

## Das neue Entgeltsystem und Behandlungspfade aus der Sicht der GKV

Standardisierungen in der Psychiatrie –  
Wirkung und Nebenwirkung

Münster,  
15. September 2010

Dr. Antje Haas  
GKV-Spitzenverband

## Agenda

- 1 Gesetzesauftrag und Umsetzungsstand
- 2 Leistungsbeschreibung und Behandlungsstandards
- 3 Empirie zu Tagen, Fällen oder Patienten
- 4 Behandlungspfade und Qualitätssicherung in der Psychiatrie

## KHRG-Auftrag (§ 17d KHG)

Für die Fachgebiete

- Psychiatrie und Psychotherapie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist ein

soll ein

durchgängiges,  
leistungsorientiertes und  
pauschalierendes Vergütungssystem

der allgemeinen Krankenhausleistungen auf der Grundlage  
von tagesbezogenen Entgelten eingeführt werden.

## Budgetneutrale Entwicklungsphase des neuen Psych-Entgeltsystems

- è Lediglich der Tagessatz für die Einrichtung bzw. für die Abteilung in fallgruppenspezifische Tagessätze umgewandelt.
- è Zunächst ohne Änderung des Erlösvolumens
- è datengestütztes Anpassungsjahr 2012 eingeschlossen
- è Das eigentliche Problem, die Vergütungssystematik nach dem budgetneutralen Übergang, hat der Gesetzgeber noch nicht angefasst.

## Fahrplan für die Einführung psychiatrischer Tagespauschalen



Dr. med. Antje Haas, GKV-Spitzenverband

## Agenda



- 1 Gesetzesauftrag und Umsetzungsstand
- 2 Leistungsbeschreibung und Behandlungsstandards
- 3 Empirie zu Tagen, Fällen oder Patienten
- 4 Behandlungspfade und Qualitätssicherung in der Psychiatrie

Dr. med. Antje Haas, GKV-Spitzenverband

## Kritische Transparenz mit dem neuen Entgeltsystem?



- è besonders kritische Daten in der Psychiatrie?
- è vergleichbarer Datenschutzbedarf in der Gynäkologie, auch Intensivmedizin und Infektiologie
- è Kodierverbote zu Selbstgefährdung, Misshandlung nicht vereinbar mit dem Willen, die entsprechenden Versorgungsleistungen auch vergütet zu bekommen
- è leistungsorientierte Vergütung erfordert Übermittlung der Leistungsdaten


Dr. med. Antje Haas, GKV-Spitzenverband

## Psych-PV – als OPS zu übermitteln



- è Die Idee der Psych-PV war die leistungsgerechte Bestimmung eines Budgets - möglicherweise Konvergenzbedarf im psychiatrischen Bereich geringer als im somatischen Bereich
- è Moderne Ansätze:
  - Ziel aufwandshomogene Gruppierung
  - alle Patienten in Gruppen
- è Eingruppierung nicht algorithmisch auf der Basis von Diagnosen und Prozeduren, sondern in subjektiver Erwartung eines Aufwandes - „Kopfgrouper“
- è kein lernendes System (Bsp. Psychotherapie, 4-er Gruppen)
- è normativer Charakter zu Regelaufgaben und Personalausstattung


Dr. med. Antje Haas, GKV-Spitzenverband



## Leistung und Vergütung

- ☞ Das Vergütungssystem erkennt nur, was im Rahmen definierter Klassifikationen kodiert wurde.
- ☞ Aber: Mehr Kodierung bedeutet insgesamt nicht mehr Geld für die Psychiatrie. Relativgewichte verteilen innerhalb §17d.
- ☞ Leistungen werden nicht nur mittels OPS, sondern auch über ICD und administrative Daten kodiert, mitgeteilt und differenziert vergütungsrelevant.
- ☞ OPS-Katalog:  
Ziel aufwandshomogene Gruppen ohne Einzelleistungsvergütung


