

J. N. Weatherly | R. Lägell
(Hrsg.)

Anlage 1

Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Ralph Läger, MBA
Janssen-Cilag GmbH
Raiffeisenstr. 8
D- 41470 Neuss

Dr. John N. Weatherly
Newstand Management Akademie Berlin/Vita e. V.
Genter Str. 63
D- 13353 Berlin

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Zimmerstraße 11
D- 10969 Berlin
www.mwv-berlin.de

ISBN 978-3-939069-67-6

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Informationen sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 2009

Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Verfasser haben große Mühe darauf verwandt, die fachlichen Inhalte auf den Stand der Wissenschaft bei Drucklegung zu bringen. Dennoch sind Irrtümer oder Druckfehler nie auszuschließen. Daher kann der Verlag für Angaben zum diagnostischen oder therapeutischen Vorgehen (zum Beispiel Dosierungsanweisungen oder Applikationsformen) keine Gewähr übernehmen. Derartige Angaben müssen vom Leser im Einzelfall anhand der Produktinformation der jeweiligen Hersteller und anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Eventuell notwendige Errata werden auf der Verlagswebsite www.mwv-berlin.de veröffentlicht.

Projektmanagement: Frauke Budig, Berlin
Lektorat: Monika Laut-Zimmermann, Berlin
Layout & Satz: eScriptum GmbH & Co. KG – Publishing Services, Berlin
Druck: druckhaus köthen GmbH, Köthen

Zuschriften und Kritik an:

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Zimmerstraße 11, D- 10969 Berlin, lektorat@mwv-berlin.de

2 Projekt der Integrierten Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern: „Psychiatrisch-Psychotherapeutisches Netzwerk“

Volker Möws und Ralph Lägel

2.1 Ausgangssituation und Ziele

Bereits seit mehreren Jahren hat die Techniker Krankenkasse die Optimierung der Versorgung ihrer Versicherten auch im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich auf ihrer Agenda. Sowohl in der Indikation Schizophrenie als auch in der Indikation Depression sind die langen Verweildauern in den stationären Einrichtungen auffällig, die dem eigentlichen Bestreben, den erkrankten Versicherten schnell wieder sozial zu reintegrieren, zuwider laufen.

Dies wird auch durch Zahlen der TK aus 2006 erhärtet, die z. B. bei der Diagnose „Depressionen“ zeigen, dass 53% der stationär versorgten Patienten eine Verweildauer von über 28 Be-

gungstagen haben. Häufige Rehospitalisierungen erschweren die Situation, die sich in Jahres-Wiederaufnahmequoten von über 50% abbilden, die auch den Erkrankungsverlauf negativ beeinflussen.

Auch der Kostenaspekt sollte hierbei nicht außer Acht gelassen werden: Insgesamt entfallen 80% der Psychiatrieausgaben z. B. bei der Diagnose „Depression“ auf Belegungszeiträume jenseits der vier Wochen.

Vor dem Hintergrund solcher Fakten entstand das Ziel, eine Versorgungsform zu finden, die den Betroffenen schnell in sein gewohntes Umfeld rückführen und eine wohnortnahe Versorgung sicherstellen soll. Dabei wurde ein neuer Ansatz gesucht, bei dem die Behandlungs-

optimierung und der ressourcenoptimierte Mitteleinsatz Hand in Hand gehen.

Ein weiteres Ziel war, den Verwaltungsaufwand deutlich zu senken. Auf diese Weise sollten für alle Vertragspartner ebenfalls Ressourcen geschont werden, indem das Leistungsmanagement für die Verweildauerbefristung seitens der Kasse zurückgefahren werden kann und gleichzeitig die Zuarbeiten der Ärzte für notwendigen MDK-Gutachten entfallen können. Letzteres sollte eine hohe Übertragbarkeit des Modells sichern.

Der besondere Charme des Modells besteht einerseits in der Erhaltung der Therapiefreiheit der beteiligten Ärzte und andererseits in der Durchführung unter „Normalbedingungen“ (unveränderte Krankenhauslandschaft).

Dies erscheint auf den ersten Blick ungewöhnlich und wird vom Leser sicher eher skeptisch betrachtet. Aber durch eine geschickte Vertrags- und Honorargestaltung wurden gewissermaßen die Selbstoptimierungsbestrebungen des Systems angestoßen. Auf diese Weise entstand eines der wenigen Modelle, die für sich in Anspruch nehmen können, wirklich eine „Win (Krankenkasse)-Win(Krankenhaus)-Win (Patienten)-Situation“ geschaffen zu haben.

