



Berliner Manifest 2011

zum Management des regionalen psychiatrischen Hilfesystems für psychisch kranke Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen

I. Thesen

1. Innovatives Management des regionalen psychiatrischen Hilfesystems geht aus von einem personenzentrierten und lebensweltbezogenen Konzept für die Behandlung und Rehabilitation psychisch kranker Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen und komplexem Hilfebedarf.
2. Die vorwiegend ambulante Pflichtversorgung für alle Klienten in der Kommune erfolgt in der Zukunft auf der Grundlage sorgfältig verhandelter Vereinbarungen:
 - Aus einer Hand – durch ein verantwortliches Management eines Zusammenschlusses von Leistungserbringern eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes.
 - In einem Auftrag – durch eine Arbeitsgemeinschaft der Leistungsträger.
 - Mit einem prospektiven Jahresbudget – von jedem Leistungsträger.
 - Begleitet durch eine unabhängige Institution für externe Qualitätssicherung und Evaluation.
 - In beratender Koordination durch ein von der Kommune geleitetes Abstimmungsgremium.
3. Bis dahin ist es ein weiter Weg, den engagierte Akteure aus den Bereichen der Selbsthilfe, der Leistungserbringer, der Leistungsträger und der Politik mit den jeweils möglichen Schritten in regionaler und überregionaler Vernetzung gemeinsam beginnen sollten.
4. Aktuell ist die Fehlentwicklung bei der Umsetzung des KHRG zu stoppen und eine Umsteuerung mit Prozessbegleitung durch eine unabhängige Kommission nach den Empfehlungen des Berliner Manifests 2010 einzuleiten.

II. Fachliche und organisatorische Grundsätze

Bei psychisch kranken Menschen mit wesentlichen psychosozialen Beeinträchtigungen bestehen enge Wechselbeziehungen zwischen ihren Ressourcen und Einschränkungen und den fördernden oder belastenden Lebensverhältnissen. Die Wechselwirkungen sind in jedem Einzelfall von vielen individuellen und sozialen Faktoren und deren manchmal nicht vorhersehbaren Veränderungen abhängig, so dass die Entwicklung nicht sicher prognostiziert werden kann. Dies erfordert vielfältige Kompetenz und hohe Flexibilität im Behandlungsgeschehen.

Das psychiatrische Hilfesystem muss sich darauf einstellen – hinsichtlich des therapeutischen Vorgehens, der Organisationsformen und der Finanzierungsstrukturen.¹ Als besonders wirksam hat sich – bei Krisenintervention sowie langdauernder Begleitung – eine personenzentrierte und lebensweltbezogene Behandlung und Rehabilitation (inkl. Eingliederung und Pflege) des psychisch kranken Menschen erwiesen, unter Beachtung grundlegender Qualitätskriterien.² Die bedarfsbezogene Behandlung und Rehabilitation wird geleistet für alle Klienten einer Region (in der Regel einer Kommune)...

- ... durch zielgruppenbezogene, weitgehend ambulante, im Nahbereich des Patienten tätige, berufsübergreifend zusammengesetzte Teams, die den Klienten und seine Angehörigen und anderen engen sozialen Bezugspersonen in allen Behandlungsphasen begleiten und ggf. erforderliche ergänzende Hilfen koordinieren.
 - ... durch spezielle therapeutische und/oder rehabilitative Leistungsmodulare zur Förderung bestimmter Lebenskompetenzen und zur Teilhabe.
 - ... durch milieutherapeutische Leistungen und Hilfen zur Grundversorgung in speziellen Settings (z.B. Klinikstationen, betreute Wohneinrichtungen, Tagesstätten, Werkstätten) – nur soweit keine anderen Möglichkeiten gegeben sind.
- Behandlung und Rehabilitation sind neben der Hilfe in akuten Belastungssituationen vor allem auf Nachhaltigkeit ausgerichtet – bei möglichst geringem professionellen Ressourceneinsatz und intensiver Förderung der Selbsthilfe des Klienten, seines Umfelds und der verschiedenen Sozialräume in der Kommune. Zuviel Hilfe ist (fast) so schädlich wie zu wenig!
 - Vorrangiger Grundsatz für die Organisation des kommunalen psychiatrischen Hilfesystems ist die verbindliche und koordinierte Pflichtversorgung von sämtlichen psychisch kranken Menschen mit wesentlichen psychosozialen Beeinträchtigungen, die in einer Kommune leben.³

