

Neue Versorgungsformen

Diese Dokumentation wurde von der Bundespsychotherapeutenkammer zur Verfügung gestellt
LINK zur Bundespsychotherapeutenkammer - "[Neue Versorgungsformen](#)"

Gesetzliche Grundlagen

- **Gesundheitsstrukturgesetz (1993)**
- **Gesetz zur Neuordnung der Gesetzlichen Krankenversicherung (1997)**
- **Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (2000)**
- **Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs (2001)**
- **Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (2004)**

Gesundheitsstrukturgesetz (1993)

Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) 1993 stellte die entscheidenden Weichen für die Einführung neuer Versorgungsformen in die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Im parteiübergreifenden Konsens schuf der Gesetzgeber neue Steuerungsinstrumente, die für mehr Wettbewerb im deutschen Gesundheitssystem sorgen sollten. Das GSG beendete weitgehend eine traditionelle Regelung, nach der Versicherte der GKV nach arbeitsvertraglichen Status (Arbeiter/Angestellter) einer bestimmten Krankenkasse zugewiesen wurden. Mit Ausnahme der Mitglieder der Sondersysteme für Bergleute, Landwirte und Seeleute können seither (1. Januar 1996) alle Versicherten ihre Krankenkasse frei wählen (Kassenwahlfreiheit). Gleichzeitig müssen seither die gesetzlichen Krankenkassen auch jeden Versicherungspflichtigen, der einen Antrag stellt, aufnehmen (Kontrahierungszwang).

Wahlfreiheit und Kontrahierungszwang führten erstmals zu einem Wettbewerb zwischen den Krankenkassen um Mitglieder. Damit es aufgrund der sehr unterschiedlichen Mitgliederstruktur aber nicht zu Verzerrungen kam, führte der Gesetzgeber auch einen Risikostrukturausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen ein. Dieser Finanzausgleich sollte verhindern, dass die Kassen vor allem um junge, gesunde und allein stehende Mitglieder mit möglichst hohem Einkommen warben und Patienten mit hohen und teuren Krankheitsrisiken lieber den jeweils anderen Kassen überlassen. Die Kassen sollten sich durch eine derartige Risikoselektion bei den Mitgliedern keine finanziellen Vorteile verschaffen können. Zum Wettbewerbsfaktor sollten vielmehr schlanke Verwaltung, guter Service und besondere Angebote werden, zu denen insbesondere die neue Vertrags- und Versorgungsformen gehören sollten.

Gesetz zur Neuordnung der Gesetzlichen Krankenversicherung (1997)

Wettbewerb zwischen Krankenkassen hieß aber schon bald mehr Wettbewerb auch auf der Anbieterseite. Gegen den Widerstand der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) kam es 1997 zum zweiten Gesetz zur Neuordnung der Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. NOG). Zwei Neuerungen sorgten für Aufregung: - im § 63 ff. SGB V wurden die Regelungen für Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung überarbeitet und - mit § 73a SGB V die Rechtsgrundlage für so genannte Strukturverträge geschaffen.

Dabei setzte der Gesetzgeber noch auf "Vorfahrt für die Selbstverwaltung". § 63 ff. SGB V ermöglichen es den Krankenkassen, Verträge über Modellvorhaben abzuschließen, mit denen Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung weiterentwickelt und Qualität und Wirtschaftlichkeit verbessert werden. Soweit die vertragsärztliche Versorgung betroffen war, galt allerdings zunächst eine wichtige Einschränkung: Als Partner für vertragsärztliche Vereinbarungen waren die KVen vorgesehen. Verträge mit einzelnen Vertragsärzten in bestimmten Regionen (Netz) oder mit Ver-

tragsorganisationen (z. B. Hausärzterverband) ohne Beteiligung der KVen sollten erst mit der Gesundheitsreform 2000 ermöglicht werden.

Die Strukturverträge nach § 73a konzentrierten sich auf die Vertragsbeziehungen und -inhalte der klassischen Vertragspartner im ambulanten Bereich. Mit den Strukturverträgen konnten Versorgungs- und Vergütungsstrukturen vereinbart werden, die einem Hausarzt oder einem Verbund haus- und fachärztlich tätiger Vertragsärzte (vernetzte Praxen) die Verantwortung für die Gewährleistung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung übertragen. Der Patient konnte frei entscheiden können, welchen Hausarzt oder Verbund er wählt.

Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (2000)

Das Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GRG 2000) beendete das Vertragsmonopol der KVen und erweiterte das Spektrum neuer Versorgungsformen, indem es auch Krankenhäuser als Vertragspartner zuließ. Diese Verträge zur tatsächlich integrierten Versorgung konnten jetzt sektoren- und fachübergreifend ausgestaltet sein. Im § 140a - h SGB V beauftragte der Gesetzgeber die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) eine verbindliche Rahmenvereinbarung zur integrierten Versorgung auszuarbeiten. Um solche Versorgungsangebote zu ermöglichen, schuf der Gesetzgeber ein besonderes Budget, mit dem alle Leistungen in der integrierten Versorgung vergütet wurden und das - darin lag der Kniff - vom gedeckelten Budget der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und von den Krankenhausbudgets abgezogen wurde. Insbesondere diese Finanzierungsregel relativierte zusammen mit der Aufhebung des Vertragsmonopols - zumindest theoretisch - den Stellenwert sektoraler kollektivvertraglicher Regelungen und den Einfluss der KVen.

Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs (2001)

Mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA) wurden zum 1. Januar 2001 strukturierte Behandlungsprogramme, auch Disease-Management-Programme (DMP) oder Chronikerprogramme genannt, in die GKV eingeführt. Wesentliches Element war, dass die Kosten für die Versorgung der eingeschriebenen DMP-Versicherten im Risikostrukturausgleich speziell berücksichtigt wurden. Damit sollte die unterschiedliche Risikostruktur der Versicherten in den gesetzlichen Krankenkassen noch vor Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, der für das Jahr 2007 geplant war, berücksichtigt werden. Die "strukturierten Behandlungsprogramme" bedürfen einer Akkreditierung durch das Bundesversicherungsamt. Um eine Zulassung zu erhalten, muss ein detaillierter Anforderungskatalog erfüllt sein, der im Einzelnen in der Risikostrukturausgleichsverordnung festgelegt ist. Als Indikationen für die DMP sind (Stand 2005) Diabetes Mellitus Typ I und II, Mamma-Karzinom, koronare Herzkrankheiten sowie Asthma bronchiale/COPD ausgleichsberechtigt.

Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (2004)

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) wurde zum 1. Januar 2004 der § 140a ff. SGB V neu gefasst und eine Vielzahl von einzelnen Regelungen geändert:

- Als "sektorübergreifend" gilt eine integrierte Versorgung jetzt bereits dann, wenn sie "fachübergreifend-interdisziplinär" organisiert ist.
- Alle Regelungen zur Rahmenvereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurden ersatzlos gestrichen.

