

Kommunikation – Vertrauen – Integration

Der Berliner Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit e.V. und die Aufbaustufen einer sektorübergreifenden integrierten Versorgung

VON GÜNTER MEYER, NORBERT MÖNTER UND DIETER SCHEYTT

Die Entwicklung integrierter Versorgungskonzepte für psychisch Kranke schreitet voran. Die Notwendigkeit einer personen- und nicht mehr institutionsbezogenen psychiatrischen Versorgung wird von den psychiatrischen Fachkreisen seit Jahrzehnten mit guten Gründen gefordert. Allerdings wirkten die gesundheitspolitischen Anstrengungen nach der Psychiatrie-Enquete 1970 und dem folgenden großen sozialpsychiatrischen Schwung mit der Auflösung der Großkliniken, der Regionalisierung und dem Aufbau vieler ambulanter/komplementärer Einrichtungen und Regionalisierung zuletzt wie stecken geblieben. Erst mit den gesetzlichen Vorgaben für eine integrierte Versorgung (IV) ist seit 2004 spürbar neue Bewegung in die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung gekommen.

Die »Soziale Psychiatrie« hat mit dem Themenschwerpunkt »Integrierte Versorgung« in ihrem Heft 1/2010 einige wichtige Vertragsmodelle und Standpunkte der aktuellen Diskussion und unterschiedliche Konzeptionen zu Wort kommen lassen.

Eine der bundesweit beachteten und – was die Zahl eingeschriebener Patienten wie beteiligter Leistungserbringer anbetrifft – umfanglichsten IV-Projekte läuft seit drei Jahren in Berlin (und Brandenburg). Dieses IV-Modell wurde von dem gemeinnützigen »Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit« (bzw. deren »Tochter«, der Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg [PIBB]) mit der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) und der BKK VAG Ost vertraglich abgeschlossen.

Die Initiative

Der »Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit« (VPSG) wurde im Dezember 2003 im Schulterchluss von Psychiatern/Nervenärzten, psychiatrisch interessierten Psychotherapeuten, Soziotherapeuten, Ergotherapeuten sowie Vertretern psychosozialer Träger und fachpsychiatrischer Pflegedienste begründet. Bedrängt durch eine immer technisiertere Ausrichtung der ambulanten fachärztlichen Medizin, in der das Messen und Objektivieren körperlicher Symptome allenthalben der ganzheitlichen Therapie und einer ernsthaften therapeutischen Beziehung zum Patienten vorangestellt wird, waren es vor allem niedergelassene Psychiater/Nervenärzte, die diese Initiative zur Ver-

PIBB IV-Netz Berlin



besserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit schizophrenen und affektiven Psychosen auf den Weg gebracht hatten. Sektorübergreifend und multiprofessionell ausgerichtet stieg die Zahl der Vereinsmitglieder von vierunddreißig Gründern in wenigen Jahren auf über zweihundert. Auf Anregung der DAK und auf Anfrage niedergelassener Psychiater in Brandenburg erfolgte 2006 die Ausdehnung des Wirkungskreises auf Brandenburg.

Die Ausgangslage

Den Initiatoren des VPSG lag eine spezifische Einschätzung der derzeitigen psychiatrischen Versorgung zugrunde, die gekennzeichnet ist durch

- Unterfinanzierung der ambulanten psychiatrischen Basisversorgung schwer psychisch Kranker,
- Priorisierung der Versorgung eher leicht Kranker zulasten der Versorgung schwer beeinträchtigter Patienten,
- mangelnde Beachtung finanzieller und struktureller Versorgungsnotwendigkeiten seitens der hierfür verantwortlichen Kassenärztlichen Vereinigungen wie auch der Krankenkassen,
- mangelnde Konzeptionalisierung psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung psychisch schwer Kranker und fehlender Aufbau entsprechender ambulanter Versorgungsstrukturen mit ambulanter

Komplexbehandlung und Hometreatment, – eine fehlende Abstimmung und Vernetzung der verschiedenen Versorgungsebenen.

