

## WORKSHOP 2

---

### Kurzinfo: Neue Versorgungsformen (NV)

**Rolf Wachendorf (Esslingen)** (*Dipl. Psych., Psychologischer Psychotherapeut, Kinder-Jugendlichenpsychotherapeut in freier Praxis in Esslingen, Verhaltenstherapeut, im MEDI-Verbund, der Freien Liste. Spezialgebiet: Honorierung und neue Versorgungsformen.*)

Vortrag am 4. Landespsychotherapeutentag der LPK-BW, am 05.07.2008 in Stuttgart

#### **A) Das übergeordnete Szenario zu Lasten der KVen (verkürzte Darstellung)**

Die NV sollen lt. BMG die Versorgung verbessern. Dies könnte bei den PP, KJP tatsächlich in einigen Bereichen möglich sein. De facto ließ sich das frühere System nicht so weiterfinanzieren. Über den Aufbau von neuen Strukturen konnten Rationierungen eingeführt werden, ohne dass die Politik Verantwortung übernehmen musste.

Alle Beteiligten an der GKV erhielten eine neue Finanzierungsstruktur (Kassen, Krankenhäuser, Apotheken, Niedergelassene etc.) und wurden damit gegeneinander in Wettbewerb gebracht. Die neuen Strukturen sollen über finanzielle Anreize (z. B. Koppelung des Risikostrukturausgleichs mit DMP, Anschubfinanzierung der IV) sowie über Pflichten (z. B. Pflicht zu 73b-Verträgen für Kassen) in Gang gebracht werden. Der Patient mit seinen Bedürfnissen steht dabei nicht im Vordergrund. Gleichzeitig sinkt durch politische Vorgaben das Honorar aus den KVen bei zunehmender Bürokratie und Haftungen. Der dadurch erzeugte Drang in die NV soll und geht zu Lasten der Einzelpraxen.

Das Ziel des GMG ist: Großen Strukturen und Kooperationen soll die Zukunft gehören.

Parallel führt eine Flut von Gesetzen, Verordnungen, Leitlinien dazu, dass nicht mehr die ärztliche Selbstverwaltung (KVen, KBV), sondern die Politik über Einnahmen und Ausgaben, wie über Behandlungspfade bestimmt. Das entmachtete KV-System soll noch v. a. Kontrollfunktionen der Staatsmedizin umsetzen. Der enorme Bürokratiewachstum hat die Ärzte, noch nicht die PP, KJP erreicht.

Die PP, KJP sind im KV-System angekommen, als es gerade „abgeschafft“ wurde. Da wir für das politische Druckszenario unwichtiger sind, leiden die Ärzte bereits mehr als wir. Allerdings sind wir um so gefährdeter: Verlust des Erstzugangsrechts, Abhängigkeit von Überweisungen mit ärztl. Haftungsregeln analog der Medikation bzw. von Kooperationen, Entstehen einer Grundversorgung (ohne PT) und Zusatzversicherungen sind realistische Möglichkeiten geworden.

#### **Zusammenfassung des Großszenarios:**

- NV werden systematisch finanziell und gesetzgeberisch gefördert
- Parallel wurden die KVen entmachteter und auf ein Kontrollorgan reduziert
- NV benötigen Kooperationen, große Strukturen. Einzelpraxen. v. a. ärztliche, haben nur in großen Verbänden eine Überlebenschance
- Deshalb deren Erfolg. Der größte Verbund, MEDI, versucht frühere KV-Funktionen zu ersetzen

## **B) Das übergeordnete Szenario in Ba-Wue:**

Baden-Württ. ist das bundesweit wichtigste Aktionsfeld aus den Folgen der Gesundheitsreformen für Kassen und ärztliche Verbände. Hier werden bundesweite Konzepte getestet. Hier sind die jeweiligen Akteure am weitesten vorbereitet.

Die hiesigen Psychotherapeuten sind als erste im Bundesgebiet von den grundsätzlichen Änderungen betroffen. Diese haben erst begonnen. Die KVBW wurde durch die Folgen des Ausschlusses der Region Nord-Württ. aus den Strukturen der KV bundes- wie landesweit massiv geschwächt. Die sich aus den Gesetzesfolgen ergebende notwendige Kooperation zwischen Vorstand und Verbänden fehlt. Die einst stärkste KV ist am weitesten auf die vom Gesetzgeber erwünschten Funktionen reduziert.

