

Welche Alternativmöglichkeiten bieten die Modellvorhaben nach § 64b SGB V?

Martina Wenzel-Jankowski
LVR-Dezernentin

Köln, 03. März 2016

Inhalt

- 1. Das psychiatrisch-psycho somatische Versorgungssystem: Kritik und Notwendigkeit von Reformen**
- 2. Die Gesetzlichen Rahmenbedingungen**
- 3. Erfahrungen und Effekte bestehender Modellvorhaben**
- 4. Geplante Modellvorhaben des LVR-Klinikverbundes**
- 5. Evaluation von Modellvorhaben**
- 6. Praktische Herausforderungen in der Umsetzung von Modellvorhaben**

Inhalt

- 1. Das psychiatrisch-psycho somatische Versorgungssystem: Kritik und Notwendigkeit von Reformen**
- 2. Die Gesetzlichen Rahmenbedingungen**
- 3. Erfahrungen und Effekte bestehender Modellvorhaben**
- 4. Geplante Modellvorhaben des LVR-Klinikverbundes**
- 5. Evaluation von Modellvorhaben**
- 6. Praktische Herausforderungen in der Umsetzung von Modellvorhaben**

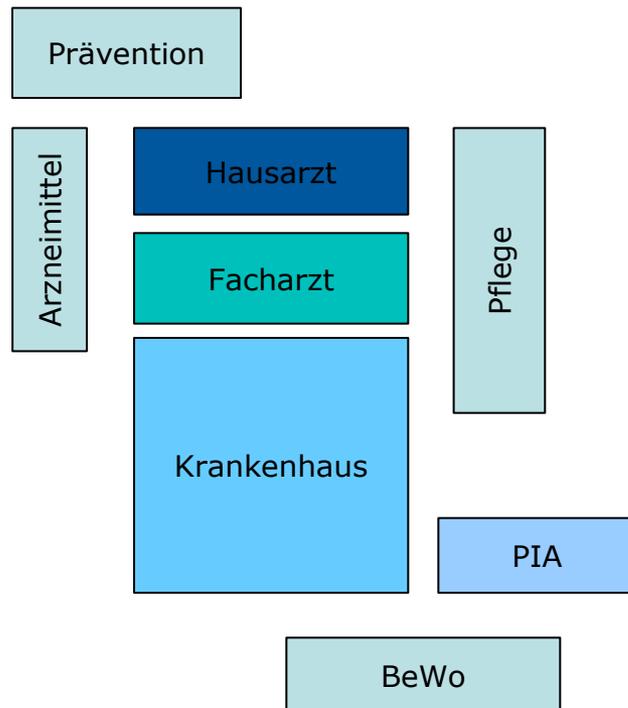
Das psychiatrisch-psychosomatische Versorgungssystem: Kritik und Notwendigkeit von Reformen

1. **Intransparenz** der Leistungserbringung und der Leistungsqualität
2. **Schnittstellenprobleme** zwischen Versorgungssektoren
3. **Bisheriges Entgeltsystem** nicht leistungsorientiert und durchgängig
4. **Internationale Ansprüche**: WHO European Mental Health Action Program, EU Joint Action Mental Health and Well-Being (WP5), UN-BRK

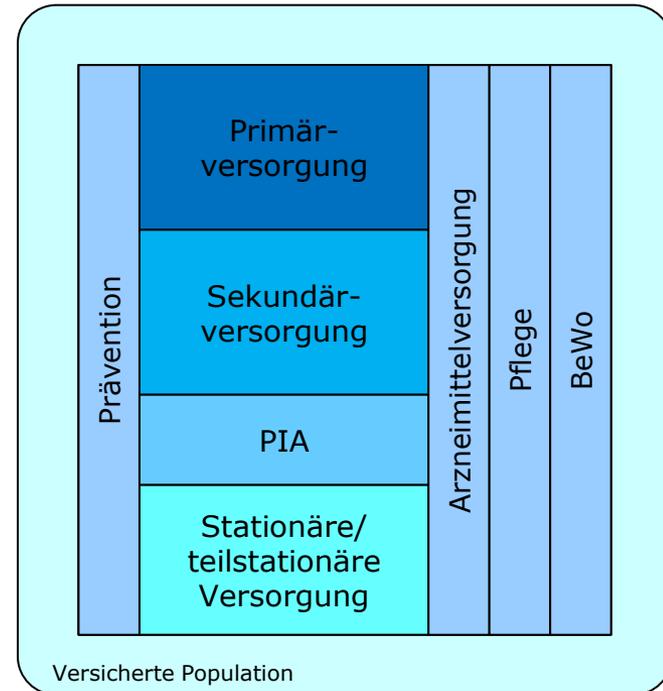
Teilweise seit Jahren vorgetragene Forderungen, nun begonnene praktische Umsetzung im Rahmen eines umfassenden neuen Versorgungsmodells

Koordinierungsdefizite im Versorgungssystem

Traditionelles System
Anbieter- und sektororientiert



Zukunftskonzept
Populationsorientiert und sektorübergreifend



(Fragmentierung nach F. Gerlach, Kleiner Sachverständigenrat 2012)

Zielsetzungen des LVR zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgungssysteme

- **sektorübergreifendes Versorgungssystem**
- **Umsetzung des Grundsatzes:
ambulant vor teilstationär vor vollstationär**
- **Sicherstellung der Behandlungskontinuität**
- **Nutzung von Synergien der Leistungserbringer**
- **Steigerung der Behandlungseffizienz**
- **Transparenz der Leistungen für Patientinnen und Patienten,
Kostenträger und Leistungsanbieter**
- **durchgängiges, einheitliches Finanzierungssystem**
- **Budgetorientierung**
- **Verbesserung der Qualität der Versorgung**

Inhalt

1. **Das psychiatrisch-psycho somatische Versorgungssystem: Kritik und Notwendigkeit von Reformen**
2. **Die Gesetzlichen Rahmenbedingungen**
3. **Erfahrungen und Effekte bestehender Modellvorhaben**
4. **Geplante Modellvorhaben des LVR-Klinikverbundes**
5. **Evaluation von Modellvorhaben**
6. **Praktische Herausforderungen in der Umsetzung von Modellvorhaben**

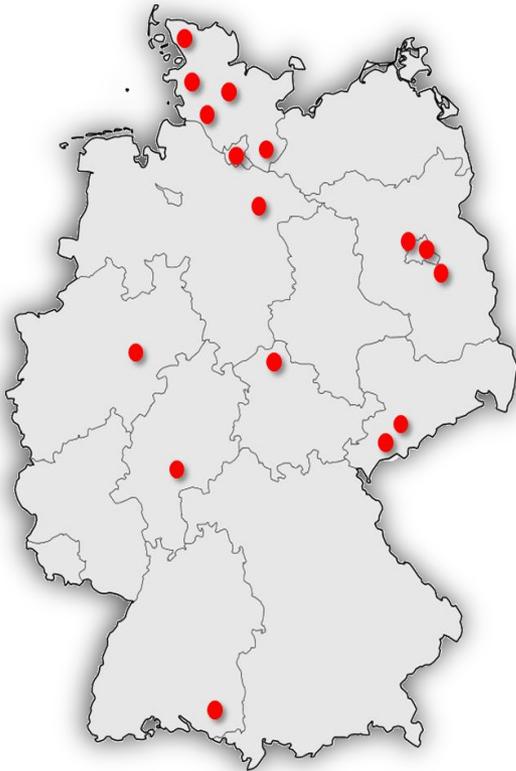
Gesetzliche Grundlage für Modellvorhaben § 64b Abs. 1 und 2 SGB V

- (1) **Gegenstand** von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 1 oder 2 kann auch die **Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen** sein, die auf eine **Verbesserung der Patientenversorgung** oder der **sektorenübergreifenden Leistungserbringung** ausgerichtet ist, einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld. In jedem Land soll unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie mindestens ein Modellvorhaben nach Satz 1 durchgeführt werden; dabei kann ein Modellvorhaben auf mehrere Länder erstreckt werden. Eine bestehende Verpflichtung der Leistungserbringer zur Versorgung bleibt unberührt. § 63 Absatz 3 ist für Modellvorhaben nach Satz 1 mit der Maßgabe anzuwenden, dass von den Vorgaben der §§ 295, 300, 301 und 302 sowie des § 17d Absatz 9 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht abgewichen werden darf. § 63 Absatz 5 Satz 1 gilt nicht.
Die Meldung nach Absatz 3 Satz 2 hat vor der Vereinbarung zu erfolgen.
- (2) Die Modellvorhaben nach Absatz 1 sind im Regelfall auf längstens **acht Jahre** zu befristen. Unter Vorlage des Berichts nach § 65 können die Krankenkassen und die Vertragsparteien bei den zuständigen Aufsichtsbehörden eine Verlängerung beantragen.