- Vertragspartner der integrierten Versorgung können nach neuem Recht auch Träger der Medizinischen Versorgungszentren (§ 95 Abs. 1 Satz 2) sein sowie Träger von Einrichtungen, "die eine integrierte Versorgung nach § 140a durch zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel berechnete Leistungsanbieter anbieten". Gemeint sind Träger, die nicht selbst zugelassene Leistungserbringer sind (Managementgesellschaften).
- Leistungen können zudem von Leistungserbringern erbracht werden, die über keine direkte Zulassung verfügen. Voraussetzung ist, dass ein anderer an der integrierten Versorgung teilnehmender Leistungserbringer über einen entsprechenden Zulassungsstatus verfügt und dass von dem Leistungserbringer ohne eigenen Zulassungsstatus die für die in Frage stehende Leistung erforderlichen berufsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Unter diesen Einschränkungen ist es nunmehr in der integrierten Versorgung möglich, dass die Leistungen dort erbracht werden können, wo sie qualitativ hochwertig und zugleich am kostengünstigsten sind.
- Die Krankenkassen werden für den Abschluss von 140er Verträgen bis zum 31.12.2006 vom Grundsatz der Beitragstabilität entbunden. Anders als beim Gesundheitsstrukturgesetz 2000 erkennt der Gesetzgeber im GMG damit an, dass integrierte Versorgung nicht kurzfristig zu Einsparungen führen wird, sondern dass zunächst Investitionen in den Aufbau von Anbieterstrukturen und Versorgungskonzepten notwendig werden.
- Außerdem gibt es spezielle finanzielle Anreize, Verträge über integrierte Versorgung abzuschließen.

o Für die Jahre 2004 bis 2006 wird ein "Innovationsfond" als drittes Budget eingerichtet. Jede Krankenkasse kann von der Gesamtvergütung, die sie für ambulante ärztliche Behandlungen nach § 85 Abs. 2 SGB V an die KV zu entrichten hat bis zu ein Prozent (ca. 220 Mio. Euro im Jahr 2003) einbehalten. Ebenso kann sie von den Rechnungen der Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung bis zu ein Prozent abziehen (ca. 460 Mio. Euro im Jahr 2003). Die Höhe des endgültigen Abzugs richtet sich nach den tatsächlich für die integrierte Versorgung geschlossenen Verträgen. Die einbehaltenen Mittel dürfen nur für Verträge zur Integrierten Versorgung verwendet werden.

o Für den Fall, dass die Ausgaben für Integrierte Versorgung über die für den Innovationsfond einbehaltenen Mittel hinausgehen, sind zusätzliche Bereinigungsregeln vorgesehen. Bei der Bereinigung sind die Zahl und die Risikostruktur der Versicherten zu berücksichtigen, die an der integrierten Versorgung teilnehmen. Auch können ergänzende Morbiditätskriterien einbezogen werden. Kommt eine Einigung über die Verringerung der Gesamtvergütungen zwischen KVn und Krankenkassen nicht zustande, können die Krankenkassen, deren Verbände oder die Vertragspartner der Integrationsverträge nach § 140 a SGB V ein Schiedsamt nach § 89 SGB V anrufen.

o Die Bereinigungsregelungen gelten entsprechend für Ausgabenvolumina, die für den Arznei- und Heilmittelbereich vereinbart wurden.

o Für Krankenhäuser wird zumindest für die Jahre 2004 bis 2006 die Bereinigung des Krankenhausbudgets ausgesetzt. Innerhalb der Integrationsvergütung werden nur Leistungen erfasst, die durch das Krankenhaus zusätzlich im Rahmen der integrierten Versorgung erbracht werden.

Integrierte Versorgung

- Typen Integrierter Versorgung
- Leistungskomplexe
- Strukturierte Versorgungsprogramme (DMP)
- Vollversorgung
- Stand der Umsetzung

Typen Integrierter Versorgung

Chronisch kranke und multimorbide Menschen finden sich in den komplexen Anbieterstrukturen des deutschen Gesundheitssystems häufig nicht zurecht. Auch den Anbietern fällt es schwer, eine am einzelnen Patienten orientierte Behandlung zu koordinieren. Eine patientenorientierte Versorgung setzt eine praxis-, disziplinen- und sektorübergreifende Abstimmung der Leistungserbringer voraus. Doch gerade dies ist in den derzeitigen Anbieter- und Finanzierungsstrukturen des deutschen Gesundheitssystems kaum möglich. Integrierte Versorgung ist daher eine Schlüsselinnovation für die Zukunft der Branche. Seit Jahren bemühen sich Leistungserbringer und Krankenkassen unterschiedlich engagiert und ambitioniert um den Aufbau integrierter Versorgung. Dabei werden mindestens drei unterschiedliche Modelle diskutiert:

Leistungskomplexe

Alle Leistungen innerhalb einer Versorgungsperiode einer bestimmten Krankheit werden zu Leistungskomplexen gebündelt und pauschal vergütet. Eine einfache Form des Leistungskomplexes findet Anwendung insbesondere bei prothetischer Versorgung (Hüftendoprothetik). Die vertragsschließenden Parteien sind hier neben den Krankenkassen das Krankenhaus und ein Reha-Anbieter.

Strukturierte Versorgungsprogramme (DMP)

Im Unterschied zu den Leistungskomplexen geht es nicht nur um die integrierte Versorgung einer Krankheit innerhalb einer zeitlich und inhaltlich klar abgegrenzten Episode, sondern um die Versorgung von Versicherten mit einer bestimmten Erkrankung ohne zeitliche Begrenzung. Vertragsinhalt zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ist z. B. die medizinische und ökonomische Verantwortung für die Versorgung aller Diabetiker oder aller Versicherter mit psychischen Krankheitsbildern.

Vollversorgung

Dieser Ansatz umfasst in der Regel alle Leistungen für die gesamte Versorgung von Versicherten unabhängig von bestimmten Krankheiten. Ein Anbieterkonsortium oder ein integriertes Versorgungsunternehmen übernehmen hierfür die medizinische und ökonomische Verantwortung.

Das Konzept der integrierten Vollversorgung geht von mindestens drei Voraussetzungen aus:

- Leistungserbringer schließen sich praxis-, disziplinen- und sektorübergreifend zusammen und einigen sich auf Versorgungsprozesse, die beschreiben, wie ein Patient wo und von wem behandelt wird. Um diese Versorgungskonzepte im Alltag zu realisieren, ist ein Qualitätsmanagement notwendig, für das die organisatorischen und informationstechnischen Voraussetzungen noch geschaffen werden müssen.

- Das Denken und Handeln in Versorgungsprozessen erfordert eine pauschalierte Vergütung. Erst wenn die beteiligten Leistungserbringer nicht mehr primär an der unternehmerischen Optimierung ihrer Praxis oder ihres Krankenhauses interessiert sind, sondern ihr wirtschaftlicher Erfolg davon abhängt, dass die gemeinsam vereinbarten Prozesse und -ziele des Versorgungsverbundes umgesetzt werden, entsteht eine übergreifende Behandlungs- und Managementverantwortung.
- Integrierte Vollversorgung setzt daher integrierte Anbieterstrukturen voraus. Dies können Konsortien von Leistungserbringern oder ein sich etablierendes Gesundheitsunternehmen sein. In jedem Fall laufen diese Anbieterstrukturen quer zu den Sektoren- und Berufsgrenzen, die das deutsche Gesundheitssystem kennzeichnen.

Stand der Umsetzung

Die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS) registriert im Auftrag der Gemeinsamen Selbstverwaltung die abgeschlossenen Verträge zur integrierten Versorgung. Die Auswertungen erfolgen vierteljährlich mit Stichtag Ende des Quartals. Erstmals wurden Auswertungen zum 31. März 2005 veröffentlicht.

Dargestellt werden:- die Anzahl der gemeldeten Verträge, die teilnehmenden Versicherten und die gemeldeten Vergütungsvolumina, bezogen auf die Versorgungsregion der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung;- die Art der Vertragsschließenden Parteien differenziert:

o auf der Seite der Leistungserbringer nach anzutreffenden Kombinationen Vertragspartner (Krankenhaus, niedergelassener Arzt, Rehabilitation, Sonstige)

o auf der Seite der Kostenträger nach Verträgen, die von einer Krankenkasse alleine oder von mehreren Krankenkassen abgeschlossen wurden, sowie- eine Statistik der von der Registrierungsstelle angeforderten Auskünfte zu Verträgen zur integrierten Versorgung.