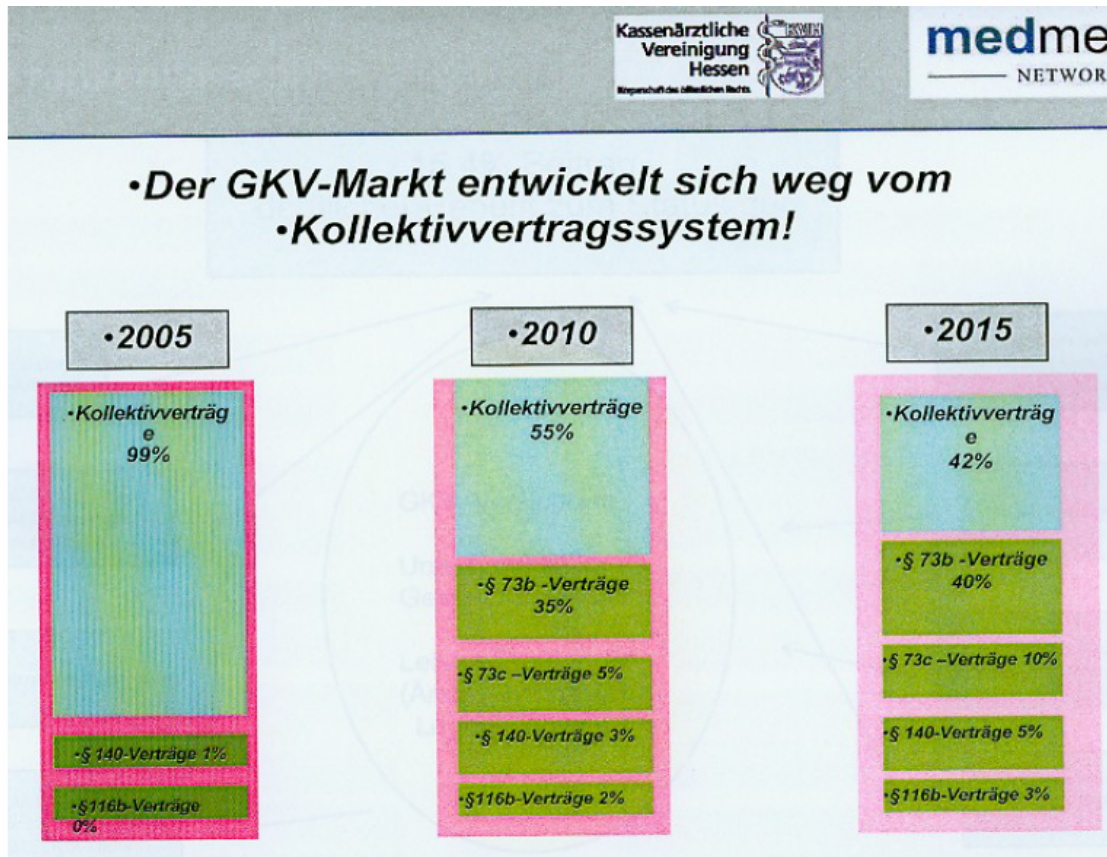
KV-Fragen stehen allerdings derzeit nicht im Mittelpunkt. Der AOK-MEDI Hausarztvertrag (§ 73b) wird nach repräsentativen Umfragen ca.  $\frac{3}{4}$  der Hausärzte mit ihren Leistungen dem KV-System entziehen. Somit bleibt das Geld in Ba-Wue und fließt nicht in die bundesweite Verteilung ab 2009. Es entsteht eine völlig neue Vertrags- und Abrechnungsstruktur außerhalb der KVBW.

Weitere Verträge, für Fachärzte und Psychotherapeuten, werden folgen.

