

Innovative Projekte im Gefolge der Gesundheitsmodernisierungsgesetze: Erfahrungen mit einem Projekt der integrierten Versorgung in der Psychiatrie

Kerstin SANDER¹, Margot ALBUS²

1) Versorgungsforschung, Kliniken des Bezirks Oberbayern
Inn-Salzach-Klinikum gGmbH
Gabersee Haus 7
83512 Wasserburg
2) Isar-Amper-Klinikum gGmbH
Klinikum München-Ost
Vockestr. 72
85540 Haar

Korrespondierende Autorin:

Prof. Dr. Dr. Margot Albus, M. Sc., Ärztliche Direktorin
Isar-Amper-Klinikum gGmbH
Klinikum München-Ost
Vockestr. 72
85540 Haar
Email: Margot.Albus@IAK-KMO.de

Zusammenfassung

Einleitung: Innovative Projekte im Gefolge der Gesundheitsmodernisierungsgesetze sind u. a. durch den Begriff integrierte Versorgung (IV) geprägt. **Material und Methode:** IV lässt eine die verschiedenen Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten zu. IV ist besonders bei Erkrankungen wünschenswert, deren Verlauf zur Chronifizierung oder Rezidiven neigt, wie psychische Erkrankungen. **Ergebnisse:** Durch Einschluss in ein IV-Projekt am Klinikum München-Ost wurden von den Projektbeteiligten die poststationäre Überleitung der Patienten als verbessert beurteilt sowie eine Reduktion von Frührezidiven, stationärer Aufenthalte und Verweildauern erreicht. **Schlussfolgerungen:** Neben den positiven Effekten auf Frührezidive und Verweildauer sind administrativer Mehraufwand, unzureichende Projektevaluation und Nicht-Überwinden der Sektorgrenzen die Negativbilanz aus diesem IV-Projekt.

Schlüsselwörter: Integrierte Versorgung, Fallmanagement, Psychiatrie, Schizophrenie, Affektive Störungen

Innovative Projects attendant to Health Modernization Laws: Experiences with a Project of Integrated Health Care in Psychiatry

Introduction: Innovative projects attendant to health modernization laws are amongst others focussing on integrated health care (IHC). **Methods:** IHC allows a form of health care for the insureds covering all the different service sectors. IHC is especially preferable for diseases of which the course trends to be chronic or relapsing, as it is the case with mental disorders. **Results:** Due to inclusion into an IHC-project at the Klinikum München-Ost, the evaluation showed that the post-stationary transition improved and a reduction of early relapses as well as of stationary stay and length of stay was achieved. **Conclusions:** Besides the above mentioned positive effects, administrative additional expenditure, insufficient project evaluation, and non-overcoming of sector limits are negative outcomes of this IHC-project.

Keywords: Integrated Health Care, Case Management, Psychiatry, Schizophrenia, Affective Disorders

Einleitung

1. Case-Management und Integrierte Versorgung

Im Zusammenhang innovativer Projekte im Gefolge der Gesundheitsmodernisierungsgesetze werden insbesondere die Effekte von "Case-Management" und "integrierten Versorgungsmodellen" untersucht.

1.1 Case-Management

Case-Management bezeichnet einen kooperativen Prozess, in dem Aspekte medizinischer, psychiatrischer und psychologischer Versorgung und Dienstleistungen erhoben, geplant, implementiert, koordiniert, überwacht und letztendlich evaluiert werden. Diese Art der Kommunikation dient der Abdeckung des individuellen Versorgungsbedarfs eines Patienten mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen. Nach Rempel-Fassbender (2) ist Case-Management eine Erweiterung der Einzelfallhilfe um folgende Aspekte: Einbeziehung der Patienten zur Erarbeitung "passgenauer" Hilfen, Zielfindung und -definition, Ablaufplanung, Evaluation, systematische Vernetzung aller an der Problemlage Beteiligten sowie Entwicklung eines umfassenden Hilfeplans und Steuerung des Hilfeprozesses. Löcherbach (1) nennt als Aspekte des Case-Managements zum einen das Fallmanagement, welches durch konkrete Hilfe im Einzelfall, die Steuerung des individuellen Hilfeprozesses und eine Verbesserung persönlicher Netzwerke gekennzeichnet ist. Zum anderen umfasst Case-Management das Systemmanagement, das sich durch drei Merkmale auszeichnet: die Nutzung, Heranziehung und Initiierung von Netzwerken, das Management der Hilfen und die Optimierung des Versorgungssystems. Kurz gesagt lassen sich Fallmanagement als "Optimierung der Hilfe im konkreten Fall" und Systemmanagement als "Optimierung der Versorgung im Zuständigkeitsbereich" beschreiben.