III. Empfehlungen zur Implementierung eines regionalen Managements des psychiatrischen Hilfesystems

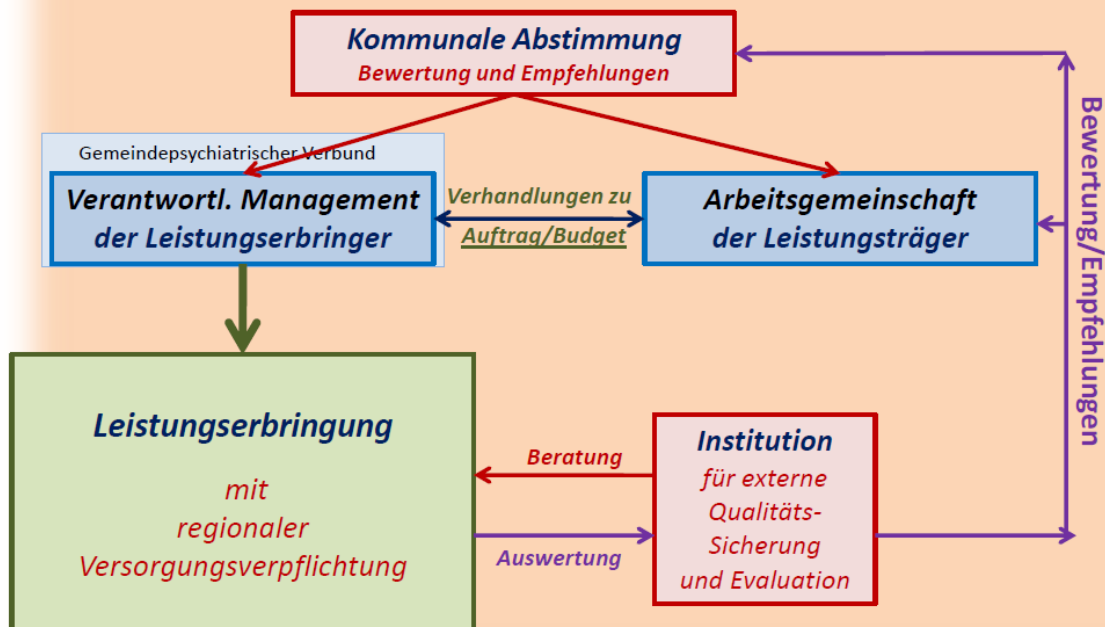
Die gegenwärtigen Organisationsstrukturen und die Finanzierungssysteme für Behandlung und Rehabilitation sind für die Erfüllung der o.g. Grundsätze und für die Gewährleistung einer angemessenen und notwendigen Versorgung weitgehend ungeeignet: Die Fragmentierung des Finanzierungssystems und die daraus resultierende Zerstückelung des therapeutischen und rehabilitativen Leistungsgeschehens durch konkurrierende Anbieter von Teilleistungen mit betrieblichen Eigeninteressen sind fachlich und ökonomisch kontraproduktiv.

