Interview mit Dr. Norbert Mönter, Vorsitzender des Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit (VPsG)

„Ambulante Qualität für weniger Klinikaufenthalte“

Der Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit (VPsG) wurde im Dezember 2003 auf Initiative vor allem niedergelassener Nervenärzte, Psychiater und Psychotherapeuten gegründet und arbeitet – was selten ist in Deutschland – sektorübergreifend und multiprofessionell. MVF sprach mit Dr. Norbert Mönter, dem ersten Vorsitzenden des VPsG, der heute – zehn Jahre nach seiner Gründung – 230 persönliche (niedergelassene Nervenärzte/Psychiater, Kliniker, Psychotherapeuten, Soziotherapeuten, Ergotherapeuten u.a.) bzw. korporative Mitglieder (Kliniken, psychosoziale Träger und Fachpflegedienste) zählt. Vertragspartner der Krankenkassen für Verträge zur Integrierten Versorgung ist die Managementgesellschaft des Vereins, die PIBB – Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg.

>> Es scheint in der Psychiatrie-Versorgung ein merkwürdiges Ungleichgewicht zu existieren, auf der einen Seite eine – auch am Arzneimittelverbrauch festzumachende – Überversorgung leichter psychischer Störungen, auf der anderen Seite eine Unterversorgung bei schweren psychischen Krankheiten.

Man könnte das Mangel im Überfluss nennen. Tatsächlich ist das deutsche Gesundheitssystem hinsichtlich vieler Belange sehr gut aufgestellt. Auch das Versorgungsprinzip durch niedergelassene Ärzte stellt an sich ein gutes System mit einer hohen Eigenmotivation der Akteure dar. Was jedoch fehlt, ist zum einen eine notwendigkeitsgesteuerte und inhaltlich patientenzentrierte Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure, zum anderen die dafür nötige operative Vernetzung. Der Grund, warum sich der Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit, kurz VPSG, vor mehr als zehn Jahren konstituiert hat, war aber noch ein anderer: die fehlende Priorisierung der Schwerkranken.

Allerdings ist z.B. die Zusammenarbeit zwischen Klinik und ambulantem Bereich nicht trivial. Welche Probleme gab es typischerweise?

Die Psychiatrie-Enquete mit Auflösung der Großklinken und der „Anstalten“, einhergehend mit der Etablierung von Psychiatrie-Abteilungen in allgemeinen Krankenhäusern, war ein großer Fortschritt. Doch führte sie zu einem Paradoxon. Trotz dieser richtigen Entscheidung gab und gibt es immer mehr Klinikbetten, aber es fehlten und fehlen die entsprechenden ambulanten Strukturen. Und zwar obwohl die Patienten und ihre Angehörigen eine stärkere ambulante Versorgung wünschen.

Gesundheitsreporte großer Krankenkassen zeigen, dass auch immer mehr Patienten mit leichten Erkrankungen ins Krankenhaus kommen.

Was ja kein großes Wunder ist, wenn die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten fehlen. So gehen auch leicht Kranke in die Klinik und werden dort meist gut versorgt. Wenn sie entlassen worden sind, befinden sie sich allerdings nach recht kurzer Zeit oft wieder in einer ähnlichen Situation wie zuvor. Das ist für den einzelnen Patienten nicht zielführend und gesundheitsökonomisch absolut ungünstig.

„Wir haben doch aus rein fachärztlicher Verantwortung heraus überhaupt kein Interesse, Ressourcen für Patienten einzugrenzen oder gar zu beschneiden.“

Der VPsG bzw. deren Mangementgesellschaft PIBB verfolgt den Ansatz integrierter psychiatrischer Versorgung. Sie konzentriert sich auf eine verbesserte ambulante Versorgung und eine Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Klinik und ambulantem Bereich. Was haben Ihre Patienten davon?

