Integrierte Versorgung und Managed Care in der Gemeindepsychiatrie - Aufbau eines ambulanten Versorgungsnetzwerkes nach § 140a ff SGB V

Integrated Care and Managed Care in Community Mental Health Services – Implementation of an outpatient crosslinked care based onto § 140a ff Social Security Statutes

Hochschule München, Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften

Eingereicht als Masterarbeit für den Studiengang
Master Mental Health im Juli 2010

Verfasser: Holger Steckermaier
Erstkorrektor: Prof. Dr. Michael von Cranach
Zweitkorrektor: Prof. Dr. Manfred Cramer

Inhaltsverzeichnis

I Theoretischer Teil

1. Einführung 5

2. Seelische Gesundheit im deutschen Gesundheitssystem

2.1 Gesundheitsökonomische Aspekte seelischer Störungen 7

2.2 Strukturelle Probleme aktueller psychiatrischer Versorgung 13

2.3 Erwartungen an zukünftige Versorgungsansätze in der Psychiatrie 17

3. Ausgewählte ambulante Versorgungsmodelle als Module einer integrierten psychiatrischen Versorgung

3.1 Assertive Community Treatment 20

3.2 Home Treatment 22

3.3 Casemanagement 25

4. Integrierte Versorgung im deutschen Gesundheitssystem

4.1 Das Konzept der Integrierten Versorgung – eine Begriffsbestimmung 28

4.2 Rechtliche Grundlagen der Integrierten Versorgung 30

4.3 Aktueller Umsetzungsstand – Probleme und Perspektiven 36

5. Das Konzept Managed Care

5.1 Definition und Konzept des Managed Care 37

5.2 Zur Organisation von Managed Care 40

5.3 Instrumente des Managed Care 43

5.4. Zur Bewertung von Managed Care 48

6. Integrierte Versorgung und Managed Care Ansätze in der psychiatrischen Versorgung

6.1 Integrierte Versorgung und Managed Care im Ursprungsland USA 49

6.2 Praxismodelle Integrierter Versorgung in der Psychiatrie – ein Überblick 54

6.3 Zur Bewertung integrierter Versorgung und Managed Care in der Psychiatrie 55

II Empirischer Teil

7. Das Netzwerk psychische Gesundheit (NWPG) – Ein Vertrag zur integrierten Versorgung psychisch erkrankter Menschen

7.1 Ausgangslage und übergeordnete Ziele des Versorgungsvertrages 59

7.2 Vertragsnehmer der integrierten Versorgung 63

7.2.1 Leistungserbringer in der BRD 63

7.2.2 Leistungsträger Techniker Krankenkasse 65

7.3 Einzelne Versorgungsangebote des Vertrages 67

7.4 Zielgruppe des Versorgungsvertrages 73

7.5 Finanzierungskonzept und ökonomische Rahmenbedingungen 73

7.6 Zur Bewertung dieses Versorgungsvertrages – Kritische und unterstützende Beiträge der psychiatrischen Fachwelt 78

8. Zur strukturellen Organisation des "Netzwerkes für psychische Gesundheit" (NWPG) in München

8.1 Trägerstruktur und Organisation der Managementgesellschaft 83

8.2 Ärztliche Kooperationspartner – strukturelle Probleme und deren Lösung 86

8.2.1 Zur Kooperation mit niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie 86

8.2.2 Die Einbindung psychiatrischer Kliniken und Institutsambulanzen 91

8.3 Kostenkalkulation und Finanzierung 94

9. Die fachlichen Umsetzung des „Netzwerkes für psychische Gesundheit“ (NWPG) in München

9.1. Die Nutzer des NWPG –Einschreibeverhalten, Erwartungen, erste Daten 96

9.2 Außerstationäre (Akut-)Behandlung als Ziel und konzeptionelle Grundlage 100

9.2.1 24-stündige telefonische Erreichbarkeit 102

9.2.2 Case- und Caremanagement 104

9.2.3 Konzeption der Soziotherapie als wesentlicher Baustein zur außerstationären Behandlung 106

9.2.4 Psychiatrische Pflege 110

9.2.5 Medizinisch-Fachärztliche Leistungen 111

9.2.6 Psychologische Beratung und Psychotherapie 117

9.2.7 Gruppenangebote und ergänzende Leistungen 118

9.3 Rückzugsräume als Alternative zur stationären Behandlung 119

9.4 Kooperation mit Psychiatrische Kliniken 123

10. Zusammenfassende Bewertung 125

Literaturverzeichnis

1. Einführung

Die psychiatrische Versorgung steht, ebenso wie das gesamte Gesundheitssystem, vor einer Vielzahl an Herausforderungen. So gilt es, den massiv steigenden Kosten für psychische Erkrankungen zu begegnen und gleichzeitig ein erhöhtes Maß an Effektivität, Effizienz und vor allem aber auch eine erhöhte Versorgungsqualität für die Betroffenen zu erreichen.
Dies kann nur gelingen, wenn die Herausforderungen der Schnittstellen-, Koordinations- und Kommunikationsprobleme in der psychiatrischen Versorgung und der nach wie vor nicht ausreichenden Umsetzung der Prämisse ambulant vor stationär bewältigt werden können.
Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich aus diesen Gründen mit innovativen Ansätzen systemübergreifender, ambulanter psychiatrischer Versorgungsformen.
Die zentralen Leitbegriffe sind dabei die Integrierte Versorgung nach § 140a ff SGB V, deren Einbettung in Managed Care Konzepte und die Entwicklung von Hometreatment Ansätzen nach Angloamerikanischem Vorbild.
Im ersten Teil dieser Masterarbeit werden dabei die theoretischen Aspekte einer ambulanten und integrierten Versorgung unter Managed Care im psychiatrischen Bereich dargestellt. Der zweite Teil widmet sich der praktischen Umsetzung des Integrierten Versorgungsvertrages „Netzwerk für psychische Gesundheit“ (NWPG) in München.
Nach einem Überblick über die ökonomischen Aspekte psychiatrischer Versorgung, werden ausgewählte ambulante Versorgungsmodule dargestellt, die in engem Zusammenhang mit neuen integrierten Versorgungsformen, insbesondere dem im zweiten Teil beschriebenen „Netzwerk für psychische Gesundheit“ stehen.
Nachfolgend erfolgt ein Überblick über die rechtliche Entwicklung des der Integrierten Versorgung zugrunde liegenden § 140 a ff SGB V und dem theoretischen Konzept einer integrativen Versorgung im Gesundheitswesen.

Ein weiteres Kapitel widmet sich den Managed Care Ansätzen, die untrennbar mit der Thematik der Integrierten Versorgung und deren Ziel einer effizienten Steuerung der Kosten und Qualität im Gesundheitswesen verbunden sind.

Darüber hinaus wird die Umsetzung von Managed Care Konzepten und Integrierter Versorgung im psychiatrischen Bereich aufgezeigt. Neben der Darstellung aktueller Versorgungsbeispiele, werden bestehende Problemlagen, Umsetzungsprobleme, aber auch

bisher festgestellte positive Effekte, die sich durch eine Integrierte Versorgung in der Psychiatrie ergeben, diskutiert.
Dabei wird insbesondere auf „Integrated care“ und „Managed care“ Strukturen in der psychiatrischen Versorgung in den USA Bezug genommen.

Der zweite Teil der Masterthesis beschäftigt sich mit der praktischen Umsetzung des Versorgungsvertrages “Netzwerk für psychische Gesundheit” zur ambulanten Versorgung psychisch erkrankter Menschen der Techniker Krankenkasse in Bayern. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der strukturellen Entwicklung und Umsetzung des Vertrages in München, an der der Autor als Prokurist einer Trägergesellschaft beteiligt ist. Neben der Gesamtdarstellung des Versorgungsvertrages, der deutschlandweit mit verschiedensten Vertragspartnern umgesetzt wird, wird der Implementierungsprozess in München deskriptiv dargestellt, auf einzelne bedeutende Themenstellungen (z.B. Teilnahme niedergelassener Nervenärzte) im Besonderen eingegangen und mit aktueller Fachliteratur und entsprechenden Veröffentlichungen und Studien belegt. Ausführlich wird dabei auch die Kritik einzelner Verbände und Protagonisten, hinsichtlich des Versorgungsvertrages dargestellt und diskutiert.
Der letzte Teil der Masterthesis widmet sich der inhaltlich - praktischen Ausgestaltung der einzelnen Versorgungsmodule des Vertrages, dem aktuellen Stand der Umsetzung des “Netzwerkes für psychische Gesundheit” in München, den erkennbaren Defiziten und der möglichen weiteren Entwicklung dieses Vertrages.
Hinsichtlich der Fachliteratur, insbesondere zur Thematik von Managed Care Ansätzen in der Psychiatrie, Hometreatment und Integrated Care, wird vielfach auf englischsprachige Literatur zurückgegriffen, da diese Themenbereiche in den angloamerikanischen Ländern bereits eine längerer Tradition aufweisen und entsprechende wissenschaftliche Studien vorhanden sind.
Ein Teil der Arbeit basiert auf den Erfahrungen des Autors in leitender Funktion eines Sozialpsychiatrischen Trägers und dessen Beteiligung am Aufbau des „Netzwerkes für psychische Gesundheit (NWPG)“.
Die nachfolgend verwendete männliche Form bezieht selbstverständlich die weibliche Form mit ein. Auf die Verwendung beider Geschlechtsformen wird lediglich mit Blick auf die bessere Lesbarkeit des Textes verzichtet und stellt keine Diskriminierung dar.
Alle Internetzugriffe erfolgten zuletzt am 10.07.2010

2. Seelische Gesundheit im deutschen Gesundheitssystem

2.1. Gesundheitsökonomische Aspekte seelischer Störungen

Die Bewertung von seelischen Problemen unter ökonomischen Gesichtspunkten wird von vielen Seiten häufig kritisch betrachtet. Schnell werden dabei Vorwürfe laut, es würde auf Kosten erkrankter Menschen gespart und zugleich die Forderung nach einer besseren finanziellen Ausstattung erhoben. In Zeiten stetig steigender Ausgaben im Gesundheitsbereich, insbesondere auch für psychiatrische Erkrankungen, kann vor dem Hintergrund einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung, auf die Notwendigkeit der Kosteneffektivität von Versorgungseinrichtungen jedoch nicht mehr verzichtet werden.[1]

Verbesserte Leistungs- und Versorgungsangebote werden zukünftig nur zu installieren sein, wenn angesichts der defizitären Kassen der einzelnen Kostenträger, wie Krankenkassen oder Kommunen, neben dem offensichtlichen Nutzen, auch positive wirtschaftliche Ergebnisse zu erwarten sind.[2]

Laut statistischem Bundesamt (Destatis) entstehen durch psychische Störungen in der Bundesrepublik insgesamt 26,7 Milliarden Euro an direkten Krankheitskosten (Daten von 2006). Dabei werden sämtliche Gesundheitsausgaben inklusive der Rehabilitations- und Pflegemaßnahmen einbezogen. Damit nehmen die Ausgaben für psychische Störungen, mit einem Gesamtkostenanteil von 11,3 Prozent, mittlerweile den 3. Platz nach den Herz-Kreislauferkrankungen und den Erkrankungen des Verdauungssystems (inkl. Zahnbehandlung und Zahnersatz) bei den Krankheitskosten ein.[3] Dabei haben sich in dem Zeitraum von 2002 bis 2004 die Ausgaben für psychische Erkrankungen um 5,9 % erhöht, während die allgemeinen Gesundheitskosten lediglich um 2,8 % gestiegen sind.

Denn größten Anteil an direkten Krankheitskosten verursachen hierbei dementielle Erkrankungen, gefolgt von affektiven Störungen.

Im internationalen Vergleich wendet die Bundesrepublik Deutschland dabei einen relativ hohen Anteil ihrer Gesundheitsausgaben für den Bereich der seelischen Störungen auf (siehe nachfolgende Tabelle).

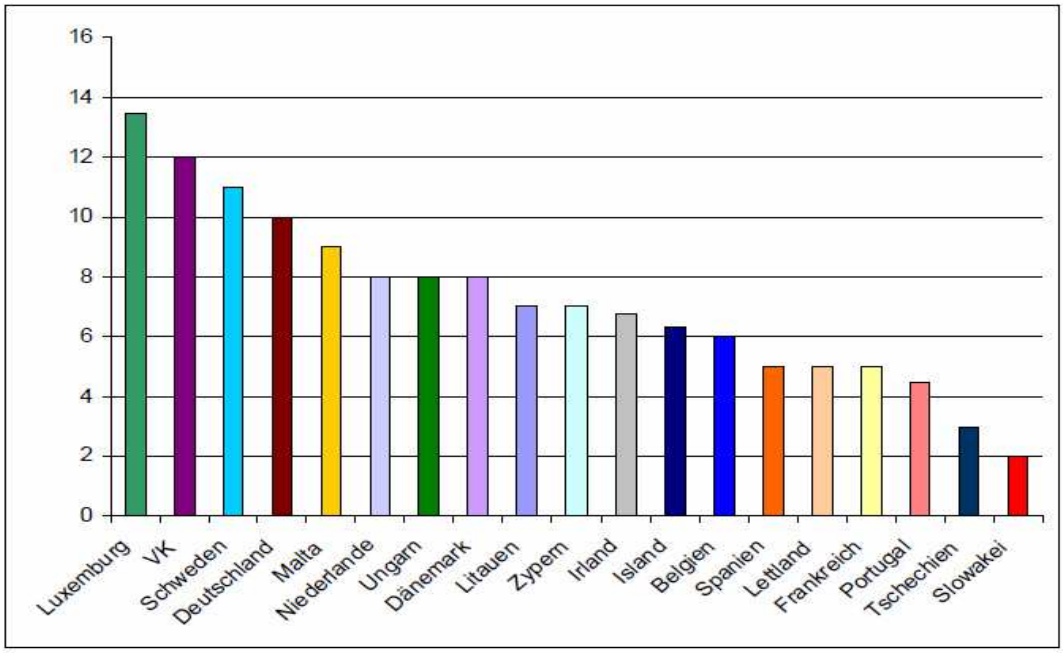
---

[1] vgl. Kilian in Weatherly et. al. 2009, S. 67

[2] vgl. Vogel, Wasen, 2004, S.1

[3] Statistisches Bundesamt 2010, http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/zdw/2009/PD09__010__p002,templateId=renderPrint.psml oder http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_pruef_verweise?p_uid=gast&p_aid=98596&p_fid=12567&p_ftyp=TXT&p_pspkz=D&p_sspkz=&p_wsp=&p_vtrau=4&p_hlp_nr=&sprache=D&p_sprachkz=D&p_lfd_nr=&p_news=&p_modus=2&p_window=&p_janein=J#Kap3.1

Ausgaben für psychische Gesundheit in den Ländern des Europäischen Wirtschaftsraums (in % der Gesundheitsausgaben insgesamt)



[4]

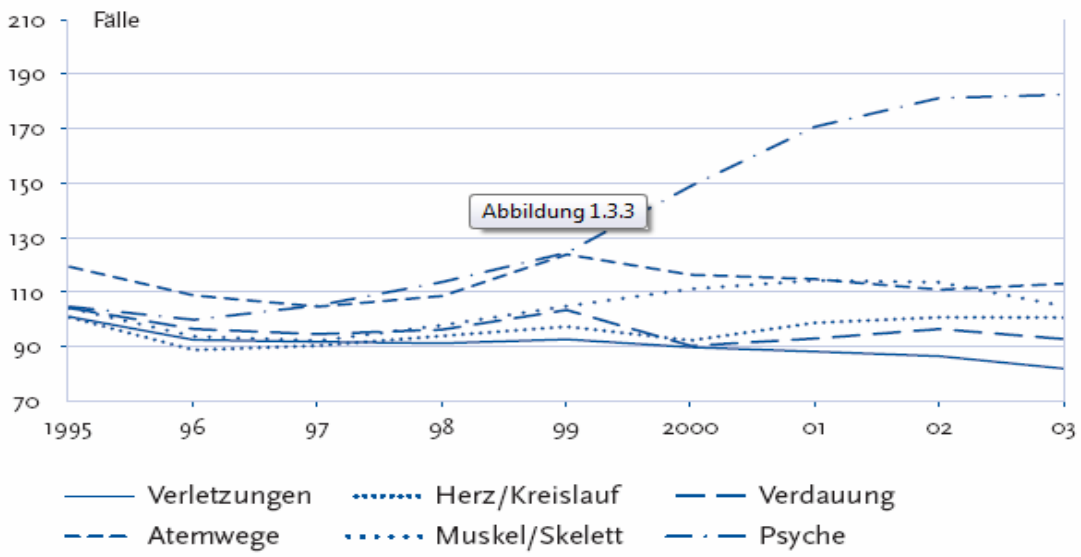
Neben den direkten Krankheitskosten, sind bei seelischen Erkrankungen auch die indirekten Kosten zu betrachten, die durch einen Verlust an ökonomischer Produktivität, Arbeitsunfähigkeit und frühzeitige Verrentung entstehen.

So entstehen jährlich allein in Deutschland durch psychische Belastungen Produktionsausfallkosten in Höhe von 3,8 Milliarden Euro.[5] Schätzungen zufolge führen die wirtschaftlichen Kosten psychischer Erkrankungen mittlerweile zu einem Verlust von drei bis vier Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) der EU, hauptsächlich aufgrund von Produktivitätsverlusten.[6]

[4] Europäische Kommission, Grünbuch Seelische Gesundheit, 2005
[5] vgl. BAuA 2008
[6] ebd.

So ist etwa die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Störungen in den letzten Jahren beständig angestiegen (siehe nachfolgende Tabelle "Männer").

Abbildung 1.3.3: Arbeitsunfähigkeitsfälle der Männer nach Krankheitsarten 1995–2003, Indexdarstellung (1994=100%). Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK



[7]

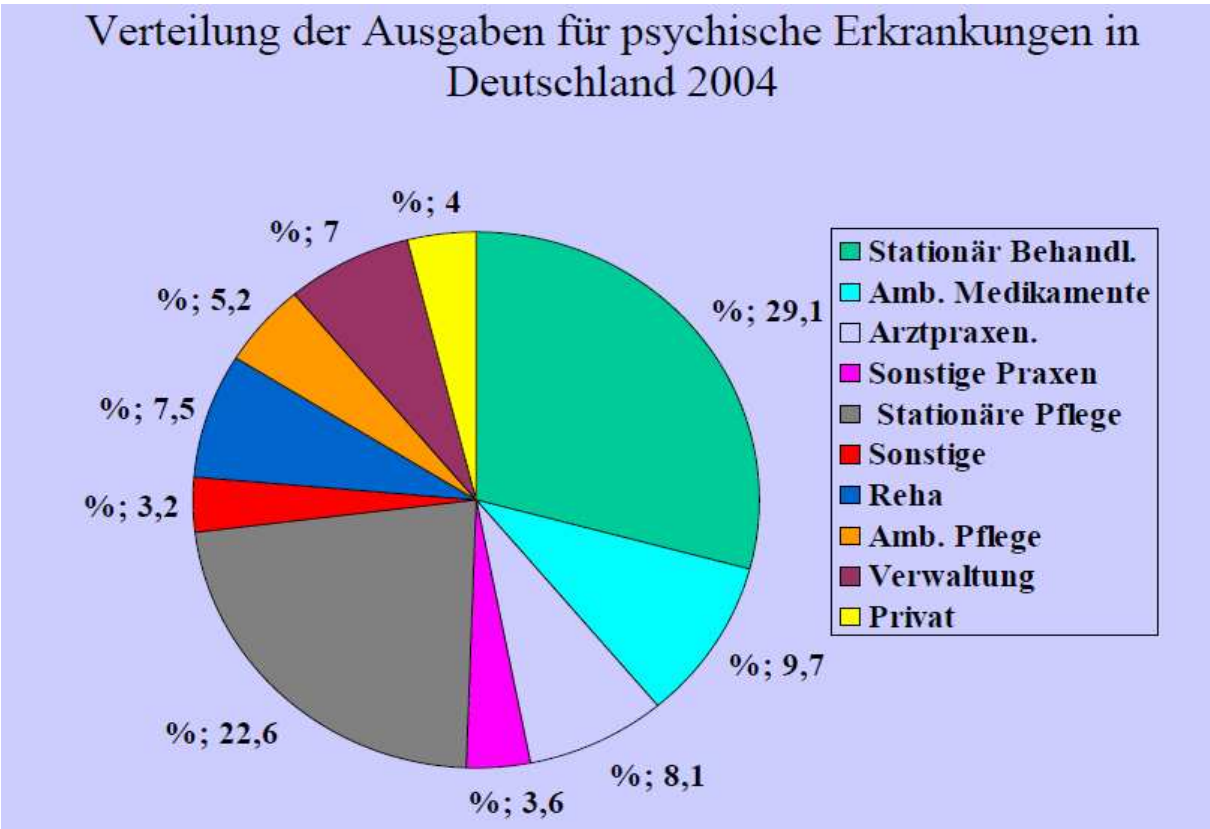
Zugleich hat sich der Anteil an frühzeitiger Berentung, aufgrund von seelischen Erkrankungen kontinuierlich erhöht, so dass diese nun bei Männern mit 24,5 % und bei Frauen mit 35,5 % die Hauptursache für vorzeitige Berentung darstellen.[8]

Neben den ökonomischen Auswirkungen, ist die erkrankungsbedingte Belastung durch psychische Störungen, auch unter dem Aspekt des Verlustes an gesunden Lebensjahren zu betrachten. International gilt dabei der Ansatz der Global Burden of Disease Studie, mit ihrem Konzept der „Disability Adjusted Life Years (DALY)" zur Quantifizierung des Verlustes an gesunden Lebensjahren als anerkannt.[9] Dieser Ansatz berücksichtigt neben dem vorzeitigen Tod auch die Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die Erkrankung. Diese Studie ist dabei besonders aufschlussreich, da sie zeigte, dass der Verlust von gesunden Lebensjahren aufgrund von psychischen Erkrankungen weit bedeutender ist als bisher angenommen.[10]

[7] Gesundheitsberichterstattung des Bundes, www.gbe-bund.de
[8] Gesundheitsberichterstattung des Bundes, www.gbe-bund.de
[9] Kilian in Weatherly, 2009, S. 69, Lopez et. al. 2006
[10] ebd.

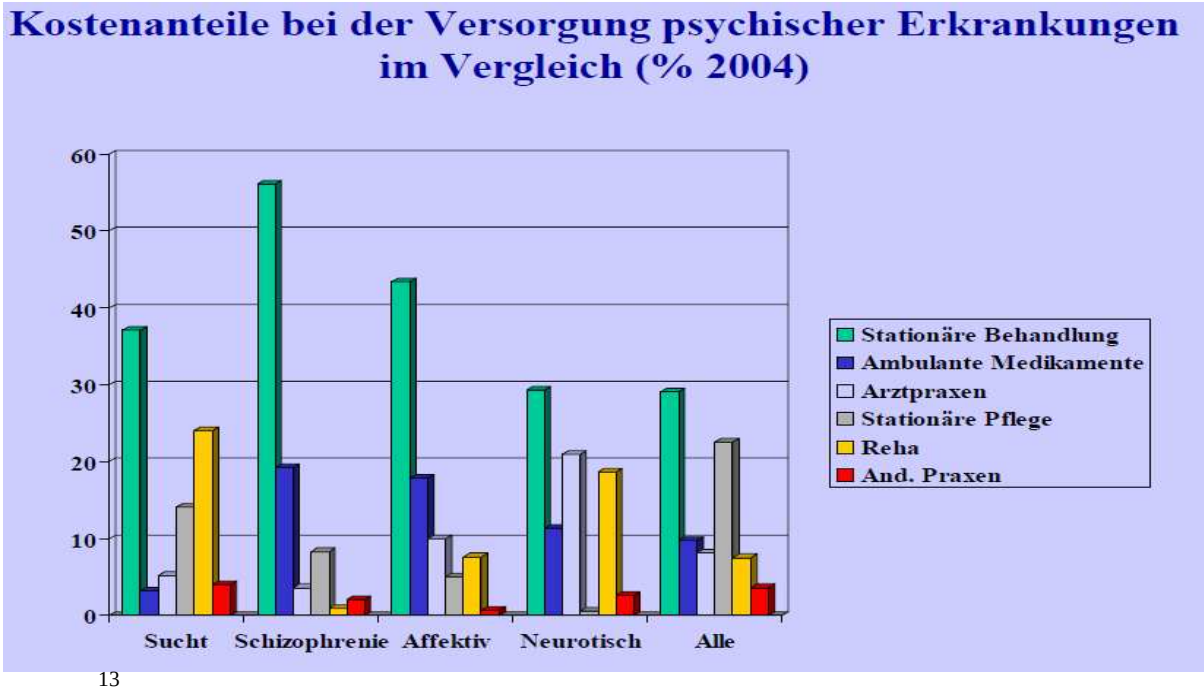
So stehen die depressiven Störungen, nach den ischämischen Herzerkrankungen in der BRD bereits an zweiter Stelle, was den Verlust gesunder Lebensjahre betrifft.[11]

Insgesamt lässt sich feststellen, dass den krankheitsbedingten Belastungen aufgrund von psychischen Störungen, eine erhebliche und sicherlich steigende Bedeutung zukommt.
Aufgrund der zunehmenden ökonomischen Auswirkungen psychischer Störungen, wird zukünftig auch der Kosteneffektivität der einzelnen Versorgungseinrichtungen, eine gewichtige Bedeutung zukommen.
Betrachtet man die Kostenanteile der psychiatrischen Versorgung, ist festzustellen, dass trotz eines erheblichen Ausbaus ambulanter Angebote, nach wie vor der weitaus größte Teil für die Behandlung im stationären Bereich aufgewendet wird (siehe folgende Tabellen).



[12]

[11] ebd.
[12] Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Grafik aus einem Vortrag von Reinhold Kilian, Jahrestagung des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie, 2007, http://psychiatrie.de/data/pdf/cd/04/00/Dachverband_Frankfurt_2.pdf



[13]

Insbesondere für die Erkrankung der Schizophrenie werden die weitaus größten Anteile für die stationäre psychiatrische Versorgung und die ambulante medikamentöse Behandlung (niedergelassene Nervenärzte) ausgegeben.

Wichtig ist hierbei festzuhalten, dass der Vergleich internationaler epidemiologischer Studien ergeben hat, dass die Höhe der Ausgaben für die psychiatrische Versorgung nicht mit der Qualität der Versorgung korreliert.[14] Vielmehr ist eine Verbesserung vor allem durch eine Optimierung der Verteilung der finanziellen Ressourcen zu erreichen.

Aufgrund der Komplexität psychischer Erkrankungen, ist eine effizientere Versorgung durch die Veränderung einzelner Parameter des Versorgungssystems, dabei wenig Erfolg versprechend. Vor allem der Forderung nach Mehrausgaben in bestimmten Bereichen, mit der Begründung einer mittel- bis langfristigen Kostenreduzierung, kann eine Absage erteilt werden.[15]

Das weitaus größte Potential zur Steigerung der Effizienz psychiatrischer Behandlung liegt nach australischen Studien zu Folge in der Optimierung der ambulanten Behandlung.[16]

[13] Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Grafik aus einem Vortrag von Reinhold Kilian, Jahrestagung des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie, 2007, http://psychiatrie.de/data/pdf/cd/04/00/Dachverband_Frankfurt_2.pdf

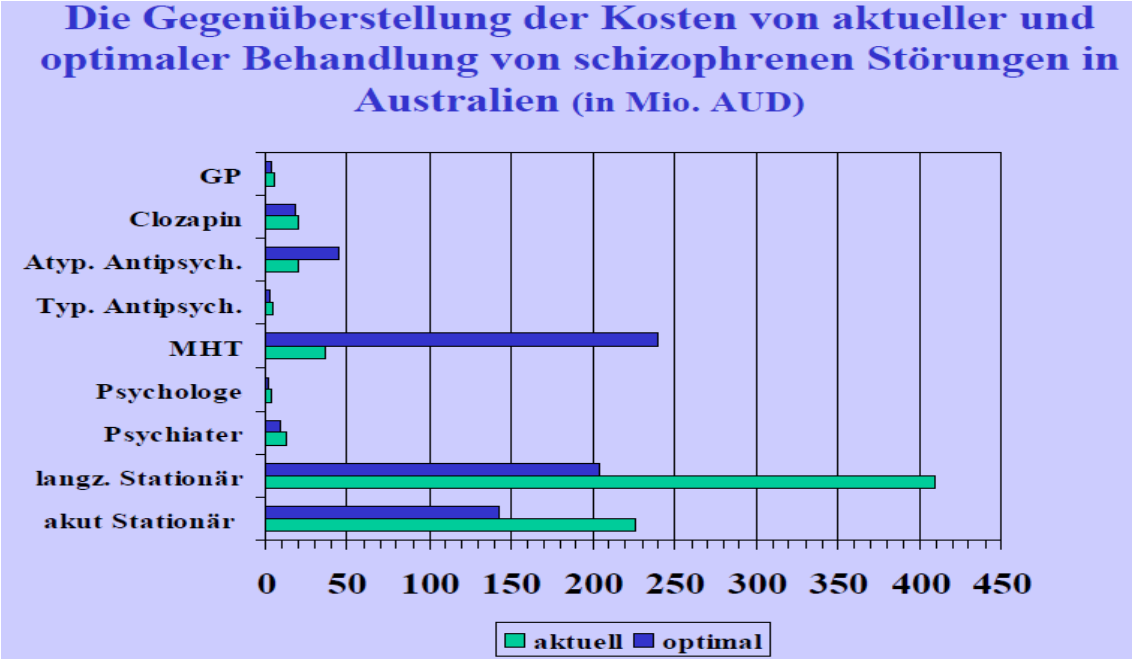
[14] Kilian in Weatherly, 2009, S. 69, Lopez et. al. 2006

[15] vgl. Kilian in Weatherly, 2009

[16] Andrews et. al., 2003

Hierbei wird empfohlen, die Ausgaben für multiprofessionelle Mental Health Teams deutlich zu erhöhen und zugleich die Ausgaben für die Behandlung durch Allgemeinärzte und Psychiater zu reduzieren. Insbesondere wird dabei eine Ausgabenerhöhung für Familien- und Verhaltenstherapie sowie für Skills Training empfohlen.[17]

Folgende Grafik zeigt dabei einen Kostenvergleich zwischen der aktuellen und einer optimierten Behandlung schizophrener Erkrankungen in Australien.



[18]

Aufgrund ihrer Analysen kommen die Autoren der Studien zu dem Schluss, dass sich in Volkswirtschaften mit einem hohen Anteil an Gesundheitsaufwendungen, durch eine optimierte Ressourcenverteilung für die psychiatrische Versorgung, eine Reduktion der durch psychische Erkrankungen verursachte Belastungen ohne Kostensteigerung erreichen lässt. So wäre es bedeutsam, auch für Deutschland entsprechende Untersuchungen, vor allem zur Effizienz von Ansätzen Integrierter Versorgungsangebote durchzuführen.[19]

[17] Kilian in Weatherly, 2009
[18] Grafik Aus einem Vortrag von Reinhold Kilian, Jahrestagung des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie, 2007, http://psychiatrie.de/data/pdf/cd/04/00/Dachverband_Frankfurt_2.pdf
[19] Kilian in Weatherly, 2009

2.2 Strukturelle Probleme aktueller psychiatrischer Versorgung

Ohne Zweifel konnten seit der Psychiatrie – Enquete von 1975 erstaunliche Verbesserungen in der psychiatrischen Behandlung erreicht werden. Allerdings bestehen nach wie vor einige Probleme in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen, die noch nicht befriedigend gelöst wurden, bzw. durch den Versuch der Umsetzung der Enquete, entstanden sind. Neben einer Vielzahl an Herausforderungen, wie etwa die Durchsetzung einer umfassenden Inklusion, unzureichende Evidenz gemeindepsychiatrischer Angebote, eine verantwortliche Neuroleptikagabe, die im Rahmen dieser Arbeit nicht behandelt werden können, gilt als eines der nach wie vor nicht gelösten Probleme, die mangelnde Umsetzung eines personenzentrierten Ansatzes und der aufgrund des komplexen und hochgradig zergliederten Sozial- und Gesundheitssystems, damit einhergehender Schnittstellenproblematik der psychiatrischen Versorgungslandschaft. Diese Problematik betrifft allerdings die gesamte deutsche Gesundheitsversorgung, die von hochwertigen Einzelleistungen geprägt ist, jedoch infolge der Fragmentierung der Leistungsträger und der Leistungserbringung, trotz der Einführung des SGB IX, durch mangelnde Kooperation und Integration der einzelnen Versorgungsmodule gekennzeichnet ist.[20]

So ist es fast unvermeidlich, dass die Umsetzung der Empfehlung wohnortnahe psychiatrische Angebote zu schaffen, zu jeweils separaten Institutionen führt, die bei veränderten Hilfebedarfen und entsprechender Differenzierung, zur Steigerung der Desintegration und Diskontinuität der Versorgungsleistungen führen.[21] Dieses arbeitsteilige Sozial- und Gesundheitssystem führt zugleich zu dem Problem, der mangelnden Steuerbarkeit und der nicht existenten bedarfsorientierten Gesamtplanung psychiatrischer Versorgungsleistungen.

„Eine ausdrückliche bedarfsorientierte Gesamtplanung mit einer Priorisierung von Angeboten und Leistungen von Regionen ist bisher nicht erreicht.“[22] Die unzureichende Gesamtsteuerung in der Psychiatrie begünstigt wiederum ein Institutionen zentriertes Versorgungsgeschehen, das zu einem Ressourcenfluss in bestehende Versorgungseinheiten führt, die ihre Inanspruchnahme mit dem „Bedarf“ rechtfertigen.

---

[20] siehe z. B.: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2007, Kooperation und Verantwortung – Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung.

[21] vgl. Kunze in Weatherly, 2009, S. 14, vgl. Ewers, 2005

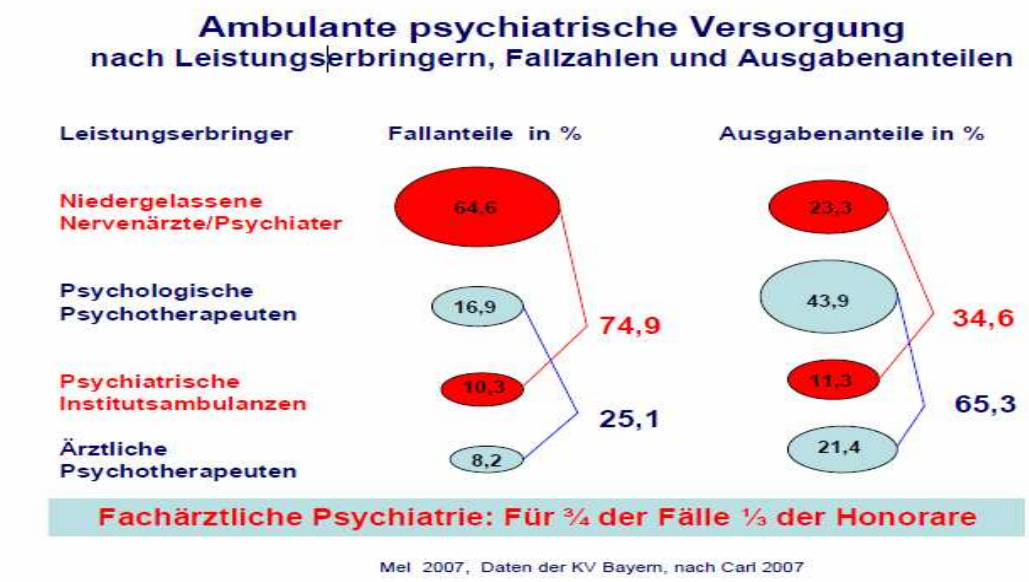
[22] Becker, 2008, S. 102

„Diesem Konzept liegt die implizite Annahme zugrunde, dass die Inanspruchnahme von Diensten, dem so genannten Bedarf entspricht, was in der Psychiatrie keinesfalls zutrifft.“[23]

So besteht nach wie vor ein großes Defizit im Bereich einer empirisch gesicherten Bedarfserhebung, um zu verhindern, dass Behandlungsressourcen überwiegend leichter Betroffenen zu Gute kommen und schwerer erkrankte Menschen entsprechend unter-, oder fehl versorgt sind.

Dies ist bereits im Bereich der ambulanten Versorgung zu beobachten. So entfallen drei Viertel der Ausgaben für die ambulante psychiatrische Versorgung, der kassenärztlichen Vereinigungen auf den Bereich der Psychotherapie. Von diesen Kosten entfallen wiederum drei Viertel auf die Einzelverfahren Psychoanalyse und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.[24]

So sprechen einigen Krankenkassen, unter anderem auch die Techniker Krankenkasse, von einer deutlichen Fehlallokation finanzieller Ressourcen.[25] Im Gegensatz dazu, erfolgt eine relativ geringe Mittelzuweisung an niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie, so dass davon ausgegangen werden kann und sich in der Praxis bestätigt, dass aufgrund der niedrigen Frequenz nervenärztlicher Konsultationen, schwerer erkrankte Patienten nicht die für sie notwendige ambulante - fachärztliche Versorgung erhalten.[26] Im Folgenden eine Abbildung zu Fall- und Ausgabenanteilen der ambulanten psychiatrischen Versorgung.



[27]

[23] ebd. S. 106
[24] vgl. Melchinger, 2003, Deutsches Ärzteblatt, 100: A 2850 – 2852 (Heft 44)
[25] siehe etwa Bundespsychotherapeutenkammer, http://www2.bptk.de/uploads/ptj_0803_nrw.pdf
[26] vgl. auch Becker, 2008, S. 106
[27] vgl. Melchinger, 2010, Ressourcenverteilung zwischen Psychiatrie, Psychotherapie und

Allerdings ist der Bedeutungsverlust der niedergelassenen Fachärzte politisch gewollt, da der Gesetzgeber in seinen letzten Reformen der Gesundheitsgesetzgebung, eine transsektorale, integrative und vernetzte Versorgung als Reformstrategie ausgegeben hat, um den systemspezifischen Problemen der kostenintensiven Koordination und Steuerung und vermeidbaren Über- oder Fehlversorgungen zu begegnen. So könnte langfristig ein großer Teil der Einzelpraxen durch Medizinische Versorgungszentren nach § 95 SGB V abgelöst werden und damit eine vollständige Reorganisation des ambulanten Sektors erfolgen.[28]

„Aufgrund der gesundheitspolitisch gewollten Strangulation der niedergelassenen Psychiater wird es diesen auch bei größtem Einsatz kaum noch möglich sein, eine echte Rolle in der sozialpsychiatrischen Versorgung zu spielen.“[29]

Eine Tendenz der psychiatrischen Versorgung, die zum Teil mit einer Institutionen orientierten Sichtweise korreliert, ist die Tatsache, dass wie im vorherigen Kapitel bereits erwähnt, die größten Ausgabenanteile der finanziellen Mittel der Sozialhilfe und der Kassenleistungen in den stationären Bereich - Kliniken und Heime – fließen, wie es Melchinger (2003) für die Region Oberbayern nachweisen konnte.[30]

[31]

Psychosomatik - aus wirtschaftlicher Perspektive, Gesundheitspolitischer Kongress des Verbands der Bayerischen Bezirke, http://www.bdk-deutschland.de/pdf/Aktuelles/Informationen/2010_02_26%20Melchinger%20Irrsee.pdf

[28] vgl. Amelung et. al 2008, S. 39

[29] Hambrecht M., 2007, Gemeindepsychiatrie im 21. Jahrhundert, Psychiatrische Praxis; 34: e13-e16

[30] vgl. Becker 2008, S. 106

[31] Melchinger et. al., 2003, Deutsches Ärzteblatt, 100: A 2850 – 2852 (Heft 44)

Da die finanziellen Mittel der Kostenträger nicht beliebig erweiterbar sind, wirft der nach wie vor hohe Ausgabenbereich für die stationäre Versorgung, im Sinne einer zielführenden Ressourcenallokation, die Frage nach einer möglicherweise effektiveren Ressourcenverteilung zwischen dem ambulanten und stationären Bereich auf. Zwar ist die stationäre Verweildauer seit 1994 etwa um die Hälfte gesunken, zugleich erhöhten sich jedoch die Wiederaufnahmeraten, so dass bei Betrachtung der für die Kostenträger relevanten Größe – die Summe der Krankenhaustage – eine stetige Zunahme feststellbar ist (siehe folgende Abbildung).[32]

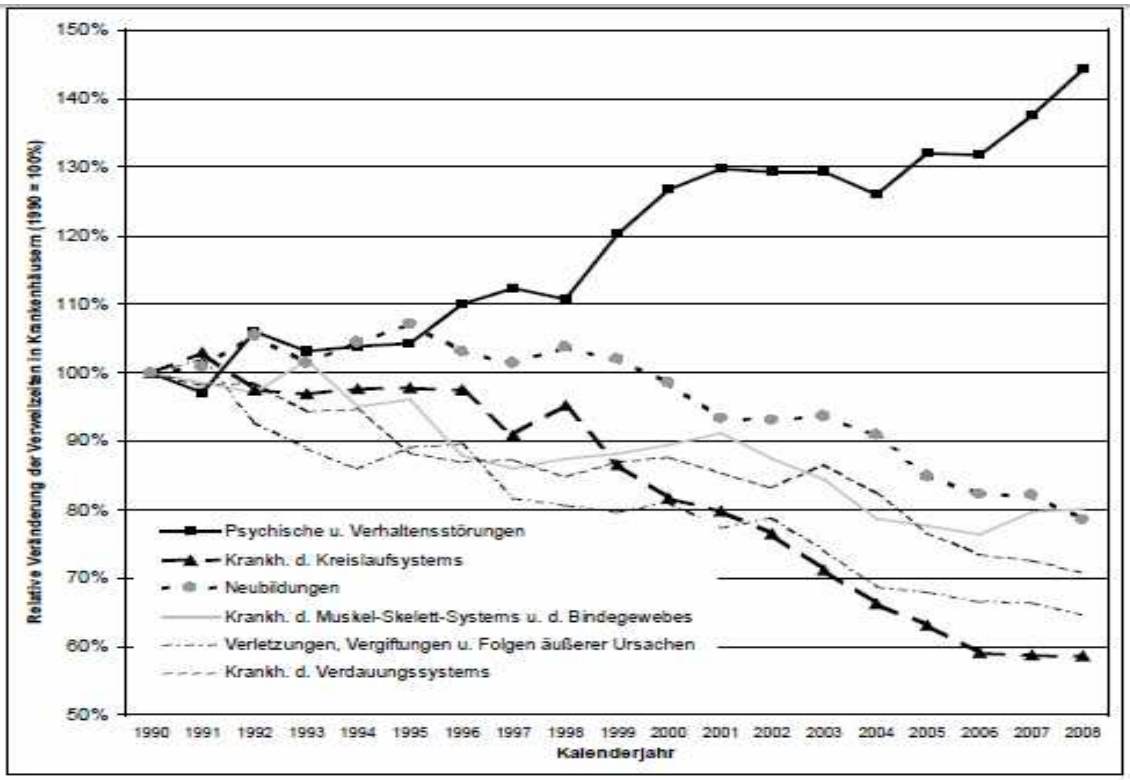


Abbildung 2-12: Relative Veränderung der Verweilzeiten in sechs relevanten ICD10-Kapiteln zwischen 1990 und 2008 (stand.)

