

Schmerz 2009
DOI 10.1007/s00482-009-0857-7
© Deutsche Gesellschaft zum Studium
des Schmerzes. Published by Springer
Medizin Verlag - all rights reserved 2009

Redaktion
H. Göbel, Kiel
R. Sabatowski, Dresden



CME.springer.de – Zertifizierte Fortbildung für Kliniker und niedergelassene Ärzte

Die CME-Teilnahme an diesem Fortbildungsbeitrag erfolgt online auf CME.springer.de und ist Bestandteil des Individualabonnements dieser Zeitschrift. Abonnenten können somit ohne zusätzliche Kosten teilnehmen.

Unabhängig von einem Zeitschriftenabonnement ermöglichen Ihnen CME.Tickets die Teilnahme an allen CME-Beiträgen auf CME.springer.de. Weitere Informationen zu CME.Tickets finden Sie auf CME.springer.de.

Registrierung/Anmeldung

Haben Sie sich bereits mit Ihrer Abonnementnummer bei CME.springer.de registriert? Dann genügt zur Anmeldung und Teilnahme die Angabe Ihrer persönlichen Zugangsdaten. Zur erstmaligen Registrierung folgen Sie bitte den Hinweisen auf CME.springer.de.

Zertifizierte Qualität

Diese Fortbildungseinheit ist mit 3 CME-Punkten zertifiziert von der Landesärztekammer Hessen und der Nordrheinischen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung und damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig. Folgende Maßnahmen dienen der Qualitätssicherung aller Fortbildungseinheiten auf CME.springer.de: Langfristige Themenplanung durch erfahrene Herausgeber, renommierte Autoren, unabhängiger Begutachtungsprozess, Erstellung der CME-Fragen nach Empfehlung des IMPP mit Vorabtestung durch ein ausgewähltes Board von Fachärzten.

Für Fragen und Anmerkungen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung:

Springer Medizin Verlag GmbH
Fachzeitschriften Medizin/Psychologie
CME-Helpdesk, Tiergartenstraße 17
69121 Heidelberg
E-Mail: cme@springer.com
CME.springer.de

H. Göbel¹ · A. Heinze¹ · K. Heinze-Kuhn¹ · K. Henkel¹ · A. Roth² · H.-H. Rüschemann²

¹ Neurologisch-verhaltensmedizinische Schmerzklinik, Kiel

² Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitssystem GSbG, Kampen (Sylt)

Entwicklung und Umsetzung der integrierten Versorgung in der Schmerztherapie

Das bundesweite Kopfschmerzbehandlungsnetz

Zusammenfassung

Integrierte Versorgung vernetzt interdisziplinär-fachübergreifend und sektorenübergreifend die Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Die gemeinsame Arbeit an klar definierten Therapiezielen ist die wesentliche Voraussetzung für eine medizinisch erfolgreichere und wirtschaftlich effizientere Versorgung. Kreativität in der Realisierung der integrierten Versorgung ermöglicht zudem einen Wettbewerb um wirksamere Ideen und um die bessere Lösung. Aufbauend auf einer Übersicht über die Entwicklung der integrierten Versorgung, werden am Beispiel des bundesweiten Kopfschmerzbehandlungsnetzes die erfolgreiche Organisation und Durchführung der sektorenübergreifenden Versorgung im Rahmen der speziellen Schmerztherapie erläutert. Ein bundesweites Netzwerk von ambulant und stationär tätigen Schmerztherapeuten in Praxen und Kliniken wirkt Hand in Hand zusammen, um Schmerzen fach- und sektorenübergreifend mit modernen Methoden optimal zu lindern. Die Qualität der Behandlung ist durch kontinuierliche wissenschaftliche Begleitforschung belegt, die nachhaltige Kosteneffizienz in allen Sektoren des Gesundheitssystems ist durch Analyse der direkten und indirekten Kosten bestätigt. Das Vorhaben wurde im Mai 2007 gestartet. Mittlerweile sind fast alle großen Krankenkassen dem Versorgungsprojekt beigetreten. Das Behandlungsnetz belegt die hohe klinische und wirtschaftliche Effizienz der spezialisierten Schmerztherapie. Es zeigt, dass durch eine effektive und zeitgemäße koordinierte Therapie Schmerzen effektiv gelindert, Kosten nachhaltig gesenkt und Arbeitsunfähigkeit abgewehrt werden können. Die Patientenzufriedenheit ist sehr hoch. Über Risk-Share-Regelungen können auch die Leistungserbringer direkt am Erfolg ihrer Therapie partizipieren.

Schlüsselwörter

Integrierte Versorgung · Schmerztherapie · Kopfschmerzbehandlungsnetz · Schmerztherapeuten · Versorgungsprojekt

Development and implementation of integrated health care in pain medicine · The nationwide German headache treatment network

Abstract

Integrated care builds interdisciplinary networks across the different healthcare sectors. A conjoint effort toward clearly defined treatment goals is crucial for medically effective and economically efficient care. Allowing creativity in the implementation of integrated care triggers competition for more effective ideas and better solutions. Based on a summary of the development of integrated care and the example of the nationwide German headache treatment network, the successful organization and implementation of this cross-sectoral care within pain medicine is illustrated. An interdisciplinary nationwide network of pain therapists working hand in hand across the sectors, both in the outpatient and inpatient setting, and employing modern treatment regimens results in optimal pain relief. The treatment quality is assessed by continuous accompanying research and sustainable cost efficiency in all sectors of healthcare is confirmed through analysis of both direct and indirect costs. The project was started in May 2007. In the meantime, almost all large statutory health insurance providers in Germany have joined this healthcare project. The large treatment network confirms the significant clinical and economic efficiency of pain medicine. It demonstrates that coordinated modern therapy effectively relieves pain, lowers costs sustainably, and reduces sick leave. Patient satisfaction is very high. The healthcare providers may directly participate in treatment success through risk-sharing.

Keywords

Integrated healthcare · Pain medicine · Headache treatment network · Pain therapists · Healthcare project

Aufbauend auf einer Übersicht über die Entwicklung der integrierten Versorgung, werden am Beispiel des bundesweiten Kopfschmerzbehandlungsnetzes die erfolgreiche Organisation und Durchführung der sektorenübergreifenden Versorgung im Rahmen der speziellen Schmerztherapie erläutert.

Sektorenübergreifende Versorgung

Versorgungsform der Zukunft

Die integrierte Versorgung wird als „die Versorgungsform der Zukunft“ bezeichnet. Hinter dem Begriff verbirgt sich ein einfaches, aber sehr effektives Vorgehen: Die verschiedenen Leistungsbereiche des Gesundheitswesens – die ambulante, die vollstationäre und die rehabilitative Versorgung von Patientinnen und Patienten – sollen mit dem Ziel einer interdisziplinär-fachübergreifenden und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen vernetzt werden. Gesundheitsberufe unterschiedlicher Fachrichtungen in Praxen und Krankenhäusern können nicht nur verstärkt miteinander, sondern auch mit nichtärztlichen Leistungserbringern kooperieren. Die Integration schließt auch Patientinnen und Patienten, Selbsthilfegruppen und Krankenkassen ein. Integrierte Versorgung hat Prozesscharakter, sie muss permanent verwirklicht und von allen am Gesundheitswesen Beteiligten weiterentwickelt werden.

Wettbewerb um die bessere Lösung

Diese Vernetzung kommt in erster Linie den Patientinnen und Patienten zugute. Denn ein Mehr an Wissen und ein besserer Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten und die gemeinsame Arbeit an klar definierten Therapiezielen sind die wesentlichen Voraussetzungen für eine medizinisch erfolgreichere und wirtschaftlich effizientere Versorgung. Dadurch wird die Qualität der medizinischen Versorgung spürbar verbessert. Kreativität in der Realisierung der integrierten Versorgung ermöglicht zudem einen Wettbewerb um wirksamere Ideen und um die bessere Lösung. Das Vorgehen führt zu mannigfaltigen Vorteilen für die Versicherten, Krankenkasse und Leistungserbringer. Aufbauend auf einer Übersicht über die Entwicklung der integrierten Versorgung soll am Beispiel des bundesweiten Kopfschmerzbehandlungsnetzes die erfolgreiche Organisation und Durchführung der sektorenübergreifenden Versorgung im Rahmen der speziellen Schmerztherapie erläutert werden.

Entwicklung der integrierten Versorgung

Das deutsche Gesundheitswesen hat sich über Leistungserbringer und Gesundheitsverwaltung etabliert und nicht an den wissenschaftlichen Behandlungserfordernissen orientiert. So sind 11 Sektoren des Gesundheitswesens entstanden, die meist rechtlich und budgetär voneinander getrennt sind. Zuständigkeiten und Verantwortung der Leistungserbringer beschränken sich auf den jeweiligen Sektor, Entgeltsysteme wechseln in ein und derselben Patientenkarriere mehrfach und setzen Anreize, die der Behandlungsqualität des Patienten zuwiderlaufen. Innovationen im Gesundheitswesen wurden bis in die 1990er-Jahre nur medizinisch-therapeutisch verstanden, ohne die Bedeutung von Struktur oder Finanzierung der Leistungserbringung für die Gesundheit des Patienten zu berücksichtigen.

Das ► **GKV-Modernisierungsgesetz 2004** schuf mit den §§ 140a–d SGB V die Voraussetzung, dass Leistungserbringer und Krankenkassen auch ohne Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge zur Integrationsversorgung miteinander schließen konnten. Eine Übersicht über die Entwicklung gibt ► **Tab. 1**. Damit war die Grundlage für einzelvertragliche, sektorenübergreifende Vereinbarungen geschaffen, die mit der ► **Gesundheitsreform 2007** verstetigt werden. Die Umsetzung der gesetzlichen Grundlagen in reale Verträge und deren Versorgungsrelevanz gibt ► **Tab. 2** wider. In ► **Abb. 1** werden die Häufigkeiten der Vertragsindikationen entsprechend den Hauptdiagnosegruppen (MDC) des G-DRG-Systems der Verträge mit Vertragsbeginn ab 01.04.2007 dargestellt [1]. Für die Schmerztherapie relevante Verträge finden sich insbesondere für die Bereiche Palliativmedizin, Rückenschmerzen, Kopfschmerzen und Gelenkschmerzen.

