Koordinierte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

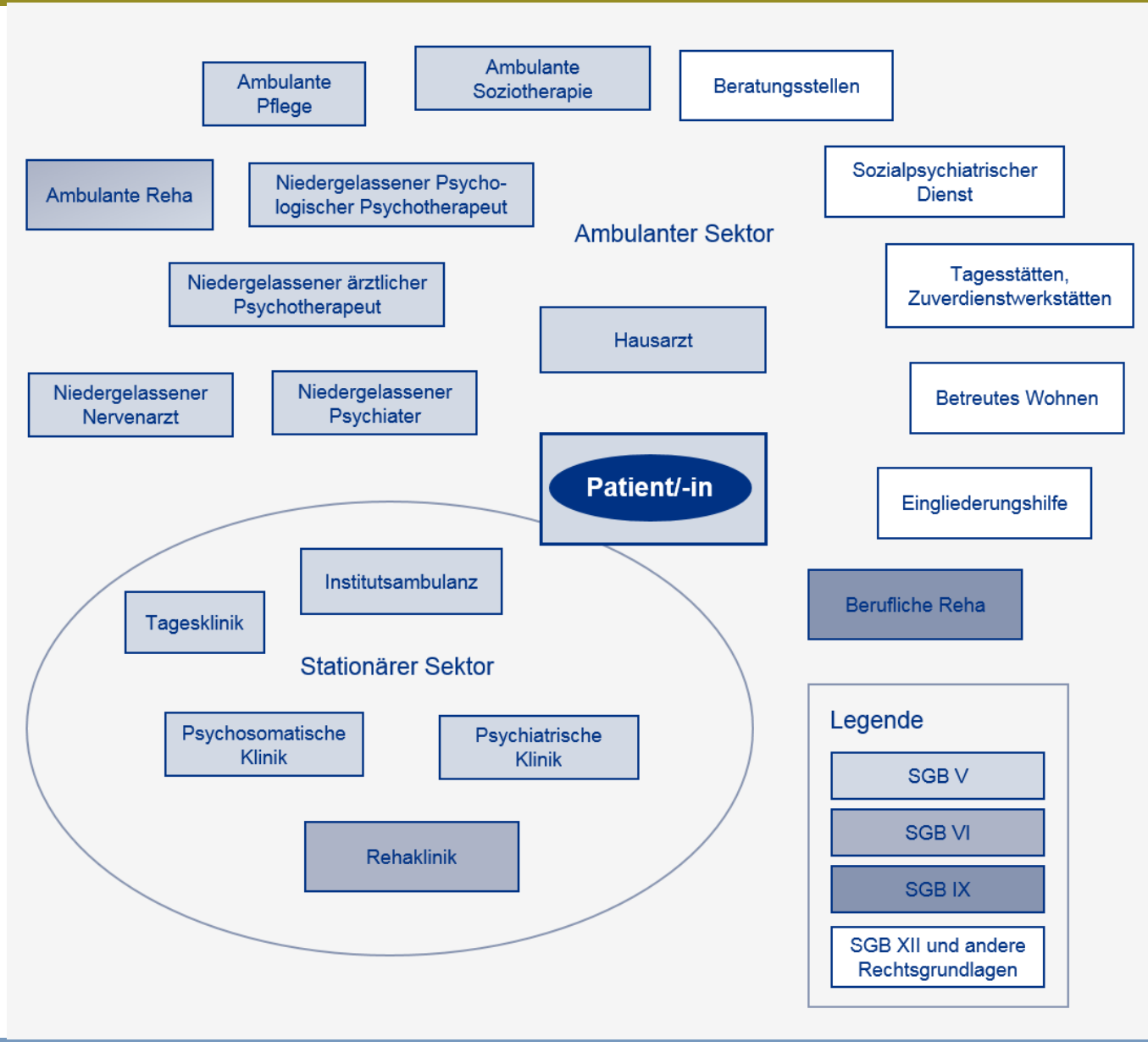
Ergebnisse einer Befragung und Empfehlungen aus dem letzten Gutachten des Sachverständigenrates

Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Universität Bielefeld

BMG-Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch kranke Menschen

Berlin, 6. November 2018

Komplexes Versorgungssystem



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

Struktur des Vortrags

- Status quo der Angebotskapazitäten
- Neuere Ansätze und Entwicklungen
- Bundesweite Befragung des SVR zur koordinierten Versorgung
- Empfehlungen des SVR