Von psychischen Problemen betroffene Menschen brauchen in besonderer Weise Kontinuität. Wir bieten diesen Patienten darum die Möglichkeit, in ihrem originären Lebensumfeld die Hilfe zu erhalten, die sie brauchen. Und das therapeutisch differenziert nach individuellem Bedarf und gut koordiniert, mit all den Optionen, die uns heute zur Verfügung stehen: fachärztlich-psychiatrisch, psychotherapeutisch, pflegerisch, ergo- und soziotherapeutisch etc. Wobei beispielsweise Pflege heißt, dass in der Akutsituation auch zu Hause aufsuchend behandelt wird und pflegerische Betreuungsmaßnahmen ggf. auch unter Einbeziehung der Angehörigen durchgeführt werden. Wir tun alles, damit die Patienten eben nicht gleich in die Klinik eingewiesen werden müssen. Das ist übrigens nicht nur ökonomisch sinnvoll, sondern entspricht den Bedürfnissen der meisten Patienten, die heute nur aus Mangel an adäquater ambulanter Versorgungsmöglichkeiten in die Klinik gehen. Dass es auch anders funktioniert, das zeigen wir mit unserem Modell.

Das heißt, Ihr Modell zeigt einen Weg auf, der gesundheitsökonomisch günstiger und für den Patienten besser ist.

Das trifft ist in diesem Fall tatsächlich zu. Wir haben doch aus rein fachärztlicher Verantwortung heraus überhaupt kein Interesse, Ressourcen für Patienten einzugrenzen oder gar zu beschneiden. Wir haben aber sehr wohl ein Interesse daran, die vorhandenen Möglichkeiten und Ressourcen bestmöglich für unsere Patienten und am effektivsten für den Patienten und das Gesundheitssystem einzusetzen.

Machen Sie sich damit nicht Feinde im stationären Bereich?

Wir führen auch mit aufgeschlossenen, weitsichtigen Klinik- und Verwaltungsleitern immer wieder meist gute Gespräche. Wir haben den Krankenkassen auch schon gemeinsame Initiativen vorgetragen, weil viele psychiatrische Chefärzte und auch deren Verwaltungsleiter erkannt haben, dass es perspektivisch wenig Sinn macht, immer mehr neue Betten aufzustellen. Alle, die in diesem Bereich tätig sind, wissen ganz genau, dass die Zukunft in einer optimierten, verbesserten ambulanten Versorgung liegt. Psychisch Kranke brauchen nur selten ein Klinikbett, aber immer brauchen sie Behandlung und Unterstützung im Lebensumfeld.

Eine derartig innovative Versorgungsform kann man anscheinend schlecht von oben verordnen.

Genau. Man braucht vor allem die Leistungserbringer: Nervenärzte/Psychiater, Kliniker, Psycho-, Sozio- und Ergotherapeuten Aber auch zahlreiche weitere Berufsgruppen, z.B. auch Betriebswirte, Gesundheitsökonomen und Netzmanager. Unser Verein war – so denke ich – deshalb erfolgreich, weil wir von Anfang an die tatsächlichen Akteure mitgenommen haben. Wir haben gemeinsam formuliert, was und wie

wir planen, unsere Aufgabe noch besser als bisher zu erfüllen, und auch welches Honorar wir dafür brauchen.

Mehr Honorar für bessere Ergebnisse? Also eine frühe Form von Pay-for-Performance?

Man kann es letztlich genau so formulieren. So gehen wir zwar nicht mit diffusen Erfolgsversprechungen in die Verhandlungen, doch können wir sehr gut zeigen, dass eine bessere ambulante Versorgung für die Krankenkassen auch einen guten ökonomischen Outcome hat. Es kann deutlich gezeigt werden, dass gerade schwer kranke Patienten mit einer guten ambulanten Versorgung weniger Klinikaufenthalte haben.


Foto: AOK Nordost

Das scheinen die Kassen durchaus zu schätzen. Denn der VPsG hat zahlreiche integrierte Verträge abgeschlossen – u.a. mit der DAK Gesundheit, der AOK Nordost und der BKK VBU. Wobei Sie regional auf Berlin und Brandenburg konzentriert sind.

Und mit weiteren Kassen stehen wir in Vertragsverhandlungen.

Wollen Sie noch andere, weiterreichende Verträge abschließen?