33

[32] vgl. Melchinger, 2010, Ressourcenverteilung zwischen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik - aus wirtschaftlicher Perspektive, Gesundheitspolitischer Kongress des Verbands der Bayerischen Bezirke, http://www.bdk-deutschland.de/pdf/Aktuelles/Informationen/2010_02_26%20Melchinger%20Irrsee.pdf

[33] GEK Krankenhausreport 2009, S. 34, http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versichertenportal/Presse-Center/Presse-Archiv/2009/2009_2007_20bis_2009/090804_20Krankenhaus_20Report_202009/Krankenhaus-Report_202009,property=Data.pdf

Durch diese relativ hohe Mittelzuweisung in den stationären Bereich, kann aufgrund der begrenzten Mittel, von einem adäquaten Versorgungsangebot durch gemeindepsychiatrische Dienste sicher keine Rede sein. Auch ist die Klinik größtenteils der einzige Anbieter, der komplexe Behandlungsleistungen vorhalten kann. Um diese Komplexität auf den ambulanten Sektor übertragen zu können, bestehen nur die Möglichkeiten, dass die Klinik verstärkt im ambulanten Bereich tätig wird, was bereits häufig geschieht oder als strategisches Ziel ausgegeben wird, oder das sich ambulante Anbieter zusammenschließen und ein verbindliches Netzwerk entwickeln, wie es etwa der integrierte Versorgungsvertrag zum Netzwerk psychische Gesundheit der Techniker Krankenkasse (NWPG) ermöglicht.[34]

2.3 Erwartungen an zukünftige Versorgungsansätze in der Psychiatrie

Wie in Kapitel 2.1 ausgeführt, bestehen in der psychiatrischen Versorgung einige strukturelle Defizite, die es zu beheben gilt. Es kann allerdings davon ausgegangen werden, das aufgrund der mangelnden Gestaltungskraft des aktuellen psychiatrischen Systems und der unterschiedlichen Interessen der einzelnen Protagonisten, diese Probleme nur langfristig und mit hohem Aufwand zu lösen sind. Jedoch sollen hier in knapper Form die wichtigsten versorgungspolitischen Ziele und die dazu notwendigen psychiatrischen Angebote dargestellt werden.

1. Die Überwindung der Schnittstellenproblematik zwischen den Leistungssektoren ambulant und stationär, sowie innerhalb dieser Bereiche und der dadurch bedingten Institutionenzentrierung durch ein integriertes Versorgungskonzept
   „Eine Politik für psychische Gesundheit erfordert eine sektorübergreifende Vernetzung und sollte ein multisektorales und multidisziplinäres Vorgehen beinhalten.“[35]
2. Die Umsetzung einer balancierten und pragmatischen Mischung ambulanter und stationärer Versorgung mit dem Primat der wohnortnahen aufsuchenden Hilfe.
   „Eines der wichtigsten Versorgungsprinzipien ist es dabei, die erforderliche Behandlung und Betreuung mit so wenig wie möglich Einschränkungen für die

[34] vgl. Ließem, 2007, Integrierte Versorgung – alter Wein in neuen Schläuchen, in: Integrierte Versorgung in der Gemeindpsychiatrie

[35] Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit, Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen, 14. Januar 2005, S. 2

Betroffenen zu erbringen. Vor dem Hintergrund dieses gesundheitspolitischen Postulats ist ambulanten Maßnahmen, wenn immer möglich, gegenüber (teil-)stationären Maßnahmen Vorrang einzuräumen.“[36]

Hinsichtlich der ersten Forderung ist festzustellen, dass in den letzten Jahrzehnten eine Vielzahl an Versuchen stattfand, die Schnittstellenproblematik zu beheben. Als prominentes Beispiel seien hier die gemeindepsychiatrischen Verbünde (GPV) genannt, die trotz der positiven Intention, nicht wesentlich zu einer Integration und Steuerung des Versorgungsgeschehens beigetragen hat.[37]

So sind in vielen Regionen der GPV`s die Kliniken nicht beteiligt, so dass die Problematik des Übergangs von stationär nach ambulant nicht adäquat gelöst werden konnte. Der Bedarf an Integration in der deutschen Psychiatrie ist deshalb nach wie vor sehr groß, und ist vermutlich nicht durch freiwillige und somit unverbindliche Zusammenschlüsse der einzelnen Protagonisten des Versorgungsgeschehens zu lösen. Einen Ausweg aus dieser Problematik bietet möglicherweise die Integrierte Versorgung nach § 140 a- d SGB V. Allerdings nur, wenn populationsbezogene Modelle mit einer hohen Anzahl von Versicherten, durch vertragliche Verpflichtungen mehrerer Krankenkassen, implementiert werden.

Für die zweite wesentliche Herausforderung eines zielgerichteten und integrierten gemeindebasierten Versorgungssystems, liegen mittlerweile klare Kriterien vor. So stellten Thornicroft et.al. (2003) für das Health Evidence Network, im Auftrag der WHO Europa ein evidenzbasiertes, psychiatrisches Versorgungssystem in Abhängigkeit von den verfügbaren finanziellen Ressourcen dar. Deutschland gilt dabei als “high resource country” und sollte ein dem entsprechend differenziertes Versorgungssystem aufweisen.

Thornicroft et. al. (2003) gehen dabei von einer balancierten Mischung stationärer und ambulanter Angebote aus, da keinerlei Nachweise vorliegen, dass ein psychiatrisches Versorgungssystem mit nur einem Teilbereich funktioniert.

“Both the evidence available so far, and accumulated clinical experience, therefore support a balanced approach, incorporating elements of both hospital and community care.”[38]

Allerdings liegt der Fokus der Versorgung eindeutig im ambulanten, gemeindenahen Bereich.

---

[36] Rössler et. al, Neue Versorgungsmodelle in der Psychosenbehandlung, Nervenarzt 2006 [Suppl 2] · 77:S. 111–S. 120, S.11

[37] vgl. Becker 2008, S. 108 ff

[38] Thornicroft et. al., 2004, Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care Overview of systematic evidence, British Journal of Psychiatry (2004) , 185 , 283 - 290

„In this balanced care model, the focus is on providing services in normal community settings close to the population served, while hospital stays are as brief as possible, promptly arranged and used only when necessary."[39]

Eine evidenzbasierte gemeindenahe Versorgung sollte dem zufolge neben spezialisierten (stationären) Einrichtungen, vor allem eine dauerhafte ambulant- aufsuchende Behandlung, Rückzugsräume, sowie ein akutpsychiatrisches stationäres Angebot vorhalten.

Im Folgenden eine Zusammenfassung, der von der WHO ausgegebenen Empfehlungen eines ausgewogenen Versorgungssystems.[40]

Table I Mental health service components relevant for countries and regions with low, medium and high levels of resources

Low level of resources	Medium level of resources	High level of resources
Step A *Step A: Primary care with specialist back-up* Screening and assessment by primary care staff Talking treatments, including counselling and advice Pharmacological treatment Liaison and training with mental health specialist staff, when available Limited specialist back-up available for: • training • consultation for complex cases • in-patient assessment and treatment for cases that cannot be managed in primary care, for example in general hospitals	**Step A + step B** *Step B: Mainstream mental health care* Out-patient/ambulatory clinics	**Step A + step B + step C** *Step C: Specialised/differentiated mental health services* Specialised clinics for specific disorders or patient groups, including: • eating disorders • dual diagnosis • treatment-resistant affective disorders • adolescent services
	Community mental health teams	Specialised community mental health teams, including: • early intervention teams • assertive community treatment
	Acute in-patient care	Alternatives to acute hospital admission, including: • home treatment/crisis resolution teams • crisis/respite houses • acute day hospital
	Long-term community-based residential care	Alternative types of long-stay community residential care, including: • intensive 24 h staffed residential provision • less intensively staffed accommodation • independent accommodation
	Employment and occupation	Alternative forms of occupation and vocational rehabilitation: • sheltered workshops • supervised work placements • cooperative work schemes • self-help and user groups • club houses/transitional employment programmes • vocational rehabilitation • individual placement and support service

[39] Thornicroft et. al. , 2003, What are the arguments for community-based mental health care? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN) August 2003, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/74710/E82976.pdf

[40] Tabelle aus: Thornicroft et. al., 2004, Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care Overview of systematic evidence, British Journal of Psychiatry (2004) , 185 , 283 - 290

Diese von Thornicroft vorgeschlagene „Balanced Care“, ist im deutschen Versorgungssystem bisher kaum zu finden, insbesondere die ambulante, multiprofessionelle, psychiatrischer Versorgung konnte in Deutschland aufgrund fehlender Gesamtverantwortung hinsichtlich einer Region und bestimmter Patientengruppen und der dadurch nicht vorhandenen Anreize kaum entwickelt werden.[41]

3. Ausgewählte ambulante Versorgungsmodelle als Module einer integrierten psychiatrischen Versorgung

3.1 Assertive Community Treatment

Assertive Community Treatment, in Großbritannien als Assertive Outreach (in Mental Health) bezeichnet, wurde in den USA Ende der 60er Jahre von Leonard Stein und Mary Ann Test entwickelt, um der massiven Unterversorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu begegnen.[42] ACT ist ein multidisziplinärer Ansatz, der darauf abzielt, Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen, durch aufsuchende Behandlung in ihrem Lebensumfeld dauerhaft zu unterstützen.

“Assertive Community Treatment is a team treatment approach designed to provide comprehensive, community-based psychiatric treatment, rehabilitation, and support to persons with serious and persistent mental illness such as schizophrenia.”[43]

In vielen englischsprachigen Ländern, insbesondere jedoch in den USA ist dieser Ansatz, bedingt durch eine massive Reduzierung stationärer Angebote, weit verbreitet. Assertive Community Treatment ist dabei in erster Linie für die Gruppe der seelisch Erkrankten, insbesondere für Menschen mit psychotischen Störungen, konzipiert, die unter einer ausgeprägten Einschränkung ihres sozialen Funktionsniveaus leiden, komplexe Problemlagen aufweisen, jedoch insgesamt eine geringe Compliance bezüglich der gängigen Behandlung aufweisen.

"Clients served by ACT are individuals with serious and persistent mental illness or personality disorders, with severe functional impairments, who have avoided or not responded well to traditional outpatient mental health care and psychiatric rehabilitation services. ”[44]

---

[41] ebd., S. 110
[42] Becker et. al 2008, S.125
[43] Assertive Community Treatment Association, http://www.actassociation.org/actModel/

Darüber hinaus leiden viele Patienten des ACT an Suchtproblemen, sind wohnungslos und befinden sich häufig mit dem Gesetz in Konflikt.[45]

Im Folgenden eine Zusammenfassung der Patienten die von ACT profitieren. [46]

Features of patient who benefit from assertive outreach
Agreed Characteristics:
◊ A psychotic illness
◊ Fluctuating mental state/ social functioning
◊ Poor Compliance with prescribed treatment
◊ Poor engagement with service/ poor relationships
◊ Severe consequences of relapse

Aus unterschiedlichen Gründen scheinen Menschen mit Persönlichkeitsstörungen, ausgeprägten Negativsymptomen sowie Forensikpatienten dagegen, von Assertive Community Treatment weniger zu profitieren.[47] Das Angebot des Assertive Community Treatment, ist dabei als Langzeitbehandlung zu verstehen, mit dem Ziel eine umfassenden Stabilisierung und Rehabilitation der Patienten zu erreichen.

Nach Burns et. al. (2009) sind dabei folgende strukturelle Merkmale charakteristisch:[48]

○ 24 stündige Erreichbarkeit (24- hour availability)
○ Aufsuchende Behandlung und Betreuung im Lebensumfeld des Patienten (In-Vivo Practice)
○ Behandlung hinsichtlich der gesundheitlichen *und* sozialen Aspekte (Comprehensive Care)
○ Geringer Fallzahl (Small Caseload = max.10 Patienten pro Teammitglied)
○ Häufiger und flexibler Kontakt inkl. Krisenintervention (Frequent and flexible Contact)
○ Multiprofessionelles Team (Multidisciplinary Care)

Assertive Community Treatment ist aufgrund des starken Forschungsinteresses ihrer Begründer, eines der best untersuchten gemeindepsychiatrischen Versorgungsansätze. Es konnte eindrücklich nachgewiesen werden, dass ACT deutlich positive Effekte hinsichtlich der Vermeidung von Klinikaufenthalten, vor allem aber auch bezüglich des sozialen

[44] ebd.
[45] ebd.
[46] Burns et.al, 2009, Assertive Outreach in Mental Health, S. 23 ff
[47] ebd., S. 24
[48] ebd., S. 34 ff

Funktionsniveaus und der Patientenzufriedenheit aufzuweisen hat.[49] Allerdings fallen diese Effekte in Europa im Vergleich zu den USA unter anderem im Bereich der Rehospitalisierung deutlich geringer aus. Dies wird mit den unterschiedlichen Standardbehandlungen erklärt, die in den Untersuchungen mit ACT verglichen wurden.[50] In Deutschland kann trotz einiger Projekte in dieser Richtung, noch nicht von einer echten Umsetzung des Konzeptes des „Assertive Community Treatments“ gesprochen werden.

3.2 Hometreatment

Als Hometreatment wird in englischsprachigen Ländern die gemeindenahe Akutbehandlung psychischer Erkrankungen, zur Vermeidung einer stationären Behandlung bezeichnet. Im Unterschied zu Assertive Community Treatment, das eine auf längere Zeit angelegte Unterstützungsform darstellt, liegt bei Hometreatment, häufig auch crisis resolution (team) genannt, der Fokus auf der ambulanten Krisenintervention als Alternativ zur stationären Behandlung.

„Crisis Resolution/ Home Treatment refers to a system for the rapid response and assessment of mental health crisis in the community with the possibility of offering comprehensive acute psychiatric care at home until the crisis is resolved, and usually without hospital admission.“[51]

Das Hometreatment Konzept basiert auf der “Crisis Theory” von Caplan, aber auch auf der Theorie des Assertive Community Treatments nach Stein, wonach Coping Strategien im Lebensumfeld besser als im stationären Setting erlernt werden können.[52]Hometreatment Teams werden ebenfalls multiprofessionell zusammengesetzt und bestehen in der Regel aus psychiatrischen Pflegekräften, klinischen Sozialarbeitern (Mental Health/ clinical social work) und psychiatrischen Fachärzten. Allerdings ist die ständige ärztliche Präsenz nicht zwingend erforderlich; die Mitarbeit des Psychiaters erfolgt häufig zu festgelegten Zeiten. Im Zuge der Deinstitutionalisierung ist in Großbritannien, den USA und anderen englischsprachigen Ländern, der Ausbau der ambulanten Krisenbehandlung mittlerweile weit vorangeschritten.[53]

“…have risen rapidly to prominence in the UK since the mid 1990s.“[54]

---

[49] Becker et. al. 2008, S. 126 ff
[50] ebd.
[51] National Institute for Mental Health in England, Crisis Resolution & Home Treatment, http://www.health.bcu.ac.uk/ccmh/home_treatment_final.pdf
[52] Berhe et. al., Hometreatment für psychische Erkrankungen - Begriffsklärung und Wirksamkeit, Nervenarzt 2005 · 76:822–831
[53] vgl. Becker et. al., 2008, S. 127 ff
[54] Johnson, Needle, 2008, S. 3

Hometreatment bzw. Crisis Resolution beinhaltet dabei folgende Charakteristika, die hier im Original wiedergegeben werden:[55]

- They are multidisciplinary
- They are available to respond 24 hours a day, seven days a week
- Staff are in frequent contact with service users, often seeing them at least once on each shift
- They provide intensive contact over a short period of time
- Staff stay involved until the problem is resolved
- Staff in the teams are dedicated to crisis resolution and home treatment work only
- Only short-term intervention is undertaken, with clients referred to other services if longer-term follow-up is needed.

Eine besondere Form des Hometreatment stellt das so genannte Need- Adapted Treatment dar, das als Behandlungsform in den skandinavischen Ländern insbesondere in Schweden und Finnland umgesetzt wird. Diese „bedürfnisangepasste Behandlung“ setzt ihren Schwerpunkt auf möglichst frühzeitige, aufsuchende psychotherapeutische Behandlung mit möglichst geringer psychopharmakologischer Intervention. Der Fokus liegt dabei auf psychotischen Erkrankungen, die unter Zugrundelegung eines mehrdimensionale Krankheitsverständnisses – Psychose als kritisches Lebensereignis-, systemisch- psychodynamisch unter Einbeziehung der Familie oder relevanter Bezugspersonen behandelt werden. [56]

Die Erfahrungen und Studien hinsichtlich des Erfolges dieser Behandlung, insbesondere der deutlich niedrigeren Neuroleptikabehandlung, scheinen insgesamt recht viel versprechend.[57]

Welche Patientengruppen von Hometreatment profitieren, ist nach wie vor nicht eindeutig festgelegt. Das National Institute for Mental Health in England (NIMHE) beschreibt für Hometreatment folgende Zielgruppe:

„Commonly adults (16 to 65 years old) with severe mental illness (e.g. schizophrenia, manic depressive disorders, severe depressive disorders) with an acute psychiatric crisis of such severity that, without the involvement of a crisis resolution/ hometreatment team, hospitalisation would be necessary.”[58]

[55] Glover, Johnson in Johnson, Needle, 2008, S. 27
[56] Aderhold et. al., 2003
[57] ebd.
[58] National Institute for Mental Health in England, Crisis Resolution & Home Treatment http://www.health.bcu.ac.uk/ccmh/home_treatment_final.pdf

Als nicht indiziert für Hometreatment gelten nach dem NIMHE, etwa Krisen aufgrund von Persönlichkeitsstörungen, Selbstverletzungen, Lernbehinderung oder organische psychische Störungen.[59]
Allerdings liegen zum aktuellen Zeitpunkt keine aussagekräftigen Studienergebnisse vor, die eine differenzierte Indikation für Hometreatment beschreiben könnten.[60]

Zur Hometreatment Konzeption liegen mittlerweile jedoch eine stattliche Zahl an Studien vor, die diesem Versorgungsansatz eine hohe Evidenz bescheinigen. Allerdings wurde in diesen Studien, dem Hometreatment Begriff eine sehr allgemeine Definition zugrunde gelegt. Es zeigt sich, dass sich die Evidenz stark verringert, wenn man eine enge Definition des Hometreatments im Sinne einer echten Akutbehandlung als Alternative zum Klinikaufenthalt ansetzt.[61]
Hierbei kann nur auf sechs Studien verwiesen werden, die jedoch ebenfalls für Hometreatment sprechen.[62]
So zeigten die Studien für wichtige Outcome-Kriterien hinsichtlich der psychiatrischen Beeinträchtigung, wie Symptomschwere, Funktionsniveau oder der Patientenzufriedenheit einen der stationären Behandlung vergleichbaren oder höheren Behandlungserfolg.[63]Die überwiegende Mehrzahl der Studien berichtet, was auf den ersten Blick nahe liegt, von einer massiven Kostenreduktion durch Hometreatment (ca. 40 %). Es zeigte sich allerdings, dass bei Studien mit längeren Beobachtungsverläufen, sich die Einsparung direkter Krankheitskosten stark verringert, da die Zahl der HT- Abbrecher stetig stieg und somit mit höheren Krankenhauskosten zu rechnen war.[64]
Fest zu halten ist jedoch, dass die bisherigen Ergebnisse zeigen, dass Hometreatment, im Sinne einer gemeindeorientierten Akutbehandlung, durchaus eine vernünftige Alternative zu stationären Aufenthalten darstellt. In Deutschland ist die Entwicklung von Hometreatment, aufgrund der zersplitterten Finanzierungslandschaft bisher kaum umgesetzt worden. Es gibt allerdings einige wenige viel versprechende Modelle.[65] Darüber hinaus bietet die integrierte Versorgung nach SGB V, eine durchaus aussichtsreiche Grundlage, zur Implementierung von Hometreatment Modellen.

---

[59] ebd.
[60] Berhe et.al., Home treatment“ für psychische Erkrankungen - Begriffsklärung und Wirksamkeit, Nervenarzt 2005 · 76:822–831
[61] ebd.
[62] ebd.
[63] ebd.
[64] ebd.
[65] siehe etwa „Mobiles Krisenteam –Hometreatment am BKH Günzburg, http://www.bkh-guenzburg.de/psychiatrie/home_treatment.htm

3.3 Casemanagement

Seit der Entstehung des Casemanagements Ende des 19. Jahrhunderts, wurde hierzu eine Vielzahl an Konzepten und Definitionen entwickelt, die eine einheitliche Bewertung des Casemanagements nicht zulassen. Es existieren eine unüberschaubare Zahl von Casemanagement-Programmen, die hinsichtlich ihres Kontextes, der Zielsetzung und ihres Leistungsumfanges erhebliche Varianzen aufweisen.[66]

Grundsätzlich soll Casemanagement in einem von Desintegration und Diskontinuität geprägten, hochkomplexen Gesundheitssystem, die Versorgung der Patienten sektor- und schnittstellenübergreifend organisieren, koordinieren und überwachen.

„Casemanagement ist eine auf den Einzelfall ausgerichtete diskrete, d.h. von unterschiedlichen Personen und in diversen Settings anwendbare Methode zur Realisierung von Patientenorientierung und Patientenpartizipation, sowie Ergebnisorientierung in komplexen und hochgradig arbeitsteiligen Sozial- und Gesundheitssystemen.“[67]

Im Bereich der psychiatrischen Versorgung wurde Casemanagement seit den 70er Jahren im Zuge der Enthospitalisierung, zur nachsorgenden Hilfe für chronisch psychisch Kranke eingesetzt.[68] Casemanagement verstand sich somit als ein originär gemeindepsychiatrisches Konzept, zur Befähigung der Patienten, die erforderlichen Hilfen situationsgerecht und gezielt in Anspruch zu nehmen.[69]

Mit der verstärkten Einführung von Managed Care in den USA zum Ende des 20. Jahrhunderts, erreichte das Casemanagement eine hohe Popularität. Auch in Großbritannien wurde das Casemanagement durch den National Health Service umfassend implementiert.[70]

In der BRD bestehen mittlerweile auch in der psychiatrischen Versorgung, eine Vielzahl an Casemanagement Ansätzen, jedoch innerhalb höchst unterschiedlicher Kontexte und Zielvorgaben. So werden etwa bei vielen Krankenkassen so genannte Fallmanager eingesetzt, die vor allem bei Patienten die hohe Kosten verursachen, steuernd und koordinierend eingreifen sollen.[71]

Darüber hinaus hat sich Casemanagement in vielen Bereichen, von der individuellen Einzelfallhilfe mit dem Ziel einer verbesserten Partizipation der Patienten an den

---

[66] vgl. Ewers et. al, 2005, S. 53
[67] ebd., S.8
[68] teilweise wird (intensive) Casemanagement mit Assertive Community gleichgesetzt
[69] vgl. Dörr 2005, S. 108
[70] vgl. Ewers et. al, 2005, S. 29 ff
[71] vgl. Leitlinien psychosoziale Therapien, http://media.dgppn.de/mediadb/media/dgppn/pdf/leitlinien/leitliniebd7psychosozialetherapien.pdf

Versorgungsleistungen, zu einem auf der Systemebene agierenden, an ökonomischen Kriterien orientierten Modell, der Ressourcensteuerung, mit einer ausgeprägten Gatekeeping - Funktion entwickelt.[72]

Dem entsprechend wird kritisiert, dass sich vor allem das amerikanische Casemanagement im Kontext von Managed Care, von seiner ursprünglichen Intention der individuellen Unterstützung hilfebedürftiger Menschen entfernt und zu einem überwiegend ausgabenzentrierten Steuerungsinstrument entwickelt hat.[73]

„(…) ist das Casemanagement auf das multidisziplinäre Management der komplizierten, kostenträchtigen Einzelfalls innerhalb eines bestimmten Zeitrahmens ausgerichtet“.[74]*Demzufolge werden Casemanager in Managed Care Systemen bevorzugt von Leistungserbringern eingesetzt, die nach Kopfpauschalen vergütet werden.*[75]

Im Rahmen der psychiatrischen Versorgung wird Casemanagement oder „Intensive CaseManagement“ , insbesondere für Menschen mit ausgeprägten psychischen Störungen unterschiedlich bewertet. So scheinen Studien zu belegen, dass Casemanagement positiv hinsichtlich der Kontakte mit psychiatrischen Einrichtungen wirkt, jedoch zugleich die Klinikaufenthalte verdoppelt und somit nicht zu einer Kostenersparnis führt.

“Case management increased the numbers remaining in contact with services (…). Case management approximately doubled the numbers admitted to psychiatric hospital (…). Except for a positive finding on compliance, from one study, case management showed no significant advantages over standard care on any psychiatric or social variable.”[76]

Allerdings kamen Ziguras et.al (2000) in einer Metanalyse zur Effektivität psychiatrischen Casemanagements, zu weit positiveren Ergebnissen. So fanden sie im Gegensatz zu Marshall et. al. (2010) eine deutliche Evidenz für Casemanagement hinsichtlich einer Verbesserung des Outcomes bei sozialer Funktionsfähigkeit, der Patientenzufriedenheit und der Reduzierung der Belastung der Angehörigen.

---

[72] ebd.
[73] ebd., S. 44
[74] Amelung, 2007, S. 215 ff
[75] ebd., S. 21

[76] Marshall et. al, 2010, Case management for people with severe mental disorders, The Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 5, http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab000050.html

"We found that clinical case management is generally effective in improving outcomes from mental health services, as measured by clients' level of social functioning, symptoms, client and family satisfaction, and family burden of care. These results directly contradict the claim of Marshall and colleagues that there is little evidence that case management improves clients' mental state, social functioning, or quality of life."[77]

Aktuell scheint es keine eindeutige Aussage zur Effektivität des Casemanagement in der psychiatrischen Versorgung zu geben. Dies liegt sicherlich an den unterschiedlichen Konzeptionen dieser Versorgungsformen in den einzelnen Ländern und Programmen, aber auch an den jeweiligen Foki der Studien zu Casemanagement. So war etwa nach Burns et. al. (2001) in Europäischen Studien die Konzentration auf die Vermeidung stationärer Aufenthalte als Erfolgskriterium weniger ausgeprägt, als in US-amerikanischen Studien, was möglicherweise an der dortigen Einbettung von Casemanagement in Managed Care Strukturen liegt.[78]

Die Untersuchung von Burns (2001) verdeutlichte dabei den Einfluss des Kontextes und der psychiatrischen Versorgungslandschaft für eine effektive Umsetzung eines psychiatrischen Casemanagements. Diese Erkenntnisse sollten bei einer zukünftigen Implementierung von Casemanagement, vor allem im Rahmen integrierter Versorgung mit einbezogen werden, um das Vorhalten eines weitgehend wirkungslosen, auf Kostenersparnis reduzierten Steuerungsinstrument, zu vermeiden.

---

[77] Ziguras et. al. (2000), A Meta-Analysis of the Effectiveness of Mental Health Case Management over 20 Years, Psychiatric Services, 51:1410-1421, November 2000, http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/content/full/51/11/1410

[78] Burns et.al. (2001) Case Management and Assertive Community Treatment in Europe, Psychiatric Services © May 2001 Vol. 52 No. 5 http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/reprint/52/5/631 vgl. Auch Becker et.al, 2008, S. 131

4. Integrierte Versorgung im deutschen Gesundheitssystem

4.1 Das Konzept der Integrierten Versorgung – eine Begriffsbestimmung

Die bisher fest gefügten Strukturen im deutschen Gesundheitssystem, mit einer starren Trennung der einzelnen Leistungssektoren - international nahezu einmalig- führten zu erheblichen wirtschaftlichen und qualitativen Defiziten in der medizinischen Versorgung.[79]

Das bisherige System ließ einfache Lösungen beim sektoralen Übergang, etwa vom stationären in den ambulanten Bereich nicht zu.

Gerade vor dem Hintergrund des Wandels des Krankheitsspektrums, hin zu chronischen Erkrankungen ist eine Hinwendung zu sektorübergreifenden Behandlungen und die damit verbundene Förderung von Kommunikation, Koordination und Kooperation jedoch unabdingbar.[80]

Die mangelhafte Integration der einzelnen Leistungssektoren führten zu der in der Praxis bekannten Fehl-, Unter-, oder auch Überversorgung aufgrund von unabgestimmten Behandlungsabläufen, vermeidbaren Doppeluntersuchungen oder auch unnötigen stationären Aufenthalten.[81]

Um diesem Problem zu begegnen, schaffte der Gesetzgeber mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Gesundheitsreformgesetz) im Jahre 2000, die gesetzlichen Grundlagen um eine integrierten Versorgung zu ermöglichen.

Grundgedanke und wichtigstes Ziel ist es dabei, eine sektorübergreifende und/ oder interdisziplinäre Versorgung zu ermöglichen.

Begründet wurde die Einführung der Integrierten Versorgung durch den Gesetzgeber unter anderem mit Systemmängeln wie

„eine starre Aufgabenteilung zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung mit der Folge nicht abgestimmter Behandlungsverläufe und vermeidbarer Doppeluntersuchungen“ [82]

[79] vgl. Wohlgemuth in Nagel, 2007, S.253
[80] vgl., Amelung et. Al., 2008, S. 53
[81] vgl. Wohlgemuth in Nagel, 2007, S.253
[82] BT-Drucksache 14/1245 S. 55

Nach den gesetzlichen Bestimmungen kann integrierte Versorgung wie folgt definiert werden:

„Unter integrierter Versorgung ist dabei heute eine die verschiedenen Leistungssektoren übergreifende (vertikale) Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinäre-fachübergreifende (innerhalb eines Leistungssektors horizontale) Versorgung mit Gesundheitsleistungen zu verstehen, die direkte, freie vertragliche Beziehungen zwischen Leistungserbringern und den Kostenträgern gesetzliche Krankenversicherung vorsieht.“[83]

Allerdings darf die Idee der Integrierten Versorgung nicht auf die eng gefassten gesetzlichen Bestimmungen im SGB V beschränkt bleiben. Vielmehr muss die Integrierte Versorgung als grundsätzlich neue Denkrichtung im Gesundheitswesen verstanden werden.[84]

Durch eine integrative Versorgung soll demnach nicht nur die Überwindung eines zergliederten Systems erreicht werden, sondern zugleich die Einführung neuer Vergütungsmodelle, die Verlagerung des finanziellen Risikos und der Ergebnisqualität auf die Leistungserbringer und eine verstärkte multiprofessionelle Ausrichtung der Dienstleistung gelingen. Es ist somit nicht auszuschließen, dass eine weitere Entwicklung integrativer Versorgung unter einer Managed Care Struktur nicht mehr aufzuhalten ist.[85]

Tatsache ist, dass Integrierte Versorgung aus gesundheitspolitischer Perspektive international zu den bedeutendsten Themengebieten gehört, da sie die Schwachstellen der Gesundheitssysteme der industrialisierten Länder anspricht. Das bedeutet, dass integrierte Versorgungsformen kein kurzfristig angelegtes Konzept zur Kosteneinsparung darstellen, sondern eine strategische Möglichkeit für ein Gesundheitssystem darstellt und somit ein Systemwechsel eingeleitet wurde, der längst den „Point of no Return“ erreicht hat.[86]

Die demographische Entwicklung, die Zunahme chronischer Erkrankungen und die damit verbundenen stetig steigenden Kosten im Gesundheitssystem, lassen die althergebrachte Trennung der einzelnen Sektoren schlicht nicht mehr zu.

[83] Wohlgemuth in Nagel, 2007, S.253
[84] vgl. Amelung et. al. , 2008, S. 40
[85] vgl. Greuèl, Mennemann, 2006, S. 136
[86] vgl. Amelung et.al., 2008, S. 41

4.2 Rechtliche Grundlagen der Integrierten Versorgung

Erste Phase – GKV Gesundheitsreformgesetz

Mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Gesundheitsreformgesetz vom 22.12.1999[87]) wurde zum 01.01.2000 mit den §§ 140 a bis 140 h SGB V die Integrierte Versorgung eingeführt. Der Gesetzgeber versuchte mit der Einführung dieser Versorgungsmöglichkeit einen Systemwechsel in der gesetzlichen Krankenversicherung einzuleiten, um ein effizienteres und qualitätsorientiertes Gesundheitssystem zu entwickeln.

Eine verbesserte Kooperation der einzelnen Versorgungsbereiche sollte demnach durch *„integrierte sektorenübergreifende Versorgungsverträge zwischen Krankenkassen und ihren bevollmächtigten Verbänden und Leistungserbringern bei freiwilliger Beteiligung der Versicherten“*[88] erreicht werden.

Der Gesetzgeber verzichtete dabei auf eine positive Definition der integrierten Versorgung, verfolgte mit der Einführung aber eine umfassende Zielsetzung:

„Die integrierte Versorgung soll eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende und integrierende Versorgung der Versicherten ermöglichen. Ziel ist es dabei, eine interdisziplinäre Versorgung zu erreichen, die zumindest die hausärztliche Versorgung einschließt.“[89]

Diese erste Fassung zur integrierten Versorgung die bis zum 31.12.2003 galt, unterscheidet sich jedoch in wesentlichen Punkten, dies ist bereits aus der Paragrafenfolge - heute §§ 140a – 140 d statt §§ 140 a – h - ersichtlich, gegenüber der aktuellen Fassung, die zum großen Teil auf den Änderungen des GKV Modernisierungsgesetztes ab 01.01.2004 beruht.

Nachfolgend die relevanten Unterschiede zur aktuellen gesetzlichen Grundlage der integrierten Versorgung:[90]

- Ein wichtiger Unterschied ist in den Bestimmungen des § 140 a SGB V zu sehen. Bis zum 31.12.2003 war als Voraussetzung für integrierte Versorgungsformen zwingend eine verschiedene Leistungssektorenübergreifende Versorgung notwendig. Eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung war als Voraussetzung nicht ausreichend.

[87] BGBl. I S. 2626
[88] BT-Drucks. 14/1245 S. 55
[89] BT-Drucks. 14/1245 S. 91
[90] vgl. Wiegand et. al. 2009, S.56 ff

1.1.2000 – 31.12.2003 geltende Fassung des § 140 a Abs.1 Satz 1 SGB V

Integrierte Versorgungsformen aufgrund der Verträge nach den §§ 140b und 140d ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten

- Im § 140 b SBG V wurden im Gegensatz zu aktuellen Fassung die Kassenärztlichen Vereinigungen als Vertragspartner (und auch als mögliche Berater) der Krankenkassen aufgeführt. Auch war es nur Gemeinschaften von zugelassenen und nicht einzelnen Ärzten möglich als Vertragspartner Verträgen zur integrierten Versorgung beizutreten.

1.1.2000 – 31.12.2003 geltende Fassung des § 140 b Abs. 2

Die Verträge nach Absatz 1 können nur mit

- *Gemeinschaften zur Vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Ärzte und Zahnärzte sowie einzelnen sonstigen an der Versorgung der Versicherten teilnehmenden Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften,*
- *Kassenärztlichen Vereinigungen*
- *Trägern zugelassener Krankenhäuser, Trägern von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, soweit mit ihnen ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, Trägern von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen oder deren Gemeinschaften,*
- *Gemeinschaften der vorgenannten Leistungserbringer*

Insgesamt wurden die durch die Einführung der integrierten Versorgung nach den geltenden Regeln der ersten Phase bis 31.12.2003, angestrebten Ziele nicht erreicht und wurde kaum umgesetzt.[91]

- Als größtes Hemmnis für den Abschluss von IV-Verträgen, stellte sich die Vorschrift zum Abschluss von Rahmenverträgen nach § 140 d dar, die aus diesem Grund zum 01.01.04 aufgehoben wurde.

[91] vgl. Wiegand et al., 2009, S. 62

Vom 1.1.2000 bis 31.12.2003 geltende Fassung des § 140 d

Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich schließen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen im Rahmen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung nach § 75 als Bestandteil der Bundesmantelverträge Rahmenvereinbarungen über die integrierte Versorgung nach § 140 a ab.

Der § 140 d regelte weiter die Inhalte dieser Rahmenvereinbarung. In den Nummern eins bis vier wurde unter anderem festgehalten, dass der Rahmenvertrag insbesondere Regelungen über Inhalt und Mindeststandards des Versorgungsauftrages, sowie Regelungen zu den Mindestanforderungen an die Qualitätssicherung und auch der inhaltlichen Voraussetzung der Teilnahme der Vertragsärzte enthalten muss.[92]

- Nach § 140 e SGB V konnten die Spitzenverbände der Krankenkassen mit der deutschen Krankenhausgesellschaft einen Vertrag über Inhalt und Durchführung der Integrierten Versorgung abschließen, soweit die Integrierte Versorgung stationäre Leistung mit einschließt.
  Wie auch der Rahmenvertrag nach § 140 d ist diese Vertragsoption mit Wirkung vom 01.01. 2004 beseitigt worden, der § 140 e SGB V hat einen anderen Inhalt erhalten.

Insgesamt haben die Regelungen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes nicht die erhoffte Wirkung erzielt, so dass kaum Verträge zur Integrierten Versorgung umgesetzt wurden.

Zweite Phase – GKV Modernisierungsgesetz

Mit dem GKV Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003[93] wurden in den §§ 140 a- d eine Reihe von Änderungen eingeführt, die im Wesentlichen auch in der aktuellen Fassung der § 140 ff SGB V Bestand haben. Die §§ 140 e – h SGB V haben einen nicht mehr die Integrierte Versorgung betreffenden Inhalt erhalten.

[92] § 140 d in der geltenden Verfassung vom 01.01.2000 – 31.12.03 GKV-Reformgesetz
[93] BGBl. I, S.2190

Folgende wichtige Änderungen wurden zum 01.01.2004 eingeführt:[94]

- keine Beschränkung auf sektorübergreifende Integrierte Versorgung. Eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung ist als Voraussetzung für eine Integrierte Versorgung möglich.
- Versorgung außerhalb des vertragsärztlichen Sicherstellungsauftrages
- Der Abschluss von IV - Verträgen ist mit einzelnen Vertragsärzten und mit Medizinischen Versorgungszentren, sowie Trägern von Einrichtungen die Integrierte Versorgung anbieten (Managementgesellschaften) möglich.
- Wegfall der hinderlichen Rahmenverträge.
- freie Vergütungsvereinbarung - mit Ausnahmen zur Beitragssatzstabilität (für Verträge die bis Ende 2006 geschlossen wurden).
- Einführung einer befristeten Anschubfinanzierung von jährlich bis zu maximal 1 % der jeweiligen Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenhausvergütungen

Mit dieser zum 01.01.2004 umfassenden Reform, konnte sich die Integrierte Versorgung neben der gesetzlichen Regelversorgung zu einer alternativen vertraglichen Regelversorgung entwickeln. Zugleich wurden mit den Medizinischen Versorgungszentren und der Umsetzung von Disease-Management-Programmen, weitere neue Versorgungsstrukturen mit einem nachhaltigen Veränderungspotential geschaffen.[95]

[94] vgl. Wiegand et. al., 2009, S. 63, vgl. Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, 2004, GKV Modernisierungsgesetz: Neue Versorgungsformen im Krankenhaus, Orientierungshilfe, http://www.dkgev.de/media/file/2449.Versorgung-31-08-04.pdf
[95] vgl. Wiegand et. al., 2009, S. 64

Dritte Phase – Vertragsarztänderungsgesetz und GKV – Wettbewerbsstärkungsgesetz

Mit diesen beiden gesetzlichen Regelungen wurden zum 01.01.2007 bzw. zum 01.04.2007 weitere Bestimmungen eingeführt, die zu der jetzigen aktuellen gesetzlichen Grundlage der Integrierten Versorgung führten:[96]

- Verlängerung der Anschubfinanzierung bis 31.12.08
- Verträge zur Integrierten Versorgung sollen im Gegensatz zu der bisherigen eher an einzelnen Erkrankungen orientierten Integrierte Versorgung, eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen (neuer Satz 2 in § 140 a Abs. 1)
- Einbindung der Pflegeversicherung und zugelassenen Pflegeeinrichtungen in die Integrierte Versorgung (Ergänzung von § 140 b Abs. 1 SGB V). § 92 b Abs.2 SGB V enthält entsprechende Bestimmungen zu diesen IV-Verträgen
- Krankenhäuser enthalten durch die Anfügung von § 140 b Abs. 4 Satz 4 SGB V die Möglichkeit im Rahmen von IV-Verträgen ambulante Behandlung von Katalogkrankheiten nach § 116 b Abs. 3 SGB V durchzuführen
- Wegfall der Rückzahlungsverpflichtung. Nicht verwendete Beiträge im Rahmen der Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung, die unter anderem bei den Krankenhäusern einbehalten wurden, verbleiben bei den Krankenkassen

Durch die aktuellen rechtlichen Grundlagen der Integrierten Versorgung wurden nun die wesentlichen Vorraussetzungen geschaffen um eine integrative und zielorientierte ambulante psychiatrische Versorgung zu entwickeln.

So ist für den Abschluss von IV-Verträgen nicht nur eine Leistungssektoren übergreifende sondern auch eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung möglich, was einen größeren Gestaltungsspielraum in der Entwicklung neuer Versorgungsansätze ermöglicht.

Da der Gesetzgeber den Begriff der integrierten Versorgung bewusst nicht definiert hat, um die möglichen Vertragspartner vorab nicht zu beschränken, ist allerdings die Frage zu klären, was unter Leistungssektoren und interdisziplinär fachübergreifend zu verstehen ist.

Nach der klassischen Auslegung sind unter Leistungssektoren die beiden Hauptsektoren ambulant und stationär zu verstehen.

[96] ebd., S. 64, Preusker, 2008, S. 211

Mit dem Urteil vom 06.02.09 zum Barmer Hausarztvertrag, führt das Bundessozialgericht jedoch aus, dass der Begriff der Leistungssektoren funktionell zu bestimmen ist und damit auch die Verbindung unterschiedliche Prozesse innerhalb eines Sektors als übergreifend zu verstehen ist.

