

Die stationäre Versorgungslandschaft und die ambulant-stationäre Schnittstelle oder: Über 7 Brücken musst du gehn

ZI, Berlin 20.11.2018

Renate Schepker

Erklärung zum Interessenkonflikt



- Keine industriefinanzierte Forschung - kein Pharmasponsoring, keine Research Boards, keine Aktien
- Forschungsförderung durch EU- und Landesmittel, KVJS, DRV, BMAS
- Vortragshonorare von Universitäten, Ministerien, Verbänden, Kliniken, Instituten

- Mitglied Vorstand DGKJP und BAG KJPP
- Chefärztin KJPP ZfP Südwürttemberg bis 2017
- Mitglied Geschäftsleitung ZfP Südwürttemberg, Regionaldirektorin
- Gem. Fachl. Leitung KJPP ZfPs Ravensburg -Calw

Über 7 Brücken musst du gehn

7 dunkle Jahre überstehn

7 mal wirst du die Asche sein

(das Versorgungsziel zerkrümelt vor deinen Augen!)

Aber einmal folgt der helle Schein

- unterstellte man der stationären Versorgung eine autistische Phase („totale Institution“)
- es gab nur wenige stationäre Kinder-
jugendpsychiatrische Einrichtungen
- meist mit dem Auftrag der „Verwahrung“ oder
„Pflege“ versus „Begutachtung“ (Ausnahme Unis)
- Krankenkassen finanzierten Aufenthalte nur sehr
kurz, dann Jugend-/Sozialhilfe
(„Halbierungserlass“)

Heute:

147 stationäre Einrichtungen, sehr guter Versorgungsstand
im europäischen Vergleich

6.311 Betten bundesweit

Ø 34,4 Tage stationäre Verweildauer

(Region Südwürttemberg: 22 Tage)

An die 50 % Notfall- und Krisenaufnahmen

→ Hochfrequente Psychotherapie kaum möglich

→ Diagnosespektrum: eher externalisierende Störungen
und Konzentration auf schwere Störungsbilder

Heute: stationäre Vollversorgung? statistisch, ohne Verteilungsgerechtigkeit

Bettenmessziffer 2017

R. Schepker, M. Jung

Land	Betten KJPP 2017 ^{1a)}	Betten KJPP 2016 ^{1b)}	Veränderg. Gegenüber 2016	Einw. je T < 18 J ²⁾	Veränderung z. Vorjahr	Betten/ 10.000 EW < 18)	BMZ 2012 ³⁾
BaWü	658	648	10,0	1843,2	+	3,57	2,62
Bayern	704	664	40,0	2110,7	+	3,34	1,74
Berlin**	195	193	2,0	556,6	+	3,50	2,85
Brandenburg	244	242	2,0	373	+	6,54	5,61
Bremen	50	50	0,0	108,8	=	4,60	4,51
Hamburg	179	177	2,0	288,8	+	6,20	3,57
Hessen	529	510	19,0	1022,2	+	5,18	3,63
Mecklenburg-Vorpommern	184	185	-1,0	236,3	-	7,79	6,89
Niedersachsen	721	692	29,0	1322,3	+	5,45	3,92
NRW	1206	1195	11,0	2963,4	+	4,07	3,06
Rheinland-Pfalz	273	273	0,0	651,3	=	4,19	2,27
Saarland	56	51	5,0	143,4	+	3,91	2,5
Sachsen	396	401	-5,0	612,2	-	6,47	5,88
Sachsen-Anhalt	343	337	6,0	313,9	+	10,93	8,74
Schleswig-Holstein	271	256	15,0	465,9	+	5,82	4,31
Thüringen	302	301	1,0	316,7	+	9,54	7,07
Bund	6311	6175	136,0	13325,7	+	4,74	4,32

Quelle: Berechnung der
BAG KJPP basierend
auf Daten des Stat. BA
für 2017

1a) Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1.1 für 2017 1b)

Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.1 für 2016

2) Statistisches Bundesamt: Bevölkerungsstatistik zum 31.12. 2015; Voraussrechnung nach Mikrozensus 2011;

3.) Tabellenanhang zum Bericht „Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven“ der AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden an die Gesundheitsminister-konferenz 2012 sowie eigene Berechnungen

** Berlin hat zusätzlich ein tagesklinisches Angebot i.V. 1:1

- Durch Landeskrankenhausplanungen und verschiedene Philosophien:
 - Ersetzen ambulanter Strukturen durch stationäre und teilstationäre (S.-Anhalt, Thüringen),
 - Vorrang ambulanter Strukturen (BaWü),
 - 50 % zusätzlicher Tagesklinikplätze (Bayern, Berlin)
 - Sonderversorgung Intelligenzminderung (BaWü)
 - Sonderversorgung Sucht (nicht flächendeckend)
- Durch unterschiedliche Ausgangslagen und dadurch dass KH-Planung auf der Inanspruchnahme basiert (Hill-Burton-Formel)