Es geht bei jedem IV-Vertrag zwar auch immer um die nötige „kritische Masse"; bestimmte Angebote können wir nur vorhalten (z.B. Gruppenbehandlungen), wenn ausreichend Patienten hierfür gewonnen werden können. Mit über 2.000 eingeschriebenen Patienten liegen wir als regionales Versorgungsnetz auch bundesweit schon recht weit vorne. Uns ist es aber sehr wichtig, nicht nur in der Größe, sondern vor allen Dingen in der Qualität noch weiter voranzukommen. So sind wir beispielsweise mit der Deutschen Rentenversicherung im Gespräch, um eine Verknüpfung zur psychosomatischen Rehabilitation mit einem optimierten Schnittstellenmanagement zu schaffen. Ebenso versuchen wir, die integrierte Versorgung insbesondere in der Heimversorgung zu etablieren, um eine bessere Behandlung geriatrischer und gerontopsychiatrischer Heimpatienten zu ermöglichen.

Das bezieht sich dann wohl hauptsächlich auf demenzielle Erkrankungen?

Für Demenz wird ein solcher Vertrag eine ganz wichtige Rolle spielen. Wir haben von einzelnen unserer Netz-Leistungserbringer aus Brandenburg ein Konzept vorgelegt bekommen, das wir gerne weiter verfolgen möchten. Dieses Konzept zielt darauf ab, wie man die Pflegeleistungen aus dem SGB XI in die Integrierte Versorgung einbeziehen kann. Hierüber wollen wir demnächst mit den Krankenkassen reden. Wir können aber schon heute als eines von wenigen IV-Modellen in Deutschland auch Demenzpatienten in die Integrierte Versorgung aufnehmen. Es handelt sich hierbei um verhaltensauffällige Patienten. Auch solche Menschen können durch unsere psychiatrische Pflege ambulant behandelt werden.

Gibt es Pläne, mit noch mehr Kliniken zu Absprachen zu kommen?

Hier wird es in Kürze einen wichtigen Schritt geben. Wenn spezifische Gruppenbehandlungen in mehreren Kliniken (Charité CM, St.Joseph-Krankenhaus, Vivantes-Urban-Klinikum, KEH) durchgeführt werden können, können die über unser IV-Netz finanziert werden. Die Krankenkasse stellt in der einen oder anderen Weise Mittel bereit, die es eingeschriebenen IV-Patienten ermöglicht, an sogenannten psychoedukativen Gruppen teilzunehmen. Diese Gruppen werden auch ambulant in den Praxen durchgeführt, doch ist es für Einzelpraxen erfahrungsgemäß sehr aufwändig, solche Gruppenangebote zu organisieren und durchzuführen. Manchmal scheitert es auch an den Räumlichkeiten, so dass wir froh sind, mit einigen Kliniken in Berlin zu konkreten Absprachen gekommen zu sein. In diesem oder spätestens im nächsten Quartal können dann diese Gruppen in den Kliniken starten. Darüber hinaus erwarten wir Fortschritte beim Entlassmanagement der Kliniken. Schon heute ermöglichen kooperierende Kliniken proaktiv die Weiterführung bezugstherapeutischer Betreuung durch Fachpfleger und Soziotherapeuten während stationärer Behandlungen.

Welche Schwierigkeiten hatten Sie denn, die Kostenträger zu überzeugen?

Es gibt auch auf der Kostenträgerseite beharrende Momente und Akteure, die sich etwas Neues schlecht vorstellen können. Aber es gibt mittlerweile bei vielen Kassen sachkundige Mitarbeiter, die sich für innovative Versorgungsstrukturen stark machen und auch mit hohem Sachverstand hinsichtlich der Versorgungsnotwendigkeiten mitdiskutieren, wie es am besten geht. Diese Sachkompetenz auch hinsichtlich spezifischer psychiatrischer Versorgungsfragen hat sich nach meinem Eindruck über die Jahre sukzessive herausgebildet.

Sie sehen also auch auf der Seite der Kostenträger einen großen Fortschritt?

Es ist wie immer: einige Kassen gehen voraus und haben sich getraut, neue Wege zu gehen, andere hingegen nicht. Nach unserem Eindruck ist es aber so, dass mittlerweile fast alle Kassen in der einen oder anderen Weise eine Stärkung der ambulanten Versorgung suchen. Das sieht man schon an den Zahlen: Heute machen die Versicherten der Krankenkassen, die mit der Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB) Verträge abgeschlossen haben, bereits deutlich mehr als die Hälfte aller GKV-Versicherten in Berlin-Brandenburg aus. Hinzu kommen die Versicherten der Krankenkassen, die mit einem Mitglied unseres Versorgungsnetzes, der Pinel-Gesellschaft eigenständige Verträge abgeschlossen haben, so dass zusammen über drei Viertel aller Versicherten Berlins und Brandenburgs potenziell IV-Leistungen in Anspruch nehmen können.

