



Trends und Entwicklungen in der Sozialpsychiatrie

und
20. Mitgliederversammlung
des Landesverbandes
Sozialpsychiatrie M-V e.V.

17. und 18. Juni 2015

Warnemünde



**Wir können (fast) alles ambulant
– die 2. Psychiatrie-Reform beginnt**

17. Juni 2015

**Prof. Dr. Günther Wienberg
Bielefeld**

- 1__ **Vorweg**
- 2__ **Strukturelle Probleme der psychiatrischen Versorgung in Deutschland**
- 3__ **Chancen für einen Neustart**
– Die 2. Psychiatrie-Reform beginnt!
- 4__ **Anforderungen**
– Was muss die 2. Psychiatrie-Reform schaffen?
- 5__ **Die Psychiatrie der Zukunft ist eine ambulante Psychiatrie!**
– Ein funktionales Basismodell der gemeindepsychiatrischen Versorgung
- 6__ **Organisation und Finanzierung**
– Viele Wege führen nach Rom

- * Die Behandlung psychisch kranker Menschen erfolgt heute ganz überwiegend **gemeindenah**, mit **erheblich weniger Krankenhausbetten**, sehr viel **stärker tagesklinisch und ambulant**, mit wesentlich **mehr Fachpersonal** und **erheblich qualifizierter** als vor 40 Jahren.



- * Die Psychiatrie verfügt heute über ein wesentlich breiteres Repertoire an psychopharmakologischen und insbesondere psychotherapeutischen, **evidenzbasierten Behandlungsmöglichkeiten** (bei allerdings zum Teil eingeschränkter Verfügbarkeit).



- * Die **Chancen auf gesellschaftliche Teilhabe** von chronisch psychisch kranken/seelisch behinderten Menschen (s. UN-Behindertenrechts-Konvention!) sind in den letzten 40 Jahren **erheblich verbessert** worden durch Enthospitalisierung, Dezentralisierung und Ambulantisierung.

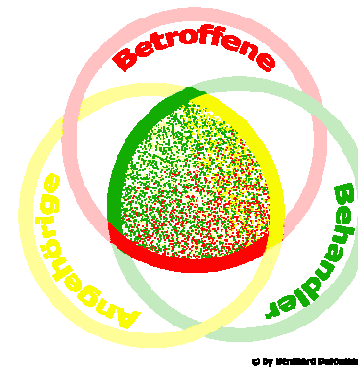


Fast **2/3 der Betroffenen werden ambulant in ihrer Wohnung unterstützt**. Es gibt ein differenziertes System von Diensten und Einrichtungen zur Teilhabe an Ausbildung, Arbeit und Beschäftigung.

- * Die Reform wird in vielen Regionen getragen von einer „**Kultur des Dialogs**“, dem Bemühen um eine Partnerschaft „auf Augenhöhe“ zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Professionellen.



Die Psychiatrie Reform ist eines der erfolgreichsten und nachhaltigsten sozialen Reformprojekte in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland!

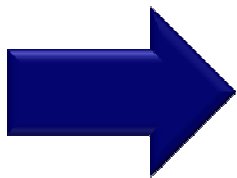


Um welche Personengruppen geht es vorrangig bei der 2. Psychiatrie-Reform?

Es geht um Menschen mit schweren psychischen Störungen nach der **DGPPN-S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“**.

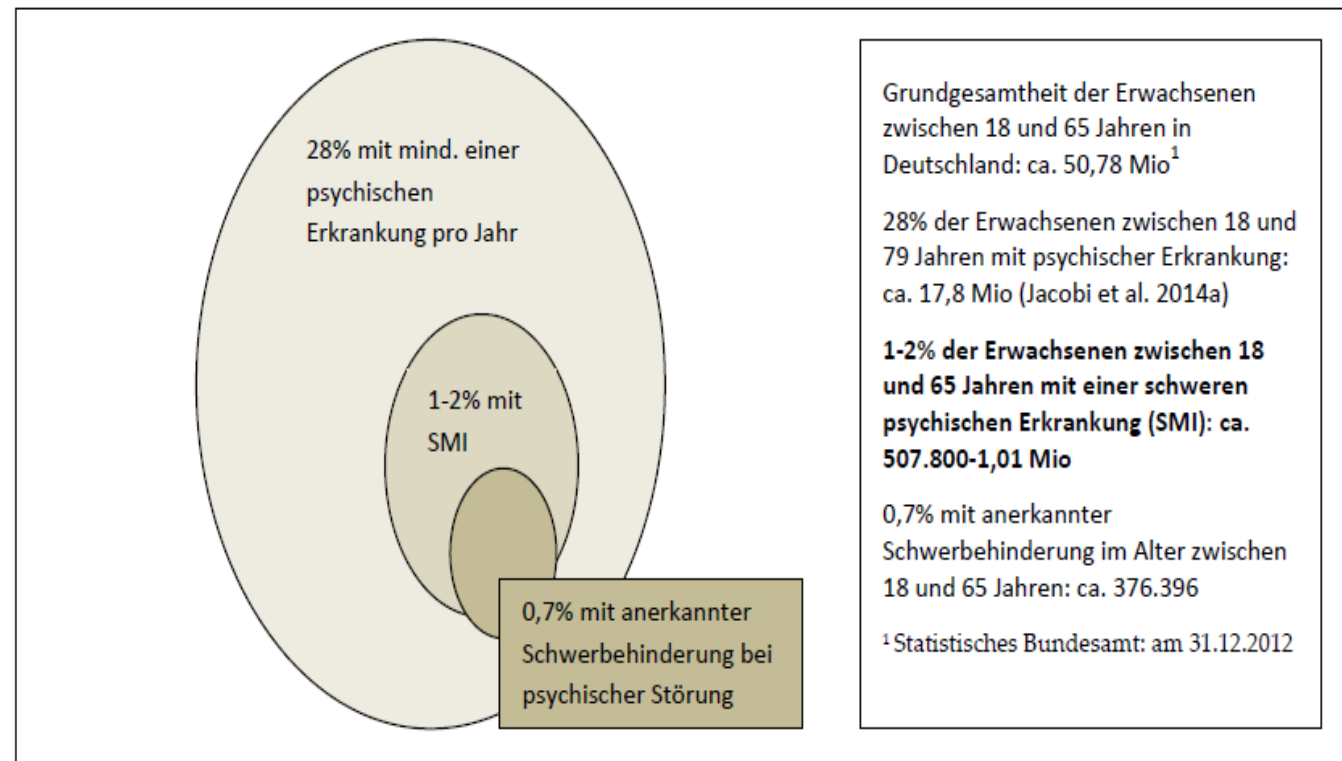
Definition:

1. Vorliegen (irgendeiner) psychischen Störung (z. B. einer schweren Depression, Schizophrenie oder anderen psychotischen Störung, einer schweren bipolaren Störung, Zwangs- oder Angststörung, Posttraumatischen Belastungsstörung oder einer schweren Persönlichkeitsstörung)
2. Dauer und/oder Behandlung der Erkrankung beträgt mindestens 2 Jahre und
3. die durch die Erkrankung hervorgerufene psychosoziale Beeinträchtigung erreicht eine gewisse Schwere, die durch eine gültige Skala quantifizierbar ist (z. B. Global Assessment of Functioning, GAGF) [Ruggeri et al. 2000]



Menschen mit „SMI“ sind vorübergehend oder auf Dauer nicht „wartzimmergeeignet“.

