



Home Treatment im LVR-Klinikverbund
Praxisbeispiel:
Modellvorhaben der LVR-Klinik Bonn

Prof. Dr. Markus Banger Dr. Michael Schormann

Kölner Entgeltforum
Psychiatrie
Köln, den 20.01.2017

Agenda

1. Warum ist Home Treatment so wichtig?
 2. Modellvorhaben nach 64b SGB V
 3. Organisationsentwicklung in der Klinik
 4. Die wirtschaftliche Seite des Modellvorhabens
 5. Home Treatment-Konzeptualisierung
 6. Fazit I
-

Hometreatment etwas Besonderes?

Banger, M., Brings, B., Wellnitz, M.

Sozialarbeit in der Akutpsychiatrie

Psychiatrische Praxis November 1994

Banger, M., Wellnitz, M., Gastpar, M.

**Der Hausbesuch im Kontext der aufsuchenden Sozialarbeit einer psychiatrischen
Institutsambulanz**

Psychiatrische Praxis – Juni 2004

Das Modellvorhaben nach § 64b SGB V, Abs. 1 und 2 SGB V

(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.

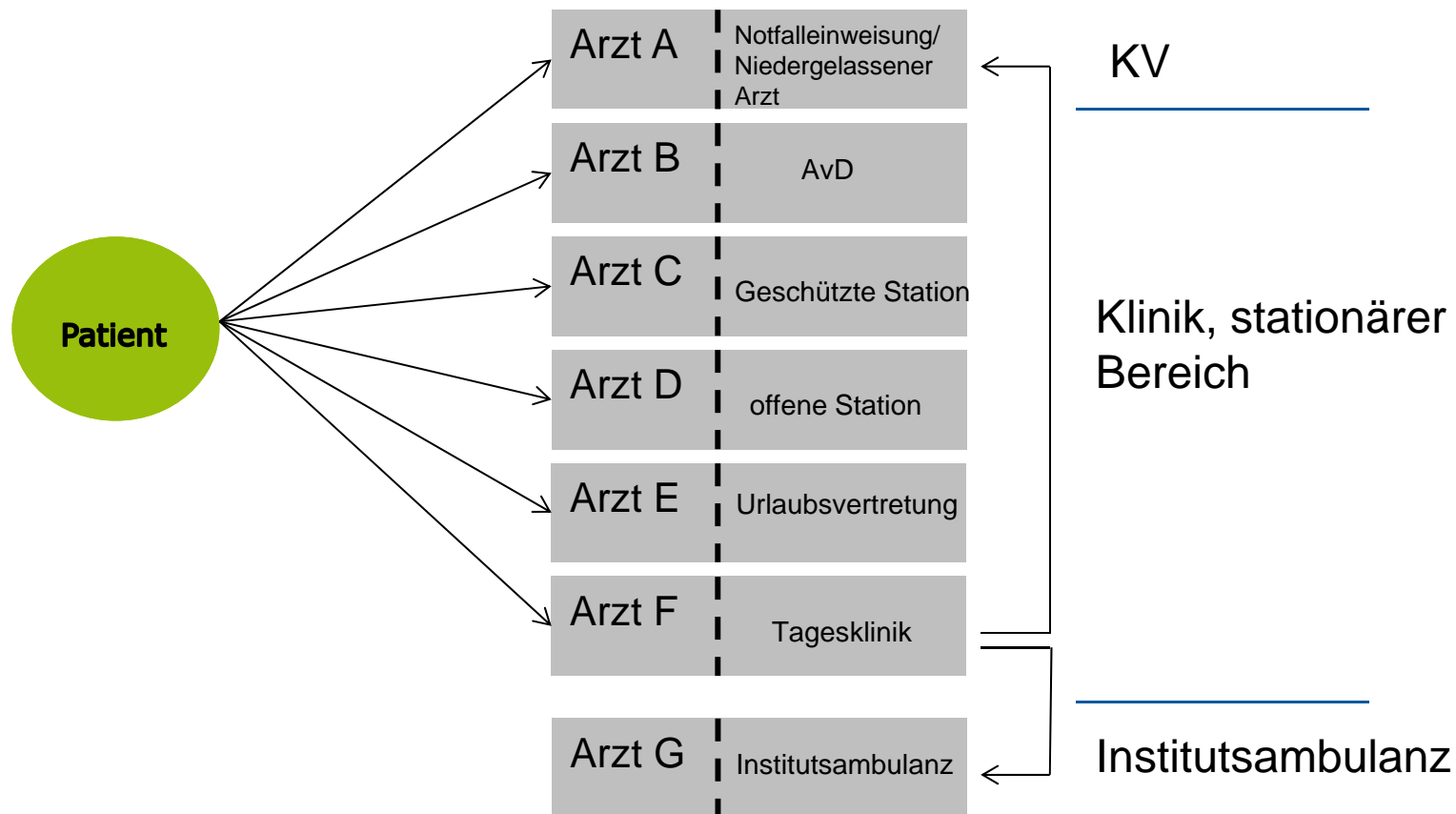
(2) Die Modellvorhaben nach Absatz 1 sind im Regelfall auf längstens **acht Jahre** zu befristen.