Inhalt

1. **Das psychiatrisch-psycho somatische Versorgungssystem: Kritik und Notwendigkeit von Reformen**
2. **Die Gesetzlichen Rahmenbedingungen**
3. **Erfahrungen und Effekte bestehender Modellvorhaben**
4. **Geplante Modellvorhaben des LVR-Klinikverbundes**
5. **Evaluation von Modellvorhaben**
6. **Praktische Herausforderungen in der Umsetzung von Modellvorhaben**

Modellvorhaben (§64b SGB V)



- 20 Modellprojekte
 - davon 10 mit allen Kassen einer Region
- in 9 Bundesländern
- mit mehr als 3,5 Millionen Einwohnern
- insgesamt weit über 150.000 Behandlungsepisoden

Modellvorhaben (Stand: Dezember 2015)			
Bundesland	Start	Behandlungsbereiche	Ziel*
Berlin	01.01.2014	Erwachsenenpsychiatrie	- Erprobung regionaler Versorgungskonzepte - <u>Sektorenübergreifende Leistungserbringung</u>
Berlin	01.01.2016	Erwachsenenpsychiatrie; Kinder- und Jugendpsychiatrie	- Erprobung regionaler Versorgungskonzepte - Etablierung ganzheitlicher, am Patienten orientierter Versorgung - Flexible Versorgung mit voll-/teilstationären Leistungen und ambulanten Leistungen in der PIA sowie im Rahmen des amb. Hometreatment - Optimierung des Ressourceneinsatzes - Vermeidung von Fehlanreizen zur stationären Versorgung
Brandenburg	01.01.2014	Erwachsenenpsychiatrie	- Optimierung sektorenübergreifender Leistungen - Stärkung stationärsetzender Behandlungsmöglichkeiten - Stationärsetzende Behandlung im häuslichen Umfeld (Hometreatment)
Hessen	01.09.2013	Erwachsenenpsychiatrie	- Stärkung stationärsetzender Behandlungsmöglichkeiten (Hometreatment, stationärsetzende ambulante Behandlung im KH) - Optimierung sektorenübergreifender Leistungen
Niedersachsen	01.01.2014	Erwachsenenpsychiatrie	- Modellhafte Erprobung sektorenübergreifender Versorgung psychisch Kranker - Optimierung des Ressourceneinsatzes - Verstärkte ambulante und teilstationäre Behandlung - Stationärsetzende Behandlung im häuslichen Umfeld (Hometreatment)
Nordrhein-Westfalen	01.01.2014	Erwachsenenpsychiatrie	- Verbesserung der Patientenversorgung - Sektorenübergreifende Leistungserbringung - Stationärsetzende Behandlung im häuslichen Umfeld (Hometreatment)
Nordrhein-Westfalen	01.12.2014	Erwachsenenpsychiatrie	- Erprobung regionaler Versorgungskonzepte - Verbesserung der Versorgungsqualität - Optimierung des Ressourceneinsatzes - Sektorenübergreifende Leistungserbringung - Einführung einer Behandlung durch "stationsungebundene" Leistungen im häuslichen Umfeld oder in der Klinik (Vergütung analog PEPP-Systematik)
Sachsen	01.01.2013	Erwachsenenpsychiatrie; Kinder- und Jugendpsychiatrie	- Modellhafte Erprobung sektorenübergreifender Versorgung psychisch Kranker - Orientierung am regionalen Psychriatriebudget - Fließende Übergänge zwischen den Therapie settings - Ausbau der multiprofessionellen Ambulanz - Stationärsetzende Behandlung im häuslichen Umfeld (Hometreatment)
Sachsen	01.01.2013	Erwachsenenpsychiatrie	- Modellhafte Erprobung sektorenübergreifender Versorgung psychisch Kranker - Optimierung des Ressourceneinsatzes - Vermeidung von Kapazitätserweiterungen im stationären Bereich - Stationärsetzende Behandlung im häuslichen Umfeld (Hometreatment)
Schleswig-Holstein	01.01.2013	Erwachsenenpsychiatrie	- Etablierung einer ganzheitlichen, am Patienten orientierten Versorgung - Verbesserung des Übergangs zwischen den Versorgungsformen - Verbesserung der Versorgungsqualität - Förderung umfassender ambulanter Versorgungsangebote (u.a. Hometreatment)
Schleswig-Holstein	01.01.2013	Erwachsenenpsychiatrie	- Etablierung einer ganzheitlichen, am Patienten orientierten Versorgung - Verbesserung des Übergangs zwischen den Versorgungsformen - Verbesserung der Versorgungsqualität - Förderung umfassender ambulanter Versorgungsangebote (u.a. Hometreatment)
Schleswig-Holstein	01.01.2013	Erwachsenenpsychiatrie	- Etablierung einer ganzheitlichen, am Patienten orientierten Versorgung - Verbesserung des Übergangs zwischen den Versorgungsformen - Verbesserung der Versorgungsqualität - Förderung umfassender ambulanter Versorgungsangebote (u.a. Hometreatment)
Schleswig-Holstein	01.01.2014	Erwachsenenpsychiatrie	- Etablierung einer ganzheitlichen, am Patienten orientierten Versorgung - Verbesserung des Übergangs zwischen den Versorgungsformen - Verbesserung der Versorgungsqualität - Förderung umfassender ambulanter Versorgungsangebote (u.a. Hometreatment)
Thüringen	01.01.2014	Erwachsenenpsychiatrie; Kinder- und Jugendpsychiatrie	- Optimierung sektorenübergreifender Leistungen - Verringerung des Umfangs der stationären Versorgung - Stationärsetzende Behandlung im häuslichen Umfeld (Hometreatment)

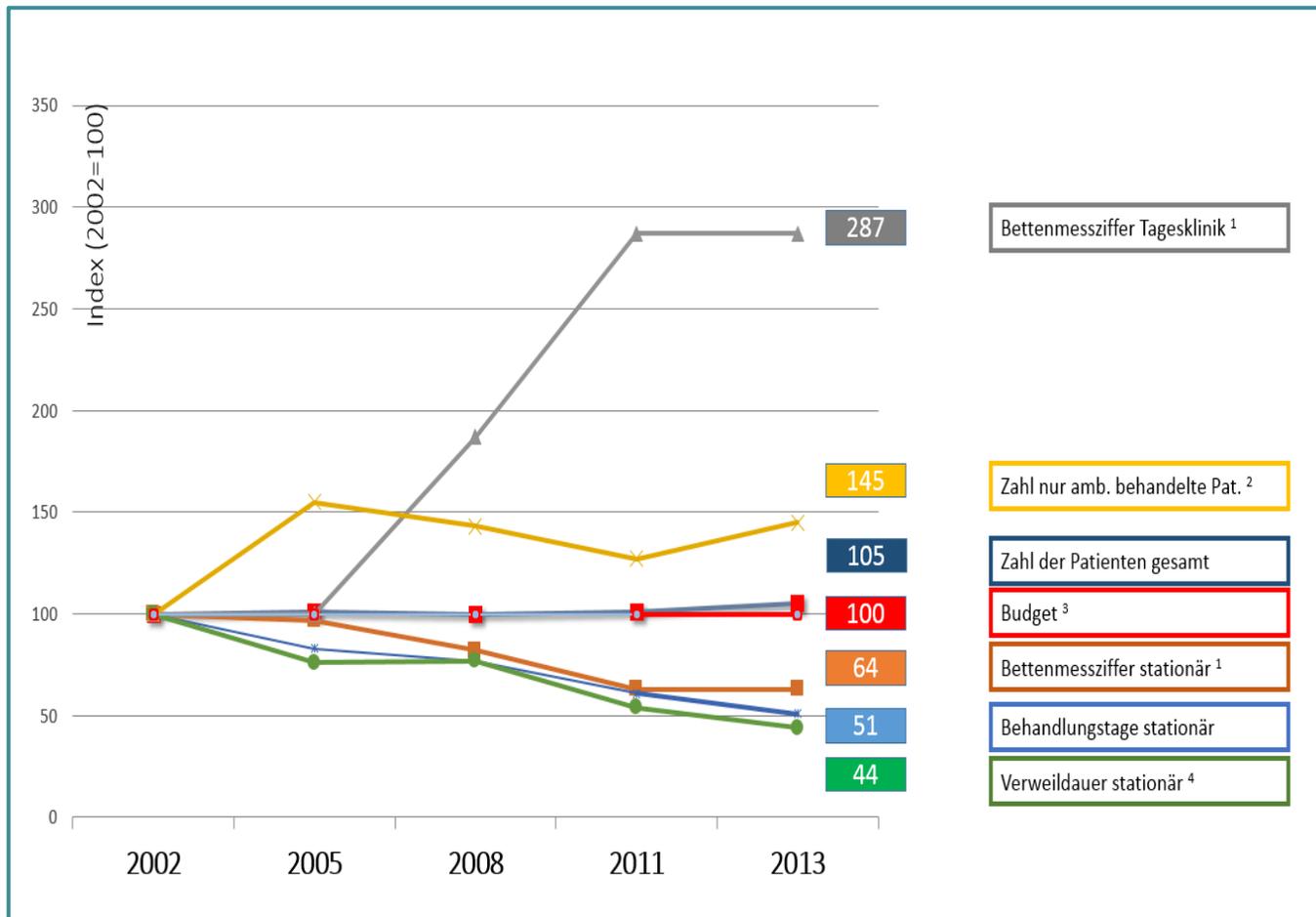
* Kursorische Übersicht.

