

---

APK-Jahrestagung am 07. & 08. November 2016 in Kassel

*Verantwortung übernehmen  
– verlässliche Hilfen bei psychischen Erkrankungen*

Parallelsymposium 1  
**PsychVVG und die Konsequenzen**

Heinrich Kunze, Kassel  
Prof. Dr. med. habil., Dipl.-Soz.  
Aktion Psychisch Kranke e. V. Bonn

[www.apk-ev.de](http://www.apk-ev.de)

© Kohlhammer, Kunze

---

---

## 2. Gesetz-Entwurf: die wichtigsten Fortschritte

- Strukturqualität des therapeutischen Personals: Richtlinie des G-BA
  - Hausindividuelles Budget & hausindividuelle Entgeltwerte für bundeseinheitliche Leistungsformen.  
Budget berücksichtigt Mindestvorgaben therapeutisches Personal und regionale & strukturelle Besonderheiten
  - Statt schematische PEPP-Konvergenz: Krankenhausvergleich zur Orientierung in der örtlichen Budgetverhandlung
  - NEU: psychiatrischen Akut-Behandlung im häuslichen Umfeld („home treatment“)
  - Auftrag: Minderung des Dokumentations– und Mißtrauensaufwands:  
Dokumentation zur Behandlungssteuerung,  
statt zur Erlösoptimierung (Kliniken) und Erlösreduzierung (Kassen)
-

---

### 3. OPS - nutzen & weiter entwickeln

- Hinweis für Behandlungen bei ...9-60...9.64  
„Die Behandlung erfolgt als ärztlich indizierte Diagnostik und Therapie  
*ggf. auch im Lebensfeld* des Patienten“
- OPS 9-644 „Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationersetzenden Umfeld  
und als halbtägige tagesklinische Behandlung bei Erwachsenen“  
= Zusatzcodes in Kombination mit 9-60, 9-62 & 9-63  
9-644.0 „Ganztägiges Hometreatment“ (nur bei § 64b (V))  
9-644.1 „Halbtägiges Hometreatment“ (nur bei § 64b (V))  
9-644.2 „Halbtägige tagesklinische Behandlung“
- -----  
„Pseudo-OPS“ 9-980 bis 9-983.6 = Psych-PV-Behandlungsbereiche Erw. / KJ

Dazu

Spitzenverbände der Kassen & Deutsche Krankenhausgesellschaft:

„Gemeinsame Empfehlung zur Eingruppierung in die Behandlungsgruppen der Psych-PV  
für die Entwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems gemäß § 17d KHG“

---

---

## 4. Zwei Beispiele, nächste 2 Abb.

### **Flexibilisierte, individuell passgenaue Behandlung:**

Die Zeilen A, B & C stehen für das mögliche Spektrum von individualisierten personenorientierten Behandlungsprozessen.

*Die Behandlungsprozesse kann man auch in der andern Richtung lesen: mit PIA oder 1/2 Tag pro Woche beginnen, und die „institutionelle Dosis“ erhöhen, wenn notwendig.*

Es geht nicht darum, was immer, überall und für Alle das einzig richtig sein soll, sondern um die Ausweitung der Möglichkeiten zur individuell passgenauen Behandlung.

Aber die bisherigen sektoralen Budgets:

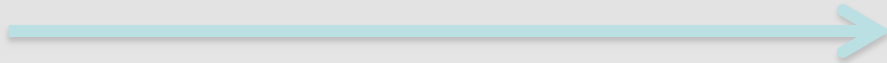
stationär, teilstationär & ambulant

und ihre separate Verfügbarkeit behindern die Flexibilisierung zur individuell passgenauen Behandlung von Personen

---

## 5. Flexibilisierung von Behandlungsverläufen Beispiel: Borderline-Persönlichkeitsstörung

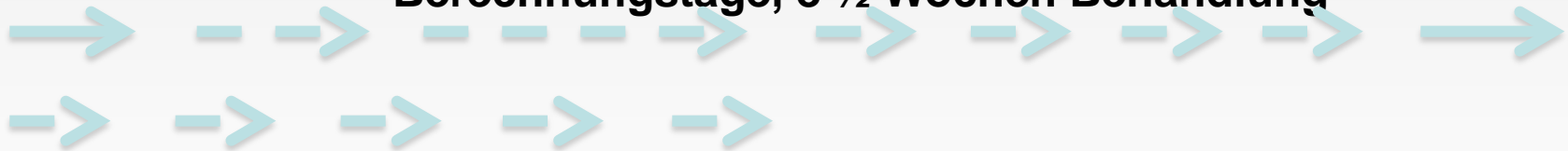
**A** 16 Tage vollstationär = **16 Berechnungstage (BT)**, **2 ½ Wo Behandlung**



**B** 7 Tage vollstationär + 11 Tage teilstationär = **15,8 vollstat. BT**,  
**3 ½ Wochen Behandlung**



**C** 2 Tage vollstationäre Krisenintervention + 7 Tage teilstationär + 3 Tage intermittierend  
teilstationär (jeden zweiten Tag) + 3 Tage vollstationär Krisenintervention + 1 Tag  
teilstationär + 5 Tage intermittierend halbtagesklinisch = **15,8  
Berechnungstage, 8 ½ Wochen Behandlung**



