

Let's get physical: Integrierte und teamorientierte Versorgung

CHRISTINA TOPHOVEN,
TINA WESSELS

Dr. Christina Tophoven ist Geschäftsführerin der Bundespsychotherapeutenkammer in Berlin

Dr. Tina Wessels ist Referentin in der Bundespsychotherapeutenkammer in Berlin

Schwer psychisch kranke Menschen brauchen eine Versorgung durch multiprofessionelle Teams – am besten ambulant und in ihrem häuslichen Umfeld. Aber bisher lassen sich nur wenige Akteure auf Selektivverträge als Option für eine bessere Versorgung psychisch kranker Menschen ein. Für viele ist auch fraglich, ob kassenspezifische Ansätze sinnvoll sind. Vielleicht ist es an der Zeit, einen neuen Ansatz zu testen.

1. So schnell ist nichts passiert!

Menschen mit psychischen Erkrankungen wie z. B. Schizophrenie, bipolaren Störungen oder auch schweren Depressionen, die mit starken Beeinträchtigungen im alltäglichen Leben zurechtkommen müssen, brauchen eine integrierte und ambulant orientierte Versorgung (S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, 2013). Daher sucht das deutsche Gesundheitssystem für diese Patienten seit fast 40 Jahren nach Alternativen zur fragmentierten und segregierten Regelversorgung (Deutscher Bundestag, 1975). Bisher haben die eingeschlagenen Wege zwar Verbesserungen gebracht aber nicht ganz bis zum Ziel geführt. Die Konsequenzen sind bekannt. Die Anzahl der Betten in Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik für Erwachsene – genauso wie für Kinder und Jugendliche steigt seit 2002 stetig an. Auch die Fallzahlen bewegen sich nach oben (Statistisches Bundesamt, 2013), sodass man insgesamt davon ausgehen muss, dass die Versorgung psychisch kranker Menschen sich stärker stationär statt ambulant orientiert.

1.1 Psychiatrische Institutsambulanzen

Einer der ersten Versuche, zu einer stärker ambulant orientierten Versor-

gung für die genannte Patientengruppe zu kommen, waren Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA). Die PIA sind nach den bestehenden gesetzlichen und untergesetzlichen Rahmenbedingungen (PIA-Vereinbarung) auf bestimmte Versorgungsaufgaben beschränkt. PIA erlauben eine stärker ambulante Orientierung der Krankenhäuser. Ihre Vergütungsstruktur ist höchst unterschiedlich (Pauschale, Einzelleistung, Kombination von Pauschale und Einzelleistung). Bei Pauschalen würde man eine eher homogene Patientenstruktur unterstellen, bei Einzelleistung eine eher heterogene. Die Patientenstruktur der PIA sollte nach dem Vertrag zwischen Deutscher Krankenhausgesellschaft, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband, aber eigentlich relativ ähnlich sein. Zusätzlich variiert die Vergütungshöhe beträchtlich von Bundesland zu Bundesland. Außerdem unterscheidet sich das Verhältnis PIA pro Einwohnerzahl zwischen den Bundesländern erheblich. PIA sind eben gewachsene Strukturen, die regionale Gegebenheiten und Vertragsstrategien widerspiegeln (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2007). Für Patienten heißt dies, sie können nicht auf eine bestimmte Versorgungsstruktur vertrauen, die es der PIA grundsätzlich ermöglichen würde, eine leitlinienorientierte Versorgung anzubieten. Es fehlen

den Krankenhäusern Spielräume für eine leitlinienorientierte Weiterentwicklung dieses Versorgungsangebots. Eine Ursache ist, dass der ambulante genauso wie der stationäre Bereich um seine jeweiligen Marktanteile fürchtet bzw. Versuche einer Weiterentwicklung zum Anlass nehmen will, seine Marktposition auf Kosten des anderen Bereichs oder additiv zu den bestehenden Strukturen auszubauen.

