

Berlin 28. Juni 2016

2. Nationales Forum für Entgeltsysteme in Psychiatrie und Psychosomatik

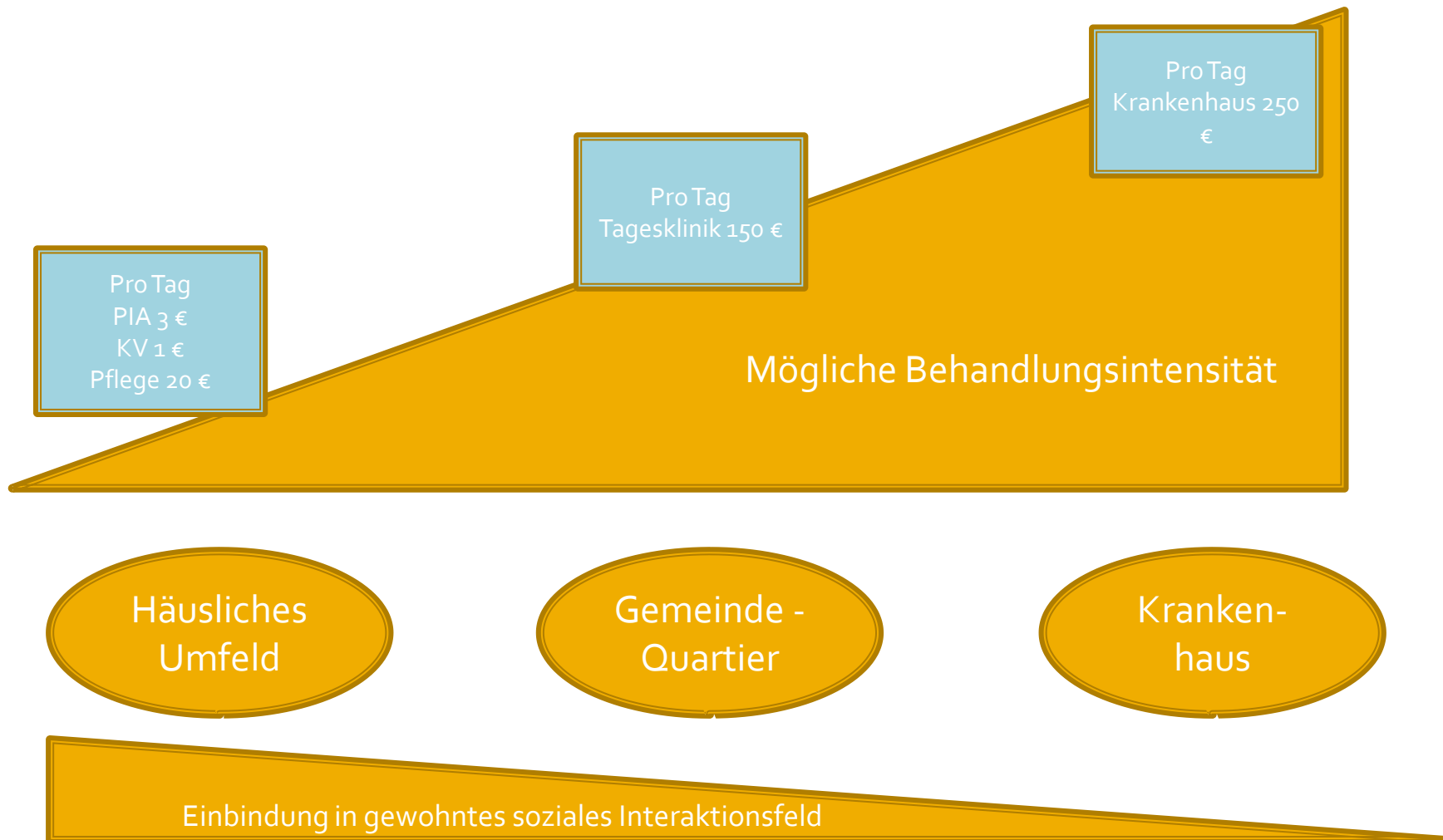
Hometreatment

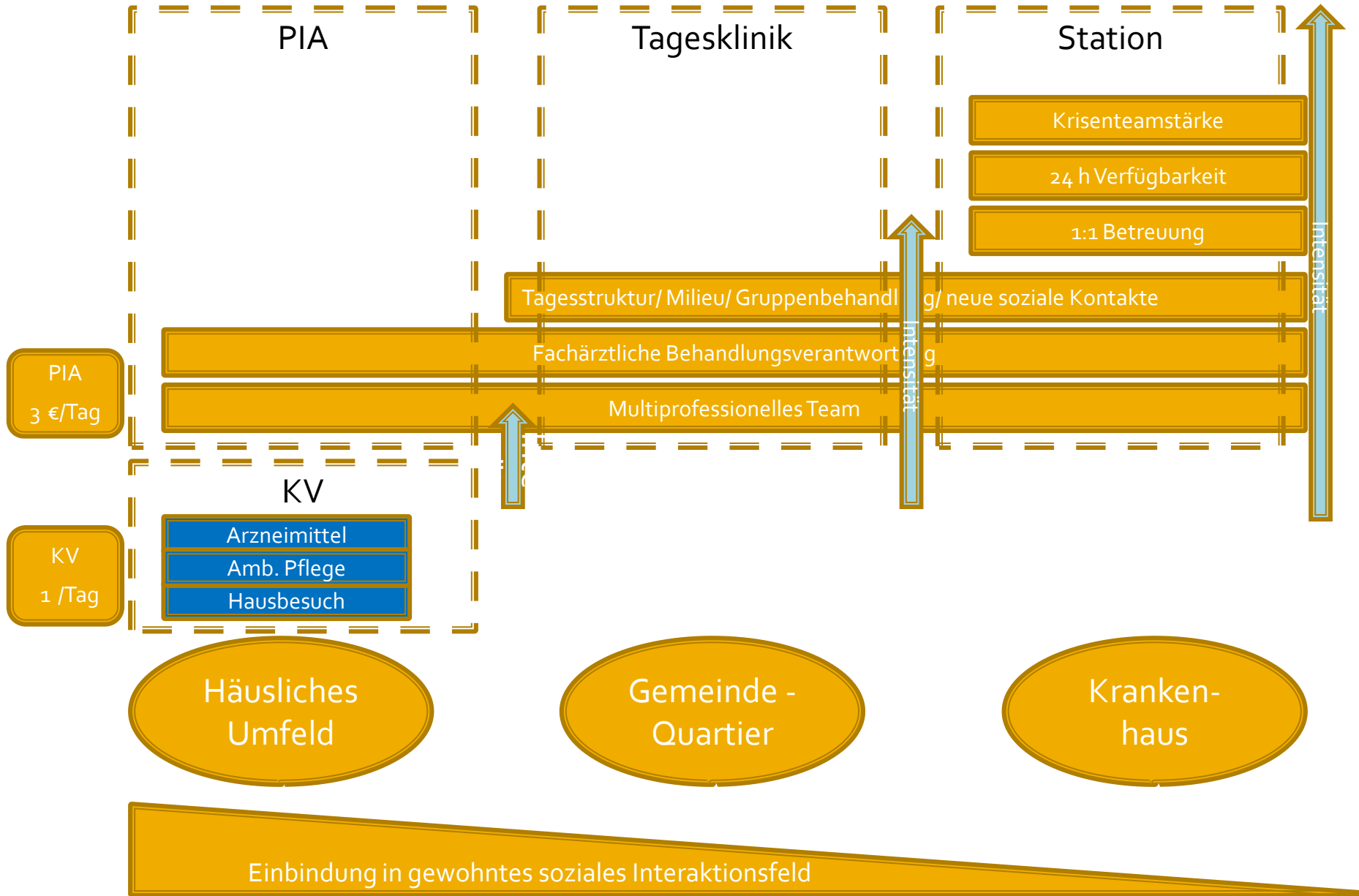
und andere ambulante Leistungen