Unter Vorlage des Berichts nach § 65 können die Krankenkassen und die Vertragsparteien bei den zuständigen Aufsichtsbehörden eine Verlängerung beantragen.

Chronologie

- **2005** Abschluss IV-Vertrag für chron. Suchtkranke mit AOK Rheinland, BEK, BKK, Landesverband NRW, BKK RWE, DAK, IKK, TK über 35 Plätze
- **2007** Ausweitung des IV-Vertrages (Suchtkranke) auf 70 Plätze und Beitritt der LVR-Klinik Köln mit eigenen Plätzen
- **2009**: Abschluss IV-Vertrag mit TK zu ausgewählten Diagnosen (Erfahrungsgewinn)
- **2010** Auslaufen des IV-Suchtvertrages
- 2014 Kündigung des IV-Vertrags mit TK
- **2015** Beginn Planung und Verhandlung mit TK und BARMER zu Modellvorhaben § 64b SGB V
- **2016** Konzepterstellung LVR-Klinik Bonn zur Umsetzung des Modellvorhabens
- Vertragsabschluss mit TK, BARMER GEK und DAK 1.10.2016 (Vorlage Bochum)
- Beitritt KKH, HKK, HEK 2017/2018

Komplexer Beziehungsaufbau



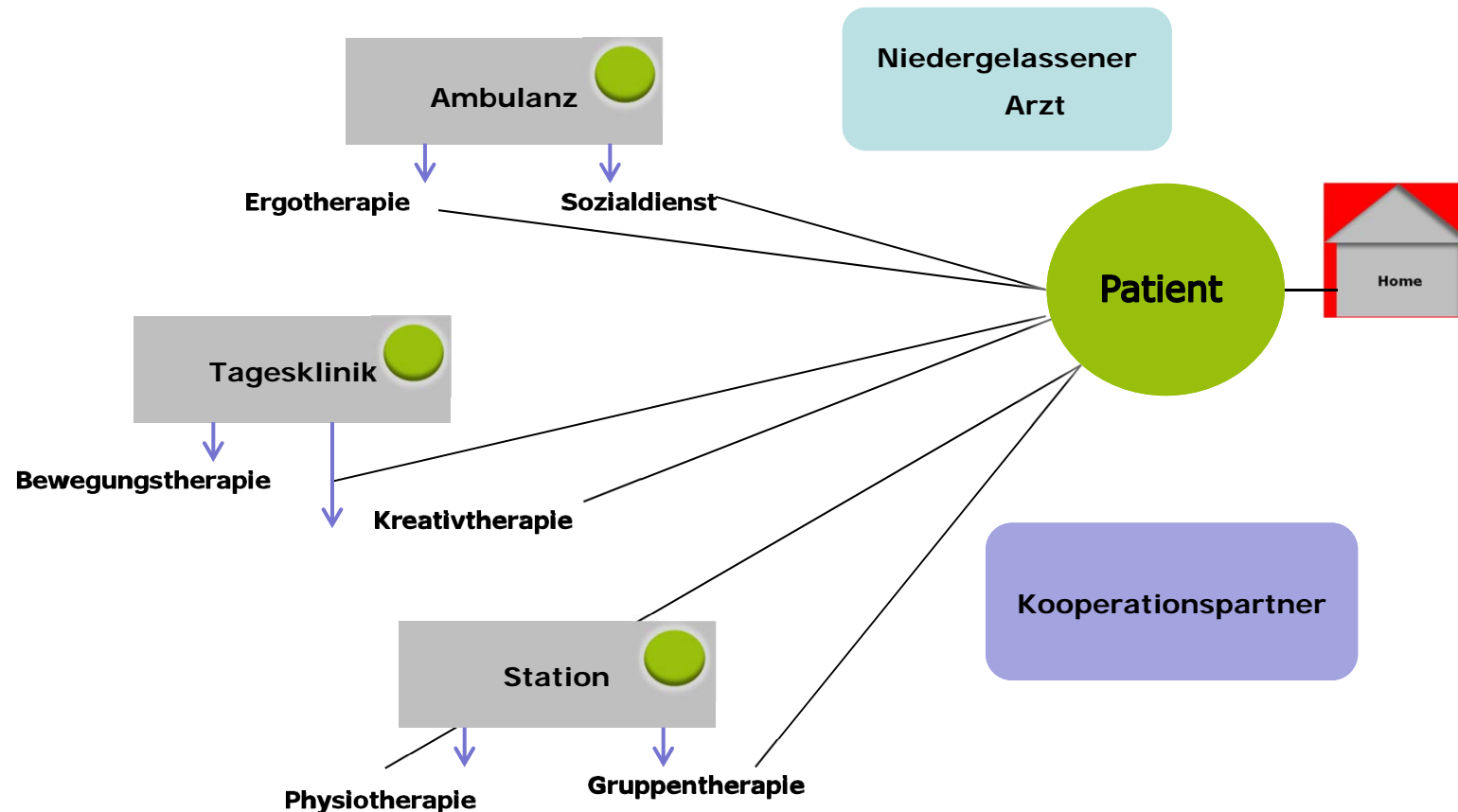
Was wirkt in der Psychiatrie?

