

**Wer ein Projekt zur Integrierten Versorgung beantragen will, auf den wartet viel Arbeit**

beantragte Versorgungsmodell folgende Voraussetzungen erfüllen: Es soll innovativ, sektorübergreifend und Kosten senkend sein, die Behandlungsqualität verbessern und nach Ablauf der Modellphase in die Regelversorgung übernommen werden können. Als Anschubfinanzierung steht für solche Modellprojekte – für alle medizinischen Fachrichtungen zusammen – die stolze Summe von etwa 700 Mio. EUR pro Jahr zur Verfügung.

Die verlockende Möglichkeit, zusätzliche Finanzmittel außerhalb der eng begrenzten Budgets zu bekommen und damit neue Versorgungsmodelle auf Dauer in der Regelversorgung implementieren zu können, hat viele Kliniker und Niedergelassene dazu motiviert, Anträge auf Anschubfinanzierung bei den Krankenkassen zu stellen. Die Mehrzahl der Anträge wurde abgelehnt, aber immerhin zirka 2.000 wurden bis genehmigt und führten zu Verträgen, die zirka 500 Mio. EUR zusätzlich zu den individuellen Budgets an Niedergelassene und Kliniken zur Verfügung stellen. Mit diesem Geld werden innovative (und auch weniger innovative) Versorgungsmodelle zu den verschiedensten Indikationen (z. B. Hüft- und Kniegelenkerkrankungen) finanziert. Weitere 900 Mio. EUR standen auch noch für weitere Anträge bereit. Dieses Geld wurde jedoch bis dato noch nicht abgerufen, entweder mangels guter Anträge oder weil die Kassen diese nicht bewilligt haben (s. u.).

#### Verpasste Chancen

Von den bisher genehmigten 2.000 Verträgen stammen jedoch nur zirka 30 (!) aus der Psychiatrie. Die Chance, die der § 140 SGB V bietet, haben wir Psychiater demnach bisher so gut wie nicht genutzt. Von den uns anteilmäßig zustehenden zirka 140 Mio. EUR sind gerade einmal zirka 7 Mio. EUR an psychiatrische Projekte geflossen, das heißt 95% (!) des uns zustehenden Geldes wurden von uns nicht abgerufen und drohen zu verfallen oder für andere Indikationen ausgegeben zu werden. Da

FORTSETZUNG SEITE 29 ...

## Integrierte Versorgung in der Psychiatrie Ist der Zug abgefahren?

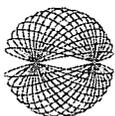
30 Monate nach Inkrafttreten des § 140 SGB V zur „Integrierten Versorgung“ ist es an der Zeit, eine Zwischenbilanz aus psychiatrischer Sicht zu ziehen und sich zu fragen, was sich seitdem in der Versorgungslandschaft verändert hat. Welche Hoffnungen haben sich erfüllt, welche nicht? Wie viele Verträge zu welchen Indikationen wurden inzwischen mit den Krankenkassen geschlossen, welche davon funktionieren, welche nicht und wie soll es mit der sektorübergreifenden Versorgung nach dem bevorstehenden Ende der Modellphase weitergehen?

**E**inige ungeklärte Fragen zu dem wichtigen Gesetz der Integrierten Versorgung (§ 140 SGB V) sollen im Folgenden, auch basierend auf eigenen Erfahrungen mit einem der ersten integrierten Versorgungsmodelle in der Psychiatrie („Münchener Modell“), beantwortet werden.

#### Was ist Integrierte Versorgung?

Bereits kurz nach Erlass des Gesetzes zur integrierten Versorgung (IV) haben wir diese neue Versorgungsform im NEUROTRANSMITTER [Ausgabe 10/2004, S. 28; Kissling et. al, 2004] vorgestellt.

Eine ausführliche Darstellung der gesetzlichen Rahmenbestimmungen, der Voraussetzungen für die Antragstellung und der Chancen und Risiken dieser Versorgungsform findet sich dort. Zusammengefasst besagt das Konzept der Integrierten Versorgung, dass Kliniken und Niedergelassene zusätzlich zu ihren jetzigen Budgets eine Anschubfinanzierung erhalten können, wenn sie in ihrer Versorgungsregion innovative Versorgungsmodelle an der Schnittstelle zwischen verschiedenen Versorgungssektoren implementieren. Um diese Anschubfinanzierung zu erhalten, sollte das



das für IV-Projekte bundesweit zur Verfügung stehende Geld jedoch nicht zusätzlich ins Gesundheitssystem fließt, sondern vorher von den stationären und ambulanten Budgets aller Fachrichtungen gleichermaßen einbehalten wird, bedeuten die obigen Zahlen nichts anderes, als dass mit dem aus psychiatrischen Budgets abgezogenen Geld die IV von beispielsweise Knie- und Hüftgelenkpatienten finanziert wird. Die Versäumnisse der Psychiater in Sachen IV führen also dazu, dass von den ohnehin schon knappen Budgets psychiatrischer Kliniken und niedergelassener Psychiater Finanzmittel für die Versorgung nicht-psychiatrischer Indikationen abgezogen werden.

