



# Zusammenspiel stationärer und ambulanter Versorgung: Sektorübergreifende Versorgung von SMI-Patient:innen

Stefan Wilm, PSY-KOMO Konsortium / KF

Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Centre for Health and Society (chs), Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

**Zi-Kongress 2024 - Diagnose Fachkräftemangel: Perspektiven für die Gesundheitsversorgung von morgen**

**PSY-KOMO**  
**Verbesserung der Behandlungsqualität  
bei schwer psychisch kranken Menschen  
zur Reduktion somatischer Komorbidität  
und Verhinderung erhöhter Mortalität**

**Innovationsfonds-Projekt – Neue Versorgungsformen**

**Förderkennzeichen: 01NVF19019**

**Laufzeit: 01.09.2020 – 31.08.2024**

## Zielsetzung der sektorübergreifenden Neuen Versorgungsform PSY-KOMO

- Verbesserung der Detektion somatischer Komorbiditäten bei SMI-Patient\*innen
- leitliniengerechtere somatische Versorgung
- Verbesserung der Prävention und Früherkennung somatischer Erkrankungen
- **Zielsetzung des Innovationsfonds seit 2016:** Sektorale Begrenzungen der Versorgung überwinden und neue Versorgungsformen entwickeln, die über die bestehende Regelversorgung hinausgehen

## Studiendurchführung: multizentrische, nicht-randomisierte prospektive Längsschnittstudie mit externer Kontrollgruppe

**Patientenzielgruppe:** Erwachsene Patient\*innen mit schweren psychischen Erkrankungen

### **Einschlussdiagnosen:**

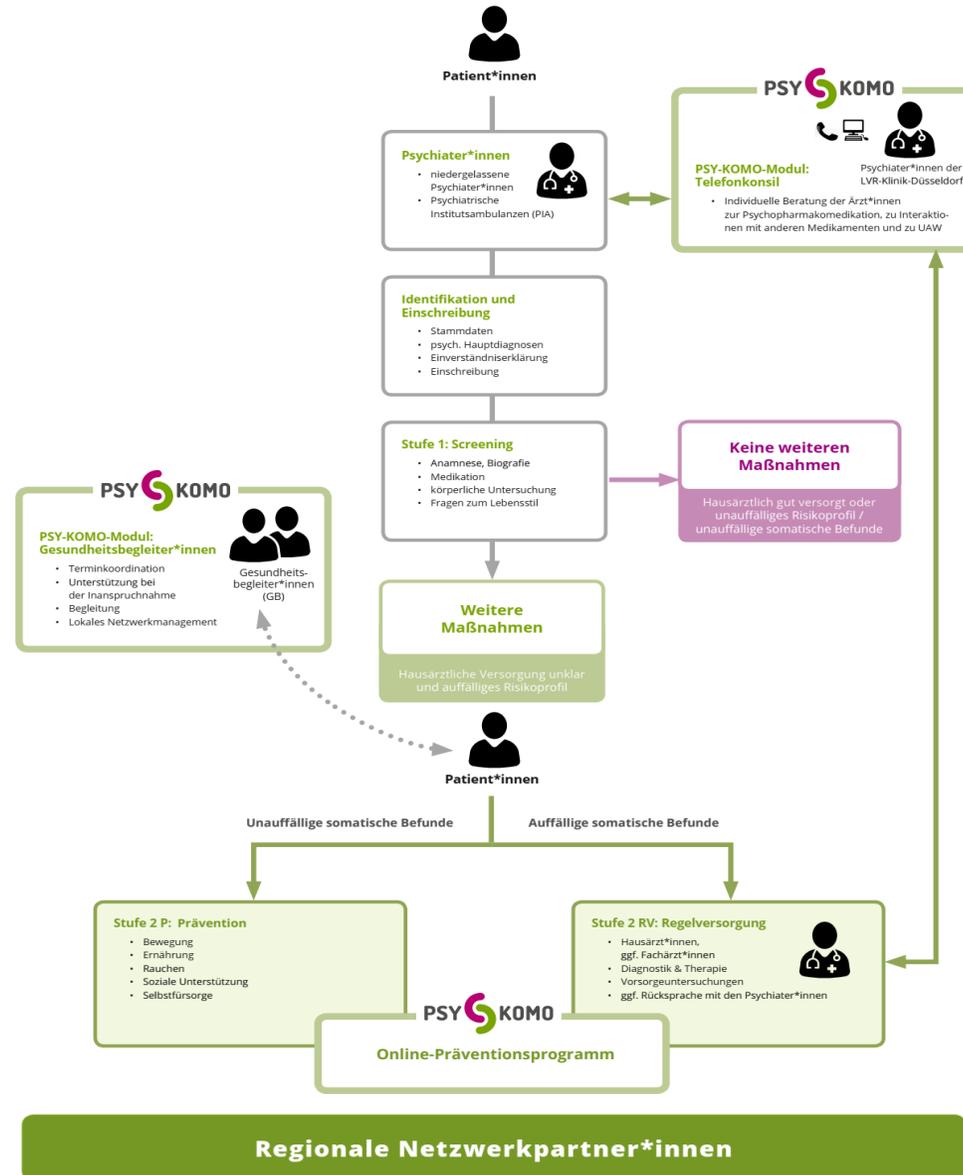
- Paranoide Schizophrenie, schizotypische und wahnhaftige Störungen (F20.x, F21, F22.x, F25.x),
- schwere emotional instabile Persönlichkeitsstörungen (F60.3x),
- manische Episoden (F30.x), bipolare affektive Störungen (F31.x),
- mittelgradige und schwere depressive Episoden (F32.2, F32.3) und schwere rezidivierende depressive Episoden (F33.2, F33.3).

