

# Landestreffen des Landesverbandes der Angehörigen psychisch kranker Menschen in Rheinland Pfalz e. V. 07.07.2016, Mainz



Aufsuchende Hilfen stärken  
Zwangseinweisung vermeiden  
Wird der Weg zur ambulanten  
psychiatrischen Versorgung jetzt frei?

1. **Version:** Wie sieht die Weiterentwicklung und Umsetzung des neuen Psychiatrie-Entgeltsystems in Zukunft aus?

2. **Version:** Wie kann home treatment (HT) in das stationäre Versorgungsangebot integriert und umgesetzt werden?



Dr. Rüdiger Münzer  
Leitender Oberarzt

Pfalzkrlinikum Klingenmünster

# Was heißt denn PsychVVG, PEPP, NPEPP ???



- Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) (Referentenentwurf des BMG vom 19.5.2016)
- Der Gesetzentwurf zielt auf die Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen ab. Ziel ist es, die **sektorenübergreifende Behandlung** in der psychiatrischen Versorgung zu fördern sowie die **Transparenz** und die **Leistungsorientierung** der Vergütung zu verbessern.

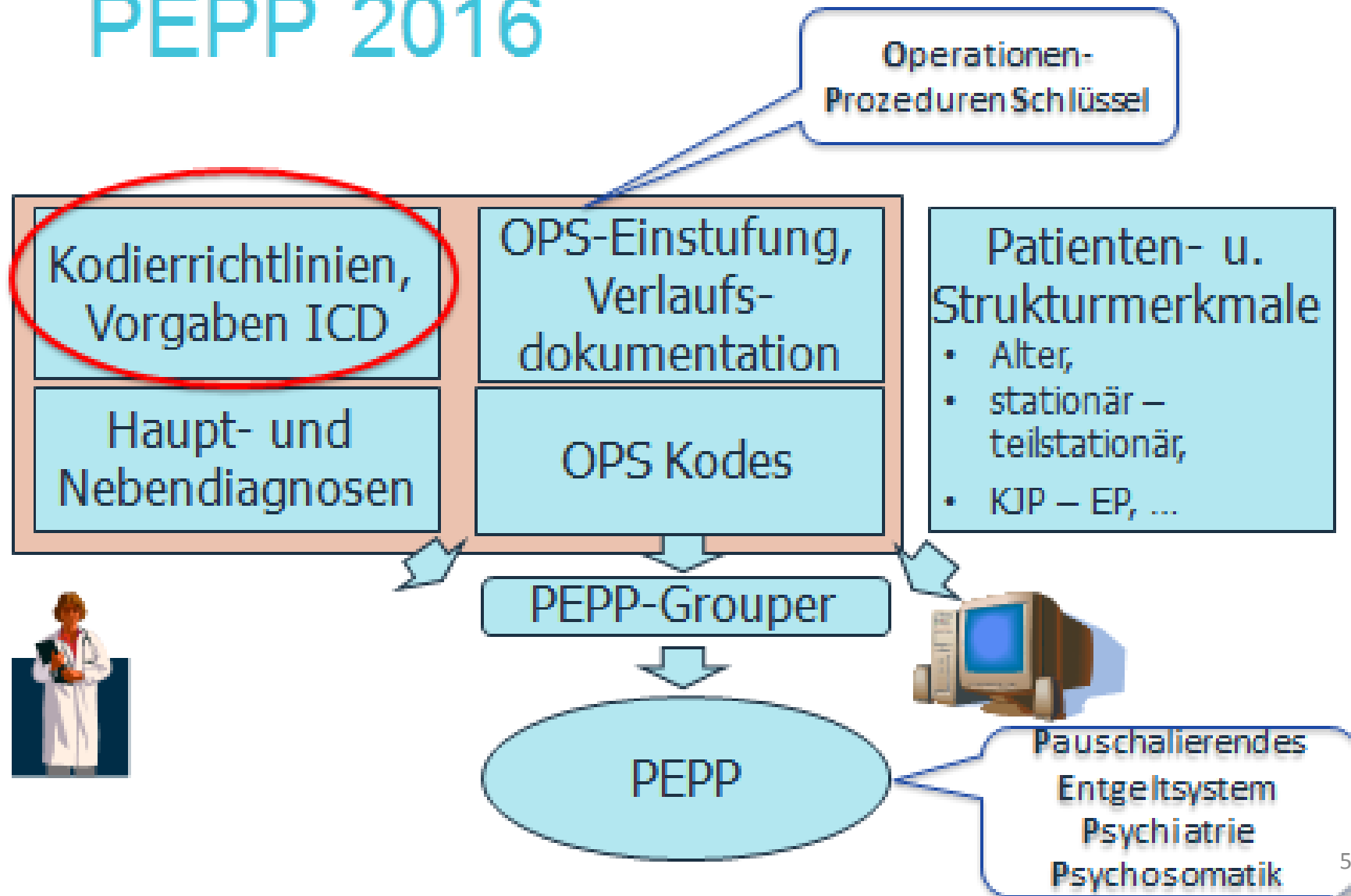
# Bisheriges Entgeltsystem



- Tagesgleiche Pflegesätze/Behandlungssätze
- Pflegesatz-Budgetverhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern (Krankenhäuser)
- Tagesgleiche Pflegesätze voll-teilstationär
- Budget-Beispiel: 200 Planbetten, 250 € Pflegesatz, 365 Tage > 18250000 € bei 100% Belegung

