

Integrierte Versorgung

Fragen und Antworten zum interdisziplinären Miteinander

Die effiziente Verzahnung einzelner Versorgungssektoren ist aus der momentanen gesundheitspolitischen Diskussion nicht mehr wegzudenken. Fort vom Rednerpult, hin zur Anwendung dachten sich die Autoren und offenbaren notwendige Schritte und nützliche Hilfestellungen für einen Antrag zur integrierten Versorgung.

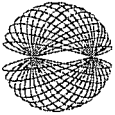
Laut Auskunft der Krankenkassen hat das am 1. Januar 2004 in Kraft getretene GMG eine wahre Goldgräberstimmung bei den „Leistungserbringern“ ausgelöst. Die Rede ist von 700 Mio. EUR, die angeblich auf der Straße liegen und die man nur aufheben müsse. Und das wird anscheinend derzeit von vielen versucht. Seit Anfang des Jahres werden die Landesverbände der Krankenkassen mit Hunderten von Anträgen auf Förderung eines integrierten Versorgungsmodells überschwemmt, häufig – so die Kassen – seien es nur kurze, empirisch kaum untermauerte Absichtserklärungen beziehungsweise Finsparversprechungen; oder aber Anträge, in denen längst praktizierte Versorgungsformen mit dem Etikett „Integrierte Versorgung“ attraktiver gemacht und finanziert werden sollen. Definitiv unterschriebene Verträge zur „Integrierten Versorgung“ (IV) gibt es zu psychiatrischen Indikationen hingegen bislang höchstens eine Handvoll. Auf Seiten der Leistungserbringer wie auch der Kassen besteht offensichtlich noch eine große Unsicherheit bezüglich vieler praktischer und rechtlicher Fragen, was den Abschluss von Verträgen zu verzögern scheint. Alle Fragen können auch an dieser Stelle nicht abschließend beantwortet werden, dafür ist das Gesetz mit viel zu heißer Nadel und weitgehend ohne praxistaugliche Anwendungsbestimmungen gestrickt worden (Einleitung zum GMG siehe auch Publikation Fritze 2003). Wir möchten aber dennoch versuchen nach unserem derzeitigen

Kenntnisstand darzustellen, für wen in der Psychiatrie die IV interessant sein könnte und welche Fragen geklärt sein sollten, bevor ein Antrag auf IV gestellt wird. Wir stützen uns dabei auf Erfahrungen, die wir bei der Erarbeitung eigener Anträge auf IV und den dazu gehörenden Verhandlungen mit den Krankenkassen gemacht haben, aber auch auf Diskussionen mit anderen Klinikern und Nervenärzten, die gerade aktiv einen Antrag vorbereiten. Der Einfachheit halber veranschaulichen wir nur an ausgewählten psychiatrischen Indikationen (Schizophrenie und Depression), was im Einzelnen bei der Vorbereitung, Antragstellung und Implementierung eines Projekts zur IV unternommen werden sollte. Die meisten Ausführungen gelten aber im Wesentlichen auch für alle anderen psychiatrischen Indikationen.

Was ist eigentlich „Integrierte Versorgung“?

Die so genannte integrierte Versorgung wurde bereits mit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 eingeführt. Erklärtes Ziel dieses neuen Gesetzes war es, die Abschottung zwischen den Versorgungssektoren (ambulant, stationär, Rehabilitation) zu überwinden. Die Verbesserung der sektorübergreifenden Kooperation erschien besonders bei den Patienten wünschenswert, die im Krankheitsverlauf Leistungen aus allen drei Sekto-

Fortsetzung Seite 31



ren benötigen, wie das bei chronischem Krankheitsverlauf oder Rezidiven der Fall ist. Damit sind viele psychische Krankheiten für die IV grundsätzlich prädestiniert.

Politisches Hauptziel des Gesetzes war und ist es, mit IV die Wirtschaftlichkeit zu erhöhen, das heißt die Ausgaben der Krankenkassen zu senken oder zumindest künftige Ausgabensteigerungen zu mindern. Darüber hinaus erhofft man sich von der besseren Kooperation zwischen den Versorgungsektoren auch eine Verbesserung der Behandlungsqualität.

