

Dieter Best

Versorgungsmanagement bei psychischen Krankheiten

Interview mit dem Leiter des Bereichs Versorgungsanalysen der mhplus BKK Tino Schubert

Den zunehmenden Kosten, die durch psychische Krankheiten verursacht werden, versuchen immer mehr Krankenkassen mit einem sogenannten Versorgungsmanagement zu begegnen. Der dahinter stehende Gedanke ist, dass eine aktivere Gestaltung des Versorgungsprozesses der Versicherten am Ende Kosten spart. So hat zum Beispiel die DAK bereits vor mehr als sieben Jahren ein sogenanntes „PsyCase-Management“ eingerichtet, bei dem Sachbearbeiter der Krankenkasse den als psychisch krank identifizierten Versicherten, die insbesondere durch hohe AU-Ausfallzeiten aufgefallen waren, eine Art Versorgungskoordination über den Krankheitsverlauf hinweg angeboten hatten. Dabei war übrigens den Versicherten der DAK in mehr als der Hälfte der Fälle eine Psychotherapie empfohlen worden.

Immer mehr Krankenkassen griffen in den letzten Jahren zu solchen Mitteln, die Versorgungsabläufe bzw. die Versicherten „zu steuern“, und immer mehr kam es dabei zu Beschwerden, die Versicherten würden unter Druck gesetzt. Dies bemängelte auch die DPTV in einer Pressemeldung vom Dezember 2013 („Krankenkassen setzen psychisch Kranke unter Druck“). Wir hatten damals die Beschwerden von Mitgliedern der DPTV und auch von Patienten über Einmischungen der Krankenkassen in die Psychotherapie dokumentiert. Dies

veranlasste auch die unabhängige Patientenvertretung dazu, das Thema in ihrem Jahresbericht 2013 aufzugreifen. Der Jahresbericht beschreibt Fälle, bei denen Patienten zum Teil wöchentlich angerufen wurden, wie lange sie noch krankgeschrieben seien, ob man den Psychotherapeuten wechseln wolle oder ob man besser einen Psychiater aufsuchen solle usw.

Dass Krankenkassen ein berechtigtes Interesse daran haben, Kosten zu sparen, ist unbestritten. Welche Mittel aber sind legitim und sinn-

voll, welche sind dagegen als Einmischung in die psychotherapeutische Behandlung zu begreifen? Grundsätzlich bedürfen die zunehmenden Versorgungsmanagementansätze der Krankenkassen einer Analyse der Veränderungen der dadurch ausgelösten therapeutischen Beziehung zwischen Psychotherapeut und Patient. Psychotherapeuten sind gehalten, die Beziehung so zu gestalten, dass sie sich optimal entwickeln kann, was die Minimierung störender Einflüsse, gleich welcher Art, voraussetzt. Gelingt dies nicht, kann ein Patient z.B. sich nicht genügend von Interventionen seiner Krankenkasse abgrenzen, kann eine Psychotherapie aus der sich aus der Berufsordnung ergebenden Sorgfaltspflicht auch abgelehnt werden.

Kann aber ein Versorgungsmanagement auch eine sinnvolle Unterstützung der Psychotherapie sein? Um mehr Licht ins Dunkel zu bringen, haben wir ein Gespräch mit Herrn Tino Schubert, dem Leiter des Bereichs Versorgungsanalysen

der BKK mhplus geführt, der an der Entwicklung eines Versorgungsmanagementprogramms beteiligt war. Das Interview war ursprünglich in der Bundesgeschäftsstelle der DPTV geplant, musste aber wegen des Bahnstreiks Anfang November 2014 schriftlich und telefonisch geführt werden. Die Fragen wurden von Dipl.-Psych. Dieter Best, stellvertretender Bundesvorsitzender der DPTV, gestellt.

D.B.: Was genau ist der Beitrag, den die mhplus in einem „Versorgungsmanagement“ leisten kann?