- kamen dazu (in der KJPP ab 1975 – Zürich, 1. in Europa – 1984 erste in Deutschland)
- Eine TK ist laut M-WBO (2018) weiterhin **eine ambulante Struktur** - also sektorenüberschreitend
- Laut § 2 KHG aber ist eine Tagesklinik eine Krankenhausstruktur (Personen können „untergebracht und gepflegt“ werden) und wird geodatiert
- In der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden Tageskliniken nicht im Rahmen einer „Versorgungskette“, sondern primär, je nach Tragfähigkeit der Familien für das psychisch kranke Kind belegt
- Probleme der Sektorüberschreitung: Medikationen unter BtmG-Pflicht sollen laut BMG über Rezept verordnet und idealiter von KH-Apotheke beliefert anstelle mitgegeben werden (rechtlich eher auch nicht möglich)
- Also sektorenübergreifende **Tätigkeit innerhalb** des Krankenhauses – aber Brücke nach draußen

Gesetzlich möglich seit 1988, aber (zu) langsame Verbreitung – letztes bekanntes KJPP Krankenhaus eröffnete die erste KJPP-PIA erst 2014 !

- Multiprofessionell und damit „Verlängerung“ des Krankenhausteams, Möglichkeit Hausbesuche, Gruppen übergreifend ambulant-stationär
- Für Kinder und Jugendliche keine Einengungen des Spektrums der möglichen Patienten (Ausnahme: Einzelleistungs-regulierte PIAs nach Bayrischem Modell)
- Nachteil: Landes- bzw. regionale Rahmenvereinbarungen, teils pauschaliert, teils Einzelleistungsabrechnung (Bayr.Modell), stark schwankende Vergütungen (Faktor 7) je nach Modus d. Abrechnung
- Blackbox der Leistungserbringung? Nicht mehr ab 2019 (PIA-Doku-Vereinbarung) renate.schepker@zfp-zentrum.de

- PIA kann kaum hochfrequent arbeiten (trotz Mischkalkulation und Terminen für Notfälle)
- Aber eine gleichzeitige Richtlinienpsychotherapie ist nicht möglich (obwohl sinnvoll, z.B. bei Medikation + PT), ebenso wenig gleichzeitige Behandlung beim niedergelassenen KJ-Psychiater mit SPV
- In BaWü Differenzierung Einfach-/Mehrfachpauschalen - dadurch ist Mischkalkulation weiter erschwert
- Soll in einer PIA ernsthaft + frequent Psychotherapie angeboten werden: an „Ausbildungsambulanz“ eines Instituts Räume vermieten, Supervision stellen und vertraglich absichern
- PIAs im Gelände der Klinik sind NICHT wirklich sektorenübergreifend

Dezentrale PIA an TK

- TKen sollen nach Landeskrankenhausplanungen in die Fläche gebaut werden.
 - Da jede TK eine KH-Struktur ist, kann ihr auch bereits nach § 118 (2) SGB V jeweils eine PIA angeschlossen werden
 - Die Erreichbarkeit von Behandlung wurde schlagartig besser
 - ABER: gleiche Ausschlusskriterien und Probleme wie alle PIAs
- Vollversorgung damit ebenfalls nicht möglich

Alleinstehende PIA

- Kann und soll dem dienen, Versorgungsmängel auszugleichen, möglich seit 2017 (§ 118 (4) SGB V)
 - KJPP-Ideal: im Einvernehmen mit Niedergelassenen (und KV)
 - laut SV-Gutachten Weiterentwicklung Bedarfsplanung für den GBA haben 20 % der Fälle über 1 Stunde Wegezeit zum Kinder-Jugendpsychiater
 - Hindernisse: Facharztstandard ist dezentral eine schwierige Aufgabe (Schließung PIAs in Sachsen!)
- Gemeinsame Bedarfsplanung (SVR) wäre unter diesen Bedingungen nur dann sinnvoll wenn alle PIAs gleiche Bedingungen hätten

