

Qualitätsindikatoren, Versorgung, Entgeltsystem

Wolfgang Gaebel



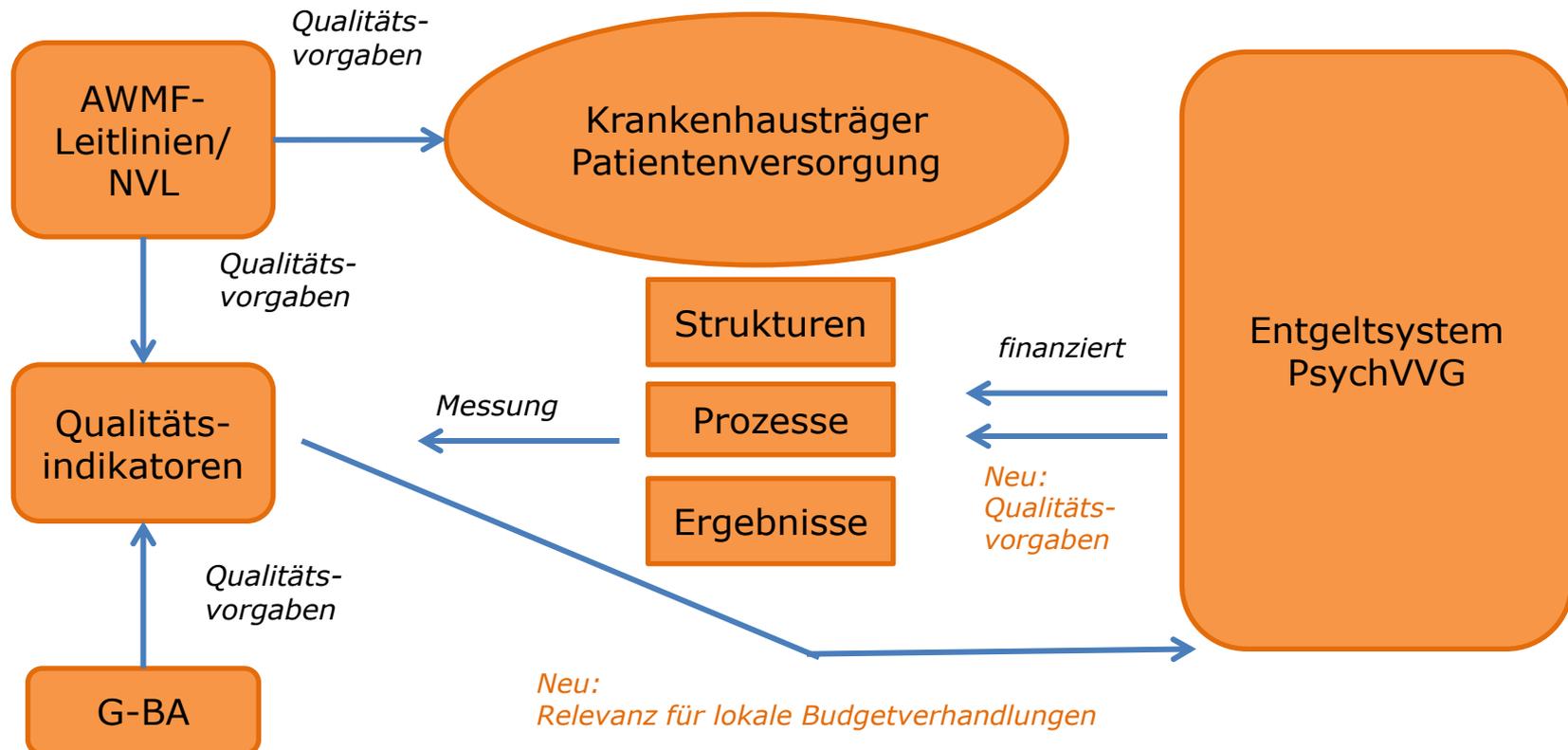
Qualitätsindikatoren, Versorgung, Entgeltsystem

- Qualität in der Versorgung psychisch Kranker:
Aktuelle Entwicklungen
- Qualitätsaspekte im PsychVVG
Referentenentwurf
- Qualitätsindikatoren und Routinedaten
- Evidenzbasierte Versorgung anhand von
Leitlinien

Qualitätsindikatoren, Versorgung, Entgeltsystem

- Qualität in der Versorgung psychisch Kranker:
Aktuelle Entwicklungen
- Qualitätsaspekte im PsychVVG
Referentenentwurf
- Qualitätsindikatoren und Routinedaten
- Evidenzbasierte Versorgung anhand von
Leitlinien

Übersicht über aktuelle Entwicklungen



Qualitätsindikatoren, Versorgung, Entgeltsystem

- Qualität in der Versorgung psychisch Kranker:
Aktuelle Entwicklungen
- Qualitätsaspekte im PsychVVG
Referentenentwurf
- Qualitätsindikatoren und Routinedaten
- Evidenzbasierte Versorgung anhand von
Leitlinien

Referentenentwurf PsychVVG des Bundesministeriums für Gesundheit – Ein Überblick

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)

Zielsetzung des Gesetzentwurfs:

- Förderung einer sektorenübergreifenden Behandlung in der psychiatrischen Versorgung
- Verbesserung der Transparenz und der Leistungsorientierung der Vergütung

Mit den Maßnahmen des Gesetzes verbundene Mehrausgaben:

- für die gesetzliche Krankenversicherung ~60 Mio. Euro.
- für die private Krankenversicherung ~3 Mio. Euro.
- für Bund, Länder und Gemeinden ~1 Mio. Euro jährlich (ab 2017)

→ Geplantes Inkrafttreten am: **1. Januar 2017**

PsychVVG Referentenentwurf (Stand 19.5.2016)