Erste Initiativen zur Öffnung der sektoralen Mauern im Deutschen Gesundheitswesen wurden schon 1975 initiiert. Die Schaffung der Durchlässigkeit der zementierten Sektoralisierung erforderte jedoch die Arbeit einer gesamten Generation. In der Gesundheitsreform 2000 wirkten sich erste Re-

Integrierte Versorgung hat
Prozesscharakter

Die Vernetzung kommt in erster Linie
den Patientinnen und Patienten
zugute

► **GKV-Modernisierungsgesetz
2004**

► **Gesundheitsreform 2007**

Tab. 1 Meilensteine der integrierten Versorgung	
1985/91	Erste Modelle für neue patientenorientierte Finanzierungssysteme im Krankenhaus
1995	Erste Initiativen von Qualitätsgemeinschaften und Ärztenetzen
1996	§ 63 SGB V Erweiterte Modelle möglich zu Struktur und Finanzierung
1997	§ 75 SGB V: Strukturvertrag (Übergang)
2000	§ 140a ff SGB V: Integrierte Versorgung: neu im SGB
2004	§ 140a ff SGB V mit neuen, umfassenden Erweiterungen 1. Erweiterte Definition 2. Erweiterung Vertragspartneroptionen 3. Aufhebung des Zulassungsstatus 4. Aufhebung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität 5. Möglichkeit der Anschubfinanzierung bis zu 1% des jeweiligen Budgets 6. Wegfall Rahmenvereinbarungen
2007	§ 140a ff SGB V in Verlängerung – Flächendeckender Ausbau der integrierten Versorgung – Einbezug der Pflegeversicherung in die integrierte Versorgung – Verlängerung der Anschubfinanzierung bis 2008
2009	Einführung des Gesundheitsfonds zum 01.01.2009 Wegfall der Anschubfinanzierung Fusionen von Krankenkassen Überprüfung bestehender Verträge auf Effizienz

Tab. 2 Entwicklung integrierter Versorgungsverträge 2004–2008					
Jahr	2004	2005	2006	2007	2008
Anzahl der Verträge	1477	3454	4875	6074	6407
Teilnehmende Versicherte	678.781	2.973.142	3.762.252	3.955.939	4.035.770
Vergütungsvolumen (in 1000 EUR)	295.925	586.280	746.109	869.348	953.378
Durchschnittlich teilnehmende Versichertenzahl/Vertrag	460	861	772	651	630
Anzahl teilnehmender Versicherter in % aller GKV-Versicherten	1%	4%	5%	6%	6%
Durchschnittlich geschätztes Vergü- tungsvolumen pro Vertrag (EUR)	167.876	144.187	133.308	126.457	126.505
Durchschnittlich geschätztes Vergü- tungsvolumen pro GKV-Versichertem in der Region (EUR)	3,53	7,07	9,24	10,92	11,54

formbemühungen kaum aus. Hintergrund war, dass Verträge zur integrierten Versorgung zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen der Zustimmung der kassenärztlichen Vereinigungen bedurften. Erst mit dem GKV-Modernisierungsgesetz, das am 01.01.2004 in Kraft trat, konnte das starre sektorale System zugunsten einer Kreativität durch Direktverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern geöffnet werden. Die nunmehr gültigen §§ 140a–d des Sozialgesetzbuches sehen vor, dass auch ohne Zustimmung der kassenärztlichen Vereinigungen Leistungserbringer und Krankenkassen direkt Integrationsverträge entwickeln und abschließen können. Damit konnte endlich ein Wettbewerb um die bessere Lösung, kreativere Behandlungswege und belegbare Erfolgsparameter Fuß fassen. Innovative Arztgruppen, aber auch Krankenkassen konnten diese neuen kreativen Möglichkeiten im Wettbewerb um die besseren Wege nutzen. Gerade die Schmerztherapie bot sich für sektoren- und fachübergreifende Lösungsansätze ideal an. Interdisziplinarität und fachübergreifende Behandlungsansätze hatten sich als Basis für eine zeitgemäße effektive Schmerzbehandlung in Praxis und Klinik erwiesen. Durch das GKV-Modernisierungsgesetz 2004 war nun endlich gesundheitspolitisch die Möglichkeit geschaffen worden, diese Erfordernis in die Praxis umzusetzen.

Ausnahmen zuvor waren innovative Behandlungsansätze nach § 63 ff SGB V seit 1995. Bereits seit dieser Zeit gab es auch im Rahmen der Schmerztherapie erste Modellprojekte zur integrierten Versorgung. Aus diesen Konzepten entwickelte sich in den Folgejahren dann die Einsicht, dass integrative Versorgungsverträge fach- und sektorenübergreifend organisiert werden müssen, um zeitgemäße und erfolgreiche Behandlungsergebnisse zu erzielen.

Die Entwicklung und Umsetzung der integrierten Versorgung ist sowohl für die beteiligten Leistungserbringer als auch für die Krankenkassen mit erheblichem Kreativitäts-, Zeit- und Kostenauf-

Die §§ 140a–d des SGB sehen vor, dass auch ohne Zustimmung der KV Leistungserbringer und Krankenkassen direkt Integrationsverträge entwickeln und abschließen können

Interdisziplinarität und fachübergreifende Behandlungsansätze hatten sich als Basis für eine zeitgemäße effektive Schmerzbehandlung in Praxis und Klinik erwiesen

Verträge zur integrierten Versorgung mit Vertragsbeginn ab 01.04.2007

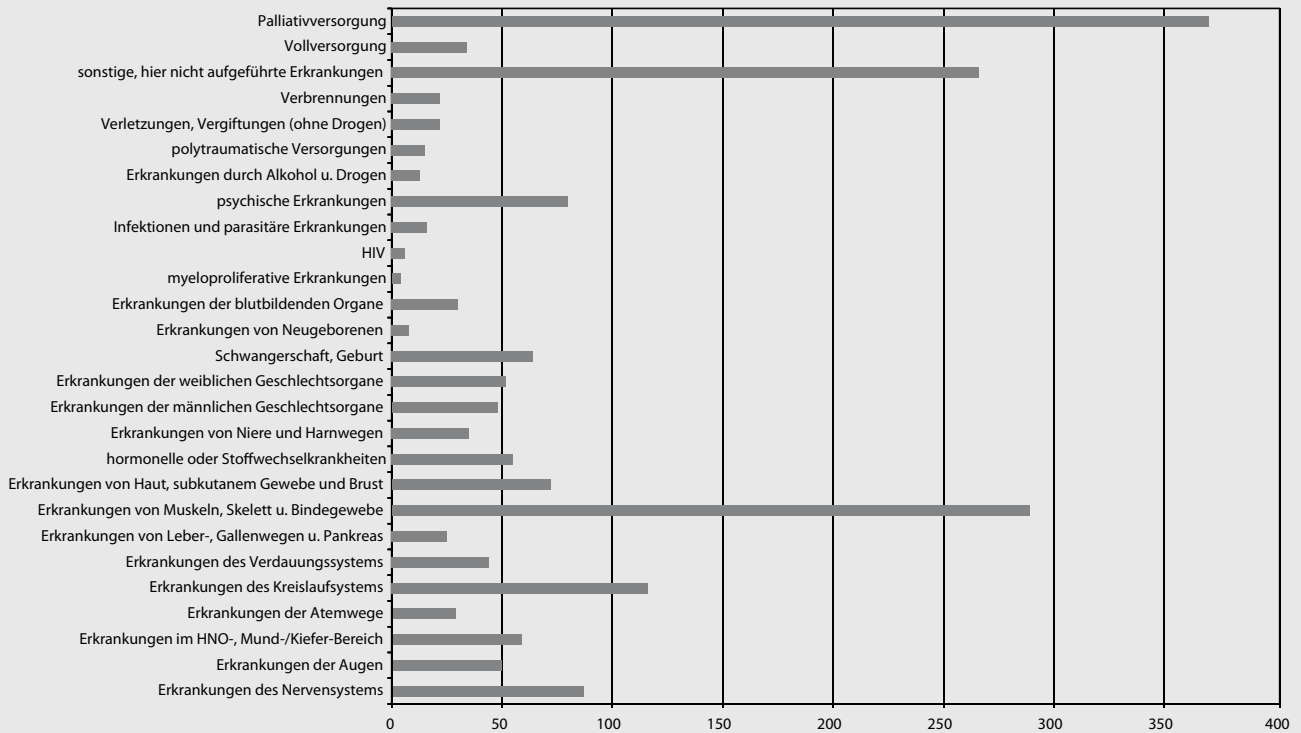


Abb. 1 ▲ Häufigkeiten der Hauptdiagnosegruppen (MDC) des G-DRG-Systems von integrierten Versorgungsverträgen in Deutschland mit Vertragsbeginn ab 01.04.2007

► **Anschubfinanzierung**

wand verbunden. Zur Förderung dieses Aufwandes wurde mit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes im Jahre 2004 eine ► **Anschubfinanzierung** in Höhe von 1% der ambulanten und stationären Leistungen zur Verfügung gestellt. Die Anschubfinanzierung wurde für ein weiteres Jahr verlängert und ist mit Inkrafttreten der Gesundheitsreform im Jahre 2009 beendet worden. Sie sollte eine Übergangslösung darstellen, um neue Versorgungsmodelle zu fördern. Dies zeigte sich auch unmittelbar in der Praxis. So gab es bis Ende 2004 bereits rund 300 Integrationsverträge, bereits im Herbst 2005 wurde die Anzahl von 1000 Integrationsverträgen mit einem Gesamtvergütungsvolumen von über 300 Mio. EUR erreicht. Anfang 2007 schließlich schnellte die Zahl auf über 3500 Integrationsverträge hoch. Das Gesamtvergütungsvolumen betrug rund 610 Mio. EUR.

Vertragsarten

Bei den indikationsspezifischen Verträgen werden bestimmte Erkrankungen über einen definierten Behandlungszeitraum und über festgelegte Behandlungspfade therapiert

Grundsätzlich können indikationsspezifische IV-Verträge von sog. populationsgestützten IV-Verträgen unterschieden werden. Bei den indikationsspezifischen Verträgen werden bestimmte Erkrankungen über einen definierten Behandlungszeitraum und häufig auch über festgelegte Behandlungspfade therapiert. Die Vergütung erfolgt standardisiert z. B. im Rahmen einer Komplexpauschale. Populationsgestützte IV-Verträge können dagegen spezielle Bevölkerungsgruppen einschließen. Die Leistungen werden dabei z. B. bei der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V über Kopfpauschalen oder Gesundheitsprämien pro eingeschriebenem Versicherten der definierten Bevölkerungsgruppe und ggf. Region vergütet. Bei den populationsgestützten Verträgen stehen auch berufspolitische Aspekte im Vordergrund, der Nachweis einer verbesserten Versorgungsqualität und Kostenreduktion ist bisher nicht erfolgt.

Populationsgestützte IV-Verträge können spezielle Bevölkerungsgruppen einschließen

Komplexe Vertragswerke zielen auf eine überregionale sektoren- und fachübergreifende Versorgung von schwer zu behandelnden Indikationen

Mit dem Fortschreiten der Erfahrungen mit der integrierten Versorgung entwickelten sich schließlich, ausgehend von einfachen indikationsbezogenen Verträgen, komplexe Vertragswerke. Diese zielen auf eine überregionale sektoren- und fachübergreifende Versorgung von schwer zu behandelnden Indikationen. Dadurch entwickelten sich teilweise völlig neuartige Versorgungslandschaften, die die Versorgungsmöglichkeiten auch von ganzen Indikationsbereichen neu organisierten. Ein Beispiel dafür ist das bundesweite Kopfschmerzbehandlungsnetz, das nachfolgend näher erläutert wird.

