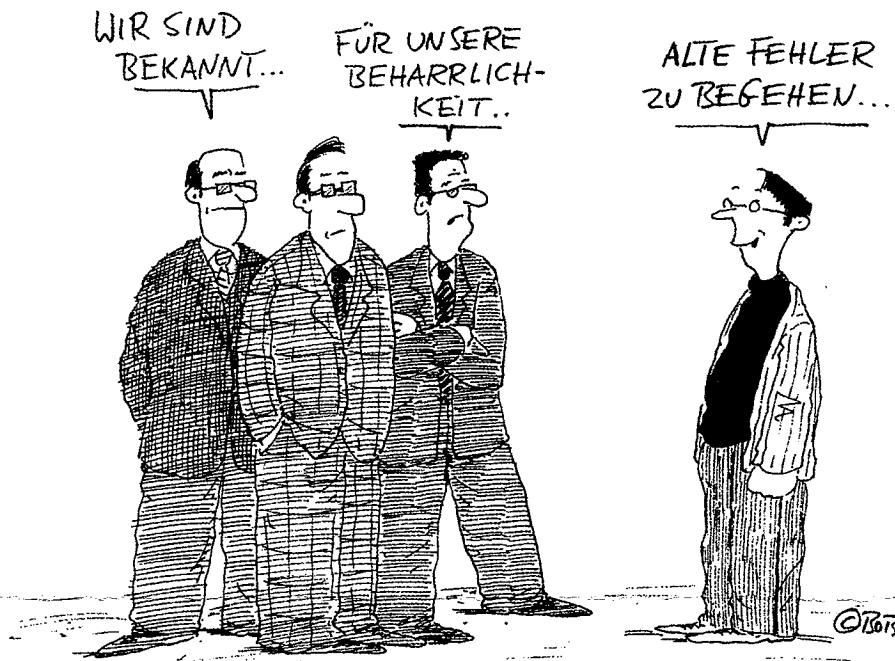


Integrierte Versorgung – der neue Königsweg?

Replik auf den Beitrag von Christian Zechert et al.: »Integrierte Versorgung in der Gemeindepsychiatrie – jetzt!« (SP 1/2010) VON MATTHIAS ROSEMANN



Es ist der »Sozialen Psychiatrie« sehr zu danken, dass sie wieder einmal mit dem letzten Heft einige aktuelle Themen aufgegriffen und zur Diskussion gestellt hat. Dazu gehören neben der Soziotherapie vor allem die verschiedenen Verträge zur Integrierten Versorgung (IV) und zur zukünftigen Krankenhausfinanzierung.

Integrierte Versorgungsmodelle wie die in SP 1/2010 dargestellten sind ohne Zweifel in mehrfacher Hinsicht ein deutlicher Fortschritt gegenüber der herkömmlichen Behandlung. Auch die als »Regionalbudget« (oder »Regionales Psychiatriebudget«, siehe auch »Psychiatrische Praxis« 1/2010) wieder beschriebenen neuen Krankenhausvereinbarungen in Schleswig-Holstein sind ein deutlicher Schritt in die richtige Richtung.

Man kann mit Blick auf das Interesse einer Krankenkasse an einer tatsächlichen Verbesserung der Behandlungssituation psychisch erkrankter Menschen die Euphorie der Kollegen von der Berliner Pinel-Gesellschaft und vom Dachverband Gemeindepsychiatrie nachvollziehen: Das Angebot der Techniker Krankenkasse (TK) – Vertrag »NetzWerk für psychische Gesundheit« – trifft auf viele Vorstellungen, die sozial- und gemeindepsychiatrische Akteure in den zurückliegenden Jahren entwickelt haben.

Drei wesentlichen Forderungen aber wird der TK-Vertrag nicht gerecht:

- Weder überwindet er die sektoralen Grenzen in den reinen Behandlungsleistungen, also die zwischen der stationären Krankenhausbehandlung und der ambulanten Behandlung ohne Krankenhaus. Denn Krankenhausbehandlung wird als finanzieller »Malus« betrachtet, der vermieden werden soll.

- Schon gar nicht überwindet er die Grenzen zwischen den verschiedenen Sozialleistungssystemen, also denen der Behandlung, der medizinischen Rehabilitation, der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung, der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und der Pflege. Das liegt in der gesetzlich beschränkten Natur eines IV-Vertrags, der sich im Wesentlichen auf Krankenkassenleistungen beschränken muss.

- Drittens schafft er keine Lösungen für die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheits- und Sozialsystem. Am deutlichsten wird dies bei der Betrachtung der Funktion des Case-Managements. Denn eine (erfreuliche) Koordination der Leistungen einer Krankenkasse ersetzt nicht die notwendige Koordination aller

Leistungen, d.h. auch der Eingliederungshilfe, der Hilfen zur Teilhabe, der Leistungen zur Pflege etc. Für die Patienten, die ausschließlich mit der Behandlungsleistung auskommen, und das werden wahrscheinlich nicht wenige sein, ist das Case-Management des TK-Vertrags richtig und ausreichend. Für alle anderen wäre ein Case-Management erforderlich, das die Grenzen der Leistungserbringer aus verschiedenen Leistungsbereichen (nicht nur SGB-V-Leistungen) überwindet.