T.S.: Im Versorgungsprozess stehen gerade chronisch kranke Patienten vor drei wichtigen Problemen im Gesundheitswesen. Das sind Informationsverluste, ein hoher Organisationsaufwand und eine reaktive Leistungsanspruchnahme – z.B. auch bei primärpräventiven Leistungen. Als Krankenkasse können wir an diesen Problemen mit eigenen Kernkompetenzen, d.h. unserer Fähigkeit das gesamte Leistungsspektrum zu bewerten, unsere administrativen und Organisationsfähigkeiten, ansetzen und einen guten Beitrag zur Lösung anbieten. Was wir nicht machen, ist, diagnostische oder therapeutische Maßnahmen anzubieten, denn diese Kernkompetenzen liegen zweifelsfrei bei den Leistungserbringern.

D.B.: Im Juli dieses Jahres erschien im Deutschen Ärzteblatt ein Artikel mit der Überschrift „Betreuung spart Geld“. Darin wird ein Versorgungsmanagementprogramm der BKK mhplus beschrieben, das Sie als Leiter des Bereichs Versorgungsanalysen der mhplus begleitet haben. Können Sie am Beispiel Ihrer psychisch kranken Versicherten erklären, wie das konkret abläuft?

T.S.: Versicherte mit bestimmten chronischen Erkrankungen werden von unserer Versorgungsmanagerin auf unser Dienstleistungsangebot angesprochen. Wenn der Versicherte eine Betreuung durch unsere Versorgungsmanagerin wünscht,

wird gemeinsam ein Unterstützungsplan für einen 12monatigen Betreuungszeitraum aufgestellt. Übrigens, ca. 70% der von uns angesprochenen Versicherten wünschen die Betreuung, was ein sehr hoher Akzeptanzwert unseres kostenfreien Serviceangebotes ist.

Im Unterstützungsplan für einen psychisch kranken Versicherten werden sehr praktische organisatorische Hilfen festgelegt. Hierzu zählen z.B. die Terminierung der Arzt- und Therapeutentermine über einen längeren Zeitraum, es wird über die Vorteile eines Arzneimittelreminders gesprochen, die Bedeutung von Medikamentenplänen betont. Diesen stellen wir dem Versicherten auch als Blankoformular zur Verfügung und füllen ihn bei Bedarf während des Telefonats gemeinsam mit dem Versicherten aus, sodass er beim nächsten Arztgespräch zur allgemeinen Kontrolle vorgelegt werden kann. Auch bestehende integrierte Versorgungsverträge oder gegebenenfalls relevante DMP-Programme sprechen wir an. Die Aufgabe der Versorgungsmanagerin hat immer einen informativen, vermittelnden aber auch überwachenden Charakter, was je nach Fallgestaltung unterschiedlich stark ausgeprägt ist. Die Versorgungsmanagerin trifft aber keine wertenden Aussagen, das ist gemeinsame Aufgabe zwischen Arzt und Patient. Unser Ziel ist die Stärkung der Patientenautonomie.

D.B.: Welches waren die Kriterien, nach denen Ihre Versicherten für die Interventionsgruppe ausgewählt wurden?

T.S.: Wir in der mhplus haben ein Kriterienset entwickelt, das 50 Kriterien miteinander kombiniert. Bei den von uns betreuten Versicherten handelt es sich daher ganz sicher um ein schwer krankes Versichertenklientel, bei denen eingangs beschriebene Probleme sehr wahrscheinlich auftreten. Einzelne dieser Kriterien, die allerdings für sich allein betrachtet nicht ausreichen und immer pseudonymisiert ausgewertet werden, sind

zum Beispiel eine Entlassdiagnose „ohne ärztlichen Grund beendet“, Arzneimittelverordnungen mehrerer verschreibender Ärzte, schwere Depressionsdiagnose ohne Verordnung einer Psychotherapie oder aber auch Krankenhauseinweisungen am Wochenende usw.

D.B.: Welche besonderen Qualifikationen zeichnen die Angestellten der Krankenkasse aus, die das Versorgungsmanagement durchführten?