### **Die für die nVF-Evaluation relevanten somatischen Komorbiditäten:**

- Hepatitis C/chron. Lebererkrankungen,
- Diabetes mellitus Typ 2,
- arterielle Hypertonie,
- koronare Herzkrankheit,
- Herzinsuffizienz,
- Herzrhythmusstörungen,
- pAVK,
- chron. Bronchitis/Asthma/COPD,
- Brustkrebs,
- Dickdarmkrebs.

**PSY-KOMO Regionen:** Neuss (Nordrhein-Westfalen), Frankfurt am Main (Hessen), Greifswald (Mecklenburg-Vorpommern) und Göppingen (Baden-Württemberg). In diesen Regionen wird ein Ärztenetzwerk aufgebaut, über das die potentiellen Patient\*innen identifiziert und in die Studie eingeschlossen werden.

## Das Modellprojekt Patient\*innen-Weg in PSY-KOMO



- **Screening** von Menschen mit SMI auf Risiken oder Anhaltspunkte für (bislang nicht erkannte oder nicht ausreichend versorgte) somatische Erkrankungen durch Psychiaterinnen und Psychiater; gezielte Überweisungen in die ambulante somatische Versorgung (Hausarzt\*innen, andere Facharzt\*innen)
- **Gesundheitsbegleiterinnen / Gesundheitsbegleiter**
- **Telefonkonsil** zur Pharmakotherapie
- **Präventionsportal** Bewegung, Ernährung, Rauchen, soziale Unterstützung/Selbstfürsorge.

## PSY-KOMO Modul Gesundheitsbegleiter:innen

- Personen aus Gesundheitsfachberufen  
(Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte u.a.)
- bieten Patientinnen/Patienten Orientierungshilfe  
und unterstützen bei
  - der Vereinbarung von Terminen z.B. in fachärztlichen Praxen
  - der Suche nach geeigneten Angeboten zur Gesundheitsförderung/Prävention
- begleiten Patientinnen/Patienten im Bedarfsfall zu Terminen oder Angeboten;
- recherchieren, informieren und vernetzen im lokalen/regionalen Netzwerk.



