

Psychiatrische Versorgungsstrukturen – Gegenwart und Zukunft
Fachtagung des LWL, Münster 21.5.2008

Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte im Spannungsfeld der neuen Versorgungsformen – Kooperation oder Konkurrenz?

Wolfgang Gaebel

Rheinische Kliniken Düsseldorf -
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf



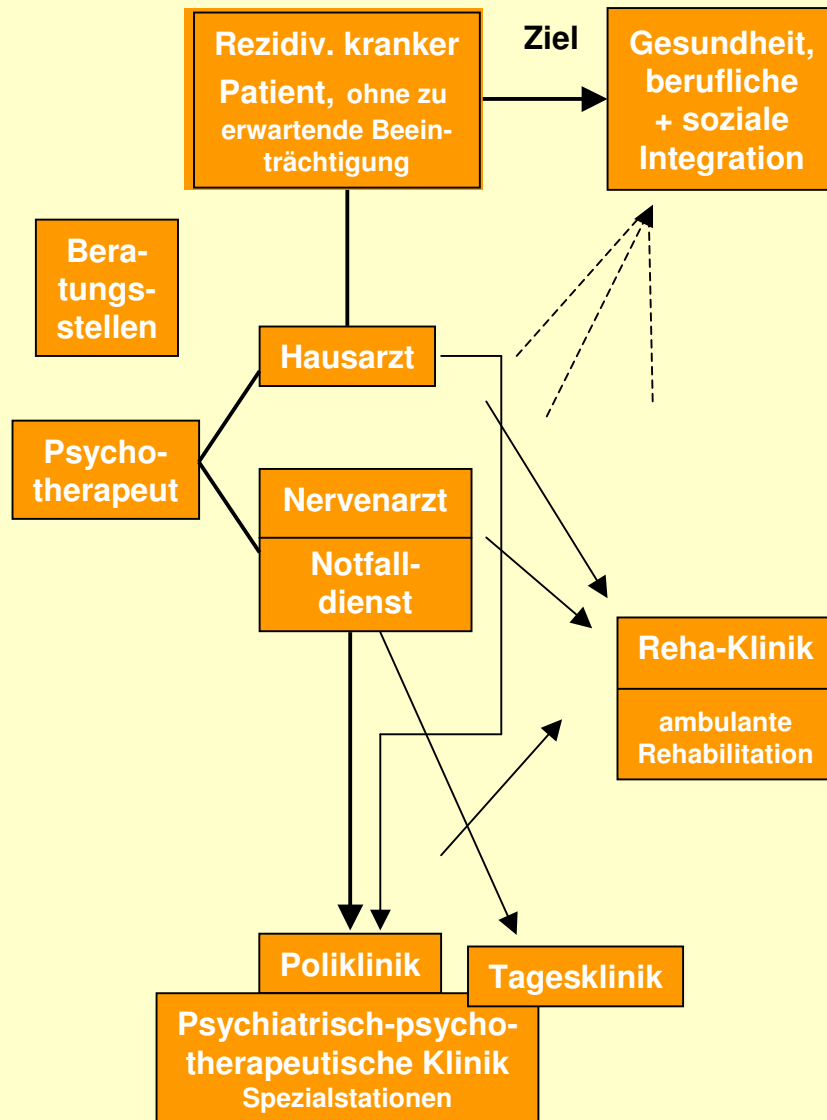
Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte im Spannungsfeld
der neuen Versorgungsformen – Kooperation oder Konkurrenz?
Münster, 21.5.2008

- Ausgangssituation
- Konfliktfeld PIAs/Niedergelassene Ärzte
und Konfliktlösungen
- Neue Versorgungsformen
 - Aktuelle Projekte
 - Künftige Entwicklungen
- Zusammenfassung

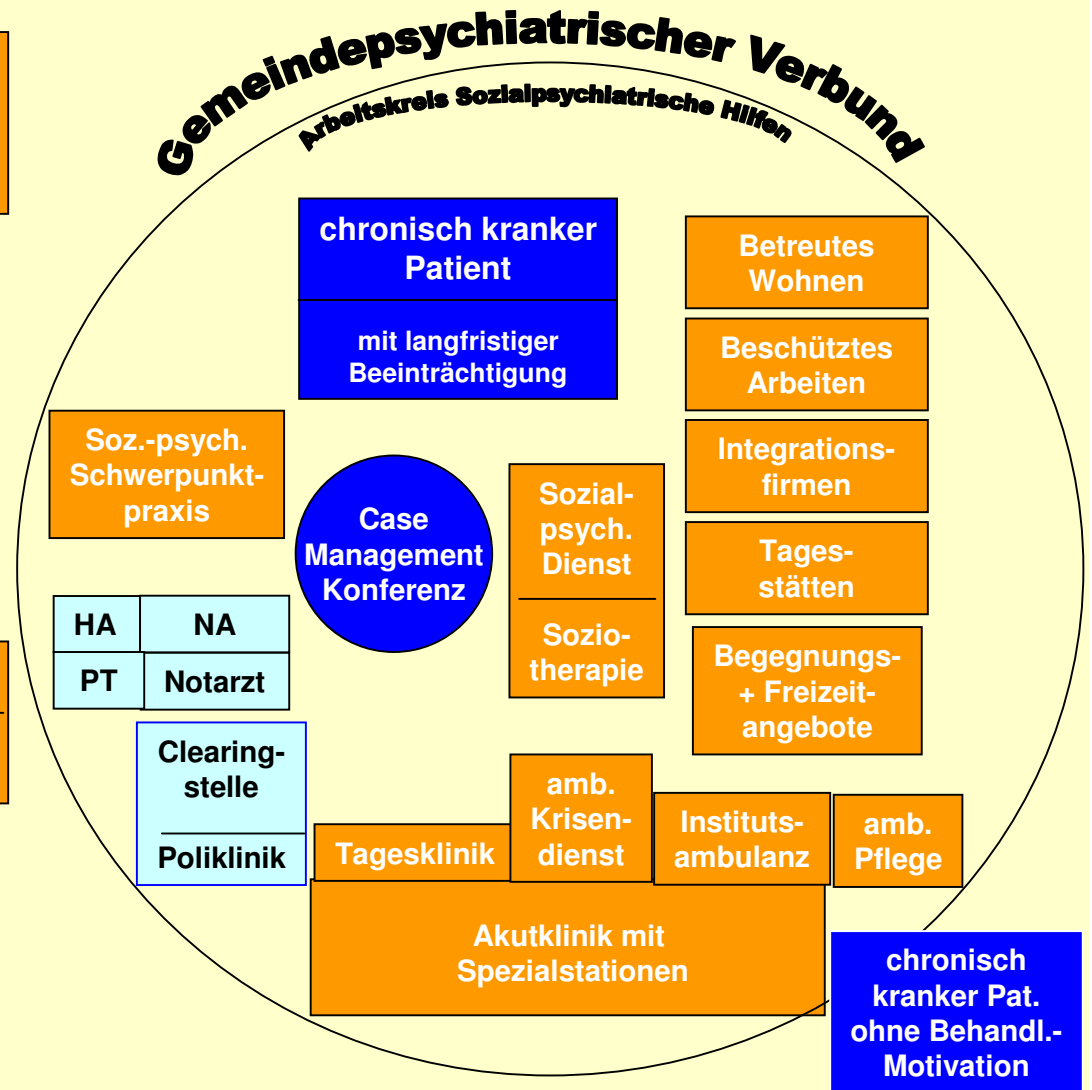
Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte im Spannungsfeld
der neuen Versorgungsformen – Kooperation oder Konkurrenz?
Münster, 21.5.2008

- **Ausgangssituation**
- Konfliktfeld PIAs/Niedergelassene Ärzte
und Konfliktlösungen
- Neue Versorgungsformen
 - Aktuelle Projekte
 - Künftige Entwicklungen
- Zusammenfassung

Netzwerke in der Betreuung a) akut und b) chronisch psychisch Kranker



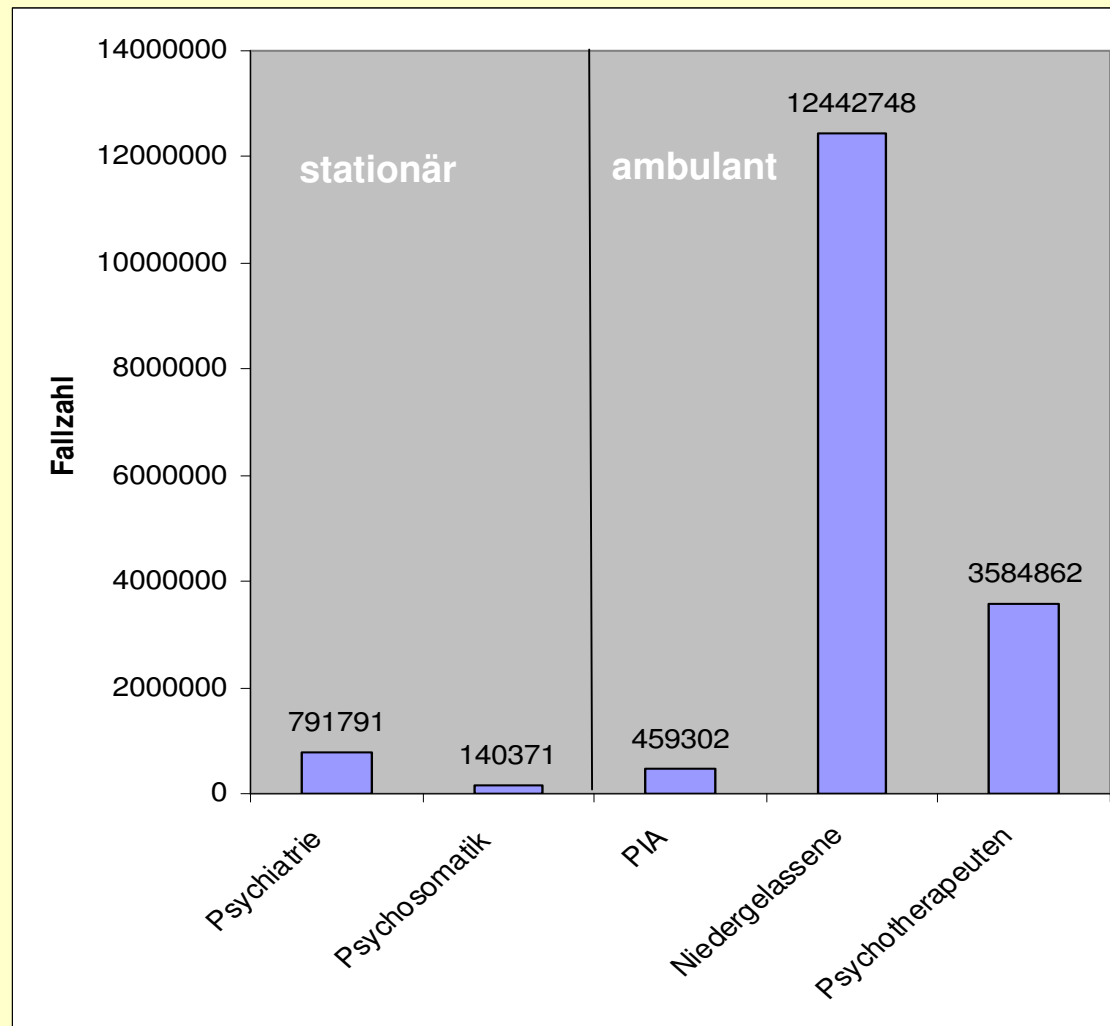
a)



