

# DAK-Gesundheit stattkrankenhaus

*Autoren: Markus Hinz und Sophie Schwab*



© MSD/Bardale

Sophie Schwab mit Juror Prof. Volker E. Amelung

## 2. Preis:

# DAK-Gesundheit

## stattkrankenhaus

*Autoren: Markus Hinz und Sophie Schwab*

### Management Summary

Ambulante Hilfe statt Krankenhaus: Das Projekt stattkrankenhaus will schwer psychisch erkrankte Patienten kontinuierlich und individuell versorgen und so eine optimale Behandlung sicherstellen. Multiprofessionelle Teams ermöglichen eine gemeindenahere Betreuung des Patienten – in seinem häuslichen Umfeld, 24 Stunden am Tag, 365 Tage im Jahr. Die Betreuung wird durch diese Teams sektorenübergreifend koordiniert; zu den Teams gehören Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter sowie Gesundheits- und Krankenpflegekräfte.

stattkrankenhaus ist ein Projekt der DAK-Gesundheit. Unter diesem Namen schließt die DAK-Gesundheit mit diversen Partnern Verträge zur Integrierten Versorgung nach den §§ 140a–d SGB V. Die Verträge werden von der DAK-Gesundheit über eine Zweijahrespauschale jeweils vollständig finanziert. Das Versorgungsmodell startete 2007 als „Hamburger Modell“, wird aber mittlerweile bundesweit umgesetzt. Für die Patienten ist die Teilnahme freiwillig und kostenfrei.

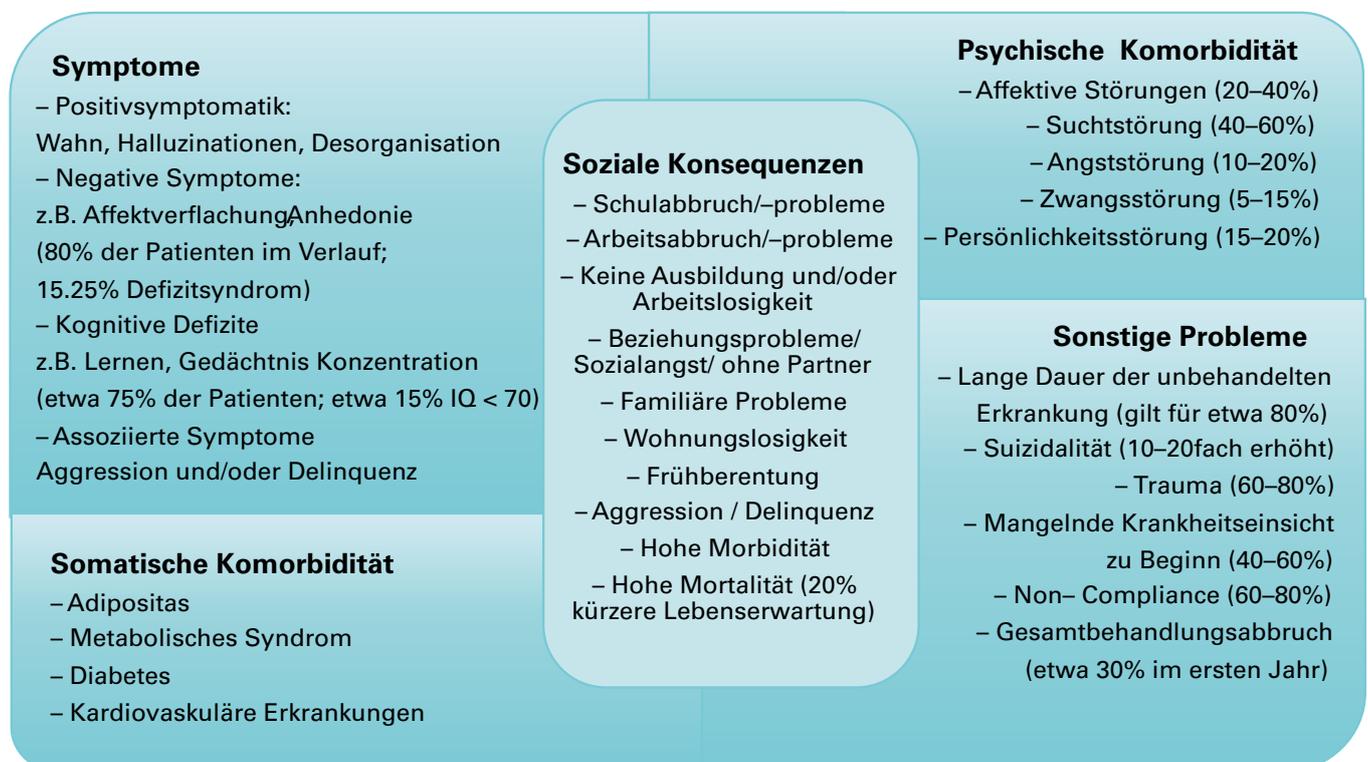
## Einleitung

Psychotische Erkrankungen verlaufen aufgrund ihrer Komplexität meist ungünstig, Betroffene bleiben häufig lange Zeit unbehandelt. Aufgrund der unzureichenden ambulanten Behandlung werden Patienten mit psychotischen Erkrankungen üblicherweise voll- oder teilstationär versorgt. Das Versorgungsmodell „stattkrankenhaus“ hat sich zum Ziel gesetzt, dieses Versorgungsdefizit zu beheben. Sein gesundheitspolitisches Ziel „ambulant vor stationär“ steht für den Anspruch, psychisch erkrankte Menschen im häuslichen Umfeld zu betreuen – unter Einbindung aller vorhandenen Strukturen. Im Fokus stehen die engmaschige Betreuung, Beratung und Schulung im Rahmen einer optimalen Abstimmung der Betroffenen.