T.S.: Die MitarbeiterInnen, die bei uns im Versorgungsmanagement der mhplus angestellt sind, haben alle in der ein oder anderen Weise einen medizinischen Background, d.h. sie waren in der Vergangenheit als Arzthelfer, Pflegeberater oder vergleichbar beschäftigt. Zudem erhalten alle Mitarbeiter vor Start eines VM-Programmes eine Schulung zum medizinischen und gesundheitsökonomischen Hintergrund des ausgewählten Krankheitsbildes durch eine Mitarbeiterin meines Bereiches, die ebenfalls über medizinische Expertise verfügt. Da das Telefonverhalten bei der Arbeit der Kolleginnen zudem eine wichtige Rolle spielt, werden die Kompetenzen der Kolleginnen durch Supervisionen und Trainings stetig verbessert.

D.B.: Die MitarbeiterInnen Ihrer Krankenkasse haben mit den Versicherten individuelle Ziele vereinbart. Können Sie anhand eines Beispiels eines Ihrer Versicherten darstellen, wie diese Ziele aussahen?

T.S.: Die Ziele richten sich vor allem danach, was der Versicherte gern tut oder früher gern getan hat. Die Ziele sind immer freiwillig und werden ausschließlich vom Versicherten definiert und im Unterstützungsplan festgehalten.

So hat eine Versicherte beispielsweise im Gespräch geäußert, dass sie sich wieder gern mehr Zeit für sportliche Aktivität nehmen wolle, aber aus diesen und jenen Gründen dafür keine Zeit finde. In dem Fall sprechen wir dann über den Tagesablauf und versuchen, gemeinsam mit der Versicherten zeitliche Frei-



Tino Schubert, mhplus BKK

Ist nicht jede Intervention der Krankenkasse eine den Therapieprozess störende Einmischung?

Das Terminmanagement ist im Leitfaden von der zentralen Fragestellung determiniert: Wie kommt der Versicherte schnellstmöglich an die notwendigen Leistungen?

räume aufzudecken oder alternativ den zeitlichen Sportaufwand etwas zu relativieren. Wir haben bei der Versicherten auf Basis ihrer persönlichen Präferenzen Sportarten herausgesucht, die wir auch im Rahmen der Primärprävention fördern konnten. Versicherte kennen z. B. diverse von uns geförderte Sportarten gar nicht, wie beispielsweise Aqua-Fitness. Wir haben der Versicherten mehrere Anbieter in ihrer unmittelbaren Umgebung genannt und organisiert innerhalb der mhplus die Genehmigung. Andere Versicherte haben auch ganz einfache Ziele wie z.B. „wieder regelmäßig Hausarbeiten machen“, bei denen jeweils immer nur der Fortschritt angesprochen wird. Wir greifen diese Ziele in den Gesprächen immer wieder auf, quasi als Anker und motivieren in der Weiterverfolgung des „Hobbys“. Das führt zu kleinen Erfolgserlebnissen, erleichtert das Gespräch und wirkt sich positiv auf die Zusammenarbeit und Umsetzung der im Leitfaden beschriebenen Maßnahmen im Betreuungszeitraum aus.

D.B.: Die Mitarbeiter Ihrer Krankenkasse konnten auf einen Leitfaden für psychische Erkrankungen zurückgreifen. Welche Empfehlungen stehen dort zur Beispiel, wenn es um mittelschwere depressive Störungen oder um Angststörungen geht?

T.S.: Bei diesem Leitfaden handelt es sich erstens um eine Art Strukturierungs- sowie Informationshilfe und zweitens um eine Zusammenfassung aller Maßnahmen, die der Versorgungsmanager durchführen kann. Aus dem Leitfaden geht beispielsweise hervor, wer Behandlungsbeteiligter bei einem Krankheitsbild ist, welche Behandlungsformen angeboten werden, wie lange in etwa ein Psychotherapieantragsverfahren braucht und wie wir deren Bearbeitung beschleunigen können, welche Alternativen der Versicherte bei langer Wartezeit hat – Stichwort: nicht zugelassene Psychotherapeuten, aber auch zum Beispiel welche Internetauftritte wir als seriös einstufen. Wir weisen

beispielsweise Depressionspatienten auf die Patientenleitlinie oder auf Auszüge daraus hin. Viele kennen diese gar nicht oder sind hinsichtlich der Informationsmenge und der oft verwendeten Fachtermini überfordert. Insgesamt kann die Versorgungsmanagerin daher mit einer sehr hohen Beratungskompetenz die Gespräche führen, was unsere Versichertenbefragung auch eindrucksvoll bestätigte.