„Vielmehr sind unter Zugrundelegung eines funktionellen Ansatzes sowohl innerhalb des ambulanten als auch innerhalb des stationären Hauptsektors, weitere Leistungssektoren zu unterscheiden, die Gegenstand von Integrationsverträgen sein können.“[97]

Dieses Urteil legt somit die Grundlage für ambulante Versorgungsverträge, wie sie im psychiatrischen Bereich, etwa durch das in dieser Arbeit beschriebene Netzwerk für psychische Gesundheit entwickelt und implementiert werden. Hier werden die Leistungsbereiche ärztliche Behandlung und häusliche Krankenpflege integriert und unter eine finanzielle Gesamtverantwortung gestellt.[98]

„Werden also eine spezielle Schnittstellenproblematik durch eine bessere Verzahnung eigenständiger Leistungsbereiche und eine damit zusammenhängende unterschiedliche Finanzierungsverantwortung beseitigt, kann von einer verschiedenen Leistungssektoren übergreifenden Versorgung der Versicherten ausgegangen werden.“[99]

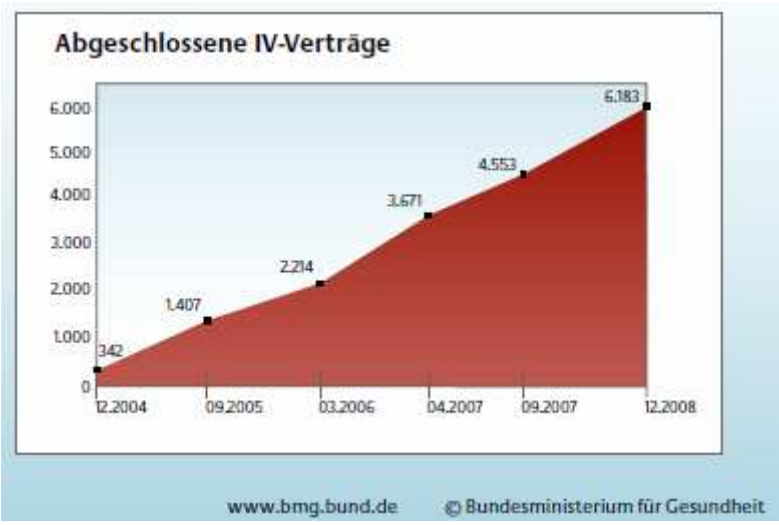
Darüber hinaus ist die Sollvorschrift einer populationsorientierten integrierten Versorgung eingeführt worden, die dem Ergebnis Rechnung trägt, dass indikationsspezifische Verträge nicht zu dem gewünschten Ergebnis führten. Diese Vorschrift, von der nur in atypischen Fällen abgewichen werden darf, ist stellt eine weitere Voraussetzung zur Entwicklung einer umfassende ambulante Versorgungsstruktur für psychisch Erkrankte dar.

[97] Bundessozialgericht, Urteil vom 06.02.2008 – B 6 KA 7/ 07 R
[98] vgl. Wiegand et. al., 2008, S. 100
[99] Wiegand et. al., 2008, S. 102

4.3 Aktueller Umsetzungsstand – Probleme und Perspektiven

Integrierte Versorgung wird nicht nur in der Bundesrepublik, sondern aus gesundheitspolitischer Sicht, auch international zu den bedeutendsten Themengebieten gezählt.

So ist die Anzahl der integrierten Versorgungsverträge seit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz stetig gestiegen, was folgende Grafik des Bundesministeriums für Gesundheit verdeutlicht.



Auch konnten bereits einige höchst innovative und erfolgreiche Projekte mit einer umfassenden populationsorientierten Versorgung umgesetzt werden.[100]

Trotz vielfacher Erfolge durch die Integrierte Versorgung, befindet sich der Prozess der Umsetzung jedoch nach wie vor in einem Zustand des „trial and error".[101]

So sind noch einige Fragen, die etwa die Arzneimittelversorgung innerhalb der Integrierten Versorgung, oder die Einbeziehung von Rehabiliations- und Pflegeleistungen betreffen, noch nicht geklärt.

Durch die regelmäßigen politischen Veränderungen, mit einer wechselnden Legislative ist eine Prognose hinsichtlich der weiteren Ausgestaltung des Gesundheitssystems schwierig. Vieles spricht jedoch dafür, dass der eingeschlagene Weg einer Öffnung für wettbewerbliche Strukturen und integrativer Versorgung beibehalten wird.

[100] siehe etwa www.gesundes-kinzigtal.de
[101] vgl. Amelung et. al., 2008

5. Das Konzept Managed Care

5.1 Definition und Konzept des Managed Care

Um integrierte Versorgungskonzepte umzusetzen, ist es notwendig sich mit der Thematik des Managed Care zu befassen. Da eine integrierte Versorgung auf dessen Prinzipien beruht und sich teilweise der Methoden des Managed Care bedient, sind beide Themen nicht voneinander zu trennen.

„Dabei ist integrierte Versorgung Managed Care“.[102]

Im englischen Sprachraum wird der Begriff des Managed Care jedoch bereits kaum mehr benutzt dort spricht man von „integrierter Versorgung“ bzw. „integrated Care/ Delivery“.[103]

Managed Care ist ein in den USA entwickeltes Strukturprinzip, um die Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung durch eine systematische Steuerung von Versorgungsprozessen, unter Anwendung betrieblicher Managementmethoden zu steigern.[104]

Die Thematik des Managed Care wird im Gesundheitswesen häufig sehr kontrovers diskutiert. Für viele ist Managed Care ein Paradigmenwechsel, um ineffiziente und unökonomische Strukturen aufzubrechen. Viele andere sehen in Managed Care Ansätzen allerdings das Streben nach Profit und einer Klassenmedizin, die es zu verhindern gilt.

Tatsächlich ist Managed Care keine einheitliche Theorie zur Umsetzung von Gesundheitsleistungen, vielmehr basiert Managed Care auf einer Vielzahl von unterschiedlichen Instrumenten und Ansätzen zur Steuerung von Leistungen im Gesundheitswesen.

Im Gegensatz zur eher grundsätzlichen Ablehnung des Managed Care als Gesamtkonzept, ist die Nachfrage nach deren Instrumenten und Institutionen ungebrochen. Unbestritten ist etwa, dass eine sektoren- und disziplinübergreifende integrierte Versorgung, zur Lösung der Schnittstellenproblematik zukünftig unabdingbar ist. Entsprechend gestaltet sich auch die deutsche Gesundheitsreform. So ist das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 in weiten Zügen ein Managed Care förderndes Gesetz.[105]

---

[102] Amelung et. al, 2009, S. 3
[103] vgl.Cassis Ignazio, 2008, Managed Care in der Schweiz:
Wo stehen wir? Schweizer Ärztezeitung, Nr. 47, 2008, http://www.saez.ch/d/set_archiv.html
[104] vgl. Lexikon Gesundheitsmarkt, 2008, S. 265
[105] vgl. Amelung et. al. , 2009, S.3

Eine allgemeingültige Definition zu Managed Care ist nicht formuliert, vielmehr besteht eine Vielzahl an Definitionsansätzen:

„Managed Care ist die Anwendung von Management - Prinzipien, die zumindest partielle Integration der Leistungsfinanzierung und –erstellung sowie das selektive Kontrahieren der Leistungsfinanzierer mit ausgewählten Leistungserbringern. Ziel ist die effiziente Steuerung der Kosten und Qualität im Gesundheitswesen.“[106]

Oder auch eine Definition aus den USA:

„Managed Car is a way to deliver healthcare services based on the goals of controlling costs and utilization of healthcare services, while simultaneously attempting to measure quality of the care provided. The idea of managed care was developed an attempt to reduce rising costs experienced with previous indemnity insurance plans.“[107]

Allerdings muss hier deutlich hervorgehoben werden, dass Managed Care kein Instrument zu Gestaltung eines gesamten Gesundheitswesens ist und auch nicht mit dem amerikanischen Gesundheitswesen gleichzusetzen ist.[108]
Unabhängig von den Definitionen, gelten drei Elemente als charakteristisch für Managed Care :

- Die Anwendung von Management-Instrumenten in der Gesundheitsversorgung
- die zumindest partielle Integration von Leistungsfinanzierung und –erstellung
- selektives Kontrahieren

[106] Amelung, 2007, S.7
[107] Kolo et. al. in Zhang,2008, Encyclopedia of Global Health, S. 1062
[108] vgl. Amelung et. al 2009 S. 5

Im Folgenden eine Zusammenfassung der Unterschiede zwischen Managed Care und traditionellem Gesundheitssystem.[109]

Managed Care und traditionelles System	
Managed Care Umfeld	**Traditionelles System**
Managed Care Instrumente	
◦ Gatekeeping ◦ utilization review ◦ Präventionsorientierung über Guidelines ◦ Integriertes Qualitätsmanagement ◦ integrierte Behandlungsprozesse durch Case- und Disease Management ◦ Outcomes-Orientierung	◦ freie Arztwahl, direkter Zugang zu Spezialisten ◦ Kontrolle nur bei Verdachtsmoment ◦ Kurationsorientierung ◦ weitreichende Therapiefreiheit ◦ Qualitätssicherung ◦ fragmentierte Behandlungsabläufe mit Informationsverlusten an den Schnittstellen ◦ Prozess-Orientierung
Integration der Leistungsfinanzierung und Erstellung	
◦ Leistungserbringer und –finanzierer teilen sich die Risikoübernahme (risk sharing) ◦ Delegation des finanziellen Risikos auf die unterste Ebene der Leistungserstellung (Primärärzte) ◦ eigene Ressourcen der Leistungsfinanzierer zur Leistungserstellung ◦ integrierte Gesundheitsversorgungssysteme ◦ Sachleistungsprinzip (in HMO)	◦ das Risiko liegt ausschließlich beim Leistungsfinanzierer ◦ keine finanzielle Einbindung der Primärärzte in das Risiko der Leistungserstellung ◦ strikte Trennung zwischen Leistungserstellung und –finanzierung ◦ fragmentierte Leistungserstellung mit erheblichen Schnittstellenproblemen ◦ Kostenerstattungsprinzip
Selektives Kontrahieren	
◦ gezielte Auswahl der Leistungsanbieter ◦ differenziertes System zur Auswahl von Leistungsanbietern ◦ Einschränkung der Wahlfreiheit	◦ Kontrahierungspflicht ◦ keine Instrumente zur Beurteilung von Leistungsanbietern ◦ freie Wahl des Leistungsanbieters

[109] Amelung, 2007, S. 11

5.2 Zur Organisation von Managed Care

Managed Care führte zu einer starken Ausdifferenzierung von neuen Organisationsformen, mit dem gemeinsamen Merkmal eines mehr oder weniger stark ausgeprägter Integrationsgrades.

Unter Integrationsgrad ist zu verstehen, dass die Finanzierung und Leistungserbringung durch eine Organisation erfolgt und das zwischen verschiedenen Leistungsanbietern, im Sinne einer integrierten Versorgung, ein Netzwerk von Vertrags- und Kooperationsbeziehungen besteht.[110]

Als Managed Care Organisation (MCO`s) werden dabei Institutionen verstanden, die zumindest partiell, die Funktionen Leistungsfinanzierung und –erstellung integrieren und unter Einsatz von Managed Care Instrumenten die Gesundheitsversorgung organisieren.[111]

Unterschieden wird dabei zwischen versicherungs- und anbieterorientierten Organisationen. Zudem agieren im Umfeld von Managed Care Organisationen besondere Gesundheitsdienstleister oder Unternehmensberatungen, die spezielle Leistungskomplexe anbieten.

Im Folgenden ein Überblick zur Organisation von Managed Care und eine Darstellung ausgewählter Organisationsformen:[112]

Managed Care – Umfeld	
Versicherungsorientierte Produkte	**Anbieterorientierte Produkte**
◦ Staff-, Group-, IPA- und Network-HMO´s ◦ point of service Produkte	◦ Preferred Provider Organizations ◦ Provider Networks ◦ Integrated Delivery Systems ◦ Physician Hospital Organizations

Institutionen im Managed Care-Umfeld
◦Management Service Organizations ◦Physician Practice Management Organizations

[110] vgl. Amelung in Schwartz, 2003, S. 708, Kapitel 27.2.5 Managed Care, Public Health-Gesundheit und Gesundheitswesen

[111] vgl. Amelung, 2007, S. 45, vgl. auch Mühlbacher in http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/managed-care.html

[112] Amelung 2007, S. 47

◊ **Health Maintenance Organisations (HMO)**

Eine typische Managed Care Organisation ist die Health Maintenance Organisation, deren Ursprünge bis in die 30er Jahre des letzten Jahrhunderts zurückgehen. Eine der größten dieser Organisationen ist etwa die Kaiser Foundation Health Plan/ Kaiser Permanente mit 8,1 Millionen Versicherten.

„Ziel einer HMO ist es die Versicherten zu möglichst geringen Kosten zu versorgen und dabei die Versorgung innerhalb des Versorgungsnetzwerkes intensiv zu steuern.“[113]

Die klassische Form der HMO mit einer fast vollständigen Integration von Versicherung und Leistungserbringung existiert in der Praxis jedoch kaum noch.

Staff HMO

Die Staff-HMO weist den höchsten Integrationsgrad auf und sind damit quasi die reinste Form von HMO´s. Leistungserstellung und Finanzierung (Versicherung) erfolgt vollständig durch eine Organisation. Alle Leistungserbringer (Ärzte etc.) sind im Angestelltenverhältnis beschäftigt, erhalten ein fixes Gehalt, üblicherweise ergänzt durch eine erfolgsabhängige Prämie und sind weisungsgebunden. Die Bedeutung von Staff-HMO´s ist aus verschiedensten Gründen mittlerweile sehr begrenzt, unter anderem aufgrund der weitgehend eingeschränkten Wahlfreiheit bzgl. der Leistungserbringer.

Group HMO.

Eine Group HMO schließt selektive Verträge mit Ärzten, die in großen Praxen (group practices) organisiert sind und mit einer Kopfpauschale (Capitation) für jeden Versicherten vergütet werden. Innerhalb der Praxen kann dabei eine andere Vergütung (Gehalt, Einzelleistungsvergütung) erfolgen. Viele dieser Gruppenpraxen kontrahieren ausschließlich mit einer HMO, bleiben dabei aber formal selbständig. Auch hier besteht der Nachteil, dass diese HMO nur begrenzt Wahlmöglicheiten für ihre Versicherten anbietet, so dass auch deren Bedeutung schwindet.

IPA HMO

Die Independent Practice Association ist eine rechtlich unabhängige Gruppe von Ärzten, die sich über eine Dachorganisation organisieren um gegenüber den Managed Care Organisationen und Kliniken eine bessere, sprich machtvollere Position einzunehmen. Diese Organisationen entsprechen den Bedürfnissen der Ärzte, da diese mit mehreren HMO´s

[113] Preusker 2008, S. 199

Kooperationen eingehen und somit ein großes Maß an Autonomie bestehen bleibt. Für die Ärzte besteht weiterhin der Vorteil, dass die IPA in der Lage ist, bessere Vertragskonditionen für ihre Ärzte, zum Nachteil der HMO auszuhandeln. Allerdings bieten die IPA für die HMO den Vorteil großer Flexibilität und geringer Kapitalressourcen, sowie eines attraktiveren Angebotes für die Versicherten, da deren Bedürfnis nach weitgehender Auswahl der Leistungserbringer (Ärzte) durch die Netzwerke erfüllt wird

◊ **Preferred Provider Organisations**

Diese Organisationsform kann als direkte Antwort der Leistungserbringer (Ärzte oder Krankenhäuser) auf die zunehmende Marktmacht der HMO´s verstanden werden. Sie bieten ihren Vertragspartnern, direkt versichernden Arbeitgebern, oder Indemnity-Versicherungsgesellschaften ein konkurrenzfähiges Angebot auf der Basis von Einzelleistungsvergütungen, so genannten „discounted fee for service Prämien“, die in den USA bis zu 20 % unter den üblichen Sätzen liegen[114]. Die Leistungsersteller haben hierbei den Vorteil, dass aufgrund der Einzelleistungsvergütung das Versicherungsrisiko bei den Vertragspartnern verbleibt.

◊ **Integrated Delivery Systems (IDS)**

Als IDS wird ein Netzwerk von Organisationen verstanden, dass für alle Gesundheitsbedürfnisse die Leistungen selbst erbringt oder organisiert. Sie können als Umbrella Organizations bezeichnet werden und stellen die weit entwickelste Form von MCO`s dar. Das IDS hebt eine fragmentierte Gesundheitsversorgung, zugunsten einer systemübergreifenden Versorgung auf und übernimmt dabei die vollständige medizinische und finanzielle Verantwortung einer definierten Population. Obwohl sich viele Systeme in den USA als integrierte Versorgungssysteme bezeichnen, ist diese Form in letzter Konsequenz noch nicht erreicht.[115]

[114] vgl. Amelung, 2007, S. 71
[115] ebd., S. 77

5.3 Instrumente des Managed Care

Wie bereits erläutert, ist Managed Care keine einheitliche Theorie mit festgelegten Instrumentarien. Vielmehr verfügen Managed Care Ansätze über eine Vielzahl an Instrumenten und Management-Ansätzen. Im Folgenden sollen einige Managed Care Instrumente, die einen engen Bezug zur Integrierten Versorgung aufweisen, exemplarisch erläutert werden.

◊ Selektives Kontrahieren

Selektives Kontrahieren wird als bedeutsamstes und entscheidendes Merkmal für Managed Care und integrierter Versorgung angesehen und nimmt dabei eine besondere Funktion in einem wettbewerbsorientierten Gesundheitswesen ein.

Der Begriff des Selektiven Kontrahierens bedeutet, dass eine individuelle Vertragsbeziehung zwischen einem Leistungsfinanzierers und einem Leistungserbringer eingegangen wird. Inhalte des Vertrages sind definierte Leistungen, die von dem Leistungserbringer gegen entsprechendes Entgelt erbracht werden.

Durch selektives Kontrahieren sollen vor allem folgende Ziele erreicht werden:[116]

- ► Kosteneinsparung durch aktive Kostenkontrolle
- ► Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung durch gezielte Auswahl der Leistungserbringer
- ► Verbesserte Planungssicherheit

Selektives Kontrahieren entspricht dabei dem Grundgedanken der Integrierten Versorgung in Deutschland, ist allerdings in weiten Teilen nicht kompatibel mit dem aktuellen deutschen Gesundheitssystem. Durch diese Form der Kontrahierung wird Gesundheitspolitik zu Gesundheitsmanagement und wirft somit wichtige Fragen zur Systemgestaltung etwa hinsichtlich des Sicherstellungsauftrages auf.[117]

Dem Selektiven Kontrahieren wird von einigen Beteiligten des Gesundheitsmarktes eine gewisse Skepsis entgegengebracht. So befürchten viele Versicherte, dass ihre Wahlfreiheit bezüglich der Leistungserbringer zu stark eingeschränkt wird und dass die Wahl der Leistungserbringer nicht von Qualitätskriterien, sondern von kostenkalkulatorischen Aspekten geleitet wird.

---

[116] vgl.Wirtschaftslexikon Gabler, http://wirtschaftslexikon.gabler.de
[117] vgl. Amelung, 2007, S. 121

◊ **Vergütungssysteme**

Als weiteres wesentliches Element zur Organisation und Steuerung von Managed Care sind die Vergütungssysteme zu sehen und sollen dabei folgende Funktionen erfüllen:[118]

- ► Die Vergütungsform soll einen Anreiz schaffen, die Leistungen wirtschaftlich und am tatsächlichen Bedarf orientiert zu erbringen und dabei eine Kosten senkende Behandlung und eine Erhöhung der Qualität belohnen.

- ► Das Vergütungssystem soll Leistungserbringern ein leistungsgerechtes Einkommen ermöglichen, zugleich aber eine zu hohe finanzielle Belastung der Managed Care Gesellschaft vermeiden.

- ► Ein Vergütungssystem soll innovationsfördernd hinsichtlich der Anwendung moderner und Qualitätsverbessernder medizinischer Behandlung wirken.

In der Praxis hat sich mittlerweile eine Vielzahl an Vergütungssystemen herausgebildet, die man meist in verschiedensten Kombinationsformen vorfindet.
Im Folgenden werden die für Managed Care Organisationen wichtigsten Vergütungssysteme für ärztliche Leistungserbringer, die jedoch auch auf andere Leistungserbringer zutreffen können, zusammenfassend dargestellt:[119]

○ **Capitation**

In diesem Vergütungssystem erhält der Leistungserbringer für jeden Patienten, zu dessen Behandlung er sich vertraglich verpflichtet hat, einen monatlichen/ jährlichen Geldbetrag.
Zur Berechnung der Kopfpauschale, ist eine klare Definition der darin enthaltenen Leistungen notwendig. Grundsätzlich können alle notwendigen Versorgungsleistungen in der Pauschale enthalten sein. In der Praxis werden jedoch meistens bestimmte Leistungen ausgegliedert und durch die Managed Care Organisation entsprechend vergütet.

[118] vgl. Amelung, 2007, S. 139
[119] ebd., S. 139 ff und Amelung 2009,S. 13ff

Je nach Gestaltung des Vertrages kann es zu einer vollständigen oder teilweisen Risikoverlagerung auf den Leistungserbringer (risk delegation oder risk sharing) kommen.

Trotz des prinzipiellen Ziels, inhärente Risiken auf die Leistungserbringer zu verlagern, werden gewisse Risiken häufig zwischen Leistungserbringer und MCO`s geteilt.

► **Erwünschte Effekte:**

Hohe Motivation der Leistungserbringer effizient vorzugehen und nur tatsächlich erforderliche Leistungen zu erbringen oder zu veranlassen

► **Unerwünschte Effekte:**

Gefahr einer unzureichenden Versorgung

Tendenz zur Risikoselektion

○ **Erfolgsorientierte Vergütung**

Ein großer Teil der Managed Care Organisationen verbindet eine Capitation-Vergütung (Grundgehalt) mit erfolgsorientierten Anteilen. Dabei entsteht jedoch die Schwierigkeit, entsprechende Kriterien zu entwickeln, die es ermöglichen einen Erfolg (Performance) im Sinne der Behandlung messbar zu machen. So wurde von den Anwendern dieser Vergütungsform eine Vielzahl von Indikatoren entwickelt, die den gesundheitlichen Nutzen der Behandlung darstellbar machen. Neben objektiven Faktoren, wie etwa der Reduzierung bestimmter Kosten oder einem breiten Angebotsspektrum, wird vor allem auch die positive Beurteilung durch die Patienten als Erfolgskriterium gewertet.

► **Erwünschte Effekte**

Qualitätsverbesserung

Arztinteresse und Patienteninteresse sind deckungsgleich

► **Unerwünschte Effekte**

Messprobleme

Hohe Kontrollkosten

○ **Fee for Service Vergütung**

Die Einzelleistungsvergütung findet bei Ärzten eine hohe Akzeptanz und bietet auf Märkten, an denen nur wenige Managed Care Organisationen teilnehmen, einen gewissen Anreiz einem Versorgungsvertrag beizutreten. Da das gesamte Morbiditäts-

und Moral Hazard Risiko (Verkürzt: Gesundheitsverhalten der Versicherten) durch die Versicherung oder der Managed Care Organisation getragen wird, ist es für die Leistungserbringer eine relativ kalkulierbare Vergütungsform.

Obwohl eine Fee for Service Vergütung, aufgrund ihrer Tendenz zur Kostenausweitung, eigentlich einer Managed Care Philosophie widerspricht, ist sie eine relativ häufige Vergütungsform.

In der Praxis jedoch wird diese Vergütungsform mit „withholds“ und gewissen Erfolgskriterien kombiniert um der unkontrollierten Ausweitung der Kosten entgegenzuwirken.

► **Erwünschte Effekte:**

Höherer Anreiz für Leistungserbringer einem Versorgungsvertrag beizutreten

Leistungsorientierte Vergütung

► **Unerwünschte Effekte**

Tendenz zur Leistungsausweitung

Besonders bei Ärzten kaum überprüfbare Notwendigkeit der Leistungserbringung

○ **Gehalt**

Die Leistungserbringer erhalten feste Monatsgehälter die oftmals, insbesondere bei Ärzten, mit einem Bonussystem verbunden sind.

► **Erwünschte Effekte:**

Verwaltungsmäßig relativ einfaches Vergütungssystem

Kein Anreiz zur Erbringung nicht zwingend notwendiger Leistungen

Ermöglicht eine umfängliche und leistungsempfängerfreundliche Betreuung

► **Unerwünschte Effekte:**

Kein Anreiz zur kostenbewussten Behandlung

◊ **Gatekeeping**

Als Gatekeeping wird ein beutendes Steuerungsinstrument im Rahmen von Managed Care bezeichnet, das die Probleme eines fragmentierten Versorgungssystems aufgreift und die gezielte Leistungssteuerung durch einen Leistungserbringer umfasst.

Ziel ist eine Optimierung der einzelnen Versorgungsschritte, die Erhöhung der ökonomischen Effizienz und die Vermeidung unnötiger Doppeluntersuchungen. Der Gatekeeper fungiert dabei als Koordinierungs- und Clearingstelle und übernimmt die Entscheidungsgewalt für

weiterführende Behandlungen. Als Gatekeeper werden häufig Primärärzte eingesetzt, die eine Übersicht über sämtliche medizinischen und paramedizinischen Behandlungen behalten.[120] Insgesamt weist das Gatekeeping eine erhebliche Evidenz im Bereich der Kostenreduzierung auf, wird jedoch vor allem hinsichtlich der Einschränkung der Wahlfreiheit von Patienten sehr kritisch gesehen, so dass von einer stringenten Durchführung in den USA wieder Abstand genommen wurde.[121]

◊ **Casemanagement**

Im Rahmen von Managed Care kommt dem Casemanagement eine wichtige Funktion zu. Dabei soll vor allem die Qualität und die Kosteneffizienz durch ein kooperatives und multidisziplinäres Management gefördert werden. Casemanagement unter Managed Care, richtet sich vor allem an Patienten mit einem hohen Morbiditätsrisiko, oder mit chronischen Erkrankungen.[122] Da Casemanagement in anderen Kapiteln dieser Arbeit noch ausführlich behandelt wird, soll dieses Thema an dieser Stelle nicht weiter vertieft werden.

[120] Die hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b SGB V kann als klassisches Gatekeeping verstanden werden
[121] vgl. Amelung, 2007, S. 179
[122] ebd., S. 215 ff

5.4. Zur Bewertung von Managed Care

Nach Jahren der ungebremsten Expansion von Managed Care in den USA bis zum Ende der 90er Jahre, hat unter dem Stichwort „Managed Care - Backlash“ eine erhebliche Konsolidierung stattgefunden, die zu einer weitaus kritischeren und differenzierten Betrachtung von Managed Care führte.

So stößt eine Gesundheitsversorgung unter Managed Care insbesondere bei Ärzten, aber auch Versicherten auf Kritik. Tatsächliche halten jedoch die oft angeführten Qualitätseinbußen unter Managed Care einer empirischen Überprüfung nicht stand. Demgegenüber haben sich allerdings auch die Erwartungen hinsichtlich einer Qualitätsverbesserung der Versorgung, etwa durch optimierte Prozesse nicht erfüllt. Bezüglich der Kostenreduktion sind die Einspareffekte jedoch deutlich, vor allem aufgrund der Reduktion stationärer Leistungen zu Gunsten ambulanter Versorgungsangebote. [123]

Falls Managed-Care Konzepte, vor dem Hintergrund aktueller gesetzlichen Entwicklungen, im Gesundheitsbereich in der BRD verstärkt eingesetzt werden sollen, gilt es den entsprechenden Rahmen zu schaffen um eine sozial verantwortliche Umsetzung zu garantieren. Zur ausführlichen Bewertung von Managed Care sei hier auf das Kapitel 6.4 verwiesen.

[123] vgl .Amelung 2007, S. 289 ff

6. Integrierte Versorgung und Managed Care Ansätze in der psychiatrischen Versorgung

6.1 Integrierte Versorgung und Managed Care im Ursprungsland USA

Im Bereich der seelischen Erkrankungen war man zu Anfang der Expansion des Managed Care in den USA noch zurückhaltend. Im letzten Jahrzehnt ist allerdings auch in diesem Bereich ein starker Anstieg der Versorgung durch die als „Managed Behavioral Health Care Organizations“ bezeichneten MCO`s zu verzeichnen.[124]

„In the past decade, the number of covered lives, or enrollees, in managed behavioral health care organizations has risen dramatically, nearly doubling from 1993 to 1996 . In 1999 a total of 79 percent of Americans with health insurance were enrolled in managed behavioral health care organizations.“[125]

Insgesamt gestaltet es sich äußerst schwierig, einen Überblick sowie eine generelle Bewertung zu Managed Care Ansätzen in der psychiatrischen Versorgung in den USA vorzunehmen, da wie in Kapitel 5. beschrieben, Managed Care kein homogenes Konzept darstellt, sondern auch im Bereich der psychiatrischen Versorgung eine Vielzahl an differenzierten Ansätzen und Versorgungsbausteinen umfasst. [126]

So ist die Managed Care Landschaft auch im Bereich der seelischen Gesundheit nicht nur hinsichtlich ihrer Organisation sondern auch in den einzelnen Regionen der USA höchst heterogen ausgestaltet, so dass ein Überblick nahezu unmöglich ist und hier nur ein exemplarischer Einblick gegeben werden kann.

“In 1998, 66 percent of all mental health organizations were part of one or more managed care networks, compared with 40 percent in 1994. Non Federal general hospitals with separate psychiatric services and private psychiatric hospitals had the largest percentage of managed care participants- 92 and 81 percent, respectively. The next largest percentages were all others (56 percent), RTCs (46 percent), and VA medical centers (48 percent). The

---

[124] Roick C,. König H,Integrierte Versorgung und Managed Care in der Psychiatrie: Chancen und Risiken neuer Versorgungsformen und aktueller gesundheitspolitischer Entwicklungen. , Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis 2006; 2: 417-423, (IF 0)

[125] Mowbray et. al. Managed Behavioral Health Care in the Public Sector: Will it Become the Third Shame of the States?, PSYCHIATRIC SERVICES, February 2002 Vol. 53 No. 2, http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/reprint/53/2/157

[126] Gibt man den Suchbegriff „Managed Care“ bei der Online Version der Fachzeitschrift „Psychiatric Services“ , dem Organ der American Association of Psychiatrists ein, finden sich hierzu 14511 Einträge

organizations least likely to be part of managed care networks were State mental hospitals (14 percent).”[127]

Zur Erklärung des Gesundheitssystems in den USA, müssen auch die beiden wichtigsten staatlichen Anbieter Medicaid und Medicare genannt werden. Diese werden aus Steuermitteln finanziert und bedienen die Zielgruppen der älteren Menschen, Arbeitslosen, Armen und Behinderten mit einem Anteil von ca. 20 % der Versicherten.[128] Diese beiden Organisationen haben jedoch wiederum die Möglichkeit, mit Managed Care Organisationen Verträge zur Leistungserbringung abzuschließen und sind je nach Bundesstaat unterschiedlich ausgestaltet.[129]

Eine Managed Care Struktur im „Public Sector“ wird für den Bereich der seelischen Gesundheit dabei höchst differenziert bewertet. Neben einigen Vorteilen werden klar die negativen Auswirkungen benannt.

“Unfortunately, the empirical and anecdotal evidence of the negative effects of public-sector managed care is as compelling as the evidence for its benefits.“[130]

So wird ein erschwerter Zugang zu den Versorgungsleistungen, eine unzureichende Qualität der Behandlung und mangelnde Auswahl an Versorgungsanbietern kritisiert.

Eine wesentliche Motivation zur Implementierung von Managed Care Ansätzen auch im Bereich der seelischen Gesundheit in den USA, ist im Bereich der Kostenreduktion zu sehen.

„Managed Care for behavioral disorders developed in earnest during the early 1980`s in response to rising sevice utilization and costs.”[131]

Aufgrund der Deregulierung der Krankenhausindustrie in den 1980 er Jahren in den USA, das zu einem enormen Wachstum von profitorientierten psychiatrischen Einrichtungen, überwiegend großen Klinikketten, führte, stiegen die Versorgungskosten dramatisch an. So erhöhten sich etwa die stationären Aufnahmen im Zeitraum zwischen 1982 und 1987 um das vierfache. Zugleich wurden unethische und illegale Praktiken dieser Anbieter bekannt, die um ihre Betten zu belegen, etwa Prämien für Patienten bezahlten.[132]

---

[127] vgl. National Mental Health Information Center, USA http://mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/SMA04-3938/Chapter18.asp

[128] http://www.forum-gesundheitspolitik.de/

[129] als Beispiel sei hier auf Medi-Cal in Kalifornien verwiesen, http://www.medi-cal.ca.gov/

[130] Mowbray et.al, 2002, Managed Behavioral Health Care in the Public Sector: Will It Become the Third Shame of the States?, S. 163 Psychiatric Services_ February 2002 Vol. 53 No. 2, http://ps.psychiatryonline.org/cgi/reprint/53/2/157?maxtoshow=&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=managed+care&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&resourcetype=HWCIT

[131] Hoge et. al. , 2000, Understanding Managed Behavioral Health Care, S. 242, in: The Psychiatric Clinics of North America – Managed Care and Mental Health

[132] ebd.

Um dieser Entwicklung gegenzusteuern wurden Verträge mit Unternehmern abgeschlossen, die spezielle „Managed Behavioral Health Care Organizations (MBHOs)“ mit strukturierten und zielgerichteten Angeboten entwickelten. Diese Management Techniken wurden von Versicherungen und anderen MCO`s übernommen, so dass diese auch als Anbieter für staatliche Versicherungsprogramme in Frage kamen und sich so eine Managed Care Struktur im Bereich der seelischen Gesundheit etablierte.[133]

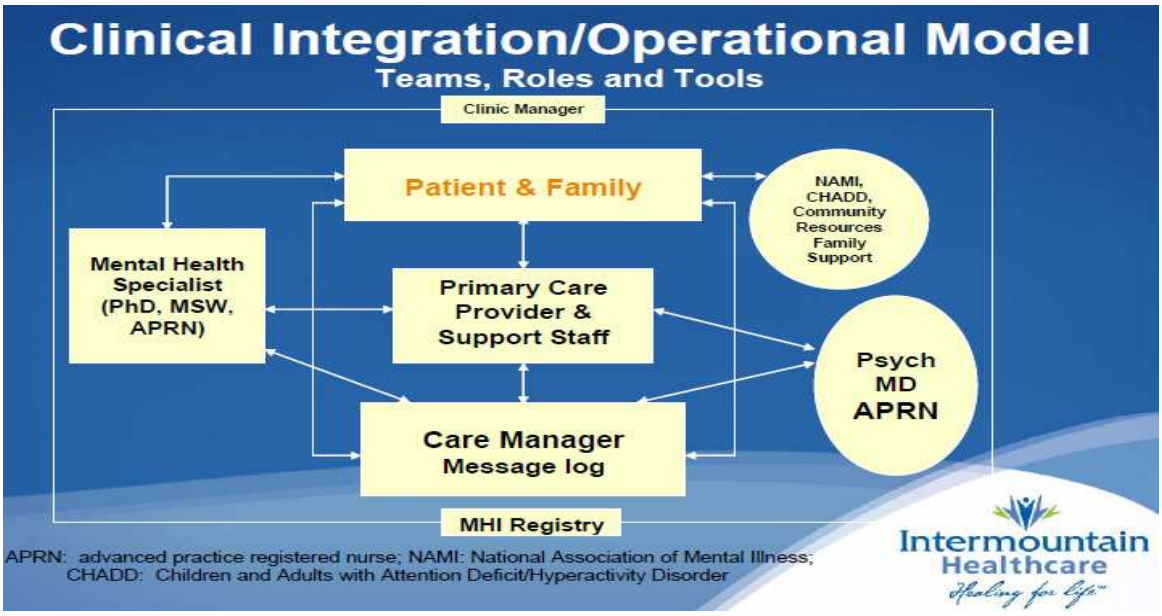
Als Beispiele unter der Vielzahl an typischen Managed Care Organisationen die Angebote im „Bereich Mental Health an Behavioral Problems“ vorhalten, können etwa Montefiore in New York oder auch die Intermountain Medical Group (Intermountain Healthcare) in Utah und Idaho genannt werden.[134]

Innerhalb dieser Managed Care Versorgung wird versucht, integrierte Versorgungssysteme im US-englischen „Integrated Delivery Systems“ umzusetzen, die allerdings ebenfalls nicht annähernd eine ähnliche Struktur aufweisen.

Beispielsweise sei hier die bereits erwähnte Intermountain Healthcare genannt, die ein System der „Mental Health Integration“ als Antwort auf die unzureichende Erkennung seelischer Störungen bei ihren Patienten entwickelte. Dabei wird im Rahmen ihrer Primary Care Clinics- vergleichbar mit unseren medizinischen Versorgungszentren - durch ein strukturiertes Monitoring, auch bei vordergründig somatischen Problemen versucht, psychische Probleme möglichst frühzeitig zu erfassen und zeitnah eine evidenzbasierte Behandlung, die durch einen Casemanager koordiniert wird, einzuleiten. Dabei wird neben spezialisiertem Mental Health Personal, Experten unterschiedlicher Fachrichtungen, auch immer das soziale Umfeld und die Familie miteinbezogen.

[133] ebd.
[134] http://www.montefiore.org/,http://intermountainhealthcare.org/Pages/home.aspx

Nachfolgende Abbildung aus einem Vortrag von Reiss-Brenann soll dies illustrieren. [135]



Im Folgenden eine Zitat aus einer Broschüre der IMH zur Verdeutlichung der Versorgungsstruktur.[136]

What is Mental Health Integration?

Mental Health Integration (MHI) is a program that coordinates mental health services with treatment for other healthcare needs. Because mind and body go hand in hand, emotional health has a powerful effect on physical health—and vice versa. Th is means it makes sense to integrate all medical treatment, including mental health services.

Grundsätzlich arbeiten MCO`s im Bereich der seelischen Gesundheit, nach den allgemeinen Managed Care Prinzipien, mit einer Vielzahl an unterschiedlichen Anbieterstrukturen. Auch entwickelten sich eine umfassende Zahl unterschiedlicher Angebote, die neben spezialisierten stationären Leistungen, insbesondere hoch differenzierte ambulante Versorgungsangebote wie Notfallservice, spezielle ambulante Therapieangebote oder häusliche Versorgung anbieten.[137]

---

[135] Aus einer Präsentation von Reiss-Brennan, 2009, Health Policy Monitor, http://www.hpm.org/Downloads/Events/HPN_Events/Reiss-Brennan_IH_Berlin_2009_International_Forum_FINAL_ppt.pdf

[136] https://intermountainhealthcare.org/ext/Dcmnt?ncid=520451463

[137] So bietet etwa der genannte Anbieter Montefiore spezielle Drogen und Suchtprogramme an, www. Montefiore.org, vgl. O´Brien, 2000, The economics of Managed Care in behavioral health, in: The Psychiatric Clinics of North America – Managed Care and Mental Health

Insgesamt jedoch scheint, trotz einer gut strukturierten Angebotvielfalt mit umfangreichen gemeindeorientierten Programmen, das System der psychiatrischen Versorgung in den USA vor größeren Herausforderungen zu stehen.

So bewertet die National Alliance of Mental Illness eine Selbsthilfebewegung (grassroots mental health advocacy organization) die psychiatrische Versorgung in den USA, mit Ausnahme einiger Staaten wie New York oder Maine als überwiegend unzureichend.

"Mental health care in America is in crisis. The nation's mental health care system gets a dismal D. As the nation confronts a severe economic crisis, demand for mental health services is increasing -- but state budget cuts are creating a vicious cycle that is leaving some of our most vulnerable citizens behind."[138]

Diese Bewertung verdeutlicht noch einmal die Unübersichtlichkeit des Systems und wirft zugleich die Frage auf welche Rolle dabei Managed Care spielt.

[138] NAMI: Grading the States: http://www.nami.org/gtsTemplate09.cfm?Section=Grading_the_States_2009

6.2 Praxismodelle Integrierter Versorgung in der Psychiatrie – ein Überblick

Trotz der – im Gegensatz zum somatischen Bereich - relativ kleinen Zahl integrierter Versorgungsverträge im psychiatrischen Bereich wurden mittlerweile eine nicht mehr überschaubare Anzahl an integrierten Versorgungsverträgen zur Behandlung psychisch Erkrankter implementiert.

Diese Verträge sind dabei hinsichtlich ihres Inhaltes, der Zielgruppen und der Leistungserbringer höchst unterschiedlich gestaltet, so dass ein genereller Überblick kaum möglich ist. In der von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde erstellten Liste zu IV-Verträgen in der Psychiatrie werden zum Stand 18.2.2010 sechsundfünfzig unterschiedliche Verträge aufgeführt, die allerdings nur einen Teil der bestehenden IV-Verträge darstellen.

Eine Vielzahl dieser Verträge ist dabei diagnoseorientiert und wurden nur von einzelnen Kassen abgeschlossen, so dass sie nur einen eingeschränkten Kreis von Patienten ansprechen.

So bestehen etwa Verträge zur indikationsspezifischen Behandlung der Demenz, von Schizophrenie, Depressionen oder Essstörungen.[139] Dabei werden zum Teil nur bestimmte Leistungen, wie etwa Psychoeduktion oder Adherence - Therapie über die Integrierte Versorgung abgedeckt.

Im Rahmen dieser Arbeit soll hier kurz auf zwei weitere relevante Verträge eingegangen werden, da sie bezüglich ihres Inhaltes und der Zielsetzung ähnlich dem hier dargestellten Vertrag der Techniker Krankenkasse zum Netzwerk psychische Gesundheit (NWPG) gestaltet sind, jedoch aufgrund der Vertragspartner strukturelle Unterschiede aufweisen.

Als erstes sei hier das so genannte Niedersächsische Modell genannt, das durch die ärztlich geleitete Management Gesellschaft IHC GmbH & Co KG realisiert wird.

Dieses Modell weist im Wesentlichen dieselben Module wie der TK Vertrag zum Netzwerk psychische Gesundheit auf und versucht durch die Angebote Hometreatment, Koordinationsstelle und Krisenpension, Klinikaufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen. Die Managementgesellschaft hat hierfür entsprechende Kooperationsverträge mit Soziotherapeutischen Leistungserbringern, Kliniken, Fach- und Hausärzten abgeschlossen um das Ziel einer integrativen und koordinierten Versorgung zu erreichen.[140]

Darüber hinaus soll hier das Hamburger Modell des Universitätsklinikums Hamburg - Eppendorf erwähnt werden. Dieses Modell soll insbesondere durch eine aufsuchende

[139] vgl. Weatherly, Lägel, 2009
[140] http://www.drwalle.de/psychiatrische-erkrankung-integrierte-versorgung.html

Behandlung/ Hometreatment, unter Einbeziehung niedergelassener Psychiater, vor allem für schizophren und affektiv Erkrankte eine verbesserte ambulante Versorgung erreichen.[141]
Bei beiden Verträgen ist die Deutsche Angestellten Krankenkasse Hauptkostenträger.
Die Vergütung erfolgt ebenso über Kopfpauschalen, aus der alle notwendigen Leistungen erbracht werden. Im Unterschied zur Finanzierung des Vertrages zum Netzwerk psychische Gesundheit (NWPG) der Techniker Krankenkasse der hier im zweiten Teil bearbeitet wird, werden dabei nicht prospektiv errechnete Kosten umgelegt, sondern die tatsächlich entstandenen Kosten für den stationären Bereich als Kopfpauschale zur Verfügung gestellt, was zu einer weit höheren Vergütung führt.
Beide Verträge können aktuell Einsparungseffekte, vor allem durch eine Reduzierung der Klinikaufenthalte nachweisen.[142] Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass bei ähnlicher konzeptioneller Ausgestaltung der IV - Verträge - die Vermeidung von Klinkaufenthalten durch eine verbesserten ambulanten Behandlung - nun drei unterschiedliche Anbieter - Klinik, niedergelassene Fachärzte, Gemeindepsychiatrische Träger – die Steuerung eines integrierte Versorgungsvertrages übernehmen. So kann mit Spannung abgewartet werden, wie sich die Ergebnisse der Integrierten Versorgung unter diesen unterschiedlichen Steuerungskonzepten darstellen.

