



## **„Sektorenübergreifende Versorgung im Hanauer Modell“**

**Vortrag am Fortbildungstag der  
Psychotherapeutenkammer Hessen**

**Dipl. Betrw. Monika Thiex-Kreye, MBA  
Geschäftsführung Klinikum Hanau  
20. September 2014**

➤ **Kurze Vorstellung Person**

**M. Thiex-Kreye**

**seit rd. 8 Jahren**

**Geschäftsführerin Klinikum Hanau**

**(Davor rd. 18 Jahre in anderen Führungspositionen  
in Frankfurter Krankenhäusern)**

➤ **Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie als  
Fachabteilung des Klinikums Hanau:**

**125 Betten lt. Planbettenbescheid**

**Gesamterlöse rd. 13 Mio. Euro**

- **Projektmotivation**
- Projektumsetzung
- Erste Ergebnisse
- Chancen, Risiken, Perspektiven

# Enthospitalisierung in der Psychiatrie

---

## ➤ Chancen:

- **Bessere Versorgung der Patienten!**  
Vermeidung von Chronifizierungen und weniger Behandlungsabbrüche durch niederschweligen Zugang
- **Möglichkeit auch langfristig den steigenden Bedarf im Gesamtsystem abzudecken**

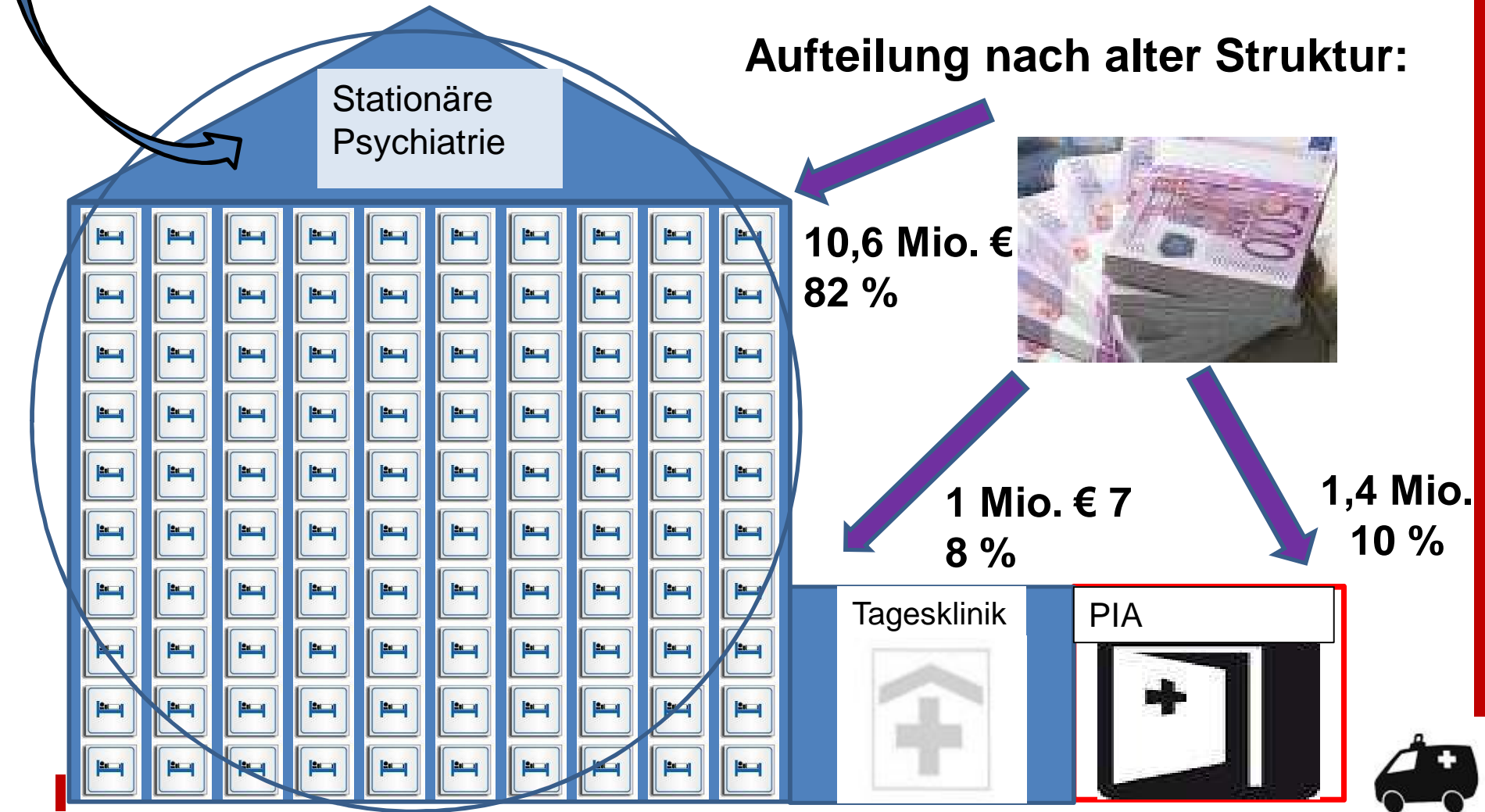
## ➤ Gefahren:

- **Unzureichende Geduld die Langfristeffekte abzuwarten durch vorschnelle Synergie-/Einspardebatten**
- **Zu viel strategisches Verhalten der einzelnen Player zu Lasten von Vorreitern mit grundlegendem Reformanspruch**

