

# Behandlung und Unterstützung psychisch Kranker Lücken im Angebot von Hilfen müssen erkannt und ausgefüllt werden ! Wolfram Beins, Landesfachbeirat Psychiatrie

## Gliederung

1. Vorbemerkungen
2. Grundlagen der Sozialpsychiatrie
3. Das gegliederte System der sozialen und Gesundheits-Leistungen
4. Empfehlung Niedersachsen und Schritte der Umsetzung am Bsp. APP
5. Der sozialpsychiatrische Verbund
6. Zwischenfazit Niedersachsen
7. Zukunft Niedersachsen

## 1. Vorbemerkungen

- Psychiatrie ist immer mit sozialen Problemen und mit der Beziehung des Individuums zur Gesellschaft konfrontiert
- Psychiatrie muss die sozioökonomischen Bedingungen berücksichtigen
- Psychiatrie ist sozialmedizinisch orientiert
  
- Ohne soziale Psychiatrie keine ↓ Psychiatrie

## 2. Grundlagen Sozialpsychiatrie I

- Leitidee in den 20er und 30er Jahren des letzten Jahrhunderts
- Nationalsozialismus tötete mehr als 100.000 psychisch erkrankte Menschen, weitaus mehr wurden zwangssterilisiert – das bedeutete das Ende der Sozialpsychiatrie
- Nach dem 2. Weltkrieg setzte in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts eine kritische Auseinandersetzung mit der Psychiatrie ein – auch forciert durch die Erfolge der Psychopharmaka

Renaissance der Sozialpsychiatrie ↓

## Meldebogen 1940

- Betrifft die jüdische Patientin Klara B. aus Wien
- im Juni 1940 durch eine Kommission unter der Leitung von Prof. Dr. Heyde (abgerissener roter Aufkleber) angefertigt
- Begutachtung mit rotem Pluszeichen für Tötung
- Die Nummer Z67652 ist die Registriernummer der Euthanasiezentrale
- Stempel oben rechts bedeutet Tötung in der Gasmordanstalt Schloss Herzheim bei Linz „erledigt in C am 8.8.40“

- Beurkundung des Todes erfolgte am 07.01.1941 mit dem Zeichen X11
- Für die Zeit von der Tötung bis zur Beurkundung des Todes wurden Pflegekosten geltend gemacht

### **Stellungnahme Politik**

„Wir heute in der Bundesrepublik töten psychisch Kranke nicht, wir sterilisieren niemanden gegen seinen Willen, aber wir müssen uns immer wieder fragen, was wir tun, den sozialen Tod dieser Menschen zu verhindern, oder ob wir uns vorwerfen lassen müssen, wir begingen Euthanasie auf Raten.“

(Johannes Rau, Ministerpräsident NRW am 14.09.1979)

### **Grundlagen Sozialpsychiatrie II**

- 1970 Gründung der „Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie“ als multi-professionelle Fachorganisation
- 1971 Gründung der „Aktion psychisch Kranke“ durch psychiatrische Fachleute und Politiker als Lobbyorganisation
- 1971 Auftrag des Deutschen Bundestages, die Lage der Psychiatrie in Deutschland zu erheben
- 1975 Vorlage der Psychiatrie-Enquete („Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/ psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung“)
- 1975 Empfehlungen zur Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter – zentrale Forderungen waren:
  - Entwicklung einer gemeindenahen, bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten in definierten Standard-Versorgungsgebieten
  - Verkleinerung der psychiatrischen Krankenhäuser sowie Auf- und Ausbau komplementärer Dienste, Koordination aller Versorgungseinrichtungen
  - Integration der Psychiatrie in die übrige Medizin durch Errichtung von Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern
  - Gleichstellung von psychisch Kranken mit körperlich Kranken
- In den späten 80er und 90er Jahren des letzten Jahrhunderts erfolgte ein „Paradigmenwechsel“
  - Abkehr von einer institutionellen Betrachtung der sozialpsychiatrischen Hilfen
  - Hilfen sollten „personenzentriert“ geplant und erbracht werden
  - Einbezug des sozialen Umfeldes – Begriff des „Triologes“
- 1988 Empfehlungen der „Expertenkommission“
- Bis 2003 Versorgungsmodelle der Modellregion Psychiatrie (BMG) : Verbundmodelle, Home treatment, ambulante gerontopsychiatrische Zentren, Schwerpunktpraxen

