



Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.

„ Integrierte Versorgung “

Integrierte Versorgung als verbindliches Geflecht der
Gemeindepsychiatrie

11. Mai 2010 Landschaftsverband Rheinland Köln

Thomas Pirsig



Gliederung

- **Vorstellung Dachverband**
- **Was fehlt: Fallbeispiel**
- **Zukunftsentwurf ambulanter Versorgung**
- **Inklusion**
- **Integrierte Versorgung**
- **Der TK Vertrag**
- **Chancen und Risiken**
- **Positive Entwicklungen in den letzten 30 Jahren durch Leistungen des SGB XII**
- **Endziel: Positives Zusammenwirken von Leistungen des SGB V und des SGB XII**



***DACHVERBAND* Gemeindepsychiatrie**

- **200 Mitgliedorganisationen mit ca. 14.000 Mitarbeitern**

Besonderheiten:

30 Jahre Erfahrung im Aufbau ambulanter Netzwerke und Hilfestrukturen für psychiatrisch erkrankte Menschen

Einbindung von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und engagierten Bürgern in Vorstände und Entscheidungsgremien

Förderung von Selbsthilfe, Trialoggruppen und Psychoseseminaren

Beginn der Vernetzung mit der Jugendhilfe für Kinder psychisch kranker Eltern

Förderung der Diskussionen um Sozialraumorientierung und Inklusion



***DACHVERBAND* Gemeindepsychiatrie**

- **Gemeinsame Interessenvertretung der Organisationen der Gemeindepsychiatrie auf Bundes-, Landes- und europäischer Ebene**
- **Vernetzung mit anderen bundesdeutschen sozial- und gemeindepsychiatrisch ausgerichteten Verbänden**
- **National Focal Point Deutschland von Mental Health Europe**
- **Ausrichtung am Grundsatz:
Ambulant statt Stationär**
- **Unabhängig vom industriellen Sponsoring.**

