**Zuarbeit für den Bericht an den Bundestag**

**entsprechend § 17 d KHG**

**Entwicklungen und aktueller Kenntnisstand aus den Erfahrungen mit Modellprojekten nach § 64b SGB V**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Netzwerk Steuerungs- und Anreizsysteme**

**für eine moderne psychiatrische Versorgung**

**A) Hintergrund und Ziele des Berichtes**

Seit 2013 sind in Deutschland die Möglichkeiten für innovative sektorübergreifende Behandlungsformen gem. §64b SGB V erweitert worden. Durch die Einführung eines klinikbezogenen Gesamtbudgets über alle Behandlungsarten sollen diese Modellvorhaben eine im Vergleich mit der Regelversorgung flexiblere, bedarfs-, bzw. bedürfnisgerechtere Versorgung von psychisch Erkrankten und deren Angehörigen ermöglichen. Dem Krankenhaus steht die Wahl der Behandlungsform – stationär, teilstationär, stationsäquivalent sowie ambulant im Rahmen einer Psychiatrischen Institutsambulanz– frei zu. Die Budgetfindung orientiert sich an der Zahl der behandelten Menschen pro Jahr.

Entsprechend der Rahmenbedingungen des § 64b SGB V wurde von den Krankenkassenverbänden 2015 europaweit eine Begleitforschung ausgeschrieben, die hauptsächlich auf der Analyse von bei den Krankenkassen vorliegenden Routinedaten basiert. Jenseits dessen gibt es eine Reihe von weiteren Forschungsvorhaben, die ebenfalls darauf zielen, die Modellversorgung nach §64b SGB V umfassend zu evaluieren. Grundlegend für diese Evaluationsprojekte ist die Frage, inwieweit die Erfahrungen mit der Modellversorgung sich bewähren, wie sich die Behandlungsergebnisse entwickeln und ob die Modellversorgung in die Bedingungen der Regelversorgung überführt werden sollten. Im Juni 2019 wird sich der Bundestag mit dieser Frage befassen. Um diesbezügliche Entscheidungen zu erleichtern, werden nachfolgend die wesentlichen Studien zum Thema zusammengefasst. Einige dieser Studien sind bereits abgeschlossen, andere haben eine Laufzeit über den Juni 2019 hinaus.

Mehrere Modellvorhaben nach §64b SGB V bauen auf Vorläuferverträgen auf, insbesondere auf Vereinbarungen nach §26 Bundespflegesatzverordnung zum Regionalen Psychiatrie Budget (= RPB), die Anfang 2000er Jahre zwischen den Krankenkassen und einigen stationären Leistungserbringern getroffen wurden. Daraus resultierte eine komplette Budgetverantwortung seitens dieser Leistungserbringer für die zu versorgende Region. Vereinbarungen nach §26 BPflV wurden v.a. in Schleswig-Holstein getroffen, und zwar für die Regionen Rendsburg-Eckernförde, Steinburg und den Kreis Dithmarschen. 2013 sind alle diese Verträge in die Rahmenbedingungen des §64b SGB V überführt worden, wobei es inhaltlich, also in Bezug auf die konkreten Umstrukturierungsprozesse deutliche Kontinuitäten zwischen beiden Vertragsmodellen gab. Aus diesen Gründen sind nachfolgend auch die Studien aufgeführt, die die Auswirkungen des RPB erfassen.

Sowohl bei den Verträgen des RPB nach §26 BPflV, als auch bei der Modellversorgung nach §64b SGB V stellt die Finanzierung über ein Budget die zentrale unabhängige Variable dar. Das Budget kann eine mehr oder weniger ausgeprägte Kontinuität und gleichzeitig Flexibilisierung der Krankenhausbehandlung ermöglichen, je nachdem, ob es ich um ein Teil- oder ein Gesamtbudget handelt. Unter diesen Bedingungen bildete sich eine Diversität von Interventionen heraus, die zu den unterschiedlichen Modellprojekten innerhalb spezifischer Versorgungsgebieten führten. Die Erforschung dieser einzelnen Interventionen und Versorgungsangebote bildet eine zusätzliche Ebene, wobei der Kontext (Strukturmerkmale der Region etc.), für den sie entwickelt wurden und wirken, in besonderem Maße bedacht werden sollte.

Die nachfolgend vorgestellten Studien sind sehr heterogen in ihren Zielkriterien, Datenquellen, methodischen Zugängen und Laufzeiten. Sie nähern sich auf jeweils eigene Weise dem Forschungsgegenstand und der zentralen Forschungsfrage – welche Veränderungen ergeben sich für den Versorgungsalltag durch die Umstellung eines Finanzierungsmodells durch tagesgleiche Pflegesätze hin zu einer Finanzierung über ein Budget – und haben jeweils eigene methodologische Vor- und Nachteile. Durch ihre unterschiedlichen Zugänge bildet jede Studie nur einen bestimmten Ausschnitt der Wirklichkeit ab. Erst in ihrem Zusammenspiel entsteht ein plastisches Bild von den vielfältigen Effekten und Umstrukturierungen, die durch die Umstellung in eine budgetierten Abrechnungsform erreicht werden können.

**B) Studien im Einzelnen**

**1) Studien zum Thema Regionalbudget**

**1.1) Evaluation Kreis Steinburg**

**Studie I**

*Hintergrund:* Das erste Projekt, in dem ein Budget-basiertes Finanzierungsmodell (Kapitationsprinzip) in Deutschland diagnoseübergreifend eingesetzt wurde, war das Regionale Psychiatriebudget (RPB), das seit dem Jahr 2003 an der Psychiatrischen Klinik Itzehoe erprobt wurde.

*Umsetzung und Laufzeit:* Universität Leipzig; Erhebungszeitraum: 2003 (vor Einführung RPB) bis 2006.

*Ziele und Hypothesen:*Analyse der multivarianten Auswirkungen eines RPB auf die Versorgungsqualität.

*Design und Methoden:*In einer prospektiven Kohortenstudie wurden 258 Patienten der Untersuchungsregion (UR) und 244 Patienten einer Kontrollregion mit psychiatrischer Standardversorgung (KR) mit einer Diagnose nach ICD-10 F10, F2X oder F3X befragt. Als Kontrollregion wurde der Kreis Dithmarschen ausgewählt, der mit dem Kreis Steinburg vergleichbar ist. Baseline 2003, Follow−up− Befragung begann 1,5 Jahre nach der RPB− Einführung 2005. Instrumente: Kosten Inanspruchnahme (CSSRI), Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ−5D), Psychosoziales Funktionsniveau (GAF), Krankheitsschwere (CGI−S), Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Bech−Rafaelsen−Skalen für Manie und Melancholie (BRMAS, BRMES), Symptom−Checkliste 90−R (SCL−90−R).

*Zentrale Ergebnisse:* Die stationären Kosten sanken in der UR stärker, die institutsambulante und teilstationäre Versorgung wurde in der UR intensiviert und das Funktionsniveau der Patienten besserte sich in der UR stärker als in der KR. Die direkten Gesamtkosten gehen in der UR tendenziell wieder stärker zurück als in der KR, aber der Effekt ist nur bei Patienten mit Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises signifikant.

*Schlussfolgerungen:* Mit dem RPB können die Kosten stationärer Versorgung reduziert werden, ohne dass es zu Einschränkungen in der Versorgungsqualität kommt. Erste Anhaltspunkte sprechen sogar dafür, dass sich das RPB, insbesondere bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, positiv auf die Versorgungseffektivität auswirkt.

