

Die Behandlungswirklichkeit depressiver
Patienten in der ambulanten Praxis und
die Entwicklung von Möglichkeiten der
Integrierten Versorgung

Hans-Ulrich Dombrowski
Psychotherapeutische Praxis
Lippstadt

Aktueller Stand

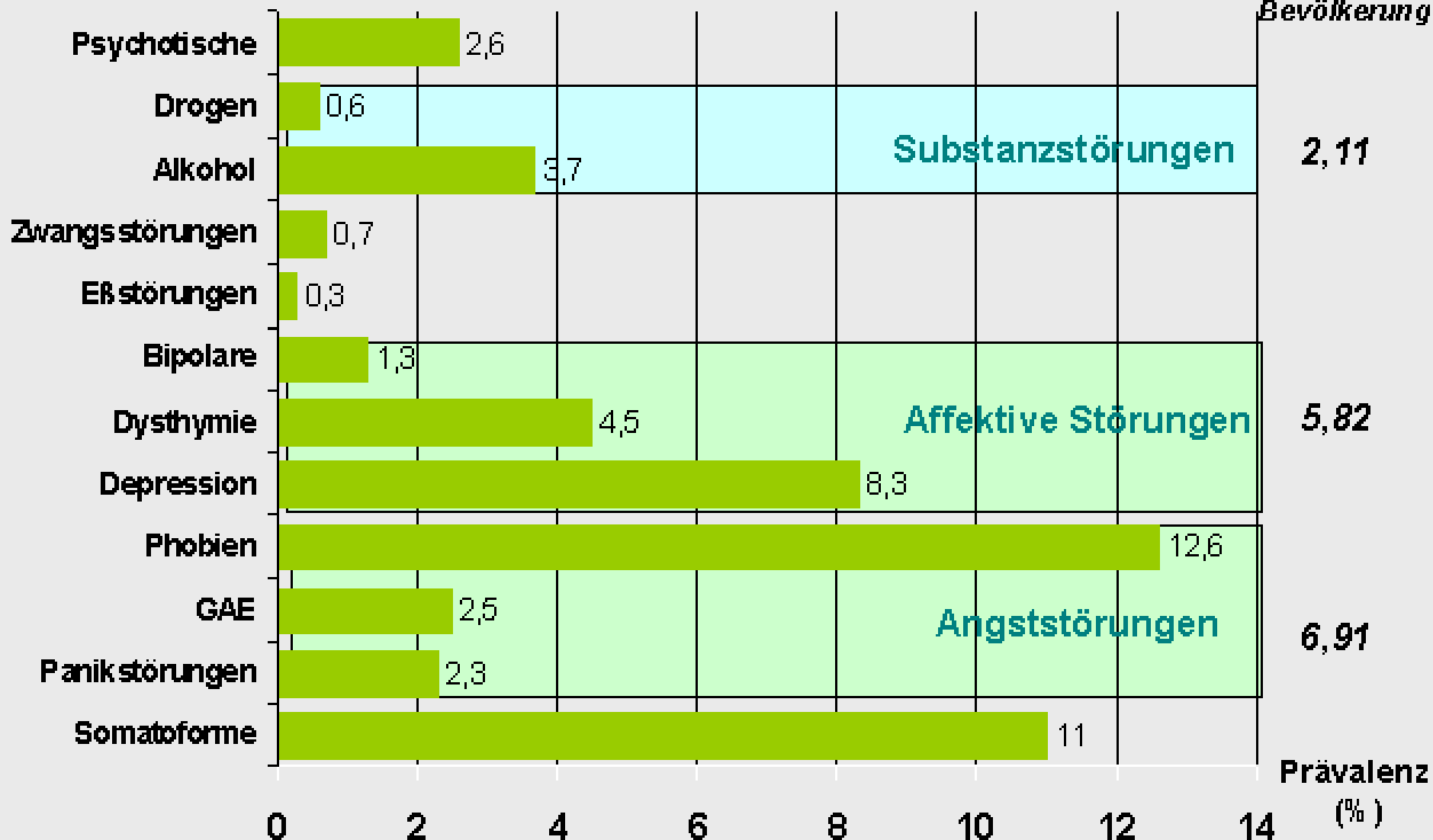
● Depressionen

- o Die Anzahl depressiver Erkrankungen ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen (mit weiterhin steigender Tendenz).
- o Die Anzahl der Krankschreibungen und Berentungen aufgrund von Depressionen ist in den letzten Jahren ebenfalls deutlich gestiegen (mit ebenfalls weiterhin steigender Tendenz).

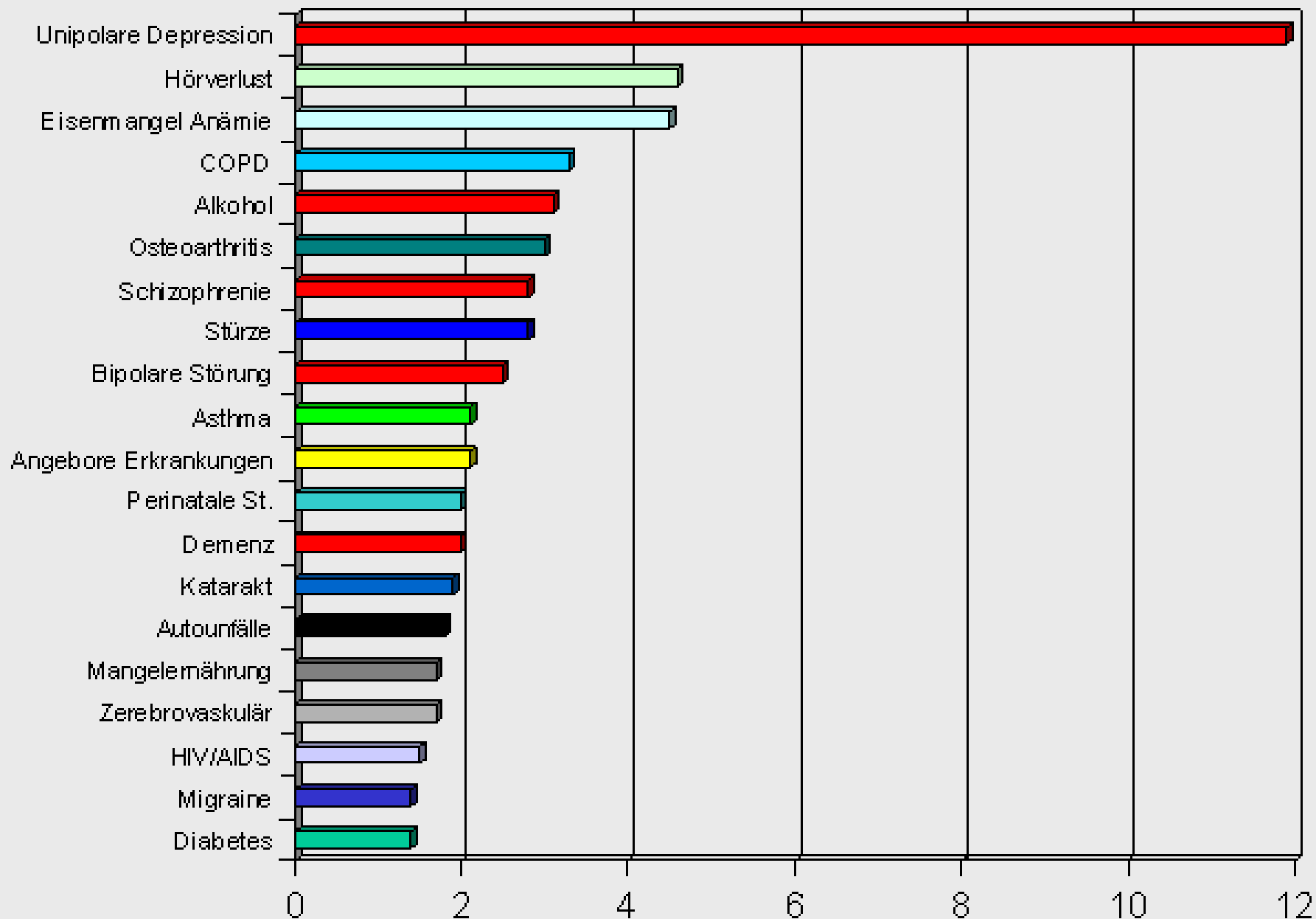
12-Monatsprävalenz nach Diagnose (Wittchen et al 2001)

DSM-IV Diagnosen

In Mill. der Bevölkerung



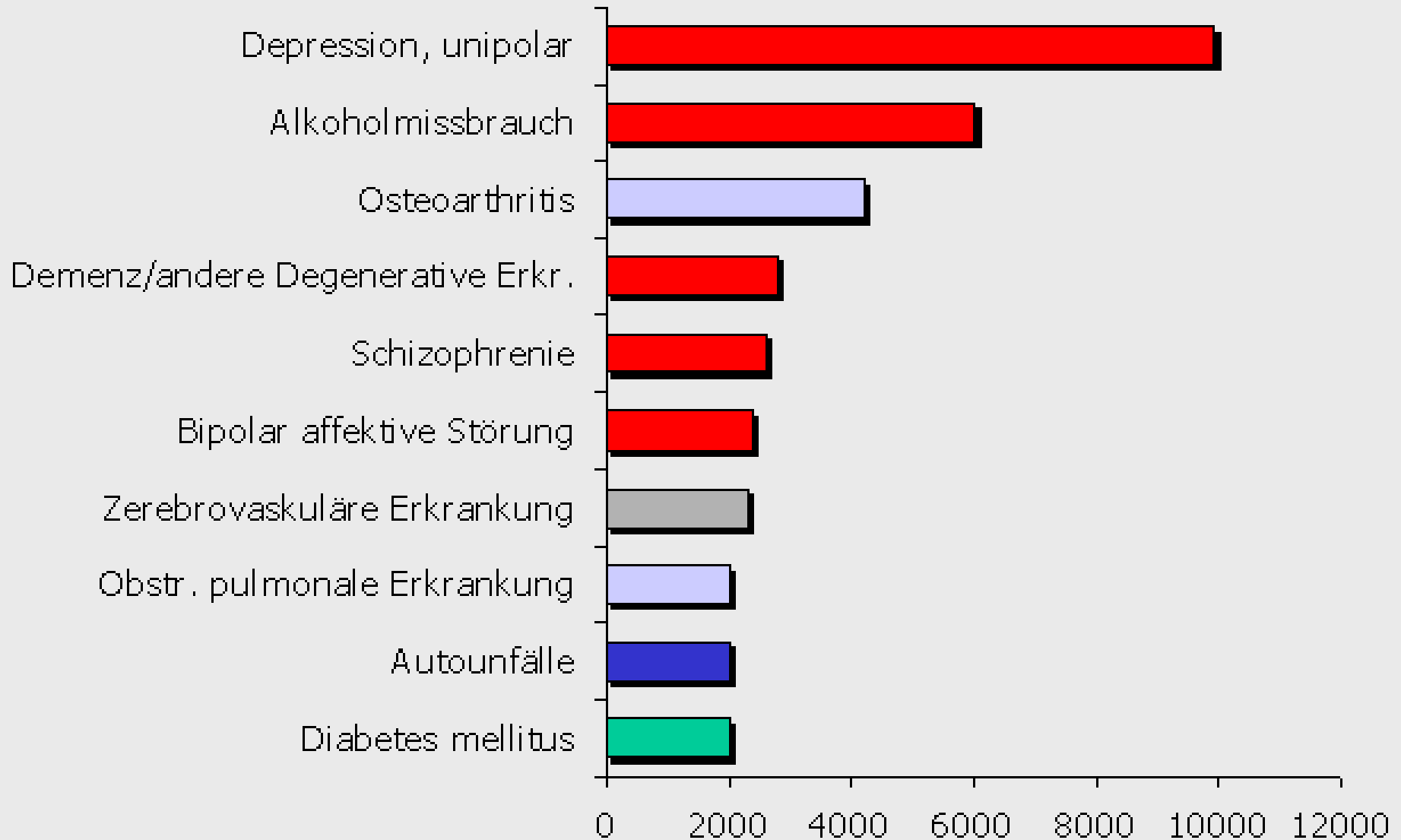
Weltweit führende Ursachen (%) der durch Behinderung beeinträchtigtter Lebensjahre bezogen auf die gesamte Lebensspanne (years of life lived with disability; World Health Report 2001)



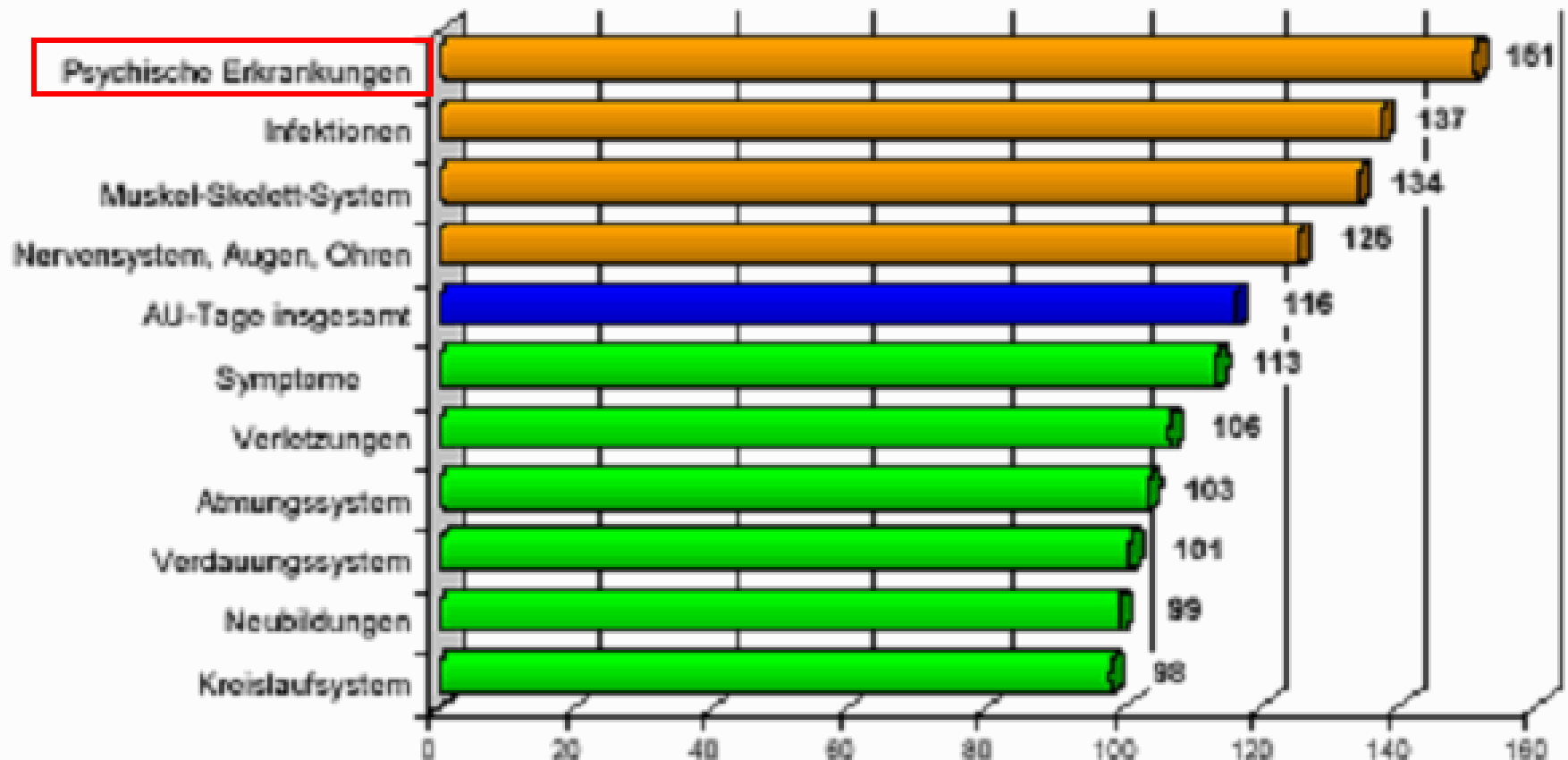
„Global Burden of Disease“ im Jahr 2020

Häufigkeit verschiedener Erkrankungen, Erkrankungsjahre pro Bevölkerung, gewichtet mit der Schwere der Beeinträchtigung (DALY)

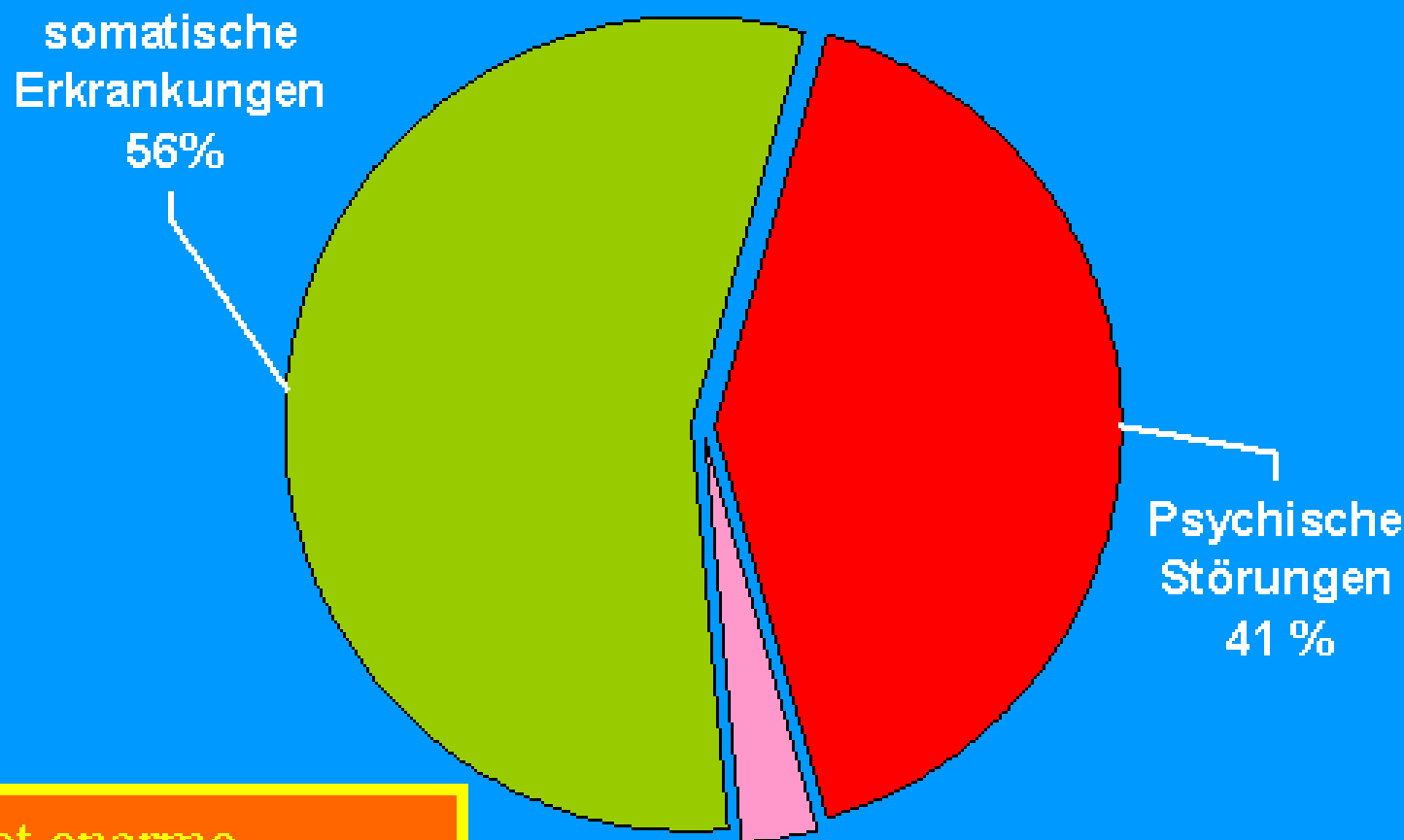
(In Anlehnung an: Murray CJL, Lopez AD: The global burden of disease. Harvard University Press)