Um wie viele Menschen mit „SMI“ geht es?



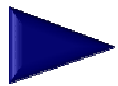
These:

Ein Versorgungssystem, dessen Strukturen und Prozesse Menschen mit „SMI“ gerecht wird, ist im Prinzip auch bedarfsgerecht für andere psychisch erkrankte Menschen.

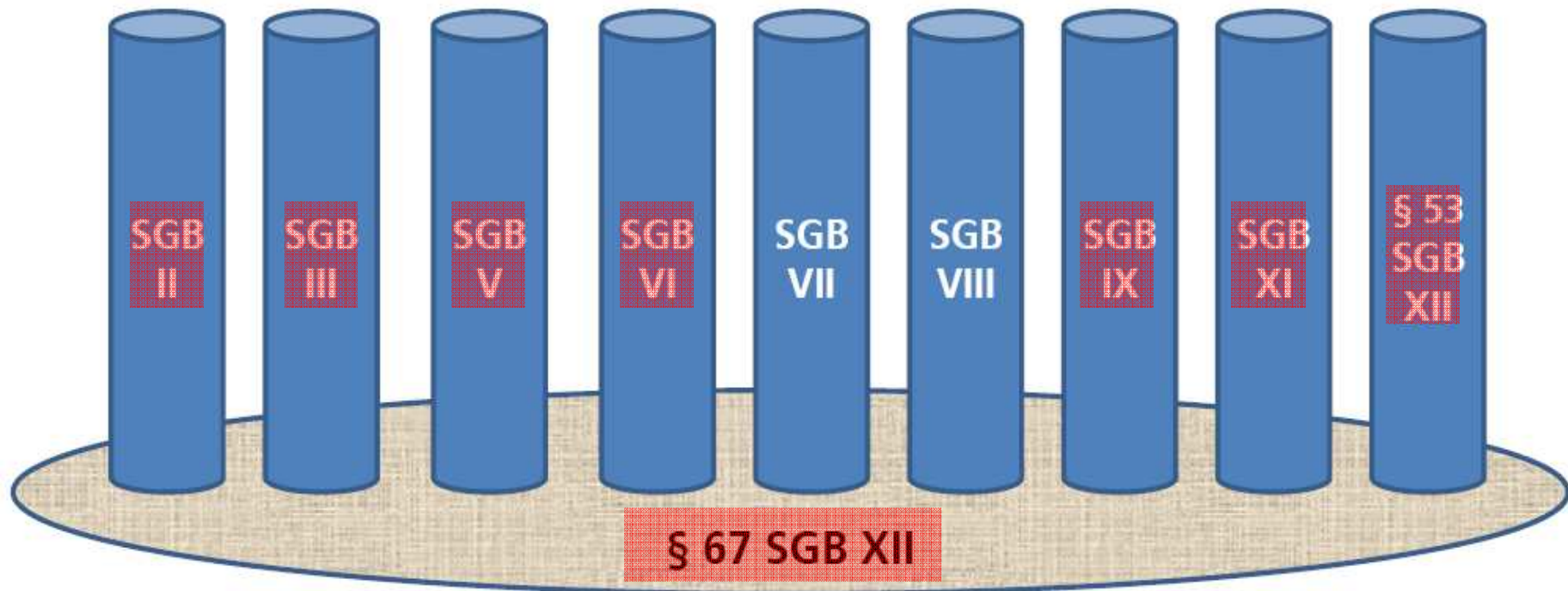
2__ Strukturelle Probleme



Die Fragmentierung des psychiatrischen Versorgungssystems ist ungebrochen.



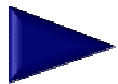
Unterschiedliche Kostenzuständigkeiten,
unterschiedliche Sozialgesetzbücher



2__ Strukturelle Probleme



Die Fragmentierung des psychiatrischen Versorgungssystems ist ungebrochen.



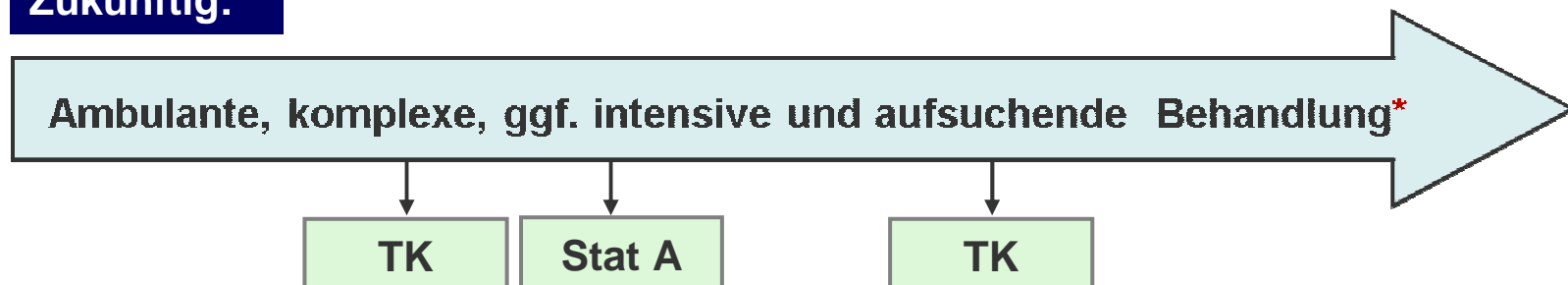
Dies gilt selbst innerhalb ein und desselben Sozialgesetzbuches.

Hier: SGB-V-Sektionierung

Heute:



Zukünftig:

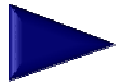


***einschließlich ambulanter Sozialtherapie, Pflege, medizinischer Rehabilitation, Ergotherapie**

2__ Strukturelle Probleme



Die Fragmentierung des psychiatrischen Versorgungssystems ist ungebrochen.