### **3. Das gegliederte System**

- Die Reform der Psychiatrie in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts gestaltete sich in den Bundesländern nicht einheitlich

- Die Zuständigkeit für das Sozial- und Gesundheitswesen liegt primär bei den Bundesländern und Kommunen
- Die gesetzlichen Grundlagen sind in unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern und in unterschiedlicher Zuständigkeit geregelt

Die Unterschiedlichen Sozialgesetze:

- **SGB I** Allgemeiner Teil
- **SGB II** Grundsicherung für Arbeitssuchende
- **SGB III** Arbeitsförderung
- **SGB IV** Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung
- **SGB V** Gesetzliche Krankenversicherung
- **SGB VI** Gesetzliche Rentenversicherung
- **SGB VII** Gesetzliche Unfallversicherung
- **SGB VIII** Kinder- und Jugendhilfe
- **SGB IX** Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
- **SGB X** Verwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz
- **SGB XI** Soziale Pflegeversicherung
- **SGB XII** Sozialhilfe

Unterschiedliche Zuständigkeiten für die psychiatrische Versorgung:

- **SGB V** Gesetzliche Krankenversicherung

Krankenkassen

- **SGB VIII** Kinder- und Jugendhilfe

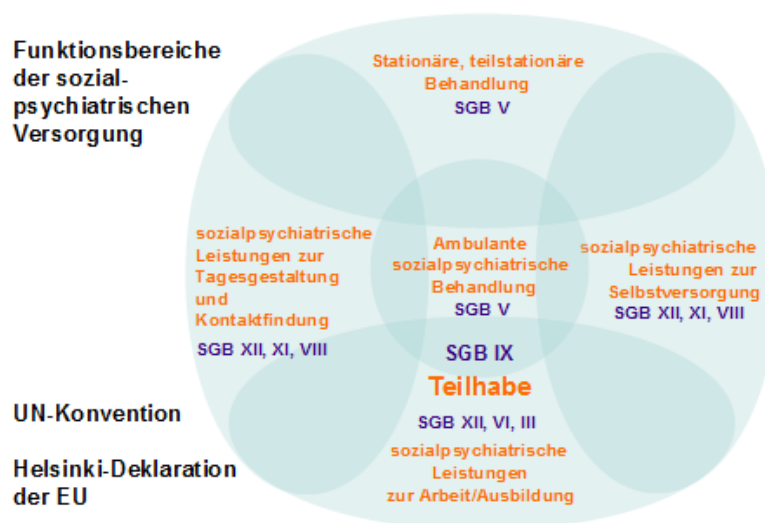
Jugendämter der Kommunen

- **SGB XI** Soziale Pflegeversicherung

Pflegekassen

- **SGB XII** Sozialhilfe

Sozialämter der Länder und Kommunen



#### 4. Empfehlung Niedersachsen

- So viel ambulant wie möglich

- Verlagerung der Psychiatrie in die Gemeinde
- Vordringliche Maßnahmen im ambulanten Bereich – psychiatrische Behandlung
  - Bessere Vergütung sozialpsychiatrischer Leistungen
  - Einsatz von nichtärztlichen Mitarbeitern in der Arztpraxis
  - Ambulante fachärztliche Behandlung als **Gemeinschaftsaufgabe** aller Beteiligten
  - Sicherstellung ambulanter psychiatrischer Pflege
  - Psychotherapeutische Leistungen für schwer psychisch kranke Menschen
  - Medizinische Rehabilitation für psychisch Kranke

## **Erste Schritte zur Umsetzung**

### **Ambulante psychiatrische Pflege**

- **1995** Start der Fachgruppe Gerontopsychiatrie des Sozialpsychiatrischen Verbandes der Stadt Hannover
- **1997** Niedersächsische Empfehlungen für ambulante gerontopsychiatrische Pflege
- **1999 bis 2001** dreijährige Modellerprobung ambulanter psychiatrischer Pflege in Niedersachsen
- **2005** Bundesrahmenrichtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen

### **gesetzliche Regelungen**

- **1978** Niedersächsisches Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen (NPsychKG)
- **1997** Novelle NPsychKG mit deutlicher Ausrichtung auf Hilfen Sozialpsychiatrischer Verbund Sozialpsychiatrischer Plan
  - Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung

## **Modellerprobungen Pflege**

Zwei Landesmodelle in Niedersachsen 2001 bis 2004:

- Erprobung psychiatrischer Krankenpflege in städtischen / ländlichen Regionen (Bersenbrück, Delmenhorst, Quakenbrück, Weyhe, Varel)
- Erprobung gerontopsychiatrischer häuslicher Fachkrankenpflege in ausgewählten Stadtteilen Hannover

Indizienbeweis:

- Häusliche Fachkrankenpflege nach § 37 1 und 2 SGB V wirkt klinikvermeidend, milieustärkend, patientenzentriert, kompetenzfördernd.

