Selektivverträge – Kontra

Selective Contracts in Germany – Contra

Autor Frank Bergmann

Institut zns Kapuzinerkarree, Aachen

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Kontra

Fotograf: Stefan Keller

Frank Bergmann

Integrierte Versorgungsverträge (IV-Verträge) bilden einen für die Psychiatrie besonders beachteten Teil der Selektivverträge, sodass sich die nachfolgende Argumentation auf Erfahrungen mit IV-Verträgen konzentriert. Ende 2008 waren rund 6500 IV-Verträge abgeschlossen worden, davon 43 Verträge mit rein psychiatrischer Indikation und 18 psychosomatische Verträge. Auch die neuropsychiatrischen Berufsverbände, namentlich BVDN, BDN und BVDP, haben sich an Abschlüssen und Umsetzung von integrierten Versorgungsverträgen nach § 140 a beteiligt.

Cui bono? Diese Frage stellt sich zunehmend nach nüchterner Betrachtung der Ergebnisse integrierter Versorgungsverträge im Bereich Psychiatrie. Es handelte sich dabei im Wesentlichen um On-Top-Verträge ohne Bereinigung der Gesamtvergütung, exemplarisch sind zu nennen Verträge zur Versorgung Depressiver mit der Techniker Krankenkasse, das Projekt „Seelische Gesundheit" in Aachen mit einer Gruppe von Krankenkassen unter Federführung der AOK Rheinland Hamburg sowie Verträge mit weiteren Krankenkassen in Berlin, Hamburg und München. Es wurden mit wenigen Ausnahmen eher kleine Patientenzahlen durch diese Verträge erreicht, dies war in den meisten Fällen auch durch die Konzeption der Verträge ex ante festgelegt. Eine flächendeckende Einbeziehung der Hausärzte, die insbesondere im Segment der Versorgung von Patienten mit Depressionen eine wichtige Rolle spielen, fand in der Regel nicht statt, sieht man einmal vom Projekt „Seelische Gesundheit" in Aachen ab. Eine Studie der DGPPN unter Federführung von Prof. Gaebel, vorgestellt beim letzten DGPPN-Kongress, zeigte demgegenüber die dringende Notwendigkeit einer verbindlichen Vernetzung zwischen den Versorgungssektoren zur Ausgestaltung rationaler Versorgungspfade. Insbesondere die unterschiedlichen Finanzierungssysteme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung einerseits und der Versorgung z. B. durch psychiatrische Institutsambulanzen erweisen sich als eines der größten Hemmnisse in der Etablierung von Versorgungspfaden.

Gerade die Einbeziehung einerseits des hausärztlichen Versorgungssektors, aber auch die sektorenübergreifende Vernetzung und Gestaltung der ambulanten Versorgung zwischen Vertragsärzten und Ambulanzangeboten wäre ein hochprioritäres Ziel, welches durch die bisherigen IV-Verträge jedoch nicht erreicht wurde.

Insbesondere die primär ökonomische Ausrichtung der Verträge durch die beteiligten Krankenkassen hat die Kooperation der Sektoren nachhaltig erschwert. Ein Beispiel: Der Fortsetzungsvertrag eines bundesweiten IV-Modells in der Indikation Depression mit einer großen bundesweiten Ersatzkasse scheiterte an den Zielvorgaben der Krankenkasse, Krankenhausaufenthalte „um jeden Preis" vermeiden zu wollen und an der Vorgabe, dass das Patientenmanagement durch komplementäre Versorger durchzuführen sei. Natürlich spricht nichts gegen die Festlegung von Behandlungszielen, stationäre Aufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen. Ein Behandlungsmanagement in den Händen eines Anbieters mit eigenen Partialinteressen (betriebseigene Krisenwohnungen zu belegen) ist nicht akzeptabel. Ein Patient, für den die ärztliche Indikation einer stationären Behandlung gestellt wird, muss ebenso wie jeder somatische Patient, z. B. mit Herzinfarkt oder Schlaganfall, unverzüglich einer qualifizierten stationären Behandlung zugeführt werden. „Psychiatrie light" aus Kostengründen: das ist kein Benefit für die Versorgung!