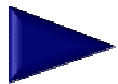
Alle Instrumente zu deren Überwindung haben sich als weitgehend wirkungslos erwiesen, z. B.:

- * PSAGen**
- * Psychiatrie-Beiräte**
- * Gemeindepsychiatrische Verbände**
- * Servicestellen nach § 23 SGB IX**
- * Trägerübergreifendes Persönliches Budget nach § 17 SGB IX**
- * Gesamtplan nach § 58 SGB XII**
- * Kommunale Hilfeplankonferenzen**
- * Integrierte Versorgung nach § 140 SGB V**

2__ Strukturelle Probleme

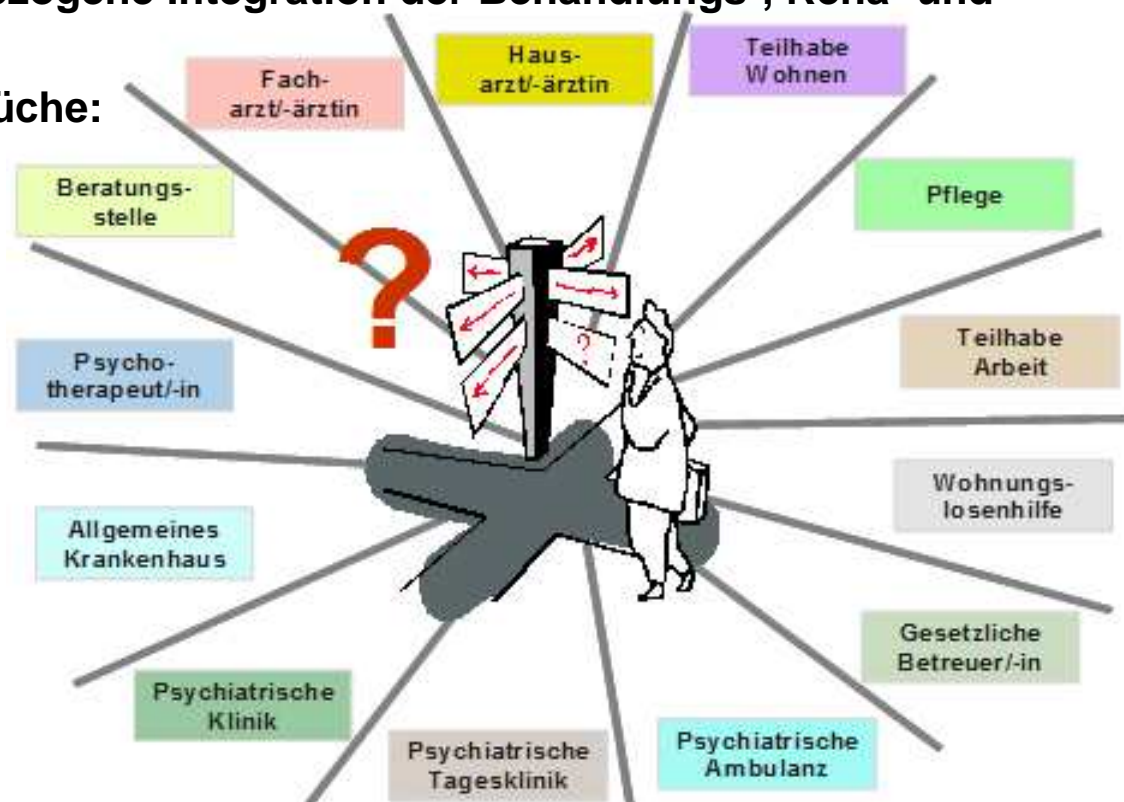


Die Fragmentierung des psychiatrischen Versorgungssystems ist ungebrochen.



Und die Folgen:

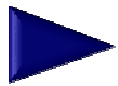
- Institutions- statt Personenorientierung
- Mangelhafte personenbezogene Integration der Behandlungs-, Reha- und Pflegeleistungen
- Ständige Kontinuitätsbrüche:
 - * institutionell
 - * konzeptionell
 - * personell
- Unter-, Über- und Fehlversorgung gleichzeitig



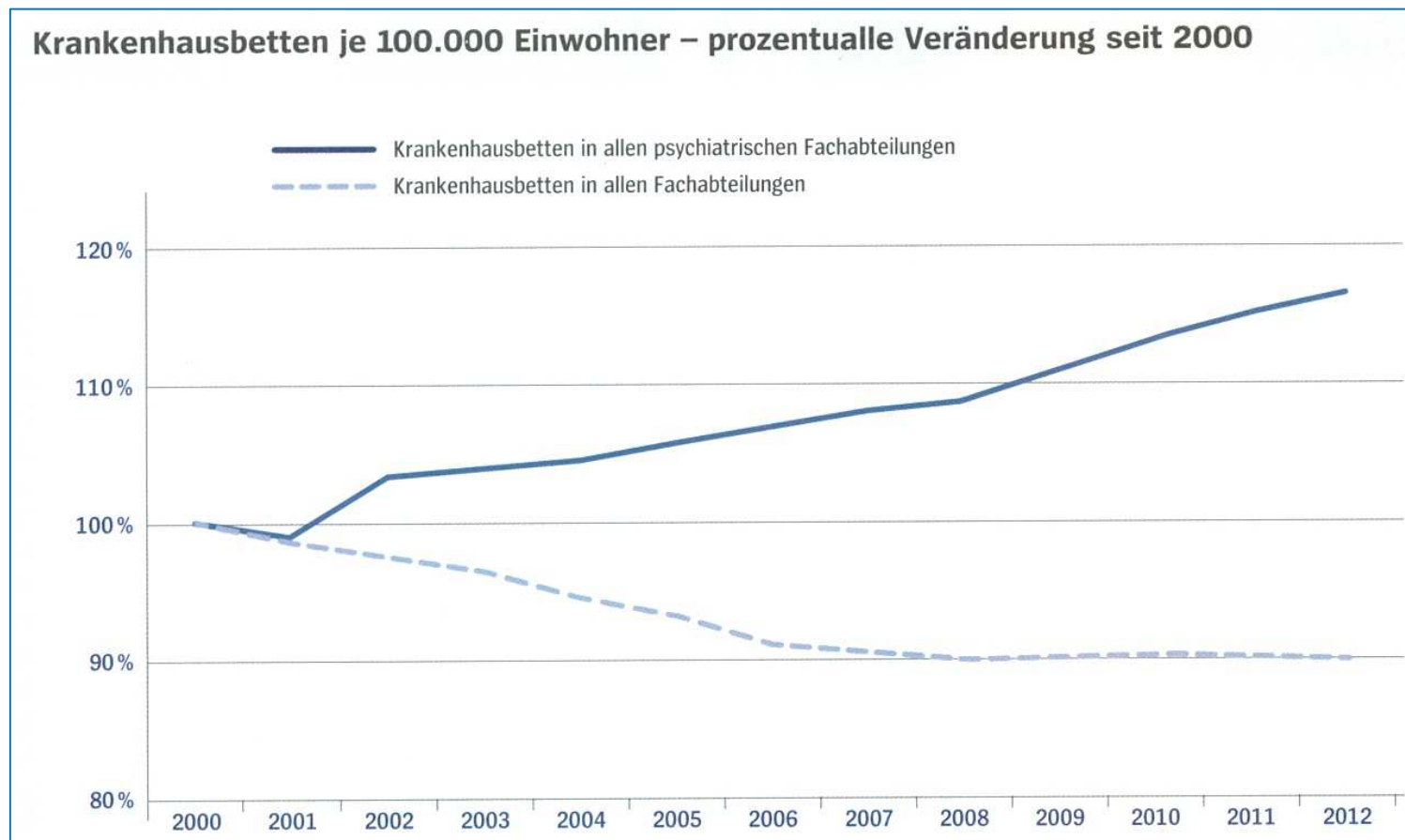
2__ Strukturelle Probleme



Der stationäre Sektor ist wieder auf dem Vormarsch.