- Die therapeutische Beziehung
- Das unterstützende Milieu auf der Station
- Die Passung zwischen differenzierter Diagnostik und Medikation
- Das spezifische psychotherapeutische Verfahren
- Die Einbeziehung des familiären Umfeldes
- Die Ergotherapie
- Die Kreativtherapie (Musik/Gestaltung/Tanz)
- Die Lichttherapie
- Die somatische Mitbehandlung
- Die pflegerische Unterstützung
- Die Entlastung durch den stationären Aufenthalt
- Die Physiotherapie
- Die Kunsttherapie
- Die sozialarbeiterische Unterstützung
- Die konkreten Hilfestellungen bei Problemen
- Die Tagesstruktur
-

Ziele des Modellvorhabens

- **Verlängerung der kontinuierlichen therapeutischen Beziehung**
 - Optimierung der sektorenübergreifenden Leistungserbringung
 - Flexibilisierung des Behandlungsprozesses
 - verbesserte Vernetzung mit extramuralen Leistungserbringern
 - Konzentration der Ressourcen auf Patientenbehandlung
 - Ausbau der stationsersetzenden Maßnahmen
 - **Behandlung im häuslichen Umfeld**
-

Von der institutionszentrierten Behandlungsorganisation zur patientenzentrierten Behandlungsorganisation im Kontext des Modellvorhabens DynaLIVE nach § 64b SGB V



Das Modellvorhaben der LVR-Klinik Bonn*

alt

30 Tage vollstationäre Versorgung; Vergütung nach PEPP

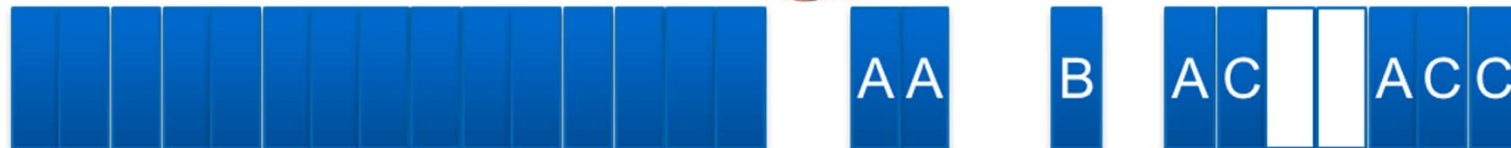


neu

15 Tage stationäre Versorgung;
Vergütung nach PEPP

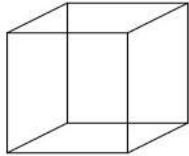


und x Tage SUL - Leistungen;
Vergütung über diff. Leistungspakete
(Pauschalen)