Bei der bisher völlig unzureichenden und fehlleitenden Umsetzung des KHRG fehlt es an Kompetenz für spezifische Fachlichkeit in der Psychiatrie sowie für strukturelle Erfordernisse und für ökonomische Steuerungskonzepte. Ein Neubeginn mit einer unabhängigen Kommission zur Prozessbegleitung ist dringend geboten, damit die Chancen nicht vertan werden, die das Gesetz für die patientenzentrierte Flexibilisierung und regionale Vernetzung des Leistungsgeschehens eröffnet.⁴

- Der Sachverständigenrat zur Begutachtung im Gesundheitswesen (2009) empfiehlt generell einen Wechsel im Gesundheitssystem von dem traditionellen Anbieter- und Sektor-orientierten Versorgungssystem zu einem zukunftsweisenden populationsorientierten und Sektoren übergreifenden Versorgungssystem. Dieser Wechsel ist in der Psychiatrie und Psychotherapie besonders dringlich – vorrangig für die Behandlung und Rehabilitation psychisch kranker Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen.⁵ Versorgungsregionen im Sinne des Sachverständigenrats sollten für erwachsene Patienten die Kommunen sein.⁶

- Die Leistungserbringung im Rahmen der Pflichtversorgung erfolgt durch verantwortliches Management eines Zusammenschlusses der wesentlichen Leistungserbringer im gemeindepsychiatrischen Verbund der Kommune, z.B. im Rahmen einer Managementgesellschaft. Diese
 - schließen mit den Leistungsträgern Versorgungsverträge für alle Zielgruppen ab, unter Berücksichtigung der Empfehlungen des kommunalen Abstimmungsgremiums und der Berichte der externen Qualitätssicherung und Evaluation (s.u.).
 - vereinbaren mit den Leistungsträgern jährliche prospektive Jahresbudgets für die angemessene und notwendige Finanzierung aller Leistungen im Rahmen der sozialrechtlichen Regelungen.⁷
- Institution zur externen Qualitätssicherung und Evaluation
Zur Unterstützung berechtigter Interessen der Klienten und Angehörigen und für die Transparenz des Leistungsgeschehens hinsichtlich Qualität, Verteilungsgerechtigkeit und Effizienz vereinbaren die Managementgesellschaft und die Leistungsträger die Beauftragung und Finanzierung einer unabhängigen Institution zur externen Qualitätssicherung und Evaluation.⁸
- Kommunales Abstimmungsgremium
Die Kommune übernimmt im Rahmen ihrer Aufgabe zur Daseinsfürsorge eine zentrale moderierende und koordinierende Funktion in der Entwicklung des psychiatrischen Hilfesystems. Durch das zuständige Referat beruft sie ein Abstimmungsgremium ein, an dem neben Vertretern der Leistungserbringer und der Leistungsträger, Mitglieder von Selbsthilfeorganisationen der Nutzer und der Angehörigen und Mitglieder des Kommunalparlaments beteiligt sind.⁹

Management regionaler psychiatrischer Versorgung



IV Perspektiven für die Umsetzung der Empfehlungen

1. Bei der bisher völlig unzureichenden und fehlleitenden Umsetzung des KHRG fehlt es an Kompetenz für spezifische Fachlichkeit in der Psychiatrie sowie für strukturelle Erfordernisse und ökonomische Steuerungskonzepte. Ein Neubeginn mit einer unabhängigen Kommission zur Prozessbegleitung ist dringend geboten.¹⁰

Sowohl das KHRG-Dilemma mit faktischer Missachtung des Gesetzesauftrags und überflüssiger Bürokratisierung als auch die o.g. modellhaften Erprobungen haben Bewegung in die Diskussion über die Weiterentwicklung des psychiatrischen Hilfesystems gebracht.

Es geht darum, sicher zu stellen, dass die Weiterentwicklung des Finanzierungssystems im Rahmen des KHRG-Prozesses die im Berliner Manifest skizzierte Entwicklung des Gesamtsystems „regionale psychiatrische Versorgung“ fördert und nicht behindert. Dafür ist es unabdingbar, dass