2.2 Projektentwicklungsgeschichte

Grundsätzlich begann die TK schon im Jahr 2000, sich der Problematik zu nähern, als mit dem Projekt „Rationale Verweildauerbefristung“ erste Steuerungsschritte hinsichtlich der Liegezeiten über die Rehaberater der TK vorgenommen wurden. Aufgreifkriterien bei diesem krankheitsspezifischen Fallmanagement in der Psychiatrie waren insbesondere überlange Liegezeiten, häufige Krankenhauseinweisungen sowie Fallkosten, die bestimmte kritische Werte

überstiegen. Dabei richteten sich die Interventionen in der Psychiatrie hauptsächlich auf behandlungsorientierte, soziotherapeutische und arbeitsrehabilitative Maßnahmen:

Behandlungsorientierte Maßnahmen:

- Kommunikation mit Patienten, den Angehörigen und dem medizinischen Behandlungsteam
- Monitoring und Evaluation des Versorgungsprozesses
- ggf. Maßnahmen zur Verbesserung der Medikamenten-Compliance (Patientenschulung).

Soziotherapeutische Maßnahmen:

- Analyse der sozialen Situation des Patienten
- Koordinierung der Inanspruchnahme von Behandlungsmaßnahmen
- Kooperation mit komplementären Diensten u. a. für strukturierte Trainingsmaßnahmen (z. B. Tagesstätten).

Arbeitsrehabilitative Maßnahmen:

- Analyse der beruflichen Situation des Patienten
- Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung u. a. durch Vermittlung in beschützte Arbeitsverhältnisse
- Kooperation mit Integrationsdiensten.

Beim Patienten soll insbesondere eine ausgeprägte Medikamenten-Compliance gefördert werden. Darüber hinaus wird eine enge Einbindung in das berufliche und soziale Umfeld angestrebt. Erste Untersuchungen von Burns 1999 zur Fragestellung „Versorgungsmanagement von Patienten mit einer schweren Psychose“ (n = 708) belegen, dass Case Management in den USA erfolgreich zur Versorgung von Patienten mit einer schweren Psychose eingesetzt wird und dort zu einem deutlichen Rückgang der stationären Aufnahmen geführt hat. Nicht die Zahl der Patienten je Case Manager (10–15 oder 30–35)



war für die Anzahl und Dauer stationärer Behandlungen relevant, sondern der Sachverhalt, dass die Versorgung gut koordiniert und den tatsächlichen Erfordernissen angepasst ist.

Mit der Schaffung neuer gesetzlicher Regelungen durch die Einführung des § 140 wurden die Rahmenbedingungen für die generellen Absichten der TK zur Behandlungsoptimierung und -koordinierung verbessert und in Konsequenz zum 01.10.2004 der hier beschriebene Vertrag geschlossen. Dazu nahm die TK im Frühjahr 2004 die Verhandlungen auf und hatte sich entsprechend aktive Partner gesucht.

2.3 Das Projekt näher betrachtet

2.3.1 Konzeption

Der Anreiz für optimale Versorgung wird über eine Fallpauschale gesetzt, die unabhängig vom Ort der Versorgung und über einen festen Zeitraum gezahlt wird. Dadurch wird der Leistungserbringer bewegt, immer die Versorgungsform zu wählen, die einerseits den optimalsten und langandauernden Behandlungserfolg garantiert und andererseits auch für ihn selbst am ressourcensparendsten ist.

Inhaltlich umfasst der Versorgungsansatz eine die Leistungssektoren übergreifende Behandlung von Patienten, die an Schizophrenien (ICD-10: F20-F29) oder affektiven Störungen (ICD-10: F30-F39) erkrankt sind. Durch ein vierphasiges Stufenkonzept aus ambulanter (Institutsambulanz), teilstationärer und vollstationärer Versorgung, an das sich auch eine Rehabilitationsphase anschließen kann, wird die gesamte Behandlungskette abgedeckt. Die bestehenden Krankenhausstrukturen bilden den Strukturrahmen des Konzeptes. Entscheidend für die Aufnahme ins Projekt ist die akutstationäre Behandlungsbedürftigkeit der TK-Patienten der genannten Diagnosen.

