

Die Versorgung von Suchtpatienten in Mecklenburg-Vorpommern

In Deutschland sind die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) für die Verteilung des Globalbudgets unter den Kassenärzten zuständig. Üblicherweise erfolgt die Abrechnung über Gebührenscheine (Taxipunkte). Im Rahmen des Projektes «Schwerpunktpraxis Sucht» hat die KV Mecklenburg-Vorpommern auf Anregung praktizierender Ärzte mit den Krankenkassen einen speziellen Vertrag ausgehandelt, der die ambulante Betreuung Suchtkranker fördern soll.

Mark Richter

Controlling im Gesundheitswesen heisst einerseits Steuerung der medizinischen Therapie und andererseits Steuerung der finanziellen Mittel. Die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel sind grundsätzlich beschränkt und drohen in Zukunft noch knapper zu werden; deshalb kann die Frage nach Aufwand und Nutzen nicht ausser Acht gelassen werden. Die Aufwand-Nutzen-Betrachtung hat möglichst ganzheitlich zu erfolgen, so wie dies die Evidence based Medicine (EBM) versucht. Im Folgen-

den wird anhand eines innovativen neuen Versorgungskonzeptes aufgezeigt, wie diese Forderung in der Praxis umgesetzt werden kann.

Medizinische Bedürfnisse Suchtkranker

Ausgangslage für das genannte Versorgungskonzept waren die folgenden Erkenntnisse: Die gesundheitlichen Folgen von Alkoholismus und Missbrauch von Drogen und Medikamenten verursachen hohe Kosten im Gesundheitswesen. Mecklenburg-Vorpommern zum Beispiel hat vor allem in den jüngeren Altersgruppen eine im deutschen Vergleich stark überdurchschnittliche Krankenhausfrequenz aufgrund von alkoholbedingten Erkrankungen. Nach Schätzungen des Landesgesundheitsministeriums Mecklenburg-Vorpommern rechnet man landesweit mit 80 000 bis 90 000 Alkoholikern.

Die medizinische Betreuung suchtkranker Menschen erstreckt sich nicht nur auf die Behandlung der körperlichen und psychischen Leiden. Der Suchtkranke wird heutzutage nicht mehr isoliert als Person gesehen, die suchtkrank geworden ist, sondern es wird seine Umgebung, das soziale Umfeld, in dem er lebt, einbezogen. Es handelt sich um eine komplexe Versorgung mit Schnittstellen und Koordinationserfordernissen.

Die Therapieakzeptanz kann erhöht werden, wenn die Diagnosestellung und die Intervention frühzeitig erfolgen und wenn eine konstante ärztliche Bezugsperson über viele Jahre eine schwellenlose, mit anderen Leistungserbringern abgestimmte Behandlung sicherstellt. Da rund 70 Prozent der Betroffenen zuerst



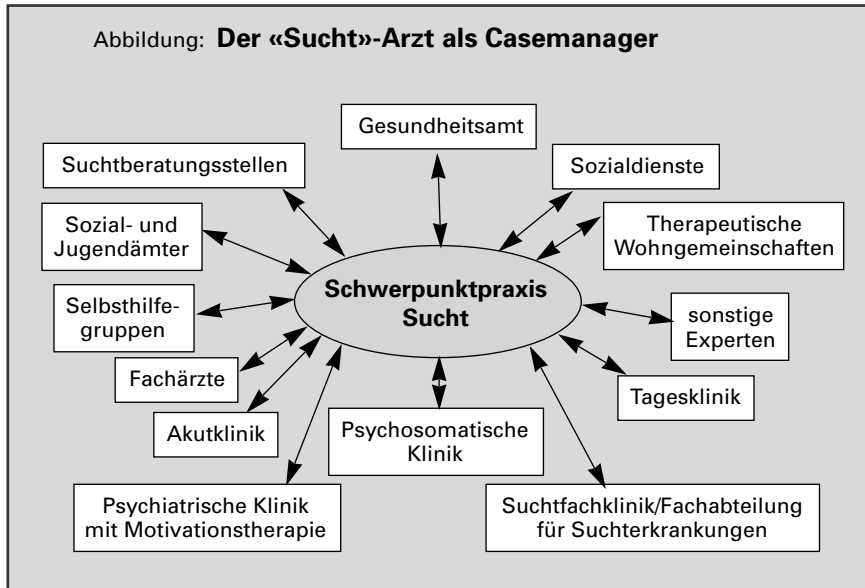
Mark Richter

und immer wieder den niedergelassenen Arzt aufsuchen, sollte dieser auch eine zentrale Rolle im gesamten Behandlungsprozess spielen.

Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnisse erarbeiteten fünf niedergelassene Ärzte, die schon jahrelange Erfahrungen mit Suchtpatienten haben und auch eine sehr hohe Anzahl dieser Patienten in ihren Praxen behandeln und betreuen, das Konzept der «Schwerpunktpraxis Sucht».

Doch der Weg, bis dieses Konzept konkretisiert werden konnte, sollte lang werden. Die wichtigste Schwierigkeit bestand darin, dass die unterschiedlichen Interessen der Beteiligten berücksichtigt werden mussten, um eine spezialisierte Versorgung suchtkranker Menschen zu gestalten und schliesslich auch vertraglich zu vereinbaren. Bei aller Akzeptanz des entwickelten Konzeptes wollte keine Krankenkasse allein einen Suchtvertrag unterschreiben. Es ist nun einmal kein gutes Werbeargument, die beste Betreuung für Suchtkranke im Bundesland anzubieten. Somit mussten alle Krankenkassen «unter einen

Abbildung: Der «Sucht»-Arzt als Casemanager



Hut» gebracht werden. Auch auf ärztlicher Seite kann eine Konzentration suchtkranker Patienten Auswirkungen auf die übrige Praxisführung haben. Die Honorarregelungen müssen aus ärztlicher Sicht deshalb unbedingt so gestaltet werden, dass auch jener Arzt, der sich überwiegend oder gar ausschliesslich suchtkranken Patienten zuwendet, seine Praxis wirtschaftlich führen kann.

Das Konzept der Schwerpunktpraxis Sucht

Das Ziel des Konzeptes besteht darin, die spezialisierte Versorgung von Suchtkranken (inkl. ambulante Entgiftung) sowie die suchtspezifische Medikamentenversorgung in Schwerpunktpraxen zu konzentrieren (siehe *Abbildung*).

Die Schwerpunktpraxis Sucht wird durch einen Suchtarzt geleitet. Dieser erarbeitet individuelle Therapiepläne für den einzelnen Patienten, in denen Diagnostik, Motivierung, Entgiftungstherapie und Entwöhnungsbehandlung die Schwerpunkte bilden. Für das jeweilige Einzugsgebiet schliesst die Schwerpunktpraxis mit anderen Leistungserbringern wie zum Beispiel Fachkliniken, Tageskliniken, Beratungsstellen, Sozialdiensten und Selbsthilfegruppen Kooperationsvereinbarungen ab. Regelmässig erfolgen zum Beispiel Treffen und Fallbesprechungen mit den Mitarbeitern von Beratungsstellen. Ziel ist es, das

hochqualifizierte Suchthilfesystem in Mecklenburg-Vorpommern für noch mehr Betroffene erreichbar zu machen. Dazu werden unter der Leitung der Schwerpunktpraxis Sucht regionale Betreuungsteams aufgebaut. Sie übernehmen neben der medizinisch-therapeutischen Tätigkeit auch die Koordination der Suchthilfeangebote in der jeweiligen Region. Dank den vernetzten Angeboten sind Abhängige eher in der Lage, abstinent zu leben und zu bleiben. So können Folgekosten vermindert werden. Insbesondere durch Frühintervention, ambulante Entgiftung und regionale Zusammenarbeit von Leistungserbringern können neben den spezifischen Behandlungskosten auch die Kosten für Frühverrentung, Unfallkosten oder Kosten für Lebertransplantationen vermieden werden. Ein grosses Einsparpotenzial wird darin gesehen, stationäre Aufenthalte zu vermeiden, wenn dies medizinisch vertretbar ist.

