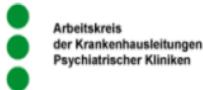
4. Nationales Forum für Entgeltsysteme in der Psychiatrie und Psychosomatik

Finanzierung im 3-Länder-Vergleich Österreich





Bundesdirektorenkonferenz e.V.

Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen in der Psychiatrie e.V.

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. Fachgruppe Psychiatrische Krankenhäuser Gerhard Pöttler



Kapitelübersicht

- 1. Gesundheitsausgaben allgemein
- 2. Finanzierung Stationär
- 3. Finanzierung Nulltagespatienten
- 4. Finanzierung Ambulant
- 5. Einheiten in der Psychiatrie

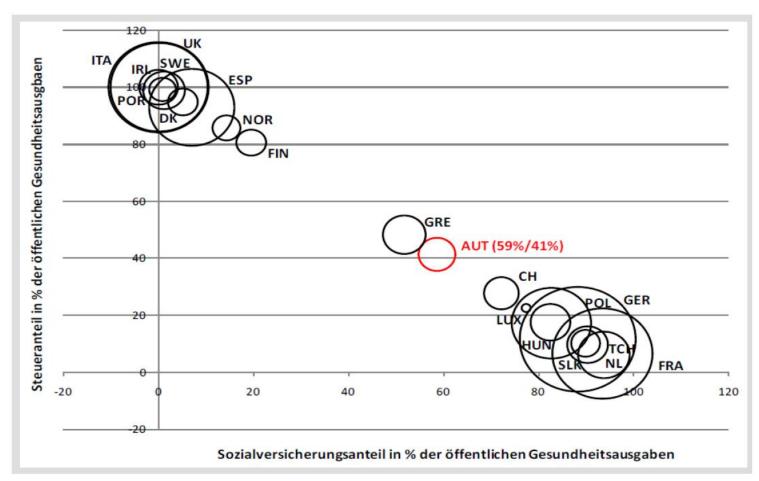


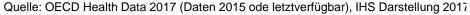
Gesundheitsausgaben: Entwicklungen (1990-1992, 2009-2016) Berechnung nach

dem "System of Health Accounts"*) in Mio. Euro

	T	I	Ir	<u> </u>		1	1	1	г		
Öffentliche und Private Gesundheitsausgaben ²⁾	1990	1991	1992	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Staat inkl. Sozialversicherungsträger	7.896	8.540	9.423	22.120	22.576	23.201	24.270	24.656	25.564	26.410	27.331
Stationäre Gesundheitsversorgung 3)	3.642	3.992	4.403								
Ambulante Gesundheitsversorgung	2.141	2.304	2.480	10.261	10.561	10.872	11.448	11.484	11.858	12.201	12.605
Häusliche Pflege 4)	895	919	957	5.447	5.527	5.676	5.935	6.159	6.373	6.617	6.922
Krankentransport und Rettungsdienste	115	127	141	1.968	2.025	2.071	2.132	2.165	2.223	2.237	2.357
Pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter	775	850	975	289	294	308	338	346	356	362	372
Prävention	117	123	137	3.051	3.057	3.153	3.232	3.276	3.476	3.639	3.675
Verwaltung der Gesundheitsversorgung: Staat inkl. Sozialversicherungsträger	211	225	330	441	450	454	469	491	523	559	576
Private Haushalte und Versicherungsunternehmen	2.574	2.777	2.989	665	662	666	717	735	756	795	824
Stationäre Gesundheitsversorgung ³⁾	864	935	1018	6.773	7.107	7.358	7.676	8.086	8.370	8.593	8.907
Ambulante Gesundheitsversorgung	833	906	976	1.886	1.987	1.993	2.129	2.309	2.333	2.399	2.505
Pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter	654	691	732	2.419	2.567	2.676	2.739	2.865	2.983	3.045	3.114
Verwaltung der Gesundheitsversorgung: private Krankenversicherungen	222	245	262	1.964	2.049	2.154	2.238	2.297	2.404	2.493	2.564
Private Organisationen ohne Erwerbszweck	128	139	151	504	504	535	569	616	651	656	724
Betriebsärztliche Leistungen	18	20	21	514	512	484	503	516	543	562	569
Laufende Gesundheitsausgaben	10.616	11.476	12.583	48	49	51	51	58	64	66	69
Investitionen	754	831	876	29.455	30.244	31.094	32.500	33.317	34.541	35.631	36.876
Gesundheitsausgaben	11.369	12.307	13.460	1.906 31.361	2.053	2.159	2.429	2.374 35.690	2.509 37.050	2.611 38.241	2.721 39.597
Öffentliche laufende Gesundheitsausgaben	7.896	8.540	9.423	22.120	32.296	33.253	34.928			38.24 1 26.410	27.331
Investitionen (öffentlich)	561	616	702	1.172	22.576 1.248	23.201 1.270	24.270 1.369	24.656 1.373	25.564 1.412	1.437	1.392
Öffentliche Gesundheitsausgaben	8.457	9.157	10.124	23.293	23.824	24.470	25.639	26.029	26.976	27.847	28.723
Private laufende Gesundheitsausgaben	2.720	2.935	3.160	7.334	7.668	7.893	8.229	8.660	8.977	9.220	9.545
Investitionen (privat)	193	215	175	7.334	804	889	1.060	1.001	1.096	1.174	1.328
Private Gesundheitsausgaben	2.913	3.150	3.335	8.068	8.472	8.783	9.289	9.661	10.073	10.394	10.873
Gesundheitsausgaben, in % des BIP	8,4	8,4	8,7	10,9	10,9	10,7	11,0	11,0	11,1	11,1	10.073
Laufende Gesundheitsausgaben, in % des BIP	7,8	7,9	8,2	10,3	10,3	10,7	10,2	10,3	10,4	10,3	10,4
Öffentliche laufende Gesundheitsausgaben, in % der laufenden Gesundheitsausgaben	74,4	74,4	74,9	75.1	74.6	74.6	74,7	74.0	74.0	74,1	74,1
Private laufende Gesundheitsausgaben, in % der laufenden Gesundheitsausgaben	25,6	25.6	25,1	24,9	25,4	25, <i>4</i>	25,3	26,0	26.0	25.9	25,9
Bruttoinlandsprodukt (BIP) 5)	136.135	145.949	154.189	288.044	295.897	310.129	318.653	323.910	333.063	344.493	353.297
Öffentliche laufende Gesundheitsausgaben ohne Ausgaben für Langzeitpflege	6.846	7.457	8.290	18.752	19.117	19.631	20.569	20.892	21.687	22.444	23.307
Private laufende Gesundheitsausgaben ohne Ausgaben für Langzeitpflege	2.477	2.678	2.876	6.472	6.701	6.909	7.168	7.439	7.739	7.918	8.167
Laufende Gesundheitsausgaben ohne Ausgaben für Langzeitpflege	9.323	10.135	11.166	25.223	25.818	26.540	27.738	28.331	29.426	30.362	31.474
Laufende Gesundheitsausgaben ohne Ausgaben für Langzeitpflege, in % des BIP	6.8	6.9	7,2	8,8	8,7	8,6	8,7	8,7	8,8	8,8	8,9

