



Modellversorgung nach §64b SGB V

Grundlagen, Effekte, Implementierung

DKG: „Quo Vadis Psychiatrie?“

05.07.2021

Sebastian von Peter (Yuriy Ignatyev, Julian Schwarz, Martin Heinze, u.a.)



1. Grundlagen

2. Effekte

3. Implementierung



1. Grundlagen

Absatz 1)

[...] Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen [...] Verbesserung der Patientenversorgung oder der sektorenübergreifenden Leistungserbringung ausgerichtet ist, einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld. In jedem Land soll [...] mindestens ein Modellvorhaben durchgeführt werden [...]

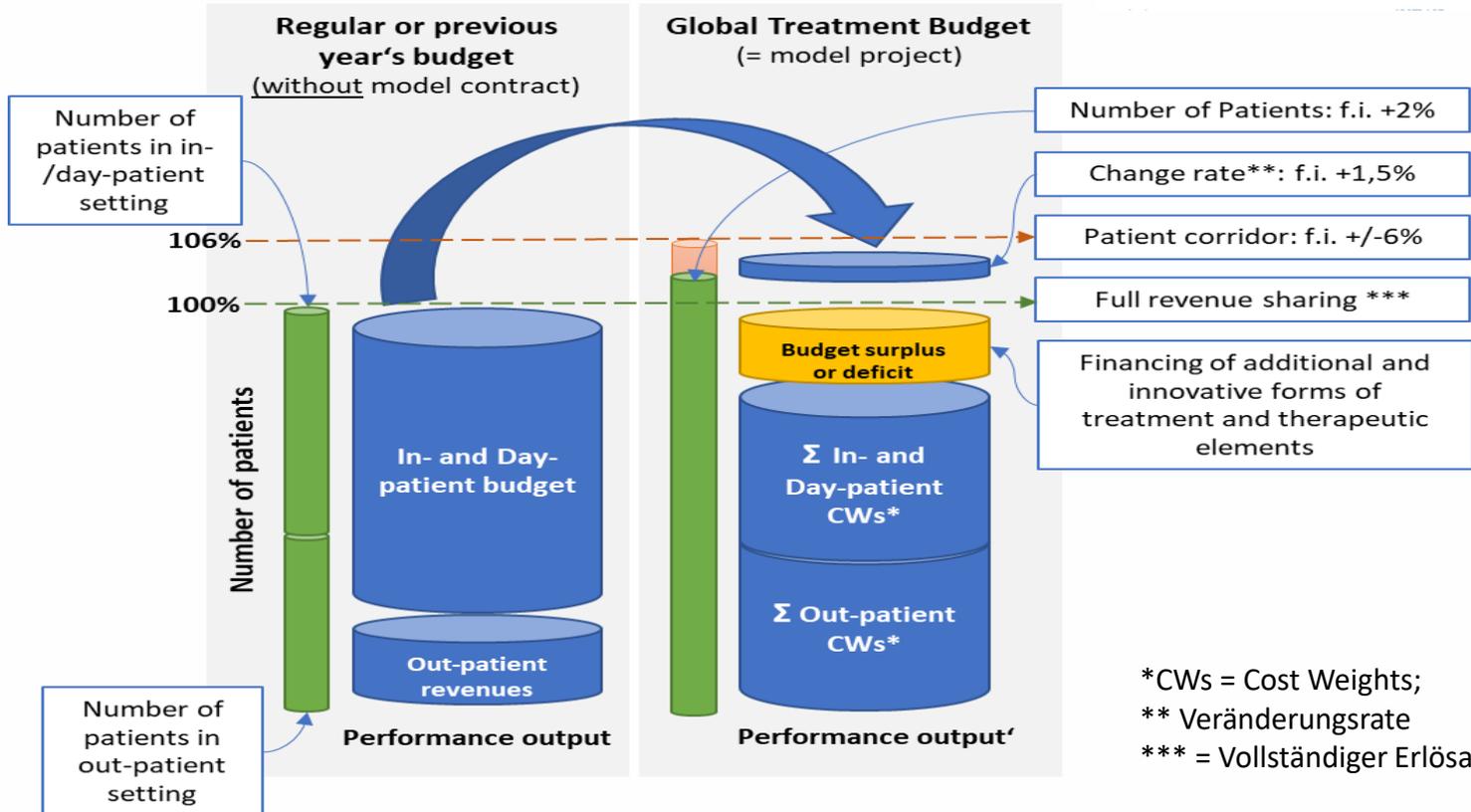
Absatz 2)

