

Innovative ambulante Modelle

**S. Köhler, C. Roth-Sackenheim,
A. Navarro Ureña & N. Mönter**

Der Nervenarzt

ISSN 0028-2804

Nervenarzt

DOI 10.1007/s00115-020-01010-y



Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at link.springer.com".

Nervenarzt

<https://doi.org/10.1007/s00115-020-01010-y>

Angenommen: 8. August 2020

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

S. Köhler¹ · C. Roth-Sackenheim² · A. Navarro Ureña^{3,4} · N. Mönter^{3,4}¹ Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN), Berlin, Deutschland² Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP), Berlin, Deutschland³ Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit (VPsG), Berlin, Deutschland⁴ PIBB – Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg, Berlin, Deutschland

Innovative ambulante Modelle

Hintergrund

Seit der Psychiatrieenquete 1975 mit dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ besteht in Deutschland die Leitidee einer gemeinde- und wohnortnahen ambulanten multimodalen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. In den der Enquete folgenden Jahrzehnten vollzog sich ein mit keinem anderen medizinischen Gebiet vergleichbarer Strukturwandel. Etwa 60% der Betten vorwiegend in psychiatrischen Großkliniken wurden abgebaut. Gleichzeitig erfolgte ein Aufbau von Tageskliniken und psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Auch das wissenschaftliche Verständnis psychischer Erkrankungen erfuhr eine deutliche Veränderung von einer rein biologischen Sicht hin zu einem differenzierten biopsychosozialen Krankheitsmodell. Es erfolgte ein tiefgreifender Wandel von einer kustodialen hin zu einer offenen, patientenzentrierten Psychiatrie.

Die zeitgleich damit einhergehenden enormen Entwicklungen sowohl der medikamentösen als auch der psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts haben sich in den gut vier Jahrzehnten seit der Psychiatrieenquete auch in der vertragsärztlichen psychiatrischen Versorgung mit einer sehr dynamischen Entwicklung ambulanter Behandlungsmöglichkeiten niedergeschlagen: 1999 legte das Psychotherapeutengesetz die

Grundlage für die Zulassung psychologischer Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung; ein neuer Facharzt (FA für Psychotherapie, seit 2004 FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) wurde geschaffen. Zusätzlich wurden auch für alle Ärzte die Möglichkeiten zur Erlangung der Zusatzqualifikation „Psychotherapie“ eröffnet. Gemessen an den Zeiten der Enquete vervielfachte sich die Anzahl der niedergelassenen Nervenärzte (inkl. der Psychiater) von 1000 im Jahr 1975 auf knapp 6000 Ärzte im Jahr 2019 [1].

» Koordination und Steuerung des Leistungsangebots stehen zunehmend im Vordergrund

Auch andere Instrumente für die ambulante intensive und komplexe Behandlung im vertragsärztlichen Bereich entwickelten sich. Seit 1995 umfasst der Begriff der Pflegebedürftigkeit im Sozialgesetzbuch (SGB) XI auch psychische Krankheitsbilder. Die Soziotherapie wurde im Jahr 2000 mit dem § 37 SGB V als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eingeführt; 2015 erfolgte eine Novellierung der Richtlinie im Interesse einer breiteren Anwendbarkeit. Im Jahr 2005 wurde die ambulante psychiatrische Krankenpflege in die Richtlinie für häusliche Krankenpflege aufgenommen. Auch hier erfolgte bereits eine Novellierung der Richtlinie im Jahr 2018 mit der Zielsetzung einer patientengerechteren Anwendung. Zudem gibt es mittlerweile in Deutschland ca. 10.000 Ergotherapiepraxen mit ca. 30.000 ergotherapeutischen Leistungserbringern.

Dass das mehrgliedrige Gesundheitswesen in Deutschland im internationalen Vergleich allgemein als leistungsfähig gilt, zeigte sich zuletzt (trotz weiteren Optimierungsbedarfs) eindrucksvoll auch in der Bewältigung der Corona-Pandemie. Mit der Vielgliedrigkeit und den unterschiedlichen Versorgungssektoren und Sozialgesetzbüchern sind andererseits auch spezifische Probleme verknüpft, die sich in der psychiatrischen Versorgung sehr konkret bemerkbar machen. Wie eine breit angelegte Untersuchung zum Thema „mental health and integration“ in 30 europäischen Ländern aufzeigte [2], liegt Deutschland in den Beurteilungskategorien psychiatrischer Angebote bez. „access“ (Zugang), „environment“ (Ausstattung) und beim „overall score“ jeweils auf Platz 1. In der Kategorie „governance“ (Steuerung) jedoch auf Platz 4. Sowohl in den aktuellen Empfehlungen der Fachgesellschaften wie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN, [3]) als auch in dem Gutachten des Sachverständigenrates zur Entwicklung im Gesundheitswesen [4] stehen die Koordination und Steuerung des Leistungsangebotes zunehmend im Vordergrund.

Gesetzliche Vorgaben zur verbesserten Steuerung des Leistungsangebotes

Der Gesetzgeber hat in den zurückliegenden Jahren über zahlreiche Änderungen insbesondere des SGB V unterschiedliche Möglichkeiten zur verbesserten Steuerung ambulanter Leistungen eröffnet, die hier nur eine kurze Erwähnung finden können:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten sind dabei ausdrücklich mitgemeint, soweit es für die Aussage erforderlich ist.

Zusammenfassung · Abstract

Managed-care-Ansätze. Im Jahr 2002 wurden im Interesse einer strukturierten und besser koordinierten berufsgruppenübergreifenden Behandlung komplexer Erkrankungen im vertragsärztlichen Bereich die ersten Disease-Management-Programme (DMP) für Diabetes Mellitus Typ 2, koronare Herzkrankheit und chronische Lungenkrankheit etabliert. Im August 2019 wurde das DMP Depression seitens des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) beschlossen; es ist derzeit noch in der konkreten Umsetzungsbearbeitung und bisher noch nicht in Kraft getreten. Die Praxis dieses neuen Konzeptes zur Behandlung einer psychischen Volkskrankung ist derzeit noch nicht beurteilbar.

Selektivverträge. Selektivverträge nach § 73 ff SGB V ermöglichten ab 2004 besondere Versorgungsmodelle im vertragsärztlichen Bereich. Sie umfassen die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V sowie die besondere ambulante fachärztliche Versorgung nach § 73c SGB V, welche 2015 gemeinsam mit den IV(Integrierte Versorgung)-Verträgen in den § 140a SGB V als „Besondere Versorgung“ überführt wurde. Selektivverträge hatten außer in Baden-Württemberg, wo es seit 2012 einen „PNP-Vertrag“ für Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie gibt, keinen dauerhaften Erfolg. Bisher wurden keine Selektivverträge in die Regelversorgung übernommen. Bei der Implementierung muss auch hier mit jeder Krankenkasse einzeln verhandelt werden.

Integrierte Versorgung nach § 140 ff SGB V. Die Erkenntnis, dass bestehende Versorgungsmöglichkeiten intensiver und über die vertragsärztliche Versorgung hinaus gestaltet werden sollten, führte 2004 zur Implementierung sog. „Integrierter Versorgungsmodelle“ nach § 140 ff SGB V. Diese Versorgungsmodelle erfuhren finanziell nur initial eine besondere Förderung. Die Anzahl der Verträge, die Anzahl der teilnehmenden Patienten und das Vergütungsvolumen bewegte sich bezüglich der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen im Bereich von 1–5 % der gesamten

Nervenarzt <https://doi.org/10.1007/s00115-020-01010-y>
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

S. Köhler · C. Roth-Sackenheim · A. Navarro Ureña · N. Mönter

Innovative ambulante Modelle

Zusammenfassung

Ambulante Versorgungsmodelle mit innovativen, multimodalen, berufsgruppen- und sektorübergreifenden Ansätzen sollten in Deutschland 2004 mit Einführung der Integrierten Versorgung (IV) nach § 140 ff SGB V und der Selektivverträge nach § 73 SGB V eine Förderung erfahren. Es entstanden in der Folge knapp 7000 IV-Verträge im psychiatrischen Bereich, die meist kurzfristig liefen und nur 1–2 % der insgesamt in IV-Verträgen behandelten Patienten umfassten. Bei aller Enttäuschung über die Kurzlebigkeit guter Versorgungsprojekte im Rahmen der Selektivverträge kristallisierten sich durch die unterschiedlichen Projekte im Laufe der Jahre tragfähige Versorgungselemente heraus, die aktuell weiter finanziert werden. Exemplarisch werden hier zwei aktuelle Versorgungsmodelle vorgestellt: das nach § 87b SGB V zertifizierte Netz der Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB) und das innovationsfondsgeförderte NPPV-Projekt Nordrhein. Die beschriebenen Versorgungsprojekte zeigen neue Möglichkeiten auf, indem bisher ungenutzte