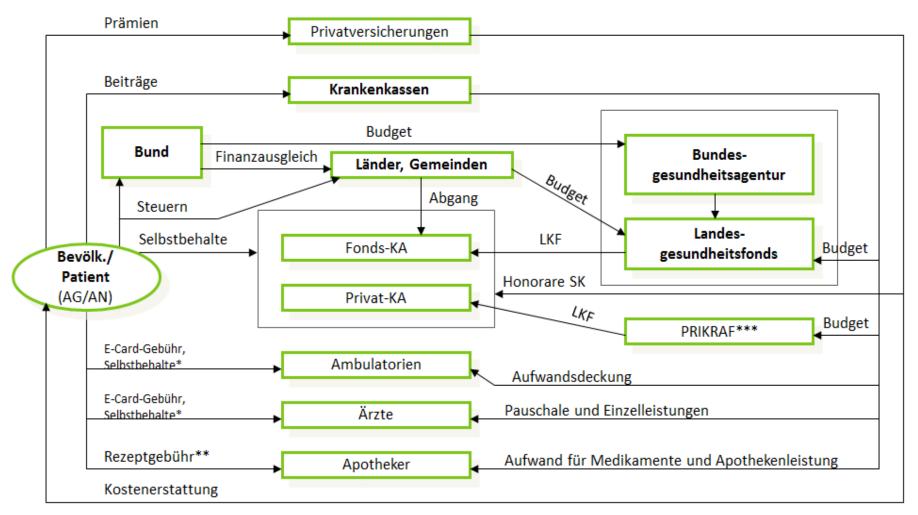
Finanzierung der öffentlichen Gesundheitsausgaben in % - Österreich im Länderclustervergleich







Gesundheitssystem - Finanzierungsströme



^{*}fließt direkt an SV-Träger; **fließt über Apotheke an SV-Träger; ***PRIKRAF: Privatkrankenanstaltenfinanzierungsfonds; Quelle: in Anlehnung an Mag. Heinz Neumann



Vergütung stationärer Sektor: Finanzierungsreform 1997

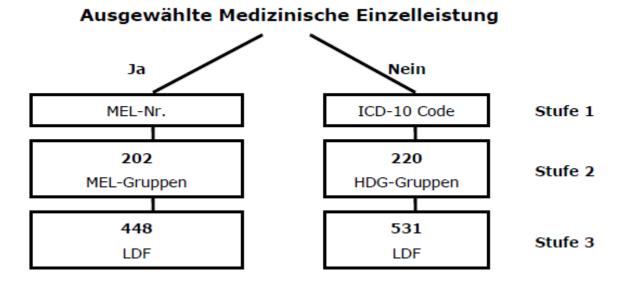
 1997 Umstellung der Finanzierung von einer Vergütung nach Pflegetagen und Betriebsabgang auf ein aufwandsorientiertes Pauschal-Abgeltungssystem: LKF (Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung)

Vor LKF	LKF
Bezahlung nach Tagespauschale:	Pauschale in Abhängigkeit von Leistung / Diagnose:
Bspw.: 1 Tag = Euro 400	Bspw.: Appendektomie = Euro 1.450
5 Tage = Euro 2.000	Coron. Bypaß = Euro 3.650
-> Anreiz für lange Verweildauer	-> Anreiz für kürzere Verweildauer

- LKF System: pauschales Finanzierungssystem nach Art eines DRG-Systems, bei dem Krankheit und medizinische/pflegerische Leistung das Entgelt für den stationären Aufenthalt bestimmen
 - Abrechnungsrelevant ist damit der Aufwand, aber individuell erforderliche Aufwendungen werden zu Gruppen ähnlich gelagerter Aufwendungen zusammen gefasst und pauschal abgerechnet