# Neues Entgeltsystem

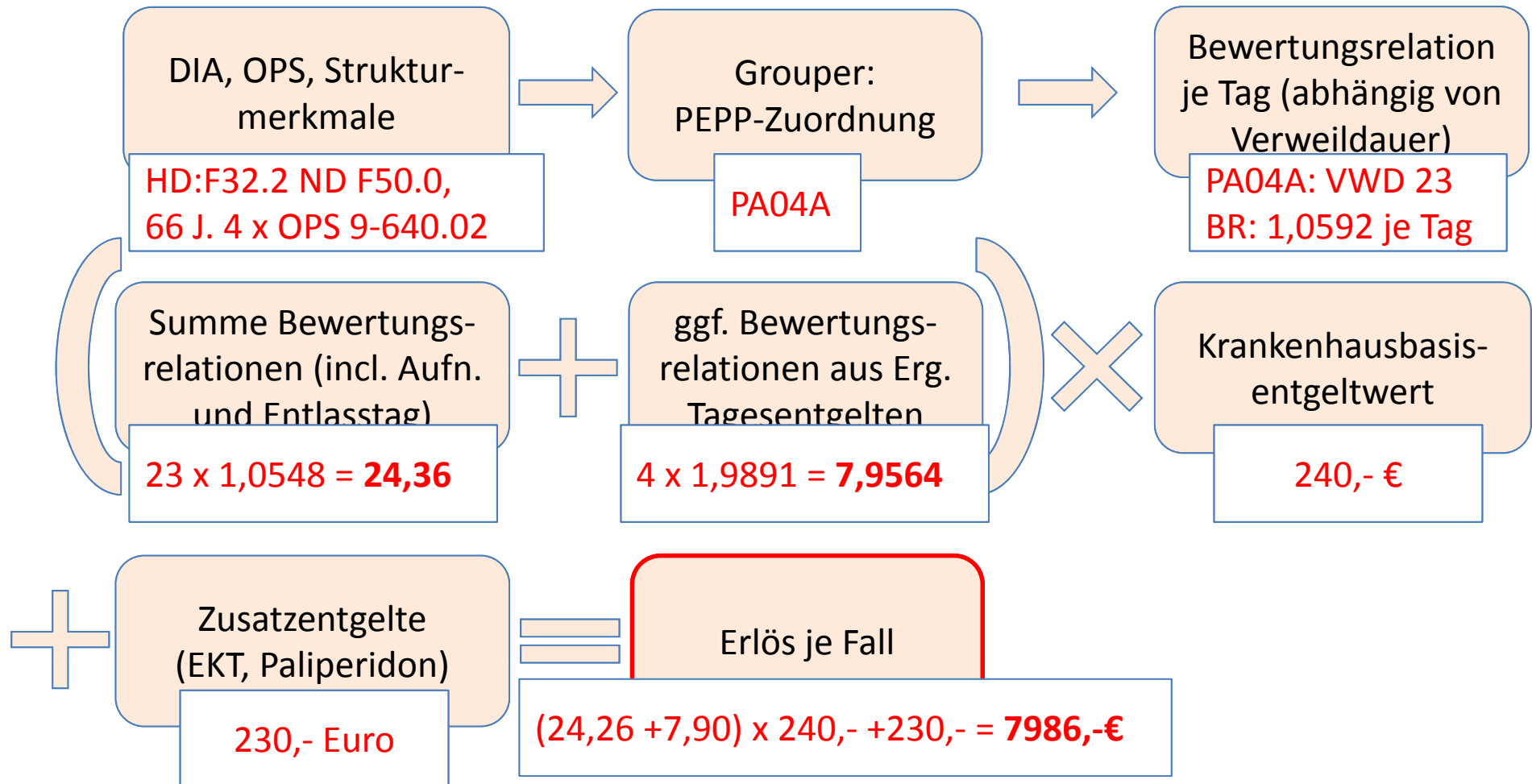
## PEPP 2016



# Dokumentationsaufwand



# Beispiel einer neuen Entgeltberechnung



Bsp: Pat. HD F32.2 ND F50.0, an 4 Tagen >12h Einzelbetreuung,  
1 x EKT 8-630.2, VWD=23 Tage, 66 Jahre alt



# PEPP:

PA04A	PA04B	PA04C
Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, <b>Alter &gt; 89 Jahre oder mit komplizierender Diagnose und Alter &gt; 64 Jahre, oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität</b>	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, <b>Alter &lt; 90 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, mit Mutter/Vater-Kind-Setting oder mit komplizierender Diagnose oder Alter &gt; 64 Jahre</b>	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, <b>Alter &lt; 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplizierende Diagnose</b>

PA04: ca. 35% der Fälle in der Allgemeinpsychiatrie



# Und was ist neu am Neuen Entgeltsystem?



- Tagespauschalen
- Ergänzende Tagesentgelte (Intensivkriterien)
- Zusatzentgelte (z. B. für teure Medikamente)
- Fallzusammenführungen
- Vollstationäre/teilstationäre und  
stationsäquivalente/stationsersetzende  
Behandlung im häuslichen Umfeld möglich

# Neues Entgeltsystem



- Entgeltsystem als Budgetsystem (Kein Preissystem?)
- leistungsbezogener Vergleich von Krankenhäusern als Transparenzinstrument
- Entwicklung verbindlicher Mindestanforderungen zur Personalausstattung
