

# Multiple Sklerose: Integriertes Versorgungsmodell in Nordrhein

Über 500 Patienten nehmen bereits teil – Einbeziehung von Rehakliniken und Heilmittelerbringern geplant

von Gereon Nelles\*

Seit Juni 2006 können Patienten mit multipler Sklerose zusätzliche Leistungen ergänzend zur Regelversorgung in Anspruch nehmen. Geregelt sind die Zusatzleistungen in der Qualitätspartnerschaft zur integrierten Versorgung (IgV) zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und niedergelassenen Neurologen. Ein Kernmerkmal der integrierten Versorgung bei chronischen Erkrankungen wie der Multiplen Sklerose ist die reibungsfreie Überleitung an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.

Vertragspartner der gesetzlichen Krankenkassen sind daher die Leistungserbringer im ambulanten und stationären Bereich, also kassenärztliche Praxen und Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag. Diese Vertragspartner verpflichten sich zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung von Patienten mit Multipler Sklerose. Ziel dieses IgV-Vertrages ist es, eine qualitätsgesicherte und abgestimmte Zusammenarbeit zwischen den teilnehmenden Leistungserbringern aufzubauen.

Für 2007 ist geplant, das Projekt durch Einbindung von Rehakliniken sowie Heilmittelerbringern (zum Beispiel Krankengymnasten) auszuweiten. Innovativer Bestandteil dieses Integrierten Versorgungsmodells ist zudem die von allen Leistungserbringern gewünschte Einbeziehung des Landesverbandes

des NRW der Deutschen Multiplen Sklerose Gesellschaft (DMSG) im Rahmen von Patientenschulungsprogrammen.

## Teilnahmevoraussetzungen

### Patienten

Voraussetzung für die Teilnahme eines MS-Patienten an der integrierten Versorgung ist zunächst dessen Einverständnis. Das Einverständnis muss schriftlich erfolgen. Mit seiner Unterschrift erklärt sich der Patient unter anderem zur Weiterleitung von krankheitsbezogenen anonymisierten Daten und Daten zur Lebensqualität an die Arbeitsgemeinschaft IgV Rheinland sowie an ein Evaluationsinstitut einverstanden.

Weiterhin ist Voraussetzung, dass die Krankenkasse des Patienten dem Vertrag beigetreten ist. Dies sind neben der AOK Rheinland/Hamburg die IKK Nordrhein, BARMER, Knappschaft, Kaufmännische Krankenkasse (KKH) sowie Gärtner- und Landwirtschaftliche Krankenkasse sowie BKK Novitas.

Für Versicherte anderer Krankenkassen und anderer Regionen aus Nordrhein besteht aber die Möglichkeit, die Leistungen auch zu erhalten; ihre Krankenkasse kann jederzeit dem Vertrag beitreten. In den ersten 7 Monaten sind der integrierten Versorgung bereits über 500 Patienten beigetreten.

## Vertragsleistungen

Leistung	Leistungsbeschreibung	Häufigkeit (je Jahr)
<b>Eingangsunter-suchung; große Jahreskonsultation</b>	Klärung der klinischen Gesamtsituation bei Aufnahme, ggf. Zweitmeinung bei unklarer Erstdiagnose, EDSS, defizitorientierte Therapieplanung	1
<b>Qualitäts-konsultation</b>	Verlaufskontrolle; defizitorientierte Therapieplanung; Reha-Assessment; ggf. Stabilisierung des stat. Behandlungserfolgs; Koordination Heilmittelerbringung	3
<b>Dokumentation</b>	Minimal Basis Dataset; SF-54	(1x) SF-54 (1x) Minimal Basis Dataset
<b>Überleitungs-pauschale</b>	Aufnahme und Entlastungskoordination mit Kopie aller Befunde zur Sicherung der Kontinuität	2
<b>Behandlungs-pauschale</b>	Ambulante Schubbehandlung; ambulante Eskalationsbehandlung; intensiviertes therapiebegleitendes Monitoring; Abklärung Komplikation	4
<b>Patientenschulung</b>	Schulungsprogramm der DMSG	1
<b>Fallkonferenzen</b>	Abstimmung mit Heilmittelerbringern und stat. Behandlern	2

\* PD Dr. Gereon Nelles ist Vertreter der niedergelassenen Neurologen und Nervenärzte im Beirat der Qualitätspartnerschaft zur integrierten Versorgung von Patienten mit multipler Sklerose im Ärztekammerbezirk Nordrhein, in dessen Namen er diesen Beitrag verfasst hat. Die weiteren Mitglieder des Beirates sind Michael Geus, Bernd Faber (AOK Rheinland/Hamburg), Daiana Noppe (IKK Nordrhein), Karsten Menn (BARMER), Dr. Uwe Meier (1. Vorsitzender des Berufsverbandes Deutscher Neurologen), PD Dr. Volker Limmroth (Chefarzt der Neurologischen Klinik, Krankenhaus Merheim, Köln)

## *Neurologische Praxen und Neurologische Kliniken*

Zu den Teilnahmebedingungen für neurologische Praxen gehören unter anderem eine mindestens 5-jährige Erfahrung in der medizinischen Betreuung von MS-Patienten, eine Mindestfallzahl von 25 MS-Patienten pro Jahr, Bereitschaft zur standardisierten Dokumentation, Möglichkeit der Liquordiagnostik durch ein zertifiziertes Labor, Zusammenarbeit mit Neuroradiologen und Urologen, Bereitschaft zur ambulanten Schubtherapie und Durchführung von Schulungsmaßnahmen.

