

Schriftenreihe des Bundesverbandes Managed Care

Anlage 3

Weatherly | Seiler | Meyer-Lutterloh
Schmid | Lägel | Amelung

BMC
BUNDESVERBAND
MANAGED CARE e.V.

Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren

Innovative Modelle der Praxis

 Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Dr. phil. John N. Weatherly
Geschäftsführer der NEWSTAND gGmbH
Management Akademie
Genter Straße 63
13353 Berlin
und
Ltd. Geschäftsführer des Vita e.V.
Genter Straße 63
13353 Berlin

Rainer Seifer
Abteilung Gesundheitsmanagement
Berlin-Chemie AG/Menarini
Glienicke Weg 125
12489 Berlin

Dr. med. Klaus Meyer-Lutterloh
Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes
Managed Care e.V. (BMC)
Friedrichstr. 136
10117 Berlin

Dr. med. Elmar Schmid
Facharzt für Allgemeinmedizin
Vorsitzender des Vereins für integrative
Patientenversorgung (ViP e. V.)
Management des Patient-Partner Verbundes
Leonrodstr. 20
80634 München

Ralph Läger
Manager Gesundheitswesen
Janssen-Cilag
Raiffeisenstraße 8
41470 Neuss

Univ.-Prof. Dr. oec. Volker E. Amelung
Geschäftsführer des Bundesverbandes Managed Care e.V.
(BMC)
Friedrichstr. 136
10117 Berlin
und
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1 OE 5410
30625 Hannover

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft OHG
Zimmerstr. 11
D - 10969 Berlin
www.mwv-berlin.de

ISBN 10: 3-939069-20-5

ISBN 13: 978-3-939069-20-1

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2007

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

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

Die Verfasser haben große Mühe darauf verwandt, die fachlichen Inhalte auf den Stand der Wissenschaft bei Drucklegung zu bringen. Dennoch sind Irrtümer oder Druckfehler nie auszuschließen. Die Beurteilung der Fallstudien erfolgte nach bestem Wissen und stellt die subjektive Einschätzung der Autoren dar. Der Verlag kann für die Bewertungen der Fallstudien keine Gewähr übernehmen. Im Zweifelsfalle wird der Leser gebeten, eine eigene Beurteilung der dargestellten Modelle vorzunehmen.

Lektorat und Projektmanagement: Monika Laut, Berlin
Grafiken: eScriptum – Publishing Services, Berlin
Layout & Satz: eScriptum – Publishing Services, Berlin
Druck: druckhaus köthen GmbH, Köthen

Printed in Germany

10 „Psychiatrisch-Psychotherapeutisches Netzwerk“ – ein Projekt der TK MVP

RALPH LÄGEL | VOLKER MÖWS

10.1 Ausgangssituation und Ziele

Bereits seit einigen Jahren hat die Techniker Krankenkasse die Optimierung der Versorgung ihrer Versicherten auch im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich auf ihrer Agenda. Sowohl in der Indikation Schizophrenie als auch in der Indikation Depression ist die lange Verweildauer in den stationären Einrichtungen auffällig, die dem eigentlichen Bestreben, den erkrankten Versicherten schnell wieder sozial zu reintegrieren, zuwider läuft. Erschwert wird die Situation durch häufige Rehospitalisierungen, die dem Erkrankungsverlauf keinesfalls förderlich sind.

So entstand das Ziel, eine Versorgungsform zu finden, die den Betroffenen schnell in sein gewohntes Umfeld zurückführen und eine wohnortnahe Versorgung sicherstellen soll. Dabei wurde ein neuer Ansatz gesucht, bei dem die Behandlungsoptimierung *und* der ressourcenoptimierte Mitteleinsatz Hand in Hand gehen.

Ein weiteres Ziel ist, den Verwaltungsaufwand deutlich zu senken. Auf diese Weise sollen für alle Vertragspartner ebenfalls Ressourcen geschont werden, indem das Leistungsmanagement für die Verweildauerbefristung seitens der Kasse zurückgefahren werden kann und gleichzeitig die Zuarbeiten der Ärzte für die notwendigen MDK-Gutachten entfallen können.

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

Letzteres sollte eine hohe Übertragbarkeit des Modells sichern.

Dies erscheint auf den ersten Blick ungewöhnlich und wird vom Leser sicher eher skeptisch betrachtet. Aber durch eine geschickte Vertrags- und Honorargestaltung wurden



gewissermaßen die Selbstoptimierungsbestrebungen des Systems angestoßen.

10.2 Entwicklungsgeschichte

Grundsätzlich begann die TK schon im Jahr 2000, als mit dem Projekt „Rationale Verweildauerbefristung“ erste Steuerungsschritte hinsichtlich der Liegezeiten über die Reha-berater der TK vorgenommen wurden, sich der Problematik zu nähern. Aufgreifkriterien bei diesem krankheitsspezifischen Fallmanagement in der Psychiatrie sind insbesondere überlange Liegezeiten, häufige Krankenhauseinweisungen sowie Fallkosten, die bestimmte kritische Werte übersteigen. Dabei richten sich die Interventionen in der Psychiatrie hauptsächlich auf behandlungsorientierte, soziotherapeutische und arbeitsrehabilitative Maßnahmen.

