



Positionspapier zur Integrierten Versorgung

Ambulant statt stationär

Die Positionen des Dachverbands Gemeindepsychiatrie e.V. zur Integrierten Versorgung in der Gemeindepsychiatrie

In Deutschland gibt es seit Anfang 2008 eine neue Versorgungs- und Behandlungsform für Menschen mit psychischen/seelischen Erkrankungen: die Integrierte Versorgung. Nach und nach entstehen in der Versorgungslandschaft gemeindenahere Behandlungsnetzwerke. Zunehmend mehr Menschen können in ihrem Lebensumfeld ambulante Angebote und Hilfen erhalten, die auf ihre individuellen Bedürfnisse abgestimmt sind. In gemeinsamer Verantwortung setzt ein multiprofessionelles Behandlungsteam psychotherapeutisch orientierte, lebensweltliche Konzepte des HomeTreatment um. Eingebunden in das Netzwerk sind Fach- und Hausärzt/innen, Psycho- und Soziotherapeut/innen, Ergotherapeut/innen, Pflegekräfte, (Tages-)Kliniken, Psychiatrische Institutsambulanzen und – auch das ist neu – Psychiatrie-Erfahrene. Sämtliche Leistungen werden gemäß SGB V von den teilnehmenden Krankenkassen finanziert und von gemeindepsychiatrischen Trägern vor Ort koordiniert.

Damit ist eine Behandlungsform auf den Weg gebracht, die darauf zielt, lebenswelt- und nicht angebotsorientiert zu arbeiten, stationäre Aufenthalte zu verkürzen oder besser noch, zu vermeiden und Wiederaufnahmen in Kliniken sowie Therapieabbrüche zu verringern. Aktuell sind rund 4000 Versicherte in sieben Bundesländern und vier Städten eingeschrieben, Tendenz steigend. (Stand 09/2012)

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie engagiert sich schon lange für Modelle Integrierter Versorgung (IV): mit Tagungen, Fortbildungen und Veröffentlichungen. Der Dachverband war maßgeblich an der Gestaltung des Referenzvertrags beteiligt, der jetzt als Grundlage für IV-Verträge zwischen Krankenkassen, gemeindepsychiatrischen Trägern, Netzwerkpartnern und Versicherten dient. Inzwischen bündelt die Bundesarbeitsgemeinschaft IV im Dachverband (BAG IV) die Aktivitäten und setzt sich dafür ein, dass die Integrierte Versorgung in Zukunft flächendeckend von Menschen mit psychischen/seelischen Erkrankungen als Behandlungsform gewählt werden kann.

Wir vertreten damit ein umfassendes Konzept,

- ... das die Behandlungssituation und die Lebenssituation der Menschen mit psychischen/seelischen Erkrankungen weiter verbessert. Aufsuchende Hilfen in einer ambulanten Struktur stärken sie darin, selbstbestimmt zu leben: die Basis für soziale und berufliche Teilhabe.
- ... das evidenzbasiert als die Behandlungsform mit den besten Erfolgsaussichten gilt und den derzeit höchsten nationalen und internationalen Qualitätsstandards und Leitlinien verpflichtet ist.
- ... das nicht allein die gemeindepsychiatrische Arbeit ganz neu ordnet, sondern die gesamte Struktur des Hilfesystems: Eine teambasierte, flexible Netzwerkarbeit überwindet nach und nach die starren Säulen von ärztlicher, stationärer und ambulanter Versorgung.
- ... das umfassende Erfahrungen aus 40 Jahren Gemeindepsychiatrie mit erfolgreichen IV-Modellen und Methoden verknüpft, die sich bereits europaweit bewährt haben: unter anderem in Skandinavien, den Niederlanden, Italien und Großbritannien.
- ... das sich auf Budgetmodelle stützt, die den Erhalt und die Wiederherstellung von Gesundheit – und nicht von Krankheit – ökonomisch belohnen.

