

Der erste Vertrag nach §64b: das Hanauer OVP-Projekt

Thomas Schillen

- **Projektmotivation**
- Ergebnisse §140a-OVP AOK & TK
- Verhandlung §64b-OVP
- Chancen, Risiken, Perspektiven
- Forderung an Politik, Kassen, Kliniken

Aktuelle Versorgungsdefizite

▪ Defizite nach Versorgungssektoren

- **KV:** Patientenzahlen massiv gestiegen, KV-Budget kaum gesteigert
- **KV:** Mangel an niedergelassenen Psychiatern, Patientenzahlen zwischen 500 und 1000 pro Quartal, Behandlungen weit unter WHO Standards
- **PIA:** HA- und Selbstzuweisungen wg. KV-Wartezeiten, Notfallabklärung, ...
- **Klinik:** Patienten zunehmend kränker, seit Jahren Belegungen > 100%

▪ Defizite nach psychiatrischer Störung

- **Kurzintervention episod. St.:** nicht zeitnah, nicht erforderlicher Umfang
- **Schwere / chronische St.:** langfristig nachgehende, aktiv aufsuchende Begleitung unzureichend integriert, unzureichende Vernetzung mit dem sozialen, professionellen Umfeld, häufige ambulante Behandlungsabbrüche

▪ Defizite bei Personalressourcen

- 40 neue Assistenzärzte / 400 Kliniken / Jahr. Pflege, Sozialarbeiter ähnlich.

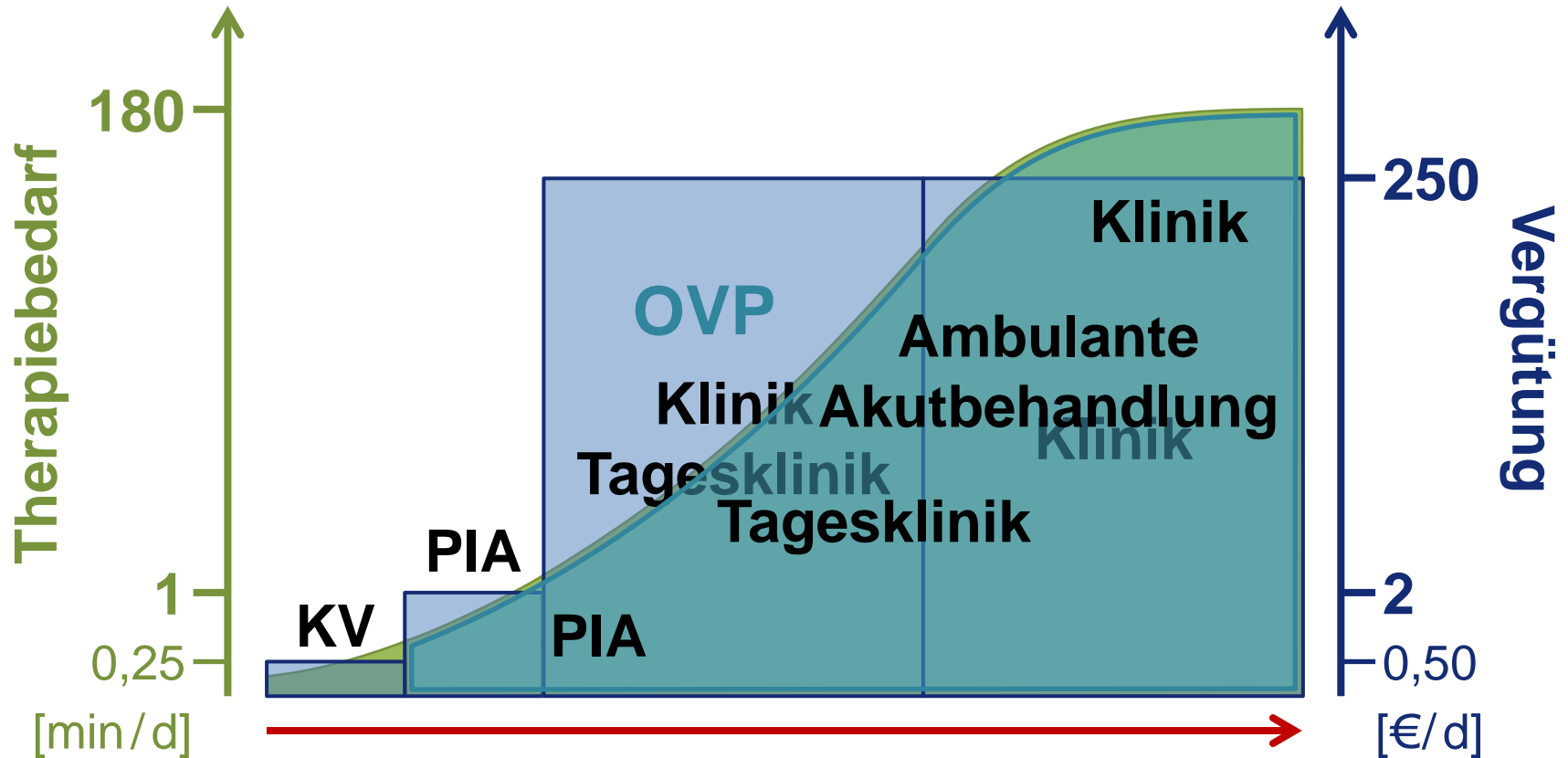
Absehbare Versorgungsperspektiven

- **Progredienz ambulanter, stationärer Versorgungsdefizite** bei steigendem Bedarf und fallenden Ressourcen
 - KV, PIA, Klinik. Ärzte, Pflege, ...
- **Aggravation durch das PEPP-Entgeltsystem** mit Ist-Kosten- und Diagnose-basierten versteckten Fallpauschalen
- **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)**
0,56 Betten+Plätze / 1.000 EW (übrige KT)

Motivation & Strategie

- Künftige System- und Entgeltentwicklungen in der Psychiatrie sind **nur sektorübergreifend nachhaltig sinnvoll** zu gestalten.
- Patienten mit bisher stationärer Behandlungsindikation können **sehr häufig** durch **intensiv ambulante Leistungen** versorgt werden, **wenn** der erforderliche Behandlungsaufwand unabhängig von der stationären Aufnahme verfügbar ist.
- Eine Ausweitung der Bettenkapazität ist nicht langfristig tragfähig.
- Eine **zukunftsfähige Klinik**, die den Versorgungsanforderungen gerecht werden will, muss die **Ambulantisierung selber aktiv gestalten**, wenn sie nicht riskieren will, zum reduzierten Appendix der ambulanten Versorgung anderer Träger zu werden.
- **Konsequenter** Wechsel in eine sektorübergreifende Versorgung mit massivem **Ausbau der ambulanten Akutbehandlung** zu Lasten stationärer Leistungen.