Allerdings werden in dem vergleichsweise »reichen« deutschen Gesundheitssystem spezifische Merkmale gesehen, die bei einer Weiterentwicklung/Umgestaltung der Versorgung Berücksichtigung finden sollten. Hierzu gehören grundlegende rechtliche Gegebenheiten, wie z.B. die Freiheit der Arztwahl (als besonders geeignete Basis einer auf vertrauensvoller Begegnung beruhender »shared decision«). Hinzu kommen Spezifika wie die berufsrechtliche Ausformulierung des Tätigkeitsspektrums des Psychiaters als ausdrücklich mit Psychotherapie verknüpft oder auch der weltweit einzigartig umfangliche Einsatz krankenkassenfinanzierter Psychotherapie. Dass die Psychotherapie bislang allerdings nicht in erforderlicher Quantität und Qualität auch den schwereren Kranken zugutekommt, sollte als lösbares Problem verstanden werden.

Für die bei Vereinsgründung initiativen niedergelassenen Psychiater/Nervenärzte spielte die Überlastungssituation in den Praxen mit kaum noch zu bewältigendem Patientenandrang, mit auch ärztlicherseits unbefriedigenden langen Patienten- Wartezeiten (bis zu zwei Monaten), einer in Berlin sich fast verdoppelnden durchschnittlichen Patientenzahl pro Praxis (bei sinkendem Honorarbudget) eine große Rolle. Überschritt bis vor einigen Jahren die Dichte niederge-

lassener Psychiater/Nervenärzte in den meisten Regionen die offiziellen Vorgaben noch deutlich, droht heute ein eklatanter Psychiatermangel. Dieser Mangel hat auch die psychiatrischen Kliniken erreicht, die mit rasant zunehmender Tendenz ihre Arztstellen nicht mehr ausreichend besetzen können. Für diese Entwicklung sind neben den schon genannten noch weitere Faktoren maßgeblich: So orientieren sich psychiatrische Fachärzte in großer Zahl auf die besser honorierte alleinige Psychotherapie-Tätigkeit um; auch finden lukrative Anwerbungsversuche europäischer Nachbarländer zunehmend Gehör. Es ist paradox und zugleich sehr bedenkenswert, dass heute deutsche Psychiater aus klassisch sozialpsychiatrisch ausgerichteten Ländern wie England, den Niederlanden oder skandinavischen Ländern intensiv umworben werden. Diese Länder sind für den gelingenden Einbezug pflegerischer und sozialarbeiterischer Kompetenz als fortschrittlich anerkannt; andererseits wird dort jetzt ein Mangel an psychiatrischen Fachärzten in der Versorgung bemerkt, der mittlerweile zu gezielter Einstellung nicht muttersprachlicher Psychiater führt. Ähnliches droht auch in Deutschland.

Der sich hier abzeichnenden Entwicklung ist mit einer klaren diagnostisch-therapeutischen Konzeption gegenüberzutreten, nach der ein mit psychischen Symptomen erkrankter Patient umfassend in seinen somatischen, psychischen und sozialen Dimensionen wahrgenommen und behandelt wird. Der zwingend notwendige Ausbau pflegerischer und sozialtherapeutischer ambulanter Versorgung darf nicht zur Vernachlässigung eines ganzheitlichen medizinischen Verständnis- und Versorgungsansatzes führen. Eine Abkopplung psychiatrischer Versorgung vom medizinischen Fortschritt ist ebenso wenig wünschenswert wie ein einseitig sozialtechnisch ausgerichtetes Handling.

Themen und Entwicklungsstufen

Auf der Basis eines sektor- und berufsgruppenübergreifenden Zusammenwirkens aller in der Psychiatrie Tätigen hat der ›Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit‹ sich die Profilierung psychiatrischer Anliegen innerhalb der sich immer weiter differenzierenden gesundheitlichen Versorgung zum zentralen Ziel gesetzt. Bei besonderem Augenmerk auf die krankenkassenfinanzierte Versorgung soll im VPStG die psychiatrische Identität der Leistungserbringer nach innen gestärkt und nach außen die Durchsetzung verbesserter Versorgungsstrukturen durch entsprechende Verträge mit den Krankenkassen angestrebt werden. Ausgehend von

den im Versorgungsalltag erlebten Problemstellungen ging es in der Vereinsarbeit letztlich um vier Themenkreise:

1. unmittelbare Behandlungsaspekte;
2. Trialog;
3. gesellschaftlicher Bezug psychiatrischer Tätigkeit;
4. Probleme der Versorgungsstruktur und Aufbau einer integrierten Versorgung.

