

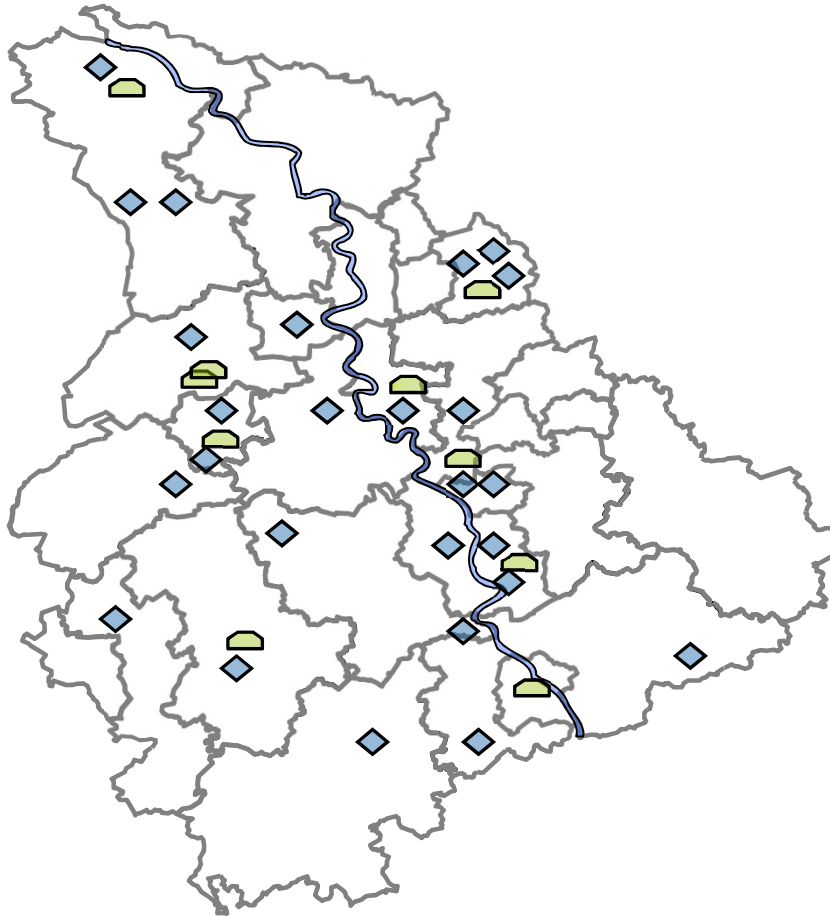
# Neue Versorgungswege in der Psychiatrie

Wie weiter in der Versorgung psychisch schwerkranker Menschen?



BAG HKV Köln 27./28. Mai 2019  
Martina Wenzel-Jankowski

## Die LVR-Kliniken - in Zahlen



### **6.197 Betten/Plätze** –

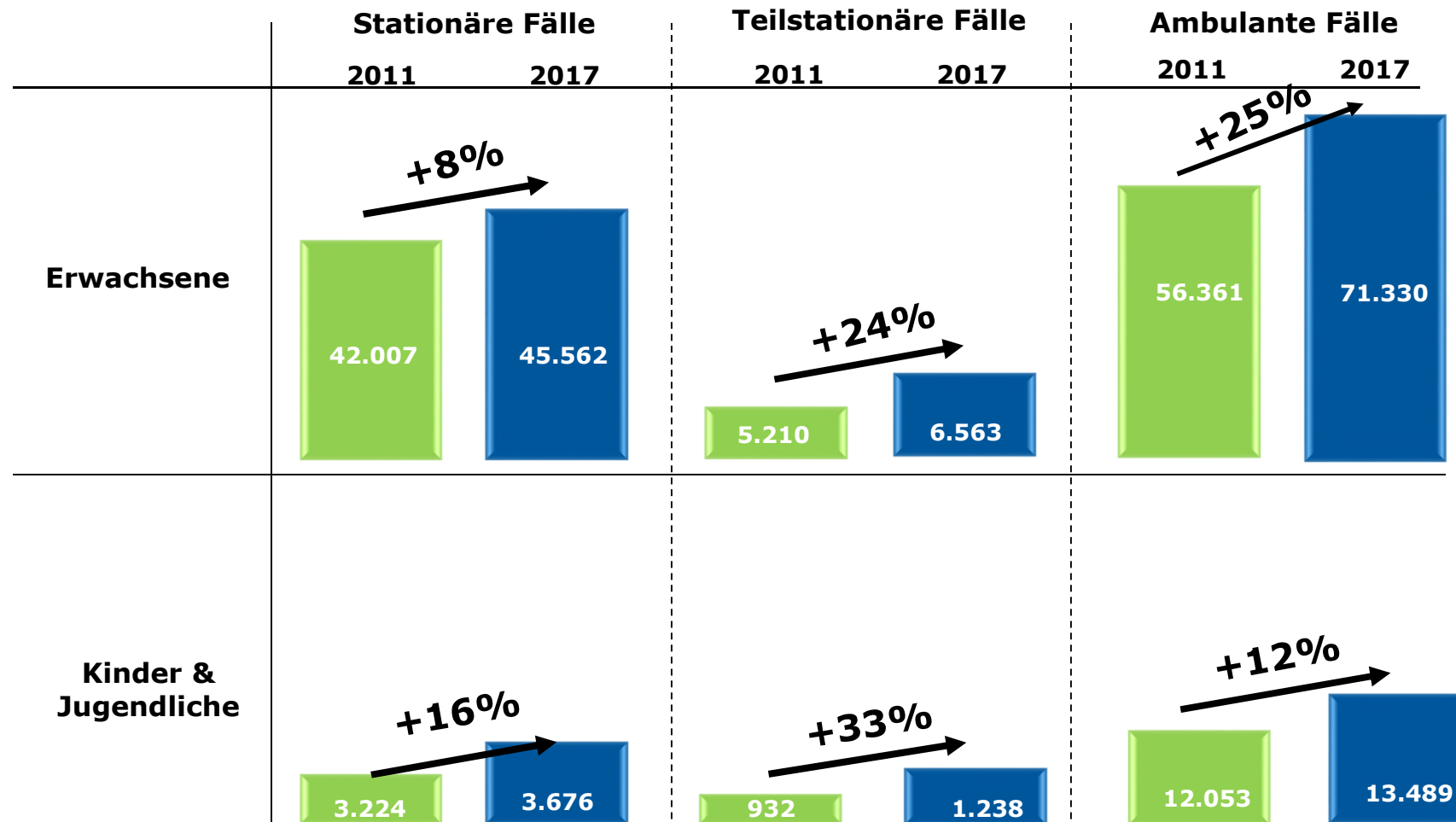
davon im KHG-Bereich 3.510 Betten und  
990 Tagesklinikplätze.

In 2018 wurden rd. **63.000 Patientinnen  
und Patienten** behandelt.

In den LVR-Kliniken arbeiten ca. **7.700  
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter  
(Vollkräfte)**.

Die LVR-Kliniken erzielen jährlich  
einen **Umsatz in Höhe von  
ca. 640 Millionen €**.

## Die LVR-Kliniken - Leistungsdaten der LVR-Kliniken in Kürze



## Das psychiatrisch-psychosomatische Versorgungssystem: Selektion der Sozialpsychiatrie?

### **Vernachlässigung der schwer chronisch psychisch Kranken im Versorgungssystem: „Selektion der Sozialpsychiatrie?“**

„Je komplexer und aufwendiger der Hilfebedarf des Menschen ist, umso geringer sind seine Chancen, die erforderlichen Hilfen als eine Komplexleistung auch wohnortnah, geschweige denn ambulant zu erhalten.