- Ausgestaltung des **Entgeltsystems als Budgetsystem**; dabei werden die Budgets einzelner Einrichtungen unter Berücksichtigung von leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten vereinbart
- Leistungsbezogener Vergleich von Krankenhäusern als **Transparenzinstrument**
- Verbindliche **Mindestvorgaben zur Personalausstattung**
- Kalkulation des Entgeltsystems auf empirischer Datengrundlage, verbunden mit der Vorgabe, dass die **Erfüllung von Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses**, insbesondere von auf **Leitlinien gestützten Mindestvorgaben** zur Personalausstattung, Voraussetzung für die Teilnahme an der Kalkulation ist
- **Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung** durch Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld
- Weiterentwicklung der Regelungen zu psychiatrischen und psychosomatischen **Institutsambulanzen**
- Regelungen zur **Standortidentifikation von Krankenhäusern und ihren Ambulanzen**

Referentenentwurf PsychVVG: Qualitätssicherung und Versorgung

- Die vorgesehene stationsäquivalenten **psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld** soll stationäre Aufenthalte verkürzen und Drehtüreffekte vermeiden.
- Festlegung verbindlicher Personalstandards (durch den G-BA), für eine **S3-Leitlinienorientierte Versorgung in Psychiatrie und Psychosomatik**
- Durch den **Leitlinienbezug** wird auf aktuelle wissenschaftliche Behandlungsstandards zurückgegriffen, was der Versorgung psychisch kranker Menschen zugute kommt.
- Neben den **Mindestvorgaben für die Personalausstattung** sind bis zum 30.09.2019 auch erste **Indikatoren für die Qualitätsbewertung** zu entwickeln sowie Verfahren zu ihrer Erhebung und Auswertung zu etablieren.
- Der G-BA bestimmt des Weiteren **Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität** für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung.
- Zur Erfüllung der Anforderungen der **Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung des G-BA** wird ein bundesweites Verzeichnis der nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen geführt.
- Bei der **stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung** im häuslichen Umfeld gelten zunächst die vom G-BA festgelegten Anforderungen an die Qualitätssicherung im Krankenhaus. Soweit darüber hinaus noch besondere Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung erforderlich sind, sind diese vertraglich zu vereinbaren. Home Treatment führt zur Bettenreduktion (in Abstimmung mit den Landesbehörden)

Bundesministerium für Gesundheit (05.2016) Referentenentwurf PsychVVG

Pressestimmen zum Referentenentwurf des VVG

Frankfurter Allgemeine
ZEITUNG FÜR DEUTSCHLAND

**Gröhe reformiert die psychiatrische Versorgung Gesundheitsminister legt
Geszentwurf zur Neuordnung der Klinikfinanzierung vor**

F.A.Z. Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 20.05.2016, S. 019 / Seitenüberschrift: Wirtschaft Ressort:
Wirtschaft

aerzteblatt.de

/ Ärzteblatt / CME / Arztstellen / Studieren / English Edition

AKTUELL

**Referentenentwurf: Regierung plant
Budgetsystem für Psychiatrie**

Dtsch Arztebl 2016; 113(21): A-1008 / B-848 / C-832

Ärzte Zeitung, 23.05.2016

Psychiatrie

Koalition setzt noch einmal an

Nach massiver Kritik richtet die Koalition nun das Vergütungssystem in der stationären Psychiatrie an den Formulierungen des Koalitionsvertrags aus. Die Vertragsärzte und -psychotherapeuten murren gleichwohl.

Referentenentwurf PsychVVG: Pressemitteilung der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbände aus den Bereichen Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 25. Mai 2016

Positive Aspekte:

- **Regionaler Versorgungsbedarf** kann zukünftig besser in die Budgetfindung der Krankenhäuser einfließen
- Entwicklung verbindlicher **Mindestvorgaben** zur Personalausstattung
- Stärkung der **sektorenübergreifenden Behandlung** durch die Möglichkeit einer psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld

Aber...

- **Personalbesetzung** muss zwingend in voller Höhe, zukunftsicher sowie dynamisch-adaptiv finanziert werden → es sind deutlich mehr **Finanzmittel** als derzeit veranschlagt notwendig
- **Regelungen zur Abrechnung** müssen bürokratiearm so ausgestaltet werden, dass sie in erster Linie an der Versorgungsnotwendigkeit ausgerichtet sind und den Krankenhäusern eine verlässliche Planung ermöglichen
- Die Fortführung einer Kalkulation auf der Basis des bisherigen PEPP-Systems sowie der geplante Krankenhausvergleich werden zu einem noch höheren **Dokumentationsaufwand** führen

DGPPN (2016) http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/pressemitteilungen/2016/2016-05-25_Pressemitteilung_Referentenentwurf_PsychVVG_FIN.pdf

Qualitätsindikatoren, Versorgung, Entgeltsystem

- Qualität in der Versorgung psychisch Kranker:
Aktuelle Entwicklungen
- Qualitätsaspekte im PsychVVG
Referentenentwurf
- **Qualitätsindikatoren und Routinedaten**
- Evidenzbasierte Versorgung anhand von
Leitlinien

Qualitätsindikatoren in der Versorgung psychisch Kranker in Deutschland

- DGPPN Qualitätsindikatoren zu vier psychischen Störungen
Großimlinghaus I et al., Nervenarzt 2013;84:350-365
- Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie
Weinmann S & Becker T (2009) Bonn: Psychiatrie-Verlag
- AQUIK Qualitätsindikatoren zu psychischen und Verhaltens-Störungen
KBV (2013)
http://www.kbv.de/media/sp/AQUIK_QI_Aktualisierung_1_0_140324.pdf
- AQUA/GBA Qualitätsindikatoren Schizophrenie
AQUA-Institut (2016) https://sqq.aqua-institut.de/sqq/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Schizophrenie/03_Abschlussbericht_F2_Indikatorenset_1.1.pdf



