Projekt: „Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse“

gefördert durch das
Bundesministerium für Gesundheit

Herzlich willkommen zum 1. Workshop
„Stationäre und teilstationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie - Strukturqualität, regionale Versorgungserfordernisse und transparente, überprüfbare Leistungserbringung“

2. Juli 2015, Berlin

AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.

Agenda

10.00 Begrüßung – **Dr. Thomas Stracke, Prof. Jörg M. Fegert**
Vorstellung des Projekts – **Ulrich Krüger**

10.30 Krankenhaushäufigkeiten und demografische Entwicklung: Der vorausgesagte Rückgang im Kindes- und Jugendalter bleibt aus – **PD Paul Plener**, **Dr. Paul Lahode**, **Prof. Ferdinand Keller, Prof. Jörg M. Fegert**

11.00 Leistungstransparenz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie – **Reinhard Schaffert** (InEK)

11.40 *Kaffeepause*

12.10 Anhaltspunkte für die Beschreibung von Kosten einer hinreichenden Strukturqualität – **Michael Heller** (Arbeitsstelle Heidelberg, VUD)

12.40 Anforderungen an die Strukturqualitäten in der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Behandlung – **Prof. Renate Schepker, Prof. Michael Kölch**

13.10 Notwendigkeit verbindlicher Anforderungen an die Personalausstattung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer – **Dr. Dietrich Munz** (BPtK)

13.40 *Mittagsimbiss*

AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.

Agenda

14.30 – 16.15 Parallelforen

Forum I *(Seminarraum 1)*
Die Sicht der in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelten Kinder und Jugendlichen sowie betroffener Eltern und Partner aus der Jugendhilfe – *Moderation: Prof. Michael Kölch und Franz-Josef Wagner*

Forum II *(Konferenzraum)*
Arbeitsbedingungen in der stationären und teilstationären Behandlung (einschließlich Umgang mit Gewalt- und Risikosituationen) – *Moderation: Ulrich Krüger und Cindy Franke*

Forum III *(Seminarraum 2)*
„Gute Kooperation“ – Bedingungen und Anforderungen an Kooperationen bei veränderten Rahmenbedingungen (niedergelassene KJP, Schulen, Jugendhilfe) – *Moderation: Dr. Maik Herberhold und Dr. Alexander Naumann*

Forum IV *(Auditorium B)*
Strukturqualität in der stationären bzw. teilstationären kinder- und jugendpsychiatrischen/ -psychotherapeutischen Behandlung – *Moderation: Prof. Jörg M. Fegert und Prof. Renate Schepker*

16.15 Kaffeepause

16.30 – 17.30 Abschlusspodium
Zusammenfassung und Ausblick, Besprechung der entstandenen Arbeitsaufträge für das Projekt

AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT

Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

DER PRÄSIDENT

Telefon +49 30 39801-1001
Fax +49 30 39801-3011
E-Mail t.reumann@dkgev.de

Datum 26.06.2015

Herrn
Hermann Gröhe, MdB
Bundesminister für Gesundheit
Friedrichstraße 108
10117 Berlin

Dialog zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems

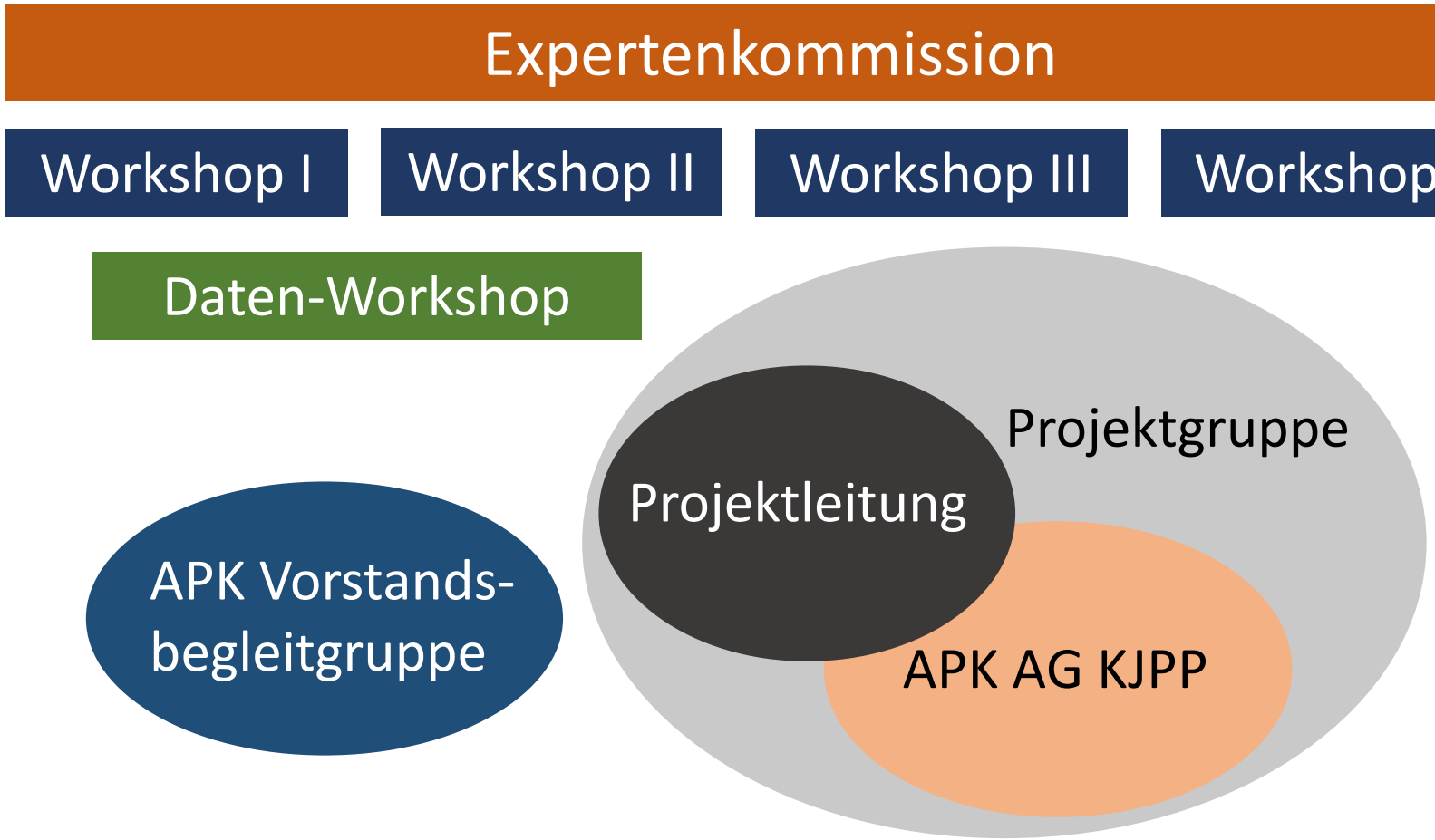
Sehr geehrter Herr Minister, sehr geehrter Herr Gröhe

vielen Dank, dass Sie uns am 4. Mai 2015 die Möglichkeit gegeben haben, unsere Einschätzungen und Vorstellungen zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems in die politischen Beratungen einzubringen. Im Nachgang des Dialoges möchten wir nochmals auf die für uns wesentlichen Punkte eingehen.

Die DKG hat die Entwicklung des PEPP-Kataloges in den letzten fünf Jahren gemeinsam mit den Selbstverwaltungspartnern aktiv und konstruktiv vorangetrieben. Begleitend hierzu hat sich die DKG auch intensiv mit der zum Teil massiven Systemkritik auseinandergesetzt. Mit den grundlegenden Änderungen des PEPP-Kataloges für 2015 haben wir diese Kritik soweit wie möglich aufgegriffen. Allerdings kann auch mit diesen Anpassungen des Kataloges die Sorge über die Auswirkungen eines Preissystems auf die Versorgung nicht ausge-

AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.

Projektstruktur



AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.

Projektablauf

2015 — 2016 — 2017

Expertenkommission

1. Workshop I

Stationäre und teilstationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie
„Strukturqualität, regionale Versorgungserfordernisse und transparente, überprüfbare Leistungserbringung“

2. Workshop II

Subjekt oder Objekt der Behandlung
Selbstbestimmung, Partizipation und Patientenrechte, Rolle der Eltern und freiheitsentziehende Maßnahmen

3. Workshop III

Kinder und Jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Versorgung im ambulanten Setting

4. Workshop IV

Inklusion, Vernetzung und Teilhabe – Unterstützung bestimmter Bedarfe in der Kinder- und Jugend-psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung

Daten-Workshop

Experten: Robert Koch-Institut (Epidemiologie), Gesundheitsberichterstattung, Statistisches Bundesamt, Deutsches Jugendinstitut, Krankenkassen

AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.

Projektziele und -themen

→ Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse der **quantitativen und qualitativen Versorgungssituation** psychisch kranker Kinder und Jugendlicher

Themen im Fokus :

- Ambulante, teilstationäre und stationäre psychiatrische-/psychotherapeutische Behandlung und Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
- Sonstige Leistungen nach SGB V z.B. Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten für Kinder mit Behinderung im Rahmen der kinderärztlichen Versorgung sowie sozialpädiatrischer Zentren

AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.

Projektziele und -themen

→ Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse der **quantitativen und qualitativen Versorgungssituation** psychisch kranker Kinder und Jugendlicher

Themen im Fokus ff.:

- Verzahnung der SGB V-Leistungen mit weiteren Leistungsbereichen:
  - SGB II und SGB III: Übergang Jugendlicher und junger Erwachsener in das Berufsleben (z.B. Auswirkungen der Regelungen der beruflichen Eingliederung)
  - SGB VIII: Leistungen und Angebote in Zuständigkeit der Länder und Kommunen (z.B. Kinder- und Jugendhilfe, und Eingliederungshilfe für Kinder mit seelischer Behinderung)
  - SGB IX: Hilfe zur Teilhabe
  - SGB XII: Eingliederungshilfe (Kinder und Jugendliche mit geistiger und/oder körperlicher Behinderung)
  - ÖGD: Kinder- und jugendpsychiatrische Dienste, Beratungsleistungen einschließlich Suchtberatung, schulpsychiatrischer Dienst

AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.

Projektziele und -themen

→ Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse der **quantitativen und qualitativen Versorgungssituation** psychisch kranker Kinder und Jugendlicher

Themen im Fokus ff.:

- Abgleich regionaler Besonderheiten: urbane/ländliche Regionen, Ost/West, soziale Brennpunkte, soziodemographische Besonderheiten etc.
- Umfang und Qualität von Hilfeleistungen außerhalb psychiatrisch und psychotherapeutischer Dienste und Einrichtungen z.B. Beratungsstellen im Bereich des Kindesschutzes und für traumatisierte Kinder und Jugendliche
- Inklusion von Kindern mit (drohender) seelischer Behinderung und Zusammenarbeit im Rahmen des Schulsystems
- Aufsuchende, webbasierte und andere innovative Behandlungsmodelle

AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.

Säulen des Projekts

Wissenschaftliche Analysen	Austausch mit Experten und Praxisvertretern	Öffentlichkeitsarbeit

AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.

Säulen des Projekts

Wissenschaftliche Analysen

Austausch mit Experten und Praxisvertretern

Öffentlichkeitsarbeit

AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.

Säulen des Projekts

Wissenschaftliche Analysen

Austausch mit Experten und Praxisvertretern

Öffentlichkeitsarbeit

AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.

Ständiger Austausch mit Praxisvertretern

Workshops

- Jedes Jahr jeweils zwei Workshops, an denen spezielle Themen anhand von **Fachvorträgen und Foren** erörtert und diskutiert werden

Expertenkommission

- **Aktiver fachlicher Austausch** mit Expertenkommission
  → Einbringung von Ideen, Wünschen und Anmerkungen

Foto von der 1. Sitzung der Expertenkommission am 10. Juni 2015 in Berlin

AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.

Säulen des Projekts

Wissenschaftliche Analysen

Austausch mit Experten und Praxisvertretern

Öffentlichkeitsarbeit

AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.

Öffentlichkeitsarbeit

- Schaltung einer Projektwebseite mit Informationen zum Projekt und der KJPP
- Möglichkeit zum fachlichen Austausch über Mitgliederbereich

AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.

Weitere Termine im Jahr 2015

3. und 4. November 2015 – APK-Jahrestagung
„Selbsthilfe, Partizipation und Selbstbestimmung“

5. November 2015 – 2. Workshop
„Subjekt oder Objekt der Behandlung – Selbstbestimmung, Partizipation und Patientenrechte, Rolle der Eltern und freiheitsentziehende Maßnahmen“

18. November 2015 – 2. Sitzung der Expertenkommission

AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.

Veranstaltungen im Jahr 2016

1. Jahreshälfte 2016

Allgemein: Forschungsworkshop APK mit dem BMBF

Projektbezogen:

- 3. Workshop
  „Kinder und Jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Versorgung im ambulanten Setting“
- 3. Sitzung der Expertenkommission

2. Jahreshälfte 2016

Allgemein: Jahrestagung der APK

Projektbezogen:

- 4. Workshop
  „Inklusion, Vernetzung und Teilhabe – Unterstützung bestimmter Bedarfe in der Kinder- und Jugend-psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung“
- 4. Sitzung der Expertenkommission

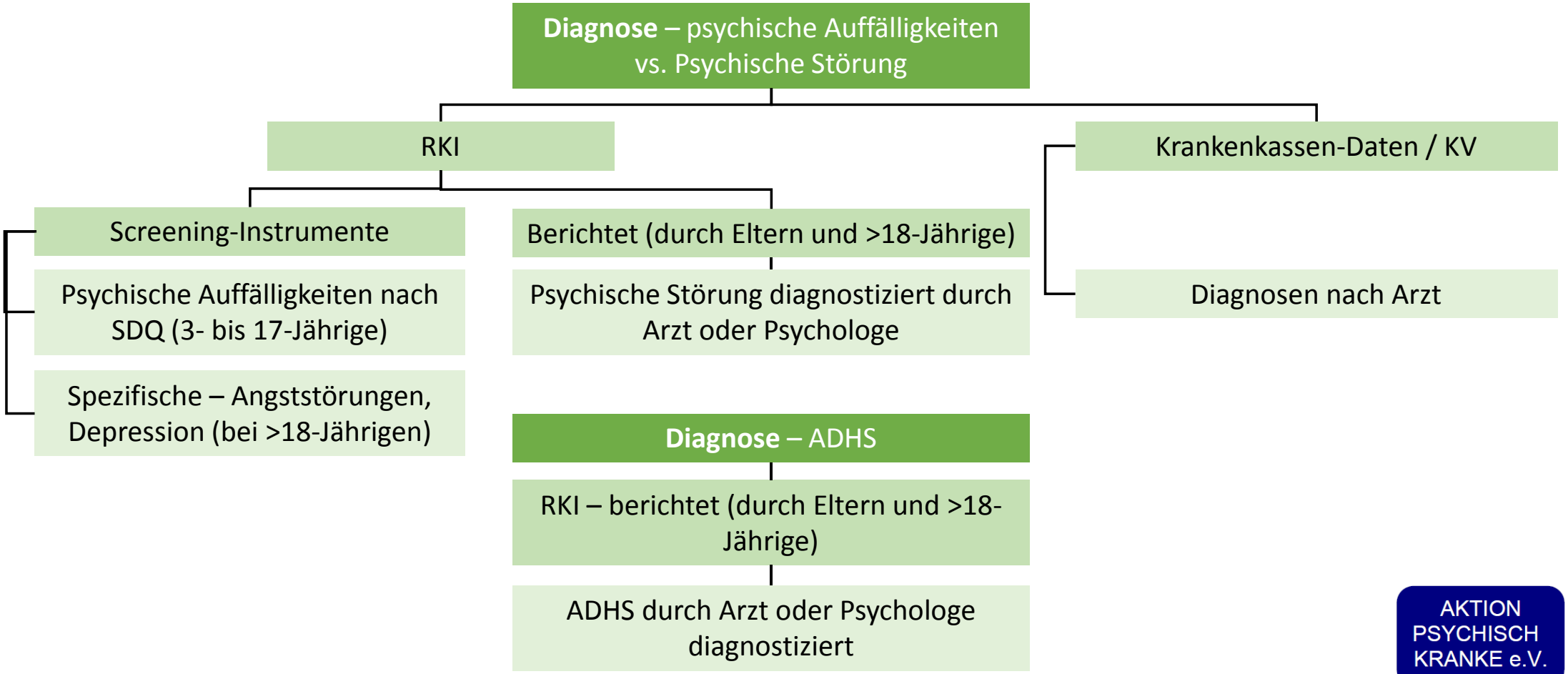
AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.

OMariaHilf!

- dem Projekt und das Passwort für das Internet

AKTION
PSYCHISCH
KRANKE e.V.

Datenauswertung – Prävalenz



AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.

Datenauswertung – Besondere Gruppen

Kinder und Jugendliche im Hinblick auf

Psychisch kranke Eltern

→ Zahlen zu Leistungen für Erwachsene und gleichzeitige Behandlung von Kindern?

Suizidrisiko

→ Was gibt es? Publikationen
→ Fachstandards
→ Todesursachenstatistik

Suchtstörungen (unter 18-J.)

→ Erhebungen und Infos der Suchtkommission über Herrn Melchers
→ Abfrage Suchtkliniken
→ Internationaler Vergleich Suchtversorgung Minderjähriger / Mental Health Konzepte

Intelligenzminderung / geistige Behinderung

→ Leitlinie

Mutter/Kind

Sondergruppen

Psychosomatik

1. Prävalenz psychisch, körperlich kranker KiJu
2. Wie viele Psychosomatiken bei KiJu
3. Wie viele Psychosomatik-Kliniken

Migranten

→ Familienbeirat

Notfallpatienten

→ Wie viele Patienten in KJP sind Notfallpatienten?

Heimkinder

→ Ulmer Heimkinder-Studie – Hat sich was verändert?

AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.

Wissenschaftliche Analysen

Sekundäranalysen

→ Daten zur **Epidemiologie** und zur **Versorgungssituation** psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland

- Statistisches Bundesamt: allgemeine Daten und Daten der Gesundheitsberichterstattung
- Robert Koch-Institut: KiGGS- (Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland) und BELLA-(Befragungen zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten) Surveys
- Krankenhaus- und Krankenkassendaten
- Jugendhilfestatistik

AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.

Wissenschaftliche Analysen

Übersichtsanalysen

→ **Analyse zur Datenlage** in den Themen:

- Strukturqualität der Versorgung
- Entwicklungstrends u.a. in der
  - ambulanten und stationären Versorgung
  - Psychopharmakoepidemiologie
  - Psychotherapie
  - Zwangsmaßnahmen und Freiheitsentzug
  - Forschung

AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.

Wissenschaftliche Analysen

Eigene Erhebungen

→ Im zweiten Schritt – aufbauend auf den Vorauswertungen – erfolgen **eigene Erhebungen** (quantitative und qualitative Methoden) zu Themen wie

- Kooperationen und Schnittstellen
- Ökonomische Aspekte in der Versorgung
- Spezielle Gruppen und Bedürfnisse in der Versorgung

AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.

Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm

Häufigkeit von psychiatrischer Krankenhausbehandlung und demographische Entwicklung

Kein Rückgang im Kindes- und Jugendalter

Paul L. Plener, Paul Lahode,
Ferdinand Keller, Jörg M. Fegert

APK Workshop
2015

Interessenskonflikte

Forschungsförderung	Advisor/ Consultant	Arbeitgeber	Speakers' Bureau	Bücher, Lizenzen	Aktienbesitz
BMBF		Universitäts-klinik Ulm		Springer	
BfArM				Hogrefe	
Lundbeck pharm.					
Stiftung ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie					
Baden Württemberg Stiftung					
Tiroler Landeskrankenhäuser AG					

Überblick

- Einleitung
- Epidemiologie
- Stationäre Versorgung
- Diskussion

Alter und Störungsbilder

Paus et al., 2009

Epidemiologie: KiGGS

- Folgebefragung der KiGGS-Studie: 3-17-jährige
- Erhebungszeitraum zwischen 2009 und 2012
- Strenght and Difficulties Questionnaire:
- Basiserhebung (2003-2006): 20,0%
- 1. Welle: 20,2%

Altersgruppe	Basis	1. Welle	p
3-6	19,3	17,2	0,16
7-10	22,6	23,1	0,75
11-13	21,5	23,3	0,26
14-17	17,0	17,8	0,54

Hölling et al., 2014

Epidemiologie: Metaanalyse

- Metaanalyse: 33 Studien zur emotionalen und Verhaltensstörungen bei deutschen Kindern und Jugendlichen

- Zeitraum:> 50 Jahre
- unter Beteiligung von 72.978 Kindern und Jugendlichen aus nicht-klinischen Stichproben

- Prävalenz von emotionalen und Verhaltensstörungen: 17,6%
- Häufigkeiten über die Zeit (eingeschränkte Vergleichbarkeit): kein Anstieg der Auffälligkeiten in den Studien über die Jahre

Barkmann & Schulte-Markwort, 2012

KJPP Patienten: USA

- Kinder- und jugendpsychiatrische Patienten
- Daten des Healthcare Cost and Utilization Project-Nationwide Inpatient Sample (nationale repräsentativen Stichprobe der Entlassungen in den USA)

- keine signifikante Veränderung der Entlasszahlen 1990 – 2000
  - 1990: 120.744
  - 2000: 143.729 Kinder entlassen

- Verkürzung der Aufenthaltsdauer um 63% (von einer mittleren Länge von 12, 2 Tage auf 4,5 Tage).

Case et al., 2007

Methode

- Ziel: Analyse der Häufigkeiten kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen im Krankenhaus über den Zeitraum von 10 Jahren (2003 - 2012)

- Daten des statistischen Bundesamts (Meldungen gem. §1 Abs. 3 Nr. 1 KHStatV)

- F-Diagnosen bei Krankenhausentlassung in den Jahren 2003 – 2012 getrennt nach Altersgruppen analysiert.

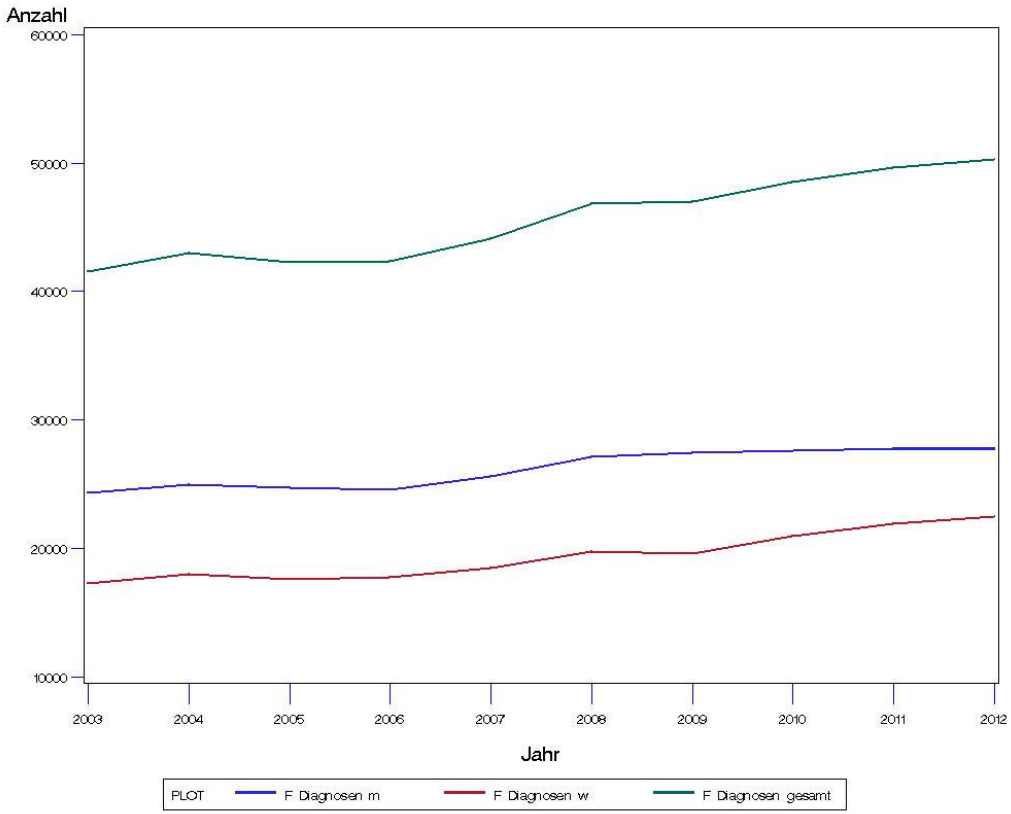
- Fokus:
  - Kindheit und jüngere Adoleszenz (≤ 15. Lebensjahr)
  - Adoleszenz (15-25. Lebensjahr: 15-<20 und 20-25)

Plener et al., 2015, NHK
Plener et al., 2015 ZPPP

Ergebnisse I

- Anstieg der F Diagnosen in der Altersgruppe 0 bis 15: (Steigung 1050/Jahr, p<.001)
- Korrektur für abfallende Gesamtbevölkerung (0-15) (2003: 12.112.000; 2012: 10.492.000): Steigerung der vergebenen F Diagnosen (p<.001)

- Anstieg in beiden Geschlechtern
- M: Steigung 592/Jahr, p<.001
- W: Steigung 458/Jahr, p<.001

