

Nervenheilkunde

Zeitschrift für interdisziplinäre Fortbildung



Prof. Dr. med. Sebastian von Peter, Oberarzt, Hochschulklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Immanuel Klinik Rüdersdorf, Medizinische Hochschule Brandenburg, Foto: ©privat



Prof. Dr. med. Peter Brieger, Ärztlicher Direktor, Kbo-Isar-Amper-Klinikum, Akademisches Lehrkrankenhaus der LMU, Haar. Foto: ©privat



Dr. med. Julian Schwarz, Hochschulklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Immanuel Klinik Rüdersdorf, Medizinische Hochschule Brandenburg. Foto: ©privat

Psychiatrische Modellvorhaben (nach § 64b) – bereit für die Regelversorgung?

Mit Einführung der psychiatrischen Modellvorhaben (nach § 64b SGB V) im Jahr 2013 sind in Deutschland die Möglichkeiten für innovative, settingübergreifende psychiatrische Versorgungsformen erweitert worden. Auf Grundlage eines klinikbezogenen globalen Behandlungsbudgets (GGB) sollen die Modellvorhaben zur „Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen, die auf eine Verbesserung der Patientenversorgung oder der sektorenübergreifenden Leistungserbringung ausgerichtet ist, einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld“ (siehe § 64b SGB V) beitragen. Derzeit gibt es deutschlandweit 22 Modellvorhaben (► **Tab. 1**).

Ein Teil dieser Modellprojekte baut auf Vorläuferverträgen (nach § 24 Bundespflegesatzverordnung; BpflV) auf, die Anfang der 2000er-Jahre erstmals die Erprobung eines regionalen Psychriatriebudgets (RPB) ermöglichten. Das RPB stellte für jeweilige Versorgungskliniken eine gleichbleibende pauschale Vergütung über mehrere Jahre sichern, die an den Auftrag geknüpft war, mit den vorhandenen Ressourcen die akutpsychiatrische Versorgungsverantwortung für die gesamte Region zu übernehmen. Vereinbarungen nach § 24 BpflV wurden v. a. in Schleswig-Holstein getroffen, und zwar für die Versorgungsregionen bzw. Landkreise Rendsburg-Eckernförde, Steinburg und Dithmarschen. 2013 sind alle diese Verträge in die Rahmenbedingungen des § 64b SGB V überführt worden, was eine Fortführung der bestehenden Versorgung ermöglichte.

Sowohl bei den Modellvorhaben als auch deren Vorläufer, dem RPB, stellt die Finanzierung über ein GGB die zentrale Voraussetzung dar. Das GGB kann eine mehr oder weniger ausgeprägte Kontinuität und gleichzeitig Flexibilisierung der Krankenhausbehandlung ermöglichen, je nachdem, ob es sich um ein Teil- oder ein Gesamtbudget handelt, also je nachdem, mit wie vielen gesetzlichen Krankenkassen ein Vertragsabschluss gelungen ist. Die Budgetfindung orientiert sich an der Zahl der behandelten Menschen pro Jahr (► **Abb. 1**). International ordnet sich diese budgetäre Abrechnungsform zwischen „Block Contracts“ und dem „Capitation Payment“ ein: Beide Ansätze sichern dem Leistungserbringer jeweils ein im Vorfeld verhandeltes fixes jährliches Budget zu, welches unabhängig von der erbrachten Leistungsmenge (d. h. Fallzahl) ist. Während Block Contracts auf Grundlage „historischer“ Ausgaben verhandelt werden, wird bei dem Capitation Payment auf Basis der jährlichen patientenbezogenen durchschnittlichen Versorgungskosten ein Gesamtbudget ermittelt. Um diese Besonderheiten der Modellversorgung auch terminologisch zu fassen und die internationale Anschlussfähigkeit zu gewährleisten, wurde der Begriff des GGB gewählt.