6.3 Zur Bewertung Integrierter Versorgung und Managed Care in der Psychiatrie

Aufgrund der heterogenen Ziele und Strukturen integrierter Versorgungsmodelle und deren Managed Care Bausteine ist es schwierig, eine allgemeine Bewertung durchzuführen.
Umfangreiche Erfahrungen mit Managed Care bestehen überwiegend in den USA, eine Übertragung auf das deutsche Gesundheitssystem ist aufgrund der völlig unterschiedlichen Ausgestaltung jedoch nicht zulässig. Es ist aufgrund der entsprechenden Gesundheitsreformen allerdings davon auszugehen, dass diese neue Versorgungsform auch in der Psychiatrie mittelfristig zu einem Schwerpunkt der Kostendämpfungsbemühungen werden soll.
Tatsächlich könnten Managed Care Ansätze aufgrund ihrer effektiven Strukturen mit standardisierten Leitlinien und Therapieverfahren entscheidend zur Kostenreduktion beitragen.

---

[141] http://www.uke.de/kliniken/psychiatrie/index_40465.php
[142]vgl.http://www.dggoe.de/files/jahrestagung_2009/Oekonomische_Bewertung_der_Integrierten_Versorgung_schwer_psychisch_Kranker_in_Berlin_Brandenburg_und_Niedersachsen_Bremen.pdf,
Vortrag Dr. Ohm, http://www.iv-hh.de/iv-2008/pdf/vortrag_ohm.pdf

So konnten Goldman et.al. an einer großen US – amerikanischen Firma nachweisen, dass sich die Kosten im ersten Jahr nach der Einführung einer Managed Care Struktur um 40 % reduzieren ließen und in den Folgejahren weiter fielen, während diese in den Jahren vor der Implementierung von Managed Care kontinuierlich gestiegen sind.[143]

Einsparungen wurden dabei im Wesentlichen durch die Reduzierung der Klinikaufenthalte und der stationären Verweildauern erzielt.

„The main factors behind the cost reduction were a decrease in the number of outpatient sessions per user, a decrease in inpatient admissions, a decrease in length-of stay, and a decrease in costs per day.“[144]

Neben einer Reduzierung der Inanspruchnahme der Versorgungsangebote durch die Patienten konnte als wesentlicher Faktor zur Senkung der stationären Aufnahmeraten ein verbessertes ambulantes, gemeindeorientiertes Angebot ausgemacht werden.[145]

Overall, the change to managed behavioral health care accelerated the trend away from inpatient to outpatient care and reversed the trend of increasing costs per inpatient day.[146]

Dabei kann eine Kostensenkung durch Managed Care nicht als Erfolg gelten, wenn sich das Leistungsangebot in qualitativer und quantitativer Hinsicht nicht mindestens als gleichwertig erweist oder sogar verbessert.

Hierzu ist trotz umfangreicher Studien keine eindeutige Aussage zu treffen, da die Ergebnisse je nach untersuchter Managed Care Organisation oder Fokus der Evaluationen höchst unterschiedlich ausfallen.[147]

Einige Untersuchungen sprechen von deutlichen Vorteile einer Managed Care Versorgung bei seelischen Erkrankungen, da unter Managed Care häufig ein umfangreicheres ambulantes Versorgungsangebot vorgehalten wird und zudem die Überwindung der Schnittstellenproblematik zwischen ambulant und stationär gelingt und eine unbürokratische und flexible Nutzung der einzelnen Angebote ermöglicht wird.[148]

---

[143] Goldman et. al, Costs And Use Of Mental Health Services Before And After Managed Care, Health Affairs, Vol. 17, Issue 2, 40-52, http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/17/2/40

[144] ebd.

[145] ebd.

[146] ebd.

[147] Roick C,. König H, Integrierte Versorgung und Managed Care in der Psychiatrie: Chancen und Risiken neuer Versorgungsformen und aktueller gesundheitspolitischer Entwicklungen. , Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis 2006; 2: 417-423, (IF 0)

[148] ebd., siehe auch Mowbray et. al. Managed Behavioral Health Care in the Public Sector: Will It Become the Third Shame of the States?, Psychiatric Services, February 2002 Vol. 53 No. 2, http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/reprint/53/2/157

Dem stehen jedoch klare negative Effekte gegenüber, die zu einem großen Teil mit der Finanzierung über ein Capitation - Modell korrelieren, das im Gegensatz zu einer Fee-for-Service Vergütung, nur eine begrenzten Leistungserbringung ermöglicht.
So wurde in unterschiedlichsten Studien eine Anzahl von negativen Auswirkungen durch eine Managed Care Struktur in der Versorgung von psychisch Erkrankten festgestellt.[149]

- selektive Ablehnung von psychisch schwer Erkrankten, die einen hohen Behandlungsaufwand erfordern
- Verhinderung des Zuganges schwer Erkrankter und hoch vulnerabler Patienten zu kostenintensiven Versorgungsangeboten
- geringere Versorgungseffektivität bei schwer erkrankte Patienten (als Folge o.g. Punkte)
- erhöhte Wahrscheinlichkeit einer inadäquaten Neuroleptikabehandlung
- zu starke Beschneidung stationärer Behandlung die zu hohen Wiederaufnahmeraten führt
- Einschränkung der Autonomie fachärztlicher Entscheidungen

Darüber hinaus weist die psychiatrische Versorgung einige Spezifika auf, die in der somatischen Versorgung weniger bedeutend sind.
So sind viele psychisch erkrankte Menschen aufgrund fehlender Krankheitseinsicht nicht in der Lage, sich aktiv um ihre psychiatrische Versorgung zu kümmern, so dass bei diesen Menschen, die üblicherweise gerade deshalb einen hohen Hilfebedarf aufweisen, unter Managed Care die Gefahr besteht, keinen Zugang zu einer adäquaten Behandlung zu erhalten.
Darüber hinaus ist vor allem im psychiatrischen Bereich eine eindeutige Festlegung, was als Behandlungserfolg zu werten ist schwierig.
Viele Ziele unter Managed Care beschränken sich dabei auf evaluierbare Outcome-Kriterien, wie etwa die Reduzierung stationärer Aufnahmen, was allerdings nicht als allgemeines Qualitätskriterium herangezogen werden kann, da für die einzelnen Patienten völlig unterschiedliche Bedarfe bestehen und somit individuell kontraproduktiv wirken können.[150]

[149] ebd.
[150] Roick C,. König H,, Integrierte Versorgung und Managed Care in der Psychiatrie: Chancen und Risiken neuer Versorgungsformen und aktueller gesundheitspolitischer Entwicklungen. , Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis 2006; 2: 417-423, (IF 0)

Aufgrund der erst seit relativ kurzer Zeit möglichen Implementierung von integrierten Versorgungsansätzen unter Managed Care Bedingungen in Deutschland liegen entsprechende differenzierte Studien, die diese Aspekte berücksichtigen noch nicht vor. Da alle bisherigen integrierten Versorgungskonzepte für den psychiatrischen Bereich höchst unterschiedlich gestaltet sind, etwa rein indikationsbezogene vs. populationsorientierte Versorgungskonzepte ist auch hier eine generelle Bewertung schwierig. Einige integrierte Versorgungsformen scheinen jedoch bereits recht Erfolg versprechend.

So konnte das IV-Projekt das Hamburger Unversitätsklinikums Eppendorf zeigen, dass sich etwa das Funktionsniveau der eingeschriebenen Patienten innerhalb eines Jahres deutlich gesteigert hat und zugleich ein deutlich geringerer Behandlungsabbruch im Rahmen der Integrierten Versorgung erfolgte.[151]

Da aufgrund des grundlegenden Zieles der Krankenkassen, durch integrierte Versorgungsmodelle mit entsprechender Capitation - Vergütung eine Kostenreduktion zu erreichen, tatsächlich die Gefahr besteht eine qualitativ schlechtere Behandlung anzubieten, muss diesem Aspekt bei der Umsetzung der Integrierten Versorgung besondere Aufmerksamkeit zuteil werden.

Ein weiterer Aspekt, der hier genannt werden muss ist, dass bei einem weiteren Ausbau integrierter Versorgungsmodelle in der Psychiatrie, sich eine zunehmende Unübersichtlichkeit der einzelnen Versorgungsangebote entwickelt.[152]

„Abgesehen von der Finanzierungsproblematik wären IV-Verträge in der psychiatrischen Versorgung dann interessant, wenn sie für eine regional definierte Population (Versorgungsverpflichtung) und für alle für diese Population zuständigen Kassen gelten würden, damit es sich lohnt, die Behandlungsprozesse (in der Klinik und zwischen Klinik und übrigem gemeindepsychiatrischen Netzwerk) zu verändern.“[153]

Die Implementierung differenzierter Versorgungsangebote einzelner Kassen für möglicherweise unterschiedliche Diagnosen, die nicht nur eine strukturelle Integration bei SGB V Leistungserbringern wie niedergelassenen Fachärzten und Kliniken notwendig machen, sondern auch eine Kooperation mit SGB XII Angeboten erfordern, könnten das Ziel

---

[151] vgl. Ohm G. 2008, Das Hamburger Modell des UKE-Integrierte Versorgung für Psychosepatienten, Vortrag 4. Hamburger Symposium zur Integrierten Versorgung, http://www.iv-hh.de/iv-2008/pdf/vortrag_ohm.pdf

[152] So klagen niedergelassene Ärzte aufgrund der unterschiedlichen Angebote der Krankenkassen, bereits über unübersichtlich Versorgungsansprüche ihrer einzelnen Patienten.

[153] Heinrich Kunze, Paul-Otto Schmidt-Michel, Personenbezogene Behandlung durch psychiatrisch-psychotherapeutische Kliniken
und ihre zukünftige Finanzierung, Kooperation und Verantwortung
in der Gemeindepsychiatrie, Aktion psychisch Kranke, Tagungsbericht
Kassel, 3./4. November 2008, S. 220, http://www.apk-ev.de/publikationen/Band_35.pdf

einer Steuerbarkeit der psychiatrischen Versorgung konterkarieren und möglicherweise zu höheren Kosten führen.

7. Das Netzwerk psychische Gesundheit (NWPG) – Ein Vertrag zur integrierten Versorgung psychisch erkrankter Menschen

7.1 Ausgangslage und übergeordnete Ziele des Versorgungsvertrages

Grundsätzliches Ziel des Vertrages zur integrierten Versorgung der psychisch erkrankten Versicherten (der Techniker Krankenkasse) ist eine qualitativ und quantitativ deutlich verbesserte ambulante Versorgung, unter Beachtung ökonomischer Notwendigkeiten zu erreichen.

Der Vertrag bezieht sich dabei auf die Psychiatrie-Enquete von 1975 und stellt die darin genannten Forderungen nach gemeindenaher, aufsuchender und bedürfnisorientierter Behandlung in den Mittelpunkt.

Wesentliche Elemente des Versorgungsvertrages sind somit die konsequente Ambulantisierung der Behandlung durch die Einrichtung außerstationärer Krisenversorgung, die Etablierung des "Hometreatment"- Konzeptes, sowie einer umfassenden Fallsteuerung im Sinne eines „Intensive Case Managements" nach Angloamerikanischem Vorbild.

„Sie (Anm. Integrierter Versorgung) besteht auf Basis der bisherigen Regelversorgung aus einer alternativen Versorgungsstruktur im Sinne eines fach- und sektorenübergreifenden, multiprofessionell arbeitenden Versorgungsnetzes, welches Leistungsprozesse, die in der traditionellen Versorgung inhaltlich und institutionell getrennt sind, miteinander verknüpft und alle zur Versorgung psychisch Kranker erforderlichen Leistungserbringer einbezieht."[154]

Allerdings muss angemerkt werden, dass als wesentliche Motivation zur Implementierung des Netzwerkes psychische Gesundheit (NWPG) nicht nur die Verbesserung der Versorgung sondern auch der massiv steigenden Kostendruck, der vor allem durch stationäre Aufenthalte im Bereich der psychiatrischen Versorgung verursacht wird, anzusehen ist.

[154] Aus: Vertrag zur integrierten Versorgung Psychiatrie in Bayern, Netzwerk psychische Gesundheit, Vertragspartner : Techniker Krankenkasse und Awolysis GmbH

„Fast 1,1 Millionen Krankenhausaufenthalte verzeichnete die Techniker Krankenkasse (TK) 2009 insgesamt, in über 50.000 Fällen handelte es sich dabei um Patienten mit Depressionen, Schizophrenien oder Persönlichkeitsstörungen.
Rechnet man die TK-Daten auf die Gesamtbevölkerung hoch, ergeben sich bundesweit über eine halbe Million stationäre Aufenthalte aufgrund dieser psychischen Diagnosen – Klinikaufenthalte, die sich vermeiden ließen, wenn die Patienten angemessenambulant betreut würden.“[155]

So verteidigen Vertreter der Techniker Krankenkasse deutlich ihre Intention, mit diesem Versorgungsvertrag die Kosten für stationäre Aufenthalte zumindest auf aktuellem Niveau zu halten. Folgende Zusammenfassung zeigt die Ausgaben der Technikerkrankenkasse für Klinikaufenthalte im Bereich der psychischen Störungen:

TK-Ausgaben stationäre Versorgung F-Diagnosen gesamt:[156]

2005: € 311.814.696

2006: € 331.173.136 (+ 6,21%)

2007: € 357.632.329 (+7,99%)

2008: € 374.622.822 (+4,75%)

Ausgabenanstieg 2005 - 2008: + 20,14%

Mitgliederzuwachs 2005 - 2008: +18,79%

TK-Ausgaben stationäre Versorgung F-Diagnosen pro Fall:[157]

2005 (61.610 Versicherte): € 5.084

2006 (64.952 Versicherte): € 5.117 (+ 0,66%)

2007 (70.869 Versicherte): € 5.056 (- 1,20%)

2008 (75.864 Versicherte): € 4.956 (- 1,97%)

Insgesamt pro Fall 2005 - 2008: -2,51%

[155] Informationen des Techniker Krankenkasse, Medienservice, Psychische Störungen – Kranker Kopf oder kranke Gesellschaft, Februar 2010, http://www.tk-online.de/centaurus/servlet/contentblob/202204/Datei/42877/Medienservice-Februar-2010-Psychische%20Gesundheit.pdf
[156] Aus einer Präsentation von Dr. Thomas Ruprecht auf der Tagung „Neue Wege in der Gemeindepsychiatrie“, 6. Oktober 2009, München, www.projekteverein.de
[157] ebd.

Für die Techniker Krankenkasse war möglicherweise auch die Einführung des Morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleichs zum 01.01.09 ein möglicher Faktor sich neuen Versorgungskonzepten im psychiatrischen Bereich zuzuwenden.

Der Versorgungsvertrag der Techniker Krankenkasse beschreibt dabei klar definierte Ziele:

- Senkung der Zahl stationärer Aufenthalte und der Selbsteinweisungsquoten
- Verkürzung bzw. störungsspezifische Optimierung der Verweildauern
- Vermeidung von Therapieabbrüchen
- Vermeidung von stationären Wiederaufnahmen
- Senkung der Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage

Die Integrierte Versorgung nach diesem Vertrag ist dabei als notwendige Ergänzung bisheriger Versorgungsangebote zu sehen. Ziel ist im Wesentlichen, eine umfassende ambulante Krisenversorgung für die Versicherten zur Verfügung zu stellen.[158] Die inhaltliche Arbeit orientiert sich dabei an dem Need - adapted Treatment, der bedürfnisangepassten Behandlung, die in skandinavischen Ländern große Erfolge vorzuweisen hat.[159]

Durch verschiedenste Leistungskomplexe unter anderem Soziotherapie, psychiatrische Pflege und fachärztliche Behandlung soll eine aufsuchende Behandlung (Hometreatment- Assertive Community Treatment) und Begleitung, unter Einbezug der Angehörigen und des weiteren sozialen Umfeldes des Patienten erfolgen.

Für Krisensituationen, die einen Wechsel des Wohnumfeldes, jedoch keinen stationären Aufenthalt erfordern, werden die so genannten Rückzugsräume vorgehalten. In einem Non-Hospital Setting werden die Patienten durch intensive fachliche Betreuung, zur Bewältigung ihrer seelischen Krisen unterstützt.

Dieser Vertrag zur Integrierten Versorgung basiert dabei auf einem Referenzvertrag der nach mehrjährigen Vorarbeiten von Vertretern der Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste (GAPSY) und des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie e.V. mit der Technikerkrankenkasse entwickelt worden ist.[160]

---

[158] Zechert et.al., 2010,Integrierte Versorgung in der Gemeindepsychiatrie- jetzt ! in: Soziale Psychiatrie, 34.Jahrgang Heft 1,S. 4 ff

[159] vgl. Aderhold et. al. 2003,

[160] Protagonisten dieses Vertrages waren unter anderem der Vorsitzende des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie Hr. Faulbaum-Decke, als ehemaliger Geschäftsführer von GAPSY Bremen und jetzige

Im Jahre 2007 fanden erstmals Gespräche diesbezüglich statt. Die Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste – Gapsy, konnte zu diesem Zeitpunkt bereits auf umfangreiche Erfahrungen im Bereich der Integrierten Versorgung zurückgreifen, da diese bereits Verträge mit einigen Krankenkassen zur ambulanten Behandlung deren Versicherter abgeschlossen hatte. Wesentliche Elemente dabei waren die so genannten Rückzugsräume, die ambulante psychiatrische Pflege, sowie die ambulante Soziotherapie. Vor dem Hintergrund der im praktischen Alltag erlebten positiven Erfahrungen hinsichtlich Versorgungsverbesserung und Vermeidung von Klinikaufenthalten, wurde die erste Version eines Vertrages entwickelt, der zum jetzigen Vertrag „Netzwerk für psychische Gesundheit (NWPG) weiterentwickelt wurde.[161]

Parallel zu den Vertragsverhandlungen wurde unter dem Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. das Bundesnetzwerk SGB V ins Leben gerufen, das als Forum und Katalysator zur weiteren Entwicklung von SGB V Leistungen durch Gemeindepsychiatrische Träger dient.

Das Vertragssystem zum NWPG basiert dabei auf einer klassischen Managed Care Systematik, da es neben dem integrierten Versorgungssystem, das nicht von Managed Care zu trennen ist, auch zwingend charakteristische Managed Care Instrumente beinhaltet.[162]

- ○ Integration der Leistungsfinanzierung und Erstellung
  - ► Vergütung nach dem Capitation-System mit entsprechender Risikoverlagerung (Risk Sharing oder auch Risk Delegation)
- ○ Selektives Kontrahieren (gezielte Auswahl der Leistungsanbieter)
- ○ Integrierte und Koordinierte Behandlungsprozesse durch Casemanagement
- ○ Gatekeeping
- ○ Disease Management und Chronic Care
- ○ Die Anwendung von Guidelines und Versorgungspfaden

Zusammenfassend kann konstatiert werden, das der Versorgungsvertrag zum NWPG die gleichen Ziele verfolgt die für das Managed Care Konzept als konstitutiv angesehen werden können:

Die Erhöhung der Qualität der Behandlung bei gleichzeitiger Senkung der Kosten.[163]

Geschäftsführer der Brücke in Schleswig Holstein, sowie Helmuth Thiede aktueller Geschäftsführer der GAPSY, die aufgrund der integrierten Versorgung „Rückzugsräume“ erste Erfahrungen mit dieser Form der SGB V Leistungen sammeln konnte. Siehe:
http://psychiatrie.de/data/pdf/d6/08/00/Ambulante_Versorgung_020909.pdf

[161] siehe Techniker Krankenkassse unter www.tk-online.de. Diese Informationen stammen aus einem Gespräch mit Helmuth Thiede, Geschäftsführer GAPSY Bremen und Beteiligter an den ersten Vertragsverhandlungen

[162] vgl. Amelung et. al 2009, S. 3

[163] ebd., S. 5

7.2 Vertragsnehmer der integrierten Versorgung

7.2.1 Leistungserbringer des Netzwerkes psychische Gesundheit in der BRD

Der Vertrag zur integrierten Versorgung psychisch erkrankter Versicherter der Techniker Krankenkasse (NWPG) wurde in identischer bzw. sehr ähnlicher Form, mittlerweile mit einer Vielzahl an Trägern psychiatrischer Einrichtungen in der Bundesrepublik abgeschlossen.

Der größte Teil der Vertragspartner sind dabei klassische Träger sozialpsychiatrischer Angebote, die über die Eingliederungshilfe nach SGB XII finanzierte Einrichtungen, im so genannten komplementären Bereich betreiben.

Einige dieser Träger sind jedoch aufgrund ihrer Trägerschaft von medizinischen Versorgungsangeboten bereits im SGB V Bereich tätig und Vertragspartner verschiedenster Krankenkassen.

So wurde dieser Vertrag unter anderem mit der bereits erwähnten Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste GmbH in Bremen abgeschlossen, die bereits das innovative Versorgungsmodell "Rückzugsräume", im Rahmen eines IV-Vertrages mit mehreren Krankenkassen, seit einigen Jahren erfolgreich betreibt. Aktuell wurde ein zweites Rückzugshaus eröffnet.[164] Auch mit dem Träger Pinel gGmbH in Berlin und der Brücke Schleswig Holstein gGmbH wurden IV-Verträge abgeschlossen. Beide sind als Träger von Medizinischen Versorgungszentren, Tagkliniken und Institutsambulanzen neben dem Eingliederungshilfebereich, bereits Vertragspartner der Krankenkassen. Im Folgenden eine Übersicht zu den aktuellen Vertragspartnern der Technikerkrankenkasse zum Netzwerk psychische Gesundheit:

- Pinel gGmbH in Berlin
- Awolysis GmbH für Augsburg und München
- Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste (GAPSY) in Bremen
- Abitato gGmbH (Managementgesellschaft der Brücke e.V) in Schleswig – Holstein
- Agema GmbH in Göttingen

Weitere psychiatrische Träger, etwa in Baden-Württemberg, befinden sich aktuell in Verhandlungen mit der Techniker Krankenkasse.

Mittlerweile befinden sich alle Vertragspartner der Techniker Krankenkasse in einem kooperativen Austausch zu Fragen der Umsetzung des IV-Vertrages des NWPG.

[164] Zur weiteren Information siehe: www.gapsy.de

Zu diesem Zweck wurde über das Bundesnetzwerk SGB V die „Bundesarbeitsgemeinschaft Netzwerk psychische Gesundheit“ gegründet, in der Träger vertreten sind, die bereits einen Versorgungsvertrag zum NWPG abgeschlossen haben, oder sich in weit fortgeschrittenen Verhandlungen mit der Techniker Krankenkasse befinden.[165]

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie übernimmt dabei die Koordination und Organisation der Arbeitsgruppe und ist an der weiteren inhaltlichen Ausgestaltung des Vertrages zum NWPG, sowie an der Umsetzung und Planung weiterer integrierter Versorgungskonzepte beratend beteiligt.[166]

Die Vertragsnehmer auf Seiten der Leistungserbringer können dabei als klassische Managed Care Organisation (MCO) bezeichnet werden, da die Vertragslogik klar einem Managed Care Ansatz entspricht.[167]

Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben des SGB V, war es für Gemeindepsychiatrische Träger bisher nur eingeschränkt möglich Krankenkassenleistungen zu erbringen.

Mit Einführung der Integrierten Versorgung nach § 140a ff, die als Vertragspartner der Krankenkassen auch Managementgesellschaften zur Leistungserbringung zulässt, ergeben sich diesbezüglich völlig neue Möglichkeiten der Versorgung, aber auch hinsichtlich der Erschließung neuer Märkte.

„Die Gewinner im Managed Care Konzept sind neue Organisationsformen, für die neue Märkte entstanden sind.“[168]

Einige Vertreter der Gemeindepsychiatrie gehen davon aus, dass ambulante SGB V Behandlungsangebote für die bisher überwiegend sozialhilfefinanzierte Gemeindepsychiatrie, zukünftig eine wachsende Bedeutung erlangen, wenn die entsprechenden Chancen von den Krankenkassen und Leistungserbringern erkannt werden.

…dürfte in 10 bis 15 Jahren das Bild von der Gemeindepsychiatrie als komplementär, als die Krankenhausbehandlung ergänzend endgültig der Vergangenheit angehören.“ [169]

---

[165] http://psychiatrie.de/data/pdf/d6/08/00/Ambulante_Versorgung_020909.pdf
[166] Siehe auch http://psychiatrie.de/dachverband/article/Doku_SGB_V-Tagung_in_Koeln_2009.html
[167] vgl. Amelung 2009, S. 7
[168] Amelung 2009, S.6
[169] Zechert et. al, Kerbe 3/ 2008, S. 18

7.2.2 Leistungsträger Techniker Krankenkasse (TK)

Die Techniker Krankenkasse wurde 1884 gegründet und ist eine bundesweite Krankenkasse mit insgesamt 7,5 Millionen Versicherten (Stand 2010).

Die TK beschäftigt aktuell mehr als 11000 Mitarbeiter in 231 Geschäftsstellen und weist ein Haushaltsvolumen von 17,6 Milliarden Euro auf.[170]

Neben einer Vielzahl von Projekten im Bereich der medizinisch-somatischen Versorgung, versucht die Techniker Krankenkasse vor allem zur zunehmenden Problematik der seelischen Erkrankungen innovative Versorgungskonzepte um zu setzten.

Dabei wird vor allem der Problembereich der steigenden stationären Kosten, sowie die Thematik der unzureichenden koordinierten Zusammenarbeit der beteiligten Versorgungspartner, in den Fokus neuer Versorgungskonzepte gerückt, da vor allem in diesem Bereich ein hohes Einsparpotential gesehen wird. Insbesondere bei den Indikationen Schizophrenie und Depression, sei aus Sicht der Techniker Krankenkasse die langen stationären Verweildauern besonders auffällig und stehen dem Ziel einer schnellen sozialen Reintegration entgegen.[171]

„Für die Krankenkassen und damit für alle anderen Krankenversicherten sind diese Klinikaufenthalte vor allem mit sehr hohen Kosten verbunden. Von den 1,1 Millionen Krankenhausaufenthalten, die die TK 2009 verzeichnete, entfielen mehr als 51.000 auf psychische Indikationen wie Schizophrenie, Depression oder Persönlichkeitsstörungen.“[172]

Bereits im Jahr 2000 begann sich die Techniker Krankenkasse deshalb der Problematik der langen Verweildauern anzunehmen. Mit dem Projekt „Rationale Verweildauerbefristung“ versuchte die TK unter anderem über ihre Rehaberater eine gewisse Steuerung hinsichtlich der Verweildauern zu erreichen.[173]

Neben der aus Sicht der Techniker Krankenkasse unverhältnismäßig langen Verweildauern in psychiatrischen Kliniken, wird auch die Fehlversorgung durch unkoordinierte Behandlungsabläufe, aufgrund der sektoralen Trennung von ambulant und stationär, sowie der unklaren Kommunikationsstrukturen in den einzelnen Sektoren als dringend verbesserungswürdig angesehen.[174]

---

[170] siehe tk-online.de

[171] vgl. Möws, Lägel, in Weatherly, Lägel, Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik, S.135, 2009

[172] Statement Professor Dr. Norbert Klusen Vorsitzender des Vorstandes der Techniker Krankenkasse zur Vorstellung des Netzwerks psychische Gesundheit am 28. Januar 2010 in Berlin http://www.tk-online.de/centaurus/servlet/contentblob/202616/Datei/42873/TK-Pressemappe.pdf

[173] vgl. Möws, Lägel, in Weatherly, Lägel, Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik, S.135, 2009

[174] Schulte-Florian, Medenbach, in Weatherly, Lägel, Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik, S.261 ff, 2009

Die Techniker Krankenkasse begann deshalb relativ früh integrierte Versorgungskonzepte umzusetzen. So wurden bereits im Jahr 2005 erste Selektivverträge mit den Kliniken des Landschaftsverbandes Westfalen – Lippe und des Landschaftsverbandes Rheinland abgeschlossen. Ziel dieser Verträge war eine verbesserte Koordination zwischen den einzelnen Akteuren im stationären und ambulanten Bereich. Da die Ergebnisse insgesamt als positiv bewertet werden konnten, wurde dieses Konzept weiterentwickelt, um den ambulanten und stationären Bereich noch effektiver zu vernetzen.[175]

Aus Sicht der Techniker Krankenkasse sollen auch zukünftig verstärkt koordinierte psychiatrische Versorgungskonzepte umgesetzt werden, die den Patienten eine Alternative zu stationären Aufenthalten bieten und eine schnellere Reintegration in ihren Alltag und ihr Berufsleben ermöglichen. Diese Konzepte decken sich dabei weitgehend mit den Forderungen der Sozial- und Gemeindepsychiatrie, die einen Ausbau ambulanter Behandlungsangebote wie Hometreatment und Assertive Community Treatment fordert. Dabei setzt die Techniker Krankenkasse deutlich auf Ansätze des Managed Care, was die einzelnen Versorgungsbausteine wie Casemanagement, aber auch die Vergütungslogik der Selektivverträge betrifft.

Durch die Einführung und den Ausbau dieser ambulanten Versorgungsangebote, erhofft sich die Techniker Krankenkasse letztendlich eine Verminderung der stationären Aufenthalte und eine damit einhergehende Reduktion der stationären Kosten.[176]

Der flächendeckende Aufbau des in dieser Arbeit beschriebenen Netzwerkes psychische Gesundheit hat für die Techniker Krankenkasse dabei einen hohen Stellenwert und wird mit Nachdruck betrieben.

„Wir müssen Angebote schaffen, die es den Patienten ermöglichen, auch mit chronischen psychischen Erkrankungen soweit wie möglich ihren Alltag in Familie und Beruf weiterzuleben und in ihrem gewohnten Umfeld bleiben zu können. Denn je weiter und je länger sich jemand davon entfernt, desto schwerer fällt ihm die Rückkehr dorthin.“[177]

---

[175] ebd.

[176] Schulte-Florian, Medenbach, in Weatherly, Lägel, Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik, S.264, 2009

[177] Statement Professor Dr. Norbert Klusen Vorsitzender des Vorstandes der Techniker Krankenkasse zur Vorstellung des Netzwerks psychische Gesundheit am 28. Januar 2010 in Berlin http://www.tk-online.de/centaurus/servlet/contentblob/202616/Datei/42873/TK-Pressemappe.pdf

7.3 Einzelne Versorgungsangebote des Vertrages

Wie bereits erwähnt konzentriert sich der Vertrag zum Netzwerk seelische Gesundheit auf die ambulante Versorgung, so dass sich das Leistungsangebot, im Gegensatz zu sektorübergreifenden Verträgen, überwiegend auf diesen Bereich beschränkt.

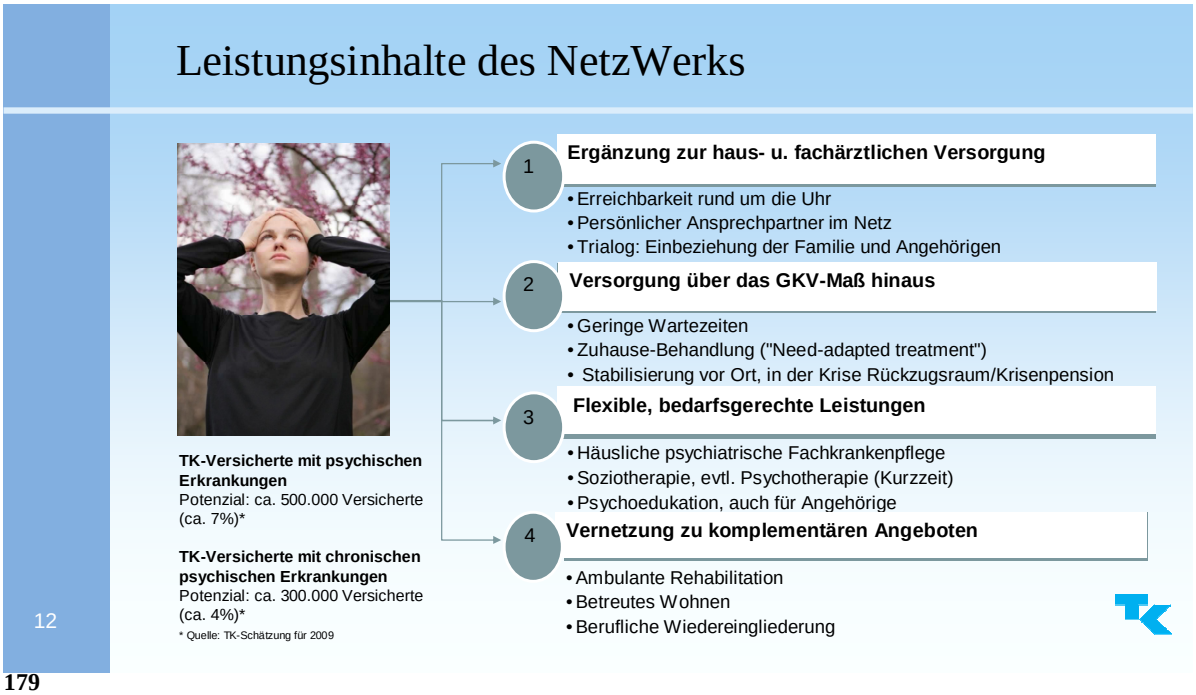
Als wichtigste Leistungselemente des IV Vertrages zum NWPG können genannt werden:[178]

- ein umfassendes Fallmanagement (Case- und Caremanagement) unter Federführung einer zentralen Versorgungsleitstelle.
- aufsuchende psychiatrische Betreuung und Behandlung in der Häuslichkeit des teil nehmenden Versicherten ("Zuhausebehandlung" - "Home Treatment"), d.h. die direkte Versorgung vor Ort unter Einbezug der Angehörigen.
- eine niedrigschwellige, flexible und aufsuchende therapeutische Arbeit mit multiprofessionellen und mobilen Teams unter fachärztlicher Leitung, mit bedarfsabhängiger Inanspruchnahme häuslicher psychiatrischer Krankenpflege, Soziotherapie, Psychoedukation, außerstationärer Kriseninterventionen sowie psychotherapeutischer Interventionen.
- „non-hospital-settings“ für psychiatrische Behandlungen, soweit möglich auch im akuten Krisenfall (z.B. Rückzugsräume).
- die engmaschige, kontinuierliche Zusammenarbeit mit Betroffenen, Angehörigen und ggf. gesetzlichen Betreuern, zur Aktivierung vorhandener Ressourcen und Stärkung von Selbsthilfepotentialen des Versicherten.

Weitere Kernstücke des Versorgungsauftrags sind

- der Bezug zu evidenzbasierten Leitlinien anerkannter medizinischer Fachgesellschaften
- eine EDV-gestützte Dokumentation und Informationsplattform zur intersektoralen Kommunikation aller an der Versorgung Beteiligten
- ein Qualitätsmonitoring des Behandlungsablaufs über alle Versorgungsbereiche hinweg
- regelmäßig stattfindende, multidisziplinär besetzte Fallkonferenzen und Qualitätszirkel

[178] Aus: Vertrag zur integrierten Versorgung Psychiatrie in Bayern, Netzwerk psychische Gesundheit, Vertragspartner : Techniker Krankenkasse und Awolysis GmbH



179

Dieses relativ umfangreiches Leistungsangebot kann dabei auf einige wesentliche Kernleistungen reduziert werden, durch die das Gesamtangebot einer umfassenden ambulanten Versorgung mit dem Schwerpunkt der Krisenversorgung realisiert werden kann:

◊ 24 stündige Erreichbarkeit (von geschulten Fachkräften)

◊ umfassendes Casemanagement zur Koordination aller notwendigen Hilfe aller relevanten Leistungsgesetze

◊ Bedarfsorientierte soziotherapeutische Behandlung

◊ Psychiatrische Fachpflege

◊ Angebot von Rückzugsräumen/ Krisenpension

◊ zusätzliche fachpsychiatrische Leistungen

Durch die bedarfsgerechte Kombination dieser Angebote sollen dabei als Alternative zu stationären Aufenthalten, qualitativ hochwertige ambulante Versorgungsangebote im Sinne des Hometreatment und Assertive Community Treatment mit einer Rund – um - die - Uhr Verfügbarkeit entwickelt und vorgehalten werden.

[179] Aus einer Präsentation von Dr. Thomas Ruprecht auf der Tagung „Neue Wege in der Gemeindepsychiatrie“, 6. Oktober 2009, München

Für alle Leistungen gilt, dass sie dem Versicherten zeitnah zur Verfügung gestellt werden und somit praktisch keine Wartezeiten und Verzögerungen entstehen sollen.
Als wichtigstes Merkmal gilt dabei, dass diese Angebote nicht isoliert von einander erbracht werden, sondern koordiniert, ineinander übergreifend und an den Bedarfen der Betroffenen orientiert geleistet werden, um eine tatsächliche Alternative zu stationären Aufenthalten zu entwickeln. Dies soll insbesondere durch die umfassende Fallssteuerung und ein Bezugspersonensystem gewährleistet werden.
Im Folgenden sollen einzelne Versorgungsbausteine des Vertrages zum NWPG näher erläutert werden.

◊ **Koordinationsstelle – Casemanagement – Netzmanagement**

Als strukturelle Basis der integrierten Versorgung kommt der Steuerung durch die Koordinierungsstelle - und fallbezogen durch das Casemanagement - eine besondere Bedeutung zu. Die Koordinierungsstelle stellt die Erreichbarkeit des Versorgungsnetzes ganzjährig, 24 Stunden täglich für die Patienten sicher und übernimmt die zentrale Steuerung der angebotsübergreifenden Vernetzung und des Qualitätsmonitorings.[180]
Jeder eingeschriebene Patient erhält einen Fallmanager, der dauerhaft als fester Ansprechpartner für die Versicherten zur Verfügung steht. Dem Fallmanagement obliegt dabei im Sinne eines Bezugspersonensystems die gesamte Koordination der einzelnen Behandlungsprozesse und Therapieelemente. Darüber hinaus erstellt das Fallmanagement in Zusammenarbeit mit den behandelnden Fachärzten die Behandlungs- und Krisenpläne und organisiert die einzelnen notwendigen Leistungen. Der Fallmanager fungiert dabei auch sektorenübergreifend als Bindeglied zwischen den ambulanten und stationären Behandlungsangeboten und stellt eine koordinierte und lückenlose Überleitung sicher.
Zudem ist der Fallmanager verantwortlich für die Einleitung und Koordination der außerstationären Behandlungsleistungen und sichert die Kooperation mit dem behandelnden Facharzt.

[180] Zechert et.al., 2010,Integrierte Versorgung in der Gemeindepsychiatrie- jetzt ! in Soziale Psychiatrie, 34. Jahrgang Heft 1,S. 4 ff

◊ **Soziotherapie**

Eine wesentliche nichtärztliche Leistung nach diesem Versorgungsvertrag ist die Erbringung von Soziotherapie für die eingeschriebenen Versicherten bei entsprechender Indikation.

Die Regelungen zur Soziotherapie orientieren sich dabei an den Richtlinien zur Soziotherapie gemäß § 37 a SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V.[181]

Im Rahmen dieses IV-Vertrages besteht allerdings ein wichtiger Unterschied zu den allgemeinen Regelungen zur Soziotherapie. So ist in den gültigen Richtlinien vorgeschrieben, dass eine soziotherapeutische Fachkraft zur Erbringung dieser Leistung nur zugelassen wird, wenn diese mindestens ein Jahr im stationär-psychiatrischen Bereich tätig war.

Diese Regelung entfällt für die Leistungserbringer für Soziotherapie nach diesem IV-Vertrag. Hier ist es neben den anderen Qualifikationsanforderungen notwendig, den Nachweis einer mindestens dreijährigen psychiatrischen Berufspraxis, vorzugsweise in einer Einrichtung der ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung zu erbringen.

Diese veränderte Regel entspricht der beruflichen Praxis vieler im komplementär-psychiatrischen Bereich tätigen Dipl. Sozialpädagogen und Fachpfleger für Psychiatrie, da beide Berufsgruppen zum größere Teil nicht im stationären Bereich bzw. ambulanten Bereich beschäftigt waren.

Nach dem IV Vertrag werden im Rahmen der Soziotherapie in der Regel folgende Leistungen erbracht die im Wesentlichen den Leistungen nach § 37 a SGB V entsprechen:[182]

- Einbindung der Soziotherapie in den Gesamtbehandlungsplan
- Koordination von soziotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen und Leistungen
- Arbeit im Lebensumfeld des Patienten
- Motivations- und antriebsrelevantes Training
- Training zur handlungsrelevanten Willensbildung
- Anleitung zur Verbesserung der Krankheitswahrnehmung
- Hilfe in Krisensituationen
- Monitoring des Therapieerfolgs

[181] vgl. Richtlinien über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 37 a SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V, siehe Gemeinsamer Bundesausschuss unter http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/24/

[182] Aus: Vertrag zur integrierten Versorgung Psychiatrie in Bayern

Der Gesetzgeber und in Folge auch die "Richtlinien über die Durchführung von Soziotherapie" stellen dabei keine aussagekräftige Definition zur Soziotherapie und deren Methodik zur Verfügung. Vielmehr wird versucht, über formulierte Ziele eine Annäherung an die Leistungsinhalte der Soziotherapie zu generieren. So gibt es aktuell kein einheitliches Konzept zu Inhalt und Methodik der Soziotherapie.

Vielmehr bestehen eine Vielzahl an unterschiedlichen Vorstellungen zur Konzeption Soziotherapeutischer Leistungen. Die Grenzen zu psychotherapeutischen Verfahren und auch zur psychiatrischen Pflege sind dabei durchaus fließend.

Die auch dem Vertrag zur integrierten Versorgung zugrunde liegende Definition der Soziotherapie orientiert sich dabei an den gesetzlichen Vorgaben nach § 37 a SGB V nach der die Soziotherapie im Wesentlichen zwei Hauptziele verfolgt:[183]

- Selbständige Inanspruchnahme ärztlicher oder ärztlich verordneter Leistungen durch die Patienten.
- Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausbehandlung oder Ersatz von Krankenhausbehandlung, wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist.

Die Abweichungen zu den Richtlinien betreffen im Wesentlichen die Qualifikation der Leistungserbringer sowie der Prozess der Verordnung der eine ärztlichen Begutachtung und Anordnung nicht zwingend vorsieht.

