

Behandlung zu Hause

Blickwinkel der niedergelassenen Facharztpraxis und des ambulanten Versorgungsnetzes

WS 2/2016 Netzwerk Steuerungs- und Anreizsysteme
für eine moderne psychiatrische Versorgung

www.tamaja-berlin.de

**Dr. Norbert Mönter, Arzt für Neurologie und Psychiatrie ,
Psychotherapie, Psychoanalyse
PIBB Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg**

Beruflicher Werdegang

- 1969 – 71 studentischer Hilfspfleger auf geschlossener Männerstation in der Waldhaus-Klinik Berlin
- 1976 – 79 FA-Ausbildung in (Landes-) Nervenlinik Spandau auf Suchtstation, in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilung und auf der geschlossenen Erwachsenen-Aufnahmestation
- 1979 – 80 FA-Ausbildung Sozialpsychiatrie (Tagesklinik) an der FU (Gregor Bosch)
- 1980 - 82 FA-Ausbildung in der Neurologie des Städt. Wenckebach-Krkh und der FU Berlin
- Ca 1977 Eintritt in die DGSP; 1978 -81 Mitarbeit im Vorstand der BGSP
- **1982 – 2013 niedergelassen in Praxis-Gemeinschaft, Ärztehaus in Charlottenburg, als FA Neurologie u. Psychiatrie, Psychotherapie, Psychoanalyse – intensive Zusammenarbeit mit mehreren psychosozialen Trägern/ Einrichtungen**
- 1998 Medikamenten-Regressforderung über DM 88 000 von KV/ Krankenkassen-Ausschuss wg der Behandlung von Menschen mit Psychose-Erkrankungen, Epilepsie, Morbus Parkinson und Demenz
- 2003 Gründung des gemeinnützigen Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit (vpsg) und 2008 der PIBB - Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg;
Verträge zur Integrierten Versorgung nach § 140 SGB V seit 2006
- Mitarbeit in Gremien (KBV-Tutor/ Ausbilder QZ-Moderatoren, NVL-Depression, GBA u.a.)

Aufsuchende Behandlung, Bezugstherapeuten-Prinzip und Multiprofessionelles Team in der FU- Sozialpsychiatrie 1979

- Aktivierung durch Hol- statt Kommstruktur
- Gruppeneinbindung für Patienten therapeutisch zentral
- Bezugstherapeutisches Tandem mit 2 sich ergänzenden ggf. abwechselnden Therapeuten (1 Psychiater / Psychologe plus 1 Pfleger/Ergo-Arbeitstherapeut / Sozialarbeiter) kontinuierlich und **sektorübergreifend** ... also während Klinik- oder Tagesklinik- oder ambulanter Behandlung
- „Therapeutische Haltung“ als gemeinsame Kernkompetenz aller Akteure, Regelmäßige Teambesprechung
- Reform- / Änderungserwartung bzgl. Bettenabbau riesig

Behandlung zu Hause (2016)

Für wen?

Was braucht ein schwerer psychisch Erkrankter?

- Differentielle Behandlungsoptionen im Lebensumfeld!
- Soziale Aktivierung als Schutz vor Chronifizierung!
- Möglichst therapeutischen Einbezug des persönlichen Umfeldes
- Ggf. Milieu -Wechsel zur emotionalen Entlastung
- Ggf. aufsuchende, „abholende“ Therapiemodule
- Verlässlichkeit, Respekt, Haltgebung ...

- Sola dosis facit!

Stationsäquivalente „Behandlung zu Hause“

- „Behandlung zu Hause“ sehr intim und oft nicht gewollt
 - „Behandlung zu Hause“ begünstigt Chronifizierung
 - „Behandlung zu Hause“ fördert regressive Tendenzen
 - „Behandlung zu Hause“ rasch kontratherapeutisch
-
- Problematisch: Organisation (von Kontinuität), zusätzliche Schnittstellen, Kosten (Mindestpatientenanzahl etc), was macht ein Dreier-Team beim Hausbesuch, Kostenentwicklung