b)

mod. nach Berger, 2004

Fallzahlen im Versorgungssystem



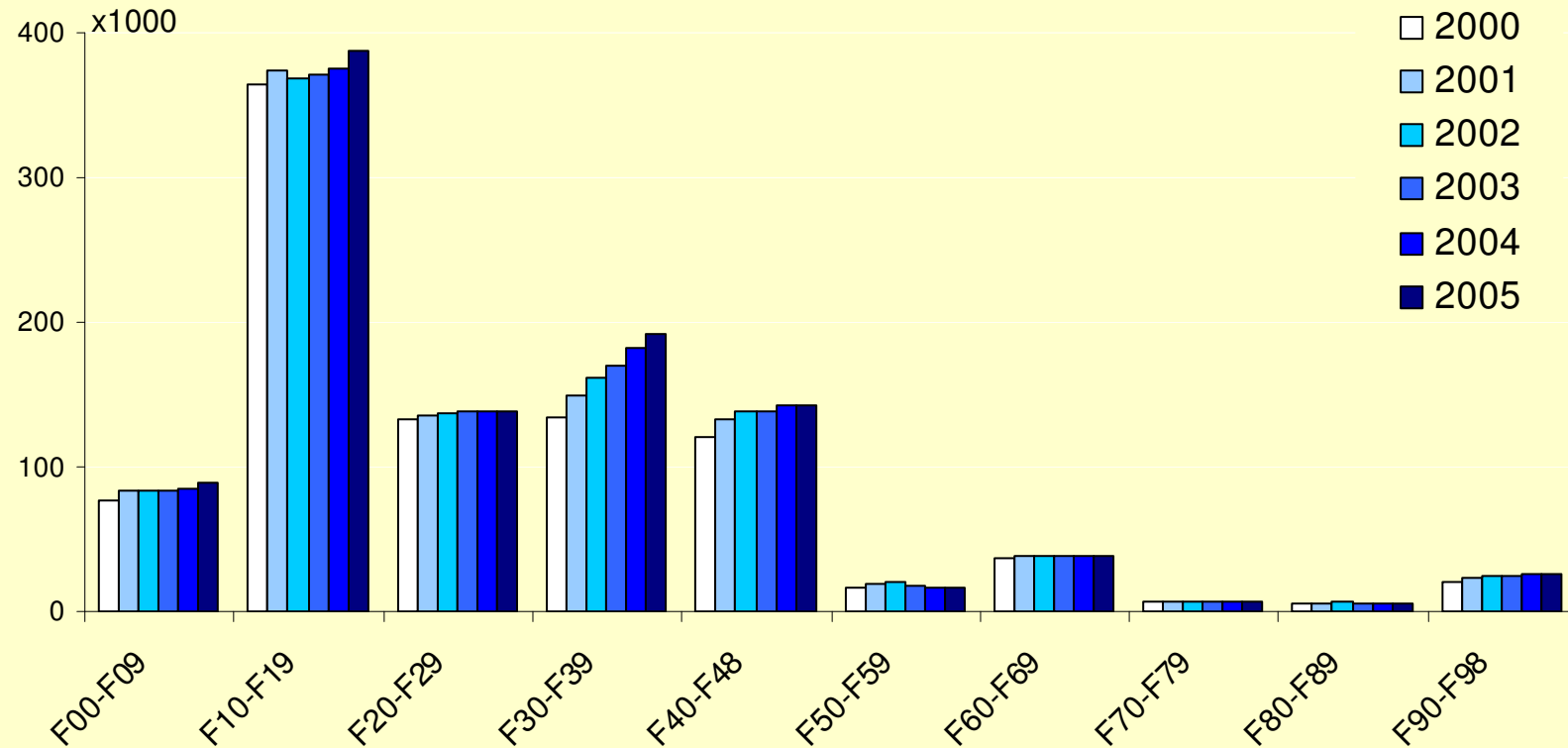
Quellen:

Psychiatrie/Psychosomatik Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (2006)

PIA AOLG-Bericht (2005)

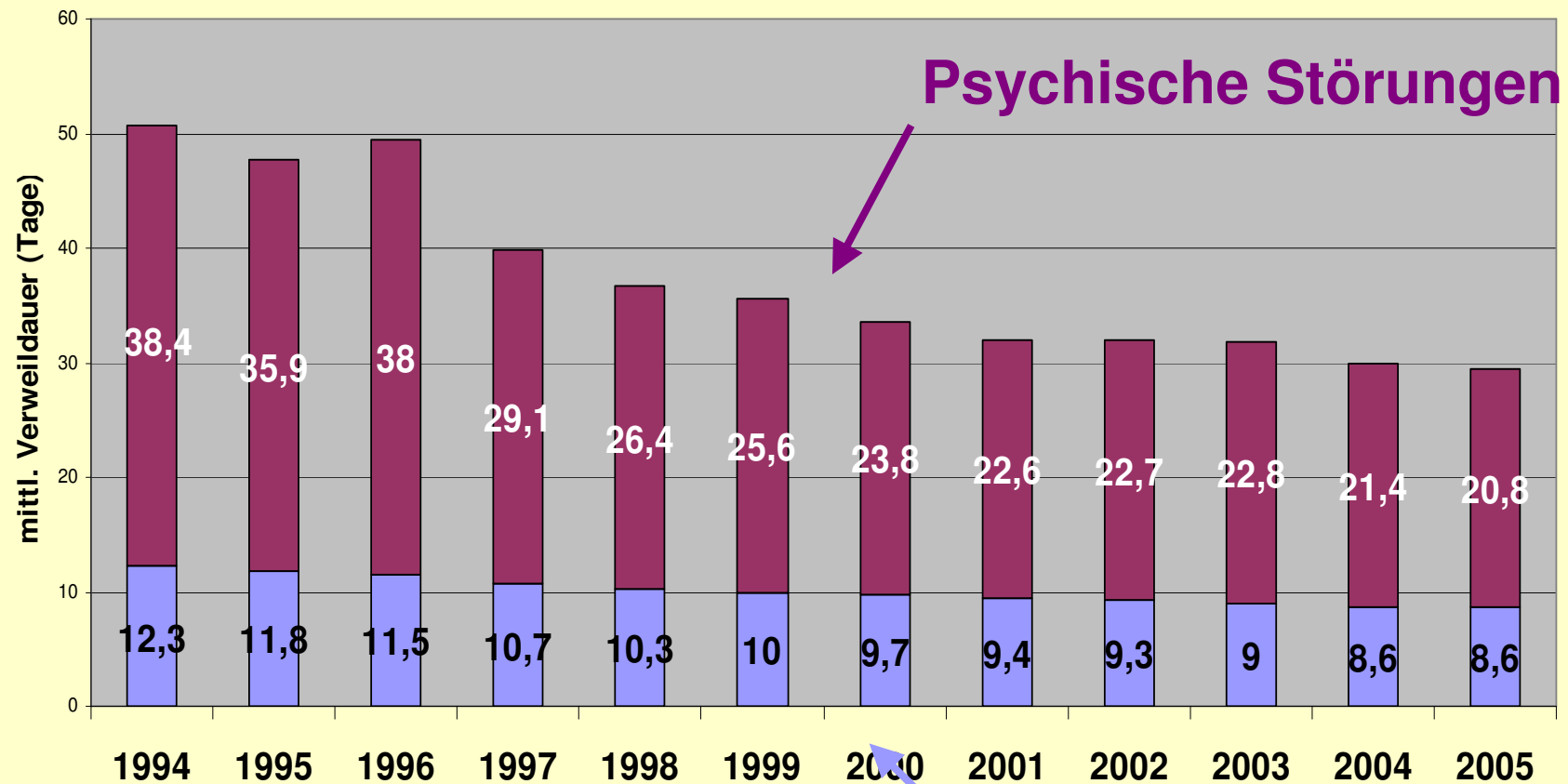
Niedergelassene und Ärztl./Psychol. Psychotherapeuten IGES-Gutachten (2004)

Steigende Fallzahlentwicklung stationärer Krankenhausfälle mit der Hauptdiagnose einer psychischen Störung 2000-2005



Krankenhausstatistik - Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern, Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn, 2007