Genau deshalb irren Christian Zechert und seine Mitautoren auch in ihrer Analyse, dass mit dem TK-Vertrag nun all das erreicht sei, wofür die Akteure anderer Verbände (Aktion Psychisch Kranke [APK] und Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände [BAG GPV]) jahrelang vergeblich gestritten hätten.

Das zentrale Anliegen der APK und der BAG GPV war, für alle Handlungsbereiche psychiatrischer Arbeit die Versorgungssicherheit für alle Bürger eines Einzugsgebiets zu gewährleisten. Damit verbunden war das Ziel, jedem Bürger die für ihn individuell notwendige Hilfe zu gestalten. Dieser Aufgabenhorizont ist deutlich weiter gefasst als die Reichweite von IV-Verträgen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Versorgungsverpflichtung aktiv wahrzunehmen bedeutet, sich auch mit Bürgern auseinanderzusetzen, die andere Leistungen als die der Krankenversicherung benötigen, die vielleicht Hilfen skeptisch gegenüberstehen und sich nicht in ein Modell einschreiben wollen, und auch Bürger zu erreichen, die notwendige Hilfen völlig ablehnen. Folglich ist auch im Gedanken (und übrigens mancherorts auch in der Praxis) des Gemeindepsychiatrischen Verbands die Aufgabe des Case-Managements einer koordinierenden Bezugsperson übertragen, die über verschiedene

Leistungs-systeme und Anbieter hinweg für Verständigung und Abstimmung sorgen soll und dazu von der Gemeinschaft der Anbieter einen Auftrag hat.

Diese Aufgaben kann die Integrierte Versorgung allein nicht lösen. Der Gegeneinwand, dass der Vertragsnehmer (im Berliner Fall die Pinel-

Gesellschaft) auch andere als SGB-V-Leistungen anbietet, schlägt dann schon fast ins Zynische um: Wenn ein Träger unter vielen in einer Region eine Versorgungsaufgabe für ein großes Gebiet (im Berliner Fall zwei Bundesländer) annehmen will, muss er entweder alle anderen Anbieter aus dem Feld schlagen oder sich letztlich doch wieder mit Schnittstellenproblemen zwischen verschie-

»Die Janusköpfigkeit des Modells: Wer stellt sicher, dass Entscheidungen über eine Krankenhausbehandlung frei von wirtschaftlichen Erwägungen der ambulanten Behandler sind?«

denen Leistungserbringern intensiv auseinandersetzen. Warum amüsieren sich dann eigentlich die Autoren so akzentuiert über die Gemeindepsychiatrischen Verbände?

Weit bedenklicher scheint mir aber noch ein anderer Aspekt zu sein: Jedem Finanzierungssystem wohnen spezifische Anreizwirkungen inne. Das Ziel des TK-Vertrags ist die Vermeidung von Krankenhausbehandlung. Deshalb ist einer der zentralen Pferdefüße des

TK-Vertrags der Umstand, dass eingeschriebenen Patienten, die freiwillig zur psychiatrischen Behandlung ins Krankenhaus gehen, dem Vertragsnehmer (also Pinel) einen finanziellen Verlust bescheren (»Malus«). Hier wird die Janusköpfigkeit des Modells deutlich: Wer stellt sicher, dass Entscheidungen über eine Krankenhausbehandlung frei von wirtschaftlichen Erwägungen der ambulanten Behandler sein werden? Welche Instrumente stehen zur Verfügung, diesen Bedenken systematisch zu begegnen? Und warum wird das im Beitrag nicht offen und systematisch thematisiert?

Auf den ersten Blick ist die Idee, die neuen Instrumente des Marktes im SGB V zu nutzen, richtungsweisend. In gründlicherer Betrachtung reduziert sie sich recht schnell und offenbart sich als eine Idee, die zunächst und zuerst auf Markt-Ansprüche von einzelnen Organisationen und von einzelnen Krankenkassen trifft. Wer jedoch im Blick hat, dass der Markt immer nur dem nützt, der sich auf und in ihm sicher und souverän bewegen kann, und bedenkt, dass ein Kennzeichen vieler psychisch kranker Mensch ist, genau das eben nicht zu können, wird sich überlegen müssen, in welchen Zusammenhängen diese neuen Instrumente sinnvoll genutzt werden sollen. Können oder sollen sie in ein System von Hilfen eingebettet werden, das an den Prinzipien von Versorgungsverpflichtung und Individualisierung von Hilfen aller Art orientiert ist? Oder dienen sie Einzelaspekten einzelner Kassen und einzelner Anbieter? Ferner wird man auch bedenken müssen, dass der Gesetzgeber das Instrument Integrierte Versorgung auch geschaffen hat, um Krankenkassen die Möglichkeit zu eröffnen, sich voneinander zu unterscheiden. Ist denn eine Zukunft wünschenswert, in der Träger A einen Vertrag mit der Krankenkasse 1 hat, Träger B mit der Krankenkasse 2, Träger C ...? Das kommt zum Beispiel (übrigens auch im »Hamburger Modell«) zum Ausdruck, wenn beschrieben wird, dass die Patienten der Integrierten Versorgung kürzere Wartezeiten beim niedergelassenen Arzt haben als andere Patienten. Hier wird die Zugehörigkeit zu einer Kasse dem einzel-

nen Patienten zum Vor- und anderen Patienten zum Nachteil.

