

# Das „Münchner Modell“

## Krankenkassen finanzieren Compliance-Programme

**Werner Kissling**

Centrum für Disease Management, Psychiatrische Klinik der Technischen Universität München  
(Direktor der Klinik: Prof. Dr. med. H. Förstl)

**Obwohl für die häufigsten neuropsychiatrischen Erkrankungen eine hochwirksame rezidivprophylaktische Langzeitbehandlung zur Verfügung steht, wird diese von weniger als der Hälfte der betroffenen Patienten auch durchgeführt. Diese hohe Noncompliance-Rate ist für mehr als die Hälfte aller stationären Wiederaufnahmen und die damit verbundenen hohen Behandlungskosten und letztlich auch für eine Verschlechterung des Krankheitsverlaufs verantwortlich. Complianceverbessernde Maßnahmen, wie z. B. Psychoedukation, stehen zur Lösung des Problems zur Verfügung, werden aber in der Regelversorgung kaum angeboten, da sie nicht kostendeckend honoriert werden. Am Beispiel eines seit 3 Jahren implementierten Compliance-Programms für schizophrenen und depressiv kranke Menschen („Münchner Modell“) wird erläutert, wie man complianceverbessernde Maßnahmen in der Neurologie und Psychiatrie mit den Krankenkassen vertraglich vereinbaren und angemessen finanzieren kann. Eine Zwischenauswertung mit 310 Patienten hat gezeigt, dass durch das Münchner Compliance-Programm mehr als 70 % der Krankenhaustage und mehr als 50 % der Kosten eingespart werden können und gleichzeitig die Behandlungsqualität und die Patientenzufriedenheit steigen. Über einen bundesweiten Rahmenvertrag zur Integrierten Versorgung kann das „Münchner Modell“ jetzt auch in anderen Regionen und eventuell auch für weitere neuropsychiatrische Indikationen ausgerollt werden.**

Noncompliance bei der Langzeitbehandlung chronischer Erkrankungen ist laut WHO eines der wichtigsten Gesundheitsprobleme weltweit. Sie führt dazu, dass etwa die Hälfte der chronisch Erkrankten die eigentlich verfügbare Langzeitbehandlung nicht durchführen und deshalb Rückfälle und Verschlechterungen ihres Krankheitsverlaufs erleiden. In Deutschland entstehen durch Noncompliance jährlich mindestens 10 Milliarden Euro Kosten (3). Auch bei den häufigsten neuropsychiatrischen Erkrankungen (Schizophrenie, Depression, Multiple Sklerose, Epilepsie etc.) liegt die Noncompliance-Rate bei ca. 50%. Bei der Schizophrenie- und Depressionsbehandlung ist Noncompliance für mehr als die Hälfte aller stationären Wiederaufnahmen verantwortlich. Interventionen zur Lösung dieses Problems (z.B. Psychoedukation) sind seit längerem bekannt und werden in einzelnen Zentren auch schon erfolgreich eingesetzt. Da sie aber in der

Gebührenordnung für die ambulante Regelversorgung nicht vorgesehen sind bzw. nicht kostendeckend honoriert werden, werden sie nur etwa 10% der Betroffenen angeboten.

### Finanzierte Compliance-Programme

Im Rahmen der Gesundheitsreform wurde jetzt erstmals die Möglichkeit geschaffen, neue Versorgungsangebote wie z.B. Compliance-Programme zusätzlich zu den geltenden Budgets und Gebührenordnungen über Direktverträge mit den Krankenkassen vertraglich zu vereinbaren und dann auch angemessen honoriert zu bekommen. Damit könnten complianceverbessernde Maßnahmen erstmals flächendeckend auch in der ambulanten Regelversorgung angeboten werden. Leider wurde diese Möglichkeit von den Psychiatern bis jetzt noch kaum genutzt (7).