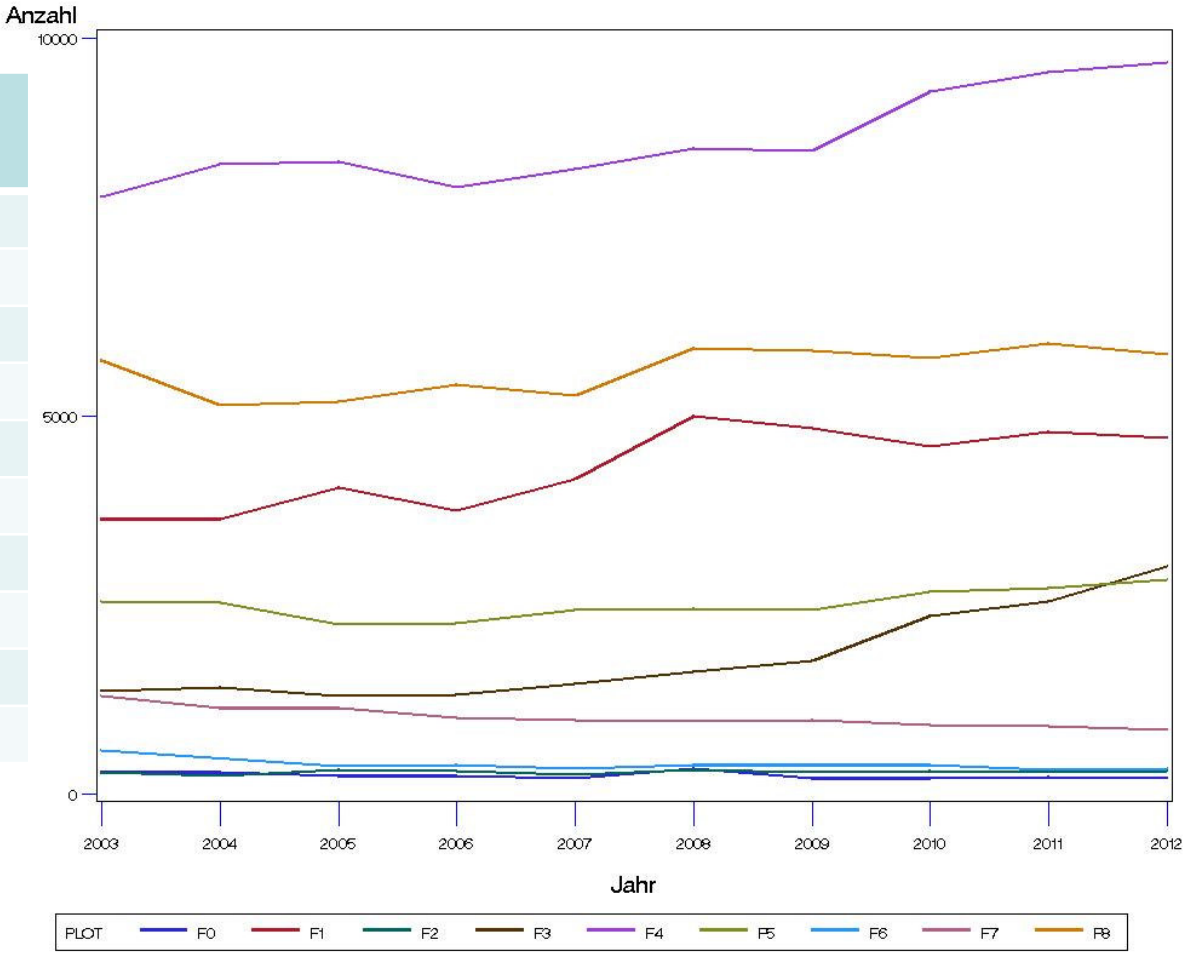


Plener et al., 2015, NHK

Ergebnisse II

- Einzelne ICD-10 F Kategorien

F	Steigung/ Jahr	p
0	-7,43	0,12
1	148,5	0,002
2	2,07	0,50
3	179,28	0,001
4	186,88	<0,001
5	39,99	0,05
6	-18,42	0,02
7	-42,20	<0,001
8	68,76	0,04
9	492,25	<0,001

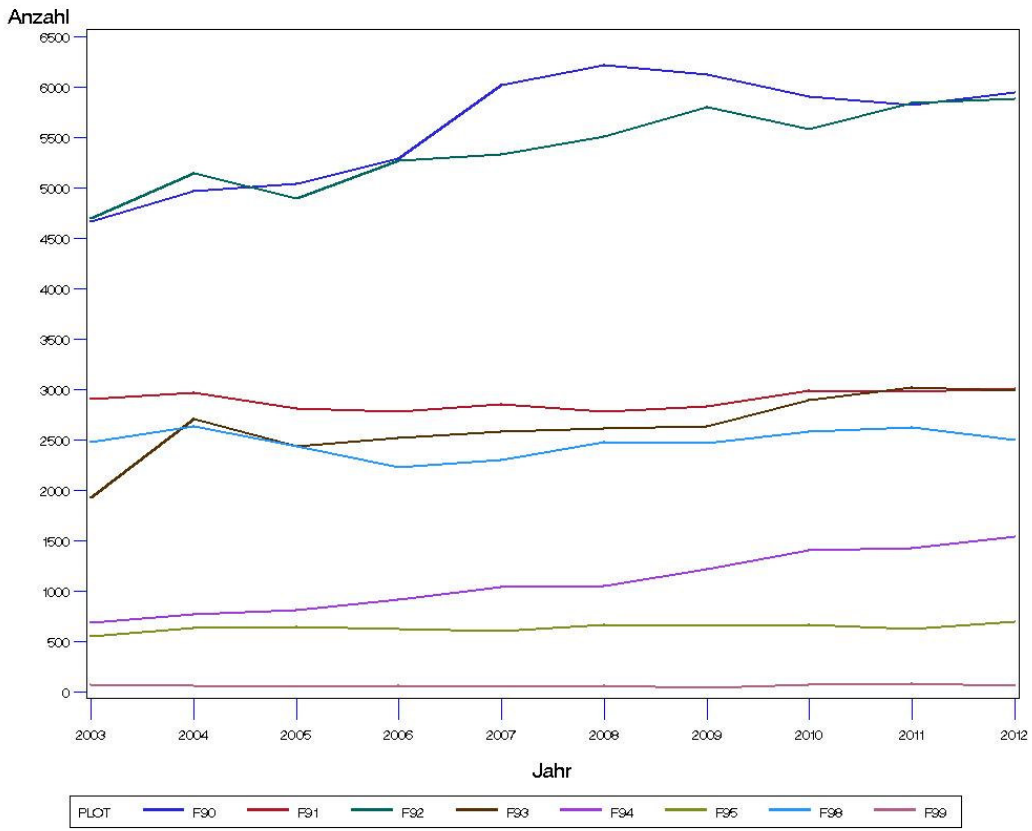


Plener et al., 2015, NHK

Ergebnisse III

- Kategorie F9: deutlicher Anstieg in vielen, aber nicht in allen Kategorien
- Steigerung in den Kategorien F90, F92, F93, F94 und F95
- Häufigkeiten in den Kategorien F91, F98 und F99 gleich bleibend

F9	Steigung/ Jahr	p
F90	149,14	0,005
F91	12,40	0,235
F92	15,75	<0,001
F93	86,67	0,003
F94	98,26	<0,001
F95	8,87	0,033
F98	10,64	0,485
F99	0,75	0,519



Plener et al., 2015, NHK

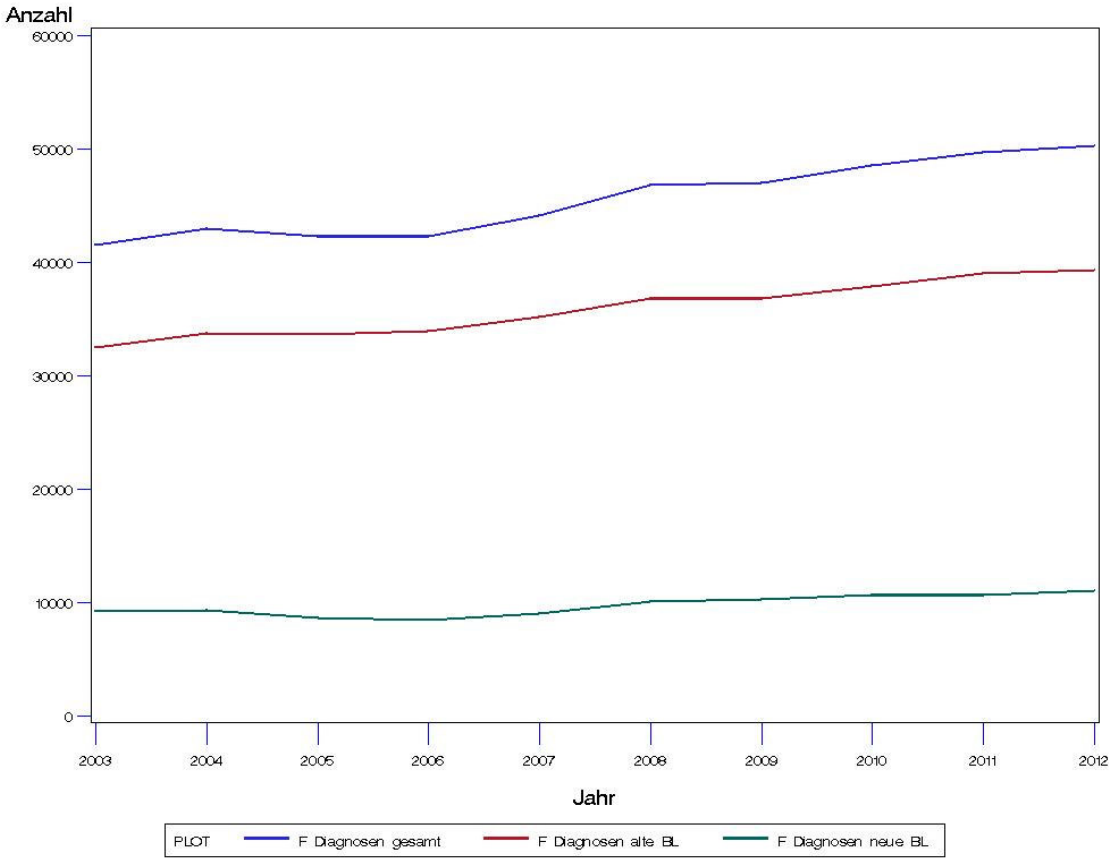
Ergebnisse Bundesländer

Bundesland	Steigungs-koeffizient	p
Baden Württemberg	90,12	<0,001
Bayern	121,68	0,001
Berlin	19,53	0,013
Bremen	0,8	0,892
Hamburg	60,85	<0,001
Hessen	54,71	0,006
Mecklenburg Vorpommern	22,78	0,014
Niedersachsen	55,55	0,001
Nordrhein Westfalen	250,74	<0,001
Rheinland Pfalz	105,90	<0,001
Saarland	13,35	0,084
Sachsen	130,74	<0,001
Sachsen Anhalt	30,69	0,071
Schleswig Holstein	13,16	0,156
Thüringen	8,22	0,001

Plener et al., 2015, NHK

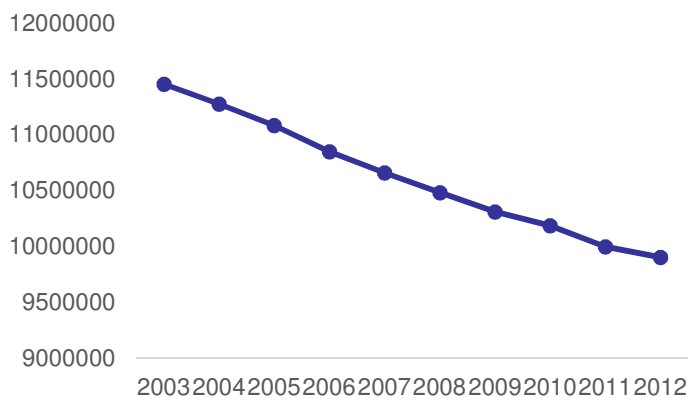
Ergebnisse neue und alte Bundesländer

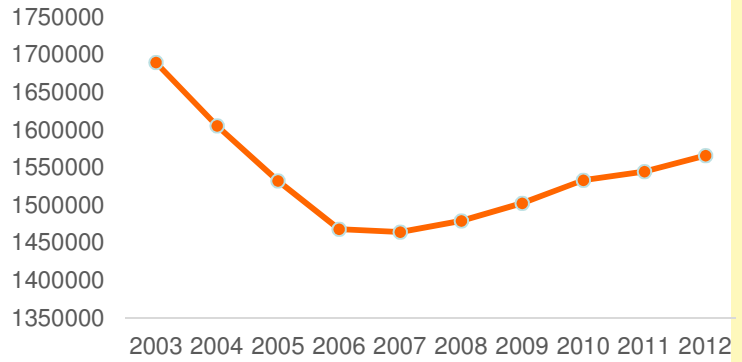
- „alte“ Bundesländer: Steigung: 786, p<0,0001
- „neue“ Bundesländer: Steigung: 261, p=0,002

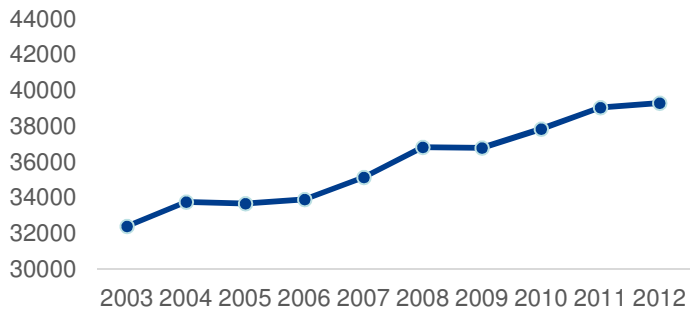


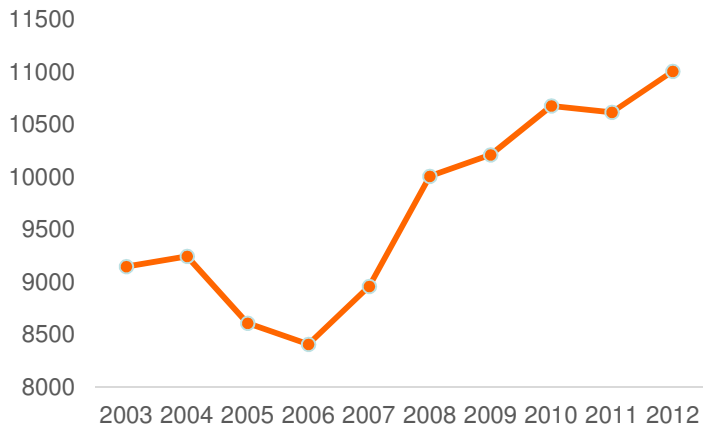
Plener et al., 2015, NHK

Ergebnisse „alte“ und „neue“ Bundesländer









Bevölkerung 0-15 und F Diagnosen „alte“ BL

Bevölkerung 0-15 und F Diagnosen „neue“ BL

Adoleszenz/ junge Erwachsene

- Steigungskoeffizient, korrigiert für Bevölkerungsentwicklung

Kategorie		Steigungs-koeffizient	p
F0	Organische, einschl. symptomatischer psychische Störungen	2,00	,657
F1	Psych. und Verhaltensstörungen d. psychotrope Substanzen	2410,97	< ,001
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	–559,86	< ,001
F3	Affektive Störungen	2525,28	< ,001
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	960,99	< ,001
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen u. Faktoren	66,30	,112
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	423,18	< ,001
F7	Intelligenzstörung	58,12	< ,001
F8	Entwicklungsstörungen	59,18	< ,001
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	387,96	< ,001

Plener et al., 2015, ZPPP

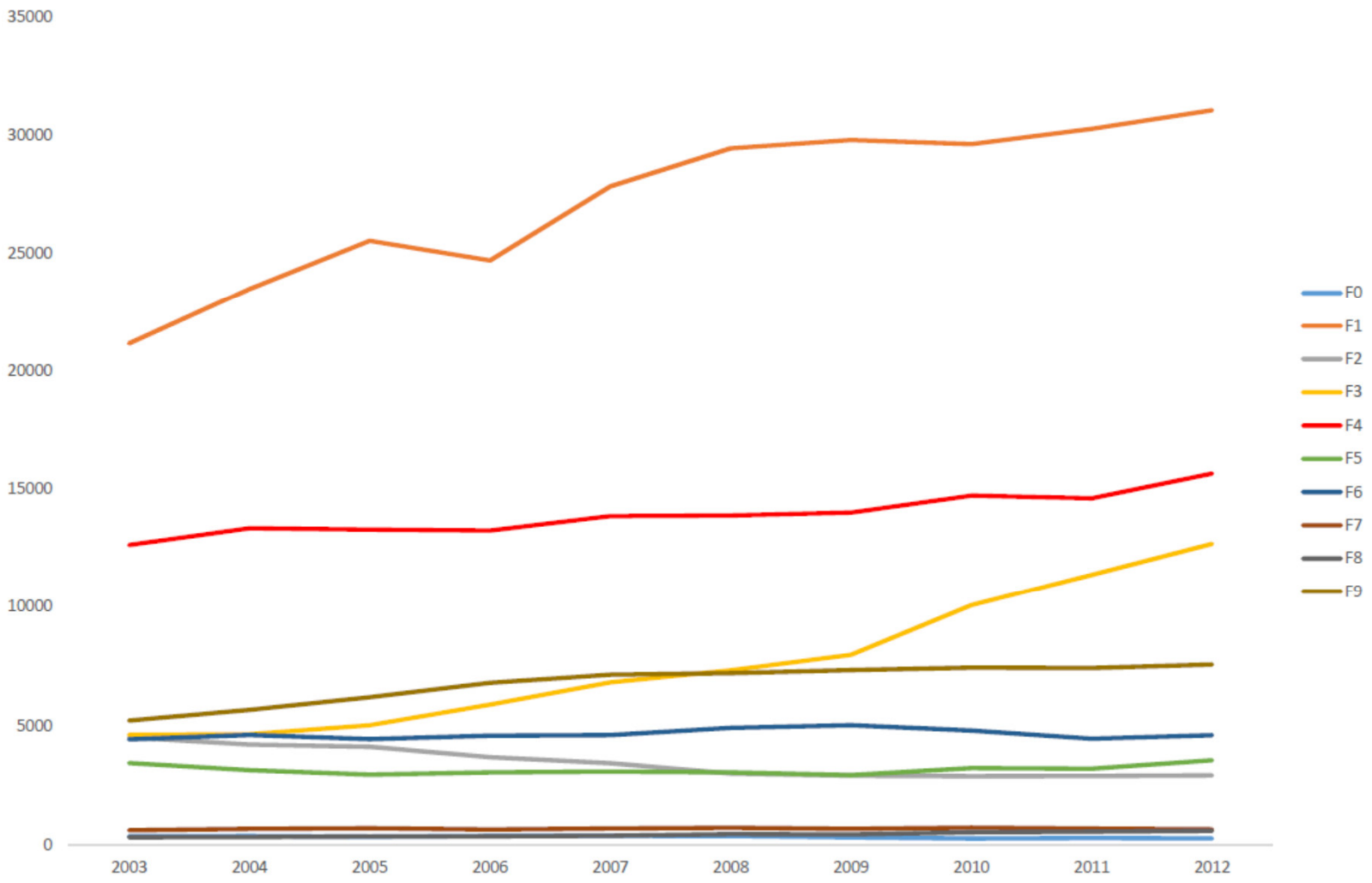
Adoleszenz/ junge Erwachsene

- Steigungskoeffizient, korrigiert für Bevölkerungsentwicklung

Kategorie		Steigungs-koeffizient	p
F0	Organische, einschl. symptomatischer psychische Störungen	2,00	,657
F1	Psych. und Verhaltensstörungen d. psychotrope Substanzen	2410,97	< ,001
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	–559,86	< ,001
F3	Affektive Störungen	2525,28	< ,001
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	960,99	< ,001
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen u. Faktoren	66,30	,112
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	423,18	< ,001
F7	Intelligenzstörung	58,12	< ,001
F8	Entwicklungsstörungen	59,18	< ,001
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	387,96	< ,001

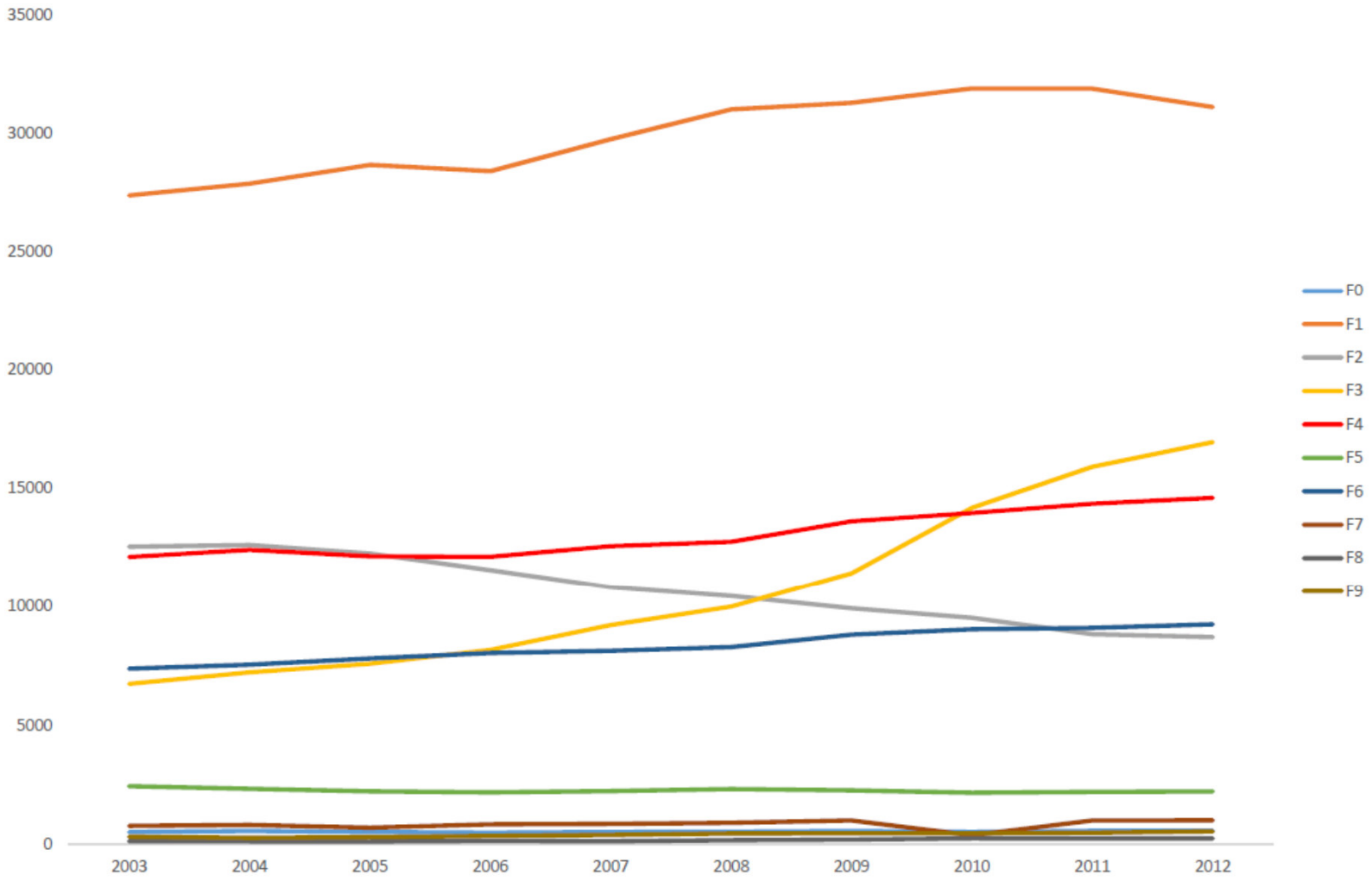
Plener et al., 2015, ZPPP

Diagnosen 15<20



Plener et al., 2015, ZPPP

Diagnosen 20-25



Plener et al., 2015, ZPPP

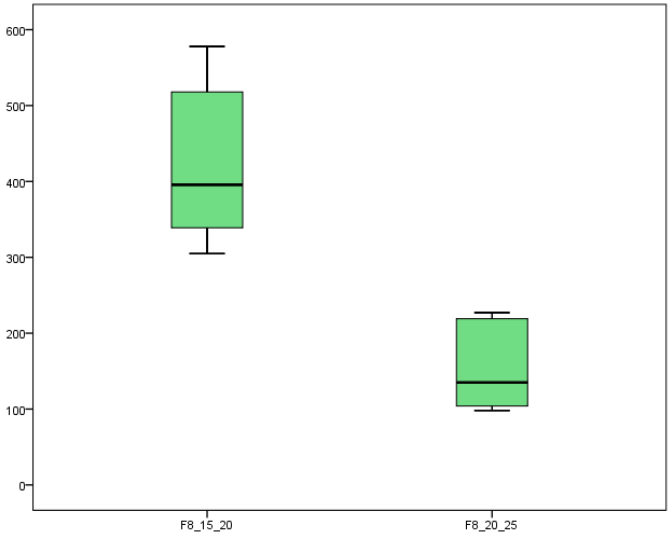
Mittelwertsvergleiche: Alterskategorien

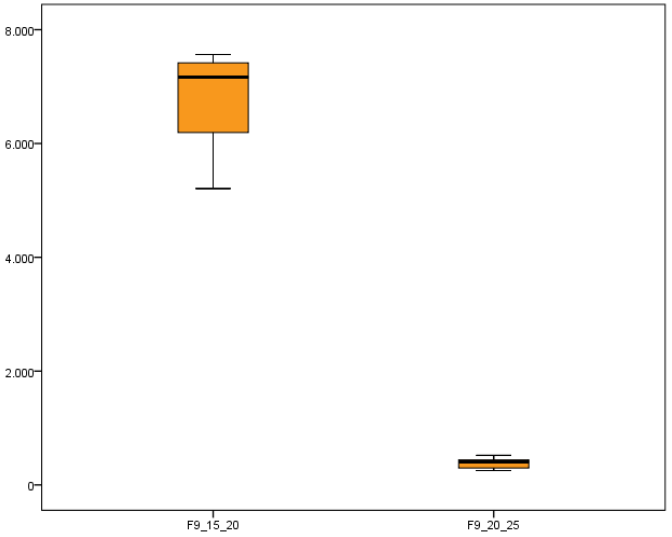
Kategorie	15- bis unter 20-Jährige	20- bis 25-Jährige			
	M (SD)	M (SD)	df	T	p
Gesamt	68322,3 (7192,95)	76961,7 (5658,52)	18	–2,985	,008
F0	321,0 (46,42)	512,9 (26,45)	18	–11,358	< ,001
F1	27299,5 (3354,81)	29931,4 (1724,91)	18	–2,206	,041
F2	3442,8 (634,41)	10722,1 (1482,29)	18	–14,277	< ,001
F3	7635,5 (2874,03)	10737,3 (3733,94)	18	–2,082	,052
F4	13944 (869,55)	13064,8 (976,41)	18	2,126	,048
F5	3146,1 (204,08)	2242,1 (83,95)	18	12,955	< ,001
F6	4635,7 (203,68)	8333,8 (674,02)	18	–16,608	< ,001
F7	661,2 (32,94)	866,5 (109,28)	18	–5,688	< ,001
F8	417,1 (98,54)	152,3 (54,27)	18	7,444	< ,001
F9	6792,6 (824,53)	382,9 (89,41)	18	24,439	< ,001

Plener et al., 2015, ZPPP

Transition: Bruch in der Behandlung?

- Diagnosen F8x:
  - Entwicklungsstörungen
- Diagnosen F9x:
  - Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit





Plener et al., 2015, ZPPP

Ergebnisse nach Bundesländern

Plener et al., 2015, ZPPP

Bundesland	Gesamt		15 bis unter 20 Jahre		20 bis 25 Jahre	
	Steigungskoeffizient	p	Steigungskoeffizient	p	Steigungskoeffizient	p
Deutschland	6333,30	< ,001	9433,24	< ,001	3862,11	< ,001
Baden-Württemberg	498,52	< ,001	707,07	< ,001	306,52	< ,001
Bayern	629,11	< ,001	881,90	< ,001	390,83	< ,001
Berlin	42,07	< ,001	67,55	< ,001	22,54	< ,001
Brandenburg	9,56	,002	13,45	< ,001	7,24	,090
Bremen	8,20	,001	9,45	< ,001	7,30	,014
Hamburg	113,93	< ,001	152,82	< ,001	85,88	< ,001
Hessen	39,81	< ,001	72,54	< ,001	9,21	,137
Mecklenburg-Vorpommern	94,08	< ,001	156,35	< ,001	57,72	< ,001
Niedersachsen	62,61	< ,001	83,82	< ,001	40,85	< ,001
Nordrhein-Westfalen	620,56	< ,001	930,94	< ,001	316,64	< ,001
Rheinland-Pfalz	70,90	< ,001	99,34	< ,001	43,71	< ,001
Saarland	60,40	< ,001	10,78	< ,001	16,32	,150
Sachsen	91,60	< ,001	133,63	< ,001	74,09	< ,001
Sachsen-Anhalt	90,74	,001	181,06	< ,001	37,71	,299
Schleswig-Holstein	40,58	,001	61,38	< ,001	17,75	,130
Thüringen	10,19	< ,001	14,65	< ,001	8,00	< ,001

Diskussion

- Gleichbleibende Zahlen psychischer Auffälligkeiten in der Allgemeinbevölkerung

- Steigende Zahlen an KH Behandlungen aufgrund einer F-Diagnose:
  - Gesteigerte Wahrnehmung einer stationären Behandlungsbedürftigkeit?
  - Mehr „schwere“ Fälle?
  - Zeichen für unzureichende ambulante Versorgung?
  - Angebotsinduzierte Nachfrage?