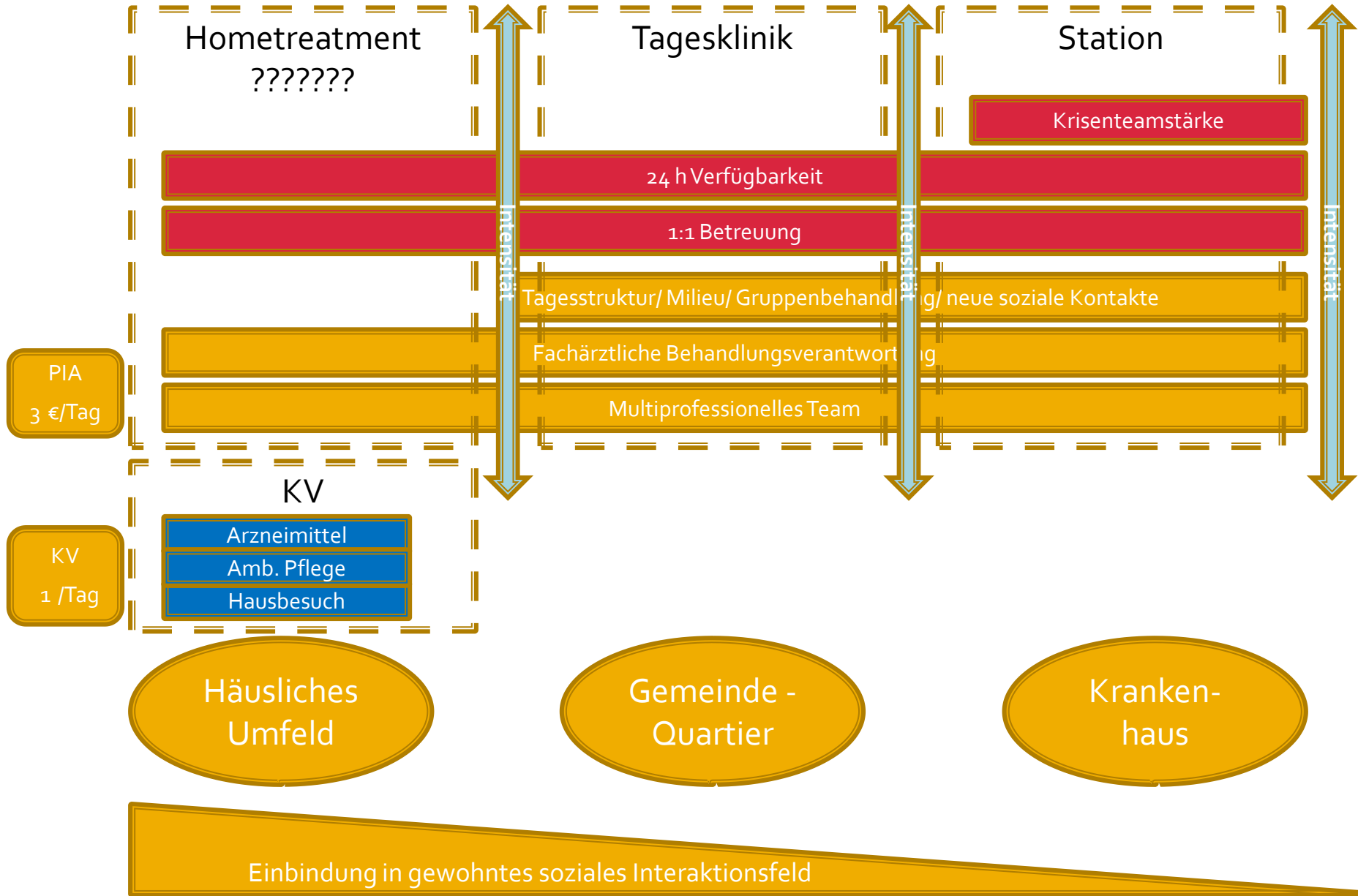
IST Situation

- Behandlungsintensität ist Settingabhängig
 - Geringe Intensität ambulant
 - Hohe Intensität Stationär
- Folge:
 - Hohe stationäre Behandlungsraten
 - Logik des belegten Bettes
- Patienten werden nicht dort behandelt, wo die besten Behandlungsbedingungen realisiert werden können
 - Unnötige Hospitalisierung
 - Unnötige hohe Behandlungsintensität
 - Keine Einbeziehung des häuslichen Lebensumfeldes

