

Sektorenübergreifende Versorgung – im Fokus: psychische Erkrankungen

Prof. Dr. Marion Haubitz, Klinikum Fulda, MHH Hannover

Regionalkonferenz Mitte-Süd: Baden-Württemberg, Bayern und Hessen

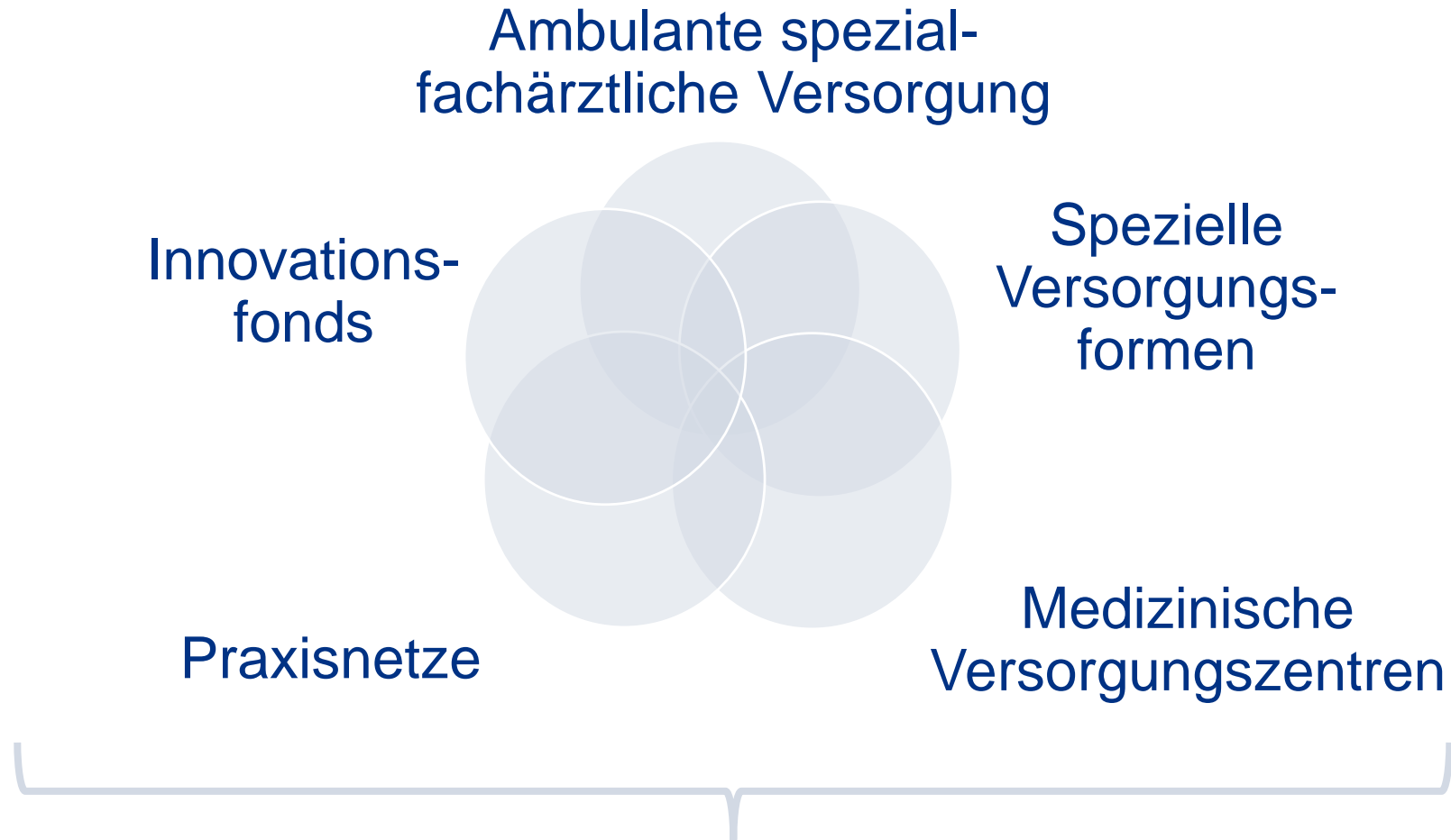
Frankfurt am Main, 19. Oktober 2018

Unterschiedliche Strukturen und „Spielregeln“ der Sektoren (exemplarisch und stark vereinfacht)

