



# Finanzierung gemeindepsychiatrischer integrierter Versorgung

Was für ein Entgeltsystem braucht die gemeindenahe integrierte Versorgung?

Welche Konsequenzen hatte die bisherige PEPP-Erprobung für Träger der Gemeindepsychiatrie?

Nils Greve, Solingen



Dachverband  
Gemeindepsychiatrie e.V.

„Neue Finanzierung der Psychiatrie“, Essen, 23.04.2016

# Gemeindepsychiatrie

- Gemeindenahe Psychiatrie, Therapeutische Kette (Psychiatrie-Enquête 1975)
- Gemeindepsychiatrie, Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV – Expertenkommission 1988)
- Steuerung der Versorgung in kommunalen Gebietskörperschaften bzw. in „Versorgungsgebieten“ (100 – 150 000 Einwohner)
- Personenzentrierung (Kommission ... 1994): Gemeinsame Hilfeplanung von „Komplexleistungen“ aller (!) Sozialgesetzbücher

# Gemeindepsychiatrie

- „Gemeindenaher Psychiatrie“: räumliche Erreichbarkeit
- „Gemeindepsychiatrie“: Teil der kommunalen Daseinsfürsorge

Dazu gehören:

- Sozialpsychiatrische Dienste
- Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten
- Fachkliniken und Fachabteilungen an Allgemein-Krankenhäusern
- „Komplementäre“ Dienste – SPZ-Vereine
  - Aufbau multipler Hilfeangebote der Rehabilitation und Eingliederungshilfe, Pflege, Ergo- und Soziotherapie
- Ideal: Komplexleistungen „wie aus einer Hand“
- Vernetzung, Gemeindepsychiatrischer Verbund

# Praxis der Kooperation im GPV

- Grundlage: Kooperationsvertrag (z. B. Integrierte Versorgung), Leitlinie, Geschäftsordnung für Hilfeplankonferenz etc.
  - geringer bis mäßiger Verbindlichkeitsgrad (außer IV)
- Häufigste Kooperationsform: Hilfeplankonferenz
  - meist nur SGB XII, allenfalls II/III, nicht SGB V
- Koordinierende Bezugsperson: Lotse, Anker, „Fallmanager“
  - einrichtungsübergreifend
- Netzwerkgespräche, Fallbesprechungen, Helferkonferenzen etc.
- Erstkontakt zum Hilfesystem, „trägerunabhängige Erstberatung“
  - ... in wessen Trägerschaft?
- Krisendienst
  - unabhängig, additiv oder integriert

# Perspektive: Zusammenarbeit im Verbund

## Zusammenführung von Kompetenzen

- ... **der niedergelassenen Ärzte**: Basisbehandlung vor Ort, z. T. Spezialangebote
- ... **der niedergelassenen Psychotherapeuten**: breite psychotherapeutische Versorgung
- ... **der Kliniken und Fachabteilungen**: Schwerpunkt auf multimodalen störungsspezifischen Therapien in therapeutischen Milieus
- ... **der Gemeindepsychiatrie**: Schwerpunkt auf personenzentrierten ganzheitlichen Hilfen im alltäglichen Lebensumfeld

# Unsere Leitlinien

## (Kompetenzen der Gemeindepsychiatrie)

- Kleinräumige („gemeindenah“) regionale Zuständigkeit, „Pflichtversorgung“
- Ganzheitliche „personenzentrierte“ Hilfen aus allen SGB
- Lebensweltorientierung
- Netzwerkstrukturen
- Koordinierende Bezugspersonen (Fallmanager) über alle Hilfearten
- Aufsuchende Hilfen (Home Treatment)
- Bedürfnisangepasste Behandlung, Offener Dialog, Assertive Community Treatment usw.
- Trialog: z. B. Psychoseseminare, Beschwerdestellen, Peer-to-Peer-Beratung (EX-IN)

# Integrierte Versorgung

Zwei Varianten:

- Integration aller erforderlichen Hilfen zu regionalen, verbundförmig vernetzten, personenzentrierten Angeboten
- oder**
- Selektivverträge zu „sektorübergreifenden“ innovativen Formen der Behandlung (§ 140a SGB V)

Hier ist eigentlich die erste Definition gemeint:

- Wie kann die Krankenhausfinanzierung dazu beitragen?

