

# Kooperation per Vertrag

## Das Beispiel Integrierte Versorgung in der Psychiatrie

### KLAUS-DIETER LIEDKE

Klaus-Dieter Liedke ist Diplom-Sozialpädagoge und hat das Diplom für Wirtschaft (FH). Er ist Vorstandsvorsitzender der Stiftung LEBENS-RÄUME Offenbach am Main sowie Lehrbeauftragter an der Hochschule Rhein-Main und Hochschule Fulda. Internet <http://www.lebsite.de>

**Nach den Jahren der Psychiatrie Reform und dem Aufbau einer gemeindepsychiatrischen Versorgungsstruktur gibt es neue Impulse im Fachgebiet. So nutzt die Techniker Krankenkasse die Möglichkeiten der Integrierten Versorgung und hat zusammen mit der Freien Wohlfahrtspflege das Modell »NetzWerk für psychische Gesundheit« entwickelt. Das Konzept wird an mehreren Standorten in Deutschland erprobt, andere Krankenkassen kommen hinzu. LEBENS-RÄUME Offenbach ist seit 2011 Vertragsnehmer und beabsichtigt, das Angebot gemeinsam mit Kooperationspartnern auf das Rhein-Main Gebiet auszuweiten.**

Psychische Erkrankungen gibt es zu jeder Zeit und überall. Mit Diagnosen wie Schizophrenie und Depression, Suchterkrankung und Persönlichkeitsstörung prägen sich vielfältige, oft diffuse Symptome aus. Gemeinsam ist allen diesen seelischen Störungen, dass sie in einem sozialen Kontext stehen, weil individuelle Krankheitsmerkmale nicht wirklich zu trennen sind von Auslösern und Reaktionen der Umwelt. Das weitgehend unbekannte psychosoziale Wechselspiel ist für Betroffene ein Komplikationsrisiko, zugleich aber auch die Chance zur Stabilisierung und Heilung. Psychisch kranke Menschen und die professionelle Psychiatrie müssen diese Möglichkeit nutzen.

Im Umgang mit psychischen Erkrankungen zeigt sich ein wechselvolles Abbild der Gesellschaft. Vor 200 Jahren wurde das »Irresein« erstmals als Krankheit erkannt und die Psychiatrie entstand als Heilkunst. Vor 100 Jahren baute man entlegene Anstalten, kleine Dörfer mit tausend Betten, Kapelle, Zahnarzt und Friedhof, die mancherorts noch heute als Landeskrankenhäuser fortbestehen. In der Nazizeit wurden

Tausende psychisch kranke und behinderte Menschen ermordet. Nach dem Krieg setzten die Kliniken ihre Arbeit, manchmal in schrecklichem Erbe fort und erst 1976 berichtete die Enquete Kommission der Bundesregierung über menschenunwürdige Zustände in der Psychiatrie. Im Jahre 1987 gab die Expertenkommission Empfehlungen zu einem modernen psychiatrischen Versorgungssystem, die mit etwas anderen Akzenten weiter gelten:

- Gleichbehandlung somatischer und psychischer Erkrankungen: Die Sonderkrankenhäuser sind umgewandelt und fast überall gibt es Psychiatrische Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Aber nach wie vor geht es um angemessene Mittel für psychisch kranke Menschen, um die Verhältnismäßigkeit von Krankenhausbehandlung, ambulant ärztlich-psychotherapeutischer Behandlung und außerklinischen, nicht medizinischen Diensten.
- Gemeindenahe Versorgung: Die Behandlung und Betreuung psychisch Kranker ist weitgehend an den

Wohn- und Lebensort der Bürger verlagert. Heute geht es vorrangig darum, die soziale Um- und Mitwelt erkrankter Menschen in ein individuelles Behandlungskonzept einzubeziehen, das die Gesundheit fördert und die Genesungsaussichten durch Teilhabe und Beteiligungsmöglichkeiten verbessert.

- **Vorrang ambulanter vor stationärer Behandlung:** Eine übermäßige Institutionalisierung von Hilfeleistungen muss immer wieder neu vermieden werden, auch wenn es nicht mehr um die sogenannte »Enthospitalisierung« chronisch psychisch kranker Menschen aus den Langzeitstationen der Psychiatrien geht. Normale Lebensbezüge und unterstützende Betreuung sind der Maßstab für medizinisch therapeutische Behandlung.

