

Stellungnahme zum IV. Dialogforum des Dialogs zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen des Bundesgesundheitsministeriums
02.12.2020

Personenzentrierte Versorgung und Vernetzung

Menschen mit psychischen Erkrankungen haben in der Regel einen komplexen Hilfebedarf. Eine personenzentrierte Versorgung stellt die Betroffenen in den Mittelpunkt und organisiert die medizinischen und psychosozialen Hilfen entsprechend der individuellen Bedarfe. Diesem Prinzip entspricht ein schweregradgestuftes regionales Versorgungsnetz, welches verbindliche Regeln zur Koordination und Vernetzung der Hilfsangebote einerseits und der Patientenwege andererseits umfasst. Der Gesetzgeber ist aufgerufen, einen gesetzlichen Rahmen für eine verpflichtende sektorenübergreifende Vernetzung der Leistungserbringer zu schaffen.

Die Empfehlungen auf einen Blick

- Es sollten regionale Netzwerkverbände aller Leistungserbringer geschaffen werden, welche niedrigschwellig zugänglich sind, verbindliche Regeln der Zusammenarbeit umfassen und evidenzbasiert arbeiten.
- Die Koordinations- und Kommunikationsleistungen der Leistungserbringer müssen angemessen vergütet werden. Zudem sollten die zuständigen Verwaltungseinheiten (z. B. Kommunen) personelle und technische Ressourcen für die Organisation des Netzwerks bereitstellen.
- Digitale Plattformen sollten bereitgestellt werden, welche die Organisation, Kommunikation und Verwaltung der beteiligten Leistungserbringer unterstützen.
- Ambulante Komplexleistungen sollten integraler Bestandteil einer personenzentrierten Versorgung sein. Sie können von fachärztlich geleiteten Schwerpunktpraxen, von Netzwerken aus Praxen und anderen Leistungserbringern sowie von Psychiatrischen Institutsambulanzen angeboten werden.
- Stationsäquivalente Behandlung (StäB) sollte flächendeckend verfügbar sein. Der Gesetzgeber sollte auf eine stärkere Verpflichtung zur Ermöglichung einer stationsäquivalenten Behandlung hinwirken.
- Perspektivisch sollten auch SGB-übergreifende (Komplex-)Leistungen stärker in den Blick genommen werden. Dies betrifft beispielsweise die Vernetzung zwischen gemeindepsychiatrischen Strukturen und dem medizinischen Versorgungssystem sowie die Ausrichtung von Leistungen am Bedarf von Kindern psychisch erkrankter Eltern.

Grundsätze

Die Bedarfe von Menschen mit psychischen Erkrankungen können alle Lebensbereiche betreffen und von Person zu Person sehr unterschiedlich ausfallen. Neben der medizinischen Behandlung haben insbesondere Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen Unterstützungsbedarf im Bereich der Teilhabe, etwa in Bezug auf Arbeit, Wohnen und die Einbindung in das soziale und gesellschaftliche Leben (siehe S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“). Der individuelle Bedarf der Betroffenen kann sich über die Zeit verändern. Gerade bei chronischen Erkrankungen wechseln sich häufig Phasen krisenhafter Zuspitzung mit hochintensivem, multiprofessionellem Komplexbedarf und Phasen relativer Gesundheit mit wenig bis keinem Behandlungsbedarf ab. Oftmals mangelt es den Betroffenen an der Fähigkeit, sich im Gesundheitswesen zu orientieren, eigenmotiviert Kontakt zu den relevanten Stellen aufzunehmen, Termine wahrzunehmen oder Entscheidungen bezüglich empfohlener Behandlungen zu treffen.

Aufgrund dieser Besonderheiten kommt das gut ausgestattete, aber stark fragmentierte Hilfesystem mit den beteiligten Berufsgruppen, Angebotsstrukturen und Finanzierungsgrundlagen (Sozialgesetzbücher) regelmäßig an seine Grenzen. Praktische Folgen können u. a. unnötige stationäre Aufnahmen, verzögerte ambulante Anschlussbehandlungen, Behandlungsabbrüche, Wiederaufnahmen, lange Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz und nicht-leitliniengemäße Behandlungen sein.

Um das Ziel einer evidenzbasierten, bedarfsgerechten und personenzentrierten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu erreichen, ist es notwendig, bestehende Angebote verbindlich zu vernetzen, die dafür notwendige Koordination und Kommunikation zu finanzieren und die Koordinationsverantwortung für den Patienten klar zu verorten.

