

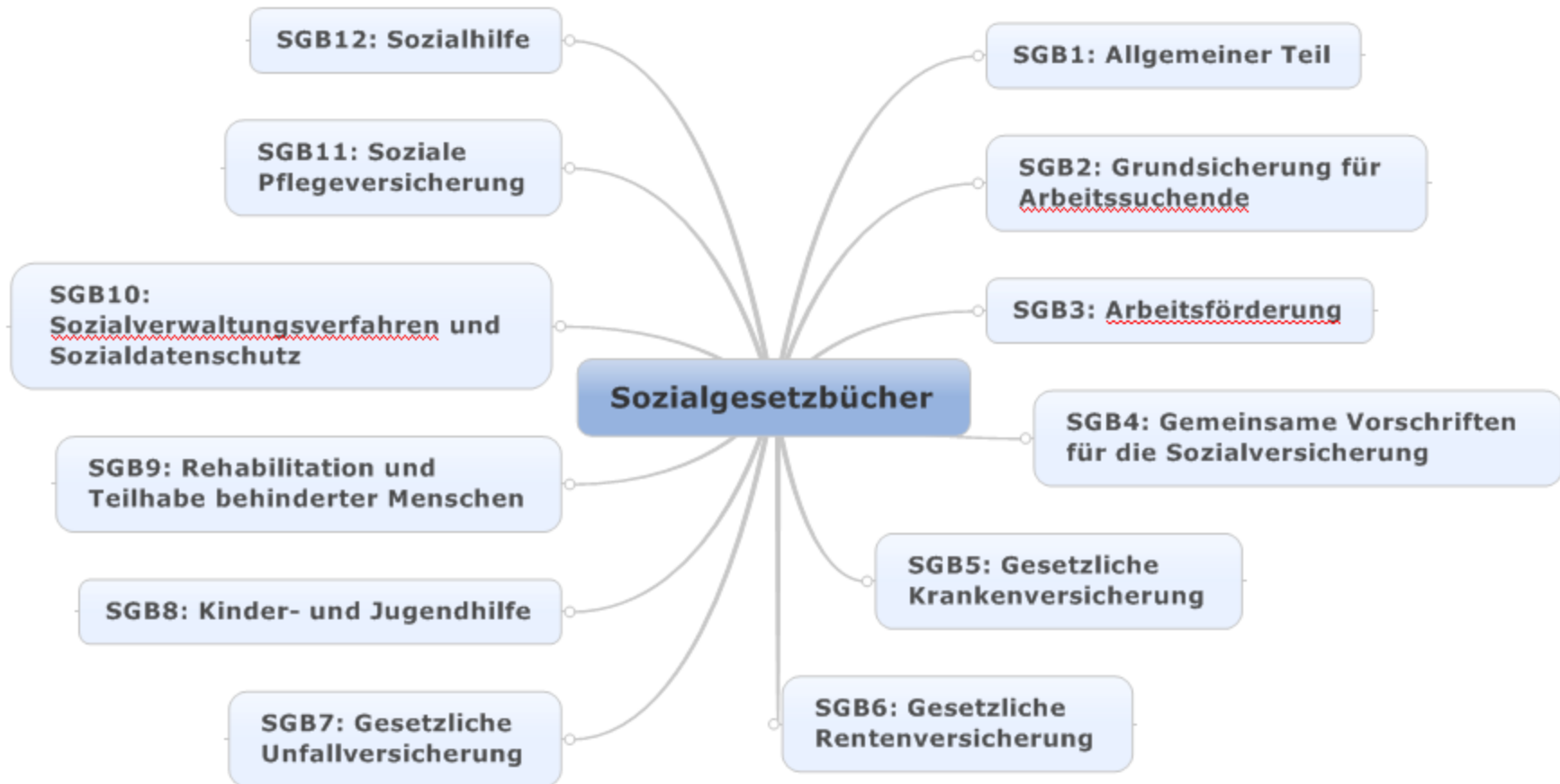
Vom Case-Management zum ambulant Betreuten Wohnen