◊ **Fachpsychiatrische Leistungen**

Als weiterer unabdingbarer Baustein des integrierten Versorgungsvertrages sind die erweiterten ärztlichen Leistungen zu sehen. Der Vertrag hat dabei zum Ziel alle, für eine umfassende ambulante Behandlung notwendigen ärztlichen Leistungen für die Versicherten zu erhalten.

Die Logik des Vertrages sieht dabei ein möglichst breites Netzwerk an kooperierenden psychiatrischen Fachärzten vor, die eine verbindliche Zusammenarbeit mit den nichtmedizinischen Leistungserbringern des IV-Vertrages, insbesondere jedoch den Casemanagern gewährleisten.

Alle teilnehmenden Versicherten sollen dabei ärztliche Leistungen weit über das übliche Maß hinaus erhalten, um eine umfassende und zielgerichtete medizinische Behandlung zu sichern, die in Kombination mit den nichtärztlichen Modulen des IV-Vertrages, eine Alternative zu einem stationären Aufenthalt darstellt.

[183] ebd. , siehe auch „Ursachen für die Umsetzungsproblematik in der Soziotherapie – Evaluationsbericht, 2008, Gemeinsamer Bundesausschuss unter http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/24/

Grundsätzlich können die ärztlichen Leistungen allen Notwendigkeiten angepasst werden, einige Basisleistungen sind jedoch:

- Eingangsassessment und Erstellung eines Behandlungsplanes
- Halbjahresuntersuchung, Re-Assessment
- Therapieumstellung/-intensivierung/ -stabilisierung
- Fachärztliches Konsil /Zweitmeinung
- Umfassende Beteiligung an den Modulen der Krisenintervention
- Verordnung weiterer nichtärztlicher Leistungen

◊ **Psychiatrische Pflege**

Erstmals wurde die ambulante psychiatrische Pflege 1980 in Nordrhein-Westfalen in einem Modellprojekt eingeführt. Nach mehr als zwei Jahrzehnten unterschiedlicher Ausgestaltung in den einzelnen Ländern, ohne klare Regelfinanzierung, konnte die ambulante psychiatrische Pflege seit 2004 im Rahmen der integrierten Versorgung nach § 140a ff SGB V in einigen Regionen etabliert werden. Diese Verträge ermöglichten vielerorts eine praxisorientierte Pflege, die von den Vorgaben der Richtlinien deutlich positiv abweichen.[184]

Die psychiatrische Pflege nach § 37 SGB V im Rahmen dieses IV- Vertrages orientiert sich grundsätzlich an den Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege in dervertragsärztlichen Versorgung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V.[185]

Nach diesen Richtlinien sollen bei der häuslichen Pflege im Wesentlichen zwei Ziele erreicht werden, die in gleicher Weise für die Integrierte Versorgung des NWPG gelten.[186]

- Durch Krankenhausvermeidungspflege soll dem Patienten der Verbleib oder die frühzeitige Rückkehr (nach einem stationären Aufenthalt) in seiner häuslichen Umgebung ermöglicht werden.
- Durch die Sicherungspflege soll die ambulante (psychiatrische) Behandlung ermöglicht und deren Ergebnis gesichert werden.

---

[184] vgl. BAPP e.V. Bundesinitiative ambulante psychiatrische Pflege, Was ist psychiatrische Pflege ?, http://www.bapp.info/texte/psychpfl.pdf, siehe auch www.gapsy.de

[185] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) in der Neufassung vom 17. September 2009,veröffentlicht im Bundesanzeiger 9. Februar 2010,in Kraft getreten am 10. Februar 2010, http://www.g-ba.de/downloads/62-492-411/RL-HKP-2009-09-17.pdf

[186] vgl. § 2, Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege

Analog der Soziotherapeutischen Leistungen können in diesem Vertrag, unabhängig von den gesetzlichen Vorgaben, die Leistungen der psychiatrischen Pflege an den Bedürfnissen der Patienten angepasst werden. So ist es grundsätzlich möglich, die psychiatrische Pflege über den gesetzlich festgelegten Zeitraum von vier Wochen hinaus zu erbringen.[187] Auch findet keine diagnostische Einschränkung wie sie im Anhang zu den Richtlinien vorgegeben ist statt.[188] Zumal die in den Richtlinien aufgeführten Diagnosen F 0 (Demenzen, organische Störungen) nicht Gegenstand des Versorgungsvertrages sind.

7.4 Zielgruppe des Versorgungsvertrages

Zielgruppe des Versorgungsvertrages sind grundsätzlich alle erwachsenen Versicherten der Techniker Krankenkasse, mit einer Diagnose aus dem Spektrum der psychiatrischen Störungen (ICD 10 F – Diagnosen). Ausgeschlossen sind jedoch Personen mit einer dementiellen Erkrankung, sowie Versicherte mit einer reinen Suchterkrankung ohne Komorbidiät. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf Versicherte mit psychotischen Störungen aus den Diagnosegruppen F 2, auf Versicherte mit Affektiven Störungen (F 3) sowie auf Versicherte mit Persönlichkeitsstörungen (F 6).

7.5 Finanzierungskonzept und ökonomische Rahmenbedingungen

Nach § 140 c SGB V muss die Vergütung der integrierten Versorgungsform konkret im IV-Vertrag geregelt werden und muss alle zu erbringenden Leistungen umfassen.

Die Finanzierung des Vertrag des Netzwerkes psychische Gesundheit erfolgt über ein Capitation-System, nach dem die Vertragspartner (Managementgesellschaften) für jeden eingeschriebenen und zu versorgenden Versicherten eine berechnete Kopfpauschale erhalten.

Das Netzwerk psychische Gesundheit übernimmt dabei die nach § 140 c Abs. 2 SGB V bestehende Möglichkeit der Budgetverantwortung für die im IV-Vertrag festgelegten Leistungen. Mit dieser pauschalierten Vergütung wird dem Ziel jedes IV-Vertrages Rechnung getragen, eine höhere Flexibilität und Versorgungsverantwortung zu erreichen.

„(…) Ziel eines IV-Vertrages ist gerade die stärker auf die Versorgungsverantwortung abstellende pauschalierte Vergütung, auch um bei Aufrechterhaltung der notwendigen Versorgungsqualität medizinische unnötige Leistungen zu vermeiden.“[189]

---

[187] § 37 Abs. 1Satz 3, „Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall“

[188] Anlage zur Häusliche Krankenpflege-Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 SGB V

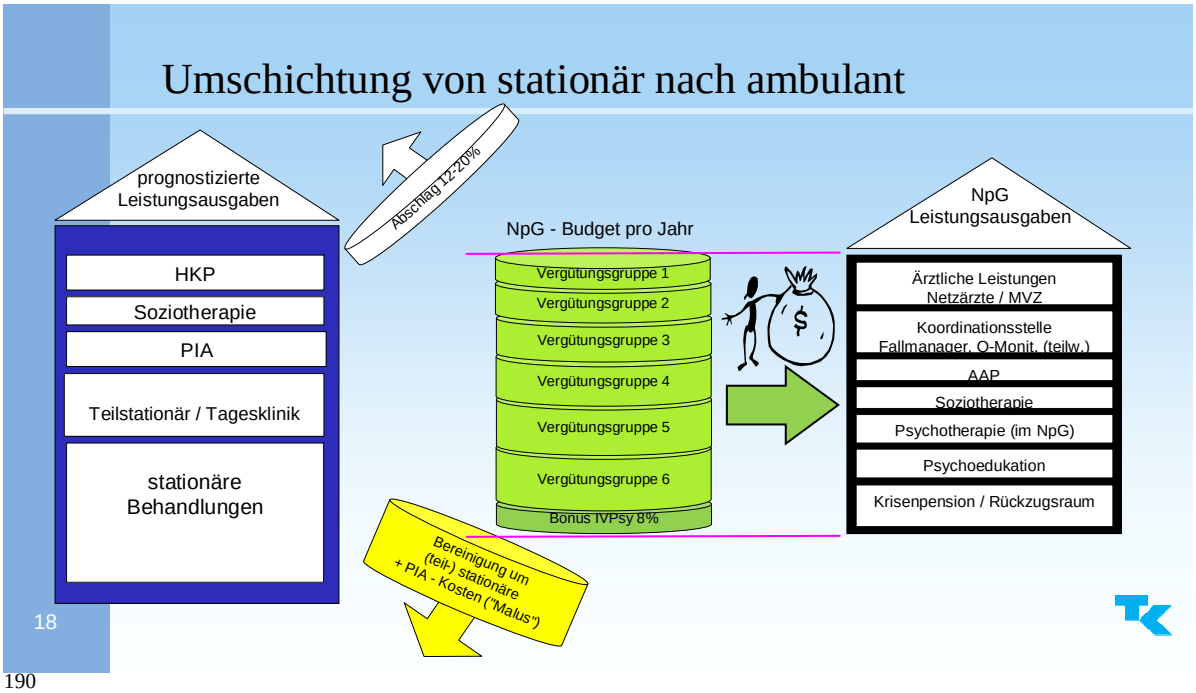
[189] Wiegand et. al. 2009, S.56 ff

Aus diesen Pauschalen werden alle vertraglich festgelegten Leistungen vergütet (Sicherstellungsauftrag). Notwendige Overheadkosten, wie Sach-, Personal-, und Investitionskosten werden ebenfalls aus diesen Pauschalen finanziert.

Zudem erfolgt aus der von der Techniker Krankenkasse erhaltenen Vergütung, die Finanzierung der notwendigen stationären und teilstationären Leistungen, sowie die von den teilnehmenden Versicherten in Anspruch genommenen Leistungen der Institutsambulanzen (Malus-Regelung). Die von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu vergütenden Regelleistungen niedergelassener Psychiater und Psychotherapeuten, werden durch diesen Vertrag nicht berührt.

Nach der Logik des Vertrages wird somit ein hohes Morbiditätsrisiko im Sinne der Risk-Delegation auf den Vertragspartner der Techniker Krankenkasse verlagert.

Folgendes Schaubild soll die Finanzierung illustrieren:



[190]

Die finanziellen Mittel des IV-Vertrages werden dabei im Sinne eines Budgetübertrages aus dem stationären und teilstationären Bereich, mit einem festgelegten Abschlag dem Vertragspartner zur ambulanten Versorgung zur Verfügung gestellt (siehe Abbildung oben).

[190] Aus einer Präsentation von Dr. Thomas Ruprecht auf der Tagung „Neue Wege in der Gemeindepsychiatrie“, 6. Oktober 2009, München, www. projekteverein.de

Die Kopfpauschalen werden dabei in sechs Vergütungsgruppen unterteilt, wobei für Patienten der Gruppe 1 die geringsten, für die Patienten der Vergütungsgruppe 6, die höchsten Pauschalen erbracht werden.

Die Kalkulation der Kopfpauschale basiert auf einer Kostenprognose der Techniker Krankenkasse pro Versicherten und pro Jahr für stationäre und teilstationäre Leistungen sowie für die Kosten für psychiatrische Ambulanzen der einzelnen Versicherten, unter Zugrundelegung des finanziellen Aufwand eines jeden Patienten für diese Leistungsbereiche in den letzten zwölf Monaten.

Dabei kommt das statistische Verfahren des „Prospective Modelling", das auch für die Berechnung des Morbi RSA herangezogen wird zur Anwendung.[191]

Diese Berechnung geht davon aus das sich die Kosten für bestimmte Patientengruppen (Hochkostenfälle) mit einem Versorgungsaufwand X, im Folgejahr ohne ein Sonderprogramm bereits um die Hälfte reduzieren, was dazu führt, dass nicht die tatsächlichen Kosten sondern die prognostizierten Kosten zur Ermittlung der Kopfpauschalen verwendet werden (siehe folgende Abbildung als Beispiel)[192]

	2006	2007
Leistungsausgaben (LA)	130.141.921 €	132.525.231 €
Durchschnitt LA	1.301 €	1.383 €
LA der 1% Hochkostenfälle	32.161.740 €	14.965.364 €
Durchschnitt LA der 1% Hochkostenfälle	32.162 €	17.442 €
Anteil LA der 1% Hochkostenfälle an Gesamt-LA	25%	11%

Diabetes HCC15-HCC19	2006	2007
Leistungsausgaben (LA)	27.453.885 €	26.180.138 €
Durchschnitt LA	3.947 €	3.947 €
LA der 1% Hochkostenfälle	3.993.082 €	1.443.138 €
Durchschnitt LA der 1% Hochkostenfälle	57.044 €	28.297 €
Anteil LA der 1% Hochkostenfälle an Gesamt-LA	15%	6%

Die **Hälfte der Kosten aus Jahr 1 fallen in Jahr 2 nicht mehr an** – ohne spezielle Programme .
Was bedeutet das für Versorgungsverträge und deren Vergütung?

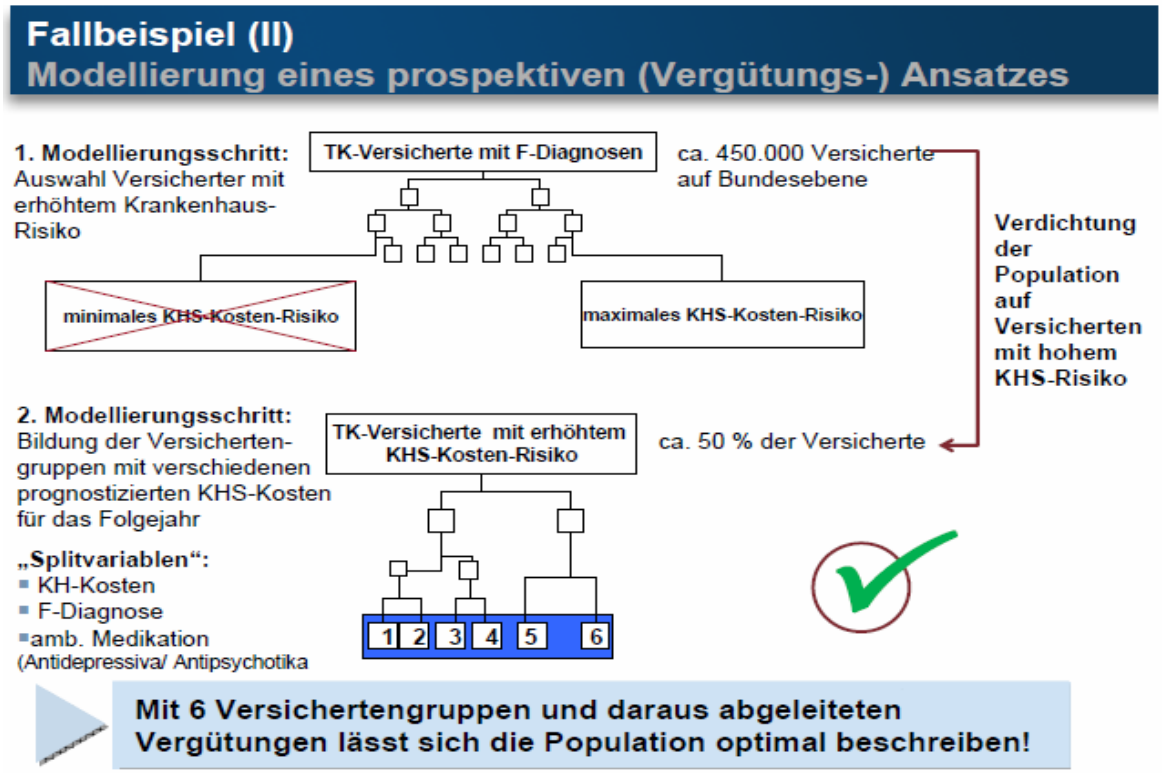
Wichtig ist hierbei anzumerken, dass sich die Kostenprognosen der einzelnen Vergütungsgruppen verrechnen sollen, so das die Leistungen für die einzelnen Versicherten auf das Gesamtbudget bezogen werden. Das bedeutet, das der Vertrag erst ab einer bestimmten Anzahl an Versicherten und eines bestimmten Case-Mix, d.h. einer

[191] Zechert et.al., 2010, Integrierte Versorgung in der Gemeindepsychiatrie- jetzt ! in Soziale Psychiatrie, 34.Jahrgang Heft 1,S. 4 ff

[192] Vortrag von Johannes Klüsener, Techniker Krankenkasse, DGVT Kongress 2010, http://www.dgvt.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Kongress/Kongress_2010/Praesentationen/SY01-1-Sa-0930-KL%2026%20130_Johannes%20Kl%FCsener_Das%20TK-Versorgungsmodell.pdf

wirtschaftlichen Mischung aus niedrigen und hohen Fallgruppen für den Vertragspartner finanzierbar ist und deshalb entsprechend beworben werden muss.[193]

In folgender Abbildung werden die einzelnen Schritte zur Berechnung der Fallpauschalen illustriert:



194

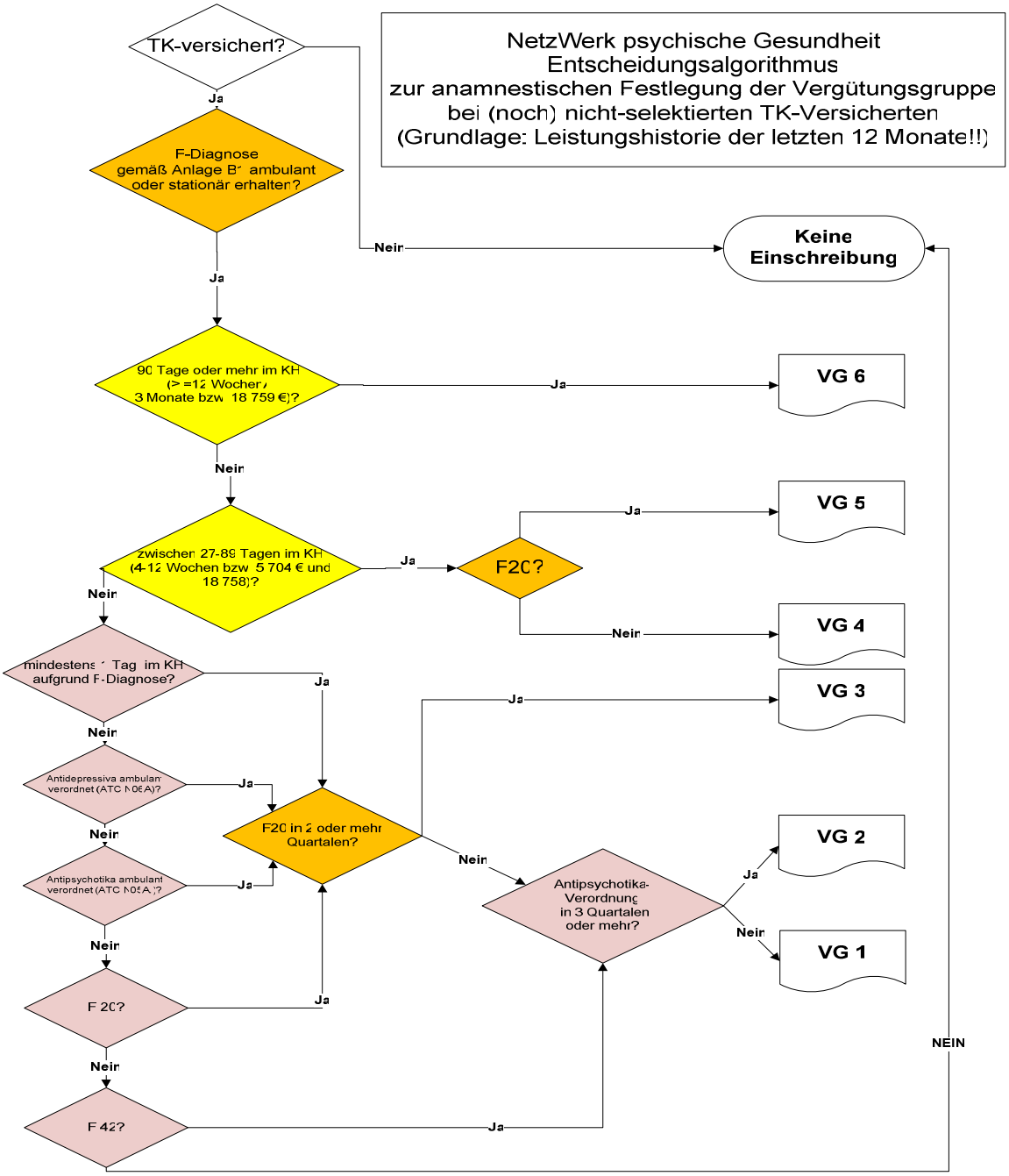
Die zahlende Vergütung wird als Versorgungspauschale je Versichertem und Versorgungsjahr gezahlt. Sie umfasst 80% der regionalen Kostenprognose pro Versichertem ("Kopfpauschale").

Für jeden Versicherten, der im laufenden Kalenderjahr keine stationären Leistungen in Anspruch nehmen musste, erhalten die Vertragspartner zusätzlich einen gewissen Prozentsatz der Kopfpauschale im Sinne eines erfolgsorientierten Anteils.

[193193] Zechert et.al., 2010, Integrierte Versorgung in der Gemeindepsychiatrie- jetzt ! in Soziale Psychiatrie, 34.Jahrgang Heft 1,S. 4 ff

[194] Walkenhorst Karin, Vortrag auf der KBV- Messe, Versorgungsinnovation 2010, http://www.kbv.de/media/pdf/100330_Forum_Return_on_Investment_Walkenhorst.pdf

Nachfolgender Algorhythmus stellt die Zuordnung der einzelnen Versicherten zu den Fallgruppen dar:



Deutlich wird in diesem Zusammenhang, dass die Zuordnung der Patienten zu den Fallgruppen aufgrund der Einschränkung, hinsichtlich des bisherigen Kostenaufwandes auf die letzten zwölf Monate, keinerlei Aussagekraft bezüglich des Morbiditätsrisikos bzw. der Bedarfe der Patienten aufweist, was für die Vertragspartner eine prognostische Risikoabschätzung erschwert.

Da für diese Form eines IV-Vertrages im psychiatrischen Bereich kaum Erfahrungswerte vorliegen, kann deshalb für die einzelnen Vertragspartner insgesamt ein relativ hohes finanzielles Risiko angenommen werden.

7.6 Zur Bewertung dieses Versorgungsvertrages – Kritische und unterstützende Beiträge der psychiatrischen Fachwelt

Die Ausgestaltung und Implementierung des integrierten Versorgungsvertrages zum Netzwerk psychische Gesundheit (NWPG) der Techniker Krankenkasse stößt im psychiatrischen Versorgungssystem auf vielfache Zustimmung, jedoch auch auf massiv geäußerte Kritik.

Begrüßt wir dieser Versorgungsvertrag verständlicherweise überwiegend von daran direkt oder indirekt beteiligten Gemeindepsychiatrischen Trägern und Verbänden, die sich durch diese Vertragspartnerschaft mit einer großen Krankenkasse mittelfristig die weitere Erschließung der Versorgungsbereiche des SGB V erhoffen.

„Ambulante SGB V - Behandlungsangebote gemeindepsychiatrischer Träger werden in der Zukunft der bisher weitgehend sozialhilfefinanzierten gemeindepsychiatrischen Leistungsträger eine wachsende Rolle spielen, wenn die Trägerorganisationen der Gemeindepsychiatrie und die Krankenkassen diese offenen Marktchancen erkennen und den Anspruch auf die Durchsetzung der Steuerung des Angebotes für sich beanspruchen.“[195]

Jedoch werden von dieser Seite nicht nur marktökonomische Vorteile in einem zunehmend wettbewerbsorientierten Gesundheitssystem vermutet, vielmehr werden von der Gemeindepsychiatrischen Fachwelt durch die Möglichkeiten der Integrierten Versorgung große Chancen zu einer weit verbesserten ambulanten gemeindepsychiatrischen Versorgung gesehen.

Der Vertrag zum Netzwerk psychische Gesundheit beinhaltet mit seiner Grundausrichtung, das Potential originär sozialpsychiatrische Forderungen nach einer bedarfsgerechten, ambulanten im Lebensumfeld der betroffenen erbrachten Psychiatrie um zu setzen.

Überwiegend kritisch wird der Vertrag zum NWPG von den Standesorganisationen der Fachärzte für Psychiatrie gesehen, die sich durch diesen Vertrag, der die Versorgungssteuerung an Gemeindepsychiatrische Träger und deren Managementgesellschaften übergibt, in ihrer Behandlungshoheit und Autonomie

[195] Zechert, Faulbaum-Decke, (2008) In Kerbe, 3/2008, Ambulante Komplexleistung statt klinischer Vollversorgung - Integrierte Versorgung schafft Chancen für die Gemeindepsychiatrie, http://psychiatrie.de/data/pdf/e7/06/00/IV_Zechert_Faulbaum_Decke_07_2008.pdf

eingeschränkt sehen und zudem eine Schwächung ihrer Position auf dem Versorgungsmarkt befürchten.[196]

„Diesem Versorgungsmodell einer Steuerung der psychiatrischen Versorgung durch komplementäre regionale Anbieter, mit denen wir, und zwar ohne jegliche vorgegebene Rahmenbedingungen, Verträge abschließen sollen, konnten wir uns nicht anschließen.“[197]

„…würde die Steuerung in der psychiatrischen Versorgung zukünftig nahezu ausschließlich in Händen der Krankenkasse bzw. komplementärer Versorgungsanbieter liegen.“[198]

Diese Sorgen sind nicht unbegründet, da durch die Einführung marktwirtschaftlicher Steuerungsinstrumente, durch den Aufbau von Managed Care-Strukturen und integrierter Versorgungskonzepte einige Teilnehmer eines Gesundheitsmarktes tatsächlich an Einfluss verlieren.

„Nahezu vollständig an Bedeutung verlieren die Verbände und Standesorganisationen, die gesamte Berufsgruppen abdecken. So ist es nicht verwunderlich, dass die massivste Kritik am Managed Care Konzept aus diesen Reihen kommt.“[199]

Für die Standesorganisation der Nervenärzte und Psychiater, ist der Abschluss des Versorgungsvertrages mit gemeindepsychiatrischen Anbietern ein zusätzlicher Affront, da zeitgleich der Cortex - Vertrag zur Behandlung von Depressionen mit dem Bundesverband der Nervenärzte (BVDN) einseitig von der Techniker Krankenkasse nicht verlängert wurde, da diese die vorgegebenen Ziele als nicht erreicht ansah.[200]

In der öffentlichen Diskussion wird von den kritisierenden Gegnern des NWPG jedoch überwiegend fachliche Kritik geäußert. So würde durch das Netzwerk für psychische Gesundheit eine massive Versorgungsverschlechterung für die teilnehmenden psychisch erkrankten Menschen eintreten, die aufgrund des Zieles der Reduzierung der Klinkaufenthalte sogar die Fortschritte seit der Psychiatrie-Enquete zunichte machen würden.

---

[196] Massive Kritik wird von den Bundesverbänden der Nervenärzte und Psychiater und deren Funktionäre und nahe stehenden Fachärzten geäußert, www. bvdn.de

[197] Aus einem Rundfax an die Mitglieder von BVDN, BDN, BVDP, dass dem Autor vorliegt, unterzeichnet vom geschäftsführenden Vorstand des BVDN

[198] ebd.

[199] Amelung et.al., 2009 S.6

[200] vgl. Medical Tribune 5. Jahrgang · Nr. 3 · 73498 ·Juni 2010

„Was die TK aber vorhat, ist die Rückabwicklung der Enquetereform der Psychiatrie von 1975 aus kurzsichtigen ökonomischen Gründen. Psychisch Kranken sollen nicht in gleichem Maße notwendige qualifizierte stationäre Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden wie körperlich Kranken.“[201]

In der fachlichen Diskussion mit den Vertretern der Fachärzte für Psychiatrie, werden dabei die nahezu diametral entgegen gesetzten Konzepte einer fachlich fundierten, ambulanten Versorgungsstruktur deutlich. Während das NWPG auf multiprofessionelle Behandlung durch aufsuchende Teams, orientiert an evidenzbasierter psychosozialer, psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Behandlung vor dem Hintergrund einer trialogischen Haltung setzt, verstärkt sich in der Diskussion mit Standesvertretern der Eindruck, dass deren Behandlungsansatz nach wie vor von einer facharztzentrierten, Einzelpraxisorientierten und rein (bio-)medizinischen Sichtweise geprägt ist.

„BVDN, BDN und BVDP treten dafür ein, dass Versorgung und Versorgungssteuerung auch künftig in ambulanter fachärztlicher Hand bleiben. Andere Vertrags- und Versorgungsmodelle lehnen wir konsequent ab.“[202]

Diese Haltung übersieht dabei völlig die Entwicklung im gesamten Gesundheitswesen, durch die sich der ambulante (auch psychiatrische) Sektor strukturell vermutlich in Richtung integrierter und netzwerkorientierter Versorgung entwickelt.

„…Einzelpraxen…stehen durch die neuen rechtlichen Möglichkeiten nun in Konkurrenz mit professionellen Netzwerkstrukturen und werden mittelfristig nur noch eine Nischenrolle einnehmen können.“[203]

Zudem wird zugleich die internationale Entwicklung evidenzbasierter Ansätze in der Behandlung von psychisch schwer erkrankten Patienten negiert. So setzten diese Ansätze durchwegs auf multiprofessionelle Teams, deren Leistungen zu einem großen Teil von nichtärztlichen Fachkräften erbracht werden.

„Die Behandlung und Betreuung durch aufsuchende gemeindepsychiatrische Teams haben sich in Bezug auf ein unabhängigeres Leben in der Gemeinde, auf die Förderung von Beschäftigungsmöglichkeiten, die Aufrechterhaltung des Kontaktes zu psychiatrischen Diensten, zur Reduktion der Wiederaufnahmerate und der Verweildauer im Krankenhaus als wirksam erwiesen.“[204]

---

[201] Carl Gunther, 2010, in: Neurotransmitter, 2/ 2010

[202] Aus einem Rundfax an die Mitglieder von BVDN, BDN, BVDP, dass dem Autor vorliegt, unterzeichnet vom geschäftsführenden Vorstand des BVDN

[203] Amelung 2008, S. 25

[204] W. Rössler , A. Theodoridou, Neue Versorgungsmodelle in der Psychosenbehandlung, Nervenarzt 2006 [Suppl 2] · 77:S111–S120, S. 114

Psychiatrische Behandlung wird in der Argumentationslinie dabei als überwiegend medikamentöse Behandlung verstanden, deren Erfolg von der entsprechenden psychopharmakologischen Behandlung und der medikamentösen Compliance der Patienten abhängt.

„Denn ein häufiger Grund für die stationäre Einweisung sei das Absetzen der Medikamente durch den Patienten, z.B. wegen Nebenwirkungen. Diese Noncompliance werde jedoch ohne Einbindung der Ärzte nicht erfasst. Das „Münchner Modell“ hingegen konzentriert sich auf genau diesen Punkt, die mangelhafte Compliance hinsichtlich der Rezidivprophylaxe.“[205]

Dieser Standpunkt lässt jedoch einige grundlegende Tatsachen zur ambulanten Behandlung, insbesondere der psychisch schwer erkrankten Menschen, die vor allem durch das NWPG profitieren sollen außer Acht.

„Die am Paradigma der Akutversorgung orientierte Versorgung wird dem veränderten Krankheitsspektrum (mehrheitlich chronisch kranke Patienten, zunehmend alte Patienten) immer weniger gerecht und tendiert zur Medikalisierung medizinisch-kurativ nicht sinnvoll zu behandelnder Sozialprobleme.“[206]

Psychisch schwer erkrankte Menschen befinden sich häufig in hochkomplexen Problemlagen, die durch eine einseitige medizinische Behandlung und bestenfalls ergänzenden soziotherapeutischen Leistung 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.

„Der einseitigen Interpretation neurobiologischer Forschungsergebnisse und Rückführung psychischer Störungen auf rein biologische Mechanismen und der daraus abgeleiteten Dominanz biologischer Therapieverfahren liegt ein verkürztes Verständnis psychischer Störungen zugrunde.“[207]

So werden etwa in den Behandlungsleitlinien für Schizophrenie des britischen National Institute for Clinical Excellence (NICE) kognitive Verhaltenstherapie und familientherapeutische Interventionen für jeden Patienten als obligat vorgesehen und von der nur auf die Sicherung der Einnahme von Psychopharmaka ausgerichteten „adherence therapy“, zur Förderung der Complianance abgeraten.

---

[205] Statement von Dr. Werner Kießling der eine integrierte Versorgung zur Complianceförderung „Münchner Modell“ entwickelte, in: Medical Tribune 5. Jahrgang · Nr. 3 · 73498 · Juni2010

[206] Rosenbrock in Handbuch Gesundheitswissenschaften, 2006, S. 1089

[207] Memorandum der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie zur Anwendung von Psychopharmaka, Januar 2010, http://psychiatrie.de/data/pdf/68/0a/00/Broschuere_Neuroleptika.pdf

"Based on the limited health economic evidence and lack of clinical effectiveness, the GDG therefore concluded that there is no robust evidence for the use of adherence therapy as a discrete intervention."[208]

Ein weiterer fachlicher Kritikpunkt ist mit dem Ziel des NWPG, der Vermeidung und Verkürzung von Klinikaufenthalten verbunden. So werden Bedenken geäußert, dass Patienten notwendige Klinikaufenthalte aus Kostengründen bzw. um dem Primat der Gewinnmaximierung der Managementgesellschaften gerecht zu werden, verweigert werden.

Zugleich wurde von verschiedensten Seiten, insbesondere den Kliniken, die Vermutung geäußert, dass die Vergütung keinesfalls ausreichend sei, um das anvisierte Ziel einer umfassenden ambulanten Versorgung gewährleisten zu können.

Vielfach wird dabei auf den DAK - Vertrag zur integrierten psychiatrischen Versorgung verwiesen, der weit höhere Fallpauschalen ausweist.

Zusammengefasst beinhaltet die Kritik der Ärzteschaft an dem integrierten Versorgungsvertrag im Wesentlichen den Vorwurf, dass mit dem Paradigmenwechsel eines Vertragsabschluss mit gemeindpsychiatrischen Leistungsanbietern bzw. den Wohlfahrtsverbänden, die ärztliche Behandlungshoheit aufgegeben wird und diese sich als Subunternehmer einer Managementgesellschaft als Vertragspartner beteiligen müssen.

Darüber hinaus wird in Abrede gestellt, dass diese Organisationen das fachliche Know-How aufweisen, um die Sicherstellung der ambulanten Versorgung zu gewährleisten. Diese Argumentation berücksichtigt dabei nicht, dass alle Versorgungspartner der Techniker Krankenkasse über umfangreiche Erfahrung in der ambulanten Betreuung schwer psychisch Kranker aufweisen und im Versorgungsgeschehen bereits vor dem TK-Vertrag, wenn auch überwiegend im Bereich der Eingliederungshilfe, eine zentrale Stellung eingenommen haben.

Ein weiterer Kritikpunkt an dem Versorgungsvertrag zum NWPG betrifft die Sorge, dass neben den Leistungen der Eingliederungshilfe und den bisherigen Behandlungsleistungen des SGB V, ein weiteres Parallelsystem implementiert wird, das bei einem weiteren Ausbau selektiver Versorgungsformen, die bisher kaum steuerbare psychiatrische Versorgung jeglichen steuerungspolitischen Ansätzen entzogen wird. Diese Kritik ist sicherlich nicht völlig unberechtigt, da die Vorstellung vieler unterschiedlicher integrierter Versorgungsverträge im psychiatrischen Bereich, mit jeweils unterschiedlichen

---

[208] National Institute for Clinical Excellence (NICE), Core Interventions in Treatment an Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care, National Clinical Guideline Number 82, http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11786/43607/43607.pdf, S. 251 siehe aber auch http://connected-health.org/programs/medication-adherence.aspx

Krankenkassen, Zielgruppen und Diagnosen gerechtfertigte Fragen, hinsichtlich einer ökonomischen und bedarfsgerechten Steuerung der Versorgung aufwerfen.

Allerdings ist hierzu anzumerken, dass alle bisherigen Versuche psychiatrische Versorgung regional zu steuern nicht erfolgreich waren. Allein der Verweis auf die oftmals hoch gelobten Gemeindepsychiatrischen Verbünde zeigt, dass es bisher nicht gelang die Schnittstellenproblematik psychiatrischer Versorgung zu lösen.[209]

Zudem bestehen bereits eine Vielzahl an integrierten Versorgungsverträgen mit ärztlichen Vertragspartnern im klinischen und ambulanten Bereich, die oftmals nur diagnosespezifisch ausgerichtet sind – eine analoge Kritik war hierbei nicht zu vernehmen.[210]

8. Zur strukturellen Organisation des "Netzwerkes für psychische Gesundheit" in München

Anmerkung:

Der Versorgungsvertrag des Netzwerkes psychische Gesundheit zwischen der Techniker Krankenkasse und der Awolysis GmbH bezieht sich insbesondere auf die Ballungsräume München Augsburg und Nürnberg. Aufgrund des unterschiedlichen Grades der Umsetzung wird hier nur die Implementierung des Vertrages in München dargestellt.

8.1 Trägerstruktur und Organisation der Managementgesellschaft

Zur Umsetzung des Vertrages NWPG in Bayern an den Standorten München und Augsburg, sowie zukünftig in Nürnberg, wurde auf Seiten der Leistungserbringer durch Organisationen der Arbeiterwohlfahrt, die Managementgesellschaft "AWOLYSIS – Gesellschaft für innovatives Gesundheitsmanagement mbH "entsprechend den Bestimmungen des § 140 b Abs. Nr. 4 SGB V gegründet.

„Träger von Einrichtungen, die eine integrierte Versorgung nach §140 a durch zur Versorgung der Versicherten nach dem vierten Kapitel berechtigten Leistungserbringer anbieten."

Gesellschafter dieser GmbH sind die Arbeiterwohlfahrt München, die Arbeiterwohlfahrt Augsburg sowie die gemeinnützige GmbH des Projektevereins.[211]

---

[209] vgl. Zechert et.al., 2010, Integrierte Versorgung in der Gemeindepsychiatrie- jetzt ! in Soziale Psychiatrie, 34.Jahrgang Heft 1,S. 4 ff

[210] vgl. DGPPN, http://media.dgppn.de/mediadb/media/dgppn/pdf/aktuell/integrierte_versorgung/iv-projekte-dgppn-2010.pdf

[211] siehe: www. projekteverein.de, www.awo-muenchen.de, www.awo-augsburg.de

Durch die Vernetzung dieser drei Organisationen in der gemeinsamen Managementgesellschaft Awolysis, soll das jeweilige Know-How der einzelnen Gesellschaften zusammengeführt werden, um ein wettbewerbsfähiges und zukunftsorientiertes Gesundheitsunternehmen führen zu können.[212]

Die Arbeiterwohlfahrt Augsburg betreibt mit ihrer Gesellschaft AWOSANA eine Vielzahl an psychiatrischen Einrichtungen. Neben stationären Einrichtungen, Betreutem Wohnen und beruflicher Hilfen ist die AWOSANA in größerem Umfang auch im Bereich der Soziotherapie nach § 37a SGB V aktiv.[213]

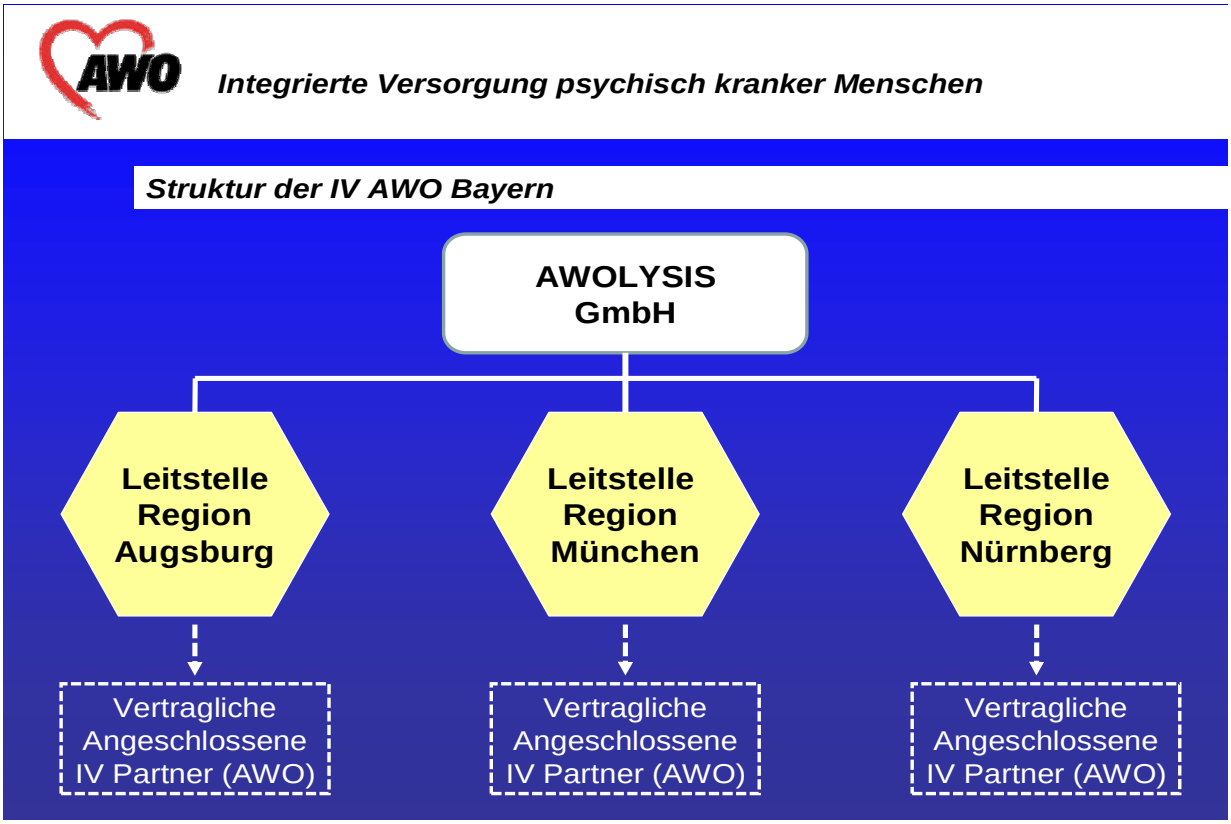
Die gemeinnützige GmbH des Projektevereins ist korporatives Mitglied der Arbeiterwohlfahrt Bayern und Mitglied der AWO M-group. Die gGmbH des Projektevereins ist im Münchner Raum einer der größte Anbieter gemeindpsychiatrischer Angebote aus dem Bereich der Eingliederungshilfe des SGB XII. So betreibt die gGmbH insgesamt neun Sozial- und Gerontopsychiatrischen Dienste, ist Anbieter von Betreutem Wohnen nach § 53 SGB XII i.V. mit § 55 SGB IX, sowie mehrere stationärer Einrichtungen (Langzeitwohnprojekte) und ist Mitbetreiber des Krisendienstes Psychiatrie München.[214]

In geringem Umfang werden soziotherapeutische Leistungen nach SGB V erbracht, wodurch die gGmbH des Projektevereins bereits Vertragspartner der gesetzlichen Krankenkassen ist.

