

Modellversorgung nach §64b SGB V – was ist möglich? Spielarten und Variationen

Wissenschaftlicher Input

01.12.2022

Prof. Dr. Sebastian von Peter

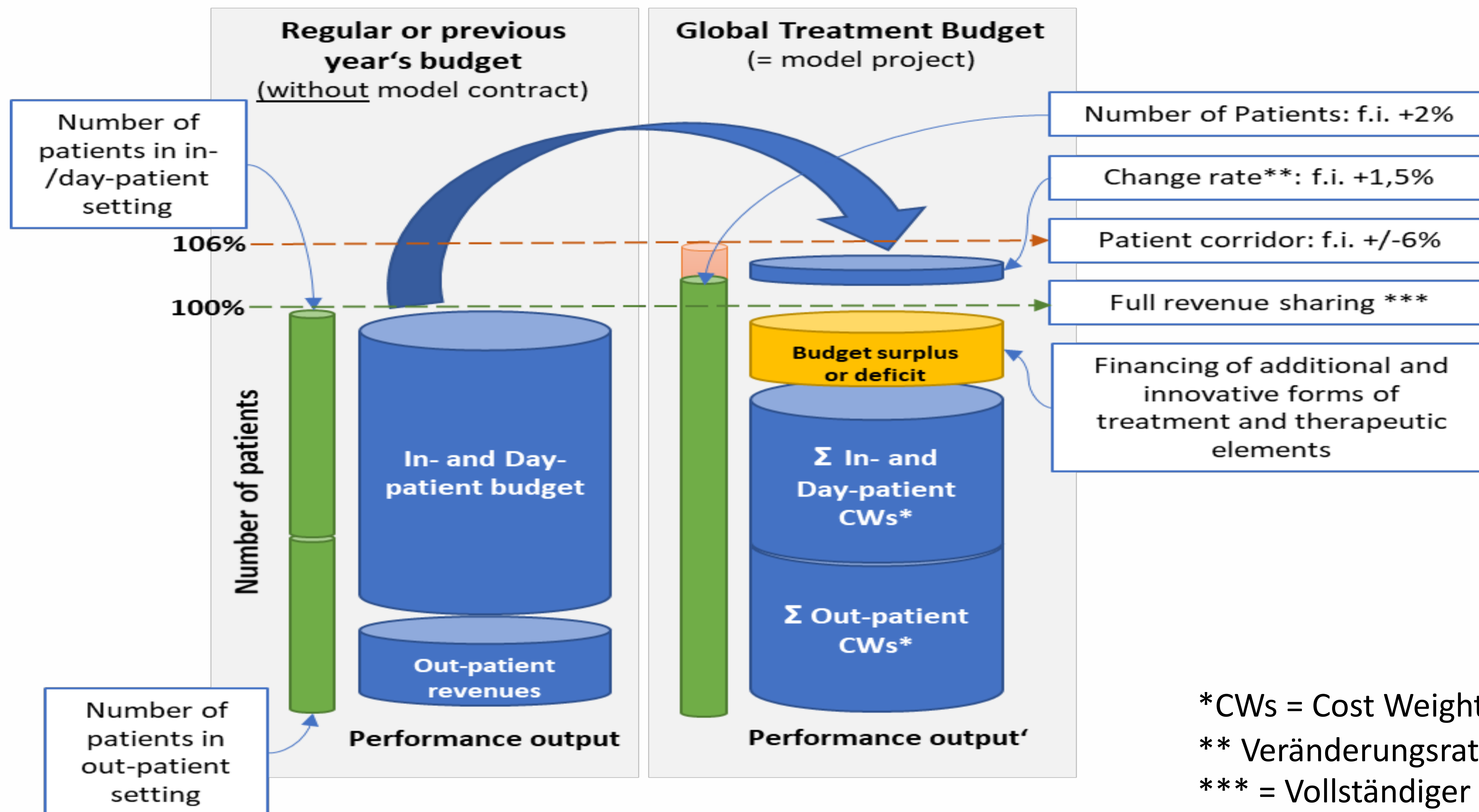
1. Hintergrund

2. Spielarten und Variationen

3. Zusammenfassung

1. Hintergrund

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, 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