Aufbau individualisierter Versorgungsansätze

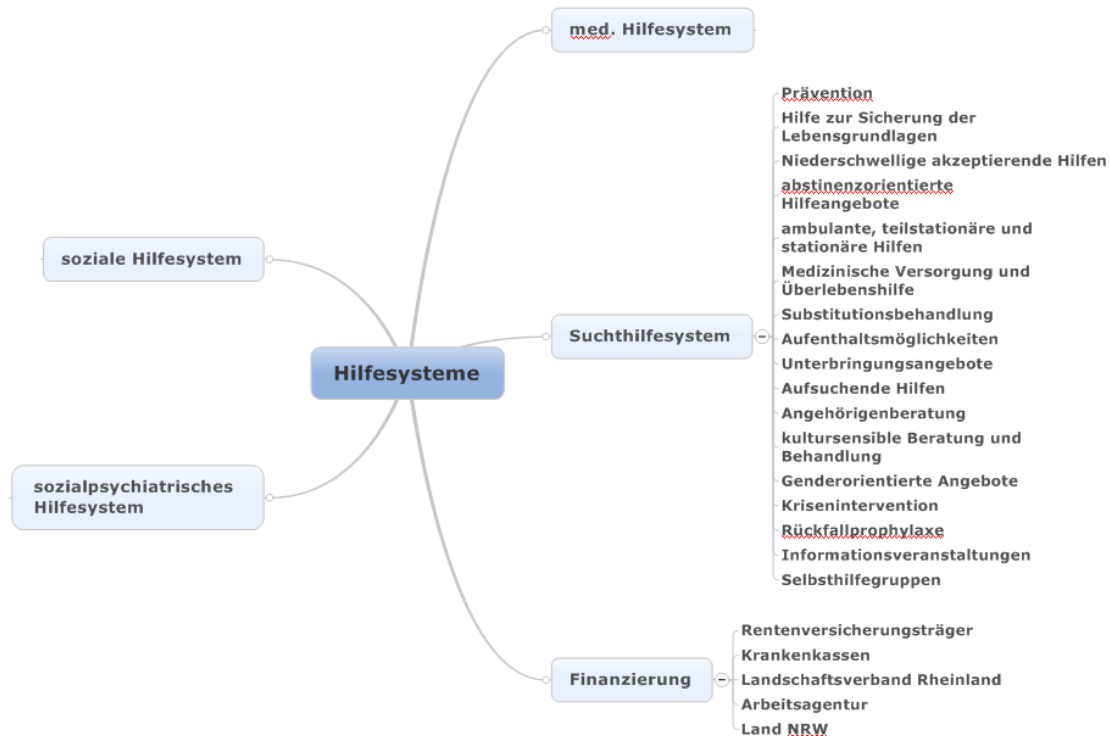
Prof. Dr. Markus Banger
LVR-Klinik Bonn
Viersen, den 14.04.2016

Stellen wir uns einmal vor:

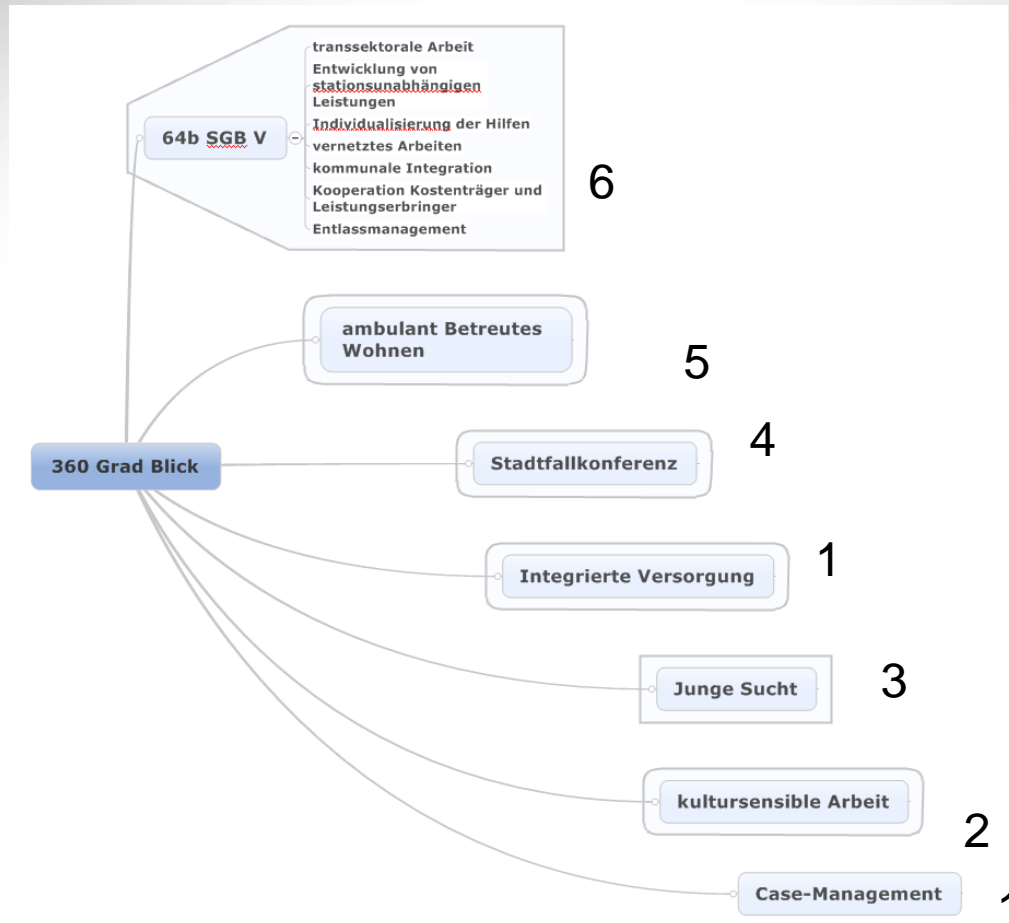
- Arbeitsplatzprobleme
- familiäre Probleme
- Führerscheinprobleme
- Partnerschaftliche Probleme
- Somatische Komorbidität
- Soziale Sicherung
- Wohnungsprobleme
- notwendige Erziehungshilfen