DGPPN Task Force Qualitätsindikatoren

- Gründung: 2015
Ziel: Identifizierung, Weiterentwicklung, Evaluation und Umsetzung von Qualitätsindikatoren in der Versorgung bei psychischen Störungen

Überlegungen der Task Force zur Ausrichtung von Qualitätsindikatoren:

- Sektorenübergreifend vs. sektorenspezifisch
 - Fokussierung auf stationäre Versorgung mit möglicher Ausdehnung auf teilstationäre und ambulante Versorgung zu einem späteren Zeitpunkt
- Diagnosespezifisch vs. generisch
 - Fokussierung auf „Tracer-Diagnose“ Schizophrenie
 - Formulierung von QI, die zu einem späteren Zeitpunkt auf andere Diagnosen übertragen werden können (generische Erhebungen)
- Objektiv – vs. subjektiv? Triologisch!
- Definition qualitätsrelevanter Indikatorenbereiche
 - Entwicklung eines zunächst überschaubaren Sets an QI, die sich auf essentielle Versorgungsbereiche beziehen und zu einem „Qualitätsprofil“ kombiniert werden

DGPPN Task Force QI – Relevante Qualitätsbereiche

- Monitoring von Nebenwirkungen
- Zwangsmaßnahmen
- Suizide
- Einbezug von Angehörigen/Selbsthilfe
- Ambulante Behandlung im Anschluss

Weitere von der Task Force diskutierte Qualitätsbereiche:

- Stationäre Wiederaufnahme
- Patientensicherheit (Deeskalationstraining)
- Diagnostik/Körperliche Untersuchung
- Antipsychotische Polypharmazie
- Berufliche Rehabilitation
- Diagnostik der Funktionsfähigkeit

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen



- Beauftragung des G-BAs zur Errichtung eines **fachlich unabhängigen, wissenschaftlichen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG)** am 25. Juli 2014 (nach GKV-FQWG, Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung)
- **Aufgaben IQTiG:** Erarbeitung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen im Auftrag des G-BAs (Leiter: Dr. C. Veit; Gründung am 9. Januar 2015)
- Weitgehend identische Satzung mit der des IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) mit dem Unterschied, dass **im Vorstand des IQTiG der G-BA vertreten** ist

<https://www.g-ba.de/institution/presse/newsletter/136/>

<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/59839/Neues-Qualitaetsinstitut-G-BA-bringt-Errichtung-auf-den-Weg>

Welche Sekundärdaten können für die sektorübergreifende Qualitätssicherung genutzt werden?

- ✓ Daten **ambulanter Versorgung** gemäß §295 SGB V
 - ✓ Daten zu **Arzneimittelverordnungen** gemäß §300 SGB V
 - ✓ Daten **stationärer Versorgung** gemäß §301 SGB V
 - ✓ Daten **stationärer Versorgung** gemäß §21 KHEntgG
 - ✓ Daten der **Reha-Statistik-Datenbasis** zur beruflichen Rehabilitation und Erwerbsminderungsrente
 - ✓ **Basisdokumentation (BADO)** (keine bundeseinheitliche Erfassung!)
 - ✓ **Verlaufsdokumentation** (z.B. „KIS“; Krankenblatt, Befundsammlung, „Kurve“)
- Abrechnungsdaten**
- Datensatz, der zur Entwicklung des neuen Entgeltsystems zur Verfügung gestellt werden muss**
- Datensatz der Deutschen Rentenversicherung Bund mit Angaben zu Leistungen zu Erwerbsminderungsrenten und Rehabilitationsmaßnahmen**
- Stationäre und ambulante klinische Daten**

Nutzung von Abrechnungsdaten in der Qualitätssicherung – Vorteile und Einschränkungen

Vorteile:

- Umfang nutzbarer Daten → Repräsentativität
- Kostengünstig verfügbar; leicht generierbar; kein Erhebungsaufwand
- Vollständigkeit / Reliabilität / Validität
- Vergleichbarkeit
- Möglichkeit von Langzeiterhebungen
- Sektoren- und Behandler-übergreifende Daten erfasst
- Umfassende Erhebung von Daten zur Inanspruchnahme und Versorgungsleistungen

Einschränkungen:

- Abrechnungsdaten enthalten kaum klinische/anamnestische Angaben
- Daten der GKV/DRV bilden nicht vollständig alle Leistungen zur Versorgung psychisch Kranker ab
- Selektionseffekte bei kassenspezifischer Datenerhebung

Basisdokumentation in der Psychiatrie

Datenblock	Daten der BADO (Auswahl)
Soziodemographische Variablen	<ul style="list-style-type: none"> • Alter • Geschlecht • Familienstand • Wohnsituation • Muttersprache und Migrationserlebnis • Schulabschluss • Berufsabschluss/Berufliche Situation • Rechtsgrundlage und Betreuungssituation
Krankheitsbezogene Variablen	<ul style="list-style-type: none"> • Alter bei Ersterkrankung • Suizidalität und Aggressivität im Vorfeld • CGI und GAF bei Aufnahme • Psychiatrische und somatische Diagnosen
Variablen des Behandlungsprozesses	<ul style="list-style-type: none"> • Psychopharmakotherapie und Probleme bei der Psychopharmakotherapie • Psychotherapie und Probleme bei der Psychotherapie • Andere therapeutische Maßnahmen • Spezielle Diagnostik • Suizidversuch und Aggression während des Aufenthalts • Entweichung und Fixierung
Outcome-Variablen	<ul style="list-style-type: none"> • CGI (Teil 1 und 2) bei Entlassung • GAF bei Entlassung

- Zusätzliche Informationen zum Behandlungsprozess und zum Outcome
- Zusätzlicher Dokumentationsaufwand
- Deutliche Unterschiede in den routinemäßigen Dokumentationen und der Datenverfügbarkeit
- BADO nicht institutionen- und sektorenübergreifend
- Langfristig wäre eine **bundesweit einheitliche Basisdokumentation in der Psychiatrie** erstrebenswert, die zu **Zwecken der Qualitätssicherung und des Benchmarking** genutzt werden kann.