- Sektorenübergreifende Versorgung durch Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld
- Durch das geplante Gesetz werden das Krankenhausfinanzierungsgesetz (Art. 1), die Bundespflegesatzverordnung (Art. 2), das Krankenhausentgeltgesetz (Art. 3), das SGB V (Art. 4) sowie das PsychEntgeltgesetz (Art. 5) geändert.
- Die Änderungen und Ergänzungen im Gesetzentwurf basieren insbesondere auch auf den von den Wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbänden vorgelegten Konzepten und Stellungnahmen vom September 2015 und März 2016

# Chancen und Risiken



- Bessere Transparenz der Behandlung
- Engerer Bezug auf Leitlinien
- Versuch einer leistungs/aufwandsorientierten Vergütung
- Massiv erhöhter Dokumentationsaufwand
- MDK Prüfungen stark angestiegen (Misstrauensaufwand)
- Gefahr den „defizitorientierten“ Blick zu fördern anstatt des Ressourcenorientierten

# Stationsäquivalente Behandlung



Aus dem Referentenentwurf des neuen PsychVVG vom 19.5.2016:

§39 SGB V wird erweitert um die **Definition der stationsäquivalenten Behandlung.**

„Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine psychiatrische Behandlung während akuter Krankheitsphasen im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. **Sie entspricht hinsichtlich der Dauer, der Intensität und Dichte sowie der Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung.**“

Außerdem findet sich in §109 SGB V der Hinweis, dass bei Krankenhäusern, die diese Leistung erbringen, die **Bettenanzahl anzupassen** ist.