1.2 Verträge nach § 140a – d SGB V

Ein weiterer Versuch generell zu einer integrierten Versorgung zu kommen, sind Verträge nach § 140a – d SGB V, also ein Wettbewerb der Krankenkassen um eine gute Versorgung für ihre Versicherten. Nur widmen sich diese Beträge meist weniger komplexen Themen als der Versorgung psychisch kranker Menschen und die bestehenden Verträge bieten ihnen in den seltensten Fällen ein leitlinienorientiertes Versorgungsangebot (Tophoven, 2012). Die Netze berichten, dass ein solches Angebot in den Vergütungsverhandlungen mit den Kassen nicht durchsetzbar sei. Die IV-Verträge z. B. der DAK (Vertrag über die sektorübergreifende Verbesserung der ambulanten Versorgung psychiatrisch und psychosomatisch Erkrankter) und der AOK (Integrierte Versorgung Schizophrenie) machen deshalb auch Dosisvorgaben zur Psychotherapie (Kurzzeit) oder bestimmen die Behandlungsform (Gruppen- statt Einzeltherapie). Die Netze können ihren Patienten daher zum Teil keine evidenzbasierte, an die Situation des einzelnen Patienten angepasste Versorgung bieten. Dies ist für die eingangs erwähnten Patientengruppen besonders problematisch, denn auch in der Regelversorgung kann diese häufig nicht realisiert werden, weil es z. B. zu wenige Psychotherapeuten gibt und die Psychotherapie-Richtlinie oder die Vergütung auch der niedergelassenen Nervenärzte und Psychiater eine bedarfsgerechte Versorgung gerade dieser Patienten erschwert. Für Patienten ist anhand der von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten Informationen über ihre IV-Verträge zudem nicht ersichtlich, mit welcher Behandlung sie in welcher Intensität – abgesehen von Psychopharmaka – rechnen können.

Das begrenzte Interesse der Krankenkassen an einer leitlinienorientierten Versorgung dieser Patientengruppe lässt sich damit erklären, dass der Wettbewerb um eine gute Versorgung immer innerhalb der Unternehmensstrategie der einzelnen Krankenkasse stattfindet (Schönbach 2009). Die psychischen Erkrankungen, die in die Versorgung dieser Netze eingeschlossen sind, führen zwar fast alle zu Zuschlägen im Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) aber möglicherweise scheuen die Kassen angesichts der eher begrenzten Patientenzahl Investitionen in kassenspezifische Netzstrukturen oder trotz Morbi-RSA ist diese Patientengruppe unter Marketinggesichtspunkten keine Zielgruppe für einen Wettbewerb um gute Versorgung.

1.3 Regionalbudgets nach § 64b SGB V

Ein dritter Ansatz sind Regionalbudgets, bei denen ein Krankenhaus die medizinische und ökonomische Verantwortung für die Versorgung einer definierten Patientengruppe innerhalb einer festgelegten Region übernimmt

Die angestrebte Verknüpfung mit dem ambulanten Versorgungsbereich gelingt den Krankenhäusern mit Regionalbudgets nicht.

(Deister, 2011). Mit der Einführung des neuen Entgeltsystems in Psychiatrie und Psychosomatik wurden Modellvorhaben nach § 64b SGB V als neue gesetzliche Basis für die Regionalbudgets eingeführt. Ziel ist es, die Rahmenbedingungen für den Abschluss solcher Verträge zu vereinfachen (Verzicht auf Satzungsänderung oder Erfordernis der Einschreibung).

Die Regionalbudgets erlauben es den Krankenhäusern, Patienten z. B. auch in ihrem häuslichen Umfeld zu versorgen. Home Treatment gehört zu den psychosozialen Ansätzen mit guter Evidenz (S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, 2013). Die eigentlich angestrebte Verknüpfung mit dem ambulanten Versorgungsbereich gelingt den Kranken-

häusern mit Regionalbudgets nicht. Hauptursache dürfte sein, dass es für den stationären Bereich, der hinsichtlich Struktur, Organisation und Vergütung gänzlich anderen Mechanismen unterliegt als der ambulante Bereich, schwierig ist ein Gesamtkonzept für eine ambulante Versorgung zu entwickeln und angesichts der unterschiedlichen Vertragsstrukturen dies vor allem auch umzusetzen. In aller Regel werden sogar die Leistungen der PIA in die Regionalbudgets nicht einbezogen, sodass man von einer ambulanten Erweiterung der stationären Versorgung aber nicht von Integration im Sinn einer sektorenübergreifenden Kooperation sprechen kann. Das Leistungsangebot der Krankenhäuser innerhalb der Regionalbudgets ist für Patienten wie bei den anderen Ansätzen auch wenig transparent (<http://www.kh-itzehoe.de/deutsch/UnsereKliniken/zentrumfuerpsychosozialemedizinpsychiatrie-psychotherapie-psychosomatik/RegionalesPsychiatrieBudget/page.html>, Zugriff am 11. Juli 2013).

