



# WS 1.1. Sektorenübergreifende Versorgungsqualität

## Sektorenübergreifende Qualitätsmessung in der Psychiatrie aus Kostenträgersicht



# Gliederung

1. Ausgangssituation
2. zukünftige Aufgabe des GBA
3. Notwendigkeit einer sektorenübergreifenden Betrachtung
4. sektorenübergreifende Qualitätsmessung am Beispiel von Modellvorhaben nach § 64 b SGB V
5. Einfluss von Vergütungsanreizen
6. Behandlungsstrukturen und -bedarf
7. Fazit





# Ausgangssituation



# Personalvorhaltung nach Psych-PV

- › Personalvorhaltungen werden nach Psych-PV auf Basis des Schweregrades der Patienten berechnet
- › Psych-PV definiert den durchschnittlichen Behandlungsbedarf, setzt damit einen Standard für die Strukturqualität

aber.....

- › Nur unzureichende Prüfmöglichkeiten
- › Fokussierung auf den stationären Bereich
- › Keine Anpassungen



# Prüfung OPS Mindestanforderungen

## › Prüfung im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen

### 9-642

Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische  
Komplexbehandlung bei psychischen und  
psychosomatischen Störungen und  
Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

- über 24 Stunden vorhandene Infrastruktur eines Akutkrankenhauses mit verfügbarem **Notfall-Labor** und **Notfall Röntgendiagnostik**
- Zugang zu einer Abteilung für **Intensivmedizin**
- Zugang zu einer Klinik für **Innere Medizin oder zu einer anderen Fachabteilung** (z.B. Neurologie, Gynäkologie, Hämatookologie)
- **ärztliche somatische Rufbereitschaft** in demselben Krankenhaus über 24 Stunden täglich
- Pflegerische Behandlung ist über 24 Stunden gewährleistet
  
- Behandlung durch ein psychosomatisch-psychotherapeutisches Team unter Verantwortung eines:
  - **Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**
  - **Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie**
  - **Facharzt für Psychiatrie oder Facharzt für Nervenheilkunde jeweils mit einer weiteren somatischen Facharztqualifikation**
- oder unter Verantwortung eines:
  - **Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**
  - **Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie**
  - **Facharztes für Psychiatrie oder eines Facharztes für Nervenheilkunde und eines weiteren Arztes mit einer somatischen Facharztqualifikation**

# Prüfung Behandlungskonzepte

- › inhaltliche Diskussion im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen
- › in der Regel keine Prüfung, ob Behandlungskonzepte wirken

# Abschluss von Modellvorhaben/IGV Verträgen

- › Festlegung eigener Qualitätsparameter
- › freiwillige Vereinbarungen
- › in der Regel keine Vergleichsparameter





# Aufgaben des GBA



# Qualität in der Psychiatrie

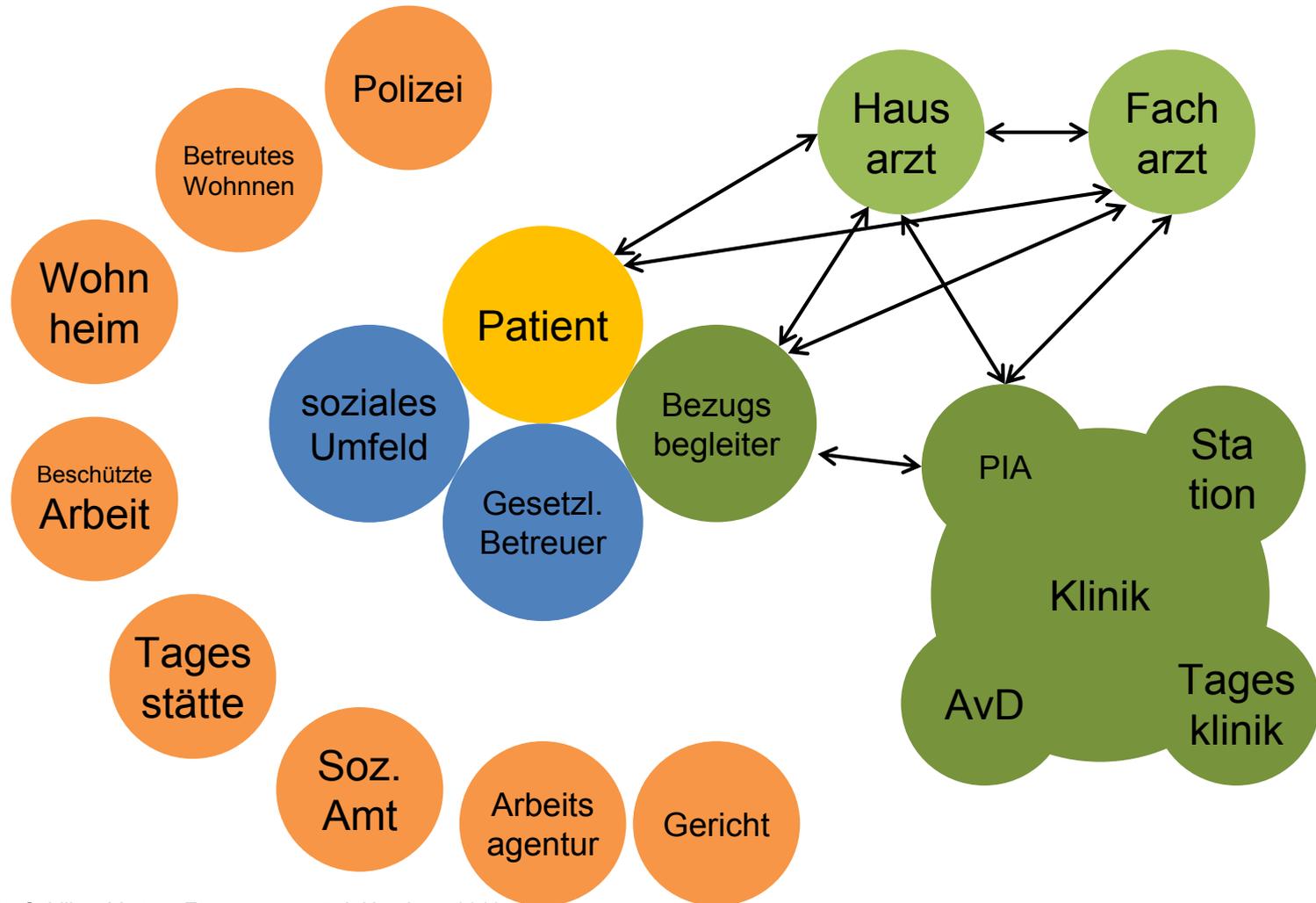
- › G-BA wird im Rahmen seiner Richtlinien nach § 137 SGB V die erforderlichen Maßnahmen zur Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der Psychiatrie festzulegen
  - › Indikatoren für die psychiatrische Versorgungsqualität sind zu entwickeln
  - › Die Umsetzung der Vorgaben soll in den Verfahren der "einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung" erfolgen.
- 
- › Zusätzlich und neu ist, dass der G-BA für die Psychiatrie auch Empfehlungen über die Ausstattung mit therapeutischem Personal in den stationären Einrichtungen abgeben soll



