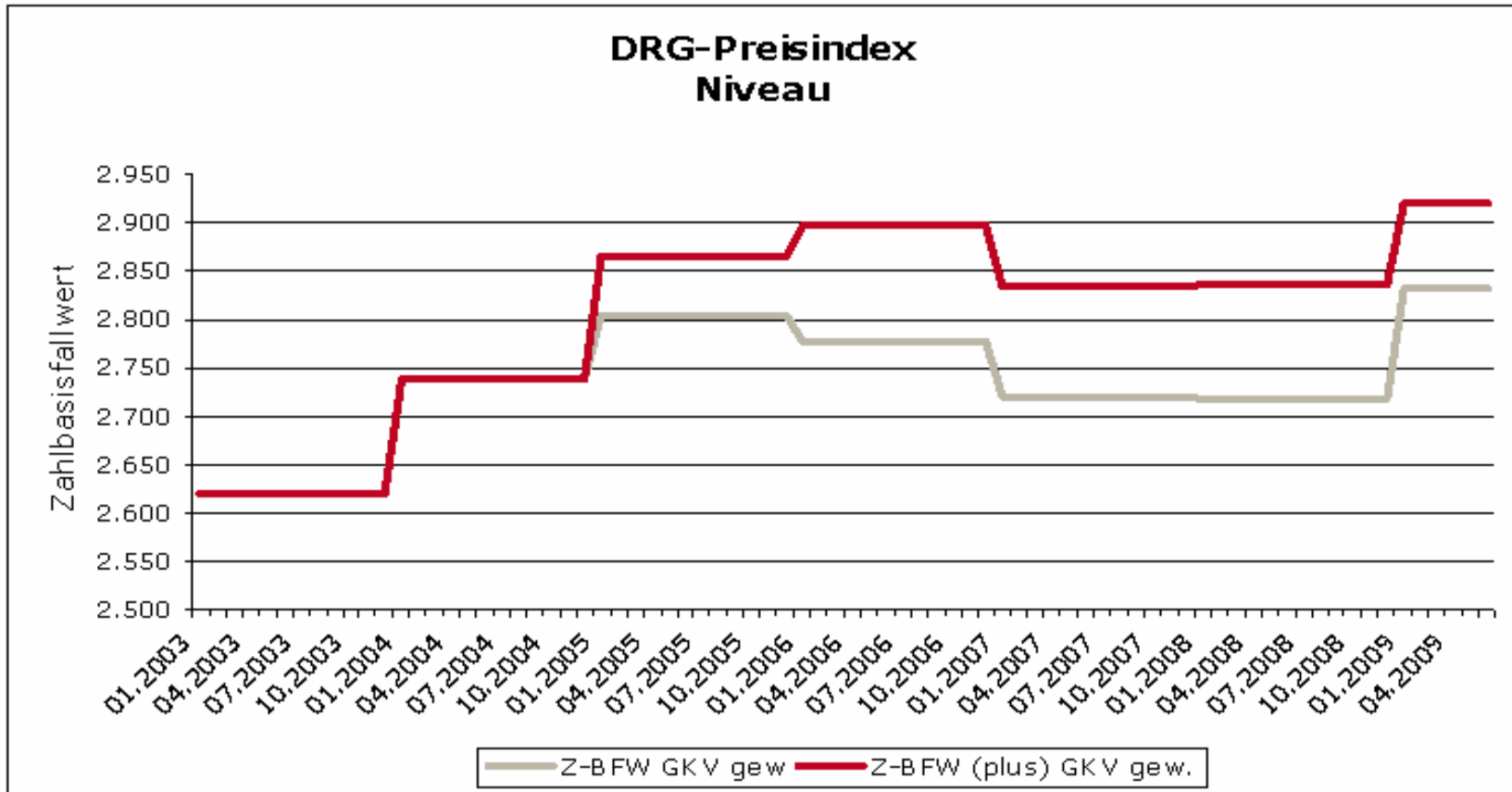
→ Drei Optionen auf der Einnahmenseite:

- Beitragssatz erhöhen
- Steuerzuschuss erhöhen
- Prämien steigen lassen

→ Drei Einsparoptionen auf der Ausgabenseite

- Krankenhäuser
- Ärzte
- Pharmaindustrie

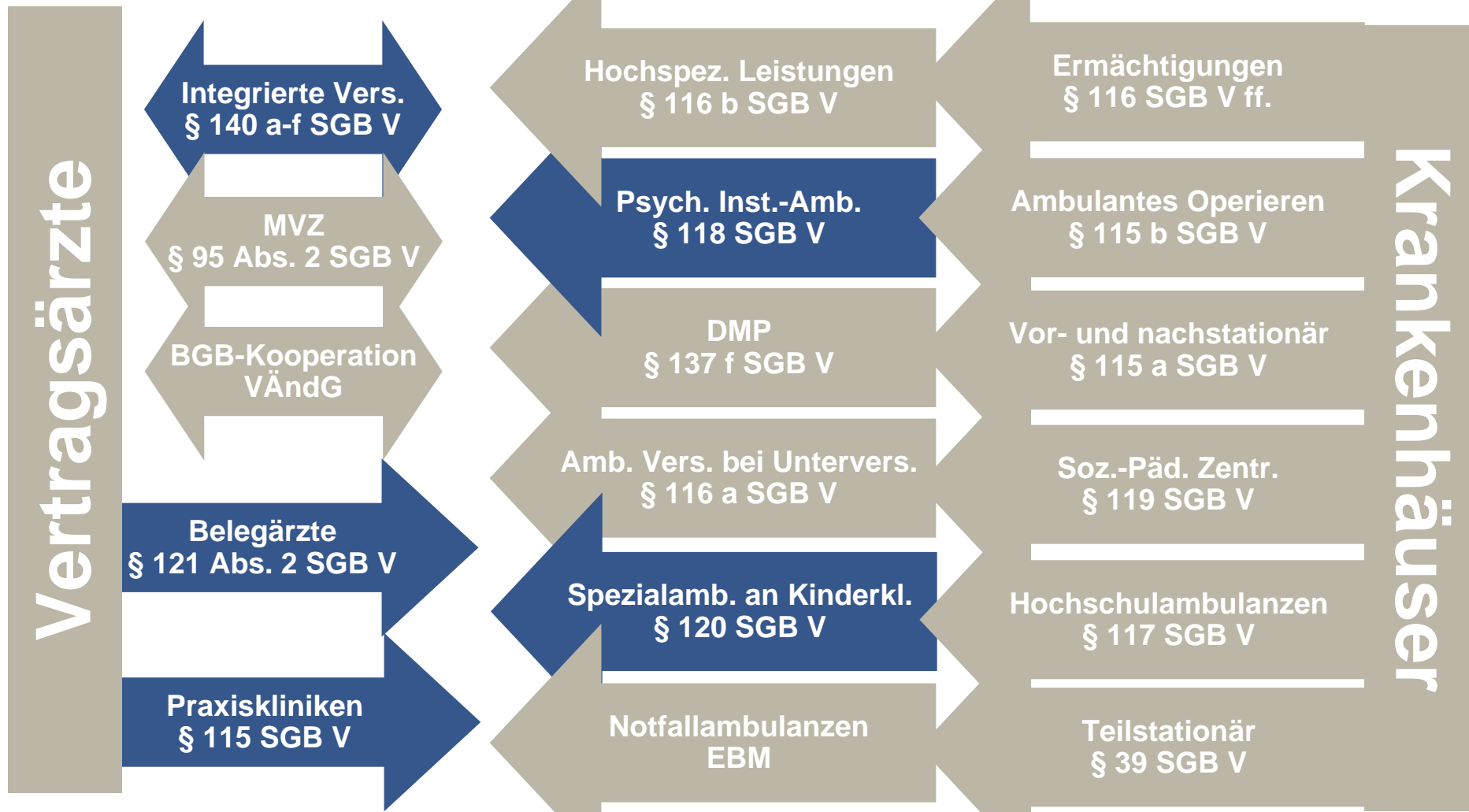
Krankenhaus-Preissprung in 2009



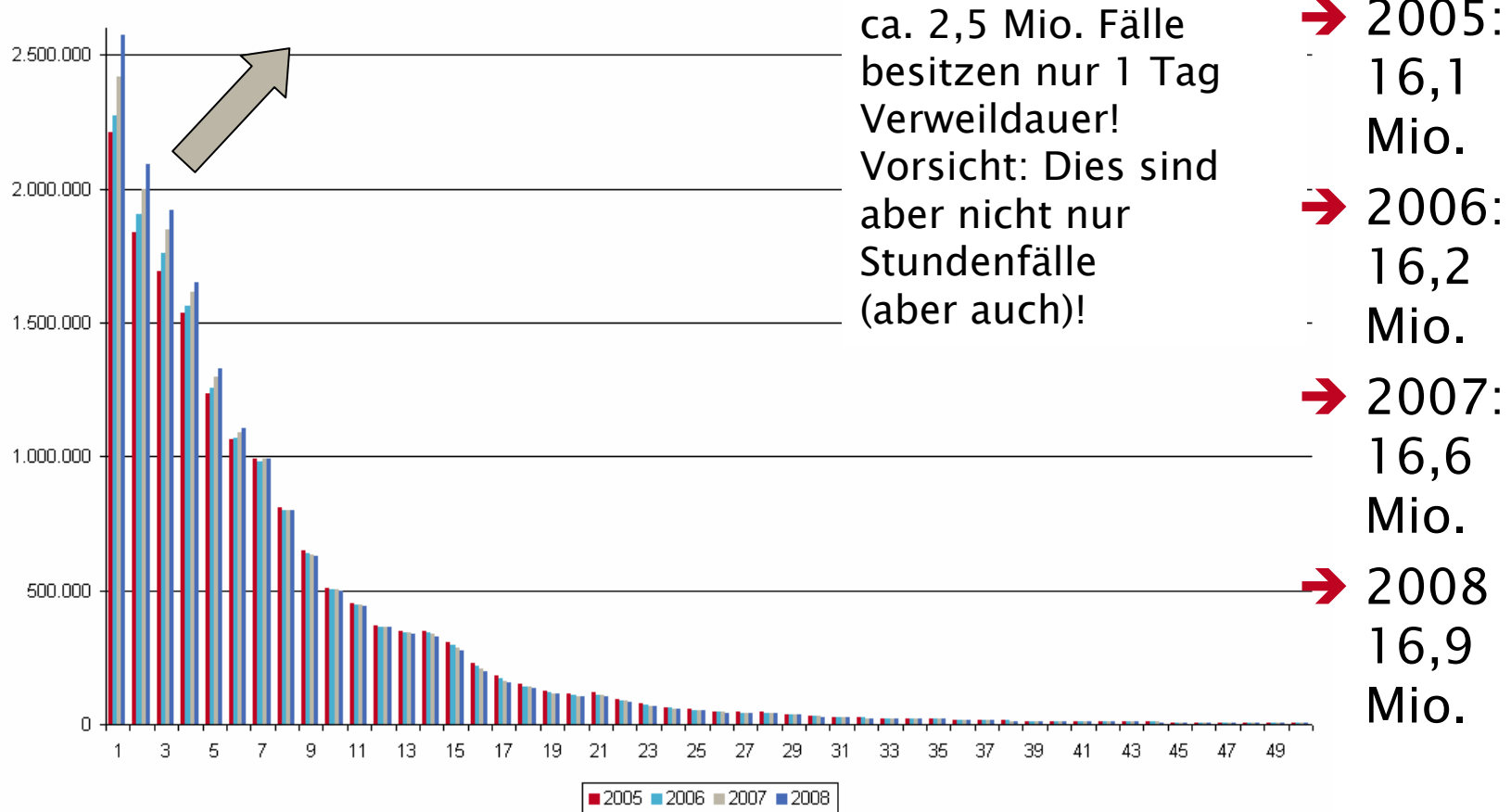
Erwartungen für 2010

- ➔ Die neue Bundesregierung muss die Ausgabendynamik stoppen.
- ➔ Wirkungsvolle Maßnahmen im Krankenhausbereich müssen an den Landesbasisfallwerten ansetzen.
 - z.B. Korrektur der Landesbasisfallwerte 2010 um die Differenz zwischen den durchschnittlichen krankenhausspezifischen Basisfallwerten und den Landesbasisfallwert 2009 (Nicht Berücksichtigung des zweiten halben Divergenzsprungs)
 - Begrenzung der Ausgabensteigerung auf variable Kostensteigerung (35%) bei Leistungsausweitung (Casemixsteigerung).

