

**„Lernendes“ Diskussionspapier zur Positionsbestimmung  
innerhalb der AKTION PSYCHISCH KRANKE (21.01.2011)**

**Chancen und Risiken der Integrierten Versorgung für die  
Entwicklung personen- und lebensfeldorientierter  
Komplexleistungen in der Psychiatrie**

**Zur Einleitung**

Dieses „lernende Diskussionspapier“ soll innerhalb der Aktion Psychisch Kranke die Meinungsbildung und Positionsbestimmung zur Integrierten Versorgung vorbereiten.

Besonders positiv erscheinen die neuen Versorgungsmöglichkeiten bezüglich intensiver ambulanter und die Krankenhausleistungen ersetzender Behandlung (Stichwort Home Treatment), die Umsetzung innovativer Therapiekonzepte sowie der Reduzierung der Schnittstellenproblematik im Behandlungsbereich (SGB V) und bei entsprechender Ausgestaltung auch zu Hilfesystemen, die aus anderen Sozialgesetzbüchern finanziert werden; mögliche Risiken dagegen könnten das Entstehen einer umfassenden Reduktion der Therapiefreiheit der Patienten sein, neue Schnittstellenprobleme zwischen den Leistungen aus unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern, eine Fragmentierung der Versorgung durch unterschiedliche IV-Verträge der einzelnen Krankenkassen, eine Schlechterstellung von Patienten außerhalb der IV-Verträge, eine für die Betroffenen undurchsichtige Kommunikation über ihre Daten sowie das Einsparinteresse der Krankenkassen und ein ökonomisches Interesse der an der IV beteiligten Träger, welche den freien Zugang der Patienten zu teuren, aber im Einzelfall notwendigen therapeutischen Ressourcen limitieren könnten.

Mehr Sicherheit und Transparenz muss eine zwingend folgende intensive dialogische und öffentliche Diskussion und Evaluation aller IV-Verträge im Rahmen einer neuen Qualitätsdiskussion für die gesamte psychiatrische Angebotsstruktur schaffen.

**Bedeutung der Integrierten Versorgung im Gesundheitswesen**

Integrierte Versorgung ist nach dem gesetzgeberischen Auftrag gem. §§ 140 a – d SGB V kein spezielles „Instrument“ der Krankenkassen zur Versorgungssteuerung, sondern die derzeit umfassendste leistungs- und vertragsrechtliche Möglichkeit zur Überwindung bestehender Versorgungsprobleme im Bereich des SGB V. Krankenkassen und Leistungserbringer erhalten dabei die Möglichkeit, für ihre Versicherten bzw. Patienten eine abgestimmte und koordinierte Versorgung anzubieten, bei der gem. § 140 b SGB V Kliniken, Haus- und Fachärzte, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), nichtärztliche Leistungserbringer, Management-Gesellschaften sowie gegebenenfalls Apotheken mit dem Ziel der qualitativen Versorgungsverbesserung zusammenwirken. Mit dem AMNOG-Referentenentwurf ist außerdem die Einbeziehung der Pharmahersteller als Vertragnehmer beabsichtigt.

Die drei vom Gesetzgeber intendierten zentralen Anforderungen innerhalb der neuen Versorgungsmodelle sind:

- Sektorenübergreifende, integrierte Versorgung mit dem nachweisbaren Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität (Prozess- vor Strukturqualität)
- Koordinierte Leistungsangebote für den Leistungsempfänger (Versicherter/Patient) gleichsam „aus einer Hand“ Überwindung der Monodisziplinarität durch Multiprofessionalität.

Dazu § 140 a SGB V:

*Mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität „können die Krankenkassen Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung mit den in § 140b Abs. 1 genannten Vertragspartnern abschließen. Die Verträge zur integrierten Versorgung sollen eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen.*

Ferner: Entscheidende Anforderung gem. § 140 a SGB V ist, dass die Vertragspartner „eine an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten einschließlich der Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen und einer ausreichenden Dokumentation, die allen an der integrierten Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein muss, sicherstellen.“

### **Entwicklung der Integrierten Versorgung**

Im Jahr 2000 wurde die Integrierte Versorgung mit den Regelungen in §§ 140 a – d SGB V eingeführt. Wichtig ist, dass bereits vor dem Jahr 2000 eine koordinierte und vernetzte Zusammenarbeit im Rahmen von Modellvorhaben, Strukturverträgen oder „dreiseitigen Verträgen“ (Verträgen zwischen Krankenkassenverbänden, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhausgesellschaften) vereinbart werden konnte. Die Umsetzung derartiger Kooperationsformen blieb jedoch begrenzt und beschränkte sich weitgehend auf die Bildung von Praxisnetzen.