Menschen mit komplexen und schwierigen Problemen werden häufig in überregional aufnehmende Einrichtungen verschoben, landen in der Obdachlosigkeit oder gar in forensischen Kliniken, weil Hilfen in den Kreisen und Städten unzureichend sind.“

*Prof. Dr. Heinrich Kunze  
in „25 Jahre Psychiatrie Enquete“, Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.), 2001*

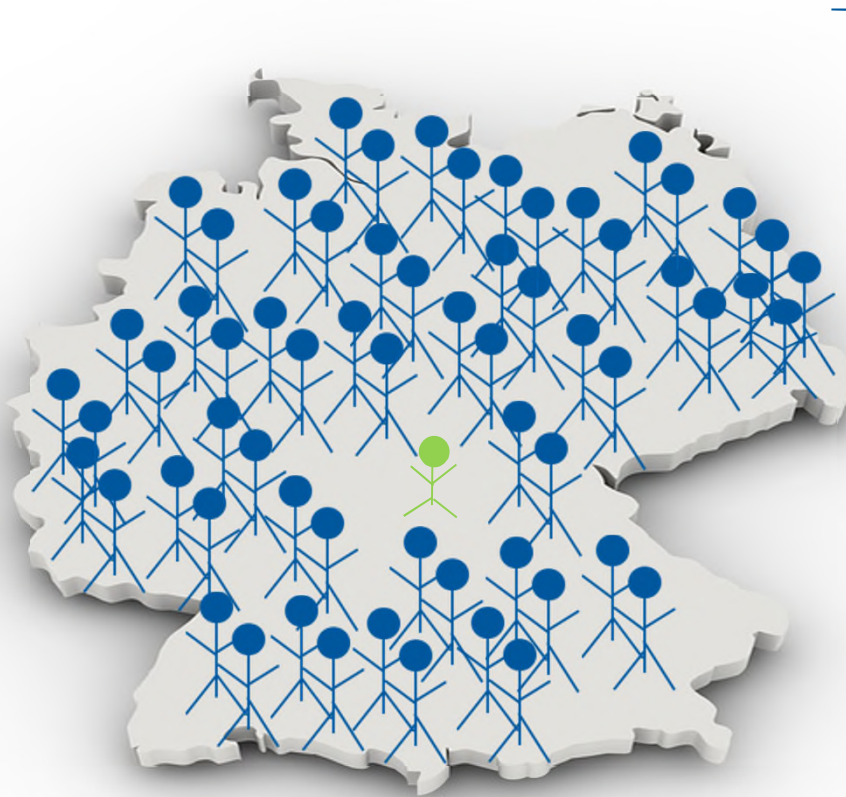
## Das psychiatrisch-psychosomatische Versorgungssystem - Um welche Patient\*innen handelt es sich hier?

**In der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (DGPPN 2013)“ ist die Gruppe der „schwer psychisch Kranken“ wie folgt definiert:**

- Es liegt irgendeine psychische Störung vor  
(z.B. schwere Depression, Schizophrenie, schwere bipolare Störung, etc.)
- Die Dauer der Erkrankung oder deren Behandlung beträgt mindestens 2 Jahre
- Die durch die Erkrankung hervorgerufene psychosoziale Beeinträchtigung erreicht eine gewisse Schwere, die durch eine gültige Skala quantifizierbar ist  
(z.B. Global Assessment of Functioning, GAF)

*(Informationen entnommen aus Steinhart, Wienberg in Mindeststandards für die Behandlung und Teilhabe, Sozialpsychiatrische Informationen 4/2015)*

## Das psychiatrisch-psychosomatische Versorgungssystem: **Ausgangslage**



**„Zwischen 1 und 2 % der deutschen Erwachsenenbevölkerung oder 500.000 bis 1 Mio. Menschen leiden zu jedem Zeitpunkt an einer schweren psychischen Erkrankung“**

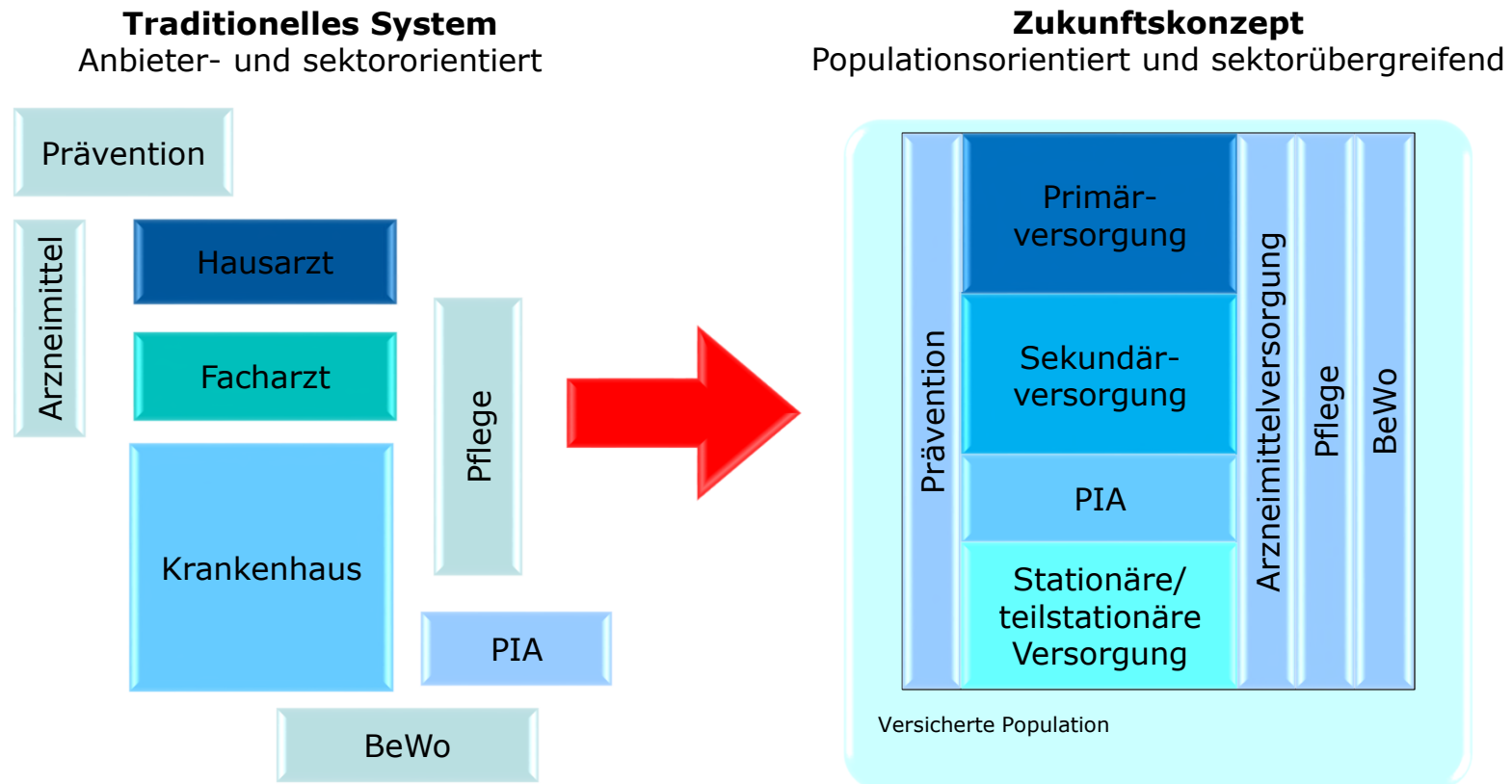
*Steinhart I, Wienberg G. Das Funktionale Basismodell für die gemeindepsychiatrische Versorgung schwer psychisch kranker Menschen*