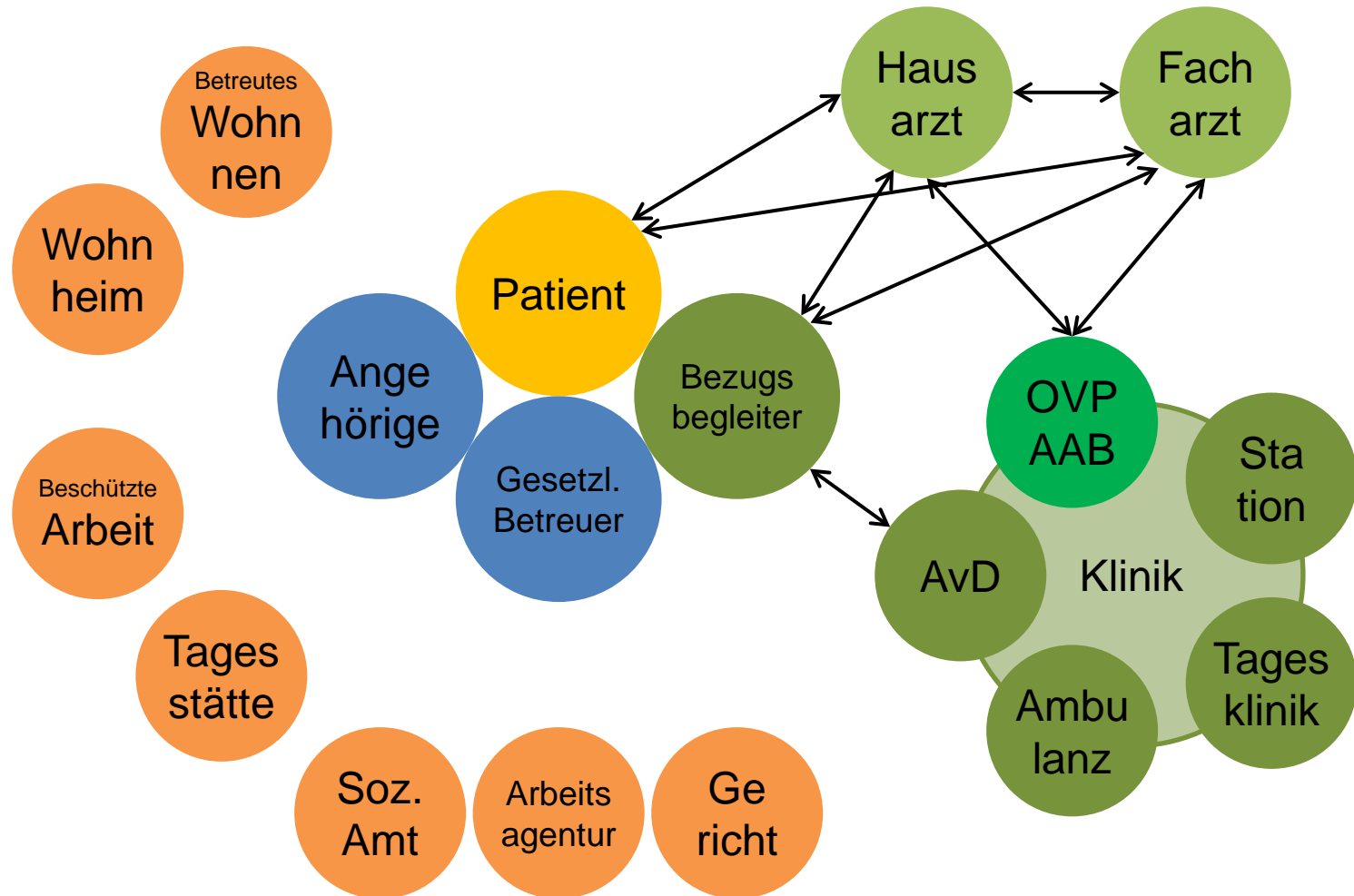
Ökonomische Hindernisse beseitigen...



Symptomschwere

- Projektmotivation
- **Ergebnisse §140a-OVP AOK & TK**
- Verhandlung §64b-OVP
- Chancen, Risiken, Perspektiven
- Forderung an Politik, Kassen, Kliniken

25-Betten Station ersetzt durch OVP-Team *Ambulante Akutbehandlung*



Fallvignetten

- **44♂, Schizophrenie, Polytoxikomanie**

Beziehungswahn, akustische Halluzinationen, angespannt, gereizt, aggressiv, Tag-Nacht-Umkehr, Suchtdruck.

6 Tage Station, dann AAB: mehrere Kontakte täglich, Medikamenteneinnahme, Mutter eng einbezogen, Pat. in Krisen zu Hause abgeholt. Zunehmende Besserung, Kontaktfrequenz reduziert.
Nach 4 Wochen AAB Überleitung in PIA.