Erfolgsfaktoren

Die Vernetzung der einzelnen Sektoren optimiert die Versorgungsqualität über therapeutische Synergieeffekte, vermeidet unnötige Wartezeiten und Doppeluntersuchungen und führt damit zu einer erhöhten Behandlungsqualität und auch zu einer effizienteren Verwendung von Versichertengeldern. Die Zukunft medizinischer Patientenversorgung liegt in der Vernetzung. Erfolgreiche medizinische Kompetenznetzwerke, die eine sektoren- und facharztübergreifende Versorgung unter Einbeziehung von Klinik, ambulanter und stationärer Rehabilitation, Heil- und Hilfsmittelerbringern und Apotheke sowie Pflege anbieten, zeichnen sich heute v. a. aus durch:

- Orientierung des Leistungsangebotes an den Bedürfnissen der Patienten,
- medizinische Versorgung der gesamten Patientenkarriere aus einer Hand,
- indikationsspezifische Kooperation spezialisierter High-Volume-Anbieter,
- telemedizinische Vernetzung der Leistungserbringer,
- kassenartenübergreifende und versicherungsunabhängige Leistungsangebote,
- Transparenz über Leistungen, Preise und Qualität,
- Benchmark-Preise für DRG-basierte Patientenkarrieren,
- Garantie und Gewährleistung auf einen definierten Behandlungserfolg,
- schlanke Verwaltung, offene Grenzen und klare Identität.

Der entscheidende Erfolgsfaktor bei der Umsetzung innovativer Versorgungsverträge ist die vertrauensvolle und kreative Zusammenarbeit von Krankenkassen und deren Verbände, Landesministerien, Trägergesellschaften, Klinikführungen und Ärzteschaft.

Praxisbeispiel bundesweites Kopfschmerzbehandlungsnetz

Chronische Kopf- und Gesichtsschmerzen sind die Volkskrankheit Nr. 1. In Deutschland geben 54 Mio. Menschen Kopfschmerzen als gravierendes Gesundheitsproblem im Laufe ihres Lebens an. Pro Jahr werden bundesweit mehr als 3 Milliarden Einzeldosierungen von Schmerzmitteln eingenommen, 85% davon wegen Kopfschmerzen [2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9].

Die Behandlung von Kopfschmerzen verdeutlicht beispielhaft, wie das sektoral aufgesplitterte und auf Kollektivverträgen basierende Gesundheitssystem selbst dazu führen kann, dass Erkrankungen chronifizieren und Schmerzen dauerhaft bestehen bleiben. Die traditionelle Regelversorgung von Kopfschmerzpatienten erfolgt in abgegrenzten Sektoren des Gesundheitssystems. Viele Betroffene mit chronischen Kopfschmerzen behandeln sich aufgrund mangelnder Effizienz außerhalb des professionellen Systems. Sie informieren sich im Bekanntenkreis, über die Publikumspresse und in der Apotheke über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten bei Kopfschmerzen. Durch die nicht zufriedenstellende Behandlung im medizinischen Bereich brechen sie oft eine professionelle Therapie ab und weichen enttäuscht auf Außenseitermethoden aus. Über Monate und Jahre entwickelt sich eine weitere Chronifizierung der Kopfschmerzkrankung, schwerwiegende Organkomplikationen und schwerwiegende psychische Konsequenzen führen die Patienten dann wieder in eine teure medizinische Behandlung zurück [8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22].

Systembedingte Chronifizierung von Schmerzen und Kostensteigerung

Dabei entstehen sehr hohe direkte und indirekte Kosten, die zu diesem Zeitpunkt dann oft nicht mehr mit der primären zugrunde liegenden Kopfschmerzkrankung in Verbindung gebracht werden. Bei Entstehung eines Kopfschmerzes bei Medikamentenübergebrauch werden parallel zur kontinuierlichen Einnahme von Akutmedikamenten über Jahre und Jahrzehnte vielfältigste diagnostische und therapeutische Maßnahmen durchgeführt. Diese schließen wiederholte bildgebende Diagnostik sowie umfangreiche unspezifische ambulante Maßnahmen, wiederholte stationäre Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen ohne sektorenübergreifende Interaktion ein.

Eine sektorenübergreifende koordinierte stationäre Behandlung bei ► **Medikamentenübergebrauchskopfschmerz** zur Durchführung einer Medikamentenpause oder zur Durchführung eines Medikamentenentzuges erfolgt in Deutschland nur an wenigen spezialisierten Kliniken. Insbesondere wird in der Regel keine längerfristige Behandlung nach Abschluss der stationären Phase eines Medikamentenentzuges ermöglicht, sodass nach kurzer Zeit wieder ein Rückfall in den Medikamenten-

Die Zukunft medizinischer Patientenversorgung liegt in der Vernetzung

Viele Betroffene mit chronischen Kopfschmerzen behandeln sich aufgrund mangelnder Effizienz außerhalb des professionellen Systems

► **Medikamentenübergebrauchskopfschmerz**

Patienten mit chronischen Kopfschmerzkrankungen werden im sektoral aufgesplitterten Gesundheitssystem in Deutschland nicht ausreichend versorgt

► Bundesweites Kopfschmerzbehandlungsnetz

► Datenerfassung

Eine hocheffiziente und nachhaltige Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzkrankungen kann sektorenübergreifend effizienter als in der Regelversorgung erfolgen

übergebrauch ohne therapeutischen Langzeiteffekt folgt. Eine strategische Weiterbehandlung fehlt, das spezielle schmerztherapeutische Wissen zur Klassifikation und Diagnostik der oft multiplen zugrunde liegenden Kopfschmerzkrankungen steht für die Versorgung nur eingeschränkt zur Verfügung. Rückfall und die erneute Chronifizierung sind so vorprogrammiert. Außerhalb spezialisierter Versorgungszentren ist zudem eine intensive verhaltensmedizinische Therapie von schwer betroffenen Patienten in Form von Biofeedbackverfahren, kognitiven Verfahren, speziellen verhaltensmedizinischen Therapien, Entspannungsverfahren, edukativen Verfahren, Stressbewältigungstrainings etc. kaum verfügbar, obwohl gerade diese Verfahren eine entscheidende und hohe Effizienz für die Rückfallprophylaxe und einen entscheidenden gegenwirkenden Effekt auf die Chronifizierung haben.

Die Folgen sind gravierend: Patienten mit chronischen Kopfschmerzkrankungen werden nach aktuellen Analysen im derzeitig sektoral aufgesplitterten Gesundheitssystem in Deutschland nicht ausreichend versorgt. Resultat dieser sektoralen Versorgung ist, dass Patienten mit chronischen Kopfschmerzen überproportional häufig am Arbeitsplatz fehlen und vorzeitig nach langen Arbeitsunfähigkeitszeiten berentet werden müssen. Hohe Folgekosten entstehen auch durch die Behandlung von Spätkomplikationen in Form von psychischen Erkrankungen, Nierenversagen, Leberschäden, Magen-Darm-Ulzera sowie gravierenden zerebrovaskulären Schäden [2, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25].

Bessere Ideen für eine neue Versorgungslandschaft

Zur Überwindung der chronifizierenden sektoralen Mauern und medizinischen Fachgrenzen wurde das ► **bundesweite Kopfschmerzbehandlungsnetz** initiiert. Es bedeutet für die Versorgung von Kopfschmerzpatienten einen Meilenstein. Es ermöglicht eine bundesweite sektoren- und fachübergreifende Vernetzung der ambulanten und stationären Therapie. Die Versorgung Hand in Hand, ein Mehr an Wissen, ein besserer Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten und die gemeinsame Arbeit mittels klar definierter Behandlungspfade sind die Basis für zeitgemäße und effiziente Behandlungsergebnisse.

Bereits im Jahr 1995 wurde mit dem §§ 63 ff des SGB V die Möglichkeit geschaffen, einzelvertragliche Modellprojekte zu entwickeln, die auf eine innovative Versorgung abzielen und Kosten senkend wirken. Mit dem wissenschaftlichen Konzept zur neurologisch-verhaltensmedizinischen Schmerzklinik Kiel wurde die integrierte Versorgung von Kopfschmerzkrankungen und anderen Schmerzkrankungen bereits im Jahr 1995 vorgeschlagen und erstmals in Deutschland umgesetzt. Ziel war es dabei, eine sektoren- und fachübergreifende Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzkrankungen zu erreichen, wobei die Behandlung durch niedergelassene Ärzte, die Behandlung in einer vollstationären Akutklinik sowie rehabilitative Konzepte unmittelbar sektorenübergreifend verzahnt wurden [22].

Eine externe wissenschaftliche Begleitung durch die Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen (GSbG) und der AOK Schleswig-Holstein dokumentierte die Patientenkarrieren und analysierte die Wirkungen der modellhaften integrierten Intervention auf Leistungsanspruchnahme, Kosten, Arbeits- und soziale Situation sowie auf die Lebensqualität chronisch schmerzkranker Patienten. Die ► **Datenerfassung** der Patientenkarrieren umfasste 5 Jahre. Grundlage waren patientenbezogene, anonymisierte Leistungsdaten über alle Sektoren (Krankenhaus akutstationär und rehabilitativ mit 500.000 Daten, Vertragsärzte mit 5 Mio. Daten, Arzneimittel mit 6 Mio. Daten, Sach- und Pflegeleistungen mit 800.000 Daten) sowie beitragsrelevante Sozialdaten (mit 700.000 Daten). Die sektorenübergreifende Leistungsanspruchnahme wurde im Zeitverlauf analysiert, die verursachten Kosten wurden über komplexe Kostenkalkulationen aufgezeigt. Zur Kontrolle der Modellintervention wurden Patienten mit Behandlungen in anderen Akutkrankehäusern mit gleicher Diagnose, Alter und Geschlecht identifiziert und als Kontrollperson herangezogen. Darüber hinaus wurde die klinische Effizienz der Behandlung über eine externe Analyse der GSbG ermittelt [26].

Als Ergebnis zeigte die umfangreiche Analyse, dass die fach- und sektorenübergreifende Versorgung alle aufgestellten und vereinbarten Ziele für die Versorgung schwer chronisch schmerzkranker Patienten erreichte: langfristige Schmerzreduktion, Verbesserung der Arbeitsfähigkeit und Strukturierung der Patientenkarriere bei gleichzeitiger Kostengünstigkeit. Es zeigte sich, dass eine hocheffiziente und nachhaltige Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzkrankungen

kungen sektorenübergreifend wesentlich effizienter und nachhaltiger als in der Regelversorgung erfolgen kann. Rund 70% der nach vorgenanntem Konzept behandelten Patienten wurden bundesweit zugewiesen. Die Konzeption und die gewonnenen Erfahrung und Ergebnisse flossen in das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) 2004 ein und ermöglichten darauf aufbauend neue Vertragsentwicklungen.