Die aktuellen Auswertungen werden veröffentlicht unter www.bqs-register-140d.de in der Rubrik "Informationen".

Beispiel 1: Sozialpsychotherapievereinbarung

- **Vertragspartner**
- **Zielgruppen**
- **Ausgangspunkt**
- **Zentrale Inhalte**

Vertragspartner

In Rheinland-Pfalz wurde zwischen den Verbänden der Ersatzkassen (Ausnahme KKH) und der Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten und dem Deutschen Psychotherapeutenverband die Sozialpsychotherapievereinbarung als Vertrag zur integrierten Versorgung nach § 140a ff. SGB V geschlossen.

Zielgruppen

Das Versorgungsmanagement richtet sich an Kinder und Jugendliche mit dem Aufmerksamkeitsdefizit - Hyperaktivitätssyndrom (AD(H)S-Syndrom) oder anderen chronischen psychischen Störungen.

Ausgangspunkt

Epidemiologische Studien zeigen, dass acht bis 15 Prozent aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland psychisch auffällig sind. Ein Viertel davon zeigt schwere Formen psychischer Auffälligkeit und ist dringend behandlungsbedürftig. Bestimmte psychische Erkrankungen, vor allem Angst- und Zwangsstörungen, Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens, Essstörungen und Depressionen weisen, wenn sie unbehandelt bleiben, eine hohe Persistenz für das weitere Leben auf. Depressionen im Kindes- und Jugendalter werden in einem Drittel der Fälle chronisch. Sie sind nach Unfällen die zweithäufigste Todesursache von Kindern und Jugendlichen. Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen weisen eine hohe Komorbidität mit Störungen des Sozialverhaltens und dissozialen Auffälligkeiten auf und sie haben, wenn sie nicht behandelt werden, eine ungünstige Prognose.

In ihrer Hilflosigkeit greifen Eltern oft nach jedem Strohalm, was zu einer unkoordinierten Inanspruchnahme unterschiedlichster Hilfsangebote führt. Dies verbraucht Ressourcen, die an anderer Stelle sinnvoller eingesetzt werden könnten.

Die strukturellen Vorgaben der kassenärztlichen Versorgung orientieren sich an der klassischen Einzeltherapie, die u. U. für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit komplexen und schwerwiegenden Störungen nicht die optimale Versorgungsform ist. Angemessener können teilweise ein interdisziplinärer Ansatz und eine intensive Arbeit mit den Eltern sein. Dies allerdings erfordert einen erhöhten Koordinationsaufwand. Hinzu kommt, dass die Verordnung von Ergotherapie und Sprachtherapie bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen mit zusätzlichen Entwicklungsstörungen bisher Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durch den Bundesmantelvertrag Ärzte/Krankenkassen verwehrt ist.

Aus diesen Gründen haben sämtliche Ersatzkassen (mit Ausnahme der KKH) mit der Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten und dem Deutschen Psychotherapeutenverband einen Vertrag zur integrierten Versorgung nach § 140a ff. SGB V getroffen. Das Versorgungsmodell soll der Unter- und Fehlversorgung bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit komplexen und chronischen psychischen Störungen begegnen und die teilweise schlechte Versorgungssituation mildern.

Zentrale Inhalte

Die Vereinbarung umfasst die folgenden Eckpunkte.

- Indikationsentscheidung für die Teilnahme an der Integrierten Versorgung auf der Grundlage einer standardisierten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Diagnostik,
- standardisierte Basisdokumentation,
- verpflichtende interdisziplinäre Zusammenarbeit der Psychotherapeuten mit medizinischen, pädagogischen, kinderärztlichen, ergotherapeutischen, sprachtherapeutischen und sozialen Diensten,
- Möglichkeit der direkten Anordnung von Ergo- oder Sprachtherapie durch den Psychotherapeuten bei Entwicklungsstörungen,
- Fallbesprechungen mindestens einmal im Monat unter Einbeziehung der in die Integrierte Versorgung einbezogenen Therapeuten,
- zentrale Evaluation der Behandlungsergebnisse durch das Kompetenzzentrum Psychiatrie und Psychotherapie des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung,
- Finanzierung des erhöhten Koordinationsaufwandes des Psychotherapeuten durch eine Pauschale von 160 Euro je Patient und Quartal, die die Krankenkassen außerhalb der Gesamtvergütung zahlt.

Die operative Umsetzung des Konzeptes begann am 1. März 2005, zunächst in Rheinland-Pfalz. Die Abrechnung der Pauschale erfolgt über die KV Rheinland-Pfalz als Dienstleistung. Mit einer zeitlichen Verzögerung von höchstens zwölf Monaten kommen die ostdeutschen Bundesländer als weitere Modellregion hinzu. Die Zahl der teilnehmenden Praxen ist auf 20 je Modellregion beschränkt. Teilnehmen kön-

nen nur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeuten, die vertraglich definierte zusätzliche Qualifikationen nachweisen müssen.

Wird die Indikation für eine Versorgung nach dieser Vereinbarung gestellt, stellen die Eltern des Kindes oder der Jugendliche selbst einen Antrag bei der Krankenkasse. Dieser Antrag wird (wie auch sonst jeder Psychotherapieantrag) gutachterlich geprüft und ggf. bewilligt. Die Krankenkasse teilt dem Psychotherapeuten- als weiteres Qualitätssicherungsmerkmal - außerdem mit, wie viele und welche Vorbehandlungen stattgefunden haben.

Sämtliche Behandlungen, die im Rahmen dieser Vereinbarung durchgeführt werden, werden durch das Kompetenzzentrum Psychiatrie und Psychotherapie des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung evaluiert.

Nähere Informationen zu dieser Vereinbarung finden Sie unter www.vereinigung.de und www.dptv.de.

Beispiel 2: Behandlungskonzept für seelische Erkrankungen

- **Vertragspartner**
- **Zielgruppen**
- **Ausgangspunkt**
- **Zentrale Inhalte**

Vertragspartner

Der Vertrag wurde im Saarland zwischen den Ersatzkassen, dem Klinikum Merzig sowie niedergelassenen Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten der Region geschlossen. Weitere Kooperationspartner sind das Saarländische Ministerium für Gesundheit und Soziales, als Leistungsträger von Eingliederungshilfen sowie psychosoziale Einrichtungen, z. B. Beratungsstellen für Angehörigen- und Selbsthilfegruppen.

Zielgruppen

Zielgruppen des Vertrages zur integrierten Versorgung im Bereich psychischer Erkrankungen sind Alkoholranke, von der Alkoholkrankheit akut bedrohte Menschen (ICD10: F10) sowie Patienten mit depressiven Krankheitsbildern (ICD10: F32, F33), einschließlich bipolarer Verläufe (ICD10: F31).

Ausgangspunkt

Im Saarland leben schätzungsweise 10.000 bis 20.000 alkoholranke Menschen. Noch mehr sind wahrscheinlich von einer Alkoholkrankheit akut bedroht. Bei der Zahl derer, die an einer Depression leiden, muss nach den neusten Statistiken der Krankenkassen von 40.000 bis 60.000 betroffenen Saarländern ausgegangen werden. Ziel der integrierten Versorgung ist es, im Saarland eine bessere Verzahnung der ambulanten und stationären Hilfsangebote zu erreichen. Schnittstellenprobleme zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern sollen gelöst und Folgekosten durch Komorbidität und/oder unvollständige oder unnötige Behandlung verringert werden.

