

# Reformbedarfe psychiatrischer Hilfen

## **Ambulante Komplexleistungen**

Nils Greve

Dachverband Gemeindepsychiatrie

„Perspektiven der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen“  
Aktion Psychisch Kranke, Berlin, 07.09.2022



# Warum Komplexleistungen?

„Schwere psychische Erkrankungen“

- Vielfältiger Hilfebedarf (rechtskreis- und sektorübergreifend)
  - Unklare Bedürfnisse (aus Sicht der Profis)
  - Unzureichende „Kundenkompetenzen“
- 
- Komplexleistung ist mehr als viele einzelne Hilfen
  - „Hilfe“ ist mehr als die Applikation von Maßnahmen



# S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien ...“ (1)

- **In allen Versorgungsregionen** soll eine gemeindepsychiatrische, teambasierte und multiprofessionelle Behandlung zur Versorgung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung zur Verfügung stehen.
- Menschen mit schweren psychischen Störungen in akuten Krankheitsphasen sollen die Möglichkeit haben, von mobilen multiprofessionellen Teams **definierter Versorgungsregionen** in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.
- Menschen mit chronischen und schweren psychischen Störungen sollen die Möglichkeit haben, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinausgehend, nachgehend aufsuchend in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.
- Empfehlungen 10 bis 12



## S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien ...“ (2)

- **In allen Versorgungsregionen** soll eine gemeindepsychiatrische, teambasierte und multiprofessionelle Behandlung zur Versorgung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung zur Verfügung stehen.
- Menschen mit schweren psychischen Störungen in akuten Krankheitsphasen sollen die Möglichkeit haben, von mobilen multiprofessionellen Teams **definierter Versorgungsregionen in ihrem gewohnten Lebensumfeld** behandelt zu werden.
- Menschen mit chronischen und schweren psychischen Störungen sollen die Möglichkeit haben, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinausgehend, nachgehend aufsuchend **in ihrem gewohnten Lebensumfeld** behandelt zu werden.
- Empfehlungen 10 bis 12



# S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien ...“ (3)

- In allen Versorgungsregionen soll eine **gemeindepsychiatrische, teambasierte und multiprofessionelle Behandlung** zur Versorgung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung zur Verfügung stehen.
- Wesentliche Aufgabe der multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Teams soll neben der bedarfsorientierten und flexiblen Behandlung **die gemeinsame Verantwortung sowohl für die gesundheitliche als auch die psychosoziale Versorgung** der Betroffenen sein und so die **Behandlungskontinuität** sichern.
- Ziel soll eine Behandlung sein, die sich am individuellen Bedarf der Betroffenen und an der Intensität der erforderlichen Interventionen zu jedem Zeitpunkt des Behandlungsprozesses orientiert. Im Sinne der Forderung nach einer Behandlung **„ambulant vor stationär“** sollen, wo möglich, stationäre Behandlungen vermieden werden.
- Empfehlungen 10 und 14

