

Das neue Psych-Entgeltsystem – Chancen und Risiken

Das Interesse an der Veranstaltung der vdek-Landesvertretung Rheinland-Pfalz in Mainz war groß: Vor rund 70 Teilnehmern beleuchteten Fachleute am 15.8.2012 das neue Psych-Entgeltsystem aus unterschiedlichen Blickwinkeln.

Mit dem neuen Vergütungssystem, mit dem man ab 1.1.2013 auch in Rheinland-Pfalz Neuland betritt, wird für die Krankenhausbehandlung psychisch kranker Kinder und Erwachsener ein tagesbezogenes, pauschalisiertes Entgeltsystem eingeführt, das nach einer Einführungsphase ab 2022 zu gleichen Preisen für gleiche Leistungen innerhalb des Landes Rheinland-Pfalz führen soll. Christiane Berg, Referatsleiterin stationäre Versorgung und stellvertretende Leiterin der vdek-Landesvertretung Rheinland-Pfalz, wies in einem Einführungsreferat zunächst auf die Gefahr hin, dass die Patientenorientierung vernachlässigt werden könnte, wenn sich die Behandlung zu stark an Abrechnungsmöglichkeiten orientiere. Um die Chancen zur Weiterentwicklung der Versorgung zu nutzen und die Risiken der Neuregelungen zu minimieren, sei ein regelmäßiger sektorenübergreifender Austausch zwischen den Beteiligten im Land notwendig.

Dass die neue Vergütung alleine die Versorgung der Patienten verbessern könnte, bezweifelte auch Dr. Julia Kuschnerit als Vertreterin des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demographie (MSAGD). Die Referatsleiterin für Psychiatrie und Maßregelvollzug betonte angesichts der künftigen Herausforderungen im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung in Rheinland-Pfalz müsse man verstärkt neue, sektorenübergreifende Wege gehen, um die Versorgung der Patienten zu verbessern. Ein wichtiger Schritt in diese Richtung seien entsprechende Modellvorhaben, die das Gesetz vorsieht. In Rheinland-Pfalz gebe es bereits gute Ideen, von denen sich das Land erhoffe, dass sie von der Selbstverwaltung umgesetzt würden.

Schon heute stünden die psychiatrischen Kliniken in Rheinland-Pfalz solchen Versorgungsformen offen gegenüber, bestätigte Dr. Gerald Gaß, Geschäftsführer des Landeskrankenhauses und wies auf das Projekt „Stattkrankenhaus“ hin, das mit einer Ersatzkasse erprobt werde. Um tatsächlich neue Strukturen und eine aussagekräftige Evaluation zu schaffen, brauche man langfristig angelegte Projekte. Das neue Psych-Entgeltsystem wurde von den Krankenhausvertretern kritisch beurteilt. Insbesondere der erhöhte Dokumentationsaufwand, für einen relativ kleinen Teil der Leistungen sei erheblich, teils völlig praxisuntauglich und führe letztlich auch zu kaum mehr Transparenz im Gesamtgeschehen, wie René Berton,

Stellvertretender Geschäftsführer des Pfalzkrankenhauses für Psychiatrie und Neurologie Klingenmünster, bei seiner Darstellung der künftigen Berechnungen ausführte. Auch Alfred Kappauf, Präsident der Landespsychotherapeutenkammer, warb für den Ausbau der sektorenübergreifenden Behandlung und Betreuung psychisch kranker Menschen, für die allerdings auch der Bereich der ambulanten Versorgung gestärkt werden müsse. Einigkeit herrschte bei der Veranstaltung darüber, dass Verbesserungen bei der Versorgung der Patienten im Vordergrund stehen müssten. „Hieran wird sich das neue Psych-Entgeltsystem messen lassen müssen“, so Martin Schneider, Leiter der vdek-Landesvertretung, der als Moderator durch die Veranstaltung führte.

Mainz, 17.8.2012



Das neue Psych-Entgeltsystem aus Sicht des vdek

Christiane Berg

Referatsleiterin Stationäre Versorgung und stv. Leiterin der
vdek-Landesvertretung Rheinland-Pfalz





1. Ausgangslage
2. Das neue Psych-Entgeltsystem und das Psych-Entgeltgesetz
3. Chancen und Risiken des neuen Psych-Entgeltsystems aus Sicht des vdek



Ausgangslage

- psych. Erkrankungen spielen bei Arbeitsunfähigkeitsfällen und vorzeitigem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben eine immer größere Rolle
- regional unausgewogene Verteilung von niedergelassenen Leistungsanbietern
- geringe Transparenz der Krankenhausbehandlung
- hohe Krankenhausausgaben im Psych-Bereich
- hohe Wiederaufnahme- und Selbsteinweisungsquote („Drehtürpsychiatrie“)



Ausgangslage

- Steigende Zahl an Krankenhausbetten und Tagesklinikplätzen
- Fehlende Anreize für kostengünstigere teilstationäre und ambulante Behandlungsformen
- Extreme Zersplitterung des Versorgungsangebotes/Sektoren-Grenzen
- Häufige Behandlungsbrüche und -abbrüche
- Unzureichende Einbeziehung des Lebensfeldes des Patienten
- Sektoren-Grenzen
- „Fach-Hürden“

Aktuelle Versorgung in RLP im Bereich der Psychiatrie in Zahlen: Versorgung an Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Erwachsenenpsychiatrie:

21 vollstat. Abteilungen (incl. 10 Fachkliniken), **2.443 Betten** (2003: 2.246, **+7 %**)

Tagesklinik: **667 Plätze** an 29 Standorten (2003: 485 Plätze, **+38 %**)

Ki-Ju-Psychiatrie:

8 vollstat. Abteilungen (incl. 4 Fachkliniken), **260 Betten** (2003: 170, **+53 %**)

Tagesklinik: **185 Plätze** an 8 Standorten (2003: 60 Plätze, **+208 %**)



31 Krankenhäuser mit Psych (incl. TK)

PIAs an **41 Standorten**

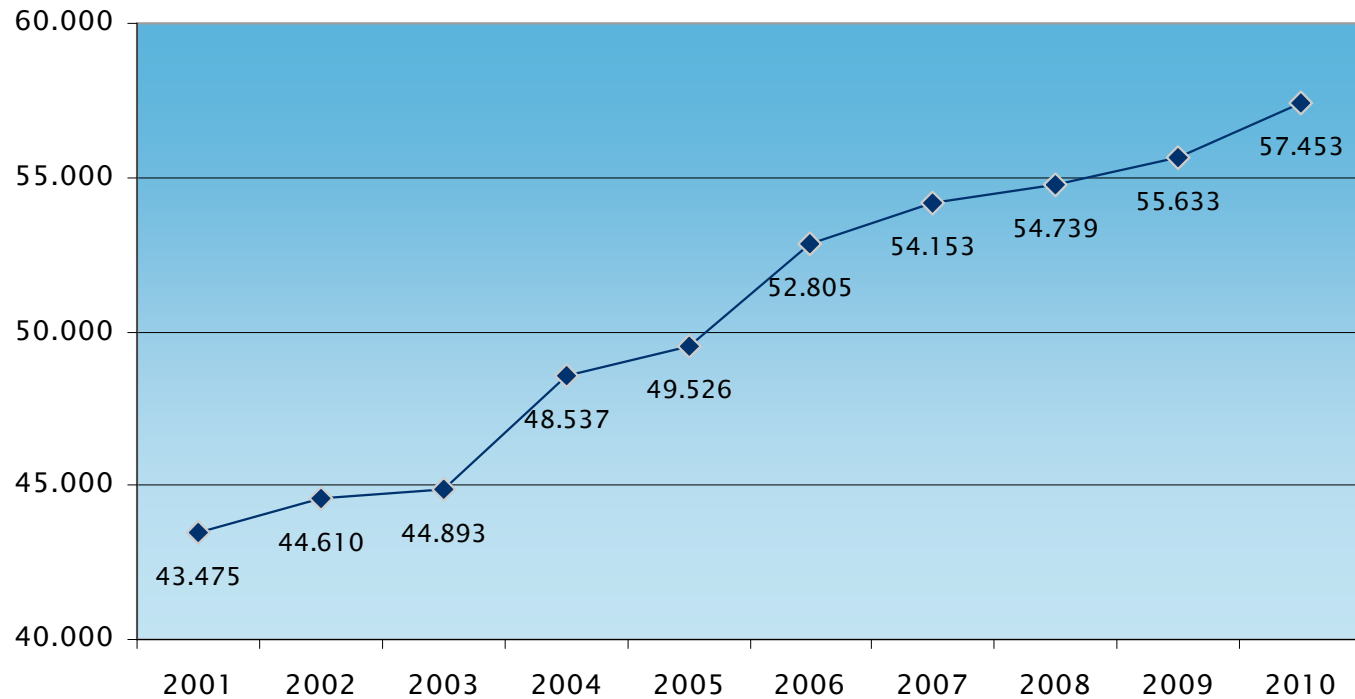
10 stat. **Vorsorge- und Rehaeinrichtungen** mit **1322 Betten**