*Publikationen:*

* Roick C, Heinrich S, Deister A, Zeichner D, Birker T, Schomerus G, Angermeyer , MC, König HH (2008) Das Regionale Psychiatriebudget: Kosten und Effekte eines neuen sektorenübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung. Psych Prax 35, 279-285

**Studie 2**

*Hintergrund:* Die Auswirkungen des RPB auf die Versorgungsqualität wurden auch längerfristig über 3,5 Jahren RPB-Laufzeit untersucht. Dabei wurden zusätzlich zu den in der Zwischenauswertung (s.o. – Studie 1) bereits berichteten Ergebnisparametern weitere Maße der Lebensqualität und des Funktionsniveaus analysiert.

*Umsetzung und Laufzeit:* Universitätsklinikum Leipzig; Erhebungszeitraum: 2003- 2008.

502 Patienten mit einer Diagnose nach ICD-10 F10, F2X oder F3X wurden in der Untersuchungsregion (UR) und einer Kontrollregion (KR) über 3,5 Jahre zu Psychopathologie, Funktionsniveau, Lebensqualität und Leistungsinanspruchnahme befragt.

*Ziele und Hypothesen:* Analyse der langfristigen Auswirkungen eines regionalen Psychiatriebudgets (RPB).

*Design und Methoden:* 502 Patienten mit einer Diagnose nach ICD-10 F10, F2X oder F3X wurden in der Untersuchungsregion (UR) und einer Kontrollregion (KR) über 3,5 Jahre zu Psychopathologie, Funktionsniveau, Lebensqualität und Leistungsinanspruchnahme befragt. Baseline-Befragung 2003; zweites Follow-up ca. 3,5 Jahre nach der RPB-Einführung. Drop-out-Rate bis zum zweiten Follow-up von 42%. Instrumente: Kosten Inanspruchnahme (CSSRI), Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ−5D), Psychosoziales Funktionsniveau (GAF), Krankheitsschwere (CGI−S), Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Bech−Rafaelsen−Skalen für Manie und Melancholie (BRMAS, BRMES), Symptom−Checkliste 90−R (SCL−90−R), Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS), gesundheitsbezogener Lebensqualität (WHOQOL-BREF)

*Zentrale Ergebnisse:* UR und KR unterschieden sich nicht im Verlauf von Psychopathologie, Lebensqualität und Gesamtkosten der psychiatrischen Versorgung, aber das Funktionsniveau der Patienten besserte sich in der UR stärker. Sowohl das allgemeine als auch das soziale und berufliche Funktionsniveau der Patienten entwickelte sich unter RPB-Bedingungen günstiger als unter den Standardversorgungsbedingungen in der KR. Hinsichtlich der ökonomischen Effekte des RPBs wurde gezeigt, dass die patientenbezogenen Kosten stationär-psychiatrischer Versorgung nach 1,5 Jahren RPB-Laufzeit in der UR signifikant stärker zurückgegangen waren als in der KR. Nach diesen 1,5 Jahren in der UR kam es jedoch zu einem leichten Kostenanstieg, sodass nach 3,5 Jahren RPB-Laufzeit in der Gesamtstichprobe nur noch tendenzielle Kostenvorteile für das RPB zu beobachten waren. Der nach 1,5 Jahren beschriebene Trend der Reduktion stationär-psychiatrischer Kosten sowie des Anstiegs von teilstationären und ambulanten Kosten in der UR hielt sich auch nach 3,5 Jahren.

*Schlussfolgerungen:* Das RPB erlaubt psychiatrischen Kliniken Versorgungsangebote mit höherer Flexibilität und personeller Kontinuität zu unterbreiten, was sich in leichten Vorteilen hinsichtlich der Besserung des Funktionsniveaus der Patienten niederschlägt. Im Hinblick auf die Kosten kommt es durch diesen Ansatz zu Verschiebungen zwischen den verschiedenen Behandlungssettings. Durch das RPB werden zwar die Gesamtkosten psychiatrischer Versorgung nicht reduziert, aber das Budget bietet den Leistungsanbietern und Kostenträgern Planungssicherheit.

*Publikationen:*

* König HH, Heinrich S, Heider D, Deister A, Zeichner D, Birker T, Hierholzer C, Angermeyer MC, Roick C (2010). Das Regionale Psychiatriebudget (RPB): Ein Modell für das neue pauschalierende Entgeltsystem psychiatrischer Krankenhausleistungen? Psychiatr. Prax 37, 34-42
* Roick C, Heinrich S, Deister A, Zeichner D, Birker et al. (2008). Das Regionale Psychiatriebudget: Kosten und Effekte eines neuen sektorenübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung. Psych Prax 35, 279-285;

**Studie 3**

*Hintergrund:*s.o.

*Umsetzung und Laufzeit:* Klinikum Itzehoe. Erhebungszeitraum: 2002 – 2007.

*Ziele und Hypothesen:* Darstellung der strukturellen und organisatorischen Veränderungen, die durch die Einführung des RPB von 2003 bis 2007 aufgetreten sind.

*Design und Methoden:* Die vorgestellten Daten basieren auf dem klinischen Dokumentationssystem des Klinikums Itzehoe. Seit Ende der 90er-Jahre wurden fortlaufend patienten- und strukturbezogene Daten (Diagnose, Behandlungsart, Aufenthaltsdauer im stationären und tagesklinischen Bereich, ambulante Therapiekontakte, Behandlungssetting bzw. Behandlungsstation, psychopathologische Befunde bei Aufnahme und Entlassung u.a.) erfasst. Als Diagnose wurden im Rahmen dieses Projektes die psychiatrischen Erstdiagnosen gemäß Kriterien ICD-10 verwendet. Die Datenerfassung erfolgte bezogen auf das Kalenderjahr für die Jahre zwischen 2002 und 2007. Die Daten für die Jahre 2003 bis 2007 wurden in Beziehung gesetzt zu den Daten aus dem Jahr 2002. Im Jahr 2002 wurden insgesamt 1349 Menschen im Klinikum Itzehoe behandelt.

*Zentrale Ergebnisse:* Innerhalb von 5 Jahren wurde in der Versorgungsregion die Zahl der vollstationären Behandlungsplätze deutlich reduziert. Die Verweildauer pro Patient und Jahr nahm um 25 % ab. Teilstationäre und ambulante Behandlungsangebote wurden deutlich ausgebaut und neue Behandlungskonzepte etabliert. Die Behandlungsqualität blieb gesichert.

*Schlussfolgerungen:* Ein Regionales Budget ist geeignet, grundlegende strukturelle und inhaltliche Veränderungen der psychiatrischen Versorgung zu bewirken. Es kommt zu einer deutlich verbesserten Flexibilität gegenüber den bisherigen Versorgungsstrukturen, Anreize zur Fehlsteuerung werden reduziert. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ wird gestärkt. Das Finanzierungssystem kann grundsätzlich auf andere Regionen übertragen werden.

*Publikationen:*

* Deister A, Zeichner D, Witt T, Forster HJ (2010). Veränderungen der psychiatrischen Versorgung durch ein Regionales Budget. Psychiatr Prax 37, 335-342
	1. **Evaluation Rendsburg-Eckernförde**

*Hintergrund:* Für Kliniken mit einer niedrigen Bettenmessziffer (Rendsburg-Eckernförder 0,40/ damaliger Bundesdurchschnitt 0,65) galt das RPB als wenig attraktiv, weil Anreize zur Ambulantisierung aus ökonomischer Sicht nicht vordergründig erschienen. Die Evaluation sollte daher insbesondere Aufschluss geben über die Auswirkungen eines Regionalen Budgets unter den Bedingungen einer niedrigen Bettenmessziffer.

*Umsetzung und Laufzeit:* Universität Leipzig; Erhebungszeitraum 2004 bis 2008.

*Ziele und Hypothesen:*Untersuchung der ökonomischen Auswirkungen und Effekte auf die Versorgungsqualität des RPB in der Region Rendsburg-Eckernförde.

