

Integrierte Versorgung (IV) – ist das der große Wurf für die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens oder nur eine weitere Marginalie in der Reihe der Versuche, den Moloch Gesundheitswesen doch noch unter Ausgabenkontrolle zu bringen? Im Folgenden sollen die Zukunftschancen der IV für die Psychiatrie beleuchtet werden (vgl. auch [1]).

Die IV betrifft das Verhältnis von bisher getrennten Finanzierungssektoren der Krankenbehandlung („leistungssektorenübergreifend“) sowie von benachbarten Fachgebieten („interdisziplinär-fachübergreifend“). 2000 wurde das Konzept der IV im Sozialgesetzbuch V verankert, blieb aber zunächst folgenlos, weil die Anforderungen an die Verträge zu kompliziert waren. Mit dem „Gesundheitsmodernisierungsgesetz“ traten ab 2004 Regelungen (SGB V § 140a–d) in Kraft, die man vereinfacht so zusammenfassen kann: bisherige bürokratische Anforderungen werden abgeschafft, die Vereinbarungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern richten sich nach dem Kräfteverhältnis der Beteiligten und es gilt, salopp ausgedrückt, das „Recht der Prarie“.

Die IV setzt Konkurrenz an: Bisher wollen die Krankenkassen damit im Wettbewerb untereinander um Mitglieder punkten oder ihre Kosten senken. Psychiatrische Versorgung (mit Stigma) ist für sie nur unter dem zweiten Gesichtspunkt von Interesse. Leistungserbringer wollen sich zusätzliche Aufgaben sichern; Anlaufkosten werden bezahlt von dem Geld, das die Kassen von den Rechnungen der Krankenhäuser und den Honoraren der niedergelassenen Ärzte einbehalten (bis zu 1%).

Wegen der Konkurrenz zwischen den Kassen kommen bisher nur Verträge mit einzelnen Kassen zustande mit zumeist gerin-

gen Fallzahlen (spezielle Krankheitsgruppe, Patienten müssen zustimmen). Solange bei einer Klinik IV-Verträge nur wenige Prozent am Gesamtbudget erreichen, lohnt es nicht, die Leistungsprozesse entsprechend umzugestalten. Eine bemerkenswerte Ausnahme ist das Regionale Psychiatriebudget Itzehoe [2]. In den meisten Kliniken fehlen wichtige Voraussetzungen wie die Definition der Behandlungsprozesse und eine elektronische Behandlungsdokumentation mit Leistungserfassung und Prozesskostenrechnung. Bisher wissen die Kliniken, was die Behandlungen aller Patienten kosten. Aber was die Behandlungen von Individuen und Gruppen kosten, ist bisher in einer Blackbox. Auch die Krankenkassen sind intern bisher „sektoral“ organisiert und können deshalb nicht die ökonomischen Folgen der IV patientenbezogen erfassen und wissen nicht, wie definierte Leistungen mit der Inanspruchnahme anderer Leistungen assoziiert sind.

Bisher sind insgesamt etwa 1500 IV-Verträge abgeschlossen worden, aber im Bereich der Psychiatrie erst 21 mit meist nur geringem Umfang. Da die Verträge vertraulich sind, macht das zentrale Register keine Informationen verfügbar (www.bgs-register140d.de). Es gibt allerdings die selbst organisierte Übersicht der DGPPN für die Psychiatrie [3].

Es bleibt offen, ob die entbürokratisierte IV nun in Schwung kommt. Aber wenn – zur Steigerung ihrer Verhandlungsmacht – die Kostenträger einerseits und die Leistungserbringer andererseits sich zusammenschließen und große Verträge aushandeln, wenn der bisher kleine Start erfolgreich verläuft und die Politik statt des 1%-Abzugs höhere Prozentzahlen festlegt, wird dann das *Geflecht von IV-Verträgen zum dominanten Prinzip und die herkömmliche Finanzierung zur Restgröße?* Die Gestaltung der

Institutsangaben

¹ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen, Bad Emstal/Kassel
² Social & Community Psychiatry, Queen Mary, University of London, UK

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. habil. Heinrich Kunze · Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen ·
34306 Bad Emstal · E-mail: heinrich.kunze@zsp-kurhessen.de

Bibliografie

Psychiatr Prax 2006; 33: 53–55 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2005-915398
ISSN 0303-4259

Behandlungs- und Rehabilitationsprozesse könnte dann von den bisherigen Fesseln stationär – teilstationär – ambulant – Reha befreit werden. Sollte jedoch die IV im Interessensdschungel verkommen, müsste der Gesetzgeber dem konstruktiven Kerngedanken der IV folgend direkt die veralteten Paragraphen zur Krankenbehandlung und Rehabilitation modernisieren, die die heutigen Formen der Institutionen zementieren, damit nach all den Sparjahren bei den verbliebenen Ressourcen dennoch Behandlung und Rehabilitation verbessert werden können.