Die Modellvorhaben nach Absatz 1 sind im Regelfall auf längstens ~~acht~~ **fünfzehn** Jahre zu befristen. Unter Vorlage des Berichts nach § 65 können die Krankenkassen und die Vertragsparteien bei den zuständigen Aufsichtsbehörden eine Verlängerung beantragen.

Absatz 3)

Dem DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner sind [...] auch Informationen zur vereinbarten Art und Anzahl der Patientinnen, [...] Leistungsinhalten und den der verhandelten Vergütungen zugrunde gelegten Kosten sowie zu strukturellen Merkmalen [...] mitzuteilen".

Berechnungsart



Block contracts ↔ Globales Treatment Budget ↔ Capitation Payment

- Erbringung einer bestimmten Dienstleistung, zum Beispiel, [...] die Akutversorgung in einem bestimmten geografischen Gebiet
- „Vergütung unabhängig von der tatsächlichen Anzahl der behandelten Patienten oder dem Umfang der Aktivitäten“...
- „Basiert auf historischen Ausgaben für eine bestimmte Leistung“
- „ein Zahlungssystem, bei dem pauschale Zahlungen an die Leistungserbringer auf der Grundlage der Anzahl der Patienten in einer Zielpopulation geleistet werden“
- „Entscheidend ist, dass die Kopfpauschale nicht daran gekoppelt ist, wie viel geleistet wird“
- “Bildung des Budgets "top-down" statt "bottom-up“”

Estes CL, Wood JB. A Preliminary Assessment of the Impact of Block Grants on Community Mental Health Centers. Psychiatr Serv 1984; 35: 1125–1129

Bloom JR, Wang H, Kang SH, Wallace NT, Hyun JK, Hu T. Capitation of Public Mental Health Services in Colorado: A Five-Year Follow-Up of System-Level Effects. Psychiatr Serv 2011; 62: 179–185



2. Effekte

Studie	Laufzeit	Design	Wesentliche Ergebnisse
Evaluation RPB Kreis Steinburg, Studie 1	2003-2006	Prospektive, kontrollierte Kohortenstudie	Reduktion stationärer Kosten UR > KR, Intensivierung ambulanter und teilstationärer Versorgung in der UR, Besserung Funktionsniveau der Patienten UR > KR
Evaluation RPB Kreis Steinburg, Studie 2	2003-2008	Prospektive, kontrollierte Kohortenstudie	UR = KR Gesamtkosten der psychiatrischen Versorgung, UR = KR in Bezug auf Psychopathologie, Lebensqualität, ↑ Funktionsniveau der Patienten UR > KR, Verschiebung der Kosten in den teilstationären/ ambulanten Bereich hielt sich auch über 3,5 Jahre
Evaluation RPB Kreis Steinburg, Studie 3	2002-2007	Retrospektive Analyse Routinedaten	↓ vollstationäre Behandlungsplätze, ↓ stationärer Verweildauer pro Patient und Jahr um 25 % ab, ↑ teilstationäre und ambulante Behandlungsangebote, ↑ neue Behandlungskonzepte
Evaluation RPB Rendsburg-Eckernförde	2004-2008	Prospektive, kontrollierte Kohortenstudie	UR = KR Gesamtkosten der psychiatrischen Versorgung, ↑ Funktionsniveau und subj. Symptomlast UR > KR, Objektive Symptomlast KR > UR
Evaluation RPB Kreis Dithm., Studie 1	2008-2012	Retrospektive Analyse Routinedaten	↓ Krankheitsschwere Entlassung, ↓ stationäre Verweildauer ↓ Unterbringungen nach PsychKG, ↓ Suizidalität bei Aufnahme und Entlassung, ↑ Entlassung in eigene Wohnform, ↓ Überstunden bei MA, ↑ Fort- und Weiterbildung
Evaluation RPB/ 64b Kreis Dithm., Studie 2	2004-2013	Retrospektive Analyse Routine- und Sek.daten	↑ ↑ Fälle von 2003-2013, ↑ vollstationäre und ↑ ambulante und teilstationäre Fälle = vollstationäre Behandlungstage
Evaluation RPB/ 64b Kreis Dithm., Studie 3	2014	Qualitative Befragung	↓ Wartezeiten auf eine Behandlung und ↑ Erreichbarkeit, ↑ sektorübergreifende Kooperation und Absprachen
Evaluation 64b Hedwig Kliniken/ Berlin	2017-2019	Routinedatenanalyse; Prosp. Patientenbefragung	↓ Unterbringungen nach PsychKG; ↓ Dauer Unterbringungen nach PsychKG, ↓ Fixierungen
Evaluation 64b Marienhospital Hamm	2016-2018	Prospektive, kontrollierte Kohortenstudie	↑ Inanspruchnahme teilstationäre und stationäre Versorgung, ↑ Behandlungskontinuität, ↓ Team- und Stationswechsel

