

Pro und Kontra: Diagnosenbezogene Fallpauschalen (DRGs) in der Psychiatrie?

For and Against: Diagnosis Related Groups in Psychiatry?

Pro

Eszter Maylath, Andreas Krokotsch

Die Finanzierung der Krankenhausfälle in somatischen Abteilungen erfolgt in Deutschland seit 2004 flächendeckend mit diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs). Die Behandlungsfälle werden aufgrund von Haupt- und Nebendiagnosen, des Alters und so genannter Prozeduren, die neben diagnostischen und operativen Verfahren auch komplexe Behandlungsprogramme beschreiben, DRGs zugeordnet. Statt einer verweildauerbezogenen Vergütung resultiert ein leistungsbezogenes Entgelt. Mit einer Fallpauschale werden Fälle vergütet, die bezüglich der Kosten möglichst homogene Gruppen darstellen. Die Finanzierung des Einzelfalles ergibt sich, unabhängig von der tatsächlichen Verweildauer, aus der Bewertung der Fallgruppe mit einem so genannten Relativgewicht. Erst bei Überschreitung einer oberen Verweildauergränze erfolgt eine anteilmäßige tagesgleiche Finanzierung. Psychiatrische und psychosomatische Abteilungen wurden von der DRG-Einführung ausgenommen. Somit entstand eine getrennte Finanzierung für psychisch Kranke in somatischen und psychiatrischen bzw. psychosomatischen Abteilungen.

Die Einführung eines Fallpauschalensystems ist eine gesundheitsökonomische und keine medizinische Entscheidung. Ein Fallpauschalensystem führt zu mehr Leistungstransparenz, Wettbewerb und bietet den Krankenhäusern wirtschaftliche Anreize zu Kosteneinsparungen [1]. Obwohl die DRGs in somatischen Fächern mittlerweile etabliert sind, wurden sie Anfang der 90er-Jahre für Deutschland noch als grundsätzlich unrealisierbar und nicht empfehlenswert angesehen [1]. Eine ähnliche Entwicklung könnte sich in Bezug auf die Finanzierung der Psychiatrie und der Psychosomatik abzeichnen. Auch in diesen Fachgebieten ist mittelfristig mit alternativen politischen Entscheidungen hin zu einer leistungsorientierten Vergütung zu rechnen. Für das bereits etablierte DRG-System besteht andern-

falls das Risiko, dass aufgrund von Verlegungspraktiken mit den pflegesatzfinanzierten Bereichen die angestrebten Einsparpotenziale zunichte gemacht werden. Die Psychiatrie und die Psychosomatik sind in Gefahr als „Verschiebebahnhöfe“ missbraucht zu werden. Hinzu kommt, dass die vier Stichtagserhebungen der Psych-PV pro Jahr als Grundlage für die Pflegesatzbildung in der Psychiatrie wegen ihrer fehlenden statistischen Relevanz [2] gegenüber den statistisch berechneten Fallpauschalen in der Somatik mittelfristig kaum wettbewerbsfähig sind, sodass die Psychiater ihren krankenhauses internen Budgetanteil gegenüber den somatischen Fächern zukünftig nur schwer verteidigen können. Die Sonderstellung der Psychiatrie und Psychosomatik bei der Vergütung kann außerdem zu einer „Aschenputtel“-Rolle [3] innerhalb der Medizin führen und die über Jahrzehnte erkämpfte Zugehörigkeit zum Kernbereich der Medizin gefährden.

Das häufigste Argument gegen psychiatrische Fallpauschalen ist, dass bei psychiatrischen Krankenhausfällen die Diagnose und das Alter, im Gegensatz zu Fällen in somatischen, insbesondere operativen Fächern, nur einen geringen Anteil der Verweildauer- und somit des Ressourcenverbrauches, erklären [2, 4–7].