Die bundesdeutschen Hilfesysteme sind fragmentiert und 12 unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern unterworfen



Statt einer Gliederung:



Bonn, Oktober 2001 (1)

Jahr 2000	2428 Fälle 1193 Patienten
High risk Profil 2000 + 2001 \geq 4 Aufenthalte/a	8 Pat. Einer KK Mit Krankenhauskosten von DM 692.375,00 (86.546,88/Pat.)

chronisch mehrfachbeeinträchtigt abhängig

- Kumulation von psychischen, körperlichen und sozialen Problemlagen
- „Eine nicht unbeträchtliche Zahl von Alkoholkranken und Drogenabhängigen ist auf längere Sicht behandlungsunwillig und nicht rehabilitationsfähig“ (Psychiatrieenquete 1975).
- Hoher Nutzungsgrad des Gesundheitssystems ohne echte Effekte (heavy user, high frequency user, „Drehtüpatienten“)
- keine klare Aufteilung in ärztliche, pflegerische, sozialarbeiterische, psychologische Zuständigkeit
- Multiple Kostenträger sind beteiligt
- Diese Patientengruppe ist in jeder Versorgungsklinik anzutreffen

Aufgaben CM

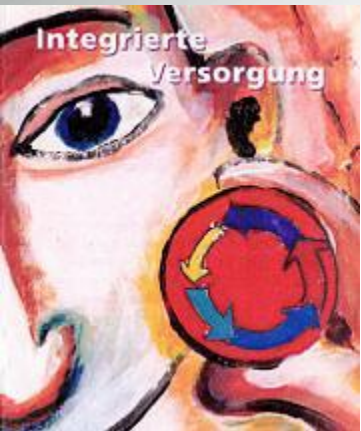
- Kontinuierliche amb./ stat. Betreuung der Pat.
- Erkennen von Notfallsituationen
- Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte
- Durchführung konkreter Hilfestellungen
- Durchführen von Hausbesuchen
- Kontakt halten zu Ämtern und komplementären Einrichtungen
- Abstimmung aller Versorgungsbeteiligten beim individuellen Patienten

ärztlich geleitetes Case-Management

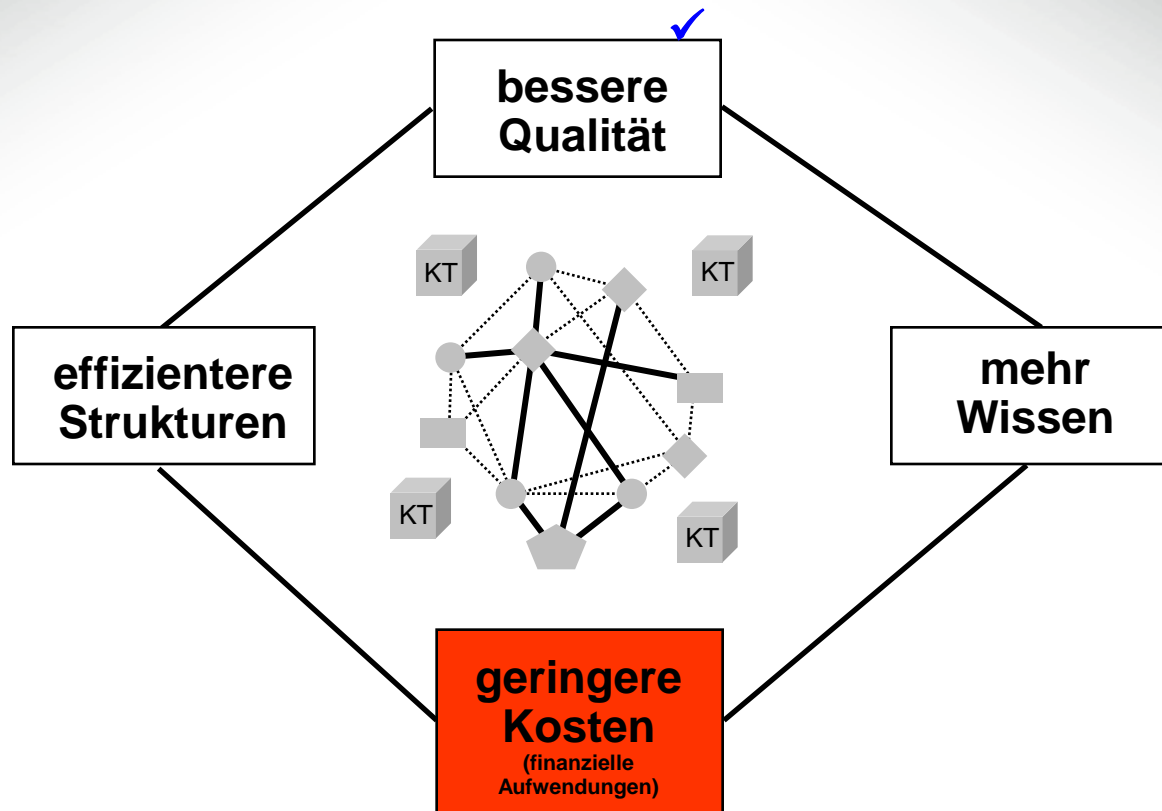
- Der Case-Manager ist Lotse durch die verschiedenen örtlichen Hilfsangebote
- Er soll Versorgungslücken aufdecken, diese werden vom Chefarzt in die entsprechenden Arbeitskreise der Kommune kommuniziert
- Die reale Versorgungssituation soll erkannt werden
- Soll die Zugangsschwellen senken und die Erreichbarkeit von Hilfsangeboten verbessern