Für die Ärzte besteht im Modell Therapiefreiheit. Vertraglich hat man sich nur darüber

verständigt, wie die Säulen einer optimalen Behandlung aussehen. Die Gewichtung der einzelnen Anteile liegt in der Hand des Arztes. So wurden die folgende Eckpunkte festgeschrieben und damit ein Behandlungsrahmen abgesteckt:

- soziotherapeutischer Ansatz
- Einbeziehung der Angehörigen (Psychoedukation)
- Einsatz moderner Medikamente
- Kombination mit Psychotherapie.

Verlässt der Patient die Station in Richtung Institutsambulanz, wird im Krankenhaus die Weiterbetreuung abgesichert.

Weiterhin wurde eine Qualitätssicherung, eine Dokumentation zur Sicherstellung der optimierten Behandlung und eine Messung des Behandlungserfolges vereinbart. Jährliche Qualitätstreffen aller Beteiligten ergänzen diesen Prozess.

Im Rahmen dieser Maßnahmen werden durch die Kliniken Behandlungskonzepte, Leitlinien und die Qualitätsunterlagen der Mitarbeiter der verschiedenen therapeutischen Berufsgruppen schriftlich fixiert. Der therapeutischen Prozess wird von standardisierten Erhebungs- und Dokumentationsinstrumentarien begleitet und sämtliche Prozessbeschreibungen werden erfasst. Ergänzt wird dies durch Erhebungen zur Ergebnisqualität und durch Patientenbefragungen, die fortlaufend zur Durchführung gelangen. Die Leistungsfälle werden hinsichtlich der Angaben zu den Aufnahmen und Entlassungen sowie der Anzahl der Berechnungstage, getrennt für die voll- und teilstationäre Krankenhausbehandlung, erfasst. Ebenso wird der Arztbrief, die Diagnose, die Anzahl der Kontakte mit der Institutsambulanz und die Medikation in der Institutsambulanz dokumentiert.

Ein Qualitätsbeirat, der sich aus Vertretern des Krankenhauses, Vertretern der TK und des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) zusammensetzt, wertet jährlich im Rah-

II Beispielhafte Projektdarstellungen zu neuen Versorgungsansätzen in Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik

men einer Qualitätssicherungskonferenz die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Wirtschaftlichkeit der integrierten Versorgung aus.

2.3.2 Partner

Am Projekt sind folgende Partner beteiligt:

- Techniker Krankenkasse
Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, Wismarsche Str. 142, 19055 Schwerin
- Helios-Kliniken Schwerin
Carl-Friedrich-Flemming Klinik, Wismarsche Str. 393, 19055 Schwerin
- Universitätsklinikum Rostock
Schillingallee 35, 18055 Rostock
- Fachklinik Waren
Auf dem Nesselberg 5, 17192 Waren

Zur Realisierung des Projektes wurden zwei Verträge geschlossen: Einerseits ein Vertrag zwischen der TK, der Schweriner Klinik und der Rehaklinik, andererseits ein Vertrag zwischen der TK, der Rostocker Klinik und der Rehaklinik. Die Laufzeit ist prinzipiell unbegrenzt, entsprechende Kündigungsfristen würden aber einen Ausstieg ermöglichen. Die Vertragsfindung mit den Krankenhäusern gestaltete sich insgesamt relativ unkompliziert.

Während der Findungsphase erfolgte eine Beratung durch eine Psychiaterin vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Mecklenburg-Vorpommern.

Die allgemeine Information zu den Verträgen an die Patienten und Versicherten erfolgen u. a. über Flyer, das Internet (www.tk-online.de) sowie eine Hotline (0180-858585). Die spezifische Information über den Vertrag findet entweder vor Ort im Krankenhaus oder über die Fallmanager der TK statt.

Auf zwei Wegen kommen somit die Patienten/Versicherten in das Modell:

- Der in der Institutsambulanz oder im Krankenhaus akut eintreffende Patient wird

durch die Ärzte vor Ort mit den Vorteilen, die das Modell ihm bietet, vertraut gemacht und schreibt sich ein.

- Der Versicherte, für den z. B. ein Krankenhaus- oder Reha-Aufenthalt ansteht, wird durch die Fallmanager der TK mit den Vorteilen, die das Modell ihm bietet, vertraut gemacht und schreibt sich dann beim Leistungserbringer ein.