(incl. Psychosomatik)



Entwicklung der Anzahl der aufgenommenen Patienten in Rheinland-Pfalz

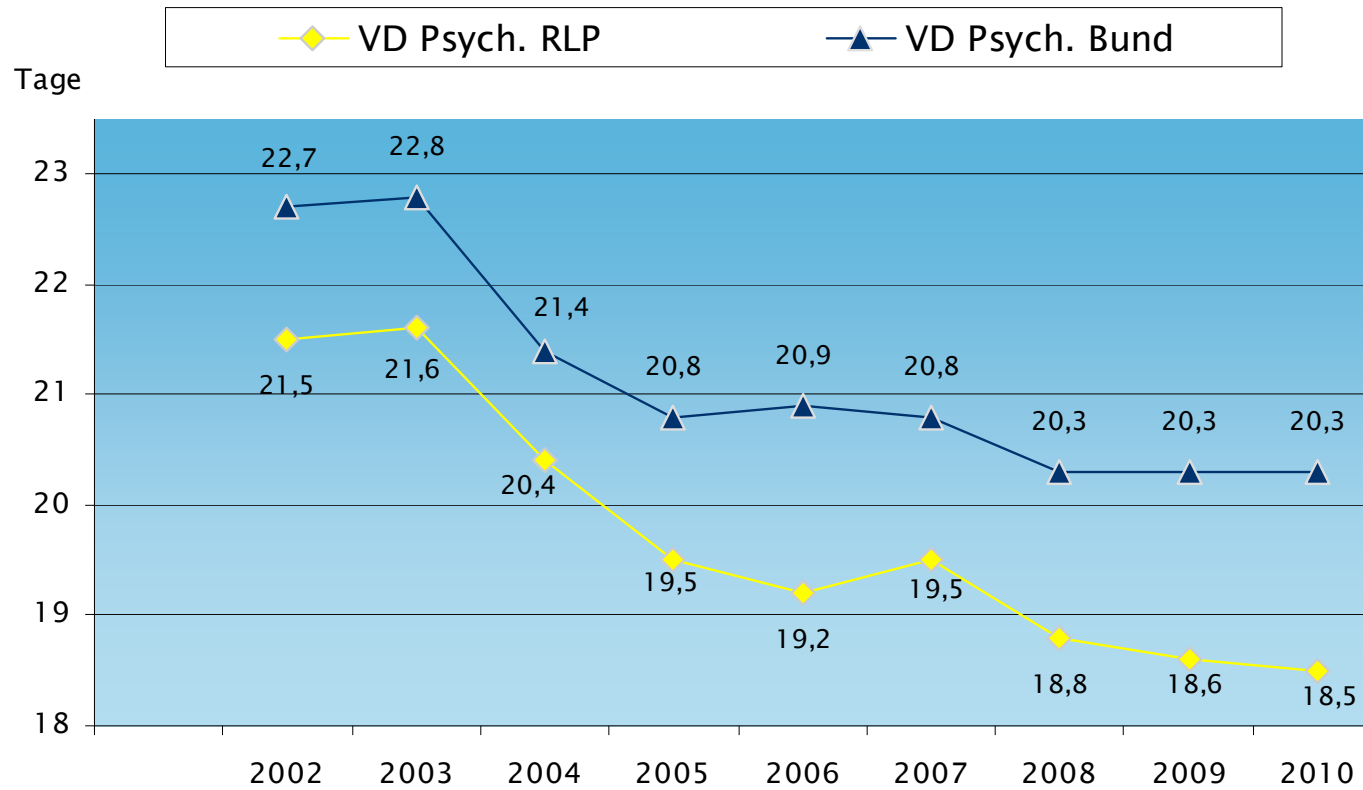
Anzahl der
Patienten RLP



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Darstellung



Verweildauerentwicklung



Quelle: Statistisches Bundesamt, eigene Darstellung

IST-Situation der Finanzierung psychiatrischer Einrichtungen

- **Tagesgleiche Pflegesätze (Tagespauschalen)** – unabhängig von der tatsächlich erbrachten Leistung
- **Pflegesatz = vereinbartes Budget:** Summe der vereinbarten Belegungstage
- **Budgets über viele Jahre historisch entstanden** und von vielen unterschiedlichen Faktoren abhängig
- **Leistungsinhalte und Fallschwere** der im Krankenhaus behandelten Fälle spiegeln sich nur sehr wenig im Budget und damit auch in den Pflegesätzen wieder



Das neue Psych-Entgeltsystem § 17 d KHG

- für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist ein
 - durchgängiges
 - leistungsorientiertes
 - und pauschalierendes

Entgeltsystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten einzuführen



Das neue Psych-Entgeltsystem § 17 d KHG

- Die Einbeziehung von ambulanten Leistungen der PIAs und anderer Abrechnungseinheiten für bestimmte Leistungsbereiche ist zu prüfen
- Das Vergütungssystem soll
 - den **unterschiedlichen Aufwand** medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abbilden
 - der **Differenzierungsgrad** soll praktikabel sein
 - Zur Bewertung sind **bundeseinheitliche Relativgewichte** zu definieren
- Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren **bis zum 30.9.2012 die ersten Entgelte und Bewertungsrelationen**

Vergleich der DRG-Systematik im Bereich der Somatik mit dem Entgeltsystem nach § 17 d KHG

	§ 17 b KHG	§ 17 d KHG
Grundausrichtung des Systems	Fallbezug	Tagesbezug
Basissätze	Länderbezogener Basisfallwert	Länderbezogener Basisentgeltwert (ab 2017)
Aufwand/Kodierung	OPS	Psych-OPS
Entgelte	DRG	PEPP
Einführung und Weiterentwicklung des Systems	InEK	InEK



Psych-Entgeltgesetz

- wurde am 25.7.2012 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht
- tritt in den den Psych-Bereich betreffenden Vorschriften grundsätzlich zum 1.1.2013 in Kraft
- regelt u.a. die Überleitung des alten in das neue Psych-Vergütungssystem: insbes. durch eine **neue Bundespflegesatzverordnung**

Psych-EntgeltG:

Zeitplan zur Einführung des neuen Psych-Entgeltsystems

2013	Optionsjahr 1	4-jährige budgetneutrale Phase
2014	Optionsjahr 2	
2015	obligatorisch 1	
2016	obligatorisch 2	
2017	Konvergenz 1 (10 %; 1 % Kappungsgrenze)	5-jährige Konvergenzphase
2018	Konvergenz 2 (15 %; 1,5 % Kappungsgrenze)	
2019	Konvergenz 3 (15 %; 2 % Kappungsgrenze)	
2020	Konvergenz 4 (20 %; 2,5 % Kappungsgrenze)	
2021	Konvergenz 5 (20 %; 3 % Kappungsgrenze)	
2022	Vergütung nach Landesbasisentgeltwerten - gleiche Preise für gleiche Leistung innerhalb des Landes	



Psych-Entgeltgesetz

- einzelne Regelungen für den Psych-Bereich

- **schriftl. Mitteilung** an Kostenträger über **Teilnahme an Optionsphase** spätestens mit Aufforderung zur Budgetverhandlung, frühestens 31.12. des Vorjahres
- **Anreize zur Teilnahme an der Optionsphase:** verbesserte Minder- und Mehrerlösausgleiche
- **Nachverhandlungsmöglichkeit der Psych-PV Personalstellen** für alle Krankenhäuser bis Ende 2016; ab 2013 Nachweispflicht über zweckentsprechende Mittelverwendung; nicht zweckentsprechend verwendete Mittel sind zurück zu zahlen



Psych-Entgeltgesetz

- einzelne Regelungen für den Psych-Bereich

- **Veränderungswert** (abgeleitet aus Orientierungswert) löst ab 2013 Veränderungsrate und Berichtigungsrate ab
- **Bericht der Selbstverwaltungspartner vor Eintritt in die Konvergenzphase** unter Einbezug der Erkenntnisse zu Modellvorhaben
- **Implementierung psychosomatischer PIA**