Kurz: Integrierte Versorgung zur Förderung psychischer Gesundheit, wie wir sie verstehen und weiter gestalten wollen, entwickelt die alte sozialpsychiatrische Forderung „ambulant vor stationär“ konsequent weiter zu „ambulant statt stationär“. Das Ganze ist ein Prozess, der unterschiedlich schnell und regional verschieden voranschreitet. Während in den Pilotmodellen bereits die erste Evaluation erfolgt, werden in anderen Kommunen gerade neue Behandlungsnetzwerke aufgebaut. Gemeindepsychiatrische Träger schulen ihre Mitarbeiter/innen, weitere Krankenkassen entscheiden über eine Teilnahme beziehungsweise darüber, ob sie künftig einen IV-Vertrag anbieten wollen.

Die ersten Schritte sind getan. Nun geht es weiter. Die Umsetzung der Integrierten Versorgung erfordert Erfahrung und Flexibilität, um praxistauglich und erfolgreich zu sein. Probleme an Schnittstellen sind nicht immer ausgeschlossen. Für die Netzwerkpartner kommt es darauf an, sich diesen zu stellen und nach Lösungen zu suchen. Die Positionen des Dachverbands Gemeindepsychiatrie und der in ihm organisierten Träger zur Qualität der Integrierten Versorgung sind eindeutig und verbindlich.

Wir fassen im Folgenden die wesentlichen Grundlagen zusammen, auf die wir und insbesondere die Mitgliedsorganisationen der BAG IV weiter aufbauen wollen.

1. Inklusion leben:

Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige im Versorgungsnetz

Mittendrin statt in Ersatzwelten: Integrierte Versorgungsmodelle bieten eine echte Chance, um den Leitgedanken von Inklusion umzusetzen. Sie setzen auf eine neue Beteiligungskultur, Selbstbestimmung und mehr Eigenständigkeit. Ambulante Versorgungsangebote, wie ärztliche Behandlung, Pflege, psychosoziale Hilfe und Unterstützung, sind miteinander vernetzt und auf die eigene, häusliche Alltagswelt des/der Betroffenen abgestimmt. Sie fördern den Erhalt von Arbeit, Familie und Wohnung. Wir knüpfen damit ausdrücklich an die UN Konvention von 2009 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen an, die gleichermaßen für Menschen mit psychischen/seelischen Erkrankungen und Behinderungen gilt.

Inklusion kann außerdem noch auf einer ganz anderen Ebene stattfinden: Die Perspektive der Betroffenen – und hierzu gehören Psychiatrie-Erfahrene wie Angehörige – trägt wesentlich zum Verständnis von psychischem Leiden und zur Identifizierung von Ressourcen bei. Es ist darum folgerichtig, sie auch als Mitarbeiter/innen in die lokalen Behandlungsnetzwerke zu integrieren. EX-IN-Konzepte haben sich in der gemeindepsychiatrischen Arbeit längst bewährt. Ein Ziel ist es daher, psychiatrie-erfahrene Menschen entsprechend zu schulen und sie als Mitarbeiter/innen in multiprofessionellen Teams einzusetzen – auf gleicher Augenhöhe mit allen anderen therapeutischen und psychiatrischen Fachkräften.

2. Behandlungsnetzwerke vor Ort systematisch aufbauen:

Managementgesellschaften als Bindeglied

Auf der Basis von § 140 a - d SGB V schließen Krankenkassen einen IV-Vertrag mit den gemeindepsychiatrischen Leistungsanbietern. Damit sind diese unter anderem beauftragt, alle notwendigen Behandlungsleistungen zu koordinieren. Und sie übernehmen verantwortlich den jeweils im Vertrag beschriebenen Behandlungsauftrag für die Versicherten. Die Versicherten schreiben sich ihrerseits in den IV-Vertrag ein, um die kassenfinanzierten Leistungen in Anspruch nehmen zu können.