# Notwendigkeit einer sektorenübergreifenden QS

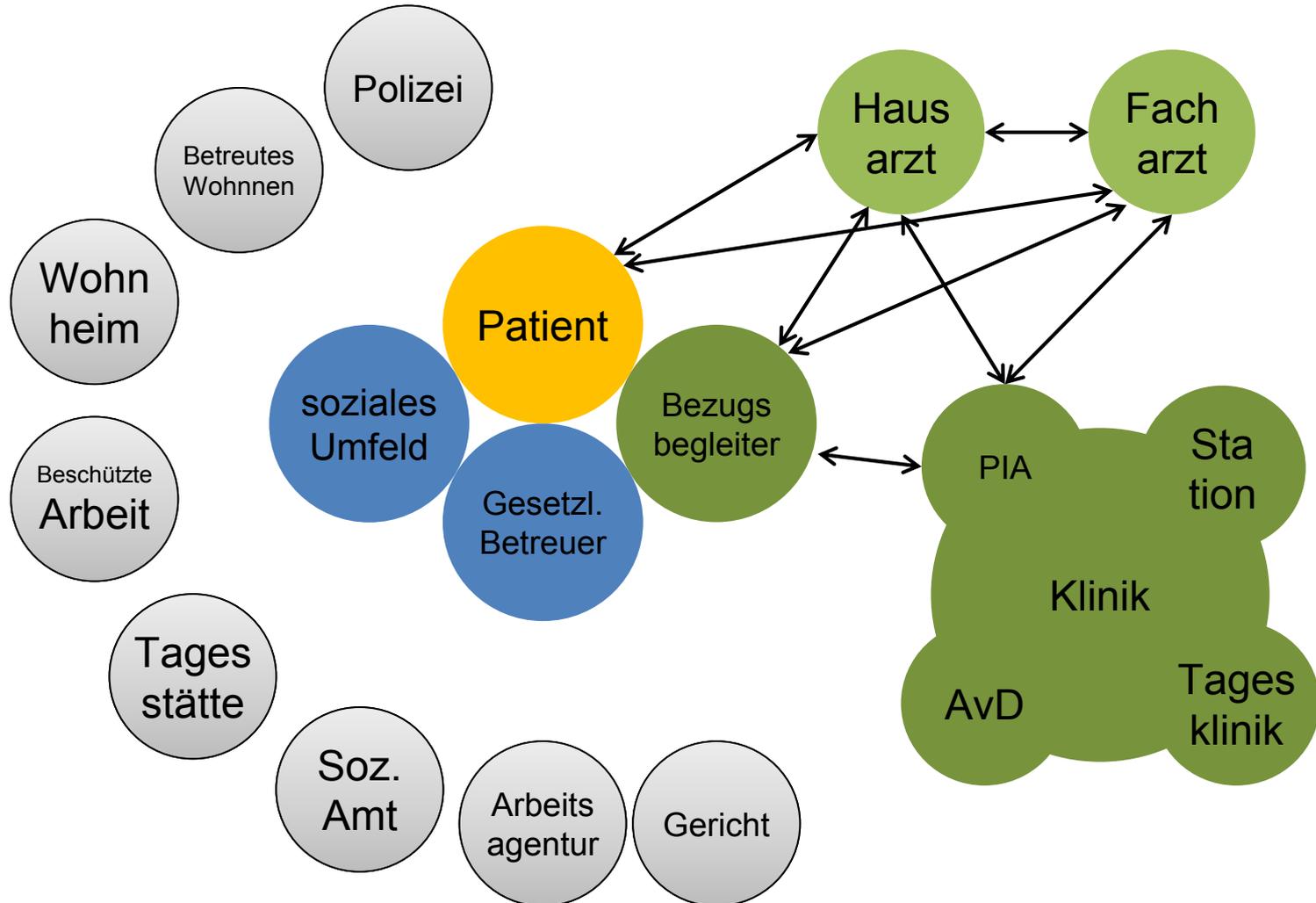


# Beteiligte Leistungserbringer



Quelle: Dr. Schillen, Vortrag Expertengespräch Hamburg 2012

# Beteiligte Leistungserbringer



Quelle: Dr. Schillen, Vortrag Expertengespräch Hamburg 2012



# sektorenübergreifende Qualitätsmessung



# Behandlungsziel

**Schnellst mögliche Erlangung eines Funktionsniveaus,  
dass den Patienten/in in die Lage versetzt,  
ein eigenbestimmtes Leben zu führen**