Psych-Entgeltgesetz

- einzelne Regelungen für den Psych-Bereich

- **Qualitätssicherung: § 137 Abs. 1c SGB V (neu)**

GBA hat bis spätestens 1.1.2017:

- **Richtlinien für geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung festzulegen**
- **Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit therapeutischem Personal zu beschließen (da Psych-PV zum 31.12.2016 endet)**
- **Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung festzulegen**



Psych-Entgeltgesetz

Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen, § 64 b SGB V

- **Ziel:** Zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Leistungserbringung und zur Optimierung der Versorgung, einschließlich Home-Treatment; Ambulantisierung
- **Vertragspartner:** zugelassene Krankenhäuser und/oder Leistungserbringer aus dem ambulanten Sektor und einzelne oder mehrere Krankenkassen bzw. deren Verbände
- mindestens ein Modellvorhaben in jedem Bundesland (unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie)



Psych-Entgeltgesetz

Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen, § 64 b SGB V

- **Übermittlung von Daten an das InEK gem. § 21 KHEntgG + zusätzliche Daten bezüglich Kosten, Leistungsinhalten und Struktur der Modellvorhaben**
- **Krankenkassen haben wissenschaftliche Begleitung durch einen unabhängigen Sachverständigen zu veranlassen; Ergebnisbericht ist zu veröffentlichen und dem InEK zu übermitteln**
- **Regellaufzeit: 8 Jahre**
- **Keine Satzungsregelung erforderlich**



Risiken/Gefahren des neuen Psych-Entgeltsystems

Vergütungsreform <-> Versorgungsproblem

Abrechnungssystem <-> Versorgungssystem

Risiken/Gefahren des neuen Psych-Entgeltsystems

- erhöhter Dokumentationsaufwand
- Anreiz zur Verweildauerverlängerung
- fehlender Anreiz zur Ambulantisierung
- fehlender Anreiz zum Abbau von Sektorengrenzen
- Der OPS mit seiner überwiegenden Darstellung der Einzelleistung führt zur Ausweitung der Einzelleistungserbringung.
- Vernachlässigung der Patientenorientierung/patientenbezogene Ergebnisqualität (Behandlung soll sich am Patienten und nicht an den Abrechnungsmöglichkeiten orientieren)

⇒ **Keine Verbesserung der Patientenversorgung**



Chancen

- Leistungstransparenz
 - ⇒ versachlicht Diskussion
 - ⇒ erzeugt Wertschätzung
 - ⇒ Chance zur Analyse und Optimierung des Behandlungsprozesses
- effizienterer Ressourceneinsatz
- Leistungsgerechtere Vergütung
- Einheitliche Vergütung
- Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen durch Modellprojekte



Chancen

- **Modellvorhaben ermöglichen**
 - Anreize zur Ambulantisierung und sektorenübergreifenden Versorgung
 - grundsätzlich einen späteren Systemvergleich der sektorenübergreifenden und sektorstarreren Versorgung
 - die Erfüllung der Prüfaufträge zur Beurteilung, inwieweit die PIA in das Entgeltsystem einbezogen werden können und inwieweit sich andere als tagesbezogene Abrechnungseinheiten eignen
 - Einbeziehung des häuslichen Umfeldes (Home-Treatment)
- **PIA-Doku-Vereinbarung ist inzwischen verabschiedet: einheitliche Leistungsdokumentation** wird datenbasierte Diskussion über sinnvolle Versorgungsangebote und Leistungen der PIA sowie die erforderliche Strukturqualität ermöglichen



Wie können wir in Rheinland-Pfalz die Chancen nutzen und die Risiken minimieren?

- **Optimierung der ambulanten Versorgung**
- Prüfung der Möglichkeit von **Modellprojekten** gem. § 64 b SGB V
- möglichst **frühzeitiger Umstieg** auf das neue Entgeltsystem
- **Steuerung im Rahmen der Krankenhausplanung**
 - weniger „Mehr“ Versorgung, sondern mehr „Miteinander“
 - Stopp der Ausweisung weiterer stationärer Betten
- Erfüllung des Anspruchs der Patienten auf **Entlassmanagement**
- **Regelmäßiger Austausch** zwischen den Beteiligten in Rheinland-Pfalz; insbesondere auch sektorenübergreifend

Das neue Psych-Entgeltsystem und die Versorgung psychisch Kranker – eine harte Nuss,



... die wir auch in Rheinland-Pfalz nur gemeinsam knacken können

Ersatzkassenforum 2012
der vdek-Landesvertretung Rheinland-Pfalz
am 15. August 2012 in Mainz

Das neue Psych-Entgeltsystem - Herausforderungen und
Sichtweisen in Rheinland-Pfalz

**Probleme in der psychiatrischen und
psychotherapeutischen Versorgung in
Rheinland-Pfalz- Chancen und Risiken des
neuen Psych-Entgeltsystems**

Alfred Kappauf

Dipl.-Psych., Dipl.- Päd.

Psychologischer Psychotherapeut, Kinder-und Jugendlichenpsychotherapeut

Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

LPK Landes
Psychotherapeuten
Kammer
Rheinland-Pfalz

Psychiatrische und psychosomatische Versorgung – stationärer Bereich

- **Psychiatrie**

Dezentralisierung und Differenzierung der psychiatrischen Einrichtungen mit dem Ziel der wohnortnahen stationären Versorgung wurde inzwischen realisiert.

- **Psychosomatik**

(Bereich der Inneren Medizin und der Psychiatrie)


bewusst kein flächendeckendes Netz von bettenführenden Abteilungen für Psychosomatik

Ziel: Konsiliar- und Liäsondienste in den Akutkrankenhäusern

Psychiatrische und psychosomatische Versorgung – stationärer Bereich

- Wer leistet die stationäre Arbeit (bundesweit):
 - 7.041 Ärztinnen (Psychiater, KJPP, Nervenärzte, PM)
 - 6.247 Psychotherapeuten (PP und KJP)

Psychiatrische und psychosomatische Versorgung – stationärer Bereich

- Psychosomatik in die somatische Akutversorgung?
 - Psychosomatik ist kein zusätzliches Organgebiet
 - mind. 25 % der in Akutkrankenhäusern behandelten Pat. haben (auch) Beschwerden mit psychosomatischem Ursprung
- Umsetzung des Sonderwegs ? 

Psychiatrie und Psychosomatik

- Unterschiedliches Indikationsspektrum oder parallele Versorgungsstrukturen?

Psychosomatik: über 50% Depressive Störungen, 13,8% Angststörungen

Psychiatrie: 21,6 % depressive St., 17,1 % schizophrene Erkr., 25,2 %
Alkoholerkr. (Statist. Bundesamt, 2011)

- Unterschied im Stigmatisierungsrisiko?
- Relevanz für die Weiterbildung in den Fachrichtungen!

Anzahl der Planbetten: 72,32 je 100T

Durchschnittl. Verweildauer: 22,92 Tage (ca. 9 % unter dem Bundesdurchschnitt)

Ambulanter Versorgungsbereich -1

- Starkes Stadt-Landgefälle in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgungsdichte
- Die psychotherapeutische Versorgungsdichte ist weit unter dem Bundesdurchschnitt: 18 Th. je 100 T Einw.

Ambulanter Versorgungsbereich -2

- Etwa 2/3 aller psychotherapeutischen Leistungen wurden 2011 von PP und KJP erbracht (63 %), sowie weitere 20 % von Ärztlichen Therapeuten; Etwa 17 % wurden von fachgruppenfremden Ärzten erbracht.
- Die Psychotherapeuten sind die größte Fachgruppe im fachärztlichen Bereich (11,98 %)
- **Behandlungsfallzahlen der Psychotherapeuten in RLP sind höher als im Bundesdurchschnitt**

Ambulanter Versorgungsbereich -2

Konsequenzen:

- Lange Wartezeiten
- Fehlversorgungstendenzen: stationär statt ambulant
- Steigende Behandlungsfälle in der Kostenerstattung nach §13,3 SGB V
- Aber auch: Honorarabschläge für PP/KJP bei Überschreiten des definierten Leistungsvolumens!

Ambulanter Versorgungsbereich -3

...Weitere Probleme:

- Sektorengrenzen: ambulante und stationäre Behandlungen sind in der Regel nicht aufeinander bezogen
- Einschränkung der Behandlungsverfahren und -methoden im Vergleich zum stationären Bereich (Erlaubnis vs. Verbotsvorbehalt)
Beispiel: Familientherapeutische Leistungen dürfen im ambulanten Bereich nicht als GKV-Leistung erbracht werden

Das neue Psych-Entgeltsystem - Chancen?

