



**St. Marien-Hospital
Hamm gGmbH**

Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie, Psychosomatik

Lehrstuhl für Psychiatrie
und Psychotherapie
der Universität Witten/Herdecke

St. Marien-Hospital Hamm gem. GmbH · Postfach 1991 · 59009 Hamm

**Frau
Dr. Anne Neumann
Universitätsklinikum Dresden
Zentrum für evidenzbasierte
Gesundheitsversorgung
Fetscherstraße 74
01307 Dresden**

Chefarzt Prof. Dr. med. Marcel Sieberer
Knappenstraße 19 | 59071 Hamm
Telefon: 02381 18 25 25
Telefax: 02381 18 25 27
marcel.sieberer@marienhospital-hamm.de

Ihr Zeichen

Unsere Nachricht vom

Unser Zeichen

Tag

Sie/Ma

09.04.2021

EVA 64 Abschlussbericht St. Marien-Hospital Hamm vom 21.12.2020 Hier: Kommentar

Sehr geehrte Frau Dr. Neumann,
sehr geehrte Mitglieder der Forschungsgruppe,

vielen Dank für den ausführlichen und differenzierten Abschlussbericht. Über die Zwischenberichte haben wir bereits wichtige Informationen und Impulse sowohl über den jeweils aktuellen Stand des Modells hier in Hamm als auch über die weitere Entwicklung bekommen. Mit großem Interesse haben wir jetzt den Endbericht zur Kenntnis genommen und werden die evidenzbasierten Erkenntnisse in die kommenden Entwicklungsschritte einfließen lassen.

Die initial eingeleiteten Veränderungsschritte (Priorisierung der Betreuungskontinuität) zeigen im Ergebnis eine kontinuierliche Weiterentwicklung des Modells hier in Hamm im Sinne der Zielvorgaben der Modellverträge nach § 64b SGB V.

Empirisch bestätigt wird auf diese Weise unsere Ausgangshypothese, dass mit dem Ausbau der integriert-tagesklinischen Versorgung die Reduktion stationärer Verweiltage einhergeht.

01 VO / 0122

Träger: St. Marien-Hospital Hamm gem. GmbH | Nassauerstraße 13-19 | 59065 Hamm | Amtsgericht Hamm HRB 2016 |
Vors. des Verwaltungsrates: Prof. Dr. jur. Martin Rehborn | Geschäftsführer: Klaus Bathen, Thomas Tiemann
Sparkasse Hamm | BLZ 410 500 95 | Kto. 1362 | IBAN DE20 4105 0095 0000 0013 62 | BIC: WELADED1HAM
Dortmunder Volksbank eG | BLZ 441 600 14 | Kto. 1445 300 | IBAN DE04 4416 0014 0001 4453 00 | BIC: GENODEM1DOR
Bank für Kirche und Caritas eG | BLZ 472 603 07 | Kto. 33 710 501 | IBAN DE13 4726 0307 0033 7105 01 | BIC: GENODEM1BKC
Umsatzsteuer-Identnummer: DE 170837368 | Steuernummer: 322/5942/0350

Ein Unternehmen der



**KATH. ST.-JOHANNES-GESELLSCHAFT
DORTMUND gGmbH**

Kranken- und Pflegeeinrichtungen

Im Abschlussbericht bestätigt sich nun der bereits in den Zwischenberichten erkennbare Trend, dass der Effekt der Reduktion stationärer Behandlungstage über die verschiedenen Kohorten hinweg gehalten werden kann. Es handelt sich also nicht um einen »Start-Effekt« des Modells, wie man anfangs hätte vermuten können, sondern um eine nachhaltige Entwicklung. Es freut uns, dass wir dabei auch eine erhöhte Behandlungskontinuität sowie eine Verringerung der Kontaktabbrüche seitens schwer psychisch erkrankter Menschen erreichen können.

Im Abschlussbericht wird festgestellt, dass klinikbekannte Patient*innen eine geringere Inanspruchnahme von Kontakten bei Vertragsärzten für Psychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie zeigten, während die Inanspruchnahme dieser Gruppe von Kontakten im ambulanten Behandlungssektor unserer Klinik zunahm. Dieser Effekt erklärt sich wahrscheinlich aus der konzeptionellen Ausrichtung: Betreuungskontinuität mit Priorisierung der Versorgung von komplex erkrankten Personen mit fluktuierenden, langwierigen und komplizierten Verläufen. Entscheidende organisatorische Maßnahmen zur Verstetigung der therapeutischen Beziehung war die Etablierung verbindlicher Kontakte durch das sogenannte Monitoring (ein ambulantes Angebot, das sich gezielt an diese Patientengruppe richtet) in Verbindung mit dem Ausbau der aufsuchenden Behandlung. In erster Linie sind die Effekte daher aus unserer Sicht durch die Priorisierung der Beziehungskontinuität über die Sektorengrenzen hinweg zu erklären.