Trend: Ambulant-stationärer Grenzbereich KHRG – Neuregelungen



Verweildauer nach DRG-Daten- jahren 2005, 2006 und 2007. Jahr der Entlassung



Stationäre Leistungen sind kein Wachstumsmarkt mehr

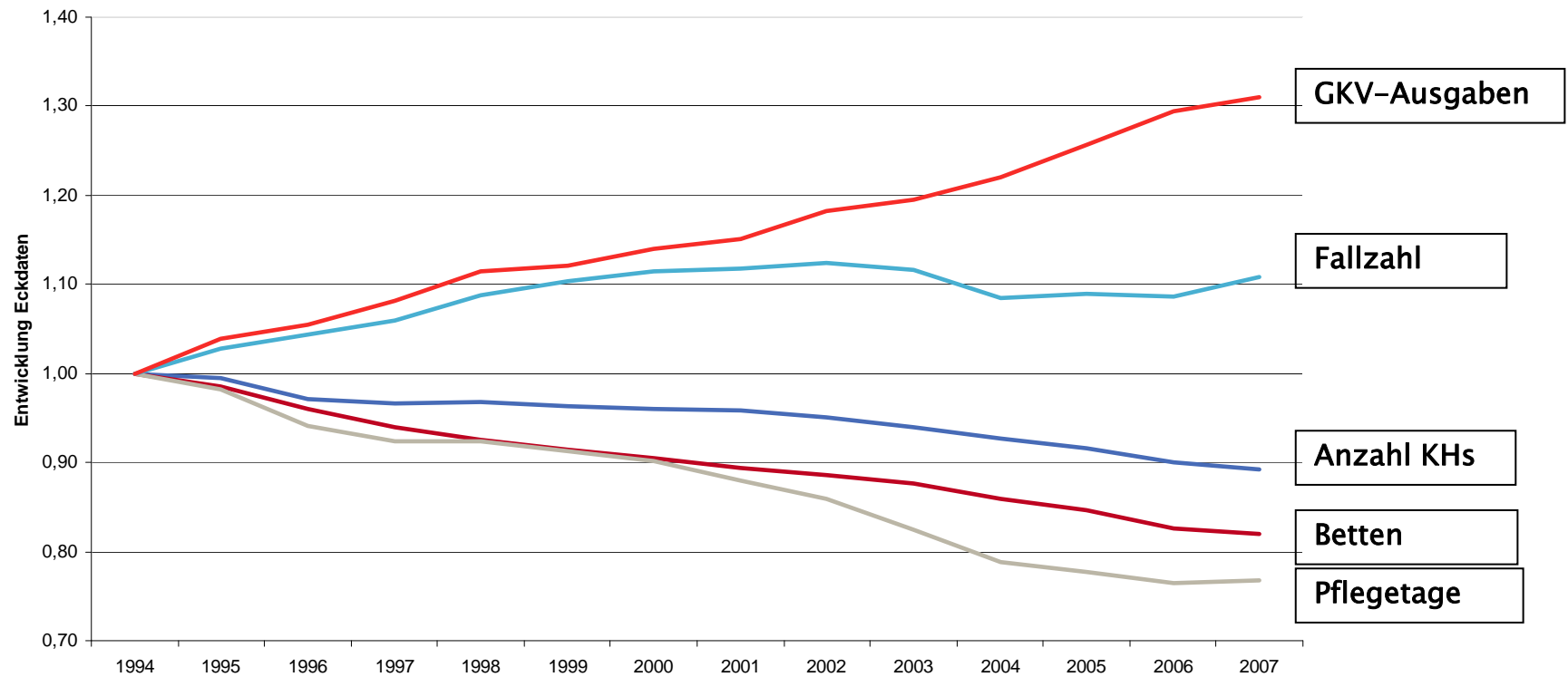
Entkopplung von demografischer Entwicklung und stationären Krankenhausleistungen:

„Wir werden alle älter.“

bedeutet vielleicht künftig nicht mehr

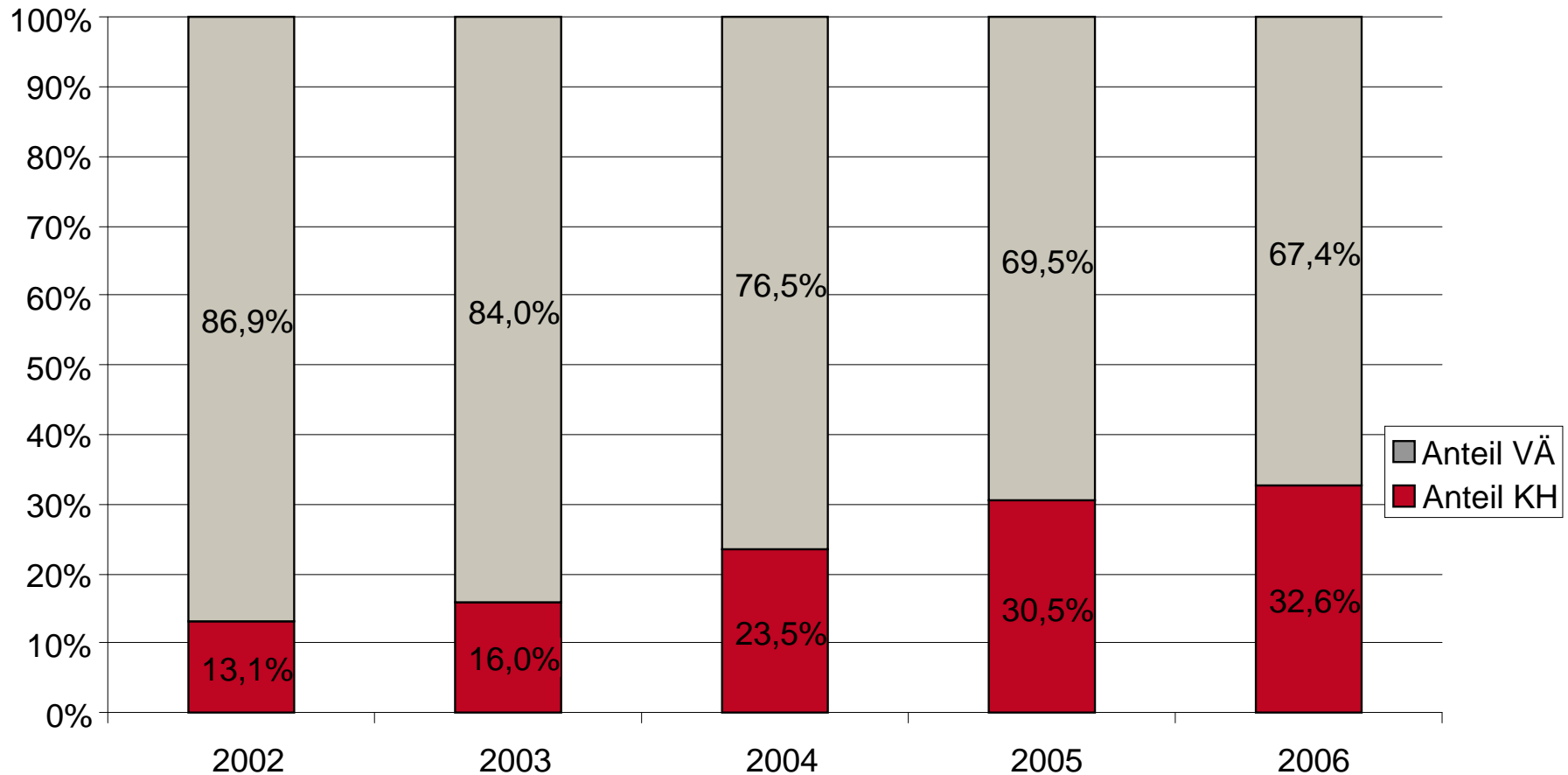
„Wir liegen mehr im Krankenhaus.“

Indikatoren der Krankenhausversorgung