Um niedergelassenen Nervenärzten und Klinikern Mut zu machen, solche Verträge abzuschließen, soll im Folgenden ein bereits seit 3 Jahren erfolgreich implementiertes psychiatrisches Compliance-Programm näher dargestellt werden. Dieses sogenannte „Münchner Modell“ ist bisher das einzige Compliance-Programm im Bereich der Psychiatrie, das von den Kassen über den §§ 140a ff SGB V („Integrierte Versorgung“) finanziert wird und dessen Praktikabilität, Wirksamkeit und Kosteneffektivität bereits mit publizierten Kassendaten belegt ist. Deshalb kann es über einen bundesweiten Rahmenvertrag jetzt auch in anderen Regionen ausgerollt werden und eventuell auch als Modell für andere neuropsychiatrische Indikationen dienen.

### Gesetzliche Rahmenbedingungen

Gedeckelte Budgets und andere gesundheitspolitische Hindernisse haben es bis vor kurzem verhindert, neue Versorgungsleistungen in der Regelversorgung anzubieten bzw. finanziert zu bekommen. Selbst wenn z.B. durch ein ambulantes

Compliance-Programm stationäre Behandlungskosten eingespart wurden, wurde es von den Krankenkassen nicht finanziert, weil es sich dabei um 2 getrennte Budgets handelte, die nicht miteinander verrechnet werden konnten. Dies hat sich durch die Gesundheitsreform und die dadurch ermöglichten Direktverträge jetzt geändert. Wenn man den Krankenkassen jetzt neue ambulante Leistungen anbietet, die Kosten in anderen Bereichen (z. B. im stationären Bereich oder beim Krankengeld) einsparen, dann können die Kassen solche Leistungen auch außerhalb der geltenden Gebührenordnungen und Budgets honorieren. Und das haben sie inzwischen auch in zahlreichen Verträgen – z. B. im Rahmen der Integrierten Versorgung nach §§ 140a ff SGB V – getan. Das im Folgenden dargestellte „Münchner Modell“ wird über einen solchen Vertrag extrabudgetär finanziert und die dadurch zusätzlich fließenden Finanzmittel machen es möglich, alle erforderlichen complianceverbessernden Maßnahmen angemessen zu finanzieren.

#### Wie kommt man zu einem Vertrag mit den Krankenkassen?

Wenn Leistungserbringer (z. B. Netzwerke niedergelassener Nervenärzte, Kliniken, Rehabilitationseinrichtungen) eine Idee haben, wie sie die Versorgung in ihrer Region verbessern können, ohne dabei die Gesamtkosten nennenswert zu erhöhen (z. B. durch eine engere Zusammenarbeit zwischen Klinik und Niedergelassenen oder durch zusätzliche complianceverbessernde Maßnahmen), sollten sie versuchen, ein entsprechendes Angebot an die Krankenkassen zu formulieren. Dies geschieht meistens nach den Vorgaben des §§ 140a ff SGB V („Integrierte Versorgung“), aber auch andere Direktverträge sind möglich. Das den Kassen vorgeschlagene Versorgungsmodell muss bestimmte Voraussetzungen erfüllen (5–7).

Wie die Integrierte Versorgung inhaltlich aussehen soll, ist im §§ 140a ff SGB V nur vage beschrieben. Es wird dort nur gesagt, dass die Krankenkassen mit den in § 140b Abs. 1 genannten Vertragspartnern (z. B. Kliniken, Rehabilitationseinrichtungen, Niedergelassene) Verträge über eine „verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung“ abschließen können. Meist werden die Verträge mit Kliniken und Niedergelassenen geschlossen, aber auch zunehmend mit Rehabilitationseinrichtungen. Die Ziele dieser neuen Versorgungsform sind dabei mehr oder weniger die gleichen wie bei der üblichen Regelversorgung, nämlich die „qualitätsgesicherte, wirksame, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung“ der Versicherten. Diese sehr allgemein gehaltenen

### Integrierte Versorgung

Integrierte Versorgung ist eine neue, vom Gesetzgeber geförderte, sektorenübergreifende Versorgungsform. Sie soll zu einer stärkeren Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren (Hausärzte, Fachärzte, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen) führen, die Qualität der Patientenversorgung verbessern und die Gesundheitskosten senken.

tene Definition der Integrierten Versorgung macht es möglich, dass man prinzipiell für fast alle Versorgungskonzepte eine Anschubfinanzierung bzw. einen Direktvertrag beantragen kann, solange es sich um eine „sektorenübergreifende oder fachübergreifende“ Versorgung handelt. Aus der bisherigen Bewilligungspraxis kann man allerdings ersehen, dass die Krankenkassen (die alleine über die Bewilligung der Anschubfinanzierung bzw. den Vertragsabschluss entscheiden) fast nur Verträge abschließen, von denen sie sich eine Steigerung der Behandlungsqualität und eine Senkung der Gesamtkosten versprechen. Compliance-Programme erfüllen beide Voraussetzungen.