- Transparenz soll verbessert werden
- Abkehr von der Psych-PV, die das aktuelle Leistungsgeschehen und die Innovationen in den stationären Einrichtungen nicht abbildet
- Empfehlungen zur Strukturqualität durch den G-BA sollen das gesamte Fachpersonal umfassen
- Rechtliche Verankerung von „Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen“ (§64b SGB V)

Das neue Psych-Entgeltsystem – Risiken? -1-

- Enge Orientierung am DRG-System der somatischen Akutkrankenhäuser - Innovationen, die nicht kostenträchtig sind, lassen sich dort schwer vergütungsrelevant abbilden.
- Budgetneutrale Einführungsphase bis Ende 2016:
 - tarifbedingte Personalkostensteigerungen bleiben zum erheblichen Teil bei den Krankenhausträgern
 - Innovationen und am wissenschaftlichen Fortschritt orientierte Entwicklungen im Kernbereich der stationären Versorgung werden erschwert
 - Die G-BA-Empfehlungen zur Strukturqualität sollen bis spätestens 1.1.17 vorliegen...

Risiken? -2-

- Sektorenübergreifende Verbesserungen der Versorgung sind nur realistisch, wenn auch die ambulanten Strukturen die notwendigen Kapazitätserweiterungen bekommen

Risiken? -3-

- Es besteht die Gefahr, dass ein defizitärer Zustand für die nächsten Jahre zur Norm erhoben wird

"Optimisten, Pessimisten - letztlich
liegen beide falsch. Aber der
Optimist lebt glücklicher."

Kofi Annan

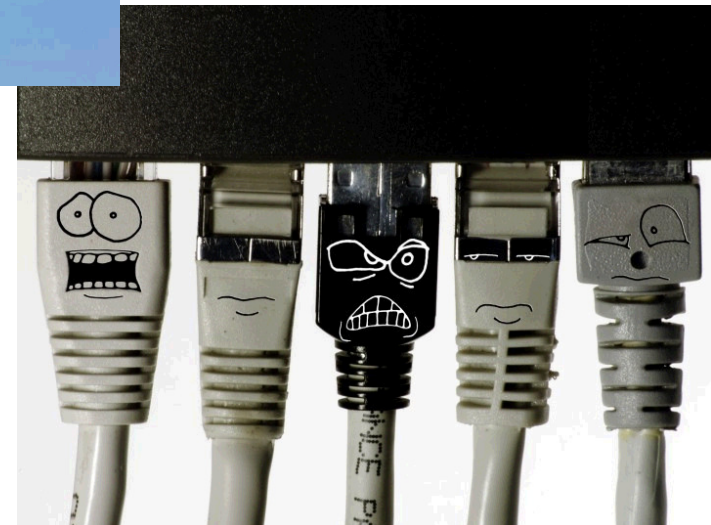
Herausforderung: Psych-Entgeltsystem — Aus Sicht eines Kalkulationskrankenhauses

René Berton, Stv. Geschäftsführer
Pfalz-Klinikum für Psychiatrie und Neurologie Klingenstein (AdöR)

Was sind Herausforderungen?



PFALZKLINIKUM
FÜR PSYCHIATRIE UND
NEUROLOGIE
AdöR
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Mainz