- **79♀, Delir bei Parkinson, Anpassungsstörung, OSH-Fraktur.**

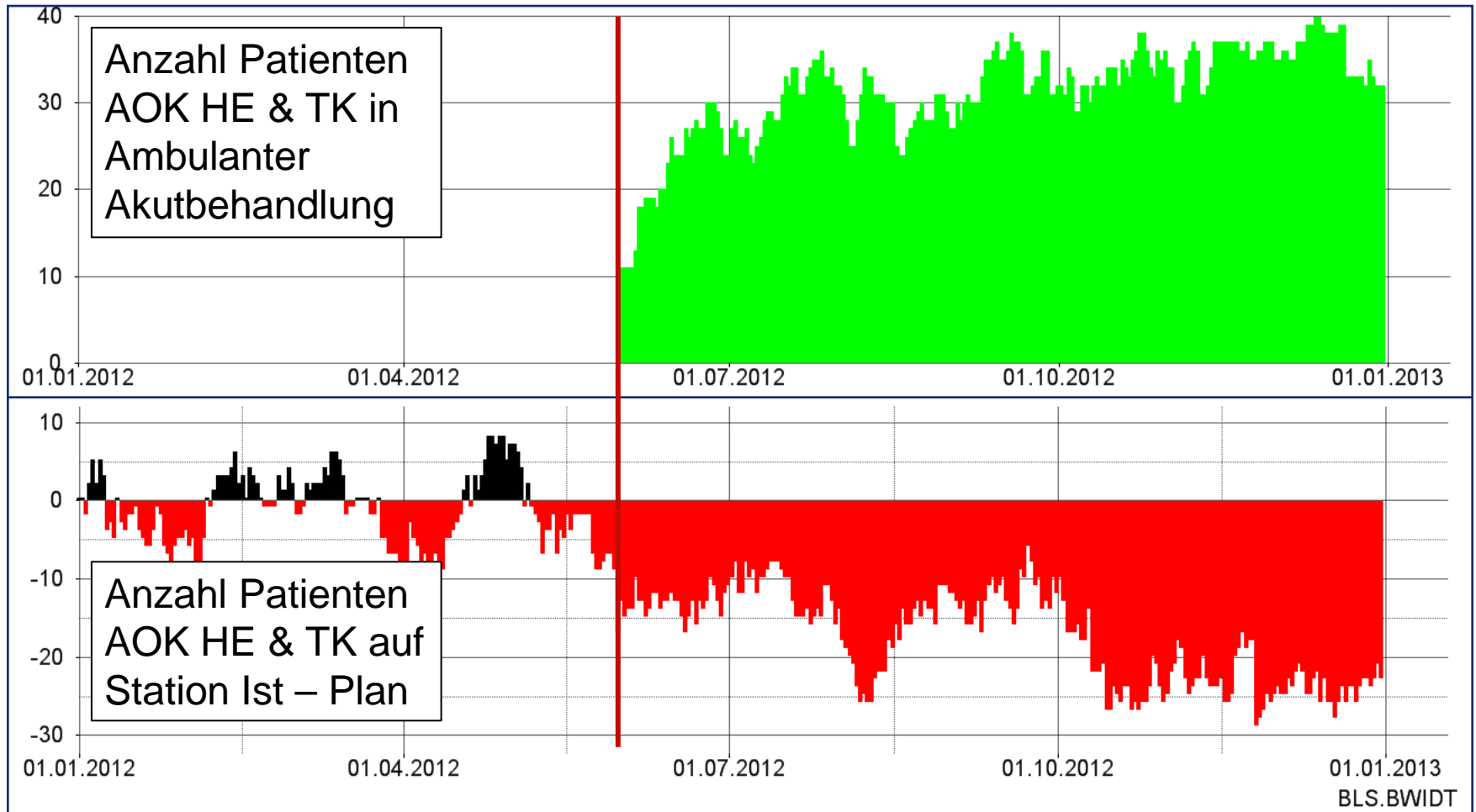
Massive Unruhe, nächtliche Verwirrtheit, Halluzinationen, Ängste.

4 Wochen AAB überwiegend aufsuchend + Coaching Pflegeheim.
Gute Remission, **keine stationäre Aufnahme.**

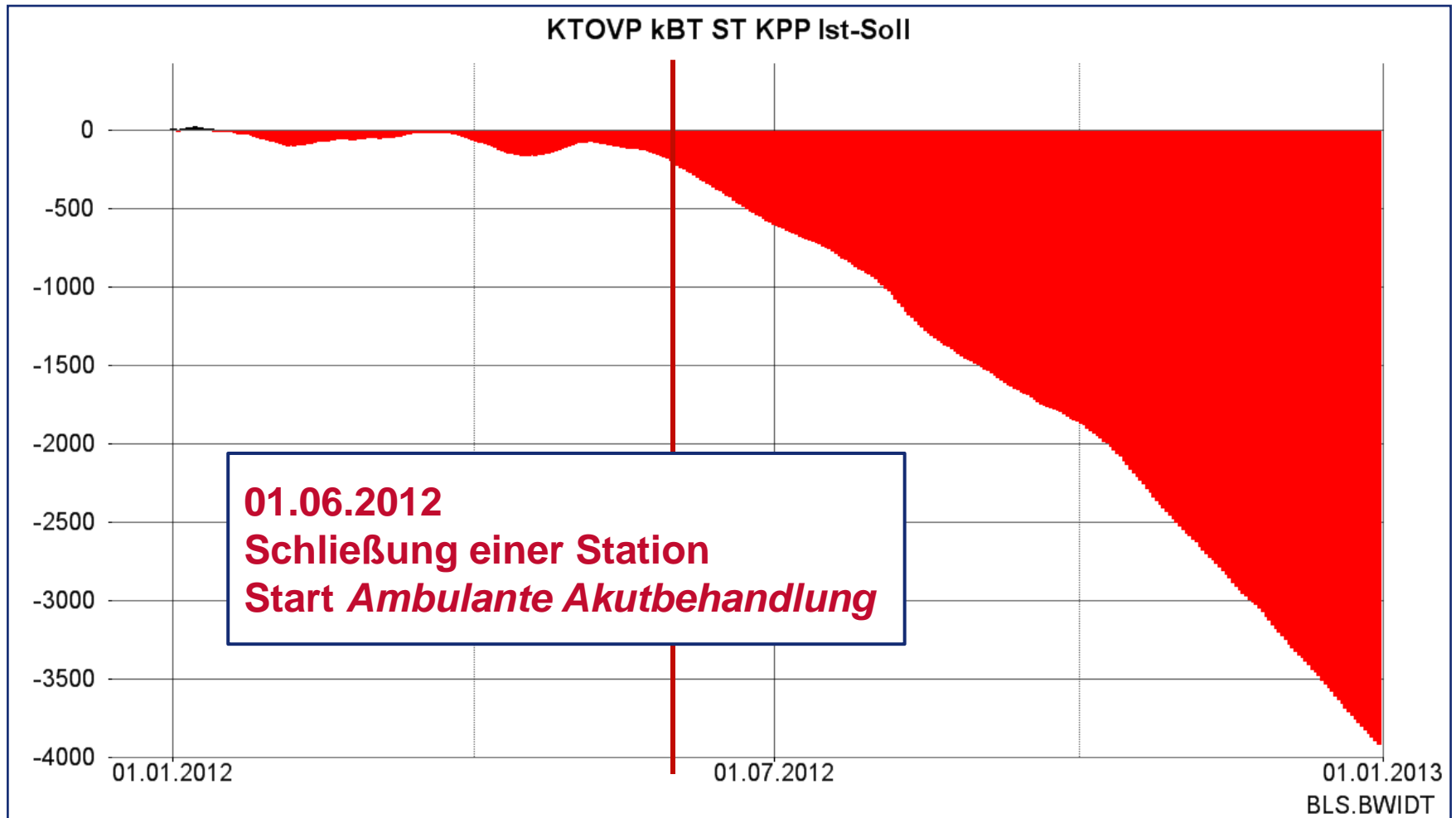
Fallvignetten

- **64♀, Schizophrenie**
6 stationäre Aufenthalte 2010 – 2012:
Fremdgefährdungen, Zwangseinweisungen, Zwangsbehandlungen.
Wahnsystem, Medikation nach Entlassung immer abgesetzt.
07/2012 AAB, danach OVP LZT durch Team der AAB:
Weiter gequält, wahnhaft, teilweise akustische Halluzinationen.
Kommt regelmäßig zur Depotmedikation und Einzelgesprächen.
Seitdem keine häusliche Fremdaggression, nicht mehr stationär.
- **44♂, Schizoaffektive Störung, Alkohol, Benzodiazepine, Suizidalität**
21 teil/stationäre Aufenthalte 1997 – 2012, davon 14 seit 2011.
08/2012 AAB: Akut- und LZT-Behandlung im Wechsel, strukturiert
zunehmende LZT-Intervalle.
1 Woche nach Aufnahme in die AAB nochmal 4 Tage auf Station,
seitdem nicht mehr stationär.