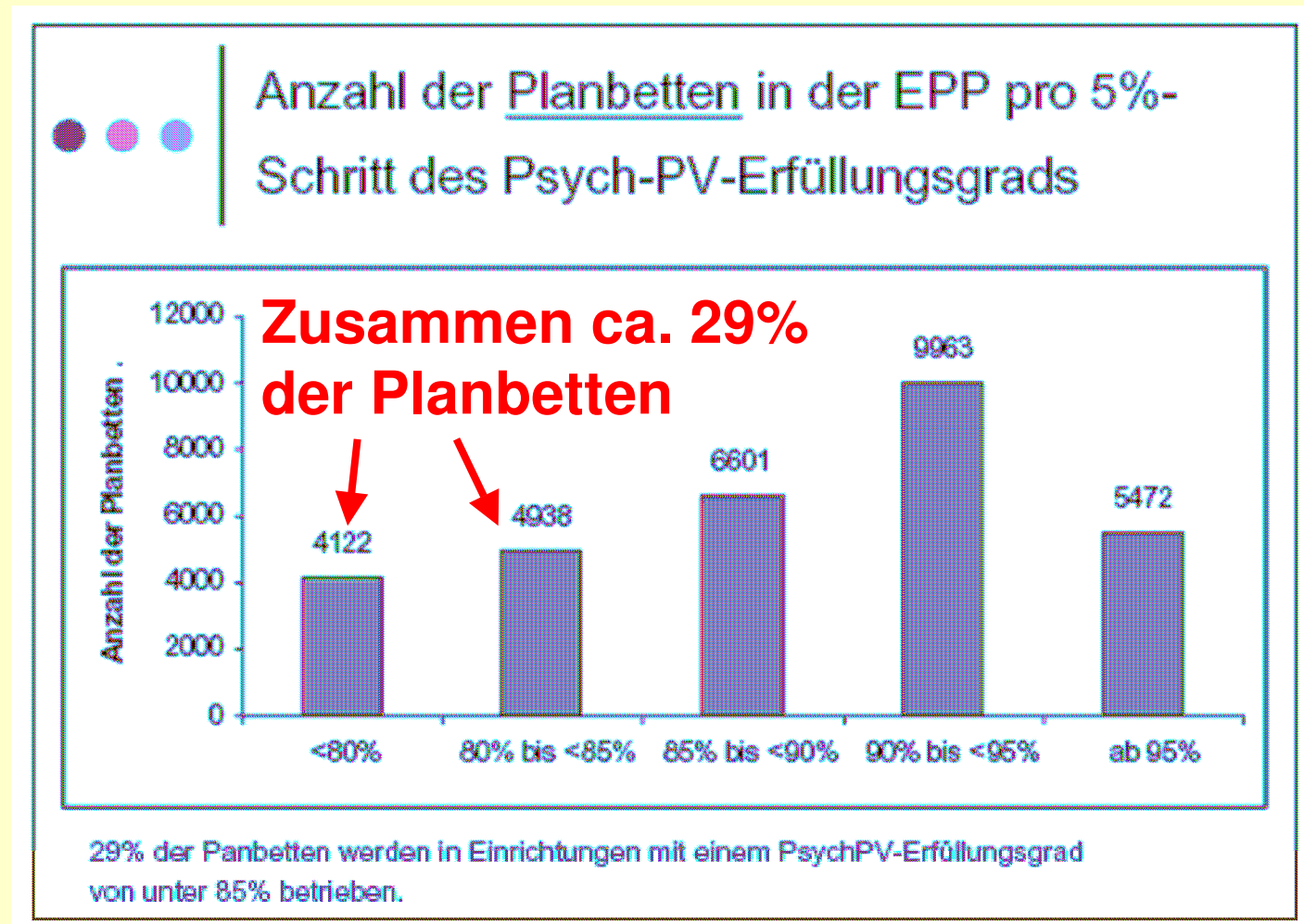
Rückläufige stationäre Verweildauern



Alle Diagnosen

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Rückläufige Personalausstattung nach PsychPV



**Aktion Psychisch Kranke (Hg.):
Evaluation der Psychiatrie-Personal-
verordnung. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2005**

Zunehmende administrative Belastung

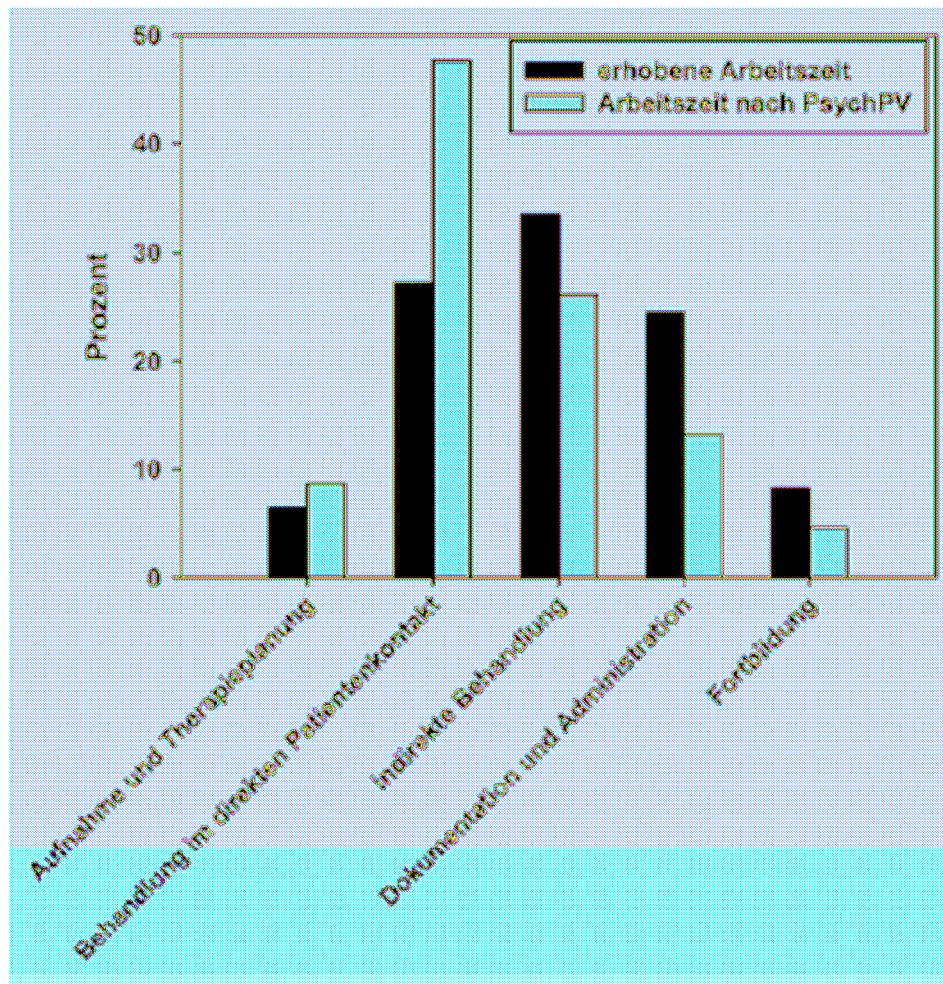
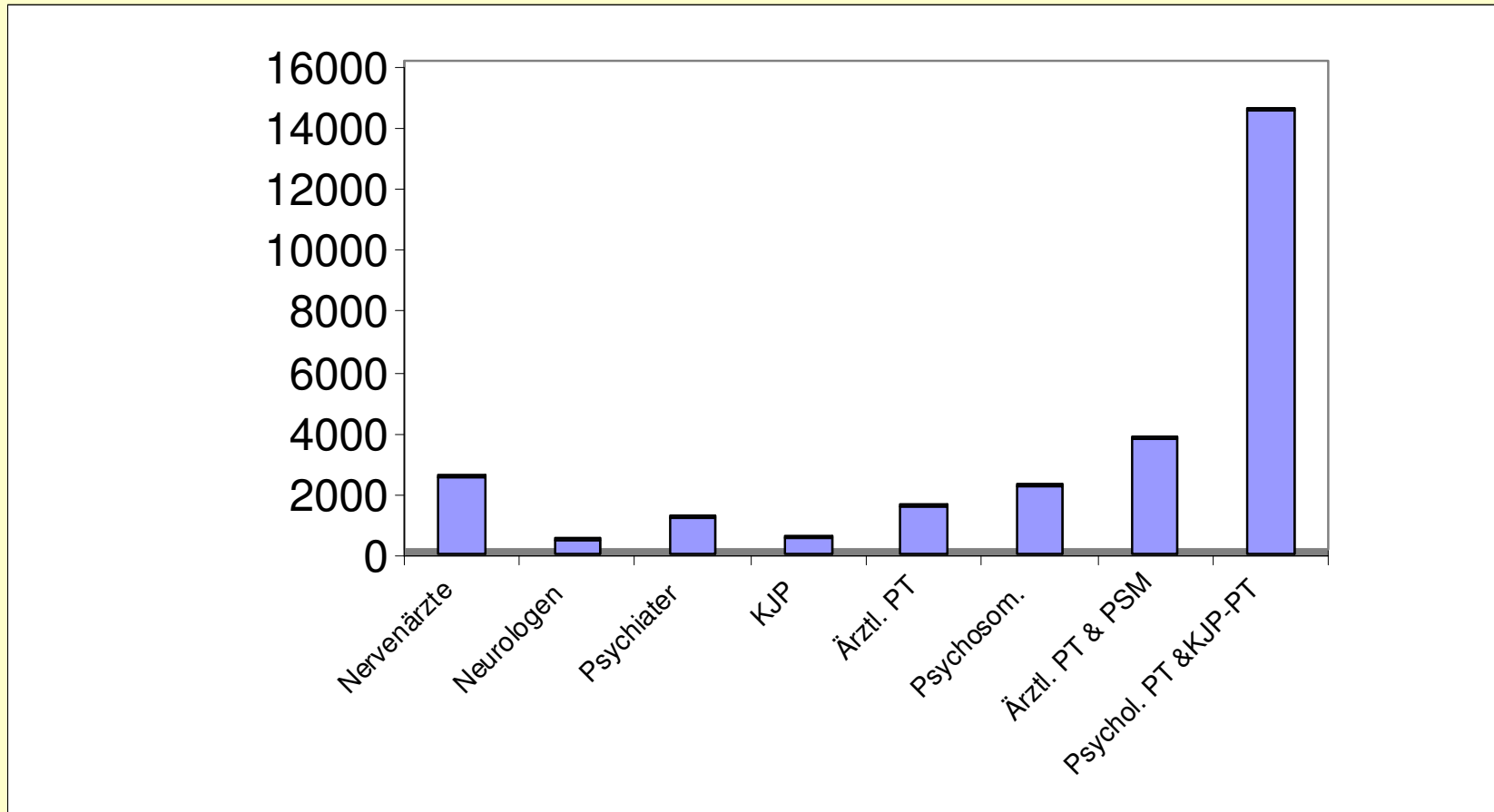


Abb. 1 ▲ Relativer Anteil der einzelnen Tätigkeitsbereiche an der gesamten ärztlichen Arbeitszeit (Ärzte im Stationsdienst): Vergleich der in der Tätigkeitsanalyse erhobenen Zeitwerte (100% = 55,9 Stunden) mit den gemäß PsychPV kalkulierten Werten (100% = 65,9 Stunden).