*in Anlehnung an das Modellvorhaben der LWL-Klinik Bochum

7 Stationsungebundene Module



1. Wo? Klinik / Häusliches Milieu
2. Wie? Standardbehandlung / Krisenbehandlung
3. Wer? Arzt/Psych / Pflege/Spezialtherapie

Leistungspaket	Setting	Leistungstyp	Leistungserbringer
A	Häusliches Umfeld	Krisenintervention	Arzt/Psych.
B	Häusliches Umfeld	Standardbehandlung	Arzt/Psych.
C	Häusliches Umfeld	Standardbehandlung	Pflege/Spezialtherapie
D	Klinik	Krisenintervention	Arzt/Psych.
E	Klinik	Psychotherapie	Arzt/Psych.
F	Klinik	Standardbehandlung	Arzt/Psych.
G	Klinik	Standardbehandlung	Pflege/Spezialtherapie
H	Klinik	Einfachkontakt	Alle

Budget des Modellvorhabens

- Das ausgegliederte Budget (vollstat. + teilstat. + amb.) beträgt für die LVR-Klinik Bonn 39% des Gesamtbudgets.
- 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.

Wirtschaftliche Rahmendaten	PLAN 2017
Patienten (Modellvorhaben)	5.600
Fallzahl (Gesamte Klinik)	9.000
vollstationär	8.000
teilstationär	1.000
Gesamtbudget (Modellvorhaben)*	28.000.000 €
ehemals vollstationär und teilstationär	26.000.000 €
PIA	2.000.000 €
Durchschnittlicher Erlös pro Patient	5.000,00 €

SULs im Detail:

- Intensivierte, stationersetzende Leistungen ohne Unterkunft und Verpflegung
- Werden settingunabhängig erbracht
- Definition des SULs in Leistungskomplexen
- Die Dokumentation und Leistungserfassung erfolgt im ambulanten KIS-Modul

Ziele des Modellvorhabens (Kassensicht):

- Ganzheitliche, am Patienten orientierte Versorgung
- Verbesserung der Versorgungsqualität über Sektoren hinweg
- Vermeidung von Drehtüreffekten
- Optimierung des Ressourceneinsatzes