Mit der Gesundheitsreform 2004 wurden deshalb die entsprechenden rechtlichen Hemmnisse abgebaut und finanzielle Anreize gem. § 140 d SGB V gesetzt, um den Ausbau der integrierten Versorgung zu fördern.

### **Ende der Anschubfinanzierung – Ende der Integrierten Versorgung?**

Von 2004 bis 2009 standen jährlich bis zu ein Prozent der jeweiligen Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhäuser als Anschubfinanzierung für IV-Verträge zur Verfügung. Diese Fördermöglichkeit ist nunmehr vorbei, die Verträge müssen sich selbst tragen. Vor einem Jahr waren es nicht wenige, die nach Auslaufen der Anschubfinanzierung das Ende vertragsbasierter Versorgungsmodelle vorhergesagt hatten und von einer Kündigungswelle sprachen. Sie sollten jedoch nicht Recht behalten.

Nach nunmehr 10 Jahren Integrierter Versorgung werden zunehmend anspruchsvolle Vertragsmodelle mit autonomer Budgetsteuerung, Flächendeckung bzw. Populationsbezug auf den Weg gebracht. Dies eröffnet für die Psychiatrie neue Chancen, da aufgrund der komplexen Versorgungsstrukturen vertragsgestützte Modelle von Vorteil sein können. Gegenüber den anderen vom Gesetzgeber realisierten neuen Versorgungsformen, wie der hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73 a SGB V, besonderen Versorgungsmodellen nach § 73 c SGB V, MVZ gem. § 95 SGB V oder Versorgungsmanagement gem. § 11 Abs. 4 SGB V bietet die Integrierte Versorgung gem. §§ 140 a – d SGB V hinsichtlich der Flexibilität der inhaltlichen und leistungsrechtlichen Ausgestaltung entscheidende Vorteile, aber auch erhebliche Risiken für die Patienten und die Versorgungsstruktur in der Gemeinde. Diese werden nachfolgend mit Blick auf die Versorgung psychisch Kranker aufgezeigt.

## **Bestehende Versorgungsprobleme in der Psychiatrie**

Für die Beurteilung des möglichen Nutzens der Integrierten Versorgung sind folgende strukturelle Probleme psychiatrischer Behandlung und Versorgung von besonderer Bedeutung:

1. Die ambulante Akutbehandlung setzt häufig zu spät ein oder erfolgt nicht intensiv genug. Insbesondere für Menschen zu Beginn einer psychischen Erkrankung sind keine umfassenden Behandlungsmöglichkeiten vor Ort verfügbar wie z. B. eine psychotherapeutisch orientierte umfassende Behandlung im sozialen Kontext (s. u. a. das „need adapted treatment“) oder Alternativen zur „klassischen“ stationären Behandlung wie Soteria verwandte/ähnliche Konzepte (Krisenbetten, Rückzugsräume etc.).
2. Die Quote der klinischen Wiederaufnahmen ist immer noch zu hoch und verweist auf Versorgungsprobleme im ambulanten Bereich sowie auf Drehtüreffekte bei nicht effizienten Krankenhausbehandlungen.
3. Die Versorgungsbrüche zwischen ambulanten Behandlern, psychosozialen Leistungserbringern, den Kliniken und Abteilungen v. a. bei „Problempatienten“ sind noch lange nicht überwunden. Zu den sogenannten Problempatienten gehören allerdings auch Menschen, die sich nicht in das empfohlene Behandlungsnetz einfügen wollen und ihre eigenen Wege gehen, dann Medikamente und Psychotherapie absetzen und wieder krank werden. Diese haben ein Recht einerseits auf eine ihren Bedürfnissen angepasste komplexe Behandlung und andererseits auf ihre Krankheit, welche ggf. eine notfallmäßige Behandlung im Krankenhaus oder sehr intensive ambulante Hilfen notwendig machen kann.
4. Die verschiedenen Leistungen im Versorgungssystem (Behandlung, Betreuung, Pflege, Rehabilitation, Teilhabe usw.) sind unzureichend aufeinander abgestimmt und weisen infolge streng voneinander abgegrenzter Finanzierungsstrukturen erhebliche Schnittstellenproblematiken in der Praxis auf.
5. Es entstehen erhebliche ökonomische Belastungen für die Solidarsysteme der Kostenträger aus einem unkoordinierten Zusammenspiel verschiedener Akteure und damit übermäßigen Ressourcenverbrauch.

