

Perspektiven integrierter Versorgung für psychisch kranke und suchtkranke Menschen

Arbeitshilfe für
diakonische Dienste
und Einrichtungen

Herausgeber:
Diakonisches Werk der
Evangelischen Kirche in
Deutschland e.V.

Berlin, Juni 2006

■ Impressum

Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.
Staffenbergstr. 76, 70184 Stuttgart

Verantwortlich für die Reihe:
Andreas Wagner
Zentrum Kommunikation
Postfach 10 11 42, 70010 Stuttgart
Telefon (07 11) 21 59-4 54
Telefax (07 11) 21 59-5 66
E-Mail: redaktion@diakonie.de
Internet: www.diakonie.de

Kontakt:
Dr. Katharina Ratzke
Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege
Arbeitsfeld Psychiatrie und Sucht
Reichensteiner Weg 24
14195 Berlin
Telefon (0 30) 8 30 01-2 61
Telefax (0 30) 8 30 01-4 44
E-Mail: ratzke@diakonie.de
Dr. Peter Bartmann
Arbeitsfeld Grundsatzfragen der
gesundheitlichen Versorgung
Telefon (0 30) 8 30 01-3 66
Telefax (0 30) 8 30 01-4 44
E-Mail: bartmann@diakonie.de

Layout:
Andrea Niebsch-Wesser

Bestellungen:
Zentraler Vertrieb des Diakonischen Werkes der EKD
Karlsruher Str. 11, 70771 Leinfelden-Echterdingen
Telefon (07 11) 9 02 16-50
Telefax (07 11) 7 97 75 02
E-Mail: vertrieb@diakonie.de

Die Texte, die wir in der Publikationsreihe Diakonie Texte veröffentlichen, sind im Internet frei zugänglich. Sie können dort zu nicht-kommerziellen Zwecken heruntergeladen und vervielfältigt werden. Diakonie Texte finden Sie unter www.diakonie.de/Texte. Im Vorspann der jeweiligen Ausgabe im Internet finden Sie Informationen, zu welchem Preis Diakonie Texte gedruckt im Zentralen Vertrieb bestellt werden können.

© Juni 2006
1. Auflage

ISBN 3-937291-30-X

Druck: Zentraler Vertrieb des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD),
Karlsruher Straße 11, 70771 Leinfelden-Echterdingen

Diese Arbeitshilfe wurde erstellt von den Mitgliedern der Projektgruppe „Integrierte Versorgung psychisch kranker und suchtkranker Menschen in Zusammenarbeit der psychosozialen und ärztlich-pflegerischen Versorgungsstrukturen“:

Dr. Peter Bartmann, Kirsten Bielefeld, Achim Dochat, Dr. Albert Haas, Karl Lesehr, Tibor Pirschel, Dr. Katharina Ratzke, Manfred Schöniger.

■ Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	5
Was ist integrierte Versorgung?.....	6
Integrierte Versorgung als Versorgungsform für chronisch kranke Menschen.....	8
Integrierte Versorgungsverträge aus der Perspektive der Krankenkassen, Leistungserbringer und Patienten.....	10
Ziele, Risiken und Chancen in der Zusammenarbeit zwischen medizinischem und psychosozialem Hilfesystem	13
Die weitgehende Trennung der Hilfesysteme als Ausgangspunkt.....	13
Integrierte Versorgung als Chance für die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker und suchtkranker Menschen.....	13
Befürchtungen einer Dominanz der Klinik und des biomedizinischen Paradigmas	14
Ambulante Komplexleistungen und integrierte Versorgung	16
Sozialrechtliche Aspekte	18
Integrierte Versorgung nach den §§ 140a-d SGB V	18
Andere Bausteine zur besseren Verzahnung psychosozialer und medizinisch-therapeutischer Leistungen.....	19
Modelle integrierter Versorgung in der Sozialpsychiatrie	20
Perspektiven für die Suchthilfe.....	23
Die besondere Stellung der ambulanten Suchthilfe als kommunale Leistung der Daseinsvorsorge	23
Zusammenarbeit der Suchtberatungsstellen mit niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern.....	25
Modelle integrierter Versorgung im Bereich der Suchthilfe	26
Handlungsempfehlungen für diakonische Einrichtungen und Dienste im Bereich der Sozialpsychiatrie und der Suchthilfe.....	28
Integrierte Versorgung nach den §§ 140a-d SGB V für psychisch kranke und suchtkranke Menschen: Politische Perspektiven und Forderungen	31

Zusammenfassung

Die Arbeitshilfe erläutert zunächst Entstehung und fachlichen Hintergrund der integrierten Versorgung nach §§ 140a-d SGB V und beschreibt die besonderen Möglichkeiten, die integrierte Versorgungsmodelle für chronisch kranke Menschen, die Krankenkassen sowie Leistungserbringer eröffnen (sollen). Im nächsten Kapitel stehen die Ziele, Risiken und Chancen in der Zusammenarbeit zwischen medizinischem und psychosozialen Hilfesystem im Vordergrund. Ausgehend von der weitgehenden Trennung der beiden Hilfesysteme wird dargestellt, dass gerade chronisch psychisch kranke und suchtkranke Menschen oft nur dann angemessen behandelt und versorgt werden können, wenn medizinische und psychosoziale Leistungen integriert angeboten werden. Anspruchsvolle Projekte der integrierten Versorgung könnten so zu einer Chance für die Weiterentwicklung der Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen werden. Im Kapitel Sozialrechtliche Aspekte (Seite 18) werden die besonderen rechtlichen Rahmenbedingungen der integrierten Versorgung beschrieben, die möglichen Vertragspartner aufgelistet und die integrationsfähigen Leistungen im Bereich der Psychiatrie benannt.

Anschließend werden fünf Modelle integrierter Versorgung aus dem Bereich der Sozialpsychiatrie, die auch so genannte komplementäre Einrichtungen als Kooperationspartner einbeziehen, genauer vorgestellt. Angesichts der besonderen Stellung der ambulanten Suchthilfe als kommunale Leistung im Rahmen der Daseinsvorsorge werden die Probleme und möglichen Risiken diskutiert, vor denen die Sucht-

hilfe bei der Umsetzung und Initiierung integrierter Versorgungsmodelle steht. Vor dem Hintergrund der aktuellen Versorgungssituation müssen sich im Bereich der Suchthilfe im Sinne der Frühintervention Modelle integrierter Versorgung vor allem auf die Zusammenarbeit der Beratungsstellen mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern beziehen. In den Handlungsempfehlungen für diakonische Einrichtungen und Dienste im Bereich der Sozialpsychiatrie und der Suchthilfe wird für eine strategische Perspektive auf Modelle integrierter Versorgung plädiert.

Es wird dargelegt, dass die Verbesserung der medizinisch-psychosozialen Versorgung der Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Suchterkrankungen nicht nur dem Ganzheitlichkeitsanspruch diakonischen Handelns entspricht, sondern durch einen Qualitätsgewinn der eigenen Arbeit zu einem Wettbewerbsvorteil führen kann. In einem Ausblick wird darauf verwiesen, dass integrierte Versorgung nach den §§ 140a-d SGB V nur dann eine echte Chance für psychisch kranke und suchtkranke Menschen sein kann, wenn erstens psychosoziale Einrichtungen und Dienste die Möglichkeit haben, an integrierten Versorgungsverträgen teilzunehmen, und zweitens Soziotherapie und Häusliche Krankenpflege für psychisch kranke Menschen als ambulante Kernleistungen flächendeckend realisiert werden. Über das Fünfte Sozialgesetzbuch hinausgehend ist zu prüfen, wie ambulante Komplexleistungen für den beschriebene Personenkreis realisiert werden können.

Was ist integrierte Versorgung?

Der Begriff „integrierte Versorgung“ wird seit einigen Jahren für unterschiedliche Vorhaben zur Zusammenführung von gesundheitlichen und sozialen Leistungen verwendet. Der gemeinsame Hintergrund dieser Vorhaben ist die Beobachtung, dass kranke, pflegebedürftige und behinderte Menschen die für sie notwendigen Leistungen mit vielen verschiedenen Institutionen aushandeln müssen und dass – aus Sicht der Leistungserbringer – die Wirksamkeit und Sinnhaftigkeit von Teilleistungen sich häufig erst durch deren unmittelbare Vernetzung mit anderen Hilfen ergibt. Auszuhandeln sind diese Teilleistungen mit den einzelnen Leistungserbringern wie dem Hausarzt, der Fachärztin, dem Physiotherapeut, dem Allgemeinkrankenhaus, der Reha-Klinik, einer Beratungsstelle, einer Wohneinrichtung, aber auch mit den verschiedenen Leistungsträgern wie der Kranken- und Rentenversicherung sowie dem Sozialhilfeträger. Abgesehen vom Aufwand für den kranken Menschen besteht das Risiko, dass Diagnosen, Anamnesen, Behandlungen und anderes mehrfach durchgeführt und nicht gut aufeinander abgestimmt werden.

Die Probleme, die sich aus der geteilten Verantwortlichkeit ergeben, werden oft als „Schnittstellenprobleme“ bezeichnet. Zur Lösung dieser Probleme wird die Integration, das heißt die Zusammenführung der Versorgungsstrukturen gefordert. Da Schnittstellenprobleme an ganz vielen Übergängen zwischen den historisch gewachsenen Strukturen unserer sozialen Sicherungssysteme auftreten, gibt es eine Fülle sehr unterschiedlicher Integrationsvorschläge (Vernetzungsmodelle der Leistungserbringer wie das Konzept des gemeindepsychiatrischen Verbunds oder das Konzept kommunaler Suchthilfenetzwerke, teilweise mit örtlicher Zusammenführung der Leistungserbringer oder auch mit einem sektorenübergreifenden Personaleinsatz); angesichts des „Schnittstellenaufwands“ und der Notwendigkeit von Leistungen des Case-Managements wird über diese Modelle hinaus

aber zunehmend auch eine finanzierungsrelevante Vernetzung der Kostenträger gefordert.

Einer dieser Ansätze ist im Fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V – Krankenversicherung) unter dem Titel „integrierte Versorgung“ gesetzlich verankert worden. In den §§ 140a-d SGB V wird die Möglichkeit geschaffen, dass die im SGB V zugelassenen Leistungserbringer (unter anderem Vertragsärzte und -psychotherapeuten, ambulante Pflegedienste, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Apotheken) in einzelvertraglich geregelter Form miteinander zusammenarbeiten und dass die gemeinsam erbrachten Leistungen auch außerhalb der sonst üblichen Finanzierungswege direkt von der Krankenkasse vergütet werden. Diese Form der Zusammenarbeit wird als „sektorenübergreifende“ Zusammenarbeit bezeichnet, weil in der Krankenversorgung bisher eine strenge Trennung zwischen den „Sektoren“ der ambulanten und der stationären Versorgung besteht. Die ambulante Versorgung wird durch Vertragsärzte und -psychotherapeuten geleistet beziehungsweise durch Verordnungen gesteuert – und über einen Kollektivvertrag der Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen finanziert. Aufgrund dieser Besonderheit waren der Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten mit Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken und anderen enge Grenzen gesetzt.

Die integrierte Versorgung nach den §§ 140a-d SGB V bietet nun ein Experimentierfeld zur Erprobung neuer Versorgungsformen neben den historisch gewachsenen Versorgungssektoren. Leistungserbringer des SGB V können einer Krankenkasse (oder mehreren) ein Versorgungskonzept anbieten, in dem verschiedene Fachrichtungen (zum Beispiel Orthopädie und Geriatrie) oder Leistungserbringer verschiedener Versorgungssektoren (zum Beispiel niedergelassener Facharzt und Krankenhaus und Re-

■ Was ist integrierte Versorgung?

habilitationseinrichtung) ein zusammenhängendes Angebot „aus einer Hand“ anbieten, das der bisherigen Versorgung unter Kosten- und/oder Qualitäts Gesichtspunkten überlegen ist. Die Krankenkasse hat die Möglichkeit, einen entsprechenden integrierten Versorgungsvertrag abzuschließen (sie ist dazu nicht verpflichtet), um ihren Mitgliedern die neue Versorgungsform als Ergänzung zu den bisherigen Versorgungsstrukturen anzubieten. Die Mitglieder einer Krankenkasse haben dann die Wahl, an dieser integrierten Versorgung teilzunehmen. Wenn sie sich für das konkrete integrierte Versorgungsangebot entscheiden, werden sie für mindestens ein Jahr von dieser Gemeinschaft von Leistungserbringern versorgt, die Vertragspartnerin der Krankenkasse ist.

Um das Experimentierfeld für integrierte Versorgung mit den nötigen finanziellen Ressourcen auszustatten, gibt der Gesetzgeber den Krankenkassen, die integrierte Versorgungsverträge abschließen, die Möglichkeit, die Budgets der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenhäuser in der Region, in der das neue Versorgungsmodell realisiert wird, um bis zu ein Prozent zu kürzen. Mit dieser bis 2006 gültigen „Anschubfinanzierung“, die laut Koalitionsvertrag der CDU/SPD-Regierung bis 2008 verlängert werden soll, fließen also Mittel aus der Regelversorgung in die neuen Versorgungsformen, sodass ein Anreiz zur Entwicklung integrierter Versorgungsmodelle besteht.

Integrierte Versorgung als Versorgungsform für chronisch kranke Menschen

Treibende Kraft bei der Einführung der integrierten Versorgung (ab 2000) war und ist der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, der auf der Seite www.svr-gesundheit.de ausführliche Informationen über seine Tätigkeit gibt. In seinem Jahresgutachten 2000/2001 mit dem Titel „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ weist er darauf hin, dass chronisch Kranke „Dauernutzer“ und „Vielnutzer“ des Gesundheitssystems sind und beurteilt die Leistungsfähigkeit des gegenwärtigen Systems zur Behandlung chronischer Erkrankungen äußerst kritisch: So werden

- die Dominanz akutmedizinischer Versorgung
- die Orientierung am Modell des „sequenziellen Krankheitsverlaufs“ mit der Konsequenz des Nacheinanders von Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege
- die „somatische Fixierung“
- die Passivierung der Kranken (mangelhafte Schulung und Stärkung des Krankheitsmanagements)
- die Vernachlässigung von Prävention und Rehabilitation

als verbreitete Schwachstellen des Systems beschrieben.