- **Behandlungsorientierte Maßnahmen:**
Kommunikation mit den Patienten, den Angehörigen und dem medizinischen Behandlungsteam; Monitoring und Evaluation des Versorgungsprozesses und ggf. Maßnahmen zur Verbesserung der Medikamenten-Compliance (Patientenschulung).
- **Soziotherapeutische Maßnahmen:**
Analyse der sozialen Situation des Patienten, Koordinierung der Inanspruchnahme von Behandlungsmaßnahmen, Kooperation mit komplementären Diensten u. a. für strukturierte Trainingsmaßnahmen (z. B. Tagesstätten).
- **Arbeitsrehabilitative Maßnahmen:**
Analyse der beruflichen Situation des Patienten, Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung u. a. durch Vermittlung in geschützte Arbeitsverhältnisse und Kooperation mit Integrationsdiensten.

Beim Patienten soll insbesondere eine ausgeprägte Medikamenten-Compliance gefördert werden.

Darüber hinaus wird eine enge Einbindung in das berufliche und soziale Umfeld angestrebt. Erste Untersuchungen von Burns 1999 zur Fragestellung „Versorgungsmanagement von Patienten mit einer schweren Psychose“ (n = 708) belegen, dass Case Management in den USA erfolgreich zur Versorgung von Patienten mit einer schweren Psychose eingesetzt wird und dort zu einem deutlichen Rückgang der stationären Aufnahmen geführt hat. Nicht die Zahl der Patienten je Case Manager (10–15 oder 30–35) war für die Anzahl und Dauer stationärer Behandlungen relevant, sondern der Sachverhalt, dass die Versorgung gut koordiniert und den tatsächlichen Erfordernissen angepasst ist.

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

10.3 Das Modell näher betrachtet

Die Konzeption der Versorgung

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

Durch ein Stufenkonzept in der Psychiatrie aus stationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlung (Institutsambulanz), an

das sich auch eine Rehabilitationsphase anschließt, wird die gesamte Behandlungskette abgedeckt und optimal für den Patienten ausgenutzt.

Für die Ärzte besteht in diesem Modell Therapiefreiheit. Vertraglich hat man sich nur darüber verständigt, wie die Säulen einer optimalen Behandlung aussehen. Die Gewichtung der einzelnen Anteile liegt in der Hand des Arztes. So wurden die folgenden Eckpunkte festgeschrieben und damit ein Behandlungsrahmen abgesteckt:

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

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

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

Beteiligte Partner

Am Projekt sind folgende Partner beteiligt:

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

Genaugenommen handelt es sich um zwei Verträge: einerseits ein Vertrag zwischen der TK, der Schweriner Klinik und der Rehaklinik, andererseits ein Vertrag zwischen der TK, der Rostocker Klinik und der Rehaklinik. Die Laufzeit ist prinzipiell unbegrenzt, entsprechende Kündigungsfristen würden aber einen Ausstieg ermöglichen. Die Vertragsfindung mit den Krankenhäusern gestaltete sich unkompliziert.

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

Die allgemeine Information zu den Verträgen an die Patienten und Versicherten erfolgen u. a. über Flyer, das Internet (www.tk-online.de) sowie eine Hotline (01801-854585 ab 3 Cent/Minute abhängig vom Anbieter). Die spezifische Information über den Vertrag findet entweder vor Ort im Krankenhaus oder über die Rehaberater der TK statt.

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

- Der in der Institutsambulanz oder im Krankenhaus akut eintreffende Patient wird durch die Ärzte vor Ort mit den Vorteilen, die das Modell ihm bietet, vertraut gemacht und schreibt sich ein.
- Der Versicherte, für den z. B. ein Krankenhaus- oder Rehaaufenthalt ansteht, wird durch die Reha-Berater der TK mit den Vorteilen, die das Modell ihm bietet, vertraut gemacht und schreibt sich dann beim Leistungserbringer ein.

Management und Vergütung

Die Vergütung wird mittels einer indikations-spezifischen Fallpauschale über einen festgelegten Zeitraum geregelt. Diese Vergütung erfolgt unabhängig vom Behandlungsort [stationär/teilstationär/ambulant (Institutsambulanz)].

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

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

Für das Controlling erfolgt eine Erhebung von Parametern wie:

- Anzahl der behandelten Patienten,
- Art und Umfang der Aufenthalte (stationär/teilstationär/ambulant [Institutsambulanz]),
- Anzahl der Patientenkontakte innerhalb der verschiedenen Strukturen,
- Vorher-Nachher-Vergleiche der Kennzahlen, Medikationszahlen, sowie
- Prüfung und Bewertung von Verlaufsdokumentationen einzelner Fälle.

Soweit uns bekannt ist, handelt es sich hier um den bundesweit einzigen Vertrag mit Fallpauschalen in der Indikation Schizophrenie.