- die ambulanten Leistungen des Krankenhauses (PIA) bereits zu Beginn der Umsetzung und nicht erst zu einem späteren Zeitpunkt in das Finanzierungssystem einbezogen werden.¹¹
 - zur Erfüllung der Prüfaufträge des KHRG explizit Regelungen aufgenommen werden, die alternativ zur OPS-Tagesentgelten pauschalisierte Budgets in Form von Regionalbudgets und IV-Projekten zumindest als Modell ermöglichen, bzw. ihre Weiterführung unterstützen.¹²
 - der gesamte KHRG-Umstellungsprozess hinsichtlich der Wiederherstellung der Psych-PV als Voraussetzung und in seinen Auswirkungen auf das gesamte psychiatrische Versorgungssystem wissenschaftlich evaluiert wird.¹³
2. Unabhängig davon gibt es regionale Initiativen, aktuelle aber auch schon evaluierte, die von sektorübergreifenden Modellen verantwortlicher Kooperation und Koordination abzielen.¹⁴
 - Qualitätsstandards für verbindlich vereinbarte Kooperation und Koordination im Gemeindepsychiatrischen Verbund werden von der BAG-GPV e.V. angewandt und ständig weiterentwickelt.¹⁵
 - Ein wichtiger Schritt wurde durch Regionalbudgets für die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung durch das Krankenhaus vollzogen – zuerst in Itzehoe (seit 6 Jahren). Die Evaluation ergab gute Ergebnisse bzgl. Umsteuerung in Richtung vermehrt ambulanter und teilstationärer Behandlung, verbesserter Nutzerzufriedenheit und besserer Kostenentwicklung als in Vergleichsregionen.¹⁶
 - Zunehmendes Interesse finden Modelle integrierter Versorgung nach § 140b SGB V. Erste Erfahrungen zeigen, dass die Flexibilisierung der Finanzierung über personenbezogene Jahresbudgets bei bestimmten Störungen zu vermehrt ambulanter und kostengünstigerer Behandlung führen kann.¹⁷

In der Zukunft wird es darum gehen, diese Ansätze zu einem Gesamtkonzept zusammen zu führen.

Die Initiatoren der Fachtagung Psychiatrie 2011 sind überzeugt, dass das vorgelegte Manifest einen knappen, aber übersichtlichen und fachlich, organisatorisch und ökonomisch zusammenhängend begründeten Orientierungsrahmen für die Weiterentwicklung des Managements des regionalen psychiatrischen Hilfesystems bilden kann, der auf der Linie aktueller innovativer Perspektiven in Deutschland und international liegt, und dass sie verstärkt Eingang in die fachliche und gesundheitspolitische Diskussion finden und Anreize zu Umsetzungen geben werden.

Die nächsten Schritte sollten vermehrte und evaluativ gut begleitete regionale Erprobungen und eine deutliche Umsteuerung des KHRG-Prozesses sein – spätestens durch das zu erwartende KHRG-Umsetzungsgesetz.

Erläuterungen zu den Thesen des Manifests

¹ Eine weitgehende Orientierung an der Körpermedizin, die vorrangig auf die Diagnostik und Therapie biologisch bedingter Organstörungen ausgerichtet ist, ist kontraproduktiv.

² Grundlegende Qualitätskriterien:

- Therapeutische Beziehung „auf Augenhöhe“: respektvoll, zugewandt, offen, verlässlich, in personaler Kontinuität
- Orientierung vorrangig an den Bedürfnissen, Zielen und Ressourcen von Klient und Umfeld statt an den Defiziten
- niedrigschwelliger und zeitgerechter Zugang
- verlaufsangepasste Leistungsdichte
- Ausrichtung auf konkrete Ziele (Fähigkeiten und Störungen, persönliche Beziehungen, Wohnen, Arbeiten, Freizeit), selbsthilfeorientiert und mit dem Klienten abgestimmt
- Einbeziehung des Umfelds – Vorrang nicht-psychiatrischer Hilfen, Ausrichtung auf Inklusion
- Leistungserbringung vorrangig ambulant im Lebensfeld („Normalisierung“),
- Hohe fachliche Kompetenz bzgl. komplexer Leistungserbringung, diagnostisch und therapeutisch (psychotherapeutisch, soziotherapeutisch, sozialintegrativ, systemisch - ergänzend biologisch-somatisch)
- Abgestimmte Behandlungsplanung und -Durchführung – mit dem Klienten sowie Berufs-, Einrichtungs- und Leistungsträgerübergreifend
- effizient (wirksam und wirtschaftlich)

³ Die Zielgruppen mit ähnlichem Hilfebedarf müssen die Gesamtheit der Klienten einer Region einschließen, so dass für jeden Klienten eine klar definierte Verantwortlichkeit gegeben ist.

