



# Ausgestaltung des Psych-Entgeltsystems

Stuttgart, 18. Juli 2012

Dr. Frank Jagdfeld

# Agenda



- Psych-Entgeltgesetz
- Qualitätssicherung
- PEPP-Klassifikation

# Änderung des SGB V



**neu:** „§ 64b Modellvorhaben zur psychiatrischen oder psychosomatischen Versorgung“

§ 118 **neuer** Absatz 3: psychosomatische PIA

§ 137 **neuer** Absatz 1d: Qualitätssicherung durch G-BA

## § 64b

# Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen



(1) Gegenstand von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 1 oder 2 kann auch die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen sein, die auf eine Verbesserung der Patientenversorgung oder der sektorenübergreifenden Leistungserbringung ausgerichtet ist, einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld. In jedem Land soll unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie mindestens ein Modellvorhaben nach Satz 1 durchgeführt werden; dabei kann ein Modellvorhaben auf mehrere Länder erstreckt werden. Eine bestehende Verpflichtung der Leistungserbringer zur Versorgung bleibt unberührt. § 63 Absatz 3 ist für Modellvorhaben nach Satz 1 mit der Maßgabe anzuwenden, dass von den Vorgaben der §§ 295, 300, 301 und 302 sowie von § 17d Absatz 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht abgewichen werden darf. § 63 Absatz 5 Satz 1 gilt nicht. Die Meldung nach Absatz 3 Satz 2 hat vor der Vereinbarung zu erfolgen.

# § 118 Absatz 3



„(3) Absatz 2 gilt für psychosomatische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbständig, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung entsprechend.“

-----

(2) Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung **sind** zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung der im Vertrag nach Satz 2 vereinbarten Gruppe von Kranken **ermächtigt**. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung **legen in einem Vertrag die Gruppe psychisch Kranker fest, die wegen ihrer Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der ambulanten Behandlung durch die Einrichtungen** nach Satz 1 **bedürfen**. [...] Für die Qualifikation der Krankenhausärzte gilt § 135 Abs. 2 entsprechend.

# § 137 Absatz 1c



„Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest und beschließt insbesondere Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischem Personal sowie Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in diesem Bereich. Er hat die Maßnahmen und Empfehlungen nach Satz 1 bis spätestens zum 1. Januar 2017 einzuführen. Bei Festlegungen und Empfehlungen nach Satz 1 für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung hat er die Besonderheiten zu berücksichtigen, die sich insbesondere aus den altersabhängigen Anforderungen an die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ergeben. Informationen über die Umsetzung der Empfehlungen zur Ausstattung mit therapeutischem Personal und die nach der Einführung mit den Indikatoren nach Satz 1 gemessenen und für eine Veröffentlichung geeigneten Ergebnisse sind in den Qualitätsberichten nach Absatz 3 Nummer 4 darzustellen.“

# Beauftragung des AQUA-Instituts



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

**Beschluss**  
**des Gemeinsamen Bundesausschusses**  
**über eine Beauftragung der Institution nach § 137a SGB V:**  
**Entwicklung eines sektorenübergreifenden**  
**Qualitätssicherungsverfahrens zur**  
**Versorgung bei psychischen Erkrankungen**

vom 15. März 2012

# Umfang der Beauftragung



- a) generischer Teil: Qualitätsindikatoren, die die gesamte Versorgungskette abbilden
- b) spezifischer Teil: Qualitätsindikatoren mit besonderem Bezug zur Prozess- und Ergebnisqualität bei einzelnen psychischen Erkrankungen mit schwerem Verlauf
- c) Entwicklung von Instrumenten, die die Erfahrungen der Patienten und Patientinnen selbst als auch die der betroffenen Angehörigen mit dem Fokus auf Prozess- und Ergebnisqualität abbilden



# zu berücksichtigende Eckpunkte



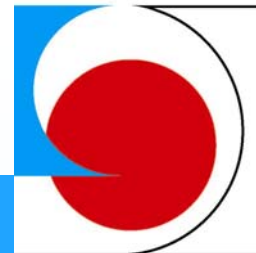
1. Ethische Aspekte
2. Sektorenübergreifender Ansatz
3. Ergebnis- und Prozessqualität stehen im Fokus
4. Krankheitsspezifische Aspekte
5. Besondere Berücksichtigung der Schnittstellen an den Sektorenübergängen
6. Verwendung von Routinedaten

# Projektstand AQUA – 2. Juli 2012



## Bisher beauftragte Verfahren mit Projektstand





## Spezifische Versorgungssicht: Personenbezogener Verlauf sektorenübergreifend



### Quellen

- Routinedaten der Krankenkassen
- Datenerhebungen der Leistungserbringer
- Patienten- und Angehörigenbefragungen

### Fragen

- Was sind relevante Outcomes?
- Was sind relevante Prozesse?