Es wird zudem wie bei den IV-Verträgen bei einem Flickenteppich bleiben, denn Regionalbudgets werden nur diejenigen Krankenhäuser erproben wollen und können, denen in der Vergangenheit eine erfolgreiche Vertragspolitik gelungen ist. Eigentlich war vom Gesetzgeber ein Modellprojekt pro Bundesland angedacht, davon ist man jedoch noch weit entfernt (Blum et al 2013). Manche bezeichnen schon jetzt Regionalbudgets als „Nischen für Exoten“ (Kunze et al. 2013). Krankenkassen könnten Regionalbudgets als eine attraktive Option betrachten, wenn sie davon ausgehen, dass die Ausgaben für die einbezogenen Versicherten weitgehend stabil bleiben und zumindest diese Häuser nicht versuchen werden, ihre Bettenzahl zu erhöhen. Für psychisch kranke Menschen reichen die mit den Regionalbudgets erreichten Verbesserungen jedoch nicht weit genug.

Für alle drei Ansätze gilt zudem, dass sich eine Versorgung durch multiprofessionelle Teams nur begrenzt realisieren lässt. Für solche Konzepte sind die Rahmenbedingungen durch SGB V, Berufsrecht und Haftungsrecht so eng gesetzt, dass die Einführung neuer Modelle der Arbeitsteilung oder Kooperation sehr schnell an Grenzen stößt (Sachverständigenrat 2008, 2010).

2. Wie kommt das Neue in die Welt?

2.1 Wettbewerb

Für eine Patientengruppe bei der außer Frage steht, dass sie von einer integrierten, multiprofessionellen und ambulant orientierten Versorgung profitieren wird, hat der Wettbewerb bisher keine adäquaten Lösungen produziert. Ursache könnte sein, dass außer für Krankenkassen sich auch für Krankenhäuser und den vertragsärztlichen Bereich die Investitionen in kassenspezifische Selektivverträge nicht rechnen, weil die notwendige Anzahl an Patienten mit einschlägigen Krankheitsbildern nicht erreicht werden kann. Hinzu kommt wahrscheinlich, dass Selektivverträge bei Unterversorgung zu einem Anbietermarkt für Leistungserbringer führen. Bei langen Wartelisten und vollen Wartezimmern bleibt kaum Zeit sich für neue Modelle zu engagieren und die Anreize (Einkommen oder größere Berufszufriedenheit) müssten schon erheblich sein, um zu zusätzlichen Anstrengungen zu motivieren. Außerdem halten viele Leistungserbringer Selektivverträge bei Unterversorgung für problematisch. Patienten würden in Abhängigkeit von ihrer Kassenzugehörigkeit begünstigt und für Patienten, deren Krankenkasse keinen Selektivvertrag geschlossen hat, würde sich der Zugang zur ambulanten Versorgung noch weiter verschlechtern bzw. die Versorgung würde sich zwangsläufig noch stärker in den stationären Bereich verlagern.

Seit mehr als 20 Jahren gilt die These, dass vor allem der Wettbewerb ein geeigneter Motor für Innovation ist. Betont wird aber auch, dass der Wettbewerb nur ein Instrument sei, dessen Funktionalität jeweils im Einzelfall zu überprüfen ist (AOK-Bundesverband 2003, Knieps 2006, Cassel et al. 2008). Für die Versorgung psychisch kranker Menschen könnte es an der Zeit sein, einen neuen Ansatz zu testen.

2.2 Geschützter Raum für Innovation

Ein geschützter Raum für Innovation könnte erprobt werden. Schutzraum in diesem Kontext würde bedeuten, dass die bestehenden Modelle in ein neues Versorgungsangebot überführt werden. Innovation und Integration wür-

den in diesem geschützten Raum für Leistungserbringer nicht die Gefahr der Einschränkung der Marktposition oder des Einkommensverlusts bergen, sondern gemeinsames Wachsen ermöglichen. Dabei ist in Rechnung zu stellen, dass es neue Versorgungsangebote auf der grünen Wiese sowieso nicht gibt und Verdrängung im deutschen Gesundheitssystem nicht funktioniert, sondern in aller Regel zur Entstehung von Parallelstrukturen führt.