Seit Jahren steigt die Bettenzahl in psychiatrischen Kliniken der Regelversorgung wieder an (einschließlich der Tageskliniken).



2__ Strukturelle Probleme



Der stationäre Sektor ist wieder auf dem Vormarsch.

- Die **Zahl der „speziellen Krankenhausbetten“** für Psychiatrie/Psychotherapie/ Psychosomatik hat sich **verdoppelt**: von ca. 18.000 (1991) auf ca. 37.000 (2010)!

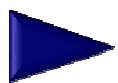


„Speziell“ heißt:

- * Die Kliniken sind in der Regel **nicht in die psychiatrische Pflichtversorgung eingebunden**
- * Es werden Patienten **mit weniger schweren Störungen** und Verläufen länger behandelt als in der Regelversorgung.



Die **Zahl der Patienten in forensischen Kliniken und Abteilungen** hat sich ebenfalls mehr als **verdreifacht**: von ca. 4.000 (1991) auf ca. 12.000 (2010)!



Mögliche **Ursache**:

- * **Mangelnde Tragfähigkeit** der gemeindepsychiatrischen Versorgung



Aus einer Bestandsaufnahme in Nordrhein-Westfalen (Kutscher & Seifert 2007):

- ▶ **80 %** der Patienten hatte bereits Aufenthalte in der Allgemeinpsychiatrie (\bar{x} 7,5)
- ▶ Nur **20 %** waren 4 Wochen vor dem Delikt noch in **Behandlung**
- ▶ **16,5 %** der Patienten hatten ihr **Einweisungsdelikt in der Allgemeinpsychiatrie bzw. in komplementären Einrichtungen** begangen

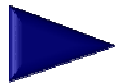


2__ Strukturelle Probleme



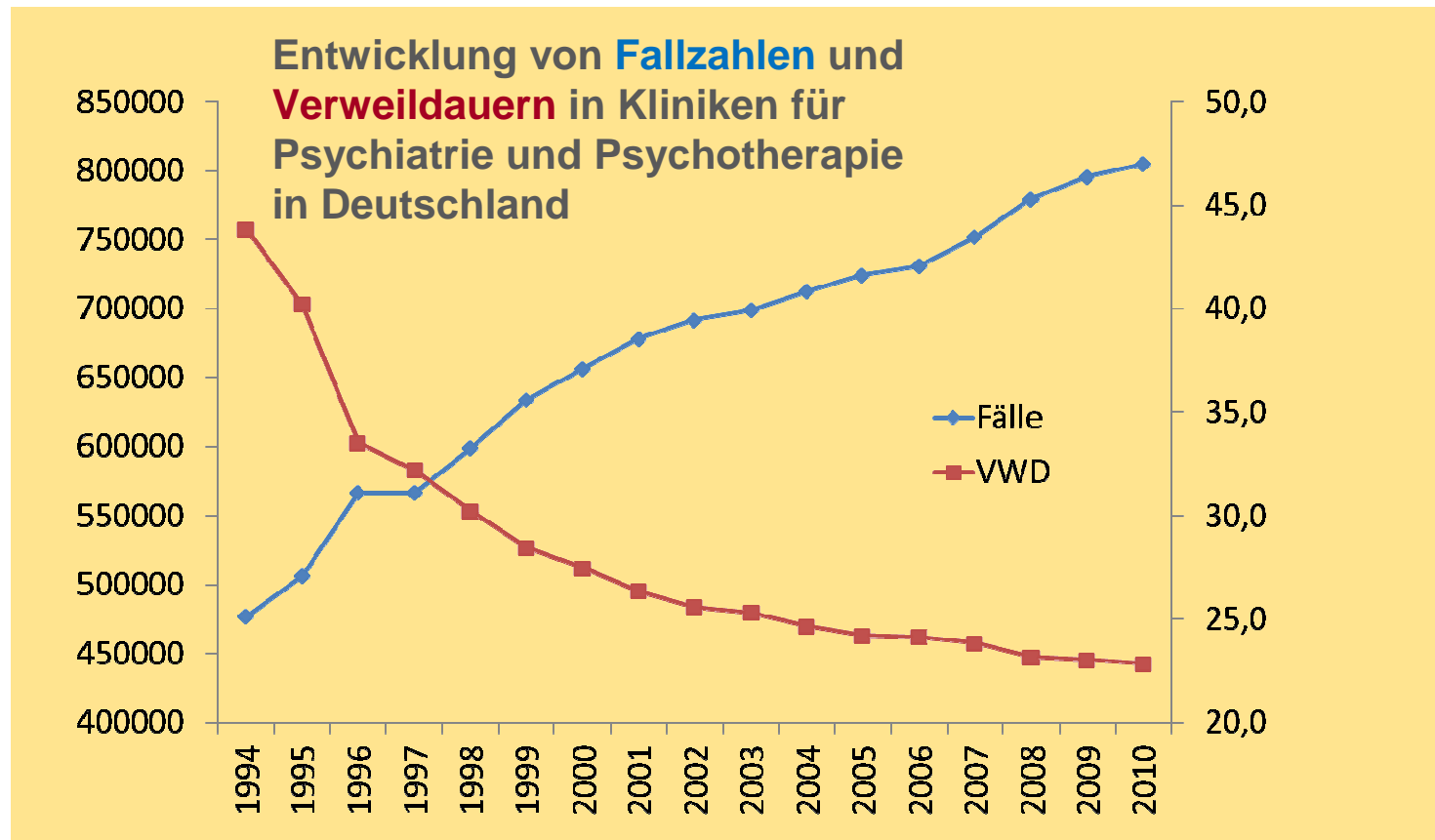
Der stationäre Sektor ist wieder auf dem Vormarsch.

- Aber: Die **Ergebnisqualität** der stationären psychiatrischen Behandlung wird zunehmend **fragwürdig**.



Rasanter Anstieg der Fallzahlen auf aktuell > 900.000.

