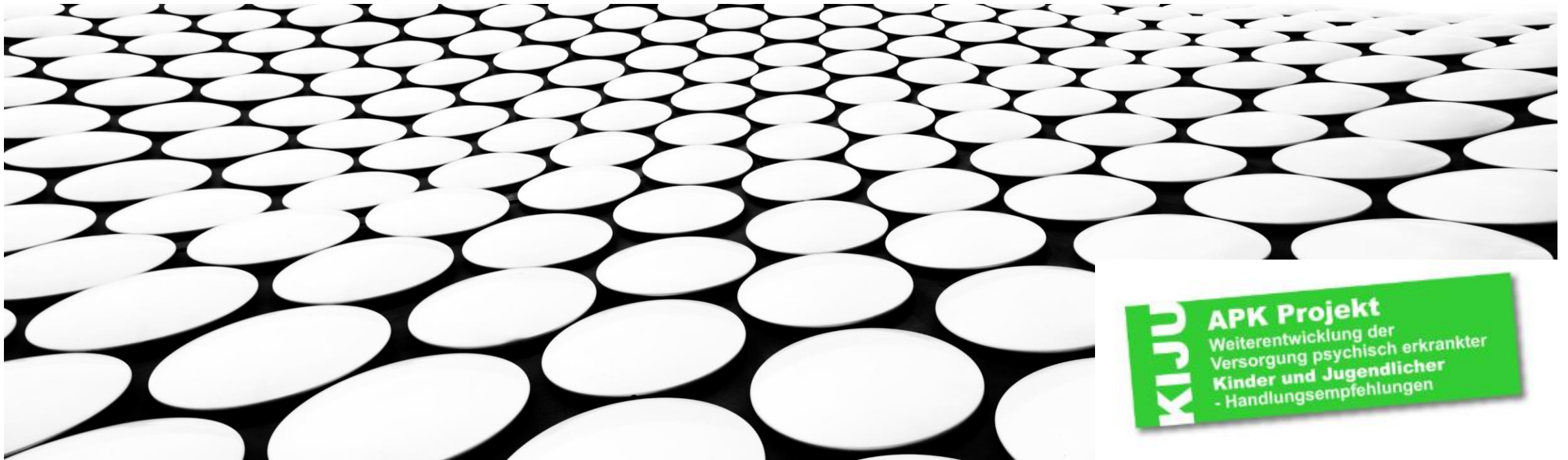


SCHEPKER, RENATE & BERG, GUNDOLF

SEKTORÜBERGREIFENDE BEHANDLUNG IN DER KJPP

– EIN EINSTIEG

APK-WORKSHOP KIJUWE, 27.10.2020: SCHNITTSTELLEN UND KOOPERATION



WO FANGEN SEKTOREN AN UND WO HÖREN SIE AUF?

- Sehr unterschiedliche Definitionen:
 - KJPP als Einzel- und SPV-Praxen: eindeutig ambulant (= KV-System). Niedergelassene KJPP und KJPth können probatorische Sitzungen für eine ambulante Pth während der stationären Behandlung in der Klinik abhalten (§92 Abs 6a SGB V).
 - Das „Belegarztsystem“ und die „Praxisklinik“ wären „Sektor überschreitend“. Ein Niedergelassener kann eine Tagesklinik leiten (in SH), da nur 25 Stunden Praxis-Präsenz für die Versorgung erforderlich sei. 13 Stunden Anstellung möglich.
 - Tageskliniken gelten laut MWBO als „ambulant“, laut KHG § 2 als „Krankenhausstandort“.
 - StaeB aufsuchend im Lebensraum gilt als „vollstationär-äquivalent“ lt. KHG/§115 SGB V.
 - PIAs gelten als „ambulante Krankenhausbehandlung“ mit Sonderstatus, auch alleinstehend § 118 (4), kein Einbezug in Bedarfsplanung – Zulassung aller PIAs von §118 (2) bis (4) erforderlich. „Krankenhaussektor“.
 - Modellvorhaben nach § 64b SGB V dürfen Sektoren in alle Richtungen überschreiten.
- Es können identische Personen in verschiedenen Sektoren tätig sein / Patienten begleiten.

HISTORISCHES

- Die strenge Definition stationär = intramural fiel in der Psychiatrie mit dem Ende der „Verwahrpsychiatrie“ und dem Aufbruch in die Gemeindenähe → PIAs (Vergütung außerhalb KV-System) ab 1986 / 2000 (auch für Abteilungen)
- Die Durchlässigkeit ambulant / stationär fiel in der restlichen Medizin mit der Einführung des Belegarztsystems (§ 121 SGB V), mit „ambulanten Operationen“ (§ 115b SGB V), mit der Möglichkeit der „Praxiskliniken“ (§115, dreiseit.Verträge)

SEKTOR ÜBERSCHREITENDE FINANZIERUNG IN DER PSYCHIATRIE?

