

BPTK-FOKUS

Modelle für eine bessere Versorgung – auch für psychisch kranke Menschen?

Die Gesundheitspolitik steht in der nächsten Legislaturperiode fraglos vor großen finanziellen Schwierigkeiten. Allein die Defizite der gesetzlichen Krankenkassen auszugleichen, wird jedoch nicht ausreichen. Grundlegende Strukturprobleme sind weiterhin ungelöst. Die Politik muss Wege finden, wie sie die Versorgung in ländlichen Regionen sicherstellen will und wie eine sektorenübergreifende Versorgung gelingen kann. Entsprechend intensiv werden deshalb derzeit Modelle für neue Versorgungsformen diskutiert.

Primärversorgung und intersektoraler Leistungsbereich im Fokus

Einige der Modelle zielen im Schwerpunkt auf eine Verbesserung der Primärversorgung. Immer mehr mehrfach und chronisch kranke sowie pflegebedürftige Menschen müssen gerade auch im ländlichen Raum versorgt werden. Dort aber droht ein gravierender Hausärztemangel. Die Robert Bosch Stiftung schlägt deshalb patientenorientierte Gesundheitszentren auch in kommunaler Trägerschaft zur Primär- und Langzeitversorgung (PORT) vor. Durch eine enge Verzahnung ärztlicher, pflegerischer und weiterer Leistungen soll eine umfassende, insbesondere auch präventiv orientierte Versorgung künftig sichergestellt werden. Diese Form einer multiprofessionellen Primärversorgung soll als eigenständige Leistung im SGB V verankert werden.

Ein anderer Ansatz rückt die sektorenübergreifende oder intersektorale Versorgung in den Mittelpunkt: Hier sollen Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung besser gestaltet, mehr Leistungen ambulant erbracht und zugleich Lösungen für die Versorgung im ländlichen Raum gefunden werden. Ein Beispiel für solche Konzepte sind die Intersektoralen Gesundheitszentren (IGZ), ein Modell der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) der „erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte“. Andere solcher Modelle plädieren dafür, die Krankenhäuser für die ambulante Versorgung zu öffnen (Deutsche Krankenhausgesellschaft, DKG).

Offen bleibt bei allen Vorschlägen, ob und wie es gelingen kann, ausreichend Ärzt*innen und Pflegepersonen in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu gewinnen. Derzeit können mancherorts weder die Kliniken freie Stellen besetzen noch niedergelassene Ärzt*innen Nachfolger*innen finden.

Einfluss stärken und Vergütung verbessern

Die Modelle sind auch durch die Interessen der beteiligten Protagonist*innen geprägt. So will die DKG auch Krankenhäuser im ländlichen Raum retten, während das KBV-Modell dazu führen wird, solche Krankenhäuser zu schließen und durch Angebote der Niedergelassenen zu ersetzen.

Das von manchen Krankenkassen, aber auch von einzelnen Krankenhäusern und vom Spitzenverband der Fachärzt*innen favorisierte Modell zielt darauf ab, einen neuen intersektoralen Versorgungsbereich zu schaffen. Dazu sollen bisher stationär erbrachte Leistungen („ambulant sensitive Fälle“) gehören sowie weitere ambulante Leistungen, die derzeit sowohl von Krankenhäusern als auch Niedergelassenen unter jeweils spezifischen Rahmenbedingungen erbracht werden können. In einem solchen Sektor würden Versorgungsaufträge ausgeschrieben und auf Zeit an Krankenhäuser oder an Zusammenschlüsse niedergelassener Fachärzt*innen vergeben. Die Rahmenbedingungen dafür soll der Gemeinsame Bundesausschuss definieren. Die Verträge würden direkt zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen geschlossen und die Abrechnung erfolgte pauschal je Behandlungsfall, ähnlich dem stationären DRG-System. Dies bietet Kliniken die Möglichkeit, ihre Leistungen verstärkt auch im ambulanten Sektor anzubieten. Fachärzt*innen, die sich dafür fachlich, aber auch technisch und von der Managementleistung her aufstellen können, eröffnet sich ein Versorgungssegment, das komplett extrabudgetär honoriert würde. Gleichzeitig jedoch erhalten Krankenkassen einen viel größeren Einfluss auf die Versorgung in diesem neuen Sektor als jemals zuvor. Sie werden mit der Ausschreibung und Vergabe von Versorgungsaufträgen festlegen, wer in den Regionen wie versorgt. Das setzt allerdings voraus, dass sich überhaupt unterschiedliche Leistungserbringer um die Aufträge bewerben. In ländlichen und strukturschwachen Regionen, in denen die Versorgung schon nicht mehr sichergestellt werden kann, geht dieser Ansatz an der Realität vorbei.

Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung

Die Vergabe von Versorgungsaufträgen durch Krankenkassen kann massive Auswirkungen auf die Freiheit der Berufsausübung der Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen und damit auf die Versorgungsqualität insbesondere der Patient*innen haben, die in die vertraglich und über die Vergütung vorgegebenen Raster nicht passen.

Bei den Modellen zur Primärversorgung ist nicht klar, ob psychisch kranke Menschen weiterhin direkt eine Psychotherapeut*in konsultieren können oder ob der Weg über spezifisch qualifizierte Pflegekräfte oder über die Hausärzt*in vorgegeben ist. Solche zusätzlichen Hürden machen es psychisch kranken Menschen noch schwerer, sich Hilfe zu suchen. Auch aufgrund der Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen ist es für Hilfesuchende entscheidend, direkt zu einer Psychotherapeut*in ihres Vertrauens gehen zu können.

Zu klären ist auch, ob eine leitlinienorientierte Versorgung überhaupt möglich ist, wenn psychisch schwer kranke Menschen zunehmend aus dem stationären Bereich heraus versorgt werden sollen. Die Kliniken werden auch nach der letzten Reform der Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-Richtlinie) nicht über ausreichend Psychotherapeut*innen verfügen, um leitlinienorientiert zu versorgen. Dies gilt auch für Versorgungsangebote der Kliniken wie das Psychiatriebudget (§ 64b SGB V), die stationsäquivalenten psychiatrischen Leistungen (§ 115d SGB V) und den psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen (§ 118b SGB V). Alle Modelle dürften in der Regel nicht über das Personal für eine leitlinienorientierte Versorgung verfügen, solange der G-BA nicht angemessene Personalanforderungen festlegt.

Zentrale Punkte für psychisch kranke Menschen

Die für psychisch kranke Menschen zentralen Fragen werden sein: Gibt es einen Direktzugang zur Psychotherapie? Kann die Behandlungsführung bei Psychotherapeut*innen liegen und gibt es überhaupt ein ausreichendes psychotherapeutisches Angebot? In den aktuell diskutierten Modellen wird die Versorgung psychisch kranker Menschen nicht direkt angesprochen.

Mit der Komplexversorgung, wie der G-BA sie gerade in einer Richtlinie geregelt hat, ist bereits ein ambulantes intensivtherapeutisches Angebot für schwer psychisch kranke Menschen möglich. Dabei besteht weiter ein Direktzugang zur Psychotherapeut*in, die die gesamte Behandlung plant und leitet. Es beinhaltet zugleich eine Kooperation mit den psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern. Die neuen Modelle, aber auch die bisherigen Angebote der Kliniken, werden sich an diesem Standard messen müssen.

Schließlich gibt es Modelle, bei denen in der Primärversorgung ärztliche Tätigkeiten durch spezifisch qualifiziertes Pflegepersonal übernommen werden. Die Pflegekräfte sollen die Versorgung von Patient*innen koordinieren, aber auch heilkundliche Kompetenzen übertragen bekommen. Dadurch könnten insbesondere chronisch kranke und pflegebedürftige Patient*innen besser versorgt werden. Solche Pläne stehen jedoch immer unter dem großen Fragezeichen, ob sie nicht am Mangel an Pflegepersonal scheitern. Sie könnten sich auch als zusätzliche Hürden zur psychotherapeutischen Versorgung erweisen, wenn dann eine Pflegekraft entscheidet, ob eine Hausärzt*in oder eine Psychotherapeut*in konsultiert wird. Für psychisch kranke Menschen geht es auch hierbei darum, ob Psychotherapeut*innen als direkte und zentrale Ansprechpartner*innen bei psychischen Erkrankungen vorgesehen sind. Dabei steht fest, dass verbesserte Kooperationen mit Pflegekräften und Hausärzt*innen es ermöglichen, auch all denjenigen Patient*innen den Weg zur psychotherapeutischen Versorgung zu ebnet, die ihn allein nicht finden.

