

LWL Klinikum Gütersloh

26. Juni 2013

Zukunft der Psychiatrie und die Rolle der psychiatrisch Pflegenden aus Sicht der DGPPN

Dr. Iris Hauth

Alexianer St. Joseph-Krankenhaus

Berlin- Weissensee

Zentrum für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

197 Betten, 84 TK-Plätze, 26 Betten Reha, 40 Betten Neurologie,
33 Plätze TWG, PIA, MVZ, 2 Seniorenpflegeheime



Einrichtungen :

rd. 170 in 5 Bundesländern

Krankenhäuser:

19 mit 3.500 Betten

(Somatik: 1.400/ **Psychiatrie: 2.000 / Reha:100**)
84.000 stationäre/ 176.000 ambulante Patienten

Krankenpflegeschulen:

3 mit 380 Auszubildenden

MVZ:

8 mit 30 Praxen

Senioreneinrichtungen:

20 mit rd. 1.400 Plätzen

Eingliederungshilfe:

3.400 Klienten

Wohnen und Betreuung:

1.050 stationäre
850 ambulante Plätze

Arbeit- und Integration:

Werkstätten zur Arbeits- und Berufsförderung von Menschen mit geistiger und psychischer Behinderung für mehr als

2.300 Menschen

Mitarbeiter:

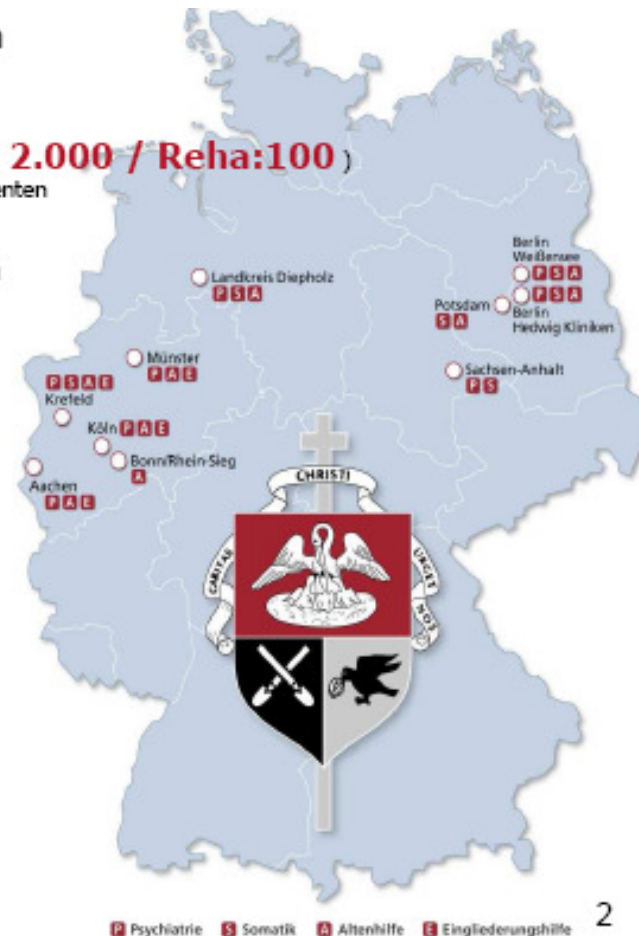
11.300

Bilanzsumme:

764 Mio.€

Umsatz:

579 Mio.€



- I. „Ist-Situation“ der Versorgung psychisch erkrankter Menschen**
- II. Exkurs: PsychEntgelt - Gesetz**
- III. Innovative Behandlungsformen**
- IV. Perspektiven für Pflegedienst**

STEIGENDE MEDIALE AUFMERKSAMKEIT FÜR PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN

Deutsche Presseberichte zum Stichwort
„psychische Krankheit“

2008: 3.628 Artikel
2010: 5.088 Artikel
2012: 6.683 Artikel

+ 84 %

ERSTE ERGEBNISSE DEGS MENTAL HEALTH

Computergestützte Interviews mit 5.318 Personen im Alter 18 bis 79 Jahre – repräsentativ für die deutsche Wohnbevölkerung.

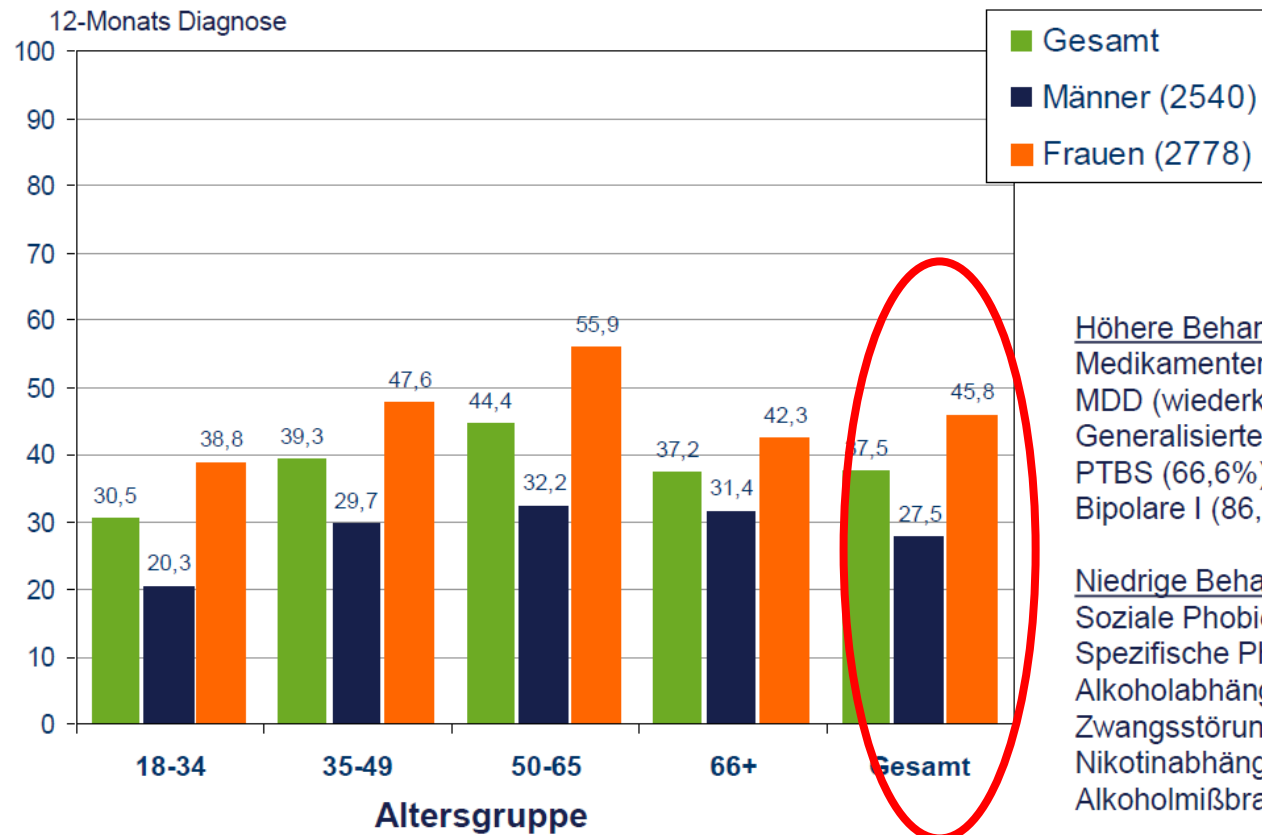


Quelle: RKI, Degs Symposium 14.6.2012. Online Ressource: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/Symposium/Symposium_inhalt.html?nn=2766148

BEHANDLUNGSRATEN NACH ALTERSGRUPPEN UND GESCHLECHT

Wie viel Prozent der Betroffenen standen wegen ihrer Beschwerden im Kontakt zum Gesundheitssystem?

% aller Betroffenen mit einer 12-Monats Diagnose



37,5%

Höhere Behandlungsraten
 Medikamentenabh. (59,3%)
 MDD (wiederkehrend: 61,2%)
 Generalisierte Angst (64,0%)
 PTBS (66,6%)
 Bipolare I (86,1%)

Niedrige Behandlungsraten
 Soziale Phobie (53,5%)
 Spezifische Phobien (45,6%)
 Alkoholabhängigkeit (46,6%)
 Zwangsstörung (42,5%)
 Nikotinabhängigkeit (35,6%)
 Alkoholmißbrauch (25,8)

Quelle: RKI, Dega Symposium 14.6.2012. Online Ressource: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Dega/degs_w1/Symposium/Symposium_inhalt.html?nn=2766148

WIE OFT WERDEN PSYCHISCHE STÖRUNGEN BEHANDELT?

	Schweregrad der Erkrankung			
	Schwer	Moderat	Leicht	Keine
Deutschland				
Behandlungsrate	50 %	31 %	28 %	5 %
Frankreich				
Behandlungsrate	63 %	36 %	22 %	8 %

12-Monats-Prävalenz und Behandlungsraten bei psychischen Störungen

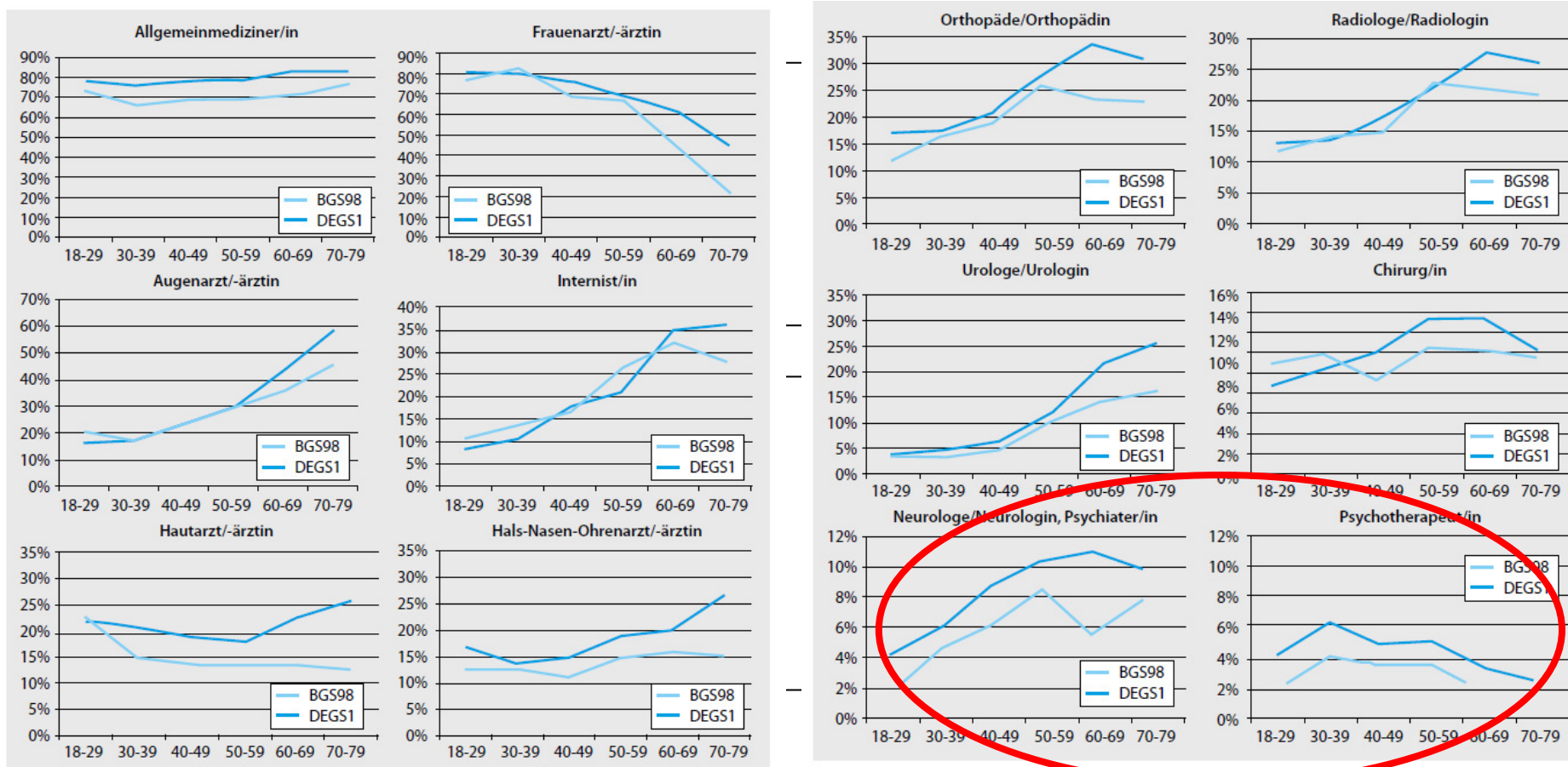
(Quelle: WHO World Health Survey 2004 ,
in: Kessler et al., 2004)

Stationäre Versorgung: STATISTIKEN DER KRANKENKASSEN zeigen Anstieg der Fälle und Betroffenen

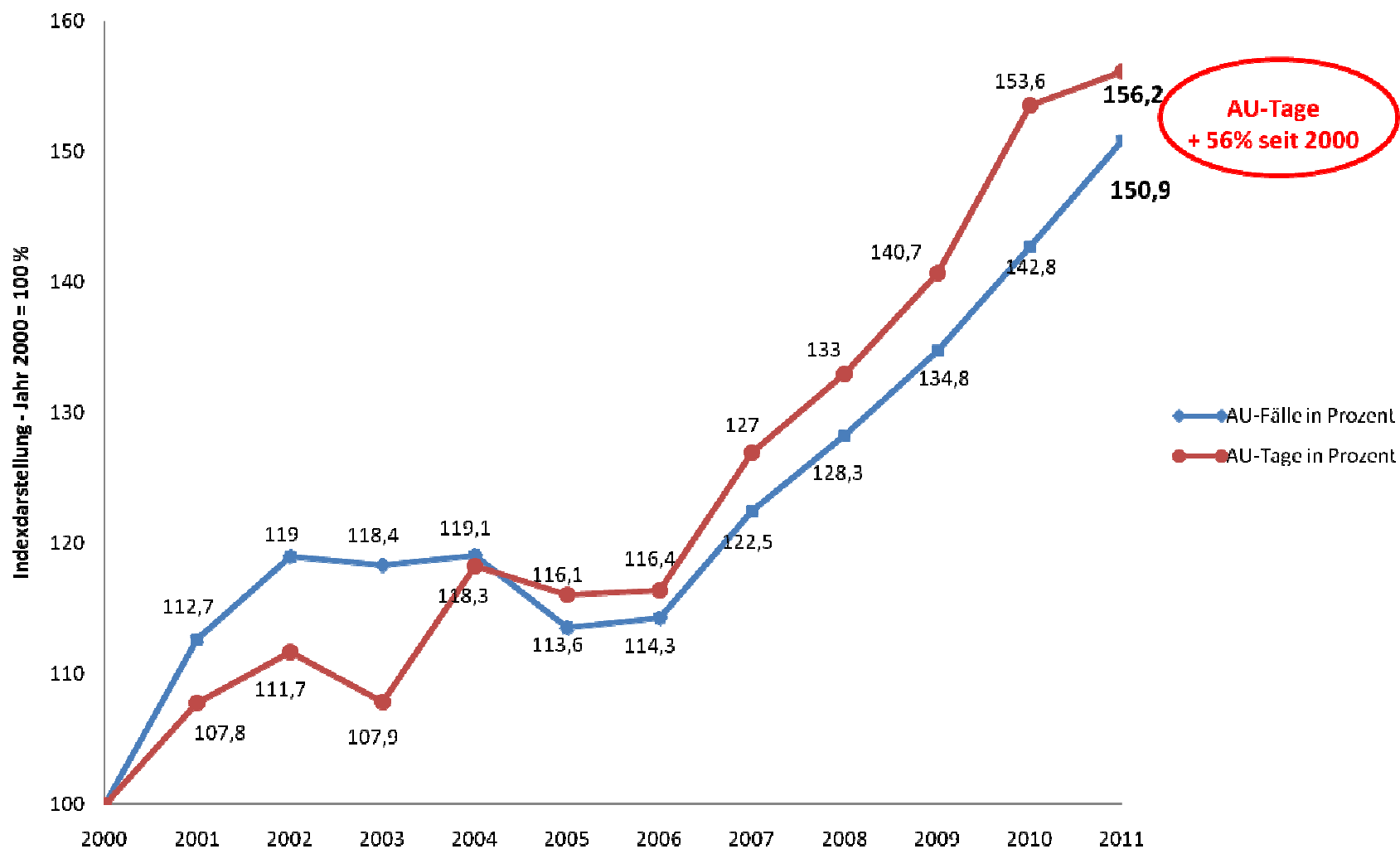
Mehr Betroffene sind die Hauptursache für den Anstieg der Behandlungstage bei psychischen Störungen



