

Integrierte Versorgung

»Neuland, das bei aller Skepsis Hoffnung weckt«

Kommentar zum Beitrag von Christel Achberger: »Kritische Begleitung wird eingefordert – Fragen der DGSP an die Integrierte Versorgung« (SP 3/2010). **VON HOLGER STECKERMAIER**

Wie in einigen anderen Bundesländern wurde auch in Bayern mit dem »Netzwerk psychische Gesundheit« (NWpG) der Techniker Krankenkasse (TK) ein Vertrag zur Integrierten Versorgung nach §§ 140a–d Sozialgesetzbuch (SGB) V von Menschen mit psychischen Problemen abgeschlossen. Vertragspartner der Techniker Krankenkasse in Bayern ist die Awolysis GmbH, eine Managementgesellschaft der Arbeiterwohlfahrt (AWO) München, der AWO Augsburg und der Gemeinnützigen Gesellschaft des Projektvereins in München.

Das »Netzwerk psychische Gesundheit«

Das »Netzwerk psychische Gesundheit« startete in München und Augsburg Ende Januar 2010. Aktuell nehmen allein in München bereits 280 eingeschriebene Versicherte an dem Versorgungsvertrag teil. Wie in der »Sozialen Psychiatrie« vom Januar 2010 beschrieben¹, soll durch das NWpG eine umfassende ambulante Krisenversorgung im Sinne des Hometreatments umgesetzt werden. Mit den Kernmodulen Casemanagement, Psychotherapie, psychiatrische Pflege sowie einer verbesserten fachärztlichen Behandlung und dem Angebot von Rückzugsräumen wird den Versicherten eine gemeindenahere Alternative zur stationären Behandlung angeboten. Das »Netzwerk« in München kooperiert dabei mit einem Netzwerk psychiatrischer Praxen, die die medizinische Versorgung sicherstellen.² Basierend auf den Erfahrungen der ersten sieben Monate seit Bestehen des NWpG in Bayern möchten wir auf die von Christel Achberger formulierten kritischen Fragen des erweiterten Vorstandes der DGSP zur Integrierten Versorgung eingehen.

Zu den kritischen Fragen der DGSP

Wie dem Artikel von Christel Achberger zu entnehmen ist, wurden im DGSP-Vorstand vermutlich überwiegend die Verträge der TK oder auch der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) diskutiert, die eine verbesserte ambulante Behandlung mit oben beschriebenen Modulen vorsehen. Hierzu muss allerdings angemerkt werden, dass neben diesen Modellen eine Vielzahl von weiteren Verträgen zur Integrierten Versorgung mit unterschiedlichen Indikationen und Ange-

boten im psychiatrischen Bereich existiert, die differenziert zu bewerten sind.

(1) Als erster Kritikpunkt in den Anmerkungen zur Integrierten Versorgung wurde der Ausschluss von Patienten anderer Krankenkassen von sinnvollen Versorgungsleistungen genannt.

Tatsächlich können die Leistungen der Integrierten Versorgung nur den Versicherten der jeweiligen Krankenkasse – im Falle des »Netzwerkes psychische Gesundheit« aktuell der Techniker Krankenkasse – angeboten

werden. Bedenkt man allerdings, dass es aufgrund fehlender Gesamtverantwortung für definierte Patientengruppen bisher kaum gelungen ist, tatsächlich gemeindebasierte Modelle wie Hometreatment oder Assertive Community Treatment umzusetzen, kann etwa der Vertrag zum NWpG als deutlicher Fortschritt gewertet werden.³ Zudem werden mit diesem Vertrag erstmals in größerem Umfang die Kompetenzen der gemeindepsychiatrischen Träger, die bisher überwiegend Leistungen des SGB XII erbracht ha-



