

Das Bonner Modell

LVR-Symposium 2017
Köln, den 03.02.2017

Prof. Dr. Markus Banger



Inhalt

- **Das Modellvorhaben nach § 64b SGB V**
- **Chronologie**
- **Ziele des Modellvorhabens für Patienten, Leistungserbringer und Kostenträger**
- **Sektorgrenzen (SGB V)**
- **Geographische Sektorisierung**
- **Vergleich der Behandlungsorganisation vorher/nachher**
- **Projektorganisation für das Modellvorhaben**
- **Budget und Finanzierung des Modellvorhabens**
- **Überblick über 64b Modellvorhaben auf Bundesebene**

Das Modellvorhaben nach §64b SGB V, 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.

Chronologie

- **2005** Abschluss IV-Vertrag für chron. Suchtkranke mit AOK Rheinland, BEK, BKK, Landesverband NRW, BKK RWE, DAK, IKK, TK über 35 Plätze
- **2007** Ausweitung des IV-Vertrages (Suchtkranke) auf 70 Plätze und Beitritt der LVR-Klinik Köln mit eigenen Plätzen
- **2009**: Abschluss IV-Vertrag mit TK zu ausgewählten Diagnosen
- **2010** Auslaufen des IV-Suchtvertrages
- **2014** Kündigung des IV-Vertrags mit TK
- **2015** Beginn Planung und Verhandlung mit TK , BARMER und DAK zu Modellvorhaben § 64b SGB V
- **2016** Konzepterstellung LVR-Klinik Bonn zur Umsetzung des Modellvorhabens
- Vertragsabschluss und Beginn des Modellvorhabens mit TK, BARMER GEK und DAK zum 1.10.2016

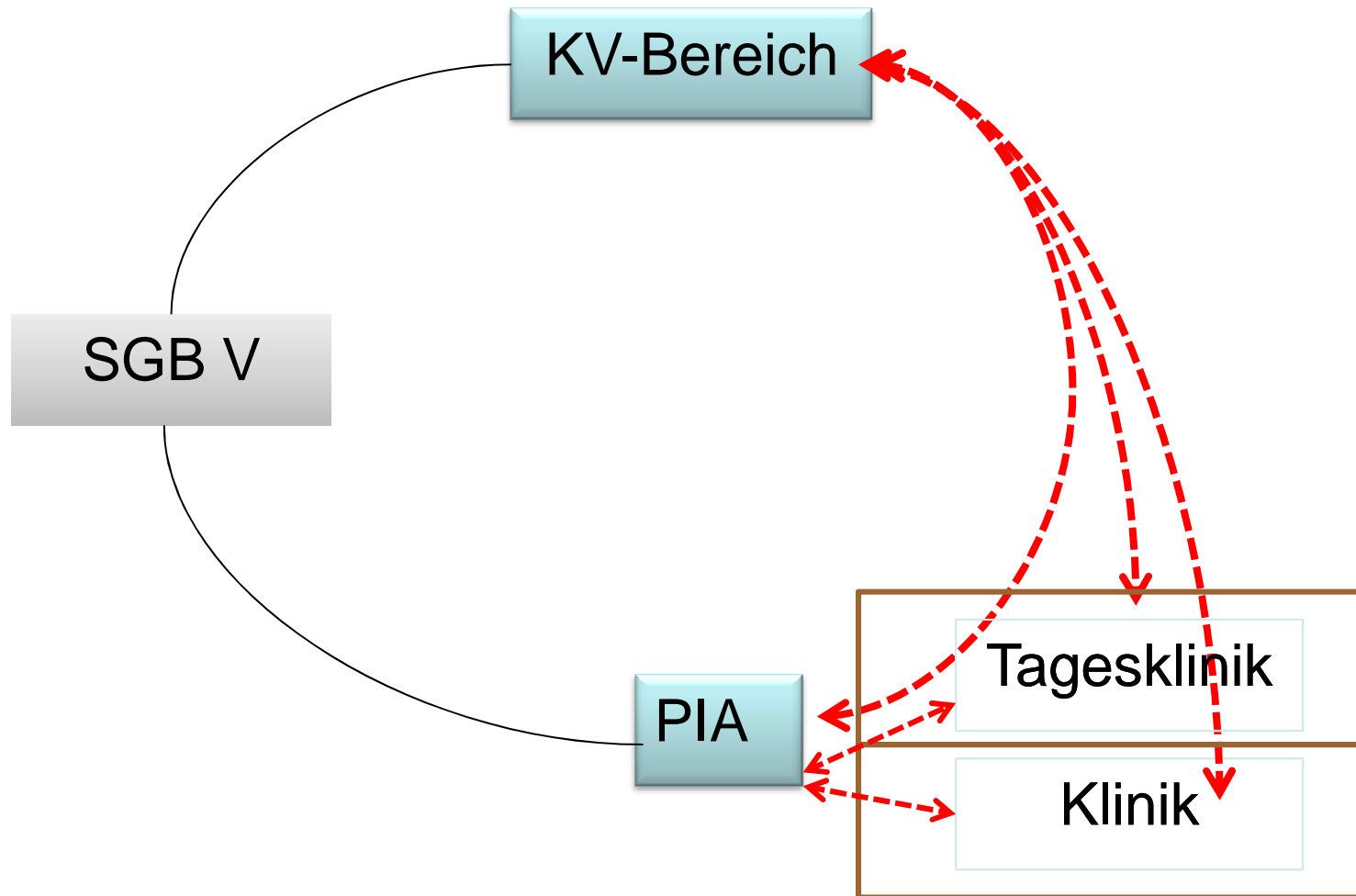
Ziele des Modellvorhabens für Patienten, Leistungserbringer und Kostenträger (I)