Auch für teilnehmende Kliniken wurden Zugangsvoraussetzungen analog zu jenen für Praxen definiert. Zusätzlich zu den Kriterien für Praxen sollten mindestens 100 MS-Patienten (stationäre Einzelfälle) pro Jahr behandelt werden. Eine Eskalationsbehandlung nach den aktuell gültigen Leitlinien muss möglich sein. Die Sicherstellung der ambulanten Weiterversorgung der Patienten innerhalb des IGV-Netzwerkes mit der Weitergabe aller relevanten Behandlungsinformation muss gewährleistet sein und es muss definierte Ansprechpartner und Modalitäten für eine stationäre Aufnahme geben. Beigetreten sind dem Vertrag bislang 12 Neurologische Kliniken und 90 Neurologen in 55 ambulanten Praxen (Stand 31.1.2007).

### **Leistungsumfang**

Die IGV-Leistungen sind in der *Tabelle auf Seite 14* dargestellt. Ein Großteil der IGV-Leistungen können sowohl im stationären wie im ambulanten Bereich erbracht werden. Die Leistungen der Behandlungspauschalen werden in den Kliniken über DRG vergütet. Schulungen werden während des ersten Jahres nur von der DMSG angeboten, die als Kooperationspartner für den IGV-Vertrag arbeitet und mit beratender Stimme dem Beirat angehört.

Ab dem zweiten Jahr können Schulungen zusätzlich nach dem abgestimmten Schulungsprogramm

auch in Praxis und Krankenhaus durchgeführt werden. Das von der DMSG – Landesverband NRW – konzipierte und bereits in einer stationären Reha-Einrichtung evaluierte Patientenschulungsprogramm hat zum Ziel, die Entscheidungskompetenz der Patienten deutlich zu stärken, um somit die vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung zu unterstützen und Compliancerisiken zu minimieren.

Die Leistungserbringung erfolgt über definierte Behandlungspfade. Die Pfade unterscheiden zwischen planbaren Leistungen und unvorhersehbaren Leistungen. Zu den planbaren Leistungen zählt eine jährliche große Jahreskonsultation mit Erhebung eines klinischen Status und Daten zur Lebensqualität. Die standardisierte Dokumentation einmal jährlich umfasst krankheitsbezogene Daten mit einem Minimaldatensatz (Minimal Data Set) und Daten zur Lebensqualität. Vierteljährlich wird zusätzlich in der Quartalskonsultation der Krankheitsverlauf dokumentiert. Zu den planbaren, das heißt obligaten Leistungen zählen auch die Patientenschulungen und die Fallkonferenzen zwischen Leistungserbringern der beteiligten Sektoren auch aus dem Heil- und Hilfsmittelbereich.

Bei vielen Patienten besteht der Bedarf an weiteren Kontakten außerhalb der regelmäßigen Jahres- und Quartalskonsultationen aufgrund von Komplikationen. Dabei handelt es sich um im Rahmen der Behandlung von MS-Patienten typische Ereignisse, die jedoch weder zeitlich noch vom Umfang vorhersehbar sind. In dem Behandlungspfad wurden diese Krankheitskomplikationen in vier Gruppen eingeteilt.

Hierzu zählen Funktionsverschlechterungen, Therapiekomplikationen, neuropsychologische Störungen und spezielle psychosoziale Probleme im häuslichen, familiären und beruflichen Umfeld. Die Berücksichtigung der neuropsychologischen und psychosozialen Aspekte war bei der Strukturierung der Versorgungsabläufe aufgrund der

immensen Bedeutung für die Lebensqualität der Patienten von besonderer Wichtigkeit, zumal die konventionelle Versorgung dieses nur in begrenztem Umfang zulässt. Dem Krankheitsbild entsprechend sollen die teilnehmenden MS-Patienten eine zeitnahe Terminierung beim behandelnden Arzt erhalten.

### **Vergütung**

Bei der Vergütung wird zwischen den ambulant und stationär erbrachten Leistungen der Regelversorgung und den innovativen, über die in der Regelversorgung üblicherweise hinausgehenden Leistungen unterschieden. Die vertragsärztlich bzw. stationär erbrachten Leistungen der Regelversorgung werden wie gehabt auf der Grundlage des EBM bzw. der DRG vergütet. Die Vergütung der darüber hinausgehenden Leistungen erfolgt aus der Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung.

Ärzte waren unter dem Eindruck von bürokratischem Formalismus gegenüber der integrierten Versorgung vielfach skeptisch. Tatsächlich ist aber der administrative Aufwand sehr begrenzt. Für eine Eingangsuntersuchung mit Dokumentation müssen 15 bis 20 Minuten, für eine Quartalskonsultation (ohne Komplikationen) 10 bis 15 Minuten kalkuliert werden. Hervorzuheben ist auch, dass auch solche Leistungen abgebildet werden, die von engagierten Neurologen in der Versorgung von MS-Patienten bereits vorher überwiegend unentgeltlich erbracht wurden.

Dennoch lohnt sich eine Teilnahme nur, wenn ein Schwerpunkt in der Versorgung von MS-Patienten besteht, da die Organisation auf die Vertragsanforderungen abgestimmt sein muss. Das Versorgungskonzept lebt in erster Linie von der Kooperation zwischen Leistungserbringern. Die sich hieraus ergebenden Chancen können für die Qualitätsverbesserung genutzt werden und zur Kostensenkung beitragen.

*Weitere Informationen  
beim Verfasser:*

*PD Dr. Gereon Nelles,  
Haselnußhof 1, 50767 Köln,  
Tel.: 02 21/7 90 21 61*