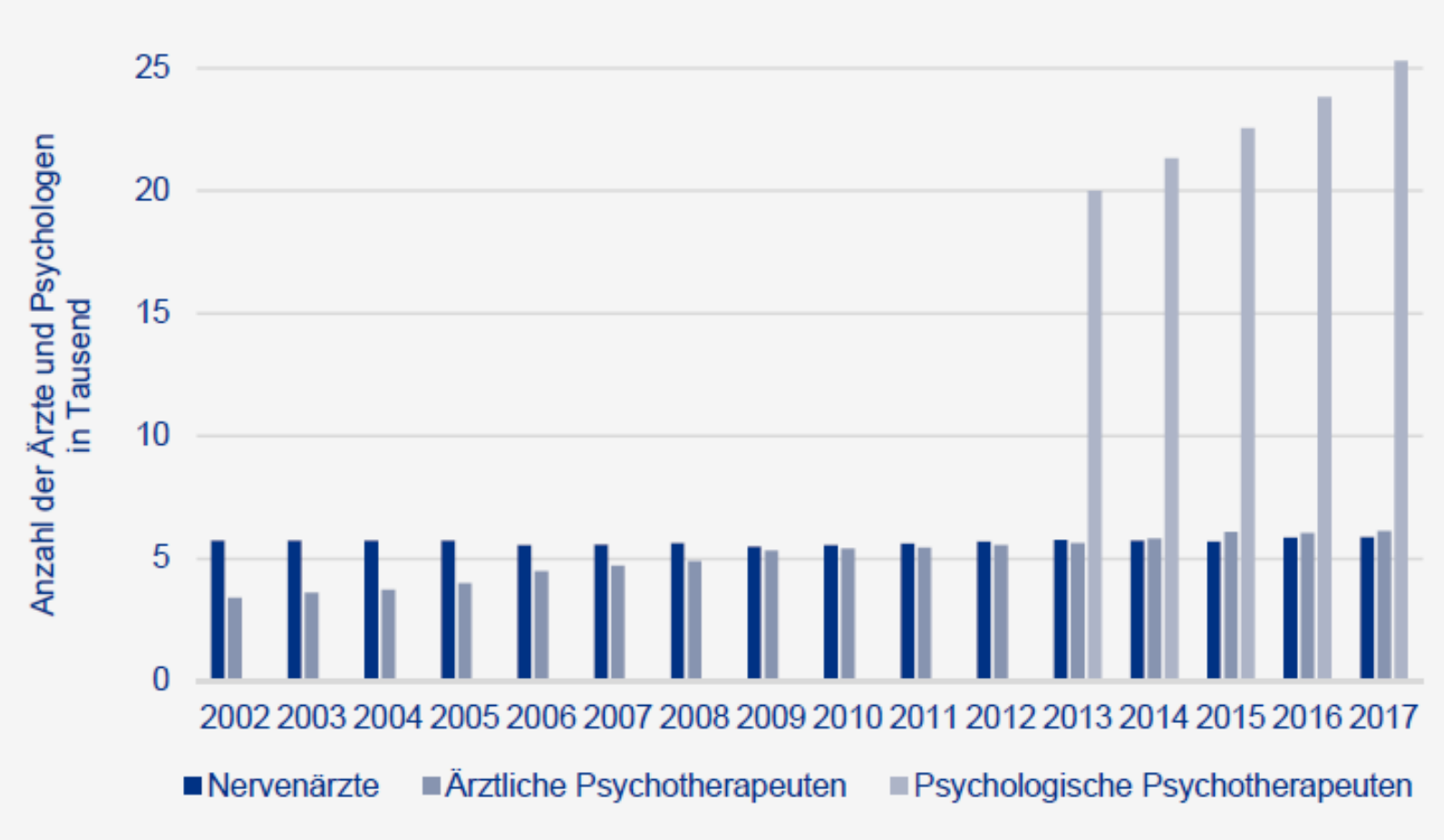
Ärzte- und Psychologenzahlen steigend

Ärzte in der ambulanten und stationären Versorgung (zusammen)

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten der Ärztestatistik der BÄK (2018).