# Statt Pflegesätze PEPPs ändert nichts an der grundlegenden Struktur!

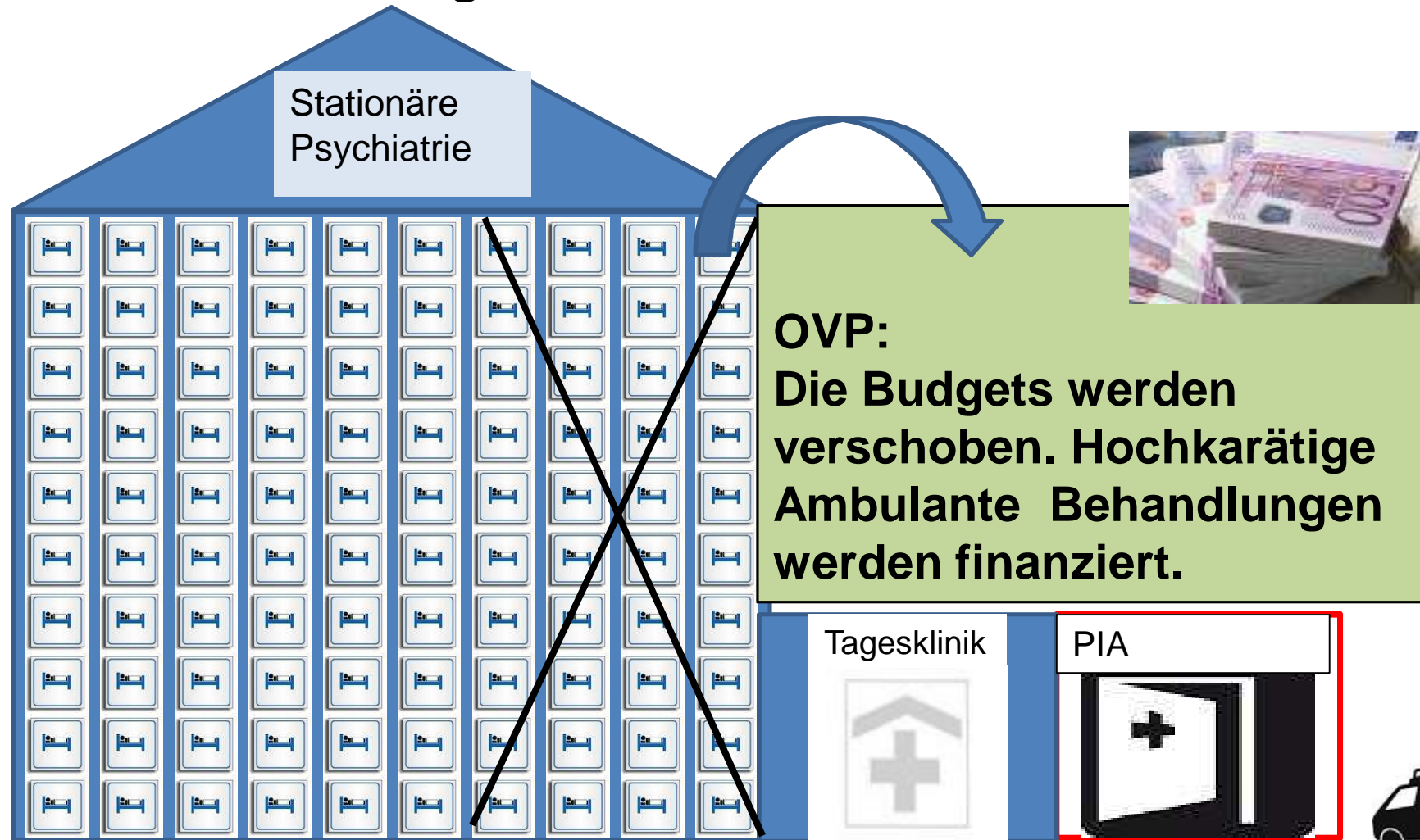
Psychiatrie Erlöse Klinikum Hanau gesamt 12,4 Mio. €

Aufteilung nach alter Struktur:



# Trend: Konvergenzverluste vorbeugen durch Hochfahren stationärer Leistungen mit Planbettenerhöhungen

Die Hanauer Strategie ist wider dem Trend!



# Projektmotivation: Defizite in der derzeitigen Versorgungssituation

---

## ➤ KV:

Patientenzahlen  KV-Budget stagniert;  
Mangel an niedergelassenen Psychiatern

*(zwischen 500 und 1000 Patienten pro Quartal,  
Behandlungen weit unter WHO Standards)*

## ➤ PIA:

HA- und Selbstzuweisungen wg. KV-Wartezeiten, Notfallabklärung...

## ➤ Klinik:

Patienten immer kränker, Bettenauslastung > 95%

## ➤ SPDi:

unzureichende Personalausstattung für die  
angedachten Vernetzungsaufgaben

Mangelnde  
Vernetzung!