Trotzdem zunächst die zweite:

- Verträge nach § 140a SGB V

# Integrierte Versorgung: neue Möglichkeiten

- § 140a SGB V („Besondere Versorgung“):
  - Verträge mit einzelnen Krankenkassen
  - Einschreibverfahren
  - Erbringung von Leistungen durch ausgewählte Vertragspartner
  - Ziel: Überwindung von Grenzen zwischen Fachgebieten oder Versorgungssektoren
- Hauptpartner der Kassen: Krankenhäuser oder KV-Ärzte (und Pflegedienste) oder Gemeindepsychiatrie
- Heterogene Landschaft der psychiatrischen IV, insbesondere bezüglich struktureller Innovationen



# IV-Verträge vom NWpG-Typ

- Derzeit größter IV-Vertrag in der Psychiatrie (> 10 000 eingeschriebene Versicherte):  
„Netzwerk psychische Gesundheit“ (NWpG),  
TK, KKH, AOK RH, DAK S-H u. a.
- Add-on-Leistungen, ergänzend zur Regelbehandlung (Vertragsärzte und –psychotherapeuten, Krankenhäuser)
- Einschreibung erforderlich – Hürde für viele Betroffene
- Erstes Modell für eine breite Einführung mobiler gemeindepsychiatrischer Teams in Deutschland
- Ziel:
  - 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

# Vorteile ambulanter Hilfen

- Ambulante Angebote sind preiswerter als stationäre
  - jedenfalls auf lange Sicht (pro Versicherten)
  - aber nicht notwendig z. B. pro Tag
- Ambulante Hilfen finden im sozialen Umfeld statt
  - Vermeidung von Dekontextualisierung
  - ggf. Vermeidung von Zwangseinweisungen
  - Besserer Transfer ins private Umfeld
  - aber: Schutzräume und therapeutische Milieus können erforderlich sein!
- Bessere, v. a. nachhaltigere Ergebnisse
  - Leitlinien, z. B. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien ..., DGPPN

# NWpG: Leistungen im Einzelnen

- Assessment, Behandlungsplanung
- Koordinierende Bezugsperson/„Fallmanagement“
- Erreichbarkeit rund um die Uhr
- Soziotherapie
- Häusliche psychiatrische Krankenpflege
- Psychoedukationsgruppen
- Aufsuchende Hilfen (Home Treatment)
- Krisenbetten („Rückzugsräume“, „Krisenwohnung“, ...)

# 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

- Initiative: AGpR und AGT
- Gründung Januar 2011
- Sitz Solingen
- 13 Gründungsgesellschafter, Anbieter komplexer gemeindepsychiatrischer Hilfen
- Zweck: Managementgesellschaft, Abschluss und Umsetzung von Verträgen der Integrierten Versorgung und weiteren Modellverträgen in NRW

- Derzeit 23 Gesellschafter, überwiegend regionale Vereine, Besonderheiten:
  - SGB-V-Leistungen: heterogen
  - Rheinland: Sozialpsychiatrische Zentren
  - Westfalen: Rehabilitationseinrichtungen (RPK)
  - 3 Krankenhausträger
- Vertragspartner der Krankenkassen
- Verträge mit allen Leistungserbringern
  - Hauptverträge mit Anbietern gemeindepsychiatrischer Komplexleistungen
  - Einzelverträge mit Ärzten, Kliniken, ...