**Qualität**

**Kosten**

**Effizienz**

**Modelle nach § 64 b SGB V werden zentral  
wissenschaftlich evaluiert**

# wissenschaftliche Evaluation

## Die AOK in Deutschland

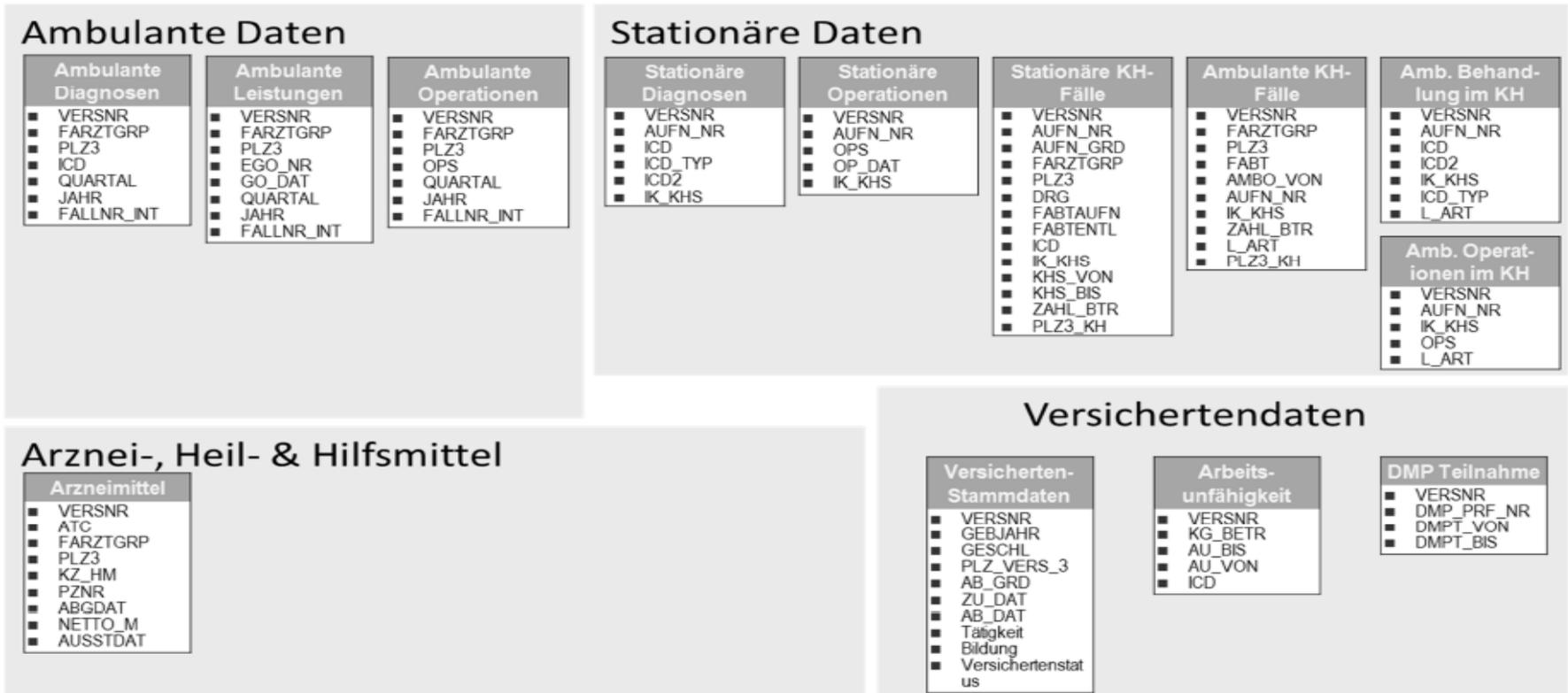


13 Modelle  
in 7 Bundesländern  
mit 25.000 Patienten mit  
130 Mio. € Budget

## weitere Ziele...

- › Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Menschen durch:
  - › Sektorenübergreifende Leistungserbringung
  - › am Behandlungsbedarf orientierte ganzheitliche Versorgung
  - › Behandlungskontinuität
  - › Versorgungsqualität verbessern
  - › Ressourceneinsatz zu optimieren
  - › Finanzielle Fehlanreize zu vermeiden.
  - › Umfang der stationären Versorgung verringern
  - › Behandlung im Lebensumfeld ermöglichen
  - › Weiterentwicklung Vergütungssystems nach § 17d KHG

# Kennzahlen auf Basis von Routine(kassen)daten



- › zzgl. Strukturdaten (KH Betten, Bettenmessziffern, Bevölkerungsdaten etc.)
- › Vertragsdaten (Vergütung)

# Outcomeparameter Routinedaten

Qualität

1. Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer
2. Art, Häufigkeit und Intensität ambulanter Leistungen
3. Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik
4. Abbrüchen des Kontakts schwer psychisch kranker Patienten zum psychiatrischen Versorgungssystem
5. Arzt und/oder Krankenhausshopping
6. Arbeitsunfähigkeitstage
7. Wiederaufnahmeraten
8. Mortalität



# Outcomeparameter Primärdaten

Qualität

1. Symptombelastung
2. Lebensqualität
3. Berufliche Integration
4. Behandlungszufriedenheit

**Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung Erfassung  
über Befragungen.**

# Outcomeparameter Routinedaten

## Kosten

1. medizinische Versorgungskosten
  - › Klinik (PIA/stationäre Kosten)
  - › KV/Facharzt und Hausarzt
  - › Medikamente/Heilmittel
  - › Krankengeld
2. nichtmedizinische Versorgungskosten
  - › Kosten anderer Leistungsbereiche außerhalb des SGB V

$$\text{ICER} = \frac{\text{Kosten Modell} - \text{Kosten Regelversorgung}}{\text{Outcome Modell} - \text{Outcome Regelversorgung}}$$

(ICER, „incremental cost-effectiveness ratio“). Die ICER bezeichnet das Verhältnis der Differenzen der Kosten und Outcomes beider Alternativen.

**Für die Messung von Effizienz auf Basis von Routinedaten ist eine Leistungs- und Kostentransparenz zwingende Voraussetzung**

# Adjustierung/Matching

## ► Elixhauser Gruppen (Auszug)

Variable	Definition nach ICD-10
Herzinfarkt	I21.x, I22.x, I25.2
Koronare Herzkrankheit	I09.9, I11.0, I13.0, I13.2, I25.5, I42.0, I42.5–I42.9, I43.x, I50.x, P29.0
Gefäßkrankheiten	I71.x, I73.1, I73.8, I73.9, I77.1, I79.0, I79.2, K55.1, K55.8, I85.8, Z95.9
Zerebrovaskuläre Erkrankungen	I60.x–I69.x
Demenz	F00.x, F01.x, F02.x, G31.1
Chronische Lungenerkrankung	J42.x, J43.x, J44.x, J67.x, J68.4, J70.1, J70.3
Rheumatische Krankheit	M05.x, M06.x, M31.x, M32.x, M35.1, M35.3, M36.0
Magengeschwür	K25.x–K28.x
Leichte Lebererkrankung	B18.x, K70.0–K70.3, K70.9, K71.3–K71.5, K71.7, K73.x, K74.x, K76.0, K76.2–K76.4, K76.8, K76.9, Z94.4
Schwere Lebererkrankung	I85.0, I85.9, I86.4, I98.2, K70.4, K71.1, K72.1, K72.9, K76.5, K76.6, K76.7
Diabetes ohne chronische Komplikationen	E10.0, E10.1, E10.6, E10.8, E10.9, E11.0, E11.1, E11.6, E11.8, E11.9, E12.0, E12.1, E12.6, E12.8, E12.9, E13.0, E13.1, E13.6, E13.8, E13.9, E14.0, E14.1, E14.6, E14.8, E14.9
Diabetes mit Komplikationen	E10.2–E10.5, E10.7, E11.2–E11.5, E11.7, E12.2–E12.5, E12.7, E13.2–, E13.5, E13.7, E14.2–E14.5, E14.7

allg. Krankheitslast

- Anzahl der Krankenhaustage mit F-Diagnose in den zwei bis drei Jahren vor Einschluss je Jahr
- Anzahl kodierter Grobdiagnosen (ICD-10-Kategorie F00–F09) in den zwei bis drei Jahren vor Einschluss je Jahr
- Anzahl kodierter Grobdiagnosen (ICD-10-Kategorie F10–F79) in den zwei Jahren vor Einschluss je Jahr (schließl. symptomatischer psychischer Störungen)
  - F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
  - F20-F29 Schizophrenie, schizotypen Störungen
  - F30-F39 Affektive Störungen
  - F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
  - F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
  - F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
  - F70-F79 Intelligenzstörung

