

*Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands VKD
Fachgruppe Psychiatrie – 48. Fachgruppentagung Remscheid 25.-26.9.2014*

Auswertung bestehender IV-Verträge und Modellvorhaben in Deutschland

Hans Joachim Salize

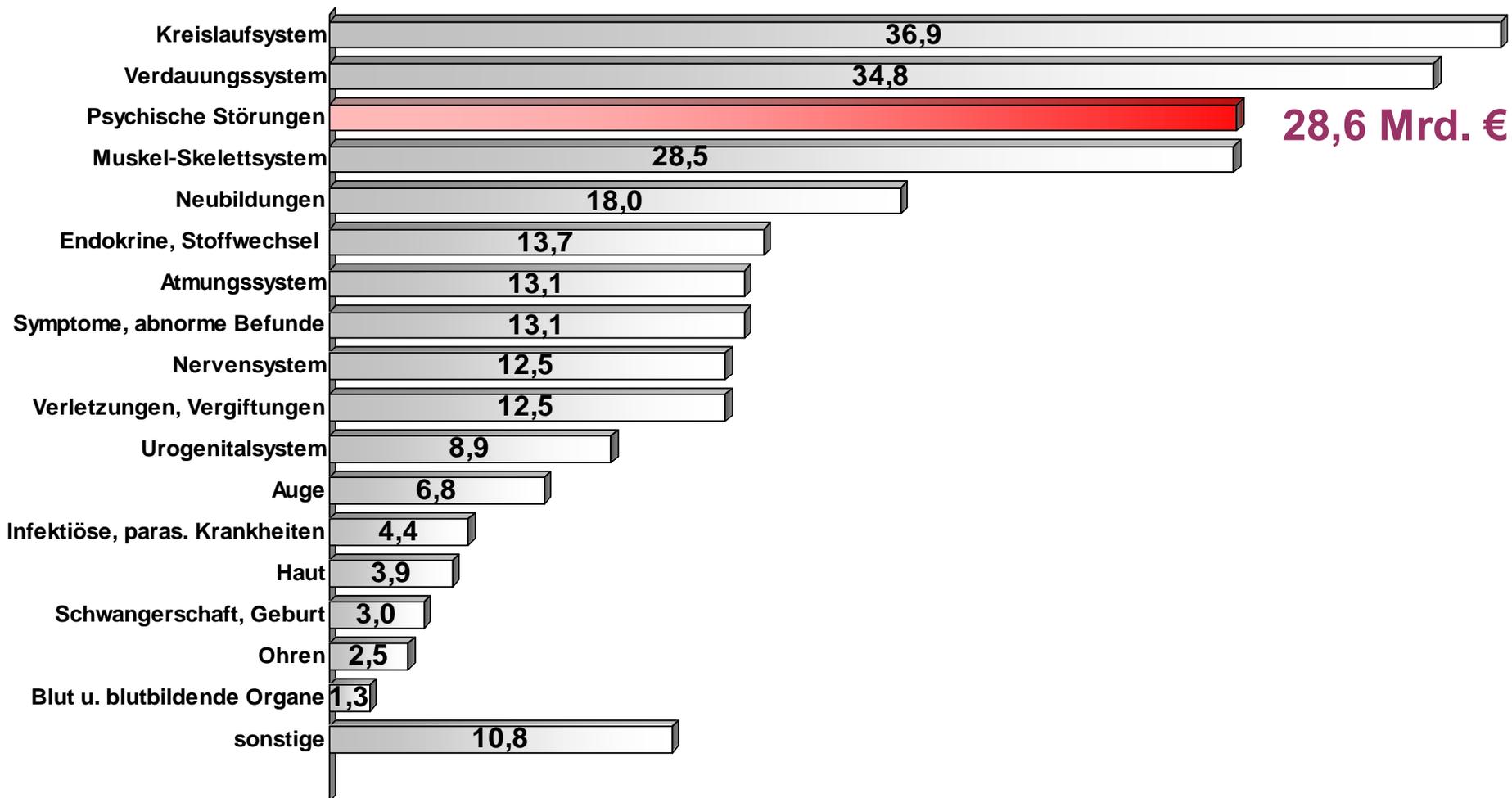
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim

Integrierte Versorgung

- **Grundgedanke:**
*Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf Leistungserbringer
im Austausch für größere Budgetverantwortung,
Budgetfreiheit und -flexibilität*

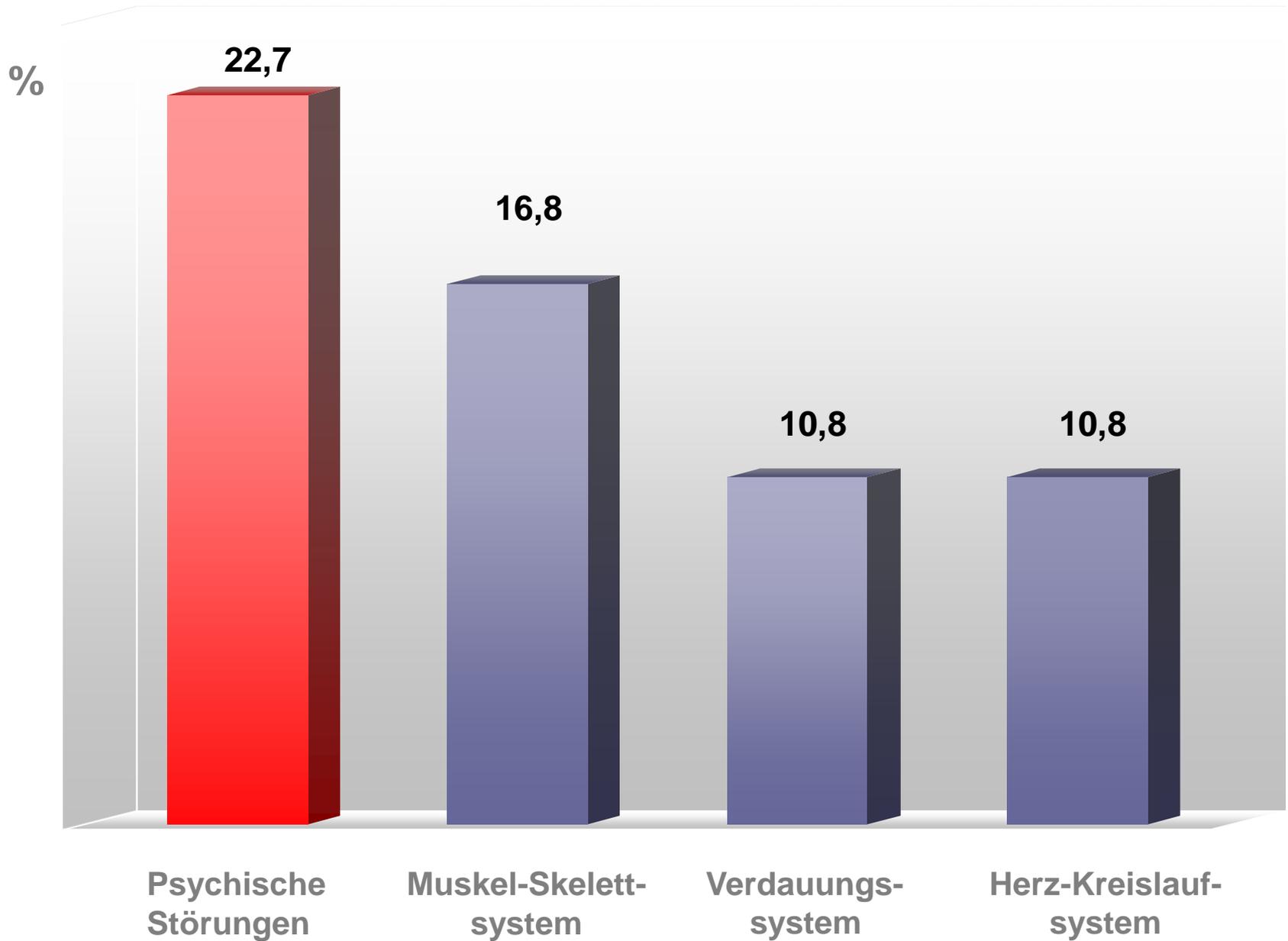
- **erhoffter Effekt:**
*Synergien erschließen für mehr Wirtschaftlichkeit,
Effektivität und Versorgungsqualität*

Ausgaben für medizinische Versorgung - Deutschland 2008



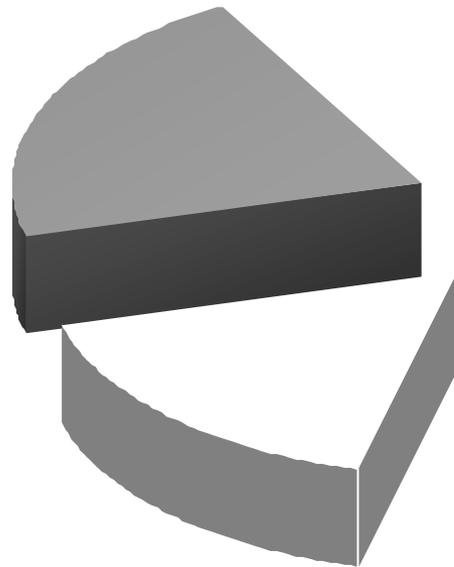
Gesamt: € 254,2 Mrd.