Dr. med. Antje Haas, GKV-Spitzenverband 9



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

Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17 b KHG	→ wie bisher 9-40 ...9-41, Psychosoziale, psychosomatische, neuropsychologische und psychotherapeutische Therapien <b>Neu:</b> ausschließlich für „§ 17b“
Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17 d KHG	→ Neu ab ... ausschließlich für „§ 17d“ <i>...geht es besser?</i>
Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psych-PV liegen	→ Neu ab 2010, unabhängig von der Stichtagshebung zur Personalbemessung: Übermittlung der Einstufung bei Aufnahme und bei jedem Wechsel als OPS : 9-98


Dr. med. Antje Haas, GKV-Spitzenverband 10



## Türschilder im OPS 2010 (1)

- ☞ Vorbehalt des qualifizierten Entzugs?
  - OPS 8-985.- nur in §17b-Bereich kodierbar
- ☞ Psychotherapie in der Psychiatrie und Psychosomatik bei vergleichbaren Indikationen grundverschieden?
  - OPS 9-62 Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
  - OPS 9-63 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

Dr. med. Antje Haas, GKV-Spitzenverband 11



## Türschilder im OPS 2010 (2)

- ☞ Psychiatrischer Leistungsanteil in Somatik anders?
  - Behandlungsleistung bei Suizidalität und Missbrauchsfolgen §17d vergleichbar mit der in §17b
  - Aber Kodierverbot in §17b
- ☞ Somatik in Psychfächern anders?
  - OPS 9-642 Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

Dr. med. Antje Haas, GKV-Spitzenverband 12

## Bewertung OPS 2010 durch die GKV



- è Den Deutschen ist es nicht gegeben, einfache Lösungen zu finden.
- è Zu starke Inputorientierung.
- è Zu hoher Kodieraufwand in Richtung Leistungs-Vollerfassung.
- è Der Wochenbezug ist richtungsweisend für die Groupierung.

Dr. med. Antje Haas, GKV-Spitzenverband

13

## Leistungsabbildung unter Inputorientierung



- è Zeitbindung verschiedener Lohngruppen bleibt ohne ausreichende Information zum Behandlungsinhalt.
- è Der eigentliche Behandlungsinhalt wird nicht zum Splitt führen.
- è Abbildung von Therapieschulen ohne Berücksichtigung des Behandlungsergebnisses.
- è Maximierung des Behandlungsaufwandes wird ökonomisch sinnvoll, ethisches Gebot muss sich dagegen behaupten.
- è Unter den Bedingungen einer Tagespauschale Anreiz zur Verweildauerverlängerung.

Dr. med. Antje Haas, GKV-Spitzenverband

14

## Leistungsabbildung unter Patientorientierung



- è Wenn Patientorientierung gewählt würde:
  - Verlaufsdocumentation wird z.T. operationalisiert
  - Leistungsgerechtigkeit in Vergütung wird möglich
  - Erfolg verschiedener medizinischer Schulen wird transparent
- è Weiterentwicklung medizinischer Leitlinien
- è Überwindung struktureller und funktionaler Dichotomisierung
- è Neben Tagespauschalen evtl. weitere Formen alternativer Abrechnungseinheiten möglich

Dr. med. Antje Haas, GKV-Spitzenverband

## Differenzierung der Intensivmerkmale



Vorschlag GKV - Spitzenverband

Besonderer Intensivbehandlungsaufwand

- è Besondere Patientenmerkmale (akute Fremdgefährdung, bei akuter schwerwiegende Antriebssteigerung, akute schwerwiegende Antriebsminderung, akute Selbstgefährdung durch fehlende Orientierung)
- è engmaschig erforderlicher Patientenkontakt
- è häufige, nicht planbare und zeitlich begrenzte Einzelkontakten
- è Nicht gruppenfähig

Aussagekräftig.  
Auch ohne Minutentakt.