Modellvorhaben nach Erhebung der Bundesregierung

vgl. Antwort der Bundesregierung auf die Anfrage der Fraktion Bündnis90/Die Grünen

- 15 Modellvorhaben
- in 8 Bundesländern
- alle Erwachsenenpsychiatrie
- 3 mit Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 3 weitere in Vertragsverhandlungen (2 davon mit KiJu)

Erfahrungen und Effekte bestehender Modellvorhaben am Beispiel „Regionalbudget Itzehoe

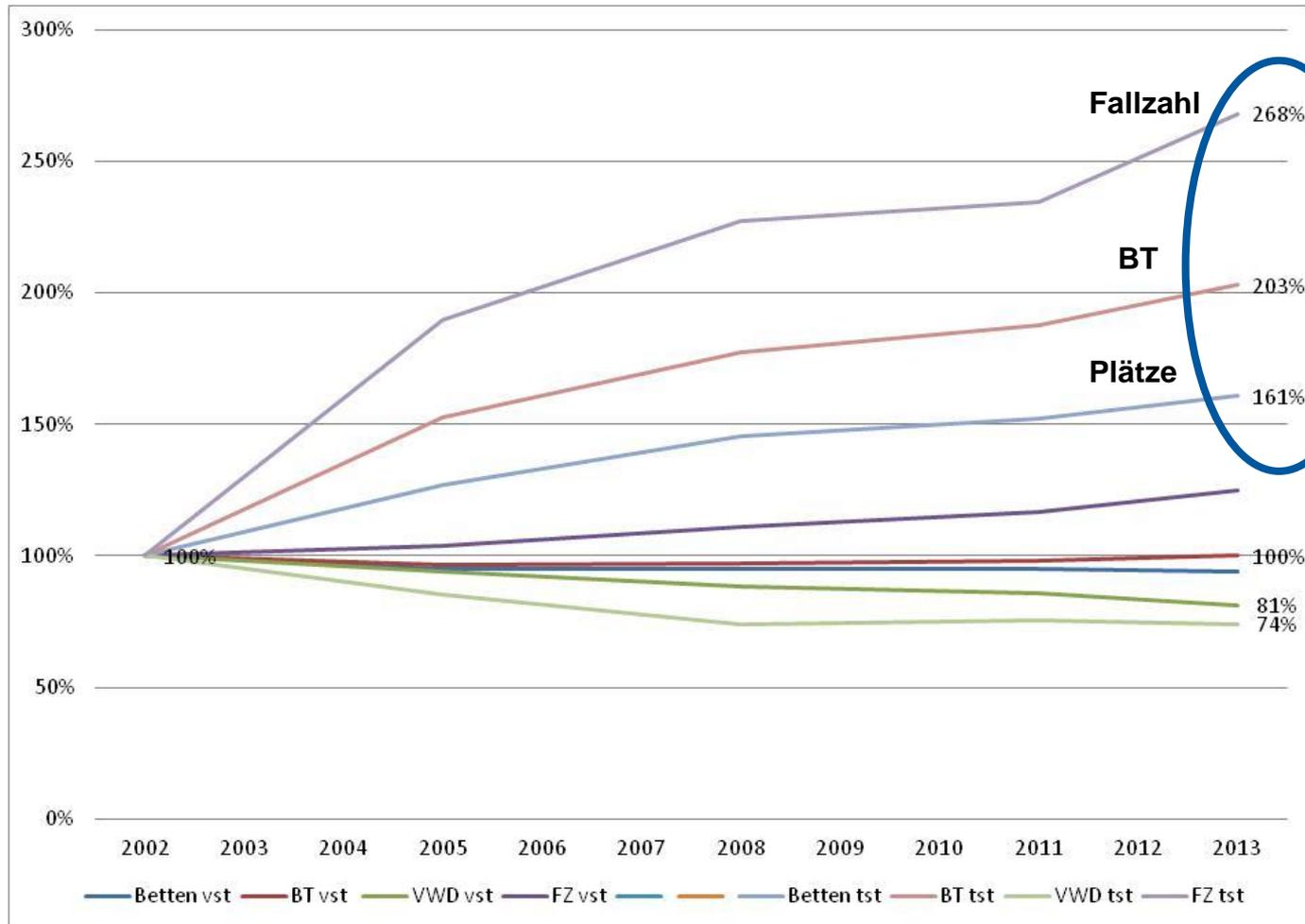


nach Deister 1/2016

Erfahrungen aus den Modellprojekten

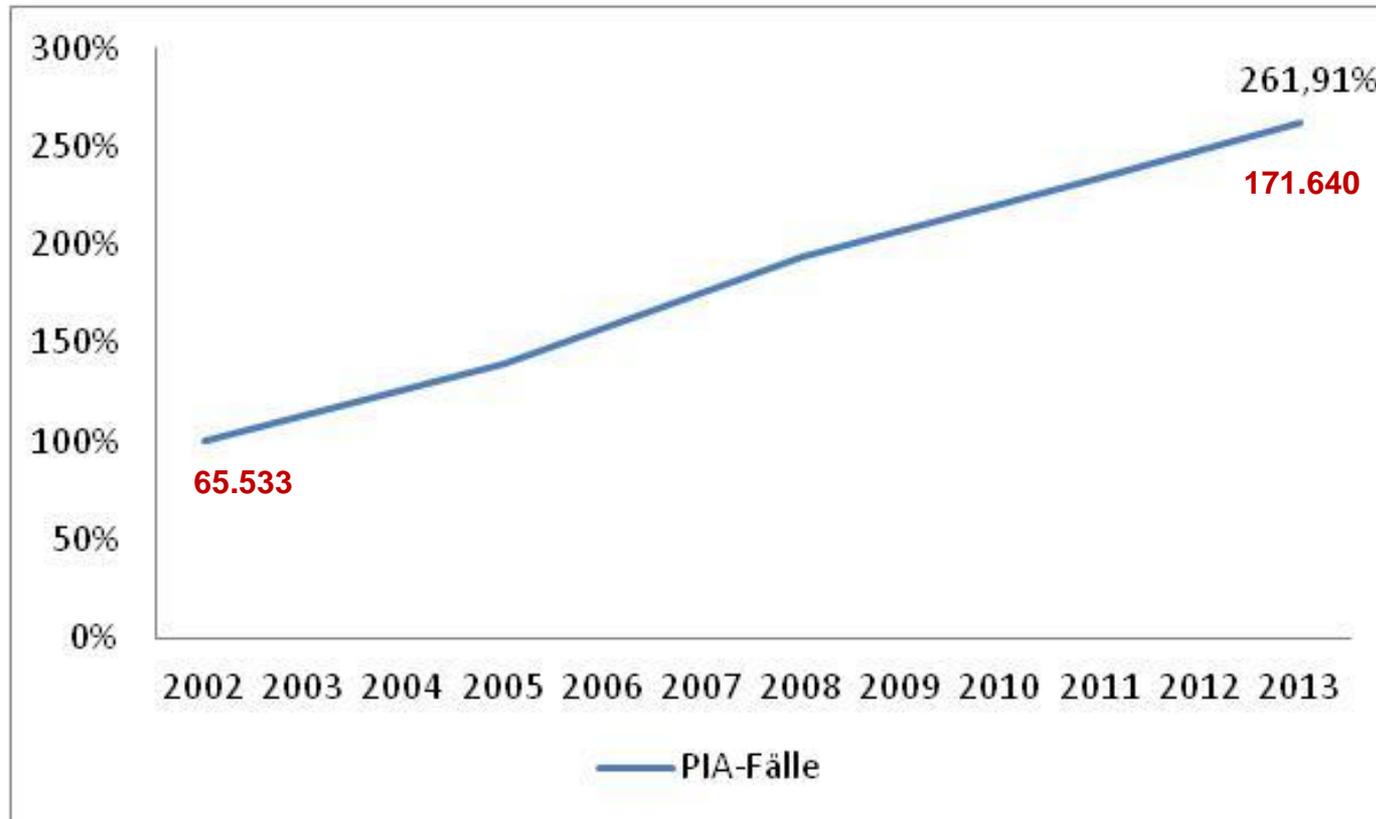
- Die Modellprojekte haben *gezeigt*, dass
 - die personenbezogene Finanzierung zur drastischen *Reduktion stationärer Behandlung* zugunsten teilstationärer und insbesondere auch zugunsten stationsersetzender (ambulanter) Leistungen führt
 - die Möglichkeit zu stationsersetzenden (ambulanten) Behandlungsmaßnahmen im Krankenhaus eine stationäre Behandlung *vermeiden kann*.
 - es nicht einer Transparenz der Erbringung von Einzelleistungen bedarf, sondern einer Transparenz und Überprüfbarkeit von *Strukturen und Ergebnisqualität*.
 - *Dies reduziert auch den Misstrauensaufwand*