## Versorgungsherausforderung

Psychische Erkrankungen, bei denen unter anderem Halluzinationen, Wahn und Denkstörungen auftreten, sind hochkomplexe Störungen (s. Abbildung 1). Die Komplexität zeigt sich bereits im Frühverlauf einer beginnenden oder schon manifesten Psychose, jedoch insbesondere bei der Ersterkrankung und im weiteren Verlauf. Psychische Störungen sind gekennzeichnet durch eine Vielzahl an psychotischen Symptomen (positiv, negativ, kognitiv, Desorganisation) und assoziierten Symptomen (Agitation, Depression, Suizidalität). Hinzu kommen komorbide psychische oder somatische Störungen, verzögerte Persönlichkeitsentwicklungen, Traumata, Funktionseinbußen und sich daraus ergebende soziale Probleme: es wird beispielsweise die Schule, die Ausbildung oder die Arbeit abgebrochen; Kontakte zu Familie und Freunden gehen verloren (Lambert, o. J.).

**Abbildung 1** – Übersicht über Symptome, körperliche und psychische Begleiterkrankungen, soziale Konsequenzen, sonstige Probleme



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Lambert (o. J.).

Die Psychose ist eine relativ häufige Erkrankung. Nach konservativer Schätzung erkranken etwa ein bis zwei Prozent der Bevölkerung mindestens einmal im Leben. Circa 50 bis 60 Prozent der Angehörigen leiden selbst an einer psychischen Erkrankung und etwa 25 Prozent sogar an einer psychotischen Störung. Der Verlauf und die Prognose hängen maßgeblich von der Qualität der Behandlungen ab.

Es existieren zwölf unterschiedliche diagnostische Entitäten, bei welchen das Krankheitsbild durch psychotische Symptome geprägt ist, v.a. die schizophrenen Störungen, die bipolare Störung oder die schwere Depression (Lambert, o. J.).

**Tabelle 1 – Diagnosen nach ICD-10**

F1-Störungen	F2-Störungen	F3-Störungen
Substanz-induzierte psychotische Störung (F1x.5)	Schizophrenie (F20)	Manische Episode mit psychotischen Symptomen (F30)
	Anhaltende wahnhaftige Störung (F22)	Bipolar affektive Störung (F31)
	Akute vorübergehende psychotische Störung (F23)	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3)
	Induzierte wahnhaftige Störung (F23)	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3)
	Schizoaffektive Störung (F25)	
	Sonstige nichtorganische psychotische Psychose (F28)	
	Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose	

*Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Lambert (o. J.).*

Laut neuesten epidemiologischen Studien liegt die Inzidenz von Schizophrenie-Fällen bei 15,2 pro 100.000 Einwohner. Die Ein-Jahres Prävalenz liegt im Median bei 3,3 pro 100.000 Einwohner, die Lebenszeitprävalenz im Median bei 4,0 pro 100.000 Einwohner und das Lebenszeitmorbidityrisiko im Median bei 7,2 pro 100.000 Einwohner. Die Ein-Jahres Prävalenz für die bipolare Störung I (mit psychotischen Symptomen) liegt bei 0,6 Prozent und die Lebenszeitprävalenz liegt bei einem Prozent (Lambert, o. J.).

Psychische Störungen sind sehr viel häufiger als man aufgrund von Arbeitsunfähigkeitsdaten annehmen würde. Das zeigen die Erhebung der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS)“ des Robert Koch-Instituts und die Zusatzuntersuchung „Psychische Gesundheit“ (DGES-MHS). Demnach beträgt die 12-Monats-Prävalenz für vollkommen ausgeprägte psychische Störungen rund 25 Prozent bei erwachsenen Männern und 33 Prozent bei erwachsenen Frauen in der Altersgruppe von 18–79 Jahren. Insgesamt ist jährlich etwa ein Drittel der Bevölkerung von mindestens einer psychischen Störung betroffen.

Die drei häufigsten psychischen Störungen sind Angststörungen (12-Monatsprävalenz: 16,2 %), Alkoholstörungen (11,2 %) und die unipolare Depression (8,2 %). Frauen sind beinahe von allen psychischen Störungen sehr viel häufiger betroffen als Männer. Eine Zunahme von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von psychischen Erkrankungen ist seit circa 15 Jahren die auffälligste Entwicklung im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. Mit einem Anteil von 14,5 Prozent an Fehltagen befinden sich die psychischen Erkrankungen nach den Muskel-Skelett Erkrankungen auf Platz 2 der wichtigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit (DAK 2013).

## Verlauf

Zumeist beginnt die Erkrankung bei den Betroffenen sehr früh: zwischen dem 15. und dem 25. Lebensjahr.

Psychotische Störungen verlaufen meist ungünstig aufgrund der Komplexität der Erkrankung, der Behandlungsverzögerung und des unzureichenden Hilfesystems. Nur 10 bis 15 Prozent der Betroffenen durchlaufen lediglich eine Episode im Leben. Bei allen anderen existieren nach der ersten Episode dauerhafte Symptome oder aber wiederkehrende Episoden – mit oder ohne dauerhafte Symptome bzw. mit einer zunehmenden Verschlechterung des Krankheitsbildes. Dieser Verlauf wird vor allem durch die Behandlungsfaktoren bestimmt.