Evaluation 64b Hedwig Kliniken	2014-2021	Quasi-experimentelle Kohortenstudie (Propensity Score Matching)	↓ vollstationäre Aufnahmen, ↓ stationäre Verweildauer ↓ Hospitalisierung
Multicenter Evaluation EvaMod64b (64b)	2016-2017	Qualitative und standardisierte Befragung	Spezifische Merkmale der MV, Implementierungsgrad, Pat.erfahrung ↑ mit ↑ Implementierung, Ausbildung + Krankheitsdauer, MV wird positiv erlebt (Bewertung ↑ mit ↑ Implementierung und ↑ Erfahrung); MV kann zu Mehrbelastung von Ang. führen, Ang schätzen feste Ansprechpartner und Flexibilität; MV wird bei verschiedenen Berufsgruppen unterschiedlich erlebt, Schulungen erhöhen Chance auf positive Bewertung
EvaMod (64b)	2015-2025	Metaanalytische Kohortenstudie, patientenindividuelles Matching	↓ stationäre Behandlungstage, ↓ AU-Tagen bei Kliniken, die vorher schon RPB hatten, ↓ vollstationäre Tage und ↑ teilstationäre Tage im ersten Jahr
PsychCare (64b)	2017-2021	Multi-zentrische, prospektive, kontrollierte Beobachtungsstudie	Abschließende Ergebnisse gegen Ende der Laufzeit zu erwarten

- Es gibt (viele!) Daten!
- Vielfalt an Ansätzen/ Komplementarität der Aussagen
- Heterogenität an Modellen und Effekten

Überblick Effekte

Strukturen

↓ Liegedauer und Behandlungstage/ ↑ amb. + ts. Fälle
↑ Freie Steuerung Leistungsangebote/ Patientenzentrierung

Kosten

Keine/ kaum Ersparnis, aber
Kostenverlagerung

Konzepte

↑ Kontinuität, Flexibilität und Ambulantisierung
↑ Niederschwellige Angebote/ Regionalisierung/ Public Mental Health Angebote

Patient*innen

↑ Funktionsniveau, Zufriedenheit
↓ Symptomlast, Krankheitsschwere, Suizidalität, Unterbringungen



3. Implementierung



Changes in German Mental Health Care by Implementing a Global Treatment Budget—A Mixed-Method Process Evaluation Study

Julian Schwarz^{1†}, Laura Galbusen¹, Andreas Bechtold^{2,3,4}, Thomas Birkner⁵, Anja Deister⁶, Annette Düve⁷, Philipp Heiser⁸, Kerit Hejes⁹, Sonja Indefrey^{1,10}, Jakob Johna^{1,10}, Burkhard Rehr^{1,10}, Sandeep Rout¹¹, Harald Scherk¹², Anja Schulz-Du Bois¹³, Bettina Wilms¹⁴, Dyk Zedick¹⁵, Manfred Ziepert^{1,10,12}, Martin Heinz¹ and Sebastian von Peter¹

Prototyp:	I	II
Dichte Population	niedrig	hoch
Budgetanteil (%)	100	< 33
Vorerfahrungen (bspw. mit RPB)	+	

