

| **Gesundheit** | Mobilität | Bildung |



Neurologische und psychiatrische Versorgung aus sektorenübergreifender Perspektive

Martin Albrecht, IGES Institut

ZI-Fachtagung
Berlin, 29. Oktober 2014

1. Hintergrund und Ziel der Studie
2. Datengrundlage und Auswertungskonzept
3. Die wichtigsten Ergebnisse
 - Krankheitslast
 - Sektorale Versorgungsanteile
 - Inter- und intrasektorale Schnittstellen
 - Potentielle Versorgungsdefizite
4. Fazit

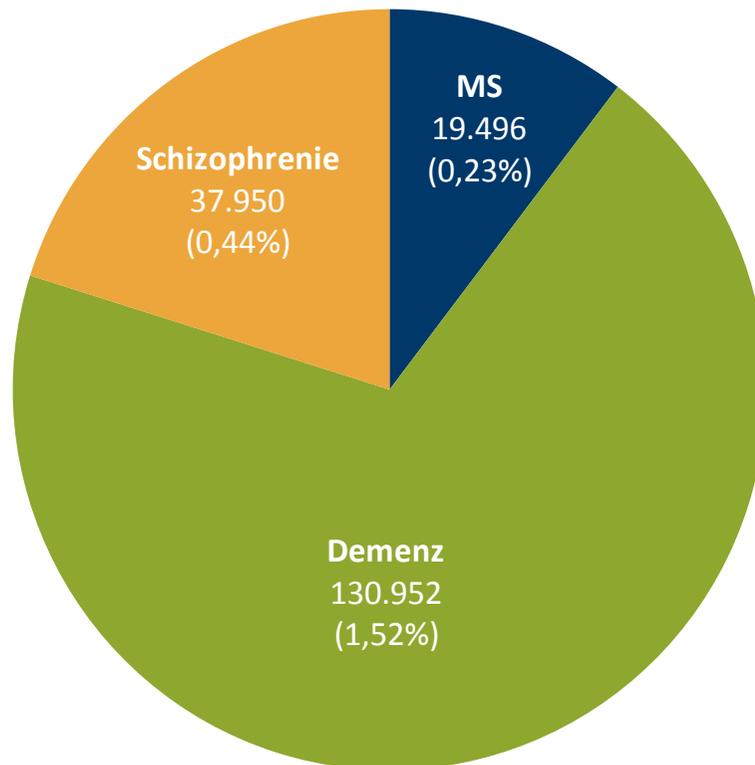
Hintergrund und Ziel der Studie

- Sektoralisierung als wesentliche Ursache von **Versorgungsdefiziten** und Ineffizienzen
- Versorgung neurologischer/psychiatrischer Patienten:
 - Beteiligung unterschiedlicher Leistungssektoren und Kostenträger mit zahlreichen inter- und intrasektoralen **Schnittstellen**
 - **Vergütungsunterschiede** bei teilweise vergleichbaren Leistungen (z.B. PIA)
 - Vermutung: sektorale Behandlungsstruktur nicht rein therapeutisch begründbar, sondern abhängig von vorhandenen **Angebotskapazitäten** und Vergütungssituation
- Handlungsoptionen: Regelung der Patientenallokation vs. sektorenübergreifend einheitliche Rahmenbedingungen

- Empirische Analyse der Versorgung von Patienten und der Leistungsstrukturen bei
 - **Schizophrenie**
 - **Demenz**
 - **Multiple Sklerose**
- Sektoren- und einrichtungsübergreifende Perspektive, Behandlungspfade
- Grundlagen und Ansatzpunkte zur Diskussion von
 - Fehlallokationen in der Versorgung
 - sektorenübergreifende Weiterentwicklung der Versorgungsplanung und -steuerung

Datengrundlage und Auswertungskonzept

Analysepopulation auf Basis der Daten der BARMER GEK



2010

Analysezeitraum

- 1.1.2008 – 31.12.2010

Patientenselektion

- durchgängig versichert
 - Diagnosen (ICD 10)
 - Arzneimittel-VO (ATC)
- **insg. 254 Tsd. Patienten**
(2008-2010)

Leistungssektoren / Versorgungsbereiche

- vertragsärztliche Leistungen
- Arzneimittelverordnungen
- stationäre Krankenhausaufenthalte
- ambulante/stationäre Anschlussrehabilitation
- Pflegeleistungen
- Psychiatrische Institutsambulanzen (Sonderauswertung)

