



Bedarfsorientiertes
Wartelistenmanagement
in der Psychiatrie und
Psychotherapie

Bedarfsorientiertes Wartelistenmanagement in der Psychiatrie und Psychotherapie

Das Wartelistenproblem

Mit einer Lebenszeitprävalenz von über 40% übersteigt die Nachfrage nach psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychologischen Behandlungen regelmäßig das zur Verfügung stehende Angebot. Die stetig wachsende Nachfrage von Patient*innen führt zu einem zunehmenden Wartelistendruck (1), vor allem durch Patient*innen, die sich keine private Versorgung leisten können oder wollen (2,3).

Die Wartezeiten in der Psychiatrie und Psychotherapie können erheblich sein und von vielen Wochen bis zu Jahren reichen (4,5). Dabei helfen Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen Menschen in oft sehr schwierigen und belastenden Situationen. In dieser Situation verschärfen ineffiziente und ungerechte Ressourcenallokationen unnötige Nachteile in der Behandlung von Patient*innen mit unterschiedlichen Behandlungsbedarfen, wie z. B. dem Schweregrad oder der Dringlichkeit der Präsentation sowie der Auswirkungen der Schwierigkeiten auf ihr Leben sowie ihr soziales Umfeld (6).

Wartelistenstrategien sind ein Schlüsselfaktor für das Management von Kapazitäten, Patientenströmen und Kosten in der mentalen Gesundheitsversorgung (7). Entscheidungen über den Patient*innenfluss und die Zuteilung von Behandlungsleistungen müssen in der Regel unter Ressourcenknappheit getroffen werden (8,9).



Daher gehören die gerechte Priorisierung von Bedürfnissen, die Verwaltung von Wartelisten und die Allokation knapper Ressourcen zu den Kernstrategien des Wartelistenmanagements im psychischen Behandlungskontext (10–12).

In der Tat erhält die effiziente und faire Allokation von knappen Ressourcen im Sinne eines bedarfsorientierten Wartelistenmanagements in letzter Zeit auch in der Psychiatrie, psychologischen Behandlung und Psychotherapie immer mehr jene Aufmerksamkeit, die es in diesen Bereichen dringend bedarf (13).

Die Herausforderung für die Behandelnden ist es daher, den richtigen Patient*innen zur richtigen Zeit, die richtige Behandlung zukommen zu lassen. Die Evidenz zum Einfluss von Wartezeiten auf die Präsentation und Symptomatik von Patient*innen zeigt allerdings ein differenziertes Bild (14–16). Für einige Patienten kann die Wartezeit tatsächlich ein begünstigender Faktor bei der Reduzierung der Symptomatik sein (17). Allerdings verschlechtert sich die psychische Gesundheit anderer Patienten während ihrer Zeit auf der Warteliste. Eine dritte Gruppe scheint von der Wartezeit unbeeinflusst zu bleiben (14,16,18).

Die Herausforderung für die Behandelnden ist es daher, den richtigen Patient*innen zur richtigen Zeit, die richtige Behandlung zukommen zu lassen und gleichzeitig die zur Verfügung stehenden Ressourcen effizient einzusetzen (5,19,20). Evidenz-basierte Kriterien helfen dabei, jene Patient*innen zu identifizieren, für die eine Reduktion der Wartezeiten indiziert ist, da sie anfällig für Symptomverschlechterungen sind. So sind zum Beispiel bestimmte Persönlichkeitsmerkmale, sozioökonomischen Variablen und Alter evidenzbasierte Prädiktoren dafür, ob sich die Symptomatik während der Wartezeit eher verbessert, verschlechtert oder unverändert bleibt (18,21,22).

Die Planung, das Design und die Implementierung einer bedarfsorientierten Wartelistenstrategie ist besonders erfolgsversprechend, wenn sie auf einer Kombination aus fachlicher, betriebswirtschaftlicher und IT Expertise sowie der Implementierung evidenzbasierter Ansätze aufbaut (23).