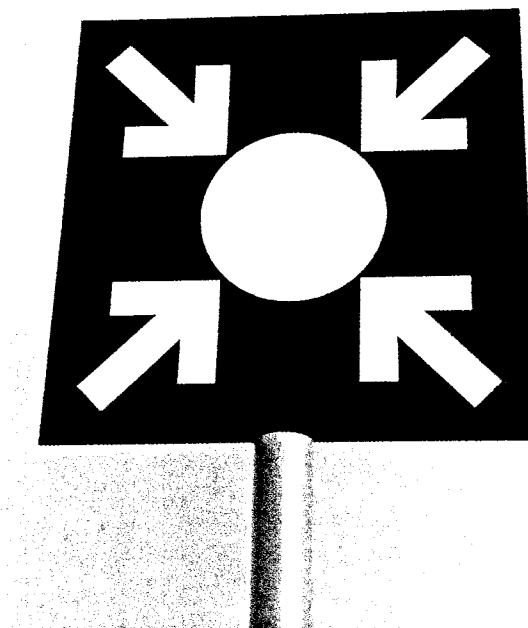
Guido Hansen: »Footprints« (Brickenschlag, 2010)

ben, genutzt. Es liegt nun auch an diesen Trägern, ob entsprechende Erfolge vorzuweisen sind und sich weitere Krankenkassen an diesem Vertrag beteiligen. Unbestritten bleibt dabei, dass Regionalbudgets wie in Itzehoe, die allerdings tief greifende Umstrukturierungsprozesse voraussetzen, ein anzustrebendes Ziel sein können.⁴

(2) Der These, dass die Einschreibung der Patienten in die Integrierte Versorgung eine besondere Hürde bedeutet, kann mit dem Blick auf das bisherige Versorgungssystem und den praktischen Erfahrungen des NWpG kaum zugestimmt werden. So bestehen, vielleicht mit Ausnahme der Sozialpsychiatrischen Dienste, nur wenige psychiatrische Leistungen, die nicht ebenfalls eine gewisse Hürde aufweisen. Hier sei an dieser Stelle nur auf das ambulant betreute Wohnen (SGB XII/SGB IX) verwiesen, das aufgrund der Hilfeplanung und Überprüfung von Einkommen und Vermögen weit höhere Hürden aufweist.

(3) Die kritische Anmerkung, dass aufgrund der Vergütungslogik des NWpG (Kopfpauschalen) Druck auf Patienten ausgeübt wird, um Klinikaufenthalte und somit Kosten zu vermeiden, ist ein Kritikpunkt, der bereits von vielen Seiten, vor allem von berufsständisch orientierten Psychiatern und Nervenärzten, formuliert wurde. Diese Kritik kann hier deutlich zurückgewiesen werden. Tatsächlich ist es weder aus fachlichen noch aus ökonomischen Gründen wünschenswert, Patienten notwendige Klinikaufenthalte vorzuenthalten. Zum einen führt ein eingeschränktes Wahlrecht zu einer verminderten Akzeptanz der Betroffenen, was mittelfristig das gesamte »Netzwerk« infrage stellen könnte, zum anderen ist es fachlicher Konsens, dass indizierte Klinikaufenthalte nicht einfach durch andere Leistungen zu ersetzen sind. Nicht jede psychiatrische Krise kann ambulant behandelt werden. Vielmehr gilt es, die von Thornicroft et al. (2004) geforderte balancierte Mischung stationärer und ambulanten Angebote mit dem Schwerpunkt einer dauerhaft ambulant-aufsuchenden Behandlung umzusetzen.⁵ Aus ökonomischer Sicht führt eine Ablehnung indizierter Leistungen vermutlich zu weit höheren Folgekosten. Allerdings zeigen erste Erfahrungen im NWpG München, dass viele psychiatrische Krisen, die ohne diese Versorgungsangebote sicher zu einer Klinikeinweisung geführt hätten, aufgrund der vernetzten ambulanten Angebotsstruktur vielfach gut zu bewältigen waren.

(4) Der erweiterte Vorstand der DGSP – so die Zusammenfassung im Achberger-Beitrag – vertritt die These, dass die Akteure der Integrierten Versorgung unterschiedliche Zielsetzungen verfolgen. Diese Einschätzung lässt sich nach unserer Erfahrung nicht bestätigen. Vielmehr erfolgt gerade durch eine



Integrierte Versorgung eine Angleichung der Ziele aller daran beteiligten Versorgungspartner. Tatsächlich verfolgen im bisherigen Versorgungssystem alle beteiligten Institutionen klare Eigeninteressen, wodurch sich eine hohe Quote an Fehl- und Überversorgung ergibt, die aufgrund begrenzter Mittel zwangsläufig zu einer Unterversorgung, insbesondere von schwer Erkrankten, führt.⁶ Vielfach wird deshalb versucht, etwa über