Welche Tipps würden Sie jemanden geben, der eine Integrierte Versorgung aufbauen will?

Man muss vor allen Dingen mit seinen Innovationsvorschlägen glaubwürdig und verlässlich bleiben. Die Vertragspartner müssen sicher sein können, dass man das Verhandelte auch ernsthaft umzuset-

zen versucht. Es gibt ja bei der Umsetzung genug Schwierigkeiten, da braucht man ein partnerschaftliches Verhältnis und ein gemeinsames Verantwortungsbewusstsein mit den Kassen. Wir haben allerdings auch schon die Erfahrung gemacht, dass kassenseitig wenig verantwortungsbewusst respektive fair agiert wurde. Mit unseren derzeitigen Vertragspartnern besteht ein sehr gutes Arbeitsverhältnis.

Glaubwürdigkeit heißt auch: Man muss Versprechen halten.

Ja, mit offenen Karten spielen und keine Versprechungen machen, die dann nicht einzulösen sind. Umso größer ist dann die Befriedigung, wenn es wirklich klappt: So hat 2012 die DAK einen Bonus für die Psychiater eines Vertragstypus ausgezahlt, in dem es insbesondere um die bessere Versorgung der schwer Erkrankten wie z.B. Menschen mit Schizophrenie oder bipolarer Störung geht. Dieser Bonus wurde gezahlt, weil unsere eingeschriebenen IV-Patienten in diesem Jahr im Vergleich zu der krankenkasseninternen Vergleichsgruppe nur ein Drittel der Krankenhaustage in Anspruch genommen haben. Das ist ja schon mal ein vorzeigbares Ergebnis.

Ein für die VPsG ganz besonders wichtiger Punkt ist die Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen, was man in der Psychiatrie Trialog nennt. Welchen Einfluss hat dieser Trialog auf den Outcome?

Hierbei geht es um einen grundsätzlichen Anspruch unseres Vereins respektive unseres Versorgungsnetzes. In einer demokratischen Gesellschaft wollen Betroffene zunehmend über ihr eigenes Schicksal, über die Behandlungsformen und die Entwicklung in der medizinischen Versorgung mitbestimmen. Shared decision making ist gerade in der Psychiatrie wichtig. Dies gilt für die persönliche Behandlungsebene wie für die allgemeine Versorgungsgestaltung. Beispielsweise haben wir in der konkreten Behandlungssituation für IV-Patienten einen IV-Pass entwickelt, in dem genau festgehalten wird, wie der jeweilige Patient in psychischen Krisen behandelt werden will. Das ist entscheidend, denn ein Patient in einer schweren psychischen Krise kann in diesem Moment nicht so autonom entscheiden, wie er es eigentlich möchte. Da soll der IV-Pass, der konkrete Vorschläge beinhaltet, helfen, indem er Vorgaben macht: angefangen bei der Medikation, über die Krankenhaus-Wahl bis hin zur Verständigung von Angehörigen. Patientenoptionen sind grundsätzlich sehr ernst zu nehmen, auch weil sie bedeutsam sind für den Krankheitsverlauf, für die Therapie und die Heilung. Mit einem aufgeklärten Patienten kann man besser zu Absprachen kommen, denen der Patient auch mit Überzeugung zustimmt. Die Wahrscheinlichkeit, dass sich der Patient dann an die notwendigen Therapien hält, ist deutlich höher, als wenn die Behandlungen patriarchalisch verordnet werden. Das ist die persönliche Behandlungsebene. Auf der anderen, der organisatorischen Seite müssen die Verbände der Betroffenen und der Angehörigen psychisch Kranker verstärkt einbezogen werden, weil diese die Patientenbelange am besten formulieren können. Ich gehe davon aus, dass das zukünftig eine noch größere Bedeutung bekommen wird als heute. Daher wollen wir frühzeitig die Zusammenarbeit weiterentwickeln.