Wegen des fachlichen und wirtschaftlichen Vorteils regionaler Hilfen sollte es für eine Behandlung und Rehabilitation *außerhalb der Region* Verfahrensregelungen geben (z.B. Überprüfung der Indikation im Behandlungszusammenhang oder bei Mehrkosten; finanzielle Anreize für die Patienten).

⁴ Alle vier Arbeitsaufträge des KHRG an die Selbstverwaltung – begleitet durch InEK, DIMDI und BMG –

- Wiederherstellung der Personalausstattung gemäß PsychPV
- Ermittlung von Tagesentgelten für die vollstationäre und teilstationäre Krankenhausbehandlung medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen
- Prüfaufträge zur Einbeziehung der Ambulanz und zu „anderen Abrechnungseinheiten“ (z.B. Jahresbudgets)
- umfassende Begleitforschung

werden bisher nur partiell oder gar nicht und ohne ein auf die Erfordernisse der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung ausgerichtetes fachliches, organisatorisches und ökonomisches Konzept umgesetzt. Eine Kurskorrektur nach dem im Berliner Manifest 2010 beschriebenen „Fehlstart“ blieb aus. Die Fehlentwicklung wird jetzt von den Fachverbänden und von den Verbänden der Nutzer und Angehörigen vermehrt kritisiert und abgelehnt und in die öffentliche Diskussion gebracht.

Die Situation wird verschärft durch den andauernden Kostenanstieg im Gesundheits- und Sozialwesen und mittelfristig durch die demografische Entwicklung, vielleicht auch durch ein vermehrtes Interesse der Bevölkerung an der Weiterentwicklung des Sozialstaats.

⁵ Zur Abgrenzung von leichteren Erkrankungen sowie zur Bildung von Zielgruppen mit strukturell ähnlichem Hilfebedarf kann eine Vereinbarung der Selbstverwaltung nach dem Grundmuster derjenigen zu psychiatrischen Institutsambulanzen geschlossen werden.

⁶ Bei großen Kommunen können Subregionen der Kommune gebildet werden; für die Kinder- und Jugendpsychiatrie oder für die Forensische Psychiatrie sind größere Regionen vorzusehen. Denn

- die Hilfen sollen unter Einbeziehung des Umfelds vorrangig durch wohnortnahe Dienste erfolgen, denen die Lebensverhältnisse und Unterstützungsmöglichkeiten sowie die besonderen Risiken der sozialen Umgebung bekannt und für die die Wegezeiten gering sind,
- die Vorhaltung eines hinreichend differenzierten und flexibel einsatzfähigen Hilfesystems für die Erwachsenenpsychiatrie erfordert hinreichende personelle Kapazitäten, wofür die Größe der meisten Kommunen hinreichend ist.

⁷ Ausgangsdaten dafür können auf den – begründet extrapolierten – Leistungs- und Finanzierungsdaten des Vorjahres beruhen (bei hinreichenden auch überregionalen Erfahrungen später evtl. auch auf demografisch begründeter Finanzierung pro Einwohner).