Dabei sollten aus Sicht der DGPPN folgende Prinzipien handlungsleitend sein:

bedarfsorientiert: Der Bedarf der Betroffenen bedingt die Angebote und nicht die Angebote den Bedarf.

gestuft, vernetzt und koordiniert: Die regionale Vernetzung von Leistungserbringern und Angebotsstrukturen sollte schweregradgestuft erfolgen und verbindliche Regeln zu Koordination und Steuerung umfassen.

evidenzbasiert: Die Qualität der Angebote sollte anhand von medizinischen Leitlinien und definierten Qualitätskriterien gesichert werden.

flexibel: Inhalt, Dauer, Umfang und Frequenz der Behandlungsangebote sollten jederzeit an den aktuellen Bedarf des Patienten angepasst werden können.

niedrigschwellig und wohnortnah: Der Zugang zum Hilfesystem sollte niedrigschwellig und wohnortnah möglich sein.

kontinuierlich: Die Leistungen sollten aus einer Hand oder koordiniert wie aus einer Hand erbracht werden.

refinanziert: Die notwendigen Koordinations- und Kommunikationsleistungen der Leistungserbringer müssen erstattet werden.

Handlungsfeld 1: Sektorenübergreifende Behandlung

Die DGPPN setzt sich seit Jahren für die Überwindung von Sektorengrenzen und eine verpflichtende Vernetzung der Leistungserbringer ein. Dabei stellen die Schnittstellen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor die größte Herausforderung dar. Aus Sicht der DGPPN könnte hier ein schweregradgestuftes regionales Versorgungsnetz Abhilfe schaffen, welches verbindliche Regeln zur Koordination und Steuerung der Hilfsangebote einerseits und der Patientenwege andererseits umfasst. Ein so gestaltetes Versorgungsnetz kann den individuellen Hilfebedarf passgenau abdecken und damit einen wichtigen Beitrag zu einer personenzentrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung leisten.

Empfehlungen

- Es sollten regionale Netzwerksverbände aller Leistungserbringer geschaffen werden, welche durch eine geeignete Struktur gesteuert werden.
- Ein niedrigschwelliger Zugang könnte durch wohnortnahe und fachärztlich geleitete Diagnostik- und Krisendienste geschaffen werden, die eine Indikation stellen und die Vermittlung ins Versorgungsnetz übernehmen können.
- Die Zuständigkeiten sollten durch verbindliche schweregradgestufte Versorgungspfade definiert werden.
- Die Vernetzung der Leistungserbringer sollte durch geeignete Informations- und Kommunikationsstrukturen (siehe auch Handlungsfeld 5) gefördert werden.
- Es sollten einheitliche Qualitätskriterien für alle beteiligten Leistungserbringer festgelegt werden.
- Die Koordinations- und Kommunikationsleistungen der Leistungserbringer müssen angemessen vergütet werden.

- Für die Vernetzung innerhalb der Region sollten entsprechende personelle Ressourcen und für die Sicherstellung von Infrastruktur (IT, Räumlichkeiten u. a.) weitere finanzielle Ressourcen bereitgestellt werden.
- Der Netzwerkverbund sollte auf Leistungserbringer des sogenannten komplementären Bereichs (insbesondere SGB IX und SGB XI) oder auch der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) erweiterbar sein.

Hintergrund

Der Gesetzgeber hat verschiedene Möglichkeiten geschaffen, Modelle für eine sektorenübergreifende Behandlung zu erproben, die im Anhang hinsichtlich ihres Potenzials für eine Verstetigung erläutert werden. Aktuell werden im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch erkrankte Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (§ 92 Abs. 6b SGB V) erarbeitet.

Handlungsfeld 2: Stationsäquivalente Behandlung

Stationsäquivalente Behandlung (StäB) hat sich als eine neue Versorgungsform für Menschen mit psychischen Erkrankungen in einigen Regionen Deutschlands sowohl bei Patienten als auch bei Behandlern etabliert. StäB erreicht neue Gruppen von Patienten und ist somit nicht nur als Ersatz, sondern auch als Ergänzung zur stationären Behandlung zu betrachten. Sie ist problemlos durchzuführen und mit angemessenem Aufwand organisier- und finanzierbar. Ein sehr großer Anteil der Patienten würde StäB bei Bedarf wieder für sich auswählen, nicht zuletzt haben sie einen gesetzlichen Anspruch auf diese Leistung. Von einem flächendeckenden Angebot kann jedoch (noch) keine Rede sein.