Studienlage

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
EVA64 (64b)	2015-2025	Sekundärdatenbasierte kontrollierte Kohortenstudie; 18 Modellvorhaben; 3 umfangreiche Berichte pro Modellvorhaben; auch metaanalytische Auswertungen; Klinikmatching und patientenindividuelles Matching	↓ vollstationäre Behandlungstage, ↑ teilstationäre Tage und/oder ↑ Tage mit PIA-Kontakt
PsychCare (64b)	2017-2021	Multi-zentrische, prospektive, kontrollierte Beobachtungsstudie in 18 psych. Kliniken	Baseline: ↑ gesundheitsbezogene Lebensqualität, ↑ Behandlungszufriedenheit, ↑ Recovery; Follow-Up: keine Unterschiede; Komponente für Implementierung der Modellversorgung; ↓ Gesamtkosten (Baseline & Follow-Up); Start der Entwicklung von Qualitätsindikatoren für eine pat.zentrierte und sektorenübergreifende psych. Versorgung
EVA_TIBAS (64b)	2020-2024	kontrollierte Kohortenstudie mit Mix aus quantitativen und qualitativen Erhebungsmethoden; KJP Tübingen	<i>Erstellung Zwischenbericht im Sommer 2022 (Sekundärdaten); Fragebögen und Interviews im Rekrutierungs- und Erhebungsprozess</i>
EVA_Pfalz (64b)	2021-2026	Sekundärdatenbasierte kontrollierte Kohortenstudie; Pfalzkrankenhaus (vor Ort ergänzende qualitative von EVA_Pfalz unabhängige Auswertung der Klinik)	<i>Noch keine Daten / Auswertungen; erster Zwischenbericht im Sommer 2023</i>

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

Überblick Outcomes

Kosten

Keine/ kaum Ersparnis, aber
Kostenverlagerung

Strukturen

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

Konzepte

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

Patient*innen

↑ Funktionsniveau, Behandlungszufriedenheit, Lebensqualität, Recovery
↓ Symptomlast, Krankheitsschwere, Suizidalität, Unterbringungen

2. Spielarten und Variationen

Studienaufbau EvaMod64b (2016-2018)

Studiengruppe

- Med. Hochschule Brandenburg Standardisierte Befragung Pat + Ang
- Charité Qualitative Erhebung Pat, Ang, MA
- SOCIUM Bremen Standardisierte Befragung MA
- KKSB Bremen Biometrie/ Datenmanagement

Pilotstudie

- Ziel: Theoretische Modellbildung
- 14 Fokusgruppen, 12 Experteninterviews
- Grounded Theory Methodologie

Hauptstudie

- Ziel: Analyse Erfahrungen + Bewertungen
- Standardisierte Befragung 236 Pat + 508 Ma
- 34 Fokusgruppen, 16 Experteninterviews Pat, Ang, Ma

Originalien

Nervenarzt
<https://doi.org/10.1007/s00115-017-0459-z>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2017



S. von Peter¹ · Y. Ignatyev² · S. Indefrey¹ · J. Johné¹ · J. Schwarz² · J. Timm³ · M. Heinze²

¹Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig Krankenhaus, Berlin, Deutschland
²Immanuel Klinik Rüdersdorf, Hochschulklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Brandenburg, Rüdersdorf, Deutschland
³Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen, Universität Bremen, Bremen, Deutschland

Spezifische Merkmale zur Einstufung der Modellversorgung nach § 64b SGB V

International gibt es ein breites Spektrum teambasierter und stationersetzender Versorgungsmodelle [7, 10, 13, 15, 17, 19], während in Deutschland viele Patienten ausschließlich im vollstationären Setting behandelt werden. Seit 2013 sind die Möglichkeiten für integrative

Bislang fehlt jedoch ein theoretisches Modell zur Evaluation der MV nach § 64b SGB V, das die Spezifika der MV, auch im Vergleich zur Regelversorgung beschreibt. Ein solches Modell ist jedoch notwendig, weil es sich bei der MV um komplexe Interventionen

Sampling

Zu Beginn unserer Untersuchung wurden alle der damals noch 15 Modellprojekte angefragt. Zwölf Kliniken (Kliniken der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie in Nordhausen, Glauch-



11 Struktur- und Prozessbezogene Merkmale



Struktur-/Prozessbezogene Merkmale

Ziele der Merkmale:

- Abbildung des Charakteristischen der Modellversorgung nach § 64b
- Qualitätsentwicklung der modellhaften Versorgung (Richtwerte/ Implementierung)
- Konstruktion Erhebungsinstrumente/ Kontextualisierung Ergebnisse

Merkmale I, II, III, V, VI

Umsetzungsvarianten

Voraussetzungen

Vor- und Nachteile aus Sicht von Pat, Ang, MA

Tab. 2 Darstellung der 11 Merkmale und Operationalisierung

Nr.	Indikator	Operationalisierung
I	Ambulantisierung Verlagerung Behandlungsplätze von VS nach TS und/oder A	Anzahl ambulante BF/Gesamtzahl BF im UZR
II	Flexibilität Settingwechsel Unproblematischer Wechsel des BS (zeitnah, bürokratiearm etc.)	Anzahl BF, die im UZR alle drei BS in Anspruch genommen haben/Gesamtzahl BF Behandlung TS, VS und/oder A in denselben Einheiten (Stationen, Ebenen etc.) Anzahl BS-übergreifende Sitzungen (Besprechungen, Übergaben etc.) Systematische Behandlungssteuerung über BS hinweg Einsatz BS-übergreifende Dienst- und Therapiepläne
III	Behandlerkontinuität Umsetzung team- und personenbezogener Kontinuität	Prozentsatz Personal, das in mehr als einem BS regelhaft arbeitet Aufnahmekoordinierende Funktion oder Person Behandlungskoordinerende Person (bspw. Case-Manager, BS-übergreifende Pflege) Zuhause-Behandlung durch VS- und TS-arbeitende Teams Ausgelagertes PIA-Team, das nicht TS oder VS arbeitet
IV	Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit Enge Kooperation zwischen verschiedenen Berufsgruppen	Absolute Anzahl verpflichtender berufsgruppenübergreifender Sitzungen Maßnahmen zur Optimierung der BG-übergreifenden Zusammenarbeit Anzahl Berufsgruppen, die regelhaft die Zuhause-Behandlung erbringt
V	Settingübergreifende therapeutische Gruppenangebote BS-heterogene therapeutische Gruppen	Anzahl Gruppenangebote, die über die BS hinweg besucht werden können
VI	Zuhause-Behandlung Stationersetzende, berufsgruppenübergreifende Behandlung zuhause ≥ 1 Woche	Anzahl BF mit Zuhause-Behandlung/alle VS-Fällen im UZR Fahrzeuge für Zuhause-Behandlung
VII	Systematischer Einbezug von Bezugspersonen Bezugspersonen als therapeutisches Mittel	Netzwerk- oder andere Formen systemischer Familiengespräche und/oder Helferkonferenzen und/oder Angehörigengruppen Anzahl Gruppenangebote, die auch von Bezugspersonen besucht werden können Prozentsatz systemische Durchschulung des Personals (bspw. „open dialogue“)
VIII	Erreichbarkeit von Leistungen Räumliche Erreichbarkeit und Erreichbarkeit der Teams	Erreichbarkeit aller Leistungen innerhalb maximal einer Stunde Fahrtzeit 24-Stunden-Erreichbarkeit der Behandlungsteams (nicht Dienstarzt o.ä.) Wartelisten Fahrdienst für Patienten
IX	Freie Steuerung therapeutischer Maßnahmen Freiheit für therapeutische Entscheidungen	Anzahl Beurlaubungen ≥ 2 Nächten/ Kalenderwoche/alle Beurlaubungen im UZR Anzahl Beurlaubungen pro Patient/ Kalenderwoche im UZR Nachtklinische Behandlung Vertragssimmanente Regeln, die in Bezug auf Behandlungsform und -dauer eingehalten werden müssen
X	Sektorübergreifende Kooperation Kooperation über das Krankenhaus hinweg	Gemeinsamer Behandlungsplanung bzw. -führung mit ambulanten Akteuren SGB V Gemeinsame Behandlungsplanung bzw. -führung mit Akteuren SGB XII Gemeindepsychiatrischer Verbund
XI	Erweiterung der professionellen Expertise Professionalisierung der Mitarbeiter	Berufsgruppenübergreifende Qualifikationsmaßnahmen zur Modellversorgung Prozentsatz Pflegekräfte, die Gruppen als (Ko-)Moderatoren leiten Maßnahmen zur Weitergabe des Expertenwissens über die Modellversorgung an alle Teams MV als Gegenstand von Personalentwicklungsgesprächen