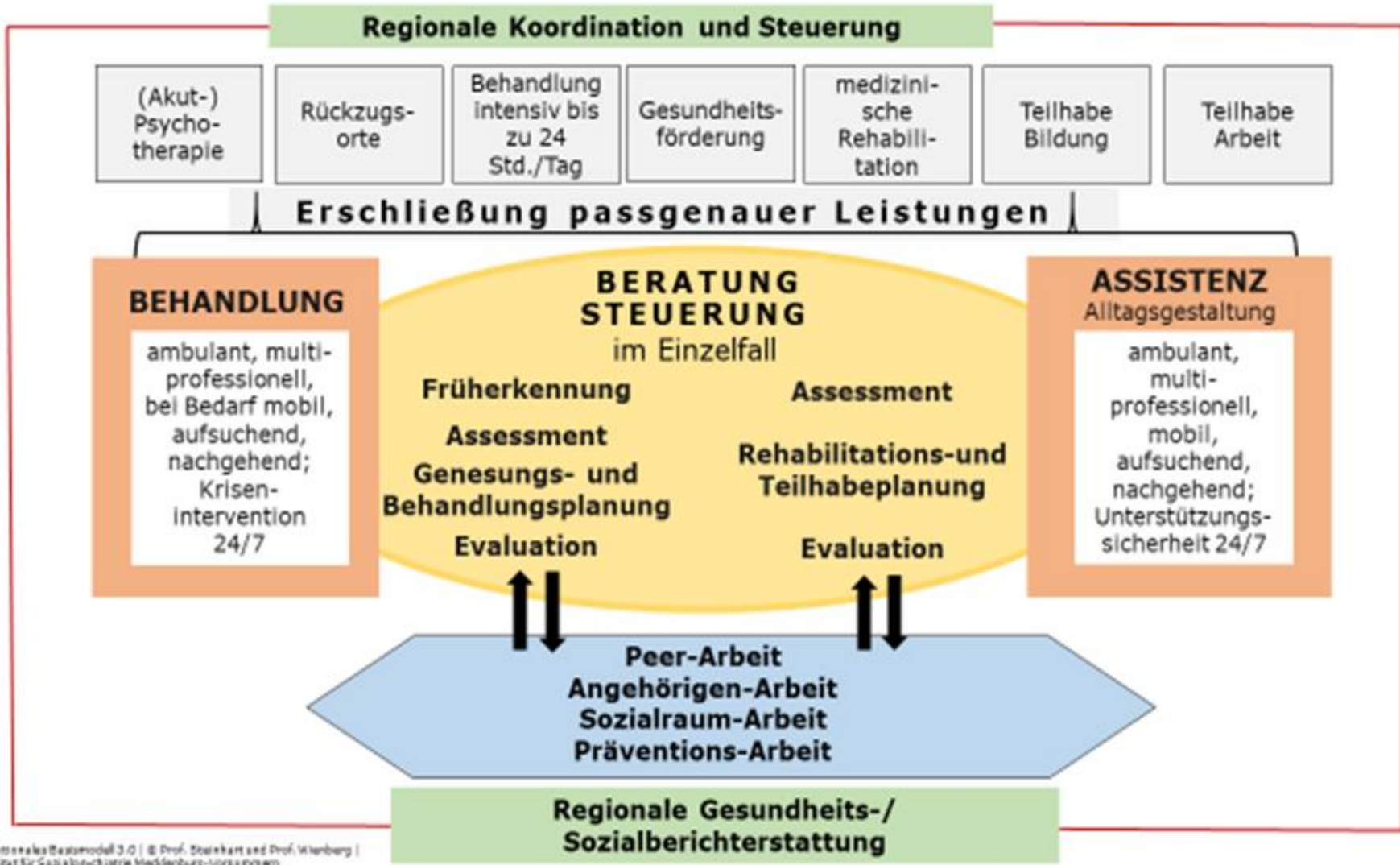


# Sozialpsychiatrische Vision: Komplexleistung „(wie) aus einer Hand“

Ganzheitliche Hilfen für schwer psychisch erkrankte Menschen

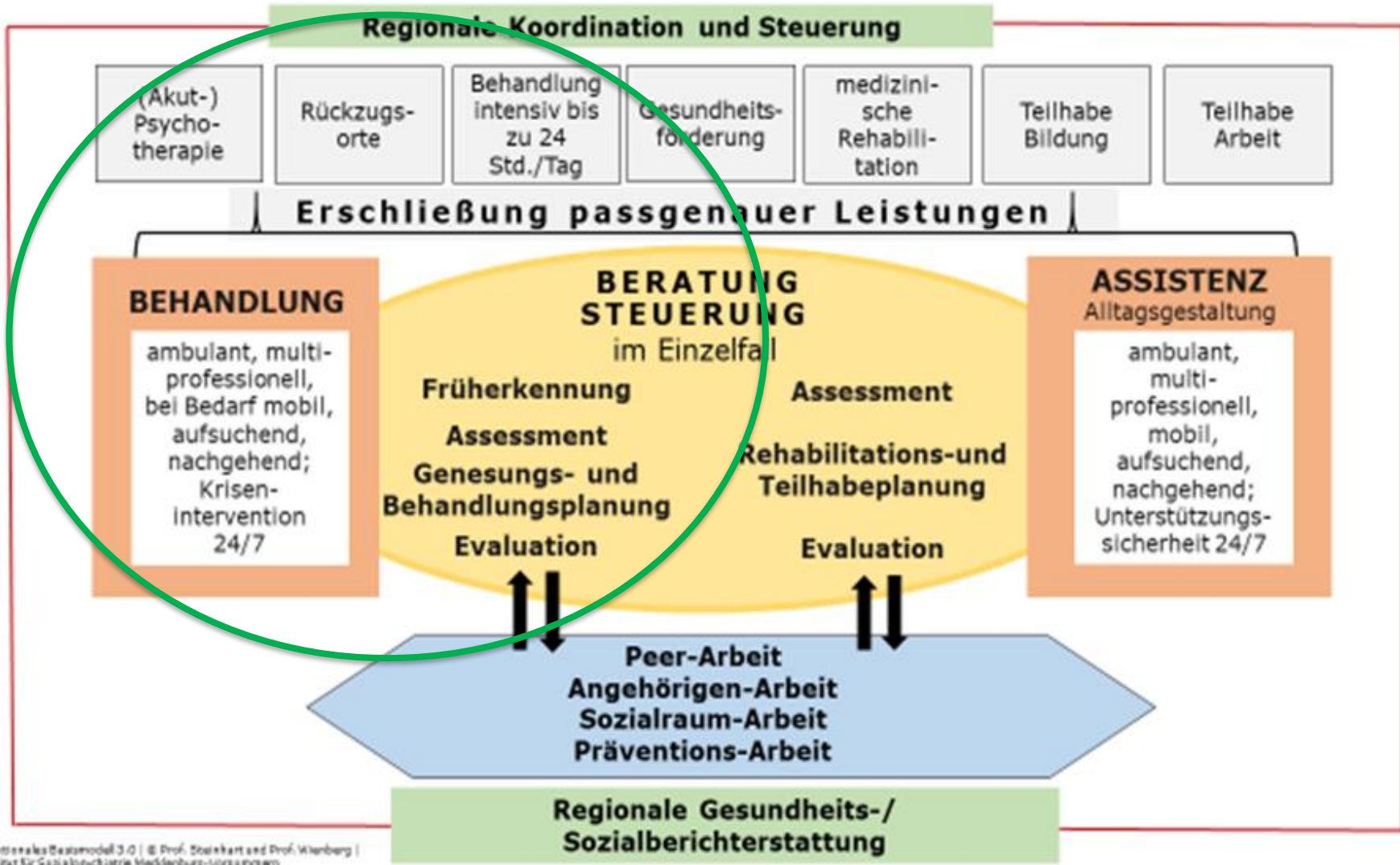
- individuell bedarfs- und bedürfnisgerecht,
- SGB-übergreifend (Verbindung von Behandlung, psychosozialer Unterstützung, Rehabilitation und Eingliederungshilfe),
- multikonzeptionell und multiprofessionell,
- personell kontinuierlich ggf. über lange Zeiträume,
- jederzeit leicht erreichbar,
- so weit wie möglich im gewohnten Lebensumfeld,
- unter Einbeziehung des „sozialen Umfelds“ = der wesentlichen Bezugspersonen,
- therapeutisch ausgerichtet auf Förderung der Selbstbestimmung und sozialen Teilhabe
- **ganzheitlich oder additiv/vernetzt**





Punktsynthesystemmodell 3.0 | © Prof. Steinhart und Prof. Wienberg | Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern

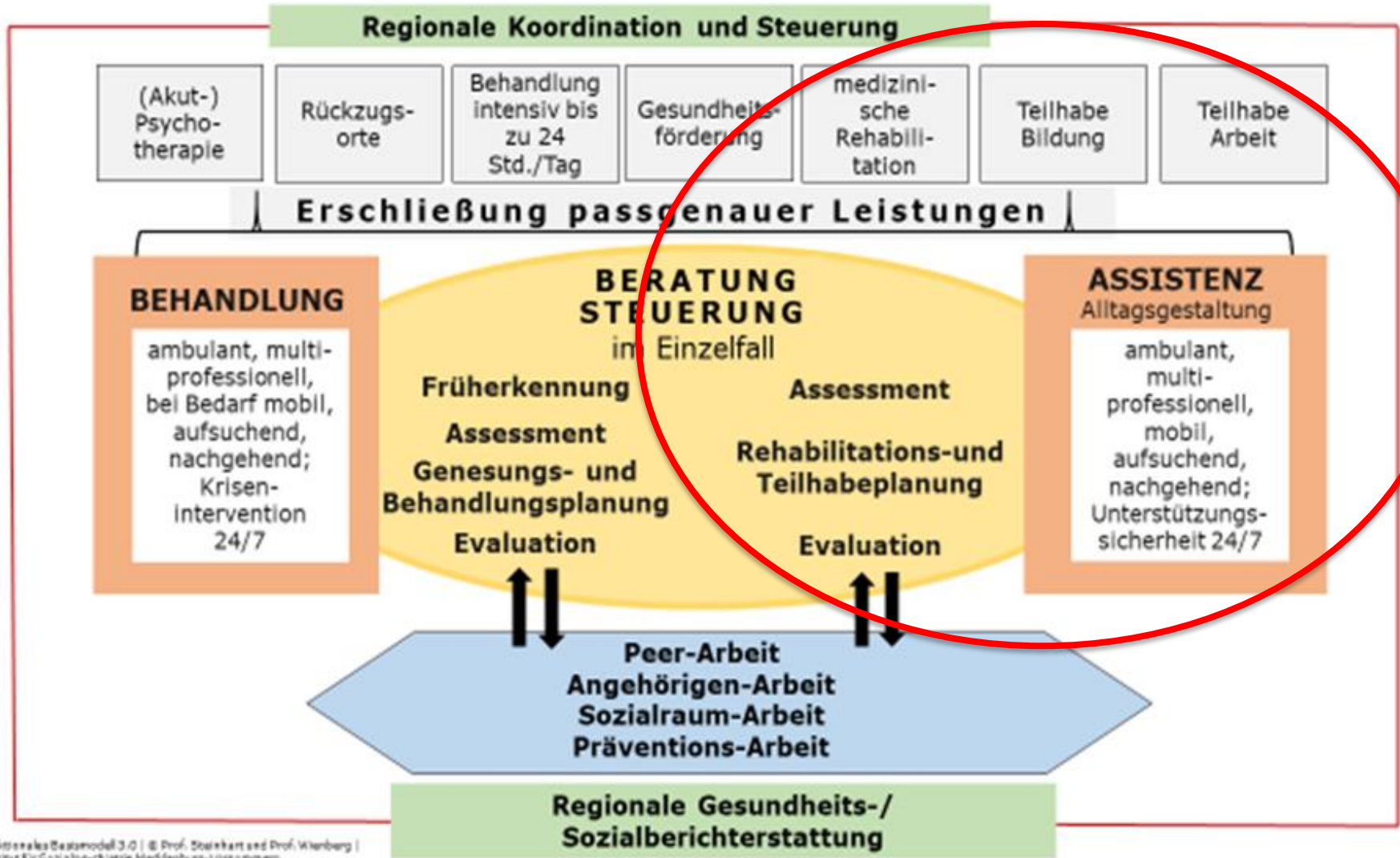




Punktstrukturmustermodell 3.0 | © Prof. Steinhart und Prof. Wienberg | Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern







Funktionsales Bezugsmodell 3.0 | © Prof. Steinhart und Prof. Wienberg | Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern



# Annäherungen, Not-/Teillösungen

Alle versuchen, Komplexleistungen zu ermöglichen – z. B.

- Soziotherapie
- Pflege
- Institutsambulanz
- Kassenärzte und -psychotherapeuten
  
- Eingliederungshilfe
- Familienhilfe
- gesetzliche Betreuung



# Soziotherapie

- Mehrmals überarbeitete G-BA-Richtlinie
- Schiedsverfahren (§ 132b Abs. 2 SGB V)
- Neue Landesrahmenverträge
- Probleme:
  - Zulassungshürden
  - Angemessene Vergütungen
  - Verordner
- **Beschränkung auf SGB V**



# Pflege

- pHKP (APP): bessere Chancen für akute und für langwierige Situationen nach Novellierung der Richtlinie des G-BA
- Pflege SGB XI: gewachsene Bedeutung durch PSG und BTHG
- Teil gemeindepsychiatrischer Komplexleistungen
- aber hohe Zulassungshürden und Fachkräftemangel