Dr. med. Antje Haas, GKV-Spitzenverband

## Wünschenswerte Grundprinzipien



- è Vergleichbarer Behandlungsaufwand wird fächerunabhängig abgebildet, keine Extrakodes für Geronto- oder Suchtpsychiatrie oder Tagesklinik
- è Abteilungs-Definitionen nicht in den OPS zu übertragen
  - keine Türschild - OPS für Psychotherapiestationen oder Psychosomatische Stationen
  - Psychotherapeutische Behandlungen werden unabhängig vom Ort der Erbringung als psychotherapeutische Leistungen verschlüsselt.
- è keine reine Inputorientierung, sondern Orientierung an Patientenmerkmalen mit paralleler Entwicklung einheitlicher Therapiestandards

## Agenda



- 1 Gesetzesauftrag und Umsetzungsstand
- 2 Leistungsbeschreibung und Behandlungsstandards
- 3 Empirie zu Tagen, Fällen oder Patienten**
- 4 Behandlungspfade und Qualitätssicherung in der Psychiatrie

## Risiken und Nebenwirkungen jeder Tagespauschale

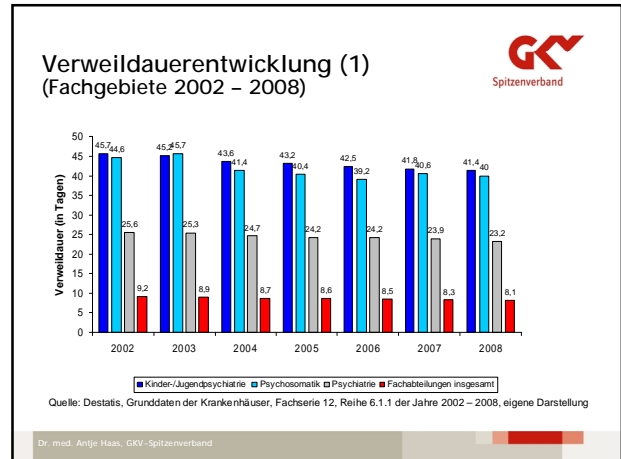
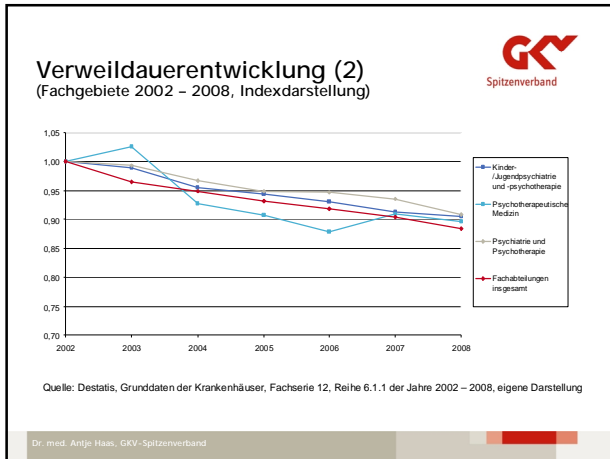


- è Tagespauschalen mit inhärentem Anreiz zur Verweildauerverlängerung
- è systematische Benachteiligung von Krankenhäusern, die die gleiche Behandlungsleistung in drei statt vier Wochen erbringen.
- è Alternativen:
  - Fallpauschale
  - Zeitpauschalen (Quartals-, Jahrespauschale)
  - Regionalbudgets

## Warum über Fallpauschalen nachdenken?



- è Integrationsbedarf von §17b und §17d-Bereichen
  - Gerontopsychiatrie
  - Psychosomatik
- è fall- oder episodenzugehörige Vergütung auch im Sinne der Patienten
- è Welche Patientengruppen geeignet?
- è nur wenn entsprechende Qualitätssicherung funktioniert