- sektorunabhängige Behandlung
- Konzentration der Ressourcen auf Patientenbehandlung
- Ausbau der stationsunabhängigen Maßnahmen
- Komplexe zeitnahe ambulante Diagnostik und Behandlung einschl. Hometreatment
- Unaufwendige Dokumentation
- Vermeidung unnötiger Krankengeldausgaben
- Vermeidung unnötiger Krankenhauseinweisungen

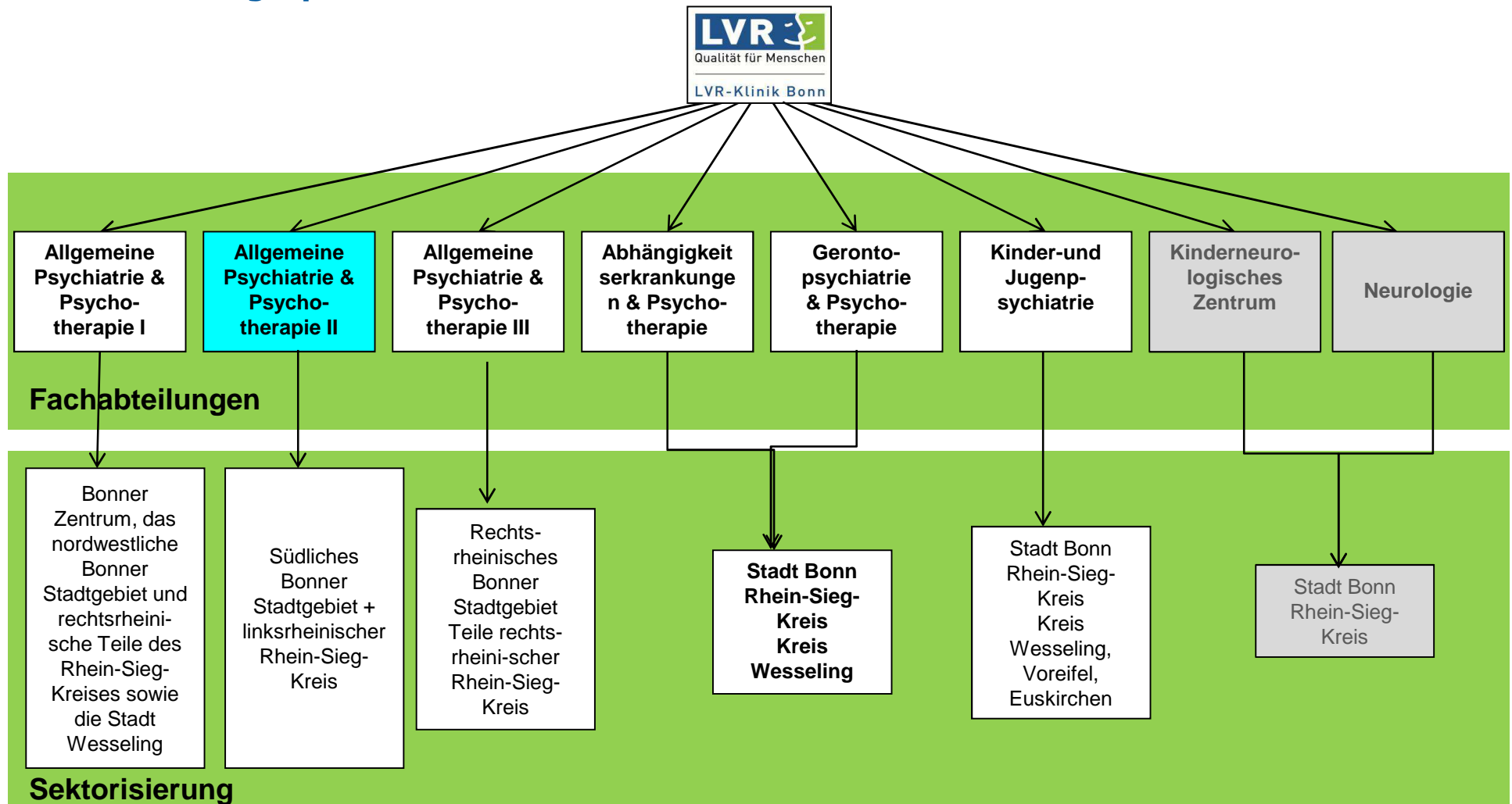
Ziele des Modellvorhabens für Patienten, Leistungserbringer und Kostenträger (II)