Eine Reihe von Unsicherheiten und Hürden erschwert die lückenlose Implementierung von StäB in Deutschland. So ist die Bereitschaft der Krankenkassen, feste Vergütungsvereinbarungen mit Kliniken zu schließen, zu gering. StäB wird bislang (außer in Baden-Württemberg) nicht systematisch in die Krankenhausplanung der Bundesländer einbezogen. Aufgrund des allgemeinen Personalmangels haben Kliniken Schwierigkeiten dabei, entsprechend qualifiziertes Personal zu rekrutieren. Die Möglichkeiten zur Einbindung von niedergelassenen Fachärzten, ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten oder gemeindepsychiatrischen Leistungserbringern wird noch zu selten genutzt.

Empfehlungen

- Kliniken brauchen einen festen Planungsrahmen, um StäB für alle Seiten gewinnbringend anbieten zu können. Die bestehenden Unsicherheiten hinsichtlich der finanziellen, personellen und planerischen Aspekte könnten durch eine eindeutig positive Haltung der Krankenkassen und der örtlichen Planungsbehörden abgebaut werden.
- Die Bereitschaft der Krankenkassen zum Abschluss von Pflegesatzvereinbarungen mit Kliniken sollte durch gesetzliche und finanzielle Anreize erhöht werden.
- StäB sollte verpflichtend in die Krankenhausplanung der Länder einbezogen werden.
- Für die Etablierung von StäB-Teams ist eine entsprechende Personalausstattung erforderlich. Dem allgemeinen Nachwuchsmangel in der Psychiatrie, welcher auch bei der Besetzung von StäB-Teams zu spüren ist, muss begegnet werden.
- Die Einbindung des gemeindepsychiatrischen und vertragsärztlichen Bereichs sollte deutlich ausgebaut und flexibilisiert werden.
- Zusammenfassend sollte der Gesetzgeber auf eine stärkere Verpflichtung zur Ermöglichung einer stationsäquivalenten Behandlung hinwirken. Hierzu ist eine entsprechende Anpassung des § 115d SGB V bzw. der Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV), dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) und der Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) geboten.

Hintergrund

Aktuell bieten etwa 30-35 psychiatrische Kliniken stationsäquivalente Behandlung an (Stand Oktober 2020), was einem Anteil von ca. 8 % der insgesamt über 400 Fachkrankenhäuser, Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken entspricht. Zum 31.12.2021 legen der GKV-SV, der PKV und die DKG dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einen ersten gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen von StäB auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen vor (§ 115d Abs. 4 SGB V). Die vom Innovationsfonds geförderte AKtiV-Studie untersucht bis 2022 die Implementierung, die Behandlungsprozesse, die klinische Wirksamkeit, stationäre Wiederaufnahmeraten und die Kosten einer StäB im Vergleich zur konventionellen stationären Behandlung.

Handlungsfeld 3: Ambulante Komplexleistungen

Ein substanzieller Anteil heute in Deutschland stationär oder teilstationär behandelter Patienten könnte auch mittels einer (mobilen) ambulanten psychiatrischen Versorgung erreicht werden, welche den individuellen Hilfemix und die Behandlungsintensität flexibel an die Bedarfe der Patienten anpassen kann. Eine solche abgestimmte multiprofessionelle Behandlung aus einer Hand oder koordiniert wie aus einer Hand (ambulante Komplexleistung) ist bislang in der Regelversorgung nicht möglich.

Empfehlungen

Bei der möglichen Einführung ambulanter Komplexleistungen sollten folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Alle SGB-V-Leistungen einschließlich innovativer aufsuchender und telemedizinischer Hilfen sollten enthalten sein und Leistungen zur beruflichen und sozialen Teilhabe ergänzt werden können.
- Die Leistungen sollen abgestimmt, verbindlich koordiniert und bei Bedarf mobil erbracht werden können.
- Komplexleistungen müssen für Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen im Bedarfsfall auch längerfristig, im Einzelfall auch über mehrere Jahre möglich sein.
- Komplexleistungen sollten sowohl in Form von fachärztlich geleiteten Schwerpunktpraxen als auch in Form von Kooperationsvereinbarungen zwischen Praxen und anderen Leistungserbringern erbracht werden können.
- Auch Psychiatrische Institutsambulanzen sollten (intensiv-)ambulante Komplexleistungen¹ erbringen können, dafür sind bestehende Einschränkungen bzgl. Leistungsumfang und Behandlungsbefugnissen aufzuheben.
- Eine Zusammenarbeit zwischen psychiatrischen und psychotherapeutischen Praxen und Institutsambulanzen sollte gefördert werden.
- Eine angemessene Vergütung der Koordinations- und Kommunikationsleistungen der Leistungserbringer muss sichergestellt werden.