Die Arbeiterwohlfahrt München ist als örtlicher Wohlfahrtsverband mit über 1400 Mitarbeitern, Träger einer Vielzahl pflegerischer und sozialer Einrichtungen und bietet als Gesellschafter der Awolysis GmbH einen unverzichtbaren strukturellen und strategischen Background.[215]

---

[212] vgl. Deimel et. al., 2007, Das Gesundheitsunternehmen als Versorger der Zukunft
[213] www.awo-augsburg.de
[214] www.projekteverein.de
[215] www.awo-muenchen.de



Das Führungspersonal der Awolysis GmbH rekrutiert sich aus den Geschäftsführern der einzelnen Gesellschaften, mit entsprechender Erfahrung in der Leitung großer Sozial- und Gesundheitsunternehmen. Die Entscheidungskompetenzen sind für die jeweiligen Standorte gleichwertig verteilt, so dass die regionalen Netzwerke entsprechend handlungsfähig sind. Auch die Administration wird vor Ort gewährleistet, wobei die Bündelung am Sitz der Gesellschaft in Augsburg erfolgt. Der Standort Nürnberg ist zum Zeitpunkt der Erstellung der Arbeit für die Integrierte Versorgung noch nicht erschlossen. Der dortige Kooperationspartner, AWO Nürnberg, wird mit der Umsetzung vermutlich im Jahre 2011 beginnen.

8.2 Ärztliche Kooperationspartner –strukturelle Probleme und deren Lösung

8.2.1 Zur Kooperation mit niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie

Da neben den Institutsambulanzen vor allem die niedergelassenen Fachärzte für Psychiatrie die ambulante medizinische Versorgung der psychiatrischen Patienten gewährleisten, ist es für das Ziel einer übergreifenden, integrierten Versorgung unerlässlich, diese Ärzte als Partner für ein psychiatrisches Versorgungsnetz zu gewinnen.

Die gesetzlichen Grundlagen nach § 140 a ff ermöglicht den Ärzten grundsätzlich vielfältige Wege an der Integrierten Versorgung zu partizipieren. [216]

So bieten die Integrationsverträge den niedergelassenen Ärzten die Möglichkeit, zusätzliche Verdienstmöglichkeiten zu erschließen und neue Versorgungsformen umzusetzen.[217]

Allerdings begegnet ein großer Teil der Ärzteschaft der Integrierten Versorgung mit großer Skepsis und auch Ablehnung. So betrachten nach einer Forsa Umfrage 77 % der Ärzte die Integrierte Versorgung als reine Kosteneinsparungsmaßname der Krankenkassen.[218]

Besonders stehen dabei private Managementgesellschaften, als neue Dienstleister im Gesundheitssystem, im Fokus der Kritik der Ärzteschaft.

Nach aktueller Gesetzeslage können grundsätzlich auch einzelne Ärzte Integrationsverträge abschließen, die in der Praxis jedoch nur geringe Bedeutung haben werden; vielmehr werden ärztliche Gemeinschaften und ärztlich geleitete Managementgesellschaften als Vertragspartner der Kassen eine bedeutende Rolle spielen.

"Einzelne Vertragsärzte verfügen zwar über das Know-How der Leistungserstellung und der Prozesse, es fehlt ihnen aber der institutionelle Rahmen, um integrierte Versorgungskonzepte umzusetzen".[219]

Die Gründung von ärztlichen Managementgesellschaften, zur Umsetzung von IV - Verträgen als Vertrags- oder Kooperationspartner in der Psychiatrie, hat bisher allerdings nur in geringem Maße stattgefunden. Dies ist aber für die Implementierung und Weiterentwicklung von IV - Verträgen von enormer praktischer Bedeutung, da nicht alle Initiatoren gleich geeignet sind Verträge zur integrierten Versorgung umzusetzen.

---

[216] Aber auch Disease Management Programme oder Facharztverträge nach § 73c SGB V
[217] vgl. Greuèl, Mennemann, 2006, Soziale Arbeit in der Integrierten Versorgung, S. 48
[218] ebd.
[219] Amelung et. al., 2008, S. 66

“Nur erfordern weitergehende integrierte Versorgungssysteme effiziente Managementstrukturen, die nicht “neben dem Praxisbetrieb” aufgebaut werden können.”[220]

Für das Netzwerk psychische Gesundheit waren sowohl fachliche, als auch strukturelle Gründe, für eine möglichst umfassende Einbindung der niedergelassenen Fachärzte von Bedeutung.
Ausgangspunkt der Überlegung war die Frage nach einer optimierten, ambulanten fachärztlichen Behandlung für die eingeschriebenen Patienten des NWPG, um das Ziel einer Reduzierung der stationären Behandlungen zu erreichen.
Grundsätzlich bestehen in einem integrierten Versorgungsnetz wie dem NWPG zwei mögliche Optionen zur Sicherstellung der fachärztlichen Leistungen:

- Die vollständige Leistungserstellung der ärztlichen Module des NWPG durch bei der Managementgesellschaft angestellte Fachärzte
- Die Einbindung einer möglichst großen Zahl an niedergelassenen Fachärzten, um für alle Patienten die nach dem Vertrag erforderlichen Leistungen zu erbringen.

Die erste Variante wäre jedoch nur zielführend, wenn für die Ärzte der Managementgesellschaft zusätzlich eine Kassenzulassung bestehen würde. Wäre dies nicht der Fall, würde eine künstliche Trennung zwischen den normalen EBM - Leistungen des behandelnden Psychiaters eines Patienten und des angestellten Arztes gezogen, die eine koordinierte ärztliche Leistungen konterkarieren würde. Dies würde in der Praxis bedeuten, dass ein Patient im Krisenfall je nach Kapazität, von seinem bisherigen Psychiater oder von dem angestellten Psychiater behandelt wird. Eine vollständige ambulante Behandlung durch angestellte Ärzte ist aus finanziellen Gründen nicht möglich und auch im Versorgungsvertrag des NWPG nicht vorgesehen
Grundsätzlich könnte die Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums als mögliche Option angesehen werden. So ist etwa die Pinel gGmbH in Berlin Träger eines MVZ´s und hat somit die Möglichkeit, alle Patienten des NWPG durch angestellte Ärzte vollständig ambulant zu behandeln, was von der Gesellschaft aus vielerlei Gründen jedoch nicht umgesetzt wird.
Allerdings bieten sich für eine Managementgesellschaft durch angestellte Ärzte einige nicht zu unterschätzende Vorteile:[221]

[220] ebd.

- Keine Abhängigkeit von anderen Versorgungspartnern
- Reduzierter Koordinationsaufwand
- Steuerung des Versorgungsgeschehens

Verfolgt man diese Strategie, rücken jedoch weitere Probleme ins Blickfeld. In erster Linie ist hier die freie Arztwahl zu nennen. Eingeschriebene Patienten des NWPG müssten ihren oft langjährigen behandelnden Psychiater verlassen und zu einem Facharzt des Trägers des NWPG wechseln.

Dies würde für viele seelisch erkrankte Patienten, mit oftmals jahrelangen guten Erfahrungen mit ihrem behandelnden Arzt eine hohe Hürde bedeuten und würde sicherlich zu hohem Misstrauen gegenüber dem NWPG führen. So sind Managed Care Organisationen in den USA mit angestellten Ärzten bei Patienten äußerst unbeliebt, da diese deren Wahlfreiheit einschränken und sie einem angestellten Arzt grundsätzlich skeptisch bezüglich seiner Unabhängigkeit gegenüberstehen.[222]

Darüber hinaus würde dies zu einer Konkurrenzsituation mit niedergelassenen Fachärzten und einem daraus folgenden unkoordinierbaren Versorgungsgeschehen führen, das im Sinne einer verbesserten ambulanten Versorgung der Patienten wenig zweckmäßig erscheint.

Zur Gestaltung der ärztlichen Versorgung scheint deshalb die zweite Variante, einer möglichst umfassenden Einbindung niedergelassener Fachärzte zielführender, da sich einige klare Vorteile ergeben.

- Die am NWPG teilnehmenden Patienten können bei ihren bisherigen behandelnden Ärzten bleiben
- EBM Leistungen und ärztliche Leistungen des NWPG werden im Idealfall durch einen Arzt erbracht und ergänzen sich entsprechend
- Das Netzwerk erhält eine breite strukturelle Basis durch die Teilnahme der Fachärzteschaft in der Region.
- Erhöhung der Akzeptanz der Versicherten und der Fachärzte der Region

Die Konstellation des IV-Vertrages zum NWPG ist für viele niedergelassene Ärzte jedoch problematisch, da nicht die Ärzteschaft als medizinischer Versorger, unmittelbarer Vertragspartner des Kostenträgers ist, sondern diese als Leistungserbringer und Vertragspartner einer Managementgesellschaft ihre Leistungen erbringen.[223]

---

[221] Siehe Staff - HMO
[222] vgl. Amelung 2007, S. 54
[223] siehe Kapitel 7.7 „Kritik“

Bisher dominierten medizinische Leistungserbringer als Vertragspartner zur integrierten Versorgung.[224] So wurden Selektivverträge überwiegend mit Krankenhäusern und niedergelassenene Nervenärzten abgeschlossen, die sich oftmals unter verschiedenen Rechtsformen zusammenschlossen, um als Vertragspartner gegenüber den Krankenkassen aufzutreten.[225]

Die Gewinnung von ärztlichen Kooperationspartnern zur Umsetzung des Netzwerkes psychische Gesundheit in Bayern und in den anderen Regionen, gestaltete sich aufgrund dieser veränderten Vorzeichen deshalb äußerst schwierig.
Als wesentliches Hindernis kann dabei die kritische Haltung des Bundesverbandes der Psychiater und Nervenärzte gesehen werden, der eine entsprechende Empfehlung aussprach, diesem Vertrag nicht als Kooperationspartner beizutreten.
„Wir können jedem Nervenarzt und Psychiater nur dringend davon abraten, sich an diesem Versorgungsnetz NWPG vertraglich zu beteiligen.“[226]
Unmittelbar nach Vertragsabschluss für das NWPG in Bayern im Jahr 2009, wurde mit Vertretern eines großen Münchner Netzwerkes von Nervenärzten und Psychiatern Verhandlungen zur Kooperation mit dem NWPG aufgenommen. Es bestand dabei ein allgemeiner Konsens, dass die Leistungsinhalte des NWPG sicherlich zu einer Verbesserung der ambulanten Behandlung beitragen würden.
Jedoch wurde einige im IV-Vertrag geforderte ärztliche Leistungen als nicht vereinbar mit der Praxisorganisation bewertet. So wurde etwa eine zeitnahe aufsuchende Behandlung durch niedergelassene Fachärzte, trotz der dafür vorgesehenen Zusatzvergütung als kaum umsetzbar bewertet.
Dies begründete sich mit dem zeitlich stark reglementierten und strukturierten Praxisbetrieb, der es nicht ermöglicht, entsprechende Kapazitäten für eine aufsuchende Behandlung vorzuhalten. Nach Aussage der Verhandlungspartner müssten außerordentlich hohe finanzielle Anreize bestehen, wofür jedoch tatsächlich keinerlei Finanzierungsmöglichkeit gegeben ist. Auch die im Vertrag geforderte zeitnahe Terminvergabe wurde als schwierig umzusetzen bewertet.
Als tatsächlichen Grund für die Verweigerung zur Kooperation mit dem NWPG müssen jedoch sicherlich andere Gründe angeführt werden.

---

[224] vgl. Aktuelle Informationen zur integrierten Versorgung in der Psychiatrie der DGPPN, http://www. dgppn.de
[225] Ein Beispiel ist etwa die Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg – PIPP GmbH & Co KG
[226] Carl Gunther in Neurotransmitter 2/2010

So wird von der niedergelassenen Ärzten der Einstieg in einen Systemwechsel befürchtet, der ihre ärztlich Autonomie, Entscheidungs- und Behandlungshoheit einschränkt und letztlich zu einer Abschaffung niedergelassener Fachärzte als „freie Unternehmer“, zu Gunsten neuer Versorgungsformen, in der die Fachärzte als Angestellte von Managementgesellschaften ihre Leistungen erbringen, führt. Darüber hinaus wurde von vielen niedergelassenen Fachärzten zur Lösung des Problems einer unzureichenden ambulanten Versorgung, allein die Erhöhung der Vergütung fachpsychiatrischer Leistungen angeführt. [227]

„Wir müssen die strukturellen Voraussetzungen dafür schaffen, dass Schwerkranke beim Facharzt und leichter Kranke beim Hausarzt behandelt werden. Die Honorierung des Facharztes ist in diesem Rahmen natürlich adäquat anzupassen.[228]

Diese Abwehrhaltung der niedergelassenen Fachärzte lässt jedoch außer Acht, dass mit den Gesundheitsreformen eine Entwicklung eingesetzt hat, die sich mit einer Verweigerungshaltung gegenüber neuen Versorgungsformen kaum aufhalten lässt. Für diese Ärzte gilt es vielmehr die aktuellen Bedingungen für sich positiv zu nutzen und sich aktiv an der Gestaltung bestehender selektiver Verträge zu beteiligen.

„Konkret bedeutet es für den niedergelassenen Psychiater, sich für Integration der Versorgung und Soziotherapie, für Vernetzung und Kooperation einzusetzen.“[229]

Als Kooperationspartner des NWPG in München konnte schließlich das Ärztenetz Brain-Insight gewonnen werden, das sich dieser Prämisse verschrieben hat. Brain-Insight ist ein Zusammenschluss von aktuell 45 Münchner psychiatrische Praxen unter der Gesellschaftsform einer GmbH, zur gemeinsamen Interessenvertretung, insbesondere zur weiteren Erschließung von Verträgen im Rahmen der Integrierten Versorgung nach § 140a ff.[230]

So wurde zwischen der Awolysis GmbH in München und der Ärzte GmbH Brain- Insight ein Kooperationsvertrag geschlossen, der die gesamten ärztlichen Leistungsinhalte innerhalb des NWPG und die entsprechende Vergütung regelt.

Die Praxen der Brain-Insight erbringen die nach dem IV-Vertrag festgelegten Leistungen, mit Ausnahme der Rufbereitschaften und der aufsuchenden Behandlung, die nicht verpflichtend aber jederzeit möglich sind.

Die Vergütung der fachärztlichen Leistungen erfolgt dabei nicht über Fallpauschalen, sondern über eine Stundenvergütung unter Abzug von EBM - Leistungen. Eine Ausnahme ist die

---

[227] Diese Argumentation wird in dieser Arbeit im Kapitel 2.1 behandelt
[228] Carl Gunther, Neurotransmitter 2/2010
[229] Raida Christian, 2010, Die Integration der Psychiatrie, in Soziale Psychiatrie, 34.Jahrgang Heft 1,S. 36
[230] Siehe IPA-HMO Kapitel 5.2

aufsuchende ärztliche Krisenbehandlung, die mit einer adäquaten Pauschale vergütet wird. Die Fachärzte der Brain-Insight erhalten für alle ärztlichen Leistungen im Rahmen des NWPG, somit zusätzlich zu ihren normalen EBM - Leistungen eine entsprechende Vergütung um eine verbesserte fachärztliche Versorgung zu garantieren. Grundsätzlich bestehen dabei keine zeitlichen Beschränkungen. Vielmehr sind die niedergelassenen Psychiater und Nervenärzte im Rahmen dieses Vertrages angehalten die zeitlichen Ressourcen bereitzustellen, die für den einzelnen Patienten für eine qualitativ hochwertige, fachärztliche Behandlung notwendig ist, um das Ziel einer Vermeidung von stationären Aufenthalten zu erreichen. Durch die zusätzliche Vergütung erhalten die Fachärzte nun tatsächlich die Möglichkeit, bezogen auf die TK – Versicherten, alle notwendigen ärztlichen Leistungen zu erbringen (wodurch das Argument der unzureichenden Vergütung bereits abgeschwächt wird).

Die Gesamtabrechnung der erbrachten Leistungen erfolgt dabei nicht über die einzelnen Praxen, sondern über die Gesellschaft Brain-Insight.

Da das bereits beschriebene Problem der zeitnahen aufsuchenden Behandlung durch den Kooperationsvertrag, aufgrund der Kann-Bestimmung nicht vollständig gelöst werden konnte, wurden darüber hinaus zwei Fachärztinnen auf geringfügiger Honorarbasis angestellt, um mögliche ärztliche Versorgungslücken zu schließen. In der Praxis führte dies bisher nicht zu einer konkurrierenden Behandlung, da die beiden angestellten Fachärztinnen ihren Fokus auf sogenanntes „hard to reach“ Klientel legen, für die eine Behandlung in einer Arztpraxis eine zu große Hürde bedeutet und diese darüber hinaus nur ergänzende Leistungen in Krisensituation erbringen, die mit den behandelnden Fachärzten abgestimmt sind.

8.2.2. Die Einbindung Psychiatrischer Kliniken und Institutsambulanzen

Um eine tatsächliche sektorübergreifende Versorgung zu erreichen, war zur Implementierung des Netzwerkes Psychische Gesundheit auch die Einbindung der Kliniken, insbesondere der Versorgungskliniken geplant. Ziel war, ein gemeinsames Konzept zur Behandlung der eingeschriebenen Versicherten, mit klarer Zuständigkeitsverteilung, Kooperation im Einzelfall und einer strukturierten Überleitung zu erstellen. Grundsätzlich bestand auch die Überlegung, dass die ärztlichen Module des Versorgungsvertrages durch die Kliniken und deren Institutsambulanzen erbracht werden.

Nach einigen Gesprächen mit den Verhandlungspartnern zweier großer Kliniken im Münchner Raum, wurde jedoch deutlich, dass eine verbindliche Kooperation mit dem

Netzwerk psychische Gesundheit von Seiten der Kliniken nicht als zweckmäßig angesehen wurde bzw. aus deren Sicht nicht umsetzbar war. Da die zu dieser Entscheidung führenden Gründe nicht genannt wurden, kann hier nur spekuliert werden, welche Intentionen zur Absage einer Kooperation führten. Grundsätzlich ist natürlich hervorzuheben, dass eine erstarkte ambulante Versorgungsstruktur mit dem Ziel einer Reduzierung von Klinikaufenthalten eine Konkurrenz für die Institution Klinik darstellt, wie es auch von anderen Protagonisten integrierter, ambulanter Versorgungsstrukturen beschrieben wurde.

„Angst vor Veränderungen könnte blockieren wenn Immunmechanismen von Institutionen virulent werden.“[231]

Zudem bestanden Bedenken, dass Selektivverträge unterschiedlicher Kassen, mit unterschiedlichen Angeboten und Leistungen zwangsläufig zu entsprechend differenzierten Kooperationsformen, mit der ambulanten Versorgungsstruktur der jeweiligen Krankenkasse führen, die im praktischen Klinikalltag nicht umzusetzen sind.

Trotz des noch relativ geringen Anteiles an TK - Patienten innerhalb der Integrierten Versorgung des NWPG, führten sicherlich auch strategische Überlegungen der Kliniken zur Ablehnung einer Kooperation. So verstehen sich viele Kliniken als Mittelpunkt der psychiatrischen Versorgung, mit der Intention eine regionale Steuerungsfunktion einzunehmen. Zugleich erfolgt ein Ausbau regionalisierter, ambulanter und tagklinischer Versorgungsangebote. Einem Versorgungskonzept, in dem die Steuerung einer zukünftig möglicherweise nicht mehr geringen Patientenpopulation, durch ein ambulantes Gesundheitsunternehmen geleistet wird, kann aus Kliniksicht nicht zugestimmt werden.

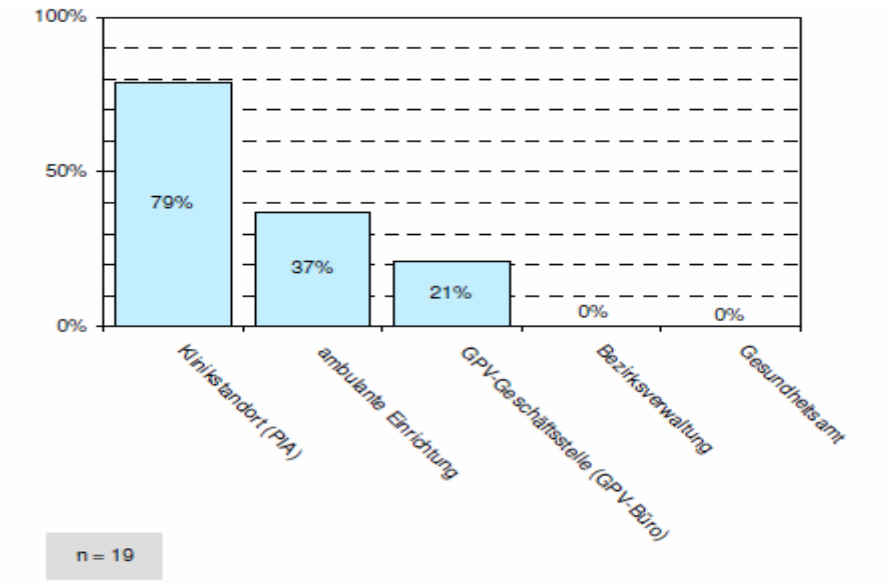
Diese These belegt auch eine Umfrage unter 20 Chefärzten und ärztlichen Direktoren des Kommunalunternehmens des Bezirks Oberbayern die auf die Frage nach einer koordinierende Bezugsperson bzw. der Leitung eines Versorgungsverbundes folgende Antworten gaben:[232]

---

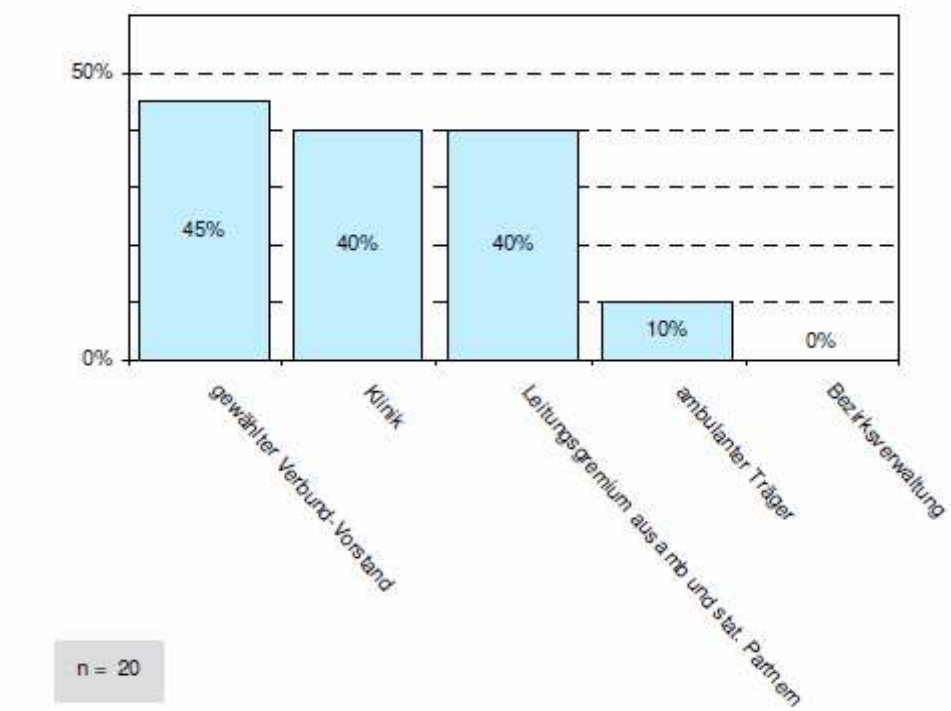
[231] Walle, Reichwaldt, 2010, Durch verbesserte Vernetzung zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit, in : Soziale Psychiatrie, 34.Jahrgang Heft 1,S. 4 ff

[232] Vortrag von Markus Witzmann, Verband der Bayerischen Bezirke 2009, http://www.bay-bezirke.de/downloads/643dcba622af0106b6c2e3303253f813_Witzmann.pdf

Sofern die Funktion einer koordinierenden Bezugsperson in Ihrer Versorgungsregion eingeführt werden sollte, wäre sie am besten angesiedelt…



Ein funktionsfähiger Verbund benötigt eine Leitung und Steuerung. Welchem Bereich sollte diese Funktion Ihrer Ansicht nach zugeordnet werden?



Als Affront wurde von einigen Klinikvertretern die „Malus Regelung“ bezüglich der Leistungen der Institutsambulanzen aufgefasst, die besagt, dass diese mit Klinikaufenthalten gleichgestellt sind, damit aus den Kopfpauschalen der Versicherten zu vergüten sind und nach dieser Logik eine Reduzierung der Leistungen erfolgen muss (siehe Kapitel 7.6).
Tatsächlich wäre eine Teilnahme der Institutsambulanzen äußerst wünschenswert, da diese gemäß ihrer Vereinbarung, bereits einen wichtigen Teil der Leistungen des IV-Vertrages zum NWPG abdecken würden. Entsprechende Kooperationsverträge, die auch die Einzelvergütungsregelung wie sie in Bayern besteht berücksichtigt, könnten sicherlich für alle Beteiligten gewinnbringend abgeschlossen werden.

8.4. Kostenkalkulation und Finanzierung

Wie im Kapitel 7.6 erwähnt, erfolgt die Finanzierung des IV- Vertrages über ein Capitation - System, was eine klare Verlagerung des finanziellen Risikos auf die Managementgesellschaft, in diesem Fall die Awolysis bedeutet. Auch konnte keine Anschubfinanzierung geleistet werden, wodurch eine Refinanzierung zur Implementierung der Netzwerkstruktur entfiel. Ein weiteres Problem zu Beginn des NWPG, ergab sich durch die nahezu unmögliche prognostische Einschätzung zum Einschreibeverhalten der Patienten in das NWPG.
Zwar wurden auf der Basis von Erfahrungswerten vorab Kalkulationen erstellt, die eine finanziell Deckung ab einer bestimmten Fallzahl (Caserate) mit einem entsprechenden Mix an Fallpauschalen (Patienten-Casemix), bei entsprechenden fixen und variablen Kosten (Leistungen des NWPG) ergaben, jedoch enthielten diese Berechnungen eine hohe Anzahl an Variablen und waren somit nur bedingt aussagekräftig.Zusätzlich ergeben sich für ein Gesundheitsunternehmen im Bereich der Integrierten Versorgung einige schwer kalkulierbare Risiken wovon hier beispielhaft zwei genannt werden:

- Intensititätsrisiko:
  Die Patientenbehandlung wird durch unerwartete Komplikationen erschwert, was zu kostenintensiveren Versorgungsprozessen führt
- Verweildauerrisiko
  Die Patienten benötigen eine länger dauernde Behandlung als erwartet. Im Fall des NWPG gilt dies insbesondere für die stationäre Behandlung, die aus den Fallpauschalen zu vergüten ist

Aufgrund des hohen finanziellen Risikos, erfolgte deshalb auf der Basis eines stringenten Risikomanagements, eine sehr konservative Einnahmenberechnung, bei gleichzeitig reduziertem Ausgabeverhalten im Bereich der Sachkosten.[233]

Vor dem Hintergrund des schwerkalkulierbaren finanziellen Risikos, erfolgte die konzeptionelle Umsetzung insbesondere die personelle Ausstattung auf der Basis eines Risiko minimierenden Stufenplanes. Dies bedeutet, dass die Erweiterung der personellen Ressourcen klar an den Einschreibezahlen der Versicherten gekoppelt ist. Die Leistungsangebote wie soziotherapeutische Leistungen oder psychiatrische Pflege wurden Anfangs von Honorarkräften auf Stundenbasis durchgeführt.
Aufgrund der sehr dynamischen Entwicklung des NWPG wurden jedoch in kürzester Zeit zusätzliche Personalressourcen bereitgestellt, so dass zum aktuellen Zeitpunkt sechs fest angestellte Mitarbeiter und zusätzlich etwa 15 Honorarkräfte im Rahmen des NWPG tätig sind. Neben zwei Fachärztinnen weisen alle Mitarbeiter einen Berufsabschluss im Bereich Sozialarbeit, Fachpflege Psychiatrie und Psychologie auf und können langjährige psychiatrische Berufserfahrung vorweisen.

[233] *„Risikomanagement in der Integrierten Versorgung umfasst demnach sämtliche Maßnahmen zur planmäßigen und zielgerichteten Analyse, Beeinflus-sung (Steuerung) und Kontrolle des Risikos der medizinisch-pflegerischen und administrativen Prozesse der Leistungserbringung im Gesundheitswesen.“* nach Mühlbacher, 2007, Integrierte Versorgung – Risikomanagement, Zentrum für innovative Gesundheitstechnologie (ZiG), http://www.zig.tu-berlin.de/uploads/media/2007-03.pdf

9. Die fachliche Umsetzung des Netzwerkes psychische Gesundheit in München

9.1 Die Nutzer des NWPG - –Einschreibeverhalten, Erwartungen, erste Daten

Aufgrund des erst seit kurzer Zeit bestehenden Netzwerkes für psychische Gesundheit in der Region München, können noch keine aussagekräftigen Daten zu den Nutzern hinsichtlich ihrer Diagnosen, des sozialen Status, der Klinikaufenthalte und weiterer relevanten Kriterien ausgewertet werden. [234]Darüber hinaus können aufgrund der kurzen Episode keinerlei valide Aussagen hinsichtlich des Nutzens, der Vermeidung von Klinikaufenthalten oder bestimmter Outcome Kriterien getätigt werden.Zur Frage nach dem Einschreibeverhalten der Patienten der Techniker Krankenkasse kann jedoch angemerkt werden, dass sich in relativ kurzer Zeit weit mehr Patienten für dieTeilnahme am NWPG entschieden haben, als erwartet.Die Rekrutierung der Patienten erfolgte bisher durch eine von der Techniker Krankenkasse geplante und koordinierte Telefonakquise. Nach erfolgter Einschreibung der Patienten in den Versorgungsvertrag, erhält die Koordinationsstelle ein datenschutzrechtlich abgestimmtes Formblatt, mit Adresse und Fallgruppe der Versicherten.Daran anschließend erfolgt die Kontaktaufnahme durch einen Casemanager des NWPG der das weitere Verfahren steuert (siehe Kapitel 9.2.2 Casemanagement) So kann die Einschreibequote von 27 % der relevanten Zielgruppen mit insgesamt 262 Versicherten, nach einer Laufzeit von weniger als sechs Monaten, bereits als Erfolg im Sinne der Akzeptanz dieser Versorgungsform gedeutet werden und ermöglicht auch unter Kostenaspekten, eine bedarfsgerechte Umsetzung der Integrierten Versorgung. Hierbei ist zu ergänzen, dass bereits erste kooperierende Fachärzte ihre Patienten, aufgrund der positiven Erfahrungen mit dem NWPG, zu einer Einschreibung in das Netzwerk erfolgreich motivieren.

[234] Eine Gesamtauswertung erfolgt im Rahmen einer Begleitforschung durch die Charite` in Berlin

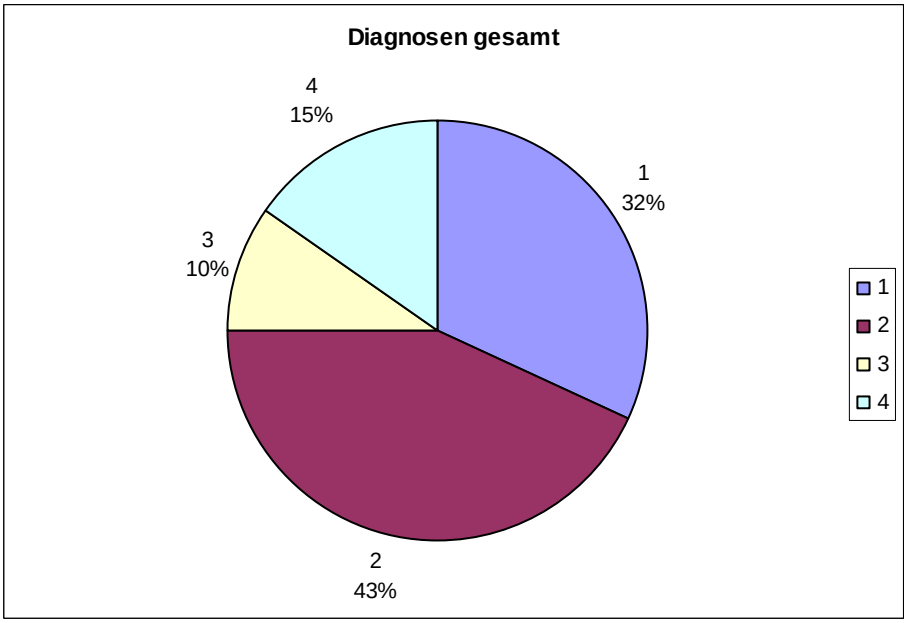
Im Folgenden eine Darstellung zum Einschreibeverhalten selektiert nach Monaten und Fallgruppen:

01.07.2010	**Teilnahme-quoten**	**Maximale Teilnehmerzahl**	**Aktuelle Teilnehmer-zahl**	**Januar**	**Februar**	**März**	**April**	**Mai**	**Juni**	**Juli**
1	**0,82%**	4.164	34	1			3	12	17	1
2	**18,71%**	342	64	1	21	12	11	7	11	1
3	**20,00%**	285	57		19	17	12	3	5	1
4	**31,82%**	176	56		21	5	12	9	9	
5	**23,81%**	63	15		4	4	4		3	
6	**35,29%**	102	36	1	13	8	2	8	3	1
Gesamt	**27,07%**	968	**262**	**3**	**78**	**46**	**44**	**39**	**48**	**4**

Insgesamt erfolgte bisher ein relativ geringer Drop- out der eingeschriebenen Versicherten, die bezogen auf die Gesamtzahl keine hohe Relevanz aufweist.

So wurden einige Patienten wurden ohne Rücksprache durch ihre gesetzlichen Betreuer eingeschrieben und lehnten die weitere Zusammenarbeit mit dem NWPG ab. Einige wenige entschieden sich aus der Integrierten Versorgung wieder auszutreten zum Teil nach Rücksprache mit ihrem behandelnden Facharzt. In Einzelfällen initiierte das NWPG in Absprache mit der Techniker Krankenkasse einen Ausschluss der Versicherten aus der Integrierten Versorgung. Dies geschah in Fällen, in denen ein Kontakt mit Mitarbeitern des NWPG, von Seiten der Patienten kategorisch abgelehnt wurde.

Das Diagnosespektrum der Teilnehmer des NWPG weist die gesamte Varianz der im Vertrag festgelegten Diagnosegruppen auf, allerdings mit einem deutlichen Schwerpunkt auf den Störungen der Bereiche F 2, F 3 und F 6 des ICD 10.



1: Störungen aus dem schiophrenen Formenkreis

2: Affektive Störungen

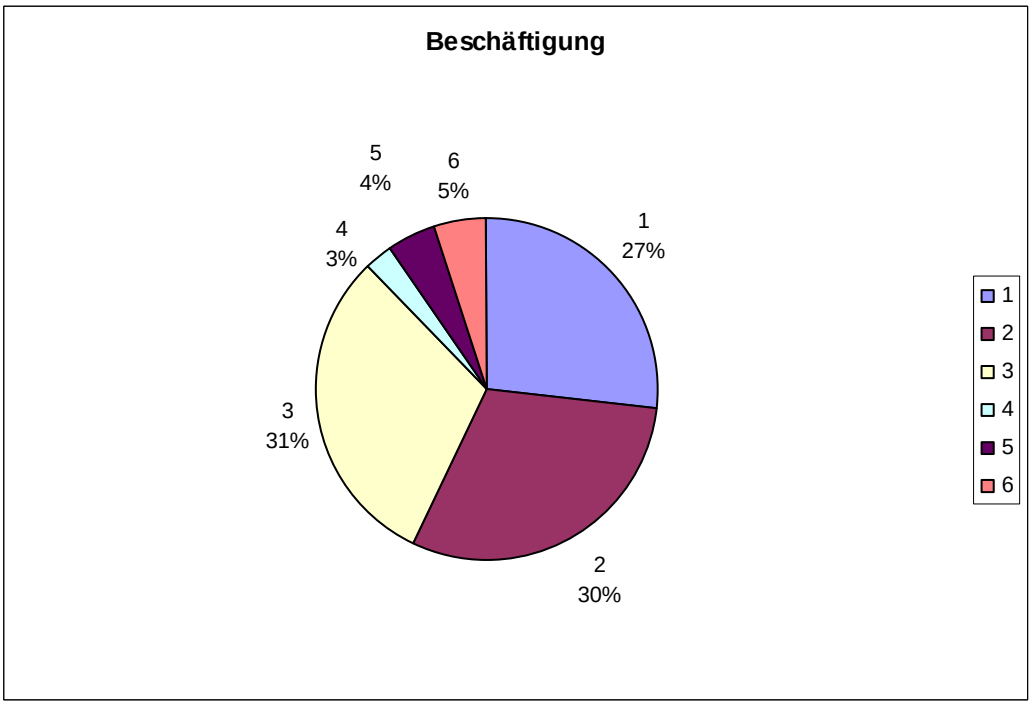
3: Persönlichkeitsstörungen

4: Andere

Hinsichtlich des sozioökonomischen Status der Patienten ist festzustellen, dass sich dieser von psychisch erkrankten Klienten die üblicherweise auch durch Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach SGB XII betreut werden, unterscheiden. Dies ist insofern relevant, da die Träger der Awolysis überwiegend Erfahrung mit psychisch Erkrankten mit Anspruch auf Eingliederungshilfe (etwa Betreutes Wohnen) aufweisen und somit eine neue Zielgruppe psychisch belasteter Menschen erreichen, die möglicherweise andere Versorgungsbedarfe aufweist.

So geht ein nicht unerheblicher Teil der eingeschrieben Versicherten einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nach, verfügt über ein entsprechendes Einkommen und lebt mit Partnern oder im Familienverbund.

Nachfolgend hierzu eine entsprechende Abbildung (n =204) die aufgrund der fehlenden Daten bei 31 % der Versicherten noch keine hohe Aussagekraft aufweist.



1: Versicherungspflichtige Beschäftigung

2: Rente, Grundsicherung, Krankengeld, Erwerbsunfähigkeit

3: Unbekannt

4: Elternzeit, Haushalt

5: Arbeitslosigkeit

6: Ausbildung, Umschulung

Zum Vergleich: Im Sozialpsychiatrische Dienst München Giesing, einer Einrichtung der Projekteverein GmbH (Gesellschafter der Awolysis GmbH) gehen bei insgesamt 205 betreuten Personen nur 20 % einer versicherungspflichtigen Beschäftigung nach, mehr als zwei Drittel sind alleinstehend.[235]

Um diese Zielgruppe für das Netzwerk 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 zur erreichen, müssen die Patienten für sich einen klaren Mehrwert erkennen.

[235] Aus der Jahresstatistik des SPDI München - Giesing die dem Autor vorliegt

„Dieser Mehrwert kann sowohl im Kernbereich der Versorgung als auch im Bereich der Infrastruktur oder einer patientenzentrierten Kommunikation zwischen den Leistungserbringern gegeben sein.“[236]

Dies bedeutet für das Versorgungsgeschehen, für die Etablierung der integrierten Versorgung und nicht zuletzt der Marktpositionierung der Awolysis Managementgesellschaft, eine stringent bedarfsgerechte und kundeorientierte Ausrichtung der Versorgungsleistungen.

9.2 Außerstationäre (Akut-)behandlung als Ziel und konzeptionelle Grundlage

Wie bereits mehrfach erwähnt, ist als oberstes Ziel des Vertrages die konsequente Ambulantisierung der psychiatrischen Behandlung zu nennen, um nicht zwingend notwendige Klinikaufenthalte zu vermeiden und damit eine Alternative zur stationären Behandlung anzubieten.

Die wesentliche Motivation zur Beteiligung der Träger des Münchner NWPG an dem Vertrag zur integrierten Versorgung liegt in der Erfahrung der Defizite der aktuellen psychiatrischen Versorgung und der Unterstützung internationaler Forderung nach einer gemeindeorientierten Psychiatrie.

„Spezialisierte gemeindenahe Dienste planen und einführen, die täglich rund um die Uhr geöffnet sind, über einen multidisziplinären Mitarbeiterstab verfügen und Menschen mit schweren Störungen wie z. B. Schizophrenie, bipolaren Störungen, schweren Depressionen oder Demenz versorgen.“[237]

So vertreten die beteiligten Protagonisten die Auffassung das eine gemeindeorientierte Akutbehandlung weniger tief in das Alltagsleben der Betroffenen und ihrer Angehörigen eingreift, sie weniger stigmatisierend ist und die eine soziale Behinderung oftmals verstärkende Hospitalisation entfällt. Aufsuchende gemeindnahe Behandlung bietet die Möglichkeit die sozialen Ressourcen der Betroffenen mit einzubeziehen und bedarfsgerechter zu behandeln. Dies wiederum fördert die Erhöhung der Compliance und führt zu weniger Behandlungsabbrüchen.[238]

Dabei muss allerdings deutlich hervorgehoben werden, dass es kaum gelingen und auch nicht Ziel sein kann, stationäre Behandlung völlig auszuschließen oder zu ersetzen. Für viele

---

[236] Amelung et. al. 2008, S. 220

[237] Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit, Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen, 14. Januar 2005, S. 7

[238] vgl. Brenner et. al. 2000, Gemeindeintegrierte Akutversorgung – Möglichkeiten und Grenzen, Nervenarzt 2000 · 71:691–699, Springer-Verlag 2000

psychisch Erkrankte gibt es zu stationären Aufenthalten keine Alternative. So berücksichtigt der Vertrag zum NWPG unter anderem die Situationen der Selbst- und Fremdgefährdung die von jeglicher Malus Regelung ausgeschlossen sind. Darüber hinaus ist eine stationäre Behandlung für eine Vielzahl an Konstellationen im Rahmen einer psychischen Erkrankung oftmals die sinnvollere Alternative.

Viele Patienten benötigen in akuten seelischen Krisen ein beschützendes Setting, das etwa eine Krisenpension oder ambulante Behandlung nicht bieten kann.

Etwa bei multimorbiden Patienten mit hohem Behandlungsaufwand, die wenig Compliance bezüglich einer ambulanten Unterstützung aufweisen, und sich und ihre Umgebung durch auffällige Verhaltensweisen beeinträchtigen, ist eine stationäre Behandlung vermutlich sinnvoller.

„Nevertheless, certain classes of patients – those who need urgent medical assessment, and those who suffer from severe and co-morbid medical and psychiatric conditions, severe psychiatric relapses and behavioural disturbances, strong violent or suicidal tendencies, acute neuropsychiatric conditions, or old age and severe concomitant physical disorders – usually require high-intensity immediate support in acute inpatient hospital units, sometimes on a compulsory basis."[239]

Auch gibt es zum aktuellen Zeitpunkt keine empirische Evidenz, dass ein psychiatrisches Versorgungssystem ohne stationäre Behandlung funktioniert.