Qualitätsindikatoren, Versorgung, Entgeltsystem

- Qualität in der Versorgung psychisch Kranker:
Aktuelle Entwicklungen
- Qualitätsaspekte im PsychVVG
Referentenentwurf
- Qualitätsindikatoren und Routinedaten
- **Evidenzbasierte Versorgung anhand von
Leitlinien**

Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie DGPPN-/AWMF-Leitlinien

Störungsbild	Erscheinungsjahr/ Entwicklungsstufe	Aktualisierung/ Entwicklungsstufe
ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen	2003/S2	ab 2012/S3
Affektive Störungen	2000/S1	-
Unipolare Depression	2009/S3/NVL	2015/S3/NVL
Bipolare Störungen	2012/S3	-
Alkoholbezogene Störungen	2015/S3	
Angsterkrankungen	2000/S1	2015/S3
Demenzen	2000/S1	2016/S3
Essstörungen	2000/S1	2011/S3
Psychosoziale Therapien	2005/S1	2012/S3
Psychopharmakotherapie	2003/S1	-
Persönlichkeitsstörungen	2009/S2	-
Schizophrenie	1998/S1	2006/S3, ab 2012/S3/NVL
Störungen der sexuellen Präferenz	2007/S1	-
Suchterkrankungen	2012/S3	-
Therapeutische Maßnahmen bei aggressivem Verhalten	2010/S2	-
Tabakkonsum	2015/S3	-
Zwangsstörungen	2012/S3	2015/S3

DGPPN (2016) <https://www.dgppn.de/publikationen/leitlinien.html>

Nationale Versorgungsleitlinie Schizophrenie

Nationale Versorgungsleitlinien (NVL) sind evidenzbasierte ärztliche Entscheidungshilfen für die **strukturierte medizinische Versorgung** (z.B. Disease Management Programme, Integrierte Versorgung).

www.versorgungsleitlinien.de

Derzeit gibt es NVLs zu folgenden Themen (tw. in Aktualisierung):

- Asthma und COPD
 - Unipolare Depression
 - Diabetes
 - Herzinsuffizienz
 - Koronare Herzkrankheit
 - Kreuzschmerz
- Durchführung und Koordination des NVL-Programms durch das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)

Leitlinienbezogene Versorgung und Strukturmerkmale

01.03.2016 | Originalien | Ausgabe 3/2016

Leitlinienkonforme psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung für Patienten mit Schizophrenie

Eine normative Berechnung des benötigten Personalbedarfs

Zeitschrift: *Der Nervenarzt* >Ausgabe 3/2016

Autoren: Prof. Dr. S. Mehl, P. Falkai, M. Berger, M. Löhr, D. Rujescu, J. Wolff, T. Kircher

01.03.2016 | Originalien | Ausgabe 3/2016

Leitliniengerechte stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische/psychosomatische Behandlung von Angsterkrankungen

Wieviel Personal ist erforderlich?

Zeitschrift: *Der Nervenarzt* >Ausgabe 3/2016

Autoren: Prof. Dr. B. Bandelow, U. Lueken, J. Wolff, F. Godemann, C. W. Menzler, J. Deckert, A. Ströhle, M. Beutel, J. Wiltink, K. Domschke, M. Berger

01.03.2016 | Originalien | Ausgabe 3/2016

Leitlinienentsprechende stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der chronischen Depression

Normative Personalbedarfsermittlung

Zeitschrift: *Der Nervenarzt* >Ausgabe 3/2016

Autoren: Dr. K. Schnell, A. Hochlehnert, M. Berger, J. Wolff, M. Radtke, E. Schramm, C. Normann, S. C. Herpertz

➤ Schaffung von Strukturqualität (Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal) zur Ermöglichung evidenzbasierter Medizin nach dem Stand von Leitlinien

Der Nervenarzt Ausgabe 03/2016

<https://www.springermedizin.de/der-nervenarzt-3-2016/8065438#TOC>

Zusammenfassung

- Qualitätsaspekte erhalten im Referentenentwurf des **PsychVVG** eine neue steuernde Funktion
- Aktuelle Initiativen der **Fachgesellschaften** und des **G-BA/IQTiG** zu Qualitätsindikatoren in der Versorgung psychiatrisch-psychosomatischer Erkrankungen sollten eng abgestimmt sein
- Evidenzbasierte Versorgung anhand von **Leitlinien** und die Überprüfung ihrer Implementierung und Effektivität mit Hilfe von **Qualitätsindikatoren** möglichst unter Einbezug von Routinedaten werden in künftigen Versorgungsmodellen eine zentrale Rolle spielen
- Insbesondere für Struktur- und Ergebnisindikatoren sind zusätzliche Erhebungen, die über Routinedaten hinausgehen und auch das Urteil der Betroffenen einbeziehen, unverzichtbar