Vernetzungsressourcen auf verschiedenen Versorgungsebenen genutzt und die notwendigen Behandlungsschritte koordiniert werden. Darüber hinaus ermöglicht eine bessere Koordination der Patienten u. a. die Organisation von Gruppentherapien. Gerade diese Art der Behandlung bietet die Möglichkeit, durch unterschiedliche Behandlungsintensitäten und -inhalte mehr Patienten zu behandeln. Zudem intensiviert sie die leitlinienorientierte Behandlung selbst durch einen interaktiven, therapeutisch erwünschten Austausch. Darüber hinaus ist die Bildung medizinischer Netzwerke, die gemäß ihrer gesetzlichen Zertifizierung Anspruch auf entsprechende finanzielle Unterstützung haben, eine besondere Chance, komplexe ambulante psychiatrische Behandlung zu nutzen und damit die Versorgung zu verbessern.

Schlüsselwörter

Ambulante Komplexbehandlung · Ärztenetze § 87b · Digitalisierung · Kooperation · Gruppenbehandlung

Innovative outpatient models

Abstract

Innovative, multimodal, cross-professional and cross-sectoral approaches to outpatient care have been funded in Germany since 2004 when the integrated care (IV) according to § 140 ff Social Security Code V (SGB V) and selective contracts according to § 73 SGB V were introduced. As a result, almost 7000 IV contracts were established providing psychiatric care; however, most of them were short-term contracts and only 1–2% of the total number of patients were treated by means of IV contracts. Great attention has been paid to the multiprofessional care of patients in all service models. Here we present two service models that were permanently established: the network of the Psychiatry Initiative Berlin Brandenburg (PIBB), certified according to § 87b SGB V, and the project Neuropsychiatric and Psychotherapeutic Care (NPPV) North Rhine funded by the Innovation Fund. The care projects described show new opportunities by exploiting previously unused

networking resources at various levels of care and by coordinating the necessary treatment steps. Furthermore, a better coordination of patients enables, among other things, the organization of group therapy. This form of treatment in particular offers the possibility of treating more patients by applying different treatment intensities and contents. Moreover, it intensifies the guideline-based treatment itself through an interactive, therapeutically desired exchange. In addition, the formation of medical networks, which are entitled to relevant financial support according to their statutory certification, is a special opportunity to use complex outpatient psychiatric treatment and thus to improve care.

Keywords

Complex outpatient psychiatric treatment · Medical networks (paragraph 87b SGBV) · Digitalization · Cooperation · Group psychotherapy

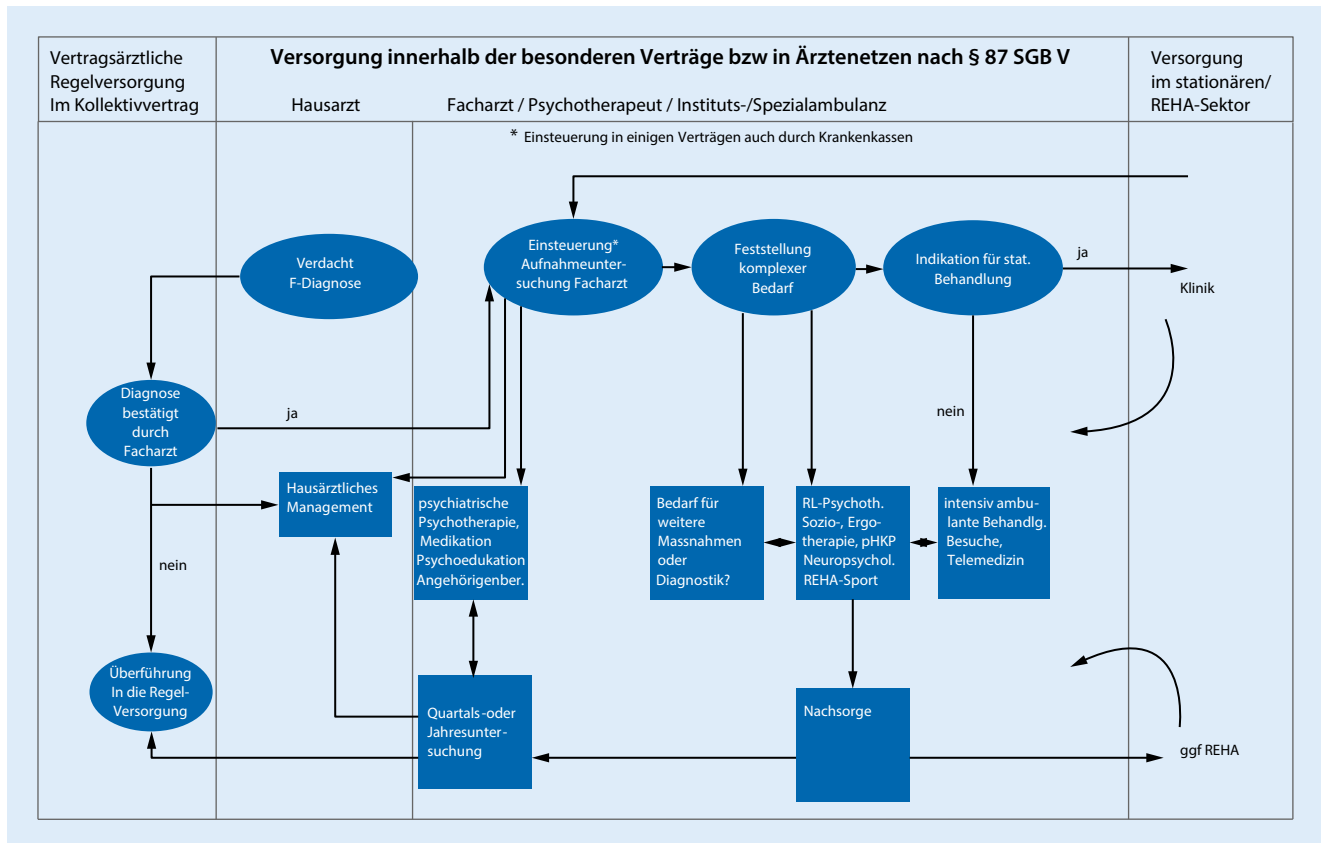


Abb. 1 ▲ Behandlungspfade. pHKP psychiatrische häusliche Krankenpflege. RL-Psychoth Richtlinien-Psychotherapie

IV-Verträge. Die Krankenkassen kündigten häufig nach 1 bis 2 Jahren die Verträge, da sich die erhofften Einsparpotenziale häufig nicht so schnell einstellten. Obgleich Einsparpotenziale durch die Vermeidung oder Abkürzung einer stationären Behandlung aufgezeigt werden konnten, wurden keine IV-Modelle in die Regelversorgung übernommen. IV-Verträge müssen mit jeder Krankenkasse einzeln verhandelt werden, was häufig zu ungünstig niedrigen Teilnehmerzahlen führte.

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung. Mit dem Modellvorhaben nach 64b SGB V (2013) und der Vereinbarung zur „Stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung“ (StäB) nach § 115d SGB V (2018) wurden für die Kliniken Möglichkeiten geschaffen, schwer psychisch Kranke durch multiprofessionelle Klinikteams intensiv zu Hause weiter zu betreuen. Die StäB richtet sich an Patienten mit stationärer Behandlungsindikation, die diese aber aus bestimmten

Gründen nicht umsetzen können, z.B. weil Kinder im Haushalt zu versorgen sind oder eine stationäre Behandlung wegen schwieriger Vorerfahrung abgelehnt wird. Strukturelemente der StäB sind u. a. aufsuchende multiprofessionelle Teams und eine Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit. Eine strukturierte Vernetzung mit dem vertragsärztlichen Sektor besteht nicht. Vertragsärzte können StäB im Gegensatz zur Krankenhausbehandlung nicht verordnen. Im Gegensatz zu den Verträgen der Integrierten Versorgung ist für die der stationären Behandlung folgende Weiterbehandlung keine Einverständniserklärung des Patienten erforderlich, was das Erreichen größerer Teilnehmerzahlen an diesem Modell erleichtert.