Anstieg Krankheitskosten 2002 – 2008



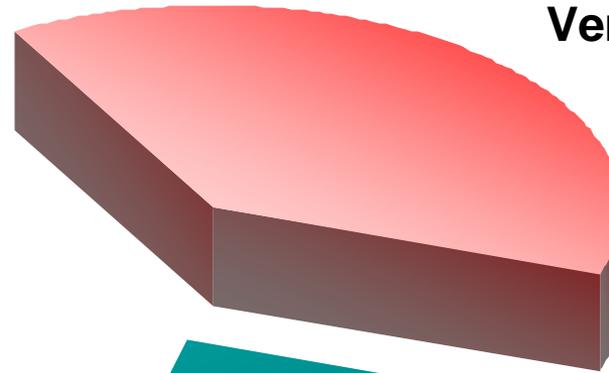
Unabhängige Finanzierung der Leistungsbereiche

**komplementäre
Versorgung**

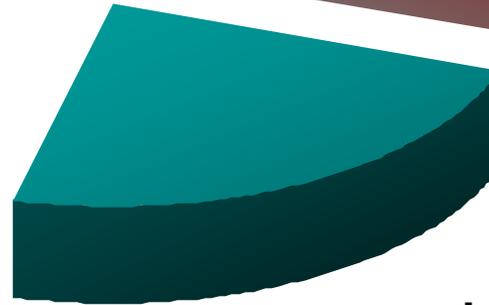


**rehabilitative
Versorgung**

**voll-/teilstationäre
Versorgung**



**ambulante
Versorgung**



Paradoxe Leistungsanreize

- *stationärer Sektor:*

Nachteile bei Reduzierung vollstationärer Behandlung
=> finanzielle Einbußen für Krankenhäuser / Träger

- *ambulanter Sektor:*

keine Vorteile von verringerter Krankenhausbehandlung
keine Ressourcen für Prävention

=> fehlender Anreiz zur Ausweitung ambulanter Angebote
oder zur Reduzierung stationärer Aufenthalte

- *gesetzliche Krankenversicherung:*

Vorteile durch Frühberentung und Ausgliederung

=> reduzierter Anreiz zur Arbeits- und Berufsrehabilitation

Versorgungsfragmentierung

Psychotherapeut

Psychiatrisches Krankenhaus

Familienpflege

Tagesklinik

Betreutes Wohnen

Institutsambulanz

Psychiater

Psychiatrisches Wohnheim

Berufsreha

Beschützte Werkstätte

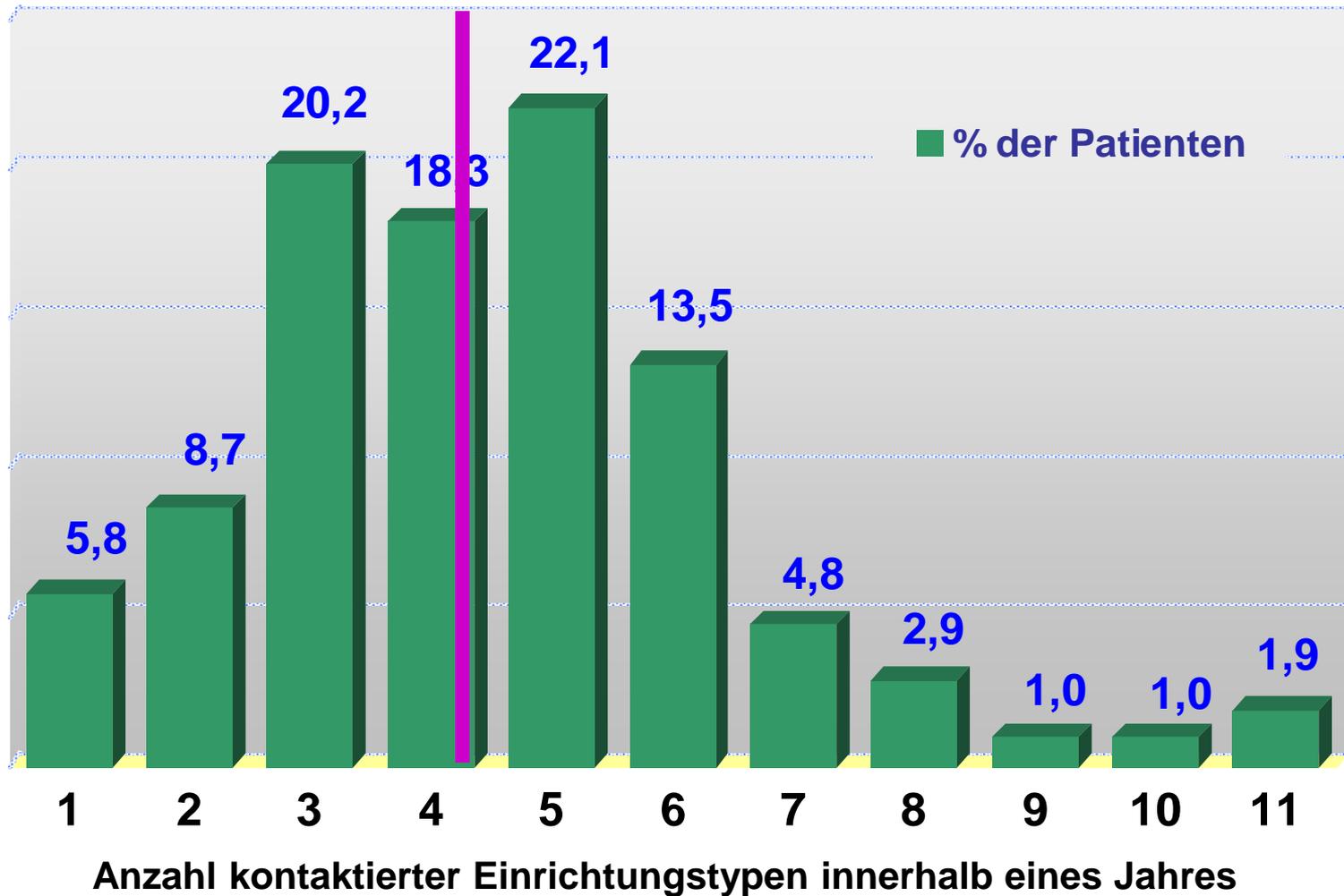
SPDi

RPK

Tagesstätte



Nutzungshäufigkeit psychiatrischer Dienste durch Patienten mit Schizophrenie



Wieviel IV gibt es in der deutschen Psychiatrie ?

Übersicht

Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland

Implementing Models of Cross-Sectoral Mental Health Care (Integrated Health Care, Regional Psychiatry Budget) in Germany: Systematic Literature Review

Autoren

Petra Schmid, Tilman Steinert, Raoul Borbé

Institut

Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Abteilung Psychiatrie I der Universität Ulm

Schlüsselwörter

- sektorübergreifende Versorgung
- Regionalbudget
- integrierte Versorgung

Keywords

- integrated health care systems
- regional psychiatry budget
- health care financing
- administration
- Germany

Zusammenfassung

▼
Anliegen: Sektorübergreifende Versorgungsmodelle wie das Regionalbudget und die integrierte Versorgung wurden geschaffen, um die Fragmentierung psychiatrischer Versorgung zu überwinden. Der Implementierungsstand in Deutschland und die Begleitevaluation sollen dargestellt werden.

Methode: Systematische Literaturrecherche, zusätzliche Handsuche.

Ergebnisse: 28 Artikel und 38 Internetseiten wurden identifiziert, die sich auf 21 Projekte bezogen. Die Projekte weisen eine hohe Heterogenität auf (Größe, Ziele, inhaltliche Umsetzung, eingeschlossene Patienten, Art und Umfang der Evaluation etc.). Im Hinblick auf klinische Outcomes zeigt sich ein positives, hinsichtlich der Leistungsnutzung ein uneinheitliches Bild.

Schlussfolgerung: Die Datenlage ist vielversprechend, wenn auch uneinheitlich. Welche Versorgungsformen sich durchsetzen werden, ist noch nicht absehbar.

Modelle sektorübergreifender Versorgung

Regionales Psychriatriebudget

Steinburg, Itzehoe
München-Ost
ZfP Südwürttemberg
Rendsburg-Eckernförde
Herzogtum Lauenburg
Nordhausen
Dithmarschen
Nordfriesland
Hanau

Integrierte Versorgungsmodelle

UK Hamburg-Eppendorf
AOK Niedersachsen
Bonn (Rheinische Kliniken)
München
Berlin (VPSG)
Mainz
Aachen
Kaufbeuren
Freiburg
Mecklenburg
Emsland
Netzwerk psychische Gesundheit

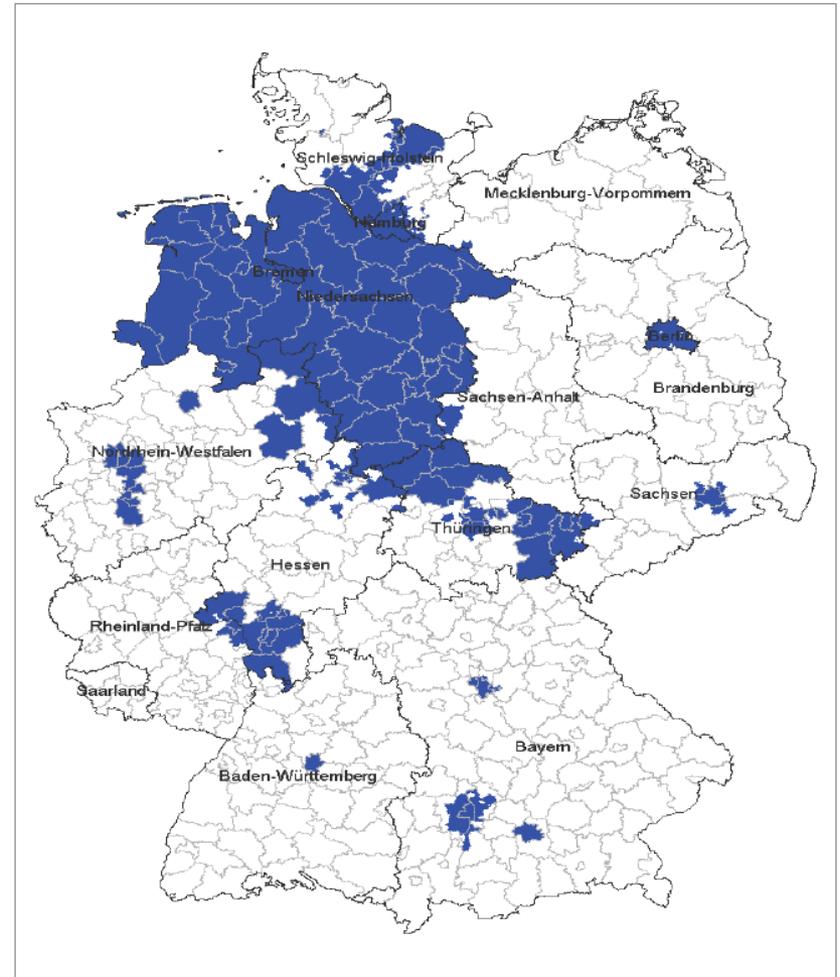
RBB: Projekte zur Aufhebung unterschiedlicher Finanzierung von Klinikleistungen

IV: Projekte zur Veränderung/Flexibilisierung traditioneller Versorgungskonzepte

IV-Verträge Netzwerk Psychische Gesundheit

13 Verträge in 11 Bundesländern ca. 6.900 Einschreibungen (Stand 2013)

Niedersachsen-Nord
Niedersachsen-Süd
Berlin
Bayern
Bremen
Hamburg
Schleswig Holstein
Nordrhein-Westfalen
Hessen-West
Hessen-Südost
Thüringen
Stuttgart
Dresden



Einschreibungen

NetzWerk psychische Gesundheit:

Techniker Krankenkasse, KKH Allianz, AOK Rheinland/Hamburg 6.900

weitere Verträge mit:

Gesellschaft für Wirtschaftlichkeit & Qualität bei Krankenkassen
(GWQ ServicePlus AG deutschlandweit)

Regionale Verträge mit:

AOK Nordost (PIBB Berlin) & Rheinland 1.100
DAK Berlin (PIBB Berlin) 400-500

weitere Regionale Kassen

Verträge der BAG IV des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie 9.000

Gesamteinschreibungen

ca. 11.000

Wie wird IV wissenschaftlich begleitet ?