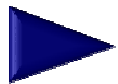
Die Drehtür dreht sich immer schneller: 1-Jahres-Wiederaufnahmerate $\approx 40\%$!



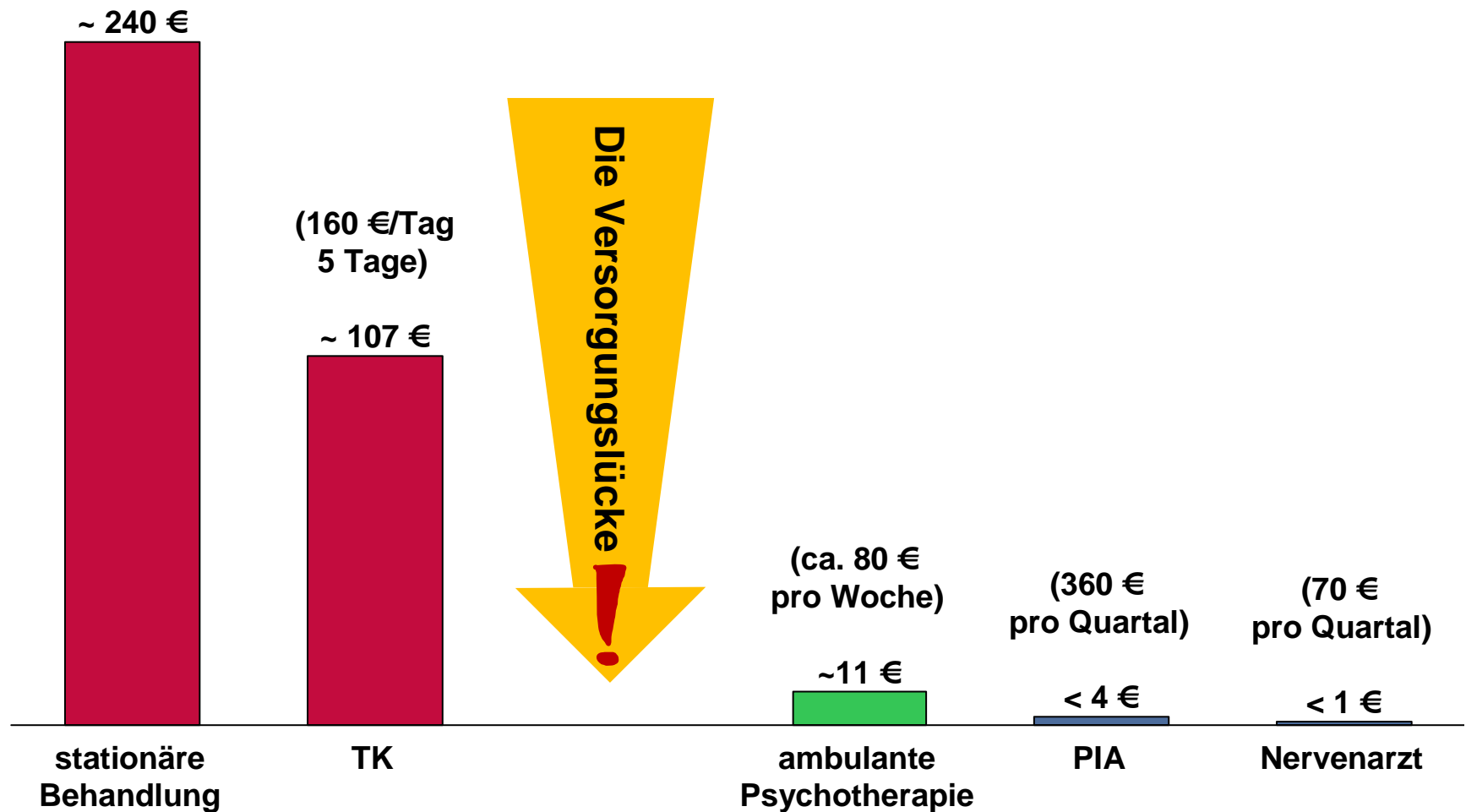
2__ Strukturelle Probleme



Im SGB-V-Bereich gibt es eine eklatante Finanzierungs- und Versorgungslücke.



GKV-finanzierte Tageskosten (kalkuliert auf 7 Tage/Woche und 30 Tage/Monat)



2__ Strukturelle Probleme



Es gibt deutliche Fehlanreize und Fehlallokationen von Ressourcen
– „the patient goes where the money flows“



Beispiel SGB V:

- * 33 % der Gesamtausgaben für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung entfallen auf **Krankenhäuser**, 18 % auf **ambulante Leistungsanbieter** (Roick 2013)
- * Private **Fachärzte der Grundversorgung** erhalten je Patient und Quartal eine **Pauschalvergütung von ca. 50 €**, **psychologische/ärztliche Psychotherapeuten** pro Therapiesitzung **70 bis 90 €!**

Lediglich die **psychiatrischen Institutsambulanzen** bieten eine **multiprofessionelle, teambasierte Behandlung**, ihre **Zuständigkeit ist auf Patienten mit schweren und komplexen Störungen begrenzt.**

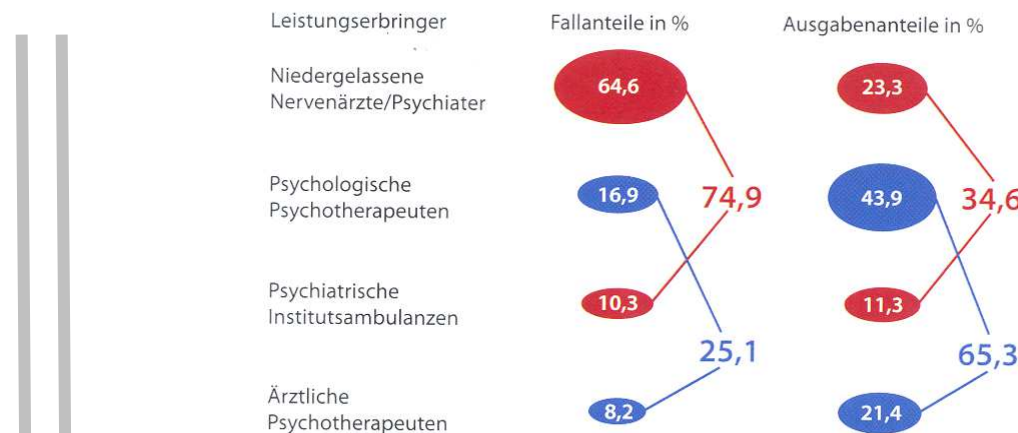
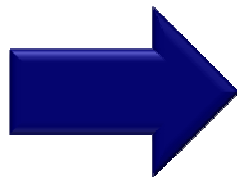
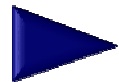