- Verringerung der Patientenkontakte
- Zunahme der administrativen Tätigkeiten
- „Verdichtung“ der Arbeitsbelastung durch Fallzahlerhöhung bei gleichzeitigem Verweildauerrückgang

**Putzhammer A et al.,
Nervenarzt 2006; 77: 372-376**

Ambulanter Versorgungsbereich: Anzahl der Fachgruppenvertreter



QUELLE: *Strukturen und Finanzierung der neurologischen und psychiatrischen Versorgung. Gutachten des IGES Instituts für BVDN, BDN und BVDP, Oktober 2007*

Problemfelder der Versorgung

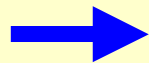
- **Administrativ-organisatorische Situation**
 - Fragmentierung des Leistungs- und Kostenträgersystems
 - Schnittstellenproblematik ambulant-stationär
 - Integrierte Versorgung bisher unzureichend in Versorgung psychisch Kranker umgesetzt
- **Ressourcenallokation?**
 - Überversorgung?
 - Doppelsträngigkeit der fachärztlichen Versorgung psychischer Erkrankungen
 - „Drei-Klassen-Psychiatrie“ (?) im Bereich der Psychotherapie
 - Unterversorgung?
 - Verweildauerverkürzung => Drehtürpsychiatrie?
 - Unzureichende Ressourcensteuerung zwischen den Versorgungsbereichen?
 - Unzureichende Konsiliarversorgung?
 - Fehlversorgung?
 - Versorgung psychisch Kranker in der somatischen Medizin, z.B. Komorbiditätsproblematik
- **Gesundheitsökonomische Situation**
 - Ambulante Finanzierung (ungleichmäßige Ressourcenverteilung)
 - Stationäre Finanzierung (Aushöhlung PsychPV; neues Entgeltsystem)

Kooperation und Verantwortung

Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung

Fazit: Die Versorgungsqualität lässt sich im Sinne des Abbaus von Über-, Unter- und Fehlversorgung weiter steigern. Auch in der Versorgungsforschung besteht weiter Handlungsbedarf, da diese einen wichtigen Beitrag zur Korrektur von Über-, Unter- und Fehlversorgung leisten kann, indem sie Verfahren zur Behebung von Qualitätsdefiziten der Versorgung evaluiert und behauptete Qualitätsfortschritte von Wettbewerbern objektiviert.

SACHVERSTÄNDIGENRAT
zur Begutachtung der Entwicklung
im Gesundheitswesen



DGPPN-Antrag im Rahmen der Ausschreibung der BÄK zur Versorgungsforschung
Verbesserung der Datenbasis anhand einer sektorenübergreifenden Analyse von
Routinedaten sowohl im kurativen als auch im rehabilitativen Bereich

→ daraus ergeben sich Hinweise für eine **Optimierung der Versorgung**

Initiativen der DGPPN zur Verbesserung der Gesundheitsberichtserstattung und Versorgungsplanung

- **Parlamentarischer Abend** in Berlin gemeinsam mit dem Aktionskreis Psychiatrie am 12. Juni 2007:

Gefährdet der ökonomische Druck die Behandlung und Versorgung von Menschen mit psychischen Krankheiten?

- Im Anschluss daran **Gespräche der DGPPN mit Mitgliedern des Bundestages** mit dem Ziel einer **Großen Anfrage** im Deutschen Bundestag zur Frage der Versorgung psychisch Kranker
- Aktuell Einladung der SPD-Bundestagsfraktion für den 2.6., 16.6. und 23.6.08 an die DGPPN zu **Fachgesprächen** mit den folgenden Themen:
 - *Gesundheitsberichtserstattung und Prävention bei psychischen Krankheiten*
 - *Vereinheitlichung und Aufbau integrierter Versorgung*
 - *Verbesserung der Nachsorge und Rehabilitation psychisch Kranker*
- **DGPPN-Projekt zur Versorgungsforschung** (Förderantrag bei der Bundesärztekammer) zum Thema:
Disziplinen- und Sektoren-übergreifende Versorgungs-Analyse mit dem Ziel einer Optimierung der Versorgungs-Situation von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen (Projektleiter: W. Gaebel)

Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte im Spannungsfeld
der neuen Versorgungsformen – Kooperation oder Konkurrenz?
Münster, 21.5.2008

- Ausgangssituation
- Konfliktfeld PIAs/Niedergelassene Ärzte
und Konfliktlösungen
- Neue Versorgungsformen
 - Aktuelle Projekte
 - Künftige Entwicklungen
- Zusammenfassung

Rechtliche Grundlagen

Fachkrankenhäuser

§ 118 Abs. 1 SGB V

Festlegung der Patientengruppe,
die wegen Art, Schwere oder Dauer
ihrer Erkrankung

oder

wegen zu weiter Entfernung zu
geeigneten Ärzten die Behandlung
durch PIAs benötigen

Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern

§ 118 Abs. 2 SGB V

Vertragliche Regelung des Zuganges

Gesetzliche Festlegung der Patienten-
gruppe, die wegen Art, Schwere
oder Dauer ihrer Erkrankung die
Behandlung durch PIAs benötigen

Aufgabenfelder der PIAs: Ziele

Kernziele (§1 der „Vereinbarung gemäß §118 Abs. 2 SGB V“ vom 14.2.2001)

Spezifischer Versorgungsauftrag für Kranke, die wegen der Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung eines solchen besonderen, krankenhausnahen Versorgungsangebotes bedürfen
Vermeidung stationärer Behandlung

Das Versorgungsangebot soll sich an Kranke richten, die von anderen Versorgungsangeboten nur unzureichend erreicht werden

- **Vermeidung von Krankenhausaufenthalten**
- **Verkürzung von Krankenhausaufenthalten**
- **Optimierung von Behandlungsabläufen**
- **Stabilisierung der sozialen Integration**
- **Gewährleistung der Behandlerkontinuität**

Aufgabenfelder der PIAs: Patientengruppen

Patientengruppen gemäß §3 der „Vereinbarung gemäß §118 Abs. 2 SGB V“ vom 14.2.2001

Personen, bei denen einerseits in der Regel langfristige, kontinuierliche Behandlung medizinisch notwendig ist und andererseits mangelndes Krankheitsgefühl und/oder mangelnde Krankheitseinsicht und/oder mangelnde Impulskontrolle der Wahrnehmung dieser kontinuierlichen Behandlung entgegenstehen

Langfristige, kontinuierliche Behandlung ist indiziert bei psychischen Krankheiten mit chronischem oder chronisch-rezidivierendem Verlauf. Dazu gehören insbesondere

- **Schizophrenien**
- **Affektive Störungen**
- **Schwere Persönlichkeitsstörungen**
- **Suchtkrankheiten mit Komorbidität**
- **Gerontopsychiatrische Krankheiten**

Behandlungsbedarf besteht auch wenn der Kranke

- In der Vergangenheit eine notwendige, kontinuierliche Behandlung nicht aus eigenem Antrieb in Anspruch genommen hat
- Die notwendige kontinuierliche Behandlung nicht stattgefunden hat
- Im Einzelfall bei Ersterkrankungen oder bei Erkrankungen von erst sehr kurzer Dauer zur Vermeidung einer stationären Aufnahme
- Bei der geplanten Entlassung, wenn die o.g. Kriterien der Schwere der Erkrankung erfüllt sind und mit Wahrscheinlichkeit damit zu rechnen ist, dass der Kranke die medizinisch notwendige, kontinuierliche Behandlung anderenorts nicht wahrnehmen wird.

Aufgabenfelder der PIAs: Leistungsinhalte

Gemäß §5 der „Vereinbarung gemäß §118 Abs. 2 SGB V“ vom 14.2.2001

Facharztstandard

Gewährleistung der Behandlungskontinuität

Multiprofessionelle Komplexleistung des gesamten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsspektrums

- **Psychopathologische Befunderhebung**
- **Psychologische Testung (Psychometrie)**
- **Psychopharmakotherapie**
- **Sozialtherapie**
- **Psychoedukation in indikativen Gruppen unter Einbezug der Angehörigen**
- **Psychotherapie**
- **Notfalldienst außerhalb der regulären Dienstzeiten**

PIAs: Versorgungsrealität

Stand Februar 2007 (AOLG-Bericht):

- 418 Institutsambulanzen der Psychiatrie und Psychotherapie auf Grundlage von §118 SGB V
- 155 Institutsambulanzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Lt. einer Umfrage der BAG der Träger psychiatrischer Krankenhäuser (213 beteiligte PIAs aus dem Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie)

- Sind 91,5% der PIAs in einen regionalen Pflichtversorgungsauftrag eingebunden
- Schwanken die Fallzahlen zwischen 254 Fällen pro Jahr und 24000 Fällen pro Jahr
- Behandelt im Bundesdurchschnitt ein PIA-Arzt 738 Fälle pro Jahr
- Ist in 2/3 der PIAs der Regelzugang die Überweisung durch einen Facharzt mit der zusätzlichen Möglichkeit des Direktzugangs
- Schwankt die Höhe des Pauschalentgeltes zwischen 113 € und 363 €
- Arbeitet etwa die Hälfte der PIAs kostendeckend
- Berichtete mehr als die Hälfte der PIAs über MDK-Überprüfungen im Jahr 2006

PIAs: Konfliktfelder (I)

Arbeitstreffen der DGPPN zur Ambulanten Versorgung; Rheinische Kliniken Düsseldorf, 24. Oktober 2007

Mangelnde Rücküberweisung von stationären Patienten zu niedergelassenen Ärzten, stattdessen ambulante Weiterbehandlung in PIAs

- Auftrag der PIAs ist die Weiterversorgung
- Lange Wartezeiten bei niedergelassenen Ärzten
- Bitte von Niedergelassenen, die Versorgung komplex Kranker oder bei Arzneimittelbudgetüberschreitungen zu übernehmen

Versorgung von Altenheimen durch PIAs

- Nur dort, wo sich Vertragsärzte zurückziehen
- Nur dort, wo die Komplexität der Fälle dies notwendig macht

Aggressive Marketingstrategien einiger PIAs

- Regionale Problematik, Einzelfälle, ist korrigiert

PIAs: Konfliktfelder (II)

Arbeitstreffen der DGPPN zur Ambulanten Versorgung; Rheinische Kliniken Düsseldorf, 24. Oktober 2007

Gründung von PIAs ohne Anbindung an Betten-führende Einrichtungen

- Sollte lt. gesetzlicher Vorgabe nicht eintreten, gibt es in Westf.-Lippe nicht
- Allenfalls in Einzelfällen bspw. angelehnt an Tageskliniken oder räumlich entfernt von der Betten-führenden Einrichtung sowie in Spezial- oder Gedächtnissprechstunden, die Pat. in kontinuierlichen, multiprofessionellen Settings versorgen

Laut MDK-Überprüfungen behandeln PIAs Patienten, die nicht den gesetzlichen Vorgaben entsprechen

- MDK-Kriterien wurden bereits von der DGPPN kritisiert (Nervenarzt 2001; 73:385)
- Allenfalls regionale Problematik, in Thüringen wurden keine Fehlplatzierungen festgestellt

Gemeinsame Positionierung von niedergelassenen Ärzten und PIA-Vertretern unter Mediation der DGPPN

- Die Art der Kooperation hängt stark von den lokalen ärztlichen Versorgungskonstellationen ab
- Lokaler Dialog der Protagonisten ist entscheidend
- Lokale oder regionale Probleme müssen vor Ort geklärt werden
- Die Vergütungsfrage kann nur beurteilt werden, wenn man das multiprofessionelle Behandlungsteam in den PIAs mit ins Kalkül einbezieht

Konkurrenz oder Kooperation?