Anforderungen an Leiter einer Schwerpunktpraxis

Für die Leitung einer Schwerpunktpraxis sind einige Voraussetzungen zu erfüllen. Zunächst muss der Praxisinhaber einer Schwerpunktpraxis Sucht eine Zulassung besitzen; entweder als Facharzt für Allgemeinmedizin, als Praktischer Arzt, als Facharzt für Innere Medizin, als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder

als Facharzt für Neurologie/Psychiatrie. Zusätzlich ist die Fachkunde «Suchtmedizinische Grundversorgung» nachzuweisen. Zudem muss der Praxisinhaber die Genehmigung zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger haben und auch bereit sein, Substitutionen durchzuführen. Gleichzeitig muss die Praxis pro Quartal nachweislich (gemäss Abrechnung) mindestens 150 Patienten mit Suchtproblem (Alkohol, Drogen, Medikamente etc.) betreuen. Als Obergrenze wurde aus Qualitätsgründen die Behandlung von maximal 400 Suchtpatienten festgelegt. Für den erhöhten zeitlichen, organisatorischen und logistischen Aufwand, der nicht über entsprechende Vergütungsziffern abgerechnet werden kann, erhalten die Praxen rund 25 Euro pro Suchtpatienten im Quartal. Normale Gesprächs- und Behandlungsleistungen werden wie bei jedem anderen Patienten über Gebührenscheine (Taxpunkte¹) abgerechnet. Somit werden von den Krankenkassen pro Jahr gut 100 Euro zusätzlich für die Dauerbetreuung eines suchtkranken Patienten bereitgestellt.

Qualitätssicherung

Die begleitende Qualitätssicherung des Projekts «Suchtvertrag» erfolgt innerärztlich im Rahmen der Arbeitsgruppe «Sucht» der Kassenärztlichen Vereinigung sowie in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen. Eine begleitende wissenschaftliche Evaluation soll helfen, die sozialen und medizinischen Erfolge, aber auch die wirtschaftlichen Ergebnisse des Vertrages im Sinne eines Controllings beurteilen zu können. Zurzeit liegen die ersten Informationen aus einer Befragung der betreuten Patienten sowie ihrer behandelnden Ärzte vor.

Die Patienten der Schwerpunktpraxen nehmen im Vergleich zu anderen Suchtpatienten deutlich mehr Hilfsangebote wahr. Das lässt darauf

¹ In Deutschland sind die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) für die Verteilung des Globalbudgets unter den Kassenärzten zuständig. Die Ärzte stellen ihrer KV für ihre Leistungen Gebührenscheine (Taxpunkte) in Rechnung; der Taxpunktwert ergibt sich durch Division des Globalbudgets durch die Anzahl Taxpunkte, die von allen Kassenärzten des Bundeslandes insgesamt verrechnet wurde.

schliessen, dass die Patienten der Schwerpunktpraxen einerseits besser über bestehende Angebote informiert sind, andererseits aber auch motivierter sind, diese für sich zu nutzen. Mehr als die Hälfte der Patienten haben einen über dreijährigen Kontakt zu den Schwerpunktpraxen. Die deutet darauf hin, dass die Suchtpatienten meist langfristig konstant durch die Schwerpunktpraxen versorgt werden.

Fazit

Die Suchtvereinbarung für Mecklenburg-Vorpommern wurde zum 1. April 2002 abgeschlossen. Aufgrund der ersten Erfahrungen kann bereits heute bestätigt werden, dass durch das Konzept die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel für die Suchttherapie effizienter eingesetzt werden und gleichzeitig die

Therapieerfolge aus medizinischer Sicht zunehmen. Vor allem die Zahl der stationären Behandlungen von Suchtkranken und die damit verbundenen direkten Kosten können sich deutlich reduzieren. Eine abschliessende Berechnung der Kosteneinsparungen innerhalb der gesamten Versorgungskette ist indessen auch heute nicht möglich, da die verschiedenen Einflussfaktoren und Finanzierungsströme zu vielfältig sind. ■

**AutorInnen:
Dr. Mark Richter**

Mitglied im Lenkungsausschuss des Internationalen Controllervereins e.V. und Abteilungsleiter Öffentlichkeitsarbeit und Grundsatzfragen der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
E-Mail: Dr.Mark.Richter@web.de