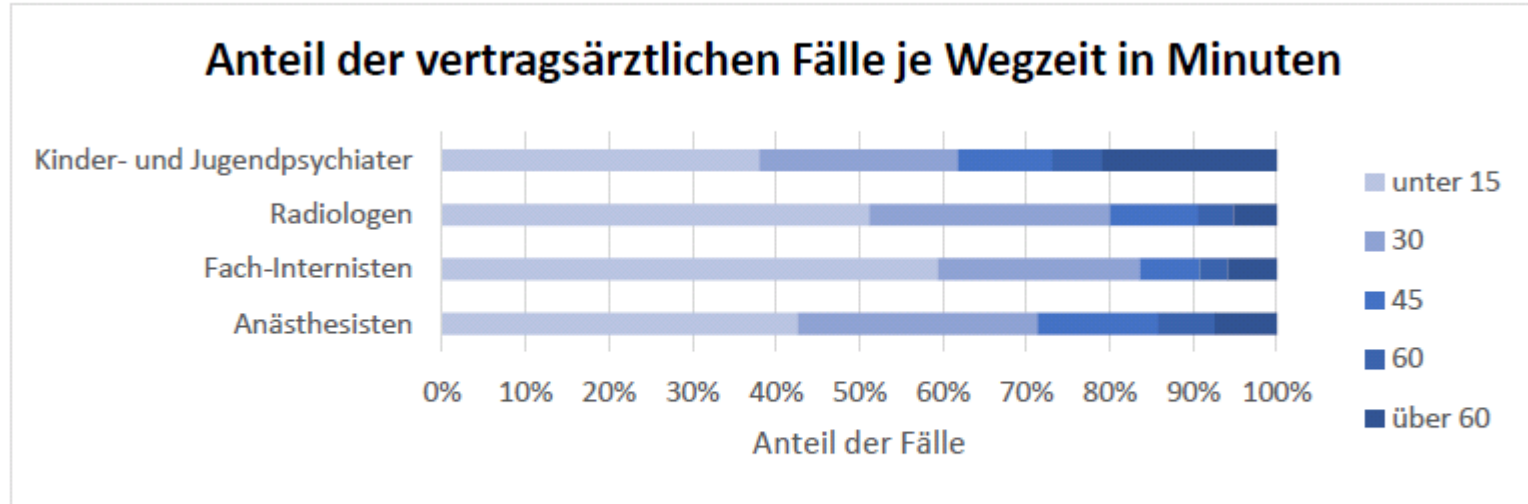


Abbildung A.1.3: Anteil der vertragsärztlichen Fälle je Wegzeit für spezialisierte fachärztliche Versorgung in 2015 (Angabe in PKW-Fahrzeitminuten)

SV-Gutachten Weiterentwicklung Bedarfsplanung für den GBA, S.44

Andersherum: Niedergelassene an die Klinik

Versuchtes Modell KJPP Weinsberg – Belegarzt-
/Oberarztsystem mit Zusatzfinanzierung der
Weiterbehandlung der Patienten des Niedergelassenen in
der Klinik durch ihn in persönlicher Fallführung

-Eingestellt mangels Weiterfinanzierung

-Keine Veränderung der KH-Strukturen

-Problematik der Einbindung in Hierarchie und Team

Versuchtes Modell StaeB + Einbezug Niedergelassene
(SPV-Praxis und Team, Vorteil in großem
Versorgungsgebiet!)

- Problem Arbeitnehmerüberlassungsgesetz

- Problem Praxispräsenzzeiten

PIA-in-Praxis

3 Modelle in unserem Einzugsgebiet, auch EPP

Wenige Nachahmer.

Einstellung oder Honorarvertrag mit Praxisinhaber.

Einstellung oder Honorarvertrag mit SPV-MA.

KV mitgeteilt, teils eigene standortbezogene PIA-Ermächtigung, teils Dependance der Zentral-PIA.

Patienten je nach Fallschwere in PIA oder Praxis zugeteilt (und mitgeteilt) – ggfs. getrennte Räume;

Übergang nach PIA-Phase in Praxis ist gesichert in Behandlungskontinuität ohne Bezugs- oder Ortswechsel

... und inhaltlich:

- Es besteht eine gemeinsame Verantwortung für die Versorgung einer Region! ✓
- Schnittstellenmanagement (Klinik, Praxis, Jugendhilfe) ist standardisiert und konsentiert ✓
- Gemeinsame Fallsicht ist die Regel ✓
- Diagnostische und therapeutische Konzepte sind abgestimmt und werden gemeinsam kontinuierlich weiter entwickelt ✓
- Es besteht ein durchgängiges und respektvolles gegenseitiges Fehlermanagement ✓
- Jugendhilfe wird durch KJPP unterstützt und begleitet ✓
- **Klinik und Praxis entwickeln sich zu „semipermeablen Strukturen“ mit abgestimmten Konzepten ✓**
- **Das Notfallmanagement ist für alle Beteiligten eindeutig geregelt ✓**

- Projekt CoC School (Innovationsfonds)
- Regionale multidisziplinäre und sektorenübergreifende Versorgungsnetze mit definierten Versorgungspfaden
- **Aufsuchende Tätigkeit in Schulen zur Verhinderung einer stationären Wiederaufnahme**
- Zielgruppe die 2,8 % der < 18 j mit seel.Behinderung und Mehrfachbehinderung
- Komponentenmodell **von Diagnostik zur Behandlung im schulischen Umfeld** und unter Einbezug der Schule
- Von der PIA aus gelenkt oder von der Praxis aus (hier PIA-Praxen aktiv)- als Behandlungsverantwortliche