Für die Betroffenen mit nur einer Episode ist insbesondere eine adäquate Früherkennung notwendig; und es ist wichtig, dass die Behandlung so früh wie möglich begonnen wird. Damit wird unter anderem eine gute Therapieadhärenz möglich sowie die Behandlung eventuell bestehender komorbider psychischer Störungen (Lambert, o. J.).

## Behandlung

Betroffene bleiben häufig lange Zeit unbehandelt. Die Mehrzahl ist durchschnittlich bereits etwa zwei bis fünf Jahre erkrankt, bevor eine angemessene biologische und psychische Behandlung beginnt. Eine zunehmende Behandlungsverzögerung kann zu folgenden schwerwiegenden Auswirkungen auf den Verlauf und die Prognose der Erkrankung führen:

- Zunahme der Suizidversuche vor Beginn der ersten Behandlung
- Abnahme des Funktionsniveaus vor Beginn der ersten Behandlung, einschließlich der Arbeitsfähigkeit oder des Ausbildungsstatus
- Ungünstiger Verlauf und ungünstige Prognose der Erkrankung mit niedrigen „Recovery“-Raten, häufigen Rückfällen und einer reduzierten Lebensqualität
- Verminderte Behandlungszufriedenheit
- Schlechte Teilnahme an der Therapie
- Vermehrter Abbruch der Gesamtbehandlung
- „Non-Remission“ einer komorbiden Suchterkrankung
- Erhöhte direkte und indirekte Langzeitkosten.

Zahlreiche Faktoren erschweren die Behandlung von psychotischen Störungen. Dazu gehört die hohe Rate der medikamentösen Non-Adhärenz. 50 Prozent der Erkrankten setzten innerhalb eines Jahres ihre Medikamente ab, 75 Prozent innerhalb von zwei Jahren. Weiterhin verweigern 20 Prozent der Betroffenen die komplette Medikamenteneinnahme. Ein Anteil von 20 bis 40 Prozent der Patienten bricht innerhalb von 12 bis 18 Monaten die gesamte Behandlung ab (Lambert, o. J.).

## Kosten

Einer Studie von Konnopka et al., (2009) zufolge lagen 2007 die jährlichen direkten Versorgungskosten von schizophrenen Patienten zwischen 14.000 und 18.000 Euro. Ergänzend entstanden Privatausgaben durch die Angehörigen in Höhe von 950 bis 1.700 Euro sowie Produktivitätsverluste von 25.000 bis 30.000 Euro. Für die Gesundheitskosten für Patienten mit Bipolaren Störungen oder schweren Depressionen mit psychotischen Symptomen gibt es zwar nur niedrigwertigere Untersuchungen, dennoch bewe-

gen sich diese laut Berechnungen des Hamburger IV-Psychose-Modells im gleichen Rahmen. Von großer Bedeutung ist, dass voll- oder teilstationäre Behandlungen der schwer erkrankten Patienten rund 80 bis 90 Prozent der direkten Kosten verursachen. Die Gesamtjahreskosten für die an Schizophrenie erkrankten Patienten werden pro Jahr auf 5 bis 10 Milliarden Euro geschätzt (Lambert, o. J.).

### Derzeitige Versorgungsstrukturen in Deutschland

Betroffene mit psychotischen Erkrankungen werden in Deutschland üblicherweise im Krankenhaus voll- oder teilstationär, in der psychiatrischen Institutsambulanz und/oder von niedergelassenen Psychiatern behandelt. Quartalsweise steht den Leistungserbringern nur ein geringes Budget für diese Behandlungen zur Verfügung, so dass die Anzahl an Patientenkontakten pro Quartal sehr gering ausfällt. Darüber hinaus wird den Patienten teilweise die für sie notwendige Therapie nicht zur Verfügung gestellt: durchschnittlich erhalten nur etwa 30 Prozent aller Patienten und 5 bis 10 Prozent der schwer erkrankten Patienten Zugang zur Psychotherapie. Aufgrund der unzureichenden ambulanten Behandlung werden Erkrankte größtenteils voll- oder teilstationär behandelt. Daraus resultiert, dass etwa 80 bis 90 Prozent der direkten Kosten pro Jahr für die schwer erkrankten psychotischen Patienten für voll- oder teilstationäre Behandlungen ausgegeben werden. Trotz dieser Behandlungsdefizite bei diesen Schwereerkrankten existieren deutschlandweit nur wenige Integrierte Versorgungsmodelle (Lambert, 2010).

### Zukünftige Versorgungsstrukturen

Länder wie Australien, England oder Kanada haben begonnen, Spezialzentren für Psychose-Betroffene aufzubauen, um die Qualität der Behandlung zu verbessern. In diesen Zentren werden verschiedene multiprofessionelle Behandlungsinstitutionen auf struktureller Ebene miteinander vernetzt. Um auch in Deutschland solche Therapieformen standardgemäß anbieten zu können, müssen finanzielle Ressourcen vom stationären in den ambulanten Bereich verschoben werden. Dies kann durch ein sogenanntes Assertive Community Treatment (ACT) gelingen: multiprofessionelle Teams, bestehend aus Psychose-Experten, bieten im eigenen Umfeld eine multimodale Behandlung an.

Um die Qualität der Behandlung zu verbessern sind grundsätzlich sowohl strukturelle als auch inhaltliche Veränderungen notwendig. Auf struktureller Ebene müssen verschiedene Behandlungsinstitutionen vernetzt werden. Die Kommunikation und Koordination unter den Leistungserbringern muss stattfinden. Die inhaltliche Optimierung kann erreicht werden, indem verschiedene Therapieformen nachhaltig, phasenspezifisch und individuell integriert werden.