LKF = 2 Wege führen zu LDF Gruppen



- In Stufe 1: Unterteilung des Patientenkollektivs auf Basis ausgewählter medizinischer Einzelleistungen in ein leistungsbestimmtes und in eines nach Hauptdiagnosen.
- In Stufe 2: Weitere Differenzierung (Leistungshomogenität und med. Zusammengehörigkeit) in Medizinische EinzelLeistungs-Gruppen und HauptDiaGnose-Gruppen
- In Stufe 3: Bildung von leistungsorientierten Diagnosefallgruppen; bestimmen den Punktewert einer Leistung in Abhängigkeit von bestimmten Kriterien Unterteilt in Leistungsund Tageskomponente

Quelle: LKF Modell 2018

Fallpauschale der MEL-Gruppe 06.01 – Codierung einer MEL

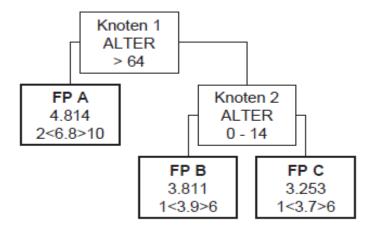
Die medizinischen Einzelleistungen

HH040 → Appendektomie offen (LE = je Sitzung)

HH050 → Appendektomie laparoskopisch (LE= je Sitzung)

führen zur

MEL 06.01 Appendektomie



Knoten 1

- * Splitmerkmal für Fallpauschale A -> Alter
- * Splitbedingung für Fallpauschale A -> > 64

Fallpauschale A

- *LDFP -> 4.814 TK -> 3.461 LK -> 1.353 BD-Zuschlag (Min) -> 254 Leistungszuschlag -> 669
- * Belagsdaueruntergrenze -> 2 Belagsdauermittelwert -> 6.8 Belagsdauerobergrenze -> 10

Knoten 2

- * Splitmerkmal für Fallpauschale B -> Alter
- * Splitbedingung für Fallpauschale B -> 0 14

Fallpauschale B

- *LDFP -> 3.811 TK -> 2.710 LK -> 1.101 BD-Zuschlag (Min) -> 347 Leistungszuschlag -> 572
- *Belagsdaueruntergrenze -> 1 Belagsdauermittelwert -> 3.9 Belagsdauerobergrenze -> 6

Fallpauschale C

- *LDFP -> 3.253 TK -> 1.978 LK -> 1.275 BD-Zuschlag (Min) -> 267 Leistungszuschlag -> 699
- *Belagsdaueruntergrenze -> 1 Belagsdauermittelwert -> 3.7 Belagsdauerobergrenze -> 6



Zu beachten:

2 Finanzierungsbereiche sind zu unterscheiden

Der **LKF-Kernbereich** ist österreichweit einheitlich gestaltet und bepunktet. Er basiert auf leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen (LDF) und auf verschiedenen speziellen Bepunktungsregelungen. Der LKF-Kernbereich wird seit dem Jahr 1997 kontinuierlich weiterentwickelt und aktualisiert und jährlich definitiv festgelegt.

Der **LKF-Steuerungsbereich** ist länderweise gestaltbar und ermöglicht, auf besondere Versorgungsfunktionen einzelner Krankenanstalten in einem Bundesland Bedacht zu nehmen.

Bundesweit einheitlicher LKF-KERNBEREICH	Bepunktung des stationären Krankenhausaufenthalts auf Basis der leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen (LDF) inkl. aller speziellen Bepunktungsregelungen
Länderweise gestaltbarer LKF-STEUERUNGSBEREICH	Die leistungsorientierte Mittelzuteilung aus den Landesge- sundheitsfonds an die Träger der Krankenanstalten kann im Rahmen des LKF-Steuerungsbereiches auf besondere Versorgungsfunktionen bestimmter Krankenanstalten Rücksicht nehmen.

Berücksichtigung von

- Zentralversorgung
- Schwerpunktversorgung
- KA mit speziellen fachlichen oder regionalen Versorgungsfunktionen



Nulltagespatienten – ab Modell 2017

Belagsdauer = 0 Chemotherapie, Tagesklinik-Leistung 1 sonst.Nulltagesfall 3 spez. Entlassungen 2 Geplante Aufnahme Keine Leistung aus TK-Kat. MEL22.xx Leistung aus dem TK-Katalog sonstige Operation9 Sterbefall, Transferierung Konzept + Genehmigung LGF LK + red. TK f. 1 BT Spitalsambulantes Modell



Spitalsambulantes Bepunktungsmodell

AUSGANGSLAGE

- Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit (ZS-G) sind im Bundes-Zielsteuerungsvertrag (B-ZV) im Steuerungsbereich "Versorgungsstrukturen" Ziele formuliert, die eine Anpassung der bisherigen Versorgungsstrukturen an die modernen Möglichkeiten der Medizin erfordern.
- Ein Schwerpunkt ist die Forcierung der tagesklinischen Leistungserbringung.
- Ein weiterer Schwerpunkt ist die Reduktion von medizinisch nicht indizierten Null-/Ein-Tagesaufenthalten.
- Im Herbst 2014 wurde ein Grundlagenpapier für die Abrechnung von Tageskliniken (TK) und 0-/1-Tagesaufenthalten vorgelegt.
- Die Bundesgesundheitskommission hat im Dezember 2015 die Erarbeitung einer Detailbeschreibung für die Umsetzung ab 1. Jänner 2017 beauftragt

