



Referate

anlässlich der

48. Jahrestagung der Fachgruppe Psychiatrie

vom 25. – 26. September 2014

in der

**Ev. Stiftung Tannenhof
Remscheid**



Vorsitzender

Holger Höhmann
LVR-Klinik Langenfeld
Kölner Straße 82
40764 Langenfeld

Herausgeber:

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD)
Fachgruppe Psychiatrie

Verantwortlich:

Holger Höhmann, Vorstandsvorsitzender der Fachgruppe Psychiatrie im VKD

Februar 2015

Inhaltsverzeichnis

Grußworte

Martina Hoffmann-Badache, Staatssekretärin im Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

Dietmar Volk, Kaufmännischer Direktor, Ev. Stiftung Tannenhof

Burkhard Mast-Weisz, Oberbürgermeister der Stadt Remscheid

Generalthema:

Gefahr erkannt – Gefahr gebannt?

Positionen zu den Entwicklungen in der Psychiatrie

Referate zum Generalthema:

- Dr. rer. nat. Sabine Haverkamp, Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., Dezernat 1, Referentin Psychiatrie/Psychosomatik
- Prof. Dr. med. Renate Schepker, Beisitzerin der Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.
- Wiebke Schubert, 1. Vorsitzende des Landesverbandes NRW der Angehörigen psychisch Kranker e.V.
- Prof. Dr. med. Wolfgang Maier, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
- Dr. rer. soc. Josef Düllings, Präsident des Verbandes der Krankenhausesdirektoren Deutschlands e.V.

Psychiatrische Versorgung in der Schweiz

Flächendeckende Qualitätsmessung

Prof. Dr. med. Achim Haug, Ordinarius für Psychiatrie, Philosophische Fakultät, Universität Zürich, Ärztlicher Direktor Clenia-Gruppe

Chancen und Risiken aktueller IV-Verträge und Modellprojekte

Herr Günter van Aalst, Leiter der Landesvertretung der Techniker Krankenkasse NRW

Modellvorhaben in der Psychiatrie – Modellprojekt nach § 64b SGB V der AOK Rheinland / Hamburg

Matthias Mohrmann, Mitglied des Vorstandes der AOK Rheinland / Hamburg

Wissenschaftliche Begleitforschung von IV-Modellen und Programmen - Befunde und Lücken

Prof. Dr. sc. hum. Hans Joachim Salize, Arbeitsgruppenleiter Versorgungsforschung, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit

Psychiatrische Versorgung in Norwegen

Inger Kari Nerheim, Psykiatrisk divisjon divisjonsdirektør, Helse Stavanger HF Stavanger universitetssjukehus

Effizienz und Sicherheit im Abrechnungsprozess durch intelligent digitalisierte Patientenakten

- Dr. Pierre-Michael Meier, ENTSCHEIDERFABRIK, stellvertretender Sprecher des IuiG-Initiativ-Rat
- Annett Müller, Bereichsleiterin Fachdienste Medizinische Dokumentation und Partner- und Produktmanagement im DMI Münster/Leisnig GmbH & Co. KG
- Mark Neumann, Prokurist, ID Information und Dokumentation im Gesundheitswesen GmbH & Co. KGaA

Mitgliederversammlung

Holger Höhmann, Vorstandsvorsitzender, Fachgruppe Psychiatrie im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V.

Kurzbericht über die 48. Fachgruppentagung in der „Krankenhausumschau“

Holger Höhmann, Vorstandsvorsitzender, Fachgruppe Psychiatrie im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V.

Auswertung der Evaluationsbögen

Presseberichte

Bilder

Referentenverzeichnis

- Dr. rer. nat. Sabine Haverkamp, Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., Dezernat 1, Referentin Psychiatrie/Psychosomatik, Wegelystraße 3, 10623 Berlin
- Prof. Dr. med. Renate Schepker, Beisitzerin der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V., Hauptgeschäftsstelle Berlin, Reinhardtstraße 27 B, 10117 Berlin
- Wiebke Schubert, 1. Vorsitzende des Landesverband NRW der Angehörigen psychisch Kranker e.V., Gasselstiege 13, 48159 Münster
- Prof. Dr. med. Wolfgang Maier, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Geschäftsstelle, Reinhardtstraße 27 B, 10117 Berlin
- Dr. rer. soc. Josef Düllings, Präsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V., Geschäftsstelle Berlin, Oranienburger Straße 17, 10178 Berlin
- Prof. Dr. med. Achim Haug, Ordinarius für Psychiatrie, Philosophische Fakultät, Universität Zürich, Ärztlicher Direktor, Clenia-Gruppe Winterthur, Konradstr. 15, 8400 Winterthur, Schweiz
- Günter van Aalst, Leiter der Landesvertretung NRW, Techniker Krankenkasse, Bismarckstr. 101, 40210 Düsseldorf
- Matthias Mohrmann, Mitglied des Vorstandes der AOK Rheinland/Hamburg, Kasernenstr. 61, 40213 Düsseldorf
- Prof. Dr. sc. hum. Hans Joachim Salize, Arbeitsgruppenleiter Versorgungsforschung, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, J 5, 68159 Mannheim
- Inger Kari Nerheim, Psykiatrisk divisjon divisjonsdirektør, Helse Stavanger HF Stavanger universitetssjukehus, Postboks 8100, 4068 Stavanger, Norwegen
- Dr. Pierre-Michael Meier, ENTSCHEIDERFABRIK, stellvertretender Sprecher des IuiG-Initiativ-Rat, Rochusweg 8, 41516 Grevenbroich
- Annett Müller, Bereichsleiterin Fachdienste Medizinische Dokumentation und Partner- und Produktmanagement im DMI Münster/Leisnig GmbH & Co. KG, Otto-Hahn-Str. 11-13, 48161 Münster

- Mark Neumann, Prokurist, ID Information und Dokumentation im Gesundheitswesen GmbH & Co. KGaA, Platz vor dem Neuen Tor 2, 10115 Berlin

Grußworte

vom 25. September 2014

48. Fachgruppentagung

vom 25. – 26. September 2014

in der
Ev. Stiftung Tannenhof
Remscheid

Martina Hoffmann-Badache, Staatssekretärin im Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

Dietmar Volk, Kaufmännischer Direktor, Ev. Stiftung Tannenhof

Burkhard Mast-Weisz, Oberbürgermeister der Stadt Remscheid

Grußwort anlässlich Jahrestagung "Gefahr erkannt – Gefahr gebannt? Positionen zu den Entwicklungen in der Psychiatrie" von Staatssekretärin Martina Hoffmann-Badache, Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

Sehr geehrter Herr Höhmann,
sehr geehrter Herr Volk,
sehr geehrte Damen und Herren,

Ich freue mich, auf Ihrer Jahrestagung ein Grußwort sprechen zu dürfen, kann doch Ihre Fachgruppe Psychiatrie des Verbandes der Krankenhausdirektoren mit Stolz auf eine lange und ergebnisreiche Tradition in der konzeptionellen Weiterentwicklung und Gestaltung der psychiatrischen Krankenhausversorgung verweisen. Wir als Land haben mit großem Interesse Ihre fachlich für uns immer hilfreichen Stellungnahmen und ergebnisreichen Jahrestagungen verfolgt.

Heute können Sie auf die vielen seit der Enquete 1975 erreichten Erfolge zurückblicken. Sei es die Wohnortnähe von psychiatrischer Krankenhausbehandlung und damit die Verkleinerung der Einzugsbereiche, die Übernahme regionaler Versorgungsverpflichtung oder die gesetzlich verankerten Institutsambulanzen.

In der jüngeren Vergangenheit mehren sich die Anlässe, die eine Neuausrichtung und Weiterentwicklung der Angebote stärker in den Fokus zu rücken.

Die UN-BRK gilt auch für die Psychiatrie und ist vielleicht dort mit am schwierigsten umzusetzen. Denn es gilt, auch und gerade unter den Bedingungen einer Zwangsunterbringung das Recht der Menschen auf Selbstbestimmung und Teilhabe zu ermöglichen.

Die Zahl der Menschen mit einer psychischen Erkrankung, die eine Behandlung in Anspruch nehmen, nimmt seit Jahren kontinuierlich zu. Laut aktuellem Gesundheitssurvey sind 33 % der Bevölkerung im Lauf eines Jahres von einer psychischen Erkrankung betroffen, in zunehmendem Maße ältere Menschen und Kinder. Nur bei einem Drittel der Betroffenen ist die Erkrankung eine zeitlich begrenzte Episode, bei zwei Dritteln handelt es sich um eine länger andauernde Erkrankung. Auch bei den Frühberentungen

und bei den Arbeitsunfähigkeitstagen ist der Anteil psychischer Störungen als Hauptursache drastisch gestiegen, der Anteil hat sich in den letzten 15 Jahren fast verdoppelt.

Hiermit ist auch ein gesellschaftspolitischer Auftrag verbunden. Wir müssen darüber sprechen, was uns überfordert, erschöpft und krank macht. Und dem gesellschafts- und sozialpolitisch begegnen. Das Gesundheitssystem kann und darf nicht Reparaturbetrieb gesellschaftlicher Fehlentwicklungen sein. Gesundheitspolitisch sind wir jedoch zugleich verpflichtet, mehr und vielleicht auch andere Behandlungsmöglichkeiten sicherzustellen und dabei die Wahl- und Selbstbestimmungsrechte der Patientinnen und Patienten zu achten.

Mit dem neuen Krankenhausplan haben wir auf die verstärkte Nachfrage reagiert und mehr Betten für die psychiatrischen Kliniken vorgesehen. Doch neben der Ausweitung von Plätzen brauchen wir auch eine Weiterentwicklung der Qualität. Für die Patientinnen und Patienten stehen in erster Linie die Ergebnisqualität sowie mehr Orientierung an ihren Wünschen und Bedarfen im Vordergrund.

Das heißt: Wir müssen eine wohnortnahe Behandlung und eine Kontinuität der behandelnden Bezugspersonen vom Krankenhaus aus sicherstellen. Behandlungskontinuität bedeutet, dass wir letztlich von den heute starren Sektorengrenzen wegkommen und mehr flexible Behandlungsmöglichkeiten anbieten müssen. Wir müssen die Patientinnen und Patienten stärker in die einzelnen Behandlungsschritte mit einbeziehen und Behandlungsplanung und Behandlungsvereinbarungen transparent und auf Augenhöhe gestalten. Wir sehen, dass solch eine Behandlungsqualität und die entsprechenden Personalressourcen auch finanziell gesichert werden müssen, das heißt, wir brauchen eine entsprechende Krankenhausfinanzierung.

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz hat der Bundesgesetzgeber eine neue Ära in der Krankenhausfinanzierung eingeläutet und hier 2009 zukunftsweisende Vorgaben abgesteckt: Wiederherstellung einer 100%igen Umsetzung der Psych-PV als Mindestmaß für die Strukturqualität der Behandlung. Die Erarbeitung bedarfsgerechter Tagesentgelte für die voll- und die teilstationäre Versorgung, insbesondere ausgehend von den Leistungskomplexen der Psych-PV; die Prüfung ergänzender Finanzierung von

sektorübergreifenden, stationersetzenden, ambulanten Leistungen und die Transparenz durch Begleitforschung.

5 Jahre später müssen wir konstatieren, dass diese Vorgaben mit dem bisher vorgelegten Psych-Entgeltgesetz und dem entsprechenden vom InEK entwickelten PEPP-Katalog noch nicht ausreichend umgesetzt sind und der erforderliche Behandlungsqualität nicht gerecht wird.

Aus Sicht des MGEPA – und das sage ich in aller Deutlichkeit – muss im Mittelpunkt der Krankenhausfinanzierung der Behandlungsbedarf der Patientinnen und Patienten stehen. Ausgangspunkt einer Systematik in der Krankenhausfinanzierung muss die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Behandlungsintensität sein. Und die hängt nicht in erster Linie von der Diagnose ab, sondern vom Schweregrad, dem Krankheitsverlauf und den Auswirkungen der psychischen Erkrankung – das ist Erfahrung von 40 Jahren gelebter psychiatrischer Praxis unter den Maßgaben der Psychiatrie-Enquete.

Das war auch die Grundlage der PsychPV. Darauf sollte ein künftiges Finanzierungssystem aufbauen. Noch beruhen die PEPP-Einstufungen im Katalog zu 80 % in erster Linie auf der Diagnose. Wir haben als Länder mit unserem aktuellen GMK-Beschluss sehr deutlich zum Ausdruck gebracht, dass die Erarbeitung bedarfsgerechter tagesbezogener Entgelte oberstes Ziel sein muss. Und dass diese Entgelte sich insbesondere an Behandlungsbedarfen chronisch psychisch kranker Patientinnen und Patienten im Sinne der Pflichtversorgung zu orientieren haben.

Und wenn wir wissen, dass Krankheitsverläufe bei Menschen mit psychischen Erkrankungen eben nicht linear verlaufen, müssen wir starre degressive Finanzierungselemente und entsprechend Fallzusammenführungen im PEPP-Entgeltkatalog sehr kritisch hinterfragen. Auch hier ist Bewegung zu erkennen, aber die Starrheit in der Degression - wenn auch abgeschwächt - bleibt bestehen. Zudem ist mit dem jetzigen System ein hoher Dokumentations- und auch entsprechend Kontrollaufwand verbunden. Das System ist als lernendes System konzipiert – das ist zunächst mal gut so. Dies gilt es – mit Ihrer Unterstützung – weiterzuentwickeln, um eine noch genauere Abbildung und eine Vermeidung von Fehlanreizen zu erreichen. Das heißt eine Option wäre, weiterhin beharrlich Verbesserungsvorschläge einzureichen und auf weitere Lernschritte zu hoffen.

Wir hören aber vermehrt und sehen in den Ergebnissen, dass dies bisher ein mühsamer, langwieriger Prozess und in Teilbereichen wenig erfolgversprechender Weg war. Insofern muss es parallel um Alternativen gehen, um die gesetzten Ziele zu erreichen.

Wir sind froh, dass Bundesregierung und Parlament dem Anliegen der Länder und der Verbände – mit der tatkräftigen Mitwirkung Ihrer Fachgruppe – gefolgt sind, die Opti-
onsphase um zwei Jahre zu verlängern. Damit ist Zeit gewonnen – wenn auch nur be-
grenzt.

Wir bedauern sehr, dass unserem GMK-Vorschlag eine unabhängige Expertenkommission einzurichten, von der wichtige Impulse gerade in Bezug auf alternative Konzepte hätten ausgehen können und die mehr Transparenz in Bezug auf die Datenlage hätte einfordern können, auf Bundesebene nicht entsprochen worden ist. Das Bundesministerium für Gesundheit setzt stattdessen auf einen strukturierten Dialog – in Bezug auf die Weiterentwicklung und auf mögliche Alternativen. Hier können jetzt und müssten jetzt Alternativvorschläge eingebracht werden.

Was wir hören und was wir sehr begrüßen, ja auch erwarten: es sind geeignete Vorschläge in der Vorbereitung, so zum Beispiel TEPP (Tagesbezogene Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik), wie es Herr Prof. Pollmächer vorgestellt hat oder TEPP BIM von der Aktion Psychisch Kranke.

Je näher Sie sich an der Psychiatrie-Personalverordnung orientieren, desto eher ist ja auch die Frage der Personalstandards direkt mitgedacht. Denn ein gutes Krankenhausfinanzierungssystem muss daran gemessen werden, ob dadurch ausreichend und qualifiziertes Personal gewährleistet wird. Die Psych-PV hat Standards gesetzt – was bis heute in der Somatik nicht in vergleichbarer Form geschehen ist. Teilweise sind Aktualisierungen notwendig, so zum Beispiel eine Ausweitung der Psychotherapie. Diese Standards sollten Ausgangspunkte für den Gemeinsamen Bundesausschuss sein, wenn er im Rahmen seines Auftrages, Richtlinien für die Krankenhausqualität zu entwickeln, Empfehlungen zu den Personalstandards formulieren wird.

Wir brauchen hier allerdings Verbindlichkeit. Diesbezüglich muss nachgebessert werden. Wir werden das in Abstimmung mit den anderen Ländern kritisch begleiten und hier gegebenenfalls Initiative ergreifen.

Von ganz entscheidender Bedeutung ist aus Sicht des MGEPA der dritte Teil der Vorgaben des KHRG, die Frage der Flexibilisierung der Behandlung. Inwieweit also auch die im Krankenhaus ambulant zu erbringenden Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einbezogen werden. Dann erst sind wir bei dem entscheidenden großen Reformschritt, wenn wir mit der Einführung des neuen Finanzierungssystems die verhärtete Struktur der Sektoren und der starren Grenzen der Behandlungssettings überwinden können. In direkter Verbindung damit stehen die § 64b-Modellvorhaben und die Integrierte Versorgung nach § 140a im SGB V.

Das zentrale Ziel muss sein: die Behandlung vom Krankenhaus aus flexibel zu gestalten und zu finanzieren, um so die Behandlungskontinuität zum Wohle der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Bedarfsorientiert stationär, teilstationär und ambulant bis in häusliche Umfeld hinein zu behandeln - ohne wiederholten Wechsel der Bezugspersonen. So ist dann auch der Lebensfeldbezug und Teilhabe im Sinne der UN-BRK leichter integrierbar. Was das Hometreatment vom Krankenhaus aus angeht, liegen positive Erfahrungen aus dem Aus- und Inland vor. Diese Flexibilisierung der Behandlung bis in häusliche Umfeld gilt es in das Finanzierungssystem zu integrieren.

Der bisherige PEPP-Entgeltkatalog leistet das nicht und hatte auch nicht die Zielsetzung. Die in Vorbereitung befindlichen Alternativmodelle enthalten hier Vorschläge. Die Flexibilisierung muss aber auch in der Finanzierung realisierbar sein. Das bisher einzige 64b-Modellvorhaben in NRW in Hamm hat, wie die Schleswig-Holsteiner Modelle oder das Hanauer Modell ein flexibel nutzbares Jahresgesamtbudget verhandelt. Die Krankenkassen sind für die Begleitforschung verantwortlich. Wir beabsichtigen hier über das Landeszentrum für Gesundheit die Entwicklung in NRW parallel und inhaltlich ergänzend zu begleiten und hoffen auch auf mehr Modellvorhaben in NRW. Wir werden die ergänzende Begleitforschung auch in Bezug auf die anderen Länder anregen.

Einen anderen Zugang zur Flexibilisierung der Behandlung bieten die aktuellen IV-Verträge nach § 140 SGB V mit ihren personenbezogenen Jahrespauschalen.

Wir werden auch deren Erfahrungen in unsere weiteren Diskussionen auf Länderebene mit einbeziehen – wohlwissend um die Problematik von möglicher Unterfinanzierung, von Selektivverträgen und der Pflicht zur Einschreibung.

In der ambulanten aber auch in der stationären Versorgung ist die Einbeziehung des Umfeldes und die Vernetzung insbesondere bei komplexem Hilfebedarf von entscheidender Bedeutung. Behandlungs- und Betreuungskontinuität bedeutet auch unabhängig von sektorübergreifenden Ansätzen kurzfristig, das mittlerweile gesetzlich vorgeschriebene Überleitungsmanagement und die integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung weiterzuentwickeln.

Wir haben im § 90a Gremium des Landes eine Unterarbeitsgruppe zur Thematik „Sektorübergreifende psychiatrische und psychosomatische Versorgung“ eingerichtet. Eine Klinik sollte Teil eines regionalen psychiatrischen Verbundes sein und durch gemeinsame Hilfeplanung sollten Patientinnen und Patienten komplexe Hilfen wie aus einer Hand erleben. So, dass Drehtüreffekte vermieden werden.

Wenn wir die ambulanten, integrierten Hilfen ausbauen und wir mit aller Kraft für Inklusion eintreten wollen, dann ist das mit der Hoffnung verbunden, dass damit eine notwendige Reduzierung von Unterbringungen und weiteren Zwangsmaßnahmen einhergeht. Diese Ordnungsfunktion der Psychiatrie - bei erheblicher Fremd- und Selbstgefährdung den Ort der zwangsweisen Unterbringung auch gegen den Willen zu gewährleisten und dort die notwendige Behandlung anzubieten - sollte die Ultima Ratio sein. Bedeutet doch jede angeordnete Unterbringung einen weitgehenden Eingriff in die Selbstbestimmung der Betroffenen.

Wir haben im letzten Jahrzehnt eine Zunahme von Unterbringungen zu verzeichnen vor allem nach dem Betreuungsrecht und diese Zunahme fällt regional sehr unterschiedlich aus. Wenn im Einzelfall eine Unterbringung bei erheblicher Fremd- oder Selbstgefährdung als Ultima Ratio, als letztes Mittel unumgänglich ist, dann gilt die Ultima Ratio auch für jegliche Form von Freiheitseinschränkenden Maßnahmen und Zwangsbehandlung bei fehlender Einsichtsfähigkeit. Die mildereren Mittel müssen bis zum Letzten ausgeschöpft sein, es muss ausreichend Zeit für eine auf Vertrauen gegründete Zustimmung gegeben worden sein, und die Verhältnismäßigkeit muss gewahrt bleiben.

Auch in diesem Zusammenhang sollte das Instrument der „Behandlungsvereinbarung“ viel stärker eingesetzt werden.

Wir wollen die angesprochene notwendige Weiterentwicklung der psychiatrischen Krankenhausversorgung und die anstehende Novellierung des PsychKgs zum Anlass nehmen, eine Bestandsaufnahme im gesamten Feld der psychiatrischen Versorgung durchzuführen und Empfehlungen für die Optimierung der Versorgung aus einer sektorenübergreifenden und Integrierten Versorgungsperspektive formulieren. Dabei werden wir uns verstärkt um die zunehmenden Bedarfe im Bereich der gerontopsychiatrischen Versorgung sowie der Behandlung von Kindern und Jugendlichen kümmern.

Wir wollen diesen Prozess dialogisch gestalten und es ist gut, engagierte, fachlich kompetente Verbände wie den VDK an unserer Seite zu wissen. Damit können wir die Weichen für eine innovative, menschlichere, patientinnen- und patientenorientierte Psychiatrie in NRW stellen und hoffentlich unseren Teil dazu beitragen, die Gefahr zu bannen, dass psychiatrische Krankenhausversorgung nicht mehr dem Behandlungsbedarf der betroffenen Menschen gerecht werden kann.



Evangelische Stiftung Tannenhof

Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie

Herzlich Willkommen
in der
Stiftung Tannenhof
im Bergischen Land!



VKD Tagung_25.9.2014, d.volk

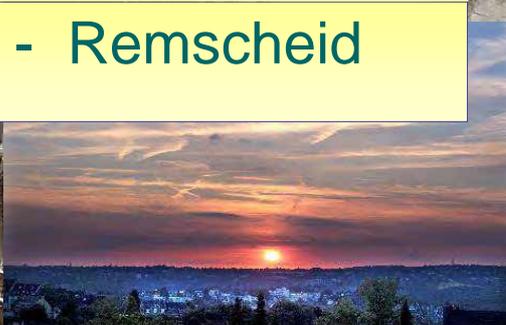
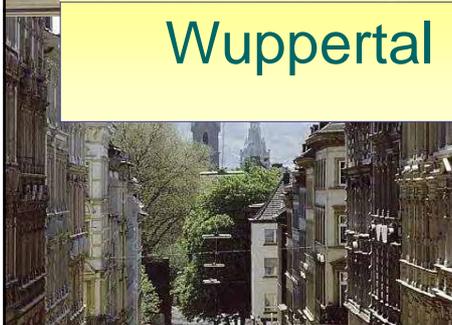


Evangelische Stiftung Tannenhof

Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie

Das Klinikum leistet die psychiatrische Pflichtversorgung
der Städte Wuppertal (ohne Sucht) und Remscheid, verfügt über insgesamt 509
Betten, ca. 1.000 Mitarbeiter und behandelt jährlich rund 5.000 Patienten.

Wuppertal - Remscheid





Evangelische Stiftung Tannenhof

Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie

Die Evangelische Stiftung Tannenhof verfolgt seit 1896 gemeinnützige Zwecke und betreibt für die Städte Wuppertal und Remscheid u.a.:

- ein psychiatrisches Fachkrankenhaus,
- Tageskliniken, Psych. Institutsambulanzen (PIA),
- eine Heimeinrichtung / Bereich Integration Wohnverbund mit 170 Plätzenetc.



Evangelische Stiftung Tannenhof

Bereich Integration - Wohnverbund

Engagement mit Kompetenz und Tradition

VKD Tagung_25.9.2014, d.volk

Engagement mit Kompetenz und Tradition:

Die Evangelische Stiftung Tannenhof betreibt u.a.:



VKD Tagung_25.9.2014, d.volk

**Personal.... (ca. 1.000 Mitarbeiter)
... wichtigste Ressource.....**

Bei der Stiftung sind ca. 610 Vollkräfte beschäftigt.
Weitere Mitarbeiter sind bei den Tochtergesellschaften beschäftigt...

Pflichtversorgung der Stiftung Tannenhof

(mit Darstellung der Versorgungsgebiete Psychiatrie, inkl. Sucht)

Ausbau der Rehabilitation – (neuer Geschäftsbereich) der Stiftung.

Fachklinik Langenberg:
elementarer Bestandteil der stationären u. ambulanten Versorgung suchtkranker Menschen im Kreis Mettmann. Versorgungsverpflichtung für die Städte **Wuppertal**, Velbert, Heiligenhaus und Wülfrath.

Evangelische Stiftung Tannenhof:
elementarer Bestandteil der stationären u. ambulanten psychiatrischen Versorgung in Wuppertal (allerdings ohne Sucht) und Remscheid (einschl. Sucht). Versorgungsverpflichtung für Remscheid und Wuppertal (o. Sucht).

Die Stiftung Tannenhof verfügt über die gemeinsame Pflichtversorgung einschl. Sucht der Städte Remscheid und Wuppertal *

* Mit Ausnahme der zwei Johannitertageskliniken in Trägerschaft von St. Antonius mit 50 Plätzen in Wuppertal (z.Zt. nur Geschäftsbesorgung, die Übernahme ist jedoch in Vorbereitung)



Ziele:

Zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in Wuppertal und Remscheid planen wir die strukturelle wie auch bauliche Weiterentwicklung der Stiftung und setzen diese auch um.

VKD Tagung_25.9.2014, d.volk



Wir verfolgen z. Zt. folg. bauliche Maßnahmen:

Neubau eines Stationsgebäudes mit zentraler Notaufnahme + weiterer Ausbau

Neubau eines Stationsgebäudes am Klinikum Barmen (Helios)

Umbau des eines zentralen Gebäudes in Remscheid (Zentrum) für Tagesklinik und SPZ

Umsetzung des Wohn- und Teilhabegesetzes (RS Str. / B-Plan, in W und auf dem Campus)

VKD Tagung_25.9.2014, d.volk

Bauliche Entwicklung im Krankenhausbereich in RS

Neubau Bettenhaus, Fertigstellung im Mai 2014 sowie weiterer Umbau und Anbau der Klinikgebäude

Geplanter Haupteingang zur Klinik

Gottesdienste und Andachten

Mitarbeiterandacht	Mittwoch	12.15 Uhr
Vesper	Samstag	18.30 Uhr
Gottesdienst	Sonntag	10.00 Uhr

Haupteingang

Remscheider Str.

August-Ebische-Str.

Zentrum

Lütringhausen

Buslinie 660

Information

P1

P2

P

Information

Verwaltung

Patientenaufnahme

Ambulanz

Kindergeriatrie

Simesgarbe

Georg-Hofner-Haus

Lothar-Klopp-Haus

Ludwig-Stell-Haus

Bräutigam-Zentrum

Küche

Arztberatung

Simon-Haus

Gerhardt-Haus

Claudius-Haus

Stem-Sauer-Haus

Kapelle

August-Ebische-Str.

Zahl

Meinold

Sportplatz

Richtung Remscheid - Zentrum

Richtung Lütringhausen

Zum Wildgehege

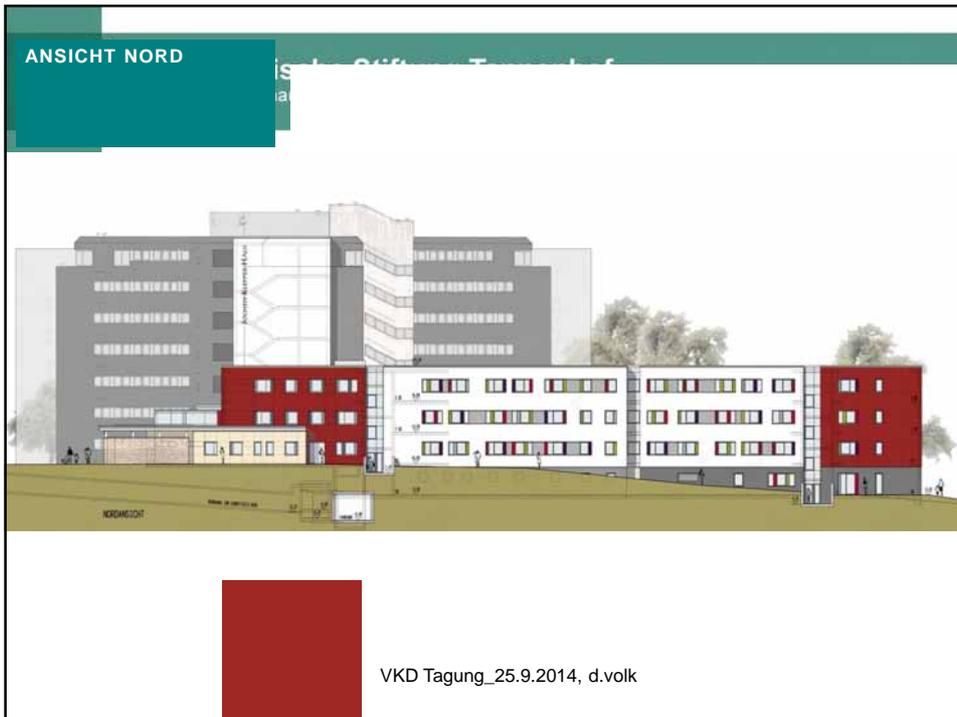
Offentlicher Fernsprecher

Briefkasten

Richtung Rempscheid Bahnhof / Friedrich-Ebert-Platz

Richtung Lütringhausen Bahnhof

ANSICHT NORD



**Neubau eines Bettenhauses in Wuppertal (am Helios Klinikum,
Fertigstellung 2015) sowie Tageskliniken in RS und W**



Evangelische Stiftung Tannenhof
in Wuppertal und Remscheid



Konzepte zur flächendeckenden psychiatrischen Versorgung in RS und W

„Wenn wir wollen,
dass alles so bleibt,
wie es ist,
müssen wir zulassen,
dass sich alles
verändert.“

Giuseppe Tomasi di Lampedusa
(1896-1957, ital. Schriftsteller)

Besten Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!



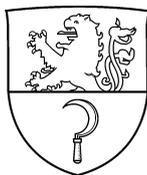
Psychiatrie im Wandel

Mit dem neuen Psychiatrie-Entgelt steht fest.....



..... die „Schnellen“ werden eine Zukunft haben.

VKD Tagung_25.9.2014, d.volk



DER OBERBÜRGERMEISTER DER STADT REMSCHEID

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Oberbürgermeister der Stadt Remscheid darf ich Sie herzlich zur 48. Tagung der Fachgruppe Psychiatrie im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands in Remscheid begrüßen.

Es ist mir eine Ehre, dass Fachleute der Psychiatrie aus ganz Deutschland in diesen Tagen in Remscheid zusammenkommen, um sich hier gemeinsam und aus ganz unterschiedlichen Perspektiven zum Thema „Gefahr erkannt – Gefahr gebannt?“ auseinanderzusetzen.

Mit der traditionsreichen evangelischen Stiftung Tannenhof, die weit über die Grenzen unserer Region einen überaus kompetenten Ruf genießt, haben Sie hierfür einen besonderen Tagungsort gewählt. Ich darf mit Stolz sagen: Er bietet sicherlich einen optimalen Rahmen für Ihre Zusammenkunft.

Als Fachkrankenhaus mit Tageskliniken und Institutsambulanzen ist die evangelische Stiftung Tannenhof Teil des regionalen psychiatrischen Netzwerkes und sichert die psychiatrische Pflichtversorgung für die Städte Wuppertal und Remscheid mit rund einer halben Millionen Einwohner. Deshalb – das darf ich an dieser Stelle annehmen – werden hier Fragen zur Entwicklung einer adäquaten psychiatrischen Versorgung, Feststellungen zu sich verändernden Bedarfen, Fragen nach passenden Entgeltsystemen oder auch Lösungen für ein optimiertes Personalmarketing alltäglich diskutiert.

Darüber hinaus bietet Ihnen das Stiftungsgelände eine angenehme und entspannte Atmosphäre – als beste Voraussetzung für einen erfolgreichen fachlichen wie kollegialen Austausch, bei dem Sie hoffentlich direkt anknüpfen können an die Ergebnisse Ihrer letztjährigen Fachtagung in Rottweil zum Generalthema der „Psychiatrische Versorgung in Gefahr?“.

Ich wünsche Ihnen allen eine erfolgreiche und interessante Fachtagung, einen gelungenen und angenehmen Aufenthalt in Remscheid und viel Freude an Ihrer weiteren Vernetzung mit vielen Impulsen für Ihre unverzichtbare Arbeit für Mensch und Gemeinwohl.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Burkhard Mast-Weisz', written in a cursive style.

Burkhard Mast-Weisz

Generalthema:

Gefahr erkannt – Gefahr gebannt?
Positionen zu den Entwicklungen in der
Psychiatrie

48. Fachgruppentagung

vom 25. – 26. September 2014

in der
Ev. Stiftung Tannenhof
Remscheid

Gefahr erkannt – Gefahr gebannt? Positionen zu den Entwicklungen in der Psychiatrie

Gefahr begegnen! – aktueller Stand der
Handlungsfelder aus Sicht der Deutschen
Krankenhausgesellschaft

vom 25. September 2014

48. Fachgruppentagung

vom 25. – 26. September 2014

in der
Ev. Stiftung Tannenhof
Remscheid

von

Dr. rer. nat. Sabine Haverkamp,
Deutsche Krankenhausgesellschaft



Gefahren begegnen!

Handlungsfelder – Aktueller Stand aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Dr. Sabine Haverkamp
Referentin Psychiatrie/Psychosomatik Dez. I
Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V.



Kurz zu meiner Person

- Dr. rer. nat. Sabine Haverkamp
- Seit 15. November 2013 im Dezernat I der DKG als Referentin für Psychiatrie und Psychosomatik
- Dipl. Neurobiologin
- 10 Jahre Leitung des QM im Klinikum Bremen-Ost (integriertes Krankenhaus mit 7 somatischen Fachabteilungen, Psychiatrie (Erwachsene und Kinder), Psychosomatik und Forensik)
- 4 Jahre Leitung des QM der Gesundheit Nord gGmbH mit vier kommunalen Kliniken

Sie können mich erreichen unter:

Dr. Sabine Haverkamp
T. 030 – 39 801 1121
s.haverkamp@dkgev.de





Gefahren!! – Welche und für wen??

Verschlechterung
der Versorgung

Dokumentations-
aufwand

Personalvorgaben

MDK-Prüfungen

Negative Anreize



Leistungsorientiert vs.
Bedarfsorientiert vs.
Diagnoseorientiert

Konvergenzphase

Abbildung der
Kosten



Handlungsfelder

1. Weiterentwicklung des PEPP-Systems
2. Weiterentwicklung der Versorgung
3. G-BA - AG Qualitätssicherung Psychiatrie/Psychosomatik
 - 3.1 Personalausstattung
 - 3.2 Sektorenübergreifende QS
4. Regionale Versorgungsverpflichtung
5. Änderung § 22 Bedarfsplanungsrichtlinie
6. Transparenz der psychiatrischen Versorgung





1. Weiterentwicklung des PEPP-Systems



1. Weiterentwicklung des PEPP-Systems

Ein Schritt zurück zum Anfang 2014 ...

Vereinbarung zur Weiterentwicklung des pauschalierten Entgelt-systems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Kernelemente

- ✓ Ergänzende tagesbezogene Entgelte
(Intensiv ab 3 Merkmale, 1:1 Betreuung ab 6h)
- ✓ Tagesbezogene Bewertungsrelationen
- ✓ Abrechnung des Entlasstages

Dadurch

- Bessere Abbildung eines variierenden Behandlungsverlaufs
- Abschaffung der Vergütungsstufen und Verringerung der Degression

Die Umsetzung erfolgte im PEPP-Katalog 2015.



1. Weiterentwicklung des PEPP-Systems

Derzeit in Verhandlung ...

Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2015

23.09.2014 Spitzengespräch zwischen GKV, KBV und DKG.

1. PEPP-Katalog 2015

- ✓ Umstellung der Methodik (Errechnung Bewertungsrelationen aus mittleren Tageskosten der am jeweiligen Tag entlassenen Fälle und Abrechnung des Entlassungstages)
- ✓ Tagesbezogene Vergütung
- ✓ 10 ergänzende Tagesentgelte (ET) vorgesehen

Die DKG wird dem PEPP-Katalog zustimmen und deutlich machen, dass weiterhin Entwicklungsbedarf besteht und die Anwendung kritisch begleitet werden muss.



1. Weiterentwicklung des PEPP-Systems

PEPP-Katalog 2015 – tagesbezogene Bewertungsrelationen

PEPP-Entgeltkatalog
Bewertungsrelationen bei vollstationärer Versorgung

PEPP	Bezeichnung	Anzahl Berechnungstage	Bewertungsrelation je Tag
1	2	3	4
Strukturkategorie Psychiatrie, vollstationär			
PA01A	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen und andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, mit komplizierender Konstellation	1	1,4308
		2	1,2935
		3	1,2618
		4	1,2305
		5	1,1991
		6	1,1678
		7	1,1364
		8	1,1051
		9	1,0737
		10	1,0424
PA01B	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen und andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, ohne komplizierende Konstellation	1	1,1713
		2	1,0884
		3	1,0849
		4	1,0450
		5	1,0050





1. Weiterentwicklung des PEPP-Systems

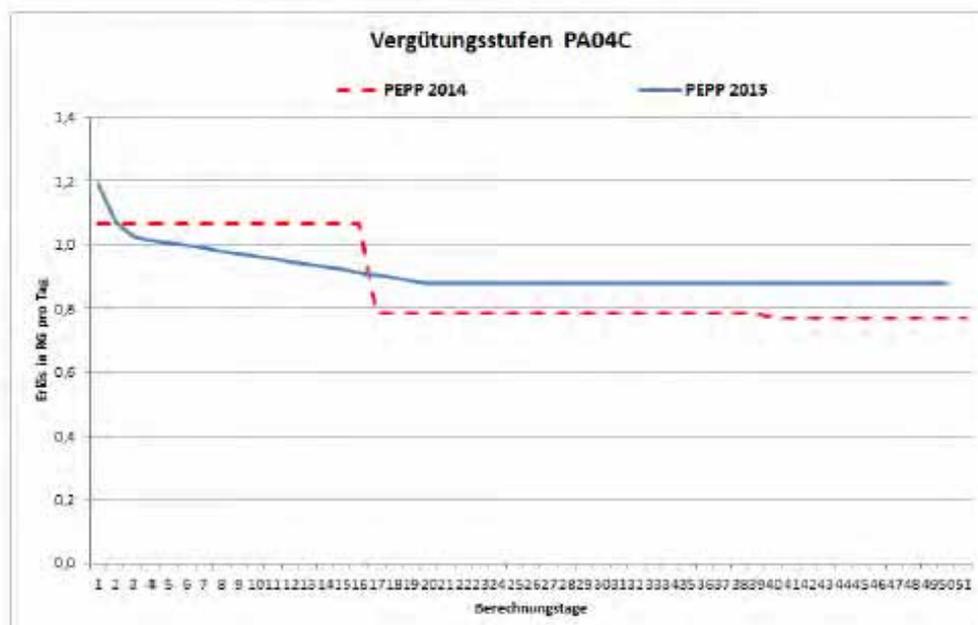
PEPP-Katalog 2015 – ergänzende Tagesentgelte (ET)

ET	OPS	OPS-Text	BR je Tag	ca. Euro je Tag
ET01.01	9-840.01	1:1-Betreuung Erwachsene, 8 bis 12 h pro Tag	1,1813	267,47
ET01.02	9-840.02	1:1-Betreuung Erwachsene, 12 bis 18 h pro Tag	1,9758	455,07
ET01.03	9-840.03	1:1-Betreuung Erwachsene, mehr als 18 h pro Tag	3,0219	698,00
ET02.01	9-815.*	Intensivbehandlung Erwachsene, 3 bis 4 Merkmale	0,1898	43,71
ET02.02	9-816.*	Intensivbehandlung Erwachsene, 5 und mehr Merkmale	0,2355	54,24
ET03.01	9-893.04	Intensive Beaufsichtigung KJ, 12 bis 18 h pro Tag	0,8867	204,22
ET03.02	9-893.05	Intensive Beaufsichtigung KJ, mehr als 18 h pro Tag	0,9503	218,87
ET03.03	9-893.13	Einzelbetreuung KJ, 8 bis 12 h pro Tag	1,2543	288,89
ET03.04	9-893.14	Einzelbetreuung KJ, 12 bis 18 h pro Tag	1,9880	453,27
ET03.05	9-893.15	Einzelbetreuung KJ, mehr als 18 h pro Tag	3,1205	718,71
Bezugsgröße V2015:				230,32



1. Weiterentwicklung des PEPP-Systems

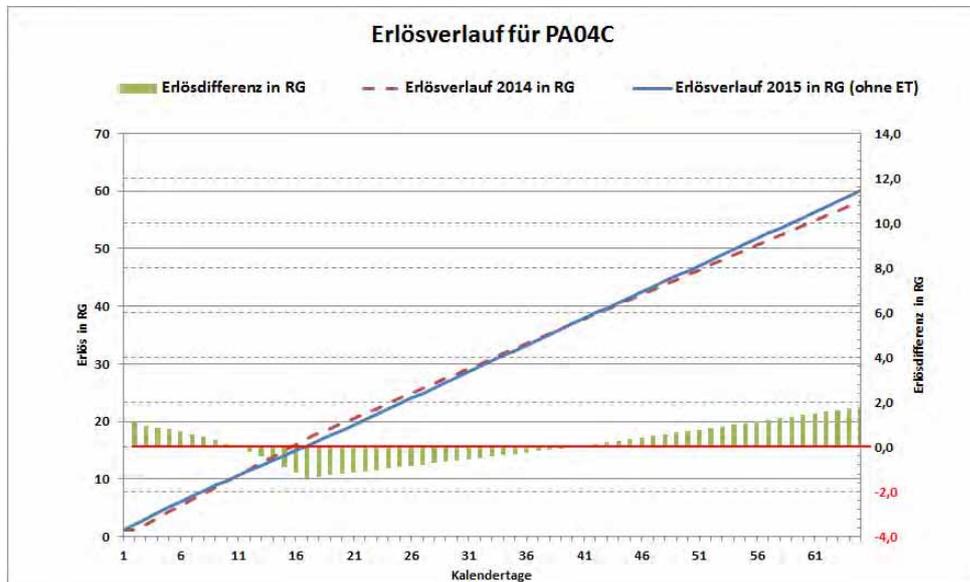
PEPP-Katalog 2015 – Vergütungsstufen





1. Weiterentwicklung des PEPP-Systems

PEPP-Katalog 2015 – Erlösverlauf



1. Weiterentwicklung des PEPP-Systems

Derzeit in Verhandlung ...

Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2015

23.09.2014 Spitzengespräch zwischen GKV, PKV und DKG.

2. Abrechnungsbestimmungen - Zentrale Verhandlungspunkte

- ? Fallzusammenführung über die Jahre
- ? Fallzusammenführung bei Suchterkrankten
- ? Fallzusammenführung bei Wiederaufnahmen
- ? Umgang mit Patienten, die aus Abwesenheit nicht zurückkehren



2. Weiterentwicklung der Versorgung



2. Weiterentwicklung der Versorgung

Koalitionsvertrag 18. Legislaturperiode (Dezember 2013)

- Das neue Vergütungssystem darf schwerst psychisch Erkrankte nicht benachteiligen, muss die sektorenübergreifende Behandlung fördern und die Verweildauer verkürzen ohne Drehtüreffekte zu erzeugen.
- Dazu sind systematische Veränderungen des Vergütungssystems vorzunehmen. An dem grundsätzlichen Ziel, mehr Transparenz und Leistungsorientierung und eine bessere Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen halten wir fest.

Verabschiedung des GKV-FQWG (Juli 2014)

- Verlängerung der PEPP-Optionsphase um zwei Jahre.
- Budgetanreize für Kliniken die optionieren.



2. Weiterentwicklung der Versorgung

Eckpunkte der 87. Gesundheitsministerkonferenz zur Änderung des PsychEntgG (Juni 2014)

- Vorschlag der Einrichtung einer unabhängigen Expertenkommission zur Beratung in der grundlegenden Überarbeitung des PsychEntgG.
- Umfassende Prüfung und Anpassung des PEPP-Kataloges insbesondere hinsichtlich der Bedarfe chronisch psychisch Erkrankter.
- Erarbeitung von Vorschlägen zur Umgestaltung der PsychPV auf Basis des überarbeiteten PEPP-Entgeltkatalogs.
- Gesetzliche Klarstellung der Vorgaben für Modellprojekte nach § 64b SGB V.
- Systemvergleich zwischen Regelversorgung und den sektorenübergreifenden Ansätzen der Modellprojekte.
- Der Auftrag zur Neugestaltung des Vergütungssystems sollte die Entwicklung von Vergütungsformen, die eine patientenzentrierte, bedarfsorientierte und sektorenübergreifende Versorgung ermöglichen (z. B. patientenbezogene Jahresbudgets oder Regionalbudgets).



2. Weiterentwicklung der Versorgung

Fragen des BMG u. a. an die DKG (Juli 2014)

BMG will Verlängerung der Optionsphase für grundsätzliche Prüfung des Psychiatrie-Entgeltsystems nutzen und fragt nach konkreten Handlungsbedarfen in den Punkten:

- Weiterentwicklungsbedarf PEPP-System
- Mögliche Alternativen PEPP-System
- Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung der Versorgung mit konkreten Alternativvorschlägen

Antwort des Präsidenten der DKG (August 2014)

- DKG begrüßt die Absicht zur grundsätzlichen Prüfung des Entgeltsystems, dabei sollten jedoch die Erfahrungen mit dem PEPP-Katalogs 2015 einbezogen werden.
- Sollte sich zeigen, dass das PEPP-System nicht geeignet sein, müssen Alternativen entwickelt werden (z. B. PEPP als Budgetfindungsinstrument, personalbedarfsorientierte Finanzierung, sektorenübergreifende Finanzierungssysteme).



2. Weiterentwicklung der Versorgung

Modellprojekte nach § 64b SGB V

Zum 30.06.2014 sind beim InEK acht § 64b-Modellprojekte gemeldet.

Das Netzwerk „Anreiz- und Steuerungssysteme für eine moderne psychiatrische Versorgung“ sieht Verbesserungen der Rahmenbedingungen für § 64b-Modellprojekte in folgenden Punkten:

- Die Initiative muss auch von den Einrichtungen ausgehen können.
- Einführung eines Kontrahierungszwanges für die Krankenkassen, ggf. ab Erreichen eines bestimmten Quorums.
- Anschubfinanzierung, ggf. aus dem geplanten Innovationsfonds für „innovative und sektorenübergreifende Versorgungsmodelle“.
- Beteiligung der Krankenhausesseite (DKG/LKGen) an der Begleitforschung zu Modellvorhaben.
- Verbindliche gesetzliche Absicherung der Krankenhäuser bei einer Rückkehr in die Regelfinanzierung nach Beendigung des Modellvorhabens (z.B. nach 8 Jahren Laufzeit).



3. G-BA Qualitätssicherung Psychiatrie und Psychosomatik





3. G-BA Qualitätssicherung Psychiatrie und Psychosomatik

Zwei Aufträge laut § 137 Abs. 1c SGB V

„¹Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest und

A: beschließt insbesondere Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal sowie

B: Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in diesem Bereich.

²(...) ³Er hat die Maßnahmen und Empfehlungen nach Satz 1 bis spätestens zum 1. Januar 2017 einzuführen. ⁴Informationen 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.“

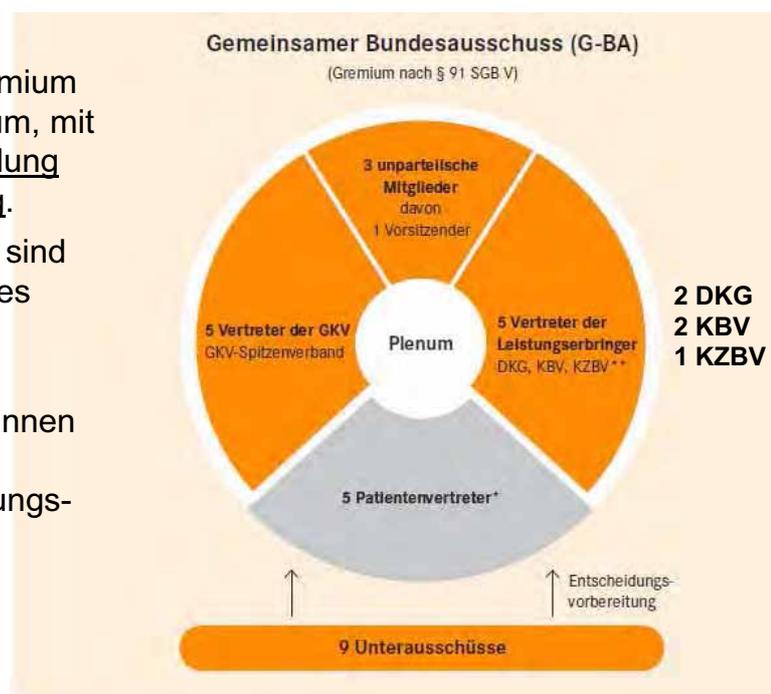


G-BA - Strukturen

Das Entscheidungsgremium des G-BA ist das Plenum, mit nebenstehender Verteilung der Stimmberechtigung.

Die Leistungserbringer sind nur zu den Themen ihres Versorgungsbereiches stimmberechtigt.

Die Patientenvertreter/innen verfügen über ein umfassendes Mitberatungs- und Antragsrecht.



* Mitberatungs- und Antragsrecht, jedoch kein Stimmrecht

** Die Leistungserbringer sind nur zu den Themen stimmberechtigt, die ihren Versorgungsbereich wesentlich betreffen. Andernfalls erfolgt eine anteilige Stimmübertragung auf die betroffenen Organisationen nach § 14a Abs. 3 GO.



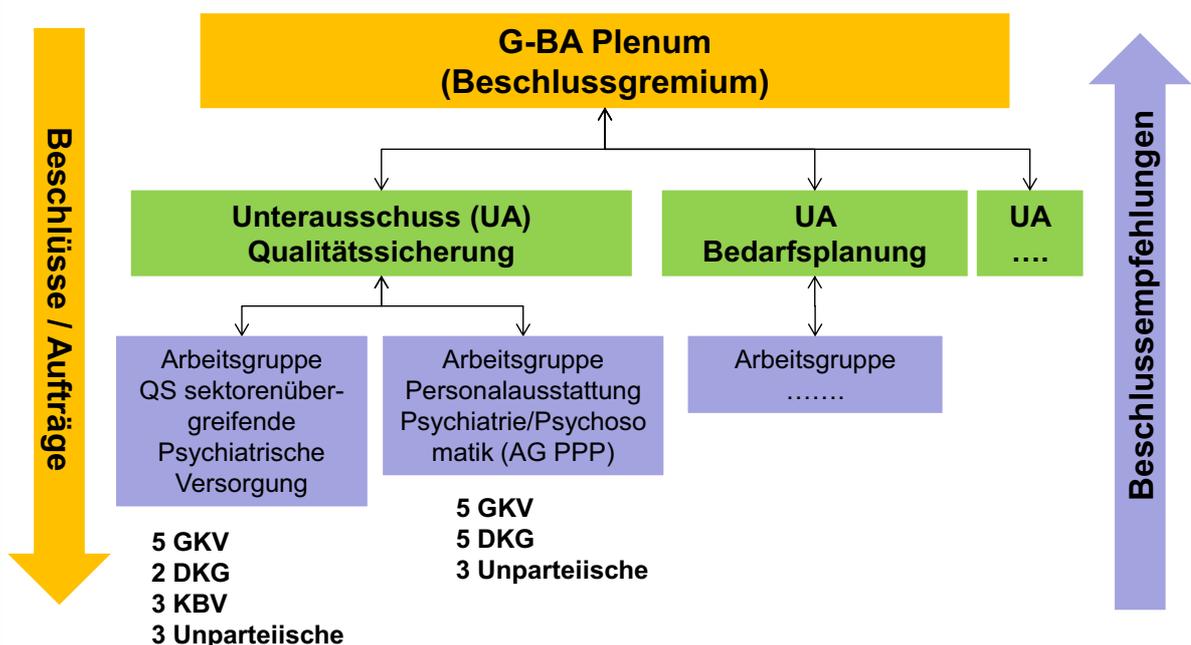
G-BA - Strukturen

Zu **Richtlinien und Beschlüssen der Qualitätssicherung** nimmt jeweils eine Vertreterin oder ein Vertreter der Bundesärztekammer, des Verbands der Privaten Krankenversicherung und des Deutschen Pflegerats mitberatend teil.

Soweit die Berufsausübung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder der Zahnärztinnen und Zahnärzte berührt ist, erstreckt sich das Beteiligungsrecht auch für die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer.



G-BA - Strukturen





3.1 G-BA - AG Personalausstattung PP

Interpretationsfähige gesetzliche Formulierung § 137 Abs. 1c SGB V

„Der GBA **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 therapeutischen Personal (...). Er hat die Maßnahmen und Empfehlungen nach Satz 1 bis spätestens 01. Januar 2017 einzuführen“.