Das Modell eines geschützten Raums könnte mit innovativen Versorgungsnetzen für Patienten mit Schizophrenie, bipolaren Störungen und schwerer Depression getestet werden, denn die Versorgung dieser Patienten – wahrscheinlich circa 300.000 Patienten pro Jahr bundesweit (geschätzt anhand der stationären Fälle mit diesen Diagnosen, Grunddaten der Krankenhäuser, 2011) – ist in besonderem Maße durch Unter- teilweise auch Fehlversorgung gekennzeichnet. Der notwendige Abbau von Unterversorgung erfordert Mehrausgaben, aber diese dienen beim im Folgenden skizzierten Ansatz dem Aufbau ambulanter Angebote für eine definierte Patientengruppe. Die Alternative ist der weitere Ausbau der stationären Versorgung.

3. Versorgung psychisch kranker Menschen mit komplexen Behandlungsbedarf (§ 116c SGB V)

Psychisch kranke Menschen, die mit erheblichen Einschränkungen im Alltag leben müssen, brauchen eine ambulante Versorgung bei der Ärzte, Psychotherapeuten, Pflege und weitere Berufsgruppen wie z. B. Soziotherapeuten zusammenarbeiten. Wichtig sind zudem ein verlässlicher Krisendienst, die enge Abstimmung mit lebensweltbezogenen Hilfen und die Vernetzung mit einem Krankenhaus, denn Phasen stationärer Versorgung können trotz allem unvermeidbar sein. Notwendig sind also Versorgungsnetze, die auf den spezifischen Bedarf dieser Patientengruppe zugeschnitten sind. Dafür muss es eine Kooperation der Krankenhäuser vor allem ihrer PIA mit dem vertragsärztlichen Bereich, der ambulanten psychiatrischen Krankenpflege und weiteren Angeboten geben. Die interne Struktur des Netzes, insbesondere hinsichtlich Art und Umfang der einbezogenen Gesundheitsberufe, muss so konzipiert sein, dass sie

die Gewähr dafür bietet, dass eine evidenzbasierte Versorgung, wie sie z. B. in Leitlinien beschrieben wird, möglich ist. Um dies in einem ersten Aufschlag zu beschreiben, ist ein Diskurs zwischen den einbezogenen Sektoren, den notwendigen Gesundheitsberufen und den betroffenen Patienten und ihren Angehörigen notwendig. Plattform könnte wie beim Nationalen Krebsplan eine Arbeitsgruppe beim BMG sein. Das so verdichtete Konzept sollte Basis einer Gesetzgebung sein, die mit einem neuen § 116c SGB V den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit weiteren Konkretisierungen beauftragt.

3.1 Leitlinienorientierte Versorgung durch spezialisierte Netze

Zentrale Merkmale der Versorgungsnetze würde der G-BA, in Analogie zum Verfahren beim § 116b SGB V ambulante spezialfachärztliche Versorgung weiter ausarbeiten. Der G-BA würde die Leistungsmodule beschreiben, die solche Versorgungsnetze anzubieten hätten. Der Behandlungsumfang wäre aus Leitlinien oder der besten verfügbaren Evidenz abzuleiten. Der G-BA würde den Netzen die – sich daraus ergebenden – personellen, sächlichen und organisatorischen Voraussetzungen aber auch die Anforderungen an Qualitätsmessung und Qualitätsdarlegung verbindlich vorgeben. Allen in die Versorgungsnetze einzubeziehenden Berufsgruppen wäre das Recht auf eine Beteiligung an den Beratungen im G-BA einzuräumen. Mit den G-BA-Vorgaben würde ermöglicht – entsprechende Berichtspflichten der Versorgungsnetze vorausgesetzt – dass Patienten bei der Entscheidung für ein Versorgungsnetz – anders als heute – beurteilen können, ob sie sich für eine Versorgungsstruktur entscheiden, die zumindest strukturell die Voraussetzungen für eine leitlinienorientierte Versorgung mitbringt.