Evaluation der klinischen und ökonomischen Effizienz

Nachfolgend sollen die methodische Aspekte und einige zentrale Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung zur koordinierten Versorgung skizziert werden. Die Besonderheit der vorliegenden Analyse einer fach- und sektorenübergreifenden schmerztherapeutischen Versorgung ist, dass für ein gesamtes Bundesland der Bundesrepublik Deutschland mit einer Einwohnerzahl von 2,8 Mio. Menschen, Schleswig-Holstein, sämtliche Daten zur medizinischen Leistungsanspruchnahme der gesamten Bevölkerung im Rahmen der ambulanten und stationären Versorgung über die im Rechenzentrum der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung gespeicherten Daten über die GSbG zugänglich waren. Diese Daten wurden fortlaufend für die gesamte Bevölkerung erfasst. Die Patientencharakteristika und die Patientenkarrerien von Patienten, die zur koordinierten Versorgung zugewiesen wurden, konnten somit über einen Zeitraum von 2 Jahren vor der Entscheidung zur koordinierten Versorgung und 2 Jahre nach der koordinierten Versorgung in Form einer Längsschnittanalyse bestimmt werden. Wurde ein Patient zu einem bestimmten Zeitpunkt in das Kopfschmerzzentrum eingewiesen, konnten sämtliche erfassten Leistungsanspruchnahmen des Patienten im Bereich der medizinischen Versorgung retro- und prospektiv objektiv mittels der abgerechneten Leistungsdaten im gesamten Gesundheitssystem ± 2 Jahre erfasst werden. Die Datenerfassung erfolgte fortlaufend mithilfe sämtlicher abgerechneter Leistungen jeglicher Leistungserbringer. Zusätzlich wurden die Kosten der erforderlichen Arzneimittel sowie mögliche Sachleistungen, wie z. B. Verordnung von Krankengymnastik etc., erhoben. Arbeits- und Sozialdaten, wie z. B. Arbeitsunfähigkeitszeiten sowie das Einkommen, wurden ebenfalls fortlaufend für sämtliche Versicherte ± 2 Jahre erfasst. Die direkte Erhebung des Einkommens war über die Krankenkassenbeiträge möglich, da diese prozentual vom Einkommen abhängig waren. Zusätzlich wurden klinische Daten in Form der Lebensqualität über den standardisierten Fragebogen SF-36 vor und nach der Behandlung über einen Zeitraum von 2 Jahren ermittelt. Durch die Methodik wurde ein Vergleich der nach dem sektorenübergreifenden koordinierten Behandlungskonzept in der Schmerzambulanz Kiel behandelten Patienten mit Patienten möglich, die mit der gleichen ICD-10-Diagnose und vergleichbaren soziodemografischen Variablen traditionell sektoral behandelt wurden. Auch für diese Patienten war es möglich, die vorbeschriebenen Daten ± 2 Jahre fortlaufend für alle Patienten auszuwerten. Somit konnten beide Patientengruppen sowohl im Längsschnittverlauf als auch im Gruppenvergleich bezüglich ihrer Merkmale und Patientenkarrerien über einen Zeitraum von 4 Jahren analysiert werden. Bezugspunkt der Patientenkarrerie war der Zeitpunkt, zu dem eine Einweisung zur akutstationären Behandlung aufgrund einer schwerwiegenden chronischen Kopfschmerzerkrankung führte. Die im Rechenzentrum der kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen erfassten Daten zur Leistungsanspruchnahme konnten zu einer sektorenübergreifenden Patientenkarrerie eines individuellen Patienten zusammengefügt werden [26].

Gruppenvergleich

Für jeden Patienten mit integrierter Behandlung in der Schmerzambulanz Kiel wurden ► **Vergleichspatienten** der Krankenkasse randomisiert gefunden, die folgende Eigenschaften erfüllten: gleiche ICD-Schmerzdiagnose, vollstationärer Krankenhausaufenthalt in einer Klinik aufgrund der Schmerzdiagnose, gleiches Alter, gleiches Geschlecht, medizinische Leistungsanspruchnahme nur bei Ärzten im Bundesland. Aufgrund der fortlaufenden Datenerfassung durch die Krankenversicherung war es somit möglich, jedem Patienten der integriert behandelt wurde, einen Vergleichspatienten mit sektoraler Behandlung mit parallelisierten Daten zuzuordnen. Es konnten sämtliche Leistungs- und Kostendaten mit individuellem Versichertenbezug über die Versichertenidentifikationsnummer über 4 1/2 Jahre im Längs- und Querschnittvergleich analysiert werden.

Die Datenerfassung erfolgte fortlaufend mithilfe sämtlicher abgerechneter Leistungen jeglicher Leistungserbringer

Bezugspunkt der Patientenkarrerie war der Zeitpunkt, zu dem eine Einweisung zur akutstationären Behandlung aufgrund einer schwerwiegenden chronischen Kopfschmerzerkrankung führte

► Vergleichspatienten

Änderung direkter Kosten 2 Jahre nach Behandlung

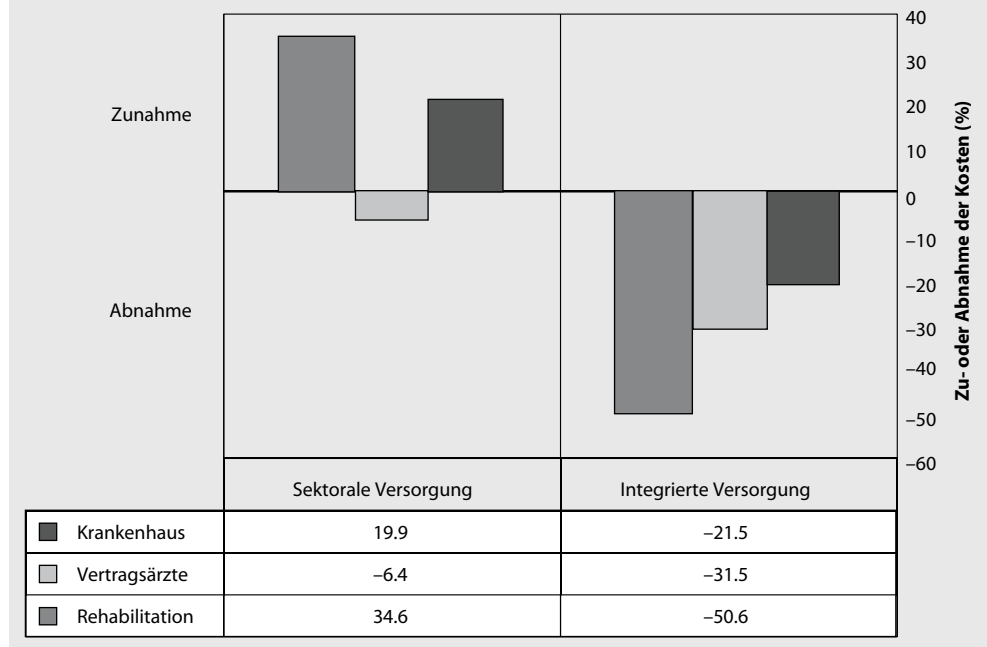


Abb. 2 ▲ Kostenänderungen im Krankenhaussektor, ambulanten Vertragsarzbereich und rehabilitativen Sektor nach sektoraler oder sektorenübergreifender Behandlung im Zeitraum von 2 Jahren nach Behandlungsbeginn

Patientencharakteristika

Die Analyse der Patientencharakteristika und der Patientenkarriere schloss folgende Daten ein: ambulante Versorgung beim Allgemeinarzt oder Facharzt, Verordnung von Arzneimitteln, Verordnung von Hilfsmitteln (z. B. TENS-Gerät), Verordnung von Heilmitteln (z. B. Physiotherapie), Krankentransporte, häusliche Krankenpflege, Daten zur stationären Versorgung im Krankenhaus, Daten zur stationären rehabilitativen Versorgung, Arbeits- und Sozialdaten (soziodemografische Daten, Arbeitsunfähigkeit, Krankengeld, Pflegebedürftigkeit, Berentung) sowie subjektive Daten (standardisierte Erfassung der Lebensqualität mit dem Fragebogen SF-36). Diese subjektiven Patientendaten wurden unabhängig von der klinischen Einrichtung extern durch eine von der Krankenkasse beauftragte Forschungsinstitution erhoben.

Von 105 Patienten die bei der AOK Schleswig-Holstein versichert waren und die wegen Kopfschmerzen aufgenommen werden mussten, konnten über einen Zeitraum von 4 Jahren komplette Datensätze erhoben werden. Ihr mittleres Alter betrug 49,6 Jahre, das Verhältnis Frau:Mann betrug 69:31%. Im gesamten Bundesland konnten 1591 Versicherte der Krankenkasse identifiziert werden, die mit identischen Diagnosen und soziodemografischen Variablen traditionell sektoral behandelt wurden. Deren Alter betrug 50,7 Jahre, das Verhältnis Frau/Mann umfasste 71:29%; 44,7% der Patienten waren vor der integrierten Behandlung bereits stationär wegen der Kopfschmerzen in anderen Kliniken behandelt worden; 33,5% der Patienten erhielten wegen der Kopfschmerzen Krankengeld, vorzeitige Pensionen oder Arbeitslosengeld.

Direkte Kosten vor und nach der Behandlung

In **Abb. 2** werden die Kostenverläufe für die direkte medizinische Versorgung der beiden Vergleichsgruppen dargestellt. Durch die sektorale Behandlung konnten die Kosten für die Versorgung in dem ambulanten Bereich zwar um -6,4% gesenkt werden, sie stiegen jedoch im vollstationären Bereich um +19,9 und im rehabilitativen Bereich um +34,6% an. Durch die integrierte Versorgung konnten jedoch in allen 3 Bereichen die Kosten deutlich gesenkt werden, im vollstationären Bereich um -21,5%, im ambulanten Bereich um -31,5% und im rehabilitativen Bereich um -50,6%. Die traditionelle Versorgung führt damit zu einer deutlichen Kostensteigerung, während die sektorenübergreifende integrierte Versorgung eine deutliche Kosteneinsparung erzielen kann. Es wäre daher zu wünschen, dass Patienten mit schweren Kopfschmerzerkrankungen eine fach- und sektorenüber-

Die sektorenübergreifende integrierte Versorgung kann eine deutliche Kosteneinsparung erzielen

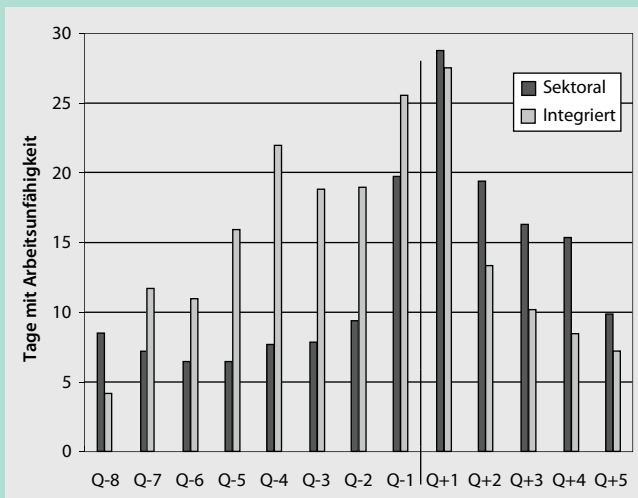


Abb. 3 ▲ Veränderung der Arbeitsunfähigkeitstage pro Quartal nach sektoraler oder integrierter Behandlung im Zeitraum von 8 Quartalen vor Behandlungsbeginn und 5 Quartalen nach Behandlungsbeginn

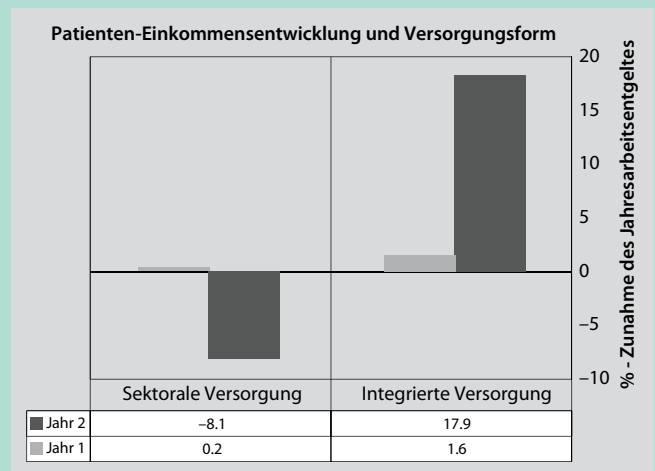


Abb. 4 ▲ Veränderung des Einkommens der Patienten nach sektoraler oder sektorenübergreifender Behandlung im Zeitraum von 2 Jahren nach Behandlungsbeginn

greifende Behandlung zugänglich gemacht werden kann. Dies würde zu einem erheblichen Einsparpotenzial führen.