→ Interpretationsdissens zwischen GKV und DKG



3.1 G-BA - AG Personalausstattung PP

Standpunkt der DKG-Geschäftsstelle

Im Sonderausschusses „Psych“ wurde beschlossen, dass die DKG-Geschäftsstelle **weiterhin ausschließlich Empfehlungen an die Personalausstattung einfordern** soll.

Die Folgen einer (ggf. späteren) Festlegung von Mindestanforderungen sollen unabhängig davon abgewogen werden.

Standpunkt der GKV-SV

Erstellung einer Strukturqualitäts-Richtlinie nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 mit der Festlegung von Mindestanforderungen.



3.1 G-BA - AG Personalausstattung PP

Strukturqualitätsrichtlinie nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

(1) ¹Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patienten durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 insbesondere

1. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2, § 115b Abs. 1 Satz 3 und § 116b Absatz 3 Satz 3 unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und
2. Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen; dabei sind auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen.



3.1 G-BA - AG Personalausstattung PP

Stellungnahme des Gesetzgebers zur kleine Anfrage zur Stellensituation im Pflegedienst (04.2013)

- Aufgrund der unterschiedlichen Bedingungen in den einzelnen Krankenhäusern ist es kaum möglich, bundeseinheitlich allgemeingültige Anforderungen an die personelle Ausstattung festzulegen.
- Ein normatives Personalbemessungssystem mit finanzwirksamen Folgen (PsychPV) ist mit einem leistungsorientierten Vergütungssystem (PEPP-System) nicht vereinbar.
- Eine gesetzliche Vorgabe verbindlicher Mindestanforderungen an die personelle Ausstattung in Krankenhäusern würde deren notwendige Dispositionsmöglichkeit unangemessen einschränken. Diesbezügliche bundeseinheitliche Vorgaben sind kaum sachgerecht möglich und nicht sinnvoll.
- Festlegungen des G-BA in Strukturqualitäts-Richtlinien nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 müssen indikationsbezogen zur Sicherstellung konkreter Leistungen sein.



3.1 G-BA - AG Personalausstattung PP

Aufträge des Unterausschuss QS an die AG PPP

- Recherche der Evidenz für Empfehlungen und Mindestanforderungen gemäß § 137 Abs. 1c Satz 1 SGB V.
- Beratung über Empfehlungen und Mindestanforderungen gemäß § 137 Abs. 1c Satz 1
- Erstmalige Berichterstattung an den UA QS über den Stand der Beratung im Dezember 2014.



3.2 Sektorenübergreifende QS Psychiatrie

Gesetzlicher Hintergrund PsychEntG

- Ergänzung des § 137 SGB V um den Absatz 1c Satz 1
„Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest (...) sowie Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in diesem Bereich.“
- Besetzung der AG QS Psychiatrie durch den GKV-SV, die DKG, die KBV und die Patientenvertretung. Es erfolgt eine Beteiligung nach § 137 SGB V (BÄK, BPtK, DPR und PKV).



3.2 Sektorenübergreifende QS Psychiatrie

Beschluss des UA Qualitätssicherung des G-BA

- Der Auftrag des AQUA-Instituts umfasst die **Entwicklung von Indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.**
- Der Begriff Strukturqualität wird im Auftrag mit folgender Fußnote versehen:
„Die Beauftragung zur Entwicklung von Indikatoren zur Strukturqualität entspricht dem gesetzlichen Auftrag, schließt aber nicht aus, dass ggf. keine Indikatoren zur Strukturqualität entwickelt werden können.“



3.2 Sektorenübergreifende QS Psychiatrie

Konzeptentwicklungs-Auftrag an das AQUA-Institut

- Entwicklung von Indikatoren zur QS in der Psychiatrie bis Ende 2015.
- Eingrenzung auf die Messung und Bewertung der sektorenübergreifenden Versorgungsqualität der Behandlung von Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (ICD F2) insbesondere mit schweren und schwersten Verläufen.
- Entwicklung eines QS-Filters, unter Berücksichtigung der Auslösung im stationären und ambulanten Bereich.

Das Konzept des AQUA-Instituts wird in der AG Qualitätssicherung Psychiatrie und im UA QS des G-BA beraten.



3.2 Sektorenübergreifende QS Psychiatrie

Konzeptskizze des AQUA-Instituts zur Prozess- und Ergebnisqualität

Voraussichtlich wird sich das **QS-Verfahren für den stationären Bereich**, hinsichtlich der Prozess- und Ergebnisqualität, auf Erhebungen zur Kontinuität in der Versorgung (Entlassungsmanagement) sowie die Dokumentation restriktiver Maßnahmen (Stations-schließungen, Fixierung/Isolation) beschränken.

Qualitätspotential/-defizit	Datenquellen/Erhebungsinstrumente				
	Sozial-daten KK	Erheb-ung stat. LE	Erheb-ung amb. LE	Befragung	Struktur-daten Versorgung sangebote
Koordination der Hilfen in den verschiedenen Bereichen			X	X	
Zugang zu Psychotherapie	X				
Pharmakotherapie	X			X	
Klärung der sozialen Hilfen			X	X	
Somatische Versorgung	X		X	X	
Ergänzende Therapien zur Unterstützung der Alltagsfunktionalität	X		X	X	
Zugang zu ambulanter Versorgung / Indikation zur stationären Aufnahme	X		X	X	X
Zugang zu ambulanter Versorgung / Indikation zur Entlassung aus stationärer Behandlung	X		X	X	X
Empowerment				X	
Angehörigenpartizipation				X	
Kontinuität der Versorgung		X	X	X	
Restriktive Maßnahmen		X			



3.2 Sektorenübergreifende QS Psychiatrie

Konzeptskizze des AQUA-Instituts zur Strukturqualität

Untersuchung von fünf Settings:

1. Baulich-technisch (Größe/Helligkeit der Räume, Sauberkeit, ...)
2. Personell (Anzahl und Art Personal, Weiterbildung, ...)
3. Konzeptionell (Öffnungszeiten, Erreichbarkeit Notfälle, Bezugspflege, Therapieausrichtung, ...)
4. Finanziell (Kooperationen mit Pharmaunternehmen, Chefarztboni, ...)
5. Regional (Verfügbarkeit weiterer Leistungserbringer, Erreichbarkeit, ...)

Ziel:

Bewertung welche Qualitätspotentiale/-defizite unter gegebenen rechtlichen und datentechnischen Möglichkeiten in das QS-Verfahren Psych einfließen könnten.



4. Regionale Versorgungsverpflichtung



4. Regionale Versorgungsverpflichtung

- Nach **§ 17d KHG Absatz 2 Satz 6** ist die Vereinbarung von Regelungen für Zu- oder Abschläge für die Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung durch das InEK zu prüfen.
- Nach **§ 118 Abs. 2 und 3** sind Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständig geleiteten psychiatrischen bzw. psychosomatischen Fachabteilungen und psychosomatischen Fachkliniken ermächtigt, PIA bzw. PsIA einzurichten soweit sie an der regionalen Versorgungsverpflichtung teilnehmen.
- Regelungen zur Versorgungsverpflichtung sind länderspezifisch unterschiedlich.





4. Regionale Versorgungsverpflichtung

Schwierigkeit der Definition von Regionaler Versorgungsverpflichtung

Pflichtversorgung (mögliche inhaltliche Kriterien)

1. Aufnahmeverpflichtung Patienten einer definierten Region.
2. Aufnahme und Behandlung von gesetzlich untergebrachten Patienten
3. Psychiatrische Notaufnahme mit verpflichtender 24 stündiger Facharztverfügbarkeit im Hintergrund.
4. Nachweis einer angemessenen regionalen Kooperation.

➔ Versorgungsverpflichtung und Verpflichtung zur Notaufnahme sind nicht identisch.



4. Regionale Versorgungsverpflichtung

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH

05.09.14 Thema: „Entgeltsystem im Krankenhaus 2015“

Referent: Dr. F. Heimig



InEK

Weitere Analysen von Vorschlägen Regionale Pflichtversorgung

- Gemäß Angaben der Einrichtungen ist regionale Pflichtversorgung grundsätzlich gekennzeichnet durch
 - Abgegrenzte Versorgungsregion
 - Vorhaltung von freien Betten und Personal (z.B. Bereitschaftsdienst)
 - Aufnahmebereitschaft „rund-um-die-Uhr“
 - Ggf. zusätzliche Maßnahmen (z.B. Wachdienst, Transportdienstbereitschaft)

468

© InEK 2014



4. Regionale Versorgungsverpflichtung

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
05.09.14 Thema: „Entgeltsystem im Krankenhaus 2015“ Referent: Dr. F. Heimig



Weitere Analysen von Vorschlägen Regionale Pflichtversorgung

Teilnahme an der regionalen Pflichtversorgung

- 73 von 85 Kalkulationseinrichtungen geben „ja“ an
- 12 Einrichtungen ohne regionale Pflichtversorgung, davon
 - 4 in unmittelbarer Nähe einer Klinik mit regionaler Pflichtversorgung (v.a. allgemeinpsychiatrische Behandlung)
 - 4 rein psychosomatische Einrichtungen/Fachabteilungen
 - 3 Einrichtungen ausschließlich mit Fachabteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - 1 Einrichtung mit ausschließlich teilstationärer Behandlung

489 © InEK 2014



4. Regionale Versorgungsverpflichtung

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
05.09.14 Thema: „Entgeltsystem im Krankenhaus 2015“ Referent: Dr. F. Heimig



Weitere Analysen von Vorschlägen Regionale Pflichtversorgung

Teilnahme an der regionalen Pflichtversorgung

- 73 von 85 Kalkulationseinrichtungen geben „ja“ an
- 12 Einrichtungen ohne regionale Pflichtversorgung, davon
 - 4 in unmittelbarer Nähe einer Klinik mit regionaler Pflichtversorgung (v.a. allgemeinpsychiatrische Behandlung)
 - 4 rein psychosomatische Einrichtungen/Fachabteilungen
 - 3 Einrichtungen ausschließlich mit Fachabteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - 1 Einrichtung mit ausschließlich teilstationärer Behandlung

489 © InEK 2014



4. Regionale Versorgungsverpflichtung

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH

05.09.14 Thema: „Entgeltsystem im Krankenhaus 2015“

Referent: Dr. F. Heimig



Weitere Analysen von Vorschlägen Regionale Pflichtversorgung

Anteil Fälle aus Einrichtungen mit Angabe „regionale Pflichtversorgung“ über Strukturkategorien

Strukturkategorie	PRE	PSY	PKJ	PSO
Kalkulationsdaten ¹⁾	99,4%	97,7%	96,7%	41,3%
§21-Daten ²⁾	82,4%	79,6%	74,5%	28,8%

¹⁾ Plausible Daten ohne Begleitpersonen, ohne rein vor-/nachstationäre Fälle, ohne teilstationäre Fälle

²⁾ Alle Daten ohne Begleitpersonen, ohne rein vor-/nachstationäre Fälle, ohne teilstationäre Fälle

470

© InEK 2014



4. Regionale Versorgungsverpflichtung

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH

05.09.14 Thema: „Entgeltsystem im Krankenhaus 2015“

Referent: Dr. F. Heimig



ausgeblendet

Weitere Analysen von Vorschlägen Gerichtliche Unterbringung

- Länderspezifische Gesetzeslage
- Ergänzende Datenbereitstellung zu Art und Dauer der Unterbringung
 - Fälle und Angabe der Anzahl der Tage mit gerichtlicher Unterbringung
 - 8.293 Datensätze geliefert
- Im Ergebnis keine wesentlichen Kostenunterschiede

471

© InEK 2014





5. Änderung § 22 Bedarfsplanungs-Richtlinie



5. Änderung § 22 Bedarfsplanungs-Richtlinie

- Der § 22 der Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA beschreibt **Berücksichtigung** der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen bei der **Anrechnung auf den Versorgungsgrad**, sie werden jedoch nicht selbst in die Bedarfsplanung einbezogen.
- Gesetzliche Grundlage des Auftrages des G-BA ist der § 101 Satz 1 Nr. 2b SGB V Überversorgung.
- Die DKG hat die Auffassung vertreten, dass die PIAs aufgrund ihres gesetzlich und vertraglich festgelegten Versorgungsauftrag grundsätzlich nicht angerechnet werden dürften.
- Nach kontrovers geführten Beratungen wurde im UA Bedarfsplanung eine gemeinsame Beschlussempfehlung zwischen GKV-SV, KBV und DKG erzielt.
- Die Beschlussempfehlung wurde am 17.04.2014 im G-BA Plenum einstimmig beschlossen. Die KBV hat den Beschluss zugestimmt, da er auf vier Jahre befristet ist.



5. Änderung § 22 Bedarfsplanungs-Richtlinie

Beschluss des G-BA Plenum vom 17.04.2014

- Einrichtungen gem. § 118 SGB V (Psychiatrische Institutsambulanzen, Psychosomatische Institutsambulanzen) und § 119 SGB V (Sozialpädiatrische Zentren), werden **pauschal mit 0,5 je Einrichtung** auf den Versorgungsgrad angerechnet.
Diese pauschale **Anrechnung kommt dann zum Tragen, wenn geeignete Informationen über Leistungen aus dem fachgebietsspezifischen Versorgungsspektrum (fallbezogen) eines/einer niedergelassenen Vertragsarzt/-ärztin nicht vorliegen.**
- Die Anrechnung der Ermächtigungen erfolgt für die jeweils relevante Arztgruppe. Bei Einrichtungen gem. § 118 wird entsprechend des jeweiligen Schwerpunktes die Anrechnung vorgenommen; liegt diese Information nicht vor, findet für die PIAs eine Anrechnung bei den Psychotherapeuten und für die SPZ bei den Kinderärzten statt.



5. Änderung § 22 Bedarfsplanungs-Richtlinie

Zustimmung des BMG vom 17. Juli 2014 mit folgenden Hinweisen:

- Vor dem Hintergrund der vielfach geäußerten Kritik, dass mit der Berücksichtigung ermächtigter Leistungserbringer Zulassungsmöglichkeiten wegfallen, die für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich sein, wird der G-BA gebeten, die Notwendigkeit einer Anpassung der Verhältniszahlen zu prüfen.
- Der G-BA wird darüber hinaus gebeten, mit der in dem Beschluss vorgesehenen Evaluation der Auswirkungen der Regelungen möglichst frühzeitig zu beginnen.



6. Transparenz der psychiatrischen Versorgung



6. Transparenz der psychiatrischen Versorgung

Interesse der Kassen mehr Transparenz des Leistungsgeschehens in allen Bereichen:

- PEPP und OPS-Definition
- Bedarfsplanung
- PIA-Prüfauftrag
- Begleitforschung der § 64b-Modellprojekte durch die Kassen
- Abschluss der § 64b-Verträge unter der Voraussetzung nach PEPP oder bayrischen Modell abzurechnen

Die neue Rahmenvereinbarung zum MDK-Prüfverfahren gilt auch für die Psychiatrie und Psychosomatik ab dem 01.01.2015.



PEPP-Begleitforschung

- Auftraggeber (Verhandlungspartner) sind GKV-SV, PKV und DKG, die Projektleitung obliegt dem InEK.
- Der Teilnehmerwettbewerb und die Angebots- und Verhandlungsphase wurde auf Basis einer detaillierten Leistungsbeschreibung Ende Juli 2014 abgeschlossen.
- Die Leistungsbeschreibung enthält Forschungsfragen, Methodenbeschreibung, Messzyklen (2011-2027) und die Beschreibung von ca. 100 Indikatoren.



PEPP-Begleitforschung

Leistungsbeschreibung Datenquellen

Folgende Datenquellen sind lt. Leistungsbeschreibung für die PEPP-Begleitforschung zu nutzen:

- Daten des Statistischen Bundesamtes
- Daten nach § 21 KHEntG
- Daten gem. § 301 und § 295 SGB V (Abrechnungsdaten der Gesetzlichen Krankenkassen)
- Endgültige Rechnungsergebnisse der GKV (KJ1-Statistik)
- Daten aus Befragungen (Krankenhäuser, Gesetzliche Krankenkassen, MDK etc.)



PEPP-Begleitforschung

Forschungsfrage (beispielhaft)

Führt das PEPP-Entgeltsystem zu einer Verbesserung der Vergütungsgerechtigkeit zwischen den Einrichtungen?

Indikatoren

- Casemix / Casemixindex je Auswertungsjahr und Veränderung zum jeweiligen Vorjahr
- Effektive Bewertungsrelation je Behandlungstag und Auswertungsjahr und Veränderung zum jeweiligen Vorjahr

Datenquelle

Daten nach § 21 KHEntgG

Differenzierung

Gesamt, Bundesland, Bettengröße, Krankenhaustyp



Rahmenvereinbarung Psychosomatische Institutsambulanzen (PsiA)

Stellungnahme des BMG vom 25.07.2014

- Psychiatrischen Fachkrankenhäuser mit selbstständig geleiteten psychosomatischen Abteilungen können keine PsiAs nach § 118 Abs. 1 errichten, da alle PsiAs systematisch dem § 118 Abs. 3 SGB V zuzuordnen sind.
- Bzgl. der im § 118 Abs. 3 SGB V vorgesehenen regionalen Versorgungsverpflichtung wird eine gesetzliche Änderung/Anpassung erfolgen.

→ Sowohl GKV SV als auch KBV werden die Verhandlungen erst nach erfolgter gesetzlicher Änderung/Anpassung weiterführen.



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

**Ich wünsche Ihnen einen
angenehmen Abend in**



**Dr. Sabine Haverkamp
Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. Dezernat I
Referentin Psychiatrie/Psychosomatik
T. 030 – 39 801 1121
s.haverkamp@dkgev.de**



Gefahr erkannt – Gefahr gebannt? Positionen zu den Entwicklungen in der Psychiatrie

aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für
Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psycho-
somatik und Psychotherapie e.V.

vom 25. September 2014

48. Fachgruppentagung

vom 25. – 26. September 2014

in der
Ev. Stiftung Tannenhof
Remscheid

von

Prof. Dr. med. Renate Schepker,
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie e.V.

Gefahr erkannt - Gefahr gebannt?

Aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Renate Schepker
ZfP Südwürttemberg, PP-KJ Weissenau

renate.schepker@zfp-zentrum.de

Erklärung zum Interessenkonflikt

In den letzten 5 Jahren

- Keine industriefinanzierte Forschung (aktuell: Landesmittel, KVJS, DRV, Bundesmittel BMAS)
- Seit 2009 kein Pharnasponsoring von Veranstaltungen mehr in der Weissenau, bis dahin verschiedene pharmazeut. Firmen im Poolponsoring
- Vortragshonorare von Universitäten, Ministerien, Kliniken, Instituten
- keine Boards, keine Aktien
- Vorstandsmitglied DGKJP, Stellv. Vorsitzende BAG KJPP
- Mitglied der Geschäftsleitung des ZfP Südwürttemberg
- Verhandlungsführerin der KJPP-Verbände bei DIMDI und InEK

Konsentirierte Stellungnahme der Verbände und der wissenschaftlichen Fachgesellschaft der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie zum Weiterentwicklungsbedarf des PEPP-Systems, zu möglichen Alternativen zum PEPP-System und zu Ansatzpunkten für eine Weiterentwicklung der Versorgung gemäß Schreiben des Bundesministers für Gesundheit vom 17.07.2014

Einleitung

Die aktuelle Debatte um die Einführung eines neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie hat teilweise zu einer verstärkt technischen Diskussion von Teilaspekten der Entgeltentwicklung geführt. Dabei drohen zentrale Perspektiven der betroffenen Adressaten und drängende Probleme einer fachlichen Weiterentwicklung in den Hintergrund zu treten. Diskutiert wird vorrangig die Durchführung einer „Währungsreform“ und eine leistungsgerechte Bepreisung. Inhaltliche Reformen des bestehenden Systems der Krankenhausversorgung, wie sie im KHRG noch angesprochen waren, sind leider aus dem Blickfeld der fachlichen Diskussion geraten.

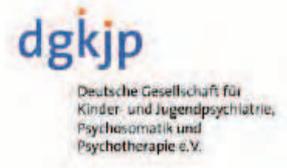
Die Gesundheitsministerkonferenz hat im Juni 2014 das BMG gebeten, eine unabhängige Expertenkommission einzurichten, um die grundlegende

**Es gibt Gefahren ...
die erkennt man sofort
Motto: Nahe der Steckdose**

**z.B.: Wenn die Behandlung von Kindern und
Jugendlichen mit der von Erwachsenen
gemeinsam gerechnet werden soll**

**z.B.: Wenn Erwachsenenpsychiater oder –
psychosomatiker Kinder behandeln wollen**

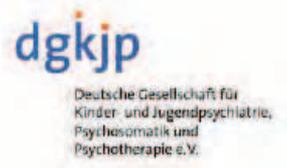
Manche Gefahren erkennt man auf den 2. Blick



Motto: auf einer Straße fahren Autos, wenn man sie betritt

renate.schepker@zfp-zentrum.de

Manche Gefahren erkennt man auf den 2. Blick



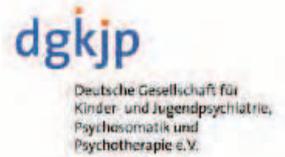
Motto: auf einer Straße fahren Autos, wenn man sie betritt

z.B. : die OPS sind nicht die PEPPS;

- Fehlanreiz durch Degression
- Zu geringe Bewertung der ersten Tage bei hohem Fallaufkommen
- Fallzusammenführung

renate.schepker@zfp-zentrum.de

Dann:

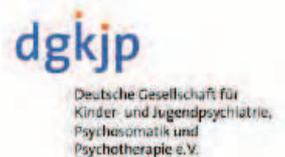


Ebenfalls laut schreien, oder aber:
Kompetenzen schärfen; oder auch.
auf das vertrauen was Mama (DKG) sagt?

„Bleib auf dem Bürgersteig und nicht soviel
zappeln dann geschieht nichts...“

renate.schepker@zfp-zentrum.de

Dann:



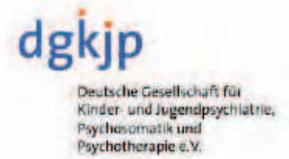
Ebenfalls laut schreien, aber auch: auf das
vertrauen was Mama (DKG) sagt?

„Bleib auf dem Bürgersteig und nicht soviel
zappeln dann geschieht nichts...“

**-> Wir schaffen eine verkehrsberuhigte
Zone.**

renate.schepker@zfp-zentrum.de

Auftrag Tagesbezug an InEK Entlasstag-Berechnung

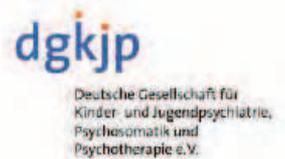


Schonmal deutlich besser so,
Danke!

AAAber....

renate.schepker@zfp-zentrum.de

Fallzusammenführung?



Bisher keine Unterscheidung von geplanter Intervalltherapie und ungeplanten notfallmäßigen Wiederaufnahmen bzgl. der Fallzusammenführung

- Notfallmäßige Wiederaufnahme:
Behandlungsaufwand = Erstaufnahme
- Fallzusammenführung = Fortsetzung einer geplanten Behandlung = Intervalltherapie

renate.schepker@zfp-zentrum.de

Problem



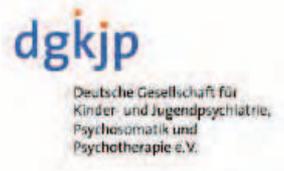
Über die Definition einer „Notaufnahme“ gibt es keine Einigung zwischen uns und den MdKs / den Kassen.

Vorschlagsverfahren beim InEK
diesbezüglich ergebnislos

2 Vorschläge der DGKJP+BAG f. 2014 u 15

renate.schepker@zfp-zentrum.de

Manche Gefahren erkennt man erst auf den 3. Blick



- Motto: auf der Autobahn kann ich nicht mit einem Tretroller fahren
 - z.B. Definition medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen hinsichtlich des Ressourcenverbrauchs für medizinisches Personal bei begrenztem Dokumentationsaufwand

renate.schepker@zfp-zentrum.de

Problem

Diagnosen in KJPP als Kostentrenner
ungeeignet

Das PEPP System mit dem Diagnosebezug
bildet den Ressourcenverbrauch nicht
adäquat ab

renate.schepker@zfp-zentrum.de

KJPP-Sonderweg: Patientengruppen nach Belastungen und Funktion

„eh da“- Daten:



Vorschlag 1

Mapping von MAS Achse 5 und ICD 10 GM

renate.schepker@zfp-zentrum.de

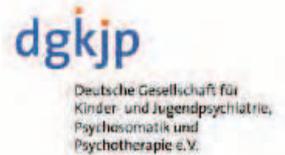
Fünfte Achse

Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände

1 – abnorme intrafamiliäre Beziehungen

1.0	Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung	Z. 62.5	Sonstige Probleme im Zusammenhang mit Vernachlässigung der Erziehung	T 74.0	Vernachlässigen oder Imstichlassen
1.1	Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen	Z 63.0	Probleme in der Beziehung zum (Ehe)partner		
1.2	Feindliche Ablehnung oder Sündenbockzuweisung gegenüber dem Kind	Z 62.3	Feindseligkeit gegenüber dem Kind und ständige Schuldzuweisung an das Kind	T 74.3	Psychischer Missbrauch
1.3	Körperliche Kindesmisshandlung	Z 61.6	Probleme bei körperlicher Misshandlung eines Kindes	T 74.1	Körperlicher Missbrauch
1.4	Sexueller Missbrauch (innerhalb der Familie)	Z 61.4	Probleme bei sexuellem Missbrauch in der Kindheit durch eine Person innerhalb der engeren Familie	T 74.2	Sexueller Missbrauch
1.8 andere		Z 61	Probleme mit Bezug auf negative Kindheitserlebnisse (exkl.: Missbrauch von Personen (T 74))		
		Z 61.8	Probleme mit Bezug auf sonstige negative Kindheitserlebnisse		
		Z 61.9	Probleme mit Bezug auf negatives Kindheitserlebnis, nicht näher bezeichnet		
		Z 62	Andere Probleme mit Bezug auf die Erziehung		
		Z 62.4	Emotionale Vernachlässigung		

Vorschlag 2



Patientengruppen nach Funktionsniveau:

MAS Achse VI (analog GAS-Score; C-GAS)

renate.schepker@zfp-zentrum.de

Weiteres Problem:



Motto: auch mit einem Fahrrad kann man nicht auf der Autobahn fahren

**Abkehr von einem ausschließlichen
Bepreisungssystem**

-

renate.schepker@zfp-zentrum.de

Problem:

„Preissystem“ (nur abbildbare Einzelleistungen) im PEPP bildet nicht ab:

- tatsächliche örtliche Anforderungen der KJPP Versorgung (Fläche, Dezentralität)
- lokal und regional unterschiedliche Rahmenbedingungen des jew. Versorgungsnetzes

Völlig unterschiedliche Bedingungen zwischen und innerhalb der Bundesländer

renate.schepker@zfp-zentrum.de

Neuer Trend zum psychiatrischen Großkrankenhaus?

Schepker in: Psychiatrische Praxis 2014; 41: 278

Serie · Szene · Media Screen

Serie · Szene · Media Screen

Szene

Das PEPP-optimierte psychiatrische Krankenhaus der Zukunft

Wenn wir jetzt nicht aufpassen ... könnte es 20 Jahre nach Einführung des PEPP-Systems zur Finanzierung psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhäuser so aussehen:

Die graue Chefärztin (Herren gibt es in dieser Domäne der matriarchalen Barmherzigkeit kaum noch, diese haben sich mehrheitlich der elektiven Psychochirurgie verschrieben) eilt zum Architektenwettbewerb um den schönsten und höchsten Bettenturm, der dennoch suizidsicher ist. Die besten Chancen hat ein rund gebautes Modell, das auf innengelegenen, durch sehr dekorative Lochgitterstrukturen wenig einsehbaren Balkonen den nötigen Aufenthalt im Freien gewähren kann

einem Ort mehr leisten. Weder wegen des seltenen qualifizierten Personals, das reihenweise andere Berufe gesucht hat mit dem Niedergang der Anhaltszahlen, noch wegen des Geräteaufwands. „Eine Intensivstation für alle!“ soll jetzt unter dem Motto der Inklusion laufen. Nur die Kinderintensivstation hätte vielleicht nicht integriert werden müssen, denkt die graue Chefärztin, man weiß schließlich nicht, was die dementen herzkranken Damen im Einzelfall mit so einem Neugeborenen anstellen, wenn das Personal mal wieder in einer Besprechung ist und keiner auf die Monitore schaut. Das muss sie sich als Merkpunkt schnell noch notieren. Monitore sind Trumpf heutzutage: Durch die ringförmige Bauweise des aussichtsreichsten Bettenturms kann mit einer Kamera der Schlaf und das Befinden von etwa 10 Patienten gleichzeitig zentral überwacht werden. Auf der etwas lockerer gebauten Privatstation, die an den Stil der großen Hotels oder der Industriellen-

nehmen, und mit der hohen Bedeutung der Pflegebedürftigkeit kombiniert reicht es für Zusatzprämien für das wertvolle Personal. Daher werden erst einmal alle neu aufgenommenen Patienten ordentlich neuroleptiert. Das lässt sie erst einmal schlafen, Heilung durch Regression ist die neue Devise und sehr wirksam – eigentlich wussten das die Naturvölker auch schon, warum ist unsere fortschrittliche Medizin erst jetzt darauf gekommen?

Aber selbst wenn es sie noch gäbe, die Psych-PV, sinniert die Chefärztin weiter, Menschen, die man einstellen könnte, gibt es ja sowieso kaum noch, das macht der demografische Wandel und dass kaum einer noch diese Arbeit tun möchte. „Psychofabrik“ nennen die Jungen die stationäre Psychiatrie. Dabei ist das weit an der Wirklichkeit vorbei, Roboter-Technik wird doch nur für die Essensausgaben verwendet.

Grauhaare und gebeutelt geht sie auf den

Besonders relevant in KJPP

Strukturfestlegungen wie:

- Begrenzung der Betten pro Station bzw. Behandlungsplätze pro Gruppe
(Jugendhilfe: 8er Gruppen als Standard)
- Vorhaltekosten für Pflichtversorgung
(keine rechtlich bindende Definition)
- Fachspezifische Bereitschaftsdienste
- Vorhaltekosten für Deeskalation statt Zwang

renate.schepker@zfp-zentrum.de

Land	Betten	Einwohner < 18	BMZ 2012 (Betten/ 10.000 EW < 18)	BMZ 2005 (GMK-Bericht 2007)
BaWü	598	1.853.540	3,23	2,62
Bayern	568	2.112.190	2,69	1,74
Berlin	187	494.160	3,78	2,85
Brandenburg	211	337.030	6,26	5,61
Bremen	50	98.840	5,06	4,51
Hamburg	140	267.790	5,23	3,57
Hessen	520	1.005.660	5,17	3,63
Mecklenburg-Vorpommern	181	215.300	8,41	6,89
Niedersachsen	646	1.356.370	4,76	3,92
NRW	1189	2.984.650	3,98	3,06
Rheinland-Pfalz	270	664.260	4,06	2,27
Saarland	45	148.980	3,02	2,50
Sachsen	365	543.170	6,72	5,88
Sachsen-Anhalt	323	290.710	11,11	8,74
Schleswig-Holstein	254	477.190	5,32	4,31
Thüringen	278	286.960	9,69	7,07
Bund	5.825	7.038.580	Median: 5,12	4,32
Standardabweichung Länder			2,41	2,00

renate.schepker@zfp-zentrum.de

Achtung:



Deutsche Gesellschaft für
Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und
Psychotherapie e.V.

Nutzungsgrad KJPP in Deutschland 2012:
92 %

Regionale Unterschiede in der KJPP-
Krankenhaushäufigkeit von < 18J:
2012 noch bis zu 400%

Kann man das auf die Mitte „konvergieren“?

renate.schepker@zfp-zentrum.de

Was macht man also....



Deutsche Gesellschaft für
Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und
Psychotherapie e.V.

Es bleibt nur, das System zu ändern
(vom Fahrrad zum Auto)

→ **Hinwendung zu einem
Budgetfindungssystem**

renate.schepker@zfp-zentrum.de

Besonders wichtig Kinder brauchen Menschen

dgkjp

Deutsche Gesellschaft für
Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und
Psychotherapie e.V.

Eminent wichtig: Folgevereinbarung zur
Psych-PV

mit Kontrollmöglichkeiten bei
Gegenfinanzierung

Kinder haben ein Anrecht auf personale
Zuwendung

renate.schepker@zfp-zentrum.de

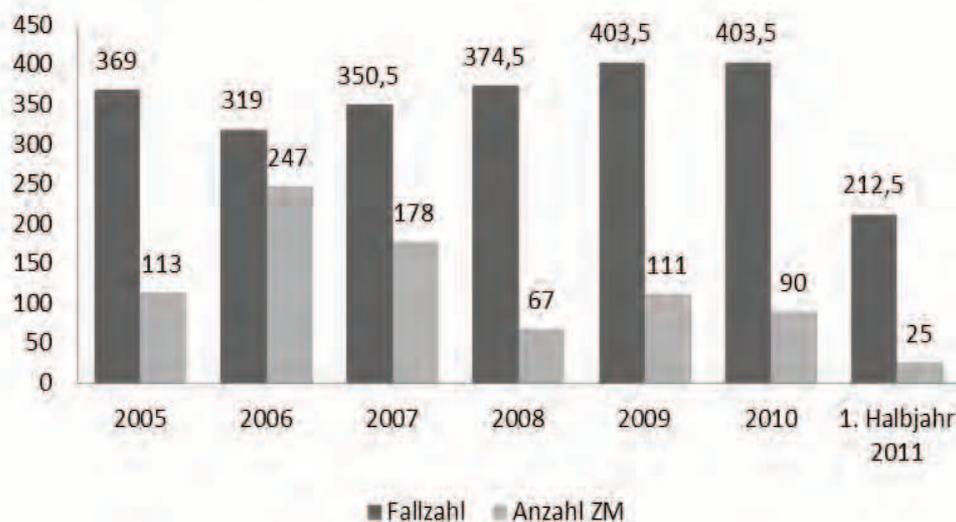
Denn nach J.Closset:

Relativ sind ZM gesunken

dgkjp

Deutsche Gesellschaft für
Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und
Psychotherapie e.V.

Arbeitsbelastung durch Zwangsmaßnahmen



renate.schepker@zfp-zentrum.de

Führt das relative Absinken der
Zwangsmaßnahmen in der Weissenau
zurück auf:

- Aufmerksamkeit und gelebte Hausleitlinien
- Gute Personalausstattung, im Zeitraum durch Fallzahlsteigerung verbessert

renate.schepker@zfp-zentrum.de

Manche Probleme sieht man nur mit viel Durchblick

THEMEN DER ZEIT

DATENSCHUTZ IN DER PSYCHIATRIE

Patientenschutz gefährdet



Eine immer detailliertere Kodierung der Leistungen in der Psychiatrie birgt Risiken für die besonders vulnerable Patientengruppe.

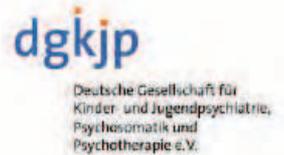
Der mündige Bürger vertraut darauf, dass er ein Recht auf informationelle Selbstbestimmung hat. Dazu gehört eine volle Aufklärung über die Weitergabe von Sozialdaten nach § 4 a des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Diese erfordert die Schriftform und ist „nur wirksam, wenn sie auf der freien Entscheidung des Betroffenen der Tatsache, dass ein Patient nach Alkoholgenuss gewalttätig wird. Weit gefehlt. Im Gegenteil, sie müssen es sogar. Die Datenübermittlung gestattet derzeit theoretisch jedem bei den Krankenversicherungen beschäftigten Sachbearbeiter – im Jahr 2009 waren das 137 513 Personen (1) –, Kombinationen von Diagnosen und Leistungen der Einzelne solche Beschränkungen seines Rechts hinnehmen, die durch überwiegende Allgemeininteressen gerechtfertigt sind, diese Beschränkungen bedürfen jedoch einer verfassungsmäßigen gesetzlichen Grundlage“. Hinsichtlich der Sozialgesetzgebung verweist das Bundessozialgericht darauf, dass durch die bereichsspezifischen Regelungen innerhalb der Sozialgesetzbücher die allgemeineren Regelungen des Bundesdatenschutzgesetzes ihre Gültigkeit verlieren.

So führt das BSG im oben genannten Urteil aus, dass der Gesetzgeber sich verpflichtet gesehen habe, „Grundlagen für die Verarbeitung personenbezogener Daten im Zusammenhang mit Leistungsabrechnungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung zu schaffen“. In § 284 ff. SGB V sollte dem Recht der Versicherten auf informationelle Selbstbestimmung im Rahmen der krankenversicherungsrechtlichen Datenverwendung und -verarbeitung Rechnung getragen werden, da es sich – hier wird im Urteil auf die damaligen Debatten im Bundestag verwiesen (3) – bei der Verarbeitung personenbezogener und großteils schweigepflichtgeschützter Gesundheitsdaten um besonders sensible Daten handle. Weiter interpretiert das BSG-Urteil die Anforderungen an den Gesetzgeber folgendermaßen: „Die Erfassung, Verwendung und Übermittlung von Leistungs- und Gesundheitsdaten

renate.schepker@zfp-zentrum.de

R.Schepker,
in
Deutsches
Ärzteblatt
2014;
111(35-36):
A-1466 / B-
1262 / C-
1198

PEPP sieht nicht alle Säulen
der Behandlung gleichzeitig

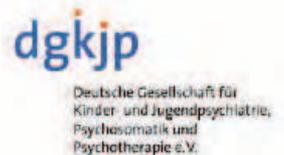


...denn PEPP kann
voll- und teilstationär
nicht
zusammenführen -
und ambulant ist aus
dem Blick
verschwunden.

Quelle:
www.daischerja.ch/illusionentext.htm

renate.schepker@zfp-zentrum.de

Kinder - Sonderweg



Es braucht:

- ein eigenes Bundesmodellprogramm für
Modellvorhaben in der KJPP

(§ 64 b „in jedem Bundesland unter besonderer
Berücksichtigung der KJPP“)

- eine Neuformulierung des § 64b

- eine Reform des § 39 SGB V

(Sonderproblem intermittierende teilstationäre Behandlung)

renate.schepker@zfp-zentrum.de

...denn geringe Vergleichbarkeit

(Folie: Leber, SpiV GKV 2010)



Südwestfalen

Tab. 1 PIA-Vergütungsregelungen nach Bundesländern, Quelle: Gesundheitsministerkonferenz 2007 (Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven, Hrsg. AOLG Psychiatrie, Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007, 1. Auflage 2007, eigene Umfrage 2010)

	Anzahl der PIA	Anzahl der Fachkliniken und Fachabteilungen	Vergütung	Vergütungshöhe landesweit geregelt oder Einzelverträge?
Baden-Württemberg	43	55	Quartalspauschale, jedoch unterschieden Einmalkontakt oder Mehrfachbehandlung	Einzelverträge
Bayern	39	46	Leistungskatalog	landesweit
Berlin	18	18	Quartalspauschalen	Einzelverträge
Brandenburg	21	18	Quartalspauschalen	landesweit
Bremen	6	7	Quartalspauschale, einmalige Behandlung Notfallpauschale	Einzelverträge
Hamburg	13	12	Quartalspauschalen	Einzelverträge
Hessen	47	36	Quartalspauschalen	einzel je Organisation
Mecklenburg-Vorpommern	9	9	Leistungskatalog analog Bayern	landesweit
Niedersachsen	32	29	gestaffelte Quartalspauschalen	landesweit

Nordrhein-Westfalen	83	92	Quartalspauschalen	Einzelverträge
Rheinland-Pfalz	26	25	Quartalspauschale	Einzelverträge
Saarland	7	7	Quartalspauschale, jedoch gesonderte Vergütung für "alleinige psychiatrische Notfallbehandlung"	Einzelverträge
Sachsen	28	25	Leistungskatalog analog Bayern	landesweit
Sachsen-Anhalt	8	19	Quartalspauschalen Leistungskatalog analog Bayern	Einzelverträge + landesweit
Schleswig-Holstein	27	22	Quartalspauschale i.V.m. Vergütung gem. EBM; Quartalspauschale; Tagespauschale	Einzelverträge
Thüringen	11	14	Leistungskatalog analog Bayern und Quartalspauschalen	Einzelverträge + landesweit
Gesamt	418	434		

Nur in der kindlichen Fantasie ?



Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.

Entwicklung zu einer die Systemgrenzen übergreifenden, personenzentrierten Gestaltung individueller Behandlungsformen und Behandlungspfade.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit

dgkjp

Deutsche Gesellschaft für
Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und
Psychotherapie e.V.

renate.schepker@zfp-zentrum.de

Gefahr erkannt – Gefahr gebannt? Positionen zu den Entwicklungen in der Psychiatrie

aus Sicht des Landesverbandes NRW
der Angehörigen psychisch Kranker e.V.

vom 25. September 2014

48. Fachgruppentagung

vom 25. – 26. September 2014

in der
Ev. Stiftung Tannenhof
Remscheid

von

Wiebke Schubert,
Landesverband NRW der Angehörigen psychisch Kranker e.V.

Psychiatrische Versorgung in Gefahr?- Gefahr gebannt?

(Wiebke Schubert-Landesverband NRW der Angehörigen
psychisch Kranker)

Wiebke Schubert LV NRW der
Angehörigen psych.Krankler

16.10.2014

- Keine einheitlichen Strukturen
- Regional unterschiedlich gut aufgestellt –
Leuchtturmprojekte und Diaspora
- Verwirrende Vielfalt
- Gemeindepsychiatrische Verbände bieten einen gewissen Standard
- Weiterentwicklung der GPV, Anpassung an geänderte gesellschaftliche und
demographische Verhältnisse (gerontopsychiatrische Behandlungsangebote
z.B.)
- Mangelnde Kooperation zwischen verschiedensten Trägern und Behörden
(Jugendhilfe, Ordnungsbehörden, Arge) und anderen Akteuren der psych.
Versorgung (BeWO, Heimen, Betreuern, Hausarzt)
- Divergierende Trägerinteressen
- Ungeklärte Finanzierungen
- Schwierige Haushaltsslage der Kommunen
- Mangel an Psychiatern im Gesundheitsdienst der Gemeinden

Ambulante Versorgung

Wiebke Schubert LV NRW der
Angehörigen psych.Krankler

16.10.2014

- Unzulänglichkeit der Hilfsangebote: z.B. zu kurze Öffnungszeiten (nur bis 17.00 Uhr)
- Keine Angebote in der Nacht oder am Wochenende
- Verschlechterung des Angebots in Ferien- und Urlaubszeiten
- Kein Krisendienst
- Keine Angebote für Obdachlose oder die „Schwierigsten“
- zu wenig niedrigschwellige und zugehende Angebote
- Zu wenig multiprofessionelle Teams
- Fehlen von Angeboten für Tagesstruktur sowie Arbeits- und Beschäftigungsangeboten
- Kaum Angebote für Migranten
- Bei niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten lange Wartezeiten
- Psychotherapeuten: kaum Plätze für schwer psychisch Kranke

Ambulante Versorgung

16.10.2014 Wiebke Schubert LV NRW der Angehörigen psych.Krankler

- Werkstätten oft noch auf Minderbegabte ausgerichtet
- Keine „anspruchsvolleren“ Angebote für psychisch Kranke
- Architektur nicht auf psychisch Kranke ausgerichtet (Rückzugsräume pp)
- Pflegestandards für psych. Kranke und Ausbildung der Mitarbeiter nicht angepasst
- Inklusion: keine „Behinderten-Sonderwelt“ für psych. Kranke, keine Bevormundung

Ambulante Versorgung - Werkstätten

16.10.2014 Wiebke Schubert LV NRW der Angehörigen psych.Krankler

- bessere Kooperation zwischen den verschiedenen Trägern von Hilfsangeboten untereinander und mit verschiedensten Behörden
- Case-Manager als Bezugspersonen für Betroffene und Angehörige
- Ausweitung des Angebots ambulanter Dienste und dessen Kontrolle staatlicherseits durch eine Fachaufsicht
- Krisendienste rund um die Uhr mit Zugang durch alle Medien
- „Der Mensch, der sich meldet, definiert die Krise.“
- Aufsuchende, multiprofessionelle Teams, die auch die Angehörigen unterstützen (und auch für Obdachlose)
- Unterstützung der Angehörigen- und Betroffenen-Selbsthilfe

Ambulante Versorgung

16.10.2014 Wiebke Schubert LV NRW der Angehörigen psych.Krankler

- Gesellschaftlicher Wandel führt zu geänderten Familienstrukturen, diese bieten nicht mehr dieselben Ressourcen zur ambulanten Betreuung psych. Kranker wie früher (Berufstätigkeit von Frauen, weniger oder gar keine Kinder, Mobilität)
- Demographischer Wandel
- Folge: Rechtzeitiger Ausbau professioneller Strukturen – genug Personal?

Angehörige keine Ausfallbürger mehr

16.10.2014 Wiebke Schubert LV NRW der Angehörigen psych.Krankler

- Angehörige brauchen mehr Unterstützung, Aufklärung und Hilfen sowie eine Ausbildung zur Pflege
- Kurzzeitaufenthalte in Heimen ermöglichen (Urlaubszeit)
- Ausbau der ambulanten psych. Pflege (s. Niedersachsen)
- Schutz der Angehörigen vor (häuslicher) Gewalt durch Betroffene
- Fehlen einer eigenständigen sozialen Sicherung psychisch Kranker – keine finanzielle Inanspruchnahme von Betroffenen und deren Kindern
- Versorgung älterer psychisch Kranker ist nicht ausreichend gesichert
- Unterbringung von psychisch Kranken in Altersheimen

Hilfen für Angehörige im ambulanten Bereich

16.10.2014 Wiebke Schubert LV NRW der Angehörigen psych.Krankler

- Verdreifachung der Zahl der Psychotherapeuten im letzten Jahrzehnt
- Trotzdem deutlich schlechtere Versorgung schwer psychisch kranker Menschen : lange Wartezeiten, nicht adäquate Therapien
- Bevorzugt werden Menschen in Lebenskrisen und Menschen mit leichten Störungen behandelt

Ambulante psychotherapeutische Versorgung

16.10.2014 Wiebke Schubert LV NRW der Angehörigen psych.Krankler

- Notwendigkeit geschlossener Wohnheime?
- Heim-Tourismus in andere Bundesländer
- Genug Wohnheimplätze für chronisch Kranke und schwierige Kranke in offenen Heimen ? – keine Bevorzugung leichter zu führender Kranker
- Problematik der jungen männlichen schwierigen Patienten und Kündigung von Heimplätzen – Ausfallbürge Klinik?

Ambulante Versorgung: Versorgung in Heimen

16.10.2014 Wiebke Schubert LV NRW der
Angehörigen psych.Krankler

Gefahr erkannt

-aber nicht gebannt

16.10.2014 Wiebke Schubert LV NRW der
Angehörigen psych.Krankler

Stationäre Versorgung

Altbekannte und neue Herausforderungen

16.10.2014 Wiebke Schubert LV NRW der Angehörigen psych.Krankler

- Schwerstkranke bedürfen einer intensiven, und damit auch kostenintensiven Behandlung: Gleichstellung des Vergütungssystems mit Somatik
- In Deutschland gibt es überdurchschnittlich viele Betten zur Behandlung psychisch und psychosomatisch Kranker
- Bei der Krankenhausplanung werden die psychosomatischen Kliniken gegenüber den Psychiatrien bevorzugt
- Psychiatrien sind auch der Ausfallbürge für Unzulänglichkeiten der ambulanten Versorgung (s.o.)

Stationäre Versorgung

16.10.2014 Wiebke Schubert LV NRW der Angehörigen psych.Krankler

- Zurzeit Überprüfung des PsychKG NW (turnusgemäß alle 5 Jahre)
- Neuregelung im Sinne des § 1906 BGB (Betreuungsrecht) Urteile des BVerfG
- Auswirkung der UN-Behindertenrechte-Konvention und der Urteile des BVerfG vom 23.03. und 12.10.2011 auf das PsychKG NW und MRVG NW:

Danach ist eine Zwangsbehandlung nur als letztes Mittel gerechtfertigt und bedarf einer klaren und auf diese Situation begrenzten Rechtsgrundlage, die die Voraussetzungen einer Zwangsbehandlung und das hierbei einzuhaltende Verfahren eindeutig regelt

Stationäre Versorgung : Normänderungen zu Zwang und Gewalt in der Psychiatrie

16.10.2014 Wiebke Schubert LV NRW der
Angehörigen psych.Krankler

- Voraussetzungen für eine Zwangsbehandlung nach BVerfG:
 - Betroffenen fehlt krankheitsbedingt die Einsichtsfähigkeit
 - Die Zwangsbehandlung ist das letzte Mittel
 - Die Belastung des Patienten durch die Behandlung nicht außer Verhältnis zum erwartbaren Nutzen für den Patienten steht

Stationäre Versorgung: Normänderungen zu Zwang und Gewalt in der Psychiatrie

16.10.2014 Wiebke Schubert LV NRW der
Angehörigen psych.Krankler

- Der Arzt sich um die freiwillige Zustimmung des Betroffenen zur Behandlung bemüht hat
- Der Arzt die Zwangsbehandlung ankündigt, anordnet, überwacht und dokumentiert
- Überprüfung der Maßnahme vorher unabhängig von der Unterbringungseinrichtung
- Richtervorbehalt (Verfahrensregelungen ähnlich denen des FamFG für das Betreuungsrecht)

Stationäre Versorgung: Normänderungen zu Zwang und Gewalt in der Psychiatrie

16.10.2014 Wiebke Schubert LV NRW der Angehörigen psych.Krankler

- Zunächst Aufschub, aber Gefahr ist nicht gebannt
- Verschlechterung der Versorgung insbesondere schwer psychisch kranker Menschen mit lang andauerndem Behandlungsbedarf
- Begünstigung kürzerer Verweildauern
- In Zusammenhang mit der Rechtsprechung des BVerfG problematisch
- Angehörige müssen mit unzureichend behandelten Betroffenen auskommen (Problem: Gewalt gegen Angehörige)

Neues Entgeltsystem (PEPP)

16.10.2014 Wiebke Schubert LV NRW der Angehörigen psych.Krankler

- PEPP konterkariert sektorenübergreifende Ansätze (bettenzentriert)
- Reduzierung des Personals durch Unterfinanzierung – weniger als nach PsychPV
- Kosten- statt Qualitätswettbewerb wegen Fallpauschalen („Durchschnittsvergütung“)
- Besonderheiten der Psychiatrie nicht berücksichtigt (erhöhter Aufwand wegen individueller Behandlung bezogen auf das aktuelle Befinden und das gesamte Lebens- und Beziehungsgefüge; Behandlung ist komplex und tagesformabhängig; sprechende Medizin)
- Pflichtversorgung und deshalb vorzuhaltende Strukturen werden nicht berücksichtigt; nicht pflichtversorgende Kliniken werden Patienten mit wenig Behandlungsaufwand bevorzugen und sind im Vorteil; schwer psychisch Kranke werden in die Pflichtversorgung „abgeschoben“.

Neues Entgeltsystem (PEPP)

16.10.2014 Wiebke Schubert LV NRW der Angehörigen psych.Krankler

- Folgen:
- Konzentrationsprozesse („Bettenburgen“);
- Drehtürpsychiatrie;
- Schwerkranke mit häufigen Aufnahmen lohnen sich nicht und werden in (geschlossene) Wohnheime verlegt (Problematik s.o.)

Neues Entgeltsystem (PEPP)

16.10.2014 Wiebke Schubert LV NRW der Angehörigen psych.Krankler

- Angleichung von Versorgungsgebieten der Kliniken und der SpD-Zuständigkeits-bereiche bzw. aller ambulanten Angebote – auch im Suchtbereich
- Verstärkung des Versorgungssystems in Gebieten mit erhöhten Risikofaktoren wie hoher Arbeitslosigkeit oder vielen Menschen mit Migrationshintergrund
- Ambulanzen für Migranten vor Ort in bestimmten Stadtteilen
- Krisenbetten in Tagesklinik; Notbetten (s. Solingen)
- Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung
- Integrierte Versorgung: Gut gedacht und schlecht gemacht? (Einschreibekriterien: Erkrankung, Krankenkasse; Versorgung nur durch Vertragspartner, keine freie Wahl der Behandler, private Verträge ohne Einflussmöglichkeit für Patienten und Angehörige)

Internet-Beratung; Internet-Programme der Klinik

Stationäre Versorgung

16.10.2014 Wiebke Schubert LV NRW der Angehörigen psych.Krankler

- Psychiatrien als Baustein ambulanter Versorgung: Psychiatrische Institutsambulanzen, Tageskliniken, Werkstätten der Kliniken, aufsuchende multiprofessionelle Teams etc.
- Vorteil wäre flächendeckende Versorgung rund um die Uhr, Patient hätte ein Behandlungsteam in allen Lebensbereichen (kein Verlust von Informationen, keine Unterbrechung der Behandlung oder deren Abbruch, Angehörige - und Behörden - hätten festen Ansprechpartner)
- Politisch gewollt? Lobbyinteressen? Vergütung?
- Konkurrenz durch Managementgesellschaften wie die GpG NRW (Gesellschaft für psychische Gesundheit in NRW gemeinnützige GmbH)-Verträge mit Kliniken?