Der PriorizR

Der PriorizR ist eine Priorisierungssoftware, die sicherstellt, dass die Wartezeit von Patient*innen umso kürzer ist, je höher ihr Behandlungsbedarf. Die preisgekrönte Software ist eine flexible Patient*innen-Priorisierungs-Komplettlösung, die es Behandlungseinrichtungen ermöglicht, ein faires und effizientes Wartelistenmanagement umzusetzen.



Die Vorteile einer systematischen, evidenzbasierten und fairen Priorisierung von Patient*innen mit erhöhtem Behandlungsbedarf sind bereits in unterschiedlichen psychosozialen und Gesundheitsbereichen belegt worden (19,24–27). Strategien zur Steuerung des Patient*innenflusses werden schon seit längerem getestet und

eingesetzt (8,24,27). Priorisierungs-Tools haben bei der Suche nach Strategien zur Verwaltung von Wartelisten zunehmende Aufmerksamkeit erhalten (19).

- Wissenschaftliche Evidenz
- Expertenmeinungen
- Sekundäre Datenanalysen
- Experimente mit historischen Patientendaten
- Experimente mit aktueller Warteliste
- Simulationen
- Organisationsziele
- Betriebswirtschaftliche Kriterien
- Kontinuierliche Entwicklungsprozesse

Aspekte bei der Definition von Priorisierungskriterien.

Um Patient*innen mit höherem Behandlungsbedarf priorisieren zu können, müssen diese allerdings erst auf systematische und effiziente Weise erkannt werden. Dazu muss geklärt werden, nach welchen fairen und evidenzbasierten Kriterien Patient*innen priorisiert werden sollen.

Die Definition der Priorisierungskriterien sollte dabei auf eine Kombination aus wissenschaftlicher Evidenz, Expertenmeinungen und empirischen Datenanalysen aufbauen und ständig unter Berücksichtigung organisationaler Ziele und Kriterien weiterentwickelt werden.

Dabei spielen in der Psychiatrie und Psychotherapie neben klinischen auch psychosoziale und organisatorische Faktoren in der Bewertung des relativen Behandlungsbedarfs aller Patient*innen eine entscheidende Rolle.



Die Reduktion der Wartezeiten von Patient*innen mit dringenderen Problemen bzw. solchen, die sich während des Wartens verschlimmern, ist daher eine zentrale Herausforderung für eine effiziente, effektive und faire Behandlung (19).