Diskussion: angebotsinduzierte Nachfrage?

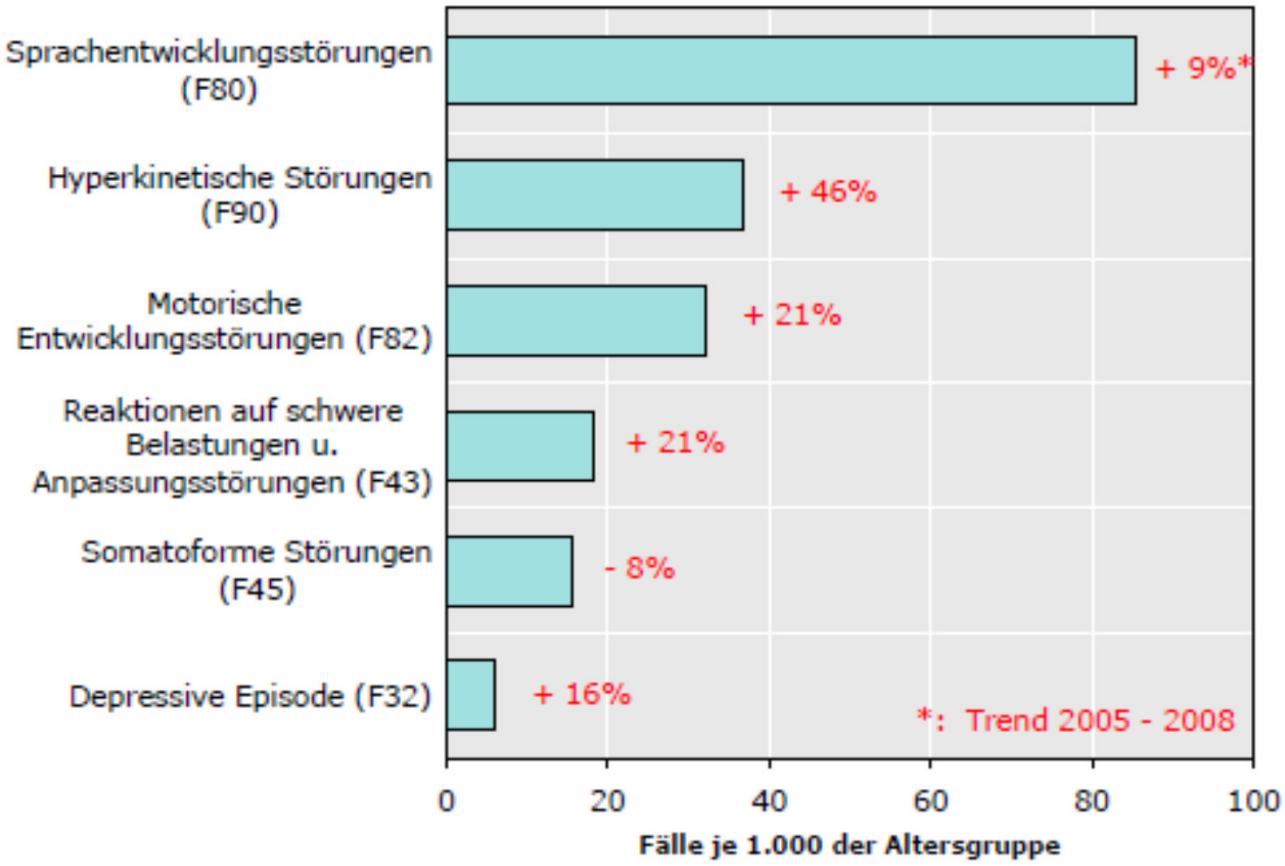
	1991	2011	1991-2011 Veränd.
Fallzahl	20.108	48.975	**+143 %**
Verweildauer Tage	126,3	38,7	**- 69 %**
Berechnungstage	2.539.894	1.894.958	**- 25 %**
Betten, aufgest.	8.316	5.647	**- 32 %**

Mit 2/3 der Betten werden mehr als doppelt so viele Patienten versorgt

Quelle: Stat.Bundesamt, Jahresberichte Fachserie 12. Reihe 6, Dank an Prof. Michael Kölch, BAG

Diskussion: ambulante Versorgung I

Zunahme der ambulanten Behandlung (2005-2008): 14,3%



LIGA.NRW: Annuß et al., 2010

Diskussion: ambulante Versorgung II

	M/sd	Nur PP n=1459	Nur KJP n=321	Gesamt n=1780	T/p
Erstgespräch					
Verhaltenstherapie		8,7/10,0	8,2/9,5	8,7/10,0	0,45/.653
	N	781	76	857	
Analytische Psychotherapie		5,0/6,8	4,6/6,1	4,8/6,5	0,62/.533
	N	242	173	415	
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie		6,2/7,0	7,8/7,3	6,4/7,3	-1,51/.132
	N	381	54	435	
Sonstige Verfahren		3,9/7,3	3,2/2,4	3,7/6,4	0,39/.700
	N	55	18	73	
Gesamt		7,2/8,9	5,9/7,3	7,0/8,7	2,57/.**010**
Therapieplatz					
Verhaltenstherapie		15,8/12,9	20,7	16,2/13,7	-3,04/.**002**
	N	781	78	857	
Analytische Psychotherapie		15,6/12,4	12,8/10,8	14,4/11,8	2,45/.**015**
	N	230	170	400	
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie		14,6/12,0	16,1/12,5	14,8/12,1	-0,87/.386
	N	374	54	428	
Sonstige Verfahren		8,0/15,8	11,2/12,1	8,9/15,0	-0.78/.439
	N	53	18	71	
Gesamt		15,2/12,8	15,1/14,0	15,2/13,0	0,02/.988

Legende: KVPT = KV-zugelassene Psychotherapeuten, FPT = Psychotherapeuten in „freier" Praxis; nicht enthalten: n=247 doppelt approbierte PTs (PP/KJP)

N=2328, 5 BL

Nübling et al., 2014

Wer bekommt Versorgung?

- BELLA Studie: KiGGS sample: n=2863: 7-17 (Baseline):
- 2003-2006, 2004-2007, 2005-2008, 2009-2012
- Behandlung durch Psychiater/Psychologen/Psychotherapeuten in letzten 12 Monaten

	Baseline ($N = 2{,}823$)		1-year follow-up ($N = 2{,}123$)		2-year follow-up ($N = 1{,}845$)	
A: Mental health care use	No	Yes	No	Yes	No	Yes
Overall	94.1	5.9	94.0	6.0	94.6	5.4
SDQ abnormal	5.2	29.5	4.1	18.2	3.6	29.3

Weniger als ein Drittel der Kinder mit psychischen Belastungen haben in den letzten 12 Monaten eine Behandlung erhalten

Hintzpeter et al., 2015

Wer bekommt Versorgung?

Hintzpeter et al., 2015

- 13,3% beschreiben Behandlung zu allen Zeitpunkten

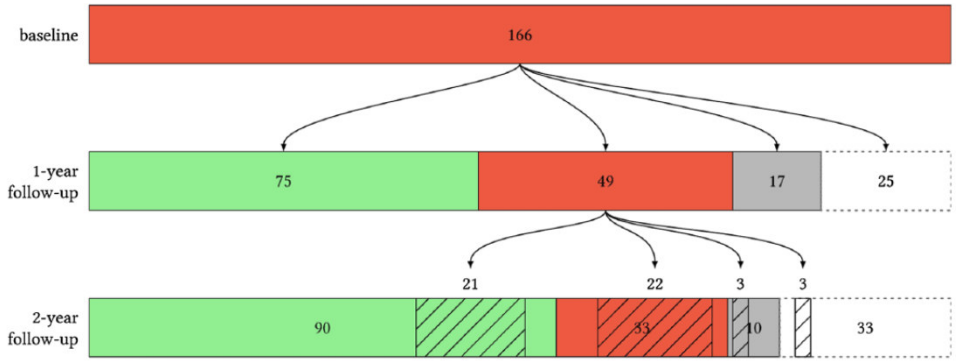
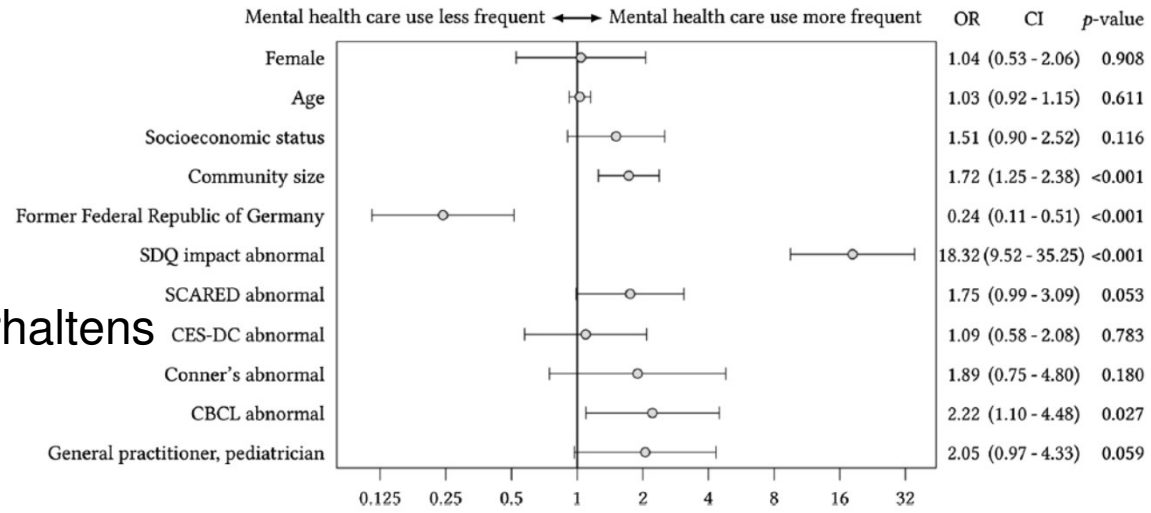


Fig. 1 Trajectories (1- and 2-year follow-up) of mental health care use for participants reporting mental health care use at baseline ($n = 166$). *Red bar* number of participants using mental health care services, *Green bar* number of participants not using mental health care services, *Grey bar* participants with missing data, *Dotted bar* participants dropped-out, *Dashed lines* users of mental health care services at 1-year follow-up

- Häufigere Nutzung:
  - Männlich
  - größere Städte
  - Ostdeutschland
  - Störung des Sozialverhaltens
  - Erhöhte SDQ Werte



Diskussion

- **Herausforderungen:**

- Zunahme an medikamentösen Behandlungen im Beobachtungszeitraum 2005-2012:
  - Zuwachs der Antipsychotika-Verschreibungen in der Altersgruppe der 10 – 14-Jährigen von 0,24% auf 0,43% (Bachmann et al., 2014).

- Neue Modelle: „home-treatment“: Finanzierungsmöglichkeiten

- Brüche im Übergang in der Versorgung von Adoleszenten

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

paul.plener@uniklinik-ulm.de

Ergebnisse

- Anstieg der F Diagnosen in der Altersgruppe 0 bis 15: (Steigung 1050/Jahr, p<.001)
- Anstieg in beiden Geschlechtern
- M: Steigung 592/Jahr, p<.001
- W: Steigung 458/Jahr, p<.001

Jahr	männlich				weiblich				gesamt
	<1 Jahr	1-5 Jahre	5-10 Jahre	10-15 Jahre	<1 Jahr	1-5 Jahre	5-10 Jahre	10-15 Jahre	0-15 Jahre
2003	835	3141	7349	12965	820	2035	3354	11056	41555
2004	762	3280	7891	13057	696	2054	3547	11720	43007
2005	644	3074	7957	13058	648	1825	3494	11582	42282
2006	560	2862	8270	12879	483	1800	3641	11823	42318
2007	485	2793	8654	13685	419	1631	3689	12743	44099
2008	554	3084	8915	14544	515	1824	3886	13507	46829
2009	526	2926	9131	14859	510	1725	3812	13504	46993
2010	494	2907	8999	15211	443	1707	3833	14931	48525
2011	524	2994	8781	15488	463	1682	3906	15830	49668
2012	484	2952	8769	15593	455	1738	3589	16723	50303

Leistungstransparenz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Donnerstag, den 02. Juli 2015

Reinhard Schaffert
Bereichsleiter Entwicklung Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik

© InEK 2015

Agenda

- Kinder und Jugendliche im PEPP-System
- PEPP Datengrundlage
- PEPP Vorschlagsverfahren
- Grundlagen der PEPP Weiterentwicklung
- Ergänzende Tagesentgelte (ET)
- Fazit
- Ausblick

© InEK 2015

Agenda

- **Kinder und Jugendliche im PEPP-System**
- PEPP Datengrundlage
- PEPP Vorschlagsverfahren
- Grundlagen der PEPP Weiterentwicklung
- Ergänzende Tagesentgelte (ET)
- Fazit
- Ausblick

© InEK 2015

Berücksichtigung der KJP in den PEPP

Prä-PEPP

- **Prä-PEPP P002Z**
  - Kinder und Jugendliche mit einem besonders hohen Anteil 1:1 Betreuung (ab 70h bei mehr als 1h pro Woche)

  Das ergänzende Tagesentgelt (ET) für die Einzelbetreuung vergütet zwar die Leistung (Personalaufwand)…

  …aber offensichtlich beschreibt die Notwendigkeit der hohen Einzelbetreuung auch grundsätzlich aufwändigere Fälle

© InEK 2015

Berücksichtigung der KJP in den PEPP

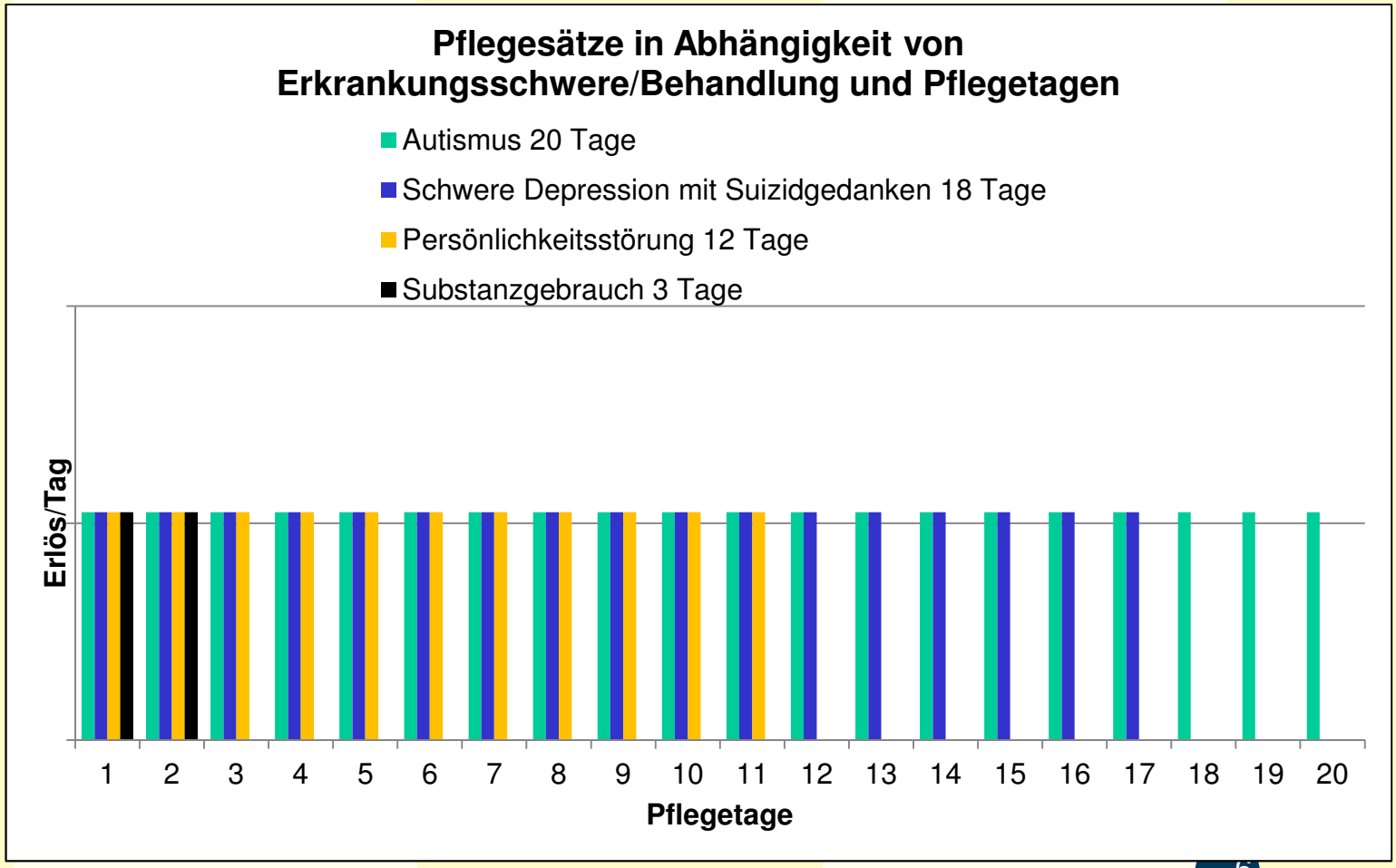
Strukturkategorie

- **Eigene Strukturkategorie** unter Berücksichtigung der spezifischen Struktur- und Behandlungskosten für Kinder- und Jugendliche mit folgenden Kriterien
  - Alter unter 14 Jahren

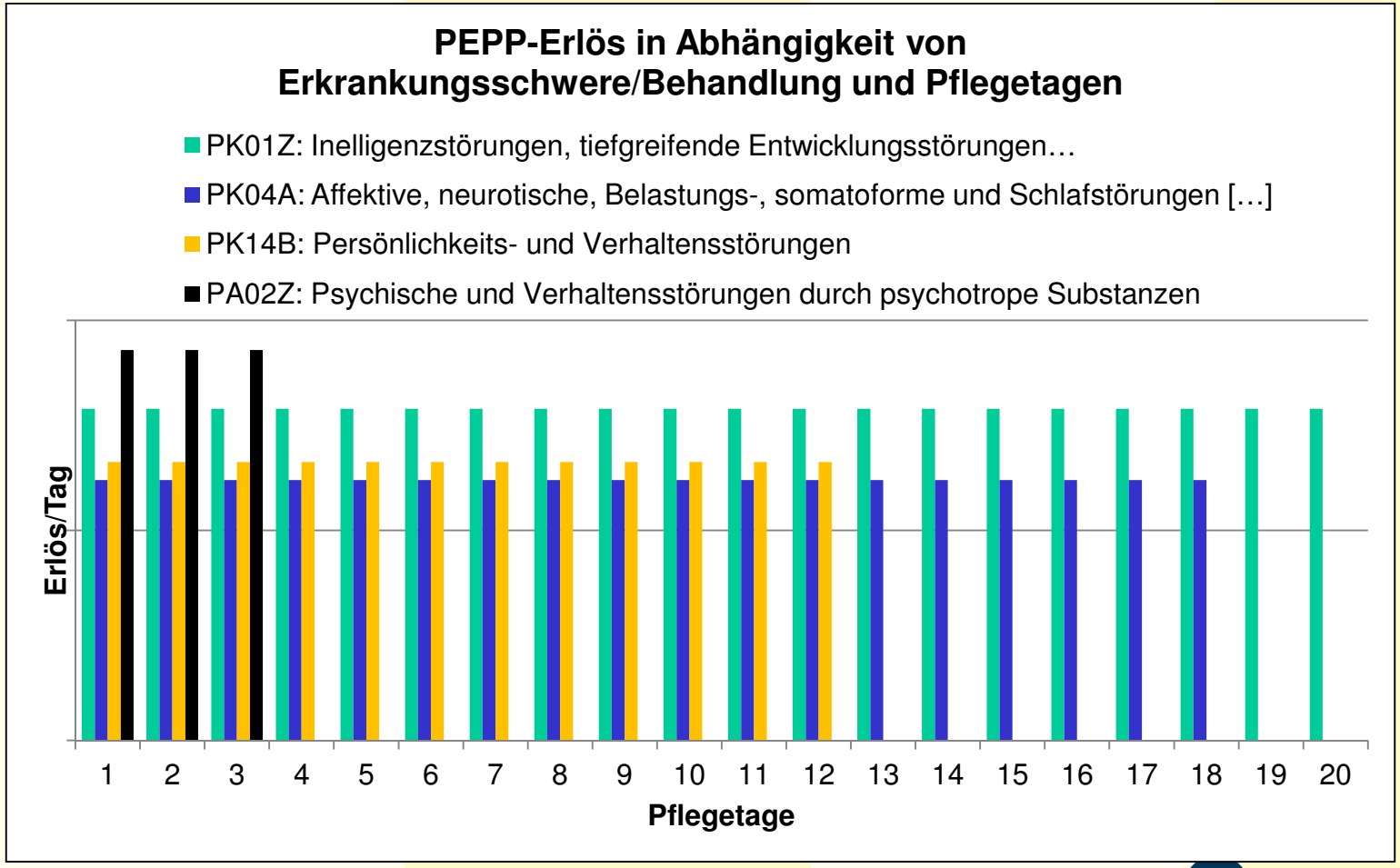
    oder
  - Fachabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie > 50%

    oder
  - Alter unter 18 Jahren **und**
    Fachabteilung für Psychosomatik > 50% **und**
    OPS mit Mindestmerkmal „Behandlungsleitung durch Kinder- und Jugendpsychiater“

© InEK 2015


Pflegesätze in Abhängigkeit von Erkrankungsschwere/Behandlung und Pflegetagen
Autismus 20 Tage
Schwere Depression mit Suizidgedanken 18 Tage
Persönlichkeitsstörung 12 Tage
Substanzgebrauch 3 Tage
Erlös/Tag
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Pflegetage

© InEK 2015


PEPP-Erlös in Abhängigkeit von Erkrankungsschwere/Behandlung und Pflegetagen
PK01Z: Inelligenzstörungen, tiefgreifende Entwicklungsstörungen…
PK04A: Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen […]
PK14B: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
PA02Z: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
Erlös/Tag
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Pflegetage

© InEK 2015

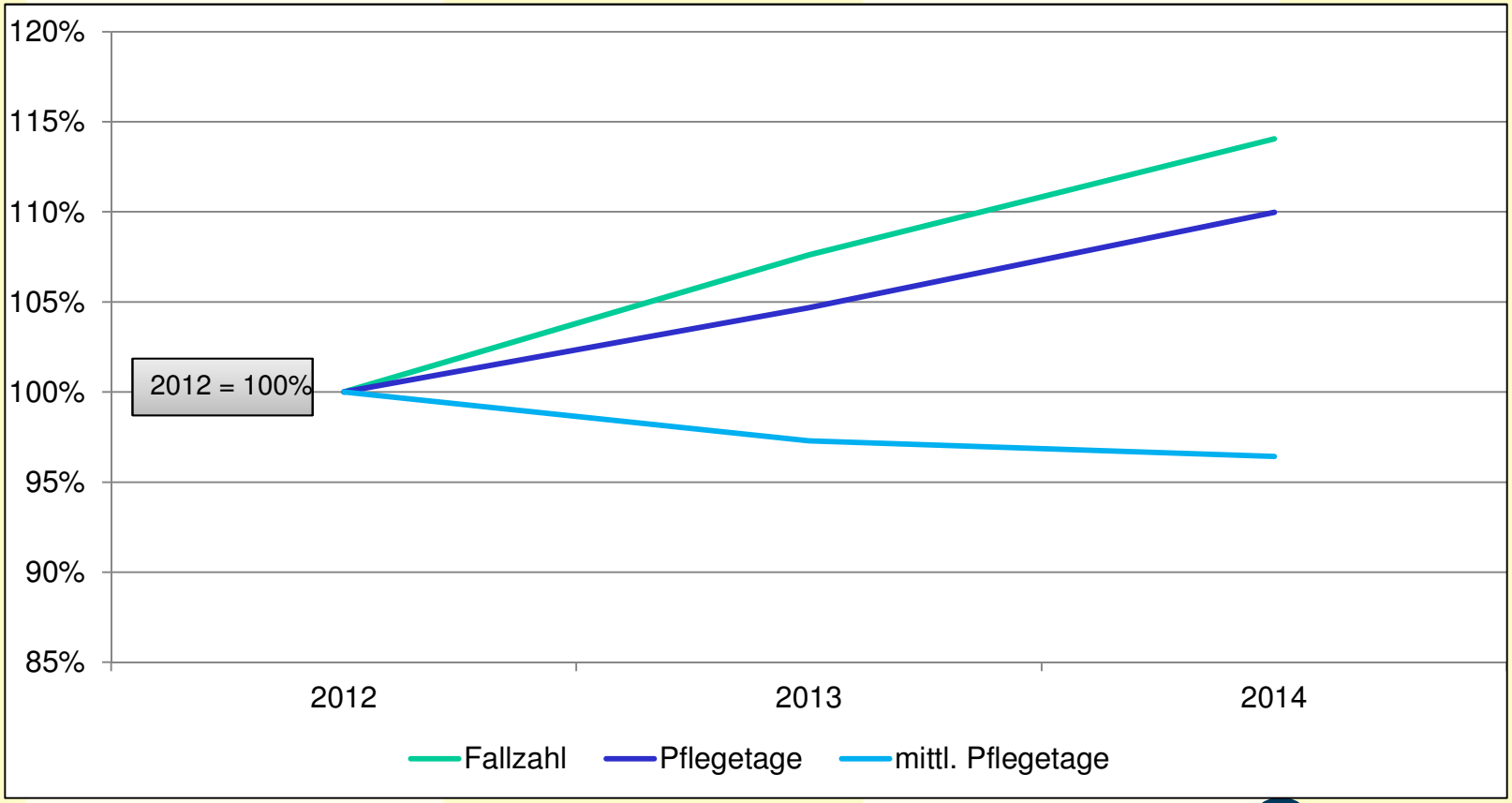
Agenda

- Kinder und Jugendliche im PEPP-System
- **PEPP Datengrundlage**
- PEPP Vorschlagsverfahren
- Grundlagen der PEPP Weiterentwicklung
- Ergänzende Tagesentgelte (ET)
- Fazit
- Ausblick