Als Alternative wird ein „Modell der Gleichzeitigkeit und Verzahnung bei nicht-sequenziellen Krankheitsverläufen“ gefordert. Dabei soll

- dem multidimensionalen Charakter der Erkrankung und der Interdependenz der Risikofaktoren
- den lebensweltlichen und biografischen Bezügen
- der Aktivierung des Patienten

besonders Rechnung getragen werden. Als Instrumente werden insbesondere vorgeschlagen:

- bei schweren Erkrankungen ein regelmäßiges multidisziplinäres Assessment

- Orientierung an evidenzbasierten Leitlinien
- die enge Kooperation der Leistungserbringer mit starken Anreizen zur Patientenorientierung
- Betonung der (Tertiär-)Prävention
- patientenorientierte Rehabilitation als Dauer- und Kernaufgabe
- Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Schulung, Prävention und Rehabilitation.

Die Kritik und die Vorschläge des Gesundheits-Sachverständigenrats können als Grundlage anspruchsvoller integrierter Versorgungsmodelle für chronisch kranke Menschen betrachtet werden: Sie zeichnen sich durch die verbindliche multidisziplinäre und enge Zusammenarbeit der Leistungserbringer und die Verzahnung und Gleichzeitigkeit kurativer, rehabilitativer und präventiver Leistungen aus. Mit Blick auf chronisch psychisch kranke und suchtkranke Menschen ist die Kritik des Sachverständigenrats an der „somatischen Fixierung“ des Gesundheitssystems und der Passivierung der Patienten sowie sein Plädoyer für die Wahrnehmung der multidimensionalen Krankheitsfaktoren besonders wichtig.

Integrierte Versorgung in diesem anspruchsvollen und umfassenden Sinne ist ein Versorgungsansatz für chronisch kranke Menschen mit komplexem Bedarf, der eine Kooperation erfordert, die über das SGB V hinausgeht. Die enge Verbindung von Krankheitsbehandlung und Rehabilitation erfordert die Einbeziehung der Rentenversicherung; für die Gesundheitsförderung und Prävention ist die Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, den zuständigen Beratungsstellen und anderen erforderlich. Da chronische Krankheiten typischerweise soziale und berufliche Teilhabebeeinträchtigungen mit verursachen, sind als Leistungsträger infolgedessen auch die Leistungsträger der SGB II, III und insbesondere XII zuständig; die Vorschriften des SGB IX sind einschlägig. Bei pflegebedürftigen Menschen

■ Integrierte Versorgung als Versorgungsform für chronisch kranke Menschen

kann auch eine enge Einbindung der SGB XI-Einrichtung fachlich sinnvoll sein.

Der Begriff der „integrierten Versorgung“ hat teilweise zu Missverständnissen geführt, da hier anders als mit dem in der Eingliederungshilfe verwandten Begriff des „Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanes“ (IBRP) eben „nur“ die bessere Verknüpfung der Krankenkassenleistungen gemeint ist und nicht die im Kontext gemeindepsychiatrischer Verbände diskutierte Verbesserung von Kooperations- und Schnittstellenproblemen verschiedener leistungsträgerübergreifender Leistungen. Die in den §§ 140a-d SGB V festgelegten Rahmenbedin-

gungen integrierter Versorgung sehen eine leistungsträgerübergreifende Leistungsintegration bisher nicht vor. Die Zusammenführung der Leistungen ist auf die SGB V-Leistungen und -Leistungserbringer beschränkt. Auch wenn Kooperationspartner aus dem psychosozialen Bereich bislang in solchen Projekten keine Finanzierung ihrer Leistungen erwarten können, kann deshalb die Mitwirkung an solchen Projekten der integrierten Versorgung doch im Interesse einer Verbesserung der Gesamtversorgung lohnend sein. So gibt es erste Beispiele, wie auch Kooperationspartner aus dem psychosozialen Bereich in Projekte nach §§ 140a-d SGB V einbezogen werden.

Integrierte Versorgungsverträge aus der Perspektive der Krankenkassen, Leistungserbringer und Patienten

Das Modernisierungsgesetz der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) hat mit der so genannten Anschubfinanzierung (ab 2004) den Leistungserbringern wirtschaftliche Anreize zur Entwicklung und Aushandlung integrierter Versorgung gesetzt. Auf diese Anreize haben die Krankenhäuser besonders stark reagiert, weil sie mit einem Abzug von einem Prozent ihres Budgets (zur Finanzierung der Anschubfinanzierung) rechnen mussten und daher neben allen fachlichen Interessen bestrebt waren, über integrierte Versorgungsverträge entsprechende Mittel für ihr Haus zu gewinnen. Der typische integrierte Versorgungsvertrag des Jahres 2004 ist eine Kombination aus vertragsärztlichen Krankenhaus- und Rehabilitationsleistungen, wie sie zum Beispiel beim Einsatz von Hüft- oder Kniegelenken oder bei herzchirurgischen Leistungen üblicherweise aufeinander folgen. Diese Behandlungskomplexe lassen sich für Leistungserbringer und Krankenkassen gut kalkulieren und werden in der Regel durch eine Komplexpauschale vergütet. Sie erfüllen allerdings keine der oben genannten Anforderungen an integrierte Versorgung, sondern bündeln nur Leistungen, die seit langem in ähnlicher Weise angeboten werden.

Anspruchsvollere Verträge über integrierte Versorgung erfordern bei Leistungserbringern und Krankenkassen eine gründlichere Vorbereitung. Der Vertragsgegenstand ist ja ein „Versorgungspaket“, das den Bedarf der Patientenzielgruppe vollständig decken soll. Dabei wird zwischen einer umfassenden Versorgung für eine Patientengruppe und einer indikationsbezogenen integrierten Versorgung unterschieden.

Im ersten (seltenen) Fall übernimmt die Gemeinschaft von Leistungserbringern die Verantwortung für praktisch alle Leistungen der Krankenversorgung; der oder die Versicherte wird nur noch über die integrierte Versorgung behandelt; im Gesetzestext ist von der Möglichkeit zur vollständigen oder

teilweisen „Übernahme der Budgetverantwortung“ die Rede (§ 140c Abs. 2 SGB V). Ein Beispiel für eine solche umfassende integrierte Versorgung sind die Integrierten Medizinischen Dienste in fünf niedersächsischen diakonischen Behindertenhilfeeinrichtungen. Die Dienste, die seit langem bestehen und früher je zur Hälfte von den Krankenkassen und dem Sozialhilfeträger finanziert wurden, werden seit 2003 über integrierte Versorgungsverträge mit Krankenkassen abgesichert. Die Zielgruppe sind schwerstmehrfachbehinderte Menschen, die in stationären Einrichtungen leben und einen hohen medizinisch-therapeutischen Bedarf haben, der durch die ambulante Versorgung nicht ausreichend abgedeckt werden kann. Die Integrierten Medizinischen Dienste bieten die haus- und fachärztliche Versorgung und die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln. Dies wird von den Krankenkassen mit einer Pauschale pro eingeschriebenem Bewohner honoriert.

Der sehr viel häufiger auftretende zweite Fall sind die indikationsbezogenen integrierten Versorgungsverträge. Sie bieten den teilnehmenden Patientinnen und Patienten die vollständige Behandlung einer Erkrankung, zum Beispiel einer chronischen Depression. Die Patientin wird also mit diesem Krankheitsbild ausschließlich von den Anbietern der integrierten Versorgung behandelt, geht jedoch mit anderen Beschwerden zum Beispiel zum Haus- oder Zahnarzt.

Krankenkassen

Für die Krankenkassen sind integrierte Versorgungsverträge ein Experimentierfeld, auf dem sie als Vertragspartner direkt Einfluss auf die Erbringung der Leistungen nehmen können – mit allen Chancen und Risiken für Patienten und Leistungserbringer. Dabei ist ihr übergeordnetes Kriterium eine verbesserte Kosteneffizienz der Leistungen. Eine Leistung ist im Vergleich mit anderen kosteneffizienter,

wenn sie die gleiche Wirksamkeit und Qualität zu geringeren Kosten – oder bei gleichen Kosten eine höhere Wirksamkeit und Qualität bietet. Bezogen auf die Integration von Leistungen im Rahmen eines integrierten Versorgungsvertrages bedeutet Kosteneffizienz, dass die im Vertrag gebündelten Leistungen zu einem günstigeren Preis die gleiche Wirksamkeit und Qualität bieten wie die bisherigen Leistungen der verschiedenen einzelnen Leistungserbringer – oder dass die Integration der Leistungen bei gleichem Preis zu einer deutlich höheren Wirksamkeit und Qualität führt. Bei Störungen mit komplexem Hilfebedarf stellt sich allerdings die Frage, wer dabei nach welchen Kriterien Wirksamkeit und Qualität definiert. Es besteht das Risiko, dass in der Logik der getrennten Leistungszuständigkeiten eine Beurteilung der Kosteneffizienz und der Wirksamkeit ausschließlich auf den SGB V-Bereich bezogen und zudem durch die dort oft nur begrenzt verfügbare Datenbasis zu bisherigen getrennten Leistungen relativiert wird. Damit sind aber Patientengruppen wie zum Beispiel Suchtkranke, die bislang in der medizinischen Versorgung kaum eigenständig wahrgenommen und auch in ihren Kostenbelastungen für das System nicht gesondert erfasst wurden, im Hinblick auf Projekte zur integrierten Versorgung nicht primär im Fokus der Krankenkassen, da solche Projektfinanzierungen nur als zusätzlicher Kostenaufwand betrachtet werden könnten.

Das Kriterium der Kosteneffizienz kann man zur Beurteilung eines einzelnen „Leistungspaketes“ anwenden und einen Preis-Leistungsvergleich zum Beispiel für Hüftoperationen durchführen. Man kann aber auch die Beeinflussung der langfristigen Kosten der Krankenkassen in den Vordergrund stellen. Dann ist zum Beispiel ein Behandlungskonzept für Menschen mit Depressionen kosteneffizienter als ein anderes, wenn es dazu beiträgt, die Zahl und Dauer der Krankenhausaufenthalte und Arbeitsunfähigkeitstage stärker zu reduzieren.

Leistungserbringer

Leistungserbringer verfolgen mit integrierten Versorgungsverträgen ganz unterschiedliche Zielsetzungen. In der derzeitigen Experimentierphase ist für viele ein wichtiges (und legitimes) Ziel, vertragliche Beziehungen mit Partnern aus anderen Berei-

chen überhaupt erst einmal zu erproben. So suchen die Krankenhäuser die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und Rehabilitationseinrichtungen. Das ökonomische Kalkül der Leistungserbringer baut häufig auf neue Formen der Arbeitsteilung (Prozessmanagement, Behandlungspfade) auf. Die Arbeitsteilung im medizinisch-therapeutischen Bereich erfolgt bisher durch Fachabgrenzungen: Der Hausarzt überweist zum Psychotherapeuten, arbeitet mit diesem aber nicht regulär zusammen. Auch im Krankenhaus wird der Patient zum Beispiel von der chirurgischen Abteilung zur Weiterbehandlung in die innere Abteilung verlegt. Integrierte Versorgung ist häufig mit dem Ziel verbunden, die Behandlung so zu organisieren, dass ein möglichst kontinuierlicher Behandlungsprozess die Strukturen vorgibt – und nicht die verschiedenen fachlichen Gliederungen. Diese Prozessorientierung, die Vorbilder in Industrie- und Dienstleistungsunternehmen hat, soll zum Beispiel Wartezeiten und Verlegungen reduzieren, die nicht nur für den Patienten belastend sind, sondern auch zur Verschwendung von Ressourcen führen. Das ökonomische Kalkül bei der integrierten Versorgung zielt also darauf, die Aufgaben in Therapie, Rehabilitation und Pflege neu aufzuteilen, damit die verfügbaren Ressourcen möglichst effizient eingesetzt werden. Gleichzeitig ermöglichen solche vertraglichen Regelungen der integrierten Versorgung natürlich auch Patientenbindungen zwischen den Vertragspartnern und bilden damit eine verbesserte Basis für Entwicklungsplanungen der Leistungserbringer.

Patientinnen und Patienten

Über die Perspektiven der Patientinnen und Patienten zur integrierten Versorgung ist bislang wenig bekannt. Damit ein integrierter Versorgungsvertrag tatsächlich wirksam wird, müssen die Patienten dieses für sie optionale Versorgungsangebot annehmen. Insofern ist die Akzeptanz bei den Patienten ein entscheidender Faktor für jedes integrierte Versorgungsangebot. Um diese Akzeptanz zu gewinnen, gibt es unterschiedliche Möglichkeiten: Auf der einen Seite kann es ökonomische Anreize (zum Beispiel Bonuszahlungen, Erlass von Zuzahlungen) für die Patienten geben, die sich auf eine integrierte Versorgung einlassen. Auf der anderen Seite kann ein Qualitätsversprechen (zum Beispiel eine hohe

■ Aus der Perspektive der Krankenkassen, Leistungserbringer und Patienten

Therapiekontinuität mit persönlichen Ansprechpartnern) ausschlaggebend für die Entscheidung eines Patienten für die Teilnahme an der integrierten Versorgung sein. Mit dieser Entscheidung binden sich die Patienten (für einen Zeitraum von zwölf Monaten) an die Vertragspartner des integrierten Versorgungsvertrages. Sie können dann die im Vertrag vereinbarten Leistungen (zum Beispiel zur Behandlung des Krankheitsbildes Depression) nicht mehr von anderen Ärzten, Therapeuten und Leistungserbringern in Anspruch nehmen. Die Entscheidung für integrierte Versorgung ist also mit einem Verzicht auf das Recht der freien Arztwahl verbunden.