# Projektmotivation:

## Defizite in der derzeitigen Versorgungssituation

---

### ➤ Defizite nach psychiatrischer Störung

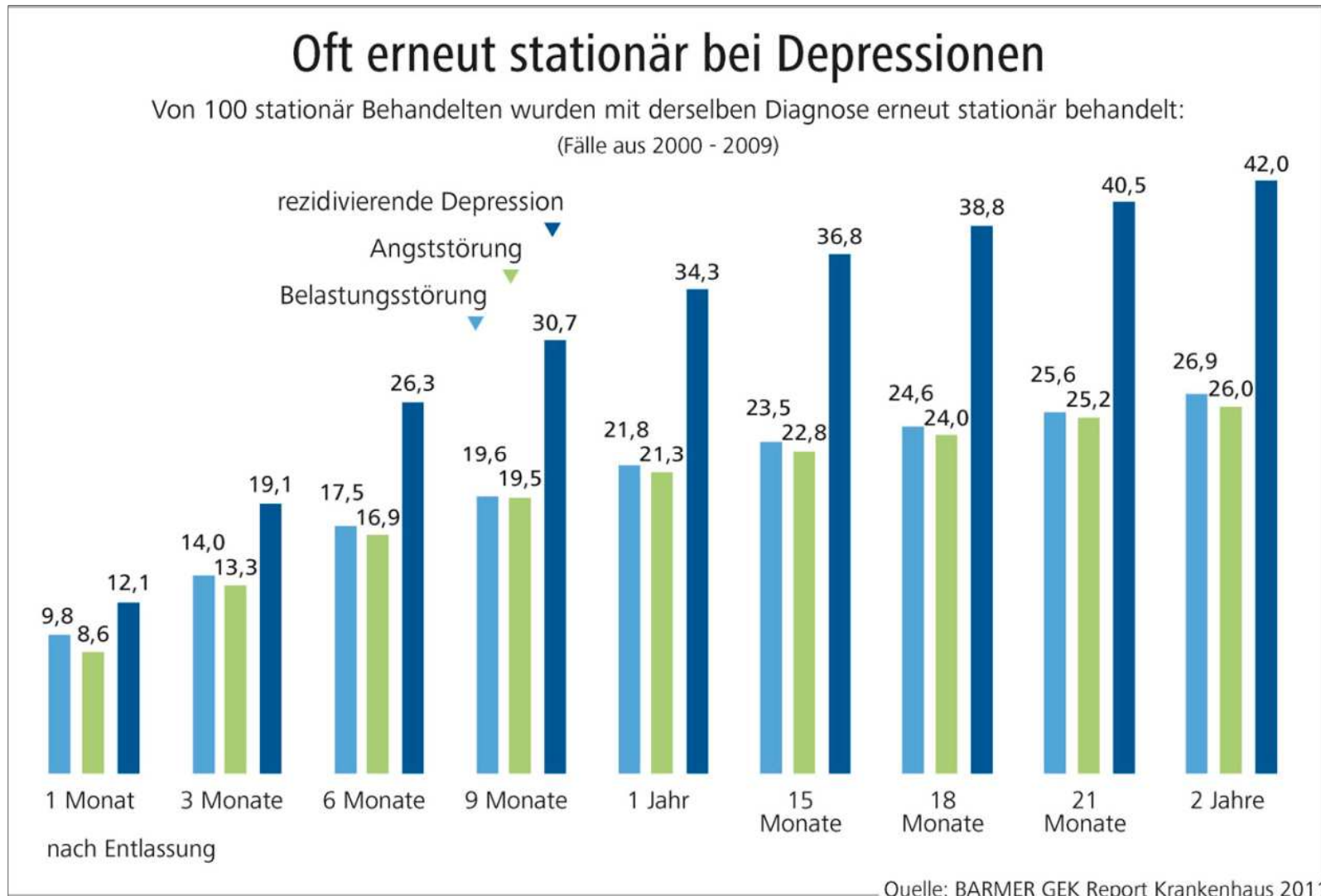
- Kurzintervention episodischer Störung nicht zeitnah und nicht im erforderlichen Umfang möglich
- Chronisch kranke Patienten:
  - langfristig nachgehende, aktiv aufsuchende Begleitung ist unzureichend integriert
  - Vernetzung mit dem sozialen und professionellen Umfeld fehlt
  - Folge: häufige ambulante Behandlungsabbrüche

### ➤ Defizite bei Personalressourcen

- Assistentenmangel, zunehmend auch in der Pflege, Sozialarbeiter etc.



# Projektmotivation: Defizite in der derzeitigen Versorgungssituation

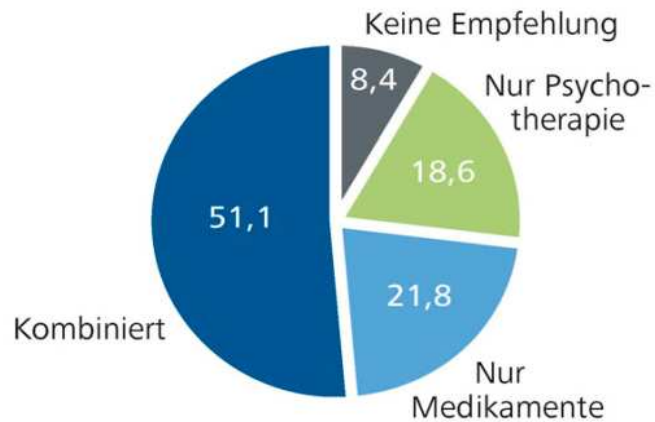


# Projektmotivation: Defizite in der derzeitigen Versorgungssituation

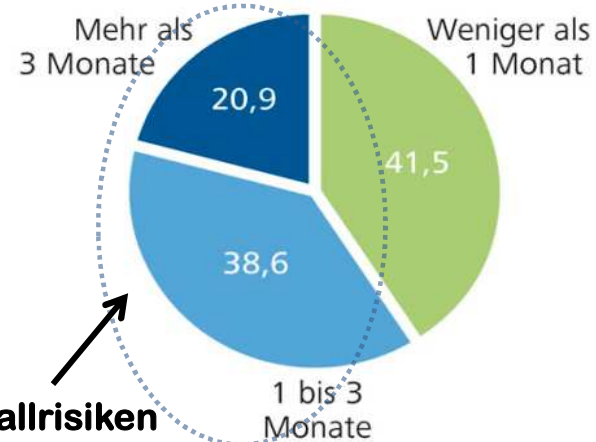
## Was passiert nach dem stationären Aufenthalt?