# Akutbehandlung im häuslichen Umfeld Home Treatment (HT)



- Begleitung psychiatrisch behandlungsbedürftiger Patienten in akuten Krankheitsphasen durch speziell ausgebildete multiprofessionelle ambulant tätige Behandlungsteams (MBTs)
- Alternative zur stationären Standardbehandlung, die durch HT verkürzt oder vermieden werden soll
- Betreuung im gewohnten Lebensumfeld nach einem gemeinsam erarbeiteten Behandlungsplan ganztägig an 7 Tagen die Woche
- „Krankenhausbehandlung ohne Bett“
- MBT hat die Verantwortung und die Kompetenz, notwendige stationäre Aufnahmen zu steuern

# Warum Hometreatment?



## UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

### Art. 19 (Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft):

„... gewährleisten, dass

b) Menschen mit Behinderungen Zugang zu einer Reihe von Unterstützungsleistungen **zuhause** und in Einrichtungen ... haben“

### Art. 25 (Gesundheit):

„a) ... stellen die Vertragsparteien ... eine ... Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung wie anderen Menschen ...“

## Bundesteilhabegesetz (BTG)

„Die Leistungen sollen sich am persönlichen Bedarf orientieren und entsprechend eines bundeseinheitlichen Verfahrens personenbezogen ermittelt werden. Leistungen sollen nicht länger institutionszentriert, sondern personenzentriert bereitgestellt werden.“

# Warum Hometreatment?



## **Bundesteilhabegesetz/BTG:**

- Anstelle von stationären und ambulanten Leistungen tritt (voraussichtlich) die einheitliche Fachleistung
- Erbringung von Komplex-Leistungen soll erleichtert werden

**\* Modelle der Integrierten Versorgung und der Regionalen Krankenhausbudgets:  
Sie dokumentieren, was heute auch in Deutschland schon alles ambulant geht!**

(Quelle: Prof. Steinhart, Vortrag)

# Auswahl von Modellprojekten von Home Treatment in Deutschland

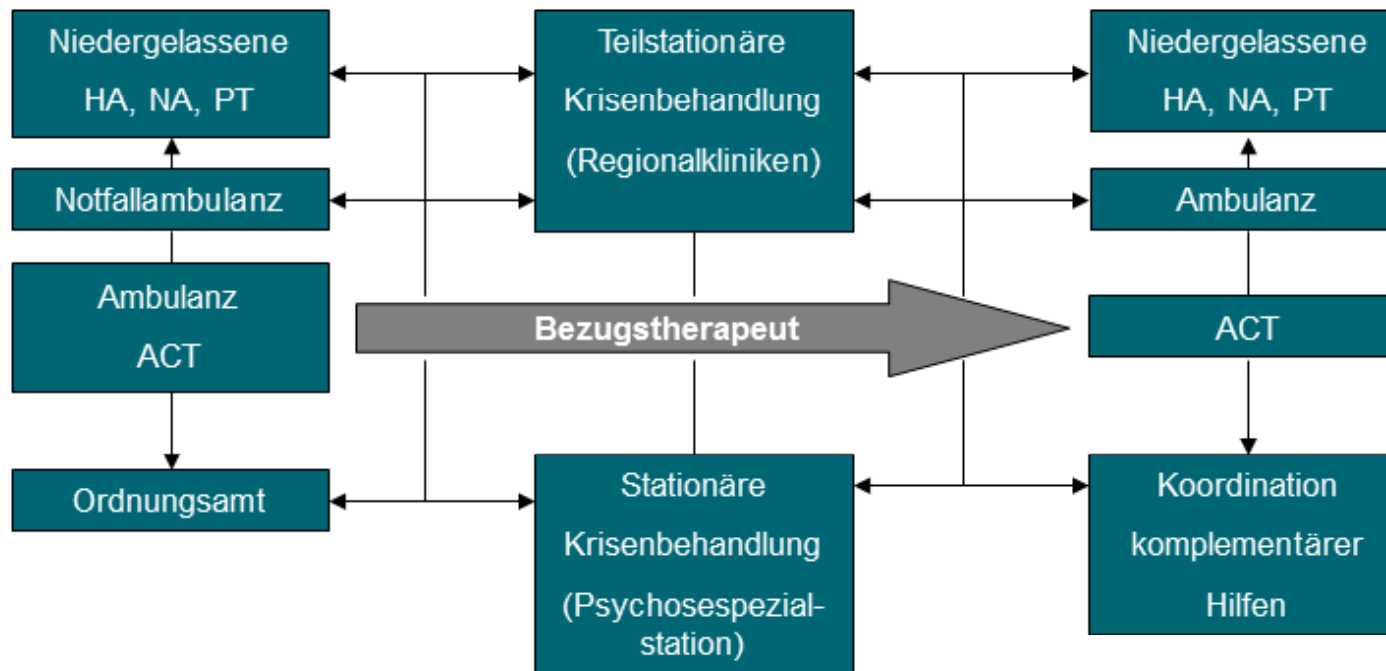
- Mobiles Krisenteam Bezirkskrankenhaus  
Günzburg, Universität Ulm
- Integrative psychiatrische Behandlung Krefeld
- Ambulante psychiatrische Akutbehandlung  
zu Hause, Frankfurt
- ACT, Hamburger Modell, UKE
- Regionales Psychiatriebudget Itzehoe
- Gemeindeintegriertes Krisenzentrum München  
Süd, Atriumhaus
- Weddinger Modell, Berlin