Veränderung des AU-Volumens in 2001 in Relation zu 1997 nach Diagnosekapiteln bzw. Hauptgruppen (Indexdarstellung, 1997=100)
(DAK Gesundheitsreport 2002)



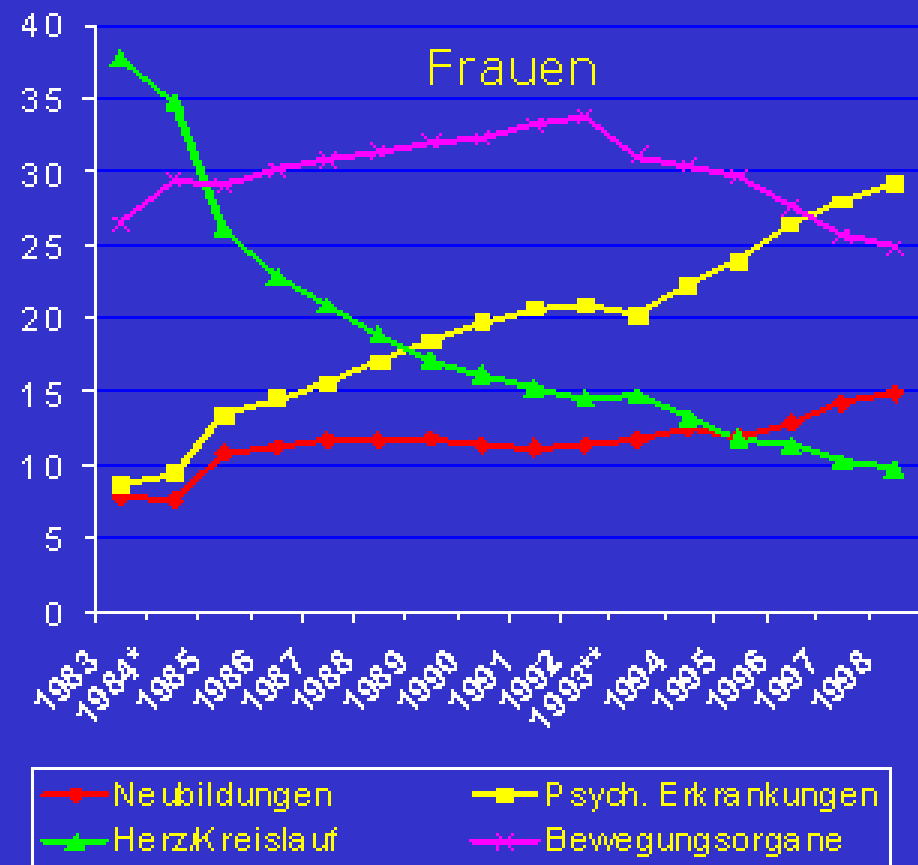
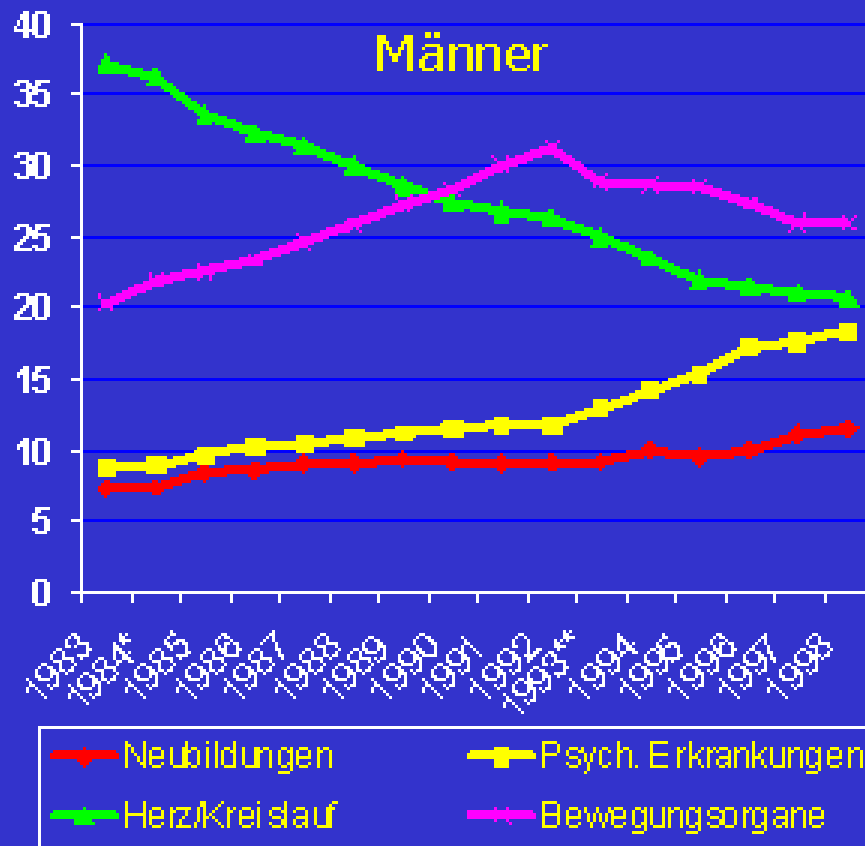
Gesamtzahl Arbeitsunfähigkeitstage in der Bevölkerung in den vergangenen 4 Wochen



Dies bedeutet enorme
Zusatzkosten für die GKVen

Wittchen 2003

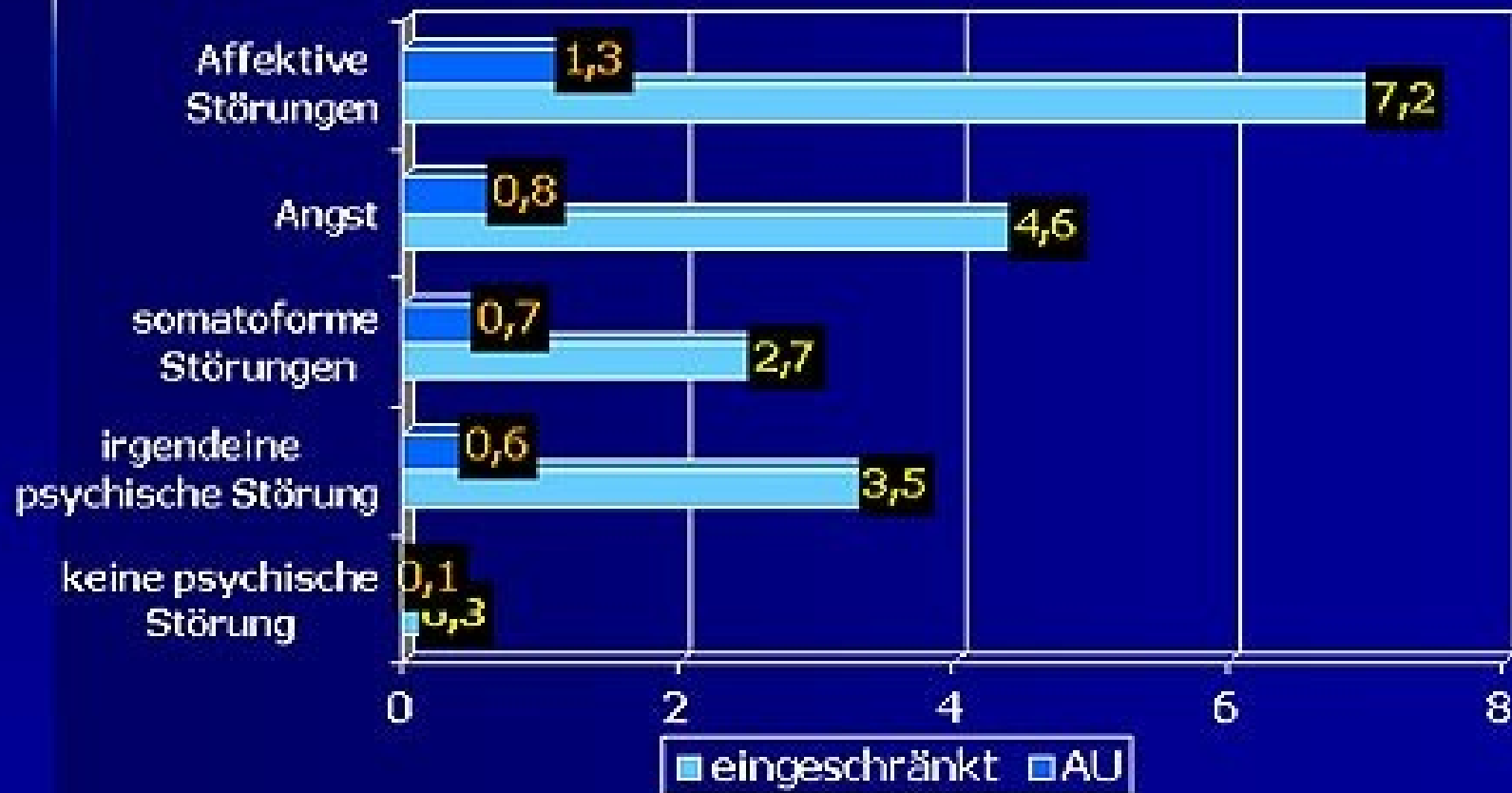
Entwicklung ausgewählter Frühberentungsdiagnosen in der Angestellten- und Arbeiterrentenversicherung Bundesrepublik Deutschland 1983-1998



*Änderung der rechtlichen Voraussetzungen

** ab 1993 inklusive Neue Bundesländer

Kosten der Depression



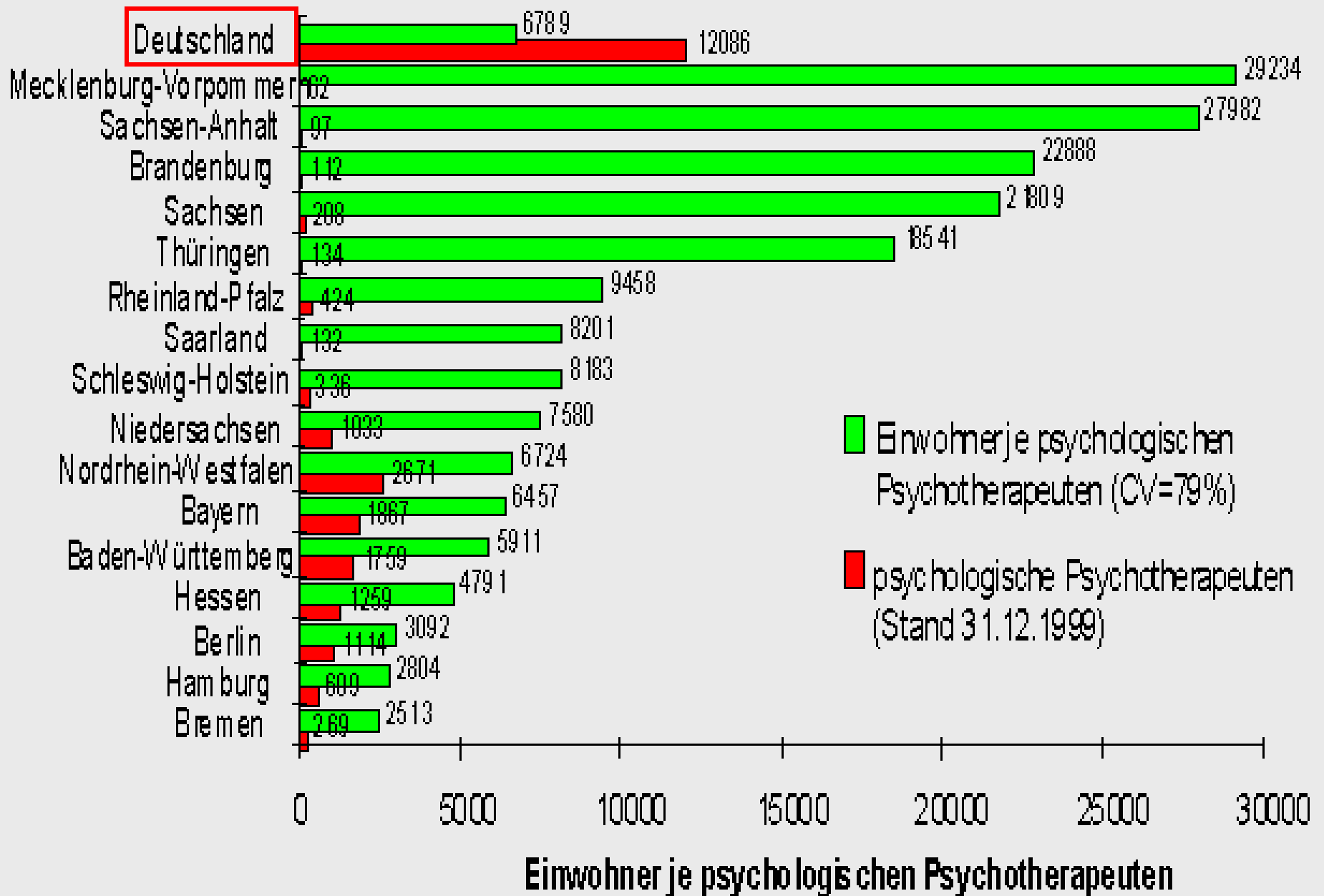
Tage mit teilweiser oder vollständig eingeschränkter Arbeitsfähigkeit (in den letzten 4 Wochen)
Bundesgesundheitsurvey, Wittchen, 1999

Aktueller Stand

● **Behandler**

- o Es besteht im ambulanten Bereich situativ eine Unterversorgung, teilweise eine Fehlversorgung depressiv Erkrankter.
- o Die Anzahl der ambulant und stationär tätigen Psychotherapeuten und Fachärzte reicht nicht aus, um eine ausreichende Versorgung depressiver Menschen zu gewährleisten
- o Die Altersspanne der tätigen Psychotherapeuten ist relativ hoch. Die Anzahl der Ausbildungskandidaten an den Instituten nimmt deutlich ab.

Versorgungsgrad mit psychologischen Psychotherapeuten nach Bundesländern



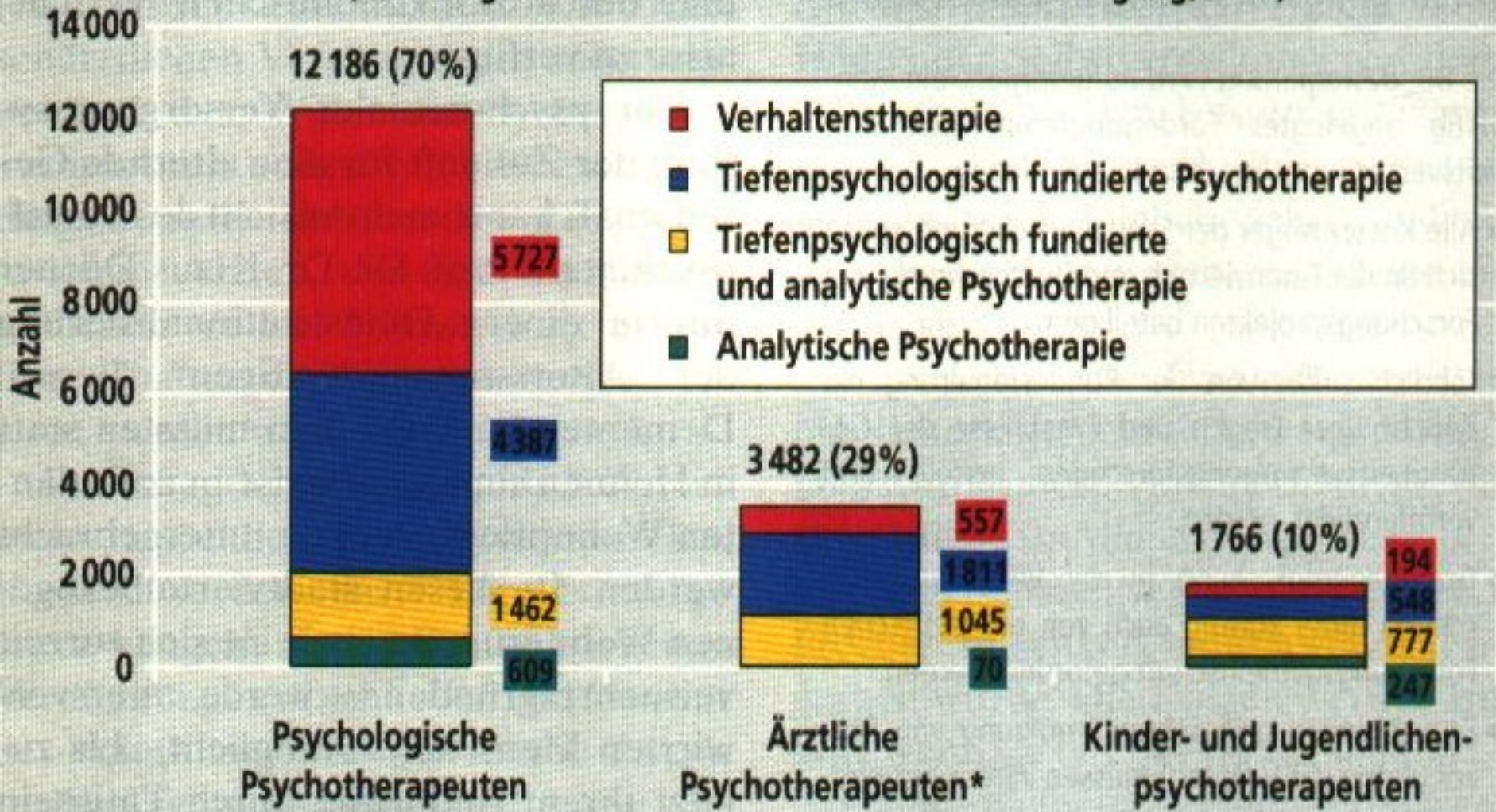
Zugelassene Psychotherapeuten *) nach Behandlungsverfahren

(Stichtag 30.06.2001)

➤ Tiefenfundierte Psychotherapie	7.126
➤ Analytische Psychotherapie	472
➤ Tiefenfundierte und analytische Psychotherapie	3.893
➤ Verhaltenstherapie	7.127

*) einschließlich der zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten Psychotherapeuten

Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung (2001) (nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, 2002)



*Berücksichtigt ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte, weitere 5 891 niedergelassene Ärzte, die nur zum Teil psychotherapeutische Leistungen erbringen, sind wegen fehlender Daten nicht berücksichtigt.