Abb. 3.11 Leistungserbringer, Fallzahlen und Ausgabenanteile in der ambulanten psychiatrischen Versorgung am Beispiel Bayern 2006. (Melchinger 2008b, Daten der KV Bayern)

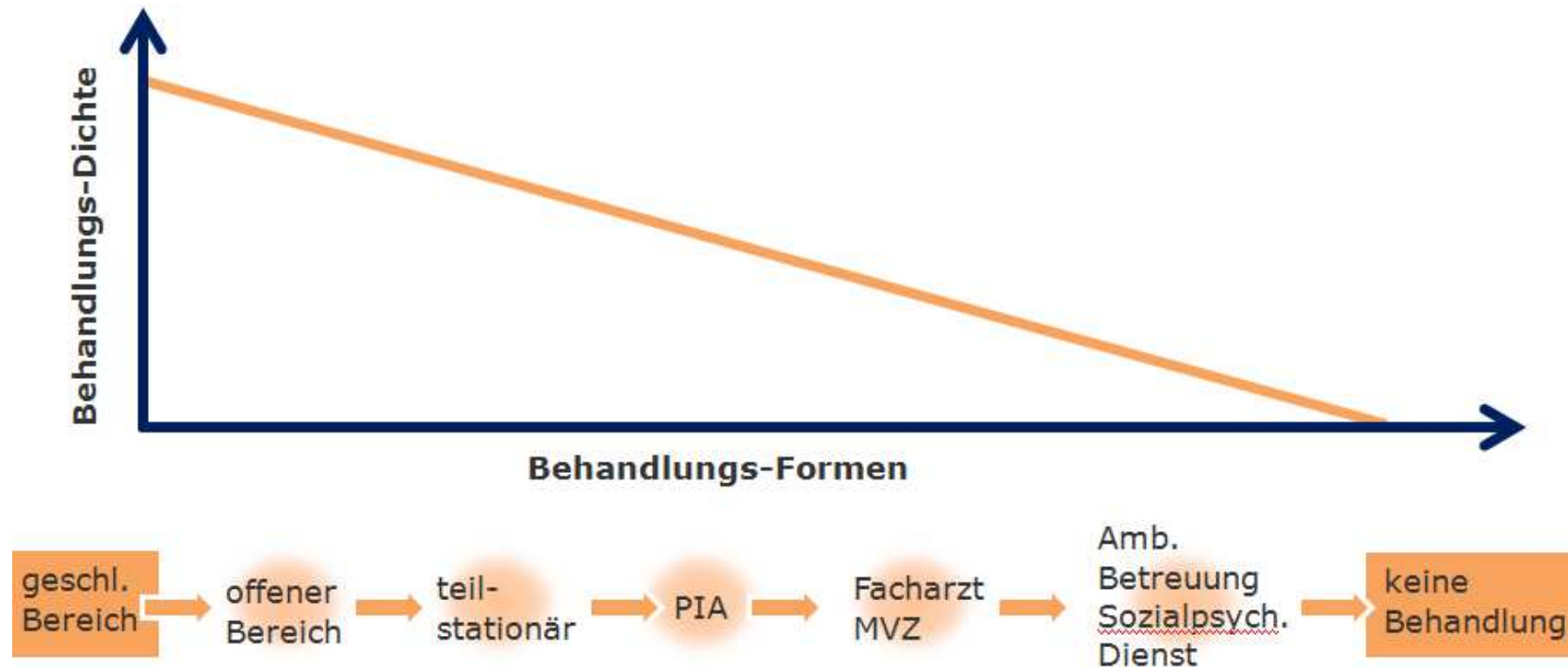
2__ Strukturelle Probleme



Behandlungs- bzw. Unterstützungsdichte und Behandlungs-/Unterstützungs-Setting sind eng miteinander verknüpft.



Behandlungs-Dichte und Behandlungs-Setting

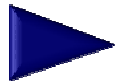


Behandlungs-Ort und Behandlungs-Dichte sind direkt miteinander verkoppelt.

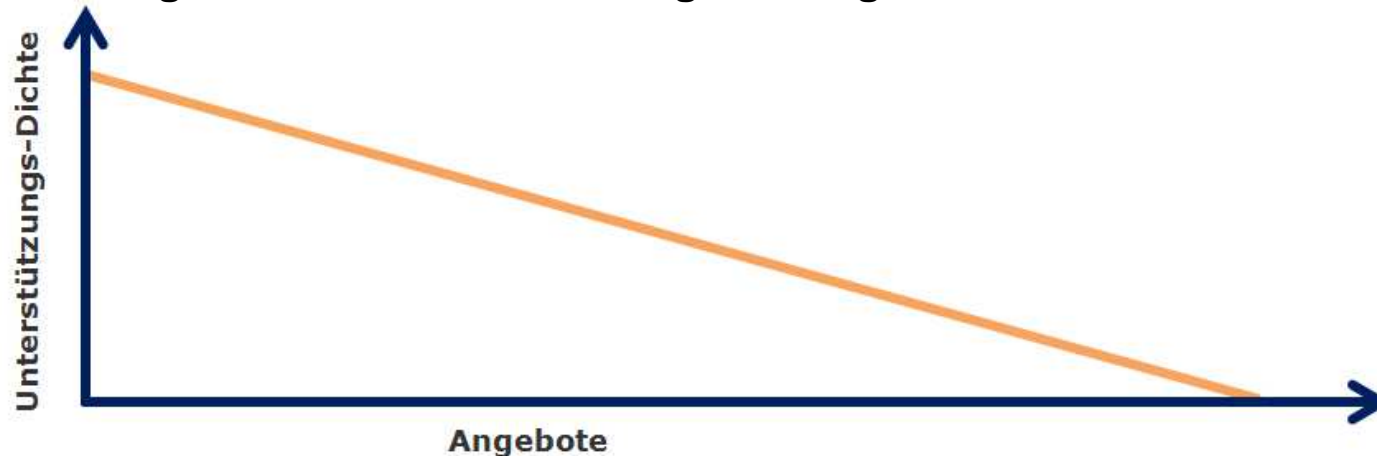
2__ Strukturelle Probleme



Behandlungs- bzw. Unterstützungsdichte und Behandlungs-/Unterstützungs-Setting sind eng miteinander verknüpft.



Behandlungs-Dichte und Behandlungs-Setting



Gleiches Problem in der Eingliederungshilfe Wohnen:

1. Wohnsituation und Unterstützungsdichte sind direkt miteinander verknüpft
2. Die Idee der therapeutischen Kette ist therapieresistent
3. Wirklich personenorientiertes Handeln ist nicht möglich



Keine echte Wahlfreiheit/Selbstbestimmung!

2__ Strukturelle Probleme



PEPP droht die Strukturprobleme der Versorgung noch erheblich zu verschärfen.