# Aufgabenverteilung

- Leistungen der GpG NRW
  - Netzmanagement
  - Versorgungskoordination
  - Dokumentation und Abrechnung
  - Qualitätssicherung
- Leistungen der GpG-Partner vor Ort
  - Regionale Koordinierung
  - Fallmanagement (Bezugsperson)
  - Alle Behandlungsleistungen



## „Stand der Dinge“

- Vertrag für NRW mit TK, AOK und KKH (NWpG)
- Vertrag für NRW mit GWQ Service Plus AG (SeGel)
- Vertrag für K/LEV mit pronova BKK (ViaMente )
- Leistungsbeginn Frühjahr 2012
- ≈ 3000 eingeschriebene Versicherte
- 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 (ca. 45% der NRW-Bevölkerung)
- Weitere Regionen in Vorbereitung
- Verträge mit 37 Hauptpartnern, ca. 80 Vertragsärzten und **7 Fachkliniken**
  - **MG, VIE, K, PB, HS** als regionale Hauptpartner gemeinsam mit Vereinen, weitere in Verhandlung



# Gesundheitspreis NRW 2014, 3. Preis



# BAG Integrierte Versorgung



Dachverband  
Gemeindepsychiatrie e.V.

- Fachausschuss des Dachverbands Gemeindepsychiatrie
- IV-Vertragspartner und Leistungserbringer aus Schleswig-Holstein, Hamburg, Ostfriesland, Berlin/Brandenburg, Bremen, Raum Göttingen, Raum Dresden, Darmstadt, Rheinland-Pfalz, Rhein-Main, Stuttgart, Bayern (M/A/N), NRW
- Sprecherkreis, Praktikertreffen, Fortbildungen
- Weiterentwicklung der Verträge, Qualifizierung der Mitarbeiter/innen, Sicherung der Qualitätsstandards, Veranlassung und Planung wissenschaftlicher Evaluation

# Projekt „Gemeindepsychiatrische Basistherapie“

Entwicklungspartner:

- Techniker Krankenkasse
- Dachverband Gemeindepsychiatrie/  
BAG Integrierte Versorgung
- Universitäten Ulm und Leipzig
  
- Ziel: **Implementation gemeindepsychiatrischer mobiler multiprofessioneller Behandlungsteams in definierten Regionen**
- Multizentrische Umsetzung in allen geeigneten NWpG-Regionen
- Vertrag gemäß § 140a oder 64b SGB V
- Antrag beim Innovationsfonds

# Projektteam

- **Techniker Krankenkasse:** Frank Herrmann, Susanne Klein, Klaus Rupp, Thomas M. Ruprecht
- **Dachverband Gemeindepsychiatrie:** Thomas Floeth, Marius Greuèl, Nils Greve, Stefan Meyer-Kaven, Volker Schubach; Birgit Görres, Thomas Pirsig
- **Universität Ulm/BKH Günzburg:** Thomas Becker, Beate Dillinger, Reinhold Kilian
- **Universität Leipzig:** Uta Gühne, Steffi Riedel-Heller

# Projektpartner

- Dachverband Gemeindepsychiatrie
- Die derzeitigen NWpG-Vertragspartner: Pinel (B/BB), GAPSY (HB), Abitato (HH, SH), AGEMA (NI), GpG NRW, Caritas (HE-Südost), VersaRheinMain GmbH (HE-West), AWOLYSIS (BY), EVA (BW), Ivita (RP/SL), Psychosozialer Trägerverein Sachsen, Das Boot gGmbH (Leipzig)
- Ersatzkassen: TK, KKH
- AOK Rheinland-Pfalz, AOK Rheinland/Hamburg
- GWQ mit Audi BKK, BAHN-BKK, Bertelsmann BKK, BKK Aesculap, BKK Deutsche Bank AG, BKK Diakonie, BKK firmus, BKK Groz-Beckert, BKK MAHLE, BKK VDN, BKK Voralb HELLER\*INDEX\*LEUZE, Daimler BKK, DIE BERGISCHE KRANKENKASSE, Die Schwenninger Krankenkasse, Merck BKK, Salus BKK, SBK Siemens-Betriebskrankenkasse, SECURVITA BKK
- IKK Brandenburg und Berlin, IKK Südwest, IKK Classic, BIG direkt
- Universitäten Ulm (Prof. Kilian), FU Berlin (Prof. Knaevelsrud), Trier (Prof. Lutz), Bielefeld (Prof. Greiner)