Spez. Krankheitslast

Berücksichtigung folgender Parameter beim Matching (1:1, d.h. zu jeder Person in der Interventionsgruppe eine Beobachtung in der potentiellen Kontrollgruppe gematcht) zusätzlich zu den ersten drei Stellen der F-Diagnose:

- Alter und Geschlecht
- Region:
  - Stadt [Wohn-PLZ in Berlin, Hamburg, Köln, München, Stuttgart, Frankfurt am Main, Düsseldorf, Leipzig, Berlin-Brandenburg, Berlin-Brandenburg-Umlands],
  - stadtnah [Wohn-PLZ innerhalb 50 km von den oben genannten Städten],
  - stadtfern [sonstige Wohn-PLZ]
- Pflegestufe (wenn verfügbar)
- Berufsunfähigkeitsstatus zum Einschluss J/N (wenn verfügbar: aufgrund von F-Diagnose)
- Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage (wenn verfügbar: aufgrund von F-Diagnose) im Jahr vor Einschluss

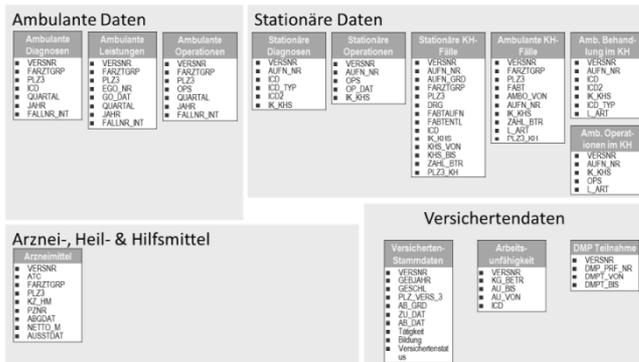
Patientenmerkmale

# Struktur der wissenschaftlichen Evaluation

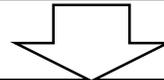
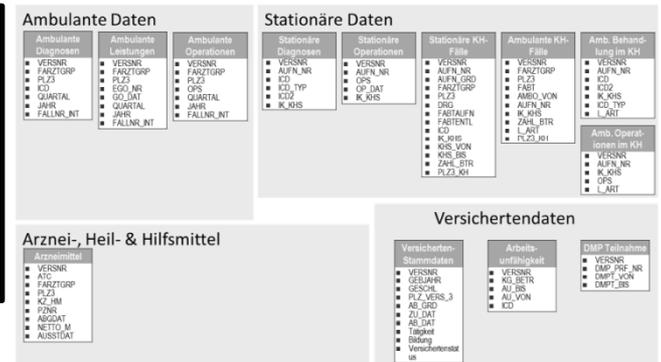
› anonymisierte Kassendaten

Routinedaten  
Kontrollgruppe

Routinedaten Modell



Adjustierung der Patienten  
(Vergleichbarkeit herstellen)



vergleichbarer Patient A

Messung Qualität,  
Kosten und Effizienz  
im Modell

=  
>  
<

Messung Qualität, Kosten  
und Effizienz in der  
Kontrollgruppe

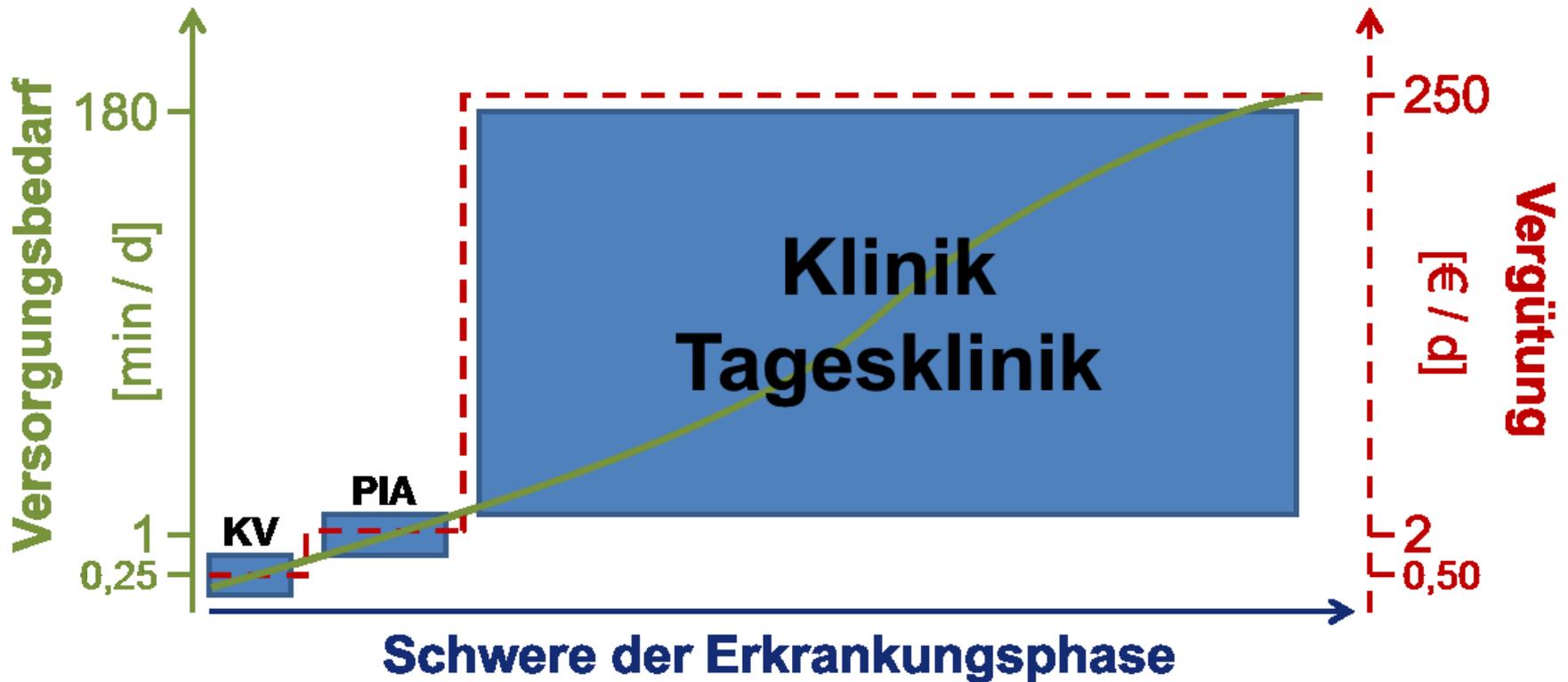




# Einfluss von Vergütungsanreizen



# große Preisunterschiede zwischen den Sektoren



Quelle: Dr. Schillen, Vortrag Expertengespräch Hamburg 2012

# Auswertung PIA Daten - Ziel

Im § 2 des Vertrages zur PIA heißt es:

Die Psychiatrische Institutsambulanz soll auch ermöglichen, Krankenhausaufnahmen zu vermeiden oder stationäre Behandlungszeiten zu verkürzen und Behandlungsabläufe zu optimieren, um dadurch die soziale Integration der Kranken zu stabilisieren. Das Instrument für die Erreichung dieser Ziele ist die Gewährleistung der Behandlungskontinuität.