Die psychiatrisch psychosoziale Versorgungslandschaft hat sich in den letzten dreißig Jahren erheblich verändert. Anstelle monolithischer Großkrankenhäuser gibt es heute differenzierte Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen, die drei Versorgungskreisen zuzuordnen sind (Abb. 1). Gerade dieses heterogene Feld der vielen verschiedenen Dienste schafft aber neue, eigentlich alte Probleme. Denn alle Beteiligten müssen irgendwie zusammenwirken, damit die Ressourcen an Geld, Personal und Plätzen bedarfsgerecht eingesetzt werden, damit letztlich eine gute Gesamtbehandlung für den Einzelnen gewährleistet wird. Nur, wie ist das zu machen? Viele Vorschläge sind ausprobiert worden, Budgetfinanzierungen, Psychiatrie-Koordinatoren, Gemeindepyschiatrische Verbände. Richtig gelöst ist das Problem nicht.

### Integrierte Versorgung – ein Lösungsversuch

Eine flexible und effiziente Patientenversorgung im hoch entwickelten deutschen Sozial- und Gesundheitssystem ist kein exklusives Problem der Psychiatrie. Es ist hier aber ein Besonderes, weil Selektion und Ausgrenzung von Personengruppen, Über- und Unterversorgung in Teilbereichen, Drehtür- und Verschiebeeffekte direkte Auswirkungen auf die betroffenen Menschen haben.

Mit den Gesundheitsreformen seit 2002 ist es möglich geworden, dass

Abb. 1: Versorgungsbereiche und Merkmale der Psychiatrie

Merkmale	Ambulante Behandlung Ärzte   Psycho Gesamt	Krankenhaus – behandlung	Komplementäre Betreuung
	Versorgungsbereiche		
Leistungsgrundlage	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Krankenversicherung</li> <li>• Psychotherapeutengesetz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Krankenversicherung</li> <li>• Krankenhausfinanzierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sozialhilfe, Teilhabeges.</li> <li>• Arbeitsagentur, Rentenversicherung und andere</li> </ul>
Einrichtungen und Dienste	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niedergelassene Hausärzte, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie</li> <li>• Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychiatrische Kliniken und Fachkrankenhäuser</li> <li>• Psychiatrische Tagesklinik</li> <li>• Psychiatrische Institutsambulanz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wohnheime, Werkst., Integrationsfirmen</li> <li>• Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen</li> <li>• Tagesstätten</li> <li>• Ambulante Dienste (Wohnen, Arbeiten)</li> </ul>
Personalstellen	20   100	120	60
Budget in Mio. €	2   8	10	8 bis 12
Plätze, Betten	5.000   3.000	8.000	100 (davon 20 teilstationär)
Versorgungsanteil	40 %	40 %	20 %

Die Angaben sind grobe Schätzungen bezogen auf 100.000 Einwohner

Krankenversicherungen außerhalb des kassenärztlichen Monopols, also auch mit anderen Leistungserbringern Verträge schließen. Gesetzliche Gesundheitsleistungen lassen sich nun in einen gemeinsamen Versorgungsauftrag integrieren (Abb. 2), die Techniker Krankenkasse hat diese Möglichkeit als »Netzwerk psychische Gesundheit« (NWpG) in einen Mustervertrag umgesetzt (Abb. 3).

Das Konzept ist anspruchsvoll, quasi

ein »Best-of« der sozialrechtlich machbaren und fachlich wünschenswerten Psychiatrie. Um das Vertragswerk mit seinen beinahe 200 Seiten zu verstehen, muss der Anwender umfassende Kenntnisse und großes Verständnis der sozial-, gesundheits- und berufsrechtlichen Zusammenhänge sowie der psychiatrischen Verhältnisse mitbringen.