Zentrale Inhalte

Die bessere Verzahnung der Hilfsangebote wird durch ein Fallmanagementteam erreicht. Fallmanager ist eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, die mit den Patienten einen individuell auf ihre Krankheit abgestimmten Behandlungsplan erarbeitet. Sie koordiniert alle erforderlichen ambulanten und stationären Behandlungen sowie weitere psychosozialen Hilfen. Sie wird u. a. von einer Sozialpädagogin unterstützt. Das Fallmanagementteam stellt seine Koordinations- und Beratungskompetenz außerdem allen an der Behandlung beteiligten Fachkräften zur Verfügung. Es hat die Möglichkeit, den Patienten aufzusuchen und über einen längeren Zeitraum (zunächst zwei Jahre) zu begleiten.

An dem Vertrag zur Integrierten Versorgung kann grundsätzlich jeder (entsprechend qualifizierte) im Bereich der KV Saarland zugelassene Vertragspsychotherapeut oder Vertragsarzt als Vertragspartner teilnehmen. Die Vertragspartner erhalten eine für definierte Leistungskomplexe vereinbarte pauschale Vergütung. Die Vergütung erfolgt außerhalb des Budgets bzw. der Gesamtvergütung. Sie wird direkt mit den Krankenkassen abgerechnet.

Das Projekt startete am 2. Mai 2005 im saarländischen Landkreis Merzig-Wadern. Dies ist eine ländlich geprägte Region mit ca. 100.000 Einwohnern.

Medizinische Versorgungszentren

- **Definition**
- **Akteure**
- **Organisationsformen**
- **Unternehmen mit angestellten Ärzten**
- **Sozietät**
- **Medizinische Kooperationsgemeinschaft**
- **Managementgesellschaft**
- **Zulassungsvoraussetzungen**
- **Stand der Umsetzung**

Definition

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind fachübergreifende und ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten in freiberuflicher Form, aber auch als Angestellte tätig sein können. Mit den Bestimmungen des § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V sind MVZ Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung.

Akteure

MVZ können von Leistungserbringern gegründet werden, die auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung teilnehmen. Als Gründer kommen demnach in Frage:

1. Vertragsärzte,
2. Vertragspsychotherapeuten,
3. ermächtigte Krankenhausärzte,

4. ermächtigte andere Ärzte und Psychotherapeuten,
5. Ärzte und Einrichtungen auf der Grundlage des BMV-Ä,
6. Träger von Einrichtungen nach § 311 SGB V,
7. ermächtigte Träger von Einrichtungen nach § 117, 118, 119 a,
8. Krankenhausträger (§ 108),
9. Vorsorge und Rehabilitationseinrichtungen (§ 111, 111 a),
10. Heilmittelerbringer (§ 124),
11. Hilfsmittelerbringer (§126),
12. Apotheken (§129),
13. Leistungserbringer nach § 123 a Abs. 2, § 123 b, § 123 c Abs. 1,
14. Vertragszahnärzte und ermächtigte Zahnärzte.

Einige der Gründer (Nr. 2, 4, 7 bis 14) können aufgrund der Regelungen der ärztlichen Berufsordnungen nur als juristische Personen (GmbH, AG) Ärzte anstellen.

Organisationsformen

Als Organisationsformen für MVZ sind zulässig:

- Unternehmen mit angestellten Vertragsärzten/-psychotherapeuten,
- Sozietät,
- medizinische Kooperationsgemeinschaft von Gesundheitsberufen,
- Managementgesellschaft für einen Verbund von Leistungserbringern.

Für MVZ kommen gesellschaftsrechtliche Formen in Betracht, bei denen der Berufsträger, sei er Psychotherapeut oder Arzt, entsprechend § 1 PsychThG bzw. § 1 BÄO zwar für einen anderen, also das MVZ, aber im Verhältnis zum Patienten eigenverantwortlich und selbstständig nicht gewerblich oder kaufmännisch handelt. MVZ können sich also als juristische Person des Privatrechts, GmbH bzw. AG gründen. Nicht in Betracht kommen Handelsgesellschaften (OHG, KG). Darüber hinaus darf der Gesellschaftsvertrag keine medizinischen Weisungsbefugnisse der Gesellschafter gegenüber den angestellten Ärzten bzw. Psychotherapeuten vorsehen (§ 95 Abs. 3 Satz 2 SGB V).

Unternehmen mit angestellten Ärzten

Das MVZ kann von Leistungserbringern, die aufgrund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen, gegründet werden. Unternehmenszweck ist die Heilbehandlung. Als Rechtsform kommen die juristischen Personen des Privatrechts (GmbH, AG) in Frage. Ein ärztlicher Leiter muss die Wahrnehmung der vertragsärztlichen Pflichten gewährleisten. Es müssen mindestens zwei Ärzte verschiedener Fachgebiete angestellt sein, um dem Grundsatz der fachübergreifenden Versorgung zu genügen. Für MVZ, in denen Ärzte und Psychotherapeuten zusammen arbeiten, ist davon auszugehen, dass eine kooperative Leitung dem gesetzlichen Erfordernis entspricht.

Sozietät

Ein MVZ kann als "Ärztegesellschaft" weiterhin freiberuflich niedergelassener Vertragsärzte gegründet werden. Das MVZ kann als BGB-Gesellschaft, also als Gemeinschaftspraxis oder als Ärztepartnerschaft (Partnerschaftsgesellschaft), betrieben werden. Die Gründung einer "Ärztegesellschaft" ist nach der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer (§ 23a) Ärzten vorbehalten. Die Gründung einer Gemeinschaftspraxis, also einer Berufsausübungsgemeinschaft, ist nach derzeitigem Stand der Regelungen der Zulassungsverordnung-Ärzte (§ 33 Abs. 2 ZV-Ärzte) aus Sicht der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gleichfalls Ärzten vorbehalten. Die Option einer Sozietät in diesem Sinne böte sich demnach Psychotherapeuten nicht. Das Bundesgesundheitsministerium (BMGS) geht hingegen davon aus, dass Berufsausübungsgemeinschaften nicht nur zwischen Vertragsärzten, sondern zwischen allen in § 1 Abs. 3 Ärzte-Zulassungsverordnung genannten vertragsärztlichen Leistungserbringern, also

z. B. auch zwischen Ärzten und Psychotherapeuten sowie zwischen Vertragsärzten und Medizinischen Versorgungszentren, möglich seien. Das BMGS sieht keine berufsrechtlichen Einschränkungen. Es verweist auf den § 23b Musterberufsordnung-Ärzte, der ausdrücklich zulässt, dass Ärzte sich mit Angehörigen anderer Heilberufe zur kooperativen Berufsausübung in medizinischen Kooperationsgemeinschaften zusammenschließen können.

Die Zunahme psychischer Erkrankungen, die Häufigkeit von komorbiden Störungen, aber insbesondere die wachsende Erkenntnis, dass chronisch-somatische Patienten durch psychotherapeutische Hilfestellung bzw. Behandlung besser und wirtschaftlicher behandelt werden können, legen es nahe, verstärkt auf multidisziplinäre Ansätze in diesem Sinne zu bauen.

Medizinische Kooperationsgemeinschaft

Ein MVZ kann als BGB-Gesellschaft oder Partnerschaftsgesellschaft, nicht jedoch als Gemeinschaftspraxis, auch mit weiteren Gesundheitsberufen gegründet werden. Das MVZ bedarf dann einer Zulassung für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten, die Partner der Kooperationsgemeinschaft sind.