Abrechnungsmodell – spitalsambulanter Bereich - Eckpunkte

- Mischsystem aus Pauschalen für Leistungen/Leistungsgruppen und Pauschalen für Kontakte mit Berücksichtigung von Strukturkomponenten
- Ambulante Kontakte werden zu ambulanten Besuchen zusammengefasst und medizinisch und ökonomisch homogenen ambulanten MEL-Gruppen bzw. ambulanten Pauschal-Gruppen (AMG bzw. APG) zugeordnet
- Zumindest Volumen der bisherigen Mittel der LGF für den spitalsambulanten Bereich ist nach diesen Punkten plus Strukturpauschale zu verteilen
 - mindestens 50% nach Leistungs-/Kontaktpunkten verbleibende Mittel nach einer Strukturpauschale (Berücksichtigung von Vorhalteleistungen und vorgehaltenen Strukturen)*
 - Zu beachten: Übergangsphase 2017/2018: Abrechnungsmodell ist zumindest wenn nicht als Grundlage für eine finanzielle Abgeltung verwendet - parallel zu rechnen
 - Abrechnung von tagesklinisch erbringbaren Leistungen gem. Leistungskatalog (Tagesklinikkatalog) weiterhin im stationären Bereich des LKF-Modells
 - Abrechnung von sonstigen 0-Tagesaufenthalten grundsätzlich über das neue spitalsambulante Modell



Einheiten in der Psychiatrie – Auszug aus dem Modell 2018

3./.	Festlegung von Einheiten in der Psychiatrie
	3.7.1. Festlegung von Einheiten der Abteilungsgruppe 01
	3.7.2. Festlegung von Einheiten zur tagesklinischen Behandlung in
	der Psychiatrie
	3.7.3. Festlegung von Einheiten zur tagesstrukturierenden
	Behandlung in der Psychiatrie
3.8.	Festlegung von Einheiten mit Schwerpunkt für Psychosomatik und
	Psychotherapie (PSO)
	3.8.1. Festlegung von Einheiten zur vollstationären Behandlung in
	der Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) – MEL AM100
	3.8.2. Festlegung von Einheiten zur tagesklinischen Behandlung in
	der Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) – MEL AM110
3.9.	Festlegung von Einheiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
	(KJP)
	3.9.1. Festlegung von Einheiten in der KJP mit der
	Behandlungsform I
	3.9.2. Festlegung von Einheiten in der KJP mit der
	Behandlungsform A
	3.9.3. Festlegung von Einheiten in der KJP/peripartalen
	Psychiatrie mit der Behandlungsform E
	3.9.4. Festlegung von Einheiten zur tagesklinischen Behandlung
	(MEL AM120) oder zur tagesstrukturierenden Behandlung
	(MEL AM130) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)

Einheiten in der Psychiatrie - Allgemein

Seit 1. Jänner 1999 sind als Voraussetzung für die Anwendung der nachfolgend angeführten speziellen Bepunktungsregelungen die zur Abrechnung berechtigten psychiatrischen Abteilungen bzw. Stationen durch die Landesgesundheitsplattform bzw. den PRIKRAF mit entsprechender Angabe des Funktionscodes aus einer der vier folgenden Funktionscode-Gruppen festzulegen:

PSYCHIATRIE – EINHEITEN DER ABTEILUNGSGRUPPE 01

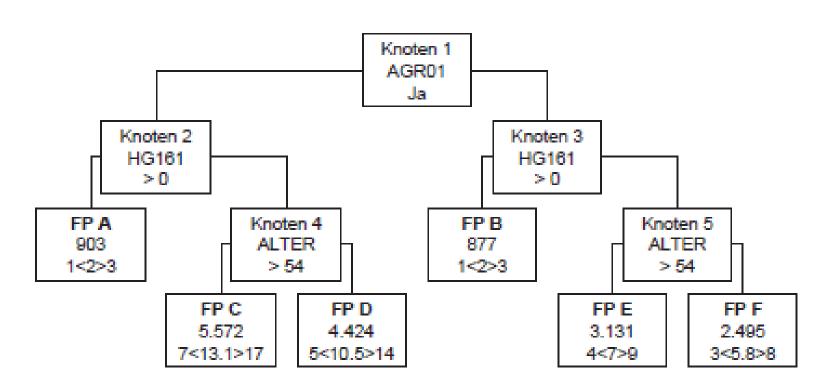
Voraussetzungen Personalausstattung		LDF
Funktionscodes aus einer der vier folgenden	ÄrztInnen: 1,5 VZÄ pro 10 tatsächlich aufgestellte Betten [TBetten]	
Funktionscode-Gruppen:	Gesundheits- und Krankenpflegepersonen: 6,7 VZÄ pro 10 TBetten (bei	
FC: 1x62xxxx = Psychiatrie	Stationen der Psychosomatik/Psychotherapie kann nach unten abgewichen	
FC: 1x64xxxx = Kinder- und Jugendpsychiatrie		LDF-Pauschalen
FC: 1x5115xx = Kinder-Psychologie	Therapeutisches Personal (Psychologie, Psychotherapie, Sozialarbeit,	in der HDG20.XX
FC: 1x5163xx = Kinder- und Jugendpsychiatrie	Physiotherapie, Ergotherapie, Sport-, Kunst- und Musiktherapie) in Summe: 1,5 VZÄ pro	
(Kinderheilkunde)	10 TBetten oder alternativ 2340h pro 10 TBetten und Jahr	