### Fächer und Verweildauern

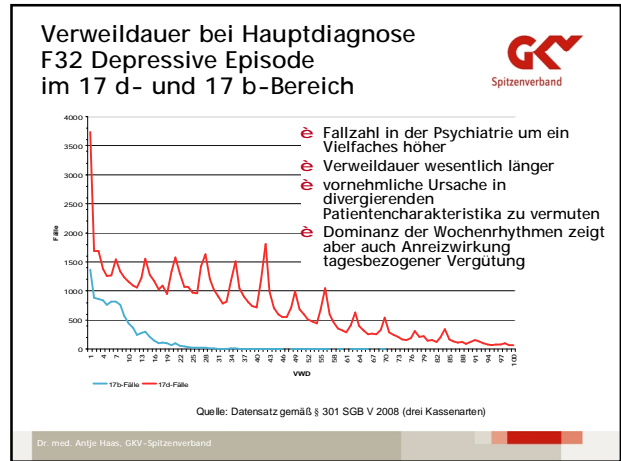
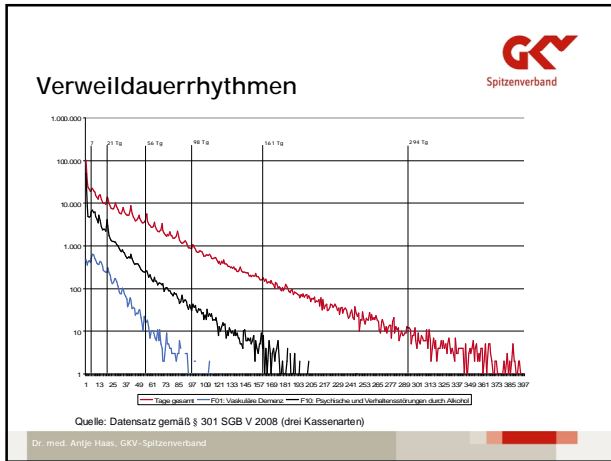
- ☞ große Unterschiede in den Verweildauern
- ☞ Transparenz der Diagnose- und Leistungsdaten wird Unterschiede, aber auch Ähnlichkeiten in den Patientenspektren zeigen
- ☞ Fragen:
  - Inwieweit sind Verweildauerunterschiede gerechtfertigt?
  - Welche anerkannten Therapiestandards und Leitlinien werden verfolgt?
  - Welches Behandlungsergebnis (bei sektorübergreifender Perspektive) kann erreicht werden?
- ☞ Antworten nur möglich, wenn die Leistungsabbildung Vergleichbarkeit schafft.
- ☞ Voraussetzung ist, dass die Qualitätssicherung des G-BA alle vergleichbaren Therapiebereiche gleichermaßen erfasst.

Dr. med. Antje Haas, GKV-Spitzenverband

### Auswertung von 301-Daten

- ☞ Abrechnungsdaten von drei Kassenarten nach § 301 SGB V für Versicherte die im Zeitraum 2008 – 1. Halbjahr 2009 behandelt wurden.
- ☞ 85% der GKV-Versicherten Deutschlands enthalten.
- ☞ Abgrenzungskriterien:
  - alle Krankenhausfälle mit F-Diagnose (Haupt- oder Nebendiagnose) und
  - alle Krankenhausfälle mit Behandlung in psychiatrischer Fachabteilung (nach § 301 Schlüssel).

Dr. med. Antje Haas, GKV-Spitzenverband



### Arbeitsteilung und Leitlinien

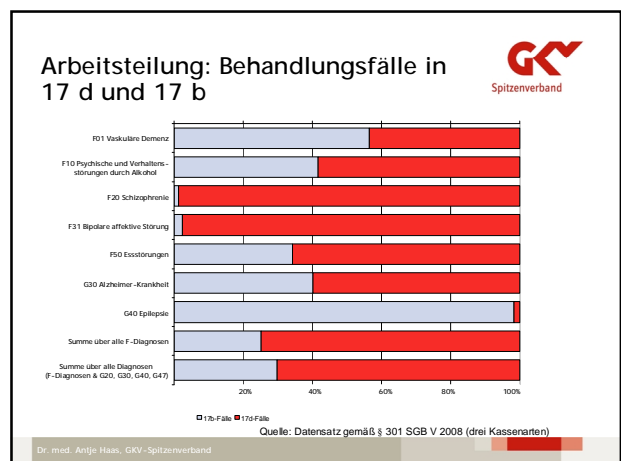
- Versorgung psychiatrischer Morbidität nicht ausschließlich in psychiatrischen Einrichtungen
- keine klare Arbeitsteilung zwischen dem § 17 d- und dem § 17 b-Versorgungsbereich
- erheblicher Anteil der psychiatrischen Fälle gegenwärtig im § 17 b-Bereich – also mit Fallpauschalen – versorgt
- Psychiatrie(fächer)übergreifende Leitlinien?