1.2 Integrierte Versorgung

Integrierte Versorgung (IV) ist eine Versorgung, die aufgrund entsprechender Verträge eine die verschiedenen Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten zulässt (SGB V § 140a, Abs. 1 Satz 1). Die IV ist insbesondere für die Psychiatrie interessant. Die Überwindung der Grenzen zwischen den unterschiedlichen Leistungssektoren - stationär, ambulant, Rehabilitation - ist dann besonders wünschenswert, wenn Leis-

tungen aus allen drei Sektoren notwendig sind. Dies ist v. a. bei Erkrankungen der Fall, deren Verlauf zur Chronifizierung oder Rezidiven neigt, und dies ist bei psychischen Erkrankungen häufig der Fall.

2. Erfahrungen mit einem IV-Projekt in der Psychiatrie

Am Klinikum München-Ost, einer psychiatrischen Vollversorgungsklinik, wurden zwei Szenarien der integrierten Versorgung durchgeführt.

Im Szenario 1 erfolgte die Behandlung der Patienten in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) des Klinikums München-Ost. Die medizinische Betreuung wurde durch den Arzt der PIA und die psychosoziale Betreuung durch eine Fachschwester oder einen Sozialpädagogen gewährleistet. Letzteres umfasst Hausbesuche, Psychoedukation, Medikamententraining, Überleitung zu entsprechenden Tagesstätten, Sozialpsychiatrischen Diensten oder betreutem Einzelwohnen.

Im Szenario 2 erfolgte eine Überleitung der Patienten zur Behandlung beim niedergelassenen (Fach-)Arzt. Die PIA fungierte als Ansprechpartnerin für Behandler mit Kriseninterventions- und Beratungsfunktion. Die psychosoziale Betreuung leistete Gleiches wie bei Szenario 1.

Material und Methoden

2.1 Aufnahme in die integrierte Versorgung

In die IV wurden Mitglieder der AOK Bayern, die an Schizophrenie, schizoaffektiven, affektiven oder alkoholbedingten Störungen leiden, und der DAK (hier zusätzlich Demenzerkrankungen, jedoch keine alkoholbedingten Störungen) aufgenommen.

2.2 Ziele der integrierten Versorgung

Die Ziele des IV-Projekts am Isar-Amper-Klinikum München-Ost sind drei Schwerpunkten zuzuordnen:

(i) Optimierung der poststationären Überleitung in die Behandlung des niedergelassenen Vertragsarztes oder – bei intensivem Behandlungsbedarf – zusätzlich oder vorübergehend an die PIA.

(ii) Senkung der Anzahl der Frührezidive um 50%. Frührezidive bezeichnen die Wiederaufnahme von Patienten innerhalb eines Monats nach Entlassung aus der stationären Behandlung.

(iii) Reduktion der stationären Aufenthalte bzw. der stationären Verweiltage durch ein besseres ambulantes Behandlungsnetz.

Ergebnisse

2.3 Evaluation des IV-Projekts

Die Zufriedenheit der am IV-Projekt Beteiligten (stationär tätige Ärzte/PIA/Vertragsärzte) wurde mittels Fragebogen evaluiert. Der Evaluationsfragebogen erfasste die Zufriedenheit mit der Überleitung, Kommunikation über die Patienten, Behandlung, Hilfestellung bei Problemen und Beurteilung von Aufwand und Nutzen sowie, ob die Erwartungen an das Projekt bisher erfüllt wurden.

Die Zusammenfassung der Evaluation ergab für alle genannten Bereiche eine Beurteilung von zufrieden (2,0) bis neutral (2,8; bei einer Skalierung von 1, sehr zufrieden, bis 5, sehr unzufrieden). Die am IV-Projekt Beteiligten unterschieden sich nur in ihrer Gesamtbeurteilung signifikant voneinander: Die PIA-Mitarbeiter bewerteten etwas schlechter als die stationär tätigen Ärzte, die niedergelassenen Allgemeinärzte bzw. die Nervenärzte (Gesamtzufriedenheit = 2,47 vs. 2,28 vs. 2,30 vs. 2,33). Die Ergebnisse der Zwischenauswertung zum ökonomischen Ziel der IV, die Anzahl stationärer Aufenthalte und Verweildauern zu reduzieren, können Tabelle 1 entnommen werden. Neben dem Vergleich der Anzahl stationärer Aufenthalte und Verweildauern vor und während der IV enthält sie die durchschnittliche Verweildauer aufgeschlüsselt nach dem Krankheitsstatus der Patienten, der aufgrund seines Hilfebedarfs und der globalen sozialen Funktionsniveaus (Global Assessment of Functioning, GAF) bewertet wurde.

Tabelle 1 zeigt, dass die Anzahl der stationären Aufenthalte sowie die stationären Verweiltage während der IV im Vergleich zu vorher reduziert werden konnten.

Ebenfalls zeigte sich eine geringere Anzahl an Frührezidiven, was eine bessere poststationäre Überleitung widerspiegelt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass im Rahmen der genannten Ziele des IV-Projekts die poststationäre Überleitung der Patienten als zufriedenstellend bis gut von den Projektbeteiligten beurteilt sowie eine Reduktion stationärer Aufenthalte und Verweildauern erreicht wurde.