Zweitens enthält der Leitfaden die Managementmaßnahmen, beispielsweise das Terminmanagement als eine von zehn möglichen Maßnahmen. Das Terminmanagement ist im Leitfaden von der zentralen Fragestellung determiniert: Wie kommt der Versicherte schnellstmöglich an die notwendigen Leistungen? Hier kann es zwei Konstellationen geben. Entweder der Versicherte hat bereits einen Termin, dann geht es vordergründig darum nachzuhalten, dass diese Termine auch tatsächlich wahrgenommen werden. In der anderen Konstellation, dass bisher keine Termine vereinbart wurden, wird das Angebot unterbreitet, gemeinsam in die Terminfindung mit dem Therapeuten zu gehen. Der Leitfaden zeigt auf, wie wir bei inakzeptablen Wartezeiten einen nicht zugelassenen Psychotherapeuten oder gegebenenfalls sogar Alternativen wie die Systemische Therapie genehmigen können. Außerdem gibt er Hinweise zu sogenannten Überbrückungsmaßnahmen. Hier weisen wir beispielsweise auf Selbsthilfegruppen und seriöse Online-Diskussionsforen hin. Wenn es dem Versicherten sehr schlecht geht, geben wir z.B. auch Hinweise auf das Seefon des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker e.V. oder auf die Möglichkeit, den Sozialpsychiatrischen Dienst zu kontaktieren.

D.B.: Nach bestimmten Ereignissen, wie zum Beispiel einem Krankenhausaufenthalt oder einer ersten Psychotherapiesitzung sind Anrufe vereinbart worden. Über was wurde nach der ersten Therapiesitzung zum Beispiel konkret gesprochen?

T.S.: Hier kommt beispielsweise das eben erwähnte Terminmanagement zur Anwendung. Konkret wird in einem solchen Fall gefragt, ob der Versicherte mit der Therapiesitzung zufrieden war, ob die weiteren Termine bereits verbindlich vereinbart wurden. Wir fragen ihn dann auch nochmal, ob er den Ablauf der Therapiesitzungen verstanden hat. Erwähnen also zum Beispiel, dass er für seine Entscheidung für einen Therapeuten die sogenannten fünf probatorischen Sitzungen Zeit hat. Wir betonen aber auch die Wichtigkeit der Therapie, insbesondere auch die Notwendigkeit, die angefangene Therapie, wie mit dem Therapeuten vereinbart, durchzuführen, und dass den Versicherten Abbrüche eher zurückwerfen. Uns ist Behandlungskontinuität wichtig, deshalb möchten wir verhindern, dass Termine aus organisatorischen Gründen nicht stattfinden können.

D.B.: Hier möchte ich einhaken: Ein Versicherter wird z.B. gefragt, ob er mit einer Sitzung zufrieden war. Sollte eine Reflexion darüber nicht in der Therapiesitzung selbst geleistet werden? Die therapeutische Situation zeichnet sich dadurch aus, dass sie sich möglichst unbeflüusst durch äußere Einflüsse entwickeln sollte, auch wenn sie eventuell gut gemeint sind. Darüber hinaus kann ein Gespräch des Patienten mit seiner Versicherung, die ja ein bestimmtes Interesse hat, nämlich Kosten zu sparen, die therapeutische Beziehung und den therapeutischen Prozess empfindlich stören. Beispiel: Der Versicherte berichtet nach dem ersten Gespräch, dass es sehr anstrengend gewesen sei und dass er nicht wisse, ob ihm das helfen würde. Könnte da nicht eine Empfehlung Ihres Beraters nahe liegen, sich vielleicht besser an einen anderen Therapeuten zu wenden, statt den Versicherten zu ermutigen, dieses mit dem Therapeuten zu thematisieren?

