

Modellvorhaben nach § 64b SGB V in der Psychiatrie

Matthias Mohrmann

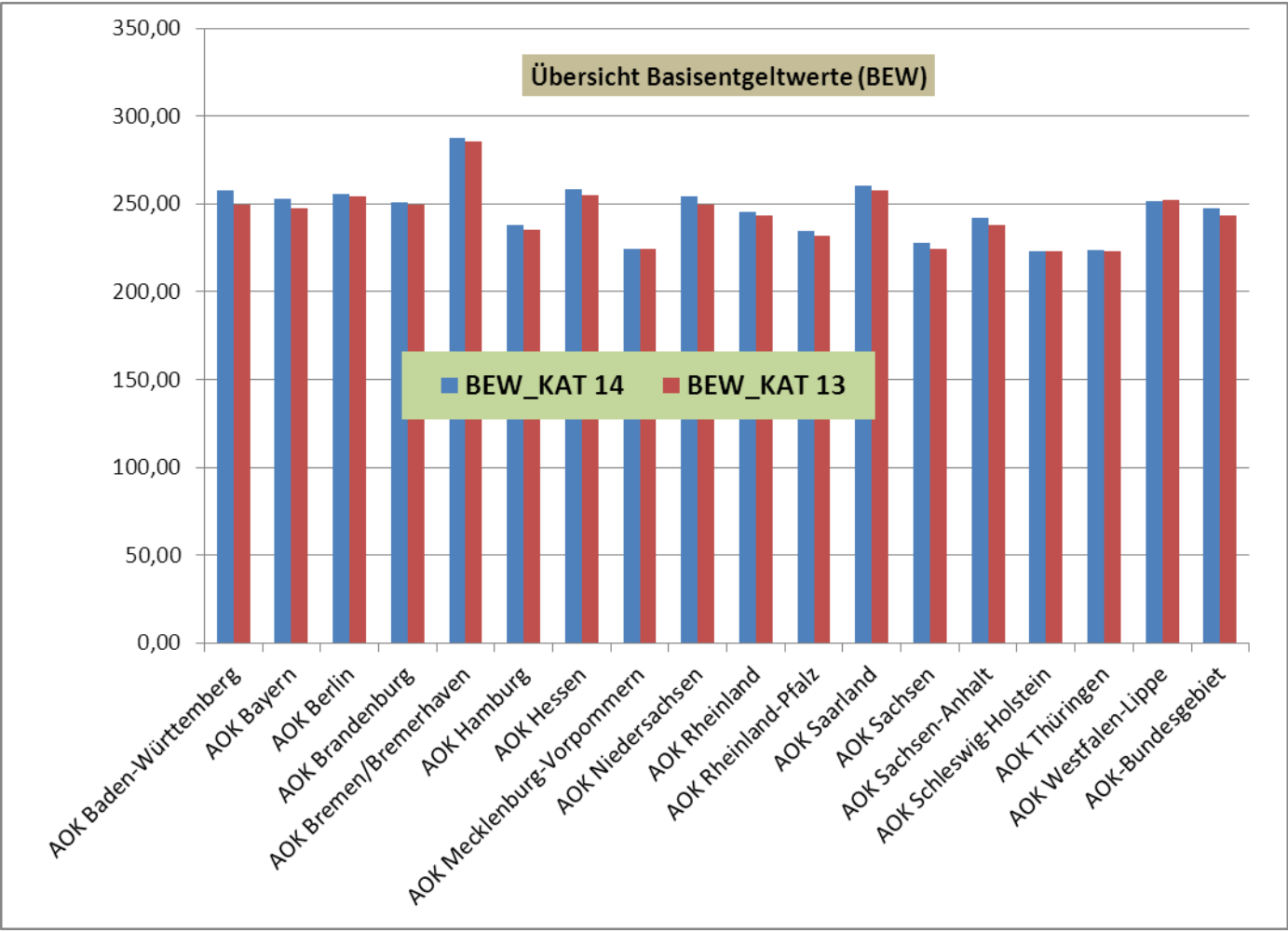
Mitglied des Vorstandes der AOK Rheinland/Hamburg