Differenzierungsmerkmale

- Diagnose-Subgruppen
- Leistungen: Abrechnungspositionen, Wirkstoffe
- medizinische Fachgruppen
- Dauer der Leistungsanspruchnahme

Analyse potentieller Versorgungsdefizite: Inter- und intrasektorale Schnittstellen

Patientenversorgung an den inter- und intrasektoralen Schnittstellen

- Häufigkeit von Schnittstellen
- Zusammenwirken ärztlicher Fachgruppen innerhalb der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung
- Anteile ärztlicher Fachgruppen an Einweisungen/Verordnungen
- Zusammenhänge Krankenhaushäufigkeit u. (Fach-)Arztdichte
- Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt
- Stationäre Wiederaufnahmen und Interimsversorgung
- Krankenhausaufenthalte nach Rehabilitation
- Ärztliche Versorgung nach Erstmanifestation
- Häufigkeit von Leistungserbringer-Konstellationen

Sonderauswertung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen

- PIA-Abrechnungsdaten für Analysezeitraum 2008-2010 vorhanden, aber unvollständig
- Erfassung auf Basis des systematischen elektronischen Datenaustauschs im Regelverfahren gem. §295 Abs.1b SGB V erst ab Abrechnungsjahr 2012
- Sonderauswertung für **1. Halbjahr 2012**
 - verbleibende Datenlücken (KV Westfalen-Lippe)
 - nur Behandlungshäufigkeit/-dauer
- Daten zu Hochschulambulanzen: unvollständig, nicht verwertbar

Ergebnisse – Krankheitslast

Indikatoren der Krankheitslast (2010)

Personengruppe	Ø Fallzahl (alle Fachgruppen)	Erwerbsminderung (Anteil innerhalb Personengruppe im erwerbsfähigen Alter)	Pflege- bedürftigkeit (Anteil)
Patienten mit...			
...Multiple Sklerose	15,5	48,2%	20,8%
...Demenz	13,6	46,6%	57,5%
...Schizophrenie	13,4	43,6%	15,9%
Versicherte insg.	7,9 (BARMER GEK)	2,9% (GRV)	3,3% (SPV)

Quelle: IGES aus Basis BARMER GEK, Deutsche Rentenversicherung, BMG

Ergebnisse – Sektorale Versorgungsanteile

Ambulante vertragsärztliche Versorgung 2010

Patienten mit	MS	Demenz	Schizo- phrenie
ambulanter vertragsärztlicher Behandlung	98,8%	98,8%	99,4%
ambulanter vertragsärztlicher Behandlung beim Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater	88,4%	42,3%	67,8%
ambulanter vertragsärztlicher MS-Behandlung ausschließlich beim Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater (= ohne MS-spezifische Verordnung beim Hausarzt)	83,3%	22,7%	52,8%

Quelle: IGES auf Basis BARMER GEK-Daten

Diagnosestellung bei Demenz-Patienten 2010

	Anzahl	Anteil an Diagnosen
Demenz bei Alzheimer	29.798	22,4%
Vaskuläre Demenz	24.590	18,5%
Demenz bei Morbus-Parkinson	2.003	1,5%
Demenz bei andernorts klassifizierten Erkrankungen	2.243	1,7%
Lewy-Körper- Demenz	148	0,1%
nicht näher bezeichnete Demenz	70.372	52,8%
ohne Diagnose, mit demenz-spezifischer Arzneimittelverordnung	4.015	3,0%
Demenz-Diagnosen insgesamt	133.169	
Demenz-Patienten insgesamt	130.952	
Differenz	2.217	1,7%

Quelle: IGES auf Basis BARMER GEK-Daten

Patientengruppe	Krankenhaushäufigkeit Patientenanteil mit mind. 1 KH-Aufenthalt		
	bundesweit	Bundesland MIN	Bundesland MAX
Multiple Sklerose	20,9%	13,1% (HH)	36,6% (MV)
Demenz	7,1%	5,1% (NI)	11,4% (HB)
Schizophrenie	14,7%	11,7% (SA)	19,5% (HB)

Quelle: IGES auf Basis BARMER GEK-Daten

Häufigkeit PIA-Behandlung 2012 (1.Hj.)