Aber: Entwicklung des LVR-Klinikverbundes 2002 – 2013: Voll- und Teilstationäre Entwicklung



Teilstationäre
 Behandlung

Aber: Entwicklung des LVR-Klinikverbundes 2002 – 2013: Entwicklung der Fälle der PIA



Entwicklung des LVR-Klinikverbundes 2002 – 2013:

- ✓ Konsequente Dezentralisierung - vornehmlich tagesklinischer Angebote – zu Lasten der stationären Kapazitäten

	2002	2013
Betten vollstationär	3.030	2.851
Plätze Tagesklinik	357	574

- ✓ Leistungsentwicklung ist durchaus vergleichbar mit der Entwicklung in „Regionen mit Modellvorhaben“

	2002	2013	
Fallzahl teilstationär	2.001	5.362	+168%
BT teilstationär	76.669	155.608	+103%
PIA-Fälle	65.553	171.640	+162%
VWD vollstationär	28,46	23,16	-19%

- ✓ Wesentlicher Grund: Investitionen in neue Tageskliniken plus PIA (Investitionsmittel des Landes NRW, Konjunkturprogramm II, LVR-Mittel)

Entwicklungsplanung des LVR-Klinikverbundes bis 2020

- ✓ Dezentralisierung von stationären Angeboten
- ✓ Weiterer Aufbau vornehmlich von tagesklinischen Angeboten
- ✓ Aufbau stationärer Kapazitäten im Bereich Psychosomatik gem. KH-Plan NRW
- ✓ Aufbau neuer stationärer Kapazitäten in Kliniken mit Auslastung 100%
- ✓ Etablierung von aufsuchender Betreuung (Home Treatment)
- ✓ Vereinbarung von Modellvorhaben zur Umsetzung einer echten sektorübergreifenden Versorgung und ggf. Prüfung alternativer Finanzierungssysteme

The logo for the year 2020 is displayed in a stylized, bold font. The '20' is rendered in a dark blue color, while the '20' is rendered in a gold color. The digits are thick and blocky, with a slight shadow effect.

Aktuelle Probleme zur Weiterentwicklung des Versorgungssystems:

- ✓ fehlende Investitionsmittel – ca. 100 Mio€ für Realisierung KH-Plan NRW
- ✓ Pauschalfinanzierung im Bereich PIA (Quartalspauschale)
- ✓ fehlende Finanzierung der aufsuchenden Betreuung Vgl. Eckpunkte
- ✓ mangelnde Vernetzung der Leistungsanbieter
- ✓ Durchgängigkeit des Finanzierungssystems

Inhalt

- 1. Das psychiatrisch-psycho somatische Versorgungssystem: Kritik und Notwendigkeit von Reformen**
- 2. Die Gesetzlichen Rahmenbedingungen**
- 3. Erfahrungen und Effekte bestehender Modellvorhaben**
- 4. Geplante Modellvorhaben des LVR-Klinikverbundes**
- 5. Evaluation von Modellvorhaben**
- 6. Praktische Herausforderungen in der Umsetzung von Modellvorhaben**

Projekte des LVR-Klinikverbundes zur Verbesserung des psychiatrischen Versorgungssystems

1. LVR-Klinikum Düsseldorf

➤ **Modellvorhaben:**

**Bedarfsorientierte Behandlung
psychisch erkrankter Menschen**



2. LVR-Klinik Bonn

➤ **Modellvorhaben:**

**Konzept Stationsunabhängige
Leistungen (SuL)**

BARMER GEK

DAK
Gesundheit

TK
Techniker Krankenkasse

1. LVR-Klinikum Düsseldorf

Bedarfsorientierte Behandlung psychisch erkrankter Menschen

Bedarfsorientierte Behandlung psychischer Erkrankungen Zielsetzungen:

Optimierung der Qualität der Versorgung psychisch Kranker

- Gesundheit und Lebensqualität der Betroffenen verbessern
- Stationäre Behandlungen zugunsten eines teilstationär-ambulant vernetzten Versorgungsangebots mit kurzen Wartezeiten reduzieren

Dazu sollen drei qualitätsverbessernde Kernelemente eingeführt werden:

- Einrichtung eines „**Community Mental Health Center**“ (CMHC) für die zentrale Übernahme aller Steuerungs- und Koordinationsfunktionen im Rahmen der psychiatrischen Leistungserbringung
- Einführung eines **Fallmanagements** zur bedarfsgerechten Leistungssteuerung, Platzierung und Verkürzung der Wartezeiten
- Einführung eines neuen sektorübergreifenden, **leitlinienorientierten modularen Diagnostik- und Therapiesystems** als Grundlage der Behandlungsabläufe und als Abrechnungsgrundlage

Umsetzung im Rahmen eines Modellvorhabens nach §64b SGB V

Community Mental Health Center

Definition:

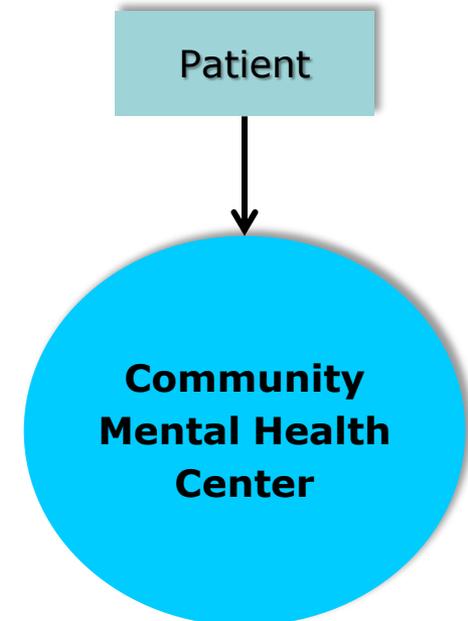
Gemeindenahes, quartierbezogenes Koordinations-, Fallsteuerungs-, Diagnostik- und Behandlungszentrum

Das CMHC erbringt folgende Leistungen:

Hauptfunktion des CMHC ist das **zentrale sektorübergreifende Casemanagement** von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen im regionalen Versorgungssystem