Einheiten in der Psychiatrie – Auszug - allgemein

Diagnose	Bezeichnung	Gruppe	HG
F10.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir	HDG20.04	
F10.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Psychotische Störung	HDG20.04	
F10.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Amnestisches Syndrom	HDG20.04	
F10.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Restzustand und verzögert auftretende psychoti- sche Störung	HDG20.04	
F10.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen	HDG20.04	HG161
F10.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung	HDG20.04	HG161
F11.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	HDG20.08	
F11.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Schädlicher Gebrauch	HDG20.08	
F11.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom	HDG20.14	
F11.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Entzugssyndrom	HDG20.06	
F11.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Entzugssyndrom mit Delir	HDG20.06	
F11.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Psychotische Störung	HDG20.06	
F11.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Amnestisches Syndrom	HDG20.06	
F11.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Restzustand und verzögert auftretende psychoti- sche Störung	HDG20.06	
F11.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen	HDG20.06	
F11.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhal- tensstörung	HDG20.06	
F12.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	HDG20.08	
F12.1	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Schädlicher Gebrauch	HDG20.08	
F12.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom	HDG20.14	
F12.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Entzugssyndrom	HDG20.06	
F12.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Entzugssyndrom mit Delir	HDG20.06	
F12.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Psychotische Störung	HDG20.06	
F12.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Amnestisches Syndrom	HDG20.06	
F12.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	HDG20.06	

Einheiten in der Psychiatrie – Auszug bspw.

HDG20.04
Alkoholentzugssyndrom und -psychosen



PSYCHIATRIE - TAGESKLINISCHE BEHANDLUNG

Voraussetzungen	Strukturmerkmale	LDF			
Die psychiatrische Tagesklinik muss Teil einer	a) Leitung: Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie				
bettenführenden psychiatrischen Abteilung sein.	b) Anwesenheitspflicht eines Facharztes. Bei mehr als 12 Patienten/Patientinnen ist ein				
Eigene Kostenstelle mit dem FC 1462xxxx,	1462xxxx, Arzt/Patient-Schlüssel von 1:12 anzuwenden. N				
1464xxxx)	c) Anwesenheitspflicht einer DGKP. Bei mehr als 12 PatientInnen ist ein DGKP/Patient-	266 Punkten pro			
Tagesklinische Behandlungsplätze sind auf	Schlüssel von 1:12 anzuwenden.	Tag			
Kosten stationärer Betten einzurichten.	d) Anwesenheit weiterer Berufsgruppen (Ergotherapeutln, Dipl. Sozialarbeiterln,				
Physiotherapeutln, Logopädenln, Klin. Gesundheitspsychologln,					
Dokumentation der MEL AM060: "Tagesklinische Beh	andlung in der Psychiatrie" (LE = je Behandlungstag) mit Datum der Behandlung.				
Bei Verlegung in andere Abteilungen oder bei Erbringung einer zusätzlichen abrechnungsrelevanten MEL, ist der Fall abzuschließen und ein neuer					
Datensatz anzulegen. Bei Rückverlegung ist ebenfalls ein neuer Datensatz zu melden.					
Bei jedem Aufenthalt ist die Dokumentation des Aufnahme- und Entlassungskennzeichens "H" sicherzustellen.					

Bei einer Behandlungsserie, die länger als 4 zusammenhängende Kalendertage unterbrochen wird, ist der Datensatz abzuschließen, und bei neuerlicher

Fortsetzung ist ein neuer Datensatz zu melden.

Ein Datensatz ist spätestens am Ende jeden Kalendermonats abzuschließen.



PSYCHIATRIE – TAGESSTRUKTURIERENDE BEHANDLUNG

Voraussetzungen	en Strukturmerkmale				
Die tagesstrukturierende Tagesklinik muss Teil	 a) Leitung: Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie b) Die Erreichbarkeit eines Facharztes Fachärztin oder eines Arztes in Ausbildung zum Facharzt während der Öffnungszeit c) DGKP für Psychiatrie ist in der Öffnungszeit von täglich 8 Stunden an Werktagen mit mindestens einer Person anwesend, bzw. zu einem DGKP/Patient-Schlüssel von 1:15. d) Anwesenheit weiterer Berufsgruppen (ErgotherapeutIn, Dipl. SozialarbeiterIn, PhysiotherapeutIn, LogopädenIn, Klin. GesundheitspsychologIn, 	MEL28.06/A mit 161 Punkten pro Tag			
Dokumentation der MEL AM070 "Tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie" bzw. AM080: "Tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie – Nachtklinik ((LE = je Behandlungstag) mit Datum der Behandlung.					
Bei Verlegung in andere Abteilungen oder bei Erbringung einer zusätzlichen abrechnungsrelevanten MEL, ist der Fall abzuschließen und ein neuer					
Datensatz anzulegen. Bei Rückverlegung ist ebenfalls ein neuer Datensatz zu melden.					
Bei jedem Aufenthalt ist die Dokumentation des Aufn	ahme- und Entlassungskennzeichens "H" sicherzustellen.				

Bei einer Behandlungsserie, die länger als 4 zusammenhängende Kalendertage unterbrochen wird, ist der Datensatz abzuschließen, und bei neuerlicher Fortsetzung ist ein neuer Datensatz zu melden.

Ein Datensatz ist spätestens am Ende jeden Kalendermonats abzuschließen.



PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE (PSO) - VOLLSTATIONÄR

Voraussetzungen	Personalausstattung	LDF
	 a) Ärztinnen/Ärzte: 1,0 VZÄ pro 10 tatsächlich aufgestellte Betten [TBetten] b) Gesundheits- und Krankenpflegepersonen: 4,5 VZÄ pro 10 TBetten (bei Stationen der Psychosomatik/Psychotherapie kann nach unten abgewichen werden) c) Therapeutisches Personal (Psychologie, Psychotherapie, Sozialarbeit, Physiotherapie, Ergotherapie, Sport-, Kunst- und Musiktherapie) in Summe: 1,5 VZÄ pro 10 TBetten oder alternativ 2340h pro 10 TBetten und Jahr 	MEL32.01/A mit 290,7 LDF pro Tag

Dokumentation der MEL AM100 "Stationäre Behandlung auf einer Einheit für Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) im Turnus 4–12 Wochen (LE=je Aufenthalt)". Aufenthalte in der HDG20 werden über die Fallpauschalen ohne AGR01 abgerechnet.

PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE (PSO) - TAGESKLINIK

Voraussetzungen	Voraussetzungen	LDF
Eigene Kostenstelle mit dem FC 14xx68xx.	a) Für den einzelnen Patienten/die einzelne Patientin werden zumindest 3 Stunden	
	täglich Leistungen als Einzel- oder Gruppentherapie angeboten.	
Erfüllung der Qualitätskriterien und Leistungs-	b) Für die tägliche Anwesenheit der Patienten/Patientinnen und die Inanspruchnahme	MEL32.02/A mit
inhalte für PSO-Einheiten der jeweils aktuellen	anderer Leistungen gelten analog die gleichen Regelungen wie bei der MEL "AM060	204 LDF pro Tag
Fassung des ÖSG inklusive der Planungs-	 Tagesklinische Behandlung in der Psychiatrie (LE=je Behandlungstag)". 	
richtwerte.		

Dokumentation der MEL AM110 "Tagesklinische Behandlung auf einer Einheit für Psychosomatik und Psychotherapie (PSO) (LE≒je Behandlungstag)".

Bei Verlegung in andere Abteilungen oder bei Erbringung einer zusätzlichen abrechnungsrelevanten MEL, ist der Fall abzuschließen und ein neuer

Datensatz anzulegen. Bei Rückverlegung ist ebenfalls ein neuer Datensatz zu melden.

Bei jedem Aufenthalt ist die Dokumentation des Aufnahme- und Entlassungskennzeichens "H" sicherzustellen.

Bei einer Behandlungsserie, die länger als 4 zusammenhängende Kalendertage unterbrochen wird, ist der Datensatz abzuschließer Fortsetzung ist ein neuer Datensatz zu melden.

Ein Datensatz ist spätestens am Ende jeden Kalendermonats abzuschließen.



KINDER-/JUGENDPSYCHIATRIE - BEHANDLUNGSFORM I (INTENSIV)

Voraussetzungen	Р	ersonalausstattung		Punkte/Tag
Eigenen Kostenstelle mit den speziellen Funktionscodes	a)	Ärztliches Personal:	1,0 VZÄ pro 4 Betten	
1x64xxxx = Kinder- und Jugendpsychiatrie	b)	Pflege/Erziehung:	1,7 VZÄ pro 1 Bett	
1x5115xx = Kinder-Psychologie	c)	Psycholog./Akad. Personal:	1,0 VZÄ pro 5 Betten	
1x5163xx = Kinder- und Jugendpsychiatrie (Kinderheilkunde)	d)	Therapeutisches Personal:	1,0 VZÄ pro 6 Betten	661
1x5168xx = Kinder-Psychosomatik (Kinderheilkunde)		Summe:	2,32 VZÄ pro Bett	
1x62xxxx = Psychiatrie (Einheiten der Peripartalpsychiatrie für die Einstufung				
in die Behandlungsform E (Eltern/Kind)				

Erfüllung der nachfolgend angeführten stationsbezogenen Kriterien:

Pflegeleistungen (24-Stunden-Verfügbarkeit) sowie Anwesenheit in der Kernzeit und Bereitschaft in der übrigen Zeit eines Facharztes/einer Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Pflege, Erziehung und Therapie durch ein multiprofessionelles Team (siehe unten) 12 Stunden pro Tag und Patient/in (Einzel- und Kleingruppe)

ein multiprofessionelles Team – bestehend aus mindestens 4 Qualifikationen der Gruppen klinische Psychologen/Psychologinnen, Sozial- bzw. Rehabilitationspädagogen/-pädagoginnen, Ergotherapeuten/-therapeutinnen, Logopäden/Logopädinnen, Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen, Physiotherapeuten/-therapeutinnen und Psychotherapeuten/-therapeutinnen – steht zur Verfügung; zusammen mit dem diplomierten Pflegepersonal ergeben sie einen Schlüssel von mindestens 1,9 Personen pro tatsächliches GP Gesundheits-, Sport- und Eventmanagement Bett.

