



Stellungnahme der DGGPP e.V.

Neues Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik

Das neue Entgeltsystem sieht eine akribische Erfassung von 25-min-Therapieeinheiten vor. Der Bereich der Basisleistungen, die sich hierin nicht abbilden lassen, ist bisher jedoch nicht hinreichend charakterisiert.

Im Folgenden wird der Versuch unternommen, diese Basisleistungen für den Bereich der Gerontopsychiatrie inhaltlich zu beschreiben. Überschneidungen mit den Behandlungsbereichen Allgemeinpsychiatrie und Suchtmedizin sind dabei möglich.

Vorbemerkungen

Die Arbeitsanforderungen auf gerontopsychiatrischen Stationen werden wesentlich durch folgende Faktoren geprägt:

- Hohes Ausmaß an somatischer Komorbidität bzw. Multimorbidität mit entsprechendem Aufwand für Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie.
- Die psychiatrisch-somatische Komorbidität erfordert ein hohes Maß an psychiatrischer und somatischer Kompetenz; häufig gilt es, unverzüglich abzuklären, ob vital bedrohliche Situationen vorliegen (im Alter symptomarme Pneumonien; Elektrolytentgleisungen, Herzrhythmusstörungen, zerebrovaskuläre Ereignisse o. ä. als Ursache deliranter Syndrome usw.).
- Nicht zuletzt hierdurch kommt es in hohem Maß zu Unvorhersehbarkeit und Unplanbarkeit der Abläufe.
- Beeinträchtigungen der körperlichen Leistungsfähigkeit und der alltagspraktischen Fähigkeiten der Patienten mit entsprechend erhöhtem Zeitbedarf (alles dauert länger) und mit entsprechend erhöhtem persönlichen Unterstützungsbedarf bei alltäglichen Verrichtungen sowie diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.
- Reduzierte sensorische (Sehfähigkeit, Hörvermögen) und häufig auch kognitive Leistungsfähigkeit der Patienten mit entsprechend erhöhtem Zeitbedarf und größerer Komplikationsrate (Missverständnisse) bei Gesprächen und mit entsprechend erhöhtem Hilfsmittel-Bedarf (z. B. Hörhilfen).
- Die häufige Kombination von Desorientiertheit und Situationsverknennung bei gleichzeitigem hohem Grundpflegebedarf führt zwangsläufig immer wieder dazu, dass z. B. bei der Körperpflege schwierige Situationen entstehen, die umfangreiche Personalressourcen in quantitativer und qualitativer (erfahrenes Personal) Hinsicht erfordern.
- Reduzierte sensorische (Sehfähigkeit, Hörvermögen) und häufig auch kognitive Leistungsfähigkeit auch auf Seiten von Angehörigen (Ehegatten, bei Hochbetagten aber auch deren Kinder) mit entsprechend erhöhtem Zeitbedarf und größerer Komplikationsrate (Missverständnisse) bei Gesprächen.
- Große Bedeutung der Einbeziehung von Bezugspersonen; bei demenzkranken Patienten aufgrund der reduzierten eigenen Mitteilungs- und Entscheidungsfähigkeit, aber auch allgemein aufgrund der komplexen intergenerationellen Verflechtungen, vielfältigen wechselseitigen Abhängigkeiten und Unterstützungsbedarfe.
- Ambivalenzen von Angehörigen und innerfamiliäre Konflikte, die häufig zu erhöhtem Gesprächsaufwand (wiederholte Anrufe usw.) führen.

- Untypische, symptomarme, verschleierte und vom Patienten selbst nicht wahrgenommene und deshalb nicht berichtete psychopathologische Syndrome erfordern erhöhten Zeitaufwand und Erfahrung bei der Diagnostik.
- Juristische Aspekte und Aufgaben (Betreuungsrecht usw.) nehmen einen größeren Raum ein als in anderen Bereichen der Psychiatrie.

Ein erhöhter Aufwand resultiert nicht nur bei demenzkranken Patienten, sondern z. B. auch bei hochbetagten depressiven Patienten mit relevanten körperlichen Begleiterkrankungen.

Die Aufnahme von Patienten ist naturgemäß mit hohem Aufwand verbunden. Die OPS 1-903 soll diesem Umstand Rechnung tragen. Sie bildet aber nur die Leistungen von Ärzten und Psychologen ab, nicht die des Sozialdienstes und der Pflege.

Wenn die OPS 1-903 nicht verschlüsselt werden kann, weil das Zeitkriterium (mind. 2 Std. pro Tag) nicht erfüllt wird, ist gleichwohl für Ärzte und Psychologen auch unterhalb dieser Zeitgrenze ein erheblicher Aufwand entstanden.