3.2 Versorgungsnetze als berechnete Leistungserbringer

Berechtigte Leistungserbringer in diesem Kontext würden die Versorgungsnetze sein, nicht wie derzeit im § 116b SGB V Vertragsärzte bzw. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) oder Krankenhäuser. Damit tragen die Netze auch

haftungsrechtlich die Gesamtverantwortung für die Versorgung ihrer Patienten. Bei der Wahl der Rechtsform der Versorgungsnetze ist dies zu berücksichtigen.

Mit diesem Ansatz könnte gleichzeitig grundsätzlich ermöglicht werden, dass auch Leistungserbringer Mitglieder dieser Versorgungsnetze werden können, die alle fachlichen Standards erfüllen, aber keine Zulassung haben. So würde für eine definierte Patientengruppe, bei der man gerade im ambulanten Bereich von einer massiven Unterversorgung ausgehen muss, eine Ausweitung des Versorgungsangebotes ermöglicht. Um gleichzeitig sicherzustellen, dass Qualitätsanforderungen durch diesen breiteren Zugang zur Versorgung nicht gefährdet werden, müssten wie für den § 116b SGB V spezielle Landesausschüsse gebildet werden, die die entsprechenden Qualifikationen der zum Netz zusammengeschlossenen Leistungserbringer und die Umsetzung der Anforderungen des G-BA überprüfen und den Netzen eine Zulassung erteilen. Eine Bedarfsprüfung würde in diesem Kontext nicht stattfinden.

Ein solcher Ansatz könnte die Gefahr in sich bergen, dass sich mit den Versorgungsnetzen Parallelstrukturen zum vertragsärztlichen Bereich entwickeln. Das Ziel, die bestehenden Angebote in die neue Versorgungsstruktur zu integrieren, könnte verfehlt werden. Eine mögliche, vor allem juristisch zu prüfende Alternative wäre es, die regionalen Planungsbefugnisse der Gremien nach § 90a SGB V zu nutzen und Zulassungen ausschließlich für die Arbeit in den Versorgungsnetzen durch diese Gremien prüfen zu lassen, um sie dann verbindlich zum Gegenstand der Bedarfspläne zu machen.

3.3 Regional unterschiedliche Strukturen der Versorgungsnetze

Der hier skizzierte und vom G-BA ausgearbeitete Behandlungsumfang und die dafür notwendigen Leistungsmodule kennzeichnen den Inhalt der Versorgung, der durch die Versorgungsnetze zu erbringen ist. Ziel ist es also, dass in der Fläche für eine definierte Patientengruppe eine vergleichbare Versorgung entsteht. Diese kann allerdings durch regional höchst unterschiedlich strukturierte Netze erbracht werden. Mitglieder eines Netzes könnten mit regional unterschiedlichen Anteilen an der Versorgung

PIA, MVZ, Vertragsärzte und Psychotherapeuten, Pflegedienste, Soziotherapeuten und weitere für die Versorgung der genannten Patientengruppe notwendige Leistungserbringer sein.

3.4 Vergütung und Verträge

Für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V wird auf Bundesebene die Vergütung der Leistungen zwischen GKV-Spitzenverband, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Deutscher Krankenhausgesellschaft vereinbart. Dies ist grundsätzlich auch ein Weg für die auf die Versorgung schwer psychisch kranker Menschen

Bei einer Vertragslösung, ist zu berücksichtigen, dass der Aufbau eines spezialisierten Versorgungsnetzes sich erst ab einer bestimmten Patientenzahl rechnet.

spezialisierten Netze. Allerdings ist zu bedenken, dass die Leistungen dieser Netze zwar weitgehend homogen sein werden, die Strukturen, die sie erbringen innerhalb der Netze in Abhängigkeit von regionalen Gegebenheiten allerdings erheblich variieren werden. Um ausreichend Spielräume für die regionale Gestaltung der Versorgungsnetze zu lassen, wäre zu diskutieren, ob die Vergütung der Netze regional vereinbart wird. Ausgangspunkt der Vergütungsverhandlungen wird dann voraussichtlich die Vergütung der im Netz dominanten Struktur sein – also z. B. die PIA, ein MVZ oder ein bereits bestehendes Versorgungsnetz wie z. B. das Netzwerk psychische Gesundheit. Die Wahl dieses Ansatzes würde sich wahrscheinlich auch mit Blick auf die notwendige Bereinigung der Gesamtvergütung und der Vergütungen der PIA bewähren. Die Verhandlungsposition der Netze wird durch die Vorgaben des G-BA zu Struktur und Behandlungsumfang nachhaltig gestärkt. Das Ziel, Strukturen zu schaffen, die eine leitlinienorientierte Versorgung ermöglichen, ist damit gesetzt und kann von den Krankenkassen in den Vergütungsverhandlungen nicht negiert werden.