Ärztetenze nach § 87b Abs. 4 SGB V in der vertragsärztlichen psychiatrischen Versorgung. Praxisnetze sind freiwillige Zusammenschlüsse von Vertragsärzten verschiedener Fachrichtungen und Psychotherapeuten. Ihr Anspruch ist,

eine interdisziplinäre, kooperative und wohnortnahe ambulante medizinische Versorgung zu organisieren, mit dem Ziel die Qualität und Effizienz der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen einer intensivierten fachlichen Zusammenarbeit zu steigern und individuelle Bedarfe in differenzialtherapeutischer Abklärung zu berücksichtigen. Es geht konkret um drei Versorgungsziele:

- Patientenzentrierung,
- kooperative Berufsausübung sowie
- verbesserte Effizienz und Prozessoptimierung in der Patientenversorgung [5].

Die durch den Gesetzgeber sukzessive ausgebaute Förderung ambulanter Ärztenetze fußt inhaltlich auf einem ersten Aufbruch der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in Richtung einer Qualitätsförderung mit dem Konzept der Qualitätszirkel schon 1993. Qualitätszirkel entwickelten sich häufig zu Keimzellen informeller, kleiner, häufig hausarztzentrierter Zusammenschlüsse und Net-

Tab. 1 Versorgungsprojekte (Auswahl)

TK(Techniker Krankenkasse)-Projekt Aachen
IV(Integrierte Versorgung)-Projekte in Niedersachsen
Psychotherapie-Vertrag des Medi-Verbundes Baden-Württemberg
Psychoedukationsprojekt der Technischen Universität (TU) München
Psychoedukative Familienintervention der TU Darmstadt
ADHS(Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung)-Vertrag der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg
Netzwerk psychische Gesundheit in Nordrhein-Westfalen
Verträge seitens des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie u. a. mit der TK
Verträge einzelner psychosozialer Träger wie z. B. Pinet-Netzwerk

ze. Mit dem VStG (Versorgungsstrukturgesetz) 2012 fanden dann Ärztenetze erstmals im SGB V als definierte und von den KVen zu unterstützende Versorgungsoption Erwähnung. Die Zertifizierung von Ärztenetzen erfolgt nach Kriterien, die gemeinsam von der KBV und GKV festgelegt werden. Weitergeführt wurde die Förderung von Ärztenetzen durch das GKV-VStG 2015, in dem auch die verbindliche Finanzierung von Ärztenetzen vorgegeben ist (als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung). Angesichts der vielen unterschiedlichen Fachgruppen, die an der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung mitwirken, stellen Ärztenetze, die nach den Förderungskriterien zudem eine sektoren- und berufsgruppenübergreifende Kooperation erfordern, eine qualitätsorientierte und wirtschaftliche Organisationsform für den psychiatrischen Bereich dar.

» Ambulante vertragsärztliche Versorgung benötigt neue Instrumente und Strukturen

Letztlich stehen die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie alle vor derselben Herausforderung: Zeitgemäße Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen muss sich an den biopsychosozialen Aspekten des Individuums orientieren. Auch die Einstellung

des Patienten zur vorgeschlagenen Behandlung ist im Sinne einer „shared decision“ zu berücksichtigen. Alleinige medizinische oder psychotherapeutische oder fürsorgende Betreuung ist dabei nicht mehr ausreichend. Um die Teilhabe am sozialen Leben schnellstmöglich nach aktuellem Wissensstand wieder herzustellen, braucht es eine komplexe, nach differenzialtherapeutischem Bedarf gesteuerte Behandlung mit multiprofessionellen Angeboten, wie sie u. a. in der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ [6] beschrieben werden. Analog zur stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung benötigt die ambulante vertragsärztliche Versorgung neue Instrumente und Strukturen. Im Lebensumfeld der Patienten muss die Vernetzung aller an der Behandlung der psychischen Erkrankung und deren Folgen beteiligten Akteure möglich gemacht werden. Dies erfordert die verbindliche Zusammenarbeit der Ärzte, Psychotherapeuten und anderen Leistungserbringer. Letztlich kann ein Vertragsarzt bislang zwar ein individuelles Behandlungskonzept mit Überweisungen oder Verordnungen zusätzlicher Heilmittel für den ambulanten Patienten zusammenstellen; es fehlt jedoch eine gemeinsame Verantwortungskultur, die die Abläufe strukturiert und den patientenbezogenen Austausch verschiedener Berufsgruppen ermöglicht.

In **Abb. 1** sind schematisch die Behandlungspfade für Menschen mit psychischen Erkrankungen im gestuften Versorgungssystem unter Berücksichtigung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ (generischer Behandlungspfad), der als Grundlage der vertragsärztlichen Position entwickelt wurde, dargestellt.

Die nachfolgend vorgestellten beiden Versorgungsprojekte zielen in unterschiedlicher Weise modellhaft auf die Behebung der dargelegten Versorgungsprobleme. Verzichtet wird an dieser Stelle auf die Darlegung der Schwierigkeiten, Behinderungen und Herausforderungen, die sich beim Aufbau innovativer Versorgungsstrukturen zeigen; mit ihrer Darstellung ließe sich gut ein eigenständiges Buch füllen. Stichwortartig erwähnt seien lediglich eine unflexible und nicht

mehr zeitgemäße Versorgungsmentalität, verblockte Sektorstrukturen auf Seiten der Leistungserbringer wie auch auf Seiten der Kostenträger, die z. T. realitätsfremde Erwartung an kurzfristige Kostenersparnisse (wie z. B. des Bundesamtes für Soziale Sicherung), aber auch technische Herausforderungen bei der Realisierung optimaler digitaler Vernetzung und übergreifender Patientendokumentation unter Wahrung des Datenschutzes.

Seit Einführung der Finanzierungsmöglichkeit für besondere Versorgungsprojekte gab es eine Vielzahl innovativer Projekte für eine Verbesserung der komplexen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Hier waren und sind Vertragsärzte mit hohem Engagement tätig, ebenso entwickelten Managementgesellschaften, Kliniken und gemeindepsychiatrische Träger Konzepte. Auch KVen bieten inzwischen ein entsprechendes Vertragsmanagement an. In **Tab. 1** wird eine kleine Auswahl der Verträge ohne Anspruch auf Vollständigkeit genannt. Eine vollständige Übersicht der verschiedenen leider oft nur kurzzeitigen Verträge inklusive Bewertung oder Evaluation herzustellen, gelang wegen der Volatilität und Kleinteiligkeit der Verträge nicht.

Exemplarisch werden hier zwei aktuelle Versorgungsmodelle vorgestellt: das bereits 2006 gestartete, dann 2015 nach § 87b SGB V zertifizierte „Netz der Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg“ (PIBB) und das seit 2017 innovationsfondsgeförderte Projekt „Neurologisch-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung“ (NPPV) im Bereich der KV Nordrhein, welches auf dem Boden der seit 2004 entwickelten Versorgungskonzepte im vertragsärztlichen Bereich, z. T. auch mit der Vertragswerkstatt der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), entstand. Beide Versorgungsmodelle enthalten im Unterschied zur Regelversorgung strukturierte und berufsgruppenübergreifende Kooperationswege.