Für alle Berufsgruppen gilt, dass zahllose und zumeist ungeplante Gespräche von weniger als 25 min Dauer für Diagnostik, Behandlungsverlauf und Schaffung eines therapeutischen Milieus von großer Bedeutung sind.

Bei Gruppenangeboten für desorientierte Demenzkranke ist hoher zeitlicher und personeller Aufwand erforderlich, bis man alle Patienten beisammen hat und um die Gruppe zusammen zu halten (Ergotherapie, Physio-/Bewegungstherapie, Erinnerungstherapie / "Gedächtnis-training")

Ärzte

Ärztliche Leistungen mit Patientenkontakt

- **Visite**
 - Fachärztliche Visite (Oberarztvisite)
 - Assistenzärztliche Visite (Stations- oder Bezugsarztvisite)
- **täglicher Kurzkontakt mit jedem Patienten**
 - Orientierung: Psychopathologie
 - Orientierung: körperlicher Zustand
- **Symptombezogene Untersuchungen (Schmerzen, Ödeme, Wunden, Herz/Lunge usw.)**
 - in Standardabläufen integriert (regelmäßige Kontrollen)
 - Bedarfsweise/notfallmäßige Indikation
- **Medizinische Maßnahmen**
 - Venöse Zugänge, Infusionen, intravenöse Medikamentengabe, Anlage von Nasen-Magen-Sonden

Ärztliche Leistungen ohne Patientenkontakt

- **Einholen von Vorinformationen** (meist dürftige Informationslage bei Aufnahme, Angaben auf Einweisungsschein oder Pflegeüberleitungsbogen müssen validiert werden, da Grundlage weiterer Therapie-Entscheidungen)
 - Angehörige (Ehepartner, Kinder, sonstige Verwandte, sonstige Bezugspersonen mit jeweils unterschiedlicher Wahrnehmung und Bewertung des aktuellen psychiatrischen Problems → Abwägen von Interessenkonflikten)
 - Haus- und/oder Facharztpraxis
 - Entlassungsberichte jüngster (somatischer) Krankenhausaufenthalte anfordern (eigentlich nicht Arztaufgabe, faktisch jedoch oft von Ärzten zu erledigen)
 - Gerontopsychiatrische Fremdanamnese = Detektivarbeit, Problemanalyse mittels zeitaufwändiger (Telefon-)gespräche, viele kürzer als 25 min aber in der Summe aufwändig.

- **Kurvenvisite, Übergabe; spezieller: Morgenbriefing zwischen Pflege und Ärzten**
 - Sichtung/Benennung der relevanten (tagesaktuellen) Informationen
 - Verteilung von Arbeitsaufträgen
- **Arztbrieferstellung**
 - Würdigung psychiatrischer und somatischer Auffälligkeiten
 - Differentialdiagnostik insbesondere bei Abklärung kognitiver Störungen
- **Schrift- und Telefonverkehr**
 - Schriftverkehr mit Betreuungsgerichten bzgl. Unterbringung, Betreuung oder Fixierungsmaßnahmen
 - MDK-Anfragen, Kostenverlängerungsanträge
 - Sozialamt (Leistungen nach SGB...)
 - Einholen von Einwilligungen für diagnostische und therapeutische Maßnahmen (Betreuer, Angehörige)
- **Fallbesprechungen, Therapieplanung**
 - Multiprofessionelles Setting (neben Ärzten: Pflege, Physio-/Ergotherapeuten Psychologen, Sozialdienst)
 - Versorgungsplanung (z. B. Heimübersiedlung ja/nein)
 - ggfs. pfadgesteuerte Planung und deren individuelle Anpassung, z. B. bei Ko- / Multimorbidität (dementielles/delirantes/depressives...Syndrom)
 - Entlassungsmanagement (Koordination, welche Stellen müssen wie informiert werden?)
- **Abklären und Vermeiden von Medikamentenneben- und -wechselwirkungen**
 - Aufgrund der Komplexität der Verordnungen bei älteren Patienten Nutzung verschiedener Medien notwendig (einschlägige Literatur; PSIAC; Rote Liste)
 - Visiten unter Hinzuziehung spezifischer pharmakologischer/pharmazeutischer Kompetenz, Besprechung mit Apotheker
 - Inwieweit waren die Medikamente (bzw. deren Interaktion) verantwortlich für die Psychopathologie?
 - Welche Psychopharmaka können individuell eingesetzt werden, welche nicht?
 - Konsiliarische Besprechung mit Internist und ggf. anderen Fachärzten
- **Veranlassung weiterer Diagnostik**
 - Differentialdiagnostik aufgrund der Psychopathologie
 - Ggf. Differentialdiagnostik aufgrund somatischer Problematik (unter Umständen mittels Verlegung in eine andere Klinik)
 - Inhaltliche Begründung muss dokumentiert werden
 - Untersuchungen müssen formal-bürokratisch veranlasst werden (Anordnung → Ausformulierung der Fragestellung an den jeweiligen Untersucher)
- **Darüber hinaus gehende formal-bürokratische Tätigkeiten im Stationsablauf**
 - die Veranlassung der Diagnostik ist ja oben schon erwähnt
 - Dokumentation des (psychopathologischen und ggf. somatischen) Verlaufes
 - Kontrolle von Übertragungen (Dokusystem)
 - Freigabe von Medikamentenanforderungen, BtM usw.
- **Supervision und Fortbildung**