# AQUA Bewertungsmatrix - spezifischer Teil



# Mögliche Zielgruppen: Schwere und schwerste Verläufe



- **Schwere psychische Erkrankung/Severe Mental Illness**
  - Definition: Nicht-organische Psychose + Funktionseinschränkung + Inanspruchnahme
- **Depression**
  - Schwerer Verlauf: eventuell AU und/oder Inanspruchnahme stationärer Leistungen
- **Psychisch kranke alte Menschen (Depression und Demenz)**
  - Schwerer Verlauf: Pflegebedürftigkeit und Inanspruchnahme
- **Essstörungen: Anorexie**
  - Schwerer Verlauf: Unterernährung



# severe and persistent mental illness



Definition and prevalence of severe and persistent mental illness.

Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi G, Tansella M.

Br J Psychiatry. 2000 Aug;177:149-55.

“a diagnosis of any  
non-organic psychosis”

“dysfunction, as measured by the Global  
Assessment of Functioning (GAF) scale,  
...(a GAF score of 50 or less...)”

“a duration of treatment of  
two years or more”



pauschalierte Entgelte für Psychiatrie & Psychosomatik

PEPP – System

# Tages- Gruppierung



Fall (Diagnosen)

Episode (Psych-PV)

Episode (Psych-PV)

Woche  
(Therapiekode)

Woche  
(Therapiekode)

Woche  
(Therapiekode)

Tag  
(OPS)

Tag  
(OPS)

Tag  
(OPS)

Tag  
(OPS)

Tag  
(OPS)

Tag  
(OPS)

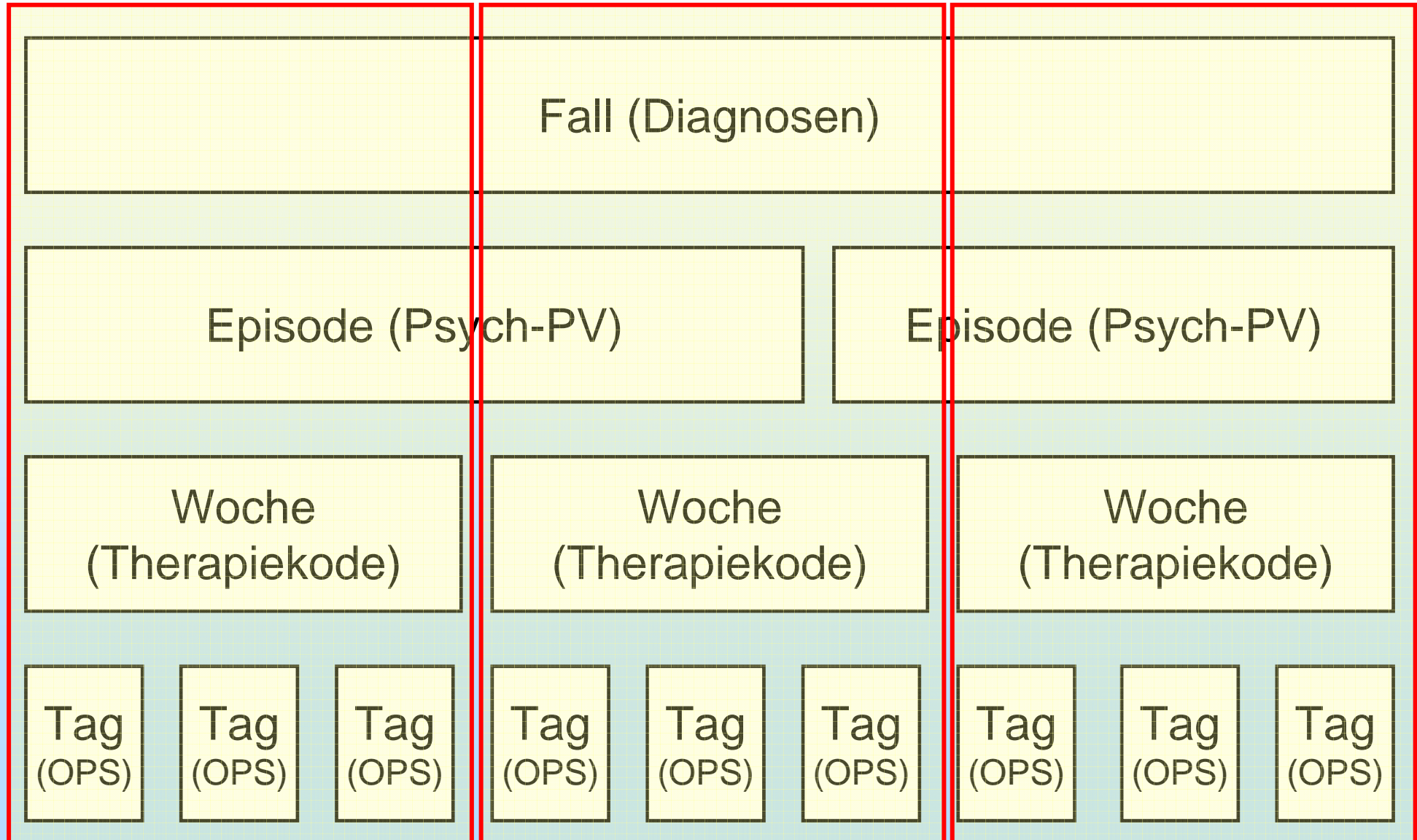
Tag  
(OPS)