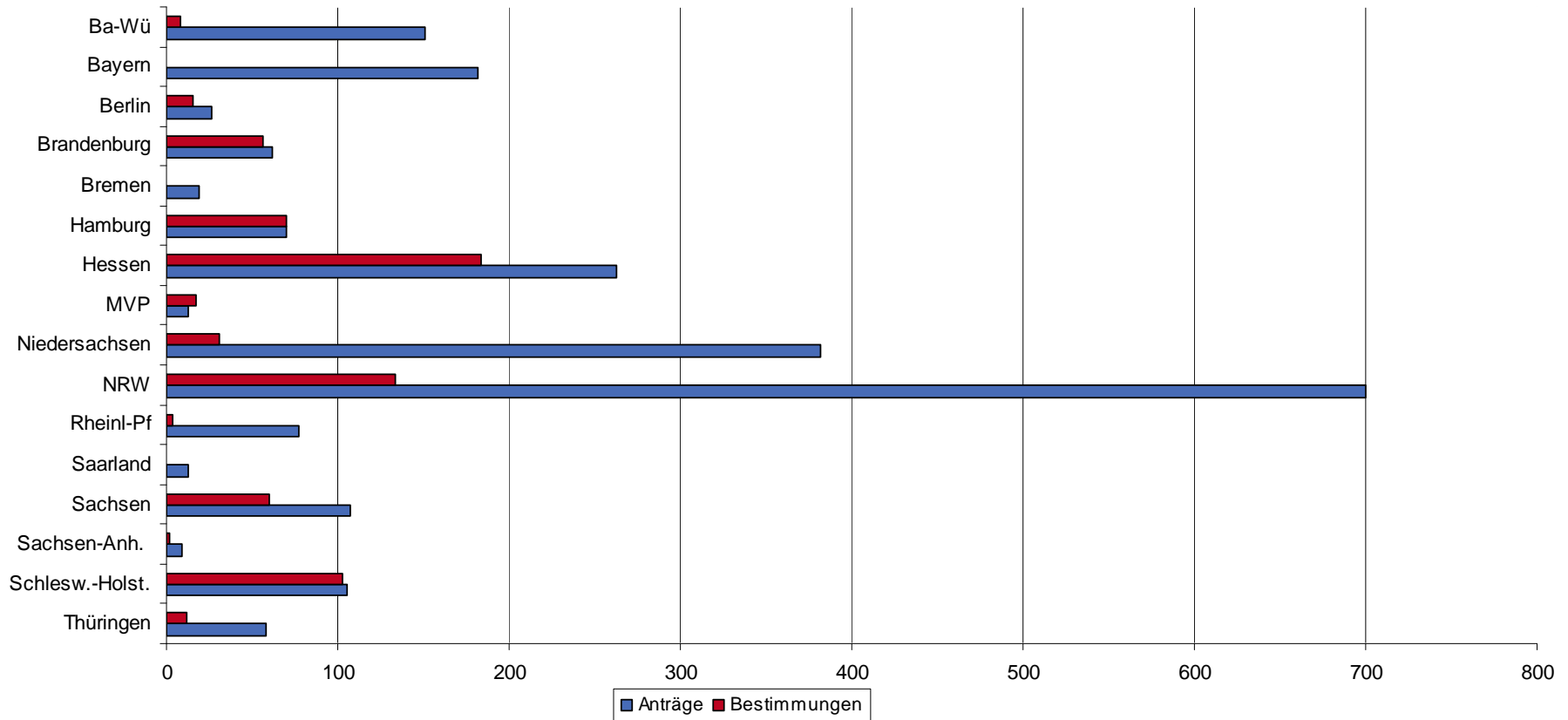
Quelle: Destatis, eigene Darstellung

Entwicklung der Anteile ambulanter Operationen im Krankenhaus (KH) und im vertragsärztlichen Bereich (VÄ)