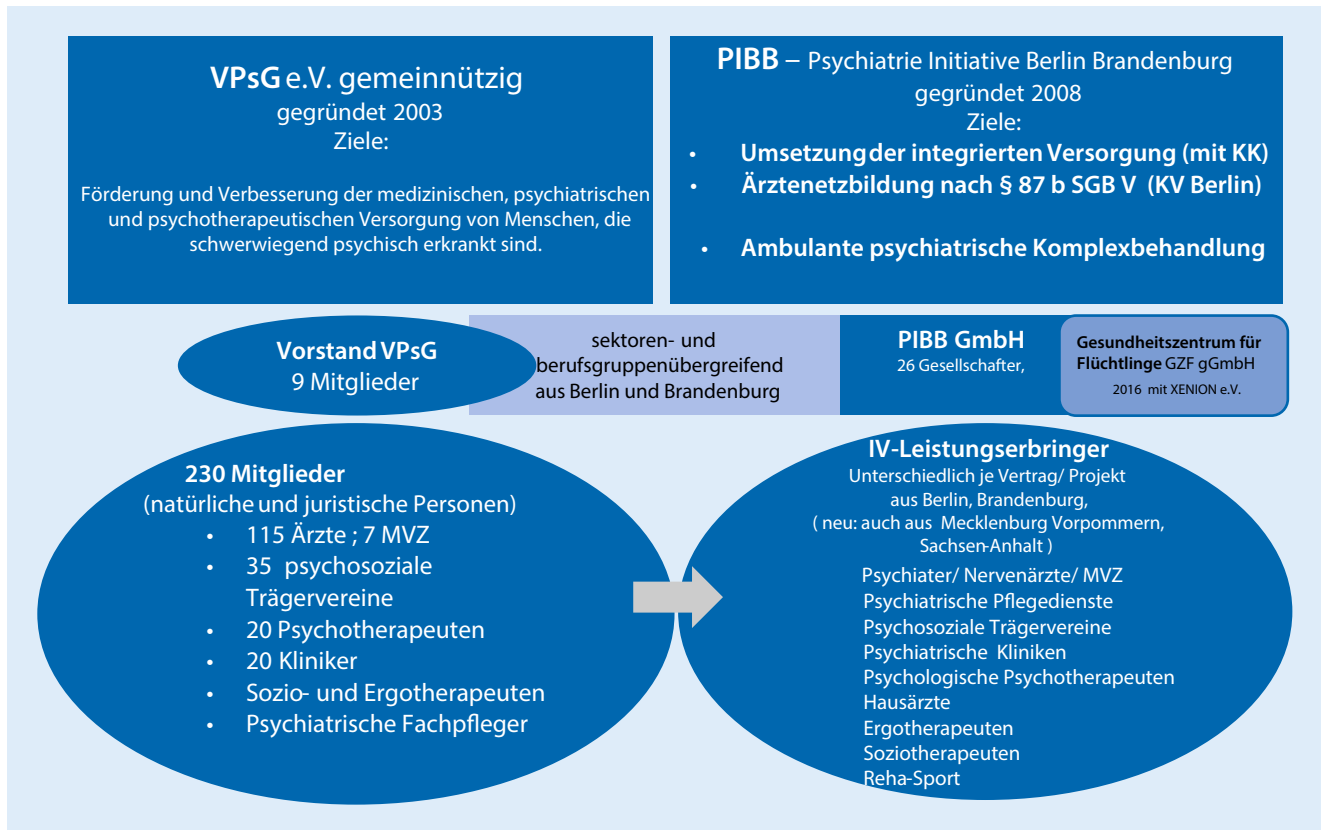


Abb. 2 ▲ Organigramm und Zielsetzung der Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB). *IV* Integrierte Versorgung, *VPsG* Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit, *MVZ* Medizinisches Versorgungszentrum

Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg

Die Kooperation im Netz entscheidet

Historische und organisatorische Basis des Modells Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB; www.pi-bb.de) ist der sektoren- und berufsgruppenübergreifende gemeinnützige Verein für seelische Gesundheit (Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit, VPsG), der 2003 von 34 Psychiatrieakteuren, ganz überwiegend niedergelassene Nervenärzte/Psychiater, gegründet wurde (www.psychiatrie-in-berlin.de). Die Gründung erfolgte mit dem identitätsstiftenden Ziel, die vernachlässigte psychiatrische Versorgung vor allem im ambulanten Bereich zu verbessern. Psychiatrie und Psychotherapie werden explizit als zusammengehörig verstanden. Die Kooperation mit Betroffenen- und Angehörigenverbänden und Aktivitäten zur Aufklärung und Entstigmatisierung

psychisch Kranker sind Ziele des Vereins in Satzung und Praxis (Dialog).

Der Verein befasste sich bereits in seinen Anfangsjahren mit der Erarbeitung und Förderung der Psychotherapie bei Menschen mit einer psychotischen Erkrankung, mit einem Implementierungsprojekt von Psychoedukationsgruppen in 12 Berliner Praxen und darüber hinaus mit vielen weiteren Themen psychischer Erkrankungen und der Situation psychisch erkrankter Menschen wie u. a. in einer Initiative „Schreiben für die Seele“, einer AG zur Transitionspsychiatrie, einer AG Religion & Psychiatrie mit dem seit 12 Jahren laufenden jährlichen Berliner psychiatrisch-religionswissenschaftlichen Colloquium und einem Beratungsprojekt „Psychiatrie in der Moschee“ [7] sowie der Mitgründung eines Gesundheitszentrums für Flüchtlinge als GZF gGmbH (www.gzf-berlin.org). **Abb. 2** zeigt den organisatorischen Zusammenhang zwischen dem gemeinnützigen, ideell ausgerichteten Verein für Psychiatrie und seelische Ge-

sundheit und der zur Kontrahierung und Durchführung spezifischer Versorgungsprojekte (Verträge) gegründeten Managementgesellschaft PIBB GmbH (Quelle: PIBB und VPsG).

» Es geht um eine patienten- und nicht institutionsorientierte Versorgung

Konzeptionell wichtig ist dem VPsG und seiner 2008 gegründeten, gesellschaftlich gleichfalls berufsgruppen- und sektorenübergreifend zusammengesetzten Managementgesellschaft PIBB die wirtschaftliche Unabhängigkeit. Eine einflussnehmende finanzielle Unterstützung insbesondere seitens der Industrie (Pharma, IT u. a.) wurde ausgeschlossen. Dies ist nicht selbstverständlich, wie man an dem von der Firma Janssen finanzierten (2010), später ohne die initial fördernde Firma modifiziert weitergeführten IV-Modell in Niedersachsen sehen konnte.

Der Organisation des VPsg und der PIBB entspricht auch deren versorgungspolitische Ausrichtung: Wie schon lange von nationalen und internationalen psychiatrischen Fachgesellschaften und Sachverständigen [4] gefordert, geht es um eine patienten- und nicht institutionsorientierte Versorgung mit synergistischem, gleichwohl gesteuertem Zusammenwirken aller versorgungsrelevanten Akteure. Dass „eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“ 2019 als Zielvorgabe Eingang in das SGB V als § 92 (6b) gefunden hat, bestätigt den vor 15 Jahren von VPsg/PIBB eingeschlagenen Weg.

Integrierte Versorgung

Ermöglicht wurde dieser Weg im Jahr 2004 durch die Schaffung des § 140a ff SGB V zur Integrierten Versorgung. Dieser neuen Möglichkeit ist der mit vielen Leistungserbringern (LE) aus Klinik und Praxis, Universität/Charité und aus allen Berufsgruppen schnell wachsende VPsg mit Elan nachgekommen; bereits 2006 schloss er mit der DAK (Deutsche Angestellten-Krankenkasse)-Gesundheit einen ersten Vertrag zur Integrierten Versorgung, zunächst nur für Berlin, dann rasch auch für Brandenburg, zunächst nur für Versicherte der DAK, bald auch für Versicherte vieler BKKen (Betriebskrankenkassen) und etwas später auch der großen AOK (Allgemeine Ortskrankenkasse) Nordost. Ab 2008 wurden die Verträge über die PIBB umgesetzt.

Die IV-Verträge ermöglichen dem Patienten die seiner aktuellen Situation, seinem Lebensumfeld und seinem Bedarf entsprechende Hilfe durch ein multiprofessionelles Team. Die Zusammenführung der verschiedenen bislang eher nebeneinander agierenden Berufsgruppen, Praxen und Institutionen erfolgte vor dem Hintergrund der sozialrechtlich vorgegebenen Verordnungsverantwortung des niedergelassenen Psychiaters für den Einsatz von Soziotherapie (SozTh), psychiatrischer häuslicher Kranken-

pflege (pHKP), Ergotherapie und RehaSport. Die Einbindung der behandelnden Hausärzte in die IV, die Zusammenarbeit mit psychologischen Psychotherapeuten sowie mit mehreren Kliniken erfolgte über spezifische Kooperationsverträge.