- Vermeidung der Entwicklung von Chronifizierungen
- Vermeidung von finanziellen Fehlanreizen
- Budgetsicherung für 8 Jahreslaufzeit
- Realisierung aller gesetzlichen Effekte
- Werden mehr Patienten behandelt, wird das Budget angepasst

Sektorgrenzen



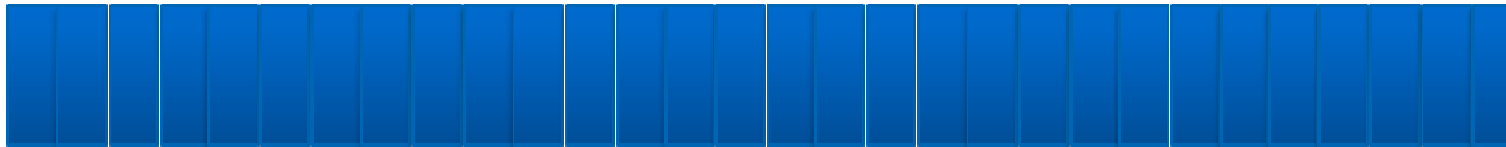
Geographische Sektoren



Das Modellvorhaben der LVR-Klinik Bonn*

alt

30 Tage vollstationäre Versorgung; Vergütung nach PEPP

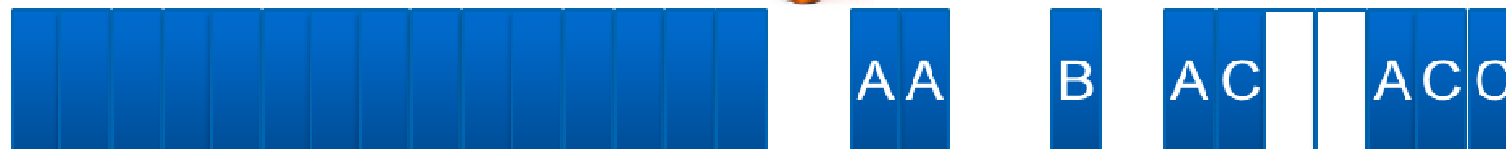


neu

15 Tage stationäre Versorgung;
Vergütung nach PEPP



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

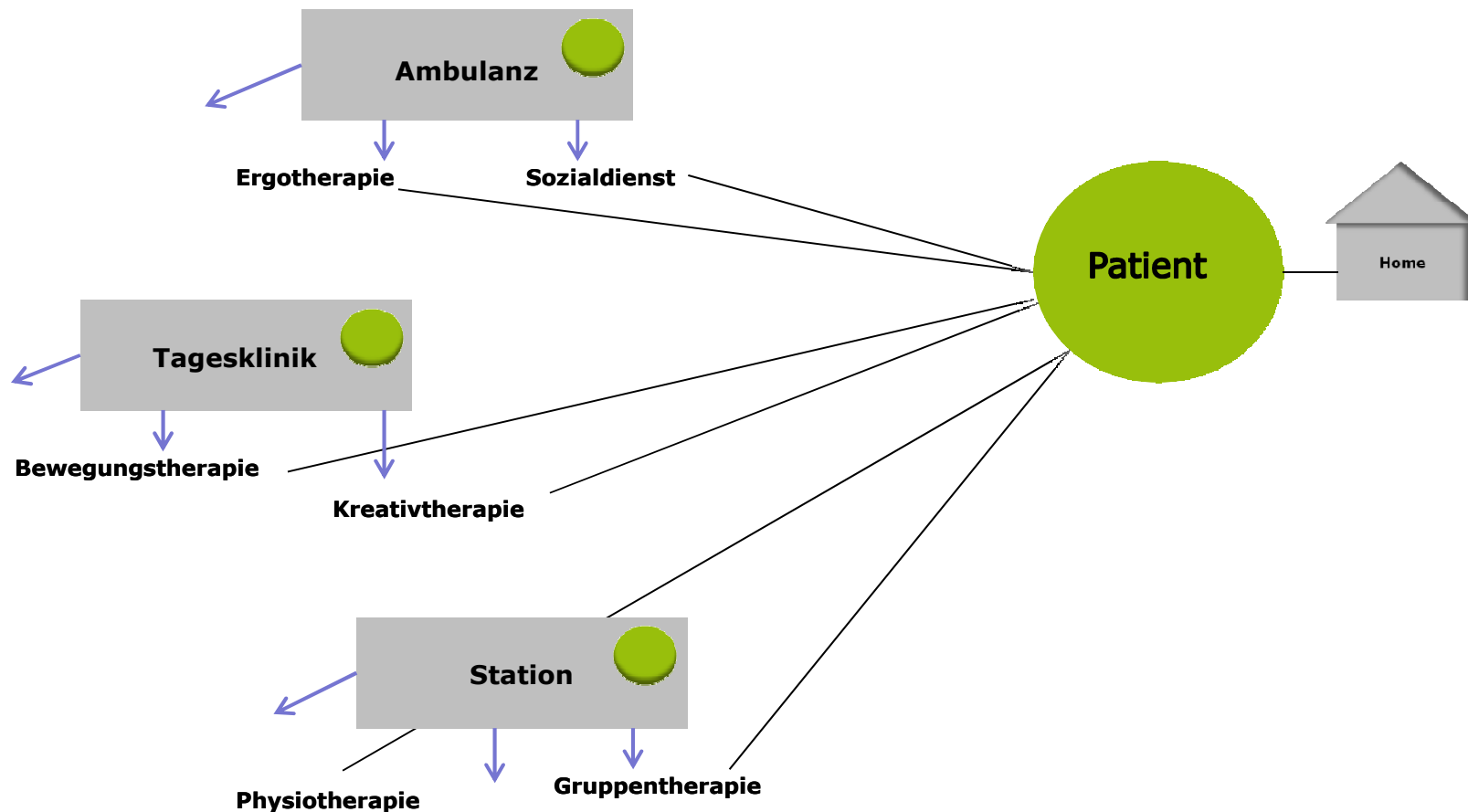


*in Anlehnung an das Modellvorhaben der LWL-Klinik Bochum

SULs im Detail:

- Intensivierte, stationersetzende Leistungen ohne Unterkunft und Verpflegung
- Werden settingunabhängig erbracht
- Definition des SULs in Leistungskomplexen
- Die Dokumentation und Leistungserfassung erfolgt im ambulanten KIS-Modul
- Jede Station erhält eine Pseudo-OE / Pseudo-Ambulanz auf der die stationären SUL-Patienten geführt werden

Von der institutionszentrierten Behandlungsorganisation zur patientenzentrierten Behandlungsorganisation



Durch transektorale Behandlerkonstanz mehr Zeit für die Patienten, mehr Zeit für die therapeutischen Effekte