Behandlungsintensität







**Gesetzgeber:
ambulant vor stationär
stationsäquivalente Behandlung**



Änderungen SGB V

§ 39 Krankenhausbehandlung

§ 39 Krankenhausbehandlung

(1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, **stationsäquivalent (§115d)**, teilstationär, vor- und nachstationär (§115a) sowie ambulant (§ 115b) erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§108), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil des Behandlungsziel nicht durch **stationsäquivalente**, teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfasst..... **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.**

Kernelemente

- Erweiterung des Krankenhausbehandlungsbegriffes
 - Hometreatment ist keine Behandlung durch das Kassenärztliche System
 - Verantwortung (auch Haftung) liegt beim KH
- Vorrang der SÄB vor der stationären Behandlung
 - In der üblichen Prüflogik: ambulant vor stationär
- Voraussetzung: Stationäre Behandlungsbedürftigkeit (Einweisung)
 - Formale Voraussetzung für alle KH Tätigkeiten
- Dauer: während der akuten Phase
 - Begrenzt Hometreatment auf die Phase der KH Behandlungsbedürftigkeit
- Definition als fachärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlung
 - Abgrenzung zum KV System
 - Ausschluss weiterer Leistungen aus dem ambulanten System (Arzneimittel, ambulante Ergo, PIA, amb. Pflege....)
- entspricht in der Intensität der vollstationären Behandlung
 - Incl. interkurrenter Leistungen, Medikamentenversorgung, Krankentransporte, Konsile

Änderungen SGB V - § 115

§ 115 Dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten

- § 115a: Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus
- § 115b: Ambulantes Operieren im Krankenhaus
- § 115c: Fortsetzung der Arzneimitteltherapie nach Krankenhausbehandlung
- § 115d: Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung

- § 116 Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte
- § 117 Hochschulambulanzen
- § 118 Psychiatrische Institutsambulanzen
- § 119 Sozialpädiatrische Zentren
- § 120 Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

Änderungen SGB V - § 115d

- (1) Psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung können in medizinisch geeigneten Fällen bei Vorliegen einer Indikation für stationäre psychiatrische Behandlung in akuten Krankheitsphasen anstelle einer vollstationären Behandlung eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld erbringen. Der Krankenhausträger stellt sicher, dass das erforderliche Personal und die notwendigen Einrichtungen für eine stationsäquivalente Behandlung bei Bedarf zur Verfügung stehen. In geeigneten Fällen, insbesondere wenn dies der Behandlungskontinuität dient oder aus Gründen der Wohnortnähe sachgerecht ist, kann das Krankenhaus an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer oder ein zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigtes Krankenhaus mit der Durchführung von Teilen der Behandlung beauftragen.**
- (2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bis zum [Einsetzen (letzter Tag des sechsten Monats nach Inkrafttreten)] das Nähere zu**

 1. den Anforderungen an die Dokumentation; dabei ist sicherzustellen, dass für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit dokumentiert wird,
 2. den Vorgaben zur Qualität der Leistungserbringung,
 3. den Anforderungen an die Beauftragung von an der psychiatrischen Behandlung teilnehmenden Leistungserbringern oder anderen, zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigten Krankenhäusern,
 4. Grundsätzen für den Abbau nicht mehr erforderlicher Betten aufgrund der Durchführung der stationsäquivalenten Behandlung (§109 Absatz 1 Satz 6).