Generell zielt die Integrierte Versorgung Psychiatrie auf eine bessere Behandlung und Betreuung der er-

### Was versteht man eigentlich unter Integrierter Versorgung?

Integrierte Versorgung ist eine kooperative Versorgungsform und eine andere Form der Regelversorgung. Ziel ist die Überwindung der sektoralen (ambulanter und stationärer Versorgungsbereich) und disziplinären Trennung im Gesundheitswesen. Zur Integrierten Versorgung schließen die Krankenkassen sektoren- oder interdisziplinär-fachübergreifende Verträge mit den in § 140 b Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) abschließend aufgezählten Leistungserbringern (§§ 140a Abs. 1 SGB V) ab. [...] Die Integrierte Versorgung soll die Qualität der Patientenversorgung verbessern, die Versorgungskosten senken und die bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen. Dies geschieht entweder durch Integrierte Versorgung einer einzelnen Krankheit mit großer Bedeutung für die Bevölke-

rungsgesundheit oder durch Integration aller (medizinischen und ggf. auch pflegerischen) Versorgungsangebote in einer Region. Verträge zur Integrierten Versorgung sind öffentlich im Internet registriert (<http://www.bqs-register140d.de> – § 140 d Abs. 5 SGB V). [...] Die Inanspruchnahme eines Angebots zur Integrierten Versorgung durch die Versicherten ist freiwillig, so dass der Erfolg der Integrierten Versorgung von der Akzeptanz der Versicherten abhängt. [...]

Heike Hoffer

Quelle: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (Hg.): Fachlexikon der sozialen Arbeit. 7. Auflage. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2011. Ca. 1.200 Seiten. 44,- Euro. ISBN 978-3-8329-5153-5.

Abb. 2: Auszug aus dem SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung)

**§ 140 a Integrierte Versorgung**

(1) Abweichend von den übrigen Regelungen dieses Kapitels können die Krankenkassen Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung mit den in § 140b Abs. 1 genannten Vertragspartnern abschließen. Die Verträge zur integrierten Versorgung sollen eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen. Soweit die Versorgung der Versicherten nach diesen Verträgen durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt. Das Versorgungsangebot und die Voraussetzungen seiner Inanspruchnahme ergeben sich aus dem Vertrag zur integrierten Versorgung.

**§ 140b Verträge zu integrierten Versorgungsformen**

(3) In den Verträgen nach Absatz 1 müssen sich die Vertragspartner der Krankenkassen zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten verpflichten. Die Vertragspartner haben die Erfüllung der Leistungsansprüche der Versicherten nach den §§ 2 und 11 bis 62 in dem Maße zu gewährleisten, zu dem die Leistungserbringer nach diesem Kapitel verpflichtet sind. Insbesondere müssen die Vertragspartner die Gewähr dafür übernehmen, dass sie die organisatorischen, betriebswirtschaftlichen sowie die medizinischen und medizinisch-technischen Voraussetzungen für die vereinbarte integrierte Versorgung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts erfüllen und eine an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten einschließlich der Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen und einer ausreichenden Dokumentation, die allen an der integrierten Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein muss, sicherstellen. (...)

kranken Versicherten, insbesondere auf die Vermeidung von stationärer Krankenhausbehandlung. Dazu sollen alle behandlungsrelevanten Leistungen in einem Versorgungsgebiet erstens zur Verfügung gestellt (Abb. 4), zweitens für jeden dem »NetzWerk psychische Gesundheit« Beigetretenen in einen individuellen Behandlungsplan integriert werden.

Mit einem Selektivvertrag nach § 140 a-d SGB V gibt die Krankenkasse ihren gesetzlichen Versorgungsauftrag ganz oder teilweise mit bestimmten Leistungspflichten an den Vertragsnehmer weiter, die ansonsten oder zugleich per gesetzlicher Regelung an die Kassenärztliche Vereinigung oder an Krankenhäuser und andere Leistungserbringer per Kollektivvertrag übertragen werden.