Übersicht

Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland

Implementing Models of Cross-Sectoral Mental Health Care (Integrated Health Care, Regional Psychiatry Budget) in Germany: Systematic Literature Review

Autoren Petra Schmid, Tilman Steinert, Raoul Borbé

Institut Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Abteilung Psychiatrie I der Universität Ulm

seit 2003:

- 3 Modelle bereits gekündigt (Bonn, Aachen, Freiburg)
- 5 Projekte wissenschaftlich begleitet und Daten publiziert

RPB Kreis Steinburg
Hamburger Modell
München-Ost

Rheinische Kliniken Bonn
Herzogtum Lauenburg



Evidenzlevel 2+ (gut ausgeführte Kohortenstudie)

Evidenzlevel 3 (nichtanalytische Studie)

plus aktuelle Publikationen: Berliner Modell (incl. Brandenburg, Niedersachsen Bremen)
Lüneburger Modell

Evaluierte IV-Modelle

RPB Itzehoe	Jan. 2003	F0-9
Hamburger Modell	Mai 2007	F20, F25, F31, F3x.3
München-Ost	Mai 2007	F0, F10, F2, F3
Rhein. Kliniken Bonn	Juni 05 - Dez. 08	F1
Herzogtum Lauenburg	Jan. 2008	F0-F9
Berlin/Brandenburg/ Niedersachsen/Bremen	2006-2010	F2, F32-F39

Evaluierte IV-Modelle

RPB Itzehoe

Klinik

PIA

Tagesklinik

Hamburger Modell

Klinik

Tagesklinik

PIA

Psychiater

ACT-Team

München-Ost

Klinik

Psychiater

PIA

Pflege (PIA)

Berliner Modell

Klinik

Psychiater

Hausärzte

Soziotherapie

Pflege

Methodischer State of the Art einer IV-Evaluation

- **Mehrstufigkeit der Wirkungszusammenhänge im Modell**
- **Form und Richtung der Wirkungszusammenhänge**
- **Mehrdimensionalität der Zielgrößen**
- **direkte und indirekte Effekte auf Zielgrößen**
- **nicht kontrollierte Faktoren**
- **Kontextmerkmale (Angebote in der Region, Zugangsschwellen etc.)**
- **Kriterien der Wirksamkeit**
- **subjektive und objektive Ergebnisparameter**
- **Einbezug von Bezugspersonen und Familienangehörigen**
- **Erfassung der Behandlungskosten**
- **standardisierte empirische Erhebungen u. statistische Analysen**

Hamburger Modell

Finanzierungsträger: *DAK, HEK, IKK, AOK*

Einrichtungsträger: *UK Hamburg-Eppendorf
(vollstationäre, tagesklinische, PIA-Versorgung
niedergelassene Psychiater, ACT-Team)*

Finanzierung: *versichertenbezogene Jahrespauschale, die alle IV-Maßnahmen
abdecken muss (Capitation-Modell)*

herkömmlich finanziert: *komplementäre Versorgung (Wohnen, Arbeitsreha etc.)*

Neuerung: *Kriseninterventionsteam, Home Treatment*

Anreiz: *Einrichtungsträger kann Gewinn erwirtschaften, Flexibilität*

Start: *1.5.2007, Laufzeit mittlerweile verlängert*

Kontrollregion: *keine*

Wissensch. Begleitung: *UK Hamburg*

Hamburger Modell

Ergebnisse (nicht kontrolliertes Design, n=128, Ausschlüsse und Dropouts 25%)

Verbesserung über Projekt-Laufzeit (4 Jahre)

- **Psychopathologie (BPRS) < .0001**
- **Schweregrad (CGI) < .0001**
- **Funktionsniveau (GAF) < .0001**
- **Lebensqualität (Q-Les-Q-18) < .0001**
- **Behandlungszufriedenheit Patienten (CSQ) < .0001**
- **Behandlungszufriedenheit Angehörige (CSQ) < .0001**

Zwangseinweisungen reduziert, Medikamentenadherenz verbessert

RBB Itzehoe

Finanzierungsträger: *Krankenkassenverbände Schleswig Holstein*

Einrichtungsträger: *Klinikum Itzehoe, Psychiatrisches Zentrum Glückstadt
(vollstationäre, tagesklinische und PIA-Versorgung)*

**Finanzierung der Behandlung durch fixes jährliches Budget für ein jährliches
Behandlungskontingent von 1.315 Patienten (+/- 6%)**

Bedingung: Bedarfsdeckung, keine Qualitäts- und Quantitätseinbußen

herkömmlich finanziert: *niedergel. Psychiater, komplementäre Versorgung*

Neuerung: Flexibilisierung der voll- und teilstationären sowie PIA-Behandlung

Anreiz: Einrichtungsträger kann Gewinn erwirtschaften

Start: *1.1.2003, Laufzeit 5 Jahre, mittlerweile verlängert*

Kontrollregion: *Kreis Dithmarschen*

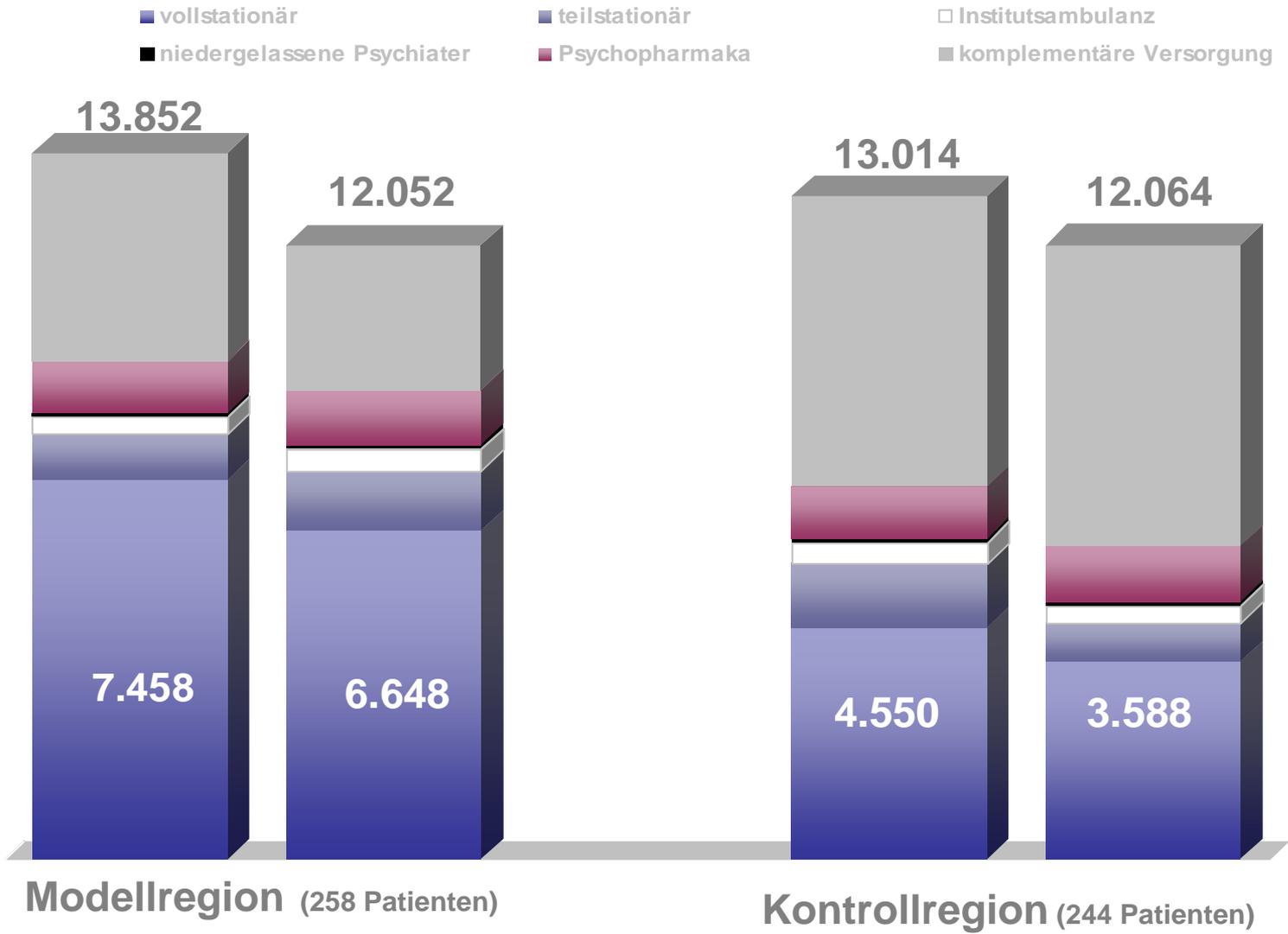
Wissensch. Begleitung: *Universität Leipzig*