Für die Patienten ist die Teilnahme freiwillig und kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Die freie Arztwahl wird nicht eingeschränkt. Nach der akutstationären Aufnahme und Behandlung wird für einen begrenzten Zeitraum eine Weiterbetreuung innerhalb der Klinikstrukturen (ambulant an der Psychiatrischen Institutsambulanz, teilstationär oder bei Notwendigkeit auch wieder stationär) angeboten. Jeder Patient, der bei der TK versichert ist, kann nach Inanspruchnahme einer Behandlung in den Klinikstrukturen an dem Projekt teilhaben.

2.3.3 Management und Vergütung

Die Vergütung wird mittels einer indikationspezifischen Fallpauschale über einen festgelegten Zeitraum geregelt. Diese Vergütung erfolgt unabhängig vom Behandlungsort, also egal ob in stationären oder teilstationären Strukturen bzw. der Institutsambulanz behandelt wird.

Diese Entgeltvereinbarung im Sinne von Komplexpauschalen ist der entscheidende konzeptionelle Bestandteil des Projektes. Die Pauschalen berücksichtigen dabei in den Indikationen Schizophrenie und affektive Störungen jeweils auch die Schweregradausprägung der Erkrankungen, sowie die betreuende Versorgungsstruktur. Zusätzlich wurden Komplexpauschalen für die Psychiatrische Institutsambulanz und für die dort verabreichten Arzneimittel im Indikationsbereich Schizophrenie vereinbart.



Die Fallpauschale setzt den entscheidenden Anreiz für die optimale Versorgung, da sie unabhängig vom Ort der Leistungserbringung im Krankenhaus und auch über einen festen Zeitraum gezahlt wird.

Es ist keine separate Managementvergütung für die Leistungen vorgesehen, da die Ersparnis durch die Reduktion des Verwaltungsaufwandes und der Bürokratie diese Aufwendungen kompensiert.

Der Finanzrahmen bleibt fallbezogen für den Kostenträger gleich. Es erfolgt eine Orientierung am bisher gezahlten Finanzvolumen.

Für das Controlling erfolgt eine Erhebung von Parametern wie Anzahl der behandelten Patienten, Art und Umfang der Aufenthalte (stationär/teilstationär/ambulant (Institutsambulanz)), Anzahl der Patientenkontakte innerhalb der verschiedenen Strukturen, vorher-nachher-Vergleiche der Kennzahlen, Medikationszahlen, sowie Prüfung und Bewertung von Verlaufsdocumentationen einzelner Fälle.

Soweit uns bekannt ist, handelt es sich hier um einen der bundesweit ersten Verträge mit Fallpauschalen in der Psychiatrie.

2.4 Ergebnisse

2.4.1 Ergebnisse im Überblick

Aktuell liegen erste Ergebnisse bezüglich Fallzahl-, Fallkosten-, Verweildauerentwicklung und Belegungstagen aus dem Jahren 2005 bis 2007 vor. Abbildung 22 zeigt exemplarisch die Entwicklung der Verweildauern, die rückläufig sind und auch deutlich unter der allgemeinen Tendenz zur Verringerung der Verweildauern in Vergleichshäusern liegen.

Bei allen Auswertungen werden die Zahlen der Versicherten der TK herangezogen, die in den beiden großen psychiatrisch-psychothera-