¹ Ein entsprechender Ansatz wurde bereits im sogenannten AMBI Konzept ausgearbeitet:
<https://www.dgppn.de/presse/stellungnahmen/stellungnahmen-2020/AMBI.html>

Hintergrund

Zurzeit ist die Erbringung ambulanter Komplexeleistungen für erwachsene Menschen mit psychischen Erkrankungen praktisch nur im Rahmen von Selektivverträgen, Innovationsfonds-Modellen und weiteren Modellprojekten möglich. Im Bereich der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) ist die Erbringung ambulanter Komplexeleistungen in beschränktem Umfang zwar möglich, allerdings (in PIAs gemäß § 118 Abs. 2 SGB V) nur für bestimmte Patientengruppen, mit begrenztem Leistungsumfang (keine Richtlinien-Psychotherapie) und in engen Vorgaben zur Intensität der Leistungen. Im Bereich der vertragsärztlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen und neurologischen Versorgung ist die Erbringung ambulanter Komplexeleistungen strukturell (noch) nicht abgebildet. Aktuell werden im G-BA Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (§ 92 Abs. 6b SGB V) erarbeitet.

Handlungsfeld 4: Kooperationsstrukturen mit Qualitätsstandards

Durch die Etablierung regionaler Kooperationsstrukturen (z. B. Gemeindepsychiatrische Verbände, Psychiatriebeiräte, Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften) wurde versucht, die Koordinierung von Behandlungs- und Teilhabeleistungen bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu realisieren. Die Ausgestaltung dieser Strukturen ist heterogen, was zum Teil auch an den unterschiedlichen Rechtsgrundlagen (Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze der Länder) liegt. Dadurch weisen sie unterschiedlich verbindliche Formen der Zusammenarbeit und der Patientenzentrierung auf. Die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes verschärft die Problematik der heterogenen Angebotsstrukturen, da jedes Bundesland eigene Bedarfsermittlungsinstrumente und jede Gemeinde ein eigenes Hilfeplanverfahren etabliert. Zudem sind die Schnittstellen zum medizinischen Leistungsbereich oftmals schlecht definiert oder es fehlen Anreize bzw. eine Kostendeckung für eine Beteiligung stationärer oder ambulanter ärztlicher Leistungserbringer innerhalb der regionalen, gemeindepsychiatrischen Kooperationsstruktur. Schließlich sind die Effektivität und der Wirkungsradius der einzelnen Verbände abhängig vom Engagement der Akteure vor Ort und den regional gewachsenen Strukturen.

Empfehlungen

- Die Anbindung der gemeindepsychiatrischen Kooperationsstrukturen an die vertragsärztliche ambulante sowie die Krankenhausversorgung sollte verstärkt werden.
- Es sollten bundesweit einheitliche Anforderungen und Qualitätsstandards für regionale Kooperationsstrukturen geschaffen werden.

- Die Kosten der Koordinierungs- und Vernetzungsarbeit und der erforderlichen personellen Ressourcen (z. B. Medizinische Fachangestellte (MFA) in den fachärztlichen Praxen, Sozialarbeiter der PIA, etc.) müssen erstattet werden.
- Die Kommunikationswege sollten unter Nutzung moderner Kommunikationswege und einer gemeinsamen Dokumentation verbindlich festgelegt werden.
- Gemeinsame SGB-übergreifende patientenzentrierte Fallkonferenzen der Leistungserbringer sollten eingeführt werden.
- Eine gemeinsame Versorgungsverpflichtung aller wesentlichen Leistungsanbieter im psychiatrischen Hilfesystem sollte gesetzlich verankert werden.
- Die ambulante, krankenhausesvermeidende/-verkürzende psychiatrische Fachpflege und Soziotherapie sollten ausreichend finanziert werden.
- Eine koordinierende Bezugsperson (MFA in der Facharztpraxis, Sozialarbeiter in der PIA), die eine Lotsenfunktion übernimmt, sollte etabliert werden. Die Verantwortung der Koordination des Gesamtbehandlungsplans muss jedoch in fachärztlichen Händen liegen.
- Zur Stärkung der landesweiten und kommunalen Koordination und Steuerung soll die Psychiatrieberichterstattung insbesondere in komplementären Strukturen intensiviert und auf ihre Vernetzung hin überprüft werden.