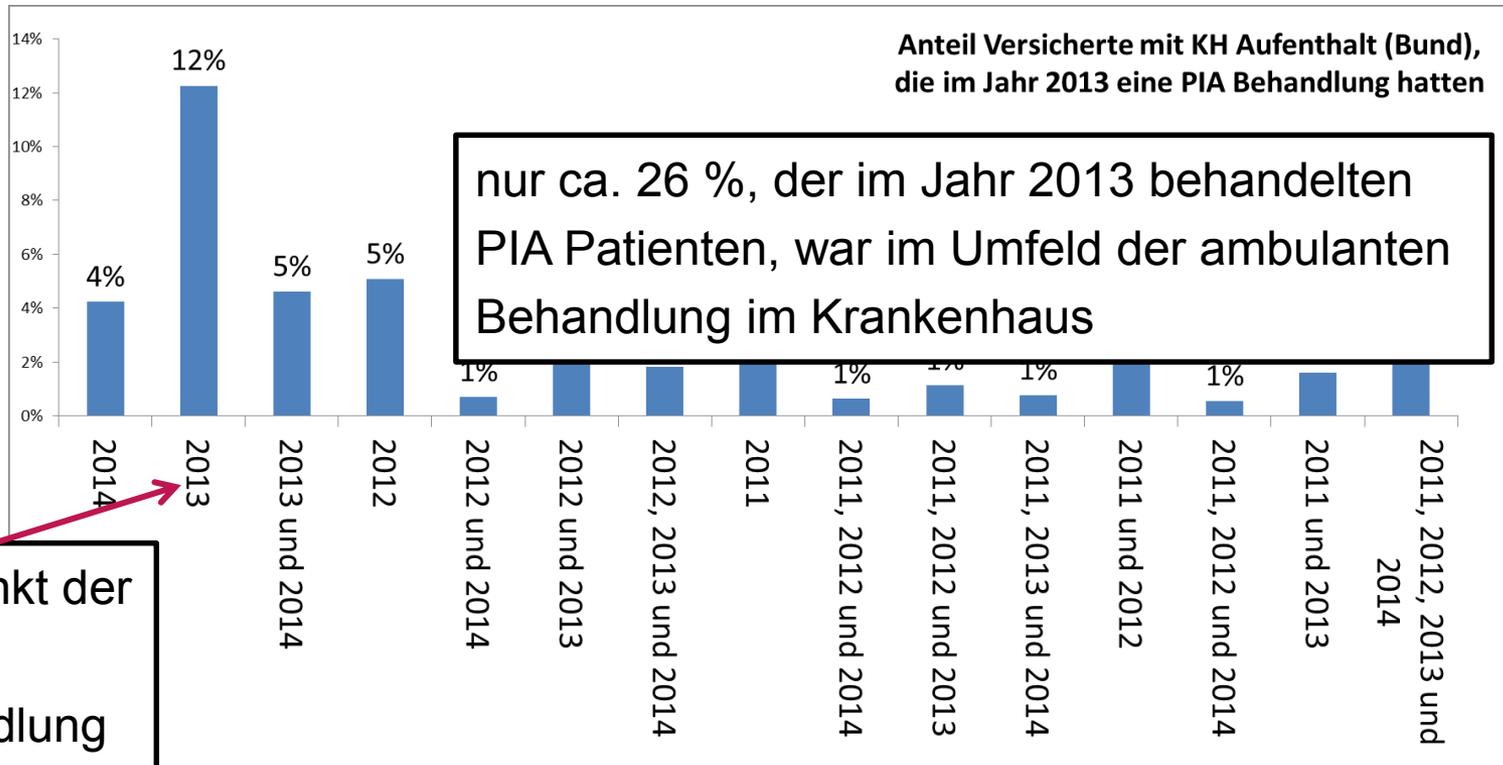
Es ist nicht Ziel der Ermächtigung von Psychiatrischen Institutsambulanzen, neben ambulanter außerklinischer Versorgung zusätzliche Angebote im Sinne von Doppelstrukturen aufzubauen.

# PIA-Vergütung nach Bundesländern

	Psych. KH	Anzahl der PIA	Vergütung				Vereinbarung	
			Quartalspauschale	Einzelleistung (EBM)	Einzelleistung (BY-Katalog)	Bemerkung	Landesweit	Einzelvertrag
Baden-Württemberg	90	45	45			Einmalkontakt/Mehrfachbeh.		45
Bayern	82	56			56		56	
Berlin	18	12	12					12
Brandenburg	19	19	19				19	
Bremen	5	5	5			einmalige Behandlung, Notfall		5
Hamburg	11	11	11					11
Hessen	46	36	35		1	Einmal- / Mehrfachkontakt		36
Mecklenburg-Vorpom.	15	16			16		16	
Niedersachsen	41	36	36			gestaffelt nach Behandlungst.	36	
Nordrhein-Westfalen	120	103	52	51		EBM mit Quartalspausch.		103
Rheinland-Pfalz	38	37	37					37
Saarland	8	9	9					9
Sachsen	28	30	2		28		2	28
Sachsen-Anhalt	21	27	9		18		9	18
Schleswig-Holstein	32	25	6	19		EBM mit Quartalspauschale		25
Thüringen	14	13	4		9			13
<b>Gesamt</b>	<b>588</b>	<b>480</b>	<b>282</b>	<b>70</b>	<b>112</b>		<b>138</b>	<b>342</b>

Quelle: GKV-Spitzverband, Auswertung der vdek-Vertragsdatenbank PIA 2012, Anzahl Krankenhäuser auf Basis der Daten nach § 21 KHEntg, 2011