Kommt es zu einer Vertragslösung, ist zu berücksichtigen, dass der Aufbau eines so spezialisierten Versorgungsnetzes sich erst ab einer bestimmten Patientenzahl rechnet. Verträge mit den Versorgungsnetzen würden daher auf regionaler Ebene gemeinsam und einheitlich mit den Krankenkassen verhandelt und abgeschlossen. Es wäre zu prüfen, ob die Kassenärztlichen Vereinigungen und die jeweilige Krankenhausgesellschaft beauftragt werden, die Netze bei Vertragsverhandlungen und der Umsetzung der Verträge zu unterstützen. Das sicherte den Netzen die notwendige operative Kompetenz und betonte den integrativen Charakter des Ansatzes. Um den

Abschluss von Verträgen auf regionaler Ebene abzusichern, sollten die Verträge der Versorgungsnetze schiedsamtstfähig werden. Vertreten Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenhausgesellschaft die Netze bei den Vergütungsverhandlungen könnte ein dreiseitiges Schiedsamt auf Landesebene eingerichtet werden und eine Dachorganisation der

Versorgungsnetze auf Landesebene wäre verzichtbar. Problematisch ist natürlich, dass die weiteren in die Versorgungsnetze integrierten Berufsgruppen wie z. B. die psychiatrische Krankenpflege in beiden Fällen nur indirekt in den Vertragsverhandlungen repräsentiert wären.

3.5 Zugang zum Versorgungsnetz über Antragsverfahren

Ziel der Versorgungsnetze ist der Aufbau ambulanter Versorgungsstrukturen für eine definierte Patientengruppe. Vor Aufnahme eines Patienten in das Versorgungsnetz sollte ein Vorgespräch im Netz stattfinden, bei dem die Indikation, d. h. die Diagnose und der Grad der Beeinträchtigung geprüft und bei entsprechender Indikation ein Antrag bei der Krankenkasse gestellt wird. Die Krankenkassen entscheiden über den Antrag innerhalb von zwei Wochen auf der Basis des schriftlichen Antrags und der verfügbaren Sozialdaten. Das Antragsverfahren stellt sicher, dass die Krankenkassen gemeinsam mit den Leistungserbringern die Verantwortung dafür übernehmen, dass nur die benannten Patientengruppen Zugang zu dieser Form der Versorgung finden.

3.6 Rahmen für eine multiprofessionelle Versorgung

Die Netze sind berechnete Leistungserbringer. Folgte man den Vorgaben für MVZ oder Krankenhäuser bzw. Krankenhausabteilungen, würden sie unter ärztliche Leitung gestellt werden. Für die Versorgungsnetze sollte gesetzlich zwischen Leitung einer Organisation oder Organisationseinheit und Verantwortung für das ärztliche Handeln unterschieden werden. Darüber, ob innerhalb des Netzes jede Berufsgruppe die Verantwortung im Rahmen ihres Kompetenzbereichs trägt und die Gesamtverantwortung, die spätestens bei Haftungsfragen relevant wird, netzintern zu klären ist (Sachverständigenrat 2010, Robert-Bosch-Stiftung 2012). Für das Gesundheitssystem würde es damit zu einer institutionell zu lösenden Aufgabe, Wege für eine veränderte Aufgabenverteilung zu suchen. Dies könnte auch die einschlägigen Versicherungen motivieren über Innovationen nachzudenken.

Innerhalb des Netzes sollte eine multiprofessionelle Versorgungssteuerung realisiert werden. Zu Beginn der Behandlung findet im Versorgungsnetz eine multiprofessionelle Diagnostik statt, an der alle im Behandlungsteam vertretenen Berufsgruppen beteiligt sind. Das Team stellt im Anschluss gemeinsam den Behandlungsplan auf. Einmal wöchentlich finden Teamkonferenzen statt, in denen der Behandlungsverlauf der Patienten, Umstellungen der Behandlungspläne und spezifische Fragen sowie Probleme besprochen werden. Jede Berufsgruppe verantwortet innerhalb der Gesamtplanung ihren Kompetenzbereich. Das Netz entscheidet wer innerhalb des Netzes dafür die Verantwortung trägt.