Die Regelungen der §§ 140a-d SGB V haben aber auch Auswirkungen auf regionale Versorgungsstrukturen, die kritisch hinterfragt werden müssen:

- Angesichts des konkurrierenden Bemühens um zusätzliche Finanzierungsmittel, das hinter zahlreichen Projekten zur integrierten Versorgung steht, ist es nur verständlich, dass bei vielen dieser Projekte nur einzelne regionale Leistungsan-

bieter beteiligt sind. Demgegenüber gehen Kooperationsansätze wie der gemeindepsychiatrische Verbund vom Bemühen um Beteiligung aller relevanten Leistungserbringer in der Region aus.

- Die Projekte der integrierten Versorgung schaffen kassenspezifische Versorgungsstrukturen, weil sie auch Mittel im Wettbewerb der Krankenkassen sind. Dies ist besonders relevant bei all den Projekten, die tatsächlich neue zusätzliche Behandlungs- oder Kooperationsformen schaffen, die dann von Versicherten anderer Krankenkassen nicht genutzt werden können (vergleiche Sucht-hilfeprojekt der Klinik Reichenau mit der neu geschaffenen Suchttagesklinik), was bei Patienten und zuweisenden Ärzten Verwirrung und auch Verärgerung schaffen kann.
- Wenig reflektiert ist bislang, inwieweit psychisch Kranke und Suchtkranke tatsächlich durchgehend in der Lage sind, die Verpflichtung eines „geschlossenen Behandlungssystems“ auch in krankheitsabhängigen Krisensituationen wirksam umzusetzen.

Ziele, Risiken und Chancen in der Zusammenarbeit zwischen medizinischem und psychosozialen Hilfesystem

Die weitgehende Trennung der Hilfesysteme als Ausgangspunkt

Die Trennung zwischen dem medizinischen und dem psychosozialen Hilfesystem lässt sich unter anderem auf eine historisch gewachsene Zuständigkeit unterschiedlicher Leistungsträger zurückführen. Die damit einhergehenden unterschiedlichen Leistungs- und Vergütungsformen sowie Finanzierungsmodelle sind für Mitarbeitende des jeweils anderen Hilfesystems zunächst fremd und führen bisweilen zu Irritationen, insbesondere wenn es um die Frage der Leistungsfähigkeiten beziehungsweise -kapazität des jeweils anderen Systems geht. Die jeweilige Sicht auf die Leistungen des anderen Hilfesystems als ergänzendes Angebot zu der selbst erbrachten Leistung erklärt, dass die in vieler Hinsicht eigenständigen und voneinander abgekoppelten Entwicklungen und fachlichen Abgrenzungen teilweise zu Parallelwelten geführt haben, in denen in unterschiedlichen „Sprachen“ unterschiedliche Erklärungsmodelle und Interventionsansätze konzipiert wurden. Dabei gerät allzu leicht aus dem Blick, dass jede dieser Parallelwelten nur Ausschnitte aus der Lebenswelt der Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Suchterkrankungen in den Fokus nehmen kann, während eine ganzheitliche Wahrnehmung die Integration dieser Perspektiven erforderlich machen würde. Integrierte Versorgung impliziert deshalb die Notwendigkeit, wenn schon nicht in einer gemeinsamen Sprache zu sprechen, so doch regelmäßig ins Gespräch zu kommen.

Integrierte Versorgung als Chance für die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker und suchtkrank Menschen

Sozialpsychiatrische Dienste und Einrichtungen und Einrichtungen in der Suchthilfe betreuen zum Teil Menschen mit schweren und chronifizierten

psychischen Störungen und Suchterkrankungen. Bei ihnen sind gesundheitlich eingeschränkte psychische, aber auch physische Funktionsstörungen oft verbunden mit Problemen in sozialen Situationen und in der Alltagsbewältigung. Der multidimensionale Charakter psychischer Erkrankungen, die Wechselwirkungen von Risikofaktoren sowie die hohe Bedeutung lebensweltlicher und biografischer Bezüge weisen über eine unmittelbare medizinische Behandlung hinaus. Der Hilfebedarf chronisch psychisch Kranker und Suchtkranker liegt in einem Überschneidungsbereich von medizinischen und psychosozialen Leistungen.

Die vollstationäre Klinik ist heute weniger denn je Zentrum des psychiatrischen Versorgungssystems, sondern ein Bestandteil eines Netzes von vielen unterschiedlichen Leistungserbringern. Und angesichts des ökonomischen Drucks auf die psychiatrischen Krankenhäuser ist in Zukunft davon auszugehen, dass die Zahl von Menschen auch mit hohem Unterstützungsbedarf, die nur noch kurzfristig vollstationär medizinisch versorgt werden, zunehmen wird. Dies bedeutet, dass im ambulanten Bereich flächendeckend und in ausreichendem Maß ambulante Komplexleistungen zur Verfügung stehen müssen, die gerade bei psychisch Kranken und Suchtkranken eben nicht nur die unmittelbaren Behandlungsleistungen auch im ambulanten Setting gewährleisten, sondern auch die mit stationärer Versorgung verbundenen und gesundheitsfördernden Elemente von stützender sozialer Begegnung und von Tagesstrukturierung.

Vor dem Hintergrund der Zunahme von Menschen mit Doppeldiagnosen (Psychose und Sucht), forensischen Patienten, Wohnungslosen mit psychischen Erkrankungen und so genannten „heavy users“ oder „Systemprüfern“, stellt sich das psychiatrische Versorgungssystem immer mehr der Frage, ob chronisch psychisch kranke Menschen in den bestehenden Ver-

■ Ziele, Risiken und Chancen in der Zusammenarbeit

sorgungssystemen chronisch suboptimal versorgt sind und wenn ja, welche Konsequenzen hieraus gezogen werden müssen.

Wenn diese Frage in die richtige Richtung weist, stehen sowohl psychosoziale als auch medizinische Leistungserbringer bei der Weiterentwicklung des Versorgungssystems vor folgenden Herausforderungen:

- dem Ausbau ambulanter und aufsuchender Behandlungsmöglichkeiten zur verbesserten Frühintervention und akuter Krisenhilfe
- der Verbesserung der Versorgung chronisch psychisch kranker Menschen durch Verknüpfung ärztlicher und psychosozialer Hilfen
- der Entwicklung neuer Lösungen für die wachsende Zahl von Menschen mit komplexem Hilfebedarf, die zwischen den unterschiedlichen Hilfesystemen verloren zu gehen drohen.

Weder medizinische noch psychosoziale Einrichtungen können diese Aufgaben allein bewältigen, sodass die genannten Praxisfelder der Sozialpsychiatrie und der Suchthilfe sich beispielhaft für integrierte Versorgungsformen anbieten, die über die eigentliche medizinische Behandlung hinausgehen.

Chronisch psychisch kranke Menschen brauchen und fordern langfristige Begleitung über unterschiedliche Lebens- und Krankheitsphasen und über verschiedene Betreuungskontexte und -intensitäten hinweg. Kontinuierliche Unterstützung im Lebensumfeld dieses Personenkreises ist nicht vorstellbar ohne die unmittelbare Auseinandersetzung mit den Nutzerinnen und Nutzern der Angebote und das gemeinsame Erarbeiten von Entscheidungen. Der professionelle Helfer als Berater und Lotse, das Aushandeln von Hilfebedarf und Unterstützungsformen, die Anerkennung der Patientinnen und Patienten als eigentliche Experten für ihre Krankheit und auf die Lebenswelt bezogene Hilfen sind wesentliche gemeindepsychiatrische Arbeitsformen.

Die Vorteile einer integrierten Zusammenarbeit zwischen medizinisch-pflegerischen und psychosozialen Leistungserbringern könnten unter anderem sein:

a) Für die erkrankten Menschen:

- die Vermeidung belastender Klinikaufenthalte
- eine größere Therapiekontinuität
- eine koordinierte multidisziplinäre ambulante Behandlung mit Leistungen, die sonst nur in der Klinik verfügbar sind.

b) Für die medizinischen Leistungserbringer:

- ein erleichterter Zugang und eine verbesserte Compliance ihrer Patienten
- ein Ausbau der ambulanten Behandlung (zu Lasten aufwändiger stationärer Aufenthalte)
- eine Erhöhung der Therapiequalität durch den kontinuierlichen Austausch mit dem psychosozialen Hilfesystem.

c) Für die Träger psychosozialer Einrichtungen und Dienste:

- eine verbindliche Organisation der medizinisch-therapeutischen Leistungen für ihre Bewohner beziehungsweise Klienten anstelle der wiederkehrenden Aushandlung von Arztkontakten und anderem
- ein Qualitätsgewinn ihrer Arbeit durch Vermeidung von Klinikaufhalten, das heißt größere Kontinuität
- das integrierte medizinisch-therapeutische Leistungsangebot als Attraktivitätsgewinn ihrer Einrichtung.

Befürchtungen einer Dominanz der Klinik und des biomedizinischen Paradigmas

In den psychosozialen Hilfesystemen der Sozialpsychiatrie und der Suchthilfe ist in den letzten Jahrzehnten die Bereitschaft gewachsen, Medizin und psychosoziale Hilfen als einander bedingende und ergänzende Hilfebereiche zu sehen. In der Folge gab und gibt es vielfältige Bemühungen um Kooperation und Vernetzung, bislang meist stärker aus den psychosozialen Hilfebereichen. Dennoch hat die bei der integrierten Versorgung angestrebte sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen Klinik und ambulantem Versorgungssystem im psy-

■ Ziele, Risiken und Chancen in der Zusammenarbeit

chosozialen Hilfesystem teilweise die Befürchtung ausgelöst, hierdurch einer einseitig biologisch-medizinisch ausgerichteten Behandlung psychischer Erkrankungen und Suchterkrankungen Vorschub zu leisten. Hintergrund ist die Tatsache, dass zum einen in Projekten der integrierten Versorgung aufgrund der leistungsrechtlichen Regelungen des SGB V sich beide Seiten tendenziell nicht mehr auf gleicher Augenhöhe gegenüberstehen und dass zum anderen dieser erweiterte Gestaltungsraum der Leistungserbringer des SGB V auch gestützt wird durch normierte ärztliche Behandlungsleitlinien, zu denen es bislang keine verbindliche Entsprechung bei den psychosozialen Hilfen gibt.

Eine in diesem Zusammenhang formulierte Sorge besteht darin, dass die somatische Fixierung, die längst als Schwachstelle im gegenwärtigen Gesundheitssystem gerade bei der Versorgung chronisch kranker Menschen identifiziert worden ist, über integrierte Versorgungsformen auch in das sozialpsychiatrische Hilfesystem und in die psychosoziale Suchthilfe Einzug halten könnte. Die besonderen Kompetenzen sozialpsychiatrischer Einrichtungen wie die Lebensweltorientierung und Beziehungs- und Behandlungskontinuität über unterschiedliche Lebens- und Krankheitsphasen hinweg, die sich in einem differenzierten sozialen und therapeutischen Hilfeangebot widerspiegeln, könnten in den Konzeptualisierungen von integrierten Versorgungsformen aus dem Blickfeld geraten und so entwertet werden.

Zudem besteht im ambulanten psychosozialen Hilfesystem, das zu einem erheblichen Teil als politische „Freiwilligkeitsleistung“ im Rahmen der Daseinsvorsorge finanziert ist, die Sorge, dass durch den Ausbau ambulanter medizinischer Versorgungsstrukturen der Anschein einer umfassenden Versorgung erweckt werden könnte, der insbesondere im kommunalpolitischen Rahmen zur Beeinträchtigung oder Gefährdung der ergänzenden psychosozialen Hilfen führen könnte. Dass diese Sorgen berechtigt sind, zeigt sich in der gegenwärtigen Fassung der §§ 140a-d SGB V, die eben keine gleichberechtigte Vertragsposition zwischen medizinischen Leistungserbringern und den Leistungserbringern nach anderen Sozialgesetzbüchern vorsieht.

Nicht nur Träger sozialpsychiatrischer Angebote, sondern auch psychiatrische Kliniken standen integrierten Versorgungsverträgen zunächst eher skeptisch gegenüber. Angesichts der offenen Frage, wie die Finanzierung solcher Versorgungsstrukturen nach der Modellphase gesichert wird, und angesichts der genannten konzeptionellen Defizite der §§ 140a-d SGB V für den Bereich der Psychiatrie zögerten viele psychiatrische Krankenhäuser, Konzepte integrierter Versorgungsverträge zu entwickeln und umzusetzen. Eine Umorientierung erfolgte auch hier meist eher aus Einsicht in wirtschaftliche Notwendigkeiten, weil natürlich auch psychiatrische Kliniken und Abteilungen von den Budgetabzügen (für die Anschubfinanzierung integrierter Versorgungsverträge) seitens der Krankenkassen betroffen sind. Wie auch der übrige Krankenhausbereich begannen die psychiatrischen Kliniken mit der Entwicklung von integrierten Versorgungsverträgen, um Anteile der hier verfügbaren Mittel für das eigene Haus zu gewinnen.

Diese Bemühungen stehen im Zusammenhang des zunehmenden Rationalisierungsdruck seitens der Krankenkassen und der allgemeinen schwierigen wirtschaftlichen Entwicklung im Krankenhausbereich. Der Abbau des Langzeitbereichs sowie die geforderte kürzere Verweildauer von Patientinnen und Patienten erfordern eine konsequente Orientierung auf den Ausbau angemessener und flächendeckender ambulanter und teilstationärer Angebote, um vorhandene Ressourcen weiter auszulasten. Darüber hinaus sehen auch psychiatrische Krankenhäuser bei der integrierten Versorgung Chancen, neue Patientinnen und Patienten außerhalb des Bereichs der gedeckelten Finanzierung zu gewinnen.