Teilgruppen zugelassener Psychotherapeuten (nur Erwachsenen-Psychotherapie)

Behandler nach Art ihrer Ausbildung	Anzahl
Psychologen	11.783
FÄ für psychotherap. Medizin	1.885
Psychiater / Nervenärzte	3.515
Ärzte mit Zusatzbezeichnung PT	3.585
Gesamt	20.728

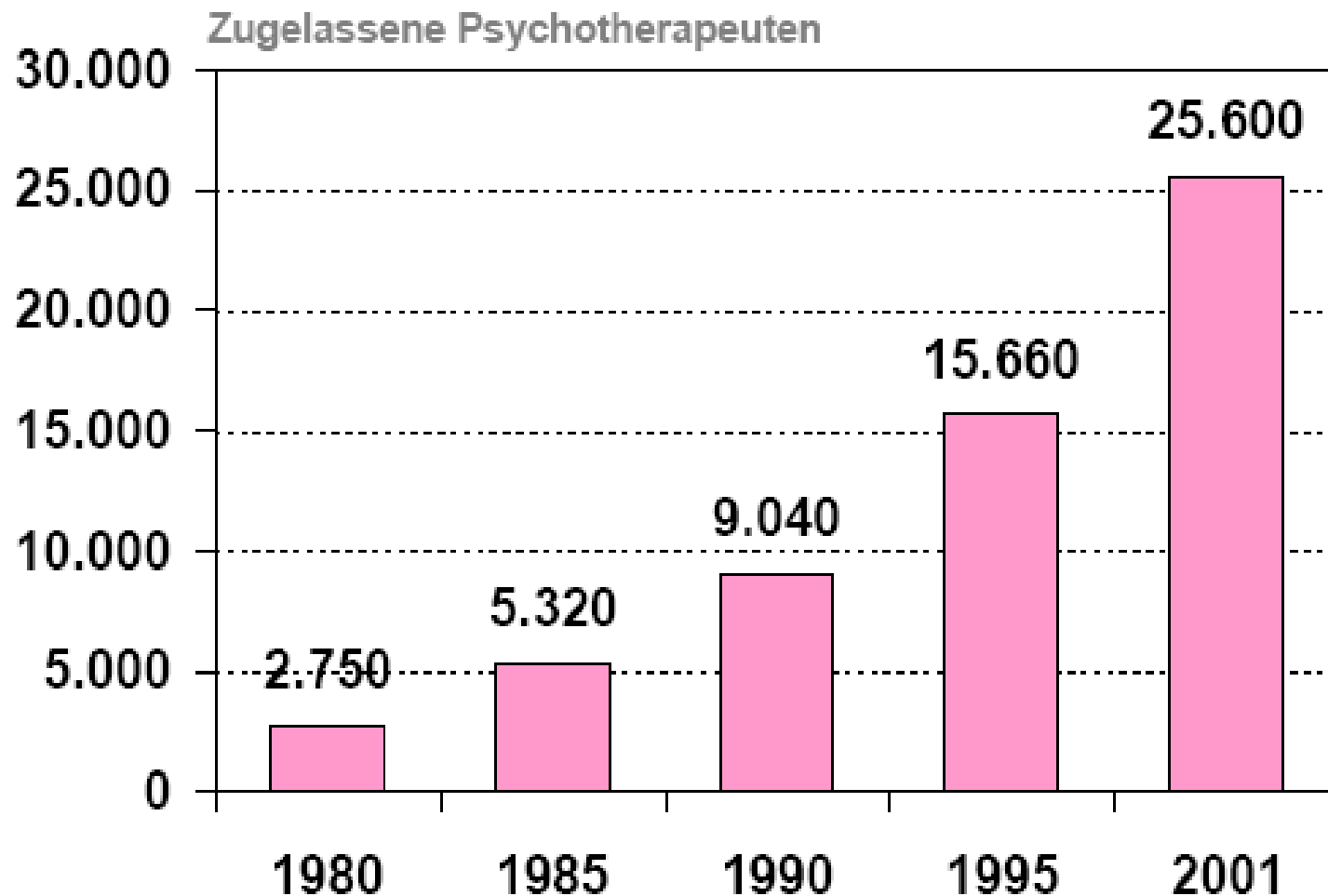
Behandler nach praktizierten Verfahren	Anzahl
Tiefenpsychologie	9.485
Tiefenpsychologie u. Psychoanalyse	3.889
Psychoanalyse	159
Verhaltenstherapie	8.289
Gesamt	21.902 *)

Behandler nach Umfang PT-Tätigkeit	Anzahl
Überwiegend PT	15.256
Nicht überwiegend PT	5.472
Gesamt	20.728

*) Therapeuten können in mehreren Verfahren zugelassen sein.

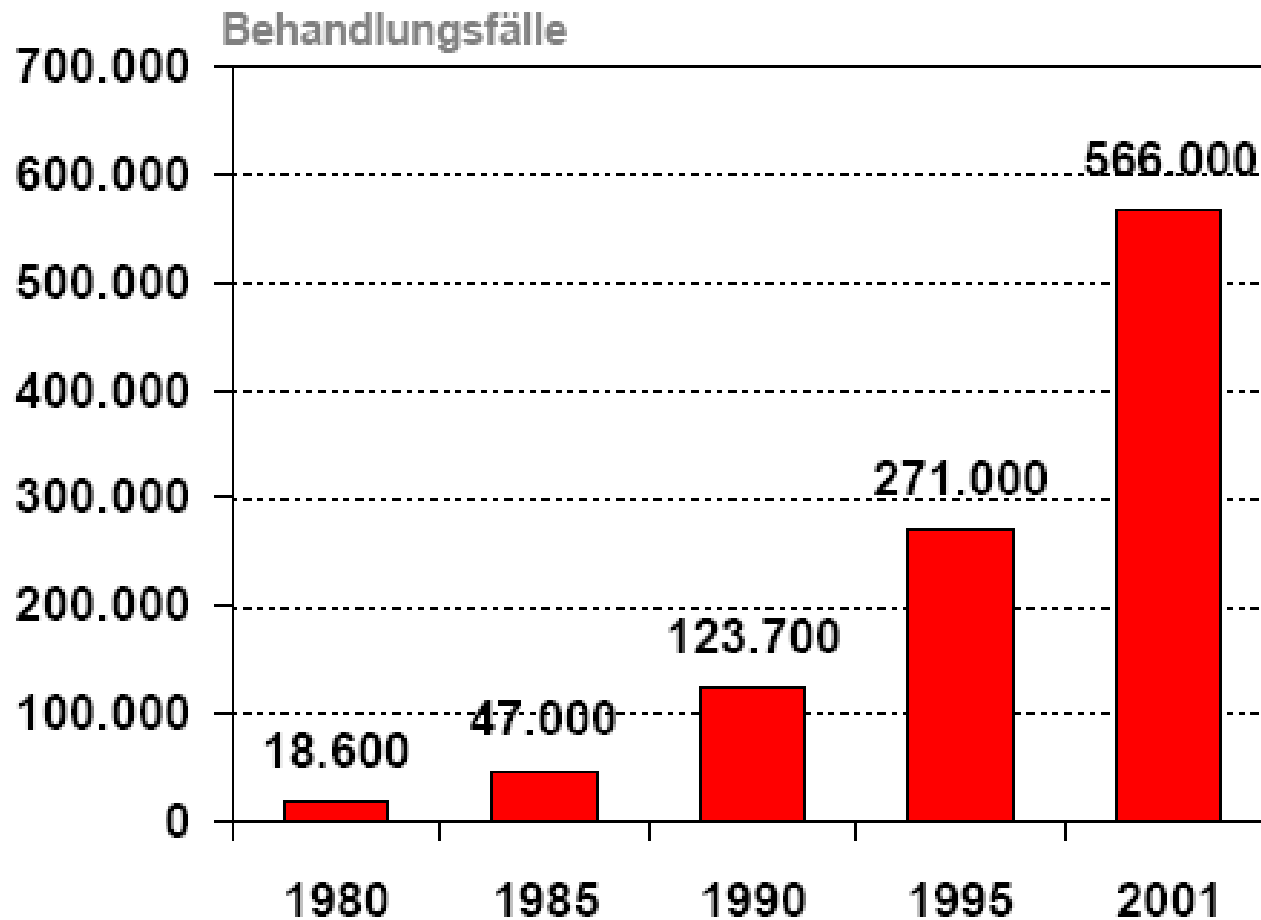
Quelle: Zepf 2001

Entwicklung der zugelassenen Psychotherapeuten in Deutschland



Quelle: Jahrbücher der KBV

Entwicklung der psychotherapeutischen Behandlungsfälle* in Deutschland



* Fälle zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen

Quelle: Jahrbücher der KBV

**Tabelle 3 Behandlungsaufwand pro Patient
in Abhängigkeit vom Therapieverfahren
(Psychotherapeutenbefragung 1997/98)**

	Therapiestunden-Soll Ø
alle Verfahren	77,4
Psychoanalyse	159,9
Tiefenpsych. fundierte Psychotherapie	69,6
Verhaltenstherapie	43,7
Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapie	96,0
Gestalttherapie	57,2

**Tabelle 2 Zeitliche Arbeitskapazitäten bei
Psychotherapeuten
(Befragung 1997/98, N = 1.521)**

Stunden pro Woche	Anzahl	Anteil an Ge- samt
0 – 17	312	20,5 %
18 – 25	293	19,3 %
26 – 30	212	13,9 %
31 – 40	356	23,4 %
41 – 50	259	17,0 %
51 – 60	72	4,7 %
61 – 81	17	1,1 %

**Tabelle 4 Versorgungsbeiträge von Psychotherapeuten in
Abhängigkeit von ihrer zeitlichen Arbeitskapazität**

	Arbeitsstunden PT-Tätigkeit pro Woche	Behandlungs- stunden pro Jahr	Versorgbare PT-Patienten pro Jahr
Vollzeit- psychotherapeut	36 – 50	1380 – 1932	18 - 26
überwiegend tätiger PT	26 – 35	1012 – 1380	13 - 18
halbtags tätiger PT	18 – 25	690 - 1012	9 - 13
geringfügig tätiger PT	11 – 17	414 - 690	5 - 9

Das Behandlungsangebot der Psychotherapeuten

Angebot

15.000 Psychotherapeuten behandeln 220.500 Patienten

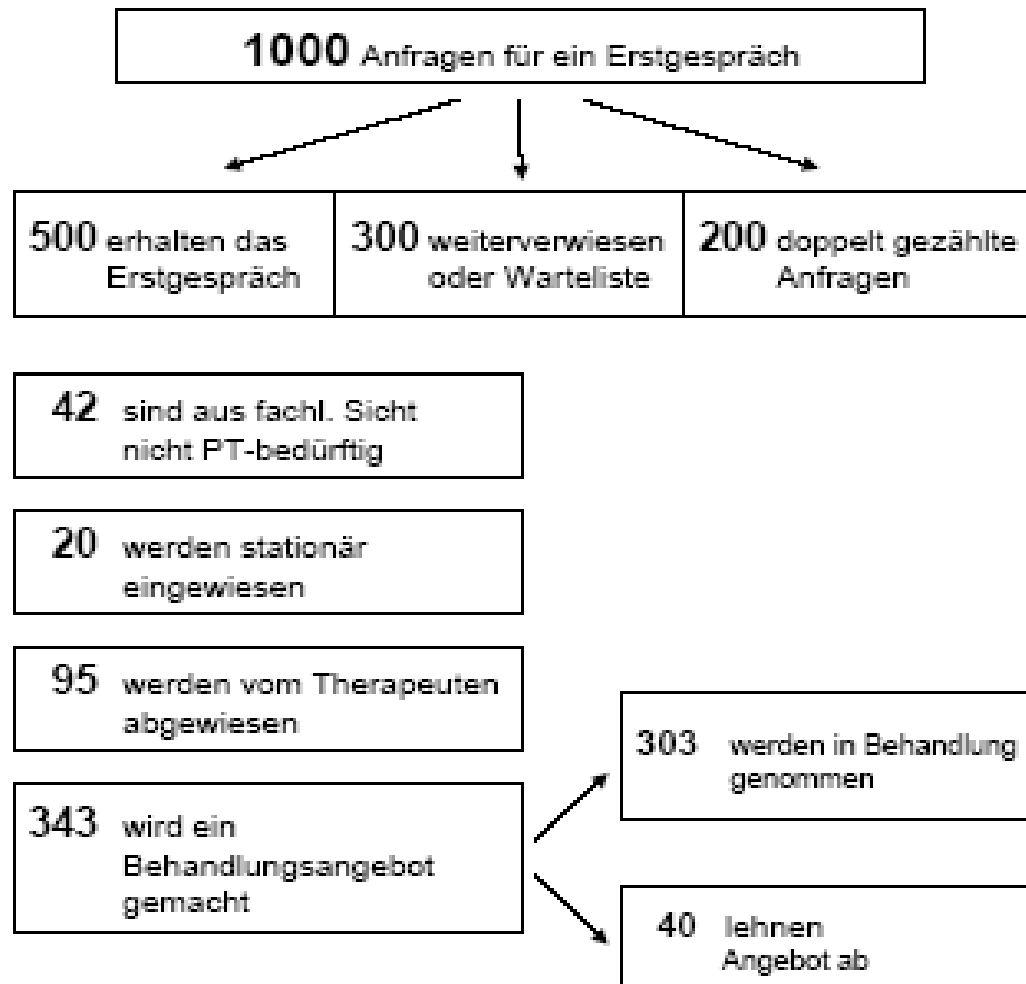
Nachfrage

480.000 behandlungsbedürftige und -willige Patienten (= 0,6% der Bevölkerung)

Marktdeckung: 46 %

(Löcherbach-Studie 2000)

Modellrechnung zur Nachfrage und zum Bedarf von Psychotherapie-Behandlung



Quelle: Zepf, 2001
empirische Basis: Befragung bei N = 1.042 Psychotherapeuten

Psychotherapeutische Versorgungssituation

- Trotz Überversorgung nach formalen Bedarfsrichtlinien besteht ein latenter Versorgungsbedarf.
- VT'ler haben die größten Engpässe für ein Erstgespräch (Wartezeit bei 2/3), Analytiker 52 %, Tiefenpsychologen 50 %.
- Bei effektiver Ablehnung liegen die Analytiker jedoch mit 63 % vorn.
- Wartezeiten bei 60 % bis zu 4 Monaten, bei 23 % bis zu einem halben Jahr.
- Keine Veränderung der Wartezeit durch das PTG bei 51 %, sogar längere Wartezeiten bei 25 %.
- Depressive Störungen werden meist vom Verhaltenstherapeuten behandelt, Persönlichkeitsstörungen meist vom Analytiker.

Psychotherapeutische Versorgungssituation

- Durchschnittliche Behandlungszahl 23 Sitzungen.
- 25 % der Patienten kommen aus Eigeninitiative zur Therapie, 21 % durch Überweisung vom Hausarzt.
- Versorgungsproblematik bei Kindern und Jugendlichen noch deutlicher.
- Neurotische Störungsbilder (Ängste, Depressionen) dominieren.
- Durchschnittsalter der KJP'ler liegt zwischen 45 – 55 Jahren (höher als bei den PP).

(Friedrich, 2003)

Gründe für die Nichtaufnahme psychotherapeutischer Behandlungen

In absehbarer Zeit kein Behandlungsplatz frei

57,7

Persönliche „Passung“ nicht gegeben

11,1

Psychotherapie nicht identifiziert

10,5

Persönl. /soziale Voraussetzungen bei Patient(inn)en nicht ausreichend gegeben

9,4

Krankheits-/Störungsbild passte nicht zu Behandlungsverfahren

5,0

Prognose zu ungünstig

4,6

Stationäre Einweisung war erforderlich

3,8

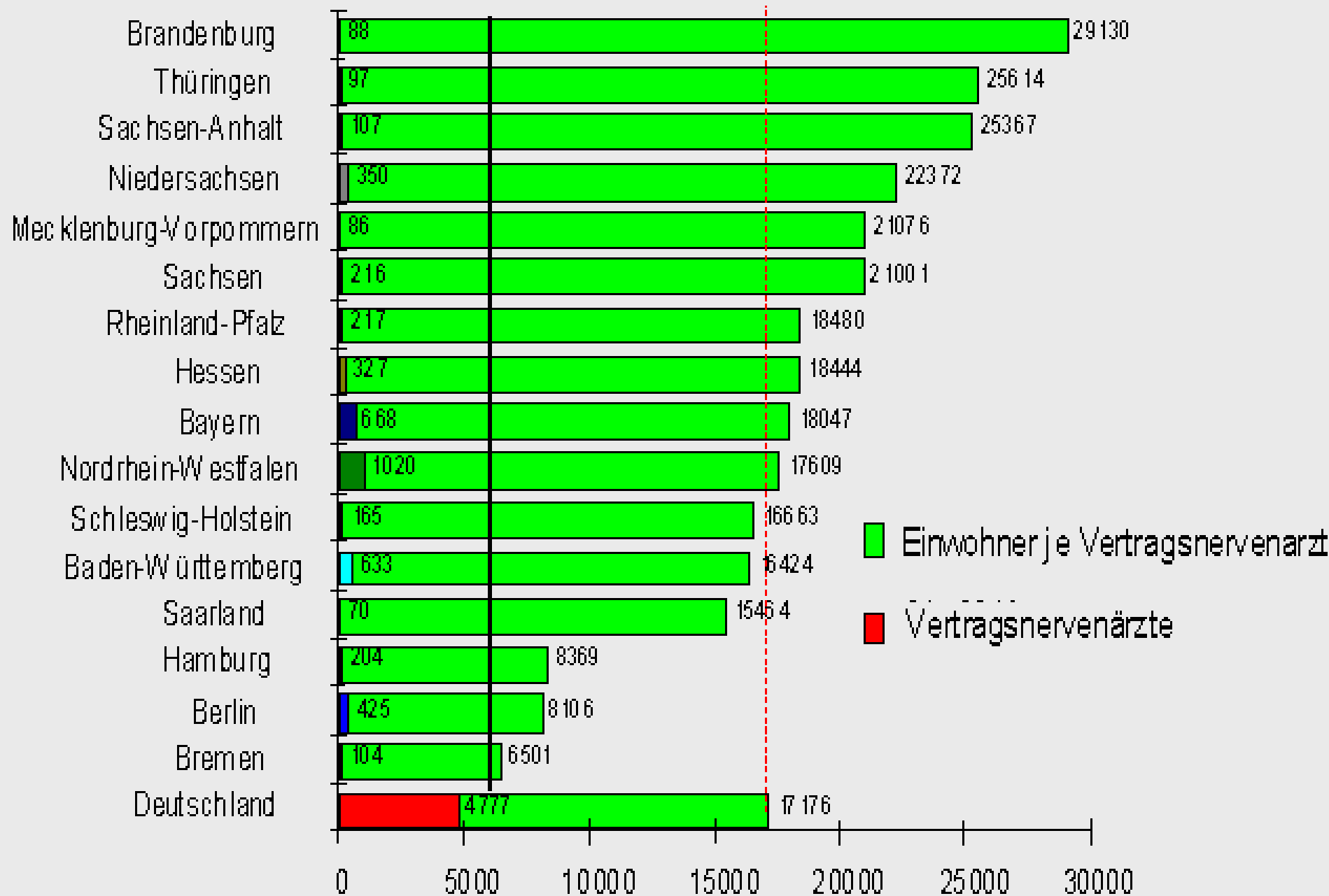
Finanzierung nicht sichergestellt

0,6

0 10 20 30 30 50 60

Prozent

Vertrags-nervenärztliche Versorgungsdichte 1999



Ist- und Bedarfszahlen von Ärzten für Psychotherapeutische Medizin in Psychosomatischen Kliniken

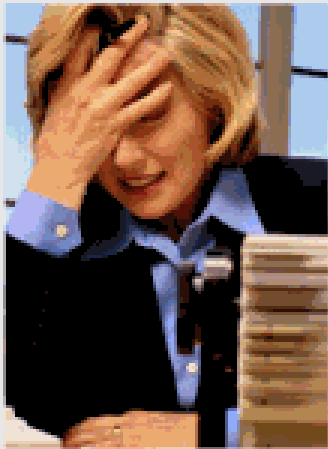
Ist-Zahlen	Klinikärzte
Fachärzte	750
Weiterbildungsassistenten	150
Gesamt	900

Aktuelle Bedarfszahlen	
Arztstellen (in Reha-Kliniken) (15.000 Betten, Arzt-Pat.: 1:13):	1.150
Arztstellen in Akutkliniken (4.000 Betten, Arzt-Pat.: 1:6):	650
Gesamt	1.800

Zusätzlicher Bedarf an Arztstellen für intendierte Bettenzahlen: (0,15 pro 1000 Einwohner)	
Weitere 8.000 Akutbetten (Arzt-Pat.: 1 : 6)	ca. 1300

Bereits jetzt
Defizit von
900 Stellen

Weiteres
Defizit von
1300 Stellen



Bundesgesundheitsurvey
ca. 5 Mio Patienten im Jahr
Behandelt werden 2 Mio

Anzahl Psychiater/Nerv.: 4900

Verbleibende Zeit /Pat: 7 min

Optimale Patientenzahl pro
Facharzt: 500

➔ Bedarf: 15 000



Probleme der ambulant tätigen Psychotherapeuten

Von Seiten der Psychotherapeuten

- o Die psychotherapeutische Praxis ist sehr zeitintensiv und kann nur eine begrenzte Anzahl von Patienten behandeln.
- o Effektivitätsbelege in der psychotherapeutischen Routineversorgung fehlen. Trotz hoher Ausgaben für die ambulante Richtlinienpsychotherapie fehlen systematische Qualitäts- und Outcome-Daten.