Situation 2016

- Deutschland hat seit der Enquete von 1976 eine enorme Reform der Psychiatrischen Versorgung geschafft (Auflösung der Großkliniken, Aufbau der Abt.an Allgemeinkrankenhäusern, Tageskliniken, PIA und dem flächendeckenden Aufbau gemeindepsychiatrischer Strukturen u.a.m.)
- Seit Mitte/Ende der 90er Jahre verstärkter Aufbau ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Angebote mit einem im Ansatz sehr differenzierten, aber sektoriserten (zersplitterten) psychiatrischen Versorgungssystem,

Situation 2016

- Psychiatrische Versorgung im internationalen Vergleich und im Selbstverständnis vieler Kliniker **anhaltend zu bettenlastig** mit (weltweit einzigartigem Luxus der Doppelschiene von psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken/Betten, z.T. zusätzlicher Reha-Finanzierungsbasis)
- Es gibt keinen Anstieg schwerer psychischer Erkrankungen, aber seit einigen Jahren demographie-bereinigt **Anstieg der psychiatrischen Betten**
- Erklärungen ?
 - Fehlen ambulanter Möglichkeiten?
 - Erhöhtes Anspruchsniveau seitens der Patienten?
 - Anbieterinduziert bei falscher Anreiz-/ Honorarsystematik?

Defizite (und Stärken) der Versorgungsektoren

- **Stationär:** Kliniken
- **Ambulant:**
 - PIA
 - Niedergelassene NÄ/Psychiater/Psychotherapeuten u.a.
 - Soziotherapeuten/psychiatrische Pflege/Ergotherapie u.a.
- **Psychosoziale Therapien/
gemeindepsychiatrische Strukturen**
- Reha-Bereich (DRV)

„Mental health and Integration“

The Economist Intelligence Unit, 2014

- Untersuchung 30 europäischer Länder
- Deutschland auf Platz 1 in den Kategorien ACCESS (Zugang), ENVIRONMENT (Ausstattung) und beim OVER ALL SCORE
- Kategorie GOVERNANCE (Steuerung) : Platz 4 (hinter DK, Finnland, UK)

10 Jahre Integrierte Versorgung -

- weil eine bedarfsorientierte, im Lebensumfeld zentrierte, individualisierte und gesteuerte Versorgung in der Regelversorgung nicht möglich war/ ist
- weil Patienten zu oft und zu lange in der Klinik sind und die Abstimmung zwischen Klinik und Praxis zu oft nicht klappt und die PIA das Versorgungsproblem offenkundig auch nicht gelöst hat
- weil die ambulanten LE überwiegend als Einzelkämpfer unterwegs sind
- weil die Kassen Kosten sparen wollten

Möglichkeiten in der IV

(der PIBB- Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg)

als Basis einer ambulanten Komplexbehandlung

Soziotherapie

IV Einsatz als Basis für RiLi-Novellierung 2015

- **seit 2000 als § 37a im SGB V**
- Guter Start zunächst in Rheinland Pfalz, BaWü, Bayern mit je speziellen Bedingungen, 5 Bundesländer ohne Soziotherapie (2014)
- 44 in Berlin, 2 in Brandenburg; In Berlin Ausweitung der Soziotherapie vor allem durch die Integrierte Versorgung
- **Änderung der RiLi durch GBA im Januar 2015 (u.a. Indikationsausweitung, verbreiteter Verordnerkreis)**
- **Inhaltlich:**
**Sicherstellung fachärztlicher Behandlung / Verordnung ,
Aufsuchend, „im Lebensumfeld“ !
Krisenintervention, Prophylaxe, Schnittstelle Arbeitsplatz,
tendenziell systemisch ausgerichtet**
- 120 Einsätze in 3 Jahren (auch Gruppen z.B. Psychoedukation möglich)
- Kann bereits im Entlassmanagement begonnen werden;
Initialbehandlung auch von Hausärzten (und Psychotherapeuten) zu veranlassen
- Kann jetzt von PIA, FÄ Psychosomatik verordnet werden
- Hoher Qualifizierungsgrad, Einbindung in Gemeindepsychiatrie