3.7 Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik

Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik kritisieren am neuen pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) u. a. mangelnde Spielräume für eine stärker ambulant ausgerichtete Krankenhausversorgung

(Kunze et al., 2013). Das PEPP kann diese nicht bieten, da sein Ziel eine leistungsgerechte Vergütung stationärer Leistungen ist. Die Integration der Krankenhäuser in die Versorgungsnetze eröffnet die geforderte Flexibilität. Innerhalb der Netze könnten je nach Zusammensetzung die ambulanten Leistungen wie z. B. Home Treatment durch das Krankenhaus selber, seine Institutsambulanz oder den vertragsärztlichen Bereich erbracht werden. Die für psychisch kranke Menschen so wichtige personelle Kontinuität der Versorgung ließe sich z. B. durch das Versorgungsnetz mit Belegärzten sowie Belegpsychotherapeuten sichern. Da deren Leistungen stationär erbracht würden, wären sie aus den PEPP zu finanzieren. Für die PIA und alle weiteren ambulanten Leistungen des Krankenhauses müsste gesetzlich vorgegeben werden, dass ein Krankenhaus diese Leistungen für die einschlägige Patientengruppe im Rahmen des Netzvertrages erbringt bzw. von anderen Mitgliedern des Netzes erbringen lässt.

4. Fazit

Es gibt eine klare Evidenz dafür, dass schwer psychisch kranke Menschen eine integrierte und multiprofessionelle Versorgung brauchen. Bisherige Versuche

Gemeinsam mit allen Beteiligten sollte ein Netzkonzept entwickelt werden, mit dessen Konkretisierung der Gesetzgeber den G-BA beauftragt.

eine solche Versorgung zu realisieren, führten nicht zum Ziel. Auch der Wettbewerb hat sich für diese Patientengruppe nicht als Motor für Innovationen bewährt. Deshalb ist ein neuer Ansatz notwendig.

Der Gesetzgeber sollte einen geschützten Raum für die Bildung von Versorgungsnetzen schaffen, die eine integrierte und ambulant orientierte Versorgung für psychisch kranke Menschen anbieten. Gemeinsam mit den beteiligten Sektoren, Professionen sowie vor allem Patienten und Angehörigen sollte ein Netzkonzept entwickelt werden, mit

dessen Konkretisierung der Gesetzgeber den G-BA beauftragt. Diese Netze, die auf den Bedarf einer bestimmten Patientengruppe spezialisiert sind, werden eine relativ homogene Leistungsstruktur haben, die aber durch regional unterschiedliche netzinterne Versorgungsstrukturen erbracht wird. Um die für schwer psychisch kranke Menschen bestehende Unterversorgung gezielt abzubauen, ist zu prüfen, ob auch nicht zugelassene Leistungserbringer Mitglieder der Netze werden können, sofern sie die vorgegebenen Qualitätsstandards erfüllen.

Die Vergütung der Netze wird entweder bundesweit einheitlich vereinbart oder netzspezifisch regional zwischen den Netzen und den Krankenkassen verhandelt. Mit dem zweiten Ansatz entstehen größere Gestaltungsspielräume auf regionaler bzw. Landesebene. Damit diese auch benutzt werden, sollten die entsprechenden Verträge schiedsamtlich sein.

Für Krankenkassen ist ein Vorteil dieser Versorgungsnetze, dass schwer psychisch kranke Versicherte entsprechend der Empfehlungen von Leitlinien und evidenzbasierter Medizin versorgt werden. Die Patienten, denen diese besonderen Versorgungsangebote zugutekommen sollen, lassen sich zudem anhand überprüfbarer Kriterien verlässlich definieren. Zusätzlich entscheiden die Krankenkassen in einem Antragsverfahren über die Aufnahme der Patienten in die Versorgung durch das Netz. Mehrausgaben entstehen durch den Ausbau im ambulanten Bereich. Vermieden wird die weitere Expansion der stationären Versorgung.

