

Die Rolle der Sozialpsychiatrischen Dienste in verschiedenen Modellen der integrierten Versorgung (§ 140 SGB V)

Workshop auf dem 3. Netzwerktreffen Nord am 19. September 2012 in Hamburg; Moderation: H. Elgeti mit T. Bock und S. Wuensch



1. Einführung zur integrierten Versorgung und zum AOK-Modell für Schizophrenie in Niedersachsen (H. Elgeti)
2. Zu den IV-Modellen der DAK und der TK in Hamburg (T. Bock, A. Bussopulos)
3. Genaueres zum TK-Modell Netzwerk psychische Gesundheit (S. Wuensch)
4. Diskussion mit den Teilnehmern zu den IV-Modellen und zur Rolle der SpDi dabei

1. Einführung zur integrierten Versorgung (1)

Ziel und Meilensteine der Entwicklung



Ziel: Ermöglichung „leistungssektorenübergreifender“ bzw. „interdisziplinär-fachübergreifender“ Behandlung. Die IV gilt für eingeschriebene Patienten anstelle der Regelversorgung.

2000: Verankerung der IV im SGB V, wegen komplizierter Anforderungen an die Verträge allerdings fast ohne Folgen.

2004: Neuregelung im SGB V (§ 140a-d) schafft bürokratische Hürden ab; jetzt gilt das „Gesetz der Prärie“ (Kräfteverhältnis zwischen Kostenträger und Leistungserbringer). Abschluss zahlreicher unterschiedlichster IV-Verträge (nicht nur in der Psychiatrie) zwischen einzelnen Kassen und Hilfsanbietern.

2010: Risikostrukturausgleich enthält jetzt viele psychiatrische Diagnosen, AMNOG ermöglicht Direktverträge zwischen Krankenkassen und Pharmakonzernen.

1. Einführung zur integrierten Versorgung (2)

Grundtypen von IV-Verträgen



I Umgewandelte Strukturverträge: Erprobung des Instruments der Einzelverträge, z.B. mit Klinik und Praxis, bisher stationäre Leistungen sollen teilstationär bzw. ambulant erbracht werden.

II Komplexpauschalen: Integration der Kosten von Akut- und Reha-Phase, mit einer Tendenz zu festen Preisen und Rabatt bei Mehrleistungen; hier sind komplizierte Kalkulationen nötig.

III Case Management Verträge: Abschluss mit Ärztgruppen, teils mit Einbindung von Kliniken; für langfristige Einspareffekte zusätzlich Geld für Steuerungsleistungen/Zusatzaufwendungen.

IV Budgetverantwortung: Garantie für Bezahlung aller Kosten (?), ggf. Zusatzleistungen; Einsparung anteilig als Bonus (Gewinn).

Inhalte je nach IV-Vertrag: APP, FA-/ Klinik-Behandlung, Hometreatment, Rückzugsräume, 24-h-Krisendienst, Casemanagement, Sozio-/ Ergotherapie, Psychoedukation, Psychotherapie, Leitlinien, Qualitätszirkel, Fortbildung

1. Einführung zur integrierten Versorgung (3)

Abfolge einiger Modelle in der Psychiatrie



Start	Kurzbezeichnung (Protagonisten)	
2001-2003	BMG-Modelle (Holler et al. 2004) zu <i>Hometreatment</i> (Krefeld) & sozialpsychiatrische Schwerpunktpraxis (Kirchweyhe)	
ab 2003	Regionales Psychriatriebudget Steinburg (GKV/Klinik)	
ab 2005	Münchener Modell für <i>Compliance</i> (GKV/Kliniken/NÄ)	
ab 2006	Psychiatrie Initiative Berlin-Brandenburg: (DAK/vpsg)	
	Seelische Gesundheit Aachen (AOK/BVDN/DGPPN)	
ab 2008	Arbeitsbereich Psychosen Hamburg (DAK/Uni-Klinik)	
ab 2009	NetzWerk psychische Gesundheit Berlin u.a. (TK/Pinel)	
2004-2008	Nieder- sachsen	diverse Verträge (BKK/TK/DAK/AOK) mit Einzelpraxen
ab 2009		neue Vertragsform (DAK/BKK) mit Ärztenetzwerk (IHC)
ab 2010		Modell der TK mit IVP Networks (IHC/Turgot Ventures) und IV für Schizophrenie (AOK) mit Care4S (I3G/IVP Networks)