Psychiatrische häusliche Krankenpflege

pHKP (APP) mit 24-Stunden-Bereitschaft

- seit 2006 im SGB V
- länderspezifisch sehr unterschiedliche Umsetzung
- Berlin 9 Pflegedienste, Brandenburg 14, Bayern 2
- In Regelversorgung zeitlich limitiert
- Hohe Qualifikation
- Aktuell Überarbeitung der RiLi im GbA

Psychiatrische häusliche Krankenpflege pHKP = ambulante psychiatrische Pflege = APP



Ambulante Psychotherapie

Psychotherapeuten mit SGB V - Zulassung:

- a) FA für psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie von 0 in 1994 auf 2 981 in 2015 sowie über 3000 Ärzte mit Zusatztitel „Psychotherapie“

- b) psychologischen Psychotherapeuten von 0 in 1994 auf 4 942 Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten und auf 17 605 Erwachsenen-Psychotherapeuten PP in 2015

- c) Änderung der Psychotherapierichtlinien in 2015

Weitere ambulante Berufsfelder im SGB V

- Ergotherapie: Zunahme der Ergo- und Arbeitstherapeuten, in Berlin eigener Arbeitskreis mit zahlreichen psychiatrisch spezialisierten Praxen
- (REHA-) Sporttherapie:
explizit für die Psychiatrische Versorgung nutzbar
(Kooperationen in der IV der PIBB)

Psychosoziale Therapien/ Gemeindepsychiatrische Angebote

- Nahezu flächendeckend in Ost und West durch Einrichtungen psychosozialer Träger
- Einzeltherapien: Musisch-künstlerische Angebote, Sport- und Bewegungstherapien
- Kontakt- und Begegnungsstätten, Info- und Beratung
- Selbsthilfe, Trialog, Angehörigenarbeit, Peer to peer
- Unterstützung im Wohnbereich
- Teilhabe Arbeit, , Werkstätten, Supported Employment

Warum FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie?

- Ganzheitliche Diagnostik
- Psychische Symptome im Zusammenhang mit der leib-seelischen Einheit des Menschen
- Psychische Symptome bisweilen als einziges Zeichen somatischer oder auch neurobiologischer Störung/Erkrankung
- Comorbidität und Comedikation
- Qualifizierter Einsatz Psychopharmaka und Umgang mit Neuroleptika-Verordnung/ -einnahme, Leitlinien-Adhärenz und Klinik-Wiederaufnahmen

Prof. Hans-Joachim Salize auf der Tagung des DV Gemeindepsychiatrie am 19.1.2016

- Psychiatrische Patienten sterben 20 bzw. 15 Jahre früher als Durchschnittsbevölkerung (mit zunehmender Tendenz)
„Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality“; Graham Thornicroft, The British Journal of Psychiatry (2011)
- Zusammenarbeit mit der Allgemeinmedizin und anderen Fachgebieten

Zunahme der niedergelassenen Fachärzte im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatik

- **1994: 3524 NÄ und 762 Psychiater (4286)**, Neurologen: ca. 400
2015: 1803 NÄ und 3642 Psychiater (5445), Neurologen: 1299
- FA für psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie 2015:
2 981 (1994: 0)
- psychologischen Psychotherapeuten in 2015:
4 942 KJP, 17 605 PP (1994:0)
- niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater 2015:
1038

Integrierte Versorgungsverträge ermöglichen Ambulante psychiatrische Komplexbehandlung

- Fachärztliche psychiatrische Behandlung;
Vernetzung, Ergänzendes Assessment, Behandlungsplanung
- Soziotherapie
- Psychiatrische häusliche Krankenpflege (pHKP) mit Erreichbarkeit rund um die Uhr
- Schnittstelle Klinik (pHKP und SozTh in Klinik)
- Psychoedukation in Kooperation mit Kliniken
- Psychotherapie (incl. Familientherapie)
- Ergotherapie (Kreativtherapien)
- Reha-Sport (körperbezogenen Therapien)
- Einbezug allgemeinärztlicher Behandlung
- Vernetzung mit Angeboten psychosozialer Träger
- (Peerberatung und Selbsthilfe)
- Kooperation mit DRV