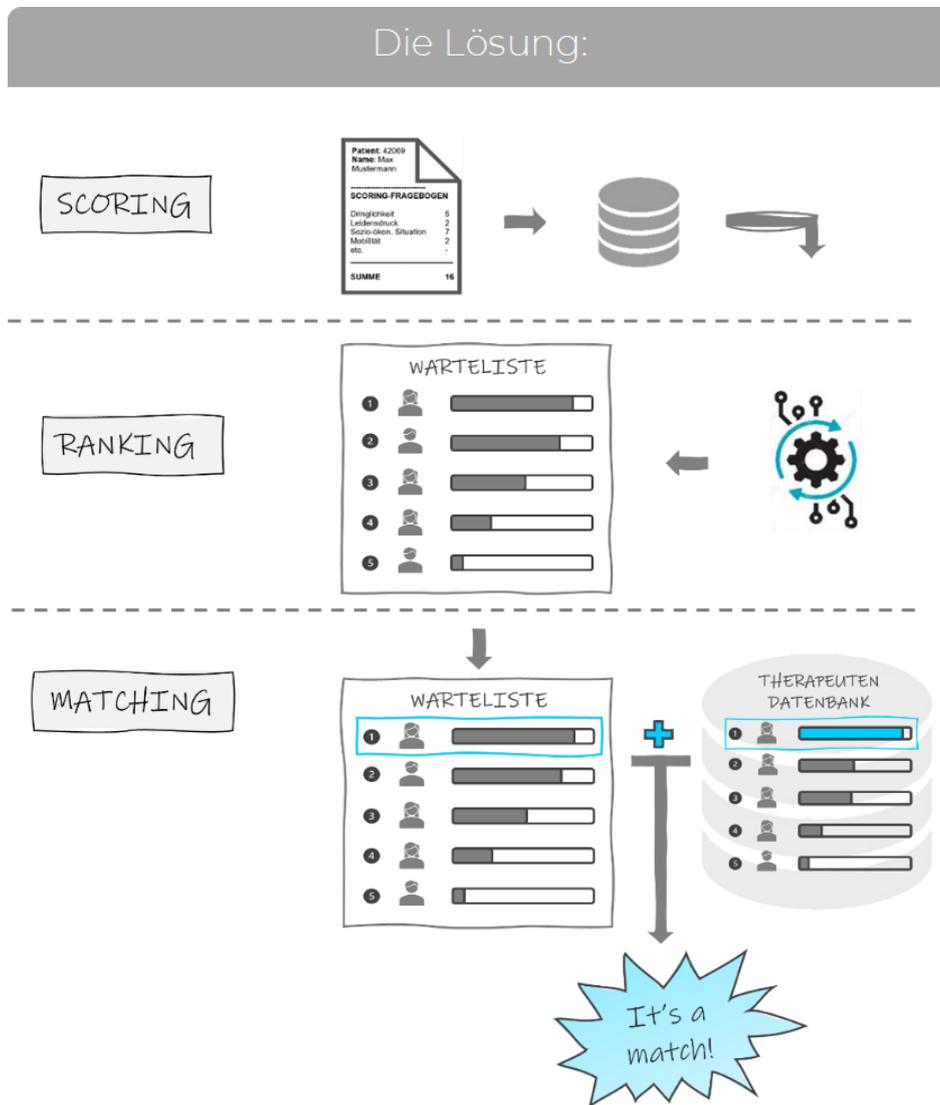
Der PriorizR besteht aus einem fairen Patient*innen-Priorisierungs-System, welches ein einfaches und standardisiertes Erfassen von Patient*innenschwierigkeiten



ermöglicht und sicherstellt, dass jene mit höherem Bedarf schneller auf einer Warteliste vorrücken, wodurch sich ihre Wartezeit beträchtlich verkürzt. Zudem werden für sie passende und verfügbare Behandlungsangebote vorgeschlagen. Entsprechend besteht der PriorizR aus drei ineinandergreifenden Modulen: Scoring, Ranking und Matching.

Scoring

Das Scoring-Modul umfasst die Bewertung von Patient*inneninformationen durch klinisch-fachliche Expert*innen mittels eines gewichteten Leitfadens, der zum Beispiel während der Anmeldung, Abklärung oder einem Erstgespräch verwendet wird. Der evidenzbasierte Leitfaden beinhaltet dabei nicht nur Fragen zur klinischen, sondern auch sozio-ökonomische und demographische Charakteristiken von Patient*innen, die sich auf ihre Situation auswirken und daher für eine faire Priorisierung relevant sind (z.B. Sprache, soziale Unterstützung, Mobilität).



Als Resultat der Bewertungen erhalten alle Patient*innen einen individuellen Gesamtscore. Je nach Gesamtscore wird ihnen ein Platz auf der Warteliste zugewiesen. Das Vorrücken auf der Warteliste wird dann durch einen eigens dafür



entwickelten Algorithmus gesteuert. Die Steuerungselemente des Algorithmus sind der auf dem Leitfaden basierende Score, die bisherige Wartezeit und der von Behandlungsorganisation wählbare Grad der Priorisierung von Patient*innen mit größerem Behandlungsbedarf. So kann festgelegt werden, um wie viel schneller Patient*innen mit höheren Scores gegenüber solchen mit niedrigeren Scores auf der Warteliste vorrücken sollen.