Unmittelbare Behandlungsaspekte

In diesem Beitrag können die Aktivitäten des Vereins zu den individuellen Behandlungsaspekten nur stichwortartig genannt werden. Zentriert auf psychisch schwer kranke, insbesondere an psychotischen Störungen leidende Patienten wurden zahlreiche Veranstaltungen durchgeführt zu Fragen der Diagnostik und Therapie (bipolare Störungen, Schizophrenie und Cannabiskonsum/-sucht, geistige Behinderung, autistische Psychopathie, Persönlichkeitsstörungen, Prävention, rationale und wirtschaftliche Pharmakotherapie, Soziotherapie, Ergotherapie, spezifische Psychotherapie bei Psychosen, Krisenintervention u.a.). Die Erarbeitung von Rahmenempfehlungen zu einer methodenübergreifenden Psychotherapie bei Psychosen und der Aufbau einer Adressendatei von Psychotherapeuten, die eine qualifizierte Psychotherapie bei Psychosen durchführen, waren wichtige Anfangsaktivitäten des Vereins, die zugleich eine Grundlage für entsprechende Vereinbarungen mit den Krankenkassen im Rahmen der IV bilden.

Trialog

Die regelmäßigen trialogischen Veranstaltungen des VPStG je mit den Berliner Verbänden/Selbsthilfegruppen Betroffener wie der Angehörigen psychisch Kranker stellten für viele Beteiligte aller Seiten eine grundsätzlich neue Erfahrung war, deren prozesshafte Weiterentwicklung über jetzt sechs Jahre hin einer gesonderten Darstellung bedürfte. An dieser Stelle kann nur auf die Wichtigkeit der Trialogs auch für die VPStG-Arbeit im Allgemeinen und für die Integrierte Versorgung im Speziellen hingewiesen werden.

Gesellschaftlicher Bezug psychiatrischer Tätigkeit

Ausgehend von den konkreten Praxiserfahrungen konnten im VPStG auch über den Praxisalltag hinausreichende Themen wie »Armut und Psychiatrie« oder »Psychose und Religion – Sinnsuche und Sinnstiftung im psychiatrischen Alltag« aufgegriffen werden. So fanden hierzu mehrere Veranstaltungen/Tagungen mit jeweils großer Resonanz statt. Aus den religionsbezogenen Tagungen ist sowohl ein Sammelband mit Tagungsbeiträgen und weiteren Aufsätzen zum Thema er-

wachsen (erschieden im Psychiatrie-Verlag) wie auch ein kontinuierlich tagender Arbeitskreis ›Psychiatrie und Religion‹, der im säkularen wie zugleich multireligiösen Berlin dieses langzeitlich von der wissenschaftlichen wie versorgenden Psychiatrie kaum beachtete Verhältnis thematisiert. Teilnehmer des Arbeitskreises sind Psychiatrie-Professionelle, Vertreter mehrerer Glaubensrichtungen, Betroffene und Angehörige psychisch Kranker wie auch Religionswissenschaftler. Aufklärung über die eigenen Gebietsgrenzen hinweg und persönlich wertschätzender Austausch bilden die maßgebliche Basis dieses Arbeitskreises.

Der geschilderte persönliche Austausch und der Versuch, unterschiedliche Sichtweisen zu integrieren, kennzeichnen auch einen allgemeinen Anspruch des VPStG an *Kommunikation und gemeinsamer Verantwortungsbildung*.

So dienen die vielen Veranstaltungen in den letzten Jahren nicht nur konkreter Wissensvermittlung zu Sachfragen, sondern gleichrangig auch dem wechselseitigen Kennenlernen, der Vernetzung und der gemeinsamen Verantwortungsbildung.

Klaus Dörner hat in seinem Vortrag auf der Tagung »Armut und Psychiatrie« im Herbst 2008 den ›Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit‹ als »inoffizielles Berliner Versorger-Parlament« titulierte und damit wohl wissend mehr Anspruch denn Wirklichkeit formuliert; zutreffender wäre es wohl, hier bescheidener ein Zusammentreffen alter, lang diskutierter sozialpsychiatrischer Gedanken und Ansprüche mit dem Erfahrungshintergrund vorrangig im SGB-V-Bereich tätiger Psychiatrie-Profis zu erkennen.