### Bundesmodell 2001 bis 2003:

- Aufsuchendes Krankenhaus – Alexianer-Krankenhaus Krefeld

Indizienbeweis:

- Hometreatment kann vollstationäre Behandlung ersetzen.

### Bundesmodell 2002 bis 2003:

- Erprobung Sozialpsychiatrischer Schwerpunktpraxen u.a. Praxis Dr. Munzel,

Kirchweyhe bei Bremen

Indizienbeweis:

- Dauerhaft und schwer psychisch erkrankte Menschen können erfolgreich durch ambulante Komplexleistungsprogramme gebessert werden.

## **Umsetzung Integrierte Versorgung I**

### **Ambulante psychiatrische Komplexleistung**

**2004** erste Nutzung der Regelungen in § 140a, SGB V: Integrierte Versorgung

- insgesamt 20 Vertragspartner in sozialpsychiatrischen Schwerpunktpraxen

AOK: 3 / DAK: 5 / BKK: 6 / TK: 6

**2005** Case- und Caremanagement durch APP mit regelhafter Kooperation mit dem Facharzt Psychiatrie

Rechtsform BKK Verein – Auflösung am 19.08.09

**2009** rechtlich bedingt andere Vertragsform

Gründung der **InnoHealthCare** (IHC) für DAK, BKK Verträge

## **Umsetzung Integrierte Versorgung II**

### **2008 - öffentliches Ausschreibungsverfahren der AOK Niedersachsen**

Erste Stufe Interessensbekundung

Zweite Stufe Verhandlungsverfahren mit drei ausgewählten Bietern

**2010** - Auswahl

Institut für Innovation und Integration im Gesundheitswesen I3G GmbH, eine unabhängige Tochter der Janssen-Cilag GmbH

**2010** I3G gründet für die Umsetzung des Behandlungspfads Schizophrenie der AOKN eine neue Managementgesellschaft, die Care4S

**2010** - IVPNetworks übernimmt die Verträge mit der Techniker Krankenkasse und der Vertragsgemeinschaft der Betriebskrankenkassen. Der DAK-Vertrag mit der IHC wurde zum Ende des Jahres 2010 beendet

**2012** ist die Verbindung der Managementgesellschaften Care4S und IVPNetworks beendet worden.

**2012** - IVPNetworks managt die Verträge mit der Techniker Krankenkasse, der KKH, der Vertragsarbeitsgemeinschaft des BKK-Landesverbands Mitte, der Deutschen BKK und der BKK Mobil Oil, sie ist in den Regionen Niedersachsen, Bremen, Thüringen und Sachsen aktiv