## **C) Neue Versorgungsformen für PP, KJP**

- NV bieten ein zweites Standbein oder eine abgesicherte Alternative zum KV-System.
- NV erweitern die pragmatische Existenzsicherung: Je nachdem, bei welchem Standbein sich bessere wirtschaftliche Rahmenbedingungen entwickeln, kann man dieses verstärken. Angesichts des u. g. gezeigten Ausmaßes des Wegfalles der Vergütung ins KV-System ist es für die einzelne PP-, KJP-Praxis sinnvoll das neue System erst zu nehmen, um sich zeitnah zu positionieren. Zur Erinnerung: Das BSG-Urteil bezieht sich auf den Verdienst unserer Vergleichsgruppe im KV-System. Nicht zum Verdienst außerhalb!!
- über NV kann die Berufsgruppe ihre Fähigkeiten erweitert einbringen. Zu möglichen Verbesserungen gehört die Akutversorgung mit dem Abbau von Wartezeiten, die Gruppentherapie, der Einbezug in die chronischen Krankheiten und v. a. in die Grundversorgung, die Änderung des Gutachter-Genehmigungsverfahrens, angemessene Honorierung der Probatorik und v. a. fachübergreifende Zusammenarbeit mit Niedergelassenen und Schnittstellen in die stationäre Versorgung.
- eine Ausweitung über die Richtlinienpsychotherapie hinaus bietet vielfältigere Arbeitsmöglichkeiten und Unabhängigkeiten

Eine Schätzung aus KV-Hessen zeigt das Ausmaß kommender Veränderungen:



Wahrscheinlich werden im Testland Ba-Wue die Veränderungen deutlicher ausfallen.

Unteres Bild zeigt die vermutlich zukünftige Psychotherapiepraxis:

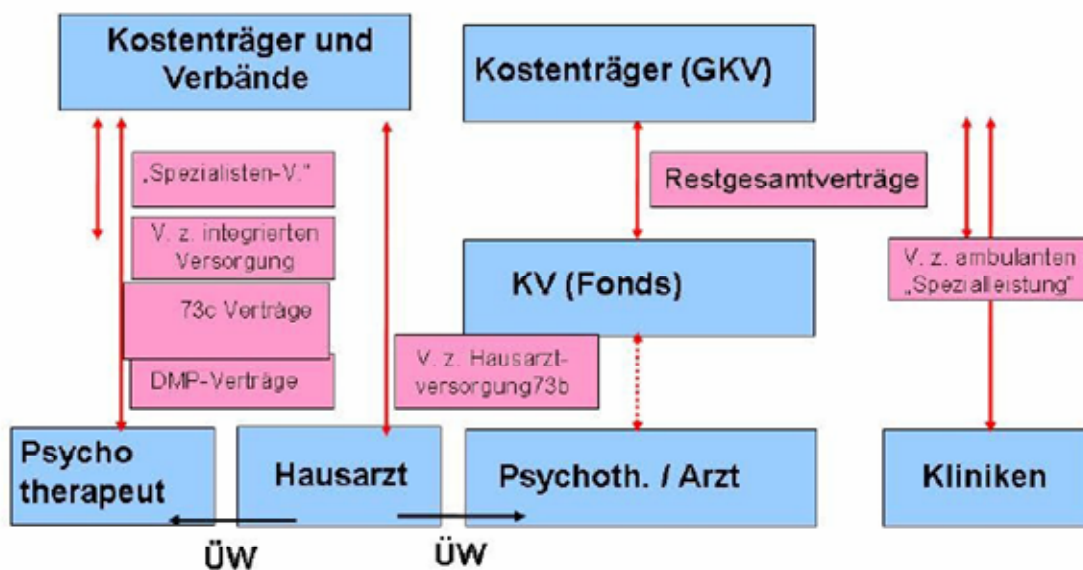
Mitte: (vereinfachte Darstellung) seither wurden Gesamtverträge zwischen Kassen und jeweiligen KVen ausgehandelt nach Maßgabe des Bundesmantelvertrages KBV-Spitzenverbände. Die einzelne Psychotherapeutenpraxis hatte nur mit der KV zu tun. Evtl. bei Honorarklagen, weil die innerärztliche Verteilung nicht stimmte. Ab 2009 bundesweiter Fonds.

Links: die neuen Versorgungsformen mit Verträgen zw. Kassen und Verbänden.

Stationäre Schnittstellen sind möglich. Schnittstelle zu Hausarzt-Facharzt ins KV-System, wie in NV möglich.

Die Darstellung zeigt nicht alle möglichen Variationen auf. Deutlich ist das Nebeneinander zweier voneinander relativ unabhängiger Systeme.

## Die künftige Psychotherapiepraxis



Rolf Wachendorf

### Für Psychotherapeuten relevante NV:

#### 1. Besondere ambulante Versorgung § 73 in Ba-Wue

Mit dieser Vertragsform können bis auf die sektorenübergreifenden Verträge (140er) alle denkbaren Vertragsformen abgeschlossen werden. Sie sind für Baden-Württ. hoch attraktiv, da dieses Gelder hier bleiben und nicht in den Fonds zur bundesweiten Verteilung fließen. Am sinnvollsten docken sie an 73b-Verträge (Hausarztzentrierte V.) an. Die Kassen haben das Initiativrecht.