Das gilt beim »NetzWerk psychische Gesundheit« natürlich nur bezogen auf das Fachgebiet Psychiatrie. Darüber hinaus sind jedoch spezifische eigene Leistungen zu erbringen, die bisher nicht zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung gehören und die das Besondere der Integrierten Versorgung Psychiatrie im »NetzWerk psychische Gesundheit« begründen. Im Gegenzug zahlt die Krankenkasse dem Vertragsnehmer eine pauschale Vergütung (Versorgungspauschale), die sich am prospektiven Aufwand für

die psychiatrische Krankenhausbehandlung bestimmter Versichertengruppen bemisst. Die ganze Konstruktion ist umfänglich geregelt, lässt sich aber zu folgenden Leistungsbereichen zusammenfassen:

- Die Vertrags- oder kassenärztliche Regelbehandlung ist nicht in den

Versorgungsauftrag eingeschlossen. Haus- und Fachärzte (z. B. Nervenärzte, Neurologen und Psychiater) ebenso wie Ergo- und Psychotherapeuten können weiterhin im Rahmen der Kollektivverträge mit den Krankenkassen abrechnen. Dazu gehören die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und Leistungen nach dem Psychotherapeutengesetz. Der Vertragsnehmer wird die niedergelassenen Therapeuten also tunlichst einbinden, nicht nur um seine eigenen Leistungspflichten zu erfüllen, sondern auch um sein Budget innerhalb des »NetzWerks psychische Gesundheit« zu schonen. Kosten für häusliche Krankenpflege und Soziotherapie sind dagegen in das Budget integriert und für eingeschriebene Versicherte über die Versorgungspauschale zu vergüten.

- Die Krankenhausbehandlung in einer Psychiatrischen Klinik soll vermieden werden. Trotzdem besteht natürlich der Anspruch auf stationäre oder teilstationäre Behandlung, wenn dies von einem Arzt oder Gericht als notwendig erachtet wird. Die Krankenhauskosten werden dann zunächst wie üblich von der Krankenkasse bezahlt, sind im Rahmen einer Rückzahlungsregelung aber vom Vertragsnehmer der

