

Kriterien zur Bewertung Innovativer Versorgungsprojekte	"Status quo"	§64b SGB V-Modelle bzw. Regionale Budgets	PNP-Vertrag Baden-Württemberg	Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB)	Hamburger Modell für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen	Netzwerk psychische Gesundheit (NWpG)
Rechtsgrundlage/Vertragstyp	SGB V	§64b SGB-V	§73 b und c SGB V	Indikationsbezogene Verträge und ein populationsbezogener Vertrag zur Integrierten Versorgung nach § 140 SGB V	§ 140a-d SGB Integrierte Versorgung	IV-Vertrag § 140a SGB V
Art und Zahl der Vertragspartner	BÄK-Ärzttestatistik 2015: 3012 NÄ (KV 1931), P+PT 10.450 (KV 4038)	20 Kliniken in 9 Bundesländern	BVDN Ba-Wü, Freie Liste, Dt. PT-Vereinigung, AOK Ba-Wü, BKK Bosch, MEDI-Managementgesellschaft	Verträge über PIBB als Managementgesellschaft des berufsgruppen- und sektorenübergreifenden gemeinnützigen Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit e. V. (vpsg) mit 250 Mitgliedern	Verträge mit 4 Krankenkassen (AOK Rheinland / Hamburg, DAK Gesundheit, IKK Classic, HEK. Ab 2018 auch Barmer im Rahmen des Innovationsfonds)	12 gemeindepsychiatrische Managementgesellschaften
Beteiligte Leistungserbringer	Niedergelassene Psychiater, Nervenärzte, Psychotherapeuten, Kliniken (voll- und teilstationär), PIAs, Soziotherapeuten, Ambulante Psychiatrische Pflege (APP)	Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern und Fachkliniken)	550 Ärzte + Psychotherapeuten	IV-Leistungserbringer ca. 80 niedergelassene oder MVZ-Psychiater (KV), 45 Soziotherapeuten, 15 Psychotherapeuten, 15 psychiatrische Pflegedienste, 10 Ergotherapeuten, 10 Kooperationskliniken, Reha-Sport-Einrichtungen, psychosoziale Träger	Stationäre, tagesklinische und ambulante Einheiten der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie, drei Therapeutische Assertive Community Treatment (TACT) Teams, niedergelassene Fachärzte für Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie, Peer-Gesundheitsbegleiter	Ca. 80 regionale Hauptpartner, Ca. 15 Fachkliniken Ca. 250 niedergelassene (Fach-)Ärzte
Vertragsbeginn und Vertragslaufzeit	Aktuell gültiges Vergütungssystem mit Verordnungsmöglichkeit für APP und Soziotherapie	Beginn unterschiedlich; erstes Modell ab 2003; Vertragslaufzeiten in der Regel 8 Jahre, meist bis Ende 2020	03/2012 - unbefristet, erstmals 2016 kündbar	Indikationsbezogene Verträge (für F0*, F2*, F3*, F4*, F*-Diagnosen) seit 12/2006 bis dato Populationsbezogener Vertrag (alle F*-Diagnosen) seit 12/2011 bis dato	Seit Mai 2007 fortlaufend, seit 2013 auch emotional-instabile Persönlichkeitsstörung	Seit 2009
Vergütungsmodell	-	Jährliches Gesamtbudget für Krankenhaus verhandelt	Bereinigung: ja	Indikationsbezogene Verträge mit Mix aus Einzelleistungsvergütung von Soziotherapie, psychiatrischer Hauskrankenpflege, Ergotherapie, Sport sowie Quartalspauschalen für ärztlich-psychiatrische Koordination und zusätzlicher Bonusvergütung je nach Wirtschaftlichkeit. Populationsbezogener Vertrag mit quartalsweiser Pauschalvergütung der PIBB und zusätzlich wirtschaftlichkeitsgebundenem nachgehenden Vergütungsanteil	Jahrespauschale / Patient (Capitation-Modell)	Jahrespauschale / Patient