✓ **Therapeutische Beziehung**

✓ Ressourcenaktivierung

✓ Problemaktualisierung

✓ Motivationale Klärung

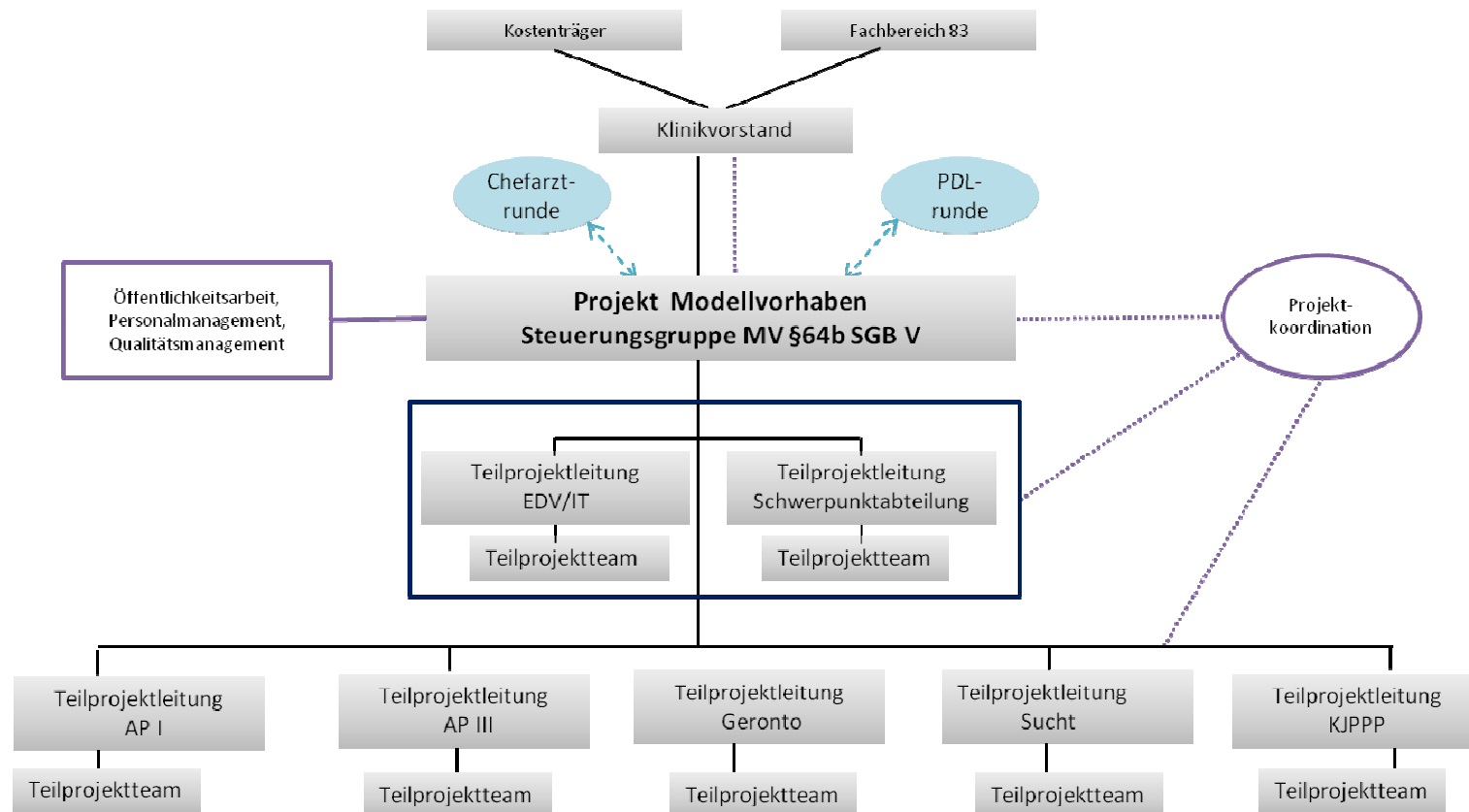
✓ Problembewältigung

allgem. Wirkfaktoren nach Grawe
(Grawe 2000; Strunk&Schiepek, 2014)

Was bedeutet das für die Organisationsstruktur?

- **Flexibilisierung der personellen Ressourcen**
- **Aufhebung der klaren topologischen Zuordnung für Mitarbeitende**
- **Fachärztliches Bedarfsassessment, Diagnostik und Behandlungssteuerung**
- **Casemanager mit Lotsenfunktion als Kümmerer und Orientierungshilfe für die Patientinnen und Patienten**
- **Weiterentwicklung der EDV:**
 - welche(r) Patientin/ Patient?
 - hat bei welchen Mitarbeitenden?
 - wo?
 - wann einen Termin?
 - was könnte ggf. bei Terminausfall alternativ angeboten werden?
 - wo gibt es offene Termine bei welchem Therapeuten?
 - wie werden bei Terminausfall Patientin/Patient und Alternativtherapeut informiert?
 - wie wird wo dokumentiert (Leistung wie inhaltlich)?

Projektorganigramm für das Modellvorhaben nach § 64b SGB V



Beispiel: Projektauftrag für ein Teilprojekt (1)

Ausgangssituation:

Die LVR Klinik Bonn beabsichtigt die Umsetzung eines Modellvorhabens nach §64b SGB V mit Beginn zum 01.10.2016. Die Implementierung des Vorhabens stellt die bisherige technischen Verfahrensweisen zur Dokumentation, Kodierung, Abrechnung und Steuerung vor die folgenden Herausforderungen:

- a) Das KIS Ambulanz System und das stationäre System sind von unterschiedlichen Grundprinzipien getragen und haben fehlende Schnittstellen. Die Leistungsdokumentationen und die Abrechnung müssen bisher ausschließlich ambulant und ausschließlich stationär erfolgen.
- b) Die Organisation und Steuerung der stationären Patiententermine erfolgt z.-Z. über den Wochenkalender stationär. Für ambulante Patienten erfolgt die Terminvergabe über Outlook. Für eine patientenzentrierte transsektorale Steuerung sind diese Tools nicht geeignet.
- c) Zur Vorbereitung des Hometreatments, einschließlich der Möglichkeit der portablen Dateneingabe und der portablen Möglichkeit Krankenversichertenkarten einzulesen, werden technische Lösungen benötigt.