- Projekt des Pfalzkrankenhauses, des Landeskrankenhauses und der DAK Rheinland-Pfalz seit 1.10.2010
- Für Patienten mit Psychosen, Bipolaren Störungen..
- Aufsuchende Behandlung, ACT, MBT
- Dialogischer Ansatz
- Recovery, Salutogenese, Empowerment
- Experienced Involvement/Peers

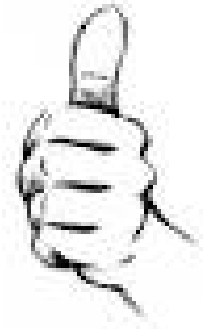
# Psychose-Netzwerk Pfalzlinikum



# Behandlungsziele

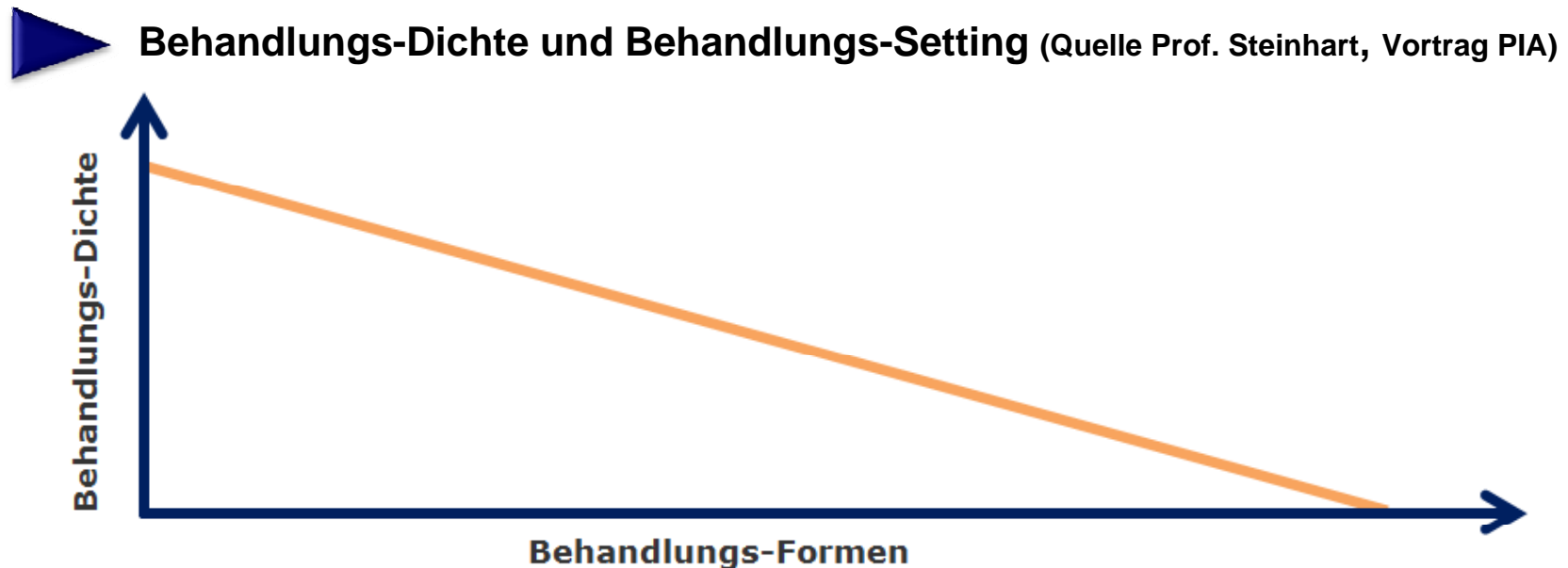
- Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychotischen Störungen
- Behandlung erfolgt überwiegend aufsuchend
- Einbindung möglichst vieler bereits bestehender Angebote in der Region
- Krisenintervention vor Ort unter Einbeziehung der Familie und der Bezugspersonen
- Reduktion der stationären Behandlungstage
- Verbesserung des Krankheitsverlaufs und damit langfristige Kosteneinsparungen