Unter Mitwirkung von:
Liane Ohde

Abteilung Qualitätssicherung der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, verantwortlich für den Suchtvertrag
E-Mail: qual-sicherung@kvmv.de

Verwendete und weiterführende Literatur:

1. Vereinbarung von Leistungen zur ambulanten Behandlung und Betreuung von Suchtpatienten durch Schwerpunktpraxen Sucht in Mecklenburg-Vorpommern, www.kvmv.de, Button Recht/Verträge.
2. Evaluationsbericht zum Modellprojekt Sucht in Mecklenburg-Vorpommern, Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald.
3. Schwerpunktpraxen für Patienten mit Suchtproblemen (vor allem zum Verhandlungsablauf mit Krankenkassen und Sozialministerium), Journal der Kassenärztlichen Vereinigung M-V, Ausgabe 03/2003, www.kvmv.de.

info • info • info • info • info • info • info • info • info • info • info • info • info • info • info

In dieser Rubrik veröffentlichen wir Beiträge der Industrie. Auf den Inhalt nimmt die Redaktion keinen Einfluss. Die Verantwortung trägt der Autor/die Autorin respektive die Firma.

Unfall und Krankheit sind nicht dasselbe

Ob Sie wegen eines Unfalls oder wegen einer Krankheit im Spital liegen, wird Sie als Patient letztlich kaum interessieren. Hauptsache, Sie werden möglichst rasch wieder gesund. Und doch lohnt es sich, über diese Frage nachzudenken. Denn im komplexen schweizerischen Versicherungssystem sind Krankheit und Unfall zwei völlig verschiedene Paar Schuhe. Auch Sie sind davon betroffen! Während Sie nämlich im Krankheitsfall Franchise und Selbstbehalt übernehmen müssen, werden Ihnen diese Kosten bei einem Unfall nicht verrechnet.

Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen (mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von mindestens acht Stunden) sind in der Schweiz bekanntlich obligatorisch über ihren Arbeitgeber für die Folgen von Berufs-unfällen und Nicht-Berufs-unfällen versichert. Allerdings gilt der Versicherungsschutz in den meisten Fällen für Behandlungen auf der allgemeinen Abteilung. Nachfragen beim Arbeitgeber lohnt sich. Versicherte reagieren oftmals überrascht, wenn sie nach einem Unfall erfahren, dass sie – obwohl sie für Krankheitsfälle eine Halbprivat- oder Privatversicherung haben – auf die allgemeine Abteilung müssen. Wer also Wert darauf legt, auch bei einem Unfall privat- oder halbprivat versichert zu sein, braucht eine entsprechende Zusatzversicherung. SWICA – mit 730 000 Versicherten viergrößte Kranken- und Unfallversicherung der Schweiz – bietet mit dem Versicherungsprodukt INFORTUNA

HEILUNGSKOSTEN in Ergänzung zur obligatorischen Unfallversicherung eine äusserst günstige Zusatzversicherung an. Damit profitieren Sie im Falle eines Unfalls von einer weltweiten Deckung als Privatpatient in öffentlichen und privaten Spitälern (Monatsprämie Altersgruppe 19 bis 40: Fr. 9.80). Übrigens, die Versicherung INFORTUNA HEILUNGSKOSTEN können Sie jederzeit auf Anfang eines Monats abschliessen. Erkundigen Sie sich bei Ihrer SWICA-Agentur oder wählen Sie die Gratisnummer 0800 80 90 80.

REGIONALDIREKTIONEN: Basel, Bellinzona, Bern, Genf, Lausanne, St. Gallen, Winterthur und Zürich.
AGENTUREN: Albstätten, Amriswil, Appenzell, Arbon, Baden, Bischofszell, Buchs, Bülach, Chur, Frauenfeld, Gossau, Herisau, Kreuzlingen, Lugano, Luzern, Näfels, Pfäffikon, Rapperswil, Rorschach, Rüti ZH, Schaffhausen, Siebnen, Solothurn, Speicher, Thalwil, Uster, Uzwil, Vaduz, Weinfelden, Wetzikon, Widnau, Wil und Zurzach.