Auch in anderen Selektivverträgen standen die Einsparwünsche der Krankenkassen ganz im Vordergrund der Vertragsziele. Dies gilt beispielsweise auch für Einschränkungen im Bereich Pharmakotherapie. Ethische Bedenken und Akzeptanzprobleme zeigen sich bei einem Projekt in Niedersachsen, welches durch ein großes Pharmaunternehmen gemanagt wird. Kritisch wird in der fachpsychiatrischen Öffentlichkeit diskutiert, dass pharmazeutische Unternehmen Vertragspartner für integrierte Versorgungsprojekte werden und dabei Managementaufgaben (in Tochterfirmen) übernehmen. Der frühere Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschuss Dr. Rainer Hess kam in diesem Kontext anlässlich eines Vortrags auf einem DGPPN-Symposium 2011 zu dem Ergebnis: „IV-Projekte lösen keine Versorgungsprobleme, benötigt werden Konzepte zur Gesamtversorgung und keine Insel-Lösungen".

Zusammenfassend muss festgestellt werden: Die psychiatrische Versorgung ist durch die bisherigen IV-Projekte allenfalls regional und in kleineren Teilaspekten verbessert worden. Eine flächendeckende

Verbesserung der Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen, etwa durch intensivere Vernetzung und bessere Kooperation der Sektoren, ist nicht nachhaltig eingetreten.

Gleichwohl treten die negativen Aspekte selektiven Kontrahierens zunehmend in den Vordergrund: Vermeidung von stationären Einweisungen als übergeordnetes Ziel, Deprofessionalisierung als Kostensenkungsprinzip und – last but not least – die zunehmende Tendenz der Kassen, Versorgungsmanagement selbst zu übernehmen. Beispiele hierfür sind die zentrale Leitstelle für Demenz der AOK in Aachen oder auch der §73b/73c-Vertrag der AOK/Medi Baden-Württemberg, bei denen die Steuerung in Gänze bei der AOK liegt. Hier besteht die zusätzliche Problematik eines ausnahmslosen Primärarztmodells.

Es gibt gute Gründe dafür, psychiatrische Versorgung, insbesondere im ambulanten Versorgungssektor, neu zu strukturieren. Die zu bewältigenden Aufgaben sind überschaubar und liegen auf der Hand: Verbesserte Kooperation zwischen hausärztlichem und fachärztlichem Sektor sowie verbesserte Kooperation der Vertragsärzteschaft mit den stationären Einrichtungen und ihren stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten. Dazu ist die konsequente Umsetzung von Versorgungspfaden erforderlich, die an vielen Stellen im Rahmen der vielen IV-Projekte entwickelt worden sind und die (alle auf sehr ähnliche Weise) versuchen, Schnittstellenprobleme zu überwinden. Die Ziele und die zur Zielerreichung notwendigen Schritte sind bekannt, die Werkzeuge ebenfalls. Es fehlt bislang an der Bereitschaft, die Versorgung wirklich einheitlich und flächendeckend neu zu gestalten, und vor allen Dingen nachhaltig. Kurzfristige Verträge, die nach einigen Jahren „sang- und klanglos“ und ohne Begründung plötzlich gekündigt werden, sind für die Versorgung häufig schwer (und) chronisch psychisch kranker Patienten völlig ungeeignet. Solange Krankenkassen selektive Verträge einerseits als Marketingprodukte im Wettbewerb um gesunde Beitragszahler verstehen und andererseits als „Sparmodelle“, wird sich an dieser Situation wenig ändern.

Erforderlich ist eine überregionale Bedarfs- und Versorgungsplanung, wie sie nur unter Einbeziehung der Kassenärztlichen Vereinigungen, die für die Sicherstellung der Versorgung zuständig sind, erreicht werden kann. Die Selektivverträge nach §140 a sind ein Versuchslabor, aus dem regional Erkenntnisse gewonnen worden sind. Es gilt jetzt, diese Erkenntnisse in ein flächendeckendes Versorgungskonzept umzusetzen. Dies wird aus den genannten Gründen weder im Rahmen von IV-Verträgen nach SGB V §140 a ff. möglich sein noch durch hausärztlich zentrierte Versorgungsmodelle, wie das AOK Medi-Projekt in Baden-Württemberg.

Cui bono: Es gibt augenscheinlich eine Palette unterschiedlicher Partialinteressen an Selektivverträgen. Diese wollte der Gesetzgeber auch ausdrücklich bedienen! Das KV-Monopol sollte durchbrochen werden. Das ist auch zumindest partiell „gelungen“.

Die Beweisführung, dass dies mehr Transparenz und v. a. Qualität in der Versorgung geschaffen hat und dass v. a. die Patienten davon profitieren konnten, ist hingegen nicht gelungen.

Korrespondenzadresse
Dr. med. Frank Bergmann
zns Kapuzinerkarree
Kapuzinergraben 19
52062 Aachen
bergmann@bvdn-nordrhein.de

Bibliografie
DOI http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1327264
Psychiat Prax 2012; 39: 369–370
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 0303-4259

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.