Konkurrenz?	Kooperation!
Vergütungsungleichgewichte	Gemeinsames Eintreten für angemessene Vergütungen
Wer versorgt welche Patienten?	Versorgungsforschung zum Thema, <u>dann</u> bedarfsgerechte Regelung
Schnittstellenproblematik	IV-Verträge zur Verbesserung des Übergangs zwischen den Versorgungssektoren
Regionale Versorgungsungleichgewichte	Zusammenarbeit in IV-Verträgen und mit PIAs zur Sicherung eines flächendeckenden Versorgungsangebotes
Besondere Leistungsangebote in PIAs oder MVZ	Gemeinsame Nutzung zur Kostensenkung und zur Sicherung eines flächendeckenden Versorgungsangebotes

Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte im Spannungsfeld
der neuen Versorgungsformen – Kooperation oder Konkurrenz?
Münster, 21.5.2008

- Ausgangssituation
- Konfliktfeld PIAs/Niedergelassene Ärzte
und Konfliktlösungen
- **Neue Versorgungsformen**
 - Aktuelle Projekte
 - Künftige Entwicklungen
- Zusammenfassung

Warum neue Vertragsmodelle?

Problembereiche

Über-, Unter- oder
Fehlversorgung

Kompetenzkonflikte

Fragmentierung

Variierende Qualität

Vergütungsinkonsistenzen

Wissenslücken

... und Lösungsansätze

Selektive Verträge

Vergabe von
Steuerungsaufgaben

Organisierte (sektor-
übergreifende) Kooperation

Qualitative Differenzierung,
Effizienzsteigerung

Neue Vergütungsstrukturen

Leitlinienimplementierung

Individualvertragliche Möglichkeiten – Chronologie

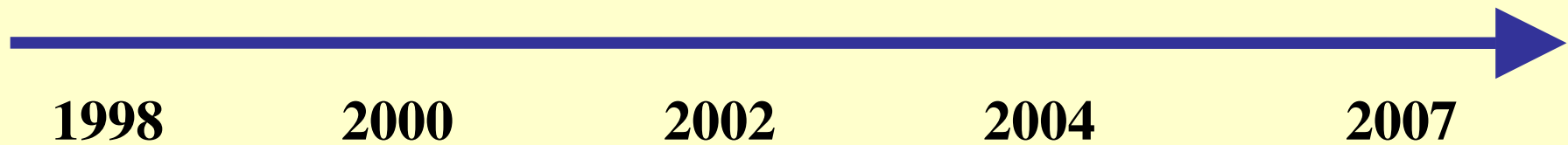
Rabattverträge (§ 130a)
Besondere ambulante
ärztliche Versorgung (§73c)

Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b)
Ambulante Öffnung der
Krankenhäuser (§§116a ff)
IV-Relaunch (§§ 140a ff)

Disease Management
Programme (§ 173 f)

Integrierte Versorgung
(§§ 140a ff)

Modellversuche (§§ 63ff)
Strukturverträge (§ 73a)



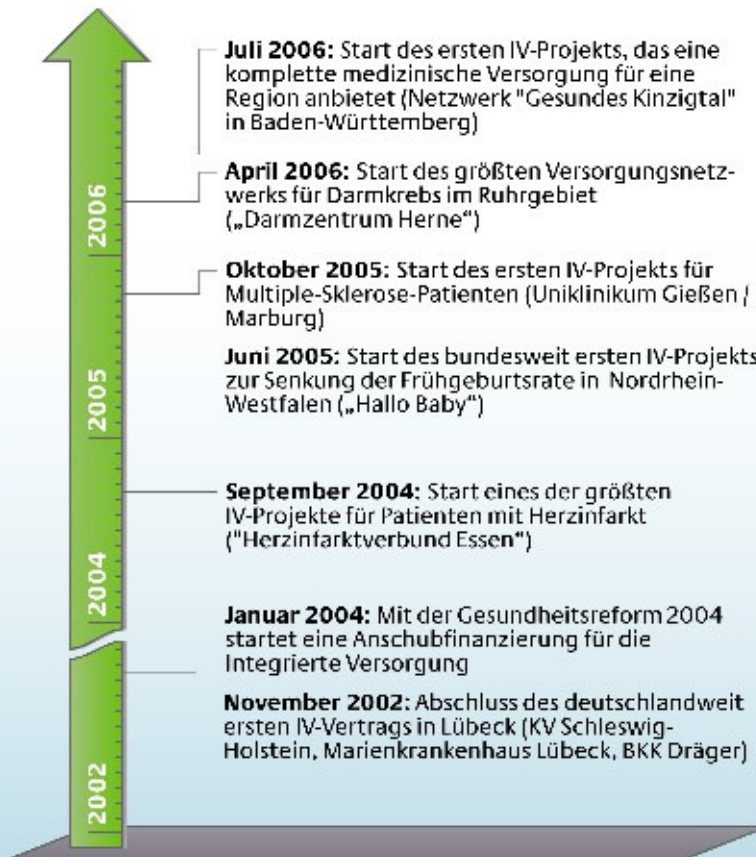
Integrierte Versorgung – große Erwartungen



Bundesministerium
für Gesundheit

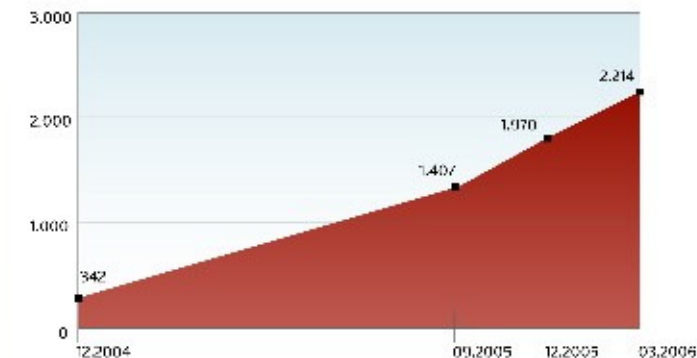
Integrierte Versorgung

Optimale Behandlung durch effizienten Einsatz der Mittel



Integrierte Versorgung bedeutet, dass verschiedene Leistungserbringer koordiniert zusammenwirken: Niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser und Apotheken bieten den Patientinnen und Patienten eine vernetzte Versorgung an. Krankenkassen können zu diesem Zweck besondere Kooperationsverträge abschließen. Die Partner vereinbaren den Austausch von Informationen und verpflichten sich zu bestimmten Behandlungsstandards auf der Höhe des medizinischen Wissens. Seit der Gesundheitsreform 2004 wird der Ausbau der Integrierten Versorgung durch eine Anschubfinanzierung gefördert.

Abgeschlossene IV-Verträge



Was heißt Integrierte Versorgung?

Grundelemente von IV-Modellen

- Definition / Abstimmung von Versorgungszielen
- Intersektorale Strukturierung durch klinische Behandlungspfade
- Evaluation von Versorgungsabläufen und Zielen
- Effektives Qualitäts- und Kostenmanagement
- Keine Beschränkung auf ein Krankheitsbild (im Gegensatz zu DMPs)

Integrierte Versorgung im Bereich Psychiatrie

Besondere Eignung durch ...

- ✓ erforderliche intensive und individuelle Betreuung
- ✓ vielfach rezidivierende und chronifizierte Verläufe
- ✓ häufige Übergänge des Patienten zwischen den Versorgungssektoren
- ✓ notwendige Orientierung und Transparenz für den Patienten, insbesondere an Schnittstellen
- ✓ hohe direkte/indirekte Kosten durch lange stationäre Aufenthalte, häufiger Ausschluss vom Erwerbsleben

Jedoch ...

Bislang nur 100 (< 4,1%) von mehr als 2.400 IV-Verträgen aus dem Bereich der Psychiatrie!

Integrierte Versorgung im Bereich Psychiatrie

IV-Verträge nach Indikation laut DGPPN-Umfrage (Stand 13.10.07)

Indikation	Anzahl*
(Schwere) Psychische Erkrankungen	38
Depression	25
Psychosomatische Indikationen	15
Schizophrenie	13
Suchterkrankungen	8
Demenz	4
Psychotische Symptome	2
Esstörungen	2
Affektive Störungen	1
Angststörungen	1
Belastungsstörungen	1
Borderline	1



* Erfasste Anzahl Verträge = 76;
bei Indikationen Doppel-
nennungen möglich

Integrierte Versorgung im Bereich Psychiatrie

IV-Verträge nach Region laut DGPPN-Umfrage (Stand 13.10.07)