*Design und Methoden:*Je 244 Patienten mit Diagnosen F10, F2X, F3X aus der Untersuchungsregion Rendsburg-Eckernförde (UR) und einer Kontrollregion (KR) wurden über 3,5 Jahre zu Psychopathologie, Funktionsniveau, Lebensqualität und Leistungsinanspruchnahme befragt. Die KR galt hinsichtlich ihrer ländlichen Struktur und der psychiatrischen Versorgungssituation als vergleichbar mit der UR Rendsburg-Eckernförde.

*Zentrale Ergebnisse:*Es ergab sich ein gemischtes Bild in Abhängigkeit der Diagnosegruppe.Während die subjektive Symptombelastung und das Funktionsniveau der Patienten in der UR signifikant positiver als in der KR verliefen, verhielt sich die objektive Symptombelastung geringfügig negativer. Der letzte Effekt war vor allem auf Patienten der Diagnosegruppe F10 zurückzuführen, während sich Patienten der Gruppen F2 und F3 unter dem RPB günstiger entwickelten. Bei ähnlichen Gesamtkosten der Versorgung war das Potenzial zur Verringerung stationärer Versorgung bei initial niedriger Bettenmessziffer gering.

*Schlussfolgerungen:*Während die Gesamtkosten psychiatrischer Versorgung mit dem RPB nicht reduziert wurden, profitierten insbesondere Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und affektiven Störungen von der settingübergreifenden, flexibleren Behandlung.

*Publikation:*

* Hans-Helmut König, Dirk Heider, Thomas Rechlin, Peter Hoffmann, Thomas Birker, Sven Heinrich, Christian Brettschneider, Cornelia Hierholzer, Steffi G. Riedel-Heller, Christiane Roick (2013): Wie wirkt das Regionale Psychiatriebudget (RPB) in einer Region mit initial niedriger Bettenmessziffer? Evaluation des RPB in Rendsburg-Eckernförde. Psychiatrische Praxis, 40, 430-438.

**1.3) Evaluation Landkreis Dithmarschen**

**Studie 1**

*Hintergrund:* Seit 2008 wurden auch im Westküstenklinikum Heide ein RPB eingeführt. Die Einführung der Modellvorhaben nach §64b SGB V erfolgte 2012, damit erfolgte dann auch eine Umstellung der gesetzlichen Grundlage für das regionale Budget im Landkreis Dithmarschen.

*Umsetzung und Laufzeit:* Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité. Vorher-nachher-Vergleichsstudie aller psychiatrischen Fälle der Jahre 2001–2007 vs. 2008–2012.

*Ziele und Hypothesen:* Es wurde untersucht, ob mit der Einführung des RPB eine Veränderung der Behandlungsergebnisse und/oder mitarbeiterbezogener Parameter verbunden war. Hypothesen:Ausgewählte Indikatoren zeigen, dass sich 1) das Behandlungsergebnis bei Patienten unter dem RPB nicht verschlechtert und 2) die Belastung des Personals durch Umstellung zu stationsäquivalenter Versorgung nicht zunimmt.

*Design und Methoden:* Routineleistungsdaten des Controllings und aggregierte anonymisierte Daten aus der psychiatrischen Basisdokumentation (BADO) aller psychiatrischen Fälle der Jahre 2001–2007 vs. 2008–2012; retrospektive Analyse ausgewählter psychiatrischer Qualitätsindikatoren wie Liegedauer, Anzahl Zwangseinweisungen, Fixierungsanzahl und -dauer, Häufigkeit von Suizidalität bei Aufnahme und Entlassung sowie globale Beurteilung der Krankheitsschwere bei Entlassung. Zur Beurteilung der Mitarbeiterbelastung wurden Krankenstand, Anzahl der Überstunden und Anzahl von Fortbildungen ausgewertet.

*Zentrale Ergebnisse:* Die untersuchten Indikatoren gaben keinen Hinweis auf ein schlechteres Behandlungsergebnis im RPB. Die Anzahl der Patientenfälle mit gebessertem Zustand bei Entlassung stieg von 82,9% auf 92,3%. Gleichzeitig konnte die durchschnittliche stationäre Verweildauer pro Patient in der Region von 20,6 auf 16,0 Tage reduziert werden (-22,3%). Zudem kam es zu einer signifikanten Reduktion sowohl der Zahl der Unterbringungen nach PsychKG als auch des Anteils der bei Aufnahme suizidalen Patienten sowie der als unverändert entlassenen Patienten. Es konnte eine signifikante Zunahme des Anteils der aus betreuter Wohnform in eine eigene Wohnung zurückverlagerten Patienten verzeichnet werden (80,4% auf 87,1%). Die mitarbeiterbezogenen Parameter gaben keine Hinweise auf eine Belastungszunahme bzw. Arbeitsverdichtung für das Pflegepersonal. Die Anzahl von Überstunden im Pflegedienst sank im Gegenteil unter dem RPB deutlich (700,12 Überstunden pro Jahr vor dem RPB; 449,40 Stunden unter dem RPB), gleichzeitig engagierten sich alle Mitarbeitenden erheblich in Fort- und Weiterbildungen (44 Mitarbeiter an 776 Tagen).

*Schlussfolgerungen:* Die untersuchten Indikatoren geben Hinweise darauf, dass mit der Einführung des RPB keine Verschlechterung der Behandlungsergebnisse psychisch kranker Patienten in der Versorgungsregion verbunden war. Ebenso gaben die mitarbeiterbezogenen Indikatoren keine Hinweise, dass die Veränderung der Versorgungsstruktur und Vergütung zu Lasten der Mitarbeitenden im RPB ging.

*Publikationen:*

* Berghöfer, A., Hubmann, S., Birker, T., Hejnal, T., & Fischer, F. (2016). Evaluation of Quality Indicators of Integrated Care in a Regional Psychiatry Budget – A Pre-Post Comparison by Secondary Data Analysis. International Journal of Integrated Care, 16(4). https://doi.org/10.5334/ijic.2479
* Hubmann, S. (2016). Evaluation des Regionalen Psychiatrie-Budgets im Landkreis Dithmarschen, Schleswig-Holstein (unveröffentlichte Dissertation). Charité-Universitätsmedizin, Berlin.

**Studie 2**

*Hintergrund:* s.o.

*Umsetzung und Laufzeit:* Lehrstuhl für ABWL und Gesundheitsmanagement, Universität Greifswald. Für die Jahre 2004 - 2013 wurden Daten in Form einer Vollerhebung ausgewertet.

*Ziele und Hypothesen:* Untersucht wurde, welchen Einfluss der Wechsel von einem Vergütungssystem mit Pflegesätzen zu einem Regionalbudget auf die Behandlung ausübt.

*Design und Methoden:* Für die Jahre 2004 - 2013 wurden die Belegungsdaten der psychiatrischen Abteilung der Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide in Form einer Vollerhebung ausgewertet. Die Analyse umfasst somit 4 Jahre (2004 - 2007), in denen die Bezahlung für die stationären Leistungen durch tagesgleiche Pflegesätze und für die PIA mittels Quartalspauschalen erfolgte, sowie 6 Jahre (2008 – 2013) unter der Vergütungssystematik des RPB. Dabei konnte auf Sekundärdaten bzw. Krankenhausstatistiken zurückgegriffen werden. Insgesamt wurden 33434 Datensätze analysiert.Die Analyse wurde dabei sowohl patienten- als auch fallbezogen durchgeführt.

*Zentrale Ergebnisse:* Die Anzahl der behandelten Patienten stieg zwischen den Jahren 2004 bis 2013 merklich. Gleichzeitig sank der Anteil, der ausschließlich voll stationär behandelten Patienten von 58,7% auf 29,1%. Die Gruppe der nur teilstationär Behandelten wuchs im selben Zeitraum von 2,5 auf 10,1%, die der nur ambulant Therapierten von 23,6 auf 36,0% an. Die Zahl der vollstationären Behandlungstage sank in den Westküstenkliniken im Betrachtungszeitraum um 50,7% von 30071 auf 14824. Deutschlandweit stieg sie hingegen.Die Verschiebung vom vollstationären in den teilstationären und ambulanten Bereich führte nicht zu einer Verlängerung der durchschnittlichen stationären Behandlungsdauer als Summe der voll- und teilstationären Versorgung.