© InEK 2015

Leistungsentwicklung §21-Daten

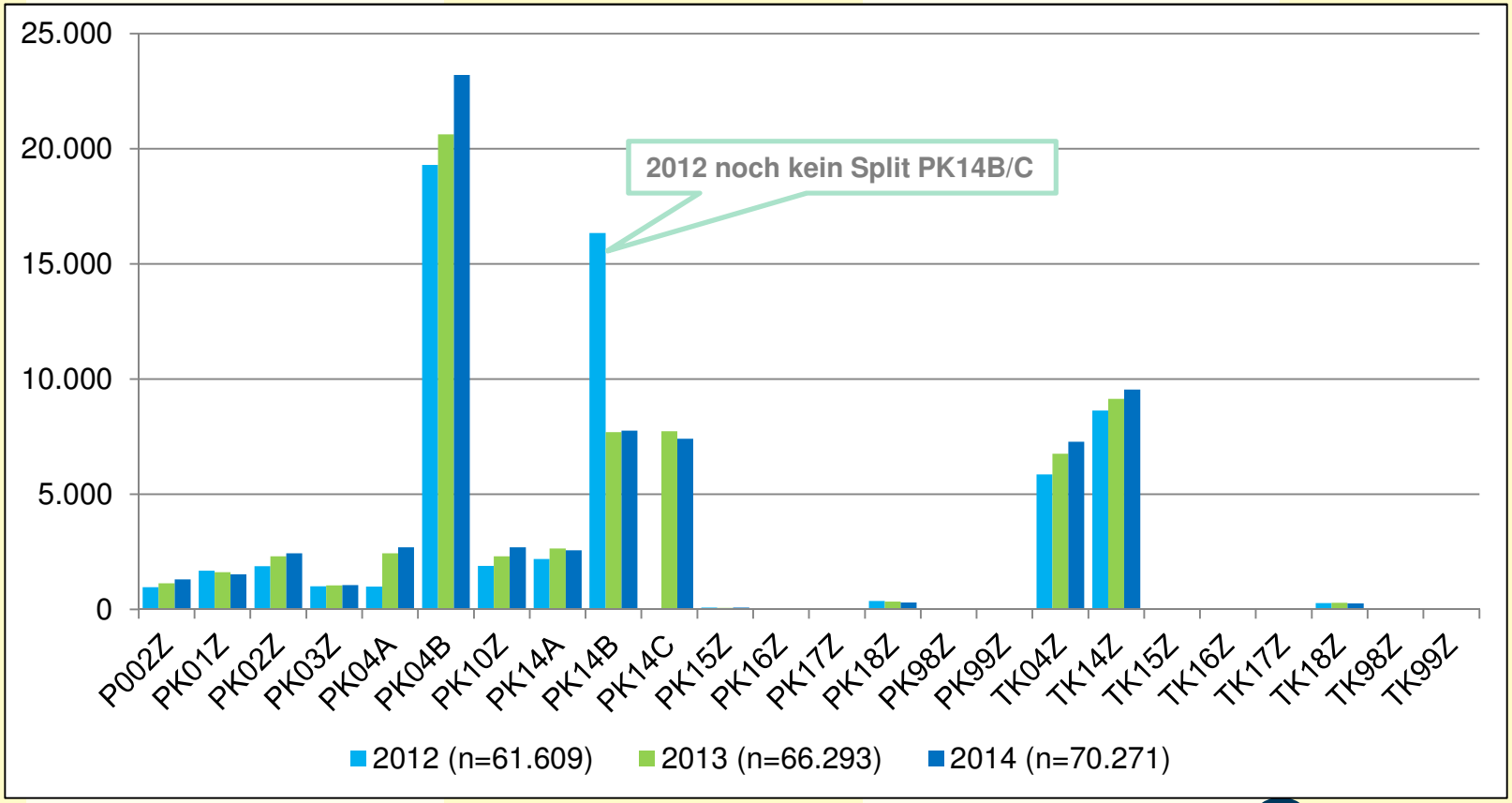
Datenjahr 2012 bis 2014



© InEK 2015

Entwicklung der Fallzahlen §21-Daten

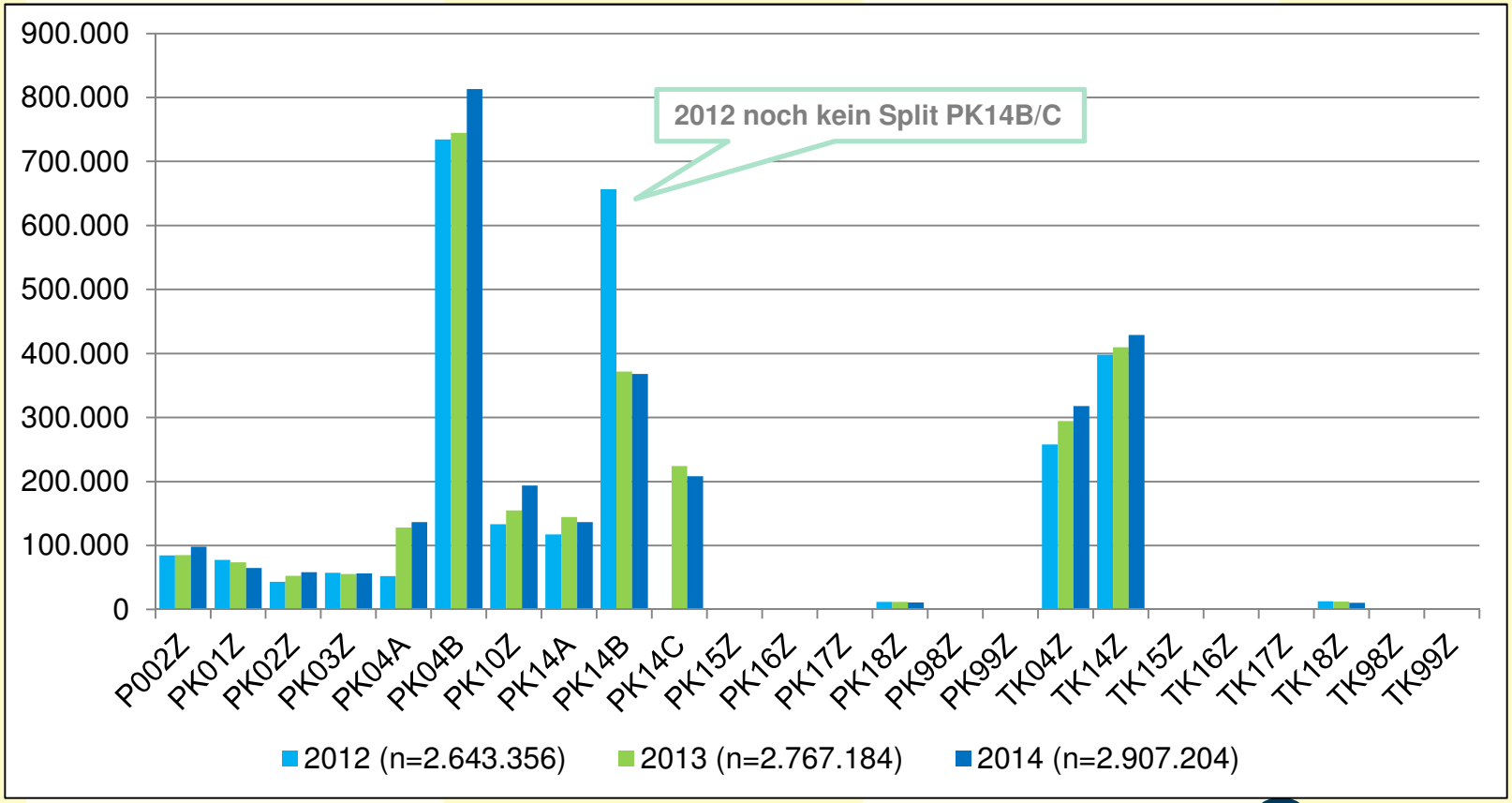
Datenjahr 2012 bis 2014 nach PEPP-System 2015



© InEK 2015

Entwicklung der Pflegetage §21-Daten

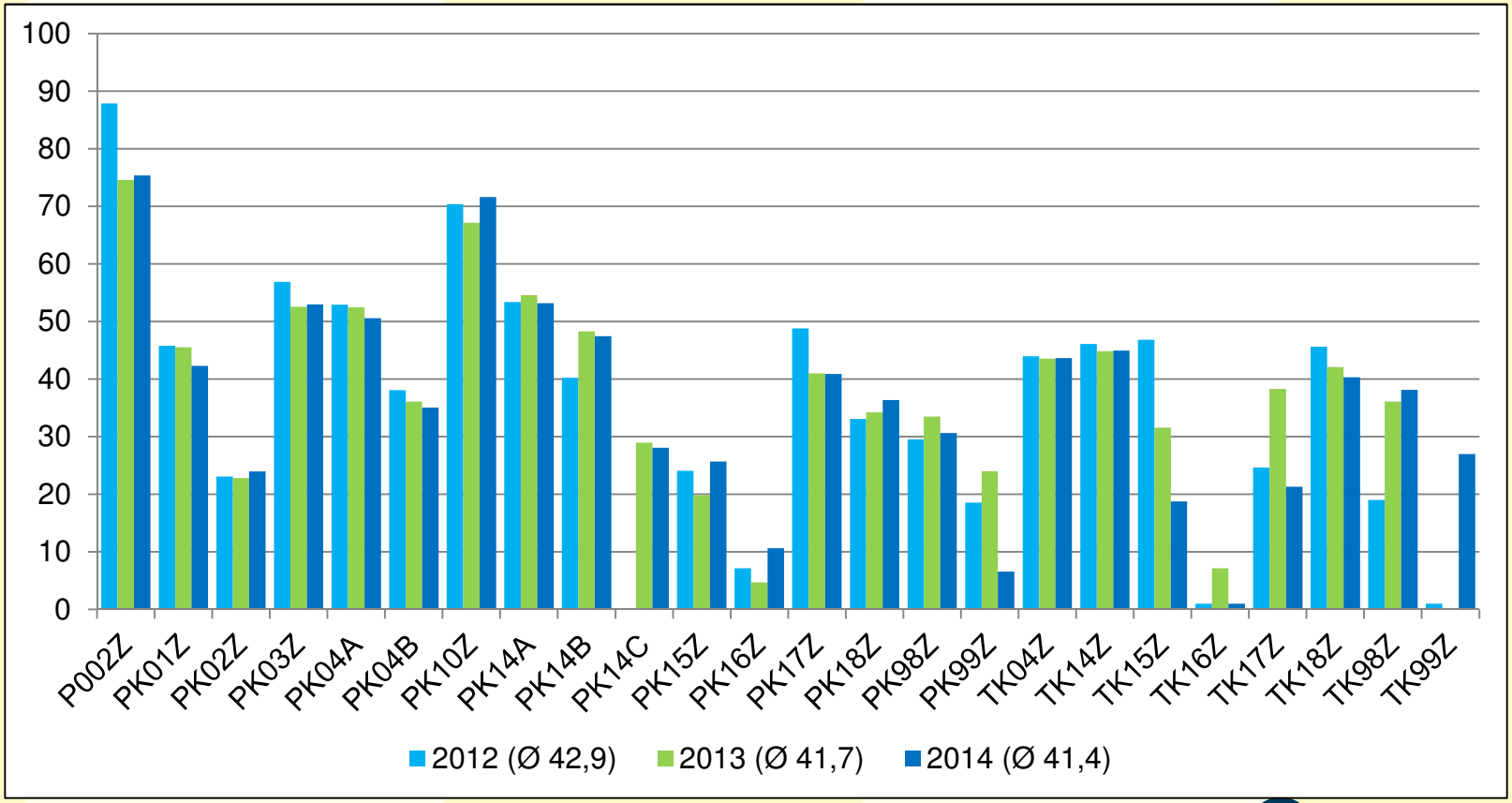
Datenjahr 2012 bis 2014 nach PEPP-System 2015



© InEK 2015

Entwicklung der mittl. Pflegetage §21-Daten

Datenjahr 2012 bis 2014 nach PEPP-System 2015



© InEK 2015

PEPP-Kalkulation

Einrichtungen

➢ Einrichtungen mit Vereinbarung	123	(118)
– davon Übergangsphase für DJ2014 vereinbart	11	(17)
– davon keine Teilnahme (weder DRG noch PSY)	11	(9)
– davon als Fachabteilung	78	(75)
– davon als alleinstehendes PSY-Fachkrankenhaus	45	(43)
– **davon mit Fachabteilung KJP (inkl. teilstationäre Plätze)**	**54**	**(54)**

* (in Klammer: Stand Kalkulation DJ2013)

© InEK 2015

PEPP-Kalkulation

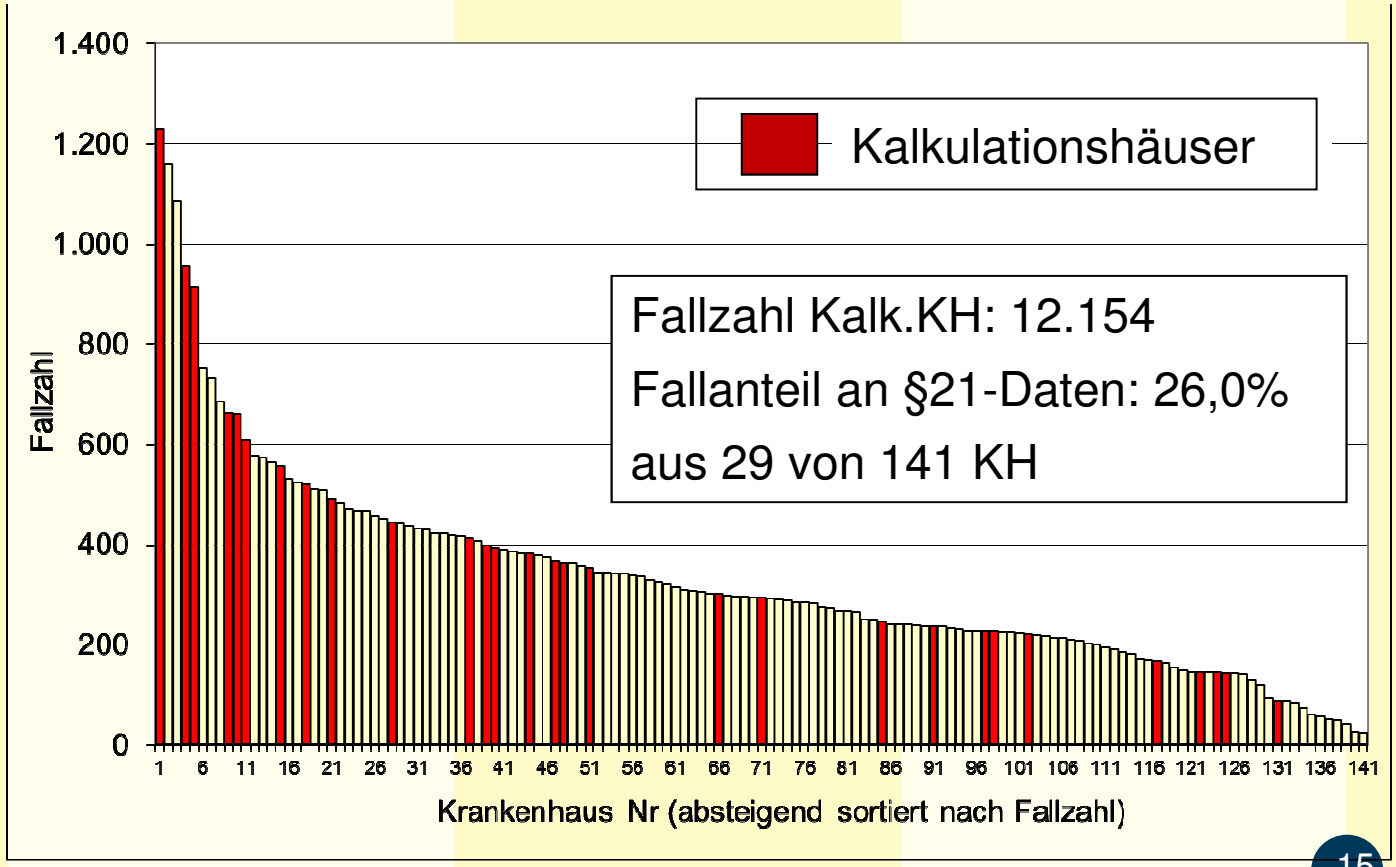
Einrichtungen

➢ Krankenhäuser mit einer Zusage zur Kalkulationsdatenlieferung	101	(92)
– davon Teilnehmer im Jahr 2013	88%	(87%)
– davon Neueinsteiger	13	(13%)
➢ Späterer Rückzug der Zusage	3	(1)
➢ Einrichtungen mit erfolgter Datenlieferung	98	(91)
➢ Verbleiben in der Kalkulationsstichprobe*	95	(85)

* Stand: 24.06.2015

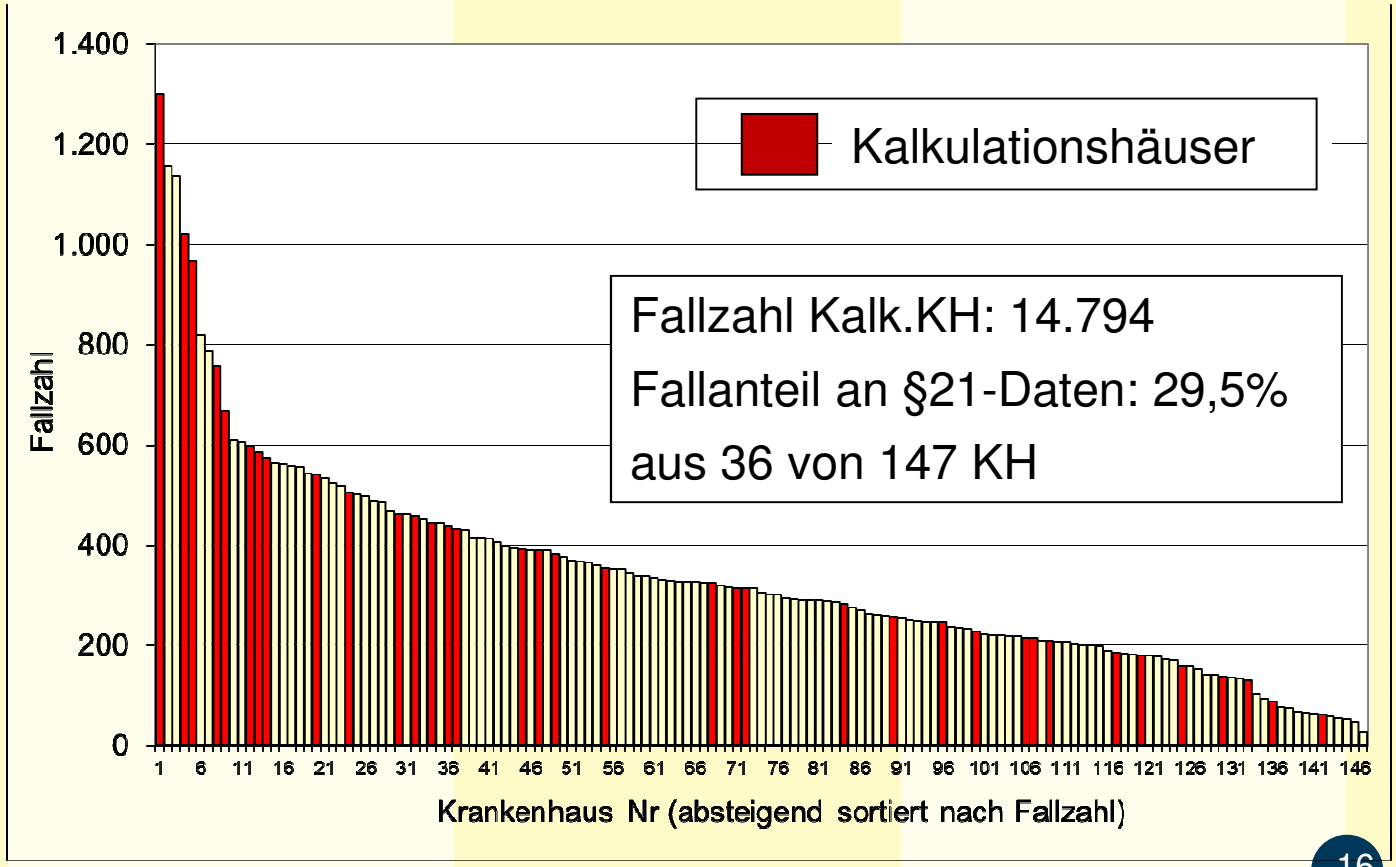
© InEK 2015

Kinder- und Jugendpsychiatrie, §21-Daten 2012
Fallzahlstärkste Krankenhäuser



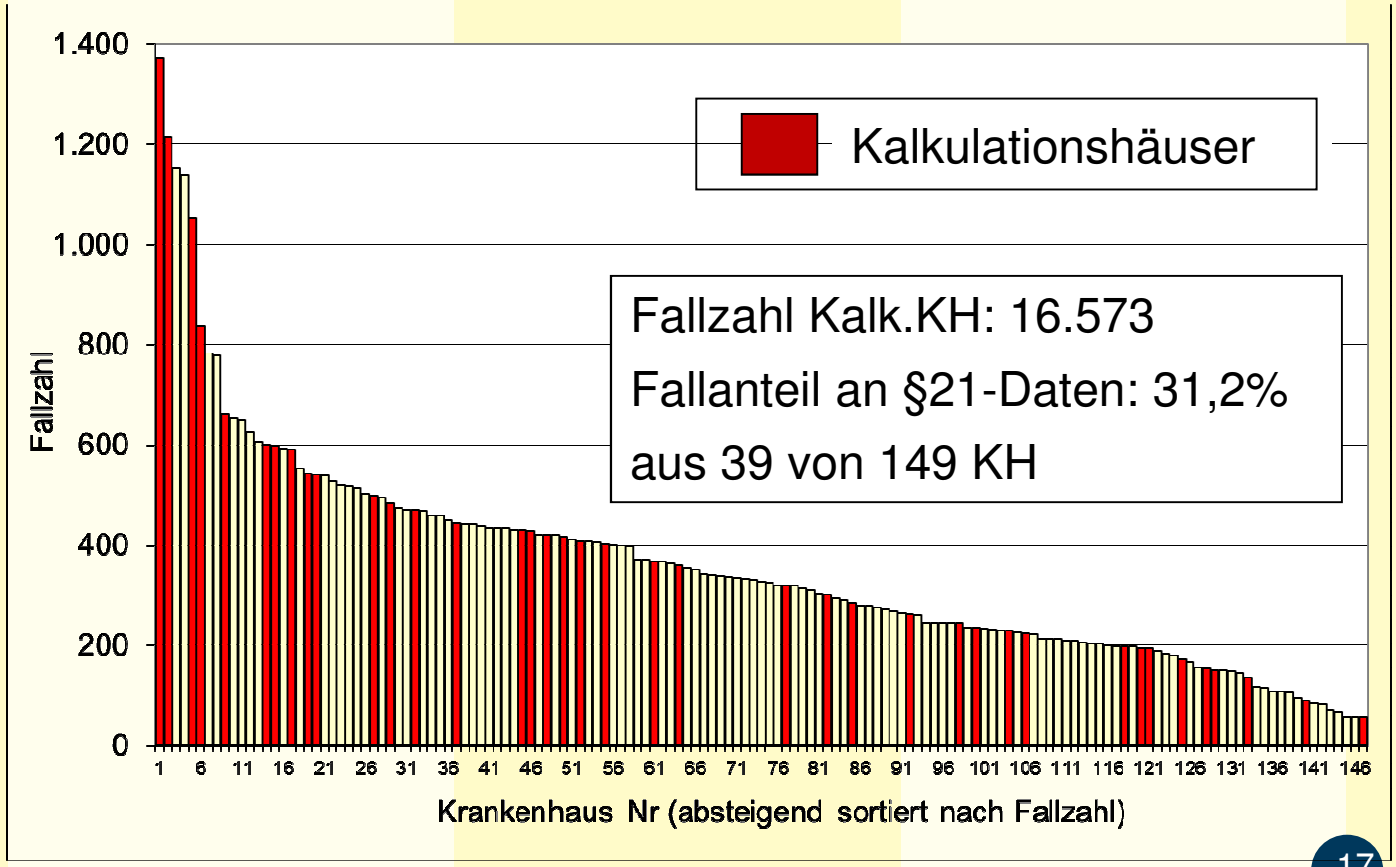
© InEK 2015

Kinder- und Jugendpsychiatrie, §21-Daten 2013
Fallzahlstärkste Krankenhäuser



© InEK 2015

Kinder- und Jugendpsychiatrie, §21-Daten 2014
Fallzahlstärkste Krankenhäuser



© InEK 2015

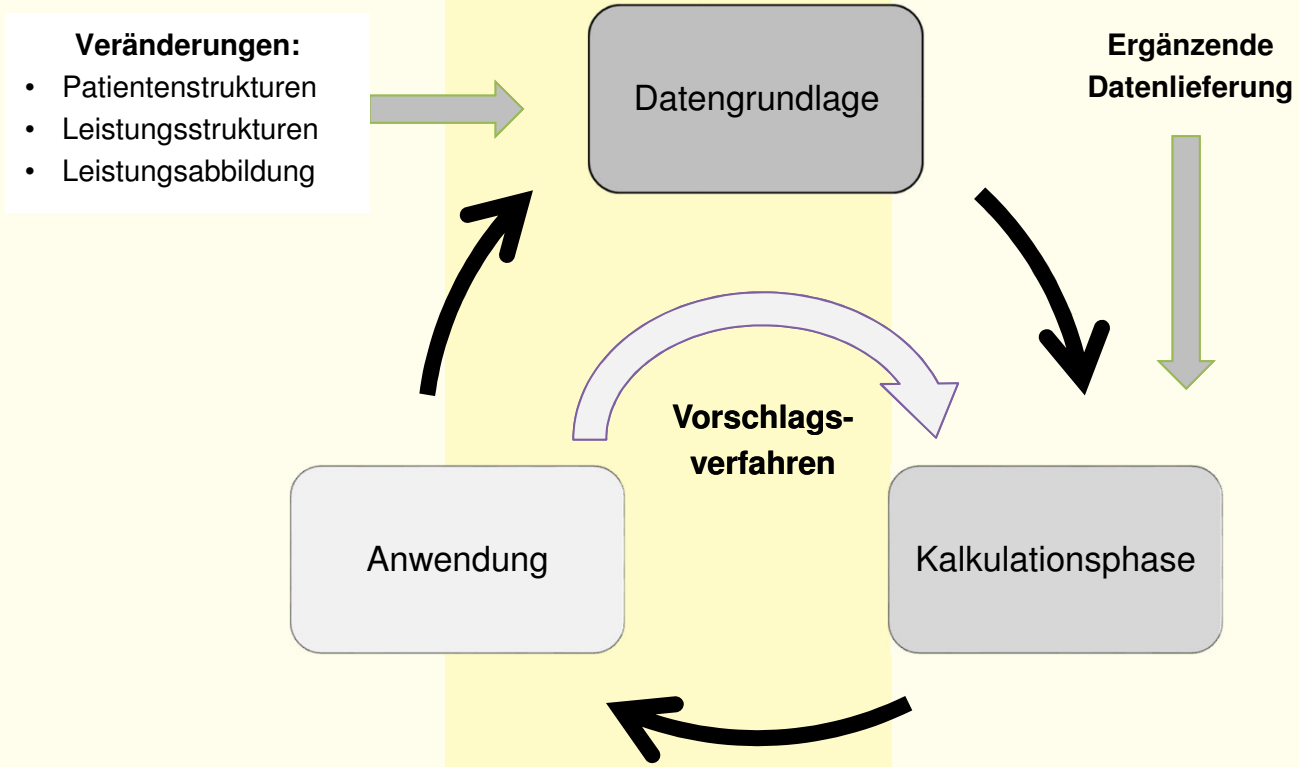
Agenda

- Kinder und Jugendliche im PEPP-System
- PEPP Datengrundlage
- **PEPP Vorschlagsverfahren**
- Grundlagen der PEPP Weiterentwicklung
- Ergänzende Tagesentgelte (ET)
- Fazit
- Ausblick