Wegen Depressionen stationär Behandelte nach der Entlassung,  
Angaben in %

Krankenhaus empfiehlt:



Wartezeit auf Psychotherapie



**Rückfallrisiken  
mit erneuter  
stationärer  
Einweisung**

Quelle: BARMER GEK Report Krankenhaus 2011

# Motivation & Strategie

---

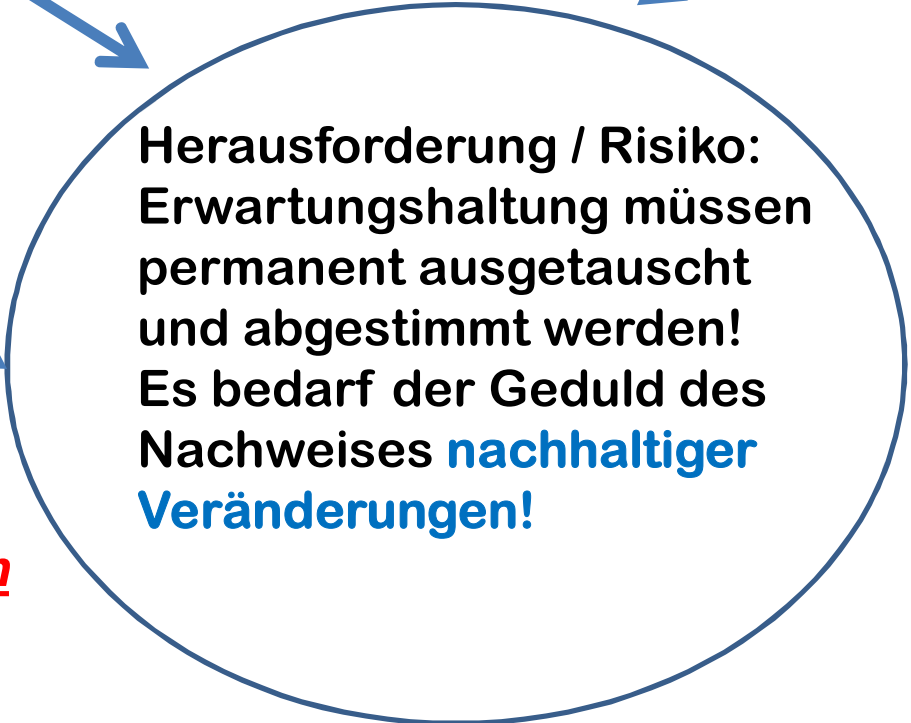
- **Patienten mit bisher stationärer Behandlungsindikation können sehr häufig durch intensiv ambulante Leistungen versorgt werden.**
- **Eine Ausweitung der Bettenkapazität ist langfristig nicht tragfähig (auch im internationalen Vergleich)**
- **Eine zukunftsfähige Klinik, die den Versorgungsanforderungen gerecht werden will, muss die Ambulantisierung selber (!) aktiv gestalten.**
- **Daraus folgt:  
Konsequenter Wechsel in eine sektorübergreifende Versorgung mit massivem Ausbau der ambulanten Akutbehandlung zu Lasten stationärer Leistungen.**

# Projektrisiko / Herausforderungen: Unterschiedliche Motivationslagen

➤ Motivation Klinikdirektor  
Psychiatrie: **Bessere  
Patientenbehandlung;  
Personalentwicklung**

➤ Motivation Krankenkassen: **Besser  
Versorgung für Versicherte aber  
auch mittelfristiger Nachweis für  
Einsparungen durch  
Enthospitalisierung u. keine  
Nachteile gegenüber PEPP**

➤ Motivation Geschäftsführung  
Klinikum:  
**Bessere Patientenbehandlung  
aber auch keine finanziellen  
Einbußen**



**Herausforderung / Risiko:  
Erwartungshaltung müssen  
permanent ausgetauscht  
und abgestimmt werden!  
Es bedarf der Geduld des  
Nachweises **nachhaltiger  
Veränderungen!****

**Große Herausforderung:  
Bessere Vernetzung mit Anbietern  
aus dem SGB VII Bereich!**

# Absehbare Versorgungsperspektiven

- **Voranschreiten ambulanter und stationärer Versorgungsdefizite bei steigendem Bedarf und stagnierenden Ressourcen**
- **Die Grundprobleme werden durch das PEPP System nicht gelöst (vielleicht sogar verschärft)**
- **Ambulantisierung der Psychiatrie auch in Deutschland?**
  - **England, Skandinavien:** 0,2 – 0,4 Betten+Plätze / 1.000 EW
  - **Thüringen:** 1,2 Betten+Plätze / 1.000 EW
  - **Geesthacht:** 0,4 Betten+Plätze / 1.000 EW
  - **Hanau:** 0,25 Betten+Plätze / 1.000 EW (AOK + TK)  
1. Stufe Modellprojekt
  - **Hanau:** 0,56 Betten+Plätze / 1.000 EW (außerhalb Modellprojekt)

- Projektmotivation
- **Projektumsetzung**
- Erste Ergebnisse
- Chancen, Risiken, Perspektiven

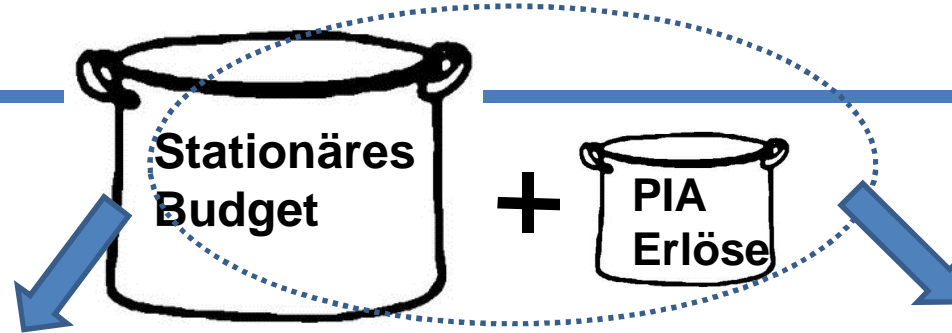
# OVP Vertragsziele (Auszüge)

---

- **Bedarfsgerechte Individualisierung des Behandlungssektors ohne Zwänge des Entgeltsystems**
- **Bessere Begleitung / Behandlung angepasst an die Bedürfnisse des Patienten und seines sozialen Umfeldes**
  - Hochfrequente ambulante Kontakte in der Klinik
  - Besuche zu Hause, im Wohnheim, im Altenheim
  - **Fallmanager** der Klinik als Koordinator für den Patienten, soziales Umfeld und Leistungserbringer im Netzwerk (Beziehungskonstanz)
- **Weniger Schnittstellenbrüche, weniger Behandlungsabbrüche**
- **Bessere Behandlungsergebnisse, bessere Stabilisierung chronisch kranker Intensivnutzer**

# Unterschied PEPP und OVP-Entgelte

Welche Töpfe sind einbezogen?