## Das psychiatrisch-psychosomatische Versorgungssystem: Kritik und Notwendigkeit von Reformen

1. **Intransparenz** der Leistungserbringung und der Leistungsqualität
2. **Mangelnde Flexibilität** der Behandlung
3. **Schnittstellen- und Steuerungsprobleme** zwischen Versorgungssektoren
4. **Regionale Ungleichheit** bei Verfügbarkeit und Zugänglichkeit insbesondere von ambulanten Behandlungsleistungen
5. **Bisheriges Entgeltsystem** nicht leistungsorientiert und durchgängig
6. **Internationale Ansprüche**: WHO European Mental Health Action Programm, EU Joint Action Mental Health and Well-Being (WP5), UN-BRK

**Teilweise seit Jahren vorgetragene Forderungen, nun begonnene praktische Umsetzung von Verbesserungen, Fehlen eines umfassenden neuen Versorgungsmodells**

## Das psychiatrisch-psychosomatische Versorgungssystem - Steuerungsdefizite im Versorgungssystem



(Fragmentierung nach F. Gerlach, Kleiner Sachverständigenrat 2012)



## Das psychiatrisch-psycho somatische Versorgungssystem: Sachverständigengutachten

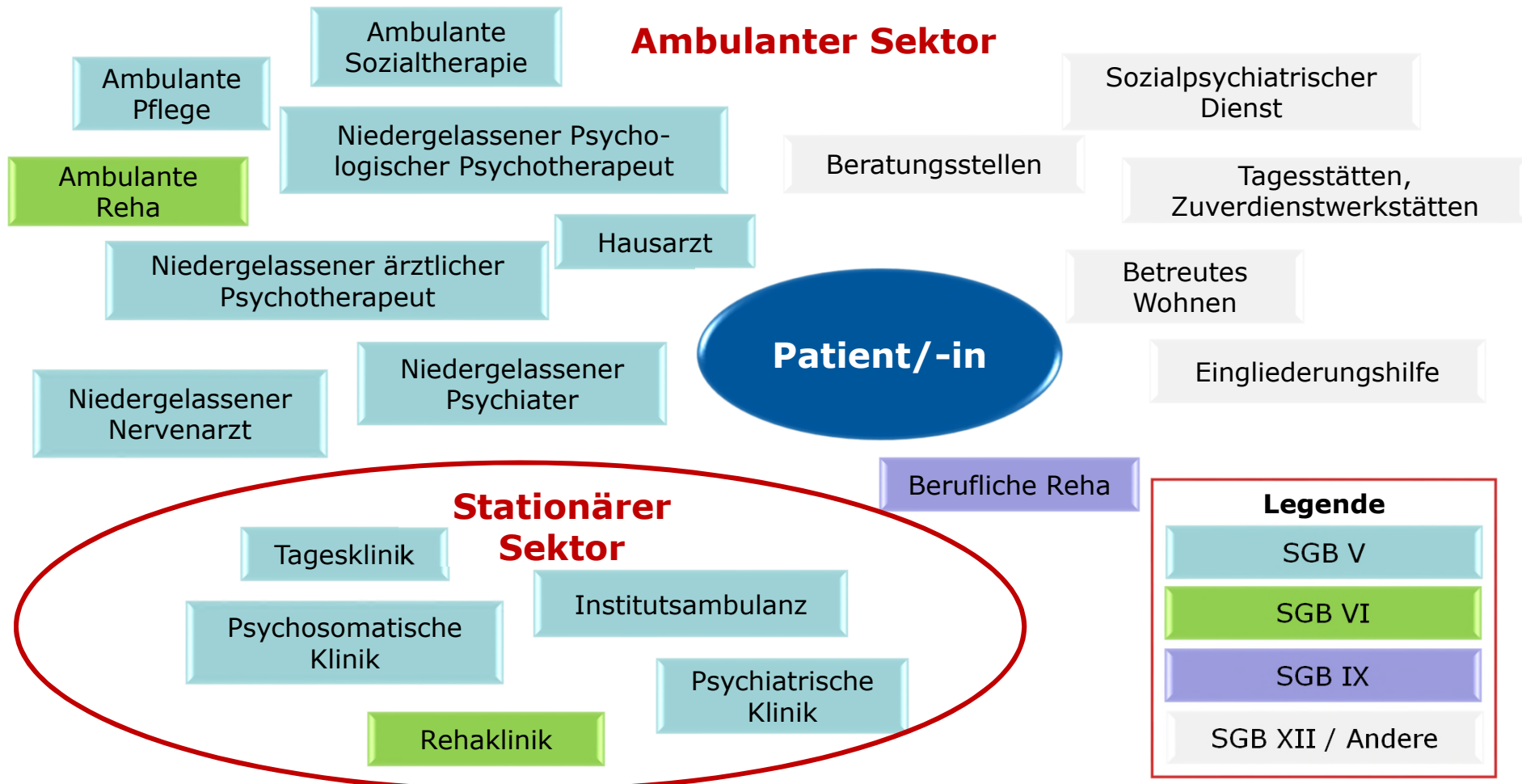
### **Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen zur sektorenübergreifenden Versorgung:**

Einer bedarfsgerechten sektorenübergreifenden Versorgung steht in erster Linie die **starke Abschottung der einzelnen Leistungssektoren** entgegen. Vor allem Kliniken und Praxen, zwischen denen eine unsichtbare, aber sehr folgenreiche Mauer verläuft, **arbeiten in Deutschland eher nebeneinander** als im Interesse des Patienten miteinander.

Die integrierte Versorgung, die vornehmlich auf selektiven Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern basiert, zielt seit ca. 20 Jahren auf eine bessere Verzahnung, insbesondere des ambulanten und des stationären Sektors. **Trotz einiger Fortschritte gegenüber der Ausgangslage fällt eine Zwischenbilanz immer noch nicht zufriedenstellend aus.**

*Gutachten des SVR 2018*

## Das psychiatrisch-psychosomatische Versorgungssystem



## Das psychiatrisch-psychosomatische Versorgungssystem: Wie gehen wir mit diesen Analyseergebnissen um?

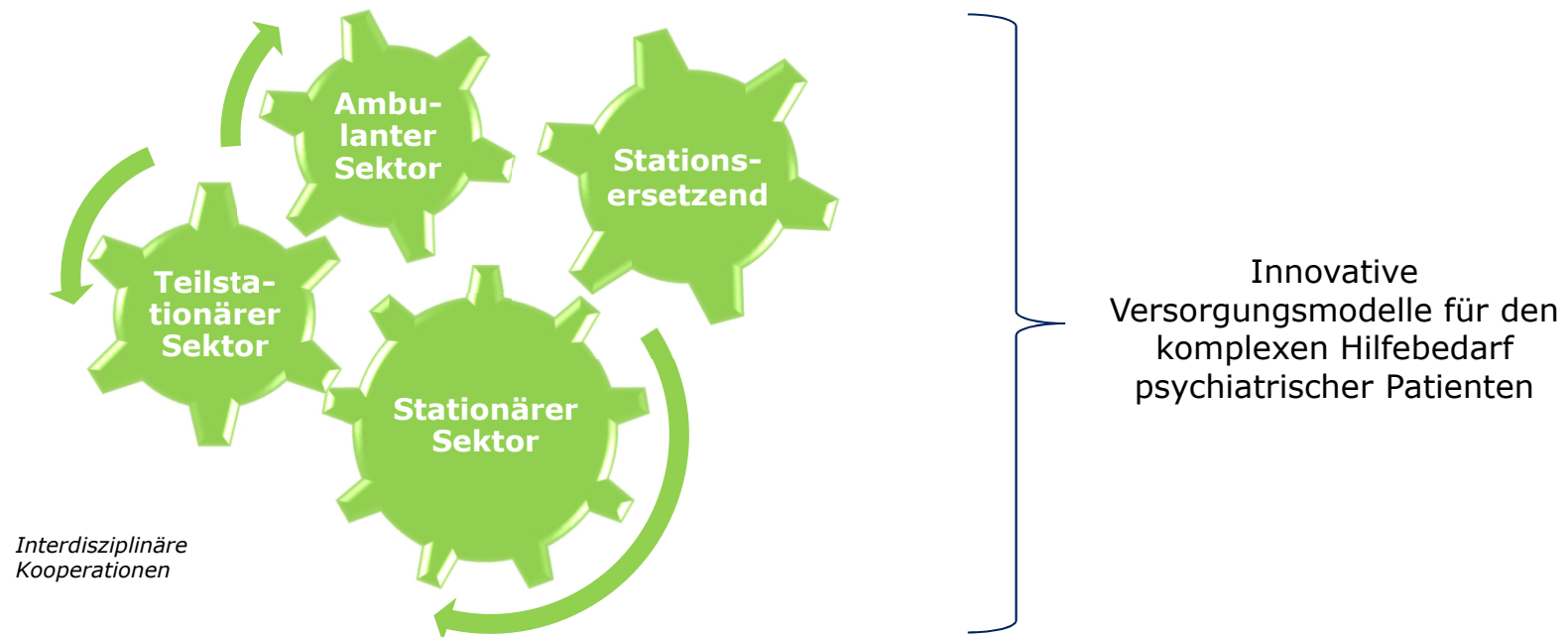
### These:

**Ein Versorgungssystem, das der Teilgruppe mit den schweren Störungen und dem komplexen Hilfebedarf gerecht wird, bietet auch strukturell optimale Voraussetzungen für die Versorgung aller anderen Gruppen von psychisch kranken Menschen**

- 1. Blickwinkel Menschenrechte:** Artikel 9 Zugänglichkeit und Artikel 19 UN-BRK  
Barrierefreiheit von Hilfen, im psychiatrischen Bereich vor allem der niedrigschwellige Zugang zur Versorgung, vor allem auch in akuten Krisen; Zugang zur Behandlung im persönlichen Lebensumfeld (Home Treatment), zu psychotherapeutischer Behandlung, zu Rehabilitations- und Teilhabeleistungen in allen Lebensbereichen, personenorientierte Behandlung
- 2. Blickwinkel Wissenschaft:** S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien ...“ Merkmale sind Multiprofessionalität, Teambasierung, regionaler Versorgungsauftrag
- 3. Blickwinkel Praxis:** Zahlreiche Praxisbeispiele auch in Deutschland z.B. nach § 64 b SGB V oder unterschiedliche Ausformungen der Integrierten Versorgung für den komplexen Hilfebedarf psychiatrischer Patient\*innen

## Das psychiatrisch-psychosomatische Versorgungssystem - Sektorenübergreifende Versorgung

**Koordination, Kooperation & Vernetzung der komplexen und fragmentierten  
Versorgungsstrukturen**



Unter einer sektorenübergreifenden Versorgung werden eine umfassende Vernetzung sowie eine vertikale und horizontale Integration über Organisationen und Sektoren hinweg verstanden

## Im LVR-Klinikverbund angewandte Modelle der sektorenübergreifenden Versorgung:

### 1. **StäB - Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung**

Versorgung nach § 115d SGB V

### 2. **DynaLIVE in der LVR-Klinik Bonn**

Modellvorhaben nach § 64b SGB V

### 3. **GBV - Gemeindepsychiatrische Basisversorgung**

Projekt des Innovationsfonds nach §§ 92a & 92b SGB V

### 4. **Psykom der LVR-Klinik Köln**

Drittmittelprojekt gefördert von dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW

## StäB - Stationsäquivalente psychiatrischen Behandlung nach § 115d SGB V - Rechtsgrundlage

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (**PsychVVG**) wurde die **StäB im § 115d SGB V als alternative Krankenhausbehandlungsform** nach § 39 Absatz 1 SGB V mit der **Umsetzungsmöglichkeit zum 01.01.2018** aufgenommen.

- (1) Psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung** sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung können **in medizinisch geeigneten Fällen, wenn eine Indikation für eine stationäre psychiatrische Behandlung vorliegt, anstelle einer vollstationären Behandlung, eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld erbringen**. Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die erforderlichen Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte 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 anderes zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigtes Krankenhaus mit der Durchführung von Teilen der Behandlung beauftragen.



## **StäB - Stationsäquivalente psychiatrischen Behandlung nach § 115d SGB V – Leistung & Voraussetzungen**

- Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld des Patienten durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams von mindestens drei Berufsgruppen
- In medizinisch geeigneten Fällen anstelle einer vollstationären Behandlung
- Entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität einer vollstationären Leistung

### **StäB-Voraussetzungen:**

- Stationär behandlungsbedürftige psychische Krankheit
- Wunsch der Patientin/des Patienten bzw. der Sorgeberechtigten
- Erfüllung der Rahmenbedingungen im häuslichen Umfeld:
  - Zustimmung der Behandlung im häuslichen Umfeld durch die Haushaltsmitglieder
  - Möglichkeit der ungestörten Behandlung gegeben

## **StäB - Stationsäquivalente psychiatrischen Behandlung nach § 115d SGB V – Fallbeispiel**

### **Fallbeispiel 1: Demenz**

- Dementer Heimbewohner
  - Gleichzeitig ausgeprägte organische wahnhafte Störung
  - Stationär behandlungsbedürftig
  - Durch einen Wechsel der Umgebung infolge einer stationären Aufnahme würde er aufgrund Orientierungsstörungen voraussichtlich so irritiert, dass sich sein Krankheitsbild eher verschlechtern würde
- Das StäB-Team kann die Behandlung im Altenheim durchführen

### **Fallbeispiel 2: Kinder im Haushalt**

- Alleinerziehende Mutter mit schwerer psychischer Erkrankung (posttraumatische Belastungsstörung)
  - Keine sozialen Kontakte und keine familiäre Unterstützung
  - Die Versorgung ihrer Kinder während einer stationären oder teilstationären Behandlung ist nicht ohne die Unterstützung des Jugendamtes möglich, was sie aber ablehnt
- Das StäB-Team kann im häuslichen Rahmen der Patientin eine intensive Behandlung anbieten



## StäB - Stationsäquivalente psychiatrischen Behandlung nach § 115d SGB V – in den LVR-Kliniken

Die LVR-Klinik Viersen führte StäB als Pilotprojekt für den Klinikverbund bereits 2018 ein

↳ Die Klinik konnte auf Erfahrungen/ Strukturen aus dem Home Treatment zurückgreifen

- Geplant ist ein sukzessiver StäB Aufbau in allen LVR-Kliniken für 2019/2020
- Ausweitung auf KJPPP aller Standorte

- **StäB in der LVR-Klinik Viersen 2018:**

	Fälle	Tage
Erwachsene	9	324
KJPPP	16	296

## **StäB - Stationsäquivalente psychiatrischen Behandlung nach § 115d SGB V – Guter Anfang, aber alleine keine Lösung**

### **Vorteile/ Potential von StäB:**

- Die Therapie kann sich stärker an der tatsächlichen Lebensrealität der Patienten\*innen orientieren und so effektiver sein
- Verbessert die Integration ins soziale Umfeld der Patienten\*innen
- bessere Entlassungsplanung vom ersten Tag der Behandlung an
- Erreicht Patienten\*innen, die bisher nicht durch das Hilfesystem Zugang zu entsprechenden Leistungen erhalten
- Richtet sich an Patient\*innen, die stark auf Vertrautheit der häuslichen Umgebung angewiesen oder große Vorbehalte gegenüber Klinikaufenthalt haben

### **Herausforderungen/ Grenzen von StäB:**

- Anwendungsbereich begrenzt
- Interkurrente Erkrankungen (Klärung der Vergütung in der BpflV angestrebt)
- Leistungsgerechte Vergütung (OPS-Code 9-701 und 9-801 nicht bepreist; vorläufiger Abrechnungsbetrag)
- GKV-Erwartung des unmittelbaren Bettenabbaus
- Erfordert umfängliche personelle Ressourcen (Rüstzeiten, Fahrzeiten, Logistikaufwand)