Das ist, in knapper Form, die vertragliche Grundlage. Um vor Ort Integrierte Versorgung überhaupt anbieten zu können, braucht es einen gewissen Vorlauf: Die entsprechenden Behandlungsnetzwerke müssen systematisch aufgebaut, regionale Netzwerkpartner gewonnen, Versorgungs- und Behandlungsangebote miteinander verzahnt werden. Eine Aufgabe, die ebenso wesentlich wie komplex ist. Bisher hat sich dafür die Gründung von gemeindepsychiatrischen regional verteilten Managementgesellschaften allorts bewährt. Eine Managementgesellschaft baut nicht nur die regionale, sektorenübergreifende Organisationsstruktur auf. Als Vertragsnehmerin der Krankenkassen trägt sie außerdem die gemeinsame unternehmerische Verantwortung eines Versorgungsnetzwerks. Insgesamt stellt sie den organisatorischen Rahmen für alle Leistungsverträge im Rahmen der IV dar. Die gemeindepsychiatrische Managementgesellschaft ist damit auch die Koordinationsstelle für Versicherte, die Integrierte Versorgung in Anspruch nehmen möchten.

3. Das ambulante Netzwerk:

Multiprofessionelle Teams in Versorgungspartnerschaft

In einem ambulanten Behandlungsteam sind Psychiatrische Fachärzte, Hausärzte, Psychotherapeuten, Soziotherapeuten, Pflegekräfte, Sozialpädagogen, Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige eng miteinander verbunden. Innerhalb des Teams gibt es einen Koordinator mit sozialpädagogischer oder fachpflegerischer Ausbildung. Bei ihm laufen alle organisatorischen Fäden zusammen: Im Behandlungsteam selbst moderiert und begleitet er den Behandlungsprozess von Anfang an. Alle verfügen stets über dieselben Informationen. Gleichzeitig steht er als persönlicher Bezugsbegleiter mit dem eingeschriebenen Patienten kontinuierlich in Kontakt. Auf diese Weise unterstützt er das Behandlungsteam darin, die verschiedenen Leistungen sinnvoll auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten abzustimmen. Der Gesamttherapieplan entsteht immer im Dialog mit dem Betroffenen, wenn möglich im Trialog mit seinen wichtigsten Bezugspersonen. Auf dieser Grundlage können sich die eingeschriebenen Patienten dann in ihrem gewohnten Lebensumfeld psychiatrisch und psychotherapeutisch behandeln und begleiten lassen. Damit ihre Behandlung und Begleitung optimal ausgerichtet bleibt, überprüft ein Koordinator mit ihnen gemeinsam regelmäßig den Entwicklungsstand. Leistungen und Hilfen werden danach gegebenenfalls angepasst.

Zum Behandlungsnetz gehört ein Rückzugshaus, das den Patient/innen alternativ zur stationären Behandlung offen steht. Daneben ist eine wohnortnahe Koordinationsstelle täglich 24 Stunden telefonisch erreichbar. Sie ist bei dem regional vernetzten gemeindepsychiatrischen Träger angesiedelt und hält telefonische Beratung vor oder ermöglicht zeitnahe Hausbesuche. Kliniken mit psychiatrischen Fachabteilungen sowie Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) bleiben wichtige Kooperationspartner für ambulante Netzwerke. Je früher Kliniken in den Aufbau regionaler Netze einbezogen sind, umso größer sind die Synergieeffekte in der Praxis – vor allem für die Patienten. Sie profitieren von verbesserten Behandlungsangeboten, denn die therapeutischen Konzepte des ambulanten Behandlungsteams können in Zukunft leichter in der Klinik fortgesetzt werden – und umgekehrt. Im Bedarfsfall erhalten die Patienten dann künftig vernetzte Hilfen, die ihre Lebenssituation umfassender berücksichtigen.