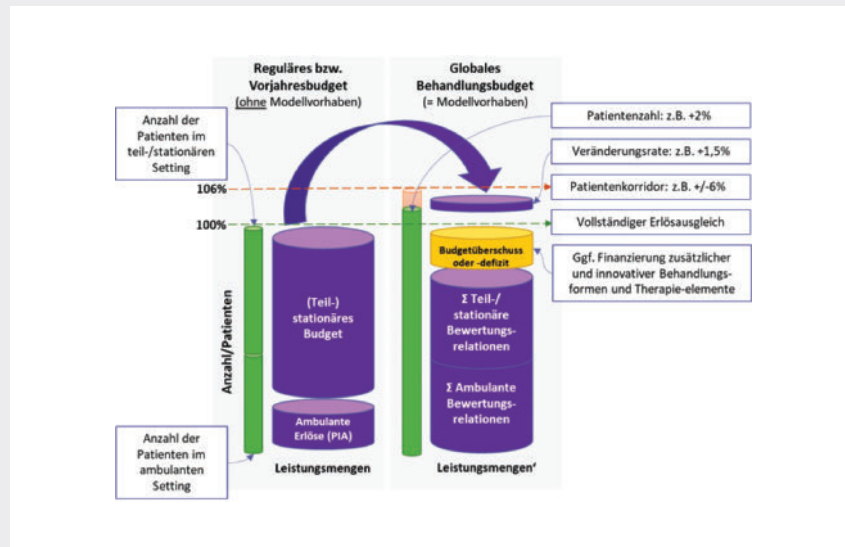
Durch die veränderte Vergütungssystematik hat sich eine Vielfalt an Versorgungsstrukturen und -prozessen entwickelt und verändert, die je nach Modellregion stark variieren. Diese Unterschiede lassen sich durch die lokalen Versorgungskontexte, politischen Unterstützungs- und Entscheidungsprozesse und das Engagement von Akteuren vor Ort begründen. Gleichwohl gibt es regions- und studienübergreifende Gemeinsamkeiten, die sich in einer Reihe von Evaluationsstudien und anderen Forschungsvorhaben zum Thema GGB immer wieder zeigen. Zunächst wird deutlich, dass die Finanzierung der psychiatrischen Krankenhausversorgung über ein GGB nur bedingt Versorgungskosten ein-

► **Tab. 1** Übersicht über den aktuellen Stand der Modellversorgung (Juli 2023). Mit freundlicher Überlassung von Dr. Bettina Wilms.

Landkreis (A = Klinik am Allgemeinkrankenhaus)	Einwohner	§ 64b seit	Konstrukt	Kostenträger	Laufzeit
Hanau (A)	215 000	2013	IV/OVP	alle	31.12.2026
Steinburg (A) (Itzehoe)	135 000	2013	RPB	alle	31.12.2027
Rendsburg- Eckernförde (A)	270 000	2013	RPB	alle	31.12.2025
Dithmarschen (A) (Heide)	135 000	2013	RPB	alle	31.12.2027
Herzogtum-Lauenburg (A) (Geesthacht)	193 000	2013	RPB	alle	31.12.2025
Nordfriesland (Bredstedt)	166 000	2013	RPB	alle	31.12.2025
Zwickau (A)	93 000 (+ KJP)	2013	RPB	alle	31.12.2024
Glauchau (A)	130 000	2013	RPB	alle	31.12.2024
Nordhausen (A)	86 000 (+ KJP)	2014	RPB	alle	Vertrags- verhandlungen?
Rüdersdorf (A)	230 000	2014	IV/OVP	TK/Barmer	nicht verlängert!
Hamm (A)	190 000	2014	RPB	alle	31.12.2028
Lüneburg	420 000	2014	RPB	AOK Niedersachsen	31.12.2024
Berlin Mitte-Tiergarten/ Mitte-Wedding/ Treptow-Köpenick	610 114	2014	IV	Barmer GEK	nicht verlängert!
Bochum	400 000	2015	IV	alle (ab 1.1.2023)	31.12.2028
Riedstadt	330 000 (+ KJP)	2016	IV	alle	31.12.2023
Friedberg (A)	200 000	2016	IV/OVP	alle	31.12.2023
Berlin Friedrichshain- Kreuzberg/Spandau/ Reinickendorf/Tempelhof- Schöneberg/Neukölln/ Marzahn-Hellersdorf	1 684 238 (+ KJP)	2016	RPB	DAK	31.12.2023
Bonn	960 000	2016	RPB	TK/Barmer GEK/ DAK	30.09.2024
Heidenheim (A)	130 000	2016	RPB	alle	31.12.2023
Tübingen	KJP	2017		AOK/SVLFG	30.09.2025
Mannheim	Adoleszente	2018			
GBV 12 Regionen	7 Mio. Volumen: 8,9 Mio. Euro	2019	Einzel-leistun- gen + Vorhalte pauschale	TK, AOK RH, AOK BY, KKH, 15 BKK (über GWQ)	30.06.2023
Klingenmünster	850 000 (+ KJP)	2020	RPB	alle	31.12.2027

spart [1–3, 5, 16]. Wohl kommt es zu einer Verschiebung der Kosten vom vollstationären in den ambulanten und teilstationären Bereich. Insgesamt sind die Umstrukturierungen von einem Abrechnungsmodell auf der Basis tages- und leistungsbezogener Entgelte hin zu einem pauschalen Globalbudget als mindestens kostenneutral einzuschätzen.