A ambulante, BF Behandlungsfälle, BS Behandlungssetting (ambulant, teilstationär, vollstationär), PIA psychiatrische Institutsambulanz, TS teilstationär, UZR Untersuchungszeitraum, VS vollstationär

Definition:

Verlagerung vollstationäre Behandlungsplätze in den (akut-) teilstationären und/oder vollständig ambulanten Bereich

Umsetzungsvarianten:

- Reduktion Betten
- Zusammenlegung Stationen
- Reduktion der Liegdauer
- Neue Behandlungsangebote
- Anstieg der TK und A

Voraussetzungen:

- Neue Strukturen (Abbau VS, neue Räume, EDV-Lösungen)
- Neues Therapieangebot
- Umorganisation Arbeitszeiten
- Veränderung Haltung (dauerhafter ansprechbar sein, Zutrauen, ambulant denken)

Ambulantisierung II

Vorteile/ Entlastungen:

P

- Teil des Geschehens sein (Verkürzung VS, Nähe Familie, Alltagstraining, Erhalt Alltag)
- Ein Stück Gesundheit (Normalisierung, Entstigmatisierung)
- „Zuhause-Gefühl“
- Intensiverer Kontakt zu MA

Nachteile/ Belastungen:

- Keine ständige Beobachtung/ Behandlung möglich
- Fehlender Abstand Umfeld (VS als Zuflucht und Ort für innere Einkehr)
- Fehlendes Eingebundensein (weniger Tagesstruktur, Ablenkung/ mehr Selbstorganisation, Isolation, Aushalten)
- Überversorgung/ „ambulantes Ghetto“

A

- Mehr Zeit in der Familie / Beziehungen wieder aufbauen
- PatientIn im Blick haben
- Bessere therapeutische Ergebnisse

- Mehr Unruhe
- Fahrerei und höherer organisatorischer Aufwand
- Unsicherheiten im Umgang mit PatientIn

MA

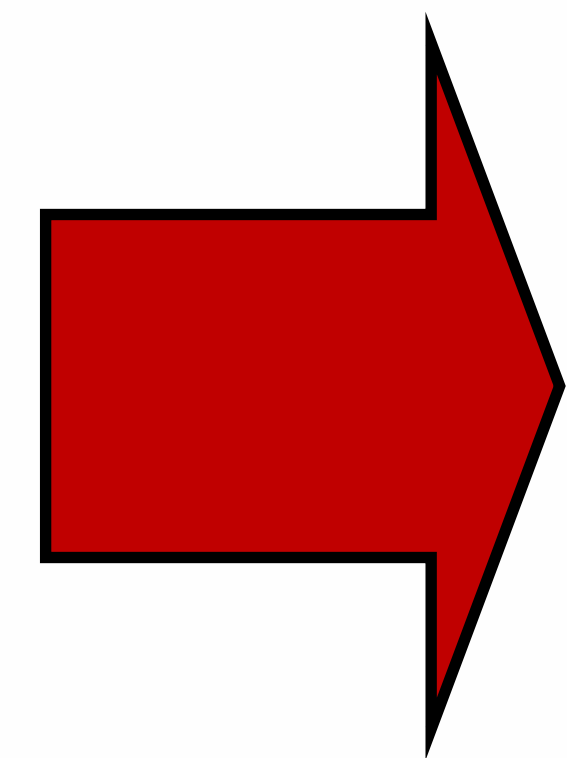
- Rückgang stationäre Belegung
- Engere Beziehung durch Kennenlernen Pat in anderen Lebenslagen
- Ambulantierte Behandlung ist wirksamer

- TS und A Behandlung zusätzlich auf Station
- Umschichtung Personalressourcen von VS zu A/ TS

Exkurs: was passiert mit dem Geld?