Aufgrund/Bei Multimorbidität:

- häufiger (notfallmäßige) symptombezogene Untersuchungen
- häufiger Labor-, EKG-, Röntgenkontrollen
- häufiger Konsile (Anforderung und Besprechung)
- häufiger Verlegungen aufgrund somatischer Krankheitsbilder
- Integration und Besprechung der Befunde, Therapieplanung, enge oberärztliche Supervision
- Vermehrter Zeitaufwand für medizinische Maßnahmen (Blutentnahme, EKG u. a. Kontrolluntersuchungen, Infusionen usw.)

Psychologen

- Teilnahme an Visiten und Besprechungen, ggf. als Bezugstherapeuten tgl. Kurzkontakte zu den jeweiligen Patienten (s. Ärzte)
- Verlaufsdokumentation (s. Ärzte)
- Als Bezugstherapeuten ggf. Arztbriefschreibung (s. Ärzte)
- Kurzkontakte zu Angehörigen und anderen Institutionen/Vorbehandlern (s. Ärzte)

Sozialdienst

- Assessment/Sozialanamnese nach der Aufnahme, meist in Form vieler kurzer Gespräche, Telefonkontakte oder Dokumentenstudium
- Teilnahme an Visiten und Besprechungen, ggf. als Bezugstherapeuten tgl. Kurzkontakte zu den jeweiligen Patienten (s. Ärzte)
- Versorgungsplanung, Entlassungsvorbereitung, Schriftverkehr mit Heimen, Kostenträgern, Sozialleistungsträgern
- Anträge (Pflegeversicherung usw.)

Physiotherapeuten, Ergotherapeuten

Aufgrund der reduzierten körperlichen und geistig-seelischen Belastbarkeit sind vielfach nur Interventionen möglich, die deutlich kürzer andauern als 25 min (Spiele, Aktivierungsübungen, Gehtraining, passive Mobilisation bei bettlägerigen Patienten usw.)

Gerontopsychiatrische Pflege

- Die Aufnahme von Patienten ist mit hohem Aufwand verbunden. Dazu gehört neben der Pflegeanamnese, der Verarbeitung der Pflegeüberleitung, der (fremdanamnестischen) Erhebung von biographischen Besonderheiten, Vorlieben, Abneigungen, besonderen Gewohnheiten vielfach auch die administrative Aufnahme, weil die Patienten meist direkt auf die Station gebracht werden. In den ersten Tagen ist zum Kennenlernen des Patienten erhöhter Beobachtungsaufwand erforderlich, bei unruhigen, deliranten, aggressiven oder suizidal gefährdeten Patienten in besonderem Maße
- Umfangreiche, zeit- und ressourcenaufwändige teil- und vollkompensatorische Pflege in allen alltagspraktischen Bereichen im Kontext somatischer Multimorbidität, die nicht in 25-min-Therapieeinheiten fassbar ist:
- klassische Grundpflege (Essen, Trinken, Körperpflege, An-/Auskleiden usw.) und Behandlungspflege (Insulingaben, Verbandwechsel, Dekubitus- und Pneumonieprophylaxe, Katheterpflege usw.)
- Grundpflege ist als ressourcenorientierte aktivierende Pflege (Patient wird darin gefördert, so viel wie möglich noch selbst zu tun) zeitaufwändiger
- aktivierende und Sinn findende Tagesgestaltung (Aktivierungsrunden, Musik), in diesem Zusammenhang sei das Verfahren der „Zehn Minuten Aktivierung“ erwähnt, das der begrenzten Belastbarkeit vieler gerontopsychiatrischer Patienten Rechnung trägt.
- Förderung oder zumindest Erhalt von Außenorientierung (begleitete Spaziergänge, Realitätsorientierung)
- situationsbezogene deeskalierende Interventionen, v. a. als Validation bei dementen Patienten
- Pflegeprozess → Anamnese, Planung, ...
- Dienstübergaben
- Pflegeüberleitung
- Kontrolle ob die angeordneten Untersuchungen durchgeführt und vom Arzt zur Kenntnis genommen sind