Tag  
(OPS)

Tag  
(OPS)



# Wochen- Gruppierung



# Fall- Gruppierung



Fall (Diagnosen)

Episode (Psych-PV)

Episode (Psych-PV)

Woche  
(Therapiekode)

Woche  
(Therapiekode)

Woche  
(Therapiekode)

Tag  
(OPS)

Tag  
(OPS)

Tag  
(OPS)

Tag  
(OPS)

Tag  
(OPS)

Tag  
(OPS)

Tag  
(OPS)

Tag  
(OPS)

Tag  
(OPS)

# Ergänzungsvereinbarung vom 16.03.2012 zur Einführung des Psych-Entgeltsystems



§ 1 Fallbezogene Gruppierung für Tagespauschalen

§ 2 Grundsätze für die Systementwicklung

§ 3 Wiederaufnahme

§ 4 Verlegung

§ 5 Wechsel von voll- und teilstationärer Behandlung

§ 6 Entlassungs- und Verlegungstag

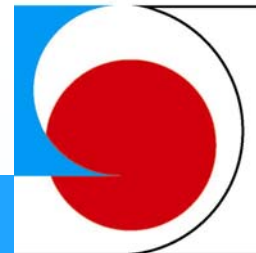
§ 7 Belastungserprobung und Beurlaubungen



## **Systematische Analysen auf Fallebene**

### Vorgehensweise

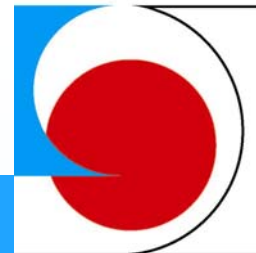
- Gruppierung auf Basis von:
  - Diagnosen (ICD-10-GM 2011)
  - Prozeduren (OPS 2011)
  - Fachabteilung (FAB-Schlüssel)
  - Alter
  - Aufnahmegrund (Teil- / Vollstationär)
  - Verweildauer (Pflegetage)
  - ...