Dass wir Psychiater diese Möglichkeit nicht besser genutzt haben, ist über den finanziellen Verlust hinaus auch versorgungspolitisch fatal. Denn nach Abschluss der Modellphase (Ende 2006 bzw. Ende 2007, s. u.) werden die Krankenkassen eine Auswertung aller Modellprojekte der verschiedenen Fachrichtungen vornehmen und erfolgreiche Projekte im Rahmen der Regelversorgung weiter finanzieren. Wenn die Psychiatrie zu diesem Zeitpunkt keine erfolgreichen Modellprojekte vorzuweisen hat, werden auch keine neuen psychiatrischen Versorgungsformen im Rahmen der Regelversorgung finanziert werden. Die Versäumnisse werden für unser Fach – über den kurzfristigen finanziellen Verlust hinaus – also langfristige negative Folgen für die Ressourcenverteilung und die Versorgungsqualität psychiatrischer Patienten haben.

### Warum wurden so wenige Anträge gestellt?

Dass von den zur Verfügung stehenden 1,4 Milliarden EUR bis jetzt nur zirka 7 Mio. EUR in psychiatrische Projekte geflossen sind, kann prinzipiell damit zusammenhängen, dass zu wenig (überzeugende) Anträge an die Kassen gestellt wurden oder von den Kassen zu wenige (eigentlich gute) Anträge bewilligt wurden. Aus zahlreichen Gesprächen mit Kassenvertretern und Antragstellern und nach der Lektüre einiger Anträge haben wir den Eindruck gewonnen, dass beide Gründe zutreffen. Offensichtlich haben sich die Krankenkassen anfäng-

lich mit psychiatrischen Anträgen besonders schwer getan, haben deren auch ökonomische Relevanz unterschätzt und deshalb bis zu 90% der Anträge – oft ohne eingehendere Prüfung – abgelehnt. Darüber hinaus wurden aber auch von den psychiatrischen „Leistungserbringern“ (Kliniken, Niedergelassenen) wesentlich weniger Anträge gestellt als ursprünglich gedacht. Viele potenzielle Antragsteller waren offenbar nicht bereit oder nicht in der Lage, die Vorleistungen zu erbringen, die erforderlich sind, um das in § 140 SGB V geforderte innovative Versorgungsmodell sektorübergreifend zu entwickeln, erfolgreich zu implementieren und den Kassen in einem überzeugenden Antrag schmackhaft zu machen. Dies ist nicht überraschend, denn die Vorleistungen sind nicht unerheblich.

Erfahrungen aus eigenen und einigen anderen Projekten zeigen, dass für die Vorbereitung eines fundierten Antrags in der Regel mindestens neun bis zwölf „BAT IIa-Monate“ an Manpower investiert werden müssen. Dieser Aufwand ist erforderlich, um ein neues Versorgungsmodell zwischen den Sektoren abzustimmen, Pilotstudien zur Praktikabilität und Effizienz durchzuführen, neue Interventionsformen und Evaluierungsinstrumente zu entwickeln und zu erproben und einen überzeugenden Antrag im Konsens mit allen Leistungserbringern zu formulieren. Da nach Auskunft der Krankenkassen etwa 90% der Anträge abgelehnt werden, muss man bereit sein, diese Vorinvestitionen abzuschreiben, ohne dass sie sich amortisiert haben. Vor diesem Hintergrund ist es also nicht außergewöhnlich, dass über alle Fächer hinweg nur ein Drittel der eigentlich möglichen Anträge gestellt oder bewilligt wurde. Dass die Psychiatrie aber nicht einmal dieses Drittel geschafft hat und gerade mal 5% (!) der ihr zustehenden Anschubfinanzierung abgerufen hat, ist schwerer zu verstehen.