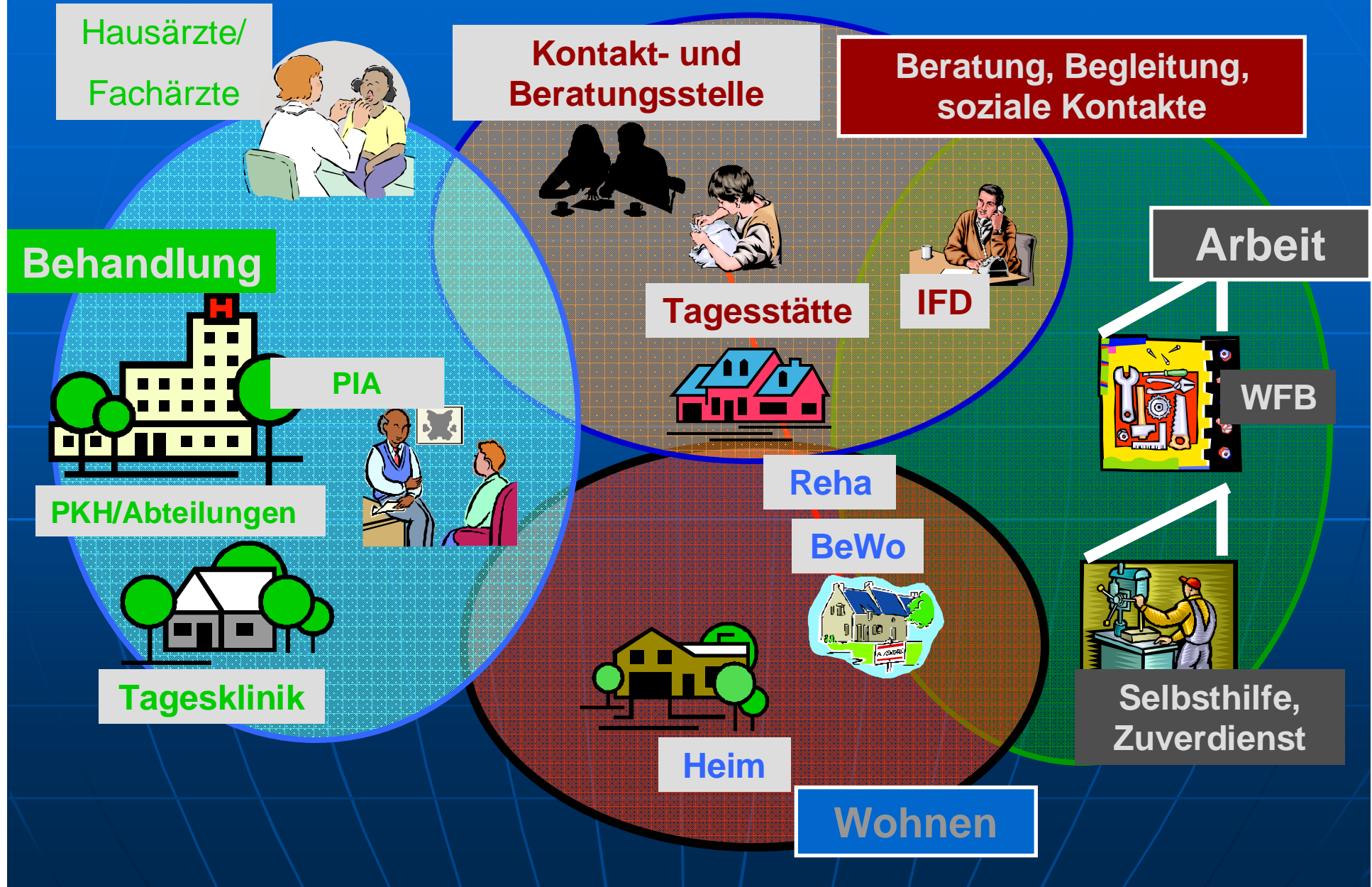


Wir bringen mit...

- **Langjährige Erfahrung in der Arbeit mit chronisch psychisch erkrankten Menschen**
- **Langjährige Erfahrung der Förderung von Empowermentstrategien, Selbsthilfe und bürgerschaftliches Engagement**
- **Langjährige Erfahrungen in der Beratung und Begleitung von Menschen in psychiatrischen Krisen**
- **Langjährige Beratungskompetenz im Bereich Arbeit und psychische Erkrankungen**
- **Erfahrungen in der Organisation von Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern**
- **Erfahrungen in der ambulanten Netzwerkbildung u.a. mit der Jugendhilfe**



Modell der aktuellen psychiatrischen Versorgung - Idealzustand

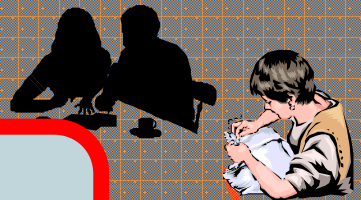


Modell der künftigen psychiatrischen Versorgung

Hausärzte/
Fachärzte



Kontakt- und
Beratungsstelle

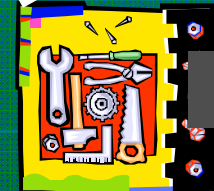


Beratung, Begleitung,
soziale Kontakte



IFD

Arbeit



WFB



Selbsthilfe,
Zuverdienst

Behandlung

Ambulantes
psychiatrisches
Zentrum
24 Std tgl erreichbar



Tagesstätte



Reha

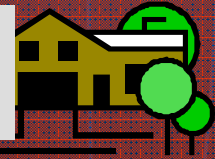
BeWo



Sozio-
therapie

Krisenhaus

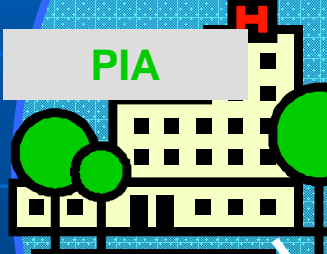
Ambulante
Pflege



Heim

Wohnen

PIA



PKH/Abteilungen



Tagesklinik

Psychotherapie

Was fehlt?