- ▶ Degressive Vergütung wird Druck auf Verweildauern erhöhen – die Drehtür dreht sich noch schneller.
- ▶ Mangelnde Berücksichtigung der Strukturqualität für regionale Pflichtversorgung.
- ▶ Zusätzlicher Dokumentationsaufwand wird Ressourcen „fressen“.
- ▶ Sektorale Abschottung von ambulant und stationär wird auf Jahre zementiert.



Und der Umgang damit?

- ▶ Nüchterner Pragmatismus.
- ▶ Kampf um ökonomischen Bestandsschutz.
- ▶ „Flucht“ in Modelle nach § 64 b SGB V.

3__ Chancen für einen Neustart



„Wo aber die Gefahr wächst, wächst das Rettende auch.“ (Friedrich Hölderlin)

* **PEPP:**

Noch gibt es eine Chance auf eine bessere Alternative; wenn die nicht kommt, wird sich das System selbst ad absurdum führen (aber: Zeitverlust!).

* **S-3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (2014):**

Sie bereitet die internationale wissenschaftliche Evidenz – auch auf Systemebene – auf aktuellem Stand auf.

* **Epidemiologie:**

Aktuelle populationsbezogene epidemiologische Studien und Metaanalysen zeigen **keine Zunahme psychischer Störungen in der Bevölkerung** – mit Ausnahme einer demografisch bedingten Zunahme der altersbedingten psychischen Störungen:

- Richter, Berger & Reker 2008 (international)
- Wittchen et al. 2011 (Europa)
- Richter & Berger 2013 (international)
- Jacobi et al. 2014 (Deutschland)

3__ Chancen für einen Neustart



„Wo aber die Gefahr wächst, wächst das Rettende auch.“ (Friedrich Hölderlin)

* **UN-BRK:**

Art. 19 (Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft):

„... gewährleisten, dass

b) Menschen mit Behinderungen Zugang zu einer Reihe von Unterstützungsleistungen **zu Hause** und in Einrichtungen ... haben“

* **Art. 25 (Gesundheit):**

„a) ... stellen die Vertragsparteien ... eine ... Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung wie anderen Menschen ...“

3__ Chancen für einen Neustart



„Wo aber die Gefahr wächst, wächst das Rettende auch.“ (Friedrich Hölderlin)

*** Das (kommende) Bundesteilhabegesetz/BTG:**

- Anstelle von stationären und ambulanten Leistungen tritt (voraussichtlich) die einheitliche Fachleistung
- Erbringung von Komplex-Leistungen soll erleichtert werden

*** Modelle der Integrierten Versorgung und der Regionalen Krankenhausbudgets:
Sie dokumentieren, was heute auch in Deutschland schon alles ambulant geht!**

4__ Anforderungen



Was muss die 2. Psychiatrie-Reform schaffen?

Perspektive **Person**

- * **Konsequente Personenorientierung**
- * **Funktionaler statt institutioneller Zugang**
- * **Sozialgesetzbuch und sektorübergreifende Integration aller Leistungen**
- * **Wahlmöglichkeiten, Selbstbestimmung, Empowerment**

Perspektive **System**

- * **Ambulant konsequent vor stationär, Verlangsamung der Drehtür**
- * **Flexibilisierung der Behandlungs- und Unterstützungsleistungen bezüglich Setting und Intensität**
- * **Möglichkeit zur langfristigen personellen und konzeptionellen Kontinuität**
- * **Nachweisbare Ergebnisqualität**



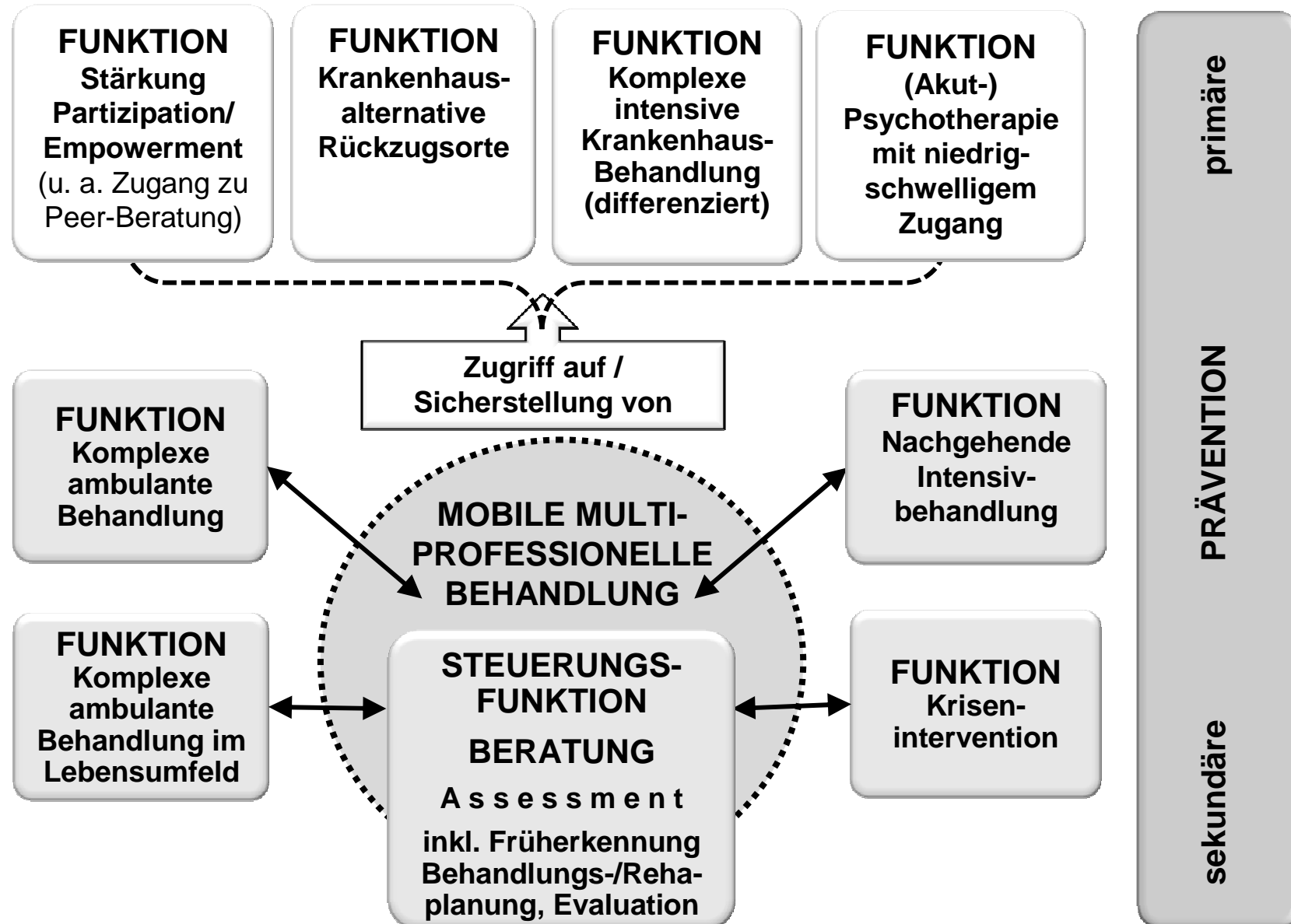
Was muss die 2. Psychiatrie-Reform schaffen? *(Fortsetzung)*