[www.selbststaendig.de/geschaeftsideen/pflegekraft](http://www.selbststaendig.de/geschaeftsideen/pflegekraft)

## Prozessevaluation von PSY-KOMO

- Die Prozessevaluation umfasst zum einen Daten (Struktur- und Prozessniveau) von den:
  - a) beteiligten Professionen im unmittelbaren Umgang mit den im Projekt rekrutierten Patient\*innen (**niedergelassene und in PIAs tätige Psychiater\*innen**)
  - b) von den in die Studie eingeschlossenen und jeweils 6 Monate begleiteten, in dem Projekt beteiligten **Patient\*innen**;
  - c) **am Forschungsprozess Beteiligten** (Mitglieder der interdisziplinären Netzwerke in den vier Erhebungsregionen, Schulungspersonal, wissenschaftliche und nichtwissenschaftliche Mitarbeiter\*innen innerhalb des Projektes inklusive der regionalen Gesundheitsbegleiter\*innen, Vertreter\*innen der Konsortialpartner und der Konsortialführung, Vertreter\*innen der Stakeholder einer Implementierung in die Regelversorgung).
- Daneben werden Daten sowohl des Versorgungs-, Schulungs- als auch des Forschungsprozesses selbst einbezogen, um die Prozesse beschreiben, reflektieren, darstellen und ggf. adjustieren zu können.
- Dies dient auch dazu, auf Prozessniveau den Erfolg der erprobten neuen Versorgungsform zu beschreiben, zu sichern und eine potenzielle Implementierung in die Regelversorgung zu ermöglichen.

# Methoden der Prozessevaluation

## Datenerhebung:

- Leitfadengestützte **Telefon-Interviews** mit Psychiater\*innen (n=16) und Patient\*innen (n=25)
- **7 Fokusgruppen** mit am Projekt Beteiligten
- Exemplarische **Dokumentation** der Gesundheitsbegleiter\*innen
- **Analyse von Dokumenten** (Protokolle, Konzepte etc.)

## Auswertung:

Wörtliche Transkription

Inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse im multidisziplinären Team  
(computergestützt, MAXQDA; vgl. Kuckartz 2018)

# Erste Ergebnisse zu Erfahrungen mit der Gesundheitsbegleitung im PSY-KOMO Projekt

**Datenquellen: Fokusgruppen mit Gesundheitsbegleiter\*innen und Interviews mit Patient\*innen (n=25)**

- Angefragt von Patient\*innen werden **Unterstützung bei der Terminvereinbarung** und auch immer wieder **Begleitung zu (Fach-) Ärzt\*innen**, da dies die Patient\*innen oft überfordert (Digitalisierung!), sowie die **Hilfe bei Motivation und Inanspruchnahme von präventiven Leistungen**.
- In der Regel haben Patient\*innen ein bis zwei Anliegen, die mit ihnen bearbeitet werden.
- Patient\*innen empfinden die GB\*innen als hilfreich; über die Kontaktaufnahme zu Ärzt\*innen konnten im weiteren Verlauf somatische Erkrankungen bspw. Krebserkrankungen diagnostiziert werden.
- Es dominieren in der Beratung die **Lebensstil**-Themen Diabetes mellitus, Bewegungsmangel und Nikotinentwöhnung, bei denen die GB\*innen gut informiert sind.

# Erste Erkenntnisse zu Vernetzung und Zusammenarbeit in der sektorübergreifenden Versorgung

## Datenquellen: Qualitative Interviews Patient\*innen (n=25) und Psychiater\*innen (n=15)

- Wenn hausärztliche Anbindung besteht, werden Versorgung und Austausch eher positiv bewertet.
- Probleme entstehen bei Patient:innen ohne hausärztliche Anbindung.
- Netzwerkarbeit / Zusammenarbeit ist abhängig von persönlichen Kontakten.
- Sektorenübergreifende Netzwerke zwischen Kliniken und ambulanter Versorgung sind selten – eher Patient:innen-bezogene Einzelkontakte (z.B. mit Hausärzt:innen).
- Bevorzugte Austauschformen:
  - Direkter Kontakt (telefonisch)
  - Über Patient\*in
  - Überweisungen mit (Behandlungs-)Auftrag / Verordnung
  - Briefe (nur bei Überweisung)



„Urologen und Dermatologen haben nicht mal direkt an mich Briefe geschickt, wobei ich da auf den Patienten eingehämmert hatte, dass wenn der Urologe fragt oder der Dermatologe, an wen der Brief geht, soll er sagen: Soll an den Hausarzt. Weil ich das fürchten gelernt habe, dass ich auf einmal die hausärztliche Tätigkeit übernehme und ein Melanom weiter nachüberwache oder so. Ja?“ PS\_EI\_Py\_01\_002

### Datenquellen: Patient\*innen (n=25) und Psychiater\*innen (n=15)

- Wenn hausärztliche Anbindung besteht, wird Versorgung und Austausch eher positiv bewertet.