Wichtig an derartiger Metaüberlegung und der Schilderung der Vereinsaktivitäten ist eines: Integration setzt Auseinandersetzung, Kommunikation der Beteiligten, Wertschätzung und Vertrauen voraus. Wie die psychiatrischen Leistungserbringer der unterschiedlichsten Sektoren und Berufsgruppen zu einer selbstverständlichen Vernetzung, zu gemeinsamer Verantwortung und Teamarbeit finden sollen, wie Sektoren/Institutionen bisherige Verantwortungsbereiche abtreten, auch Einfluss und Geld im Interesse einer personenbezogenen Psychiatrie abgeben sollen, ohne dass ein entsprechendes Vertrauen hergestellt und wechselseitige Entwicklungsmöglichkeiten besprochen wurden, erscheint unter demokratischen Aspekten fragwürdig. Allerdings wäre es auch blauäugig, nur im Vertrauen auf den guten Willen der Leistungserbringer eine regionale psychiatrische Versorgung organisieren zu wollen. Abgegrenzte Verantwortungsbereiche, Kostencontrolling und Vermeidung von

Leistungsausweitung sowie eine sachlich legitimierte Übernahme der Gesamtverantwortung sind *Conditiones sine quibus non* gerade einer zukünftigen integrierten Versorgungsstruktur.

Integrierte Versorgung

Profitierend von Schrittmacherdiensten niedersächsischer Kollegen um den leider viel zu früh verstorbenen Hannoveraner Soziologen Gerd Holler konnte der VPdG bereits im Dezember 2006 mit der DAK in Berlin einen IV-Vertrag »zur Verbesserung der psychiatrischen-psychotherapeutischen Versorgung psychisch schwer Kranker« abschließen. Die BKK VAG Ost und weitere Krankenkassen folgten einige Zeit später. Im Gegensatz zum niedersächsischen Ansatz waren in Berlin nicht einzelne Leistungserbringer Vertragspartner der Krankenkassen, sondern von Beginn an der sektorübergreifende Verein; auch wurde die Soziotherapie als wichtiges Modul einbezogen. Gespräche mit Klinikleitern führten zu Kooperationsverträgen mit mehreren psychiatrischen Kliniken, mit anderen wurden mündlich Kooperationen und die Beteiligung an den regionalen »Fachpsychiatrischen Arbeitskreisen« vereinbart. Vier Merkmale dieses IV-Vertrages sind hervorzuheben:

■ *Die Indikation zur IV* ist an den Schweregrad der Erkrankung geknüpft, weniger an eine spezifische Diagnose.

■ *Eine ambulante Komplexbehandlung* mit häuslicher psychiatrischer Krankenpflege und Soziotherapie einschließlich Hometreatment soll Klinikbehandlung ersetzen bzw. verhindern. Verordnende Leitstelle hierfür ist die Nervenarztpraxis bzw. ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ).

■ *Ein Bezugstherapeutesystem*, wonach jeder Patient während seiner gesamten Behandlungsmaßnahmen eine institutions- und schnittstellenübergreifende professionelle Bezugsperson hat, soll Lotsenfunktion übernehmen.

■ *Der sozialpsychiatrische Behandlungsverbund* wird in der Mit-Verantwortung der Nervenarztpraxen aus den eigenständigen regionalen Leistungsanbietern von Krankenpflege, Soziotherapie sowie hausärztlicher, psychotherapeutischer, aber auch klinischer Versorgung, Sozialpsychiatrischem Dienst und Krisendiensten gebildet.*

Derzeit beteiligen sich in Berlin zirka fünfzig Psychiater und rund dreißig Pflegedienste und psychosoziale Träger sowie Soziotherapeuten an der IV; das Brandenburger Netz findet sich mit knapp zehn Psychiatern und mehreren Pflegediensten noch im Aufbau. Mit vier Berliner psychiatrischen Kliniken



wurden schriftliche Kooperationsvereinbarungen zur Unterstützung der IV abgeschlossen, mit weiteren Kliniken bestehen mündliche Absprachen.

