

Nachrichten und Informationen der Ersatzkassenverbände im Saarland

Saarbrücken, den 14. März 2007

Integrierte Versorgung im Saarland wirkt:

Versorgung mit Fallmanagement stabilisiert psychisch Kranke

Palliativ-Care-Team verbessert die Versorgung von Schwerstkranken

AOK des Saarlandes steigt ein

Integrierte Versorgungsmodelle sollen durch eine engere und besser abgestimmte Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungserbringer die Versorgung der Patienten in bestimmten Bereichen des Gesundheitswesens verbessern. Die Ersatzkassenverbände haben im Saarland vor gut einem Jahr u.a. Verträge zur integrierten Palliativversorgung und zur Optimierung der psychiatrischen Versorgung auf den Weg gebracht. Beide Modelle sind erfolgreich angelaufen und wurden von den Versicherten und den beteiligten Leistungserbringern gut angenommen.

Den beiden Verträgen ist jetzt auch die AOK im Saarland beigetreten. Damit gelten diese Versorgungsverträge für zwei Drittel aller gesetzlich Versicherten im Saarland. Diese Verbesserungen für Schwerstkranke und für psychisch Erkrankte kommen somit noch mehr Menschen zu gute.

Zur Entwicklung der beiden Versorgungsmodelle:

Integrierte Versorgung „Optimierte Palliativversorgung“

Die Ersatzkassen im Saarland unterzeichneten im März 2006 den bundesweit ersten Vertrag zur integrierten Palliativversorgung, mit dem die Kommunikation und Abstimmung aller an der palliativmedizinischen Behandlung beteiligten Ärzte, Pflegedienste, Krankenhäuser und weiterer Leistungserbringer qualitativ auf eine neue Grundlage gestellt wurde.

**VdAK/AEV-Landesvertretung Saarland,
Presse: Axel Mittelbach, Talstraße 30, 66119 Saarbrücken,
Tel.: 06 81 / 9 26 71 - 17, Fax: 06 81 / 9 26 71 - 19,
E-Mail: LV-Saarland@vdak-aev.de, Internet: <http://www.vdak-aev.de>**

Ziel des Vertrages ist es, die Versorgung von Menschen mit einer unheilbaren, zum Tode führenden Erkrankung, bei denen kurative Therapien abgeschlossen sind, nachhaltig zu verbessern.

In Deutschland sterben 50-80 % aller Patienten im Krankenhaus, 15-30 % in Pflegeeinrichtungen und nur 5 % aller Menschen sterben zu Hause. Demgegenüber steht der Wunsch der Betroffenen in den eigenen vier Wänden zu versterben. Bei einer bevölkerungsbezogenen Umfrage in Thüringen gaben 77% der Befragten an, dass sie in der eigenen Wohnung sterben möchten. Schmerzen oder die Belastung der Angehörigen führen dazu, dass der Wunsch nach einem Sterben in heimischer Umgebung oft verschwiegen oder nicht ermöglicht wird. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass von den bislang 60 verstorbenen Patienten 72,5% der Wunsch, nicht in der Klinik zu sterben erfüllt werden konnte.

Der Vertrag regelt die koordinierte und abgestimmte Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Fachärzten, Kliniken und sonstigen Leistungserbringern, die von einem Palliativ-Care-Team unterstützt wird. Das **Palliativ-Care-Team** besteht aus einer Ärztin, einer Krankenpflegerin und einer Sozialarbeiterin jeweils mit palliativmedizinischen Qualifikationen.

Die Ärzte der vier teilnehmenden Kliniken und die bisher 15 niedergelassenen Kooperationsärzte wählen die entsprechenden Versicherten aus. Sie beraten die Versicherten über die Möglichkeiten der integrierten Versorgung mit dem Ziel, eine Eingangsbefunderhebung durch das Palliativ-Care-Team in Anspruch zu nehmen.

Das Palliativ-Care-Team besucht den Versicherten zu Hause und bespricht mit ihm und den Angehörigen ausführlich die Bedürfnisse und Beschwerden.

Das Palliativ-Care-Team koordiniert die Behandlung und Betreuung. In enger Absprache mit dem Versicherten, den Angehörigen, dem Hausarzt und allen an der Behandlung Beteiligten, werden gemeinsam die weiteren Behandlungsschritte und -maßnahmen vereinbart, um dafür zu sorgen, dass die richtige Hilfe zur rechten Zeit zur Verfügung steht.

Durch die Einsetzung des Palliativ-Care-Teams wird die bestehende Versorgungsstruktur der einzelnen Leistungserbringer miteinander vernetzt. Dies geschieht auch durch den Aufbau einer verbindlichen Daten-, Kommunikations- und Entscheidungsstruktur. Innerhalb des Projektes arbeiten die Partner mit einer elektronischen Patientenakte der Firma Medi.As zusammen. So besteht z.B. die Möglichkeit direkt beim Patienten zu Hause auf alle relevanten Daten zurückzugreifen.

