

Soziale Psychiatrie ist mehr als eine Sozialhilfepsychiatrie

Zur Bedeutung der Leistungen aus dem SGB V
im gemeindepsychiatrischen System

Nils Greve

Berlin, 24.05.2018



Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.

GpG NRW

„Psychiatrie ist soziale Psychiatrie, oder sie ist nichts wert.“

Klaus Dörner

„Sozialhilfepsychiatrie“

- Seit der Psychiatrie-Enquête Aufbau der „komplementären“, „gemeindenahen“ psychiatrischen/psychosozialen Angebote
 - Konzentration auf schwere psychische Erkrankungen (SMI)
- Was vor allem fehlte: praktische lebensweltorientierte Unterstützung
 - Förderung der Selbstversorgung und der Teilhabe am Arbeits- und Gemeinschaftsleben
- Grundsicherung als häufige Folge schwerer psychischer Erkrankungen
 - Reha fehlt!
- Eingliederungshilfe ist (bis jetzt) aus der Sozialhilfe finanziert
 - Das ändert sich durch das BTHG!

EH-Spezialisten oder Universal-Anbieter?

- **Eingliederungshilfe:** schrumpfender Anteil, höhere Risiken für Leistungserbringer
- **Pflege (SGB XI/XII):** wegen BTHG bedeutsam, bisher kaum erschlossen, Problem Gewinnung von Fachkräften (PDL u.a.)
- **Medizinische Rehabilitation:** bisher unzureichend vorhanden
- **Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben:** zersplitterte Finanzierungs- und Träger-Landschaft, neue Chancen durch BTHG?
- **SGB V:** neue Chancen bei Soziotherapie, APP unzureichend verbreitet, §§ 140a und 64b ausbauen
- **Jugendhilfe:** Überschneidungen bei Jugendlichen und Heranwachsenden, neues Thema „Transitionspsychiatrie“
- **Prävention,** u. a. Kinder psychisch kranker Eltern

Sozialpsychiatrische Vision: Komplexleistung „wie aus einer Hand“

- **Ganzheitliche**, flexible,
- multikonzeptionelle und multiprofessionelle,
- individuell bedarfs- und bedürfnisgerechte,
- den Wünschen und Lebensumständen der Hilfeempfänger entsprechende,
- jederzeit leicht erreichbare (barrierefreie) „**Hilfe**“
- mit Angeboten aus allen SGB,
- in personeller Kontinuität ggf. über lange Zeiträume,
- **so weit wie möglich** (und gewünscht) **im gewohnten Lebensumfeld**,
- so lange und zeitintensiv wie erforderlich,
- unter **Einbeziehung des „sozialen Umfelds“** = der wesentlichen Bezugspersonen,
- therapeutisch ausgerichtet auf Förderung der Selbstbestimmung und sozialen Teilhabe

Die drei Subkontinente der psychosozialen Versorgung

- **Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen an Allgemein-Krankenhäusern (SGB V)**

- Stationen
- Tageskliniken
- Institutsambulanzen
- Stationsäquivalente Behandlung