# Kalkulation Tag versus Fall

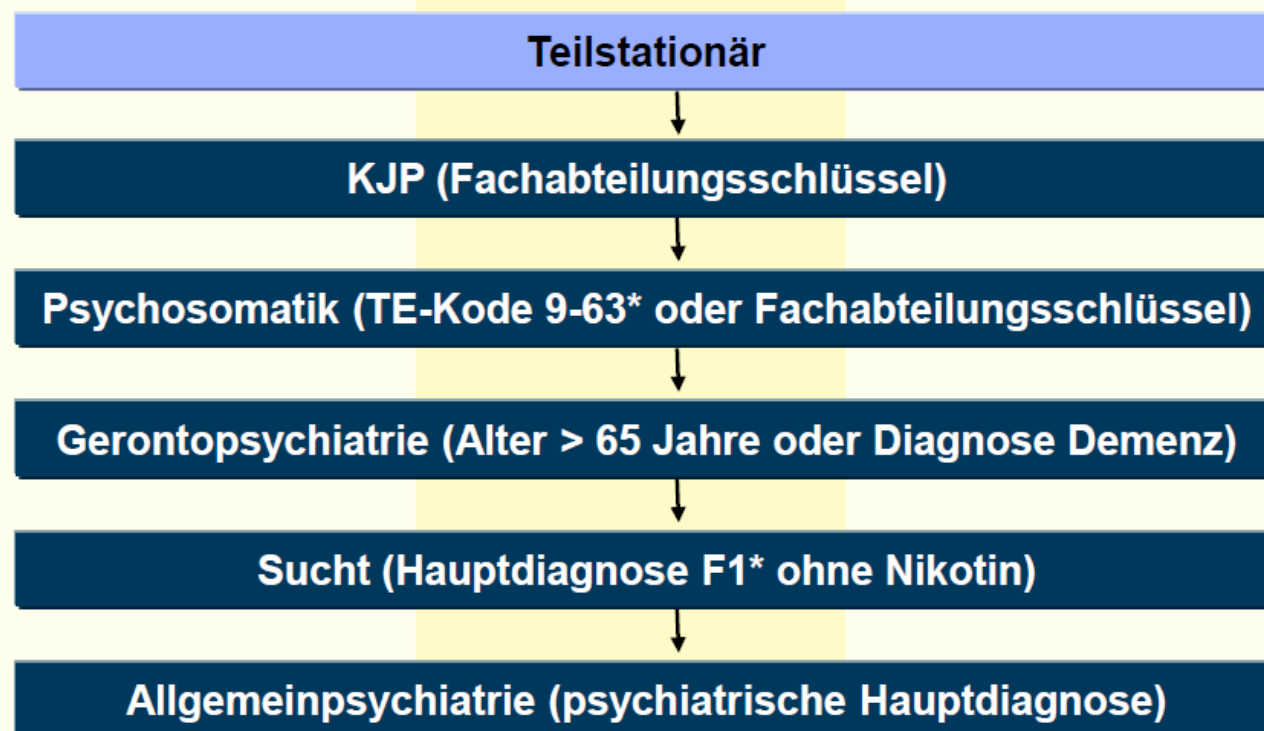
## Charakteristika

Tag	Fall
Einzelne Kalkulationsfehler haben schwer abschätzbaren Effekt auf die Analysemenge	Robuster gegen anfängliche Kalkulationsschwächen
Mögliche Basis für weitere Aggregationsebenen	Vereinfachung der Kalkulationssystematik möglich
Große Nähe zur Einzelleistungskalkulation bzw. -abrechnung	Kongruenz von Kosten und externer Leistungsdokumentation auf Fallebene ausreichend
Behandlungsart der TE-Kodes als Kostentrenner zur Zeit robust	Diagnosen und VWD als Kostentrenner robust
Interne und externe EDV-Tools benötigen mehr Anpassungen	Interne und externe EDV-Tools benötigen geringere Anpassungen