Stand: April 2016

### GBT: Zugangswege, Behandlungspfade, regionales Netzwerk

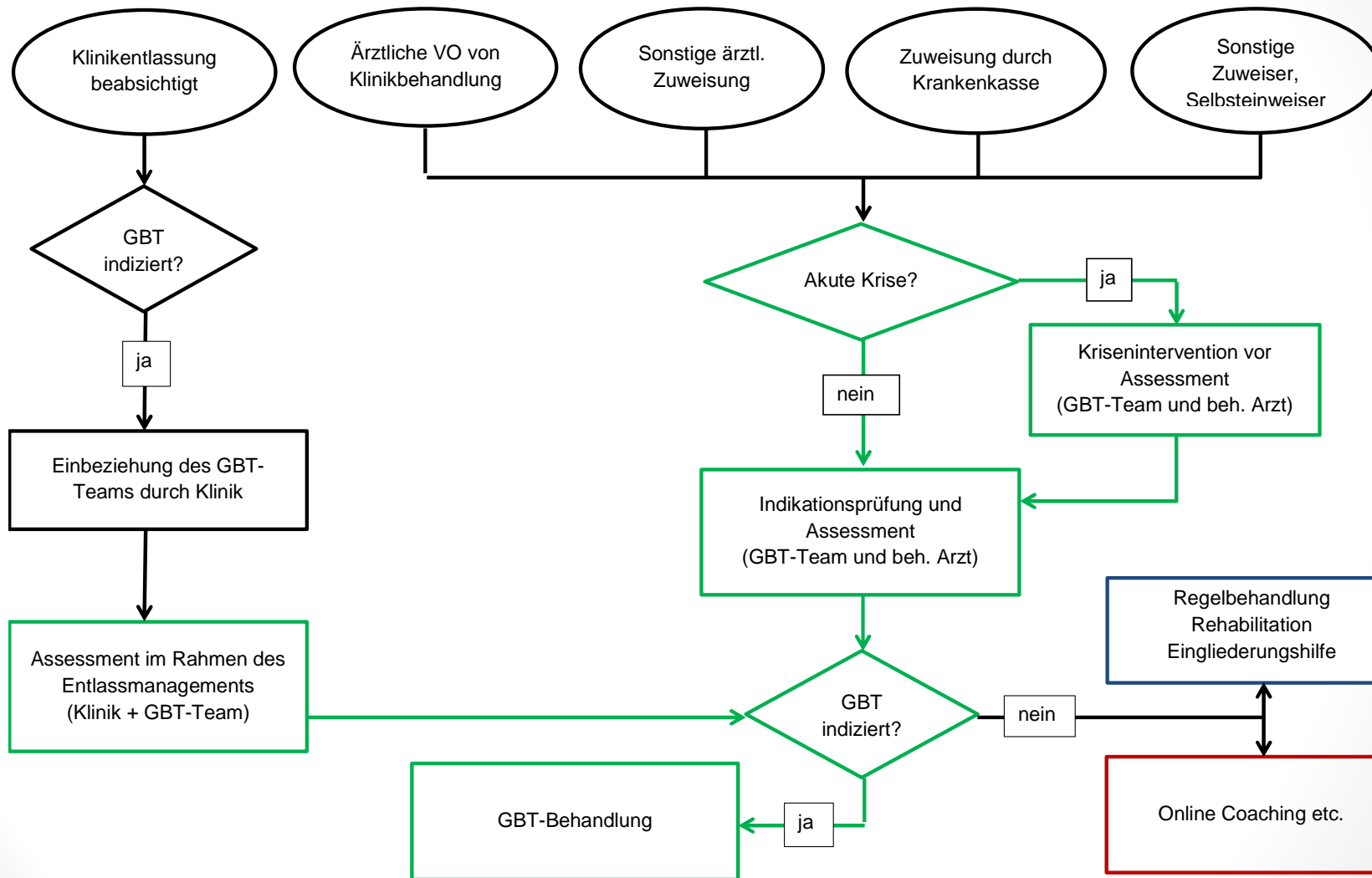


Abb. 1: Zugangswege, Assessment