Diskussion

2.4 Probleme der integrierten Versorgung

Trotz des positiven Resümees der im IV-Projekt erreichten Ziele, gab es in dessen Verlauf eine Reihe von Problemen. Diese betrafen die Kooperationspartner, Sektoren und methodische Aspekte.

2.4.1 Kooperationspartner- und sektorenbezogene Probleme

Der Beginn des IV-Projekts zeichnete sich durch eine Verbesserung der internen Kommunikations- bzw. Zuweisungsstrukturen des KMO aus. Die Einbindung einer größeren Zahl fachärztlicher Vertragsärzte verzögerte sich jedoch. Die Anzahl kooperierender fachärztlich niedergelassener Kollegen blieb hinter den Erwartungen zurück. Die Arbeitsgemeinschaft der niedergelassenen Nervenärzte trat erst 1½ Jahre nach Beginn dem IV-Projekt bei. Dagegen war die Überleitung von Patienten an niedergelassene Hausärzte unproblematisch. Anzumerken ist aber, dass viele Patienten psychiatrisch so schwer krank waren, dass eine Anbindung an die PIA notwendig war.

2.4.2 Verwaltungstechnische Probleme

Die Verhandlungen zum IV-Projekt begannen in 10/2003 und fanden ihren Abschluss zum 01.07.2004. Der Vertrag zur "Wissenschaftlichen Begleitforschung" wurde hingegen erst in 12/2005 unterzeichnet. Dieser mehr als zwei Jahre dauernde Vertragsabschluss implizierte enormen Besprechungs- und somit Personalaufwand, v. a. seitens der Klinik, Klärung juristischer Probleme, da Neuland betreten wurde, v. a. seitens der Krankenkassen.

Zu den ökonomischen Zielen ist anzumerken, dass kein direkter Effizienznachweis der IV möglich war. Dieser hätte parallel zum durchgeführten IV-Projekt die Erfassung einer paarweise gematchten Vergleichspopulation erfordert. Als Kompromiss wurden intraindividuelle Vergleiche ausgewertet, d. h., es wurden die stationären Aufenthaltstage/Jahr eines Patienten in den 3 Jahren vor Teilnahme an der IV verglichen mit den stationären Aufenthaltstagen/Jahr des gleichen Patienten nach Einschluss in die IV, die zum Auswertungszeitpunkt maximal 3 Jahre betrug. Befand sich der Patient zum Zeitpunkt der Auswertung kürzer als 3 Jahre in der IV, wurde der korrespondierend kürzere Zeitraum vor Einschluss in die IV als Vergleich herangezogen.

Fazit für die Praxis

1. Projekte der integrierten Versorgung können Frührezidive, Anzahl und Dauer der stationären Aufenthalte reduzieren.
2. Projekte der integrierten Versorgung sind mit einem erheblichen administrativen Mehraufwand für die Leistungserbringer und Krankenkassen verbunden.
- 3 Die Evaluation von IV-Projekten ist zurzeit unzureichend. Es stellt sich die Frage, inwieweit überhaupt reliable Aussagen über ökonomische Vorteile getroffen werden können.
4. Die Erfahrungen mit dem durchgeführten IV-Projekt zeigen, dass die IV nicht in der Lage ist, die Sektorgrenzen zu überwinden.

Literatur

1. Löcherbach P. Qualifizierung im Bereich Case Management – Bedarf und Angebote. In: Löcherbach P, Klug W, Rimmel-Fassbender R, Wendt WR, eds. *Case Management: Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis*. Neuwied: Luchterhand 2002:201-26.
2. Rimmel-Fassbender R. Case Management - eine Methode der Sozialen Arbeit; Erfahrungen und Perspektiven. In: Löcherbach P, Klug W, Rimmel-Fassbender R, Wendt WR, eds. *Case Management: Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis*. Neuwied: Luchterhand 2002:63-80.

Tabelle 1: Darstellung stationärer Aufenthalte und Verweildauern (oberer Teil) sowie der durchschnittlichen Verweildauer in Tagen nach Krankheitsstatus (unterer Teil) der Patienten vor und während des IV-Projekts. Die Auswertung erfolgte über alle Patienten, d. h. Patienten, die entweder bei niedergelassenen Kollegen oder an der PIA ambulant poststationär angebunden wurden (N = 280).

	<i>Vor IV</i>	<i>Während IV</i>
Stationäre Aufenthalte und Verweildauern		
Durchschnittliche Dauer stationärer Aufenthalte/Jahr	126	59,5
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	35,5	25
Verweildauer nach Krankheitsstatus		
Leicht bis mäßig krank	34	24,5
Deutlich bis extrem schwer krank	38	27,5
Insgesamt	36	26,5