AMBULANTE VERSORGUNG: STEIGENDE INANSPRUCHNAHME AUFGRUND PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN



STEIGENDE ARBEITSUNFÄHIGKEIT DURCH PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN

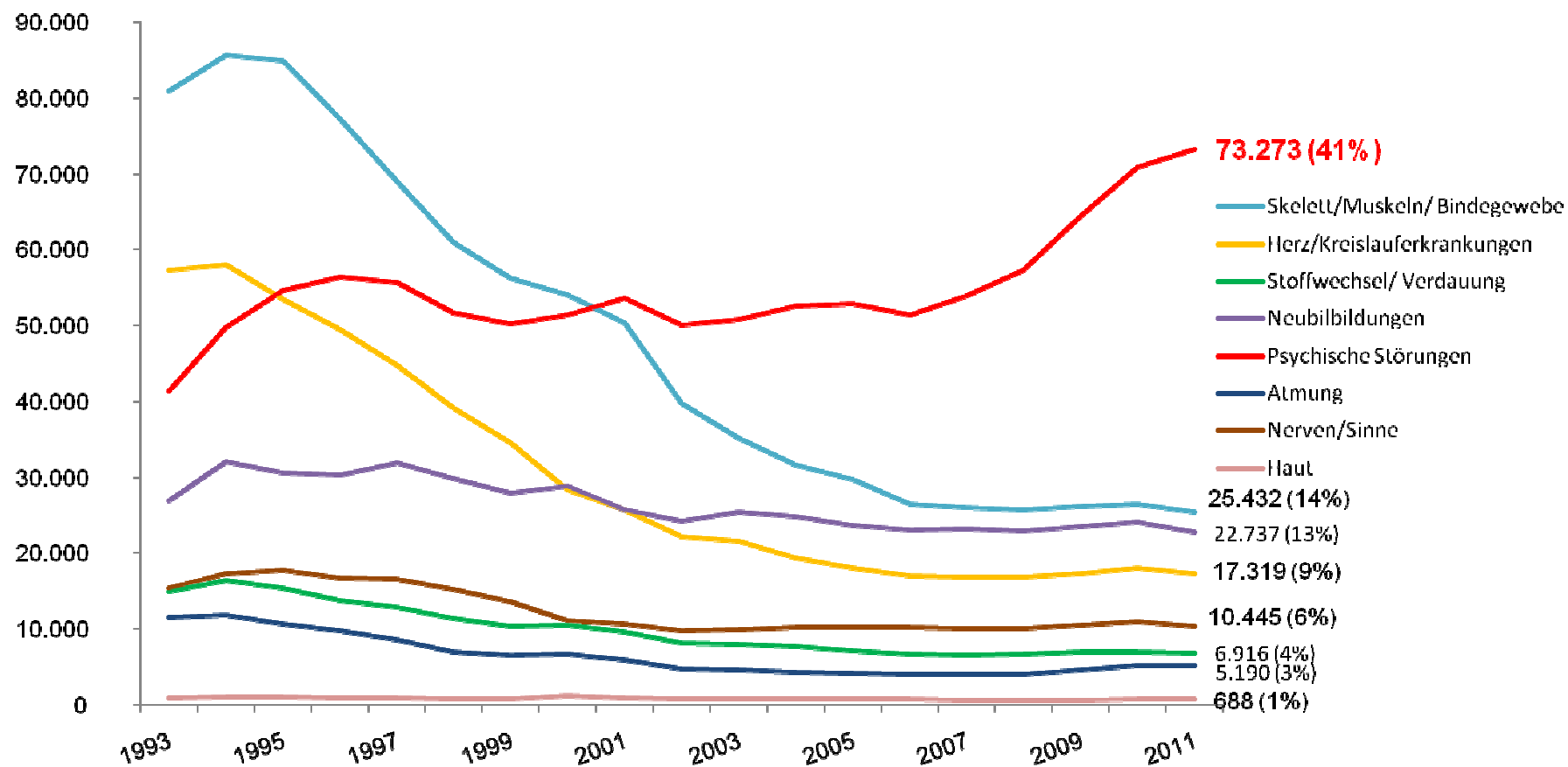


*Kein Anstieg bei anderen Diagnosen

Quelle: AOK Fehlzeiten-Report 2012

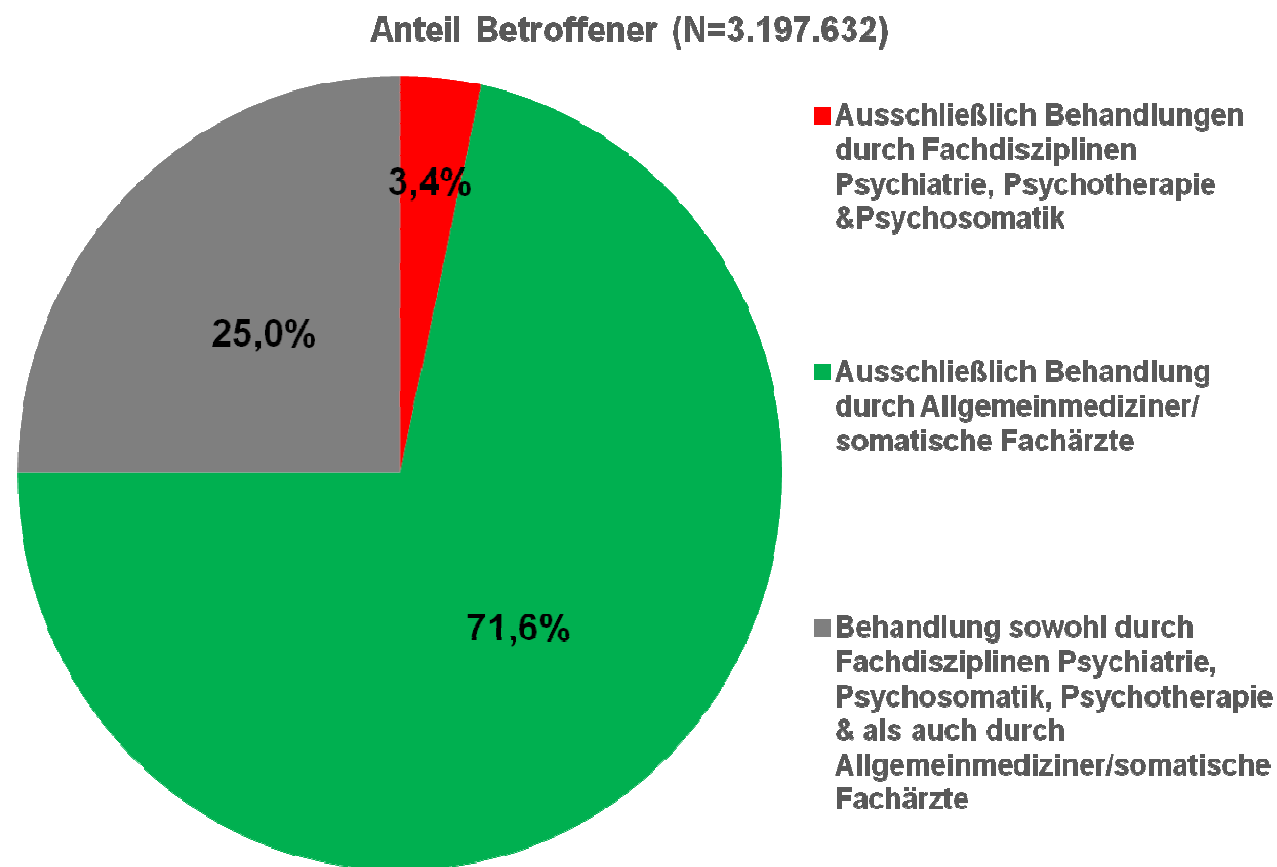
WWW.DGPPN.DE

RENTENZUGÄNGE WEGEN VERMINDERTER ERWERBSFÄHIGKEIT NACH DIAGNOSEGRUPPEN 1993 - 2011



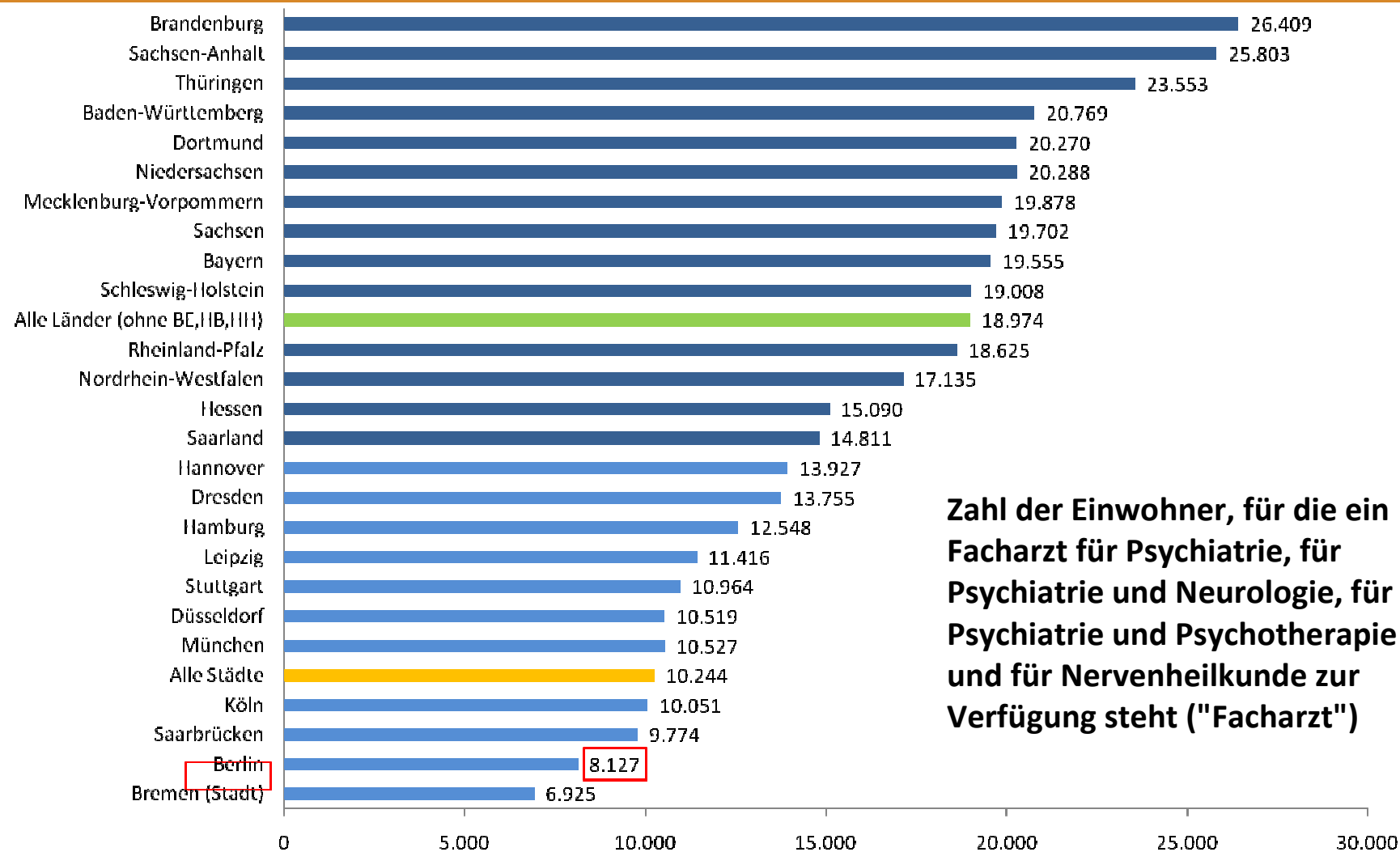
ZWISCHENFAZIT I

- Zunehmende Inanspruchnahme von Behandlung
- Rasch wachsende, schwerwiegende Krankheitsfolgen (AU, EU)
- Aber: Immer noch weniger als 50% in Kontakt mit ärztlichen/psychologischen Diensten – sogar bei schwerer Krankheitsausprägung
- Starke Diskrepanz zwischen Versorgungsbedarf und solidarisch finanzierter Inanspruchnahme

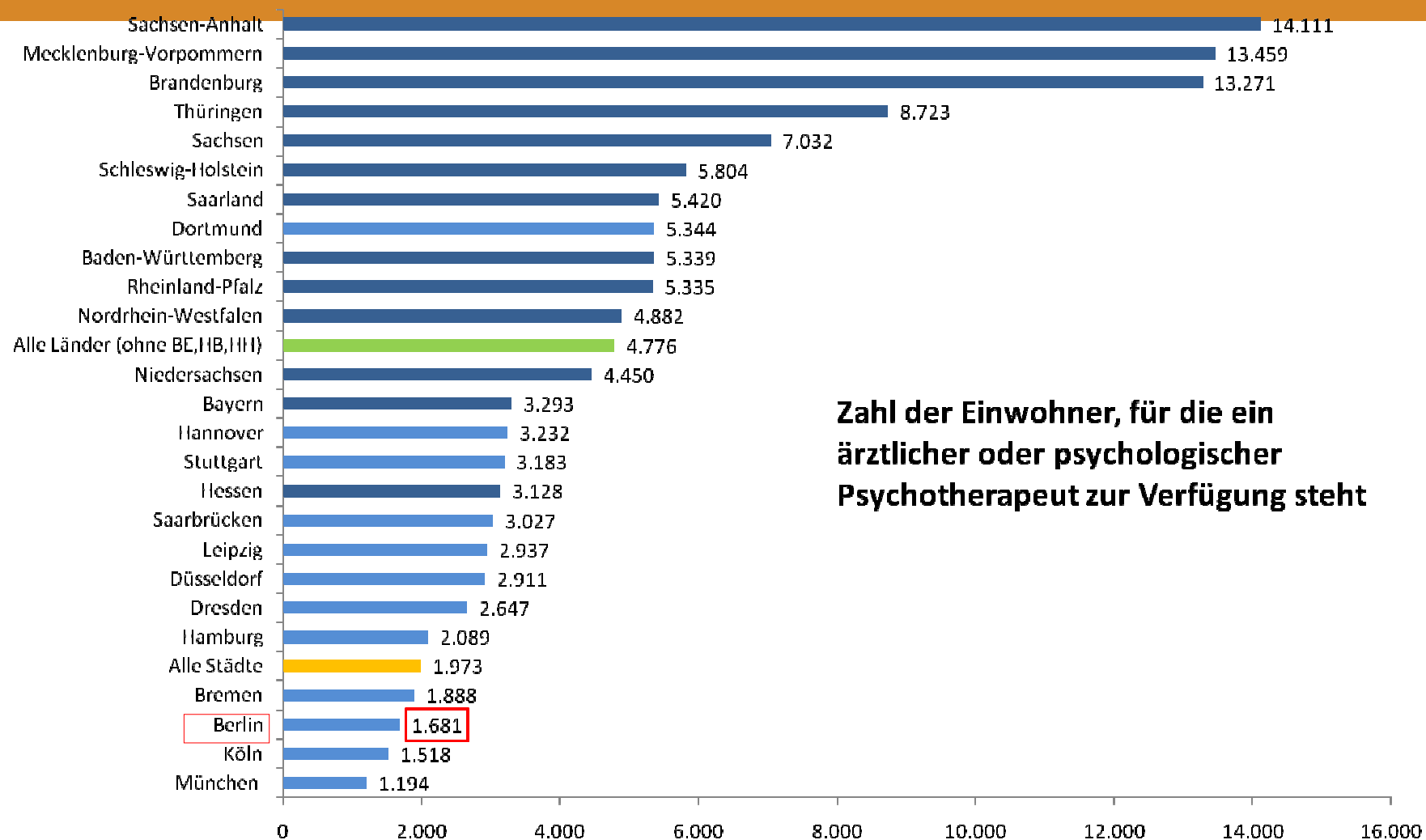


N = Alle Betroffenen mit ambulanter Behandlung der psychischen Störung 2005-2007 (N=3.197.632 = 97,6% aller Betroffenen mit psychischen Störungen).