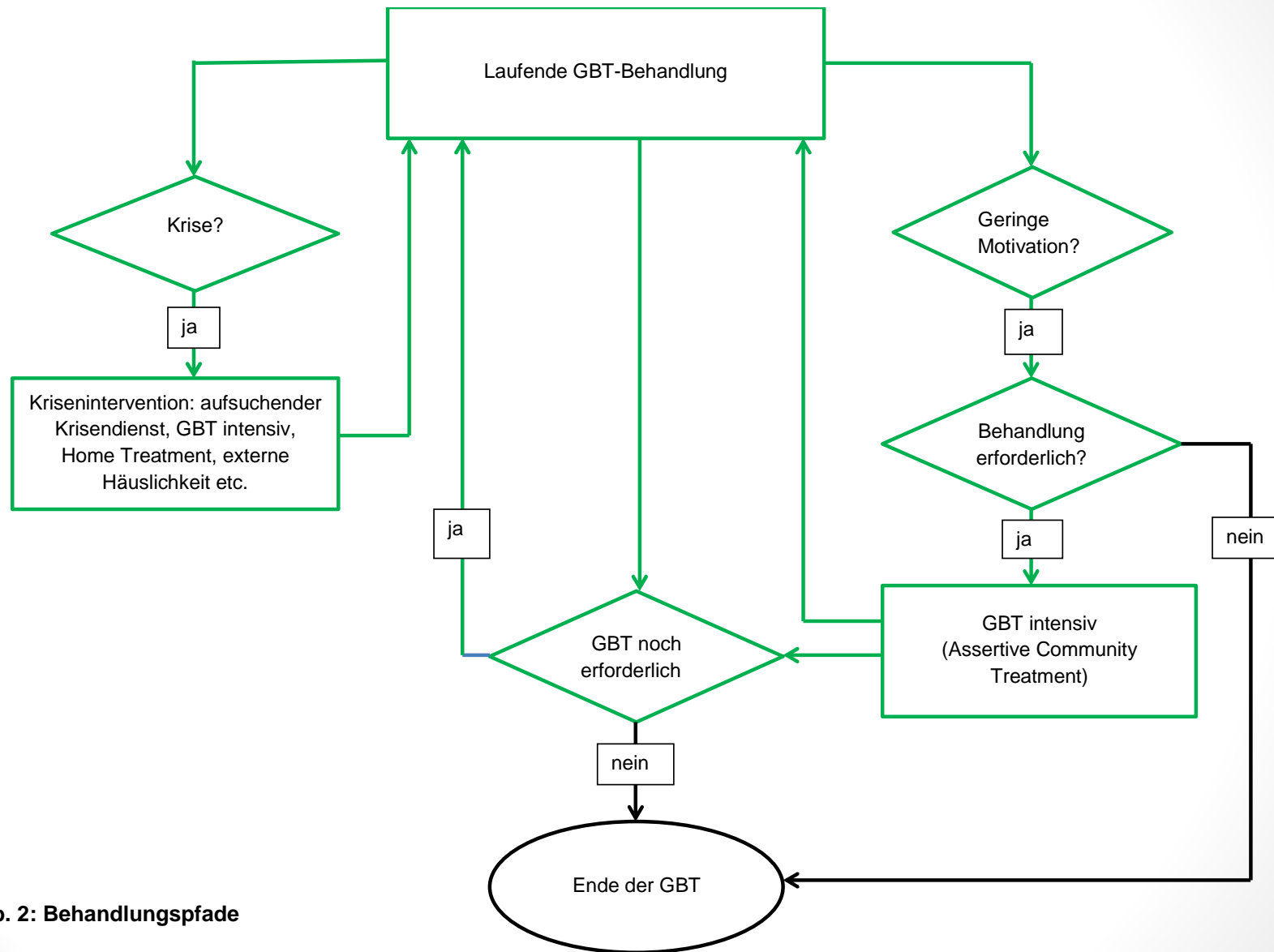
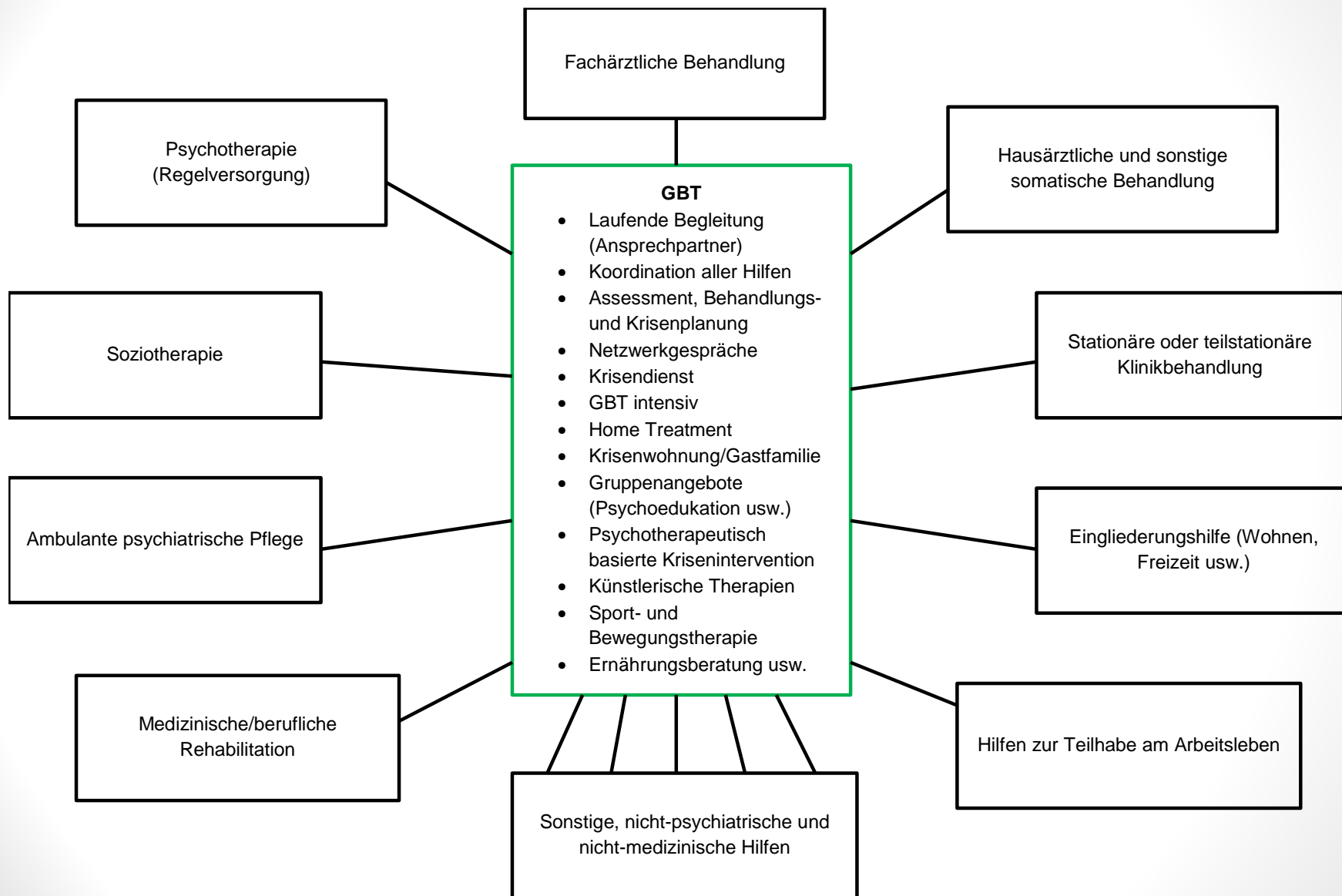