| | Ambulant | Stationär |
|---|--|---|
| Planungsmethodik | Verhältniszahlen / Arztsitze | Einwohnerabhängige Formeln / Betten |
| Planungsgremien | G-BA KV Zulassungsausschüsse | Landesministerien Krankenhausausschüsse Krankenhäuser |
| Vergütung (hauptsächlich) | EBM (Einzel- und Komplexleistungsvergütung) | DRG (Fallpauschalen) |
| Notfallversorgung (hauptsächlich) | KV-Bereitschaftsdienst | Notaufnahmen der Krankenhäuser |
| Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUBs) | Erlaubnisvorbehalt | Verbotsvorbehalt |

- „Sinn einer integrierten Versorgung ist vor allem, die bisherige Abschottung der einzelnen Leistungsbereiche zu überwinden, Substitutionsmöglichkeiten über verschiedene Leistungssektoren hinweg zu nutzen und Schnittstellenprobleme so besser in den Griff zu bekommen. [...] Anstrengungen zur Qualitätssicherung und zur optimierten, die Leistungssektoren übergreifenden Arbeitsteilung unter Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsgesichtspunkten sollen gefördert und nicht durch bestehende Zulassungsschranken behindert werden.“

(Gesetzentwurf zum GKV-GMG vom 08.09.2003, S. 130)

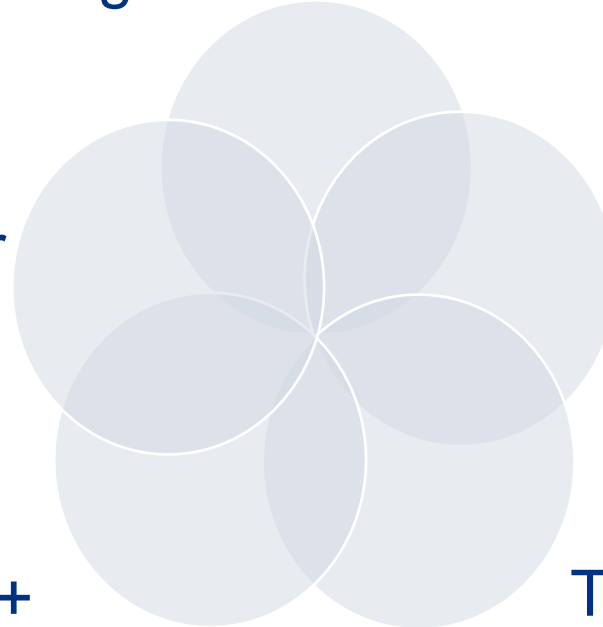


Grundsätzliches Potential, die Versorgung an der Schnittstelle zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung zu verbessern

Sektorenübergreifende
Planung in einem
regionalem Gremium

Prospektive Komponente
(demografische Entwicklung
und medizinisch-technischer
Fortschritt)