Zur Lösung dieser Problematik haben verschiedene Autoren erweiterte Modelle für psychiatrische Fallpauschalen entwickelt, bei denen die erklärte Varianz aufgrund zusätzlicher krankheitsbezogener Faktoren wie dem bisherigen Krankheitsverlauf, dem Schweregrad der Erkrankung und somatischer Diagnosen bzw. durch die Einbeziehung soziodemografischer und den Therapieverlauf beschreibender Faktoren wesentlich erhöht werden konnte [2]. Weitere Variablen, die zu besserer Kostenabbildung durch psychiatrische Fallpauschalen führen, sind neben diesen patientenbezogenen Variablen solche, die den Krankentyp und das Therapieprogramm einschließlich der „Therapiedosis“ beschreiben [7]. Hinsichtlich der Erweiterung der patientenbezogenen Variablen sollte allerdings darauf geachtet werden, dass diese kontrollierbar bleiben. Daher sollten z. B. für die Be-

Bibliografie

Psychiat Prax 2006; 33: 56–58 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2005-915326
ISSN 0303-4259

schreibung des Schweregrades der Symptomatik evaluierte Skalen verwendet werden. In Bezug auf die krankenhausbezogenen Unterschiede erscheint es wichtig, dass die Einführung von psychiatrischen Fallpauschalen mit Qualitätssicherungsmaßnahmen im Sinne von Minimalstandards verbunden ist. Dadurch können Streuungen, die durch regionale, krankenhausbezogene Unterschiede bestimmt sind, erheblich reduziert werden. Hinsichtlich der therapiebezogenen Variablen könnten psychiatrische Prozeduren als Komplexleistungen nach dem Muster der geriatrischen (OPS 8-550) oder der neurologischen Frührehabilitation (OPS 8-552) beschrieben werden. Durch eine zeitliche Staffelung der Prozeduren (z. B. 1 – 15, 15 – 30, 30 – 60 Tage usw.) könnten dann auch chronische Verläufe mit längeren Verweildauern abgebildet werden. Als erstes Beispiel für die Beschreibung einer psychiatrischen Prozedur kann der qualifizierte Entzug (OPS 8-985) genannt werden, der ab 2006 in somatischen Abteilungen abrechenbar wird. Die Bildung von Prozeduren in einem psychiatrischen Fallpauschalensystem könnte auch die angestrebte Standardisierung der psychiatrischen Therapieverfahren erheblich beschleunigen und wäre somit ein Meilenstein auf dem Weg zu einer zeitgemäßen Krankenhauspsychiatrie in Deutschland. Die Psych-PV-Kategorien erscheinen als geeignete Grundlage für die Bildung von diagnosebezogenen psychiatrischen Prozeduren, auch wenn sie bis jetzt empirisch nicht überprüft wurden [2].

Neben der Erweiterung der einbezogenen Variablen einschließlich der Bildung von Therapieprozeduren ergibt sich noch ein anderer Weg zur besseren Abbildung der verschiedenen Behandlungsverläufe durch psychiatrische Fallpauschalen, den das ungarische DRG-System eingeschlagen hat [8]. Unter der Annahme, dass die erhebliche Verweildauer- und Kostenstreuung psychiatrischer Krankenhausfälle weniger in der akuten Behandlungsphase, sondern viel mehr in der Behandlungsphase der Stabilisierung mit zunehmenden rehabilitativen, psycho- und soziotherapeutischen Behandlungselementen charakteristisch ist, kombiniert man in Ungarn die diagnosebezogenen Fallpauschalen in der Akutphase mit tagesgleichen Pflegesätzen bei chronischen Behandlungsverläufen. Letztere können erst nach Überschreitung einer bestimmten Verweildauergrenze abgerechnet werden und sind unterschiedlich je nach Therapieschwerpunkt (z. B. Intensivrehabilitation, Rehabilitation, Langzeitbehandlung etc.), wobei in den verschiedenen Therapieschwerpunkten genau definierte personelle und therapeutische Standards eingehalten werden müssen.