Wie die regionalen Behandlungsnetze jeweils zusammengesetzt sind, kann im Einzelnen variieren. Viele Faktoren spielen dabei eine Rolle, wie zum Beispiel die unterschiedlichen Ausgangsbedingungen von ländlichen Gebieten und Städten. Eine Herausforderung sind noch immer die aktuellen Engpässe in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Im Rahmen von IV-Verträgen können daher auch approbierte, nicht niedergelassene Psychotherapeut/innen mit in das Netzwerk einbezogen werden. Das setzt voraus, dass sie systemisch ausgebildet sind, Erfahrungen mit Menschen mit psychischen Erkrankungen haben – und dass ihre Leistungen angemessen vergütet werden können.

Mit ihrer sektorenübergreifenden, flexiblen Struktur sind Integrierte Versorgungsmodelle wegweisend, auch wenn es darum geht, jedem Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung Psychotherapie als Regelversorgung zugänglich zu machen. Nicht mehr und nicht weniger möchte der Dachverband Gemeindepsychiatrie in Zukunft erreichen. Dieses entscheidende versorgungspolitische Ziel teilen wir mit der Bundespsychotherapeutenkammer. Beide Organisationen stützen sich dabei auf internationale Leitlinien und die Ergebnisse evidenzbasierter Medizin.

4. Richtungweisend: Psychotherapeutisch und systemisch orientierte Instrumente und Methoden

Psychotherapie, Hometreatment und Need adapted treatment – diese Ansätze bilden die Eckpfeiler für eine umfassende, qualitativ hochwertige Integrierte Versorgung.

Psychotherapie

Psychotherapie ist für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in fast allen Fällen das Mittel der Wahl oder zumindest unverzichtbarer Teil eines Gesamttherapieplans. Eine psychotherapeutische Grundorientierung und Basiskompetenz aller Mitglieder eines Behandlerteams ist daher handlungsleitend. Das Team erbringt psychotherapeutische und psychosoziale Leistungen. Integriert in den Gesamttherapieplan sind psychotherapeutische Einzel- oder Gruppenbehandlungen möglich.

Hometreatment – die therapeutische Arbeit im Lebensumfeld der Patienten

Die Form der aufsuchenden Hilfen gehört in der Integrierten Versorgung zu den Qualitätsstandards: Die multiprofessionellen Hometreatment-Teams behandeln und begleiten die eingeschriebenen Patienten wenn möglich in ihrem häuslichen Umfeld.

Need adapted treatment – die bedürfnisangepasste Behandlung

Der Patient wird als Teil seines sozialen Netzwerks aufgefasst, soziale Prozesse statt individueller Psychopathologie stehen im Vordergrund. Kern des bedürfnisangepassten Ansatzes sind Netzwerkgespräche („Therapieversammlungen“¹) gemeinsam mit dem Patienten und seinen aktuell wichtigen privaten und professionellen Bezugspersonen von Anfang an. Diese Gespräche sind auch der Ort der Therapieplanung. Der Behandlungsprozess wird immer wieder abgestimmt. Die Teilnehmer können im Verlauf prozess- und situationsangepasst wechseln. Essentielle, die Netzwerkgespräche leitende Prinzipien sind die des sogenannten „Offenen Dialogs“.

¹ J.Seikkula,T.E.Arnkil, „Dialoge im Netzwerk“ Neue Beratungskonzepte für die psychosoziale Praxis, Paranus 2007

5. Höchsten Qualitätsstandards verpflichtet: Qualitätskriterien, Leitlinien und Evaluation

Der Aufbau der Integrierten Versorgung ist nicht nur ein Prozess mit unterschiedlichen Geschwindigkeiten. Auch die praktische Arbeit im Rahmen der verschiedenen Versorgungsmodelle muss flexibel sein und sich den jeweiligen Gegebenheiten und Erfordernissen anpassen. Umso wichtiger ist es, überall die gleiche hohe fachliche und methodische Qualität zu sichern. Darum vereinbaren die Leistungserbringer des Dachverbands verbindliche Qualitätsstandards miteinander: Als Richtschnur für unsere Arbeit in den ambulanten Netzwerken und als Orientierung für Patienten und Angehörige. Eine fortlaufende, einheitliche Evaluation ist selbstverständlich.