**Welche Behandlung wird dem individuellen Krankheitsverlauf am ehesten gerecht?  
Wie gelingt der beste Transfer von klinischen Behandlungserfolgen in den Alltag?**

(Grupp & Hansen, ZfP Südwürttemberg)

## 6. Flexibilisierung z. B. Akutbehandlung Alkoholiker: Modellrechnung A, B & C, *BR = Bewertungsrelationen – Sektoren übergreifend*

	Wo 1	Wo 2	Woche 3		Wo 4	Wo 5	W 6	W 7	W 8
<b>A</b>	16 Tage stationär		1	1					
<b>BR 16</b>	7	+ 7 +	1	1					
<b>B</b>	7 Tage stat.	5 TK x .8	5 TK x .8		2 TK				
<b>BR 16,6</b>	7	+ 4	+ 4	+	1.6				
<b>C</b>	Stat. 3	Teilst. 2	5 Teilst. 2 2 1		Mo Mi Fr	TK1/2 So			
<b>BR 15,8</b>	3	2	2	2	1				
<b>C: BR/W</b>	4,6	+ 4,0	+ 3,4		+ 2,2	+ 0,4	+ 0,4	+ 0,4	+ 0,4

**PIA Steuerung der Krankenhausbehandlung aus der ambulanten Perspektive**  
**Beratung, Abklärung & amb. Behandl. – Indik. für stat. Behandl. – Intens. Case-Management - Nachsorge**

---

## 7. Ziel für moderne Krankenhausbehandlung: *Individuell passgenau*

Voraussetzung ist **die flexibilisierte & integrierte Krankenhausbehandlung** (Prozessqualität):

✓ **Dosis:** die institutionelle Dosis mit gleitenden Übergängen statt der zu großen Stufen stationär, teilstationär, ambulant

✓ **Ort** der Krankenhausbehandlung:

*in* der Klinik und durch die Klinik *im Lebensfeld (Home Treatment)*,  
auch als individualisierter *Mix*

✓ **Zeitmuster:** auch *intermittierende* Behandlungsprozesse (Intervalltherapie)

✓ **Kontinuität** oder Wechsel: Veränderungen der therapeutisch wichtigen Beziehungen nur aus therapeutischen Gründen, nicht fremdbestimmt durch Veränderungen der Behandlungsform oder der Finanzierung.

✓ **Aufwand:** *soviel wie nötig, aber so wenig wie möglich*

✓ **möglichst wenig Einschränkung von Eigenverantwortung**

APK-Projekt (2013): [http://www.apk-ev.de/Datenbank/projekte/0076\\_Abschlussprojektbericht%20WPK.pdf](http://www.apk-ev.de/Datenbank/projekte/0076_Abschlussprojektbericht%20WPK.pdf)

---

# Systematik der Leistungskomplexe & Aufwände als Relativgewichte (RGs)

**Abb. 8**

3. DIMENSION: F0 - F9

Psych- Fach- u. Teilgebiete	<b>MEDIZINISCH UNTERSCHIEDBARE PATIENTEN-GRUPPEN ( § 17d / OPS) mit AUFWAND (RGs)</b>						
<b>ERWACHSENE (EP)</b>	Regel	Intensiv	Psychoth	Teilst	HomeT & Stat-Äquiv	(...)	PIA
Allg.-Psy (A)	A-RG 1	A- RG 2	A-RG 3	usw.			
Sucht-Psy (S)	S-RG 1	S-RG 2	usw.				
Geronto-Psy (G)	G-SG 1	G-RG 2	usw.				
<b>KINDER &amp; JUG (KJPP)</b>	Regel Ki KJ-RG 1	Regel Jg RG 2	Intensiv K-J KJ-RG 3		usw.		
<b>PSYCHOSOM (PS)</b>	Regel PT PS-RG 1	Intens PT PS-RG 2	Komplex Th PS-RG 3		usw.		



☒ Reformbedarf – gemäß Auftrag PsychVVG-E: § 136a-E 1c (V)  
und als Vorbedingung für die Ablösung der Psych-PV

- Leistungskatalog mit Relativgewichten:  
**„Aufwand der Behandlung medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen“**  
( § 17d-E)

***Zusätzliche Anforderungen seit 1990:***

- Medizinischer Fortschritt, z. B. Psychotherapie,  
Rechtliche Anforderungen (Umgang mit Zwang), Dokumentation, u.a.
- Fachgebiet Psychosomatik einbeziehen
- Anpassungsfähigkeit an veränderte Anforderungen

---

## 10. Psych-PV : Struktur- und Prozess-Qualität: Regionale *Verantwortung für Personen* *statt sektorale Fälle*






### Struktur-Qualität:

- Wohnortnähe, Erreichbarkeit
- **regionale Versorgungspflicht**
- dafür das notwendige therapeutische Personal
- *statt* elektive Behandlungen
  
- therapeutisches Milieu:  
offen – geschützt,  
Räume flexibel nutzbar mit  
Kontinuität,
- *statt* separate Stationen für  
„therapeutische Kette“