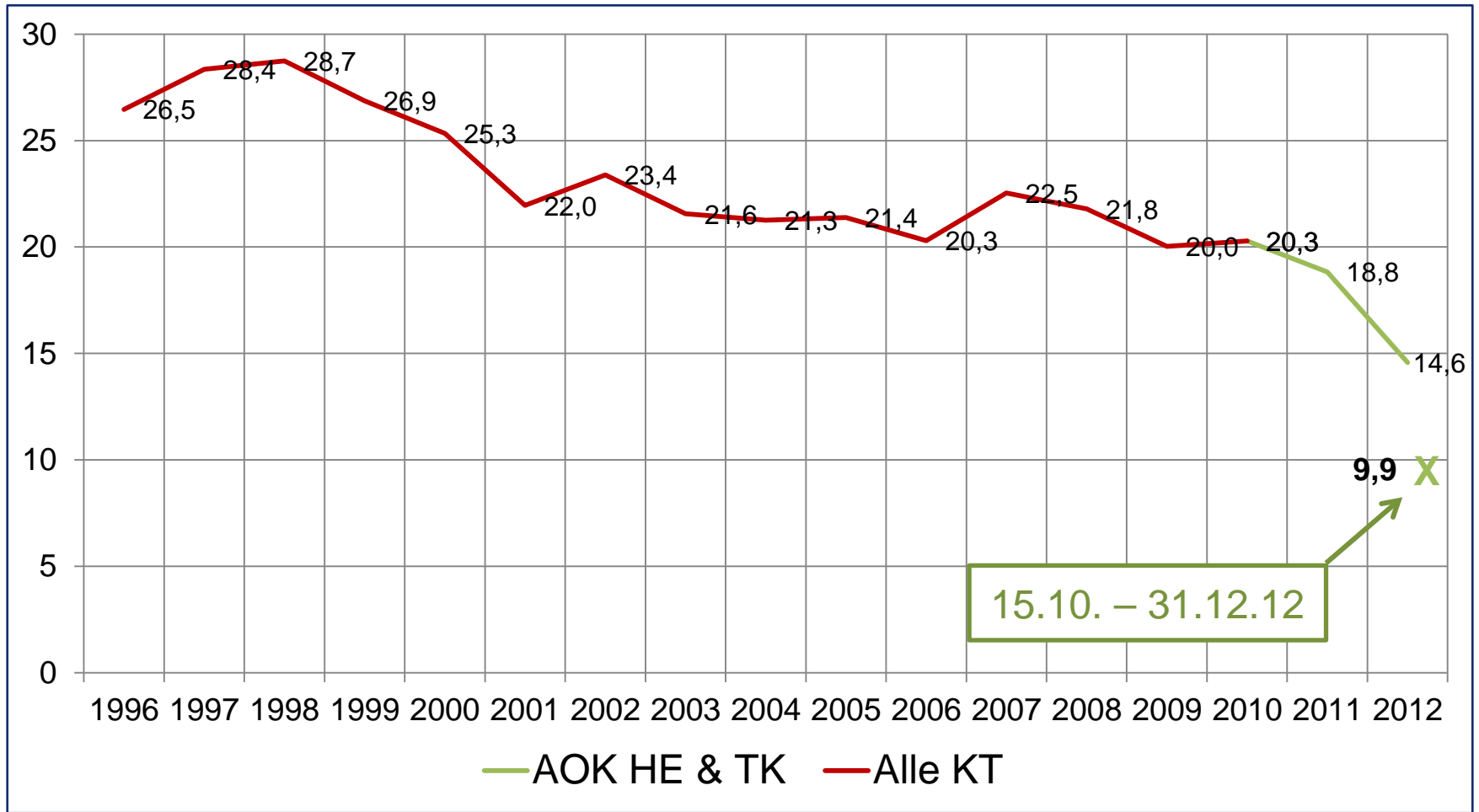
AAB statt Station für AOK HE & TK



AOK HE & TK: Kumulierte BT 2012 Ist – Plan



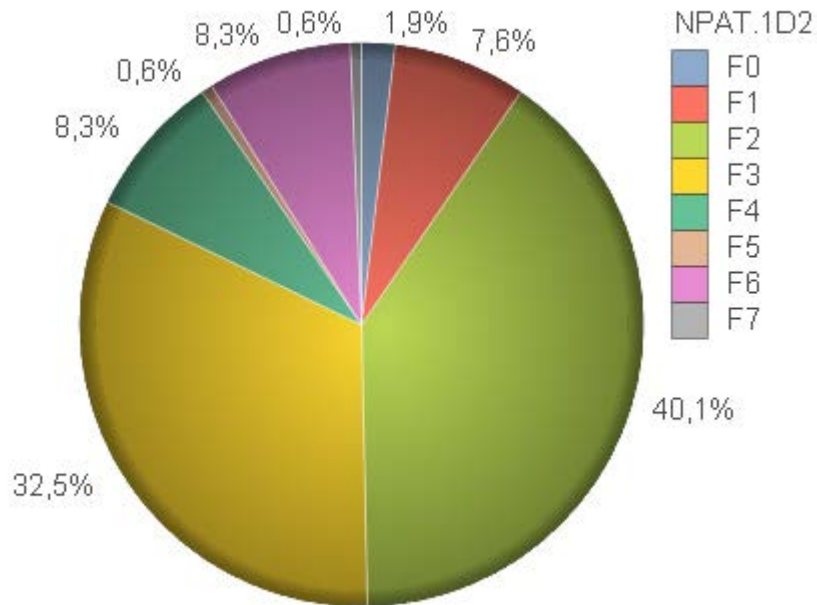
TK & AOK HE: Verweildauer pro Fall



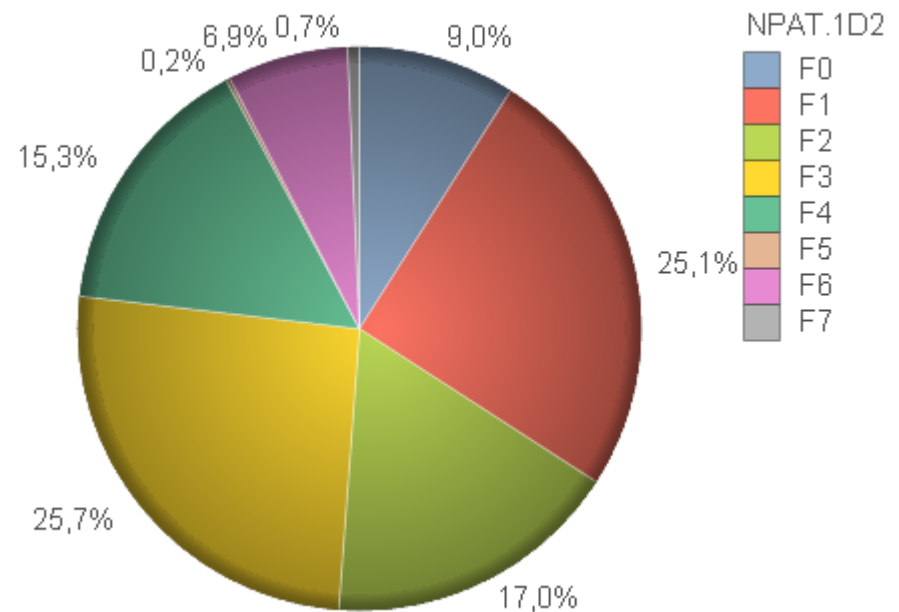
Diagnosenverteilung

Ambulante Akutbehandlung vs. Stationen

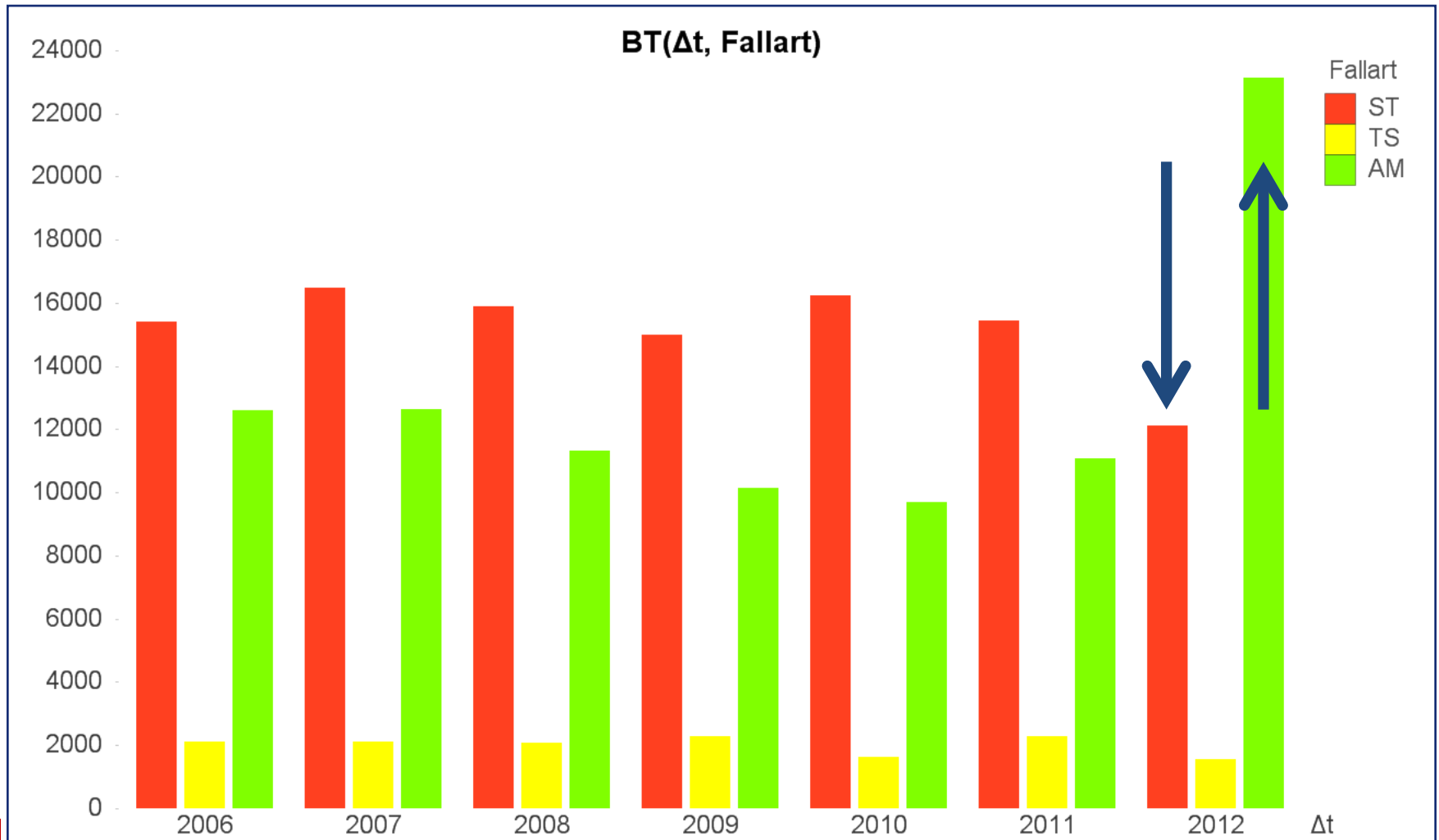
AAB Patienten / Diagnose



Patienten STTS / Diagnose



AOK HE & TK: BT, Kontakte nach Behandlungssektor und Jahr



- **Projektmotivation**
- **Ergebnisse §140a-OVP AOK & TK**
- **Verhandlung §64b-OVP**
- **Chancen, Risiken, Perspektiven**
- **Forderung an Politik, Kassen, Kliniken**

§64b-Modellvorhaben Hanau ab 01.09.2013

▪ Stationär, teilstationär

- §64b-ModellKK: tagesgleiche 9-98x-Relativgewichte des §140a-Vertrages, ab 01.01.2015 Abrechnungsweg nach PEPP.
- Nicht-ModellKK: identische §64b-Entgelte, da alle §18(2) KHG Vertragsparteien ModellKK sind.
- Kein LKA-Restbudget

▪ Ambulant

- §64b-ModellKK: tagesgleiche 9-98x-Relativgewichte des §140a-Vertrages, ab 01.01.2015 zu entwickeln.
- Nicht-ModellKK GKV: §118 Landesvertrag über identische §64b-Entgelte.
- Nicht-ModellKK PKV: wird noch verhandelt, Gremienentscheidung 11/2013