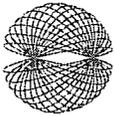
### Warum haben Psychiater ihre Chancen nur so spärlich genutzt?

Dass unser großes und – auch unter Kostengesichtspunkten – so relevantes Fach bei der Verteilung dieser Gelder so gut wie nicht zum Zuge kommt, obwohl die chronisch-rezidivierenden psychia-

trischen Erkrankungen für IV geradezu prädestiniert erscheinen, hat mehrere Gründe. Zum einen haben wir Psychiater die gesundheitspolitische Relevanz dieses Gesetzes viel zu spät erkannt und deshalb zu wenige Anträge gestellt. Und einige waren – zumindest nach Auskunft der Krankenkassen – „alter Wein in neuen Schläuchen“, in denen zum Beispiel das in Institutsambulanzen seit langem praktizierte „integrierte“ Versorgungsmodell unter neuem Etikett den Kassen noch einmal offeriert wurde. Was daran innovativ und sektorübergreifend war und wie damit Kosten weiter gesenkt und die Behandlungsqualität verbessert werden sollten, wurde entweder gar nicht ausgeführt oder ohne empirische Belege einfach behauptet.

Viele haben wohl auch darauf gewartet, dass die Fachgesellschaften einspringen und zumindest für die wichtigsten Indikationen Rahmenkonzepte erarbeiten, die es dem Einzelnen dann erleichtern, seinen Antrag zu formulieren und ein IV-Konzept umzusetzen. Aber solche Rahmenkonzepte sind weder im Vorfeld dieses ja nicht über Nacht erlassenen Gesetzes noch in den mittlerweile vergangenen zweieinhalb Jahren seit seinem Inkrafttreten vorgelegt worden. Entgegen mehrfacher Ankündigungen wurden für die wichtigsten psychiatrischen Indikationen Schizophrenie, Demenz und Sucht bisher überhaupt keine Rahmenkonzepte vorgelegt. Und das einzige bisher angebotene Konzept („Integrierte Versorgung Depression“, DGPPN 2005) ist so umfangreich, dass es im Versorgungsalltag nicht umsetzbar ist oder im Falle seiner Umsetzung zu massiven Kostensteigerungen führen würde.

Aber auch die Krankenkassen scheinen sich mit psychiatrischen Anträgen überdurchschnittlich schwer zu tun. Trotz der großen Kostenrelevanz psychiatrischer Krankheiten fehlt offenbar vielen für die IV zuständigen Sachbearbeitern der Krankenkassen der Weitblick, gute Anträge zu erkennen und so zu verhandeln, dass eine ausreichende Zahl psychiatrischer IV-Konzepte praktisch umgesetzt werden kann. Diese übertriebene Zurückhaltung könnte sich rächen, wenn am Ende der Modellphase (das heißt, eventuell schon in acht Monaten) die anschubfinanzierten Mo-



dellprojekte ausgewertet werden. Dann wird es kaum psychiatrische Projekte für eine Auswertung geben und aus diesem Grund auch keine innovativen psychiatrischen Versorgungsmodelle, die den Kassen helfen, die hohen Kosten der psychiatrischen Versorgung zu reduzieren.

### Gibt es eine zweite Chance?

Vielleicht bekommt die Psychiatrie ja noch eine zweite Chance. Obwohl die Zeit für die Ansubfinanzierung ursprünglich Ende 2006 auslaufen sollte, sprechen Äußerungen der Gesundheitspolitiker dafür, dass die Modellphase um ein bis zwei Jahre verlängert werden könnte. Vermutlich ist es für die Krankenkassen noch nicht zu spät, ihre restriktive Begutachtungspraxis bei psychiatrischen Anträgen zu überdenken. Und wahrscheinlich ist es auch für uns Psychiater noch nicht zu spät, noch rasch eine Ansubfinanzierung für ein innovatives psychiatrisches Versorgungsmodell zu beantragen (Tipps für die Antragstellung siehe NEUROTRANSMITTER 10, 2004).

Da wir inzwischen auf ein Jahr Vertragsverhandlungen und auf 18 Monate Vertragsimplementierung zurückblicken, sollen die seit der letzten Publikation gemachten Erfahrungen nachfolgend dargestellt werden.