* Erfasste Anzahl Verträge = 76;
bei Ländern Doppelnennungen
möglich

Ein weiterer Vertrag
länderübergreifend

vgl. www.dgppn.de/de-integrierte-versorgung_25.html; eigene Auswertungen

Integrierte Versorgung im Bereich Psychiatrie

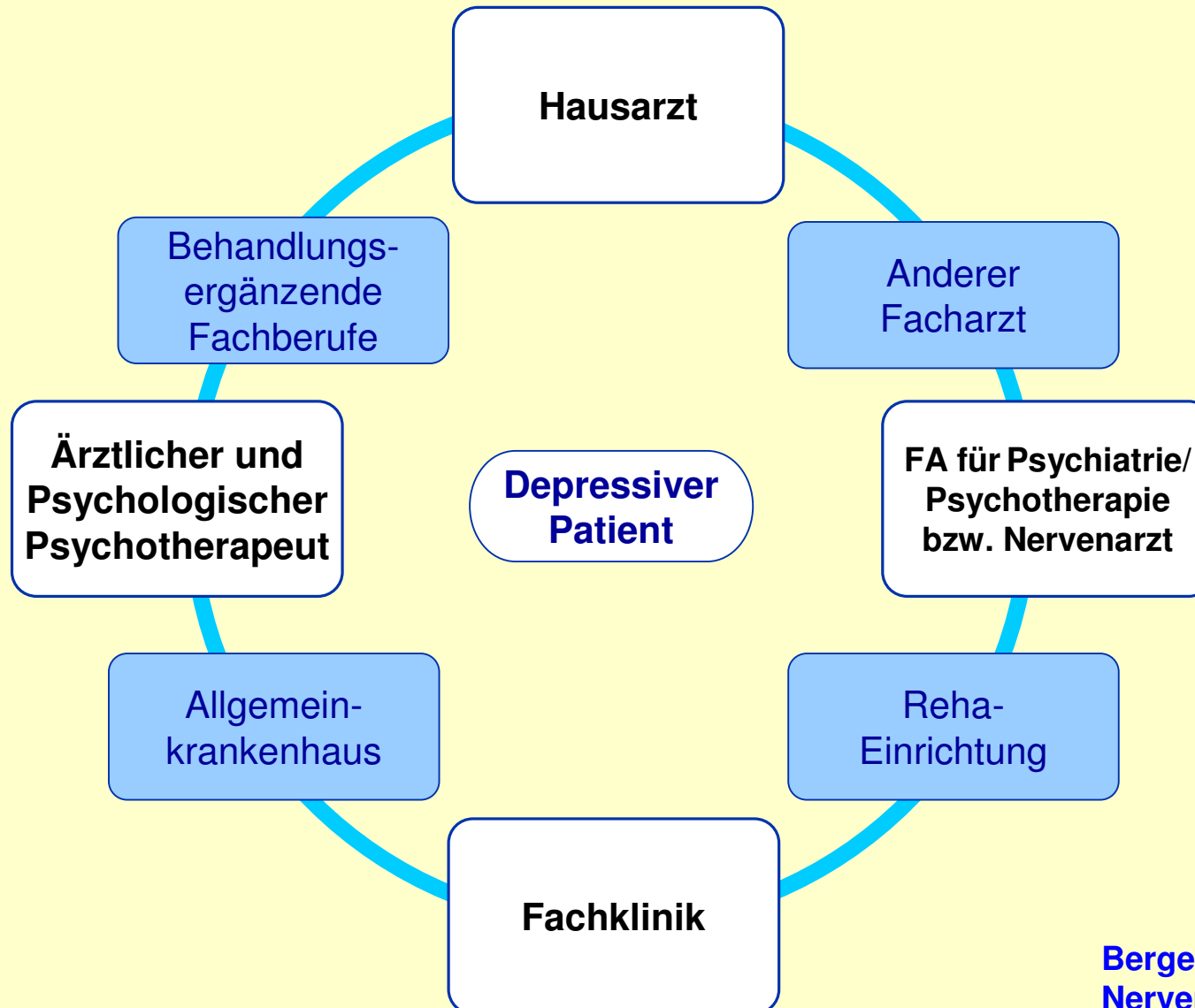
IV-Verträge nach Finanzierung lt. DGPPN-Umfrage (Stand 13.10.07)



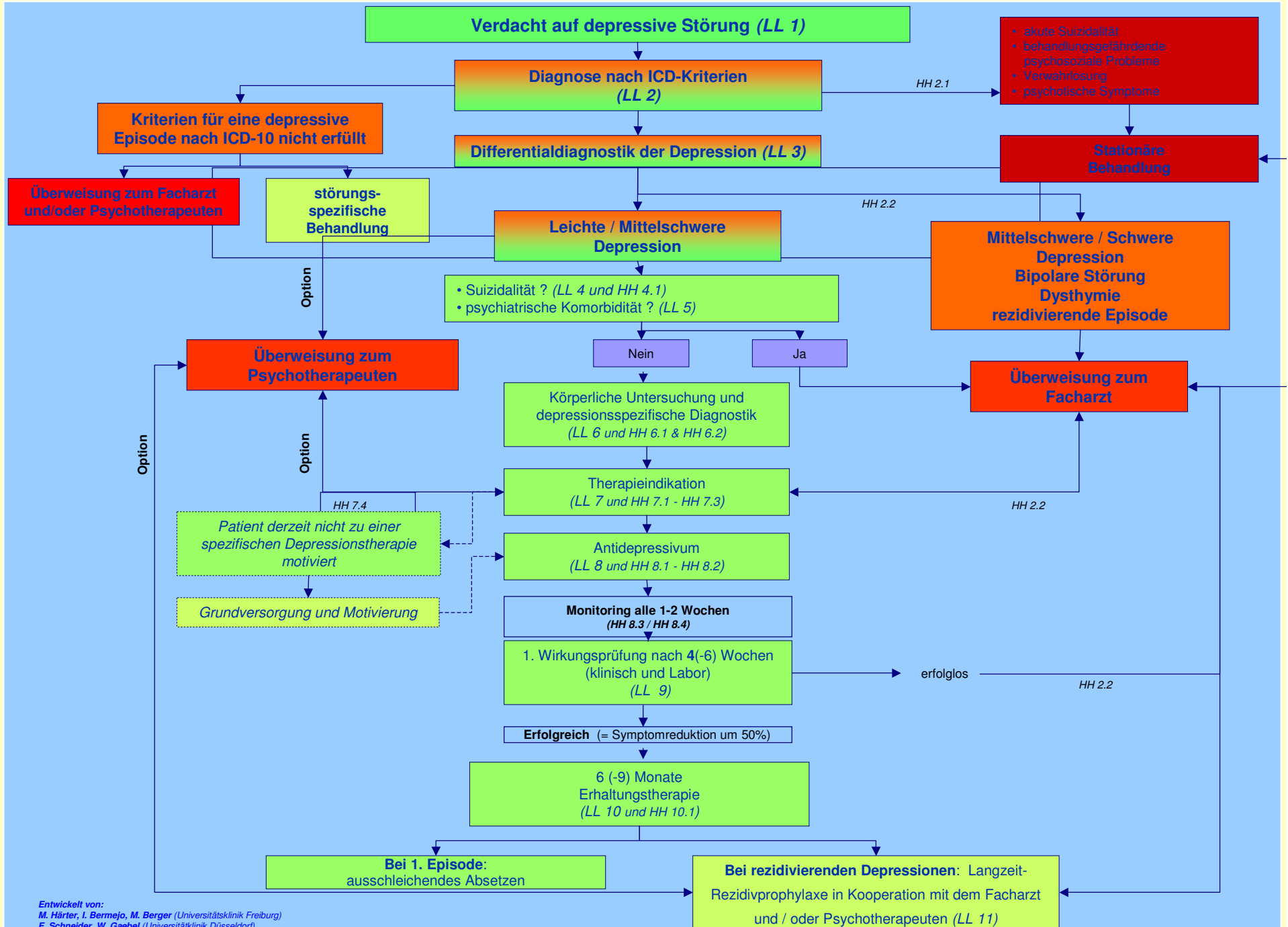
Finanzierungsart	Anzahl*
Pflegesätze/EBM	29
<i>davon zusätzlich mit:</i>	
Kopfpauschalen (z.B. quartalsw./jährlich)	21
Komplexleistungen	7
Zusatzentgelten (Einzelleistung)	6
Keine Angabe	3
Global-/Regionalbudget	4
Keine Angabe	43

* Erfasste Anzahl Verträge = 76; bei Finanzierungsart Doppelnennungen möglich

Rahmenkonzept zur Integrierten Versorgung Depression - Akteure im Versorgungsnetz



Rahmenkonzept Depression - Versorgungskorridor für depressive Störungen (Hausärztliche Versorgung)



Integrierte Versorgung im Bereich Psychiatrie

Entwicklung diagnosespezifischer Rahmenkonzepte zur Integrierten Versorgung unter Federführung der DGPPN

Bereits abgestimmt

- Integrierte Versorgung Depression (Nervenarzt 1/2005)
- Integrierte Versorgung Demenz (Nervenarzt 10/2006)

In Bearbeitung

- Integrierte Versorgung Alkoholabhängigkeit
- Integrierte Versorgung Schizophrenie

Integrierte Versorgung in der Psychiatrie – wie kommt der Versicherte in das IV-Netz?

Zunächst gilt ...

„Die Teilnahme der Versicherten an den integrierten Versorgungsformen ist freiwillig.“ (§140a Abs. 2)

Individuelle Festlegung möglich ...

Zugang zum IV-Netz in jedem Vertrag individuell regelbar (z.B. über Hausarzt)

Arztvorbehalt? Beispiel Psychotherapeuten ...

Auch in IV-Netzen gilt: „Ärztliche oder zahnärztliche Behandlung wird von Ärzten oder Zahnärzten erbracht.“ (§15 SGB V)

Wegfall des Arztvorbehaltes für approbierte Psychotherapeuten seit Einführung PsychThG 1/1999 (vgl. Beck'scher Online-Kommentar zu §28 SGB V Rdnr. 35, Stand 1.3.07)

Spätestens nach den probatorischen Sitzungen hat der Psychotherapeut vor Beginn der Behandlung den Konsiliarbericht eines Vertragsarztes, ggf. eines psychiatrischen Vertragsarztes einzuholen (§28 SGB V)

Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte im Spannungsfeld
der neuen Versorgungsformen – Kooperation oder Konkurrenz?
Münster, 21.5.2008

- Ausgangssituation
- Konfliktfeld PIAs/Niedergelassene Ärzte
und Konfliktlösungen
- Neue Versorgungsformen
 - Aktuelle Projekte
 - Künftige Entwicklungen
- Zusammenfassung

IV-Modelle im Bereich Psychiatrie – Realisierte Beispiele I

Das „Münchener Modell“

Beteiligte

BKK/Ersatzkassen, Psychiatrische Klinik TU München, komplementäre Dienste, AstraZeneca (Finanzierung Evaluation)

Ziel

Rezidivprophylaxe bei Schizophreniepatienten in der Langzeittherapie durch Compliance-Verbesserung

Weg

Detaillierte Ursachenevaluation bei nicht-complianten Patienten

Vereinbarung eines patientenspezifischen Compliance-Programms (z.B. Psychoedukation für Patient und Angehörige, Krisenplan, Hausbesuche, Sport- / Freizeitaktivitäten, Reminder-Systeme und Bonusanreize)

Verbesserter Übergang in nachstationäre Betreuung durch Vorstellung beim ambulanten Nervenarzt vor Entlassung

Status

Nachweis von Qualitätsverbesserungen und 50% Kostensenkungen nach 2 Jahren Laufzeit erbracht

vgl. Medizin-Telegramm, 14.9.07

IV-Modelle im Bereich Psychiatrie – Realisierte Beispiele II

„Integrierte Versorgung Seelische Gesundheit“, Aachen

Beteiligte

AOK Rheinland/DAK/IKK NR/KKH/LKK, Psychiatrische Klinik RWTH Aachen, Haus- und niedergelassene Fachärzte

Ziel

Qualitätsverbesserung / Effizienzsteigerung in der Depressions- / Schizophreniebehandlung

Weg

Kooperation von Haus- und niedergelassenen Fachärzten und psychiatrischer Fachkliniken

Schnittstellenoptimierung durch Implementierung institutionsübergreifender Behandlungspfade, orientiert am Rahmenkonzept Depression der DGPPN

Komplexleistungen: Basisleistungen für eingeschriebene Patienten, ergänzende Sonderleistungen nach definierter Indikation