Kooperationspartner der Integrierten Versorgung

Programmstart 01.06.05



AOK Rheinland, BEK, BKK
Landesverband NRW, BKK-RWE,
DAK, IKK, TKK und LVR



Netzbeirat

Zusammensetzung des Beirats

3 Vertreter der Leistungserbringer + jeweils max. 2 Stellvertreter

3 Vertreter der Krankenkassen + jeweils max. 2 Stellvertreter

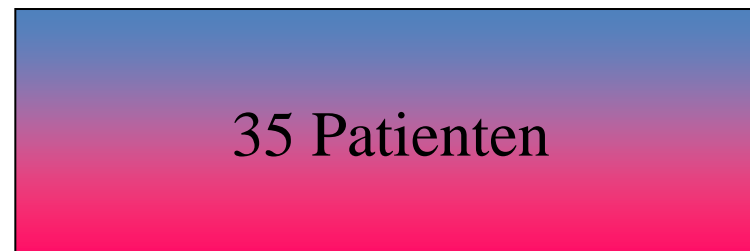
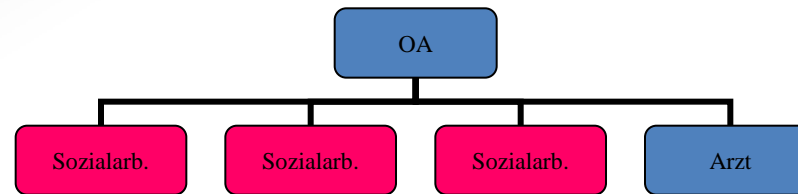
Vorsitz: Alternierend je ein Vertreter der Leistungserbringer
bzw. Krankenkassen, Vorsitz halbjährlich wechselnd

Moderation: Netzwerkmanagement

Kompetenzen und Aufgaben:

- Beschluss einer Geschäftsordnung
- Vorschläge für Vertragsänderungen an Vertragspartner
- Beratung und Beschlussfassung über den Businessplan
- Klärung von Fragen hinsichtlich
 - des Leistungsumfanges
 - der Qualität
 - der Vertragsauslegung und Vorschläge zur Weiterentwicklung
 - der Dokumentation und
 - der ökonomischen und medizinischen Entwicklung