Schwer und chronisch psychisch kranke Menschen könnten endlich so versorgt werden, wie das SGB V es ihnen zu sichert: ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und nach aktuellem wissenschaftlichen Stand der Erkenntnisse. ■

Literatur

AOK-Bundesverband (Hrsg.):

Vertragswettbewerb in der GKV zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung. AOK im Dialog. Band 13. Bonn 2003.

Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG), Psychiatrie in Deutschland, Strukturen, Leistungen, Perspektiven, 2007.

BARMER GEK: Report Krankenhaus 2011.

Schwerpunktthema: Der Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung bei psychisch kranken Menschen. Asgard Verlag.

Blum, K./Löffert, S./Offermanns, M./Steffen, P.: Deutsches Krankenhausinstitut (Hrsg.): PSYCHIATRIE Barometer 2012. Düsseldorf 2013

Cassel, D./Ebsen, I./Greß, S./Jacobs, K./Schulze, S./Wasem, J.: Vertragswettbewerb in der GKV – Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition. Wissenschaftliches Institut der AOK. Bonn 2008.

Deister A. Vom Fall zum Menschen – Erfahrungen aus einem Regionalen Psychiatrie-Budget. Gesundheitswesen. 2011;73:85-8.

Deutscher Bundestag 7. Wahlperiode, Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Drucksache 7/4200, 1975.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.): S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (2013).

Grunddaten der Krankenhäuser 2011,

Statistisches Bundesamt (Hrsg.), eigene Auswertungen, <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser.html> (Zugriff am 11. Juli 2013)

Jacobi, F./Harfst, T.:

Zum Behandlungsbedarf an klinisch-psychologischen Interventionen. In: Report Psychologie 34 3/2011.

Knieps, F.: Neue Versorgungsformen.

In: Schnapp, F./Wigge, P.: Handbuch des Vertragsarztrechts – Das gesamte Kassenarztrecht. 2. Auflage. München 2006, S. 349-377.

Kunze A., Schepker R., Heinz, A..

Pauschalierende Entgelte für Psychiatrie und Psychosomatik: Wohin kann der Weg gehen? Dtsch Arztebl; 110 (27-28): A-1366 / B-1194 / C-1178, 2013.

Paquet, R.: Vertragswettbewerb in der GKV und die Rolle der Selektivverträge – Nutzen und Informationsbedarf aus der Patientenperspektive. Expertise für die Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn 2011.

Robert Bosch Stiftung: Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe, Qualität und Sicherung der Gesundheitsversorgung von morgen. Stuttgart 2012.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen:

Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Baden-Baden 2002.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen:

Sondergutachten 2009. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Baden-Baden 2010.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen:

Gutachten 2007. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Baden-Baden 2008.

Schönbach, K. H.: Zum Stellenwert des Versorgungswettbewerbs der Krankenkassen.

In: Gesundheits- und Sozialpolitik 6/2009, S. 22-31.

Schulz, H./Barghaan, D./Harfst, T./Koch, U.:

Psychotherapeutische Versorgung. Robert Koch-Institut, Berlin. In: Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 41/2008.

Statistisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser 2002 – 2012, eigene Auswertungen <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/AlteAusgaben/GrunddatenKrankenhaeuserAlt.html> (Zugriff am 20. Juni 2013).

Tophoven, C.: Wettbewerb um eine gute psychotherapeutische Versorgung. In: Neue Versorgungskonzepte zur Behandlung psychischer Erkrankungen, C. Tophoven, T. Wessels (Hrsg.), Psychotherapeutenverlag, 2012.



Arbeitszufriedenheit und Flexibilität – Europäischer Vergleich und Adaptionseffekte

Von Dominik Hanglberger

2013, 335 S., brosch., 59,- €

ISBN 978-3-8487-0241-1

(FFB – Schriften des Forschungsinstituts Freie Berufe der Leuphana Universität Lüneburg, Bd. 21)

Die Entwicklung der Arbeitsmärkte in Deutschland und anderen Industriestaaten ist durch eine zunehmende Verbreitung flexibler Arbeitsformen geprägt. Die Studie untersucht die Bedeutung der Flexibilität von Arbeitszeiten und Arbeitsverhältnissen für die Arbeitszufriedenheit im europäischen Vergleich sowie im individuellen zeitlichen Verlauf.

Bestellen Sie jetzt telefonisch unter 07221/2104-37.

Portofreie Buch-Bestellungen und kostenlose Leseproben unter www.nomos-shop.de/20499



Nomos