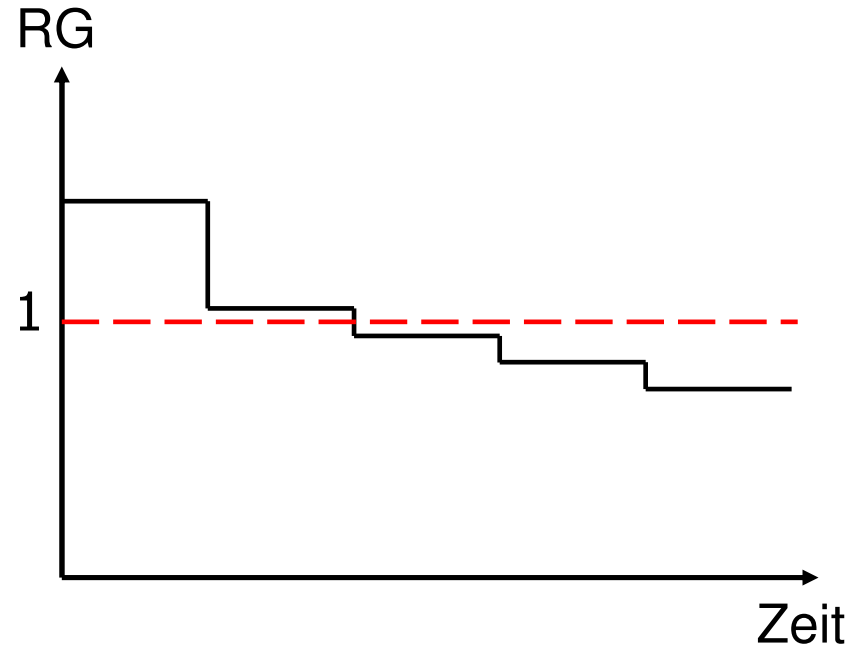


Herausforderung für uns



Kriterium	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte	5 Punkte	6 Punkte	
Aggressivität (verbale und feindselige)	Kein Selbstverletzung/keine verbale Aggressivität	Zerstreute leichter Selbstverletzungsdruck ODER zerstreute leichte verbale Aggressivität	Zerstreute deutlicher Selbstverletzungsdruck ODER häufige verbale Aggressivität in akuten Situationen	Zerstreute deutlicher Selbstverletzungsdruck durch Ausgrenzungssituationen ODER zerstreute deutliche verbale Aggressivität in akuten Situationen	Ständiger Selbstverletzungsdruck durch Ausgrenzungssituationen ODER häufige verbale Aggressivität in akuten Situationen	Selbstverletzungsdruck mit gelegentlichen Selbstverletzungshandlungen ODER häufige verbale Aggressivität mit ständigen Selbstverletzungshandlungen ODER häufiger Druck, andere anzugehen oder zu verletzen	Ständige schwerwiegende Selbstverletzungshandlungen ODER häufige Suizidattemp mit ständigen Selbstverletzungshandlungen ODER häufiger verbaler Gewalt gegen andere
Selbstständigkeit der gemeinsamen Lebensführung	Der Patient ist nicht in der Lage, eine basale Tagesstruktur zu entwickeln und/oder für länger als 6 Stunden schreien zu erhalten. Ohne ständige Anleitung ist er nicht in der Lage: 1. regelmäßig, ausreichend nach Art und Menge um reguliert zu ernähren 2. ausreichend Fähigkeiten zu besitzen 3. selbst einfache Anforderungen zu erfüllen (einen Termin wahrnehmen, eine Rechnung bezahlen, einen Brief beantworten etc.) 4. freie Zeit zu gestalten 5. die emotionale Lebenssituation eigenständig zu bewältigen (z.B. finanzielle Krisen, einsehender Verlust der Wohnung oder des Arbeitsplatzes, juristische Komplikationen etc.)	Zerstreute Fehlen einer basalen Tagesstruktur + 1 Anleitungsstufen	Zerstreute Fehlen einer basalen Tagesstruktur + 2 Anleitungsstufen	Zerstreute Fehlen einer basalen Tagesstruktur + 3 Anleitungsstufen	Zerstreute Fehlen einer basalen Tagesstruktur + 4 Anleitungsstufen	Ständiges Fehlen einer basalen Tagesstruktur + 5 u.m. Anleitungsstufen	
Sensitivität Pflegebedürftigkeit	Der Patient bedarf aufgrund einer körperlichen Erkrankung mit ausgeprägter Immobilität oder einer sich in körperlichen Beeinträchtigungen äußeren psychischen oder psychosomatischen Erkrankung zusätzlicher, intensiver ärztlicher oder pflegerischer Überwachung, Anleitung und/oder Versorgung, um eine stabile Behinderung oder eine deutliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu verhindern. Die Pflegenote und/oder die Pflegeplanung ist in der Regel mit dem Patienten und/oder Angehörigen zu erörtern und/oder mitzuteilen, sind erheblich herabgesetzt bzw. weitgehend ausfallen	Ärztliche oder/und pflegerische Überwachung, Anleitung und/oder Versorgung mindestens 1 x pro 8 Stunden	Ärztliche oder/und pflegerische Überwachung, Anleitung und/oder Versorgung mindestens 1 x pro 6 Stunden	Ärztliche oder/und pflegerische Überwachung, Anleitung und/oder Versorgung mindestens 1 x pro 4 Stunden	Ärztliche oder/und pflegerische Überwachung, Anleitung und/oder Versorgung mindestens 1 x pro 3 Stunden	Ärztliche oder/und pflegerische Überwachung, Anleitung und/oder Versorgung mindestens 1 x pro 2 Stunden	
Antriebsleistung (ausgelastet und gemindert)	Der Patient bedarf aufgrund einer schweren (z.B. depressiven, ängstlichen, zwangsbefehligen) Hemmung des Antriebs, häufig verbunden mit Energielosigkeit und Störungen der Kooperation und Aufmerksamkeit, einer ständigen (mehrheitlich stündlich) ärztlichen, pflegerischen, psychologischen, spezialtherapeutischen oder pflegerischen Anleitung und Unterstützung in bestimmten Bereichen des Alltagsvollzuges, z.B. um das Bett zu verlassen, die Toilette zu benutzen, Körperpflege zu betreiben, sich Ankleiden, seine Mahlzeiten und ggf. Medikamente einzunehmen, erforderliche medizinische und/oder psychosoziale Therapiemaßnahmen wahrzunehmen, um grundsätzlich am Stationsbetrieb teilnehmen zu können. Bei gestörtem Antrieb (z.B. Hyperaktivität bei Antriebsmangel) bedarf es ständiger (mehrheitlich stündlich) begleitender und supervisierender ärztlicher, pflegerischer, spezialtherapeutischer oder pflegerischer Interventionen, um einer vollen Gefährdung entgegenzuwirken. Eine vollständige Gefährdung besteht aufgrund der mit der Antriebsleistung verbundenen rechtlich, zurechenbaren Handlungs- und Risikobehauptungen, ebenso wie bei unzureichender Beobachtung der Patienten.	Keine Antriebsleistung	Antriebsleistung, die einzelne Bereiche des Alltagsvollzuges betrifft	Antriebsleistung, die mehrere wichtige Bereiche des Alltagsvollzuges betrifft	Mittelschwere Antriebsleistung alle Bereiche des Alltagsvollzuges sind betroffen, durch Strukturierung durch das pflegerische Personal gelingt es dem Patienten jedoch, wichtige Funktionen selbstständig auszuführen	Hochgradige Antriebsleistung alle Bereiche des Alltagsvollzuges sind betroffen, Patient ist auch in der Lage, wichtige Funktionen selbstständig auszuführen	
Dissoziation	Dissozialer Patient mit mehrheitlich täglichen auftretenden dissoziativen Symptomen wie: 1. Störungen der Willenskontrolle 2. Störungen der Sensorik 3. Störungen des Erinnerungsvorganges 4. Körperliche Symptome des autonomen Nervensystems (z.B. häufige Erstickungsgefühle mit Hyperventilation mit folgenden respiratorischen Zeichen, Tachykardie und Bewusstseinsverlust) 5. Mit assoziierten psychischen Gefährdungen (z.B. anhaltender Stressreaktion, Angst) einhergehend Die dissoziativen Symptome machen ein unmittelbares Eingreifen bei Überforderung bei Dissoziation bzw. der Komplexierung durch die Symptome erforderlich. Häufige dissoziative Symptome bei komplexen, chaotischen Patienten erfordern ständige (mehrheitlich stündlich) ärztliche, pflegerische, spezialtherapeutische oder pflegerische Interventionen zur Identifikation und Bewältigung auslösender Situationen und kontinuierliches Einbringen spezieller Techniken im Vorfeld von Dissoziationen.	Keine dissoziativen Symptome	Zerstreute dissoziative Symptome mindestens 1 x täglich	Zerstreute dissoziative Symptome mindestens 2 x täglich	Mehrfach (> 3 x tgl.) dissoziative Symptome	Mehrfach (> 5 x tgl.) dissoziative Symptome, ggf. auch aus unterschiedlichen Funktionsbereichen	Ständige (> 8 x tgl.) dissoziative Symptome aus unterschiedlichen Funktionsbereichen
Bewusstseinsklärung Steuerungsfähigkeit	Der Patient ist nicht in der Lage, sich in die Patientengemeinschaft zu integrieren. Er kann z.B. nur schwer an Gruppen teilnehmen und benötigt ein hohes Maß an ärztlicher, pflegerischer, spezialtherapeutischer oder pflegerischer Interventionen (mehrheitlich täglich), um sich affektiv oder/und von Selbstverletzung zu können zu trennen. Kriterien herabgesetzter Selbstregulation oder Regulation des Objektbezugs: 1. Störung der Regulierung 2. Störung der Selbstregulation 3. Störung der Verantwortungsübernahme für sich selbst 4. Störung der Antriebsregulation 5. Störung der Disziplinierbarkeit	Vorhandensein der Steuerungsfähigkeit	Zerstreute Fehlen der Steuerungsfähigkeit mit 1 Regulierungsstufen	Zerstreute Fehlen der Steuerungsfähigkeit mit 2 Regulierungsstufen	Häufiges Fehlen der Steuerungsfähigkeit mit 3 Regulierungsstufen	Wahrgenommenes Fehlen der Steuerungsfähigkeit mit 4 Regulierungsstufen	Vollständiges Fehlen der Steuerungsfähigkeit mit 5 Regulierungsstufen

Degressive Finanzierung



Betreuungsintensitätsmodell

Intensiv: Gleich oder doch verschieden?



- **OPS**
- Anwendung von besonderen Sicherungsmaßnahmen
- **Akute Selbstgefährdung** durch Suizidalität oder schwer selbstbeschädigendes Verhalten
- **Akute Selbstgefährdung** durch fehlende Orientierung oder Realitätsverkenning
- **Akute Fremdgefährdung**
- Schwere Antriebsstörung
- Keine eigenständige **Flüssigkeits-/Nahrungsaufnahme**
- Entzugsbehandlung mit **vitaler Gefährdung**

- **Psych-PV**
 - Psychisch Kranke
 - **Manifest selbstgefährdend**
 - **Fremdgefährdend**
 - Somatisch **vitalgefährdend**
-
- **Betreuungsintensität**
 - Aggressivität (**selbst-** und **fremdbezogen**)
 - Selbstständigkeit in der persönlichen Lebensführung
 - Somatische **Pflegebedürftigkeit**
 - Antriebsstörung (gesteigert und gemindert)
 - Dissoziation
 - Beeinträchtigung der Steuerungsfähigkeit

Was haben wir getan, um uns der Herausforderung zu stellen?

- Einstellung eines Medizin-Controllers
- Gründung Arbeitsgruppe §17d
- Ausbildung von Stations- und Dokumentationsassistenten
- Teilnahme am InEK-Kalkulationsverfahren
- Investition in Software-Produkte, $\Sigma > 100.000\text{€}$
- Veröffentlichung von Fachartikeln
- Gründung und Mitarbeit einrichtungsübergreifender Arbeitsgruppen
- Strategische Bewertung der aktuellen Situation für die eigene Weiterentwicklung

Zukunftsperspektive?

Menge x Preis



Finanzierung

25 Minuten-Takt

VS.