© InEK 2015

Grundlagen des PEPP-Systems

Lernendes System



© InEK 2015

PEPP Vorschlagsverfahren für 2016

Vorschlagende Organisationen

- Eingegangene Vorschläge bis 31.03.für 2016 (Vorjahr) 50 (44)
- Vorschlagende Institutionen 23 (20)

Vorschläge von Krankenhäusern/Trägern	24
Vorschläge von Fachverbänden	19
Vorschläge aus der Industrie	4
Vorschläge der Selbstverwaltung	3

© InEK 2015

PEPP Vorschlagsverfahren für 2016

Bereiche

Vorschlag bezieht sich inhaltlich in erster Linie auf:

Psychosomatik	9
Zusatzentgelte	8
Kinder- und Jugendpsychiatrie	6
Allgemeine Psychiatrie	3
Teilstationäre Behandlung	3
Sucht	2
Gerontopsychiatrie	1
Sonstiges (Strukturen, Abrechnungsregeln…)	18

© InEK 2015

PEPP-Vorschlagsverfahren für 2016

Vorschläge KJP

- Prüfung der Nebendiagnosen leichte oder mittlere Intelligenzminderung (ICD F70 / F71) auf Eigenschaft als Kostentrenner (Begründung: durchgehend erhöhter Hilfebedarf bei der Patientengruppe)
- Integration des MAS (Multiaxiale Klassifikationsschema) Achse V durch Prüfung korrespondierender ICD T- und Z-Kodes als Kostentrenner
- Zahlreiche Vorschläge für neue Leistungsbezeichner (weitergeleitet an das DIMDI)

© InEK 2015

PEPP Vorschlagsverfahren für 2016

Bearbeitung

- Vorschläge, die sich primär auf Abrechnungsbestimmungen beziehen wurden an die Selbstverwaltung weitergeleitet
- Vorschläge, die sich primär auf die Einführung von OPS für bestimmte Leistungen beziehen, wurden an das DIMIDI weitergeleitet
- Alle anderen Vorschläge werden vom InEK eingehend geprüft und hinsichtlich ihrer Relevanz für das PEPP-System durchgerechnet

© InEK 2015

Agenda

- Kinder und Jugendliche im PEPP-System
- PEPP Datengrundlage
- PEPP Vorschlagsverfahren
- **Grundlagen der PEPP Weiterentwicklung**
- Ergänzende Tagesentgelte (ET)
- Fazit
- Ausblick

© InEK 2015

Grundlagen der PEPP-Entwicklung

Ausgangssituation

Abhängigkeit der Kosten von der Dauer der Behandlung

- Fälle mit kurzer Verweildauer weisen in den meisten PEPP pro Tag durchschnittlich höhere Kosten auf als Fälle mit langer Verweildauer
- Bisher verschiedene Vergütungsstufen über den Aufenthalt des Falles
- Berechnungstag bisher Verweildauertag:

  Tagesfälle und Fälle mit Entlassung am nächsten Tag haben beide eine Verweildauer von 1 Tag

© InEK 2015

Grundlagen der PEPP-Entwicklung

Vereinbarung der Selbstverwaltung vom 01.04.2014

- Änderung der Systematik der PEPP Vergütung
  - Einbeziehung des Entlassungstages in die Abrechnung:

    Berechnung der Bewertungsrelationen anhand der Pflegetage (bisher: Verweildauertage)
  - Bildung von Vergütungsklassen der Fälle mit gleicher Anzahl Pflegetage statt der bisherigen Vergütungsstufen

© InEK 2015

Grundlagen der PEPP-Entwicklung

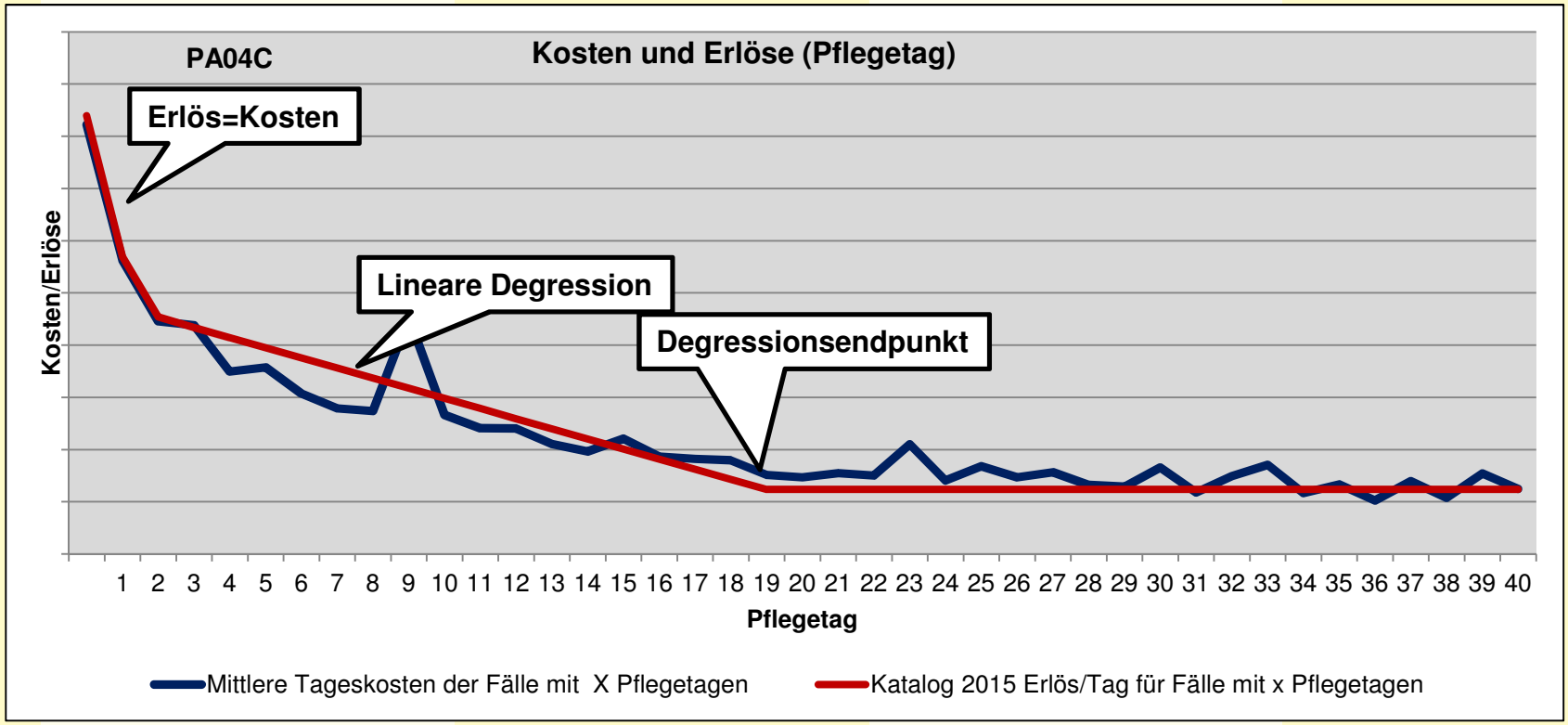
Vereinbarung der Selbstverwaltung vom 01.04.2014

- Ermittlung der Bewertungsrelationen aus den durchschnittlichen Tageskosten der am jeweiligen Behandlungstag entlassenen Fälle
- Anwendung von Glättungsverfahren zur Vermeidung von erratischen Sprüngen
- Einheitliche Bewertungsrelation einer PEPP ab dem Tag, ab dem die Tageskosten nur noch geringfügig variieren

© InEK 2015

Grundlagen der PEPP-Entwicklung

Ermittlung der Bewertungsrelationen (Beispiel PA04C)



© InEK 2015

Ermittlung der verweildauerabhängigen Bewertungsrelation

Beispiel: PK04A

PEPP	Bezeichnung	Anzahl Berechnungtage	Bewertungsrelation je Tag
1	2	3	4
PK04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, mit komplizierender Nebendiagnose oder mit Einzel- und Kleinstgruppenbetreuung mit erhöhtem Aufwand	1	2,1071
		2	1,8265
		3	1,8096
		4	1,7913
		5	1,7730
		6	1,7547
		7	1,7363
	Ein Fall mit Entlassung **am** Pflegetag	**8** erhält	**1,7180** Bewertungsrelationen **für jeden Tag**
		9	1,6997
		10	1,6813
		11	1,6630
		12	1,6447
	Ein Fall mit Entlassung **ab** Pflegetag	**13** erhält	**1,6263** Bewertungsrelationen **für jeden Tag**

© InEK 2015

Grundlagen der PEPP-Entwicklung

Vereinbarung der Selbstverwaltung vom 01.04.2014

- Neue ergänzende Tagesentgelte (ET)
  - Für Intensivbehandlung bei Erwachsenen ab 3 Merkmalen
  - Für 1:1-Betreuung bei Erwachsenen mit mehr als 6 Stunden
  - Auftrag an das InEK zur Prüfung weiterer Leistungen
  - Vergütung der ergänzenden Tagesentgelte über Bewertungsrelationen

© InEK 2015

Agenda

- Kinder und Jugendliche im PEPP-System
- PEPP Datengrundlage
- PEPP Vorschlagsverfahren
- Grundlagen der PEPP Weiterentwicklung
- **Ergänzende Tagesentgelte (ET)**
- Fazit
- Ausblick

© InEK 2015

Ergänzende Tagesentgelte (ET)

Einzelbetreuung / Kleinstgruppe

- OPS-Version 2013/2014 – **Periodenkodes**:
  - OPS 9-670.* und OPS 9-671.* jeweils 7 Tage gültig
  - Anzahl der Stunden und der Tage der Leistung in 5. und 6. Stelle des OPS kodiert
  - ⇨ Keine genaue Zuordnung von Tag und Leistung
- OPS-Version 2015 – **Tageskodes**
- Analyse der Daten auf Basis einer ergänzenden Datenbereitstellung (ED):

  Abfrage der Leistungsdaten auf Tagesebene mit Angabe der genauen Stunden und der durchführenden Berufsgruppe

© InEK 2015

Ergänzende Tagesentgelte (ET)

Einzelbetreuung / Kleinstgruppe

- Ergebnis:

	Anzahl Tage mit Gültigkeit aus Kodebereich	durch Leistung begründetes Kostendelta
Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in Kleinstgruppe ... : Mehr als 12 bis 18 Stunden pro Tag	192	204,22 €
Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in Kleinstgruppe ... : Mehr als 18 Stunden pro Tag	14	218,88 €
Einzelbetreuung ... bei Kindern und Jugendlichen: Mehr als 8 bis 12 Stunden pro Tag	560	288,89 €
Einzelbetreuung ... bei Kindern und Jugendlichen: Mehr als 12 bis 18 Stunden pro Tag	774	453,26 €
Einzelbetreuung ... bei Kindern und Jugendlichen: Mehr als 18 Stunden pro Tag	321	718,71 €

© InEK 2015

Ergänzende Tagesentgelte (ET)

Weitere Analysen

- Kriseninterventionelle Behandlung bei Kindern- und Jugendlichen (OPS 9-690*)
  - Zu geringe Anzahl plausibler Datensätze aus ergänzender Datenbereitstellung (im Datenjahr 2013 für PEPP 2015)

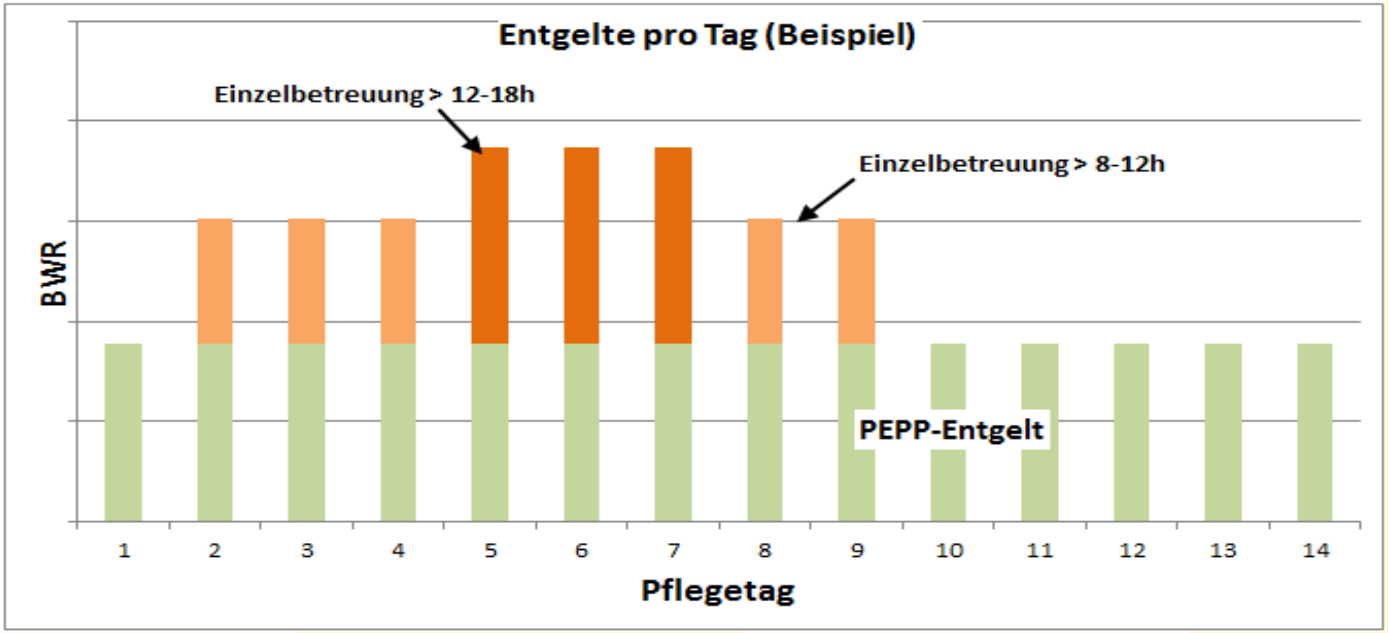
  → Bisher keine Kalkulation ergänzender Tagesentgelte möglich

© InEK 2015

Abrechnungsbeispiel

PEPP-Tagesentgelt plus ET (PK02Z)

Tag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
OPS	9-65x	9-671.32			9-671.42			9-671.31		9-65x				



© InEK 2015

Agenda

- Kinder und Jugendliche im PEPP-System
- PEPP Datengrundlage
- PEPP Vorschlagsverfahren
- Grundlagen der PEPP Weiterentwicklung
- Ergänzende Tagesentgelte (ET)
- **Fazit**
- Ausblick

© InEK 2015

Fazit

Berücksichtigung der KJP im PEPP-System

- Prä-PEPP P002Z für besonders aufwändige Fälle mit hohem Anteil an Einzelbetreuung (ca. 1,6% der Fälle)
- Eigene Strukturkategorie mit Berücksichtigung der spezifischen Struktur- und Behandlungskosten für Kinder- und Jugendliche
- Ergänzende Tagesentgelte für die spezifische Leistung der Einzelbetreuung bzw. Kleinstgruppe

© InEK 2015

Fazit

Ergänzende Tagesentgelte

- Möglichkeit zur Berücksichtigung von erhöhtem bzw. wechselndem Behandlungsaufwand im Verlauf einer Behandlung durch zusätzliche ergänzende Tagesentgelte (ET)
- Sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen

© InEK 2015

Fazit

Vergütungssystematik

Abschaffung der fallbezogenen Degression durch

- Einheitliche Vergütung je Tag innerhalb der PEPP für alle Fälle bezogen auf die Anzahl der Pflegetage
- Einbeziehung des Entlassungstages in die Vergütung (Pflegetage statt Verweildauertage)
- Innerhalb einer PEPP ab einer bestimmten Anzahl Pflegetage konstante Vergütung je Tag

© InEK 2015

Fazit

Transparenz

- Daten nach §21 KHEntgG bieten Transparenz über das Leistungsgeschehen
- Weitere Verbesserung durch genauere Beschreibung der Leistungen (Leistungsbezeichner OPS) möglich
- PEPP stellen (auf aggregierter Ebene) dieses Leistungsgeschehen transparent nach außen dar

© InEK 2015

Agenda

- Kinder und Jugendliche im PEPP-System
- PEPP Datengrundlage
- PEPP Vorschlagsverfahren
- Grundlagen der PEPP Weiterentwicklung
- Ergänzende Tagesentgelte (ET)
- Fazit
- **Ausblick**

© InEK 2015

Ausblick

Weiterentwicklungen für das PEPP-System 2016

- Erneute Überprüfung aller zur Verfügung stehender Diagnosen und Leistungsbezeichner auf deren Eignung als Kostentrenner
- Berücksichtigung ergänzend abgefragter Leistungen (z.B. spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen)
- Weitere Analysen zum Ausbau der Ergänzenden Tagesentgelte

© InEK 2015

Ausblick

Weiterentwicklung der Leistungsbeschreibungen

- Impulse aus Fachgesellschaften und Anwendern im Rahmen der Vorschlagsverfahren bei InEK und DIMDI wünschenswert, insbesondere zu:
  - Beschreibung von Leistungen, die einen über das normale Maß hinausgehenden Aufwand an Personal oder Sachmitteln auslösen
  - Beschreibung von Patientenmerkmalen, durch die besonderer Aufwand möglichst unmittelbar impliziert wird
  - Entwicklung entsprechender trennscharfer OPS (oder ggf. ICD) die möglichst genau diese Leistungen bzw. diese Merkmale beschreiben

© InEK 2015

Ausblick

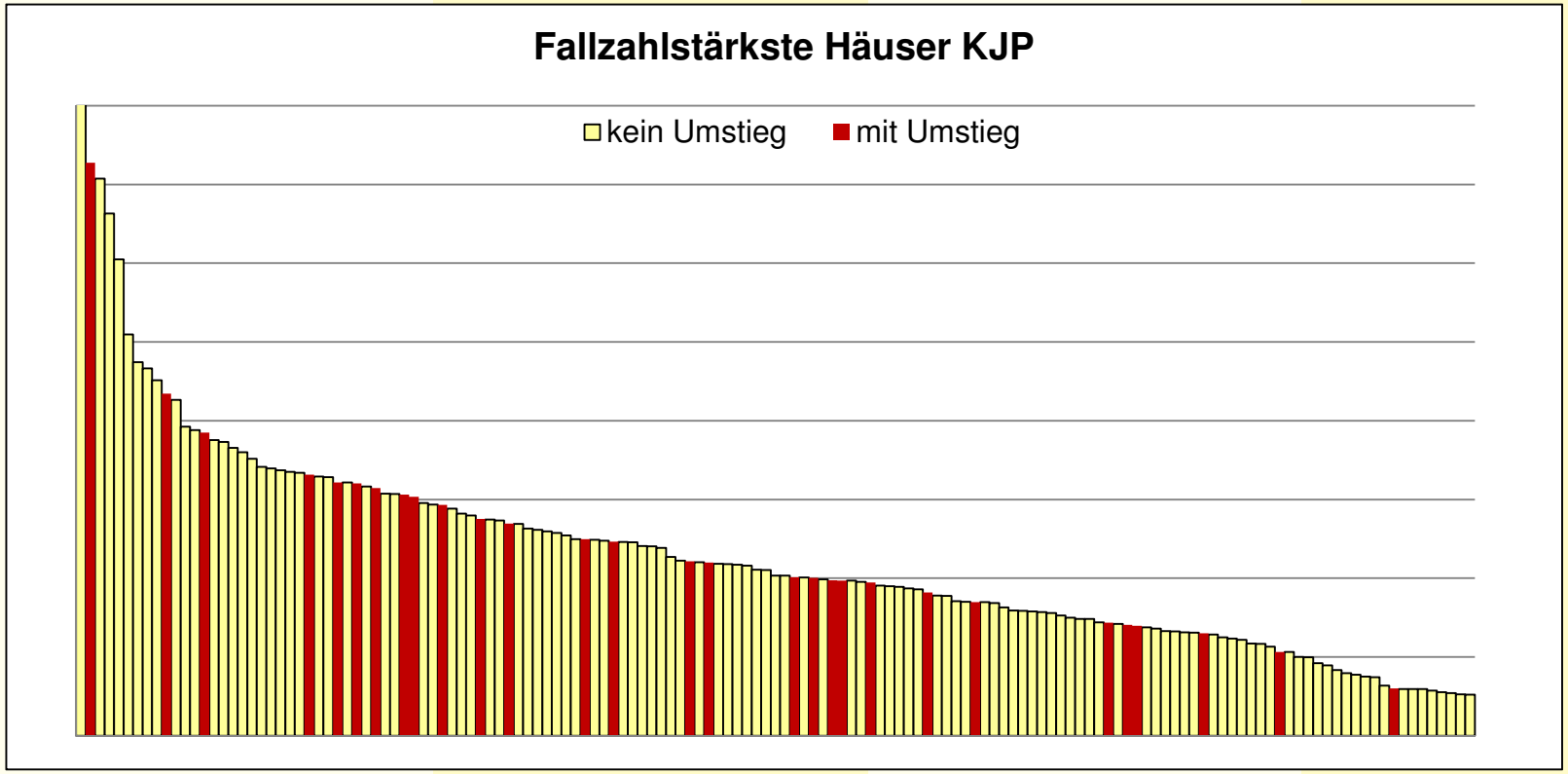
PEPP Anwendung

- Der Umstieg weiterer Kliniken auf die PEPP-Abrechnung bringt weitere Sicherheit bei der Anwendung der Regeln und erhöht damit die Datenqualität
- Aus den Erfahrungen der Anwendung des PEPP-Systems ergeben sich weitere konkrete Anregungen für das Vorschlagsverfahren und die Weiterentwicklung des Systems

© InEK 2015

PEPP-Umstieg

KJP-Häuser mit PEPP-Abrechnung (in 2014)



© InEK 2015

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

© InEK 2015

VERBAND DER
UNIVERSITÄTSKLINIKA
DEUTSCHLANDS

Anhaltspunkte für die Beschreibung von Kosten einer hinreichenden Strukturqualität

Workshop am 2. Juli 2015 in Berlin

„Strukturqualität, regionale Versorgungserfordernisse und transparente, überprüfbare Leistungserbringung in der stationären und teilstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie“

Hel, Ba - Berlin 2. Juli 2015

Ausprägungen der Transparenz

- Klassifikationstransparenz
  - vorhanden bei den PEPP
  - vorhanden in der Psych-PV
  - nach jeweils anderen Konzepten

- Aufwandstransparenz

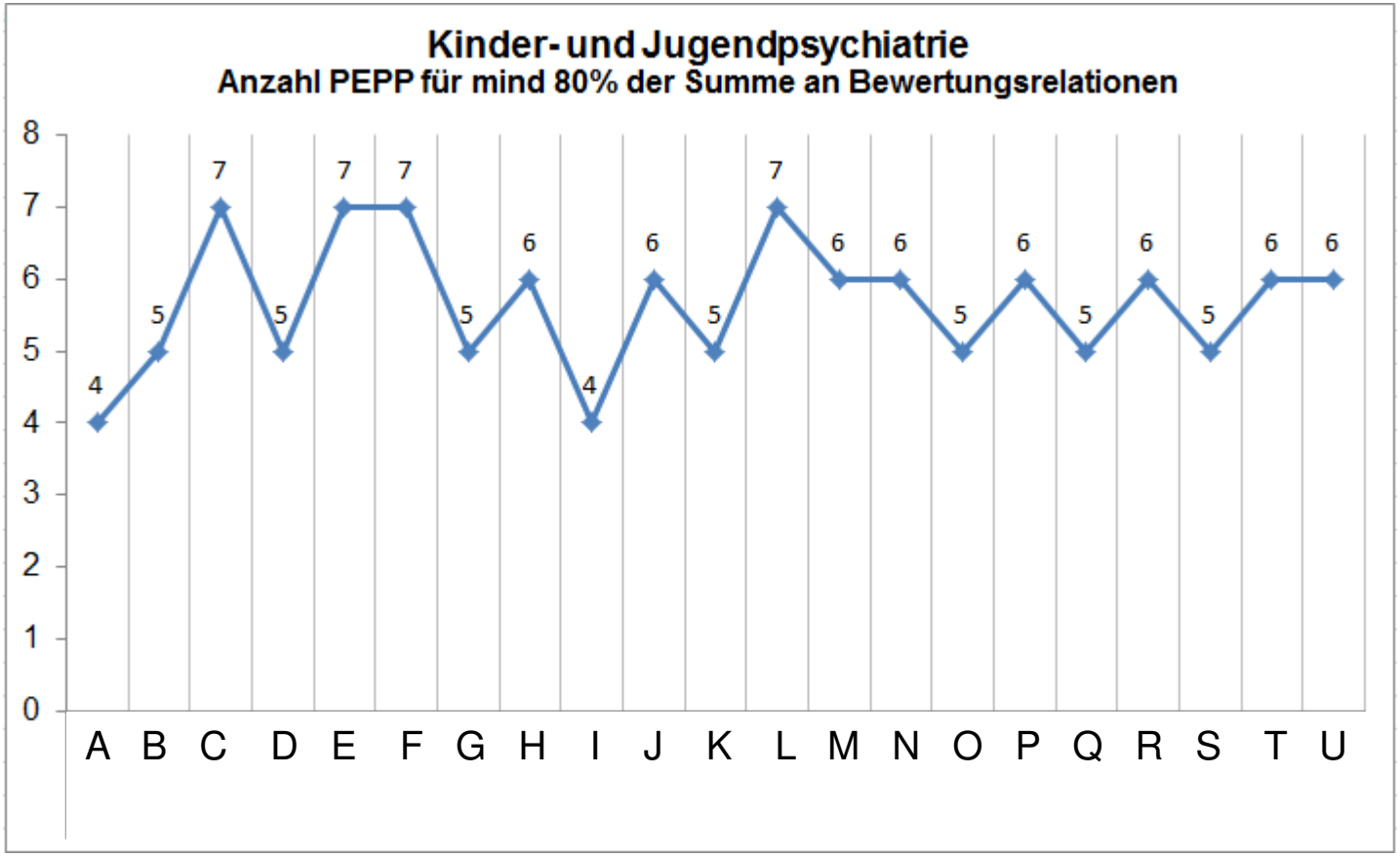
- Grundlagen für die Dienstplangestaltung (Psych-PV)