Chronische Kopfschmerzen und Arbeitsunfähigkeit

Chronische Kopfschmerzen beeinträchtigen die Arbeitsfähigkeit schwer. Über die Analyse der Arbeitsunfähigkeitszeiten anhand der Krankenkassendaten war es möglich, den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit im Längsschnitt und im Gruppenvergleich zu untersuchen. Patienten, die der fach- und sektorenübergreifenden Behandlung zugewiesen wurden, sind vor der Behandlung besonders stark durch Arbeitsunfähigkeit belastet. Trotzdem konnte durch die integrierte Versorgung die Arbeitsunfähigkeit nach der Behandlung signifikant gesenkt werden. Sie fällt darüber hinaus deutlich unter das Ausmaß der Arbeitsunfähigkeit von Patienten, die traditionell sektoral behandelt werden (■ **Abb. 3**).

Einkommensentwicklung und soziale Folgen

Aufgrund der einkommensabhängigen Krankenkassenbeiträge ist es möglich, durch die Krankenkassendaten die Einkommensentwicklung von Patienten mit chronischen Schmerzerkrankungen im Längsschnitt zu analysieren und Gruppenvergleiche vorzunehmen. Patienten mit schweren Kopfschmerzen sind im Arbeitsleben behindert, müssen deutlich hinter ihren Möglichkeiten zurückbleiben und können nur ein geringes Durchschnittseinkommen erzielen. Die Einkommensanalyse der beiden untersuchten Gruppen vor der stationären Aufnahme bestätigt dies. Die ■ **Abb. 4** verdeutlicht die Einkommensentwicklung der untersuchten Patienten in Abhängigkeit von der Behandlung. Die Gruppe mit fach- und sektorenübergreifender Behandlung zeigte nach der Behandlung über einen Zeitraum von 2 Jahren eine kontinuierliche Steigerung ihres Einkommens um +17,9%. Aufgrund der Besserung ihrer Erkrankung sind sie wieder in der Lage, einer geregelten Tätigkeit nachzugehen, Beförderungen und Einkommenssteigerungen sind durch eine verbesserte Leistungsfähigkeit und weniger Arbeitsunfähigkeitstage möglich. Dagegen waren die Patienten der Vergleichsgruppe nicht in der Lage, eine bedeutsame Verbesserung ihres Einkommens zu erzielen. Das Einkommen der sektoral behandelten Patienten fiel im gleichen Zeitraum um -8,1% ab. Schwere chronische Kopfschmerzen tragen ohne spezielle Behandlung zur relativen Einkommensminderung bei. Die Folgen sind ein geringerer Lebensstandard für die Einzelnen sowie für die Gesellschaft geringere Sozial- und Steuerzahlungen. Die fach- und sektorenübergreifende Behandlung in einem spezialisierten Kopfschmerzszentrum kann diesen Trend stoppen und umkehren.

Durch die integrierte Versorgung konnte die Arbeitsunfähigkeit nach der Behandlung signifikant gesenkt werden

Patienten mit schweren Kopfschmerzen sind im Arbeitsleben behindert und können nur ein geringes Durchschnittseinkommen erzielen

Die Gruppe mit fach- und sektorenübergreifender Behandlung zeigte nach der Behandlung über einen Zeitraum von 2 Jahren eine kontinuierliche Steigerung ihres Einkommens um +17,9%

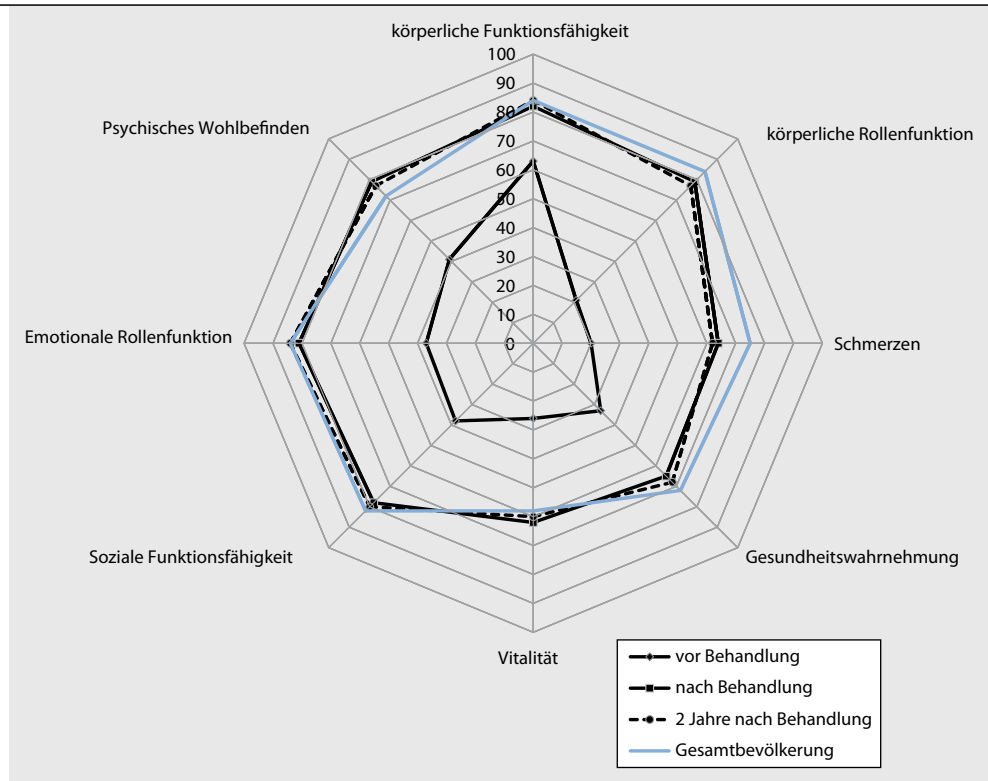


Abb. 5 ▲ Profil der Lebensqualität im SF-36 zum Zeitpunkt vor Behandlungsbeginn, zum Zeitpunkt nach der Entlassung aus der stationären Behandlung und 2 Jahre nach der Behandlung

Lebensqualität

► Fragebogen SF-36

Die Lebensqualität der Patienten wurde mit dem ► **Fragebogen SF-36** analysiert. Bei Anmeldung zur koordinierten Behandlung erfolgte durch ein von dem Kostenträger beauftragtes externes Forschungsinstitut eine Zusendung des SF-36 an die Patienten unmittelbar vor Behandlungsbeginn. Eine weitere unabhängige externe Befragung erfolgte direkt nach Entlassung aus der stationären Behandlung und schließlich fortlaufend in halbjährlichen Abständen über den gesamten Beobachtungszeitraum von 2 Jahren. Der SF-36 misst 8 verschiedene Dimensionen der Lebensqualität.

- Die körperliche Funktionsfähigkeit betrifft die Beeinträchtigung körperlicher Aktivitäten wie Selbstversorgung, Gehen, Treppensteigen und mittelschwere/anstrengende Tätigkeiten.
- Die körperliche Rollenfunktion beschreibt die Beeinträchtigung der Arbeit oder anderer täglicher Aktivitäten.
- Körperliche Schmerzen beschreiben das Ausmaß an Schmerzen und den Einfluss von Schmerzen.
- Die allgemeine Gesundheitswahrnehmung bezieht sich auf die Beurteilung der Gesundheit sowie die Widerstandsfähigkeit gegen Erkrankungen.
- Die Vitalität bezieht sich auf die wahrgenommene eigene Energie.
- Die soziale Funktionsfähigkeit umfasst das Ausmaß der Beeinträchtigung der normalen sozialen Aktivitäten.
- Die emotionale Rollenfunktion beschreibt Beeinträchtigungen durch emotionale Probleme bei der Arbeit oder anderen täglichen Aktivitäten.
- Das psychische Wohlbefinden bezieht sich auf die allgemeine psychische Gesundheit einschließlich Depression und Angst [27].

Die **Abb. 5** zeigt das Profil der Lebensqualität zum Zeitpunkt vor Behandlungsbeginn, zum Zeitpunkt nach der Entlassung aus der stationären Behandlung und 2 Jahre nach der Behandlung. Die Kopfschmerzpatienten zeigten vor Behandlungsbeginn eine schwere Beeinträchtigung der körperlichen Rollenfunktion. Die Schmerzen hatten ein sehr starkes Ausmaß. Auch die allgemeine Gesundheitswahrnehmung sowie die Vitalität waren deutlich reduziert. Besonders prägnant waren die

Beeinträchtigungen der sozialen Funktionsfähigkeit, der emotionalen Rollenfunktion und des psychischen Wohlbefindens. Es wird deutlich, dass Patienten, die einer fach- und sektorenübergreifenden Behandlung in einem spezialisierten Kopfschmerzzentrum bedürfen, in allen Merkmalen der Lebensqualität eine schwere Beeinträchtigung aufweisen. Trotz dieser ausgeprägten Reduktion der Lebensqualität kann eine weitestgehende Normalisierung der Lebensqualität im Vergleich zur Normalbevölkerung erreicht werden. Diese Normalisierung ist nachhaltig über einen Zeitraum von 2 Jahren zu beobachten. Damit wird deutlich, dass trotz erheblicher Beeinträchtigung der Patienten vor der Behandlung eine signifikante und lang anhaltende Besserung erzielt werden kann.

Umsetzung eines bundesweiten Kopfschmerznetzes

Aufbauend auf diesen Ergebnissen wurde ein bundesweites koordiniertes Konzept einer integrierten Kopfschmerzversorgung erarbeitet. Dazu wurde mit der Techniker Krankenkasse erstmals ein bundesweiter Integrationsvertrag für die sektoren- und fachübergreifende Kopfschmerzbehandlung und ein Kopfschmerzbehandlungsnetz entwickelt. Ein nationaler Verbund von ambulant und stationär tätigen Schmerztherapeuten in Praxen und Kliniken wirkt dabei Hand in Hand zusammen, um Schmerzen fach- und sektorenübergreifend mit zeitgemäßen Methoden optimal zu lindern.