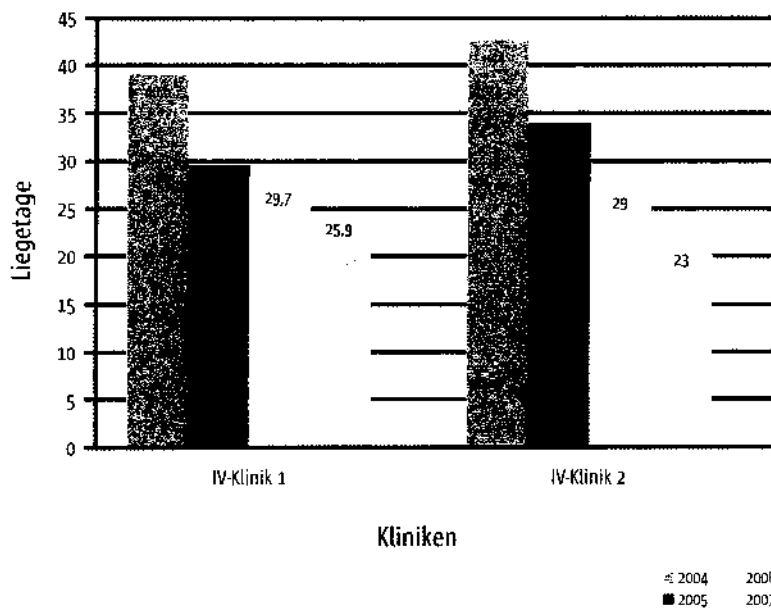


Abb. 22 Verweildauerentwicklung

peutischen Akutkliniken im Rahmen des Projektes behandelt wurden. Allgemein werden die o. g. Daten zur Auswertung und zum Vergleich mit der TK verfügbaren Daten anderer psychisch kranker Versicherter aus Mecklenburg-Vorpommern zusammengeführt, die in einer von acht weiteren psychiatrisch arbeitenden Kliniken des Landes behandelt wurden.

Die Evaluation einzelner Fälle durch den MDK hatte bereits früh zeigen können, dass sich „Patientenkarrieren“ positiver entwickeln als der Standard.

Weiterhin haben sich die Versorgungsschwerpunkte mehr in den teilstationären und ambulanten Sektor verlagert. In den beiden teilnehmenden Kliniken ist ein rückläufiger Trend der Anzahl der vollstationär behandelten Patienten zu verzeichnen. Dies entspricht auch der allgemeinen Entwicklung der Fallzahlen im Land. Bei einer insgesamt inhomogenen Verteilung der Verweildauern in den Vergleichshäusern entwickelt sich die vollstationäre Verweildauer in beiden Kliniken kontinuierlich rückläufig.

Während schon im Jahr 2005 in nahezu allen Vergleichskliniken die Fallkosten im Vergleich zum Vorjahr anstiegen, ist in beiden Kliniken des Modellprojektes eine Kostensenkung zu beobachten. Für die Jahre 2006 und 2007 setzt sich der Trend der allgemeinen Fallkostenreduktion fort.

Ein weiter wesentlicher Aspekt ist die Lebensqualität der Betroffenen, die sich allein schon durch die Tatsache verbessert, dass ihre Versorgung jetzt weit stärker im teilstationären und ambulanten Bereiche und nicht - wie vorher - im stationären Bereich erfolgt. Auch die ist ein Ergebnis der geschickten Konstruktion, da offensichtlich für das Krankenhaus kein Anreiz mehr besteht, über eine medizinisch nicht zwingend notwendige Verlängerung der Verweildauer einen Mehrerlös zu generieren.

Noch eine wichtige Erkenntnis hat das Projekt gebracht: Die höchsten Hürden für eine Optimierung der Versorgung stehen im Kran-

kenhaus selbst. Die Zahl der Schnittstellen, die allein innerhalb einer normalen Klinikstruktur zu überwinden sind, ist enorm. Zudem ist der Übergang von der Regelversorgung zur integrierten Versorgung gerade in diesen Strukturen ein echter Umsteuerungsprozess. Diesbezüglich wurden zügig Optimierungsschritte unternommen. So gibt es jetzt bei jedem Leitungserbringer einen Integrationsverantwortlichen, der an der Institutsambulanz fest verankert ist und die Patientensteuerung in den Krankenhausstrukturen übernimmt. Dies hat auch auf Seiten der TK einen Lerneffekt generiert: Bei der Vertragsgestaltung für künftige Projekte gleicher Lesart wird der Integrationsverantwortliche von vornherein implementiert.

Als ein weiteres Ziel wurde einführend die Entbürokratisierung genannt. Infolge dieser Entbürokratisierung profitieren zuallererst die Mitarbeiter bei Leistungserbringern und Leistungsträgern. In zweiter Linie ist aber von einer Verbesserung der Versorgung der Patienten auszugehen, da die behandelnden Ärzte und Therapeuten freiwerdende Ressourcen zur individuellen Betreuung im ambulanten bzw. teilstationären Bereich einsetzen können. Um hierbei zu sicheren Aussagen gelangen zu können, bedarf es der weiterführenden Evaluation mit höheren Patientenzahlen und erweitertem Diagnosespektrum der Leistungserbringer. Allerdings ist schon jetzt ablesbar, dass auch eine pauschalierte Vergütung mit einer guten Behandlungsqualität einhergehen kann. Das vorliegende Fallpauschalensystem wirkt förderlich auf die Qualitätssicherung bei medizinischen und pflegerischen Leistungen.