Status

2/2006 Beginn als Integrierte Versorgung Depression Aachen; ab 10/2007 Erweiterung auf schizophrene Störungen

vgl. www.ukaachen.de

IV-Modelle im Bereich Psychiatrie – Realisierte Beispiele III

Integrierte Versorgung Suchtkranker Patienten, Bonn

Beteiligte

AOK/BEK/DAK/IKK sowie verschiedene BKK, RK Bonn (Klinik und PIA)

Ziel

Verbesserung der Behandlung chronisch mehrfach beeinträchtigter Suchtmittelabhängiger

Weg

Einschreibung der Versicherten in das IV-Netz erfolgt über die Klinik

Implementierung selbst entwickelter Behandlungspfade, Case Management

Nutzung einer eigenen Dokumentation

Status

Modell implementiert ab 1.6.05

Mehr Lebensqualität für Schizophreniekranken – Beispiel IV

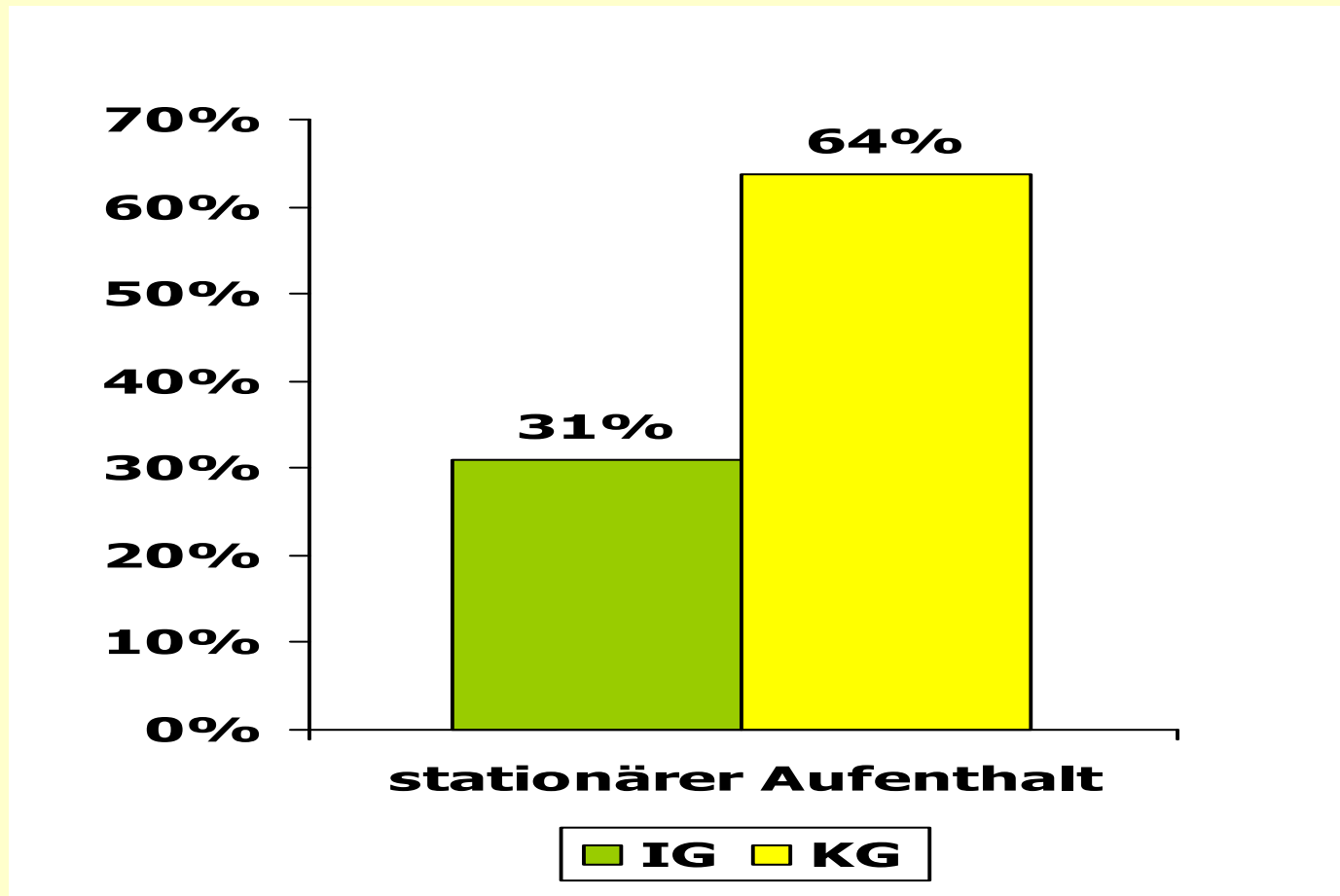
Projekt zur integrierten Versorgung schizophrener Patienten

- ✓ Modellprojekt nach §§63(1) + 65 SGBV von TK, BEK, DAK und den Rhein. Kliniken Düsseldorf (10/2003 - 12/2006)
- ✓ Ziel: Schnittstellen-übergreifende poststationäre Betreuung schizophrener Patienten mit wiederholten Klinikaufenthalten
- ✓ *Leitliniengestützte ambulante nervenärztliche Weiterbehandlung* über 6 Monate nach stationärer Entlassung, *EDV-gestützte Behandlungsdokumentation* mit *interaktiver Entscheidungsunterstützung*
- ✓ Vorhalten eines umfassenden Angebotspakets ergänzender *psycho- bzw. soziotherapeutischer Interventionen* durch ein *multiprofessionelles Team* der Rheinischen Kliniken Düsseldorf
- ✓ Durchführung *nach nervenärztlicher Indikationsstellung*

Mehr Lebensqualität für Schizophreniekranken – Beispiel IV

Häufigkeit von Rezidiven nach Studienteilnahme - erste Ergebnisse

Rehospitalisierungsrate innerhalb eines Jahres im Vergleich (jeweils N=38)



Unterschiede signifikant (X^2) $p < 0.0001$

1. Preis im Wettbewerb
„Gesundes Land NRW“ 2004

IV-Modelle im Bereich Psychiatrie – Planungen V

„Integrierte Versorgung Depression/Schizophrenie“, Düsseldorf

Beteiligte

BKK, RK Düsseldorf, niedergelassene Fachärzte

Ziel

Qualitätsverbesserung / Effizienzsteigerung in der Depressions- / Schizophreniebehandlung

Weg

Kooperation Haus- / niedergel. Fachärzte / psychiatrische Universitätsklinik
Schnittstellenoptimierung durch Implementierung einer „Screening-Unit“ an der Klinik, Einschluss/Zuweisung der Patienten in teil-/vollstationäre bzw. ambulante haus- oder fachärztliche Behandlung

„Therapie-Unit“ an der Klinik zur Durchführung von Psychoedukation, Soziotherapie, VT, IPT etc.

Regelmässige (alle 6-8 Monate) Prüfung der Behandlungsnotwendigkeit durch Fallkonferenz mit allen Behandlern

Begleitende QS-Massnahmen, wie Erfolgskontrolle in Zusammenarbeit mit Angehörigen