Chancen für die Psychiatrie und Psychotherapie

Schon länger gibt es Bestrebungen, die „deutsche Krankheit“, die strukturelle Fragmentierung in der Versorgung, zu überwinden. Herkömmlich definieren psychiatrische Einrichtungen ihr Angebot für je eine Gruppe von Patienten mit möglichst gleichem Hilfebedarf. Abstrakt gesprochen, sie schaffen Kästchen, die maßnahmhomogen und abgegrenzt sind. Als Konsequenz wird bei verändertem Behandlungsbedarf der Patient von einem Kästchen zum nächsten weitergereicht. *Die IV bietet die Chance, statt „Schnittstellenmanagement“ die Behandlungs- und Rehabilitationsprozesse selbst patientenorientiert zu organisieren.* Die Anpassungsleistung soll nicht vom Patienten, sondern vom Behandlungs- und Rehabilitationsprozess verlangt werden [4,5].

Im somatischen Krankenhaus gab es traditionell ebenfalls Abgrenzungen, z. B. zwischen Station, Labor, Röntgen, Anästhesie und OP. Der Behandlungsprozess folgte den organisatorischen Eigeninteressen dieser (Sub-)Abteilungen. Unter den Zwängen der DRG-Finanzierung erhält nun der Verantwortliche für die effiziente Organisation von Behandlungspfaden („Prozesseigner“) die Weisungsbefugnis gegenüber den beteiligten Subabteilungen, damit diese ihre organisatorischen Eigeninteressen den Notwendigkeiten der Behandlungspfade unterordnen – und nicht wie bisher umgekehrt. Eine solche *Patientenorientierung kann ökonomisch vorteilhaft sein.*

Die Psychiatrie-Personalverordnung definierte 1990 die Leistungen von Krankenhausbehandlung funktional, um die patientenzentrierte Organisation der Behandlungsabläufe zu erleichtern. Einer solchen Organisation steht aber bisher das Leistungserbringerrecht im Wege. *Bisher ist der zentrale Bezugspunkt die stationäre Behandlung. Zukünftig soll es die ambulante komplexe psychiatrische Krankenhausbehandlung sein* mit fließendem Übergang zur tagesklinischen und stationären Behandlung. Die Behandlung wird „strategisch“ von der ambulanten Perspektive her gesteuert und die stationäre Behandlung wird zur zeitlich begrenzten Phase innerhalb einer Gesamtbehandlung.

Traditionell wird auf den Spardruck der Kassen mit Verkürzung der stationären Behandlungsdauer reagiert. Effektive Behandlung erfordert jedoch häufig Zeit, möglicherweise nur mit kurzen stationären Abschnitten. Dies kann mit geringeren Ressourcen erreicht werden, wenn die Gesamtbehandlung koordiniert und ambulante Behandlung vor stationärer genutzt wird. Dies wiederum kann flexible und unbürokratische Wechsel zwischen verschiedenen Behandlungsformen erfordern. Solche Flexibilität und Koordination während längerer Behandlungen können nur bei Kontinuität der verantwortlichen therapeutischen Bezugs-

person erreicht werden. Darüber hinaus müssten therapeutische Fallkonferenzen und das multiprofessionelle Dokumentations- und Informationssystem den patientenbezogenen Behandlungspfaden entsprechend organisiert werden.

Eine zukünftige Finanzierung sollte die Entkopplung der komplexen psychiatrischen Krankenhausbehandlung vom (teil-)stationären Setting vorsehen, um beide Bereiche flexibel kombinieren zu können. Dann wird, wenn es für eine effektive Gesamtbehandlung erforderlich ist, eine komplexe Versorgung nicht nur in Verbindung mit dem (teil-)stationären Setting möglich, sondern es kann auch ein akutes Home Treatment mit der Intensität stationärer Behandlung realisiert werden. Dies kann aus dem Kontinuum eines ambulanten bis stationären Behandlungsprozesses heraus erfolgen, indem Anteile der Behandlung zu Hause und im sozialen Umfeld des Patienten stattfinden. *Die Klinik wird damit zum Zentrum für ambulante komplexe Behandlung und verfügt auch über Behandlungs- und Schutzräume für Tages- und Nachtzeiten.*

Für Patienten mit rezidivierendem Krankheitsverlauf kann der Facharzt oder eine andere Fachkraft in der Institutsambulanz die langfristig betreuende Bezugsperson sein, die die Patienten ambulant begleitet und die übrigen notwendigen Hilfebausteine ambulanter oder institutioneller Art koordiniert. Die Bezugsperson kann aber auch im Sozialpsychiatrischen Dienst, in der psychiatrischen Fachpraxis, im betreuten Wohnen oder im Integrationsfachdienst verankert sein. Ein IV-Vertrag in Kaufbeuren für gerontopsychiatrische Patienten enthält folgende Vorteile [6]: patientenbezogene Koordination, einrichtungs- und kostenträgerübergreifende Integration der Behandlungsabschnitte, Clearingstelle zur Früherkennung und Prävention.