*Schlussfolgerungen:* Die Ablösung eines Vergütungssystems mit tagesgleichen Pflegesätzen durch ein Regionalbudget führt zu einer Verschiebung der Behandlungen in den tagesklinischen und ambulanten Bereich.Der Vergütungssystemwechsel war Ursache der Veränderung. Insbesondere Patienten mit Diagnosen aus den Gruppen F2, F3 und F4 sind von den Veränderungen nach dem Vergütungssystemwechsel betroffen.

*Publikationen:*

* Schröder, B. (2016). Regionalbudgets als alternative Finanzierungsform in der Psychiatrie. Eine gesundheitsökonomische Analyse am Beispiel der Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH (unveröffentlichte Dissertation). Ernst-Moritz-Arndt-Universität, Greifswald.
* Schröder, B., & Fleßa, S. (2017). Regionalbudgets in der Psychiatrie: Eine Alternative zu tagesgleichen Pflegesätzen und zum zukünftigen Finanzierungssystem? Ein Fallbeispiel aus dem Kreis Dithmarschen. Psychiatrische Praxis, 44(08), 446–452. https://doi.org/10.1055/s-0042-112299

**Studie 3**

*Hintergrund:* In der Region Dithmarschen wurde von der Klinik und dem Landkreis ein Gemeindepsychiatrisches Zentrum (GPZ) errichtet, mit einer rechtskreisübergreifenden Fallsteuerung und einer psychosozialen Beratungsstelle. Das GPZ ist dabei eine Fortentwicklung der Prozesse, die durch das RPB angestoßen worden sind.

*Umsetzung und Laufzeit:* Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité, Immanuel Klinik Rüdersdorf und die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Rekrutierung und Befragung: 2014.

*Ziele und Hypothesen:* Evaluation der beiden zentralen Funktionsbereiche des GPZ. Exploration der Erfahrungen der Nutzer mit dem Beratungsangebot. Befragung der an dem Angebot beteiligten professionellen Akteure.

*Design und Methoden:* Qualitatives Studiendesign/ Einzelinterviews mit Nutzern und Mitarbeitenden. Qualitative Inhaltsanalyse.

*Zentrale Ergebnisse:* Die Nutzer machten eine Reihe von positiven Erfahrungen mit dem GPZ: kurze Wartezeiten, permanente telefonische Rufbereitschaft, ausreichende Zeit im Beratungsgespräch, aufsuchende Beratung und die Qualität der Beziehung. Die professionellen Akteure benannten u.a. den strukturierten Informationsaustausch, das gemeinsame Netzwerkwissen, ähnliche Zielvorstellungen, verbindliche Absprachen, geteiltes Personal (Personalunion) und die sektorenübergreifende Finanzierung für die rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit als förderliche Einflüsse.

*Schlussfolgerungen:* Eine rechtskreisübergreifende Beratungsstelle kann Hilfesuchende in Krisen auffangen und passgenau gemeindepsychiatrische oder psychosoziale Angebote vermitteln. Das Angebot stärkte psychosoziale Ressourcen und die Autonomie der Nutzer. Positiv wurde die aufsuchende Beratung bewertet, kritisiert wurde die begrenzte Sichtbarkeit des Angebots.

*Publikationen:*

* Schwarz, J., B. Stöckigt, A. Berghöfer, B. Brückner (2019): Rechtskreisübergreifende Kooperation in einem Gemeindepsychiatrischen Zentrum. Eine qualitative Studie über die Erfahrungen der beteiligten Akteure. In: Psychiatrische Praxis.
* Schwarz, J., A. Berghöfer, B. Brückner, T. Birker, B. Stöckigt (2018): Psychosoziale Beratung in einem gemeindepsychiatrischen Zentrum - eine qualitative Studie über die Erfahrungen der Nutzer. In: PPmP – Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie, DOI: 10.1055/a-0594-2616
* Schwarz, J. (2016). Evaluation eines rechtskreisübergreifenden Koordinationsmodells in der Psychiatrie. Eine qualitative Studie zur Versorgungszufriedenheit. (unveröffentlichte Dissertation). Charité –Universitätsmedizin, Berlin.

**2) Evaluationsprojekte Modellversorgung nach §64b SGB V**

**2.1) Evaluation Hedwig-Kliniken in Berlin**

*Hintergrund*: Seit 2014 besteht ein Selektivvertrag mit Barmer GEK; das entspricht ca. 14% der Patienten der Hedwig Kliniken (Psychiatrische Universitätsklinik im St. Hedwig-Krankenhaus und Klinikum Hedwigshöhe)

*Umsetzung und Laufzeit*

1. Unabhängige Routinedatenanalysen durch Prof. Kuhlmey (ISMR Charité) 2014-fortlaufend
2. Krankenhausinterne Auswertung der Routinedaten mit Fokus auf Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. Erste Evaluation abgeschlossen. Folgestudie aktuell laufend bis Februar 2019.
3. Krankenhausinterne Auswertung der Routinedaten mit Fokus auf das Erleben von Zwang aktuell und die therapeutische Beziehung - Laufzeit bis März 2019.

*Ziele und Hypothesen:*

ad a) Studienziel: Evaluation der psychiatrischen Versorgung in den Alexianer St. Hedwig Kliniken sowie in anderen psychiatrischen Kliniken in Berlin ein Jahr vor Einführung bis drei Jahre nach Einführung des Modellprojektes nach § 64b SGB V (Beginn 01.01.2014) anhand von Routinedaten der BARMER aus dem Versorgungszeitraum 01.01.‐31.12.2017.

Hypothese 1: Wenn Patienten im Modellprojekt nach § 64 b SGB V an den Alexianer St. Hedwig Kliniken in Berlin versorgt werden, dann ist der Anteil der stationär Versorgten geringer im Vergleich zu Patienten in der Regelversorgung.

Hypothese 2: Wenn Patienten im Modellprojekt nach § 64 b SGB V an den Alexianer St. Hedwig Kliniken in Berlin versorgt werden, dann sind Rezidivquoten/ Wiederaufnahme (unterschieden nach Krankheitsbildern) geringer im Vergleich zur Regelversorgung.

ad b) Studienziel: Ziel der Untersuchung ist, die Auswirkungen der Behandlung im Modellprojekt auf das Vorkommen von Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen zu untersuchen. Bis jetzt sind diese potentiellen Effekte wenig untersucht worden.

Hypothesen: Die Behandlung im Modellprojekt führt zu einer Reduktion der Anzahl und Dauer der Unterbringungen nach PsychKG und BGB. Die Behandlung im Modellprojekt führt zu einer Reduktion der Anzahl und Dauer von Fixierungen und Isolierungen.

Ad c) Studienziel: Die Studie dient der Untersuchung der Auswirkungen der Behandlung im Modellprojekt auf das Erleben von Zwang und die therapeutische Beziehung.

Hypothesen: Die Behandlung im Modellprojekt führt trotz ihres engmaschigen und intensiven Charakters nicht zu einem erhöhten Erleben von Zwang. Die Behandlung im Modellprojekt geht nicht mit einem vermehrten Erleben von Druckmitteln einher. Die Behandlung im Modellprojekt führt zu einer besseren therapeutischen Beziehung im Vergleich mit anderen ambulanten Behandlungsformen.

*Design und Methoden*

Ad a) Prospektive kontrollierte Kohortenstudie mit Sekundärdatenerhebung: Abfrage der Krankenkassenroutinedaten unter Berücksichtigung der Leistungserfassung und Qualitätsindikatoren nach §21 oder „21 plus“ sowie von Kennzahlen.