# Systematische Analysen auf Fallebene

## Aufbau der Gruppen

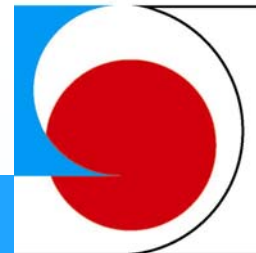




# Systematische Analysen auf Fallebene

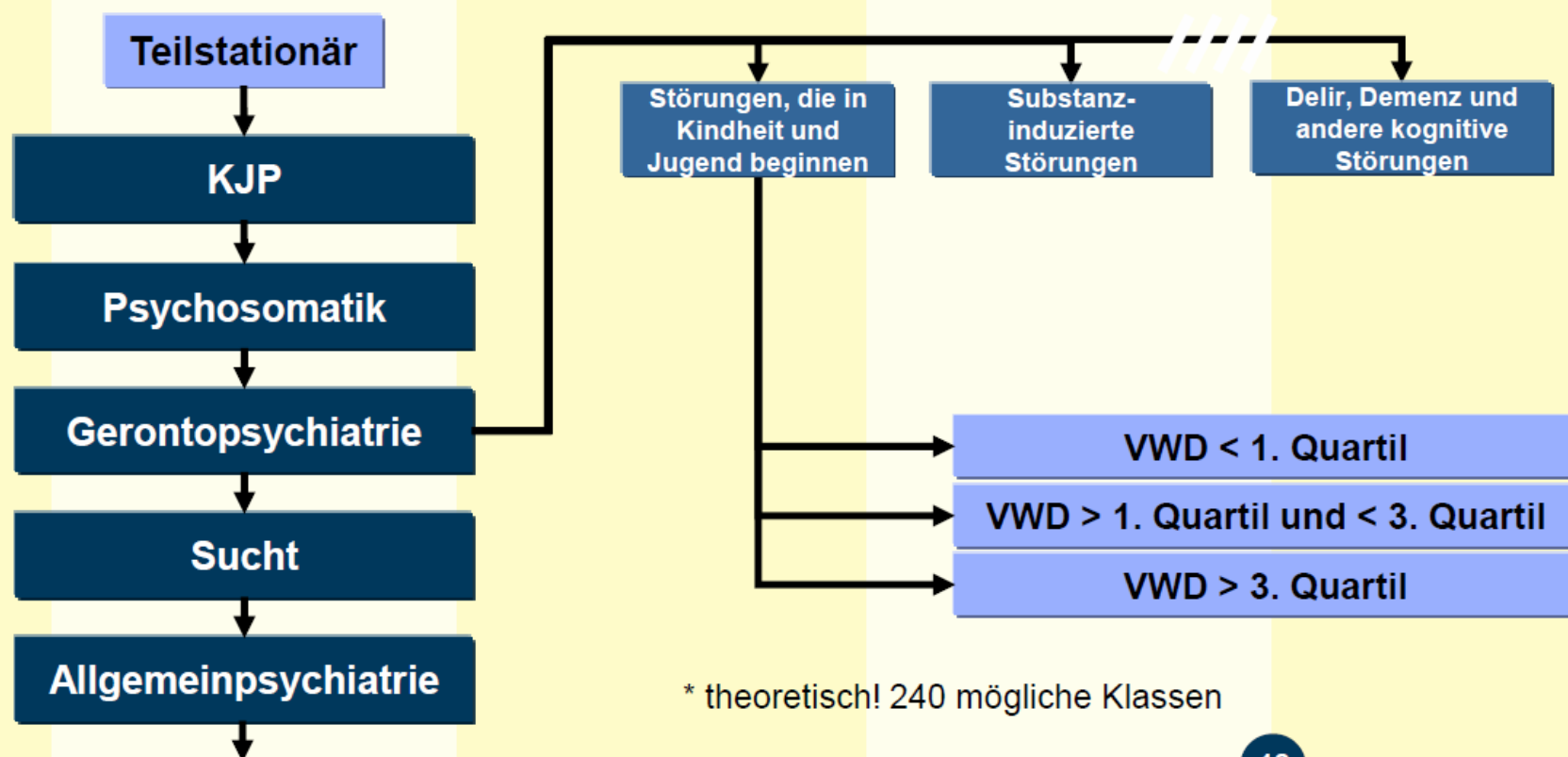
## Verweildaueranalyse

- **Große Streuung** der Verweildauer innerhalb einer Basisklasse
- Verteilung der Fälle anhand Klassenspezifischer **Verweildauersplits**
  - ⇒ Berechnung von Mittelwerten für **Quantile**
    - Anzahl der Quantile vorab nicht festgelegt
    - z.B. Auswahl des 1. und 3. Quartils als Verweildauersplit
    - Split zunächst nur bei Basisklassen mit hinreichend großer Fallzahl