Wie entstehen die Entgelte?

Gruppierungsmerkmale  
-Hauptdiagnosen  
-Einzelbetreuung  
-etc.

Gruppierungsmerkmale  
-Psych PV mit  
Erweiterungen

Fallbezogenes Grouping  
mit nachträglicher  
Berechnung von Tages-  
sätzen abhängig von der  
Verweildauer (Degression)

Tages-  
bezogenes  
Grouping

**PEPP**

**OVP Entgelte**

Welche Patienten sind einbezogen?

Tagesbezogene Entgelte zur Behandlung **stationärer** Patienten

Tagesbezogene Entgelte zur Behandlung **stationärer und ambulanter** Patienten



# Kalkulationsmodell OVP

---

- **Stufe 1:**  
Vereinfachte Umlage der Personal-, Sach- und Infrastrukturkosten auf die vorhandenen (und neu geschaffenen) Psych PV Gruppen
  
- **Stufe 2:**  
Differenzierte Kalkulation insbesondere der neuen ambulanten Leistungen (AHB, Hometreatment etc.)

# Umsetzung der Bettenschließungen in Stufen

---

- **Stufe 1:**  
Auf drei Stationen wurden jeweils 2 Betten geschlossen:  
Zimmer für ambulante OVP-Leistungen auf Station verfügbar.
  
- **Stufe 2: ab 31.05.2012**  
Schließung einer 25 Betten Station.
  
- **Stufe 3: ab 01.10.2014**  
Schließung von weiteren 20 Betten.

## **OVP-Team *Ambulante Akutbehandlung (AAB)***

---

- **Ambulante Versorgung von Patienten, die bisher aufgrund der Schwere ihrer psychischen Störung stationär aufgenommen worden wären.**
  - **Verkürzung stationärer Behandlungen bei zunächst stationärer Aufnahme.**
  - **Störungsspezifisches Behandlungsangebot im individuell erforderlichen Umfang (need-adapted-treatment, assertive community treatment, home treatment).**
  - **Ambulante Akutbehandlung an 7 Tagen / Woche**
- **Zuweisung über Institutsambulanz, Facharzt oder Hausarzt**