Bis vor kurzem wurde von dieser, bereits vor vier Jahren geschaffenen gesetzlichen Möglichkeit kaum Gebrauch gemacht. Die Gründe hierfür könnten die Komplexität der gesetzlichen Vorgaben, aber auch der Versuch der Krankenhäuser sein, ihre ambulanten Behandlungsmöglichkeiten zu erweitern, was häufig mit den Interessen der nur ambulant tätigen Berufsgruppen kollidiert. Daneben bestehen einerseits häufig grundlegende Bedenken aller potenziellen Vertragspartner, ökonomische Verantwortung an IV-Netze abzugeben, zumal solche Netze im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 SGB V oder von Strukturverträgen nach § 73a SGB V bisher selten ökonomisch erfolgreich waren. Andererseits wird oft gezögert, selbst eine größere ökonomische Verantwortung zu übernehmen. Dabei ist das Risiko zumindest auf Seiten der niedergelassenen Ärzte gering, da die Teilnahme an der IV die weitere vertragsärztliche Tätigkeit nicht ausschließt.

Mit dem GMG hat die Politik einen neuen Anlauf genommen, das Konzept der IV zu beleben. Das Verfahren wurde deutlich vereinfacht, insbesondere wird die Initiative jetzt allein der einzelnen Krankenkasse übertragen. Die bisherige Zulassung oder Ermächtigung zur vertragsärztlichen Versorgung wird nicht mehr vorausgesetzt und Rahmenvereinbarungen auf Bundesebene fallen ebenso weg wie Einspruchsrechte der KV. Gemäß § 140a SGB V neuen Rechts „können die Krankenkassen Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung mit den

in § 140b Abs. 1 genannten Vertragspartnern abschließen. Soweit die Versorgung der Versicherten nach diesen Verträgen durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt“. Unter den Vertragspartnern nach § 140b sind die KVen zwar nicht mehr explizit genannt, aber implizit enthalten. Gemäß amtlicher Begründung ist politisch aber gewollt, die Versorgung auf einzelvertraglicher Grundlage und nicht im Rahmen eines kollektivvertraglich vereinbarten Normensystems durchzuführen. Ausdrücklich werden in § 140b ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen genannt. Mitwirken können auch Apotheken einschließlich Versandapotheken.

Gemäß § 140b Abs. 4 „gilt der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 Abs. 1 für Verträge, die bis zum 31. Dezember 2006 abgeschlossen werden, nicht“. Gemäß § 140d neu „hat jede Krankenkasse zur Förderung der IV in den Jahren 2004 bis 2006 jeweils Mittel bis zu eins vom Hundert von der nach § 85 Abs. 2 an die KV zu entrichtenden Gesamtvergütung sowie von den Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung einzubehalten“. Dieser Betrag – zirka 700 Mio. EUR jährlich – wird etwa zu einem Drittel aus der ärztlichen Gesamtvergütung und zu zwei Dritteln aus den Krankenhausbudgets entrichtet. Wenn der Leistungserbringer, zum Beispiel ein Vertragsarzt oder Krankenhaus, an einer Form der IV mitwirkt, kann er seine 1%ige Einbuße ausgleichen und darüber hinausgehende Erlöse erzielen. Übersteigt der Ressourcenverbrauch durch IV dieses eine Prozent, so sind die Gesamtvergütungen für die vertragsärztliche Versorgung morbiditätsadjustiert zu bereinigen, das heißt diese Gesamtvergütungen verringern sich weiter. Nicht an der IV mitwirkende Vertragsärzte werden also mit Honorareinbußen belegt. Wenn andererseits die einbehaltenen Mittel nicht vollständig von den Modellprojekten zur IV verbraucht werden, müssen sie anteilig an die KVen beziehungsweise die Krankenhäuser zurückerstattet werden.

Die Teilnahme der Versicherten ist freiwillig, aber für ein Jahr bindend. Die datenschutzrechtlichen Voraussetzun-

Informationsservice



Bei Fragen zur IV wenden Sie sich an die Autoren (w.kissling@lrz.tum.de) oder direkt an das Centrum für Disease Management der Psychiatrischen Klinik der Technischen Universität München. Potenzielle Antragsteller werden dort beraten und erhalten praktische Hilfestellung bei der Vorbereitung ihres Antrags. Hilfreiche Informationen gibt es auch bei den zuständigen Koordinatoren der DGPPN sowie beim BVDN, der zum Thema IV derzeit regionale Fortbildungsveranstaltungen organisiert.

gen bleiben bestehen. Für Versicherte, die an einer IV nach § 140a teilnehmen, kann „die Krankenkasse gemäß § 65a SGB V in ihrer Satzung für die Dauer der Teilnahme Zuzahlungen (§ 60 SGB V), die nach diesem Gesetz zu leisten sind, ermäßigen“.