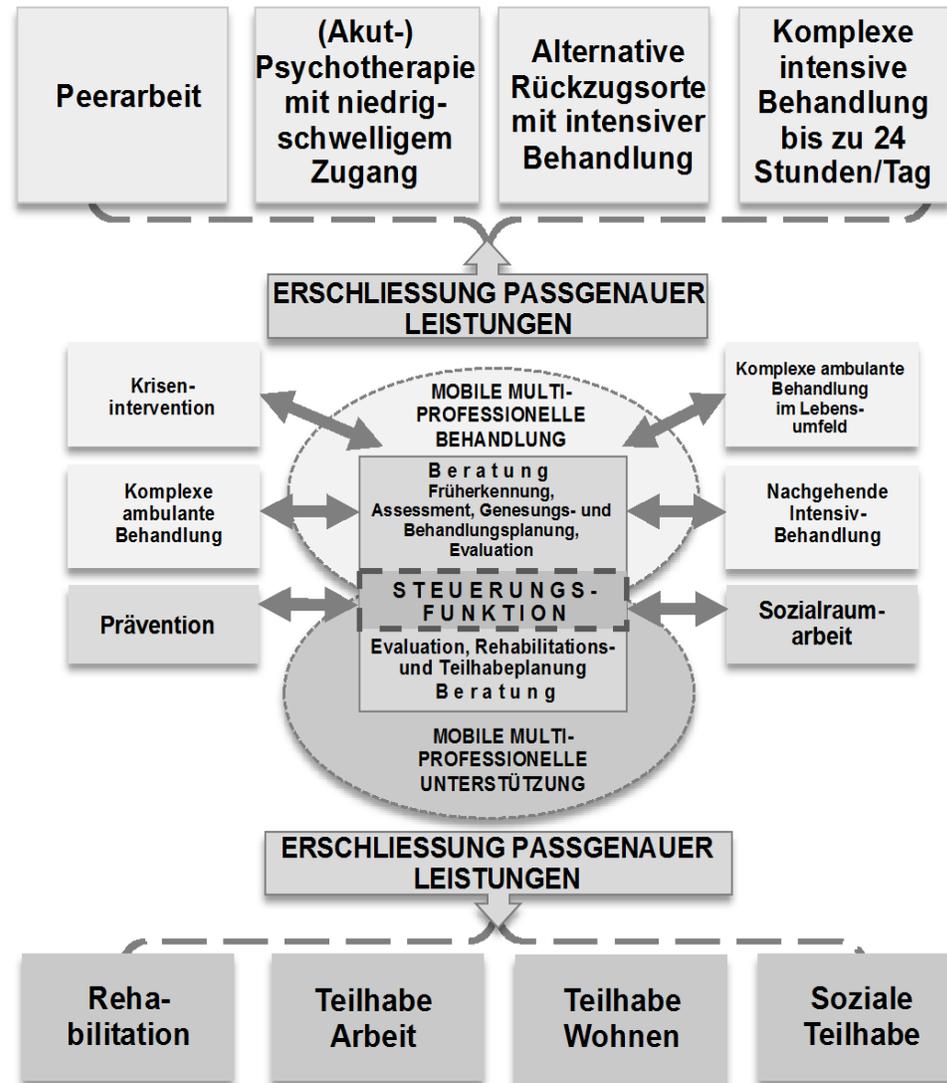
- **Niedergelassene Praxen (SGB V)**

- Haus- und Fachärzte
- Medizinische Versorgungszentren
- Psychotherapeuten
- Ergo-, Sozio-, Physiotherapeuten
- Pflegedienste (SGB V/XI/XII)