- **Fallbeispiel:**
- **Unauffälliger Nachbar**
- **Eines hören Sie aus seiner Wohnung Schreie**
- **Aus der Sicht dieses Nachbarn; „Ich muss Schreien um die Stimmen aus meinem Kopf zu vertreiben!“**
- **„Ich bin seit 2 Jahren bei einem Psychiater in Behandlung; 7 Minuten alle 12 Wochen, bekomme Medikamente.“**
- **„Ich gehe jeden Tag zur Arbeit, habe eine Familie, fühle mich wohl in meinem Umfeld.“**
- **„Aber immer diese Stimmen – ich muss lauter schreien, dann gehen sie bestimmt weg, lauter und lauter“.**
- **„Was sind das für Männer in meiner Wohnung?“**



- „Was wollen die denn von mir?“
- „Ich tue doch nichts.“
- „Warum packen die mich jetzt?“
- „Sie tun mir weh.“
- „Wo fahren die mit mir hin?“
- „In eine Psychiatrie, ich will in keine Psychiatrie, ich bin nicht irre!“
- „Ich will mit jemanden sprechen, den ich kenne, hier kenne ich keinen.“
- „Ich will hier wieder raus.“ „Das muss der Richter entscheiden“ Kommt der gleich?“ Nein, heute ist Samstag, frühestens Montag Mittag!“
- „Und was ist wenn ich hier heraus komme und mir das wieder passiert?“



Zunahme psychischer Erkrankungen bei Versorgungsunsicherheiten

- **25 % der erwachsenen Europäer leiden Schätzungen zufolge mindestens einmal im Leben unter psychischen Störungen wie z.B. Depression, Schizophrenie, Alkohol- und Drogenabhängigkeit, Panikstörung u.a.**

(European Commission 2008).

- **Die verbreitetsten psychischen Störungen in der EU sind Angst und Depression. Man rechnet damit, dass bis zum Jahr 2020 Depressionen in den Industriestaaten die zweithäufigste Ursache von Erkrankungen sein werden.**

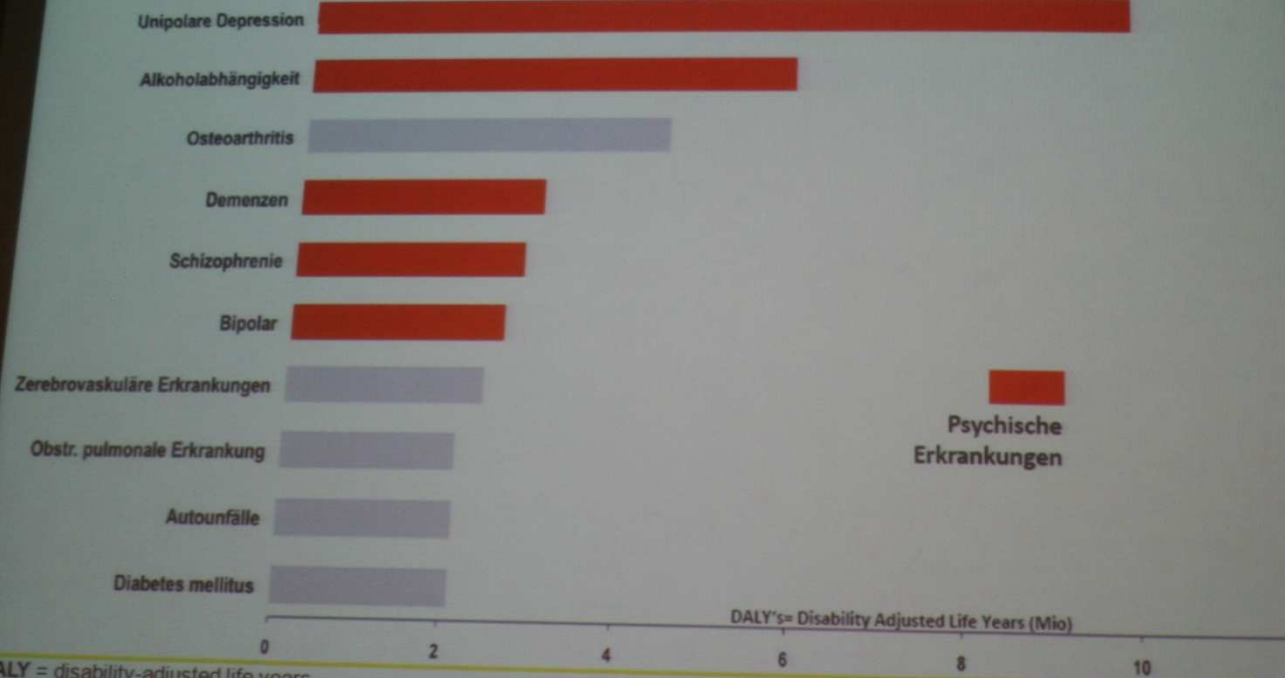
(Gesundheitsreport BKK 2008)

- **Untersuchungen zeigen darüber hinaus, dass ca. 40 % der psychischen Störungen chronisch verlaufen**

(Wittichen & Jacobi 2005).