Reduzierung von Arbeitsunfähigkeitstagen
der Mitglieder der Modellkrankenkassen

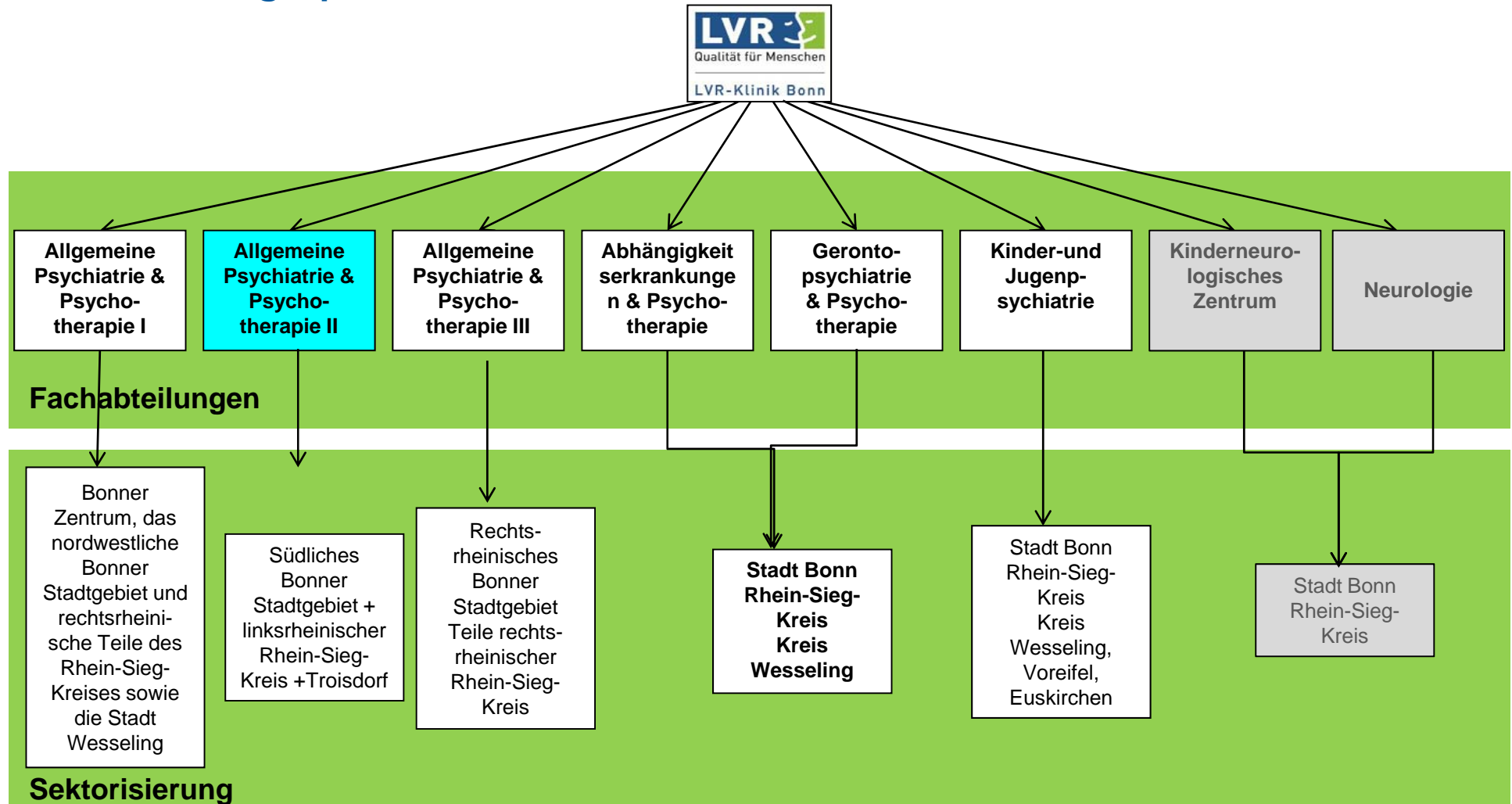
Nicht-Ziele des Modellvorhabens

- Aufbau eines Konkurrenzsystems zur ambulanten ärztlichen Versorgung
- Schaffung von Überbelegung
- Qualitätsdefizit bei Nicht-Modellkrankenkassenpatienten

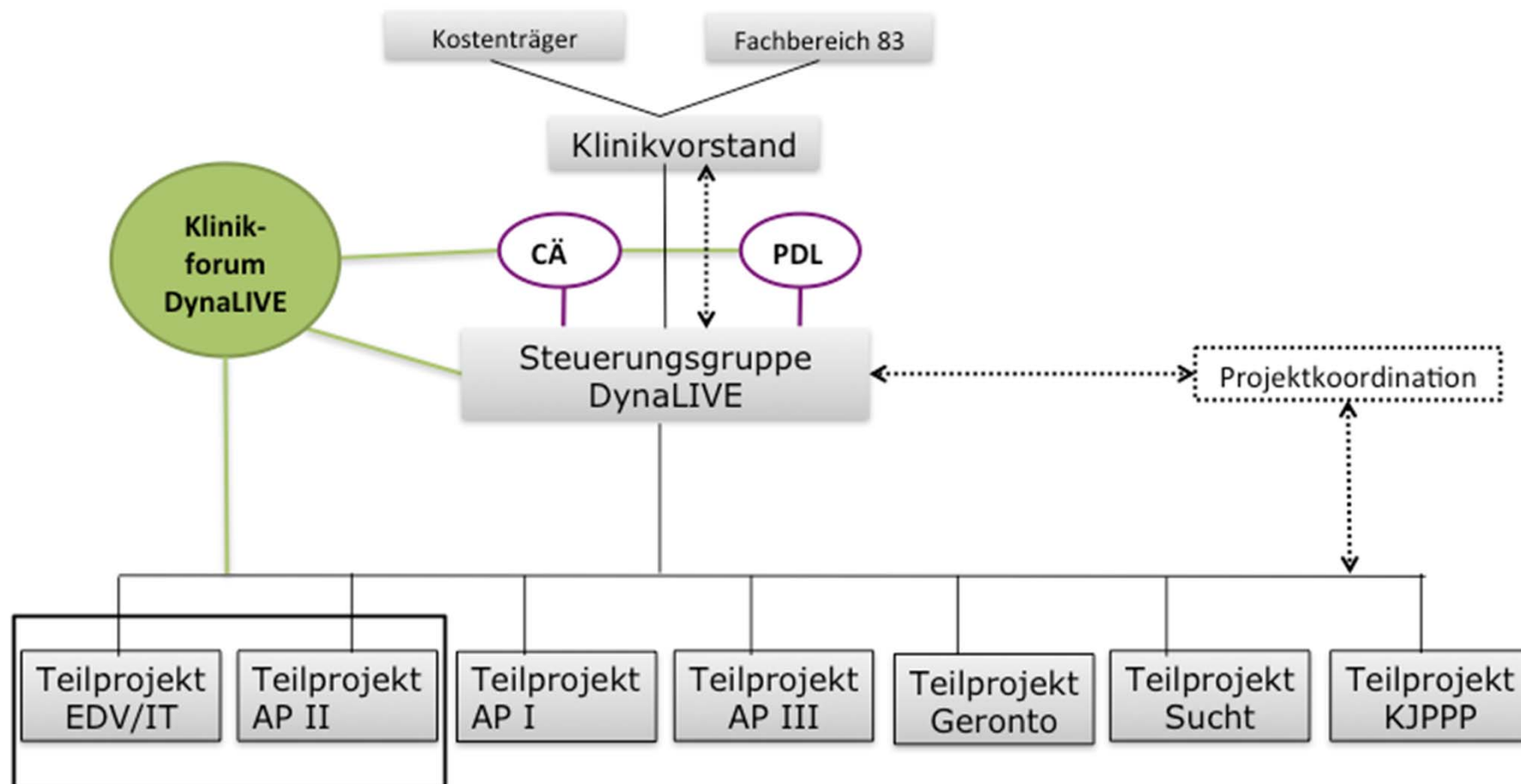
Was bedeutet das für die Organisationsstruktur?