Zielsetzungen:

Für eine transsektorale Leistungserbringung bedarf es einer transsektoralen Leistungserfassung und Abrechnung. Dokumentation, Kodierung und Abrechnung der Leistungen die für Patienten und Patientinnen im Rahmen des Modellvorhabens nach §64b SGB V erbracht werden, sollen durch eine Weiterentwicklung der IT-/EDV-Technik ermöglicht werden. Eine interdisziplinär zusammengesetzte Arbeitsgruppe soll sicherstellen, dass die Anforderungen und Bedürfnisse der unterschiedlichen Abteilungen in die Lösungsentwicklung einfließen. Weiterentwicklung der vorhandenen EDV Tools unter Beauftragung von InfoKom

- Sicherstellung der Möglichkeit die SUL-Systematik weiterzuentwickeln
- Feststellung eines interdisziplinären Schulungsbedarfs
- Entwicklung von interdisziplinären Schulungskonzepten
- Entwicklung von technischen Lösungen für a)+ b) +c) (s. Ausgangssituation)
- Vorhandene Software Angebote prüfen und Vorschlag zum Erwerb einer EDV-Lösung für eine Patientenzentrierte Therapie- und Wochenplansteuerung (z.B. Reha-TIS/ SPZ-Manager/ LWL-Entwicklung für Bochumer Klinik)
- Begleitung und Auswertung der Anwendung und Anpassung der Werkzeuge/ Trouble Shooting

Beispiel: Projektauftrag für ein Teilprojekt (2)

Notwendige Berufsgruppen/Teammitglieder/Funktionen:

Name	Funktion	Abteilung
	Oberärztin Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie	AP II
	Teamleitung Medizincontrolling	Rechnungswesen/Controlling
	Fachärztin	Geronto
	KIS Verfahrens-Verantwortlicher	Rechnungswesen/Controlling
	SAP_ISH Verantwortliche	Rechnungswesen/Controlling
	Oberärztin	Abhängigkeitserkrankungen und Psychotherapie
	Pflegerische Leitung	AP I
	Stationsleitung	

Notwendig zu berücksichtigende Meilensteine:

Meilenstein	Termin
Echtstart/ Umsetzung der SULs in den Ambulanzen hat begonnen	01.10.2016
Echtstart/Umsetzung der SULs auf Stationen der Schwerpunktabteilung hat begonnen	01.01.2017
Echtstart/ Umsetzung Hometreatment hat begonnen	01.01.2018

Ressourcenobergrenze: (Berechnung auf der Anlage „Projektkostenplanung“)

Voraussichtlicher Personalbedarf p.a. (TSD €):	5,00
Voraussichtlicher Personalbedarf p.a. (Stunden):	100
Einbezug Beratungsunternehmen p.a. (TSD €):	2,50
Sonstige Kosten / Anschaffungen p.a. (TSD €):	0,5
Insgesamt p.a. (TSD €):	8,00

Bemerkungen: (z. B. mögliche Probleme/Risiken, Abhängigkeiten, etc.)

- Höherer Dokumentationsaufwand
- EDV-Tools werden nicht rechtzeitig entwickelt

Budget des Modellvorhabens

- Das ausgegliederte Budget (vollstat. + teilstat. + amb.) beträgt für die LVR-Klinik Bonn 39% des Gesamtbudgets.
- Festes Budget für vereinbarte Anzahl von Patienten der Modellkassen (nicht Fällen) pro Jahr.
- Budget unabhängig von der Form der Leistungserbringung, es zählt nur die Zahl der behandelten Patienten.

Wirtschaftliche Rahmendaten	PLAN 2017
Patienten (Modellvorhaben)	5.600
Fallzahl (Gesamte Klinik)	9.000
vollstationär	8.000
teilstationär	1.000
Gesamtbudget (Modellvorhaben)*	28.000.000 €
ehemals vollstationär und teilstationär	26.000.000 €
PIA	2.000.000 €
Durchschnittlicher Erlös pro Patient	5.000,00 €

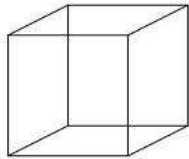
Was passiert wenn die Realität davon abweicht?

- Mehrerlöse für zusätzliche Patienten sind zu 65% in Höhe der durchschnittlichen Patientenerlöse vom Krankenhaus zurückzuzahlen.
- Darüber hinaus gehende Mehrerlöse sind zu 100% vom Krankenhaus zurückzuzahlen.
- Mindererlöse werden zu 100 % von den Kostenträgern nachgezahlt.

Fazit

- Bei dem Modellvorhaben handelt es sich um eine Art „Flatrate“.
- Wir haben von den „Modell-Krankenkassen“ den Auftrag, den Gesundheitszustand der psychiatrisch und psychosomatisch erkrankten Mitglieder möglichst rasch, umfassend und dauerhaft zu verbessern.
- Welche Behandlungsform und welche Behandlungsintensität wir anwenden, liegt dabei ganz in unserer Hand.
- Pro Patient ist das Budget aber auf einen Betrag begrenzt (Kopfbudget).
- Zusätzliche Erlöse fließen nur anteilig für zusätzliche Patienten.
- Mindererlöse jeglicher Art werden zu 100% von den Krankenkassen ausgeglichen.