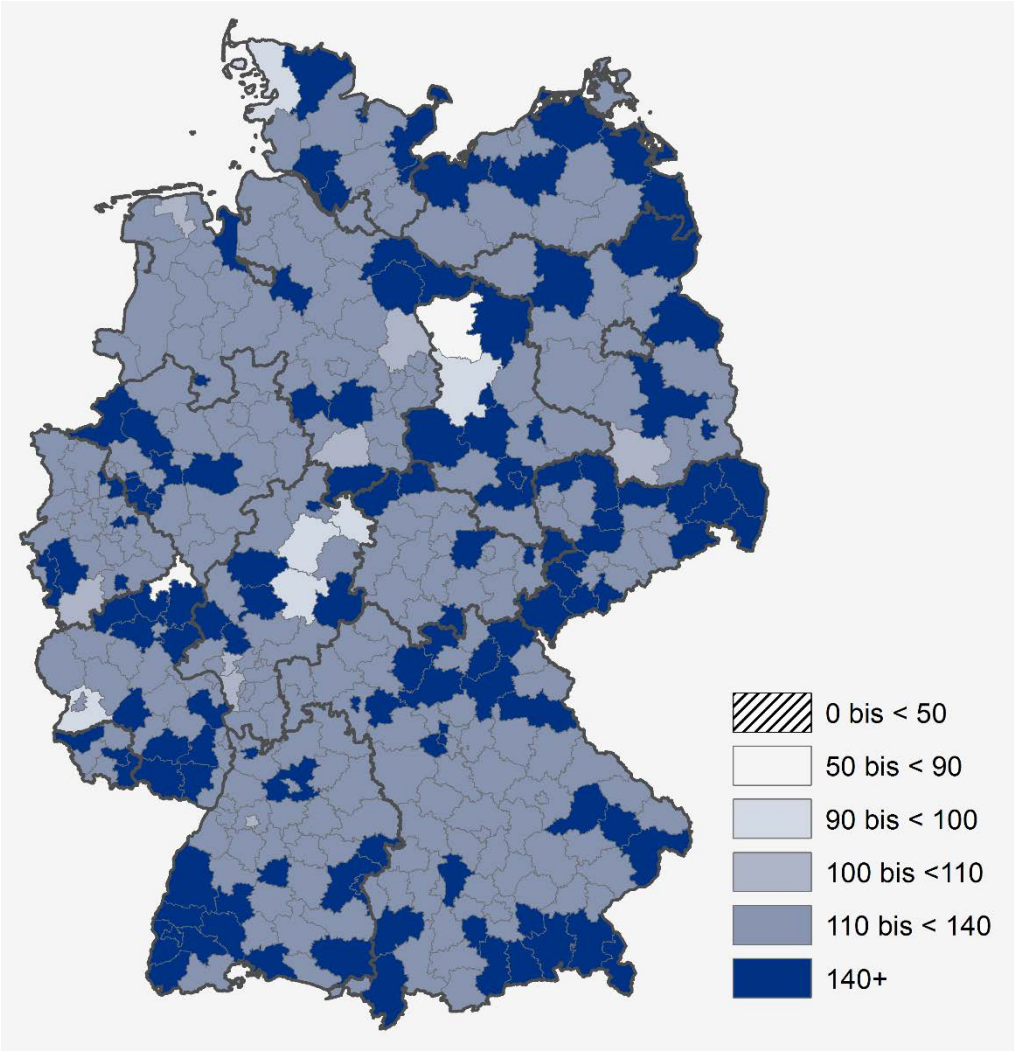
Ärzte- und Psychologenzahlen steigend

Ärzte und Psychologen in der vertragsärztlichen Versorgung

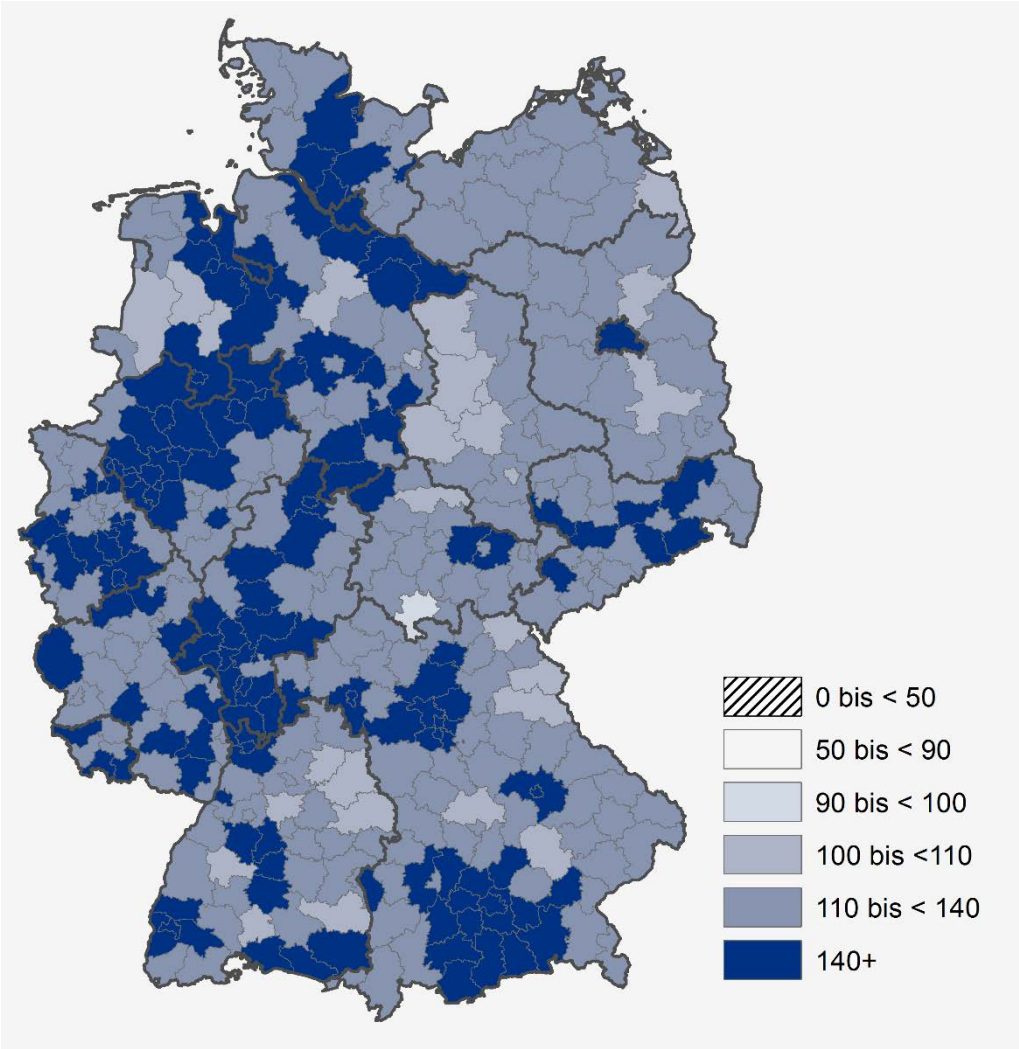


Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2018).