### Prozess-Qualität

- Behandlung, wenn dringend  
**jederzeit**, flexibel abgestuft
  
  - **Kontinuität** wichtiger Beziehungen  
durch Verantwortung für Personen  
sektorenübergreifend – *statt* „Fälle“
  
  - Integrierte KH-Behandlung  
individuell **flexibilisiert**:  
Dosis, Ort, Zeitmuster
  
  - **Vernetzt** mit externen Diensten der  
Region
-

# 11. Matrix: Interne Personalbemessung bei integrierter Behandlung

<b>Berufsgruppen</b>  <b>Leistungen</b>	<b>Ärzte</b>	<b>Pflege</b>	<b>Psych. u.a.</b> 	<b>VK Summen</b>
 <b>X Betten</b>				<b>VK Summe Therapeuten</b>
<b>Y Plätze TK</b>				<b>VK Summe Therapeuten</b>
<b>Z PIA-Fälle (Quartal)</b>				<b>VK Summe Therapeuten</b>
<b>KLINIK</b>	<b>VK Summe Ärzte</b>	<b>VK Summe Pflege</b>	<b>VK Summe Psych... u.a.</b>	 <b>VK Summe KLINIK</b> 

---

Abb. 12

„Leistungsbezug und Transparenz“: **Konvergenz**  
vom historischen zum zukünftigen Budget?

- Alternative zur Konvergenz auf Mittelwerte im PEPP-System?

Leitfrage für den *Krankenhausvergleich*

- Wie können Kliniken mit *vergleichbaren*
  - Versorgungsaufträgen
  - hausindividuellen sowie regionalen Besonderheiten*in der Budgetausstattung konvergieren?*

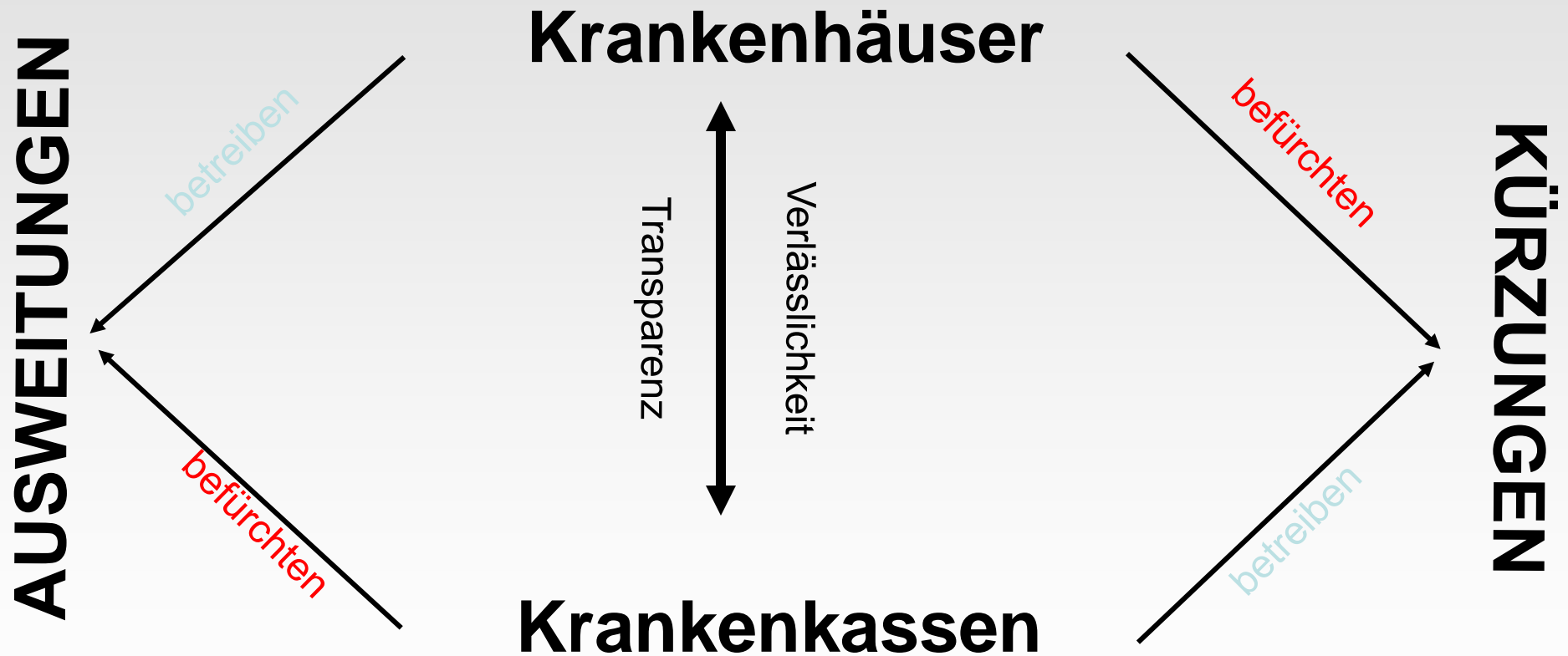
---

## 13. Zielkonflikte:

für Therapeuten und andere Professionelle transparent?