PIBB -IV-Verträge nach § 140 a ff SGB V

- **12/2006** mit DAK /HMK für Berlin, ab 7/2008 zusätzlich für Brandenburg
- 1/2008 VAG Ost BKK für Charlottenburg, ab 1/2009 VAG BKK für Berlin
- Evaluation : Institut für Gesundheitsökonomie, Sozialmedizin u. Epidemiologie der Charité <http://epidemiologie.charite.de>

- **Indikationsbezogener IV-Vertrag, (Vertragstyp A) mit DAK Gesundheit, BKK VBU, Brandenburgische BKK, (VAG BKK Mitte)** zur verbesserten ambulanten Versorgung psychisch Schwerkranker (Schizophrenie, Depression, Bipolar-Erkrankung, Demenz u.a.) mit Hilfe ambulanter Komplexbehandlung (Soziotherapie, Häusliche psychiatrische Krankenpflege), aktuell ca 400 – 500 Pat.

- **DAK Vertragstyp B März 2012:** „Frühintervention bei psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit“ , insges. ca. 700 Pat. , läuft aus

- **Populationsbezogener IV-Vertrag mit der AOK Nordost Dezember 2011:**
Budgetvertrag unter Einschluß der somatischen Behandlungskosten ca 2400 Pat.

IV der PIBB

- Aktuell ca 3000 Patienten eingeschrieben
- Erheblicher Honorar- und Leistungsanreiz für ambulante Akteure
- Reduzierung von Krankenhausaufenthalten mit Bonus- und Effizienzzahlungen der Krankenkassen
- Vernetzung über web-Portal PIBBnet mit papierloser Einschreibung, Verordnung, Leistungsdoku, Abrechnung und Kommunikation

Psychiatrische Versorgung und Geschäft IV ohne Fremdkapital

- Keine Fremdinteressen finanziell (Rendite-Erwartungen) oder geschäftlich (Beispiel IT-Firmen, Beispiel Jansen Cilag)
- Keine Finanzierung anderer medizinischer Sektoren auf Kosten der Psychiatrie
- Psychiatrische Leistungserbringer müssen gut bezahlt werden

PIBB-Versorgungnetz ist bundesweit das erste zertifizierte Ärztenez nach § 87b in der Psychiatrie (2014)

Vernetzung mit anderen Berufsgruppen und Versorgungssektoren

2017:

Finanzielle Förderung von Ärztenetzen durch KV/ Krankenkassen
ermöglicht Förderung ambulant zentrierter Versorgung



Organigramm

Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit- PIBB

VPsG e. V. gemeinnützig
gegründet 2003

Ziel:

Förderung und Verbesserung der medizinischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Menschen, die schwerwiegend psychisch erkrankt sind.

PIBB – Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg
gegründet 2008

Ziel:

Umsetzung der integrierten Versorgung.

Die PIBB ist Vertragspartner der Krankenkassen.

Vorstand VPsG
9 Mitglieder

PIBB GmbH

15 Gesellschafter: Kliniker,
Niedergelassene Psychiater u.
Psychotherapeuten, Träger,
Pflegerdienste

PIBB GmbH & Co. KG
70 Kommanditisten

- **250 Mitglieder (natürliche und juristische Personen)**
 - 120 Ärzte
 - 35 psychosoziale Trägervereine
 - 20 Psychotherapeuten
 - 15 Kliniker
 - Sozio- und Ergotherapeuten
 - Psychiatrische Fachpfleger

Transitions-
psychiatrie-
Projekt

AK Religion
und Psychiatrie
PIRA

IV-Leistungserbringer

70 Psychiater/ Nervenärzte/ MVZ
13 psychiatrische Pflegedienste
22 psychosoziale Trägerverein
5 psychiatrische Kliniken
(Charité CM, KEH, Alexi
Vivantes)
Ca 10 Psychotherapeuten
Hausärzte als Kooper.partner
Ergotherapeuten

Gesundheitszentrum
für Flüchtlinge GZF
gGmbH
2016 mit XENION

Schlussbemerkungen

- Vpsg/ PIBB als *ein* Beispiel für den Versuch gemeinsame Versorgungsverantwortung zu gestalten
- Kann man sich auch anders vorstellen!
- Kein Clash der Sektoren!
- Gemeinsame Versorgungsverantwortung offensiv angehen!

Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!