Versorgungsqualität

Veränderung zwischen
IV- und Kontrollregion
über Zeit

<i>Funktionsniveau</i> Global Assessment of Functioning (GAF)	Verbesserung in IV-region (8,1) p=0.001
<i>Gesamtbeurteilung</i> Clinical Global Impression Scale (CGI-S)	kein Unterschied
<i>Schweregrad</i> Global Severity Index (GSI)	kein Unterschied
<i>Lebensqualität</i> Visuelle Analogskala (EQ-5D VAS)	kein Unterschied

RBB Itzehoe – Kostenvergleich 0-12 Monate



Quelle: Roick et al. 2008 Das Regionale Psychiatriebudget: Kosten und Effekte eines neuen sektorübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung. Psychiatrische Praxis 35: 279-285, eigene Berechnung

RBB Itzehoe

Ergebnisse nach 3,5 Jahren:

**Kein Unterschied zwischen IV- und Kontrollregion bei
Psychopathologie**

Lebensqualität

Gesamtkosten

Funktionsniveau der Patienten besser in IV-Region

**Kosten der vertragsärztlichen Versorgung in IV-Region
stärker gestiegen**

Vernetzte Versorgung Lüneburg

Versorgungsqualität

Veränderung zwischen
Interventions- und Kontroll-
gruppe über Zeit

<i>Funktionsniveau</i> Global Assessment of Functioning (GAF)		p=0.004	
<i>Funktionsniveau</i> WHO Disability Assessment Schedule 2 (WHODAS II)		n.s.	
<i>Symptomatik</i> Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)		p=0.003	

Berliner Modell

IV für schwer psychisch Kranke

- 2006 - 2010 in Berlin, Brandenburg, Niedersachsen, Bremen
- Träger in Berlin-Brandenburg:
Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit (bis 2008)
Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB, ab 2008)
- Beteiligte Kassen: DAK-Gesundheit, BKK der VAG Mitte
- Aufnahmekriterien
 - ICD-10 F0 - F8
 - mindestens 18 Jahre
 - Schweregrad (CGI ≥ 5)
 - Funktionsfähigkeit (GAF ≤ 50)
- krankenhauservermeidende oder krankenhausersetzende Behandlung erforderlich

Berliner Modell

- **Aufbau wohnortnaher, vernetzter ambulanter Strukturen**
 - Fallkonferenzen
 - fachspezifische Fortbildungen
 - Qualitätszirkel
- **Psychiater steuert und koordiniert aufsuchende Hilfen (psychiatrische Pflege und Soziotherapie)**
- **Psych. Pflege und Soziotherapie flexibel u. zeitnah**
- **Evaluation durch Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité**
- **Externes Qualitätsmanagement durch Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité**

Berliner Modell - Evaluation

- Kostenevaluation aus Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherung
- Gesamtgruppe n= 1.364 Patienten in 66 Praxen
- Diagnosegruppen:
F0: 4,8% F1: 1,5% F2: 21,0% F3: 58,8% F4: 11,4%
- Mittleres Alter 48,8 Jahre
- Prä-Post-Vergleichsstudie (18 Monate vor und nach IV-Aufnahme) n=226

Krankenhaustage verringerten sich signifikant ($p < .001$)

Kosten für stat. Behandlungen verringerten sich signifikant ($p < .001$)

Einsparungen im stationären Bereich durch Mehrausgaben für

Medikamente und ambulante Komplexleistungen kompensiert

Zwischenfazit IV-Evaluation

- **wenig Begleitstudien, kleine Stichproben, keine Langzeitnachbeobachtung, moderate methodische Standards**
- **leicht verbesserte bis gleichbleibende Symptomatik**
- **Kostenneutralität bis leichte Kostensteigerung**
- **Kostenneutralität für Kostenträger**

Kritische Aspekte

- Dauer der IV-Debatte und Modellerprobung > 10 Jahre
- bisher keine Flächendeckung
- selektive Integration der Versorgungssektoren
- selektive Integration der Finanzierungsträger
- mangelnde Orientierung an Versorgungsqualität
- fehlende Indikatoren für Versorgungsqualität
- fehlende Betroffenenperspektive
- keine Bilanzierung aus Perspektive der Gesamtversorgung und des Gesamtbudgets

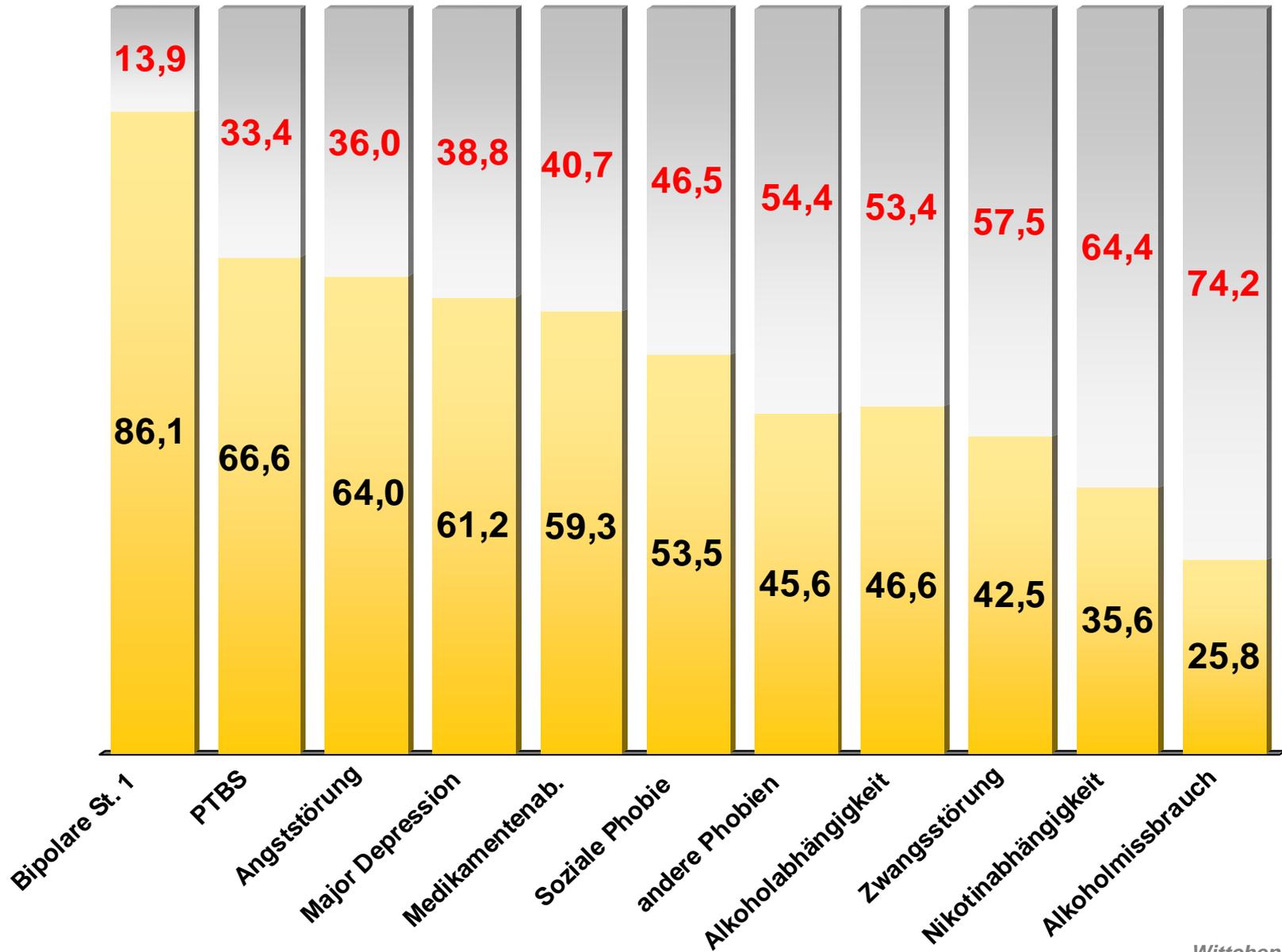
Versorgungsepidemiologische Perspektive



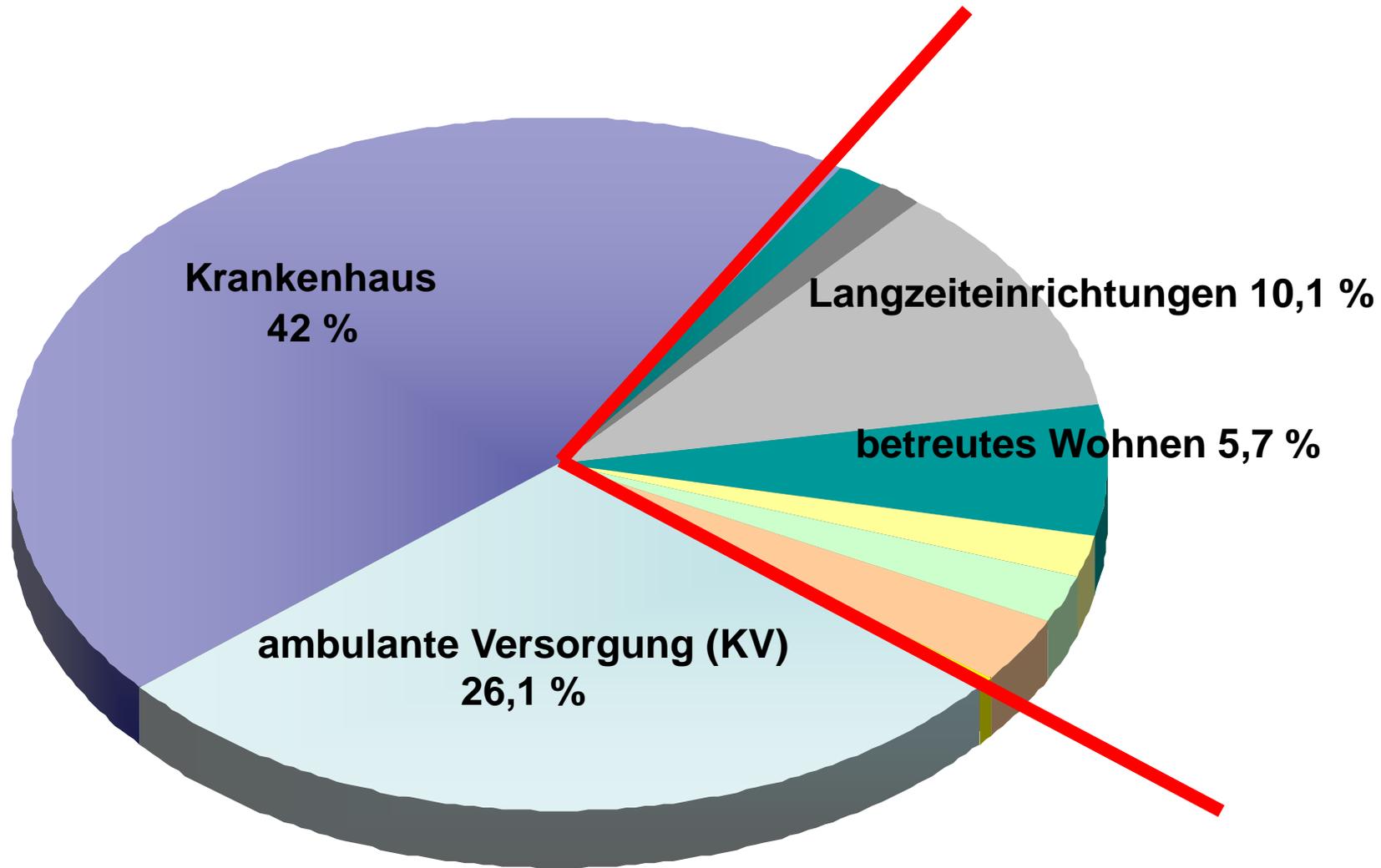
stationärpsychiat. Aufnahmen 2012: ca. 820.000