Der Zusammenschluss der Leistungserbringer (z.B. Managementgesellschaft) übernimmt darüber hinaus weitere Aufgaben. Er

- vereinbart mit den Leistungsträgern für den Einzelfall flexible Finanzierung bei der Anwendung des Jahresbudgets im Sinne einer auf Nachhaltigkeit ausgerichteten Behandlung und Rehabilitation und die Berücksichtigung von Änderung der Patientenzahlen, von veränderten Patientenbewegungen zwischen den Leistungsträgern und zwischen verschiedenen Regionen, sowie von Rückstellungen bzw. Ausgleichszahlungen bei betrieblichen Gewinnen und Verlusten.
- verbindet und ergänzt zur Sicherstellung der Pflichtversorgung die Leistungsbereiche der zu ihr gehörenden Leistungserbringer zu einem bedarfsgerechten Netzwerk.
- stellt die administrative Zuordnung (Casemanagement) jedes Klienten zu den verschiedenen funktionalen Diensten (d.h. zu den zielgruppenbezogenen Teams und ggf. zu den speziellen therapeutischen und den milieutherapeutischen Leistungen) her, einschließlich der Organisation der trägerbezogenen und trägerübergreifenden Dokumentation der Leistungen sowie der klientenbezogenen Finanzierung.
- sorgt für eine bedarfsgerechte personelle und materielle Ausstattung der einzelnen Dienstleistungsbereiche.
- vereinbart verbindliche Regelungen zur bedarfs- und verteilungsgerechten Durchführung der klientenbezogenen Hilfen inkl. der berufs- und trägerübergreifenden Zusammenarbeit.
- organisiert darüber hinaus eine effiziente Zusammenarbeit mit zuweisenden, kooperierenden und übernehmenden Diensten des Gemeindepsychiatrischen Verbunds und schließt evtl. mit einigen von diesen Verträge oder Kooperationsvereinbarungen über gemeinsame Leistungserbringungen.
- organisiert die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen von Nutzern und Angehörigen und mit ehrenamtlichen Helfern in der Kommune und unterstützt diese bei ihrer Arbeit.
- organisiert die klientenbezogene Zusammenarbeit mit somatisch-medizinischen medizinischen und sozialen Diensten in der Kommune und
- beteiligt sich an der Querschnittsaufgabe einer sozialraumbezogenen Prävention.

⁸ Die beauftragte Institution arbeitet – im Sinne eines „wissenschaftlich fundierten Verbraucherschutzes“ – eng zusammen mit unabhängigen Beschwerdestellen, Beratungsstellen, den Selbsthilfegruppen der Nutzer und der Angehörigen, mit der Besuchskommission im Rahmen des PsychKG, den medizinischen Diensten der Leistungsträger, den Psychiatriekoordinatoren, ggf. mit der Ethikkommission u.ä. Sie stellt deren Meldungen über positive und negative Erfahrungen mit dem regionalen Hilfesystem (sowohl mit den Diensten der Managementgesellschaft wie mit den übrigen Einrichtungen im Gemeindepsychiatrischen Verbund und mit ergänzenden Dienstleistern) zusammen. In wichtigen Einzelfällen bemüht sie sich mit den Beteiligten um Klärung. Sie bewertet die Ergebnisse der qualitativen Meldungen.

Sie erarbeitet einen Katalog von ohne bürokratischen Aufwand zu erhebenden Daten, die als Indikatoren zur Bewertung der Qualität, insbesondere der Nachhaltigkeit der Versorgung dienen können, organisiert die Datenerhebung und Auswertung und legt jährlich einen öffentlichen Bericht zur Information des kommunalen Abstimmungsgremiums und der Öffentlichkeit vor (unter Beachtung datenschutzrechtlicher Regelungen).

⁹ Mit der Geschäftsführung wird der kommunale Koordinator des psychiatrischen Hilfesystems beauftragt. Der Koordinator legt (unter Bezugnahme u.a. auf den Bericht der Institution für Qualitätssicherung) einen Jahresbericht vor mit konkreten Empfehlungen für die Weiterentwicklung im Folgejahr.

Das Gremium erörtert in regelmäßigen Abständen die o.g. Berichte und bei aktuellen Anlässen wichtige Aspekte der Entwicklung des Hilfesystems und spricht – evtl. nach öffentlicher Diskussion – Empfehlungen für die Entwicklung des Hilfesystems, ggf. auch für die Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen der Landesregierung aus.