# Stationsäquivalente Behandlung

- Stand März 2022: 55 Kliniken betreiben oder planen StäB mit ca. 350 Plätzen
- Psychiatrie und Psychotherapie insgesamt: 404 Kliniken/Abteilungen mit 56.223 Betten (2017)
- 6 StäB-Kliniken beauftragen externe Dienste, vorw. Pflege
- **Einbeziehung bereits laufender Hilfen?**



# Krisendienste

- Gemeindepsychiatrische Pilotprojekte: psychosoziale Krisen (SG, HB, B, BI, ...)
- Flächendeckend: PsychKG Berlin, BayPsychKHG
- Finanzierung: Kommune – Eingliederungshilfe – Krankenkassen?
- Integration versus Solitär?
- Krisenbereitschaft 24/7 gemäß § 78 (6) SGB IX?



# Innovative Ansätze in Deutschland

## Klinikbereich:

- Pilotprojekte zum Home Treatment (F, KR, GZ, ...)
- Modellvorhaben gemäß § 64b SGB V
- RECOVER-Projekt

## KV-Bereich:

- NPPV-Projekt
- KSVPsych-Richtlinie

## Gemeindepsychiatrische Pilotprojekte: Selektivverträge

- NWpG & Co.
- GBV-Projekt



# Modellvorhaben gemäß § 64b SGB V

- Bisher (fast) ausschließlich Versorgungskrankenhäuser
- Leitidee: regionales Krankenhausbudget (Vorbild Itzehoe, A. Deister)
- Teilweise mit allen, andere mit einigen Krankenkassen
- Überwindung der „inneren“ Sektorengrenzen
  - Station, Tagesklinik, Institutsambulanz/MVZ
  - nicht rechtskreisübergreifend
- Ergänzung durch Home Treatment in sehr unterschiedlichem Ausmaß





# KSVPsych-RL

- Bildung von Netzverbänden aus Fachärzten/Psychotherapeuten und anderen Leistungserbringern des SGB V
  - Alle übrigen LE „sollen berücksichtigt werden“
- Beschränkung auf SGB V („Gesamtbehandlungsplan“)
  - ggf. neben Gesamt-Teilhabepan des SGB IX
- Hohe Mindestzahl von Verbundpartnern
  - Regionalbezug fraglich
- Vorbehandler „*sollen* ... einbezogen werden“
  - aber nicht als Bezugsarzt/-psychotherapeut
- Leistungen: Behandlungsplanung, Koordination
- Ein- und Austritt der Patienten
  - Personelle Kontinuität?



# IV-Verträge vom NWpG-Typ

- Besondere Versorgung (§ 140a SGB V)
- „Netzwerk psychische Gesundheit“: gemeindepsychiatrisch basierter IV-Vertrag mit TK, KKH, AOK RH, DAK S-H
- Ähnliche Verträge mit BKKen („SeGel“) sowie regional
- Ziele:
  - **Ertüchtigung der ambulanten Behandlung**, Aufbau ambulanter – ggf. aufsuchender – Komplexbehandlung durch Schaffung zusätzlicher Angebote
  - **Reduzierung stationärer und teilstationärer Krankenhaustage**, soweit diese lediglich durch unzureichende ambulante Strukturen bedingt sind
- ≈ Community Mental Health + Crisis Resolution Team, Orientierung an FACT und OD



# NWpG & Co.: Stand heute

- Nachweis des Spareffekts insgesamt nicht gelungen
  - Krankenkassen auf Einspareffekte angewiesen
- Evaluation Uni Ulm: geringe Empowerment-Effekte
  - Hauptgrund: unspezifische Teilnehmerkohorten
- Mehrere „große“ Verträge laufen aus, einige kleinere bestehen fort
- „Suchbewegungen“ gemeinsam mit einigen Kassen
- GBV-Projekt als Weiterentwicklung