Industrieländer: WHO Burden of Disease 2030



DALY = disability-adjusted life years

- wird für eine Krankheit als Index ihrer Konsequenzen berechnet (burden of disease)
- kombiniert zwei Folgen einer Krankheit:
 - **verlorene Lebensjahre** (YLL; years of life lost)
 - **Lebensjahre mit Funktionseinschränkung** (YLD; years of life lived with disability)
- **DALY = YLL + YLD** hohe Werte sind schlecht

Mathers, Loncar. PLOS Medicine 2006

(Berechnung:
<http://www.who.int/healthinfo/boddaly/en/>)

Definitionen von Inklusion

- **Inklusion ist die selbstverständliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen an allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens.**
- **Inklusion ist ein Ansatz von Lebensweltorientierung in denen alle Menschen, mit oder ohne Behinderung, willkommen sind. Die gesellschaftlichen Räume sollen so gestaltet sein, dass Personen mit Besonderheiten in ihr Raum finden und sich als gleichwertige Subjekte mit all ihrer Unterschiedlichkeit einbringen können (unity in diversity).**
- **Das Konzept von Inklusion weist weit über das der Integration hinaus, da es nicht defizit- sondern ressourcenorientiert ist.**
- **Leitgedanke: Immer erst den Menschen im eigenen Umfeld unterstützen statt in Sonderwelten.**



Eine Zukunft des Gesundheitssystems liegt in der integrierten Versorgung

„Speziell für Patienten mit multiplen und unterschiedlichen gesundheitlichen Versorgungsbedarfen und -bedürfnissen sind wohnortnahe, flexible und koordinierte Lösungen gefordert, die auf multiprofessionelle Behandlungs- und Betreuungsstrategien ausgerichtet sind. Es werden stimmige Versorgungspakete benötigt, in denen neben explizit medizinischen auch soziale und pflegerische Angebote enthalten sind.“

Rene Bormann u.a., Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik, Friedrich-Ebert-Stiftung 6/2009



Gesetzliche Voraussetzung ist der § 140a im Sozialgesetzbuch V

§ 140a

Integrierte Versorgung

(1) Abweichend von den übrigen Regelungen dieses Kapitels können die Krankenkassen Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung mit den in § 140b Abs. 1 genannten Vertragspartnern abschließen. Soweit die Versorgung der Versicherten nach diesen Verträgen durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt. Das Versorgungsangebot und die Voraussetzungen seiner Inanspruchnahme ergeben sich aus dem Vertrag zur integrierten Versorgung.

(2) Die Teilnahme der Versicherten an den integrierten Versorgungsformen ist freiwillig. Ein behandelnder Leistungserbringer darf aus der gemeinsamen Dokumentation nach § 140b Abs. 3 die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde nur dann abrufen, wenn der Versicherte ihm gegenüber seine Einwilligung erteilt hat, die Information für den konkret anstehenden Behandlungsfall genutzt werden soll und der Leistungserbringer zu dem Personenkreis gehört, der nach § 203 des Strafgesetzbuches zur Geheimhaltung verpflichtet ist.

(3) Die Versicherten haben das Recht, von ihrer Krankenkasse umfassend über die Verträge zur integrierten Versorgung, die teilnehmenden Leistungserbringer, besondere Leistungen und vereinbarte Qualitätsstandards informiert zu werden

Leistungsangebote der integrierten Versorgung:

- die klare, vertraglich festgelegte Zuständigkeit eines Dienstes für eine Region;
- seine permanente Erreichbarkeit, 24 Stunden am Tag, 365 Tage im Jahr;
- die vorrangig ambulante Krisenbegleitung,
- das vertraglich gesicherte Fallmanagement,
- die Sozialraumorientierung des Angebots,
- die hohe Effizienz koordinierter Hilfen,
- die hohe Kompetenz multiprofessioneller Teams mit psychotherapeutischer Grundhaltung,
- das Gefühl von Sicherheit, das eine kontinuierliche Betreuungsperson dem Versicherten gibt.