- Mehr fachliche Verantwortung für den Einzelnen
 - Fachärztliches Bedarfsassessment und Behandlungssteuerung
 - Casemanager als Orientierungshilfe für die Patientinnen und Patienten
 - Kontinuierliche Schulungen und Fortbildungen
 - EDV-Konzept
 - welcher Pat.
 - hat bei welchem Mitarbeiter
 - wo
 - wann einen Termin
 - was könnte ggf. bei Terminausfall alternativ angeboten werden
 - Wo gibt es offene Termine bei welchem Therapeuten
 - wie werden bei Terminausfall Pat. und Alternativtherapeut informiert
 - wie wird wo dokumentiert (Leistung wie inhaltlich)
-

Geographische Sektoren



Projektorganisation des Modellvorhabens (auf 8 Jahre angelegt)



- Gute psychiatrische Pflege?
- Gute ärztliche psychiatrische Behandlung?
- Gute Verwaltung in der Psychiatrie?
- **Die Multiprofessionalität muss neu gelebt werden**

Was bedeutet heute:



Home Treatment (HT)

- **HT ist eine zeitlich begrenzte, teambasierte, multiprofessionelle, aufsuchende bedürfnisorientierte, medizinische Akutbehandlung (S3 Leitlinie AWMF)**
- **Ziele des HT**
 - Stationäre Verweildauer reduzieren
 - Hospitalisierung vermeiden
 - Vernetzung sicherstellen
- **Zielgruppe**
- **Interventionsbeschreibung**
- **Personalzusammensetzung**
- **Frequenz und Dauer der Intervention**
- **HT ist nicht das „Krankenhaus zuhause“**

Arzt/Ärztin

- Therapieplanung und Assessment
- Therapiekoordination und Kommunikation (Ausfallmanagement)
- Indikationsstellung (Indikationen/Kontraindikationen)
- Aufklärung über Therapiemaßnahmen
- Therapiemonitoring
- Entscheidung über Settingwechsel

Ergotherapie

- Ergotherapeutisches Assessment (ICF, CAN-EU)
- Hilfestellung beim (Wieder)-Erlernen alltagspraktischen Tätigkeiten (Einkaufen, Kochen,...)
- Förderung von Freizeitaktivitäten
- Behandlung in der realen Lebensumwelt des Patienten
- Üben der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel
- Tages- und Wochenplanung
- Hirnleistungstraining

Pflegedienst

- Direkter Ansprechpartner für Patientinnen und Patienten und Angehörige
- Hält aktiv den Kontakt zu den Patienten
- Förderung des Empowerments
- Führt stützende und entlastende Gespräche
- Bereitet einen Krisenplan vor
- Bietet alltagspraktische Hilfen an
- motiviert zu Aktivitäten
- Nimmt bei Krisen direkt Kontakt auf mit dem ärztlichen Dienst
- Überprüft die Dokumentation
- Adherenceförderung