Ad b) 1. Teil: Retrospektive Auswertung der Routinedaten. Vergleich von Daten der PatientInnen im Modellprojekt 2 Jahre vor und nach deren Einschluss ins Modellprojekt (Jahre 2014, 2015 und 2016). Statistische Auswertung der Anzahl und Dauer der Unterbringungen, Anzahl und Dauer der Fixierungen und Isolierungen. 2. Teil: Fortsetzung der Evaluation. Vergleich von drei unterschiedlichen ambulanten Settings (Modellprojekt, PIA und PIA-Flex (PIA Behandlung aus den Akutstationen)). Vergleich der Daten über Zwangsmaßnahmen 2 Jahre vor und nach erstem ambulantem Kontakt mit einer der Ambulanzen.

Ad c) Befragung von PatientInnen zwischen 18 und 65 Jahre mit der Diagnose einer psychotischen Erkrankung in drei ambulanten Behandlungskontexten (Modellprojekt, PIA und PIA-Flex) bzgl. deren Erleben von Zwang, der erlebten Druckmittel, der therapeutischen Beziehung und deren Erleben der verschiedenen ambulanten Kontakten. Ca. 200 PatientInnen sollen insgesamt befragt werden.

*Zentrale Ergebnisse*

Ad c) Zweiter Zwischenbericht des IMSR liegt vor.

Ad b) Die erste Untersuchung zeigte, dass nach dem Einschluss ins Modellprojekt die Anzahl der vorläufigen Unterbringungen nach PsychKG, die Dauer der Unterbringungen nach PsychKG und der Anteil der von Fixierungen betroffenen PatientInnen signifikant reduziert werden konnten.

Ad c) Noch keine Ergebnisse vorliegend.

*Schlussfolgerungen:* Das Modellprojekt kann wesentlich zu der Vermeidung von Zwang im psychiatrischen Hilfesystem beitragen. Daten über Zwangsmaßnahmen und Unterbringungen sollten als Endpunkte in die Evaluation der Modellprojekte einbezogen werden.

*Publikationen*

* Wullschleger, A., Berg, J., Bermpohl, F., & Montag, C. (2018). Can "Model Projects of Need-Adapted Care" Reduce Involuntary Hospital Treatment and the Use of Coercive Measures? *Frontiers in psychiatry*, *9*, 168. doi:10.3389/fpsyt.2018.00168

**2.2) Evaluation Marienhospital Hamm**

*Hintergrund*: Seit 2014 ist in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Marienhospitals in Hamm ein Modellvertrag nach §64b SGBV mit allen Krankenkassen abgeschlossen.

*Umsetzung und Laufzeit:* Lehrstuhl für Psychiatrie, Universität Witten/ Herdecke. Erhebungszeitraum 2016-2018.

*Ziele und Hypothesen:* Untersuchung, ob sich die Behandlungskontinuität zwischen Modell- und Kontrollklinik unterscheide und auf die Behandlungsergebnisse auswirkt.

*Design und Methoden*: Prospektive Kohortenstudie über einen Beobachtungszeitraum von 20 Monaten. Untersucht werden die Behandlungskontinuität (fortlaufende Dokumentation der behandelnden Therapeuten und des Behandlungsteams pro Patient und Behandlungsepisode), Dokumentation der Medikation, der freiheitsentziehenden Maßnahmen, der Wiederaufnahmen und (teil-)stationären Behandlungstage; Psychopathologie und Schwere der Erkrankung (BPRS, CGI, HoNOS), soziales Funktionsniveau (GAF), Veränderung der Symptomatik (SCL 90), Lebensqualität (WHOQOL-BREF, EQ-5D), Behandlungszufriedenheit (VSSS, ZUF-8), Empowerment (EPAS), Qualität therapeutische Beziehung (STAR), Inanspruchnahme Versorgung (CSSRI), Zufriedenheit Angehörige (ZUF-A-7), Zufriedenheit Mitarbeitende (HPH).

**2.3) EvaMod64b**

*Hintergrund:* Die Ausschreibung der Krankenkassen zum Thema Evaluation Modellversorgung nach §64b beruht auf einer Routinedatenanalyse (s. unten EvaMod). Um auch Erfahrungen und Bewertungen der Modellversorgung durch Patienten, Angehörigen und Mitarbeitenden abzubilden, hat sich ein Konsortium aus 9 Klinikträgern, die Modellversorgung nach §64b SGB V umsetzen, und anderen Forschungseinrichtungen gebildet, um eine eigene Evaluation zu finanzieren und organisieren.

*Umsetzung und Laufzeit:* Das Evaluationsprojekt EvaMod64b lief in den Jahren 2016 und 2017. Es wurde durch die Medizinische Hochschule Brandenburg, Charité Universitätsmedizin Berlin, das Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen und das Forschungsinstitut SOCIUM in Bremen umgesetzt. Die beteiligten Fachabteilungen/ Auftraggeber der Studie waren: Vivantes Kliniken Berlin (Kreuzberg, Friedrichshain und Neukölln), Südharz Klinikum Nordhausen (KJP und EP), Kreiskrankenhaus Rudolf Virchow Glauchau, Westküstenkliniken Heide, Psychiatrische Klinik Lüneburg, Psychosoziales Zentrum Itzehoe, Imland Klinik Rendsburg/ Eckernförde, Vitos Klinikum Riedstadt (KJP und EP).

*Ziele und Hypothesen*: Ziele der Studie waren die Evaluation der Patienten-, Angehörigen- und Mitarbeiterbezogenen Erfahrungen und Bewertungen der Modellversorgung nach §64b SGBV in Fachabteilungen sowohl der Erwachsenen-, als auch der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

*Design und Methoden*: Auf Grund des eingeschränkten Budgets und Zeitkontingentes wurden keine Kontrollkliniken einbezogen. Jedoch erfolgte in jeder Studienklinik eine systematische Evaluation des Implementierungsstands, so dass ein Vergleich der Fachabteilungen untereinander möglich wurde (unterschiedliche Kontextbedingungen Laufzeiten der Modellversorgung etc.). Zur Evaluation wurde ein gemischter Ansatz gewählt, um möglichst unterschiedliche Erfahrungsaspekte erfassen zu können. Es erfolgten

* eine standardisierte Befragung von Patienten und Mitarbeitern mit Hilfe eines dafür entwickelten, validierten Fragebogen (SEPICC)
* eine qualitative Erhebung bei Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern mit Hilfe von Fokusgruppen, Experteninterviews und Forschungstagebüchern
* eine Erhebung von Struktur- und Routinedaten
* eine Empirie-gestützte Theoriearbeit (Grounded Theory Methodologie) zur Entwicklung spezifischer Merkmale der Modellversorgung nach §64b SGB V

*Zentrale Ergebnisse:* Von 13 Fachabteilungen (10 EP, 3 KJP) waren 3 Fachkrankenhäuser und 9 psychiatrische Abteilungen im Allgemeinkrankenhaus; die Fachabteilungen versorgen mit 51 – 420 Betten Versorgungsregionen mit 85.000 – 425.000 Einwohner. Die Modellversorgung ist in 8 Fällen mit allen Kassen und in 5 Fällen mit einzelnen Kassen unter Vertrag. 45% der Fachabteilungen haben Erfahrungen mit Vorläufermodellen, wie das RB etc. Insgesamt wurden 383 Patienten und 585 Mitarbeitende standardisiert befragt und qualitative Erhebungen bei 63 Patienten, 35 Angehörigen und 138 Mitarbeitern umgesetzt.