Das wesentliche Interesse der Krankenkassen an der IV liegt primär sicher darin, ihre Ausgaben zu senken. In zweiter Linie ist ihnen aber auch daran gelegen, die Ergebnisqualität zugunsten ihrer Versicherten zu verbessern. Da der stationäre Sektor mit rund 35% der Leistungsausgaben der Krankenkassen den größten Kostenblock darstellt, liegt in diesem Versorgungsbereich das größte Einsparpotenzial. Das bedeutet, die Krankenkassen erhoffen sich von Projekten der IV in erster Linie Krankenhausaufenthalte zu vermeiden und zu verkürzen. Wenn darüber hinaus auch die Ausgaben für Arzneimittel (rund 16% der Leistungsausgaben) und für die ärztliche Behandlung (rund 17%) gesenkt werden könnten, wäre dies ebenfalls willkommen. Die Behandlungsqualität sollte dabei mindestens erhalten, möglichst sogar verbessert werden. Da das Hauptziel der Reform aber die Kostensenkung ist, werden am Ende zumindest einige Leistungserbringer weniger Geld bekommen als vor dem 1. Januar 2004 und so auf den ersten Blick zu den Verlierern der Reform gehören. Das werden vermutlich in erster Linie die Krankenhäuser sein, bei denen hauptsächlich eingespart werden soll. Dass sich Krankenhäuser trotzdem an der IV beteiligen, geschieht aus der Überlegung

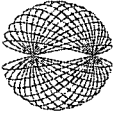


Tabelle 1
Voraussetzungen zur IV

Zwingend

- Die Teilnehmer kommen aus mindestens zwei verschiedenen Leistungssektoren oder Fachgebieten.
- Alle Teilnehmer haben den Wunsch und die Fähigkeit zur sektorübergreifenden, fairen und kollegialen Zusammenarbeit.
- Eine ausreichende Zahl von Patienten der gewählten Indikation lassen sich zur Teilnahme an der IV motivieren.

Wünschenswert

- Antragsteller haben die inhaltliche und organisatorische Kompetenz für eine sektorübergreifende Behandlung, die zu besseren Behandlungsergebnissen beziehungsweise zu niedrigeren Kosten führen soll.
- Niedergelassene Nervenärzte werden als Vertrags- oder Kooperationspartner einbezogen.
- Die im Antrag in Aussicht gestellten Qualitätsverbesserungen und/oder Kostensenkungen können durch eigene Voruntersuchungen oder Literatur belegt werden.
- Die spätere Übernahme des Versorgungsmodells in die Regelversorgung ist möglich.
- Kosten werden realistisch und transparent kalkuliert.
- Es besteht Einverständnis über Art und Ausmaß der Dokumentation, der Erfolgsbeurteilung und der Qualitätssicherung.

heraus, dass weitere Einsparungen sowieso unvermeidlich sind und man bei einer Teilnahme an der IV zumindest die Bedingungen mitgestalten und sich eventuell im ambulanten Sektor neu positionieren kann.

Vor genanntem Hintergrund wird verständlich, dass viele „Leistungserbringer“ dem neuen GMG ambivalent gegenüber stehen. Angesichts leidvoller Erfahrungen mit früheren „Reformprojekten“ befürchten viele, dass am Ende von all den hehren Zielen wieder nur Budgetkürzungen, Qualitätsminderungen und noch mehr bürokratischer Aufwand übrig bleiben und zögern deshalb, sich an Projekten zur IV zu beteiligen. Andere sind zwar ebenfalls skeptisch, wie das Ganze enden wird, sehen aber voraus, dass erfolgreiche Modelle der IV nach Abschluss der Erprobungsphase 2007 in die Regelversorgung übernommen werden, und wollen deshalb – nicht zuletzt aus berufspolitischen Überlegungen heraus – an der konkreten Ausgestaltung mitwirken. Wieder andere schließlich versuchen, durch einen Antrag wenigstens die ihnen vorher abgezogenen Honoraranteile zurück zu bekommen.