Probleme der ambulant tätigen Psychotherapeuten

Von Seiten der Patienten / Öffentlichkeit

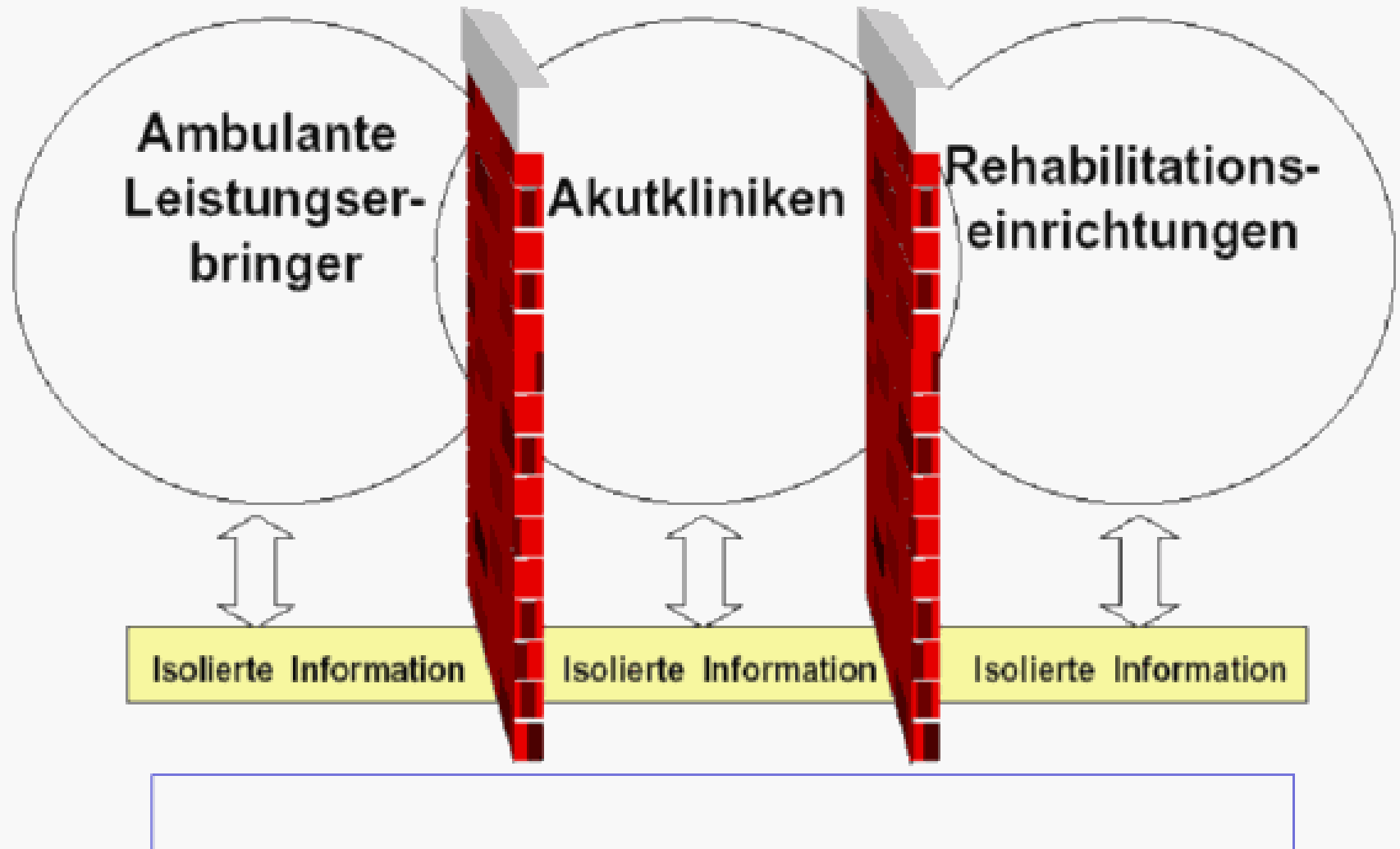
- o (Immer noch) schwieriges Meinungsbild für Psychotherapie in der Öffentlichkeit.
- o Psychische Krankheiten werden von den Betroffenen oft aktiv versteckt (Vorschieben körperlicher Störungen).

Probleme der ambulant tätigen Psychotherapeuten

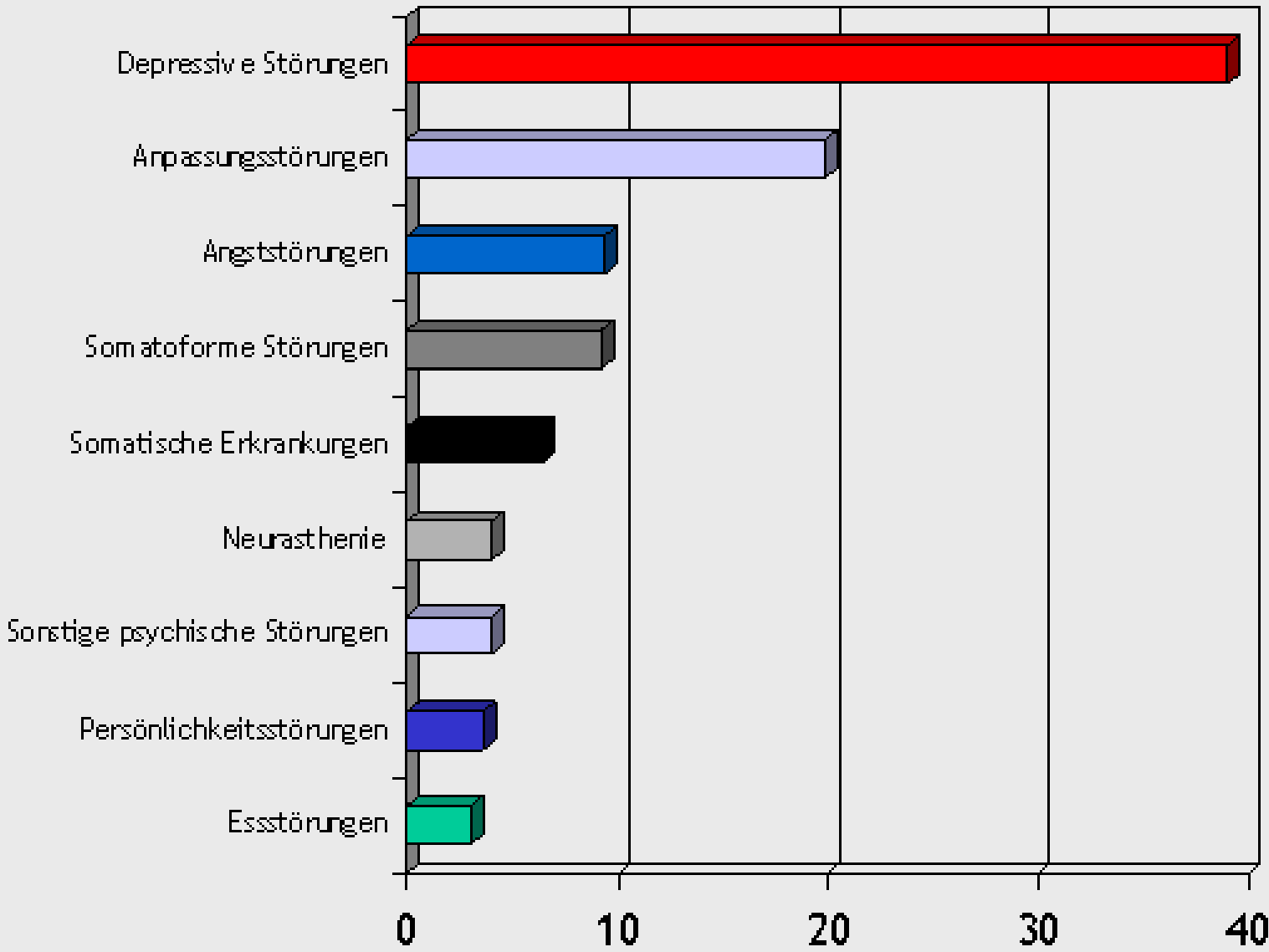
Von Anbieterseite

- o Es bestehen oft nicht koordinierte Parallelbehandlungen und auch Einweisungen (Psychiatrie, Reha), ohne vorherige Absprachen. Unzureichende Abstimmung der Behandler.
- o Die stationäre Therapie weist eine hohe Qualität auf. Es fehlt jedoch an einer engeren Verzahnung mit dem ambulanten Sektor.

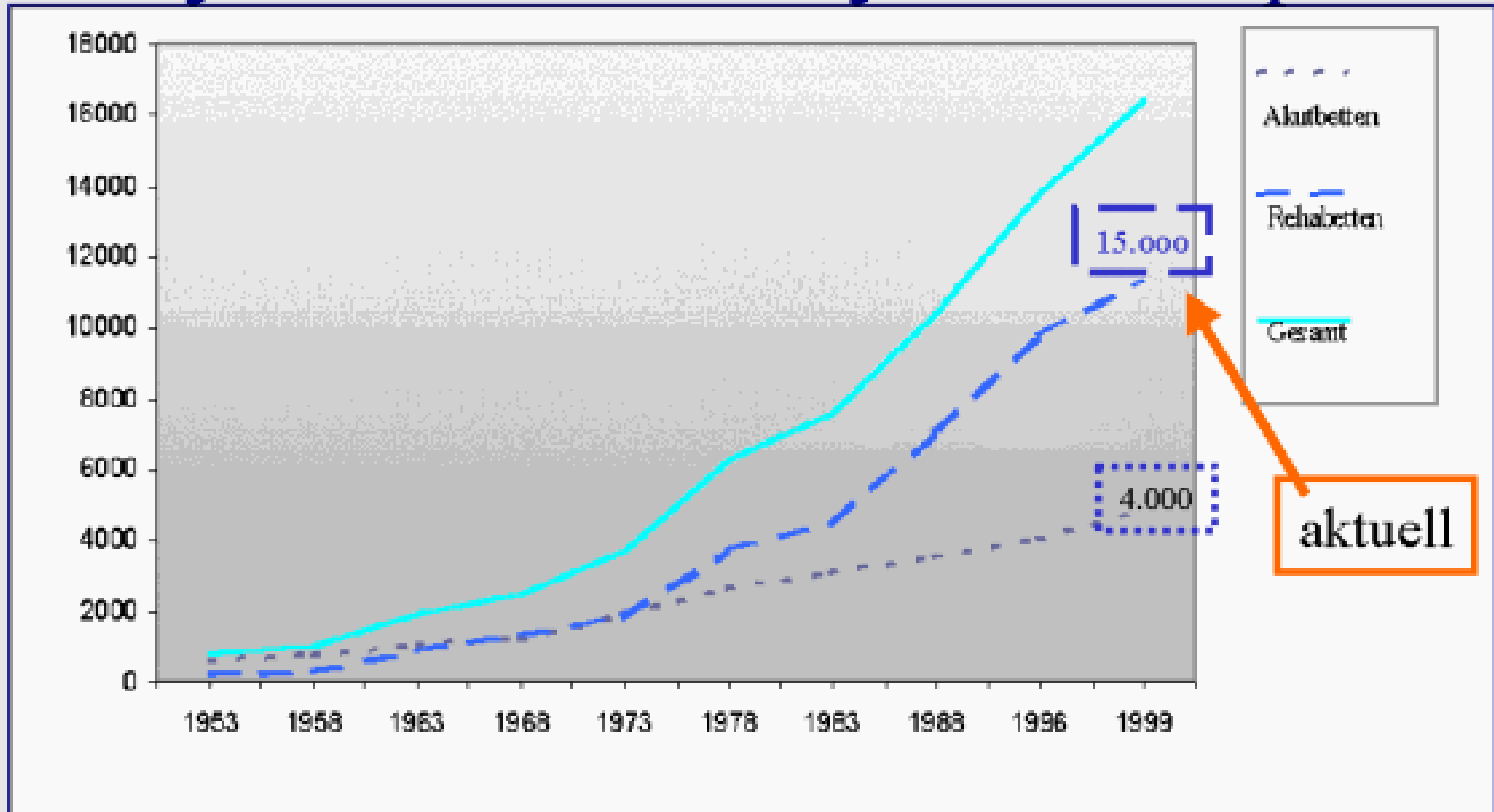
Die Abschottung der Sektoren verursacht in vielen Fällen eine ineffiziente Leistungserbringung



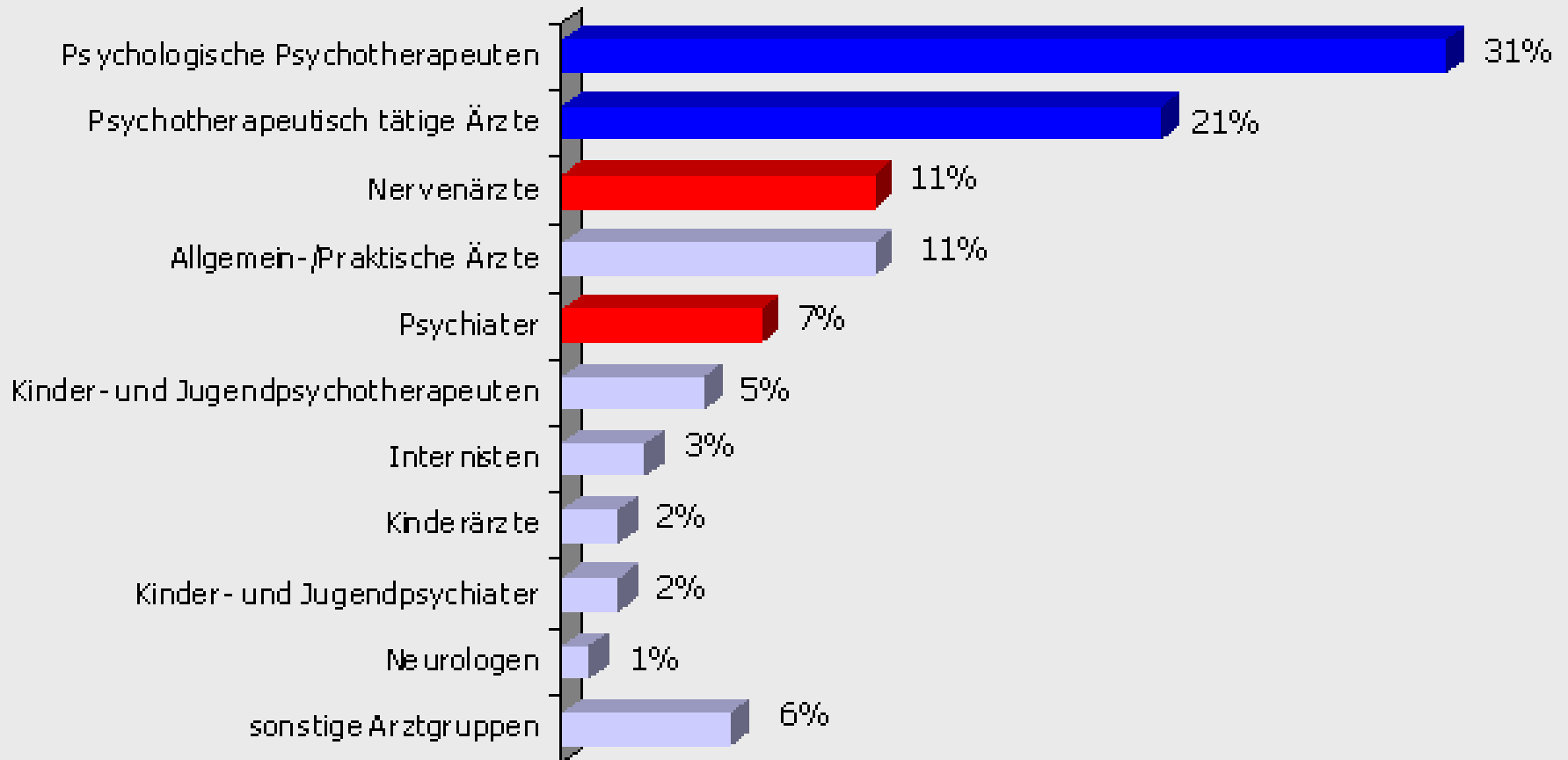
Psychosomatische Rehakliniken: Diagnoseverteilung in Bezug auf die Hauptdiagnose nach ICD-10 in % (nach U. Koch, 2003)



Bettenentwicklung in der Psychosomatik/Psychotherapie

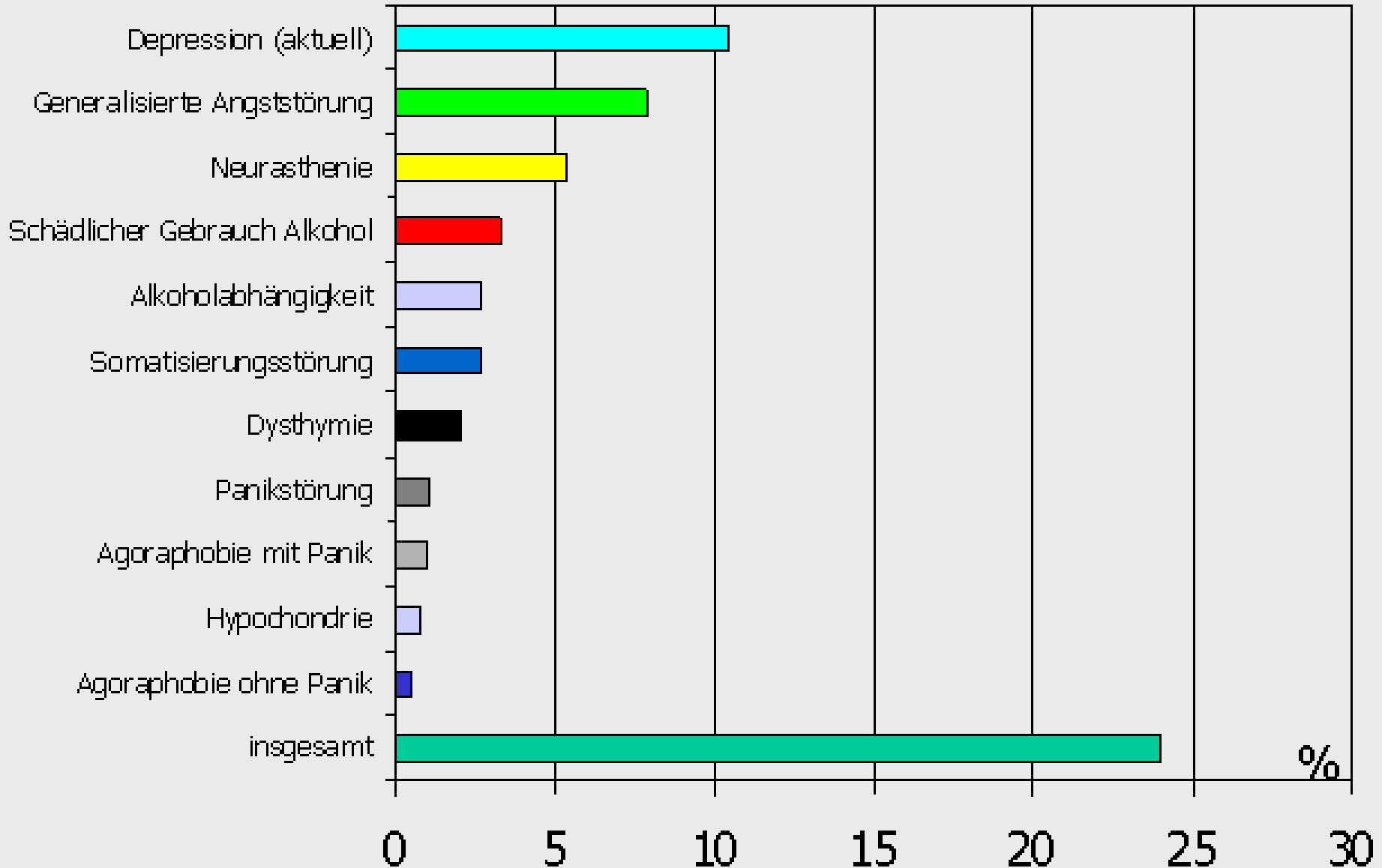


Ausgabenanteile für EBM-G II bis V-Leistungen nach Leistungserbringern



Hausärztliche Praxen

Prävalenz der ICD-10 Störungen *(nach Üstün & Sartorius, 1995)*



Wer behandelt Depressionen?