Managementgesellschaft

Das MVZ kann sich als Managementgesellschaft für freiberuflich niedergelassene Vertragspsychotherapeuten/Vertragsärzte verstehen. Die Managementgesellschaft vermittelt vertragspsychotherapeutische oder vertragsärztliche Leistungen, indem sie mit Vertragsärzten bzw. -psychotherapeuten Verträge als Subunternehmer schließt. Den Behandlungsvertrag mit den Versicherten erfüllt das MVZ in diesem Fall nicht durch angestellte Ärzte/Psychotherapeuten, sondern durch vertragliche Verpflichtung seiner freiberuflich tätigen Vertragspartner. Gegen diese Konstruktion eines MVZs bestehen vertragsarztrechtliche Bedenken.

Zulassungsvoraussetzungen

Zulassungsfähig ist ein Medizinisches Versorgungszentrum, wenn es folgende Voraussetzungen erfüllt:

- Die Gründer erfüllen die sozialrechtlichen Voraussetzungen des § 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V.
- Das MVZ verfügt über fachübergreifende Kompetenz, da es die Versorgung durch mindestens zwei Fachärzte unterschiedlicher Fachrichtung und/oder unterschiedlicher Versorgungsfunktion (hausärztlich, fachärztlich, psychotherapeutisch) erfüllt.
- Eine ärztliche oder für den Fall, dass Psychotherapeuten mitarbeiten, eine kooperative Leitung des MVZs ist bei der Rechtsform der juristischen Person des Privatrechts auf der Vorstands- oder Geschäftsführungsebene sichergestellt. Bei Gemeinschaftspraxen in Form von BGB-Gesellschaften und Partnerschaftsgesellschaften ist die ärztliche Leitung sui generis gesichert.
- Für MVZ, die mit angestellten Vertragsärzten bzw. Psychotherapeuten arbeiten, ist eine genehmigte Anstellung mit Nachweis des zeitlichen Umfangs Zulassungsvoraussetzung.
- Die Eintragung des Psychotherapeuten/Arztes in das Arztregister muss vorliegen.
- Für das Fachgebiet besteht in der Versorgungsregion keine Zulassungsbeschränkung. Die angestellten Psychotherapeuten/Ärzte werden entsprechend ihrer Arbeitszeit anteilig bei der Berechnung des Versorgungsgrades in der Planungsregion berücksichtigt (§ 101 Abs. 1 Satz 6 SGB V).

Die Zulassung erfolgt durch den Zulassungsausschuss der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung.

Stand der Umsetzung

Der Gesetzgeber setzt mit § 95 SGB V gezielt einen Impuls für die Veränderungen der Anbieterstrukturen. Für den ambulanten Bereich sind ausgesprochen kleinteilige Anbieterstrukturen typisch. 83 Prozent der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Praxen sind Einzelpraxen. Von den 17 Prozent Gemeinschaftspraxen sind nur 15 Prozent fachübergreifend tätig. Das heißt nur 2,7 Prozent der vertragsärztlichen Praxen verfügen über eine fachübergreifende Organisationsstruktur.

Zum Stichtag 31. März 2005 waren 126 MVZ zugelassen. Mehr als die Hälfte aller MVZ hatten sich in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechtes gegründet. Die übrigen MVZ bedienten sich vorwiegend der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung. Ca. 70 Prozent aller MVZ standen in der Trägerschaft von Vertragsärzten und ca. 20 Prozent wiesen Krankenhäuser als Träger auf.

In den MVZ arbeiteten insgesamt 450 Ärzte, davon 197 als angestellte Ärzte. Im Rahmen der Gestaltung der Arbeitsverhältnisse dominierte dabei die so genannte Misch-Variante, d. h. in 53 MVZ arbeiten sowohl Vertragsärzte als auch angestellte Ärzte zusammen. Dabei bewegte sich die Größe der MVZ in der Regel immer noch zwischen zwei bis fünf Ärzten, das sind durchschnittlich drei Ärzte pro MVZ. In den 126 MVZ waren mehr als 50 Einzelpraxen und 83 Gemeinschaftspraxen sowie 3 ehemalige Polikliniken aufgegangen.

Nähere und aktuelle Informationen unter www.kbv.de.

Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)

- **Entstehung**
- **Voraussetzungen**
- **Auswahl der Indikationen**
- **Sicht der Psychotherapie**
- **Psychosoziale Betreuung**
- **Dokumentationen**
- **Patientenschulung**
- **Selbstmanagementtraining**
- **Komorbide psychische Störungen**

Entstehung

In seinem Sondergutachten 2000/2001 hatte sich der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen unter der Thematik "Über-, Unter- und Fehlversorgung" mit der Versorgungssituation chronisch Kranker in Deutschland befasst und zum Teil erhebliche Versorgungsdefizite festgestellt. In der Folge erschienen weitere Gutachten, die sich mit der Frage befassten, wie insbesondere der Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen um Mitglieder so weiter entwickelt werden kann, dass wirksame Anreize entstehen, sich um Verbesserungen in der Qualität der Versorgung zu bemühen.

Die rot-grüne Bundesregierung reagierte auf diese Diskussion mit dem "Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleiches in der gesetzlichen Krankenversicherung" (2001) zur Verbesserung der Versorgungssituation chronisch Kranker. Das war der Startschuss für die so genannten "strukturierten Behandlungsprogramme" (Disease-Management-Programme, kurz DMP), die im Risikostrukturausgleich besonders gefördert wurden.

Voraussetzungen

Strukturierte Behandlungsprogramme müssen durch das Bundesversicherungsamt (BVA) zugelassen (akkreditiert) sein und einen Anforderungskatalog erfüllen, der im Einzelnen in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) festgelegt ist. Dieser "Katalog" gliedert sich in sechs Anforderungsbereiche, die im § 137f SGB V beschrieben sind:

- Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors, und, soweit vorhanden, unter Berücksichtigung der Kriterien nach § 137e Abs. 3 Nr. 1 SGB V,
- Qualitätssicherungsmaßnahmen,
- Voraussetzungen und Verfahren für die Einschreibung des Versicherten in ein Programm, einschließlich der Dauer der Teilnahme,
- Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten,
- Dokumentation und
- Bewertung der Wirksamkeit und der Kosten (Evaluation) sowie die davon abhängige Zulassungsdauer nach § 137g SGB V.

Die Aufgabe, diese Anforderungen zu konkretisieren, wurde einem Koordinierungsausschuss übertragen (in der Besetzung nach § 137e Abs. 2 Satz 2 SGB V). Dessen "Empfehlungen" werden dem Verordnungsgeber (BMGS) vorgelegt, der sie per Änderungsverordnungen in die Risikostrukturausgleichsverordnung einfügt.

Der Koordinierungsausschuss setzte sich bei Inkrafttreten des Gesetzes zusammen aus den Vorsitzenden der Bundesausschüsse und dem Vorsitzenden des Ausschusses Krankenhaus, fünf Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, drei Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, einem Vertreter der Bundesärztekammer, drei Vertretern der Ortskrankenkassen, zwei Vertretern der Ersatzkassen, je einem Vertreter der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie der knappschaftlichen Krankenversicherung.

Auswahl der Indikationen

§ 137f Abs. 1 SGB V gab vor, dass der Koordinierungsausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 28. Januar 2002 zunächst bis zu sieben, mindestens jedoch vier geeignete chronische Krankheiten für strukturierte Behandlungsprogramme vorzuschlagen hatte.