Quelle: statistisches Bundesamt, KBV

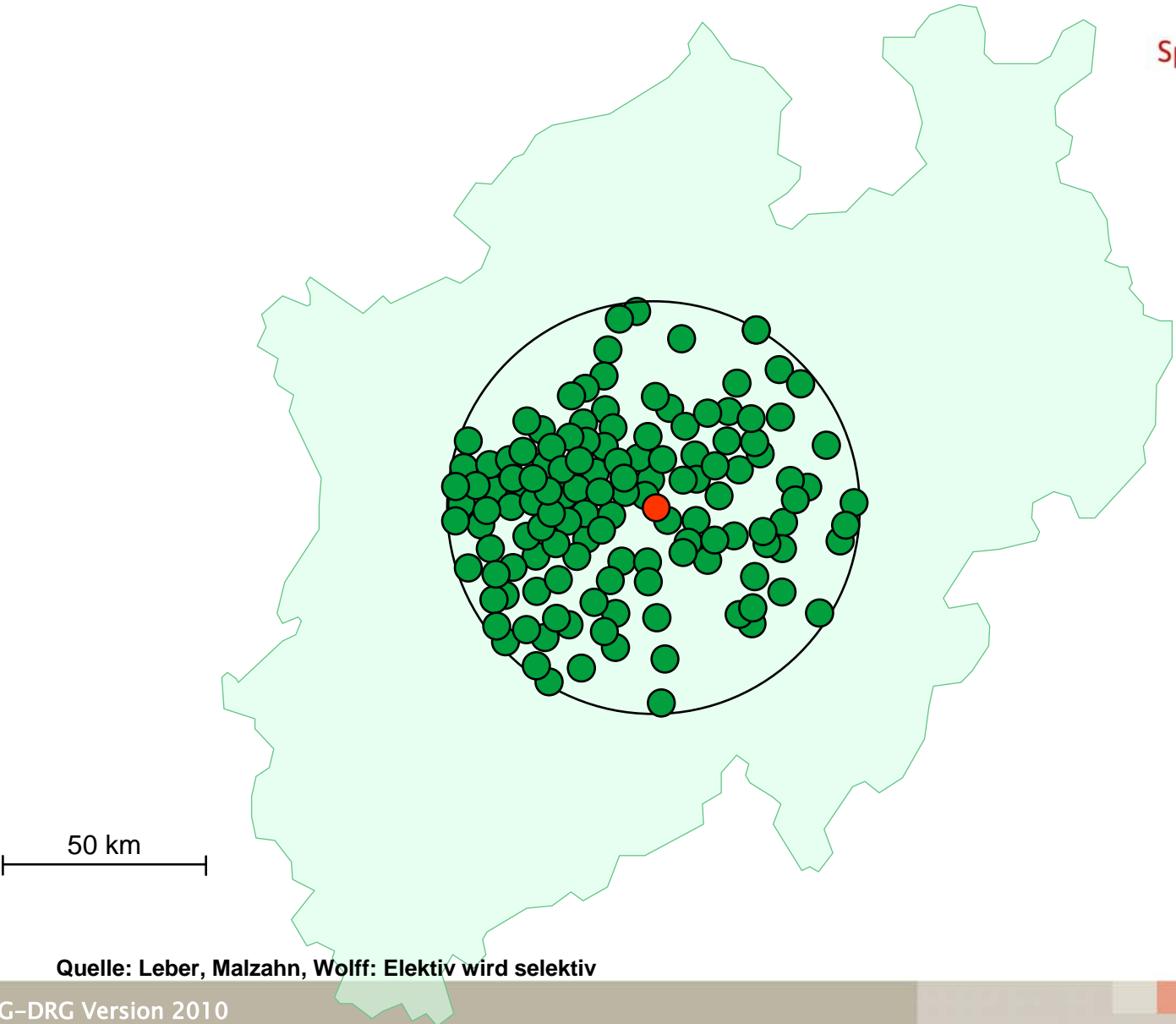
Überblick aktuelle Situation – 11 / 2009



Ausschreibung von Elektivleistungen

- zum Konzept vgl. „Elektiv wird selektiv“
(vgl. Leber/Malzahn/Wolff in KH-Report 2007)
- gleichsinnige Konzepte diverser Kassenarten sowie von Sachverständigenrat und Monopolkommission
- Grundidee: Die Krankenkassen schreiben regional den Versorgungsbedarf ihrer Versicherten aus. Je nach Ergebnis des Bieterverfahrens erhalten alle oder ein Teil der Krankenhäuser den Zuschlag.
- Die Leistungen werden gemäß DRG-Systematik vergütet. Der LBFW hat als Höchstpreis Bestand. Es werden in der Regel kassenspezifische Rabatte verhandelt. Die Qualitätsstandards sind Teil der Ausschreibung.

Region um Essen



Quelle: Leber, Malzahn, Wolff: Elektiv wird selektiv

Fazit

- Das DRG-System geht seinen Gang.
- Entwicklung von Entgelten für die Psychiatrie ist eine bewältigbare Aufgabe.
- Investitionsbewertungsrelationen sind ein interessanter Ansatz. Die Länder lassen aber die Krankenhäuser weiter im Stich.
- Komplementär zur stärkeren Belastung der Versicherten kommt irgendeine Ausgabenbegrenzung in 2010.
- Eine wettbewerbliche Neuordnung mit einem Einstieg in selektive Verträgen wird wahrscheinlicher.

Vielen Dank!

www.gkv-spitzenverband.de