Ambulante Versorgungsgrade



Bedarfsplanungsgruppe „Nervenärzte“ (Ärzte)



Bedarfsplanungsgruppe „Psychotherapeuten“ (Ärzte und Psychologen)

Quelle: KBV auf individuelle Anfrage.

Bettenzahlen: wieder leicht steigend

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von GBE-Bund (2018).

Quelle: KBV auf individuelle Anfrage.

Status quo der Angebotskapazitäten

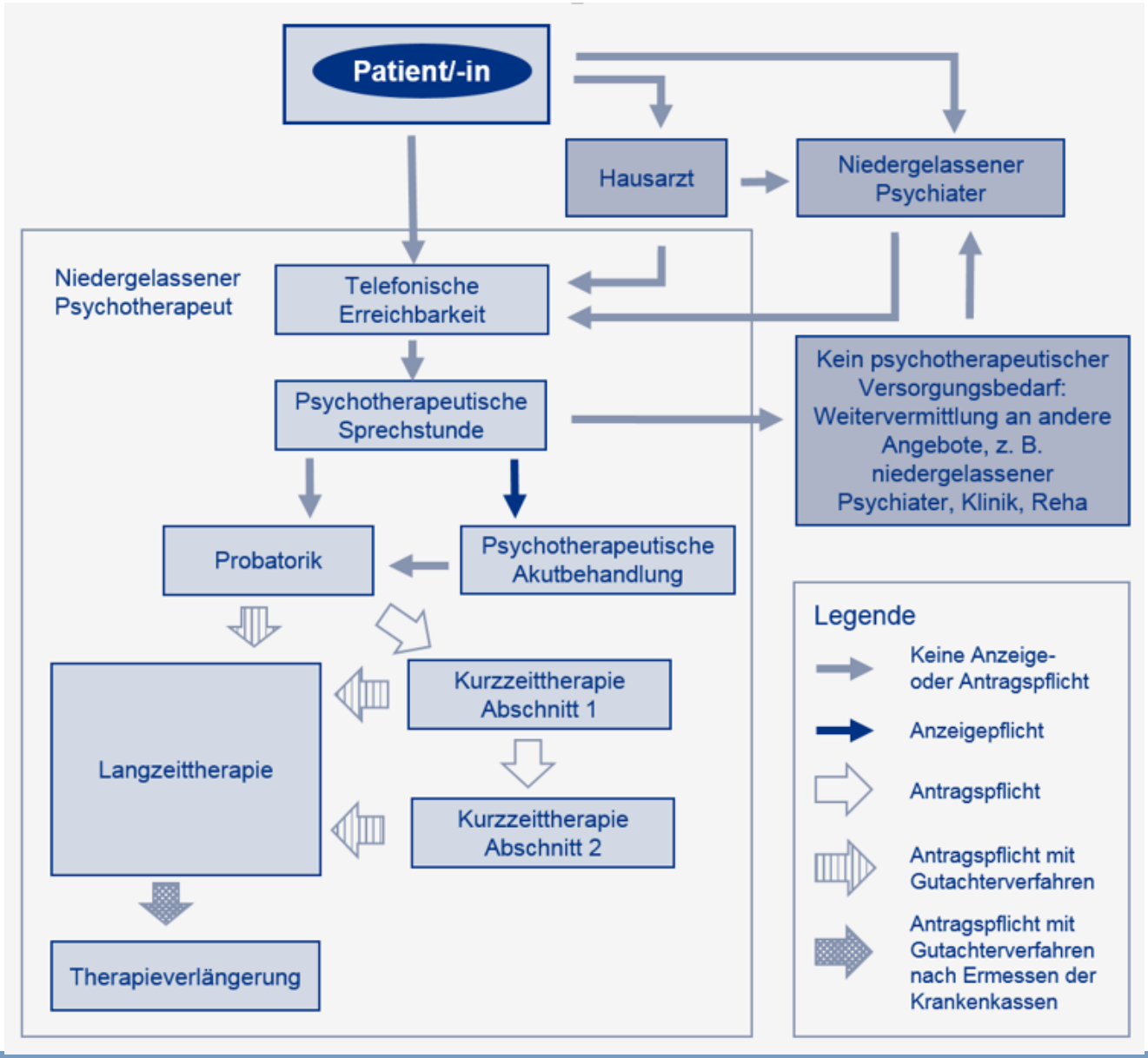
- **Besondere Komplexität** im Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen durch Vielzahl an unterschiedlichen Leistungserbringern
- **Sektorengrenzen** auch in der psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung an vielen Stellen ausgeprägt und nachteilig für Koordination
- **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

Neuere Ansätze und Entwicklungen

Neuere Ansätze und Entwicklungen

- **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**, v.a. zur sektorübergreifenden Versorgung und zu innovativen Honorargestaltungen
- **Innovationsfonds-Projekte** (im Sommer 2018 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 Geflüchtete)

Typische Zugangswege in der ambulanten Psychotherapie



Quelle: Eigene Darstellung

Bundesweite Befragung des SVR zur koordinierten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Bundesweite Befragung zur koordinierten Versorgung