Fristgerecht schlug der Koordinierungsausschuss für strukturierte Behandlungsprogramme geeignete Krankheiten vor:

- Diabetes mellitus (Typ I und Typ II)
- Mamma-Karzinom
- Koronare Herzkrankheiten
- Asthma bronchiale/COPD

Mit dem GMG (2004) übernimmt ein Unterausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses die Arbeit des Koordinationsausschusses. Nicht mehr vertreten ist die Bundesärztekammer. Seither haben die Bundesärztekammer und die Bundespsychotherapeutenkammer das Recht auf schriftliche Stellungnahme.

Sicht der Psychotherapie

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) hält die Kopplung der strukturierten Behandlungsprogramme an den Risikostrukturausgleich für richtig, wenn sie nachweislich zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung chronisch kranker Patienten führen. Dafür spricht, dass die bisherigen strukturierten Behandlungsprogramme durch die Selbstverwaltung evidenzbasiert weiterentwickelt wer-

den. Allerdings werden bisher die vorhandenen Erkenntnisse der Versorgungsforschung in Bezug auf effektive Implementierungsstrategien nicht ausreichend berücksichtigt.

Psychosoziale Betreuung

Die "psychosoziale Betreuung" im DMP Brustkrebs ist z. B. so geregelt, dass der nachsorgende Arzt prüfen soll, ob die Patientin einer weitergehenden Diagnostik oder Behandlung bedarf. In der Begründung der Anforderungen wird erläutert, dass dies durch gezielte Fragen erfolgen soll. Die für solche Situationen entwickelten Screeningfragebögen aus der Psychotherapie fanden jedoch bisher keine Berücksichtigung. Dies wäre jedoch entscheidend, da die Notwendigkeit einer psychosozialen Betreuung nicht durch ein einfaches Gespräch zwischen Arzt und Patientin feststellbar ist, das unstrukturiert und situativ verläuft und dessen Ergebnisse deshalb sehr zufällig sind. Vielmehr wäre der Einsatz von nachweislich validen psychometrischen Instrumenten erforderlich, um verlässliche Aussagen darüber machen zu können, in welcher psychischen Verfassung sich eine Patientin befindet. Es ist unverständlich, dass solche professionellen Standards aus der Psychotherapie bisher keinen Eingang in die DMP fanden.

Dokumentationen

Aus wissenschaftlicher Perspektive ist es außerdem bedauernd, dass die obligatorischen Dokumentationen so ausgestaltet wurden, dass eine fundierte Evaluation der strukturierten Behandlungsprogramme nicht möglich ist. Zumindest in einzelnen Regionen sollten die Voraussetzungen geschaffen werden, eine Bewertung der Prozess- und Ergebnisqualität der DMP vornehmen zu können. Hierfür ist insbesondere eine systematische Patientenbefragung zur Zufriedenheit mit den Behandlungsmaßnahmen, zum Verlauf der Erkrankung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität dringend erforderlich. Insgesamt bietet das Konzept der strukturierten Behandlungsprogramme viele Chancen zur systematischen Verbesserung der Versorgungsqualität bei Patienten mit chronischen Erkrankungen, die jedoch noch lange nicht ausgeschöpft worden sind.

Patientenschulung

Kritisch an der Gesamtkonzeption der DMP erscheint, dass ihre Wirksamkeit primär dadurch erreicht werden soll, dass sowohl Ärzte als auch Patienten stärker kontrolliert werden. Dies fördert ein formales Abarbeiten der einzelnen Behandlungsschritte eines DMPs, ohne dass die tatsächlichen Bedürfnisse der Patienten und die Anforderungen an die Krankheitsbewältigung im Zentrum der Behandlung stehen.

In diesem Sinne setzen auch die derzeit in den DMP implementierten Patientenschulungen einseitig auf Wissensvermittlung, was allerdings nur einen kleinen Teil der Patienten in die Lage versetzt, ein ausreichendes Selbstmanagement zu entwickeln. Für eine große Gruppe von Patienten greift die reine Wissensvermittlung jedoch zu kurz, da sie ohne weitere verhaltens- und erlebensnahe Unterstützung die erforderlichen adaptiven Verhaltensänderungen nicht vollziehen bzw. aufrechterhalten können. Dies gilt insbesondere bei gleichzeitig vorhandenen Stressbelastungen in Folge von z. B. Arbeitslosigkeit, beruflichen oder sozialen Problemen oder geringer sozialer Unterstützung.

Selbstmanagementtraining

Die Effektivität von Selbstmanagementtrainings und anderen psychotherapeutischen bzw. psychologischen Maßnahmen in der Behandlung chronischer Erkrankungen wie zum Beispiel Diabetes mellitus ist vielfach belegt. Erkennbar ist jedoch, dass primär auf Wissensvermittlung abzielende Schulungen geringere und weniger stabile Effekte zeigen als komplexer angelegte Selbstmanagementprogramme, welche Patienten aktiv in den Schulungsprozess mit einbeziehen, mit dem Patienten individuelle Behandlungsziele formulieren und konkrete Hilfestellung für die Umsetzung von Verhaltensänderungen im Alltag vorsehen.

Für die Stabilisierung der Behandlungseffekte sind ein kontinuierliches Patientenmonitoring sowie wiederholte und vertiefende Schulungen notwendig. Dabei sind die emotionalen, motivationalen und kognitiven Voraussetzungen der Patienten zu berücksichtigen. Dieses wird durch die aktuellen Vorgaben für strukturierte Behandlungsprogramme unzureichend berücksichtigt.

Komorbidie psychische Störungen

Auch die Relevanz komorbider psychischer Störungen findet in den bisherigen DMP keinen Niederschlag. Patienten mit Diabetes mellitus Typ II haben beispielsweise im Vergleich zur gesunden Bevölkerung ein circa zweifach erhöhtes Risiko an einer depressiven Störung zu leiden.

Depressive Störungen und subklinisch depressive Syndrome sind für den Verlauf einer chronischen körperlichen Erkrankung von besonderer Bedeutung. Eine Meta-Analyse von De Groot et al. zeigt, dass depressive Diabetiker ein erhöhtes Risiko haben, Folgekomplikationen wie diabetische Retinopathie, Nephropathie, makrovaskulären Komplikationen oder sexuellen Dysfunktionen zu entwickeln. Darüber hinaus weisen depressive Diabetiker eine höhere Mortalität und ein höheres Risiko für Invalidität auf. Auch die Blutzuckereinstellung ist bei Patienten mit einer depressiven Störung deutlich schlechter.

Schließlich sind komorbide depressive Störungen bei Diabetikern, aber auch bei anderen chronischen Erkrankungen mit einer erhöhten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und daraus resultierend mit deutlich erhöhten Gesundheitskosten verbunden.

Die allgemeine Effektivität von psychotherapeutischen Behandlungen bei Patienten mit depressiven Störungen wurde in zahlreichen Studien und Metaanalysen wiederholt nachgewiesen. Darüber hinaus lässt sich jedoch zeigen, dass die fachgerechte Behandlung einer depressiven Störung bei Diabetes-Patienten zu einer Reduktion der depressiven Symptomatik, einer Verbesserung der Lebensqualität und einer höheren Zufriedenheit mit der Gesamtbehandlung führt. Auch das Selbstmanagement der Diabeteserkrankung durch den Patienten verbessert sich durch eine psychotherapeutische Behandlung. Diese hier exemplarisch aufgeführten Befunde belegen die Notwendigkeit, die primär somatisch konzipierten Behandlungspfade der DMP um psychotherapeutische Komponenten zu ergänzen.