- **Gemeindepsychiatrische Dienste**

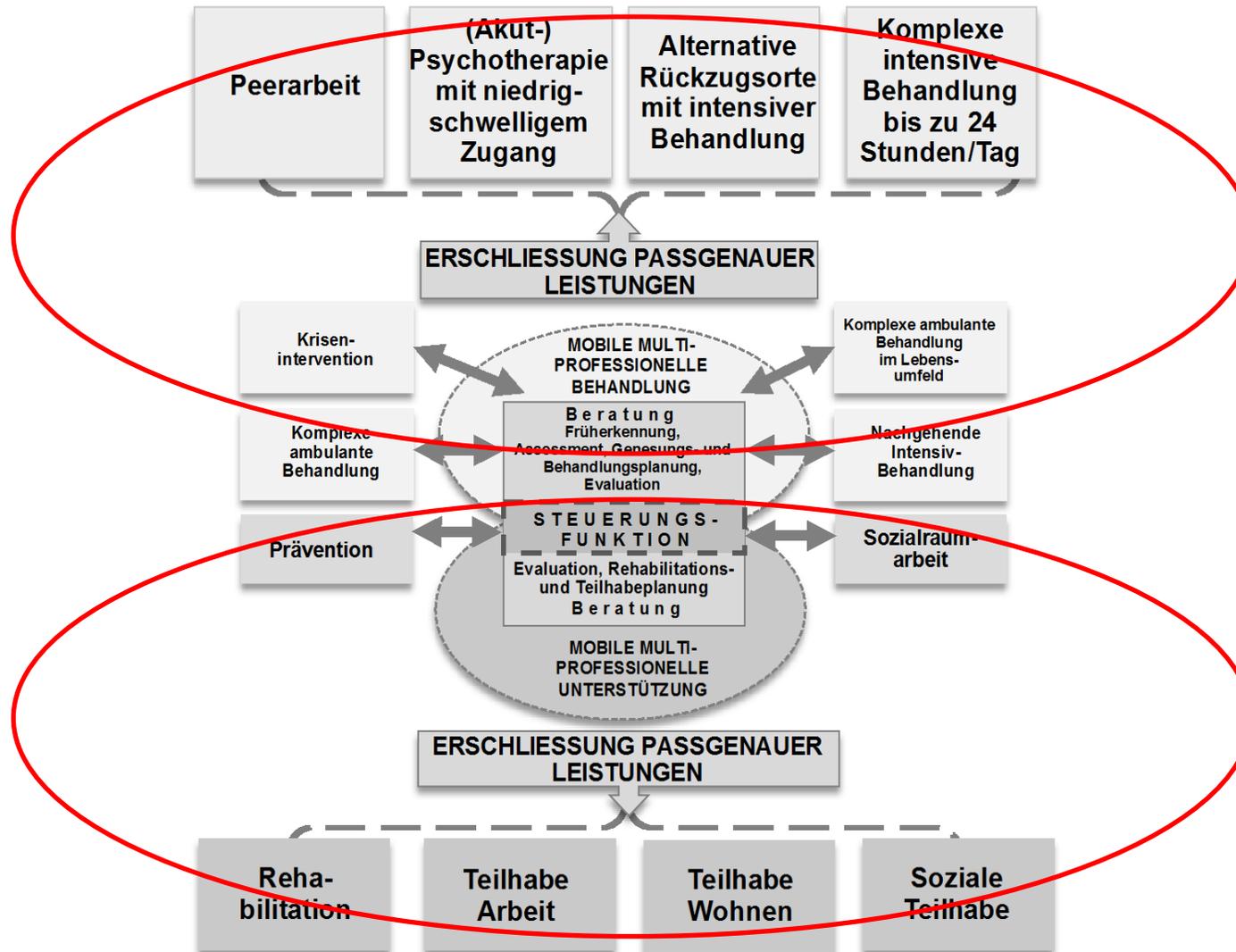
- Med. und berufl. Rehabilitation
- Wohn- und Betreuungsangebote
- Arbeits- und Beschäftigungsangebote
- Sozialpsychiatrische Dienste
- Ergo- und Soziotherapeuten
- Pflegedienste (SGB V, XI und XII)

Das „Funktionale Basismodell“



Steinhart & Wienberg 2017

Das „Funktionale Basismodell“



Steinhart & Wienberg 2017

Was alles fehlt ...

- Medizinische Rehabilitation, Anschluss-Heilbehandlung *
- Berufliche Rehabilitation *
 - * vor Ort!
- Vernetzung aller (!) Hilfen, Gemeindepsychiatrischer Verbund *
- Anker- und Lotsenperson mit Management aller Hilfen *
 - * ... zum Teil durch Soziotherapie abgedeckt
- Einbeziehung des familiären und des weiteren sozialen „Umfelds“
- Psychotherapie
 - für SMI und vernetzt!
- Ambulante Krisenintervention rund um die Uhr
- Assertives Aufsuchen (ACT)
- Peer-Beratung, Genesungsbegleitung
- ...

Was es alles gibt (oder geben könnte) ...

... im SGB V:

- Soziotherapie
- Ambulante psychiatrische Pflege
- Ambulante Ergotherapie
- (Medizinische) Rehabilitation
- Stationsäquivalente Behandlung
- Entlassmanagement
- Krankenhaus
- Medizinisches Versorgungszentrum

- Integrierte (Besondere) Versorgung
- Modellvorhaben
- Innovationsfonds

Soziotherapie (§ 37a SGB V)

- Zielgruppe schwer psychisch erkrankte Menschen
- Ziele:
 - Inanspruchnahme von Leistungen ermöglichen (SGB V)
 - Abbau psychosozialer Defizite durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen
 - Koordinierte und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung
 - Koordination der im Rahmen des Behandlungsplanes festgelegten Maßnahmen
- ... überwiegend im sozialen Umfeld des/der Patient*in
- Erweiterte Verordnungsmöglichkeiten (Indikationen, Verordner)