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 Chefärzte/innen (Psychiatrie und Psychosomatik) in Krankenhäusern, 245 Ärzte/innen/Psychologen/innen in Praxen/MVZ

Bundesweite Befragung zur koordinierten Versorgung

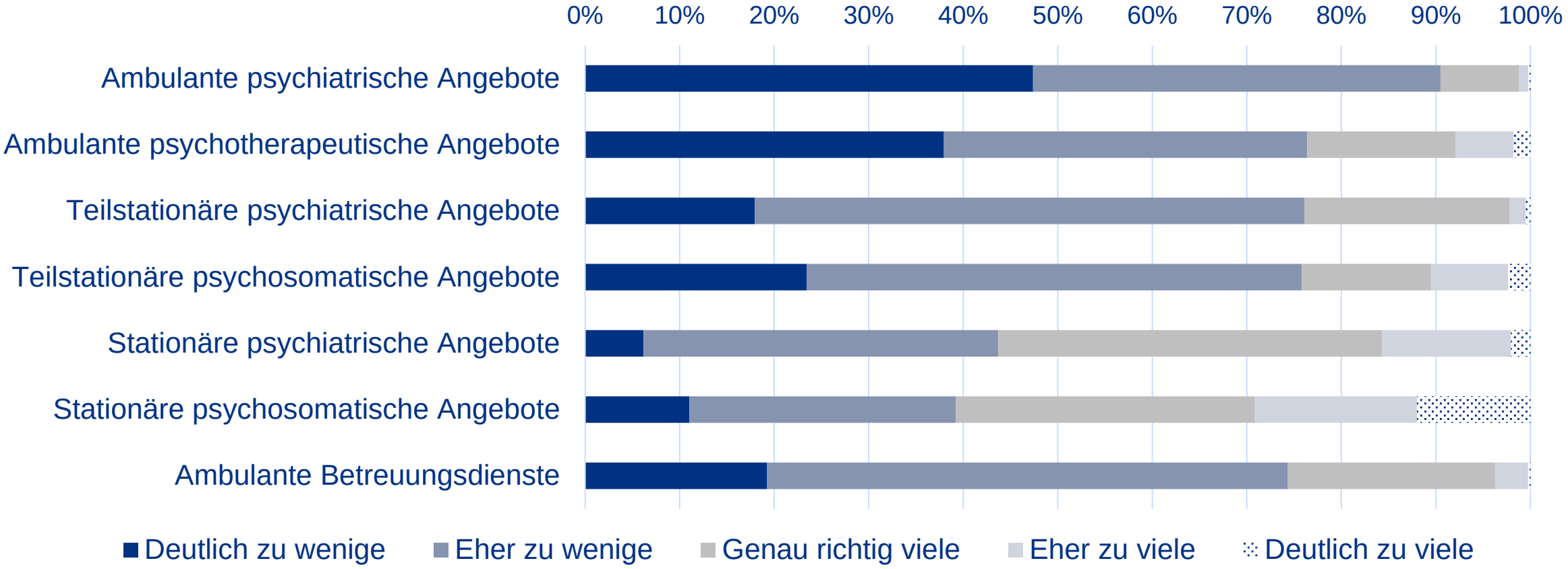
Geschätzte Wartezeiten auf unterschiedliche Versorgungsangebote

Versorgungsangebot	Geschätzte Wartezeit (gerundet)
Ambulante psychiatrische Behandlung	2 Monate
Ambulante psychotherapeutische Behandlung	4 Monate
Tagesklinische psychiatrische Behandlung	1,5 Monate
Tagesklinische psychosomatische Behandlung	2 Monate
Elektivstationäre psychiatrische Behandlung	1 Monat
Elektivstationäre psychosomatische Behandlung	2 Monate
Stationäre somatische Pflegeeinrichtung	1 Monat
Stationäre Einrichtung in der Eingliederungshilfe	3 Monate

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der SVR-Befragung.

Bundesweite Befragung zur koordinierten Versorgung

„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.

Bundesweite Befragung zur koordinierten Versorgung

Ambulant-sensitive Krankenhausfälle:

- 20% (Klinik-Befragung) bis 30% (Praxen-Befragung) der stationären Aufenthalte seien vermeidbar, wenn mehr ambulante Angebote verfügbar wären
- besonders Fälle von Patienten mit affektiven Störungen und Angststörungen.

Notfälle (nur psychiatrische Kliniken befragt):

- Die Notaufnahmen seien für ca. 65 % der dortigen Patienten die richtige Versorgungsebene

Bundesweite Befragung zur koordinierten Versorgung

Passendes Versorgungsangebot für Patienten, die nicht in der Notaufnahme richtig sind (Frage an psychiatrische Kliniken)

Passendes Versorgungsangebot für Patienten, die nicht in der Notaufnahme richtig sind	Zustimmung
Hausarzt	17 %
Niedergelassener Facharzt für Psychiatrie	61 %
Niedergelassener Facharzt für Psychosomatische Medizin	8 %
Niedergelassener Psychotherapeut	24 %
KV-Bereitschaftsdienst	10 %
Elektive teilstationäre Versorgung	24 %
Elektive stationäre Versorgung	18 %
Pflegeeinrichtung	12 %
Gar keine medizinische oder pflegerische Versorgungsebene	4 %
Sonstiges	19 %

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der SVR-Befragung.