69 % *Hausarzt*

33 % Nervenarzt

30 % Psychotherapeut

27 % Klinik

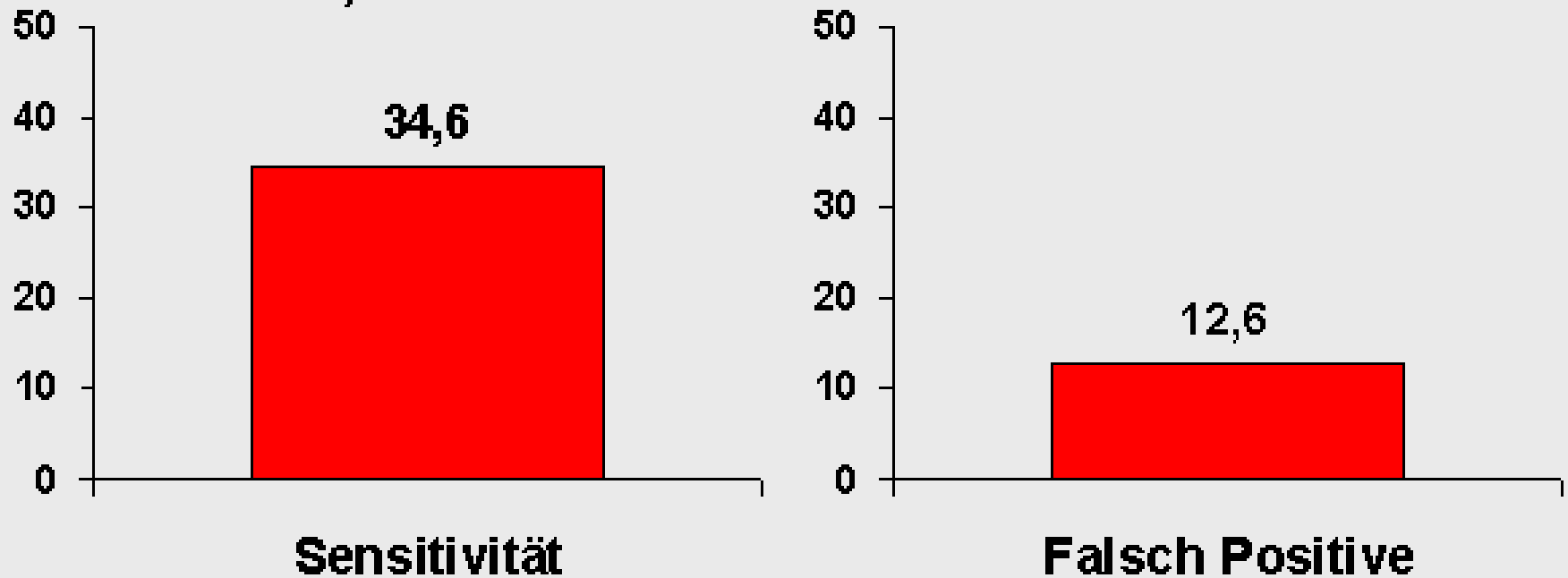
30 % Medikamente sind hilfreich

(GAD-P Studie, Wittchen 2001)

Erkennungsrate in der Hausarztpraxis

Wittchen et al. (2000)	75 %	(Major Depression)
	41 %	(Minor Depression)
Goldberg et al. (1999)	49 %	
Simon et al. (1999)		42 %
Tiemans et al. (1999)	40 %	
Perez-Stable et al. (1990)		35 %
Coyne et al. (1995)		35 %
Schulberg et al. (1995)	26 %	

Stichtagserhebung in Freiburg und Düsseldorf (N= 853 Patienten)



Patient Health Questionnaire:

■ Major Depression

Die hausärztliche Depressionsbehandlung

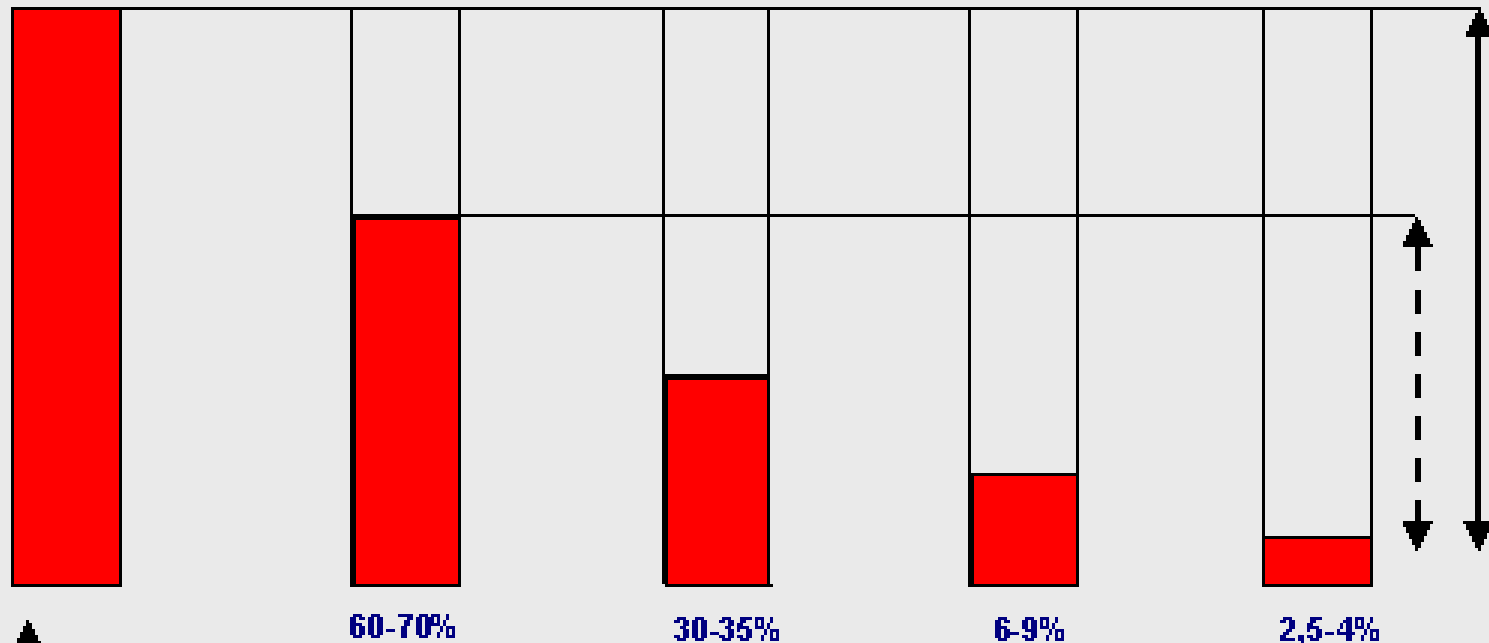
Behandlungsbedürftige Depressionen in der Gesamtbevölkerung¹ (Punktprävalenz 5% ca. 4 Millionen)

In hausärztlicher Behandlung² (2,4-2,8 Millionen)

Als Depression diagnostiziert³ (1,2-1,4 Millionen)

suffizient behandelt⁴ (240-360 Tausend)

nach 3 Monaten Behandlung noch compliant⁵ (100-160 Tausend)



↑ Optimierungsspielraum durch Fortbildung und Kooperation mit Hausärzten

↑ Optimierungsspielraum durch Awareness-Programme, Öffentlichkeitsarbeit

¹ Wittchen et al. 1994

² Montano 1994

³ Üstün & Sartorius 1995

⁴ Lepine et al. 1997

⁵ Katon et al. 1996

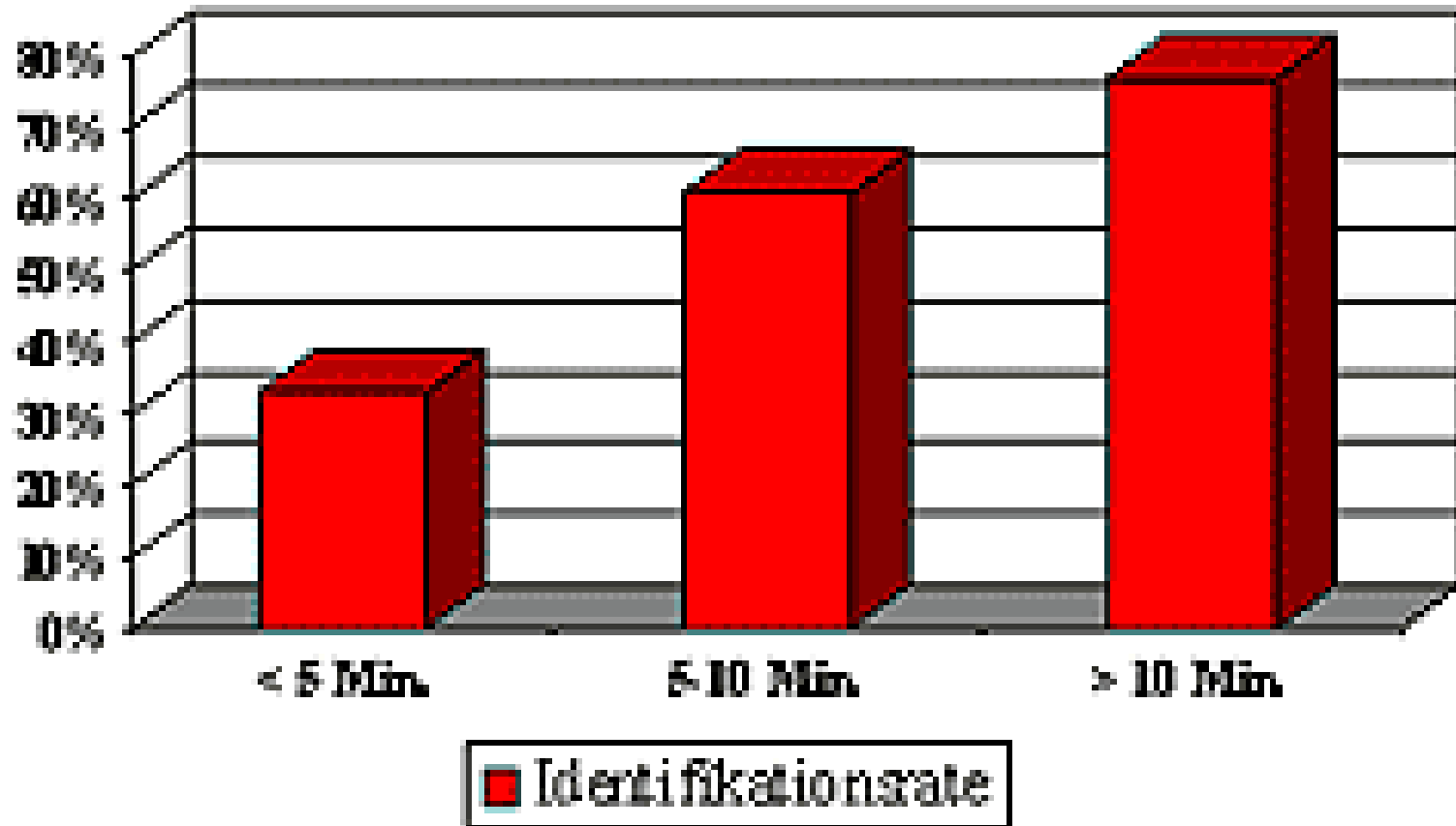
Gründe für die schlechte Erkennungsrate

● Strukturelle Faktoren

- o Zeitdruck

- o Überlastung durch den Arbeitsanfall

Prozentualer Anteil der korrekt identifizierten psychischen Störungen und Konsultationszeit (n=160)

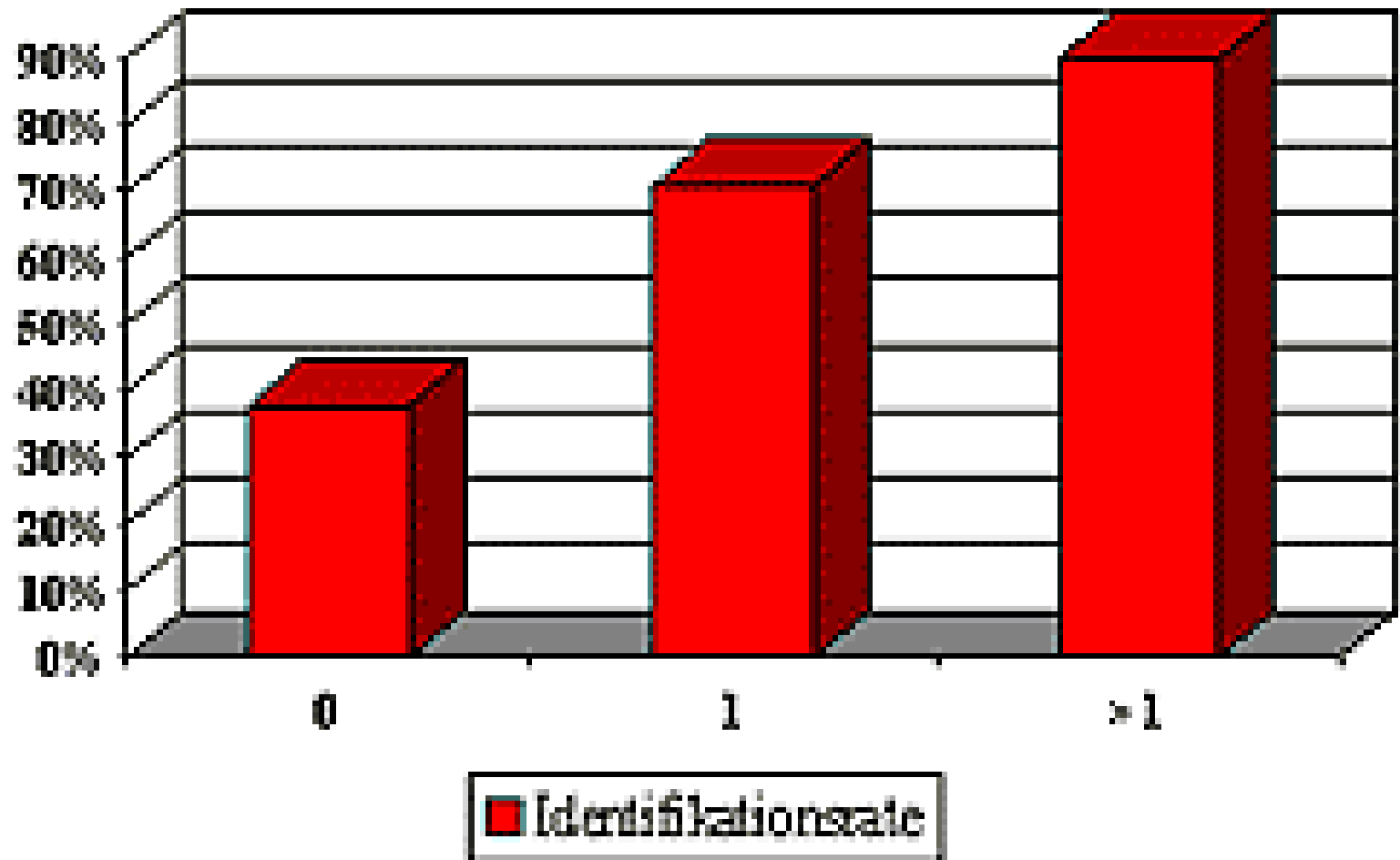


Gründe für die schlechte Erkennungsrate

● Patientenbezogene Faktoren

- o Alter und Geschlecht
- o Symptomschilderung

Anteil der identifizierten psychischen Störungen und Anzahl der berichteten psychischen Beschwerden (n=160)



Gründe für die schlechte Erkennungsrate

● **Arztbezogene Faktoren**

- o Interaktionsstil
- o Psychische Problematik wird als nicht wesentlich erachtet
- o Affektive Reaktion wird als „normale und verständliche Reaktion“ angesehen

Aktueller Stand

Fazit

Das Gesundheitswesen kann heute bereits eine angemessene Behandlung depressiv erkrankter Menschen nicht leisten. Diese Problematik wird sich in den nächsten Jahren noch verschärfen.

Aktueller Stand

Darüber hinaus

- Verschlechterte finanzielle Rahmenbedingungen
sinkende Einnahmen < -- > steigende Kosten
- Zunehmende Bürokratie
- Steigende Qualitätsansprüche
- Leistungsverlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich
- Unsichere Entwicklung im Gesundheitsbereich

Was kann getan werden?

- Verbesserung der Finanzierung psychotherapeutischer und psychiatrischer Leistungen (Psychotherapeutenhonorare, Ausbildungskosten)
- Entwicklung sektorenübergreifender Kooperationen
- Aufbau und Etablierung von Netzen im Rahmen der Integrierten Versorgung nach §140 (SGB V)
- Initiativen für ein DMP Depression

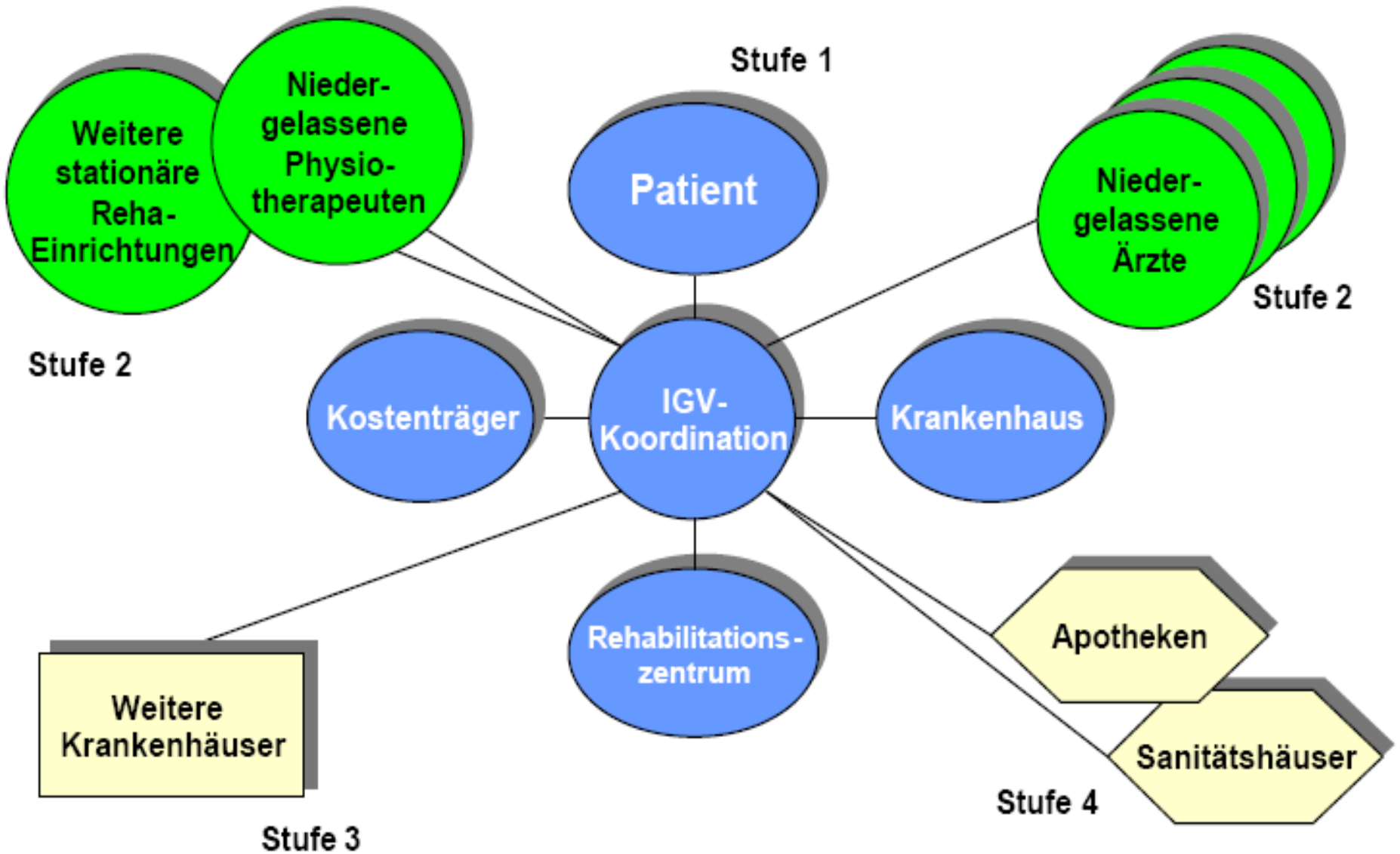
Was kann getan werden?