Darüber hinaus erbringt es folgende Leistungen

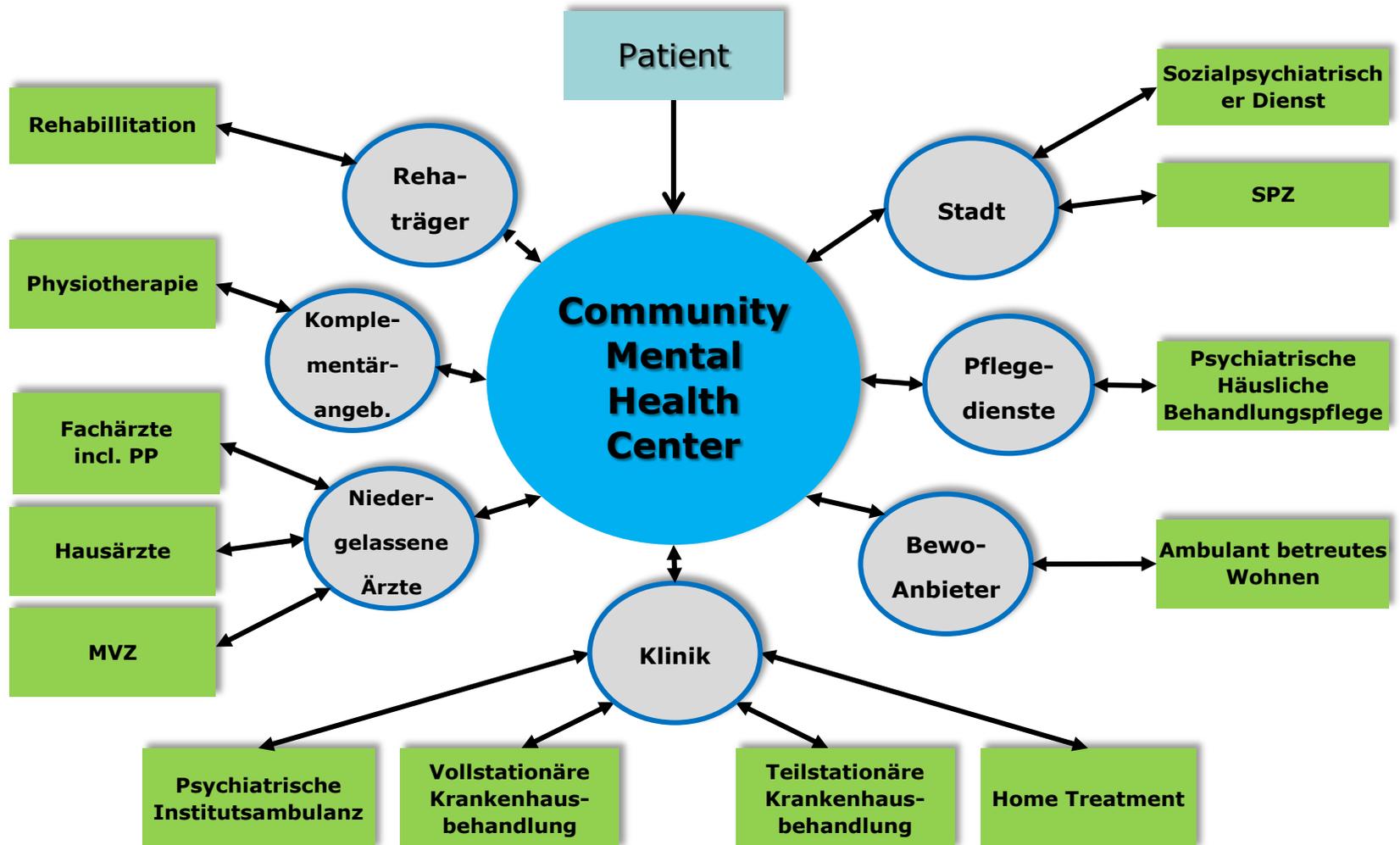
- diagnostische Maßnahmen
- Ambulante/teilstationäre Behandlung
- Maßnahmen der Qualitätssicherung
- regionale Versorgungsforschung
- Bewirtschaftung des Versorgungsbudgets



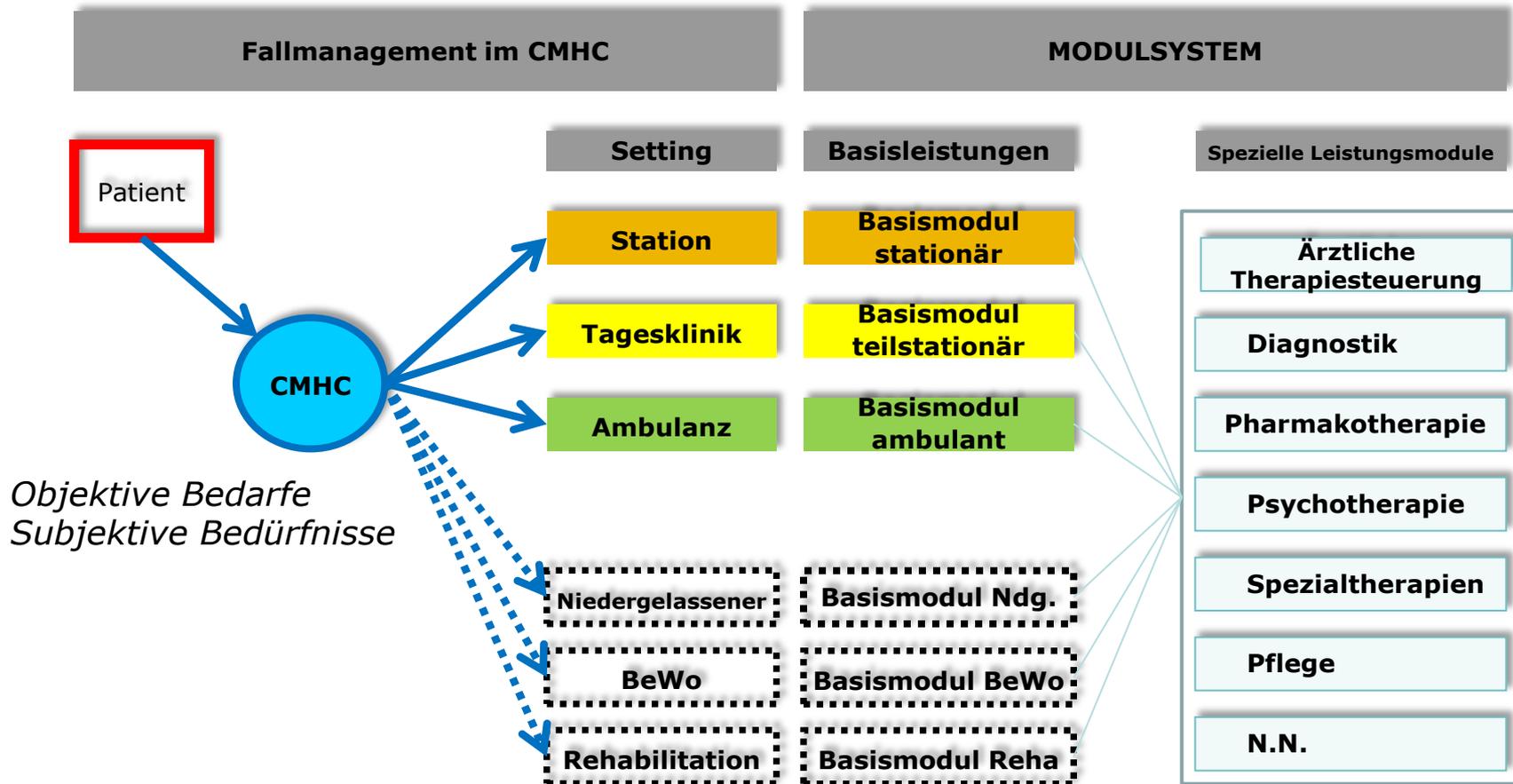
Das Community Mental Health Center umfasst folgende Ressourcen:

- Behandelnde Ärzte
- Sozialer Dienst
- Casemanager
- Abrechnung / Controlling / IT