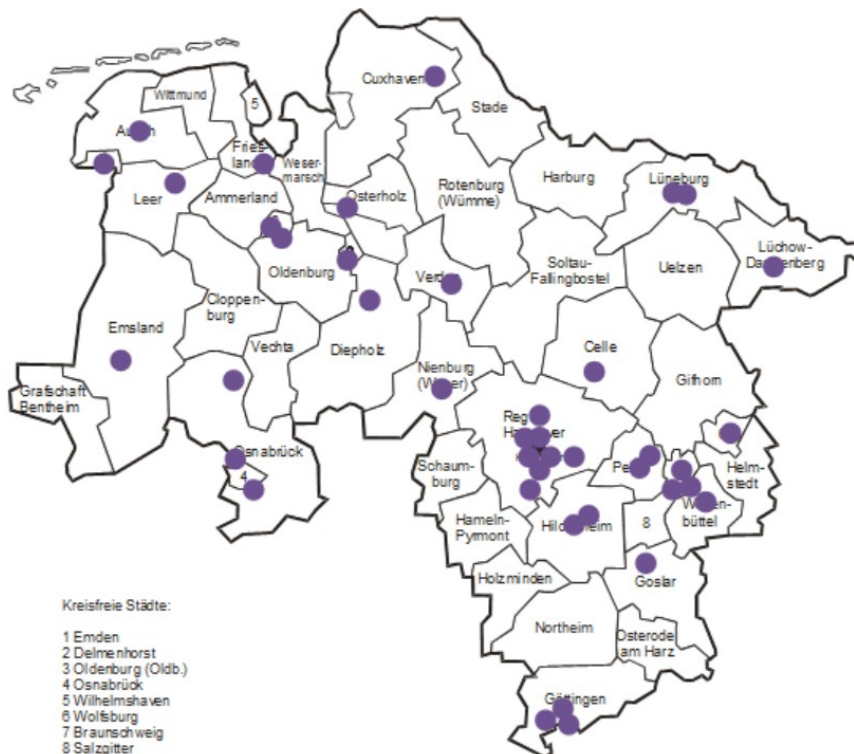
**2013** arbeiten die Managementgesellschaften Care4S und IVPNetworks getrennt voneinander an unterschiedlichen Firmenstandorten in Hamburg. Unabhängig voneinander wird jeweils die Betreuung der Vertragspartner und der Netzwerke weiter entwickelt. In den

Die Ausschreibung forderte:

*landesweites integriertes sektorübergreifendes  
Versorgungsmanagement mit  
Budgetverantwortung der Therapie der Schizophrenie über  
Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance  
vorrangig ambulante Steuerung der Versorgung  
Implementierung von  
Behandlungspfaden  
Langfristige funktionale  
Gesamtbehandlungspläne  
vertragsärztliche Versorgung ist nicht  
Gegenstand der  
Budgetverantwortung  
Das Versorgungssystem soll bis zu  
15.000 Versicherte versorgen  
können.*

einzelnen Verträgen werden Ausweitungen auf die Leistungsbereiche Psychoedukation und Soziales Kompetenztraining geprüft und in ersten Schritten eingeführt.

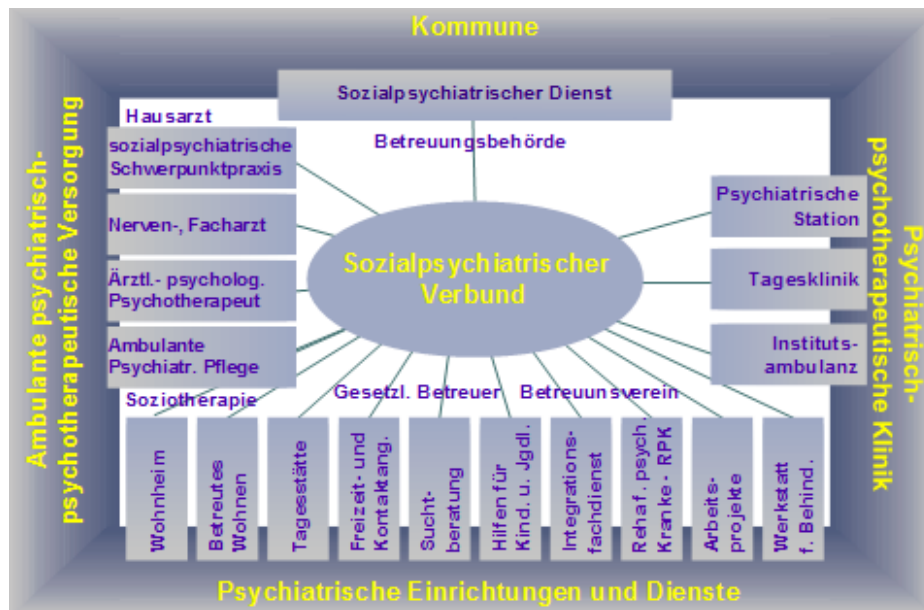
## Verteilung der ambulanten psychiatrischen Pflegedienste