1. Eckdaten der Versorgung
 - Zahlen, Daten, Fakten
 - Wann ist man psychisch krank und behandlungsbedürftig?
2. § 64b SGB V
 - Wird Neues endlich gut?
 - Was woll(t)en wir erreichen?
 - Was tut sich aktuell?
 - Prognose
3. Initiativen der AOK Rheinland / Hamburg
 - Angebote zur Prävention und Versorgung psychisch Kranker
 - Unsere Vorstellung einer Modell-Versorgung

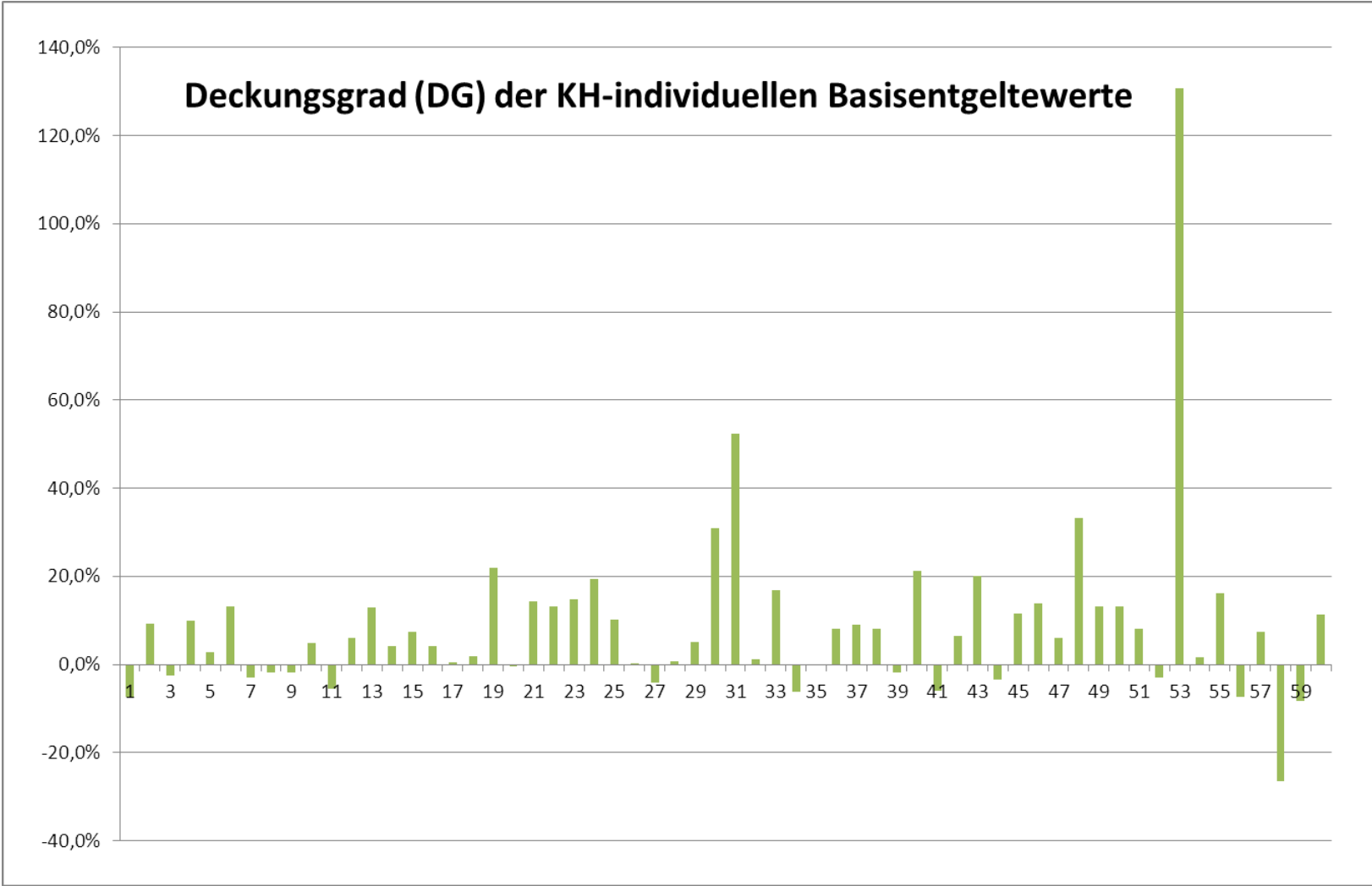
Eckdaten der Krankenhausleistungen der AOK Rheinland / Hamburg - 2013:

Krankenhausausgaben:	2.900 Mio. Euro
- davon für F-ICDs:	320 Mio. Euro
Krankenhausfälle stationär :	960.000
- davon mit F-ICD- <u>Hauptdiagnosen</u> :	70.300
-- davon behandelt in psychiatrischen/psychosomatischen KH (incl. TK)/Fachabteilungen:	57.500
- ohne F-Hauptdiagnose, aber mit F-ICD- <u>Nebendiagnosen</u> *:	111.000

* = behandlungsbedürftig



Übersicht der Ø-Basisentgeltwerte (BEW) auf Basis der AOK-Abrechnungsdaten des Jahres 2013 – nach den PEPP-Katalogen 2013 und 2014



Übersicht der **rheinischen** KH-individuelle Deckungsgrade (DG) ggü. dem Ø-rhein.-Basisentgeltwert auf Basis der AOK-Abrechnungsdaten des Jahres 2013 – nach dem PEPP-Katalog **2014**

Ambulant, Niedergelassene, Angestellte, Stationär, in Körperschaften/Behörden,
sonstige Bereich

Datenquelle: GBE-Bund / Ärztekammer

Bezeichnung	2000	2012
Einwohner Bund	80.274.000	82.259.000
Fachärzte Psych Bund	10.016	17.715
Fachärzte auf 100.000 Einw.	12,5	21,5

Bezeichnung	2000	2012
Einwohner NRW	17.500.000	17.850.000
Fachärzte Psych NRW	2.201	3.594
Fachärzte auf 100.000 Einw.	12,6	20,1

Prävalenz 30%/Jahr	24.082.200	24.677.700
psych. Kranke Einwohner je Arzt	2.404	1.393

Prävalenz 30%	5.250.000	5.355.000
psych. Kranke Einwohner je Arzt	2.385	1.490

...aber: keine Reduzierung der Wartezeiten!

11.03.2014

Stellungnahme DGPPN

**ECKPUNKTEPAPIER: Lange Wartezeiten auf einen Facharzttermin:
Verkürzung nur durch strukturelle Änderungen realisierbar**



.....

Zu wenig bezahlte Zeit für die Patienten hat Abbau ambulanter Angebote zur Folge.

Die Angebotsstruktur der ambulanten vertragsärztlichen nervenärztlichen, psychiatrischen sowie psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung konnte dem verändernden und steigenden Bedarf bislang in nicht ausreichend flexibler Weise gerecht werden. Mehr noch: **In den letzten Jahren wurden in psychiatrischen Facharztpraxen rund 40 % der psychiatrischen Behandlungskapazitäten, größtenteils zugunsten von psychotherapeutischen Angeboten, abgebaut.** Grund dafür ist das von der ärztlichen Selbstverwaltung vorgegebene starre Vergütungssystem mit Quartalspauschalen: Einem Facharzt in einer nervenärztlichen und psychiatrischen Praxis stehen für die Behandlung eines Patienten **im Quartal** pauschal durchschnittlich **40 bis 50 Euro** zur Verfügung – auch bei mehrfachen Gesprächsleistungen. Richtlinienpsychotherapeutische Leistungen (verhaltenstherapeutische, tiefenpsychologisch-orientierte oder analytische Psychotherapie) werden hingegen einzeln – und deutlich besser – vergütet. Dies hat zu einer **Verschiebung des Behandlungsfokus Richtung Richtlinienpsychotherapie** geführt.

....

In Zukunft werden die Veränderungen in der Finanzierung stationärer Einrichtungen mit der Folge frühzeitigerer Entlassungen aus einem stationären Aufenthalt zu einem zusätzlichen Druck auf den ambulanten Versorgungssektor führen.