## Entstehungsgeschichte

Um eine sektorenübergreifende, vernetzte und nachhaltige Behandlung für schwer an Psychose erkrankte Patienten zu gewährleisten, schloss die DAK-Gesundheit als erste Krankenkasse im Jahr 2007 (01.05.2007) mit dem Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf einen Vertrag zur Integrierten Versorgung nach §140 SGB V („Hamburger Modell“). Weitere Krankenkassen wie die HEK, IKK Classic und die AOK Rheinland Hamburg schlossen sich diesem Modell an. Die DAK-Gesundheit entwickelte das Hamburger Modell weiter und adaptierte es an die Strukturen anderer Leistungsanbieter. Das Versorgungsmodell „stattkrankenhaus“ läuft erfolgreich in Rheinland-Pfalz und Bayern und unter anderem Namen auch in Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg.

## Kernelemente

### Versorgungskonzept

Das Versorgungskonzept stattkrankenhaus ist ein Vertrag auf Grundlage der §§ 140a–d SGB V. Es beinhaltet eine am Patienten ausgerichtete Versorgung, die im Einklang steht mit dem gesundheitspolitischen Ziel „ambulant vor stationär“.

Das Konzept ist auf zwei Jahre ausgelegt, so dass die Patienten ab dem Zeitpunkt ihrer Einschreibung über zwei Jahre hinweg die Vorteile der optimierten Versorgung nutzen können (DAK Presse, 2012).

Der Anspruch des Versorgungskonzeptes stattkrankenhaus ist es, durch den flexiblen Einsatz von vorhandenen und neuen Instrumenten durch die Leistungserbringer, die akut psychisch erkrankten Menschen auch im häuslichen Umfeld zu betreuen – unter Einbindung aller ambulanten Versorgungsstrukturen. Ferner sollen Klinikeinweisungen vermieden und gleichzeitig die Behandlungskontinuität verbessert werden. Hauptaugenmerk liegt hierbei auf der nachhaltigen Steigerung der sozialen Kompetenz sowie der Lebensqualität der Patienten.

Folgende Zielsetzungen wurden unter anderem für das Versorgungsmodell stattkrankenhaus festgelegt:

- Umsetzung eines strukturierten und kontinuierlichen Behandlungsverlaufes
- Sicherstellung einer sektorenübergreifenden Kooperation durch die frühzeitige Einbindung des ambulanten Sektors schon während des stationären Aufenthalts
- Sicherstellung der Behandlungskontinuität durch Zurseitstellung eines persönlichen Bezugstherapeuten (Fallmanager) über die gesamte Laufzeit der Teilnahme
- Aufbau von multiprofessionellen Teams
- Etablierung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen – unter Einbezug einer qualitätsbezogenen Dokumentation und einer wissenschaftlichen Evaluierung
- Optimierung der Versorgung durch Behandlungsformen, die flexibel sind und sich an den individuellen Bedürfnissen der Patienten orientieren
- Die Vermeidung einer Ausweitung der stationären Behandlung in Anbetracht der anhaltenden stationären Überbelegung
- Verkürzung der stationären Aufenthaltsdauer
- Reduzierung patientenbezogener Folgekosten
- Besserung des Krankheitsverlaufes
- Vermeidung von Fehlmedikation durch eine individuell abgestimmte und leitlinienorientierte Pharmakotherapie nach AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.)
- Informationsübermittlung und Motivation des Patienten zur aktiven Teilnahme am integrierten Behandlungsprogramm
- Umsetzung einer individuellen, bedürfnisorientierten Betreuung, um die Kooperation mit den Patienten und ihren Angehörigen zu verbessern
- Förderung der individuellen, familiären und sozialen Ressourcen des Patienten.

In Ergänzung zu dem Ziel, ambulante, teil- und vollstationäre Behandlungsangebote zu integrieren, ist eine enge Abstimmung anzustreben – mit weiteren gemeindepsychiatrischen Angeboten, beispielsweise im Bereich Wohnen und Arbeiten. Obwohl diese Angebote nicht explizit Teil des Leistungsspektrums des Integrierten Versorgungsvertrages sind, ermöglicht das multiprofessionelle Team jedoch eine gute Koordination und Abstimmung mit den übrigen gemeindepsychiatrischen Anbietern.

Kernelement des Vertrages ist die engmaschige Betreuung, Beratung und Schulung im Rahmen einer optimalen Abstimmung der Betroffenen. Das vereinbarte Vergütungsmodell („Capitation-Modell“) ermöglicht den teilnehmenden Einrichtungen, den Behandlungsumfang und den Behandlungsort individuell zu definieren und an den Patienten anzupassen. Durch die multiprofessionellen Behandlungsteams wird der Patient auch zu Hause behandelt. Alle vorhandenen Strukturen werden eingebunden: in Form von psychiatrischen und psychotherapeutischen Maßnahmen, erbracht von Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern, Ergotherapeuten und Pflegekräften. Zudem ist eine permanente Erreichbarkeit sichergestellt. Das multiprofessionelle Team ist zu den üblichen Arbeitszeiten erreichbar. Außerhalb dieser Arbeitszeiten kann man den Bereitschaftsdienst der Kliniken aufsuchen; er tauscht sich mit dem interdisziplinären Team über den Patienten aus und gewährleistet so die Behandlungskontinuität.

Die Verträge im Rahmen der Integrierten Versorgung werden gezielt abgeschlossen, um die aus der Umsetzung gewonnenen Erkenntnisse zu nutzen, das Konzept weiter zu entwickeln und gegebenenfalls auf weitere Diagnosegruppen auszuweiten (DAK, 2013).

