

Psychotherapie Akut – kurze Wartezeiten verhindern stationäre Aufenthalte



Zielgruppe:

Mitglieder von Gesundes Kinzigtal, die sich in einer akuten psychischen Krise befinden und zeitnah psychotherapeutische Hilfe benötigen.

Ziel:

Durch eine rasche Krisenintervention sollen die Verschlechterung des Zustands und eine damit einhergehende Chronifizierung vermieden sowie die Zahl stationärer Behandlungen reduziert werden.

Programm:

Mit „Psychotherapie Akut“ wird die Wartezeit auf eine Therapie bei akuten psychischen Krisen deutlich verkürzt. Patienten von Gesundes Kinzigtal erhalten zeitnah bei den teilnehmenden ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten einen Termin für maximal sieben Therapie-Sitzungen. Bis zu zwei Stunden pro Woche haben die Therapeuten für diese Notfallpatienten reserviert. In der Regelversorgung müssen Patienten mit Wartezeiten von drei bis zwölf Monaten rechnen.

Start Programmentwicklung: 2006

Anzahl Teilnehmer: 479

Ergebnisse:

Die Auswertungen umfassen das subjektive psychische Befinden der Patienten, die Inanspruchnahme von Ärzten und die Entwicklung der Kosten:

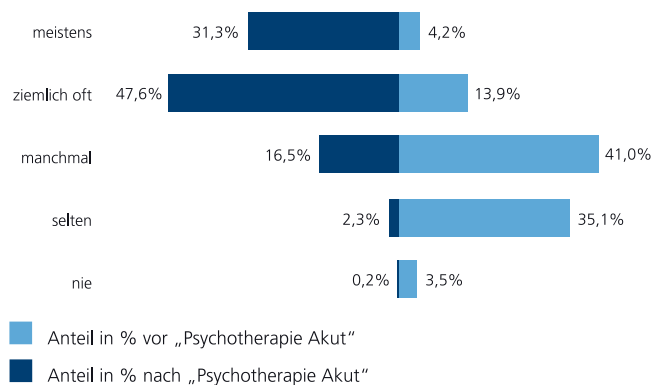
Das subjektive psychische Befinden der Patienten verbessert sich durch das Programm. Das ist ein Ergebnis einer Prä- und Postbefragung der Teilnehmer am Programm „Psychotherapie Akut“. 55 Prozent der Teilnehmer gaben vor Start der Akuttherapie an, meistens oder ziemlich oft unruhig und angespannt zu sein, nach Ende der Therapie waren es nur noch etwa 18 Prozent (**Grafik 1**).

Auch die **Inanspruchnahme von Leistungen** im Zusammenhang mit psychischen Problemen der Programm-Teilnehmer ist rückläufig: 365 Tage nach der Einschreibung, also unmittelbar nach der durch den Arzt festgestellten akuten Krise, hat nur ein Drittel der Patienten ein Krankenhaus aufgesucht. Und nur wiederum 30 Prozent der Patienten mit stationärem Aufenthalt wurden wegen eines psychischen Leidens behandelt, der Rest aufgrund anderer Erkrankungen (**Grafik 2**). Das heißt, dass 90 Prozent aller Teilnehmer des Programms „Psychotherapie Akut“ in der akuten Krisensituation und danach ausschließlich ambulant behandelt wurden. Teure und für den Patienten oft unangenehme stationäre Behandlungen konnten verhindert werden. Und auch in den Folgejahren ist der Anteil der Patienten mit stationärer Behandlung aufgrund einer psychischen Erkrankung weiter rückläufig.

Die bessere Versorgung von Patienten in akuten psychischen Krisen trägt dazu bei, dass sich die **Deckungsquote der Patienten** verbessert, also das Verhältnis dessen, was ein Patient üblicherweise in Deutschland kostet und den tatsächlich verursachten Kosten. Die Deckungsquote liegt im Jahr der Einschreibung und auch in den ersten drei Folgejahren noch unter 100 Prozent – mit einem positiven Trend. Im vierten und fünften Folgejahr kommt es zu positiven Deckungsquoten (**Grafik 3**).