Insgesamt wecken solche Aktivitäten der Kliniken bei den psychosozialen Diensten und Einrichtungen die Sorge vor einer Expansion der Klinik in die ambulante Versorgung, bei der die psychosozialen Dienste nicht einbezogen werden. Kliniken haben in aller Regel aufgrund ihrer wirtschaftlichen Struktur deutlich bessere Möglichkeiten als psychosoziale Dienste und Einrichtungen, in strategische Entwicklungen zu investieren, auch wenn diese im Einzelnen nicht unmittelbar kostendeckend zu finanzieren sind. Eine partnerschaftliche Kooperation

■ Ziele, Risiken und Chancen in der Zusammenarbeit

mit anderen bestehenden psychosozialen Diensten und Einrichtungen ist im Rahmen von Projekten zur integrierten Versorgung bislang noch eher selten.

Ein Beispiel für aktuelle Entwicklungen ist das Klinikum Itzehoe, das die Umsetzung eines Regionalen Psychiatrie-Budgets in einem Modellvorhaben über einen Zeitraum von fünf Jahren erprobt. Ausgehend von einem festgeschriebenen jährlichen Budget verpflichtet sich das Klinikum, die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung für alle Patientinnen und Patienten der Region sicherzustellen. Die Klinik ist dabei frei in ihrer Entscheidung, ob sie eine vollstationäre, teilstationäre oder ambulante Behandlung beziehungsweise eine Behandlung zu Hause für indiziert hält und dann entsprechend durchführt. Auf organisatorischer Ebene bedeutet dies die Einführung multiprofessioneller und indikationsorientierter Behandlungsteams.

Ambulante Komplexleistungen und integrierte Versorgung

Während in der psychiatrischen Klinik wie auch in deren Suchtabteilungen nicht zuletzt aufgrund der Psychiatrie-Personalverordnung multiprofessionelle Behandlungen möglich sind, die dem biopsycho-sozialen Erklärungsmodell psychiatrischer Erkrankungen gerecht werden, sind entsprechende ambulante Komplexleistungen aufgrund der unterschiedlichen Leistungsträger bisher nicht realisierbar. Um dem Entwicklungsgrundsatz „ambulant vor stationär“ entsprechen und auch im ambulanten Bereich ein vergleichbar qualifiziertes Versorgungsangebot gewährleisten zu können, ist es notwendig, auch hier die leistungsrechtlichen Voraussetzungen für eine fachlich notwendige Integration medizinischer und psychosozialer Hilfen zu schaffen und damit auch den weiteren Ausbau qualifizierter ambulanter Versorgungsangebote zu ermöglichen.

Da mit der fehlenden, flächendeckenden Umsetzung von Soziotherapie und der noch kaum umgesetzten Häuslichen Krankenpflege für psychisch kranke Menschen grundlegende Elemente einer bedarfsgerechten ambulanten Versorgung fehlen, stellt sich die Frage, inwieweit integrierte Versorgungsformen

dazu beitragen können, personenzentrierte Hilfen unter Einbeziehung der Krankenkassen umzusetzen. Mit der grundsätzlichen Forderung der Personenzentrierung ist der Anspruch verbunden, komplexe psychiatrische Hilfen ausgehend vom individuellen Hilfebedarf in der Gemeinde zu organisieren, wobei einerseits Selbsthilfe und nichtpsychiatrische Hilfen immer vorrangig vor professionellen psychiatrischen Hilfen zu nutzen sind, und andererseits bei den psychiatrischen Hilfen die Vorrangigkeit der Leistungsträger zu beachten ist.

Dies bedeutet, dass sich die sozialpsychiatrischen Dienste und Einrichtungen in Zukunft in Fragen der Versorgungsfinanzierung immer mehr auch mit den Krankenkassen auseinandersetzen müssen. Anträge zur integrierten Versorgung bieten auf diesem Hintergrund möglicherweise eine Chance, mit Krankenkassen über das für die Psychiatrie zentrale Thema der Gestaltung von Komplexleistungen über unterschiedliche Sektoren und Einrichtungen ins Gespräch zu kommen. Diejenigen sozialpsychiatrischen Dienste und Einrichtungen, die bereits Leistungen nach dem SGB V erbringen, können in Leistungskataloge integrierter Versorgung eingebunden werden. In Abstimmung mit den beteiligten Partnern des medizinischen Systems können notwendige Leistungen der Koordination, der Angebotsverknüpfung sowie der Gestaltung und Unterstützung von Übergängen beschrieben und berechnet werden.

Angesichts der anstehenden Herausforderungen insbesondere in der Versorgung chronisch psychisch erkrankter Menschen ist das Gelingen besserer Zusammenarbeit und Integration der verschiedenen Leistungsbereiche eine Frage der Zukunftsfähigkeit der psychiatrischen Institutionen. Es ist jedoch vor allem auch eine Frage der Fachlichkeit und Humanität.

Projekte der integrierten Versorgung nach den §§ 140a-d SGB V können vor diesem Hintergrund als ein mögliches Instrument zur praktischen Realisierung personenzentrierter Hilfen gesehen werden.

Diese Chance auf eine Umsetzung der von fachlicher Seite schon lange geforderten Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen hängt jedoch entscheidend davon ab, inwieweit die sozialpsychiatrischen

■ Ziele, Risiken und Chancen in der Zusammenarbeit

Dienste und Einrichtungen ihre spezifischen Kompetenzen partnerschaftlich in das Gesundheitssystem einbringen können. Für den Moment heißt dies, dass es für Träger sozialpsychiatrischer Angebote darauf ankommt, vor Ort Partner zu finden, die in Übereinstimmung mit den eigenen Trägerinteressen von der fachlichen Überlegenheit gemeinsamer Lösungen und von der Kompetenz und Kooperationsfähigkeit des gemeindepsychiatrischen Trägers überzeugt sind beziehungsweise sich davon überzeugen lassen.

Für die Zukunft bedeutet dies aber auch die Notwendigkeit, die rechtliche Ausgestaltung der §§ 140a-d SGB V dahingehend zu verändern, dass sozialpsychiatrische Dienste und Einrichtungen als direkte Vertragspartner in Betracht kommen, um nicht nur innerhalb des medizinischen Versorgungssystems Leistungen sektorenübergreifend zu integrieren, sondern um alle notwendigen Hilfen für chronisch psychisch kranke Menschen zu koordinieren und aufeinander abzustimmen.

Sozialrechtliche Aspekte

Integrierte Versorgung nach den §§ 140a-d SGB V

Integrierte Versorgung ist eine neue Form der Krankenversorgung mit spezifischen rechtlichen Rahmenbedingungen, die sich von den Regelungen für die historisch gewachsenen Versorgungssektoren stark unterscheiden. Die beiden wichtigsten Merkmale sind der Zusammenschluss verschiedener Leistungserbringer und der Einzelvertrag mit einer oder mehreren Krankenkassen. Von integrierter Versorgung kann man nur sprechen, wenn „eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung“ (oder beides) realisiert wird (§ 140a Abs. 1 Satz 1 SGB V). Integrierte Versorgung setzt also voraus, dass sich Leistungserbringer aus verschiedenen Sektoren (ambulant, stationär und so weiter) und/oder Disziplinen zusammenschließen, um ein gemeinsames Leistungsangebot anzubieten. Dieses wird mit der einzelnen Krankenkasse (oder mehreren) in einem Vertrag über integrierte Versorgung (§ 140b SGB V) vereinbart. Das Leistungsspektrum umfasst alle Leistungen der Krankenversicherung hinsichtlich Art und Qualität und muss deshalb dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts entsprechen (§ 140b Abs. 3 SGB V).

§ 140b Abs. 1 SGB V zählt die möglichen Vertragspartner der Krankenkassen für den Abschluss eines integrierten Versorgungsvertrags auf. Es sind dies einzeln und in Gemeinschaft

- alle nach dem Vierten Kapitel des SGB V zugelassenen Leistungserbringer (niedergelassene Ärzte, Pflegedienste und so weiter)
- die Träger zugelassener Krankenhäuser, Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen sowie Träger von Medizinischen Versorgungszentren im Sinne des § 95 SGB V

- Träger von Einrichtungen, die eine integrierte Versorgung nach § 140a SGB V durch zugelassene Leistungserbringer anbieten.

Mit dieser abschließenden Aufzählung schließt der Gesetzgeber die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassenverbände aus, die in den kollektivrechtlichen Regelungen die entscheidenden Verhandlungspartner sind. Mit der Bestimmung, dass Vertragspartner der Krankenkassen grundsätzlich auch Träger von Einrichtungen zur integrierten Versorgung sein können, wird der Kreis der möglichen Anbieter integrierter Versorgung erweitert. Zwar müssen die Leistungen auch im Rahmen der integrierten Versorgung durch nach dem SGB V zugelassene Leistungserbringer erbracht werden. Aber Träger kann eben auch eine juristische Person sein, die für im SGB V finanzierte Leistungen Ärzte, Therapeuten, Pflegekräfte einstellt – ähnlich wie bei der Trägerschaft eines Krankenhauses. Es besteht also die Möglichkeit, dass ein diakonischer Träger, der im Bereich der Suchtkrankenhilfe oder Sozialpsychiatrie tätig ist, zum Träger integrierter Versorgung wird, indem er ein entsprechendes Angebot mit der Krankenkasse vereinbart und durch nach SGB V zugelassene Fachkräfte und in Kooperation mit zugelassenen Leistungserbringern realisiert. Dafür muss er selbst kein zugelassener Leistungserbringer im Sinne des SGB V sein, er muss nur solche Personen zur Leistungserbringung beschäftigen.

Alternativ kann sich ein Träger (beziehungsweise eine Einrichtung) an der integrierten Versorgung beteiligen, wenn er sich für die Erbringung von Leistungen der Psychotherapie (§ 37a SGB V) sowie der häuslichen Krankenpflege für psychisch Kranke (§ 37 SGB V) zulassen lässt. Er wäre dann als zugelassener SGB-V-Leistungserbringer automatisch auch berechtigt, mit den Krankenkassen Verträge zur integrierten Versorgung abzuschließen. Allerdings gibt es bei beiden Leistungen gravierende Umset-

zungsschwierigkeiten (dazu siehe unten). Darüber hinaus ist auch an Leistungen zu denken, die im Rahmen von Eingliederungshilfe erbracht werden, ihrem Charakter nach aber auch SGB V-Leistungen sein können, zum Beispiel Psychotherapie und Ergotherapie sowie andere Rehabilitationsleistungen.

Bei der leistungssektorenübergreifenden integrierten Versorgung im Bereich der Psychiatrie kommen folgende Leistungen als integrationsfähig in Betracht:

- vollstationäre Krankenhausversorgung
- teilstationäre Krankenhausversorgung
- ambulante Versorgung (Institutsambulanzen)
- medizinische Rehabilitation
- ambulante psychiatrische Pflege
- ärztliche Leistungen
- psychotherapeutische Leistungen
- sozialpädiatrische Leistungen
- Ergotherapie als Heilmittel
- Arzneimittelversorgung
- Soziotherapie.

Die möglichen Leistungen in der integrierten Versorgung bestimmen sich im Ergebnis aus der Summe der eingebrachten Kompetenzen (Zulassungen für bestimmte Leistungen) der Vertragspartner. Intern können sie sich – allein für den Bereich der integrierten Versorgung – indes gegenseitig ermächtigen, weitere vom Leistungsfeld der betreffenden integrierten Versorgung erfassten Leistungen zu erbringen, sofern die berufsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen.

Andere Bausteine zur besseren Verzahnung psychosozialer und medizinisch-therapeutischer Leistungen

Eine stärkere Verzahnung psychosozialer und medizinisch-therapeutischer Leistungen kann nicht nur

auf dem Weg eines integrierten Versorgungsvertrages erreicht werden. Wenigstens zwei andere Regelungsmöglichkeiten sollen hier kurz erwähnt werden. Der Gesetzgeber sieht in § 119a SGB V (seit dem Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz aus dem Jahr 2004) die Möglichkeit der ambulanten ärztlichen Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe vor. Einrichtungen, die über eine ärztlich geleitete Abteilung verfügen, können zur ambulanten ärztlichen Behandlung von Versicherten mit geistiger Behinderung zugelassen werden, „soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung dieser Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse der Ärzte in den Einrichtungen durch niedergelassene Ärzte nicht sichergestellt ist“ (§ 119a Satz 1 SGB V). In diesem Fall erhält die Einrichtung eine Zulassung seitens der regionalen Kassenärztlichen Vereinigung.

Mit der zitierten Klausel macht der Gesetzgeber deutlich, dass er die Versorgung der Menschen mit Behinderungen durch niedergelassene Ärzte keineswegs aufheben, sondern nur durch Spezialisten ergänzen will. Eine umfassende integrierte Versorgung kann auf dieser Grundlage nicht erreicht werden.

Ebenfalls neu im Rahmen der regulären vertragsärztlichen Versorgung ist die Möglichkeit, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu errichten (§ 95 Abs. 1 SGB V), die wie Ärzte in Einzelpraxen ambulante ärztliche Behandlung anbieten. Gegründet werden kann ein MVZ von allen Leistungserbringern des SGB V, in der Praxis vor allem von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern. Es ist eine ärztlich geleitete Einrichtung, die, wie die Polikliniken der DDR, fachübergreifende ambulante ärztliche Versorgung aus einer Hand anbietet.

Die Beteiligung eines Trägers komplementärer Einrichtungen und Dienste an einem Medizinischen Versorgungszentrum ist bisher nicht bekannt, sie könnte jedoch eine Option (besonders für Träger einer Klinik) sein, um selbst ein fachübergreifendes medizinisches Versorgungsangebot zu entwickeln.

Modelle integrierter Versorgung in der Sozialpsychiatrie

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) hat auf ihrer Homepage eine Übersicht über realisierte Projekte zur integrierten Versorgung im psychiatrischen Bereich eingestellt (www.dgppn.de). Die Übersicht wurde im Oktober/November 2005 aktualisiert. Die erste Darstellung der DGPPN über Projekte zur integrierten Versorgung, die 2004 ins Netz gestellt worden war, hatte zu einer Erhöhung der Anzahl von psychiatrischen Projekten zur integrierten Versorgung geführt. Zurzeit sind 24 Projekte aus dem ganzen Bundesgebiet aufgeführt, die sich den Bereichen Psychiatrie, Sucht und Psychosomatik zuordnen lassen. Im Folgenden sollen diejenigen Projekte genauer vorgestellt werden, die im Bereich der psychiatrischen Versorgung auch sozialpsychiatrische Einrichtungen als Kooperationspartner mit einbezogen haben.