Stationäre Versorgung

16.10.2014 Wiebke Schubert LV NRW der Angehörigen psych.Krankler

- Klinikverbünde vorteilhaft:
 - setzen höhere Standards
 - + ermöglichen mehr Austausch untereinander
 - + sind wirtschaftlicher

Stationäre Versorgung

16.10.2014 Wiebke Schubert LV NRW der Angehörigen psych.Krankler

- Einstellung der Leitungsebene zu Selbstbestimmung und Autonomie der Patienten:
- Klima von Offenheit und Akzeptanz
- Umgang auf Augenhöhe; Einbeziehung der Patienten, Aufklärung, Eigenverantwortung
- Behandlungsvereinbarungen, Patientenverfügungen
- Vertrauen, Zutrauen

versus

Misstrauen und Kontrolle

am Beispiel: Handy, Internet, Schlüssel für den Schrank im Zimmer

Stationäre Versorgung

16.10.2014 Wiebke Schubert LV NRW der Angehörigen psych.Krankler

- Personelle Ausstattung: genug Ausgang
- Architektur (geschlossener Garten, genug sanitäre Einrichtungen, hell und freundlich; Trennung von gemeinschaftlichem und ruhigen privatem Bereich, KEINE FLURBETTEN, genug Sanitäranlagen, keine Zimmertüren mit Fenstern und Vorhang außen, keine vergitterten Fenster); Mobiliar
- Gemeindenahe Ausrichtung der Klinik
- Förderung der Selbsthilfe
- Peer-Beratung für Angehörige und Betroffene

Stationäre Versorgung – Art der Behandlung

16.10.2014 Wiebke Schubert LV NRW der Angehörigen psych.Krankler

- Im Ausland ausgebildete Ärzte/Ärztinnen und Pflegende:
 - Ausreichend gute Deutschkenntnisse
 - Verhältnis der Geschlechter (Respekt gegenüber Frauen: als Patientinnen und als Mitarbeiterinnen)
 - Ausreichend gutes Verständnis des kulturellen Hintergrundes deutscher Patienten (Biographiearbeit)

Stationäre Versorgung: Art der Behandlung

16.10.2014 Wiebke Schubert LV NRW der Angehörigen psych.Krankler

- Patienten/Patientinnen mit Migrationshintergrund:
 - Dolmetscher aus Mitarbeiterkreis oder notfalls von außen hinzuziehen
 - Verhältnis der Geschlechter (insbesondere Respekt gegenüber religiösen Vorbehalten)
 - Ausreichend gutes Verständnis des kulturellen Hintergrundes dieser Patienten (Kulturmittler)

Stationäre Versorgung: Art der Behandlung

16.10.2014 Wiebke Schubert LV NRW der Angehörigen psych.Krankler

Schutz vor Übergriffen von Mitpatienten:

- Bei gemischt geschlechtlichen Stationen: insbesondere in der Nacht
- Schutz vor Diebstahl durch abschließbare Schränke
- Aktiv angebotene Unterstützung der Opfer bei Erstattung einer Strafanzeige

Stationäre Versorgung: Art der Behandlung

16.10.2014 Wiebke Schubert LV NRW der Angehörigen psych.Krankler

- keine vorbereiteten Fixierbetten auf dem Flur
- keine offene Aufbewahrung von Fixiergurten im Patientenzimmer
- KEINE FIXIERUNG AUF DEM FLUR
- Entsprechende Schulung im Ausland ausgebildeter Ärzte/Ärztinnen

Stationäre Versorgung - Zwang und Gewalt in der Psychiatrie: Fixierungen

16.10.2014 Wiebke Schubert LV NRW der Angehörigen psych.Krankler

Gefahr erkannt-

und vielleicht gebannt

16.10.2014 Wiebke Schubert LV NRW der Angehörigen psych.Krankler

- Schutz und Hilfeprogramme für Kinder psychisch kranker Eltern sowie Unterstützung psychisch kranker Eltern flächendeckend
- „Deeskalationstrainings“ für Angehörige und Angebote für Angehörige zur Verarbeitung von erlebter Gewalt durch Betroffene: Vorträge, Seminare, angeleitete Aussprachen mit den Patienten
- Arbeits- und Lebensbedingungen: Hilfe zur und Ermöglichung von lang andauernder Pflege auch bei chronisch psychisch kranken Angehörigen
- Suizidprävention
- Usw. usw. usw.

Prävention?

16.10.2014 Wiebke Schubert LV NRW der Angehörigen psych.Krankler

Gefahr erkannt

- nicht gebannt

16.10.2014 Wiebke Schubert LV NRW der Angehörigen psych.Krankler

- Die psychiatrische Versorgung hat sich vor allem mit Blick auf die Psychiatrie-Enquete auf lange Sicht deutlich verbessert.
- Im ambulanten Bereich ist das Bild dreigeteilt: Entweder ist eine Versorgung nicht vorhanden oder wegen klammer kommunaler Haushalte und wegen eines Mangel an Psychiatern in Gefahr – oder wird verbessert (Vereinheitlichung durch Managementgesellschaft).
- Die klinische Versorgung ist vor allem durch das neue Entgeltsystem in Verbindung mit kürzeren Verweildauern und der Rechtsprechung zu Zwang und Gewalt gefährdet.
- Prävention wäre gut, ist aber oft nicht im Fokus der Versorgung.
- Allgemein ist zu beklagen, dass gerade die schwer psychisch Kranken, die alten psychisch Kranken, die Kranken ohne Angehörige, die obdachlosen psychisch Kranken – also alle, die sich nicht wehren können - im Hilfesystem benachteiligt werden.
- Wer bedarf aber wirklich unserer Hilfe?
- Müssen wir aber nicht dahin gehen, wo es weh tut, müssen wir nicht „mit den Schwächsten beginnen“? (Dörner)

Fazit

16.10.2014 Wiebke Schubert LV NRW der Angehörigen psych.Krankler

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**

16.10.2014 Wiebke Schubert LV NRW der Angehörigen psych.Krankler

Gefahr erkannt – Gefahr gebannt? Positionen zu den Entwicklungen in der Psychiatrie

aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für
Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

vom 25. September 2014

48. Fachgruppentagung

vom 25. – 26. September 2014

in der
Ev. Stiftung Tannenhof
Remscheid

von

Prof. Dr. med. Wolfgang Maier,
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

PROF. DR. WOLFGANG MAIER
PRÄSIDENT DGPPN

GEFAHR ERKANNT – GEFAHR GEBANNT? AUS SICHT DER DGPPN

VKD Fachgruppentagung - Fachgruppe Psychiatrie
Donnerstag, den 25. September 2014

REFORMZIELE DES ENQUÊTE-BERICHTS VON 1975

Was ist umgesetzt ?

- **Enthospitalisierung der Langzeitpatienten**
- **Auf- und Ausbau ambulanter Dienste und psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern**
- **Gemeindenaher ambulante und vorstationäre Versorgung**
- **Kooperation und Koordination aller Leistungsanbieter**
- **Bedarfsgerechte Versorgung aller psychisch Kranken**
- **Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranker**
- **Kontinuität von Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen**

Was ist umgesetzt ?

- Enthospitalisierung der Langzeitpatienten ✓
- Auf- und Ausbau ambulanter Dienste und psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern ✓
- Gemeindenahe ambulante und vorstationäre Versorgung ✓
- Kooperation und Koordination aller Leistungsanbieter ?
- Bedarfsgerechte Versorgung aller psychisch Kranker ?
- Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranker ?
- Kontinuität von Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen ?

 **Die Psychiatrie-Reform ist in Stagnation**

WWW.DGPPN.DE

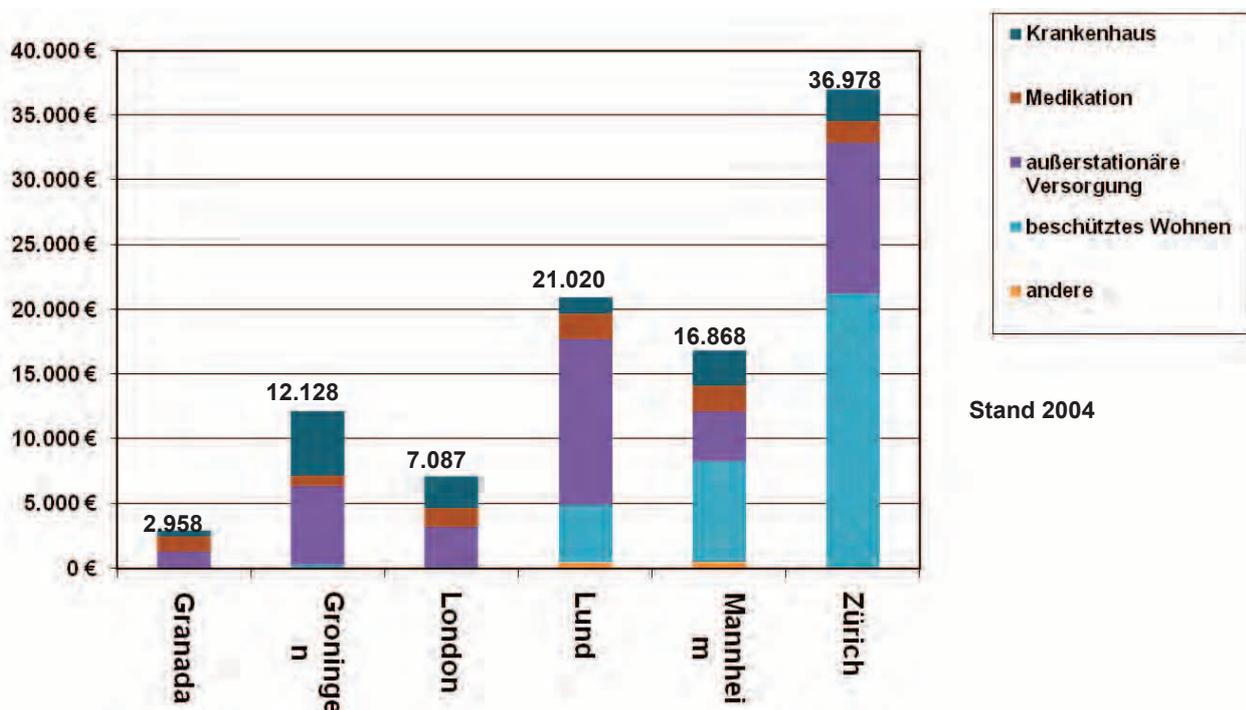
- Ausgangssituation und Zukunftsrisiken
- Patientenorientierung und Aufwandgerechtigkeit
- Behandlungskontinuität im System
- Zukunft der Profession

WWW.DGPPN.DE

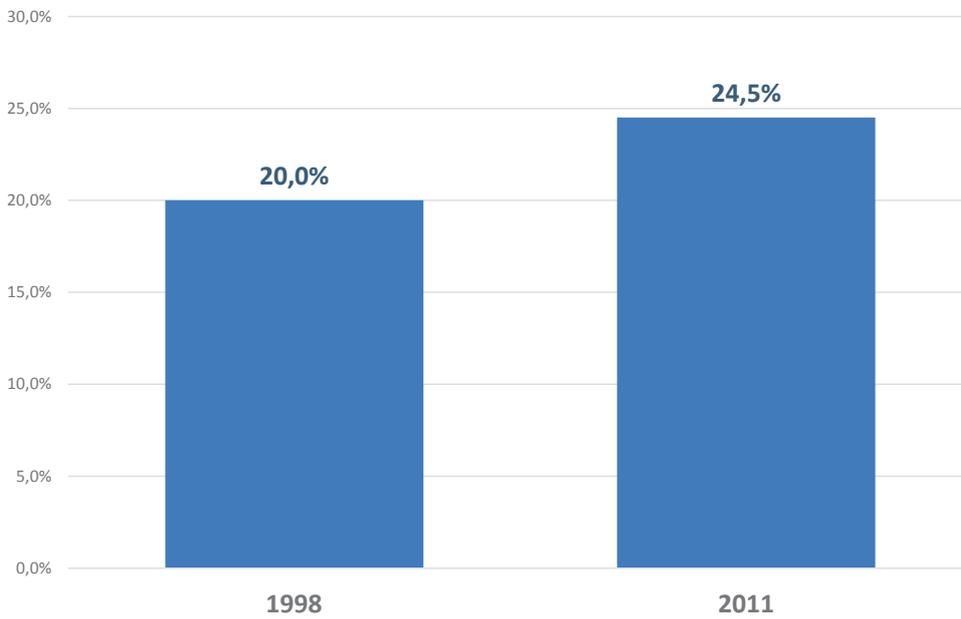
ERKANNTGE FAHREN

- **Ausgangssituation und Zukunftsrisiken**
 - Deckelung des Gesamtbudgets
 - Unterfinanzierter Start (90% PsychPV-Erfüllung, Psychotherapie)
 - Morbiditätsrisiko/Mengenrisiko trägt das Versorgungssystem
 - Kein Geld für medizinischen Fortschritt (v.a. Psychotherapie, Diagnostik)
- **Patientenorientierung und Aufwandsgerechtigkeit**
- **Behandlungskontinuität im System**
- **Zukunft der Profession**

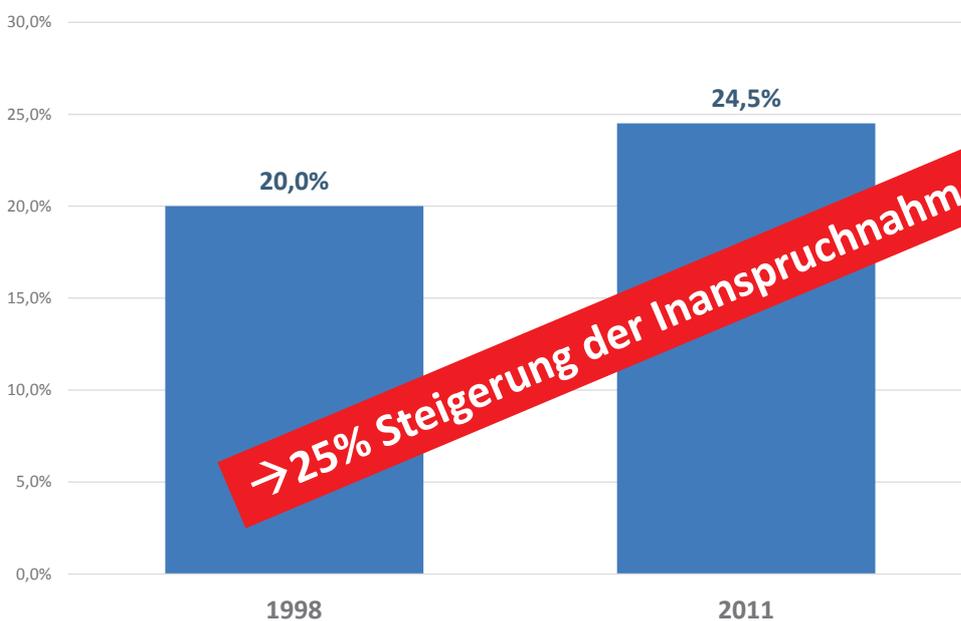
VERSORGUNGSKOSTEN EINES PATIENTEN MIT SCHIZOPHRENIE



Behandlungsrate von psychischer Erkrankung in Gesamtstichprobe



Behandlungsrate von psychischer Erkrankung in Gesamtstichprobe



Behandlungsrate von psychischer Erkrankung:
Die Mehrzahl der Diagnoseträger steht zur Zeit noch im Kontakt mit dem Versorgungssystem

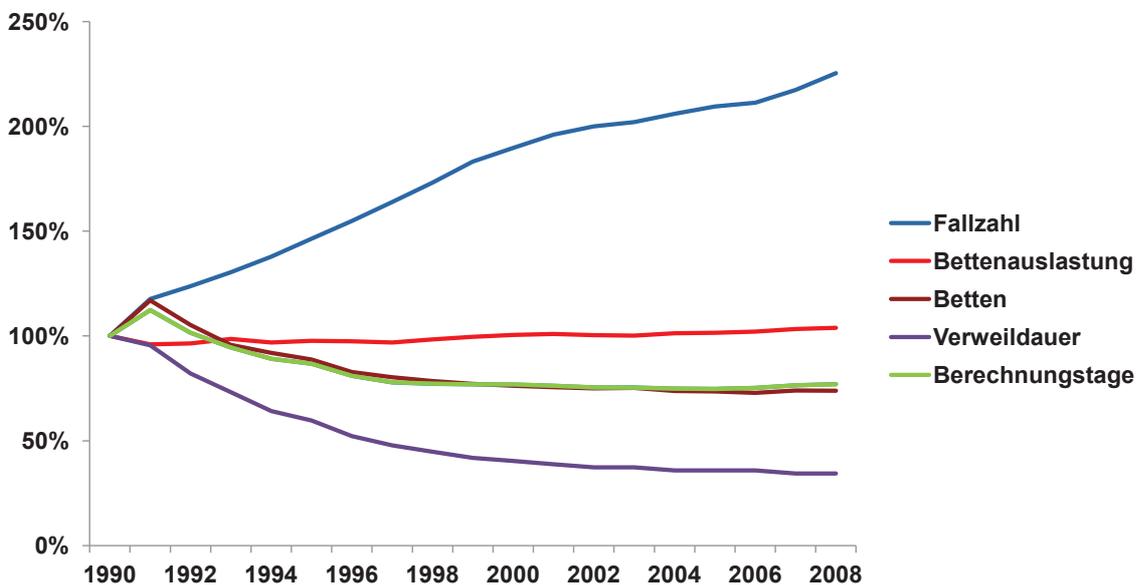


Quelle: Mack et al 2014

WWW.DGPPN.DE

LEISTUNGSVERDICHTUNG

Entwicklung der Leistungsdaten psychiatrischer Kliniken 1990 – 2008



Quelle: zusammengestellt aus Daten des Statistischen Bundesamtes)

WWW.DGPPN.DE

VERWEILDAUER IM KRANKENHAUS

Klinikpsychiatrie unter ökonomischem Druck

ZUSAMMENFASSUNG

Die Länge der stationären Aufenthalte in der psychiatrischen Klinik ist ein wichtiger Indikator für die Qualität der Versorgung. In der vorliegenden Studie wurde die durchschnittliche Verweildauer in der psychiatrischen Klinik der Universität Regensburg im Zeitraum 1995 bis 2003 untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass die durchschnittliche Verweildauer in der psychiatrischen Klinik über den gesamten Zeitraum hinweg unverändert blieb. Dies ist ein wichtiger Hinweis auf die Stabilität der Versorgung in der psychiatrischen Klinik.

GRAFIK 1

Mittlere Verweildauer (in Tagen)

GRAFIK 2

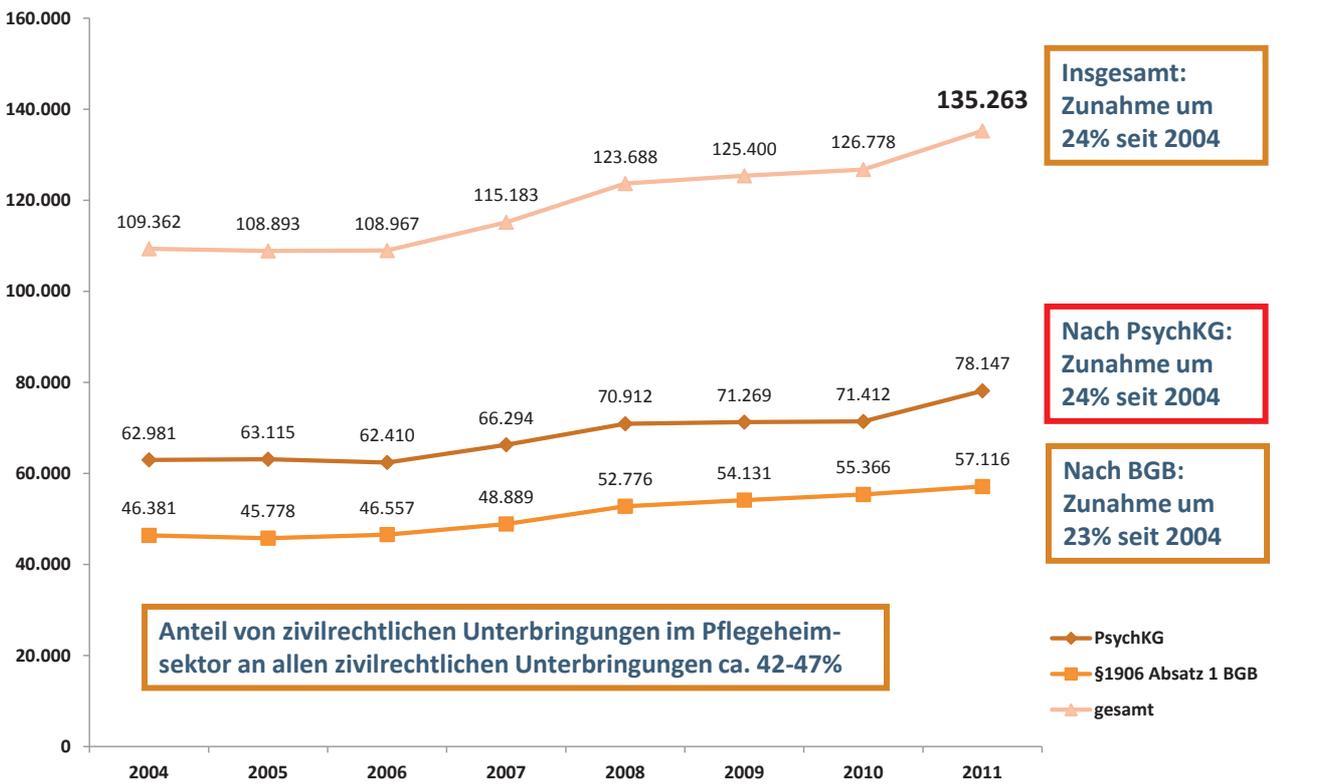
Wiederaufnahmerate (innerhalb eines Jahres)

Spießl et al. Deutsches Ärzteblatt (2006)

Psychiatrische Klinik der Universität Regensburg (475 Betten)
Im Zeitraum 1995-2003 insgesamt 24.888 stationäre Fälle

➔ Kumulative Verweildauer unverändert

UNTERBRINGUNGEN NACH PSYCH-KG ODER BETREUUNGSGESETZ



Quelle: Statistisches Bundesamt 2012; Richter, Krankenhauspsychiatrie, 2003

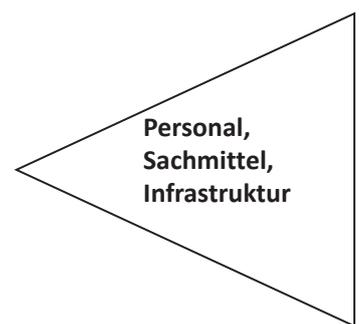
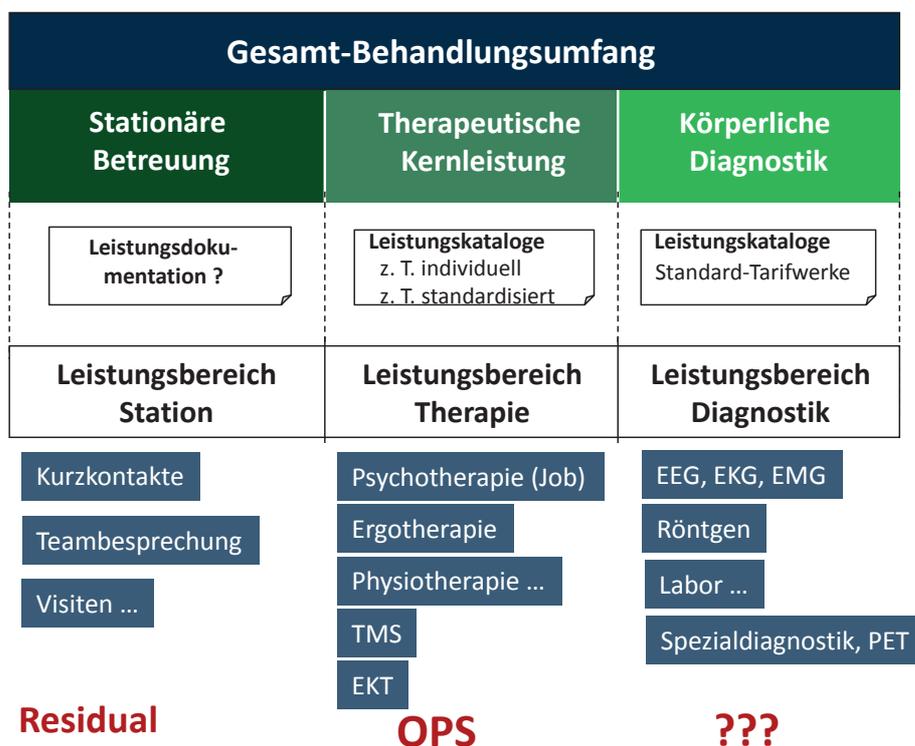
ERKANNTGE GEFAHREN

- **Ausgangssituation und Zukunftsrisiken**
- **Patientenorientierung und Aufwandsgerechtigkeit**
 - Benachteiligung Schwerstkranker
 - Verlust an Qualität bei Unterfinanzierung von Personalaufwendungen
 - Leistungszuwächse nicht vergütet
 - Fehlanreize durch Degressionsmechanismen
 - Pflichtversorgung nicht finanziert
 - Festpreissystem
 - MDK-Prüfungen und Einzelleistungsdokumentation
 - Bürokratisierung steigt, Zeit für Therapie sinkt
- **Behandlungskontinuität im System**
- **Zukunft der Profession**

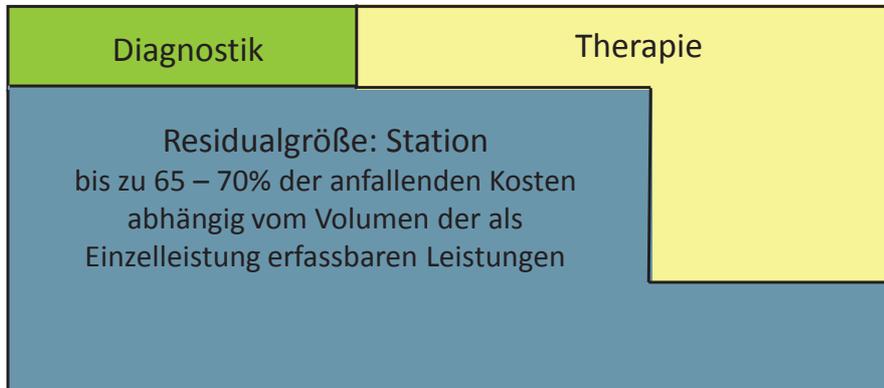
WWW.DGPPN.DE

KALKULATION

Leistungsbereiche



KOSTENANTEILE DER LEISTUNGSBEREICHE



Notwendigkeit der Entwicklung einer Methodik für eine Kostenzurechnung zu den Patiententagen, die die Betreuungsintensität auf der Station widerspiegelt.

→ Gewichtungsmodell von DGPPN und DGPM entwickelt

Quelle: InEK, Vorstellung der Kalkulationsmethodik, Dezember 2010

WWW.DGPPN.DE

GEWICHTUNG DER PFLEGETAGE

Gewichtung der Pflegetage nach der Betreuungsintensität

Gemeinsames Modell der AG Psychiatrie und Psychosomatische Medizin
zum Psych-Entgeltsystem

1. Grundsätzliches

- Es erfolgt eine tägliche Beurteilung, ob in den drei wesentlichen Bereichen, die das bio-psycho-soziale Modell der Krankheitsentstehung vorgibt, erhöhte Aufwendungen aufgrund bestimmter Merkmale notwendig waren
- Der Aufwand wird in drei Stufen graduiert.
- Die Einstufung orientiert sich an aufwandsrelevanten bzw. –erhöhenden Fallbeispielen.
- Diese basieren auf einem Merkmalspool und exemplarischen Aufwandsbeschreibungen, die helfen sollen, erhöhte Aufwände einzustufen.

2. Gewichtungsmodell

Tagesvariable Gewichtung der Betreuungsintensität			
Aufwandsdimension	Stufe		
	1 kein erhöhter Aufwand	2 deutlich erhöhter Aufwand	3 stark erhöhter Aufwand
Psychisch begründeter Aufwand	1 Punkt	3 Punkte	5 Punkte
Somatisch begründeter Aufwand	1 Punkt	3 Punkte	5 Punkte
Sozial begründeter Aufwand	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte

WWW.DGPPN.DE

DGPPN-INITIATIVE TAGESKOSTENBASIERUNG

Originalien

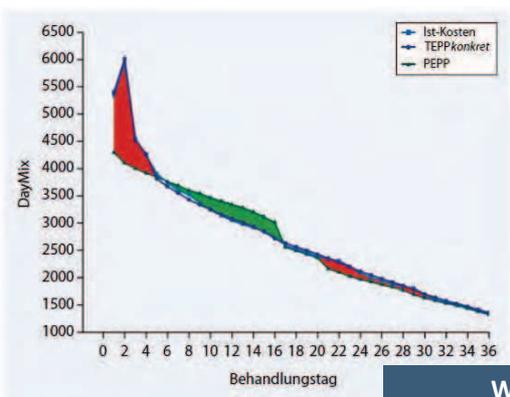
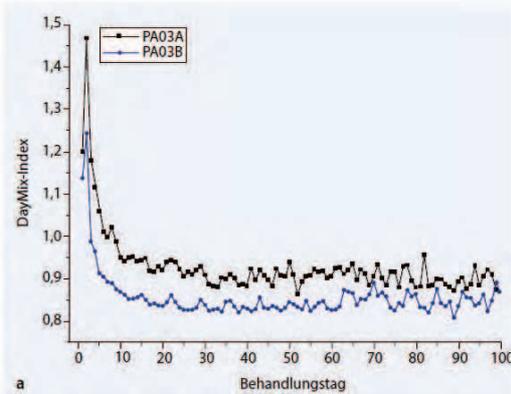
Nervenarzt 2014 · 83:85–90
 DOI 10.1007/s00115-013-2943-7
 Online publiziert: 9. Januar 2014
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

A. Klimke¹ · R. Bader² · R. Berton³ · M. Borrmann-Hassenbach⁴ · T. Brobel⁵ ·
 R. Nitschke⁶ · G. Reitel⁶ · M. Schillinger⁶ · F. Godemann⁶

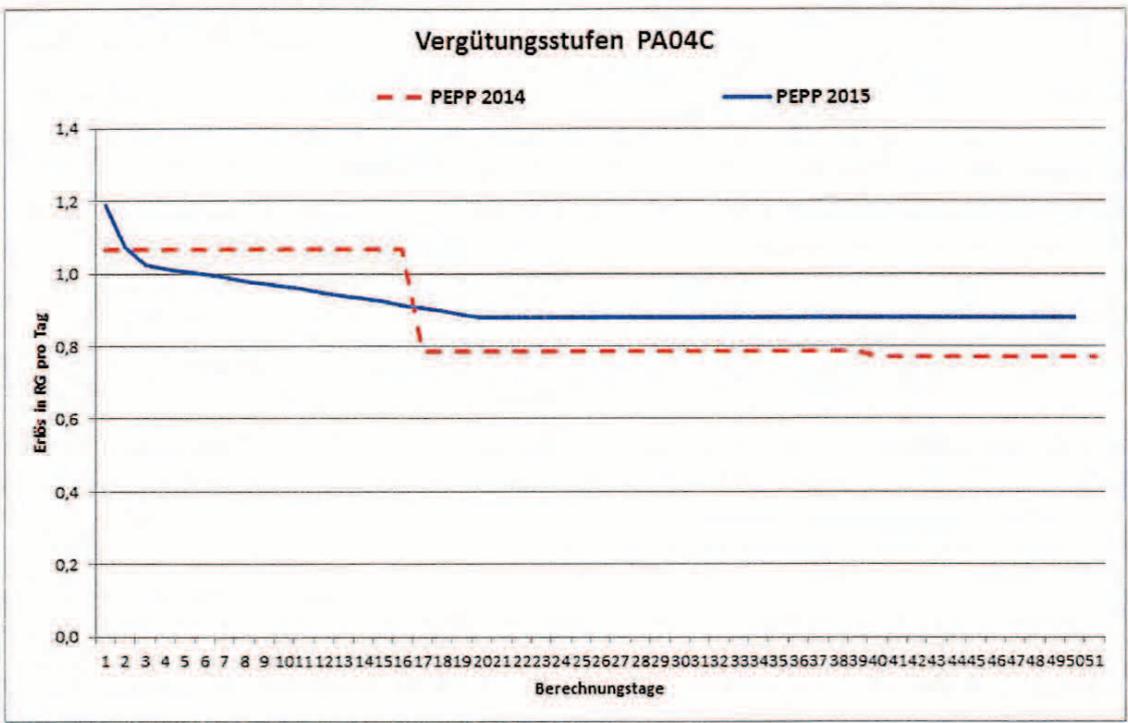
¹Städt. Hochhaus, Städt. Wohnklinikhaus Steppes, Friedrichshagen
²Städt. Kliniken der Bezirks-Überlagerung
³Städt. Kliniken Klingenbergstraße
⁴Wohnszentrum Fallklinik gGmbH, Remscheid – Rottenschein, Bismarck
⁵Zentralinstitut für soziale Gesundheit, Mannheim
⁶Klinik St. Joseph Krankenhaus Berlin-Weißensee

Vergütungssystem für Psychiatrie und Psychosomatik

Studie zur Machbarkeit eines tageskostenbasierten Entgeltsystems



PEPP-ENTGELTKATALOG





- **Ausgangssituation und Zukunftsrisiken**
- **Patientenorientierung und Aufwandsgerechtigkeit**
 - Benachteiligung Schwerstkranker
 - Verlust an Qualität bei Unterfinanzierung von Personalaufwendungen
 - Leistungszuwächse nicht vergütet
 - Fehlanreize durch Degressionsmechanismen
 - Pflichtversorgung nicht finanziert
 - Festpreissystem
 - MDK-Prüfungen und Einzelleistungsdokumentation
 - Bürokratisierung steigt, Zeit für Therapie sinkt
- **Behandlungskontinuität im System**
- **Zukunft der Profession**

ERKANNTGE GEFAHREN

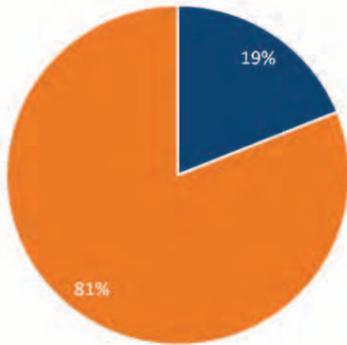
- **Ausgangssituation und Zukunftsrisiken**
- **Patientenorientierung und Aufwandgerechtigkeit**
- **Behandlungskontinuität im System**
 - Fortschreiben der patientenfeindlichen Zersplitterung
 - Abhängigkeit von verzerrtem Vertragsarzt-System
 - Angriff auf die PIAs
 - „gesteuert“ statt „steuern“
 - Chancen nicht nutzen: Innovation und Modelprojekte
- **Zukunft der Profession**

KOMPLETT ZERSPLITTERTES FINANZIERUNGSSYSTEM

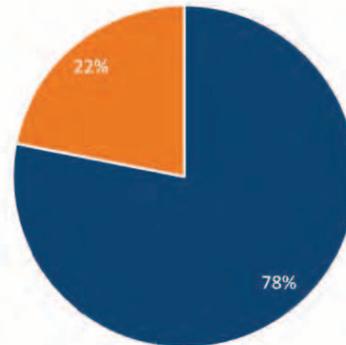


AMBULANTE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG

Anteil an Praxen



Anteil an Behandlungsfällen



■ Nervenärzte/
Psychiater
■ Psychotherapeuten

Anteile von Nervenärzten/ Psychiatern gegenüber Psychotherapeuten in der Ambulanten Versorgung (Melchinger 2014)

PSYCHIATRISCHE INSTITUTSAMBULANZEN (PIA)

Ärzte Zeitung, 22.07.2014
 Kommentieren (4)

Institutsambulanzen

GBA will in die Black Box schauen

Kehrtende beim Gemeinsamen Bundesausschuss: Dass die Institutsambulanzen pauschal in die Bedarfsplanung einbezogen werden sollen, ist eigentlich beschlossen. Jetzt will das Gremium doch genauer hinschauen.

Von Anno Fricke



Schild an einer Wand der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) im Rudolf-Sophien-Stift in Stuttgart.
 © Marjan Murat / dpa

BERLIN. Die Bedarfsplanungsrichtlinie steht möglicherweise vor einer weiteren Novelle.

Juli 2014

Hecken: Pauschalvergütung führe zu: „gewaltigen Black Box zu Lasten der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung“

Vorschlag: PIA in Bedarfsplanung mit 0,5 Sitz einberechnen.

EIGENER STELLENWERT DER PIA IN DER VERSORGUNGLANDSCHAFT

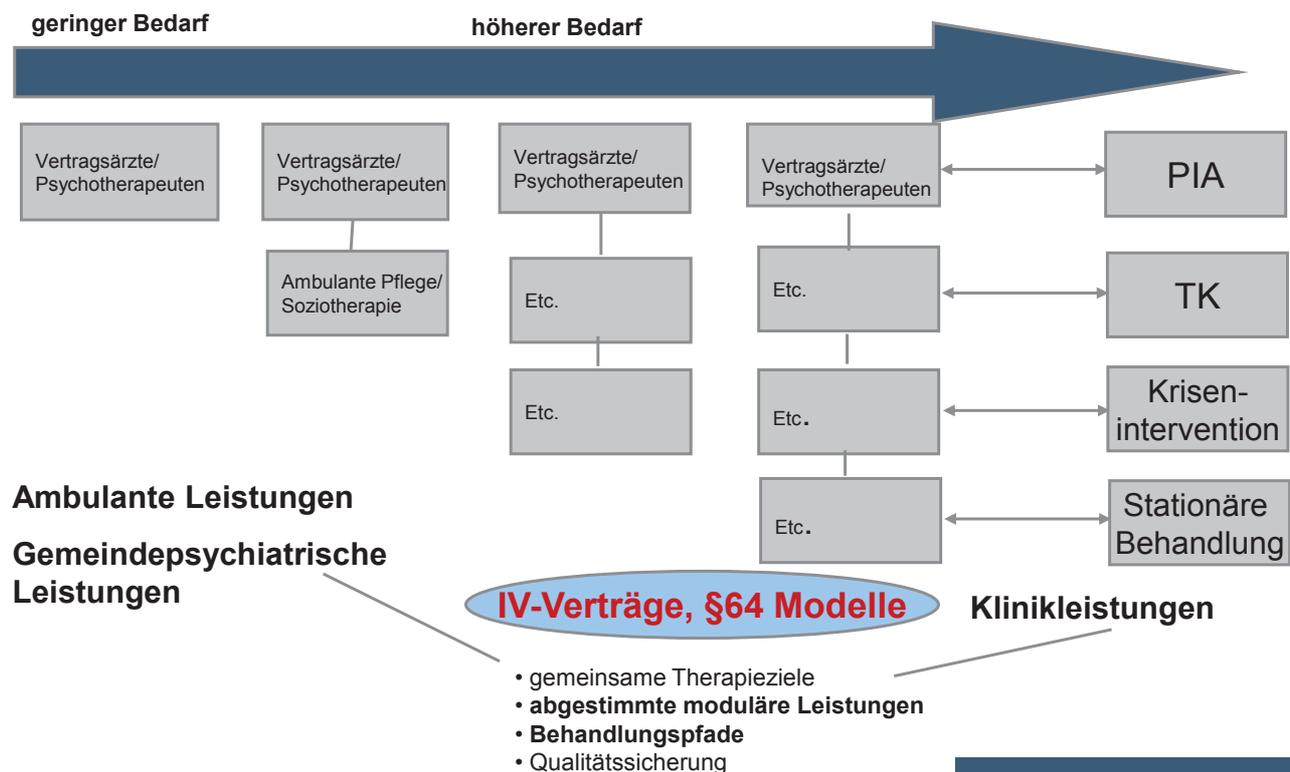
Ergibt sich klar aus eigens gesetzlich festgeschriebenem Behandlungsauftrag (§118 SGB V): Schwer und chronisch psychisch kranke Menschen **multiprofessionell** zu behandeln

- die häufig wiederholt stationär behandelt werden müssen,
- bei denen eine stationäre Behandlung nur durch aufwändige ambulante Maßnahmen verhindert werden kann
- oder für die eine ambulante psychiatrische Versorgung nicht wohnortnah erreichbar ist

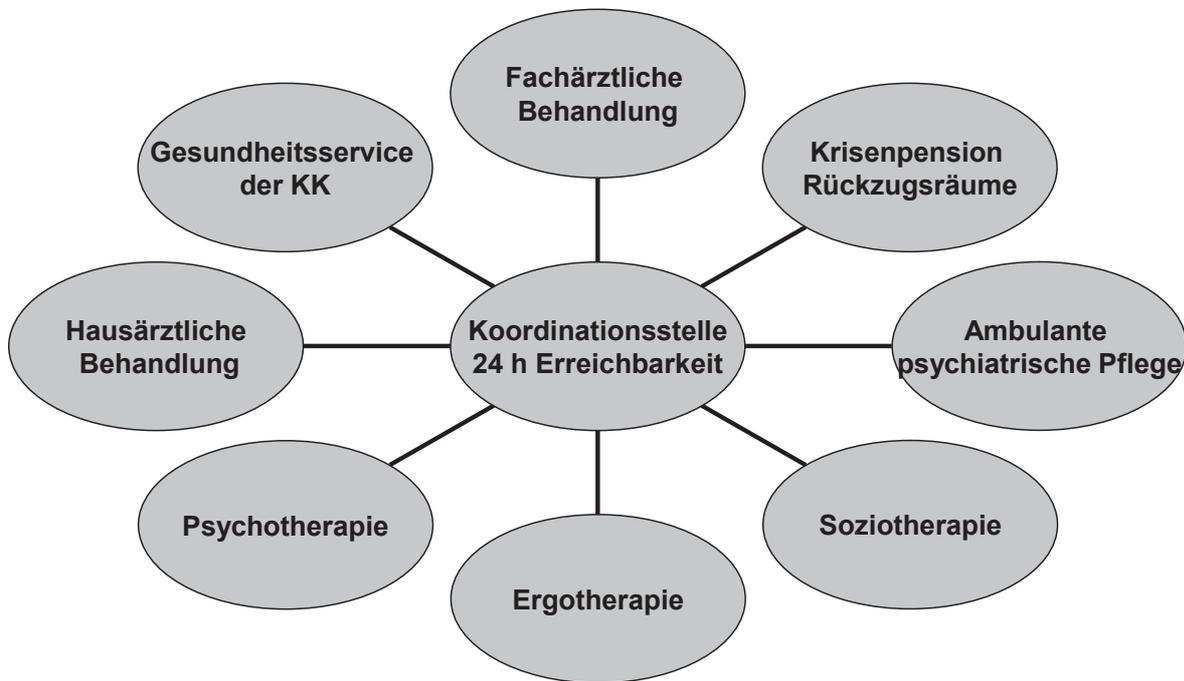
→ Richtlinienpsychotherapie spielt eine marginale Rolle

→ PIAs übernehmen **keine Regelversorgung**, sondern bieten Nachsorge und notfallmäßig und zeitnahe Behandlungstermine **um stationäre Aufnahmen zu vermeiden oder zu verkürzen**.

VERSORGUNGSMODELL SGB V



NWpG NetzWerk psychische Gesundheit



Quelle: DGVT-Kongress; Dipl.-Psych. Klüsener

WWW.DGPPN.DE

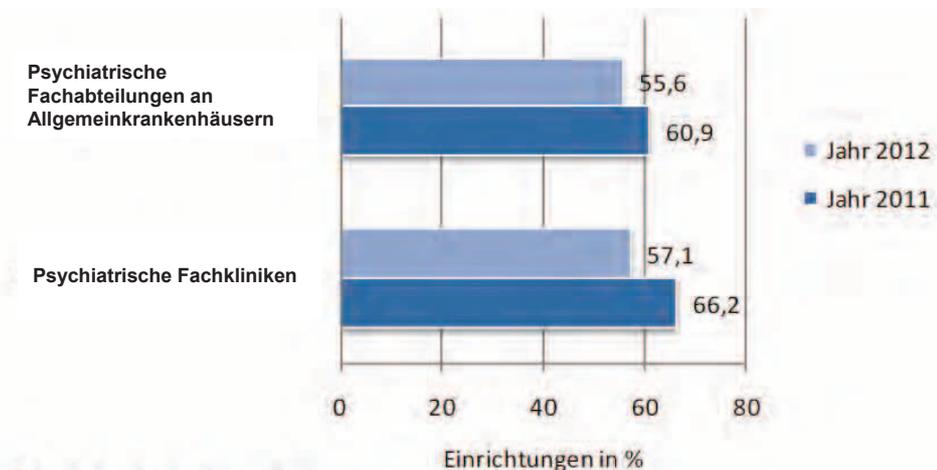
- **Behandlungskontinuität im System**
 - Fortschreiben starrer Strukturen
 - Abhängigkeit von verzerrtem Vertragsarzt-System
 - „gesteuert“ statt „steuern“
 - Chancen nicht nutzen: Modelprojekte
- **Zukunft der Profession**
 - Abnehmende Attraktivität für Nachwuchs
 - Zersplitterung der Interessen

WWW.DGPPN.DE

- Ausgangssituation und Zukunftsrisiken
- Patientenorientierung und Aufwandsgerechtigkeit
- Behandlungskontinuität im System
- **Zukunft der Profession**
 - Abnehmende Attraktivität für Nachwuchs
 - Zersplitterung der Interessen

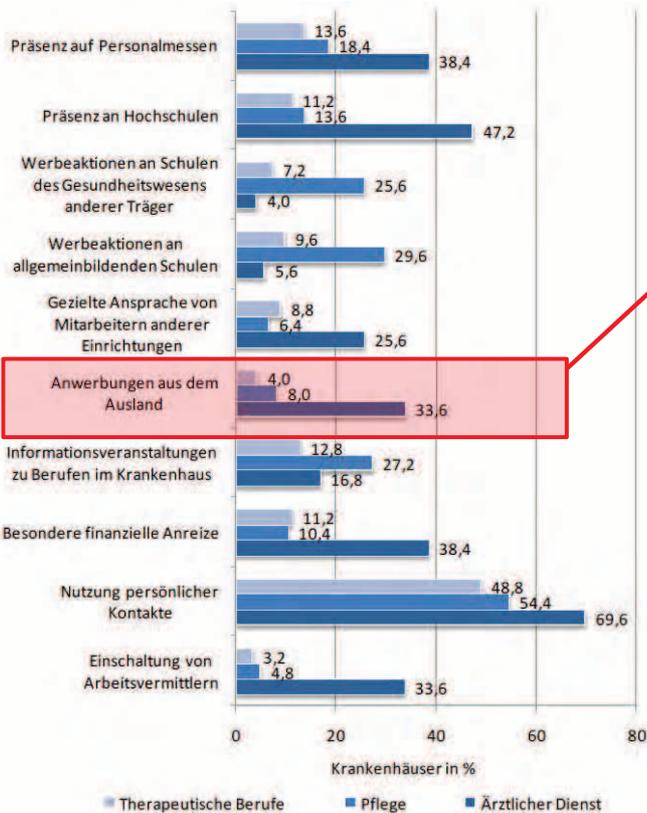
PROBLEME BEI DER BESETZUNG OFFENER STELLEN IN PSYCHIATRISCHEN EINRICHTUNGEN

Haben Sie Probleme ärztliche Stellen zu besetzen?
(Stand Sommer 2012)



- In psychiatrischen Einrichtungen mit Stellenbesetzungsproblemen sind im **Mittel 2,5 Vollkraftstellen** unbesetzt.
- Entspricht **5%** unbesetzter Arztstellen im Krankenhaus (in Fachabteilungen an Allg. KKH 7%)

PERSONALAKQUISE ÄRZTLICHER STELLEN

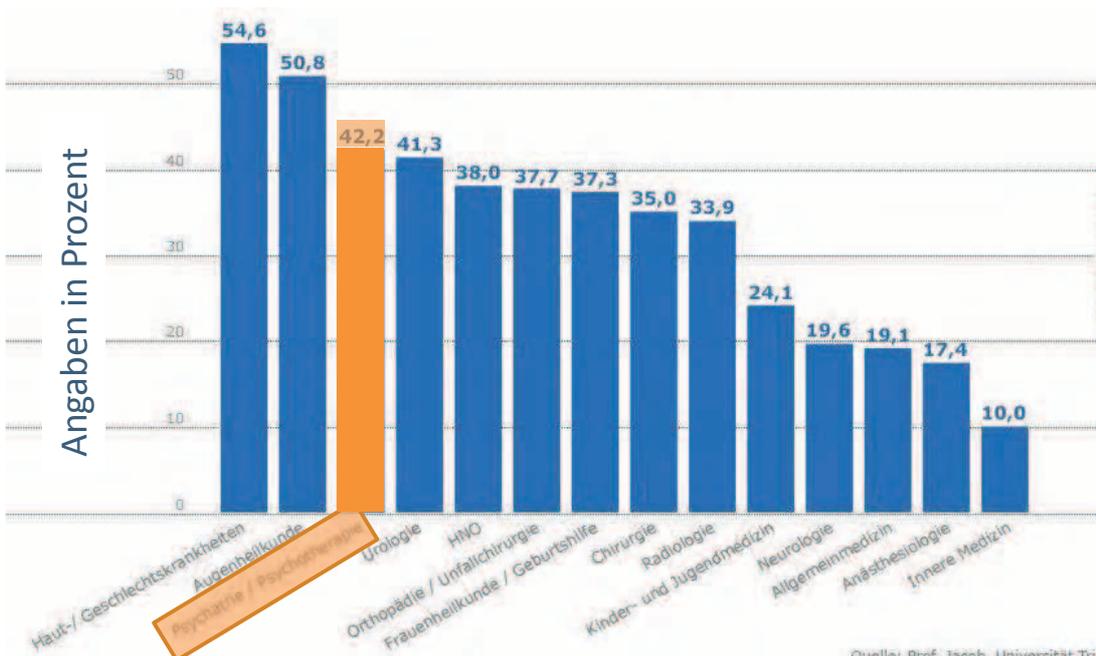


Weitere Maßnahmen zur Personalakquise in psychiatrischen Einrichtungen

- Ansprache von Ärzten anderer Klinik (25%)
- Anwerbung aus dem Ausland (33%)
- Besondere Finanzielle Anreize (38%)
- Persönliche Kontakte (70%)
- Arbeitsvermittler (33%)

PSYCHIATRIE KOMMT OFT NICHT IN FRAGE

Welche Facharztausbildung kommt für Sie NICHT in Frage?



Quelle: Prof. Jacob, Universität Trier

- **Ausgangssituation und Zukunftsrisiken**
- **Patientenorientierung und Aufwandgerechtigkeit**
- **Behandlungskontinuität im System**
- **Zukunft der Profession**
 - Abnehmende Attraktivität für Nachwuchs
 - Zersplitterung der Interessen

Partialinteressen gefährden geschlossene Vertretung der Psych-Fächer nach Außen (Politik, Selbstverwaltung) und gemeinsame Ziele

- Sektorenübergreifende, praktikable Versorgungswege, qualitative hochwertige Versorgung nach Leitlinien, unabhängig von Wohnort, sozialer Lage und der Kassenzugehörigkeit
- Gut ausgebildeter Nachwuchs
- Leistungsgerechte Vergütung
- Deutsches Zentrum für Psychische Erkrankungen

**Standpunktepapier
zum neuen Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik**
Initiative der Verbände zum neuen Entgeltsystem

11.11.2013

Standpunktepapier der Verbände zu den Koalitionsvereinbarungen

Die Verbände begrüßen und unterstützen das Bemühen des Gesetzgebers die Grundlagen der Abrechnung von psychiatrischer, kinder- und jugendpsychiatrischer und psychosomatischer Behandlung zu modernisieren. Der mittlere Ersatzvornahme durch den Bundesminister für Gesundheit in Kraft gesetzte PEPP-Katalog zeigt leider jedoch so ausgeprägte systematische Mängel, dass mit einer Reifung durch Anwendung und schrittweise Anpassung im Sinne eines lernenden Systems nicht gerechnet werden kann.

Die Unterzeichnenden sind in erster Sorge, dass die Qualität des Versorgungssystems für Menschen mit psychischen Erkrankungen durch den im PsychEntG gesetzten ordnungspolitischen Rahmen und den vom Bundesministerium für Gesundheit per Ersatzvornahme in Kraft gesetzte PEPP-Entgeltkatalog stark gefährdet ist. Verschärfte dies durch die gesetzlichen Bestimmungen der Bundespflegeverordnung, die als eine Art Blaupause der Regelungen zum DRG-Bereich abgebildet wurden.

Die zunehmend deutlich werdenden Systemmängel des DRG-Bereiches durch doppelte Degression und den eingetretenen „Hamsterradeffekt“ der Leistungsmehrung werden für den Bereich der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik nicht nur übernommen, sondern sogar noch ausgeprägter ausgestaltet.

Die Realisierung der im Folgenden genannten Systemveränderungen wird von den Verbänden einheitlich als Voraussetzung für die Absicherung und Weiterentwicklung einer guten Qualität in der psychiatrischen Versorgung angesehen:

1. Beauftragung des IHEK mit der Definition und Kalkulation von tagesbezogenen Entgeltschlüsseln (Tageschlüssel) als Alternative zu den bisher diagnosebezogenen Entgeltgruppen im PEPP-Katalog. Einbeziehung der von den Fachverbänden erarbeiteten konkreten Vorschläge hierzu (z.B. TEPP).