Die beteiligten Berufsgruppen behandeln dabei nach aktuellen Leitlinien und auf modernstem wissenschaftlichem Stand. Ambulante, rehabilitative und stationäre Therapien sind eng aufeinander abgestimmt und im zeitlichen Ablauf miteinander verzahnt. Das Konzept bietet eine überregionale koordinierte Behandlung zwischen niedergelassenen Schmerztherapeuten verschiedener Fachgruppen in Schwerpunktpraxen, Schmerzambulanzen und Kliniken ohne Beschränkung durch Fachgrenzen und bürokratische Vergütungssektoren an. Dieses Versorgungsangebot für Kopfschmerzpatienten ermöglicht es, die Entstehungsmechanismen von Kopfschmerzen umfassend zu identifizieren und gezielt daran anzusetzen. Dabei sind die Patienten aktiv eingebunden, entwickeln ein besseres Verständnis für ihre Krankheit und können so den Therapieerfolg ebenfalls positiv beeinflussen.

Indikationen

Das Behandlungsnetz ist ausgerichtet auf die spezialisierte, sektorenübergreifende Versorgung von schwer betroffenen Patientinnen und Patienten mit chronischen Kopfschmerzerkrankungen. Dabei ist das Behandlungsnetz nicht beschränkt auf bestimmte Untergruppen von primären Kopfschmerzen, wie z. B. Migräne und Medikamentenübergebrauchskopfschmerz, sondern auf sämtliche schwerwiegende und komplexe primäre und sekundäre Kopfschmerzerkrankungen sowie Kopf- und Gesichtsneuralgien der internationalen Kopfschmerzklassifikation [28, 29, 30]. Diese schließen z. B. ein

- schwere und häufige Migräne,
- chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp,
- Clusterkopfschmerzen,
- Kopfschmerzen bei Medikamentenübergebrauch,
- posttraumatische Kopfschmerzen
- Kopfschmerzen bei vaskulären Störungen,
- Kopfschmerzen bei intrakraniellen Störungen,
- Kopfschmerzen bei Erkrankungen von Kopf- und Gesichtsstrukturen,
- Neuralgien,
- Kopfschmerzen mit komplexen Begleiterkrankungen
- seltene Kopfschmerzformen mit schwerem Leidensdruck etc.

In der Realität finden sich dabei in der Regel zusätzlich schwerwiegende und komplexe Komorbiditäten, wie z. B. Medikamentenübergebrauch, Medikamentenunverträglichkeiten, psychische und soziale Komplikationen sowie Organschädigungen und Begleiterkrankungen. Gerade diese unter hohem Leidensdruck stehende Patientinnen und Patienten werden in schmerztherapeutischen Schwerpunktpraxen vorgestellt und bedürfen einer speziellen koordinierten sektorenübergreifenden Schmerztherapie.

Trotz erheblicher Beeinträchtigung der Patienten vor der Behandlung kann eine signifikante und lang anhaltende Besserung erzielt werden

Ein nationaler Verbund von ambulant und stationär tätigen Schmerztherapeuten wirkt zusammen, um Schmerzen fach- und sektorenübergreifend mit zeitgemäßen Methoden optimal zu lindern

Das Behandlungsnetz ist ausgerichtet auf die spezialisierte, sektorenübergreifende Versorgung von schwer betroffenen Patienten mit chronischen Kopfschmerzerkrankungen

Koordinierter Therapieablauf

Die integrierte Versorgung umfasst 3 Phasen, die eng koordiniert sind und wissenschaftlich evaluierte Behandlungspfade vorsehen:

- Phase I: spezialisierte Diagnostik, professionelles Screening, Auswahl der sektorenübergreifenden Behandlungspfade, Behandlung vor Ort,
- Phase II: hoch intensivierte sektorenübergreifende neurologisch-verhaltensmedizinische Behandlung,
- Phase III: ambulante Verlaufs- und Erfolgskontrolle, sektorenübergreifendes Monitoring des Therapieverlaufs.

Der generelle therapeutische Grundsatz der Konzeption ist, eine hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten [5]. Schwer betroffene Patienten mit primären und sekundären Kopfschmerzkrankungen sollen schnell und ohne Zeitverzug mit einer zeitgemäßen klinischen Diagnostik und einer effizienten Therapie versorgt werden. Aufgrund strukturierter Behandlungspfade, die auf evidenzbasierten wissenschaftlichen Therapieleitlinien basieren, soll eine hohe Erfolgswahrscheinlichkeit der Behandlung erzielt werden und Komplikationen sowie Chronifizierungen der Erkrankungen mit langfristigen und hohen Folgekosten sollen vermieden werden.

Zum Eintritt in die integrierte Versorgung sind operationalisierte **Ein- und Ausschlusskriterien** definiert, die sektorenübergreifende Schnittstellen im Rahmen der integrierten Versorgung beschreiben und die jeweiligen Aufgaben der verschiedenen Beteiligten festlegen. Patienten sollen einerseits nicht zu früh aus dem ambulanten Bereich in die stationäre Versorgung überführt werden. Um dies zu ermöglichen, wird eine Interaktion zwischen der stationären Behandlung und dem ambulanten Sektor geschaffen. Individuelle Beratung von niedergelassenen Vertragsärzten durch Ärzte des akutstationären Bereiches sowie ambulante Voruntersuchungen zur Überprüfung der Aufnahmeindikation und ggf. zur Vermeidung einer stationären Behandlung mit Aufstellung eines Therapieplanes gemeinsam mit dem niedergelassenen Vertragsarzt sollen dies ermöglichen. Andererseits soll jedoch eine stationäre Aufnahme mit klaren Indikationsmerkmalen ohne bürokratische Barrieren die weitere Chronifizierung und die Entstehung von Komplikationen vermeiden. Die sektorenübergreifende Integration von rehabilitativen und vollstationären Behandlungsmaßnahmen ermöglicht die nachhaltige Aufrechterhaltung des Therapieerfolges. Im gesamten Behandlungsverlauf wird eine hohe fachliche Qualifikation der Behandler realisiert. Diese schließt die Qualifikation nach der ärztlichen Zusatzbezeichnung für spezielle Schmerztherapie der Ärztekammern und der kassenärztlichen Vereinigung ein. Eine kontinuierliche Fortbildung der Teilnehmer an der integrierten Versorgung sowie die kontinuierliche Interaktion und Spezialisierung im Behandlungsbereich sind gegeben. In speziellen Fällen kann zudem die Expertise spezialisierter Netzpartner in Anspruch genommen werden. So ist im Bereich der neuroradiologischen Diagnostik die Sektion Neuroradiologie und im Bereich der spezialisierten neurochirurgischen Therapie die Klinik für Neurochirurgie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein Netzpartner.

Zur schnellen bundesweiten **Netzpartnersuche** wurde eine spezielle Internetseite entwickelt. Um den Patienten die Netzpartner- und Spezialistensuche in ihrem Umfeld zu erleichtern, wurde ein Internetauftritt um eine Übersichtskarte mit Suchfunktion erweitert. Auf der übersichtlichen Karte sind die Netzpartner je nach Schwerpunkt farbig gekennzeichnet. Auf diese Weise finden Suchende schnell die passenden Informationen, die direkt in Popups über der Karte erscheinen. Hat man den wohnortnahen Netzpartner gefunden, so kann man dessen Kontaktinformationen herunterladen. Die Homepage stellt zusätzlich Informationen und umfassendes Servicematerial zur Verfügung (Adresse: <http://www.schmerzlinik.de/service-fuer-patienten/vor-und-nachsorge/>).

Nutzen

Die Versicherten nehmen die zentrale Stelle im Versorgungsprozess ein, und ihr Nutzen steht im Vordergrund. Aus der integrierten Versorgung ergeben sich für die Patienten folgende Vorteile:

- optimierte Behandlung auf aktuellem wissenschaftlichen Stand,
- sektorenübergreifende spezialisierte Behandlungspfade,
- integrierte Screening- und Nachsorgeuntersuchung,
- organisierte Behandlungskette,

Schwer betroffene Patienten mit primären und sekundären Kopfschmerzkrankungen sollen schnell mit einer zeitgemäßen klinischen Diagnostik und einer effizienten Therapie versorgt werden

► Ein- und Ausschlusskriterien

Die sektorenübergreifende Integration von rehabilitativen und vollstationären Behandlungsmaßnahmen ermöglicht die nachhaltige Aufrechterhaltung des Therapieerfolges

► Netzpartnersuche

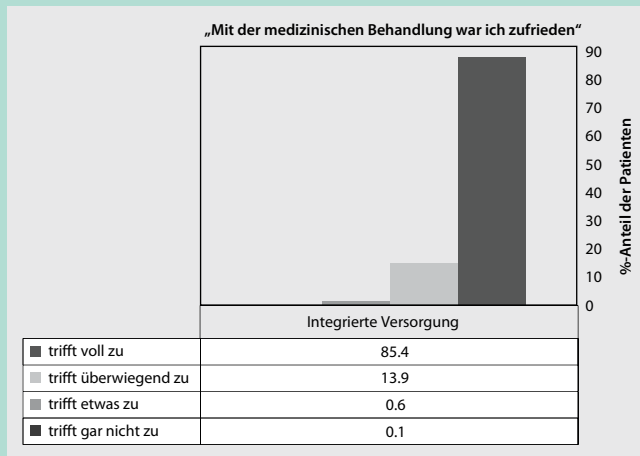


Abb. 6 ▲ Zufriedenheit mit der medizinischen Behandlung im bundesweiten Kopfschmerzbehandlungsnetz. Befragung 1. Quartal 2008 (N=281)

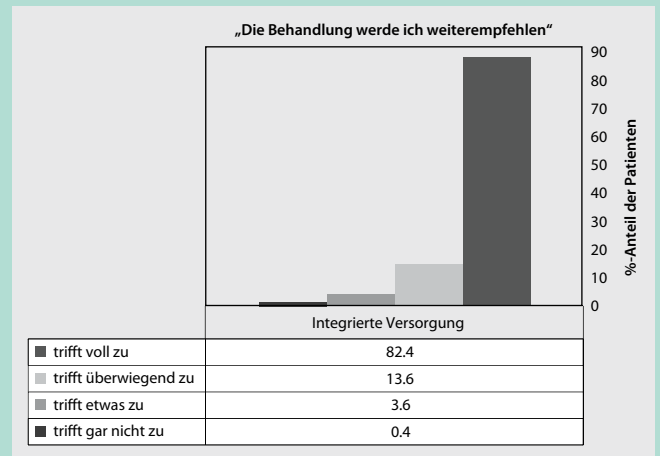


Abb. 7 ▲ Weiterempfehlung der Behandlung im bundesweiten Kopfschmerzbehandlungsnetz. Befragung 1. Quartal 2008 (N=281)

- koordinierter und integrierter Übergang ambulant, stationär, rehabilitativ,
- fortlaufende Evaluation.

Die Patientenzufriedenheit zur integrierten Versorgung im bundesweiten Kopfschmerzbehandlungsnetz ist sehr hoch. Über 85,4% der Patienten sind voll zufrieden, weitere 13,9% überwiegend zufrieden (■ **Abb. 6**); 82,4% der Patienten würden die Behandlung vollumfänglich weiterempfehlen, weitere 13,6% überwiegend weiterempfehlen (■ **Abb. 7**).