- Für Niedergelassene: Möglichkeiten IV-Verträge nach § 140 SGB V; Nebentätigkeit als Honorararzt oder angestellter Arzt im KH; StäB von der Praxis aus mit SPV-Team (Einbezug anderer Leistungserbringer bis zu 50 %, Vereinb. zu § 115d SGB V).
- Belegärzte: Finanzierung ausschließlich nach EBM, Abgaben ans KH, keine Privatliquidation möglich
- Ambulante Operationen: Leistungsdoku via OPS, Abrechnung nach EBM (Sektorüberschreitung der Finanzierung)
- PIA- Vergütung außerhalb KV-System, sehr unterschiedlich je nach Bundesland (Länderzuständigkeit via Zuständigkeit der Zulassungsausschüsse nach § 118), Einbezug in die Krankenhausbudgets soll geprüft werden (aktuell laufend: Leistungsdokumentation)
- Praxiskliniken (fachgebietsunabhängig! – „dreiseitiger Vertrag“ nach § 115 nie geschlossen): ambulant im KV-System, (teil-)stationär zwar gesetzlich vorgesehen (§ 122 SGB V) aber nicht umgesetzt. Absicht des Gesetzgebers (KHNG 1997) war, bis zu 4-tägige Aufnahmen zu ermöglichen (z.B. zur Krisenintervention); seit 2009 IV-Verträge nach § 140 möglich, d.h. auch eigene Teams

SEKTOR ÜBERSCHREITENDE FINANZIERUNG IN DER PSYCHIATRIE?

- Modellvorhaben nach § 64b SGB V: unterschiedliche Finanzierungen incl. Regionalbudget
- Ambulante spezialärztliche Versorgung: Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen, hochspezialisierte Leistungen, Erkrankungsspektrum und Kriterien nicht passend für KJPP
- Blick über den Tellerrand:
KJSG: Reformentwurf schafft Verbindung zwischen SGB-V und SGB VIII, zumindest für den Kinderschutz (§73c SGB V neu). Erweiterung auf den Bereich der Teilhabebeeinträchtigungen (§ 35a SGB-VIII) erforderlich, aber immerhin erster Ansatz

PRAKTISCHE BEISPIELE

- IV-Vertrag Martens Pirna-Weißwasser: incl. Intensivtherapie aufsuchend im häuslichen Umfeld durch SPV-MA mit Telemedizin-Unterstützung (Projekt Landesgremium aus allen Kassen, KH-Gesellschaft, KV, SM, LÄK).
- PIA-in-der-Praxis: Praxis Höhne, Praxis Schaff (ehem), Praxis Stuck und ZfPs: Anstellung Niedergelassener 0,1 und Einteilung der ambulanten Patienten nach PIA/Regelversorgung; auch Heim-Konsiliardienst aufsuchend wenn Kompensation durch Praxisassistenten, legalisiert durch Anmietung eines Raumes für PIA-Tätigkeiten nach § 118 (4).
- „Praxisklinik“ Esslingen H-Boeters/Dohmen: Teilstationäres Schulvermeider-Programm, eigene Räume ohne Inanspruchnahme von Krankenhausstrukturen
- Modellvorhaben KJPP nach § 64b: Riedstadt, Nordhausen, Zwickau, Bonn, Tübingen, Mannheim, Berlin-Friedrichshain, Klingenmünster (3 haben alle Kassen)
- StÄB mit ambulanter PIA-Nachbehandlung personenidentisch: z.B. Ravensburg ZfP; Einbezug SPV-Praxis kam leider nicht zustande (AnÜG, Praxispräsenzzeit, zu hohe Auslastung)
- Belegarzt an der KJPP Weinsberg: als Modell gestartet, nicht weiterfinanzierbar, keine Veränderung der KH-Strukturen

AKTUELLE ENTWICKLUNGEN

- **Berufsgruppenübergreifende Koordinierte und Strukturierte Versorgung (§ 92 – 6b SGB V):**
„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2020 in einer Richtlinie nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. In der Richtlinie sind auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs von der stationären in die ambulante Versorgung zu treffen.“

§ 92 – 6B SGB V

- Vorteile: Richtlinie stellt konkret ab auf die Versorgung psychisch kranker Menschen, ist nicht orientiert an „medizinischer Gesamtversorgung“ -> Fokussierte Lösungen sind möglich
- „Gefahr“ für uns: Im GBA unterschiedliche Stakeholder (GKV, Patienten, Leistungserbringer)
- Leistungserbringer: KBV und DKG brauchen gemeinsame Positionen, um substantielle Lösungen voranzubringen

WAS BRAUCHEN WIR?

- Bundesweite, verbindliche Rahmenvorgaben
- Lokal bzw. regional angepasste und anpassbare Lösungen
- Sektorübergreifende Versorgung auf Basis der bestehenden Versorgungsstrukturen, nicht einfach nur im Sinne einer Weiterentwicklung eines Sektors planen
- Übergänge von stationär nach ambulant und von ambulant nach stationär sind verbesserungswürdig
- Bestehende Hürden müssen abgebaut werden (SPZ-PIA-SPV-RL-PT)
- Kooperation, Koordination als freiwillige Leistung wird sich nicht verstetigen, wenn es allein vom persönlichen Engagement des Leistungserbringers abhängt, es braucht eine gemeinsame (Sektor überschreitende) Finanzierungsgrundlage

WAS BRAUCHEN WIR?

- Gemeinsam nutzbare Managementstrukturen, EDV-gestützt
- Verbindliche Regelungen zum Case-Management
- Neue Kulturen, Öffnung durch Einblick von außen, voneinander Lernen
- Gemeinsame Weiterbildung der jungen Kolleg*innen, Sektor überschreitende Weiterbildungsverbände