Standorte	S. Bedarfsplanung durch GBA festgelegt; Cave: Vermischung Psychiater + Nervenärzte	20 Standorte in 9 Bundesländern	Grundsätzlich ist ein Quorum erforderlich, welches nicht in allen Regionen erfüllt ist.	Berlin flächendeckend und Brandenburg mit flächenbezogener Abdeckung von ca. 50 %	Hamburg, Sektoren der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf	Ca. 100 Regionen in Deutschland
Add-on oder Budgetbereinigung	Entfällt	Jahrespauschale für stationäre, teilstationäre, aufsuchende und ambulante Behandlung durch das Krankenhaus	Bereinigung: ja	Add-on; keine Budgetbereinigung	Add-on; keine Budgetbereinigung	Add-on
Budgetverantwortung	Kein Budget, sondern Leistungsabrechnung	Klinik	AOK / BKK Bosch	Budget-Mitverantwortung der PIBB- Managementgesellschaft	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	Managementgesellschaft --> regionale Hauptpartner
Teilnehmerzahl (Patienten)	-	Verhandlungen über die Anzahl der zu versorgenden Patienten in einer Region mit allen /einigen Krankenkassen. Bis 2017 mehr als 200.000 Behandlungsfälle; pro Jahr etwa 40.000 Behandlungsfälle hinzu kommend	24.723 Patienten	Indikationsbezogene Verträge mit aktuell ca. 600 Patienten (insgesamt ca. 2000 seit 2006) und populationsbezogener Vertrag mit aktuell 2500 Patienten	342	Ca. 10.000 teilnehmende Patienten
Art der Teilnehmer (Patienten)	-	Wenn alle Kassen beteiligt (Populationsbezug) auch alle F-Diagnosen; sonst einzelne Diagnosen (insbesondere F2 und F3)	F1, F2, F3, F40.-41.-42.-43., F5, F6-F7, F9	F0, F2, F3, F4, F6 in indikationsbezogenem Vertrag Alle F-Diagnosen beim populationsbezogenem Vertrag	F1-Störungen: - Substanzinduzierte psychotische Störung (F1x.5) F2-Störungen: - Schizophrenie (F20) - Anhaltende wahnhaftige Störung (F22) - Akute vorübergehende psychotische Störung (F23) - Induzierte wahnhaftige Störung (F24) - Schizoaffective Störung (F25) - Sonstige nichtorganische psychotische Störung (F28) - Nicht näher bezeichnende nichtorganische Psychose (F29) F3-Störungen: - Manische Episode mit psychotischen Symptomen (F30) - Bipolar affektive Störung (F31) - Depressive Episode, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3) - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3)	F2, F3, z.T. F4 und F6; ab 1.2.2017 nur noch SMI aus F2, F3 und F6
Zugangskriterien	Alle Diagnosen, alle Schweregrade	Bei Vorliegen vertraglich vereinbarter Voraussetzungen - Entscheidung des Leistungserbringers	Bei Patienten: Teilnahme am HVZ Vertrag	Einschreibungsverfahren gem. § 140 SGB V	Einschreibungsverfahren gem. § 140 SGB V	Diagnose s. o. plus kürzliche stationäre Krankenhausbehandlung
Maßnahmen der Qualitätssicherung	-	Wissenschaftliche Begleitforschung in einzelnen Regionen, Ergebnisse publiziert. Laufende Begleitforschung von 10 Regionen gemeinsam, Ergebnisse 2017	-	Externes Qualitätsmanagement (Charité CM)	Managed Care Netzwerk mit Qualitätsmanagement bzgl. Strukturen, Prozesse und Ergebnisse (siehe Lambert et al. 2015)	Standardisierte Assessments, Qualitätsberichte, Qualitätszirkel, "Praktikertreffen"

Strukturkriterien

Kriterien zur Bewertung Innovativer Versorgungsprojekte	"Status quo"	§64b SGB V-Modelle bzw. Regionale Budgets	PNP-Vertrag Baden-Württemberg	Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB)	Hamburger Modell für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen	Netzwerk psychische Gesundheit (NWpG)