Ganz zentral für die von Ihnen initiierte Art der Versorgung ist der Begriff der Qualität. Wie sieht Ihr Qualitätsmanagement aus?

Unser Qualitätsmanagement ist schon in unserer Startphase mit der Charité verabredet und geplant worden; eine Psychologin der psychiatrischen Klinik der Charité (Campus Mitte), die in diesen Fragen speziell ausgebildet ist, führt unser externes Qualitätsmanagement; das interne QM wird durch unseren Netzmanager und für einzelne Leistungsbereiche als verantwortlich benannte IV-Leistungserbringer gewährleistet.

Was machen Sie da konkret?

Uns geht es derzeit noch vorrangig um die Struktur- und die Prozessqualität. Die Ergebnisqualität unserer Arbeit können wir immer nur in enger Zusammenarbeit mit den Krankenkassen unter Zuhilfenahme entsprechender Daten prüfen und diskutieren. So analysieren wir bestimmte Strukturkomponenten, z.B. unsere Anwenderkonferenzen, die fachpsychiatrische Arbeitskreise, die zentralen Informationsveranstaltungen, wo wir die vereinbarten Behandlungspfade vorstellen und diskutieren. Wir sehen aber auch in die Dokumentationen der einzelnen Praxen und Pflegedienste und vergleichen die Leistung der Einrichtungen quantitativ und qualitativ. Alle Dokumentationen und auch die Verordnungen werden in unserem Netz elektronisch und komplett papierlos erfasst. Wir veranstalten regelmäßig Klausurwochenenden, bei denen es um alle Fragen des Behandlungsalltags in der Integrierten Versorgung geht. U.a. erfolgen immer wieder auch Fallbesprechungen, um die Möglichkeiten und Grenzen unserer Behandlung auszuloten. Das ist sozusagen ein Aspekt der narrativen, der erzählenden Medizin, die heute nur zu oft vernachlässigt wird.

Sie müssen eine sehr gute Datenbasis für Versorgungsforschung haben, aber führen keine Studien durch. Warum?

Wir haben leider keine Mittel dafür. Wir würden gerne und suchen auch nach Möglichkeiten. Sicher bieten wir mit unserer elektronischen Datenerfassung und über 2.000 eingeschriebenen Patienten beste Ausgangsbedingungen für eine qualitativ anspruchsvolle Versorgungsforschung. Gerne würden wir auch Versorgungsdaten der Regelversorgung und der Integrierten Versorgung damit in Bezug setzen.

Ihre Arbeit ist einmal durch die Charité evaluiert worden. Verlangen die Kostenträger keine laufende Evaluierung?

Ja, in der Anfangsphase bis 2010 wurden unsere entsprechend der gesetzlichen Vorgabe evaluiert; die Ergebnisse der Evaluation durch das Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité sind in der Zeitschrift „Gesundheitswesen“ veröffentlicht; sie belegen cum grano salis die Sinnhaftigkeit unseres Ansatzes. Die Evaluation, die wir mit der Charité gemacht haben, war etwas Neues. Denn speziell die DAK war bereit, ihre Daten zur Verfügung zu stellen. Heute stellen die Krankenkassen allerdings keine Mittel für die Evaluation mehr bereit. Sie haben ihre eigenen Datenbanken und können damit einiges selbst evaluieren. Diese Daten sind auch für uns wichtig, um damit in der Qualitätssteuerung weiter zu kommen. Also: eine qualifizierte neutrale Evaluation wäre ein großer Gewinn.

Was sind Ihre Pläne für die Zukunft?

Wie schon gesagt, ist uns die stärkere Einbeziehung der Kliniken und Heime ein wichtiges Anliegen. Vor allen Dingen suchen wir eine intensivierte Zusammenarbeit mit den Hausärzten. Das ist ein ausdrückliches Projekt für die nächste Zeit. Denn Hausärzte müssen stärker einbezogen werden, um infrage kommenden Patienten unser Versorgungsangebot nahebringen zu können. Die tatsächliche Einschreibung nimmt natürlich immer der Patient selbst vor. Doch die Zuweisung entsprechend erkrankter oder bedürftiger Patienten an die Psychiater-Praxen unseres Netzes soll ab April elektronisch über entsprechende Terminportale auf unserer Homepage erfolgen. Dies bringt für die Hausärzte den großen Vorteil der raschen und zielgenauen Überweisungsmöglichkeit.