1. Zum AOK-Modell für Schizophrenie in Niedersachsen (1)

Was kennzeichnet das AOK-Modell?

weitere Infos u. a. im Themenschwerpunkt „Die Kontroverse um die Integrierte Versorgung in: Elgeti H (Hg.) (2011): Psychiatrie in Niedersachsen – Jahrbuch 2012. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 68-123



Zielgruppe: Versicherte, deren psychische Erkrankung vom Facharzt als Schizophrenie (F20) diagnostiziert wird.

Kooperationspartner: I3G (100%ige Tochter von Janssen-Cilag) mit ihrer Management-Gesellschaft Care4S, niedergelassene Fachärzte (Leitstelle), APP u. a.; Leistungserbringer verpflichten sich auf vorgegebene Unternehmensphilosophie und Leitlinien der Care4S (Behandlungspfade, zentral gesteuerte EDV-Programme zur Dokumentation und Berichterstattung, Qualitätszirkel)

Leistungsspektrum: ambulante psychiatrische Behandlung, aufsuchende psychiatrische Pflege (Bezugstherapeut) rund um die Uhr (Budget: 25 Stunden pro Jahr), häufig Psychoedukation, bei Bedarf Krisenbett

Einschlusskriterien: F2-Diagnose durch den Facharzt. Ökonomisch relevant ist – wegen der Vorgaben des RSA – die Verordnung von genügend Neuroleptika.

1. Zum AOK-Modell für Schizophrenie in Niedersachsen (2)

Was ist kritisch an Konzept & Umsetzung?

Konzeptdarstellung in: Walle M. et al. (2010): Theorie und Praxis eines zukunftsorientierten ambulant gesteuerten psychiatrischen Behandlungssystems. Berlin: Weingärtner Verlag



Die angebotene Behandlung gilt nur für eingeschriebene Mitglieder und bindet diese an bestimmte Leistungserbringer, die ihrerseits durch zentral festgelegte Behandlungspfade eingeengt werden.

Ökonomisch profitieren AOK, I3G, Management, Fachärzte und andere Leistungserbringer von der Diagnose Schizophrenie bei Versicherten, deren Behandlung mit bestimmten Mindestdosen Neuroleptika und von der Vermeidung von Klinikaufhalten bei den Betroffenen.

Das „interne“ Netzwerk der Vertragspartner schwächt das regionale Netzwerk des Sozialpsychiatrischen Verbunds der Kommunen, weil es Parallelstrukturen schafft, Konkurrenz fördert und (bisher) die Verbundstrukturen entweder ignoriert oder manipulieren möchte.

Der enorme Aufwand für Information und Diskussion bei den Akteuren steht in keinem Verhältnis zur bisher äußerst geringen Verbreitung dieses Behandlungsangebotes in Niedersachsen.

1. Zum AOK-Modell für Schizophrenie in Niedersachsen (3)

Was soll der Sozialpsychiatrische Dienst?

Konzeptdarstellung in: Walle M. et al. (2010): Theorie und Praxis eines zukunftsorientierten ambulant gesteuerten psychiatrischen Behandlungssystems. Berlin: Weingärtner Verlag



- verbindliche fallbezogene Beteiligung des SpDi an Fallbesprechungen der IV; die Steuerung obliegt der IV
- Übergaben in festgelegtem Abstimmungsritual in Form zeitlich definierter Konferenzen unter geregelter Beteiligung der Vertreter von SpDi und IV
- Kriseninterventionen innerhalb der IV-Behandlung durch das Behandlungsteam der IV, bei notwendigen Unterbringungen nach PsychKG ist der SpDi zu beteiligen.
- Beteiligung des SpDi an der Qualitätszirkelarbeit der IV, um den SpDi in die Lage zu versetzen, Patienten zielgerichtet der IV zuzuweisen
- Verfügt der SpDi über eine Behandlungsermächtigung, empfiehlt es sich, ihn vertraglich als Leistungserbringer an der IV zu beteiligen.