Kennzahlen und Schaubilder
Klassifikationstransparenz

Klassifikationstiefe

Daten 2014
System 2015

PEPP voll- und teilstationär



22 PEPP 2015 bewertet

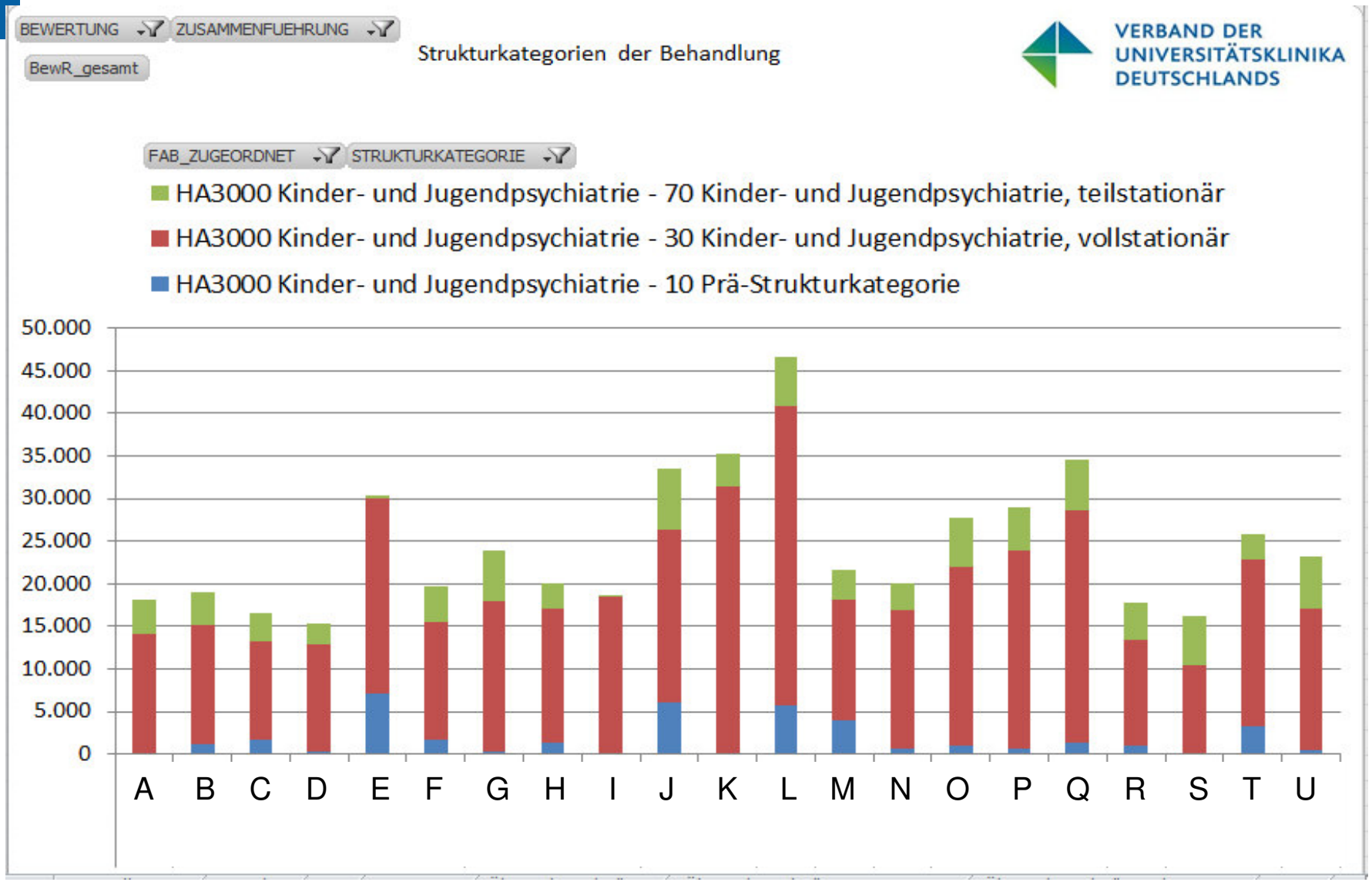
(4 bis 7 für 80% der Erlöse)

7 Behandlungs-bereiche in der Psych-PV

(2 bis 3 für 80% der Erlöse)

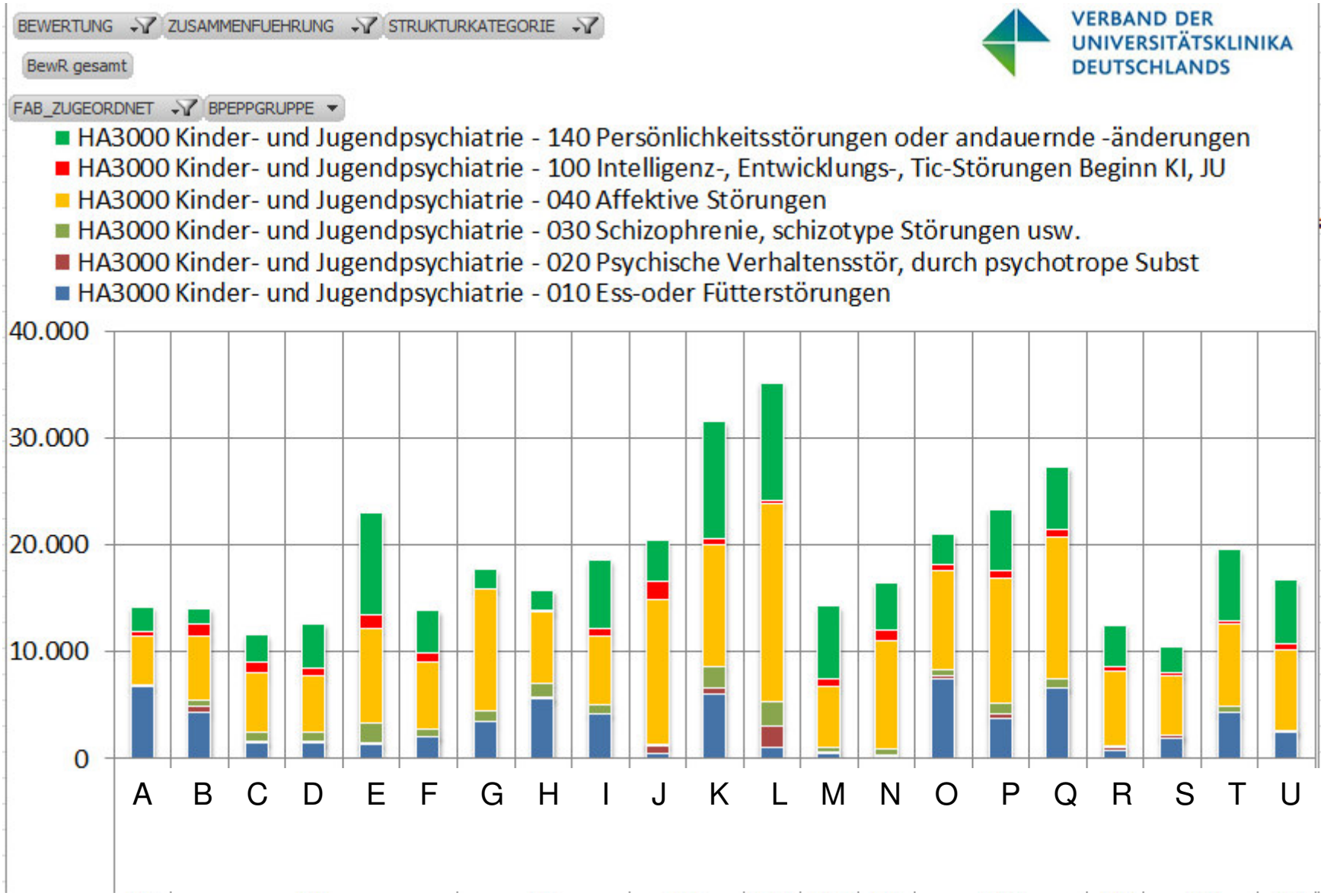
Strukturkategorien

Daten 2014
System 2015



Strukturkategorie: Kinder/Jugend
Behandlungsprofile: PEPP-Gruppen

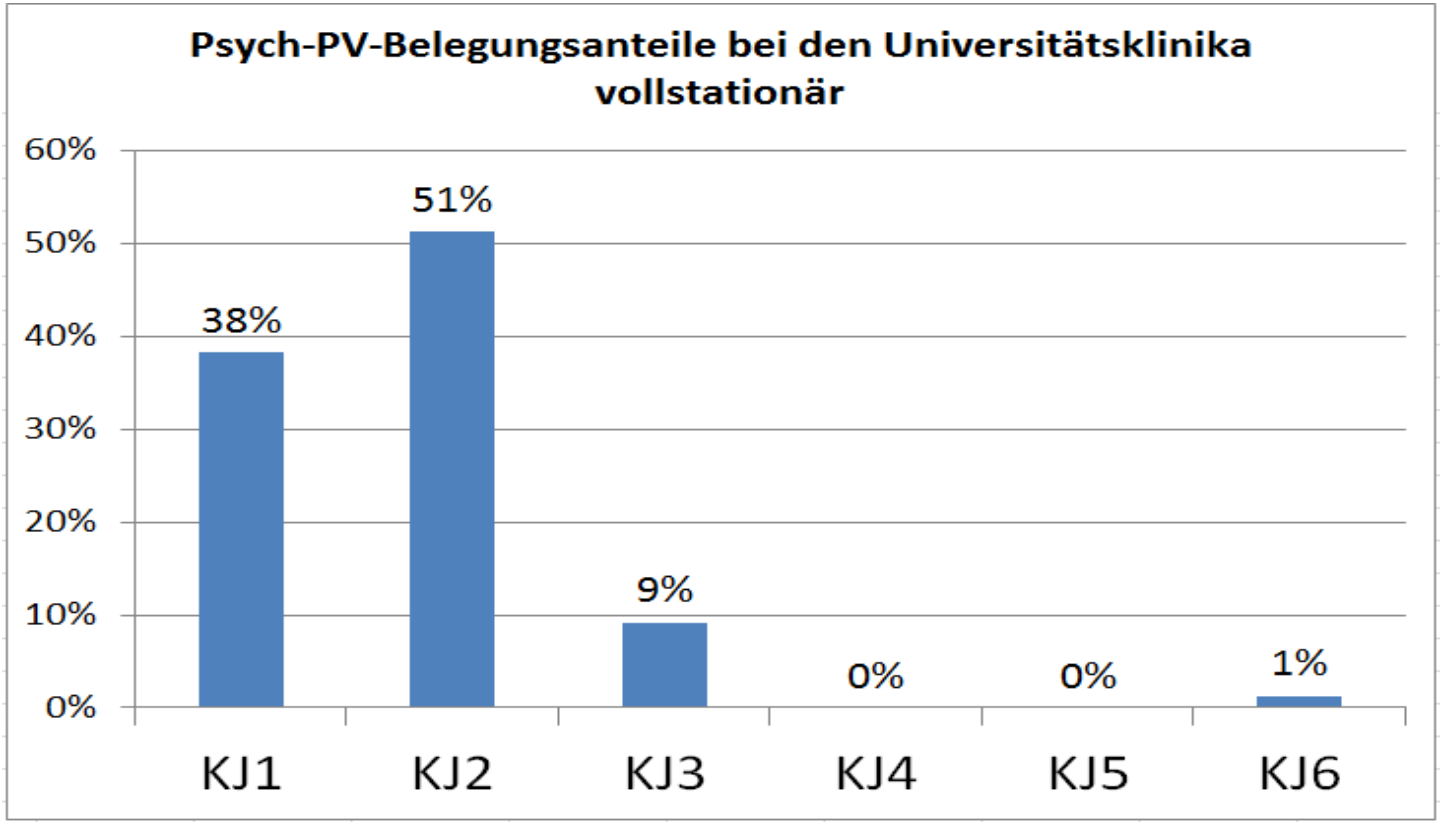
Daten 2014
System 2015



VERBAND DER UNIVERSITÄTSKLINIKA DEUTSCHLANDS

Psych-PV Behandlungsbereiche

KJ1 Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung (bis 14. Lebensjahr)
KJ2 Jugendpsychiatrische Regelbehandlung
KJ3 Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung
KJ6 Eltern-Kind-Behandlung



Psych-PV und PEPP

Erörterung der Aufwandstransparenz
als Grundlage für die Strukturqualität

Darstellung der Aufwendungen

- Aufwandstransparenz
  - bei den PEPP durch Kosten je Berechnungstag nach Kostenstellen und Kostenarten gegliedert
  - bei der Psych-PV Personalaufwand in Minuten je Patient und Woche und Behandlungskategorie

- Grundlage für eine Dienstplangestaltung (Psych-PV)
  - **Minutenwerte je Patient und Woche**, gegliedert nach Dienstarten und Behandlungsbereich
  - Vorgaben zu den Aufwendungen für **Leitungsaufgaben**
  - Individuelle Gestaltung des **Bereitschafts-/Rufdienstes**
  - Individuelle Gestaltung des **Nachtdienstes** (Pflege)

Minutenwerte und Kosten je Tag

Psych-PV für Berufsgruppen und Behandlungsbereiche

Minuten je Patient und Woche

↓

Kosten je Minute

↓

Kosten für
Bereitschaftsdienst, Rufdienst,
Leitung, Nachtwachen

↓

Kosten je Berechnungstag
für den Behandlungsbereich
(„Pflegesatz“)

↔

Identisch

↔

PEPP für Berufsgruppen und Klassifikationsbereiche

Minuten je Patient und Woche

↑

Kosten je Minute

↑

Kosten für
Bereitschaftsdienst, Rufdienst,
Leitung, Nachtwachen

↑

Kosten je Berechnungstag
für den Klassifikationsbereich
(„Pflegesatz“)

Publikation

Normative Vorgaben zum Personaleinsatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie statt Preisfindung anhand von Mittelwerten unter Konvergenzbedingungen

Analyse im Datensatz der Universitätsklinika Deutschlands zu den Kosten je Berechnungstag und Minutenwerte nach Psych-PV und im PEPP System

Autoren: Steffi Barufka, Michael Heller, Valeria Prayon, Jörg M. Fegert

Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Kosten je Minute Datenjahr 2013

Parameter	1 Ärztlicher Dienst	2 Pflege-/ Erziehungs-dienst	Psycho-logen	Ergothera-peuten, Kranken-gymnasten, Logopäden	Sozial-arbeiter/ -päd.
Personalkosten je Vollkraft, ohne Überstunden, ohne Ruf- oder Bereitschaftsdienst	96.000 €	52.250 €	72.000 €	54.000 €	55.500 €
Tarifliche Wochenarbeitsstunden	42	38,5	38,5	38,5	38,5
Ausfallquote	16%	20%	17%	17%	17%
Jahresarbeitsstunden bei 251 Arbeitstagen	2108	1933	1933	1933	1933
Geleistete Jahresarbeitsstunden	1771	1546	1604	1604	1604
Personalkosten je geleisteter Vollkraftminute	**90,34 Ct**	**56,32 Ct**	**74,81 Ct**	**56,10 Ct**	**57,66 Ct**

Individuelle Ergänzungen der Psych-PV-Minutenwerte

Anteile	1 Ärztlicher Dienst		2 Pflege-/ Erziehungsdienst	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
Leitungspersonal	9%	12%	3%	5%
Bereitschaftsdienst	9%			
Rufdienst	9%			
Nachtdienst			17%	
Anteil außerhalb des Regeldienstes	**27%**	**12%**	**20%**	**5%**

Kosten je Berechnungstag auf Grundlage der Psych-PV *(Datenjahr 2013)*

Behand-lungs-bereich	1 Ärztlicher Dienst	2 Pflege-/ Erzieh-ungs-dienst	Psycho-logen	Ergo-thera-peuten	Kranken -gym-nasten	Sozial-arbeiter/ -pädag.	Logo-päden	Gesamt
KJ1	45,49 €	193,22 €	19,58 €	10,99 €	6,58 €	12,95 €	2,65 €	**291,45 €**
KJ2	44,42 €	179,72 €	19,26 €	13,32 €	5,94 €	10,06 €	0,64 €	**273,36 €**
KJ3	56,81 €	239,23 €	17,44 €	4,73 €	1,68 €	6,02 €	- €	**325,92 €**
KJ4	-	-	-	-	-	-	-	**-**
KJ5	-	-	-	-	-	-	-	**-**
KJ6	46,72 €	81,05 €	19,15 €	8,83 €	6,10 €	12,21 €	2,01 €	**176,06 €**
KJ7	52,95 €	94,20 €	28,43 €	14,99 €	7,38 €	16,01 €	3,05 €	**217,01 €**

Forderung:
Bewertung der Gesamtsituation

Schaffung von **gesetzlichen Grundlagen** für einen Bericht über den Vergleich der beiden Klassifikationssysteme

Psych-PV
PEPP

- mit dem Ziel einer anschließenden **Normvorgabe** für die Kosten je Berechnungstag oder Bewertungsrelation

- auf dem **Hintergrund** von Minutenwerten und weiteren Eckdaten

Berechnungen durchführen

Berechnung eines **mittleren Pflegesatzes für Personalkosten** (voll- und teilstationär)

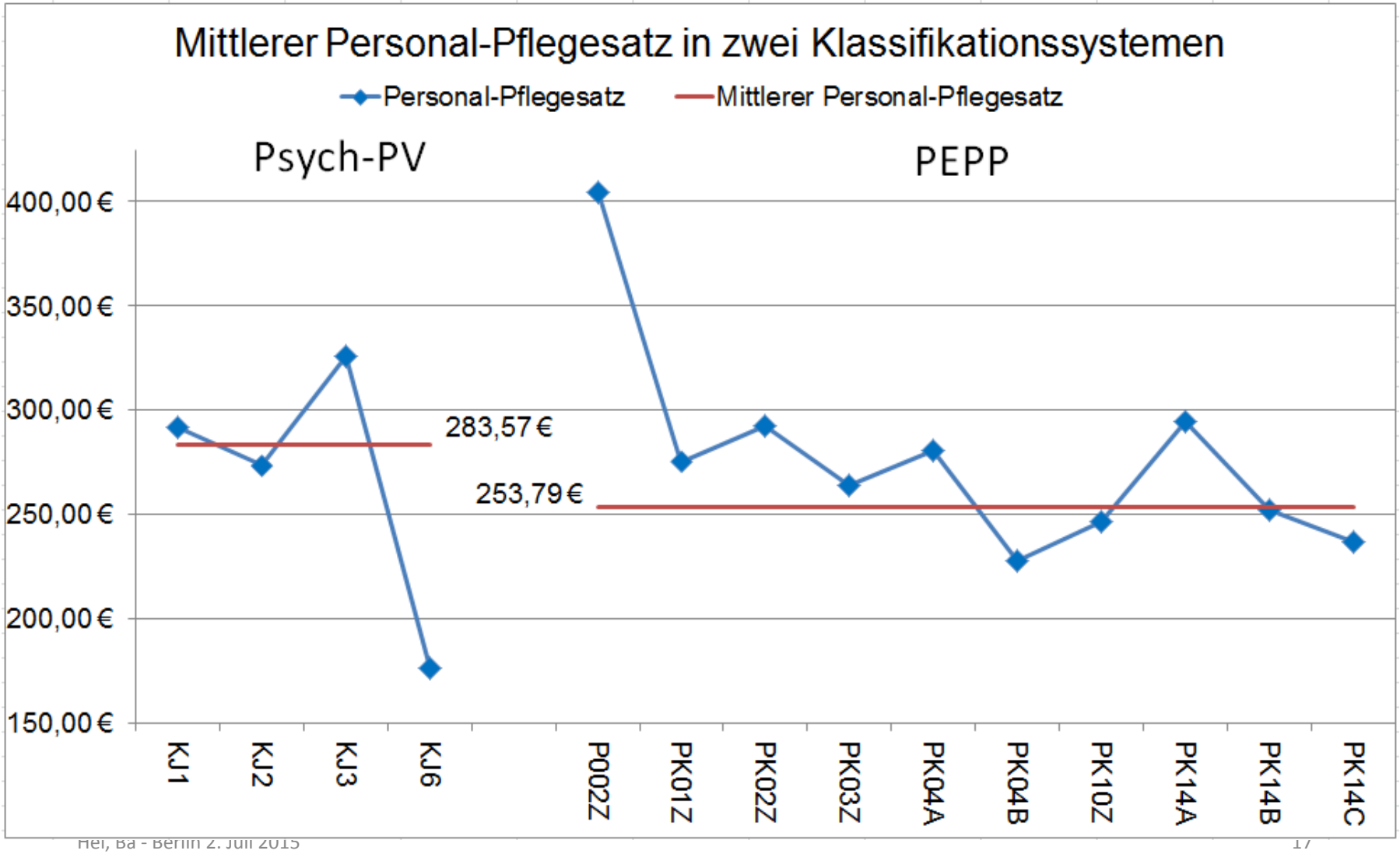
nach Psych-PV:
aufgrund der normativen Vorgaben

und der sachgerechten Anwendung der individuellen Komponenten der Verordnung

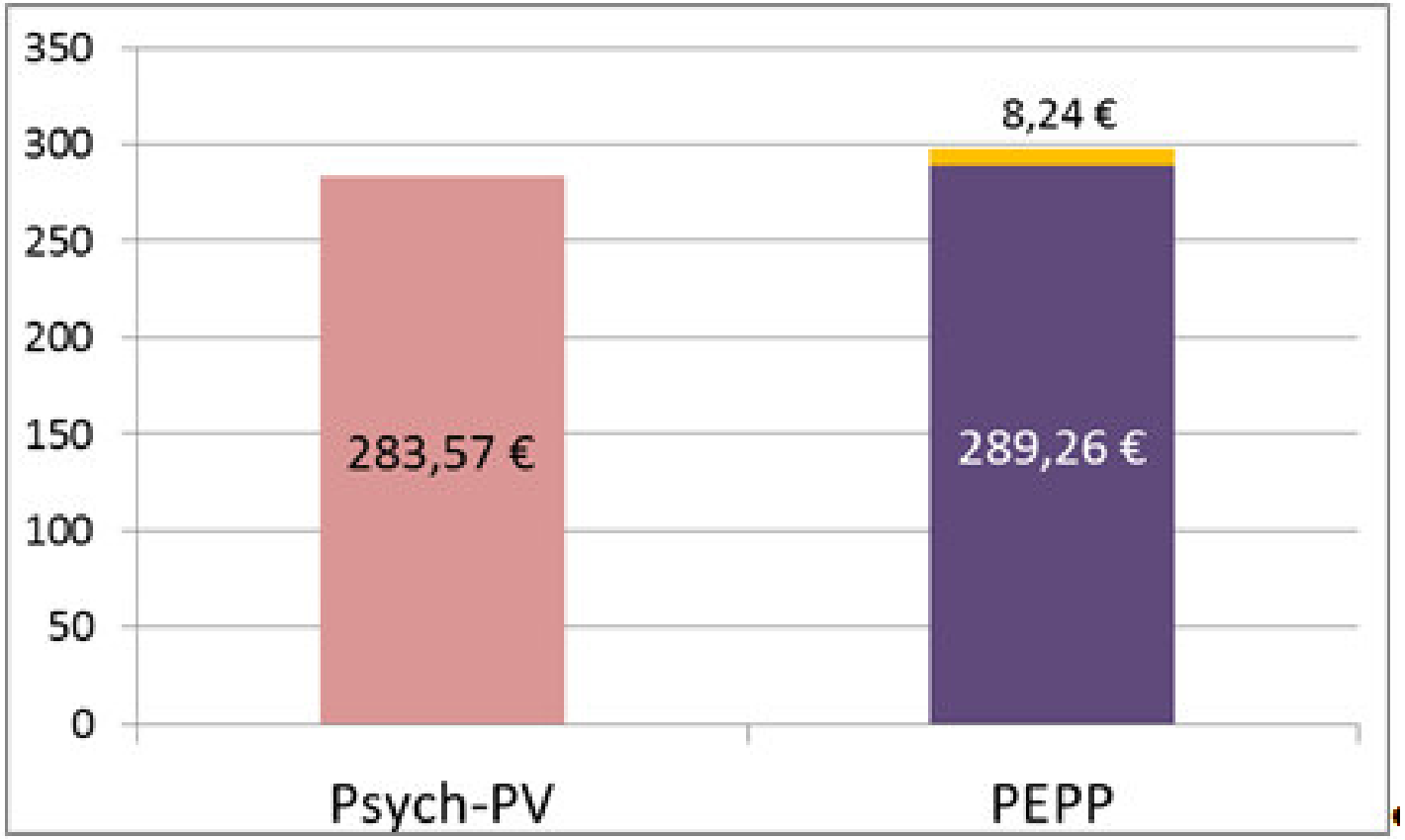
nach PEPP :
entsprechend des mittleren DMI und einer normativen Vorgabe für den Basisentgeltwert.

Vergleich der Personalpflegesätze *(Datenjahr 2013)*

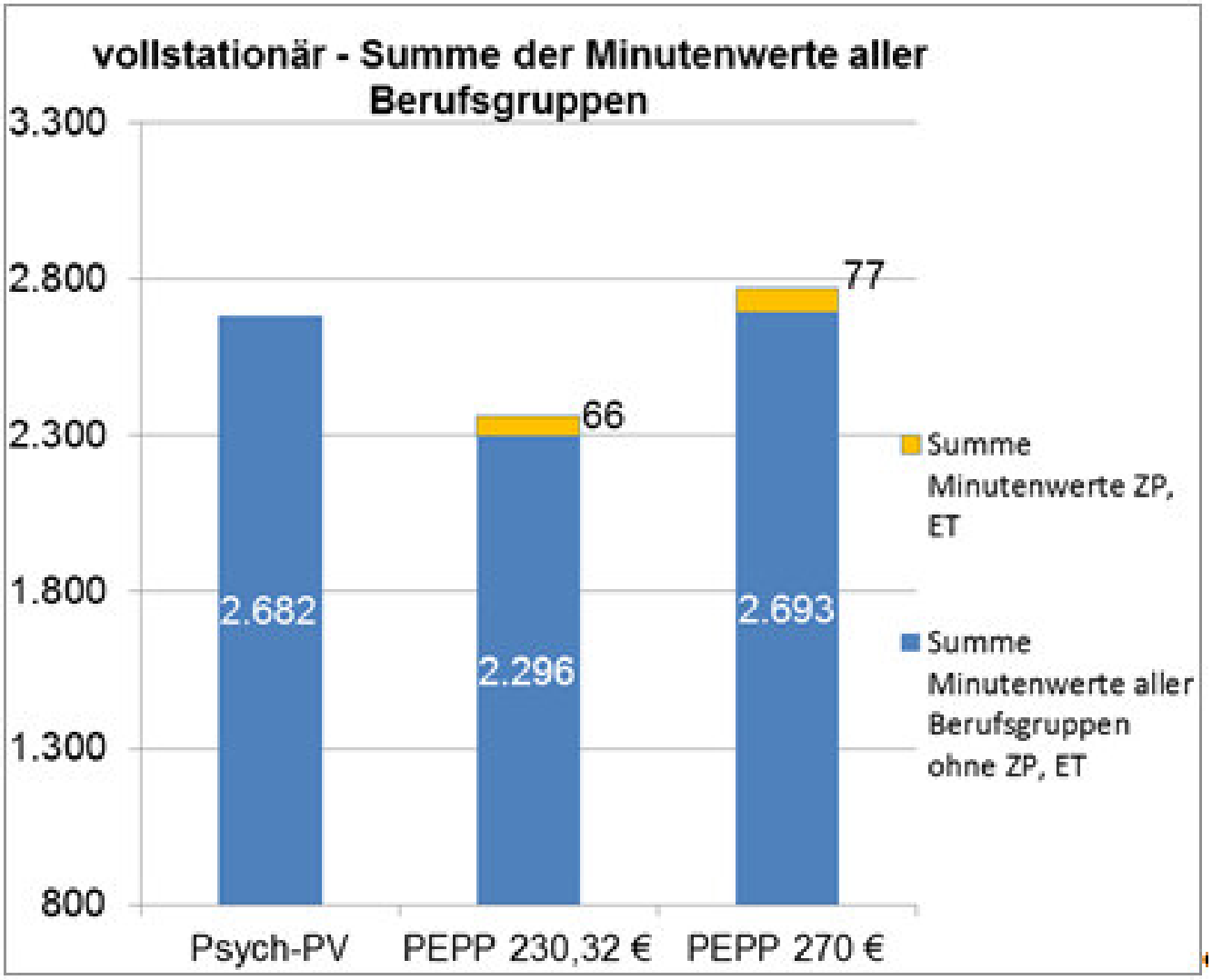
a) PEPP *(Basisentgeltwert 230,32 €, PEPP-System 2015)*
b) Psych-PV *(Datenjahr 2013)*



Vergleich der Personalpflegesätze
a) PEPP *(Basisentgeltwert 270 €)*
b) Psych-PV *(Datenjahr 2013)*



Summe der Minutenwerte bei gegebenem mittleren DMI



Minutenwerte

	1 Ärztlicher Dienst ohne ZP, ET	1 Ärztlicher Dienst ZP, ET	2 Pflege-/ Erziehungs-dienst ohne ZP, ET	Zuschlagsminuten (Basiszeitwert)	2 Pflege-/ Erziehungs-dienst ZP, ET	3a Diplom-Psychologen	3b Sozial-dienst	3c Spezial-therapeuten	Summe
vollstationär									
Psych-PV	260		1.378	500		180	131	234	**2.682**
PEPP 230,32 €	261	6	1.068	500	60	180	137	150	**2.362**
PEPP 270 €	306	7	1.338	500	70	212	161	176	**2.770**
teilstationär									
Psych-PV	247		261	500		182	133	217	**1.540**
PEPP 230,32 €	214		160	500		200	108	130	**1.312**
PEPP 270 €	251		274	500	1	234	126	153	**1.539**

Vielen Dank für ihre Aufmerksamkeit!