→ Identische Entgelte für alle Behandlungssektoren aller Versicherten aller GKV-Krankenkassen

→ Identische Behandlungspfade für alle GKV-Patienten

§64b-Modellvorhaben Hanau ab 01.09.2013

- **Garantiertes Gesamtbudget aller Behandlungssektoren** mit 100% Minder- und Mehrerlösausgleich
- 8 Jahre Laufzeit + evtl. Verlängerung
- 1½ Jahre Budgetgarantie bei Kündigung einer §18(2) KHG ModellKK
- **Steigerung Gesamtbudget um alle gesetzlichen Effekte** – auch ambulant: wir können nicht 50% Budget ambulantisieren und dadurch sukzessive die gesetzlichen Steigerungen des LKA-Budgets verlieren.
- **2014: Bestimmung tagesbasierter leistungsgerechter ambulanter Relativgewichte** nach Messung echter Kosten für PIA und AAB.
- **2014: Vereinbarung einer Morbiditätsregelung** basierend auf leistungsgerechten Relativgewichten

§64b-Modellvorhaben Hanau ab 01.09.2013

- Wir haben mit dem Hessischen Sozialministerium eine relevante **Bettenaufstockung** abgestimmt – anteilig **nur wirksam für die Nicht-ModellKK, die die §64b-Entgelte nicht gegen sich gelten lassen**, deren Versicherte daher nicht ambulantisiert werden können.
- **Kein zusätzliches Budget, kein Eingriff in andere Entgeltsysteme!**
- Volle Flexibilität in der Art der Leistungserbringung
ambulant – stationsersetzend akut-ambulant – teilstationär – vollstationär
- Wahl des **Behandlungssektors nach dem Bedarf des Patienten**
Das Budget folgt der Entwicklung stationsersetzender, ambulanter Leistungen.
- **OVP-Entgeltsystem voll kompatibel mit allen gesetzlichen Vorgaben** nach §17d KHG

§64b-Verhandlungserfahrungen

- Die Integration der divergenten Partikularinteressen der einzelnen KK hat uns viele Monate Verhandlungszeit gekostet.
- **§ 18(2) KHG ist zwingend anwendbar!**
- BKK Landesverband ohne Vertragsmandat der BKK Mitgliedskassen
- **Abgelehnt:** Morbiditätsbewertung unter **Ausschluss von Patienten**, die bereits in **einer anderen KPP** behandelt wurden.
- **Abgelehnt:** Morbiditätsbewertung unter **Ausschluss von Patienten**, die einen bestimmten Wert im **HoNOS** unterschreiten.
- **Abgelehnt:** Versuch einer Kasse, uns jährliche **§17c-Fehlbelegungsprüfungen** in den Vertrag zu schreiben.
- **Das OVP-Modellvorhaben ist ein Gewinn für alle Beteiligten: Patienten – Klinik – Krankenkassen – Land – Politik.**
- ➔ **Keine schädliche Kompromisse zu Lasten der Patienten!**

§64b-Verhandlungserfahrungen

- **Warten Sie nicht auf einzelne Krankenkassen, die blockieren.**

Wir hätten notfalls eine separate Station für die Nicht-ModellKK mit deren Anteil an bisherigen und neuen Betten betrieben und dort nach den Prozessen und Verweildauern der BPfIV / PEPP behandelt.

- **Starten Sie mit einem minimalen Kassenanteil, bei dem die Schließung von 40% der Betten mehr als 50% einer Station ausmacht.**

Kassenanteil: 25 Betten → 10 Betten auf 18-Betten-Station schließen.

- Kurzfristigen nachträglichen Beitritt größerer Kassen ausschließen.

Wir können unser Change Management nicht quartalsweise substantiell ändern.

- Spätestens bei weniger als 10% LKA-Restbudget wird eine Garantie des Gesamtbudgets durch die ModellKK erforderlich.

Andernfalls entsteht ein LKA-Erlösrisiko durch eine zufällig variierende kleine Stichprobe aus Patienten weniger kleiner Krankenkassen.

- Nicht innerhalb eines Quartal wechseln.

AMBO EDIFACT: keine Zwischenrechnung möglich, kein Zuschläge möglich.

- **Projektmotivation**
- **Ergebnisse §140a-OVP AOK & TK**
- **Verhandlung §64b-OVP**
- **Chancen, Risiken, Perspektiven**
- **Forderung an Politik, Kassen, Kliniken**

Rückblick 2 Jahre §140a-OVP

- Unser Change Management erfolgt mit einem hohem Tempo
 - 06/2011 OVP aus dem Stand gestartet: Konzept-AGn, Einschreibungen, neue Leistungen, Datenanalysen, Steuerung, ...
 - 03/2012 Interne Ausschreibung OVP-Team *Ambulante Akutbehandlung*
 - 01.06.2012 Stationsschließung, Start *Ambulante Akutbehandlung*
 - Ab 10/2012: Bettenmessziffer OVP-Kassen von 0,56 auf 0,25 halbiert.
Stationäre Verweildauer OVP-Kassen auf 9,9 BT halbiert.
- Wir versorgen richtig schwer kranke Patienten akut ambulant.
Unsere ambulanten Leistungen haben sich verdoppelt.
- **Das OVP-Projekt macht Spaß!**
Unsere Klinik hat eine ziemliche Dynamik entwickelt.
Die Erfolge, die vielen positiven Rückmeldungen der Pat. begeistern!
Viele Mitarbeiter sind hoch motiviert.
Sehr gute (Initiativ)Bewerbungen.

Vorteile §64b gegenüber §140a

- Der hohe Aufwand für die Einschreibung der Patienten entfällt.

Es gibt im §64b-Modellvorhaben auch keinen Grund für eine Einschreibung, da wir nicht über eine medizinisch neue Behandlung aufklären müssen. Alle „neuen“ Behandlungsangebote bieten alle KPP bereits jetzt für wenige Patienten ihrer PIAs an. Neu ist die Möglichkeit der Ausweitung auf alle Patienten, da erst das OVP-Entgeltsystem die Schließung von Stationen und die Ambulantisierung im großen Stil ermöglicht.