An dieser Stelle berühren wir durchaus kritische Fragen: Hat die weitgehende Herausnahme der Psychiatrie aus dem DRG-System im Bereich psychischer Störungen zu einer inadäquaten Entwicklung im Hinblick auf die Einführung qualitätssichernder Maßnahmen im Vergleich zur somatischen Medizin beigetragen? Ist dies mit ein Grund für die bundesweiten Ansätze,

für den psychiatrischen Versorgungsbereich
Konzepte zur Fallgruppierung zu entwickeln?

Verträge wie dieser stellen eine mögliche Grundlage für neue Finanzierungsformen in der Psychiatrie dar. DRGs in der Psychiatrie oder regionale Budgets wären die nächste Stufe der Entwicklung.

2.4.2 Fallpauschalen in der Psychiatrie

Erfahrungsgemäß werden Pauschalvergütungen für die Psychiatrie sehr kritisch gesehen. Aus unserer Sicht ist die Nutzung im Bereich der Psychiatrie eine Frage, bei der ein vernünftiges Augenmaß die entscheidende Rolle spielt. Zur Diskussion dazu sei auf den entsprechenden Abschnitt in Klusen/Meusch „Zukunft der Krankenhausversorgung“ verwiesen:

„Die jahresbezogenen Versorgungspauschalen sind ein sehr weitgehender Einschnitt in das bisherige psychiatrische Vergütungssystem. Als Übergangslösung und als erster Schritt in Richtung einer Pauschalvergütung bietet sich als ein Spezifikum in Deutschland die Orientierung an der Psychiatrie-Personalverordnung an (Psych-PV). Es ist ein geeignetes Hilfsmittel, um in eine pauschale tagesbezogene Vergütung einzusteigen.

Die Psych-PV unterscheidet drei Kategorien:

- Allgemeine Psychiatrie,
- Abhängigkeitskranke und
- Gerontopsychiatrie.

Zur Kategorie ‚Allgemeine Psychiatrie‘ gehören:

- A1 = Regelbehandlung,
- A2 = Intensivbehandlung,
- A3 = Rehabilitative Behandlung,
- A4 = Langandauernde Behandlung
Schwer- und Mehrfachkranker,
- A5 = Psychotherapie und
- A6 = Tagesklinische Behandlung.

Dabei sind die Minutenwerte pro Woche und Patient für jede dieser Kategorien und für einzelne Berufsgruppen aufgeführt. Da die Personalkosten einer psychiatrischen Einrichtung etwa 90 % betragen, sind die Minutenwerte der Psych-PV eine relevante Größe zur Bildung von spezifischen tagesbezogenen psychiatrischen Relativgewichten. Analog dem DRG-Basisfallwert könnte zudem eine landesweite Vereinbarung zu einem tagesbezogenen psychiatrischen Basisfallwert erfolgen, der auch die Hotel- und Sachkosten enthält. Optional sollten kassenindividuelle Rabattregelungen für die Medikamentenkosten möglich sein.

Wie bei den TK-Komplexpauschalen könnte diese Vergütung, die über die Regelung der Psych-PV sowohl die stationäre als auch die teilstationäre Versorgung abbildet, durch eine landesweite Pauschale für die ambulante Versorgung in der Psychiatrischen Institutsambulanz ergänzt werden. Diese sollte jedoch gestaffelt nach der Anzahl der Konsultationen sein.

Problematisch ist jedoch bei einer weiterhin bestehenden tagesbezogenen Vergütung der gesundheitsökonomische Anreiz zu einem langen Aufenthalt im Krankenhaus. Eine Degression der tagesbezogenen Relativgewichte bei Überschreitung einer oberen Grenzverweildauer könnte dem entgegenwirken. Darüber hinaus ist bei diesem Ansatz auch die Problematik der häufigen, und für den Patienten belastenden, Wiedereinweisungen nicht geklärt. Daher sind auch hier Überlegungen zu einem patientenbezogenen und sektorenübergreifenden Jahresbudget sinnvoll. Erste Erfahrungen liegen hierzu aus Schleswig-Holstein vor.“ (Klusen und Meusch 2008)

(An dieser Stelle verweisen wir auf die Vorstellung des Projektes in Schleswig-Holstein in diesem Buch.)

2.5 Perspektiven

Am Universitätsklinikum Rostock wurde 2006 das Indikationsspektrum erweitert. Neben den Depressionen und der Schizophrenie ist nun auch bei den Indikationen Persönlichkeitsstörungen und Sucht für die TK-Versicherten eine integrierte Versorgung möglich.