Abb. 3: Auszug aus dem Vertrag der Techniker Krankenkasse

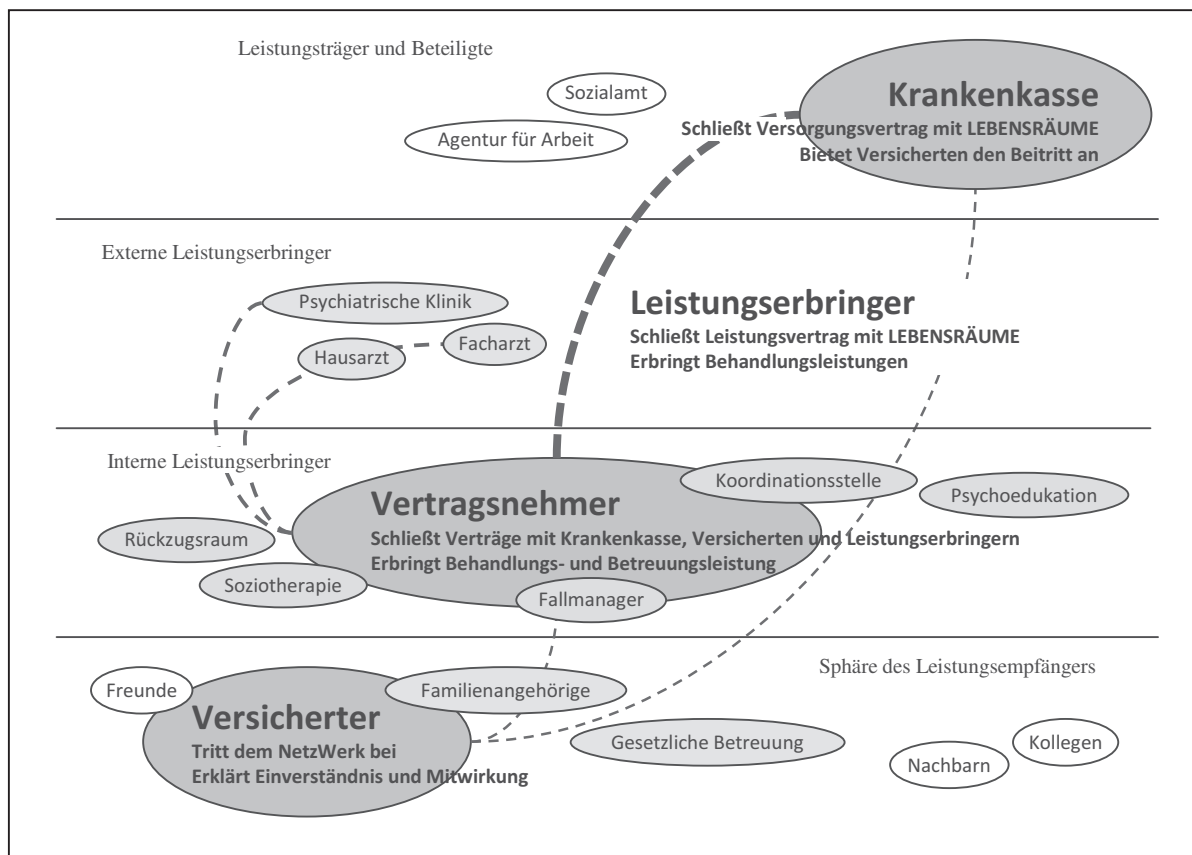
**§ 2 Versorgungsauftrag**

Dieser Vertrag regelt Inhalt, Umfang und Ablauf der Integrierten Versorgung psychisch Kranker (NetzWerk psychische Gesundheit). Sie besteht auf der 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. Dazu gehören insbesondere Hausärzte, Nervenärzte, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Psychosomatik und Psychotherapie, psychologische Psychotherapeuten, ambulante Pflegedienste, Soziotherapeuten und soweit erforderlich auch Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) und Krankenhäuser.

**§ 4 Pflichten des Vertragsnehmers**

Der Vertragsnehmer verpflichtet sich, die Leistungsansprüche der Versicherten gemäß des Vierten Kapitels des SGB V zu gewährleisten. Der Vertragsnehmer schließt zur Erfüllung dieses Vertrages bedarfsgerecht mit Haus- und Fachärzten, medizinischen Versorgungszentren, Leistungserbringern für die psychiatrische Krankenpflege, Soziotherapeuten, psychologischen Psychotherapeuten, Heilmittelerbringern, ermächtigten Institutsambulanz oder psychiatrischen Fachkrankenhäusern sowie bei Bedarf weiteren Dienstleistern gemäß § 4 Abs. 5 entsprechende Vereinbarungen nach Maßgabe dieses Vertrages ab. Diese Leistungserbringer nehmen an dieser Integrierten Versorgung teil, ohne zugleich Vertragspartner des vorliegenden Vertrages zu sein. Je nach Zahl der eingeschriebenen Versicherten und dem Versorgungsauftrag entsprechend sind gemäß der Anlagen D1 bis D7 ausreichende und wohnortnahe Behandlungs- und Betreuungskapazitäten zur Verfügung zu stellen, insbesondere für außerstationäre Kriseninterventionen. Wohnortnah bedeutet, dass der jeweils erforderliche Leistungserbringer den Versicherten bzw. der Versicherte den Leistungserbringer in der Regel binnen einer Stunde mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder PKW erreichen kann.

Abb. 4: Netzwerkbeteiligte und Vertragsbeziehungen



Integrierten Versorgung zum großen Teil zu erstatten, da sonst eine Doppelfinanzierung zulasten der Krankenkasse stattfände. Die ambulante Krankenhausbehandlung durch Psychiatrische Institutsambulanzen bleibt ohne Rückzahlungspflicht.

- Die Dienste der Integrierten Versorgung Psychiatrie umfassen eine ganze Reihe von Leistungen, die im gesetzlichen Katalog nicht vorkommen: Koordination des »NetzWerks psy-

Betreuung), Psychoedukation, allen Beteiligten zugängliche Online-Dokumentation, Qualitätsmonitoring und anderes. Dies hat der Vertragsnehmer selbst zu organisieren, muss eigenes Personal einsetzen oder externe Leistungserbringer beauftragen und diese bezahlen.

Seit drei Jahren setzen einige Träger gemeindepsychiatrischer Dienste das Modell der Techniker Krankenkasse

rund 20 Mitgliedsorganisationen ihre Erfahrungen austauschen, gemeinsame Interessen vertreten und übergeordnete Verhandlungen mit Krankenkassen anstreben. Von der KKH-Allianz, der GWQ (Gesellschaft für Wirtschaftlichkeit und Qualität von Krankenkassen, einer Managementgesellschaft kleinerer Betriebskrankenkassen) und einigen Knappschaftskassen ist das Modell mittlerweile übernommen worden, weitere Kassen wie die Barmer-GEK und die AOK Rheinland-Hamburg haben ihren Beitritt angekündigt.