Trotz aller Bedenken ist zu erwarten

und nach ersten Informationen der Krankenkassen bereits festzustellen, dass auch psychiatrische Leistungserbringer Anträge auf IV stellen werden. Um ihnen die Entscheidung und das Prozedere zu erleichtern, soll im Folgenden dargestellt werden, für welche psychiatrischen Indikationen und Leistungserbringer die Teilnahme an IV sinnvoll sein könnte, welche Voraussetzungen erfüllt sein sollten und wie die praktische Umsetzung der IV bei psychiatrischen Krankheitsbildern aussehen könnte. Da die Erfahrungen mit IV in diesem Fachgebiet noch sehr spärlich sind, kann es sich nur um einen vorläufigen, sicher lückenhaften Zwischenbericht handeln, der hoffentlich bald durch fundiertere Berichte aus den ersten dann angelaufenen psychiatrischen Modellprojekten ergänzt werden wird.

Für wen ist die integrierte Versorgung von Interesse?

Wenn wir mit den Patienten beginnen (denn die sollten ja von diesem neuen Versorgungsmodell in erster Linie profitieren!), dann kommt IV grundsätzlich für alle Patientengruppen in Frage, bei denen im Krankheitsverlauf Leistungen aus verschiedenen Behandlungssektoren

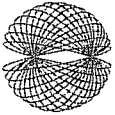


Tabelle 2

Checkliste für die Antragstellung

- Sind die Voraussetzungen für IV erfüllt (vgl. Tab. 1)?
- Welche Leistungserbringer aus welchen Leistungssektoren oder Fächern sollen teilnehmen?
- Welche Indikationen sind Bestandteil der IV (oder alle Versicherten einer Krankenkasse/eines Sektors)?
- Welche Fallzahlen können/sollen in welcher Zeit rekrutiert werden?
- Was sind Leistungsumfang und Leistungsinhalte?
- Welche Ziele (Qualitätsverbesserung und/oder Kostensenkung?) hat die IV?
- Durch welche Maßnahmen sollen diese Ziele erreicht werden (vgl. Tab. 4)?
- Wie wird das Erreichen des Ziels gemessen?
- Wie sind Laufzeit, Zwischenbilanz, Abbruch- und Verlängerungsoptionen?
- Welcher Teilnehmer erbringt welche Leistung zu welchem Preis?
- Wer plant, koordiniert, dokumentiert, evaluiert die IV?
- Wer sorgt für Qualitätssicherung, Buchhaltung, Begleitevaluation?
- Wie kann man Patienten zur Teilnahme motivieren und wie profitieren sie von der IV?
- Wann fließen welche Mittel an wen (Anschubfinanzierung, zeitnahe Vergütung von Einzelleistungen/Pauschalen, Endabrechnung, Boni etc.)?
- Wer formuliert, unterschreibt den Antrag (vgl. Tab.3)?
- An welche im Versorgungsgebiet zuständige Kasse(n) soll der Antrag geschickt werden?
- Wer verhandelt mit den Kassen?
- Wer übernimmt die juristische Beratung bei der Vertragsgestaltung?
- Wer unterschreibt den Vertrag, wer ist Vertragspartner, Kooperationspartner, externer Dienstleister?
- Wird die IV praktisch implementiert nach Bewilligung der Finanzierung?

notwendig werden. Wenn die Behandlung in diesen Sektoren und die Zusammenarbeit zwischen den Sektoren noch optimiert werden kann (und das wird meistens der Fall sein), dann kann die IV für sie im Idealfall zu einer besseren oder billigeren Behandlung führen.

Von den Leistungserbringern werden in erster Linie diejenigen einen Antrag stellen, die sich inhaltlich und organisatorisch zutrauen, in ihrem Versorgungsbereich für eine oder mehrere psychiatrische Indikationen eine sektorübergreifende Behandlung zu organisieren, die zu besseren Behandlungsergebnissen und möglichst auch zu niedrigeren Kosten führt. Da nicht nur bestehende Versorgungsformen unter neuem Namen weitergeführt werden sollen, werden auch diejenigen die IV beantragen, die neue, kosteneffektivere Behandlungs- und Kooperationsformen entwickelt und erprobt haben, sie jedoch bisher im Rahmen der Regelversorgung nicht implementieren konnten, weil die sektorisierten Budgets keine ausreichende Kostenerstattung zuließen. IV ist für Leistungserbringer aus allen Versorgungssektoren interessant, die zu einer kollegialen und fairen Kooperation mit Kollegen aus anderen Sektoren bereit sind. Potenzielle Antragsteller sollten natürlich vorher prüfen, ob sie eine ausreichende Zahl von Patienten der jeweiligen Indikation und der jeweiligen Krankenkasse haben und ob sie diese zur Teilnahme an der IV motivieren können. Bei kleinen Praxen oder Krankenkassen und seltenen Indikationen läuft man sonst Gefahr, dass der organisatorische Aufwand für die wenigen Patienten in keinem Verhältnis zu den Einnahmen steht, die durch die IV zusätzlich erzielt werden können.