Integrierte Versorgung für Menschen mit chronischer Depression, Schizophrenie oder Demenz in Mainz

Die Gesellschaft für Paritätische Sozialarbeit/Netz Mainz hat einen Kooperationsvertrag mit den paritätischen Psychiatrischen Diensten (Tagesklinik und Institutsambulanz, aber auch sozialtherapeutischen Leistungserbringern und Trägern von Eingliederungsleistungen nach dem SGB XII), einer Gruppe von Ärztinnen und Ärzten „Netz für seelische Gesundheit Mainz“ sowie dem paritätischen Ambulanten Hilfezentrum Mainz abgeschlossen. Zielgruppe sind Menschen mit chronischer Depression, Schizophrenie oder Demenz. Beteiligte Krankenkassen sind die AOK Rheinland-Pfalz sowie die TK Rheinland-Pfalz. Zentrale Anlaufstelle in diesem Modell sind die Tagesklinik sowie deren Psychiatrische Institutsambulanz (PIA). Die niedergelassenen Netzärzte arbeiten in der PIA als Fachärzte mit. Hierdurch werden die bedeutsame und immer wieder geforderte Behandlungs- und Personenkontinuität gewährleistet und Abstimmungsverluste

zwischen Zuweisern und Aufnehmern vermieden, was zu einer Optimierung der Behandlung führen soll. Die gemeinsame Arbeit zeichnet sich durch regelmäßige Treffen aller Beteiligten, gemeinsame Visiten und Fallkonferenzen mit verbindlichen Absprachen sowie durch eine gemeinsame Dokumentation aus.

Das Interessante an diesem Modellprojekt besteht darin, dass beim Aufbau des gemeindepsychiatrischen Verbundsystems die bislang abgekoppelten medizinischen Versorgungssektoren einbezogen werden. Dies geschieht dadurch, dass die Prinzipien des Individuellen Behandlungs- und Reha-Planes (IBRP) nicht nur auf den Bereich der Eingliederungshilfen angewandt, sondern auch für die Verbindung des klinischen mit dem außerklinischen Setting genutzt werden. Das heißt, ein Instrument, das im Kontext des personenbezogenen Ansatzes in der Eingliederungshilfe entwickelt wurde, um dort ausgehend vom individuellen Hilfebedarf komplexe psychiatrische Hilfen in der Gemeinde zu organisieren, wird auf den Bereich des SGB V ausgedehnt.

Die integrierte Behandlung erfolgt auf der Grundlage eines Komplexprogramms, das Psychotherapie, ärztliche Behandlung, psychiatrische Pflege, klinische Sozialarbeit und Trainingsmaßnahmen umfasst. Über die Definition und Zuordnung von wöchentlichen Zeitbedarfen werden sechs Hilfebedarfsgruppen gebildet.

Integrierte Versorgung für Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen in Kaufbeuren

In Kaufbeuren haben die Vertragspartner Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren und die AOK Bayern sowie die DAK einen Vertrag nach § 140b SGB V abgeschlossen. In der Rechtsform einer gGmbH wurde ein Versorgungsverbund für gerontopsychiatrische Erkrankungen geschaffen, in dem als Ko-

operationspartner neben Allgemeinkrankenhäusern mit gerontopsychiatrischen Liaisondienst, gerontopsychiatrischer Institutsambulanz, einem Ärztenetz Kaufbeuren sowie niedergelassenen Fachärzten fünf sozialpflegerische Dienste beteiligt sind.

In dem Versorgungsverbund werden durch gemeinsame Fallkonferenzen, regelmäßige Qualitätszirkel, standardisiertes Berichtswesen sowie eine gemeinsame Datenerfassung eine verbesserte und differenzierte Diagnostik und Therapie gerontopsychiatrischer Erkrankungen erreicht. Durch die gemeinsame Koordination werden unnötige Mehrfachdiagnostik und -therapie vermieden und Empfehlungen an den behandelnden Haus- oder Facharzt weitergeleitet.

Integrierte Versorgung für schwer und chronisch psychisch Kranke in Niedersachsen

In Niedersachsen haben in Hemmoor und Weyhe zwei sozialpsychiatrische Schwerpunktpraxen Verträge zur integrierten Versorgung für schwer und chronisch psychisch Kranke (Indikation ist eine komplexe psychiatrische Liaisonbehandlung in Allgemeinkrankenhäusern) abgeschlossen. In der Rechtsform einer Managementgesellschaft wurden jeweils mit der AOK Niedersachsen, der BKK und der DAK Verträge abgeschlossen, wobei zwei unterschiedliche Finanzierungsmodelle zugrunde gelegt wurden. Neben dem Patientenbudget, das mit der BKK und der DAK vereinbart wurde, gibt es im Vertrag mit der AOK ein Regionalbudget.

Als Kooperationspartner sind Allgemeinkrankenhäuser und Fachkliniken, Alten- und Wohnheime, Werkstatt für Menschen mit Behinderung, Fach- und Hausärzte, psychotherapeutische Praxen, verschiedene Pflegedienste sowie eine Fachberatungsstelle für Suchtkranke beteiligt. Die erforderlichen Leistungen werden vom Bezugstherapeutesystem gesteuert. Die Verbesserung der Versorgung wird durch die Verknüpfung von hausärztlicher und fachärztlicher Behandlung erreicht.

Durch ein festgelegtes Krisenmanagement, das durch eine 24-stündige Erreichbarkeit gewährleistet wird, werden Klinikaufenthalte vermieden beziehungs-

weise reduziert. Falls es dennoch zu einer Überweisung ins Krankenhaus kommt, gibt es gemeinsame Visiten und durch ein verbindliches Entlassungsmanagement soll die stationäre Aufenthaltsdauer verkürzt werden.

Integrierte Versorgung für Menschen mit depressiven Erkrankungen und Alkoholkrankungen in Merzig

Im Saarland gibt es einen Vertrag zwischen allen Ersatzkassen und dem Klinikum Merzig. Zielgruppe dieses Versorgungskonzeptes, das als ein Case-Managementvertrag abgeschlossen wurde, sind Menschen mit depressiven Erkrankungen sowie Alkoholkrankungen. Kooperationspartner sind niedergelassene Haus- und Fachärzte, psychologische Psychotherapeuten sowie psychosoziale Einrichtungen wie Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen der Region.

Ziel des integrierten Versorgungsvertrages ist die Koordinierung aller erforderlichen ambulanten und stationären Behandlungen sowie weiterer psychosozialer Hilfen durch das Fallmanagement-Team. Dieses setzt sich aus dem Haus- oder Facharzt beziehungsweise Psychotherapeuten des Patienten sowie einem Fallmanager zusammen und stellt einen individuell auf die Erkrankung abgestimmten Behandlungsplan auf, der den Hilfebedarf sowohl im medizinisch-psychiatrischen Bereich als auch im psychosozialen Bereich erfasst. Behandlungskontinuität und die Minimierung von Schnittstellenproblemen stehen auch hier im Mittelpunkt.

Neben den erwarteten positiven Effekten, wie der Senkung der stationären Behandlungszeiten sowie einer Senkung der Arbeitsunfähigkeitstage, wird von den beteiligten Krankenkassen darauf hingewiesen, dass sie von einem kurz- bis mittelfristigen Anstieg der Behandlungen insgesamt ausgehen, da gerade die Versicherten ein Angebot wahrnehmen, die bislang von den Versorgern zu einem späteren Zeitpunkt erfasst wurden.

An den gemeinsamen Fallkonferenzen nehmen auch Mitarbeitende des saarländischen Ministeriums für Justiz, Gesundheit und Soziales teil, um zu ermitteln, welche Leistungen von den unterschiedlichen

■ Modelle integrierter Versorgung in der Sozialpsychiatrie

Leistungsträgern finanziert, doppelt finanziert beziehungsweise noch nicht finanziert werden, obwohl sie dringend notwendig wären.

Integrierte Versorgung für Menschen mit depressiven und schizophrenen Erkrankungen in Nordrhein-Westfalen

In Nordrhein-Westfalen wurde für Patientinnen und Patienten mit depressiven und schizophrenen Erkrankungen ein Vertrag zur integrierter Versorgung zwischen dem Allgemeinkrankenhaus in Hürth und der DAK vereinbart. Weitere Kooperationspartner sind ein psychiatrisches Krankenhaus, niedergelassene Haus- und Fachärzte sowie Anbieter von psychiatrischer Krankenpflege und von Soziotherapie.

Integrierte Versorgung für psychisch erkrankte Menschen in Bremen

Noch nicht in der Übersicht der DGPPN aufgeführt ist das Bremer Modell „Rückzugsräume“. Die AOK Bremen/Bremerhaven und die hkk Bremen haben mit einer gemeinnützigen Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste einen Versorgungsvertrag nach den §§ 140a-d SGB V abgeschlossen. Zielgruppe sind Menschen, die bereits Häusliche Krankenpflege für psychisch Kranke oder Soziotherapie erhalten und die in eine akute Krisensituation geraten.

Die Versorgungsleistung, die von den am Versorgungssystem beteiligten Ärzten und Ärztinnen verordnet wird, kann bis zu 28 Tage andauern. Die durchgängige Betreuung der Menschen in Krisensituationen erfolgt durch die Mitarbeitenden der Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste, die von den Fachpflegekräften der Häuslichen Krankenpflege für psychisch Kranke oder der Soziotherapie sowie den beteiligten Ärzten und Ärztinnen unterstützt werden.

Drei Phasen bei der Entwicklung von integrierten Versorgungsmodellen

Idealtypisch lassen sich bei der Modellentwicklung zur integrierter Versorgung folgende Phasen voneinander unterscheiden:

Phase 1:

- Definition der Leistung, deren Umfang und Grenzen
- Erstellen eines Behandlungskonzeptes, in dem die Schnittstellen miteinander verknüpft sind
- Erstellen von Behandlungspfaden

Phase 2:

- Kontakt zu regionalen Planungsstrukturen
- Kontaktaufnahme mit beziehungsweise Information an die medizinischen und psychosozialen Leistungserbringer vor Ort
- Kontaktaufnahme mit Patientenvertretern und Angehörigengruppen
- Kontaktaufnahme mit Leistungsträgern, Mitwirkung der Krankenkasse
- Festlegung, welche Leistungen wo erbracht werden
- Definition der Verantwortlichkeiten, Koordinationsfunktion
- Definition der Kommunikation und Dokumentation
- Festlegung des Qualitätsmanagements
- Kalkulation der Kosten: „Geld folgt der Leistung“
- Interne Honorarverteilung, Vergütungsform
- Anschubfinanzierung

Phase 3:

- Abschluss der Kooperationsverträge/Managementgesellschaft
- Aufbau des Managements
- Marketingkonzeption und Öffentlichkeitsarbeit
- Implementierung der integrierter Versorgung
- Begleitende Evaluation von Prozess- und Ergebnisqualität.

Perspektiven für die Suchthilfe

Die besondere Stellung der ambulanten Suchthilfe als kommunale Leistung der Daseinsvorsorge

Vieles, was bereits für den Bereich der Psychiatrie dargelegt wurde, kann auf den Suchthilfebereich übertragen werden. Wie bei allen psychischen Erkrankungen gilt auch für Suchterkrankungen, dass aufgrund der Mehrdimensionalität der zugrunde liegenden Störung die Hilfen am ehesten einrichtungs- und sektorenübergreifend wirksam werden können und sinnvollerweise von multiprofessionell zusammengesetzten Teams erbracht werden. Dennoch orientieren sich auch hier die bestehenden Versorgungsstrukturen noch überwiegend an der traditionell sequenziellen und auf eine abstinenzgebundene Suchtrehabilitation orientierten „Behandlungskette“, die tendenziell alle anderen Hilfebedarfe vernachlässigt oder gar ausgrenzt.

Obwohl sich die Suchthilfe von ihrem Selbstverständnis als integrierte, das heißt umfassende und ganzheitliche Versorgung versteht, sind hier integrierte Versorgungsverträge nach den §§ 140a-d SGB V bisher kaum abgeschlossen worden. Um den möglichen Ursachen hierfür nachzugehen, soll im Folgenden auf einige Spezifika im Bereich der Suchthilfe eingegangen werden.

Die Versorgungsstruktur für Suchtkranke ist in weiten Teilen geprägt von einem an der Abstinenz orientierten Verständnis von Behandlung. Aufgrund der Komplexität der Erkrankung und der Behandlung ist diese im Sechsten Sozialgesetzbuch verankert (Suchtrehabilitation). In Kontrast zur gesundheitsökonomischen Relevanz von Abhängigkeitserkrankungen gibt es bis heute in der eigenständigen GKV-Zuständigkeit kaum suchtspezifische Versorgungs- und Behandlungsangebote, die dem chronischen Charakter dieser Störung Rechnung tragen. Leistungen nach dem SGB V werden eher als Ergänzungen der Suchtrehabilitation gesehen, die in

der Praxis vor allem auf die motivationsfördernde Arbeit der Suchtberatung angewiesen ist. Die somatische Medizin konzentriert sich im Bereich der Suchthilfen vor allem auf (bislang immer noch seltene) Screeningverfahren bei der Frühintervention, auf Kurzinterventionen in der hausärztlichen Praxis und auf medikamentengestützte Behandlungsangebote und nimmt vielerorts den spezifischen Interventions- und Behandlungsbedarf abhängigkeitskranker Menschen auch bei daraus resultierenden akutmedizinischen Behandlungen nicht angemessen zur Kenntnis. Im Gesamtspektrum der Hilfen für Suchtkranke hat deshalb die somatische Medizin (insbesondere in der primärmedizinischen Versorgung) in der Suchtbehandlung nur einen begrenzten Stellenwert.