Die empiriegestützte Theoriearbeit mit Hilfe der Grounded Theorie Methodologie ergab 11 für die Modellversorgung spezifische Merkmale. Diese beschreiben das Charakteristische der Modellversorgung nach §64b-SGB V (Theoriemodell). Sie bildeten die Grundlage für die Entwicklung der Erhebungsinstrumente für die standardisierten und qualitativen Erhebungen. Außerdem erlaubten sie eine Einstufung der beteiligten Modellprojekte (Gesamtscore Implementierungsgrad) und dadurch die Kontextualisierung der Ergebnisse sowie die Vergleichbarkeit der Kliniken untereinander (Prozessevaluation).

Die Durchdringung der Abteilungen mit modellspezifischen Merkmalen ist sehr unterschiedlich (Einstufung des Implementierungsgrades anhand der 11 o.g. Merkmale). Besonders Abteilungen, die schon Vorläufermodelle umgesetzt haben, weisen eine hohe Durchdringung auf. Verschiedene Herausforderungen bei der Implementierung sind in vielen Modellprojekten ähnlich und betreffen die Veränderungen von Therapiekonzepten, veränderte Prozesse der Arbeitsorganisation, neu erforderliche Kompetenzen und die Veränderungen von baulichen Strukturen.

Die Erfahrungen mit modellspezifischen Merkmalen (= wahrgenommene Implementierung) ist bei den befragten Patienten relativ hoch (Mittel: 3,75/ STD: 1.88). Sie ist besonders dann hoch, wenn die befragten Patienten berufstätig sind (p=0,0112), wenn sie eine Ausbildung durchlaufen haben (P= 0,0124) und wenn sie lange erkrankt sind (p=0,0001). Außerdem korrelieren die Erfahrungen mit modellspezifischen Merkmalen bei den Patienten mit dem Implementierungsgrad (eingestufte Implementierung): Je höher die Klinik eingestuft ist, umso mehr Veränderungen nehmen die Patienten wahr. Dabei ist das Merkmal III (Behandlerkontinuität) besonders entscheidend dafür, ob modellspezifische Umstrukturierungen von den Patienten wahrgenommen werden.

Auch die Bewertung der modellspezifischen Veränderungen fällt bei den befragten Patienten insgesamt hoch aus (Mittel: 2,65/ SD: 0.67). Auch hier gilt: Je besser ein Modellprojekt implementiert wurde (eingestufte Implementierung) und je mehr Erfahrungen damit gesammelt werden (wahrgenommene Implementierung), umso positiver bewerten die Patienten diese Veränderungen. Außerdem korrelieren die Erfahrungen und Bewertungen der Patienten mit der Glaubwürdigkeit des Aussageverhaltens.

Die Mitarbeiter-bezogenen Hauptergebnisse zeigen, dass die modellspezifischen Veränderungen v.a. von den ärztlich-psychologischen Berufsgruppen wahrgenommen und positiv bewertet werden. Die Berufsgruppe der Pflege ist skeptischer und nimmt Veränderungen auch weniger wahr. Die Akzeptanz der Umstrukturierungen wird dabei durch Schulungen deutlich erhöht. Die Auswirkungen der Modellversorgung auf die Patienten werden von allen Berufsgruppen gleichermaßen als vorrangig positiv eingeschätzt. Vor allem die Pflege beschreibt eine Aufwertung der eigenen Berufsgruppe durch die modellspezifischen Umstrukturierungen.

*Schlussfolgerungen:* Die budgetäre Abrechnungsform hat in den untersuchten Fachabteilungen zu ähnlichen Veränderungen der Versorgungspraxis geführt, die sich mit Hilfe eines festen Satzes von 11 Merkmalen gut beschreiben und quantifizieren lassen (=Implementierungsgrad). Diese Veränderungen werden von den Patienten in Abhängigkeit von ihrer Ausprägung gut wahrgenommen und im Mittel positiv bewertet. Das Merkmal Behandlerkontinuität hat in diesem Zusammenhang eine hohe Relevanz. Die Mitarbeiter sind, je nach Berufsgruppe, unterschiedlich gut informiert über die modellspezifischen Umstrukturierungen und schätzen diese auch unterschiedlich positiv ein.

*Publikationen:*

* Ignatyev, Y., Timm, J., Heinze, M., Indefrey, S., von Peter, S. (2017). Development and Preliminary Validation of the Scale for Evaluation of Psychiatric Integrative and Continuous Care (SEPICC) – patient’s version. Frontiers Public Health, Vol. 8, Article 182
* von Peter, S., Ignatyev, Y., Indefrey, S., Johne, J., Schwarz, J., Timm, J., Heinze, M. (2017) Spezifische Merkmale zur Einstufung der Modellversorgung nach §64b SGB V. Nervenarzt: ;89(5):559-564. doi: 10.1007/s00115-017-0459-z.
* von Peter, S., Johne, J., Schwarz, J., Timm, J., Heinze, M., Ignatyev, Y. (2018). Evaluation of new flexible and integrative psychiatric treatment models in Germany – assessment and preliminary validation of specific program components. BMC Psychiatry, 18:278 <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1861-1>
* Hauptpublikation Frontiers, gerade im Review

**2.4) Eva64**

Ein wissenschaftliches Konsortium bestehend aus der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden, dem Wissenschaftlichen Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung (WIG² GmbH) in Leipzig sowie dem Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (ISMG) der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg wurde mit der bundesweit einheitlichen Evaluation von insgesamt achtzehn Modellvorhaben nach §64b SGB V beauftragt. Die Beauftragung erfolgte nach öffentlicher Ausschreibung durch eine von mehr als 70 gesetzlichen Krankenkassen gebildete Arbeitsgemeinschaft Evaluation. Im Zeitraum von 2015 bis 2025 werden die genannten Modellvorhaben basierend auf Routinedaten dieser Krankenkassen evaluiert. Dabei werden jeweils Patienten der zu untersuchenden Modellkliniken mit einer Kontrollgruppe von Patienten strukturähnlicher Vergleichskliniken ohne Vertrag nach §64b SGB V verglichen. Das Studiendesign der Evaluation EVA64 ist demnach eine sekundärdatenbasierte, kontrollierte Kohortenstudie. Das Ziel der Evaluation EVA64 ist der Vergleich von Effektivität, Kosten und Effizienz zwischen Modellkliniken und jeweiliger Kontrollgruppe sowie eine Beurteilung ausgewählter Aspekte der Behandlungsqualität.

Die bisher erstellten Zwischenberichte dieser Evaluation liegen den beauftragenden Krankenkassen vor und gehen koordiniert durch den GKV-SV in den Bericht über das BMG an den deutschen Bundestag ein. Daher wird an dieser Stelle auf eine detaillierte Darstellung dieser Evaluation sowie der erzielten Ergebnisse verzichtet und stattdessen auf den Bericht des GKV-SV verwiesen.

**2.5) PsychCare**

*Hintergrund:* Aufbauend auf den Vorläuferstudien Eva64 und EvaMod64 haben sich beide Konsortialgruppen in der vom Innovationsfonds geförderten Studie PsychCare zusammengeschlossen, um die Evaluation von Modellprojekten nach §64b SGB V sowohl kontrolliert, d. h. unter Einbeziehung strukturähnlicher Kontrollkliniken, durchzuführen, als auch gleichzeitig quantitative Primär- und Sekundärdaten mit qualitativen Patienten-, Angehörigen- und Mitarbeiterseitigen Erfahrungen zusammenzuführen.

*Umsetzung und Laufzeit:* Das Projekt wird seit Mitte 2017 durch die Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden, dem Wissenschaftlichen Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung (WIG² GmbH) in Leipzig dem Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (ISMG) der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg sowie der Medizinischen Hochschule Brandenburg umgesetzt. Die Erhebungen finden seit Februar 2018 in 10 Modell- und 8 strukturähnlichen Kontrollkliniken und unter Beteiligung der AOK Hessen, AOK Niedersachsen, AOK Plus, KKH und TK statt.