# Wichtige Erfolgskriterien für HT



- Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Patienten
- Einbezug des sozialen Netzwerkes, der Angehörigen und Bezugspersonen (Trialog)
- Konsequente Berücksichtigung bedeutender sozialer Faktoren
- Unterstützung und Begleitung der medikamentösen Behandlung.
- Kontinuierliche Betreuung bis zur Bewältigung der Krise und die Sicherstellung einer entsprechenden Nachsorge

# Wie kann bedarfsgerechte Behandlung und home treatment gefördert werden?



**Behandlungs-Ort und Behandlungs-Dichte sind direkt miteinander verkoppelt.**

## Wie kann bedarfsgerechte Behandlung gefördert werden?

### Epidemiologie:

Aktuelle populationsbezogene epidemiologische Studien und Metaanalysen zeigen **keine Zunahme psychischer Störungen in der Bevölkerung** – mit Ausnahme einer demografisch bedingten Zunahme der altersbedingten psychischen Störungen:

- Richter, Berger & Reker 2008 (international)
- Wittchen et al. 2011 (Europa)
- Richter & Berger 2013 (international)
- Jacobi et al. 2014 (Deutschland)

### S-3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (2014):

Sie bereitet die internationale wissenschaftliche Evidenz – auch auf Systemebene – auf aktuellem Stand auf.

# Die Empfehlungen der S3-Leitlinie: Worauf sie sich gründen...

## ▶ **International erprobte Modelle der Versorgung**

- Assertive Community Treatment (ACT)
- Home Treatment (HT)
- Intensive Case Management (ICM)
- Community Mental Health teams (CMHT)

## ▶ **Belegte Wirksamkeit/Evidenz**

in zahlreichen randomisierten und kontrollierten Studien  
(RCTs= Goldstandard,

**Reduzieren Zahl und Dauer stationärer  
Aufenthalte**

**Weniger Behandlungsabbrüche  
Behandlungszufriedenheit höher  
Soziale Inklusion (Wohnen, Arbeit)  
Kosteneffektivität**

# Zusammenfassend:

Die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Störungen“ gibt im Abschnitt der systembezogenen Interventionen eine **starke Empfehlung** (Empfehlungsgrad A, Evidenzebene 1a) für den **Einsatz multiprofessioneller Gemeindepsychiatrischer Teams in definierten Regionen zur Versorgung schwer psychisch Kranker**.

Diese Empfehlungen gründen sich auf international erprobte Modelle der Versorgung, deren Wirksamkeit in zahlreichen **randomisierten kontrollierten Studien** belegt wurde. Um entsprechende Ergebnisse zu erzielen, spielt die **Modelltreue** eine Rolle („es muss drin sein, was drauf steht“).

**Multiprofessionelle Gemeindepsychiatrische Teams** nehmen einen zentralen Platz im Versorgungssystem und Versorgungsnetzwerk ein und haben eine **zentrale Stellung bei der Versorgung von schwer psychisch Kranken** inne.



## 6. Flexibilisierung von Behandlungsverläufen Beispiel: Borderline-Persönlichkeitsstörung

**A** 16 Tage vollstationär = 16 **Berechnungstage (BT)**, 2 ½ **Wo Behandlung**



**B** 7 Tage vollstationär + 11 Tage teilstationär = 15,8 vollstat. **BT**,  
3 ½ **Wochen Behandlung**



**C** 2 Tage vollstationäre Krisenintervention + 7 Tage teilstationär + 3 Tage  
intermittierend teilstationär (jeden zweiten Tag) + 3 Tage vollstationär  
Krisenintervention + 1 Tag teilstationär + 5 Tage intermittierend  
halbtagesklinisch = 15,8 **Berechnungstage**, 8 ½ **Wochen Behandlung**



**Welche Behandlung wird dem individuellen Krankheitsverlauf am ehesten gerecht?  
Wie gelingt der beste Transfer von klinischen Behandlungserfolgen in den Alltag?**

(Grupp & Hansen, ZfP Südwürttemberg)

