



Grundlegendes zu den Psy-OPS im Pflege- und Erziehungsdienst

Hintergründe der Einführung des OPS-Systems war die Absicht der Bundesregierung, auch in der Psychiatrie eine Wegbewegung von den tagesgleichen Pflegesätzen hin zu einer patientenbezogenen Vergütung von Krankenhausleistungen zu erreichen. Bekanntlich war die Psychiatrie aufgrund ihrer Komplexität von der DRG-Einführung nur mit verschobener Zeitplanung ausgenommen worden.

Es ist gelungen, für die Psychiatrie keine Diagnosebezogenheit einzuführen, sondern eine andere Formulierung in den gesetzlichen Vorgaben zu erreichen: ein „pauschalierendes Entgeltsystem“ soll zukünftig Grundlage der Finanzierung der Kliniken für Psychiatrie/Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie und psychosomatische Medizin und Psychotherapie sein (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) vom 17. März 2009, § 17d KHG)

Die Selbstverwaltungspartner (Spitzenverbände der gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung sowie Deutsche Krankenhausgesellschaft) wurden auf der Bundesebene beauftragt, für die voll- und teilstationären Leistungen ein „durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten“ zu entwickeln. Die unterschiedlichen Vergütungen für unterschiedlich aufwändige, „medizinisch unterscheidbare“ Patientengruppen sollen sich nach der amtlichen Begründung durch Relativgewichte (in Multiplikation mit einem Basistageswert) errechnen lassen.

Das bedeutet als **Zielvorgabe**, dass unterschiedlich „schwierige“ oder „aufwändige“ Patienten auch unterschiedlich hoch bezahlt werden sollen.

(Kevin braucht sehr viel mehr Pflege und Einzelbetreuung als Chantal, also ist Kevin teurer – und für viele Kevins könnte die Abteilung mehr Personal einstellen).

Die jetzt vorliegenden Prozedurencodes (Psy-OPS, 9-65-9.70) sind im Zuge des „lernenden Systems“ noch nicht budgetrelevant, sollen aber für die Umsetzung 2013 bereits in allen Häusern eingeführt werden, um bis dahin zu praktikablen, jährlich veränderbaren Prozedurencodes zu kommen, die wiederum einzig der Errechnung von Relativgewichten (um wie viel mehr ist denn dann Kevin teurer als Chantal – das 1,3 oder 2,2-fache?) und damit der „Bepreisung“ dienen..

Relevanz der Codes 9-65 – 9-70

Die jetzt vorliegenden Codes haben in den Reihen der Pflege- und Erziehungsdienste viel Verunsicherung ausgelöst. Sie erfassen Leistungen aller Berufsgruppen, sind aber keine Rechenschaftslegung über die gesamte Tätigkeit in der Klinik.

Berechnungen zeigen, dass mit den darüber erfassten Aufwänden 75 % der Tageskosten nicht abgebildet werden. Diese sind weiterhin „Sockelleistung“, oder „Grundrauschen“ auf den Stationen – das umso höher ausfallen dürfte, je schwerer erkrankt ein Patient ist, d.h. je weniger er oder sie in der Lage ist, nach Plan Therapieangebote aufzusuchen. (Auf die ebenfalls in Arbeit befindliche „Erfassung von Patientenmerkmale“, die derzeit für die Häuser, die an der Kalkulation teilnehmen, die schwer kranken Patienten eigens identifizieren helfen sollen, wird hier nicht näher eingegangen). Deswegen wird in der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Intensivbehandlung in Zeiteinheiten für Einzel- und Kleinstgruppenbetreuung gemessen und nicht in „Therapieeinheiten“.

Was gehört in den Sockel?

Neben allen Sachkosten des bisherigen „Basispflegesatzes“ (Räume, Energie, Reinigung, Medikamente, Verpflegung und alle weiteren Sachleistungen einschließlich Labor und Verwaltung) sind regelmäßige Verrichtungen, die alle Patienten erhalten, Sockelleistungen.

„Sockelleistungen“ werden in ganz erheblichem Umfang vom PED geleistet.

Dazu gehören:

- Aufnahme- und Entlassungsprozeduren (einschließlich der Anwesenheit eines PED-Mitarbeiters bei der körperlich-neurologischen Untersuchung – sie DKR-Psych.),
- alle schriftlichen Leistungen (Dokumentation, Pflegeplanung)
- Besprechungen (Teamgespräche, Konzeptgespräche, Visiten, Fallbesprechungen)
- regelhafte Grundversorgung wie z.B.: gemeinsame Mahlzeiten, Spaziergänge, Abendprogramm, reine Beaufsichtigung beim Freispiel, Morgenrunde, Stationsrunden allgemeine Hausgabenbegleitung

Was gehört in den Code als Therapieleistung?

1. Zunächst: Nur das was 25 Minuten und länger dauert!
2. Alles was unter „Bezugsarbeit“ fällt: Bezugsgespräche, Einzelaktivitäten, Einzelgespräche
3. Alles was mit individueller Arbeit mit dem Umfeld eines einzelnen Patienten zu tun hat: Elterngespräche, Elterntrainings, Teilnahme an Hilfeplanung, Mitwirkung an Familientherapien, Begleitung zu Vorstellungen in Jugendhilfe- oder Reha-Einrichtung
4. Alle Pädagogisch-Pflegerischen Leistungen die geplant nach Pflege- und Erziehungsplanung (oder Behandlungsplanung) durchgeführt werden, wie z.B.:
 - Hygienetraining
 - Störungsbezogene Gruppen, wie SKT-Gruppe, Essgestörtengruppe, Psychoedukationsgruppe, Suchtgruppe
 - Freizeitpädagogische zielorientierte Maßnahmen (z.B. Erlebnistherapie zur Angstbewältigung)
 - morgendliche Begleitung zum Joggen mit gezielter Anleitung zur Aktivierung
 - gezielte Begleitung eines einzelnen Patienten in die Gruppe hinein zur Gruppenintegration
 - Angeordnete Hausaufgabenbegleitung z.B. bei LRS, ADHS mit Zielorientierung
 - Begleitung zu somatischen Untersuchungen mit dem Auftrag der Haltefunktion und Entängstigung
 - Begleitung in die Schule zum Erreichen der Schulfähigkeit
 - Durchführen von VT-Programmen, Rückmelderrunden
 - Durchführen von heilpädagogischen Übungen
 - spezielle Spielangebote/Förderangebote
5. Akute kriseninterventionelle Gespräche
6. Themenzentrierte Gespräche in der Gruppe (z.B. Kai hat Uwe verprügelt, Sondergruppe wird einberufen)

Wichtig dabei: alle diese Leistungen müssen patientenindividuell und zielorientiert dokumentiert werden, d.h. in der Pflegedokumentation vom gleichen Tag nachvollziehbar sein.

Fundierung und Strukturierung

Von hoher Bedeutung ist die durchgeführte patientenindividuelle Pflege- und Erziehungsplanung, an die die jeweiligen geleisteten TEs gekoppelt werden sollten.

Hierzu existiert bereits reichhaltige Literatur (s. Artikel in Kuchenbecker 2008, Materialien der Fachweiterbildung u.s.m.)

Ravensburg, September 2010

H.Treiber, K.H. Ritzdorf, R.Schepker