Für den Kostenträger stehen die effizientere Versorgung und Erhöhung der Zufriedenheit des Versicherten durch innovative Zusatzleistungen im Vordergrund. Die Versichertengemeinschaft profitiert zudem von der Kostenreduktion. Der Nutzen schließt ein:

- evaluierte Therapie mit hoher Wirksamkeit und effizientere Versorgung,
- Erhöhung der Zufriedenheit der Versicherten,
- Verringerung der Wartezeiten, Verkürzung der Arbeitsunfähigkeit,
- Kostenreduktion,
- Angebot über die Regelversorgung hinaus (Prinzip: „Leistung und mehr“).

Für die beteiligten Vertragsärzte stehen die sektorenübergreifende Kooperation mit Reduktion organisatorischer Defizite und die Optimierung der Professionalität im Vordergrund. Administrative Aufgaben werden reduziert, und eine verbesserte Wirtschaftlichkeit der Behandlungsprozesse kann durch hohe Spezialisierung erreicht werden. Seit Start des Konzeptes nehmen mittlerweile bundesweit rund 400 spezialisierte Praxen am Behandlungsnetz teil. Deren Vorteile sind:

- sektorenübergreifende Kooperation,
- Reduktion organisatorischer Defizite,
- Optimierung der Professionalität,
- erhöhte Effizienz durch kontinuierliche Fortbildung, evaluierte Behandlungspfade und Spezialisierung,
- Wettbewerbsvorteil durch höhere Spezialisierung,
- zusätzliche Vergütung der speziellen Leistungen zur Regelversorgung.

Risk-Sharing

Moderne Integrationsverträge zeichnen sich auch durch Übernahme einer Erfolgsgarantie der Behandlung aus. Diese basiert auf der belegbaren Behandlungsqualität und deren wissenschaftlichen Evaluation. Die Leistungserbringer sind in der Lage, aufgrund der bekannten Behandlungseffizienz in der Vergangenheit die Wirksamkeit der Therapie vorherzusagen. Auf dieser Basis kann eine Risikoteilung für den Behandlungserfolg als Motivationssystem sowohl für die Versichertengemeinschaft, die Kostenträger als auch die Leistungserbringer vertraglich vereinbart werden. Im bundesweiten Kopfschmerzbehandlungsnetz ist dies in Rahmen einer ► **Bonus-Malus-Regelung** berücksichtigt.

Die Patientenzufriedenheit zur integrierten Versorgung im bundesweiten Kopfschmerzbehandlungsnetz ist sehr hoch

Für den Kostenträger stehen die effizientere Versorgung und Erhöhung der Zufriedenheit des Versicherten durch innovative Zusatzleistungen im Vordergrund

Für die beteiligten Vertragsärzte stehen die sektorenübergreifende Kooperation mit Reduktion organisatorischer Defizite und die Optimierung der Professionalität im Vordergrund

Moderne Integrationsverträge zeichnen sich durch Übernahme einer Erfolgsgarantie der Behandlung aus

► Bonus-Malus-Regelung

Für die klinische Effizienz sind maßgeblich die ärztlichen Leistungserbringer verantwortlich

Das Risk-Sharing stellt für alle Beteiligten eine Win-win-Situation dar

Mittlerweile ermöglichen nahezu alle großen Krankenkassen ihren Versicherten die Nutzung des Versorgungskonzeptes

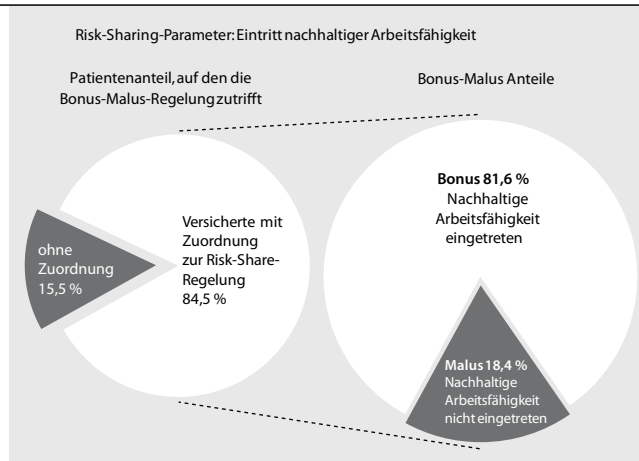


Abb. 8 ▲ Übernahme einer Erfolgsgarantie (Risk-Sharing) durch Bonus-Malus-Regelung im Rahmen des bundesweiten Kopfschmerzbehandlungsnetzes. Die Zuordnung zur Regelung setzt Arbeitsunfähigkeit durch die Schmerz Erkrankung und eine Beschäftigung der Versicherten voraus. Wird der Patient innerhalb von 4 Wochen nach Ende der Phase II wieder arbeitsfähig, greift die Bonusregelung, falls der Versicherte innerhalb der nächsten 6 Monate nicht wieder wegen derselben Einschreibungsdiagnose länger als 7 Tage arbeitsunfähig wird. Andernfalls tritt die Malus-Regelung ein. Häufigkeitsverteilung der Bonus-Malus-Fälle in den Jahren 2007 und 2008

Die Risikoteilung definiert die Aufteilung von Projektrisiken auf die handelnden Projektbeteiligten. Das generelle Effizienzprinzip der Risikoallokation sieht die Zuweisung der verschiedenen Projektrisiken auf alle Beteiligten vor. Hintergrund ist, dass die Vertragspartner aufgrund ihres spezifischen einzelrisikobezogenen Know-how Leistungen am besten steuern und handhaben können. Für die klinische Effizienz sind maßgeblich die ärztlichen Leistungserbringer verantwortlich. Bei mangelnder nachhaltiger Wirksamkeit müssen die Kostenträger weitere direkte und indirekte Kosten tragen, ohne die klinische Behandlung selbst steuern zu können. Es wurde daher vereinbart, dass bei mangelnder Wirksamkeit ein Malus an die Krankenkasse zu zahlen ist, die Leistungserbringer jedoch bei Wiederherstellung und anhaltender Arbeitsfähigkeit nach der Behandlung einen Bonus erhalten. Die Gewährleistung schließt folgenden Inhalt ein: Tritt die Arbeitsfähigkeit des Patienten nicht innerhalb von 8 Wochen nach Behandlung ein, greift die Malus-Regelung. Tritt die Arbeitsfähigkeit des Patienten innerhalb von 1 Monat nach Beginn der Behandlung ein und wird der Patient innerhalb der nächsten 6 Monate nicht länger als 7 Tage aufgrund der Einschreibungsdiagnose arbeitsunfähig, greift die Bonus-Regelung.

Die bisherige Auswertung zeigt, dass das Risk-Sharing für alle Beteiligten eine außerordentliche Win-win-Situation darstellt: Bei 81,6% der Behandlungen griff die Bonus-Regelung, nur bei 18,4% die Malus-Regelung. Durch die Behandlung tritt nachhaltige Arbeitsfähigkeit wieder ein. Dies belegt die klinische Wirksamkeit für die Patienten und entlastet die Arbeitgeber und Kostenträger. Über den Bonus können auch die Leistungserbringer direkt am Erfolg ihrer Therapie partizipieren (■ **Abb. 8**).

Leistungen über die Regelversorgung hinaus

Die regionale Regelversorgung wird durch das IV-Konzept nicht verändert oder gar ersetzt. Sie kann bei Bevorzugung des traditionellen Systems selbstverständlich weiter wie bisher genutzt werden. Ziel eines fortlaufenden Prozesses ist deren Weiterentwicklung, u. a. durch die weitere regionale Professionalisierung der ambulanten Therapie durch Spezialisierung. Schwerpunktpraxen, die insbesondere die Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß § 135 Abs. 2 SGB V erfüllen, können überregionale Netzpartner werden. Mittlerweile ermöglichen nahezu alle großen Krankenkassen ihren Versicherten die Nutzung des Versorgungskonzeptes. Die Krankenkassen vergüten den besonderen Zeitaufwand für die ambulante Therapie zusätzlich zur Regelversorgung. Das Konzept zielt insbesondere auf die Behandlung aller Versicherten ab, die bei den ambulanten Leistungserbringern verbleiben und die nicht einer Behandlung in einem überregionalen Zentrum bedürfen. Effektive und zufriedenstellende Therapie dort übrigt weitere Maßnahmen.

Die integrierte Versorgung bei Kopfschmerzen eröffnet den kooperierenden Netzpartnern, die sektorenübergreifende koordinierte Behandlung zusätzlich in ihr spezialisiertes Behandlungsspektrum mit aufzunehmen und in Anspruch zu nehmen. Diese Inanspruchnahme kann sich auf die Vermittlung von Behandlungspfaden, konsiliarische Beratung, sektorenübergreifende Therapieplanerstellung bis hin zur im Bedarfsfall hoch intensivierten multimodalen neurologisch-verhaltensmedizinischen Schmerzbehandlung erstrecken.

Zukunft der integrierten Versorgung

Eine funktionierende, integrierende Versorgung in Deutschland wird die Gesundheitspolitik ermutigen, die sektorenübergreifende Versorgung gesetzlich weiterzuentwickeln, Güte- wie Prüfkriterien zu entwickeln und rechtliche Voraussetzungen für die Weiterführung zu schaffen. In der Gesundheitsverwaltung, insbesondere bei den Kostenträgern, bedarf es einiger Neustrukturierungen, um die Kosten sowohl patienten- als auch leistungserbringer- und sektorbezogen zuzuordnen (datenbankbasierte Kostenträgerrechnungen). Nur so können die Krankenversicherungen zukünftig parallel sektorbegrenzte und sektorübergreifende Versorgung übersichtlich managen und die Anschubfinanzierung für integrierende Versorgung ablösen. Die Vernetzung der einzelnen Sektoren optimiert die Versorgungsqualität, wenn sie über Finanzierungsmodelle gestützt wird. Die Zukunft integrierender Patientenversorgung geht dabei von indikationsbezogenen zu fachgebietspezifischen Versorgungsverträgen genauso wie von punktuellen Verträgen bis hin zur Entwicklung regionaler Versorgungslandschaften. Abgestufte Versorgungsangebote organisieren sich in überregionalen Netzwerken auch und insbesondere unter Einbindung spezialisierter Medizinkompetenz.