T.S.: Hier sprechen Sie ein wichtiges Thema an, bei dem ich aber keinen Zielkonflikt zwischen Therapeut und Versicherung sehe. Wir haben,

wie gesagt, ein hohes Interesse an der Behandlungskontinuität. Dem liegt die These zu Grunde, dass eine wie geplant in Anspruch genommene ambulante Versorgung zu einer Reduktion der stationären Ausgaben führt. Im Ergebnis unserer Studie konnten wir dies zum Teil bestätigen, da wir einen statistisch signifikanten Effekt bei der Rehospitalisierungsrate feststellten. Anders ausgedrückt: Kostenrechnerisch interessieren uns die Gesamtkosten, nicht einzelne Kontengruppen. Damit Behandlungskontinuität aus unserer Sicht entstehen kann, sind informierte Patienten, ist ein shared decision making notwendig. Die Versorgungsmanagerinnen der mhplus informieren, werten aber nicht und verweisen immer auf das Therapeutengespräch. Wir nehmen aber die Wünsche und Bedenken unserer Versicherten ernst und unterstützen sie daher dabei, das Gespräch vorzubereiten, zum Beispiel auch in der Frageformulierung. Im Ergebnis haben wir bisher nur gute Erfahrungen gemacht und nach 2½ Jahren Laufzeit noch keine einzige Beschwerde erhalten, was wir auch sehr detailliert, regelmäßig in unserem vom TÜV Süd zertifizierten Qualitätsmanagementsystem nachhalten.

Die Telefonanrufe sind im Übrigen freiwillig. Wenn der Versicherte nicht mit uns sprechen möchte, muss er das auch nicht. Die Versicherten nehmen aber den Servicevorteil wahr und zeigen eine hohe Dankbarkeit dafür, dass wir sie sehr ernst nehmen und uns kümmern wollen. Die Versichertenzufriedenheitsbefragung fiel daher auch statistisch hoch signifikant positiv im Vergleich zur Kontrollgruppe aus.

D.B.: Wie viele Telefonate fanden im Durchschnitt je Versicherten der Interventionsgruppe statt?

T.S.: Diese Kennziffer haben wir nicht erhoben. Wir rechnen in Anzahl betreuter Versicherter pro Versorgungsmanagerin. Die Anzahl der Telefonate ist stark davon abhängig, wie gut oder schlecht sich ein Patient informiert fühlt und wie

stark seine Selbstmanagementkompetenzen ausgeprägt sind. Wenn der Versicherte beispielsweise berichtet, dass er regelmäßig bei seinem Arzt vorstellig wird oder im häuslichen Umfeld viel soziale Unterstützung vorfindet, sind in der Regel nur wenige Telefonate erforderlich. Man kann aber sagen, dass die Telefonintensität mit einer fallenden Kurve abgebildet werden kann, d.h. zu Beginn der Betreuung wird engmaschig und häufig miteinander gesprochen, zum Ende des Betreuungszeitraumes nimmt die Intensität deutlich ab.

D.B.: In wie vielen Fällen wurde eine Psychotherapie empfohlen? Und was haben diese Empfehlungen beinhaltet in Bezug auf die Person des Psychotherapeuten und das Verfahren?

T.S.: Wir als Krankenkasse können nicht beurteilen, ob eine Psychotherapie medizinisch erforderlich ist oder nicht. Das ist die Aufgabe des behandelnden Arztes und des Psychotherapeuten. Wenn aber die Entscheidung für die Therapie getroffen wurde, dann unterstützen wir gern bei der organisatorischen Abwicklung. Auf Wunsch suchen wir dem Versicherten mehrere Therapeuten heraus. Hierzu greifen wir auf die bestehenden Datenbanken beispielsweise www.psychotherapiesuche.de oder auf die Datenbanken einzelner Psychotherapeutenkammern zurück. Auch Ihre Datenbank verwenden wir oft. Bei einer mittelschweren Depression wird in der Nationalen Versorgungsleitlinie empfohlen, dass eine medikamentöse oder eine Psychotherapie äquivalent durchgeführt werden kann. Wir regen daher auch an, mit dem behandelnden Arzt über die Vor- und Nachteile einer Psychotherapie in dem speziellen Einzelfall zu sprechen und gegenüber der medikamentösen Therapie abzuwägen. Auch hier können wir den Versicherten mit einer Frageliste unterstützen. Aber es gilt immer der Grundsatz: wir bewerten die Entscheidung nicht.