Die Krankenkassen schließlich haben die größten Chancen, von dem neuen Gesetz zu profitieren. Ohne zusätzliches Geld ausgeben zu müssen (denn das investierte Geld wird den Leistungserbringern ja zuvor abgezogen), bekommen sie neue Versorgungskonzepte, von denen zumindest einige bereits in der Erprobungsphase die Behandlungsqualität verbesserten und Kosten senkten. Die Kassen können diese Versorgungsmodelle, falls erfolgreich, in ihre Regelversorgung übernehmen.

Die IV wird also für die Krankenkassen, für manche Patientengruppen und für die erfolgreichen Antragsteller Vorteile bringen. Für diese Gruppen kommt es zu einer echten „Win-Win-Situation“. Zu den Verlierern könnten die Leistungserbringer gehören, deren Anträge nicht bewilligt werden, denen aber trotzdem 1 % ihres Budgets abgezogen wird. Auch müssten sie nach Abschluss der Erprobungsphase Wettbewerbsnachteile in Kauf nehmen, wenn die IV zur Regelversorgung werden sollte. Hauptverlierer könnten Krankenhäuser sein, die sich nicht an der IV beteiligen, weil der Löwenanteil der durch IV erzielten Einsparungen durch vermiedene oder verkürzte Krankenhausaufenthalte generiert werden wird. Dies wird zu weiteren Kürzungen in den Krankenhausbudgets führen und Krankenhäuser, denen es bis dahin nicht gelungen ist, ihr ambulantes Leistungsspektrum auszuweiten, werden mit Mitteleinbußen rechnen müssen.

Welche Voraussetzungen sollten erfüllt sein?

Um das eigentliche Ziel einer „besseren Kooperation zwischen den Versorgungs-

Tabelle 3

Gliederungsvorschlag für einen Antrag auf IV

1. Titel
2. Antragsteller, Kooperationspartner
3. Zusammenfassung
4. Relevanz und Eignung des Versorgungsbereiches
5. Vorhandene Strukturen und Kompetenzen
6. Darstellung des beantragten Projekts:
 - Hintergrund und Zielsetzung
 - Zielgruppe, Indikationen, Fallzahlen, Einschlusskriterien, Laufzeit
 - Maßnahmen, Behandlungspfade, Leistungsumfang
 - Erfolgsindikatoren, Evaluation
 - Qualitätssicherung
7. Kosten und Nutzen des Versorgungsmodells
8. Literatur
9. Anhang: Vorarbeiten, Evaluationsinstrumente etc.

Tabelle 4

Leistungsbeispiele der IV bei Depression und Schizophrenie

Ziel	Leistungsinhalte
Verbesserte Kommunikation zwischen den Sektoren	<ul style="list-style-type: none"> — zeitnahe, standardisierte Kurzinformationen bei Aufnahme und Entlassung — gemeinsame Fallkonferenzen — Konsens über Behandlungsleitlinien — sektorübergreifende Absprache der rezidiv-prophylaktischen Medikation und der Compliance-verbessernden Interventionen
Verbesserte Compliance für die Rezidivprophylaxe	<ul style="list-style-type: none"> — psychoedukative Gruppen für Patienten und Angehörige — Vorstellungstermin beim weiterbehandelnden Nervenarzt kurz vor der Klinikentlassung — Remindersysteme und Compliance-Monitoringsysteme — Medikamententraining — Hausbesuche und Verabreichung von Depotmedikation — Frühwarnzeichentraining, Krisenplan — Differenzialdiagnose der Noncompliance — Selbsthilfemaßnahmen („Peer-to-Peer-Edukation“) — Bonus für Patienten, die an Compliance-Programmen teilnehmen