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

AQUA – 27 vorgeschlagene Qualitätsindikatoren

Indikator Nr.	Thema
01e	Ambulanter Anschlusstermin innerhalb der ersten 7 Tage nach Entlassung aus der stationären Versorgung
05a	Dauer ohne stationäre Wiederaufnahme
08c	Kooperation der stationären mit den ambulanten Leistungserbringern
19	Vermeiden von psychotroper Kombinationstherapie
20b	Vermeiden von antipsychotischer Kombinationstherapie
21a	Vermeiden von Benzodiazepinübersversorgung
22a	Dokumentation des Körpergewichts
31_a	Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung
34b	Behandlungsvereinbarungen
35	Körperliche Übergriffe
36	Von Zwangsmaßnahmen betroffene Patienten
39a	Kumulative Dauer von Zwangsmaßnahmen pro Fall
41a	Betreuung während Zwangsmaßnahmen
43	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei stationärer Aufnahmen
49	Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen
50c	Deeskalationstraining – stationär

Indikator Nr.	Thema
50c	Deeskalationstraining – stationär
57	Fachpflegerische Versorgung – Pflegefachpersonen mit psychiatrischer Fachweiterbildung
59	Kontrolluntersuchungen
61	Von Zwangsmedikation betroffene Patienten
62	Unterbringung
67b	Anbieten von Psychotherapie – ambulant
70a	Einbezug von Angehörigen
77a	Unerwünschte Arzneimittelwirkungen
80	Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen
85	Muttersprachliche Kommunikation
103	Frühzeitiger Einbezug von Angehörigen bei Entlassung aus der stationären Behandlung
104	Gesprächsangebote für Angehörige

AQUA QI: Fachliche Beurteilung (DGPPN)

 **DGPPN**
Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

Stellungnahme
04.09.2015

DGPPN-Geschäftsstelle
Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin
TEL 030.2404 772-0 | FAX 030.2404 772-29
sekretariat@dgppn.de
WWW.DGPPN.DE

Stellungnahme der DGPPN zum Vorbericht zur „Entwicklung eines sektorenübergreifen-
den Qualitätssicherungsverfahrens zur Versorgung bei psychischen Erkrankungen“

Ungleichgewicht der Indikatoren

- 18/27 stationär (17 mit zusätzl. Dok)
- Hausärztl./ngl. FÄ Versorgung fehlt
- 10/27 Zwangsmaßn . und Medikation
- Suizidalität, berufl. Reha fehlen
- 19/27 Prozessindikatoren
- 4/27 Ergebnisindikatoren
- nur 2/27 sektorübergreifend

Exzessiver Mehraufwand für Erhebungen und Dokumentationen.
Dies erscheint für eine breite Umsetzung in die Praxis nicht realisierbar.

Die Einführung eines solchen Sets von 27 Qualitätsindikatoren erscheint nicht sinnvoll. Die DGPPN schlägt alternativ vor, ein **Subset von maximal 5 bis 10** Indikatoren auszuwählen, die zentrale Aspekte der Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität der Behandlung von Patienten mit einer Schizophrenie abbilden und weitestgehend aus **Routinedaten** gewonnen werden können.

Neue Datenquellen: modifizierte BADO?

Modifikation und Vereinheitlichung der Basisdokumentation in der Psychiatrie (BADO)

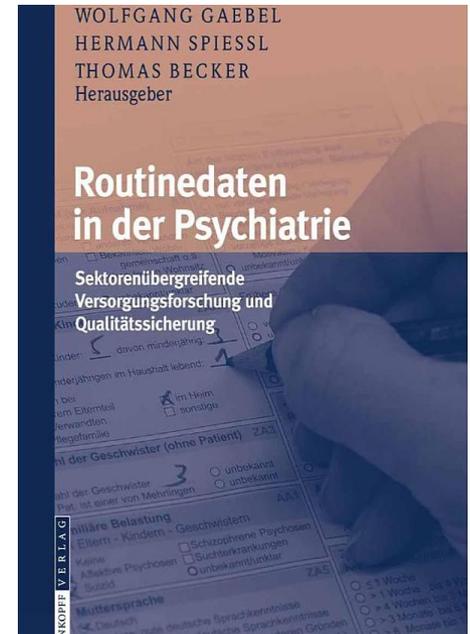
Status Quo:

Die derzeitige BADO kann aufgrund der **Unvollständigkeit** und der **inhomogenen Datenqualität** nur als bedingt geeignete Datenquelle angesehen werden.

Anzustrebendes Ziel :

Modifikation der derzeitigen BADO, so dass alle notwendigen Daten für potentielle Auswertungen im Rahmen des Qualitätsmanagements enthalten sind und unnötiger Erhebungsaufwand für nicht relevante Daten vermieden wird.

Um den Erhebungsaufwand der BADO so gering wie möglich zu halten, ist zu prüfen, inwiefern **systemübergreifende Crosswalks** für die BADO-Dokumentation genutzt werden können (z.B. automatisierter Transfer von KIS-Daten in BADO).



Langfristig wäre eine **bundesweit einheitliche Basisdokumentation** in der Psychiatrie erstrebenswert, die zu Zwecken der **Qualitätssicherung** und des **Benchmarkings** genutzt werden kann.

OECD Indikatoren

Treatment

Visits during acute phase treatment of depression	% of persons with a new diagnosis of major depression who receive at least three medication visits or at least eight psychotherapy visits in a 12-week period [34].
Hospital readmissions for psychiatric patients	% of discharges from psychiatric in-patient care during a 12-month reporting period readmitted to psychiatric in-patient care that occurred within 7 and 30 days [12].
Length of treatment for substance-related disorders	% of persons initiating treatment for a substance-related disorder with treatment lasting at least 90 days [35].
Use of anticholinergic antidepressant drugs among elderly patients	% of persons age 65+ years prescribed antidepressants using an anticholinergic anti-depressant drug [36].
Continuous antidepressant medication treatment in acute phase	% of persons age ≥ 18 years who are diagnosed with a new episode of depression and treated with antidepressant medication, with an 84-day (12-week acute treatment phase) treatment with antidepressant medication [15,37].
Continuous antidepressant medication treatment in continuation phase	% of persons age ≥ 18 years who are diagnosed with a new episode of depression and treated with antidepressant medication, with a 180-day treatment of antidepressant medication [15,37].

