

## **Norbert Schmacke**

**Integrierte Versorgung und Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) als „Brücke“ zwischen ambulantem und stationärem Sektor?**

**Integrierte Versorgung – meinen alle dasselbe?**

## SGB V 140 a

...die abweichende Regelung dem Sinn und der Eigenart der vereinbarten besonderen Versorgung entspricht, sie insbesondere darauf ausgerichtet ist, die

**Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern.**

Die **Wirtschaftlichkeit** der besonderen Versorgung

**muss spätestens vier Jahre nach dem Wirksamwerden der zugrunde liegenden Verträge nachweisbar sein**

# SVR Sondergutachten 2012

## Innovative Versorgungskonzepte:

- Beschränkung auf sektorenübergreifende Projekte
- Verpflichtende und systematische Evaluation (adäquate Kontrollgruppe/Outcomeindikatoren)
- Priorisierung von populationsbezogenen Versorgungskonzepten (+ Einbeziehung von Pflegeleistungen)

# Kernfragen aus dem Elfenbeinturm

- Wer hat bei IV den Hut auf? – Stichwort: Primary Care
- Welche Formen der Integration sind nötig? Stichwort: vom Patienten her gedacht
- Wer ist an IV-Ansätzen zu beteiligen? Stichwort: klassische Akteure + soziale Dienste + Betroffene/ Angehörige
- Wie lassen sich IV-Ansätze evaluieren? Stichwort: Komplexe Interventionen

# Schwere Hypotheken

- Überlegenheit von Versorgungskonzepten muss durch methodisch angemessene Studien (Evaluation) belegt werden
- IV-Verträge sind auf solche Nutzenbelege hin nicht ausgelegt
- Wirtschaftlichkeit ohne Belege der Überlegenheit nicht sinnvoll zu prüfen
- Leider keine neue Erkenntnis: s Wietete, Ommen, Ernstmann, Pfaff (2010)

## Also zurück auf Start

Ist Konsens, was wir mit „Integrierte Versorgung“ – jenseits der vertraglichen Möglichkeiten des SGB V – eigentlich mit Blick auf Versorgungsziele meinen?

und

Wo tauchen die internationalen Forschungsergebnisse zu Integration im deutschen Kontext auf?

## Barrieren für IV aus Sicht europäischer Entscheider, Kostenträger, LE und Patienten (AT, DK, FR, DE)

- Fokussierung auf Management von Komplikationen
- Schlicht: die Sektorenabschottung
- Das Auseinanderfallen politischer Großziele und der Realisierungsmöglichkeiten vor Ort
- Fehlende Strukturen für das Selbstmanagement der PatientInnen
- Pilotprojekte auch in anderen Ländern (wie UK) voller schwer vermeidbarer Webfehler dieser Art

Knai et al 2014

Europe, RAND and Ernst & Young 2012

# Visionen 1. Modell PACE - vorbildlich und randständig -

## Participants in the Program of **All-Inclusive Care** for the **Elderly**:

- Geriatrisches Konzept (Tagespflege, Ergo + Sozialarbeit in Kombination mit Verträgen zu geregelter generalistischer und spezialisierter ärztlicher Versorgung)
- Sowohl in Tageskliniken wie zu Hause
- Full-Capitation (v.a. Medicare und Medicaid: Kopfpauschale liegt unter Pflegeheimkosten)
- Gute Ergebnisse, keine Kontrollgruppen, nur 14.000 Eingeschriebene

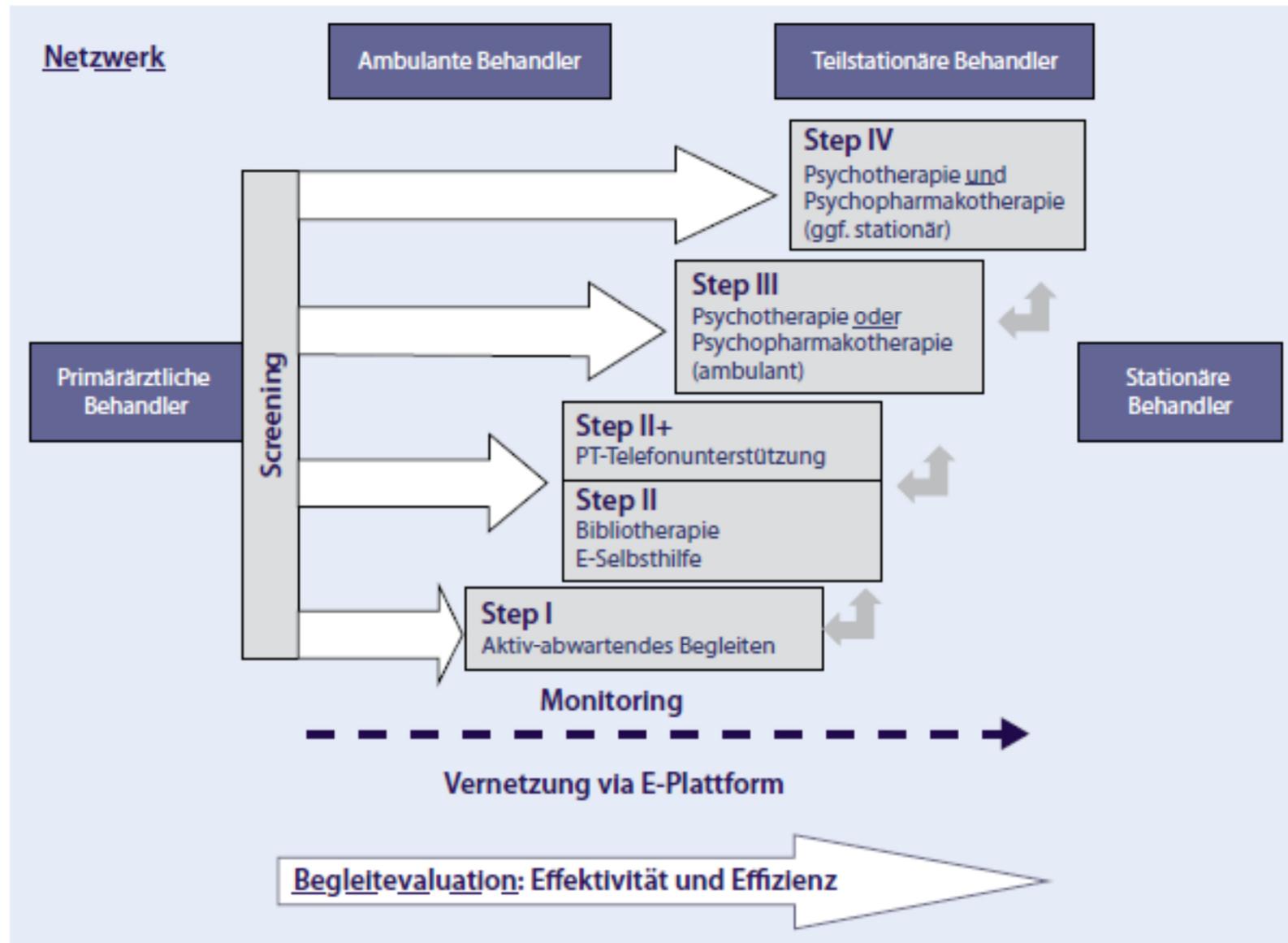
(Shaw 2014, Schmacke 2012)