Um die Akzeptanz bei den Patienten für eine ambulante Betreuung durch einen fachlich spezialisierten Pflegedienst und Soziotherapie zu erhöhen, wurden in der IV die Bedingungen verbessert und in ein unbürokratisches Gesamtkonzept eingebettet.

Der unmittelbare Einsatz von Hilfeplan-Konferenzen nach der Verordnung, der auch für die Soziotherapie gilt, und die quartalsweise Verordnung mit der Möglichkeit, die Versorgungsdichte jeweils zeitnah anzupassen, haben sich als schnelle Reaktionsmöglichkeit in der Krise und zur Verhinderung einer Klinikaufnahme bewährt. Das System erlaubt eine fast stündliche Anpassung der notwendigen Behandlungspflege. Damit die ambulante ärztliche Behandlung sichergestellt werden kann, wurden die Leistungsanforderungen an die Pflege erhöht. Neben dem definierten Kanon der Regelversorgung (Erarbeiten der Pflegeakzeptanz, Durchführen von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituation und dem Entwickeln kompensatorischer Hilfen krankheitsbedingter Einschränkung) sind in der integrierten Versorgung drei weitere Leistungskomplexe festgelegt worden. Der behandelnde Arzt hat damit erstens die Möglichkeit, eine Fachpflegekraft für die Übernahme bezugstherapeutischer Steuerungsmaßnahmen einzusetzen. Damit soll sichergestellt werden, dass der Patient bei der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfen Unterstützung erfährt. Ebenso ermöglicht dieser Leistungskomplex die Aufrechterhaltung der Beziehung auch bei einem kurzfristig stationären Aufenthalt. Die zweite zusätzliche Leistung beinhaltet die Koordinierung persönlicher Hilfenetze. Die Pflege wird damit eingebunden, die Bedürfnisse und Wünsche des Patienten zu ermitteln und für die Umsetzung eine notwendige Unterstützung anzubieten. Mit diesem Leistungskomplex können auch Hilfekonferenzen unter Mitwirkung des Patienten sowie dessen Angehörigen organisiert und moderiert werden. Als dritte zusätzliche Leistung

kann von der Pflege die Vermittlung von psychosozialen Hilfeprogrammen abgefordert werden. Ziel ist der dauerhafte Verbleib im häuslichen Milieu. In der Zusammenfassung all dieser Erneuerungen erfährt die ambulante psychiatrische Pflege in dieser integrierten Versorgung eine inhaltliche Aufwertung und wird gemessen ihrer fachlichen Qualifikation entsprechend gefordert.

Darüber hinaus hat sich in Berlin die Zusammenarbeit mit der Sozio-

therapie in besonderer Weise bewährt, da die IV eine Weiterführung intensiver Behandlung durch dann meist niederfrequentere Soziotherapiesitzungen ermöglicht.

Die Verordnungspraxis und Inanspruchnahme von Soziotherapie ist in der Regelversorgung durch eine Einschränkung der indizierenden Diagnosen, zu geringe Vergütung, Hindernisse bei der Zulassung und weitere administrative Hürden gekennzeichnet. Dadurch wurden viele Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen von dieser wichtigen Behandlungsmöglichkeit ausgeschlossen. Erst mit dem Vertrag zur Integrierten Versorgung wurden die Bedingungen für die folgerichtige Anwendung der Soziotherapie geschaffen. Das Diagnosespektrum wurde auf Menschen mit komplexem Hilfebedarf aufgrund schizophrener, affektiver, gerontopsychiatrischer, psychosomatischer, depressiver sowie manischer und bipolarer Störungen und Suchterkrankungen erweitert.

Die enge Vernetzung und kontinuierliche Abstimmung mit den regionalen IV-Leistungsanbietern, den Psychiatern, den psychiatrischen Fachpflegern und den kooperierenden Kliniken ermöglicht dem Soziotherapeuten, seine Aufgabe als Bezugstherapeut im gemeindepsychiatrischen Verbund- bzw. Versorgungssystem wahrzunehmen und weiter gehende Angebote komplementärer Einrichtungen und Dienste in die Behandlung einzubeziehen.