7 Stationsungebundene Module



1. Wo? Klinik / Häusliches Milieu
2. Wie? Standardbehandlung / Krisenbehandlung
3. Wer? Arzt/Psych / Pflege/Spezialtherapie

Leistungspaket	Setting	Leistungstyp	Leistungserbringer
A	Häusliches Umfeld	Krisenintervention	Arzt/Psych.
B	Häusliches Umfeld	Standardbehandlung	Arzt/Psych.
C	Häusliches Umfeld	Standardbehandlung	Pflege/Spezialtherapie
D	Klinik	Krisenintervention	Arzt/Psych.
E	Klinik	Psychotherapie	Arzt/Psych.
F	Klinik	Standardbehandlung	Arzt/Psych.
G	Klinik	Standardbehandlung	Pflege/Spezialtherapie
H	Klinik	Einfachkontakt	Alle

Leistungskatalog SULs differenziert nach Leistungspakten

Leistungs-paket	Berufsgruppe	Leistungsort	Leistungstyp	Gruppe / Einzel	L-Code kurz	Leistungsart	entspricht PIA-Leistung
Modul A	Arzt / Psychologe	Häusliches Umfeld	Akut- bzw. Krisenintervention	Einzel	A1	Diagnostik	PIA003
					A2	Indikationstellung u. Behandlungsvereinbarung	PIA003
					A3	Behandlungsdurchführung (auch Fallmanagement u- Koord.)	PIA003
Modul B	Arzt / Psychologe	Häusliches Umfeld	Standardbehandlung	Einzel	B1	Diagnostik	PIA003
					B2	Indikationstellung u. Behandlungsvereinbarung	PIA003
					B3	Behandlungsdurchführung	PIA003
Modul C1	Pflege / Spezialtherapeut	Häusliches Umfeld	Standardbehandlung	Einzel	C1.1	Pflegediagnostik	PIA004
					C1.2	Sozialmedizinische bzw. sozialarbeiterische Diagnostik	PIA004
					C1.3	Ergotherapeutisches, bewegungstherapeutisches Assessment	PIA004
					C1.4	Intervention (Psychosoziale oder andere)	PIA004
					C1.5	Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung	PIA004
					C1.6	Fallmanagement u. Koordination	PIA004
Modul C2	Pflege / Spezialtherapeut	Häusliches Umfeld	Akut- bzw. Krisenintervention	Einzel	C2.1	Pflegediagnostik	PIA004
					C2.2	Sozialmedizinische bzw. sozialarbeiterische Diagnostik	PIA004
					C2.3	Ergotherapeutisches, bewegungstherapeutisches Assessment	PIA004
					C2.4	Intervention (Psychosoziale oder andere)	PIA004
					C2.5	Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung	PIA004
					C2.6	Fallmanagement u. Koordination	PIA004
Modul D	Arzt / Psychologe	Klinik	Akut- bzw. Krisenintervention	Einzel	D1	Diagnostik	PIA002
					D2	Indikationstellung u. Behandlungsvereinbarung	PIA002
					D3	Behandlungsdurchführung	PIA002
					D4	Bereitstellung eines Rückzugsraums u. einer Ansprechperson	PIA002
Modul E	Arzt / Psychologe	Klinik	(Einzel-)psychotherapie	Einzel	E1	Einzeltherapie	PIA002
Modul F1	Arzt / Psychologe	Klinik	Standardbehandlung	Einzel	F1.1	Diagnostik	PIA002
					F1.2	Indikationstellung u. Behandlungsvereinbarung	PIA002
					F1.3	Behandlungsdurchführung	PIA002
Modul F2	Arzt / Psychologe	Klinik	Standardbehandlung	Gruppe	F2.1	Psychotherapeutische Gruppenangebote	PIA002
					F2.2	Störungsspezifische Gruppenangebote	PIA002
					F2.3	Indiaktive Gruppen	PIA002
Modul G1	Pflege / Spezialtherapeut	Klinik	Standardbehandlung	Einzel	G1.1	Pflegediagnostik	PIA001
					G1.2	Intervention (Psychosoziale oder andere)	PIA001
					G1.3	Fallmanagement und Koordination	PIA001
					G1.4	Bereitstellung von niedrigschwelligen Angeboten zur Tagesstrukturierung	PIA001
Modul G2	Pflege / Spezialtherapeut	Klinik	Standardbehandlung	Gruppe	G2	Gruppenangebote Pflege	PIA001
Modul H	Alle	Klinik	Einfachkontakt ohne direkte therapeut. Intervention	Einzel	H1	Rezeptausstellung	PIA001
					H2	Bescheinigungen	PIA001
					H3	Erstellung von Laborproben	PIA001
					H4	ähnliches / Sonstiges	PIA001
Modul J	Alle	Häusl. Umfeld	Hin- und Rückfahrt	Einzel	J1	Hin- und Rückfahrt	PIA003

Gibt es Zusatzkosten für die Modellklinik?