KINDER-/JUGENDPSYCHIATRIE - BEHANDLUNGSFORM A (ALLGEMEIN)

Voraussetzungen	Р	ersonalausstattung		Punkte/Tag
Eigenen Kostenstelle mit den speziellen Funktionscodes	a)	Ärztliches Personal:	1,0 VZÄ pro 5 Betten	
1x64xxxx = Kinder- und Jugendpsychiatrie	b)	Pflege/Erziehung:	1,2 VZÄ pro 1 Bett	
1x5115xx = Kinder-Psychologie	c)	Psycholog./Akad. Personal:	1,0 VZÄ pro 5 Betten	
1x5163xx = Kinder- und Jugendpsychiatrie (Kinderheilkunde)	d)	Therapeutisches Personal:	1,0 VZÄ pro 5 Betten	619
1x5168xx = Kinder-Psychosomatik (Kinderheilkunde)		Summe:	1,80 VZÄ pro Bett	
1x62xxxx = Psychiatrie (Einheiten der Peripartalpsychiatrie für die Einstufung				
in die Behandlungsform E (Eltern/Kind)				

Erfüllung der nachfolgend angeführten stationsbezogenen Kriterien:

Pflegeleistungen (24-Stunden-Verfügbarkeit) sowie Anwesenheit in der Kernzeit und Bereitschaft in der übrigen Zeit eines Facharztes/einer Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Pflege, Erziehung und Therapie durch ein multiprofessionelles Team (sie-he unten) 7 Stunden pro Tag und Patient/in (Einzel- und Kleingruppe);

ein multiprofessionelles Team – bestehend aus mindestens 4 Qualifikati-onen der Gruppen Klinische Psychologen/Psychologinnen, Sozial- bzw. Rehabilitationspädagogen/-pädagoginnen, Ergotherapeuten/-therapeutinnen, Logopäden/Logopädinnen, Physiotherapeuten/-therapeutinnen und Psychotherapeuten/-therapeutinnen, Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen – steht zur Verfügung; zusammen mit dem diplomierten Pflegepersonal ergeben sie einen Schlüssel von mindestens 1,6 Personen pro tatsächliches Bett.

KINDER- /JUGENDPSYCHIATRIE - BEHANDLUNGSFORM E (ELTERN/KIND)

Voraussetzungen	Р	Personalausstattung		Punkte/Tag
Eigenen Kostenstelle mit den speziellen Funktionscodes	a)	Ärztliches Personal:	1,0 VZÄ pro 5 Betten	
1x64xxxx = Kinder- und Jugendpsychiatrie	b)	Pflege/Erziehung:	1,4 VZÄ pro 1 Bett	
1x5115xx = Kinder-Psychologie	c)	Psycholog./Akad. Personal:	1,0 VZÄ pro 5 Betten	
1x5163xx = Kinder- und Jugendpsychiatrie (Kinderheilkunde)	d)	Therapeutisches Personal:	0,2 VZÄ pro 5 Betten	650
1x5168xx = Kinder-Psychosomatik (Kinderheilkunde)		Summe:	2,0 VZÄ pro Bett	
1x62xxxx = Psychiatrie (Einheiten der Peripartalpsychiatrie für die Einstufung				
in die Behandlungsform E (Eltern/Kind)				

Erfüllung der nachfolgend angeführten stationsbezogenen Kriterien:

Pflegeleistungen (24-Stunden-Verfügbarkeit) sowie

Anwesenheit in der Kernzeit und Bereitschaft in der übrigen Zeit eines Facharztes einer Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. bei Einheiten der peripartalen Psychiatrie eines Facharztes/einer Fachärztin für Psychiatrie.

Pflege, Erzienung und Therapie durch ein multiprofessionelles Team (siene unten)
□ spezifische elternorientierte Therapie und Betreuungsmaßnahmen (z.B. Familientherapie, Interaktionstherapie
Elternberatung);
□ ein multiprofessionelles Team – bestehend aus mindestens 4 Qualifikationen der Gruppen Klinische
Psychologen/Psychologinnen, Sozial- bzw. Rehabilitationspädagogen/-pädagoginnen, Ergotherapeuten/-
therapeutinnen, Logopäden/Logopädinnen, Physiotherapeuten/-therapeutinnen und Psychotherapeuten/-
therapeutinnen, Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen – steht zur Verfügung; zusammen mit dem diplomierten
Pflegepersonal er-geben sie einen Schlüssel von mindestens 1.7 Personen pro tatsächliches Bett.



KINDER- /JUGENDPSYCHIATRIE - TAGESKLINISCHE BEHANDLUNG

Voraussetzungen	Leistungsvoraussetzungen	LDF	
Muss Teil einer bettenführenden kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung sein. Eigene Kostenstelle (mit dem FC 1464xxxx) Tagesklinische/tagesstrukturierende Behandlungsplätze sind auf Kosten systemisierter stationärer Betten einzurichten.	 a) Aus wenigstens 3 Bereichen des multiprofessionellen Teams werden Leistungen erbracht, wie z.B. soziales Training, Lernförderung, Anleitung zum Schulbesuch und Schulbegleitung, Arbeit mit Eltern und Bezugspersonen, Ergotherapie, Logopädie, Psychotherapie, Medikationsmonitoring, etc. b) Folgende Personalausstattung wird für 10 Behandlungsplätze empfohlen: Ärztl. (KJP-FA)/Psychol./akad. Pädagog. 4,0 (mind. 1,5 Ärztl./1,0 Psychol.) Therapeut. + Dipl. Sozialarb. 1,7 (mind. 0,5 DSA) DGKP/pädagog. Pers. 3,0 (mind. 1,5 Pflege) c) Die PatientInnen haben eine tägliche Anwesenheitspflicht von mindestens 6 Stunden. 	MEL28.07/A mit 389 LDF pro Tag	
MEL AM120 – "Tagesklinische Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) (LE=je Behandlungstag)" mit Datum der Behandlung.			
Bei Verlegung in andere Abteilungen oder bei Erbr	ngung einer zusätzlichen abrechnungsrelevanten MEL, ist der Fall abzuschließen und ein neuer		
Datensatz anzulegen. Bei Rückverlegung ist ebenf	alls ein neuer Datensatz zu melden		

Bei jedem Aufenthalt ist die Dokumentation des Aufnahme- und Entlassungskennzeichens "H" sicherzustellen.