#### Der schnellste Weg: Das Ausrollen eines funktionierenden Vertrags

Da die Frist zur Beantragung einer Anschubfinanzierung möglicherweise Ende 2008 ausläuft, reicht die Zeit für die Entwicklung eines völlig neuen Konzepts nicht mehr aus. Die meisten Regionen, die noch einen Integrierten Versorgungsvertrag anstreben, versuchen deshalb, einem bereits in einer anderen Region mit den Kassen vereinbarten Vertragsmodell beizutreten bzw. sich bei ihrer Antragstellung eng an ein bereits erfolgreich laufendes Modell anzulehnen. Kann ein solches Modell bereits gute Ergebnisse vorlegen, haben auch die neuen Antragsteller gute Erfolgsaussichten mit ihrem Antrag. Kliniken oder lokale Netzwerke von niedergelassenen Nervenärzten, die vorhaben, einen Antrag auf Integrierte Versorgung zu stellen, sollten sich also darüber informieren, welches Versorgungsmodell für die von ihnen ins Auge gefasste Indikation bereits in Deutschland erfolgreich läuft und vielleicht sogar schon gute Ergebnisse publiziert hat. In enger Anlehnung an dieses erfolgreiche Modell sollte dann das eigene lokale Versorgungsmodell entwickelt und den für diese Region zuständigen Krankenkassen angeboten werden. Eine Übersicht über die aktuell laufenden Integrierten Versorgungsmodelle in der Psychiatrie findet sich auf der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)<sup>1</sup>. Von den dort aufgeführten ca. 80 Integrierten Versorgungsverträgen beziehen sich allerdings viele nur auf einzelne Praxen bzw. wenige Krankenkassen und die meisten sind nur in einer Region imple-

<sup>1</sup> [www.dgppn.de/de\\_integrierte-versorgung\\_25.html](http://www.dgppn.de/de_integrierte-versorgung_25.html)

mentiert worden. Für die Indikationen Schizophrenie und Depression ist das „Münchener Modell“ derzeit das einzige, das über einen bundesweiten Rahmenvertrag in allen Bundesländern ausgerollt werden kann.

#### Welche Voraussetzungen sind zu erfüllen?

Wenn man plant, einen Antrag auf Integrierte Versorgung zu stellen, sollte man prüfen, ob man die erforderlichen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen erfüllt (5–7). Die bisher gemachten Erfahrungen mit der Bewilligungspraxis der Krankenkassen und der praktischen Umsetzung von Integrierten Versorgungsverträgen zeigen, dass insbesondere folgende Voraussetzungen erfüllt sein sollten:

- Alle Teilnehmer an der Integrierten Versorgung sollten die Fähigkeit zur sektorübergreifenden, kollegialen Zusammenarbeit haben und bereit sein, ausreichend Zeit in die Rekrutierung der Patienten, in die Dokumentation und in die korrekte Durchführung der Interventionen zu investieren.
- Vertragspartner sind Leistungserbringer aus verschiedenen Versorgungssektoren oder verschiedenen Fächern.
- Eine ausreichende Zahl von Patienten der gewählten Indikation ( $n > 300$ ) sollte innerhalb von 6–12 Monaten zur aktiven Teilnahme an der Integrierten Versorgung motiviert werden können.
- Mit dem geplanten Versorgungsmodell sollten tatsächlich die Behandlungsqualität verbessert und die Gesamtkosten gesenkt werden können (Voruntersuchungen?).
- Die spätere Übernahme des Versorgungsmodells in die Regelversorgung muss möglich sein.
- Die Kosten für alle Beteiligten sollten realistisch und transparent kalkuliert worden sein und die Anschubfinanzierung bzw. die mit den Kassen vereinbarten Honorare sollten zumindest diese Kosten abdecken.
- Die Klinikverwaltung oder das Ärztenetzwerk sollten bereit sein, die erforderlichen Rahmenbedingungen (Bereitstellung von Räumen, Vorfinanzierung der Manpower, Abwicklung der Abrechnung etc.) zu schaffen.
- Es sollte Einvernehmen unter allen Beteiligten bestehen über Art und Ausmaß der Dokumentation, der Erfolgsbeurteilung und der Qualitätssicherung.