# Systematische Analysen auf Fallebene

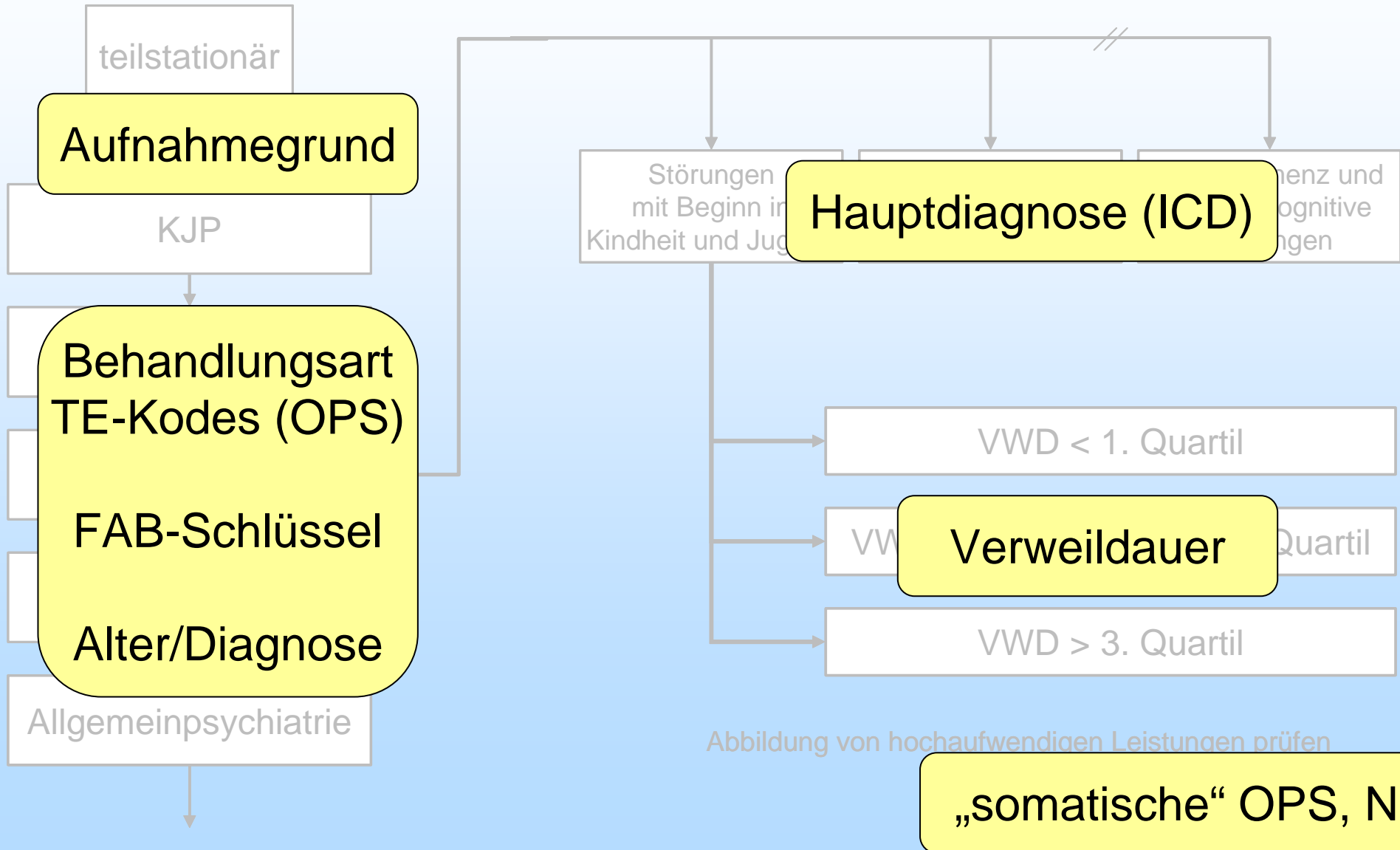
Aufbau\*

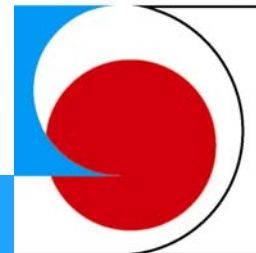


\* theoretisch! 240 mögliche Klassen



# denkbare PEPP-Merkmale

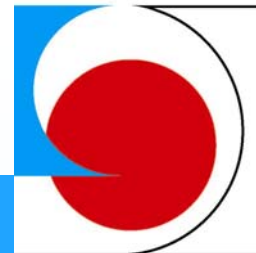




# Entwurf eines PEPP-Entgeltkatalogs

## Beispielhafter Auszug

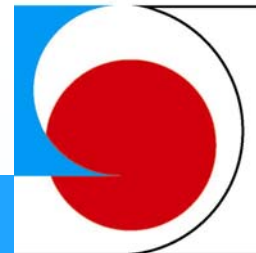
PSY- Entgeltkatalog											
Teil a) Bewertungsrelationen											
Klasse	Bezeichnung	Bewertungsrelation									
1	2	3									
[...]											
PA03Z	Psychiatrie; Schizophrenie und andere psychotische Störungen	VWD < 7	1,4750	6 < VWD < 17	1,0049	16 < VWD < 29	0,9426	28 < VWD < 47	0,9204	VWD > 46	0,8981
PA04Z	Psychiatrie; Affektive Störungen	VWD < 12	1,3362	11 < VWD < 49	0,9462	VWD > 48	0,8854				
[...]											
PA16A	Psychiatrie; Delir, Demenz mit schweren somatischen Nebendiagnosen	VWD > 0	1,8652								
PA16B	Psychiatrie; Delir, Demenz ohne schwere somatische Nebendiagnosen	VWD > 0	1,5641								
[...]											



# Abrechnungsregeln

## Hintergrund

- Verweildauer ist ein stabiles kostentrennendes Merkmal
- Relativgewichte / Tag sinken mit höherer VWD
- Abrechnungsregeln erforderlich, um Fehlanreize zur Wiederaufnahme zu vermeiden
- In der Psychiatrie/Psychosomatik sind auch mehrfache Wiederaufnahmen im Jahr kein Qualitätsmerkmal, sondern vielmehr Ausdruck der Grunderkrankung (z.B. F33.\* Rezidivierende Depressive Störung) bzw. des Behandlungssettings (z.B. DBT bei Patienten mit Borderline-Störung)



# Abrechnungsregeln

## Aktueller Stand

- **Wiederaufnahmen** innerhalb 21 Tagen nach Entlassung werden unabhängig von der Hauptdiagnose zu einem Fall **zusammengeführt** (max. Kettenlänge 120 Tage  $A_1 \rightarrow A_n$ )
- **Gesamtverweildauer**: Summe der Einzelverweildauern
- Zusammenlegung nur innerhalb der gleichen **Behandlungsform** (z.B. vollstationär nur mit vollstationär, ein evtl. dazwischen liegender teilstationärer Aufenthalt spielt keine Rolle)
- Besondere Regelungen für **Jahresüberlieger** („Stichtag“ 15.1.)
- Derzeit Analysen zur Festlegung der **Hauptdiagnose**