## 5. Der Sozialpsychiatrische Verbund

- Sozial- oder Gemeindepsychiatrie setzt sich aus verschiedenen Einzelleistungen zusammen, die
  - in verschiedenen Leistungsgesetzen geregelt sind,
  - in verschiedenen Zuständigkeiten liegen,
  - von verschiedenen Leistungserbringern erbracht werden
- Die Funktionsbereiche der Sozialpsychiatrie werden in einem Sozialpsychiatrischen Verbund vorgehalten, in dem psychiatrische Versorgungseinrichtungen kooperieren sollen durch
  - die Bestimmung des Hilfebedarfes
  - das Vorhalten eines Hilfesystems, das ausreichende Ressourcen in gut zugänglichen Diensten umfasst
  - das Angebot evidenzbasierter Behandlungsangebote für Menschen mit anhaltenden psychischen Beeinträchtigungen
- Der Sozialpsychiatrischen Verbund soll insbesondere für chronisch kranke Menschen folgende Aufgaben erfüllen:
  - Identifizierung und praxisbezogene Behandlung von Beeinträchtigungen des Patienten im Zusammenhang mit seiner sozialen Situation
  - Verhütung und/oder Verkürzung psychiatrischer Hospitalisierungen

- Auf- und Ausbau sogenannter komplementärer Einrichtungen und Dienste, die neben ambulanter und (teil)stationärer Krankenbehandlung gemeindenah (Re-)Integration ermöglichen und sichern



## 6. Zwischenfazit Niedersachsen

### Gestaltungsbedingungen

- Erfahrungen aus den Modellprogrammen  
Bundesmodell / Niedersächsische Erprobung APP
- Gemeinsame Konzeptentwicklung mit Vertretern der Krankenkassen

(Fachlicher) wechselseitiger Input

Vertrauensbildung (auf langen Reisen)

Vertragsgestaltung (mit wechselseitiger Beratung)

Empfehlungen zur Umsetzung des Vertrages nach § 132a zur häuslichen psychiatrischen Fachkrankenpflege in Niedersachsen (2013)

### Chancen

- Ambulante psychiatrische Behandlung kann auch für chronisch psychisch kranke Menschen auskömmlich erbracht werden

Assertive Community Treatment

Komplexleistung fachärztliche Behandlung und psychiatrische Pflege

Klinikbehandlungen lassen sich auf das Nötigste begrenzen

- Die Grenzen ambulant – stationär lassen sich überwinden

Gemeinsames Aufnahme- und Entlassungsmanagement

- Sozialpsychiatrische Leistungen können bei unterschiedlichen rechtlichen Grundlagen in verschiedenen Sozialgesetzbüchern gemeinsam geplant und erbracht werden

Gemeinsame Hilfekonferenzen

Abstimmung der Leistungen an den „Schnittmengen“

Abgrenzungen werden vermieden

Regionale Budgets werden möglich

Verknüpfung von SGB V und SB XII

### **Risiken**

- Widerstand bei den Akteuren

Psychiatrische Kliniken wehren sich gegen ein starkes ambulantes System

Psychosoziale Träger befürchten eine medizindominierte Versorgungssteuerung

Vertreter der Sozialpsychiatrie lehnen ein (privat-) wirtschaftlich aufgestelltes

Versorgungssystem ab

- Dominanz wirtschaftlicher Interessen

Renditeerwartungen gehen zu Lasten der Qualität der Versorgung

Leistungsausweitungen überfordern das System

Expansionen einzelner Leistungsanbieter gefährden gewachsenen Verbundstrukturen

## **7. Zukunft Niedersachsen**

**Koalitionsvereinbarung** - Die rot-grüne Koalition will

- durch konsequente Fachaufsicht und Überwachung der Verträge (Medizinische Konzepte, Personalkonzepte und bauliche Investitionen) die Qualität der psychiatrischen Versorgung in allen privatisierten Landeskliniken einfordern. Dumpinglöhne und ein Unterlaufen der vereinbarten Personalausstattung werden nicht hingenommen.
- einen Landespsychiatrieplan mit Beteiligung des Landesfachbeirates und des Psychiatrie-Ausschusses vorlegen
- in Niedersachsen Modellprojekte zu Regionalen Psychiatrischen Budgets ins Leben rufen, um eine leistungsträger- und schnittstellenübergreifende Finanzierung des auf die einzelnen Patientin und den einzelnen Patienten abgestimmten Hilfebedarfs zu erproben