## DynaLIVE in der LVR–Klinik Bonn

### Modellvorhaben nach § 64b SGB V - Rechtsgrundlage

- §
- (1) Gegenstand von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 1 oder 2 kann auch **die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen sein**, die auf eine **Verbesserung der Patientenversorgung** oder der **sektorenübergreifenden Leistungserbringung** ausgerichtet ist, **einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld**. In jedem Land soll unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie mindestens ein Modellvorhaben nach Satz 1 durchgeführt werden; dabei kann ein Modellvorhaben auf mehrere Länder erstreckt werden. Eine bestehende Verpflichtung der Leistungserbringer zur Versorgung bleibt unberührt. § 63 Absatz 3 ist für Modellvorhaben nach Satz 1 mit der Maßgabe anzuwenden, dass von den Vorgaben der §§ 295, 300, 301 und 302 sowie des § 17d Absatz 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht abgewichen werden darf. § 63 Absatz 5 Satz 1 gilt nicht. Die Meldung nach Absatz 3 Satz 2 hat vor der Vereinbarung zu erfolgen.
  - (2) Die Modellvorhaben nach Absatz 1 sind **im Regelfall auf längstens acht Jahre zu befristen**. Unter Vorlage des Berichts nach § 65 können die Krankenkassen und die Vertragsparteien bei den zuständigen Aufsichtsbehörden eine Verlängerung beantragen.

...

## Das DynaLIVE in der LVR-Klinik Bonn ein Modellvorhaben nach § 64b SGB V - **Aufbau Modellprojekt**

### LVR-Klinik Bonn

- 839 Betten/Behandlungsplätze (davon 139 Plätze teilstationär)
- 35.665 ambulant behandelte Patientinnen und Patienten (2018)
- 11.833 Behandlungen/Fälle im KHG-Bereich für das Jahr 2018
- Psychiatrische, psychotherapeutische, psychosomatische und neurologische Versorgung
- Einzugsgebiet: Bonn, Wesseling, Rhein-Sieg-Kreis & Euskirchen (KJPPP)

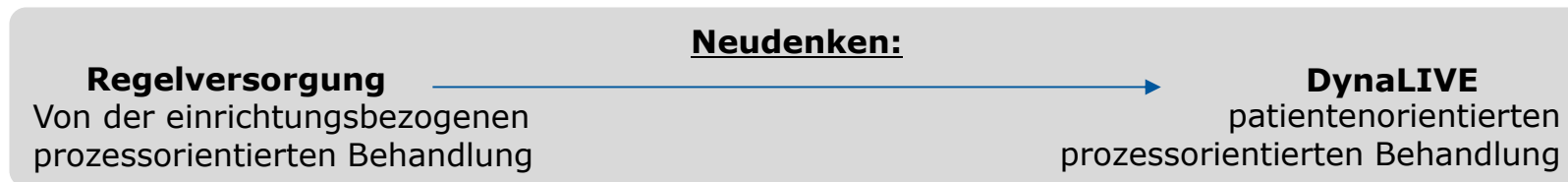
### DynaLIVE - Dynamische, Lebensnahe, Integrative Versorgung

- Umsetzung seit Oktober 2016 für eine Laufzeit von acht Jahren
- Als Vorbild galt das Modellvorhaben des LWL-Universitätsklinikums Bochum
  - ↳ Erweitert um die Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Teilnehmende Kostenträger: BARMER, DAK, TK & alle Ersatzkassen (seit 01.01.2018)
  - ↳ in der Summe sind ca. 45 % aller Belegungstage in das Modellvorhaben eingebunden

→ Primäres Ziel: Verbesserung der Patientenversorgung mit sektorenübergreifender Leistungserbringung, einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld zur Erzielung nachhaltigerer Behandlungsergebnisse.



## DynaLIVE in der LVR-Klinik Bonn Modellvorhaben nach § 64b SGB V – Unterschied zur Regelversorgung



- Flexible, integrative und sektorenübergreifende Therapie
- Individuell auf den Patienten zugeschnittenes Behandlungsprogramm
- Multimodales Therapiekonzept
- Kontinuierliche und bedarfsbezogene Behandlung mit einem flexiblen Wechsel zwischen den verschiedenen Behandlungsbereichen

### Konkret bedeutet dies:

- Die Behandlung soll – unabhängig vom Behandlungssetting – kontinuierlich (bis zur endgültigen Entlassung) durch ein Behandlungsteam erfolgen
- Die Behandlung der Patient\*innen kann während des stationären Aufenthaltes auch im jeweiligen häuslichen Umfeld durchgeführt werden (Home Treatment)
- Die Patient\*innen können während einer teil- und vollstationären Behandlung therapeutische Leistungen von zu Hause aus in der Klinik in Anspruch nehmen (stationsungebundene Leistungen)

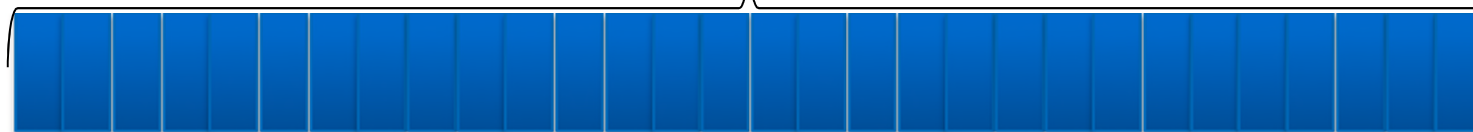
## DynaLIVE in der LVR-Klinik Bonn Modellvorhaben nach § 64b SGB V – Unterschied zur Regelversorgung

Beispielhafte Darstellung der Patientenversorgung

### Patient in der Regelversorgung:

30 Tage vollstationäre Versorgung

Vergütung erfolgt nach dem PEPP



### Patient mit Teilnahme am DynaLIVE Modellvorhaben nach § 64b SGB V:

15 Tage vollstationäre Versorgung  
Vergütung erfolgt nach dem PEPP

Und x Tage stationsunabhängige Leistungen  
Vergütung über Einzelleistungsentgelte (SUL)  
↳ PIA- & stationsungebundene Leistungen



### Modellbudget:

- = Das ausgegliederte Budget (vollstationär+teilstationär+ambulant) der Modellkrankenkassen
- Festes Budget für vereinbarte Anzahl von Patienten der Modellkassen (nicht Fällen) pro Jahr
- Budget unabhängig von der Form der Leistungserbringung, es zählt nur die Zahl der behandelten Patienten

## **DynaLIVE in der LVR–Klinik Bonn**

### **Modellvorhaben nach § 64b SGB V -**

### **Was wurde durch das DynaLIVE bisher erreicht?**

- Sehr gute Akzeptanz/ Inanspruchnahme seitens der Patient\*innen
- Voranschreitende Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors
- Individualisierte, flexiblere und intensivere Behandlung als in der Regelversorgung
  - Die Behandlung ist wesentlich flexibler als eine tagesklinische Behandlung und andererseits wesentlich intensiver als eine ambulante Behandlung
- Stationsersetzende Akutbehandlung als geeignetes Instrument zur Krisenintervention und Vermeidung von Hospitalisierung
  - Durch das Modellvorhaben konnte bereits bei 20 % der vs Patient\*innen eine reguläre stationäre Behandlung ersetzt werden
- Sukzessiver Ausbau der Behandlung vor Ort in dem Lebensumfeld der Patient\*innen
- Patient\*innen mit breitem Diagnosespektrum profitieren vom Modellvorhaben
- Berücksichtigung der Bedürfnisse von Kindern und Älteren
  - Der Einbezug der Angehörigen in die Behandlung und die Förderung der Teilhabe wird durch den multimodalen Therapieansatz und die Behandlung im häuslichen Umfeld unterstützt