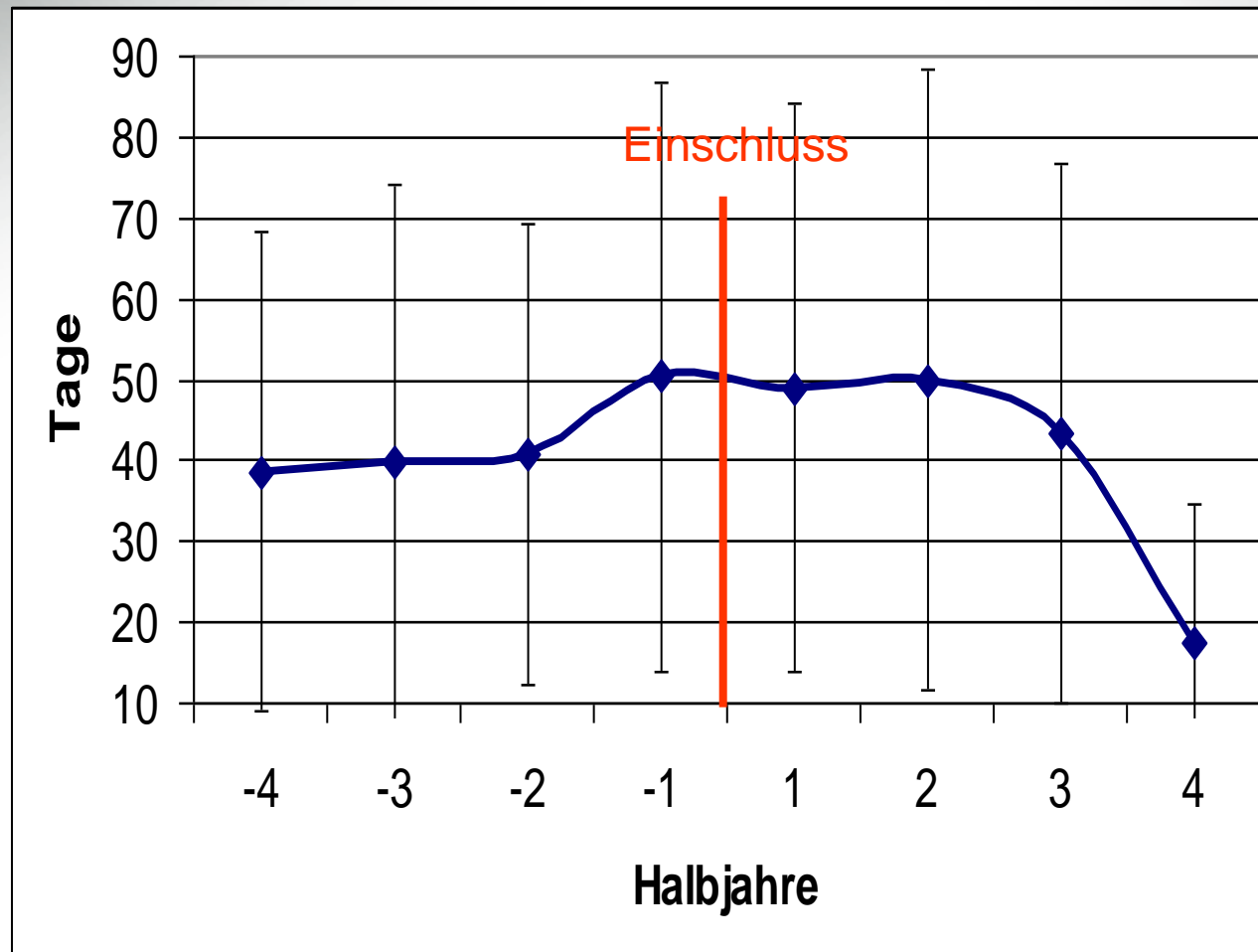
Das Team



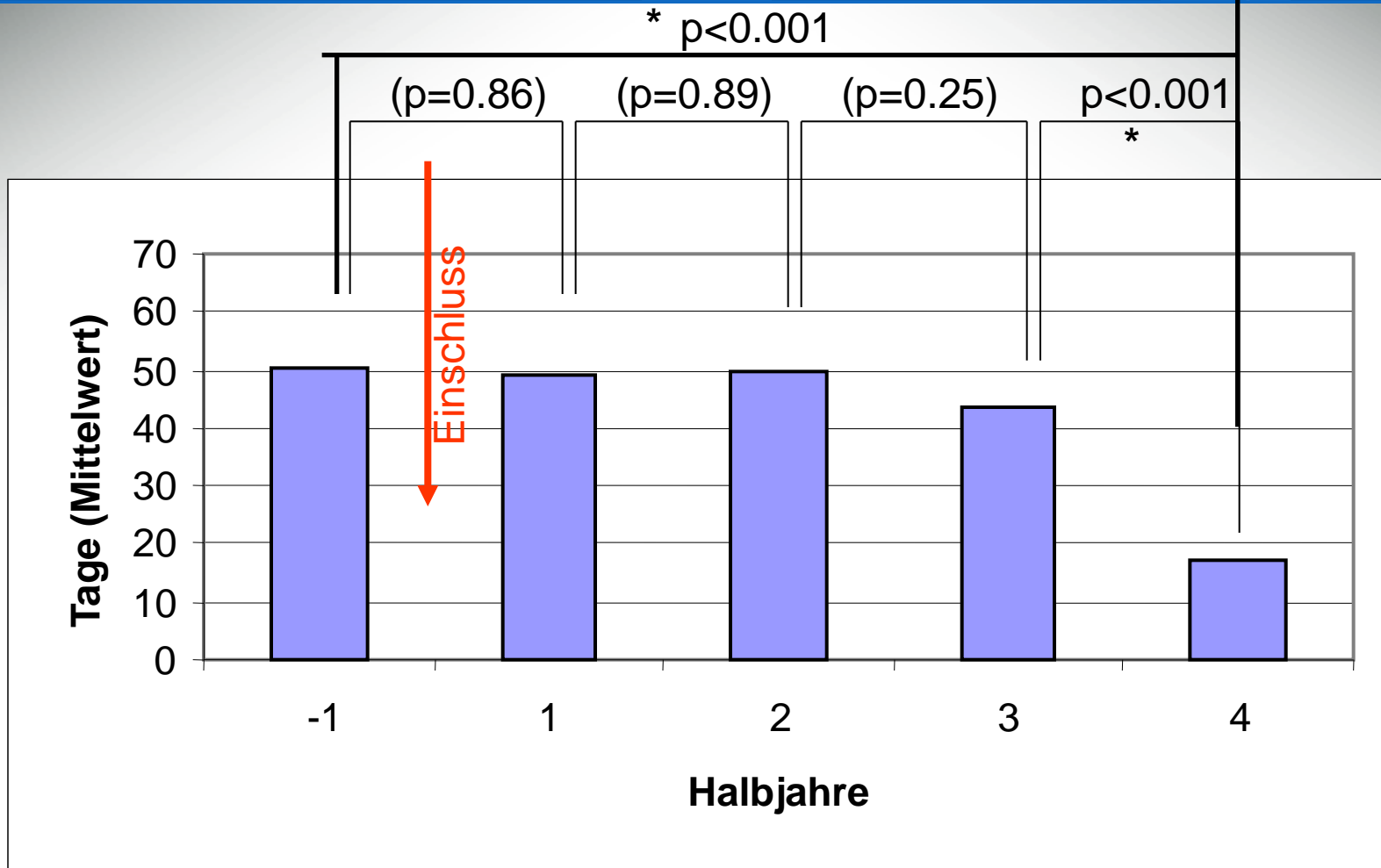
Umsetzungsschwierigkeiten:

- kritische erste Rückmeldungen von den Suchtberatungsstellen
- Aufdecken scheinbar nicht vorhandener Versorgungslücken
- Interne Befürchtung Psychiatrie ohne Krankenhaus (stationszersetzend)

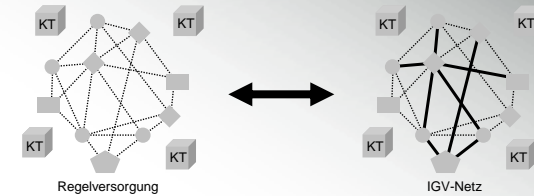
Verlauf stationärer Behandlungstage



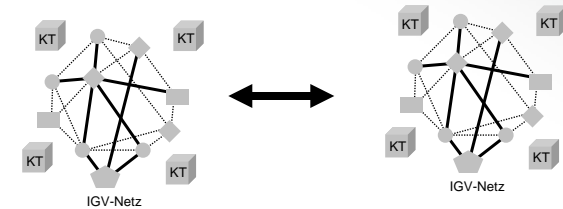
Verlauf stationärer Behandlungstage



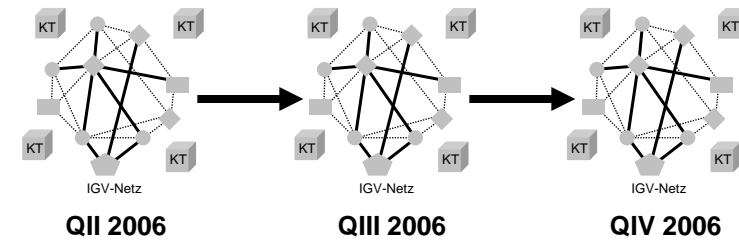
$V_R =$ Vergleich mit Regelversorgung



$V_{IGV} =$ Vergleich mit strukturgleichen Netzen



$V_S =$ Zeitpunktbezogener Selbstvergleich



Aktueller Stand:

- Alle vertraglich vereinbarten Ziele wurden mehr als erreicht.
- 2007 Ausweitung des IV-Vertrages (Suchtkranke) auf 70 Plätze und Beitritt der LVR-Klinik Köln mit eigenen Plätzen
- Der Vertrag wurde von den Kassen zum 31.12.08 gekündigt.
- Alle bis zum 31.12.08 eingeschriebenen Patienten wurden noch bis max. zum 31.12.10 weiter behandelt und betreut.