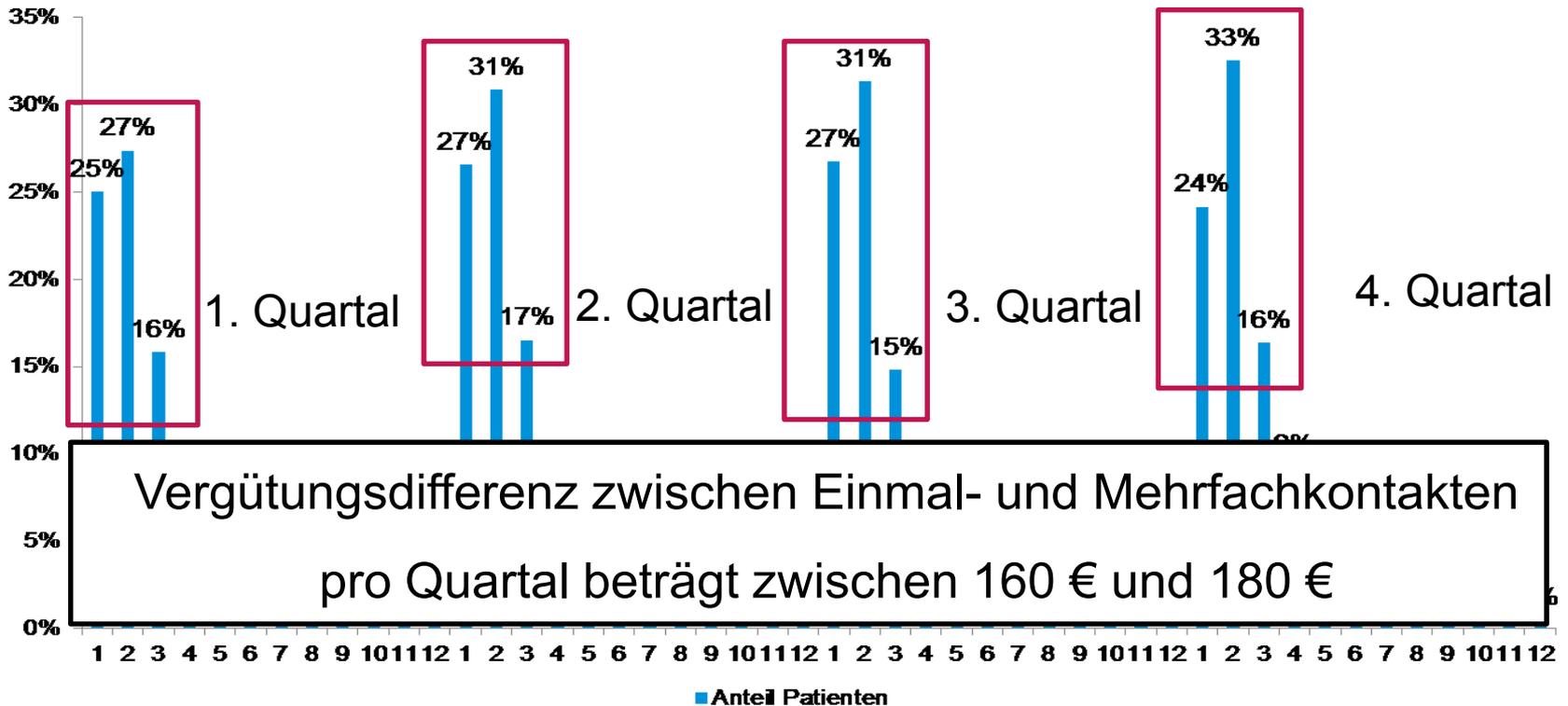
# Struktur der Leistungserbringung



› **55 % der Patienten**, die im Jahr 2013 in der PIA behandelt wurden, waren in den Jahren 2011 bis 2014 nicht in einem psychiatrischen Krankenhaus

# Struktur der Leistungserbringung

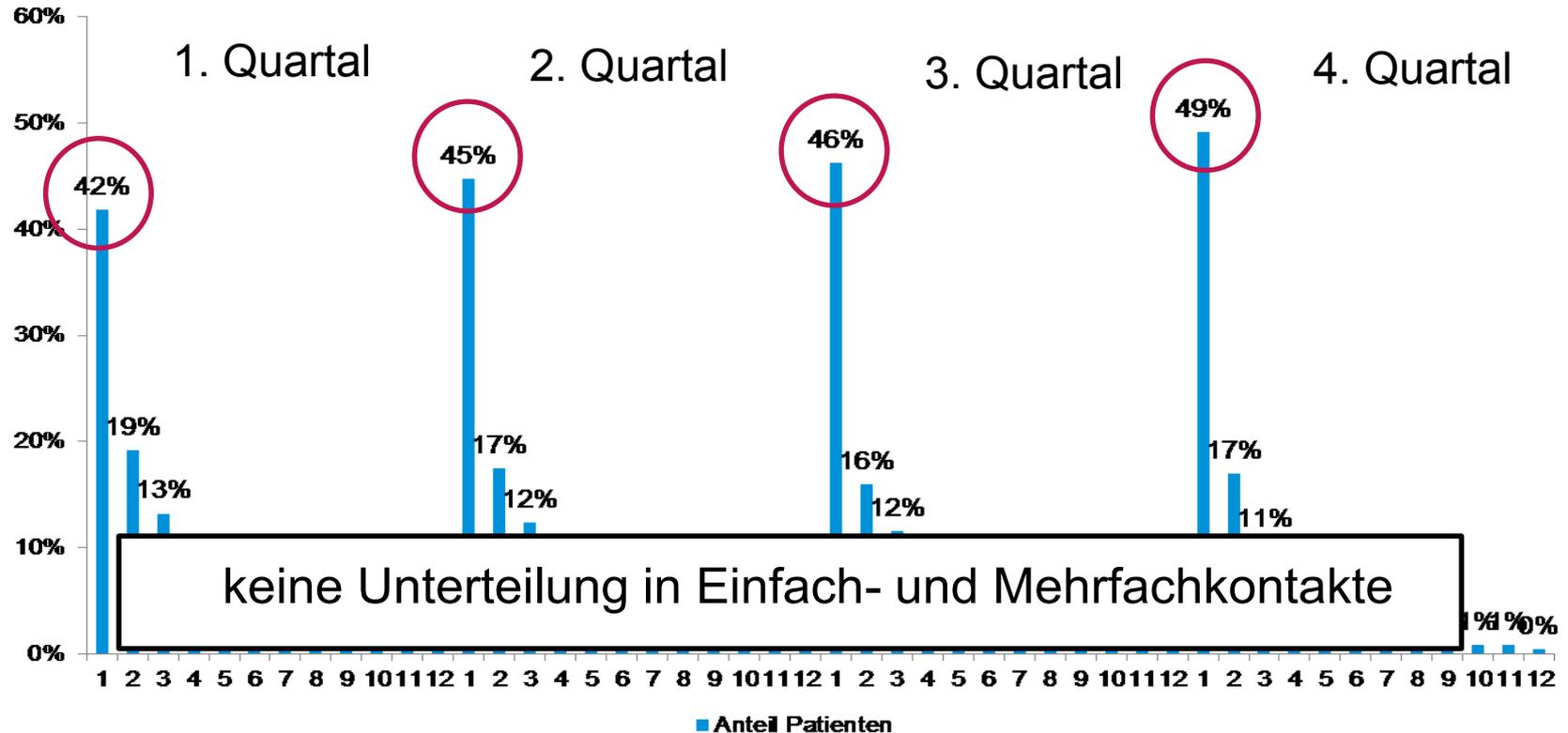
## Verteilung Patienten je Quartal nach Anzahl Kontakte Hessen