- Humanitäre Grundsätze, Deklaration von Helsinki
  - Lehrmeinungen, Leitlinien, Evidenz, Qualitätsmanagement
  - Erwartungen von Patienten und Angehörigen
  - Fachöffentlichkeit: regional, national, international
  - Stigma oder Wertschätzung, in der Öffentlichkeit & Medien
  - Daseinsvorsorge, Kommunal-, Landes-, Bundespolitik
  - Praktische Verfügbarkeit von Angeboten in der Region
  - Eigeninteressen von Berufsgruppen, Verbänden
  - *Finanzierung und Ordnungsrahmen mit Anreizwirkung bei Leistungsträgern und Leistungserbringern*
-

**Abb. 14: Komplementäre Interessen:  
Streit um das Budget oder alle Einzelfälle?**



---

## Abb 15.: Systemprüfung nach Psych-PV § 4 (4) Psych-PV

z. B. MDK Hessen: **Leistungsbezug des Budgets**

- Anzahl der Patienten mit Jahresprofil der Behandlungsbereiche (statistische Vergleiche, Stichprobe prüfen)
    - Regionale Versorgungsverpflichtung: sichert für die psychisch erkrankten Personen den *Anspruch auf wohnortnahe* Krankenhausbehandlung, besonders für die schwer Erkrankten.
  - Strukturqualität therapeutisches Personal nach Psych-PV realisiert
    - Prozessqualität: Umsetzung in Behandlungskonzepte nach PsychPV, vgl. Präambeln der Expertengruppen (Erwachsene & KJ, z. B. „therapeutische Kontinuität: Behandlungsziele auch ohne Stationswechsel erreichen“, Leitlinien-□Orientierung
-

---

# DANKE für's zuhören

## *Literatur:*

- Kunze H (2015) Psychisch Krank in Deutschland – Plädoyer für ein zeitgemäßes Versorgungssystem: Kapitel 3 & 4. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart
  
  - Aktion Psychisch Kranke e.V. (Hrsg.) (2007) Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Abschlussbericht zur Psych-PV-Umfrage 2005. Psychiatrie-Verlag, Bonn
  
  - Aktion Psychisch Kranke e.V., Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.) (1998) Bundesweite Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band 99, Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden-Bade
  
  - Kunze H, Burmann T, Grupp D, Schepker R, Weiß P, Wöhrmann S (9/2015) PEPP-System – Budget oder Festpreis, f&w Heft 9, S. 740 – 741
  
  - Ernst R (2015) Quo vadis? 17 Jahre Strukturprüfungen ... in Hessen. 7. Qualitätssicherungskonferenz des G-BA [https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3990/2\\_2015-10-01\\_Strukturpr%C3%BCfung-psychiatr-Einrichtungen-Hessen\\_Ernst.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3990/2_2015-10-01_Strukturpr%C3%BCfung-psychiatr-Einrichtungen-Hessen_Ernst.pdf)
  
  - Kunze H, Kaltenbach L, Kupfer K (Hrsg.) (2010) Psychiatrie-Personalverordnung – Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. 6. Auflage, Kohlhammer-Verlag: Stuttgart
  
  - Tulloch S, Priebe S (2010) Population-based indices for the funding of mental health care: a review and implications. J. of public mental health, vol. 9 issue 2, p. 15-22
-



---

# Psych-PV- Folien

---

---

## Entwicklung des Versorgungssystems seit 1991 (3)

- 1991 bis 1995 Anstieg die Personalausstattung der Kliniken gemäß Psych-PV um 24 %.
- Die Anzahl der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern stieg erheblich. Die regionale Pflichtversorgung übernahmen fast alle: Verkleinerung der bis dahin viel zu großen Pflichtversorgungsgebiete psychiatrischer Fachkrankenhäuser.
- Für die Bevölkerung wurde fast überall wohnortnah mindestens eine psychiatrische Klinik erreichbar, für Kinder und Jugendliche gilt das nur eingeschränkt.
- Tagesklinische Behandlung wurde als Regelbehandlung eingeführt.
- Die Psych-PV und die Institutsambulanz befähigten die „Landeskrankenhäuser“, ihre „Langzeitbereiche“ aufzulösen, die Langzeitpatienten wurden „ent- oder umhospitalisiert“.
- Institutsambulanzen: Ab dem Jahr 2000 erhielten die psychiatrischen Abteilungen die Institutsambulanzen (Fachkrankenhäuser 20 Jahre zuvor).  
Psych-Entgeltgesetz (2012): Institutsambulanzen für Psychosomatischen Kliniken ( § 118 Abs. 2+3 SGB V), bisher nicht umgesetzt, weil Definition der Pflichtversorgung offen

Hinweis: Vor der Psych-PV wurden 50 % der Krankenhauspatienten mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose in somatischen Fachabteilungen behandelt (Böcker 1993) – und jetzt?

---

---

# Vorbereitung der Rechtsverordnung:

- 1988: BMAS berief einen Expertenbeirat
- 1989-1990: BMAS berief 2 Expertengruppen:  
für Erwachsenen- / Kinder- & Jugendpsychiatrie
- 36 Verbände wurden zu Anhörungen eingeladen  
(PB, S. 361-364)

Die beiden Expertengruppen einigten sich mit den Vertretern des BMAS auf ein gemeinsames Vorgehen zur Konzeptentwicklung.