Wir arbeiten an einer Zukunft, in der Krisen ein wichtiger Entwicklungsschritt des Einzelnen werden können, weil es begleitete Wege gibt, diese Krisen zu nutzen und nicht darin zu verharren. ■

Der Referenzvertrag mit der Techniker Krankenkasse
Integrierte Versorgungsverträge gibt es in etlichen Bereichen
der somatischen Versorgung (Onkologie, Orthopädie,
Kardiologie, Schmerztherapie...).

*Im psychiatrischen Bereich gibt es nur äußerst wenige, die
meisten davon sind mit Ärzten abgeschlossen worden.*

*Verträge mit Gemeindepsychiatrischen Anbietern, die auf
Grund ihrer Struktur und Netzwerkerfahrungen die besten
Voraussetzungen mitbringen gibt es nur wenige.*

(Befragung Dachverband 2008)

**Der Dachverband Gemeindepsychiatrie und Vertreter der
kompetenten Mitgliedsorganisationen haben von 2008 – 2009
1,5 Jahre mit der Techniker Krankenkasse verhandelt und
gemeinsam einen Vertrag zur Integrierten Versorgung
entwickelt.**

Dieser Vertrag ist Grundlage und Basis regionaler Verträge.



Der Referenzvertrag mit der Techniker Krankenkasse

Der Hintergrund der TK sind hauseigene Untersuchungen die eine deutliche Zunahme der F Diagnosen verzeichneten bei der gleichzeitigen Erkenntnis, dass Klinikaufenthalte im psychiatrischen Bereich teuer und oft ineffizient sind.

Weiterhin besonders wichtig, der „Erstkontakt“ bei psychiatrischen Erkrankungen und deren Einfluss auf den späteren Verlauf.

Anfang der Zusammenarbeit mit dem Dachverband (Vorsitzender Wolfgang Faulbaum Decke, Marius Greuel und Martin Kleinschmidt von PINEL Berlin und Helmut Thiede von GAPY Bremen (längste Erfahrungen im SGB V Bereich).

Ziel:

**Schaffung eines vernetzten ambulanten Systems;
mit den o.g. Leistungsangeboten.**

Finanziert durch 20% ige Ersparnis im stationären Bereich.



Der Referenzvertrag mit der Techniker Krankenkasse Netzwerk psychische Gesundheit

Grundstruktur:

- 1 Anbieter für eine Region
- Menschen die sich einschreiben wollen die verbindliche Sicherheit des 24 Std/ 365 Tage erreichbaren Dienstes mit persönlichem Bezugssystem
- Wollen in Krisensituation adäquate Behandlung und Klinikaufenthalte vermeiden
- Schreiben sich für 3 Jahre ein, dabei kein Wechsel der Fallgruppe (risikoadjustierte Kopfpauschale)
- Fallgruppe errechnet sich aus dem Verbrauch von Mitteln für Klinikaufenthalte im Vorjahr
- 6 Fallgruppen - Finanzierungsspanne: ca 400 – 6000 Euro pro Jahr
- Träger hat die Budgetverantwortung mit Malusregelung, kommt der Mensch in die Klinik zahlt der IGV Träger die Kosten



Der Referenzvertrag mit der Techniker Krankenkasse

Berufsgruppen in den multiprofessionellen Teams:

Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Krankenpfleger/innen, geschulte Psychiatricerfahrene, Soziotherapeuten, Häusliche Psychiatrische Krankenpflege

Bezug Soziotherapeut oder Krankenpfleger

Leitstelle kann in einem MVZ sein, gibt auch andere Modelle

Bei z.B. nächtlichen Anruf , kommt, wenn telefonisch keine Klärung möglich ist, ein Team von mindestens 2 Kräften raus, wenn möglich der Bezug.



Der Referenzvertrag mit der Techniker Krankenkasse

Teilnehmerakquise:

Erstkontakt durch Mitarbeiter der Krankenkasse.

Grundeinstellung des Menschen; Will in Krisen eine Fachkraft, die er möglichst kennt.

Will nicht mehr in eine psychiatrische Klinik.

Überleitung zum Vertragsnehmer.