Bei einer Behandlungsserie, die länger als 4 zusammenhängende Kalendertage unterbrochen wird, ist der Datensatz abzuschließen, und bei neuerlicher Fortsetzung ist ein neuer Datensatz zu melden.

Ein Datensatz ist spätestens am Ende jeden Kalendermonats



KINDER- /JUGENDPSYCHIATRIE - TAGESSTRUKTURIERENDE BEHANDLUNG

Voraussetzungen	Leistungsvoraussetzungen			
Muss Teil einer bettenführenden kinder- und) Aus wenigstens 3 Bereichen des multiprofessionellen Teams werden Leistungen			
jugendpsychiatrischen Abteilung sein.	erbracht, wie z.B. soziales Training, Lernförderung, Anleitung zum Schulbesuch und			
Eigene Kostenstelle (mit dem FC 1464xxxx)	Schulbegleitung, Arbeit mit Eltern und Bezugspersonen, Ergotherapie, Logopädie,			
Tagesklinische/tagesstrukturierende	Psychotherapie, Medikationsmonitoring, etc.			
Behandlungsplätze sind auf Kosten sys-	Zur Erfüllung der angeführten Anforderungen wird folgende Personala	usstattung für MEL28.08/A mit		
temisierter stationärer Betten einzurichten.	10 Behandlungsplätze empfohlen:	233 LDF pro Tag		
	Ärztl. (KJP-FA)/Psychol./akad. Pädagog. 4,0 (mind. 1,5 Ärztl./1,0 Psyc	hol.)		
	Therapeut. + Dipl. Sozialarb. 1,7 (mind. 0,5 DSA)			
	DGKP/pädagog. Pers. 3,0 (mind. 1,5 Pflege)			
	Die PatientInnen haben eine tägliche Anwesenheitspflicht von mindes	tens 4 Stunden		
MEL AM130 – "Tagesstrukturierende Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) (LE=je Behandlungstag) mit Datum der Behandlung.				
Bei Verlegung in andere Abteilungen oder bei Erbringung einer zusätzlichen abrechnungsrelevanten MEL, ist der Fall abzuschließen und ein neuer				
Datensatz anzulegen. Bei Rückverlegung ist ebenfalls ein neuer Datensatz zu melden.				
Bei jedem Aufenthalt ist die Dokumentation des Aufnahme- und Entlassungskennzeichens "H" sicherzustellen.				

Bei einer Behandlungsserie, die länger als 4 zusammenhängende Kalendertage unterbrochen wird, ist der Datensatz abzuschließen, und bei neuerlicher Fortsetzung ist ein neuer Datensatz zu melden.

Ein Datensatz ist spätestens am Ende jeden Kalendermonats abzuschließen



Niedergelassener Bereich

- Honorarsätze entsprechend der Vereinbarung der jeweiligen Landesärztekammer mit den unterschiedlichen Versicherungen
 - → unterschiedliche Abschlüsse und damit unterschiedliche Vergütungen in den 9 Bundesländern wie auch in den unterschiedlichen Versicherungen

Versorgungsbereich	Erwachsene	Kinder und Jugendliche	Abhängigkeitserkrankungen		
Intramural	 Stationärer Bereich Tagesklinik (auch disloziert) Ambulanz Konsiliar- und Liaisondienst für KA 		 Stationärer Bereich Tagesklinik (auch disloziert) Ambulanz (auch disloziert) 		
	 AM/PVE FA PSY bzw. KJP¹ 				
Extramural	 Psychosoziale Versorgungseinrichtungen mit FA PSY (niederschwellige Versorgung für Erwachsene; mind. 1 Einrichtung/VR) Not- und Krisendienst Konsiliar-/Liaisondienst für Einrichtungen des Sozialbereichs (inkl. Pflegeeinrichtungen, Wohnungslosenhilfe, Behindertenhilfe) 	 KJP Ambulatorien (nieder-schwellige Versorgung) Konsiliar-/Liaisondienst von FA KJP für entwicklungspädiatrische Ambulatorien, Einrichtungen des Sozialbereichs (inkl. der Behindertenhilfe), der Suchthilfe, der stationären Kinder- und Jugendhilfe, (Wohneinrichtungen) Mobile Einheiten der KJP zur aufsuchenden Betreuung 	 Erste Anlaufstellen zur Beratung, Behandlungsmotivation, Behandlungsvorbereitung von Suchterkrankungen (z.B. Drogenberatungsstellen) Niederschwellige Einrichtungen mit nicht primär abstinenzorientiertem Angebot Ambulante Therapieeinrichtungen für Suchterkrankungen Einrichtungen zur Nachsorge und Nachbetreuung von Suchterkrankungen 		

Zukunft?

Größte Probleme der gesamten Psychiatrie und Psychosomatik:

sowohl im intra- wie auch extramuralen Bereich viel zu wenig Arztstellen, um den Bedarf entsprechend abdecken zu können

Finanzierung nicht nachhaltig – nicht kostendeckend

2. überarbeitete Auflage inkl. der Gesundheitsreform Gesundheitswesen in Österreich Organisationen, Leistungen, Finanzierung und Reformen übersichtlich dargestellt **GERHARD PÖTTLER** G GOLDEGG

DANKE für IHRE AUFMERKSAMKEIT

Dr. Gerhard Pöttler