Beispiel Heide:

- **Neue und Ausdifferenzierung Therapien** (Hundetherapie, SKT für Angehörige, Tiergarten/ tiergestützte Therapie, Kunsttherapie mit täglichen Öffnungszeiten, Offenes Singen, Tägliches Programm im „Kiek In“ Niederschwellig – Kochen , Backen, Kino, Bingo, Gitarrengruppe, Spinngruppe, offenes Frühstück)
- **Weiterbildung MA** (Fachweiterbildung Psychiatrie 14 MA, Systemischer Berater 3 MA, SKT 25 MA, Hundetherapie 6 MA, Sozialpsychiatrische Fachweiterbildung 2 MA, Metakognitives Training 4 MA, Fachkraft für Tiergestützte Therapie und Tiergestützte Pädagogik 1MA, Trainerassistent für Therapie am Pferd 1 MA, Fachtherapeut für kognitives Training 2 MA, ExIn 1MA, Suchtpsychiatrische Zusatzqualifikation 2 MA, PMR 12 MA, Bewegungstherapie/ Athletiktrainer 1 MA)
- **Mehr Gruppenräume/ Kreativräume/ Begegnungsräume**
- **Kauf und Betrieb von 6 Fahrzeugen für die aufsuchende Behandlung**
- **GPZ, 1,75 Stellenanteile Querfinanzierung durch Krankenhaus**



Frei werdende Mittel werden zum Ausbau des Behandlungsangebotes genutzt!

„Kliniken schulden den Krankenkassen nicht einen vollstationären Tag oder eine Einzelleistung, sondern die Gesundheit in einer bestimmten Region“ (A. Deister)

Flexibilität im Settingwechsel I

Definition:

Wechsel des Behandlungssettings unproblematisch (zeitnah, bürokratiearm, mit wenig Informationsverlust)

Umsetzungsvarianten:

- VS, A, TS auf einer Ebene/ Einheit
- Bett auf Station bleibt frei/ reserviert
- TK auf Station/ Akut TK
- Nachtklinik
- Flexi-Teams/ Ambulante
Komplexbehandlung
- Flexibilisierung der Beurlaubungen/
„Ausdünnen“

Voraussetzungen:

- Information der MA (neue Optionen, Vielfalt kennen und nutzen)
- Übersicht behalten (über Pat und Optionen)
- Gute Absprachen bei Settingwechsel
- EDV-Lösungen/ übergreifende Erfassung
- Festgelegte Kriterien für Settingwechsel
- Veränderung Haltung: Bedarf- und Bedürfnisorientierung

Flexibilität im Settingwechsel II

Vorteile/ Entlastungen:

Nachteile/ Belastungen:

P

- Passgenaue Angebote (Vereinbarkeit Familie und Beruf)
- Kontinuität im Behandlungsverlauf (fließende Übergänge, Akklimatisierung, Auffangnetz, Sicherheit, flexible Reaktion auf Krisen)
- Förderung von Selbstverantwortung

- Flexibilität kann Rückschritte markieren
- Hingeschoben werden, wo gerade Platz ist

A

- Keine Beiträge

- Keine Beiträge

MA

- Zufriedene MA durch zufriedene Pat
- Enger dran an Pat durch Begleitung über Settings hinweg
- Individuellere Gestaltungsmöglichkeiten der Behandlung
- Entlastung durch mehr Therapieoptionen
- Negativbeispiel RV: Hoher Aufwand, Informationsverlust bei SW

- Abläufe sind komplexer geworden
- Doch mehr Administration bei Settingwechsel
- Pat kann sich leichter „durchmauscheln“

Bsp. Itzehoe:

- Organisation des Neubaus nach funktionalen Prinzipien
- Eine Intensiveinheit von 10 Betten wird die einzige Station sein, die räumlich festgelegt und zu verorten ist (siehe auch „Problem geschützte Station“)
- Alle anderen Gebäudeteile sind nur funktional zuzuordnen, also räumliche Trennung von Therapie, Wohnen, Arbeit, Aufenthalt/ Begegnung etc

Bsp. Rüdersdorf:

- Trennung in Schlaf- und Tagesaufenthaltsbereichen
- Jeweils getrennte Milieu- und Bezugsteams

Definition:

Team- und personenbezogene Kontinuität in der Behandlung

Umsetzungsvarianten:

- „Alles/ fast alles/ vieles aus einer Hand“
- Flexi- Teams
- Trennung in Milieu- und Bezugsteams
- Modell Gruppenschwester
- Angebote für Adoleszenten

Strukturelle Grenzen:

- Personalwechsel, Rotationen
- Geschützte und geschlossene Stationen
- „Problem Erreichbarkeit“ (ausgelagerte PIAs und TKs)
- Räumliche Grenzen
- „Problemfeld ZHB“

Voraussetzungen:

- Vorausschauende Therapieplanung
- Organisation Bezugstherapie
- Engen Kontakt halten
- Gute Zusammenarbeit mit ambulanten Strukturen

Behandlerkontinuität II

Vorteile/ Entlastungen:

Nachteile/ Belastungen:

P

- Vertieftes Verstehen (Lebens-/ Behandlungsgeschichte nicht immer wieder neu erzählen müssen)
- Stärkung Sicherheitserleben (MA kennen mich, Vertrauen, Kontinuität trägt in Krisen, MA als Ankerpunkt)
- Behandlungskontinuität speichert Erreichtes

- Betriebsblindheit von MA
- Problemfeld Behandlerwechsel
- Lebensfremde (mangelnde Lernmöglichkeit, Übungsfeld fehlt, Ablösung fällt schwer)
- Unkontrollierbare Datenweitergabe/ Problem Datenschutz

A

- Bekanntes Behandlungsteam/ MA kennen PatientInnen
- Sicherheitsgefühl/ Vertrauen, sich aufgehoben fühlen
- Bessere Informationsfluss

- Enge Bindung T-P („man kommt nicht rein“)

MA

- Planungssicherheit und Vertrauen
- Besseres Kennen (KG besser kennen, Zeitersparnis)
- Entspannung/ Zufriedenheit durch bessere Beziehung
- Langfristige Behandlung befriedigt (Transfer in Alltag, Miterleben Erfolge)
- Weniger Bürokratie (weniger Übergaben/ Neuaufnahmen)

- Therapieende muss festgelegt werden
- Ablösungsprozess schwieriger

Definition:

Gruppenangebote, die übergreifend von a, ts, vs wahrgenommen werden können.

Umsetzungsvarianten:

- „stationsübergreifende und/ oder stationsübergreifende Gruppen
- störungsspezifische versus anlassbezogene (Bsp. Entlassungsgruppe) Gruppen
- geschlossene (selten) und offene Gruppen
- im Einzelfall auch lang andauernde psychodynamische Gruppe

Voraussetzungen:

- Austausch zwischen den Berufsgruppen
- settingübergreifende Durchmischung Gruppen
- Ausdifferenzierung des Gruppenangebots
- Anpassung Dienstpläne
- zentrale Therapieerfassung für alle Pat
- Qualifizierung der MA

Settingübergreifende Gruppenangebote II

Vorteile/ Entlastungen:

P

- Entwicklungsmotor Gruppenprozess (Lernen am Modell, Förderung Konflikt-, Kooperations-, Organisationsfähigkeit)
- Halt und Wachstum (vertieftes Verstehen untereinander, emotionaler Halt, Förderung Offenheit)
- Schrittweise Ablösung von VS

Nachteile/ Belastungen:

- Fluktuation statt Kontinuität in der Teilnahme

A

- Keine Beiträge

- Keine Beiträge

MA

- Keine Beiträge

- Organisationale Herausforderungen (Aufwand Doku, Überblick behalten, Gruppenzusammensetzung etc.)
- Inhaltliche Nachteile (Mehr Vielfalt, weniger Tiefgang?, doch weniger Konstanz; Gruppen werden größer)

Definition:

Stationersetzende, berufsgruppenübergreifende Behandlung von mehr als einer Woche

Umsetzungsvarianten:

- Heterogenität Frequenz (tgl. bis monatl.), Dauer (15-120 Min./2 Wo-mehrjährig)
- Team: 2-4 MA (Sozpäd, Pflege, Arzt, Ergoth)
- Einbeziehung Angehörige: Vor allem im Offenen Dialog
- Inhalte: Supportive Gespräche, Aufarbeitung LG; Expositionstraining; lebenspraktische Begleitung; z. T. in Kombination mit Gruppentherapien in Klinik

Voraussetzungen:

- Strukturell (MA, Räume, Autos, Handy, EDV, Schulung)
- Fähigkeiten (Verbindlichkeit, Strukturiertheit, Flexibilität, Unsicherheit aushalten, Abgrenzen können, Expertise)
- Haltung MA (Bereitschaft rauszugehen, z. Beziehungsaufbau, fachfremde Tätigkeiten, Verantwortung, Ausdauer, frei denken)
- Tun MA (Einzelkämpfer, Abstimmung, klare Zielplanung)

Zuhausebehandlung II

Vorteile/ Entlastungen:

- P**
- Umfassendes Verstehen (Lebenssituation, Umfeld, Bezugspersonen, Probleme werden sichtbarer)
 - Milieuerhalt (Normalisierung, Erhalt Bezüge, Tagesstruktur)
 - Selbstbestimmung, Selbstwirksamkeit, Selbstvertrauen
 - Platz für Individualität/ bedarfsgerecht
 - Sicherheitsgefühl (regelmäßige Besuche, „Zuhause-Gefühl“)
 - Intensiverer Kontakt (Veränderung Rollen, Augenhöhe, Wertschätzung, Vertrauen, Ganzheitlichkeit, ungeteilte Zeit)

- A**
- Präsenz Angehörigen während Therapie
 - Weniger Organisation/ Fahrerei
 - Tagesstruktur durch MA zu Hause

- MA**
- Freiheiten (weniger festgelegt, Kreativität, freie Zeiteinteilung)
 - Verbesserte Beziehung (Konstanz, eng, intensiver)
 - Informationen (konkretes Bild, Entwicklung erleben, Umfeld)
 - Entwicklung Personal (Verantwortung, Aufwertung, mehr Gelassenheit, Verständnis)
 - Arbeiterleichterung (Kontinuität, weniger Administration)

Nachteile/ Belastungen:

- Keine ständige Beobachtung/ Behandlung
- Fehlender Abstand
- Eindringen in häusliche Strukturen (zu große Nähe)
- Fehlendes Eingebundensein (Tagesstruktur, Ablenkung fehlen, mehr Eigenverantwortung, alleine sein, sich aushalten müssen)
- Überversorgung/ „ambulantes Ghetto“

- “Zu Hause” als Rückzug fällt weg/ fremde Menschen z. H
- Mehr Verantwortung, immer aufpassen müssen
- Tagesstruktur schaffen/ Unsicherheiten im Umgang
- Freiheiten verlieren, eng zu Hause

- Unsicherheiten (weniger Team, mehr Verantwortung)
- Abstimmung mit VS/ TS („Konkurrenzsituation“, Vertretungsregelung, Tanzen auf zwei Hochzeiten)
- Zeit und Aufwand (Fahrzeiten, Zeitdruck, immer wieder auf Pat. zugehen)
- Fehlende Vorbereitung und Reflexionsraum

Phasen der Modellentwicklung

Phase I:

- Alles verändert sich; „es muss alles auf den Prüfstand“
- Oft starke Ambulantisierung (Bettenabbau, Zusammenlegung Stationen/ Einheiten etc)
→ darum vor Beginn: „Habt Ihr alles, was Ihr braucht?“ (Scheitelpunkttheorie)/ Ausnahme KJP!
- Umsteuerung Ressourcen, evtl. erste räumliche Umbauten,
- Finanzierung gibt Chance neu zu denken“, konzeptuelle Entwicklungen, Differenzierung und Zunahme Angebotspalette
- Haltungsänderungen und Auseinandersetzungen unter MA (tritt verzögerter ein), Zunahme/ Aufbau Expertise MA
- Veränderungen für Pat und A oft gut erlebbar; nicht selten an die neuen Strukturen gewöhnen

Phase II:

- Plateauphase Ambulantisierung („mehr geht nicht“/ Reduktion um 2/3 VS möglich?)
- Konzeptuelle Entwicklung schreitet voran/ Angebotspalette differenziert sich aus
- Haltungsänderung/ Expertise MA differenzieren sich aus
- Evtl. Neubau (von Teilen) der Einrichtung
- Veränderungen wieder weniger erlebbar