Continuity

Timely ambulatory follow-up after mental health hospitalization	% of persons hospitalized for primary mental health diagnoses with an ambulatory mental health encounter with a mental health practitioner within 7 and 30 days of discharge [12].
Continuity of visits after hospitalization for dual psychiatric/ substance-related conditions	% of persons discharged with a dual diagnosis of psychiatric disorder and substance abuse with at least four psychiatric and at least four substance abuse visits within the 12 months after discharge [38].
Racial/ethnic disparities in mental health follow-up rates	% of persons with a mental health-related visit receiving at least one visit in 12 months after initial visit stratified by race/ethnicity [18].
Continuity of visits after mental health-related hospitalization	% of persons hospitalized for psychiatric or substance-related disorder with at least one visit per month for 6 months after hospitalization [39].

Coordination

Case management for severe psychiatric disorders	% of persons with a specified severe psychiatric disorder in contact with the health care system who receive case management (all types) [12].
--------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Outcome

Mortality for persons with severe psychiatric disorders	Standardized mortality rate for % of persons in total population with specified severe psychiatric disorders [12].
---------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Hermann RC et al., Int J Qual Health Care 2006; 18 Suppl 1: 31-38.

IIMHL Indikatoren (I)

Table 1: Ten most highly rated indicators for importance

<i>Base Indicator</i>	<i>Importance Mean (SD)</i>	<i>Validity Mean (SD)</i>
Seclusion	8.3 (0.6)	7.4 (1)
Patient Involvement	8.2 (0.9)	6.6 (2.1)
7-Day Follow-up after Inpatient Discharge	8.2 (0.4)	7.9 (0.5)
Symptom Reduction	8.2 (0.4)	6.6 (0.9)
Medication Errors	8.1 (0.8)	7 (1.3)
Death Rates	8.1 (0.5)	7.3 (1.3)
Functioning	8 (1)	5.8 (2.1)
Restraint	7.9 (1.1)	6.8 (1.5)
Medication Adherence	7.7 (1.7)	7.2 (1.7)
Involuntary/ Compulsory Hospitalization	7.7 (1.3)	7.5 (1.4)

H. Pincus, personal communication, February 2013

IIMHL Indikatoren (II)

Table 2: Ten most highly rated indicators for validity

<i>Base Indicator</i>	<i>Validity Mean (SD)</i>	<i>Importance Mean (SD)</i>
7-Day Follow-up after Inpatient Discharge	7.9 (0.5)	8.2 (0.4)
Involuntary/ Compulsory Hospitalization	7.5 (1.4)	7.7 (1.3)
Seclusion	7.4 (1)	8.3 (0.6)
Death Rates	7.3 (1.3)	8.1 (0.5)
Medication Adherence	7.2 (1.7)	7.7 (1.7)
Continuity of Care Plan/ Discharge Plan	7.1 (2.2)	7.5 (2.3)
Medication Errors	7 (1.3)	8.1 (0.8)
Screening	7 (1.1)	7.5 (0.8)
Restraint	6.8 (1.5)	7.9 (1.1)
Polypharmacy	6.8 (1.2)	6.1 (2.1)

H. Pincus, personal communication, February 2013

Modulares, sektorübergreifendes Versorgungs- und Vergütungsmodell zur bedarfsorientierten Behandlung psychischer Erkrankungen (BBpE)(1)

Konzept eines modularen, sektorübergreifenden Versorgungs- und Vergütungsmodells für die bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen als Alternative zu PEPP

W. Gaebel^{1,2}; M. von Brederode³; E. Gouzoulis-Mayfrank^{2,4}; D. Hionsek⁵; B. Janssen¹; S. Thewes⁵; M. Wenzel-Jankowski⁵; J. Zielasek^{1,2}

¹Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Fakultät, Heinrich Heine Universität Düsseldorf; ²LVR-Institut für Versorgungsforschung, Düsseldorf; ³LVR-Klinik Düren; ⁴LVR-Klinik Köln; ⁵Landschaftsverband Rheinland, Köln

Schlüsselwörter

Versorgungsmodell, Versorgungsforschung, sektorübergreifende Versorgung, Community Mental Health Center, Schizophrenie

Zusammenfassung

Ausgangslage: Für den Bereich der psychischen Störungen wird ein innovatives Versorgungsmodell zur bedarfsorientierten Behandlung psychischer Erkrankungen (BBPE) vorgestellt, das aus den Kernelementen eines die Versorgung steuernden und koordinierenden Fallmanagements, einem die stationäre und ambulante Versorgung integrierenden Community Mental Health Center und leitlinienorientierten Diagnostik- und Behandlungsmodulen besteht. Damit stellt dieses Versorgungsmodell auch eine mögliche Alternative zum derzeit in Entwicklung befindlichen neuen Entgeltsystem für die psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutische (PEPP) Versorgung dar. Methodik: Der Gesetzgeber hat über den § 64b SGB V die Voraussetzungen geschaffen, solche innovativen Ansätze im geschützten Rahmen eines Modellvorhabens zwischen Leistungsanbieter und Kostenträger im „Echtbetrieb“ erproben zu können. Innerhalb eines solchen Modellvorhabens bietet es sich an, in einer ersten Entwicklungsstufe die stationären, tagesbudget gestützten und ambulanten Tätigkeiten einer psychiatrischen Klinik in einem Versorgungsbudget zusammenzufassen und die Leistungserbringung und Abrechnung über Behandlungsmodule abzubilden. Diese sind beispielhaft leitlinienbasiert für von einer Schizophrenie Betroffene entwickelt. Ziel: Ziel ist es, die Ergebnisse wissenschaftlich zu evaluieren, um die Grundlagen für eine Ausweitung des Modells auf andere psychische Störungen und eine Implementierung in anderen Regionen zu legen