Arbeitskreis der Chefarztinnen und Chefarzte psychiatrischer und psychotherapeutischer Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ackpa)

Arbeitskreis der Krankenhausleitungen Psychiatrischer Kliniken (AKP)

Aktion Psychisch Kranke (APK)

Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG Psychiatrie)

Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG KJPP)

Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Mitarbeiter/Innen des Pflege- und Erziehungsdienstes kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen e.V. (BAG PED KJFP)

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BAGK)

Bundesdirektorenkonferenz – Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK)

Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie (BFLK)

Chefarztkonferenz Psychosomatisch Psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland e. V. (CPKA)

Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP)

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS)

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie (DGGPP)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKP)

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)

Deutsch Polnische Gesellschaft für Seelische Gesundheit (DPGSG)

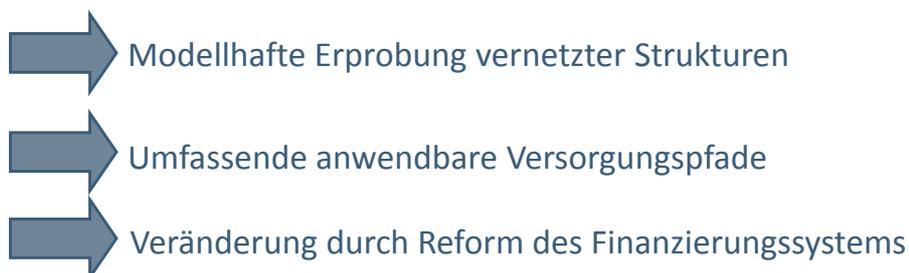
Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD)

Zur Weiterentwicklung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

- DGPPN, BPE, BFDN, BAG, Verband Gemeindepsychiatrie, APK, DFBP, BSLK, BDK, ACKPA, Zi- Mannheim, BAG Kinder- und Jugendpsychiatrie, BAPK, VKD, DKG

Ziel:

- Umfassendes integratives, individualisiertes sowie sektoren- und settingübergreifendes Versorgungssystem in der Region



ERKANNTGE GEFAHREN

- Unterfinanzierter Start
- Deckelung des Gesamtbudgets
- Morbiditätsrisiko beim Versorgungssystem
- Kein Geld für medizinischen Fortschritt
- Benachteiligung Schwerstkranker
- Verlust an Qualität
- Leistungszuwächse - Hamsterrad
- Fehlanreize durch Degressionsmechanismen
- Pflichtversorgung unterfinanziert
- Festpreissystem
- MDK-Prüfungen
- Bürokratisierung statt Therapie
- Fortschreiben starrer Strukturen
- Abhängigkeit von verzerrtem Vertragsarzt-System
- „gesteuert“ statt „steuern“
- Chancen nicht nutzen: Innovation, Modelprojekte
- Abnehmende Attraktivität für Nachwuchs
- Zersplitterung der Interessen

ERKANNTGE GEFAHREN

GEFAHR GEBANNT?

- | | |
|---|-------------------------------|
| - Unterfinanzierter Start | - |
| - Deckelung des Gesamtbudgets | - |
| - Morbiditätsrisiko beim Versorgungssystem | - |
| - Kein Geld für medizinischen Fortschritt | - |
| - Benachteiligung Schwerstkranker | teils |
| - Verlust an Qualität | ? |
| - Leistungszuwächse nicht vergütet | ? |
| - Fehlanreize durch Degressionsmechanismen | teils |
| - Pflichtversorgung unterfinanziert | ? |
| - Festpreissystem | ? |
| - MDK-Prüfungen | - |
| - Bürokratisierung statt Therapie | - |
| - Fortschreiben der patientenfeindlichen Zersplitterung | - |
| - Abhängigkeit von verzerrtem Vertragsarzt-System | ? |
| - „gesteuert“ statt „steuern“ | ? |
| - Chancen nicht nutzen: Innovation, Modelprojekte | ? |
| - Abnehmende Attraktivität für Nachwuchs | ? |
| - Zersplitterung der Interessen | es besteht Hoffnung... |

Was ist umgesetzt ?

- Enthospitalisierung der Langzeitpatienten ✓
- Auf- und Ausbau ambulanter Dienste und psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern ✓
- Gemeindenahe ambulante und vorstationäre Versorgung ✓
- Kooperation und Koordination aller Leistungsanbieter ?
- Bedarfsgerechte Versorgung aller psychisch Kranker ?
- Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranker ?
- Kontinuität von Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen ?

 **Die Psychiatrie-Reform bleibt in Stagnation**

WWW.DGPPN.DE



DGPPN KONGRESS 2014

26. – 29. November 2014

WWW.DGPPN.DE/KONGRESS

Psychische Erkrankungen heute und morgen – Herausforderungen durch den demographischen Wandel

- Psyche in Grenzsituationen des Lebens
- Pharmakotherapie und Arzneimittelsicherheit in einer alternden Gesellschaft
- Therapiestrategie bei Multimorbidität

Gefahr erkannt – Gefahr gebannt? Positionen zu den Entwicklungen in der Psychiatrie

aus Sicht des Verbandes der Krankenhaus-
direktoren Deutschlands e.V.

vom 25. September 2014

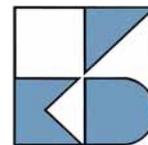
48. Fachgruppentagung

vom 25. – 26. September 2014

in der
Ev. Stiftung Tannenhof
Remscheid

von

Dr. rer. soc. Josef Düllings,
Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V.



Vorbemerkung:

Der nachfolgende Beitrag beruht auf dem Vortrag zur Tagung der VKD-Fachgruppe Psychiatrie am 25. September 2014 in Remscheid

Risiken des PEPP-Systems für die Psychiatrie

Dr. Josef Düllings, VKD-Präsident, 24.11.2014

Der frühere Vorstandsvorsitzende der Deutschen Bank Alfred Herrhausen sagte einmal: *„Die meisten Fehler machen Unternehmen, wenn es ihnen gutgeht, nicht wenn es schlechtgeht.“*

Dies schien mir die Ausgangssituation zu sein, als die Idee aufkam, auch für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen in Deutschland – weltweit einmalig – ein pauschalierendes Entgeltsystem zur Vergütung stationärer Leistungen einzuführen. Die Entscheidung liegt schon Jahre zurück, war schlecht überlegt und ebenso schlecht vorbereitet. Im Hau-Ruck-Verfahren und ohne substanziellen Dialog mit den Verbänden erschien als fast unbemerktes Nebenprogramm diese Idee im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) Anfang 2009.

Die ganzen aufreibenden Diskussionen, Protestaktionen und auch Konflikte innerhalb der Krankenhausbranche sowie im Dialog mit der Politik in den Folgejahren müssen im Rückblick auf diesen „verkorksten Aufschlag“ von politischer und ministerieller Seite zurückgeführt werden. Das German-DRG-System wurde zu der Zeit als Supersystem mit Exportqualitäten in Richtung Schweiz und China überschätzt und dadurch unreflektiert als „Blaupause“ auch auf den psychiatrischen und psychosomatischen Bereich übertragen.

Exzellente Arbeit der Fachgruppe Psychiatrie

Es ist zu einem Großteil der Fachgruppe Psychiatrie des VKD und ihrem erfolgreichen Engagement zu verdanken, dass viele Mängel und nicht zu Ende gedachte Re-

gelungen korrigiert werden konnten. Es konnte nur noch darum gehen, eine Fehlkonstruktion am Reissbrett zu korrigieren, obwohl die Bauleute schon die Fundamente gegossen und Mauern hochgezogen hatten. So wird Bauen schwierig. Zudem setzt man sich politisch dem Risiko aus, als Blockierer einer allgemein für nötig gehaltenen Entwicklung zu gelten.

Die Fachgruppe Psychiatrie hat an dieser Baustelle in den letzten Jahren exzellente Verbandsarbeit geleistet. Ich finde es bemerkenswert,

- dass es gelungen ist, zahlreiche weitere Psychiatrieverbände, wissenschaftliche Gesellschaften, Angehörigen- und Patientenorganisationen zu gemeinsamen Standpunkten zusammen zu führen,
- dass es gelungen ist, auf die Koalitionsverhandlungen der jetzigen Bundesregierung Einfluss zu nehmen. So heißt es im Koalitionsvertrag vom 15. Dezember 2013: *„Ein neues Vergütungssystem in der Psychiatrie und Psychosomatik darf schwerst psychisch Erkrankte nicht benachteiligen (...). Dazu sind systematische Veränderungen des Vergütungssystems vorzunehmen.“*
- dass bei den neuen Mitgliedern des Bundestages und im Gesundheitsausschuss eine erhöhte Sensibilität für die Belange der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen erreicht werden konnte,
- dass der Gesetzgeber sich aufgrund dieser Interventionen zu einer Verlängerung der Optionsphase entschließen konnte,
- dass mit dem Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz vom Juni 2014 jetzt auch von Länderseite deutliche Nachbesserungen gefordert werden, unter anderem eine Experten-Kommission, die den weiteren Prozess begleiten soll.

All dies kann sich sehen lassen und zeigt die erfolgreiche Verbandsarbeit der Fachgruppe. Mein ausdrücklicher Dank, auch im Namen von Präsidium und Vorstand, gilt dem Vorsitzenden Holger Höhmann und seinen Kollegen in der Fachgruppe.

Ob wir hiermit auch sagen können gemäß dem Veranstaltungsmotto „Gefahr erkannt, Gefahr gebannt“, ist jedoch zu bezweifeln. Es gibt zu viele strukturelle Parallelen zwischen dem DRG-System und dem PEPP-System. Nachfolgend sollen nur die wesentlichen Punkte aus der Perspektive des DRG-Systems aufgegriffen und im Hinblick auf das PEPP-System bewertet werden, um den weiteren Nachbesserungsbedarf deutlich zu machen.

Auf einen Umstand muss mit Blick auf das jetzige Finanzierungssystem allerdings schon hingewiesen werden. In den VKD-Umfragen 2012 und 2013 zur Lage der Krankenhäuser zeigte sich – allerdings statistisch nicht repräsentativ und deshalb auch nicht veröffentlicht – für die psychiatrischen Krankenhäuser ein Anteil von unter 10 Prozent der Einrichtungen, die rote Zahlen schrieben. Für die Allgemeinkrankenhäuser mit „ausgereiftem“ DRG-System lag dieser Anteil 2013 bei rund 50 Prozent. Dies sollte zu denken geben.

Double Bind – Strukturelle Defizite des DRG-Systems

Die aktuellen Probleme im Akutbereich der Krankenhausbranche entstehen nicht, weil es zu viele Krankenhäuser oder zu viele Betten gibt oder weil Krankenhäuser zu viele Fehler machen und zu schlechte Qualität abliefern. Dies wird in den Medien und von Kassenseite so kolportiert. Aber aus Sicht der Praxis stellt sich das ganz anders dar. Das Kernproblem liegt in einem „strukturellen Dilemma“, aus dem sich die Krankenhäuser selbst nicht befreien können. Eine Metapher aus der Psychiatrie ist ein gutes Bild für.

Mitte der 1950er Jahre entwickelte Gregory Bateson das Double-Bind-Konzept (Bateson et al. 1956; Gibney 2006). Damit wird eine widersprüchliche Kommunikation insbesondere in Familien beschrieben, die zu psychischen Erkrankungen bei Kindern führen kann. Der Sender kommuniziert eine Doppelbotschaft, bei der verbale und non-verbale Ebene im Widerspruch zueinander stehen und es für den Empfänger aufgrund emotionaler Abhängigkeit meist keinen Ausweg gibt. Ein Beispiel: „Wasch mir den Pelz, aber mach mich nicht nass.“

Das Double Bind ist eine gute Metapher, um die Situation zu beschreiben, in der sich die Akutkrankenhäuser aktuell befinden: Sind Krankenhausleistungen ein Angebot der öffentlichen Daseinsvorsorge wie Schulen und Feuerwehren oder sind sie ein Produkt von Unternehmen, die im ökonomischen Wettbewerb stehen und sich dann auch so verhalten dürfen?

Sollte die aktuelle Gesetzeslage bestehen bleiben, werden sich die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen mit dem PEPP-System auch in diese Richtung bewegen.

Mikroebene und Makroebene im Widerspruch

Auf der Mikroebene der somatischen Krankenhausversorgung herrscht ein überhitzter Wettbewerb um Patienten und Geld. Die DRGs haben nicht zur Schließung von

Krankenhäusern geführt, wie von Einigen erhofft, sondern wie in jedem anderen Wettbewerbssystem auch, zu einer Vervielfältigung der Angebote, zu mehr Wahlmöglichkeiten für die Patienten, aber auch zu Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies ist die praktische Verwirklichung des theoretischen Diktums "Geld folgt der Leistung".

Auf der Makroebene gilt – dem völlig entgegengesetzt – weiterhin ein Versorgungssystem. Die Leistungen dürfen nur ausreichend, zweckmäßig und notwendig sein. Sie dürfen aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht zu viel kosten. Und es dürfen auch nicht zu viele Leistungen angeboten werden („ungebremste Mengendynamik“).

Man fragt sich: Wie blauäugig ist diese Vorstellung, wenn man den Wettbewerb ausgerufen hat? Glauben Politik und Krankenkassen, dass der Weihnachtsmarkt nur solche Leistungen anbietet, die nur ausreichend, zweckmäßig und nötig sind? Dann kann man gleich an den Weihnachtsmann glauben.

Wettbewerb ist ein Verfahren, das nicht Mangel, sondern Überfluss erzeugt. Die Frage der Bezahlung muss man ordnungspolitisch davon trennen. Politik und Krankenkassen werfen diesen Punkt jedoch in einen Topf und skandalisieren die Leistungen der Krankenhäuser.

Insgesamt stecken die Akutkrankenhäuser in einem gesetzgeberischen Dilemma, das nur gesetzgeberisch aufgelöst werden kann. Eine Strukturpolitik der "unsichtbaren Hand", diese Fantasie, auf die Einige mit der Einführung des DRG-Systems gehofft hatten, hat sich nicht erfüllt.

Der Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen muss vor einer solchen Struktur geschützt werden. Aber auch hier gilt als Ordnungsrahmen derzeit „Geld folgt der Leistung“. Somit steht zu befürchten, dass auch hier nach Ende der Budgetneutralität und Konvergenzphase die gleichen Mechanismen wirken wie in der Akutversorgung.

Wechselseitige Kannibalisierung

Die in der Akutversorgung weiterhin bestehende „doppelte Degression“ (Abstaffelung der Kollektivpreise auf Landesebene durch kollektive Mehrmengen bei gleichzeitigen Vergütungsabschlägen vor Ort durch individuelle Mehrmengen) führt zum sogenannten Hamsterrad-Effekt. Durch einen auch ab 2015 vorgesehenen Versorgungszuschlag wird dieser Effekt nur abgemildert. Die Regelung steht weiterhin im Gesetz.

Der Hamsterrad-Effekt treibt die Krankenhäuser in eine konsequente Marktstrategie, die nicht bei den Mengen haltmacht, sondern im Grunde vier Bereiche umfasst: Leistungsmengen, Leistungsspektren, Erlöse und Personal. Alle vier Faktoren sind auf Wachstum programmiert.

Aufgrund der Personalknappheit im ärztlichen Dienst und zunehmend auch in der Fachpflege sowie insbesondere aufgrund der Deckelung der Erlöse auf der Makroebene ist die Folge eine wechselseitige Kannibalisierung der Akutkrankenhäuser, bei der nicht mehr die Patientenversorgung im Vordergrund steht, sondern die beste Positionierung am Markt.

So überbieten sich Krankenhäuser bei der Abwerbung von Personal und dem Aufbau neuer Strukturen. Dies geht so weit, dass diese Strukturen personell oft nicht ausreichend besetzt werden können, die Leistung aber trotzdem angeboten wird. Alle machen alles. Klassische Grundversorger stellen Herzkatheter-Messplätze auf, bieten Wirbelsäulen- und Gefäßchirurgie sowie neurologische Komplexbehandlungen an und investieren vermehrt auch aus Betriebsmitteln in neue Leistungsangebote, obwohl Investitionsanteile in den Fallpauschalen derzeit nicht abgebildet sind. Wenn die Abschöpfung des erwarteten Marktpotenzials gelingt, kann sich ein Krankenhaus gut entwickeln. Wenn nicht sind „rote Zahlen“ die Folge.

Angesichts der derzeitigen Rechtslage des PEPP-Systems sind dies die Folgen, die nach Ende von Budgetneutralität und Konvergenz auch in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung drohen. Ob dies eine vernünftige versorgungspolitische Zielsetzung ist, muss vor dem Hintergrund der Erfahrungen der Akutkrankenhäuser mehr als bezweifelt werden. Hier gibt es eindeutigen gesetzgeberischen Handlungsbedarf.

Fortschreitender Bürokratismus für mehr Transparenz

Mehr Transparenz ist das Zauberwort der Zeit, fast genauso positiv besetzt wie Qualität. Aus Sicht der Praxis ist es jedoch der „Wolf im Schafspelz“. Im Schnitt müssen heute rund vier von zehn Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus allein für Dokumentations- und Verwaltungsarbeiten abgestellt werden. Netto verbleiben somit nur rund sechs Ärzte für die Patientenversorgung.

Hintergrund ist eine Misstrauenskultur, die sich über die vergangenen zehn bis fünfzehn Jahre immer weiter ausgeprägt hat. So verband man mit der Entscheidung über die Einführung des DRG-Systems Ende der 1990er Jahre das Ziel, die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser transparenter zu machen. Den Krankenkassen sollte mit dem DRG-System ein Instrument an die Hand gegeben werden, das bessere Ver-

gleiche zwischen den Krankenhäusern erlaubt und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen bessere Anhaltspunkte liefert, die Notwendigkeit und auch Dauer einer stationären Behandlung gezielter zu hinterfragen.

Genau das hat sich in den letzten Jahren stärker ausgeprägt – sekundiert durch Leistungsverweigerungen von Kassenseite, Hinterfragung des vom Land festgesetzten Versorgungsauftrages in den Budgetverhandlungen und auf der Krankenhausseite durch vermehrtes Einklagen von bereits erbrachten Leistungen. Mit dem DRG-System ist das Krankenhausgeschäft schwieriger geworden und hat auch im Management neue Kompetenzen erforderlich gemacht, um die Position der Krankenhäuser zu stärken, allerdings alles mit Aufwand, der der Patientenversorgung entzogen wird.

Der fortschreitende Bürokratismus in deutschen Krankenhäusern ist eine „Tumor-Entität“, die nur noch behandelt werden kann durch eine Volldigitalisierung der Krankenhäuser, vor allem in den Kernprozessen des ärztlichen und pflegerischen Dienstes.

Gleiches wird angesichts der derzeitigen Rechtslage des PEPP-Systems nach Ende der Budgetneutralität und Konvergenzphase auch auf die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zukommen. Auch hier wird sich das Ausmaß vergrößern. Insofern sollte schon jetzt durch engagierte Lobbyarbeit der Managementebene, idealerweise über die VKD-Fachgruppe, gegengesteuert werden. Inwieweit dies angesichts dieser Herausforderungen gelingt, bleibt abzuwarten.

Erosion der Grund- und Pflichtversorgung

Die Kalkulation des PEPP-Entgeltsystems erfolgt wie im DRG-System nach dem Motto „Durchschnitt trifft auf Realität“. Die aufgrund der Kalkulationshäuser ermittelten durchschnittlichen Bewertungsrelationen sichern eine kostendeckende Finanzierung der Durchschnittshäuser. Vor allem der Fixkostenanteil ist hier definitionsgemäß kostendeckend kalkuliert.

Dies gilt aber nicht für Krankenhäuser der Grundversorgung. Hier ist der Fixkostenanteil pro Leistung höher. Die Bewertungsrelationen des Entgeltsystems stellen für diese Häuser also systemisch bedingt keine tragfähige Finanzierung dar.

Das weiß man heute schon. Deshalb soll es für die Akutkrankenhäuser einen Sicherstellungszuschlag geben, nachdem man Jahre gebraucht hat für diese Erkenntnis. Insofern muss es für die politisch gewollte Sicherstellung einer Grund- und Pflicht-

versorgung auch in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung einen Sicherstellungszuschlag für die betroffenen Einrichtungen geben.

Dieser Zuschlag hat nichts mit einem Selbstkostendeckungsprinzip zu tun, sondern gewährleistet die Umsetzung des politischen Willens zur Vorhaltung einer Grund- und Pflichtversorgung in der Region. Wer dies nicht will, kann nicht erwarten, dass die Krankenhäuser und Träger dies freiwillig tun und auf den Kosten sitzen bleiben. Krankenhausversorgung ist in Deutschland immer noch eine grundgesetzlich verankerte Pflicht des Staates gegenüber seinen Bürgern (Daseinsvorsorge). Ohne eine solche Regelung liefe dies auf eine Enteignung hinaus, wie sie bei den Trägern der Akutversorgung bereits seit Jahren festzustellen ist.

Was ist zu tun?

Geht man von den obigen Überlegungen aus, dann sind vor allem folgende Korrekturen am bestehenden PEPP-System einzufordern:

1. Die „Doppelte Degression“ muss bei der Preisbildung abgeschafft werden. Die Absenkung der Kollektivpreise auf Landesebene durch Berücksichtigung kollektiver Mengensteigerungen ist zu streichen. Insbesondere werden Krankenhäuser benachteiligt, die keine Möglichkeit haben über zusätzliche Patienten den schwächeren Anstieg der Preise im Verhältnis zum Anstieg der Tarife zu kompensieren. Hinzu kommt, dass die doppelte Degression in Wirklichkeit kein Instrument zur Mengensteuerung ist, sondern ein schlichtes Abschöpfungsinstrument. Die Argumentation von Kassenseite ist an dieser Stelle ideologisch und hat ausschließlich fiskalische Zwecke.
2. Ziel muss eine Verbesserung der Systematik des PEPP-Systems im Sinne der Positionierung der Psychiatrieverbände sein. Dies hat die VKD-Fachgruppe Psychiatrie zuletzt im Schreiben von Holger Höhmann am 15.09.2014 gegenüber Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe dargelegt. Einige Punkte sind auch in diesem Beitrag enthalten.
3. Ebenso wichtig wie die Reform des PEPP-Systems ist eine Reform des Finanzierungsrahmens und hier insbesondere der Investitionsfinanzierung. Pro Jahr fehlen nachgewiesen mindestens drei Milliarden Euro. Dies reißt ein gewaltiges Loch in die gesamte Krankenhausfinanzierung und hat negative Rückwirkungen auch auf die Betriebskostenfinanzierung. Ohne eine Lösung dieses Problems bleiben die übrigen Maßnahmen reine Kosmetik. Hier ist vor allem die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Vorbereitung der Krankenhausreform 2015 gefordert.

4. Wichtig ist eine Reform des Ordnungsrahmens. Der Widerspruch zwischen Marktssystem auf der Mikroebene und Versorgungssystem auf der Makroebene schadet der Patientenversorgung und macht die Krankenhäuser krank. Hinzu kommt eine unnötige Ressourcenverschwendung, die sich das System mit Eintritt der Babyboomer in die versorgungsrelevanten Altersgruppen nicht mehr leisten können. Sie wird ohne Korrektur zur Überforderung des Gesamtsystems führen. Die Strukturentwicklung darf nicht dem freien Spiel der Kräfte überlassen bleiben. Vom Land müssen ggf. wieder Versorgungsstufen festgelegt werden, für die auch eine tragfähige Finanzierung vorzusehen ist. Insbesondere muss die Pflichtversorgung kostendeckend finanziert sein, da sie ebenso wie Feuerwehren eine ständig vorzuhaltende Sicherheitsfunktion, ggf. auch ohne Inanspruchnahme, erfüllt.
5. Schließlich sollte eine unabhängige Expertenkommission, mit maßgeblicher Beteiligung des VKD, den Einführungs- und Umsetzungsprozess des Entgeltsystems kritisch begleiten und konstruktive Verbesserungsvorschläge einbringen. Gerade die im VKD zusammengeschlossenen Kolleginnen und Kollegen haben die tägliche Praxis vor Augen und können hier entscheidende Hinweise geben.

Literatur

- Bateson, Gregory; Don D. Jackson, Jay Haley, John Weakland 1956: Toward a Theory of Schizophrenia, Behavioral Science 1(4): 251-254.
- Gibney, Paul 2006: The Double Bind Theory: Still Crazy-Making After All These Years, Psychotherapy in Australia 12, 3, 48-55.

Zeichen inkl. LZ 17.236

Psychiatrische Versorgung in der Schweiz

Flächendeckende Qualitätsmessung

vom 25. September 2014

48. Fachgruppentagung

vom 25. – 26. September 2014

in der
Ev. Stiftung Tannenhof
Remscheid

von

Prof. Dr. med. Achim Haug,
Ordinarius für Psychiatrie, Philosophische Fakultät der
Universität Zürich



Psychiatrische Versorgung in der Schweiz Flächendeckende Qualitätsmessungen

Prof. Dr. med. Achim Haug

Ordinarius für Psychiatrie, Philosophische Fakultät, Universität Zürich
Ärztlicher Direktor Clenia-Gruppe

Grundlagen der flächendeckenden Qualitätsmessungen

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)

Art.32 Voraussetzungen und Umfang der Kostenübernahme

- 1 **Die Leistungen** nach den Artikeln 25-31 müssen **wirksam**, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss **nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen** sein.
- 2 Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden **periodisch überprüft**.

ANQ: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken

Der ANQ und die nationalen Trägerorganisationen H+, GDK, santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer (UV, IV, MV) haben den nationalen Qualitätsvertrag am 18. Mai 2011 unterzeichnet.

Die Partner regeln mit dem nationalen Qualitätsvertrag die Finanzierung und Umsetzung der Qualitätsmessungen gemäss den Vorgaben des ANQ.

Grundüberlegungen zu Qualitätsmessungen in der Psychiatrie

- **Die gesamte Qualität der Leistungserbringung kann nicht erfasst werden, es sollen relevante Teilaspekte gemessen und überprüft werden**
- **Relevante Teilaspekte sind**
 - die Abnahme des Schweregrades einer Erkrankung im Behandlungsverlauf
 - der Umgang mit Freiheitsbeschränkenden Massnahmen (FBM)
 - die Patientenzufriedenheit
- **Als Schweregradindikator dient die mit Skalen gemessene Symptombelastung**
- **Überlegung zur Auswahl der Skalen:**

Diagnosen übergreifende Skalen anwenden, Selbst- und Fremdrating kombinieren, Zusätzlichen Skalenaufwand niedrig halten, Informationen sollen der Behandlung dienen, Skalen sollen in drei Landessprachen zur Verfügung stehen, Schulungsaufwand (initialer- und wiederkehrender-) möglichst gering, Lizenzgebühren möglichst niedrig, Skalen international anerkannt (Gütekriterien)

Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)

1. Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten
2. Absichtliche Selbstverletzung
3. Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum
4. Kognitive Probleme
5. Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung
6. Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen
7. Gedrückte Stimmung
8. Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme
9. Probleme mit Beziehungen
10. Probleme mit alltäglichen Aktivitäten
11. Probleme durch die Wohnbedingungen
12. Probleme durch die Bedingungen im Beruf und im Alltag

rot: klassische psychopathologische Items **blau:** somatiknahe Items **grün:** Items aus dem Sozialbereich

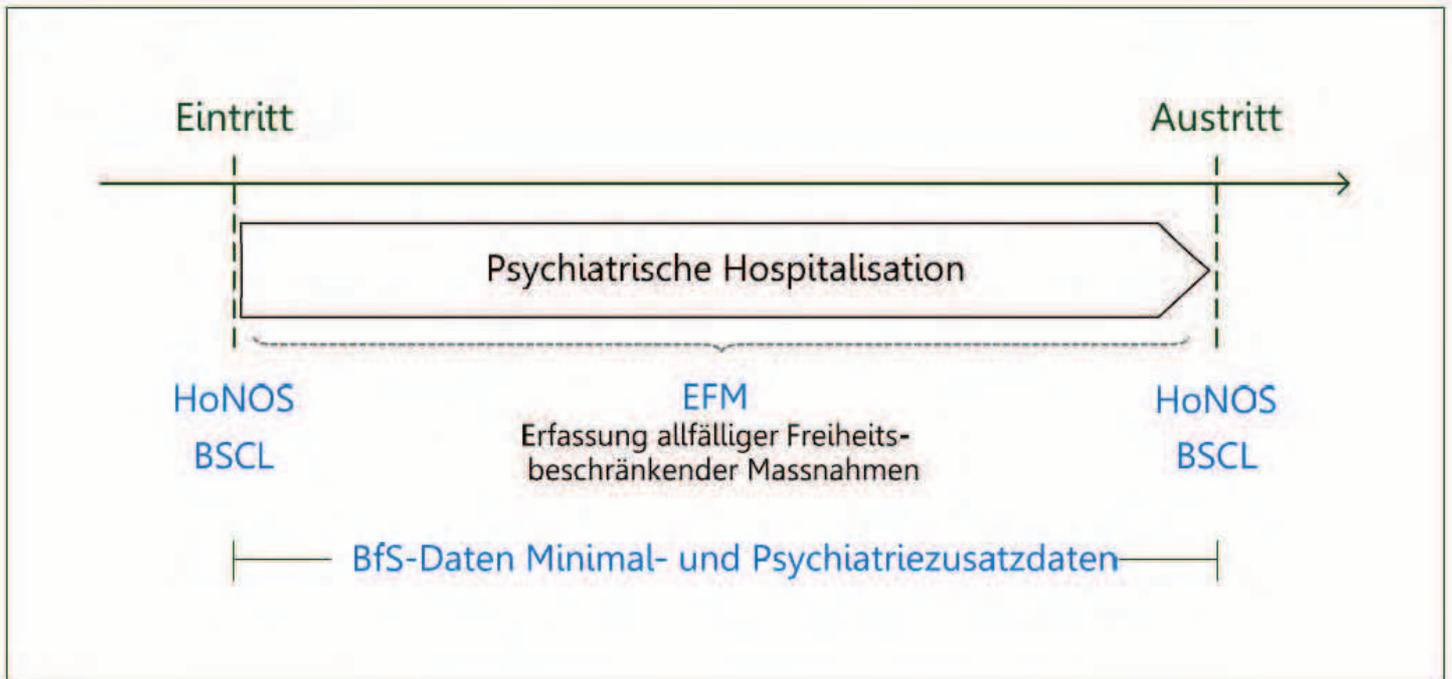
BSCCL (Kurzform der SCL-90, 53 Items)

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4
Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...				
				X 1 2 3 4
				X 1 2 3 4
				X 1 2 3 4
				X 1 2 3 4
				X 1 2 3 4
				X 1 2 3 4
				0 X 2 3 4
				X 1 2 3 4
				0 1 2 X 4
				X 1 2 3 4
				X 1 2 3 4
				X 1 2 3 4
				0 1 2 3 4
				X 1 2 3 4
				X 1 2 3 4
				X 1 2 3 4
				0 X 2 3 4

Erfasste Parameter zu Freiheitsbeschränkenden Massnahmen FBM

Art der Massnahme
1 = Isolation
2 = Fixierung
3 = Zwangsmedikation oral
4 = Zwangsmedikation Injektion
5 = Sicherheitsmassnahme im Stuhl bis zu 4 Std.
6 = Sicherheitsmassnahme im Stuhl mehr als 4 Std.
7 = Sicherheitsmassnahme im Bett kurz: bis zu 4 Std.
8 = Sicherheitsmassnahme im Bett ganze Nacht.
9 = Sicherheitsmassnahme im Bett während Tag und Nacht (dauernd)
Datum des Beginns
Datum
Zeitpunkt des Beginns
Uhrzeit (nur bei Isolation, Fixierung und Zwangsmedikation)
Datum der Beendigung
Datum (nur bei Isolation und Fixierung)
Zeitpunkt des Beendigung
Uhrzeit (nur bei Isolation und Fixierung)

Messplan



Jährliche Qualitätsberichte Jeweils getrennt für die Erwachsenenpsychiatrie und die Kinder-Jugend-Psychiatrie

anq

Nationaler Datenqualitätsbericht

Nationale Messungen stationäre Psychiatrie für Erwachsene
Indikatoren 'Symptombelastung' und 'Freiheitsbeschränkende Massnahmen'

Erhebungszeitraum (Austritte): 1. Januar – 31. Dezember 2013

Version 1.21, März 2014

Abteilung Evaluation der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel
E-Mail: ANQ-Berichtsmark@upk.ch
Universitäre
Psychiatrische Kliniken
UPK

anq

**Nationaler Vergleichsbericht
Stationäre Psychiatrie Erwachsene**

Nationale Messungen stationäre Psychiatrie für Erwachsene
Indikatoren 'Symptombelastung' und 'Freiheitsbeschränkende Massnahmen'

Erhebungszeitraum (Austritte): 1. Januar – 31. Dezember 2013

25. April 2014 / Version 1.0

Abteilung Evaluation der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel
E-Mail: ANQ-Berichtsmark@upk.ch
Universitäre
Psychiatrische Kliniken
Basel
UPK

anq

Nationale Messungen stationäre Erwachsenenpsychiatrie

Indikatoren "Symptombelastung" und "Freiheitsbeschränkende Massnahmen"

Klinikspezifischer Bericht 2013

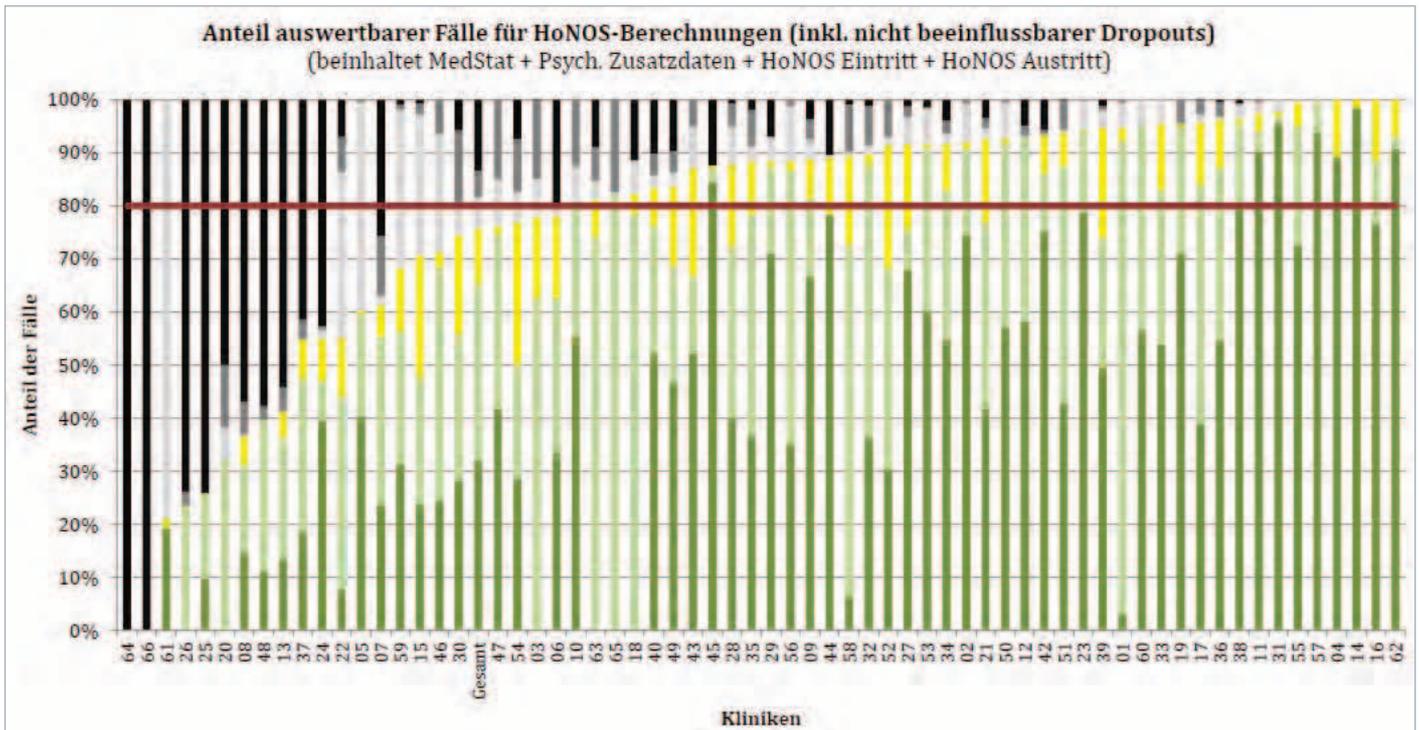
Clenia Schöllli AG, Oetwil am See
Klinik Nr. [REDACTED]

Erhebungszeitraum (Austritte): 1. Januar - 31. Dezember 2013

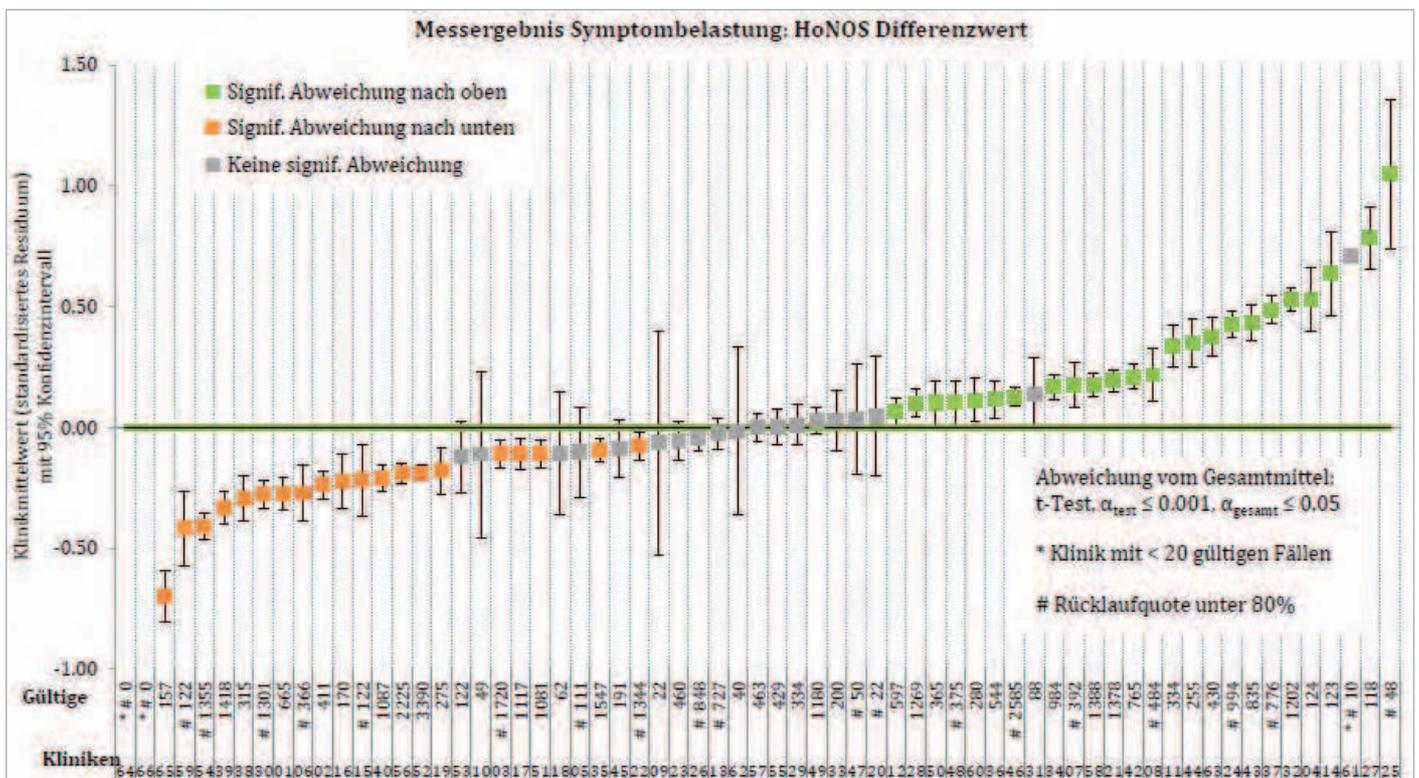
Abteilung Evaluation der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel
E-Mail: ANQ-Berichtsmark@upk.ch
Universitäre
Psychiatrische Kliniken
UPK

1/7

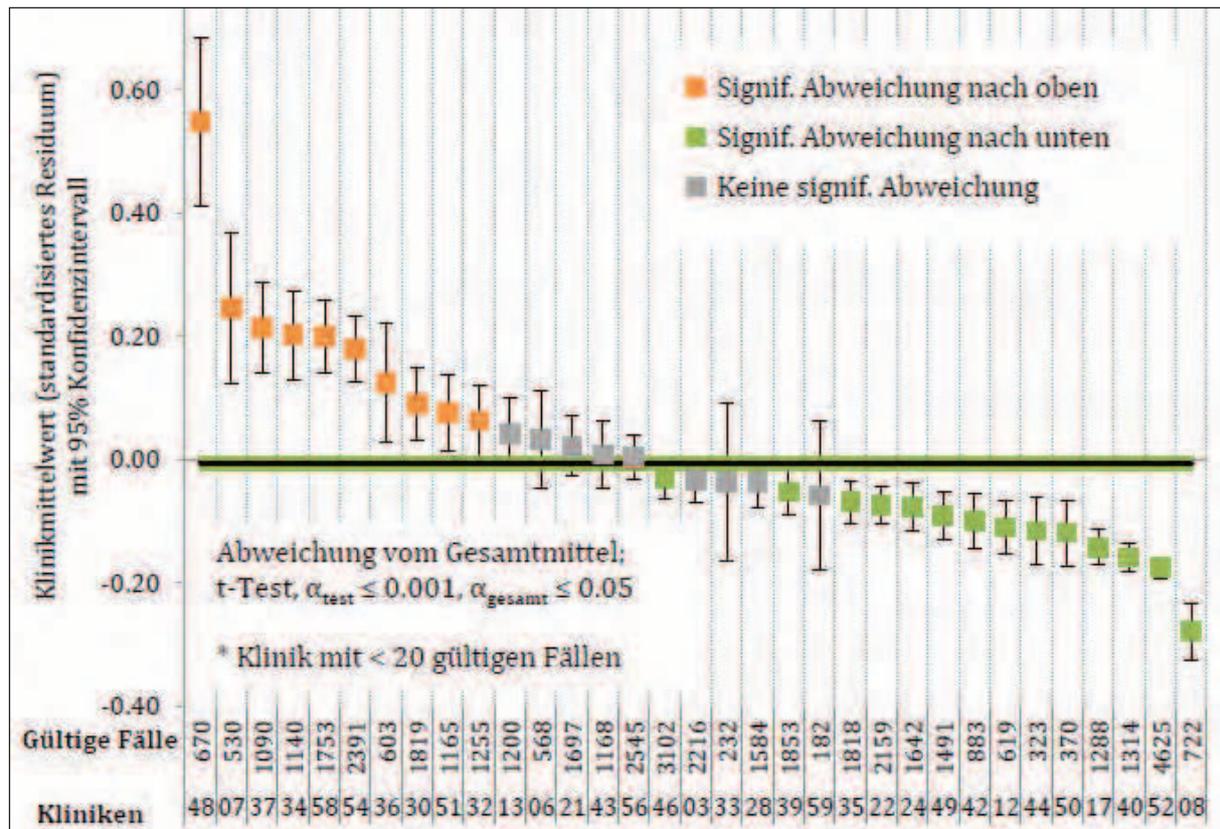
Datenqualität, Beispiel Honos, Bericht 2014



Differenzwert Eintritt-Austritt adjustiert (Bsp. Honos)



Freiheitsbeschränkende Massnahmen: Anteil Fälle



Freiheitsbeschränkende Massnahmen Kliniksbericht

- Anteil Fälle mit mindestens einer Freiheitsbeschränkenden Massnahme
- Isolation (Intensität (Häufigkeit*Dauer)/Fall)
- Fixierung (Intensität (Häufigkeit*Dauer)/Fall)
- Zwangsmedikation (oral und Injektion kombiniert, Häufigkeit/Fall)
- Sicherheitsmassnahme (im Stuhl und im Bett kombiniert, Häufigkeit/Fall)

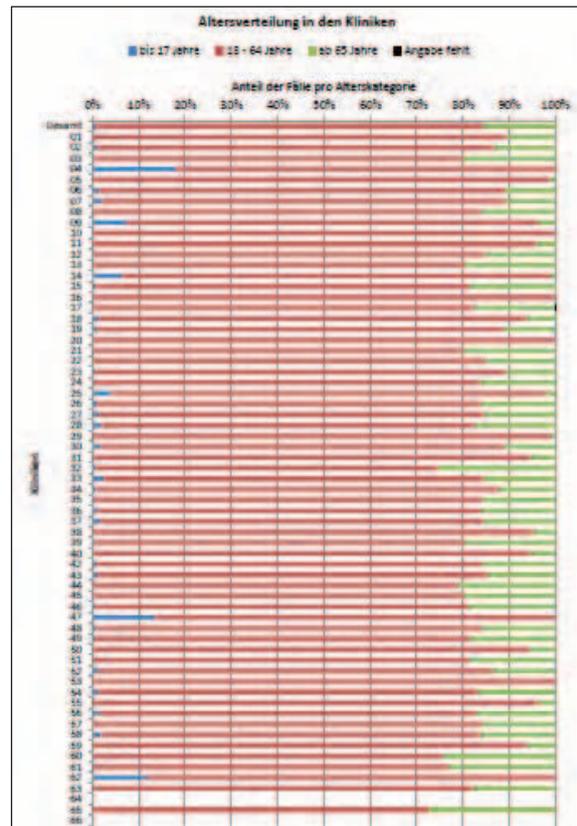
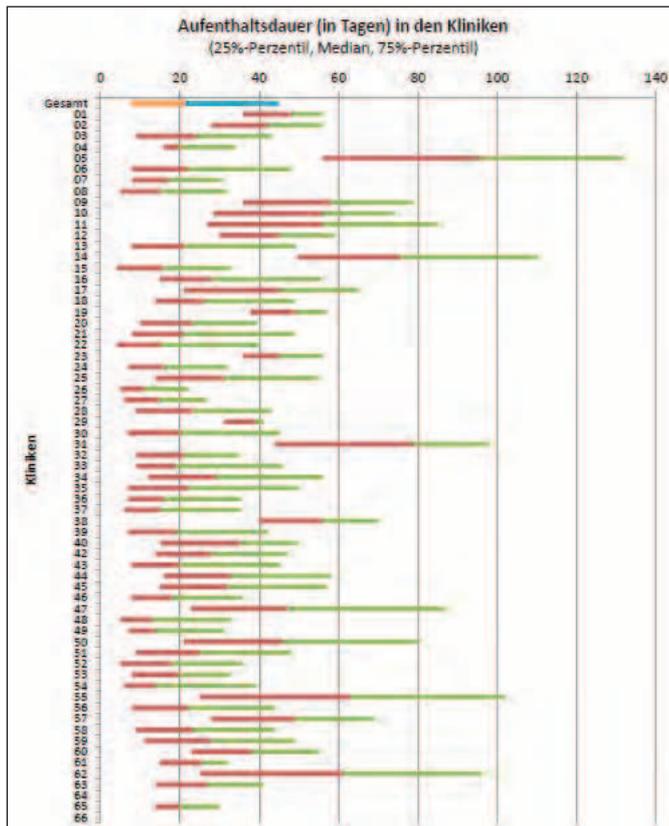
Zusammenfassung der Ergebnisse

Klinik	HoNOS	BSCL	FM	Klinik	HoNOS	BSCL	FM	Klinik	HoNOS	BSCL	FM
	Mittleres Mess-ergebnis	Mittleres Mess-ergebnis	Anteil betroffener Fälle		Mittleres Mess-ergebnis	Mittleres Mess-ergebnis	Anteil betroffener Fälle		Mittleres Mess-ergebnis	Mittleres Mess-ergebnis	Anteil betroffener Fälle
01				27				54	#	#	
02				28				55			
03	#	#		29				56			
04				30	#			57			
05	#			31				58			
06	#			32				59	#		
07	#			33				60			
08	#	#		34				61	*#		
09		*		35				62		*	
10				36				63			
11				37	#			64			
12				38				65		#	
13	#	#		39				66			
14				40				Legende			
15	#	#		42				Signifikante Abweichung nach oben (für FM nach unten)			
16				43				Keine signifikante Abweichung			
17				44				* < 20 gültige Fälle => keine Signifikanz errechnet			
18				45				Signifikante Abweichung nach unten (für FM nach oben)			
19				46	#	#		# Rücklaufquote unter 80% (HoNOS) respektivamente 40% (BSCL)			
20	#			47	#	*#		Nach Auskunft der Klinik keine betroffenen Fälle			
21				48	#	#		Keine Daten geliefert			
22	#			49							
23				50							
24	#			51							
25	#	#		52							
26	#	#		53							

Stichprobenbeschreibung und Casemix

- 3.1. Anzahl abgeschlossener Fälle im Erhebungszeitraum
- 3.2. Alter bei Eintritt
- 3.3. Geschlecht
- 3.4. Hauptdiagnosen
- 3.5. Schweregrad (Gesamtscore) HoNOS und BSCL bei Eintritt
- 3.6. Fürsorgerische Unterbringung
- 3.7. Nationalität
- 3.8. Höchste abgeschlossene Bildung
- 3.9. Zivilstand
- 3.10. Beschäftigung vor Eintritt
- 3.11. Aufenthaltsort vor dem Eintritt
- 3.12. Versicherungsart
- 3.13. Einweisende Instanz
- 3.14. Aufenthaltsdauer

Stichprobenbeschreibung, Bsp. Aufenthaltsdauer/Altersverteilung



Relevanz der Messungen

- Beginn der Messungen Mitte 2012
- Bisher publizierte anonymisierte Ergebnisse
 - Datenqualitätsbericht, Nationaler Vergleichsbericht und Klinikspezifischer Bericht Halbjahr 2012 (Publikation Sommer 2013)
 - Datenqualitätsbericht, Nationaler Vergleichsbericht und Klinikspezifischer Bericht 2013, jeweils getrennt für die Erwachsenenpsychiatrie und die Kinder-Jugend-Psychiatrie (Publikation Sommer 2014)
- Erste nicht-anonymisierte Publikation der Ergebnisse
 - Für die Erwachsenenpsychiatrie: Sommer 2015 (Erfassungsjahr 2014)
 - Für die Ki-Ju-Psychiatrie: Sommer 2016 (Erfassungsjahr 2015)
- Publikation der Ergebnisse zu FBM jeweils ein Jahr später
- Einfluss auf Tarifverhandlungen mit den Krankenkassen ab sofort möglich durch Abruf der Klinikspezifischen Berichte

Kontakt und weitere Informationen



Oder gerne über mich, nicht nur zu Qualitätsfragen:

Prof. Dr. med. Achim Haug, Clenia-Gruppe, Konradstrasse 15, CH-8400 Winterthur
achim.haug@clenia.ch, Tel: +41 (0)52 269 02 10

Chancen und Risiken aktueller IV- Verträge und Modellprojekte

vom 26. September 2014

48. Fachgruppentagung

vom 25. – 26. September 2014

in der
Ev. Stiftung Tannenhof
Remscheid

von

Günter van Aalst,
Landesvertretung NRW,
Techniker Krankenkasse



Modellvorhaben in der Psychiatrie Chancen und Möglichkeiten

Günter van Aalst, Leiter der TK-Landesvertretung NRW



Remscheid, 26. September 2014

Blickpunkt Psychiatrie in NRW

Psychiatrie hat großen Anteil an Krankenhausausgaben

- › Bei der TK in NRW 2013 ca. 139 Mio. Euro von ca. 1,4 Mrd. Euro insgesamt
- › Dies ist der drittgrößte Ausgabenblock nach ICD-Gruppen
- › Größter Block sind die depressiven Erkrankungen mit ca. 83 Mio. Euro

Trendbarometer Arbeitswelt

- › Psychisch bedingte Fehlzeiten machen 17% der TK Krankschreibungen aus
- › D.h. jeder sechste Arbeitsunfähigkeitstag ist einer psychiatrischen Diagnose geschuldet
- › Seit 2000 ist dies ein Anstieg von 75%

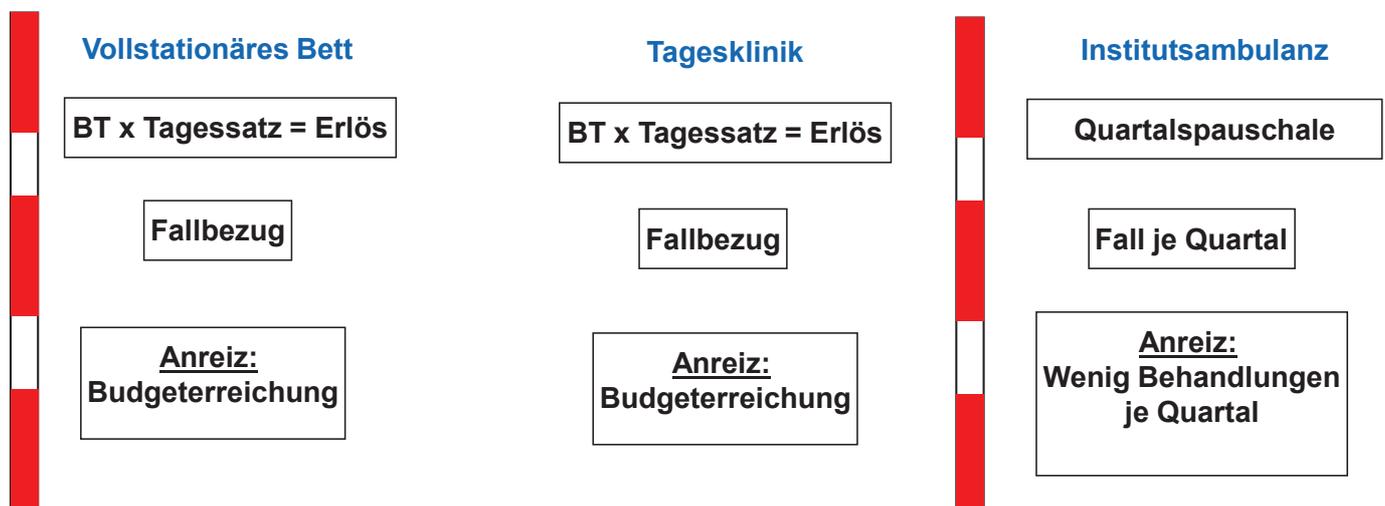
Prognose der TK: Psychiatrieausgaben steigen weiter an

Grenzen durchbrechen - Chancen nutzen

- › die Verbesserung der Versorgung für unsere Versicherten ist uns schon lange ein Anliegen, daher arbeiten wir an einer sektorenübergreifenden Behandlung
- › Seit etwa 8 Jahren hat die TK gemeinsam mit den Landschaftsverbänden NRW regionale Netzwerke aufgebaut und gute Erfahrungen gemacht
- › hierbei ist es uns gelungen die Leistungserbringer aus dem ambulanten und stationären Bereichen besser zu verzahnen und die Versorgung insgesamt zu verbessern
- › um die sektorale Abschottung zu überwinden, sollten ambulante Leistungen am KHS integriert werden und über Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) zugänglich gemacht werden



Sektorale Strukturen in der Psychiatrie am Krankenhaus Was hat PEPP geregelt?