Ein wichtiger Punkt ist die Absicherung der Weiterbehandlung des Patienten, wenn er das unmittelbare Stufenschema verlässt. Solange er dabei in der Betreuung der Institutsambulanz verbleibt, ist dies ohnehin gegeben. Geht er aber in die Praxis des niedergelassenen Facharztes oder des Hausarztes zurück, entsteht hier eine entscheidende Schnittstelle. Gegenwärtig wird über die Weiterbehandlungsempfehlung, den Arztbrief und die Reha-Berater schon viel für die Behandlungsabsicherung getan, zukünftig sollen aber auch die niedergelassenen Ärzte einbezogen werden. Am Universitätsklinikum Rostock wurde dieser Schritt im Sommer 2008 vollzogen.

Durch Supervision und Fallbesprechungen zwischen niedergelassenen Ärzten und der Klinik ist der Übergang in die ambulante Versorgung und der Austausch über die weiterführende Therapie gegeben. Konkret vollzieht sich dies z. B. in den in der Klinik stattfindenden ambulanten Nachsorgegruppen, die den Übergang von der vollstationären zur ambulanten Behandlung unterstützen. Das Angebot besteht aus den folgenden Inhalten:

- Reflexion bzw. Besprechung des Kontakts mit dem häuslichen bzw. familiären Umfeld nach der Entlassung aus der stationären Versorgung
- Besprechung der beruflichen Situation nach der Entlassung aus der stationären Versorgung
- Umgang mit möglichen Adaptationsschwierigkeiten in der Medikation bei Übergang in die ambulante Versorgung
- Fortsetzung der in der Klinik begonnenen Psychotherapie bzw. anschließende Überleitung zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbehandlung im niedergelassenen bzw. anderweitig ambulanten Behandlungs-Settings
- Einüben von Tagesstruktur und Wochenplänen nach der stationären Versorgung
- Durchführung des Trainings zur Verbesserung der sozialen Kompetenz.

Die ambulanten Nachsorgegruppen werden als offene Gesprächsgruppen mit einem Wochenumfang von zwei Gruppensitzungen à 90 Minuten über einen Zeitraum von vier Wochen angeboten. Die Leistungserbringung obliegt ausschließlich einem Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. einem approbierten Psychotherapeuten. An den Gruppen können bis zu acht Personen teilnehmen. Die Leistung kann innerhalb von 18 Monaten maximal einmal pro TK-Versicherten durchgeführt werden.

Zur Vermeidung stationärer Folgeeinweisungen kann mit kooperierenden niedergelassenen Hausärzten eine fallbezogene Supervision durchgeführt werden. Dieses Angebot besteht aus den folgenden Inhalten:

- ein ausführlicher Untersuchungstermin im 1. Behandlungsquartal durch einen Psychiater der Klinik
- eine weitere Befunderhebung zur Verlaufskontrolle im 3. Behandlungsquartal durch einen Psychiater der Klinik
- in jedem Quartal erfolgt ein Arzt-zu-Arzt-Gespräch über die aktuelle Befundlage und die therapeutischen Strategien
- über die persönlichen Untersuchungen wird ein kurzer schriftlicher Befundbericht angefertigt, der auch einen Therapieplan für die anstehende medikamentöse Intervention beinhaltet.

Die Supervision wird durch das Universitätsklinikum Rostock in den Dimensionen „Nutzerzufriedenheit“ von Hausarzt- als auch von Patientenseite, „Befundentwicklung“ und den „medikamentösen Interventionen“ inklusive deren Kosten evaluiert. Die Ergebnisse und die pseudonymisierten Daten werden der TK in regelmäßigen genau definierten Zeitintervallen zur Verfügung gestellt. Mit der Pauschale für die Supervision sind die Vergütungen und die Aufwendungen der Klinik und der niedergelassenen Ärzte für dieses Leistungsmodul sowie die Kosten der Evaluation abgegolten.