Ausblick und Probleme

Drei Jahre Praxis der integrierten Versorgung des »Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit« respektive der PIBB haben in Berlin einen sukzessiven Aufbau alternativer ambulanter Behandlungsstrukturen ermöglicht sowie den Wechsel von einer institutionszentrierten zur personenzentrierten Versorgung eingeleitet. Dieser Prozess ist im Sinne eines lernenden Systems bei vertraglichen Neuregelungen entsprechend zu modifizieren. Da es für die nachhaltige IV-Implementierung eine Art kritischer Masse gibt, welche erst die ambulanten Alternativstrukturen ökonomisch und effektiv werden lässt,

ist die Einbeziehung der Versicherten weiterer Krankenkassen von existenzieller Notwendigkeit.

Als erhebliches Konflikt- und Problemfeld dürfte sich allerdings die parallele Implementierung konkurrierender IV-Modelle unterschiedlicher Krankenkassen mit verschiedenen Leistungserbringern erweisen. Leider hat sich in Berlin die Techniker Krankenkasse (TK) nach positiven Anfangsverhandlungen mit dem VPsG aufgrund konkurrierender Angebote eines einzelnen Vereinsmitgliedes (Pinel-Gesellschaft) für den Aufbau einer parallelen IV-Struktur entschieden, wovon ausführlich im vorigen Heft der »Sozialen Psychiatrie« berichtet wurde. Von den übrigen IV-Teilnehmern und dem VPsG in seiner Gesamtheit wird dies mit Skepsis und Kritik gesehen, da konkurrierende Strukturen und Leistungsanbieter im ambulanten psychiatrischen Basisversorgungsbereich eben gerade keine Bündelung, sondern eine weitere Zersplitterung der Versorgungsstrukturen und damit letztlich auch eine Verschwendung von Ressourcen zur Folge haben werden. Auf kritische Punkte bekannt gewordener Regelungen des TK-IV-Vertra-

ges, der dem MVZ Pinel mit einer perspektivischen Budgethoheit für Berlin und Brandenburg eine Monopolstellung zubilligt, kann hier nicht in gebotener Differenziertheit eingegangen werden. Erwähnt seien jedoch die Schaffung zusätzlicher Schnittstellen mit einem »Behandlungsverantwortlichen«, die konzeptionelle Nichtberücksichtigung stationärer Versorger, die Vernachlässigung der fachärztlich-psychotherapeutischen Ebene und eine IV-Einsteuerungsfunktion seitens der Krankenkasse nach vorrangig ökonomischen Kriterien sowie die Übertragung des Krankheitsrisikos auf die Leistungserbringer mit der Gefahr einer sich dann entwickelnden »Billig-Psychiatrie«. In jedem Fall ist es eine bedauerliche Aufspaltung engagierter psychiatrischer Leistungserbringer, deren Geschlossenheit und konzeptionelle Abstimmung für die Realisierung einer integrierten Versorgung aus vielen Gründen wünschenswert ist.

Der »Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit« und seine Managementgesellschaft stehen für einen ernsthaft sektorübergreifenden, zugleich die dezentral-regionale Verantwortlichkeit favorisierenden Ver-

tragsansatz; der Zusammenschluss von über hundert niedergelassenen Psychiatern, über dreißig psychosozialen Trägern/Pflegediensten, zirka fünfzehn Klinikleitern und den vielen Mitgliedern anderer Berufsgruppen bietet auch nach Ansicht vieler Krankenkassen eine günstige Plattform für die integrierte Versorgung. ■

Näheres im Internet unter:

www.psychiatrie-in-berlin.de

Günter Meyer ist Krankenpfleger, Geschäftsführer der auf Psychiatrie spezialisierten Pflegestation Meyer & Kratzsch und stellvertretender Vorsitzender der Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege (BAPP) e.V.

Dr. Norbert Mönter ist Arzt für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychoanalyse; niedergelassen in Berlin-Charlottenburg seit 1982; Vorsitzender des Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit e.V.

Dieter Scheytt ist Diplom-Psychologe und Geschäftsführer der Platane 19 gGmbH in Berlin-Charlottenburg. Kontakt: Dr. Norbert Mönter, Tegeler Weg 4, 10 589 Berlin; E-Mail: dr.moenter@psychiatrie-in-berlin.de

* Informationen zu den Behandlungsergebnissen und dem Qualitätsmanagement im Beitrag von Dr. Anne Berghöfer und Dr. Karin-Maria Hoffmann (siehe Kasten).