VERHÄLTNISSZAHLEN FACHÄRZTLICHER VERSORGUNG

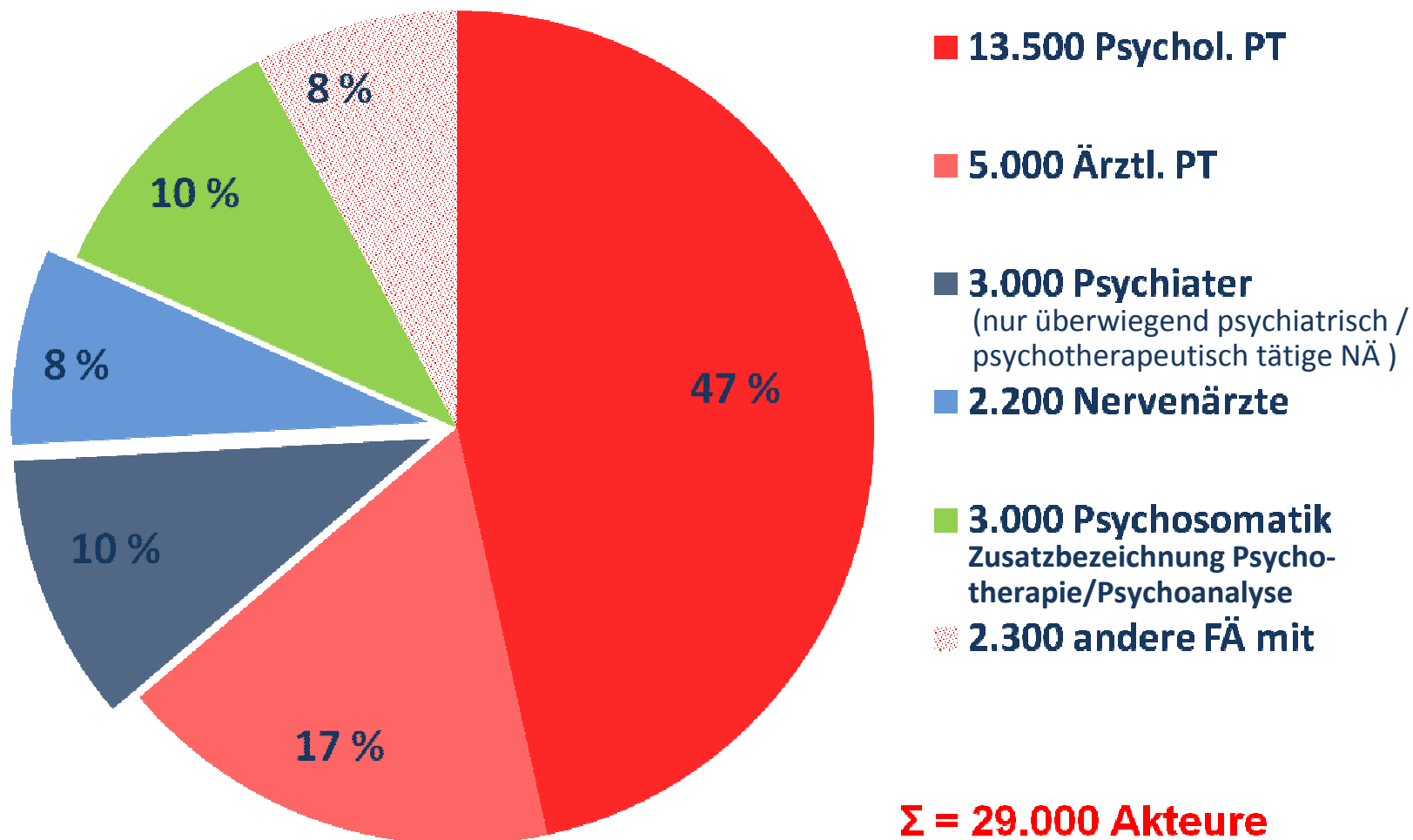


VERHÄLTNISSZAHLEN PSYCHOTHERAPEUTISCHER VERSORGUNG



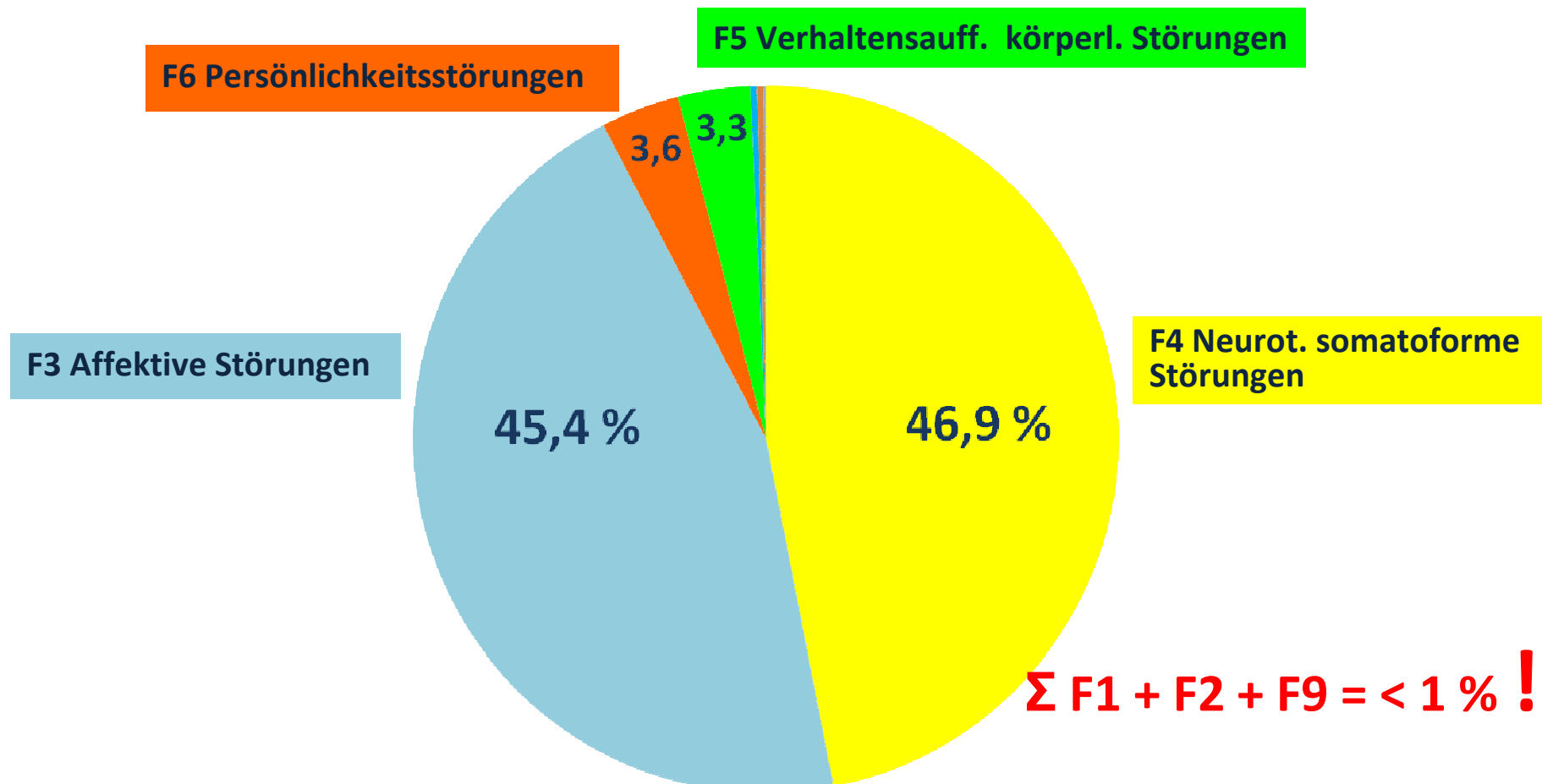
**Zahl der Einwohner, für die ein
ärztlicher oder psychologischer
Psychotherapeut zur Verfügung steht**

AN DER VERTRAGSÄRZTLICHEN
PSYCHIATRISCH-PSYCHOTHERAPEUTISCH-PSYCHO-SOMATISCHEN
VERSORGUNG TEILNEHMENDE FACHGRUPPEN (OHNE HAUSÄRZTE)



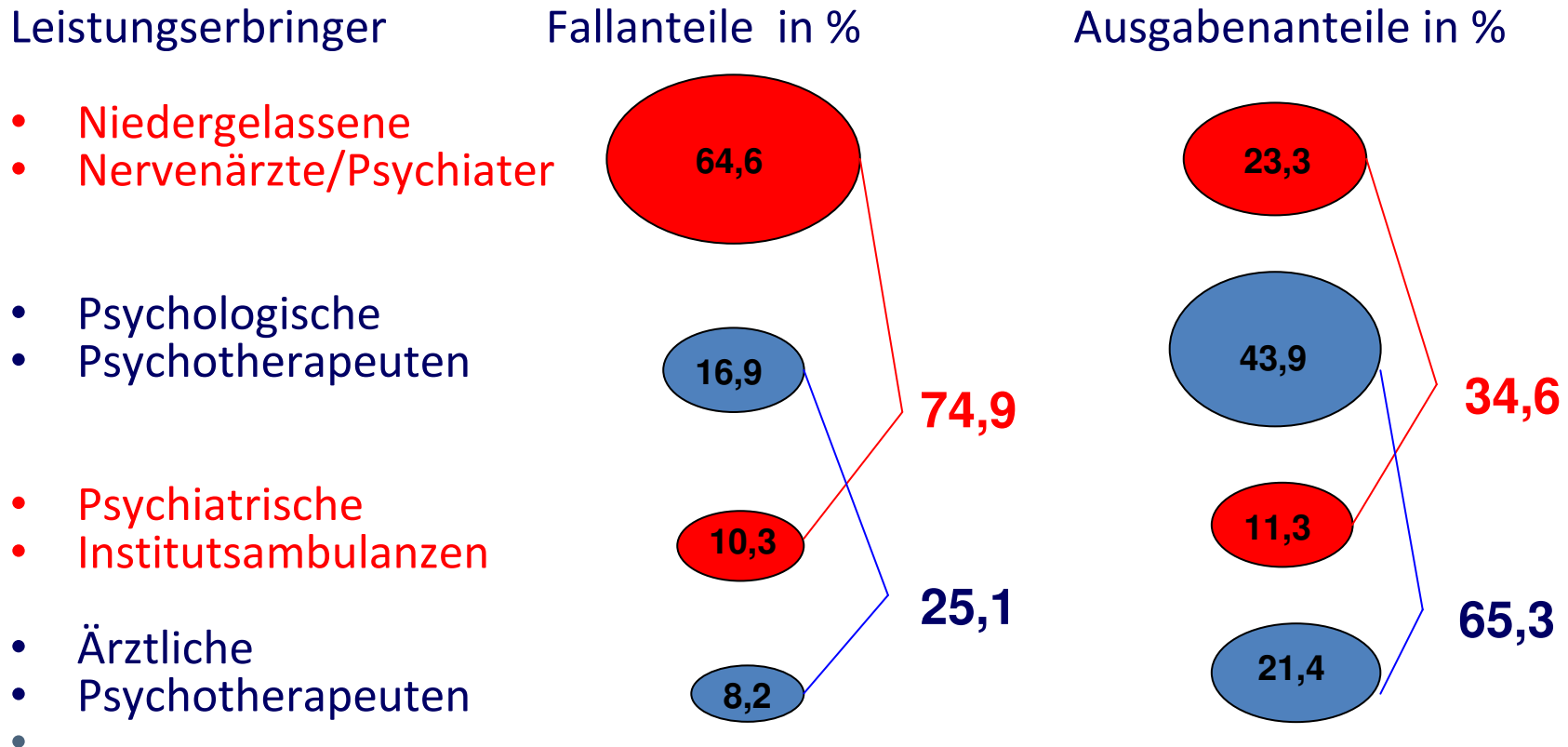
$\Sigma = 29.000$ Akteure

DIAGNOSEN IN DER RICHTLINIEN-PSYCHOTHERAPIE



Keine Psychotherapie für Suchterkrankungen, Demenz, Psychosen

AMBULANTE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG LEISTUNGSERBRINGER, FALLZAHLEN UND AUSGABEANTEILE AM BSP. BAYERN

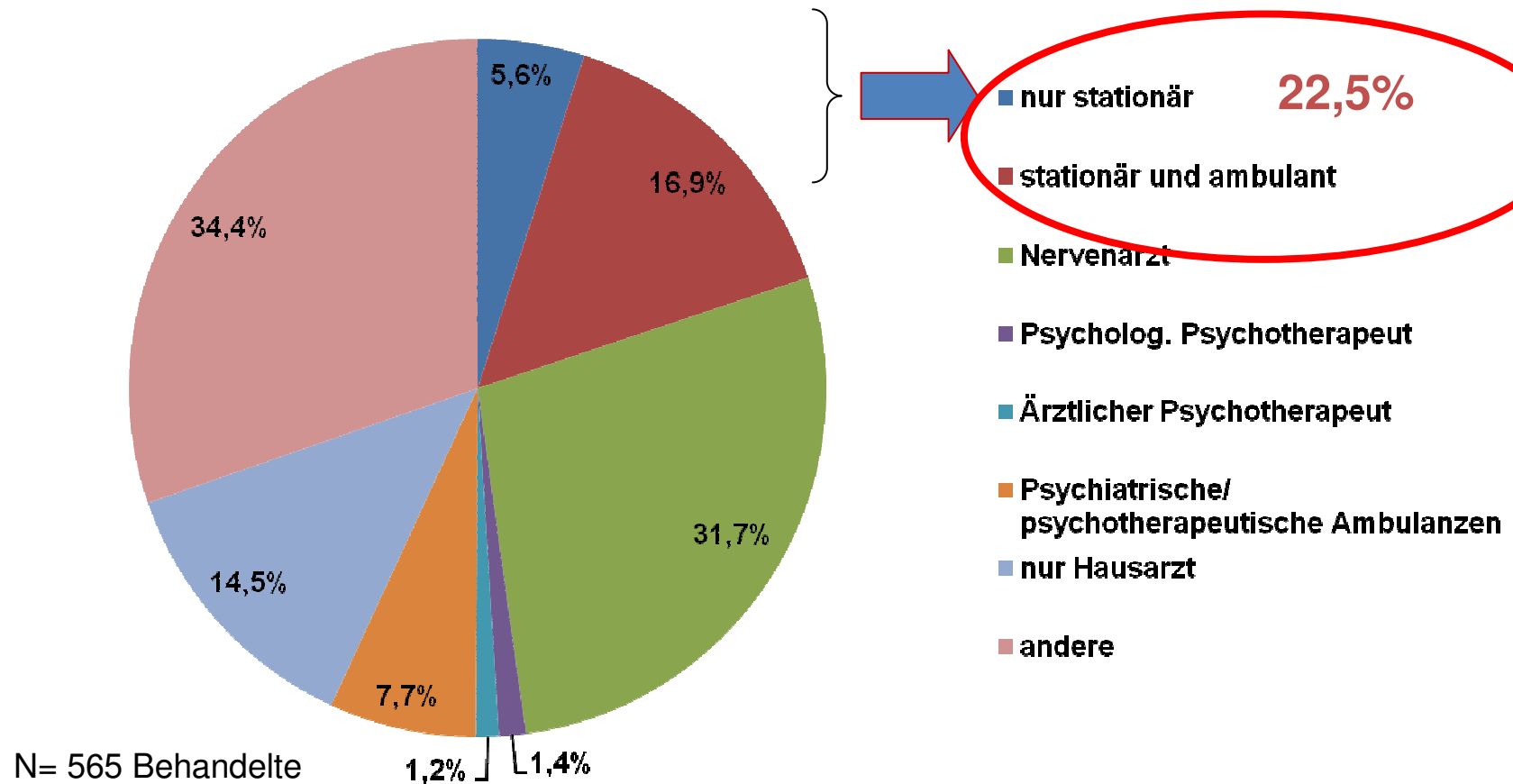


Fachärztliche Psychiatrie: Für $\frac{3}{4}$ der Fälle $\frac{1}{3}$ der Honorare