Die Vertragsparteien nach Satz 1 haben bis zum 28. Februar 2017 im Benehmen mit den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften die erforderliche Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten Behandlung zu vereinbaren.

Änderungen SGB V - § 115d

- (3) Kommt die Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.
- (4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2021 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen vor. Die hierfür erforderlichen Daten sind ihnen von den Krankenkassen, den Unternehmen der privaten Krankenversicherung und den Krankenhäusern in anonymisierter Form zu übermitteln.

Kernelemente

- Beschränkung auf KH und Abteilungen mit regionaler
Versorgungsverpflichtung
 - Definition regionale Versorgungsverpflichtung ?
- Entscheidung ob stationär oder stationsäquivalent liegt beim KH
 - Erforderliches Personal - multiprofessionell
 - 24 Stunden Erreichbarkeit – jederzeit ärztliche Eingriffsmöglichkeit
 - Therapieverantwortung liegt beim KH
 - Andere Leistungserbringer können beauftragt werden. Vergütung durch das KH
- Dreiseitige Vereinbarung (incl. BKV!) zu
 - Dokumentation
 - Qualität
 - Beauftragungsgrundsätze
 - Grundsätze für den Bettenabbau
- Ersatzweise Schiedsstelle

Gründe für Hometreatment



Vorteile und Wirkfaktoren

- Dichter an der Lebenswirklichkeit
- Individualisierter Fokus auf Probleme, Ressourcen und soziale Faktoren
- Stärkerer Einbezug des sozialen Netzwerks
- Integrierte Versorgung – weniger Schnittstellenprobleme
- Kontinuierliche Betreuung bis zum Ende der Krise
- Gewährleistung einer entsprechenden Nachsorge

Vorgaben OPS-Katalog - 2016

Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationersetzenden Umfeld (Kode 9-644 Erwachsene, Kode 9-691 Kinder und Jugendliche)

- Diese Codes sind Zusatzcodes. Sie können nur in Kombination mit der (psychiatrisch- psychosomatischen) Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen angegeben werden
- Ein Kode aus diesem Bereich ist für jeden Tag, an dem die Leistung erbracht wird, gesondert anzugeben. Die Mindestmerkmale der Codes 9-60, 9-62, 9-63 (Erwachsenenpsychiatrie), bzw. 9-65, 9-66 (Kinder- und Jugendpsychiatrie) müssen erfüllt sein.
- Die Codes sind nur anzugeben für die Behandlung im Rahmen von Modellvorhaben nach § 64b SGB
- **Ganztägiges Hometreatment (Erwachsene Kode 9-644.0, Kinder und Jugendliche Kode 9-691.0)**

Die Behandlung eines Patienten erfolgt im häuslichen Umfeld über mindestens 210 Minuten. Fahrzeiten werden dabei nicht angerechnet.
- **Halbtägiges Hometreatment (Erwachsene Kode 9-644.1, Kinder und Jugendliche Kode 9-691.1)**

Die Behandlung eines Patienten erfolgt im häuslichen Umfeld über mindestens 105 Minuten bis maximal 209 Minuten. Fahrzeiten werden dabei nicht angerechnet.

Antrag DKG für 2017

9-644 Erbringung von Behandlungsmaßnahmen im stationsersetzenden Umfeld und als halbtägige tagesklinische Behandlung bei Erwachsenen

9-644.0 Ganztägiges Hometreatment

Rest gestrichen (Modellvorbehalt und Zeitvorgaben /o. Fahrt)

9-644.1 Halbtägiges Hometreatment

Rest gestrichen (analog)

9-644.2 Halbtägige tagesklinische Behandlung

Rest gestrichen (analog)

Finanzierung - Hometreatment

Ganztägiges Hometreatment (Erwachsene Kode 9-644.0)

Die Behandlung eines Patienten erfolgt im häuslichen Umfeld über mindestens **210 Minuten**. Fahrzeiten werden dabei nicht angerechnet.