- Klärung und Absprachen in Bezug auf die Versorgungsaufgaben von Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten
- Förderung und Verstärkung von Initiativen zur Entstigmatisierung psychischer Störungen („Fall Deisler“, Naturkatastrophe in Südostasien)
- Abbau von Schwellenängsten Betroffener für die psychotherapeutische Behandlung

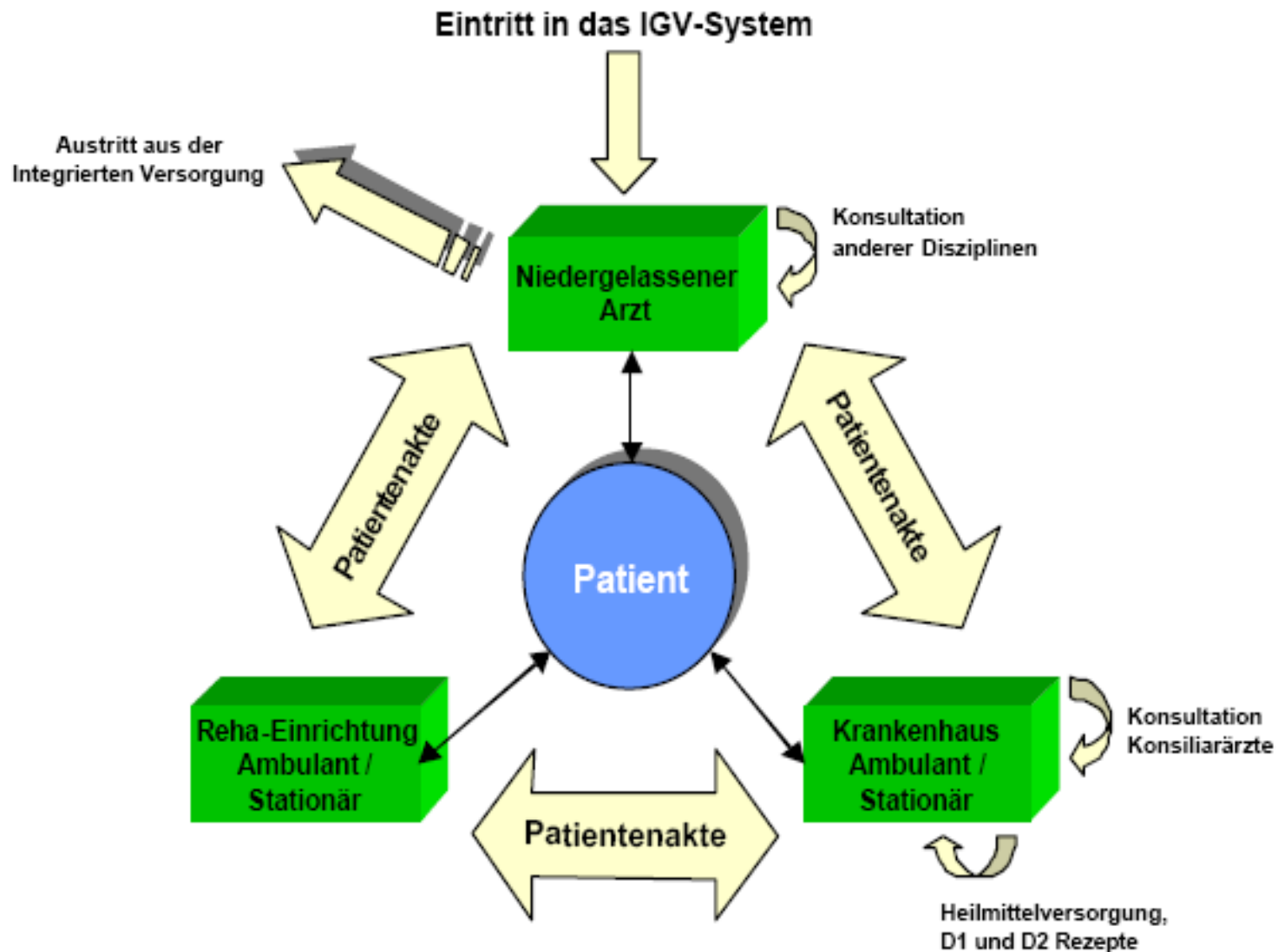
Integrierte Versorgung nach § 140 a-d SGBV

- Gültig seit 01.01.2000 (GMG)
- Keine zeitliche Begrenzung
- Übergreift verschiedene Leistungssektoren oder ist interdisziplinär fachübergreifend (Entwicklung von Patientenpfaden)
- Verträge werden geschlossen zwischen den GKV und den Leistungserbringern (unter Umgehung der KVen)
- Die Beteiligung der Pat. ist freiwillig, Kassen können einen Bonus gewähren (z.B. Ermäßigung der Zuzahlung)

Die verschiedenen Stufen des Netzwerks



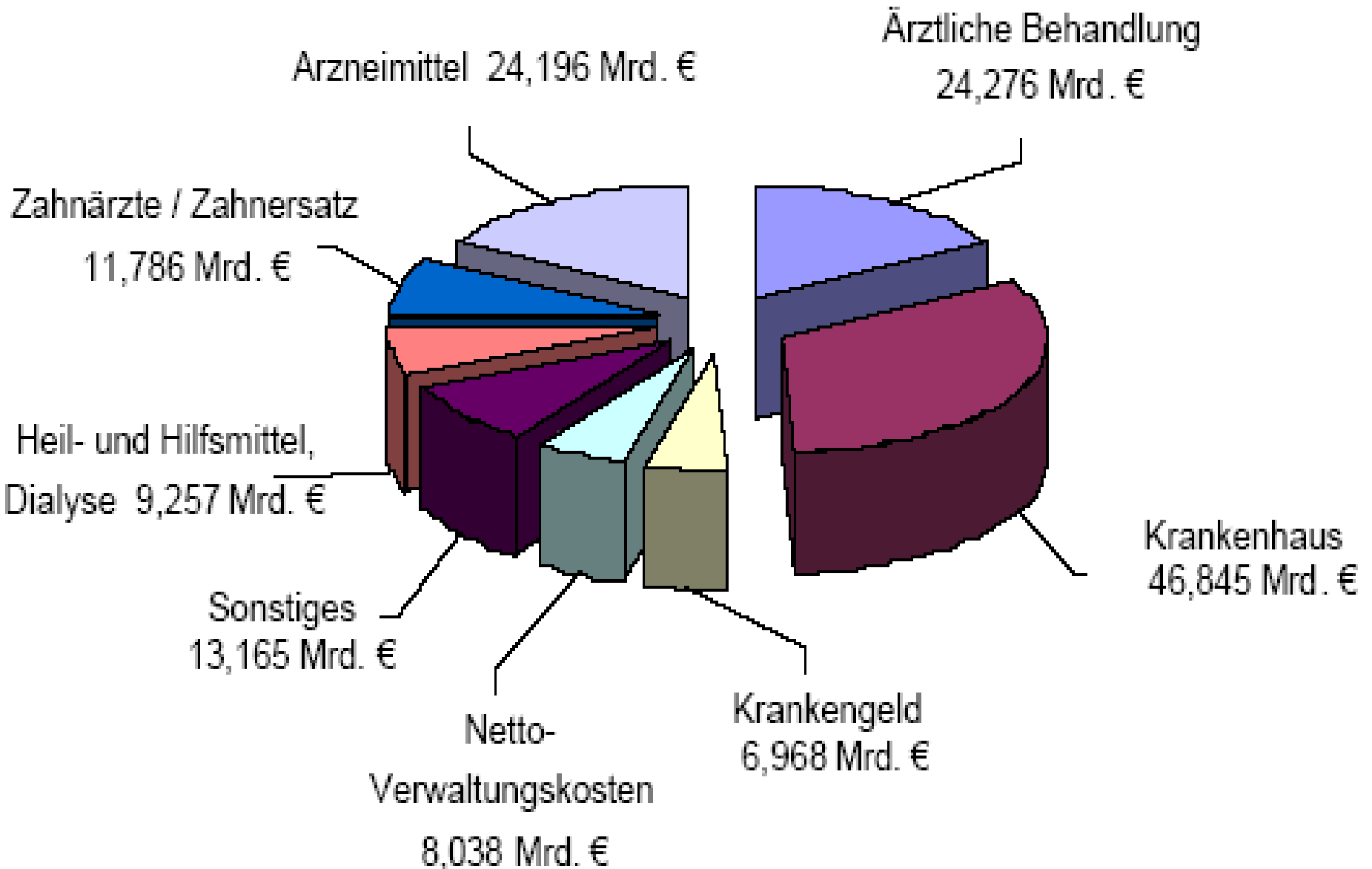
Medizinischer Versorgungskreislauf



Integrierte Versorgung nach § 140 a-d SGBV

- Leistungserbringer können sein: Vertragsärzte, Krankenhäuser, MVZ oder explizit gegründete Managementgesellschaften (müssen selbst keine zugelassenen Leistungserbringer sein)
- Die GKV können von 2004 – 2006 bis zu 1% der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und der Krankenhausrechnungen einbehalten (Innovationsfond oder drittes Budget – sog. Anschubfinanzierung)
- Vergütung für Leistungserbringer erfolgt pauschaliert oder einzelfallbezogen
- Wissenschaftliche Begleitung (Evaluation über 12 Monate)

Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in 2003



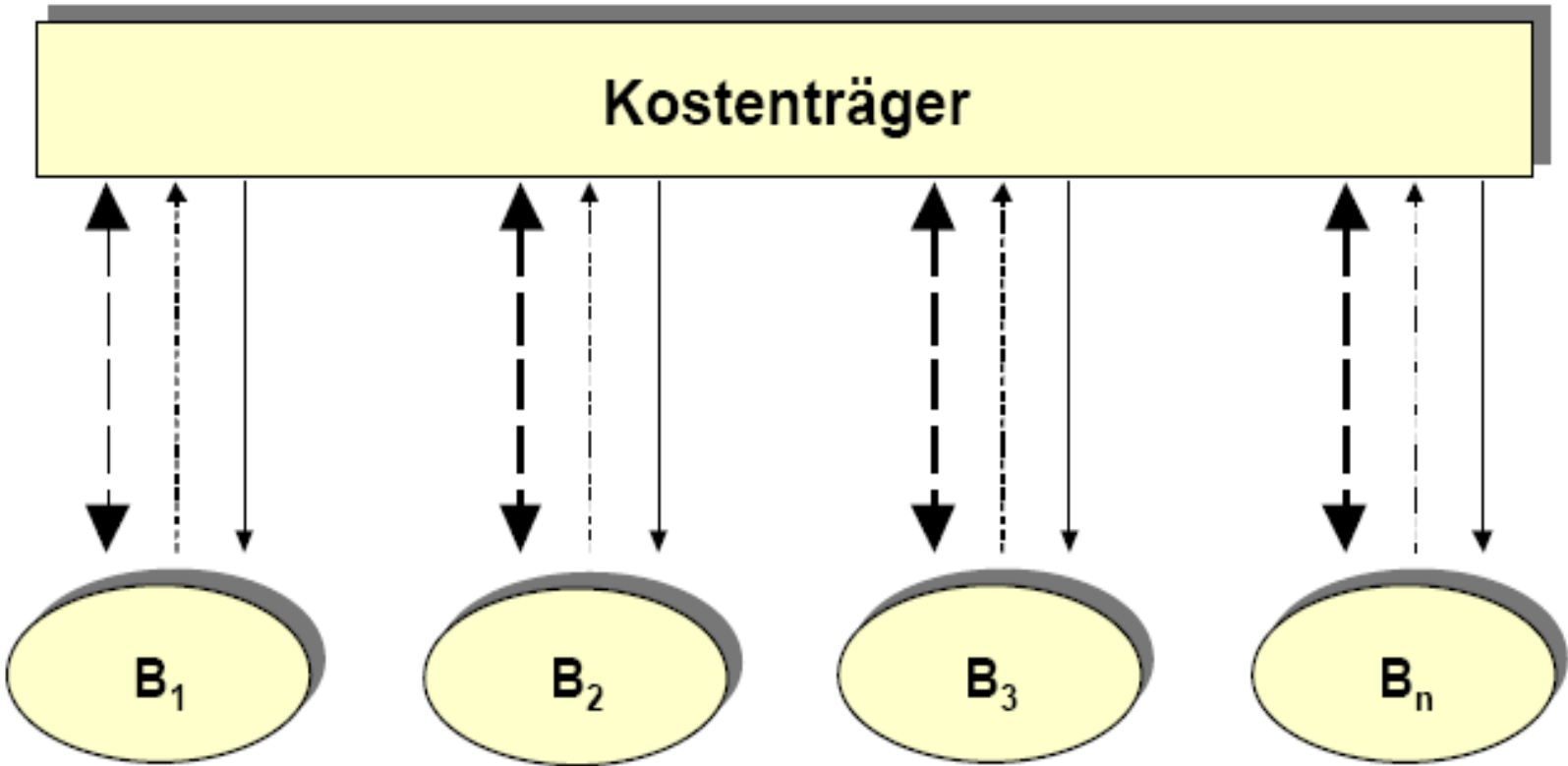
Abrechnungen von IGV-Leistungen


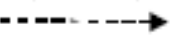

- Ziel der IGV > Vergütung aller erbrachten Leistungen der Leistungserbringer durch eine **Komplex-Pauschale**
- Vorherige Klärung darüber, welcher Netzpartner welchen Vergütungsanteil für seine Leistungen erhält (Basis hierfür der gemeinsam genutzte Behandlungspfad)
- Klärung auch, in welcher Rechtsform die IGV-Management-Gesellschaft geführt wird
- Weitergehende Verhandlungen z.B. darüber, ob zusätzliche Gelder für Begleitforschung oder Qualitätssicherung freigestellt werden

Modell A: Einzelleistungserbringer

- Komplettabrechnung erfolgt durch einen IVG-Koodinator (Kostenträger)
- Jeder Behandler rechnet seinen Anteil mit dem Kostenträger ab
- Dieser übernimmt die wesentlichen Controlling- und Administrationsaufgaben
- Voraussetzung: Einzelleistungsverträge zwischen Kostenträger und Behandler

Einzelleistungserbringer



Vertragsverhältnis 
Rechnungsweg 
Zahlungsweg 
Behandler B₁, ..., B_n

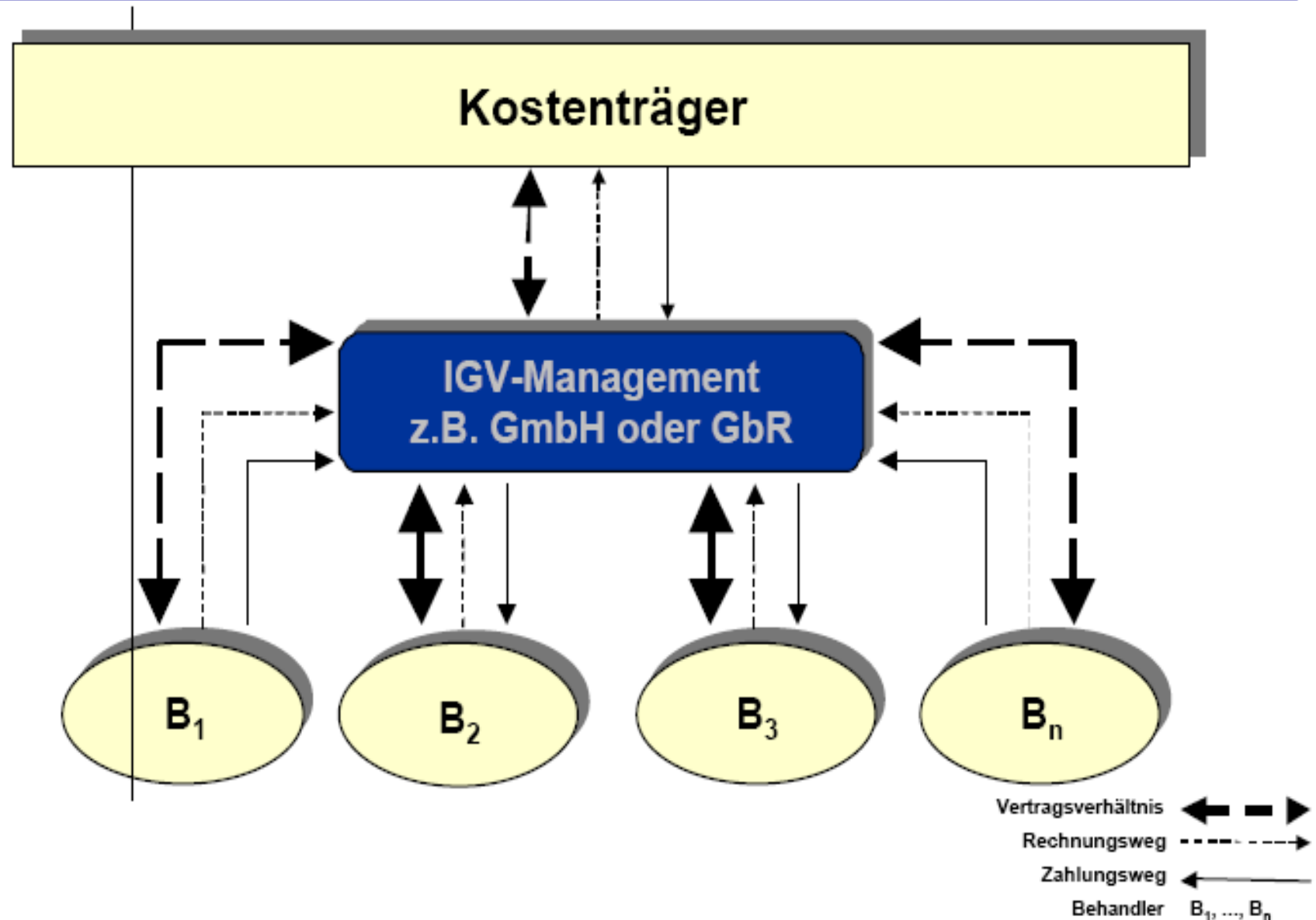
Modell B: Abrechnung via Managementgesellschaft

- Kostenträger überweist *eine* vereinbarte IGV-Pauschale an die IGV-Gesellschaft.
- Der einzelne Behandler rechnet seine erbrachten Leistungen nach vereinbarter Vertragsregelung mit der IGV-Gesellschaft ab.
- Zwei Varianten dieses Modells sind vorstellbar.

Variante A

- Krankenhaus ist Allein- oder Mehrheitsgesellschafter der IGV-Managementgesellschaft (z.B. als GmbH).
- Die Gesellschaft schließt individuelle Verträge mit den einzelnen Behandlern.
- Klare Definition der Haftungsfrage der einzelnen Behandlungsschritte.
- Die einzelnen Behandler erhalten ihre Teilhonorare von der Gesellschaft aus der IGV-Pauschale.