64b-spezifische Merkmale

I: Ambulantisierung	+++	+
II: Flexibilität	++	+
III: Kontinuität	+++	+
VI: Zuhausebehandlung	++	+++

Zentrum für Psychosoziale Medizin/ Itzehoe

- Kreis Steinburg, ländliche Region, Versorgungsregion: 135.000 Bewohner*inneR
- RPB seit 2003 als erste Pilotregion in Deutschland
- Modellprojekt nach §64b seit 2013
- Beteiligung Krankenkassen: 100%
 - ↓ Betten 120 → 60, ↑ teilstationärer Behandlungsplätze 12 → 48, ↓ VWD 21 → 12
 - Neubau Krankenhausgebäude zur Materialisierung der settingübergreifenden Versorgung
 - Trennung von Wohn-, Therapie-, Begegnungsbereich
 - Fast jede*r Mitarbeiter*in arbeitet in fast jedem Setting
 - Zuhausebehandlung wird durch (teil)stationäre Teams erbracht (eher ACT Modell)

Vivantes Krankenhaus am Urban/ Berlin Kreuzberg

- Metropole/ Innenstadtbereich, Versorgungsbereich: 289.762 Bewohner*innen
- Modellprojekt nach §64b seit 2016
- Abschluss mit nur einer Kasse: ca. 10% aller Patient*innen
 - Keine Bettenreduktion oder strukturellen Veränderungen
 - settingübergreifendes, kontinuierliches Flexi Team mit Schwerpunkt Zuhausebehandlung
 - Zuhausebehandlung durch Flexi Team (eher CRT/ HT Modell)
 - Herausforderungen:
 - Für 90% nicht zugänglich
 - zwei Parallelsysteme mit Reibungsverlusten
 - System instabil/ Steuerung komplex/ Veränderungsmanagement

- **Modellversorgung nach §64b**
 - Sowohl für Akut- als auch Langzeitbehandlung geeignet
 - Theoretisch für alle Patient*innen zugänglich
 - Sektorübergreifendes Arbeiten dadurch nur in Einzelfällen gestärkt
- **Integrierte Versorgung nach §140a**
 - Unterschiedlich Modelle seit 1990er
 - Umsetzung v.a. in Gemeindepsychiatrie
 - Häufig Verträge mit einzelnen Kassen
- **Stationsäquivalente Behandlung §115d**
 - Seit 2017/ Regelversorgung
 - Nur Akutbehandlung
 - Nur Krankenhausbasiert (plus Delegation)

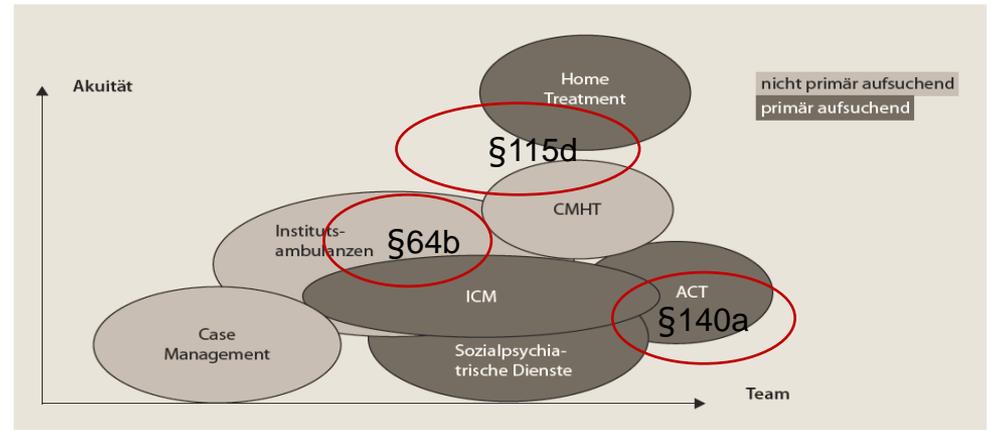


Abb. 3.2 Darstellung ambulanter gemeindepsychiatrischer Ansätze. (Mod. nach Becker et al. 2008 [103])