Fazit zur ambulanten Versorgung:

1. Keine Verkürzung der Wartezeiten
2. Änderung von Leistungsinhalten ein langwieriges Unterfangen
 - Zeitplan zur Änderung der Psychotherapie-RL zieht sich bis 2015 – ohne absehbaren Umsetzungstermin
3. Neue Leistungen nicht in Sicht
 - DMP-Depression kommt nicht, weil
 - Änderung der Psychotherapie-RL vorgesehen ist
 - Hausärzte mit Koordinatorenfunktion ggf. überfordert
 - keine evaluierten Selbsthilfeprogramme vorliegen
4. Weiterer Druck auf die ambulante Versorgung, weil PEPP für kürzere Verweildauern sorgt (?)



«Wir haben die Unreife von Kindern in Krankheit verwandelt»

Von [Rudolf Burger](#). Aktualisiert am 04.01.2014 10 Kommentare

Der emeritierte Professor für Psychiatrie Allen Frances sagt, dass das neue Standardwerk der Psychiatrie zur Hyperinflation psychischer Krankheiten führt.

Auszüge aus einem Interview mit der Zeitschrift „Der Bund“ (Schweiz) am 4.2.2014



Zur Klassifizierung von psychischen Störungen ist in den USA das «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders», kurz DSM geschaffen worden, das auch in Europa verwendet wird. Sie selber waren Ko-Autor der Versionen DSM 3 und DSM 4, haben jetzt aber DSM 5 heftig attackiert. Wieso?

Ich sage aus der Rückschau: Wir hatten schon bei DSM 4 eine diagnostische Inflation psychischer Krankheiten. Mit DSM 5 haben wir eine **Hyperinflation**. DSM 5 wird Millionen von neuen Patienten schaffen, die man wahrscheinlich besser sich selber überlassen würde.

Welche Rolle spielen Pharmakonzerne beim Thema Inflation psychiatrischer Diagnosen?

Sie sind die Hauptursache. **Pharmakonzerne brauchen psychische Krankheiten als Mittel, um Pillen zu verkaufen, und sie erfinden Krankheiten.** In den USA werden 80 Prozent der Medikamente von Hausärzten verschrieben. Der Grund dafür liegt darin, dass Ärzte von den Versicherungen nur bezahlt werden, wenn sie dem Patienten eine Diagnose abgeben. Also geben sie eine Diagnose ab und verschreiben Medikamente. Man vergisst dabei, dass man erstens eine psychiatrische Diagnose speziell bei Kindern nicht in sieben Minuten abgeben kann und es zweitens sehr schwierig sein kann, eine psychiatrische Diagnose wieder loszuwerden.



Hans-Joachim Frey: Probleme werden generell überblendet - Hans-Joachim Frey, DLR.org

Offenbar werden in DSM 5 auch eher Depressionen diagnostiziert.

Ja, nach nur zwei Wochen Interesselosigkeit, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit und fehlender Energie wird nach DSM 5 eine Depression diagnostiziert. Das sind aber alles typische Phänomene für Trauer. Solche Erfahrungen machen die meisten Leute irgendwann einmal, ich machte sie, als meine Frau starb. Trauer ist eine absolut normale Ausdrucksform, sie ist der Preis dafür, jemanden zu lieben. Wir dürfen Trauer nicht zu einem medizinischen Problem machen und dafür eine Pille verschreiben.

Wie erklären Sie sich die Diagnose-Inflation in DSM 5? Wurden die Autoren von Pharmafirmen gesponsert?

Nein, es geht um einen Interessenkonflikt: Wenn man sein Leben lang in einem Bereich arbeitet, tendiert man dazu, ihn überzubewerten, man will ihn ausdehnen. Man sieht nicht, dass Diagnosen in der wirklichen Welt auch schrecklich missbraucht werden können.

Trauer ist keine Krankheit

Wer um einen geliebten Menschen trauert, braucht in der Regel keine Medikamente und keinen Psychotherapeuten, sagt **Rainer Richter**. Das neue Diagnose-Handbuch der US-Psychiater sollte normale seelische Reaktionen nicht als krank bewerten.

des ICD-11 sicherlich Warnsignale. Viele Psychotherapeuten teilen die Sorge, dass zum Beispiel Trauer nach dem Verlust eines nahestehenden Menschen zukünftig bereits nach zwei Wochen als krank gelten könnte. Wer intensiv trauert, erfüllt zwar häufig formal die Kriterien einer Depression, ist aber nicht krank. Die meisten Trauernden verkraften ohne Behandlung nach einer Phase, die Monate oder auch über ein Jahr dauern kann, den Verlust eines geliebten Menschen. Das Leiden und der Schmerz von Trauernden sollten nicht pathologisiert werden.