Diese Beispiele sind orientiert an ausländischen Vorbildern und dem z. B. in England realisierten Prinzip, dass der psychiatrische Facharzt durchgehend für seine Patienten zuständig ist, unabhängig davon, ob sie im Krankenhaus oder ambulant behandelt werden. Die europäischen Länder unterscheiden sich erheblich in der Finanzierung und Organisation psychiatrischer Versorgung, was auch mit anderen Behandlungsabläufen verbunden ist. In einigen Ländern gibt es relevante Versorgungsforschung und entsprechende Debatten über die bestmögliche Versorgungsform in der Gemeinde. Die integrierte Versorgung bietet die Chance, dass die Entwicklung in Deutschland, wo sich die Versorgungsforschung um gemeindepsychiatrische Ansätze bisher wenig gekümmert hat, von dieser internationalen Diskussion sowohl profitiert als auch zu ihr beiträgt [7–13].

In England sind ambulante multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams das Zentrum der Behandlung des National Health Service (getrennt für Erwachsene im Erwerbsalter und alte Menschen). Diese Teams steuern den Zugang zur Primärversorgung, zur sekundären psychiatrischen Versorgung einschließlich (teil-)stationärer Behandlung sowie zum tertiären Bereich mit spezialisierten Diensten (z. B. für Rehabilitation, Suchtkranke, Krisenintervention, „Assertive Community Treatment“). Die Diskussion um einen allgemeinen (d. h. mit allgemeiner umfassender Zuständigkeit) oder spezialisierten Ansatz wird in Deutschland in der Regel noch geführt mit den Begriffen „durchmischte oder spezialisierte Stationen“. In England geht es um funktional

definierte Aufgaben in einer Region und um die Frage, ob diese besser von einem allgemeinen Team für einen kleinen Sektor oder von verschiedenen spezialisierten Teams für einen größeren Sektor – oder von einem Mischsystem – wahrgenommen werden. Dabei steht nicht im Vordergrund, welcher Ansatz generell der bessere ist, sondern welches Konzept unter Berücksichtigung der Vorgeschichte der Region und der aktuellen Ressourcen und Kontextbedingungen (z. B. ländliches Gebiet oder Großstadt) geeignet ist.

Die Aufgaben, die häufig – getrennt von einem allgemeinen Team – durch spezialisierte Dienste erfüllt werden, sind:

- „Home treatment“, d. h. die Akutbehandlung zu Hause als Alternative zur Krankenhausbehandlung,
- „Assertive outreach“, d. h. die sehr aktiv nachgehende Versorgung für Patienten, die mit herkömmlichen Ansätzen nicht zurechtkommen, sich anderen Behandlungen oft entziehen, und häufig in die Klinik aufgenommen werden müssen,
- Rehabilitation, d. h. die langfristige Versorgung von schwer und chronisch Kranken in der Gemeinde und
- „Early intervention“, d. h. die vor allem psychologisch fundierte Behandlung von Patienten mit ersten Anzeichen psychotischer Erkrankungen.

Neuerdings werden auch diagnosespezifische Teams eingerichtet, insbesondere zur Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. In der Forschung wurde versucht nachzuweisen, ob ein Ansatz mit funktionellen Teams, die spezialisiert sind und sich auf definierte Aufgaben wie „assertive outreach“ beschränken, effizienter ist als eine Versorgung mit allgemeinen Teams. Bisher ist ein solcher Nachweis nicht gelungen, obgleich z. B. Home-Treatment-Teams durchaus zur Minderung der Einweisungszahlen beitragen können und von vielen Patienten einer konventionellen Krankenhausbehandlung vorgezogen werden. Für allgemeine Teams sprechen die höhere Abwechslung und breitere Anforderung mit besserer lokaler Kooperation und die umfassende Verantwortlichkeit. Die ständige Bereitschaft für alle psychiatrischen Probleme einer Region kann aber auch die Mitarbeiter überfordern und erschöpfen. Funktionale Teams haben den Vorteil der Spezialisierung, erhöhen aber den Kommunikationsbedarf und die Fragmentierung und können durch Einseitigkeit zum „burn out“ beitragen.