Diese Verschiebung geht im Versorgungsalltag einher mit einer Reihe struktureller und prozessualer Umstrukturierungen: Stationäre Behandlungsplätze werden abgebaut bei gleichzeitiger Aufweitung des ambulanten und teilstationären Leistungsangebotes [1, 4, 6, 7, 10–16]. 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 [4,



► **Abb. 1** Budgetfindung in psychiatrischen Modelvorhaben nach § 64b SGB V (nach Daten aus [8]).

7, 9–14]. Möglicherweise dadurch bedingt wird in mehreren kontrollierten, multizentrischen Studien eine Besserung des Funktionsniveaus beschrieben [2, 3, 5]. In einzelnen Studien reduzierte sich unter Modellbedingungen die Symptomlast, die Krankheitschwere und die Suizidalität bei Entlassung gegenüber der Aufnahme [5, 6]. 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 [6, 9].

Außerdem scheinen die Patienten mit der Modellversorgung zufrieden zu sein [12, 17]. Sowohl in einer standardisierten Befragung als auch mit Hilfe qualitativer Verfahren lässt sich einrichtungübergreifend eruieren, dass die Umstrukturierungen infolge der Modellversorgung für die Patienten im Alltag erlebbar sind [12–14, 17]. Der Erfahrungsgrad steigt dabei mit steigendem Implementierungsgrad. Und die positive Bewertung der Modellversorgung steigt mit steigendem Erfahrungs- und Implementierungsgrad.

Die Einschätzung der Mitarbeitenden ist hingegen ambivalenter: Die Umstrukturierungen können viel Mehrarbeit bedeuten, obgleich sie in einer Studie zu einer Reduktion von Überstunden führten [6, 18]. Deutlich wird eine Kompetenzentwicklung der Mitarbeitenden über die Berufsgruppen hinweg, und zwar sowohl unter den Bedingungen des RPB als auch unter denen der Modellversorgung [12–14]. Vor allem die Pflege beschreibt eine Aufwertung der eigenen Berufsgruppe durch die modellspezifischen Umstrukturierungen. Die Effekte auf Seiten der Angehörigen sind durchweg unterforscht. Aus laufenden Studien sind diesbezüglich mehr Erkenntnisse zu erwarten. Deutlich wird, dass die ambulanten Behandlungsformen bei Angehörigen zu neuen Formen der Belastung führen können. Auf der anderen Seite schätzen Angehörige, dass auch sie auf festere Ansprechpartner bauen können sowie die Flexibilisierung des Behandlungsangebotes.

Inzwischen gibt es also ausreichend Evidenz, die die Wirksamkeit von Modellvorhaben belegt. Dabei sind die Studiendesigns sehr divers in ihren Zielkriterien, Datenquellen, methodischen Zugängen und Laufzeiten. Sie nähern sich auf unterschiedliche Weisen den bundesweit sehr heterogenen Umsetzungstypen und bieten dadurch vielfältige Einblicke in das Geschehen vor Ort. Durch ihre unterschiedlichen Zugänge bildet dabei jede Studie nur einen bestimmten Ausschnitt der Wirklichkeit ab. Erst in ihrem Zusammenspiel entsteht ein detailliertes Bild von den unterschiedlichen Effekten und Maßnahmen der Umstrukturierung, die durch die Umstellung zu einem GBB erreicht werden können.

Über alle Projekte hinweg ist deutlich geworden, dass die Planungssicherheit, die GBB mit sich bringen, zu einer deutlichen Qualitätssteigerung der psychiatrischen Versorgung führen kann [19]. Sie reduziert den Misstrauensaufwand, der sich durch eine Vergütungslogik auf Einzelleistungsbasis der Regelversorgung von Jahr zu Jahr zu verstärken scheinen. Es bleibt daher die Frage, was wir von diesen Erkenntnissen für die Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung lernen können, eine Frage, die in diesem Themenheft aus unterschiedlichen Perspektiven der an der Versorgungssituation beteiligten Stakeholdergruppen aufgegriffen wird.