IV-Einschreibungen 2014: ca. 35.000

Unbehandelte psychische Störungen - in Deutschland 2011



Kostenperspektive: abgedeckte Sektoren



Welcher Outcome-Indikator ?

methodische Anforderungen:

universell

sektorübergreifend

standardisiert

multiprofessionell

versorgungs-, nicht zustandsbezogen

leicht anwend- und messbar

Welcher Outcome-Indikator ?

methodische Anforderungen:

universell

sektorübergreifend

standardisiert

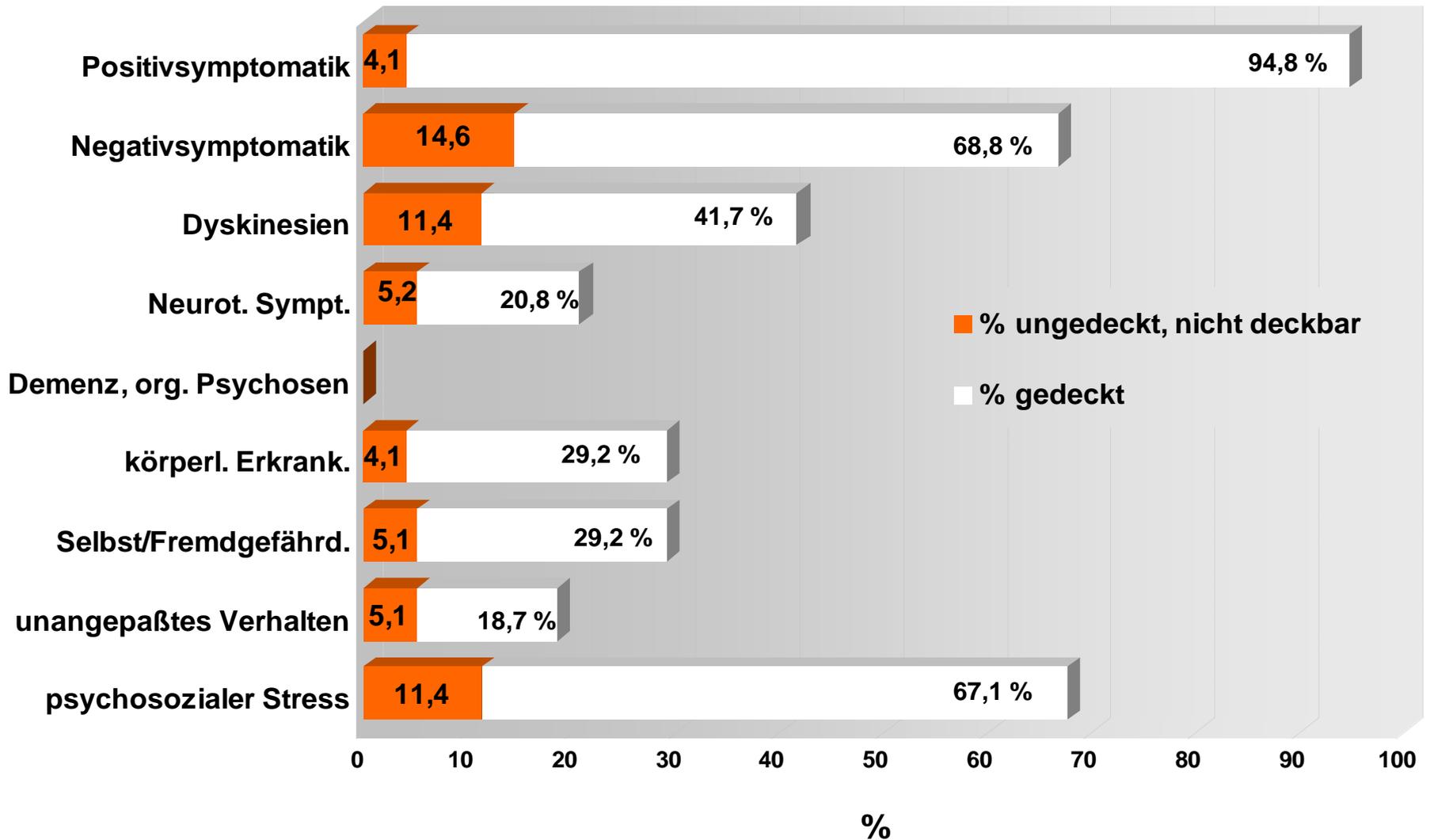
multiprofessionell

versorgungs-, nicht zustandsbezogen

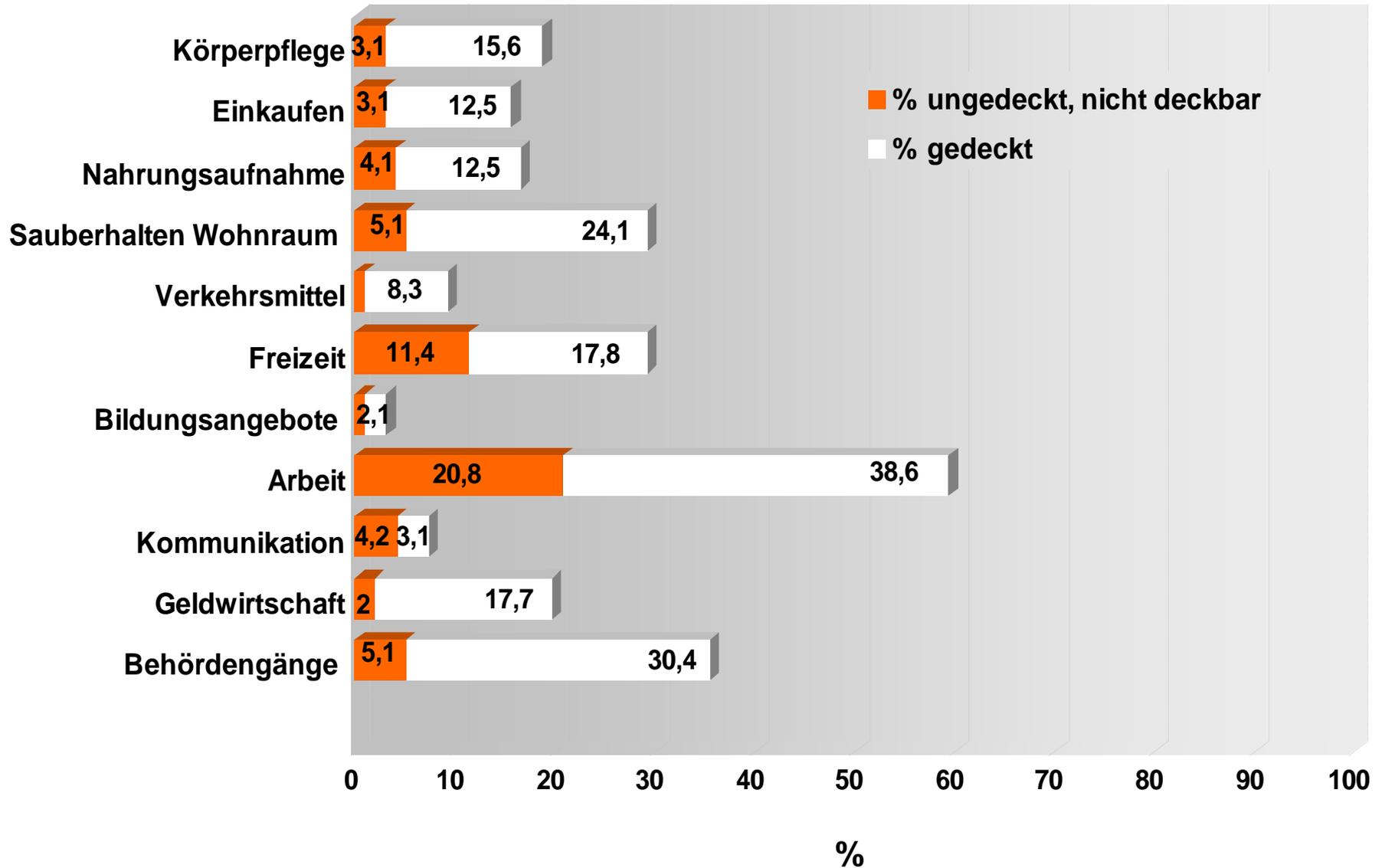
leicht anwend- und messbar

Grad der Bedarfsdeckung

Klinisch-psychiatrischer Versorgungsbedarf und Deckung Patienten mit Schizophrenie (nach einem Jahr in der Gemeindepsychiatrie)