Wird der Vertrag gezeichnet Übergang der Klientenakte an den Dienst.

Verpflichtung des Dienstes; Grundgespräch und gemeinsame Entwicklung eines Behandlungspfades.

Qualitätsmonitoring durch 2 – 4 x im Jahr Überprüfung (Assessment) der Fortschritte.

Z. Zt. Entwicklung eines Moduls zur Überprüfung der Inklusion.



Der Referenzvertrag mit der Techniker Krankenkasse

Krisenhaus/Krisenpension, Rückzugsräume;

Beispiel GAPSY Bremen,
2 Krisenhäuser a 10 Betten in Bremen.

Ausschlaggebend; der Wunsch des Patienten nach mehr Schutz.

Häuser haben Hotelcharakter mit Rund um die Uhr Diensten.

Arzt im Hintergrund.

Angestrebte Verweildauer; 1 – 3 Tage.

Ob im Krisenhaus oder bei stationärer Unterbringung;

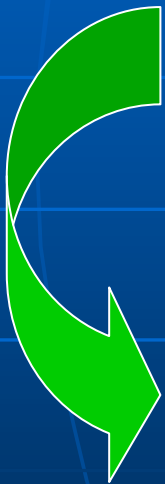
Der Coach oder Bezugstherapeut ist immer direkt involviert.



Ziele der Integrierten Versorgung

Ambulante Regelversorgung

Stationäre/Teilstationäre Versorgung



Aufbau von ergänzenden
ambulanten
Versorgungsangeboten
Vermeidung von stationären
Aufenthalten

Reduzierung der Verweildauer

Vermeidung KH Einweisung



Professor Dr. Dr. Klaus Dörner, Professor für Sozialpsychiatrie, zu dem neuen Konzept:

"Ausgenommen einiger schwerer Psychosen gibt es kaum eine wirkliche Indikation, die eine stationäre Behandlung erfordert. Ein solches ambulantes Netzwerk schafft nach 30 Jahren erstmals Anreize, um die Kluft zwischen dem ambulanten und stationären Bereich, zwischen medizinischen und sozialen Profis, vielleicht auch zwischen Professionellen und Bürgerhelfern zum Nutzen des Patienten zu schließen."



Was ist das Innovative an Integrierter Versorgung?

- **Schnellen und gleichberechtigten Zugang der Menschen zu psychiatrischen/psychotherapeutischen und sozialen Hilfeangeboten vor Ort zu gewährleisten.**
- **Verbindliche Krisenhilfe anzubieten.**
- **Sektorübergreifende Qualität und Transparenz für die Nutzer und ihre Angehörigen sicherzustellen.**
- **Wettbewerb um bessere regionale Lösungen aus Sicht der Patientinnen und Patienten im Sinne eines Qualitätswettbewerbs fördern.**



Weitere Ziele der Integrierten Versorgung

- **Höhere Angebots- und Leistungsdichte im ambulanten Bereich**
- **Verbesserung der ambulanten Behandlung durch den Aufbau ambulanter Komplexleistungen**
- **Frühzeitige Behandlung in angstfreier Umgebung**
- **Verbesserung der Behandlungscompliance und –konstanz**
- **Verhinderung von Exklusion**



Folgende Merkmale und Schwerpunkte sind besonders hervorzuheben:

Ausbau ambulanter, regionaler und gemeindepsychiatrischer Versorgungsstrukturen unter Nutzung bereits vorhandener Strukturen

Optimierung der Krisenprävention und -intervention als krankenhausersetzende Leistungen

Teilnahmemöglichkeit für psychisch erkrankte Versicherte mit Ausnahme der Diagnosen Sucht, hirnorganische Störungen, Intelligenzminderung und Entwicklungsstörungen

Freiwillige Teilnahme bis zu drei Jahren, Verlängerung bei Bedarf möglich
Öffnung für den Beitritt weiterer Krankenkassen

Qualitätsmonitoring der Versorgungsleistungen, zusätzlich wissenschaftliche Begleitforschung bzgl. der Zielerreichung der Vertragsziele



Instrumente der Integrierten Versorgung psychisch Kranker

- **Case Management**
- **Home Treatment**
- **Psychoedukation**
- **Qualitätszirkel**
- **Sektorübergreifende Patientenpfade**
- **Verbindliche Netzwerke**
- ...