10.4 Erste Ergebnisse

Die Evaluation einzelner Fälle durch den MDK hat bereits zeigen können, dass sich „Patientenkarrieren“ positiver entwickeln als der Standard. Weiterhin haben sich die Versorgungsschwerpunkte mehr in den teilstationären und ambulanten Sektor verlagert. Versicherte, die an dem Integrationsprojekt Psychiatrie teilnehmen, haben eine deutlich kürzere Verweildauer im stationären Bereich.

Zudem kann man davon ausgehen, dass sich die Lebensqualität der Betroffenen allein schon durch die Tatsache verbessert, dass ihre Versorgung jetzt weit stärker im teilstationären und ambulanten und nicht – wie vorher – im stationären Bereich erfolgt.

Eine weitere Erkenntnis hat das Projekt gebracht: Die höchsten Hürden stehen im Krankenhaus selbst. Die Zahl der Schnittstellen, die allein innerhalb einer normalen Klinikstruktur zu überwinden sind, ist enorm. Zudem ist der Switch von der „Standardversorgung“ zur integrierten Versorgung gerade in diesen Strukturen ein echter Umsteuerungsprozess.

Diesbezüglich sind Optimierungsschritte bereits unternommen worden.

LEARNINGS:

- *So gibt es jetzt bei jedem Leistungserbringer einen Integrationsverantwortlichen, der an der Institutsambulanz fest verankert ist und die Patientensteuerung in den Krankenhausstrukturen übernimmt. Die geplanten Fallzahlen werden so zum Ende des Jahres 2006 erreicht.*
- *Auch wird bei der Vertragsgestaltung für künftige Projekte gleicher Lesart der Integrationsverantwortliche von Anfang an implementiert.*

10.5 Nächste Schritte

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

Ein wichtiger Punkt ist die Absicherung der Weiterbehandlung des Patienten, wenn er das unmittelbare Stufenschema verlässt. Solange er dabei in der Betreuung der Institutsambulanz verbleibt, ist dies ohnehin gegeben. Geht er aber in die Praxis des niedergelassenen Fach- oder Hausarztes zurück, entsteht hier eine entscheidende Schnittstelle. Gegenwärtig wird über die Weiterbehandlungsimp-

fehlung, den Arztbrief und die Rehaberater schon viel für die Behandlungsabsicherung getan. Zukünftig sollen aber auch die niedergelassenen Ärzte einbezogen werden. Am Universitätsklinikum Rostock wird dieser Schritt voraussichtlich im Herbst 2006 vollzogen.

Die positiven Zahlen empfehlen den Ansatz für einen Roll-out sowohl in anderen Regionen Deutschlands als auch für andere Indikationen in der Psychiatrie.

Abschließend sei noch einmal hervorgehoben, dass Verträge wie dieser die mögliche Grundlage für neue Finanzierungsformen in der Psychiatrie darstellen. DRGs in der Psychiatrie oder regionale Budgets wären die nächste Stufe.

Weitere Informationen:

Volker Möws
Techniker Krankenkasse
Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Straße 142
19053 Schwerin



Neue Versorgungsformen – von den Pionieren lernen und individuelle Modelle gestalten

Mit mehr als 3000 Verträgen ist die integrierte Versorgung bereits ein fester Bestandteil der Versorgungslandschaft geworden. Neben einer Vielzahl von indikationsbezogenen Verträgen wurden erste populationsbezogene Modelle entwickelt, die teilweise sogar über Kopfpauschalen vergütet werden sollen. Unterschiedlichste Akteure haben den ungewohnten Gestaltungsspielraum genutzt und innovative Modelle entwickelt. Auch die Möglichkeit, medizinische Versorgungszentren zu gründen war ein wesentlicher Impulsgeber für Veränderungen in der ambulanten Versorgung. Beide Versorgungsformen können einen nachhaltigen Beitrag zu mehr Qualitätswettbewerb und effizienteren Versorgungsstrukturen im deutschen Gesundheitssystem leisten. Nach nunmehr über zwei Jahren lässt sich auch schon absehen, welche Modelle nicht nur in der Theorie überzeugen, sondern auch erfolgreich umgesetzt werden konnten.

Der BMC hat aus der Vielzahl von Projekten 25 ausgewählt und stellt diese in systematischer Form vor. Diese werden jeweils in die BMC-Matrix eingeordnet. Die Dimensionen Gesundheitspolitik, Patient, Leistungserbringer und Leistungsfinanzierung werden getrennt analysiert, da die Beurteilung sehr unterschiedlich ausfallen kann.

- **Nachahmenswert:** Einordnung der Modellprojekte nach Kriterien wie Übertragbarkeit, Nachhaltigkeit, Managementkapazitäten, Nutzen für Patienten, Kassen und Betreiber etc.
- **Mehrdimensional:** Analyse der Modelle hinsichtlich der Bedeutung für Gesundheitssystem, Medizinische Versorgung, Patienten, Vertragspartner
- **Impulsgebend:** differenzierte Auseinandersetzung mit gegenwärtigen und zukünftigen Möglichkeiten und Modellen der integrierten Versorgung



ISBN 3-939069-20-5

www.mvw-berlin.de