Morbiditäts-
orientierung

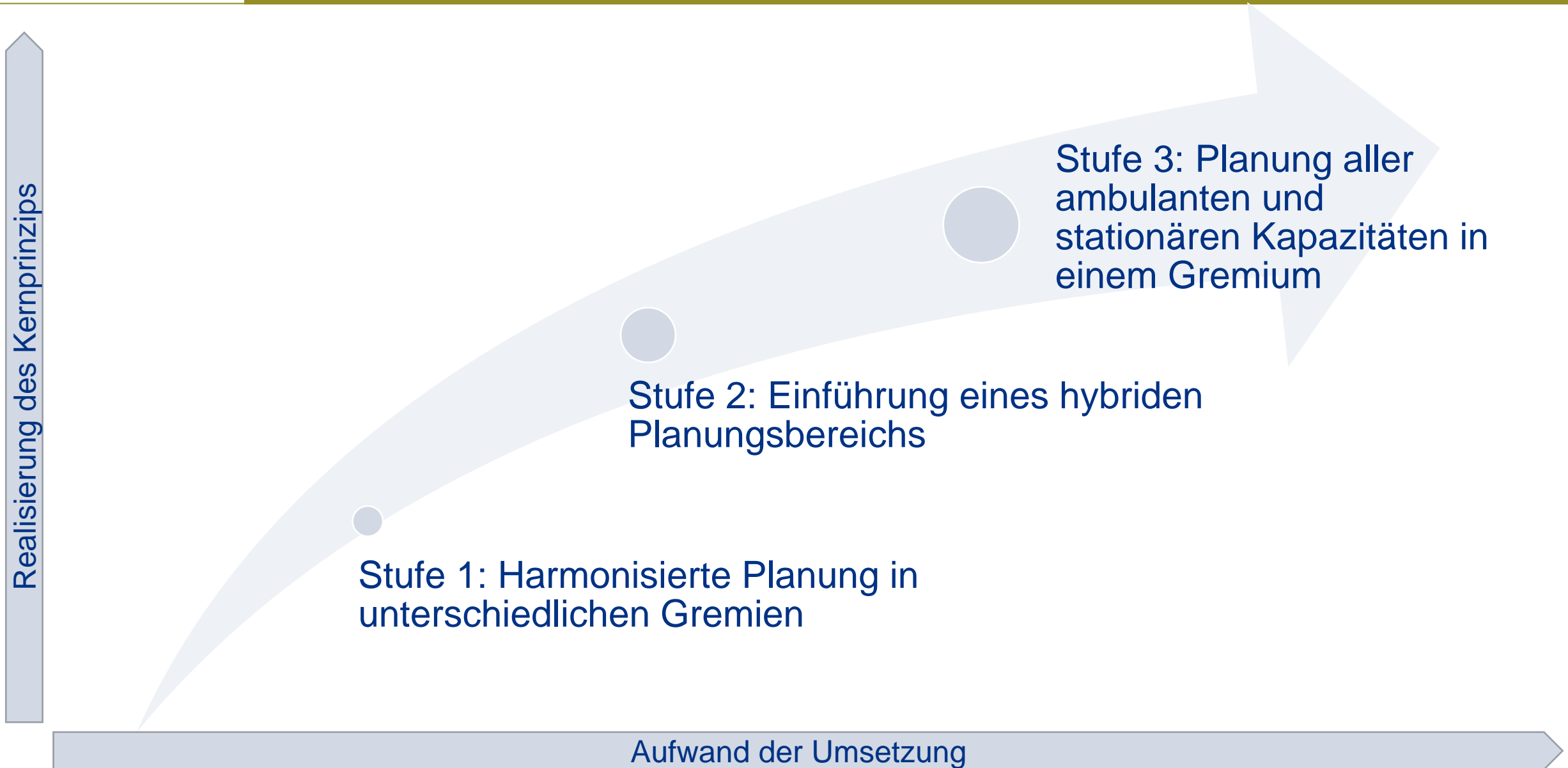


Einheitliches
Vergütungssystem +
sektorenübergreifende
QS

Teamleistungs-
orientierung

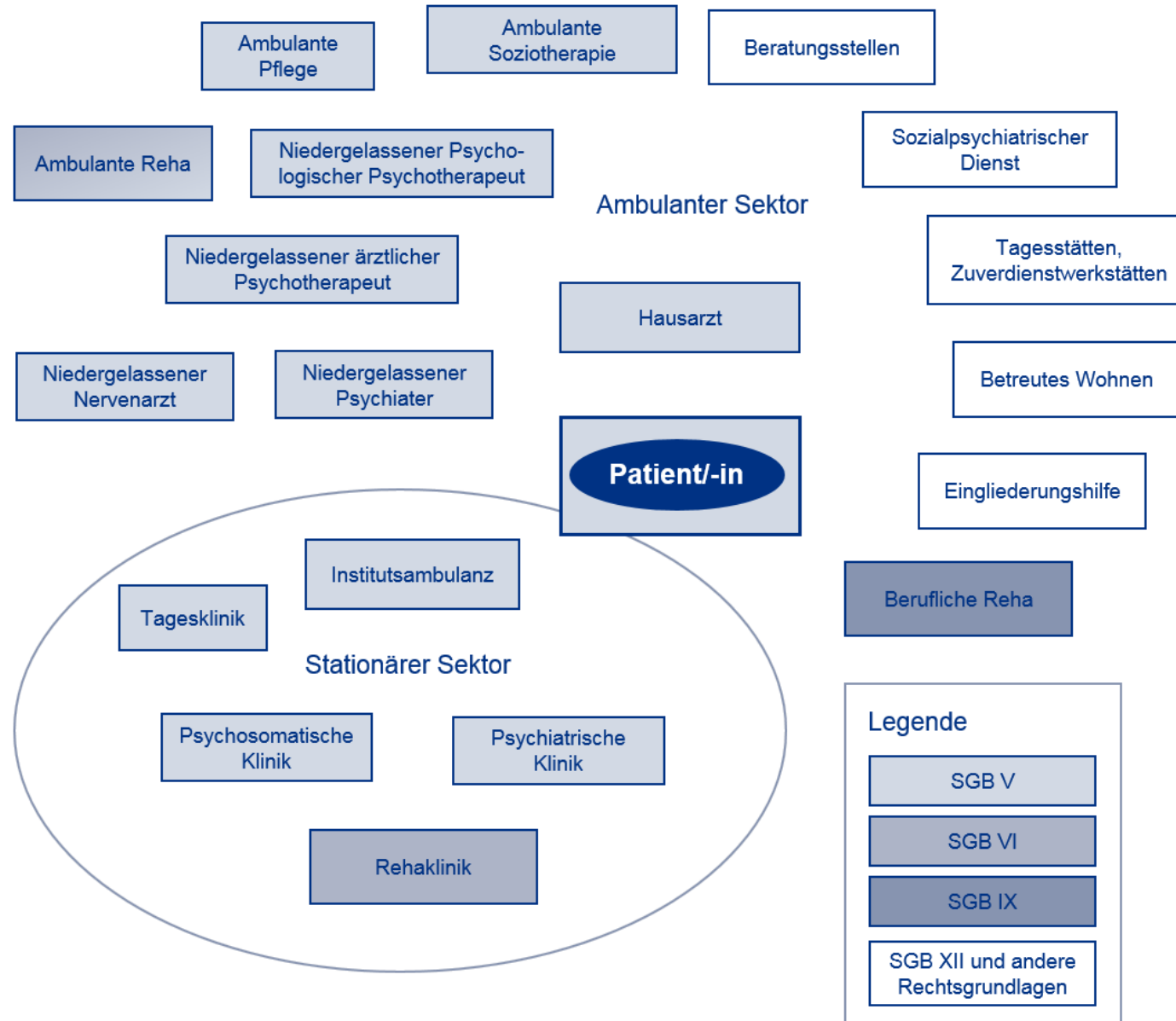


Umsetzung dieser Kernprinzipien durch verschiedene Maßnahmen möglich



Wie ist der Stand der sektorenübergreifenden Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen?





Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Hauth (2017).