# Fallzusammenführung – Hauptdiagnose?



## Fallzusammenführung

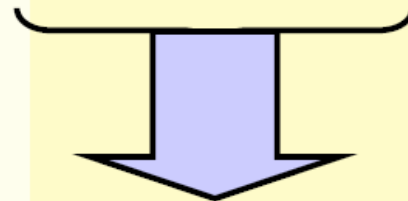
### Beispiel

#### Fall 1:

Aufnahme: 01.02.2012  
Entl.: 14.02.2012  
VWD: 13  
HD: F33.0  
FAB: 2900 AP

#### Fall 2:

Aufnahme: 20.02.2012  
Entl.: 16.04.2012  
VWD: 55  
HD: F33.1  
FAB: 3100 Psychosom.



#### Zusammengelegter Fall:

Aufnahme: 01.02.2012  
Entl.: 16.04.2012  
VWD: 69 (Tage ohne Berechnung: 5)  
HD: F33.0 (?)  
ND: F33.1  
FAB: 2900 (01.02.-14.02.), 0000  
(15.02.-19.02.), 3100 (20.02.-16.04.)



Betrachtungszeitraum

21

© InEK 2012

# Übersicht – Fallzusammenführung



	nur vollstationäre Fälle
Fälle im Entgeltbereich PSY	102.972
Zusammenzuführende Teilfälle	17.623
Zusammengeführte Fälle	6.891
Anzahl Fälle nach Fallzusammenführung	92.240
Veränderung Fälle in %	- 10,4%

Daten: BWKG Psych-Benchmark, 2011

# Hauptdiagnosegruppen (nach DSM-IV) bei Wiederaufnahme



	psychotrope Substanzen	affektive Störungen	psychotische Störungen	Delir, Demenz	Persönlichkeitsstörungen	KJ	Anpassungsstörungen	Angst & Zwang		gesamt
psychotrope Substanzen	<b>1616</b>	<b>100</b>	<b>69</b>	<b>16</b>	<b>73</b>	<b>3</b>	<b>16</b>	<b>22</b>		<b>1928</b>
affektive Störungen	<b>66</b>	<b>1282</b>	<b>65</b>	<b>23</b>	<b>53</b>	<b>7</b>	<b>31</b>	<b>37</b>		<b>1591</b>
psychotische Störungen	<b>42</b>	<b>49</b>	<b>1380</b>	<b>21</b>	<b>20</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>9</b>		<b>1542</b>
Delir, Demenz	<b>23</b>	<b>19</b>	<b>10</b>	<b>412</b>				<b>1</b>		<b>492</b>
Persönlichkeitsstörungen	<b>34</b>	<b>28</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>235</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>8</b>		<b>334</b>
KJ	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>6</b>		<b>5</b>	<b>220</b>	<b>8</b>	<b>4</b>		<b>262</b>
Anpassungsstörungen	<b>23</b>	<b>41</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>18</b>	<b>13</b>	<b>93</b>	<b>9</b>		<b>219</b>
Angst & Zwang	<b>13</b>	<b>32</b>	<b>18</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>116</b>		<b>213</b>
gesamt	<b>1834</b>	<b>1602</b>	<b>1597</b>	<b>507</b>	<b>421</b>	<b>259</b>	<b>174</b>	<b>212</b>		<b>6872</b>

Daten: BWKG Psych-Benchmark, 2011

# Fallzusammenführung



Datenbestand BWKG:

Bei 78% aller zusammengeführten Fälle  
kommen alle Teilfälle aus der  
gleichen Hauptdiagnosegruppe (in Anlehnung an DSM-IV-  
Systematik)