Ranking

Das Ranking Modul beinhaltet die zentrale Wartelistenfunktion des PriorizR. Hier werden Informationen über die Wartenden und ihre Reihung auf der Warteliste organisiert und dargestellt. Klinische Expert*innen können diese Informationen nach Bedarf filtern und sortieren sowie das Layout ihren Bedürfnissen anpassen.

Matching

Im Matching Modul werden für Patient*innen zu ihren Charakteristiken und Bedarfen passende und verfügbare Berater*innen bzw. Angebote vorgeschlagen. Matching-Kriterien können beispielsweise Art und Kombination der Probleme sein, Sprache, Ort und Art der Behandlung, Mobilität und Verfügbarkeit sowohl von Berater*innen als auch Patient*innen selbst sein.

Fachliche Entscheidungen bleiben bei Berater*innen

Über alle drei Module hinweg gilt, dass alle fachlichen Entscheidungen von fachlichen Expert*innen getroffen werden: von der Bewertung des Beratungsbedarfs, den Grad der Priorisierung des Beratungsbedarfs, bis zur finalen Auswahl der behandelnden Psychiater*innen oder Psychotherapeut*innen.

Der PriorizR erleichtert die Umsetzung der jeweiligen Entscheidungen und automatisiert alle logistischen Prozesse.

Hilfe aus dem Wartelistenschwungel

Schon vor dem Auftreten von Covid-19, lag die durchschnittliche Wartezeit von Patient*innen in der Psychotherapie bei 20 Wochen. Die Auswirkungen der Coronakrise wird diese Situation noch weiter verschärfen. Unter den auf Behandlung Wartenden sind vulnerable Menschen in schwierigen und komplexen emotionalen, psychischen und sozialen Situationen. Gerade diese Patient*innengruppen werden jedoch benachteiligt, wenn sie einfach nur „gleich“ behandelt werden, wie jene, die Unterstützungssysteme besser navigieren können oder wenn Zugangshürden eingebaut werden, um die Nachfrage besser steuern zu können.

Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen wollen so vielen Menschen wie möglich zeitgerecht die passende Behandlung zukommen lassen. Vor allem aber möchten sie jene beraten, die eine Behandlung am meisten benötigen. Mit der Implementierung des PriorizR ermöglichen es sich psychiatrische und psychotherapeutische Einrichtungen, einen systematischen Überblick der betroffenen Patient*innen zu erhalten, empirische Daten über das eigentliche Ausmaß der Nachfrage nach



Behandlung zu erhalten und jene zu priorisieren, für die Behandlung am wichtigsten ist bzw. die größten positiven Auswirkungen hat.

Der PriorizR funktioniert am effektivsten, wenn das Patient*innen Priorisierungssystem über alle Behandlungsangebote hinweg so standardisiert wie möglich, aber auch so individualisiert wie nötig, eingerichtet wird. Das PriorizR Team bietet hier gerne Beratung und Unterstützung an.

Effektive, effiziente und faire Ressourcenallokation

Erfahrungen in anderen Bereichen haben gezeigt, dass der PriorizR die Wartezeit der bedürftigsten Patient*innen im Vergleich zu anderen signifikant - und in einem klinisch relevanten Ausmaß - reduzieren kann. Anwender*innen des PriorizR haben folgendes berichtet:

„Der PriorizR ermöglicht eine bedarfsgerechte Reihung und Matching basierend auf verschiedensten Kriterien und Berechnungsalgorithmen. Die Möglichkeit multiple Datenquellen anzubinden sowie die grundlegende Struktur der Software bieten ein großes Potential bei der Einbindung weiterer Kriterien. Die Software reduziert den administrativen Aufwand sehr stark und führt zu einer hohen Quote von erfolgreichen Beratungskontakten.“ (IT Services Leiter)