Verträge sind auf zwei Achsen möglich:

- ganze Fachbereiche, wie die gesamten Psychotherapieleistungen, die Verhaltenstherapie, alle KJP-Leistungen, alle Kurzzeitleistungen

- b) einzelne Leistungen, wie - die ICD10 Diagnosen von F 32  
- neue Leistungen z. B. Akutversorgung

Über einen 73c kann die Richtlinienpsychotherapie ergänzt oder ersetzt werden. Ein Ergänzungsmodell ist die „Akutversorgung Psychotherapie“. Es wurde in der Eigenschaft des Integrationsbeauftragten der KVNW von H. Wachendorf entwickelt und in Kassenverhandlungen eingebracht. Wartezeiten sollen reduziert werden. Verträge mit der AOK, GEK scheiterten vorerst an der Uneinigkeit der Berufsgruppenvertreter.

Vorgesehen war für die neun Sitzungen Akutversorgung von der GEK folgende Honorierung:

genehmigter Punktwert + 20,- € für erste Sitzung (102,-€ in NW), weitere 8 mit genehmigtem PW + 10,-€ (92,-€).

Ein erster Akutversorgungsvertrag wurde im Kinzigtal vereinbart. Das Akutversorgungsmodell wird landesweit, mit Variationen, von uns weiterverhandelt.

## 2. Integrierte Versorgung

Eine Kooperationsversorgung, welche Leistungssektorenübergreifend (z. B. stationär-ambulant) oder fachübergreifend (z. B. Hausarzt-Psychoth.) innerhalb eines Leistungssektors ist. Eine bevölkerungsbezogene flächendeckende Versorgung mit Sicherstellung soll seit 1.4.07 den Kollektivvertrag substituieren. Die KV darf nicht beteiligt werden. Der Sicherstellungsauftrag liegt bei den Kassen.

Von bundesweit ca. 5.000 IV-Verträgen gibt es ca. 6 mit Beteiligung der PP, KJP. Hier zeigt sich eine „Pause“ der berufspolitischen Vertretung, welche sich auf Klagen im KV-System reduzierte statt auch ärztliche Kooperationen zu fördern. Von diesen bundesweit 6 Verträgen sind 4 in Ba- Wue abgeschlossen: Hörsturz mit MEDI, Depression DAK mit MEDI, Depression BKK-Daimler mit MEDI, Akutversorgung AOK-Gesundheitsnetz Kinzigtal (Freie Liste). Die Freie Liste vertritt die PP, KJP in MEDI.

### Beispiel eines IV-Vertrages: IV-Depression mit BKK Daimler:

Dieser Vertrag bietet bundesweit erstmals drei Marksteine des Vertragswesens für Psychotherapie:

- · eine zeitnahe Versorgung,
- · eine Psychoedukation,
- · eine Erfolgsbeteiligung.

Je nach Diagnoseschwere im ICD 10 erhält der Klient 6 Sitzungen (leicht) oder 12 (mittel bis schwer). Sind mehr Sitzungen (á 50 min) erforderlich, ist danach (!) eine Richtlinienpsychotherapie zu beginnen.

6 Sitzungen werden mit 600,- € + variabler Anteil honoriert, 12 mit 1200,-€ + variabler Anteil.

Die strukturierte Psychoedukation für Patienten und Angehörige besteht aus 9 Treffen á 60 € min. Honorierung 180,-€/Patient.

Der variable Vergütungsanteil liegt bei 150,- € für leichte, 300,- € für mittel bis schwere Depression, wenn der Gesamtvertrag innerhalb der angestrebten Wirtschaftlichkeitsziele liegt. Ermittelt durch Durchschnittswerte von Vergleichsregionen.

Ausschreibungen werden zunehmen. Darunter wird es Verträge geben, welche für alle positive Chancen bieten (IV-Depr., Akutversorgung) und welche, die Nachteile für Nicht-Beteiligte bieten, weil sie von der Versorgung ausgeschlossen werden (z. B. MVZ in Kassel).

## 3. Disease Management Programme (DMP)

DMP formulieren für chronische Krankheiten medizinische Qualität und Prozessqualität. Sie sind an die Finanzierungsebene der Kassen gekoppelt. Je mehr Patienten sich einschreiben, je mehr Geld bekommt die Kasse über den Risikostrukturausgleich. Dadurch hatten die Ärzte über den Boykott einen erfolgreichen Hebel für bessere Honorarverhandlungen. Siehe AOK-Vertrag.