*»Das ungelöste Problem: Wie können alle Beteiligten zum Wohle des hilfeschendenden Menschen zusammenwirken – bedarfsgerecht und ressourcenschonend?«*

chische Gesundheit«, Fallmanagement für jeden einzelnen Versicherten, ärztlich geleitetes Assessment und abgestimmte Behandlungsplanung, Home Treatment (Zuhause-

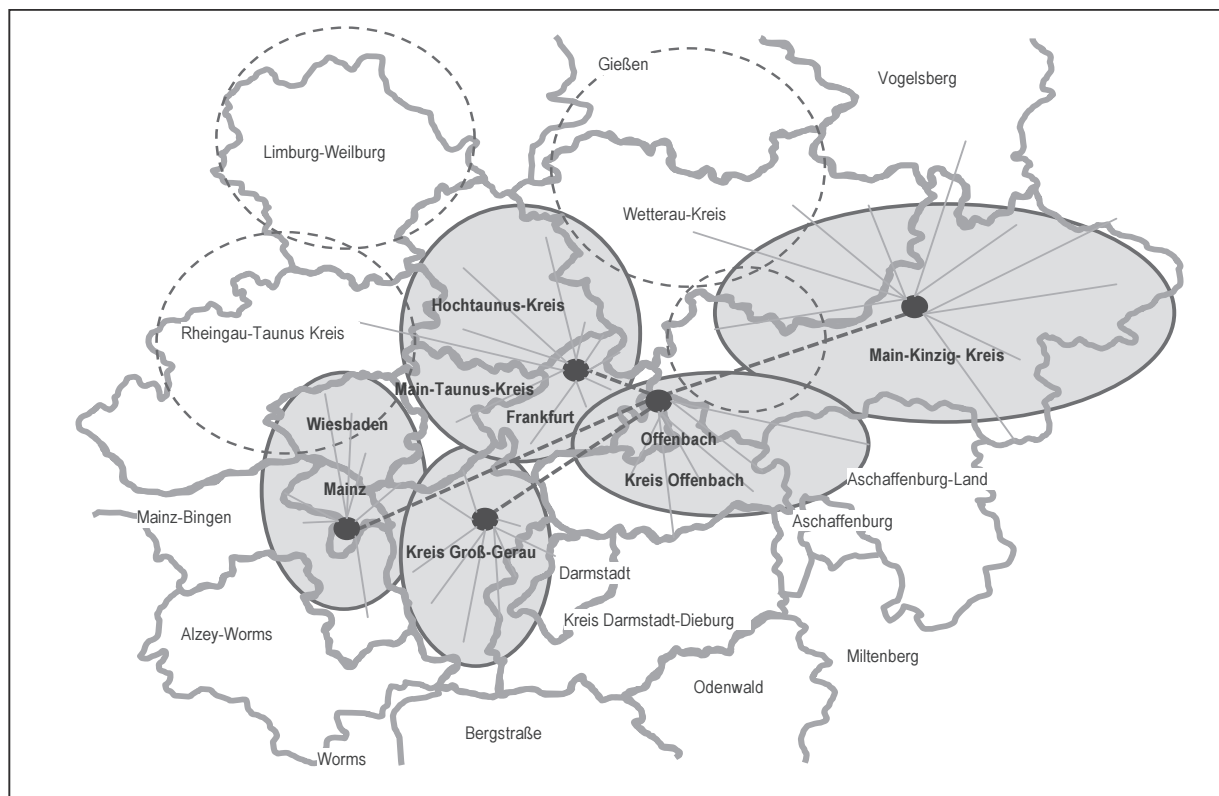
bundesweit um, so in Berlin, Bremen, Köln, München. Inzwischen hat sich im Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V. in Bonn eine Arbeitsgemeinschaft Integrierte Versorgung gegründet, in der

### Beispiel Offenbach am Main

Die Stiftung LEBENS|RÄUME Offenbach am Main bietet das »Netzwerk psychische Gesundheit« seit Mitte 2011 über eine Betriebsgesellschaft an. Es ist jetzt beabsichtigt, die Dienste in Kooperation mit etablierten Trägern in der Region auszuweiten (Abb. 5). Ähnliche Leistungsverbände gibt es bereits in Nordrhein-Westfalen, Hamburg und Schleswig-Holstein.