Patientengruppe	PIA-Häufigkeit Patientenanteil mit mind. 1 PIA-Behandlung		
	bundesweit	Bundesland MIN	Bundesland MAX
Multiple Sklerose	0,6%		
Demenz	5,6%	1,3% (SL)	11,0% (HE)
Schizophrenie	17,6%	11,0% (SL)	31,2% (HE)

Quelle: IGES auf Basis BARMER GEK-Daten

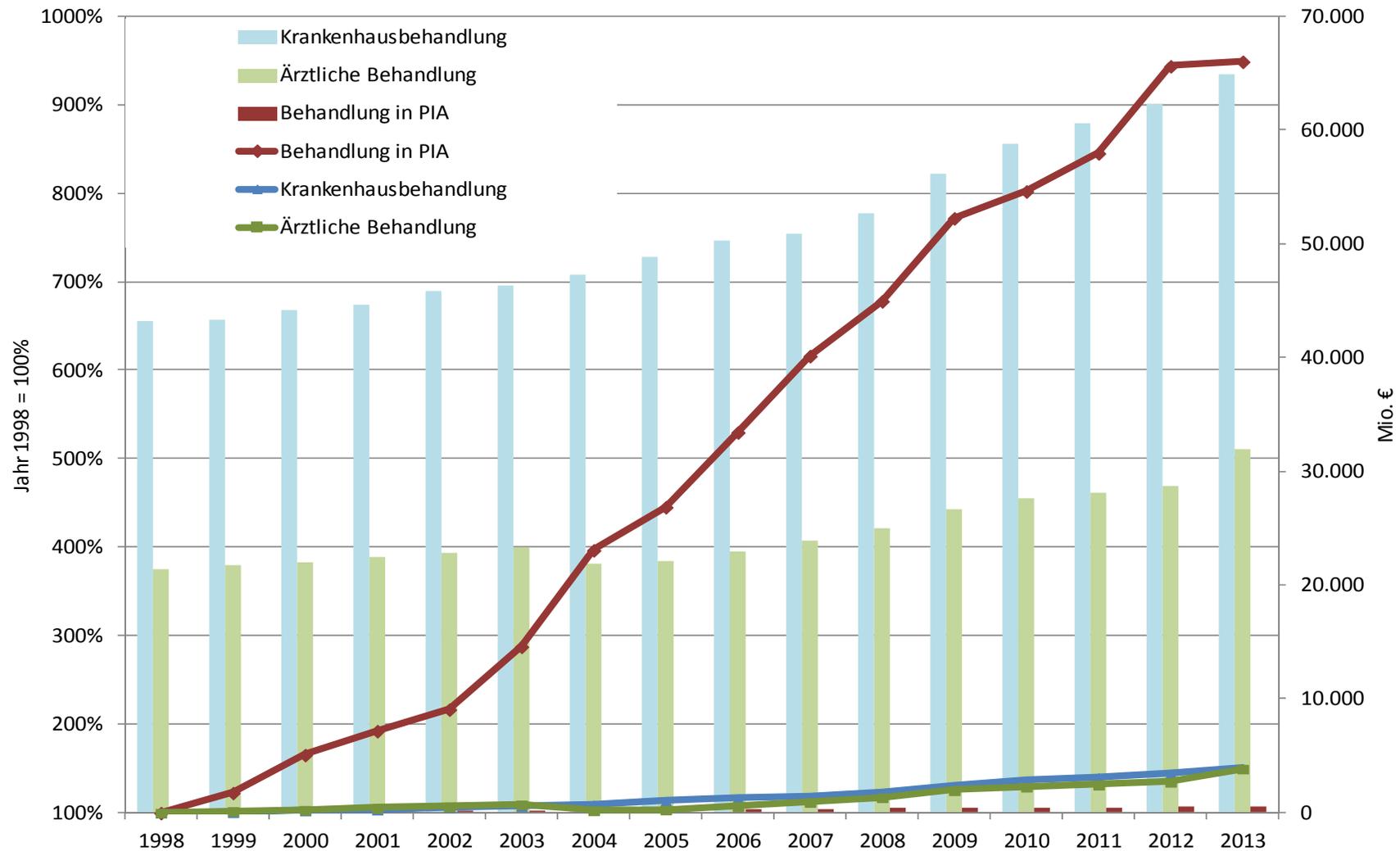
- MS-Behandlung in PIA nicht vorgesehen gemäß Vereinbarung nach § 118 Abs. 2 SGB V vom 1. Juli 2010
- PIA-Behandlung wegen Demenz/Schizophrenie als Hauptdiagnose
- ohne Daten für KV Westfalen-Lippe

Exkurs: Ausgabenrelevanz der PIA- Behandlungen (2013)

GKV-Ausgaben für...	in Mio. Euro	Ausgaben PIA im Verhältnis zu...
Behandlung in PIA	475	
ärztliche Behandlung in HSA	490	96,9%
stationäre psychiatrische Behandlung	5.746	8,3%
ärztliche Behandlung insg.	31.947	1,5%
Krankenhausbehandlung insg.	64.845	0,7%