Stand der Umsetzung:

2007 gründet der Dachverband Gemeindepsychiatrie das SGB V Bundesnetzwerk

2007 – 2008 Verhandlung des Referenzvertrages mit der TK

2009 Workshopreihe SGB V „Zum Einsteigen“ mit Landesverbänden

Ende 2009 Bündelung der Vereine, die den Vertrag umsetzen wollen

Ende 2009 1. Umsetzung des Vertrages bei PINEL Berlin

1/ 2010 Bundespressekonferenz der TK mit Trialogischer Runde

2/2010 Gründung der Bundesarbeitsgemeinschaft Netzwerk psychische Gesundheit im Dachverband Gemeindepsychiatrie

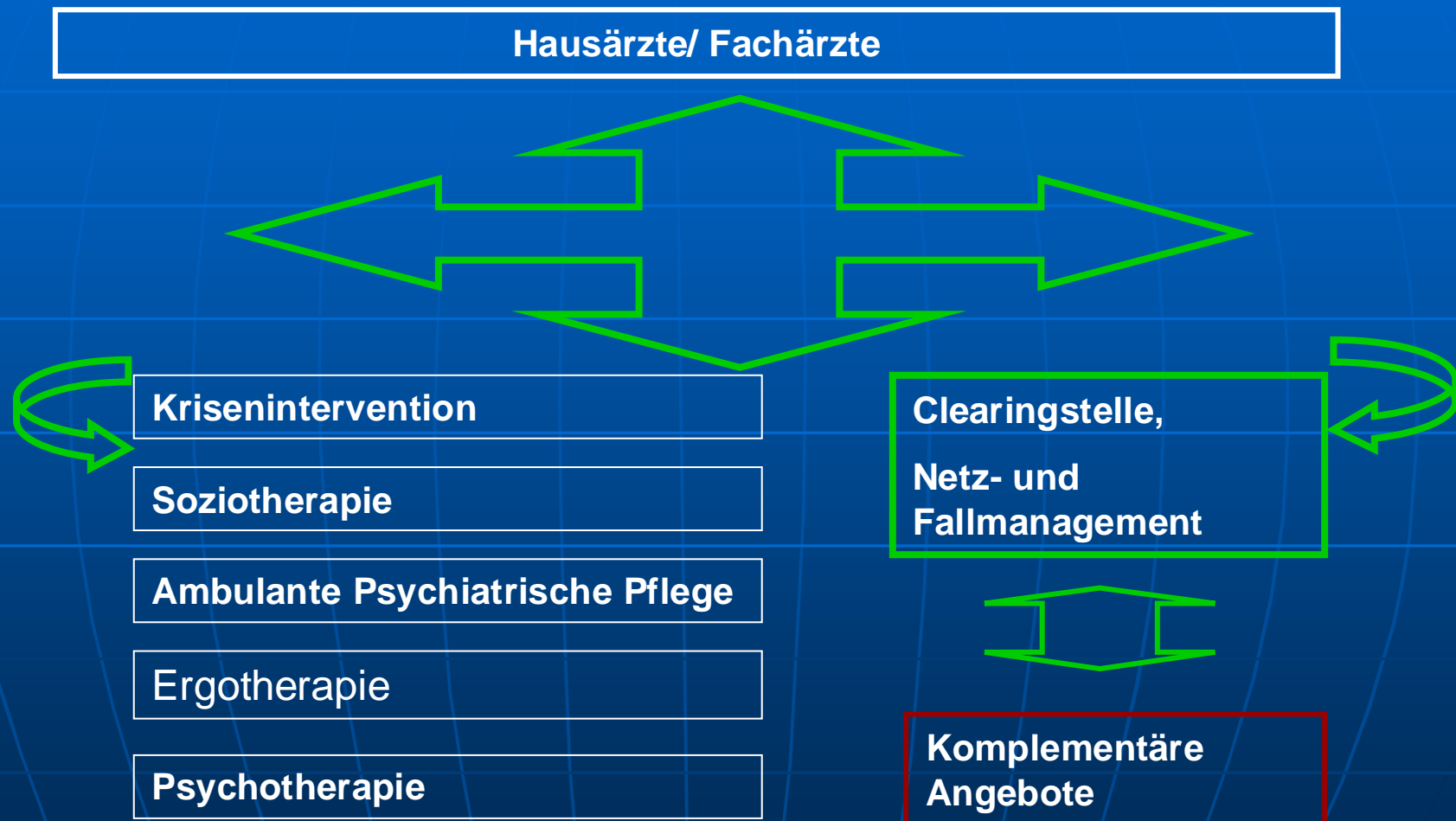
Umsetzung des TK Vertrages bis Ende 2010 in den Regionen; Bremen, Göttingen, Schleswig – Holstein, Hamburg, Niedersachsen, München, Augsburg, Dresden, Berlin – meist in der Rechtsform Ausgliederte Managementgesellschaft gGMBH