Die Qualitätsstandards basieren zum einen auf den Anwendungserfahrungen der Gemeindepsychiatrie. Zum anderen stützt sich der Dachverband Gemeindepsychiatrie auf führende internationale und nationale Leitlinien. Dazu gehören die des britischen National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), das regelmäßig umfassende und verlässliche Empfehlungen zu Best Practice-Modellen veröffentlicht. Genauso richtungweisend sind die aktuellen „S3-Leitlinien für Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Orientiert am Empowerment-Ansatz bestimmen sie die Inhalte und die Struktur der entstehenden regionalen Behandlungsnetzwerke.

6. Unternehmerisches Handeln und Abgrenzung zur Pharmaindustrie

Die Mitgliederorganisationen des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie sind einer gemeindepsychiatrischen und lebensweltorientierten Qualität verpflichtet. Der Dachverband spricht sich daher entschieden für eine qualitäts- und wertorientierte Vielfalt der Trägerstrukturen aus. Erfolgreiche gemeindenaher IV-Modelle müssen wirtschaftlich sein. Das bedeutet aber nicht, dass sie vor allem darauf ausgerichtet sind, Profite auf Kosten der psychisch erkrankten Menschen zu maximieren und den Markt zu beherrschen. Dies lehnt der Dachverband ebenso entschieden ab wie monopolistische Versorgungsstrukturen.

Der Dachverband wendet sich außerdem strikt gegen jegliche vertragliche Verbindung mit der Pharmaindustrie: Solche integrierten Versorgungsmodelle sind eindimensional medizinisch ausgerichtet. Sie entsprechen daher nicht den aktuellen Standards einer qualitativ hochwertigen ambulanten Versorgung. Die Kritik und fachliche Auseinandersetzung des Dachverbandes und anderer Fachverbände gilt in erster Linie den Krankenkassen, die eine Zusammenarbeit mit der Pharmaindustrie anstreben oder bereits umsetzen.

7. Ausblick:

Neue Finanzierungsmodelle bauen Doppelstrukturen ab

Integrierte Versorgungsmodelle sind versorgungspolitisch und ökonomisch sinnvoll: Aufeinander abgestimmte ambulante Leistungen eines Versorgungsnetzwerks tragen dazu bei, Doppelstrukturen aufzulösen, Klinikaufenthalte zu vermeiden oder zu verringern und Klinikbetten abzubauen. Außerdem belohnen die neuen Budgetmodelle stärker als bisher den Erhalt und die Wiederherstellung von Gesundheit. Aus dem Gesamtbudget eines Netzwerkes werden ausdrücklich auch präventive Angebote finanziert und dauerhaft vorgehalten. Bestes Beispiel dafür ist das Rückzugshaus. Bei Bedarf steht es allen Versicherten offen, die in einen IV Vertrag eingeschrieben sind.

All dies erfordert ein vertraglich geregeltes Gesamtbudget, das die Kosten aller Leistungserbringer deckt. Gleichzeitig muss ein neues Entgeltsystem es psychiatrischen Kliniken und Fachärzten ermöglichen, sich mit gemeindepsychiatrischen Trägern zu vernetzen. Aktuell werden die Leistungen im Rahmen der Integrierten Versorgung über Versorgungspauschalen vergütet. Sie sehen einen festen Betrag pro Versichertem und Jahr vor. Um das Gesamtbudget eines regionalen Versorgungsnetzwerks zu ermitteln, werden die Zahl der teilnehmenden Versicherten, das Morbiditätsrisiko und die Kosten für präventive Strategien in den IV-Verträgen zugrunde gelegt. Die Höhe des Budgets verhandelt dann die jeweilige Krankenkasse mit dem gemeindepsychiatrischen Träger.

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie tritt dafür ein, dass Integrierte Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen langfristig zur Regelversorgung werden kann. Dafür sind Budgetvergütungsmodelle denkbar, die unabhängig von der Zahl aktuell erkrankter Menschen regionale Versorgungsstrukturen mit gesicherten finanziellen Mitteln ausstatten. Auf der Basis solcher trägerübergreifenden Budgets könnten die Akteure des regionalen Netzwerkes völlig bedarfsangemessen in der Lebenswelt der Menschen einer Region oder eines Quartiers tätig werden.