Die Erfahrungen aus den zurückliegenden 4 Jahren seit Inkrafttreten des §§ 140a ff SGB V zeigen, dass ein Antrag auf Integrierte Versorgung nur dann einen Sinn macht, wenn alle oben genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

#### Die häufigsten Fehler

Die häufigsten Fehler, die von Antragstellern in diesem Zusammenhang gemacht wurden, waren folgende:

- Indikationen oder Versorgungsmodelle 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 und die Qualität der Dokumentation und der Interventionen sicherstellen.
- Zu komplexe und zu aufwendige Versorgungsmodelle.

Versorgungsmodelle zu beantragen, bei denen bereits bestehende Versorgungsangebote (z. B. in Institutsambulanzen, Rehabilitationseinrichtungen) als Integrierte Versorgung umetikettiert werden, erscheint aus mehreren Gründen nicht sinnvoll: Zum einen, weil die Krankenkassen nicht bereit sind, für inhaltlich ähnliche Leistungen doppelt zu bezahlen und man deshalb mit derartigen Anträgen nur bewährte Versorgungsstrukturen ersetzen würde, ohne zusätzliche Finanzmittel zu bekommen. Zum anderen können durch solche Modelle auch nicht die geforderten Qualitätsverbesserungen oder Kostensenkungen im Vergleich zur jetzigen Regelversorgung erreicht werden.

Der häufigste Fehler ist jedoch, dass in der Planungseuphorie die später tatsächlich erreichbaren Rekrutierungszahlen überschätzt werden. Wenn dann später deutlich weniger Patienten als geplant in das Programm eingeschlossen werden, kommt es wegen der fehlenden Fallhonorare rasch zu einer Unterfinanzierung, an der das gesamte Projekt scheitern kann. Um das zu vermeiden, sollte man so früh wie möglich Proberekrutierungen durchführen, bei denen sich zeigt, wieviele Patienten tatsächlich zum Einschreiben in ein Programm motiviert werden können. Einige psychiatrische Projekte, die darauf vertraut haben, dass durch eine angemessene Honorierung quasi automatisch die optimale Rekrutierung sichergestellt wird, haben nach den ersten 6 Monaten feststellen müssen, dass sich diese Erwartung nicht erfüllt hat und die geplanten Rekrutierungszahlen bei weitem nicht erreicht wurden. Insbesondere bei indikations- oder kassenspezifischen Verträgen, die nur einen Teil der in einer Praxis oder Klinik versorgten Patienten betreffen, wird unter dem Zeitdruck des Versorgungsalltags immer wieder vergessen, diese Patienten für die Integrierte Versorgung zu motivieren und die eigentlich möglichen Rekrutie-

Tab. 1 Probleme und Lösungsansätze im Rahmen der Integrierten Versorgung.