- › ca. 25 % der Patienten erhält einen Kontakt, fast 50 % zwei bis drei Kontakte, 25% 4 und mehr Kontakte - Datenjahr 2013

# Struktur der Leistungserbringung

**Verteilung Patienten je Quartal nach Anzahl Kontakte  
Berlin**



- › nahezu 50 % der Patienten erhält nur einen Kontakt, fast 30 % zwei bis drei Kontakte, nur 20% der Patienten erhalten 4 und mehr Kontakte – Datenjahr 2013



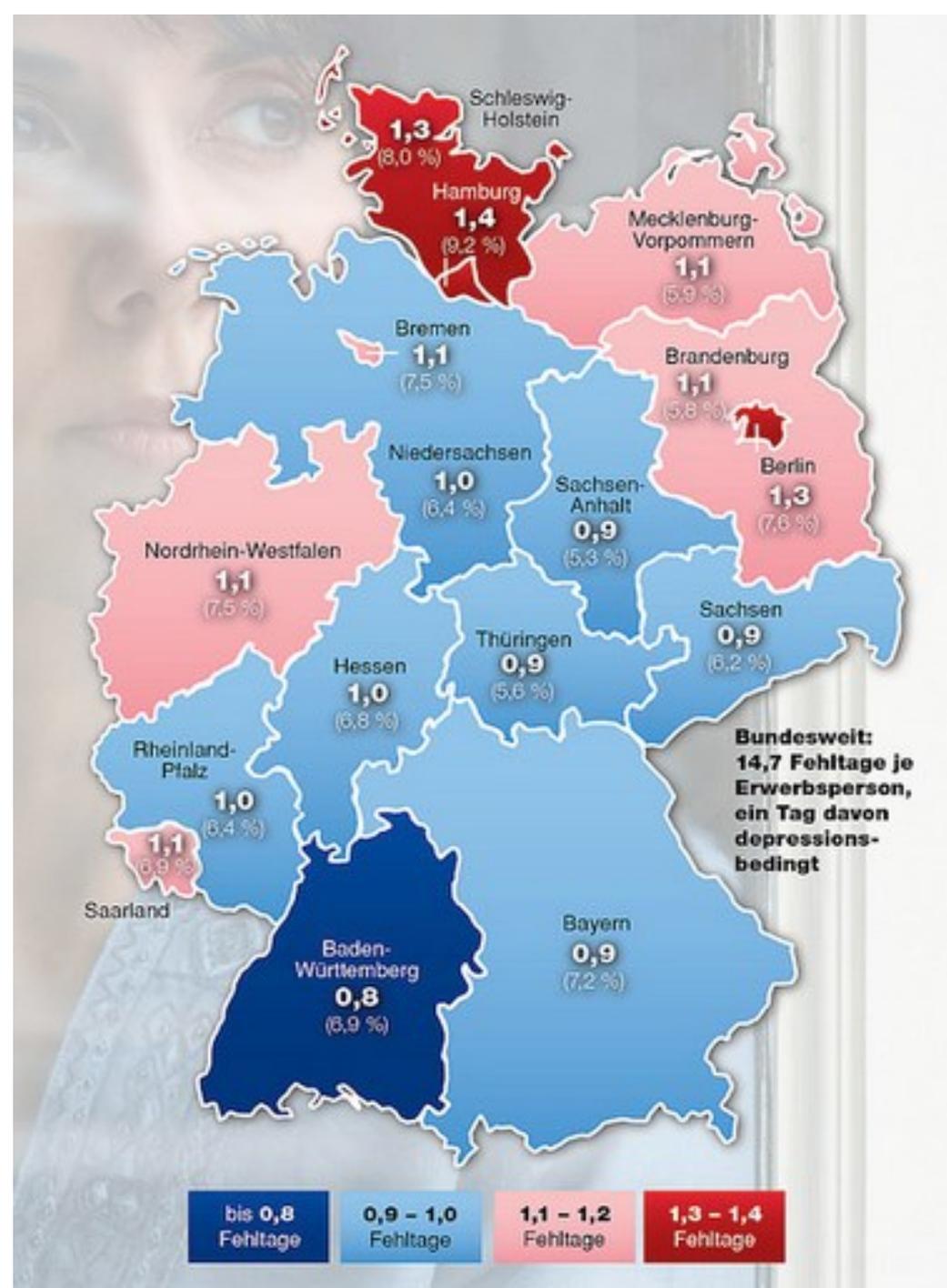
# Behandlungsstrukturen und -bedarf



# So depressiv ist Deutschland...

Fehltage aufgrund von  
Depressionen je  
Erwerbsperson nach  
Bundesländern 2013

Anteil der depressionsbedingten Fehlzeiten an  
den Gesamtfehlzeiten in Prozent –  
standardisiert nach Alter und Geschlecht