# Neue Leistungen im Rahmen des OVP-Teams

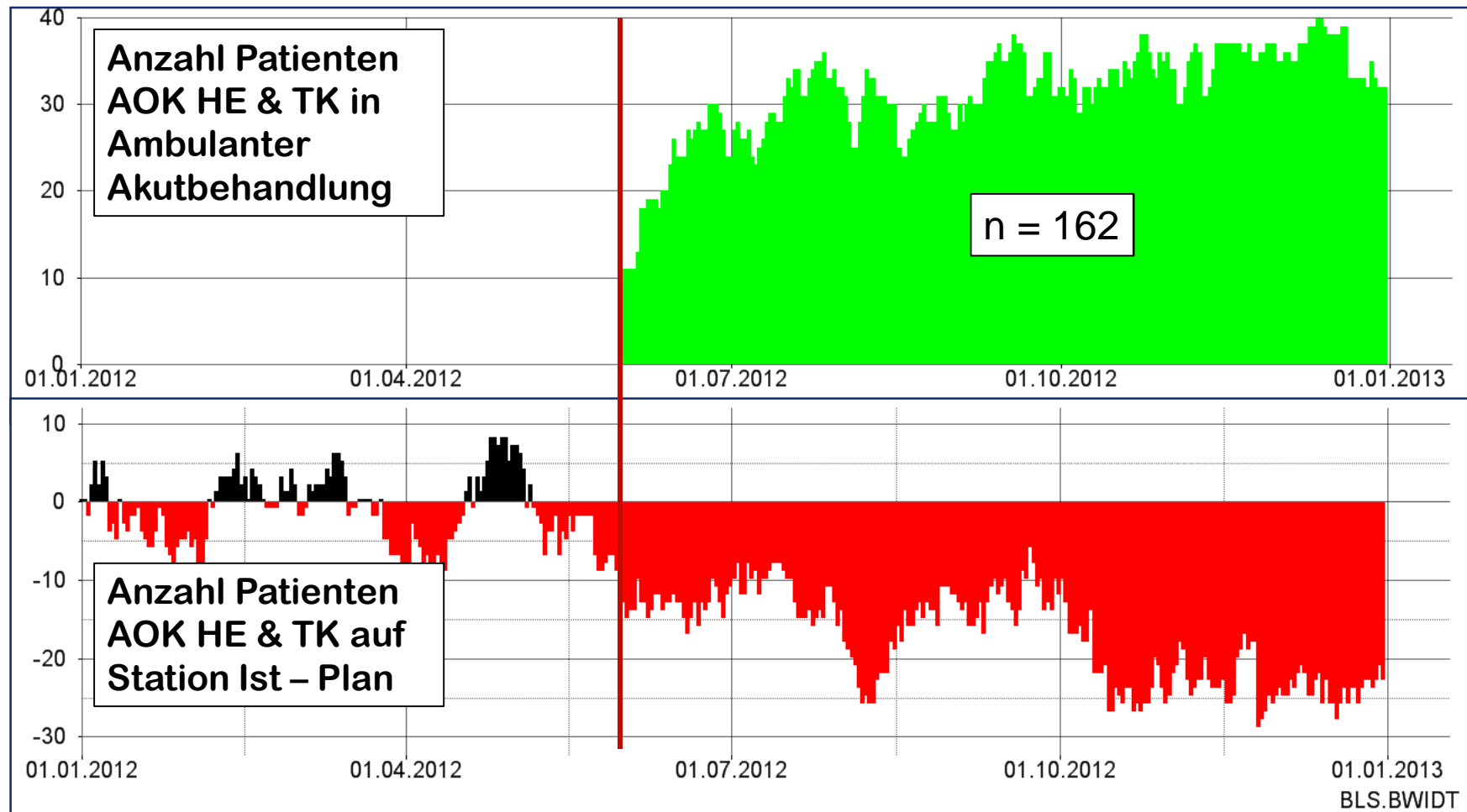
## Ambulante Akutbehandlung - Auszug

### Neue OVP Leistungsangebote:

- Ambulante OVP-Termine auf Station durch Bezugsarzt, Bezugspflege für einzelne OVP-Patienten (08/2011)
- **Home-Treatment** durch Bezugspflege der Station für einzelne OVP-Patienten (08/2011)
- Täglich reservierte OVP-Sprechzeiten für **ambulante Express-Termine** bei jedem der 9 Ärzte der Institutsambulanz (09/2011)
- Ambulante Öffnung der Gruppentherapien der Stationen für einzelne OVP-Patienten (09/2011)
- Ambulante **OVP-Gruppe „Patienten-Club“** (11/2011) Gesprächsangebote, Gesellschaftsspiele, Freizeitaktivitäten
- Ambulante OVP-Gruppe „Stressbewältigungstraining“ (11/2011) Belastungsniveau, Über-/Unterforderung, Alltagsbewältigung, Krisen, Ressourcen, Hilfesystem
- **Ambulante OVP-Gruppe „DBT“ für Borderline-Patientinnen** (01/2012)
- **Arztbesuch im Altenheim** bei V. a. Fehleinweisung (12/2011)
- ...

- Projektmotivation
- Projektumsetzung
- **Erste Ergebnisse**
- Chancen, Risiken, Perspektiven

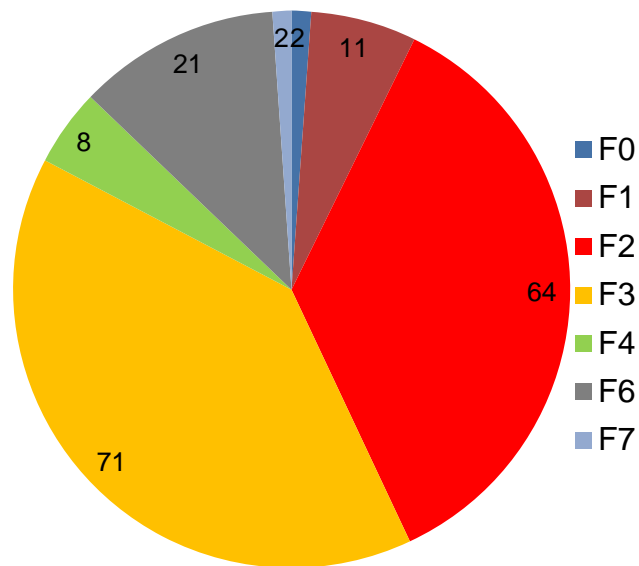
# Bereits die ersten 4 Monate nach Stationsschließung: 2 – 3 mal mehr Patienten der AOK HE & TK wurden stationersetzend ambulant in AAB „umgewandelt“