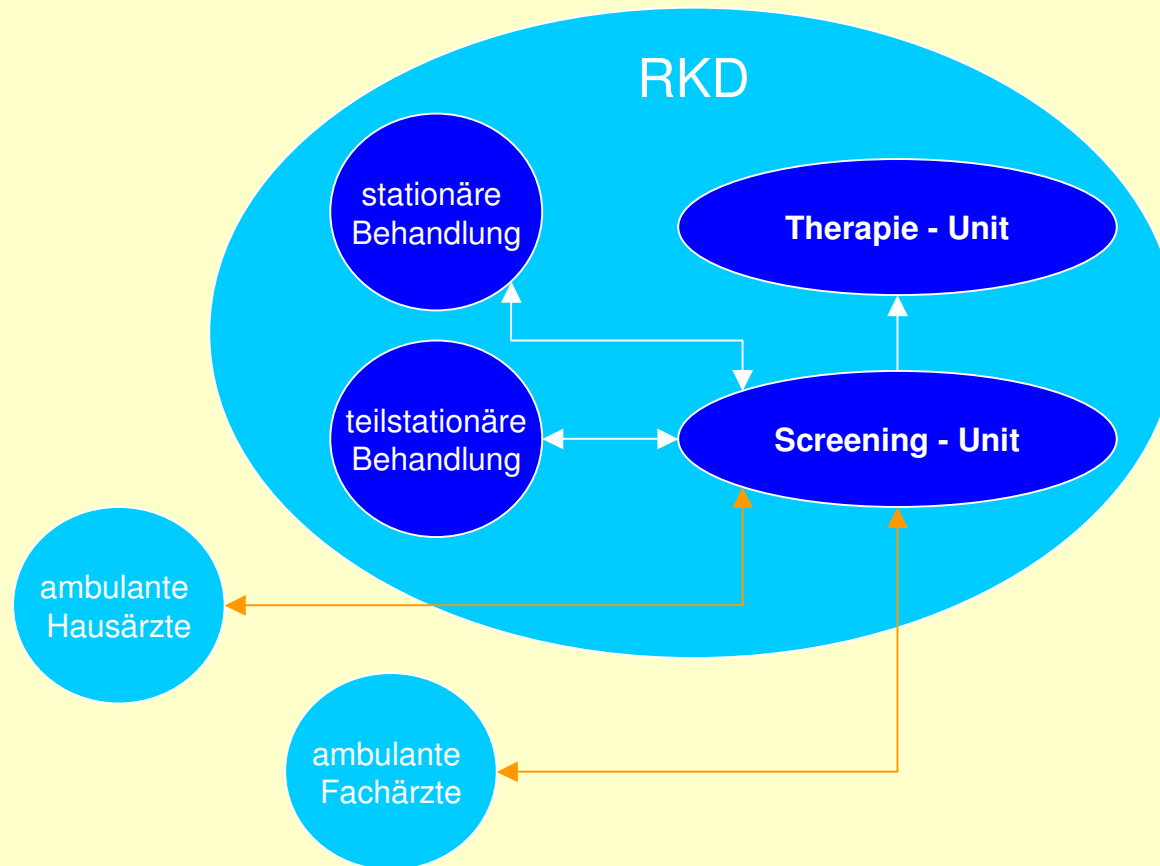
Status

Vertragsabschluss und Implementierung vorgesehen für II/2008

IV-Modelle im Bereich Psychiatrie – Planungen V

„Integrierte Versorgung Depression/Schizophrenie“, Düsseldorf

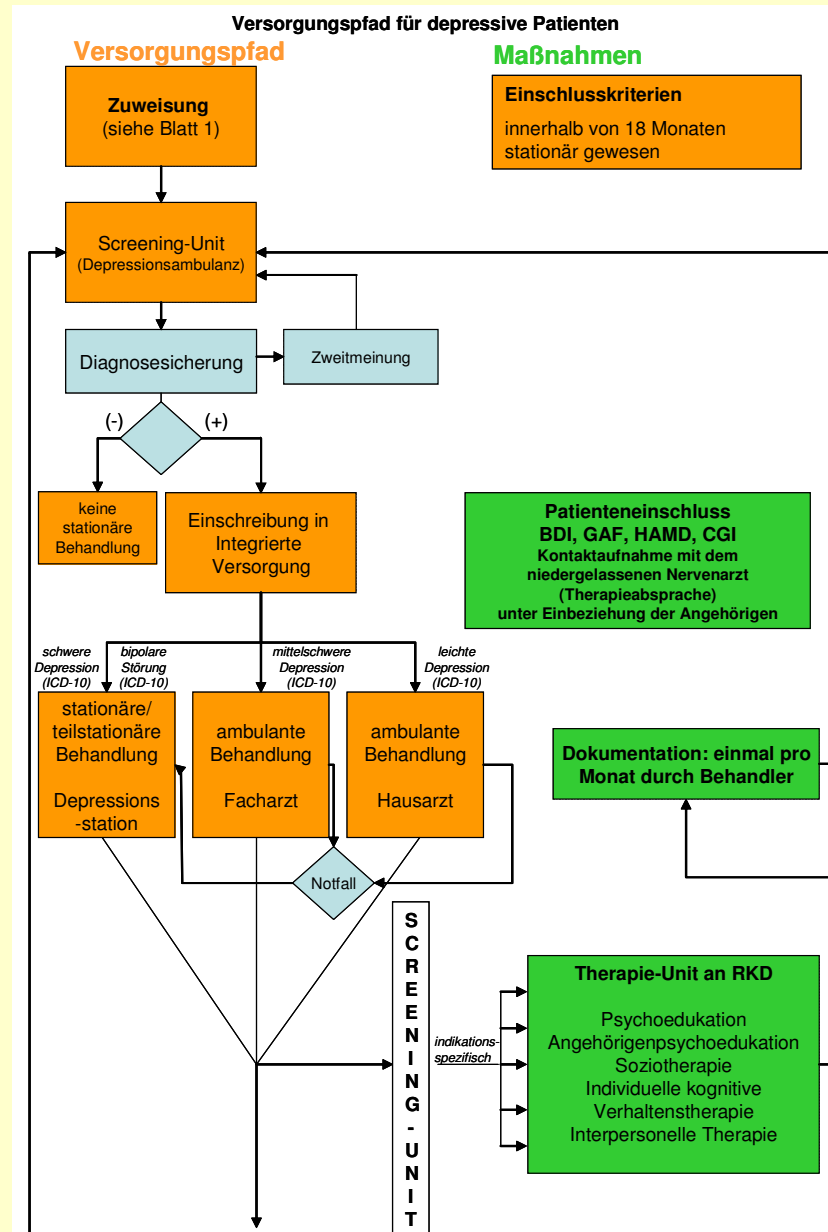
Beteiligte an der Versorgung



IV-Modelle im Bereich Psychiatrie – Planungen V

„Integrierte Versorgung Depression/Schizophrenie“, Düsseldorf

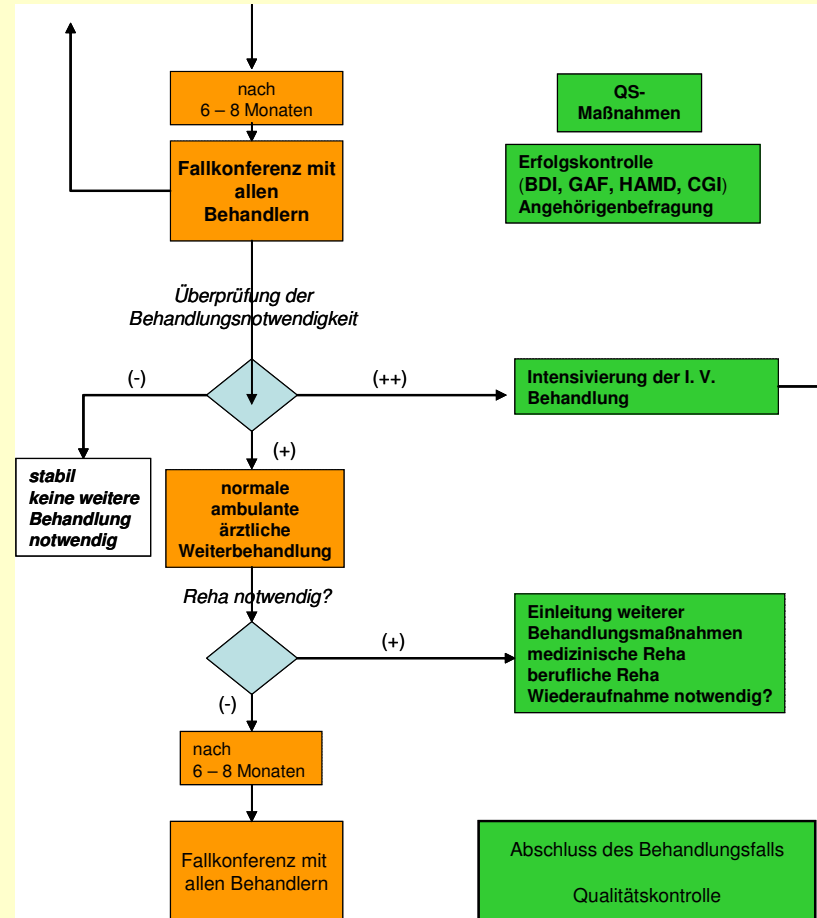
Versorgungspfad für depressive Patienten I



IV-Modelle im Bereich Psychiatrie – Planungen V

„Integrierte Versorgung Depression/Schizophrenie“, Düsseldorf

Versorgungspfad
für depressive
Patienten II



IV-Modelle im Bereich Psychiatrie – Planungen V

„Integrierte Versorgung Depression/Schizophrenie“, Düsseldorf

Neu gebildete Strukturen – Zusammenfassung

1. Fall-Manager RKD (in der Screening- Unit)	Patienteneinschluss Entlassplanung individuell gepoolte Supervision der Fallkonferenzen Qualitätskontrolle durch Patientenbefragung Datenmonitoring
2. Ambulante ärztliche Behandler	gemeinsame Therapieplanung nach Patienteneinschluss Entlassplanung individuell gepoolte Fallkonferenzen, Schulungsteilnahme
3. Therapie-Unit	Durchführung von Gruppen und Einzeltherapien ggf. Teilnahme an den Fallkonferenzen
4. Qualitätssicherung RKD	Auswertung Patientenbefragung fallorientierte Fortbildung perspektivisch Benchmarking

Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte im Spannungsfeld
der neuen Versorgungsformen – Kooperation oder Konkurrenz?
Münster, 21.5.2008

- Ausgangssituation
- Konfliktfeld PIAs/Niedergelassene Ärzte
und Konfliktlösungen
- Neue Versorgungsformen
 - Aktuelle Projekte
 - **Künftige Entwicklungen**
- Zusammenfassung

Individualvertragliche Möglichkeiten – Ausblick

**Abschluss der
Modellphase:
Evaluation bisheriger
IV-Verträge –
Routinefinanzierung
nur für erfolgreiche
Verträge**

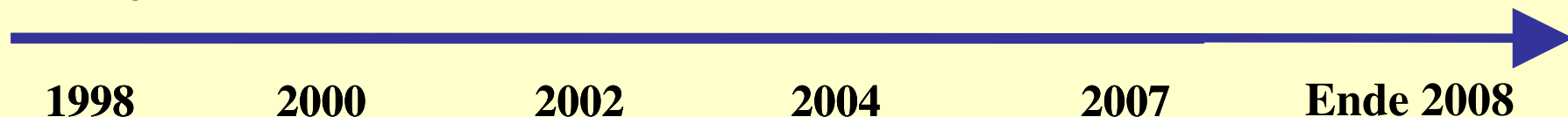
Rabattverträge (§ 130a)
Besondere ambulante
ärztliche Versorgung (§73c)

Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b)
Ambulante Öffnung der
Krankenhäuser (§§116a ff)
IV-Relaunch (§§ 140a ff)

Disease Management
Programme (§ 173 f)

**Integrierte Versorgung
(§§ 140a ff)**

Modellversuche (§§ 63ff)
Strukturverträge (§ 73a)



Integrierte Versorgung und Psychiatrie – Perspektiven

Kurzfristig

Verlängerte Antragsfrist für neue Verträge bis Ende 2008 – Nutzung durch Möglichkeit zum Beitritt in bestehende IV-Verträge (beschleunigtes Antragsverfahren)

Vermehrter vertraglicher Einbezug komplementärer Dienste (z.B. Einrichtungen des betreuten Wohnens, ambulante psychiatrische Pflege) zur nachstationären Betreuung

Mittel-/Längerfristig

Erfolgsmessung von IV-Modellen in Psychiatrie?

Möglichkeit zur Etablierung erfolgreicher Versorgungsmodelle als *Best-practice-Modelle* in der Routineversorgung ab 2009

Nutzung der finanziellen Ressourcen im Rahmen von IV

Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte im Spannungsfeld
der neuen Versorgungsformen – Kooperation oder Konkurrenz?
Münster, 21.5.2008

- Ausgangssituation
- Konfliktfeld PIAs/Niedergelassene Ärzte
und Konfliktlösungen
- Neue Versorgungsformen
 - Aktuelle Projekte
 - Künftige Entwicklungen
- Zusammenfassung

Zusammenfassung

- In einem fragmentierten Versorgungssystem sind Über-, Unter- und Fehlversorgung kaum zu vermeiden.
- Kontinuierliche Gesundheitsberichtserstattung anhand von Routinedaten ist Voraussetzung einer adäquaten Versorgungsplanung und -struktur.
- Setting-, Institutions- und Professionen-übergreifende Integration sind Voraussetzung einer Versorgungsoptimierung, deren breite Evaluation allerdings noch aussteht.
- Neue integrierte Versorgungsformen bieten Chancen zur besseren Vernetzung der verschiedenen ambulanten und stationären Leistungsanbieter.
- PIAs und Praxen sollten ihr Leistungsangebot unter Berücksichtigung lokaler/regionaler Versorgungsgegebenheiten mit entsprechender Schwerpunktbildung aufeinander abstimmen.
- In einem integrierten Versorgungsmodell ist Kooperation das vorherrschende Handlungskonzept.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!