

Edith Mayer

Zwei Modelle der Integrierten Versorgung

Die Gemeindepsychiatrischen Verbände (GPV)

Diese Verbände setzten sich eine Vernetzung aller regionalen Leistungsanbieter für psychisch kranke Menschen zum Ziel. Sie wollten dadurch eine bessere ambulante Behandlung und Versorgung erreichen sowie Eskalationen von Krisen und lange Krankenhausaufenthalte vermeiden helfen und boten Kostenträgern und Patienten eine wohnortnahe „integrierte“ Versorgung an.

Auf freiwilliger Basis wollten Träger von ambulanten psychosozialen Leistungen sowie niedergelassene Psychiater und Hausärzte, Psychotherapeuten, Ergotherapeuten und andere mit der Versorgung befasste Berufsgruppen ambulante Leistungen „aus einer Hand“ anbieten, wie man sie sonst nur im stationären Bereich erhalten konnte. Häufig schlossen sich Institutsambulanzen und Tageskliniken dem Projekt an. Auf einer Hilfeplankonferenz wurde mit dem Klienten, der sich von einer Vertrauensperson begleiten lassen konnte, der individuelle Bedarf und die Wünsche des Betroffenen festgestellt und die notwendigen Leistungserbringer verbindlich festgelegt.

Zu diesem Modell gehörte die Versorgungsverpflichtung für alle hilfebedürftigen psychisch kranken Menschen in der Kommune/Region sowie eine Reihe weiterer Qualitätskriterien. Einige GPV haben sich darüber hinaus zu einer BAG GPV zusammengeschlossen und sich zur Einhaltung eines Katalogs von verbindlichen Qualitätskriterien verpflichtet. Die Angehörigenverbände haben diese Entwicklung von Anfang an befürwortet und unterstützt.

Verträge über Integrierte Versorgung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern

Leider ist die oben beschriebene Entwicklung ins Stocken geraten. Da man sich aber von diesem Modell nicht nur eine bessere Versorgung psychisch kranker Menschen, sondern auch mehr Kosteneffizienz durch die Verzahnung der Leistungsbereiche versprach, hat der Gesetzgeber im Sozialgesetzbuch V, § 140 a – d, die Möglichkeit geschaffen, Verträge zur integrierten Versorgung abzuschließen. Es handelt sich um Verträge zwischen einer oder mehreren Krankenkassen und in der Regel einem lokalen Anbieter von ambulanten medizinischen und psychosozialen Leistungen. Ähnlich wie beim Hausarztmodell können sich Klienten in das angebotene Modell einschreiben. Sein Vertrag wird für 3 Jahre abgeschlossen und kann verlängert werden.

Da eine dichtere ambulante Versorgung schon immer das Anliegen der Angehörigen war, befürworten sie diesen Ausbau der ambulanten Behandlung und Versorgung und begleiten die Entwicklung wohlwollend. Abgelehnt werden nur Verträge mit Pharmafirmen. Die Angehörigen sehen jedoch auch Risiken: Es gibt keine regionale Versorgungsverpflichtung für alle psychisch kranken Menschen. Häufig werden zudem die 10% schwer kranken Menschen oder aber bestimmte Indikationen von den Verträgen ausgeschlossen, was dem Solidarprinzip entgegenläuft. Oder es können nur Mitglieder einer bestimmten Kasse aufgenommen werden. Die verbesserte ambulante Versorgung sollte aber allen Menschen vor Ort zu Gute kommen! Außerdem besteht die Gefahr, dass das finanzielle Risiko einseitig auf den Leistungserbringer verlagert wird, worunter die erbrachte Leistung leiden könnte.

Nutzer sollten daher ihren individuellen Vertrag darauf hin prüfen, welche Leistungen er tatsächlich umfasst und ob z.B. freie Arztwahl besteht. Darüber hinaus sollten die Verträge zwischen den Kassen und den Leistungserbringern öffentlich gemacht werden und bei Abschluss des Vertrages bekannt sein.