Quelle: IGES auf Basis BMG (KJ1-Statistik)

Ausgaben für PIA-Behandlungen seit 1998 fast verzehnfacht



Quelle: IGES auf Basis BMG (KJ1-Statistik)

Häufigkeit einer Anschlussrehabilitation 2010

Patientengruppe	Anteil Patienten mit stat./amb. Anschlussrehabilitation
Multiple Sklerose	0,90%
Demenz	0,03%
Schizophrenie	0,01%

Quelle: IGES auf Basis BARMER GEK-Daten

- Zuständigkeit GKV vs. **andere Kostenträger** (v.a. GRV)
 - Anteil EM-Rentner/-innen
 - Altersstruktur (Erwerbstätigkeit)
- Leistungen werden anders dokumentiert?

Ergebnisse – Inter- und intrasektorale Schnittstellen

MS: Häufigkeit inter-/intrasektoraler Schnittstellen

Häufigste Schnittstellen (2008-2010)

Anteil MS-Patienten	Hausarzt	Facharzt	Arznei- mittel	Kranken- haus	Pflege
40,2%	X	X	X		
18,0%	X	X	X	X	
10,6%	X	X			
5,3%	X	X	X	X	X
5,1%	X	X	X		X
4,6%	X	X		X	X
3,2%	X	X		X	
3,1%	X	X		X	X

IGES auf Basis von BARMER GEK-Daten, 2008-2010

86% der MS-Patienten mit Leistungen aus mind. **3**,
36% aus mind. **4** verschiedenen Versorgungsbereichen.

Demenz: Häufigkeit inter-/intrasektoraler Schnittstellen

Häufigste Schnittstellen, 2008-2010

Anteil Demenz-Patienten	Hausarzt	Facharzt	Arznei-mittel	Kranken-haus	Pflege
27,3%	X	X	X		X
16,5%	X		X		X
13,5%	X	X	X		
7,3%	X		X		
7,2%	X				
6,8%	X				X
4,8%	X	X	X	X	X
3,2%	X	X			

IGES auf Basis von BARMER GEK-Daten, 2008-2010

75% der Demenz-Patienten mit Leistungen aus mind. **3**,
40% aus mind. **4** verschiedenen Versorgungsbereichen

Demenz-Patienten mit PIA-Behandlung: Beteiligung weiterer Sektoren

Sektorale Versorgungsstruktur von Demenz-Patienten mit PIA-Behandlung, 1. Hj. 2012

Anteil	HA	FA	AZM	KH	Pflege
58,8%	X		X		X
13,2%	X				X
9,5%	X		X		
6,4%	X	X	X		X
2,8%	X				
2,1%	X	X	X		
1,6%	X		X	X	X

IGES auf Basis von BARMER GEK-Daten, 2012

- Von den 5,6% der Demenz-Patienten mit PIA-Behandlung wurden fast alle (98,1%) zusätzlich hausärztlich und 11,4% fachärztlich versorgt
- Generell soll keine gleichzeitige Versorgung erfolgen.
- 3/4 der Demenz-Patienten bezogen neben der PIA zusätzliche Versorgungsleistungen aus 3 oder mehr Bereichen

Schizophrenie: Häufigkeit inter-/intra-sektoraler Schnittstellen

Häufigste Schnittstellen, 2008-2010

Anteil Schizophrenie-Patienten	Hausarzt	Facharzt	Arzneimittel	Krankenhaus	Pflege
41,7%	x	x	x		
16,6%	x	x	x	x	
7,8%	x		x		
6,8%	x	x			
6,5%	x	x	x		x
4,4%	x		x	x	
3,8%	x				
2,1%		x	x		

IGES auf Basis von BARMER GEK-Daten, 2008-2010

78% der Schizophrenie-Patienten mit Leistungen aus mind. **3**,
27% aus mind. **4** verschiedenen Versorgungsbereichen.