- Landesrahmenverträge in wenigen Bundesländern mit unzureichenden Vergütungen
- Neu: Schiedsverfahren, aber kein Kontrahierungszwang (§ 132b SGB V)
- Diverse Verhandlungen mit dem Ziel „guter“ Konditionen laufen

Ambulante Psychiatrische Pflege (§ 37 SGB V)

- Inhalte:
 - Krankheiten heilen, Verschlimmerung verhindern, Beschwerden lindern (Behandlungspflege)
 - Grundverrichtungen des häuslichen Lebens (Grundpflege)
 - Aufrechterhaltung der eigenständigen Haushaltsführung (hauswirtschaftliche Versorgung)
- Ziele:
 - Verbleib oder frühzeitige Rückkehr in häuslicher Umgebung (Krankenhausvermeidungspflege)
 - Ärztliche Behandlung ermöglichen oder sichern (Sicherungspflege)
 - Sicherstellung der Versorgung nach KH bzw. OP (Unterstützungspflege)
- ... im Haushalt des/der Versicherten oder seiner/ihrer Familie oder an sonstigen geeigneten Orten
- Abgrenzung der APP zu paralleler Soziotherapie erforderlich

Ambulante Psychiatrische Pflege

- Begrenzung auf bestimmte Diagnosegruppen
- Begrenzung auf 4 Monate mit unterschiedlichen Regeln zur Verlängerung bzw. erneuten Verordnung
- Richtlinie des G-BA ist in Überarbeitung

- APP eignet sich zur Krisenintervention!
- Problem auch hier: unzureichende Vergütungen
- Schiedsverfahren, Kontrahierungszwang (§ 132a SGB V)

- Perspektive: kombinierte Pflegedienste für psychisch erkrankte Personen (SGB V + XI)

(Medizinische) Rehabilitation (§ 40 SGB V)

Ambulante Ergotherapie (§ 32 SGB V)

- Vielfalt der Kostenträger der Rehabilitation: Kranken-, Unfall-, Rentenversicherung, Arbeitsagenturen/Jobcenter
- Medizinische Rehabilitation findet kaum statt!
 - Anschluss-Heilbehandlung nach Krankenhausbehandlung ???
- Empfehlungsvereinbarung der BAR von 2005:
 - RPK als selbständige Organisationseinheit im regionalen Versorgungssystem
 - Verknüpfung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation unter einem Dach
 - Berufliche Rehabilitation in Kooperation mit Betrieben/Einrichtungen der Region
- Ambulante Ergotherapie als Eingangsmaßnahme für
 - Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
 - Tagesstrukturierende Maßnahmen der Eingliederungshilfe
- Unterstützte Beschäftigung ???

Stationsäquivalente Behandlung (PsychVVG)

§ 115d SGB V

- Krankenhäuser und Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung **können** ...
- ... wenn (solange) **Indikation für stationäre psychiatrische Behandlung** besteht ...
- ... stationsäquivalente psychiatrische Behandlung **im häuslichen Umfeld** anstelle einer vollstationären Behandlung erbringen.
- Sicherstellung und Behandlungsverantwortung durch den Krankenhausträger
- Krankenhaus **kann an der ambulanten Versorgung teilnehmende Leistungserbringer** oder ein anderes Krankenhaus mit der Durchführung von **Teilen der Behandlung** beauftragen

StäB (2)

- Vereinbarung zwischen GKV, PKV und DKG
 - Delegation an andere Leistungserbringer: maximal 50 % der Gesamtzeit
- Unbewertete OPS, Vergütung muss verhandelt werden
- In der Regel nur innerhalb des bestehenden Krankenhausbudgets möglich
- Doppelstrukturen statt Verbund-Integration?
- Eckpunktepapier (DGPPN und zahlreiche Verbände)
 - Funktionale Betrachtung der StäB
 - Daraus abgeleitet: Wer soll die Leistung erbringen?
 - StäB als Ergänzung der vorhandenen ambulanten Versorgungssysteme
 - Doppelstrukturen vermeiden

StäB: Förderung der regionalen Kooperation?