„Wenn ein funktionierender Hausarzt da ist, brauche ich nicht mehr Kommunikation, da ist alles okay.“  
PS\_EI\_Py\_01\_003

„ Also tatsächlich haben wir jetzt über unsere Ambulanz jetzt mit anderen Fachärzten, jetzt gerade aus dem somatischen Bereich, gar nicht zu so unendlich viel zu tun. Da ist dann halt wirklich tatsächlich der Hausarzt dann eigentlich der Ansprechpartner.“ PS\_EI\_Py\_03\_001

„Nee, fast nie, also selten habe ich schon mal mit Hausärzten telefoniert, aber ich lasse mir die Befunde mitbringen. Und dann weiß ich, ob die auch tatsächlich da waren.“  
PS\_EI\_Py\_04\_004

## Datenquellen: Qualitative Interviews Patient\*innen (n=25) und Psychiater\*innen (n=15)

- Netzwerkarbeit / Zusammenarbeit abhängig von persönlichen Kontakten
- Sektorenübergreifende Netzwerke zwischen Kliniken und ambulanter Versorgung sind eher selten.

„Also ich habe immer wieder Patienten, wo ich dann auch mit den Hausärzten mal Kontakt aufnehme, das gelingt eigentlich auch immer ganz gut. Also ja, (...) wir haben auch Kollegen, wo es dann nicht so gut klappt, aber ich würde sagen: zusammenfassend zufriedenstellend (...) das hat sich jetzt auch über die Jahre positiv entwickelt, weil man dann den einen oder anderen auch persönlich kennt.“ PS\_EI\_Py\_02\_003

„Dass da jetzt ein Hausarzt-Netzwerk zustande gekommen wäre über PSY-KOMO, das kann ich nicht sagen. Ich hab Null Komma Null Rückmeldung [lacht].“ PS\_EI\_Py\_01\_003

„Da kann ich auch eher über ärztliche Netzwerke was sagen und das sind eher informelle ärztliche Netzwerke, die man sich unter Kollegen, mit denen man gut gemeinsam arbeitet, die man sich aufgebaut hat und nutzt, um Patienten gut zu versorgen. Wenn ein Patient in so einem informellen Netzwerk drin ist, dann ist er gut versorgt. Ist er in so einem Netzwerk nicht drin, gibt es deutliche Lücken.“ PS\_EI\_Py\_01\_004

## Datenquellen: Qualitative Interviews Patient\*innen (n=25) und Psychiater\*innen (n=15)

- Bevorzugte Austauschformen:

- Direkter Kontakt (telefonisch)
- Über Patient\*in
- Überweisungen mit (Behandlungs-)Auftrag / Verordnung
- Briefe (nur bei Überweisung)

„Manche Ärzte sind sehr sehr sehr schwer zu erreichen in den Praxen, und ähm ja gut, dann haben wir eben da den Vorteil, dass hier an der Uniklinik man bestimmte Fragestellungen über die Fachabteilungen abklärt. Und das ist unkomplizierter als mit niedergelassenen Ärzten.“ PS\_EI\_Py\_01\_001

„Ja, was heißt die arbeiten zusammen? Wenn ich meine Hausärztin bitte, können Sie das dann bitte dorthin schicken, dann macht sie das eigentlich auch (...) Ich denke mal, das sollte doch eigentlich jeder Arzt dann auch entsprechend tun, wenn der Patient drum bittet, oder?“ PS-EI\_Pat\_01\_004

„Da, wo ich Therapien verordne, Ergotherapie, Logopädie usw., krieg ich eh jeweils quartalsweise einen kurzen Zwischenbericht in schriftlicher Form, Kontakt mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst besteht. Und also aus meiner Sicht gibt's einen befriedigenden und ausreichenden Austausch.“ PS\_EI\_Py\_03\_002

„Nee, ne direkte Rückmeldung hab ich da noch nicht erhalten. (...) noch wirksamer eine Überweisung, wenn es wirklich einen konkreten Auftrag gibt für die Fachärzte oder für den Hausarzt. Und dann ist es unterschiedlich, (...) ich hatte natürlich schon mit einigen Hausärzten auch Kontakt.“ PS\_EI\_Py\_01\_001