Die Leitgedanken der integrierten psychiatrischen Versorgung der PIBB sind:

- Realisierung eines individualisierten auf das Lebensumfeld des Patienten bezogenen, komplexen Therapiekonzeptes mit psychiatrischen, pharmakologischen, methodenübergreifend-integrativen psychotherapeutischen, sozialen und pflegerischen Interventionen sowie ergänzenden Therapiemaßnahmen,
- koordinierte Vernetzung der Therapeuten,
- Beziehung als entscheidender Wirkfaktor und Bezugstherapeuten als zentrales Steuerungsmoment der Behandlungspfade,
- Konzentration auf die Situation und Bedarfe schwer psychisch Kranker (GAF[Global Assessment of Functioning]-Skala),
- Patientenorientierung vs. Institutionsorientierung,
- partizipative Entscheidungsfindung und Orientierung auf die Ressourcen des Patienten und seines Umfeldes.

Unterschiedliche VPsg/PIBB-Vertragsmodelle

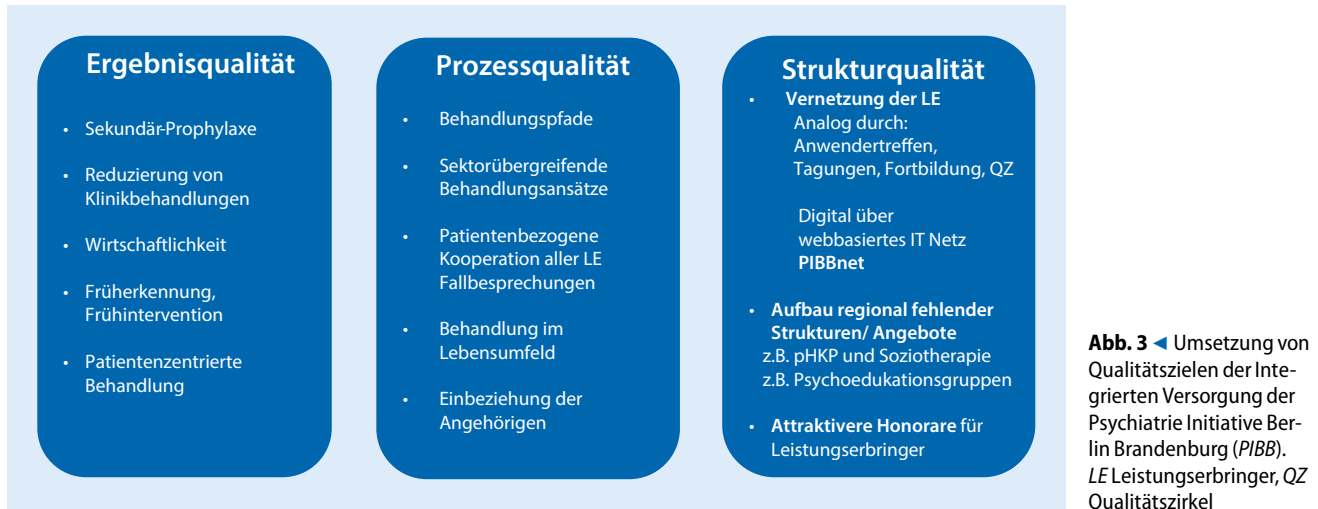
Alle Verträge in ihren Details, Modifizierungen und auch hinsichtlich des quantitativen Outcomes zu schildern, ist hier nicht möglich. Es wird diesbezüglich auf Darstellungen an anderer Stelle verwiesen [8, 9]. Die Laufzeiten der meisten Verträge gehen bereits über viele Jahre, teilweise verbunden mit ergebnisabhängigen krankenkassenseitigen Bonuszahlungen. Dies sowie auch dokumentierte Reduzierungen der Klinikbehandlungszeiten weisen auf ihre wirtschaftliche und klinische Ergebnisqualität hin, die hier nicht im Vordergrund steht. Wichtig im Kontext innovativer Versorgungsmodelle erscheint vielmehr, die PIBB als Innovationsplattform zu sehen und die Verträge besonders unter Struktur- und Prozessqualitätsaspekten zu bewerten.

Zu unterscheiden sind unterschiedliche Modelle:

Indikationsbezogene IV-Verträge. Indikationsbezogene IV-Verträge konnte/kann die PIBB mit der DAK-Gesundheit, der BKK VBU (Verkehrsbau Union) und anderen BKKen umsetzen. Für die Indikationsdiagnosen psychotische Erkrankungen, depressive und manische Affektstörungen, Demenzerkrankungen, psychosomatische Erkrankungen, Angst- und Zwangserkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen als Komorbidität ging es (bei einem nach GAF und Clinical Global Impression [CGI] erfassten hinreichenden Schweregrad) um eine nachhaltige ambulante Stabilisierung, ggf. die Krisenintervention, die Rezidivprophylaxe und damit natürlich die Vermeidung von Klinikeinweisungen. Alle in diese indikationsbezogenen Verträge eingeschriebenen Patienten erhielten als zusätzliche Leistung Soziotherapie oder psychiatrische häusliche Krankenpflege (pHKP). Im Unterschied zur Regelversorgung konnten die Einsätze in der IV bei deutlich erweitertem Diagnosekatalog und bereits vor der ersten stationären Aufnahme sowie (limitiert) parallel zu eventuell doch erforderlicher Klinikbehandlung verordnet werden. Diese und weitere Einsatzmodalitäten der PIBB-IV wurden später (2015 resp. 2018) seitens des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in die Novellierung der Richtlinien für Soziotherapie und die psychiatrische häusliche Krankenpflege übernommen. Auch die innerhalb der IV deutlich verbesserte Honorierung führte für Soziotherapie und die pHKP zu einem deutlich verbesserten Angebot (in Brandenburg mit Startunterstützung des Ministeriums überhaupt zur erstmaligen Ausbildung psychiatrischer Fachpflegedienste).

Der große mit dem Einsatz von Soziotherapie und pHKP verbundene Vorteil, dass Patienten vorrangig im häuslichen Umfeld aufgesucht werden (sollen), kann mit Hinblick auf die sehr begrenzte Ressource „Hausbesuche“ seitens der Psychiater nur nachdrücklich betont werden.

Ein weiterer vielversprechender, zusätzlich psychologische Psychothera-



peuten, Hausärzte, Ergotherapeuten und Anbieter von Reha-Sport einbeziehender IV-Vertrag zur raschen fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung wegen psychischer Diagnosen arbeitsfähig Erkrankter lief aufgrund krankenkassentechnischer Schwierigkeiten in der einschreibebereiten Patientenrekrutierung und einer aus Vertragspartnersicht zeitlich viel zu eng vorgegebenen Wirtschaftlichkeitserwartung des seinerzeitigen Bundesversicherungsamtes (jetzt Bundesamt für soziale Sicherung) nur von 2013 bis 2015 (ca. 700 Teilnehmer) für Versicherte der DAK-Gesundheit.

Der populationsorientierte Vertrag.

Der populationsorientierte Vertrag zur psychiatrischen Versorgung mit der AOK Nordost, in den vom behandelnden Psychiater alle psychisch erkrankten Patienten (zeitweilig bis 3000) eingeschrieben werden können, läuft seit Dezember 2011. Er verfolgt bei divergenter Einschreibe- und Honorierungsmodalität ein analoges Ziel wie das indikationsbezogene IV-Modell: ambulante Stabilisierung und Krisenintervention, Reduzierung von Krankenhausbehandlungen. Der Anteil der zusätzlich mit Soziotherapie und pHKP versorgten Patienten bewegt sich je nach Bundesland Berlin oder Brandenburg zwischen ca. 20 und 25 %. Dieser Vertrag, der als Novum auch die somatischen Erkrankungen und die dadurch verursachten Kosten einbezieht, ist mit Einzeldaten und in erforderlicher Abstimmung mit

dem Vertragspartner AOK Nordost ausführlich an anderer Stelle dargestellt [10].