Ergebnis: siehe die „Präambel“ in „Materialien zur Verordnung“  
(PB, S. 59-125)

Das Ministerium beriet seine Entwürfe der Verordnung & die Amtl. Begründung mit den Expertengruppen, und dann in den Anhörungen.

*Das Verfahren entsprach in etwa dem der heutigen „S-2k-Leitlinien“*

---

# Psych-PV 1990: Rechtsverordnung – politisches Ziel:

Von der „Verwahrpsychiatrie“ in Anstalten  
zur wohnortnahen „**Behandlungspsychiatrie**“  
*Strategie: Verknüpfung von Versorgungszielen mit  
Strukturqualität therapeutisches Personal*  
(Aus der Amtl. Begründung: Ausgangslage & Grundsätze..., PV-B, S. 52-  
55)

**Frage an § 137 1c (V): Empfehlung? Mindeststandard? Optimaler Standard?**

• § 1 der Psych-PV übernimmt aus dem „ § 70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit“ SGB V:

„Diese Verordnung regelt Maßstäbe und Grundsätze zur Ermittlung des Personalbedarfs (...) mit dem Ziel, eine **ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche** stationäre oder teilstationäre Behandlung (...) zu gewährleisten (...).“ (Hervorhebung HK)

• Therapieziel / Ergebnisqualität:

Patienten durch aktive, personalaufwändige Therapie **befähigen, außerhalb des Krankenhauses zu leben**

---

# Psych-PV: Normative und empirische Begründung

(PB, S. 40f., 139f., 146f.)

- **NORMATIV:**  
Regionale Versorgungspflicht, wohnortnah  
gute klinische Praxis-Beispiele nach Expertenurteil
- **EMPIRISCH:**  
Wieviel Personal von welchen Berufsgruppen ist dafür  
notwendig? Erprobung auch auf Modellstationen
- **Bewertung durch Experten Urteil**  
z. B.: Station mit 16 Patienten je mit A1 Bedarf für individuelle und  
milieutherapeutische Aktivitäten: wie sieht der Wochentherapieplan aus?  
Therapeuten: Welche Tätigkeiten mit welchem Zeitaufwand mit und für wie  
vielen Patienten? (Regeldienst am Tag)

*Der normative Ansatz der Psych-PV ist dem empirischen Ansatz von PEPP fremd,  
so wird bei **PEPP das defizitäre IST zum Soll - mit Treppeneffekt nach  
unten.***

---

---

# Psych-PV: *Leistungsbezug* des stationären Budgets

*siehe Amtl. Begründung Psych-PV II & IV (PB, S. 52f., 54f.)*

- Grundlage ist nicht mehr die Zahl der durchschnittlich belegten Betten/Plätze, sondern die durchschnittliche Zahl der Patienten, gewichtet nach „Behandlungsbereichen“
- **„Behandlungsbereiche“** definieren typische Patientengruppen nach Behandlungs- und Krankenpflege**bedarf**:
- Patientengruppen: beschrieben nach Klinikbereichen (A, S, G & KJ), typischen Behandlungszielen und Behandlungsmitteln  
*(Anlagen 1 & 2 zur Verordnung, PB, S. 46-50)*

*Hinweis: Behandlungsbereiche 2010 als OPS 9-98 übernommen, mit „Gemeinsamer Empfehlung ...“ = Erläuterung zur Einstufung, konsentiert von Experten und MDK (PB, S. 340-360; in Schlottmann/Laufer (Hrsg.) Pauschalierendes Entgeltsystem... 2013, S. 367f.)*

**Bilanz: Budget** mit Leistungsbezug,

**Abrechnung** der Erlöse: Anzahl Tage differenziert, aber mit tagesgleichen teil- u. stationären Pflegesätzen: BPflV nivelliert die Leistungsorientierung der Psych-PV




---

# Psych-PV Konzept (1): Pflichtversorgung & Behandlungsbereiche

Die Personalbemessung der Psych-PV geht von der wohnortnahen *regionalen Pflichtversorgung* aus

„Behandlungsbereiche“:

inhaltliche Beschreibung der aufgabentypischen Schwerpunkte  
= Komplexleistungen für *Gruppen von Patienten*

Behandlungsbereiche	Kranke 	Behandlungsziele 	Behandlungsmittel 
z. B. A1	Akut psychisch Kranke	Erkennen, Heilen, psych. & soziale Stabilisierung	Diagnostik, Psychopharmaka, Psychotherapie, Soziotherapie, Ergotherapie

---

# Psych-PV Konzept (2) : Gliederung

Krankenhaus-Psychiatrie, stationär & teilstationär:

## Erwachsene: 3 Teilgebiete

- Allgemeinpsychiatrie A1 – A6
- Abhängigkeitskranke S1 – S6
- Gerontopsychiatrie G1 – G6

Jedes Teilgebiet:

- 1 Regelbehandlung
  - 2 Intensivbehandlung
  - 3 Rehabilitative Behandlung
  - 4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker
  - 5 Psychotherapie
  - 6 Tagesklinische Behandlung
-