## **DynaLIVE in der LVR–Klinik Bonn**

### **Modellvorhaben nach § 64b SGB V**

### **Die Grenzen & Weiterentwicklung des DynaLIVE**

#### **Zwischenstand und Grenzen**

- 5763 Patient\*innen sind im Modell eingeschrieben, davon werden aktuell 3255 ambulant behandelt, 1078 stationär und 1430 in diversen Mischformen
- von 2017 auf 2018 konnte der Anteil der stationären Patient\*innen um 200 Personen verringert werden
- Keine (SGB V-) Sektorenübergreifenden Elemente
- Keine weitergehenden Ansätze für die Überleitung von Patienten in nachsorgenden Systemen
- Orientiert am stationären Sektor

#### **Weiterentwicklung**

Perspektivisch soll folgende Versorgung einbezogen werden:

- Ambulant Betreutes Wohnen
- Warte- und Bewahrfälle
- Intensiv-Ambulante Versorgung



## Zwischenfazit

Beide vorgestellten Ansätze zeigen **Lösungen für eine bessere Verzahnung innerhalb des SGB V Sektors** und eine **deutliche Flexibilisierung des Behandlungsgeschehens**.



**Auch, wenn nach Aussage der Bezirksregierung Köln das Bonner Modellvorhaben das beste Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen darstellt, fehlt es nach wie vor an einer Steuerung und Koordination über die SGB Sektoren V, IX, XII ... hinweg.**

## **GBV - Gemeindepsychiatrische Basisversorgung ein Projekt des Innovationsfonds - Der Innovationsfonds**

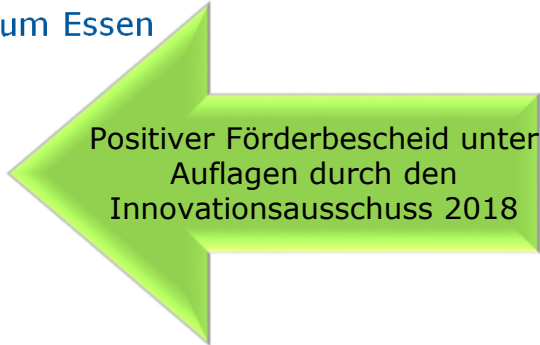
### **Der Innovationsfonds ist ein gesundheitspolitisches Instrument zur qualitativen Weiterentwicklung der GKV-Versorgung**

- Er beruht auf dem 2015 verabschiedeten GKV-Versorgungsstärkungsgesetz
- Rechtsgrundlage: §§ 92a & 92b SGB V
- Die Fördersumme des Fonds belief sich für die Jahre 2016 - 2019 jeweils auf 300 Mio. Euro:
  - 225 Mio. Euro zur Förderung neuer Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen
  - 75 Mio. Euro für Versorgungsforschungsprojekte, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet sind
- Die Mittel für den Fonds werden von den gesetzlichen Krankenkassen und aus dem Gesundheitsfonds getragen
- Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) legt jährlich entsprechende Kriterien und Schwerpunkte fest, entscheidet, welche Anträge durch die Mittel des Innovationsfonds gefördert werden und veröffentlicht Förderbekanntmachungen

## GBV - Gemeindepsychiatrische Basisversorgung ein Projekt des Innovationsfonds - Projektstruktur

**! Das GBV-Projekt wurde dem Innovationsausschuss 2018 im Rahmen der Förderbekanntmachungen aus Oktober 2017 vorgelegt !**

- Projekttitle: GBV - Gemeindepsychiatrische Basisversorgung schwerer psychischer Erkrankungen
- Konsortialführer: Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V., Projektleitung Nils Greve
- Konsortialpartner: Kostenträger (TK, AOK Rheinland/Hamburg, AOK Bayern, GWQ Service Plus AG & KKH), die Universität Ulm als Evaluator & Leistungserbringer aus zehn Regionen mit ihren Managementgesellschaften (NiG Pinel (Berlin), PTV Sachsen (Dresden), Vincentro (München), INTEGRE (Augsburg), IVITA (Saarbrücken) sowie **GpG NRW** mit Partnern aus fünf Regionen)
  - Leistungserbringer der GpG NRW: [LVR-Klinik Viersen](#), [LVR-Klinik Mönchengladbach](#)  
[LVR-Klinik Langenfeld \(Solingen & Mettmann\)](#) & [das LVR-Klinikum Essen](#)
- Themenfeld: Sozialleistungsträgerübergreifendes Versorgungsmodell
- Projektansatz: Aufbau einer ambulant-aufsuchenden, SGB-übergreifenden psychosozialen Gesamtversorgung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Form eines **Modellvorhabens nach § 64b SGB V**



Positiver Förderbescheid unter  
Auflagen durch den  
Innovationsausschuss 2018

## **GBV - Gemeindepsychiatrische Basisversorgung ein Projekt des Innovationsfonds - Ziele**

### **Zu evaluierende Hypothese:**

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen können durch passgenaue Hilfen des individuell erstellten Versorgungsplanes eines multiprofessionellen Teams der GBV effektiver und effizienter versorgt werden.

### **Zielindikatoren:**

- Reduktion der Symptomlast und daraus resultierender Beeinträchtigungen
- Verbesserung der Teilhabefähigkeiten und der Selbststeuerung
- Verbesserung der Lebensqualität und der Zufriedenheit mit der Behandlung
- Verbesserung der Kosten-Nutzen-Realität der Behandlung und der übrigen Hilfen

### **Umsetzungspotential:**

Überführung in die Regelversorgung nach der Bestätigung der Erwartungen durch die Evaluation → beispielsweise als § 37c SGB V

## GBV - Gemeindepsychiatrische Basisversorgung ein Projekt des Innovationsfonds - GBV-Netzwerk

In der gesamten Projektlaufzeit von 2019 bis 2023 sollen gemäß der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ der DGPPN die „gemeindepsychiatrischen Systeminterventionen“ in ausgewählten Regionen erprobt werden.

- Die Zersplitterung entlang der einzelnen Sozialgesetzbücher soll damit überwunden werden
- Steuerungsgremium außerhalb des Krankenhauses