### Wer sollte einen IV-Antrag stellen?

Konzeptentwicklung, organisatorische Vorbereitungen und praktische Implementierung eines IV-Modells sind aufwändiger als viele annehmen. Obwohl wir in unserem Zentrum durch jahrelange Vorarbeiten auf dem Gebiet des Disease Management psychiatrischer Krankheiten inhaltlich und organisatorisch bestens auf das Thema vorbereitet waren, haben die Vorbereitungsarbeiten, die Antragsformulierung und die Verhandlungen mit den Krankenkassen rund 18 Monate gedauert und etwa neun „Arztmonate“ an Manpower benötigt. Auch nach Vertragsunterzeichnung mussten nochmals mehrere Monate in die konkrete Organisation des neuen Versorgungsmodells, die Entwicklung der Dokumentation und Evaluation, Abrechnung und anderes investiert werden. Und da die meisten

Krankenkassen nicht zu Vorrauszahlungen bereit sind, dauert es auch nach Einschluss der ersten Patienten nochmals mindestens drei Monate, bis die ersten Zahlungen von den Krankenkassen eintreffen. Wer nicht bereit oder in der Lage ist, Vorinvestitionen in der Größenordnung von mindestens 50.000 EUR zu erbringen (und bei einem Scheitern des Antrags notfalls abzuschreiben), sollte das Thema schnell abhaken. Wenn man diese Vorleistungen aber erbringen kann und will (in der Regel werden das eher Kliniken als Niedergelassene sein), sollte als Nächstes genau geprüft werden, ob die, einzelnen Vorraussetzungen dafür [siehe auch NEUROTRANSMITTER 10, 2004] erfüllt sind.

**Voraussetzungen:** Die Erfahrungen aus den zurückliegenden 30 Monaten seit Inkrafttreten des § 140 SGB zeigen, dass es nur dann Sinn macht, einen IV-Antrag zu stellen, der auch erfolgreich umgesetzt werden kann, wenn die unten genannten Maßgaben erfüllt werden können:

- ▶ Kliniken und Niedergelassene fungieren als gleichberechtigte Vertragspartner.
- ▶ Alle Teilnehmer an der Integrierten Versorgung haben die Fähigkeit zur sektorübergreifenden, kollegialen Zusammenarbeit und sind bereit, ausreichend Zeit in die Patienten-Rekrutierung, Dokumentation und korrekte Durchführung der Interventionen zu investieren.
- ▶ Eine ausreichende Zahl von Patienten der gewählten Indikation kann innerhalb von sechs bis zwölf Monaten zur aktiven Teilnahme an der Integrierte Versorgung motiviert werden.
- ▶ Mit dem geplanten Versorgungsmodell können tatsächlich sowohl die Behandlungsqualität verbessert als auch die Gesamtkosten gesenkt werden (Voruntersuchungen?).
- ▶ Die spätere Übernahme des Versorgungsmodells in die Regelversorgung ist möglich.
- ▶ Die Kosten für alle Beteiligten sind realistisch und transparent kalkuliert worden und die Ansubfinanzierung deckt zumindest diese Kosten.
- ▶ Es besteht Einvernehmen unter allen Beteiligten über Art und Ausmaß der Dokumentation, der Erfolgsbeurteilung und der Qualitätssicherung.

**Fehlerquellen:** Die häufigsten Fehler, die in diesem Zusammenhang bisher gemacht wurden, sind folgende:

- ▶ Indikationen zu wählen, bei denen keine ausreichenden Kostensenkungen und/oder Qualitätsverbesserungen erreicht werden können;
- ▶ Überschätzung der tatsächlich erreichbaren Rekrutierungszahlen;
- ▶ Fehlen von effizienten Management- und Monitoringstrukturen, die ausreichende Rekrutierungszahlen ( $n > 300$ ) und die Qualität der Dokumentation und der Interventionen sicherstellen;
- ▶ zu komplexe und zu aufwändige Versorgungsmodelle.

Versorgungsmodelle zu beantragen, bei denen bereits bestehende Versorgungsangebote (z. B. in Institutsambulanzen) als IV umetikettiert werden, ist nicht sinnvoll: einerseits weil die Krankenkassen nicht bereit sind, für inhaltlich ähnliche Leistungen doppelt zu bezahlen und so mit derartigen Anträgen nur bewährte Versorgungsstrukturen ersetzen würden, ohne zusätzliche Finanzmittel zu bekommen. Andererseits können solche Modelle auch keine Qualitätsverbesserungen oder Kostensenkungen im Vergleich zur jetzigen Regelversorgung erzielen.