2. Zu den IV-Modellen der DAK und der TK in Hamburg (1)

Ausgangsthesen zur integrierten Versorgung



1. Die bisherigen Modelle der „Integrierten Versorgung“ zielen auf unterschiedliche Strukturprobleme. Entscheidend wird sein, sie zu integrieren. Miteinander und in die Regelversorgung – inklusive Qualitätskontrolle.
2. „Integrierte Versorgung“ bedeutet eine große Chance – für Patienten, Angehörige, Behandler. Doch die Integration darf sich nicht auf *formale* Strukturen / Finanzierung beschränken, sondern muss sich auch auf *Inhalte*, Verstehensmodelle und psychotherapeutische Behandlungskultur beziehen.

2. Zu den IV-Modellen der DAK und der TK in Hamburg (2) Vergleich der beiden Modelle zur IV



Gemeinsamkeit: Förderung des sozialpsychiatrischen Netzwerks; Hometreatment & Krisenbetten; Integration Psychotherapie? – Sinnvoll ist eine Verknüpfung!

Arbeitsbereich Psychose UKE (DAK)		NetzWerk psychische Gesundheit (TK)
Jahrespauschale einer Klinik, gilt nur für bestimmte Patienten (Summe fünfstellig), reale Kosten retrospektiv berechnet (<i>inkl.</i> stationärem Budget)		Gestufte Pauschale für außerklinische Träger, gilt für fast alle Patienten (ca. 50% der DAK-Pauschale), geschätzte Kosten prospektiv berechnet (<i>nach</i> stat. Behandlung)
Bonus für Psychiater-Praxen		Malus bei (teil-)stat. Behandlung
Neuer Belohnungsmechanismus		Finanzierung bleibt nebeneinander
Überwindung sektoraler Finanzierung	Vorteil	Überwindung Trennung SGB V und SGB XII
Klinik als „Krake“?	Nachteil	Trennung ambulant – stationär bleibt

2. Zu den IV-Modellen der DAK und der TK in Hamburg (3) Das Hamburger Modell der integrierten Versorgung (UKE mit DAK, HEK, AOK u.a.)



- Jahrespauschale auf Basis der Vorjahrs-Kosten
- Zunächst für Patienten mit akuter oder langfristiger Psychose-Erfahrung / Bipolarer Störung
- für alle Klinik-Leistungen: stationär, tagesklinisch, ambulant
- Bonus für beteiligte Facharzt-Praxen
- *Hometreatment*-Team mit einem Mitarbeiter-Patienten-Schlüssel von 1:20 (inklusive Psychotherapie), rund um die Uhr telefonisch erreichbar
- Kooperation mit ambulanter psychiatrischer Pflege, Psychotherapie und sozialpsychiatrischen Hilfsangeboten

2. Zu den IV-Modellen der DAK und der TK in Hamburg (4)

Vorteile des Hamburger Modells der IV: *win – win – win*-Vertrag



Vorteile für Patienten und Angehörige:

- Anderer Kontext, Einbeziehung Familie
- Kontinuität, Verbindlichkeit, Krisenintervention
- Weniger Einweisung und Zwang

Vorteile für die Klinik:

- Flexibler Einsatz von Ressourcen,
- Planungssicherheit
- Neue Belohnungsmechanismen!

Vorteile für die Krankenkassen:

- Kostendeckelung, Kostentransparenz

Die Rolle der Sozialpsychiatrischen Dienste in der IV

Kontaktadressen der Referenten



Prof. Dr. Thomas Bock und Dr. Alexandra Bussopulos

Universitätsklinikum Eppendorf – Klinik für Psychiatrie
Martinistraße 52, 20246 Hamburg

bock@uke.de

Dr. Stephanie Wuensch

gemeinnützige Gesellschaft der Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll
Fuhlsbütteler Damm 83-85, 22335 Hamburg

dr.stephanie.wuensch@freundeskreis-ochsenzoll.de

Dr. Hermann Elgeti

Region Hannover – Dezernat für Soziale Infrastruktur (II.3)
Hildesheimer Straße 20, 30169 Hannover

hermann.elgeti@region-hannover.de