Abb. 2: Behandlungspfade





# Unsere Erwartungen an das neue Entgeltsystem für Krankenhausbehandlung

- Flexibilisierung der Krankenhausbehandlung
  - Integration von aufsuchender, ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung
  - Abschied von der „Währung Bett“
  - Ende der „blutigen Entlassungen“ und Drehtürkarrieren
- Förderung der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten
  - Beseitigung der doppelten Facharztschiene (Belegärzte, MVZ usw.)
  - Setting-integrierte Psychotherapie-Angebote in allen Hilfen
- ... und mit Anbietern aller übrigen Hilfen
  - Beteiligung an SGB-übergreifenden Komplexleistungen
  - Verbundförmige fallbezogene Kooperation (GPV, HPK)
  - Keine Anreize für Monopol- und Doppelstrukturen

# Home Treatment

- „**Stationsersetzendes Home Treatment**“: Leuchtturmprojekte z. B. in Frankfurt am Main, Krefeld, Günzburg; IV-Verträge u. a. mit LVR- und LWL-Kliniken
- **Regionales Krankenhausbudget**: Itzehoe, Geesthacht, weitere Regionen in Schleswig-Holstein
- Ähnliche Modelle z. B. in Hanau, Nordhausen, Hamm, Bochum
- **Volle Integration** von stationärer, teilstationärer und ambulanzsuchender Behandlung (nur F2): UKE (HH-Eppendorf)
- **Facharzt-Netzwerke plus Pflegedienste**: Berlin, Süd-Württemberg, Nord-Niedersachsen
- „Netzwerk psychische Gesundheit“ und weitere Verträge: **Integrierte Versorgung** nach § 140a SGB V, vorwiegend gemeindepsychiatrische Leistungserbringer

# „Eckpunkte“ des BMG vom 18.02.2016

## „II. 5 Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung durch Einführung einer komplexen psychiatrischen Akut-Behandlung im häuslichen Umfeld (**Home-Treatment**)“

Die Versorgungsstrukturen werden weiter entwickelt, indem eine **komplexe psychiatrisch-psychotherapeutische Akut-Behandlung im häuslichen Umfeld der Patienten** durch spezielle Behandlungsteams für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (Home-Treatment) ermöglicht wird. Psychiatrische Krankenhäuser sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen erhalten die Möglichkeit, **Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und stationärer Behandlungsbedürftigkeit in akuten Krankheitsphasen** in deren häuslichem Umfeld durch mobile multiprofessionelle Behandlungsteams zu versorgen.“

→ „Stationsersetzendes Home-Treatment“

→ Zusammenführung mit ambulanten Angeboten, z. B. NWpG

# Und PEPP bisher?

Welche Konsequenzen hatte die bisherige PEPP-Erprobung für Träger der Gemeindepsychiatrie?

- Falsche Weichenstellung
  - Bett als Währung
  - DRG-ähnliche Ausgestaltung
  - Degression der Tagessätze
- Hoher Aufwand
  - Bindung von Ressourcen und Aufmerksamkeiten
  - Keine freien Valenzen für Kooperationen
- Undurchlässige Sektorgrenzen wie bisher
  - Modelle nach § 64b bisher ausschließlich durch Krankenhausträger

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

- [www.psychiatrie.de/dachverband/integrierte-versorgung](http://www.psychiatrie.de/dachverband/integrierte-versorgung)
- [www.gpg-nrw.de](http://www.gpg-nrw.de)
- [nils.greve@gpg-nrw.de](mailto:nils.greve@gpg-nrw.de)