### Zielgruppe

Zielgruppe sind ersterkrankte oder mehrfach erkrankte Patienten: Patienten die durch einen niedergelassenen Psychiater zur stationären Krankenhausbehandlung eingewiesen wurden und Patienten, die in die Notfallaufnahme eingewiesen wurden. Das Versorgungsmodell bezieht sich indikationsspezifisch auf die ICD-Diagnosen Psychose und schwere Depression (stattkrankenhaus, 2010).

### Versorgungselemente

Die Behandlung nach der stationären Aufnahme im Krankenhaus gliedert sich in zwei Phasen:

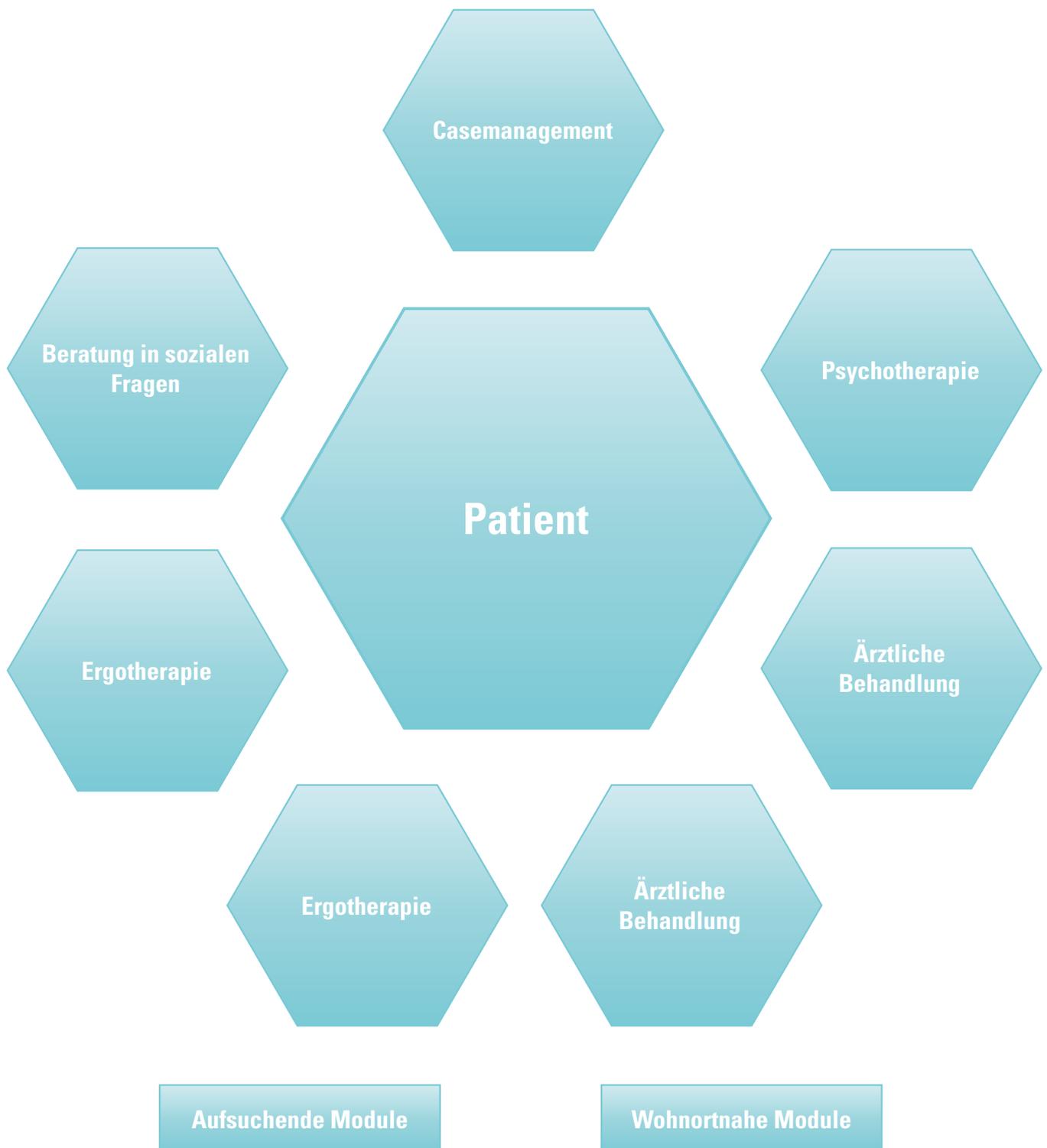
- 1. Phase: voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung
- 2. Phase: ambulante, intensive poststationäre Behandlung

Zu Beginn der stationären (Erst-)Behandlung wird den Patienten regelhaft ein Fallmanager zur Seite gestellt. Der Fallmanager begleitet die Patienten im Laufe der gesamten Behandlungskette im Rahmen der Integrierten Versorgung, unabhängig davon, in welchem Setting sich der Patient gerade befindet. Die Behandlungsplanung nimmt der Fallmanager vor. Eine derartige Versorgung findet in der Regelversorgung nicht statt. Durch den sektorübergreifenden Ansatz erfolgt frühzeitig eine Verknüpfung mit der Psychiatrischen Institutsambulanz.

Die ambulante Behandlung im Anschluss an den stationären Aufenthalt erfolgt durch multiprofessionelle Teams. Diese Teams setzen sich zusammen aus Mitarbeitern der Krankenhäuser und der Psychiatrischen Institutsambulanzen. Die Teams nehmen bereits vor der Entlassung der Patienten aus der stationären Behandlung mit den Krankenhausärzten Verbindung auf, um einen Übergang ohne Brüche zu gewährleisten. Während der ambulanten Behandlung können – neben den üblichen ambulanten PIA Angeboten – alle Strukturen und Angebote der sonst nur für stationäre Patienten zugänglichen Bereiche in Anspruch genommen werden (Stationsärzte, Gruppen etc.). Derartige Möglichkeiten der integrativen Verzahnung sind in der Regelversorgung nicht möglich.