Verwendete und weiterführende Literatur

Klusen, Norbert; Meusch, Andreas (Hrsg.): Zukunft der Krankenhausversorgung: Qualität, Wettbewerb und neue Steuerungsansätze im DRG-System. Nomos. 1. Auflage. 2008

Einschätzung der Herausgeber

Das Modell beruht auf einem § 140 a-Vertrag, der es ermöglicht, auf der Basis von Fallpauschalen einen neuen Weg in der Versorgung schwer psychisch kranker Menschen zu gehen. Dies findet in der strukturellen Verknüpfung von psychiatrischer Station, Tagesklinik und Insti-

tutsambulanz statt und ist deshalb besonders interessant, da bisher in Deutschland keine offiziellen DRGs für die Psychiatrie geschaffen wurden. Aufgrund mannigfaltiger Gegenargumente hat man bei der Einführung der DRGs die psychiatrischen Indikationen ausgespart. Wenn man allerdings in das hier beschriebene Modell schaut, dessen Qualität betrachtet und die Effizienzgewinne sieht, stellt sich zwangsläufig die Frage, ob Fallpauschalen nicht auch in der Psychiatrie ihre Berechtigung haben können.

Von einer Jury der FINANCIAL TIMES DEUTSCHLAND wurde das Projekt kürzlich unter die zehn besten Ideen und Projekte der Gesundheitswirtschaft 2008 gewählt.

Selbstevaluation

Kriterium 1: Verbesserung der objektiven Behandlungsqualität (krankheitsspezifische Parameter der Remoralisation, Remediation, Rehabilitation)

trifft voll zu	trifft überwiegend zu	trifft zum Teil zu	trifft überwiegend nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kriterium 2: Verbesserung der Angebotsakzeptanz bei den Patienten

trifft voll zu	trifft überwiegend zu	trifft zum Teil zu	trifft überwiegend nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kriterium 3: Verbesserung des Informationsflusses

trifft voll zu	trifft überwiegend zu	trifft zum Teil zu	trifft überwiegend nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kriterium 4: Verbesserung der Behandlungsprozesse

trifft voll zu	trifft überwiegend zu	trifft zum Teil zu	trifft überwiegend nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kriterium 5: Verbesserung der krankheitsbedingten Situation Dritter (Angehöriger etc.)

trifft voll zu	trifft überwiegend zu	trifft zum Teil zu	trifft überwiegend nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kriterium 6: Verbesserung des Kosten/Nutzen-Verhältnisses der Gesamtbehandlung

trifft voll zu	trifft überwiegend zu	trifft zum Teil zu	trifft überwiegend nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kriterium 7: Übertragbarkeit auf andere Regionen/Leistungserbringer

trifft voll zu	trifft überwiegend zu	trifft zum Teil zu	trifft überwiegend nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kriterium 8: Entwicklungsfähigkeit zu einem Anschlusskonzept

trifft voll zu	trifft überwiegend zu	trifft zum Teil zu	trifft überwiegend nicht zu	trifft gar nicht zu	keine Angabe
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

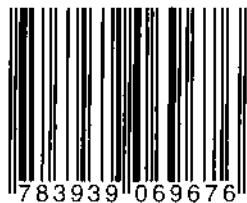
Vielfältige Vertragsformen ermöglichen seit mehreren Jahren neue Wege in der Gestaltung der medizinischen Versorgung. Psychische, neurologische und psychosomatische Störungen erfordern implizit einen integrierten Behandlungs- und Versorgungsansatz innerhalb der Sektoren und über die Sektorengrenzen hinweg. Insbesondere die Psychiatrie benennt schon seit mehreren Jahrzehnten die „Integrationsversorgung“ als eines ihrer Kernziele.

Die Autoren klären anhand von 18 neuen, zukunftsweisenden Versorgungsmodellen die folgenden Fragen:

- Wie nutzen die Akteure die entstandenen Spielräume?
- Welche neuen Versorgungsformen kennzeichnen heute die Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik?
- Wo liegen die konkreten Herausforderungen und die Erwartungen in Bezug auf neue Versorgungsansätze?

Darüber hinaus vermittelt das Buch

- das Wissen über die rechtlichen Rahmenbedingungen bei der Gestaltung neuer Versorgungsmodelle,
- wichtige gesundheitsökonomische Aspekte, die bei der Gestaltung von Versorgungsansätzen berücksichtigt werden müssen,
- zukunftsweisende Methoden zur Realisierung einer hochwertigen Versorgung und
- eine Übersicht über aktuelle Entwicklungen in der Versorgungslandschaft der genannten Fachgebiete, um sich zu orientieren und optimal aufzustellen.



9 783939 069676

ISBN 978-3-939069-67-6 www.mwv-berlin.de