Problem	Lösung
Noncompliance der Patienten für die Rückfallschutzbehandlung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Differenzialdiagnose der Noncompliance</li> <li>• Psychoedukation für Patient und Angehörige</li> <li>• Compliance-Monitoringsysteme</li> <li>• Medikamententraining (1)</li> <li>• Reminder (per Telefon, SMS)</li> <li>• „Shared Decision Making“ (4)</li> <li>• Depotmedikation</li> <li>• Bonus für Teilnahme an complianceverbessernden Maßnahmen</li> </ul>
Drop out nach Klinikentlassung, Nichteinhaltung von Terminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extra honorierte Vorstellung beim weiterbehandelnden niedergelassenen Nervenarzt noch während der stationären Behandlung</li> <li>• Terminerinnerungen, bei Bedarf Hausbesuche</li> </ul>
Umstellung der Medikation kurz nach Entlassung des Patienten aus der Klinik	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abstimmung der Entlassungsmedikation zwischen Klinikern, Niedergelassenen und Patienten</li> <li>• Fallkonferenzen in sektorübergreifenden Qualitätszirkeln</li> <li>• Benchmarking von Prozess- und Ergebnisindikatoren</li> <li>• Standardisierter, beschleunigter Informationsfluss bei Aufnahme und Entlassung</li> </ul>
suboptimale ärztliche Therapieempfehlungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementierung von Behandlungsleitlinien (Qualitätszirkel)</li> <li>• Optimierung eines gemeinsamen Behandlungspfades (Qualitätszirkel)</li> <li>• Benchmarking von Prozess- und Ergebnisindikatoren anhand der sektorübergreifenden Dokumentation</li> </ul>
verspätete Reaktion auf Krisen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Training des Patienten im Erkennen von Frühwarnzeichen</li> <li>• Krisenplan für Patienten und Angehörige</li> <li>• Garantierte, beschleunigte stationäre Aufnahme im Bedarfsfall</li> <li>• Telefonhotline für Patienten und Angehörige</li> </ul>

rungszahlen werden dann nicht erreicht. Um zu vermeiden, dass Projekte an zu niedrigen Teilnehmerzahlen scheitern, bedarf es eines intensiven Projektmanagements und Monitorings, für das ausreichende personelle und finanzielle Ressourcen bereitgestellt und vorfinanziert werden müssen.

Häufig begehen Antragsteller auch den Fehler, sich bei der inhaltlichen Ausgestaltung der Integrierten Versorgung zu viel vorzunehmen und gleichzeitig alle diagnostischen und therapeutischen Prozesse der Regelversorgung verändern und verbessern zu wollen. Solche Konzepte sind in der Praxis nicht umsetzbar und führen eher zu Kostensteigerungen als zu den von den Krankenkassen angestrebten Kostensenkungen. Bessere Erfolgchancen haben schlanke Versorgungsmodelle, die sich auf die wichtigsten Probleme (z.B. Noncompliance, intersektorale Kommunikationsdefizite) konzentrieren und versuchen, diese Probleme mit wenigen, wirksamen Interventionen kosteneffektiv zu lösen. Ein gutes Beispiel für ein solches schlankes Programm ist das „Münchner Modell“. Es hat sich in seiner bisher 3-jährigen Laufzeit als leicht in die Regelversorgung integrierbar erwiesen, wird von Patienten wie Leistungserbringern sehr positiv beurteilt und hat in seiner kurzen Laufzeit bereits zu einer Halbierung der Gesamtkosten bei gleichzeitig deutlicher Verbesserung der Behandlungsqualität geführt. Dieses Modell soll deshalb im Folgenden etwas ausführlicher beschrieben werden.

### Das „Münchner Modell“

Dieses Versorgungsmodell für Patienten mit Schizophrenie oder Depression gilt als der Prototyp eines leicht umsetzbaren, wirksamen und indikationsspezifischen Modells einer Integrierten Versorgung in der Psychiatrie. Im Gegensatz z.B. zum Rahmenkonzept der DGPPN (2) wird im „Münchner Modell“ nicht versucht, alle Aspekte einer Behandlung zu optimieren, sondern man konzentriert sich auf 1 oder 2 Hauptprobleme, durch deren Lösung besonders große Qualitätsverbesserungen und Kostensenkungen zu erwarten sind. Bei den Indikationen Schizophrenie und Depression stellt die hohe Noncompliance der Patienten bezüglich der Rezidivprophylaxe das Hauptproblem dar, weshalb im „Münchner Modell“ versucht wird, mit maximalem Ressourceneinsatz die Compliance dieser Patienten zu verbessern. Zusätzlich wird versucht, die Kommunikation und Kooperation zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern zu verbessern.