Herausforderung PEPP

- › Mit dem Psych-Entgeltgesetz wurde ein neues pauschaliertes Entgeltsystem (PEPP) beschlossen, das den voll- und teilstationären Bereich schweregradabhängig abbildet
- › PEPP ist als lernendes System eingeführt worden und muss sich in den nächsten Jahren weiterentwickeln und bewähren
- › die Erprobungsphase ist bis 2017 vorgesehen, wir möchten die Prozesse aktiv mitgestalten und praxisgerecht machen
- › eine leistungsgerechte Finanzierung und die Entwicklung eines neuen Vergütungssystems ist aus unserer Sicht unumgänglich und zwingend erforderlich



Perspektiven ausgelotet

- › der Landschaftsverband Westfalen Lippe (LWL) und die TK wollen am Klinikum Bochum in einem Modellvorhaben nach § 64b SGB V das zukünftige Vergütungssystem unter Einschluss von ambulanten Leistungen der Institutsambulanzen testen und weiterentwickeln (PEPP Plus)
- › an diesem Standort konnten wir bereits über einen IV- Vertrag gute Erfahrungen sammeln und können auf eine bereits bestehende vertragliche Basis aufbauen
- › Dazu werden leistungsgerechte Vergütungen, abhängig von Schweregrad, für die Institutsambulanzen entwickelt. Dies erfolgt unter Beibehaltung des bisherigen Gesamtbudgets.
- › Praxisnahe Erfahrungen der Testphase sollen in die Weiterentwicklung des „lernenden Systems“ PEPP eingehen



Modellvorhaben am LWL Universitätsklinikum Bochum

Neues Modul stationsungebundene Leistungen

- › sie können in der Klinik (ohne Leistung der Unterkunft und Verpflegung) erbracht werden, als auch im häuslichen bzw. familiären Umfeld des Patienten
- › diese Leistungen müssen aus unserer Sicht unterschiedlich vergütet werden, fixe und variable Kosten sind zu berücksichtigen
- › die Leistungen sollen den Patienten zu Gute kommen, die insbesondere psychotherapeutischer Behandlungen bedürfen



Vertragsidee

Einbeziehung von stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungen

- › Abrechnungsgrundlage ist das PEPP System
- › Einbeziehung der Institutsambulanz (inklusive Home Treatment sowie stationsungebundener Leistungen)
- › Flexibles Gesamtbudget für alle teilnehmenden Krankenkassen (einschl. Regelversorgung)
- › Entscheidung über Art der Versorgung liegt beim Krankenhaus
- › Garantiertes Budget für garantierte Behandlung



Das wollen wir:

- › Bessere Patientenversorgung (qualitativ/quantitativ)
- › Sektorübergreifende Strukturen im Krankenhaus fördern (stationsungebundene Leistungen)
- › Neue Gestaltungsspielräume schaffen
- › Schlankes und überschaubares Finanzierungssystem etablieren
- › Bestehende Erfahrungen einbeziehen
- › Erprobung eines konkreten Kalkulationsmodells verbunden mit einer unabhängigen Evaluation

Rechtsgrundlage: Modellvorhaben nach § 64 b SGB V

9 | Erwartungen an das PEPP Entgeltsystem und Modellvorhaben , Günter van Aalst, Leiter TK-Landesvertretung NRW



Günter van Aalst

Techniker Krankenkasse
Leiter Landesvertretung NRW
GuentervanAalst@tk.de

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

...stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.



Modellvorhaben in der Psychiatrie – Modellprojekt nach § 64b SGB V der AOK Rheinland / Hamburg

vom 26. September 2014

48. Fachgruppentagung

vom 25. – 26. September 2014

in der
Ev. Stiftung Tannenhof
Remscheid

von

Matthias Mohrmann,
AOK Rheinland / Hamburg

Modellvorhaben nach § 64b SGB V in der Psychiatrie

Matthias Mohrmann

Mitglied des Vorstandes der AOK Rheinland/Hamburg

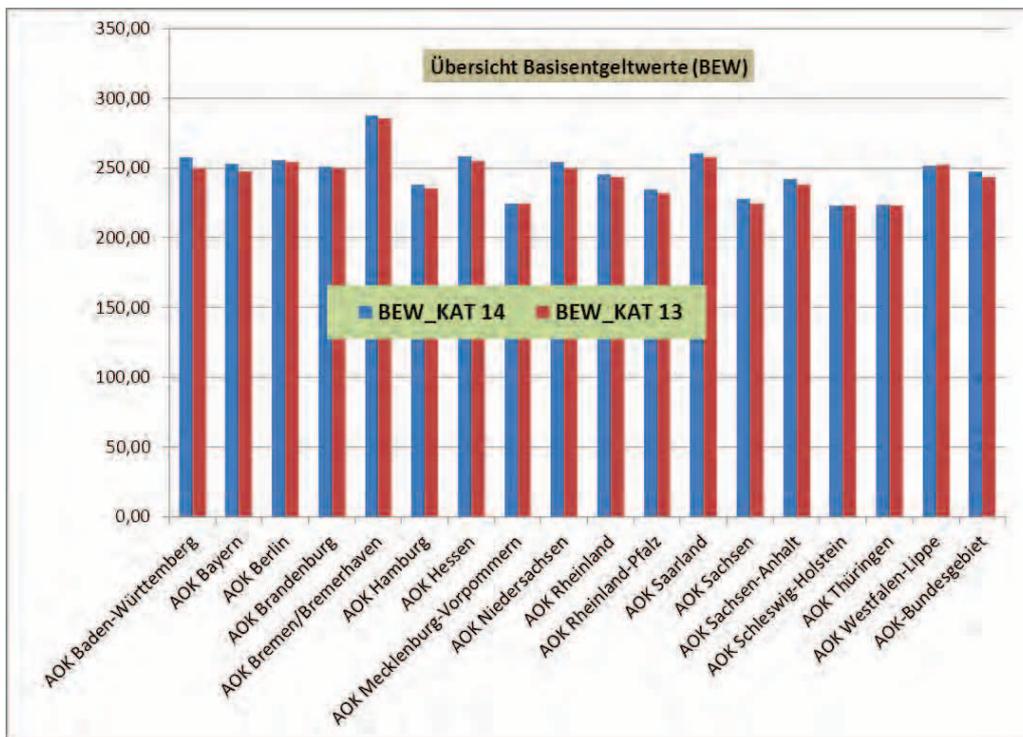
Ein Überblick

1. Eckdaten der Versorgung
 - Zahlen, Daten, Fakten
 - Wann ist man psychisch krank und behandlungsbedürftig?
2. § 64b SGB V
 - Wird Neues endlich gut?
 - Was woll(t)en wir erreichen?
 - Was tut sich aktuell?
 - Prognose
3. Initiativen der AOK Rheinland / Hamburg
 - Angebote zur Prävention und Versorgung psychisch Kranker
 - Unsere Vorstellung einer Modell-Versorgung

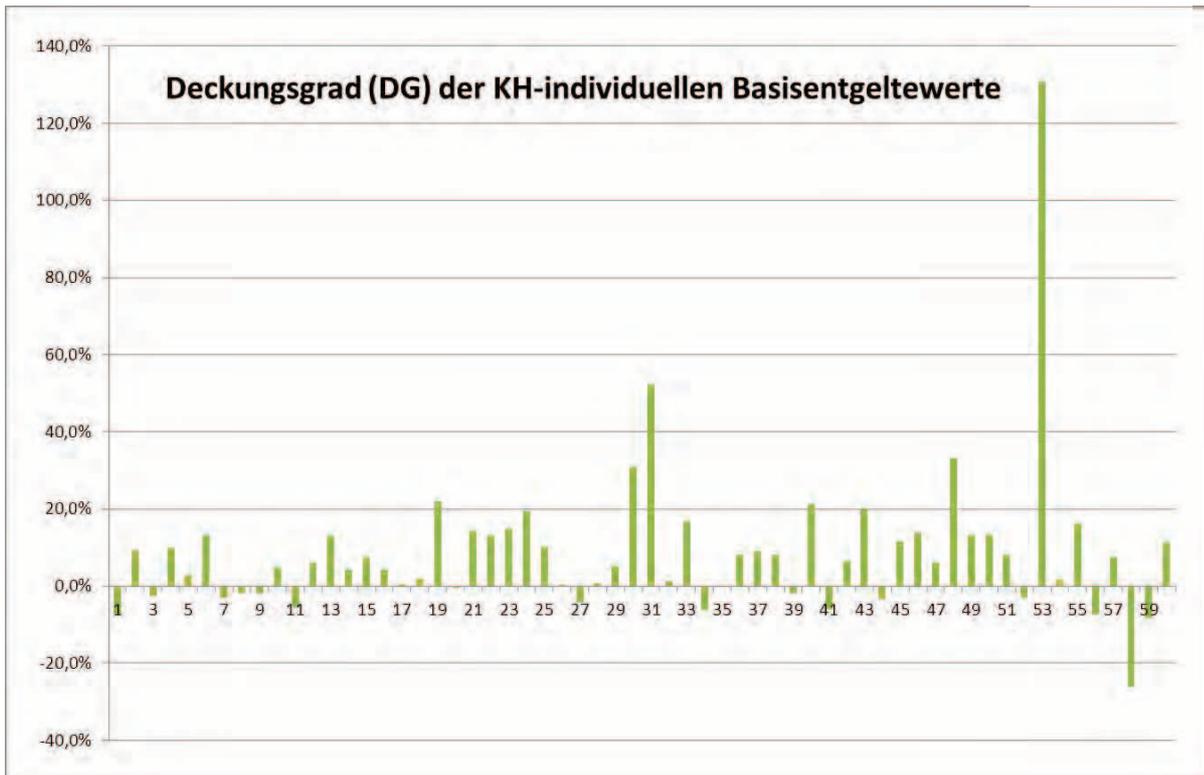
Eckdaten der Krankenhausleistungen der AOK Rheinland / Hamburg - 2013:

Krankenhausausgaben:	2.900 Mio. Euro
- davon für F-ICDs:	320 Mio. Euro
Krankenhausfälle stationär :	960.000
- davon mit F-ICD- <u>Hauptdiagnosen</u> :	70.300
-- davon behandelt in psychiatrischen/psychosomatischen KH (incl. TK)/Fachabteilungen:	57.500
- ohne F-Hauptdiagnose, aber mit F-ICD- <u>Nebendiagnosen</u> *:	111.000

* = behandlungsbedürftig



Übersicht der Ø-Basisentgeltwerte (BEW) auf Basis der AOK-Abrechnungsdaten des Jahres 2013
– nach den PEPP-Katalogen 2013 und 2014



Übersicht der **rheinischen** KH-individuelle Deckungsgrade (DG) ggü. dem Ø-rhein.-Basisentgeltwert auf Basis der AOK-Abrechnungsdaten des Jahres 2013 – nach dem PEPP-Katalog **2014**

Entwicklung der Fachärztezahlen

Ambulant, Niedergelassene, Angestellte, Stationär, in Körperschaften/Behörden, sonstige Bereich

Datenquelle: GBE-Bund / Ärztekammer

Bezeichnung	2000	2012
Einwohner Bund	80.274.000	82.259.000
Fachärzte Psych Bund	10.016	17.715
Fachärzte auf 100.000 Einw.	12,5	21,5

Bezeichnung	2000	2012
Einwohner NRW	17.500.000	17.850.000
Fachärzte Psych NRW	2.201	3.594
Fachärzte auf 100.000 Einw.	12,6	20,1

Prävalenz 30%/Jahr	24.082.200	24.677.700
psych. Kranke Einwohner je Arzt	2.404	1.393

Prävalenz 30%	5.250.000	5.355.000
psych. Kranke Einwohner je Arzt	2.385	1.490

...aber: keine Reduzierung der Wartezeiten!

11.03.2014

Stellungnahme DGPPN

**ECKPUNKTEPAPIER: Lange Wartezeiten auf einen Facharzttermin:
Verkürzung nur durch strukturelle Änderungen realisierbar**



.....

Zu wenig bezahlte Zeit für die Patienten hat Abbau ambulanter Angebote zur Folge.

Die Angebotsstruktur der ambulanten vertragsärztlichen nervenärztlichen, psychiatrischen sowie psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung konnte dem verändernden und steigenden Bedarf bislang in nicht ausreichend flexibler Weise gerecht werden. Mehr noch: **In den letzten Jahren wurden in psychiatrischen Facharztpraxen rund 40 % der psychiatrischen Behandlungskapazitäten, größtenteils zugunsten von psychotherapeutischen Angeboten, abgebaut.** Grund dafür ist das von der ärztlichen Selbstverwaltung vorgegebene starre Vergütungssystem mit Quartalspauschalen: Einem Facharzt in einer nervenärztlichen und psychiatrischen Praxis stehen für die Behandlung eines Patienten **im Quartal** pauschal durchschnittlich **40 bis 50 Euro** zur Verfügung – auch bei mehrfachen Gesprächsleistungen. Richtlinienpsychotherapeutische Leistungen (verhaltenstherapeutische, tiefenpsychologisch-orientierte oder analytische Psychotherapie) werden hingegen einzeln – und deutlich besser – vergütet. Dies hat zu einer **Verschiebung des Behandlungsfokus Richtung Richtlinienpsychotherapie** geführt.

....

In Zukunft werden die Veränderungen in der Finanzierung stationärer Einrichtungen mit der Folge frühzeitigerer Entlassungen aus einem stationären Aufenthalt zu einem zusätzlichen Druck auf den ambulanten Versorgungssektor führen.

Ambulante Versorgung

Fazit zur ambulanten Versorgung:

1. Keine Verkürzung der Wartezeiten
2. Änderung von Leistungsinhalten ein langwieriges Unterfangen
 - Zeitplan zur Änderung der Psychotherapie-RL zieht sich bis 2015 – ohne absehbaren Umsetzungstermin
3. Neue Leistungen nicht in Sicht
 - DMP-Depression kommt nicht, weil
 - Änderung der Psychotherapie-RL vorgesehen ist
 - Hausärzte mit Koordinatorenfunktion ggf. überfordert
 - keine evaluierten Selbsthilfeprogramme vorliegen
4. Weiterer Druck auf die ambulante Versorgung, weil PEPP für kürzere Verweildauern sorgt (?)



«Wir haben die Unreife von Kindern in Krankheit verwandelt»

Von Rudolf Burger. Aktualisiert am 04.01.2014 10 Kommentare

Der emeritierte Professor für Psychiatrie Allen Frances sagt, dass das neue Standardwerk der Psychiatrie zur Hyperinflation psychischer Krankheiten führt.

Auszüge aus einem Interview mit der Zeitschrift „Der Bund“ (Schweiz) am 4.2.2014



Zur Klassifizierung von psychischen Störungen ist in den USA das «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders», kurz DSM geschaffen worden, das auch in Europa verwendet wird. Sie selber waren Ko-Autor der Versionen DSM 3 und DSM 4, haben jetzt aber DSM 5 heftig attackiert. Wieso?

Ich sage aus der Rückschau: Wir hatten schon bei DSM 4 eine diagnostische Inflation psychischer Krankheiten. Mit DSM 5 haben wir eine **Hyperinflation** DSM 5 wird Millionen von neuen Patienten schaffen, die man wahrscheinlich besser sich selber überlassen würde.

Welche Rolle spielen Pharmakonzerne beim Thema Inflation psychiatrischer Diagnosen?

Sie sind die Hauptursache. **Pharmakonzerne brauchen psychische Krankheiten als Mittel, um Pillen zu verkaufen, und sie erfinden Krankheiten.** In den USA werden 80 Prozent der Medikamente von Hausärzten verschrieben. Der Grund dafür liegt darin, dass Ärzte von den Versicherungen nur bezahlt werden, wenn sie dem Patienten eine Diagnose abgeben. Also geben sie eine Diagnose ab und verschreiben Medikamente. Man vergisst dabei, dass man erstens eine psychiatrische Diagnose speziell bei Kindern nicht in sieben Minuten abgeben kann und es zweitens sehr schwierig sein kann, eine psychiatrische Diagnose wieder loszuwerden.

**Offenbar werden in DSM 5 auch eher Depressionen diagnostiziert.**

Ja, nach nur zwei Wochen Interesselosigkeit, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit und fehlender Energie wird nach DSM 5 eine Depression diagnostiziert. Das sind aber alles typische Phänomene für Trauer. Solche Erfahrungen machen die meisten Leute irgendwann einmal, ich machte sie, als meine Frau starb. Trauer ist eine absolut normale Ausdrucksform, sie ist der Preis dafür, jemanden zu lieben. Wir dürfen Trauer nicht zu einem medizinischen Problem machen und dafür eine Pille verschreiben.

Wie erklären Sie sich die Diagnose-Inflation in DSM 5? Wurden die Autoren von Pharmafirmen gesponsert?

Nein, es geht um einen Interessenkonflikt: Wenn man sein Leben lang in einem Bereich arbeitet, tendiert man dazu, ihn überzubewerten, man will ihn ausdehnen. Man sieht nicht, dass Diagnosen in der wirklichen Welt auch schrecklich missbraucht werden können.

Trauer ist keine Krankheit

Wer um einen geliebten Menschen trauert, braucht in der Regel keine Medikamente und keinen Psychotherapeuten, sagt **Rainer Richter**. Das neue Diagnose-Handbuch der US-Psychiater sollte normale seelische Reaktionen nicht als krank bewerten.

des ICD-11 sicherlich Warnsignale. Viele Psychotherapeuten teilen die Sorge, dass zum Beispiel Trauer nach dem Verlust eines nahestehenden Menschen zukünftig bereits nach zwei Wochen als krank gelten könnte. Wer intensiv trauert, erfüllt zwar häufig formal die Kriterien einer Depression, ist aber nicht krank. Die meisten Trauernden verkraften ohne Behandlung nach einer Phase, die Monate oder auch über ein Jahr dauern kann, den Verlust eines geliebten Menschen. Das Leiden und der Schmerz von Trauernden sollten nicht pathologisiert werden.

MENTAL HEALTH EUROPE – SANTE MENTALE EUROPE
BRUSSELS, 17.05.2013

Mehr Leid als nötig

DSM und besonders die Biologische Psychiatrie müssen komplett überdacht werden

Die westliche Psychiatrie ist in der Krise. Die Richtung, die das neue Diagnostische und Statistische Handbuch psychischer Störungen (DSM), welches Ende dieser Woche veröffentlicht wurde, einschlägt, hat große Kritik geerntet. Dazu kommt, dass das Nationale Institut für geistige Gesundheit (NIMH), der Welt größtes Forschungsinstitut, in Unstimmigkeit mit der amerikanischen psychiatrischen Vereinigung, angezeigt hat, dass es nicht länger Projekte finanzieren wird, die ausdrücklich nur auf DSM - Kategorien basieren. Unglücklicherweise fehlt dem NIMH die entscheidende Bedeutung der Benutzer Erfahrungen in der Psychiatrischen Forschung und Praxis, während „Mentale Gesundheit Europa“ die NIMH - Entscheidung für gut befindet, unermüdlich fokussierend auf die Neurowissenschaften und die sogenannten Erkrankungen des Gehirns.

Mental Health Europe ist äußerst besorgt darüber, dass die Veröffentlichung von DSM 5 einen weiteren Schritt in der zunehmenden Dominanz eines hundertprozentigen biologischen Ansatzes bei psychischen Problemen darstellt, unterstützt von einer riesigen Maschinerie aus Wissenschaft, Technologie und wirtschaftlichen Interessen. Hinzu kommt, als eine der sichtbaren Folgen dieses Ansatzes, die relative Herabstufung der psychologischen und sozialen Interventionen, die die persönliche und soziale Erholung unterstützen. Darüber hinaus werden psychologische und soziale Interventionen immer abhängiger vom biologischen Vorbild, anstatt auf die Bedürfnisse und Wünsche der Nutzer psychosozialer Dienste einzugehen. Offensichtlich ist dies in Widerspruch mit der sozialen und menschenrechtlichen Perspektive des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK), die jetzt von der Europäischen Union und von mehr als 100 Ländern weltweit ratifiziert wurde.

Was wollten wir erreichen – vertane Chancen?

Ein Blick zurück....

§ 24 BpflV (bis 31.12.2012)

Die Vertragsparteien können im Einvernehmen mit [...] ein zeitlich begrenztes Modellvorhaben zur Entwicklung pauschalierter Vergütungen vereinbaren.

...d.h., Möglichkeiten, die stationären Entgelte zu „entwickeln“, gibt es schon länger.

§ 64b SGB V

Gegenstand von Modellvorhaben nach § 63/1 oder /2 kann auch die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen sein...zur:

- Verbesserung der Patientenversorgung oder
- sektorenübergreifenden Leistungserbringung
- komplexen Behandlung im häuslichen Umfeld

Auszug BT-Drucksache 17/8986, 14.3.2012, Seite 49

....

Mit der neuen Rechtsgrundlage wird Besonderheiten der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung Rechnung getragen, die durch eine oftmals **besonders lange Betreuungsdauer, wiederholte Kontakte** und eine vielfach **besonders hohe Zahl der einzubeziehenden Akteure** gekennzeichnet ist. Zur Weiterentwicklung der Versorgung gilt es hier daher besonders, unterschiedliche Konzepte zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zu ermöglichen und zu fördern.

....

Soweit in § 64b nichts Abweichendes geregelt ist, finden auch für Modellvorhaben zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung die allgemeinen Grundsätze nach den §§ 63 bis 65 in Bezug auf die Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben Anwendung

....

Ziel und Zweck

Auszug BT-Drucksache 17/8986, 14.3.2012, Seite 49

Damit die Daten
für die Entwicklung des Entgeltsystems nach § 17d KHG genutzt werden können

und

zur Verbesserung der Transparenz über das Leistungsgeschehen,

wird die in Modellvorhaben übliche Möglichkeit der Abweichung von geltenden Rechtsvorschriften [§§ 295, 301-303 SGB V, §17d/9 KHG = Übermittlung der Abrechnungs- und Leistungsdaten] eingeschränkt.

D.h., diese Daten sind vollumfänglich zu erheben und zu liefern (z.B. ans InEK – wenn Krankenhäuser Modellpartner sind).

Projekte unter Beteiligung der AOK:

Hessen:	Klinikum Hanau
Niedersachsen:	Psychiatrisches Klinikum Lüneburg
NordWest:	Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH Fachkliniken Nordfriesland gGmbH Westküstenklinik Brunsbüttel Klinikum Itzehoe Kreiskrankenhaus Rendsburg – Imland gGmbH St. Marien-Hospital Hamm
Plus (Sachsen/Thüringen):	Heinrich-Braun-KH, Zwickau Rudolf-Virchow-Klinikum, Glauchau Südharz-KH, Nordhausen

Wesentliche Inhalte:

Ansprech- und Vertragspartner sind die Krankenhäuser, Einbindung von Vertragsärzten rudimentär/ nicht bekannt, Umwandlung von KH-Budgets in andere Finanzierungsformen, teilweise mit Home-Treatment.

Mögliche Gründe für die zögerliche Umsetzung

1. KH-Planung unflexibel (z.B. Umwandlung in TK nicht ohne Feststellungsbescheid möglich)
2. Man kommt wirtschaftlich ganz gut mit PEPP zurecht
3. KH-Leitung muss Betriebsstätte sichern
4. Veränderung des Einweiserverhaltens bei ambulanter Versorgung vor Ort
5. Gesetzliches Problem bei der Bildung von „PIA-Außenstellen“
6. Vorhandenes Personal ist nicht auf ambulante Versorgung eingestellt
7. Zurückhaltung der Krankenkassen, weil die Versorgung nicht verbessert, sondern nur anders (oder zusätzlich) finanziert werden soll

1. KH beteiligen sich nur dann, wenn Ausgaben für andere Versorgungsformen zusätzlich finanziert werden – keine Bereitschaft zur Ausgliederung des vorhandenen Budgets
2. Krankenkassen stellen keine zusätzlichen Mittel zur Verfügung
3. Eine sektorenübergreifende Versorgung scheitert an Partikularinteressen
4. Ohne zwingende normative Eingriffe passiert nicht viel
5. (Trügerische) Hoffnung Innovationsfonds?

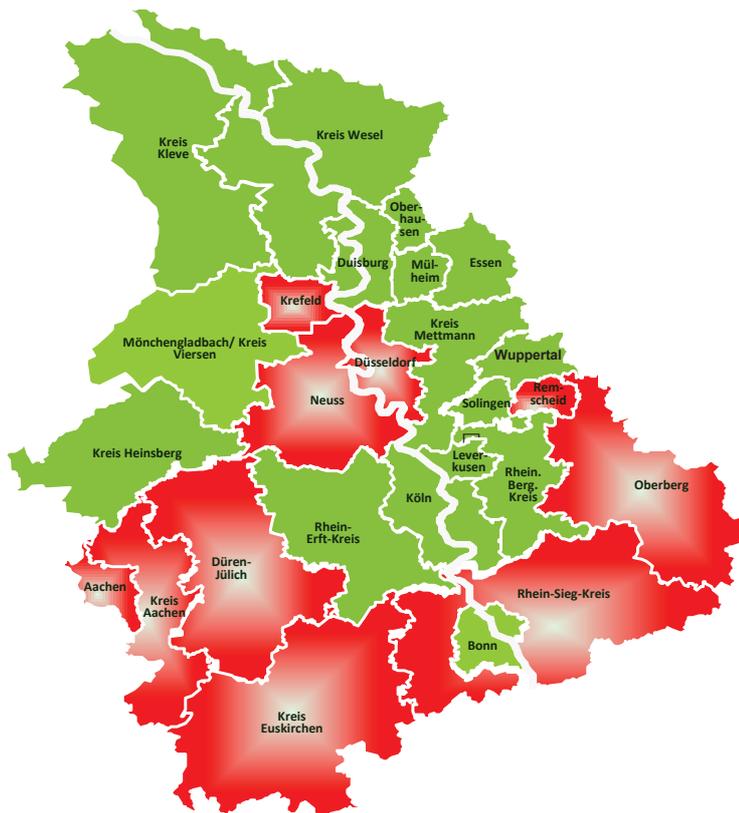
- **Selektivverträge**
- **Unterstützung der Selbsthilfe**
- **Versorgungsschwerpunkte im Bereich ambulante Reha-Maßnahmen**
- **Entwicklung eigener § 64b-Modelle**

Angebote der AOK Rheinland / Hamburg für psychisch Kranke im Rheinland:

Adhärenzförderung Schizophrenie	lfd.
Ambulante Rehabilitation (Anzahl Verträge)	7
Arbeitstherapie (Anzahl Verträge)	2
Betriebliche Gesundheitsförderung	lfd.
Förderung Pflege Demenzkranker in Heimen	lfd.
Förderung Selbsthilfe	lfd.
Förderung Sozialpsychiatrie	lfd.
Frühintervention bei psychischen Störungen	lfd.
Integrative Behandlung (Anzahl Verträge)	1
Integrierte Versorgungsverträge (Anzahl Verträge)	3
Ressourcenstärkung in Schulen + KITAs	lfd.
Stressbewältigungsangebote	lfd.

Viele Aktivitäten, aber Suche nach der roten Linie

Netzwerk psychische Gesundheit Rheinland



Grün: Verträge bestehen
Rot: noch keine Verträge

Anzahl der Teilnehmer zum 1.7.2014: < 300

Gegen den „Drehtüreffekt“
Netzwerk für Patienten mit psychischen Erkrankungen soll nach der Entlassung aus der Klinik helfen

Immer öfter haben Menschen wegen psychischer Erkrankungen bei der Arbeit. Laut Statistischem Bundesamt ist in NRW jeder fünfte Arbeitsuchende betroffen. Die Betroffenen werden meistens in Krankenhäusern behandelt. Nach der Entlassung fehlt es aber an Unterstützung, so dass viele nach kurzer Zeit wieder in die Klinik müssen. Um dieses „Drehtüreffekt“ zu verhindern, hat die Krankenkasse das Netzwerk psychische Gesundheit gegründet. Es koordiniert sie mit der Gesundheitsfürsorge für psychische Erkrankungen (GGG) und dem Arbeiter-Verein für Rehabilitation. Die Krankenkasse vermittelt Patienten an den Verein. Der sorgt für umfassende Betreuung durch ein Netzwerk aus Fachleuten, Sozialarbeitern und Therapeuten. Wir sind bei Leuten durch das Carepathsystem, beschreibt Versorgungsbedarf. Dazu lassen die Arbeit des Vereins. Seine Mitarbeiter arbeiten zusammen mit den Patienten und helfen ihnen bei der Suche nach geeigneten Plätzen für eine Behandlung. „Viele Menschen ist schon geblieben, wenn sie unseren Ansprechpartnern haben“, sagt Annette Frankenberg vom Verein für Rehabilitation.

In Nordrhein und Mitarbeiter sind von der. Die erste Erfahrung hat man eine Krisenwohnung eingerichtet. Wenn die Betroffenen der gesundheitlichen Umfeld verlassen können sie dort unterkommen.



Projekte unter Beteiligung der **AOK Rheinland/ Hamburg**:

Grundlage und Anzahl der Angebote, mit

- anderer Finanzierungsvariante (KH incl. PIA): **5**
- sektorenübergreifender Versorgung (*Einbindung von Vertragsärzten, Psychotherapeuten, amb. psych. Pflege und Dienste, Zusammenarbeit mit den Kommunen, etc.*): **0**
- Versorgung in der häuslichen Umgebung: **1**
(Erstkontakt im April 2014, seit dem Warten auf Konzept; lfd. Erinnerungen durch AOK RH)

**Primäres Ziel ist es, die Versorgung zu verbessern.
Ausschließlich Krankenhäuser an § 64b-Modellen zu beteiligen, ist zu kurz gedacht.**

Oder andersherum:

Entwicklung eines Versorgungsmodells auf Basis ambulanter psychiatrischer Pflege

Primäre Ziele:

1. Verbesserung der Behandlungs- und Therapietreue
2. Abstimmung mit Vertragsärzten (und KH-Ärzten)
3. Einbeziehung der Dienste und Angehörigen mind. 1 Woche vor KH-Entlassung
4. Ambulante Notfallbereitschaft der Pflege und des Arztes
5. Unkomplizierter Zugang zur häuslichen Krankenpflegeleistung (ohne MDK)
6. Bewertung der Veränderung aller AOK-Leistungen- und Ausgaben
7. Lfd. Evaluation der Veränderung des Gesundheitszustandes

Sekundäre Ziele:

1. Einbindung anderer Kostenträger (andere Sektoren, z.B. Kommunen)
2. Abstimmung der Versorgung mit anderen SGB-Bereichen (z.B. Sozial- und Jugendhilfe)

„Wer immer tut, was er schon kann, bleibt immer das, was er schon ist.“
Henry Ford



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Wissenschaftliche Begleitforschung von IV-Modellen und Programmen -Befunde und Lücken-

vom 26. September 2014

48. Fachgruppentagung

vom 25. – 26. September 2014

in der
Ev. Stiftung Tannenhof
Remscheid

von

Prof. Dr. sc. hum. Hans Joachim Salize,
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit

Auswertung bestehender IV-Verträge und Modellvorhaben in Deutschland

Hans Joachim Salize

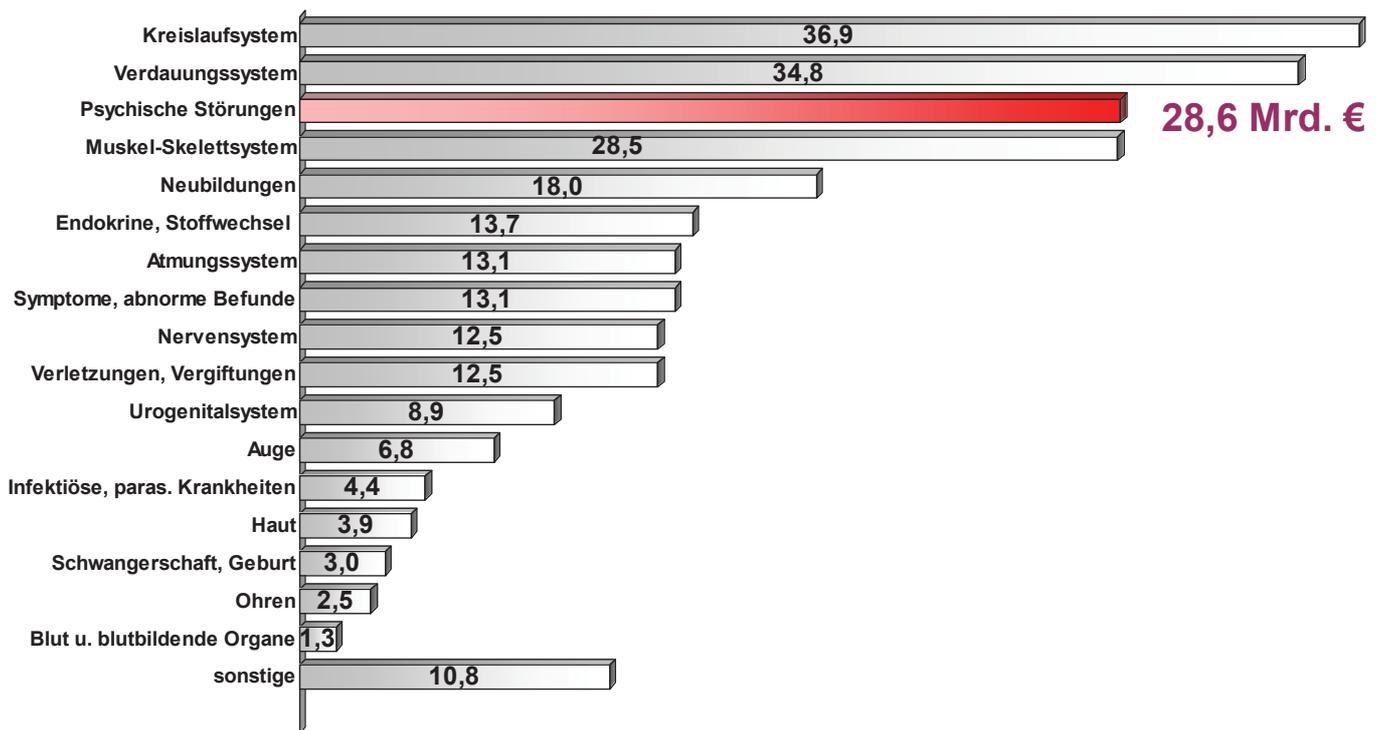
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim

Integrierte Versorgung

- **Grundgedanke:**
*Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf
Leistungserbringer
im Austausch für größere Budgetverantwortung,
Budgetfreiheit und -flexibilität*

- **erhoffter Effekt:**
*Synergien erschließen für mehr Wirtschaftlichkeit,
Effektivität und Versorgungsqualität*

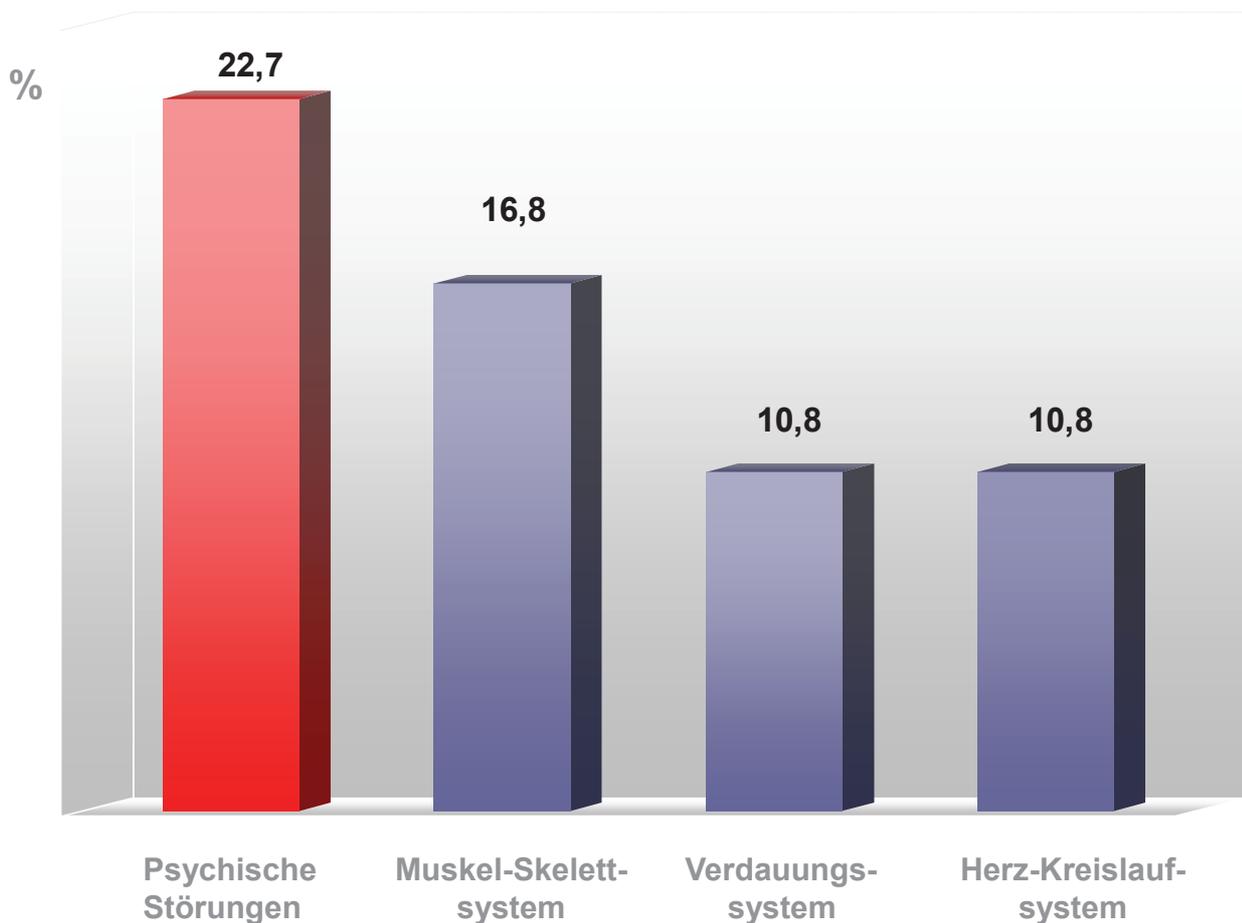
Ausgaben für medizinische Versorgung - Deutschland 2008



Gesamt: € 254,2 Mrd.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2010

Anstieg Krankheitskosten 2002 – 2008



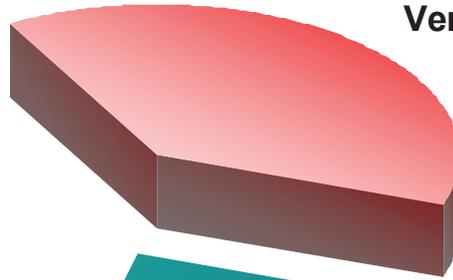
Unabhängige Finanzierung der Leistungsbereiche

**komplementäre
Versorgung**



**rehabilitative
Versorgung**

**voll-/teilstationäre
Versorgung**



**ambulante
Versorgung**



Paradoxe Leistungsanreize

- *stationärer Sektor:*

Nachteile bei Reduzierung vollstationärer Behandlung
=> finanzielle Einbußen für Krankenhäuser / Träger

- *ambulanter Sektor:*

keine Vorteile von verringerter Krankenhausbehandlung
keine Ressourcen für Prävention
=> fehlender Anreiz zur Ausweitung ambulanter Angebote
oder zur Reduzierung stationärer Aufenthalte

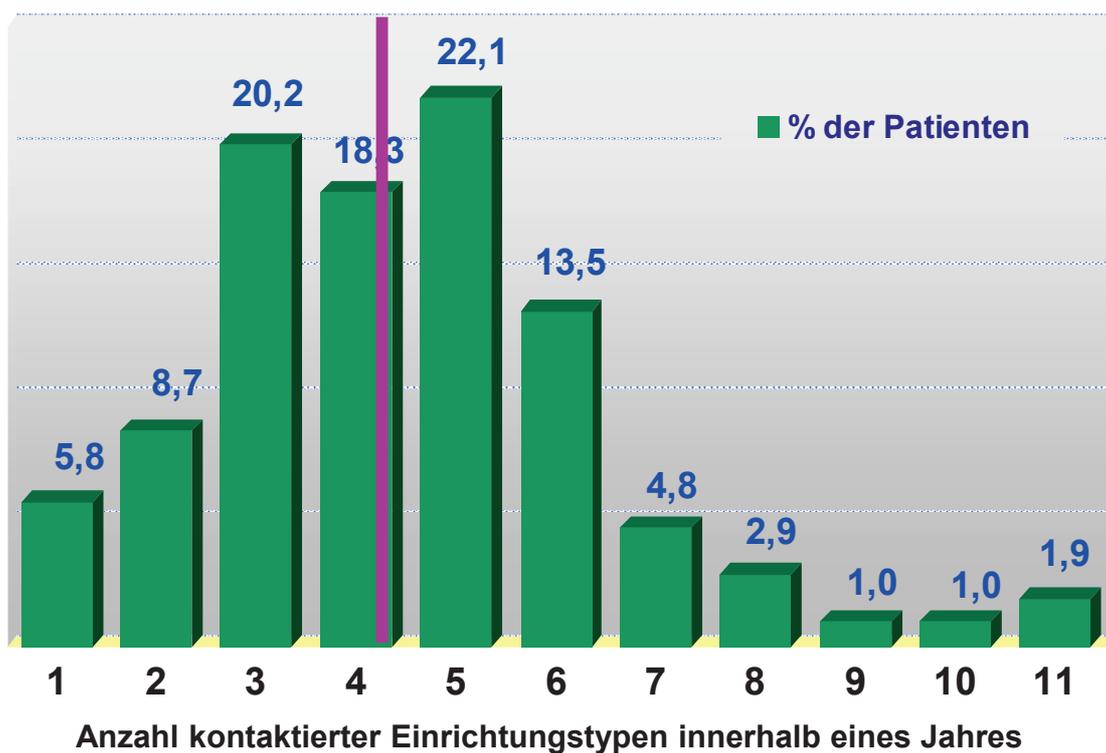
- *gesetzliche Krankenversicherung:*

Vorteile durch Frühberentung und Ausgliederung
=> reduzierter Anreiz zur Arbeits- und Berufsrehabilitation

Versorgungsfragmentierung



Nutzungshäufigkeit psychiatrischer Dienste durch Patienten mit Schizophrenie



Wieviel IV gibt es in der deutschen Psychiatrie ?

Übersicht

Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland

Implementing Models of Cross-Sectoral Mental Health Care (Integrated Health Care, Regional Psychiatry Budget) in Germany: Systematic Literature Review

Autoren: Petra Schmid, Tilman Steinert, Raoul Borbé
Institut: Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Abteilung Psychiatrie I der Universität Ulm

Schlüsselwörter

- sektorübergreifende Versorgung
- Regionalbudget
- integrierte Versorgung

Keywords

- integrated health care systems
- regional psychiatry budget
- health care financing
- administration
- Germany

Zusammenfassung

Anliegen: Sektorübergreifende Versorgungsmodelle wie das Regionalbudget und die integrierte Versorgung wurden geschaffen, um die Fragmentierung psychiatrischer Versorgung zu überwinden. Der Implementierungsstand in Deutschland und die Begleitevaluation sollen dargestellt werden.

Methode: Systematische Literaturrecherche, zusätzliche Handsuche.

Ergebnisse: 28 Artikel und 38 Internetseiten wurden identifiziert, die sich auf 21 Projekte bezogen. Die Projekte weisen eine hohe Heterogenität auf (Größe, Ziele, inhaltliche Umsetzung, eingeschlossene Patienten, Art und Umfang der Evaluation etc.). Im Hinblick auf klinische Outcomes zeigt sich ein positives, hinsichtlich der Leistungsnutzung ein uneinheitliches Bild.

Schlussfolgerung: Die Datenlage ist vielversprechend, wenn auch uneinheitlich. Welche Versorgungsformen sich durchsetzen werden, ist noch nicht absehbar.

Quelle: Schmid et al (2013) systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung in Deutschland. Psychiatrische Praxis 40: 414-424

Modelle sektorübergreifender Versorgung

Regionales Psychiatriebudget

Steinburg, Itzehoe
München-Ost
ZfP Südwürttemberg
Rendsburg-Eckernförde
Herzogtum Lauenburg
Nordhausen
Dithmarschen
Nordfriesland
Hanau

Integrierte Versorgungsmodelle

UK Hamburg-Eppendorf
AOK Niedersachsen
Bonn (Rheinische Kliniken)
München
Berlin (VPSG)
Mainz
Aachen
Kaufbeuren
Freiburg
Mecklenburg
Emsland
Netzwerk psychische Gesundheit

RBB: Projekte zur Aufhebung unterschiedlicher Finanzierung von Klinikleistungen

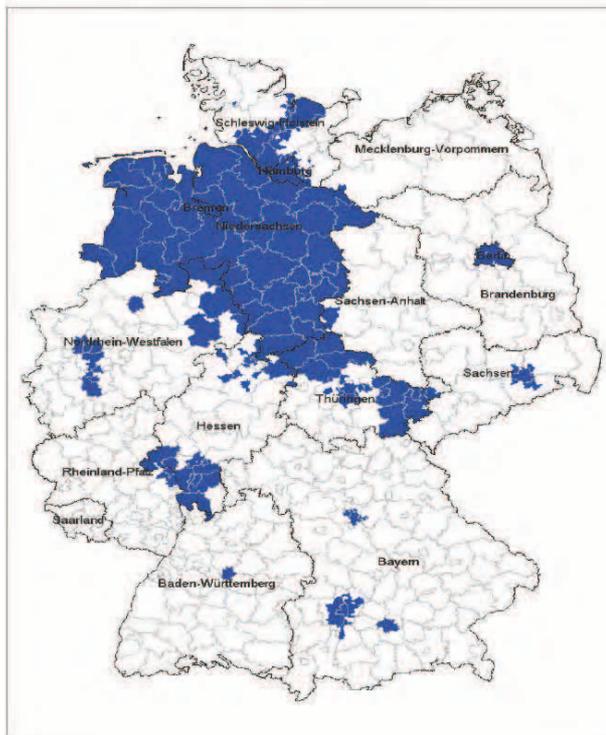
IV: Projekte zur Veränderung/Flexibilisierung traditioneller Versorgungskonzepte

Quelle: Schmid et al (2013) systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung in Deutschland. Psychiatrische Praxis 40: 414-424

IV-Verträge Netzwerk Psychische Gesundheit

13 Verträge in 11 Bundesländern ca. 6.900 Einschreibungen (Stand 2013)

Niedersachsen-Nord
Niedersachsen-Süd
Berlin
Bayern
Bremen
Hamburg
Schleswig Holstein
Nordrhein-Westfalen
Hessen-West
Hessen-Südost
Thüringen
Stuttgart
Dresden



Datenquelle: Dachverband Gemeindepsychiatrie

Einschreibungen

Netzwerk psychische Gesundheit:

Techniker Krankenkasse, KKH Allianz, AOK Rheinland/Hamburg 6.900

weitere Verträge mit:

Gesellschaft für Wirtschaftlichkeit & Qualität bei Krankenkassen
(GWQ ServicePlus AG deutschlandweit)

Regionale Verträge mit:

AOK Nordost (PIBB Berlin) & Rheinland 1.100
DAK Berlin (PIBB Berlin) 400-500

weitere Regionale Kassen

Verträge der BAG IV des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie 9.000

Gesamteinschreibungen

ca. 11.000

Datenquelle: Dachverband Gemeindepsychiatrie

Wie wird IV wissenschaftlich begleitet ?



seit 2003:

- 3 Modelle bereits gekündigt (Bonn, Aachen, Freiburg)
- 5 Projekte wissenschaftlich begleitet und Daten publiziert

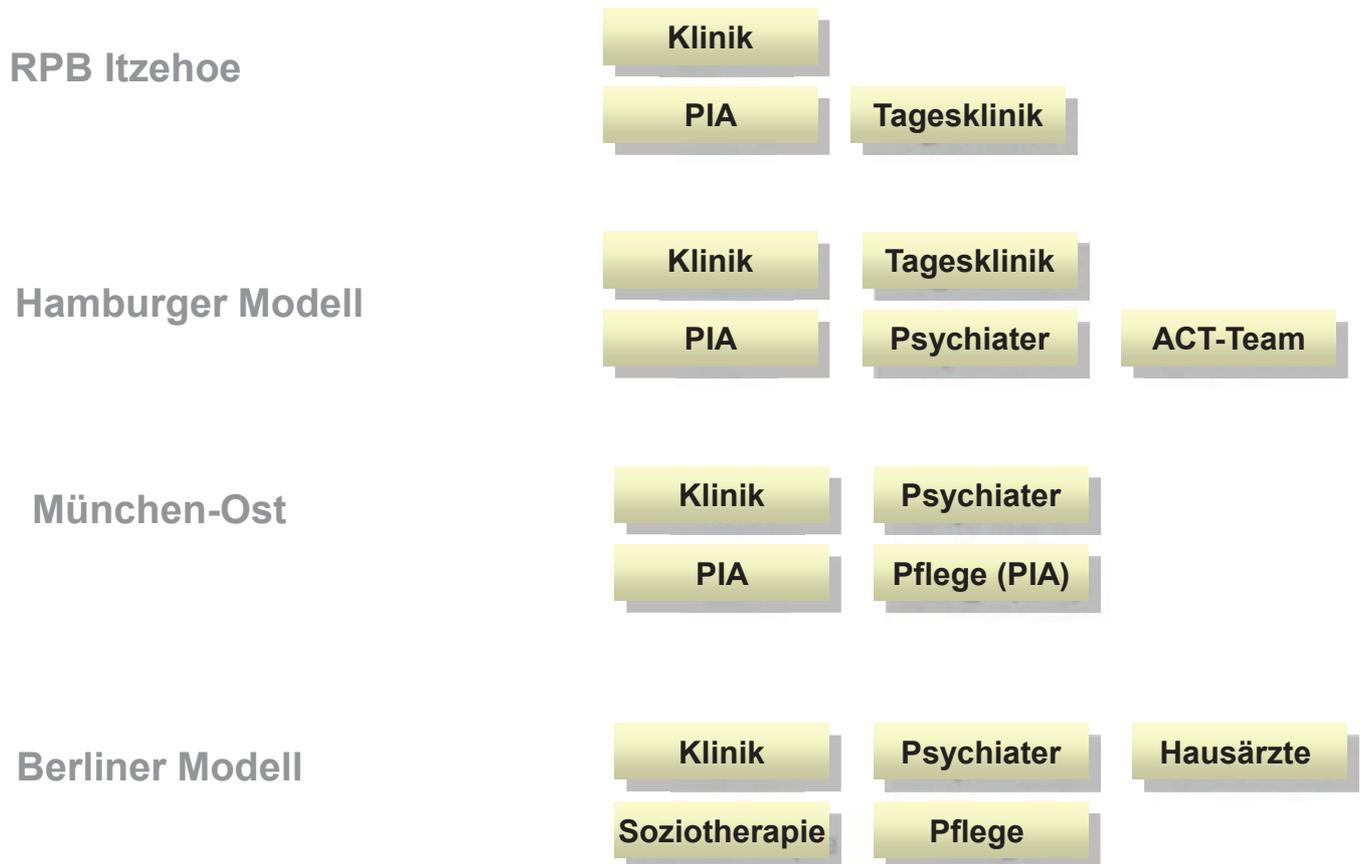
RPB Kreis Steinburg	}	Evidenzlevel 2+ (gut ausgeführte Kohortenstudie)
Hamburger Modell		
München-Ost		
Rheinische Kliniken Bonn	}	Evidenzlevel 3 (nichtanalytische Studie)
Herzogtum Lauenburg		

plus aktuelle Publikationen: Berliner Modell (incl. Brandenburg, Niedersachsen Bremen)
Lüneburger Modell

Evaluierte IV-Modelle

RPB Itzehoe	Jan. 2003	F0-9
Hamburger Modell	Mai 2007	F20, F25, F31, F3x.3
München-Ost	Mai 2007	F0, F10, F2, F3
Rhein. Kliniken Bonn	Juni 05 - Dez. 08	F1
Herzogtum Lauenburg	Jan. 2008	F0-F9
Berlin/Brandenburg/ Niedersachsen/Bremen	2006-2010	F2, F32-F39

Evaluierte IV-Modelle



Methodischer State of the Art einer IV-Evaluation

- Mehrstufigkeit der Wirkungszusammenhänge im Modell
- Form und Richtung der Wirkungszusammenhänge
- Mehrdimensionalität der Zielgrößen
- direkte und indirekte Effekte auf Zielgrößen
- nicht kontrollierte Faktoren
- Kontextmerkmale (Angebote in der Region, Zugangsschwellen etc.)
- Kriterien der Wirksamkeit
- subjektive und objektive Ergebnisparameter
- Einbezug von Bezugspersonen und Familienangehörigen
- Erfassung der Behandlungskosten
- standardisierte empirische Erhebungen u. statistische Analysen

Hamburger Modell

Finanzierungsträger: *DAK, HEK, IKK, AOK*

Einrichtungsträger: *UK Hamburg-Eppendorf
(vollstationäre, tagesklinische, PIA-Versorgung
niedergelassene Psychiater, ACT-Team)*

Finanzierung: *versichertenbezogene Jahrespauschale, die alle IV-Maßnahmen
abdecken muss (Capitation-Modell)*

herkömmlich finanziert: *komplementäre Versorgung (Wohnen, Arbeitsreha etc.)*

Neuerung: *Kriseninterventionsteam, Home Treatment*

Anreiz: *Einrichtungsträger kann Gewinn erwirtschaften, Flexibilität*

Start: *1.5.2007, Laufzeit mittlerweile verlängert*

Kontrollregion: *keine*

Wissensch. Begleitung: *UK Hamburg*

Hamburger Modell

Ergebnisse (nicht kontrolliertes Design, n=128, Ausschlüsse und Dropouts 25%)