- Die Beteiligung aller Krankenkassen

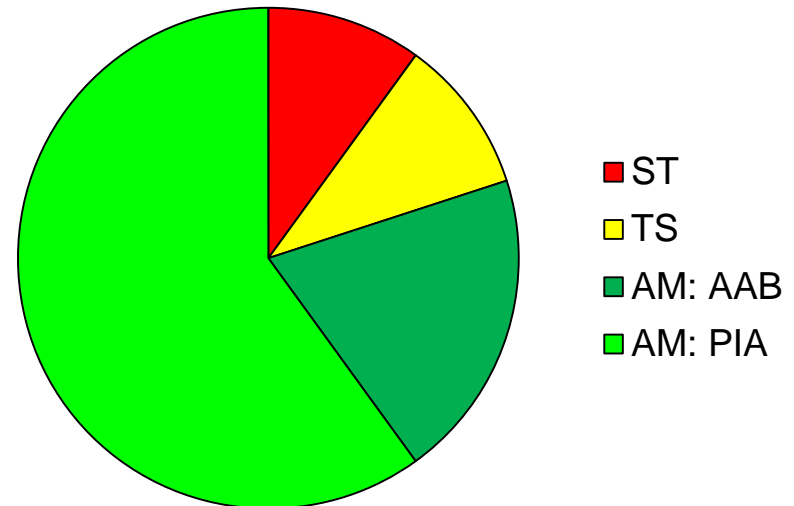
- ermöglicht eine effizientere Ambulantisierung
- wird zu weiter reduzierten Verweildauern führen
- vermeidet das ethische Dilemma, Patienten der „falschen“ Krankenkasse die bessere Behandlung verweigern zu müssen...

- Einfluss auf PEPP-Entgeltsystem möglich

- Externe Begleitforschung
- Evaluation durch InEK

OVP 2.0 – nächste Schritte

- AG aller Berufsgruppen und OEs erarbeitet Pro-Contra verschiedener Szenarien als Entscheidungsgrundlage für uns als Leitung.
- Wahrscheinliche nächste Schritte
 - **Schließung weiterer 10 – 15 Betten in 2014**
 - Ausweitung der bisherigen AAB und Aufteilung in 2 Teams
 - **Störungsspezifische OVP nach Funktionsniveau**
 - Erprobung einer OE mit 10 offenen Betten + PTK + AAB + PIA in einer Hand ohne klinikinterne Schnittstelle



OVP 2.0 – nächste Schritte

- Weitere Vernetzung mit SGB XII, GPV, KV, ...
- Ex-In, Beirat Dialog, ...
- Abschluss der ersten Inhouse Schulung Systemische Therapie
- Ambulante Kostenträgerrechnung
- Morbiditätsregelung

- **Weitere Besuchskommissionen anderer Kliniken in Hanau**
- **Kooperation, Netzwerk mit anderen §64b/OVP-Kliniken**

Herausforderungen

- **Ambulant nicht einfach schon deshalb gut, nur weil ambulant.**
 - Behandlungsqualität prüfen, Einführung HoNOS, ...
- **Ambulant nicht einfach schon deshalb billig, nur weil ambulant.**

Die Versorgungsforschung Schizophrenie findet unterschiedliche Einsparpotentiale durch intensive ambulante Versorgung, aber mittelfristig durchgängig ein selbstbestimmteres Leben mit weniger Aufenthalten im Krankenhaus.

 - Versorgungsforschung über alle Diagnosen, relevante Fallzahlen, mehrjährige Verlaufsentwicklung, mehrere Regionen / Kliniken
- Krankenkassen sehen erstmal nur den Rückgang der stationären BT.
 - Die **Evaluation der Aufwände für ambulante Akutbehandlung** ist unverzichtbar, aber aufwendig und schwierig.

Risiken

■ Risiko Morbiditätsentwicklung, neue Patientenströme

- Von den Einwohnern unseres Pflichtsektors versorgen wir etwa 0,6% mit stationären und 1,4% mit ambulanten Leistungen. Der Zuweisungs- und Aufnahmedruck zeigt, dass wir uns damit sicher im Bereich einer Unterversorgung bewegen.
- Seit Jahren steigende Patientenzahlen in der PIA trotz Einschränkung auf Patienten mit besonderem Versorgungsbedarf.
- Bedarfe medizinisch, gesundheitsökonomisch, regional analysieren
- **Niederschwellige störungsspezifische ambulante Akutbehandlung Depression kostengünstiger als Kostenexplosion Psychosomatik?**
- Wechselwirkung mit KV-Unterversorgung...

■ Risiko KV Unterversorgung!

- Die Kassen MÜSSEN die psychiatrische KV-Versorgung stärken!
- Begehrlichkeiten Budgetgrenzen: KV, SGB XII, PT, PS, Forensik, ...

Perspektiven

- Das **PEPP-System wird die Probleme der Psychiatrie nicht lösen:**
 - Einzelne Kassen mögen im Moment vielleicht ein paar Prozent PEPP-Gewinner / Verlierer gegenüber anderen Kassen sein. Welche Kassen das sind, wird sich mit der PEPP-Entwicklung von Jahr zu Jahr ändern: Anpassung der RG, Anreize für Kostenexplosion in der Psychosomatik, ...
 - Das **PEPP-System induziert Ausweitung der Bettenkapazität.**
- 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

§64b – Chancen für eine moderne Psychiatrie

- **Patientenorientierte Flexibilisierung der Leistungen** der Klinik. Viele **sehr positive Rückmeldungen** von Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern ...
- Stationsersetzende, neue ambulante Leistungen ohne Finanzierungszwänge für stationäre Aufnahmen
- **Strategische Entscheidung: ambulant vor stationär** als absehbare **Versorgungsnotwendigkeit** bei ständig wachsendem Aufnahmedruck
- Positive Mitarbeiterentwicklung!
Sehr qualifizierte (Initiativ)Bewerbungen wegen OVP-Projekt!
- Gesamtbudget ambulanter und teil-/stationärer Leistungen der Klinik außerhalb des PEPP-Landesbudgets
- OVP Modellprojekt mit PsychRG voll kompatibel zum § 17 d KHG, ohne die Fehler des PEPP-Systems

- Projektmotivation
- Ergebnisse §140a-OVP AOK & TK
- Verhandlung §64b-OVP
- Chancen, Risiken, Perspektiven
- **Forderung an Politik, Kassen, Kliniken**