Quelle: Gesundheit und Gesellschaft, Ausgabe 6/13

Mehr Leid als nötig

DSM und besonders die Biologische Psychiatrie müssen komplett überdacht werden

Die westliche Psychiatrie ist in der Krise. Die Richtung, die das neue Diagnostische und Statistische Handbuch psychischer Störungen (DSM), welches Ende dieser Woche veröffentlicht wurde, einschlägt, hat große Kritik geerntet. Dazu kommt, dass das Nationale Institut für geistige Gesundheit (NIMH), der Welt größtes Forschungsinstitut, in Unstimmigkeit mit der amerikanischen psychiatrischen Vereinigung, angezeigt hat, dass es nicht länger Projekte finanzieren wird, die ausdrücklich nur auf DSM - Kategorien basieren. Unglücklicherweise fehlt dem NIMH die entscheidende Bedeutung der Benutzer Erfahrungen in der Psychiatrischen Forschung und Praxis, während „Mentale Gesundheit Europa“ die NIMH - Entscheidung für gut befindet, unermüdlich fokussierend auf die Neurowissenschaften und die sogenannten Erkrankungen des Gehirns.

Mental Health Europe ist äußerst besorgt darüber, dass die Veröffentlichung von DSM 5 einen weiteren Schritt in der zunehmenden Dominanz eines hundertprozentigen biologischen Ansatzes bei psychischen Problemen darstellt, unterstützt von einer riesigen Maschinerie aus Wissenschaft, Technologie und wirtschaftlichen Interessen. Hinzu kommt, als eine der sichtbaren Folgen dieses Ansatzes, die relative Herabstufung der psychologischen und sozialen Interventionen, die die persönliche und soziale Erholung unterstützen. Darüber hinaus werden psychologische und soziale Interventionen immer abhängiger vom biologischen Vorbild, anstatt auf die Bedürfnisse und Wünsche der Nutzer psychosozialer Dienste einzugehen. Offensichtlich ist dies in Widerspruch mit der sozialen und menschenrechtlichen Perspektive des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK), die jetzt von der Europäischen Union und von mehr als 100 Ländern weltweit ratifiziert wurde.

Ein Blick zurück....

§ 24 BPfIV (bis 31.12.2012)

Die Vertragsparteien können im Einvernehmen mit [...] ein zeitlich begrenztes Modellvorhaben zur Entwicklung pauschalierter Vergütungen vereinbaren.

...d.h., Möglichkeiten, die stationären Entgelte zu „entwickeln“, gibt es schon länger.

§ 64b SGB V

Gegenstand von Modellvorhaben nach § 63/1 oder /2 kann auch die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen sein...zur:

- Verbesserung der Patientenversorgung oder
- sektorenübergreifenden Leistungserbringung
- komplexen Behandlung im häuslichen Umfeld

Auszug BT-Drucksache 17/8986, 14.3.2012, Seite 49

....

Mit der neuen Rechtsgrundlage wird Besonderheiten der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung Rechnung getragen, die durch eine oftmals **besonders lange Betreuungsdauer, wiederholte Kontakte** und eine vielfach **besonders hohe Zahl der einzubeziehenden Akteure** gekennzeichnet ist. Zur Weiterentwicklung der Versorgung gilt es hier daher besonders, unterschiedliche Konzepte zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zu ermöglichen und zu fördern.

....

Soweit in § 64b nichts Abweichendes geregelt ist, finden auch für Modellvorhaben zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung die allgemeinen Grundsätze nach den §§ 63 bis 65 in Bezug auf die Vereinbarung und Durchführung von Modellvorhaben Anwendung

....