Laufende Evaluation (Übertragbarkeit in die Regelversorgung, Publikationen)	-	Laufende Begleitforschung von 10 Regionen (Datenerhebung 2016, Ergebnisse 2017)	-	Fischer F., Berghöfer, A. et al. (2013). Kostenevaluation eines Modells der Integrierten Versorgung für schwer psychisch Kranke. <i>Gesundheitswesen</i> . doi http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1343438	siehe separate Literaturliste	Veröffentlichungen des AQUA-Instituts und der Uni Ulm
Art der Vernetzung	Vom Engagement der Akteure regional abhängig	Gesamtpaket wird durch Klinik geleistet; Einbezug externer Anbieter möglich	Bei Patienten: Teilnahme am HZV Vertrag	Digitale Verordnungs-, Dokumentations- und Abrechnungsplattform (webbasiert); regionale und zentrale Falkonferenzen	Managed-Care-Netzwerk	"Koordinierende Bezugsperson" im regionalen Verbund, über SGB V hinaus
Peer-Beratung / Genesungsbegleitung	-	Je nach Klinikkonzept; in mehreren Regionen vorhanden	Ja, Sozialdienst der AOK, Patientenbegleitung BKK Bosch	Ohne Leistungshonorierung im Kooperationsmodus	Ja	Reguläre Teammitglieder in einem Teil der Regionen
Hometreatment	Bestandteil der Versorgung im KV-Bereich und speziell für Durchführung von Soziotherapie und APP vorgesehen	Konzeptuell möglich; in einigen Regionen vorhanden	Nur bei alten dementen Patienten möglich	Umfänglich aufsuchende Behandlung möglich durch häusliche psychiatrische Krankenpflege, Soziotherapie	Nein, Assertive Community Treatment	Aufsuchende Dienste in allen Regionen
Einbezug von ambulanter psychiatrischer Pflege und ambulanter Soziotherapie	Per Verordnung für festgelegte Diagnosen	Konzeptuell möglich; nach Absprache	Grundsätzlich möglich, nicht im Vertrag eingebunden	Bestandteil des Projektes	Nein, enge klinische Kooperationspartner, aber kein Leistungserbringer innerhalb des IV-Vertrages	Ja, Bestandteil der Verträge
Verbindlich definierte Schnittstelle zur Eingliederungshilfe	-	Konzeptuell möglich; nach Absprache	Nein	Indirekt durch Beteiligung psychosozialer Träger als Leistungserbringer für Soziotherapie und psychiatrische Hauskrankenpflege	Nein, enge klinische Kooperationspartner, aber kein Leistungserbringer innerhalb des IV-Vertrages	Nicht im Vertrag definiert, aber "Alltagsgeschäft" der Leistungserbringer
Verbindlich definierte Schnittstelle zur Reha	Per Antrag bei Rentenversicherung oder Krankenkasse mit Befundbericht	Konzeptuell möglich; nach Absprache	Nein - jedenfalls nicht zur Reha im Sinne des SGB XIII	Konkret	Nein, enge klinische Kooperationspartner, aber kein Leistungserbringer innerhalb des IV-Vertrages	Nicht im Vertrag definiert, aber "Alltagsgeschäft" der Leistungserbringer
Verbindlich definierte Schnittstelle zu Hausärzten / Vertragsärzten	Möglich, aber nicht notwendig, Befundübermittlung erwünscht, aber abhängig von individuellen und regionalen Gepflogenheiten	Konzeptuell möglich; nach Absprache	Ja, in Anlage 12 definiert	Bestandteil des Projekts	Ja, niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Leistungserbringer innerhalb des IV-Vertrages	Fachärzte, z. T. auch Hausärzte, sind in der Regel ergänzende Leistungserbringer