## **Innovative Möglichkeiten der Integrierten Versorgung**

Grundsätzlich ermöglichen Verträge zur Integrierten Versorgung eine Verbesserung der Behandlung psychisch kranker Menschen. Das geschieht in aller Regel durch die verbindliche Zusammenarbeit verschiedener Leistungserbringer im Einzelfall, eine abgestimmte Behandlungs- und/oder Hilfeplanung und die koordinierte Leistungserbringung unter dem Aspekt der Qualitätsverbesserung. Zudem bietet die Integrierte Versorgung neue Chancen, bisher unzureichend angebotene Behandlungsformen für schwer psychisch kranke Menschen einzuführen bzw. auszubauen, insbesondere ambulante Soziotherapie, Psychotherapie, häusliche psychiatrische Krankenpflege, Pflege nach SGB XI, medizinische Rehabilitation usw. Es ist daher lohnend zu prüfen, wie das Anliegen des Gesetzgebers, Qualitätsverbesserungen durch eine sektorübergreifende Zusammenarbeit der Leistungserbringer im Behandlungsbereich zu erzielen, für die Versorgung psychisch kranker Menschen sinnvoll genutzt werden kann.

Die Finanzierungsform „Integrierte Versorgung“ eröffnet darüber hinaus Chancen für vertragsbasierte Innovationsprojekte im Rahmen der kassenfinanzierten SGB-V-Leistungen. Zum Beispiel:

- Realisierung einer „echten“ sektorenübergreifenden Vertragsgestaltung ggf. mit Fokus auf die abgestimmte flexible Behandlung in einer Region
- Gesamtbudgetverantwortung des Vertragsnehmers für die Versorgung psychisch Kranker im Rahmen eines definierten Diagnosespektrums
- Konsequente Verbesserung der internen Ressourcenallokation durch transsektorale Prozesssteuerung mit Stärkung der ambulanten Versorgung
- Verbesserung der Ergebnisqualität durch interdisziplinäre Versorgungspfade und die Ermöglichung der Teilnahme der Patienten von 3 bis 5 Jahren zum Zweck der nachhaltigen Stabilisierung sowie Sicherung der Langzeitevaluation.

Der Vertragsnehmer der Krankenkassen kann durch einen IV-Vertrag nach § 140 a - d SGB V z. B. den Koordinationsauftrag bezüglich aller notwendiger Behandlungsleistungen und damit den Behandlungsauftrag für die eingeschriebenen Versicherten verantwortlich übernehmen und so den Kern für den Aufbau eines umfassenden Versorgungsnetzwerkes sicherstellen.

Im Vordergrund stehen dabei die Vernetzung und interdisziplinäre Zusammenarbeit von Hausärzten, Fachärzten, ambulanter psychiatrischer Pflege, Soziotherapeuten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen wie der RPK, Physiotherapeuten, Pflegeheimen, Pflegekassen etc.