Kontakt

St. Jakobus Hospiz gGmbH
Am Ludwigsplatz 5
66117 Saarbrücken
Tel. 0681-9270040
E-mail: ivteam@stjakobushospiz.de

Integrierte Versorgung „Optimierung der psychiatrischen Versorgung“

Die Zahl der psychischen Erkrankungen steigt ständig, die Behandlung ist oft langwierig und verursacht hohe Kosten. Krankheitsbilder wie Alkoholerkrankung oder Depression werden meist erst spät diagnostiziert, Behandlungen sind nicht immer bestmöglich koordiniert, wiederholte Krankenhausaufenthalte und damit verlängertes Leid der Patienten können die Folge sein.

Deshalb haben die Ersatzkassen im Saarland mit dem SHG Klinikum Merzig, niedergelassenen Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten ein Konzept zur Integrierten Versorgung dieser Patientengruppe entwickelt und im Mai 2005 vertraglich installiert. Die Behandlung von Menschen mit einer Alkoholerkrankung und/oder einer depressiven Erkrankung soll durch eine verbesserte Verzahnung der ambulanten und stationären Hilfsangebote verbessert werden.

Eine wesentliche Rolle spielt dabei ein Beratungsteam aus einer Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, einem Psychologischen Psychotherapeuten und zwei Sozialarbeiterinnen.

Die ersten Monate war die wichtigste Aufgabe, Kooperationspartner im niedergelassenen Bereich zu gewinnen. Inzwischen sind 35 Personen aus der Region Merzig/Wadern direkte Vertragspartner, das Netzwerk der mitarbeitenden Ärzte, psychologischen Psychotherapeuten und psychosozialen Institutionen ist aber noch wesentlich größer.

Aktuell sind ?? Patientinnen und Patienten eingeschrieben, davon zwei Drittel mit der Hauptdiagnose einer Depression, ein Drittel mit der Hauptdiagnose einer Alkoholerkrankung. Damit liegt die Patientenentwicklung sogar leicht über der vorab angenommenen Zahl.

Die Mehrzahl der Patienten kommt über die Arzt- und Psychologenpraxen. Rund ein Drittel der Patienten wird über Mitarbeiter der Ersatzkassen oder bereits eingeschriebene Patienten auf das Projekt aufmerksam gemacht. Jeder fünfte Patient kommt über den zuständigen Arzt oder Psychologen aus dem stationären Bereich.

Ziel des Vertrages ist es, die Behandlung depressiver und alkoholkranker Menschen besser zu koordinieren und Schnittstellenprobleme zu vermeiden, um über eine verbesserte Behandlung Rückfällen vorzubeugen.

Neben der verbesserten Koordination durch persönliche Absprache mit den an der Behandlung Beteiligten und der gemeinsamen Koordination des Behandlungspfades, ist die den individuellen Bedürfnissen angepasste psychiatrische, psychotherapeutische und sozialarbeiterische Begleitung ein wesentliches Element des ‚Merziger Modells‘.

Wichtig ist der Aspekt der Fürsorge und des Sich-Kümmerns, denn nur dann kann diese Form von Arbeit wirklich erfolgreich sein. So ist es ein zentrales Anliegen der Arbeit, den Kontakt zu den eingeschriebenen Patienten zu halten und sie zu regelmäßigen Gesprächsterminen zu sehen. So kann auf Veränderungen im Krankheitsprozess oder im familiären oder beruflichen Bereich prompt und gezielt reagiert und geeignete Schritte möglichst frühzeitig eingeleitet werden. Wenn aus krankheitsbezogenen oder sozialen Gründen ein Termin beim Beratungsteam nicht wahrgenommen werden kann, haben die Mitarbeiter die Möglichkeit, ihn zu Hause aufzusuchen.

Erste Erfolge

Da es sich um Patienten mit chronischen Erkrankungen und hoher Komorbidität handelt, wurde das Modellprojekt auf eine Laufzeit von 24 Monaten angelegt. Erste Auswertungen zeigen eine tendenzielle Besserung der psychosozialen und psychiatrischen Problematik. Wir sind in der medizinischen Bewertung aber noch sehr zurückhaltend. Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet. Erste verlässliche Daten werden erst nach Ablauf der Vertragszeit vorliegen.

Wesentliche Voraussetzung für den Erfolg ist, dass der Patient und seine Erkrankung in ihrem Gesamtkontext wahrgenommen werden, was dazu beiträgt, dass alle Beteiligten in einer kollegialen und konstruktiven Art und Weise über geeignete Behandlungslinien nachdenken, und diese dann möglichst ohne unnötige Zeitverzögerungen umgesetzt werden.

So wurde zum Beispiel auch dafür gesorgt, dass bei allen relevanten Stellen, vom Gesundheitsministerium bis zu den Rentenversicherungsträgern, direkte Ansprechpartner eingebunden wurden. Dieses, auf persönlichen Kontakten basierende System, gelingt besonders gut in einer überschaubaren, eher ländlich geprägten Region wie dem nördlichen Saarland. Da das Modell als lernendes System aufgebaut ist, kann auf alle Veränderungen schnell reagiert werden.

Kontakt:

Dr. Claudia Blindauer, Fallmanagerin

Dipl. Psych. Thomas Heib, Fallmanager

Klinikum Merzig, Trierer Str. 148, 66663 Merzig

Tel. 06861/705-1740

06861/705-1729

Fax. 06861/705-1745

E-Mail, c.blindauer@mzg.shg-kliniken.de

t.heib@mzg.shg-kliniken.de