Patienten mit PIA-Behandlung: Beteiligung weiterer Sektoren

Sektorale Versorgungsstruktur von Schizophrenie-Patienten mit PIA-Behandlung, 1. Hj. 2012

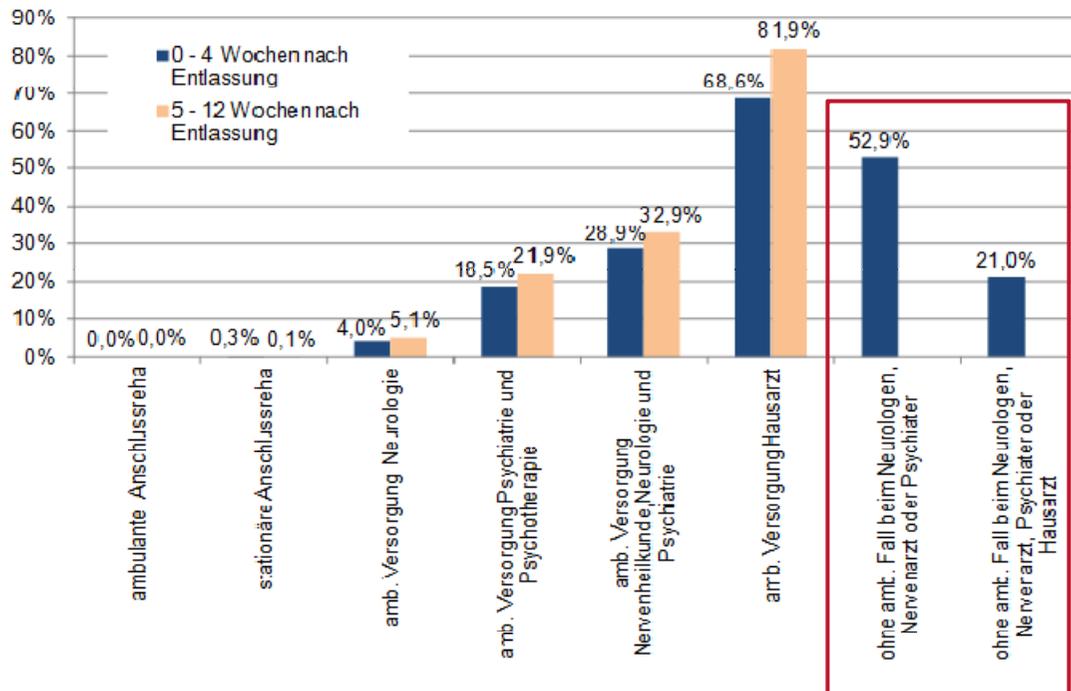
Anteil	HA	FA	AZM	KH	Pflege
48,4%	X		X		
9,4%	X		X		X
7,5%	X		X	X	
6,8%			X		
6,4%	X	X	X		
6,4%	X				
2,6%	X	X	X	X	

IGES auf Basis von BARMER GEK-Daten 2012

- Generell sollen Schizophrenie-Patienten nicht in einer PIA versorgt werden, wenn gleichzeitig eine psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung durch Vertragsärzte stattfindet.
- Von den 18% der Schizophrenie-Patienten mit PIA-Behandlung wurden 87% zusätzlich hausärztlich und 13,5% fachärztlich versorgt.

Ergebnisse – Potentielle Versorgungsdefizite

Schizophrenie: Defizite bei zeitnaher ambulanter Anschlussbehandlung



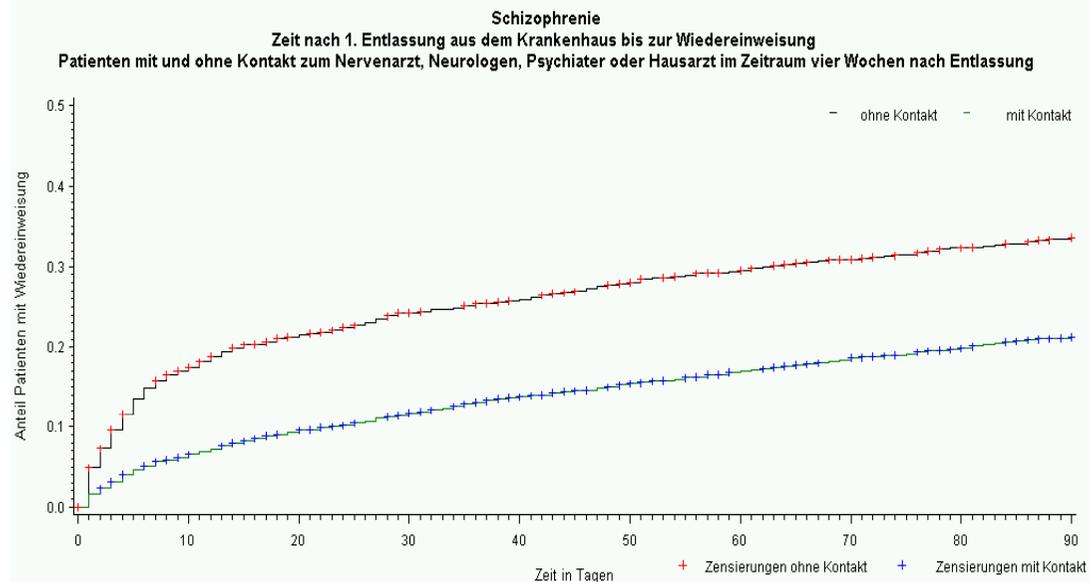
Rund **53%** der Schizophrenie-Patienten mit KH-Aufenthalt hatten im Zeitraum von 4 Wochen nach Entlassung **keine Anschlussbetreuung** durch Neurologen, Nervenärzte oder Psychiater, 21% auch keine hausärztliche Betreuung.