Drei mögliche Varianten:

- Beauftragung ambulanter LE mit der Durchführung der täglichen Besuche
 - Pflegedienste, IV-Anbieter, Eingliederungshilfe
 - Gemischte Teams
 - 50-Prozent-Grenze
- Einbeziehung ambulanter Angebote in die StäB
 - Teilfinanzierung aus deren eigenen Ressourcen (z. B. Bewo)
- Gemeinsames Entlassmanagement

Krankenhaus, MVZ

- Gemeindepsychiatrisch eingebettete Tagesklinik
- Institutsambulanz
- Medizinisches Versorgungszentrum
- Große Klinikträger mit „angeschlossener Gemeindepsychiatrie“

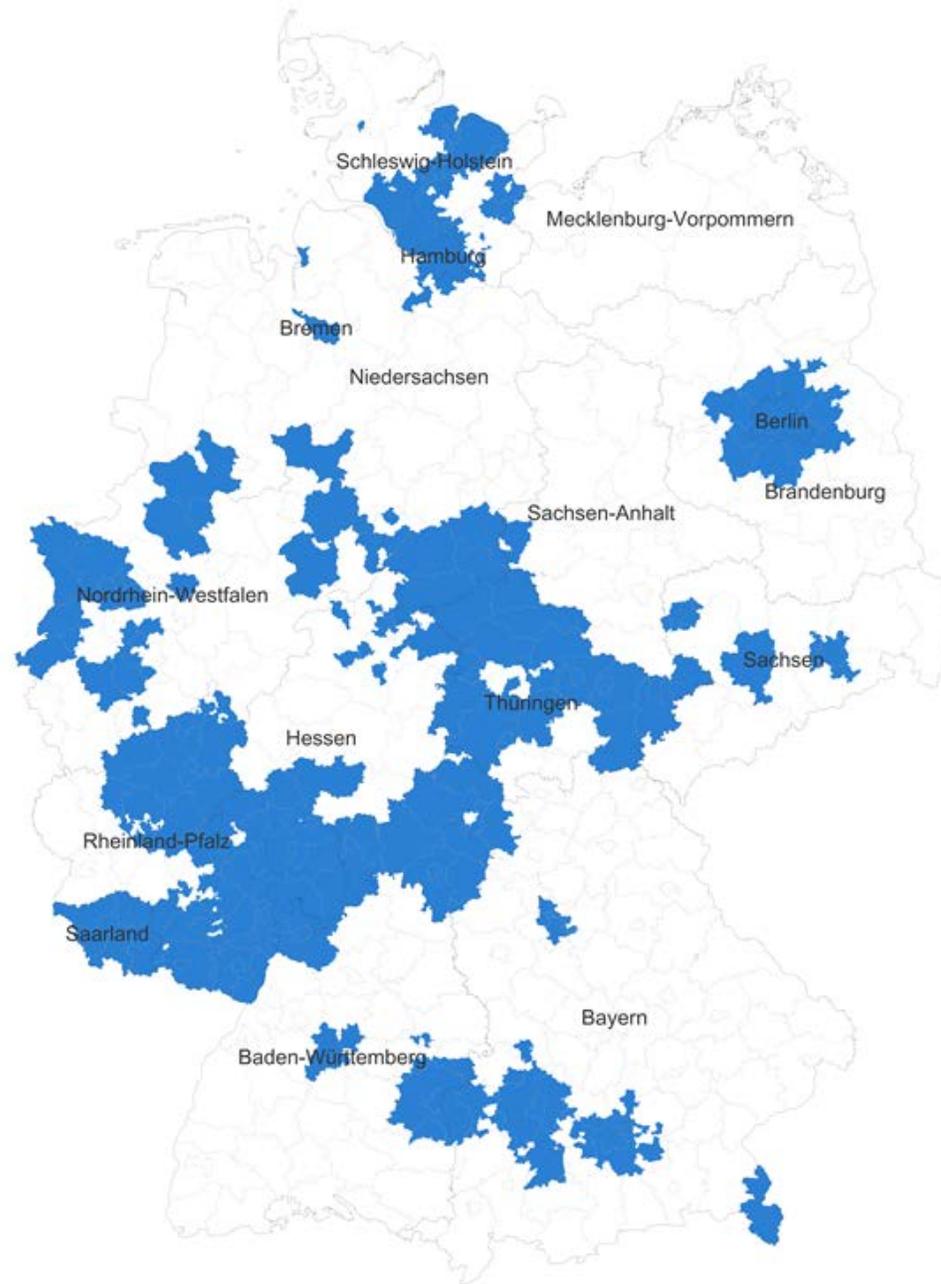
Besondere Versorgung (§ 140a SGB V)