Versorgungsnetz mit Behandlungssteuerung über ein CMHC

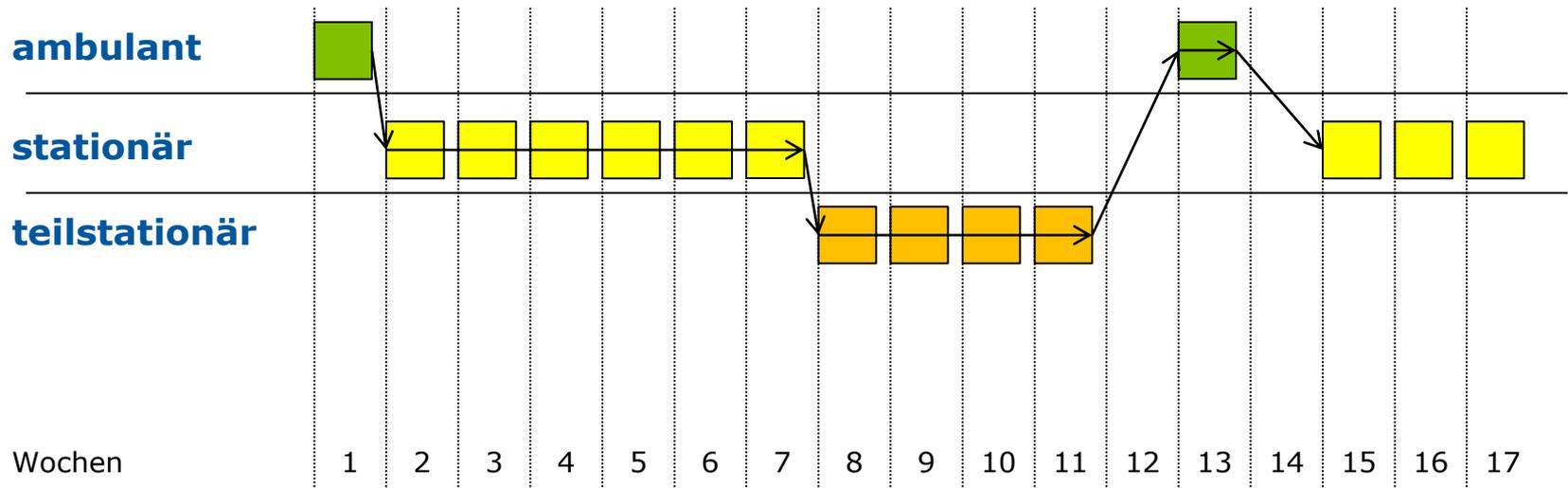


Umbau des Versorgungssystems: Fallsteuerung und Modul-Selektion



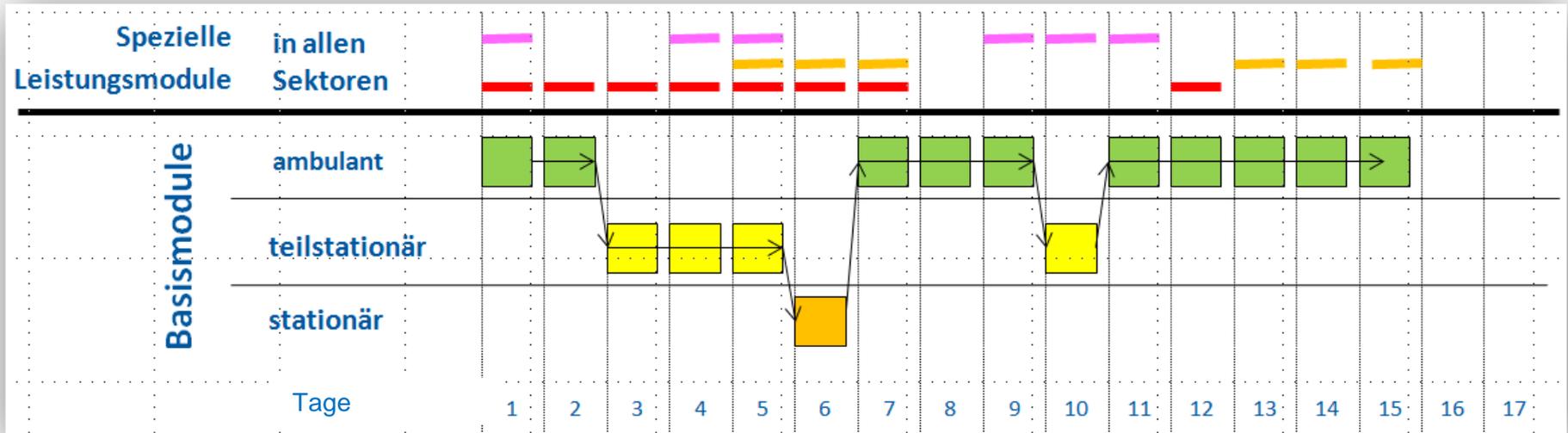
Patientenverläufe

bisheriges System (Pflegesatz oder PEPP)



Umbau des Versorgungssystems: Sektorenübergreifende Versorgungspfade

Leistungserbringung im Zeitverlauf



Der Einsatz der speziellen Leistungsmodule ist unabhängig vom Behandlungssetting der Patienten

SWOT-Analyse

Stärken

Verbesserung der Versorgungsqualität,
u.a. durch Behandlerkontinuität,
Leitlinienimplementierung und
Vermeidung stationärer Aufenthalte
(Wegfall der Schnittstellenproblematik)

Schwächen

Hoher Entwicklungsaufwand durch
Transformation der Behandlungsleitlinien
in Module

Zusätzlicher Aufwand durch zentrale
Koordination des Versorgungsablaufs
und der Behandlung

Chancen

Erprobung eines zum PEPP-System
alternativen Abrechnungsmodells in Form
eines ambulante und stationäre
Leistungen übergreifenden
Versorgungsmodells