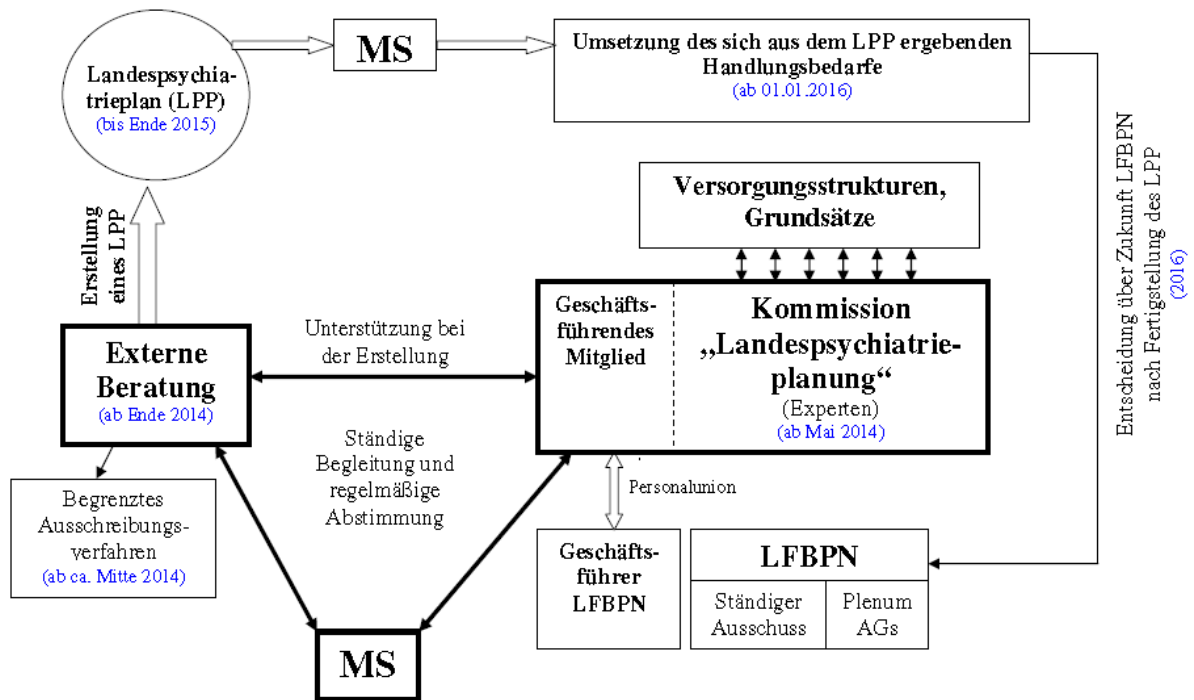
## **Umsetzung Psychiatrieplan**

### **Schwerpunkte des Psychiatrieplans**

- Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die heute von langen Wartezeiten und schweren Versorgungslücken geprägt ist.
- gerontopsychiatrische Versorgung.
- Verzahnung ambulanter und stationärer Angebote durch gemeindepsychiatrische Zentren.
- Aufbau weiterer tagesklinischer Angebote und psychiatrischer Institutsambulanzen.
- die Struktur der stationären Versorgungsgebiete.
- Aufrechterhaltung von Optionen für die Abteilungspsychiatrie.
- Ausbau der Krisenintervention und der Nachsorge, unter Einbeziehung der sozialpsychiatrischen Dienste.



## Beteiligte Institutionen und zeitlicher Ablauf zur Erstellung eines Landespsychiatrieplans



### Vorrangige Themen

- Sicherung der (ambulanten) psychiatrischen Behandlung
- Klärung der psychotherapeutischen Behandlung
- Sicherung der Krisenintervention
- Schaffung komplexer ambulanter Behandlungsangebote (Facharzt, Pflege, Soziotherapie, Ergotherapie, Rehabilitation, Psychotherapie...)
- Arbeit für psychisch Erkrankte
- Überwindung der Fraktionierung ambulant – stationär
- Eingrenzung der Angebotsvielfalt
- wenig Parallelangebot trotz Wettbewerb
- nicht nur Lücken erkennen, auch Überangebote!
- Entwicklung von Qualitätsstandards
- Verlässliche und nachvollziehbare Angebote
- Einbezug der vorrangigen Kostenträger
- Planung unter Beteiligung von Land – Kommune – Krankenkassen u.a.
- Planung unter aktiver Beteiligung von Patienten und Angehörigen

Kontakt:

Wolfram Beins, Landesfachbeirat Psychiatrie

c/o Psychosoziale Beratungsstelle

Fritzenwiese 117

29221 Celle

05141/99291-60, Wolfram.Beins@evlka.de