Verbindlich definierte Schnittstelle zur Klinik	Einweisung durch Psychiater und Nervenärzte, Flow = abhängig von regionaler Zusammenarbeit	Entfällt, da Leistungserbringer = Klinik	Ja, in Anlage 12 definiert	PE-Gruppen in Kliniken für IV-Patienten über PIBB finanziert	Managed-Care-Netzwerk von der Klinik ausgehend	Klinik ist Vertragspartner, ergänzender Leistungserbringer (PIA) oder Kooperationspartner
Teilhabebezogene Interventionen (Ja / Nein, welche?)	-	Ja; je nach Konzept aufsuchende Hilfen möglich; Einbezug ambulanter Leistungserbringer	Nein	Im Rahmen des IV-Vertrages zur raschen Intervention bei AU aufgrund psychischer Erkrankungen intensive Kooperation und Verfahrensabsprache zur Reha mit der DRV	Ja, klinisch engmaschige Unterstützung durch Sozialarbeiter und zuständige Kliniker	Alle, je nach individuellem Bedarf, Vertragspartner sind Erbringer von Teilhabeleistungen

Kriterien zur Bewertung Innovativer Versorgungsprojekte		"Status quo"	§64b SGB V-Modelle bzw. Regionale Budgets	PNP-Vertrag Baden-Württemberg	Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB)	Hamburger Modell für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen	Netzwerk psychische Gesundheit (NWpG)	
Erfolgskriterien	Patienten	Symptomreduktion	Keine Skalen vorliegend	Begleitforschung: Psychopathologisch wie in Regelversorgung	Schnellere Terminvergabe bei Psychiatern, Nervenärzten und Psychotherapeuten	Keine Quantifizierungen benennbar	Verbesserung und stabile Verbesserung gemessen mit BPRS	Nicht erhoben
		Verbesserung der Funktionsfähigkeit	Keine Skalen vorliegend	Begleitforschung: In einzelnen Regionen signifikant besser als in Kontrollgruppe	Keine Skalen	Keine Quantifizierungen benennbar	Verbesserung und stabile Verbesserung gemessen mit GAF	Fortlaufend erhoben (HoNOS)
		Verbesserung der Lebensqualität	Keine Skalen vorliegend	Begleitforschung: In einzelnen Regionen signifikant besser als in Kontrollgruppe	Keine Skalen	Keine Quantifizierungen benennbar	Verbesserung und stabile Verbesserung gemessen mit Q-LES-Q-18	Evaluiert (Uni Ulm)
		Zufriedenheit mit der Behandlung	Keine Skalen vorliegend	Ergebnisse publiziert	Keine Skalen	Keine Quantifizierungen benennbar	Verbesserung und stabile Verbesserung gemessen mit SES	Evaluiert (Uni Ulm)
		Reduktion von Zwangseinweisungen / Zwangsmaßnahmen	Keine Skalen vorliegend	Wird in laufender Begleitforschung untersucht; Ergebnisse 2017	Keine Skalen	Für die in die IV eingeschriebenen Patienten sind keine Zwangseinweisungen bekannt	8x weniger als in Regelversorgung	Nicht erhoben
		Verbesserung von Teilhabe und Teilhabechancen in allen Lebensbereichen (Arbeit, Wohnen, Bildung)	Keine Skalen vorliegend	Wird in laufender Begleitforschung untersucht; Ergebnisse 2017	Keine Erhebung, ist geplant	keine Quantifizierungen benennbar	Verbesserung von Wohn- und Arbeitsfähigkeit	Evaluiert (Uni Ulm)
		Verringerung der Krankenhaustage pro Jahr	-	In den ersten 5 Jahren Reduktion bis etwa 50 %	Angaben in Kürze verfügbar	Deutliche Reduktion (in Berlin auf weniger als 30 %) der Krankenhaustage ggü. morbiditätsadjustierter, krankenkassen-interner Vergleichsgruppe	Verschiebung Kosten vom stationären und teilstationären Bereich in den ambulanten Bereichen, numerisch geringere Kosten im Vergleich zur Regelversorgung bei hochsignifikant höheren QALYs, Reduktion der Pauschalen ab Jahr 2-3 Teil des Vertrages.	Evaluiert (AQUA)