Sektorenübergreifende
Versorgung



Behandlung

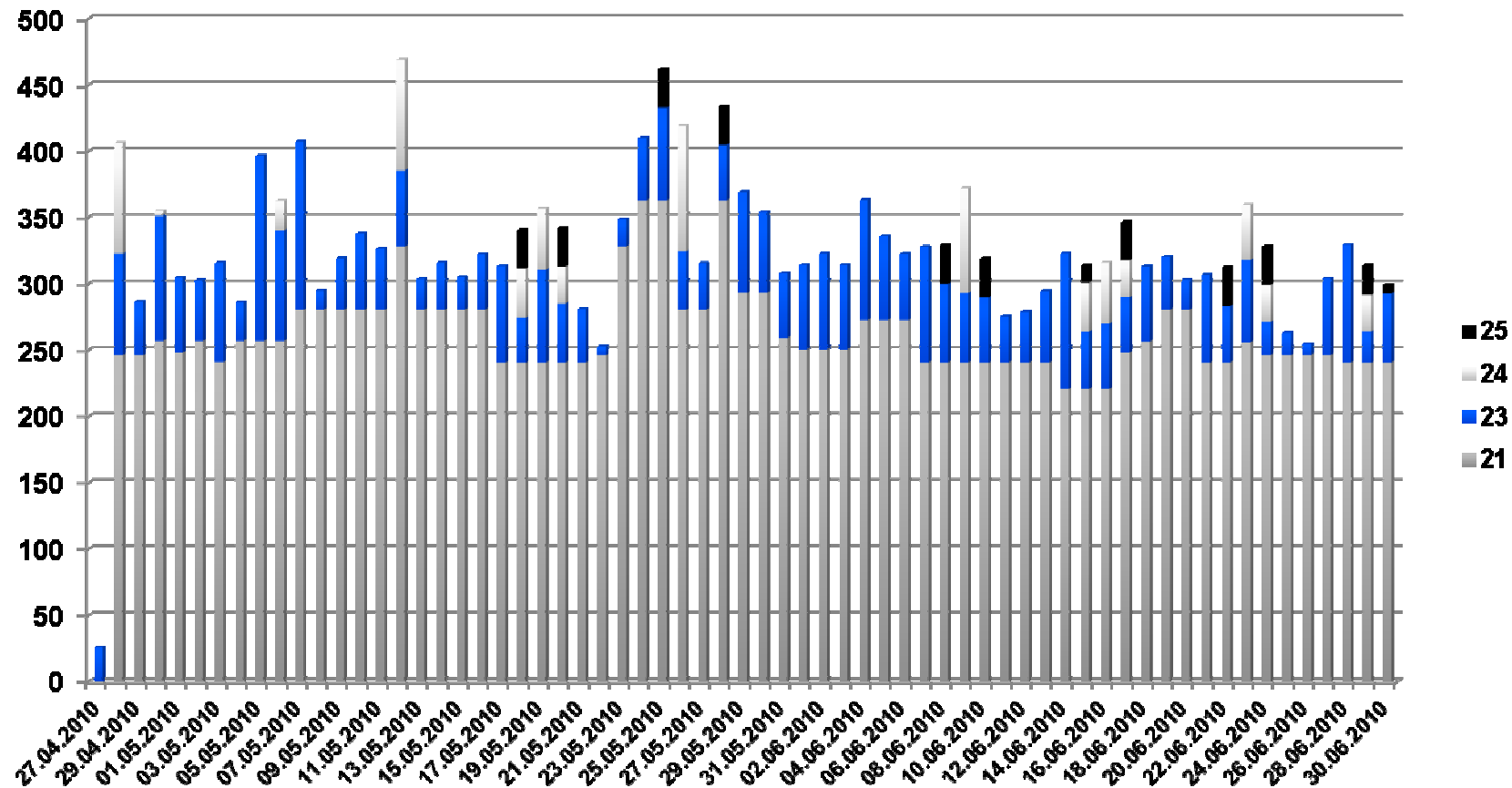
therapeutischer
Beziehungsaufbau
und Krisenbewältigung

Kurzer Ausflug zur Kalkulation



Anlage 5 PSY	Personal- kosten ärztlicher Dienst	Personalkosten Pflege-/ Erziehungsdienst	Personalkosten Psychologen	Personalkosten Sozialarbeiter/ Sozial-Heil- pädagogen	Personalkosten Spezial- therapeuten	Person- kosten med. techn. Dienst/ Funktions- dienst	Sachkosten Arzneimittel		Sachkosten übriger medizinischer Bedarf		Personal- und Sachkosten med. Infrastruktur	Personal- und Sachkosten nicht med. Infrastruktur
	1	2	3a	3b	3c	3	4a	4b	6a	6b	7	8
Station - Regel- Behandlung	21	Gewichtete Pflegetage	Gewichtete Pflegetage	Gewichtete Pflegetage	Gewichtete Pflegetage	Gewichtete Pflegetage	Gewichtete Pflegetage	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Gewichtete Pflegetage	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Pflegetage	Pflegetage
Station - Intern- stehbehandlung	22	Gewichtete Pflegetage	Gewichtete Pflegetage	Gewichtete Pflegetage	Gewichtete Pflegetage	Gewichtete Pflegetage	Gewichtete Pflegetage	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Gewichtete Pflegetage	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Pflegetage	Pflegetage
Psychotherapie	23	Leistungszeit	Leistungszeit	Leistungszeit	Leistungszeit	Leistungszeit	Leistungszeit	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Leistungszeit	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Leistungszeit	Leistungszeit
Physikalische Therapie	24	Punkte II Leistungs- katalog	Punkte II Leistungs- katalog	Punkte II Leistungs- katalog	Punkte II Leistungs- katalog	Punkte II Leistungs- katalog	Punkte II Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Punkte II Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Punkte II Leistungs- katalog	Punkte II Leistungs- katalog
Ergotherapie	25	Punkte II Leistungs- katalog	Punkte II Leistungs- katalog	Punkte II Leistungs- katalog	Punkte II Leistungs- katalog	Punkte II Leistungs- katalog	Punkte II Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Punkte II Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Punkte II Leistungs- katalog	Punkte II Leistungs- katalog
Außere Therapie	26	Punkte II Leistungs- katalog	Punkte II Leistungs- katalog	Punkte II Leistungs- katalog	Punkte II Leistungs- katalog	Punkte II Leistungs- katalog	Punkte II Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Punkte II Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Punkte II Leistungs- katalog	Punkte II Leistungs- katalog
Kardiologische Diagnostik/ Therapie	7	1. Eingriffzeit	nicht relevant	nicht relevant	nicht relevant	nicht relevant	2. Punkte II Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	1. Eingriffzeit	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	1. Eingriffzeit	1. Eingriffzeit
Endoskopische Diagnostik/ Therapie	8	1. Eingriffzeit	nicht relevant	nicht relevant	nicht relevant	nicht relevant	2. Punkte II Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	1. Eingriffzeit	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	1. Eingriffzeit	1. Eingriffzeit
Radiologie	9	Punkte II Leistungs- katalog	nicht relevant	nicht relevant	nicht relevant	nicht relevant	Punkte II Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Punkte II Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Punkte II Leistungs- katalog	Punkte II Leistungs- katalog
Laboratorien	10	Punkte II Leistungs- katalog	nicht relevant	nicht relevant	nicht relevant	nicht relevant	Punkte II Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Punkte II Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	Punkte II Leistungs- katalog	Punkte II Leistungs- katalog
Übrige diagnost. und therapaut. Bereiche	11	1. Eingriffzeit	1. Eingriffzeit	nicht relevant	nicht relevant	nicht relevant	2. Punkte II Leistungs- katalog	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	1. Eingriffzeit	Ist-Verbrauch Einzelkosten- zuordnung	1. Eingriffzeit	1. Eingriffzeit

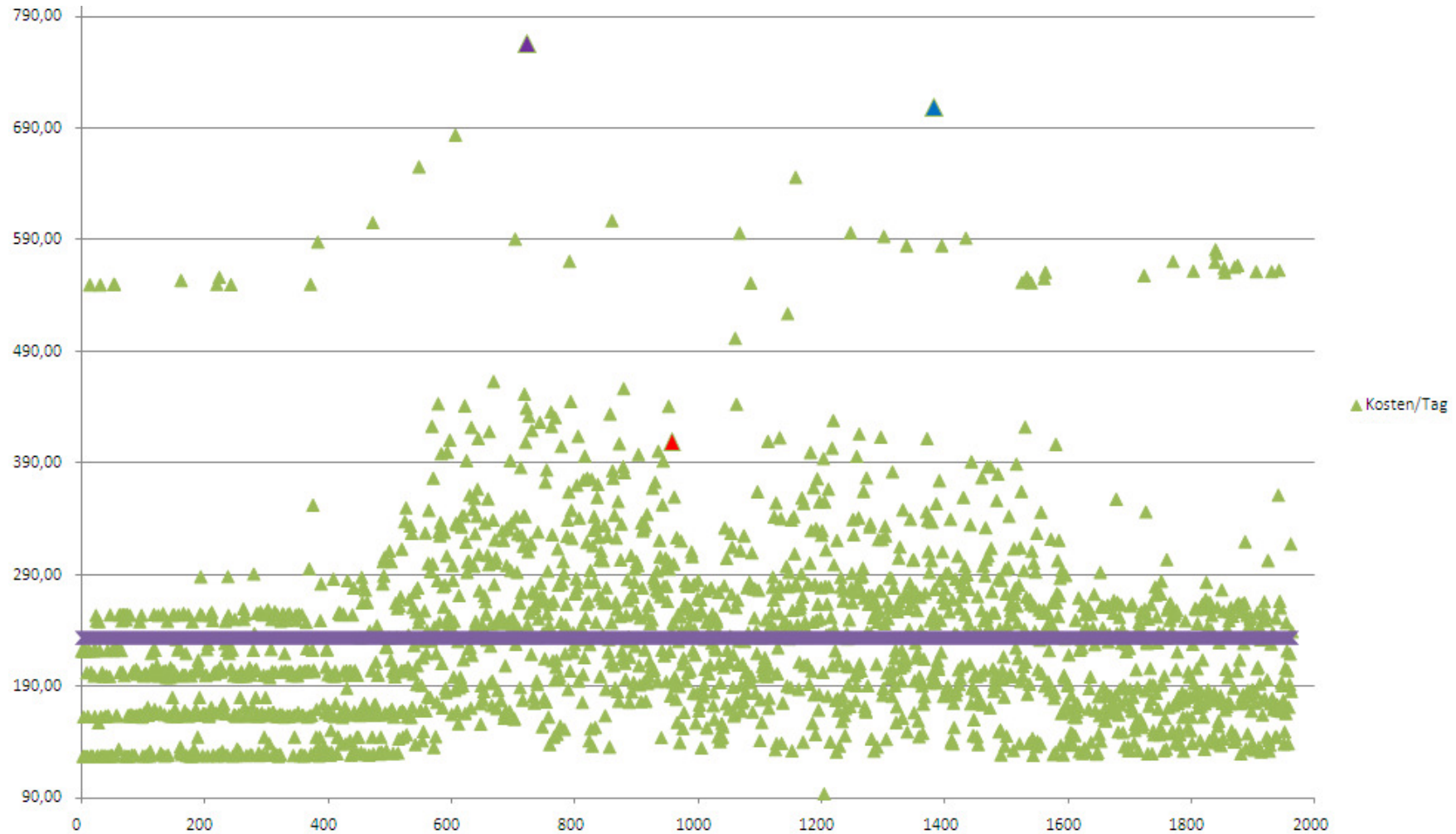
Kann die Vergütung so aussehen?