- Befunde ausdrucken, vorsichten, in Ärzte/Patientenfächer sortieren
 - Info an Arzt bei vital gefährdendem Befund
 - Info an Dienstarzt, sofern im Tagesdienst wichtige Befunde nicht zur Kenntnis gelangten
- Dokusystem (Kurven, Befundmappen usw.) ordnen / übersichtlich halten
- Pflegerische Teilnahme an
 - Visiten und Teambesprechungen
 - Kurvenvisite, Übergabe, Morgenbriefing (s. Ärzte)
- Stationsrunde
- Stationslogistik
 - Bevorratung, Anforderungen von Hilfsmitteln, Hygiene- und Desinfektionsmaterial
 - Apotheke incl. BtM usw.
- Blasenkatheteranlage- und Versorgung, Ernährungssonden / Infusionen / Venenverweilkanülen, Insulingabe u. a. i. m. bzw. s. c. Injektionen, Inkontinenzversorgung
- Bei Inkontinenzversorgung oft ablehnende Haltung des Patienten; vorausschauende Toilettengänge, damit verwirrte Patienten nicht Notdurft „an Ort und Stelle“ verrichten, oder sich bei Alleingängen selbst gefährden (z.B. durch bei Sturzneigung)
- Medikamente stellen und für die Applikation einnahmefertig vorbereiten
 - Verschiedenartige Darreichungsformen (oral, sublingual, transdermal...)
- Medikamententraining
 - Patienten selbst oder Angehörige
 - Monitoring der Medikamenteneinnahme
- Lichttherapie
- Basale Stimulation, Aromatherapie, Ohrakupunktur, Snoezelen usw.
- Beaufsichtigung / Kontrolle bei
 - Sturzgefährdung
 - Orientierungsstörung
 - Schluckstörung
 - anderem eigen- oder fremdgefährdenden Verhalten
- Schaffung und Erhalt eines therapeutischen Milieus:
 - Klima von Akzeptanz und Geborgenheit
 - Förderung bzw. zumindest Erhalt von Selbständigkeit
 - Aktivierung, Förderung von Eigeninitiative
 - Förderung von sozialen Kontakten, Beziehungsfähigkeit und sozialer Kompetenz
 - Prävention von Eskalationen zwischen Patienten
 - Personalaufwändig da Präsenz erforderlich („Stubenwache“)

Besondere Problemfelder

- Multimorbidität:
 - Häufiger Vitalzeichenkontrolle, U-Status, Ein-/Ausfuhr-Kontrolle
- Situations- und Personenverkennungen, Grenzüberschreitungen (Pat. im fremden Bett usw.),
 - hierdurch Eskalationsgefahr
- Argwöhnisches bis feindseliges Verhalten der Pat.:
 - Mangelnde Kooperation beim An-/Auskleiden, Körperpflege, Ernährung (erhöhter Zeitaufwand)
- Apathisch-adyne Zustandsbilder, schlechter AZ, interkurrente Erkrankungen; Schluckstörungen:
 - Probleme bei der Nahrungsaufnahme (erhöhter Zeitaufwand)

- Erhöhter Zeitaufwand durch eingeschränkte Mobilität der Pat.
 - Vorhalten, Wartung und Einsetzen von mobilitätsfördernden Hilfsmitteln (Rollator, Rollstuhl, „easy walker“)
 - Vorausschauende Logistik, damit Patient termintreu bei Untersuchungen, Visiten, Anwendungen etc.
 - Mobilitätsfördernde Maßnahmen
 - Ggf. Lagerungsmaßnahmen im Bett
 - Umlagern aus Bett im Zimmer in Liegestuhl/Sessel im Tagesraum

Von unterschiedlichen Berufsgruppen leistbar

- Neuropsychologische Basisdiagnostik (Assessment – Ärzte, Psychologen, Pflege, Ergotherapeuten)
 - Häufig bei Aufnahme noch nicht sinnvoll bzw. durchführbar; Verlaufskontrollen
- Sicherstellung der Versorgung mit Dingen des tgl. Bedarfs (Kleidung usw.) bzw. Geld (Sozialdienst, Pflege)
- Einholen von Vorinformationen (Sozialdienst, Psychologen, Pflege)
- Blutentnahme (Ärzte, Pflege, Stationsassistentinnen)

Redaktion:

Dr. Dirk K. Wolter

Inn-Salzach-Klinikum, Wasserburg a. Inn

Dr. Björn Ahl

Klinik Dr. Fontheim, Liebenburg

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie e.V. (DGGPP)
im Februar 2010

- www.dggpp.de -