Bsp.:

- F01 „Vaskuläre Demenz“: mehr als die Hälfte der Behandlungsfälle in der Somatik
- Alzheimer-Krankheit (G30), Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) und Esstörungen (F50) : ca. 40 % der jeweiligen Behandlungsfälle im § 17 b-Bereich
- Schizophrenie (F20) und Bipolare affektive Störungen (F31) zu über 95 % in § 17 d-Abteilungen und -Kliniken

Quelle: Datensatz gemäß § 301 SGB V 2008 (drei Kassenarten)

Dr. med. Antje Haas, GKV-Spitzenverband



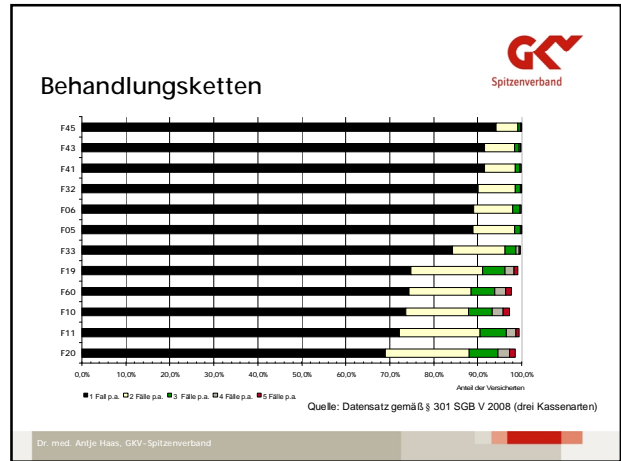
**GKV**  
Spitzenverband

## Prüfaufträge

- ☞ Einbeziehung der Leistungen von psychiatrischen Institutsambulanzen
- ☞ Andere Abrechnungseinheiten für bestimmte Leistungsbereiche
  - Tag
  - Quartal / Jahr
  - Fall

?

Dr. med. Antje Haas, GKV-Spitzenverband



**GKV**  
Spitzenverband

## Multimorbidität und Leitlinien

- ☞ Multimorbidität macht leitlinienorientierte Behandlung sehr viel komplizierter
- ☞ derzeit keine suffiziente Analyse von Multimorbidität im stationären und ambulanten Psychiatriesektor möglich
- ☞ Ursache: Unterkodierung
- ☞ Diagnosen und Prozeduren

Dr. med. Antje Haas, GKV-Spitzenverband

**GKV**  
Spitzenverband

## Kodierquantität Diagnosen (Anteil in % aller Fälle)

Psychiatrie	Nur Haupt-Diagnose	Nebendiagnosen				
		1	2	3	4	< 4
<b>Fachkliniken</b>						
Allgemein	40%	26%	15%	8%	5%	6%
Kinder/Jugend	49%	31%	13%	5%	2%	1%
Psychosomatik	34%	15%	14%	11%	8%	18%
<b>Fachabteilungen</b>						
Allgemein	35%	25%	16%	9%	6%	9%
Kinder/Jugend	45%	30%	15%	6%	3%	2%
Psychosomatik	23%	24%	19%	13%	8%	14%
<b>Gesamt</b>						
Psychiatrie	37%	25%	15%	9%	5%	8%
<b>Zum Vergleich (DRG-Bereich)</b>						
Unfallchirurgie	13%	19%	15%	13%	10%	31%
Innere Medizin	7%	9%	11%	11%	11%	51%

Quelle: Daten gemäß § 301 SGB V 2008 (drei Kassenarten)

Dr. med. Antje Haas, GKV-Spitzenverband



## Agenda



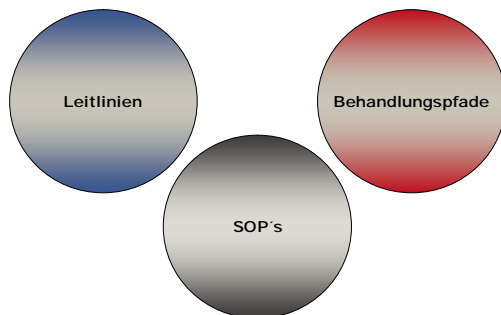
- 1 Gesetzesauftrag und Umsetzungsstand
- 2 Leistungsbeschreibung und Behandlungsstandards
- 3 Empirie zu Tagen, Fällen oder Patienten
- 4 Behandlungspfade und Qualitätssicherung in der Psychiatrie