ZWISCHENFAZIT II

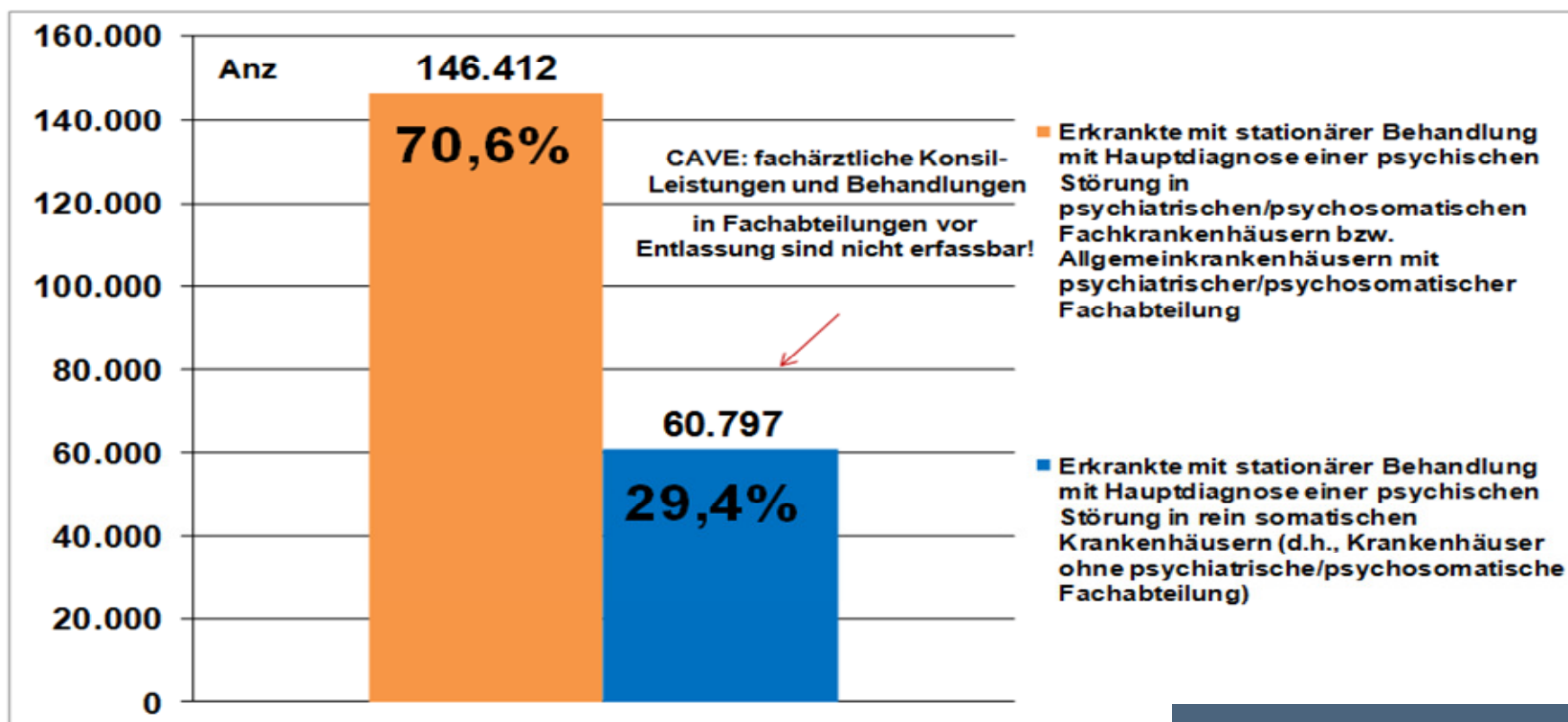
1. 70 % der psychisch kranken Menschen wird ambulant ausschließlich von Hausärzten und somatischen Fachärzten behandelt!
- Qualifikation?
2. Unterversorgung durch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie in den neuen Bundesländern und Flächenstaaten.
3. Unterversorgung durch ärztliche und psychologische Psychotherapeuten in den neuen Bundesländern.
4. Unterversorgung bestimmter Diagnosegruppen in der Richtlinien - Psychotherapie.
5. Unterversorgung schwer kranker Patienten durch Fachärzte.

WO WERDEN PSYCHISCH KRANKE MENSCHEN BEHANDELT

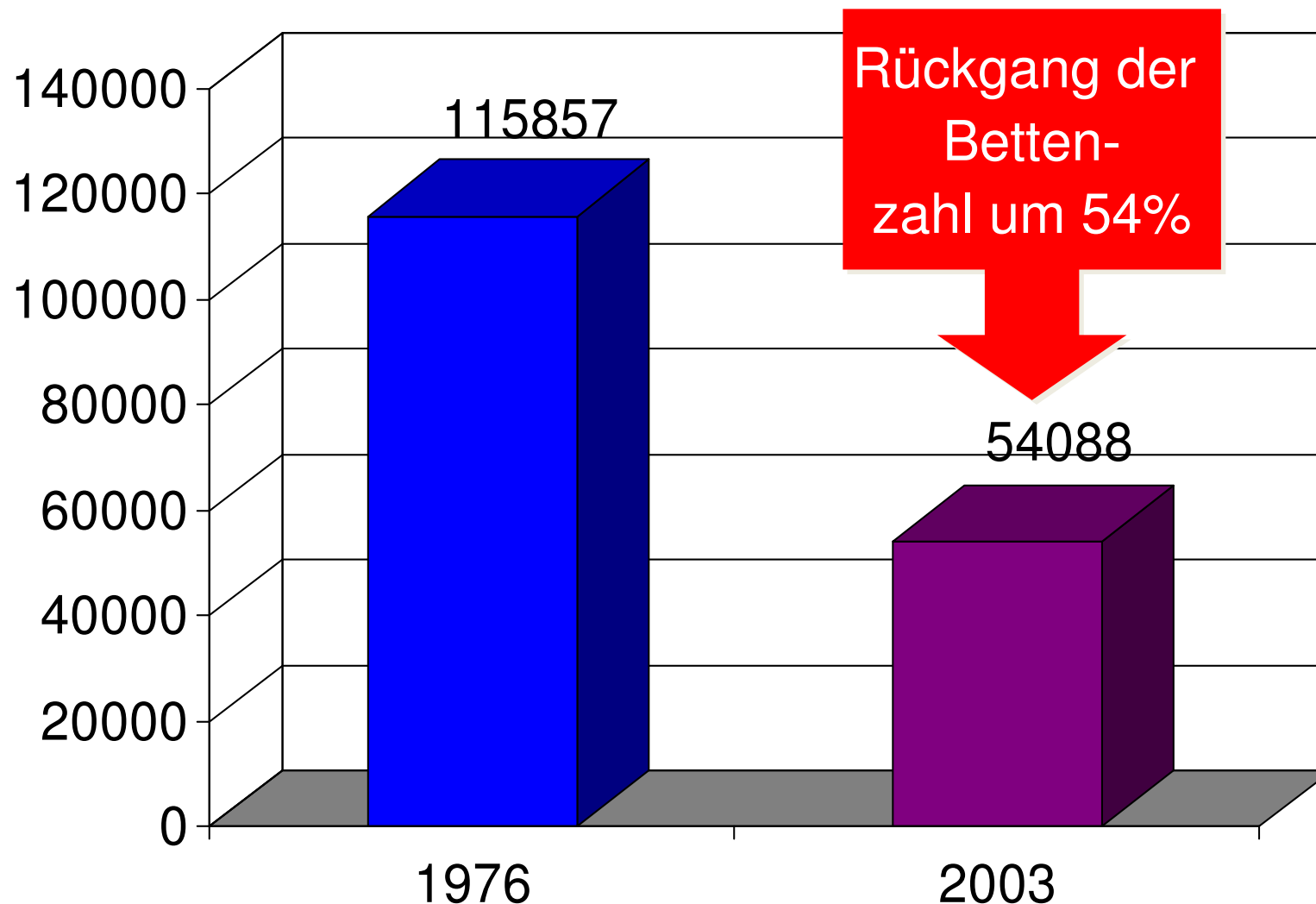


STATIONÄRE VERSORGUNG IN FACHKRANKENHÄUSERN/FACHABTEILUNGEN und in Allgemeinkrankenhäusern *DGPPN - Studie*

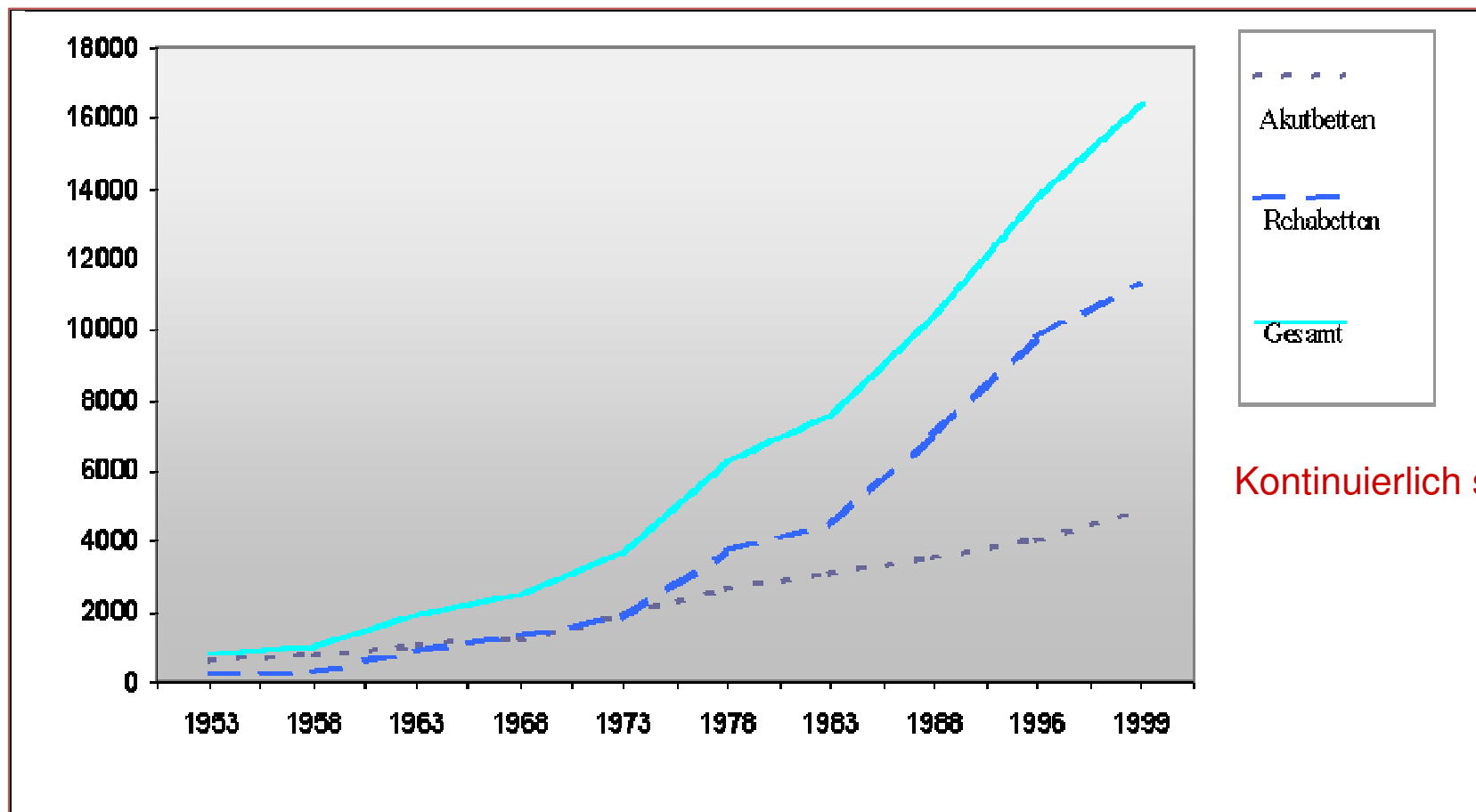
207.209 Erkrankte (**6%** der 3,3 Mio. von einer psychischen Störung Betroffenen) hatten mind. eine stationäre Behandlung mit der Entlassungs-Hauptdiagnose einer psychischen Störung



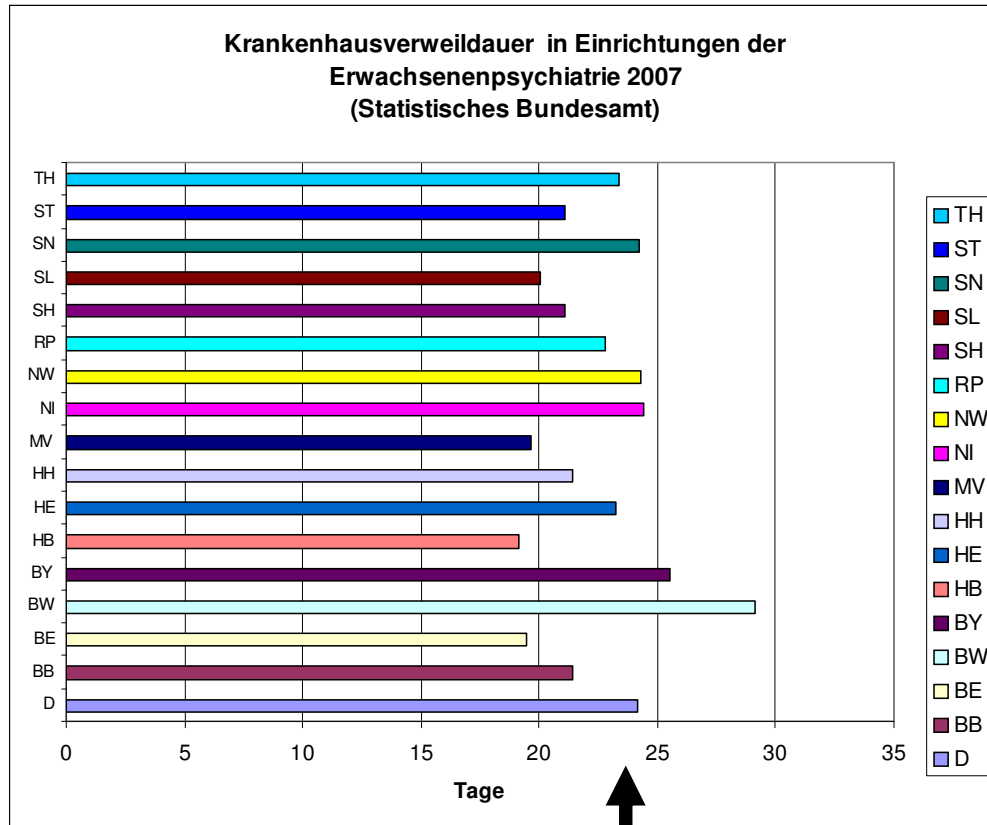
ENTWICKLUNG DER BETTENZAHLEN
IN KLINIKEN FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE 1976-2003