Dichte einer vollstationären Behandlung:

Quelle: Psychiatrie Personalverordnung

| | Ärzte | Krankenpflege | Diplompsychologen | Ergo-therapie | Physio-therapie | Sozialarbeiter | Min. pro Tag |
|-----------|-------|---------------|-------------------|---------------|-----------------|----------------|--------------|
| A1 | 207 | 578 | 29 | 122 | 28 | 76 | 149 |
| A2 | 257 | 1118 | 12 | 117 | 29 | 74 | 230 |
| A3 | 82 | 376 | 110 | 197 | 29 | 79 | 125 |

***(1) Minutenwerte je Patient und Woche** inkl. Zeit für Doku, etc.

***(2) Zusätzlich Sockel** - Für das Krankenpflegepersonal ist je Station und Woche zusätzlich ein Wert von **5000 Minuten** zugrunde zu legen

Herzlichen Dank für Ihr Interesse!

Dr. Dieter Grupp
Geschäftsführer
ZfP Südwürttemberg u. Reichenau
Pfarrer-Leube Str. 29
88427 Bad Schussenried
Tel. 07583-33-1580

Beispiel KJPP: BeZuHG-Setting

Behandelt zu Hause Gesund werden

- Klinik mit 30 Regelversorgungsbetten
 - Kinderstation 10 Betten, 5-12 Jahre
 - Jugendstation 10 Betten, 13-15 Jahre
 - Jugendstation 10 Betten, 16-18 Jahre
- Angegliederte PIA
- Suchtbereich von 20 Betten überregional für Baden-Württemberg
 - 12 Betten clean.kick: 16-21 Jahre
 - 8 Betten clean.kids, 12-15 Jahre
- Tagesklinik mit 10 Betten in Aulendorf
- Psychosomatik mit 8 Betten in Kooperation mit der Kinderklinik der Oberschwabenklinik (OSK)

Beispiel KJPP: BeZuHG-Setting

Behandelt zu Hause Gesund werden

Etablieren eines intensivierten nachstationären Angebots über drei Monate in der KJPP mit dem Ziel der

- Reduktion der Verweildauer

Patienten werden früher entlassen (ca. nach 4 Wochen) aber erhalten noch eine intensive Nachbetreuung