Verbesserung über Projekt-Laufzeit (4 Jahre)

- Psychopathologie (BPRS) < .0001
- Schweregrad (CGI) < .0001
- Funktionsniveau (GAF) < .0001
- Lebensqualität (Q-Les-Q-18) < .0001
- Behandlungszufriedenheit Patienten (CSQ) < .0001
- Behandlungszufriedenheit Angehörige (CSQ) < .0001

Zwangseinweisungen reduziert, Medikamentenadherenz verbessert

RBB Itzehoe

Finanzierungsträger: *Krankenkassenverbände Schleswig Holstein*

Einrichtungsträger: *Klinikum Itzehoe, Psychiatrisches Zentrum Glückstadt (vollstationäre, tagesklinische und PIA-Versorgung)*

Finanzierung der Behandlung durch fixes jährliches Budget für ein jährliches Behandlungskontingent von 1.315 Patienten (+/- 6%)

Bedingung: Bedarfsdeckung, keine Qualitäts- und Quantitätseinbußen

herkömmlich finanziert: *niedergel. Psychiater, komplementäre Versorgung*

Neuerung: Flexibilisierung der voll- und teilstationären sowie PIA-Behandlung

Anreiz: Einrichtungsträger kann Gewinn erwirtschaften

Start: *1.1.2003, Laufzeit 5 Jahre, mittlerweile verlängert*

Kontrollregion: *Kreis Dithmarschen*

Wissensch. Begleitung: *Universität Leipzig*

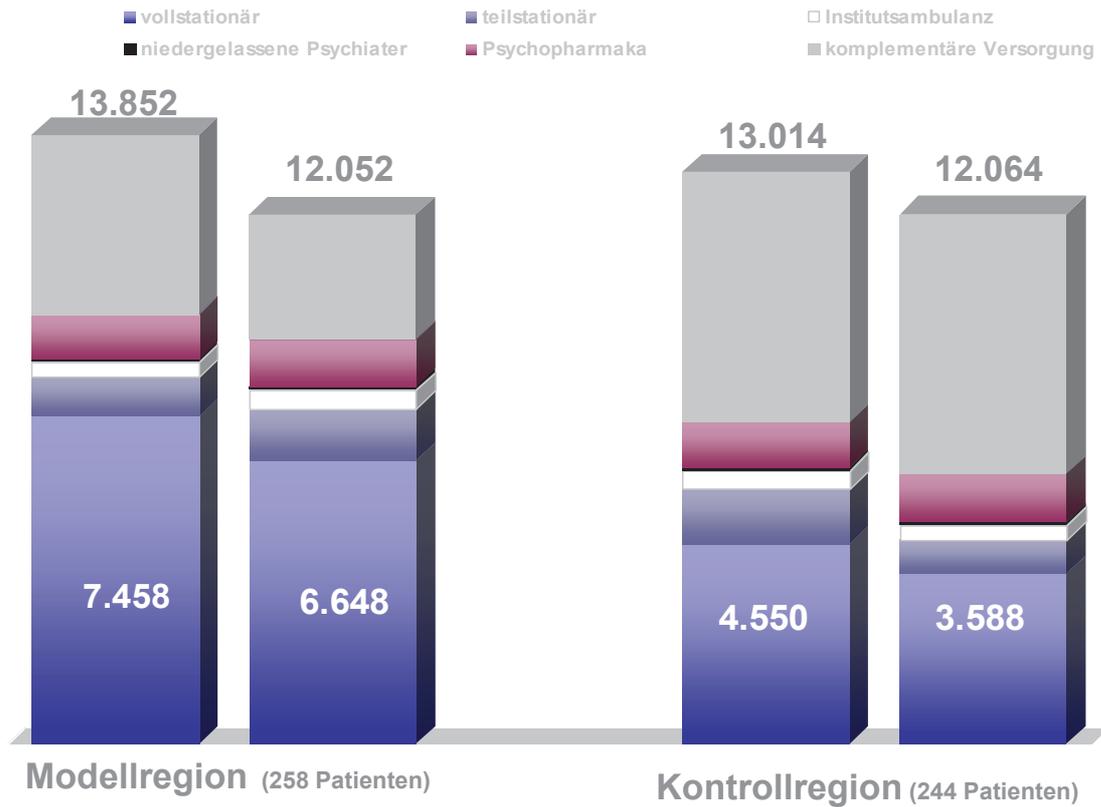
RBB Itzehoe

Versorgungsqualität

Veränderung zwischen IV- und Kontrollregion über Zeit

<i>Funktionsniveau</i> Global Assessment of Functioning (GAF)	Verbesserung in IV-region (8,1) p=0.001
<i>Gesamtbeurteilung</i> Clinical Global Impression Scale (CGI-S)	kein Unterschied
<i>Schweregrad</i> Global Severity Index (GSI)	kein Unterschied
<i>Lebensqualität</i> Visuelle Analogskala (EQ-5D VAS)	kein Unterschied

RBB Itzehoe – Kostenvergleich 0-12 Monate



Quelle: Roick et al. 2008 Das Regionale Psychiatriebudget: Kosten und Effekte eines neuen sektorübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung. Psychiatrische Praxis 35: 279-285, eigene Berechnung

RBB Itzehoe

Ergebnisse nach 3,5 Jahren:

Kein Unterschied zwischen IV- und Kontrollregion bei Psychopathologie

Lebensqualität

Gesamtkosten

Funktionsniveau der Patienten besser in IV-Region

Kosten der vertragsärztlichen Versorgung in IV-Region stärker gestiegen

Quelle: König et al. 2008 Das Regionale Psychiatriebudget (RPB): Ein Modell für das neue pauschalierende Entgeltsystem psychiatrischer Krankenhausleistungen. Psychiatrische Praxis 37: 34-42

Vernetzte Versorgung Lüneburg

Versorgungsqualität

Veränderung zwischen
Interventions- und Kontroll-
gruppe über Zeit

<i>Funktionsniveau</i> Global Assessment of Functioning (GAF)	p=0.004
<i>Funktionsniveau</i> WHO Disability Assessment Schedule 2 (WHODAS II)	n.s.
<i>Symptomatik</i> Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)	p=0.003

Quelle: Kästner et al. 2013 Effektivität von Integrierter Versorgung für schizophren erkrankter Patienten – Erste Ergebnisse zu Symptomatik und Funktionsniveau. 12. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung 23. - 25. Oktober 2013, Berlin

Berliner Modell

IV für schwer psychisch Kranke

- 2006 - 2010 in Berlin, Brandenburg, Niedersachsen, Bremen
- Träger in Berlin-Brandenburg:
Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit (bis 2008)
Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB, ab 2008)
- Beteiligte Kassen: DAK-Gesundheit, BKK der VAG Mitte
- Aufnahmekriterien
 - ICD-10 F0 - F8
 - mindestens 18 Jahre
 - Schweregrad (CGI \geq 5)
 - Funktionsfähigkeit (GAF \leq 50)
- krankenhauservermeidende oder krankenhausersetzende Behandlung erforderlich

Berliner Modell

- **Aufbau wohnortnaher, vernetzter ambulanter Strukturen**
Fallkonferenzen
fachspezifische Fortbildungen
Qualitätszirkel
- **Psychiater steuert und koordiniert aufsuchende Hilfen**
(psychiatrische Pflege und Soziotherapie)
- **Psych. Pflege und Soziotherapie flexibel u. zeitnah**
- **Evaluation durch Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité**
- **Externes Qualitätsmanagement durch Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité**

Berliner Modell - Evaluation

- **Kostenevaluation aus Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherung**
- **Gesamtgruppe n= 1.364 Patienten in 66 Praxen**
- **Diagnosegruppen:**
F0: 4,8% F1: 1,5% F2: 21,0% F3: 58,8% F4: 11,4%
- **Mittleres Alter 48,8 Jahre**
- **Prä-Post-Vergleichsstudie (18 Monate vor und nach IV-Aufnahme) n=226**

Krankenhaustage verringerten sich signifikant ($p < .001$)

Kosten für stat. Behandlungen verringerten sich signifikant ($p < .001$)

*Einsparungen im stationären Bereich durch Mehrausgaben für
Medikamente und ambulante Komplexeleistungen kompensiert*

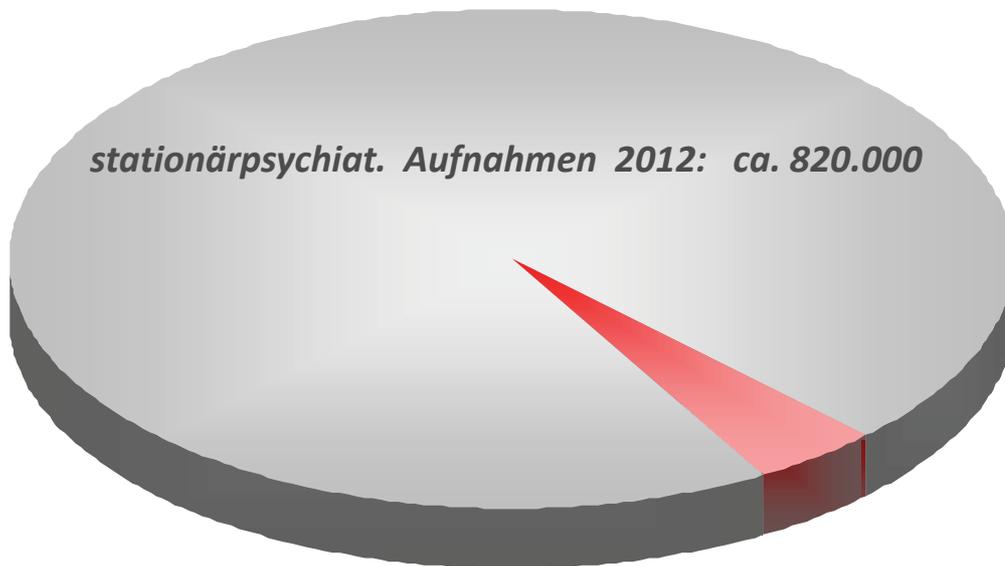
Zwischenfazit IV-Evaluation

- wenig Begleitstudien, kleine Stichproben, keine Langzeitnachbeobachtung, moderate methodische Standards
- leicht verbesserte bis gleichbleibende Symptomatik
- Kostenneutralität bis leichte Kostensteigerung
- Kostenneutralität für Kostenträger

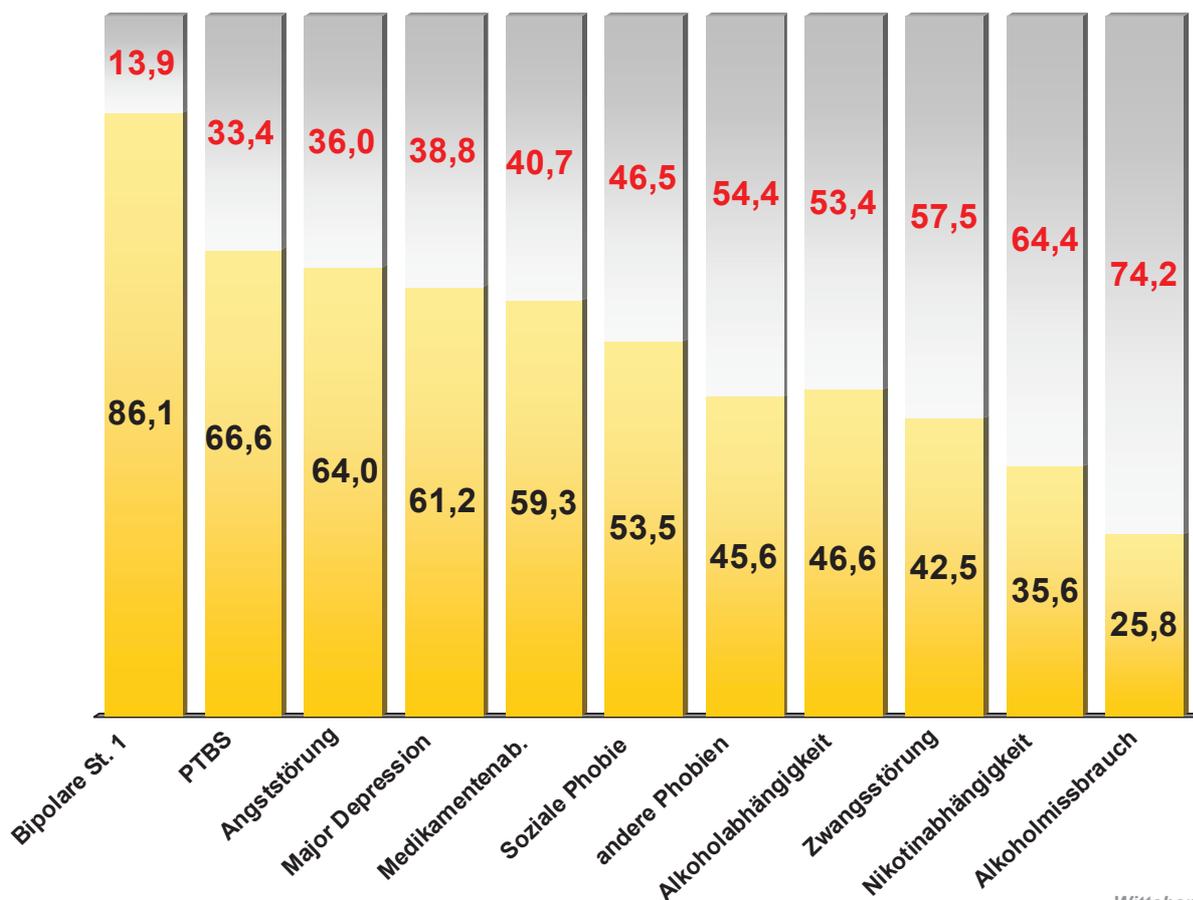
Kritische Aspekte

- Dauer der IV-Debatte und Modellerprobung > 10 Jahre
- bisher keine Flächendeckung
- selektive Integration der Versorgungssektoren
- selektive Integration der Finanzierungsträger
- mangelnde Orientierung an Versorgungsqualität
- fehlende Indikatoren für Versorgungsqualität
- fehlende Betroffenenperspektive
- keine Bilanzierung aus Perspektive der Gesamtversorgung und des Gesamtbudgets

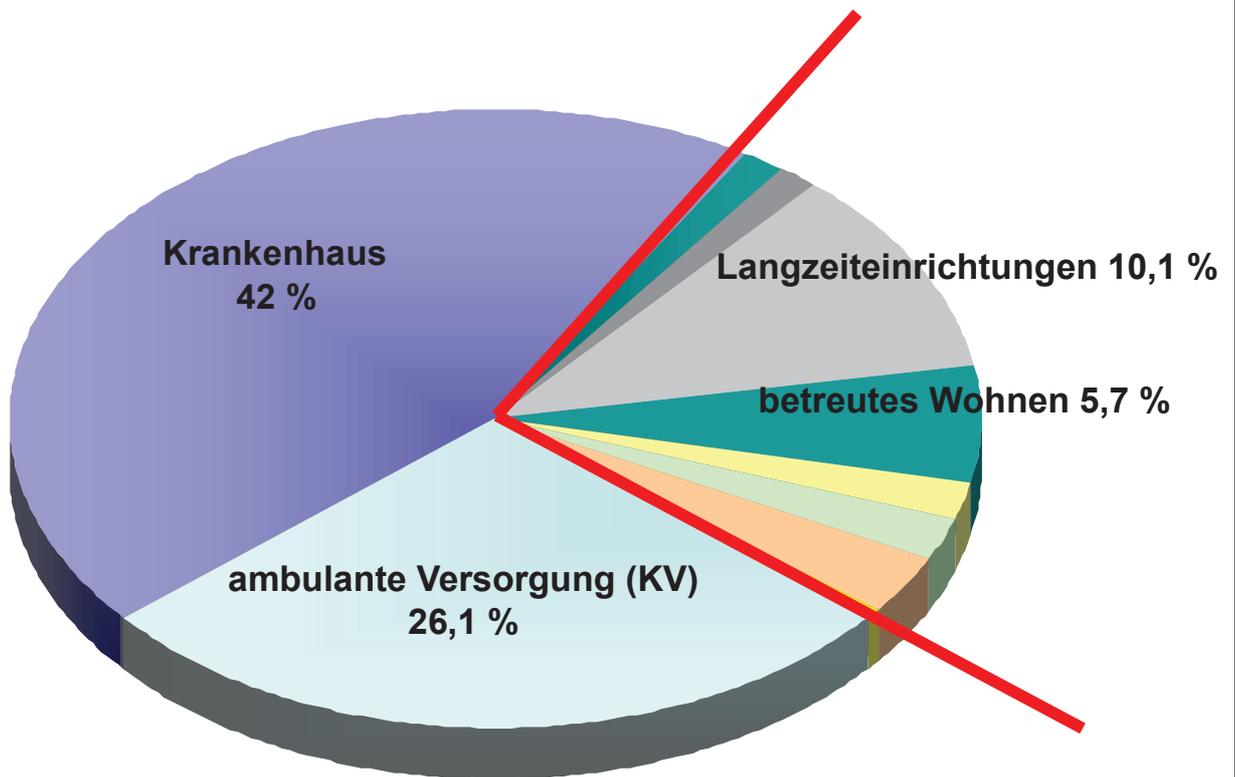
Versorgungsepidemiologische Perspektive



Unbehandelte psychische Störungen - in Deutschland 2011



Kostenperspektive: abgedeckte Sektoren



hochgerechnet aus Daten des Bezirks Oberbayern

Quelle: Melchinger et al. 2006

Welcher Outcome-Indikator ?

methodische Anforderungen:

universell

sektorübergreifend

standardisiert

multiprofessionell

versorgungs-, nicht zustandsbezogen

leicht anwend- und messbar

Welcher Outcome-Indikator ?

methodische Anforderungen:

universell

sektorübergreifend

standardisiert

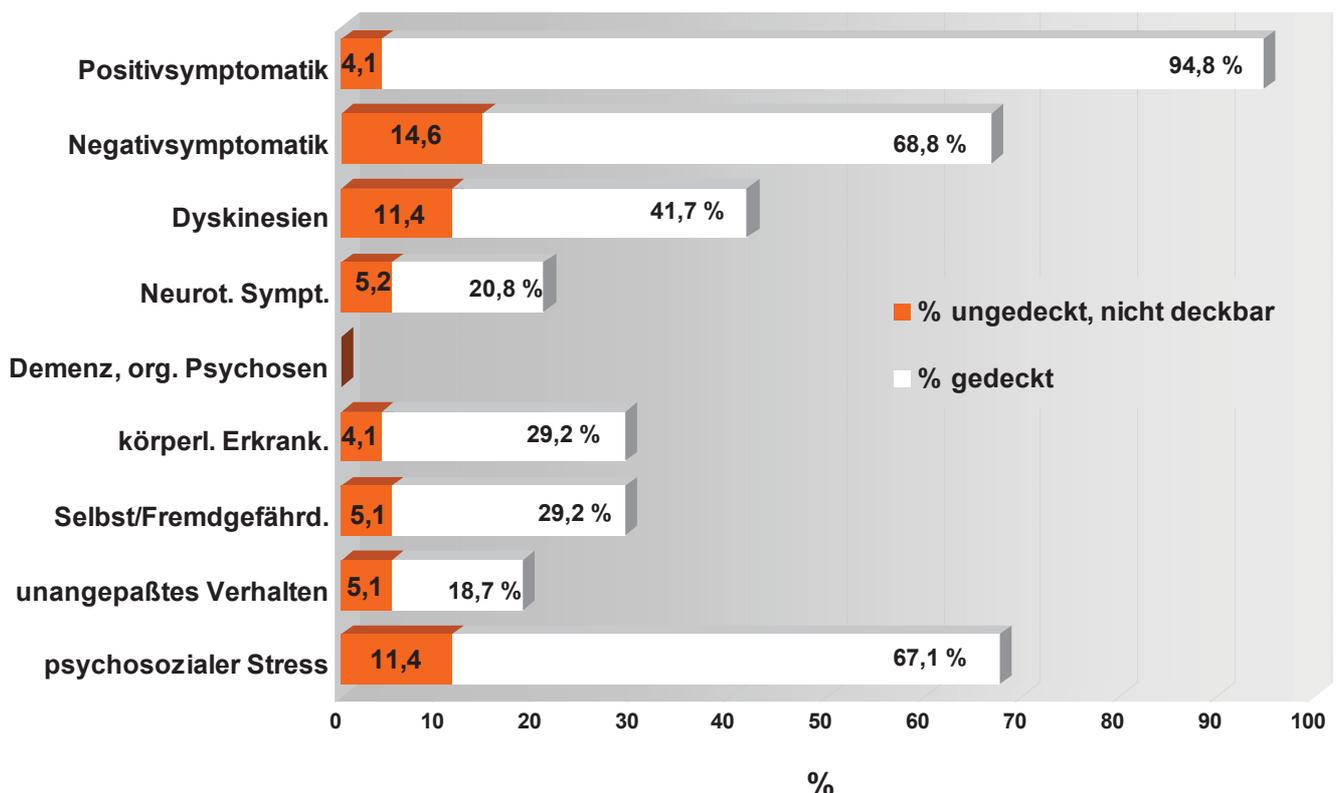
multiprofessionell

versorgungs-, nicht zustandsbezogen

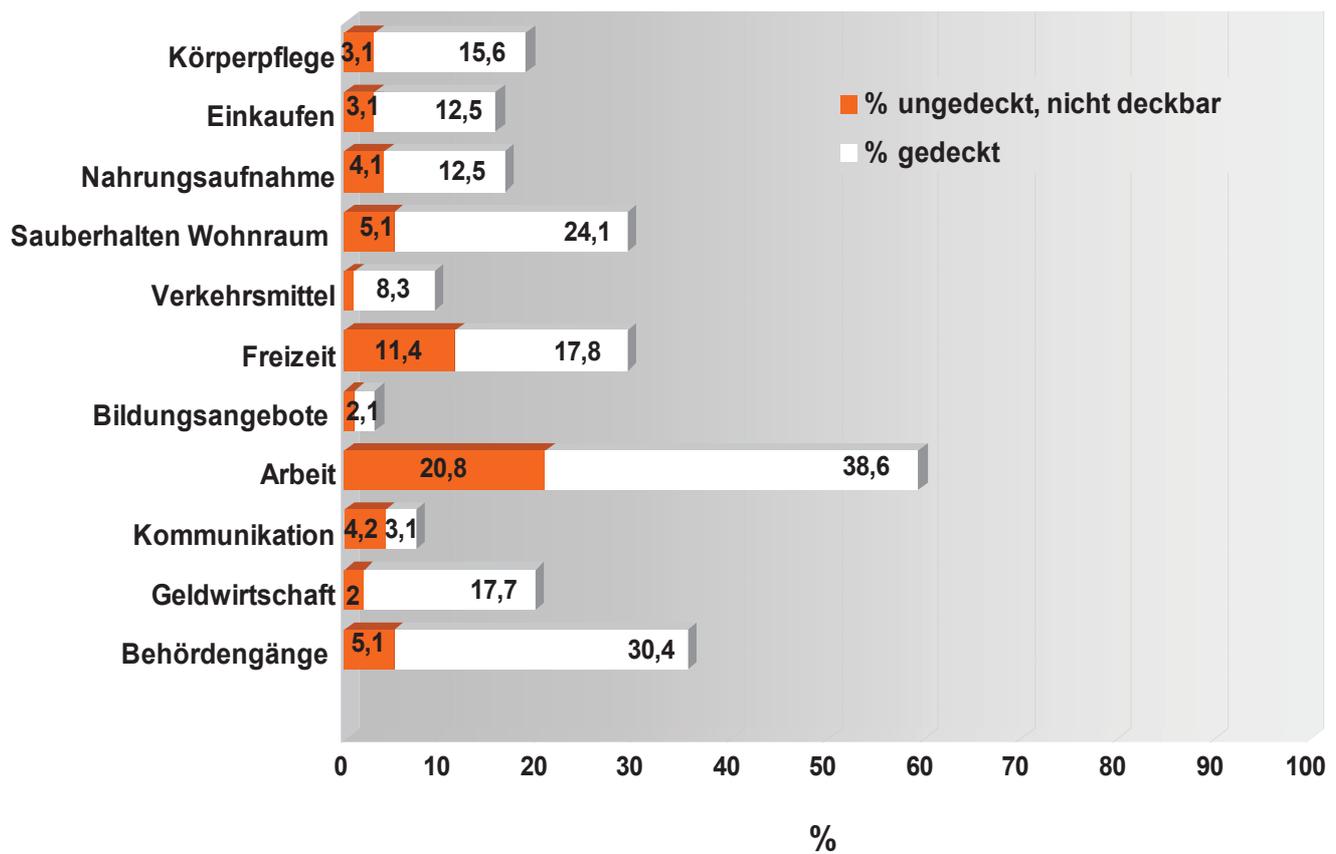
leicht anwend- und messbar

Grad der Bedarfsdeckung

Klinisch-psychiatrischer Versorgungsbedarf und Deckung Patienten mit Schizophrenie (nach einem Jahr in der Gemeindepsychiatrie)



Sozial-rehabitativer Versorgungsbedarf und Deckung Patienten mit Schizophrenie (nach einem Jahr in der Gemeindepsychiatrie)



Standardisierter Effektivitätsindikator

Zahl ungedeckter Probleme (t1) + Zahl ungedeckter Probleme (t2)

Zahl vorhandener Probleme (t1) + Zahl vorhandener Probleme (t2)

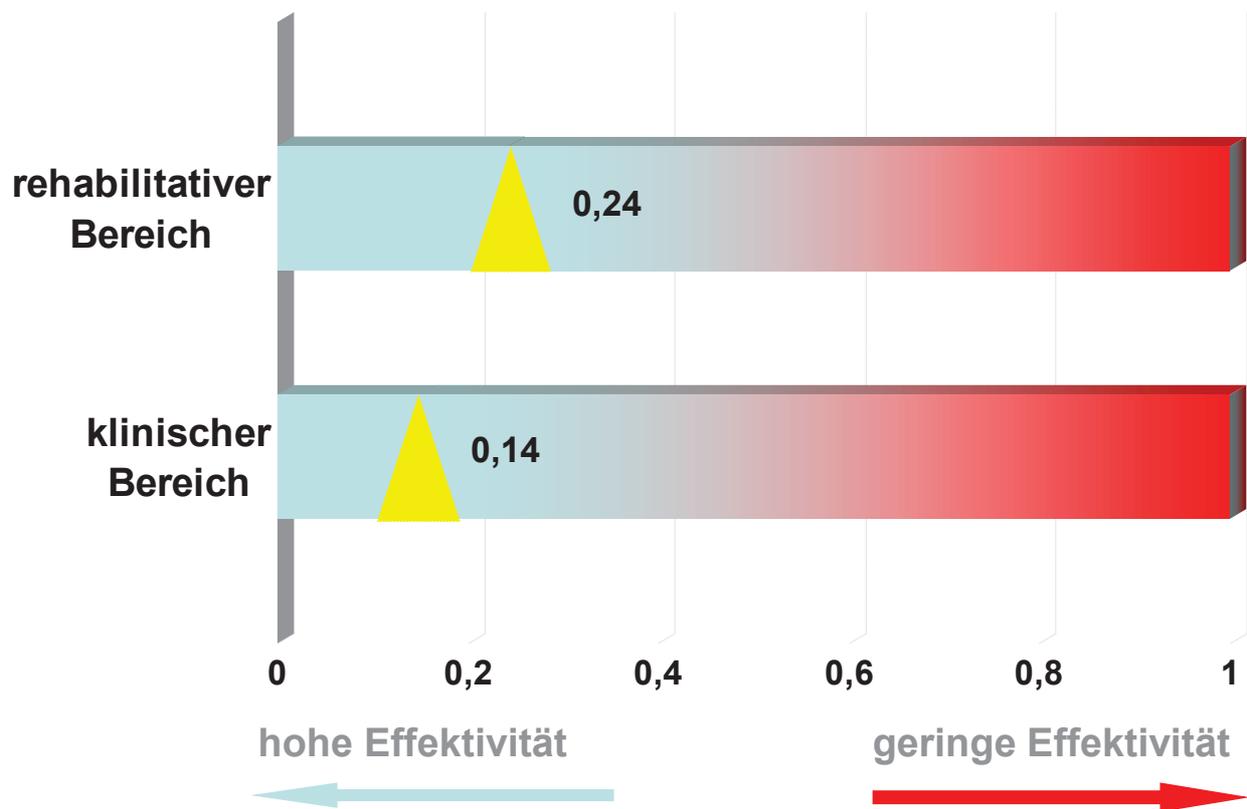
ergibt Effektivitätsindikator, skaliert auf den Bereich zwischen

0 = aller vorhandener Bedarf ist gedeckt

1 = aller vorhandener Bedarf ist ungedeckt

d.h. je näher der Indikator an 0, desto besser die Versorgung
in der Region bzw. der Patientengruppe

Indikator: Effektivität gemeindepsychiatrischer Versorgung von Patienten mit Schizophrenie (in Mannheim)



Implementierungs- und Durchführungsprobleme

- kontinuierliche Dokumentation von Versorgungsmaßnahmen und Behandlungsergebnis ist zeit- und personalintensiv
- Standardisierungs- und Schulungsaufwand
- Instrumente stehen zur Verfügung
 - IBRP (integrierter Behandlungs- & Rehaplan) (Aktion Psych. Kranke)
 - GPV-Dokumentation (ZI Mannheim, SM Baden-Württemberg)
 - BaDo Gemeindepsychiatrie (Uni Leipzig, Uni Dresden)
 - Forschungsskalen (NCA CANSAS etc.)
- daten- und personenschutzrechtliche Fragen
- geringere Sensitivität im Vergleich zu Kostendaten

Deckungsbereich von IV-Modellen



Deckungsbereich von IV-Modellen



IV-Modell im komplementären Sektor



Klientenbudget SPHV Wiesloch

Finanzierungsträger: *LWV Baden*

Einrichtungsträger: *Sozialpsychiatrischer Hilfsverein Rhein-Neckar*

Integrierte Angebote: *SPDi, Betr. Wohnen, Tagesstätte, Ergotherapie*

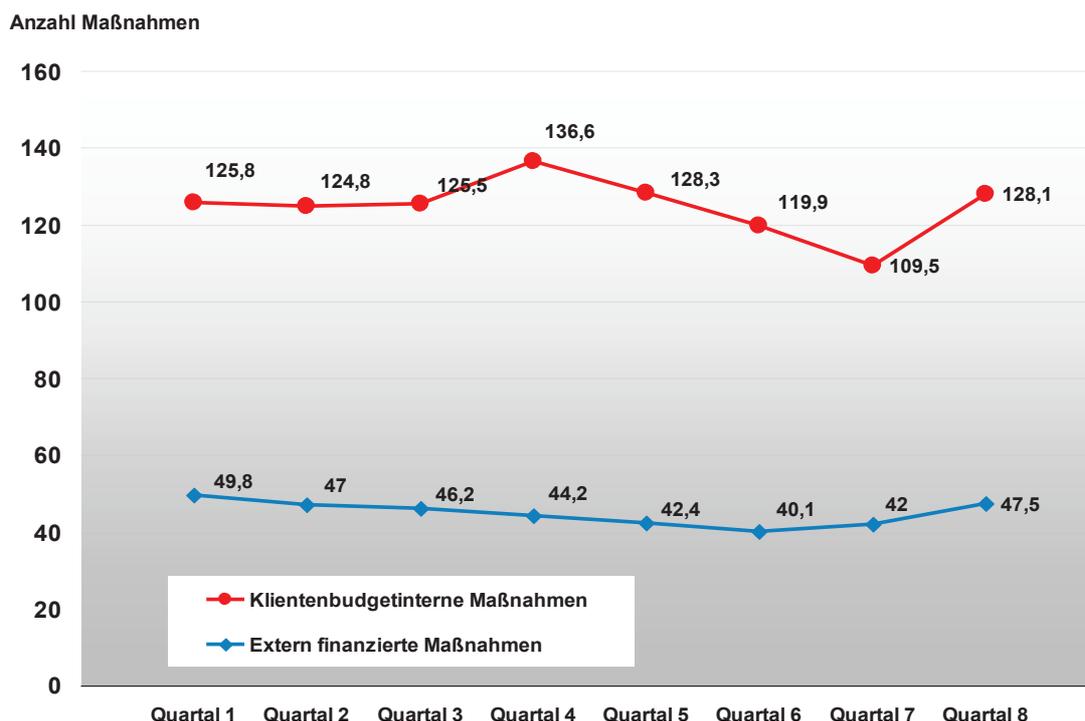
Finanzierung durch fixe degressive Pflegesätze (§ 140 d SGB V, § 26 Abs. 2 Pflegesatzverordnung):

herkömmlich finanziert: *Krankenhaus, niederg. Psychiater, psych. Pflege*

Wissenschaftliche Begleitung: *ZI Mannheim*

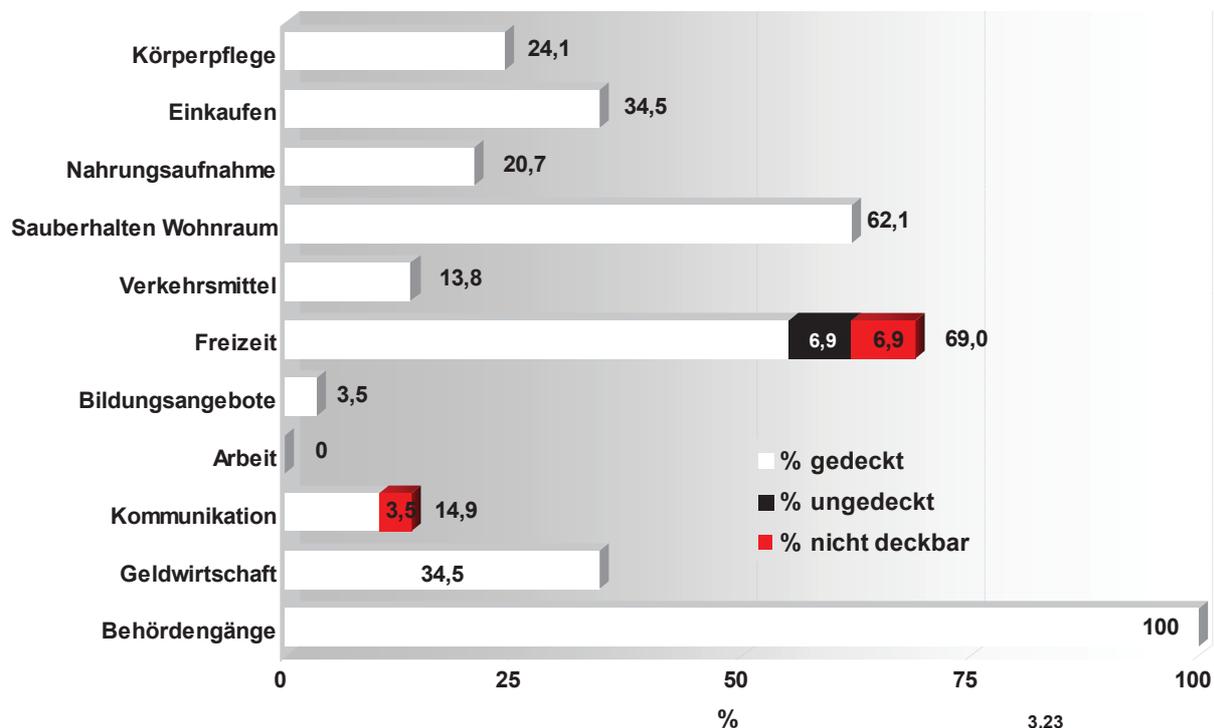
Klientenbudget SPHV Wiesloch

Häufigkeit psych. Maßnahmen pro Klient in 8 Quartalen (Mittelwerte)



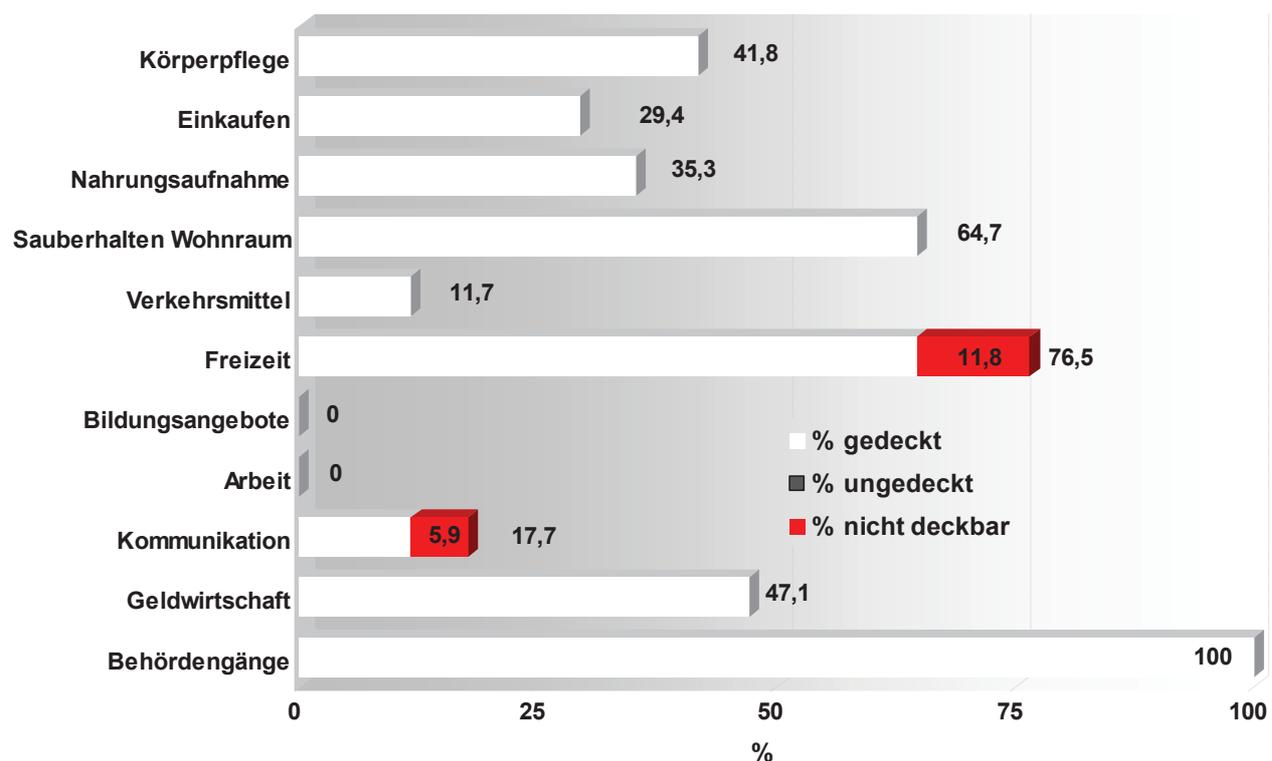
Klientenbudget SPHV Wiesloch

Sozial-rehabilitativer Versorgungsbedarf t1 (Studienbeginn) 29 Klienten



Klientenbudget SPHV Wiesloch

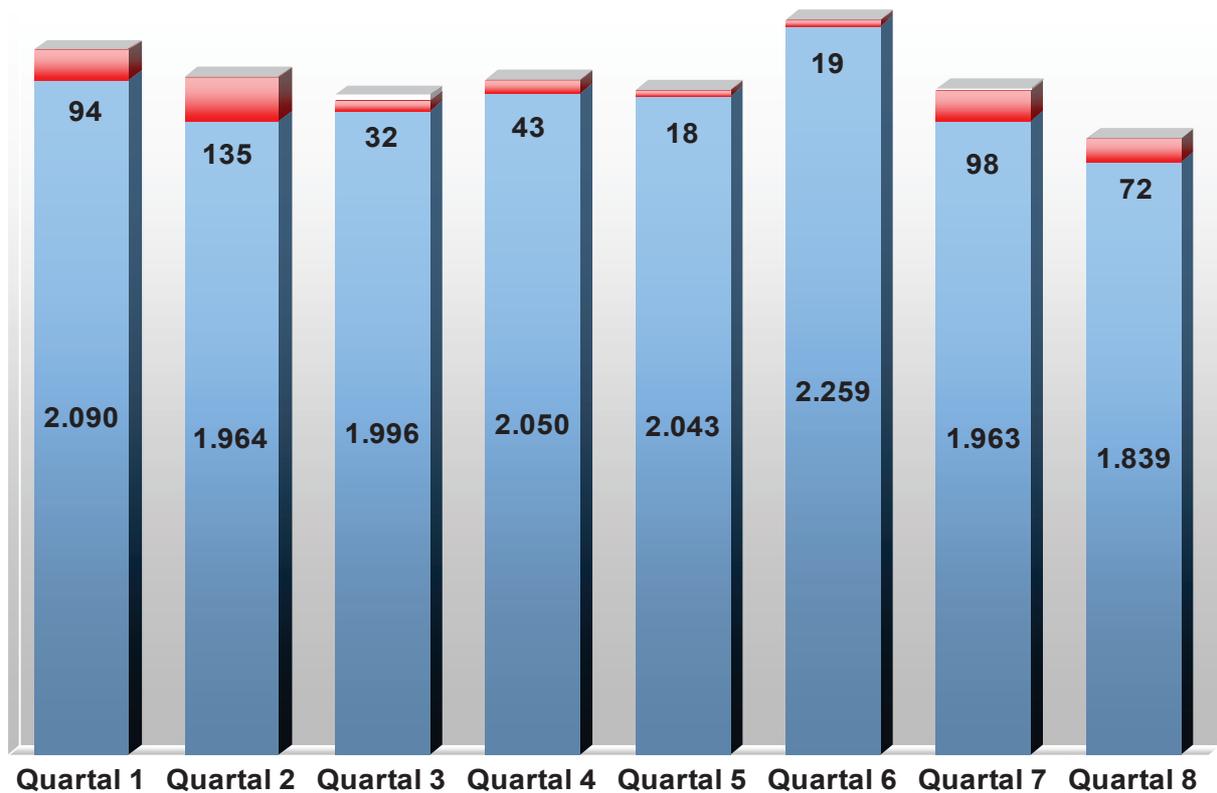
Sozial-rehabilitativer Versorgungsbedarf t4 (Studienende 24 Monate), 17 Klienten



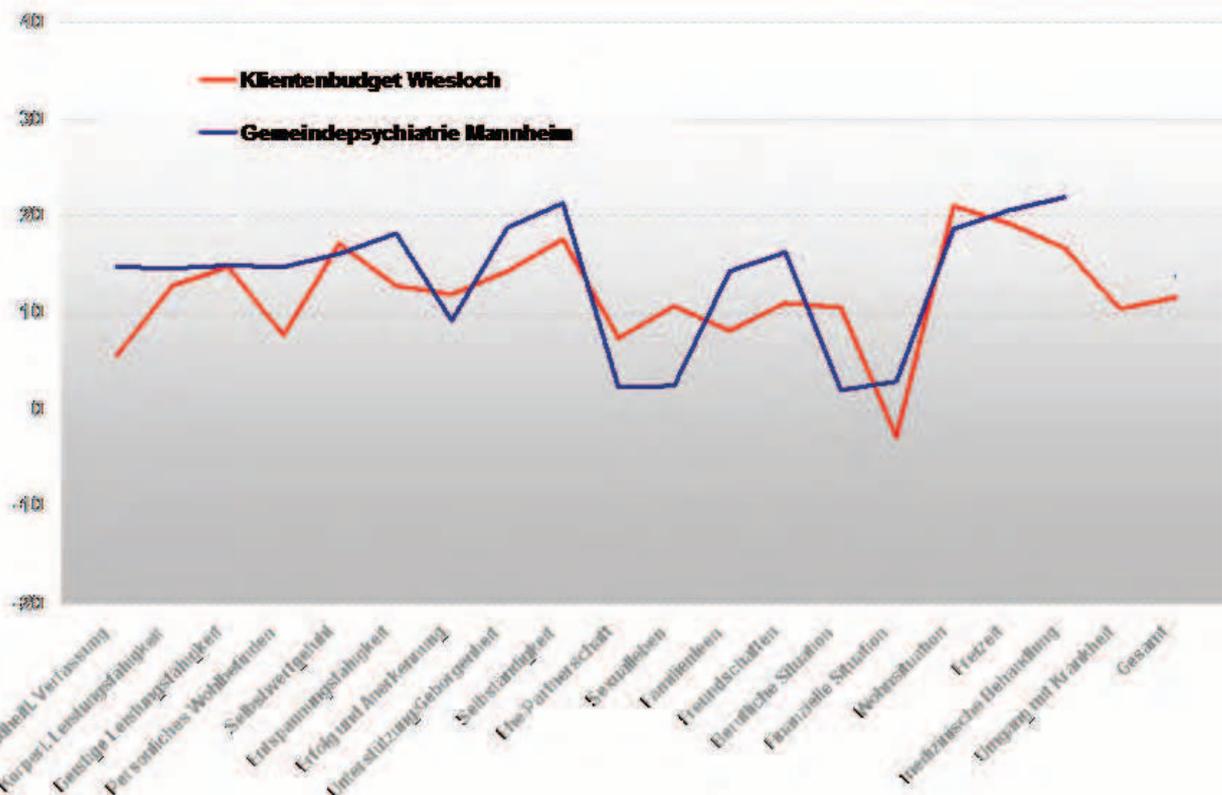
Krankenhaustage von Modellpatienten

Tage pro Quartal

rot: psych. Krankenhaustage absolut
blau: ambulant betreute Tage absolut



Lebensqualität



Zusammenfassung

- Inhaltlich heterogene IV-Modelle
- geringe Patientenzahlen
- unterschiedliche Zielsetzungen
- rudimentäre wissenschaftliche Begleitung
- heterogene Ergebnisse, Trend:
 - leichte Verbesserung der Versorgungsqualität
 - keine Kosteneffekte
- Betroffenenperspektive selten
- Ausschluss entscheidender Sektoren im „klassischen“ IV-Modell:
 - Hausärzte
 - Psychotherapeuten
 - Betreutes Wohnen
 - Arbeits- und berufsrehabilitative Dienste
 - sonstige „komplementäre“ Angebote

Zusammenfassung

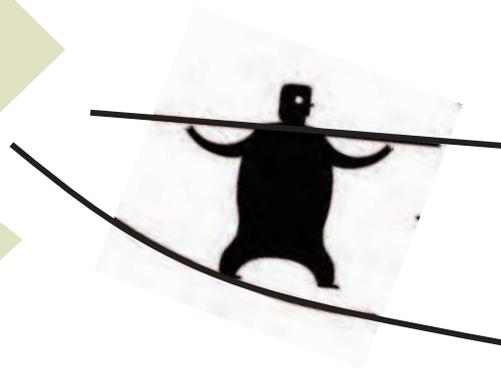
- Das Wirrwarr der Finanzierungsgrundlagen wird mit derzeitigen IV-Projekten nur geringfügig bereinigt **ohne** den zugrundeliegenden Fragmentierungskonflikt zu lösen: *SGB V vs. SGB XII, II, III, IX*
- Effizienzgewinn im IV-Sektor geht möglicherweise zu Lasten nicht integrierter Sektoren oder gleicht sich in der Gesamtperspektive aus
- IV-Einschreibungen treffen v.a. mittlere Schweregrade, Heimpatienten und leichte Fälle schreiben sich nicht ein
- selektive Integration im fragmentierten System führt evtl. zur verstärkten Ausgrenzung nicht integrierte Patientengruppen oder Sektoren
- IV erreicht bisher nur einen Bruchteil der psychisch Kranken
(ca. 30.000 bei ca. 820.000 Aufnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie 2012)
- Es fehlt an konsentierten und einfachen Indikatoren für „gute“ oder „bedarfsgerechte“ Versorgung

Zusammenfassung

- IV ist ggw. der einzig konkrete Versorgungsansatz, der das Thema Versorgungs- und Finanzierungsfragmentierung direkt adressiert und damit die Debatte offenhält.

Dies allein rechtfertigt bereits die Fortsetzung des IV-Experiments.

- IV-Modelle wirken durch reine Implementierung in der jeweiligen Region struktur- und bewusstseinsverändernd
 - alle Akteure werden sensibilisiert (für Thema und eigene Arbeit)
 - Nachteil: IV-Effekte diffundieren auch in die Kontrollgruppen (Transmittereffekt verwässert kontrollierte Studien)
 - Angehörige werden einbezogen
 - Empowerment wird gestärkt
- IV-Modelle bringen Evidenz für bisher nicht evaluierte Annahmen und Versorgungsforderungen (Bsp. Niedersachsen: Rückzugsräume u. Krisenzimmer werden nicht genutzt)



Gemeindepsychiatrie

The German Treatment Gap

Psychiatrische Versorgung in Norwegen

vom 26. September 2014

48. Fachgruppentagung

vom 25. – 26. September 2014

in der
Ev. Stiftung Tannenhof
Remscheid

von

Inger Kari Nerheim,
Helse Stavanger HF Stavanger universitetssjukehus



Stavanger Universitetssjukehus
Helse Stavanger HF

Die Psychiatrische Versorgung in Norwegen

Inger Kari Nerheim
Direktor
Stavanger Universitetskrankenhaus, Klinik für Psychiatrie
Mitglied der Sub-Comittee Psychiatrie EAHM/EVKD





Stavanger Universitetskrankenhaus



**Rund 7.300 Mitarbeiter(innen), rund 130
Kategorien Professionen, 26 Berufsverbände**

- Mehr als 140 Mitarbeiter(innen) promovierten im Jahr 2013
- Über 200 wissenschaftliche Artikel in internationalen Fachzeitschriften
- 15-20 Diplomarbeit-Präsentationen jährlich
- Mehr als 30 Ph.D Fellows
- 25 Professoren
- Etwa 250 kleine und große Forschungsprojekte



Die Psychiatrie umfasst Dienste für alle Altersgruppen: Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene, Gerontopsychiatrie. Die Dienste für erwachsene sind auf Spezialdienste und Allgemeinpsychiatrie verteilt.

Wie bei uns, ist die Psychiatrie Norwegens dezentralisiert

Stavanger Universitetssjukehus
Helse Stavanger HF

Klinik für Psychiatrie



Unsere Ziele:
 Hilfe geben so früh wie möglich: die Änderung des Dienstes in einen „frühen Zugang“ Service, bevor die Probleme schwer werden; mentale Gesundheit und Wohlbefinden fördern; hohe Qualität auf allen Ebenen; Resultatfokus-Benutzerfokus aufrechterhalten

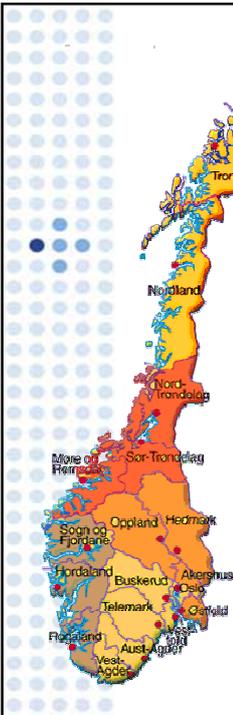
Überblick



1. Intro - Struktur auf nationaler Ebene
2. Stavanger - Mikroebene
3. Equity - Verteilung
4. Arbeitsforme um zu kompensieren - oder Innovativ sein?
5. Qualität, Autonomie, Menschenwürde

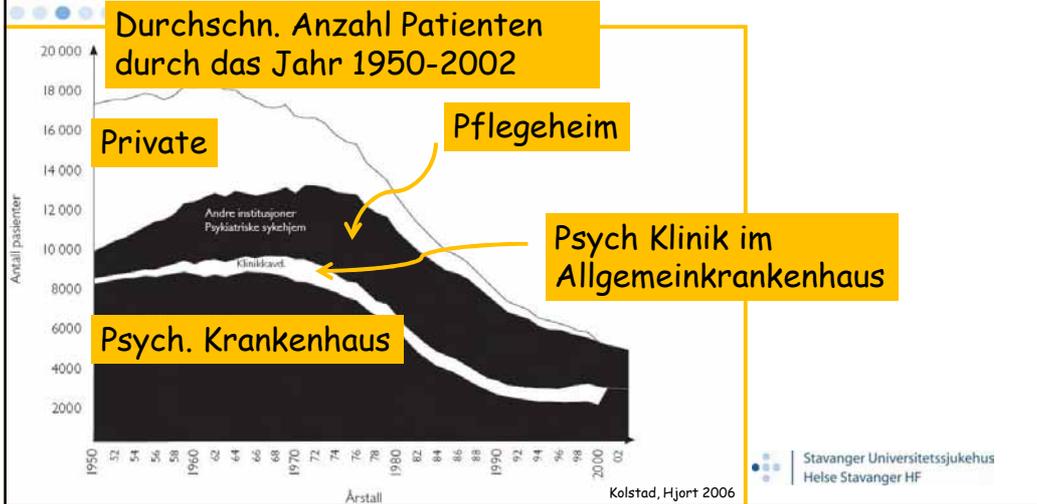
Stavanger Universitetssjukehus
Helse Stavanger HF

Gesundheitsversorgung in Norwegen

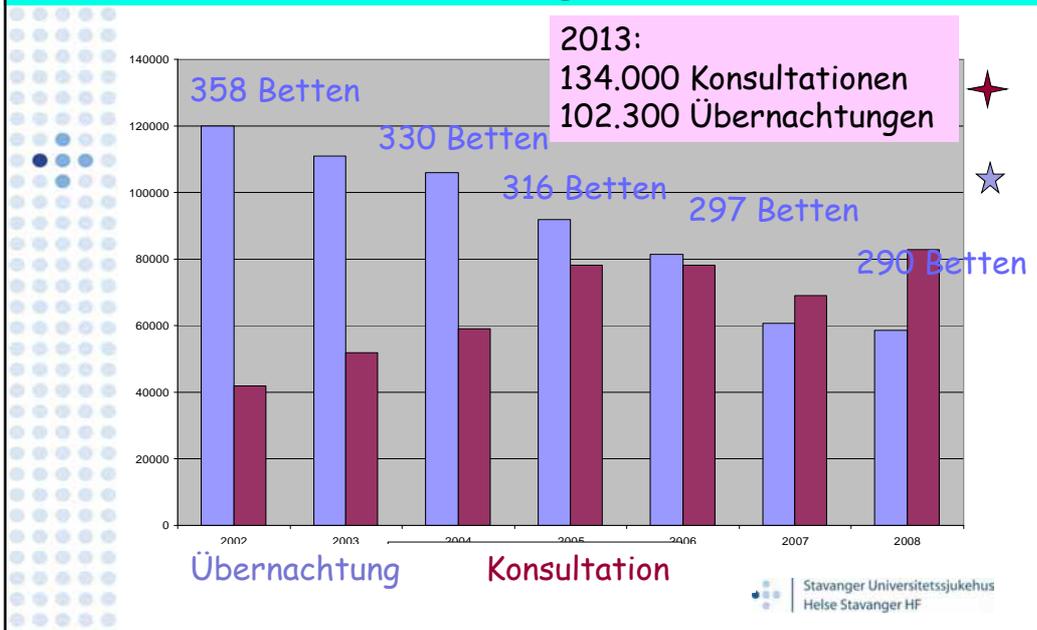


- 5 millionen Einwohner
- Die grosse Strukturwandel 2001: 4 Regionale Gesundheitsgesellschaften, die alle Krankenhäuser sammeln. Fusionen zw. Psychiatrie und Somatik, Integration alle spezialisierte Dienste der Psychiatrie.
- Mit staatlichen Kosten 2012: 4813 USD/Kopf /Deutschland 3436
- 9,3 Prozent der GNP/ Deutschland 11,3
- In den 431 Kommunen liegen ärztliche Betreuung, Pflegedienste, Altersheime, betreute Wohnungen, Unterstützung für chronisch kranke Menschen sowie Sozialhilfe, Arbeitslosigkeit
- Weitere Umwandlungen:
 - Die Eskalation der Psychiatrie 1999-2008
 - Der Reform der Zusammenarbeit 2010

Betten: Reduktion von 63% 1980-1990, weiter mit 17%. 2007: 12 Betten/10.000 Einwohner



Eine höhere Anzahl Menschen bekommen ihre Behandlung bei uns, ohne Krankenhausaufenthalt. Stavanger, Erw. 2002-2008



Eine wachsende Anzahl kurze Aufenthalte und eine wachsende Anzahl Konsultationen. Norwegen 1990-2007. Werden wir kranker?

