

## Integrierte Versorgung depressiver & schizophrener Patienten Kosten runter – Nutzen rauf!

In München ist es Dr. Werner Kissling gelungen, mit den Kassen einen Vertrag über eines der ersten Projekte zur integrierten Versorgung (IV) depressiver und schizophrener Patienten abzuschließen. Er konnte die Kostenträger überzeugen, dass dieses Projekt nicht nur Kosten sparen, sondern auch die Qualität der Versorgung dieser Patienten sichergestellt oder sogar verbessert wird.

### DNP: Herr Dr. Kissling, worauf zielt das Projekt ab?

**Kissling:** Dieses Modell der integrierten Versorgung hat zwei Hauptziele: Die Verbesserung des Leistungsangebots für Patienten und Angehörige sowie eine Senkung der Kosten. Auf den ersten Blick



*Dr. Werner Kissling  
Klinikum rechts der Isar,  
München*

mag dies wie die Quadratur des Kreises erscheinen, dabei sind beide Ziele gar nicht so schwer unter einen Hut zu bringen. So sorgen wir z.B. dafür, dass allen Patienten und Angehörigen psychoedukative Programme angeboten werden. Denn derzeit nehmen in Deutschland nur 20 % der schizophrenen Patienten und nur 2 % (!) der Angehörigen an einer Psychoedukation teil. Diese massive Unterversorgung wird im Rahmen unseres Modells abgebaut. Das Leistungsangebot verbessert sich also. Trotzdem werden die Kosten um mindestens 50 % sinken, weil sich durch die vermehrte Psychoedukation die rezidivprophylaktische Compliance der Patienten verbessert und dadurch die Wiederaufnahmeraten und die Kosten um die Hälfte zurückgehen. In Voruntersuchungen konnten wir zeigen, dass mit unserem Programm diese Effekte tatsächlich zu erreichen sind. Das hat die Krankenkassen dazu gebracht, unseren Antrag auf Anschubfinanzierung zu bewilligen.

### DNP: Welche Elemente hat Ihr Programm und wer sind die Beteiligten?

**Kissling:** Alle Interventionen haben zwei Ziele: die Verbesserung der rezidivpro-

phylaktischen Compliance der Patienten und die Verbesserung der Kommunikation zwischen Niedergelassenen und Klinikern. Beide Ziele erfordern eine enge und faire Zusammenarbeit. Und die muss sich nicht nur in einer fairen Verteilung der Finanzmittel niederschlagen, sondern auch darin, dass die niedergelassenen Nervenärzte gleichberechtigte Partner, also direkte Vertragspartner von uns und den Kassen sind. In anderen Modellen werden die Verträge nur zwischen Klinik und Krankenkasse geschlossen und die Niedergelassenen dann von der Klinik mit Leistungen beauftragt. Modelle, bei denen die Niedergelassenen nicht gleichberechtigt sind, sind aus unserer Sicht von vornherein zum Scheitern verurteilt!

### DNP: Welche Vorteile bringt Ihr Projekt für die Beteiligten?

**Kissling:** Alle profitieren von diesem Modell: Patienten und Angehörige erhalten ein deutlich verbessertes Leistungsangebot, die Kassen sparen 50 % der Ausgaben, die Niedergelassenen bekommen ein deutlich besseres Honorar pro Patient und die Kliniken erhalten zusätzliche Stellen zur Verbesserung ihres Angebots.

### DNP: Welchen zusätzlichen Aufwand bedeutet es für die Niedergelassenen?

**Kissling:** Sie müssen ihre Patienten zur Teilnahme an dem Programm motivieren, ihre ambulante Behandlung einmal im Quartal dokumentieren und sie sollten noch intensiver als bisher mit den Klinikern zusammenarbeiten. Der zusätzliche Zeitaufwand ist dabei überschaubar und wird – auch nach Meinung unserer niedergelassenen Kollegen – angemessen honoriert. Bei Bedarf führen sie auch noch spezifische Compliance-verbessernde Maßnahmen durch. So können sich z.B. Patienten noch während ihres statio-

nären Aufenthalts bei ihrem niedergelassenen Nervenarzt vorstellen, der diesen Termin zusätzlich zu seinem jetzigen Budget honoriert bekommt.

### DNP: Wie werden diese Leistungen abgerechnet und honoriert?

**Kissling:** Die Honorierung erfolgt über Komplexpauschalen, die zusätzlich zu dem – wie bisher gezahlten – Quartalshonorar direkt von der Krankenkasse gezahlt werden. Die Abrechnung erledigt dabei in unserem Modell die Klinikverwaltung für die Niedergelassenen.

### DNP: Was unterscheidet das Münchner Modell vom DGPPN-Rahmenkonzept oder anderen Entwürfen zur IV?

**Kissling:** Die DGPPN hat bis jetzt noch kein Rahmenkonzept für Schizophrenie, lediglich eins für Depression vorgelegt. Dieses ist sehr umfangreich und listet alles auf, was man in der Depressionserkennung und -behandlung idealerweise tun könnte, wobei den Hausärzten eine prominente Rolle zugedacht wird. Im Gegensatz dazu haben wir uns auf die Hauptprobleme konzentriert und zusammen mit den Niedergelassenen ein sehr schlankes Paket an Interventionen erschaffen, das zwei Voraussetzungen erfüllen musste: Umsetzbarkeit in der Regelversorgung und Kostensenkung. Wir haben uns auch nicht vorgenommen, gleich im ersten Schritt die Behandlung aller Patienten zu verbessern, sondern konzentrieren uns auf Patienten mit Rezidiven, bei denen wir durch wenige, hochwirksame Maßnahmen die rezidivprophylaktische Compliance verbessern und die stationäre Wiederaufnahmerate und damit die Kosten deutlich senken.

### DNP: Was raten Sie einem Netzwerk von Niedergelassenen, die einen Antrag auf IV stellen wollen?

**Kissling:** Sie sollten die Anträge bis spätestens Ende dieses Jahres einreichen! Da die Kassen unser Versorgungsmodell auch in anderen Regionen Deutschlands implementieren wollen, können sich potenzielle Antragsteller gerne auch an uns wenden ([w.kissling@lrz.tum.de](mailto:w.kissling@lrz.tum.de)).

### DNP: Vielen Dank für das Gespräch!

[Die Fragen stellte Dr. Ina Schicker]