

# Basisindikatoren, Fragestellungen

Dr. Dr. (Kaz) Yuriy Ignatyev

Krankenhaus und Poliklinik Rüdersdorf GmbH

Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

# Allgemeines

## Grundlagen:

- Hospitationen in Modellprojekten – sind regelhaft bedeutsam
- Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung (Weinmann & Becker 2009)
- Regionale Verantwortung übernehmen (A.Deister, B.Wilms)
- Routinedaten in der Psychiatrie (Gaebel, Spiessl, Becker 2009)
- Literaturrecherche

## Funktion:

- beschreiben das Charakteristische der Modellversorgung nach § 64b-SGB V
- Beitrag zur Qualitätsentwicklung der modellhaften Versorgung (Richtwerte)
- Relevanz für die politische Diskussion 2018
- Grundlage für die Fragebogenuntersuchung und die qualitativen Methoden
- ermöglichen Kontextualisierung und Vergleichbarkeit der Ergebnisse

# Was ist ein Basisindikator?

- Ideengeber für Forschungsfragen
- Beschreibungskriterien für die Modellversorgung (Ausprägungsgrade)
- Wesentliche unabhängige Variable für Ergebnisse

# Indikator I – Ambulantisierung

**Hypothese:** Die modellhafte Versorgung führt zu einer graduellen Verlagerung der vollstationären Behandlung(splätze) in den (akut-) teilstationären und/oder vollständig ambulanten Bereich ([Heissler, 2012](#))

## Operationalisierung:

- Bettenmessziffer, TK-Plätze, Anzahl ambulanter Behandlungsfälle zu Stichtag.
- Veränderungen der Bettenmessziffer, TK-Plätze, Behandlungsfälle (Zeitraum)
- Verschiebung des Personals/ Einsatzplanung Personal an Hand der Dienstpläne/ (monatliche Stunden, die ambulant/ stationär behandelt werden)
- Verschiebung vollstationärer zu teilstationären Behandlungstagen

•

# Indikator II – Flexibilität im Settingwechsel (I)

**Hypothese:** Durch die modellhafte Versorgung lässt sich das therapeutische Setting (ambulant, teilstationär und vollstationär) unproblematischer (i. S. von zeitnah, bürokratiearm und mit wenig Informationsverlust verbunden) wechseln.

## **Operationalisierung:**

- 1) Werden Patienten in denselben räumlichen Einheiten behandelt (Stationen, Behandlungszentren, Ebene etc)?
  - V/TS Patienten werden in denselben räumlichen Einheiten behandelt
  - V/TS/A Patienten werden in denselben räumlichen Einheiten behandelt
- 2) Arbeiten Mitarbeiter in denselben räumlichen Einheiten?
  - V/TS Mitarbeiter arbeiten in denselben räumlichen Einheiten
  - V/TS/ A Mitarbeiter arbeiten in denselben räumlichen Einheiten

# Indikator II – Flexibilität im Settingwechsel (II)

## Operationalisierung (Fortsetzung):

- 3) Gibt es Sitzungen, an denen voll-, teil- und ambulant arbeitende Mitarbeiter teilnehmen (Besprechungen, Übergaben etc)?
- eine settingübergreifende Sitzung innerhalb eines Teams pro Woche
  - zwei settingübergreifende Sitzungen innerhalb eines Teams pro Woche
  - mehr als zwei settingübergreifende Sitzungen innerhalb Team pro Woche
- 4) Gibt es eine systematische Steuerung/ Planung der settingübergreifenden Behandlung?
- werden Dienste/ Schichten settingübergreifend geplant (Dienstplan)?
    - über voll- und teilstationäre Behandlung hinweg
    - über voll-, teilstationäre und ambulante Behandlung hinweg
  - gibt es settingübergreifende Therapie oder Wochenpläne?
    - über voll- und teilstationäre Behandlung hinweg
    - über voll-, teilstationäre und ambulante Behandlung hinweg

# Indikator III – Behandlungskontinuität

**Hypothese:** In der modellhaften Versorgung kommt es zu mehr Behandlungskontinuität ([Foster, 1999](#); [Greenberg, Rosenheck, & Seibyl, 2002](#)).

## **Operationalisierung:**

- 1) Gibt es Personal, das in mehr als in nur einem Behandlungssetting arbeitet?
  - Prozentsatz des Personals, dass regelhaft in zwei Settings arbeitet
  - Prozentsatz des Personals, dass regelhaft in allen drei Settings arbeitet
- 2) Gibt es eine aufnahmekoordinierende Funktion/ Person, die bei Aufnahme die Behandlungskontinuität sicherstellt?
- 3) Gibt es eine behandlungskoordinierende Funktion/ Person, die Patienten über die Settings hinweg begleitet?
- 4) Wird die Zu-Hause-Behandlung von den voll- und teilstationär arbeitenden Teams erbracht?

# Indikator IV – BG-übergreifende Zusammenarbeit

**Hypothese:** Die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit wird durch die modellhafte Versorgung gestärkt.

## **Operationalisierung:**

- 1) Gibt es regelhaft berufsgruppenübergreifender Sitzungen?
  - eine Sitzung in einem Team pro Tag an mindestens drei Tagen in der Woche
  - zwei Sitzungen in einem Team pro Tag an mindestens drei Tagen in der Woche
  - mehr als zwei Sitzungen pro Tag an mindestens drei Tagen in der Woche
- 2) Gibt es spezielle Maßnahmen zur Optimierung der Zusammenarbeit?
  - regelhaft (mindestens 1x/ Jahr) berufsgruppenübergreifende Teamtage
- 3) Die stationersetzende Zu Hause Behandlung wird regelhaft durch
  - zwei Berufsgruppen erbracht
  - mehr als zwei Berufsgruppen erbracht
- 4) Wurden Schulungen zum Thema berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit durchgeführt?