ENTWICKLUNG DER BETTENZAHLEN IN KLINIKEN FÜR PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE

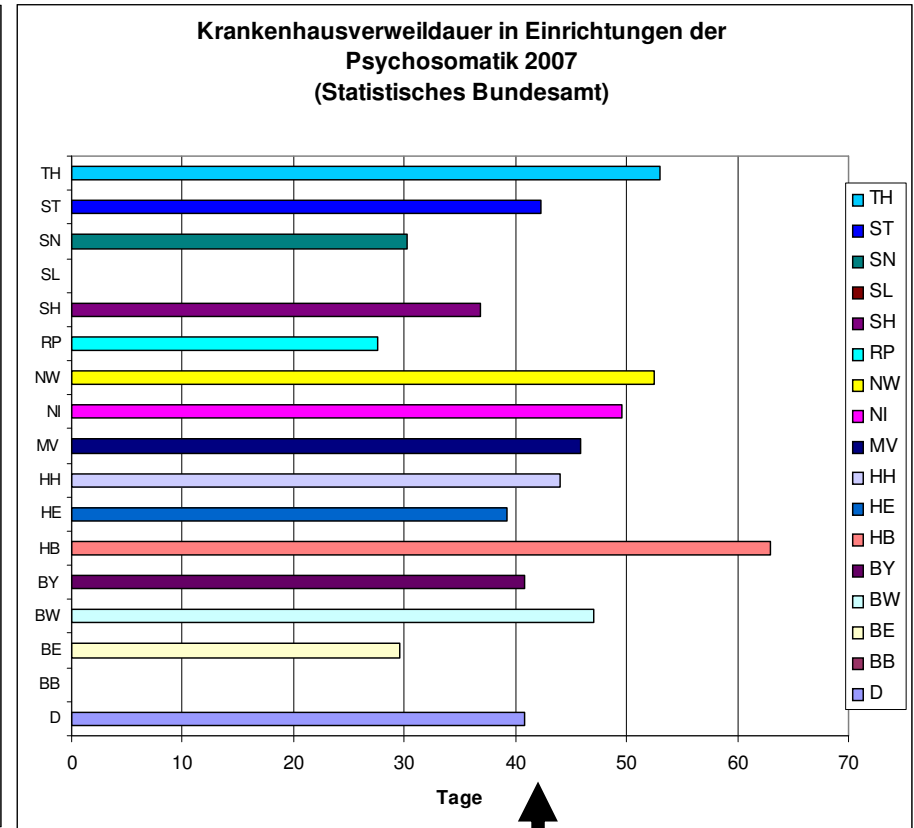


KRANKENHAUSVERWEILDAUER



Psychiatrie

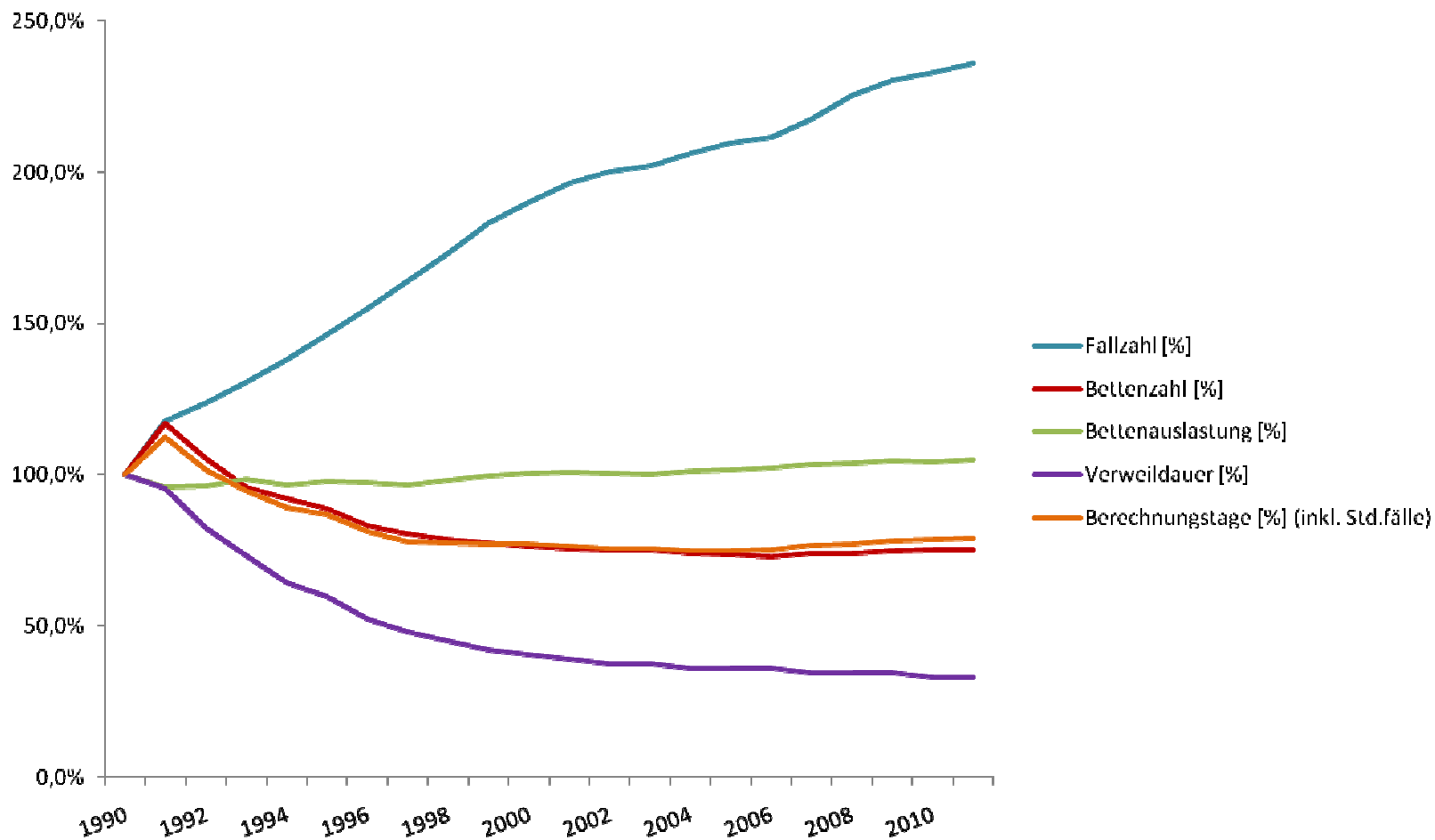
24,1 Tage



Psychosomatik

40,9 Tage

LEISTUNGSDATEN STATIONÄRE BEHANDLUNG IN DEN FACHABTEILUNGEN FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE 1990 - 2011



VERWEILDAUER IN KLINIKEN FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE

MEDIZIN

ORIGINALARBEIT

Klinikpsychiatrie unter ökonomischem Druck

Hermann Spiëß, Harald Binder, Clemens Cording, Holmrad E. Klein, Göran Hajak

ZUSAMMENFASSUNG

Zielsetzung: Vor dem Hintergrund zunehmender ökonomischer Zwänge im Gesundheitssystem stellt der psychiatrische Bereich die Verweildauer besonders im Mittelpunkt der Diskussionen. **Methoden:** Die Analyse der Zusammenhänge zwischen Verweildauer, Medikationsniveau und Behandlungserfolg wurde die Daten der psychiatrischen Basisdokumentation (DSPPN-BAD) von 18 074 Patienten von 1995 bis 2003 ergriffen. **Ergebnisse:** Mit der Zeit verlief der Jahresverlauf von den Verweildauern stetig gleichmäßig die Medikationsniveaus an. Dieser Anstieg war besonders stark ausgeprägt bei den Patienten mit einer Verweildauer von unter 14 Tagen und fand sich besonders bei Suchterkrankungen (ICD-10-F1) sowie bei Schizophrenen (ICD-10-F2). **Schlussfolgerungen:** Trotz einer immer höheren Verweildauer konnte eine deutliche Besserung der psychosozialen Leistungsfähigkeit (GAF) durch die stationäre Behandlung erzielt werden. Über die gesamte Jahre hinweg zeigte sich, dass bei längerer Verweildauer eine größere Besserung (GAF) erzielt wird. Das ist demnach ein gleichzeitiges Anzeichen der stationären Inpatienten-Verweildauer innerhalb von 300 Tagen ist ein Maß dafür, dass ein Zustand bei der Entlassung der Verweildauer pro Aufenthalt erreicht. **Schlusssatz:** Ein weiterer Schritt der Reduzierung der Verweildauer pro Aufenthalt erfordert Maßnahmen, um sicherzustellen, dass die klinische Versorgung und damit die Kosten im stationären psychiatrischen Bereich nicht ansteigen. **Ärztliche Zusammenfassung:** **Sucht** Arch 2006; 150(2): 4.254-62. **DOI:** 10.1007/s00127-006-0120-0 **Psychiatr** 2006; 10(1): 1-10

SUMMARY
PSYCHIATRIC INPATIENT CARE UNDER ECONOMIC PRESSURE

Introduction: Against a background of financial constraints in the German health care system, length of inpatient stay (LOS) in psychiatric hospitals has gained concern in health insurance companies. **Methods:** Analysis of data from the psychiatric basic documentation system (DSPPN-BAD) relating to 18,074 patients hospitalized between 1995 and 2003. Assessment of the correlation between LOS, medication level and treatment success. **Results:** In association with shortening length of stay, medication levels rose more over time. Increases in medication were particularly high in patients with a LOS less than 14 days, especially in addictive disorders (ICD-10-F1) as well as in schizophrenia and delusional disorders (ICD-10-F2). Despite shortening length of stay, greater improvements of psychosocial functioning (GAF) could be achieved in inpatient care. However, longer length of stay was associated with greater treatment success (GAF) throughout the study period. The mean cumulative LOS within 300 days remained constant throughout the study period. **Conclusion:** It is concluded that longer inpatient stays are not sufficient reasons for greater improvements in length of stay per inpatient episode because the cumulative length of stay and therefore the costs of inpatient psychiatric episodes have remained approximately constant. **Key words:** 2006; 150(2): 4.254-62. **Keywords:** psychiatric inpatient care, psychiatric hospital, health insurance

Die Patientenbelastungen für Kliniken in Deutschland sind in den letzten Jahren erheblich gestiegen. In der Gesundheitsökonomie hat insbesondere die Kostenbelastung der Verweildauer eine zentrale Rolle bei der Entscheidungsfindung und Fallzahlenkontrollen eine zentrale Rolle gespielt. Diese beiden Faktoren haben dazu geführt, dass die Kosten ausgerechnet werden, und – neben der in der Sonstigen – eine mögliche Möglichkeit besteht, diese zu senken. In der Fachliteratur Psychiatrie und Psychotherapie finden die Zusammenhänge zwischen Verweildauer, Medikationsniveau und psychosozialer Leistungsfähigkeit (GAF) eine zentrale Rolle. Eine grundsätzliche Voraussetzung für eine Kostenreduzierung ist eine gleichzeitige Besserung der psychosozialen Leistungsfähigkeit (GAF). Zudem ist die Verweildauer als Kennzahl der Behandlungseffizienz durch den

Medikationsniveau (GAF) und psychosozialer Leistungsfähigkeit (GAF) ein zentraler Bestandteil der klinischen Entscheidungsfindung. In der Fachliteratur Psychiatrie und Psychotherapie eine Reihe methodologischer Fallstricke beachtet werden, insbesondere werden die Auswirkungen der stationären Inpatienten-Verweildauer auf die klinische Versorgung und psychosoziale Leistungsfähigkeit (GAF) nicht berücksichtigt. Ein weiterer Schritt der Reduzierung der Verweildauer pro Aufenthalt erfordert Maßnahmen, um sicherzustellen, dass die klinische Versorgung und damit die Kosten im stationären psychiatrischen Bereich nicht ansteigen. **Ärztliche Zusammenfassung:** **Sucht** Arch 2006; 150(2): 4.254-62. **DOI:** 10.1007/s00127-006-0120-0 **Psychiatr** 2006; 10(1): 1-10

manuskript (1) und (2) in der Zeitschrift

A 2540

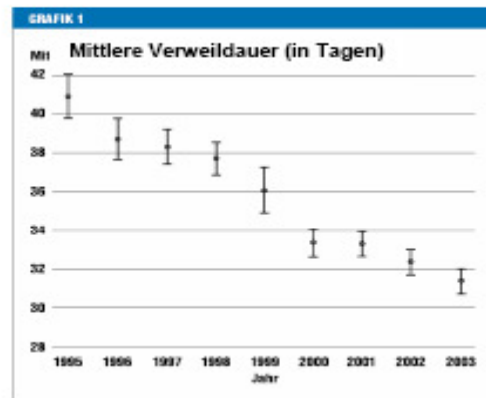


Abbildung 1: Mittlere Verweildauer pro Aufenthalt von 1995 bis 2003 in einer psychiatrisch-psychosozialtherapeutischen Klinik (n = 18 074 Patienten). Dargestellt sind Mittelwert und Konfidenzintervall der Verweildauer der jeweiligen Jahresdaten bis zur Publikation pro Jahr.

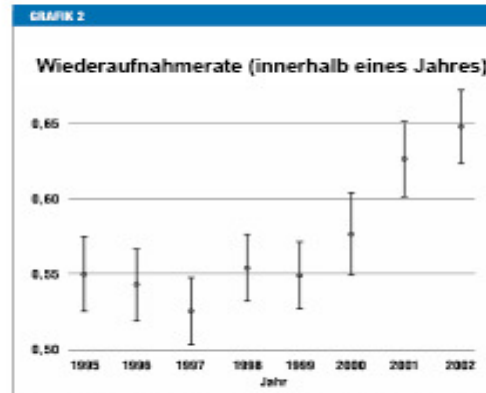


Abbildung 2: Zunahme der Wiederaufnahmerate (innerhalb eines Jahres) nach Entlassung von 1995 bis 2002 in einer psychiatrisch-psychosozialtherapeutischen Klinik (n = 18 074 Patienten). Dargestellt sind Mittelwert und Konfidenzintervall der Wiederaufnahmerate bezogen auf die jeweiligen Jahresdaten bis zur Publikation pro Jahr.