# Pillen für die Psyche

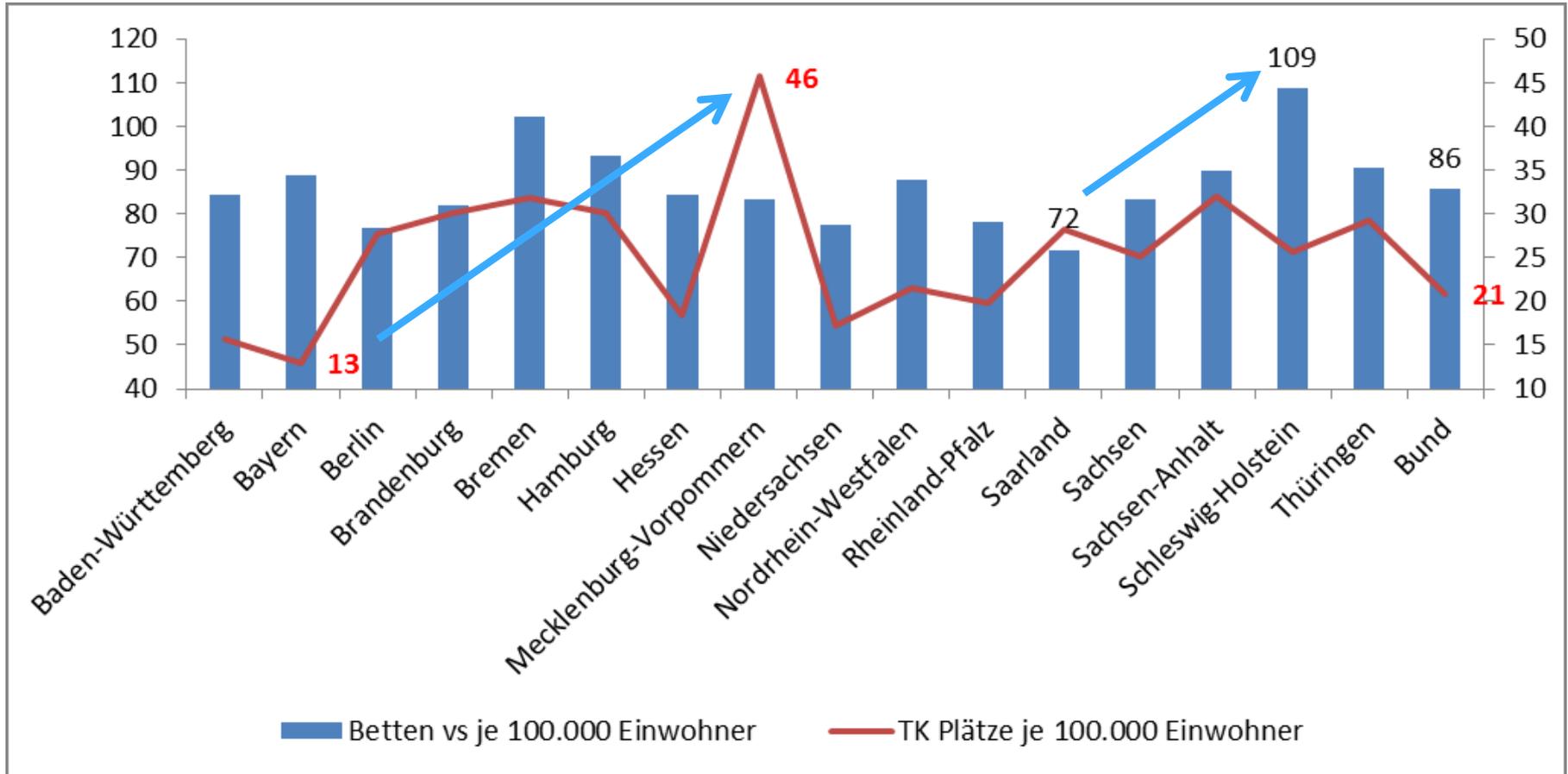
Verordnete Antidepressiva 2000 bis 2013 je Berufstätigen nach Geschlecht –  
Angaben in Tagesdosen\*

\* Tagesdosen: empfohlene Tageseinnahme eines Präparats



Grafik/Quelle: Depressionsatlas der Techniker Krankenkasse 2015

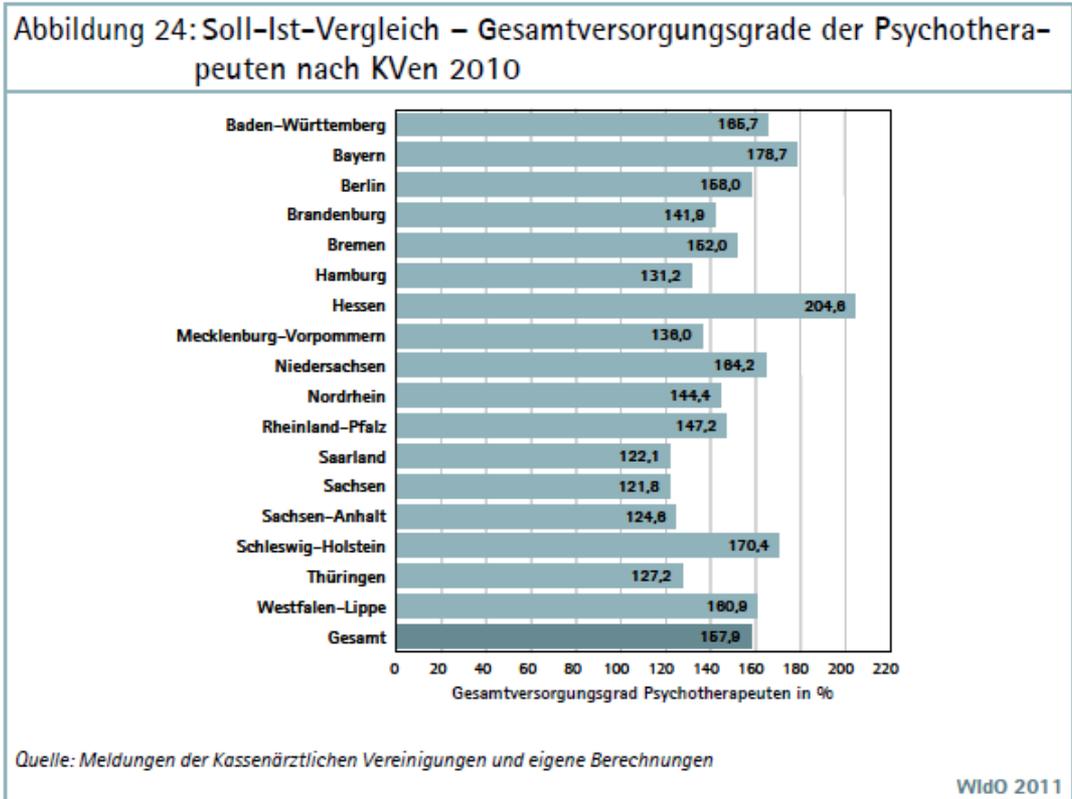
# Vorhaltung stationäre Kapazitäten



Quelle: Statistisches Bundesamt 2012



# Vorhaltung niedergelassene Psychotherapeuten



- <sup>3</sup> Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der Neufassung vom 15. Februar 2007, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2007 S. 3 491, zuletzt geändert am 15. Juli 2010 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2010 S. 3 954, in Kraft getreten am 27. November 2010



# Fazit



# Fazit

- › Behandlungsziel definieren
- › Qualitätsmessung auf Basis von Routinedaten
- › Kosten- und Leistungstransparenz ist Voraussetzung
- › Behandlungsstrukturen müssen sich stärker an der Krankheitslast der Region orientieren
- › Qualitätsparameter müssen kompatibel zu den bestehenden Finanzierungsanreizen sein
- › Ressourcenverbrauch für eine Behandlung muss sich am Patienten orientieren, nicht an den Ort der Leistungserbringung
- › Qualitätsparameter müssen sich in der Bemessung der Finanzierung wiederfinden



Göran Lehmann

Fachreferent stationäre Versorgung

Techniker Krankenkasse, Hamburg

mail: [goeran.lehmann@tk.de](mailto:goeran.lehmann@tk.de)

**Falls Sie noch  
Fragen haben...**

...stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