- Selektivverträge in dreifacher Hinsicht:
 - Einzelne Krankenkassen
 - Einzelne Leistungserbringer (Vertragsnehmer)
 - Einschreibung der Versicherten erforderlich
- Integrierte Versorgung (IV): Leistungssektoren oder medizinische Fachrichtungen übergreifende Versorgung

IV-Verträge vom NWpG-Typ

- „Netzwerk psychische Gesundheit“: gemeindepsychiatrisch basierter IV-Vertrag mit TK, KKH, AOK RH u. a.
- Ziele:
 - Ertüchtigung der ambulanten Behandlung, Aufbau ambulanter – ggf. aufsuchender – Komplexbehandlung durch Schaffung zusätzlicher Angebote
 - Reduzierung stationärer und teilstationärer Krankenhaustage, soweit diese lediglich durch unzureichende ambulante Strukturen bedingt sind
- Ähnliche Verträge mit BKKen („SeGel“) sowie regional
- ≈ Community Mental Health + Crisis Resolution Team, Orientierung an FACT und OD
- Vernetzung mit allen Hilfen außerhalb des SGB V

NWpG-Regionen



NWpG-Vertragspartner

- Vorwiegend regionale Managementgesellschaften
- Deren Partner:
 - Gemeindepsychiatrische Leistungserbringer (SGB V, XII u.a.)
 - Krankenhäuser bzw. Fachabteilungen einschl. PIA
 - Vertragsärzte, -psychotherapeuten
 - ggf. weitere Leistungserbringer, z. B. MVZ

Beispiel:



- 23 Gesellschafter
- IV-Vertragspartner der Krankenkassen
- Verträge mit allen Leistungserbringern
 - Hauptverträge mit 35 Anbietern gemeindepsychiatrischer Komplexleistungen, darunter **5 Fachkliniken**
 - Abrechnung ärztlicher Leistungen mit ca. **150 KV-Ärzten** und **7 Kliniken** (PIA)
- Leistungsbeginn Frühjahr 2012
- ≈ 3000 eingeschriebene Teilnehmer
- Aktive Regionen: DU, E, MH, OB, BOT, SG, W, K, LEV, ME, BN, BM, MG, WES, KLE, HS, MI, LIP, MS, ST, COE, PB, VIE
- Einzugsgebiet ca. 8,5 Mio. Einwohner

BAG Ambulante Behandlung

Früher „AG SGB V“, „BAG Integrierte Versorgung“

- Fachausschuss des Dachverbands Gemeindepsychiatrie
- IV-Vertragsnehmer und Leistungserbringer aus Schleswig-Holstein, Hamburg, Ostfriesland, Bremen, Raum Göttingen, Berlin/Brandenburg, Raum Dresden, Darmstadt, Rheinland-Pfalz Nord, Rhein-Main, Stuttgart, Bayern (M/A/N), NRW, ...
- Umsetzung von IV-Verträgen in rund 80 Regionen
- Unterstützung der Entwicklung weiterer SGB-V-Leistungen
- Koordinierungskreis, Arbeitsgruppen, Praktikertreffen
- Akquise und Weiterentwicklung von IV-Verträgen, Sicherung der Qualitätsstandards, Veranlassung wissenschaftlicher Evaluation