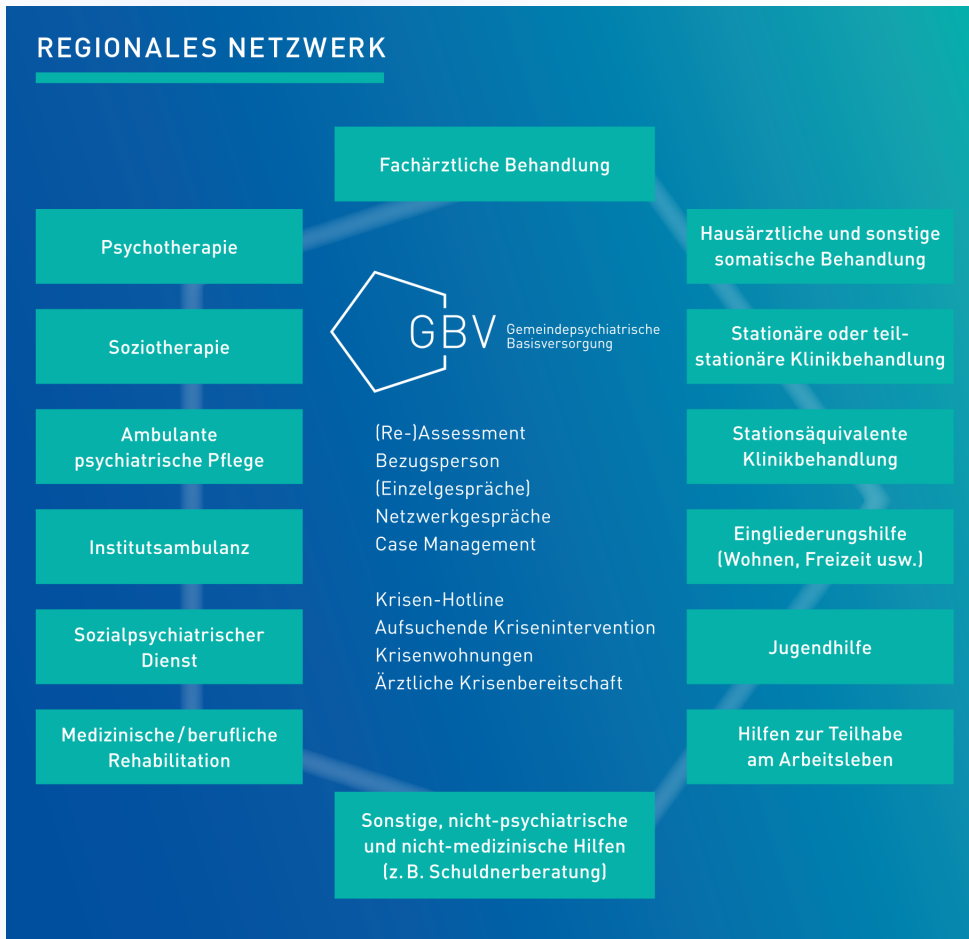


## Projekt „Gemeindepsychiatrische Basisversorgung (GBV)“

- Gefördert aus dem Innovationsfonds des G-BA
- Laufzeit Juli 2019 – Juni 2023
- Konsortialführung: Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.
- Projektkonsortium mit
  - fünf Krankenkassen
  - sechs Leistungserbringern bzw. Managementgesellschaften als GBV-Vertragsnehmer
  - Universität Ulm (Prof. Dr. Kilian) für die Evaluation
- RCT, N=934
- Primäres Zielkriterium: Recovery