# Fazit

- Home Treatment stellt eine wirksame und bei entsprechender Ausgestaltung auch kosteneffektive Ergänzung bestehender Behandlungsangebote dar bei mindestens gleichbleibender Behandlungsqualität und meist höherer Zufriedenheit der Betroffenen
- Es gibt mittlerweile gute wissenschaftliche Evidenz, international und in Deutschland und eindeutige Empfehlungen der S3 Leitlinien
- Durch die Integration in das neue Entgeltgesetz besteht jetzt die Möglichkeit einer angemessenen Finanzierung und damit auch weiteren Verbreitung, wobei HT nur unter Beachtung der genannten Kriterien sinnvoll ist und nur eine Ergänzung weiterer aufsuchender Angebote (z.B. ACT, Intensiv PIA...) darstellt

# Quellen

- Stattkrankenhaus, Dr. E. Klingelhöfer
- Prof I. Steinhart, Vortrag, PIA
- Kunze, PsychPV
- Das Weddinger Modell, Mahler et al. Psychiatrie Verlag 2014
- Hamburger Modell, Prof. Bock, UKE
- S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Störungen“
- Akutbehandlung im häuslichen Umfeld: Systematische Übersicht, Psychiatr. Praxis 2011, 38, Thieme Verlag, Gühne et al.

# Was ist eigentlich hometreatment?



- Akutbehandlung im häuslichen Umfeld oder Home Treatment (HT) versteht sich als eine Begleitung psychiatrisch behandlungsbedürftiger Patienten in akuten Krankheitsphasen durch speziell ausgebildete multiprofessionelle ambulant tätige Behandlungsteams. Sie stellt eine Alternative zur stationären Standardbehandlung dar. Letztere soll durch HT verkürzt oder vermieden werden. Die Betroffenen werden in ihrem gewohnten Lebensumfeld nach einem gemeinsam erarbeiteten Behandlungsplan ganztägig an 7 Tagen die Woche von einem mobilen multiprofessionellen Behandlungsteam versorgt. Wesentliche Bestandteile und Wirkfaktoren sind regelmäßige Hausbesuche, eine integrierte ärztlich-psychiatrische Behandlung und die permanente und rasche Verfügbarkeit der Mitarbeiter. Weitere Kriterien einer effektiven HT sind die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Patienten, der Einbezug des sozialen Netzwerkes, die konsequente Berücksichtigung bedeutender sozialer Faktoren sowie die Unterstützung und Begleitung der medikamentösen Behandlung. Es erfolgt eine kontinuierliche Betreuung bis zur Bewältigung der Krise und die Sicherstellung einer entsprechenden Nachsorge. Das Behandlungsteam hat gleichzeitig sowohl die Verantwortung als auch die Kompetenz, notwendige stationäre Aufnahmen zu steuern.