D.B.: Bei der uns vorliegenden Studie fehlte eine Aussage darüber, wie viele Therapiesitzungen die Versicherten der Kontrollgruppe und der Interventionsgruppe im Durchschnitt in Anspruch nahmen, oder wurde dies gar nicht erhoben?

T.S.: Wir haben diese Zahl tatsächlich nicht erhoben, aus dem ganz einfachen pragmatischen Grund, dass die Daten zum Auswertungzeitpunkt nicht vorlagen. Die zugelassenen Psychotherapeuten rechnen die Psychotherapie uns gegenüber als EBM Position ab, diese Daten liegen uns aber nur mit großer Zeitverzögerung vor. Wir konnten daher nur feststellen, ob eine Psychotherapie beantragt und genehmigt wurde und haben dann die Annahme getroffen, dass sämtliche beantragten Stunden auch in Anspruch genommen wurden. Dies haben wir bei Interventions- und Kontrollgruppe gleichermaßen gehandhabt.

D.B.: Bei den Psychotherapiekosten haben Sie die Anzahl der beantragten Sitzungen mit den Kosten je Sitzung multipliziert. Wir wissen aber aus neuesten Zahlen der KBV, dass in den überwiegenden Fällen die beantragten Kontingente nicht ausgeschöpft werden, nämlich nur zu 60 bis 70%. Ihre Kostenschätzung kann demnach nicht valide sein, wenn Sie von falschen Annahmen ausgehen.

T.S.: Für unser Studiendesign und die zu Grunde liegende Fragestellung, können wir diese Überschätzung der Psychotherapiekosten als Limitation der Kostendarstellung hinnehmen. Die Gesamtkosten werden in Bezug auf die Psychotherapiekosten nämlich in beiden Gruppen gleichermaßen überschätzt. Zudem ist das für die Grundaussage über die Richtung der Gesamtkostengröße auch unproblematisch, da die Psychotherapiekosten selbst mit dieser Überschätzung nur rund 7% der Gesamtkosten ausmachen.

In der Interventionsgruppe wurden immerhin rund 8% mehr Psychotherapien genehmigt als in der Kontrollgruppe. Aus der Selbst-

Die Versorgungsmanagerinnen der mhplus informieren, werten aber nicht und verweisen immer auf das Therapeutengespräch.

**MEISTERERNST
DÜSING
MANSTETTEN**

Rechtsanwältinnen
Rechtsanwälte

**NUMERUS
CLAUSUS
PROBLEME?**

Hohe Erfolgsquoten in allen Numerus clausus-Fächern, z.B. im Fach

**Psychologie:
100% Erfolg**

mit unserer Strategie – auch im Masterstudien-gang!

Wir haben die Erfahrung.

Oststraße 2
48145 Münster
Tel. 0251/5 20 91-0
Fax 0251/5 20 91-52
duesing@meisterernst.de
www.numerus-clausus.info



Die Fragen wurden von Dieter Best gestellt.

auskunft der Versorgungsmanager wissen wir zudem, dass die Therapien in der Interventionsgruppe in den meisten Fällen auch nicht abgebrochen wurden. Das stimmt uns optimistisch, dass wir auch einen Beitrag zur Stärkung der Behandlungskontinuität leisten konnten.

D.B.: Bei der Betrachtung des Wirtschaftlichkeitseffekts zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe zeigte sich eine Differenz von etwa 350 €, was nicht signifikant war. Der größere Unterschied zeigte sich bei den Kosten für das Krankenhaus. Hier lagen die Kosten bei der Interventionsgruppe um 513 € niedriger als bei der Kontrollgruppe. Rechnet man die Kosten für die Entwicklung und Durchführung des Programms dagegen, scheint die Einsparung insgesamt etwa 240.000 € für alle 691 Versicherten eher bescheiden. Wie sehen Sie das?