In den letzten Jahren sind mehrere Modelle der Integrierten Versorgung zur Erprobung solcher struktureller Innovationen entstanden:

- Modelle, die Krankenhäuser entwickeln, um bestimmte Zielgruppen besser zu versorgen (in einigen älteren Verträgen noch mit Diagnosebeschränkungen)
- Modelle, in denen sich gemeindepsychiatrische Träger in Erweiterung ihres bisherigen Leistungsspektrums engagieren
- Modelle von Netzwerken, z. B. niedergelassener Ärzte
- Modelle zur Flexibilisierung der Krankenhausfinanzierung (Regionalbudgets z. B. in Schleswig-Holstein)
- Modelle, in denen eine Krankenkasse die Steuerung der Behandlung einer Diagnosegruppe (z.B. Schizophrenie) eines Bundeslandes einer Managementgesellschaft überträgt (z.B. AOK-Niedersachsen)

### **Chancen für den Gemeindepsychiatrischen Verbund**

IV-Verträge haben, sofern sie eine flächendeckende Wirkung erreichen und gemeindepsychiatrischen Qualitätsstandards (siehe z. B. die Standards der BAG GPV) genügen wollen, einen auf Kooperation setzenden Grundansatz mit verbindlichen Vertragsinhalten und gegenseitigen Rechten und Pflichten inklusive finanzieller Chancen und Risiken.

Insofern könnten IV-Verträge zunächst bezogen auf SGB V-Leistungen ein Modell für die Form von Verbindlichkeit darstellen, die in den GPVs ohnehin angestrebt wird.

Ergänzt durch Budget-Modelle für andere Leistungsträger könnte daraus ein Gesamtmodell für eine flexible Finanzierung im Sinne der Qualitätsstandards (Versorgungsverpflichtung und individuelle Leistungserbringung) entstehen

Mit dem „Werkzeug“ der Integrierten Versorgung könnten die gemeindepsychiatrischen Leistungserbringerverbünde so den Auftrag der regionalen Pflicht- und Vollversorgung erfüllen. Als eine mögliche Gestaltungsvariante könnten sie in Form einer regionalen Managementgesellschaft, in Rechtsform einer GmbH – gespeist aus allen Kassen – ein regionales SGB-V-

Budget (z. B. erweitertes Modell Itzehoe, Geesthacht) und zusätzlich ein regionales SGB-XII-Budget (z. B. erweitertes Modell Hansestadt Rostock) sowie Budgets der übrigen Kostenträger verwalten und unter den Leitlinien einer personen- und lebensfeldorientierten Gemeindepsychiatrie einsetzen. Das setzt allerdings voraus, dass die Management-Gesellschaft gemeinsam von den im GPV organisierten wesentlichen Leistungserbringern getragen wird.

## **Finanzierung**

Der § 140 c Abs. 2 eröffnet eine völlig neue Dimension der Vergütung:

*„Die Verträge zur integrierten Versorgung können die Übernahme der Budgetverantwortung insgesamt oder für definierbare Teilbereiche (kombiniertes Budget) vorsehen. Die Zahl der teilnehmenden Versicherten und deren Risikostruktur sind zu berücksichtigen. Ergänzende Morbiditätskriterien sollen in den Vereinbarungen berücksichtigt werden.“*

Die Finanzierung der IV-Verträge gem. § 140 c SGB V ist nunmehr nach den vorliegenden bundesweiten Erfahrungen mit der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs in 2009 auch auf der Basis eines prädiktiven, risikoadjustierten Gesamtbudgets mit dem Ziel der alleinverantwortlichen medizinischen und ökonomischen Versorgungssteuerung über eine Träger- bzw. Managementgesellschaft möglich.

Die Vergütung kann durch ein Bonus- und Malussystem zusätzlich ein ökonomisches Anreizsystem ("pay for performance") in Abhängigkeit von vereinbarten Wirk-Indikatoren beinhalten – mit all den mit solchen Anreizsystemen für die psychiatrische Versorgungslandschaft verbundenen positiven wie negativen Aspekten, die bei der Vertragsgestaltung zu prüfen sind.