# Regionale Netzwerke



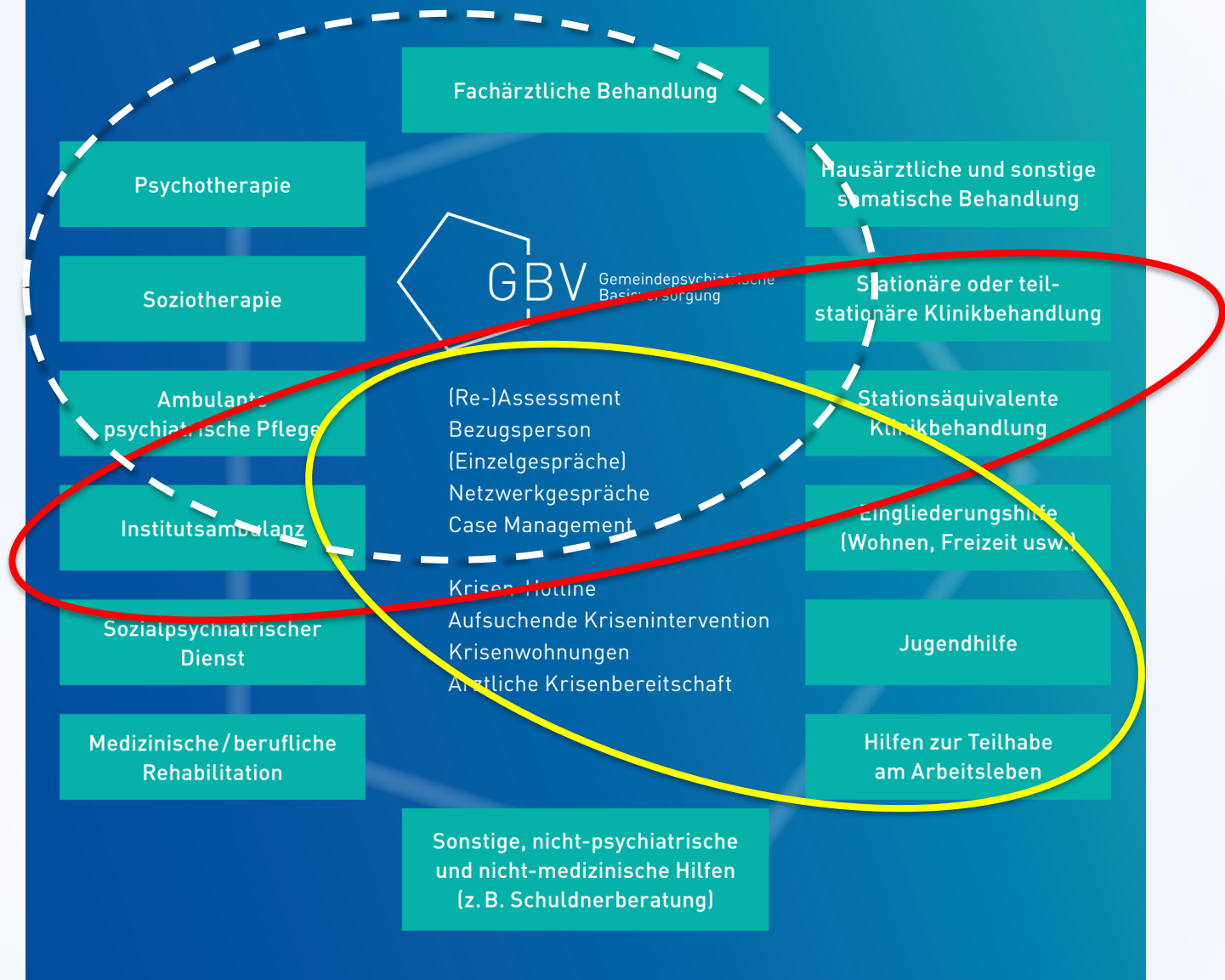
- Kooperation mit Leistungserbringern vor Ort
- Multiprofessionelle Komplexbehandlung
- Bezugsperson mit Lotsenfunktion
- Koordination in Netzwerkgesprächen
- Regelmäßiger Einbezug des sozialen Umfelds
- Krisendienst 24/7