Hausarztzentrierte Versorgung

- **Verträge im ambulanten Bereich**
- **Qualifikation der Hausärzte**
- **Defizite beim Erkennen psychischer Störungen**
- **Partizipative Entscheidungsfindung**
- **Patienten mit unklarem medizinischen Beschwerdebild**
- **Direkter Zugang zu Psychotherapeuten**

Mit dem GMG (2004) wurden die Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten neben der bisherigen eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten. Mit besonderen, vertraglich festgelegten Qualifikationsanforderungen sollen die Voraussetzungen für eine Lotsenfunktion der Hausärzte geschaffen werden.

Verträge im ambulanten Bereich

Nationale und internationale Erfahrungen mit Hausarztmodellen zeigen, dass mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit von einer hausarztzentrierten Versorgung vor allem dann erwartet werden kann, wenn sie innerhalb eines integrierten Versorgungssystems konzipiert ist. Voraussetzungen einer erfolgreichen Lotsentätigkeit des Hausarztes sind danach strukturierte Versorgungsprozesse, eine umfassende Dokumentation, die ein aktuelles Rückmeldesystem über den Behandlungsverlauf möglich macht und ein praxisübergreifendes Qualitätsmanagement erlaubt, sowie eine pauschalierte Vergütung, die alle beteiligten Leistungserbringer zu prozessorientiertem Handeln motiviert.

In Deutschland ist die tatsächliche hausärztliche Versorgung davon noch weit entfernt. Eine Analyse der 2005 abgeschlossenen Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung zeigt, dass sie wenig Innovatives beinhalten. Die meisten Verträge betonen die gesetzlich und vertraglich bereits bestehenden Verpflichtungen der Hausärzte zu Fortbildung und Qualitätsmanagement. Viele Verträge versuchen DMP für Hausärzte und Patienten durch besondere Honorarzusagen und Anreize attraktiver zu gestalten. Fast alle

zielen darauf ab, die klassischen Instrumente für eine rationale Pharmakotherapie umzusetzen. Und einige nutzen die Chance, Angebote an gesunde bzw. gesundheitsbewusste Versicherte zu machen.

Da der Gesetzgeber die Option ermöglichte, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung auch als Integrationsverträge abzuschließen, können Honorarzusagen an Vertragsärzte oder Anreize für Patienten über den Innovationsfond der integrierten Versorgung finanziert werden. Diese Chance wurde insbesondere mit dem Hausarztvertrag der Barmer Ersatzkasse genutzt. Sehr zum Leidwesen der KVen, denn der Barmer-Vertrag ist der Präzedenzfall für einen ersten Flächenvertrag zur integrierten Versorgung, an dem die KVen nicht beteiligt sind.

Qualifikation der Hausärzte

Damit die Einführung einer hausarztzentrierten Versorgung zu Qualitätsverbesserungen und Kostensenkungen führt, müssen die teilnehmenden Hausärzte eine besondere Kompetenz darin aufweisen, Patienten mit Erkrankungen zu erkennen, die einer weiteren fachärztlichen oder psychotherapeutischen Abklärung und gegebenenfalls Behandlung bedürfen. Darüber hinaus müssen die teilnehmenden Hausärzte in der Lage sein, Krankheitsbilder und Befunde patientengerecht zu kommunizieren sowie weitere Diagnose und Behandlungsoptionen zu beschreiben und zu begründen. Dieses setzt unter anderem eine vertiefte Kenntnis der Methoden der partizipativen Entscheidungsfindung voraus.

Defizite beim Erkennen psychischer Störungen

Die aktuell bestehenden Defizite beim Erkennen psychischer Störungen lassen sich am Beispiel depressiver Störungen aufzeigen. In verschiedenen nationalen und internationalen Studien lag die Erkennensrate von depressiven Störungen in der hausärztlichen Praxis bei circa 50 Prozent. Auch wenn durch eine Studie in einer Arztpraxis eine besondere Aufmerksamkeit für mögliche psychische Störungen der Patienten erzeugt wurde, erhöhte sich diese Rate nur unwesentlich. Der Anteil derjenigen Patienten, die bei korrekter Diagnosestellung auch adäquat behandelt werden, liegt nochmals dramatisch niedriger.

Die Daten des Bundesgesundheitsurvey weisen außerdem auf ausgeprägte schichtspezifische Unterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei psychischen Störungen hin. Gerade Patienten mit niedrigerem Bildungsniveau nehmen, wenn überhaupt, eher Behandlungen weniger spezialisierter Leistungserbringer in Anspruch. Entsprechend ist für diese Patientengruppe eine qualitativ hochwertige primärärztliche Versorgung von entscheidender Bedeutung. Der Implementierung von Screeningverfahren kann dabei eine wichtige Funktion zukommen, die Erkennensraten für psychische Störungen in der primärärztlichen Versorgung zu erhöhen. Ergänzend sind edukative und organisatorische Strategien zu nutzen, um bei erkannten psychischen Störungen auch eine Versorgung nach internationalen Standards zu gewährleisten. Die ersten bundesdeutschen Ergebnisse zur Evaluation von entsprechenden Fortbildungsmaßnahmen für Hausärzte bestätigen die Effektivität dieser Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität im primärärztlichen Bereich.

Partizipative Entscheidungsfindung

Eine partizipative Entscheidungsfindung (PEF) in der primärärztlichen Praxis wird mittlerweile für verschiedene Patientengruppen, unter anderen auch für Patienten mit einer depressiven Störung, erfolgreich eingesetzt. Die aktive und informierte Beteiligung der Patienten an der medizinischen Entscheidungsfindung entspricht dabei nicht nur den Patientenbedürfnissen, sondern ist darüber hinaus mit einem besseren Behandlungsergebnis und einer aktiveren Rolle des Patienten im gesamten Behandlungsverlauf verknüpft. Die Teilnahme an entsprechenden Fortbildungen sollte daher ein obligatorisches Qualifikationskriterium für Hausärzte, die einer hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen.

Patienten mit unklarem medizinischen Beschwerdebild

Patienten mit unklarem medizinischen Beschwerdebild, die besonders häufig Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, sind eine weitere Zielgruppe für eine qualitätsgesicherte hausarztzentrierte Versorgung. Aktuelle Schätzungen gehen davon aus, dass sich circa ein Fünftel der Patienten in der Hausarzt-

praxis wegen medizinisch nicht erklärbarer somatischer Beschwerden in Behandlung begeben. Allein für den Bereich der chronischen Rückenschmerzen kann bei über 80 Prozent der Patienten keine eindeutige medizinische Diagnose gestellt werden. Eine effektive Vernetzung der beteiligten Akteure bei leitlinienorientierten Behandlungsstandards könnte eine frühzeitige Berücksichtigung alternativer Behandlungs- und Bewältigungsansätze ermöglichen. Ansonsten droht der Patient in einen Teufelskreis zu geraten, der dazu führt, dass sich diagnostische Maßnahmen wiederholen, ohne jemals zu einem eindeutigen Befund zu führen, dass Behandlungen verordnet werden, obwohl für diese keine wissenschaftlich begründbare Indikation vorliegt und dass es schließlich zu Untersuchungs- und Behandlungseffekten kommt, die erst durch die ärztliche Einwirkung entstanden sind.