Implementierung und Evaluation neuer
Versorgungsmodelle

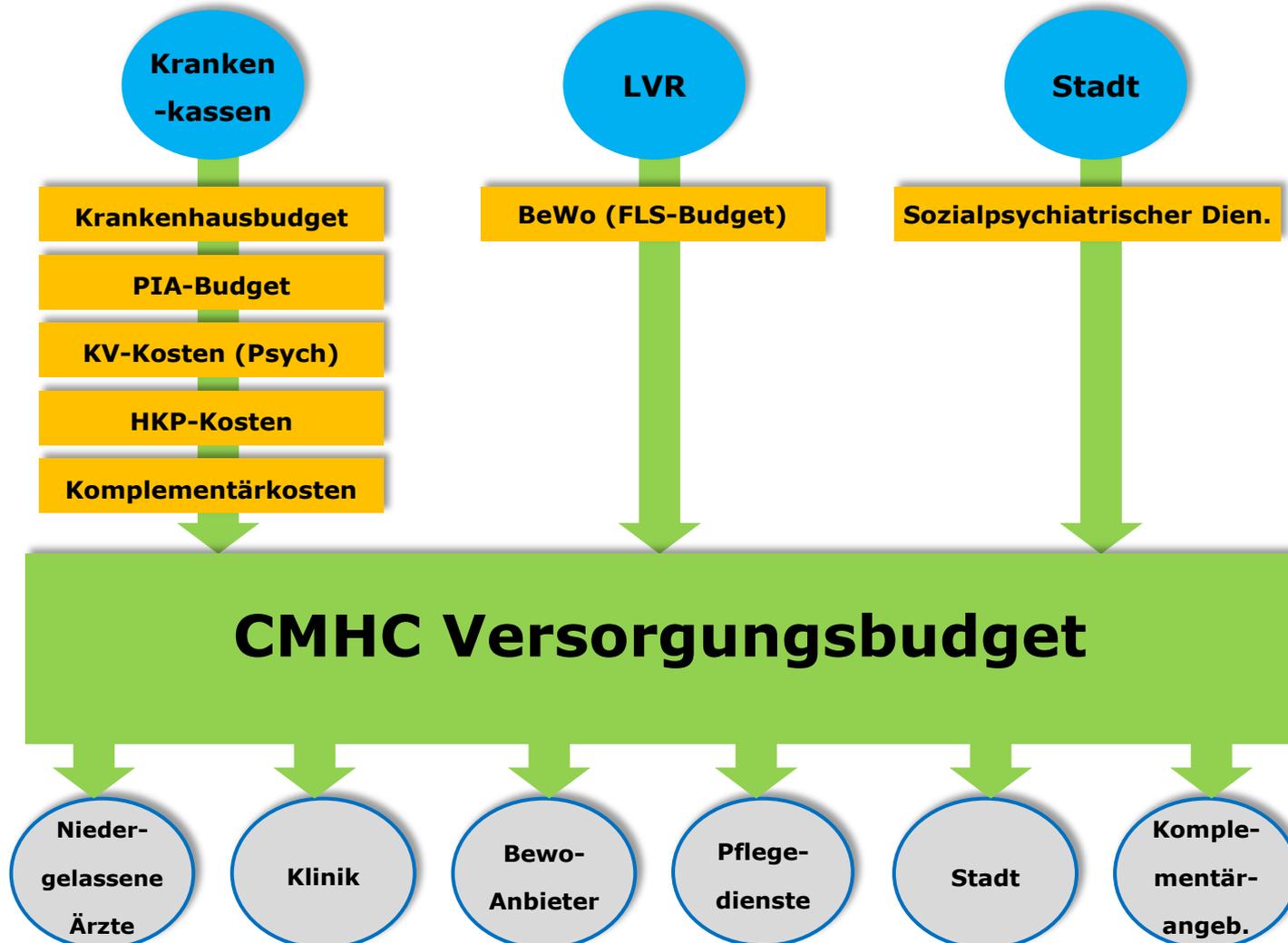
Risiken

Akzeptanz durch Patienten und
Behandler unsicher

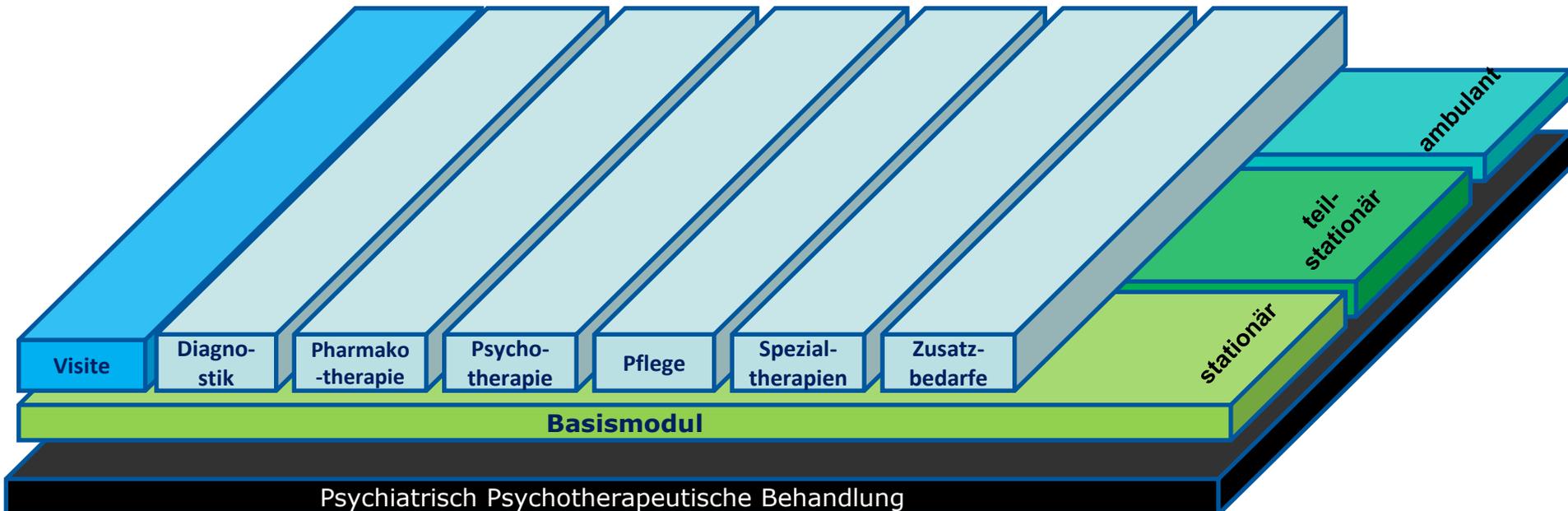
Zentrale Funktion des Casemanagement

Finanzentwicklung für Beteiligte

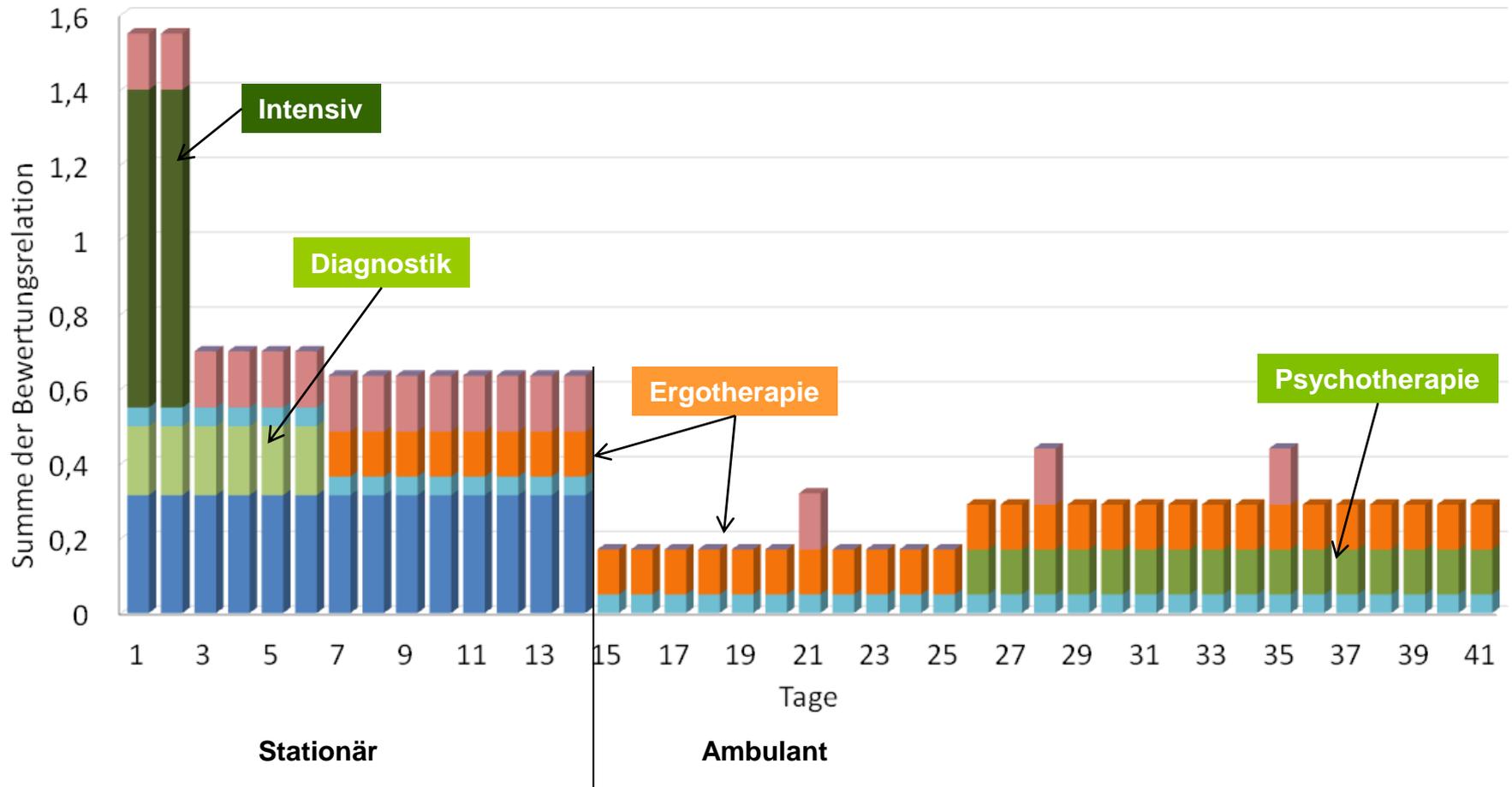
Versorgungsbudget



Modulares Entgeltsystem: Grundmodell



Der Kostenverlauf entspricht dem Behandlungsverlauf und ist individuell je nach Bedarf des Patienten (im Gegensatz zu PEPP)



Die Vorteile der Modulfinanzierung

- Jedes Behandlungsmodul besteht aus einem definierten Maßnahmenbündel
- Die im Behandlungsmodul enthaltenen Maßnahmen leiten sich aus wissenschaftlichen Evidenzen, Leitlinien oder Konsensverfahren ab. Sie haben teils obligatorischen, teils empfehlenden Charakter
- Jede Maßnahme wird näher definiert durch Angaben zum jeweiligen Leistungserbringer, Leistungsinhalt und Leistungsumfang
- Durch die Angabe von Indikationen und Ausschlusskriterien ist für jedes Modul klar geregelt, in welchen Fällen es zur Anwendung kommen kann.
- Der „Modul-Baukasten“ ist erweiterbar.
Voraussetzung: Eindeutige Beschreibung der „Leistung“