IGES auf Basis von BARMER GEK-Daten

→ Höhere **Facharztdichte** (Neurologen, Nervenärzte, Psychiater) vergrößert Wahrscheinlichkeit einer ambulanten fachärztlichen Anschlussbehandlung nach KH-Entlassung.

Schizophrenie: Defizite bei Anschlussbehandlung erhöht Wiederaufnahmerate

- stationäre Wiederaufnahme nach Entlassung innerhalb von
 - 1 Monat: 15% der Patienten
 - 2 Monaten: 21% der Patienten
 - 3 Monaten: 24% der Patienten
- Wiederaufnahmerate bei Patienten ohne vertragsärztliche Anschlussbetreuung unmittelbar nach Entlassung höher (rot)

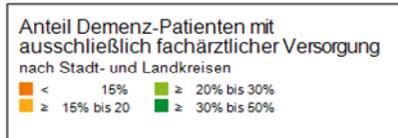
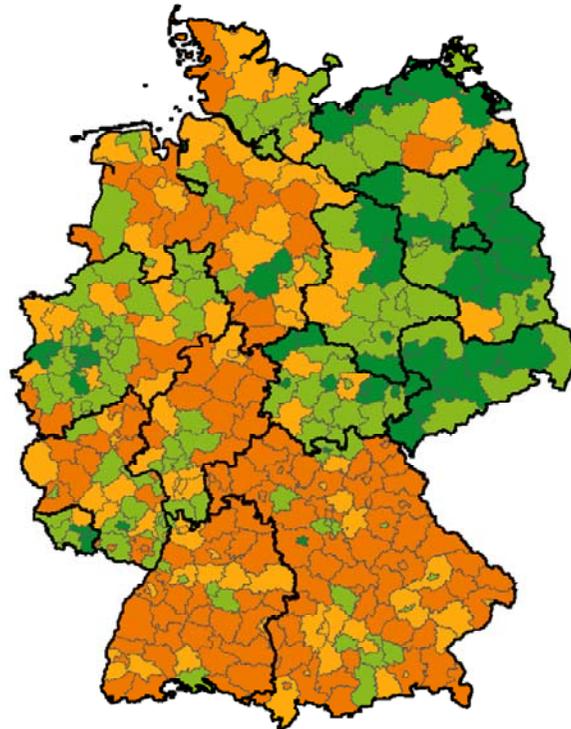


Beobachtungszeitraum: 90 Tage nach Entlassung aus dem Krankenhaus, bzw. bis zur Wiedereinweisung innerhalb von 90 Tagen

Quelle:
IGES auf Basis von BARMER GEK-Daten

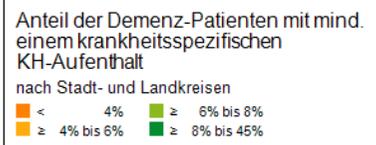
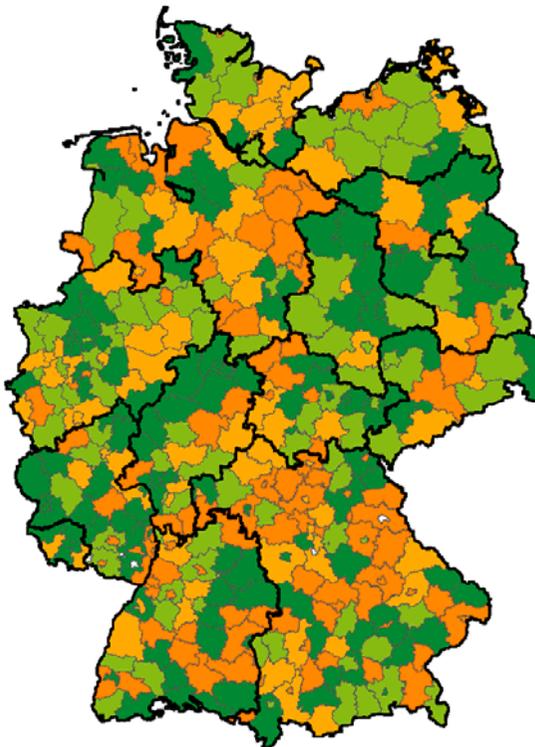
Demenz: deutliche regionale Versorgungsunterschiede