3. Schlussfolgerungen

Umfassende Datenlage

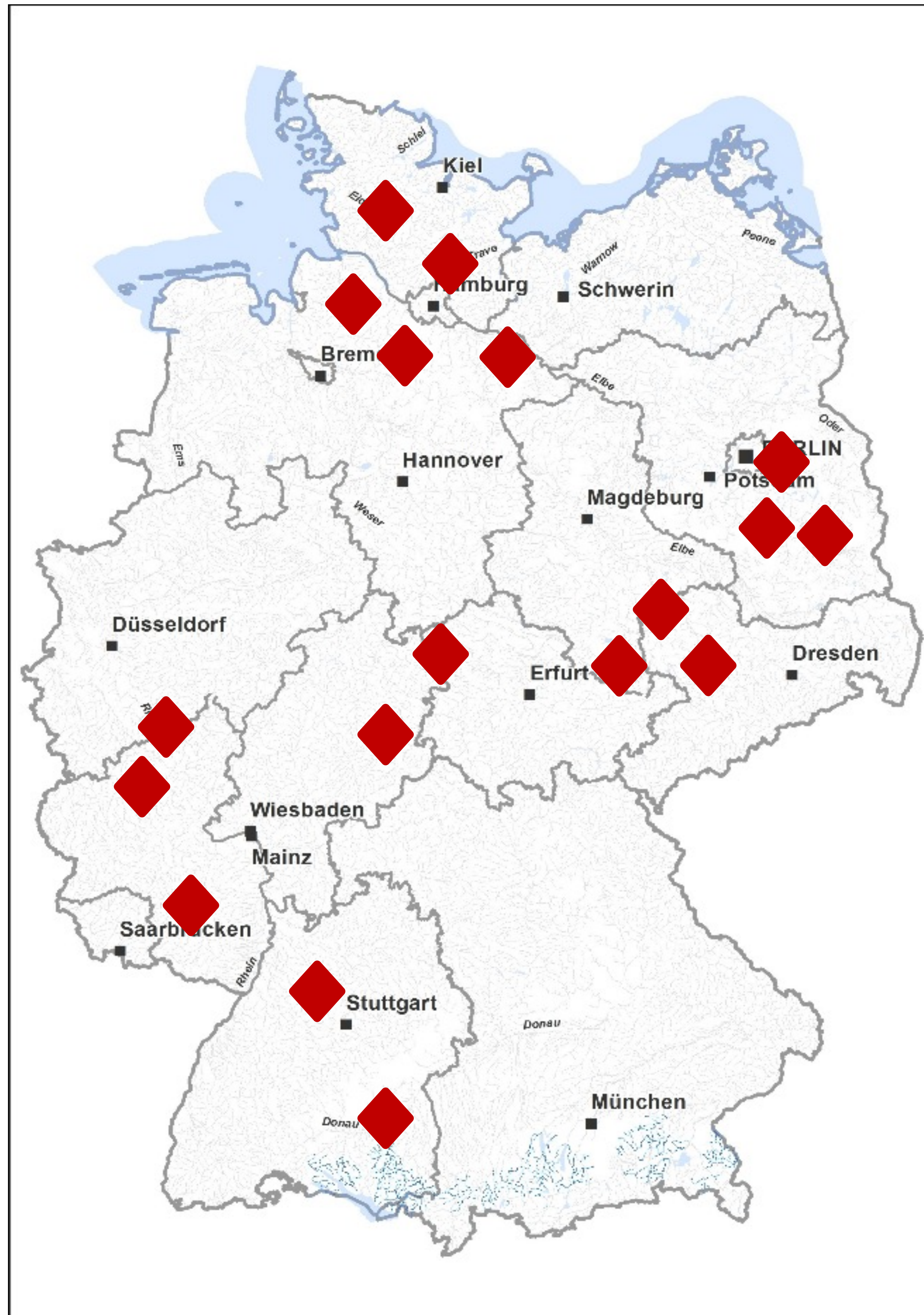
Diversität an Studien, Ansätzen, Modellierungen...

Starke Anreize:

- Planungssicherheit für Erbringer und Kostenträger
- Reduktion Misstrauensaufwand
- Steuerung durch Versorgungsqualität (statt Bett)

Heterogenität an Umsetzungstypen

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 et al 2020: Diffusionshindernisse bei der Einführung des Gesamtbudgets in der Psychiatrie als innovativer Ansatz für kommunale psychiatrische Versorgung. In: Pfannenstiel et al: Innovationen und Innovationsmanagement im Gesundheitswesen.

Univ.-Prof. Dr. med. Sebastian von Peter

Professur für psychiatrische Versorgungsforschung mit dem
Schwerpunkt qualitativer und partizipativer Ansätze
Leitung IAG seelische Gesundheit*
Medizinische Hochschule Brandenburg

Oberarzt für das Team der stationsäquivalenten und zu
Hause Behandlung
Hochschulklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Immanuel Albertinen Klinik Rüdersdorf

E-Mail: Sebastian.vonPeter@mhb-fontane.de