Sozial-rehabitativer Versorgungsbedarf und Deckung Patienten mit Schizophrenie (nach einem Jahr in der Gemeindepsychiatrie)



Standardisierter Effektivitätsindikator

Zahl ungedeckter Probleme (t1) + Zahl ungedeckter Probleme (t2)

Zahl vorhandener Probleme (t1) + Zahl vorhandener Probleme (t2)

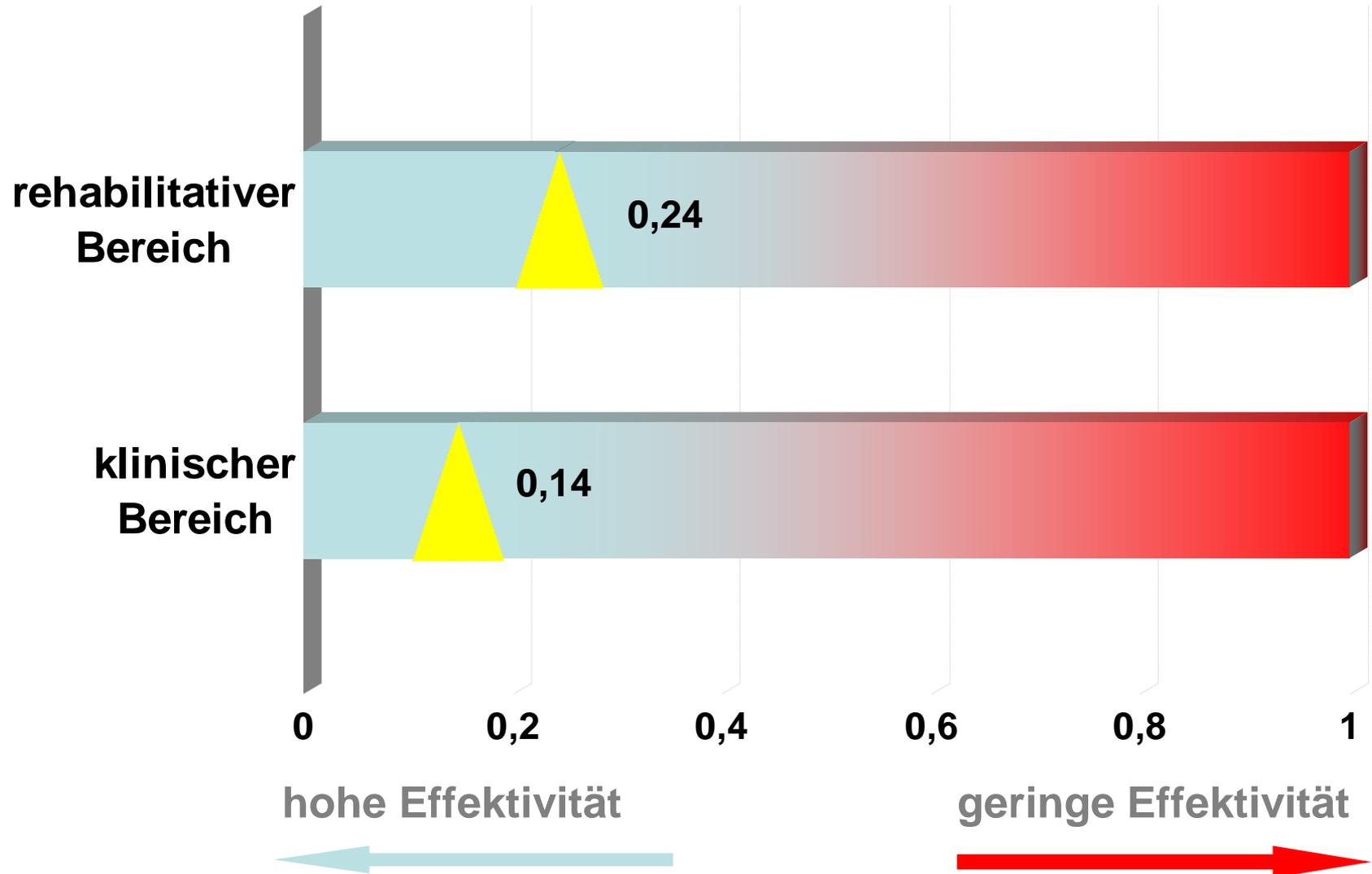
ergibt Effektivitätsindikator, skaliert auf den Bereich zwischen

0 = aller vorhandener Bedarf ist gedeckt

1 = aller vorhandener Bedarf ist ungedeckt

d.h. je näher der Indikator an 0, desto besser die Versorgung
in der Region bzw. der Patientengruppe

Indikator: Effektivität gemeindepsychiatrischer Versorgung von Patienten mit Schizophrenie (in Mannheim)



Implementierungs- und Durchführungsprobleme

- **kontinuierliche Dokumentation von Versorgungsmaßnahmen und Behandlungsergebnis ist zeit- und personalintensiv**
- **Standardisierungs- und Schulungsaufwand**
- **Instrumente stehen zur Verfügung**
 - IBRP (integrierter Behandlungs- & Rehaplan)** (Aktion Psych. Kranke)
 - GPV-Dokumentation** (ZI Mannheim, SM Baden-Württemberg)
 - BaDo Gemeindepsychiatrie** (Uni Leipzig, Uni Dresden)
 - Forschungsskalen** (NCA CANSAS etc.)
- **daten- und personenschutzrechtliche Fragen**
- **geringere Sensitivität im Vergleich zu Kostendaten**

Deckungsbereich von IV-Modellen

RPB Itzehoe

Klinik

PIA

Tagesklinik

Hamburger Modell

Klinik

Tagesklinik

PIA

Psychiater

ACT-Team

München-Ost

Klinik

Psychiater

PIA

Pflege (PIA)

Deckungsbereich von IV-Modellen

RPB Itzehoe

Klinik

PIA

Tagesklinik

Hamburger Modell

Klinik

Tagesklinik

PIA

Psychiater

ACT-Team

München-Ost

Klinik

Psychiater

PIA

Pflege (PIA)

IV-Modell im komplementären Sektor

Klientenbudget Wiesloch

Wohnen

SPDi

Tagesstätte

Ergotherapie

Pflege

Klientenbudget SPHV Wiesloch

Finanzierungsträger: *LWV Baden*

Einrichtungsträger: *Sozialpsychiatrischer Hilfsverein Rhein-Neckar*

Integrierte Angebote: *SPDi, Betr. Wohnen, Tagesstätte, Ergotherapie*

Finanzierung durch fixe degressive Pflegesätze (§ 140 d SGB V, § 26 Abs. 2 Pflegesatzverordnung):

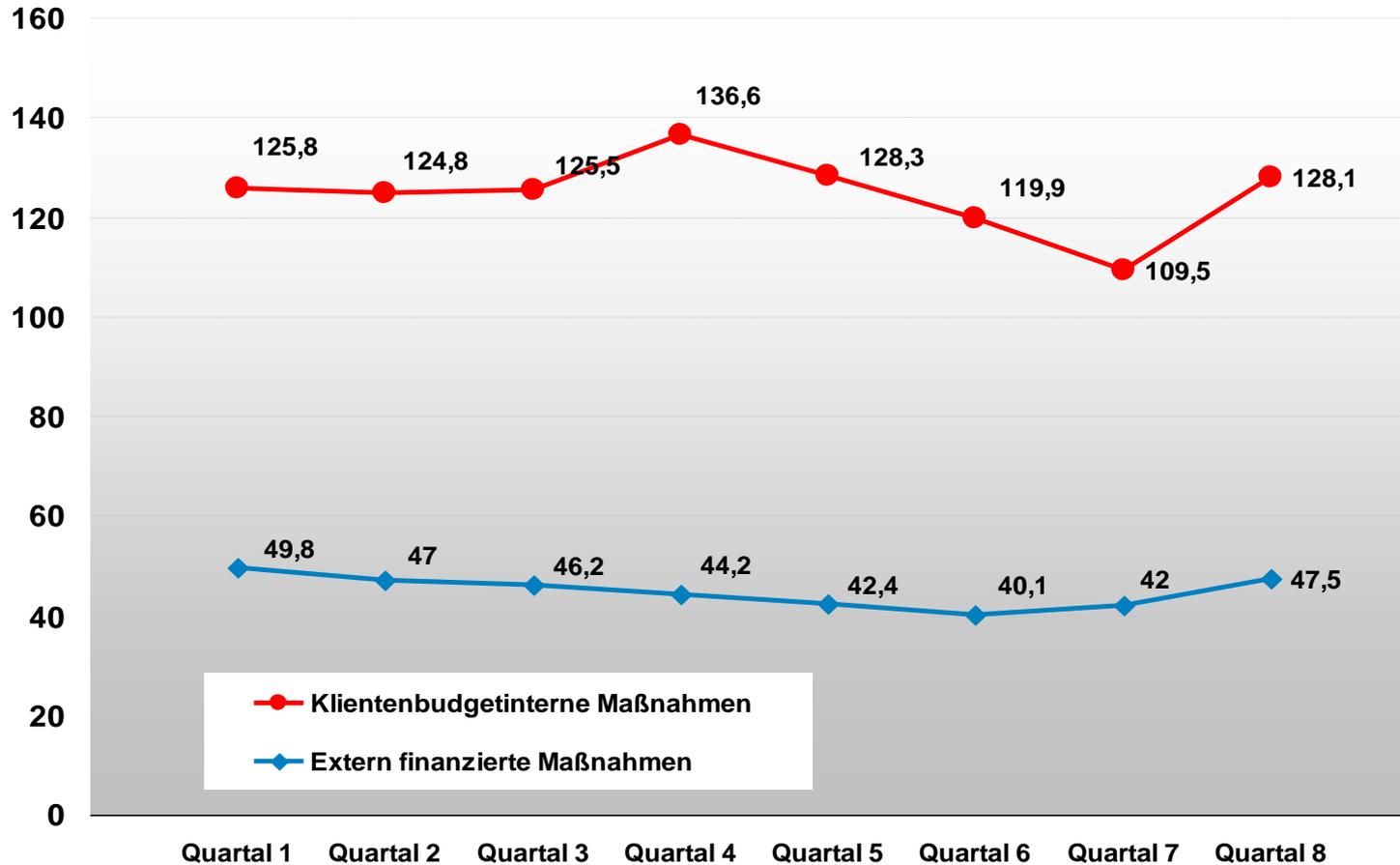
herkömmlich finanziert: *Krankenhaus, niederg. Psychiater, psych. Pflege*