Ihre Versorgung ist beschränkt auf Berlin und Brandenburg. Gibt es auch Perspektiven, die IV-Verträge regional zu erweitern?

Vivantes

Medizin und Pflege für Berlin



Vivantes Humboldt-Klinikum



Vivantes Klinikum Am Urban



Vivantes Klinikum im Friedrichshain



Vivantes Klinikum Spandau



Vivantes Klinikum Prenzlauer Berg



Vivantes Klinikum Hellersdorf



Vivantes
Auguste-Viktoria-Klinikum



Vivantes Wenckebach-Klinikum



Vivantes Klinikum Neukölln

Vivantes
Netzwerk für Gesundheit

Es gibt Anfragen aus anderen Bundesländern, die sich an unserem Modell orientieren wollen, indem sie eine Vereinsgründung oder einen gemeinnützigen Verein als Basis nehmen, in dem alle Psychiatrie-Akteure Mitglied werden können. Auch solche, die nicht unbedingt an der kassenfinanzierten Versorgung beteiligt sind; aus diesem Mitglieder-Pool rekrutieren sich dann die aktiven Leistungserbringer des IV-Netzes.

Ihr Verein hat ein gemeinsames Grundverständnis geschaffen, wie integrierte Versorgung in der Psychiatrie funktionieren sollte.

Das war uns wichtig. Ausschlaggebend ist in der Tat, das sich unser Verein nicht primär als „Geschäftsmodell" versteht, sondern sich als ein ideell ausgerichteter, gemeinnütziger Verein um alle Fragen der Versorgung psychisch Schwerkranker kümmert und dazu in Diskussions- und Kommunikationsprozesse mit allen möglichen Beteiligten und Randbeteiligten tritt, beispielsweise auch zum Thema Religion und Psychiatrie. Aktuell führen wir eine Veranstaltungsreihe „Psychiatrie-Info in der Moschee" (1x monatlich) in einer großen türkisch-islamischen Gemeinde durch; wir haben viel Resonanz und den Vortragenden unseres Vereins machen dieser Austausch und diese Informationsarbeit viel Freude. Aus der identitätsstiftenden Vereinssituation heraus ergibt sich dann die logische Frage nach der bestmöglichen Form der Versorgung. Wenn sich unser Verein beispielsweise mit der Frage migrationsbedingter Probleme psychisch Kranker beschäftigt, mündet das später ein in die praktisch relevanten Fragen, wie man das in der konkreten Versorgung umsetzt.

Der andere Weg wäre zu schauen, wie eine Praxis noch mehr Geld verdienen kann. Das wird vielen IV-Verträgen vorgeworfen, die Prof. Dr. Eberhard Wille deshalb auch Beutegemeinschaften genannt hat. Doch für Sie ist das Geschäftsmodell erst die zweite Stufe, nachdem eine Art Grundverständnis für eine bessere Versorgung aufgebaut ist.

Dem kann ich zustimmen, was aber sicher nicht heißt, dass wir nicht eine angemessene Honorierung für unsere Leistungen fordern. Im Gegenteil: Allen muss klar sein, dass es Qualität nicht zum Nulltarif geben kann.

Im Gesundheitssystem gibt es viele Innovationsblockaden, die Sie seit etwas mehr als zehn Jahren erfolgreich überwunden haben, zumindest einige davon. Wo sehen Sie solche Blockaden?

Wer etwas Neues macht, muss mit Widerstand rechnen. Das ist unvermeidlich und zum Teil auch richtig. Man muss ja erst einmal zeigen, dass man es auch wirklich besser macht. Doch hier lauert eine Bürokratiefalle. Denn innovative Akteure geraten oft und schnell in die Versuchung, es den Vertragspartnern und allen anderen besonders gut zeigen und besonders gut dokumentieren zu wollen, was sie können. Das fördert die Bürokratie und kostet wertvolle Zeit. Daher ist es besonders wichtig, sich darüber im Klaren sein, was man wirklich zu leisten in der Lage ist und was man als ausreichenden Qualitätsbeleg ansehen kann.