### Regionales Netzwerk



## **GBV - Gemeindepsychiatrische Basisversorgung ein Projekt des Innovationsfonds - Projektaufbau**

### **Methodischer Aufbau GBV:**

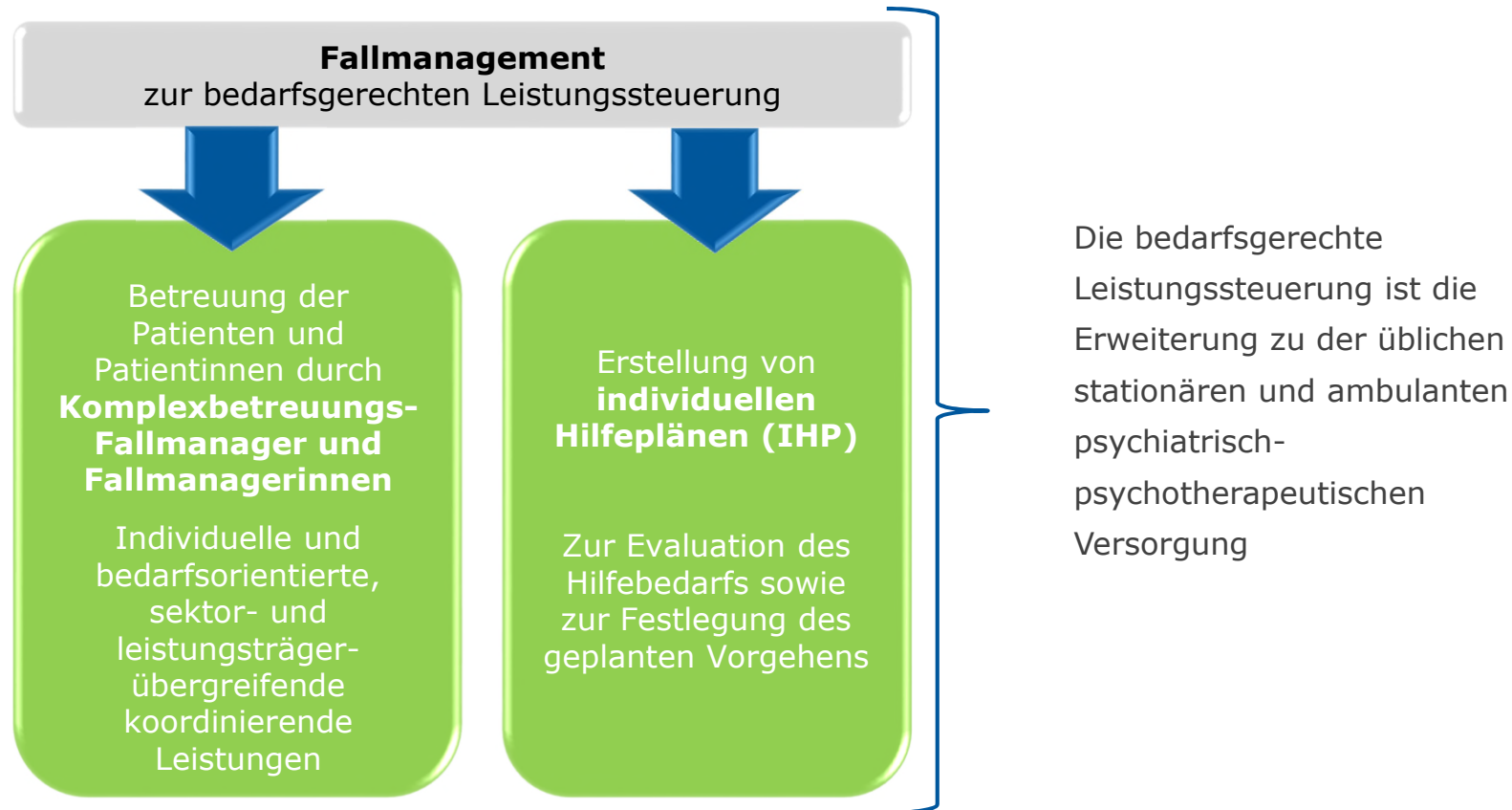
- Implementation ambulant-aufsuchend arbeitender multiprofessioneller Teams durch erfahrene gemeindepsychiatrische Träger, teilweise gemeinsam mit der zuständigen Versorgungsklinik
- Öffnung der Eingangs-Assessments für die Zuweisung der schwer erreichbaren Zielgruppe durch alle potenziellen Zuweiser
- Eingangs-Assessment zur Indikationsfeststellung und Hilfeplanung
- Kontinuierliche Begleitung und Beratung durch feste Bezugspersonen
- Vernetzung aller (SGB-übergreifenden) Hilfen unter Einbeziehung des privaten sozialen Umfelds
- Aufbau eines Krisendienstes
- ↳ Bedarfsgerecht abgestufte, jederzeit (24/7) verfügbare Krisenintervention
- Verbindliche Zusammenarbeit aller Anbieter (SGB-übergreifend) im regionalen Verbund auf der Grundlage von "Verbundvereinbarungen"

## Psykom der LVR-Klinik Köln, ein von dem MAGS NRW gefördertes Drittmittelprojekt – Projektstruktur

- Projekttitle: Psykom - Ein Modellprojekt zur personenzentrierten **psychosozialen Komplexbetreuung** Betroffener mit schweren psychischen Störungen
  - Kernelement: **Fallmanagement zur bedarfsgerechten Leistungssteuerung**
- Projektnehmer: LVR-Klinik Köln
- Projektleitung: Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, Ärztliche Direktorin der LVR-Klinik Köln
  - Wissenschaftliche Begleituntersuchung durch das LVR-Institut für Versorgungsforschung
- Fördermittel: 534.561,40 Euro
- Projektlaufzeit: 1. Juli 2017 bis 31. Dezember 2019
- Forschungsfrage: Führt die klinische Implementierung des neuen Versorgungsmodells zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen, zur Motivationssteigerung der Betroffenen, psychosoziale Hilfen zu nutzen, und zur Verbesserung der sozialen Teilhabe?
- Methodik: Prä-Post-Vergleich innerhalb der Interventionsgruppe und Vergleich mit einer Kontrollgruppe
  - Drittmittelprojekt, gefördert vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

## Psykom der LVR-Klinik Köln, ein von dem MAGS NRW gefördertes Drittmittelprojekt – Projektstruktur

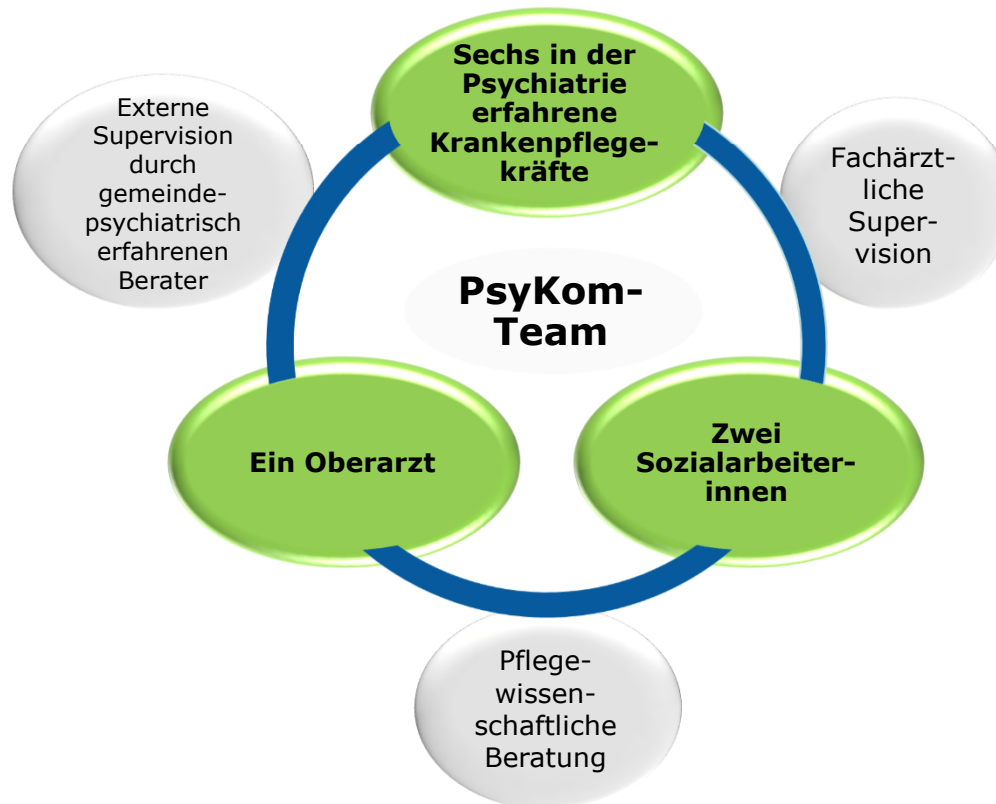
→ Bedarfsorientiertes und personenzentriertes psychosoziales Komplexbetreuungsmodell





## Psykom der LVR-Klinik Köln, ein von dem MAGS NRW gefördertes Drittmittelprojekt – Projektstruktur

### Komplexbetreuungs-Fallmanager\*innen und externe Berater



### Ziele:

- Verbesserung der Nutzung des ambulanten Versorgungssystems und bessere Vernetzung des stationären mit dem ambulanten Versorgungssystem
- Verhinderung von Zwangsaufnahmen
- Vermeidung des Drehtüreffektes
- Verbesserung der Motivation der Patient\*innen, psychosoziale Hilfsangebote zu nutzen
- Verbesserung der sozialen Teilhabe