Die Nutzbarkeit der Integrierten Versorgung (und übrigens auch der Regionalbudgets für Krankenhäuser) für gemeindepsychiatrische Hilfesysteme ist abhängig von der Beantwortung der Frage, ob die Übernahme einer regionalen Versorgungsverpflichtung noch ein Grundprinzip des Hilfesystems ist. Denn dann geht an einem Strukturprinzip, das alle

die Hilfen aus dem Verantwortungsbereich aller Leistungsträger und damit auch aller Anbieter einer Region zusammenführt, nichts vorbei. Man muss dieses Prinzip nicht »Gemeindepsychiatrischer Verbund« nennen, aber man darf es. Denn in Gemeindepsychiatrischen Verbänden finden sich die Akteure zusammen, die den schwierigen Weg wählen, trotz vorhandener Markt-Prinzipien die gemeinsame Aufgabe, für alle Bürger individuell passende Lösungen zu finden, in den Vordergrund zu stellen. Für solche Verbundstrukturen sind Lösungen aus dem Bereich der Integrierten Versorgung im SGB V wichtige ergänzende und unterstützende Elemente. Zweifelsfrei bedeutet dies auch für viele Verbände, sich zusätzlich für Menschen mit weniger komplexem Hilfebedarf zu öffnen und damit auch den Begriff der

»Die Zugehörigkeit zu einer Kasse wird dem einzelnen Patienten zum Vor- und anderen Patienten zum Nachteil«

Versorgungsverpflichtung zu weiten. Lösen sich solche IV-Verträge aber aus dem Gemeindepsychiatrischen Verbund, stehen sie in der großen Gefahr ein weiteres Element eines Marktes zu werden, der die Trennung zwischen sektoralen Elementen »Krankenhausbehandlung« und »ambulante Behandlung« und/oder zwischen den verschiedenen Leistungssystemen und den verschiedenen Anbietern eher verstärkt. Übergänge zwischen den verschiedenen Leistungen unseres Systems der sozialen Sicherung entstehen nicht automatisch und schon gar nicht auf der Basis eines Vertrags aus nur einem Leistungssegment. Im Gegenteil, die bisherigen Erfahrungen weniger Monate weisen auf das Gegenteil hin: auf verstärkten Konkurrenzdruck zwischen den verschiedenen Anbietern.

Also: Die Integrierte Versorgung bedarf eines an Grundprinzipien orientierten Rahmens, dann kann sie einen außerordentlich wichtigen Beitrag zur Gestaltung eines Hilfesystems leisten. Fehlt dieser, wird sie zu einem Element von Markt-Gestaltung, dessen Sprengkraft für regionalisierte Hilfesysteme erst noch zu betrachten sein wird. ■

Matthias Rosemann ist Geschäftsführer der Träger gGmbH in Berlin und Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V., Bonn.

Neuroleptika-Debatte

Diskussionsbeitrag zum »Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie zur Anwendung von Antipsychotika«

Der Verein Baden-Württembergischer Krankenhaupsychiater e.V. nimmt wie folgt Stellung:

Die geeignete Form der Behandlung Schizophreniekranker mit Antipsychotika wird in den letzten Jahren national wie international intensiv diskutiert. Die vor wenigen Jahren vorgestellten S3-Leitlinien der DGPPN gerieten zunehmend in die Kritik. Grund hierfür war die Neubewertung der den Empfehlungen zugrunde liegenden Studien und Metaanalysen. Hierdurch wurde eine für die praktische Arbeit äußerst relevante Diskussion angestoßen, die beispielsweise in England zu einer starken Veränderung der Empfehlungen der Fachgesellschaft in den 2009 vorgelegten »NICE Guidelines« geführt hat.

Auch die DGSP hat sich mit dem Memorandum des geschäftsführenden Vorstandes vom 29. September 2009 in diese Diskussion eingeschaltet. Das Memorandum wurde sehr breit gestreut und hat so die Diskussion, die bis dahin vor allem in den ärztlich/psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachkreisen stattfand, in die Breite der gemeindepsychiatrischen Versorgung getragen.

Die Autoren bitten ausdrücklich um Kritik und Anregungen zu diesem Positionspapier. Dem wollen wir aus Sicht des »Vereins der Baden-Württembergischen Krankenhaupsychiater« gerne nachkommen:

Wir begrüßen zunächst, dass sich auch die DGSP der Fragestellung einer optimalen neuroleptischen Behandlung stellt und hierzu ein eigenes Memorandum verfasst hat. Beteiligt an der Ausarbeitung waren ausge-