*Ziele und Hypothesen:* PsychCare hat zum Ziel, den Nutzen, die Kosten und die Effizienz von Modellprojekten nach &64b SGB V aus Sicht von Patienten, Angehörigen und Behandlern im Vergleich zur Regelversorgung zu untersuchen. Primäre Zielparamater sind dabei Unterschiede in der Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit zwischen Patienten der Modell- und Regelversorgung nach einem Untersuchungszeitraum von 15 Monaten sowie Veränderungen der Symptombelastung, beruflichen Integration, Recovery, Zufriedenheit mit klinischen Entscheidungsprozessen, Angehörigenbelastung und direkten und indirekten Kosten.

*Design und Methoden:* Es wird ein kontrolliertes, prospektives multizentrisches Kohortendesign mit Vergleich von Patienten in Kliniken mit Modellversorgung und Regelversorgung durchgeführt. Bestandteil dieser Analysen sind:

* Primärdatenerhebung unter Nutzung von Patienten-orientierten Outcomes (Lebensqualität, Behandlungszufriedenheit, erlebtes Recovery, Zufriedenheit mit Entscheidungsprozessen, Symptombelastung)
* Qualitative Erhebungen und Prozessevaluation unter Nutzung eines partizipativer Forschungsansatzes
* Gesundheitsökonomische Analysen:
	+ Ressourcenverbrauch zur Ermittlung entstehender Kosten aus gesellschaftlicher Perspektive
	+ Kosteneffektivität: Kosten-Nutzen-Analyse im Vergleich zwischen Modell- und Regelversorgung
* Sekundärdatenanalyse mit individuellem Datenlinkage
* Entwicklung von Qualitätsindikatoren für eine sektorübergreifende, kontinuierliche und patientenzentrierte Versorgung

*Ergebnisse:* Die Rekrutierung und Baseline-Untersuchung werden im März 2019 abgeschlossen sein. Die Follow up Untersuchungen 9 bzw. 15 Monate nach Studieneinschluss haben sukzessive begonnen und werden Mitte 2020 abgeschlossen sein. Der Entwicklungsprozess der Qualitätsindikatoren ist parallel gestartet. Die Konsentierung im Delphi-Prozess wird bis Mai 2019 abgeschlossen, um die Anwendbarkeit im Rahmen des letzten Follow up zu überprüfen.

**C) Synopsen der Projekte**

s. Tabelle Anhang 1

**D) Synthese/Studien-übergreifende Erkenntnisse**

Die Studien zeigen, dass der Modellparagraph 64b SGB V und die Vereinbarungen zum RPB nach §62 BPflV sehr heterogene Versorgungsstrukturen und -prozesse herausbilden können, bzw. herausgebildet haben. Diese Unterschiede lassen sich u.a. durch die lokalen Versorgungskontexte, politischen Unterstützungs- und Entscheidungsprozesse und das Engagement der Akteure vor Ort begründen. Trotz dieser Unterschiede gibt es verschiedene Studien-übergreifende Erkenntnisse, die sich durch wiederkehrende Ergebnisse sowohl der Studien zur Evaluation der Modellversorgung als auch des RPB stützen lassen. Diese Botschaften sind als vorläufig einzuschätzen, weil einige Evaluationsprojekte noch Daten erheben und Ergebnisse erst im nächsten oder übernächsten Jahr anbieten können.

Die Finanzierung der psychiatrischen Krankenhausversorgung über ein RPB oder ein Budgetsystem gemäß §64b SGB V spart über alle Behandlungssettings hinweg keine oder nur bedingt Versorgungskosten ein. Wohl kommt es aber zu einer Verschiebung der Versorgungskosten vom vollstationären in den ambulanten und teilstationären Bereich. Insgesamt sind die Umstrukturierungen von einem Abrechnungsmodell auf der Basis tagesgleicher Pflegesätze hin zu einer budgetären Abrechnungsform durch ein RPB oder ein Modellprojekt nach §64b als mindestens kostenneutral einzuschätzen.

Diese Verschiebung geht im Versorgungsalltag einher mit einer Reihe von strukturellen und prozessualen Umstrukturierungen: Stationäre Behandlungsplätze werden abgebaut bei gleichzeitiger Aufweitung des ambulanten und teilstationären Leistungsangebotes. Es kommt zu einer Reduktion der vollstationären Liegezeiten und Behandlungstagen, und gleichzeitig zu einem Anstieg von ambulanten und teilstationären Fällen. Neue Behandlungskonzepte werden entwickelt, die insgesamt mehr Behandlungskontinuität und Flexibilität, also personenzentrierte Unterstützung erlauben. Modelle einer sektorübergreifenden Kooperation, also einer Kooperation über die fiktiven oder realen Krankenhausmauern hinweg, bleiben dabei eine Seltenheit.

Möglicherweise dadurch bedingt wird in mehreren prospektiven, kontrollierten Studien eine Besserung des Funktionsniveaus beschrieben. In einzelnen Studien mit unterschiedlichen Ansätzen reduzierte sich unter Modellbedingungen die Symptomlast, die Krankheitsschwere und die Suizidalität bei Aufnahme und Entlassung. Interessant sind die Ergebnisse zweier Studien, die eine Reduktion der Anzahl und Dauer von Unterbringungen nach PsychKG unter Modellbedingungen sowie eine reduzierte Anzahl von Fixierungen nachweisen.

Neben diesen objektivierbaren Outcome Kriterien wird deutlich, dass die Patienten mit der Modellversorgung zufrieden sind. Sowohl in einer standardisierten Befragung als auch mit Hilfe qualitativer Instrumente lässt sich einrichtungsübergreifend eruieren, dass die Umstrukturierungen infolge der Modellversorgung für die Patienten im Alltag erlebbar sind. Der Erfahrungsgrad steigt dabei mit steigendem Implementierungsgrad. Und auch die positive Bewertung der Modellversorgung steigt mit steigendem Erfahrungs- und Implementierungsgrad.

Die Mitarbeitenden zeigen sich hier ambivalenter. Die Umstrukturierungen können viel Mehrarbeit bedeuten, obschon sie in einer Studie auch zu einer Reduktion von Überstunden führten. Deutlich wird eine Kompetenzentwicklung der Mitarbeitenden über die Berufsgruppen hinweg, und zwar sowohl unter den Bedingungen des RPB als auch unter denen der Modellversorgung. Vor allem die Pflege beschreibt eine Aufwertung der eigenen Berufsgruppe durch die modellspezifischen Umstrukturierungen. Allerdings sind hier Unterschiede zwischen Kliniken erwartbar, in denen alle Kostenträger sich am Vertrag nach § 64b SGB V beteiligen und denen, die nur mit einzelnen oder wenigen Krankenkassen einen Vertrag abschließen konnten: Gerade in Kliniken, in denen Modellversorgung neben Regelversorgung erfolgen muss, dürften sich sehr unterschiedliche Sichtweisen von Mitarbeitenden entwickeln, was weiterer Forschung bedürfte.

Die Effekte auf die Angehörigen sind deutlich weniger untersucht. Laufende Studien werden hier weitere Erkenntnisse bringen. Deutlich wird bisher, dass die ambulanteren Behandlungsformen von Angehörigen zu Beginn der Implementierung durchaus zunächst auch als belastend erlebt werden können. In der internationalen Literatur sind negative Aspekte dieser Art nicht beschrieben (Murphy et al. 2015), sodass ein Umstellungseffekt von einer in Deutschland bisher primär vollstationären Akutbehandlung als Grund hierfür wahrscheinlich erscheint. Ein Hinweis dafür ergibt sich aus dem Befund, dass Angehörige andererseits die festen Ansprechpartner, die durch eine Stärkung der Behandlungskontinuität entstehen und die Flexibilisierung des Behandlungsangebotes sehr schätzen.

