

Schizophrenie soll den Anfang machen

Zwei Tage diskutierten Experten auf einem LVR-Symposium über neue Erkenntnisse und Optionen der Versorgung psychisch erkrankter Menschen. Vorgestellt wurde dabei auch das „Bonner Modell“.

von Bülent Erdogan

Die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie könnte „in einigen Jahren“ die erste „echte“ Indikation sein, die extern, einrichtungsübergreifend und sektorenübergreifend den Startschuss für die bundesweite Qualitätsmessung durch das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) geben könnte. Diese Prognose stellte jedenfalls Fanny Schoeler-Rädke vom IQTIG auf dem Symposium „Psychisch erkrankte heute“ des Landschaftsverbandes Rheinland, das Anfang Februar im Kölner Mediapark stattfand. Im Vergleich mit den beiden bereits etablierten „Qesü-Verfahren“ zur „Perkutanen Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie“ (2016) sowie zur „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen“ (2017) unterscheidet sich das Therapieschehen bei der Schizophrenie ambulant und stationär nämlich sehr stark, sagte die Expertin aus Berlin auf dem Kongress.

Schoeler-Rädke zufolge will das IQTIG bei den Qesü-Verfahren im Allgemeinen nur „berechtigte, legitime“ Anforderungen an die Ärztinnen und Ärzte sowie Kliniken stellen. Die Mindestanforderung in einer Indikation solle sich daran orientieren, „was jeder Leistungserbringer in Deutschland unter den derzeitigen Rahmenbedingungen rechtlicher und struktureller Art auch tatsächlich erreichen kann“. So könne man einem Therapeuten oder einer Klinik keinen Vorwurf daraus machen, dass eine notwendige Anschlussbehandlung wie eine Soziotherapie nicht zustande kommt, weil im „Umkreis von 300 Kilometern“ kein Leistungsanbieter mehr da ist, der die Therapie anbiete. Gerade in der Psychiatrie mache es wenig Sinn, Leistungsvergleiche auf individueller Ebene abzubilden, sondern darauf, auf die Strukturqualität abzuheben. Beim IQTIG spricht man in die-

sem Zusammenhang in einem kürzlich konsentierten Papier von „Systemqualität“.

Schoeler-Rädke kündigte an, dass künftig auch Patientenbefragungen stärker in die Entwicklung von Qualitätsindikatoren einfließen sollen. So hätten Patientenvertreter in sogenannten Fokusgruppen mit Blick auf freiheitsentziehende Maßnahmen vor allem „die Art und Weise der Durchführung dieser Zwangsmaßnahmen“ kritisiert und Defizite bei der Nachbesprechung, der Eins-zu-Eins-Betreuung oder der persönlichen Ansprache angesprochen. „Das ist etwas, dass man aus Leitlinien und der Literatur nicht unbedingt klar herausarbeiten kann.“ Allein die Zählung von Zwangsmaßnahmen je Haus sei hingegen nicht aussagekräftig, weil die zu Zwangsmaßnahmen führenden Sachverhalte oft komplex seien, sagte Schoeler-Rädke und sprach zum Beispiel die Unterbringung von Menschen gemäß PsychKG an (siehe auch Seite 17 f. in diesem Heft).

Der Patient rückt in den Mittelpunkt

Um die Bürokratie bei der Dokumentation schlank zu gestalten, wolle man bei den Verfahren derweil so weit wie möglich auf bereits vorhandene Abrechnungsdaten der Krankenkassen zurückgreifen, „sodass der Leistungserbringer gar nicht belastet wird“. Allerdings gab Schoeler-Rädke zu bedenken, dass das Leistungsgeschehen über den Bereich der GKV nach SGB V hinausgeht, zum Beispiel mit Blick auf die Reha nach SGB IX, was die vollständige Erhebung valider Daten für die Qualitätsmessung offenbar nicht leichter gestaltet.

Einen Blick in die Zukunft richtete auch Professor Dr. Markus Banger, Ärztlicher Direktor der LVR-Klinik Bonn, mit der Vorstellung eines Modellvorhabens nach § 64 b SGB V: Inhalt des im Oktober 2016 angelaufenen „Bonner Modells“ mit einer Laufzeit von acht Jahren ist die Einführung von „Stationsunabhängigen Krankenhausleistungen“, kurz SUL. Als SULs werden „intensivierte stationersetzende Leistungen ohne Unterkunft und Verpflegung“ definiert, „deren Einsatz mit dem Ziel der graduellen Reduktion der stationären Verweildauer ver-

folgt wird“. Partner des LVR sind die TK, die Barmer und die DAK, bei denen etwa vier von zehn Patienten der Bonner Klinik, derzeit circa 3.000, versichert sind. Das Budget für die Modellprojekt-Patienten ist ausgegliedert und auf acht Jahre gesichert. Es handele sich nicht um ein Sparmodell, sagte der Mediziner.

Ziele des Modells sind nach den Worten Bangers neben der Erbringung von SULs die zeitnahe Behandlung von Menschen, die Vermeidung von Fehlanreizen, unnötigen Ausgaben und Krankenhauseinweisungen sowie von Chronifizierung. Ziel des Vertrags sei es nicht, Einsparungen zu erzielen, sondern die Versorgung zum Beispiel durch die stärkere Einbeziehung der Tageskliniken und Klinikambulanzen mit ihren speziellen Angeboten zu verbessern.

Mit der neuen Struktur rückt für Banger „der Patient in den Mittelpunkt“. Die Idee hinter diesem Umbau sei, die „Kontaktzeit mit dem Patienten zu verlängern, unabhängig davon, ob er bei uns auf der Station ist, ob er in der Tagesklinik ist, ob zu Hause oder in der Ambulanz“.

Probleme habe anfangs die Integration der Krankenhaus-Informationssysteme (KIS) der bislang in das Modell aufgenommenen Station (weitere sollen im Herbst folgen) und der Klinikambulanz aufgeworfen, so Banger. In Bonn habe man sich damit beholfen, dass man für die Station, deren Zahl stationärer Betten zugunsten von Tagesklinikplätzen und einer „Stationsambulanz“ reduziert werden soll, im KIS eine „Pseudo-Ambulanz“ eingerichtet habe.

Das neue Modell wird Banger zufolge grundlegende Veränderungen erfordern. „Wir brauchen Mitarbeiter, die nicht nur auf der Station arbeiten, sondern auch in der Ambulanz, vielleicht auch Home Treatment machen und in der Tagesklinik arbeiten. Die LVR-Klinik Bonn versucht gemeinsam mit den Mitarbeitenden, Lösungen der Arbeitsorganisation zu finden.“

Notwendig sei zudem die Entwicklung fachärztlicher Assessments mit Blick auf den diagnostischen und therapeutischen Behandlungsbedarf. Schließlich müsse diese neue Form der Behandlung für den Patienten gesteuert werden. In Bonn hat man eine gesonderte Projektsteuerung eingerichtet und rechnet mit einer Umstellungsphase von etwa zwei Jahren. Danach wolle man, so Banger, verstärkt auf Niedergelassene und andere Leistungserbringer der Region zugehen und ins Gespräch kommen. Es gehe nicht darum, andere zu ersetzen, sondern die Kooperation zu intensivieren, versicherte Banger. RA