		"Haltequote"	-	-	-	-	11x weniger Abbruch der Gesamtbehandlung	Wird sporadisch überprüft
	Senkung der AU-Tage	-	Bisher nicht erhoben	Ja, in Kürze verfügbar	Ja, keine von KK freigegebenen Daten	Nicht gemessen	Evaluiert (AQUA)	
	Leistungserbringer	Verbesserte Qualität in der Leistungserbringung	-	Begleitforschung läuft	Wahrscheinlich, da Wartezeiten bei Psychiatern, Nervenärzten und Psychotherapeuten verringert; max. 2 Wochen, keine Antragsfrist bei Psychotherapie	Durch Implementierung von Behandlungspfaden in der IV, Benchmarking und Controlling deutlich verbindlichere Leistungserbringung	Ja, 6-10x höhere Leistungen als in der Regelversorgung im ambulanten Bereich, Psychotherapie Teil des Vertrages	Evaluiert (Uni Ulm)
Kostendeckung		-	Kostendeckung durch stabiles Budget erreicht	Durch zuverlässige Vergütung der Gesprächsleistung gegeben	Ja, wobei erheblicher Ressourceneinsatz für Aufbau des ambulanten Versorgungsnetzes benötigt wurde / wird	Ja	Evaluiert (Kassen)	
Mitarbeiterzufriedenheit		-	Mitarbeiterstudie im Klinikum Itzehoe; unpubliziert	Ja	Positive Rückmeldungen; keine Erhebungen	Nicht erhoben, aber wenig Fluktuation von Mitarbeitern (einer in 10.6 Jahren)	Evaluiert (Uni Ulm)	
Besonderheit des Modells		Es handelt sich um ein sehr differenziertes Versorgungssystem. Sektorengrenzen stellen allerdings oft Hindernisse im Behandlungsfluss des einzelnen Patienten dar.	Es handelt sich um ein Vergütungssystem, das eine an den Bedürfnissen der Patienten orientierte setting-übergreifende Behandlung ermöglicht. Dadurch wird die Teilhabe am Leben verbessert und die stationäre Verweildauer deutlich reduziert. Es werden Anreize gesetzt zu einer verstärkt aufsuchenden und ambulanten Behandlung.	Es handelt sich um ein differenziertes Vollversorgungssystem mit schneller Behandlungsmöglichkeit für die Patienten und realer Vergütung für die teilnehmenden Ärzte deutlich oberhalb des KV Niveaus und ohne Fallzahlbegrenzung und ständiger Weiterentwicklung.	Das Versorgungsnetz der PIBB ist 2014 von der KV Berlin als bundesweit bislang einziges Ärztenetz nach § 87b SGB V zertifiziert und begründet damit eine gesetzlich verankerte, eigenständige Finanzierung der vernetzten psychiatrischen Versorgung.	Das Hamburger Modell ist ein Integriertes Versorgungsmodell nach § 140 a-g SGB V, dass Menschen mit schweren psychischen Störungen eine sektorenübergreifend-koordinierte, langfristige und evidenzbasierte Behandlung zur Verfügung stellt. Es richtet sich speziell an Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, bipolaren Störungen und schweren unipolaren Depressionen mit psychischen Symptomen. Kernelement ist ein sogenanntes Therapeutisches Assertive Community Treatment Team (TACT). TACT ist eine Modifikation von Assertive Community Treatment (ACT), die sich v. a. durch die Spezialisierung auf schwere psychische Störungen und durch die Verbesserung der sog. Team-Fidelity (das heißt durch die Beschäftigung von vorwiegend ärztlichen und psychologischen Psychose-Experten) auszeichnet.	Ambulante, ggf. aufsuchende Komplexbehandlung durch multiprofessionelle Teams gemeindepsychiatrischer Träger, in einem Teil der Regionen unter Beteiligung der Versorgungskliniken, Einbeziehung der behandelnden Ärzte als Regelfall	