DMP sind für Psychotherapeuten wichtig, um in der Grundversorgung anzukommen. Auch um Honorarhebel zu erhalten. In Nord-Württ. gelang uns der Einbezug der Psychotherapeuten in alle dortigen DMP-Orientierungshilfen. Dies wurde bundesweit aufgegriffen. Dieser Wunsch der Ärzte auf therapeutische Selbstbestimmung wurde von der Politik nicht aufgegriffen und ein bürokratisches Machwerk geschaffen, welches den DMP-Boycott förderte. Derzeit ist nicht absehbar wie die Entwicklung mit den Psychotherapeuten und den DMP weitergeht. Über die Akutversorgung versuchen wir eine Abrechnungsbasis zu etablieren.

#### **4. Medizinische Versorgungszentren MVZ**

Diese bieten für Niedergelassene im Vergleich zu fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen wenig Vorteile. Von einem gezielten Verkauf des Praxissitzes abgesehen. In erster Linie können damit Krankenhäuser ambulante Leistungen abrechnen.

Ärzteverbände versuchen erfolgreich MVZ zu verhindern, es sei denn, es werden Friedensgrenzen vereinbart. D.h.: Nicht auf Kosten der Niedergelassenen. Derzeit gibt es 60 MVZ in Ba-Wue. Davon sind 9 mit Psych. besetzt, v. a. mit ärztl. Pt. Bedeutung für Psychotherapeuten könnte die Tendenz der ambulanten Psychiatrie werden, in welcher PP, KJP als Angestellte arbeiten sollen.

#### **5. Teilgemeinschaftspraxen**

Dies sind Kooperations-Überweisungsstrukturen mit Mitbeteiligung an den Leistungen der Partner. Derzeit sinnvoll für Igel-Privatleistungen, später für GKV vorgesehen. Die Kooperation bietet eine koordinierte Behandlung und eine Erweiterung des eigenen Praxisangebotes auf die Leistungen der Partner.

Psychotherapeuten können so z.B. Eheberatung, alltagsorientierte Reha, Führerscheinwiedererlangung etc. anbieten oder die fachübergreifende Mitbehandlung von Klienten.

Wie funktioniert es?: Behandler gründen eine Partnergesellschaft. Ein gemeinsamer Leistungskatalog wird festgelegt. Bei Bedarf wird die Leistung dem Patienten angeboten. Die Honorierung der Behandler übernimmt die PVS. Aufteilung nach Vereinbarung z. B. 90/10. Steuerrechtliche Abklärung gemeinsam.

#### **Die Lage der Psychotherapeuten in NV und KVBW**

Theoretisch könnte die KVBW in 73er Verträge als Vertragspartner einbezogen werden. Es gibt dazu jedoch drei Gründe die lebenspraktisch dagegen sprechen:

1. Maßgebliche Vertreter der PP, KJP hatten darauf verzichtet, in den oberen Strukturen der KVBW präsent zu sein. Die Dankbarkeit ist begrenzt. Der Einfluss schwindet.
2. Der Honorarabfluss in den Fonds kann nur mit Verträgen ohne KV verhindert werden. Möglich wäre allerdings eine Beteiligung in der Abrechnung oder andere Konstruktionen.
3. Nach der Blockade eines Akutversorgungsvertrages durch die Uneinigkeit der Berufsgruppenvertreter haben letztere die Option mit KV-Verträgen entsorgt. Die Vertreterversammlung der KVBW untersagte später dem Vorstand ein Engagement zu 73er- Verträgen. De facto hat die Berufsgruppe nicht nur zusätzliches Honorar und eine Versorgungsverbesserung versäumt. Vorausschauend (?) haben einige Akteure die Berufsgruppe in eine Position gebracht, Verträge ausschließlich außerhalb der KVBW etablieren zu können. Eine Gesprächsbereitschaft scheint sich nun zu entwickeln. Verträge zu den NV benötigen fachgruppenübergreifende Kooperationen. Für die psych. Verbände ist der Zugang zu MEDI und ärztlichen Verbänden über uns möglich und wurde angeboten.

Es besteht in der Versorgungslandschaft eine Dynamik in welcher es unklug für die Berufsgruppe wäre, gespalten aufzutreten.

Mit freundlichen Grüßen

Rolf Wachendorf