Für IV-Verträge in der Psychiatrie muss es das Ziel sein, durch einheitliche Verträge mit allen Krankenkassen, statt Selektion über die Kassenzugehörigkeit, die Vollversorgung einer Region und gleichzeitig die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung sicherzustellen. Viele IV-Psychiatrie-Verträge befinden sich aktuell noch in der Startphase. Da der Gesetzgeber die Möglichkeit eröffnet hat, dass einzelne Krankenkassen – ggf. unterschiedliche – IV-Verträge abschließen, kann das oben beschriebene Ziel („Vollversorgung“ einer Region) oft nur schrittweise erreicht werden: Ausgehend von einer zuerst zu erreichenden hohen Quote der Versicherten von einer oder zwei Krankenkassen sollte die Zahl der teilnehmenden Krankenkassen stetig erhöht und die interne Budgetsteuerung erfolgreich angepasst werden. Dazu muss die Vertragsgestaltung so angelegt sein, dass sie dem Beitritt weiterer Krankenkassen so wenig Hindernisse wie möglich entgegensetzt (lernende Verträge).

Günstiger wäre es, von vorneherein die Vereinheitlichung der regionalen IV-Verträge anzustreben, denn die Wirkungs-Evaluation sollte sich auch auf die regionale Versorgung beziehen und nicht nur auf den (über die Kassenzugehörigkeit selektierten) Einzelfall.

Da die Teilnahme an einem IV-Vertrag freiwillig ist, eine aktive Entscheidung für den Vertrag und ein gewisses eigenes „Vertragsmanagement“ voraussetzt, ist im Bereich der Psychiatrie bereits im ersten Schritt die Frage zu lösen, wie Menschen, die einen solchen „Vertragsabschluss“ nur schwer meistern können, in die Integrierte Versorgung eingebunden werden können. Eine Selektion von Patienten nach diesen Kriterien, die möglicherweise mit der Schwere / Intensität ihrer Krankheit zu tun haben, würde langfristig den Weg in Richtung „Regionaler Vollversorgung“ verstellen.

## **Mögliche Vertragsinhalte/Versorgungsinstrumente**

Durch das Prinzip der medizinischen und ökonomischen Gesamtverantwortung durch einen verantwortlichen Vertragsnehmer wird der Ausbau eines Versorgungsnetzwerkes mit verantwortlicher Versorgungssteuerung gestärkt (zentrale Verantwortung für die Sicherstellung der Steuerung und für die Qualität derselben).

Aus Sicht der AKTION PSYCHISCH KRANKE sollten in die Vertragsnehmerschaft möglichst alle Leistungserbringer einer definierten Region im Sinne eines Gemeindepsychiatrischen Leistungserbringerverbundes (GPLV) eingebunden werden. Hierfür und für die regionale unterschiedlichen Entwicklungsprozesse hin zu einer solchen Verbundlösung müssen intelligente Managementmodelle entwickelt werden.

Eine für die Versorgungssteuerung verantwortliche Koordinationsstelle sollte folgende Kernfunktionen wahrnehmen: das Fallmanagement durch eine koordinierende Bezugsperson, Erreichbarkeit möglichst rund um die Uhr nicht nur für „Notfälle“, aufsuchende Betreuung und Behandlung im Sinne einer Krisenintervention, längerfristige Behandlung und Begleitung, zusätzliche Ressourcen außerhalb des Lebensfeldes (z. B. Krisen-Wohngruppen, Angebote einer Klinik etc.). Im Bedarfsfall muss das Wahlrecht zwischen verschiedenen Behandlungsformen wie für alle anderen Versicherten auch erhalten bleiben. Der Vertragsnehmer sollte eine hohe personelle Kontinuität zwischen den einzelnen Modulen sicherstellen.

Mögliche Chancen von IV-Verträgen könnten sein:

- Entwicklung eigenständiger, integrierter Behandlungspfade
- Umsetzung eines eigenständigen QM-Systems mit Regionalbezug, ggf. Zertifizierung
- Leichte und unkomplizierte Implementierung „neuer Leistungen“
- Zusammenführung von derzeit strikt getrennten Sozialversicherungsleistungen, z. B. im Rahmen der Integration der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gem. § 92 d SGB XI i. V. mit § 140 b SGB V; Chance, den Regionalbezug durch ein Budget sicherzustellen, das von allen Kassen getragen wird
- Sicherstellung der Vollversorgung im letzten Ausbauschritt