## Vision 2: Stepped und Collaborative Care - ein seltener Fall von adäquater Pilotierung -

### **Cluster-randomisierte Studie:**

- Leitliniengerechte
- Gestufte Depressionsdiagnostik u. –behandlung
- Unter Einbezug niedrigschwelliger Interventionen (z.B. internetgestützte Selbsthilfe, Telefonberatung)
- Mit Hausärzten, Psychotherapeuten, Psychiatern, Krankenpflegerinnen, Kliniken

[http://www.psychenet.de/fileadmin/redaktion/Aktuelles/psychenet\\_Abschlussymposium\\_TPVII\\_-\\_Depression.pdf](http://www.psychenet.de/fileadmin/redaktion/Aktuelles/psychenet_Abschlussymposium_TPVII_-_Depression.pdf)



# Persönliche Schlussfolgerungen

- Bisherige IV-Politik schürt Illusionen + kostet zu viel
- Für den Innovationsfonds liegen neue Konzepte nicht in der Schublade. Die Größe des IF ist verführerisch
- Anknüpfungspunkte in deutscher Tradition (kein primary care): überschaubar: Hausarztzentrierung (unter stabileren Voraussetzungen!), fortentwickelte DMP, Stepped Care
- Breitere Ansätze von IV unter Einbeziehung der Pflege (jenseits von AGNeS & Co) stehen aus
- Für weitere Versorgungsinnovationen gelten die aufwändigen aber unerlässlichen methodischen Anforderungen an komplexe Interventionen

# Literatur

- Europe, RAND and Ernst & Young LLP. National Evaluation of the DH Integrated Care Pilots. Santa Monica, CA: RAND Corporation, 2012. [http://www.rand.org/pubs/technical\\_reports/TR1164](http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR1164).
- Härter M, Heddaeus D, Steinmann M, Schreiber R, Brettschneider C, König H-H, Watzke B. Collaborative and Stepped Care bei depressiven Erkrankungen. Entwicklung eines Modellprojektes im Hamburger Netz psychische Gesundheit (psychenet.de). Bundesgesundheitsbl 2015; 58: 420-429
- Knai C, Nolte E, Conklin A, Pedersen JS, Brereton L. The underlying challenges of coordination or chronic care across Europe. Intern J Care Coord 2014; 17: 82-92
- Schmacke N. Alter und Krankheit: eine Frage neuer Versorgungsformen, nicht nur für alte Menschen. In: Günster C, Klose J, Schmacke N (Hg.). Versorgungsreport 2012, Schattauer: 33-50
- Schaeffer D, Ewers M. Integrierte Versorgung nach deutschem Muster. Pflege und Gesellschaft 2006; 11: 197-208
- Shaw L. Program of All-Inclusive Care for the Elderly. North Carolina Medical Journal 2014; 75 (5): 344-345
- SVR. Sondergutachten 2012: Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. [http://www.svrgesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2012/GA2012\\_Langfassung.pdf](http://www.svrgesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Langfassung.pdf)
- Wietete J, Ommen O, Ernstmann N, Pfaff H (2010). Transparenz als Voraussetzung für Innovation in der Versorgungsforschung: Defizite am Beispiel der Evaluation von Managed-Care-Modellvorhaben. Gesundheitswesen 2010; 72(10): 722-728

## Kontakt Daten

Prof. Dr. med. Norbert Schmacke  
Institut für Public Health und Pflegeforschung  
ipp.uni-bremen.de  
akg.uni-bremen.de  
[schmacke@uni-bremen.de](mailto:schmacke@uni-bremen.de)

Postanschrift:  
Marssel 48  
28719 Bremen