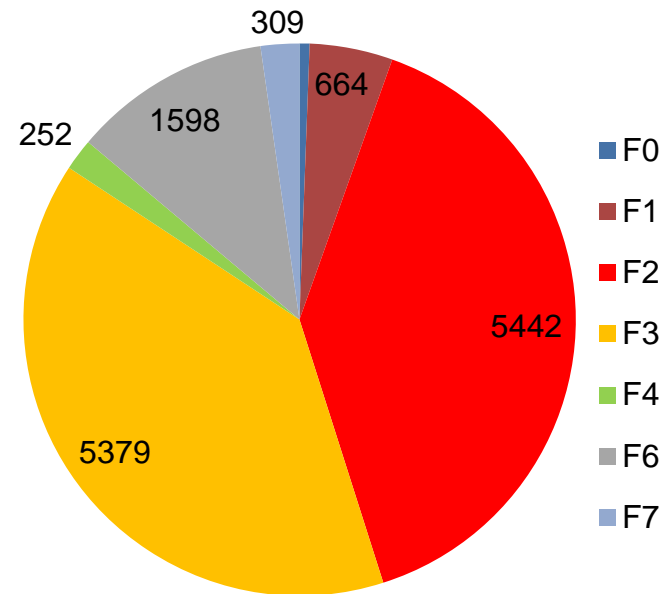
# OVP ist keine „Rosinenpickerei“

## Verteilung nach Hauptdiagnosegruppen (Daten p. Juni 2014)

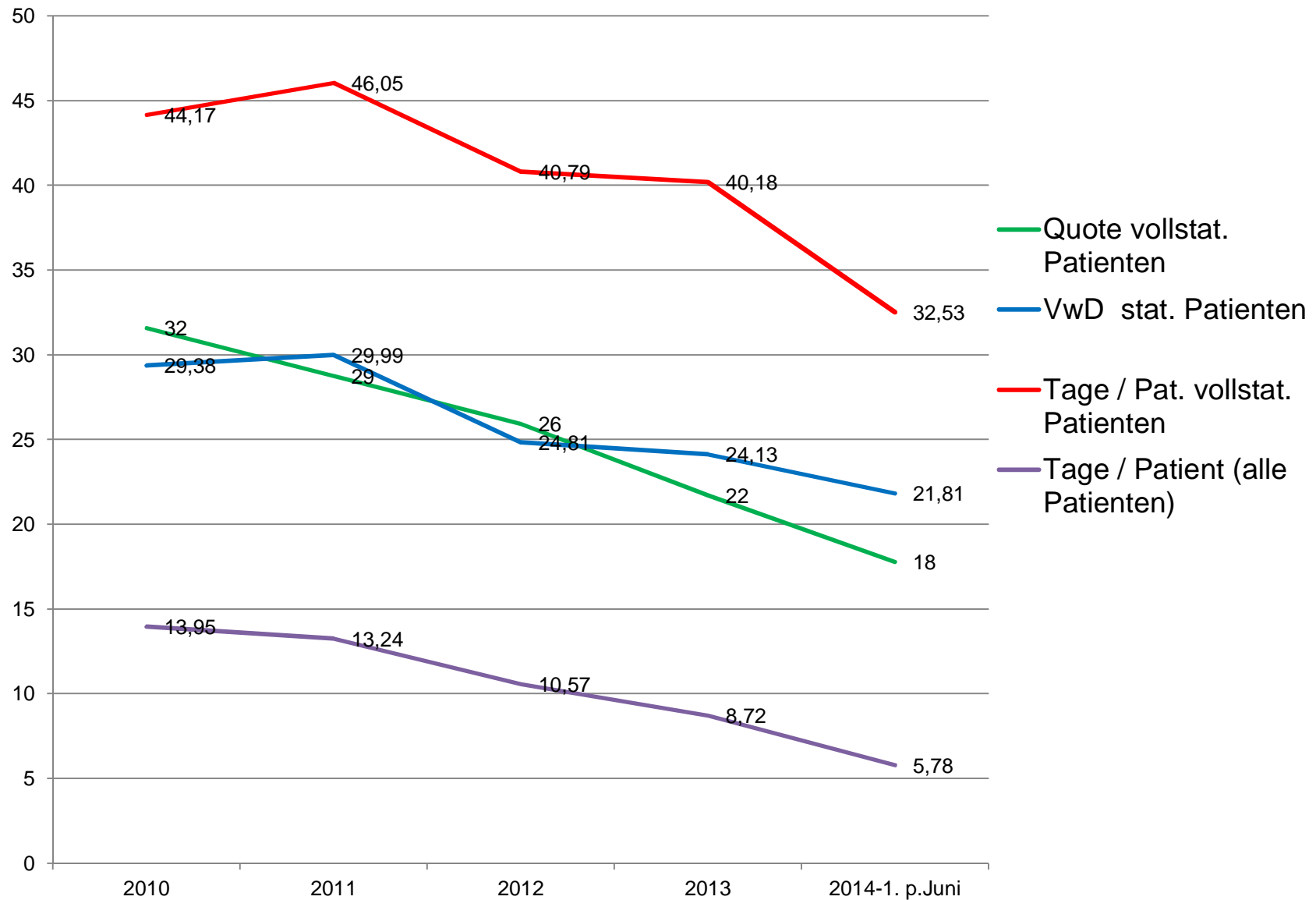
Verteilung nach Patienten



Verteilung nach OVP-Leistungen



# Kennzahlenentwicklung im Jahresverlauf





# Erste Erfahrungen

---

- **Ambulante Akutbehandlung ist nicht trivial...**
  - **Hausbesuche nur bei Krisen, Behandlungsbeginn und drohendem Behandlungsabbruch**
  - **Hoher Aufwand für die Integration des sozialen Umfeldes, Angehörigensprechstunde des OVP-Teams**
  - **Schnittstelle KV-Versorgung: Klare Kommunikation der aktuellen Zuständigkeit, Fax bei Aufnahme und Entlassung der Ambulanten Akutbehandlung an den Hausarzt, Facharzt, ...**
  - **Schnittstelle sozialpsychiatrische Träger: Zurzeit wöchentl. Visite einer Oberärztin in einem Wohnheim mit 70 schwer chronisch kranken Patienten, Vernetzung mit Betreutem Wohnen, ...**
- ***Wir können die Defizite der KV-Versorgung NICHT ausgleichen!***

# Veränderungen in der therapeutischen Arbeit

## Statements der zuständigen Oberärztin

---

- Die Arbeit ist deutlich patientenorientierter und weniger institutsorientiert geworden
- Die höhere Autonomie in den Behandlungsmöglichkeiten kommt den Patienten enorm zu Gute.
- Ein früher Hausbesuch gibt bereits umfangreiche Hinweise, die vorher erst nach und nach ermittelbar waren.
- Das soziale Umfeld ist durch die akute ambulante Versorgung deutlich besser einzubeziehen. In deren Ängste muss man sich aber auch intensiv „reinhören“.

# Veränderungen in der therapeutischen Arbeit

## Statements der zuständigen Oberärztin

---

- Die Weiterbildung „systemische Therapie“ hat gerade für diese Art der Behandlung gute Impulse gegeben (z.B. Family Map).
  