Weitere Interessenten aus dem Bundesgebiet; zur Zeit 7

Akquise weiterer Krankenkassen



Netzwerkmodell Integrierte Versorgung



Chancen und Risiken:

Chancen:

- **Deutliche Verbesserung der Versorgungsqualität**
- **Verhinderung von Chronifizierung**
- **Endlich wirklich: Ambulant vor stationär**
- **Behandlung vor Ort**
- **Implementierung der (längst überfälligen) Soziotherapie und Ambulanter psychiatrischer Pflege**
- **„Man muss nicht erst „sozial unten angekommen sein um Hilfen zu erhalten“**
- **Verbindlichkeit des Angebotes**
- **Ist nach neuesten Informationen das „Mittel der Wahl“; alle Kassenarbeiten an IGV Verträgen**

Risiken:

- **Wenn die Gemeindepsychiatrie die IGV Verträge nicht umsetzt kommen Managementgesellschaften die dieses Feld als Profitmöglichkeit besetzen**
- **Es können dabei bestehende Strukturen verdrängt werden**



Positive Entwicklungen in den letzten 30 Jahren durch Leistungen des SGB XII

- **Aufbau ambulanter Angebote nach dem SGB XII**
- **Wohnen: Wohnheime, Ambulant Betreutes Wohnen, Wohnverbände**
- **Leben/Beratung: Sozialpsychiatrische Zentren, Beratungsstellen**
- **Arbeit: Werkstätten für behinderte Menschen, Zuverdienst,**
- **Integrationsfirmen, Integrationsfachdienste**
- **Qualität und Vernetzung durch eigene Medizinische Dienste**



Endziel: Positives Zusammenwirken von Leistungen des SGB V und des SGB XII

- **Netzwerkideen der Anwesenden – Wie können**
- **SGB V und SGB XII Leistungen**
- **zum Wohle des Menschen zusammen wirken?**

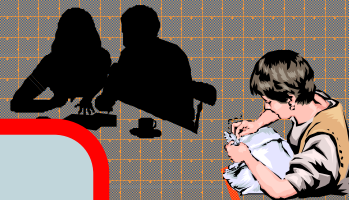


Modell der künftigen psychiatrischen Versorgung

Hausärzte/
Fachärzte



Kontakt- und
Beratungsstelle



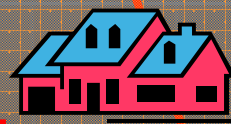
Beratung, Begleitung,
soziale Kontakte

Behandlung

Ambulantes
psychiatrisches
Zentrum
24 Std tgl erreichbar



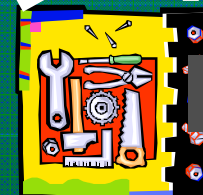
Tagesstätte



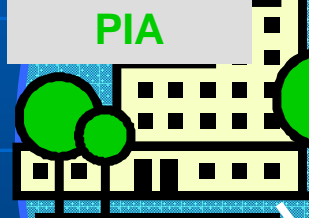
IFD



Arbeit

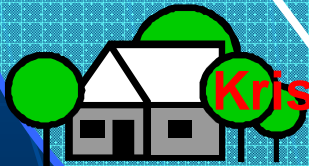


WFB



PIA

PKH/Abteilungen



Krisenhaus

Tagesklinik

Psychotherapie

Sozio-
therapie

Ambulante
Pflege



Reha

BeWo



Heim

Wohnen

Selbsthilfe,
Zuverdienst



Die Gemeindepsychiatrie der Zukunft
ist vernetzt
und
„Kompetent statt Komplementär!“