	1990	1995	2000	2005	2007
Stationäre Betten, erw.	7 745	6 384	5 781	5 370	5 103
Entlassungen, pro Jahr	21 242	26 113	34 969	46 315	49 154
Liegezeit, durchschn.	123	82	56	36	32
Poliklinische/ambulante konsult. Pol. konsultationen/1000 Einwohner	272 000	429 000	528 000	710 000	1 009 000
			156	286	332

Verteilen wir unsere Ressourcen gerecht? Die 4 Regionen haben ein unterschiedliches Profil

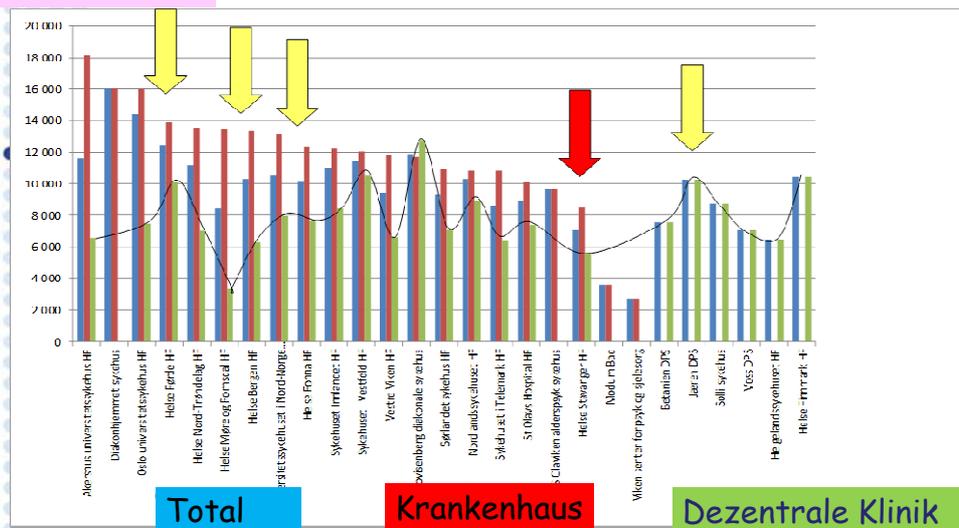
		Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Totalt
Entlassene, Erw. / 10 000 innb.	2008	123	140	137	172	133
	2012	123	145	142	187	136
Erw., übernachtungen	2008	370	410	336	376	374
	2012	330	346	276	353	311
Erw., Poliklinische und ambulante kons.	2008	306	267	309	295	297
	2012	332	291	370	334	329
Erw. Patienten/10.000	2008					
	2012	44	41	43	43	44
Kinder/jugendliche Patienten	2008					
	2012	52	45	49	67	51
K/J Poliklinische kons. (tiltak)	2008	809	532	558	1 013	733
	2012	937	523	846	859	826
Drogenzüchtige, Alkohol, Behandlungen /per 1000 innb. 18 år og over						
Übernachtungen/10000	2008	166	144	127	168	156
	2012	151	143	136	169	149
Entlassene/ 10 000 Einw.	2008	38	22	27	27	32
	2012	35	27	32	34	33
Polikliniske kons/10000	2008	70	36	22	21	52
	2012	104	95	47	28	87

Und wie sieht es aus, innerhalb unserer Region?

	Helse Vest	Helse Stavanger-området	Helse Fonna-området	Helse Bergen-området	Helse Førde-Sogn og Fjordane
Entlassene, Erw. / 10 000 innb.	2008 140 2012 145	156	161	141	106
Erw., overnættninger	2008 410 2012 346	377	315	357	252
Erw. Polikliniske und ambulante kons.	2008 267 2012 291	352	275	259	253
Erw. Patienter/10.000	2008 2012 41	39	41	42	39
PHBU Pasienter totalt (inkl avtalespes.)	2008 2012 45	40	46	45	59
PHBU Polikliniske kons. (tiltak)	2008 532 2012 523	464	434	573	628
Drogenz�chtige, Alkohol, Behandlungen /per 1000 innb. 18 �r og over					
�vern�ttninger	2008 144 2012 143	118	144	183	63
Aufenthalte /10 000 innb.	2008 22 2012 27	22	25	36	14
Polikliniske kons. (inkl RUS i PHV)	2008 36 2012 95	142	107	78	3

Variationen des Kostbildes pro  bern ttung in Norwegen.2011

8 NOK= 1 Euro



Warum die grossen Unterschiede? Auch in Europa?

Ein Beispiel: Die MAP-studie Unfreiwillige Hospitalisierung in Europa:

EU-countries except Scandinavia

- Spain 1 %
- Portugal 3.2 %
- France 10.5-12.5 %
- England 11.7 - 13.5 %
- Germany 3.9 - 44.8 %
- Finland 21.6 %
- Switzerland 93 %
- Riecher-Rossler & Rossler, 1993).

Scandinavia

- Denmark 4.6 % *
- Sweden 30 % *
- Norway
- in Hedmark County 48 % **
- 1994 Ullevål sector 85%
- 3 psychiatric hospitals in 3 regions (range 27 to 67 percent) ***
- Tromsø outpatient clinic 59 % ****
- In a national report 2001 - 2006, 35 %*****

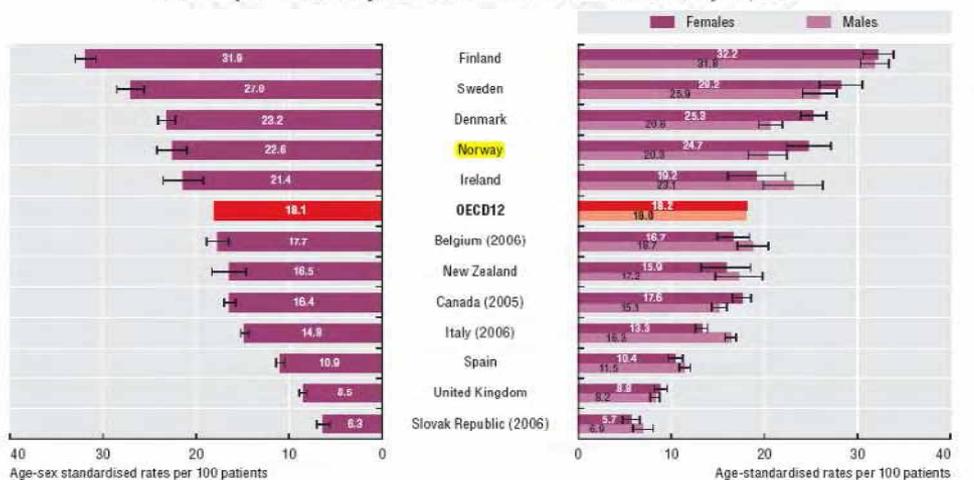


- * In 1997 to 2000 (Salize & Dressing, 2004)
- ** Brabrand & Friis, 1997
- *** Iversen, Hoyer & Sexton, 2009
- **** Deraas, Hansen, Giaever, *et al*
- ***** Bremnes, 2008; Bremnes, 2010

Stavanger Universitetssjukehus
Helse Stavanger HF

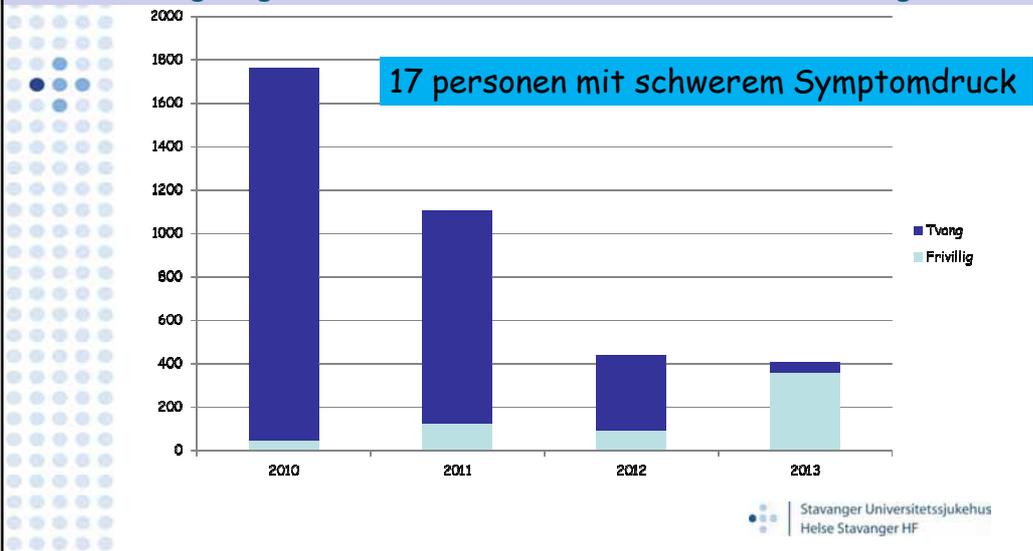
Wir arbeiten mit nationalen Qualitätsindikatoren

5.6.1 Unplanned schizophrenia re-admissions to the same hospital, 2007



Helse Stavanger HF

Innovative Vorgänge – kleine Kosten, grosse Effekte: Sandnes DPS. Nach drei Jahre mit recovery-modellierter Rehabilitierungspoliklinik, sind die Tage /Nächte im Krankenhaus auf Zwangsparagraf reduziert von 1776 bis 400. Der Anteil freiwillige Tage ist von 46 auf 357 erhöht! Ein Dienst mit Erfolg.



Die ArenaModelle lässt uns auf der Arena des Menschens sein, in der Arbeit, in der Schule, wo sie sich befinden.

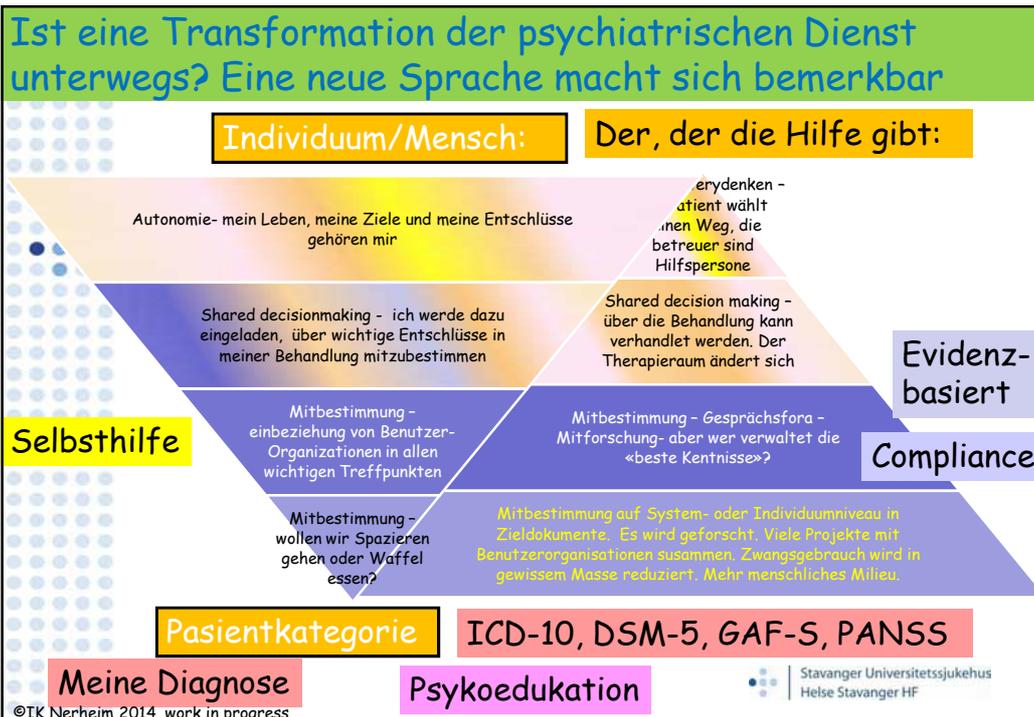
Frühe Interventionen, Housing First, Job Prescription oder Individual Placement and Support, Teams die zuerst von den Stationen ausgehen, dann ausserhalb organisiert werden. Training in Relationelle Milieutherapie, Familiengruppenberatung. Mehrere Erfahrungskonsulten, Angestellte die eigene Erfahrung mit unseren Diensten gehabt haben, und etwas zurückgeben wollen.

Trends in der Psychiatrie Norwegens

- Die Patienten wollen mitmachen. Sie wollen medikamentfreie Wahlen haben.
- Sie wollen wählen.
- Sie wollen, dass wir eine Allianz bauen, um eine neue Psychiatrie schaffen.
- Sie wollen, alle relevante evidenzbasierte Behandlungsformen die es gibt, in einem intensiven Program
- Sie wollen, dass wir mehr forschen, und dabei mitmachen.
- Die psychosoziale Versorgung in den Gemeinden arbeiten immer besser mit der spezialisierten Psychiatrie zusammen.

Unser Regierung: Wir müssen jetzt handeln!

- Die gesundheitliche Herausforderungen von morgen sind eng mit dem heutigen Gesundheitsverhalten verbunden
- Faktoren wie Ernährung, körperliche Aktivität und Bewegung und Konsum von Tabak und Alkohol sind auch mit der psychischen Lage verbunden.
- Es liegt auf jeden einzelnen von uns wie wir unser Leben führen. Gesunde Entscheidungen leichter zu machen, ist eine wichtige Priorität in der Gesundheitsförderung.
- Und die Basis für die Gesundheit-Herausforderungen, die wir in 20-30 Jahren bewältigen müssen, ist heute gelegt, ebenso wie die heutige Gesundheit-Herausforderungen das Ergebnis unserer Lebensweise und Gewohnheiten in den letzten 20-30 Jahren sind.



Wie kan man am schnellsten Änderungen durchsetzen?

- Fragen wir den Leuten selber. Jeden Tag, bei jedem klinischen und praktischen Beschluss.
- Gehen wir weg von Modelle und Perfekte Lösungen.
- Lassen wir die Menschen selber sagen, was der nächste Schritt sein soll.
- Machen wir die Wellness und Recovery Action Plan ein Werkzeug für die Patienten in dem Station und in der Ambulanz.
- Die Patienten als Agenten im eigenen Leben sind eine starke Kraft.

Recovery

Autonomie

Menschenwürde

Stavanger Universitetssjukehus Helse Stavanger HF

Wie kan man am schnellsten Änderungen durchsetzen?

- Leute, die eigene Erfahrungen haben, arbeiten in unsere Dienste, zusammen mit Fachleute, und geben unsere Patienten neues Selbstvertrauen und Mut.
- Sie müssen gut trainiert sein, u.A. in Motivierende Interviews, sie müssen ihre eigene Kräfte und Schwächen kennenlernen – es geht nicht ohne gute Systeme. Die gibt es schon in New Zealand, Australien, Grossbritannien, Arizona, Ohio, Wisconsin, Vermont..usw.
- Wenn wir eine ausreichende Anzahl haben, passiert was mit den Kollegen.
- Sie werden mutiger, ihr Selbstvertrauen und Respekt steigert, wie es mit den Patienten geschehen hat. Kreativität gibt neue Lösungen ...



Recovery

Autonomie

Menschenwürde

Stavanger Universitetssjukehus
Helse Stavanger HF

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!



Effizienz und Sicherheit im Abrechnungsprozess durch intelligent digitalisierte Patientenakten

vom 26. September 2014

48. Fachgruppentagung

vom 25. – 26. September 2014

in der
Ev. Stiftung Tannenhof
Remscheid

von

Dr. Pierre-Michael Meier, ENTSCHEIDERFABRIK

Annett Müller, DMI GmbH & Co. KG

Mark Neumann, ID Information und Dokumentation im
Gesundheitswesen



ENTSCHEIDERFABRIK

**VKD Tagung der Fachgruppe Psychatrie,
Jahrestagung 2014,
25. – 26. September 2014, Remscheid**

„Effizienz und Sicherheit im Abrechnungsprozess durch
intelligent digitalisierte Patientenakten“

2014 11.-12.02.2015 Entscheider-Event, Industrie-Club Düsseldorf Folie 1



ENTSCHEIDERFABRIK

Aganda

1	Worte zu mir und zur ENTSCHEIDERFABRIK
2	Thematischer Initialvortrag
3	Zusammenfassung

2014 11.-12.02.2015 Entscheider-Event, Industrie-Club Düsseldorf Folie 2

 Dr. Pierre-Michael Meier Seit 1995 in der Gesundheitswirtschaft aktiv		
ENTSCHEIDERFABRIK		
Ausbildung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dipl.-Kfm. Int. Krankenhaus Management u. Betriebsinformatik ▪ Dr. Public Health 	
Auszeichnungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2009, Lehrbeauftragter am Alfried Krupp von Bohlen und Halbach Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen ▪ 2011, Zertifikat Medizinische Informatik, GMDS e.V. und GI e.V. ▪ 2013, Publikumspreis für die beste Moderation, conhIT 	
Ehrenämter	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ENTSCHEIDERFABRIK, IuIG-Initiativ-Rat, Stv. Sprecher ▪ EAHM, European Association of Hospital Managers, Working Party IT, President ▪ bdvb - Bundesverband Deutscher Volks- und Betriebswirte e.V., 2. VP ▪ IHE-Europe, Steering Committee, Member ▪ VuiG - Verband für Unternehmensführung und IT-Service-Management in der Gesundheitswirtschaft e.V., Vorstandsmitglied (Schatzmeister) ▪ GMDS - Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V., Arbeitsgruppe Informationssysteme im Gesundheitswesen (KIS), Mitglied der Leitung ▪ VARD – Vereinigung der Aufsichtsräte in Deutschland e.V., Mitglied ▪ Rotary, Mitglied 	
Arbeitgeber	<ul style="list-style-type: none"> ▪ März AG, Vorstand 	
2014	11.-12.02.2015 Entscheider-Event, Industrie-Club Düsseldorf	Folie 3

 Ziel der ENTSCHEIDERFABRIK		
ENTSCHEIDERFABRIK		
<p>2006 fiel die Entscheidung, eine Arbeits- und Kommunikationsplattform zu gründen um</p> <p>„Krankenhaus-Erfolg durch optimalen IT-Einsatz“ zu fördern!</p> <p>Das Konzept ENTSCHEIDERFABRIK verbindet</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ über 400 Kliniken (Unternehmensführung und Entscheidungsvorbereiter der Klinik-IT und –Medizintechnik) ▶ von den fördernden Verbänden gewählte Beratungshäuser und ▶ über 80 Industrie-Unternehmen mit dem Ziel <p>Lösungen für „Probleme“ in den „Geschäftsprozessen“ zu erarbeiten.</p>		
2014	11.-12.02.2015 Entscheider-Event, Industrie-Club Düsseldorf	Folie 4

Fördernde Verbände Die Mitglieder des IuIG-Initiativ-Rates

ENTSCHEIDERFABRIK

 Vertreter des VKD e.V. im IuIG-Initiativ-Rat und SPRECHER des Rates Peter Löbus	 Vertreter des bdvb e.V. im IuIG-Initiativ-Rat Dr. Pierre-Michael Meier	 Vertreter des BMC e.V. im IuIG-Initiativ-Rat Dr. Dominik Deimel	 Vertreter des BVBG e.V. im IuIG-Initiativ-Rat Anton J. Schmidt	 Vertreter des BVMed e.V. im IuIG-Initiativ-Rat Joachim M. Schmitt
 Vertreter des BVMI e.V. im IuIG-Initiativ-Rat PD Dr. Günter Steyer	 Vertreter des CCESiG e.V. im IuIG-Initiativ-Rat Jürgen Bosk	 Vertreter des CeMPEG e.V. im IuIG-Initiativ-Rat Dr. Andreas Zimolong	 Vertreter des DGG e.V. im IuIG-Initiativ-Rat Dr. Stephan H. Schug	 Vertreter des DGTelemed e.V. im IuIG-Initiativ-Rat Reimund Siebers
 Vertreter des DKV e.V. im IuIG-Initiativ-Rat Dr. Andreas Weigand	 Vertreter des DVKC e.V. im IuIG-Initiativ-Rat Prof. Dr. Björn Maier	 Vertreter des EFA e.V. im IuIG-Initiativ-Rat Volker Lowitsch	 Vertreter des emtec e.V. im IuIG-Initiativ-Rat Nicole Ruprecht	 Vertreter des femak e.V. im IuIG-Initiativ-Rat Wilhelm Brücker
 Vertreter des FKT e.V. im IuIG-Initiativ-Rat Horst Träger	 Vertreter des GMDS e.V. im IuIG-Initiativ-Rat Prof. Dr. Martin Staemmler	 Vertreter des KKC e.V. im IuIG-Initiativ-Rat Manfred Kindler	 Vertreter des SPECTARIS e.V. im IuIG-Initiativ-Rat Komm. Dr. Tobias Weiler	 Vertreter des TMF e.V. im IuIG-Initiativ-Rat Sebastian Claudius Semler
 Vertreter des VBGW e.V. im IuIG-Initiativ-Rat Dr. Armin P. Wurth	 Vertreter des VuG e.V. im IuIG-Initiativ-Rat Michael Schindzielorz			

2014 11.-12.02.2015 Entscheider-Event, Industrie-Club Düsseldorf Folie 5

Entscheiderzyklus: **Entscheider-Event** Ehrung der 2012 Teams und Wahl der 5 IT-Schlüssel-Themen 2013

ENTSCHEIDERFABRIK

Das Jahr 2014

Entscheider-Event: 05. - 06.02.

Sommer-Camp: 23.-24.06.

MEDICA: 12. - 15.11.

Q1 2014 Q2 2014 Q3 2014 Q4 2014 Q1 2015

2014 11.-12.02.2015 Entscheider-Event, Industrie-Club Düsseldorf Folie 6

Entscheiderzyklus: Sommer-Camp
Ausarbeitung der haus-individuellen Entscheidungsvorlagen

ENTSCHEIDERFABRIK

Das Jahr 2014

Entscheider-Event: 05. - 06.02.

Sommer-Camp: 23.-24.06.

MEDICA: 12. - 15.11.

Q1 2014 Q2 2014 Q3 2014 Q4 2014 Q1 2015 Q2 2015 Q3 2015 Q4 2015 Q1 2015

2014 11.-12.02.2015 Entscheider-Event, Industrie-Club Düsseldorf Folie 7

Entscheiderzyklus: Deutscher Krankenhaustag, 21.11.13
Präsentation der haus-individuellen Entscheidungsvorlagen

ENTSCHEIDERFABRIK

Das Jahr 2014

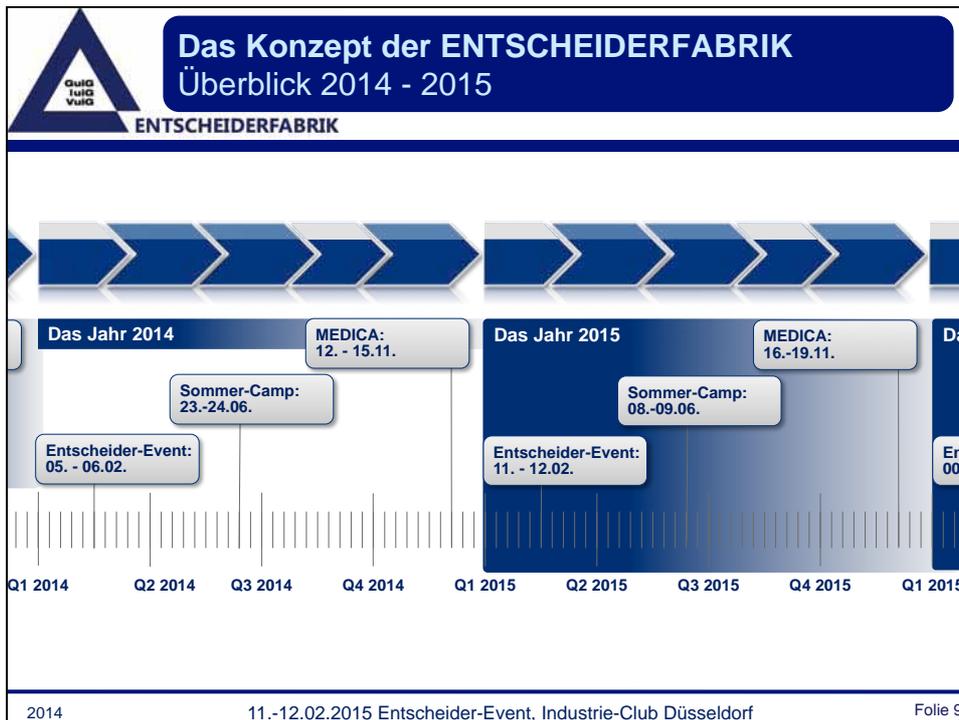
Entscheider-Event: 05. - 06.02.

Sommer-Camp: 23.-24.06.

MEDICA: 12. - 15.11.

Q1 2014 Q2 2014 Q3 2014 Q4 2014 Q1 2015

2014 11.-12.02.2015 Entscheider-Event, Industrie-Club Düsseldorf Dr. Pierre-Michael Meier



Die 5 IT-Schlüssel-Themen 2014

ENTSCHEIDERFABRIK

„IHE konforme klinische Apps – Neue Freiheitsgrade für die personalisierte, mobile IT Nutzung im klinischen Umfeld“
Klinik-Partner: G. Nolte, Prokurist, Ressort IT / TK, Vivantes; G. Hårdter und P. Massler, Service Center IT, Pate: Dr. R.-M. Schmitz, Klinikum Stuttgart; V. Lowitsch, Geschäftsbereichsleiter IT, Pate: P. Asché, Vorstand, Uniklinik der RWTH Aachen; Industrie-Partner: Dr. R. Lohmann, Geschäftsführer, Lohmann & Birkner; Dr. D. Deimel, Geschäftsführer, com2health; Berater: Dr. A. Zimolong, Geschäftsführer, Synagon

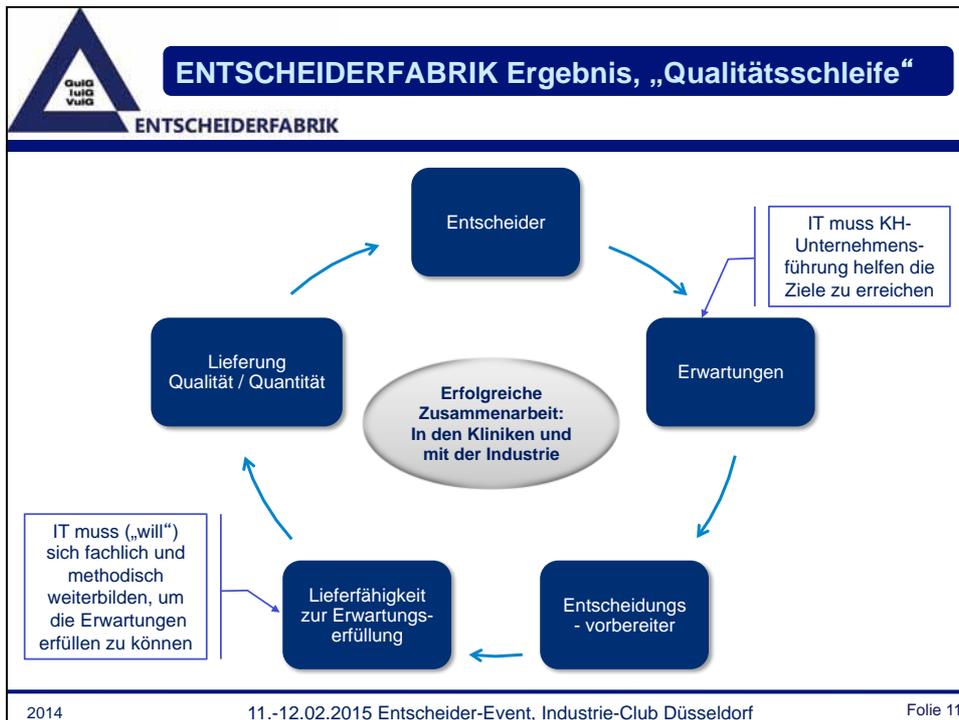
„KIS – Kaum Informationen Sichtbar? Patientendaten prozessoptimiert dargestellt!“
Klinik-Partner: Universitätsklinikum Münster, Dr. G. Hülsken, Pate: C. Hoppenheit, Vorstand, Universitätsklinikum Münster; W. Kopton, IT-Leiter, KVVR Klinik Verbund Vest Recklinghausen, S. Schorsin, IT-Standortleiter, Pate: M. Voligt, Prokurist, St. Elisabeth Hospital Herten; L. Forchheim, Abteilungsleiter Informationstechnik, Pate; H. Jaeger, Geschäftsführer, edla.com; Industrie-Partner: S. Essmeyer, Vorstand, uhb consulting AG; Berater: C. Vosseler, Inhaberin, Vosseler Consulting

„IT-Controlling als Wegbereiter vom reinen Cost-Center zum strategischen Service-Center“
Klinik-Partner: U. Purwin, CIO, Pate: S. Rüsken, Geschäftsführer, Städt. Kliniken Neuss Lukaskrankenhaus; R. Boldt, IT-Leiter, Pate: Dr. D. Tenzer, Klinikum Oldenburg; A. Rißmann, Leitung kaufmännisches und medizinisches Controlling, Pate: O. Lehnert, Geschäftsführer, Klinikum Stadt Soest; Industrie: G. Reinisch, Vertriebsleiter, TIP GROUP; Berater: Dr. U. Günther, Geschäftsführer, Sanovis

"KlinikNet 2.0 - das webbasierte Kliniknetzwerk.
WER braucht WAS zu welchem ZWECK?"
Klinik-Partner: C. Imre, IT-Projekte, H. Höhmann, Vorstand, LVR Klinik Langenfeld; O. Seebass, Geschäftsführer, FACT IT St. Franziskus Stiftung Münster; Klinik: Th. Mangelmann M.Sc., Referent Kfm. Geschäftsführung, Leitung Zentrales Projektmanagement, BG Unfallklinik Frankfurt am Main; Industrie-Partner: Dr. D. Gumm, Senior Consultant, effective WEBWORK; Wissenschaftliche Begleitung: Prof. Dr. K. Wendland, Medieninformatik - Fachhochschule Aalen; Berater: Dr. M. Hillen, Prokuristin, proKlinik Beratung

„Optimierung von Dokumentations- und Abrechnungsprozessen durch computerunterstützte Kodierung (Computer-assisted coding – CAC)“
Klinik-Partner: S. Uhl, Stv. Kaufmännischer Direktor, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier, Pate: C. Weisskopf; I. Ern, Leitung Medizincontrolling, Pate: D. Larisch, Verwaltungsleiter, AGAPLESION BETHESDA KRANKENHAUS WUPPERTAL; Industrie: A. Püschel, Business Manager, 3M; Berater: Dr. A. Böß, Vorstand, promedtheus

2014 11.-12.02.2015 Entscheider-Event, Industrie-Club Düsseldorf Folie 10



Fördernde Unternehmen

AGAPERSON 3M com ehealth CSC D·M·I ARCHIVIERUNG effective WEBWORK itz-medi.com abco Klinikum Stuttgart

märz SECTRA synaix TIP GROUP the i-engineers VAMED VISUS Vivantes

„Feedback Geber 2014“: ID Information und Dokumentation im Gesundheitswesen

4voice AG accenture AGFA Health Care AuthentilDate aycan caradigm celsius.com CENTIVEO Cerner CGM

CHILF CORTEX DainiTel Dräger DFC digomed: dimension data ELSEVIER BMC Healthcare IT Solutions Health-Comm hp

icw INFINITT INTERSYSTEMS IOS ITC Nernity ISOF K|M|S Log & Haas Infokom LINCOR MARABU

medicus module MEIERHOFER emmi nexu|cis Optiplan OS PEES PHILIPS PlanOrg RICOH RZV SAP SER SHD

SIEMENS SonoWin STORZ SVA synedra Thieme TQsoft ubh Consulting AG UNITY Meer VEPRO vision4health

Medienpartner: kma KRANKENHAUS-IT Journal

2014 11.-12.02.2015 Entscheider-Event, Industrie-Club Düsseldorf Folie 12



Entscheider-Werkstätten

In Kliniken organisierte Workshops zu Nutzen stiftenden Themen

ENTSCHEIDERFABRIK



Nächste Entscheider-Werkstätten:
 16.-17.10.2014 „Innovative Geschäftsmodelle zum Abbau von Investitionsstau in Informations- und Medizintechnik“
 19.-20.03.2015: Entscheider-Werkstatt "Telematikinfrastruktur zur Förderung neuer Geschäftsfelder in Großkliniken", Universitätsklinikum Jena



2014
11.-12.02.2015 Entscheider-Event, Industrie-Club Düsseldorf
Folie 13



Fachgruppen-Tagungen

Ermittlung des Wertbeitrages von IT-Prozessunterstützungen

ENTSCHEIDERFABRIK

IT-Prozessunterstützungen u. Wertbeiträge

- ➔ „Nutzen von Plattformstrategien bzgl. Medizingeräte-Output Integration“
- ➔ „Nutzen stiftende Services auf WLAN Infrastrukturen“



Fachgruppen

1. IT-Benchmarking
2. ECM-Systeme und IHE
3. Datenschutz-Benchmarking


2014
11.-12.02.2015 Entscheider-Event, Industrie-Club Düsseldorf
Folie 14



Agenda

ENTSCHEIDERFABRIK

1	Worte zu mir und zur ENTSCHEIDERFABRIK
2	Thematischer Initialvortrag
3	Zusammenfassung

2014 11.-12.02.2015 Entscheider-Event, Industrie-Club Düsseldorf Folie 15



Zukunftssicherheit: Träger-Bildung und Partnerschaften

ENTSCHEIDERFABRIK

Gesetzliche Grundlagen	SGB V GOÄ EBM, etc.	SGB V BPfIV DRG KHG KHBV	SGB V, IX BPfIV KHG KHBV	SGB V, XI, XII PBV
Versorgungssektoren	Ambulante Versorgung	Akutkliniken	Fach- und Rehakliniken	Soziale Pflegeeinrichtungen (z.B. Altenhilfe)
IT Systeme				

Träger benötigen Unternehmensziel konforme Steuerungsinformationen!

Träger unterschiedlicher Einrichtungen fordern ganzheitliche Informationen!

Interagierende Träger fordern standardisierte Informationen!

2014 11.-12.02.2015 Entscheider-Event, Industrie-Club Düsseldorf Folie 16

 **Zukunftssicherheit: Conclusio**
ENTSCHEIDERFABRIK

Gesetzliche Grundlagen	SGB V GOÄ EBM, etc.	SGB V BPfIV DRG	SGB V, IX Krankenkassen	SGB XI Soziale Pflegeeinrichtungen (z.B. Altenhilfe)
	Vorsorgungssektoren			

Optimal intra- und interorganisatorisch ausgerichtete Verbünde müssen zur Funktionsfähigkeit effektiv steuerbar sein. Effektive Steuerbarkeit bedingt ganzheitliche und standardisierte Informationen in „Real Time“!

Träger benötigen Unternehmensziel konforme Steuerungsinformationen!

Träger unterschiedlicher Einrichtungen fordern ganzheitliche Informationen!

Interagierende Träger fordern standardisierte Informationen!

2014 11.-12.02.2015 Entscheider-Event, Industrie-Club Düsseldorf Folie 17

 **Agenda**
ENTSCHEIDERFABRIK

- 1 Worte zu mir und zur ENTSCHEIDERFABRIK
- 2 **Thematischer Initialvortrag – Theorie und Praxis**
 → Übergabe an M. Neumann und A. Müller
- 3 Zusammenfassung

2014 11.-12.02.2015 Entscheider-Event, Industrie-Club Düsseldorf Folie 18

Projektpartner

ENTSCHEIDERFABRIK



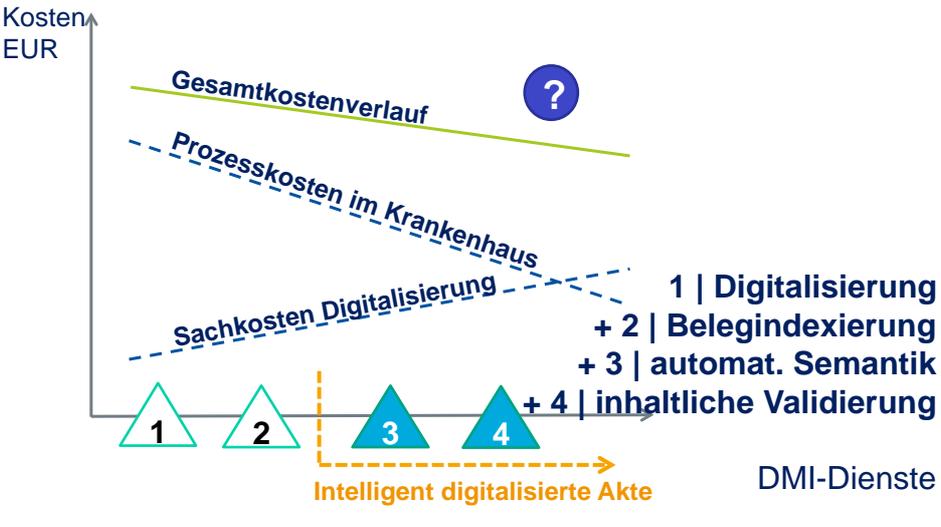
Universitätsklinikum Essen

ID Information und Dokumentation im Gesundheitswesen  **D·M·I**
ARCHIVIERUNG

2014 11.-12.02.2015 Entscheider-Event, Industrie-Club Düsseldorf Folie 19

Ziel 1: Senkung des Gesamtkostenverlaufs

ENTSCHEIDERFABRIK



Kosten
EUR

Gesamtkostenverlauf ?

Prozesskosten im Krankenhaus

Sachkosten Digitalisierung

1 | Digitalisierung
+ 2 | Belegindexierung
+ 3 | automat. Semantik
+ 4 | inhaltliche Validierung

Intelligent digitalisierte Akte

DMI-Dienste

2014 11.-12.02.2015 Entscheider-Event, Industrie-Club Düsseldorf Folie 20



ENTSCHEIDERFABRIK

„Intelligent“ digital(isiert)e Patientenakten (1)

Inhaltliche semantische Erschließung

Notationen bereitstellen

Technologien nutzen

Ergebnisse bereitstellen

Leistungsgerecht abrechnen

Liquidität sichern

Indexierung der Belege

Gute Strukturierung

Erlöse optimieren

Nachhaltige Prozessoptimierung

Ziele und Wünsche erreichen

2014

11.-12.02.2015 Entscheider-Event, Industrie-Club Düsseldorf

Folie 21



ENTSCHEIDERFABRIK

„Intelligent“ digital(isiert)e Patientenakten (2)



Digitalisierung



Digitalisierung



Digitale Patientendokumentation

2014

11.-12.02.2015 Entscheider-Event, Industrie-Club Düsseldorf

Folie 22



Automatisch semantisch analysierte Belege

Konsil-Befund Gynäkologie

Patient: geboren: Geschlecht: weiblich Fall: Aufenthalt: 17.01.2013	verant.OE: verant.MA: Auftr.Datum: 02.03.2013 Auftr.Nr.:
---	---

Untersuchungen: 07.03.13 ; 12:56 h gynäkologisches Konsil

Fragestellung: Am Samstag vaginale Blutung, erstmalig lt. Pat. (allerdingst von Schmerzangabe, fachspez. Beurteilung erbeten, danke

Befund: P-3, Z.n. abd. Hysterektomie?
 Vulva, Vagina atroph, Scheidenstumpf reizlos, kein tastbarer Beckenboden
 Sonar: Koprostase

Zusammenfassung: DGN Z.n. HE. Kein Anhalt für vaginale Blutung...

Epikrise
 Die aktuelle Vorstellung der Patientin entspricht wegen einer zunehmenden Schwellung im Bereich der Paranasalräumen sowie der Hände und auch der Atemwege bei beginnendem respiratorischen und auch leichtem expiratorischen Sündor im Sinne einer allergischen Reaktion nach eigenanamnestisch stattgehabtem Hornissenstich während der Gartenarbeit. Aufgrund zunehmender Unruhe und Ausweitung der Rötungs- und Schwellungszustände auch im Bereich des gesamten Rumpfringementes begannen wir mit einer sofortigen Kortikosteroidtherapie intravenös, unter der sich die akute allergische Reaktion unmittelbar eindämmen ließ, wobei sich im weiteren Verlauf ein zunehmend klinisch stabiler Zustand ergab. Auch die initial noch zu beobachtende geringe Dyspnoesyndromatik und leichte Verengung der Atemwege war zuletzt vollständig rückläufig, so dass wir die Patientin am 15.08.2013 in stabilisiertem, guten Allgemeinzustand in Ihre weitere ambulante hausärztliche Betreuung entlassen konnten.

Anamnese / Befunde
Vorgeschichte
 Bei der Patientin ist eine bekannte Osteoporose vorbeschrieben, es besteht ein Zustand nach Bandscheibenschwäche lumbal mit operativer Versorgung im Christlichen Krankenhaus vor ca. 12 Jahren sowie ein Zustand nach Schulttrauma bei beidseitiger Orientierung vor ca. 3 Jahren mit konservativer Repositionsbehandlung sowie eine bekannte autoimmune Gefäßerkrankung, deren genaue weitere Behandlung mit jetzt einhaltender Kortikostgabe im August 2011 begonnen werden soll.

Aktuelle Beschwerden: Es besteht eine mäßige Schwellung der Atemwege sowie der Weichteile im Bereich der Oberarme sowie auch beginnend im Bereich des Bauches und der Flankenregionen mit Rötungs- und Schwellungsanfällen sowie juckenden nächtigen Arealen, weiterhin lässt sich eine periodische Weichteilschwellung verzeichnen und ein respiratorischer Sündor bei beginnender Weichteilschwellung im Bereich der Atemwege.

Vegetative Anamnese
 Es ist eine Allergie gegen Schmerzmittel fraglich gegen nichtsteroidale Antiphlogistika vorbeschrieben, gegen Steroide und die jetzt laufende Kortikostgabe bestehen jedoch keine Unverträglichkeiten. Fieber oder Schüttelfrost werden nicht angegeben, hinsichtlich des Schlafwandens besteht eine Obstipationseigenschaft, Nykturie sei nicht aufgetreten, ein Nikotin- oder Alkoholkonsum wird verneint.

Sozialanamnese: Die Patientin lebt alleine im eigenen Hause und war früher als Dozentin engagiert, sie ist jetzt berentet.

Klinischer Untersuchungsbefund
 bei Aufnahme: 63-jährige, 165 cm große, ca. 75 kg schwere Patientin in gutem Ernährungs- und reduziertem Allgemeinzustand. Kopf und Hals sind ausreichend frei beweglich, die Pupillen sind isochor, es besteht eine periodische Weichteilschwellung, im Bereich der Rachenwege zeigt sich eine Rötung und Schwellung der Seitenwände, hier besteht auch ein geringer inspiratorischer Sündor bei generalisierter allergischer Reaktion, die Herzklappen sind rein und leise, rhythmische Herzaktion, der Blutdruck beträgt 160/90 mm Hg links, 155/90 mm Hg rechts, es imponieren selbige gleichzeitige Thoraxerkundungen bei geringem inspiratorischen Sündor und expiratorisch leichtem Diemem, sonst erscheint die Lunge im Wesentlichen frei, Abdomen weich, keine relevanten pathologischen Resonanzen oder Druckkolieren, die obere Extremitäten sind bis auf eine arthrosch

2014
11.-12.02.2015 Entscheider-Event, Industrie-Club Düsseldorf
Folie 23



Aufbereitung von digitalisierten Belegen

Labor, Anlage CT Schädel nativ vom 21.01.13 Altersentsprechend normal weite innere und äußere Liquorräume. Kein Nachweis einer ICB, keine Territoriainfarkte, keine RF-Aspekte. Kleinere Lakunen in Capsula extrema rechts. Punktförmige metastabile bedingte Verkalkungen im Stammganglien beidseits. Geringe Arteriosklerose beider ACI.	Konsile: gynäkologisches Konsil vom 07.03.13: DGN: Z.n. HE. Kein Anhalt für vaginale Blutung.
--	---

Verlauf:
 Aufnahmeanlass waren intermittierende Verwirrungs- bzw. Unruhezuständen mit psychotischen Symptomen bei einem Hirnorganischen Psychosyndrom und eine vorbestehende langjährigen rez. depressiven Störung. Frau war völlig zerfahren und psychotisch, es bestanden Halluzinationen, häufige Fehlbildungen und vor allem nächtliche Verwirrheitszustände. Unter der von uns eingeleiteten Behandlung trat die produktive Symptomatik erst nach mehrfachen Umstellungen der Medikation wieder weitgehend ab. Der Schlaf-Wach-Rhythmus konnte in der Folge ebenso reguliert werden. Während des gesamten stationären Aufenthalts zeigten sich aber unverändert erhebliche kognitiv-mnestische Defizite. Frau war auf Hilfestellung bzw. Anleitung durch die Pflege in allen Lebensbereichen angewiesen. Eine Elterntreue wurde eingeleitet und die Tochter zur Betreuerin bestellt. Zur Klärung der Weiterversorgung wurde unser Sozialdienst eingeschaltet. Die Entlassung erfolgte am 03.04.2013 bei stabilisiertem Befinden aber weiterhin bestehendem psychopathologischen Restbefund im Sinne eines chron. Hirnorganischen Psychosyndroms in eine Pflegeeinrichtung. Wir danken für die Übernahme der ambulanten Weiterbehandlung und stehen für Rückfragen jederzeit gerne zur Verfügung.

CT: 9-200

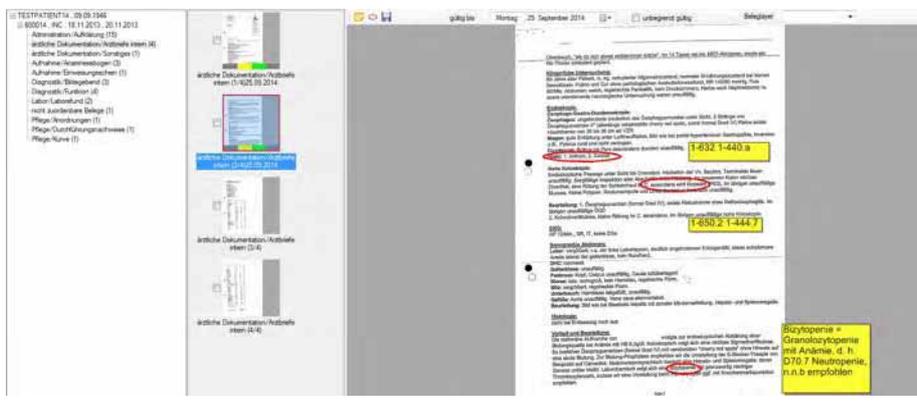
23.2013 - Vaginale Blutung
 Überprüfung Kode: N93.9

2014
11.-12.02.2015 Entscheider-Event, Industrie-Club Düsseldorf
Folie 24



Ziel 2: Ansicht Archivviewer: Selektiv semantisch analysierte Patientenakte

ENTSCHEIDERFABRIK



2014
11.-12.02.2015 Entscheider-Event, Industrie-Club Düsseldorf
Folie 25



„Intelligent“ digital(isiert)e Patientenakte in der Klinik

ENTSCHEIDERFABRIK

Nutzung einer qualifizierten und validierten Patientenakte

schnellere inhaltliche Überprüfung

Freiräume schaffen

Bereitstellung der qualifizierten und validierten Dokumentation für den MDK

Wegfall von Kopierarbeiten

schnellere Vorbereitung von Fallbesprechungen

Revisions sichere Archivierung der vollständigen Patientenakte

Einhaltung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen

Sicherstellung der Beweissicherung

2014
11.-12.02.2015 Entscheider-Event, Industrie-Club Düsseldorf
Folie 26



Leistungen erbringen – dokumentieren – abrechnen

„Was nicht dokumentiert wurde,
gilt als nicht erbracht.“

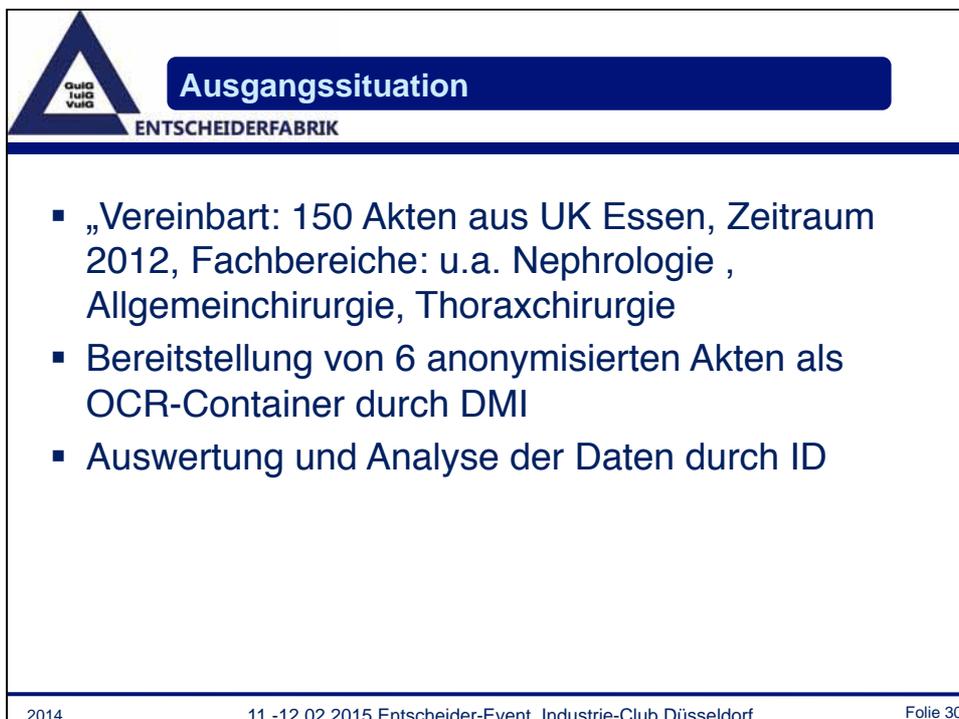
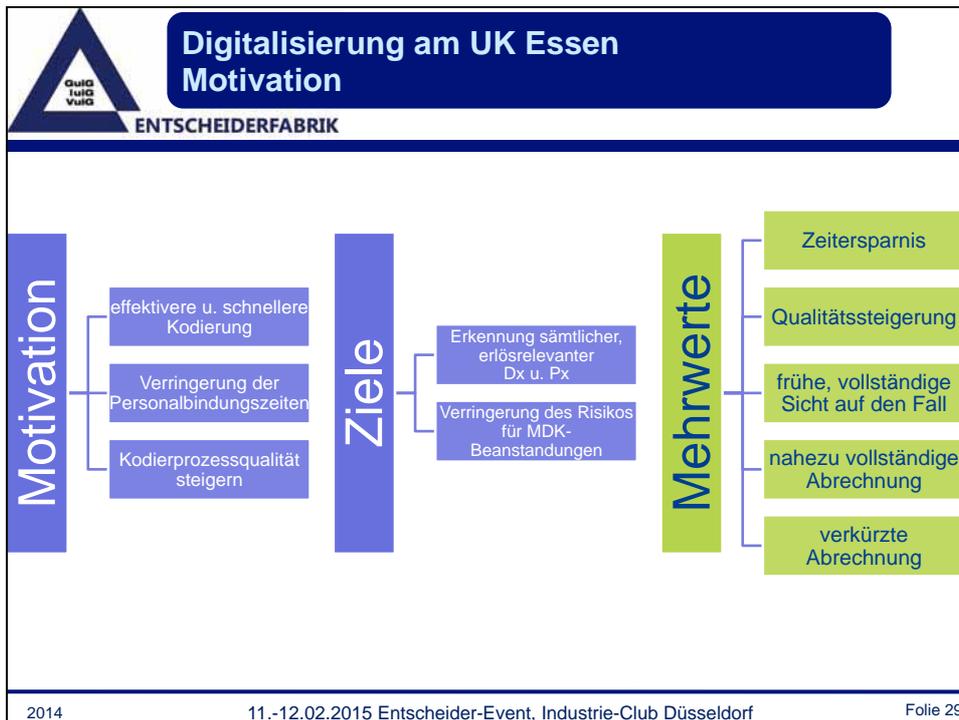


Von den 2,4 Mio. MDK-Gutachten aus 2011 wurden knapp 20% im Rahmen von Akteneinsicht vor Ort im Krankenhaus erstellt (Quelle: MDS 2012)



Digitalisierung am UK Essen Prozessschritte

1. • Pilotprojekt: Digitalisierung Patientenakten (Mai 08)
2. • Vorstandsbeschluss: campusweite Aktendigitalisierung (Sept. 09)
3. • MDK-Fallbearbeitung: gezielte Digitalisierung von „MDK-Akten“ (Feb. 10)
4. • Pilotprojekt: digitale Rechnungseingangsbearbeitung (Dez. 10)
5. • Verwaltungsdokumente: Digitalisierung der Eingangspost (Mai 11)
6. • Verwaltungsdokumente: Digitalisierung der Aufnahmedokumente (Mai 11)
7. • Pilotprojekt: Frühes Scannen (Jul. 12)
8. • Vision: Softwarebasierte Kodierungsunterstützung (Mai 13)





ENTSCHEIDERFABRIK

Testdaten Übersicht

- je Akte im Schnitt knapp 300 Seiten
- inkl. Registerinformationen (Dokumenttypen zur Beurteilung der DxPx-Relevanz)
- jeweils als Bild und als xml-Container (inkl. Position der einzelnen Worte für Ableitung von Zeilenumbruch)



ENTSCHEIDERFABRIK

Inhaltliches Erschließen klinischer Dokumente: Anforderungen

Erkennung von:

- Diagnosen und Prozeduren
- Medikamenten inkl. Dosierungsangaben
- Materialien

Ignorieren von:

- administrativen Angaben wie Sender, Empfänger, Anreden, Namen, Titel



ENTSCHEIDERFABRIK

Anwendungsmöglichkeiten

Im Behandlungsprozess / Fallabschluss

- Bereitstellung einer digitalisierten, inhaltlich aufbereiteten Akte
- Erhöhung der Codierqualität durch sachgerechte Abbildung der Krankenhausleistung
- Vorteil: ohne Vorliegen einer digitalen, strukturierten Patientenakte

2014

11.-12.02.2015 Entscheider-Event, Industrie-Club Düsseldorf

Folie 33



ENTSCHEIDERFABRIK

Anwendungsmöglichkeiten

Retrospektiv

- Digitalisierung im Rahmen der Archivierung (Forschungszwecke)
- Aufzeigen von Belegstellen zu dokumentierten Diagnosen und Prozeduren
- Verkürzung MDK-Fallprüfung

2014

11.-12.02.2015 Entscheider-Event, Industrie-Club Düsseldorf

Folie 34



Herausforderungen

ENTSCHEIDERFABRIK

- Verfügbarkeit digitaler Dokumente
- Dokumentklassifizierung
- Vollautomatische Codierung nicht sinnvoll



Lösungsansatz

ENTSCHEIDERFABRIK



unstrukturierter Text



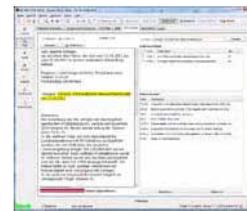
Semantische Digitalisierung
DMI / ID



OCR, PDF, XMP



ID §301 Check
ID Belegstellenanalyse
Zur Fallcodierung,
Fallprüfung und
Aktennavigation





Arztbrief (unstrukturiert)

ENTSCHEIDERFABRIK

Sehr geehrte Kollegen,
 wir berichten über Herrn, der sich vom 11.10.2011 bis zum 29.10.2011 in unserer stationären Behandlung befindet.