Patientensicht

(Sauter et al., 2011)

- **Nicht jeder Pat. möchte zuhause besucht werden**
- **Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit**
- **Respekt und Wertschätzung**
- **Lebenswelt und Lebensstil des Pat. erfassen, nicht bewerten**
- **Vertraulichkeit wahren**
- **Ernst nehmen**
- **Konkrete Hilfen anbieten**
- **Kontakt auf „Augenhöhe“**
- **Pat. als „Gastgeber“ akzeptieren**

Modellprojekte nach § 64b seit September 2013 (1)

Landkreis	Einwohner	§ 64b seit	Konstrukt	Kostenträger	Budgetrealisierung	Laufzeit
Hanau	215.000	2013	IV/OVP	alle	PEPP ab 2015	31.08.2021
Steinburg (Itzehoe)	135.000	2013	RPB	alle	PEPP ab 2015	31.12.2020
Rendsburg-Eckernförde	270.000	2013	RPB	alle	PEPP ab 2015	31.12.2020
Dithmarschen (Heide)	135.000	2013	RPB	alle	PEPP ab 2015	31.12.2020
Herzogtum-Lauenburg (Geesthacht)	188.000	2013	RPB	alle	PEPP ab 2015	31.12.2020
Nordfriesland (Bredstedt)	166.000	2013	RPB	alle	PEPP ab 2015	31.12.2020
Zwickau	93.000 (+KJP)	2013	RPB	alle	PEPP ab 2015	31.12.2020
Glauchau	130.000	2013	RPB	alle	PEPP ab 2015	31.12.2020
Nordhausen	86.000 (+KJP)	2014	RPB	alle	PEPP ab 2015	31.12.2021

Modellprojekte nach § 64b seit September 2013 (2)

Landkreis	Einwohner	§ 64b seit	Konstrukt	Kostenträger	Budgetrealisierung	Laufzeit
Rüdersdorf	230.000	2014	IV/OVP	TK	PEPP ab 2015	31.12.2021
Hamm	190.000	2014	RPB	alle	PEPP ab 2015	31.12.2021
Lüneburg LK Harburg/ Lüneburg)	420.000	2014	RPB	AOK Niedersachse n	PEPP ab 2014	09.04.2022
Berlin Mitte-Tiergarten/ Mitte- Wedding Treptow-Köpenick	610.114	2014	IV	Barmer GEK	PEPP ab 2014	31.12.2021
Bochum	400.000	2015	IV	TK/ Barmer GEK	PEPP ab 2015	31.12.2022
Riedstadt	330.000 (+KJP)	2016	IV	alle	PEPP ab 2016	31.12.2023
Friedberg	200.000	2016	IV/OVP	alle	PEPP ab 2016	31.12.2023
Berlin Friedrichshain- Kreuzberg/ Spandau/ Reinickendorf/ Tempelhof-Schöneberg/ Neukölln/ Marzahn- Hellersdorf	1.684.238 (+KJP)	2016	RPB	DAK	PEPP ab 2016	31.12.2023
Bonn	960.000 (+KJP)	2016	RPB	TK/ Barmer/ DAK	PEPP ab 2016	30.09.2024

Fazit I

- Bei dem Modellvorhaben handelt es sich um eine Art „Flatrate“ für die Patientinnen und Patienten.
 - Welche Behandlungsform und welche Behandlungsintensität wir anwenden, liegt dabei ganz in unserer Hand. Die gesamte Organisation der Klinik wird neu durchdacht. Es ist kein Sparmodell.
 - Die Berufsgruppen benötigen z.T. neue Aufgabenbeschreibungen.
 - Wir müssen den Spagat gute Versorgung von Patienten/innen von den Modellkassen und von den Nicht-Modellkassen hinbekommen.
 - Vernetzung, Absprache und Qualitätssicherung mit Leistungserbringern und Kostenträgern wird noch wichtiger.
 - Budgetverhandlungen werden technisch kompliziert, wünschenswert wäre eine Modellbeteiligung der AOK-Rheinland/Hamburg
 - Eine Evaluation ist geplant (LVR/LWL-Institute für Versorgungsforschung, Uni-Dresden und Bundesevaluation).
-

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!