Wissenschaftliche Begleitung: *ZI Mannheim*

Klientenbudget SPHV Wiesloch

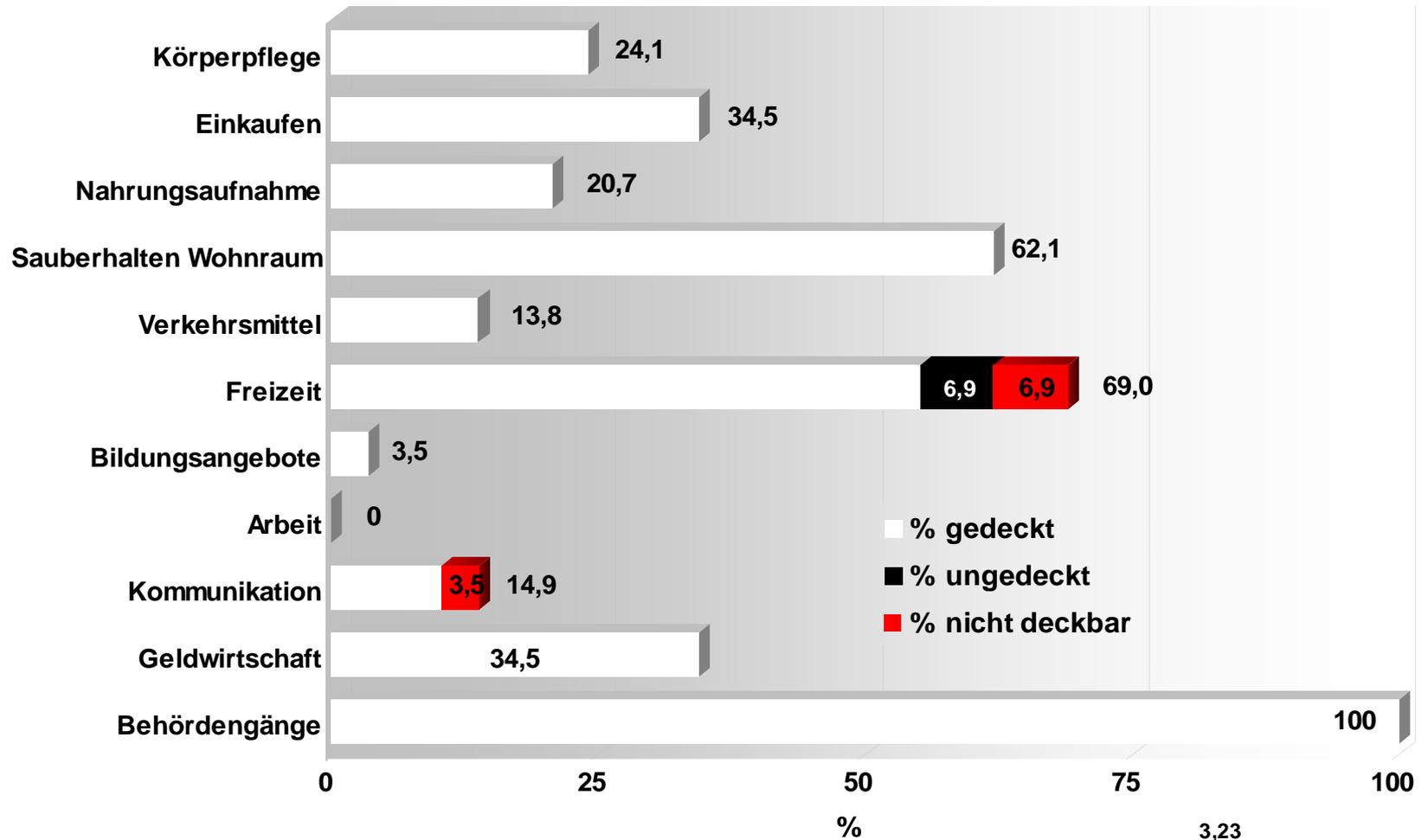
Häufigkeit psych. Maßnahmen pro Klient in 8 Quartalen (Mittelwerte)