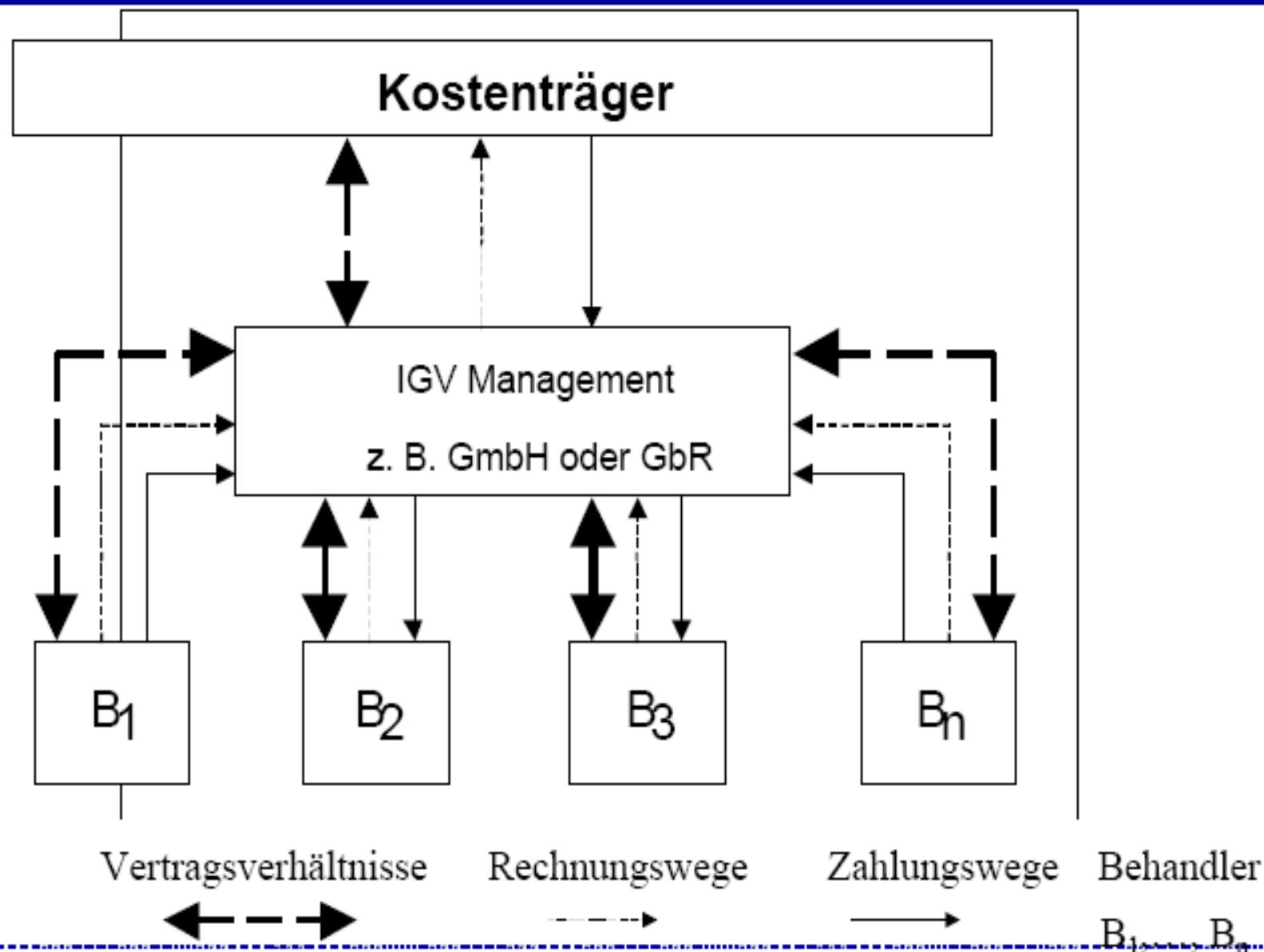
IGV-Abrechnung via Managementgesellschaft



Variante B

- Schließung eines IGV-Rahmenvertrages zwischen den Kostenträgern und den „startenden Netzpartnern“.
- IGV-Netzpartner organisieren die Abrechnungsvorgänge über eine „Koordinationsstelle“.
- Abrechnung erfolgt zwischen „Koordinationsstelle“ und Kostenträgern sowie zwischen „Koordinationsstelle“ und einzelnen Behandler.
- Grundsätzlich besteht zunächst eine gesamtschuldnerische Haftung jedes IGV-Teilnehmers für einen möglichen Behandlungsfehler eines anderen IGV-Teilnehmers.

IGV-Abrechnung via Managementgesellschaft



Empfehlung

- Eine der Varianten von Modell B, da hier Gewährleistung einer koordinierten Honorarabrechnung (unter Vorbehalt).
- Unter Wirtschaftlichkeitsprinzipien: Geringhaltung der internen Verwaltungs- und Managementaufwendungen.
- Gestaltung des IGV-Vertrages und der Abrechnungsregelung bedarf der Unterstützung durch Rechtsanwälte und Steuerberater.

Motivation für Leistungserbringer

- Erschließung neuer Einnahmequellen
(Verhandlungsgeschick)
- Eigene Zielvorstellungen, individuelle Strukturen
(Zunahme der Arbeitszufriedenheit)
- Besserer Informationsfluß mit den beteiligten Behandlern
- Schrittweiser Lernprozeß in einem neuen
Versorgungsegment

Motivation für den Patienten

- Bessere Versorgung durch einen besser verzahnten Behandlungsprozess
- Verkürzte Wartezeiten
- Behandlungen erfolgen nach standardisierten optimalen Verfahren
- Integrierte Nachfolgeuntersuchungen
- Teilnahme erfolgt auf freiwilliger Basis
- Erwartungen von Bonuszahlungen

Offene Fragen und mögliche Probleme der Leistungserbringer

- Klärung der Vergütung
- Zeitlicher und energetischer Aufwand (Dokumentationen, Qualitätszirkel, Fallkonferenzen, Evaluationen)
- Sicherstellung eines ausreichenden Informationsflusses (Dokumentation)
- Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern (Schnittstellen, Haftung)
- Erstellung eines Konzeptes (Mitanbieter auf dem Gesundheitsmarkt, Grundsatz der Vertragsfreiheit; d.h. kein Anspruch auf Abschluss eines IGV-Vertrages)
- Zulassungsfragen (Beantragung)

I.

Zentrale Arbeitsgruppe „Integrierte Versorgung psychischer Erkrankungen“

Leitung: Dr. med. Iris Hauth,

II.

Arbeitsgruppen für Rahmenkonz.

- » Versorgungsleitlinien
incl. Pfade
- » Dokumentation und Q
Indikatoren
- » Fortbildungskonzeption
- » Qualitätssicherung
- » Patienteninformation
- » ?.....



Koordinatoren der Rahmenkonzepte:

- **Depression**
(Berger/Härter, Freiburg
Schneider, Aachen)
- **Schizophrenie**
(Gaebel, Düsseldorf
Hauth, Berlin)
- **Demenz**
(Maier, Bonn
Henn, Mannheim)
- **Sucht**
(Falkai, Homburg
Mann, Mannheim)

Rahmenkonzept

Integrierte Versorgung

Depression

**der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie
und Nervenheilkunde (DGPPN)**

in Zusammenarbeit mit

**dem Deutschen Hausärzteverband (BDA), der Deutschen Gesellschaft
für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM),
dem Bundesverband Deutscher Nervenärzte (BVDN),
dem Bundesverband Deutscher Psychiater (BVDP), dem Bundesverband
der Vertragspsychotherapeuten (bvvp), dem
Deutschen Psychotherapeutenverband (DPTV), der Vereinigung
der Kassenpsychotherapeuten (Vereinigung), der Deutschen
Gesellschaft für Psychologie (DGPs; angefragt) und dem
Kompetenznetz Depression und Suizidalität**

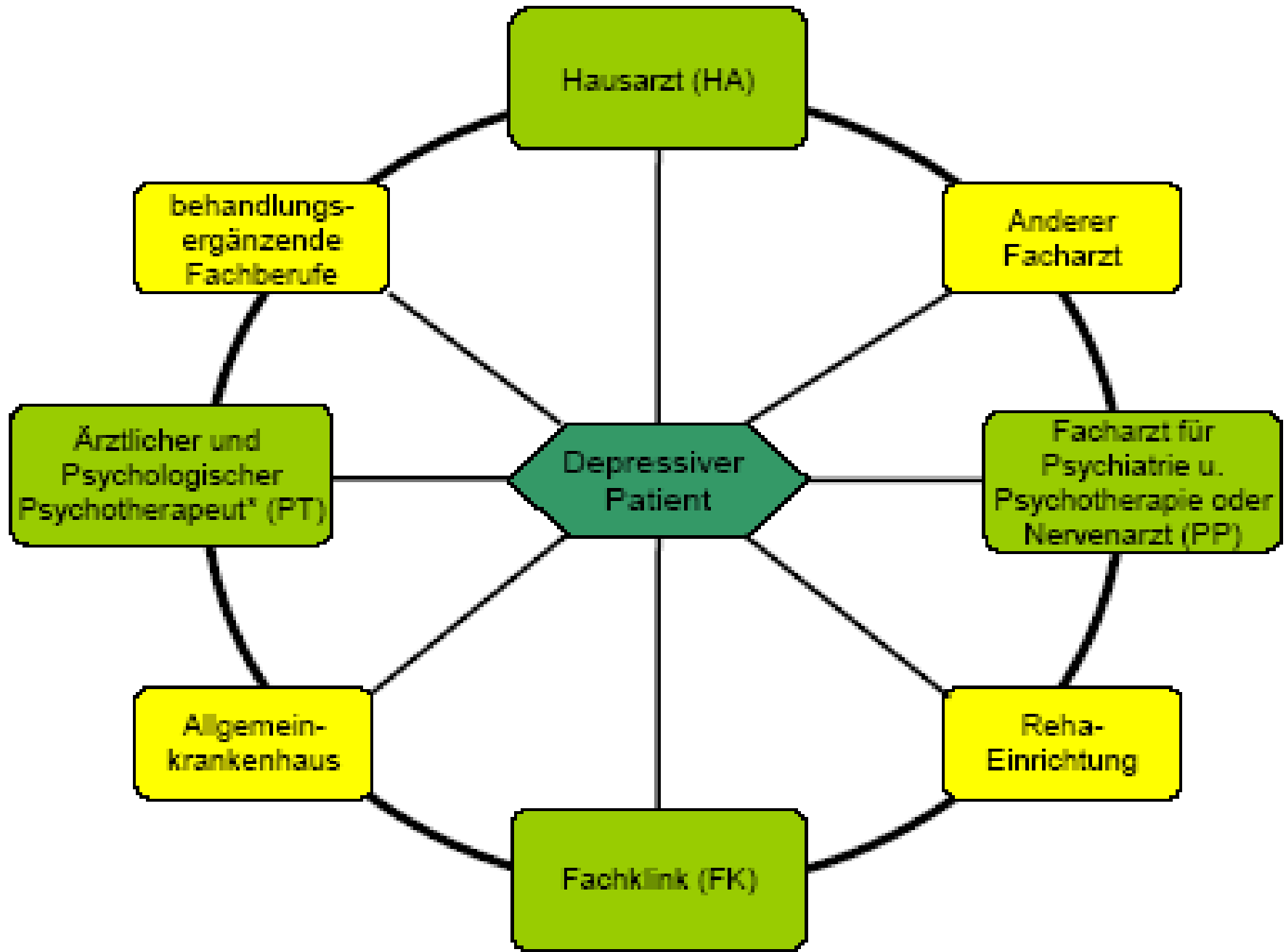
Motivation der Krankenkassen

- IGV als Instrument für den Wettbewerb (Kundenneugewinnung)
- Einsparung von Leistungsausgaben durch Optimierung des Prozessablaufs
- Destabilisierung der KV'en („divide et impera“)
- Beherrschung des Gesundheitsmarktes
- Bindung des Versicherten an die Kasse (Kundenbindung)
- Sicherung eines hohen Qualitätsstandards

Rahmenkonzept IGV-Depression

- Rechtsgrundlage sind die §§ 140a – 140d SGB V
- Zentraler Grundsatz:
Verbesserung und Sicherung der Behandlungsqualität der Patienten bei gleichzeitiger optimaler Nutzung der Ressourcen
- Teilnehmer sind
 - Hausärzte
 - FÄ f. Psychiatrie und Psychotherapie / Nervenärzte
 - Psychotherapeuten (PP, FÄ f. Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie, Ärzte mit Zusatz PT)
 - Fachkrankenhäuser

Akteure



Erläuterungen

- Die Teilnehmer erbringen alle für eine evidenzbasierte Versorgung notwendigen Leistungen.
- Die Orientierung erfolgt an einem patientenbezogenen Management- und Monitoringkonzept mit kurz-, mittel- und langfristigen Behandlungszielen.
- Die Versorgung wird zwischen allen beteiligten Akteuren und dem Patienten abgesprochen.

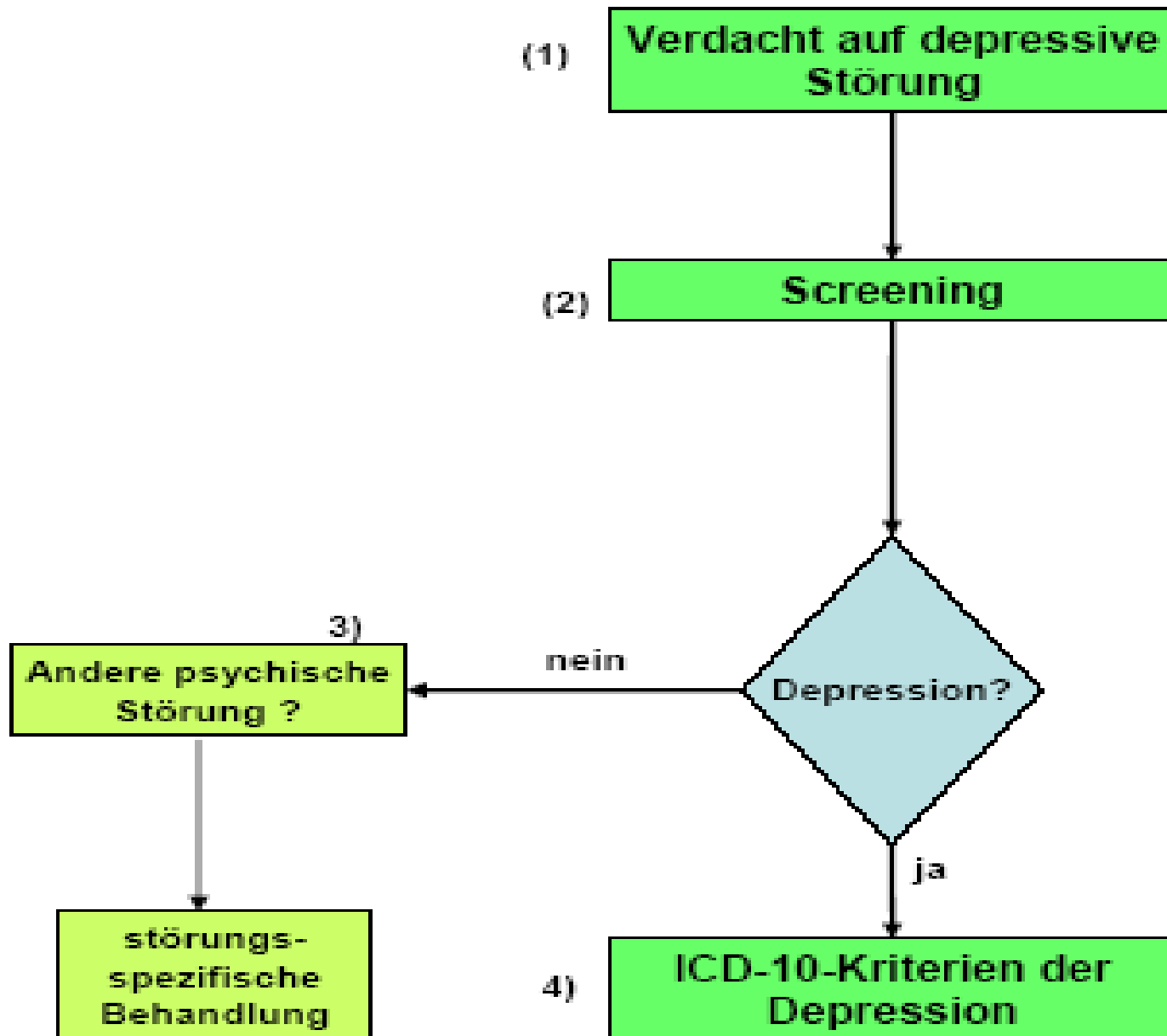
Teilnahmevoraussetzungen Akteure

- Einschreibung in das Versorgungsnetz
- Selbstverpflichtung zur leitlinienorientierten Behandlung und zur Einhaltung der Versorgungspfade
- Einhaltung der Dokumentationsvereinbarungen
- Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen und Fortbildungen
- Vereinbarte Kommunikationsmittel
- Zustimmung zur Möglichkeit des Beitritts Dritter in das Versorgungsnetz und zu inhaltlichen Änderungen des Rahmenkonzepts.

Teilnahmevoraussetzungen Patienten

- Vorliegen einer depressiven Erkrankung nach ICD-10, F32 – F39 (Affektive Störungen), auch komorbid bei somatischen bzw. anderen psychischen Erkrankungen.
- Freiwillige Bereitschaft, sich in Bezug zur depressiven Erkrankung ausschließlich von Akteuren des Versorgungsnetzes behandeln zu lassen.
- Einschreibung.
- Vorliegen von Rahmenbedingungen, wie beispielsweise Wohnortnähe oder Einsichtsfähigkeit.
- Zusage des Kostenträgers zur Kostenübernahme.

Zugangsprocedere



Zugangsprozedere

- Verdacht: Erster Eindruck, bisherige Diagnostik / oder bisheriger Behandlungsverlauf.
- Screening: 2-Fragen-Test, WHO-5, PHQ-D
- Bei unklarem Befund: Einbezug eines Spezialisten (FA oder PP)
- Klinische Erfassung nach ICD-10 Kriterien und Aufnahme ins Netz bei positiver Diagnose.

2-Fragen-Test

1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?
2. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

Sehr zeitökonomisches Screening-Instrument mit einer Sensitivität von 96 %.

WHO (Fünf) – Fragebogen zum Wohlbefinden

Der Fragebogen besteht aus fünf Items, bezogen auf die letzten zwei Wochen, mit einer 6-stufigen Antwortskala von „Die ganze Zeit“ bis „Zu keinem Zeitpunkt“.

In den letzten zwei Wochen

... war ich froh und guter Laune.

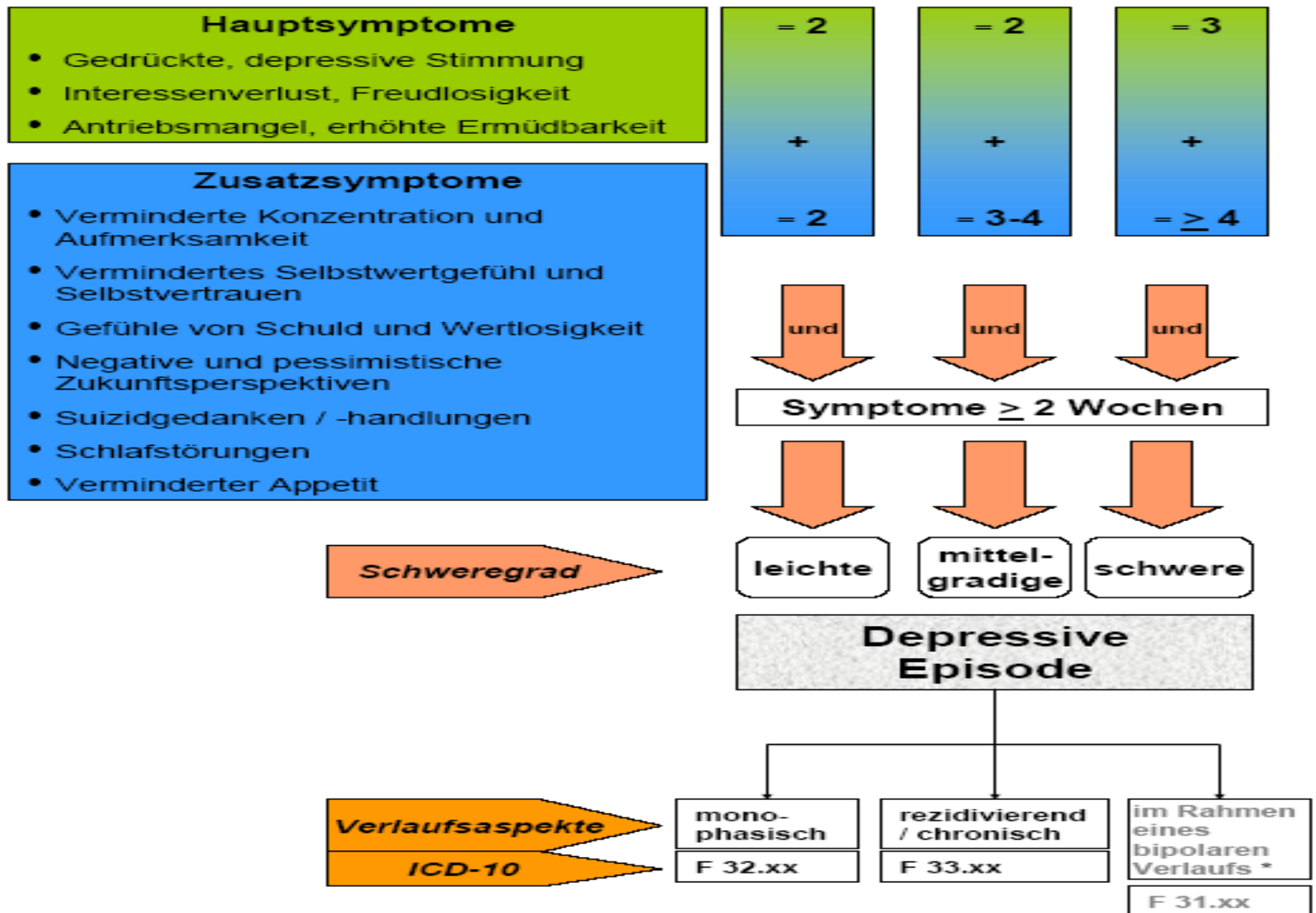
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.

... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.

... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.

... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.

Diagnostik depressiver Störungen nach ICD-10



Vorgehen

- Leichte bis mittlere Depression: alleinige medikamentöse Behandlung durch den HA oder alleinige PT durch den PP. Keine Besserung nach 2 Monaten > Konsultation FA oder PP.
- Konsultation eines FA sollte erfolgen bei: Komorbidität (Psychose, Sucht, Demenz), schweren Depressionen, chronifizierter Verlauf (> 2 Jahre) oder komplizierten Faktoren (z.B. Behandlungsresistenz).
- Schwere und / oder chronifizierte Depression: Pharmakotherapie durch FA + Psychotherapie.
- Stationär bei Notfall (Suizid, Gefahr der Verwahrlosung), Therapieresistenz und Gefahr weiterer Chronifizierung.

von -> an	Hausarzt (HA)	Psychotherapeut (PT)	Facharzt für Psychiatrie u. Psychotherapie / Nervenheilkunde (PP)	Fachklinik (KL)
HA		<ul style="list-style-type: none"> Differentialdiagnose und Indikation zur Psychotherapie Durchführung einer Psychotherapie bei Depressionen und evtl. komorbider psychischer Störungen Psychotherapeutische Langzeitrezidivprophylaxe 	<ul style="list-style-type: none"> Differentialdiagnose Therapieindikation Therapie mittelschwerer bis schwerer Symptomatik und chronischer Verläufe Konsiliarische Mitbehandlung bei kompliziertem Therapieverlauf (z.B. Komorbidität) Langzeitrezidivprophylaxe 	<ul style="list-style-type: none"> Notfalleinweisung, v.a. bei akuter Suizidalität, schwerer psychotischer Symptomatik, drohender Verwahrlosung
PT	<ul style="list-style-type: none"> Pharmakologische Mitbehandlung leichter bis mittelgradiger Depressionen Unzureichender Therapieerfolg 		<ul style="list-style-type: none"> Differentialdiagnose Pharmakologische Mitbehandlung bei schwerem und chronischem Verlauf Unzureichender Therapieerfolg 	<ul style="list-style-type: none"> Akute Suizidalität Schwere psychotische Depression Drohende Verwahrlosung Ambulante Therapiereferenz
PP	<ul style="list-style-type: none"> Fortsetzung der Therapie in Kooperation 	<ul style="list-style-type: none"> Durchführung Psychotherapie 		<ul style="list-style-type: none"> Akute Suizidalität Schwere psychotische Symptomatik Drohende Verwahrlosung Ambulante Therapiereferenz
KL	<ul style="list-style-type: none"> Fortsetzung der Therapie / Erhaltungstherapie bei noch leichter bis mittelgradiger Symptomatik 	<ul style="list-style-type: none"> Psychotherapeutische Weiterbehandlung Psychotherapeutische Langzeitrezidivprophylaxe 	<ul style="list-style-type: none"> Fortsetzung der Therapie / Erhaltungstherapie mittelschwerer bis schwerer Depressionen und chronischer Verläufe Komplexe Langzeitrezidivprophylaxe 	

HA: Hausarzt; PT: Psychologischer Psychotherapeut, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Arzt mit Zusatzqualifikation Psychotherapie; PP: Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder für Nervenheilkunde; KL: Klinik/Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie

Medikamentöse Behandlung

- Indikation von AD bei mittelgradigen und schweren depressiven Störungen.
- AD sinnvoll bei leichten, aber chronisch verlaufenden Depressionen (Dysthymien, Double Depression).
- Anwendung von Johanniskrautpräparaten gerechtfertigt bei leichten depressiven Formen.
- Für die Entscheidung und Auswahl des AD sind Patientenmerkmale und –präferenzen entscheidend.
- Engmaschige Betreuung und intensive Aufklärung notwendig > Compliance.

Psychotherapeutische Behandlung

- Richtlinienpsychotherapie mit zeitlicher Befristung.
- Integration in einen längerfristigen Behandlungsplan.
- Bei Psychologischen Psychotherapeuten ist konsiliarische Abklärung gesetzlich vorgeschrieben.
- Alleinige PT indiziert bei
 - > leichten bis mittelgradigen Depressionen
 - > Kontraindikation oder Ablehnung eines AD.
- Wissenschaftlich abgesichert ist die VT, KVT, IPT und TPP.
- Frage der Indikation einer Langzeitbehandlung bei komorbiden Krankheitsbildern sollte von den einzelnen Netzen separat geregelt werden.

Kombinationstherapie

- Als gleichzeitige Anwendung beider Behandlungsformen.
- Als zusätzliche Einführung der einen oder anderen Behandlungsform bei geringer oder fehlender Effektivität der zuvor angewendeten Behandlungsform.
- PT nach AD-Therapie in der Akutbehandlung.
- Bisher kein empirischer Nachweis dafür, dass eine Kombinationstherapie für das gesamte Spektrum depressiver Erkrankungen bei akuten Einzelepisoden gegenüber einer Einzelbehandlung effektiver ist.
- Indikation dafür jedoch bei chronischen und schweren Verläufen.

Monitoring / Case Management

- Bei Akutbehandlung alle 1 – 2 Wochen.
- Bei Pharmakotherapie alle 4 Wochen.
- Bei PT alle 6 – 8 Wochen.
- Ist nach einer Behandlungsdauer von 8 – 10 Wochen keine Verbesserung sichtbar > Einbeziehung eines FA zur Indikationsüberprüfung.

Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe

- Akuttherapie war erfolgreich bei mind. 50 % Symptomreduktion.
- Zur Stabilisierung und Reduzierung der Effekte Aufrechterhaltung der Behandlung über 6 – 9 Monate.
- Bei Erstmanifestation danach vorsichtige Dosisreduktion bzw. Frequenzminderung der PT.
- Bei rezidivierenden Depressionen Indikation für eine Langzeit-Rezidivprophylaxe.

Weiteres Vorgehen

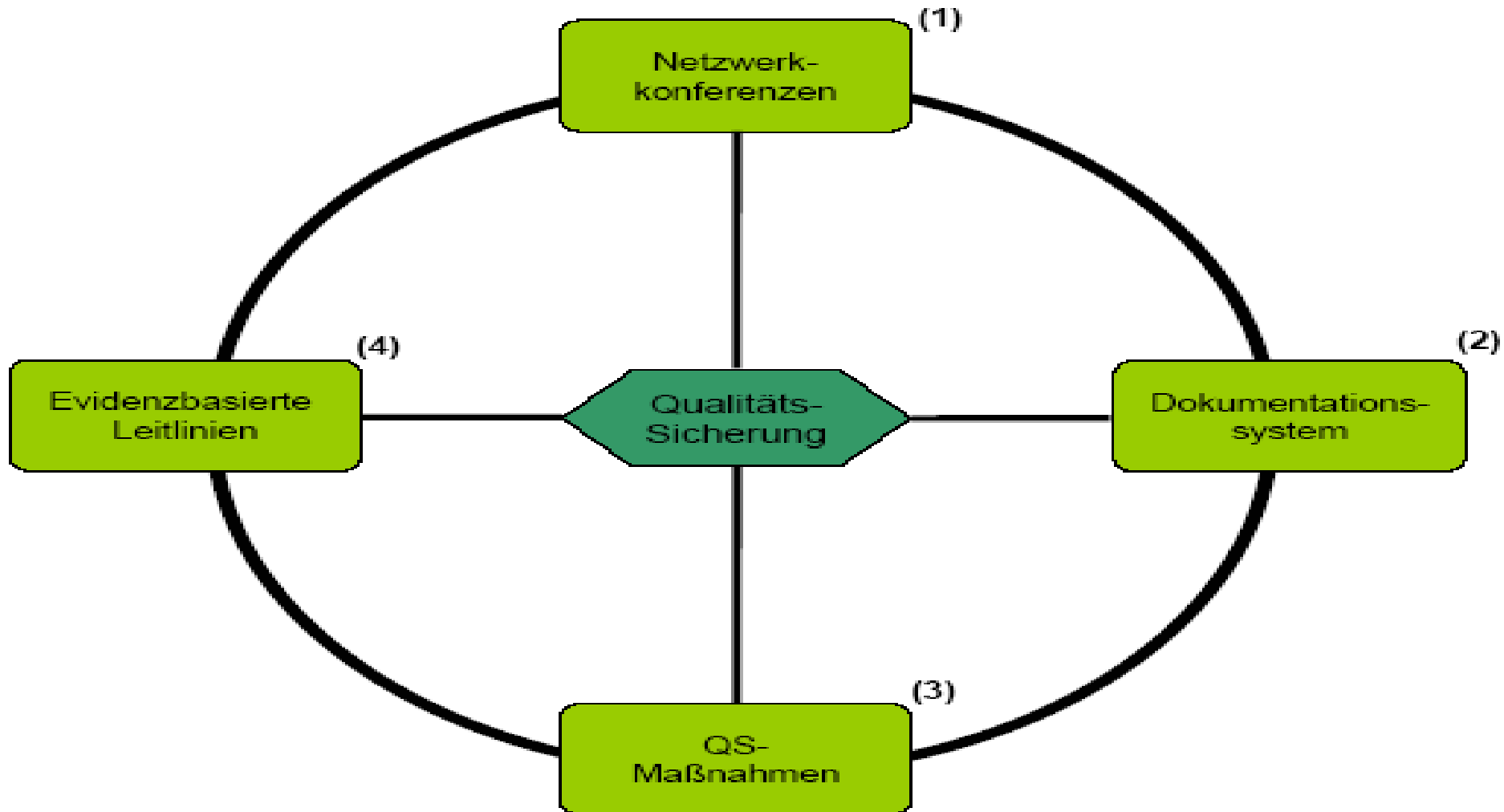
- Entwicklung von Behandlungspfaden (Gestaltung der Behandlungscoordination und Sicherstellung komplexer Behandlungsmöglichkeiten).
- Definition von konkreten Übergabesituationen und Übergabedokumenten.
- Festlegung kommunikativer Prozesse und Gewährleistung eines EDV-gestützten Informationsablaufes.
- Erhaltungstherapie: Medikation als auch Psychotherapie sollte nach Symptomremission ca. 6-9 Monate weitergeführt werden.

Netzwerkmanagement

- Besteht aus Vertretern aller beteiligten Akteure und dient der Organisation.
- Hat organisatorische und Steuerungsleistungen (zwischen den Akteuren, mit dem Kostenträger, Abrechnungen und Vergütung).
- Dient der Qualitätssicherung (Sicherstellung des Einsatzes evidenzbasierter Behandlungsverfahren, der Dokumentation und der Teilnahme der Akteure an Qualitätssicherungsmaßnahmen).

Qualitätssicherung im Netzwerk

Zugangsprozedere



Qualitätssicherung im Netzwerk

- Netzwerkkonferenzen > dienen der Koordination und Kooperation
- Dokumentationssystem > sektorenübergreifend zur Erfassung zentraler Qualitätsindikatoren für die interne und externe Qualitätssicherung.
- Erarbeitung, Umsetzung und Evaluierung von Behandlungsplänen anhand von fall- und themenbezogenen Patientenbeispielen.
- Behandlung erfolgt nach wissenschaftlich begründeten (evidenzbasierten) Versorgungsempfehlungen.

Qualitätsindikatoren

Struktur

- Soziodemographische Daten des Patienten (z.B. Alter, Geschlecht)
- Anamnese (z.B. Vorgeschichte, bisherige Behandlungen)
- Diagnose (z.B. ICD-10, Indikation, Komorbidität)
- Schwere der Störung (z.B. HAMD, CGI, BDI)
- Merkmale des Behandlers (z.B. Fach/Sektor, Qualifikation, Praxis-/Klinikmerkmale, Mitarbeiter)
- Netzversorgung (z.B. Dauer der Überweisungswartezeiten, Befund-/Berichtübermittlung, QM-Maßnahmen)

Prozess

- Diagnostische Maßnahmen (z.B. aktuelles Suizidrisiko, allgemeine körperliche und neurologische Untersuchung, Labor, EKG)
- Pharmakotherapie (z.B. Substanz, Dosierung etc.)
- Psychotherapie (z.B. Anzahl Einzel- und Gruppentherapie, Art)
- Andere Maßnahmen (z.B. Ergotherapie, Psychoedukation, AU)
- Vorkommnisse (z.B. Compliance, Suizidversuch)
- Überweisungen (z.B. Konsil, Mit-/Weiterbehandlung, Rücküberweisung)

Ergebnis

- Therapeutische Effektivität (z.B. CGI, HAMD, BDI)
- Patientenzufriedenheit (z.B. ZUF- 8)
- Behandlungsdauer (stationär, poststationär, ambulant)
- Veränderungen (beruflich und privat)

Qualitätsindikatoren

● Strukturebene

Erfassung von relevanten Merkmalen der Patienten, ihrer Erkrankung, der beteiligten Akteure sowie Aspekte der Netzwerkversorgung.

● Prozessebene

Prüfung der konkreten Durchführung leitlinienorientierter Maßnahmen im diagnostischen und therapeutischen Prozess.

● Ergebnisebene

Dokumentation aller relevanten Behandlungsergebnisse unter Effektivitäts- und Effizienzgesichtspunkten.

Qualitätssicherungsmaßnahmen

- Netzwerkkonferenzen
- Qualitätszirkel
- Zertifizierte Fortbildungen
- Supervisions- / Intervisionsgruppen
- Patienten- / Angehörigenbefragungen

Finanzierung / Kosten

- Entwicklung eines Abrechnungsmodells zur Rechnungserstellung und Regelung des Zahlungsflusses zwischen den Akteuren.
- Kosten = Versorgungsleistungen + anteilmässige Kosten durch das Netzwerkmanagement.
- Schätzwerte: Kostenpunkt eines depressiven Patienten in der haus- und nervenärztlichen Praxis ca. € 2.500,00 pro Jahr (davon ca. € 1.800,00 auf ambulante Behandlung).
- Stationäre Behandlung: pro Episode ca. € 10.750,00.
- Kostenschätzungen für IGV liegen nicht vor.

Finanzierung / Kosten

- Kurzfristig: Erhöhte Kosten durch Aufbauphase und verbesserte Erkennungsrate.
- Langfristig: Kostenreduktion von 25 % wird erwartet.
- Umsetzung des Konzeptes mit Regelungen der konkreten Vergütung im Rahmen von Verhandlungen regionaler Netze mit den jeweiligen Kostenträgern.

Weitere Entwicklung

- Testung des Rahmenkonzeptes auf lokaler Ebene, bevor weitere Organisations- und Vertragsformen in der jeweiligen Region erarbeitet werden.
- Bundesweit sind derzeit verschiedene IGV-Konzepte für Depression in der Entwicklung, aber noch nicht abgeschlossen.

Weitere Informationen unter: www.dgppn.de

Welche Chancen bietet eine IGV-Depression für unseren Berufsstand?

- Zusätzliche Einnahmequelle außerhalb der Einnahmemöglichkeit durch die KV.
- Höheres Ausmaß an Arbeitszufriedenheit durch effektiveres Arbeiten und direkte Kontakte zu anderen Behandlern.
- Höhere Compliance der Patienten (einfacheres Arbeiten) und eine aktivere Beteiligung innerhalb des Behandlungsprozesses (höhere Arbeitszufriedenheit).
- Wirklich verbesserte Versorgung depressiver Menschen.

Welche Risiken bietet eine IGV-Depression für unseren Berufsstand?

- IGV-Konzepte führen an sich zu einem verstärkten Hamsterrad-Effekt (Abzug der Gelder aus der regulären Krankenversorgung).
- IGV-Konzepte dienen vornehmlich den Interessen der Krankenkassen (geringere Kosten, Marketinginstrument).
- Bedingt durch eine erhöhte Bürokratie bleibt weniger Zeit für die Zuwendung dem Patienten gegenüber.
- Die Bevorzugung von Patienten in der IGV geht zu Lasten der Patienten, die nicht an dem IGV teilnehmen.
- Der teilnehmende Behandler hat einen erhöhten engergetischen Verschleiß (burn-out) durch Teilnahme an Konferenzen, Qualitätszirkeln, Fortbildungen, Qualitätssicherungsmaßnahmen usf.

Welche Risiken bietet eine IGV-Depression für unseren Berufsstand?

- Das Konzept bietet eine einseitige Aufwertung der HÄ, die mit ihrer zentralen Stellung überfordert sind und ihre zentrale Stellung „machtmässig“ ausnutzen könnten (z.B. Andocken einer IGV-Depression an ein HA-Programm).
- Hausarztmodell als Wiedereinführung des Delegationsverfahrens durch die Hintertür ?
- Kritik an leitlinienorientierter Behandlung vornehmlich aus psychodynamischer Sicht (u.a. Fragebogenergebnisse sind aufgrund der Aufforderungscharakteristik verfälscht, einseitige Ausrichtung des Fokus auf die Symptomebene durch Anwendung psychometrischer Verfahren, Maßnahmen der externen Qualitätssicherung nehmen einen schädlichen Einfluss auf den therapeutischen Prozess)

Fazit

- IGV-Depression kann zu einer verbesserten Versorgung depressiver Menschen führen.
- Voraussetzung dafür ist, dass für alle Beteiligten eine **win-to-win-Situation** entsteht.
- Gewinner werden auf jeden Fall die Kassen sein.
- Gewinner werden auch die HÄ sein.
- Gewinner werden die FÄ und PT nur dann sein, wenn eine ausreichende Bezahlung gegeben sein wird.
- Gewinner werden die Patienten nur dann sein, wenn die Behandler ausreichend zufrieden (Honorare, Belastung) und leistungsfähig (Qualifikation der HÄ) sein werden.
- Es wird daher eine offene Fragen bleiben, inwieweit durch angestrebte Kostenreduktion auch tatsächlich eine verbesserte Versorgungsqualität entstehen kann.

Zu erwarten ist, dass ...

- die Krankenkassen ihre Vormachtstellung ausbauen und stabilisieren werden.
- die zentrale Stellung des HA innerhalb des Gesundheitssystems weiterhin gestärkt wird.
- Es vermehrte Auseinandersetzungen zwischen HÄ und FÄ sowie unter den FA-Gruppen und zwischen den Krankenhäusern geben wird (geringer werdende Ressourcen).
- bei einem höherem Aufwand an Zeit und Energie sowie an zusätzlich anfallenden Kosten (Verwaltung, RA, Steuerberater) letztlich die Verdienstmöglichkeiten mittelfristig abnehmen werden.
- die Wahrscheinlichkeit, dass sich eine Arbeitszufriedenheit einstellen wird, mit zunehmender Dauer abnehmen wird.
- nicht teilnehmende Patienten benachteiligt werden.
- die reguläre Krankenversorgung schlechter honoriert und somit an auch Qualität abnehmen wird.

Soll ich an einer IGV teilnehmen?

- Eine Entscheidung muss jeder selbst treffen (persönliche Arbeits- und Lebenssituation).
- Abwägung der Chancen und Risiken.
- Gefahr bei Nicht-Teilnahme: „Wer zu spät kommt, den straft das Leben!“ - „Habe ich eine andere Chance?“
- Abwarten und nicht in hektischen Aktionismus verfallen: Konzepte und vertragliche Bedingungen genauestens prüfen oder besser durch Fachmann prüfen lassen.
- Regelmässige Informationen über aktuelle Entwicklungen einholen und innerhalb der Qualitätszirkel und Berufsverbände diskutieren.



**Vielen Dank
für Ihr
Interesse**