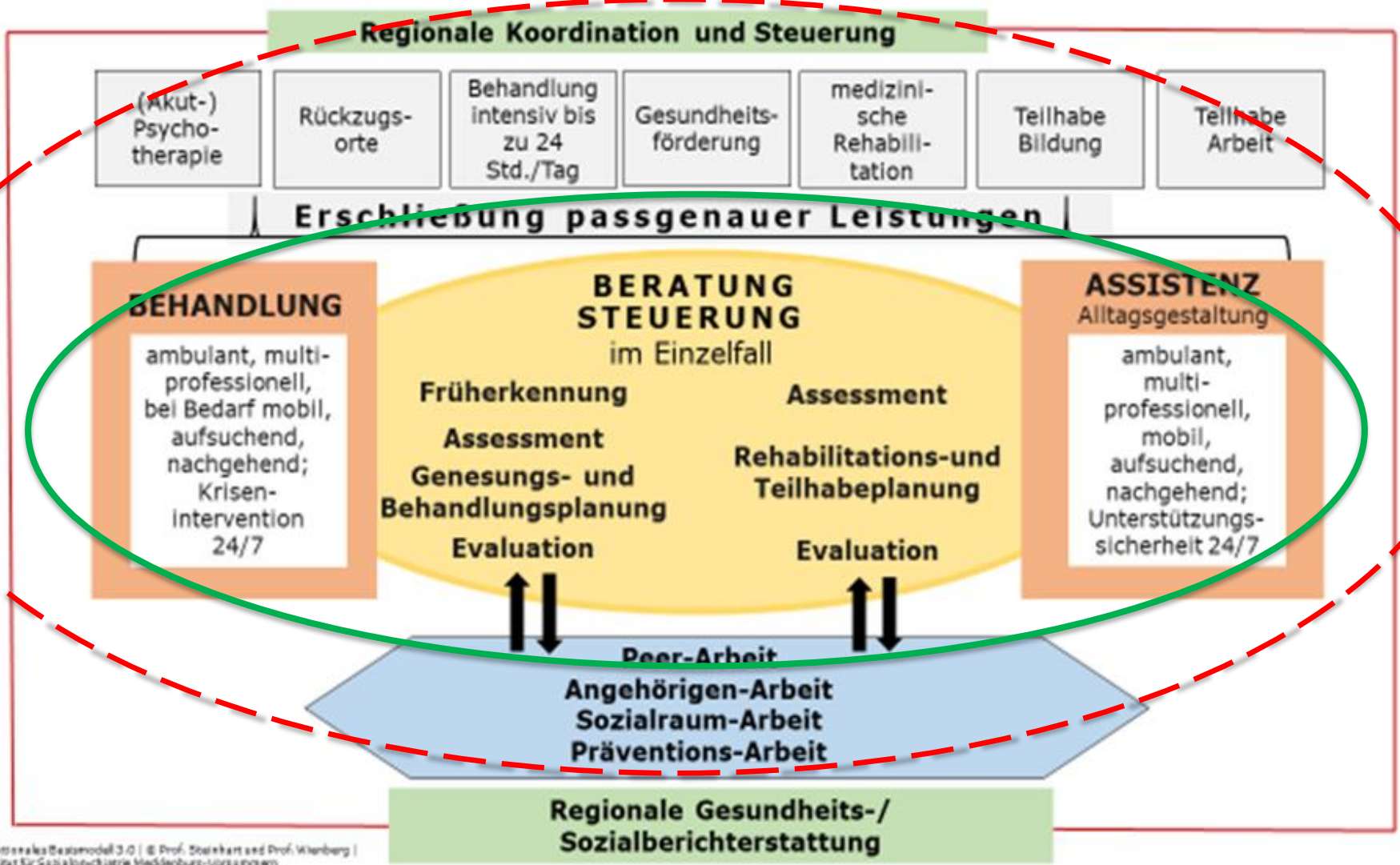


# REGIONALES NETZWERK



# REGIONALES NETZWERK





Punktsynthesystemmodell 3.0 | © Prof. Steinhart und Prof. Wierberg | Institut für Sozialpsychiatrie Magdeburg-Vorpommern





# Additiv-vernetzte Komplexleistung

- Bezugsbegleitung plus Vernetzungsleistung in allen SGB-Bänden als eigene ambulante Regelleistung verankern
  - bei jeweiliger, SGB-spezifischer Indikation
  - unter Einbeziehung aller Rechtskreise und Sektoren
  - bei Bedarf aufsuchend
  - personell kontinuierlich (Team), auch langfristig
  - zu erbringen durch alle geeigneten Berufsgruppen, funktionale Zulassung
- Gemeindepsychiatrische Verbände bilden
  - Verbund der Leistungserbringer (BAG GPV)
  - BW PsychKHG



# Integrierte Komplexleistung

## Multiprofessionelles mobiles Team

- Kernleistungen: Bezugsbegleitung, Vernetzung
- Erbringung (möglichst) aller Leistungen durch das Team
- im SGB V oder SGB-übergreifend?
  - Trägerübergreifendes Budget?
  - Einbeziehung aller Leistungserbringer
  - andere SGB?
- 24 /7-Krisenhilfen als Kooperationsleistung



Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!

[www.psychiatrie.de/dachverband](http://www.psychiatrie.de/dachverband)

[www.gbv.online](http://www.gbv.online)

[greve@psychiatrie.de](mailto:greve@psychiatrie.de)



**Dachverband  
Gemeindepsychiatrie e.V.**



**GBV** Gemeindepsychiatrische  
Basisversorgung