- Die Auftragsklärung aus dem systemischen Ansatz fordert von den Patienten Eigenverantwortung und die Bereitschaft eigene Ziele zu formulieren
  - Patientenziel versus der Haltung, dass die Professionellen wissen, was gut und richtig ist
  - Schlagwort: verhandeln statt behandeln
  
- Ein Teil der Patienten, die vorher erst im Rahmen von Zwangsmaßnahmen kamen, melden sich bei drohenden Krisen selbst mit weniger Angst vor der Institution (*frühere Interventionen sind möglich*)

# Veränderungen in der therapeutischen Arbeit

## Statements der zuständigen Oberärztin

---

- **Durch den ambulanten Rahmen findet weniger Regression statt:**
  - **der Patient verbleibt in seiner Erwachsenenrolle, die ihm der institutionelle Rahmen nicht abnimmt**
  - **Versorgungswünsche sind zwar genauso vorhanden, können aber in der therapeutischen Arbeit besser bearbeitet werden**

# Fallvignetten – Fallbeispiel 1

---

## ➤ Stationsverkürzende Behandlung

- Patient mit schizophrene Psychose und Polytoxikomanie musste aufgrund aggressiver Anspannung und hohem Suchtdruck bei akustischen Halluzinationen und Beziehungswahn zunächst stationär aufgenommen werden.
- Nach 6 Tagen erfolgte die stationäre Entlassung und Übernahme in die AAB-Behandlung. Unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes konnte eine medikamentöse Adhärenz erreicht werden.
- Bei akuten Krisen wurde der Patient vom AAB-Team zu Hause abgeholt, um einen Behandlungsabbruch abzuwenden.
- Im weiteren Verlauf kam es zu einer zunehmenden Besserung der Symptomatik, die Behandlungsfrequenz konnte reduziert und der Patient nach 4 Wochen in die PIA übergeleitet werden.

# Fallvignetten – Fallbeispiel 2

---

## ➤ Stationsäquivalente Behandlung

- Ein Patient mit schizoaffektiver Psychose, Alkohol- und Benzodiazepinmissbrauch und rezidivierender Suizidalität benötigte in den letzten 15 Jahren 21 stationäre Behandlungen, davon allein 14 in den letzten 11/2 Jahren.
- Im AAB Team gelang ein stabilisierender Beziehungsaufbau. Damit wurden im Wechsel Phasen hoher und niedriger Behandlungsintensität möglich, die den Patienten schrittweise befähigten, die Dauer reduzierte Behandlungsdichte zunehmend auszuweiten.
- Kurz nach dem Wechsel in die AAB musste der Patient noch einmal für wenige Tage stationär aufgenommen werden, seitdem während der letzten 15 Monate nicht mehr.

# Fallvignetten – Fallbeispiel 3

---

## ➤ Hometreatment

- Eine 80-jährige Patientin mit Delir bei Parkinson und Operation nach Oberschenkelhalsfraktur, Halluzinationen, massiver Unruhe und Ängsten sollte stationär eingewiesen werden.
- Das AAB-Team realisierte ein Home Treatment im Altenheim einschließlich Anleitung für das Pflegepersonal des Heims.
- Bei guter Remission der akuten Symptomatik konnte das Home Treatment nach 4 Wochen beendet werden, eine stationäre Aufnahme wurde nicht notwendig.

- Projektmotivation
- Projektumsetzung
- Erste Ergebnisse
- **Chancen, Risiken, Perspektiven**



# Rückblick und Vorausschau OVP

---

- **Das Change Management in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgt mit einem rasanten Tempo**
- **Es werden richtig schwer kranke Patienten akut ambulant behandelt. Die Zahlen der ambulant behandelten Patienten werden weiter steigen.**
- **Die Mitarbeiter sind hoch motiviert!**
- **Die Krankenkassen konnten im Laufe der Verhandlungen für die Idee „Ambulantisierung ohne finanzielles Desaster für die Klinik“ gewonnen werden !**

# Beurteilung OVP

---

- Die Psychiatrie-Enquête hat 1975 die Betten aus den Fachkliniken in die wohnortnahen psychiatrischen Abteilungen verlagert.

Wir setzen diesen Prozess fort und lösen das Bett der Abteilung soweit wie möglich durch das eigene Bett des Patienten in seiner häuslichen Umgebung ab.

- Wir können unsere Behandlungsangebote sehr viel besser an den Bedürfnissen des Patienten und seines sozialen Umfeldes ausrichten.
- Bereits unsere bisherigen Ergebnisse belegen, was mit geeigneten Rahmenbedingungen erreicht werden kann.

# Herausforderungen

---

- **Ambulant nicht einfach schon deshalb gut, nur weil ambulant.**
  - **Behandlungsqualität prüfen, Einführung HoNOS, ...**
- **Einsparungen durch Ambulantisierung möglich?**
  - **Die Versorgungsforschung Schizophrenie ist zum Thema uneindeutig (Manche Studien belegen Einsparungen und andere Studien widersprechen)**
  - **Wir gehen davon aus, dass mittelfristig Einsparungen insbesondere durch ein selbstbestimmteres Leben mit weniger Aufenthalten im Krankenhaus möglich sind.**
- **Es besteht ein hoher Bedarf an Versorgungsforschung über alle Diagnosen, relevante Fallzahlen, mehrjährige Verlaufsentwicklung, mehrere Regionen / Kliniken**

# Perspektiven

---

- **Das PEPP-System (in der derzeitigen Ausprägung) wird die Probleme der Psychiatrie nicht lösen:**
  - **Verweildauersteuerung, Anreize für Kostenexplosion in der Psychosomatik, ...**
  - **Das PEPP-System fördert die Ausweitung der Bettenkapazitäten.**

# Perspektiven

---

- **Die medizinische und wirtschaftliche Optimierung der verfügbaren Ressourcen in der Psychiatrie erfordert eine sektorübergreifende Ambulantisierung:**
  - **chronische Störungen mit langjährigen Patientenkarrieren**
  - **sehr wechselhafte, nicht planbare Krankheitsverläufe**
  - **Störungsbilder, die vor allem durch langfristige Therapiebeziehungen stabilisiert werden**
  - **Trägervielfalt**

# Was wir uns wünschen ...

---

- Verbreitung der „krankenhausgesteuerten Ambulantisierungsidee „ im Rahmen weiterer Projekte!
- Wir würden das Thema gerne mit anderen Krankenhäusern gemeinsam vorantreiben!

*Danke für Ihre Aufmerksamkeit!*