Im Einzelnen geschieht dabei inhaltlich Folgendes: Nach Einschluss eines Patienten in das Programm wird auf der Basis einer mehrstufigen, individuellen Compliance-Diagnostik zusammen mit dem Patienten, seinen Angehörigen und eventuell anderen Ärzten eruiert, wie compliant der Patient in der Vergangenheit die rezidivprophylaktische Behandlung durchgeführt hat, wo es dabei Probleme gab und wie diese in Zukunft besser gelöst werden können. Gemeinsam mit dem Patienten wird

**Tab. 2** Einsparungen an Krankenhaustagen und Kosten durch das Integrierte Münchner Compliance-Programm.

Zwischenauswertung bei 310 Patienten mit ICD-10-Diagnose F2 oder F3	
stationäre Behandlungstage 18 Monate vor Einschluss	16 810
stationäre Behandlungstage nach Einschluss	4 811
<b>Einsparung von</b>	<b>71 %</b>
Einsparung pro Patient (Tagessatz von 250 €)	9 676 €
Einsparung pro Patient und Jahr	6 451 €
Kosten des Integrierten Versorgungsprogramms pro Jahr	1 250 €
<b>Nettoeinsparungen pro Patient und Jahr</b>	<b>5 201 €</b>

dann von einem ärztlichen und einem sozialpädagogischen Case-Manager ein individuelles Programm zur zukünftigen Optimierung der Rückfallverhütung aufgestellt, fortlaufend an eventuell veränderte Bedingungen angepasst und die Umsetzung über mindestens 18 Monate im Rahmen regelmäßiger Wiedervorstellungstermine monitort.

Um die Compliance zu verbessern und transparent zu machen, wird angestrebt, möglichst viele Patienten auf ein Depotneuroleptikum einzustellen. Durch Wellness- und Bonuselemente, durch spielerischen Compliance-Wettbewerb unter den Teilnehmern und durch Gelegenheit zu Sozialkontakten wird versucht, das Programm für die Teilnehmer so attraktiv wie möglich zu machen. Anreize wie Fahrtkostenerstattung, Befreiung von Zuzahlungen etc. sollen die Teilnahmefreudigkeit der Patienten zusätzlich erhöhen.

Pro Jahr werden so mindestens 20–30 Manpower-Stunden pro Patient für die Verbesserung seiner rezidivprophylaktischen Compliance aufgewandt. Ein derartiger Aufwand allein für die Compliance-Verbesserung konnte in der

– traditionell eher auf die Akutbehandlung fokussierten – ambulanten Regelversorgung bisher auch nicht annähernd geleistet werden, weil es dafür keine Gebührensätze gab. Im Rahmen eines Vertrags zur Integrierten Versorgung wie beim „Münchner Modell“ können aber jetzt alle erforderlichen complianceverbessernden Maßnahmen finanziert werden (Tab. 1). Für den Kostenträger entstehen dadurch jedoch keine Mehrkosten, da der Mehraufwand für das Compliance-Programm (ca. 1 250 Euro pro Patient und Jahr) durch Einsparungen bei den Krankenhauskosten mehr als kompensiert wird.

Die therapeutische Verantwortung für den Patienten liegt bei diesem Modell weiterhin beim niedergelassenen Arzt, der seine sonstigen Leistungen wie bisher über die Kassenärztliche Vereinigung abrechnet. Für die zusätzlich zur Regelversorgung angebotenen complianceverbessernden Maßnahmen bekommen die Niedergelassenen und die das Programm unterstützenden Kliniken außerhalb ihres sonstigen Budgets ein zusätzliches, kostendeckendes Honorar.

Da sich die mangelnde Abstimmung zwischen niedergelassenen Ärzten und Klinikern häufig negativ auf die Compliance der Patienten und auf die Effizienz der Behandlung auswirkt, wird im Rahmen der Integrierten Versorgung auch versucht, die Kommunikation zwischen den verschiedenen Behandlungssektoren zu optimieren. Durch regelmäßige gemeinsame Fallkonferenzen und standardisierte (und zusätzlich honorierte) Kommunikationsinstrumente wird verhindert, dass es beim Wechsel des Patienten von einem Sektor in den anderen zu vermeidbaren Doppeluntersuchungen oder Medikamentenumstellungen kommt.