Diagnose: Lokal fortgeschrittenes Prostatakarzinom Gleason 3+3=6
 Hochgradige Inkontinenz

Therapie: Verimpf. mit künstlichem Blasenverschluss am 12.10.2011

Anamnese:
 Bei Verimpfung des Pat. erfolgte mit standardmäßig geimpferten Prostatakarzinom, welches seit November 2010 bekannt ist. Biopsie damals betrug das Gleason Score 3+3=6.
 In der weiteren Folge war eine laparoskopische Lympfenadenektomie mit SP-Kontinenz Stumpfführung worden, die eine Infiltration der gesamten Pubertätsregion bezeugt. Die Lymphknoten waren damals tumorfrei. Nach radikaler Prostatektomie wurde im weiteren Verlauf eine Re-dialise durchgeführt und der Pat. dann mit 1200-Angina behandelt. Der Patient leidet an hochgradiger Inkontinenz mit Notwendigkeit einer Verengung mit Vorliegen.
 In der weiteren Vorgeschichte besteht lediglich ein einseitiges Fliegen Deuten re.

Aufnahmebefund:
 Pat. in gutem AI und EZ. Herzrhythmus regulär und evtl. Pulm mit vesikulären Atemgeräuschen. Atmung vesikul. Kein Strömungsgeräusch. Keine Halsgeräusche. Stuhlgang gut. EKG: In der vorliegenden Untersuchung direkt unter der Schilddrüse einseitiges Karzinomrezidiv von solitärer Konsistenz, jedoch führt es zu einer Ausdehnung. Nicht überfallig gut verschluckte Schluckstadien.
 Sonographie:
 Deutlich endorektale einseitige Prostate. Cyste der re. Harnr. 11. Keine Harnsteinbildungen 1-11'.

Verlauf:
 Im dem Eingriff mit Verengung mit künstlichen Blasenverschluss am 12.10. 11 gestaltet sich komplikationslos. Im weiteren Verlauf wurde der bei Aufnahme bestehende Harnleitungs-Harnwegsinfekt erfolgreich behandelt.

Letzte Medikation:
 Ibuprofen 400 1-1-1
 Paracetamol 500 0-0-1

Therapieempfehlungen:
 Wir bitten um Fortsetzung der Behandlung mit 1200-Angina und Wiederherstellung der post-operativen Heilung und Funktionsüberprüfung.

Labor:
 Leukozyt 9,8/ul
 Hb 14,0g/dl
 Kreatinin 0,8mg/dl
 Cholesterin 2,1mg/dl
 BUN 2,10mg/dl

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

2014
11.-12.02.2015 Entscheider-Event, Industrie-Club Düsseldorf
Folie 37



Herausforderungen: OCR

ENTSCHEIDERFABRIK

- Optimierung der Autokorrektur für typische Fehler bei der automatisierten Texterkennung innerhalb von Bildern (OCR)

TIFF: Therapie: Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung: Tiefreichend, an Thorax, Mediastinum und Sternum 5-916.a2

OCR: Therapie: Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung: Tiefreichend, an Thorax, Mediastinum und Sternum

IE: Therapie: Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung: Tiefreichend, an Thorax, Mediastinum und Sternum

2014
11.-12.02.2015 Entscheider-Event, Industrie-Club Düsseldorf
Folie 38



Herausforderungen: Anwender

- Rechtschreibfehlerkorrektur

Koronarangiographie:
Akutes Koronarsyndrom

→ I24.9- Akutes Koronarsyndrom

- Abkürzungserkennung

Angina pectoris
mit instab. AP 12/ 2011

→ I20.- Instabile Angina pectoris



Semantische Analyse

- Sprachunabhängig
- Klassifikationsunabhängig
- differenziert (grob/fein) mit semantischen Filtern

Bsp.:

- **herkömmlich**
 - Karzinom, CA, Ca., Krebs, Melanom, Polyp etc.
 - viele ICD-Codes Bereich C-D
- **semantisch**
 - Suche nach Neubildungen (gutartig/bösartig)



Segmentierung – Syntaxzerlegung von Begriffen

ENTSCHEIDERFABRIK

Sehr geehrte Kollegen,
wir berichten über Herrn. Doe sich vom 11.12.2011 bis zum 29.12.2011 in unserer stationären Behandlung befindet.

Diagnose: Lokale fortgeschrittene Prostatakarzinom Gleason 3+3=6
Hochgradige Inkontinenz

Therapie: Verimpf. mit androgenen Blasenkrebstherapie am 12.12.2011

Anamnese:
Der Verlegung des Pat. erfolgte mit standardmäßig positivem Prostatakarzinom, welches a. Hürden 2010 bekannt ist. Rezidiv damals betrug der Gleason Score 4+3=7. In der weiteren Folge war eine laparoskopische Ureterostomie mit SP-Katheter durchgeführt die eine Infektion der gesamten Pankreasregion bewirkt. Die Infektionen waren damals durch antibakterielle Therapie im weiteren Verlauf wurde eine laparoskopische Harnleiterresektion und der mit 1200-Angioma behandelt. Der Patient leidet an hochgradiger Inkontinenz mit Notwendigkeit: Verimpfung mit Vorliegen.
In der weiteren Vorgeschichte besteht lediglich ein einseitiges Flanke Nieren re.

Aufnahmebefund:
Pat. in gutem AI und EZ. Herzrhythmus sinus und regulär. Pulz mit vascularem Atemgeräusch. Kein Strömungsgeräusch. Keine Herzklopfen. Rückenlage gut. Ein. In der rechten Brustkorb unter der Schilddrüse einseitiges Karzinomrezidiv von bilobulärer Konsistenz, dabei führt es zur Ausdehnung. Kein Vorfall gut verschaltete Bronchien.

Sonographie:
Serum endorektal einseitige Prostata. Cysta der re. Harnr. II. Keine Harnsteine im Harnr. II.

Verlauf:
Im dem Eingriff mit Verlegung mit artifiziellem Harnleitersystem am 11.12. II getastete Komplikationen. In weiteren Verlauf wurde der bei Aufnahme bestehende Harnr.-ger. Harnweg entfernt.

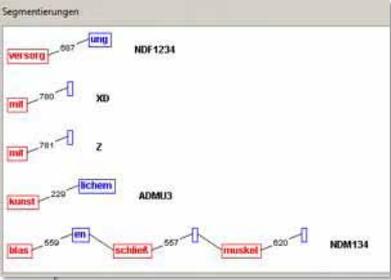
Letzte Medikation:
Insulin 400 1-1-1
Pantocid 20 0-0-1

Therapieempfehlungen:
Wir bitten um Fortsetzung der Behandlung mit 1200-Angioma und Wiederherstellung der post-op. Heilung und Funktionsüberprüfung.

Labor:
Leukozyt 9,9/ul
Hb 14,0g/dl
Hematocrit 44,7%
CRP 3,7mg/dl
ESR 2,0mm/h

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Segmentierungen



2014
11.-12.02.2015 Entscheider-Event, Industrie-Club Düsseldorf
Folie 41



Herausforderungen: Algorithmus

ENTSCHEIDERFABRIK

- knifflige Negationen, z.B. der „hämodynamisch relevanten koronaren Herzerkrankung“ in

Invasiver Ausschluss einer hämodynamisch relevanten koronaren Herzerkrankung am 07.12.2011

2014
11.-12.02.2015 Entscheider-Event, Industrie-Club Düsseldorf
Folie 42



ENTSCHEIDERFABRIK

Syntaxbaum und Indexierungsbaum

Sehr geehrte Kollegen,
wir berichten über Herrn, der sich vom 11.10.2011 bis zum 29.10.2011 befindet.

Diagnose: Lokal fortgeschrittenes Prostatakarzinom Gleason 3+3=6
Hochgradige Inkontinenz

Therapie: Vermp. mit künstlichem Blasenverschluss am 12.10.2011

Anamnese:
Die Verletzung des Pat. erfolgte mit standardmäßig gewaschenem Pt. Hirschen 2010 bekannt ist. Bei ihm betrug der Gleason Score in der weiteren Folge bei einer laparoskopischen Implantation des radikalen Prostataektomie wurde im weiteren Verlauf wurde eine Stadi mit 1000-Adiologie behandelt. Der Patient leidet an hochgradiger Inkontinenz mit Verliegen.
In der weiteren Folge wurde ihm lediglich ein entzündeter Pt

Aufnahmebefund:
Pat. in gutem AI und EZ. Nervische systemisch und evtl. Folge mit 1. Weich, kein Drückvermögen, keine Reaktionen. Harnverlagerung bei: unter der Schließhülle sitzendes Prostatakarzinom von solitärer Form durch: Nicht überall gut verschluckte Harnblase.

Sonographie:
Größe endorektal entwickelte Prostata. Größe des ev. Harn. 11.1

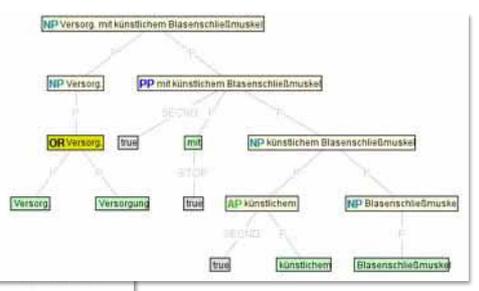
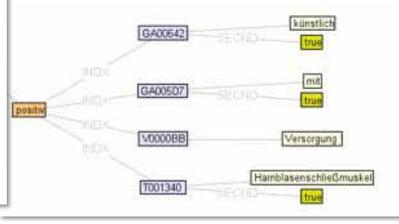
Verlauf:
Im dem Eingriff mit Verlegung mit künstlichem Harnblasenverschluss am 12.10.11 gestärkte sich komplikationlos. In weiteren Verlauf wurde der bei Aufnahme bestehender Hirschen-gew. Harnstein entfernt.

Letzte Medikation:
Ibuprofen 400 1-1-1
Paracetamol 500 0-0-1

Therapieempfehlungen:
Wir bitten um Fortsetzung der Behandlung mit 1000-Adiologie und Wiederanpassung der post-operativen Nachsorge und Funktionsabklärung...

Labor:
Leukozyt 3,9/ul
Hb 14,0g/dl
Hematocrit 0,476g/dl
CRP 3,7mg/dl
BUN 2,10mg/dl

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

2014
11.-12.02.2015 Entscheider-Event, Industrie-Club Düsseldorf
Folie 43



ENTSCHEIDERFABRIK

Indexierung – Abbildung in ID MACS®

Sehr geehrte Kollegen,
wir berichten über Herrn, der sich vom 11.10.2011 bis zum 29.10.2011 in unserer stationären Behandlung befindet.

Diagnose: Lokal fortgeschrittenes Prostatakarzinom Gleason 3+3=6
Hochgradige Inkontinenz

Therapie: Vermp. mit künstlichem Blasenverschluss am 12.10.2011

Anamnese:
Die Verletzung des Pat. erfolgte mit standardmäßig gewaschenem Pt. Hirschen 2010 bekannt ist. Bei ihm betrug der Gleason Score in der weiteren Folge bei einer laparoskopischen Implantation des radikalen Prostataektomie wurde im weiteren Verlauf wurde eine Stadi mit 1000-Adiologie behandelt. Der Patient leidet an hochgradiger Inkontinenz mit Verliegen.
In der weiteren Folge wurde ihm lediglich ein entzündeter Pt

Aufnahmebefund:
Pat. in gutem AI und EZ. Nervische systemisch und evtl. Folge mit 1. Weich, kein Drückvermögen, keine Reaktionen. Harnverlagerung bei: unter der Schließhülle sitzendes Prostatakarzinom von solitärer Form durch: Nicht überall gut verschluckte Harnblase.

Sonographie:
Größe endorektal entwickelte Prostata. Größe des ev. Harn. 11.1

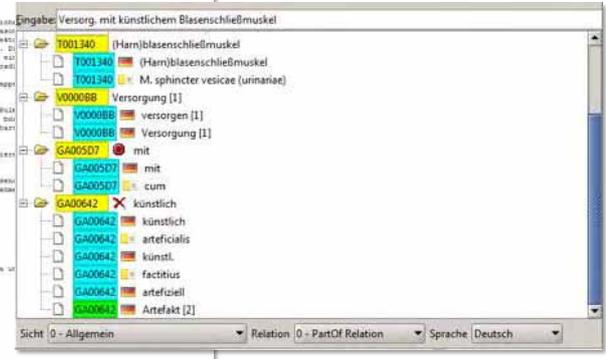
Verlauf:
Im dem Eingriff mit Verlegung mit künstlichem Harnblasenverschluss am 12.10.11 gestärkte sich komplikationlos. In weiteren Verlauf wurde der bei Aufnahme bestehende Hirschen-gew. Harnstein entfernt.

Letzte Medikation:
Ibuprofen 400 1-1-1
Paracetamol 500 0-0-1

Therapieempfehlungen:
Wir bitten um Fortsetzung der Behandlung mit 1000-Adiologie und Wiederanpassung der post-operativen Nachsorge und Funktionsabklärung...

Labor:
Leukozyt 3,9/ul
Hb 14,0g/dl
Hematocrit 0,476g/dl
CRP 3,7mg/dl
BUN 2,10mg/dl

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



2014
11.-12.02.2015 Entscheider-Event, Industrie-Club Düsseldorf
Folie 44

Ergebnis: Codiervorschläge in ID DIACOS®

ENTSCHEIDERFABRIK

2014 11.-12.02.2015 Entscheider-Event, Industrie-Club Düsseldorf Folie 45

Vorschläge M->D in ID DIACOS®

ENTSCHEIDERFABRIK

2014 11.-12.02.2015 Entscheider-Event, Industrie-Club Düsseldorf Folie 46



ENTSCHEIDERFABRIK

Zusammenfassung

- Erschließen und Verarbeiten klinischer Dokumente (digital und digitalisiert)
- Extraktion von Diagnosen, Prozeduren, Medikamenten etc.

- **Effizienz und Effektivität bei MDK-Anfragen**
- **Codierqualität**
- **Erlössicherung**



ENTSCHEIDERFABRIK

Agenda

- 1 Worte zu mir und zur ENTSCHEIDERFABRIK
- 2 Thematischer Initialvortrag – Theorie und Praxis
- 3 **Zusammenfassung**



Take Aways

ENTSCHEIDERFABRIK

- 1 Kommen Sie am **11.-12.02.2015** zum Entscheider-Event und
- 2
 - **"bestimmen"** Sie mit Ihrer Wahl die 5 IT-Schlüssel-Themen !
 - **„beteiligen“** Sie sich an einem IT-Schlüssel-Thema.
 - **„gewinnen“** Sie mit der Beteiligung ein "Lösungskonzept" und
 - Ihre ganze Organisation **„profitiert“** von diesem "Konzept" !
Es fallen lediglich die eigenen Personalkosten an !



Zusammenfassung

ENTSCHEIDERFABRIK

- Das Ziel
- Die Gewinnung der Krankenhaus Unternehmensführung
- Das Konzept
- Die Beteiligten
- Der Nutzen der Beteiligten
- Wie kann man sich beteiligen
- Berichte & Seminare
- Preise bzw. Kosten





Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

ENTSCHEIDERFABRIK

Dr. Pierre-Michael Meier

ENTSCHEIDERFABRIK

VuiG-Initiativ-Rat

Stv. Sprecher

Rochusweg 8

D-41516 Grevenbroich

Tel: +49(0)2182-57 03 60

Fax: +49(0)2182-57 03 42

Mobil: +49(0)170-23 03 11 1

E-Mail: Pierre-Michael.Meier@VuiG.org

Web: www.VuiG.org

Mitgliederversammlung

vom 26. September 2014

48. Fachgruppentagung

vom 25. – 26. September 2014

in der
Ev. Stiftung Tannenhof
Remscheid

von

Holger Höhmann,
Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V.

Protokoll der Mitgliederversammlung der Fachgruppe Psychiatrie im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) am 26.09.2013, 09:00 Uhr in der Evangelischen Stiftung Tannenhof, Remscheid

Anwesend sind:
Siehe Anlage

Herr Holger Höhmann begrüßt die anwesenden Mitglieder. Der Frage, ob die Anwesenheit von Nicht-VKD-Mitgliedern im Saale akzeptiert wird, wird von den anwesenden Mitgliedern zugestimmt.

TOP 1 - Bericht des Vorsitzenden

Herr Höhmann berichtet von den Aktivitäten des Fachgruppenvorstandes. Seit der letzten Jahrestagung im September 2013 hat der Fachgruppenvorstand sich zu vier Vorstandssitzungen zusammengefunden. Zusätzlich fand eine AKP-Vorstandssitzung mit den Vorständen der BFLK und der BDK statt. Die Arbeitsgruppe Neues Entgelt unter Moderation von Herrn Dr. Voigt hat seit September 2013 insgesamt sechs Mal getagt. Hinzu kamen ca. 25 Besuche eines der Vorstandsmitglieder zu Veranstaltungen in Berlin und ca. fünf Termine für die Fachgruppe Psychiatrie im EVKD.

Des Weiteren veröffentlichte bzw. beteiligte sich der Fachgruppenvorstand an fünf Stellungnahmen zu dem neuen Entgeltsystem in der Psychiatrie. Die Stellungnahmen wurden sowohl politisch als auch in der Presse verbreitet. Darüber hinaus initiierte die Fachgruppe den Aufruf zur Unterstützung der Petition zum neuen Entgeltsystem für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik und beteiligte sich an dem offenen Brief zur Positionierung der BPtK zum neuen Entgeltsystem.

Die Fachgruppe hat einen EDV-Benchmark für psychiatrische Krankenhäuser ins Leben gerufen, der noch dieses Jahr beginnen wird. Auch die Kooperation mit der Salzburg Management und Business School (SMBS) der Universität Salzburg zum Health Care Management-Lehrgang wurde weiter vorangetrieben.

TOP 2 - Aussprache

Es gibt keine Wortmeldungen.

TOP 3 - Tagung 2015

Die 49. Fachgruppentagung ist für den 22. und 23. Oktober 2015 geplant. Bewerbungen für die gastgebende Klinik werden gerne noch entgegengenommen.

TOP 4 - Verschiedenes

Herr Höhmann dankt den Referentinnen und Referenten und den Gastgebern für Ihre Unterstützung. Er bittet die Mitglieder in ihren Häusern nach interessanten Themen zu suchen, die im nächsten Jahr mittels eines Vortrages vorgestellt werden könnten.

Ende der Sitzung: 09:30 Uhr

Für die Richtigkeit des Protokolls:
Dominique Ahling

Kurzbericht über die 48. Fachgruppentagung in der „Krankenhausumschau“

48. Fachgruppentagung

vom 25. – 26. September 2014

in der
Ev. Stiftung Tannenhof
Remscheid

von

Holger Höhmann,
Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V.

VKD Fachgruppe Psychiatrie: "Gefahr erkannt - Gefahr gebannt?"

48. Jahrestagung der Fachgruppe Psychiatrie im VKD vom 25. bis 26.09.2014
in der Evangelischen Stiftung Tannenhof in Remscheid

von Holger Höhmann, Vorsitzender der Fachgruppe Psychiatrie im VKD

Die 48. Jahrestagung der Fachgruppe Psychiatrie im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) vom 25. bis 26.09.2014 stand unter dem Generalthema „Gefahr erkannt - Gefahr gebannt?“. Knapp 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmer besuchten die Tagung in den Räumlichkeiten der Evangelischen Stiftung Tannenhof in Remscheid, um gemeinsam über dieses und weitere spannende Themen zu diskutieren.

Der Alltag in der Psychiatrie sowie die Arbeitsbedingungen vor Ort werden sich in den nächsten Jahren zunehmend verändern. Zum Einen werden die Anforderungen an die Versorgung der Bevölkerung steigen, zum Anderen werden durch die Einführung des PEPP-Systems (PEPP – Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik) neue Ansätze für die Krankenhausabrechnung geschaffen. Mit diesen Veränderungen muss sich die Psychiatrie in der Zukunft auseinandersetzen und neue Potenziale entwickeln. Anlässlich der 48. Jahrestagung der Fachgruppe Psychiatrie des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD), die vom 25. bis 26. September 2014 in der Evangelischen Stiftung Tannenhof in Remscheid stattfand, wurden unter dem Generalthema „Gefahr erkannt – Gefahr gebannt?“ verschiedene Standpunkte beleuchtet, neue Denkanstöße gesetzt und miteinander für eine gute und zukunftsorientierte Aufstellung der psychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen diskutiert.

Holger Höhmann, Vorsitzender der Fachgruppe Psychiatrie im VKD, eröffnete in einer kurzen Ansprache die zweitägige Veranstaltung. Begrüßt wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer von der Staatssekretärin im Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, **Martina Hoffmann-Badache**, die in ihrem Grußwort insbesondere auf die enorme Bedeutung und den gesellschaftlichen Auftrag der psychiatrischen Versorgung einging. Ein zweites Grußwort wurde von dem Kaufmännischen Direktor der gastgebenden Evangelischen Stiftung Tannenhof, **Dietmar Volk**, gehalten, der die Stiftung kurz und informativ vorstellte.

Die Vortragreihe des ersten Tagungstages begann mit einem Vortrag von **Dr. Sabine Haverkamp** zum Thema „Gefahr begegnen! – aktueller Stand der Handlungsfelder aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft“. Dr. Haverkamp zeigte zunächst die bestehenden Gefahren des PEPP-Systems auf und beschrieb die vergangenen und derzeitigen Entwicklungen

des neuen Finanzierungssystems. Besonderen Bezug nahm sie dabei auf die Aspekte, deren dringende Klärung bzw. Weiterentwicklung unabdingbar für eine nachhaltige qualitative Versorgung der psychisch Kranken seien. Anschließend erläuterte sie die beiden Aufträge an den Gemeinsamen Bundesausschuss und die daraus entstandenen ersten Inhalte der Arbeitsgruppen zu „Qualitätssicherung Psychiatrie und Psychosomatik“ und „Personalausstattung“. Dr. Haverkamp nahm in ihrem Vortrag ebenfalls Bezug auf die Thematik „regionale Versorgungsverpflichtung“ und beschrieb sowohl die Bedingungen, die sich aus dieser Verpflichtung heraus ergeben als auch mögliche inhaltliche Kriterien zur Definition der regionalen Pflichtversorgung. Abschließend erläuterte sie die Änderungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie und nahm Stellung zur Transparenz der psychiatrischen Versorgung.

Prof. Dr. Renate Schepker beschrieb das Generalthema der Jahrestagung „Gefahr erkannt - Gefahr gebannt?“ aus der Sicht der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP). Prof. Schepker legte dar, dass die offensichtlichen Gefahren des PEPP-Systems für die Kinder- und Jugendpsychiatrie zumindest zum Teil durch die stetige Kritik der letzten Jahre verringert worden sei. Sie legte aber großen Wert darauf, dass noch sehr viele Problematiken bestehen, die für die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher so nicht tragbar seien. So sind aus Ihrer Sicht Diagnosen als Kostentrenner in der Kinder- und Jugendpsychiatrie völlig ungeeignet – ein PEPP-System mit Diagnosebezug bilde den Ressourcenverbrauch nicht adäquat ab. Abschließend appellierte Prof. Schepker an die Entwicklung zu einer die Systemgrenzen übergreifenden, personenzentrierten Gestaltung individueller Behandlungsformen und Behandlungspfade.

Im dritten Vortrag des ersten Tages stellte **Wibke Schubert** das Generalthema aus Sicht des Landesverbandes NRW der Angehörigen psychisch Kranker e.V. dar. Dabei ging sie zunächst auf die bestehenden Kritikpunkte der ambulanten Versorgung ein und beschrieb die notwendigen Voraussetzungen, die für eine gute ambulante Versorgung bestehen müssten. Die hier bestehen Gefahren bewertete Schubert als „nicht gebannt“. Im Bereich der stationären Versorgung stellte sie dar, dass die gravierenden Kritikpunkte am PEPP-System nach wie vor bestünden und das System psychisch Kranken sowie insbesondere schwer psychisch kranke Patientinnen und Patienten nicht gerecht werde. Aus ihrer Sicht müsse das neue Finanzierungssystem die richtigen Rahmenbedingungen für die stationäre Versorgung schaffen sowie sektorenübergreifende Ansätze stärken. Unter den derzeitigen Bedingungen sieht Schubert die klinische psychiatrische Versorgung auch unter dem Aspekt der Rechtsprechung zu Zwang und Gewalt gefährdet.

Prof. Dr. Wolfgang Maier, der die Thematik "Gefahr erkannt - Gefahr gebannt?" aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) erläuterte, nahm zunächst zu der Ausgangssituation und den

bestehenden Zukunftsrisiken Bezug. So stellte er bspw. dar, dass die Inanspruchnahme der Behandlung von psychischen Erkrankungen in den letzten Jahren drastisch gestiegen sei und auf der anderen Seite ein stetiges Sinken der Verweildauer zu verzeichnen sei. Prof. Maier ging detailliert auf die erkannten Gefahren des neuen Finanzierungssystems ein und stellte heraus, dass nur die wenigsten der Gefahren gebannt seien – er sieht somit noch erhebliches Entwicklungspotenzial und warnte vor einer Stagnation der Psychiatrie-Reform.

Dr. Joseph Düllings behandelte das Leitthema aus Sicht des Verbands der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD). Er nahm zunächst Bezug auf die hervorragende Arbeit der Fachgruppe Psychiatrie und der anderen Verbände und wissenschaftlichen Fachgesellschaften, die erreicht haben, dass das PEPP-System überarbeitet wird und dadurch bereits erste Erfolge erzielt werden konnten. Dr. Düllings ging anschließend detailliert auf die Kritikpunkte des Systems ein und beschrieb die gravierenden Mängel, die aus einem derartigen System entstehen können. Zum Abschluss trug er zusammen, zu welchen Aspekten des neuen Finanzierungssystems noch erheblicher Nachbesserungen erforderlich sei, ohne die eine qualitativ hochwertige Versorgung psychisch Kranker in Gefahr schwebt.

Zum Abschluss des ersten Tagungstages referierte **Prof. Dr. Achim Haug**, Ordinarius für Psychiatrie der Universität Zürich und Ärztlicher Direktor der Clenia-Gruppe, zum Thema „Psychiatrische Versorgung in der Schweiz: Flächendeckende Qualitätsmessungen“. Mit der Gründung des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung (ANQ) wurde laut Prof. Haug in der Schweiz ein wesentlicher Meilenstein in der Qualitätsmessung erreicht. Beinahe alle Schweizer Spitäler und Kliniken sind diesem Vertrag beigetreten. Mit den regelmäßigen Datenerhebungen lassen sich detaillierte Berichte erstellen und grafisch aufbereiten. Aufgrund dieser Erkenntnisse werden im Anschluss Maßnahmen zur Qualitätssicherung entwickelt. Durch regelmäßige Auswertung dieser Daten können Ergebnisse (z.B. Aufenthaltsdauer, Altersverteilung) gewonnen werden, die wiederum eine gewisse Transparenz für die Öffentlichkeit, Kliniken, Krankenkassen etc. schaffen. Die erste nicht-anonymisierte Publikation der Ergebnisse in der Erwachsenenpsychiatrie werde im Sommer 2015 veröffentlicht.

Der zweite Tag der 48. Jahrestagung begann mit einem Beitrag von **Günter van Aalst**, Leiter der Landesvertretung der Techniker Krankenkasse NRW, zu „Chancen und Risiken aktueller IV-Verträge und Modellprojekte“. Van Aalst wies zunächst auf die enorme Bedeutung der psychiatrischen Versorgung hin und erläuterte dann, dass mit Hilfe der Modellvorhaben die Grenzen durchbrochen und entsprechende Chancen genutzt werden könnten. Mit Hilfe einer sektorübergreifenden Behandlung könne die Versorgung der Versicherten verbessert werden. Dies werde von der TK in NRW bereits seit acht Jahren erfolgreich durchgeführt und die Überwindung der sektoralen Abschottung werde stetig weiter überwunden – auch im neuen Finanzierungssystem. Obwohl durch das PEPP-System neue Herausforderungen für Modellvorhaben entstanden seien, hat die TK die entsprechenden Perspektiven und

Möglichkeiten betrachtet und umgesetzt. Van Aalst stellte abschließend anhand eines praktischen Beispiels die Vertragsidee eines sektorübergreifenden Modellvorhabens vor.

Matthias Mohrmann, Mitglied des Vorstandes der AOK Rheinland/Hamburg, referierte anschließend zum Thema „Modellvorhaben in der Psychiatrie – Modellprojekt nach § 64 SGB V der AOK Rheinland/Hamburg“. Mohrmann zog zunächst ein Fazit zum Status quo der ambulanten Versorgung und zeigte auf, dass zu lange Wartezeiten bei der Konsultierung eines Facharztes bestünden und eine Änderung von Leistungsinhalten ein langwieriges Unterfangen darstelle. Er beschrieb die Aussicht, dass, falls die Verweildauern durch das PEPP-System sinken werden, weiterer Druck auf die ambulante Versorgung entstehen werde. Eine Verbesserung der ambulanten Versorgung sei nur durch strukturelle Änderungen realisierbar. Eine Möglichkeit hierzu stellen, lt. Mohrmann, die sektorübergreifenden Modellvorhaben dar, die von der AOK bereits praktiziert werden. Mohrmann referierte aber auch mögliche Gründe für die zögerliche Umsetzung und erläuterte die noch zu bearbeitenden Schwachstellen dieser Vorhaben. Abschließend erläuterte auch Mohrmann praktische Beispiele, die eine erfolgreiche Umsetzung darlegen.

Zum Thema „Wissenschaftliche Begleitforschung von IV-Modellen und Programmen – Befunde und Lücken“, referierte **Prof. Dr. Hans Joachim Salize**, Leiter der Arbeitsgruppe Versorgungsforschung des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim. Im Rahmen seiner Evaluation kam Prof. Salize zu der Erkenntnis, dass die bestehenden IV-Modelle inhaltlich heterogen seien und leider nur geringe Patientenzahlen erreicht werden könnten. Dies würde dadurch verstärkt, dass vor allem Patienten mit mittleren Schweregraden in die IV-Programme eingeschrieben seien und leichte Fälle sowie Heimpatienten sich eher nicht einschreiben würden. Es bestehen, lt. Prof. Salize, unterschiedliche Zielsetzungen der Modelle, leider nur eine rudimentäre wissenschaftliche Begleitung und ebenfalls sehr heterogene Ergebnisse. Der Trend zeige eine leichte Verbesserung der Versorgungsqualität innerhalb der IV-Modelle – Kosteneffekte scheinen auf der anderen Seite aber nicht zu bestehen. Prof. Salize betonte, dass die Einführung der IV-Modelle allerdings durch die Implementierung in der jeweiligen Region struktur- und bewusstseinsverändernd bei den beteiligten Akteuren wirke. Zusätzlich würden IV-Modelle Evidenz für bisher nicht evaluierte Annahmen und Versorgungsformen bringen.

Inger Kari Nerheim, Direktorin der Abteilung Psychiatrie des Stavanger Universitätskrankenhauses in Norwegen und Präsidentin des Sub-Comites Psychiatrie des Europäischen Verbands der Krankenhausdirektoren (EVKD), stellte den Teilnehmerinnen und Teilnehmer in einem aufschlussreichen und interessanten Vortrag das psychiatrische Versorgungssystem in Norwegen vor. Im Bereich der Psychiatrie sei auch in Norwegen ein Anstieg der Fallzahlen mit einer gleichzeitigen Senkung der Verweildauer zu verzeichnen. Nerheim stellte ein neuartiges Behandlungsmodell in der norwegischen Psychiatrie vor und

beschrieb abschließend die zukünftigen Erwartungen an die Gesundheitsreformen in Norwegen, nachdem auch hier in den letzten Jahren großflächige Umstrukturierungen des Versorgungsangebotes für psychisch Kranke stattfanden.

Abschließend wurde die Thematik „Effizienz und Sicherheit im Abrechnungsprozess durch intelligent digitalisierte Patientenakten“ von **Dr. Pierre-Michael Meier, Annett Müller** und **Mark Neumann** vorgestellt. Die Referentin und die Referenten erläuterten die Funktionalität der „intelligent“ digital(isiert)en Patientenakten, benannten die Vorteile der digitalen und digitalisierten Akten und stellten die Effizienz und Effektivität bei Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) dar. So könnten bspw. zum Einem digitale und digitalisierte Patientenakten die Abrechnungsprozesse optimieren sowie zur Erlössteigerung beitragen. Zum Anderen könnten durch derartige Akten auch die Personalbindungszeiten verkürzt werden.

Zum Abschluss der 48. Jahrestagung der Fachgruppe Psychiatrie im VKD wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmern von **Klaus Kupfer**, stellvertretender Vorsitzender der Fachgruppe, verabschiedet.

Auswertung der Evaluationsbögen

vom 26. September 2014

48. Fachgruppentagung

vom 25. – 26. September 2014

in der
Ev. Stiftung Tannenhof
Remscheid

von

Holger Höhmann,
Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V.

48. Fachgruppentagung vom 25. bis 26. September 2014 in der Ev. Stiftung Tannenhof, Remscheid

	1	2	3	4	5
Methodisch / didaktische Aufbereitung	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	schlecht
Inhaltliche Relevanz des Themas	sehr hoch	hoch	mittel	gering	sehr gering

Gefahr erkannt-Gefahr gebannt? Positionen zu den Entwicklungen in der Psychiatrie

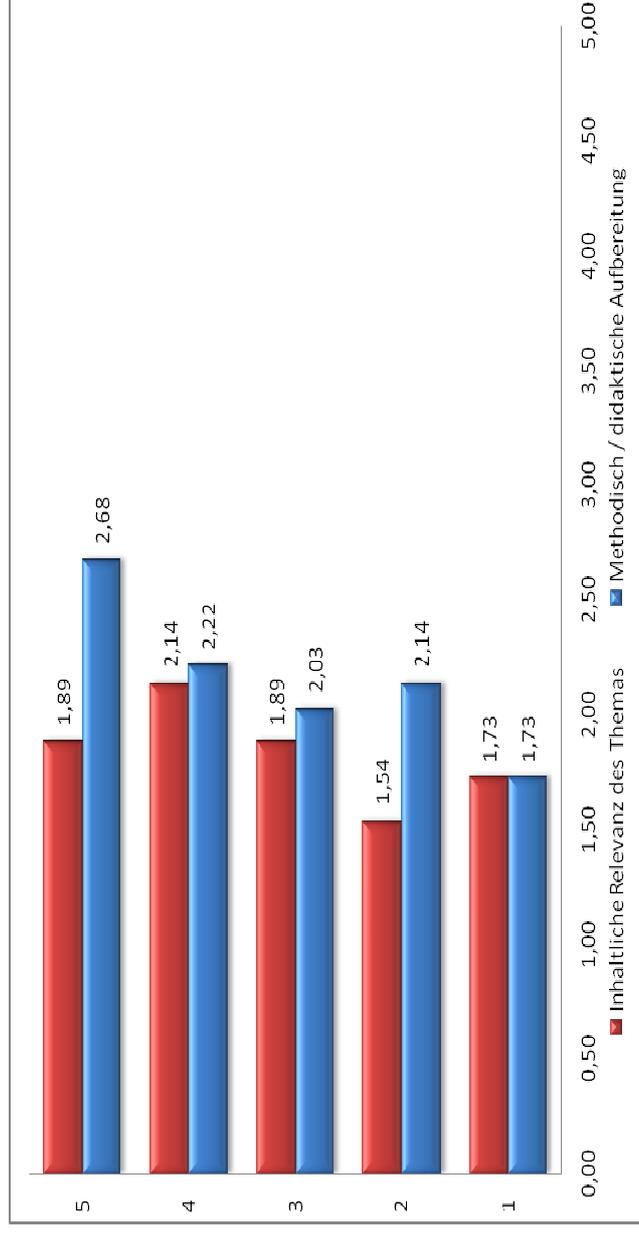
Aus der Sicht der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde – Prof. Dr. med. Wolfgang Maier

Aus der Sicht des Landesverbandes NRW der Angehörigen psychisch Kranker e.V. – Wiebke Schubert

Aus der Sicht der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. – Prof. Dr. med. Renate Schepker

Aus der Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft – Dr. rer. nat. Sabine Haverkamp

Aus der Sicht des Verbandes der Deutschen Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. – Dr. rer. soc. Josef Düllings

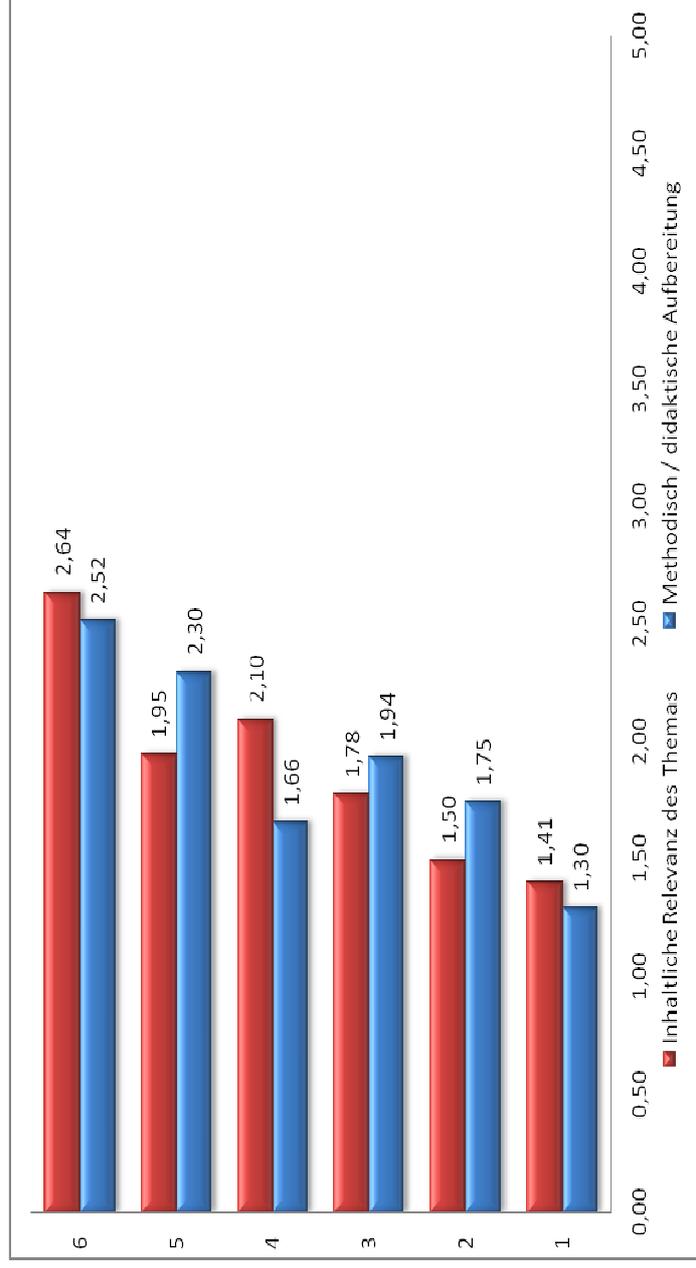


Gefahr erkannt-Gefahr gebannt? Positionen zu den Entwicklungen in der Psychiatrie	Methodisch / didaktische Aufbereitung	Inhaltliche Relevanz des Themas
Dr. rer. soc. Josef Düllings	1,73	1,73
Dr. rer. nat. Sabine Haverkamp	2,14	1,54
Prof. Dr. med. Renate Schepker	2,03	1,89
Wiebke Schubert	2,22	2,14
Prof. Dr. med. Wolfgang Maier	2,68	1,89

48. Fachgruppentagung vom 25. bis 26. September 2014 in der Ev. Stiftung Tannenhof, Remscheid

	1	2	3	4	5
Methodisch / didaktische Aufbereitung	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	schlecht
Inhaltliche Relevanz des Themas	sehr hoch	hoch	mittel	gering	sehr gering

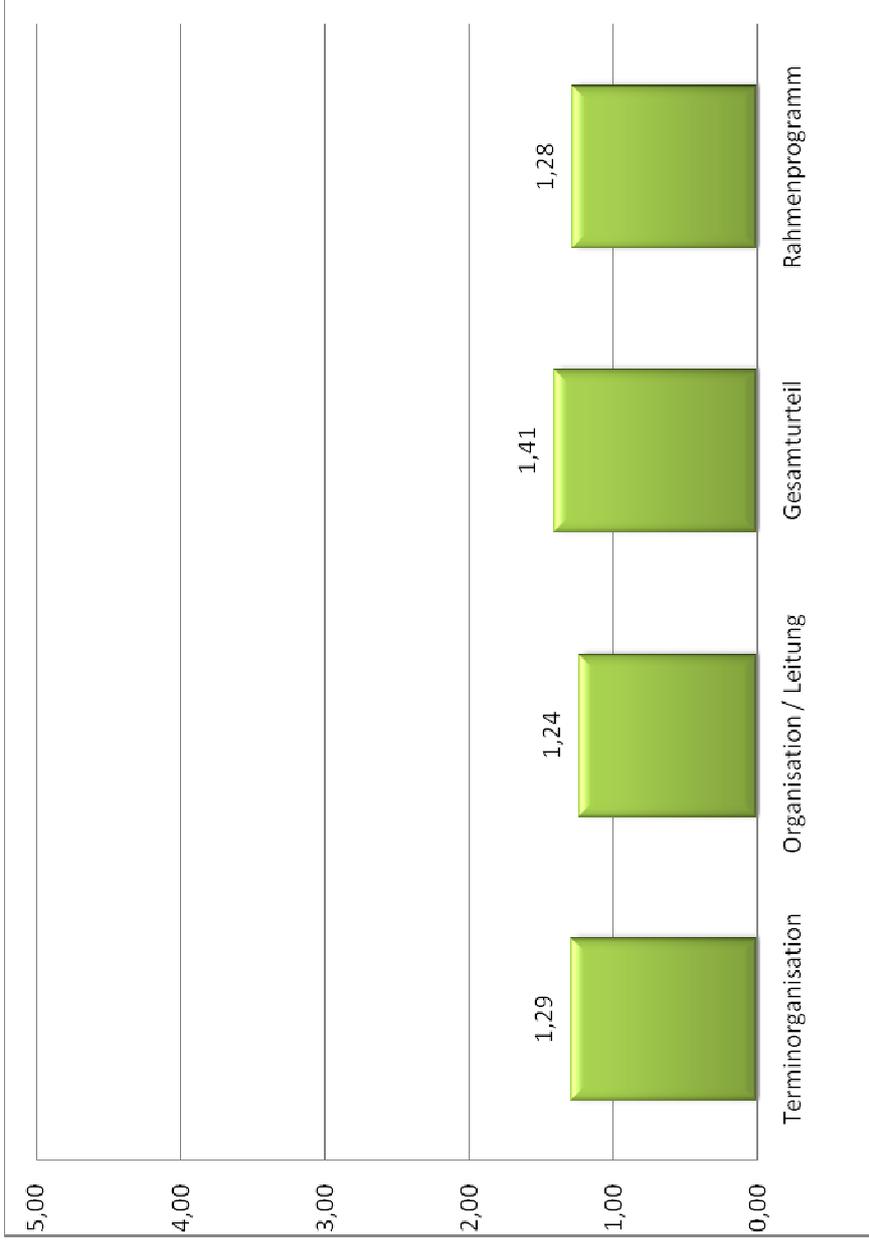
Effizienz und Sicherheit im Abrechnungsprozess durch intelligent digitalisierte Patientenakten Dr. Pierre-Michael Meier/Annett Müller/Mark Neumann
Chancen und Risiken aktueller IV-Verträge und Modellprojekte Günter van Aalst
Psychiatrische Versorgung in Norwegen Inger Kari Nerheim
Modellvorhaben in der Psychiatrie – Modellprojekt nach § 64 SGB V der AOK Rheinland/Hamburg Matthias Mohrmann
Wissenschaftliche Begleitforschung von IV-Modellen und Programmen – Befunde und Lücken – Prof. Dr. sc. hum. Hans Joachim Salize
Psychiatrische Versorgung in der Schweiz – Flächendeckende Qualitätsmessung – Prof. Dr. med. Achim Haug



	Methodisch / didaktische Aufbereitung	Inhaltliche Relevanz des Themas
Psychiatrische Versorgung in der Schweiz –Flächendeckende Qualitätsmessung – Prof. Dr. med. Achim Haug	1,30	1,41
Wissenschaftliche Begleitforschung von IV-Modellen und Programmen –Befunde und Lücken– Prof. Dr. sc. hum. Hans Joachim Salize	1,75	1,50
Modellvorhaben in der Psychiatrie – Modellprojekt nach § 64 SGB V der AOK Rheinland/Hamburg Matthias Mohrmann	1,94	1,78
Psychiatrische Versorgung in Norwegen – Inger Kari Nerheim	1,66	2,10
Chancen und Risiken aktueller IV-Verträge und Modellprojekte – Günter van Aalst	2,30	1,95
Effizienz und Sicherheit im Abrechnungsprozess durch intelligent digitalisierte Patientenakten Dr. Pierre-Michael Meier/Annett Müller/Mark Neumann	2,52	2,64

**48. Fachgruppentagung vom 25. bis 26. September 2014
in der Ev. Stiftung Tannenhof, Remscheid**

	1	2	3	4	5
Sehr gut		gut	befriedigend	ausreichend	schlecht



Bilder

48. Fachgruppentagung

vom 25. – 26. September 2014

in der
Ev. Stiftung Tannenhof
Remscheid

von

Holger Höhmann,
Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V.



Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Gespräch



Martina Hoffmann-Badache



Dietmar Volk



Teilnehmerinnen und Teilnehmer folgen dem Grußwort von
Dietmar Volk



Tagesvorsitzende
am Vormittag
Katrin Erk



Dr. Sabine Haverkamp

Tagesvorsitzender
am Nachmittag
Thomas Brobeil



Prof. Dr. Renate Schepker



Wiebke Schubert





Prof. Dr. Wolfgang Maier

Teilnehmer im Gespräch





Dr. Josef Düllings

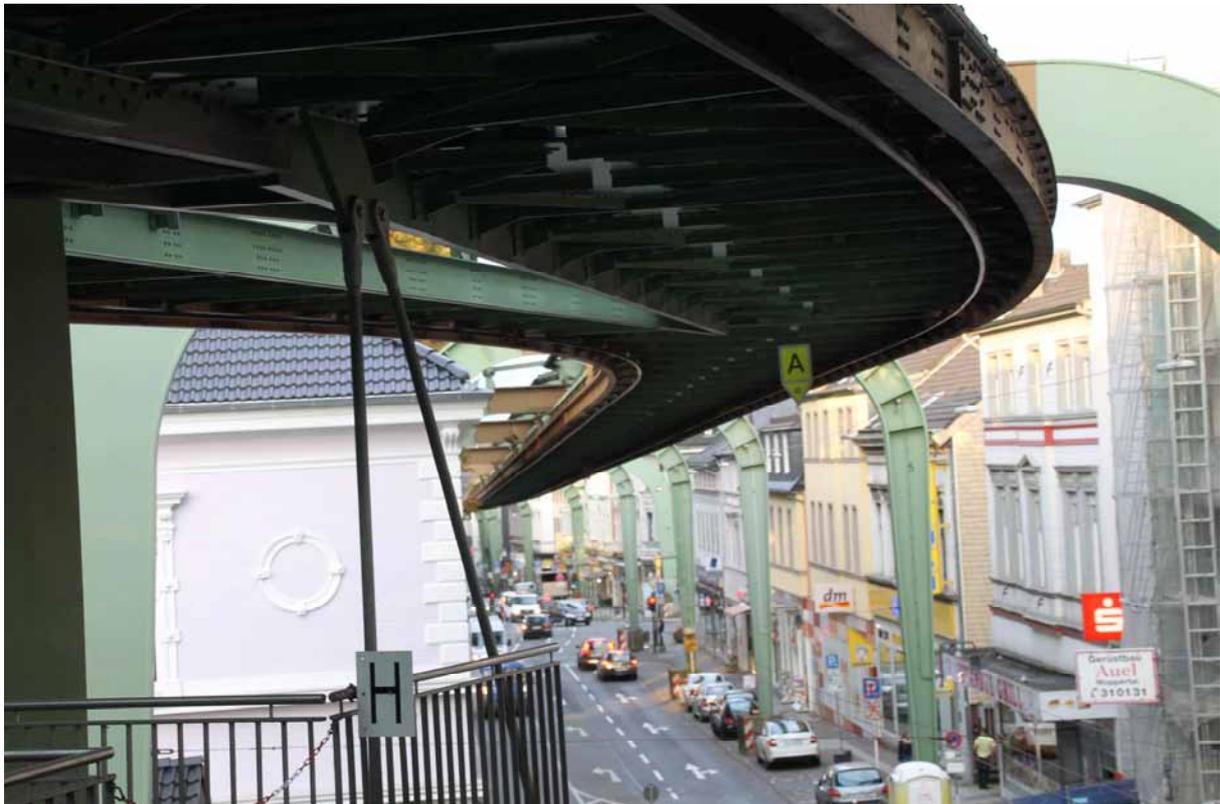
Prof. Dr. Achim Haug



Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf dem Weg zur
Abendveranstaltung ...



... mit der Schwebebahn ...



... von Vohwinkel ...



... durch Wuppertal ...



... in die Historische Stadthalle Wuppertal ...





... zu einem gemütlichen Abendessen im Restaurant Rossini der Historischen Stadthalle.





Holger Höhmann

Tagesvorsitzender
Klaus Kupfer





Günter van Aalst

Matthias Mohrmann



Prof. Dr. Hans Joachim Salize



Volker Thesing

Florian Rupp



Inger Kari Nerheim



Mark Neumann

Annett Müller

Dr. Pierre-Michael Meier