sektoren“ zu erreichen, müssen die Leistungserbringer der verschiedenen Sektoren natürlich kollegial zusammenarbeiten. „Die Ärzte müssen sich kennen, sie müssen miteinander können und auch miteinander wollen“, erläuterte Dr. Thomas Hohenstatt, Ärzteverbund Oberpfalz Mitte e. V. Selbst wenn Kliniken mit ihren eigenen Institutsambulanzen die formalen Voraussetzungen für die sektorübergreifende Versorgung erfüllen, ist es unverzichtbar, niedergelassene Nervenärzte angesichts ihrer Bedeutung für die ambulante Behandlung psychiatrischer Patienten in die IV mit einzubeziehen (Tab. 1). Als Grundvoraussetzung für einen erfolgreichen Antrag sollten sich die Leistungserbringer verschiedener Sektoren gemeinsam zunächst über Art, Ausmaß und inhaltliche sowie finanzielle Ausgestaltung des beantragten Versorgungsmodells verständigen.

Funktioniert die Kooperation, ist es zweitrangig, wer letztendlich den Antrag formuliert, die Verhandlungen mit den Kassen führt und die Hauptlast der Netzwerkorganisation übernimmt. In der Regel wird ein einzelner Nervenarzt diese Aufgaben nicht allein übernehmen wollen, sondern die interessierten Kollegen einer Region werden sich – wie dies bereits vielerorts geschehen ist – zu Or-

ganisationen oder Vereinen zusammenschließen, die die Interessen ihrer Mitglieder bei Verhandlungen mit den Kassen oder anderen Leistungserbringern vertreten. Federführend kann auch eine lokal teilnehmende Klinik oder Rehabilitationseinrichtung sein, die über entsprechende organisatorische und personelle Ressourcen verfügt.

Wie wird die integrierte Versorgung praktisch umgesetzt?

Soll ein Antrag auf IV gestellt werden, ist zu prüfen, ob alle zwingenden und möglichst viele der wünschenswerten Voraussetzungen erfüllt sind (Tab. 1) oder sich zumindest in absehbarer Zeit erfüllen lassen. Bevor dann tatsächlich mit der IV begonnen werden kann, müssen eine Fülle von Fragen (Teilnehmer, Indikationen, Ziele, Qualitätsverbesserung und/oder Kostenreduktion etc.) geklärt, Vereinbarungen getroffen und Maßnahmen praktisch umgesetzt werden (Tab. 2); ein Prozess, der oftmals bis zu einem Jahr dauert. Die Antwort auf die Fragen hängt von der gewählten Indikation, den Ursachen der Qualitätsdefizite und den Kosten ab. Häufig beinhaltet die IV Leistungen, deren positive Wirkungen auf Ergebnisqualität und Kosten bereits belegt sind,

die aber bisher wegen der sektorisierten Budgets nicht adäquat honoriert werden konnten. Als Beispiele mögen die in Tabelle 4 aufgeführten Interventionen aus einem Antrag für die Indikationen Schizophrenie und Depression dienen. Mit Hilfe dieser Maßnahmen wollen die Antragsteller in erster Linie zwei Probleme lösen, die bei diesen beiden Indikationen hauptverantwortlich für Qualitätsdefizite und hohe Kosten sind: Die unzureichende Kommunikation zwischen den Leistungserbringern verschiedener Behandlungssektoren und die Compliance-Probleme der Patienten bei der rezidivprophylaktischen Behandlung.

Fazit

Obwohl die berufspolitischen Langzeitwirkungen der integrierten Versorgung derzeit noch nicht abzuschätzen sind, werden sich sicher auch Leistungserbringer aus der Psychiatrie an diesen neuen Versorgungsformen beteiligen. Unsere – bislang noch sehr lückenhaften – Ausführungen sollten ihnen ihre Entscheidung und eine eventuelle Antragstellung etwas erleichtern. Erst nach Auswertung der ersten Modellprojekte aus unserem Fachgebiet wird man beurteilen können, ob die Integrierte Versorgung tatsächlich für Patienten und Leistungserbringer aus der Psychiatrie einen Fortschritt gebracht hat oder ob es sich dabei wieder nur um einen kurzlebigen und letztlich erfolglosen Reformversuch unseres Gesundheitssystems gehandelt hat.

Dr. med. Werner Kissling, München

Dr. med. Ute Seemann, München

Dr. med. J. Fritze, Pulheim