Keywords

Mental healthcare model, mental healthcare research, transsectoral healthcare, community mental health center, schizophrenia

Summary

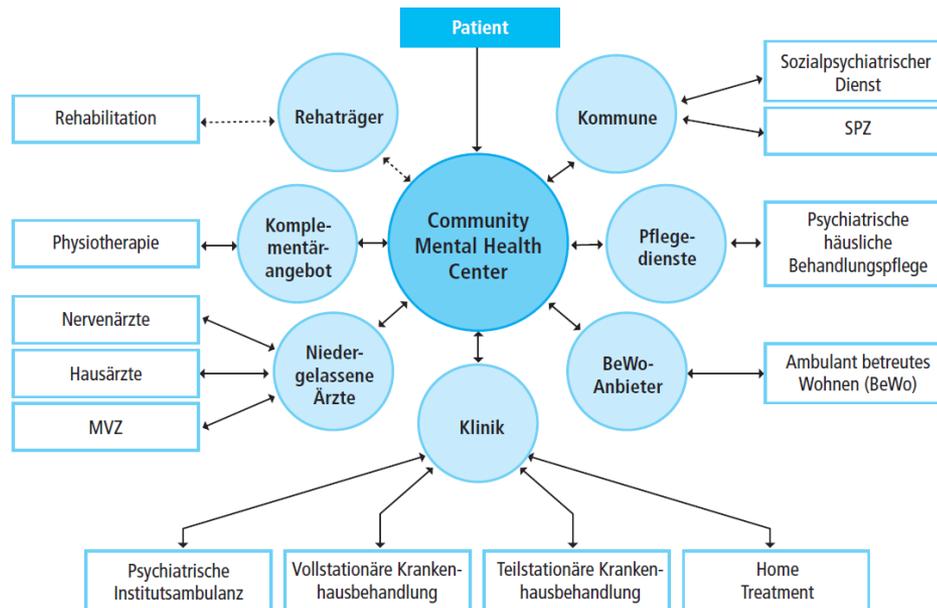
Background: The concept of an innovative mental health care model for needs-oriented health care for mental disorders is presented consisting of the core elements of case management, a community mental health center and guideline-based diagnostic and treatment modules. This would also position such a model as an alternative to the new German mental health care remuneration system. Method: German legislation currently allows to evaluate such models in the framework of paragraph 64 of the German Social Code. In a first stage of such a model project, in-patient, day clinic and out-patient services of a psychiatric hospital could be brought together in a care budget, and mental health care services and budgeting could be organised as predefined modules. These are guideline-based and an example is given for schizophrenia. Aim: The aim would be to evaluate such a model to lay the foundation for a generalization of this model for other mental disorders and in other geographical regions.

Concept of a modular, transsectoral model of care and remuneration for needs-oriented mental healthcare as an alternative to PEPP

Die Psychiatrie 2015; 12: 118–127

Eingegangen: 25. März 2015

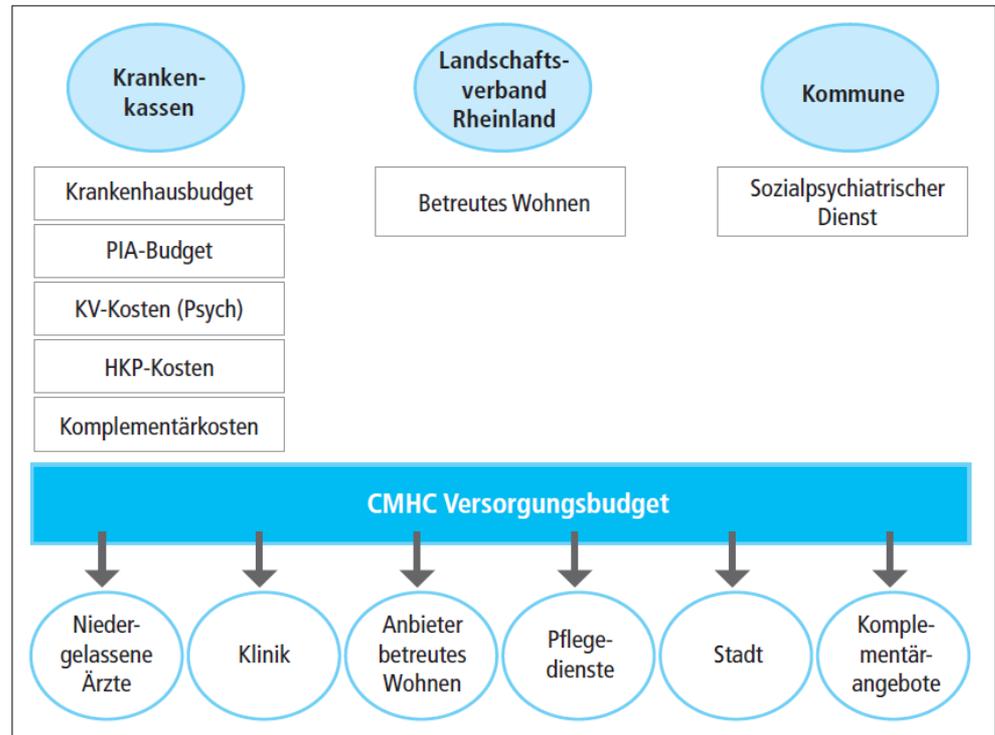
Angenommen nach Revision: 13. April 2015



Modulares, sektorübergreifendes Versorgungs- und Vergütungsmodell zur bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen (BBpE)(2)

Es bietet sich an, den skizzierten Ansatz im Rahmen eines Modellvorhabens nach §64b SGB V umzusetzen. Darin kann der finanzielle Rahmen zwischen den Vertragspartnern relativ frei bestimmt werden. Dazu wird dem CMHC ein leistungsorientiertes Versorgungsbudget zugewiesen. In dieses Versorgungsbudget werden alle bisher mit den Leistungs- und Kostenträgern der psychiatrischen Versorgung vereinbarten Budgets überführt. Das CMHC verteilt das zur Verfügung stehende Gesamtbudget je nach Inanspruchnahme und Leistungserbringung an die tätigen Akteure (Abb. 3).