In **Abb. 3** werden Einzelaspekte der Qualitätsziele des PIBB-IV-Modells im Detail dargestellt (Quelle: PIBB). Da das wirtschaftliche Outcome der in der Regel nicht extern evaluierten Verträge wesentlich auf Daten der beteiligten Krankenkassen beruht, sind einer Veröffentlichung enge Grenzen gesetzt. Dass Krankenkassen über viele Jahre hinweg die geschilderten Verträge (mit erhöhter Honorierung für die Leistungserbringer und zusätzlichen Management- wie Koordinationskosten) führen, z. T. über mehrere Jahre hinweg zusätzlich Jahresboni für erreichte Einsparungen auszahlen, kann daher nur einen unbefriedigenden Ersatz für eine natürlich wünschenswerte, aber nicht finanzierte wissenschaftliche Auswertung darstellen.

Hinsichtlich erreichter Prozessqualität ist hervorzuheben, dass die sektor- und berufsgruppenübergreifende Formulierung diagnosespezifischer Behandlungspfade von der Einschreibung bis zu differenzialtherapeutischen Entscheidungen zentral ist. Für das multiprofessionelle Team im PIBB-Versorgungsnetz gilt die vertrauensbildende Kommunikation unter den Leistungserbringern als Voraussetzung für Vernetzung und Integration der unterschiedlichen Angebote. Bekanntermaßen finden sich Konkurrenzen zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich, wie auch teils offene teils versteckte Rivalitäten der

verschiedenen Berufsgruppen im Team. Durch den persönlichen Austausch in den Einzelbesprechungen und Anwenderkonferenzen (Fallbesprechungen) wie in weiteren Vernetzungstreffen und Fortbildungen konnte jedoch sukzessive wie regelhaft ein Vertrauensaufbau und eine wechselseitige Wertschätzung erreicht werden. Gerade die unterschiedlichen Blickwinkel bspw. aus pflegerischer, psychotherapeutischer, soziotherapeutischer oder psychiatrischer Perspektive führen zu einer vollständigeren Wahrnehmung und ermöglichen eine abgestimmte Therapieplanung. Die regionalen, berufsgruppenübergreifenden Anwenderkonferenzen finden in der Regel einmal im Quartal statt (teilweise mit Teilnahme regionaler Klinikvertreter), die zentralen Anwenderkonferenzen mindestens zweimal jährlich; daneben laufen überregional themenbezogene Qualitätszirkel.

Neben der geschilderten persönlichen Vertrauensbasis kommt der Nutzung der Informationstechnologie eine ganz besondere Schrittmacherfunktion bei der Team- und der weiteren Netzbildung zu; seit der COVID-Pandemie finden die Absprachen digital statt. In der IV der PIBB kommunizieren die Leistungserbringer untereinander sowie auch mit den Krankenkassen seit mehreren Jahren papierlos; Verordnungen, Leistungsdokumentationen und Abrechnungen aller IV-Leistungen erfolgen über die webbasierte Plattform PIBBnet. Als weiterer Struktureffekt der PIBB-Verträge ist sehr

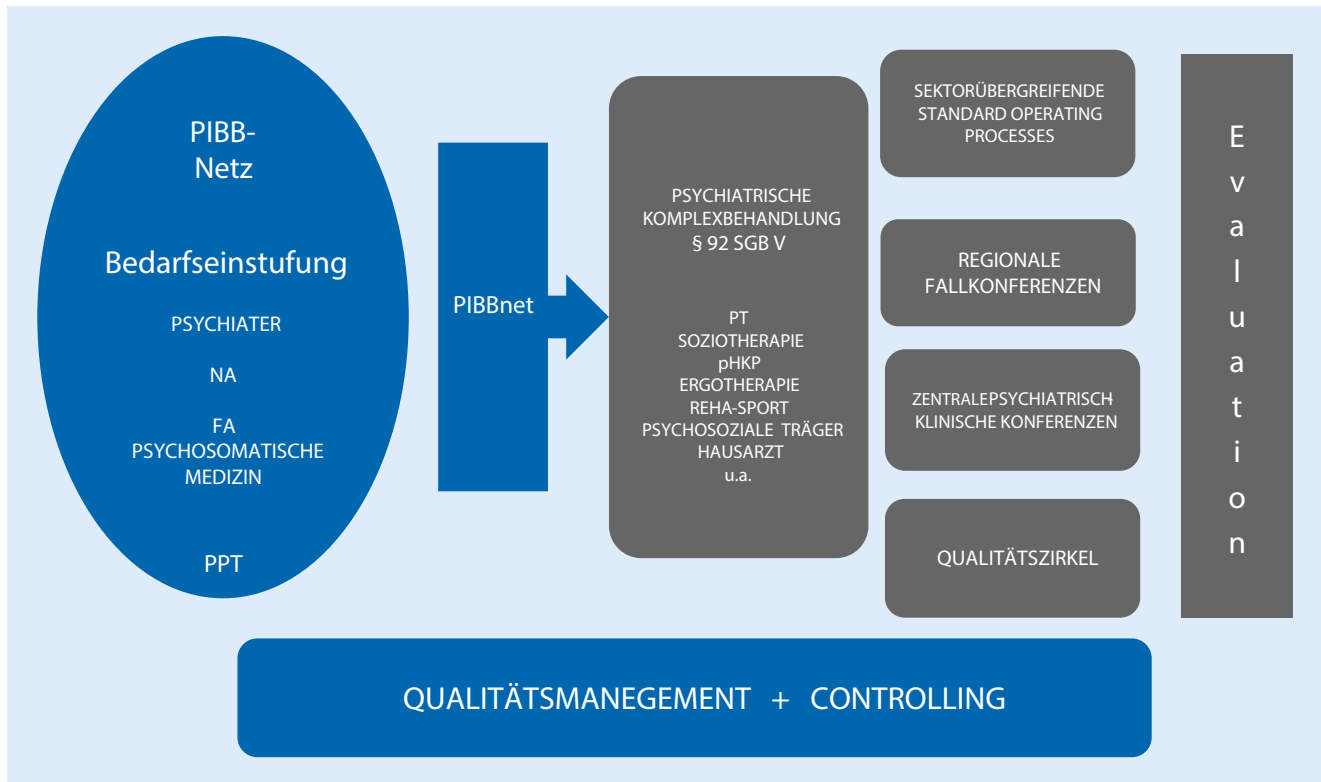


Abb. 4 ▲ Stepped-care-Modell der Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB). FA Facharzt, NA Nervenarzt, pHKP psychiatrische häusliche Krankenpflege, PT Psychotherapie, SGB Sozialgesetzbuch, PPT Psychologische Psychotherapeuten

konkret der Aufbau ambulanter psychiatrischer Pflege in Berlin und vor allem Brandenburg anzusehen. Ähnliches gilt für die Soziotherapie. Das Zusammenwirken der Akteure der Metropole Berlin und des dünn besiedelten ländlichen Brandenburgs ist ein weiterer spannender Aspekt des PIBB-Projektes.

Auf die Bedeutung der IV der PIBB für die Novellierung der Richtlinien für die Soziotherapie (2015) und pHKP (2018) wurde bereits hingewiesen; in der mehrjährigen Entwicklung durch den G-BA konnten die positiven Anwendungserfahrungen in der IV in verschiedenster Weise maßgeblich eingebracht werden.

Die IV-Teilnahme bedeutete für alle Berufsgruppen eine sehr erhebliche Verbesserung ihrer Honorare. Für die niedergelassenen Nervenärzte, Psychiater und Psychotherapeuten erfolgte sie ja grundsätzlich on top zur laufenden KV-Honorierung. Für die Soziotherapie und die pHKP waren die IV-Honorare viele Jahre bundesweit Trendsetter für die Regelversorgung.

Kooperationen

Eine besondere Herausforderung der IV besteht darin, wirtschaftlich unabhängig voneinander agierende Praxen, Kliniken, Firmen, Einrichtungen im Interesse betroffener Patienten in einem verbindlich handelnden Netz zu einem Win-win-win-Arrangement zusammenzuführen. Am engagiertesten zeigten sich dabei systemstrukturell eher junge Akteure wie Soziotherapeuten und psychiatrische Pflegedienste. Während sich die Kooperation mit dem Verband der Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege (BAPP) synergistisch gestaltet, erscheint der PIBB die Kooperation als Mitglied im Dachverband Gemeindepsychiatrie (DV) immer wieder irritierbar, da tradierte Ressentiments gegenüber ärztlich-psychiatrischem Know-how und Engagement noch nicht vollständig überwunden sind. Erfreulich beim Aufbau der IV imponierte die breite Unterstützung des Berliner Landesverbandes des Berufsverbandes deutscher Nervenärzte (BVDN), aus

dem sich ja auch viele Nervenärzte und Psychiater der IV rekrutierten.