## **Sektorübergreifende Vernetzung statt Parallelstrukturen**

Es geht nicht um den Aufbau weiterer Parallelstrukturen zu den bereits vorhandenen Kapazitäten. Deshalb sollte die Integrierte Versorgung zur Erfüllung des Versorgungsauftrags von möglichst allen an der Versorgung psychiatrischer Patienten im nennenswerten Umfang beteiligten Anbietern gemeinsam getragen und verantwortet werden, die an die Erfüllung gemeindepsychiatrischer Qualitätsnormen (z. B. Mitglieder im GPV) gebunden sind. (z. B. durch Weiterentwicklung von Behandlungspfaden zu Versorgungspfaden, durch personenbezogene Hilfeforenzen und/oder in Form einer gemeinsamen Managementgesellschaft)

## **Risiken der neuen Entwicklungen**

1. Die in den letzten Jahren begonnenen IV-Modelle bergen aus unserer Sicht neben den genannten Chancen eine Reihe von Risiken, die sorgfältig beachtet und abgewogen werden müssen. Durch die selektive Gestaltung von IV-Verträgen können folgende Risiken drohen: Es droht die die Fragmentierung der Behandlung, je nachdem, in welcher Kasse und damit in welchem IV-Vertrag ein Patient ist.

2. Durch die Konzentration auf die Integration von SGB V-Leistungen kann die Zusammenführung mit Leistungen aus anderen Sozialgesetzbüchern – insbesondere mit Teilhabeleistungen – in Form regionaler gemeindepsychiatrischer Verbände zumindest vorübergehend aus dem Blickfeld geraten.
3. Einige der aktuellen IV-Modelle beziehen sich nicht auf Versorgungsregionen mit ihren gewachsenen Verbundstrukturen, sondern sind wesentlich großräumiger ausgerichtet, teilweise auf ganze Bundesländer. Sie könnten dadurch die Bildung regionaler Leistungserbringerverbände aufweichen oder gänzlich in Frage stellen.
4. Einige IV-Verträge verlagern finanzielle Risiken der Kostenträger auf die Vertragsnehmer, insbesondere resultierend aus einem übertragenen Morbiditätsrisiko.
5. Das Interesse der Krankenkassen und ggf. Rentenversicherungsträger an „Einkaufsmodellen“ mit Einsparpotentialen kann dazu führen, dass die erwarteten Einsparungen den Patienten verloren gehen.
6. IV Verträge führen nur dann zu erwünschten ökonomischen Ergebnissen, wenn die Hospitalisierungsrate sinkt. Werden jedoch im Zuge ihrer Ausweitung die genehmigten Krankenhausbetten der Bettenbedarfspläne nicht angepasst, führen IV-Verträge durch zusätzliche Finanzierung zu unerwünschter Budgetausweitung.
7. Aktuell stehen IV-Verträge auch Vertragspartnern offen, die aus ethischen Gründen nicht in die Versorgung psychisch Kranker einbezogen werden sollten, z.B. Unternehmen der Pharmaindustrie. Deshalb sind diesbezügliche ethische Grundsätze zu fordern und zu entwickeln. Die Absicht des Gesetzgebers, mit dem Arzneimittel-Neuordnungsgesetz diese Öffnung festzuschreiben, ist entschieden abzulehnen. Durch die Übergabe der Managementfunktion an eine starke Interessengruppe wie z.B. die Pharmaindustrie können nicht intendierte Steuerungsanreize entstehen.
8. Mehrere nebeneinander in denselben Regionen geltende IV-Verträge einzelner Krankenkassen mit unterschiedlichen Ein- und Ausschlusskriterien und unterschiedlichen Vertragsgestaltungen vergrößern noch die in der Psychiatrie ohnehin bestehende Unübersichtlichkeit und Zersplitterung der Leistungserbringung.
9. Einschreibmodelle lösen Selektionseffekte aus, die nur schwer zu überwinden sein werden.
10. Triagekriterien (Ein- und Ausschlussdiagnosen usw.) widersprechen dem Grundgedanken gemeindepsychiatrischer Pflichtversorgung.
11. Die bereits jetzt (z. B. in Flächenländern) häufig eingeschränkte Arztfreiheit und freie Krankenhauswahl sowie die Freiheit der Wahl nicht-ärztlicher Leistungen kann durch Einschreibmodelle zusätzlich beeinträchtigt werden.
12. Malusregelungen für die Inanspruchnahme von aus Kostenträgersicht unerwünschten Leistungsarten setzen den Leistungserbringern Steuerungsanreize, die zu einer zusätzlichen Einschränkung der Wahlfreiheit auf Seiten der Patienten führen können.
13. Eine mögliche Dominanz eines Generalunternehmers (z.B. Krankenhaus, Ärztenetzwerk, Netzwerk sozialer Träger etc.) über nicht beteiligte andere Leistungserbringer