Handlungsfeld 5: Digitales Versorgungsnetz

Die bedarfsgerechte, personenzentrierte Versorgung und Vernetzung stellen hohe Anforderungen an die Organisation, Kommunikation und Verwaltung der beteiligten Leistungserbringer. Neue technische Möglichkeiten im Sinne einer digitalen Plattform könnten hier Abhilfe schaffen. Handlungsleitend für die Entwicklung einer digitalen Plattform müssen die Qualitätssicherung, die Datensicherheit und vor allem die jederzeit zu wahrende informationelle Selbstbestimmung der Patienten sein.

Empfehlungen

- Eine sichere digitale Plattform für Leistungserbringer in der psychiatrischen Versorgung nach SGB V (Kliniken, niedergelassene Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten, Soziotherapie, Ergotherapie und psychiatrische ambulante Pflege), und perspektivisch darüber hinaus, sollte folgende Charakteristika umfassen:

- Sichere und unkomplizierte sektorenübergreifende elektronische Kommunikation zwischen den Leistungserbringern²
 - gemeinsamer Zugriff auf die Elektronische Fallakte (EFA)³
 - digitale „Börse“ für offene Therapieplätze und Gruppen⁴
 - Videobehandlung über die Plattform (Einzel- und Gruppentherapie)
 - digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)⁵
 - Forschungsschnittstellen
 - Benutzeroberfläche/Account für Patienten⁶
- Die Digitalisierung im Gesundheitswesen soll Informationsflüsse optimieren, aber kein Selbstzweck sein oder gar zu erhöhtem Dokumentationsaufwand führen – Doppelstrukturen sind zu vermeiden. Bestenfalls bietet die schon bestehende Telematikinfrastruktur zukünftig eine integrative Nutzeroberfläche, die die oben genannten Funktionen für die Leistungserbringer vereint.
 - Die digitale Basis für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, sollte bei allen gesundheitspolitischen Projekten, insbesondere im Rahmen der SKV-Richtlinie (G-BA) und bei der Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur (TI), mitgedacht werden.
 - Die DGPPN fordert vom Gesetzgeber, digital erbrachte Leistungen den herkömmlichen finanziell gleichzustellen. Die zusätzlichen zeitlichen und monetären Aufwendungen für die digitale Kommunikation und Begleitung von DiGA müssen erstattet werden. Ein Anreiz zur personenzentrierten Versorgung mittels integraler digitaler Lösungen muss geschaffen werden.

Hintergrund

Während einzelne Funktionen bereits von bestehenden digitalen Angeboten erfüllt werden und die TI verschiedene Dienste unterstützt (z. B. Kommunikation im Medizinwesen (KIM),

² Telefon-, Video- und Chatfunktionen, sichere Übertragung von Dokumenten

³ Zum Schutz der Persönlichkeitsrechte der Patienten sollte dort die Dokumentation der Therapiegespräche nicht zugänglich sein.

⁴ Zugänglich nur für Leistungserbringer

⁵ Patienten können Therapieprogramme sektorenübergreifend „mitnehmen“ und die Inhalte ihren jeweiligen Behandlern zur Verfügung stellen.

⁶ Verwaltet vom Behandler (u. a. Kalender für Behandlungen, Zugang zu Videosprechstunde, DiGA-Zugriff, spezielle Infos/ Psychoedukation)

Zugriff auf ePA und EFA, E-Terminservice der Terminservicestellen), steht eine Integration aller Funktionen auf einer sicheren, gemeinsamen Plattform noch aus. Richtungsweisende Beispiele für digitale Plattformen finden sich im Rahmen der Innovationsfonds Projekte NPPV (<https://nppv-nordrhein.de>) und Recover (eRecover: <https://www.recover-hamburg.de/erecover>) sowie beim telemedizinischen Expertenkoncil ZNS (<https://www.zns-koncil.de>).