Umgang mit suchtkranken Migranten (2)

- kein Vertrauen in die psychiatrische Behandlung
- keine ausreichende interkultureller Kompetenz der Therapeuten
- Häufige stationäre Behandlungsabbrüche der Migranten
- es gibt viele migrationsspezifische Suchtrisiken
- häufig gibt es Sprachprobleme
- völlig anderes Suchtverständnis
- stark erlebter Autoritätsverlust in Deutschland
- Normen und Gesetze der Bundesrepublik sind nicht häufig nicht bekannt, so dass ein großes Misstrauen vorherrscht

- Einstellung eines kommunal finanzierten Migrationspädagogen mit eigenem Migrationshintergrund (GUS)
- Förderung der Kultursensibilität der eigenen Mitarbeiter
- Aufbau einer Angehörigenberatung
- Aufbau einer ambulanten Gruppe
- Intensivierte Einbeziehung des Sozialamtes

- Einwerbung von weiteren Drittmittelgeldern zum Aufbau einer Migrationsambulanz für Suchtkranke aus islamisch geprägten Ländern
- Aufbau einer lokalen Vernetzung (VFG, Caritas, Diakonie, Streetwork, LVR-Klinik Bonn)
- Etablierung TRIAS (Transkulturelle Institutsambulanz Sucht) mit Schwerpunkt russisch, türkisch, polnisch

Junge Sucht (3)

- Deutliche Zunahme der Aufnahmen von jungen Cannabis- und Amphetaminkonsumenten seit 2004
-
- Unterschiedliche Zugangswege (Hausärzte, Fachärzte, Schulen, Gesundheitsamt, Polizei, Suchtberatungsstellen...)
- Wenig Erfahrung mit den Themen der jungen Suchtkranken
- Problematisches Setting mit den erfahrenen Drogenabhängigen
- Probleme mit den Krankenkassen bei der F 12.25 als Hauptdiagnose

Zielgruppenspezifischer Ansatz

- Altersspezifische Themen
- Erlebnispädagogik
- Eltern-/Familienarbeit
- Nutzen der Peer-group
- Projektarbeit
- Training sozialer Kompetenz

Nachhaltigkeit der Fortschritte

- Langfristige Perspektive
- Soziale Reintegration (!)
- Auffrischungssitzungen
- Ergebnis- und prozessorientierte Evaluation

Bonner Modell

Kommunale Vernetzung

- Synergieeffekte
- Vermeidung von Doppelversorgung

Institutionsübergreifend

- Fallorientiertes Behandlungskonzept
- Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit
- Erweiterte und vielfältige Zugangswege
- Niederschwelligkeit

Früheres Erreichen der Zielgruppe

- Prävention
- Öffentlichkeitsarbeit
- Multiplikatoren-schulung
- Peer-education

Flexible Behandlungssettings

- Individuelle Diagnostik
- Berücksichtigung der Komorbidität
- Individuelle Behandlungsplanung
- Ambulant, stationär, teilstationär

Stadtfallkonferenz (2016) (4)

- LVR Dezernat 7 lädt Entscheider der Leistungsanbieter aus einer Region ein
- vorgestellt werden Personen, die durch das Hilfesystem zu fallen drohen oder gefallen sind
- Hilfeplanverfahren muss durchgeführt worden sein
- Vermeidung von vollstationärer Heimunterbringung
- Beidseitige Bereitschaft für innovative Angebote und Finanzierung

BW für schwer Erkrankte (5)

- Das Ambulant Betreute Wohnen der LVR-Klinik stellt für diese schwerstkranken Patient/innen ein spezialisiertes und individualisiertes Angebot dar, was sich besonders durch die enge Zusammenarbeit und Vernetzung der stationären und ambulanten Bereiche der Klinik auszeichnet. Diese bietet stationäre und ambulante Behandlung und Betreuung aus einer Hand.
- Die Kontaktaufnahme mit dem Hilfesuchenden kann schon während der stationären Behandlung erfolgen. Der nahtlose Übergang in das Ambulant Betreute Wohnen wird in die Entlassplanung / das Entlassmanagement mit einbezogen. Somit wird die Schnittstellenproblematik zwischen stationärer Behandlung und ambulanter Anbindung, die eine hohe Gefahr im Bereich Kontaktabbruch birgt, auf ein Mindestmaß reduziert.
- Da das Ambulant Betreute Wohnen direkt in der Klinik verortet ist, kann der Hilfesuchende zusätzlich von einem Facharzt aus der für ihn zuständigen Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) behandelt werden. Die Fachkraft des Ambulant Betreuten Wohnens kann diesen jederzeit mit einbeziehen und es findet ein ständiger interdisziplinärer Austausch statt.

Modellprojekt nach § 64b Abs. 1 und 2 SGB V (6)

- (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.

§ 64b Abs. 3 und 4 SGB V

(3) Dem DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind neben den nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes zu übermittelnden Daten von den Vertragsparteien des Modellvorhabens insbesondere auch **Informationen zur vereinbarten Art und Anzahl der Patientinnen und Patienten**, zu spezifischen Leistungsinhalten und den der verhandelten Vergütungen zugrunde gelegten Kosten sowie zu strukturellen Merkmalen des jeweiligen Modellvorhabens einschließlich der Auswertung nach § 65 mitzuteilen. Über **Art und Umfang der zu meldenden** Daten sowie zur Meldung von Modellvorhaben beim DRG-Institut schließen die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bis zum 31. Dezember 2012 **eine Vereinbarung**. § 21 Absatz 4, 5 Satz 1 und 2 sowie Absatz 6 des Krankenhausentgeltgesetzes ist für die Vereinbarung und die Datenübermittlung entsprechend anzuwenden. Für die Finanzierung der Aufgaben des DRG-Instituts gilt § 17d Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entsprechend.