#### Ergebnisse des „Münchner Modells“

Inzwischen haben sich mehr als 500 Patienten, die an einer Schizophrenie oder an einer affektiven Störung leiden, in das Integrierte Münchner Versorgungsmodell eingeschrieben. Eine Zwischenauswertung bei 310 Patienten ergab in einem Prä-Post-Vergleich (Tab. 2), dass die am Programm teilnehmenden Patienten in den 18 Monaten während des Compliance-Programms 70 % weniger Krankenhaustage in Anspruch nehmen mussten als in den 18 Monaten vor Einschreibung. Dies führte – nach Abzug der Kosten des Compliance-Programms – zu Einsparungen von ca. 5 200 Euro pro Patient. Patienten und teilnehmende Ärzte zeigten sich in Befragungen hochzufrieden mit diesem neuen Versorgungsangebot und von Seiten der Krankenkassen wurde der ursprünglich auf 2 Jahre begrenzte Vertrag unbefristet verlängert. Inzwischen wird das Ver-

#### The „Munich Model“ – How compliance programs can be financed

Although effective long-term treatments are available for many of the relevant neuro-psychiatric diseases, more than half of the patients do not perform these treatments. This high noncompliance rate is responsible for more than 50% of readmissions, for high costs and a deterioration of the course of the illness. Effective compliance improving measures (e.g. psychoeducation) are principally available but can't be offered to these patients because of a lack of reimbursement. The so called "Munich Model" – a compliance program for patients with schizophrenia or depression – is described in detail as an example how compliance programs can be financed. An interim analysis of the results of the Munich compliance program shows that more than 70% of hospital days and more than 50% of total costs can be saved with such a program. At the same time quality of treatment and patient satisfaction increases. Roll Out of the "Munich Model" in other regions and extension to other neuro-psychiatric diagnoses is planned.

#### Key words

Compliance program – psychoeducation – integrated care

sorgungsmodell in zahlreichen anderen Regionen ausgerollt.

Das Beispiel des „Münchner Modells“ zeigt, dass Compliance-Programme endlich auch flächendeckend in der Regelversorgung angeboten werden können, weil sie über Direktverträge jetzt von den Krankenkassen finanziert werden können. Wenn also in 5 Jahren weiterhin 50% der depressiven oder schizophrener Patienten innerhalb eines Jahres wegen Noncompliance in die Klinik wieder aufgenommen werden müssen und wenn dafür weiterhin Milliarden Euro unnötigerweise ausgegeben werden, kann dies nur 2 Ursachen haben: Entweder haben einige Krankenkassen dann die Bedeutung der Compliance für die Behandlungsergebnisse und die Kosten immer noch nicht erkannt und haben es versäumt, in allen Regionen entsprechende Verträge mit den Leistungserbringern zu schließen. Oder wir Leistungserbringer haben es nicht geschafft, den Krankenkassen entsprechende Versorgungsmodelle in jeder Region anzubieten. Auf jeden Fall kann man die Verantwortung für Noncompliance spätestens jetzt nicht mehr alleine auf die Patienten abladen.

### Literatur

- 1 Asani F, Eißmann I. Medikamententraining Psych Pflege 2006; 12: 205–207
- 2 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Hrsg. Rahmenkonzept Integrierte Versorgung Depression Nervenarzt 2005; 76: 104–121
- 3 Gorenoi V, Schönermark MP, Hagen A. Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance bzw. Adherence in der Arzneimitteltherapie mit Hinblick auf den Therapieerfolg. DAHTA-Datenbank des DIMDI 2007: 1–60 ([www.dimdi.de](http://www.dimdi.de))
- 4 Hamann J, Langer B, Winkler V et al. Shared decision making for in-patients with schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 2006; 114: 265–273
- 5 Kissling W, Seemann U, Fritze P. Integrierte Versorgung. Neurotransmitter 2004; 10: 28–35
- 6 Kissling W. Integrierte Versorgung in der Psychiatrie Neurotransmitter 2006; 7–8: 26–31
- 7 Kissling W, Vogel C. Erfahrungen mit dem „Münchner Modell“ – Integrierte Versorgung – eine Zwischenbilanz. Neurotransmitter Sonderheft 2. 2007; 211–219



### Korrespondenz

Dr. Werner Kissling  
 Centrum für Disease Management  
 Psychiatrische Klinik der Technischen Universität München  
 Möhlstraße 26  
 81675 München  
[W.Kissling@lrz.tu-muenchen.de](mailto:W.Kissling@lrz.tu-muenchen.de)