# Indikator V – settingübergreifende Gruppenangebote

**Hypothese:** Die modellhafte Versorgung führt zu einem größeren Angebot an settingübergreifenden (ambulant, teilstationär und vollstationär) therapeutischen Gruppen

## **Operationalisierung:**

- 1) Gibt es Gruppenformate, die von voll- und teilstationären Patienten besucht werden?
  - ein Gruppenformat, das von voll- und teilstationären Patienten besucht wird
  - zwei Gruppenformate, die von voll- und teilstationären Patienten besucht werden
  - mehr als zwei Gruppenformate,
- 2) Gibt es Gruppenformate, die von voll-, teilstationären und ambulanten Patienten besucht werden?
  - ein Gruppenformat, das von VS, T und A Patienten besucht wird
  - zwei Gruppenformate, die von VS, T und A Patienten besucht wird
  - drei Gruppenformate, die von VS, T und A Patienten besucht wird

# Indikator VI – Zu Hause Behandlung

**Hypothese:** Die modellhafte Versorgung zielt auf mehr zu Hause Behandlung von Patienten und Patientinnen ab ([Bechdorf, Skutta, & Horn, 2011](#); [Widmann et al., 2016](#)).

## **Operationalisierung:**

- 1) Anzahl der Patienten, die eine berufsgruppenübergreifende Zu Hause Behandlung über eine Woche und länger erhalten im Verhältnis zu allen Patienten, die vollstationär behandelt werden innerhalb von [Zeitraum]
- 2) Verfügt die Einrichtung über eigene Fahrzeuge für die Zu Hause Behandlung?

# Indikator VII – syst. Einbezug von Bezugspersonen

**Hypothese:** Die modellhafte Versorgung möchte die Angehörigen und anderen Bezugspersonen der Patienten und Patientinnen mehr in die Behandlung einbeziehen ([Pharoah, Mari, Rathbone, & Wong, 2010](#)).

## Operationalisierung:

- 1) Anzahl der Patienten, die eine der folgenden Interventionen erhalten haben im Verhältnis zu all denjenigen Patienten, die Bezugspersonen haben innerhalb von [Zeitraumen]
  - Netzwerk- oder andere Formen systemischer Familiengespräche
  - Helferkonferenzen
  - Teilnahme an Angehörigengruppe
- 2) Können die bestehenden Gruppenangebote regelhaft auch von den Bezugspersonen der Patienten besucht werden?
  - Einzelne Gruppenangebote
  - Alle Gruppenangebote
- 3) Wie umfassend ist das Personal systemisch vor Beginn oder begleitend zur Einführung des Modellprojektes geschult worden (Open Dialogue und andere Schulungen)?

# Indikator VIII – Erreichbarkeit von Leistungen

**Hypothese:** Die Modellprojekte halten Leistungen vor, die niedrighschwellig und gut erreichbar sind.

## **Operationalisierung:**

- 1) Sind alle Leistungen des Modellprojektes innerhalb von maximal 1 Stunde Fahrtzeit erreichbar?
- 2) Gibt es eine 24 Stunden Erreichbarkeit
  - ist das Behandlungs-, bzw. Krisenteam über 24 Stunden hinweg direkt telefonisch erreichbar?
  - ist das Behandlungs-, bzw. Krisenteam innerhalb von 24 Stunden ganz oder auch nur teilweise mittelbar (bspw. durch Dienstarzt/ Hintergrund etc) telefonisch erreichbar?
- 3) Wird mit Wartelisten gearbeitet?

# Indikator IX – Freie Steuerung therap. Maßnahmen

**Hypothese:** In der modellhaften Versorgung können therapeutische Entscheidungen eher nach inhaltlichen Kriterien, also freier von administrativen Zwängen, gefällt werden.

## **Operationalisierung:**

- 1) Beurlaubungen von zwei oder mehr Nächten in Folge pro Kalenderwoche im Verhältnis zu allen Beurlaubungen innerhalb von [Zeitraumen]
- 2) Absolute Anzahl von Beurlaubungen pro Patient pro Kalenderwoche innerhalb von [ZR]
  - von drei Tagen pro Kalenderwoche
  - von vier Tagen pro Kalenderwoche
  - von fünf Tagen pro Kalenderwoche
- 3) Wird eine nachtklinische Behandlung umgesetzt?
- 4) Gibt es vertragsimmanente Regeln, die in Bezug auf die Behandlungsform und -dauer der Patienten eingehalten werden müssen?

# Indikator X – Erweiterung der profess. Expertise

**Hypothese:** Die modellhafte Versorgung führt zu einer zunehmenden Expertisierung oder auch Professionalisierung der Mitarbeiter; diese arbeiten dadurch in den Modellprojekten selbstständiger als in der Regelversorgung.

**Operationalisierung:**

Auf eine Operationalisierung wurde verzichtet

# Indikator XI – Sektorübergreifende Kooperation

**Hypothese:** Die Modellprojekte verbessern systematisch die kooperativen Anstrengungen über den Krankenhausbereich hinweg.

## **Operationalisierung:**

- 1) Gibt es eine gemeinsame Behandlungsführung mit niedergelassenen Psychiatern und/ oder Psychotherapeuten?
- 2) Gibt es eine gemeinsame Behandlungsführung mit anderen Akteuren aus dem SGB V Bereich?
- 3) Gibt es einen gemeindepsychiatrischen Verbund?
- 4) Gibt es eine gemeinsame Behandlungsplanung (bspw. IBRP) mit Akteuren des SGB XII Bereichs?

- **Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**