»Es ist weder aus fachlichen noch aus ökonomischen Gründen wünschenswert, Patienten notwendige Klinikaufenthalte vorzuenthalten«

Gemeindepsychiatrische Verbände eine Steuerung der Versorgung zu implementieren, die an den Bedarfen der Nutzer orientiert ist. Allerdings ist dies unter anderem aufgrund der Trennung von SGB-V- und SGB-XII-Leistungen und wenig verbindlicher Verfahren der Zusammenarbeit in vielen Regionen nicht gelungen.⁷ Da jedes Versorgungssystem nach einer eigenen Logik operiert und zugleich die unterschiedlichen Systemlogiken der Kostenträger bedienen muss, wird eine auf Freiwilligkeit basierende integrierte Struktur ohne rechtliche Verbindlichkeit nicht umzusetzen sein. Integrierte Versorgungssysteme nach §§ 140a–d SGB V könnten hier aufgrund eines gemeinsamen Zielles, entsprechenden Versorgungs- und Kooperationsverträgen und eines übergreifen-

den Finanzierungssystems die Weichen zu einer verbesserten Versorgung, insbesondere im ambulanten Bereich, stellen.

Die Fallsteuerung im NWpG wird als medizinisch-soziales Casemanagement verstanden, das alle psychiatrischen, psychosozialen und pflegerischen Versorgungsbedarfe organisiert und koordiniert und somit die am individuellen Bedarf orientierten Unterstützungsleistungen sicherstellt. Ein besonderer Fokus wird dabei auf den präventiven Aspekt gelegt. Somit beschränkt sich das Casemanagement keineswegs nur auf SGB-V-Leistungen, da diese den Bedürfnissen vieler Patienten nicht gerecht werden. Vielmehr werden bei Bedarf auch Leistungen der Eingliederungshilfe, aber auch sonstige Hilfen organisiert und angeboten, um das Ziel einer umfassenden ambulanten Versorgung zu gewährleisten.

(5) Der Forderung der DGSP nach einer Ergänzung und Vernetzung von Behandlungsleistungen und Eingliederungshilfe kann dabei voll zugestimmt werden. Ob die Kostenträger die Eingliederungshilfe dabei als nachrangig zu den Behandlungsleistungen der Integrierten Versorgung betrachten, bleibt abzuwarten.

Allerdings besteht unserer Einschätzung nach keinerlei rechtliche Grundlage, Patienten einer Integrierten Versorgung notwendige Teilhabeleistungen zu verweigern. Anzumerken ist hier, dass die Praxis des NWpG in München zeigt, dass ein Großteil der Patienten aufgrund ihres sozioökonomischen Status keinen Anspruch auf Eingliederungshilfe hat und den entsprechenden Angeboten eher ablehnend gegenübersteht.

(6) Auch die Sorge, dass die Leistungen des »Netzwerks« aufgrund ihrer Definition als Behandlungsleistungen auf einer rein medizinisch-pathologischen Logik basieren, muss hier widersprochen werden. Tatsächlich stehen psychosoziale Leistungen als Bestandteil der Soziotherapie, des Casemanagements und der psychiatrischen Pflege im Vordergrund. Darüber hinaus besteht aufgrund der überwiegend gemeindepsychiatrischen Leistungserbringer des Versorgungsvertrages und der Unterstützung des »Dachverbandes Gemeindepsychiatrie« die Möglichkeit, grundsätzliche Positionen und Ansätze der Sozialpsychiatrie in diesen Vertrag einzubringen.⁸ Psychisch schwer erkrankte Menschen befinden sich häufig in hochkomplexen Problemlagen, die durch eine einseitige medizinische Behandlung und bestenfalls ergänzende soziotherapeutische Leistungen kaum zu bewältigen sind.

Für diesen Personenkreis gilt vielmehr, dass überwiegend pflegerische, sozialarbeiterische und psychologische Leistungen notwendig sind und die medikamentöse Behandlung zwar unabdingbar ist, diese jedoch gemessen an ihrer Effektivität keine Sonderstellung einnimmt. Dies ist die bestimmende Maßgabe des Vertrages zum »NetzWerk psychische Gesundheit« und wird mit dem Vorbild des Need-adapted Treatment (bedürfnisangepasste Behandlung) entsprechend umgesetzt.