---

## Psych-PV Konzept (3) : Gliederung

- **Kinder- und Jugendpsychiatrie**

KJ 1 Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung

KJ 2 Jugendpsychiatrische Regelbehandlung

KJ 3 Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung

KJ 4 Rehabilitative Behandlung

KJ 5 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker

KJ 6 Eltern-Kind-Behandlung

KJ 7 Tagesklinische Behandlung

Psych-PV insgesamt  $18 + 7 = 25$  „medizinisch unterscheidbare Patientengruppen“ (im Sinn von § 17d (1))

---

# Psych-PV Konzept (4): Zeitwerte nach Berufsgruppen

Den *Behandlungsbereichen für den Tagesdienst* sind unterlegt:  
Regelaufgaben mit Minutenwerten je therapeutische Berufsgruppe

## Psych-PV § 5: Minutenwerte je Patient und Woche (Erwachsene)

Behandl-BR	Ärzte	KrankenPfl	Dipl-Psych	Ergoth	BewegTh	SozialA	
A 1	207	578*	29	122	28	76	
A 2	257	1 118*	12	117	29	74	
A 3							

- Aus den Minutenwerten werden Vollkräfte (VK) berechnet, unter Berücksichtigung von Wochenarbeitszeiten, Ausfallszeiten usw.

- Regelaufgaben/Minutenwerte je Berufsgruppe, vgl. Materialien zur Psych-PV, PV-B, S. 64f , 166f.)

\* Plus Sockel je Patient/Woche: 278 Min.

Konzept „Basiszeitwert (Stationssockel)“ für den Pflege- (und ggf. Erziehungs-)dienst siehe Abschnitt I, „3.15 Verkleinerung der Stationen“ (PV-B, S. 171f.) sowie Anhang 2 & 5, S. 212f. & S. 220f.

- Nacht- und Bereitschaftsdienste sind hausindividuell für das Budget zu verhandeln,  
Ambulante und andere Leistungen außerhalb des stationären Budgets

# Bundes-Strukturerhebung 1989/1990

Anhang 4 & 6 (in PB, S. 215f. & S. 222f.)

- Zweck: **Anwendbarkeit** der Psych-PV-Behandlungsbereiche (Anlage 1 zu § 4 & Anlage 2 zu § 8 Psych-PV) in einem **Praxistest** zu prüfen, sowie die voraussichtlichen **Kosten** der Psych-PV schätzen
- Die Expertengruppen (Erwachsene sowie Kinder & Jugendliche) prüften die Ergebnisse auf Plausibilität
- Teilnehmer :
  - Erwachsenen-Psychiatrie 80 Kliniken,  
43 Fachkrankenhäuser & 37 Abteilungen, 19 400 Fälle
  - Kinder- u. Jugend-Psychiatrie, 46 Kliniken, 1 850 Fälle

Der **Personalfehlbestand (SOLL-IST Berechnung)**, differenziert nach den Psych-PV Berufsgruppen, Ergebnis insgesamt:

- Erwachsenen-Psychiatrie: - 18%
- Kinder- u. Jugend-Psychiatrie: - 20%

Differenziert nach Fachkrankenhäusern und Abteilungen, sowie nach Berufsgruppen

**Bilanz: Psych-PV-Entwurf wurde politisch akzeptiert** – mit Kürzung der Minutenwerte von 16 auf 18 Betten/Plätze (PB, S. 166f.)

---

# PsychPV - Entwicklungen



## Entwicklung der Versorgung (1): **Leistungsverdichtung**

<b>Erwachsene</b>	1991=100%	2004	1991-2004 Veränderung
Fallzahl	396.131	712.533	<b>+ 80%</b>
Verweildauer	66,5	24,7	<b>-- 63%</b>
Pflegetage	26.361.050	17.575.818	<b>-- 33%</b>
Betten (aufgest.)	84.048	53.021	<b>-- 37%</b>

(APK 2007: 2. Evaluation der Psych-PV, S. 54)

- Unerwartet hohe Leistungsverdichtung, entgegen dem der BpflV zugeschriebenen Anreiz der tagesgleichen Pflegesätze
- ***Budget fördert die individuelle Behandlungssteuerung: Patienten-orientierte Behandlung wird abgeschirmt von wirtschaftlichen Anreizen:*** Erlöse = Abschlag auf Budget, nur schwache Anreize zu Leistungsausweitung (Klinik) und Leistungskürzung (Kassen).
- Entscheidend für den Interessenkonflikt zwischen Klinik und Kassen ist die Budgetverhandlung. Misstrauensaufwand viel geringer als bei PEPP: Streit um jeden Behandlungsfall möglich

## Entwicklung der Versorgung (2): **Leistungsverdichtung**

<b>Kinder/ Jugendliche</b>	1991=100%	2004	1991-2004 Veränderung
Fallzahl	20.108	36.770	<b>+ 82.9%</b>
Verweildauer	126,3	43,6	<b>-- 65,5%</b>
Pflegetage	2.539.894	17.575.818	<b>-- 33%</b>
Betten (aufgest.)	84.048	53.021	<b>-- 37%</b>