Spiëß et al.
Deutsches Ärzteblatt
(2006)

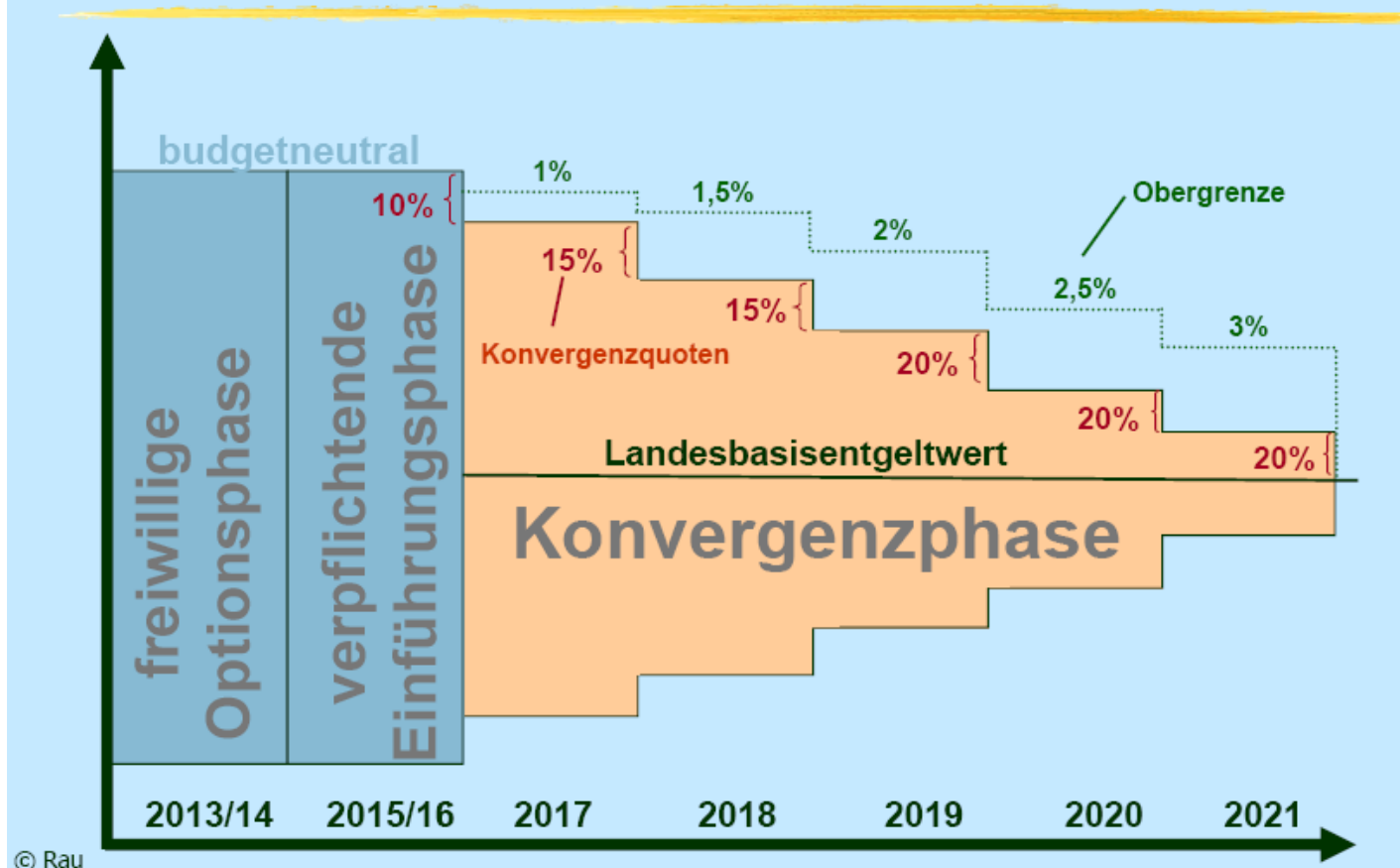
Psychiatrische Klinik der Universität Regensburg (475 Betten)
Im Zeitraum 1995-2003 insgesamt 24.888 stationäre Fälle

➔ Kumulative Verweildauer unverändert

- I. „Ist-Situation“ der Versorgung psychisch erkrankter Menschen**
- II. Exkurs: PsychEntgelt - Gesetz**
- III. Innovative Behandlungsformen**
- IV. Perspektiven für Pflegedienst**

NEUE FINANZIERUNG DER BEHANDLUNG IM KRANKENHAUS

Einführung des Psych-Entgeltsystems




© Rau

PAUSCHALIERENDE ENTGELTE PSYCHIATRIE UND PSYCHOSOMATIK

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH

06.06.12 Thema: KEA AG Psychiatrie Referent: Dr. Frank Heimig


InEK

PEPP-Katalog

Entwurf - fiktive PEPP-Entgelte und Daten

Max. 5 Vergütungsstufen

PEPP-Entgelt	Bezeichnung	vollstationäre Versorgung												teilstationäre Versorgung						
		1. Vergütungsstufe			2. Vergütungsstufe			3. Vergütungsstufe			4. Vergütungsstufe			5. Vergütungsstufe			teilstationäre Versorgung			
		Verweildauer		Bewertungsrelation/Tag	Verweildauer		Bewertungsrelation/Tag	Verweildauer		Bewertungsrelation/Tag	Verweildauer		Bewertungsrelation/Tag	Verweildauer		Bewertungsrelation/Tag	Verweildauer		Bewertungsrelation/Tag	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
PA032	Psychiatrie, Schizophrenie und andere psychotische Störungen	1	6	1,4733	7	10	1,0049	17	28	0,0428	25	46	0,0204	47		0,0961	1		0,8755	
PA042	Psychiatrie, Affektive Störungen	1	11	1,3392	12	48	0,0402	49		0,0834							1		0,8930	
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
PA16A	Psychiatrie, Dialekt. Demenz mit schweren somatischen Nebendiagnosen	1		1,8832																
PA16B	Psychiatrie, Dialekt. Demenz ohne schwere somatische Nebendiagnosen	1		1,568																

ENTWURF

PEPP-Entgelt: 5stellig

„höchste“ Vergütungsstufe ohne Angabe „VWD bis“

Bewertungsrelationen: 4stellig

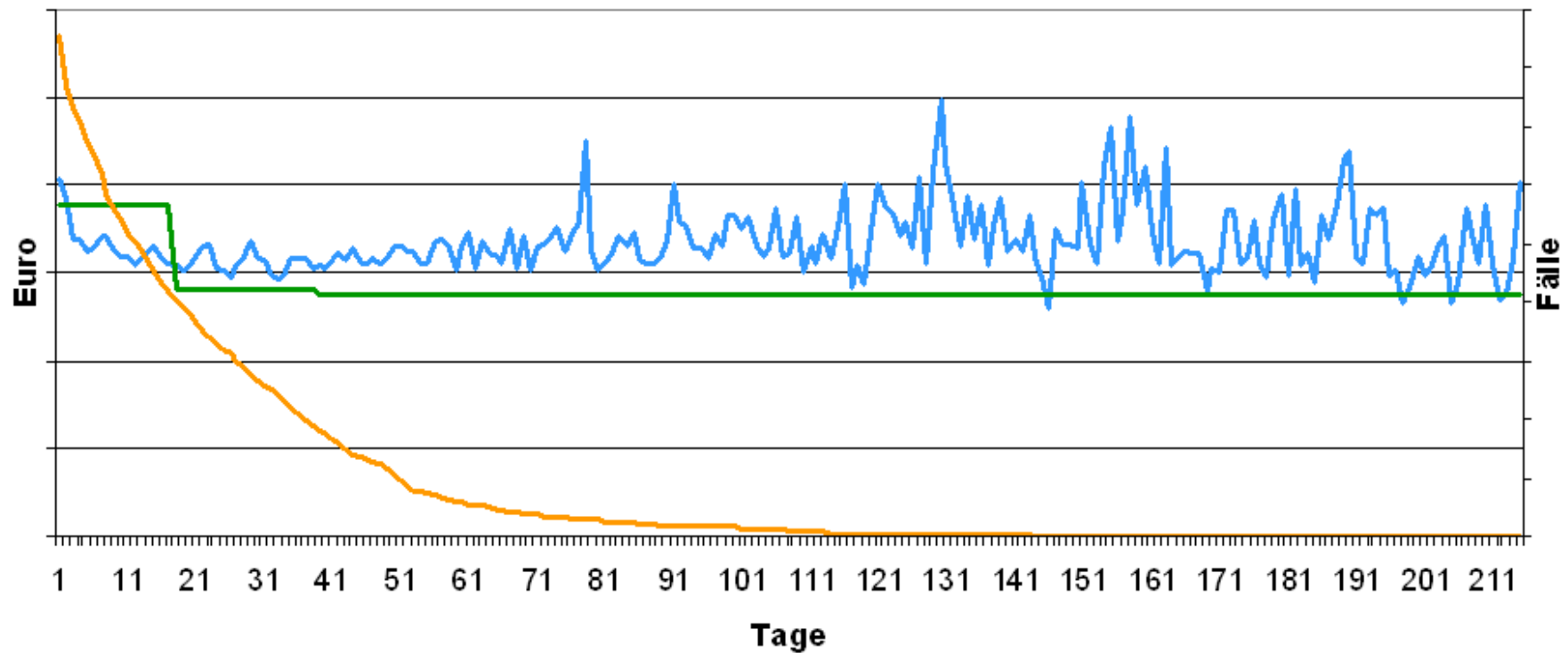
Angaben für teilstationäre Versorgung ggf. ohne Relativgewicht

7 © InEK 2012

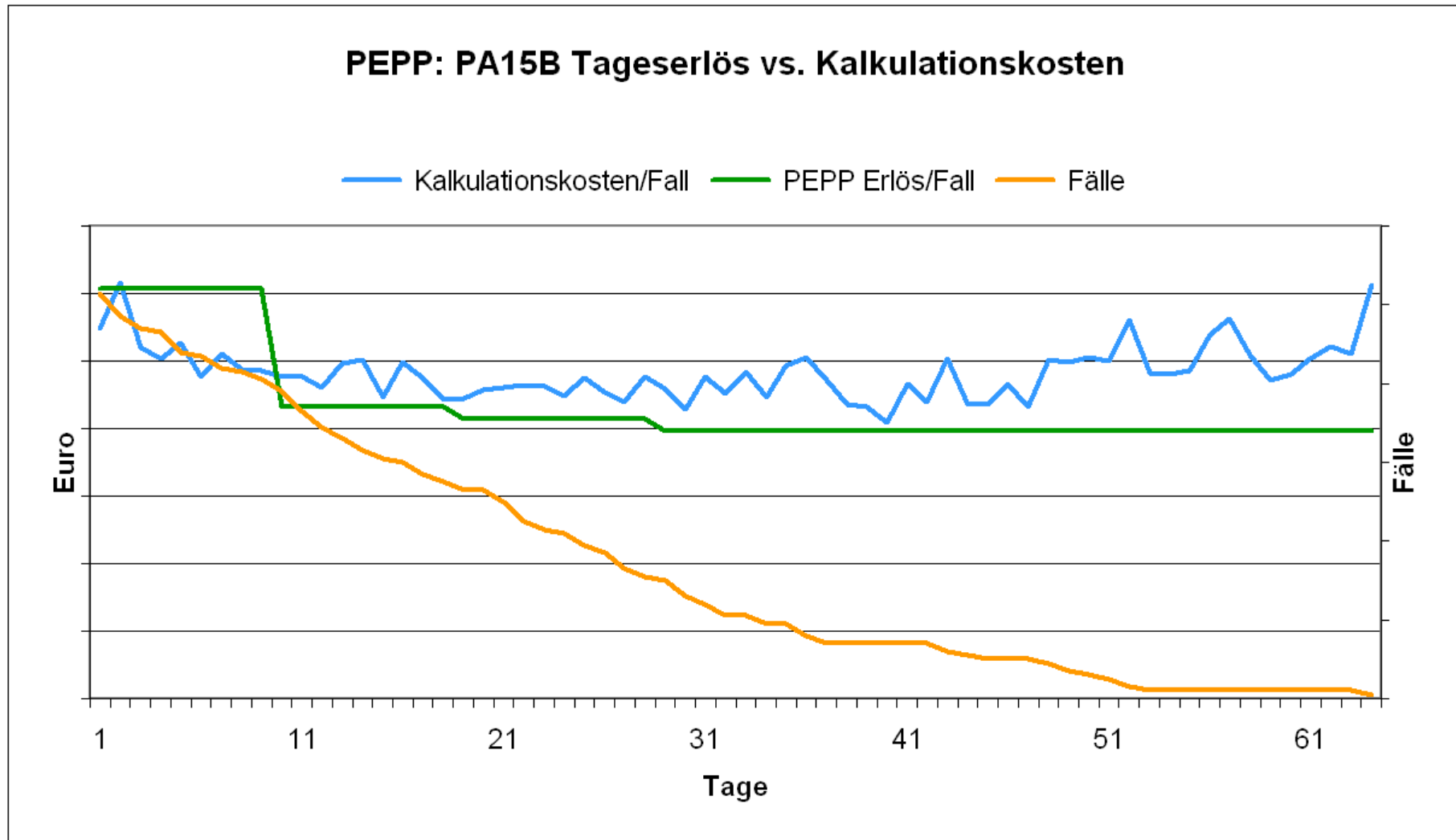
PAUSCHALIERENDE ENTGELTE PSYCHIATRIE UND PSYCHOSOMATIK

PEPP: PA04C Tageserlös vs. Kalkulationskosten

— Kalkulationskosten/Fall — PEPP Erlös/Fall — Fälle



PAUSCHALIERENDE ENTGELTE PSYCHIATRIE UND PSYCHOSOMATIK



Kritik an gleicher Systematik wie DRG-System

- **Erkrankungshäufigkeit in allen Altersgruppen und vermehrte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen werden auch in Zukunft mehr Leistungen erfordern**



Landesbasisentgeltwert floatet nach unten, mehr Leistungen zu niedrigem Preis

Effekt setzt sich auf Klinikebene fort-doppelte Degression



„Hamsterradeffekt“, immer mehr Leistung um Preisverfall zu kompensieren- wie im DRG-System!!!



- **Orientierungswert refinanziert Sach- u. Personalkosten nicht - Personalabbau zur Kompensation!!!**



- **PEPP – Entgeltkatalog – sachgerechte Vergütung?**
- **Weitere Anreize zur Verweildauerverkürzung?!**

Chancen des neuen Entgeltsystems

- Externe und interne Transparenz
- Vergleichbarkeit der Leistungen
- gerechtere Vergütung
- Psychotherapie nach PsychPV (1991) völlig unterbewertet, heute störungsspezifische Psychotherapie für alle Diagnosen
- **Weiterentwicklung des Versorgungssystems durch Modellprojekte, effizientere Versorgung?**

ZWISCHENFAZIT III

1. 30 % der Erkrankten mit Hauptdiagnose einer psychischen Erkrankung werden in somatischen Krankenhäusern behandelt.
 - Konsil- und Liaisondienste?
2. Abbau der Betten in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie
Aufbau von Betten in Kliniken für Psychosomatik u. Psychotherapie
 - Wer wird in der Psychiatrie, wer in der Psychosomatik behandelt?
3. Optimierung des Behandlungsprozesses unter Leistungsverdichtung in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie mit Senkung der Verweildauer
4. Auswirkungen des Psych-Entgeltsystems ??