T.S.: Unser Ziel innerhalb eines Jahres Laufzeit war die *schwarze Null bei gleichzeitig deutlich verbesserter Versicherungszufriedenheit*. Das haben wir erreicht. Bei gegebener Fallzahl und Kostenstruktur haben wir im Übrigen auch kein statistisch signifikantes Ergebnis hinsichtlich der Kostendifferenz erwartet. Sämtliche Sensitivitätsanalysen zeigen aber in dieselbe Richtung,


und keine unserer Berechnungen brachte ein negatives Vorzeichen hervor, weshalb wir kaufmännisch vorsichtig mit der genannten Differenz kalkulieren können. Dass sich bereits im ersten Jahr allein mit organisatorischen Hilfen und bei bestehenden Personalstrukturen solche deutliche Effekte erzielen lassen, finde ich persönlich sehr beachtlich.

D.B.: Die Ergebnisse der Studie haben Sie ermutigt, das Programm als festen Bestandteil des Versorgungsmanagements der mhplus BKK fortzuführen. Welche Änderungen sind gegebenenfalls nach den bisherigen Erfahrungen geplant?

T.S.: Insgesamt sind wir im Themenfeld psychische Erkrankungen sehr aktiv und fördern beispielsweise auch Leistungen, die bisher noch nicht den Eingang in den Regelleistungskatalog gefunden haben. Hierzu zählt beispielsweise die Lichttherapie, wo wir als erste Krankenkasse Deutschlands seit 2013 bei Vorlage der entsprechenden Diagnosen einen Zuschuss zahlen.

Auch im Versorgungsmanagement sind wir lernend und zukunftsorientiert aufgestellt. Wir haben bei der Evaluation unserer Ergebnisse einen wissenschaftlichen An-

spruch an uns selbst gestellt und diese extern durch Herrn Prof. Dr. Neugebauer von der Universität Witten/Herdecke validieren lassen. Eine Veröffentlichung der Ergebnisse in einer Fachzeitschrift steht noch aus. Ferner hat der TÜV Süd das Qualitätsmanagementsystem unseres Versorgungsmanagements im November 2014 als erste Krankenkasse Deutschlands nach DIN ISO 9001:2008 zertifiziert.

Wir möchten aber an dem Punkt nicht stehen bleiben. Für mich kann insbesondere eine enge Zusammenarbeit mit Ärzten und Therapeuten künftig einen echten Mehrwert für das Versorgungsmanagement darstellen, weshalb wir als nächsten Schritt eine Implementierung unseres Systems in einen Selektivvertrag anstreben. Auch unser Interesse ist es, dass gute Leistung besser bezahlt werden soll. Der Weg dahin muss aber nicht ausschließlich über höhere Preise, sondern kann auch durch ein effektives Kostenmanagement, zum Beispiel durch Reduktion administrativen Aufwands beim Leistungserbringer, erreicht werden. Ich denke, dass man unsere Kernkompetenzen in einem Selektivvertrag daher gut aufeinander abstimmen könnte. 



Psychotherapie **Aktuell** Online-Umfrage:

Ihre Meinung zum Thema Versorgungsmanagement der Krankenkassen

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, auch diesmal haben Sie wieder die Möglichkeit, Ihre persönliche Einschätzung zum Thema dieses Artikels abzugeben und durch die Beantwortung einiger Fragen online Stellung zu nehmen. Diese Kurzumfrage zum Thema „Versorgungsmanagement der Krankenkassen“ ist garantiert anonym, aus Ihren Antworten können keine Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden. Zur Teilnahme geben Sie bitte den folgenden Link in die Adresszeile Ihres Internetbrowsers ein, Sie gelangen dann automatisch zur ersten Frage:

<http://www.onlineumfragen.com/login.cfm?umfrage=57732>