Unerwartet hohe Leistungsverdichtung, entgegen dem der BPfIV zugeschriebenen Anreiz der tagesgleichen Pflegesätze! Vgl. vorige Abbildung  
(APK 2007: 2. Evaluation der Psych-PV, S. 55)

---

Versorgungssystem (4): Psych-PV & Leistungsbezug  
ist rechtlich gut begründet, aber in der Praxis gemieden

- Überprüfung der Realisierung der Personalstellen erfolgte nur bis zum Ende der Psych-PV-Einführung, ggf. mit Rückzahlung für nicht realisierte VK ( § 10, Abs. 4)
  - Budget gedeckelt: Schere zwischen Erlösen und (Personal-)Kosten ging Jahr für Jahr weiter auf und wurde durch Personalabbau finanziell kompensiert
  - ***Das Budget entfernte sich vom Leistungsbezug immer mehr >> nächste Abb.***
  - Die Politik hat die Verordnungsermächtigung im Gesetz gestrichen und damit die Zuständigkeit für eine Anpassung an neue Entwicklungen aus der Hand gegeben.
-

---

## Versorgungssystem (5): Abwege

**Viele Kassen und Kliniken vereinbaren Budgets als „Black Box“ ohne Transparenz für den Leistungsbezug und die Strukturqualität (Personal) nach Psych-PV,**

- Vorteil für Kassen: niedrigeres Gesamtbudget
- Vorteil für Kliniken: freie = nicht transparente Verfügung

Budget-Abschluss mit fiktiven Personaldurchschnittskosten („Luftnummer, Basar, Kuhhandel...“), Landesministerien prüfen nur formal - keine obligate Refinanzierung von Tarifsteigerungen und zusätzlichen Stellen aufgrund weiterer politischer Vorgaben (Gleichstellung, Personalvertretung, EDV...)

**Nur in Hessen (+ Ausnahmen) erfolgt Systemprüfung nach § 4, Abs 4 Psych-PV: „Evaluation Psych-PV“ zur Budgetfindung, Auftrag der Kassen an MDK. In Hessen unterschrieben Kliniken mit Vorbehalt „nicht leistungsgerecht“**

**Bilanz zum „Black-Box“-Vorwurf an die Psych-PV:**

**Unterscheiden**

- **Rechtsferne Black-Box-Budgets nur fiktiv nach Psych-PV**
  - **Rechtsnahe leistungsbezogene Budgets nach Psych-PV**
-



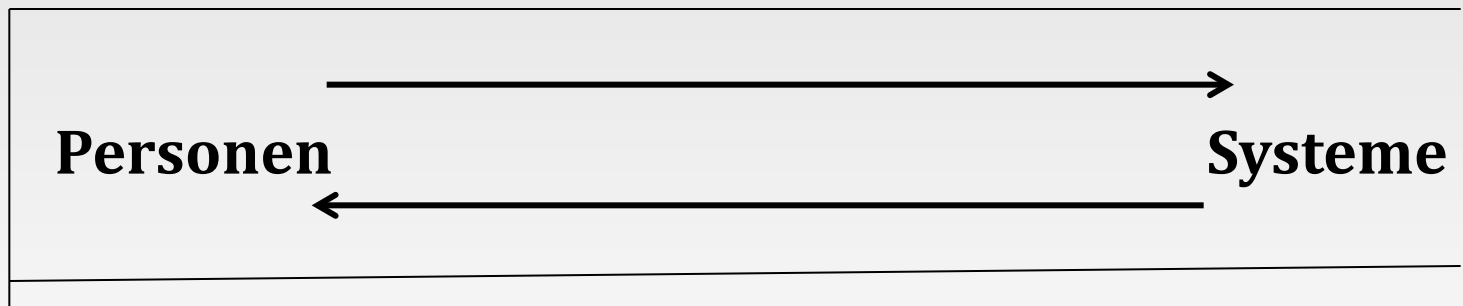
---

Das waren die Folien heute Vormittag

---

---

# 1. Wer übernimmt welche Verantwortung?



---

## 2. Krankenhausbehandlung: Leistungen als Funktionen

Verantwortung für Personen integriert die Verantwortung für  
Maßnahmeformen

<b>Leitungsverantwortung</b> nach Zielgruppen	Psych-PV-Gruppen, Diagnosegr., Regionen
.....	.....
.	In der/ durch die Klinik, im Lebensfeld, vernetzt mit profess. Diensten i. d. Region
<b>Integrierte Behandlung,</b> Sektorenübergreifend, flexibilisiert	.....
.....	.
<b>Therapeuten haben Verantwortung</b>	<i>übergreifend</i> für Patienten, <i>separat</i> für Therapiemodule
.....	.....
<b>Bessere Kontinuität &gt;&gt;</b>	<b>&lt;&lt; weniger Schnittstellen</b>
Patienten, Angehörige >>	<< Therapeuten
Therapeuten >>	<< Haus-/ Fachärzte, Kliniken, Psychotherap. Pflegedienste, Soziotherapie
	Ext. profess. Dienste: Arbeit & Wohnen,
<b>Therapeuten &amp; Patienten</b>	<< Sucht-, Behinderten-, Alten- & Jugendhilfe, Kirchengemeinde, Volkshochschule
>>	