**ab.3** Überblick über Modellprojekte von Home Treatment in Deutschland

Projekt / Angebot	Struktur	Angebote	Zielgruppe
Integrative Psychiatrische Behandlung, Krefeld [24]	<ul style="list-style-type: none"> <li>– integrative Versorgung mit mobilem multiprofessionellem Team und Vernetzung von Strukturen (niedergelassene Psychiater, somatische Klinik, betreutes Wohnen etc.)</li> <li>– Behandlung zu Hause: 24 Stunden täglich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nutzung aller diagnostischen und therapeutischen Ressourcen des Krankenhauses</li> <li>– Behandlungsplanung</li> <li>– alle ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen, Psychotherapie u. a.</li> <li>– spezifische Gruppenangebote in der Klinik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– akut psychisch erkrankte Patienten mit stationärer Behandlungsindikation oder zur Nachbehandlung im Anschluss an eine Klinikbehandlung.</li> <li>– gleichzeitige Behandlung von 12–16 Patienten möglich</li> </ul>
Mobiles Krisenteam, Bezirkskrankenhaus Günzburg [25]	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Versorgung durch mobiles multiprofessionelles Team</li> <li>– Behandlung zu Hause: 24 Stunden täglich</li> <li>– tägliche Übergaben, Fallbesprechungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Diagnostik und Behandlungsplanung</li> <li>– Einbezug des Umfeldes</li> <li>– Pharmakotherapie</li> <li>– psychotherapeutische Interventionen</li> <li>– Psychoedukation</li> <li>– Entspannung</li> <li>– soziales Kompetenztraining</li> <li>– praktische Alltagshilfen</li> <li>– Vermittlung in weitere Hilfen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– schwer und akutpsychiatrisch behandlungsbedürftige Patienten mit dem Ziel des Ersatzes vollstationärer Krankenhausbehandlung</li> </ul>
Ambulante psychiatrische Akutbehandlung zu Hause, Frankfurt [26]	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Versorgung durch mobiles multiprofessionelles Team</li> <li>– Hausbesuche an 7 Tagen der Woche zwischen 8:00 und 20:00 Uhr</li> <li>– ergänzende Bereitschaftsdienste</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Diagnostik</li> <li>– ärztliche und fachpflegerische Behandlung inkl. Angehörigenberatung</li> <li>– Psychoedukation</li> <li>– Gruppenangebote in der Klinik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– chronisch psychisch Kranke und Patienten, die bisher kaum / nicht versorgt wurden (psychotische Störungen: ca. 80%, Migranten: ca. 29%)</li> <li>– 20 Aufnahmen / Monat</li> </ul>
Assertive Community Treatment, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf [27]	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Arbeitsbereich Psychosen mit verschiedenen Versorgungseinheiten</li> <li>– Versorgung durch multiprofessionelles Team</li> <li>– Behandlung: 24 Stunden täglich</li> <li>– Fallkonferenzen</li> <li>– Kooperation mit externen Behandlern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Durchführung aller Erstkontakte, einschließlich der Untersuchung und Behandlungsplanung</li> <li>– Krisenintervention bis hin zur kompletten Akutbehandlung im eigenen Umfeld unter Einbeziehung der Angehörigen</li> <li>– poststationäre intensive Nachsorge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Patienten mit erstmaliger oder wiederholt auftretender psychotischer oder bipolarer Störung</li> <li>– mit Indikation einer stationären Therapie</li> </ul>

<p>Regionales Psychiatriebudget, Itzehoe [29, 30]</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– settingübergreifende Arbeitsorganisation (voll-, teilstationär, ambulant, zu Hause) bei hoher Flexibilität</li> <li>– multiprofessionelle Behandlungsteams</li> <li>– diagnosespezifische Behandlung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Erhöhung der teilstationären Kapazität</li> <li>– Reduzierung der stationären Plätze</li> <li>– Etablierung von Home Treatment</li> </ul>
<p>Gemeindeintegriertes Krisenzentrum München Süd, Atriumhaus [33]</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Home Treatment als 1 Baustein einer flexiblen gemeindepsychiatrischen Versorgung</li> <li>– Versorgung durch multiprofessionelles Team</li> <li>– tägliche Erreichbarkeit über ein Krisentelefon über 24 Stunden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Diagnostik</li> <li>– Behandlungsplanung</li> <li>– medizinisch-psychiatrische Behandlung, inkl. Psychopharmakotherapie</li> <li>– Koordination, Steuerung</li> <li>– Vernetzung und Kommunikation mit Mitbehandlern</li> <li>– Milieuthherapie</li> <li>– spezifische fachtherapeutische Angebote</li> </ul>

(Quelle: Akutbehandlung im häuslichen Umfeld, Gühne et al.)

# Weddinger Modell

Eine auf Partizipation, Transparenz und Recovery ausgerichtete Psychiatrie ermöglicht:

- das Vorkommen von Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen in Häufigkeit und Dauer auf ein absolutes Minimum zu reduzieren
- *ohne* sich der Verantwortung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu entziehen und
- *ohne* ihnen die Verantwortung für sich selbst abzusprechen

---

## **Zentral:**

transparente und offene Austausch, der festverankert in der Haltung und in den Strukturen, multiprofessionell mit den Patientinnen und Patienten sowie Bezugspersonen stattfindet!

---

## Konsequenzen für Klinik und Praxis

- ▶ Die Akutbehandlung im häuslichen Umfeld stellt eine wirksame und vermutlich auch in Deutschland kosteneffektive Ergänzung bestehender psychiatrischer Angebote bei gleichbleibender Behandlungsqualität dar und erhöht die Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen.
- ▶ Trotz guter internationaler Evidenz für die Wirksamkeit dieser Behandlungsform ist sie in Deutschland bisher wenig etabliert.

(Quelle: Akutbehandlung im häuslichen Umfeld, Gühne et al.)