Fazit für die Praxis

Integrierte Versorgung vernetzt interdisziplinär-fachübergreifend und sektorenübergreifend die Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Ein bundesweites Netzwerk von ambulant und stationär tätigen Schmerztherapeuten in Praxen und Kliniken wirkt Hand in Hand zusammen, um Schmerzen fach- und sektorenübergreifend optimal zu lindern. Die Qualität der Behandlung ist durch kontinuierliche wissenschaftliche Begleitforschung belegt, die nachhaltige Kosteneffizienz in allen Sektoren des Gesundheitssystems ist durch Analyse der direkten und indirekten Kosten bestätigt. Die Patientenzufriedenheit ist sehr hoch.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dipl. Psych. H. Göbel

Neurologisch-verhaltensmedizinische Schmerzambulanz
Heikendorfer Weg 9–27, 24149 Kiel
hg@schmerzambulanz.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Grothaus F-J (2009) Bericht zur Entwicklung der integrierten Versorgung 2004–2008. BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH, Düsseldorf
- Zeeberg P, Olesen J, Jensen R (2009) Medication overuse headache and chronic migraine in a specialized headache centre: field-testing proposed new appendix criteria. *Cephalalgia* 29(2):214–220
- Stewart WF et al (2008) Work impact of migraine headaches. *J Occup Environ Med* 50(7):736–745
- Olesen J et al (2008) Cost of disorders of the brain in Denmark. *Nord J Psychiatry* 62(2):114–120
- Hazard E et al (2008) The burden of migraine in the United States: current and emerging perspectives on disease management and economic analysis. *Value Health* 2008 Jul 30
- Bigal ME et al (2008) Chronic migraine in the population: burden, diagnosis, and satisfaction with treatment. *Neurology* 71(8):559–566
- Göbel H et al (2000) Epidemiologie und sozioökonomische Konsequenzen von Migräne und Kopfschmerzkrankungen. *Versicherungsmedizin* 52:19–23
- Lipton RB, Stewart WF, Von Korff M (1995) Migraine impact and functional disability. *Cephalalgia* 15 (Suppl 15):4–9
- Göbel H, Petersen-Braun M, Soyka D (1994) The epidemiology of headache in Germany: a nationwide survey of a representative sample on the basis of the headache classification of the International Headache Society. *Cephalalgia* 14(2):97–106
- Bigal ME et al (2008) Acute migraine medications and evolution from episodic to chronic migraine: a longitudinal population-based study. *Headache* 48(8):1157–1168
- Bigal ME, Lipton RB (2008) Excessive acute migraine medication use and migraine progression. *Neurology* 71(22):1821–1828

Die Vernetzung der einzelnen Sektoren optimiert die Versorgungsqualität, wenn sie über Finanzierungsmodelle gestützt wird

12. Ashina S, Lipton RB, Bigal ME (2008) Treatment of comorbidities of chronic daily headache. *Curr Treat Options Neurol* 10(1):36–43
13. Göbel H, Heinze A, Heinze-Kuhn K (2006) Vorbeugung und Akutbehandlung der Migräne. *Schmerz* 20(5):541–556
14. Göbel H (2006) Weil ich mit Schmerzen leben muss . . . : Interviews mit Schmerzpatienten; Therapiewege bei chronischen Beschwerden, 1. Aufl. Südwest, München, S 176
15. Lanteri-Minet M et al (2005) Anxiety and depression associated with migraine: influence on migraine subjects' disability and quality of life, and acute migraine management. *Pain* 118(3):319–326
16. Göbel H, Heinze A, Heinze-Kuhn K (2005) Duration of rebound headache in the treatment of substance-overuse headache: effects of prednisolone versus tricyclic antidepressants. In: Olesen J (ed) *Classification and diagnosis of headache disorders*. Oxford University Press, Oxford, pp 192–195
17. Göbel H (2005) Erfolgreich gegen Kopfschmerzen und Migräne. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
18. Göbel H (2004) *Die Kopfschmerzen: Ursachen, Mechanismen, Diagnostik und Therapie in der Praxis*, 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 846
19. Dowson AJ (2003) Analysis of the patients attending a specialist UK headache clinic over a 3-year period. *Headache* 43(1):14–18
20. Cassidy EM et al (2003) Factors associated with burden of primary headache in a specialty clinic. *Headache* 43(6):638–644
21. Jaffe R (1999) Comprehensive/tertiary care for headache. *Headache* 39(7):518–520
22. Göbel H, Buschmann P (Hrsg) (1998) *Schmerztherapie in Deutschland: Status und Perspektiven. Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich der speziellen Schmerztherapie*. AOK Schleswig-Holstein, Kiel, S 1–184
23. Zeeberg P, Olesen J, Jensen R (2005) Efficacy of multidisciplinary treatment in a tertiary referral headache centre. *Cephalalgia* 25(12):1159–1167
24. La Pegna GB et al (2005) Continuity of healthcare for headache patients: a problem of communication between headache specialists and general practitioners. *J Headache Pain* 6(4):310–311
25. Usai S et al (2004) Chronic migraine with medication overuse: treatment outcome and disability at 3 years follow-up. *Neurol Sci* 25 (Suppl 3): S272–S273
26. Roth A, Rüschemann H-H (2002) Karrieren chronisch schmerzkranker Patienten in Schleswig-Holstein. Wirkungen einer Modellintervention auf Leistungsanspruchnahme, Kosten, Arbeits- und Sozialsituation sowie Lebensqualität. Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen GSBG, Kiel, S 1–228
27. Garratt AM et al (1993) The SF36 health survey questionnaire: an outcome measure suitable for routine use within the NHS? *BMJ* 306(6890):1440–1444
28. Olesen J (2008) The international classification of headache disorders. *Headache* 48(5):691–693
29. Olesen J et al (2006) New appendix criteria open for a broader concept of chronic migraine. *Cephalalgia* 26(6):742–746
30. (n a) (2004) *The International Classification of Headache Disorders*, 2nd edn. *Cephalalgia* 24 (Suppl 1):9–160

CME-Fragebogen

Bitte beachten Sie:

- Antwortmöglichkeit nur online unter: **CME.springer.de**
- Die Frage-Antwort-Kombinationen werden online individuell zusammengestellt.
- Es ist immer nur eine Antwort möglich.

Hinweis für Leser aus Österreich

Gemäß dem Diplom-Fortbildungs-Programm (DFP) der Österreichischen Ärztekammer werden die auf CME.springer.de erworbenen CME-Punkte hierfür 1:1 als fachspezifische Fortbildung anerkannt.

Welche Leistungsbereiche des Gesundheitssystems werden im Rahmen der sektorenübergreifenden Versorgung nicht miteinander vernetzt?

- Ambulante Patientenversorgung.
- Teilstationäre Patientenversorgung.
- Stationäre Patientenversorgung.
- Rehabilitative Patientenversorgung.
- Kassenärztlichen Vereinigungen.

Welcher Bereich der Schmerztherapie war nicht Gegenstand der ersten IV-Verträge?

- Palliativmedizin.
- Rückenschmerzen.
- Somatoforme Schmerzstörungen.
- Kopfschmerzen.
- Gelenkschmerzen.

Im Jahr 2004 wurde im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes die gesetzliche Grundlage für integrative Versorgungsverträge geschaffen. Wie viele IV-Verträge waren Anfang 2007 bereits abgeschlossen?

- 3.
- 35.
- 350.
- 3500.
- 35.000.

Was zählt nicht zu den Zielen der Vernetzung der einzelnen Sektoren des Gesundheitssystems?

- Vermeidung unnötiger Wartezeiten für den Patienten.

- Bevorzugter Einsatz preisgünstiger Therapiemaßnahmen.
- Vermeidung von Doppeluntersuchungen.
- Erhöhte Behandlungsqualität.
- Effizientere Verwendung von Versichertengeldern.

Das bundesweite Kopfschmerzbehandlungsnetz zielt darauf ab, die Versorgung chronischer Kopfschmerzpatienten zu verbessern. Was zählt nicht zu den möglichen Folgen einer unzureichenden Behandlung dieser Patientengruppe?

- Lange Arbeitsunfähigkeitszeiten.
- Vorzeitige Berentung.
- Demenzentwicklung als Spätkomplikation.
- Nierenversagen als Spätkomplikation.
- Kopfschmerzen bei Medikamentenübergebrauch.

Um die Kosteneffizienz eines neuen Versorgungsmodells zu evaluieren, ist es erforderlich, sämtliche Kosten zu erfassen, die durch eine Erkrankung und ihre Behandlung anfallen? Was zählt nicht zu diesen Kosten?

- Kosten für unabhängige Komorbidität.
- Kosten für verordnete Arzneimittel.
- Kosten für verordnete Heilmittel und Hilfsmittel.
- Kosten für ambulanten Arztbesuch.
- Kosten durch Arbeitsunfähigkeit.

Welche Aussage zu den Behandlungsindikationen im Rahmen des bundesweiten Kopfschmerzbehandlungsnetzes trifft nicht zu?

- Zu den Behandlungsindikationen zählen primäre Kopfschmerzkrankungen wie Migräne, Clusterkopfschmerzen oder Kopfschmerzen vom Spannungstyp.
- Ein Medikamentenübergebrauch ist ein Ausschlusskriterium für die Behandlung im Rahmen des Kopfschmerzbehandlungsnetzes.
- Zu den Behandlungsindikationen zählen sekundäre Kopfschmerzkrankungen wie posttraumatische Kopfschmerzen oder Kopfschmerzen bei Erkrankungen von Kopf- oder Gesichtsstrukturen.
- Zu den Behandlungsindikationen zählen Neuralgien im Kopf- und Gesichtsbereich.
- Zu den Behandlungsindikationen zählen Kopfschmerzkrankungen mit ausgeprägter psychischer Komorbidität.

Welche Aussage zu den Behandlungsphasen im Rahmen des bundesweiten Kopfschmerzbehandlungsnetzes trifft nicht zu?

- In Phase I erfolgt eine spezialisierte Diagnostik.
- Die Behandlung in Phase I erfolgt ambulant vor Ort.
- In Phase II erfolgt eine sektorenübergreifende neurologisch verhaltensmedizinische Behandlung.

- In Phase III erfolgt ein ambulante Verlaufs- und Erfolgskontrolle.
- Jeder Patient wird zeitnah einer spezialisierten stationären Behandlung zugeführt.

Was zählt nicht zu den Vorteilen für den Kostenträger im Rahmen des bundesweiten Kopfschmerzbehandlungsnetzes?

- Evaluierte Therapie der Versicherten mit hoher Wirksamkeit.
- Erhöhung der Zufriedenheit der Versicherten.
- Verringerung der Wartezeiten und Verkürzung der Arbeitsunfähigkeit.
- Einschränkung der Regelversorgung möglich.
- Kostenreduktion.

Welche Aussage zum „Risk-Sharing“ im Rahmen des bundesweiten Kopfschmerzbehandlungsnetzes trifft nicht zu?

- Eine Bonus-Malus-Regelung bedeutet, dass der Leistungserbringer eine Erfolgsgarantie für die Behandlung abgibt.
- Die Malus-Regelung im Rahmen des bundesweiten Kopfschmerzbehandlungsnetzes greift, wenn Arbeitsfähigkeit des Patienten nicht innerhalb von 8 Wochen nach Behandlung eintritt.
- Die Bonus-Regelung im Rahmen des bundesweiten Kopfschmerzbehandlungsnetzes greift, wenn Arbeitsfähigkeit des Patienten innerhalb von



1 Monat nach Beginn der Behandlung eintritt und der Patient innerhalb der nächsten 6 Monate nicht länger als 7 Tage aufgrund der Einschreibungsdiagnose arbeitsunfähig wird.

- Bei 81,6% der Behandlungen im Rahmen des bundesweiten Kopfschmerzbehandlungsnetzes griff die Bonus-Regelung aufgrund einer Wiederherstellung einer anhaltenden Arbeitsfähigkeit.
- Bei 28,4% der Behandlungen im Rahmen des bundesweiten Kopfschmerzbehandlungsnetzes griff die Malus-Regelung aufgrund fehlender Wiederherstellung einer anhaltenden Arbeitsfähigkeit.

**Diese Fortbildungseinheit ist
12 Monate auf
CME.springer.de verfügbar.
Den genauen Einsendeschluss
erfahren Sie unter
CME.springer.de**