Die internationale Literatur zeigt zudem, dass für Patienten mit schweren und chronischen Erkrankungen folgende Prinzipien der Versorgung wichtig sind:

- Klinische Kompetenz und Verantwortlichkeit des Mitarbeiters, der für die Behandlungscoordination und -kontinuität zuständig ist; eine reine verwaltungstechnische Koordination nach Aktenlage reicht nicht.
- Teamverantwortlichkeit für die Patienten, sodass nicht nur eine einzige Person im Team mit dem Patienten und der Behandlungsproblematik vertraut ist.
- Intensive Behandlung mit regelmäßigen und häufigen Kontakten und aufsuchender Tätigkeit inkl. Hausbesuche.

Eine weitere Erfahrung ist, dass die Gesundheitsversorgung nicht getrennt werden sollte von sozialer Unterstützung und professioneller Sozialarbeit.

Der Blick sollte jedoch nicht nur nach England gerichtet werden, sondern z. B. auch nach Norditalien und in die skandinavischen sowie in andere europäische Länder. Zudem sollten Entwicklungen wie die integrierte Versorgung oder weiterführende Konzepte von *qualifizierter Versorgungsforschung* begleitet werden, damit die Evaluation nicht auf monetäre Aspekte beschränkt bleibt. Forschungsergebnisse allein können gesundheitspolitische Entscheidungen nicht bestimmen, sollten sie aber im Sinne eines konstruktiv-kritischen Dialoges beeinflussen.

Es lohnt sich, die internationalen Erfahrungen auszuwerten und zu nutzen, wenn jetzt über die Finanzierungsform der IV die Strukturierung der Versorgungsangebote nach den traditionellen Finanzierungskästchen überwunden werden kann. Die Idee der IV sollte darüber hinaus die Orientierung sein zur überfälligen Modernisierung der veralteten Paragraphen im Sozialgesetzbuch für die Regelversorgung sowie zur Fortentwicklung des Krankenhausentgeltsystems für Psychiatrie und Psychotherapie ausgehend von der Psychiatrie-Personalverordnung.

Mehr als 30 Jahre nach der Psychiatrieenquete bleibt zu konstatieren, dass sie sich doch bewegt, die Struktur der deutschen psychiatrischen Versorgung, wenn auch langsam und schwerfällig.

Literatur

- 1 Roick C, König H-H. Quo vadis? Gesundheitspolitische Entscheidungen und deren Konsequenzen für die Psychiatrie. *Psychiat Prax* 2005; 32: 109–112
- 2 Roick C, Deister A, Zeichner D, Birker T, König H-H, Angermeyer MC. Das regionale Psychiatriebudget: Ein neuer Ansatz zur effizienten Verknüpfung stationärer und ambulanter Versorgungsleistungen. *Psychiat Prax* 2005; 32: 1–8
- 3 www.dgppn.de: Verzeichnis von Verträgen im Bereich Psychiatrie, verantwortlich Frau Dr. Hauth (i.Hauth@alexius.de)
- 4 Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg). Aspekte der Implementierung von Umstrukturierungskonzepten in der psychiatrischen Versorgung. Band 138 der Schriftenreihe des BMG. Baden-Baden: Nomos, 2001
- 5 Schmidt-Zadel R, Kunze H, Aktion Psychisch Kranke (Hrsg). Mit und ohne Bett: Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Tagungsband 28. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2002
- 6 Cranach M, Nißle K, Schäfer-Walkmann S. Integrierte Versorgung im Versorgungsverbund Kaufbeuren. *Der Nervenarzt* 2005; 76: 1160–1164
- 7 Becker T. Gemeindepsychiatrie – Entwicklungsstand in England und Implikationen für Deutschland. Stuttgart: Thieme, 1998
- 8 Brenner HD, Junghan U, Pfammatter M. Gemeindeintegrierte Akutversorgung – Möglichkeiten und Grenzen. *Der Nervenarzt* 2000; 71: 691–699
- 9 Burns T. Community Mental Health Teams. Oxford: Oxford University Press, 2004
- 10 Kunze H, Becker T, Priebe S. Reform of psychiatric services in Germany: Hospital staffing directive and commissioning of community care. *Psychiatric Bulletin* 2004; 28: 218–221
- 11 Becker T, Kilian R. Psychiatric services for people with severe mental illness across Europe: What can be generalized from current knowledge about differences in the provision, costs and outcome of psychiatric services across western Europe? *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl*, im Druck
- 12 Berhe T, Puschner B, Kilian R, Becker T. „Home treatment“ für psychische Erkrankungen – Begriffsklärung und Wirksamkeit. *Der Nervenarzt* 2005; 76: 822–831
- 13 Weinmann S, Gaebel W. Versorgungserfordernisse bei schweren psychischen Erkrankungen – Wissenschaftliche Evidenz zur Integration von klinischer Psychiatrie und Gemeindepsychiatrie. *Der Nervenarzt* 2005; 76: 809–821