→ *Institutionelles Versorgungsbudget*



Kriterien zur Qualitätsbewertung (BBpE) (3)

Strukturen	Prozesse	Outcomes
Auswirkungen besonderer Leistungsangebote	Transparenz der Versorgungsprozesse	Reduktion von Arbeitsunfähigkeit
Sicherstellung der Behandlungskontinuität über die Sektorengrenzen	Behandlung gemäß leitlinienorientierter Behandlungspläne/Leitlinienadhärenz	Reduktion des Anteils schwerer psychischer Erkrankungen
Reduktion stationärer Behandlungen zugunsten teilstationärer- ambulanter Behandlungen mit kurzen Wartezeiten	Häufigkeit und Dauer stationärer Aufenthalte	Patientenzufriedenheit/Lebensqualität der Patienten
Vernetzung der Leistungserbringer	Häufigkeit und Intensität des Einsatzes ambulanter Leistungen	Recovery
Vermeidung von Fehlanreizen in der Versorgung	Vermeidung von Kontaktabbrüchen schwer psychisch Kranker	Verbesserung der klinischen Outcomes/des sozialen Funktionsniveaus
	Reduktion von Arzt-/Krankenhaustouring	Verbesserung der somatischen Gesundheit
	Wiederaufnahmeraten	Mitarbeiterzufriedenheit
	Detektion von Veränderungen der Leistungserbringung in Modellvorhaben	Kosten-Effektivitäts-Analyse
	Behandlungsadhärenz	Bedarfsgerechte Allokation bestehender Finanzbudgets

Sektorenübergreifende DGPPN Qualitätsindikatoren

- Diagnosespezifische Qualitätsindikatoren zu **Alkoholabhängigkeit, Demenz, Depression und Schizophrenie**
- Entwicklungsprozess **Evidenz- und Konsensbasis**, im wesentlichen **leitlinienbasiert** mit angeschlossener **strukturierter Konsensfindung** unter Moderation der AWMF* (Prof. I. Kopp) unter Einbeziehung aller relevanten Akteure einschließlich Betroffener und derer Angehöriger
- Anwendbarkeitsstudie zur Erhebbarkeit der DGPPN-Qualitätsindikatoren auf Basis klinikinterner Daten im LVR-Klinikverbund und der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München

I. Großimlinghaus¹ · P. Falkai² · W. Gaebel¹ · B. Janssen¹ · D. Reich-Erkelenz² · T. Wobrock^{3,4} · J. Zielasek¹

¹ Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, LVR-Klinikum Düsseldorf, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf

² Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Ludwig-Maximilians-Universität, München

³ Zentrum für Seelische Gesundheit, Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg, Groß-Umstadt

⁴ Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Göttingen

Entwicklungsprozess der DGPPN- Qualitätsindikatoren

*Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.

Gesetzliche QS-Entwicklung des G-BA forciert Nutzung von Sekundärdaten

Pressemitteilung

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung: G-BA forciert Routedaten-Nutzung

Berlin, 19. Juni 2014 – Im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) hat das AQUA-Institut (Institution nach § 137a SGB V) vorbereitende Leistungen zur Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Verfahren) Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI) abgeschlossen. Weiterhin wurde das AQUA-Institut vom G-BA am Donnerstag in Berlin mit der Entwicklung von weiteren Qualitätssicherungsverfahren beauftragt, bei denen ebenfalls Auswertungen auf Basis der Sozialdaten erfolgen werden. Konkret geht es um die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen sowie um die Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen. Auch die zum Entlassungsmanagement an der Schnittstelle stationär-ambulant geplante Qualitätssicherung, zu der vom G-BA zudem eine Konzeptskizze beauftragt wurde, soll die in den Sozialdaten vorhandenen Informationen nutzen.

Derzeit: Entwicklung Qualitätsindikatoren für **ICD-10 F2*** durch AQUA-Institut abgeschlossen (weitere Bearbeitung durch IQTIG)

* Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

Für die hiermit **beauftragte Entwicklung eines QS-Verfahrens** kommen als potentielle **Datenquellen die Sozialdaten bei den Krankenkassen** (§ 299 Absatz 1a SGB V) und die Erhebungen bei den Leistungserbringern (Krankenhäuser, vertragsärztliche psychiatrische und nervenärztliche Praxen sowie psychiatrische Institutsambulanzen) in Frage.

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

Referentenentwurf PsychVVG: Eine erste kritische Bewertung

Positiv:

- Berücksichtigung von Qualitätsaspekten
- Stärkung der sektorübergreifenden ambulant fokussierten Versorgung
- Berücksichtigung lokaler Besonderheiten in den Budgetverhandlungen (Aufgabe bundesweit einheitlicher Fallpauschalen)

Negativ:

- Kopplung von Home Treatment mit Bettenabbau
- Steuerungsauswirkungen der neuen Krankenhaus-Standortdefinitionen sowie des Einbezugs von „steuernden“ Qualitätsmessungen (Frage des „Richtwerts“)

Leitlinienorientierte Versorgung: Das Düsseldorfer BBPE-Modell



Gaebel et al., Die Psychiatrie 2015; 12:118-127.