- **Besondere Komplexität** im Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen durch Vielzahl an unterschiedlichen Leistungserbringern
- **Steigende Zahl** an Ärzten und Psychologen
- **Formal gemäß Bedarfsplanung ausreichende/hohe Versorgungsgrade**, jedoch erhebliche Wartezeiten
- Nach deutlichem Bettenabbau v. a. in den 90er-Jahren zuletzt **wieder leichter Bettenaufbau**
- **Ambulantisierungspotenzial** noch nicht voll ausgeschöpft
- **Sektorengrenzen** auch in der psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung an vielen Stellen ausgeprägt und nachteilig für Koordination

- **Reform der Psychotherapie-Richtlinie:**
Rolle der Psychotherapeuten gestärkt, z. B. Überweisung in Krankenhaus, Verordnung von Reha; neue obligatorische Akutsprechstunde; mögliche Akutbehandlung
- **Stationsäquivalente Behandlung** als neue Rechtsgrundlage für „Home-Treatment“
- **Modellvorhaben nach § 64b SGB V**, gemeinsame Evaluation noch ausstehend
- **Innovationsfonds-Projekte** (bisher ~22 zur Versorgung von psychisch kranken Erwachsenen), vielversprechende Ansätze u. a. zur Versorgung von besonders vulnerablen Gruppen (z. B. älteren psychisch Kranken mit Pflegebedarf oder Geflüchteten)

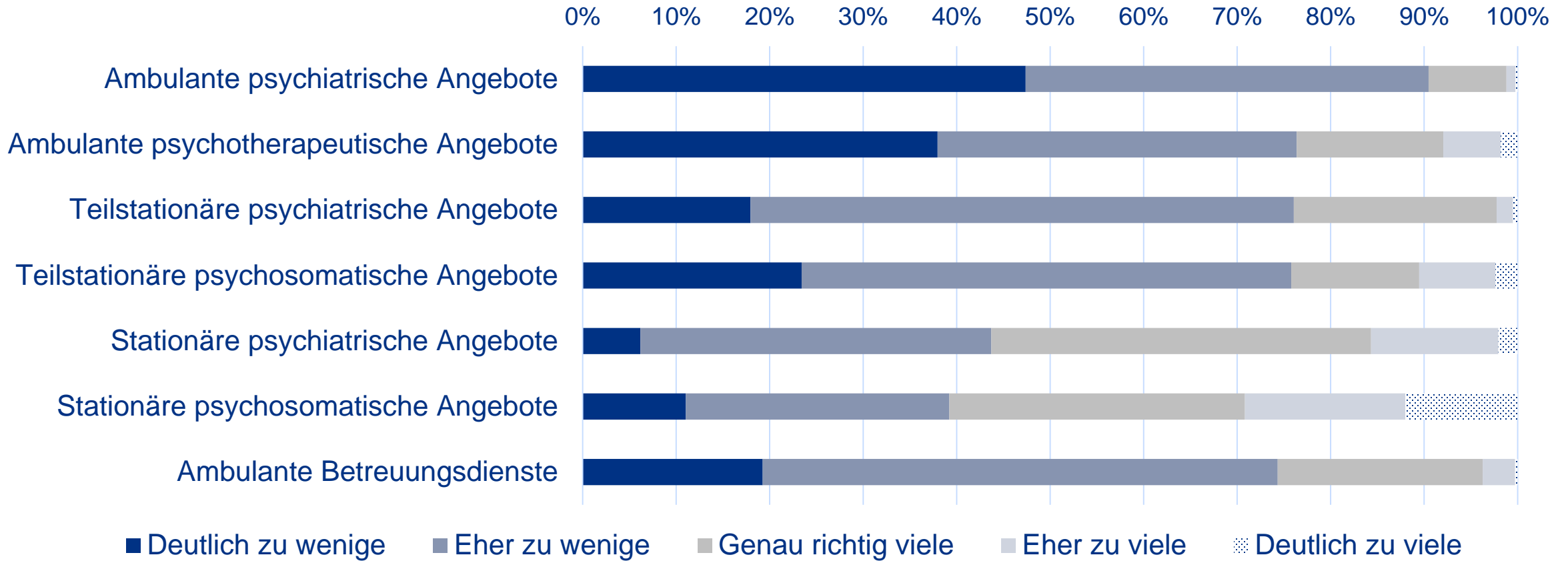
Studiendesign:

- Fragebogenstudie im Jahr 2017 zur koordinierten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen
- Angeschrieben: Alle psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken und eine Stichprobe von niedergelassenen Ärzten (Praxen/MVZ)
- Rücklauf 33 %: 206 Chefarzte/innen (Psychiatrie und Psychosomatik) in Krankenhäusern, 245 Ärzte/innen/Psychologen/innen in Praxen/MVZ

Ergebnisse zu ambulanten und stationären Angeboten:

- **Lange (geschätzte) Wartezeiten** v.a. auf ambulante Angebote, z.B.:
 - Ambulante Psychotherapie: 4 Monate
 - Ambulanter Psychiater: 2 Monate
 - Psychiatrische Tagesklinik: 1,5 Monate
 - Elektivstationäre psychiatrische Behandlung: 1 Monat
- Befragte sehen übereinstimmend einen **Mangel an ambulanten Angeboten** (reguläre psychiatrische Versorgung, hochfrequente/multimodale ambulante Versorgung, Tageskliniken). Bettenzahlen sollten hingegen nicht erhöht werden.
- **Ambulant-sensitive Krankenhausfälle: Geschätzt 20-30 %** der stationären Fälle vermeidbar, v.a. durch Institutsambulanzen, aber auch durch Tageskliniken und ambulante Psychiater
- Ein **Drittel der Patienten in Notaufnahmen als Fehlanspruchnahme** eingeschätzt. Vermuteter Hauptgrund: Zu lange Wartezeiten auf Termin beim ambulanten Psychiater

„Gibt es aus Ihrer Sicht in Deutschland zu wenige, genau richtig viele oder zu viele der folgenden Angebote?“