Im Hinblick auf die vergleichsweise höhere stationäre Wiederaufnahmerate bei klinikneuen Patient*innen haben wir uns gefragt, ob die angesprochene Wiederaufnahmerate zu einer Erhöhung der stationären Behandlungstage in den Jahren nach patientenindividuellem Referenzjahr geführt hat. Dies ist erfreulicherweise nicht der Fall. Eine mögliche Erklärung für eine höhere stationäre Wiederaufnahmerate ist daher aus unserer Sicht, dass diese auf vermehrte kurze stationäre Kriseninterventionen zurückzuführen ist. Eine frühzeitige Wiederaufnahme kann in diesem Kontext gerade für eine gute Versorgung der Patient*innen sprechen und die Verweildauer gleichzeitig im Durchschnitt verkürzen. Insofern wäre die höhere Wiederaufnahmerate Ausdruck einer bedarfsgerechten Anpassung der Behandlungsintensität an den fluktuierenden Therapiebedarf des einzelnen Patienten. Falls den Autor*innen zu dieser Frage noch weitergehende Daten zur Verfügung stehen, mit denen wir dieser Hypothese nachgehen können, wären wir sehr dankbar.

Im Zusammenhang mit »ambulanter Versorgung« liefert der Endbericht nun die wissenschaftliche Bestätigung für unsere Annahme, dass es mit der schrittweisen Integration sämtlicher Behandlungsformen (ambulant/aufsuchend und (teil-)stationär) in die einzelnen Behandlungseinheiten, zu einer deutlichen Steigerung ambulanter Versorgungsformen kommt. Dies gilt erfreulicherweise auch für die aufsuchende Behandlung.

Diese insgesamt positiven Ergebnisse sind aus unserer Sicht im Wesentlichen auf die »Loslösung vom Bett« und die schrittweise Auflösung der sektoralen Begrenzungen bei der Krankenhausbehandlung psychisch kranker Menschen in Hamm zurückzuführen.

Konzeptionell war und ist das Leitmotiv, an dem alle Veränderungsschritte ausgerichtet wurden, die konstante therapeutische Beziehung, sofern sie vom Patienten gewünscht wurde. Aufsuchende Behandlung war dabei stets ein ergänzendes Setting im Verbund mit den konventionellen Formen der Behandlung. Die Modellziele orientierten sich eben gerade nicht an sektoralen Kategorien etwa im Sinne einer Reduktion von stationären Behandlungstagen und einer Steigerung von Home Treatment. Dabei ist die signifikante Steigerung der aufsuchenden Behandlung im Modell in Hamm für uns keine Überraschung.

Der Bericht stellt fest, dass die Behandlung klinikneuer Patienten in der IG kostengünstiger, als in der KG ist. Für klinikbekannte Patient*innen gilt das nicht. Aufgrund unserer Erfahrungen halten wir es für sehr wahrscheinlich, dass sich dieses Ergebnis auf modellfremde Faktoren (z. B. Tagessätze) zurückführen lässt. Der deutlich erhöhte Ressourcenaufwand bei komplex-ambulanter und aufsuchender Behandlung spiegelt sich hier ja nicht ausreichend wider. Nach unserer Einschätzung bildet die konventionelle Vergütung den für eine sektorenübergreifende, bedarfsorientierte Krankenhausbehandlung erforderlichen Ressourcenverbrauch nicht ausreichend ab.

Deswegen sind sektorenbezogene Kostenunterschiede für die Betrachtung von Modellen nach §64b SGB V vom Ende her betrachtet ungeeignete Messgrößen. Für eine Versorgung, die auf rasch fluktuierende individuelle Krankheitsverläufe flexibel reagieren kann, ist ein Gesamtbudget zielführend mit Anreizen für eine patientengerechte sektorenübergreifende Diagnostik und Therapie und Anreizen für eine sparsame Betriebsführung. Denn nicht die gewollte Steigerung des einen Behandlungssettings (ambulant/aufsuchend) und die Reduzierung des anderen Behandlungssettings (stationär) wird im Modell zum Steuerungsinstrument, sondern das Gesamtbudget selbst, auf dessen Grundlage durch eine

entsprechende konzeptionelle Ausrichtung Dauer und Intensität einer qualifizierten Krankenhausbehandlung besser an den individuellen Bedarf des einzelnen Patienten angepasst werden kann.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. Marcel Sieberer
Chefarzt



Lina Nolden
Psychologin (M. Sc.)
Projektkoordinatorin
"Integrative Psychiatrie Hamm"