Auf der anderen Seite stehen eine Reihe von Unsicherheiten, die u. a. dazu führen, dass es in den letzten Jahren so gut wie zu keinen neuen Vertragsabschlüssen gekommen ist [19]: Die Einführung eines Modellvorhaben bzw. GBB ist kaum reversibel, weil sie eine umfassende Reorganisation von Arbeitsmodellen, Behandlungspfaden und nicht zuletzt baulichen Strukturen mit sich bringt. Vertragsabschlüsse mit nur einem Teil der Krankenkassen, d. h. selektivvertraglich vereinbarte GBB führen zu ressourcenintensiven Doppelsystemen, wobei ein vollständiger Konsens aller in einer Versorgungsregion vertretenen Kostenträgern zu einem Regionalbudget jahrelange Verhandlungsprozesse bedeuten kann. Weiterhin gibt es nur sehr undifferenzierte Regeln für die Nachverhandlungen eines Budgets bspw. bei einer veränderten Morbiditätslast, ähnlich dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Und auch die Nichtverlängerung einiger Modellverträge hat zu Verunsicherungen auf Seiten der Leistungserbringer geführt, auch weil sie nicht selten auf eine deutliche Ambulantisierung des Leistungsangebots folgten, was den Verdacht einer „Herunterschumpfung“ von Betten mithilfe des § 64b genährt hat.

Durch die mit Bildung der Regierungskommission kürzlich angestoßene Krankenhausreform sind hingegen neue Möglichkeiten zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung zu erwarten [20]. Obgleich die grundsätzlichen Ziele dieser Reform – Stärkung der sektorübergreifenden Versorgung, Ambulantisierung, Vergütung mit wenig oder ohne Mengenbezug – der Logik der GBB entgegenkommen, ist unklar, wie sich ihre konkrete Umsetzung ausgestalten wird. Auch in diesem Zusammenhang zeichnen sich die Modellvorhaben durch ihren Modellcharakter aus: Die vielfältigen Erfahrungen mit unterschiedlichen Formen der Setting- und in Einzelfällen auch sektorübergreifenden Kooperation verschiedener Akteure und Leistungserbringer, die sich in diesen Feldern in den letzten 20 Jahren entwickelt haben, sind wertvoll, um das Gesundheitssystem weg von einer kleinteiligen, leistungs- und mengenorientierten Vergütung in Richtung von mehr regionaler Verantwortung und Zusammenarbeiten umzugestalten.

Sebastian von Peter, Brandenburg, Peter Brieger, Harr, Julian Schwarz, Rüdersdorf

Literatur

- [1] Roick C et al. Psych Prax 2005; 35: 279–285
- [2] Roick C et al. Psych Prax 2008; 35: 279–285
- [3] König HH et al. Psychiatr Prax 2010; 37: 34–42
- [4] Deister A et al. Psychiatr Prax 2010; 37: 335–342
- [5] König HH et al. Psychiatrische Praxis 2013; 40: 430–438
- [6] Berghöfer A et al. International Journal of Integrated Care 2016. doi.org/10.5334/ijic.2479
- [7] Schröder B, Fleßa S. Psychiatrische Praxis 2017; 44(08): 446–452
- [8] Schwarz J et al. Psychiatrische Praxis 2019; 46(01): 54–55
- [9] Wullschleger A, et al. Frontiers in psychiatry 2018; 9: 168
- [10] Budnick A et al. Das Gesundheitswesen 2021. doi.org/10.1055/a-1305-9991
- [11] Assheuer M et al. Psychiatrische Praxis 2020. doi.org/10.1055/a-1274-3792
- [12] von Peter S et al. Nervenarzt 2017; 89(5): 559–564.
- [13] Johne J, von Peter S, Schwarz J et al. BMC Psychiatry 2018; 18(1): 278
- [14] Baum F et al. Front Psychiatry 2020. doi: 10.3389/fpsyt.2020.00131/full

- [15] Neumann A et al. Psychiatrische Praxis 2020. doi.org/10.1055/a-1274-3731
- [16] Von Peter S, Ziegenhagen J, Göppert L, et al. Participatory process evaluation of flexible and integrative treatment (FIT) models in German psychiatry – a mixed method study. Journal of Mixed Methods Research. Eingereicht
- [17] Indefrey S et al. Frontiers 2020. doi.org/10.3389/fpsy.2020.00610
- [18] Berghöfer A et al. Diffusionshindernisse bei der Einführung des Gesamtbudgets in der Psychiatrie als innovativer Ansatz für kommunale psychiatrische Versorgung. In: Innovationen und Innovationsmanagement im Gesundheitswesen. Wiesbaden: Springer, 2020
- [19] www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/regierungskommission-krankenhausversorgung.html; Stand: 11.10.2023