Die folgende Abbildung 2 zeigt, welche Behandlungsmodule das Versorgungskonzept stattkrankenhaus anbietet.

**Abbildung 2** – Behandlungsmodule des stattkrankenhauses



*Quelle: Eigene Darstellung.*

Ferner liegt der Schwerpunkt auf der Nutzung regionaler Infrastrukturen. In diesem Zusammenhang soll mit möglichen Vorbehandlern Kontakt aufgenommen werden – mit dem Ziel, einen optimalen Informationsaustausch und ein gemeinsames Behandlungskonzept zu ermöglichen.

## Mehrwert

Neben einer qualitativ hochwertigen Versorgung profitieren die Teilnehmer von der Behandlungskontinuität. Das interdisziplinäre Team sorgt im Rahmen des Projektes stattkrankenhaus zudem für einen fließenden Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich. Durch die Steigerung der Teilnehmerzufriedenheit und der Lebenszufriedenheit können Rückfälle und Chronifizierungen verringert werden. Ebenso kann der Patient in Krisensituationen im Rahmen der ambulanten Versorgung betreut werden. Die stationäre Behandlung wird vermieden, der Drehtüreneffekt somit reduziert. Ein Bezugstherapeut ist als fester Ansprechpartner mit dem Fall vertraut und sorgt für eine optimale Steuerung im Krankheitsprozess. Weiterhin steht das multiprofessionelle Team von stattkrankenhaus 24 Stunden täglich und 365 Tage im Jahr für den Patienten zur Verfügung und garantiert ihm Sicherheit in Krisensituationen (DAK, 2012).

Je früher drohende Rückfälle und Chronifizierungen erkannt und behandelt werden können, umso besser kann der Patient in seiner häuslichen Umgebung betreut werden; längerfristig stationäre Krankenhausbehandlungen werden umgangen. Daraus resultiert eine bessere ambulante Versorgung, die ebenso finanziell belohnt wird. Intention des Vertrages ist außerdem, unnötiges „Krankenhaushopping“ zu vermeiden. So gehört zum Vertrag, dass alle Teilnehmer nach drei Tagen Aufenthalt in einem anderen Krankenhaus nach Hause entlassen oder in ein IV-Krankenhaus überwiesen werden (Bock, 2012).

Schließlich kann man von einer Win-Win-Situation für alle Beteiligten sprechen. Das Versorgungskonzept verspricht den Patienten mehr Kontinuität, Verbindlichkeit und Flexibilität in Krisensituationen, während Angehörige die Betroffenen schneller und selbstverständlicher einbeziehen und begleiten können. Für die Kliniken entsteht durch die Entkopplung von Personal und Betten mehr Handlungsspielraum, Flexibilität für den Einsatz von personellen Ressourcen und mehr Planungssicherheit. Weiterhin kann die DAK-Gesundheit mit Kostendeckelung und Kostentransparenz rechnen – und im Einzelfall auch mit einer Kostenreduktion durch Synergieeffekte.

## Finanzierung

Der Versorgungsvertrag „stattkrankenhaus“ wird gänzlich von der DAK-Gesundheit finanziert. Im Rahmen einer Zweijahrespauschale (Capitationmodell) übernimmt sie die Kosten des Vertrags. Die Patienten nehmen freiwillig an dem Versorgungsmodell teil und müssen lediglich die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen leisten. Die Finanzierung des Versorgungsmodells über Kopfpauschalen ermöglicht dem Leistungsanbieter, die jeweiligen Versorgungsleistungen individuell an den Patienten anzupassen und zugleich eine möglichst kostengünstige Umsetzung der Behandlung anzubieten (Lambert, 2010).

## Management

Durch die Weiterentwicklung des 2007 initiierten Projektes „Hamburger Modell“ entstand das Versorgungskonzept stattkrankenhaus, mit der DAK-Gesundheit als Gründer und Vertragspartner. Das Versorgungsprojekt stattkrankenhaus basiert auf einem Vertrag auf Grundlage der §§ 140a–d SGB V. Im Rahmen dieses Integrierten Versorgungsvertrages ist ein multiprofessionelles Team für die Behandlung und Betreuung der Patienten zuständig. Mittlerweile existieren im Rahmen dieses Versorgungskonzeptes bundesweit Verträge. Die neuesten Verträge wurden zum 01.07.2013 bzw. zum 01.10.2013 mit den Bezirkskliniken Schwaben bzw. mit dem kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost abgeschlossen. Insgesamt nehmen ca. 1.500 Patienten p.a. an dieser Form der optimierten Versorgung teil.

## Evaluation

Dem Projekt stattkrankenhaus liegt noch keine Evaluation zu Grunde, jedoch wird an dieser Stelle auf die Evaluation des „Hamburger Modells“ verwiesen, an welchem die DAK ebenfalls vertraglich mitwirkt.

Ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Projekten ist, dass das Hamburger Modell die niedergelassenen Ärzte ausdrücklich in den Vertrag miteinbezieht, während das Konzept stattkrankenhaus auf ein bereits bestehendes und funktionierendes Netzwerk aus ambulantem und stationärem Gefüge aufbaut. Mit Ausnahme von diesem Unterschied sind beide Versorgungsmodelle nahezu identisch, so dass die Evaluationsergebnisse des Hamburger Modells auf stattkrankenhaus übertragen werden können.

