

Interview

Bessere Rezidivprophylaxe durch integrierte Versorgung

Dr. Werner Kissling, Leiter des Zentrums für Disease-Management an der Psychiatrischen Klinik der TU München, hat an einem der ersten Verträge zur integrierten Versorgung psychiatrischer Patienten maßgeblich mitgearbeitet. Wir sprachen mit ihm über Inhalte und Chancen dieses Versorgungskonzepts.

Herr Dr. Kissling, auf dem DGPPN Kongress war ja die integrierte Versorgung eines der am meisten diskutierten Themen. Wie beurteilen Sie die Relevanz dieses neuen Versorgungsmodells für die Behandlung schizophrener Patienten?

Kissling: Es hat etwas gedauert, bis wir Psychiater erkannt haben, dass die integrierte Versorgung eine Chance ist, die Behandlung unserer schizophrenen Patienten zu verbessern. Anfangs herrschte noch eine gewisse Unsicherheit über die Rahmenbedingungen und die langfristigen gesundheitspolitischen Folgen und auch die Krankenkassen wussten nicht so recht, wie sie mit den Anträgen umgehen sollten.

Inzwischen hat sich das aber wenigstens zum Teil geändert. Viele Kollegen zögern zwar immer noch einen Antrag zu stellen und von den gestellten Anträgen werden weiterhin rund 90 % von den Kassen abgelehnt. Aber inzwischen sind zumindest fünf psychiatrische Anträge unterschrieben und einige Dutzend werden derzeit verhandelt.

Ihr Zentrum hat gerade mit einigen Krankenkassen ein integriertes Versorgungsmodell für schizophrene und depressive Patienten vereinbart. Was ändert sich dadurch im Einzelnen für die Behandlung dieser Patienten?

Durch die im Rahmen der integrierten Versorgung zusätzlich zur Verfügung gestellten Finanzmittel kann die Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Nervenärzten und unserer Klinik entscheidend verbessert werden und die Behandlungsqualität wird deutlich zunehmen. Viele Maßnahmen, die seit langem in Leitlinien gefordert werden, können jetzt erstmals allen Patienten im

Rahmen der Regelversorgung angeboten werden.

Vor allem bei der Rezidivprophylaxe wird sich vieles verbessern. Bisher hatten wir ja das Problem, dass die Hälfte aller schizophrenen Patienten keine rezidivprophylaktische Behandlung durchgeführt hat. Dies führte zu stationären Wiederaufnahmeraten innerhalb eines Jahres von fast 50 %, was den Patienten, aber auch den Kostenträgern enorme Probleme bereitete.

Im Rahmen der integrierten Versorgung können wir jetzt ein umfassendes Programm anbieten, in dem gemeinsam mit den Patienten alle Möglichkeiten zur Optimierung ihrer Rezidivprophylaxe ausgeschöpft werden. Das Programm beginnt mit einer ausführlichen Differenzialdiagnose der Noncompliance, an die sich dann – je nach der individuellen Situation – ein differenzierter Algorithmus mit verschiedenen Compliance-verbessernden Maßnahmen anschließt.

Was wird da z. B. angeboten?

Je nach Bedarf kann der Patient sich für die verschiedensten Maßnahmen entscheiden: Einzel- oder Gruppenpsychoedukation für ihn selbst und seine Angehörigen, Medikamententraining, Erinnerungssysteme per Telefon oder Internet, Selbsthilfeangebote usw. Auch die hierzulande etwas in Vergessenheit geratene Depotbehandlung wird für die schizophrenen Patienten nach holländischem Vorbild in einer so genannten Depot-Clinic wieder attraktiver gestaltet.

Welche Rolle spielen dabei die niedergelassenen Nervenärzte und Psychiater?

Eine ganz entscheidende! Wir arbeiten eng mit allen Münchner Psychiatern

zusammen, die sich extra für die integrierte Versorgung in einem Verein zusammengeschlossen haben und unser Konzept aktiv mitgestalten. Durch eine zusätzliche Vergütungsziffer wird es für sie in Zukunft ermöglicht, stationären Patienten noch vor ihrer Entlassung einen Vorstellungstermin einzuräumen und ihn auch vergütet zu bekommen. Und auch sonst findet eine fortlaufende, enge Abstimmung zwischen Klinik und Niedergelassenen telefonisch und in regelmäßigen Fallkonferenzen statt, um Qualitätsverluste und Drop-outs an dieser Schnittstelle zu verhindern.

Das war zwar theoretisch auch bisher schon üblich, aber in der Praxis hat dies oft nicht ausreichend funktioniert. Jetzt wird die Kommunikation standardisiert und der dafür erforderliche Zeitaufwand wird auch angemessen honoriert.

Für wen bringt denn die integrierte Versorgung echte Vorteile und wo sehen Sie die Risiken?

Eigentlich profitieren alle Beteiligten davon: In erster Linie natürlich die Patienten und Angehörigen, die im Rahmen der integrierten Versorgung ein wesentlich besseres Behandlungsangebot als in der üblichen Regelversorgung bekommen. Und die Kliniker und Niedergelassenen werden für ihre engere Kooperation jetzt erstmals angemessen honoriert und können sich deshalb wesentlich intensiver austauschen als bisher. Und die Kostenträger freuen sich natürlich über die durch die integrierte Versorgung erzielten Einsparungen. In unserem Münchner Projekt für schizophrene und depressive Patienten werden zum Beispiel pro Jahr mehrere Millionen Euro durch vermiedene stationäre Wiederaufnahmen eingespart.

Risiken gibt es für die jetzige Modellphase bis Ende 2006 eigentlich kaum, wenn man die Verträge vernünftig gestaltet. Was danach passiert, ist schwer abzuschätzen. Die Kassen haben signalisiert, dass sie erfolgreiche Projekte zur integrierten Versorgung, die zu einer Kostensenkung und/oder einer Qualitätsverbesserung geführt haben, dann ab 2007 in die Regelversorgung übernehmen werden. Vermutlich wird es

dann aber auch Verlierer geben: Es wird sicher zu einem weiteren Bettenabbau kommen und Krankenhäuser, die sich darauf nicht ausreichend vorbereitet haben – zum Beispiel durch ein entsprechendes ambulantes Leistungsangebot –, könnten Probleme bekommen.

Wie schwierig war es für Sie, in München Ihr integriertes Versorgungsmodell für schizophrene und depressive Patienten auf die Beine zu

stellen und die Krankenkassen davon zu überzeugen?

Das war nicht ganz leicht und es hat letztlich fast ein Jahr bis zur Fertigstellung des Vertrags gedauert. Sehr geholfen hat uns, dass wir in Voruntersuchungen zeigen konnten, dass durch unser Versorgungsmodell die Wiederaufnahmeraten, die Krankenhaustage und damit auch die Kosten um fast 50 % reduziert werden. Das war eine solide Basis für die Antragstellung und die Verhand-

lungen. Denn bloßen Versprechungen gegenüber sind die Kassen skeptisch.

Im Grunde kann ich aber jeden Kollegen nur ermutigen, einen Antrag auf integrierte Versorgung zu stellen. Kollegen, die sich dabei beraten lassen wollen, können sich gerne an unser Zentrum wenden (w.kissling@lrz.tum.de).

Herr Dr. Kissling, wir danken Ihnen für das Gespräch.