kann dazu führen, dass deren Angebote zu wenig oder gar nicht einbezogen werden, gerade wenn sie teuer aber hilfreich sind.

14. Datenschutzrechtliche Aufsicht über die Weitergabe von für Patienten hochsensiblen Daten im Bereich der IV Versorgung entsprechend der derzeit gültigen Regelungen beim Übergang von stationärer zu ambulanter Behandlung muss gegeben sein.
15. Für die Patienten, welche sich nicht an der IV beteiligen oder beteiligen dürfen, entsteht ein finanziell ausgedünnter „Restbetrieb“ beispielsweise in Form des regionalversorgenden Krankenhauses, welches durch Budgetverluste im Bereich der gut behandelbaren und jetzt in die IV integrierten Patienten zudem einen deutlichen Qualitätsverlust erleidet.
16. Verträge zwischen Management-Gesellschaften und Krankenkassen unterliegen in aller Regel einer Geheimhaltung der Vertragspartner. Die Möglichkeit einer demokratischen Kontrolle sinkt daher noch weiter als schon bisher in der Regelversorgung. Daher sollten alle Verträge der IV innerhalb einer Versorgungsregion für die an der regionalen Versorgungsverpflichtung beteiligten Organisationen sowie für die Verbände der Angehörigen und der Psychiatrie-Erfahrenen transparent gemacht werden.

Die genannten Risiken sind zu bedenken und bedürfen – wie der Datenschutz und die Frage der Versorgungsgerechtigkeit – auch im Rahmen der künftigen Gestaltung der stationären und ambulanten Behandlung einer bundesweiten Aufsicht und der intensiven Beteiligung von Patienten, Angehörigen und Leistungserbringern im gemeindepsychiatrischen Verbund bzw. Bereich.

### **Politische Forderungen/Qualitätskriterien für IV-Verträge**

Zur innovativen Nutzung der Möglichkeiten der Integrierten Versorgung unter möglichst weit gehender Vermeidung der genannten Risiken sollten zukünftig die folgenden Kriterien erfüllt sein, um mögliche Nachteile für die Patienten zu vermeiden:

- Sicherung der regionalen Pflichtversorgung
- Bezug der IV-Verträge auf Versorgungsregionen und Verbundstrukturen
- Transparenz der agierenden Managementgesellschaften und (öffentliche) Beteiligungsstrukturen der gemeindepsychiatrischen Verbundsysteme
- Transparenz und Verbraucherschutz auf gesetzlicher Grundlage:  
Sicherung des Rechtes der Versicherten auf eine umfassende und vollständige Information über die vereinbarten Leistungen und die Strukturen der Leistungserbringung vor Einschreibung in einen Vertrag zur Integrierten Versorgung;  
Sicherung des Rechts auf Gleichbehandlung für alle Patienten,  
Sicherung der Versorgungsqualität durch externe Qualitätskontrolle
- Im Rahmen einer weiteren Überprüfung der gesetzlichen Grundlagen für die Integrierte Versorgung sollte nach Möglichkeiten gesucht werden, sicherzustellen, dass das primäre Ziel der Integrierten Versorgung, nämlich die qualitätsgesicherte und lokal vernetzte Leistungserbringung, mit den Verträgen tatsächlich erreicht wird.
- Öffentliche, dialogische Kontrolle der (Re-)Investitionen in innovative Verfahren oder Versorgungsstrukturen
- Dialogische Begleitung der Auswirkungen auf die Freiheit der Wahl ärztlicher und nicht-ärztlicher Leistungen