Anzahl Maßnahmen



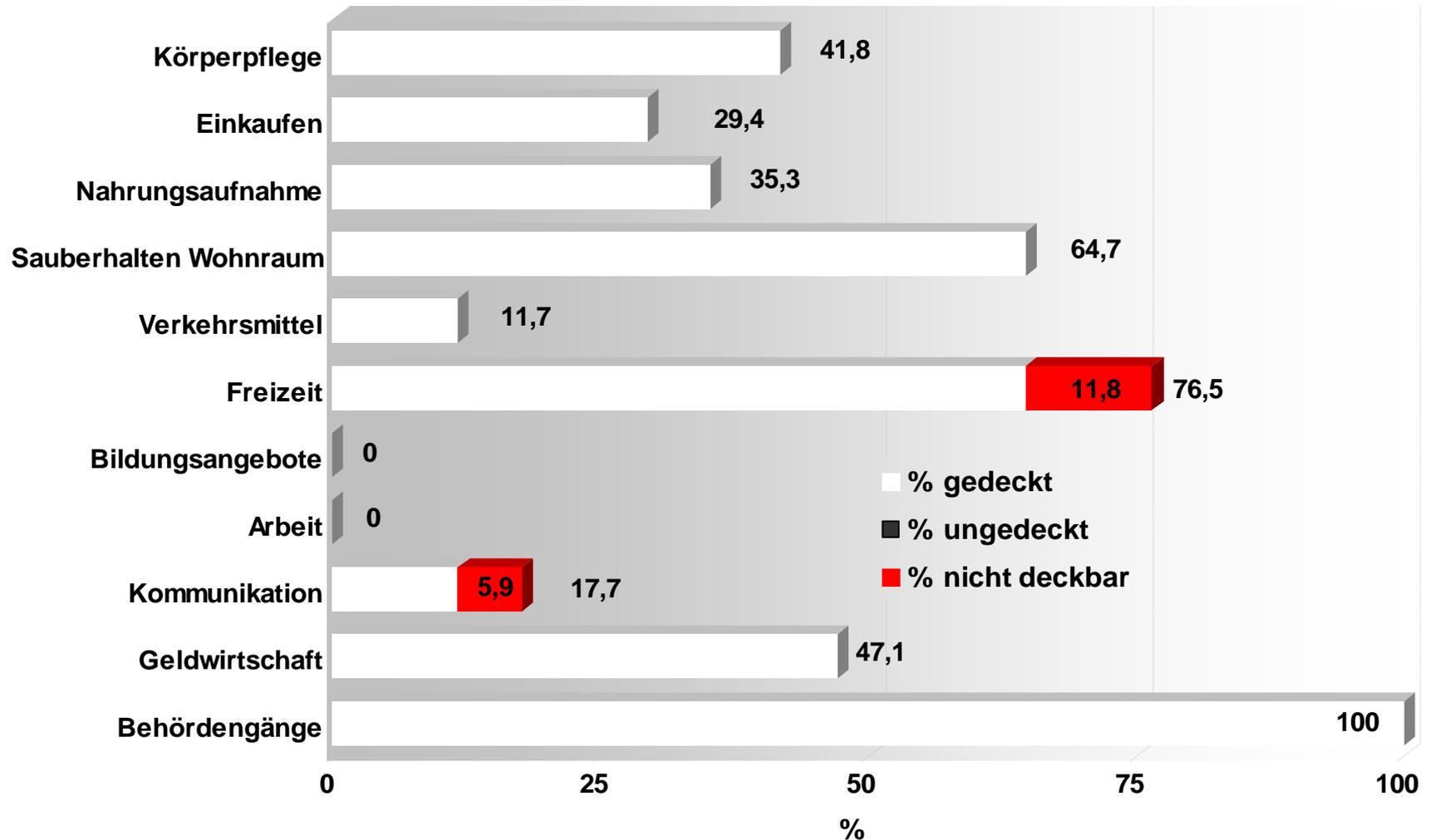
Klientenbudget SPHV Wiesloch

Sozial-rehabilitativer Versorgungsbedarf t1 (Studienbeginn) 29 Klienten



Klientenbudget SPHV Wiesloch

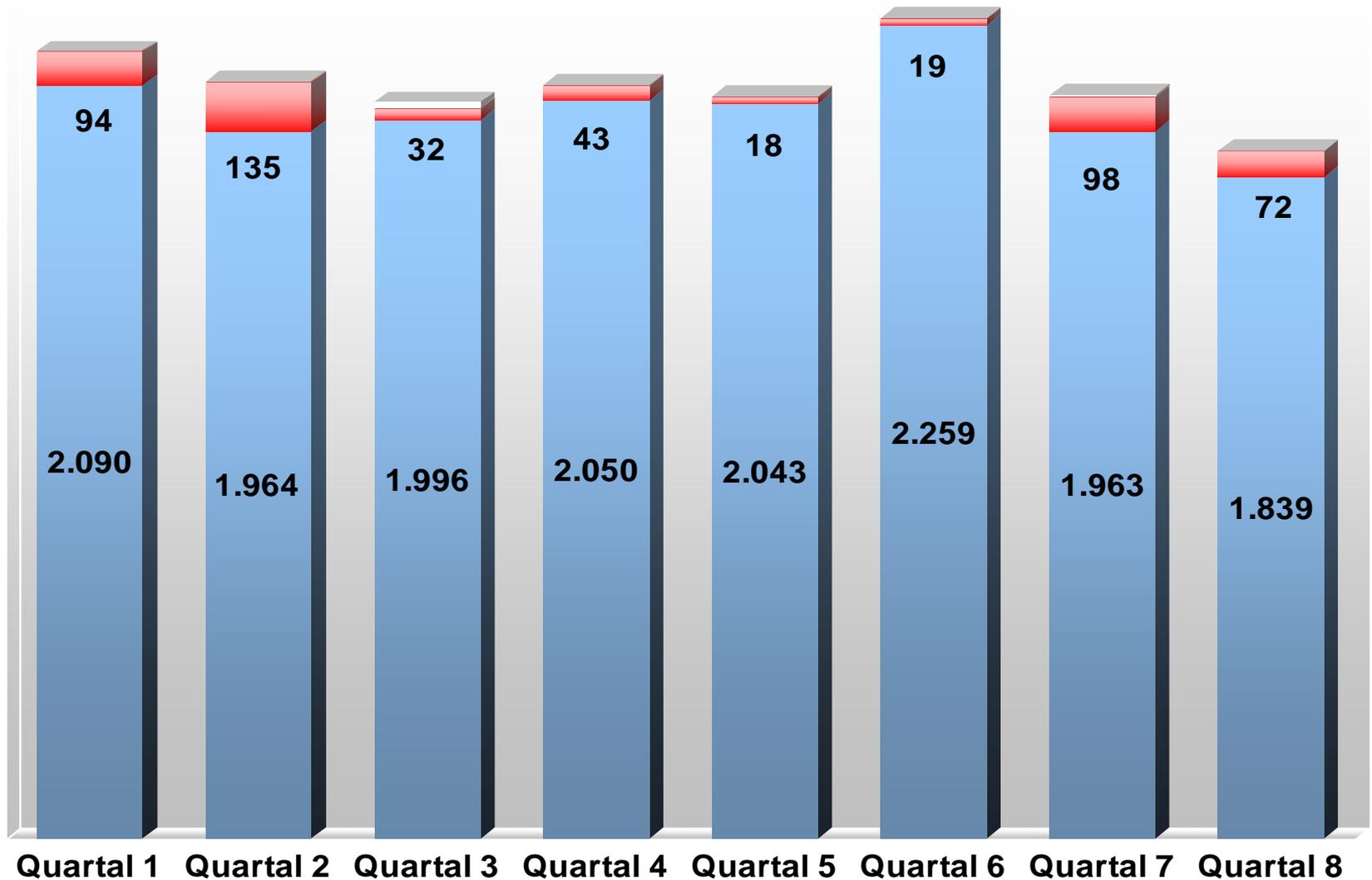
Sozial-rehabilitativer Versorgungsbedarf t4 (Studienende 24 Monate), 17 Klienten



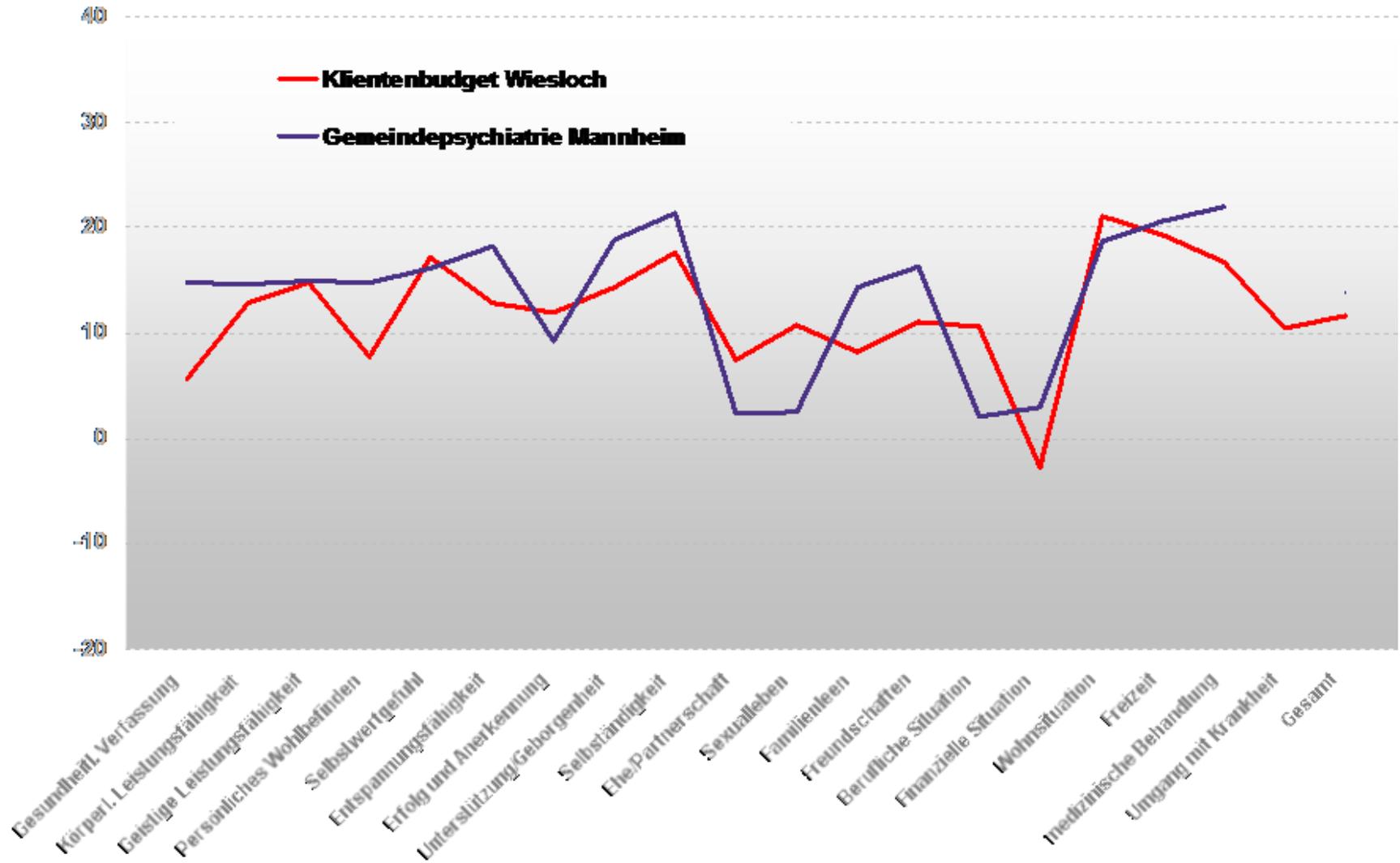
Krankenhaustage von Modellpatienten

Tage pro Quartal

rot: psych. Krankenhaustage absolut
blau: ambulant betreute Tage absolut



Lebensqualität



Zusammenfassung

- Inhaltlich heterogene IV-Modelle
- geringe Patientenzahlen
- unterschiedliche Zielsetzungen
- rudimentäre wissenschaftliche Begleitung
- heterogene Ergebnisse, Trend:
 - leichte Verbesserung der Versorgungsqualität
 - keine Kosteneffekte
- Betroffenenperspektive selten
- Ausschluss entscheidender Sektoren im „klassischen“ IV-Modell:
 - Hausärzte
 - Psychotherapeuten
 - Betreutes Wohnen
 - Arbeits- und berufsrehabilitative Dienste
 - sonstige „komplementäre“ Angebote

Zusammenfassung

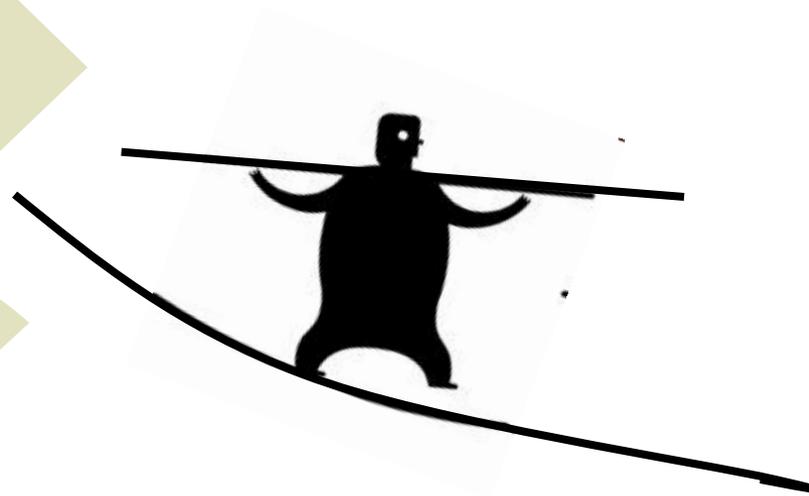
- Das Wirrwarr der Finanzierungsgrundlagen wird mit derzeitigen IV-Projekten nur geringfügig bereinigt **ohne** den zugrundeliegenden Fragmentierungskonflikt zu lösen: *SGB V vs. SGB XII, II, III, IX*
- Effizienzzuwachs im IV-Sektor geht möglicherweise zu Lasten nicht integrierter Sektoren oder gleicht sich in der Gesamtperspektive aus
- IV-Einschreibungen treffen v.a. mittlere Schweregrade, Heimpatienten und leichte Fälle schreiben sich nicht ein
- selektive Integration im fragmentierten System führt evtl. zur verstärkten Ausgrenzung nicht integrierte Patientengruppen oder Sektoren
- IV erreicht bisher nur einen Bruchteil der psychisch Kranken (*ca. 30.000 bei ca. 820.000 Aufnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie 2012*)
- Es fehlt an konsentierten und einfachen Indikatoren für „gute“ oder „bedarfsgerechte“ Versorgung

Zusammenfassung

- IV ist ggw. der einzig konkrete Versorgungsansatz, der das Thema Versorgungs- und Finanzierungsfragmentierung direkt adressiert und damit die Debatte offenhält.

Dies allein rechtfertigt bereits die Fortsetzung des IV-Experiments.

- IV-Modelle wirken durch reine Implementierung in der jeweiligen Region struktur- und bewusstseinsverändernd
 - alle Akteure werden sensibilisiert (für Thema und eigene Arbeit)
 - Nachteil: IV-Effekte diffundieren auch in die Kontrollgruppen (Transmittereffekt verwässert kontrollierte Studien)
 - Angehörige werden einbezogen
 - Empowerment wird gestärkt
- IV-Modelle bringen Evidenz für bisher nicht evaluierte Annahmen und Versorgungsforderungen (Bsp. Niedersachsen: Rückzugsräume u. Krisenzimmer werden nicht genutzt)



The German Treatment Gap

Gemeindepsychiatrie