Bei den Krankenkassen sind angesichts eines im Rahmen der öffentlichen Daseinsvorsorge finanzierten Angebots an Beratungsstellen mit multiprofessionellen Teams folgende Tendenzen zu beobachten: Psychosoziale Behandlungs- und Interventionsformen werden tendenziell aus dem Leistungsspektrum des SGB V ausgegrenzt, insbesondere bei ambulanten Behandlungsangeboten. Häufig geschieht dies nur implizit durch zeitliche oder strukturelle Beschränkungen von Behandlungsmaßnahmen. Faktisch bedeutet dies eine Somatisierung der medizinischen Suchtbehandlung und damit eine Tendenz, die an anderer Stelle vom Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen als Schwachstelle im gegenwärtigen System identifiziert worden ist. Die dort analysierte Situation der Über-, Unter- und Fehlversorgung von chronisch Kranken spitzt sich für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung noch einmal zu. Die gravierende Unterversorgung mit suchtspezifischen, der Behandlungsbereitschaft und Behandlungsfähigkeit der Patienten angemessenen Behandlungsmöglichkeiten ist durch die Wienbergsche Untersuchung seit langem bekannt, ohne dass sich bis heute daran

■ Perspektiven für die Suchthilfe

Wesentliches verändert hätte: Nur etwa fünf Prozent der behandlungsbedürftigen Menschen mit einer Alkoholerkrankung finden den Weg in eine ambulante suchtspezifische Maßnahme.

Zwischen der öffentlichen Hand, die die Suchtberatungsstellen finanziert, und der GKV gibt es keine eindeutig festgelegten Leistungsabgrenzungen, die den tatsächlichen Versorgungsnotwendigkeiten Rechnung tragen; angesichts leerer Kassen wird auch bei fachlich begründeten Regelungsvorschlägen von beiden Leistungsträgern eine Verschiebung bisheriger faktischer Leistungszuständigkeiten befürchtet. Bisher werden die Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe – auch trotz einer Anerkennung als ambulante Suchtrehabilitationseinrichtung und einer vielerorts vorhandenen verantwortlichen ärztlichen Mitwirkung – nicht als Leistungserbringer nach dem SGB V anerkannt, sodass auch sie nicht als direkter Antragsteller oder Vertragspartner für integrierte Versorgungsverträge in Betracht kommen.

Darüber hinaus behindert die oft ungesicherte und komplizierte Finanzierungsstruktur und damit Existenzunsicherheit der Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe eine kontinuierliche Mitgestaltung von Modellen der integrierten Versorgung. So fehlen häufig überhaupt verbindliche vertragliche Regelungen zur öffentlichen Finanzierung der Suchtberatung, die eine Beteiligung an solchen Projekten unbeschadet ihrer Finanzierung im Rahmen der Daseinsvorsorge erst sicherstellen könnten. Viele Beratungsstellen haben zudem im derzeitigen Förderrahmen der öffentlichen Hand keine über das Haushaltsjahr hinausgehende Finanzierungs- und Planungssicherheit. Vor diesem Hintergrund ist die Einbindung der psychosozialen Suchthilfe in medizinische „Behandlungspfade“ fachlich oft wenig strittig beziehungsweise nachdrücklich zu begrüßen; im Wechselspiel von ungesicherter öffentlicher Finanzierung der psychosozialen Suchthilfe und ausbleibender Teilfinanzierung durch die Leistungsträger des SGB V fehlen jedoch die Umsetzungssicherheit und die dafür notwendigen personellen Ressourcen.

Erschwerend kommt hinzu, dass im Zusammenspiel von Leistungen unterschiedlicher Sozialgesetzbü-

cher und Hilfen im Rahmen der Daseinsvorsorge die Zuständigkeits- und Kooperationsregelungen des Neunten Sozialgesetzbuches nicht in ausreichendem Maß greifen. Dies betrifft nicht nur die unmittelbar klientenbezogenen Leistungen, sondern auch den Aufwand für notwendige hilfebereichsübergreifende und strukturbezogene Leistungen. Kooperation, Case-Management, Koordination, Netzwerkbildung sowie regionale Planung und Versorgungssteuerung benötigen personelle Ressourcen, für die bislang niemand verbindlich zuständig ist. Auch im Zusammenspiel zwischen Suchtrehabilitation und psychosozialer Suchthilfe ist die Leistungszuständigkeit für ein qualifiziertes Schnittstellenmanagement ungeklärt. Da aber diese schon bislang zwingend notwendigen Leistungen zumindest in ihren Grundfunktionen von der psychosozialen Suchthilfe erbracht werden, ohne dass diese hierfür eine Vergütung oder Pauschalförderung erhalten würde, besteht bei den Leistungsträgern des SGB V und VI nur eine geringe Bereitschaft zu einer verbindlichen Neuregelung von Leistungszuständigkeiten.

Die öffentliche Hand als faktisch Verantwortliche für die ambulante Suchthilfe ist bislang in eine Versorgungsplanung der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Rentenversicherung bei Abhängigkeitserkrankungen nur unzureichend eingebunden. So steigt das Risiko, dass von medizinischen Leistungserbringern mit integrierten Versorgungsverträgen in „attraktiven“ Teilleistungsbereichen Doppelstrukturen zur psychosozialen Suchthilfe aufgebaut werden. Solche Doppelstrukturen würden angesichts einer nach wie vor nicht erreichten bedarfsdeckenden Versorgung sicherlich zu Lasten von Angeboten in betriebswirtschaftlich weniger attraktiven Hilfebereichen gehen. Da zudem im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung von weiteren Leistungskürzungen auszugehen ist und vor dem Hintergrund einer stärker somatischen Orientierung der medizinischen Leistungserbringer, ist zu befürchten, dass dann auch die bisherige Betreuungsintensität und die Differenziertheit des psychosozialen Hilfeangebotes nicht weiter aufrechterhalten werden könnte.

Als ein erstes Fazit lässt sich somit festhalten, dass Gesetzliche Krankenversicherung und Rentenversicherung bislang eindeutig die Nutznießer der öffent-

lich finanzierten ambulanten Suchthilfe sind. Bei integrierten Versorgungsverträgen ist deshalb davon auszugehen, dass die Krankenkassen – unabhängig von allen Qualitäts- und Effizienzverbesserungen – für eine qualifizierte ambulante medizinische Versorgung Suchtkranker zumindest kurzfristig einen höheren Aufwand leisten müssten.

Die Beschreibung der besonderen Stellung der ambulanten Suchthilfe im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge hat deutlich werden lassen, welche Barrieren seitens der Krankenkassen und welche Risiken und strukturellen Hindernisse seitens der ambulanten Suchthilfe bestehen, Verträge nach den §§ 140a-d SGB V zu initiieren beziehungsweise abzuschließen. Dennoch sollte diese Analyse nicht dazu führen, dass sich die ambulante Suchthilfe generell gegen eine Beteiligung an Modellen und Projekten zur integrierten Versorgung entscheidet. Initiativen gegen eine einseitige Somatisierung von Suchterkrankungen und für eine ganzheitliche, lebensweltbezogene Behandlung und Betreuung können nur aus dem psychosozialen Suchthilfebereich selbst kommen. Wenn diese besonderen Kompetenzen der ambulanten Suchthilfe in der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems zum Tragen kommen sollen, muss sich die psychosoziale Suchthilfe auch bei aktuellen Reformvorhaben wie beispielsweise der integrierten Versorgung ins Gespräch bringen und beteiligen.

Diese Empfehlung begründet sich nicht nur durch die zu erwartende Verbesserung des Hilfeangebots für die Klientinnen und Klienten, sondern auch durch die Hoffnung, in der verbindlichen Kooperation im Rahmen eines Projekts zur integrierten Versorgung den medizinischen Kooperationspartnern und dem Leistungsträger des SGB V die Notwendigkeit eines differenzierten psychosozialen Hilfeangebots verdeutlichen und dieses tendenziell sichern zu können.

Für die Suchthilfe gilt aber noch mehr als für die sozialpsychiatrischen Dienste und Einrichtungen, dass es im Vorfeld einer möglichen Beteiligung an Modellen genau abzuwägen gilt, welche psychosozialen Dienstleistungen überhaupt in sinnvoller Weise im Rahmen von integrierter Versorgung er-

bracht werden könnten. Aufgrund der Tatsache, dass bei Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung weder ambulante psychiatrische Pflege noch Soziotherapie verordnet werden können, reduziert sich die Anzahl der integrationsfähigen Leistungen im Bereich der Suchthilfe. Eine strategische Klärung, welche Schnittstellenleistungen bei Projekten integrierter Versorgung ohne Beeinträchtigung bestehender Leistungszuständigkeiten geltend gemacht werden könnten und sollten, ist bislang weder von Einrichtungen noch Verbänden der Suchthilfe erfolgt. Denkbar wäre, dass die Suchtberatung für ihr Case-Management und für die Koordination unterschiedlicher Hilfen Teilfinanzierungen durch die GKV erhält. Hierfür könnten integrierte Versorgungsverträge „Weichensteller“ sein.

Eine gelingende und Erfolg versprechende Zusammenarbeit hängt letztlich aber entscheidend davon ab, ob es auch auf Seiten der Krankenkassen Kooperationspartner gibt, die trotz absehbarer kurzfristiger Mehraufwendungen offen sind für weiterreichende strategische Entwicklungskonzepte.

Angesichts der von Wienberg skizzierten aktuellen Versorgungssituation, wonach Suchtkranke überdurchschnittlich häufig in Behandlung im primärmedizinischen Bereich sind, müssten sich im Interesse verbesserter Frühintervention Modelle integrierter Versorgung für Menschen mit Suchterkrankungen vor allem auf die Zusammenarbeit der Beratungsstellen mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern beziehen.

Zusammenarbeit der Suchtberatungsstellen mit niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern

Die Arztpraxis ist häufig der einzige Kontakt zum Hilfesystem, den suchtkranke Menschen vor einer speziellen Suchttherapie und -rehabilitation haben. Sie suchen die Arztpraxis meist wegen anderer Erkrankungen auf, die allerdings oft Nebenerkrankungen der Suchtkrankheit sind. Häufig erkennen die Ärztinnen und Ärzte die Suchtproblematik, haben jedoch zu wenig Erfahrung und vor allem Zeit, diese konstruktiv im Rahmen der Akutbehandlung

■ Perspektiven für die Suchthilfe

zu bearbeiten oder die Patienten von ihrer Therapiebedürftigkeit zu überzeugen. Soweit Patienten bereits offen sind für eine abstinenzgebundene Suchtrehabilitationsmaßnahme, funktionieren die traditionellen Verweisungen an die Suchtberatung durchaus. In allen anderen Fällen aber wäre der Aufbau gemeinsam verantworteter Betreuungs- und Interventionsangebote im Schnittstellenbereich notwendig, in denen die fachlichen Kompetenzen und Zielperspektiven beider Hilfesysteme zusammengeführt und dabei die vorhandene Bindung des Patienten an den niedergelassenen Arzt konstruktiv und kontinuierlich genutzt würde. Derartige Interventionsmodelle gibt es bereits (vergleiche ambulantes Entgiftungsprogramm der PSB Bietigheim-Bissingen); in der Suchthilfe fehlen aber, auch angesichts der Schwerpunktsetzung auf die Mitwirkung (Vermittlung, Durchführung, Nachsorge) an der Suchtrehabilitation, für einen breiten und dauerhaften Aufbau solcher Hilfeangebote bislang die personellen Ressourcen.

Ähnliches gilt auch für die Zusammenarbeit von Krankenhäusern mit Suchtberatern. Auch hier gibt es seit langem erfolgreiche Kooperationsmodelle, die aber bislang erst vereinzelt und meistens ohne Finanzierung für die psychosoziale Suchthilfe in die medizinische Behandlung verbindlich integriert worden sind.

Ziel einer solchen verbindlichen Kooperation oder Einbindung sollte die Realisierung folgender win-win-Situation sein:

- a) Ärzte leiten Patienten mit fraglicher Suchterkrankung in die Suchtkrankenhilfe und entlasten sich von einer Aufgabe, die im ärztlichen Alltag schwer zu lösen ist.
- b) Suchtberatungsstellen erreichen ihre Zielgruppe unmittelbar in einer sensiblen Krisensituation, in der Patienten meist recht veränderungsoffen sind.
- c) Patienten werden frühzeitig in die Lage versetzt, ihre Suchtgefährdung konkret und glaubhaft anhand somatischer Störungsbilder zu erkennen und unmittelbar geeignete Hilfen in Anspruch zu nehmen. Sie könnten dadurch Lebensqualität gewinnen und weitere Krisen sowie Neben- und Folgeerkrankungen vermeiden.
- d) Wenn die Krankenkassen eine solche überschaubare Beratungsleistung finanzieren würden, könnten sie die hohen Kosten schwerer Suchterkrankungen (Arbeitsunfähigkeitstage, Neben- und Folgeerkrankungen) wohl deutlich und langfristig reduzieren.

Modelle integrierter Versorgung im Bereich der Suchthilfe

Im Bereich der Suchthilfe zeigt die Übersicht der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, dass von den fünf aufgelisteten Projekten in diesem Bereich drei explizit Beratungsstellen einbeziehen.

Neben dem bereits weiter oben erwähnten Projekt aus dem Saarland sind folgende zwei Modelle aufgeführt:

Integrierte Versorgung für Menschen mit einer Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit in Baden-Württemberg

Die Klinik Reichenau hat mit der AOK Baden-Württemberg einen Vertrag zur integrierten Versorgung für Menschen mit einer Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit vereinbart. Weitere Kooperationspartner sind die suchtmmedizinische Tagesklinik mit Mitarbeitenden im Sozialdienst, die hauptberuflich in den Suchtberatungsstellen beschäftigt sind, und niedergelassene Haus- und Fachärzte sowie die innere Abteilung des Klinikums. Das Leistungsangebot besteht aus einer Verbesserung der Diagnostik im Bereich der medizinischen Primärversorgung, strukturierten Frühinterventionsprogrammen, qualifizierter ambulanter Entzugsbehandlung und Rückfallprävention sowie einer interdisziplinären Erarbeitung der Weiterbehandlungsperspektive. Ein Facharzt der Klinik agiert gleichzeitig als Fallmanager und ist für den Ablauf der Behandlung des Versicherten zuständig.