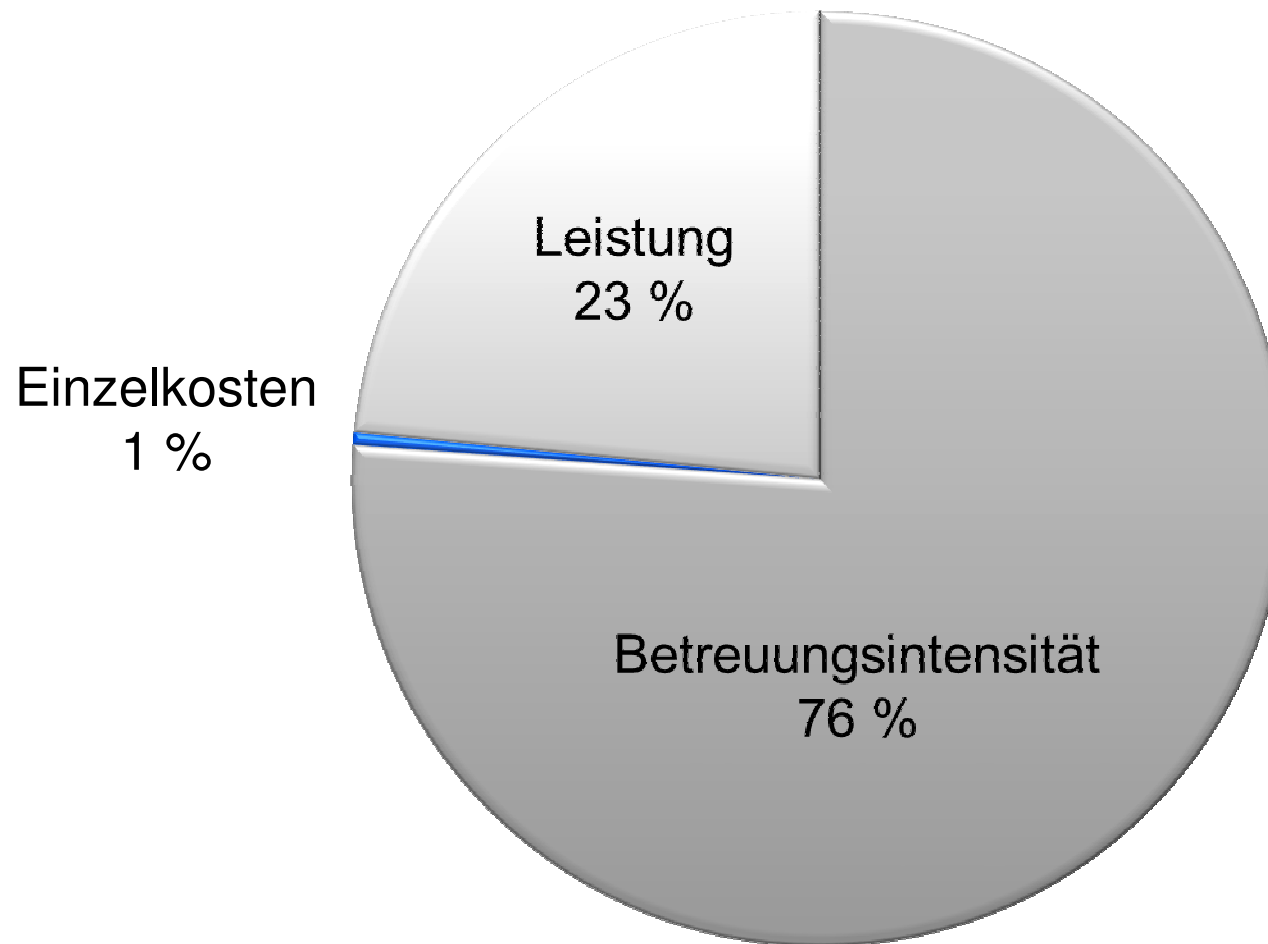
Fallkosten pro Tag (Mittelwert 233,39 €)



PFALZKLINIKUM
FÜR PSYCHIATRIE UND
NEUROLOGIE
AD 02
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Mainz