Durch die Einführung eines zentralen CMHC und der Vernetzung der Leistungserbringer ergibt sich somit eine echte integrierte Versorgung mit folgenden Vorteilen:

- Optimierung der Behandlung durch Transparenz der Versorgungsangebote und Verläufe
- Evidenz-basierte Behandlung durch leitlinienorientierte Behandlungsmodule
- Bedarfsorientierte und effiziente Allokation der Ressourcen
- Sicherstellung einer Behandlungskontinuität über die Sektorengrenzen
- Vermeidung von stationären Aufenthalten
- Etablierung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung
- Nutzung von Synergien durch das Zusammenwirken aller Leistungserbringer
- Lösung des aus Finanzierungsgründen zwingenden Zusammenhangs von Behandlung und Station/Tagesklinik

2. LVR-Klinik Bonn

Modellvorhaben Konzept

Stationsunabhängige Leistungen

1

Die Modellintention

- **Ausgangslage:** zunehmende Psychriefälle, knappe KH-Ressourcen, Vergütungen sind sektoral getrennt, differenzierte Leistungserbringung (vollstationär, teilstationär, ambulant) wird nicht adäquat finanziert, PEPP-Systematik löst dieses Problem auch nicht
- **Ziel:** Verbesserung der psychiatrischen Versorgung durch optimierte und vernetzte Behandlung, differenzierte Handlungsspielräume für Krankenhäuser
- **Idee:** Möglichkeit schaffen, die Patienten individuell zu behandeln. D.h. stationär, teilstationär, **ambulant im KH und im häuslichen Umfeld**. Finanzierung für das KH so flexibel gestalten, dass sie dies zulässt und für das KH akzeptabel bleibt

2

Die Versorgungsidee

- › Im Focus:
Patienten, die grundsätzlich einer stationären Behandlung bedürfen
- › Intention:
individuell auf den Patienten zugeschnittene Versorgung

Die Entscheidung über die Art der Versorgung trifft das Krankenhaus zusammen mit dem Patienten situativ.

- › Neu vereinbart: „stationsungebundene Leistungen“

Neben der rein stationären Behandlung können Patienten teilstationär, ambulant auf den Stationen des Krankenhauses und per „Hometreatment“ im häuslichen Umfeld behandelt werden.

2

Das Modul stationsungebundener Leistungen

- ✓ **hohe Sektorendurchlässigkeit innerhalb des Krankenhauses**
- ✓ **Stationsungebundene Leistungen ermöglichen die Nutzung der stationären Ressourcen des Krankenhauses auch ambulant am KH oder im häuslichen Umfeld**
- ✓ **zielorientierte Diagnostik und Behandlung durch ein multiprofessionelles Team**
- ✓ **täglich individuell auf den aktuellen Bedarf des Patienten zugeschnittene Behandlungsmodule**
- ✓ **stationärer Aufenthalt beschränkt sich auf das Notwendige, die Dauer und der Umfang der Behandlung orientiert sich am tatsächlichen Behandlungsbedarf**
- ✓ **konsequente, patientenorientierte Behandlung führt zur Minimierung des „Drehtüreffekts“**

2

Flexible Finanzierung

- › Basis PEPP-System

alt

30 Tage vollstationäre Versorgung; Vergütung nach PEPP



- › rein stationäre Leistungen entsprechend PEPP-Vergütung

- › Neu vereinbart:
„stationsungebundene Leistungen“

neu

15 Tage stationäre Versorgung;
Vergütung nach PEPP



und x Tage SUL - Leistungen;
Vergütung über diff. Leistungspakete
(Pauschalen)



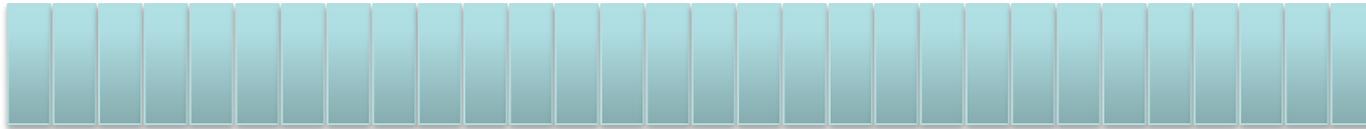
- › jeder nicht stationäre Tag wird differenziert vergütet

- › dafür werden unterschiedliche Leistungsmodule vereinbart

- › „Sicherheitsnetz“ Budget in der Erprobungsphase

Substitution des stationären Aufenthalts

- nach bisherigem Modell **30** vollstationäre Tage



- nach Modellvorhaben § 64b SGB V **15** vollstationäre Tage,
5 teilstationäre Tage und **10** Tage SULs



SULs Stationsunabhängige Leistungen

- intensivierte, stationsersetzende Leistungen ohne Unterkunft und Verpflegung
- Ziel: graduelle Reduktion der vollstationären Tage
- werden settingunabhängig erbracht
- langfristige Substitution des stationären und ambulanten Settings
- Definition des SULs in Leistungskomplexen

3

„Stationsungebundene Leistungen“ ein Beitrag für mehr Qualität in der Psychiatrie

- **Stationsungebundene Leistungen stellen einen Beitrag für eine individuelle und qualitätsorientierte Behandlung dar.**
- **Patienten können in ihrem vertrauten Lebensumfeld erreicht und behandelt werden.**
- **Psychosoziale Therapien werden - im Interesse der Patienten - effektiver (z.B. Psychotherapie im Wohnzimmer).**
- **Behandlerkontinuität und damit kein Behandlerbruch.**

Inhalt

- 1. Das psychiatrisch-psycho somatische Versorgungssystem: Kritik und Notwendigkeit von Reformen**
- 2. Die Gesetzlichen Rahmenbedingungen**
- 3. Erfahrungen und Effekte bestehender Modellvorhaben**
- 4. Geplante Modellvorhaben des LVR-Klinikverbundes**
- 5. Evaluation von Modellvorhaben**
- 6. Praktische Herausforderungen in der Umsetzung von Modellvorhaben**

Wesentliches Kriterium: Projektevaluation!

Themenbereich	Datenquelle
Häufigkeit und Dauer stationärer Behandlungen	„Routinedaten“: • Stationäre und/oder ambulante Abrechnungsdaten • §21-Daten
Art und Umfang der ambulanten Leistungserbringung	
Wiederaufnahmeraten	
Vermeidung von Kontaktabbrüchen schwer psychisch Kranker, Behandlungskontinuität	
Art und Dauer psychischer und somatischer Erkrankungen	
Arbeitsunfähigkeit	
Gesamtbehandlungskosten	
Mitarbeiterzufriedenheit	Mitarbeiterbefragungen
Patientenzufriedenheit	Patientenbefragungen
Symptome psychischer Erkrankungen	Zusätzliche Erhebungen notwendig (z.B. Symptom-Scores, Fragebögen etc.)
Psychosoziales Funktionsniveau, Recovery	
Lebensqualität der Patienten	
Leitlinienadhärenz der diagnostischen und therapeutischen Prozesse, Behandlungs-Adhärenz der Betroffenen	
Kosten-Effektivitäts-Analyse	
Vernetzungsgrad/Versorgungssteuerung	
Evaluation des Qualitätsmanagementsystems	

Inhalt

- 1. Das psychiatrisch-psycho somatische Versorgungssystem: Kritik und Notwendigkeit von Reformen**
- 2. Die Gesetzlichen Rahmenbedingungen**
- 3. Erfahrungen und Effekte bestehender Modellvorhaben**
- 4. Geplante Modellvorhaben des LVR-Klinikverbundes**
- 5. Evaluation von Modellvorhaben**
- 6. Praktische Herausforderungen in der Umsetzung von Modellvorhaben**

Praktische Herausforderungen in der Umsetzung von Modellvorhaben

- ✓ **Kein Kontrahierungszwang auf Kassenseite**
- Vorteil und Nachteil zugleich
- ✓ **Kassenabhängige Behandlungsprozesse / -angebote**
- ✓ **Erhebliche Anpassungen der IT-erforderlich**
- KIS Patientenführung
- Abrechnung
- ✓ **Schulung und Information der Beschäftigten**
- ✓ **Schaffung von Akzeptanz bei den Patienten**
- ✓ **ggf. Liquiditätsprobleme**
- ✓ **zusätzliche Dokumentation und Datenlieferung an InEK**

**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!**