*„Bei meiner Arbeit unterstützt mich der PriorizR bei einer punktgenauen Zuteilung der Patient*innen zur passenden Berat*in. Das bestätigt sich auch immer wieder aus den Rückmeldungen der Patient*innen und Berater*innen. Die verschiedensten Filterfunktionen sowie die anwenderfreundliche und einfache Bedienung des Programms sind eine wertvolle Unterstützung in meinem Arbeitsalltag.“* (Administratorin)

„Mit dem PriorizR ist es uns möglich, eine passgenaue, faire Priorisierung nach Bedarf zu machen.“ (Geschäftsführung)





Das PriorizR-Team steht gerne für Informationen, Erklärung und Simulationen des PriorizR im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie zur Verfügung.

Für mehr Informationen besuchen Sie uns auf www.priorizr.com, folgen Sie uns auf [LinkedIn](#) oder kontaktieren Sie uns unter office@priorizr.com.

PRIORIZR
score · rank · match

famado GmbH
Rehbühel 10
A-6714 Nüziders





Revolution des Wartelisten- managements



office@priorizr.com



www.priorizr.com



[LinkedIn](#)

Literaturangaben

1. Steinman KJ, Shoben AB, Dembe AE, Kelleher KJ. How Long Do Adolescents Wait for Psychiatry Appointments? *Community Ment Health J* [Internet]. 2015;51(7):782–9. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9897-x>
2. Naiker U, FitzGerald G, Dulhunty JM, Rosemann M. Time to wait: A systematic review of strategies that affect out-patient waiting times. Vol. 42, *Australian Health Review*. CSIRO; 2018. p. 286–93.
3. Riedel M. Modelle der Psychotherapieversorgung in Österreich [Internet]. Vienna; 2015 [cited 2020 May 26]. Available from: <https://www.ihs.ac.at/publications/lib/IHSPR6571153.pdf>
4. Bundes Psychotherapeuten Kammer. Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie Wartezeiten 2018 [Internet]. Berlin; 2018 [cited 2020 Nov 2]. Available from: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf
5. Iqbal Z, Airey ND, Brown SR, Wright NMJ, Miklova D, Nielsen V, et al. Waiting list eradication in secondary care psychology: Addressing a National Health Service blind spot. *Clin Psychol Psychother* [Internet]. 2021 Jan 11 [cited 2021 Feb 19];cpp.2551. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpp.2551>
6. Landi S, Ivaldi E, Testi A. Socioeconomic Status and Waiting Times for Health Services: Current Evidences and Next Area of Research. *Heal Serv Insights* [Internet]. 2019;12:1178632919871295–1178632919871295. Available from: <https://doi.org/10.1177/1178632919871295>
7. Moreno-Carrillo A, Arenas LMÁ, Fonseca JA, Caicedo CA, Tovar SV, Muñoz-Velandia OM. Application of Queuing Theory to Optimize the Triage Process in a Tertiary Emergency Care (“ER”) Department. *J Emerg Trauma Shock* [Internet]. 2019/11/18. 2019;12(4):268–73. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31798241>
8. Argon NT, Ziya S. Priority assignment under imperfect information on customer type identities. *Manuf Serv Oper Manag* [Internet]. 2009 Sep [cited 2020 May 26];11(4):674–93. Available from: <http://pubsonline.informs.org/doi/abs/10.1287/msom.1080.0246>
9. Sun Z, Argon NT, Ziya S. Patient Triage and Prioritization Under Austere Conditions. *Manage Sci*. 2018 Oct 16;64(10):4471–89.
10. Daniels N, Sabin JE. Accountability for reasonableness: an update. *BMJ*. 2008 Oct;337:a1850.
11. Lungu DA, Ruggieri TG, Nuti S. Decision making tools for managing waiting times and treatment rates in elective surgery. *BMC Heal Serv Res* 2019 191 [Internet]. 2019;19(1):1–9. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4199-6>
12. An L, Machra M, Moser AM, Simonovikj S, Larson RC. Queues in Service Systems: Some Unusual Applications. In: Maglio PP, Kieliszewski CA, Spohrer JC, Lyons K, Patrício L, Sawatani Y, editors. *Handbook of Service Science, Volume II* [Internet].