Hebel der Kostenverteilung



Verteilung auf Kostenstellengruppen



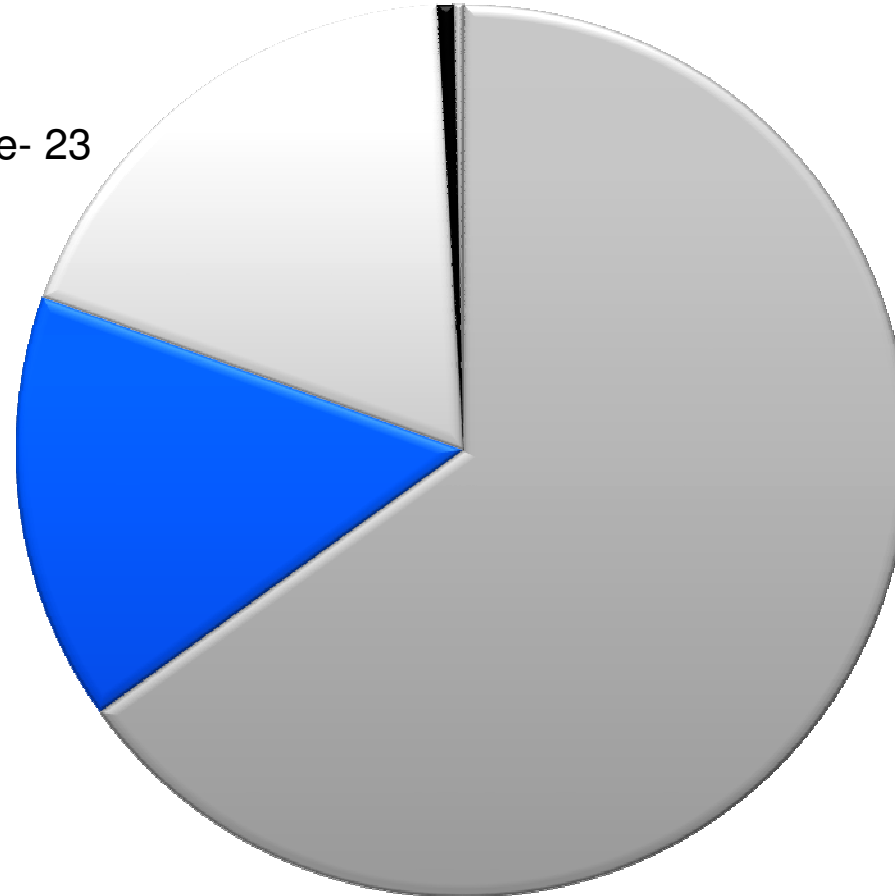
Physiotherapie - 24 / Ergotherapie - 25

≤ 1 %

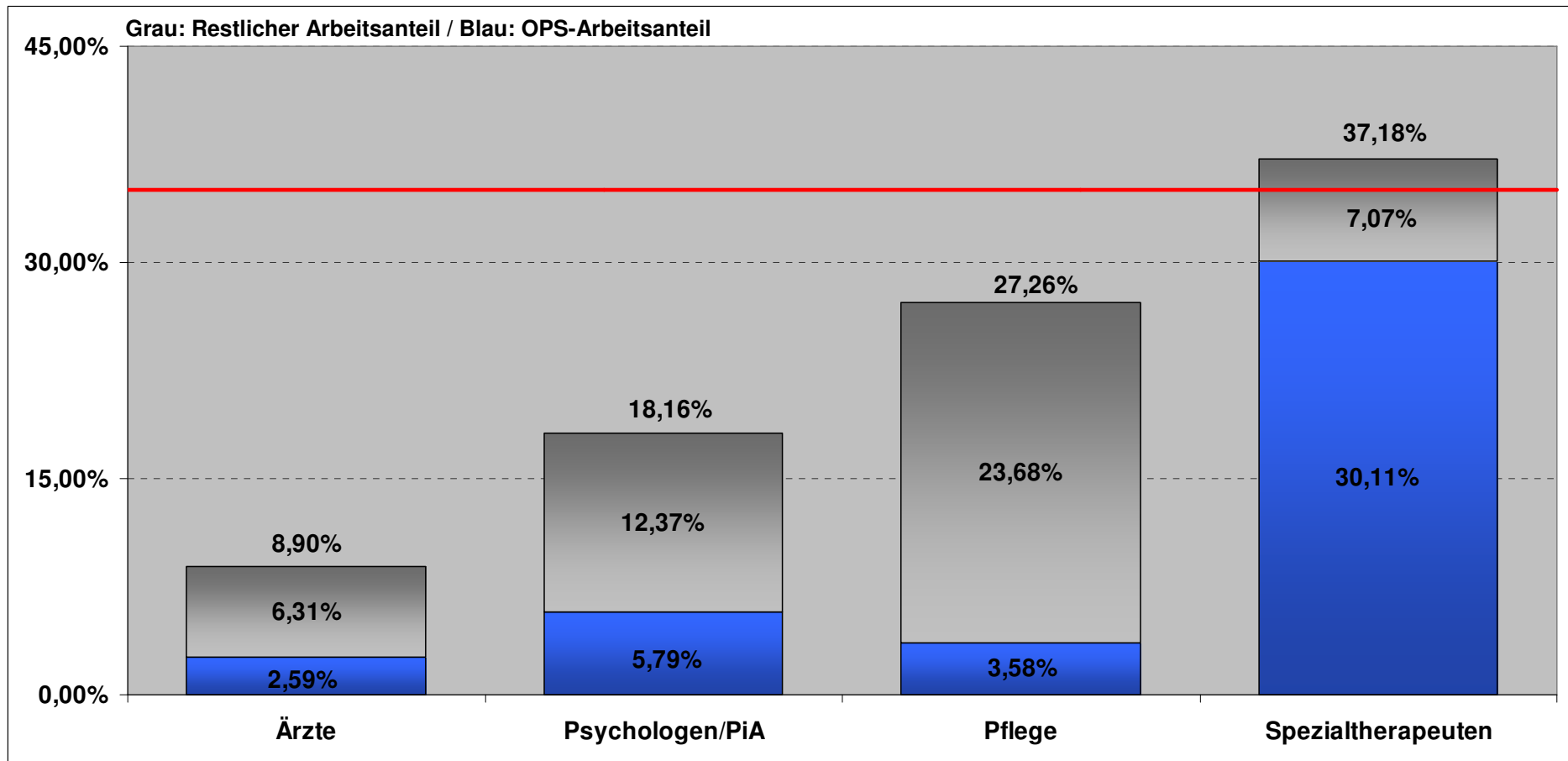
Psychotherapie- 23
18 %

Intensivbehandlung - 22
16 %

Regelbehandlung - 21
65 %

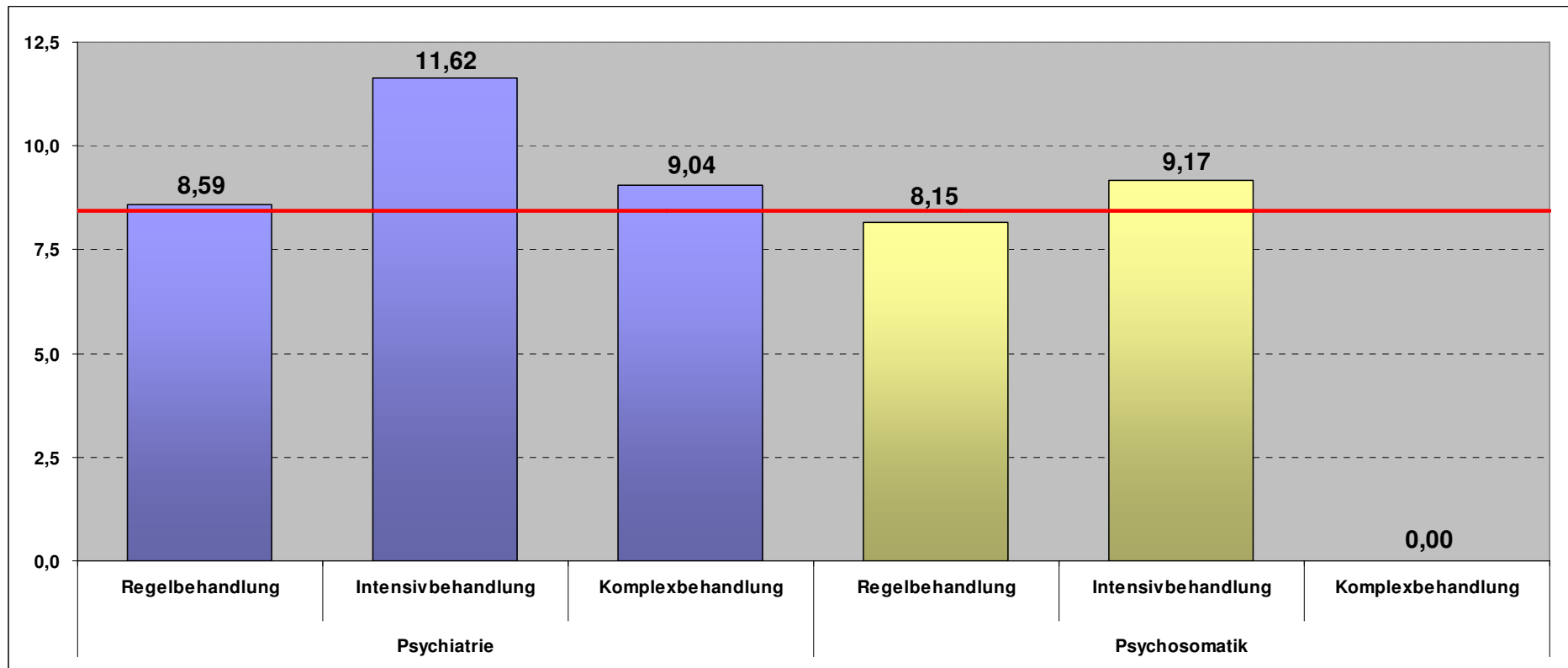


Dokumentierte Arbeitszeit im OPS



Ergebnisse zu Modell 3.1

Betreuungsintensitäten nach Primärkode



Themen für die Zukunft

- Investition in neue Behandlungs- und Finanzierungsformen (z.B. IV, RPB)
- Krankenhausbett oder Wohnort
- Kooperation oder Closed-Job
- Personalanpassung für Menge x Preis
- Anpassung der Personalqualifikation Finanzierungssituation

Kritische Worte

- Zeitplan wichtiger als Inhalt
- Einführung mit 280 Mio. € erkaufte
- Lobby der Psychiatrie zu schwach
- DRG's im Schafspelz
- Kalkulationshäuser als Zahlenknechte

Was ist eine aussagefähige PIA-Dokumentation?

		Leistungserbringer	
		Arzt / Psychologe	Andere Berufsgruppe
Standort	In der PIA		
	Außerhalb der PIA		



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Haben Sie etwa eine Frage?!