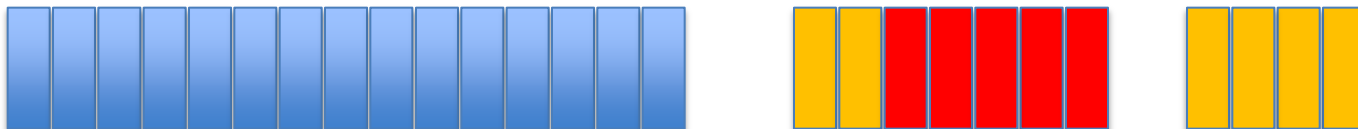
(4) **Private Krankenversicherungen** und der Verband der privaten Krankenversicherung können sich an Modellvorhaben nach Absatz 1 und deren Finanzierung beteiligen

Substitution des stationären Aufenthalts

- nach bisherigem Modell **30** vollstationäre Tage



- nach Modellvorhaben § 64b SGB V **15** vollstationäre Tage, **5** teilstationäre Tage und **10** Tage SULs



SULs Stationsunabhängige Leistungen

- intensivierte, stationsersetzende Leistungen ohne Unterkunft und Verpflegung
- Ziel: graduelle Reduktion der vollstationären Tage
- werden settingunabhängig erbracht
- langfristige Substitution des stationären und ambulanten Settings
- Definition des SULs in Leistungskomplexen

Beispiel SUL Häusliches Umfeld

Krisenintervention durch Arzt/Psychologe

Leistungsart	L-Nr.	Leistungen	geschätzte durchschnittl. Dauer	Kosten je Min.	Sachkostenpauschale	Bewertungsrelation	Basisentgeltwert	Summe Daymix je Leistungsart
Indikationsstellung und Behandlungsvereinbarung	2.1	Aufstellung Behandlungsplan	7	1,00 EUR	0,40 EUR	0,03869 202	236,00 EUR	0,2708442

Kompatibilität zu PEPP

1. Abrechnung der SULs in Relativgewichten mit Tagesbezug analog (teil-)stationären PEPPs.
 - Individuell: Durchlässigkeit für Patienten je nach klinischem Bedarf
 - Strukturell: Schrittweise Transferierbarkeit von stationären Kapazitäten in SULs.
2. Abrechnungseinheit ist der individuelle Patient, nicht die Region.
 - Kein geographischer Bezug wie bei Modell Regionales Psychatriebudget (RPB).
 - Entspricht gesetzlichem Rechtsanspruch des Versicherten auf Krankenbehandlung gemäß SGB V.

Ziele des Modellvorhabens

- Ausgleich des Spannungsfeldes ambulant – stationär
- verbesserte Vernetzung
- Flexibilisierung des Behandlungsprozesses
- Optimierung der sektorenübergreifenden Leistungserbringung
- Konzentration der Ressourcen auf Patientenbehandlung
- Ausbau der stationsersetzenden Maßnahmen
- Behandlung im häuslichen Umfeld

Phasen des Modellvorhabens in

> Allgemeinpsychiatrie

> Gerontopsychiatrie

> Abhängigkeitserkrankungen

> Kinder- und Jugendpsychiatrie



Finanzierung

- Budgetneutrale Umsetzung bis zum Projektende (Laufzeit acht Jahre)
- Vertragsanpassung bei Inkrafttreten von gesetzlichem Sonderbudget für Hometreatment etc.
- Festes Budget für Versicherte der beteiligten Krankenkassen
- Budget unabhängig vom Setting

Community Reinforcement Approach

n. Robert J. Meyers

- Prinzipien:
 - No wrong door
 - Act quickly
 - No rejection criticism
 - Sell the package
 - Give new options
 - Priming new experiences
 - Everybody works for the same goal
 - Building succes



Salutogenese versus Pathogenese

Kontrollüberzeugung (*Wallston 1978*)

Selbstwirksamkeit (*Bandura 1977*)

Resilienz (*McCubbin 1998*)

Recovery (*n. Rapp/Gosha, 2006*)

Genesung

Heilung

Empowerment (*Rappaport, 1985*)

Ressourcen

Stärken



Recovery-Orientierung (n. Rapp/Gosha, 2006)

- Wohnen
- Arbeit
- Lernen
- Freizeit
- Beziehungen
- Selbstversorgung
- Sinnggebung



Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!