Bis dato fand die Untersuchung des Hamburger Modells in zwei Studien statt:

- ACCES-Studie (Vorstudie)  
(Titel: Assertive Community Treatment (ACT) a part of Integrated care versus Standard Care: a 12-month trial in patients with first- and multiple-episode schizophrenia-spectrum disorders treated with quetiapine IR; Lambert et al., in press)
- IV-Evaluation (begleitende Evaluationsstudie)  
(Titel: Assertive Community Treatment (ACT) as part of Integrated Care in 95 first- and multiple-episode patients with psychotic disorders: a 2-year follow-up study. Lambert et al., in preparation).

Das Hamburger Modell ist im Vergleich zu vielen anderen Modellen der Integrierten Versorgung vermutlich sowohl in der Vorstudie als auch in der begleitenden Studie das am besten evaluierte Modell.

Für beide Evaluationsstudien gab es primäre- und sekundäre Erfolgskriterien. Primäres Erfolgskriterium war die Zeit bis zum Gesamtbehandlungsabbruch. Sekundäre Erfolgskriterien umfassten die Non-Compliance mit der Medikation, die Veränderung der Psychopathologie, den Schweregrad der Erkrankung, das Funktionsniveau, die Lebensqualität und die Behandlungszufriedenheit seitens der Patienten und ihrer Angehörigen. Die Behandlungsdichte war ein weiteres Kriterium.

In der ACCESS-Studie wurden zwei Hamburger Sektoren mit gleich großer Population einander gegenüber gestellt: Der Sektor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des UKE (UKE) und der Sektor des Asklepios Westklinikums Hamburg (RISSEN). Die Einschlusskriterien waren folgende:

- Alter: 18–65 Jahre
- Diagnosen (nach DSM-IV-TR): Schizophrenieformale Störung, Schizophrenie, Schizoaffektive Störung, Wahnhafte Störung und Psychotische Störung, nicht näher differenziert; Patienten mit einer psychotischen Ersterkrankung und/oder mehrfach erkrankte Patienten mit mindestens einem psychotischen Rückfall mit darauf folgender stationärer Aufnahme aufgrund von medikamentöser Non-Adhärenz innerhalb der letzten 24 Monate.

Die Studienpopulation setzte sich aus 120 Patienten zusammen. Darunter 64 in der UKE (ACT) und 56 in der RISSEN Gruppe (Standard Care; SC). 101 Patienten (84,7%) beendeten die 52-Wochen-Studie.

Hinsichtlich des ersten Erfolgskriteriums brachen insgesamt 17 von 120 Teilnehmern (14,2%) die gesamte Behandlung ab. Davon waren vier aus der ACT Gruppe und 13 aus der SC Gruppe.

Es zeigten sich kaum Unterschiede in den verwendeten Skalen. Ausschließlich in Bezug auf die Zufriedenheit mit der Behandlung nach Einschätzung von Patienten und Angehörigen wurden signifikante Unterschiede festgestellt. Hier zeigte sich eine größere Behandlungszufriedenheit in der ACT-Gruppe. In nahezu allen sekundären Behandlungserfolgskriterien zeigten sich signifikant positive Effekte. Einge-

schlossen wurden hierbei die Schwere der Erkrankung, der Psychopathologie, des Funktionsniveaus, der Lebensqualität und der Zufriedenheit mit der Behandlung seitens der Patienten und ihren Angehörigen. Ferner befanden sich zum Ende des Studienzeitraums signifikant mehr Teilnehmer aus der ACT-Gruppe in Arbeit, lebten häufiger in Unabhängigkeit und zeigten signifikant häufiger eine Reduktion ihres Suchtmittelkonsums.

Im Vergleich der Kosteneffizienz der beiden Behandlungsbedingungen wurden geringe Unterschiede in den Kosten erfasst. Die Implementierung eines ACT Teams ließ die ambulanten Kosten für diese Patientengruppe steigen, während die stationären Kosten jedoch so deutlich sanken, dass es zu einer Reduktion der Gesamtkosten kam.

Am 01.05.2007 wurden die Integrierten Versorgungsverträge mit den Krankenkassen geschlossen. Es wurde zudem die Vereinbarung getroffen, dass eine standardisierte und fortlaufende Evaluation aller eingeschlossenen Patienten durchgeführt wird.

Seit der Vertragsschließung bis zum Zwischenauswertungsdatum am 30.09.2011 (Laufzeit: 4,5 Jahre) wurden alles in allem 158 Patienten in das Hamburger Modell eingeschlossen. Zu diesem Zeitpunkt befanden sich die Teilnehmer durchschnittlich 145,2 Wochen in der Integrierten Versorgung (2,8 Jahre). Bezüglich der primären Erfolgskriterien kam es zu einem Behandlungsabbruch bei nur 5,1 Prozent der Patienten. Im Vergleich zu Behandlungsabbrüchen in der Regelversorgung (23,2%) ist hier ein enormer Erfolg zu verzeichnen.

Die Aufnahmewerte der sekundären Erfolgskriterien wiesen hohe Psychopathologiewerte auf, hohe Werte für den Schweregrad der Erkrankung, ein niedriges Funktionsniveau, eine schlechte Lebensqualität und eine geringe Zufriedenheit in der Vorbehandlung nach Meinung der Patienten und ihren Angehörigen. Im Rahmen der begleitenden Evaluation zeigte sich, dass es zu einer hochsignifikanten Reduktion der Psychopathologie und Schwere der Erkrankung kam sowie zu einer Verbesserung des Funktionsniveaus. Darüber hinaus kam es im Verlauf der Behandlung zu einem signifikanten Anstieg der Lebensqualität der Patienten. Auch die Befragungen der Teilnehmer und ihrer Angehörigen zeigte eine signifikante Steigerung der Behandlungszufriedenheit.