## Psykom der LVR-Klinik Köln, ein von dem MAGS NRW gefördertes Drittmittelprojekt – Projektstruktur

→ Derzeit sind **47 Patient\*innen** mit schweren psychischen Erkrankungen in das Versorgungsmodell eingeschlossen

### Einschlusskriterien:

- A- und B-Kriterium liegen vor
- Ein A- oder ein B-Kriterium liegen vor, zusätzlich mindestens eines der C-Kriterien

#### A-Kriterium

≥ ein unfreiwilliger stationär-psychiatrischer Aufenthalt in den vergangenen 12 Monaten

#### B-Kriterium

Erhebliche Beeinträchtigung der selbstständigen Inanspruchnahme von Hilfemaßnahmen oder der Teilhabe, die jedoch bei intensiver Betreuung wahrscheinlich entsprechend aktiviert werden können

#### C-Kriterium

- Hoher individueller psychosozialer Unterstützungsbedarf
- Komorbidität von psychischer und somatischer Erkrankung
- Forensik- oder Zwangsunterbringungs-gefährdete Personen
- Häufige regel- oder grenzüberschreitende Verhaltensweisen GAF-Wert  $\leq 50$

→ Für die **Kontrollgruppe** konnten **21 Betroffene** rekrutiert werden, die keine über die Regelversorgung hinausgehende Komplexbetreuung erhalten.

## Psykom der LVR-Klinik Köln, ein von dem MAGS NRW gefördertes Drittmittelprojekt – **Ausblick**

- Abschluss der Datenerhebung: **September 2019**  
↳ Danach erste Ergebnisse der Evaluation

### **Erster Eindruck:**

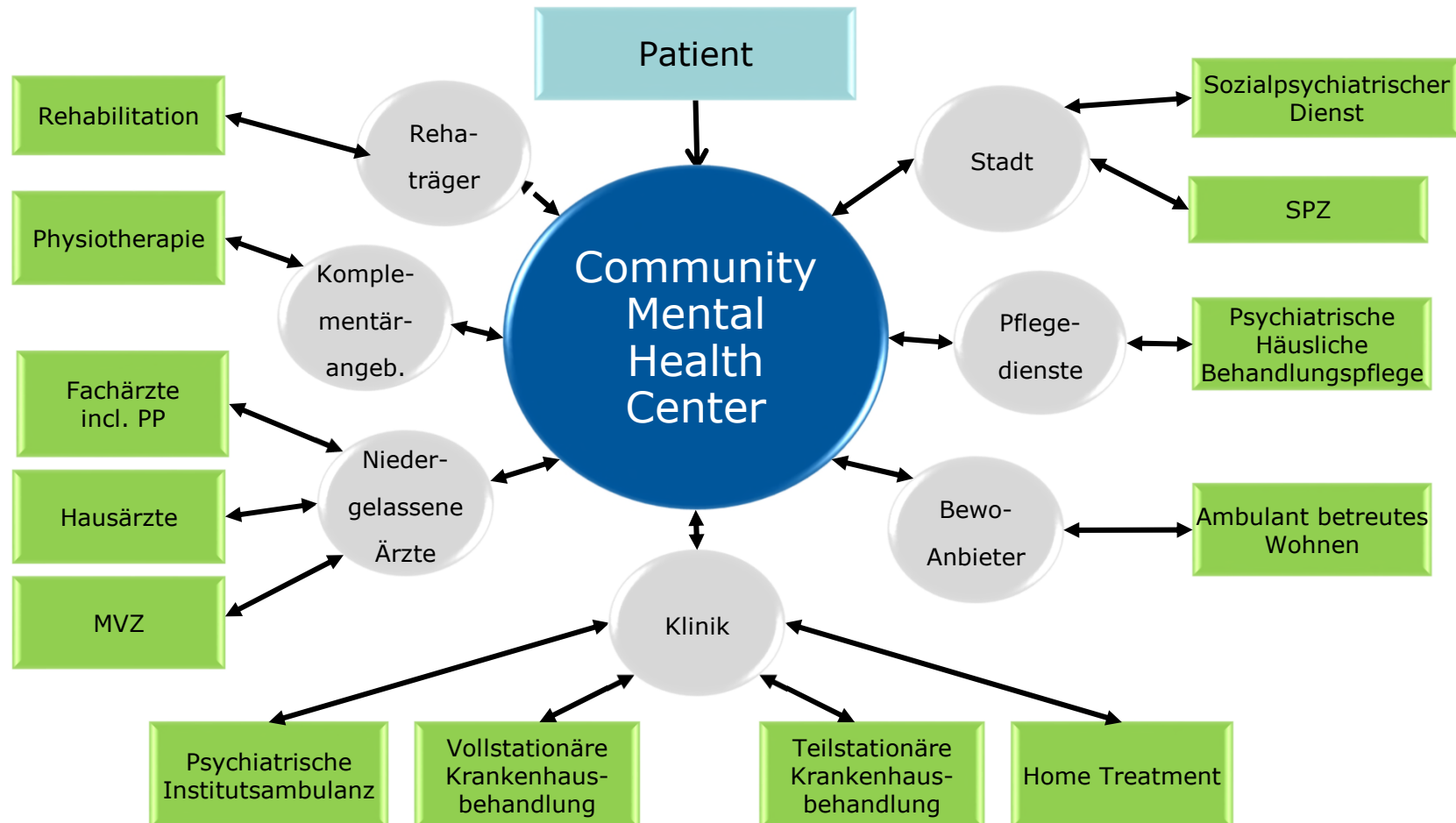
- Ein Großteil der Patient\*innen scheint von dem Versorgungsmodell zu profitieren (z.B. Reduzierung der stationären Aufnahmen, Vermeidung von Zwang, Anbindung an PIA, regelmäßige Medikamenteneinnahme)
- Verlängerungsantrag für das Projekt (um sechs Monate) ist derzeit in Vorbereitung
- Parallel ist der Aufbau von stationsäquivalenter Behandlung (StäB) geplant

## Zusammenfassung und Fazit

- Die psychiatrische Regelversorgung ist immer noch weit entfernt von einer sinnvollen Zusammenführung, Koordination und Steuerung von Hilfen aus einer Hand
- StäB ist ein wichtiger Schritt, um in Zukunft verstärkt, zumindest klinikseitig, Home Treatment anbieten zu können
- Modellvorhaben nach § 64 b SGB V bieten über den eng gefassten Anwendungsbereich von StäB gute Möglichkeiten, Behandlung zu flexibilisieren und sektorenübergreifende Leistungen abzubilden
  - Solange keine Überführung dieser § 64 b Modelle in die Regelversorgung stattfinden kann, sollten bewährte Modelle bundesweit über die teilweise in Kürze ablaufenden Modelllaufzeiten von 8 Jahren hinaus verlängert werden
  - Ein Kontrahierungszwang von Krankenkassen würde die bürokratischen Aufwände der Modellträger vermindern helfen
- • Die vorgestellten Modelle GBV und Psykom greifen erfolgreiche Ansätze aus dem europäischen Ausland auf. Diese sollen zeigen, wie eine bessere Koordinierung und Steuerung von Hilfen aus einer Hand die Situation für chronisch psychisch Kranke mit der beschriebenen Einbeziehung aller SGB-Sektoren sowie die Implementierung von Krisendiensten die Situation und Versorgung deutlich verbessern können.

## Optimale Steuerung nach Vorstellungen des LVR- Klinikverbundes

### Versorgungsnetz mit Behandlungssteuerung über ein CMHC



## Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