---

### 3. Matrix: Interne Personalbemessung bei integrierter Behandlung

Berufsgruppen → Leistungen	Ärzte	Pflege	Psych. u.a. →	VK Summen
X Betten				VK Summe Therapeuten
Y Plätze TK				VK Summe Therapeuten
Z PIA-Fälle (Quartal)				VK Summe Therapeuten
KLINIK	VK Summe Ärzte	VK Summe Pflege	VK Summe Psych... u.a.	<b>VK Summe KLINIK</b>

---

## ***4. Was uns seit Jahren intensiv beschäftigt:***

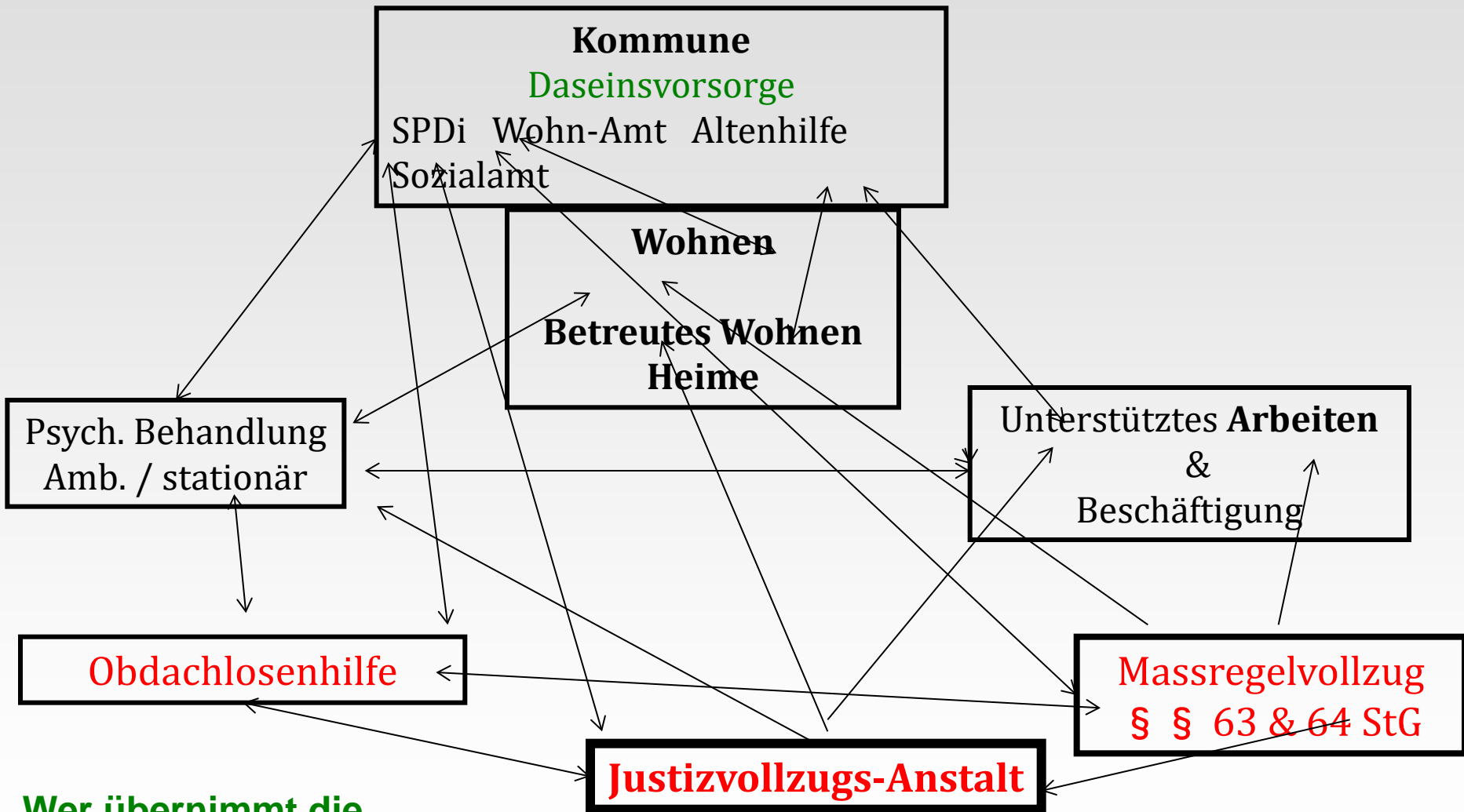
*die vier großen Gesetzgebungsprojekte:*

- PsychVVG – Versorgung und Vergütung von Krankenhausbehandlung
- BThG -- BundesTeilhabeGesetz
- PSG – Pflegestärkungsgesetze I & II
- Zuständigkeit für Kinder und Jugendliche *ohne und mit* Beeinträchtigungen:  
Kommt die „Große Lösung?“

***sowie neue normative Vorgaben***

- ✓ die UN-BRK (Inklusion)
  - ✓ die Bundesgerichtsentscheidungen zum Umgang mit  
Zwang
-

## 5. Systemverantwortung ?



Wer übernimmt die

Systemverantwortung für Teilhabe und Inklusion ?

(UN-BRK)