Anforderungen an Strukturqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Renate Schepker – Michael Kölch

APK Workshop

Berlin 2.7.2015

Erklärung zum Interessenkonflikt RS

In den letzten 5 Jahren

- Vortragshonorare von Universitäten, Ministerien, Verbänden, Vereinen, Kliniken, Instituten
- Keine Industriefinanzierung, keine Boards, keine Aktien

- 2. Vorsitzende Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte KJPP, Mitglied, Vorstandsmitglied DGKJP
- Mitglied APK
- Fachvertreterin bei Entwicklung von OPS und PEPP
- Mitarbeiterin ZfP Südwürttemberg mit IV-Vertrag, stationsersetzendem BezuHG-Modell - KJPP als hometreatment…
- Mitglied der Geschäftsleitung ZfP Südwürttemberg

renate.schepker@zfp-zentrum.de

Erklärung zum Interessenkonflikt MK

- Forschungsförderung:
  BMBF
  BMFFSJ
  Schweizer Bundesamt für Justiz
  EU
- Eli Lilly International Foundation
  Boehringer Ingelheim
  Europäische Akademie
- Servier

  Mitarbeit in klinischen Studien
  Eli Lilly
  Astra Zeneca
  Janssen-Cilag
  Lundbeck

- Reisebeihilfen/Vortragshonorare:
  Universität Rostock
  DGKJPP
  UCB Janssen-Cilag Shire Lundbeck
  diverse gemeinnützige Organisationen

  Keine Aktien, keine Beteiligungen an Pharmafirmen

Qualität als Begriff in der KJP

Qualitätskategorien

- „Qualität“ in der Medizin komplexer Begriff
- übliche Unterteilung Qualität in der Medizin (Donabedian 1980):
  - Strukturqualität
  - Prozessqualität
  - Ergebnisqualität
- Zusätzliche Kategorien:
  - Lebensqualität
  - Patientenzufriedenheit
  - Zufriedenheit Kooperationspartner, etc.
- Genereller Unterschied der Messbarkeit im Vergleich zu Gewerbe oder Produktion
- Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie „doppelt“ schwierig:
  - Outcome-Parameter diffizil zu definieren:
  - Symptomreduktion ?
  - Funktionsniveau ?

Beispiele für Qualitätskategorien - Prozessqualität

- z.B. reguläre Aufnahme: Prozedere geregelt mit ambulanter Definition von Therapie- oder Diagnostikzielen, Vorbesichtigung der Station, Willkommens-/Informationsmaterial, Beteiligung des PED an Aufnahme, Procedere bei Deeskalation / Freiheitsentziehung u.a.m.
- Z.B. Krisenaufnahme: Fokus der Behandlung, Ablauf geregelt ohne neue „große“ Fall-Definition, klare Definition der Entlassmodalitäten
- z.B. Kooperation Jugendhilfe: Kooperationsvertrag mit frühzeitiger Information über Aufnahme von Patienten die in der JH bekannt sind, sozialpädagogische Diagnostik zu §35a SGB VIII, gemeinsame Planung von Jugendhilfemaßnahmen unter Einbezug ärztlicher Expertise zu Störungsbild, Zeitachsen für die Planung und Bewilligung von Hilfen etc.; Krisenpläne mit vollstationären Jugendhilfeeinrichtungen, Konsiliardienst

Beispiele für Qualitätskategorien Ergebnisqualität (Regelbehandlung)

- Ergebnisqualität:
- z.B. Symptomreduktion: ADHS Symptomatik in entsprechenden Assessments im nicht klinisch auffälligen Bereich (?)*, PANSS Reduktion um 40%, Depressionsscore unauffällig, kein messb. Substanzabusus mehr, BMI im Bereich der 25.Perz*.
- z.B. Funktionsniveau: Schulintegration erfolgt, therapeutische WG als Lebensmittelpunkt, Einbindung in Verein, Familie lebt mit Kind zusammen, etc. – hier nur <u>qualitative</u> Ergebnisparameter verfügbar

Cave: Ergebnisqualität hier auch abhängig von Schnelligkeit des Handelns nicht medizinischer Systeme (Jugendhilfe, Schulämter)

*= können Patienten nicht auch vor Erreichen der subklinischen Symptomatik entlassen werden?

Strukturqualität

- **Rahmen** zur Erbringung anderer Qualitätskategorien
- meist bezogen auf Personal, beinhaltet aber auch Aspekte wie bauliche Ausstattung, Stationsgrößen, spezifische Therapieangebote; Größe u. Ausstattung der Einrichtung, Größe Versorgungsgebiet….
- Strukturqualität am leichtesten messbar (Zahlen)

Qualitätsstandards in der KJP - Strukturqualität

- Bisher definierte die Psych-PV Strukturanforderungen
  - hinsichtlich Personal und Qualifikationen; Leitungsrelationen, Duale Leitung;
  - aber auch z.B. Angaben zu Stationsgrößen (Sockelbeträge)
- Psych-PV (Anhang) beinhaltete auch Prozessqualitätsaspekte
  - Definitionen bzgl. Aufgaben der betreffenden Personalgruppe
  - Minutenwerte beinhalten Aufgaben (=Prozesse)
  - Z.B. Tätigkeitsmerkmal Begleitung in Jugendhilfeeinrichtung vor Entlassung durch PED (= Entlassmanagement)
- Psych-PV beinhaltete auch Vernetzungsarbeit in die Gemeinde(n)
  - Teilnahme an psychosozialen Arbeitskreisen u.a.

Besonderheiten KJP

- Minderjährige: schutzbedürftige Subjekte
- Psychisch kranke Minderjährige: „doppelt“ schutzbedürftig
- Rechtliche Vorgaben gelten auch für die KJPP
  - UN Kinderrechtskonvention
  - UN Behindertenkonvention
  - § 8a SGB VIII u.a.m.

- Kinder: Anrecht auf Erziehung und nicht nur Krankenpflege
- Kinder: Anrecht auf schulische Bildung
- Behinderte Kinder: Anrecht auf spezifische Förderung
- Behinderte Kinder: Anrecht auf Hilfen aus dem Bereich SGB VIII (§35a SGB VIII)

Ergebnisqualität – mögliche Parameter

Wiederaufnahmequoten – z.B. erfolgreiche Krisenbewältigung

VIPP-Datenbank: 16 Einrichtungen mit 25.000 Fällen/ 19.000 Patienten

Anzahl Wiederaufnahmen (vollstationär) nach Diagnose,
Wiederaufnahme von 0 bis 365 Tage 2013 (?)

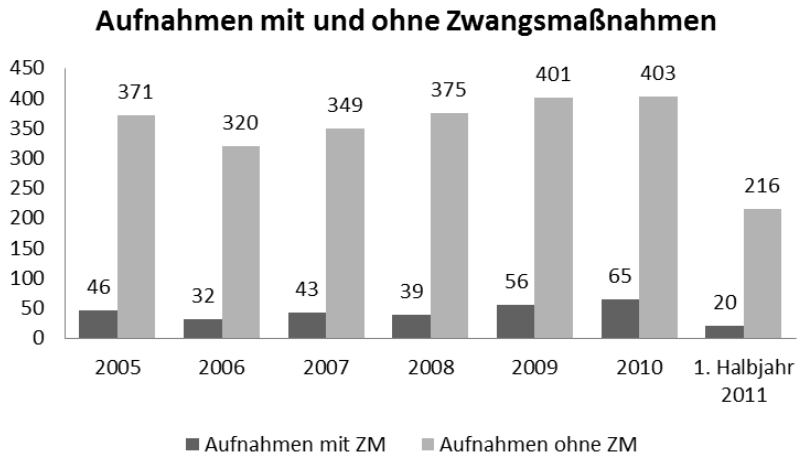
	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9
Einmalige Aufnahmen	260	116	1067	1107	227	101	59	100	2726
Wiederaufnahmen	143	88	421	408	95	129	48	56	1212
Anteil Wiederaufnahmen	35%	43%	28%	27%	30%	56%	45%	36%	31%

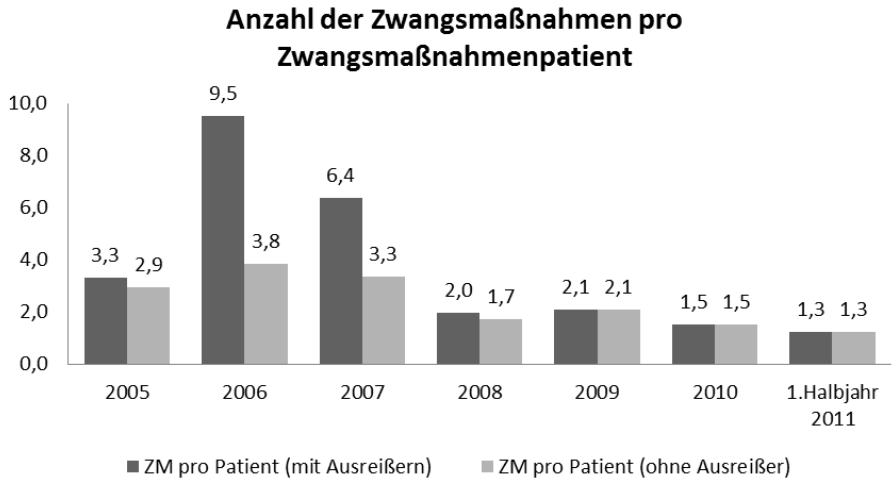
Häufigste Krisendiagnosen

Cave aber: tw. geplante Intervalltherapie spart auch Ressourcen

Ergebnisqualität – mögliche Parameter

Anzahl freiheitsbeschränkender und Zwangsmaßnahmen – Gradmesser erfolgreicher Deeskalation in der stationären Pflichtversorgung





Daten aus einer KJPP-Einrichtung; landesweite Erhebung in BaWü ab 2015 verpflichtend; bundesweite Erhebung über Fachverbände aktuell laufend

i.V. Norwegische Totalerhebung 2008-2010: 6 ½ % aller aufgenommenen Patienten

Veränderungen der Rahmenbedingungen in der KJP

BMZ KJPP vollstationär 2013: Schwankungen um Faktor 3,6

Land	Betten KJPP 2013 1)	Veränderung gegenüber 2010	Einwohner < 18 J 2)	Zu-oder Abnahme seit Vorjahr	BMZ 2013 (Betten/ 10.000 EW < 18)	BMZ 2005 (GMK-Bericht 2007) 3)
BaWü	599	+32	1.818.120	+	3,29	2,62
Bayern	623	+104	2.083.447	+	2,99	1,74
Berlin**	200	+35	523.649	+	3,82	2,85
Brandenburg	211	=	354.593	+	5,95	5,61
Bremen	50	=	99.340	+	5,03	4,51
Hamburg	148	+21	276.826	+	5,35	3,57
Hessen	526	+66	998.724	-	5,26	3,63
Mecklenburg-Vorpommern	184	+10	225.586	+	8,16	6,89
Niedersachsen	655	+33	1.314.059	-	4,99	3,92
NRW	1.160	+32	2.917.733	-	3,98	3,06
Rheinland-Pfalz	270	+70	644.863	-	4,19	2,27
Saarland	49	+3	142.197	-	3,45	2,50
Sachsen	382	+21	578.758	+	6,60	5,88
Sachsen-Anhalt	331	-2	299.988	+	11,03	8,74
Schleswig-Holstein	254	+5	465.036	-	5,46	4,31
Thüringen	299	+30	300.565	+	9,95	7,07
Bund	**5.941**		**13.043.484**	-12.066	**4,55**	**4,32**

** Berlin hat zusätzlich ein tagesklinisches Angebot i.V. 1:1

1) Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1 für 2013;
2) Statistisches Bundesamt: Bevölkerungsstatistik zum 31.12. 2013; Vorausrechnung nach Mikrozensus 2011;
3) Tabellenanhang zum Bericht „Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven“ der AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden an die Gesundheitsministerkonferenz 2012

sowie eigene Berechnungen

Dennoch: seit Psych-PV
deutlicher Bettenabbau und Leistungsverdichtung KJPP

	1991	1995		2005	2013	1991-2013 Veränd.	
Fallzahl	20.108	23.302		37.699	55.633	**+277 %**	
Verweildauer Tage	126,3	63,4		43,2	36,2	**- 71 %**	
Berechnungs/ -Beleg.tage	2.539.894	1.478.076		1.626.719	2.011564	**- 21 %**	
Betten, aufgest.	8.316	4.858		4.921	5.941*	**- 29 %**	

Quelle: Stat.Bundesamt, Jahresberichte Fachserie 12. Reihe 6, und eig. Berechnungen
*= Zuwachs bedingt durch moderaten Ausbau a) ortsnaher Einrichtungen sowie Nachbesserungen im Bereich unterversorgter Gebiete und b) spezieller Angebote wie z.B. für die Suchtbehandlung Jugendlicher

renate.schepker@zfp-zentrum.de

Warum Regel- und Krisenaufnahmen differenzieren:
Akut-Psychiatrie in KJPP zunehmend bedeutsamer Anteil

VIPP-Datenbank: 16 Einrichtungen mit 25.000 Fällen und 19.000 Patienten, 2011-13

Ausgangspunkt: Bestellte Patienten kommen nur zw. 9.00 und 15.00.

Aufnahmen als Notfall			
E-Jahr	Aufnahme als Notfall	Aufnahme ohne Notfall	
2011	29,22%	70,78%	
2012	35,15%	64,85%	
2013	37,82%	62,18%	

(Bekannter Maximalwert in D: 61 % in einer 25-B-Abteilung für KJPP)

Erkennbare systematische Auswirkungen der BMZ auf die Verweildauer?

Verweildauer nach Bundesland, VIPP-Daten aus 22 beteiligten Einrichtungen KJPP

E-Jahr	Bayern und Baden-Württemberg	Hamburg, Brandenburg, Niedersachsen	Hessen, NRW, Rheinland-Pfalz	Sachsen, Thüringen
2011	43,74	47,77	41,30	50,16
2012	33,70	41,97	39,76	50,55
2013	33,74	39,46	39,35	46,26

Interpretation

- Mehr Patienten durch Personalzuwachs behandelbar in kürzerer Zeit
  - Psychotherapie ist Haupt-Behandlungsverfahren in der stationären KJPP
  - Pädagogisches Milieu wirksam
  - Gruppengröße: kontraproduktiv, wenn zu groß
  - Qualitätsstandards in Psych-PV durchgesetzt
- Psych-PV ist heute anhand der deutlich höheren Fallbelastung nicht mehr adäquat für die Aufgaben
- Psych-PV entstand analog einer Leitlinie auf S2k-Niveau (Expertenkonsens) – heutiger Konsens dazu klar: zu niedrig angesetzt

Leider nur für den Erwachsenenbereich

Nervenarzt 2009
DOI 10.1007/s00115-009-2872-4
© Springer Medizin Verlag 2009

M. Hoffmann · W. Rieger
Zentrum für Psychiatrie Weißenau, Ravensburg

Vorgaben und Realität der PsychPV

Ergebnisse einer Multimomentstudie auf einer allgemeinpsychiatrischen Aufnahmestation

Wie viel Personal für die Versorgung einer psychiatrischen Station notwendig ist, war lange Jahre zwischen den Kostenträgern und Leistungserbringern strittig und musste in jeder Klinik jährlich mit den Krankenkassen einzeln verhandelt werden. Durch die Einführung der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) [5, 6], die durch ein Projekt der Bundesregierung initiiert worden war, war ein Standard geschaffen worden, der das „Bett" als Bemessungsgrundlage durch eine krankheits- bzw. schweregradorientierte Bedarfsschätzung ersetzte. Diese Vorge-

beitet. So hatten Putzhammer et al. [8] auf mehreren allgemeinpsychiatrischen Stationen die Arbeit von Ärzten in begleitender Beobachtung kodiert und waren zu dem Ergebnis gekommen, dass *„der zeitliche Aufwand für Administration und Dokumentation im Vergleich zu den in der PsychPV vorgegebenen Zeitwerten deutlich erhöht ist"* und *„dieser Mehraufwand größtenteils durch die Reduktion von unmittelbar patientenbezogenen Tätigkeiten kompensiert"* wird. In dieser Untersuchung wird allerdings die Pflege als größte Gruppe, die an der Behandlung

che Tätigkeiten auf der Station von welchen Berufsgruppen mit welchem Zeitbudget durchgeführt werden, da eine Voraussetzung optimaler Abläufe darin besteht, dass die jeweiligen Tätigkeiten von Personen mit adäquaten Kenntnissen und Ausbildungen vollzogen werden.

Studiendesign und Untersuchungsmethoden

Methodik der Multimomentaufnahme

Auch bei 100% Psych PV: weniger Therapie, weniger Bezugspflege, mehr Dokumentation und Bürokratie als in der Psych-PV vorgesehen

renate.schepker@zfp-zentrum.de

renate.schepker@zfp-zentrum.de

Zuzüglich: Versorgungslücken –

Suchtlandkarte von
BAG KJPP und
BKJPP (ergänzte Karte von
www.bkjpp.de)

wenig Planung der Versorgung
erkennbar

Versorgungsgebiete

- Kinder und Jugendliche von 5 bis 18 Jahren
  - *Rd. 15* % der Bevölkerung, versorgt durch
  - *10,9* % der stationären psychiatrischen Krankenhausbetten

- 5.941 KJPP vs. 54.433 EPP Betten vollstationär
- 142 KJPP Fachabteilungen i.V. zu 405 EPP Abteilungen / Kliniken:
  - Pflichtversorgungsgebiete durchschnittlich **2,9 mal** so groß

  (real: größer, da keine Satellitenbildung wie in EPP möglich und wenige Abtl. ohne Pflichtvers.)

Quelle: Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1 für 2013 (Ausgabe 2014)

renate.schepker@zfp-zentrum.de

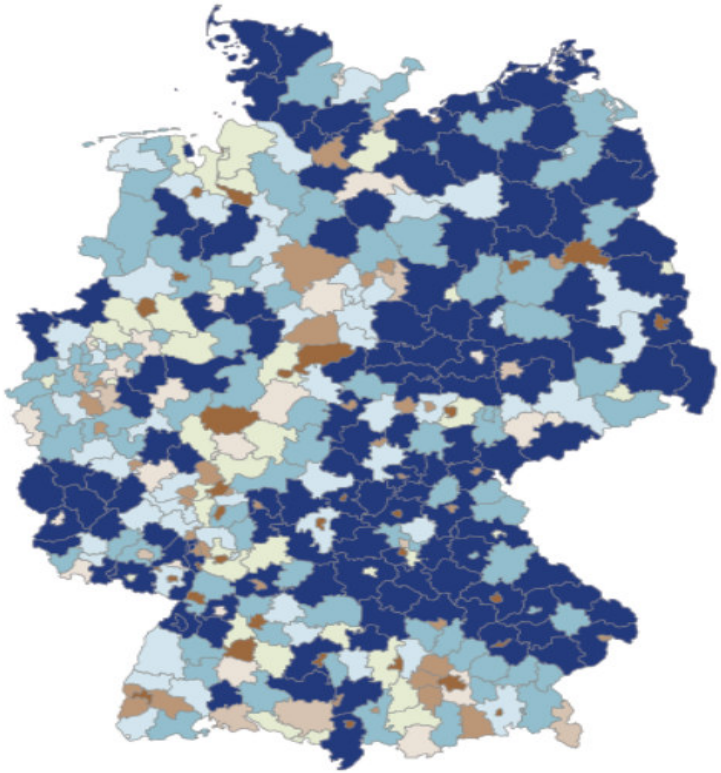
Versorgungslage KJPP

Versorgungsdiskrepanzen

- *1:3,9* zwischen Bundesländern stationäre BMZ (Stand 31.12.2013),
- *1:16 (ohne Max. Werte)* zwischen Kreisen ambulant für KJPP und KJPth (Stand 2009, Bertelsmann-Stiftung)
- und <u>nicht flächendeckende Versorgung in der ambulanten Bedarfsplanung</u>

Inverse care law ambulant anhand KBV-Daten, 2011

Ausgewähltes Thema: Psychische Versorgung von Kindern und Jugendlichen

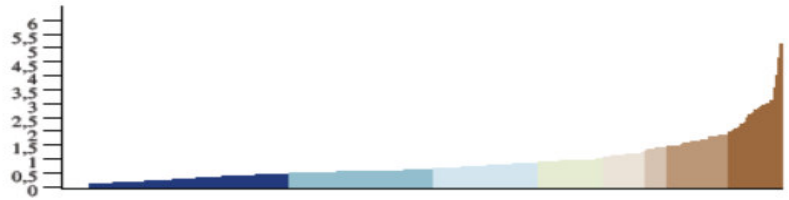


Quelle: IGES; Destatis; Bundesamt für Kartographie und Geodäsie

PSYCHISCHE VERSORGUNG VON KINDERN UND JUGENDLICHEN

Dargestellt ist der Indexwert für Fachärzte und Therapeuten für Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, bezogen auf 100.000 Kinder und Jugendliche im Alter bis unter 18 Jahren. Der Wert 1 entspricht dem Bundesdurchschnitt. Ein geringerer Wert als 1 bedeutet, dass in diesem Landkreis weniger Ärzte und Therapeuten praktizieren als im Durchschnitt (0,5 = halb so viele). Hat ein Kreis einen höheren Wert als 1, gibt es mehr Ärzte/Therapueten als im Durchschnitt (2 = doppelt so viele). Die Zahlen geben Ärzte und Therapeuten zum Stand Anfang August 2011 wieder, sowie die Anzahl der Kinder- und Jugendlichen zum 31.12.2009.