## Besonderheiten = Befürchtungen



- è Frage nach Standardisierbarkeit der psychiatrischen Behandlung
- è Verlust der therapeutischen Freiheit
- è Unterwerfung unter QS-Maßnahmen werden als Kontrolle erlebt
- è „80:20 Regel“ – Umgang mit den 20%

## Möglichkeiten und Grenzen standardisierter Prozessorganisation



## LL, Pfade und SOP beeinflussen Entscheidungsmerkmale



- è Vielzahl von ärztlichen Entscheidungen betroffen.
- è Multipersonalität ärztlicher Arbeit im Krankenhaus benötigt einerseits standardisierte Prozessabläufe zur Qualitätssicherung und Prozesskostenbegrenzung und erschwert andererseits standardisierte Prozessabläufe.
- è LL/BP/SOP sollen den Entscheidungsprozess verkürzen.
- è Beitrag zum Abbau von Informationsdifferenzen bei multipersonalen Prozessen.
- è Prozessstandards dürfen das Maß an Ungewissheit nicht vergrößern.

## Prozessstandardisierung und Qualität



Eine Prozessstandardisierung in der Medizin wird erschwert durch die unklare Definition von Qualität:

- Keine Soll-Definition von Behandlungsqualität
- messtechnische Schwierigkeiten bei Qualität
- Hermeneutisches Qualitätsverständnis kommt den Patientenbedürfnissen nahe, aber
  - Probleme in Messung von Lebensqualität
  - Probleme in Messung kommunikativer Qualität
- Hoher Aufwand
  - Keine Qualitätsmessung mittels Routinedaten etabliert

Dr. med. Antje Haas, GKV-Spitzenverband

## Psychiatrie vergleichbar mit Somatik bezüglich der QS?



durchaus, in beiden Bereichen

- è macht die Verweildauerverkürzung den Fallbezug ungeeignet für eine zeitgemäße Qualitätssicherung
- è wachsende Bedeutung chronischer Leiden neben akuten Erkrankungen (siehe Anteil z.B. psychischer Störungen an der AU-Statistik)
- è Messung von Qualität methodisch sehr aufwändig
- è Vermeidung von Extradatenerfassung notwendig

Dr. med. Antje Haas, GKV-Spitzenverband

## Qualitätssicherung



Stationäre QS in der Psychiatrie

- è BQS-Verfahren: kein einziges Verfahren aus der Psychiatrie
- è lokale Vertragsinhalte
- è wissenschaftliche Arbeiten

Ambulante QS in der Psychiatrie

- è G-BA Unterausschuss
- è Strukturanforderungen / Inhalte zur Bedarfsplanung
- è lokale Vertragsinhalte

Dr. med. Antje Haas, GKV-Spitzenverband

29

## Patientencharakteristika und Vergleichbarkeit von Behandlungsergebnissen



- è Elimination des Einflusses von patientenassoziierten Faktoren  
= Voraussetzung für Fairness, andernfalls droht Rosinenpicken

Methoden

- è Stratifizierung (Alter, Diagnosegruppen, Inanspruchnahme, Rezidive), cave Problem kleiner Fallzahlen
- è Multivariate Casemix-Adjustierung per Regressionsanalyse (Dg, Komorbidität, Schweregrad, Funktionalität, Soziodemografie)
- è Bei Dynamik von Patientenmerkmalen und auch von Qualitätszielen: Benchmarks in Form von Perzentilen statt %

Dr. med. Antje Haas, GKV-Spitzenverband

## Standardisierte Prozessorganisation und Wettbewerb



Leitlinien stehen im Spannungsfeld wettbewerblichen Handelns:

- ☞ Wettbewerb unter Versorgern nur eingeschränkt unter Tagessätzen und Tagespauschalen
- ☞ Zukunft mit Selektivverträgen elektiver Versorgungsleistungen als Einkaufsmodell für Krankenkassen
- ☞ Dann zur Sicherung der angestrebten Versorgungsqualität krankenhausspezifische Leitlinien als Vertragsbestandteile zwischen Kostenträgern und Leistungsanbietern.

Dr. med. Antje Haas, GKV-Spitzenverband



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Dr. med. Antje Haas, GKV-Spitzenverband