"There is no evidence, at least for medium- or high-resource countries, that balanced care can be provided without some acute psychiatric inpatient care."[240]

Diese Erkenntnisse gilt es in der Umsetzung einer gemeindeintegrierten Versorgung zu berücksichtigen um im Sinne einer personenorientierten Behandlung den tatsächlichen Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden.

Jedoch folgt die Umsetzung der ambulanten Versorgung nach dem Vertrag zum NWPG auch klaren evidenzbasierten Erkenntnissen ambulanter Behandlung. Danach ergeben sich für eine dauerhafte gemeindeorientierte Behandlung (Assertive Community Treatment) und außerstationärer Akutbehandlung (Hometreatment) für viele Patienten deutliche Vorteile wie etwa höherer Patientenzufriedenheit und ein verbessertes soziales Funktionsniveau etwa in den Bereichen Wohnen und Arbeit.

"There is now strong evidence that ACT, when provided to people with severely disabling psychotic disorders in high-resource countries, can produce several advantages:

---

[239] Thornicroft G, Tansella M (2003),What are the arguments for community-based mental health care?, S. 11 WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network. http://www.euro.who.int/document/E82976.pdf

[240] ebd.

• *reductions in hospital admissions and acute inpatient bed-days*
• *improvements in accommodation and occupation*
• *increases in patient satisfaction ".*[241]

Zur Umsetzung der ambulanten Versorgung orientiert sich das NWPG in München dabei an den theoretischen Prinzipien außerstationärer Behandlung die aus Gründen der Verdeutlichung und der mangelnden Erfahrungen im deutschsprachigen Raum, im Original wiedergegeben werden.

Theoretical principles[242]

- Hospital admission should be avoided if possible cause it ist unaceptable to many patients and may have harmful effects on them
- Treatment in the home environment is desirable because of the very large role in many crises of difficulties in families and wider social networks.
- Managing crises in the community is an opportunity for patients to develop skills and insights that will help them to cope with their illness and with subsequent crises.
- Relationship between patients and professionals are different and less dominated by inequalities of power when crises are managed at home

Basierend auf diesen Prinzipien, den grundlegenden Methoden des Assertive Community Treatments und des Hometreatments, sowie vor allem auf den Erfahrungen der Mitarbeiter in ihrer langjährigen Tätigkeit in verschiedensten sozialpsychiatrischen Arbeitsfeldern, wird versucht ein leistungsfähiges ambulantes Versorgungsnetz zu implementieren.

9.2.1 24-stündige telefonische Erreichbarkeit

Ein wichtiges Element jedes außerstationären Behandlungskonzeptes ist die tägliche 24 - stündige telefonische Ansprechbarkeit und die Möglichkeit zur sofortigen Krisenintervention. Dieses Angebot ist im IV-Vertrag zum NWPG festgeschrieben und wurde dementsprechend auch ab dem ersten Tag im NWPG München umgesetzt.
So ist es den eingeschriebenen Versicherten möglich zu jedem Zeitpunkt mit qualifiziertem und erfahrenem Fachpersonal zu sprechen. Während der Zeit von 8 Uhr bis ca. 18.00 ist die

[241] ebd.
[242] Johnson, Needle in Johnson, Needle, 2008, S. 69

Leitstelle des NWPG durchgehend besetzt. In diesem Zeitfenster steht den Patienten üblicherweise der ihnen zugeordnete Fallmanager bzw. Soziotherapeut zur Verfügung.

Bei Bedarf ist dabei eine sofortige telefonische Krisenintervention, ein persönliches Gespräch oder auch aufsuchende Hilfe möglich. Während der Abend- und Nachtzeiten ist telefonisch ebenfalls qualifiziertes Personal erreichbar, die telefonische Beratung oder Krisenintervention anbieten können.

Seit bestehen des Netzwerkes hat sich gezeigt, dass die telefonische Rufbereitschaft von den Patienten zwar genutzt wird, jedoch nicht in größerem Umfang telefonische Kriseninterventionen in den Abend- und Nachtstunden nötig waren. Viele Patienten berichteten, dass es für sie bereits ein beruhigendes Gefühl sei, jederzeit mit einer Fachkraft telefonieren zu können, diese Verbindlichkeit jedoch bereits zu einer Form der Krisenprävention beiträgt.

Dieser Effekt wird auch von Managed Care Organisationen im Bereich Mental Health bestätigt, die darüber hinaus eine Reduzierung stationärer Aufnahmen alleine durch eine 24-stündige Erreichbarkeit erreichen konnten.

So beschreibt Quinlivan (2000) ein Programm zur verbesserten Behandlung von so genannten Heavy Usern bei der Kaiser Permanente, die eine deutliche Reduzierung der stationären Aufenthalte durch eine 24 - stündige Erreichbarkeit des Fachteams erreichte.

"Round-the-clock availability of the team:

Instituting an on-call procedure in which program clients in a crisis can contact Telecare staff at any time of the day or night has greatly reduced the need for acute inpatient admission. The inpatient psychiatrists have noted that this improvement is one factor responsible for a decrease in the number of admissions."[243]

Ein großer Teil der Anrufe der Patienten außerhalb der eigentlichen Geschäftszeiten, bezog sich dabei auf administrative Belange, wie etwa Terminverschiebungen oder die Übermittlung von noch gewünschten Informationen.

Die Rufbereitschaft im NWPG ist grundsätzlich als aktive Rufbereitschaft zu verstehen.

So beauftragt der Fallmanager oder eine andere Bezugsperson, die Rufbereitschaft, bei Patienten in Krisen, regelmäßige telefonischen Nachfragen, etwa an den Wochenenden oder in den Abendzeiten, durch zu führen. Dies ist etwa bei Patienten sinnvoll, die in Krisensituationen zu Rückzugs- und Isolationstendenzen neigen. Die Rückmeldungen der Patienten bestätigen einen positiven Effekt dieser Interventionen, da ihnen deutlich das

---

[243] Quinlivan R., Treating High-Cost Users of Behavioral Health Services in a Health Maintenance Organization, PSYCHIATRIC SERVICES © February 2000 Vol. 51 No. 2, http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/reprint/51/2/159

Gefühl vermittelt wird, dass sie sich zu jeder Zeit auf dieses Versorgungsangebot verlassen können. Alleine diese telefonische Nachsorge außerhalb der üblichen Zeiten trägt zu einer deutlichen Entspannung krisenhafter Situationen bei.

Allerdings kann zukünftig davon ausgegangen werden, dass je effektiver das System der ambulanten Behandlung funktioniert, die Inanspruchnahme der telefonischen Rufbereitschaft geringer wird.

„Context is important and a 24-hour rapid response service is rarely needed if local services are good.“[244]

Aus ökonomischer Sicht bedeutet dieses Angebot für eine Managed Care Organisation, die über ein Capitation System vergütet wird, demzufolge einen enormen Kostenaufwand für eine relativ geringe Inanspruchnahme, was grundsätzlich dazu führen kann, dass in anderen Bereichen Kosten eingespart werden müssen und entsprechende Angebote reduziert werden.

„The cost – benefit of such a discrete service for a small, well-engaged group of patients is hard to justify clinically”.[245]

Für die integrierte Versorgung durch das NWPG in München steht eine Reduzierung der telefonische Rufbereitschaft jedoch völlig außer Frage, da sie zum Einen vertraglich festgelegt wurde und zum Anderen als Prinzip und hochwirksames Element außerstationärer Versorgung angesehen wird.[246]

9.2.2 Case – und Caremanagement

Wie bereits erwähnt, bestehen aktuell eine Vielzahl an Casemanagement Konzepten, so dass es galt Überlegungen anzustellen, welche konzeptionelle Ausrichtung des Casemanagement, mit welchen methodischen Schwerpunkten, im Rahmen des NWPG sich für die Patienten und die Ziele des Netzwerkes als sinnvoll erweisen würde.

Deutlich wurde, dass der Funktion des Gatekeepings eine deutlich untergeordnete Rolle im Casemanagement des NWPG zukommt. Obwohl Gatekeeping, mit der Aufgabe einer koordinierenden Selektion und Zugangssteuerung zu den Ressourcen ein zentraler Baustein von Managed Care Systemen ist, kann eine überhöhte Bedeutung dieser Funktion, in einem auf Prävention und bedarfsgerechter ambulanter Versorgung ausgerichteten gemeindepsychiatrischen Angebotes, nicht zielführend sein.[247]

---

[244] Burns et.al. 2002, S.58
[245] ebd.
[246] National Institute for Mental Health in England, Crisis Resolution & Home Treatment, Chapter: Principles of Care, http://www.health.bcu.ac.uk/ccmh/home_treatment_final.pdf
[247] vgl. Ewers, 2005, S. 69

Vielmehr kann eine Vermeidung von Klinikaufenthalten durch eine umfassende ambulante Versorgung nur gelingen, wenn der Patient im Bedarfsfall alle notwendigen Leistungen zeitnah und zielgerichtet erhält. Jegliche Vorenthaltung von indizierten psychiatrischen und psychosozialen Leistungen erhöht das Risiko einer stationären Einweisung des Patienten.
Insoweit ist auch die Kritik des BVDN, die Integrierte Versorgung des NWPG würde zu Lasten der Patienten überwiegend Kosteneinsparung betreiben nicht gerechtfertigt.
Für das NWPG wurde hinsichtlich der allgemeinen Konzeption des Casemanagements demzufolge der Schwerpunkt auf die anwaltschaftliche Funktion (advocacy) und der vermittelnden Funktion (Broker) gelegt.
Die Fallsteuerung im NWPG wird somit 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. Angesichts der bei psychiatrischen Störungen immanenten Schwankungen im Krankheitsverlauf versuchen die Casemanager des NWPG jederzeit entsprechende (personelle) Ressourcen vorzuhalten, um im Bedarfsfall bei krisenhaften Situationen der Patienten, die Versorgung gewährleisten zu können.[248]
Zu diesem Zweck wird etwa durch die Fallmanager ein monatlicher Dienstplan erstellt, der gewährleistet, dass täglich entsprechendes Fachpersonal zur Verfügung, steht um im Bedarfsfalles kurzfristig soziotherapeutische Leistungen anbieten zu können.
Das Fallmanagement im Rahmen des NWPG folgt dabei im Wesentlichen der grundsätzlichen Methodik des Casemanagements die sich in der Praxis deutlich bewährt hat.[249]

1. Kontaktaufnahme mit den eingeschriebenen Patienten und Vereinbarung eines persönlichen Gespräches im Wohnumfeld des Patienten oder in den Räumen der Koordinationsstelle
2. Herstellen einer vertrauensvollen Beziehung zum Patienten
3. Umfassendes Assessment zur gesamten Lebenssituation, einschließlich einer Problem- und Ressourcenanalyse
4. Erstellung eines Behandlungs- und Versorgungsplanes sowie eines Krisenplanes im Dialog mit dem Patienten
5. Implementation des Versorgungsplanes
6. Kontinuierliche Begleitung des Patienten, Koordination und Abstimmung der Hilfeleistungen

[248] vgl. Ewers, 2005, S.60
[249] vgl. Schleuning, Welschehold, 2000, Modellprojekt psychiatrisches Casemanagement, S. 28

7. Regelmäßiges Monitoring und Anpassung der Hilfen

In den ersten Monaten des NWPG in München übernahmen die einzelnen Casemanager für ihre jeweiligen Patienten zudem die soziotherapeutsischen Leistungen. Im Zuge des weiteren Ausbaus des NWPG wird jedoch eine zunehmend differenzierte Aufgabenerteilung erfolgen, die mit einzelner Scherpunktsetzung einhergeht.

9.2.3 Konzeption der Soziotherapie als wesentlicher Baustein zur außerstationären Behandlung

Für den Vertrag zur Integrierten Versorgung durch das NWPG und dessen Ziel der verbesserten ambulanten Versorgung, stellen die Leistungen der Soziotherapie, neben den fachärztlichen Behandlung und dem Casemanagement, ein zentrales Versorgungselement dar.
Wie unter Punkt 7.3 beschrieben, orientiert sich die Soziotherapie gemäß des Vertrages zum Netzwerk psychische Gesundheit (NWPG) an den allgemeinen Richtlinien zur Soziotherapie.[250]
In der praktischen Arbeit des NWPG, hat es sich als sinnvoll herausgestellt, dass soziotherapeutische Leistungen nicht durch Ärzte, sondern überwiegend durch den jeweiligen Fallmanager, als Koordinator aller Leistungen, angeordnet werden. Dabei finden, am Einzelfall orientiert, entsprechende Absprachen mit dem behandelnden Facharzt, sowie mit dem den Patienten zugeordneten Soziotherapeuten statt.
Um die notwendige Beziehungskontinuität zu gewährleisten, ist die Zielvorgabe dabei, dass jeder Patient im Sinne eines Bezugspersonensystems, ein bis drei ihm dauerhaft zugeordnete Soziotherapeuten erhält. So ist gewährleistet, dass die Patienten in Krisensituationen durch eine ihnen vertraute Fachkraft Unterstützung erhalten.
In der praktischen Arbeit des Netzwerk für psychische Gesundheit, in der die Soziotherapie ein wesentliches Versorgungsmodul darstellt, stellt sich jedoch das Problem, dass für die Soziotherapie nach wie vor kein Konzept hinsichtlich der fachlich inhaltlichen Umsetzung dieser Leistung besteht. International wird der Begriff Soziotherapie nicht mehr verwendet. Um qualitative hochwertige Arbeit leisten zu können, ist es jedoch notwendig eine einheitliche Definition der Soziotherapie zu erarbeiten und darüber hinaus die Richtlinien auf ihre Praxistauglichkeit zu überprüfen und gegebenenfalls zu modifizieren. Dies macht es notwendig eine klare Vorstellung über Konzeption, Inhalt und Methodik der Soziotherapie im

[250] vgl.Richtlinien über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 37 a SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V, siehe Gemeinsamer Bundesausschuss unter http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/24/

Rahmen des Vertrages des NWPG zu entwickeln. Im Rahmen dieser Arbeit kann dies nicht umfassend geleistet werden, jedoch sollen hier einige grundsätzliche Überlegungen formuliert werden.

Wie bereits erwähnt, besteht kein einheitliches Verständnis zur Soziotherapie, so dass eine Vielzahl an Definitionen existieren. So beschreibt Möller (2009) die Soziotherapie als übergeordneten Begriff für unterschiedlichste Therapieverfahren:

"Die Soziotherapie stellt neben der Pharmakotherapie und der Psychotherapie die dritte Säule psychiatrischer Therapie dar. Sie umfasst sehr unterschiedliche Therapieverfahren. Unter dem Begriff Soziotherapie wird jede Behandlungsform verstanden, die sich in erster Linie um die soziale Umgebung eines Menschen mit einer psychischen Störung bemüht. Soziotherapeutische Maßnahmen sollen soziale Behinderungen vorbeugen bzw. diese beseitigen oder verringern."[251]

Für die sozialpsychiatrische Praxis des NWPG, sind die gängigen Definitionen der Soziotherapie jedoch wenig praktikabel, da sie nur Teilbereiche der Bedarfe der Patienten umfassen.

Sinnvoller erscheint, es die Soziotherapie im Rahmen des NWPG umfassender zu definieren und verschiedene Handlungsansätze im Sinne eines ganzheitlichen, integrativen Konzeptes zu verbinden.

Dabei bieten sich unterschiedliche Konzeptionen im Sinne der Ziele des Vertrages an, die sich aber im Wesentlichen auf drei Kernbereiche reduzieren lassen.

- Die Orientierung der Soziotherapie an den Konzepten des Home Treatment und Assertive community Treatment
- Die Soziotherapie vor dem Hintergrund der Konzepte der klinischen Sozialarbeit, wie sie in den USA entwickelt wurde und aktuell versucht wird auch in Deutschland umzusetzen.
- Psychosoziale Beratung und Begleitung auf der Basis therapeutischer Verfahren
- Soziotherapie als praktische Alltagshilfe

Alle Konzepte weisen dabei einen hohen Überschneidungsbereich auf und sind in Teilen insbesondere in der praktischen Umsetzung nahezu identisch.

[251] Möller et. al. 2009, S. 548

In Anlehnung an die Konzepte des Hometreatment und Assertive Community Treatment sind folgende strukturelle Merkmale der Soziotherapie im Rahmen des NWPG festgelegt.[252]

- Erweitertes Bezugspersonensystem
- Zeitnahe bzw. sofortige Unterstützung
- Überwiegend aufsuchende Hilfe im Lebensumfeld des Betroffenen
- Umfassende Hilfe in allen Problembereichen
- Geringer Caseload um umfängliche Hilfe anbieten zu können
- Kurzzeitbehandlung mit klaren Zielvorgaben

Für die Soziotherapie im Rahmen des NWPG die als übergeordnetes Ziel die Vermeidung von Klinikaufenthalten hat, erweist sich die Definition von Pauls (2004) im Rahmen der klinischen Sozialarbeit dabei als tragfähig.
"Durch soziale Unterstützung, Beratung, therapeutische Gespräche und Begleitung sollen Selbständigkeit und lebenspraktische Fähigkeiten so weit gefördert und entwickelt werden, dass der Lebensalltag bewältigt werden kann. Die ambulante Sozialtherapie versteht sich somit als ein auf den individuellen Einzelfall ausgerichtetes Handlungskonzept und beinhaltet eine systematische Betreuungsplanung."[253]

Wie in dieser Definition beschrieben umfasst Soziotherapie ein breites Spektrum und lässt sich nur schwer etwa von psychosozialer Beratung oder Alltagsbegleitung trennen. Diese umfassende Sichtweise wird der Realität der praktischen Sozialpsychiatrie jedoch am ehesten gerecht, da sie an den Bedarfen der Nutzer ausgerichtet ist und keinen künstliche Eingrenzung von Leistungsinhalten wie sie für Soziotherapie nach § 37 a SGB V gelten, vorsieht.

Als Teilziele der Soziotherapie können genannt werden:

- Grundlegender Aufbau bzw. Erwerb von Fertigkeiten durch Instruieren, Modellieren basales üben mittels verhaltens- und kognitionstherapeutischer Methoden
- Optimierung und Differenzierung von Fertigkeiten durch Verhaltensübungen und beratender Gesprächsführung
- Transfer und Generalisierung von Kompetenzen und Fertigkeiten in den Alltag

[252] vgl. auch Johnson, Needle in Johnson, Needle, 2008, S. 76
[253] Pauls 2004, S.292

Ein wesentliches Element innerhalb von soziotherapeutischen Leistungen, stellt dabei die psychosoziale Beratung dar. Zu dieser Interventionsform, die im Übergangsbereich zur psychotherapeutischen Behandlung zu verorten ist, ist für den psychiatrischen Kontext im deutschsprachigen Raum nur wenig Literatur zu finden. Einen der wenigen Versuche Beratung im sozialpsychiatrischen Kontext konzeptuell zu unterfüttern, wurde dabei von Kardorff (2002) unternommen.

„Ziel auch der sozial-psychiatrischen Beratung besteht darin, ratsuchenden Klienten/-innen bzw. Nutzern/-innen und ihren Angehörigen für die Bewältigung des Lebens mit einer psychischen Krankheit/Störung "...Orientierung, Klarheit, Wissen, Bearbeitungs und Bewältigungskompetenzen" (Nestmann & Sickendieck 2001, S. 140) zu vermitteln, ihnen realistische Wahlmöglichkeiten zu eröffnen, ihre Entscheidungsfähigkeit zu stärken, sie zu Selbstverantwortung und Selbstbestimmung zu ermutigen, sie bei der Nutzung und Erschließung eigener Ressourcen zu unterstützen, vorhandene Kompetenzen aufzuspüren und zu fördern sowie alternative Handlungsmuster mit ihnen gemeinsam aufzubauen und zu erproben.[254]

Das Modul der Soziotherapie wie sie im Rahmen des NWPG geleistet wird, weist somit viele Gemeinsamkeiten mit der Tätigkeit anderer sozialpsychiatrischer Angebote, wie sie etwa durch Sozialpsychiatrische Dienste angeboten werden, auf. Allerdings sind auch deutliche Unterschiede anzumerken, die vor allem in einem Managed Care Umfeld immanent sind.

So wird die soziotherapeutische Leistung im Rahmen des NWPG deutlich strukturierter und mit einer klaren Zielorientierung am Behandlungsplan und dem Outcome angeboten.

Jeder soziotherapeutischen Leistung geht ein Assessment voraus, das den Nutzen beurteilt und definierte Ziele vorgibt. Bei auftretenden Krisen vereinbaren Fallmanager, Soziotherapeut und wenn möglich der Patient den Umfang (Stundenanzahl), das Setting und das Ziel der soziotherapeutischen Leistungen.

Auch finden regelmäßige Monitoring - Gespräche statt, um zu klären inwieweit die Unterstützung wirksam ist und welche Änderungen bezüglich des Settings und der Dauer der Hilfeleistungen möglicherweise notwendig sind.

Der Patient erhält dabei solange Unterstützung wie diese benötig wird oder sich herausstellt, dass möglicherweise eine andere Hilfeform wie ein stationärer Aufenthalt oder die Krisenpension zielführender ist.

[254] Kardorff , E. v. (2002): Sozialpsychiatrische Beratung. In: Nestmann, F. & Sieckendick, U. (Hg). Handbuch der Beratung, S. 1097

Der Soziotherapeut ist während seiner Leistungserbringung umfänglich für den Patienten verantwortlich und organisiert gegebenenfalls weitere Leistungen. Dies geschieht alles in enger Absprache mit dem Fallmanager.
Nachfolgend einige typische Leistungen die im Rahmen der Soziotherapie des NWPG bisher geleistet wurden.[255]

- Diagnostische Einschätzung des Patienten
- Supportive Gespräche im Rahmen von Hausbesuchen oder in der Koordinationsstelle
- Symptom-management und Psychoedukation
- Begleitung des Patienten zum behandelnden Facharzt
- Motivation zur fachärztlichen Behandlung und Förderung der Medikamenten-Compliance
- Unterstützung in häuslichen Angelegenheiten (etwa bei drohender Verwahrlosung)
- Organisation und Vermittlung nichtpsychiatrischer Hilfen (Freizeitgruppen etc.)
- Beratung bei beruflichen Problemen
- Beratung bei familiären Konflikten
- Begleitung zur stationären Aufnahme
- Organisation Existenz sichernder Hilfen (ALG 2 Leistungen, Haushaltshilfe etc.)

Seit bestehen des Netzwerkes für psychische Gesundheit hat sich diese integrative Konzeption als zielführend herausgestellt. Durchgeführt wird die Soziotherapie im Rahmen des NWPG von psychiatrisch erfahrenen Diplom-Sozialpädagogen und Fachpflegekräften.

9.2.4 Psychiatrische Pflege

Im Rahmen des NWPG wurde bisher kaum ambulante psychiatrische Pflege verordnet. Grundsätzlich stellt sich dabei das Problem, dass die ambulante psychiatrische Pflege einen hohen Überschneidungsbereich zur ambulanten Soziotherapie, insbesondere wie sie in der Konzeption des NWPG verstanden wird, aufweist. So sind beide Leistungsbereiche innerhalb des NWPG mit der Intention des „Home Treatment“ nur schwer voneinander zu trennen.
„Diese Formen der psychiatrischen Pflege sind von ihrem Inhalt und personellen Aufwand her großenteils nicht mehr im Sinne des administrativ festgelegten Pflegebegriffs zu verstehen, sondern haben therapeutischen und sozialen Charakter.“[256]

[255] vgl. auch Johnson, Needle in Johnson, Needle, 2008, S. 78
[256] Zweiter Bayerischer Landesplan zur Versorgung psychisch Kranker und psychisch Behinderter, http://www.stmas.bayern.de/behinderte/psychisch/psyplan2.pdf

So versucht etwa die „Bundesinititative ambulante psychiatrische Pflege“ eine Abgrenzung der Soziotherapie zur ambulanten psychiatrischen Pflege vorzunehmen; diese beruht jedoch größtenteils auf formalen Kriterien, die durch den Gesetzgeber festgelegt wurden (aktuelle vs. mittel- bis langfristige Behandlungsdauer, Verordnungszeitraum, Diagnosen etc.) und hat aufgrund der vertraglich geregelten Ausweitung der Kriterien für die Soziotherapie und die ambulanten psychiatrischen Pflege, kaum Relevanz für die praktische Tätigkeit im Rahmen des NWPG.[257]

Für die ambulante Behandlung durch das Netzwerk psychische Gesundheit sind vielmehr die aktuellen Bedarfe der Patienten relevant. Durch das multiprofessionelle Team, der einige psychiatrische Pflegekräfte angehören, ist es möglich den Patienten bedarfsgerecht das therapeutische Personal zur Verfügung stellen, dass aufgrund seiner spezifischen Qualifikation, den bestmöglichen Erfolg der ambulanten Behandlung verspricht. So wird bei Patienten deren ambulante Behandlung entsprechende medizinische Kenntnisse voraussetzt, selbstverständlich psychiatrisches Pflegepersonal eingesetzt. Dies ist etwa bei Menschen mit moderaten pflegerischen Bedürfnissen der Fall, etwa zur Unterstützung bei der Einnahme von durch den Facharzt verordneter Medikamente.
Der gesamte Pflegeprozess orientiert sich dabei an den Standards zur ambulanten psychiatrischen Fachpflege, die im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter ausgeführt werden können.[258]

9.2.5 Medizinisch-Fachärztliche Leistungen

Die Kooperation mit den Fachärzten der Brain-Insight GmbH kann innerhalb der Startphase des NWPG als gelungen bezeichnet werden. Einschränkend ist hinzu zufügen, dass sich aufgrund der relativ gesehen, geringen Patientenzahl des NWPG, nur mit einem Teil der kooperierenden Psychiater eine fachliche Zusammenarbeit ergeben hat. Viele der eingeschriebenen NWPG – Patienten werden von nicht strukturell kooperierenden niedergelassenen Fachärzten versorgt.
Diesen Ärzten wurden in jedem individuellen Fall eine Kooperation und die Aufnahme vertraglicher Beziehungen (durch Brain Insight) und entsprechender Vergütung angeboten. Allerdings erklärte sich bis dato noch keiner dieser Fachärzte bereit, dem Vertrag der Brain-

[257] http://www.bapp.info/texte/soziotherapie.pdf
[258] vgl. Bundesinitiative ambulante Psychiatrische Pflege e.V., http://www.bapp.info, oder auch: Gassmann et. al., 2006, Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege – Mental Health Care, Springer Verlag, Heidelberg

Insight beizutreten. Die informelle Kooperation mit den nicht an das NWPG vertraglich gebundenen Fachärzten, ist individuell unterschiedlich ausgeprägt. Diese reicht von einer guten Zusammenarbeit, bis hin zur massiven Abwertung der Fachkräfte des NWPG. Ein grundsätzlicher Wechsel der Patienten zu kooperierenden Fachärzten wird durch das NWPG nicht betrieben. Eine solche Vorgehensweise würde die Ressentiments vieler Fachärzte gegenüber dem NWPG verständlicherweise verstärken.

Valide Daten, zu Umfang und Inhalt der Kooperation mit den Partnern von Brain-Insight, können im Rahmen dieser Arbeit nicht angeführt werden, da eine erste Auswertung erst zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt wird. Jedoch erfolgte bereits bei einer Vielzahl von Patienten eine erfolgreiche Zusammenarbeit, die durch folgendes Fallbeispiel illustriert werden soll.

Fallbeispiel aus der Praxis des NWPG München:[259]

TK Versicherte; weiblich, 29; Jahre alt; Diagnose Bipolar II (ICD 10: F31.8), ledig, Vollzeit berufstätig;

Patientin ist seit dem 17. Lebensjahr psychiatrisch erkrankt. Seit Beginn der Erkrankung wurde die Patienten in unterschiedlichen psychiatrischen Kliniken der Versorgungsregion München stationär behandelt. Zuletzt vier Wochen nach einem Suizidversuch Ende 2009.

Die Versicherte hat sich Anfang Februar 2010 in die Integrierte Versorgung der Techniker Krankenkasse NWPG eingeschrieben.

Die Patientin befindet sich ambulanter psychiatrischen Behandlung bei einem niedergelassenen Psychiater (nicht Kooperationspartner des NWPG).

Einmal monatlich findet ein Behandlungskontakt statt.

Seit der Einschreibung erfolgten regelmäßige Telefonate und zwei Beratungs-, bzw. Assessmentgespräche mit dem Casemanager der Koordinationsstelle in den Räumlichkeiten des NWPG München. In den Gesprächen wurde zusammen mit der Patientin ein vorläufiger Krisenplan erstellt.

<u>Krisenplan:</u>

- Bei Verschlechterung des psychischen Zustandes sofortiger Anruf bei der 24-stündigen Rufbereitschaft des NWPG
- Regelmäßiger telefonischer Kontakt zum Casemanager des NWpG
- Einmal monatlich supportives Beratungsgespräch mit dem Casemanager

[259] Dieses Fallbeispiel wurde von dem Leiter des NWPG München formuliert und in abgeänderter Form für diese Arbeit verwendet

- Bei beginnender Krise sofortige Verordnung von Soziotherapie und ggf. Aufnahme in die Rückzugsräume durch das NWpG

Zwei Monate nach ihrer Einschreibung kontaktierte die Patientin ihren zuständigen Fallmanager. Nach einem Clearing - Telefonat wurde für den folgenden Tag ein Beratungsgespräch vereinbart.

Die Patientin berichtete, dass sich ihr psychischer Zustand verschlechtern würde, sie klagte über Antriebslosigkeit, innere Leere, Schwäche und Müdigkeit, Zudem leide sie seit drei Wochen an nächtlicher Schlaflosigkeit mit ständigem Grübelzwang.

Die Patientin klagt zudem über die Belastung an ihrem Arbeitsplatz und äußert Ängste diesen zu verlieren, weshalb sie eine längere Arbeitsunfähigkeit vermeiden möchte. Zudem sei sie durch akute Familien-, und Beziehungsprobleme belastet. Auch beschreibt die Patientin zunehmende Suizidgedanken.

Die Patientin war drei Tage vor der Beratung in der Sprechstunde ihres niedergelassenen Psychiaters zur Behandlung. Ihr wurde eine ambulante Psychotherapie vorgeschlagen, die aktuelle Medikation wurde nicht geändert. Eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung wurde für drei Tage ausgestellt.

Es erfolgte ein Anruf des Casemanagers beim niedergelassenen Psychiater der Patientin, mit der Bitte um einen kurzfristigen Termin.

Die Praxis konnte jedoch keinen Termin anbieten, da die Patientin erst vor drei Tagen in der Sprechstunde war. Eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung könnte verlängert werden, dafür müsste die Patientin am darauf folgenden Tag in die Praxis kommen und sich bei der Praxismanagerin melden. Frühester Termin für eine Sprechstunde kann in drei Wochen angeboten werden.

Da der Termin für die Patientin zu weit entfernt liegt wird ihr angeboten, eine sofortige Behandlung durch eine Ärztin des Kooperationspartners Brain – Insight zu erhalten, was von der Patientin befürwortet wird. Nach Anruf des Casemanagers bei einer kooperierenden Praxis kann ein Termin innerhalb einer Stunde erfolgen

Die Patientin wurde durch den Casemanager des NWpG zur Ärztin begleitetet, wo ein einstündiges Gespräch stattfand. Die aktuelle Medikation wurde geändert und eine Bedarfsmedikation verordnet.

Zudem erfolgten weitere Maßnahmen und eine Modifizierung des Krisenplanes

- Gemeinsame Behandlungsplanung mit Ärztin, Patientin, Casemanager
- Neuer Termin für die fachärztliche Sprechstunde in drei Tagen

- Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung wurde für eine Woche ausgestellt
- Täglicher telefonischer Kontakt mit dem Casemanager
- Bei Bedarf Verordnung der Rückzugsräume
- Verordnung von fünf Stunden Soziotherapie, bei Bedarf Verlängerung möglich

Die Patientin konnte durch die Implementierung der Maßnahmen erfolgreich stabilisiert werden, ein stationärer Aufenthalt wurde vermieden. Weitere Kriseninterventionen waren bis dato nicht notwendig.

Dieses Fallbeispiel verdeutlicht, welche Behandlungseffektivität sich alleine durch eine verbindliche Kooperation von nichtärztlicher Fachkraft (Casemanager) und niedergelassenem Facharzt im Rahmen einer integrierten Versorgung ergeben kann.
Zudem zeigt es auch, dass mit relativ geringem Aufwand an personellen und medizinischen Ressourcen, eine erfolgreiche ambulante Behandlung gelingen kann. Es kann in diesem Fall durchaus davon ausgegangen werden, dass sich die Patienten bei einer weiteren Verschlechterung ihres Zustandes ohne die Unterstützung des NWPG - falls die Patienten nicht Zugang zu einer anderen Hilfeform, etwa eines Sozialpsychiatrischen Dienstes oder des Münchner Krisendienst gefunden hätte - vermutlich in stationäre Behandlung begeben hätte.
Auch das Risiko einer suizidalen Handlung war nicht ausgeschlossen. Durch die sehr verkürzte Behandlungsleistung ihres Facharztes, kann hier von einer klaren Unter- bzw. Fehlversorgung gesprochen werden, die möglicherweise einen stationären Aufenthalt notwendig macht, der wie sich im Fallbeispiel zeigt, den Bedürfnissen der Patienten nicht entspricht und zudem vermeidbare höhere Kosten nach sich zieht.
Allerdings ist hier auch anzumerken, dass aufgrund der völlig unzureichenden Vergütung der niedergelassenen Psychiater – etwa 50 Euro pro Patient und Quartal - es für diese nur sehr eingeschränkt möglich ist, die notwendige und adäquate Behandlungsleistung zu erbringen.[260]
„Durch die fehlenden finanziellen Mittel sind Nervenärzte und Psychiater immer häufiger gezwungen, ihre Patienten in psychiatrische Kliniken zu überweisen.“[261]
Jedoch wäre mit den Ressourcen der Integrierten Versorgung des NWPG dieser Missstand, bezogen auf den einzelnen Patienten zu beheben, da für die zusätzlich benötigte Zeit des Facharztes eine entsprechende Honorierung aus den Fallpauschalen des NWPG erfolgt.

[260] vgl. Veröffentlichungen des BVP/ BVDN, www.bvdn.de
[261] http://www.bvdn.de/main/public_presse.php?presse_check=1

Das oben genannte Beispiel, kann trotz der Tatsache dass es keinen empirischen Wert aufweist, als vorsichtiges Indiz herangezogen werden, dass sich eine Verbesserung der Versorgung und eine Reduzierung der Krankheitskosten nicht ausschließen.

Diese vorläufige These kann deshalb aufgestellt werden, da sich im Rahmen des NWPG seit dessen Bestehen eine Vielzahl an Versorgungssituationen ergaben, die im Kern dasselbe Muster bzw. die gleichen Defizite aufweisen.

So wurde im Rahmen des NWPG das strukturelle Problem der mangelnden zeitlichen Ressourcen der behandelnden Psychiater überdeutlich. Oftmals mussten deshalb kooperierende Fachärzte herangezogen werden, da die bisher behandelnden Fachärzte keinen zeitnahen Termin anbieten konnte. Zugleich wurde deutlich, dass ein erster Schritt zur Bewältigung von Krisensituationen bereits durch die Begleitung des Patienten (durch eine Bezugsperson des NWPG) zu den fachärztlichen Kooperationspartnern in die Praxis gelang. Allerdings wird nur ein Teil der Krisenintervention oder der ambulanten Behandlung im Rahmen des NWPG durch kooperierende Ärzte erbracht. Der weitaus größere Anteil liegt bei den nichtärztlichen Interventionen wie Soziotherapie, psychosoziale Beratung und Casemanagement. Für die Zukunft bleibt abzuwarten, wie eine umfassende Integration der beteiligten Psychiater sinnvoll und an den Patienten orientiert umzusetzen ist.

„Psychiatrists can be integrated with Crisis resolution/ Home treatment teams in different ways. The choice as to which arrangements suit a particular team will depend on the area and population covered by the team and local Consultants, local service arrangements and psychiatric medical staff resources available."[262]

Diese Frage wird sich insbesondere bei einer Erweiterung des Netzwerkes mit einer absehbaren Zunahme der Versicherten, des Einzugsgebietes und der Erweiterung des Teams stellen.

[262] National Institute for Mental Health in England, Crisis Resolution & Home Treatment, S. 52 http://www.health.bcu.ac.uk/ccmh/home_treatment_final.pdf

Folgendes Ablaufschema kann dabei als idealtypisch für die Zusammenarbeit mit den ärztlichen Kooperationspartnern, im Rahmen des NWPG gelten:

Anruf des Patienten in der Koordinationsstelle
Clearinggespräch
▼
Zeitnahe/ sofortige aufsuchende Hilfe oder Terminvergabe zu einem persönlichen Gespräch in der Koordinationsstelle
▼
Begleitung des Patienten in die Praxis eines kooperierenden Facharztes
▼
Gemeinsames Gespräch - Patient, Facharzt, Bezugsperson des NWPG
▼
Erstellen eines Behandlungsplanes - Soziotherapie, Casemanagement, Termin für Wiedervorstellung in der psychiatrischen Praxis
▼
Durchführung der Behandlung – Soziotherapie, ärztliche Sprechstunde
▼
Monitoring und Rückmeldung an den behandelnden Facharzt
▼
Beendigung der Behandlung oder gegebenenfalls Modifizierung und Erweiterung des Behandlungsplanes

Aufsuchende Hilfe durch die fachärztlichen Kooperationspartner war bisher nicht zwingend notwendig. Eine Ausnahme stellt die fachärztliche Betreuung in der Krisenpension dar wie sie in Kapitel 9.2. beschrieben wird.

Für die aufsuchende Hilfe werden überwiegend die Honorarärztinnen des NWPG herangezogen, da es für die Kooperationspartner nur eingeschränkt möglich ist, trotz der entsprechenden Vergütung, einen zeitnahen Hausbesuch aus der laufenden Praxis zu organisieren.

Die beiden Honorarärzte ergänzen somit die Tätigkeit der fachärztlichen Kooperationspartner, insbesondere zu ungünstigen Zeiten und bei Patienten die aufgrund ihres Erkrankungsbildes eine kontinuierliche nachgehende fachärztliche Hilfe benötigen.

9.2.6 Psychologische Beratung und Kurzzeitpsychotherapie

Im Rahmen der Integrierten Versorgung findet keine psychologischer Psychotherapie nach den allgemeinen Psychotherapie-Richtlinien statt, was auch die Übernahme der Kosten psychotherapeutischer Behandlung durch kassenärztlich zugelassene Psychotherapeuten ausschließt. Patienten mit entsprechender Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung, erhalten durch die Casemanager des NWPG und kooperierenden Fachärzte entsprechende Unterstützung, um in absehbarer Zeit einen Psychotherapieplatz zu erhalten. Jedoch wird das Leistungsangebot einer psychotherapeutisch orientierten psychologischen Beratung im Einzelfall auch Kurzzeitpsychotherapie, obwohl im IV-Vertrag nicht zwingend festgeschrieben, als weiteres Angebot für die eingeschriebenen Versicherten vorgehalten. Darüber hinaus werden die psychologischen Kompetenzen zur differenzialdiagnostischen Ergänzung des Assessments und der Behandlungsplanung herangezogen.

Diese Leistungsangebote begründen sich in der Notwendigkeit einer umfassenden und bedarfsgerechten ambulanten Patientenversorgung, die neben soziotherapeutischen, pflegerischen und ärztlichen Leistungen auch psychologische Leistungen vorhalten sollte.

„Access to Clinical Psychology assessment can be valuable with complex presentation an in care planning."[263]

Da es trotz der relativ hohen Psychotherapeutendichte in München, problematisch ist, zeitnah einen Psychotherapieplatz zu erhalten, wird das Angebot psychologisch – therapeutischer Beratung für die Patienten bei entsprechender Indikation, auch als vorübergehendes Angebot, bis zum Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung vorgehalten.[264]

Der Bedarf für eine psychologisch/ psychotherapeutische Behandlung wird dabei in Teamkonferenzen festgelegt.

Als Beispiel aus der aktuellen Praxis kann etwa die psychologische Beratung einer Patientin mit depressiven Störungen und massiven familiären Problem angeführt werden. Neben der Tätigkeit des Casemanagers, der für die Organisation der medizinischen Behandlung und der Sicherung der Existenzgrundlagen zuständig war, fanden zudem regelmäßige psychologisch-therapeutische Beratungsgespräche zur Lösung der familiären Konflikte statt, die nicht unwesentlich zu ihrer depressiven Störung beitrugen.

[263] National Institute for Mental Health in England, Crisis Resolution & Home Treatment, http://www.health.bcu.ac.uk/ccmh/home_treatment_final.pdf, S. 54

[264] Durchschnittliche Wartezeit für einen Psychotherapieplatz 4,6 Monate, vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 41, Psychotherapeutische Versorgung, www.gbe-bund.de

Im NWPG steht zum aktuellen Zeitpunkt eine Diplom-Psychologin, mit systemisch therapeutischer Ausbildung und langjähriger und umfangreicher psychiatrischer Erfahrung, unter anderem in Leitungsfunktion des Münchner psychiatrischen Krisendienstes zur Verfügung. Im Bedarfsfall kann darüber hinaus auf weiter erfahrene Diplom-Psychologen bzw. psychologische Psychotherapeuten eines Trägers des NWPG zurückgegriffen werden.[265]

9.2.7 Gruppenangebote und ergänzende Leistungen

Orientiert an den Bedarfen der in das NWPG eingeschriebenen Patienten, werden neben den originären, vertraglich festgelegten, Behandlungsleistungen zusätzliche Leistungen angeboten bzw. werden zukünftig vorgehalten, da davon ausgegangen wird, dass diese Zusatzangebote nicht unwesentlich zur Gesundung der Patienten beitragen.
Diese ergänzenden Angebote werden aus der Gesamtvergütung des NWPG finanziert und sind für die Patienten kostenlos.

Aktuell werden für die Patienten des NWPG folgende zusätzliche Leistungen vorgehalten:

- Regelmäßige fachärztliche Sprechstunden
  Hierbei haben die Patienten die Möglichkeit, für sie noch nicht geklärte medizinische Probleme mit den angestellten Fachärzten des NWPG zu besprechen. Dieses Angebot besteht insbesondere auch für Patienten die einer medikamentösen Behandlung ihrer Erkrankung skeptisch gegenüberstehen. Diese ärztliche Sprechstunde ist dabei jedoch nicht als Konkurrenz zu den(kooperierenden) Fachärzten zu verstehen.
  Vielmehr soll durch einen möglichst niederschwelligen Zugang zu den Fachärztinnen (keine Wartezeiten, keine Zeitbeschränkung für das ärztliche Gespräch) bei Patienten mit geringer Compliance deren Bereitschaft zur medizinischen Behandlung gefördert werden.
  Ziel ist bei diesen Patienten, die Überleitung in die reguläre Behandlung eines niedergelassenen Psychiaters (Kooperationspartners). Bei Patienten, die sich bereits in Behandlung eines Facharztes befinden, finden entsprechende Absprachen zwischen den Fachärzten des NWPG und des behandelnden Facharztes statt.