Der häufigste Fehler in der Planungseuphorie aber ist die Überschätzung der Rekrutierungszahlen. Wenn dann später deutlich weniger Patienten als geplant in das Programm eingeschlossen werden, kommt es wegen fehlender Fallhonorare rasch zu einer Unterfinanzierung, an der das Projekt scheitern kann. Um das zu vermeiden, sollten so früh wie möglich Proberekrutierungen durchgeführt werden. Einige psychiatrische Projekte, bei denen man darauf vertraute, dass durch angemessene Honorierung quasi automatisch die optimale Rekrutierung sichergestellt wurde, haben nach den ersten sechs Monaten die Erwartungen aufgrund viel zu niedriger Rekrutierungszahlen nicht erfüllen können. Besonders bei indikations- oder kassenspezifischen Verträgen, die nur einen Teil der in einer Praxis versorgten Patienten betreffen, wird im Praxisalltag immer wieder vergessen, diese Patienten für die IV zu motivieren. Im „Münchner Modell“ konnte die Rekrutierung durch ein personell aufwändiges Monitoring in den Praxisräumen und unter Einbezie-

---

## Fazit

Trotz aller Probleme und Risiken überwiegen aus unserer Sicht aber die Vorteile und Chancen, die IV bietet. Durch die Anschubfinanzierung wird es erstmals seit der Psychiatrie-Enquete wieder möglich, neue Versorgungskonzepte in der Regelversorgung zu implementieren und vor allem ausreichend zu finanzieren. Die Psychiatrie sollte diese Chance nutzen und rasch noch möglichst viele Anträge für die IV psychiatrischer Patienten stellen. Angesichts des Zeitdrucks muss dabei nicht in jeder Region das Rad neu erfunden werden, sondern es sollte versucht werden, erfolgreiche psychiatrische IV-Modelle aus bereits laufenden Verträgen an die jeweilige lokale Situation anzupassen und den Krankenkassen unter Verweis auf das bereits genehmigte Projekt anzubieten. Einige Kassen haben für ein solches vereinfachtes Antragsverfahren bereits eine beschleunigte Prüfung zugesagt. Für die Indikationen Schizophrenie und Depression leistet unser Zentrum gerne Hilfe bei der Antragstellung und Implementierung eines Vertrags in Anlehnung an das „Münchner Modell“.

hung des Praxispersonals deutlich gesteigert werden. Bei einigen Modellen wird das Problem auch dadurch gelöst, dass nur denjenigen Kollegen einer Versorgungsregion die Teilnahme am Versorgungsvertrag angeboten wird, die ihre Rekrutierungsfähigkeit bewiesen haben. Die Rekrutierungsproblematik muss rasch gelöst werden, damit diese auch honorarpolitisch interessanten Modelle nicht scheitern oder der Eindruck entsteht, bei psychiatrischen Indikationen funktioniere die IV nicht.

Häufig begehen Antragsteller auch den Fehler, sich bei der inhaltlichen Ausgestaltung der IV zu viel oder zu wenig vorzunehmen. Es sollte nicht versucht werden, alle diagnostischen und therapeutischen Prozesse gleichzeitig zu verbessern. Solchen irgendwo zwischen Lehrbuch und Leitlinie angesiedelten IV-Konzepten (z. B. „Rahmenkonzept Depression“ der DGPPN) merkt man an, dass ihre Autoren sie selbst nie praktisch umgesetzt haben. Andernfalls hätten sie bemerkt, dass eine Auflistung, wie die optimale Diagnose und Behandlung einer Erkrankung idealerweise auszusehen hätte, unnötig ist. Denn die Realität sieht anders aus. Die meisten Ärzte wissen sehr wohl, wie unter idealen Bedingungen optimale diagnostische und therapeutische Prozesse ablaufen sollten, aber die Bedingungen (Manpower, Budget, Compliance etc.) sind in der Regelversorgung eben nicht ideal. Und auch die zusätzlich über die IV zur Verfügung gestellte Anschubfinanzierung macht es unmöglich, die in solchen Rahmenkonzepten oder Leitlinien beschriebenen optimalen Prozesse zu realisieren. Solche Konzepte sind in der Praxis nicht umsetzbar und führen eher zu Kostensteigerungen als zu den angestrebten Kostensenkungen. Bessere Erfolgchancen haben schlanke Versorgungsmodelle, die sich auf die wichtigsten Probleme (z. B. Noncompliance, intersektorale Kommunikation) konzentrieren und versuchen, diese mit wenigen wirksamen Interventionen kosteneffektiv zu lösen.

---

**Dr. med. Werner Kissling, München**  
E-Mail: w.kissling@lrz.tum.de