¹⁰ Alle vier Arbeitsaufträge des KHRG an die Selbstverwaltung – begleitet durch InEK, DIMDI und BMG – werden bisher nur partiell oder gar nicht und ohne ein auf die Erfordernisse der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung ausgerichtetes fachliches, organisatorisches und ökonomisches Konzept umgesetzt. Eine Kurskorrektur nach dem im Berliner Manifest 2010 beschriebenen „Fehlstart“ blieb aus. Die Fehlentwicklung wird inzwischen von den Fachverbänden und von den Verbänden der Nutzer und Angehörigen vermehrt kritisiert und abgelehnt und in die öffentliche Diskussion gebracht.

Die Situation wird verschärft durch den andauernden Kostenanstieg und die demografische Entwicklung, vielleicht auch durch eine vermehrte Aufmerksamkeit in der Bevölkerung bzgl. der Weiterentwicklung des Sozialstaats.

¹¹ Dies ermöglicht, dass in Budgetverhandlungen vor Ort ambulante und stationäre Leistungen als gemeinsames, sektorübergreifendes Budget angedacht und ggf. vereinbart werden können.

¹² Die Modellerprobung umfasst auch eine geeignete Leistungsdokumentation, darf also nicht durch eine möglicherweise dazu nicht passende oder zusätzliche OPS-Dokumentation behindert werden.

¹³ Die Überprüfung der Vorgabe Wiederherstellung der Psych-PV sollte vorab (Einhaltung der BPfIV und des GKV-ÄndG) und begleitend (Vergleich der Personalausstattung nach der Psych-PV und nach den Tagesentgelten) erfolgen.

Bei den Auswirkungen müssen (gemäß KHRG) die Folgen für verschiedene Zielgruppen auch die Folgewirkungen auf andere SGB V-Leistungen, auf andere Finanzierungssysteme (Eingliederungshilfe, medizinische und berufliche Reha usw.) und auf andere Kostenarten (Lohnfortzahlung, Heil- und Hilfsmittel, Arzneimittel) adäquat untersucht werden. Sonst bleibt die Begleitforschung ohne relevanten Aussagewert.

¹⁴ Allerdings greifen bisherige Initiativen notwendig kürzer, da aufgrund der Fraktionierung des Hilfesystems oder auch der Eigeninteressen eines Teils der regionalen Akteure meist nur ein Teil der o.g. Grundsätze in die Projekte einbezogen werden konnte. Die Nichtbeachtung wichtiger Aspekte kann aber zu Nebenwirkungen führen, die den Grundansatz konterkarieren.

¹⁵ Siehe dazu www.bag-gpv.de. Mitglied im BAG-GPV e.V. kann ein Verbund nur werden, wenn er einen Teil dieser Standards bereits erfüllt! Die Erfüllung wird überprüft und weiterentwickelt u.a. durch Interventionsbesuche.

¹⁶ Ähnliche Regionalbudgets gibt es gegenwärtig auch in 5 weiteren Regionen.

Nachteilig sind die bisher sehr begrenzte Einbeziehung anderer Leistungsanbieter (außer in Geesthacht) und die Ungewissheit bzgl. der Fortsetzung, wodurch die mögliche Entwicklungsdynamik in Richtung mehr Hometreatment gebremst wird. Zukunftsweisend sind Bemühungen, die Eingliederungshilfe nach SGB XII in ein Regionalbudget einzubeziehen (z.B. Rostock).

¹⁷ Allerdings scheint das damit verbundene ökonomische Interesse von Leistungserbringern und Krankenkassen dazu zu führen, dass Grundfragen bzgl. relevanter Folgewirkungen ignoriert werden: z.B. Regionalbezug? – Bettenbelegung durch andere Patienten? – Vermehrte Konkurrenz ambulant-stationär statt Kooperation? – Abschieben zu anderen Leistungsträgern? – Faktische Aufhebung von Pflichtversorgung und Verteilungsgerechtigkeit? – Finanzierungschaos durch Vertragsvielfalt? – Interessengeleitete Steuerung durch Pharmafirmen und Krankenkassen?