Auszug BT-Drucksache 17/8986, 14.3.2012, Seite 49

Damit die Daten
für die Entwicklung des Entgeltsystems nach § 17d KHG genutzt werden können

und

zur Verbesserung der Transparenz über das Leistungsgeschehen,

wird die in Modellvorhaben übliche Möglichkeit der Abweichung von geltenden Rechtsvorschriften [§§ 295, 301-303 SGB V, §17d/9 KHG = Übermittlung der Abrechnungs- und Leistungsdaten] eingeschränkt.

D.h., diese Daten sind vollumfänglich zu erheben und zu liefern (z.B. ans InEK – wenn Krankenhäuser Modellpartner sind).

Projekte unter Beteiligung der AOK:

Hessen:	Klinikum Hanau
Niedersachsen:	Psychiatrisches Klinikum Lüneburg
NordWest:	Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH Fachkliniken Nordfriesland gGmbH Westküstenklinik Brunsbüttel Klinikum Itzehoe Kreiskrankenhaus Rendsburg – Imland gGmbH St. Marien-Hospital Hamm
Plus (Sachsen/Thüringen):	Heinrich-Braun-KH, Zwickau Rudolf-Virchow-Klinikum, Glauchau Südharz-KH, Nordhausen

Wesentliche Inhalte:

Ansprech- und Vertragspartner sind die Krankenhäuser, Einbindung von Vertragsärzten rudimentär/ nicht bekannt, Umwandlung von KH-Budgets in andere Finanzierungsformen, teilweise mit Home-Treatment.

1. KH-Planung unflexibel (z.B. Umwandlung in TK nicht ohne Feststellungsbescheid möglich)
2. Man kommt wirtschaftlich ganz gut mit PEPP zurecht
3. KH-Leitung muss Betriebsstätte sichern
4. Veränderung des Einweiserhaltens bei ambulanter Versorgung vor Ort
5. Gesetzliches Problem bei der Bildung von „PIA-Außenstellen“
6. Vorhandenes Personal ist nicht auf ambulante Versorgung eingestellt
7. Zurückhaltung der Krankenkassen, weil die Versorgung nicht verbessert, sondern nur anders (oder zusätzlich) finanziert werden soll

1. KH beteiligen sich nur dann, wenn Ausgaben für andere Versorgungsformen zusätzlich finanziert werden – keine Bereitschaft zur Ausgliederung des vorhandenen Budgets
2. Krankenkassen stellen keine zusätzlichen Mittel zur Verfügung
3. Eine sektorenübergreifende Versorgung scheitert an Partikularinteressen
4. Ohne zwingende normative Eingriffe passiert nicht viel
5. (Trügerische) Hoffnung Innovationsfonds?

- **Selektivverträge**
- **Unterstützung der Selbsthilfe**
- **Versorgungsschwerpunkte im Bereich ambulante Reha-Maßnahmen**
- **Entwicklung eigener § 64b-Modelle**

Angebote der AOK Rheinland / Hamburg für psychisch Kranke im Rheinland:

Adhärenzförderung Schizophrenie	lfd.
Ambulante Rehabilitation (Anzahl Verträge)	7
Arbeitstherapie (Anzahl Verträge)	2
Betriebliche Gesundheitsförderung	lfd.
Förderung Pflege Demenzkranker in Heimen	lfd.
Förderung Selbsthilfe	lfd.
Förderung Sozialpsychiatrie	lfd.
Frühintervention bei psychischen Störungen	lfd.
Integrative Behandlung (Anzahl Verträge)	1
Integrierte Versorgungsverträge (Anzahl Verträge)	3
Ressourcenstärkung in Schulen + KITAs	lfd.
Stressbewältigungsangebote	lfd.

Viele Aktivitäten, aber Suche nach der roten Linie



Gegen den „Drehtüreffekt“

Netzwerk für Patienten mit psychischen Erkrankungen soll nach der Entlassung aus der Klinik helfen