Anhang

Modellvorhaben nach § 64b SGB V

Modellvorhaben zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen nach § 64b SGB V dienen einer Weiterentwicklung der Versorgung auch im Sinne von sektorenübergreifenden Behandlungsansätzen. Ihre Laufzeit wurde zuletzt mit dem Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz (GKV-FKG) auf 15 Jahre verlängert. Anders als in der Routineversorgung mit getrennten Budgets für stationäre und institutsambulante Versorgung sehen die Modelle ein gemeinsames Budget für die stationär-psychiatrischen Fachabteilungen und für die PIA vor („Regionalbudget“). Zusätzlich bieten die Modellverträge die Möglichkeit des Home-Treatments. Während bei IV-Verträgen eine Einschreibung der Patienten notwendig ist, werden in den Modellprojekten alle bei den teilnehmenden Krankenkassen versicherten Patienten entsprechend den Behandlungs- und Finanzierungskonzepten behandelt, die im Modellvertrag verankert sind. Bundesweit bestehen 22 Modellprojekte nach § 64 SGB V. Vertragspartner sind Kliniken der Regionalversorgung, die ein Jahresbudget erhalten. Voraussetzung für den Einschluss ist eine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit der Patienten. In 13 der insgesamt 22 Modellprojekte sind alle gesetzlichen Krankenkassen, und somit auch alle Patienten in der jeweiligen Region, eingeschlossen. Nach § 65 SGB V müssen die Modelle evaluiert werden. Die Evaluation von 18 der 22 Modelle startete 2015 und ist auf insgesamt 10 Jahre ausgelegt. Erste Ergebnisse dieser Evaluation wurden 2019 in Berlin vorgestellt. Für die meisten Projekte sind zudem bereits Abschlussberichte vorhanden. Sie weisen insgesamt darauf hin, dass die Dauer voll- und teilstationärer Aufenthalte sowie die Dauer der Arbeitsunfähigkeit in den Modellkliniken tendenziell geringer ist als in den Kontrollgruppen. Die Besonderheit der Modelle ist ihr Potenzial für die Ambulantisierung der Krankenhausversorgung. Eine grundlegende Verbesserung des Sektorenübergangs zur ambulanten Versorgung kann mit diesen Projekten allein jedoch nicht erreicht werden.

Verträge für Integrierte Versorgung (IV-Verträge)

Integrierte Versorgung (IV) bezeichnet eine interdisziplinär-fachübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung der Versicherten. Die IV soll dazu beitragen, die

Versorgungsqualität durch eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Fachärzten und Krankenhäusern zu erhöhen und die Gesundheitskosten zu senken. Grundlage der Integrierten Versorgung sind die §§ 140 ff. des SGB V, nach denen Krankenkassen entsprechende Verträge (IV-Verträge) mit den Vertragspartnern abschließen können. Ein Beispiel ist das NetzWerk psychische Gesundheit (NWpG), bei dem die Steuerung durch psychosoziale Träger erfolgt. Da die IV-Verträge in der Regel den Versicherten bestimmter Krankenkassen vorbehalten und auf bestimmte Regionen sowie enge Indikationsgebiete begrenzt sind, fällt die Versorgungswirkung der IV-Verträge bislang gering aus.

Projekte im Innovationsfonds

Der Innovationsfonds fördert seit 2015 Modelle, die die sektorenübergreifende Versorgung der Versicherten weiterentwickeln, die innersektorale Schnittstellen optimieren oder Ansätze enthalten, die Trennung der Sektoren zu überwinden. Erfolgreich evaluierte Projekte sollen in die Regelversorgung übernommen werden. Beispielhaft können hier das NPPV-Modell sowie das RECOVER-Modell genannt werden.

Das durch die KV Nordrhein geleitete NPPV-Projekt bietet eine intensiviertere ambulante Komplexbehandlung für Menschen mit neurologischen und psychischen Erkrankungen. Die Versorgung erfolgt gestuft und wird durch einen Bezugsarzt bzw. Bezugstherapeuten koordiniert. Teilnehmer sind lokale Netzwerke niedergelassener Fachärzte und Psychotherapeuten. Die Umsetzung des Versorgungsprozesses wird durch eine zentrale Koordinationsstelle und ein IT-System unterstützt.

RECOVER ist ein vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf geleitetes Modellprojekt zur Implementierung und Erprobung einer sektorenübergreifend-koordinierten, schwegradgestuften und evidenzbasierten Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die Leistungserbringer der beteiligten Sektoren gründen sektorenübergreifende und interdisziplinäre Managed Care Organisationen, die die Steuerung und Koordination übernehmen. Die Gesamtsteuerung erfolgt durch die Kliniken.