Ergänzend ist hier zu erwähnen, dass die sozialpsychiatrischen Aspekte von den kooperierenden niedergelassenen Fachärzten in München umfänglich unterstützt und auch eingefordert werden.

(7) Zu der These, dass nur SGB-V-Leistungserbringer als Vertragspartner zur Integrierten Versorgung akzeptiert werden, eine kurze Anmerkung.

Es ist eine Tatsache, dass der weitaus größte Teil der Verträge zur Integrierten Versorgung mit bisherigen SGB-V-Leistungserbringern wie Kliniken oder niedergelassenen Psychiatern und deren Gesellschaften geschlossen wurden. Die Umsetzung des Versorgungsvertrages zum »NetzWerk psychische Gesundheit« mit dem Leistungsträger Techniker Krankenkasse wurde bisher allerdings überwiegend in die Verantwortung gemeindepsychiatrischer Träger gegeben. Die Gemeinnützige GmbH des Projektvereins mit bisher nur sehr geringen SGB-V-Leistungen (Soziotherapie) mag hier als Beispiel dienen. Es wäre dabei durchaus denkbar und für den weiteren Ausbau von Verträgen zur Integrierten Versorgung sicher wünschenswert, dass sich einzelne Leistungsanbieter der Sozial- und Gemeindepsychiatrie zusammenschließen und gemeinsam als Versorgungspartner auftreten.

(8) Noch eine letzte Anmerkung zur Beschränkung der Rolle der Betroffenen auf die des Leistungsberechtigten ohne Partizipationsmöglichkeit: Um die Zielgruppe für das NWpG zu gewinnen, kommt der Patientenorientierung und dem Servicegedanken, der auch vom Vertragspartner Techniker Krankenkasse gefordert wird, eine besondere Bedeutung zu. Um eine Akzeptanz für die Integrierte Versorgung zu schaffen und somit letztlich das Ziel einer Reduktion der Klinikaufenthalte zu erreichen, müssen die Patienten für sich einen klaren Mehrwert erkennen. Dies bedeutet für das Versorgungsgeschehen, für die Etablierung der Integrierten Versorgung, eine stringent bedarfsrechte und kundenorientierte Ausrichtung der Versorgungsleistungen. Zugleich müssen die Betroffenen allerdings in die Umsetzung des Versorgungsvertrages einbezogen werden. In München und Augsburg ist dies

wie in den meisten Regionen geschehen. Ein begleitender kritischer Dialog ist dabei unabdingbar und von allen Seiten gewünscht.

Was ist zu bedenken?

Neben dieser Vielzahl positiver Anmerkungen und Erfahrungen zur Integrierten Versorgung sollen hier allerdings auch einige kritische Punkte genannt werden, die es für eine weitere Umsetzung integrierter Versorgungssysteme in der Psychiatrie zu bedenken gilt.

■ Aktuell können integrierte Versorgungsmodelle noch als weitere Parallelsysteme angesehen werden. So ist weder eine schnittstellenübergreifende Versorgung ambulant-stationär bei vielen IV-Verträgen gegeben, noch ist eine integrierte Versorgung mit einer umfassenden Einbeziehung der Leistungen der Eingliederungshilfe erfolgt oder als Ziel benannt.

■ Unter Managed Care/Integrierte Versorgung besteht eine hohe Gefahr, schwer Kranke mit geringer Compliance auszuschließen, da sie zum einen dem diesen Verträgen immanenten Primat des mündigen Patienten nicht entsprechen und zum anderen möglicherweise nicht mehr einzugrenzende Kosten verursachen, die mit den aktuellen Vergütungsregelungen für die IV-Leistungserbringer nicht finanzierbar sind.

■ Aktuell besteht eine Vielzahl unterschiedlicher IV-Verträge der einzelnen Kassen, die eine einheitliche Versorgungssteuerung ausschließen und zu einer zusätzlichen Zergliederung des Versorgungsgeschehens führen.