Durchweg unterstützend und von viel Gemeinsamkeit geprägt zeigt sich die Zusammenarbeit mit den Betroffenen- und Angehörigenorganisationen (ApK, Angehörige Psychisch Kranker – Landesverband Berlin, Bipolaris, Experience, u. a.).

Von der Gründung des VPsG im Jahr 2003 an waren Kliniken bei dieser Initiative zur Verbesserung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung „mit im Boot“: in mannigfachen Fach- und Öffentlichkeitsveranstaltungen. Mit mehreren Kliniken wurden schon 2006 Kooperationsverträge, allerdings vorwiegend mit „Good-will“-Charakter, geschlossen; später konnten in den Kliniken zentrale Psychoedukationsgruppen (vorrangig und differenziell für schizophrene, affektiv und persönlichkeitsstrukturell Erkrankte) etabliert werden; die Schwierigkeiten des Behandlungstransfers aus der Praxis an einen anderen Ort zeigten sich allerdings deutlich. Des Weiteren ist in der aktuellen Zwischenbilanz auch die Kooperation

von 8 Berliner und Brandenburger Kliniken beim Innovationsfondantrag der PIBB von 2015 positiv zu sehen. Das gemeinsame Konzept, das u.a. einen strukturellen Einbezug der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIAs), einer stationären Krisenintervention und Nachbehandlung, pharmakotherapeutische Konferenzen intersektoral, auch datentechnische Verknüpfungen vorsah, wurde seitens des Expertengremiums des Innovationsausschusses zwar positiv bewertet; leider kam es trotz positiven Bescheides und Aufnahme auf die Warteliste doch nicht zur Umsetzung.

Ausblick

In der Versorgung psychisch Erkrankter sind allein vertragsärztlich und psychotherapeutisch 7 verschiedene KV-Fachgruppen aktiv; Sozio- und Ergotherapeuten, psychiatrische Fachpfleger, psychosoziale Trägervereine und RehaSport-Anbieter ergänzen die Behandlungsoptionen. Es ist Zeit, verbindliches und vernetztes Zusammenwirken zu implementieren. Über die Entwicklung der Verträge zur Integrierten Versorgung hinausgehend setzt die schon 2015 erfolgte Zertifizierung der PIBB als Ärztenetz nach § 87b SGB V durch die KV Berlin ein richtungweisendes Zeichen. Seit Januar 2020 erhält das Netz nun auch die gesetzlich im SGB V verankerte Netzfinanzierung. Dies stellt – unabhängig von Verträgen mit Kostenträgern – eine grundlegende Sicherstellung des PIBB-Versorgungsnetzes dar. Darüber hinaus erhielt die PIBB im Mai 2020 die Bewilligung ihres Anfang 2019 gestellten Antrages auf eine finanziell nachhaltige Förderung des Projektes „Ambulante psychiatrische Komplexbehandlung im PIBB-Netz Berlin“, das in **Abb. 4** dargestellt ist (Quelle: PIBB).

Dieses Projekt zielt darauf, allen Patienten der Regelversorgung – unabhängig vom Krankenkassenvotum – in einem gestuften Behandlungskonzept eine differenzialtherapeutische, individualisierte komplexe Behandlung zu ermöglichen gemeinsam mit allen kooperationsorientierten Leistungserbringern und einer sektorübergreifenden Koordination. Ein

wichtiges Ziel langjähriger Arbeit ist jetzt in greifbare Nähe gerückt!

NPPV – erfolgreiche Vernetzung der Therapie mit dem Patienten im Mittelpunkt

Viel beachtet und durch den G-BA-Innovationsfonds gefördert ist das NPPV-Projekt im KV-Bereich Nordrhein. Neurologisch-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung (NPPV) wird dabei individuell patientenzentriert gestaltet.

Zwar sollten Patienten mit allen neurologischen und psychischen Erkrankungen die Möglichkeit bekommen, eine gut abgestimmte Komplexbehandlung zu erhalten, vorerst wurden jedoch nur Patienten mit folgenden Diagnosen in das Projekt eingeschlossen:

- affektive Störungen, inkl. Depression,
- Psychosen, inkl. manischer Episode und bipolar-affektive Störung,
- komplexe Traumafolgestörung,
- hirnorganisches Psychosyndrom, inkl. Demenz,
- Multiple Sklerose,
- Morbus Parkinson,
- Schlaganfall.

Insgesamt 4 Jahre wird dieses Versorgungsprojekt gefördert und begleitend untersucht [11]. Kernelemente des Projektes sind die Vernetzung etablierter vertragsärztlicher Versorgungsstränge und die Einbeziehung moderner digitaler Kommunikationsmöglichkeiten. Besonders schwer Erkrankte sollen dabei mit hoher Behandlungsintensität zeitnah und entsprechend ihrem Behandlungsbedarf im Lebensumfeld versorgt werden. Wartezeiten auf Behandlungsplätze sollen verkürzt und damit Krankheitsverläufe verbessert und damit Folgekosten gesenkt werden. Das Zentrum der bedarfsgerechten und koordinierten Versorgung stellt die berufsgruppenübergreifende Vernetzung der im Projekt teilnehmenden Ärzte und Therapeuten dar.

Patienten bekommen Zugang zu dieser Behandlungsform über ihre behandelnden Fachärzte oder Psychotherapeuten. Die beteiligten Fachärzte (Neurologen, Psychiater, Nervenärzte) und

Psychotherapeuten koordinieren dabei die gesamte neurologische und/oder psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der Patienten. Verbindliche Absprachen und Vereinbarungen regeln die Zusammenarbeit der Therapeuten und die Zuweisung der Patienten indikations- und schwergradabhängig in die erforderlichen Therapieformate. Dazu gehören insbesondere niedrigschwellige Gruppenangebote und das Onlineselbsthilfeprogramm Novego. Auch die Hinzuziehung und Kooperation mit weiteren Leistungserbringern, z. B. psychiatrische Pflegekräfte oder Soziotherapeuten – in der Regelversorgung – werden über die intensive Vernetzung der Behandler gefördert.

Vernetzte Versorgung von der Akutbehandlung bis zur Rezidivprophylaxe

Mehr als 11.000 Patienten wurden mittlerweile in das Projekt eingeschrieben, über 650 Ärzte und Psychotherapeuten an mehr als 400 Standorten in Nordrhein nehmen an diesem Versorgungsprojekt teil. Ein regelmäßiger Dialog zur Schnittstellenoptimierung mit Kliniken, Hausärzten, Selbsthilfevereinen und weiteren an der Versorgung beteiligten Akteuren ist etabliert. Die Vernetzung der Versorgung ist fachübergreifend. Qualitätszirkel sind etabliert und werden durch Leistungserbringer sektoren- und berufsgruppenübergreifend gut besucht. Bisher haben 30 regionale und überregionale Treffen mit über 400 Teilnehmern stattgefunden. Die Vernetzung wird durch ein Netzwerkmanagement unterstützt und die Praxen werden regelmäßig geschult. Zur Kommunikation wurde eine webbasierte Softwarelösung etabliert, die breite Akzeptanz unter den Beteiligten genießt. Über eine Plattform werden Gruppenangebote in einer digitalen Gruppenbörse im Netzwerk breit bekannt gemacht, mit Unterstützung des „Case-Managers“ koordiniert und sind so für den Patienten leicht erreichbar.

Ein Bezugsarzt oder -therapeut begleitet den Patienten durch die Behandlungen. Dieser hat durch die etablierte Vernetzung die Möglichkeit, indizierte

Leitthema

Behandlungen für den Patienten schnell möglich zu machen.

In akuten Krankheitsphasen erfolgt die Behandlung hochfrequent (mitunter auch täglich), nach Abklingen der Akutphase können Kontakte bedarfsgerecht seltener erfolgen. Von besonderer Bedeutung ist dabei der Bezugsarzt bzw. -therapeut.