# Vorschläge ?!!

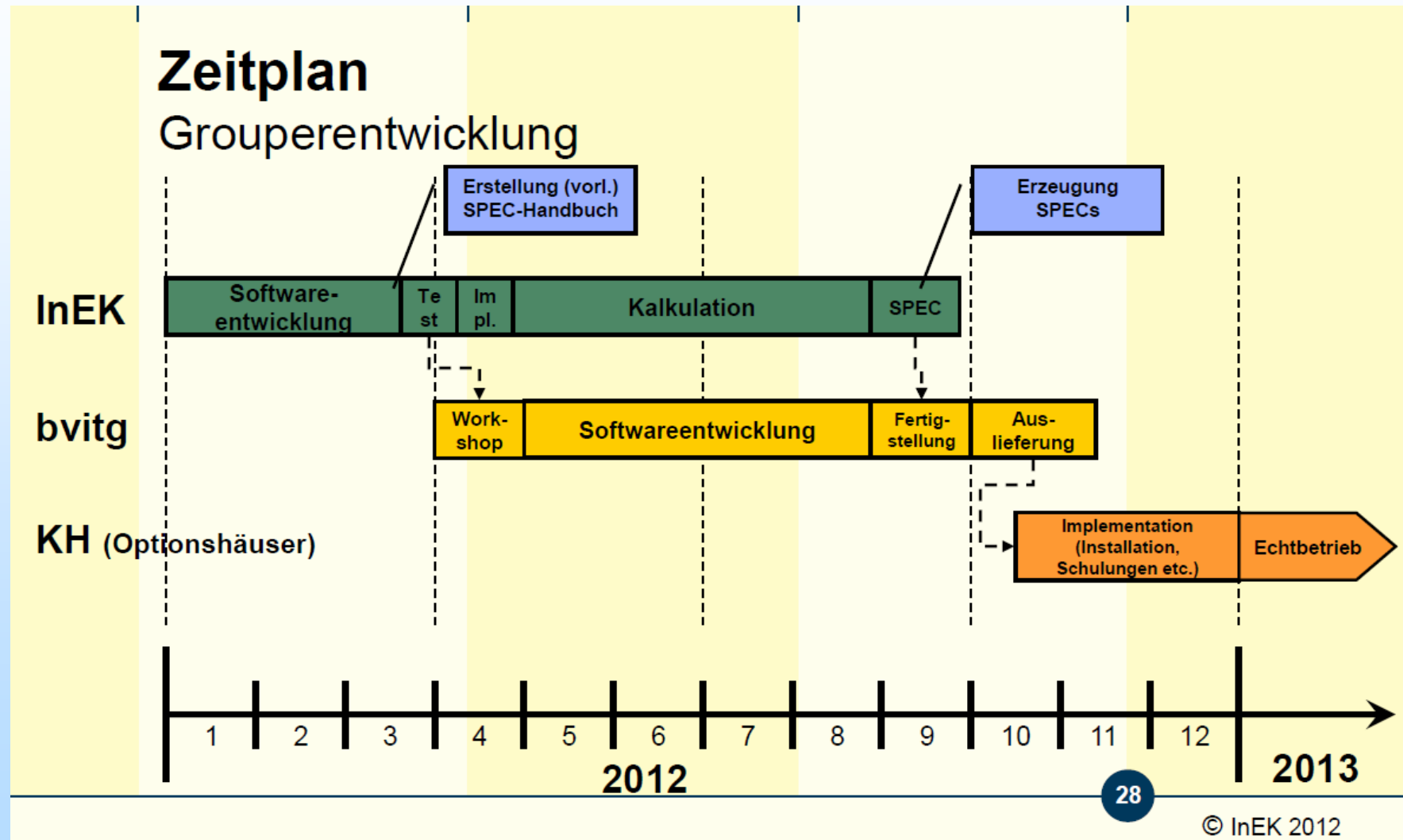
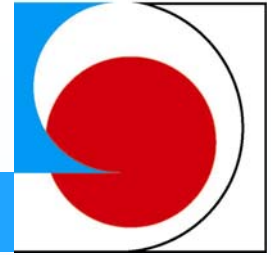


- jeder zusammenzuführende Teilfall hat eine Hauptdiagnose
- der zusammengeführte Fall muss eine Hauptdiagnose erhalten

Vorschläge zu DKR/Abrechnungsregelungen:

Wie soll bei einem zusammengeführten Fall die Hauptdiagnose festgelegt werden, wenn die Teilfälle unterschiedlichen Hauptdiagnosen besitzen?

# InEK zur Softwareentwicklung



# Résumé – PsychEntgG



- psychosomatische PIA – benötigt noch dreiseitigen Vertrag
- Modellvorhaben zur Förderung sektorenübergreifender Versorgung
- G-BA wird Qualitätssicherung regeln

# Résumé – QS



QS-Verfahren: generischer & spezifischer Teil

Bisher 4 Vorschläge zu Zielgruppen:

- Severe Mental Illness
- Depression
- Psychisch kranke alte Menschen
- Essstörungen: Anorexie

Wo sind die qualitätssensiblen Punkte in der Versorgung?

# Résumé – PEPP



- handhabbar und transparent Katalog für 2013 zu erwarten
- voraussichtlich noch nicht vollständig differenzierend
- Diagnosen & Verweildauern zeichnen sich als robuste Kostentrenner ab
- Wiederaufnahmeregelerung / Fallzusammenlegung notwendig