Wir hoffen, dass unsere Ausführungen sowohl zum Thema Notwendigkeit als auch zum Thema Realisierbarkeit psychiatrischer DRGs in Deutschland beitragen können. Wir haben versucht, verschiedene Lösungsmöglichkeiten einschließlich der Implementierung von Qualitätsstandards aufzuzeichnen. Hierzu bildet das Psych-PV-System einen hervorragenden Ausgangspunkt, da durch die personellen Aufstockungen der letzten Jahre die Unterfinanzierung der psychiatrischen Abteilungen bereits behoben wurde.

Priv.-Doz. Dr. Eszter Maylath
 MDK Hamburg
 Hammerbrookstraße 5, 20097 Hamburg
 E-mail: Dr.Eszter.Maylath@mdkhh.de

Kontra

Heinrich Kunze

Die Ablehnung *diagnosebezogener* Fallpauschalen als Finanzierungsgrundlage bedeutet nicht, dass die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) auf Dauer unverändert bleiben soll. Eine Weiterentwicklung wird notwendig wegen des Systemwechsels in der Krankenhausfinanzierung, der Leistungsverdichtung in psychiatrischen Kliniken seit 1991 und den Fortschritten in der Organisation von Krankenhausbehandlung. Die Krankenhäuser sind seit Jahren in einem Prozess weg von paternalistischer Planwirtschaft hin zu neuen Finanzierungs- und Steuerungskonzepten, die mehr Eigenverantwortung aller Beteiligten voraussetzen. Aber es gibt wichtige Besonderheiten bei Menschen mit psychischen Erkrankungen zu beachten [9]:

- *Je schwerer die psychische Krankheit, desto geringer ist oft der Wunsch des Kranken nach psychiatrischer Behandlung:* Deshalb hat die Gesellschaft Verantwortung für diese Menschen.
- *Besondere Belastung der Angehörigen psychisch Kranker:* Pflegenden Angehörigen von Körperbehinderten bleibt auch bei physischer Überlastung das Gefühl der persönlichen Beziehung erhalten. Angehörige psychisch Kranker leiden unter der Zerstörung dieser Beziehung, die zu tief greifenden Schäden im sozialen Netz der Betroffenen führt.
- Die Stigmatisierung von psychisch kranken Menschen, die erschwert, dass öffentliche Repräsentanten, Leistungsträger und Politiker sich für diesen Personenkreis einsetzen.

Bei aller Vergleichbarkeit von psychischen und körperlichen Erkrankungen sind diese drei Besonderheiten zu berücksichtigen, wenn das Gesundheitswesen bei Patienten mehr Eigenverantwortung, soziale Kompetenz und Durchsetzungsfähigkeit gegenüber Leistungserbringern voraussetzt. Der Bundestag hat die Gesetzesnorm beschlossen: „Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen...“ (§27 Abs. 1 Satz 3 SGB V, § 10 SGB IX).

Die Psych-PV war 1991 konzeptionell der übrigen Krankenhausmedizin weit voraus [10]. Dass die nach Psych-PV sich ergebenden Personalstellen in tagesgleiche Pflegesätze umgerechnet werden, resultiert (ebenso wie die zunehmende Unterfinanzierung) aus der Bundespflegesatzverordnung und nicht aus der Psych-PV. Die Psych-PV definiert für Gruppen von Patienten mit vergleichbarem Hilfebedarf typische Behandlungsziele, dafür notwendige Behandlungsleistungen sowie Qualitätsanforderungen und leitet daraus den Bedarf an Personalstellen ab. Die wichtigsten Qualitätsanforderungen für die Kliniken [11,12] sind dabei die regionale Versorgungsverpflichtung und die Festlegung von Therapiezielen nicht nur im Sinne einer Symptombesserung, sondern auch als Befähigung zu möglichst eigenständigem Leben außerhalb von Institutionen, zur Inanspruchnahme ambulanter Behandlung, Rehabilitation und anderer Hilfen. Von einem vergleichbaren Gesamtkonzept sind die somatischen Fächer weit entfernt.