- Entwicklungsaufwand
- Projektmanagement
- Fortbildungen
- Hardware/Software
- Umbauarbeiten
- PKW, Handy
- Teamentwicklungen
- Neue Berufsgruppen
- Kommunikationskosten (intern/extern)

Modellprojekte nach § 64b seit September 2013 (1)

Landkreis	Einwohner	§ 64b seit	Konstrukt	Kostenträger	Budgetrealisierung	Laufzeit
Hanau	215.000	2013	IV/OVP	alle	PEPP ab 2015	31.08.2021
Steinburg (Itzehoe)	135.000	2013	RPB	alle	PEPP ab 2015	31.12.2020
Rendsburg- Eckernförde	270.000	2013	RPB	alle	PEPP ab 2015	31.12.2020
Dithmarschen (Heide)	135.000	2013	RPB	alle	PEPP ab 2015	31.12.2020
Herzogtum- Lauenburg (Geesthacht)	188.000	2013	RPB	alle	PEPP ab 2015	31.12.2020
Nordfriesland (Bredstedt)	166.000	2013	RPB	alle	PEPP ab 2015	31.12.2020
Zwickau	93.000 (+KJP)	2013	RPB	alle	PEPP ab 2015	31.12.2020
Glauchau	130.000	2013	RPB	alle	PEPP ab 2015	31.12.2020
Nordhausen	86.000 (+KJP)	2014	RPB	alle	PEPP ab 2015	31.12.2021

Quelle: Wilms, Bettina, Chefarztin Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Carl-von-Basedow-Klinikum Saalekreis gGmbH,
 Vortrag i.R. des 11. Workshop Netzwerk "Steuerungs- und Anreizsysteme für eine moderne psychiatrische Versorgung, 19. Oktober 2016 in Berlin

Modellprojekte nach § 64b seit September 2013 (2)

Landkreis	Einwohner	§ 64b seit	Konstrukt	Kostenträger	Budgetrealisierung	Laufzeit
Rüdersdorf	230.000	2014	IV/OVP	TK	PEPP ab 2015	31.12.2021
Hamm	190.000	2014	RPB	alle	PEPP ab 2015	31.12.2021
Lüneburg (LK Harburg/ Lüneburg)	420.000	2014	RPB	AOK Niedersachsen	PEPP ab 2014	09.04.2022
Berlin Mitte-Tiergarten/ Mitte- Wedding Treptow-Köpenick	610.114	2014	IV	Barmer GEK	PEPP ab 2014	31.12.2021
Bochum	400.000	2015	IV	TK/ Barmer GEK	PEPP ab 2015	31.12.2022
Riedstadt	330.000 (+KJP)	2016	IV	alle	PEPP ab 2016	31.12.2023
Friedberg	200.000	2016	IV/OVP	alle	PEPP ab 2016	31.12.2023
Berlin Friedrichshain- Kreuzberg/ Spandau/ Reinickendorf/ Tempelhof-Schöneberg/ Neukölln/ Marzahn- Hellersdorf	1.684.238 (+KJP)	2016	RPB	DAK	PEPP ab 2016	31.12.2023
Bonn	960.000 (+KJP)	2016	RPB	TK/ Barmer GEK/ DAK	PEPP ab 2016	30.09.2024

Zusammenfassung

- Nach mit der Trägerverwaltung abgestimmter Vorstandsentscheidung war ein wichtiger Schwerpunkt die interne Kommunikation.
- Vorstellung des Projektes bei einem Strukturgespräch mit den Kostenträgern.
- Einführung eines professionellen Projektmanagements.
- Intensiver Austausch auf verschiedenen Ebenen mit der Bochumer Klinik.
- Inhaltlich praktisch keine Kritik
- Hoher, am Anfang unterschätzter, Änderungsdruck.
- Kein Sparmodell.
- Medizin, Pflege und Verwaltung müssen intensiv kooperieren.
- Die individuelle patientenzentrierte Bedarfsorientierung soll führend sein.
- Die weitere Evaluation des Projektes ist a) über den §21 Datensatz (KHEntgG) vereinbart und b) wäre eine begleitende Versorgungsforschung wünschenswert.

MIT HERZLICHEM DANK AN:

Herr Augustin, Frau Brand, Prof. Dr. Juckel,
LWL-Klinik Bochum

Dr. Schormann, Herr Schwickart, Herr Werner
LVR-Klinik Bonn

Prof. Dr. Schillen
Klinikum Hanau