LANDKREISE SORTIERT NACH INDEXWERT



LEGENDE

Quelle: www.faktencheck-gesundheit.de (zuletzt besucht 31.12.2011), Bertelsmann-Stiftung

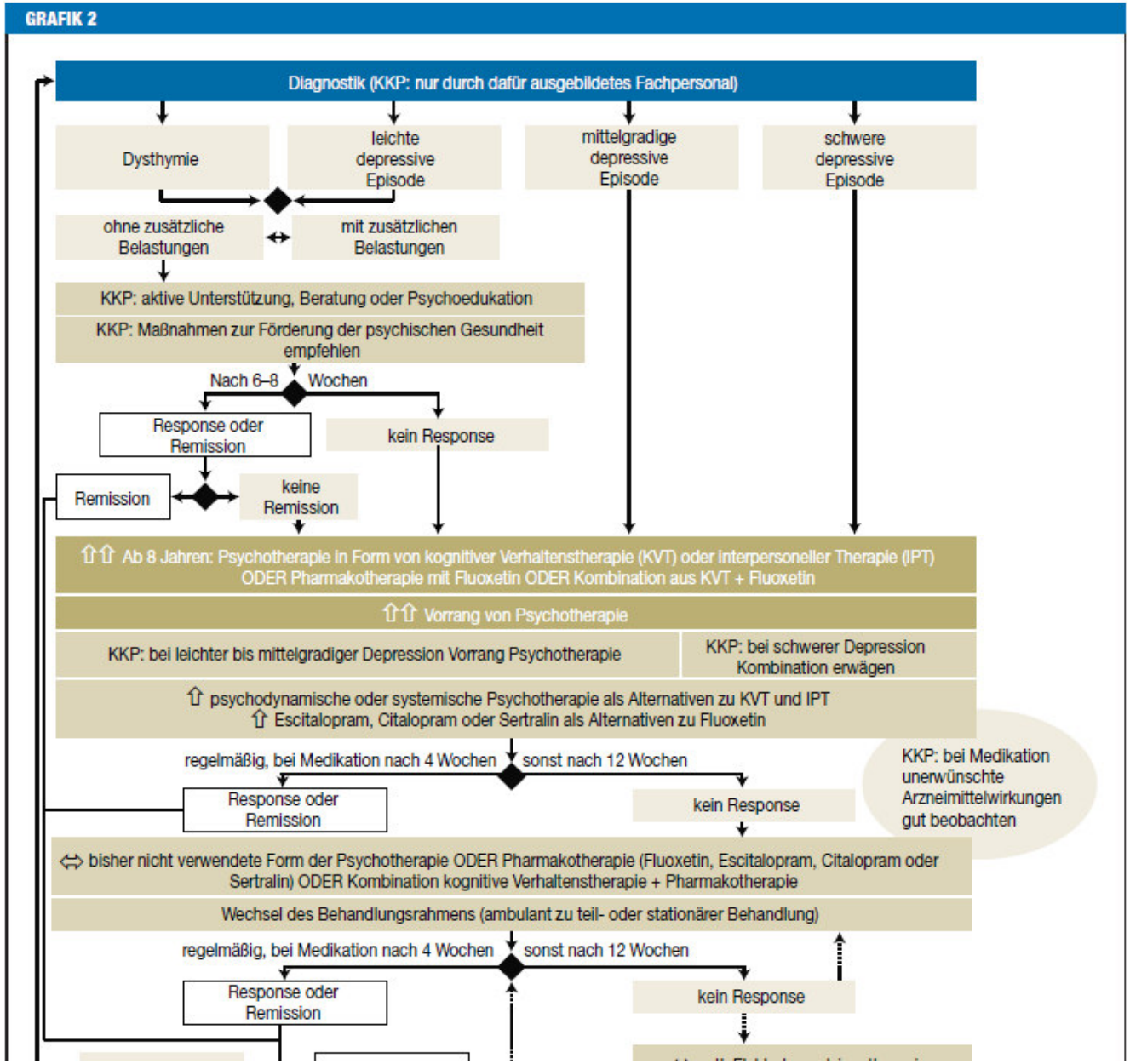
Veränderungen in den inhaltlichen Anforderungen an die KJPP

Veränderung der Aufgaben

- Beispiel: Diagnostikstandards und Therapiestandards haben sich verändert

- Neue Leitlinie Behandlung von Depression bei Kindern und Jugendlichen:

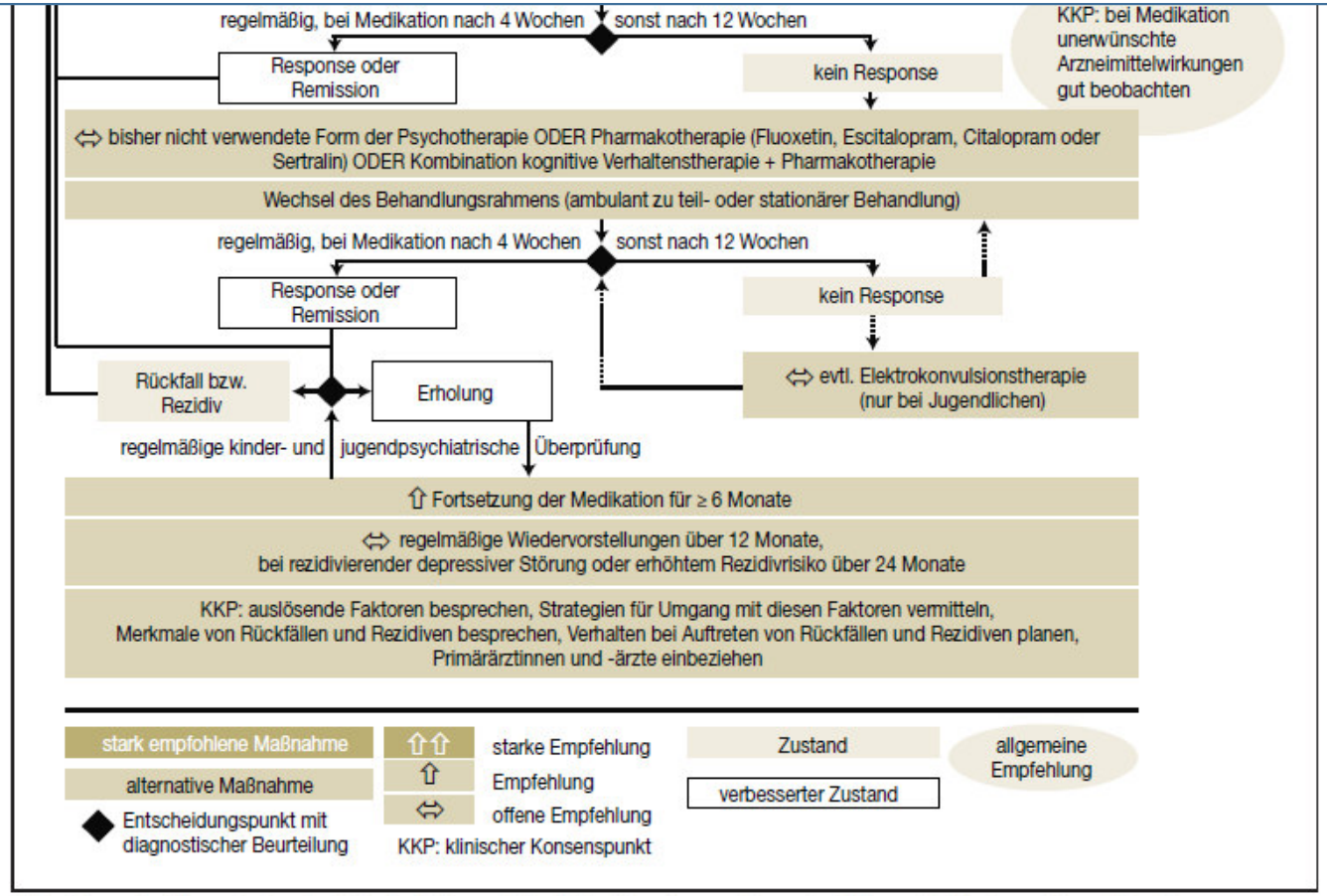
  → Wenig Hinweise für Krankenhausbehandlung, aber immer: Kombination aus Psychotherapie und Pharmakotherapie



Leitlinie Depression KJ 1:

Umfassende Diagnostik

Überwiegend ambulantes Vorgehen



Behandlungsalgorithmus basierend auf den Empfehlungen der Leitlinie „Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen"

- (teil-)stationär nur wenn ambulant kein Erfolg
- dann immer kombinierte Behandlung mit unterschiedlichen Therapieverfahren

aus:

Dolle K, Schulte-Körne G: Clinical practice guideline: The treatment of depressive disorders in children and adolescents. Dtsch Arztebl Int 2013; 110(50): 854–60. DOI: 10.3238/arztebl.2013.0854

Veränderung der Aufgaben 2

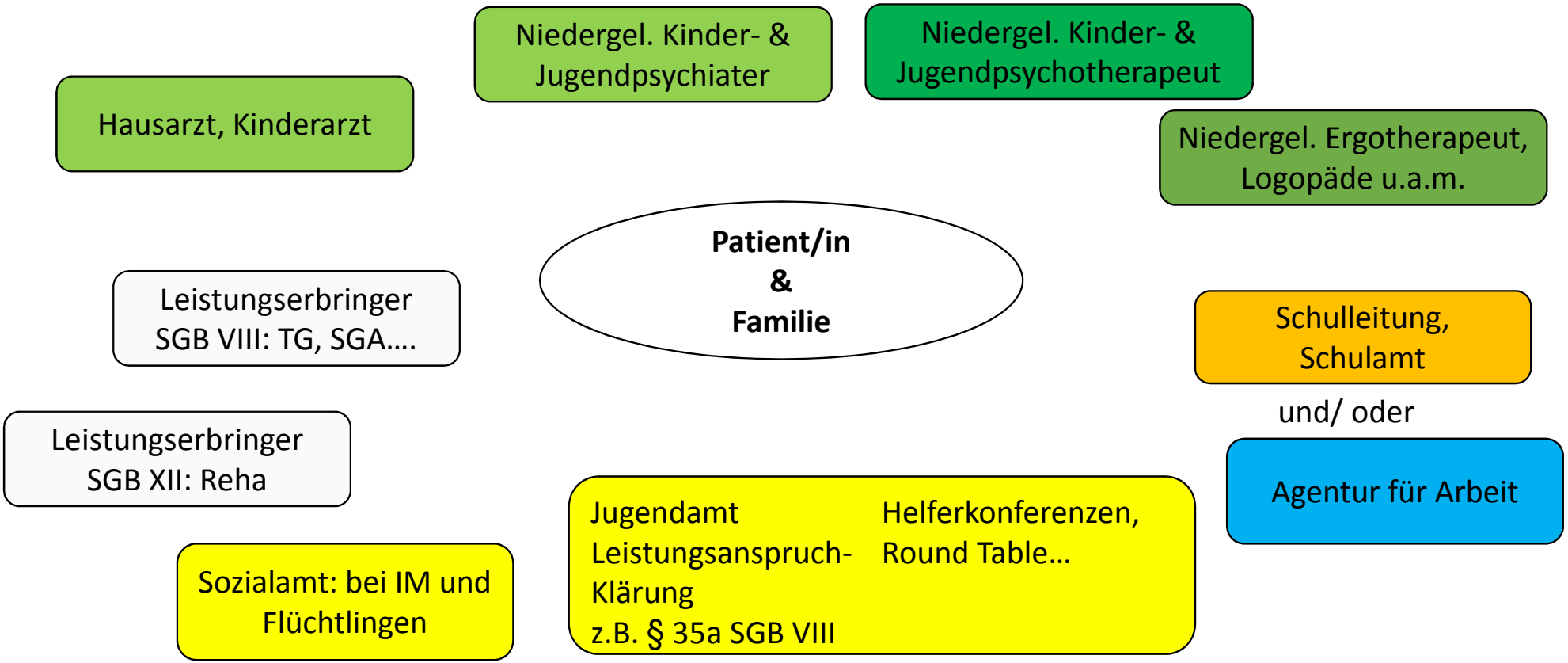
Aufklärung Medikation

keine repräsentativen Daten, geschätzt: ca. 40-60 % der stationär behandelten Kinder und Jugendlichen erhalten Medikation

- Beide sorgeberechtigte Eltern (nach Trennung und Scheidung) müssen in Medikation einwilligen (Vorgaben Kindschaftsrecht)
- Das betroffene Kind/Jugendlicher erhält eigene, altersgerechte Aufklärung (Patientenrechtegesetz)
- Besondere Anforderungen an Aufklärung bei Off-Label-Gebrauch: Kind und Eltern getrennt unterschreiben, Aufklärung adressatengerecht, keine Haftung der Firma für evtl. Schäden, Absetzen durch Patient möglich usw. usw. (Vorgaben aus div. Rechtsprechung)

Veränderung der Aufgaben 3: Anforderungen an Vernetzung im Entlassmanagement

(Aufgabe der Kliniken laut § 39 SGB V und VSG – viele SGBs!)



Rechtliche Vorgaben

- Ca. 60 % der stationären Patienten kommen aus einer Maßnahme SGB VIII oder gehen in eine Maßnahme SGB VIII (Beck 2009, Beck unpubliziert)
- Ärztliche Feststellung einer seelischen Störung mit (drohender) Teilhabebeeinträchtigung nach § 35 SGB VIII
- Mitwirkung des Arztes bei Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII
- Recht auf Bildung (UN-KRK), Schulpflicht lt. Landesverfassungen
- Subsidiäre Zuständigkeiten hinsichtlich der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen (SGB IX), problematisch insbesondere für Suchtkranke (Anträge Kostenübernahme / Zuständigkeitsklärung!); teils sequentielle Finanzierungen
- Schweigepflichtsentbindungserklärungen (§ 203 StGB) durch beide Sorgeberechtigte erforderlich vor jeglicher Kontaktaufnahme

Veränderung der Aufgaben 4: Anforderungen an Vernetzung hins. psychisch kranker oder belasteter Eltern

- Forschungsergebnisse konsistent: kooperative altersspezifische Behandlung mit Einbezug Behandlung Kinder und Eltern notwendig und erfolgreich (vgl. Stadelmann et. al 2010, Kölch, Ziegenhain, Fegert 2014)
- Gemeinsame Fallbesprechungen und Abstimmung der Behandlung
- Entwicklungspsychologische Beratung im Kleinkindbereich
- Screening von Kindern psychisch kranker Eltern hinsichtlich eigener Störung
- Kooperation im Rahmen Frühe Hilfen (§3KKG) Einbindung der KJP in Netzwerkstrukturen mit **verbindlicher** Zusammenarbeit
- Ggfs. Anbahnung weiterer Hilfen, wie Patenfamilien, im Rahmen des Entlassmanagements u.a.m.
- Besonders problematisch: Schwangerschaftskonfliktberatung bei jugendlichen Patientinnen sowie deren Eltern (§ 218 StGB)

Veränderung der Aufgaben 5: Anforderungen durch Kinderschutz (Bund- und Ländergesetze)

- Kinderschutzaspekte – auch in Kenntnis für betroffene Geschwister durch KJPP wahrzunehmen, ggfs. Gefährdungsmeldung und Beratung mit der insofern erfahrenen Fachkraft (§ 8a / b, SGB VIII)
- Ggfs. Begleitung bei polizeilichen Ermittlungsverfahren sowohl im Falle von Täterschaft als auch Opferstatus, Rollenteilung in Kliniken
- Mindestbesetzung der Station: immer mindestens 2 Personen zum Schutz vor Übergriffen durch Erwachsene oder der Patienten untereinander (Empfehlungen UBSKM; geforderte Hausleitlinien zur Prävention von Sexuellem Missbrauch)
- Beschwerderecht und Beschwerdemöglichkeiten für Patienten (Struktur- und Prozessvorgaben)

Exkurs : Veränderte Anforderungen im Krankenhaus allgemein gelten auch für KJPP

Zusätzliche Berufsgruppen / Freistellungen seit Einführung der Psych-PV 1991:

- Beauftragte für Chancengleichheit n. jew. Landesrecht
- Freistellungen großzügiger für Personal-/Betriebsräte LPVGen/BVG
- Schwerbehindertenvertretungen
- Hygienebeauftragte, Transfusionsbeauftragte, QS-Beauftragte….
- Freiwillige Stellenkapazitäten durch Anforderungen des Datentransfers (§ 301 SGB V): Kodierfachkräfte, IT-Fachkräfte, PDV-Fachkräfte….

Aktuelle Situation zur Vorgabe von Strukturqualität und zukünftige Anforderungen an Strukturqualität in der KJP

Vorgabe § 137 Abs 1 d)

„(1d) Der Gemeinsame Bundesausschuss 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 therapeutischem Personal sowie Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in diesem Bereich (….)

Bei Festlegungen und Empfehlungen in diesem Bereich für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung hat er die Besonderheiten zu berücksichtigen, die sich insbesondere aus den altersabhängigen Anforderungen an die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ergeben.“

Strukturqualität KJP

- Minimalstandard: Aufsicht muss gewährleistet sein

- Minimalstandard: Erziehung muss gewährleistet sein

- Analogien aus Anforderungen an Einrichtungen der Jugendhilfe
- Aber: da KJP zusätzlichen medizinischen Auftrag hat und zudem „letzte Wiese“ für Jugendhilfe ist (z.B. Krisenaufnahme) ist der Bedarf in der KJP höher anzusetzen

Orientierung: Qualitätsstandards in der Jugendhilfe

- Gruppengröße nicht über 8 Bewohner / Gruppe
  - In Psych-PV nicht erfüllt, Abzug bei Stationssockel mit < 8 Patienten; keine Vorgaben
- Juristische Vorgabe: Gewährleistung der Aufsichtspflicht 24 h/Tag
  - In Psych-PV analog gelöst
  - Einzelbetreuungsmöglichkeit muss gegeben sein
- Qualifiziertes Personal in ausreichender Zahl, Schlüssel für Anrechung von AzuBis etc.
  - In OPS vorgegeben als „vorhanden in d. Einrichtung“

Beispiel Jugendhilfe

- Betriebserlaubnis aufgrund von Kinderschutzaspekten gekoppelt an
  - ausreichende Räumlichkeiten
  - Mindestmenge an qualifiziertem Personal
  - Meldepflicht der Einrichtung bei Veränderungen über Internetportal
  - Regelmäßige Begehungen der Heimaufsichtsbehörde

Spezifische therapeutische Anforderungen: notwendige Ressourcen für

- Patientenbezogene Therapien in ausreichender Frequenz und Intensität (Psychotherapie, soziales Kompetenztraining, DBT, ….)
- Familieneinbezug (bei komplexen Familiensystemen)
- Aufklärung über therapeutische Maßnahmen
- Case management inklusive Schule, Jugendhilfe etc.
- Sozialpädadagoische Diagnostik

Kontrolle – Mindestanforderungen, Richtlinien, Empfehlungen ?

War alles schon einmal geklärt…. allerdings nicht flächendeckend umgesetzt (Hessen, S-H ja)

§ 4 (4) Nr. 2 Psych-PV:

„Die Vertragsparteien schließen nach § 16 Abs. 7 der BPflV Rahmenvereinbarungen, die

1. (Eingruppierung an Stichtagen überprüfen)
2. eine Prüfung ermöglichen, ob die Personalausstattung nach dieser Verordnung in ein entsprechendes Behandlungsangebot umgesetzt wurde.

§ 17 der BPflV gilt entsprechend.“

Kontrolle – Begehungen staatlicher Behörden in der KJPP – oder vergessene Bereiche?

Psych-KG NW: Ausführungsbestimmung bei Bezirksregierungen sieht regelmäßige Begehungen der KJPP incl. Kontrolle der Personalausstattung und Strukturqualität vor, Beteiligung von Patienten und Angehörigenvertretern

Psych-KHG BaWü: Begehungen der KJPP ab 2015 vorgesehen, aber festgelegt nur für Einrichtungen mit öffentlich-rechtlicher Unterbringungsgenehmigung

NPsychKG: KJP nicht explizit genannt, aber im Sinne des Gesetzes inkludiert

renate.schepker@zfp-zentrum.de

Take home

- Strukturqualität ist nach derzeitiger Studienlage Basis für Prozess- und Ergebnisqualität
- Therapeutische Beziehung als Grundlage der Arbeit in der KJP: es geht nicht ohne konkrete und „konstante“ Menschen
- Diverse geschärfte rechtliche Vorgaben erfordern personalintensiveren Einsatz von
  - sozialarbeiterischer Kapazität
  - ärztlicher Kapazität
  - Leitungskapazität
- Veränderungen der Aufgaben und des Aufgabenspektrums – erhöhte Anforderungen an Strukturqualität:
  - Mehr Wissen über wirksame Interventionen: personalintensiv (z.B. Psychotherapie, Aufklärung)
  - Mehr Prozessanforderungen: personalintensiv (z.B. Aufklärung/Patientenrechtegesetz)
  - Höhere Anforderungen an Gewährleistung des Kinderschutzes: personalintensiv (z.B. Beschwerdemöglichkeit, Vier-Augen-Prinzip)
  - Erhöhter Bedarf an Vernetzung: personalintensiv (z.B. Behandlungskette ambulant – stationär, Kooperation Jugendhilfe/SGB VIII, „Frühe Hilfen“ etc.)
- Standards aus (teilweise) vergleichbaren Settings existieren: Jugendhilfe

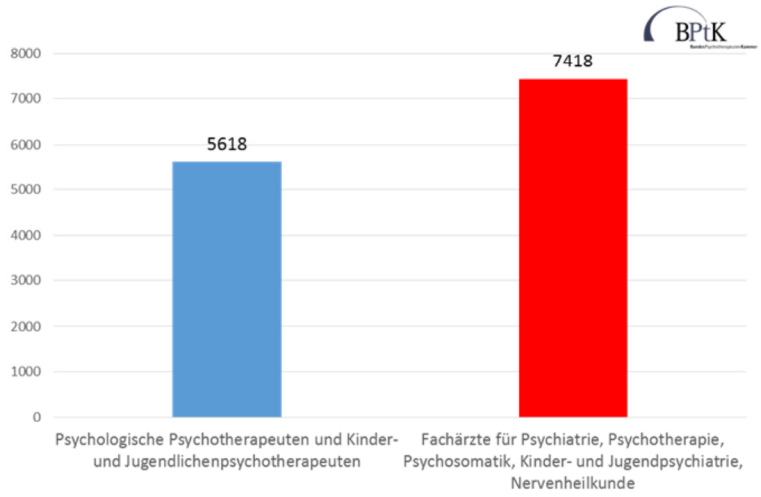
Notwendigkeit verbindlicher Anforderungen an die Personalausstattung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Dr. Dietrich Munz, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer

APK Workshop: Strukturqualität, regionale Versorgungserfordernisse und transparente, überprüfbare Leistungserbringung in der stationären und teilstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie

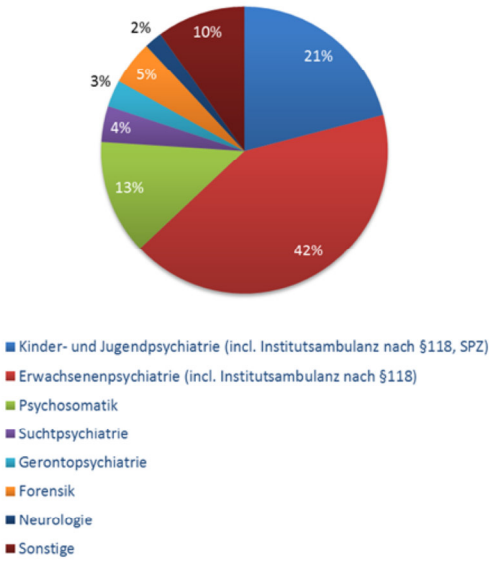
2. Juli 2015, Berlin

Psychotherapeuten im Krankenhaus



Quelle: Bundespsychotherapeutenstatistik, Bundesärztestatistik 2013

PP / KJP in der Kinder- und Jugendpsychiatrie



Quelle: Angestelltenbefragung der BPtK, 2013

Aktuelle Entwicklung

- Entwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) – Verschiebung der verbindlichen Einführung um 2 Jahre auf 2017
- Psych-PV verliert ab 2017 ihre Gültigkeit
- G-BA (AG Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik- AG PPP): Entwicklung von „Empfehlungen oder Mindestanforderungen für die Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik“
- Krankenhausreform 2015: Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) schließt Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit ein, Verabschiedung des Gesetzes im Herbst 2015 geplant

Reform notwendig

- Vorgaben der Psych-PV für die Personalausstattung werden nicht mehr erfüllt
- ➢ Situation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie besonders dramatisch:
- ➢ bei der Hälfte der KJP-Kliniken lag der Erfüllungsgrad der Psych-PV unter 88 Prozent und bei einem Viertel sogar unter 81 Prozent (Evaluation der Psych-PV durch die APK 2005)
- Kein Nachweis über Verwendung der finanziellen Mittel für die Personalausstattung (Problem der Quersubventionierung)
- Keine Leistungstransparenz
- Personalanforderungen der Psych-PV bilden die Weiterentwicklung im Bereich Psychotherapie nicht ab
- Keine Berücksichtigung settingübergreifender Behandlungsansätze in der Psych-PV

Ziele der Reform

⇒ **Leitlinien- und qualitätsorientierte Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Notwendige Voraussetzungen:

- Verbindliche Anforderungen an die Personalausstattung durch den G-BA
- Berücksichtigung der besonderen Anforderungen in der KJP, z.B. besonderer Aufwand aufgrund altersgemäßer Unselbständigkeit und erzieherischer Beziehungsanforderungen
- Finanzierung und Umsetzung der verbindlichen Personalausstattung
- Förderung settingübergreifender und ambulant orientierter Behandlungsansätze (Modellvorhaben nach §64b in der KJP aufgrund kleiner Fallzahlen pro Krankenkasse nur schwer realisierbar)
- Berücksichtigung struktureller Vorhaltekosten der Krankenhäuser (z.B. für die regionale Versorgungsverpflichtung)

Qualitätsorientierte stationäre Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

- Leitlinienorientiert = psychotherapeutisch orientiert
- Therapeutische Beziehung besonders wichtig
- zurückhaltender Einsatz von Psychopharmaka

▶ Empfehlung 4: Behandlung der ersten Wahl

„Für Kinder unter acht Jahren kann aufgrund mangelnder empirischer Evidenz keine Empfehlung gegeben werden.

Ältere Kinder und Jugendliche mit depressiven Störungen sollen eine kognitiv-verhaltenstherapeutische oder eine interpersonelle Psychotherapie oder das Medikament Fluoxetin oder eine Kombination aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer Psychotherapie und Fluoxetin erhalten. ***(Starke Empfehlung, Empfehlungsgrad A)***

Einer Psychotherapie ist Vorrang zu geben, da eine Pharmakotherapie zu einer Verstärkung von Suizidgedanken und weiteren unerwünschten Nebenwirkungen führen könnte. ***(Starke Empfehlung, Empfehlungsgrad A)***

aus: S3 Leitlinie „Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen"

Auftrag an den G-BA

- §137 (1c), SGB V: Auftrag an den G-BA Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal zu erarbeiten

  Hinweis zur Kinder- und Jugendpsychiatrie:

  … Bei Festlegungen und Empfehlungen nach Satz 1 für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung hat er („der G-BA“) die Besonderheiten zu berücksichtigen, die sich insbesondere aus den altersabhängigen Anforderungen an die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ergeben. …

Auftrag an den G-BA

- §137 (1c), SGB V: Auftrag an den G-BA Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Perso

Hinweis zur Kinder

… Empfehlungen nach Satz 1 für die kinder- und …sche Versorgung hat er („der G-BA“) die Besc…heiten zu berücksichtigen, die sich insbesondere aus den altersabhängigen Anforderungen an die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ergeben. …

Empfehlungen oder verbindliche Mindestanforderungen?

Position der BPtK

- §137 (1c), SGB V: Auftrag an den G-BA Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal

  Hinweis zur Kinder- und

  verbindliche Mindestanforderungen!

  Empfehlungen nach Satz 1 für die kinder- u psychiatrische Versorgung hat er („der G-BA“) die Besonderheiten zu berücksichtigen, die sich insbesondere aus den altersabhängigen Anforderungen an die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ergeben. …

Personalausstattung –
besondere Anforderungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

- Unterschiedliche Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen
- Stärkerer Einbezug von Familie und anderen Erziehungspersonen notwendig
- Schnittstelle zu Jugendhilfe ist in den Strukturanforderungen zu berücksichtigen,
- „Continuum of care“ für Kinder und Jugendliche besonders wichtig => setting- und sektorenübergreifende Versorgungsmodelle ermöglichen

Finanzierung der Personalausstattung

- PEPP wird auf der Basis einer bestehenden Unterfinanzierung kalkuliert (Psych-PV Erfüllungsgrad < 100%)

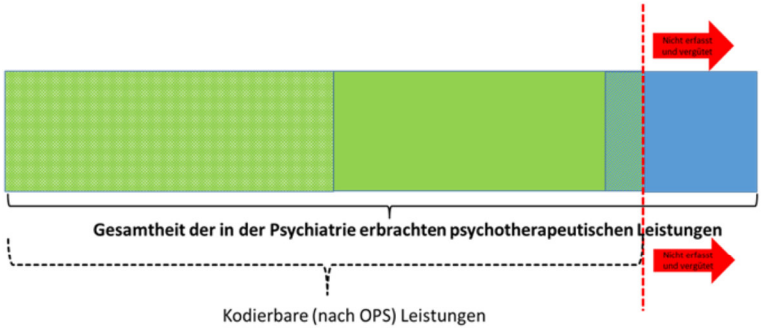
⇒ Krankenhäusern fehlt Geld zur Umsetzung verbindlicher Personalanforderungen

⇒ Höhere bzw. andere Personalausstattung erforderlich um Versorgung gemäß dem heutigen „state of the art“ zu realisieren (als gemäß Psych-PV vorgesehen)

⇒ Finanzielle Lücke ist zu füllen!

⇒ Bereits vorgesehene Regelungen im KHSG hierfür nutzen!

Die PiA-Lücke



Leistungen die von **Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten** erbracht werden

Leistungen von **Psychologen/Pädagogen** mit einem Anstellungsverhältnis und einer Vergütung gemäß ihrem Grundberuf

KodierbareLeistungen der Psychologen/Pädagogen in Ausbildung zum PP/KJP während der Praktischen Tätigkeit I **die eine Anstellung und Vergütung gemäß ihrem Grundberuf haben (als Psychologen/Pädagogen)**

Leistungen von **Psychologen/Pädagogen in Ausbildung zum PP/KJP** während der Praktischen Tätigkeit I, **die KEIN Anstellungsverhältnis und keine Vergütung gemäß ihrem Grundberuf haben**, sondern wenig oder gar keine Vergütung