Integrierte Versorgung für Menschen mit einer Suchterkrankung in Berlin

In der Berliner Charité wurde mit der DAK ein Kooperationsvertrag zur integrierten Versorgung für Patientinnen und Patienten mit einer Suchterkrankung

■ Perspektiven für die Suchthilfe

vereinbart, bei dem niedergelassene Haus- und Fachärzte sowie Beratungsstellen als weitere Leistungserbringer involviert sind.

Nicht in der Übersicht zu finden ist ein Modellprojekt aus Schleswig, das zwischen dem Fachkrankenhaus Nordfriesland und der IKK abgeschlossen wurde

und als weitere Kooperationspartner niedergelassene Hausärzte sowie Beratungsstellen einbindet. Um die für die Versorgung suchtkranker Menschen so wichtige Zusammenarbeit mit den Hausärzten zu verbessern, wird die Suchtberatung (Erstkontakt) direkt in den Praxen angeboten und dort auch als Kassenleistung finanziert.

Handlungsempfehlungen für diakonische Einrichtungen und Dienste im Bereich der Sozialpsychiatrie und der Suchthilfe

Die integrierte Versorgung nach den §§ 140a-d SGB V ist ein politisch gewünschtes Experimentierfeld, auf dem im direkten Aushandlungsprozess zwischen den Krankenkassen als der unterstellten Interessenvertretung der Versichertengemeinschaft und interessierten und entwicklungsoffenen Leistungserbringern neue und bessere medizinische Versorgungsstrukturen entwickelt werden sollen. Die Versorgung von psychisch kranken und suchtkranken Menschen hat in den ersten beiden Jahren nach der Revision der gesetzlichen Regelungen für die Krankenkassen keine Priorität gehabt. Deshalb sind viele Initiativen von Leistungserbringern zunächst ergebnislos geblieben. Inzwischen scheint sich in der Politik und strategischen Ausrichtung zumindest einzelner Krankenkassen dahingehend ein Wechsel abzuzeichnen, dass integrierte Versorgungsverträge auch im Bereich der Psychiatrie und der Suchthilfe entwickelt und gefördert werden.

Trotz der so genannten „Anschubfinanzierung“ sind integrierte Versorgungsverträge in der Regel nicht mit einer Vollkosten deckenden Finanzierung verbunden, insbesondere wenn man die Kosten für die Entwicklung eines integrierten Versorgungskonzeptes und die bisweilen mühsame Realisierung mit verschiedenen Vertragspartnern betrachtet.

Projekte integrierter Versorgung sollten deshalb primär aus einer strategischen Perspektive betrachtet werden. Für Einrichtungen und Dienste der Sozialpsychiatrie und der psychosozialen Suchthilfe ist eine Verbesserung der medizinisch-therapeutischen Versorgung ihrer Bewohner und Klienten unter zwei Gesichtspunkten sinnvoll: Ein solches Engagement entspricht dem Ganzheitlichkeitsanspruch diakonischen Handelns und es führt zu einem Qualitätsgewinn der eigenen Arbeit, die sich im zunehmenden Wettbewerb der Leistungserbringer auszahlen kann. Die Mitwirkung bei Projekten der integrierten Versorgung schafft zudem eine direkte versorgungs-

orientierte Gesprächsbasis zu den Krankenkassen und verbessert so langfristig die Chancen, mit den eigenen psychosozialen Hilfeangeboten dort stärker wahrgenommen und in deren Versorgungsplanung besser genutzt und möglicherweise auch unterstützt zu werden.

Die folgenden Handlungsempfehlungen verstehen sich als Anregungen für diakonische Einrichtungen und Dienste der Sozialpsychiatrie und Suchtkrankenhilfe beziehungsweise ihre Träger. Diese Anregungen sind nicht unmittelbar und zwingend an Projekte der integrierten Versorgung nach den §§ 140a-d SGB V gebunden; diese gesetzlichen Regelungen könnten aber die Aufnahme solcher Initiativen erleichtern.

1. Umbrüche im medizinischen Versorgungssystem wahrnehmen

Das medizinische Versorgungssystem ist im Umbruch. Sowohl die bisherige Arztpraxis als auch das klassische Krankenhaus stehen unter Veränderungsdruck. Integrierte Versorgung ist ein Experimentierfeld, auf dem die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung überschritten und verändert werden. Für psychosoziale Dienste und Einrichtungen bieten diese Veränderungen Chancen und Herausforderungen. Auf der einen Seite besteht die Gefahr einer Expansion des medizinischen Systems zu Lasten psychosozialer Angebote, auf der anderen Seite bietet die neue Situation aber möglicherweise auch die Chance, den Krankenkassen konkrete neue Versorgungskonzepte im Rahmen einer Projektfinanzierung anzubieten.

2. Kontakte zu niedergelassenen Ärzten, Psychotherapeuten und Krankenhäusern intensivieren

Aus vielen Gründen sollen psychisch kranke Menschen und suchtkranke Menschen möglichst am-

bulant gesundheitlich und psychosozial versorgt werden. Damit das ambulante Angebot so multidisziplinär werden kann, wie es unter anderen Voraussetzungen die Klinik ermöglicht, müssen psychosoziale Dienste und niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten verbindlich miteinander kooperieren. Voraussetzung einer solchen Kooperation ist die intensive Kontaktpflege, bei der die Beteiligten ihre unterschiedlichen fachlichen Perspektiven miteinander teilen und die Realitäten ihrer Klienten, Bewohner und Patienten ganzheitlich wahrnehmen. Aus solchen zunächst fallbezogenen Kooperationen können sich konkrete Ideen zur Verbesserung der regionalen Versorgungsstrukturen und damit auch für Projektanträge der integrierten Versorgung ergeben. Ähnliches gilt für die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern und Kliniken, wenn diese ambulante Angebote entwickeln.

3. Gemeinsames Nachdenken über integrierte Versorgung ist eine Gelegenheit zur sektorübergreifenden Netzwerkbildung im Interesse psychisch kranker und suchtkranker Menschen

Die integrierte Versorgung nach den §§ 140a-d SGB V bietet innerhalb der Krankenversorgung einen Anreiz, Versorgung fach- und sektorenübergreifend zu denken. Dabei sind zwar im Hinblick auf zusätzliche Finanzierungsmittel derzeit nur die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung von Relevanz. Bei der Versorgung chronisch psychisch kranker und suchtkranker Menschen liegt aber auf der Hand, dass die Krankenversorgung besser gelingt, wenn sie mit Leistungen der anderen Hilfesysteme abgestimmt und patientenbezogen vernetzt ist. Deshalb gibt es vielerorts Ansätze, die psychosozialen Dienste (zum Beispiel Beratungsstellen) in die integrierte Versorgung nach den §§ 140a-d SGB V einzubeziehen. Diese Versuche sind sinnvoll, auch wenn alle Beteiligten wissen müssen, dass es

- a) nur um eine Integration der Krankenkassenleistungen und nicht um eine leistungsträgerübergreifende Komplexleistung geht,
- b) die integrierte Versorgung eine optionale Versorgungsform ist, die Modellcharakter hat und die

die Regelversorgung bis auf weiteres nicht ersetzt.

Beim Nachdenken über integrierte Versorgungsformen sollten die Krankenkassen als Gesprächspartner frühzeitig einbezogen werden: Die Krankenkassen sind die Vertragspartner, die ein Konzept mittragen müssen. Aber auch die Patienteninteressen sollten in geeigneter Form (Patientenvertreter und Selbsthilfegruppen) frühzeitig berücksichtigt werden. Integrierte Versorgung gelingt nur mit Zustimmung der Patienten. Zudem stellt ja die Aktivierung und Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten ein wesentliches Ziel bei der integrierten Versorgung dar. Darüber hinaus sollten alle Akteure bei der Gestaltung der medizinischen und psychosozialen Leistungserbringung aus der Region frühzeitig über geplante Kooperationsstrukturen informiert werden; insbesondere ist es wünschenswert, auch kommunale Planungsstrukturen von Anfang an einzubinden, um eine sektoren- und hilfebereichsübergreifende Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstrukturen von Anfang an transparent und abgestimmt zu betreiben und um sich dadurch auch eine mögliche politische Unterstützung für ein Projekt zur integrierten Versorgung zu sichern.

4. Eine ambulante integrierte Versorgung „aus einer Hand“ kann eine win-win-Situation für Patienten, Leistungserbringer und Krankenkassen schaffen

Chronisch psychisch kranke und suchtkranke Menschen benötigen überdurchschnittlich viele Leistungen der Krankenversorgung und überdurchschnittlich oft Krankengeld wegen Arbeitsunfähigkeit. Besonders problematisch sind längere (und häufige) Krankenhausaufenthalte, da sie die alltäglichen Strukturen des Lebens und Arbeitens unterbrechen und kostenintensiv sind. Die bisherige ambulante Versorgung ist im Zusammenspiel der einzelnen Leistungserbringer, aufgrund der Probleme bei verbindlichen und verfahrenseffizienten Leistungsvernetzungen und wegen des Fehlens qualifizierter Schnittstellenangebote und eines fallbezogenen Case-Managements sicher suboptimal. Die Hoffnung, dass eine integrierte ambulante Versorgung leistungsfähiger sein könnte, weil die Leistungserbringer direkte Vertragsbeziehungen untereinander und zur Krankenkasse ein-

■ Handlungsempfehlungen für diakonische Einrichtungen und Dienste

gehen, muss unter den Kooperationspartnern und insbesondere gegenüber den Krankenkassen immer wieder konkret verdeutlicht werden.

5. Gemeinsames Handeln im Rahmen eines integrierten Versorgungsvertrags setzt Vertrauen, konvergierende fachliche und ökonomische Perspektiven und die Bereitschaft zum gemeinsamen Experiment voraus

In der integrierten Versorgung erhält der Patient verschiedene, zum Beispiel ärztliche, pflegerische, soziotherapeutische Leistungen „aus einer Hand“. Die Leistungserbringer, die sich zusammenschließen, um mit einer Krankenkasse einen Vertrag abzuschließen, müssen einander vertrauen und gemeinsame fachliche und ökonomische Perspektiven entwickelt haben. Die einzelnen Einrichtungen und Träger der Sozialpsychiatrie und der psychosozialen Suchthilfe müssen sich deshalb entscheiden, ob sie im Interesse einer verbesserten (langfristig effektiven und kosteneffizienten) Versorgung psychisch kranker und suchtkrank Menschen Entwicklungsplanungen und -entscheidungen weiter nur im Rahmen ihrer eigenen Trägerstrukturen betreiben oder

aber das Wagnis einer vertrauensvollen Kooperation mit bislang möglicherweise auch konkurrierenden anderen Leistungserbringern eingehen wollen. In der gegenwärtigen „Pionierphase“ muss sicher viel Entwicklungs- und Überzeugungsarbeit geleistet werden, der (noch) keine Erlöse gegenüberstehen.

6. Der Einzelvertrag mit einer Krankenkasse erfordert professionelle juristische und betriebswirtschaftliche Unterstützung sowie gesundheitspolitische Überzeugungsarbeit

Der Einzelvertrag mit einer Krankenkasse (oder mehreren) ist für die meisten der beteiligten Leistungserbringer Neuland. Bei der Aushandlung des Leistungs- und Haftungsumfangs sowie der Vergütung ist professionelle juristische und betriebswirtschaftliche Unterstützung empfehlenswert. Besondere gesundheitspolitische Überzeugungsarbeit kann erforderlich sein, um Krankenkassen dafür zu gewinnen, sich gezielt im Bereich der Behandlung chronischer psychischer Erkrankungen und Suchterkrankungen zu engagieren und Dienste und Einrichtungen außerhalb des medizinischen Systems einzubeziehen.

Integrierte Versorgung nach den §§ 140a-d SGB V für psychisch kranke und suchtkranke Menschen: Politische Perspektiven und Forderungen

Die Zahl der Menschen, die im Verlauf ihres Lebens psychisch erkranken, nimmt nach verschiedenen Studien in den letzten Jahren stetig zu. Nach dem Gesundheitsbericht der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) liegt der Anteil der psychischen Erkrankungen bei ihren Versicherten bundesweit auf Rang vier der häufigsten Erkrankungen. Die Techniker Krankenkasse berichtet in ihrem Gesundheitsreport 2005, dass psychische Erkrankungen im Hinblick auf die Arbeitsunfähigkeitstage ihrer Versicherten 2004 zur zweitwichtigsten Erkrankungsgruppe geworden sind. Entgegen dem allgemeinen Trend des Rückgangs von Fehltagen bei allen anderen Krankheiten stiegen diese bei den psychischen Störungen zwischen 2000 und 2004 um 20 Prozent an; bei den arbeitslosen Versicherten sogar um knapp 30 Prozent.

Alkoholabhängigkeit ist nach dem Gesundheitsreport der Gmünder Ersatzkasse (GEK) bei ihren Versicherten der zweithäufigste Anlass für eine Behandlung im Krankenhaus, bei einem Anstieg der Behandlungshäufigkeit im Jahr 2004 gegenüber 1994 um gut 100 Prozent.

Weltweit liegt die Depression an erster Stelle bei den Ursachen der durch Behinderung beeinträchtigten Lebensjahre bezogen auf die gesamte Lebensspanne (years of life with disability; World Health Report 2001). Alkohol ist die fünfthäufigste Ursache, gefolgt von Schizophrenie auf Rang sieben und der bipolaren Störungen auf Rang neun.

Diese Zahlen unterstreichen eindrucksvoll, dass die Versorgung psychisch kranker und suchtkranker Menschen nicht nur für das gegenwärtige Gesundheitssystem, sondern darüber hinaus auch für die anderen beteiligten sozialen Sicherungssysteme eine große Herausforderung darstellt.