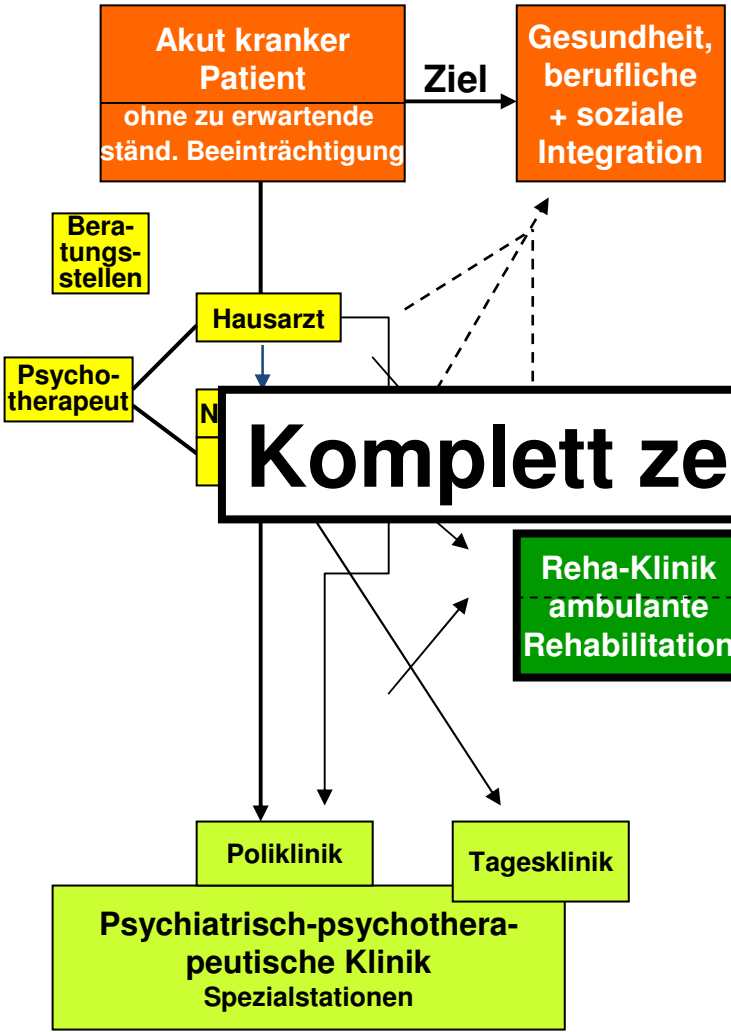
Ein weiteres wesentliches Problem:

**Ein komplett fraktioniertes Leistungs- und
Finanzierungssystem**

- Ohne jegliche Steuerung -

Versorgungsstrukturen für Patienten mit psychischen Erkrankungen

A



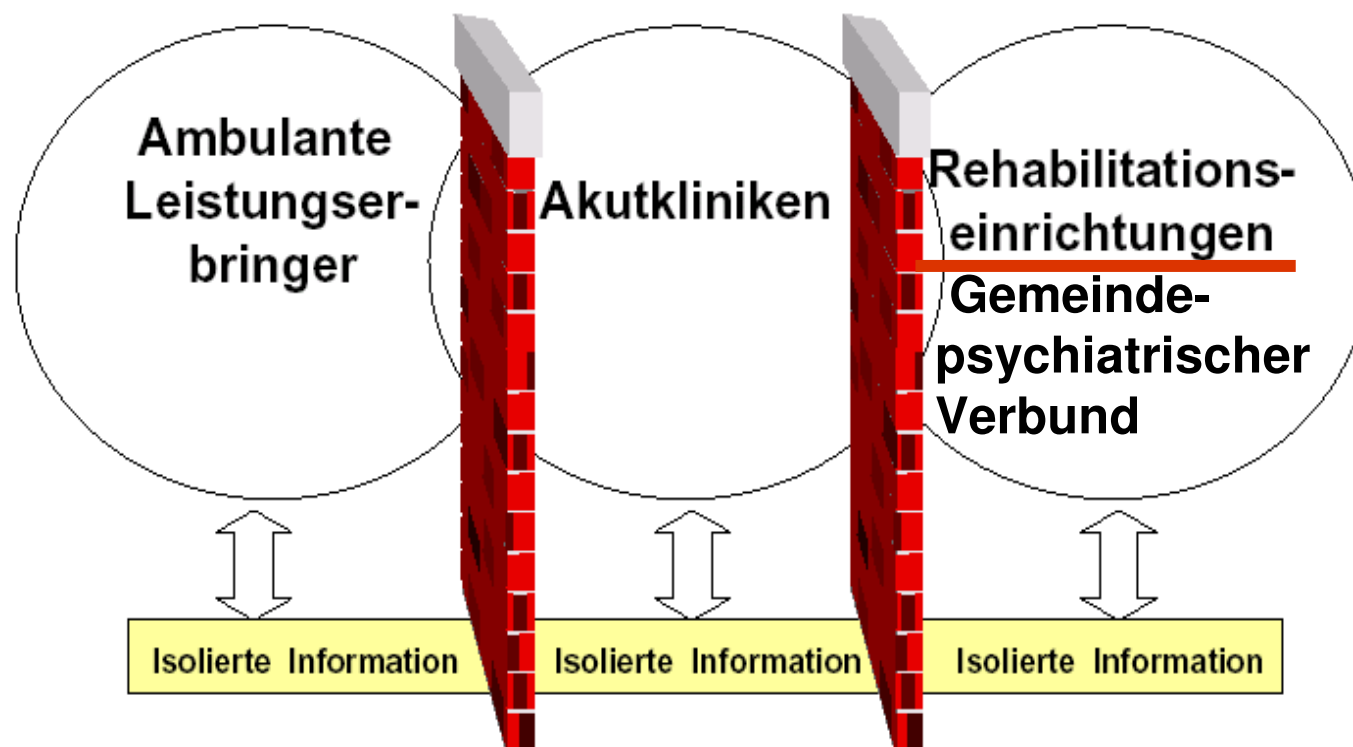
B

Gemeindepsychiatrischer Verbund



ÜBERSCHRIFT FEHLT

Die Abschottung der Sektoren verursacht in vielen Fällen eine ineffiziente Leistungserbringung



Geschätztes Einsparvolumen durch Verzahnung
der Leistungserbringer 10-15% der „Kosten für Gesundheit“¹⁾

1) Mummert und Partner:
Studie Krankenversicherung11/2000

ZUSAMMENFASSUNG I

- **Kompetenz der Haus- u. somatischen Fachärzte erhöhen**
- **Sachgerechte Vergütung der ambulanten Regelversorgung**
- **Spezifische Psychotherapie für alle Diagnosegruppen ohne Wartezeit**
- **Verstärkte Kooperation psychiatrischer und somatischer Kliniken**
- **Sachgerechte Vergütung der Krankenhausbehandlung**
- **Verbindliche Vernetzung und Steuerung der „Versorgungskette“ für den individuellen Behandlungsbedarf der psychisch erkrankten Menschen**

- I. „Ist-Situation“ der Versorgung psychisch erkrankter Menschen**
- II. Exkurs: PsychEntgelt - Gesetz**
- III. Innovative Behandlungsformen**
- IV. Perspektiven für Pflegedienst**

Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003:

- Berücksichtigung der **lebensweltlichen Bezüge** der Pat. und ein breiteres, **flexibleres, differenzierteres Versorgungsangebot wo immer möglich im gewohnten Umfeld**

Ziele klinisch psychiatrischer Versorgung

- **Gesetzgeber:** medizinische Leistungen sollen notwendig, ausreichend und zweckmäßig sein
- den subjektiven individuellen **Bedürfnissen der Betroffenen**, ihrer Angehörigen und ihrem Lebensumfeld entsprechend
- qualitativ hochwertig unter Berücksichtigung des aktuellen **Standes der psychiatrischen und psychotherapeutischen Forschung** (evidence based, Leitlinien)
- **Ökonomisch umsetzbar** sein, angesichts der vorhandenen Ressourcen

Psychiatrische Versorgungsstrukturen

Es gibt keine wissenschaftlichen Belege, dass die psychiatrische Versorgung überwiegend krankenhausbasiert oder überwiegend außerstationär erfolgen sollte

(WHO: What are the arguments for community mental health care? Copenhagen 2003)

- Schwere und Komplexität der Erkrankungen – Intensität und Komplexität der Behandlung
- Schnittstelle ambulant/stationär ist fließend

- **Hospitalisationsdauer** und **Kosteneffektivität** über längeren Katamnesezeitraum fallen zugunsten der ambulanten, gemeindeintegrierten Behandlung aus
- **WHO (2003)** geht aufgrund der Datenlage davon aus, dass **¼ der stationär behandelten Patienten** zumindest mit gleicher Qualität auch **akut tagesklinisch versorgt** werden könnte
- **Chance des Ausbaus und Koordination eines gemeindeintegrierten Versorgungssystems auch unter ökonomischen Perspektiven**

Entwicklung der ambulanten Angebote

Hausärzte und niedergelassene Fachärzte behandeln leicht bis mittelschwere psychische Störungen

- **WHO 2003:**
 - **psychiatrische Krankenhäuser bieten**
Spezialprechstunden zur diagnostischen Abklärung und Behandlung komplexer und schwerer Fälle z. B. Doppeldiagnosen, posttraumatische Störungen, Essstörungen, Mütter mit psychischen Störungen, Früherkennung und Frühbehandlung psychotischer Erkrankungen, Demenz
 - **PIA**
 - **Medizinische Versorgungszentren**


Neue Versorgungsformen

§ 73 b / c SGBV	Hausarzt- / Facharztverträge	Mandatierung der Niedergelassenen je Bundesland, einzelne Kassen
§ 140 a – d SGBV	Integrierte Versorgung	Einschreibung der Versicherten, einzelne Kassen, Landesgesundheitsbehör- de
§ 24 BpflV, § 63 – 65 SGBV	Regionales Psychiatrie Budget (Modellvorhaben)	Alle Kassen
§ 63 – 65 (neu: 64 b) SGBV	Modellvorhaben	Evaluation, Daten ans InEK, einzelne Kassen

§ 64 B

Modellvorhaben zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

- Gegenstand von Modellvorhaben kann die Weiterentwicklung der Versorgung sein, sektorübergreifende Leistungserbringung
- längsten auf 8 Jahre befristet
- Übermittlung der Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz an das InEK, Informationen zu Art und Anzahl der Patienten zu spezifischen Leistungsinhalten und den verhandelten Vergütungen neu zu strukturellen Merkmalen an das DRG-Institut
- neu : je Bundesland ein Modellvorhaben, 1 Modell kann auf mehrere Länder ausgedehnt werden

-  Cave: - Kein Flickenteppich kleiner Projekte
- Ausspielen der Leistungsanbieter
 - unabhängige Begleitforschung !

Neu: Bericht über Auswirkungen des Entgeltsystems bis 30.06.2016

Entwicklung des neuen Entgeltsystems

= Chance

zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen!?

Integrative psychiatrische Behandlung (IPB)

- Alexianer Krankenhaus Krefeld
- Aufsuchen psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung durch ein mobiles Team als Alternative zur stationären Behandlung - Hometreatment
- Alle Kassen, alle Diagnosen
- Seit über 10 Jahren bewährt!-Regelfinanzierung

IV 3: Hamburger Modell

- Hamburg Eppendorf
- Laufzeit: seit 2007
- KK: AOK RhHH, DAK, HEK, IKK classic
- VP: UKE (Lambert, Bock)
- Wer steuert: UKE
- Vergütung: Jahrespauschalen incl. KH
- Einschluss: F2
- Aktuell: xxx
- Evaluation: ausführlich, KH-Vermeidung, Verlaufsverbesserung objektiv und subjektiv

Regionales Psychiatrie Budget

- Schleswig Holstein (Steinburg / Itzehoe, Rendsburg-Eckernförde, Herzogtum Lauenburg, ...), Nordhausen
- in Planung: Nauen, Potsdam, Glauchau. Prospektiv 30 Regionen bundesweit unter 64b.
- Laufzeit: seit 2003
- KK: alle
- VP: Kliniken der Regionalversorgung
- Wer steuert: Krankenhaus
- Vergütung: Jahresklinikbudget via Fallzahl
- Einschluss: F-Diagnose, KH-Behandlungsbüchtigkeit
- Besond.: Ambulantisierungspotenzial unterschiedlich

IV 8: OVP (Optimierte Versorgung Psychiatrie)

- Hanau, Rüdersdorf
- Laufzeit: seit 2011
- KK: TK
- VP: Krankenhaus
- Wer steuert: Krankenhaus
- Vergütung: Teiljahresbudgets (Anteil der
Eingechriebenen am TK-Jahresbudget)
- Einschluss: KH- / PIA-
Behandlungsbedürftigkeit
- Aktuell: ?

Sektorübergreifend!

Ambulant und stationär!

- gemeinsame Therapiezielplanung zwischen ambulanten Versorgern, gemeindepsychiatrischen Anbietern und Kliniken



Voraussetzung verbindliche Kooperation –
Kooperationsvertrag

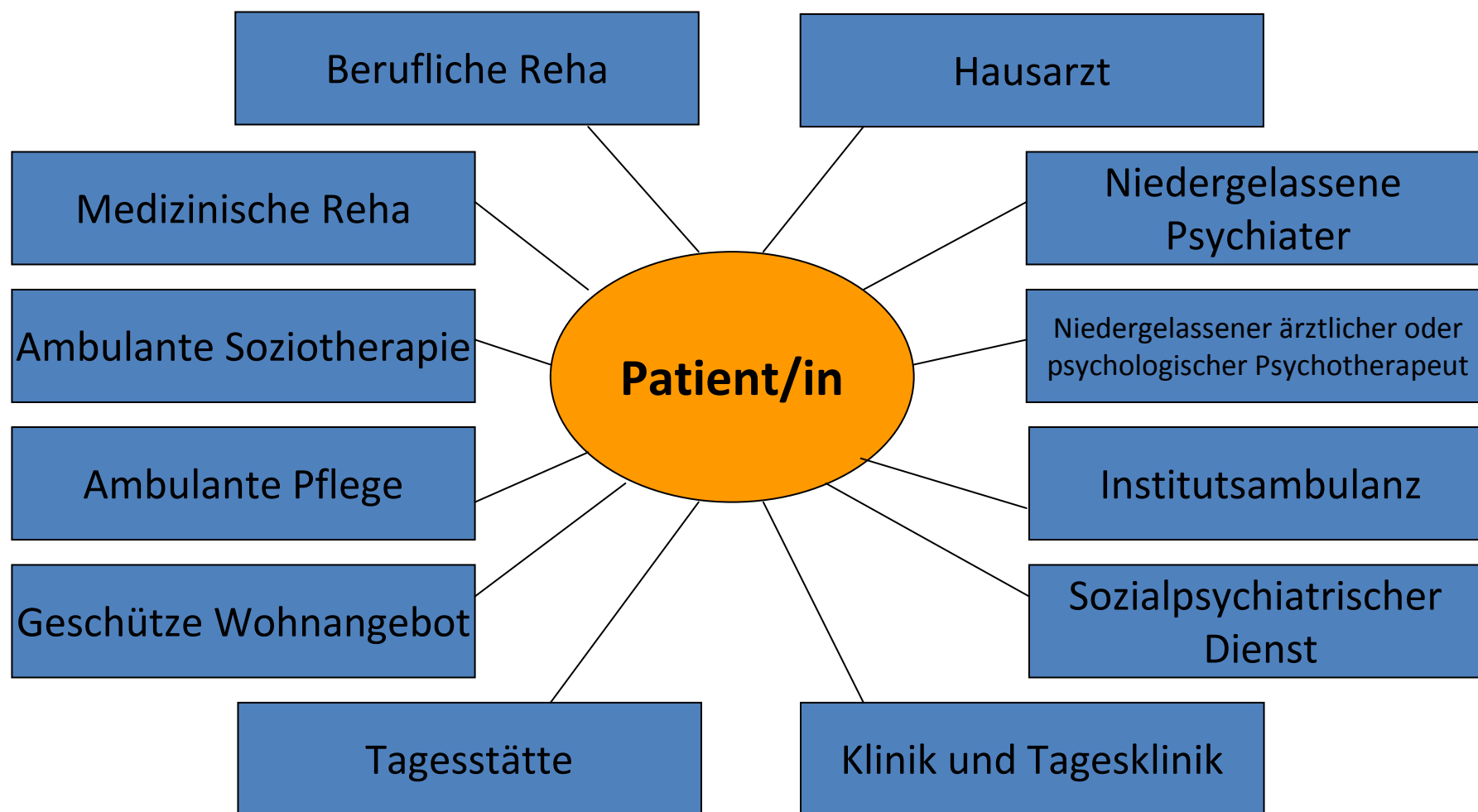


Definition von Behandlungspfaden, die sich am
Behandlungsbedarf ausrichten und modulär aufgebaut sind



Zukunft: IV-Verträge, Modellprojekte § 64, die am
Behandlungsbedarf modulär ausgerichtet und vergütet werden