In den 4,5 Jahren Laufzeit wurden insgesamt 33.368 Behandlungen durchgeführt. Im Rahmen der Integrierten Versorgung ergibt sich im Vergleich zur Regelversorgung mit 0,2 Kontakten pro Woche ein 7,5-mal häufigerer Behandlungskontakt pro Woche. Darüber hinaus erhöhte sich der Anteil von Patienten mit Psychotherapie von 7,3 Prozent auf 55,7 Prozent (Lambert et al., 2010; Bock et al., 2012).

Ebenso bestätigt das IGES-Institut in einer Publikation, dass sich die Substitution von stationärer/tagesklinischer Versorgung durch ambulante Versorgung auf den Kostenbereich auswirkt. Die ambulanten Kosten der Home-Treatment-Gruppe sind wesentlich höher und die Kosten der voll- und teilstationären deutlich niedriger als in der Kontrollgruppe. Zwar ist dieser Unterschied statistisch nicht signifikant, trotzdem wird die Intervention „Home-Treatment“ aufgrund ihres hohen Nutzenwertes nach den üblichen gesundheitsökonomischen Maßstäben als kosteneffektiv angesehen (Nolting, 2012).

## Nächste Schritte

Laut DAK Gesundheitsreport 2013 ist die Zunahme von Fehltagen aufgrund einer psychischen Diagnose die auffälligste Entwicklung im Arbeitsunfähigkeitsgeschehen. Demnach ist die Anzahl der Fehltag seit 1997 um 165 Prozent gestiegen und die Quote an Betroffenen, die an einer psychischen Erkrankung leiden, um 142 Prozent gestiegen. Im Jahr 2012 lagen psychische Erkrankungen erstmalig auf Rang 2 der

wichtigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit, gemessen an ihrem Anteil an Fehltagen (DAK, 2013). Aus diesem Grund verbessert die DAK-Gesundheit stetig ihre am Kundenbedarf ausgerichteten Versorgungsprogramme in Bezug auf psychische Erkrankungen. In diesem Zusammenhang geht es um den Roll-out des Konzeptes stattkrankenhaus auf unterschiedliche Regionen und Partner. Somit sollen weitere Patienten mit der Diagnose Psychose in allen Krankheitsphasen durch ein effektives Versorgungsmanagement unterstützt werden. Im Bereich Bayern werden derzeit beispielsweise weitere Abschlüsse mit den Regionen Oberbayern und Franken angestrebt.

## Ansprechpartner

### Markus Hinz

DAK-Gesundheit  
Unternehmen Leben  
Vertragsgebiet Bayern  
Haidenauplatz 3  
81667 München  
Telefon: 089 – 9047550-1104  
E-Mail: markus.hinz@dak.de

### Sophie Schwab

DAK-Gesundheit  
Unternehmen Leben  
Vertragsgebiet Bayern  
Haidenauplatz 3  
81667 München  
Telefon: 089 – 9047550-100  
E-Mail: sophie.schwab@dak.de

## Literatur

- Bock, T. (2012). Und sie bewegt sich doch – Entwicklungspotential der Krankenhausversorgung. Neue Versorgungskonzepte zur Behandlung zur Behandlung psychischer Erkrankungen. Torhoven C. and W. T. heidelberg.
- DAK (2012). stattkrankenhaus – Ein überregionales, sektorenüberreifendes und innovatives Modell.
- DAK (2013). Gesundheitsreport, IGES Institut GmbH.
- DAK Presse (2012). Ambulante Hilfe statt Krankenhaus. DAK-Gesundheit, Landeskrankenhaus und Pfalzkrankenhaus ziehen Bilanz im versorgungsmodell „stattkrankenhaus, DAK Gesundheit.
- Lambert, M., Bock, T., Meigel-Schleiff, C., Lange, B., Ohm, G., Bussopulos, A., Frieling, M., Golks, D., Kerstan, A., Nika, L., Lange, M., Schödlbauer, Schöttle, D., Sauerbier, A-I, Rietschel, L., Wiedemann K. Schimmelmann, B. Naber, D., Karow, A. (o. J.). 5 Jahre Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen: Das Hamburger Modell. Hamburg.
- Lambert, M., Naber, D., Bock, T., Meigel-Schleiff, C., Omh, G., Braun, M., Bussopulos, A., Frieling, M., Golks, D., Kerstan, A., Meister, K., Nika, L., Rietschel, L., van der Sande, A., Sauerbier, A-L., Schödlbauer, M., Schöttle, D. (2010). Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen: Das Hamburger Modell. Innovative Konzepte im Versorgungsmanagement von ZNS-Patienten. V. E. Amelung, Bergmann, F., Falkai, P., Hauth, I., Jaleel, E., Meier, U., Reichmann, H., Roth-Sackenheim, C. Berlin, MWV mbH & Co KG.
- Nolting, H.-D., Hackmann, T. (2012). Bestandsaufnahme von komplexen lokalen, regionalen und überregionalen sektorübergreifenden Modellprojekten zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen – Abschlussbericht. Berlin, IGES Institut GmbH.
- stattkrankenhaus (2010). stattkrankenhaus – gemeindenaher und patientenorientierter Psychiatrie außerhalb des Krankenhauses. Ein Projekt des Pfalzkrankenhaus und des Landeskrankenhaus.