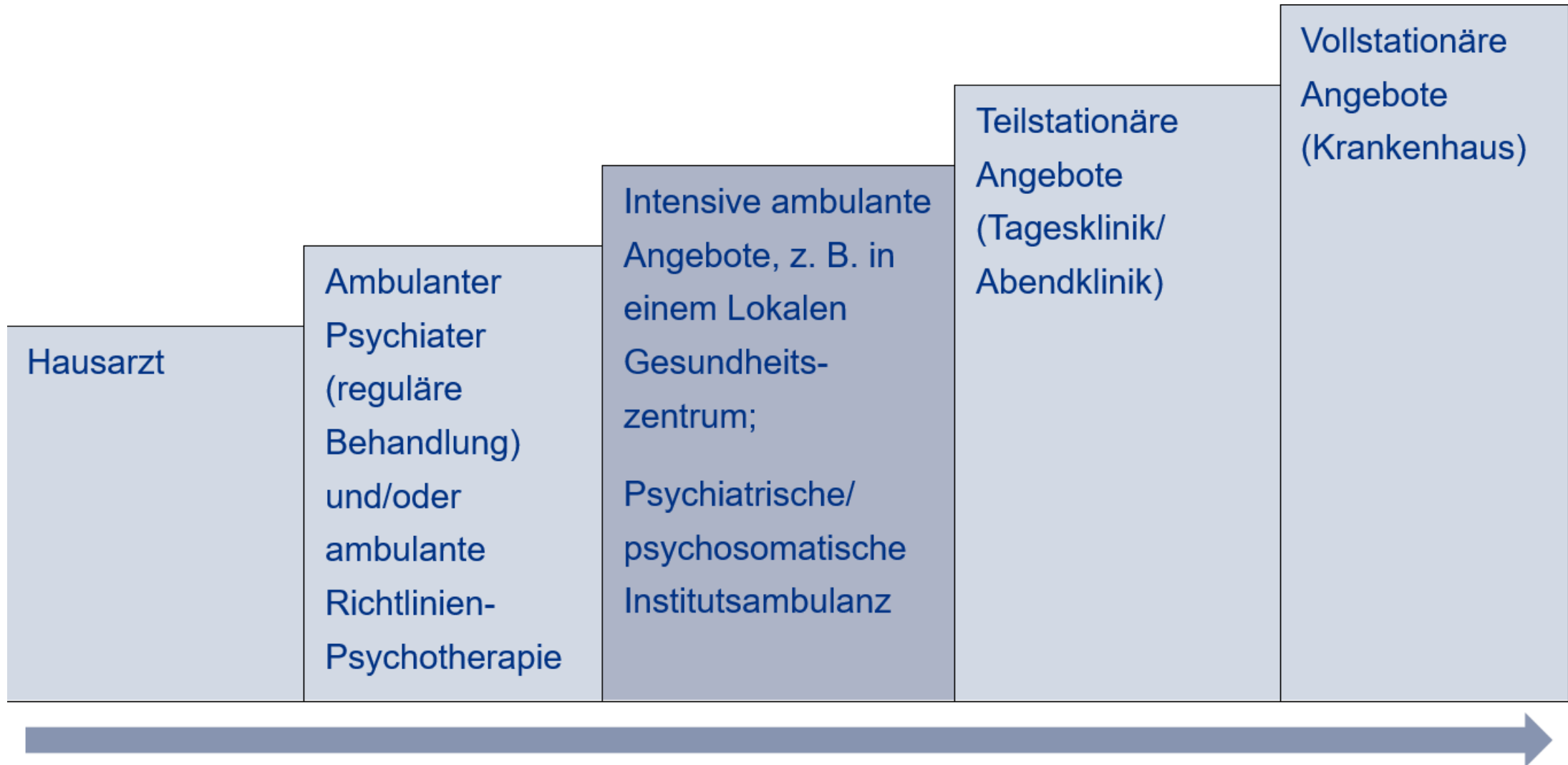


Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der SVR-Befragung.

Ergebnisse zur Koordinierung:

- Koordinationsarbeit derzeit entweder von Ärzten oder von Sozialarbeitern ausgeführt
- Wer könnte in Zukunft die Hauptkoordinierungsrolle übernehmen?
Mehrheitlich: ärztliche Leistungserbringer, eher nicht Case Manager
 - bei leichteren Fällen: Hausärzte, niedergelassene Psychiater
 - bei schwereren Fällen: Institutsambulanzen, niedergelassene Psychiater

- **Ausbau ambulanter und teilstationärer Kapazitäten**
- Je nach Entwicklung der stationsäquivalenten Behandlung:
Schaffung neuer intensiv-ambulanter Angebote,
z. B. mit Möglichkeit eines multimodalen Therapieangebots
- **Bedarfsplanung in Psychiater und Neurologen auftrennen** für größere
Transparenz und präzisere Planung
- **Überprüfung der Auslastung von KV-Sitzen**, ggf. anteilige Sitze stärken und
Kapazitäten anpassen



Zunehmende Intensität / Krankheitsschwere

- **Koordinationsverantwortung klar verorten**,
z. B. verbindlich bei einem Leistungserbringer („Staffelmodell“),
flankiert von angemessener Koordinationspauschale
- **Verstärkt Angebote für psychisch Erkrankte in „Lokalen Gesundheitszentren“** einbetten, z. B. mit Sozialarbeitern für koordinative Aufgaben und sektorenübergreifende Ansätze
- **Chancen digitaler Angebote nutzen**, beispielsweise für
 - niedrigschwellige Behandlung
 - begleitende digitale Angebote
 - die Koordination einer gestuften Versorgung mit TerminvergabenDabei auf **einheitliche und konsequente Qualitätssicherung** achten

- BÄK (Bundesärztekammer) (2018): Ärztestatistik (jeweils für die Jahre 2002–2017).
URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/>
- GBE-Bund (2018): Fachabteilungen, Betten (Anzahl und je 100.000 Einwohner), Fälle, Berechnungs-/Belegungstage, Nutzungsgrad und Verweildauer in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.
URL: www.gbe-bund.de
- Hauth, I. (2017): Versorgung neu gedacht. In: Hauth, I., Falkai, P. und Deister, A. (Hrsg.): Psyche. Mensch. Gesellschaft. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2018): Gesundheitsdaten. Vertragsärztliche Versorgung.
URL: gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16392.php