Grafik 1

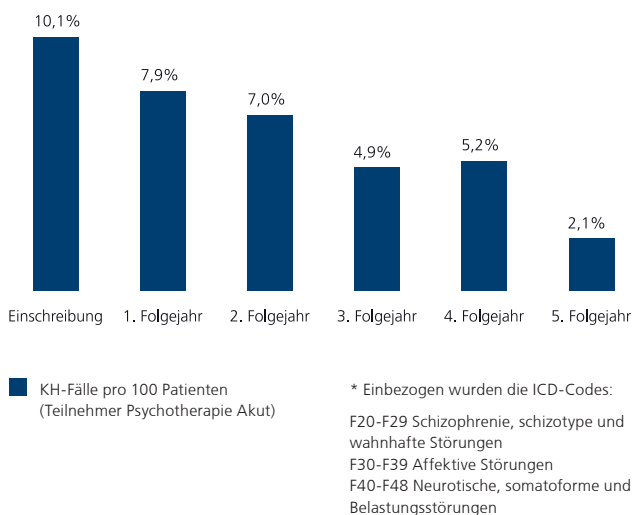
Angaben zum Gefühlszustand „unruhig und angespannt“ vor und nach Teilnahme an „Psychotherapie Akut“



2,1% der Befragten (vor Teilnahme) und 2,4% der Befragten (nach Teilnahme) machten keine Angaben zum Gefühlszustand „unruhig und angespannt“.

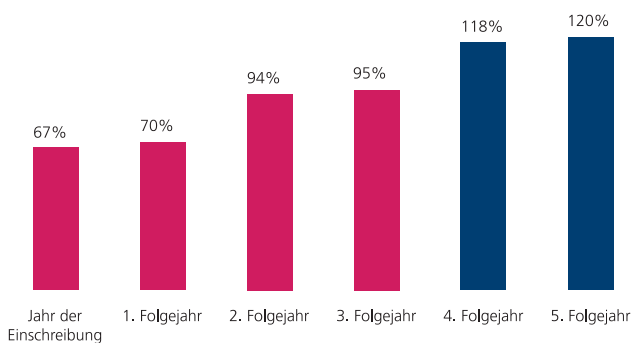
Grafik 2

Entwicklung der Krankenhausfälle pro 100 Patienten aufgrund psychischer Störungen*



Grafik 3

Entwicklung der Deckungsquote* der Teilnehmer des Programms „Psychotherapie Akut“



* Deckungsquote = Versichertenindividuelle Zuweisungsbeiträge durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich geteilt durch die tatsächlich angefallenen Leistungsausgaben in Euro

Datenbasis:

Zu Grafik 1: Auswertungen beziehen sich auf Programmteilnehmer bis 31.12.2014. Die Anzahl der Befragten vor Programmstart betrug 479, nach Programmende 288.

Zu Grafik 2 und 3: Die Ergebnisse wurden mittels Sekundärdatenanalyse ermittelt. Der Routinedatensatz der OptiMedis AG basiert auf GKV-Daten von AOK und LKK Baden-Württemberg und umfasst ein Versichertenkollektiv von ca. 32.000 Versicherten. Der Beobachtungszeitraum umschließt die Kalenderjahre 2004 bis 2013. Stand der Datenauswertung: 2. Quartal 2015, auf Basis von Datenlieferungen vom 15.03.2015 (AOK) und 17.10.2014 (LKK). Nachlieferungen können aktuelle Ergebnisse beeinflussen. Das Datenmaterial setzt sich zusammen aus mehreren Datensätzen, die über verschiedene Merkmale verknüpfbar sind. Die Daten liegen versichertenbezogen, aber pseudonymisiert vor und enthalten grundsätzlich nur Bruttokosten (exklusive Zuzahlungen / Rabatte).

Die Leitlinie Gute Praxis Sekundärdatenanalyse der Arbeitsgruppe „Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten“ (AGENS) und der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM) bilden die Basis für den Umgang mit den Routinedaten. Daten zu eingeschriebenen Programmteilnehmern werden aus der IVIS-Software der Gesundes Kinzigtal GmbH extrahiert. Vor Analysebeginn findet generell eine datenbankseitige Fehlerprüfung der gelieferten Sekundärdaten statt, sodass die Datengrundlage überwiegend nicht fehlerhafte Werte enthält. Wird ein Wert im Zuge der Analyse dennoch als fehlerhaft erkannt, so wird dieser notwendigerweise nachträglich ausgeschlossen. Als Datenbank wird aktuell ein MS SQL Server 2012 unter Windows Server 2008 eingesetzt. Die Daten werden sowohl direkt auf dem Server (SQL, MDX) als auch unter Verwendung von Analyse-Front-Ends wie SPSS 20, MS Excel 2013 und der Business Intelligence-Software DeltaMaster® 5.5.6. ausgewertet.

Kontakt:

Petra Zimmer, Programmkoordination
Telefon: +49 7831 966670 | p.zimmer@gesundess-kinzigtal.de

Stand: 13.01.2016