Perspektive **Finanzen**

- * **Bedarfsgerechte Umschichtung von Ressourcen, sektorale Teilbudgets müssen kommunizierende Röhren werden.**
- * **Begrenzung von Misstrauensaufwand (Dokumentation, Kontrollen ...).**
- * **Verlässliche Übergangs-Budgets, die den vorübergehenden erhöhten Aufwand für Organisations- und Personalentwicklung abdecken.**

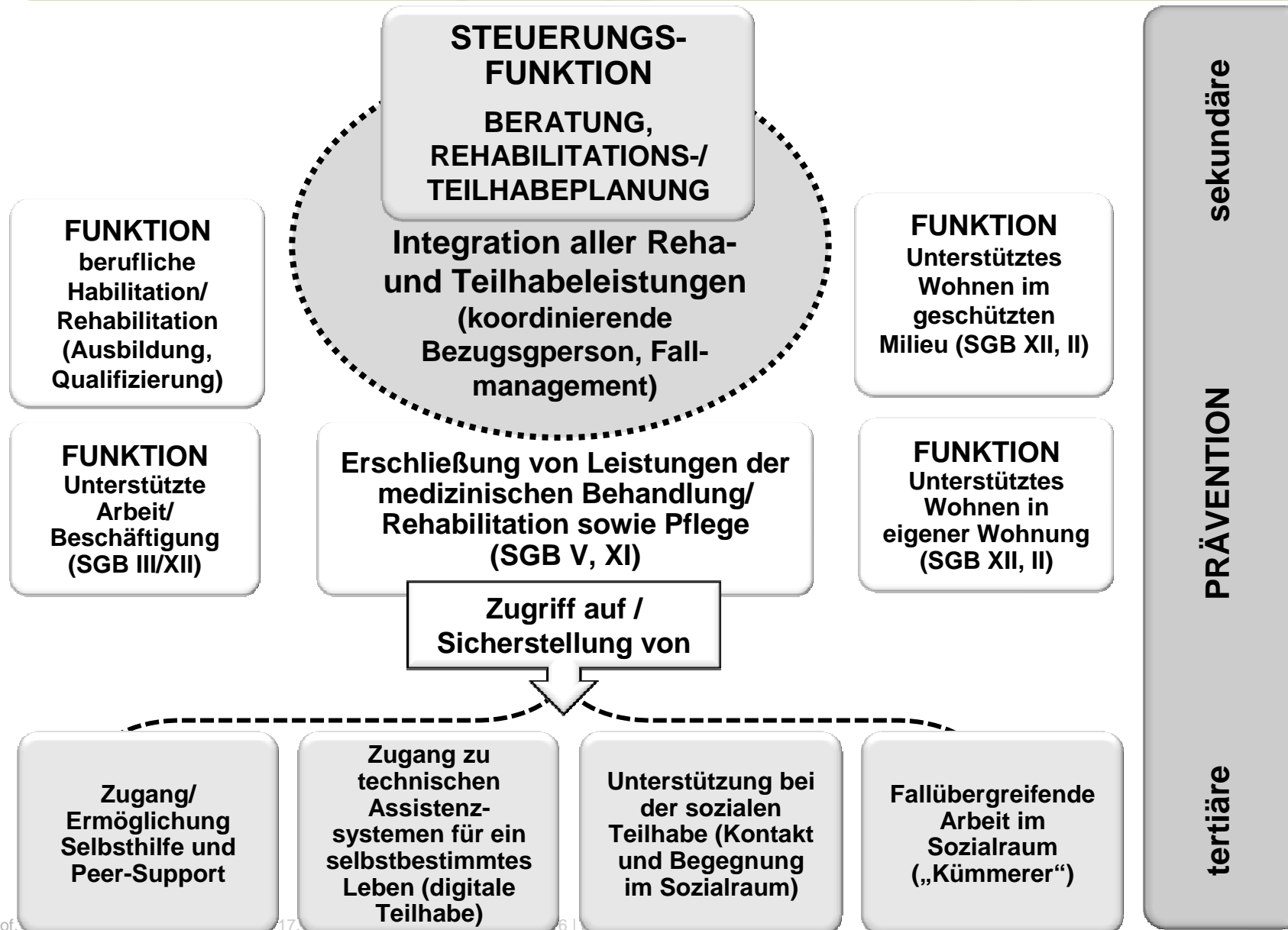
5__ Die Psychiatrie der Zukunft ist eine ambulante Psychiatrie

Funktionales Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung – Behandlung



5__ Die Psychiatrie der Zukunft ist eine ambulante Psychiatrie

Funktionales Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung – Teilhabe





Organisation und Finanzierung – eine lösbare Aufgabe!

Mögliche Wege:

***Kreative Ausgestaltung der Regelfinanzierung**

- ▶ im SGB XII: z. B. Intensiv Betreutes Wohnen (IBW), virtuelle WfbM, FLS-Pool für Unterstützungssicherheit 7 Tage/24 Stunden
- ▶ im SGB V: z. B. virtuelle Tagesklinik, PIA-plus

***Alternative Finanzierungsmodelle**

- ▶ Globales Krankenhaus-Psychiatriebudget (§ 64 b SGB V)
- ▶ PEPP-plus (Einbeziehung des ambulanten Bereichs)
- ▶ Modelle der Integrierten Versorgung (§ 141 SGB V)
- ▶ Regionales Teilhabebudget



Organisation und Finanzierung – eine lösbare Aufgabe! (Fortsetzung)

Anforderungen an Organisations- und Finanzierungsmodelle:

- * Budgets als „Kommunizierende Röhren“ – innerhalb und zwischen den Finanzierungssystemen
- * Definiertes Übergangsbudget bei Systemänderungen für Organisations- und Personalentwicklung
- * Planungssicherheit für Leistungsanbieter und Leistungsträger
- * Anschlussfähigkeit zwischen den Teilsystemen der Versorgung (auch für SGB III-, VIII- und XI-Leistungen)

Hauptakteure: Wer ist stark genug für die Umsetzung?

- * Einzelne Anbieter: Krankenhäuser ... ✓
- * Verbund von Anbietern: z. B. GPV ?
- * Leistungsträger ✓
- * Kommunen ?