Dies kann nur gelingen, wenn Leistungserbringer und Kostenträger zusammen professionell, vertrauensvoll und transparent verschiedene Modelle miteinander planen und weiterentwickeln. Dafür setzen wir uns ein.

Der Vorstand

Bonn, September 2012

10 gute Gründe, Mitglied zu werden

1. **Werden Sie Teil unseres starken Netzwerks** und profitieren Sie von breitem Wissen und qualifiziertem Engagement für eine primär ambulante, personenorientierte, multiprofessionelle, bürgernahe und inklusive Gemeindepsychiatrie.
2. **Nutzen Sie unseren fachlichen Einfluss** auf Entscheidungsträger aus Politik und Verwaltung, auf Vertreterinnen und Vertreter von Sozialleistungs- und Kostenträgern.
3. **Nutzen Sie uns als Sensor für neue Entwicklungen in der Sozialpsychiatrie** durch einen umfassenden Informationspool unserer vernetzten Mitgliedsorganisationen, in dem Sie Ihr Erfahrungswissen teilen und Anregungen finden, um aus Ihren Ideen innovative, regional umsetzbare Konzepte zu entwickeln.
4. **Vernetzen Sie sich auf Bundesebene** und nutzen Sie Synergien zur gemeinsamen Gestaltung einer lebensweltorientierten, ambulanten Psychiatrie – zum Beispiel im Rahmen des Fachausschusses Integrierter Versorgung und bei Tagungen und Veranstaltungen zu aktuellen Entwicklungen in der Gemeindepsychiatrie. Nutzen Sie diese Foren zur Vorstellung Ihrer innovativen Arbeitsansätze.
5. **Schaffen Sie sich ein Forum**, um Ihre Themen, Positionen und Konzepte zu vermitteln – zum Beispiel durch Beiträge in der größten gemeindepsychiatrischen Fachzeitschrift „Psychosoziale Umschau“, Vorträge bei unseren Tagungen und Fachveranstaltungen, auf unserer Homepage oder durch die Mitherausgeberschaft von Materialien und Arbeitshilfen.
6. **Schaffen Sie sich einen Wissensvorsprung** durch unseren zeitnahen Informationstransfer zwischen unseren Mitgliedern im Intranet sowie im Rahmen bundesweiter Tagungen und Impulsveranstaltungen.
7. **Fördern Sie die Weiterentwicklung** Ihrer Organisation sowie Ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – fachlich, organisatorisch und wirtschaftlich. Nutzen Sie unser Mitgliederintranet, Tagungen, Fortbildungsveranstaltungen und Fachpublikationen für die interne Weiterbildung und stärken Sie die persönliche Vernetzung Ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.
8. **Erhalten Sie als Mitglied des Dachverbands geldwerte Vorteile** – zum Beispiel durch den kostenlosen Bezug der „Psychosozialen Umschau“ (PSU) und die ermäßigte Teilnahme an Fachtagungen.
9. **Werden Sie Teil des größten Psychiatrienetzwerks www.psychiatrie.de**, das wir gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP), dem Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (BApK), der Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK) und dem Psychiatrie-Verlag betreiben. Stellen Sie eigene Veranstaltungen, Arbeitsansätze und Materialien ein und profitieren Sie in unserem Mitgliederintranet vom konzeptionellen und fachlichen Austausch mit Kolleginnen und Kollegen.
10. **Bündeln Sie Ihre Kräfte in einer starken Interessenvertretung** auf Landes-, Bundes- und europäischer Ebene.

Und: Bleiben Sie unabhängig von privatwirtschaftlichen Interessen und industriellem Sponsoring.



**Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.**

Oppelnerstr. 130
53119 Bonn
dachverband@psychiatrie.de
www.psychiatrie.de/dachverband