Der Fall Schleswig Holstein

Analyse von Implementierungsmerkmalen psychiatrischer Modellvorhaben (nach §64b SGB V) in Schleswig-Holstein im Vergleich zum Bundesgebiet

Implementation of New Flexible and Integrative Psychiatric Care Models (According to §64b SGB V) in Rural Northern Germany in Comparison to Federal Territory

Autoren

Sebastian von Peter¹, Julian Schwarz^{2,1}, Andreas Bechdolf^{2,3}, Thomas Birker⁴, Arno Delster⁴, Yuriy Ignatyev¹, Anna Schulz-Du Bois⁴, Martin Heinze¹, Jürgen Timm⁵

Vorläuferprojekte (RPB, IV)

Flächenland

Einzelpersonen

Gesamtbudget



- ↑ ambulante und Zuhausebehandlung
- ↑ Bewertung durch Nutzende
- ↑ Implementierungsgrad

Koalitionen

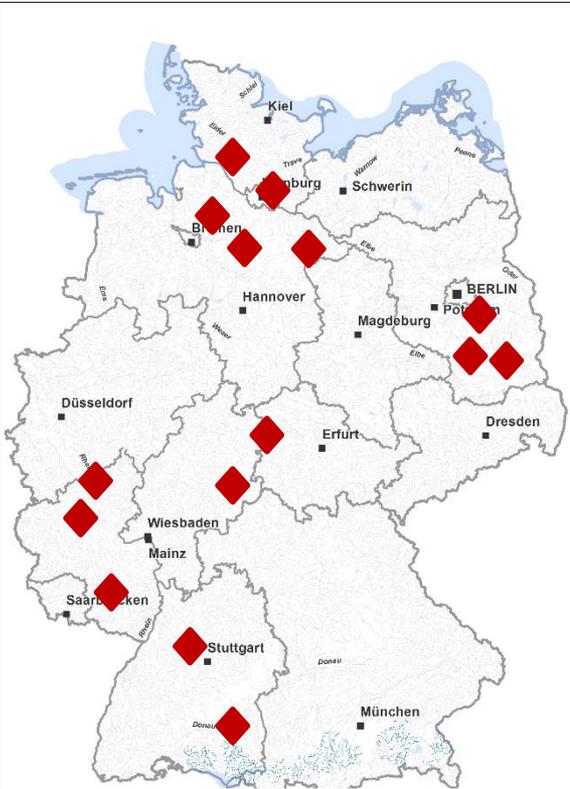
Politischer Wille

Evaluation

Fazit 1 - Diffusionshindernisse

Nach 8 (18) Jahren Umsetzung nur in 5% aller Versorgungsregionen (Berghöfer et al 2020)...

- Mangelnde Erprobbarkeit/ fehlende Reversibilität (bauliche Strukturen, Arbeitsmodelle und Behandlungspfade!)
- Schlechte Kompatibilität mit gleichzeitiger Regelversorgung
- Kontrahierung nur bei vollständigen Konsens Akteursgruppen
- Nachverhandlungen Budget bei Veränderung Morbiditätslast
- Komplexität in der Steuerung/ Kontrolle und Transparenz
- Ressourcenaufwändige Umstrukturierungen



Berghöfer A, Afraz FC, Dreher C. Diffusionshindernisse bei der Einführung des Gesamtbudgets in der Psychiatrie als innovativen Ansatz für kommunale psychiatrische Versorgung. In: Pfannstiel MA, Kassel K, Rasche C (Hrsg.). Innovationen und Innovationsmanagement im Gesundheitswesen: Technologien, Produkte und Dienstleistungen voranbringen. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 2020: 291–320 Im Internet: https://doi.org/10.1007/978-3-658-28643-9_17

Fazit 2 - Anreize

Vielen Dank!

...trotz eindeutiger Anreize:

- Planungssicherheit für Leistungserbringer und Kostenträger
- Geringe(re)s ökonomisches Risiko
- Reduktion des Misstrauensaufwands
- Steuerung durch Versorgungsqualität (anstatt Bett)
- Freie Gestaltung in der Leistungserbringung
- Guter Effekte auf Strukturen, Konzepte, Patient*innen