[265] In den Sozialpsychiatrischen Diensten der gGmbH des Projektevereins tätige Diplom-Psychologen

- Angeleitete Entspannungsübungen

  Für einzelne Patienten des NWPG, deren seelische Probleme mit innerer Unruhe und Anspannung einhergehen, werden, falls dieses Angebot nicht anderweitig zur Verfügung steht (etwa im Rahmen ambulanter Psychotherapie), entsprechende Entspannungsverfahren angeboten.

  Im Rahmen des NWPG werden für diese Patienten Einzelsitzungen mit einer erfahrenen und entsprechend qualifizierte Fachpflegerin für Psychiatrie nach Rücksprache mit einem Facharzt durchgeführt. Die Rückmeldungen der Patienten sind entsprechend positiv und bestätigen die nachgewiesene Wirksamkeit dieser Verfahren.

Darüber hinaus sind weitere zusätzliche Angebote geplant, die aller Voraussicht nach im Laufe des Jahres 2010 umgesetzt werden.

- Kunsttherapie
- Psychoedukationsgruppen
- Peer-Beratung und Peer Support unter anderem in Kooperation mit dem Bündnis Depression in München[266]
- Selbsthilfegruppen bei entsprechendem Bedarf

Neben dem präventiven Aspekt und der gesundheitlichen Vorteile, sind diese Zusatzleistungen außerhalb der klassischen Regelversorgung, auch als Serviceangebot zu verstehen und sollen zu einer Erhöhung der Zufriedenheit der Patienten mit dem NWPG beitragen und eine entsprechende (Kunden-) Bindung an das Netzwerk fördern.
„Insbesondere durch Serviceleistungen und zusätzliche Angebote kann sich das Gesundheitsunternehmen von seinen Mitbewerbern abheben.“[267]

9.3 Rückzugsräume als Alternative zur stationären Behandlung

Wie im Vertrag zur Integrierten Versorgung festgeschrieben, wurden eine Krisenpension bzw. Rückzugsräume eingerichtet. Diese Rückzugsräume sind im selben Gebäude wie die Leitstelle untergebracht und halten aktuell drei Plätze vor. Darüber hinaus stehen ein Gruppenraum sowie zwei Küchen und Bäder zur Verfügung.
Die Einrichtung der Rückzugsräume orientiert sich an einem Milieutherapeutischen Ansatz was bedeutet, das die Einrichtung sehr wohnlich gestaltet ist, um für die Patienten eine

[266] http://www.buendnis-depression.de/depression/muenchen.php
[267] Deimel et. al., 2007, Das Gesundheitsunternehmen als Versorger der Zukunft, S. 29

positive Atmosphäre zu schaffen, die keinerlei Assoziation mit einem klinischen Setting aufweist (Non-Hospital Setting).[268]

Für das NWPG München muss hierzu festgehalten werden, dass zum Zeitpunkt der Erstellung der Arbeit, kaum praktische Erfahrungen bezüglich der Rückzugsräume im NWPG München vorliegen. Ein halbes Jahr nach Start der Integrierten Versorgung in München, ergab sich keine zwingende Notwendigkeit bzw. Indikation für die häufige Aufnahme von Patienten in die Rückzugsräume. Seit bestehen des NWPG in München war nur einmal eine klare Indikation für die Aufnahme einer Patientin in die Rückzugsräume gegeben.

Dies deckt sich mit den Erfahrungen der Betreiber der Krisenpension in Berlin (Krisenpension und Hometreatment GmbH), die seit Einführung des NWPG einen massiven Rückgang der Aufnahmezahlen zu verzeichnen haben.[269] Da sowohl in München als auch in Berlin, die Zahl der stationären Einweisungen der eingeschriebenen Versicherten sehr gering ist, wird der fehlende Bedarf aktuell mit der guten ambulanten Versorgungsleistung erklärt.

Es muss jedoch auch angemerkt werden, dass vermutlich viele Patienten eine gewisse Unsicherheit bezüglich der Rückzugsräume aufweisen, da dieses Versorgungsangebot zumindest in München bisher völlig unbekannt war, und die potentiellen Nutzer aus diesem Grund möglicherweise auf vertraute Leistungen der aufsuchenden Hilfe zurückgreifen.

Im Folgenden das Fallbeispiel zur Aufnahme einer Patientin in die Rückzugsräume.

Fallbeispiel:

Patientin 40 Jahre, Diagnose: Depression, PTSD

Patientin kontaktiert nachts die Rufbereitschaft des NWPG und berichtet von einer Verschlechterung ihres psychischen Zustandes und von ausgeprägten dissoziativen Zuständen.

Die zuständige Rufbereitschaft, die zugleich die Funktion des der Patientin zugeordneten Fallmanagers innehat, vereinbart die Aufnahme in die Rückzugsräume des NWPG für den nächsten Tag. Dieser Vorschlag kann die Patientin vorerst beruhigen.

Am folgenden Tag erfolgte die Aufnahme in die Rückzugsräume, und zugleich eine ärztlichen Konsultation ihrer behandelnden Psychiaterin, ein Mitglied des Ärztenetzes Brain-Insight, vor Ort. Die Betreuung in den Rückzugsräumen wurde mit einem 1:1 Schlüssel erbracht und orientierte sich deutlich an milieutherapeutischen Ansätzen (gemeinsames Einkaufen und Kochen, Gespräche).

[268] vgl. Runte Ingo, 2001

[269] Informationen des Autors nach Rücksprache mit den Anbietern von Pinel e.V.

Am folgenden Tag fühlte sich die Patientin soweit stabilisiert, dass sie die Rückzugsräume bereits wieder verlassen konnte. Ein klinischer Aufenthalt war nicht notwendig. Die weitere Behandlung erfolgte durch ihre behandelnde Fachärztin und das NWPG.
Die Rückmeldungen der Patientin waren durchwegs positiv, insbesondere was die Vermeidung eines stationären Aufenthaltes betraf.

Die Konzeption zum Betrieb der Rückzugsräume orientiert sich grundsätzlich an den beiden Bewährten Modellen den Rückzugsräumen in Bremen sowie der Krisenpension in Berlin.[270]

Für das Modell der Rückzugsräume des NWPG Bayern wurden zur Inanspruchnahme dabei folgende Indikationen festgelegt:[271]

Menschen, die keine stationäre Einweisung wünschen
und außerdem

◊ ihr psychotisches/depressives usw. Erleben gut einschätzen können,
◊ einen intensiven Unterstützungsbedarf haben und
◊ von einer ruhigen, überschaubaren und kontrollierbaren Umgebung profitieren.

Wenn diese Grundvoraussetzungen erfüllt sind, ist die Aufnahme in die Rückzugsräume insbesondere geeignet für

◊ Menschen, die bisher von stationären Aufenthalten wenig profitiert haben;
◊ Menschen, für die eine Hospitalisierung ein zusätzliches Chronifizierungsrisiko darstellt;
◊ Menschen, bei denen ein Bruch mit unterstützenden Ressourcen (Wohnung, Familie, Freunde, Alltagsstruktur) durch eine Hospitalisierung die Situation weiter verschlechtern würde

Ausschlusskriterien für die Aufnahme in die Rückzugsräume sind

◊ Akute Selbst- oder Fremdgefährdung
◊ Intoxikation

[270] Siehe. www.gapsy.de und www.krisenpension.de
[271] Diese Ausführungen basieren auf Überlegungen zweier beim Projekteverein angestellten Fachärztinnen für Psychiatrie; Dr. Ulrike Wegener, Dr. Angela Thalmaier

◊ (anzunehmende) organische Ursachen der psychischen Krise
◊ erhebliche, akute körperliche Begleiterkrankungen
◊ fehlende oder stark eingeschränkte Kooperations- und Behandlungsbereitschaft
◊ deutliche Erregung aufgrund derer die weitere Entwicklung der krisenhaften Situation nicht einschätzbar ist

Die Aufnahme in die Krisenpension erfolgt in der Regel nach einer fachpsychiatrischen Verordnung, die auch die vorgesehene Dauer der Nutzung beinhaltet.
Üblicherweise erfolgt diese Verordnung nach einer gemeinsamen Abstimmung zwischen dem behandelnden Facharzt/ Honorararzt und dem zuständigen Fallmanager.

Der Fallmanager kann dem Facharzt bei entsprechender Indikation eine/n PatientIn zur Aufnahme in der Krisenpension empfehlen.
Die Fachkräfte der Krisenpension nehmen den / die PatientIn in Empfang und organisieren in Absprache mit dem Fallmanager den weiteren Aufenthalt des/ der PatientIn in der Krisenpension.
Die Krisenpension ist bei entsprechender Belegung, in der Zeit von 16:00 bis 10:00 des folgenden Tages mit mindestens einer Fachkraft besetzt.
In der Zeit von 16:00 bis 22:00 sowie von 06:00 bis 10:00 ist die Fachkraft im Präsenzdienst.
In der Zeit von 22:00 bis 06:00 ist die Fachkraft in den Räumen der Krisenpension in Bereitschaft und kann bei entsprechendem Bedarf der Nutzer jederzeit aufgesucht werden.

Alle Mitarbeiter der Krisenpension weisen einen qualifizierten Berufsabschluss im Bereich der klinischen Sozialarbeit, Psychologie oder psychiatrische Fachpflege auf. Darüber hinaus verfügen alle Mitarbeiter über langjährige Erfahrungen im psychiatrischen Arbeitsfeld, insbesondere im Bereich der psychiatrischen Krisenhilfe.
Bei Patienten mit hohem Hilfebedarf während des Aufenthaltes in der Krisenpension werden die personellen Ressourcen entsprechend angepasst, so dass bei Bedarf auch eine 1:1 Betreuung stattfinden kann.
Da insgesamt wenig Erfahrungswerte und auch keine entsprechende Evidenz zu dieser Versorgungsform vorliegen, bleibt abzuwarten, wie sich dieses Angebot im NWPG zukünftig entwickelt.

"The relatively little research that exists on such houses has not only found (38, 73, 74) that they are very acceptable to their residents, but also suggests (74) that they may be able to offer an alternative to inpatient care for about a quarter of the patients admitted to hospital, and that they may be more cost-effective than inpatient care."[272]

Trotz geringer Inanspruchnahme ist jedoch anzuraten, dass Rückzugsräume als unabdingbarer Bausstein einer integrierten ambulanten Versorgung erhalten bleiben.[273]

9.3 Kooperation mit Psychiatrische Kliniken

In den ersten sechs Monaten seit Implementierung des NWPG fand nahezu keine strukturelle Zusammenarbeit mit den psychiatrischen Kliniken des Raumes München statt. Neben der zum Zeitpunkt der Erstellung noch wenig ausgeprägten Kooperationsbereitschaft (siehe Kapitel 8.2.3), liegt der Grund schlicht in der geringen Zahl von Klinikeinweisungen innerhalb des NWPG, die eine Kooperation erfordert hätte.

Insgesamt befanden sich in dem Zeitraum seit Beginn des NWPG bis zum Zeitpunkt Ende Juni 2010 sechs Patienten in stationärer Behandlung.

Nachfolgend ein Überblick zu den Klinikaufenthalten der eingeschriebenen Versicherten des NWPG:

Tage	Institution	Versorgungsform
34	Max-Plank- Klinikum	vollstationär
8	Atriumhaus	vollstationär
12	Atriumhaus	vollstationär
2	Isar-Amper-Klinikum	vollstationär
24	Atriumhaus	Nachtklinik
23	Klinik Dr. Amelung	vollstationär
8	Isar-Amper-Klinikum	vollstationär
aktuell	Gauting	vollstationär

Der überwiegende Teil der Klinikeinweisungen war im Sinne des IV-Vertrages nicht relevant, da sich die Aufnahme in die psychiatrische Klinik und die Einschreibung in das NWPG überschnitten und somit die Malus Regelung, wonach der Vertragspartner der Techniker Krankenkasse, hier die Awolysis, die stationären Kosten zu tragen hat, nicht eintrat. Jedoch war eine Problemsituation im Rahmen des NWPG gegeben, die eine stationäre

[272] Thornicroft G, Tansella M (2003),What are the arguments for community-based mental health care?, S. 14 WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network. http://www.euro.who.int/document/E82976.pdf.
[273] Dies stellt die Meinung des Autors dar.

Einweisung im Rahmen des NWPG erforderte und durch den zuständigen Fallmanager und behandelnden Facharzt in Absprache initiiert wurde.

Fallbeispiel:
Patientin 32 Jahre, Diagnose Depression, emotional instabile Persönlichkeitsstörung, keine fachärztliche Behandlung, verheiratet, zwei Kinder.
Die Patientin präsentierte sich im Assessmentgespräch deutlich instabil mit suizidalen Gedanken. Zudem erfolgten massive Selbstverletzungen im Vorfeld des Gespräches.
Der zuständige Fallmanager zog eine Fachärztin des NWPG (Honorarärztin) hinzu, die in Absprache mit der Patientin eine Klinikeinweisung veranlasste. Nach kurzem Aufenthalt im vollstationären Setting, wurde die Patientin in die Nachtklinik des Krisenzentrums Atriumhaus verlegt, auch um tagsüber ihre Kinder versorgen zu können.
Während des Aufenthaltes in der Nachklinik fanden kontinuierliche Absprachen zwischen der dort behandelnden Ärztin und dem zuständigen Fallmanager des NWPG statt. So konnten bereits während des teilstationären Aufenthaltes der Patientin notwendige psychosoziale Maßnahmen eingeleitet und durchgeführt werden. Unter anderem erhielt die Patientin Unterstützung bei der Wohnungssuche und zur Bearbeitung bestehender familiärer Konflikte.
Es wurde in Kooperation mit der Klinik die notwendige Anschlussbehandlung geplant und die durch das NWPG zu erbringenden soziotherapeutischen Leistungen festgelegt, so dass die Patientin ohne Versorgungsabbrüche entlassen werden konnte.

Dieses Fallbeispiel stellt die Möglichkeit eines effektiven Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ohne Versorgungsabbrüche dar. Die Kooperation mit dem Krisenzentrum Atriumhaus kann dabei als gelungen angesehen werden.[274]
Dabei hat sich gezeigt, dass eine verbindliche Kooperation beider Versorgungssektoren zu effizienten und positiven Behandlungsergebnissen führt und zugleich das nicht zu unterschätzende Kriterium der Patientenzufriedenheit berücksichtigt.
Für die Zukunft bleibt abzuwarten wie sich die Kooperation der Kliniken mit dem Netzwerk für psychische Gesundheit entwickelt.

[274] Grundsätzlich können die Erfahrungen des Autors und auch anderer Kollegen im Rahmen ihrer sozialpsychiatrischen Tätigkeit mit dem Krisenzentrum Atriumhaus als durchwegs positiv bezeichnet werden.

10. Zusammenfassende Bewertung

Mit der Integrierten Versorgung nach § 140a ff könnte eine neue Entwicklung in der psychiatrischen Versorgung einsetzen, da sie die Chance beinhaltet, notwendige Versorgungskonzepte umzusetzen, die aufgrund zersplitterter Zuständigkeiten, Institutionen orientiertem Denken und mangelnder Innovationsfreude bisher nicht realisierbar waren.

Augrund der unterschiedlichen Kostenträgerschaft und somit fehlender Gesamtverantwortung, war es aufgrund mangelnder Anreize bisher kaum möglich, sinnvolle Versorgungskonzepte wie etwa Hometreatment umzusetzen. Als einfaches Beispiel sei hier die nicht gelungene Integration von behandlungsermächtigten und angestellten Fachärzten in die Sozialpsychiatrischen Dienste und Krisendienste genannt. Alleine mit dieser Maßnahme und entsprechender organisatorischen Umgestaltung, könnten bereits erste notwendige wohnortnahe Behandlungskonzepte umgesetzt werden. [275]

Da jede an der psychiatrischen Versorgung beteiligte Institution klare Eigeninteressen verfolgt, ergibt sich eine hohe Quote an Fehl- und Überversorgung, die aufgrund begrenzter Mittel zwangsläufig zu einer Unterversorgung, insbesondere von schwer Erkrankten führt. Vielfach wird deshalb versucht, etwa über Gemeindepsychiatrische Verbünde eine Steuerung der Versorgung zu implementieren, die an den Bedarfen der Nutzer orientiert ist.

Tatsächlich ist dies nie gelungen. Da jedes Versorgungssystem nach einer eigenen Logik operiert und unterschiedliche Ziele verfolgt, wird eine auf Freiwilligkeit basierende integrierte Struktur, ohne rechtliche Verbindlichkeit, nicht um zu setzten sein. Eine psychiatrische Klinik ist nach ihrem Vergütungssystem gezwungen, die Klinikbetten zu belegen, ein niedergelassener Psychiater ist aufgrund der geringen Pauschalen angehalten, für jeden Patienten einen möglichst geringen Ressourceneinsatz vorzuhalten, was zu schnelleren Klinikeinweisungen führt. Hierbei sei kurz auf das Regionale Psychiatriebudget in Itzehoe verwiesen, das zeigen konnte, dass alleine mit einer veränderten Vergütungsform die Zahl der Klinikaufenthalte sinkt, da für das Kliniksystem keine finanziellen Anreize für stationäre Aufenthalte mehr bestehen. [276]

Auch Gemeindepsychiatrische Einrichtungen sind aufgrund ihrer Vergütungsstruktur angehalten, etwa ihre Plätze im Bereich des ambulanten und stationär betreuten Wohnens zu belegen.

Aufgrund der unterschiedlichen Systeminteressen, die zugleich die unterschiedlichen Systemlogiken der Kostenträger bedienen muss, kann eine integrative gemeindeorientierte

[275] vgl. Becker 2008, S. 109 ff

[276] Roick et. al. Das Regionale Psychiatriebudget: Kosten und Effekte eines neuen sektorübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung, Psychiatrische Praxis 2008, 35: 279 - 285

Versorgung ohne einheitliche Struktur und vor allem ohne einheitliche Zielsetzung nicht gelingen.
Integrierte Versorgungssysteme nach § 140a ff könnten hier, aufgrund eines gemeinsamen Zieles und eines übergreifenden Finanzierungssystems, die Weichen zu einer verbesserten Versorgung, insbesondere im ambulanten Bereich stellen.
So entstehen durch die Vergütung nach Kopfpauschalen, grundsätzliche Anreize für die Versorger, ihre Leistungen tatsächlich patientenorientiert anzubieten und nicht ohne einen erkennbaren Nutzen, beliebig auszuweiten, da dieses System nicht von der Erkrankung, sondern von der Gesundung der Patienten profitiert.
Die damit vermutlich einhergehende verstärkte Ökonomisierung der Versorgung und Begrenzung der Mittel, ist dabei nicht grundsätzlich abzulehnen. Aktuell wird von allen Beteiligten der psychiatrischen Versorgung wie Kliniken, Fachärzten, Gemeindepsychiatrische Einrichtungen bei tatsächlichen oder wahrgenommenen Versorgungsdefiziten, reflexartig eine verbesserte finanzielle Ausstattung gefordert, die zu einer Lösung dieser Versorgungsprobleme führen soll.
Im ambulanten Bereich wird dabei stetig auf die dadurch erreichbare Reduzierung stationärer Aufenthalte verwiesen. Tatsächlich ist dies trotz eines Ausbaus ambulanter Versorgungsstrukturen, vor allem aufgrund fehlender integrativer Prozesse nicht gelungen.
Allerdings ist bei einem pauschalierten Vergütungssystem strikt darauf zu achten, dass die einzelnen Patienten die für sie notwendigen Angebote erhalten und nicht aus ökonomischen Interessen, indizierte Behandlungsleistungen vorenthalten werden. Das setzt voraus, dass von den Kostenträgern eine Finanzierung zur Verfügung gestellt wird, durch die eine adäquate Versorgung tatsächlich gelingen kann. Dieser Aspekt wurde insbesondere in Zusammenhang mit dem in dieser Arbeit beschriebenen Netzwerk für psychische Gesundheit genannt. So wurde von verschiedensten Seiten kritisiert, dass die Höhe der Kopfpauschalen in diesem Vertrag nicht ausreichend sei, um tatsächlich eine umfassende ambulante Versorgung anzubieten und diese zwangsläufig zur Reduzierung der Leistungen für die Betroffenen führt. Hierzu kann aufgrund der kurzen Zeitspanne seit Beginn der Projekte aktuell noch keine Aussage getroffen werden. Die bisherigen praktischen Erfahrungen des Netzwerkes für psychische Gesundheit in München, lassen jedoch den vorsichtigen Schluss zu, dass sich auch mit den im Vergleich geringen Kopfpauschalen, die angestrebten Ziele möglicherweise erreichen lassen. Allerdings wirft eine ambulante, integrierte Versorgung wie das Netzwerk für psychische Gesundheit auch einige Fragen auf, die noch nicht abschließend beantwortet wurden.

So ist das Ziel einer sektorübergreifenden Versorgung, aufgrund der völlig unterschiedlichen Ziele des Netzwerkes für psychische Gesundheit und der Kliniken der Versorgungsregion, aktuell noch in weiter Ferne. Tatsächlich kann von einer Verschärfung des Problems gesprochen werden, da keine strukturelle Kooperation mit den Kliniken stattfindet und im Gegensatz zu Kooperationsbestrebungen zwischen Klinik und Gemeindepsychiatrischen Angeboten nach SGB XII, auch nicht erwünscht ist. So könnte sich eine Art Konkurrenzsituation ergeben, die zu einer gegenseitigen Abwehrhaltung führt. Tatsächlich besteht zum aktuellen Zeitpunkt mit dem Netzwerk für psychische Gesundheit eine weiteres geschlossenes Versorgungssystem, an dem zwar wichtige ambulante Versorgungsanbieter wie etwa niedergelassene Psychiater beteiligt sind, das aber keine strukturelle Verbindung zu den notwendigen stationären Leistungen aufweist. Aktuell ist völlig unklar, wie die Kliniken in diesen Vertrag einbezogen werden können, da sich im Gegensatz zu den niedergelassenen Fachärzten kein (finanzieller) Vorteil für die Klinik abzeichnet. Aufgrund der noch geringen Zahl der eingeschriebenen Versicherten ist dieses Problem zwar aktuell noch nicht virulent, dies könnte sich aber sehr schnell ändern, wenn möglicherweise weitere Krankenkassen diesem Vertrag beitreten.
Darüber hinaus stellt sich auch die Frage, wie eine strukturelle Integration mit dem gesamten Bereich der psychiatrischen Hilfen der Eingliederungshilfe gelingen kann. Aktuell werden nur wenige in den IV-Vertrag eingeschriebene TK-Versicherte auch über Maßnahmen der Eingliederungshilfe, etwa durch ambulant betreutes Wohnen versorgt. Versorgungspolitisch wäre es jedoch wünschenswert, die ambulanten Leistungen des Netzwerkes für psychische Gesundheit in das Gemeindepsychiatrische System zu integrieren, zumal sich bezüglich der inhaltlichen Arbeit viele Überschneidungsbereiche, insbesondere mit den Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste ergeben. So wäre es zukünftig durchaus denkbar, entsprechende Kooperationsverträge mit Gemeindepsychiatrischen Anbietern abzuschließen, die analog der Ärzte, Leistungen der Integrierten Versorgung für ihre Patienten erbringen. Allerdings sind dabei einige strukturelle Hürden zu überwinden, da das Netzwerk für psychische Gesundheit im Gegensatz etwa zu den Sozialpsychiatrischen Dienste andere organisatorische Voraussetzungen aufweist. Alleine das Merkmal der sofortigen Hilfe und zeitnahen Unterstützung, lässt sich bei einer geringen Zahl von NWPG-Patienten, bei vielen Sozialpsychiatrischen Diensten nur schwer umsetzen.

Ein wesentlicher Aspekt der bisher noch nicht genannt wurde, jedoch entscheidend ist, ist die Akzeptanz der Betroffenen. So wurde während des Prozesses der Implementierung des

Netzwerkes die regionalen Betroffenen- und Angehörigenverbände informiert und zur Diskussion eingeladen. Es zeigte sich, dass absolute Transparenz hinsichtlich des Vertrages zur Integrierten Versorgung notwendig ist, um möglichen Vorbehalten zu begegnen. So äußerten einige Betroffene die Sorge, dass durch ein ambulantes Versorgungsprojekt, die für sie oftmals notwendigen Klinikaufenthalte nicht mehr möglich seien. Diese Sorgen zeigen deutlich, dass eine radikale Ambulantisierung kein erstrebenswertes Ziel sein kann. Für viele Betroffene ist eine stationäre Behandlung, trotz einer möglicherweise gut funktionierenden ambulanten Versorgung, das Mittel der Wahl. Diese Bedenken müssen ernst genommen werden.

Hinsichtlich des Netzwerkes für psychische Gesundheit in München, kann nach den Erfahrungen der ersten sechs Monate, die vorsichtige Prognose erstellt werden, dass sich durch eine patientenorientierte, bedarfsgerechte und ambulante Behandlung, das angestrebte Ziel einer Reduzierung von Klinikaufenthalten erreichen lässt. Viele stationäre Aufenthalte konnten bisher schlicht dadurch vermieden werden, dass im Gegensatz zum aktuellen Versorgungssystem, die notwendigen ärztlichen und nichtärztlichen Behandlungsangebote zeitnah zur Verfügung gestellt wurden und diese Hilfen so lange geleistet wurden, wie der Patient diese benötigte. Dies setzt allerdings ein hohes Maß an Flexibilität und auch Kreativität, hinsichtlich der Behandlungsleistungen voraus. Patientenorientierung heißt demzufolge auch, sich nicht nur innerhalb der, in integrierten Versorgungssystemen stark strukturierten Leitlinien zu bewegen, sondern auch ein Gespür für die Bedürfnisse der Patienten zu entwickeln und entsprechend zu handeln.

Allerdings wurden im Rahmen der hier beschriebenen integrierten Versorgung, auch erste Erfahrungen, mit kaum zu erreichenden psychisch Erkrankten gemacht. Aktuell ist noch unklar, wie diese oftmals schwer erkrankten Patienten in das Versorgungsnetz zu integrieren sind. Sicher ist jedoch, dass nur von einem Erfolg gesprochen werden kann, wenn keine Selektion der Schwerkranken erfolgt, oder aus ökonomischen Gründen erfolgen muss.

Ausschlaggebend für den bisherigen Erfolg war dabei vor allem, dass alle beteiligten Behandler - Ärzte, Sozialarbeiter, Fachpfleger und Psychologen - das gleiche Ziel und keine Einzelinteressen verfolgen, einen ausgesprochen kooperativen Umgangsstil pflegen und ein einheitliches Verständnis einer modernen sozialpsychiatrischen Versorgung aufweisen.

Literatur:

Aderhold Volkmar et. al. (2003)
Psychotherapie der Psychosen
Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien
Psychosozial Verlag: Giesen

Aktion Psychisch Kranken e.V. APK (2003)
Die Zukunft hat begonnen
Personenzentrierte Hilfen Erfahrungen und Perspektiven
APK Band 30. Tagungsbericht Kassel 03./04. Juni 2003
Psychiatrie Verlag: Bonn

Amelung Volker Eric et al, (2008)
Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren –
Von der Idee zur Umsetzung
Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Berlin

Amelung Volker Eric, 2007, (4.Auflage)
Managed Care
Neue Wege im Gesundheitsmanagement
Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler: Wiesbaden

Amelung Volker Eric et al, (2009)
Managed Care in Europa
Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Berlin

Amering Michaela, Schmolke Margit (2007)
Recovery – Das Ende der Unheilbarkeit
Psychiatrie – Verlag GmbH: Bonn

Bäuml Josef, Pitschel-Walz Gabi (Hrsg.) (2008)
Psychoedukation bei schizophrenen Erkankungen
Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“
Schattauer Verlag GmbH: Stuttgart

Becker Thomas et. al. (Hrsg.) (2008)
Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie
W. Kohlhammer Verlag: Stuttgart

Becker Thomas et. al. (2007)
Rehabilitation bei schizophrenen Erkrankungen
Konzepte – Intervention – Perspektiven
Deutscher Ärzte Verlag: Köln

Borchers Edith (2009)
Wohin steuert das Sozialpsychiatrische Projekt ?
Menschenbilder und Werte im Wandel
Psychiatrie Verlag GmbH: Bonn

Brimblecombe Neil (Editor) (2001)
Acute Mental Health Care in the Community
Intensive Home Treatment
Whurr Publishers Ltd.: London

Bundesministerium für Gesundheit
Modellprojekt Psychiatrisches Casemanagement
Nomos Verlagsgesellschaft: Baden - Baden

Burns Tom, Firn Mike (2009)
Assertive Outreach in Mental Health
A Manual for practitioners
Oxford University Press

Brimblecombe Neil (2001)
Acute Mental Health Care in the Community –
Intensive Home Treatment
London: Whurr Publishers Ltd

Deimel Dominik (2009)
Das Gesundheitsunternehmen als Versorger der Zukunft
Perspektiven erkennen, Chancen ergreifen, Strategien umsetzen
MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG: Berlin

Dörr Margret (2005)
Soziale Arbeit in der Psychiatrie
Ernst Reinhardt Verlag: München

Ewers Michael, Schaeffer Doris (Hrsg.) (2005)
Case Management in Theorie und Praxis
Verlag Hans Huber: Bern

Flick Uwe, von Kardorff Ernst, Steinke Ines (Hrsg.) (2002)
Qualitative Forschung- Ein Handbuch
Rowohlt Verlag: Reinbek:

Flick Uwe (1998)
Qualitative Forschung - Theorien, Methoden, Anwendungen in Psychologie und Sozialwissenschaft.
Rowohlt Verlag: Reinbek

Gassmann Mirjam et. al. (2006)
Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege
Mental Health Care
Springer Verlag: Heidelberg

Geißler-Piltz Brigitte et. al. (2005)
Klinische Sozialarbeit
Ernst Reinhardt Verlag: München

Geißler-Piltz Brigitte (2005)
Psychosoziale Diagnosen und Behandlung in Arbeitsfeldern der klinischen Sozialarbeit
LIT Verlag: Münster

Greuèl Marius, Mennemann Hugo (2006)
Soziale Arbeit in der Integrierten Versorgung
Ernst Reinhardt Verlag: München

Hall Julie, Howard David (Hrsg.) (2006)
Integrated Care Pathways in Mental Health
Churchill Livingstone

Heath David (2004)
Home Treatment for Acute Mental Disorders: An Alternative to Hospitalization
Routledge Chapman & Hall

Hurrelmann Klaus et al. (Hrsg.) (2006)
Handbuch Gesundheitswissenschaften
Juventa Verlag: München und Weinhem

ICD 10 (2010)
Internationale Klassifikation psychischer Störungen (7. Auflage)
Bern-Göttinge-Toronto-Seattle: Verlag Hans Huber

Johnson Sonia, Needle Justin, Bindman P. Jonathan (Hrsg.) (2008)
Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health
Cambridge University Press

KU Gesundheitsmanagement Sonderheft (2008)
Integrierte Versorgung
Neue Versorgungsformen
Baumann Fachverlage: Kulmbach

Ließem Hansgeorg (Hrsg.)
Integrierte Versorgung in der Gemeindepsychiatrie
Praxis Gemeindepsychiatrie, Band 1
Psychiatrie Verlag: Bonn

Kardorff , E. v. (2002): Sozialpsychiatrische Beratung. In: Nestmann, F. & Sieckendick, U. (Hg). Handbuch der Beratung

Machleidt Wielant et. al. (2004)
Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Georg Thieme Verlag: Stuttgart

MDK Bayern (2007)
Prisma Gesundheit
Qualitätssicherung in der integrierten Versorgung
Ecomed Medizin, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH: Landsberg

Marschner Rolf (2009)
Rechtliche Grundlagen für die Arbeit in psychiatrischen Einrichtungen
Psychiatrie Verlag GmbH: Bonn

Möller et. al. (2008)
Psychiatrie und Psychotherapie
3. Auflage
Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Mosher Loren R. et. al. (1994)
Psychiatrie in der Gemeinde
Grundlagen und Praxis
Psychiatrie Verlag GmbH: Bonn

Müller Wolf, Scheuermann Ulrike (Hrsg.) (2004)
Praxis Krisenintervention
Ein Handbuch für helfende Berufe:Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen,
Pflege- und Rettungskräfte
Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag

Müller – Spahn Franz, Hoffmann – Richter Ulrike (2000)
Psychiatrische Notfälle
Verlag W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart

Schmidt - Zadel et. al. (Hrsg.)(2002)
Mit und ohne Bett
Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund
Psychiatrie Verlag GmbH: Bonn

Nagel Eckhard (Hrsg.) (2007)
Das Gesundheitswesen in Deutschland
Struktur, Leistungen, Weiterentwicklung
Deutscher Ärzteverlag: Köln

National Institute for Mental Health in England
Crisis Resolution and Home Treatment
Puplished by NIMH(E)

Neuffer Manfred (2009)
Case Management
Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien
Juventa Verlag: Weinheim, München

Obert Klaus (2001)
Alltags- und lebensweltorientierte Ansätze sozialpsychiatrischen Handelns
Psychiatrie Verlag GmbH: Bonn

Pauls Helmut (2004)
Klinische Sozialarbeit
Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung
Juventa Verlag: Weinheim und München

Preusker Uwe K. (Hrsg.) (2008)
Lexikon Gesundheitsmarkt
Die Gesundheitswirtschaft in Stichworten und Zahlen
Economica, Verlagsgruppe Hüthig Jehle RehmGmbH: Heidelberg und München

Runte Ingo (2001)
Begleitung höchstpersönlich
Innovative Milieu – therapeutische Projekt für akut psychotische Menschen
Psychiatrie Verlag GmbH: Bonn

Rupp Manuel (2003)
Notfall Seele
Ambulante Notfall- und Krisenintervention in der Psychiatrie und Psychotherapie
Georg Thieme Verlag: Stuttgart

Schlegel Thomas et . al. (2008)
Verträge in der integrierten Versorgung
C.F. Müller Verlagsgruppe: Heidelberg

Schnyder Ulrich, Sauvant Jean – Daniel (Hrsg.) (2000)
Krisenintervention in der Psychiatrie
Verlag Hans Huber: Bern

Schwartz Friedrich Wilhelm (Hrsg.) (2003)
Public Health
Gesundheit und Gesundheitswesen
Urban & Fischer Verlag: München, Jena

Simon Michael (2008)
Das Gesundheitssystem in Deutschland
Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise
Verlag Hans Huber : Bern

Sonneck Gernot (2000)
Krisenintervention und Suizidverhütung
Wien: Facultas Universitätsverlag

Soreff M. Stephen (Guest Editor) (2000) (Volume 23, Number 2)
The Psychiatric Clinics of North America
Managed Care and Mental Health
W.B. Saunders Company, Philadelphia, Pennsylvania

Sozialgesetzbuch (2010)
Bücher I – XII
Beck Texte im dtv

Techniker Krankenkasse 2008
Gesundheitsreport, Auswertungen 2008,
Arbeitsunfähigkeit und Arzneiverordnung
Schwerpunkt: Psychische Störungen
Herausgeber Techniker Krankenkasse Hamburg

Vogel Heiner et. al. (2004)
Gesundheitsökonomie in Psychotherapie und Psychiatrie
Schattauer Verlag: Stuttgart

Weatherly John et al. (2007)
Leuchturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren
Innovative Modelle der Praxis
Bundesverband Managed Care

Weatherly John, Lägel R. (Hrsg.) (2009)
Neue Versorgungsansätze in Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik
MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG: Berlin

Weinmann Stefan, Becker Thomas (2009)
Qualitätsindikatoren für die integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie
Psychiatrie-Verlag GmbH: Bonn

Wiegand Bernd et. al. (2009)
Die Integrierte Versorgung in der Gesetzlichen Krankversicherung – Ein Leitfaden
Erich Schmidt Verlag: Berlin

Weitz Robert D. (2000)
Managed Care in Mental Health in the New Millennium
The Haworth Press, Inc.: New York

Zhang Yawei (General Editor)
Encyclopedia of Global Health, Volume 3
Sage Publications, Inc., Thousand Oaks, California, USA

Fachartikel:

Bartels Stephen J. (1999)
Community-Based Long-Term Care for Older Persons With Severe and Persistent Mental Illness in an Era of Managed Care
Psychiatric Services, Sep 1999; 50: 1189 - 1197.

Berhe T. et. al. (2005)
Homtreatment für psychische Erkrankungen
Begriffserklärung und Wirksamkeit
Nervenarzt 2005 · 76:822–831

Brenner H.D. et. al. (2000)
Gemeindeintegrierte Akutversorgung – Möglichkeiten und Grenzen
Nervenarzt 2000 · 71:691–699

Burns Tom (2000)
Models of community treatments in
schizophrenia: do they travel?
Acta Psychiatr Scand 2000: 102(Suppl. 407): 11±14

Burns Tom et. al. (2006)
Deconstructing home-based care for mental
illness: can one identify the effective
ingredients?
Acta Psychiatr Scand 2006: 113 (Suppl. 429): 33–35.

Burns Tom et. al. (2002)
International differences in home treatment
for mental health problems
British Journal of Psychiatry (2002) , 1 8 1,3 75 - 382

Burns Tom et. al. (1999)
Intensive versus standard case management for severe psychotic
illness: a randomised trial
The Lancet • Volume 353 • June 26, 1999

Cattie J. et. al. (2002)
Home treatment for mental health problems:
a systematic review

Psychological Medicine, 2002, 32, 383±401

Claassen Cynthia A. et.al. (2005)
Psychiatric Emergency Service Use After Implementation of Managed Care in a Public Mental Health System
Psychiatric Services, Jun 2005; 56: 691 - 698.

Damann G. (2007)
Für eine „Neue Sozialpsychiatrie": Aktuelle Brennpunkte und Entwicklungslinien der psychiatrischen Versorgung im Spannungsfeld von integrativen und gesundheitsökonomischen Perspektiven
Fortschritte in Neurologie und Psychiatrie 2007; 75(10): 593-605
Georg Thieme Verlag: Stuttgart

Flick, Uwe (1995).
Qualitative Forschung in der Sozialpsychiatrie: Methoden und Anwendung. Psychiatrische Praxis, 3, 91-96.
Georg Thieme Verlag: Stuttgart

Goldman William, McCulloch Joyce, Sturm Roland
Costs And Use Of Mental Health Services Before And After Managed Care
Healthaffairs Volume 17, Number 2
http://www.healthaffairs.org/

Glover Gyles et. al. (2006)
Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England
British Journal of Psychiatry (2006), 189, 441 - 445

Hermann C. et al. (2006)
Das Modell „Gesundes Kinzigtal".

Managementgesellschaft organisiert Integrierte Versorgung einer definierten Population auf Basis eines Einsparcontractings.
Gesundheits- und Sozialpolitik 5-6, S. 11-29

Hildebrandt H.; Witzenrath W. (2009)
Integrierte Gesamtversorgung.
In : Dr. med. Mabuse 177 Jan/Feb 2009 S. 39 – 42

Johnson Sonia et. al. (2005)
Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis
resolution team: the north Islington crisis study
British Medical Journal 2005;331;599; originally published online 15 Aug 2005

Kallert T. W. et. al. (2005)
Evidenzbasierung gemeindepsychiatrischer Versorgungsangebote in Deutschland: eine Bestandsaufnahme
Gesundheitswesen 2005; 67(5): 342-354

Leff H. Stephen et.al. (2005)
Assessment of Medicaid Managed Behavioral Health Care for Persons With Serious Mental Illness
Psychiatr Services, October 2005; 56: 1245 – 1253

Merrick Elizabeth L. et.al. (2010)
Patterns of Service Use in Two Types of Managed Behavioral Health Care Plans
Psychiatric Services, Januar 2010; 61: S. 86-89

Mowbray Carol T. et. al. (2002)
Managed Behavioral Health Care in the Public Sector: Will It Become the Third Shame of the States?
Psychiatr Services, February 2002; 53: 157 - 170.

Neal T. Wallace et. al. (2005)
Medication Treatment Patterns for Adults With Schizophrenia in Medicaid Managed Care in Colorado
Psychiatric Services, November 2005; 56: 1402 - 1408.

Penn David L. et. al. (2005)
Psychosocial Treatment for First-Episode Psychosis:
A Research Update
American Journal of Psychiatry 2005; 162:2220–2232

Quinlivan Robert T. (2000)
Treating High-Cost Users of Behavioral Health Services in a Health Maintenance Organization
Psychiatric Services, February 2000, 51 No. 2

Rabatta,S. (2009):
Integrierte Versorgung: Kooperation im Kinzigtal spart Kosten.
Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 20, 15. Mai 2009 A966

Ray Wayne A. et.al. (2003)
Effect of a Mental Health "Carve-Out" Program on the Continuity of Antipsychotic Therapy
The new England Journal of Medicine, May 2003, 348: 1885-1894

Roick Christiane
Quo vadis? Gesundheitspolitische Entscheidungen und deren Konsequenzen für die Psychiatrie
In: Psychiatrische Praxis, 32, 109- 112

Roick Christiane (2006)
Integrierte Versorgung und Managed Care in der Psychiatrie
In: Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis 2/2006

Sabin James E. (2000)
Managed Care and Health Care Reform: Comedy, Tragedy, and Lessons
Psychiatric Services, Nov 2000; 51: 1392 - 1396.

Samuel H. Zuvekas et.al. (2007)
Cost Shifting Under Managed Behavioral Health Care
Psychiatric Services, January 2007; 58: 100 – 108

Weinman S. et. al. (2005)
Versorgungserfordernisse bei schweren psychischen Erkrankungen
Wissenschaftliche Evidenz zur Integration von klinischer Psychiatrie und Gemeindepsychiatrie
Nervenarzt 2005 · 76:809–821

Wright C, et al. (2003)
Assertive outreach teams in London: models of operation:
Pan-London Assertive Outreach Study, Part 1.
British Journal of Psychiatry (2003) 183:132–138

Internetquellen

Bundesministerium für Gesundheit
http://www.bmg.bund.de/

Bundesverband Managed Care
http://www.bmcev.de

Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen
http://dgiv.org

Forum Managed Care

http://www.fmc.ch/

Health Policy Monitor
http://www.hpm.org/index.jsp

Healthaffairs
http://www.healthaffairs.org

Psychiatric Services, A Journal of the American Psychiatric Association
http://psychservices.psychiatryonline.org/

Techniker Krankenkasse
http://tk-online.de

The new England Journal of Medicine
http://content.nejm.org

World Psychiatric Association, Transcultural Psychiatry Section
http://www.wpa-tps.com

World Health Organisation
http://www.who.int/en/

Erklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich die Masterthesis selbständig verfasst, noch nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt, keine anderen als die angegebenen Quellen oder Hilfsmittel benützt sowie wörtliche und sinngemäße Zitate als solche gekennzeichnet habe.

München den 14.07.2010 **Holger Steckermaier**