Eine hausarztzentrierte Versorgung könnte den Vorteil bieten, dass die Schwelle für eine zielgerichtete Inanspruchnahme von erforderlichen psychotherapeutischen diagnostischen und/oder therapeutischen Maßnahmen niedriger wird. Die frühzeitige Einleitung indizierter psychotherapeutischer Maßnahmen, beispielsweise bei somatoformen Patienten, führt neben der Steigerung des Leistungsvermögens und der Lebensqualität auch dazu, dass einer weniger Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen und die damit verbundenen Kosten verringert werden.

Direkter Zugang zu Psychotherapeuten

Umgekehrt sollten für Patienten keine administrativen Hemmschwellen bestehen, wenn sie in einer hausarztzentrierten Versorgung eingeschrieben sind und aus eigener Einsicht den direkten Zugang zur Psychotherapie wählen. Das Erstzugangsrecht zur Psychotherapie sollte daher auch in den Hausarztverträgen erhalten bleiben. Die ohnehin bestehende Konsiliarpflicht für psychotherapeutische Behandlungen führt in der täglichen Praxis bereits zu der gewünschten Vernetzung zwischen Psychotherapeuten und Hausärzten.

Krankenhäuser

- **Einführung der DRG**
- **Marktabhängige Strategien**

Einführung der DRG

Bis Ende der 90er Jahre waren vor allem Vertragsärzte aktiv beim Aufbau neuer Versorgungsformen. Mit Verabschiedung der Gesundheitsreform (2000), aber insbesondere durch die Einführung des neuen pauschalierten Preissystems im stationären Bereich (DRG = Diagnosis Related Groups), übernahmen die Krankenhäuser die Initiative. Mit den DRG wurde die Erfüllung betriebswirtschaftlicher Vorgaben (Mindestmengen) zur entscheidenden Voraussetzung für Krankenhäuser, weiter in der stationären Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung tätig zu sein. Selbst wenn nach den planerischen Vorgaben eines Landes ein Haus oder eine Abteilung zur Sicherstellung der Versorgung notwendig erscheint, ist ein Krankenhaus oder eine Abteilung seither in der Existenz gefährdet, wenn die erzielbaren Preise keine ausgeglichene Bilanz ermöglichen.

Die DRG vergüten die Versorgung eines Patienten gemäß einer definierten Risikoklasse. Die Preise reflektieren den durchschnittlichen Ressourceneinsatz für die Patienten der einzelnen Risikoklassen. Der Leistungsumfang pro DRG ist damit nicht genau definiert. Die Minimierung des Ressourceneinsatzes ist also eine ökonomisch rationale Strategie, die Erlössituation eines Krankenhauses zu stabilisieren oder zu verbessern. Hieraus resultiert die Befürchtung, dass Patienten künftig so früh wie möglich entlassen werden.

Diese Strategie kann sich - von haftungsrechtlichen Überlegungen abgesehen - jedoch als zweischneidiges Schwert erweisen. Gelingt es nicht die frühzeitigen Entlassungen durch steigende Fallzahlen auszugleichen, führt die Verkürzungen der Verweildauer zu leeren Betten. Krankenhäuser, die ein Schrumpfen ihres Unternehmens verhindern wollen, bemühen sich daher um Fallzahlvermehrungen und um Leistungsausweitungen im teilstationären und ambulanten Bereich. In Abhängigkeit von Größe, Fachgebieten, regionalem Umfeld und organisatorischer Aufstellung finden Krankenhäuser unterschiedliche Lösun-

gen. Die Bereitschaft der Krankenhäuser, unternehmerische Entscheidungen in Richtung integrierte Versorgung zu treffen, hängt von ihrer Marktsituation und damit vom bestehenden Handlungsdruck, aber auch von verfügbaren Ressourcen ab.

Marktabhängige Strategien

Große Krankenhäuser Große Krankenhäuser in Ballungszentren, aber auch Krankenhäuser in strukturschwachen Regionen, denen die Umstellung ihres Betriebes auf die DRGs gelungen ist, warten bisher mit strategischen Entscheidungen zum Aufbau einer umfassenden integrierten Versorgung noch ab. In dieser frühen Phase der Entwicklung neuer Versorgungsformen sehen sie sich noch nicht zu Investitionen gezwungen, um ihr Überleben am Gesundheitsmarkt zu sichern. Ihnen ist allerdings gerade durch die DRG-Umstellung bereits klar, was umfassende Verträge zur integrierten Versorgung bedeuten. Sie wissen, dass ein Krankenhaus dafür innerhalb der eigenen Organisation oder mit Kooperationspartnern die Voraussetzungen schaffen muss, Versorgungsprozesse fach- und sektorübergreifend zu beschreiben, sie zu implementieren, sie mit kalkulatorischen Kosten zu bewerten und entsprechend zu managen. Dabei stellen sich noch so viele inhaltliche, organisatorische und technische Fragen, dass man deren Lösung, insbesondere die dafür notwendigen Investitionen, anderen Akteuren überlässt.

Großen Krankenhäusern in Ballungsgebieten, aber insbesondere in strukturschwachen Gebieten reicht es meist, sich die Option einer Öffnung für hoch spezialisierte Leistungen zu erarbeiten, Verträge an der Schnittstelle zum Rehabilitationsbereich zu schließen und den Aufbau von Facharztzentren für hochspezialisierte Leistungen und ambulante Operationen aktiv zu betreiben. **Kleine und mittlere Krankenhäuser** Kleine und mittlere Krankenhäuser, vor allem im Randgebiet von Ballungszentren oder in Ballungszentren selbst, standen und stehen unter einem erheblich stärkeren Handlungsdruck als große Häuser. Um weiterhin ihr Überleben zu sichern, müssen sie sich vermehrt um ausreichende Patientenzahlen bemühen und brauchen dafür attraktive Versorgungsangebote, mit denen sie sich wirksam von größeren Häusern absetzen können. Sie sind daher tendenziell eher bereit, sich auf Neuland zu wagen und über umfassende integrierte Versorgungsangebote nachzudenken.

Gerade an kleinen und mittleren Krankenhäusern, vor allem wenn sie sich in privater Trägerschaft befinden, entstehen zunehmend Facharztzentren mit:

- einer vorrangig chirurgischen Ausrichtung,
- einem breiten fachärztlichen Angebot (Gesundheitszentren) oder
- fach- oder indikationsspezifischer Ausrichtung (Gastroenterologie, Rheumatologie, Geriatrie).

Diesen Krankenhäusern bzw. Krankenhausketten geht es darum, ihre betriebswirtschaftliche Kostenstruktur zu optimieren und ein attraktiver Versorgungsstandort für Patienten zu werden. Langfristig könnten sich diese Kliniken aber auch zu einem Kern bzw. Träger einer integrierten Versorgung entwickeln. Krankenhäuser weiterhin reserviert Das GMG eröffnet 2004 noch einmal größere unternehmerische Spielräume für Vertragsärzte, Krankenhäuser und weitere Leistungserbringer. Neben langfristigen unternehmenspolitischen Überlegungen traten jetzt auch kurzfristige Strategien, um den Abzug von finanziellen Ressourcen durch 140er-Verträge in einer Versorgungsregion zu verhindern. Dafür waren Verträge vom Typ einfacher IV-Leistungskomplexe ausreichend. Mit relativ geringem Aufwand war dies durch Verträge an der Schnittstelle zwischen stationärem und rehabilitativem Bereich möglich. Dies waren allerdings häufig Versorgungskonzepte, die von den Krankenhäusern bereits vor 2004 realisiert wurden. Das GMG führte dazu, dass die seit längerem bestehenden sektorübergreifenden Kooperationen als 140er-Verträge geadelt wurden.