Bundesweite Befragung zur koordinierten Versorgung

„Bei Fehlinanspruchnahmen von Notaufnahmen: Woran scheitert die Inanspruchnahme der im Einzelfall geeigneteren Versorgungsebene am häufigsten?“ (Frage an psychiatrische Kliniken)

Ursache für Fehlinanspruchnahme der Notfallstrukturen	Zustimmung
Wartezeit auf ambulanten Termin	66 %
Wartezeit auf elektive (teil-)stationäre Aufnahme	25 %
Zu weite Wege zu bestimmten Versorgungsangeboten	19 %
Fehleinschätzung der Dringlichkeit oder der medizinischen Behandlungsbedürftigkeit durch Patienten	34 %
Fehlinanspruchnahme durch Patienten aus Nichtwissen um Alternativen	32 %
Fehlinanspruchnahme durch Patienten aus Komfortgründen	26 %
Fehlüberweisung von ambulantem Leistungserbringer oder anderer stationärer Abteilung/Klinik	24 %
Sonstiges	11 %

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der SVR-Befragung.

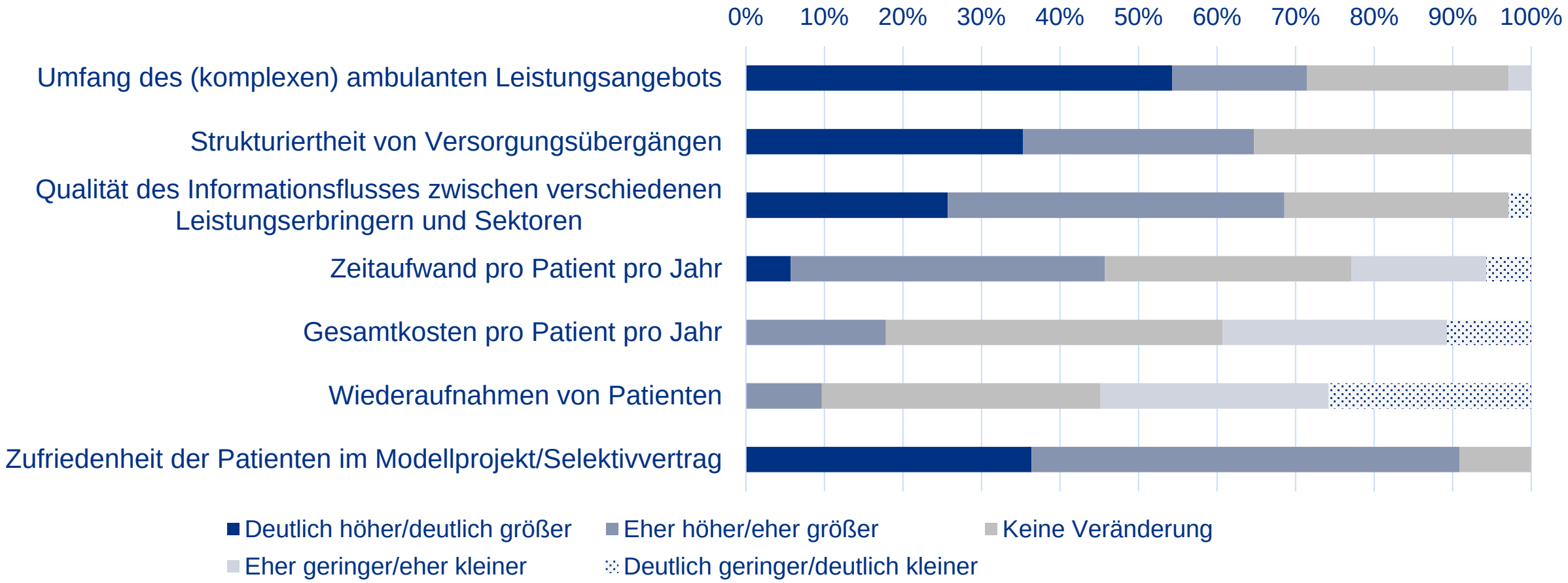
Bundesweite Befragung zur koordinierten Versorgung

Ergebnisse zu neuen Versorgungsformen und Finanzierung:

- Zufriedenheit bei Teilnehmern an Selektivverträgen und Modellvorhaben (größeres ambulantes Angebot, strukturiertere Versorgungsübergänge, ca. gleichbleibende Kosten)
- Skepsis gegenüber neuer Finanzierung gemäß PsychVVG
- Vom Home-Treatment gemäß PsychVVG wird eine Verbesserung erwartet