Bewährt sich die Strategie und ge-

Abb. 5: Versorgungsregionen im Rhein-Main Gebiet



lingt die Zusammenarbeit, wird es im Rhein-Main Ballungsraum mit über vier Millionen Einwohnern und annähernd zwei Millionen Arbeitsplätzen reichlich zu tun geben. Zentrale Dienste wie die Koordinationsstelle, Vertragsmanagement und überhaupt die Konzeptentwicklung werden gemeinsam aufgebaut und unterhalten, lassen sich auf diese Weise effektiv und anspruchsvoll betreiben. Jeder Kooperationspartner kümmert sich dann vor Ort um die Behandlung und Betreuung, nutzt seine vertrauten Beziehungen und Kenntnis der Infrastruktur, setzt sein operatives Know-how optimal ein.

Die Integrierte Versorgung Psychiatrie nach dem Modell der Techniker Krankenkasse ist eine ambitionierte Konstruktion. Viele separate Leistungen werden zusammengefasst und in fachlich wünschenswerter Weise gestaltet, so dass im Ergebnis alle Beteiligten nur Vorteile haben sollten: Versicherte erhalten Gesundheitsleistungen aus einer Hand, die Krankenkasse macht attraktive Angebote und spart Krankenhauskosten, Wohlfahrtsträger erschließen einen neuen Leistungsbereich, die Behandlung der niedergelassenen Ärzte

und Therapeuten wird wirksam unterstützt, Krankenhäuser können ihre Behandlungsqualität verbessern und werden deswegen nicht Bettenleerstand fürchten müssen. Alles ist also gut und für jeden ein Gewinn dabei?

### Wermutstropfen

Als ganz so rosig erweist sich die Praxis nicht. Die Begegnung unterschiedlicher Einrichtungen und Berufsstände, die Abstimmung der gemeinsamen Behandlungsverantwortung ist ungewohnt, muss strukturiert und geübt werden. Man braucht Vertrauen und muss Befürchtungen zerstreuen, dass eigene Einflüsse oder gar Umsätze verloren gehen, dass ein kurzlebiger Papiertiger viel Aufregung verbreitet und nichts bringt.

Die Bedenken sind nicht unberechtigt. Alle Vertragsanwender betrachten ihr Engagement momentan als Investition für ein Entwicklungsprojekt, denn mit den gegenwärtig verfügbaren Finanzmitteln lassen sich die Leistungsanforderungen nicht erfüllen, die Kostenrisiken nicht ausgleichen. Im Übrigen haben Vertragsnehmer und LEBENSRAUME noch etwas da-

ran zu arbeiten, wie sie das neuartige »Netzwerk psychische Gesundheit« an interessierte Versicherte herantragen, Versorgungsangebot und Erwartungen attraktiv vermitteln.

Es gibt also viele Baustellen, an denen weiter gearbeitet werden muss. Das ist für ein derart komplexes Integrationsvorhaben sicher normal und mindert nicht den konzeptionellen Charme des »Netzwerks psychische Gesundheit«. In Offenbach, Rhein-Main und der Bundesarbeitsgemeinschaft sind die Akteure jedenfalls guter Dinge, im Aufbau der neuartigen Versorgungsstruktur die nötigen Erfahrungen zu sammeln und diese vielleicht in eine nächste Vertragsgeneration einbringen zu können.

Angesichts der alten, ungelösten und der aktuell dramatisch zunehmenden Aufgaben der Psychiatrie ist die Integrierte Versorgung sicher dringend wünschenswert. Wenn die Techniker und andere Krankenkassen interessiert und gesprächsbereit sind, wenn Vertragsnehmer und ihre Leistungserbringer willens und in der Lage sind, dann könnte die Integrierte Versorgung durchaus eine neue Epoche der Psychiatrieentwicklung einläuten. ■