Modellvorhaben gemäß § 64b SGB V

- Bisher ausschließlich Versorgungskrankenhäuser
- Teilweise mit allen, andere mit einigen Krankenkassen
- Überwindung der „inneren“ Sektorengrenzen
 - Station, Tagesklinik, Institutsambulanz/MVZ
 - nicht: Sektoren = Versorgungsgebiete
- Ergänzung durch Home Treatment in sehr unterschiedlichem Ausmaß

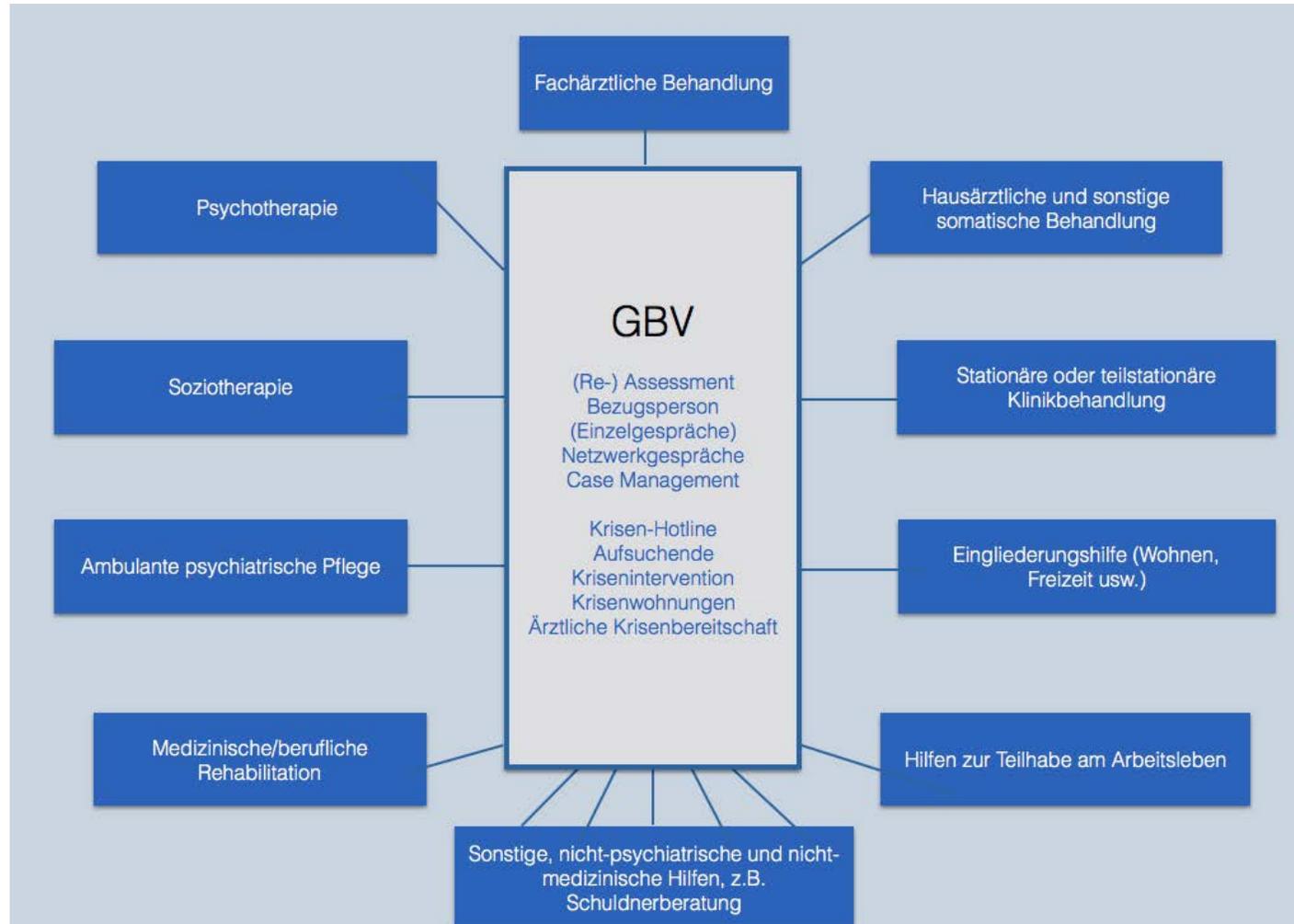
Innovationsfonds

- Ausschreibungen des Innovationsausschusses beim G-BA
- Förderung innovativer Versorgungsformen und der Versorgungsforschung
- Derzeit 4. Förderwelle ausgeschrieben
 - Themenfeld 1: Sozialleistungsträgerübergreifende Versorgungsformen
- UKE Hamburg mit Partnern: RECOVER
- KV Nordrhein: NPPV
- Dachverband Gemeindepsychiatrie: GBV – Gemeindepsychiatrische Basisversorgung