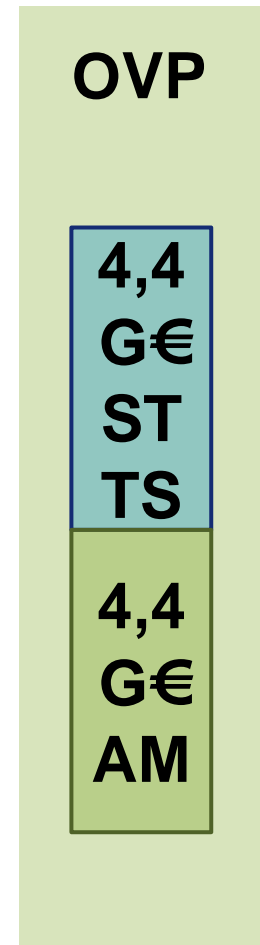
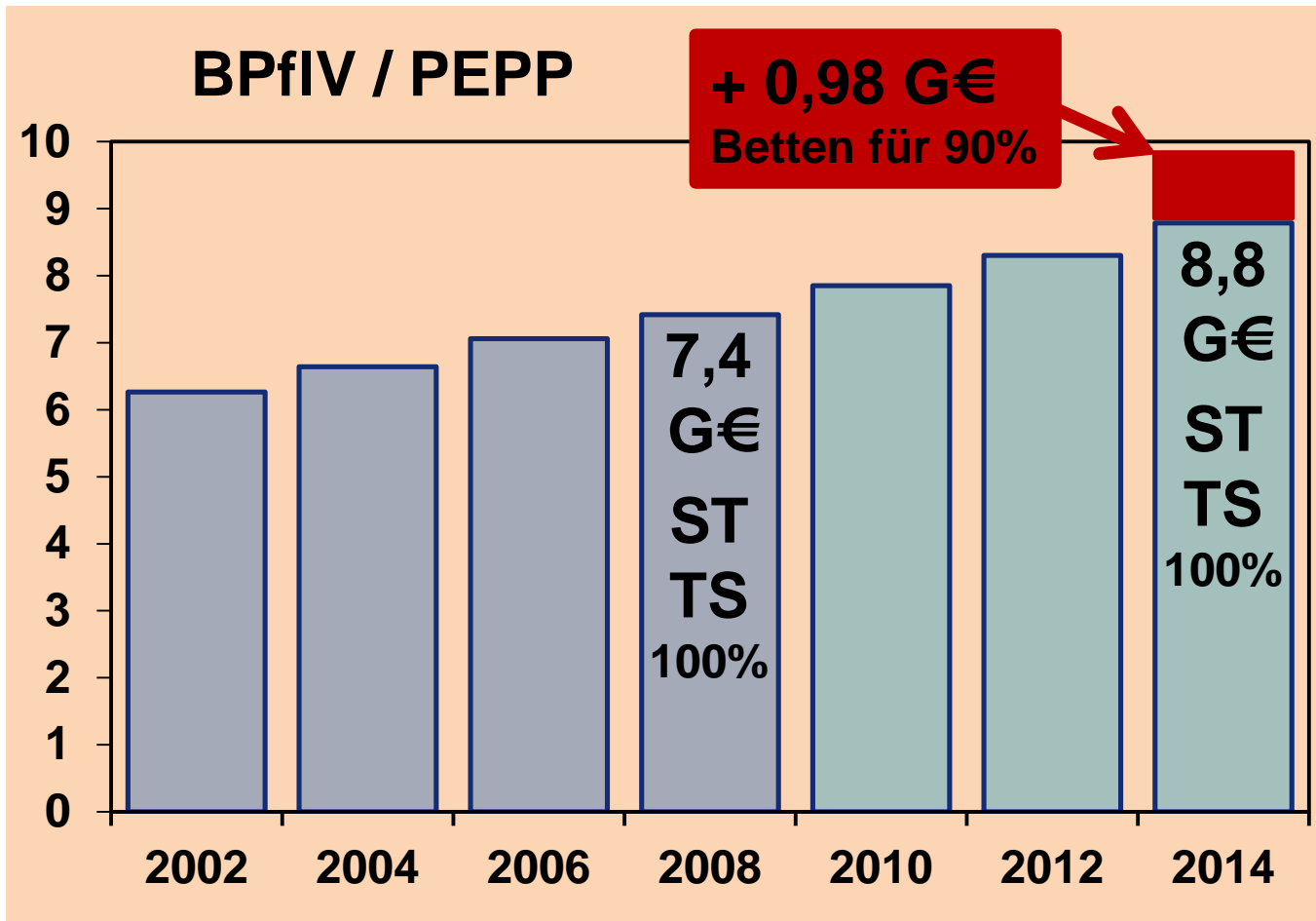
Strategische Fehlentwicklungen durch PEPP: Krankenkassen

- PEPP-Spekulanten unter den KK bremsen OVP-Verträge mit weiteren Kliniken. Allein in meiner unmittelbaren Umgebung gibt es 3 – 5 Kliniken, die von bestimmten KK damit hingehalten werden, dass diese KK erstmal die weitere Entwicklung von OVP in Hanau abwarten wollten.
- PEPP-Spekulanten unter den KK protegieren PEPP, weil sie auf einen Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen KK hoffen.
- Die großen Chancen, durch eine substantielle Ambulantisierung der psychiatrischen Kliniken das Gesamtsystem medizinisch und wirtschaftlich zu verbessern, werden dabei dem ökonomischen Partikularinteresse geopfert und vertan.

Strategische Fehlentwicklungen durch PEPP: Kliniken

- Kliniken mit einer Kurzfriststrategie sehen sich im PEPP-System JETZT veranlasst, ihre Budgets über Ausweitungen der Bettenkapazität zu erhöhen.
- Im PEPP-System ist die Ausweitung der stationären Budgets auch der einzige Weg, dem steigenden Bedarf der psychiatrischen Pflichtversorgung entsprechen zu können.
- Neue stationäre Kapazitäten werden ausgelastet sein.
- Die erforderlichen Investitionen müssen sich über viele Jahre amortisieren.
- Die Chancen, durch **stationsäquivalente ambulante Leistungen** eine bessere, patientenfreundlicher Psychiatrie zu realisieren, werden **durch das PEPP-System langfristig verhindert und „zubetoniert“**.

Krankenhauskosten F0 – F9 in Deutschland: BPfIV, PEPP vs. OVP



ST : Stationär, TS : Teilstationär, AM: Ambulant

Quelle: destatis

Was brauchen unsere Patienten?

- Die Optimierung von Teilaspekten des Systems ist weit entfernt von einer Optimierung des Systems als Ganzem.
- Politik muss **dafür sorgen, dass die psychiatrischen Versorgung nicht dem strategischen Kräftespiel und Taktieren einzelner Krankenkassen und Kliniken** entsprechend den Fehlanreizen **im PEPP-System überlassen wird.**
- Politik muss **dafür sorgen, dass die Potentiale stationersetzender ambulanter Akutbehandlungen ausgeschöpft sind bevor stationäre Kapazitäten ausgeweitet werden dürfen.**
- **Mit §64b-Modellvorhaben** wie dem Hanauer OVP-Projekt ist eine **patientenfreundliche, bessere Psychiatrie möglich**, die **gleichzeitig** das **Wirtschaftlichkeitsgebot** sicher besser beachtet als die Fehlanreize des PEPP-Systems.