- Verringerung der Stigmatisierung und Entfremdung

aus dem familiären/schulischen/ sozialen Umfeld

- Verbesserung der Reintegration

Beispiel KJPP: BeZuHG-Setting

Behandelt zu Hause Gesund werden

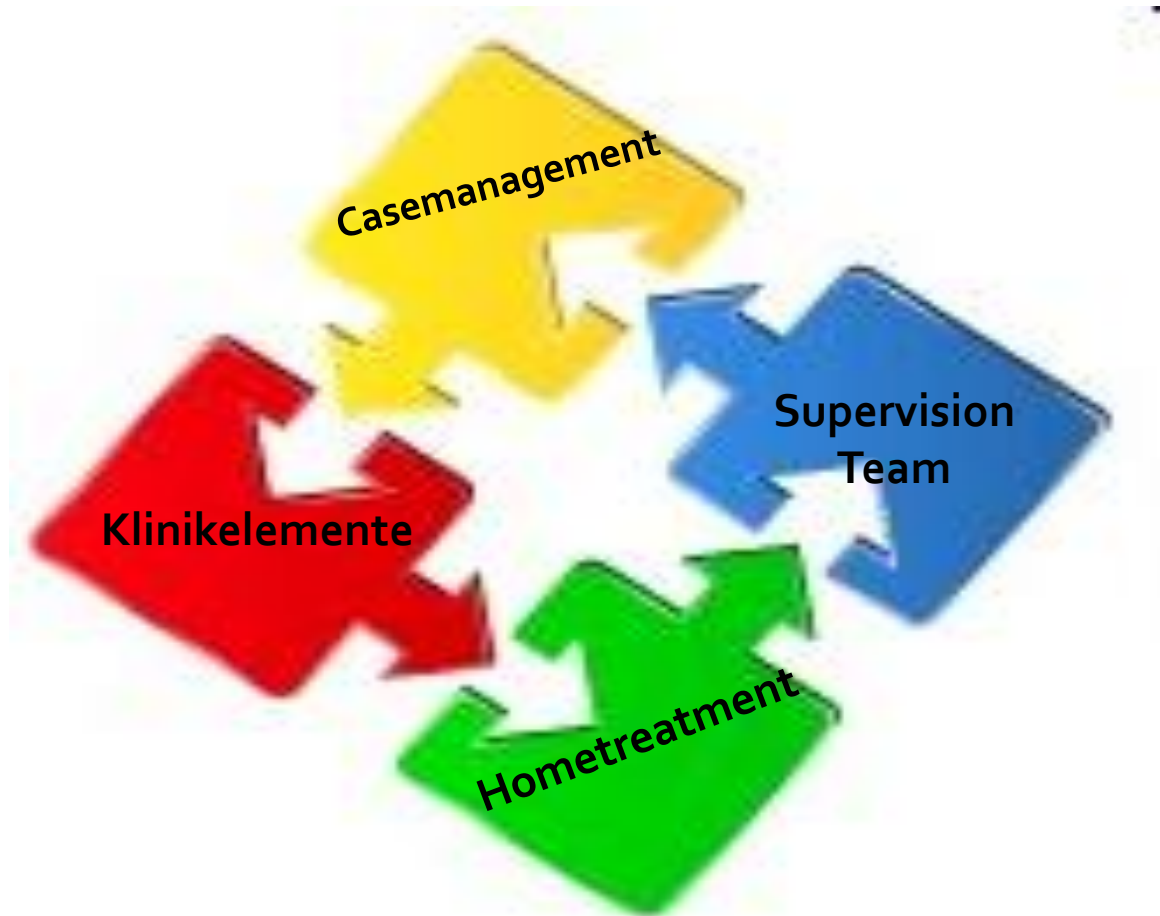
Fragestellungen:

- Welche Diagnosen/Symptome und deren Schweregrad sind mit einem solchen Konzept (noch) gut behandelbar?
- Welches Funktionsniveau der Kinder und Jugendlichen (Familie/Peergruppe/Schule) ist vor/nach BeZuHG Behandlung in der Familie vorhanden/erreichbar?
- Welche Kontaktfrequenz ist realisierbar (Fahrzeiten/Akzeptanz durch die Familie/ sich ergebende Kosten)

Beispiel KJPP: BeZuHG-Setting

Behandelt zu Hause Gesund werden

BeZuHG:



Beispiel KJPP: BeZuHG-Setting

Behandelt zu Hause Gesund werden

BeZuHG - Casemanagement:

Testung mit Identifizierung von Beeinträchtigung in:

- Funktionsniveau/Beinträchtigung
- Stärken und Schwächen
- Schweregrad der Symptomatik

Planung von zielgerichteten Interventionen,

Familie? innerfamiliären Ressourcen/elterlichen Kompetenz

Individuelle Pathologie?

Psychotherapie/Verhaltensmodifikation

Psychopharmakotherapie? – Überwachung, Optimierung

Reintegration? – Schule, Gleichaltrigengruppe

Netzwerke? Kooperation mit Jugendamt/ambulanten

Therapeuten

Beispiel KJPP: BeZuHG-Setting

Behandelt zu Hause Gesund werden

Neu – Verzahntes Angebot:

**Ambulant
= Home
treatment**

engmaschige multiprofessionelle Einzeltherapie zu Hause sowie
(kinder- bzw. jugendpsychiatrische) Behandlung incl. ggf. Medikation

pädagogische Hometreatment Angebote durchgeführt in Kontinuität
von einem dem Patienten und der Familie bekannten Mitarbeiter der Station

Familientherapeutisches Coaching

**Stationär
= Klinik
elemente**

Teilnahme an Gruppenangeboten in der Ambulanz/der Station

Begleitung der Reintegration in die Heimatschule,
ggf. teilweise Überbrückung durch Zeiten an der Klinikschule

Bis hin zu **tageweisem** (1-5 Tage pro Woche)
tagesklinischem Status zur Tagesstrukturierung.