Die Umsetzung der Psych-PV in der Zeit von 1991 – 1995 wurde von der Aktion Psychisch Kranke mit den Kliniken, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Kassen untersucht [13]. Die Psych-PV hatte demnach die Personalausstattung grund-

gend verbessert, Qualitätsanforderungen und Prüfprozeduren verankert und einen maßgeblichen Beitrag geleistet zu Entstigmatisierung, Verweildauerrückgang, Bettenabbau, Enthospitalisierung, Strukturklarheit in der stationären Versorgung (Trennung der Behandlungsfälle von Nichtbehandlungsfällen) sowie zur Konvergenz von psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachkrankenhäusern und Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Diese Entwicklung hat sich bis heute fortgesetzt. Die Krankenhauspsychiatrie hat Hausaufgaben schon erledigt, mit denen die Somatik sich jetzt bei der DRG-Einführung befasst.

Die Psych-PV definiert Behandlungsleistungen funktional. Deshalb kann psychiatrische Krankenhausbehandlung personenzentriert organisiert werden: weniger stationär, mehr teilstationär und ambulant, flexibel und intermittierend, als Case Management in der Klinik und zur Vernetzung mit den Behandlern vor und nach der Klinikphase. So erreicht man Kontinuität und Zielorientierung trotz „Drehtür“ sowie eine ausreichende Behandlungsdauer bei geringeren Kosten [14].

Der Gesetzgeber hat sich gut beraten lassen und 2000 die Krankenhauspsychiatrie aus der DRG-Finanzierung herausgenommen ([10], Anhang [9–11]). Psychiatrische Diagnosen erklären einen viel zu geringen Anteil der Varianz des Ressourcenverbrauchs. In den USA führte die Veterans Administration 1984 in psychiatrischen Kliniken die DRGs ein und gab diese 1988 wieder auf wegen riesigen Fallzahlsteigerungen und unverantwortlichen Qualitätsmängeln [15].

Die DRGs der somatischen Krankenhausmedizin in Deutschland sind nur ein Finanzierungssystem. In anderen Ländern wurden die DRGs im Dreiklang von Kosten, Leistungen und Qualität entwickelt. Wer vertritt die Interessen der schwer psychisch Kranken, wenn auch in der Krankenhauspsychiatrie nur ein Finanzierungssystem „regieren“ würde, dessen Handlungsanreiz der Gewinn durch Vermeidung von Leistungen ist, die die Patienten – krankheitsbedingt – nicht selber wollen? Deshalb wurde anfangs auf die Besonderheiten bei Menschen mit psychischen Erkrankungen hingewiesen.

Die Einbeziehung der Krankenhaus-Psychiatrie und -Psychotherapie in das allgemeine Krankenhausentgeltsystem muss gut vorbereitet werden. Sie muss nicht notwendigerweise über einen Diagnosebezug erfolgen wie bei der Somatik, sondern die Pauschalierung kann auch auf Leistungskomplexe mit indirektem Diagnosebezug bezogen werden: A1-G6 der Psych-PV sind solche erprobten Leistungskomplexe. Insbesondere geht es darum, das Konzept der zielorientierten Leistungsbeschreibung zu erhalten und fortzuentwickeln im Kontext der Qualitätsanforderungen der Psych-PV. Der Erhalt des Dreiklangs von Leistungen, Qualität und Kosten ist von besonderer Bedeutung bei der durch Vernachlässigung gefährdeten Zielgruppe.

Wir sollten die nächsten Jahre gut nutzen:

- für die Erprobung von Krankenhausbehandlung als ambulante Komplexleistung in Verbindung mit teil- oder vollstationärem therapeutischem Setting. Dann kann z.B. ambulante Komplexbehandlung ohne Setting dem „Home Treatment“ entsprechen.