» Vernetzung und Steuerung machen freie Behandlungskapazitäten rasch sichtbar

Durch die beschriebene Vernetzung und die Steuerung der Behandlung direkt und kontinuierlich durch die Ärzte und Psychotherapeuten können freie Behandlungskapazitäten rasch sichtbar gemacht und gerade in Krisenfällen schnell Termine vergeben werden. Dabei erfolgt die Einsteuerung in die Behandlungsformen und die Inanspruchnahme durch die Patienten bedarfsgerecht. Je zeitnaher die notwendige Behandlung beginnt, desto schneller nehmen erkrankungsbedingte Einschränkungen der Patienten ab.

Niedrigschwellige Gruppenangebote für alle eingeschlossenen Diagnosegruppen konnten flächendeckend etabliert werden. Mittlerweile werden in der Region Nordrhein zusätzlich zur Regelversorgung über 220 Gruppen in den Bereichen Psycho- und Neuroedukation, Ressourcenstärkung, Neurotraining sowie Angehörigenberatung angeboten. 93 % der teilnehmenden Patienten gaben bei der Evaluation an, dass sie gerade dieses Versorgungsangebot als besonders hilfreich erlebt haben.

Daneben wurde das E-Mental-Health-Programm Novego eingeführt, welches zunehmend von Patienten (insbesondere an Depression erkrankte Patienten) genutzt wird und breite Akzeptanz erfährt. Das Programm wurde bisher über 2300 Patienten von Bezugsärzten und -therapeuten verordnet, die Einlösequote liegt zurzeit bei etwa 40 %. 86 % der Nutzer würden dieses Programm weiterempfehlen.

Die Akzeptanz dieser Versorgungswege ist unter den Patienten und den beteiligten Ärzten und Therapeuten sehr hoch und die gesteckten Teilziele des seit

3 Jahre laufenden Projektes konnten erfreulicherweise erreicht werden. Diese zukunftsweisende Behandlungsplanung und -durchführung unter Nutzung der vorhandenen vertragsärztlichen Strukturen stellt eine spürbare Verbesserung der Versorgung für Patienten dar. Der Erfolg dieses Projektes drückt sich auch in der Zufriedenheit aller beteiligten Ärzte und Therapeuten aus.

Aktuell können nur Patienten der AOK Rheinland/Hamburg und einiger Krankenkassen der BKK-Gruppe mit einem eingeschränkten Diagnosespektrum durch die beschriebenen Versorgungsformen vernetzt behandelt werden. Vernetzte berufsgruppenübergreifende Versorgung sollte aber für alle Patienten mit neurologischen oder psychischen Erkrankungen, die einen besonderen Versorgungsbedarf haben und bei denen abgestimmte Behandlungsschritte für eine Genesung von Bedeutung sind, möglich sein.

Schlussfolgerung

In Deutschland laufen ambulante Behandlungen sehr oft gleichzeitig oder hintereinander ohne Verzahnung oder Abstimmung. Stationäre oder Rehabilitationsbehandlungen folgen der Logik von Bettenbelegungen, Kostenzusagen, Patientenwünschen oder Aufforderungen von Rentenversicherungen. Abgestimmte patientenzentrierte und kontinuierliche Behandlung über alle Krankheitsphasen kann Kosten und Zeit sparen und damit einer Chronifizierung von Krankheiten effektiv entgegenwirken. Analog zum stationären Bereich sollte auch in der ambulanten Versorgung eine koordinierte Vernetzung der verschiedenen Behandlungen erfolgen.

Allein, die aktive Vernetzung und verbindliche Kooperation von Ärzten, Psychotherapeuten sowie anderen medizinischen Leistungserbringern obliegt bislang regionalem und arzt- bzw. psychotherapeutenindividuellem Engagement. Dies kann durch eine strukturierte Ärztenetzbildung nach § 87b SGB V nachhaltig optimiert werden, da sie nicht nur die relevanten ärztlichen und psychotherapeutischen Fachgruppen, sondern auch die weiteren Leistungs-

erbringer einer differenzialtherapeutisch konzipierten Komplexbehandlung wie psychiatrische Fachpfleger, Sozio- und Ergotherapeuten u. a. einbezieht und auch die verbindliche Kooperation mit dem stationären Bereich wie den psychosozialen Versorgungsangeboten ermöglicht.

Ungenutzte Ressourcen finden sich in der Vernetzung der unterschiedlichen Behandlungspfade und Abstimmung der notwendigen Behandlungsschritte. Die Koordinierung von Behandlungen vieler Patienten ermöglicht u. a. auch die Implementierung von Gruppenbehandlungen. Besonders diese Behandlungsform mit unterschiedlicher Intensität und verschiedenem Inhalt birgt die Möglichkeit der Behandlung größerer Patientengruppen pro Zeiteinheit und intensiviert die Behandlung an sich durch den interaktiven therapeutisch gewünschten Austausch.

Die geschilderten sinnvollen Elemente einer vernetzten Behandlung finden sich in unterschiedlicher Ausprägung in den dargestellten innovativen Modellen.

Fazit für die Praxis

- **Psychische Erkrankungen erfordern entsprechend ihrer multifaktoriellen Verursachung und des individuellen Kontextes eine koordinierte, differenzialtherapeutisch abgewogene multimodale Behandlung.**
- **Analog zum stationären Bereich ist eine komplexe, berufsgruppenübergreifende und ggf. intensive Versorgung auch im ambulanten Bereich und damit im Lebensumfeld des Patienten möglich und notwendig.**
- **Alle Ressourcen der vertragsärztlichen Versorgung sollten regional verbindlich vernetzt und verstärkt für den Patienten nutzbar gemacht werden. Diese neue Ebene des verbindlichen Versorgungsmanagements muss zusätzlich etabliert und auch vergütet werden.**
- **Die Bildung von Ärztenetzen, die nach ihrer Zertifizierung Anspruch auf eine relevante finanzielle Förderung haben, stellt eine besondere Möglichkeit zum Einsatz einer komplexen ambulanz-psychiatrischen**

Behandlung und damit zur Verbesserung der Versorgung dar.

- Eine gemeinsame IT-basierte Dokumentations- und Kommunikationsstruktur unter strikter Einhaltung der geltenden Datenschutzbestimmungen muss etabliert werden.

Korrespondenzadresse

Dr. C. Roth-Sackenheim

Berufsverband Deutscher Psychiater (BVPD)
Berlin, Deutschland
C@Dr-Roth-Sackenheim.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. S. Köhler, C. Roth-Sackenheim, A. Navarro-Ureña und N. Mönter geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Bundesärztekammer (2020) Ärzttestatistik 2019. <https://www.bundesaerztekammer.de/ueberuns/aerzttestatistik/>; Zugriffen: 20. Mai 2020
2. The Economist Intelligence Unit (2014) Mental Health an Integration
3. DGPPN-Standpunkte für eine zukunftsfähige Psychiatrie 2018
4. Deister A (2018) Gutachten Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. S 683 ff
5. KBV Praxiswissen. <https://www.kbv.de/html/praxisnetze.php>. Zugriffen: 10.07.2020
6. DGPPN (2018) S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-020I_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf. Zugriffen: 22. Mai 2020
7. Mönter N, Alabdullah J, Alkan-Härtwig E, Scherzenski S (2020) PIRA-Projekt. In: Mönter N, Heinz A, Utsch M (Hrsg) Religionssensible Psychotherapie und Psychiatrie. Kohlhammer, Stuttgart, S 216
8. Krebs M, Hoffmann K (2017) Zehn Jahre integrierte Versorgung. Neurotransmitter 2:8ff
9. Mönter N (2017) In: Steinhardt I, Wienberg G (Hrsg) Rundum ambulant: Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde. Psychiatrie Verlag, Köln, S 100
10. Mönter N (2018) Verbesserte Versorgungsoptionen durch ambulante Arztnetze. Der niedergelassene Psychiater als Lotse auch für die allgemeinärztliche Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Sozialpsychiatr Inform 48(4) (Sonderdruck)
11. IVP Networks GmbH/Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (2020) NPPV Qualitätsbericht 2019