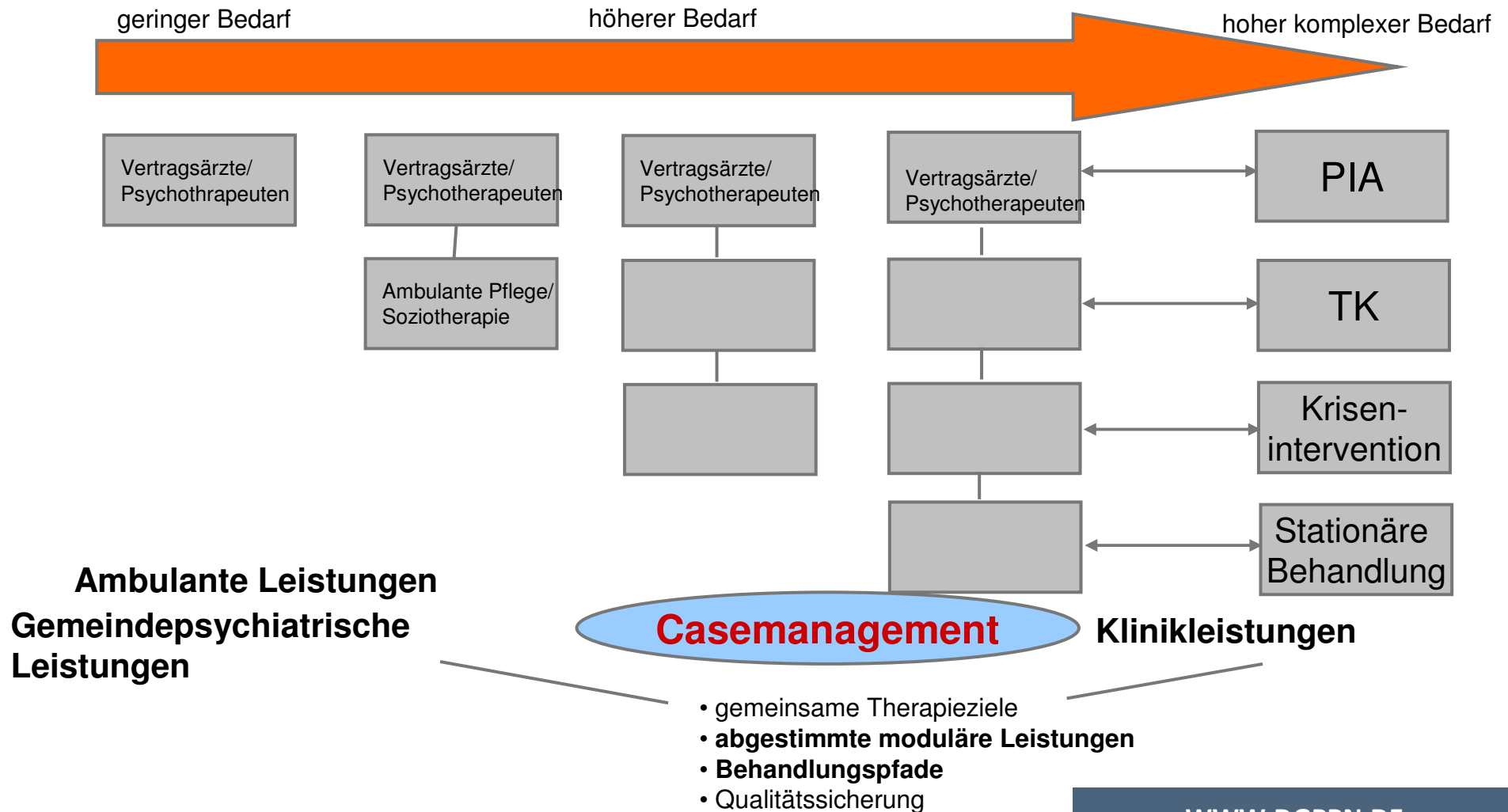
Koordination, Kooperation, Casemanagement fehlt



Empfehlung der Expertenkommission der Bundesregierung 1988:

In jeder Versorgungsregion ist der Aufbau eines gemeindepsychiatrischen Verbundes in Angriff zu nehmen

VERSORGUNGSMODELL



- I. „Ist-Situation“ der Versorgung psychisch erkrankter Menschen**
- II. Exkurs: PsychEntgelt - Gesetz**
- III. Innovative Behandlungsformen**
- IV. Perspektiven für Pflegedienst**

- **Dauerhafter Druck auf die Finanzierungsgrundlage des Gesundheitssystems**
 - Strukturen und Prozesse müssen angepasst werden:
Behandlungs- bzw. Betreuungskonzepte sind auf Langfristigkeit auszurichten, Prävention, Rehabilitation gewinnen mehr Bedeutung, psychosoziale Hilfen sind zu integrieren
 - sektorübergreifende Versorgung, integrierte Versorgung
 - neue Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen
 - neue Organisation von Prozessen sowie die neue Aufgabenverteilung der Berufsgruppen

Chancen des neuen Entgeltsystems **klinikintern**

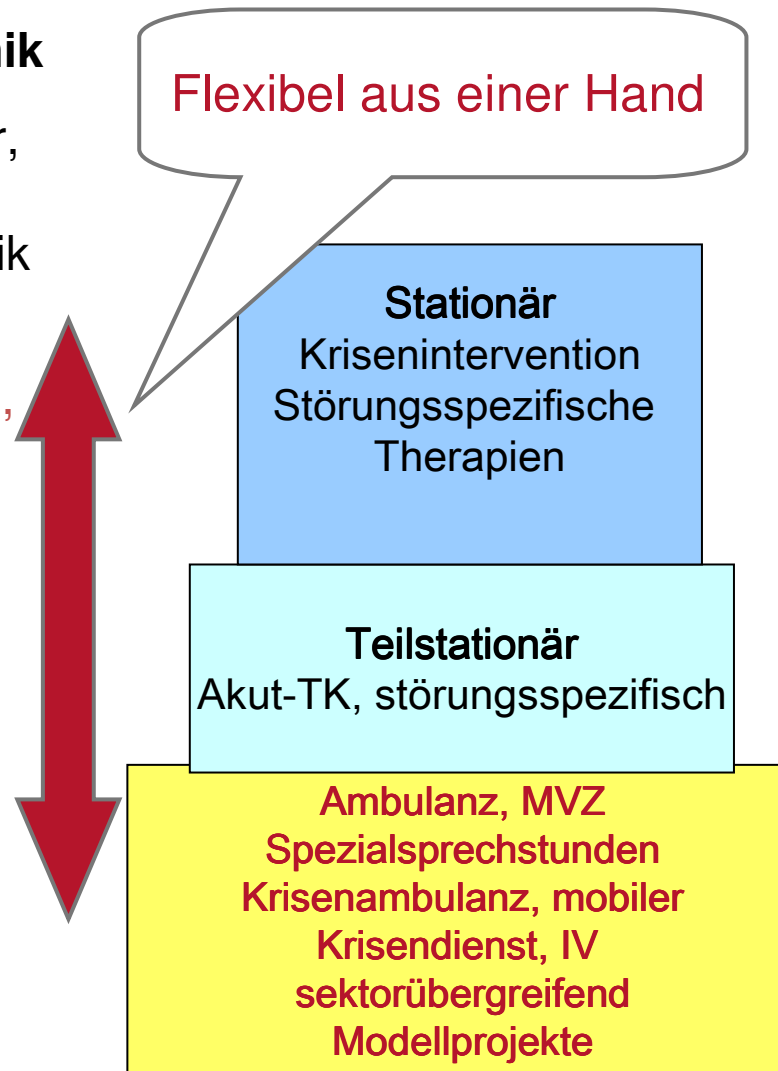
- Optimierung des Diagnostik- und Behandlungsprozesses, incl. gezieltes Aufnahme- und Entlassungsmanagement
- Casemanagement
- Neuordnung der Aufgabenprofile der Berufsgruppen

- Patienten können im Ergebnis von einer effizienter gestalteten Patientenbehandlung profitieren
- **Motivation innovative flexible sektorenübergreifende Versorgungsformen gemeinsam mit den Krankenkassen zu entwickeln!**

Ausstattung und Know-how der Klinik

- mehrdimensionaler, interdisziplinärer Ansatz in Diagnostik und Therapie
- **Störungsspezifisch, evidenzbasiert, Leitlinien, Behandlungspfade**
- Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit
- Zugriff auf die verschiedenen fachspezifischen Kompetenzen

Flexibel aus einer Hand



Kooperation Gemeindepsychiatrie

- Patient als Partner, der mit gestaltet
- **Lebensfeld bezogene Behandlung**
- **partnerschaftliches Arbeiten im multiprofessionellen Team**
- Beobachtung von sozialen und lebensgeschichtlichen Aspekten der Erkrankung

- Schon heute können Kliniken etwa 25 % der offenen Arzt-Stellen nicht mehr besetzen
- Situation wird sich aufgrund der Altersstruktur der Ärzte in den nächsten 10 Jahren weiter verschlechtern
- Deutsches Krankenhausinstitut (DKI): Projekt: „Neuordnung von Aufgaben des ärztlichen Dienstes“ 2008

➔ Ziel: Welche Tätigkeiten des ärztlichen Dienstes von nicht ärztlichen Berufsgruppen übernommen werden können und dürfen.

➔ Gutachten des Sachverständigenrats zur Entwicklung des Gesundheitswesens 2007: Notwendigkeit einer Neudefinition der Aufgaben verschiedener Berufsgruppen im Gesundheitswesen.

- Aus juristischer Sicht: **Unantastbarer Kernbereich ärztlicher Aufgaben**, die aufgrund ihrer Schwierigkeit, Gefährlichkeit oder wegen Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen spezifisch ärztliches Wissen voraussetzen.
- Tätigkeiten im Kernbereich der Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie, insbesondere wenn dadurch eine Gefährdung für die Gesundheit des Patienten nicht ausgeschlossen werden kann (**Arztvorbehalt §15 Abs. 1 SGB V**)

Delegation und Substitution ärztlicher Aufgaben – Wohin führt der Weg in der Psychiatrie?

Delegation and Substitution of Physicians' Incumbencies – What is the Way in
Psychiatry?

Autoren

Hermann Spießl, Helmut Hausner, Göran Hajak, Helmfried E. Klein

Institut

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität am Bezirksklinikum Regensburg

Psychiartrische Praxis 2008

Welche Aufgaben werden *schon jetzt* in der Psychiatrie an die Pflegemitarbeiter übertragen werden?

- ➔ Viele Tätigkeiten werden bereits in psychiatrischen Kliniken vom Pflegepersonal durchgeführt.
- z. B. venöse Blutentnahmen, intramuskuläre Injektionen, Ruhe-EKG
 - Entspannungsgruppen oder Aktivierungsgruppen
 - Wachtherapie und Lichttherapie
 - Co-Therapeuten in Gruppenpsychotherapien, insbesondere Psychoedukation und Angehörigengruppen
 - Stations- und Patientenmanagement von Aufnahme bis zur Entlassung mit Erledigung administrativer Aufgaben
 - Erhebung von Teilen der Anamnese z. B. Sozial- und Fremdanamnese, Basisdaten der Biographie



Psychiatrische Pflege

- **Personenzentriert** – nicht einzelleistungsorientiert (inkl. Biographie, Entwicklung, Familie, Berufe, persönliche Perspektive, Subjektivität, Interaktion)
- **bio-psycho-soziale Perspektive**
- **Psyche + Körper**, Wechselwirkungen, Risiko bzw. Komplikationen von körperlichen Erkrankungen
- **Prävention, Rehabilitation** – Herstellung von Fähigkeit zur Teilhabe, Alltagsfähigkeiten, Arbeitsfähigkeit
- Organisation einer umfassenden Behandlung, Einbindung des **Multiprofessionellen Teams**, Sektorübergreifend, **Kooperation mit komplementären Leistungserbringern**, **Casemanagement**

- Verstärkte **sektoren- und berufsübergreifende** Koordinationen und Integration diagnostischer, therapeutischer und rehabilitativer Leistungen
 - einzelfallorientiertes Prozessmanagement
 - die Initiierung, Steuerung und Übernahme von Verantwortung für den Behandlungsprozessablauf
 - intersektorale Vernetzung

- Studien über Case-Management weisen auf Verringerung der Arbeitsbelastung und Erhöhung der Berufszufriedenheit bei Ärzten und anderen Berufsgruppen (Deutsches Ärzteblatt 2008)

Neue erste Meilensteine

- Herbst 2011 hat der gemeinsame Bundesausschuss die **Richtlinie gemäß §63 (3c) SGB5 zum Modellversuch für die Übertragung von ärztlichen Aufgaben an Fachpflegepersonen verabschiedet.**
- speziell ausgebildete Pflegepersonen übernehmen in bestimmten Bereichen bisher Ärzten vorbehaltenen Aufgaben
- Erweiterung des Aufgabenspektrums der Pflege
- Stark verändertes Anforderungsprofil an die Pflege
- ➔ **Advanced Nursing Practice** = erweiterte und vertiefte Pflege, spezialisierte Pflege, Fachpersonen, selbstständiges Arbeiten



Advanced Nursing Practice – Specialist-Nurse
z. B. Depressions-Nurse, Schizophrenie-Nurse



- Grundvoraussetzung in einem bestimmten Spezialgebiet
spezielles Wissen, Können erworben zu haben
- spezielle Pflegesituationen sind komplex und fortgeschritten, so
dass erforderliche Expertise über den Rahmen der allgemeinen
Pflegepraxis hinausgeht
- spezielles Fachwissen und spezielle Handlungskompetenz
- das Knowhow ist durch Forschung ständig zu erweitern
- praktizierende Expertinnen sind verankert in
Arbeitsgemeinschaften und Fachgesellschaften
- **Fachführungsfähigkeit im Sinne von Clinical Leadership**,
interpersonelle Zusammenarbeit, Konsultationen in komplexen
Pflegesituationen

Welche Kompetenzen muss die Pflege erwerben?



Erweiterung der fachlichen Qualifikation:

- Grundlage Neurowissenschaften, Medikation,
- Psychotherapie- Grundkenntnisse,
- Übernahme von Psychotherapie Basis- Modulen z.B. IPT, DBT
- Einzelgespräche, Gruppentherapien
- Maßnahmen zur Teilhabe am Alltagsleben
- Kenntnisse der verschiedenen Versorgungssektoren, **Versorgungsmanagement, Netzwerkarbeit, sektorübergreifende Arbeit, Case-Management** im Sinne effektives einzelfallorientiertes Prozessmanagement, Steuerung des Behandlungsablaufs im multiprofessionellen Team
- Führungskompetenz (von Mitarbeiten, Organisation, Selbst- und Zeitmanagement)

- Qualifikation zur Fachkraft für Psychiatrie
- 3 Jahre berufsbegleitendes Studium
- Vermittlung von Expertenwissen im Hinblick auf die pflegerische Versorgung von unterschiedlichen Handlungsfeldern und Befähigung zur professionellen Entscheidungsfindung in komplexen Sachverhalten. Unter Einbeziehung wissenschaftlicher Erkenntnisse und klinischer Kompetenzen im Hinblick auf Diagnostik und therapeutische Intervention ergibt sich eine erweiterte Pflegepraxis
- Sie arbeiten als akademisch ausgebildete Fachkraft selbstständig und wissenschaftlich fundiert mit psychisch erkrankten oder beeinträchtigten Menschen
- **Als Fallmanager bzw. primäre Pflegekraft (PN), werden in unterschiedlichen Settings und Behandlungsschwerpunkten tätig und koordinieren auch die Arbeit der multiprofessionellen Teams. Sie agieren als gleichwertige Partner im therapeutischen Prozess.**

- Optimierung des klinischen Behandlungsprozesses
- innovative Sektoren übergreifende Versorgung
- ▶ Neue Kooperation und Aufgabenverteilung in Klinik und ambulant
- ▶ Erweiterung der fachlichen Qualifikation
- ▶ Einzel- und Gruppentherapie
- ▶ Maßnahmen zur Teilhabeförderung
- ▶ Casemanagement in der Klinik
- ▶ Sektor übergreifendes Versorgungsmanagement
- ▶ Führungskompetenz

Psychiatrie ist das spannendste Fach : den Menschen an der Schnittstelle zwischen Somatik und Seelenleben in seinen biologischen, psychischen und sozialen Dispositionen wahrzunehmen, zu behandeln, zu begleiten macht das Fach einzigartig !

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Ψ DGPPN





Postgradualer Universitätslehrgang

Health Care Management für Führungskräfte im Gesundheitswesen

Abschluss: Universitäre/r Health Care Manager/in

September 2010 bis Oktober 2011

EINLADUNG

- im Arbeitskreis der
Krankenhausleitungen
Psychiatrischer
Krankenhäuser (AKP).

Zielgruppe:

- Führungskräfte und
Nachwuchsführungskräfte
im Gesundheitswesen
- (Nachwuchs-) Führungs-
kräfte aller Berufsgrup-
pen: Medizin, Pflege,
Verwaltung, der Pharma-
zeutischen Industrie und
im medizinisch –
– technischen Bereich