Ausblick

Tatsächlich wurde mit dem integrierten Versorgungsvertrag zum »NetzWerk psychische Gesundheit« und dessen vertraglichen Bedingungen weitestgehend Neuland in der psychiatrischen Versorgung betreten. Es ist noch nicht abzusehen, wie sich diese Versorgungsleistung entwickelt und ob ein Erfolg im Sinne einer verbesserten Behandlung unter den gegebenen ökonomischen Rahmenbedingungen langfristig möglich ist. Tatsächlich ist die Umsetzung dieses Vertrages hochdynamisch, und sein Erfolg ist dabei von einer Vielzahl von Variablen abhängig, die über die einzelnen Vertragspartner nicht vollständig steuerbar sind. Trotz vieler Bedenken und vieler Unwägbarkeiten lohnt es sich unserer Ansicht nach jedoch, diesen Schritt zu wagen, da allein der beschriebene TK-Vertrag im bundesdeutschen Raum breit diskutiert wird und somit die Chance besteht, nach über dreißig Jahren eine neue Entwicklung in der psychiatrischen Versorgung anzustoßen. Klar ist aber auch, dass

einer weiteren Differenzierung des Versorgungsangebotes durch möglichst umfangreiche Kooperationen entgegenzuwirken ist. Allerdings muss hier deutlich angemerkt werden, dass dies vermutlich noch in ferner Zukunft liegt, da aktuell die unterschiedlichen Interessen der einzelnen Leistungserbringer und Leistungsträger und die dadurch bedingten Zielkonflikte überwiegen. ■

Holger Steckmaier, Master Mental Health (MMH), ist Prokurist der Gemeinnützigen GmbH des Projektvereins und im erweiterten Vorstand der Bayerischen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (BGSP).
Kontakt: Gemeinnützige GmbH des Projektvereins, Gravelottestr. 14, 81543 München; Tel.: (0 89) 18 91 26 19; Fax: (0 89) 54 84 46 61; E-Mail: h.steckmaier@projektverein.de

Anmerkungen:

- 1 Vgl. C. Zechert u.a.: Integrierte Versorgung in der Gemeindepsychiatrie – Jetzt! (SP 1/2010, S. 4–9).
- 2 Internet: www.brain-insight.de
- 3 Vgl. T. Becker et al. (Hrsg.) (2008): Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer-Verlag, S. 110.
- 4 Vgl. C. Roick et al. (2008): Das Regionale Psychriatriebudget: Kosten und Effekte eines neuen sektorübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung. In: Psychiatrische Praxis, 35, S. 279–285.
- 5 G. Thornicroft et al. (2004): Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. Overview of systematic evidence. In: British Journal of Psychiatry, 185, S. 283–290.
- 6 Vgl. H. Melchinger (2010): Ressourcenverteilung zwischen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik – aus wirtschaftlicher Perspektive. Gesundheitspolitischer Kongress des Verbands der bayerischen Bezirke.
- 7 Vgl. Becker, S. 108.
- 8 Vgl. Dachverband Gemeindepsychiatrie: NetzWerk psychische Gesundheit. Internet: www.psychiatrie.de

Weitere Literatur:

- ADERHOLD, V. et al. (2003): Psychotherapie der Psychosen. Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien. Cießen: Psychosozial-Verlag.
- AKTION PSYCHISCH KRANKE E.V. (APK) (2003): Die Zukunft hat begonnen. Personenzentrierte Hilfen – Erfahrungen und Perspektiven. Bd. 30. Tagungsbericht Kassel, 3./4. Juni. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- BRIMBLECOMBE, N. (Hrsg.) (2001): Acute Mental Health Care in the Community. Intensive Home Treatment. London: Whurr Publishers Ltd.
- BURNS, T./FIRN, M. (2009): Assertive Outreach in Mental Health. A Manual for Practitioners. Oxford University Press.
- CATTIE, J. et al. (2002): Home treatment for mental health problems: a systematic review. In: Psychological Medicine, 32, S. 383–401.
- DAMMANN, G. (2007): Für eine »Neue Sozialpsychiatrie«: Aktuelle Brennpunkte und Entwicklungslinien der psychiatrischen Versorgung im Spannungsfeld von integrativen und gesundheitsökonomischen Perspektiven. In: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 75(10), S. 593–605.
- LIEßEM, H. (Hrsg.): Integrierte Versorgung in der Gemeindepsychiatrie. Praxis Gemeindepsychiatrie. Bd. 1. Bonn: Dachverband Gemeindepsychiatrie.
- WEATHERLY J./LÄGEL, R. (Hrsg.) (2009): Neue Versorgungsansätze in Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.