ausschließlich fachärztliche Versorgung



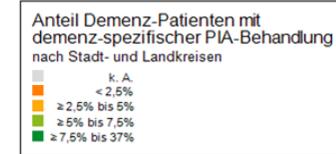
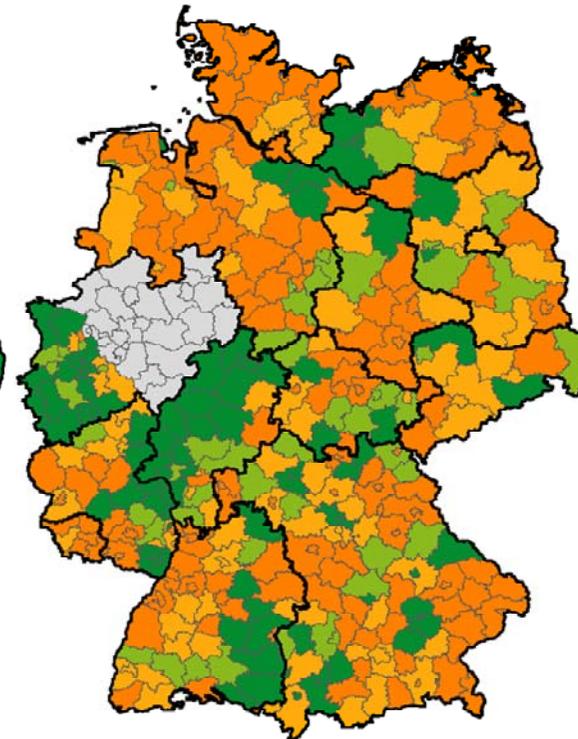
Min. 3% - Max. 45,3%

mind. 1 KH-Aufenthalt



Min. 0% - Max. 43%

mind. 1 PIA-Behandlung



Min. 0% - Max. 37%

Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Daten; interregionaler Vergleich nach Alters- und Geschlechtsstandardisierung

Demenz: Einfluss regionaler Unterschiede der Versorgungskapazitäten

- Berücksichtigung der regional unterschiedlichen Morbidität durch Alters- und Geschlechtsstandardisierung
- Korrelationen auf Kreisebene mit regionalen Angebotsfaktoren

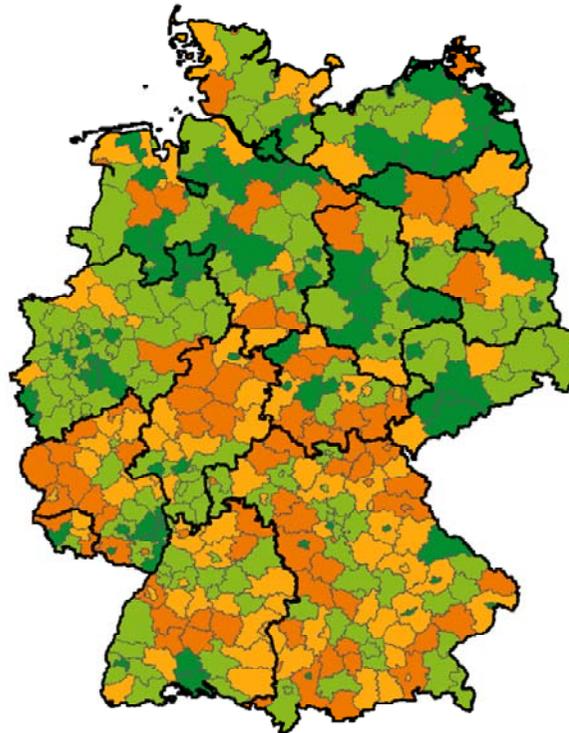
	Hausarzt-dichte	Facharzt-dichte	Betten-dichte	Amb. FA-Fallzahl
ausschließlich fachärztliche Versorgung	–	+		
mind. 1 KH-Aufenthalt	–	–	o	+
mind. 1 PIA-Behandlung	o	o		–

+ = Zusammenhang signifikant, schwach positiv
 – = Zusammenhang signifikant, schwach negativ
 o = kein signifikanter Zusammenhang

Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Daten

Multiple Sklerose: deutliche regionale Versorgungsunterschiede

ausschließlich fachärztliche Versorgung

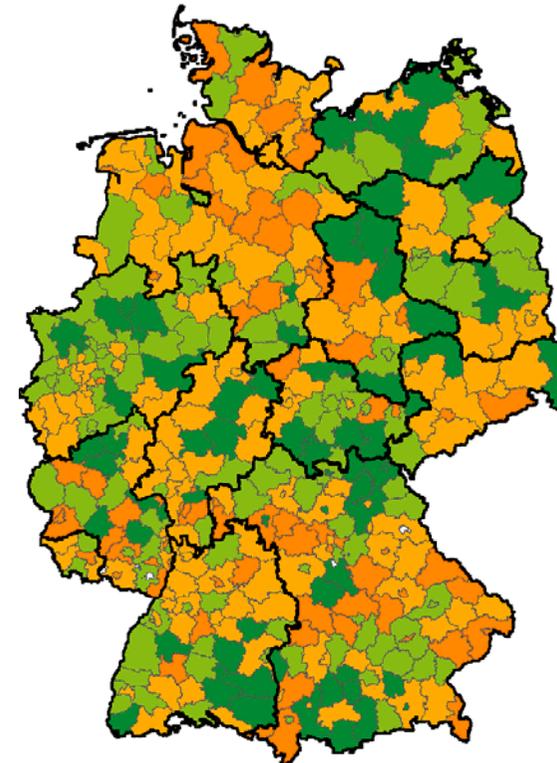


Anteil MS-Patienten mit ausschließlich fachärztlicher Versorgung nach Stadt- und Landkreisen

< 70%	≥ 80 bis 90%
≥ 70 bis 80%	≥ 90 bis 100%

Min. 20% - Max. 100%

mind. 1 KH-Aufenthalt



Anteil der MS-Patienten mit mind. einem krankheitsspezifischen KH-Aufenthalt nach Stadt- und Landkreisen

< 10%	≥ 20 bis 30%
≥ 10 bis 20%	≥ 30 bis 65%

Min. 0% - Max. 65%

Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Daten; interregionaler Vergleich nach Alters- und Geschlechtsstandardisierung

Multiple Sklerose: Einfluss regionaler Unterschiede der Versorgungskapazitäten

- Berücksichtigung der regional unterschiedlichen Morbidität durch Alters- und Geschlechtsstandardisierung
- Korrelationen auf Kreisebene mit regionalen Angebotsfaktoren

	Hausarzt-dichte	Facharzt-dichte	Betten-dichte	amb. FA-Fallzahl
ausschließlich fachärztliche Versorgung		+		
mind. 1 KH-Aufenthalt	o	-	+	-

+ = Zusammenhang signifikant, schwach positiv
- = Zusammenhang signifikant, schwach negativ
o = kein signifikanter Zusammenhang

Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Daten

Behandlungen nach Erstdiagnose 2009-2010

Patientengruppe	Facharztkontakt ≤6 Wochen nach Erstdiagnose	Dauer bis Facharztkontakt Ø in Tagen	ohne Arztkontakt ≤6 Wochen nach Erstdiagnose
Multiple Sklerose			
bundesweit	54,1%	14,4	16,0%
Bundesland (min)	37,0% (BB)	12,3 (SA)	12,1% (RP)
Bundesland (max)	63,5% (HH)		26,7% (MV)
Demenz			
bundesweit	25,3%		12,3%
Bundesland (min)	21,6% (HE)	16,0 (RP)	10,3% (SH)
Bundesland (max)	34,2% (SL)	19,4 (BB)	15,0% (BB)
Schizophrenie			
bundesweit	38,1%	16,3	22,4%
Bundesland (min)	30,0% (HE)	14,5 (BW)	19,7% (TH)
Bundesland (max)	43,8% (HB)	18,0 (HH)	29,2% (HB)

deutlich positiver
Zusammenhang
mit Facharzttdichte

Quelle: IGES auf Basis von BARMER GEK-Daten

Fazit

Anfangsvermutung erhärtet:

- Regionale Unterschiede deuten darauf hin, dass Versorgung von MS-, Demenz- und Schizophrenie-Patienten nicht nur medizinisch bestimmt, sondern auch durch regionale Unterschiede der Angebotskapazitäten beeinflusst.
- **Notwendigkeit einer stärker sektorenübergreifenden Versorgungsplanung und -steuerung.**

| **Gesundheit** | Mobilität | Bildung |



IGES Institut

www.iges.de

IGES Institut. Ein Unternehmen der IGES Gruppe.