Quelle: Murphy, SM; Irving, CB; Adams, CE & Waqar, M (2015): Crisis intervention for people with severe mental illnesses. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 12

**Zusammenfassung des Austausches zum Kenntnis- und Entwicklungsstand der Modellprojekte nach § 64 SGB V im Netzwerk Steuerungs- und Anreizsysteme für eine moderne psychiatrische Versorgung**

Tendenz:

Die Modelle schneiden in der Diskussion eher gut ab. Sie können flexibel auf die Bedarfe vor Ort zugeschnitten werden und gelten als routinetauglich und wirtschaftlich (unter anderem auch in der Einsparung von Investitionskosten). Der Ansatz der Stationsäquivalenten Behandlung wird nicht als Alternative angesehen. Die Perspektive Betroffener hebt die Veränderungen der Versorgung durch Modelle insbesondere durch ihre Niedrigschwelligkeit hervor: es können Patienten erreicht werden, die bisher nicht erreicht wurden. Übergänge zur Eingliederungshilfe werden ermöglich. Aus der Angehörigenperspektive wird die Flexibilität in der Angebotsstruktur als bedeutsam angesehen, aber auch Belastendes beschrieben (eine geringere Verweildauer im Krankenhaus wird nicht ausschließlich als positiv angesehen, siehe oben). Aus GKV Perspektive werden die Behandlungskontinuität positiv bewertet, die Reduktion der Verweildauer sowie die Möglichkeiten einer ambulanten Akut- bzw. -Intensivbehandlung. Modellprojekte implizieren für die meisten Teilnehmer ein anderes Denken in der Psychiatrie und initiieren erste Schritte zur Umsetzung psychosozialer Interventionen. Insbesondere die Projekte mit langjährig bestehenden Vorläufermodellen weisen darauf hin, dass für Leistungserbringer und Krankenkassen Planungssicherheit besteht und unkontrollierbare Mengenausweitungen (behandelte Patienten) wider manche Befürchtung nicht erwartbar sind. Für Abwanderungen von Patienten in Kliniken der Regelversorgung ergeben sich ebenfalls keine Hinweise.

Entwicklungsbedarfe:

Der Begriff „sektorübergreifend“ bezieht sich in den Modellprojekten aktuell auf die Behandlung mit den Mitteln des Krankenhauses (also die voll- und teilstationäre, sowie die Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen). Trotz einiger Bemühungen ist ein Einbezug der KV bisher nicht gelungen. Hierzu gibt es aktuell keine Lösung, aber Ideen. Dies bezieht sich auch auf die Versorgung im ländlichen Bereich. Ebenfalls wären Übergänge zu anderen SGB wichtig. Weitere Entwicklungen sollten sich auch mit der Frage befassen, was Krankenhäuser zu einer Sektor- und SGB-übergreifenden Versorgung beitragen können. Hierzu sind nach Ansicht der meisten Teilnehmer erweiterte Vorgaben zur Budgetausgliederung nötig. Aus der Mitarbeiterperspektive wird deutlich, dass die Modelle einen Veränderungsprozess insbesondere im Selbstverständnis der Pflege anstoßen, der auch mit Qualifizierungsanforderungen einhergeht. Weitere Fragen ergeben sich bezüglich der Personalbemessung in Modellprojekten nach § 64b SGB V und für die Leitlinienadhärenz. Im Gesetzesauftrag sind darüber hinaus auch andere Finanzierungsformen denkbar, als die derzeit im Wesentlichen an das Prinzip das Kapitationkonzepts angelehnte. Als konkrete Wünsche an die Politik wird vor allem von Leistungserbringern formuliert, den § 64 b im SGB V so zu verändern, dass Verträge im Alltag praxistauglicher verhandelt werden können (insbesondere mit kürzeren Verhandlungsdauern von teilweise bis zu mehr als 5 Jahren) und mehr Verbindlichkeit bei Aufnahme und im Prozess der Vertragsverhandlungen entsteht. Weiterhin wird auf dem Hintergrund der Erfahrungen der Häuser mit Selektivverträgen, ein Kontrahierungszwang gefordert. Dies erscheint notwendig, weil das Bestehen unterschiedlicher Behandlungspfade parallel in einer Klinik zu Umsetzungsschwierigkeiten führt.

Unklarheiten:

Die im Gesetz formulierte Aussicht, in jedem Bundesland mindestens ein Projekt unter Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu initiieren, ist nicht realisiert worden (siehe Anhang 2). Die Tatsache, dass sich in einigen Bundesländern mehrere Modellprojekte entwickeln konnten, wie z.B. in Schleswig-Holstein, zeigt aber auch, dass die Bundesländer im Rahmen ihrer Psychiatrieentwicklungsstrategien durchaus einiges dazu betragen können und aus Sicht der Leistungserbringer hier auch in der Pflicht gesehen werden. Die Verhandlung neuer Projekte, die Ausweitung bestehender Projekte in Dauer und Anzahl, auch über 8 Jahre hinaus, sind aktuell ins Stocken geraten, auch weil bei vielen Kostenträger eine geringere Bereitschaft besteht, neue Verträge zu verhandeln. Anreize für Kliniken für die Initiierung von Modellprojekten werden kontrovers bewertet: die Kostenträger sind mehrheitlich dagegen. Die Idee, Anreize könnten auch jenseits von Geld liegen, wird formuliert; konkrete Aspekte werden hierzu nicht benannt. Es seien in allen Modellprojekten eine Bereitschaft zu Mehrarbeit und ein langer Atem nötig und dies werde von Kostenträgerseite auch gewünscht. Auch für Anreize in den Rahmenvereinbarungen für KV, Psychotherapeuten, Suchtberatung und SpDi besteht kein Konsens.

 Insbesondere zur Frage, wie denn ein „Richtiges Budget“ ermittelt werden könne im Gegensatz zu einem Einzelleistungsabrechnungsmodell besteht kein Konsens. Zusammenfassend betonen Vertreter der Kostenträger, dass ein Gesamtbudget kein Finanzierungsmodell für die Zukunft sei und Modellprojekte nach §64 b SGB V keine sektorübergreifende Versorgung über die Behandlung mit den Mitteln des Krankenhauses hinaus böten. Entsprechend des gesetzlichen Auftrages von Modellprojekten ist aber auch darauf hinzuweisen, dass sich aus diesen andere Finanzierungsformen und damit auch neue Regeln in der Krankenhausfinanzierung durchaus entwickeln sollen(§ 62 SGB V). Aus den Erfahrungen der Modellprojekte nach § 64 b SGB V, die Verträge mit allen Kostenträgern abschließen konnten, kann abgeleitet werden, dass krankenhausbezogene Budgets durchaus funktionieren und Einzelleistungserfassungen unnötig machen. Damit verbunden ist der positive Effekt der Freisetzung von therapeutischer Zeit für Patienten. Dies gilt auch für kapitationsbezogene Budgets. Allerdings zeigen die Kostenträger in Bezug auf derartige Finanzierungsformen eine ausgesprochen kritische Haltung.

Es besteht Einigkeit darüber, dass für alle Projekte eine langfristige Planungssicherheit benötigt wird. In den Regionen, in denen Modellprojekte nach § 64b SGB V aufgrund der Beteiligung aller Krankenkassen schon seit Jahren die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung mit den Mitteln des Krankenhauses organisieren, ist letztlich die im Rahmen des Projektzeitraumes verändert entwickelte Versorgung mit bundesweit über 400.000 Behandlungsepisoden längst Regelversorgung und eine Rückkehr in ein System einer Standardversorgung faktisch als unmöglich anzusehen. Weiterhin ist jedoch der rechtliche Rahmen für eine Krankenhausfinanzierung, die nicht an Betten und teilstationären Plätze gekoppelt ist, unklar. Öffnungsklauseln werden hierfür als Lösungsmöglichkeit angesprochen.