- Cham, Switzerland: Springer; 2019 [cited 2020 Nov 2]. p. 327–48. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-319-98512-1_15
13. Koch T. Normative and prescriptive criteria: the efficacy of organ transplantation allocation protocols. *Theor Med*. 1996 Dec;17:75–93.
 14. Beck A, Burdett M, Lewis H. The association between waiting for psychological therapy and therapy outcomes as measured by the CORE-OM. *Br J Clin Psychol*. 2015 Jun;54(2):233–48.
 15. Penkova Z, Stark R, Leichsenring F, Steinert C. The Effects of Waiting for Treatment: A Meta-analysis of Wait-list Control Groups in Randomized Controlled Trials for Panic Disorder. *Curr Psychiatry Rev*. 2018 Jul 10;14(2):60–70.
 16. Steinert C, Stadter K, Stark R, Leichsenring F. The Effects of Waiting for Treatment: A Meta-Analysis of Waitlist Control Groups in Randomized Controlled Trials for Social Anxiety Disorder. *Clin Psychol Psychother*. 2017 May;24(3):649–60.
 17. Ahola P, Joensuu M, Knekt P, Lindfors O, Saarinen P, Tolmunen T, et al. Effects of Scheduled Waiting for Psychotherapy in Patients With Major Depression. *J Nerv Ment Dis*. 2017 Aug;205(8):611–7.
 18. Huckert TF, Hank P, Krampen G. [Changes in psychopathological symptoms during the waiting period for outpatient psychotherapy]. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2012 Aug;62(8):301–9.
 19. Déry J, Ruiz A, Routhier F, Bélanger V, Côté A, Ait-Kadi D, et al. A systematic review of patient prioritization tools in non-emergency healthcare services. *Syst Rev* [Internet]. 2020 Oct 6;9(1). Available from: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13643-020-01482-8.pdf>
 20. NHS England. Recording and reporting referral to treatment (RTT) waiting times for consultant-led elective care [Internet]. London; 2015. Available from: <http://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/rtt-waiting->
 21. Hesser H, Weise C, Rief W, Andersson G. The effect of waiting: A meta-analysis of wait-list control groups in trials for tinnitus distress. Vol. 70, *Journal of Psychosomatic Research*. Elsevier; 2011. p. 378–84.
 22. Rankin K, Sweeny K, Xu S. Associations between subjective time perception and well-being during stressful waiting periods. *Stress Heal* [Internet]. 2019 Oct 26 [cited 2021 Feb 19];35(4):549–59. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/smi.2888>
 23. Rodríguez Jáuregui GR, González Pérez AK, Hernández González S, Hernández Ripalda MD. Analysis of the emergency service applying the queueing theory. *Contaduría y Adm* [Internet]. 2017;62(3):733–45. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0186104217300451>
 24. Chu H, Westbrook RA, Njue-Marendes S, Giordano TP, Dang BN. The psychology of the wait time experience - What clinics can do to manage the waiting experience for patients: A longitudinal, qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2019 Jul 8;19(1).



25. Harding K, Taylor N. Triage in Nonemergency Services. In: Hall R, editor. Patient Flow [Internet]. Boston, MA: Springer US; 2013. p. 229–50. Available from: https://doi.org/10.1007/978-1-4614-9512-3_10
26. Kinnan S, Emerson R M, Kern J, Ratzliff A. How a Health Center Eliminated the Waiting List for Psychiatric Services. *Psychiatr Serv.* 2019;70(12):1176–9.
27. Lewis AK, Harding KE, Snowdon DA, Taylor NF. Reducing wait time from referral to first visit for community outpatient services may contribute to better health outcomes: A systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2018 Nov;18(1).