GBV

Gemeindepsychiatrische
Basisversorgung



Exkurs: Krisendienste und Zwangseinweisungen

- UN-BRK: Keine Einschränkungen von Selbstbestimmung und Teilhabe wegen Behinderung!
- Signatarstaat ist rechtlich zur Umsetzung verpflichtet.
- Beispiel: § 14 PsychKG NRW
 - sofortige Unterbringung „zur Abwendung einer unmittelbaren Gefahr“ durch die Ordnungsbehörde, richterliche Entscheidung am folgenden Tag
 - ärztliches Attest „grundsätzlich“ von Facharzt oder „in der Psychiatrie erfahrenem Arzt“
- Ergebnis in der Praxis: sofortige Unterbringung ist Regelfall ohne Facharzt- und ohne Richter-Standard
- Forderungen:
 - Rufbereitschaften von Fachärzten und Richtern!
 - Psychiatrische Krisendienste flächendeckend, verbindliche Beteiligung!

Sozialpsychiatrische Vision: Komplexleistung „wie aus einer Hand“

- Ganzheitliche, flexible,
- multikonzeptionelle und multiprofessionelle,
- individuell bedarfs- und bedürfnisgerechte,
- den Wünschen und Lebensumständen der Hilfeempfänger entsprechende,
- jederzeit leicht erreichbare (barrierefreie) „Hilfe“
- mit Angeboten aus allen SGB,
- in personeller Kontinuität ggf. über lange Zeiträume,
- so weit wie möglich (und gewünscht) im gewohnten Lebensumfeld,
- so lange und zeitintensiv wie erforderlich,
- unter Einbeziehung des „sozialen Umfelds“ = der wesentlichen Bezugspersonen,
- therapeutisch ausgerichtet auf Förderung der Selbstbestimmung und sozialen Teilhabe

The Missing Link



Perspektive: Zusammenarbeit aller Akteure (1)

Zusammenführung von Kompetenzen

- ... der **niedergelassenen Ärzte**: personell kontinuierliche Basisbehandlung vor Ort, z. T. Spezialangebote
- ... der **niedergelassenen Psychotherapeuten**: breite psychotherapeutische Versorgung
- ... der übrigen **ambulanten Anbieter**: Ergänzung durch ihre speziellen Angebote (Pflege, Ergo-, Soziotherapie)
- ... der **Kliniken und Fachabteilungen**: Schwerpunkt auf zeitlich begrenzten, multimodalen, störungsspezifischen Therapien in therapeutischen Milieus
- ... der **Gemeindepsychiatrie**: Schwerpunkt auf personenzentrierten ganzheitlichen Hilfen im alltäglichen Lebensumfeld

Perspektive: Zusammenarbeit aller Akteure (2)

- Zusammenführung von Ressourcen
 - ... der Kliniken: Stationäre und teilstationäre Behandlung, PIA, stationsäquivalente Behandlung, Modellvorhaben
 - ... der niedergelassenen Leistungserbringer: ambulante Regelversorgung (Drittes Kapitel SGB V)
 - ... der gemeindepsychiatrischen Leistungserbringer: ggf. Pflege/ST/ET; Selektivverträge (einschl. Krisendienste); SGB II/III, VIII, IX, XI, XII

Ziel: gemeinsame ganzheitliche Versorgung durch die jeweils regional geeigneten Leistungserbringer

- Fallbezogene Kooperation
- Gemeindepsychiatrischer Verbund
- Gemeinsame Teams

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

- www.psychiatrie.de/dachverband
- www.gpg-nrw.de
- E-Mail: greve@psychiatrie.de