- für notwendige Weiterentwicklungen der Psych-PV, die die erhebliche Leistungsverdichtung berücksichtigen.
- für die Erprobung von pauschalierender Finanzierung von Behandlungen eines Patienten pro Jahr, denn die Fallzahl lässt sich fast beliebig steigern.
- für die Erprobung von Anreizsystemen mit definierten Steuerungszielen für Patienten, Leistungserbringer und -träger.
- für die Berücksichtigung der Grundidee der integrierten Versorgung.

Das neue Finanzierungssystem sollte so gestaltet werden, dass es Leistungsträger und Leistungserbringer bei systemgemäßem Handeln nicht in Widerspruch zu ihren fachlichen und humanitären Zielen bringt.

Prof. Dr. med. habil. Heinrich Kunze

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen

34306 Bad Emstal/Kassel

E-mail: heinrich.kunze@zsp-kurhessen.de

Literatur

- 1 Mansky T, Erben CM, Scriba PC. Diagnosebezogene Fallpauschalen: Die Nachteile überwiegen. Dt Ärzteblatt 1990; 87, Heft 4: 141–144
- 2 Andreas S, Dirmaier J, Koch U, Schulz H. DRG-Systeme in der Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen: Zur Konzeption eines Klassifikationssystems für Fallgruppen. Fortschr Neurol Psychiatr 2003; 71: 234–242
- 3 Ben Tovim DI, Elzinga RH. Making casemix work for psychiatry. Med J Aust 1994; 161, suppl: 33–36
- 4 Fritze J. Kostenvarianz im Pauschalentgeltsystem. Die Kostenvarianz ist plausibel und simpel, aber folgenswer. Dt Ärzteblatt 2003; 100, Heft 15: 762–763
- 5 Kunze H. DRGs oder Psych-PV? Perspektiven der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. Der Nervenarzt 2003; 12: 1163–1166
- 6 Jagdfeld FH. Möglichkeiten und Grenzen der Abbildung der stationären Psychosomatik im DRG-System. Eine empirische Untersuchung zur Fallgruppenhomogenität am Universitätsklinikum Aachen. Aachen: Shaker Verlag, 2004
- 7 Burgmer M, Heuft G, Freyberger HJ, Roeder N. DRGs in der Psychiatrie und Psychotherapeutischen Medizin. Überblick über die Entwicklung alternativer Klassifikationen. Der Nervenarzt 2003; 3: 204–210
- 8 Maylath E. DRGs in der psychiatrischen Krankenhausfinanzierung am Beispiel Ungarns – Ein Modell für Deutschland? Gesundheitswesen 2000; 62: 633–645
- 9 Ernst K. Psychiatrische Versorgung heute (2. Auflage). Sternenfels: Verlag Wissenschaft & Praxis, 2001
- 10 Kunze H, Kaltenbach L (Hrsg). Psychiatrie-Personalverordnung – Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis (5. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer, 2005
- 11 Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg). Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken. Band 74 der Schriftenreihe des BMG. Baden-Baden: Nomos, 1996
- 12 Wöhrmann S. Qualitätsanforderungen an psychiatrische Krankenhausbehandlung aus der Sicht der Kostenträger. In: siehe Literatur 14: 221–225
- 13 Aktion Psychisch Kranke, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg). Bundesweite Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Band 99 der Schriftenreihe des BMG. Baden-Baden: Nomos, 1998
- 14 Schmidt-Zadel R, Kunze H, Aktion Psychisch Kranke (Hrsg). Mit und ohne Bett – Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Tagungsband 28. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2002
- 15 Rosenheck R, Massari L. Psychiatric Inpatient Care in the VA: Before, During, and After DRG-Based Budgeting. American Journal of Psychiatry 1991; 148: 888–891