Bundesweite Befragung zur koordinierten Versorgung

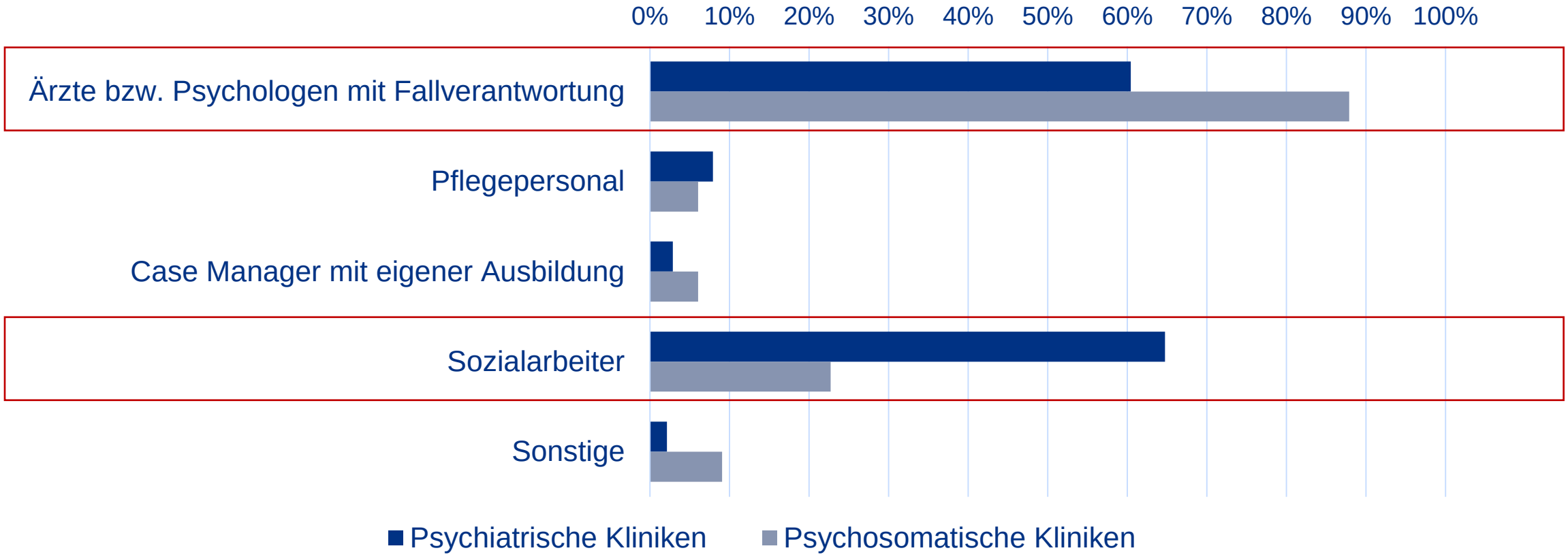
„Wie sehr treffen folgende Eigenschaften auf Ihren Selektivvertrag zu?“
(falls Selektivvertrag vorhanden, n = 35)



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der SVR-Befragung.

Bundesweite Befragung zur koordinierten Versorgung

„Wer führt in Ihrer Einrichtung den größten Teil der Koordinationsarbeit zu anderen Leistungserbringern durch?“



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der SVR-Befragung.

Bundesweite Befragung zur koordinierten Versorgung

„Wer soll die Hauptkoordinierung bei psychischen Erkrankungen durchführen?“

Bei leichteren psychischen Erkrankungen:

- Hausärzte (ca. 55%-85% je nach Befragungsgruppe), niedergelassene Ärzte für Psychiatrie bzw. Psychosomatik. In der Praxen-Befragung zusätzlich auch: Psychotherapeuten.
- *nicht* häufig genannt: PIAs, Case Manager, Pflegekräfte

Bei schwereren psychischen Erkrankungen:

- Klinik-Befragung: PIAs (fast 90%), niedergelassene Ärzte (ca. 60%-80%)
- Praxen-Befragung: Niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie (ca. 90%), PIAs
- *deutlich weniger*: Hausärzte, *weiterhin wenig*: Case Manager, Pflegekräfte

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der SVR-Befragung.

Anregungen der Befragungsteilnehmer (Auswahl):

Koordination

- Verpflichtendes Management bei Sektorübertritt
- Verortung der Koordinationsverantwortung
- Koordination von Psychotherapieplätzen auf z. B. Kreisebene
- Vorgabe fester Case Manager unter Einbezug der Angehörigen von Gesundheitsfachberufen/dezidierten Hilfsberufen für Koordination

Anregungen der Befragungsteilnehmer (Auswahl):

Angebotsstrukturen:

- Multimodale Komplexbehandlungen ambulant (wie stationär)
- Ausweitung der psychiatrischen Institutsambulanzen, z. B. 24-Stunden-Verfügbarkeit
- Bessere personelle Ausstattung des Sozialpsychiatrischen Dienstes
- Pflicht von Krankenkassen zur Beteiligung an Integrierter Versorgung (IV)
- Verbindliche Personaluntergrenzen
- Trennung der Werkstätten für geistig Behinderte und psychisch Behinderte
- Mehr geschlossene Heimplätze oder ähnliche Versorgungsangebote für „Verwahrfälle“ mit mehrjährigen Unterbringungsbeschlüssen

Anregungen der Befragungsteilnehmer (Auswahl):

Finanzierung:

- Vergütung für Koordinationsleistungen durch Ärzte oder auch andere Professionen
- Sektorenunabhängige Gesamtbudgets
- Capitation-Modelle
- Gesonderte Kalkulation des Vorhaltens von Notfallstrukturen
- Anreize zum Aufbau von psychosozialen Gesundheitszentren
- Leichtere Übergänge zwischen der Finanzierung nach SGB V und SGB XII
- Finanzierung zusätzlicher Psychologenstellen in den Kliniken
- Vergütung für Hilfeplankonferenzen bzw. für die Wege dorthin