Beispiel KJPP: BeZuHG-Setting

Behandelt zu Hause Gesund werden

BeZuHG - Team:

- Team bestehend aus 7 Mitarbeitern, welche alle 30% in BeZuHg und zw. 50 und 70% auf der Station arbeiten
- Kernelement der eigenständigen Arbeit aber: **VERORTUNG IM TEAM** durch
 - regelmäßige 2 wöchige psychiatrische Supervision des Patienten im Team
 - Alle 4 Wochen Großteam von allen Mitarbeitern
 - Alle 4 Wochen Kleinteam mit MA Jugend oder Kinderstation
 - **Alle** Mitarbeiter des Teams kennen **alle** Patienten, und können im Notfall übernehmen
 - Notfallhandy des BeZuHGs Teams gibt den Eltern eine bessere Erreichbarkeit eines den Jugendlichen/das Kind kennenden Mitarbeiters
 - ein psychiatrischer Hintergrund jederzeit erreichbar.

Beispiel KJPP: BeZuHG-Setting

Behandelt zu Hause Gesund werden

Praktischer Ablauf:

- Angebot BeZuHG durch den Stationstherapeuten bei Aufnahme
Nach Einverständnis => Randomisierung
- MZP₁: Nach Einschluss:
(Testung mit K-SADS, HoNOSCA, SDQ, CIS, CGAS)
- Frühzeitige Entlassung
(Ca. nach 4 Wochen, bzw. frühestmöglichem Zeitpunkt, CGAS > 40 und 2 WoE Belastungserprobungen erfolgt)
- Vor Entlassung: Planung der BeZuHGs Elemente
- 3 Monate BeZuHG
- MZP 2: Entlassung BeZuHG (PatZufriedenheit, HoNOSCA, SDQ, CIS, CGAS)
- MZP₃: 3 Monats Follow-Up (PatZufriedenheit, HoNOSCA, SDQ, CIS, CGAS)

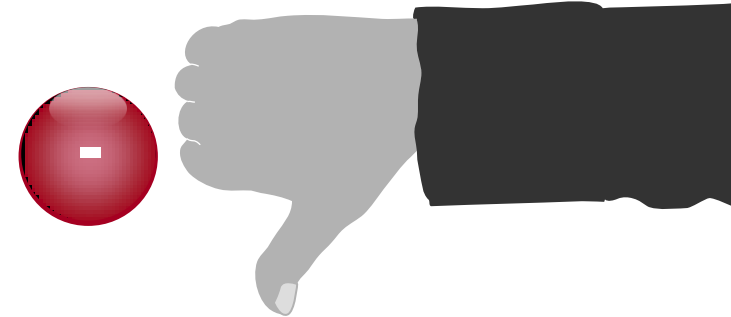
Beispiel KJPP: BeZuHG-Setting

Behandelt zu Hause Gesund werden



Positive Erkenntnisse

- Annahme des Projektes durch Kinder, Jugendliche und Eltern vorhanden
- Alle Diagnosen sind integrierbar
- Zu Hause sieht man oft in einem Kontakt mehr als auf der Station während des ganzen Aufenthalts
- Termine werden eingehalten, es gab keinen Abbruch
- Gleiche Stabilität ist nach der Entlassung aus BeZuHG erreichbar, Frage ist wie ist der langfristige Verlauf ist



Limitationen

- Erfahrene pädagogische Mitarbeiter nehmen Therapeutenfunktion wahr, sie müssen sich eigenständige Arbeit/Entscheidungen zutrauen aber auch ihre Grenzen kennen
- Ein Psychiater muss immer erreichbar sein
- Fahrzeit von mehr als 1 Std. ist nicht mehr rentabel
- Je weiter Familien von der Klinik wegwohnen, desto weniger stehen stationäre Elemente zur Verfügung
- Kostenübernahme war bisher nur in IV-Versorgung gesichert