Und von politischer Seite?

Nicht alles ist konsequent zu Ende gedacht, was der Gesetzgeber vorgibt und manches ist widersprüchlich. So gibt es beispielsweise durch die Mehrwertsteuerpflichtigkeit der Managementkosten in der Integrierten Versorgung eine Benachteiligung der Integrierten Versorgung. Den Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts entstehen diese Mehrkosten durch die Mehrwertsteuer nicht, der Integrierten Versorgung indes schon. Diese Zusatzkosten aber müssen erst einmal zusätzlich erwirtschaftet werden. Das ist ein Webfehler in der IV-Gesetzgebung. Ein anderes Problem ist die überstrenge Auflagengestaltung inklusive der Bereinigungsverpflichtung durch das Bundesversicherungsamt; im Bereinigungsverfahren werden die Leistungen der Regelversorgung (über die KV erfasst) bei IV-Patienten in einem komplizierten und bürokratischen Procedere aus der KV-Vergütung herausgerechnet („bereinigt"). Da einfachere Wege zu finden, wäre dringend nötig. Nach unserem Eindruck will niemand das Bereinigungsverfahren, weder die Krankenkassen noch die kassenärztlichen Vereinigungen und wir als Leistungserbringer natürlich auch nicht, weil es unnötige Kosten produziert, die der Versorgung dann fehlen.

Auch die Vorgabe, wonach integrierte Versorgungsverträge sich bereits innerhalb eines Jahres als wirtschaftlich erweisen müssen, ist unsinnig. Wer auch nur einen kleinen Moment darüber nachdenkt, wird erkennen, dass solche Verträge wie alle Innovationen einfach eine gewisse Zeit brauchen, um sich zu bewähren und damit sich die zum Teil hohen Investitionskosten – zum Beispiel für die IT – amortisieren. Erfreulich aber ist, dass nach den Verabredungen der großen Koalition Ärztenetze stärker gefördert werden sollen und ein Fonds für innovative Versorgungsmodelle und deren Evaluation bereitgestellt werden soll. Wir gehen davon aus, dass wir als eines der ersten Netze bundesweit eine Netz-Zertifizierung nach den anspruchsvollen Kriterien der KBV erhalten werden. Der Antrag ist gestellt und wir sind optimistisch, damit dann unserem Ziel einer verbesserten ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung psychisch schwer Kranker einen weiteren Schritt nähergekommen zu sein.

Herr Dr. Mönter, vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski, Interviewbearbeitung durch MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

Netz-Facts VPsG (Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit)

Der Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit e.V. (VPsG) ist eine Initiative für eine verbesserte psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit schizophrenen oder affektiven Psychosen. Der Verein wurde im Dezember 2003 gegründet und fördert eine qualitätsgesicherte, interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Leistungserbringer, die an der Versorgung psychisch Kranker beteiligt sind. Die Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB) ist die Managementgesellschaft des VPsG.

Beteiligte Partner:
DAK, BKK VBU, AOK, PiBB*
ca. 2.000 Patienten
ca. 50 Fachärzte
11 psychiatr. Pflegedienste
20 Träger von Soziotherapie
mehrere Kliniken
8-10 Psychotherapeuten
mehrere Rehasport-Einrichtungen
eine IT-Firma
Geschäftsführer: Dr. Norbert Mönter
Netzwerkmanagement: Stephan Schikorra MPH
Team-Assistenz: Anna Gerstein M.A.
Externes Qualitätsmanagement: Dr. Karin-Maria Hoffmann (Charité)

IV-Modelle:
A: Schwer psychisch Kranke mit Betreuungsbedarf für aufsuchende Hilfen (DAK-Gesundheit, BKK-VBU)
B: Verbesserung der Versorgung psychisch und psychosomatisch Erkrankter (Frühintervention bei Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Störungen) DAK-Gesundheit)
C: Populationsbezogener Vertrag für alle Versicherten mit psych. Erkrankungen (AOK Nordost)

Teilnehmende Patienten
über 2.000 in IV-Verträgen der AOK Nordost, DAK-Gesundheit und BKK VBU