Anregungen der Befragungsteilnehmer (Auswahl):

Rolle der Psychotherapeuten:

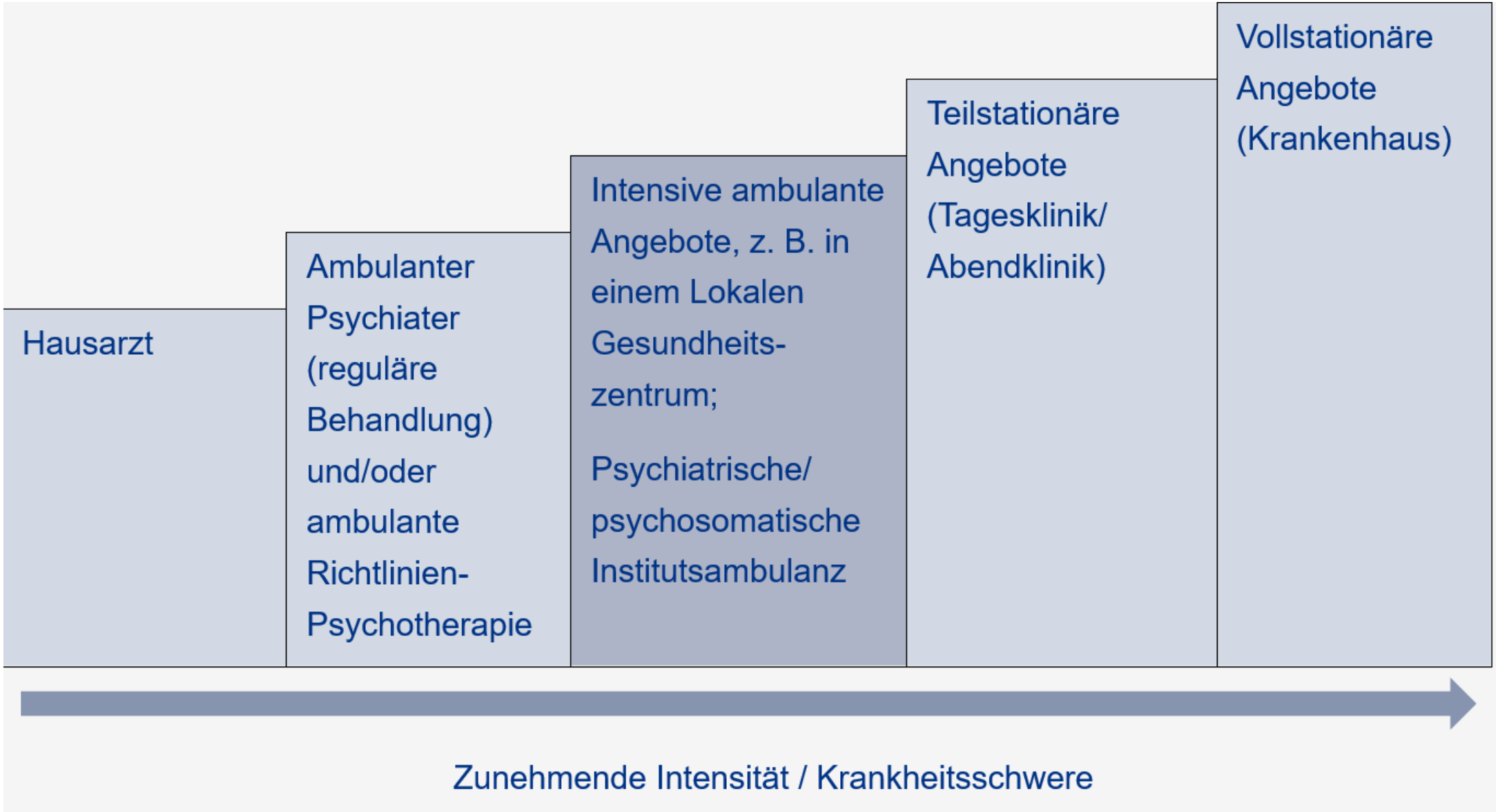
- Einbezug von psychologischen Psychotherapeuten bei Bereitschaftsdiensttätigkeiten
- Stärkere Beteiligung von Psychotherapeuten an der Versorgung Schwersterkrankter
- Möglichkeit der Krankschreibung durch psychologische Psychotherapeuten
- Kontakt mit ambulantem Psychotherapeuten vor Entlassung aus der Klinik
- MVZ-Leitung durch Psychotherapeuten
- Mehr Gruppentherapie

Empfehlungen des SVR

Empfehlungen I: Stärkung der ambulanten Versorgung

- **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

Modell einer gestuften Versorgung mit Angeboten unterschiedlicher Intensität



Empfehlungen II: Stärkung der Koordination

- **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 Terminvergaben

  Dabei auf **einheitliche und konsequente Qualitätssicherung** achten

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Kontakt:

Prof. Dr. Wolfgang Greiner

Universität Bielefeld

Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement (AG5)

Universität Bielefeld