Evaluation und externes Qualitätsmanagement der Berlin-Brandburger Integrierten Versorgung (IV) durch Charité-Kooperationspartner

VON ANNE BERGHÖFER UND KARIN-MARIA HOFFMANN

Evaluation

Die Evaluation wird seit dem 1. Januar 2008 durch das Berliner Charité-Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie durchgeführt. Die Evaluation zeichnet sich durch die Besonderheit aus, dass Dokumentationen der IV-Leistungserbringer mit Daten der beteiligten Krankenkassen zusammengebracht werden (unter voller Wahrung des Datenschutzes). Hierdurch werden sowohl klinische Verlaufsdaten wie auch Kostenanalysen möglich. Eine vorläufige gesundheitsökonomische Auswertung vollständig dokumentierter, über drei Quartale eingeschriebener IV-Patienten zeigte unter der Diagnose »Schizophrenie« und der Diagnose »bipolare Erkrankung« eine deutliche Reduktion stationärer Behandlung bei gleichzeitiger Erhöhung der Lebensqualität. Je höher der Ressourcenverbrauch vor Einschluss in die IV war (d.h. desto mehr Klinikaufenthalte im Jahr vor der IV

auftraten), desto größer war auch der Einspareffekt.

So war zum Beispiel bei Patienten mit Schizophrenie/schizoaffektiver Störung eine deutliche Reduktion stationärer Behandlung als auch eine Reduktion der Gesamtausgaben um fast ein Drittel von zirka 3700 Euro auf zirka 2900 Euro möglich. Die im Rahmen der IV entstandenen Zusatzkosten für ambulante psychiatrische Pflege bzw. die ambulante Soziotherapie waren mit rund 370 Euro relativ gering.

Zu Modifikationen des IV-Indikationskataloges führten weniger überzeugende ökonomische Evaluationsergebnisse bei Patienten mit der Diagnose Depression. Ziel der auf drei Jahre angelegten Evaluation ist es, differenzierte Ergebnisse zu den unterschiedlichen Verläufen der indizierten Erkrankungen innerhalb der IV sowie zur Kostendynamik zu erhalten.

Qualitätsmanagement

Das Qualitätsmanagement (QM) wird in gemeinsamer Verantwortung von Vertretern der Leistungserbringer und externer Kompetenz seitens der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Campus Charité Mitte durchgeführt. Im Interesse eines möglichst optimalen IV-Ergebnisses zielt es auf Sicherung der vereinbarten Strukturqualität und der erforderlichen Prozessqualität. Hierzu gehören in der Startphase vorrangig der

Aufbau und die Vernetzung der ambulanten regionalen Strukturen.

In regionalen Behandlerkonferenzen von Ärzten, Soziotherapeuten und Fachpflegekräften werden exemplarische Fallbesprechungen durchgeführt und Probleme der Behandlung sowie die Koordination der Einzelfallmaßnahmen erörtert.

Fachpsychiatrische Arbeitskreise aus niedergelassenen Psychiatern, Klinik-Ärzten, Hausärzten, Sozialpsychiatrischem Dienst und Krisendienst dienen der Fortbildung der Beteiligten zum aktuellen Stand der leitliniengestützten Behandlung und der Diskussionsstruktur regionaler Erfordernisse.

Regionale Koordinatoren sind verantwortlich für die Vernetzung der Teilnehmer, die Qualitätsarbeit vor Ort und die Öffentlichkeitsarbeit. Spezielle *Trainings* zur Anwendung der diagnosespezifischen Skalen bei Aufnahme eines Patienten in die IV sowie *Beratung* einzelner Leistungserbringer sichern die Fachlichkeit und die Datenqualität. Der *QM-Steuerungsausschuss* steuert und koordiniert den Prozess des QM.

Das Lenkungsgremium dient als Schnittstelle zu den Krankenkassen. ■

Dr. Anne Berghöfer ist Ärztin für Neurologie und Psychiatrie und Projektleiterin am Charité-Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie.

Dr. Karin-Maria Hoffmann ist Diplom-Psychologin, tätig an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Campus Charité Mitte.