# Erste Erkenntnisse zu Vernetzung und Zusammenarbeit in der intersektoralen Versorgung

**Datenquellen: Qualitative Interviews Patient\*innen (n=25) und Psychiater\*innen (n=15)**

Wünsche für die Versorgung:

- Regelmäßiger interdisziplinärer, interprofessioneller und intersektoraler Austausch wäre sinnvoll (Runder Tisch, Qualitätszirkel), braucht aber:
  - Strukturen
  - Ressourcen (zeitlich, finanziell)
  - Verantwortliche, die Organisation übernehmen.
- Bei Aufbau von Netzwerken; neben ärztlicher psychiatrischer und somatischer Versorgung auch therapeutische und psychosoziale Berufsgruppen berücksichtigen (KSV-Psych-RL; Praxisnetze)



## Datenquellen: Qualitative Interviews Patient\*innen (n=25) und Psychiater\*innen (n=15)

Wünsche für die Versorgung:

- Regelmäßiger interdisziplinärer, interprofessioneller und intersektoraler Austausch wäre sinnvoll (Runder Tisch, Qualitätszirkel), braucht aber:
  - Strukturen
  - Ressourcen (zeitlich, finanziell)
  - Verantwortliche, die Organisation übernehmen
- Bei Aufbau von Netzwerken neben ärztlicher psychiatrischer und somatischer Versorgung, auch therapeutische und psychosoziale Berufsgruppen berücksichtigen

„Und gerade weil der Austausch ja nicht so intensiv unbedingt ist oder auch quasi gar nicht möglich ist zwischen Hausärzten und Fachärzten oder jetzt hier noch Institutsambulanz, wäre das super, dass da einfach noch mal jemand involviert ist, der (...) ein gewisses Basiswissen auch hat.“

PS\_EI\_Py\_01\_001

„Und dann natürlich Zeit für Zusammenarbeit mit dem Netzwerk, runde Tische in regelmäßigen Abständen, nicht verpflichtend, aber bezahlt. (...) Diese Zusammenarbeit finde ich ganz zentral, aber es müsste dafür Zeit sein. Wenn man für jeden Patienten genug Zeit kriegen würde, wäre das möglich, aber das Gesundheitssystem gibt es überhaupt nicht her und deswegen produzieren wir ganz viele chronisch Kranke, weil man nie gut arbeiten kann, weil der eine was anderes macht als der andere und statt dass man ordentlich genug Zeit für jeden hat, wird immer durchgenudelt mit 20-Minuten-Terminen.“

PS\_EI\_Py\_04\_004

## Vorläufige Schlussfolgerungen für die intersektorale Versorgung von SMI-Patient\*innen mit Fokus auf somatische Ko-Morbidität

Das Zusammenspiel stationärer und ambulanter Versorgung braucht ...

- regelmäßig eingesetzte, praxistaugliche Erhebungsinstrumente für die stationäre/ambulante psychiatrische Versorgung mit Fokus auf häufige, beeinflussbare somatische Erkrankungen mit starkem Einfluss auf die Lebenszeit – **das hat in PSY-KOMO nur bedingt geklappt**
- Förderung der kontinuierlichen haus-/fachärztlichen Anbindung der SMI-Patient:innen zur Verbesserung der somatischen Versorgung – **da warten wir auf die PSY-KOMO Evaluationsdaten der nVF**
- niederschwellige direkte bi-direktionale Kommunikation (Telefon, Brief) zwischen den Versorgern in den verschiedenen Sektoren (psychiatrische Station/PIA/Haus-/Fachärzt:innen) – **das hat PSY-KOMO nicht wirklich verbessert**
- Aufbau und Stärkung von interdisziplinärer, interprofessioneller und intersektoraler lokaler/regionaler Vernetzung (Runder Tisch, Qualitätszirkel) – **das hat PSY-KOMO nicht erreicht**
- komplementäre Unterstützung der Patient:innen durch Gesundheitsbegleiter\*innen – **das ist aufwändig, aber da hat PSY-KOMO viel positive Erfahrung gesammelt.**