An der Versorgung psychisch kranker und suchtkranker Menschen sind fast alle sozialen Sicherungssysteme beteiligt:

Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung, Grundsicherung, Sozialhilfe, Arbeitsförderung, Kinder- und Jugendhilfe und darüber hinaus noch Angebote kommunaler Daseinsvorsorge. Dabei sind verschiedene Abschnitte der Hilfen unterschiedlichen Leistungsträgern zugeordnet, die die Planung und Steuerung ihrer jeweiligen Angebote kaum aufeinander beziehen, geschweige denn koordinieren. Dies gilt sowohl für die Versorgungsstrukturen als auch für die Kooperation im Einzelfall. Insbesondere Menschen mit chronischen Erkrankungen, deren Unterstützungsbedarf vielfach eine „Schnittmenge“ komplexer Leistungsträger übergreifender Hilfen umfasst, geraten zwischen die Hilfesysteme.

1. Herausforderungen für das Gesundheitssystem

Doch auch innerhalb der einzelnen sozialen Sicherungssysteme wie beispielsweise dem Gesundheitssystem lässt sich eine starke Segmentierung und ein historisch gewachsenes Nebeneinander von Leistungsstrukturen beobachten, das eine wesentliche Ursache für die Unter-, Über- und Fehlversorgung vor allem chronisch kranker Menschen darstellt. Da die meisten Menschen, die an einer psychischen Erkrankung oder einer Suchterkrankung leiden, zunächst mit dem Gesundheitssystem in Kontakt kommen, sind Reformvorhaben, die hier die bessere Verzahnung der unterschiedlichen medizinischen Sektoren anstreben, nachhaltig zu unterstützen. In diesem Sinne greift die Diakonie die Möglichkeiten der §§ 140a-d SGB V auf, um integrierte Versorgungsformen für psychisch kranke und suchtkranke Menschen auf den Weg zu bringen.

Mit den §§ 140a-d SGB V hat der Gesetzgeber einen neuen Weg beschritten, um die Zusammenarbeit zwischen den Sektoren der Krankenversorgung zu ermöglichen. Mit dem Einzelvertrag und weitgehender Vertragsfreiheit zwischen Krankenkasse

und Leistungserbringergemeinschaft setzt er darauf, dass sich die für die Patienten sinnvollen neuen Versorgungsformen im Wettbewerb zwischen Krankenkassen einerseits und Leistungserbringern andererseits herausbilden. Ob dies auch für die Versorgung psychisch kranker und suchtkranker Menschen gilt, ist noch offen.

Um jedoch der integrierten Versorgung dieser Patientengruppen eine echte Chance zu geben, sind aus Sicht der Diakonie die drei folgenden Schritte notwendig: Erstens müssen psychosoziale Einrichtungen und Dienste die Möglichkeit haben, an integrierten Versorgungsverträgen nach § 140b SGB V teilzunehmen. Zweitens sind Soziotherapie (§ 37a SGB V) und Häusliche Krankenpflege für psychisch kranke Menschen (§ 37 SGB V) als ambulante Kernleistungen umgehend flächendeckend zu realisieren, damit integrierte Versorgungsformen darauf aufbauen können. Drittens ist – über die §§ 140a-d SGB V hinausgehend – zu prüfen, wie ambulante Komplexleistungen für psychisch kranke und suchtkranke Menschen realisiert werden können.

2. Öffnung der integrierten Versorgung nach den §§ 140a-d SGB V für kooperierende psychosoziale Einrichtungen und Dienste

Die §§ 140a-d SGB V bieten die Möglichkeit, Leistungen der Krankenversorgung sektorenübergreifend aus einer Hand anzubieten. Für psychisch kranke und suchtkranke Menschen ist eine Bündelung der medizinisch-therapeutischen und psychosozialen Leistungen fachlich und im Hinblick auf Leistungseffizienz sinnvoll. Das Ziel der integrierten Versorgung muss es sein, die multidisziplinären Leistungen, die teilweise schon in der stationären Versorgung vernetzt angeboten werden können, auch ambulant aus einer Hand bereitzustellen. Auf diese Weise können belastende und kostenaufwändige Klinikaufenthalte reduziert sowie psychisches Leid und die Chronifizierung an sich gut behandelbarer Erkrankungen vermieden werden.

Um dieses Ziel zu erreichen, ist es sinnvoll, den Kreis der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer um die psychosozialen

Dienste und Einrichtungen zu erweitern, die im ambulanten Bereich mittelbar an der Therapie beteiligt sind beziehungsweise deren Ergebnisse im Lebensalltag der Patienten stabilisieren und sichern. In der Praxis geschieht dies bereits, wenn zum Beispiel Beratungsstellen und Wohneinrichtungen in die integrierte Versorgung einbezogen werden, weil sie notwendige Leistungen in den Bereichen Case-Management und Compliance erbringen. Um diesen Prozess einer am Bedarf der Patienten orientierten Bündelung von Leistungen zu unterstützen, sollten die §§ 140a-d SGB V so ergänzt werden, dass auch Träger von Einrichtungen nach dem SGB XI und dem SGB XII sowie kommunal finanzierte Beratungsstellen direkte Vertragspartner eines integrierten Versorgungsvertrages werden können, sofern sie die integrierte Krankenversorgung bei bestimmten Indikationen wesentlich fördern und erleichtern. Die bisherigen Regelungen der §§ 140a-d SGB V spiegeln die vom Sachverständigenrat kritisierte „somatische Fixierung“ des deutschen Gesundheitswesens wider, da sie primär auf Strukturen und Abläufen der somatischen Versorgung abzielen. Die im § 2a SGB V aufgestellte Forderung, den Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung zu tragen, ist in der aktuellen Ausgestaltung der integrierten Versorgung für die Personengruppen der chronisch psychisch und suchtkranken Menschen nicht ausreichend berücksichtigt.

3. Die Einführung von Soziotherapie (§ 37a SGB V) und Häuslicher Krankenpflege für psychisch Kranke (§ 37 SGB V) sind Voraussetzungen für eine sinnvolle integrierte Versorgung von psychisch kranken Menschen

Ein weiteres zentrales Hindernis bei der Umsetzung integrierter Versorgungsmodelle im Bereich der Psychiatrie stellt die Tatsache dar, dass wichtige medizinische Leistungen, wie die Soziotherapie und die Häusliche Krankenpflege für psychisch Kranke, nicht flächendeckend angeboten werden beziehungsweise wie die Soziotherapie für suchtkranke Menschen explizit gar nicht nutzbar ist. Die Soziotherapie, die psychisch schwer erkrankten Menschen das Leben zu Hause und die Teilnahme an der Therapie – sinnvollerweise aber auch an Maßnahmen zur so-

zialen und beruflichen Rehabilitation – ermöglichen soll, hat eine Schlüsselstellung für eine ausreichende ambulante Versorgung des Personenkreises. Denn Soziotherapie stellt als SGB V-Leistung eine fachliche Schnittstelle zu den psychosozialen Leistungen dar.

Gesetzgeber und Selbstverwaltung stehen in einer besonderen Verantwortung. Der Projektbericht der „Aktion Psychisch Kranke“ zum Stand der Umsetzung von Soziotherapie hat deutlich werden lassen, dass sowohl die Richtlinien als auch die Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie die restriktive Zulassungspraxis der Leistungsträger dazu geführt haben, dass Soziotherapie nach wie vor nicht flächendeckend umgesetzt wird. Und dies, obwohl Soziotherapie vor über sechs Jahren gesetzlich verankert worden ist.

Die Häusliche Krankenpflege für psychisch Kranke ist ebenfalls ein notwendiges Element einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung, das aufgrund der 2005 in Kraft getretenen Richtlinien nun bundesweit realisiert werden kann. Kritisch zu beurteilen sind allerdings auch hier die in den Richtlinien vorgenommenen Beschränkungen der Verordnungs-fähigkeit und -dauer. Dass die Umsetzung der Häuslichen Krankenpflege einen anderen Verlauf nehmen wird als bei der Soziotherapie, ist nachdrücklich zu fordern. Soziotherapie und Häusliche Krankenpflege für psychisch Kranke sind als aufsuchende Leistungen nicht nur für ambulante Krankenversorgung im Allgemeinen dringend notwendig, sondern auch im Kontext integrierter Versorgung unverzichtbar. In diesem Kontext werden sie stärker mit den anderen Therapie- und Teilhabeleistungen verzahnt.

4. Auf dem Weg zu ambulanten Komplexeleistungen für psychisch kranke Menschen

Indem sich ambulante und stationäre Leistungserbringer, die für psychisch kranke und suchtkranke Menschen tätig sind, vertraglich miteinander verbinden, um ein integriertes Angebot zu machen, wird insbesondere die durch Einzelpraxen und eine Vielzahl anderer Leistungserbringer geprägte unübersichtliche und schwer zugängliche ambulante

Versorgungslandschaft in Frage gestellt. Integrierte Versorgung ist aufgrund des Einzelvertragsprinzips und des begrenzten Finanzierungsvolumens allerdings keine Grundlage für eine veränderte flächendeckende Versorgung, sondern realisiert die wünschenswerte sektorübergreifende Zusammenarbeit punktuell und exemplarisch.

Für die fachlich unstrittige Weiterentwicklung in der psychiatrischen Versorgung mit dem Vorrang ambulanter vor stationärer und teilstationärer Behandlung fehlen bislang noch ambulante Komplexeleistungen, die Leistungsträger übergreifend erbracht und koordiniert werden. Dieses Defizit weist jedoch über den Bereich des Fünften Sozialgesetzbuches hinaus und kann auch nicht durch Modelle zur integrierten Versorgung gelöst werden. Vielmehr stellt sich an dieser Stelle die Frage, inwieweit eine eigene Rechtsgrundlage für Komplexeleistungen im SGB IX den sozialrechtlichen Rahmen für die ambulante Behandlung und Versorgung vorgeben sollte.

5. Politische Forderungen

Das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) setzt sich zusammen mit seinen Fach- und Landesverbänden nachdrücklich für die Verbesserung der Versorgungssituation psychisch kranker und suchtkranker Menschen ein. Es fühlt sich dabei dem Grundsatz verpflichtet, anstehende Veränderungen unter der Perspektive zu bewerten und zu initiieren, ob und inwieweit sie die Situation der „Schwächsten“, in diesem Kontext also der chronisch psychisch Kranken und der seit Jahren chronisch Suchtkranken, berücksichtigt und verbessert.

Vor diesem Hintergrund unterstützt das Diakonische Werk der EKD die diakonischen Dienste und Einrichtungen auf deren Weg, den fachlich gebotenen Vorrang von ambulanter gegenüber stationärer Behandlung und Betreuung durch entsprechende differenzierte und personenzentrierte Angebote zu realisieren.

Auf diesem Weg sieht das Diakonische Werk der EKD zwei schwerwiegende Hindernisse, die vom Gesetzgeber beziehungsweise von der Selbstverwaltung beseitigt werden müssen, damit chronisch

■ Integrierte Versorgung nach den §§ 140a-d SGB V für kranke und suchtkranke Menschen

psychisch kranke beziehungsweise suchtkranke Menschen integriert versorgt werden können:

1. Das Diakonische Werk der EKD fordert den Gesetzgeber auf, die §§ 140a-d SGB V den Belangen chronisch psychisch kranker Menschen anzupassen und damit Leistungsanbieter nach dem SGB XI und SGB XII sowie kommunal finanzierte Beratungsstellen als direkte Vertragspartner zur integrierten Versorgung zuzulassen.

2. Das Diakonische Werk der EKD appelliert an die Krankenkassen, Soziotherapie und Häusliche Krankenpflege für psychisch kranke Menschen im Gespräch mit den Leistungserbringern so umzusetzen, dass diese wichtigen Leistungen für chronisch psychisch Kranke flächendeckend verfügbar sind. Die schleppende und im Ergebnis unbefriedigende Umsetzung des § 37a SGB V (Soziotherapie) hat dazu geführt, dass die mit der Reform 2000 der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) eingeführte Leistung auch im Jahr 2006 nur punktuell verfügbar ist. Ähnliches ist bei der Umsetzung der Häuslichen Krankenpflege für psychisch Kranke zu befürchten. An den Gesetzgeber richtet das Diakonische Werk der EKD die Erwartung, dass er die Selbstverwaltung in die Pflicht nimmt, die gesetzlich vorgesehenen Leistungen für psychisch kranke Menschen zu realisieren.

a) Zur Realisierung von Soziotherapie fordert das Diakonische Werk der EKD, dass

- in den Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände zur Soziotherapie von unre-

alistischen Qualifikationsanforderungen und Tätigkeitsprofilen abgesehen wird,

- der Gemeinsame Bundesausschuss die Richtlinien dahingehend ändert, dass die Indikation von Soziotherapie nicht allein auf der Diagnose beruht, sondern auch den Schweregrad der Erkrankung und Probleme in der Alltagsbewältigung berücksichtigt. Der willkürliche Ausschluss von gerontopsychiatrischen und Abhängigkeitserkrankungen sowie die Engführung auf eine unmittelbar bevorstehende Krankenhausbehandlung und eine zu frühe Festlegung auf Behandlungsmaßnahmen sind gleichfalls zu revidieren.

b) Zur Umsetzung der Häuslichen Krankenpflege für psychisch Kranke fordert das Diakonische Werk der EKD die Krankenkassen zur umgehenden Ergänzung der bestehenden Rahmenverträge gemäß § 132a SGB V um Häusliche Krankenpflege für psychisch Kranke sowie zum Abschluss von Vergütungsvereinbarungen auf der Länderebene auf. Auch hier erschweren unrealistische Erwartungen an die Qualifikation des Personals und Personalvorhaltung den Aufbau des Leistungsangebotes. Aufgrund der in den Richtlinien erfolgten Beschränkung der Verordnungsfähigkeit und -dauer kommt es in einigen Regionen, in denen bisher Modellversuche stattgefunden haben, zurzeit sogar zu einem Abbau bisheriger Versorgungsangebote. Diese Entwicklung muss umgehend gestoppt und der Aufbau bedarfsentsprechender Angebote betrieben werden.