Immer öfter fehlen Menschen wegen psychischer Erkrankungen bei der Arbeit. Laut Techniker Krankenkasse ist in NRW für Ende Februar auf knapp 600.000 Fälle von solchen Krankheiten zurückzuführen. Die Betroffenen werden meistens in Krankenhäusern behandelt. Nach der Entlassung fehlt es aber an Unterstützung, so dass viele nach kurzer Zeit wieder in die Kliniken müssen. Um diesen „Drehtüreffekt“ zu verhindern, hat die Krankenkasse das „Netzwerk psychische Ge-

sundheit“ gegründet. In Köln kooperiert sie mit der „Gesellschaft für psychische Gesundheit“ (GPG) und dem „Kölner Verein für Rehabilitation“. Die Krankenkasse vermittelt Patienten aus dem Verein. Der sorgt für umfassende Betreuung durch ein Netzwerk aus Psychikern, Sozialarbeitern und Therapeuten. „Wir sind wie Lotsen durch das Gesundheitsystem“, beschreibt Vereinsvorsitzend Klaus Jansen die Arbeit des Vereins. Seine Mitarbeiter erstellen zusammen

mit den Patienten und seinen Angehörigen Pläne für eine Behandlung. „Viele Menschen ist schon gelohnt“, sagt Annette Franksberg vom Verein für Rehabilitation.

In Notfällen sind Mitarbeiter rund um die Uhr erreichbar. Für extreme Fälle hat man eine Krisenorganisation eingerichtet. Wenn die Betroffenen ihr gewohntes Umfeld verlassen müssen, können sie dort unterkommen (dsc)

Ambulante Hilfe, wenn die Seele leidet

In einem neuen Kooperationsmodell bieten das Sozialpsychiatrische Zentrum und drei Krankenkassen vor Ort ambulante Hilfe für psychisch Kranke an. Es gibt persönliche Betreuer und eine 24-Stunden-Kreislaufschicht.

AMBIENTE: Die Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Zentrums (SPZ) im Krankenhaus St. Elisabeth in Bonn betreuen Patienten ambulant. Von links: Projektleiterin Dr. Barbara Kötter, Projektsachbearbeiterin Kerstin Schmitt, Projektsachbearbeiterin Anja Grottel, Projektsachbearbeiterin Anja Grottel, Projektsachbearbeiterin Anja Grottel, Projektsachbearbeiterin Anja Grottel.

Das SPZ hat noch Lücken

Die Krankenkassen haben sich verpflichtet, die Kosten für die ambulante Versorgung der Patienten zu übernehmen. Die Krankenkassen haben sich verpflichtet, die Kosten für die ambulante Versorgung der Patienten zu übernehmen. Die Krankenkassen haben sich verpflichtet, die Kosten für die ambulante Versorgung der Patienten zu übernehmen.

Das SPZ hat noch Lücken

Projekte unter Beteiligung der **AOK Rheinland/ Hamburg**:

Grundlage und Anzahl der Angebote, mit

- anderer Finanzierungsvariante (KH incl. PIA): **5**
- sektorenübergreifender Versorgung (*Einbindung von Vertragsärzten, Psychotherapeuten, amb. psych. Pflege und Dienste, Zusammenarbeit mit den Kommunen, etc.*): **0**
- Versorgung in der häuslichen Umgebung: **1**
(Erstkontakt im April 2014, seit dem Warten auf Konzept; lfd. Erinnerungen durch AOK RH)

**Primäres Ziel ist es, die Versorgung zu verbessern.
Ausschließlich Krankenhäuser an § 64b-Modellen zu beteiligen, ist zu kurz gedacht.**

Oder andersherum:

Entwicklung eines Versorgungsmodells auf Basis ambulanter psychiatrischer Pflege

Primäre Ziele:

1. Verbesserung der Behandlungs- und Therapietreue
2. Abstimmung mit Vertragsärzten (und KH-Ärzten)
3. Einbeziehung der Dienste und Angehörigen mind. 1 Woche vor KH-Entlassung
4. Ambulante Notfallbereitschaft der Pflege und des Arztes
5. Unkomplizierter Zugang zur häuslichen Krankenpflegeleistung (ohne MDK)
6. Bewertung der Veränderung aller AOK-Leistungen- und Ausgaben
7. Lfd. Evaluation der Veränderung des Gesundheitszustandes

Sekundäre Ziele:

1. Einbindung anderer Kostenträger (andere Sektoren, z.B. Kommunen)
2. Abstimmung der Versorgung mit anderen SGB-Bereichen (z.B. Sozial- und Jugendhilfe)

„Wer immer tut, was er schon kann, bleibt immer das, was er schon ist.“
Henry Ford



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit