



Wissenschaft

GGW – Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft

November 2014, 14. Jahrgang

NOTIZEN

Zeitschriftenschau

von *Susanne Raphael*, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen 2

Drei Fragen an

Werner Schneider, Zentrum für Interdisziplinäre Gesundheitsforschung an der Universität Augsburg 3

Buchtipps

von *Nils C. Bandelow*, Lehrstuhl für Innenpolitik an der Technischen Universität Braunschweig 4

WIDO

Krankenhausbehandlung

Große Qualitätsunterschiede bei Blinddarm-OPs 5

Arzneiverordnungs-Report 2014

Die Nutzenbewertung hilft sparen 6

ANALYSEN

Zur Umsetzbarkeit einer Bürgerversicherung bei Krankheit

Stefan Greß, Hochschule Fulda
Karl-Jürgen Bieback, Universität Hamburg 7

Krankenhausersetzende psychiatrische Behandlung in Deutschland – Praxismodelle, Standards und Finanzierung

Ingmar Steinhart, *Christian Koch*, *Ernst Moritz Arndt-Universität Greifswald*, und *Günther Wienberg*, Hochschule Fulda 15

STUDIE IM FOKUS

Werden Patienten mit leichtem Bluthochdruck überversorgt? 27

SERVICE

Köpfe, Kongresse, Kontakte 28

Liebe Leserinnen und Leser,

seit vielen Jahren beobachte ich die gesundheitswissenschaftliche und -politische Szene. Sie ist und bleibt spannend. Und mit manchen Themen geht es mir wie mit alten Bekannten, die ich länger nicht getroffen habe: Wir haben uns nicht wirklich aus den Augen verloren, knüpfen sofort an zurückliegende Diskussionen, an.

Ein Beispiel dafür ist die Bürgerversicherung. Vor gut zehn Jahren zeigte die Rürup-Kommission mit Blick auf den demografischen Wandel den bestehenden Handlungsdruck bei der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf. Die rot-grüne Bürgerversicherung mit einkommensbezogenen Beitragssätzen stand der von der CDU favorisierten Kopfpauschale mit einem steuerfinanzierten Sozialausgleich gegenüber. Als sich die finanzielle Situation in der GKV entspannte, flachte die Diskussion wieder ab. Nicht nur **Stefan Greß** und **Karl-Jürgen Bieback** prophezeien, dass schon bald wieder mit einer finanziellen Schieflage zu rechnen sei: Die Konjunktur schwächelt und die Steuerzuschüsse für den Gesundheitsfonds fließen schon spärlicher. Wie diesem Szenario begegnet werden kann, beschreiben die beiden Autoren. Sie formulieren dazu drei zentrale Elemente, mit deren Kombination sich die GKV-Finanzierung dauerhaft festigen und gerechter ausgestalten ließe.

Auch mit der Versorgungsforschung verhält es sich wie mit einer guten alten Bekannten. Irgendwie ist sie immer da, man bemüht sich nur nicht übermäßig um sie. Dabei geht es ihr doch um die Patienten. **Ingmar Steinhart**, **Günther Wienberg** und **Christian Koch** haben sich zahlreiche ambulante psychiatrische Praxismodelle mit Blick auf deren krankenhausersetzendes Potenzial angeschaut. Vier Modelle stellen sie vor.

Treffen Sie in dieser Ausgabe von GGW wieder gute alte Bekannte. Es lohnt sich!

Viel Vergnügen beim Lesen wünscht Ihnen

Bettina Nellen

Multiple Sklerose Rettungsschirm für Nervenzellen

Ein neues Medikament, das den fortschreitenden Untergang von Nervenzellen bei Patienten mit Multipler Sklerose aufhält, wollen Forscher am Institut für Neuroimmunologie und Multiple Sklerose am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf entwickeln. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung fördert das Vorhaben mit insgesamt 1,6 Millionen Euro. ■

Mehr Informationen:
www.uke.de/medien/index_99525.php

Seltene Erkrankungen Mehr Aufmerksamkeit für Stiefkinder der Medizin

Wenn nicht mehr als fünf von 10.000 Patienten betroffen sind, gilt eine Erkrankung als selten. Gleich zwei neue Zentren widmen sich seit diesem Herbst diesen „Stiefkindern der Medizin“. Ende September wurde am Universitätsklinikum Regensburg das Zentrum für Seltene Erkrankungen Regensburg (ZSER) eröffnet, Anfang November folgte das UniversitätsCentrum für Seltene Erkrankungen (USE) am Universitätsklinikum Gustav Carus Dresden. ■

Mehr Informationen:
www.ukr.de/zentren/Zentrum_f__r_Seltene_Erkrankungen/index.php; www.uniklinikum-dresden.de/das-klinikum/universitaetscentren/use

Palliativpflege Gut versorgt am Lebensende

Kommunikationsprobleme und Konflikte in der Palliativpflege stehen im Mittelpunkt eines Forschungsprojekts, das die Deutsche Forschungsgemeinschaft für zunächst zwei Jahre fördert. Wissenschaftler des Fachbereichs Gesundheitswissenschaft an der

ZEITSCHRIFTENSCHAU

Organspende auch eine Frage der Moral

Die Zahl der Nierentransplantationen 2013 ist im Vergleich zum Vorjahr um 15 Prozent gesunken, obwohl der Bedarf an Spenderorganen gleich blieb. Diese seit Jahren beobachtete Diskrepanz hat dazu geführt, dass auch in Deutschland kommerzielle Modelle zur Erhöhung der Spendebereitschaft vorgeschlagen werden. Basierend auf Daten einer qualitativen sozioempirischen Studie innerhalb des internationalen EU-Projekts „Challenges of Biomedicine“ gingen Wissenschaftler der Frage nach, was Bürger und insbesondere die Betroffenen selbst von solchen finanziellen Anreizmodellen halten. Es zeigte sich, dass diese in der europäischen Öffentlichkeit kaum Zustimmung finden, da sie die moralische Motivation der Spender und die emotionalen Beziehungen zwischen Spender und Empfänger außer Acht lassen. Die Autoren raten, Bürger und Betroffene stärker in die Organspendedebatte einzubeziehen, um ihre Ansichten angemessen zu berücksichtigen. ■
J Med Philos 2014;39(3):217-222

Wenn die Familienplanung auf Eis liegt

Wurde 1978 noch von „Retortenbabys“ gesprochen und die „Fortpflanzung im Reagenzglas“ als moralisch fragwürdig empfunden, so sind mittlerweile Kinderwunschzentren als klinische Einrichtungen gesellschaftlich akzeptiert. Kontrovers diskutiert wird aber das Social Freezing, das „Einfrieren“ von

Eizellen gesunder Frauen mit dem Ziel, die Elternschaft auf später zu verschieben. Bei einer Befragung von über 130 deutschen Reproduktionsmedizinern im Jahr 2011 fanden nur 77,2 Prozent das Social Freezing moralisch akzeptabel; 28 Prozent plädierten für eine Altersobergrenze für die Implantation von Eizellen. In einer ethischen Analyse wogen Wissenschaftler jetzt das Für und Wider einer solchen Regelung aus medizinischer und gesellschaftlicher Perspektive ab und kamen zu dem Schluss, dass weder ein Verbot des Social Freezing noch eine Altersgrenze gerechtfertigt sind. ■
Laws 2014;3:282-300

Schritt für Schritt zum Patientenwillen

Ärzte auf Intensiv- und Palliativstationen stehen täglich vor der Entscheidung, ob eine Behandlung aufgenommen, weitergeführt oder beendet werden soll. Sind die Patienten nicht imstande, eine informierte Einwilligung zu geben oder die Behandlung abzulehnen, sind die Mediziner verpflichtet, den mutmaßlichen Patientenwillen zu ermitteln. Im Rahmen einer qualitativen Interviewstudie mit 18 Ärzten und elf Pflegekräften wurde erfragt, wie dies in der Praxis geschieht. Auf der Grundlage dieser und anderer Studien und der Literatur entwickelten die Autoren eine Checkliste zur Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens. ■
Ethik in der Medizin [published online: 13 December 2013]; doi:10.1007/s00481-013-0285-1



Von

Dipl.-Geol.

Susanne Raphael,

Leiterin der Informations- und Dokumentationsstelle Ethik in der Medizin
Institut für Ethik und Geschichte der Medizin
Universitätsmedizin
Göttingen

Adresse:

Humboldtallee 36
37073 Göttingen
Telefon: 0551 39-9577
Fax: 0551 39-33996
susanne.raphael@medizin.uni-goettingen.de
www.aem-online.de

Universität Osnabrück und des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg gehen der Frage nach, wie eine angemessene und würdevolle Palliativpflege gelingen kann. ■

Mehr Informationen:

www.idw-online.de/de/news611221

Krebsforschung Europäische Allianz gegen Krebs

Sechs große europäische Krebsforschungszentren haben sich unter dem Namen „Cancer Core Europe“ zusammengeschlossen, um gemeinsam vielversprechende Forschungsansätze in klinische Anwendungen zu überführen. Die Partner wollen einheitliche wissenschaftliche und medizinische Standards entwickeln und eine Plattform für gemeinsame klinische Studien ins Leben rufen, um beispielsweise die Wirksamkeit neuer Krebsmedikamente zu untersuchen. Zu dem Verbund gehört neben Zentren in Frankreich, Großbritannien, Schweden, Spanien und den Niederlanden das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) in Heidelberg. Die im Konsortium „Cancer Core Europe“ kooperierenden Zentren betreuen jedes Jahr insgesamt etwa 60.000 Patienten und führen rund 1.500 klinische Studien durch. ■

Mehr Informationen:

www.dkfz.de

Medizinstudium Patientendeutsch statt Medizinerlatein

Mit ihrem neuen Wahlfach „Was hab' ich?“ will die Medizinische Fakultät am Universitätsklinikum Gustav Carus in Dresden angehenden Ärzten ab sofort die Grundlagen einer patientengerechten Kommunikation vermitteln. Für das deutschlandweit

einmalige Studienangebot stand das erfolgreiche Internetportal www.washabich.de Pate, auf dem Medizinstudenten von Patienten eingesandte ärztliche Befunde in

eine für Laien verständliche Sprache übersetzen. ■

Mehr Informationen:

www.idw-online.de/pages/de/news608098

DREI FRAGEN AN ...



Forschung und Politik sollten offen miteinander umgehen

... Professor Dr. phil. Werner Schneider, Direktor des Zentrums für Interdisziplinäre Gesundheitsforschung (ZIG) an der Universität Augsburg

Forschungsschwerpunkte:
Bio-/Medizin-/Gesundheitsrecht, Gesundheitskommunikation, Gesundheitsökonomie und Health Care Operations Management, Gesundheitsprävention, Sterben und Lebensende

Jahresetat:
Grundfinanzierung der wissenschaftlichen Geschäftsführung und Einwerbung von Drittmitteln

Zahl und Qualifikation der Mitarbeiter:
20 Professor/innen
und 10 Promovierte sowie
4 Forschungseinrichtungen als
ordentliche Mitglieder
des Zentrums;
8 Wissenschaftler/innen
innerhalb und außerhalb der
Universität als außerordentliche
Mitglieder;
1 wissenschaftliche
Geschäftsführerin

Adresse:
Zentrum für Interdisziplinäre
Gesundheitsforschung (ZIG)
Universität Augsburg
Eichleitnerstraße 30
86159 Augsburg
Telefon: 0821 598-5490
Fax: 0821 598-145490
zig@praesidium.uni-augsburg.de
www.zig.uni-augsburg.de

Was ist derzeit Ihre wichtigste wissenschaftliche Fragestellung?

Wir möchten interdisziplinäre Forschung im Themenfeld Gesundheit in sich wandelnden, pluralen Gesellschaften anstoßen, die sich mit originellen theoretischen wie empirisch-methodischen Ansätzen den aktuellen Herausforderungen widmet. Exemplarisch ist hierfür unsere Forschung im Bereich Bio- und Gesundheitstechnologien zu nennen. Wir fragen zum Beispiel nach den ethischen, sozialen und rechtlichen Folgen prädiktiver Tests bei Erkrankungen wie Chorea Huntington. Ziel ist es, zusammen mit medizinischen Kooperationspartnern Lösungskonzepte zu entwickeln, die einen verantwortungsvollen Umgang mit diesen Tests ermöglichen. Andere Schwerpunkte sind die Prävention von Krankheit, die Vermittlung von Gesundheitsverhalten oder ökonomische Aspekte des Gesundheitswesens.

Wie fördern Sie die Kooperation wissenschaftlicher Disziplinen und die Netzwerkbildung?

Anliegen des ZIG ist es, Forschungen aus den Geistes-, Sozial-, Wirtschafts- und Rechtswissenschaften sowie weiterer angrenzender Disziplinen zu bündeln und eine integrative Perspektive auf das Themenfeld Gesundheit zu eröffnen. Das ZIG bietet den Mitgliedern durch entsprechende organisatorische Unterstützung die strukturelle Voraussetzung, gemeinsam disziplinenübergreifend zu forschen.

Ist die Politik gut beraten, wenn sie auf die Wissenschaft hört?

Für beide Seiten ist ein offener und konstruktiver Umgang miteinander notwendig, in dem auch die Forschungsergebnisse den politischen Entscheidungsträgern plausibel dargelegt werden. Diesen Austausch braucht es vor allem dort, wo Ergebnisse auf Umsetzung geprüft sowie eventuelle Lösungsmodelle erprobt werden müssen, die womöglich in der Zukunft auf Dauer gestellt werden sollen.

Studium I

Per Tablet und App zum Masterabschluss

Der berufsbegleitende (Online-) Fernstudiengang „Master Gesundheitsmanagement“, der im Sommersemester 2015 an der Hochschule Wismar startet, richtet sich an Führungskräfte in der Gesundheitsbranche und verknüpft Inhalte aus den Themengebieten Medizin, Gesundheitsökonomie und Betriebswirtschaft. Über ein spezielles Lerntablet können die Studierenden auf Lehrmaterialien zugreifen und online Vorlesungen folgen. Die Semestergebühr beträgt 3.950 Euro, die Einschreibefrist endet am 28. Februar 2015. ■

Mehr Informationen:

www.wings.hs-wismar.de > master > gesundheitsmanagement

Studium II

Innovative Versorgungskonzepte in der Pflege

Die Katholische Stiftungshochschule München bietet zum Sommersemester 2015 erstmals den viersemestrigen Masterstudiengang „Pflegerwissenschaften – Innovative Versorgungskonzepte“ an. Das forschungsorientierte Studium soll die Absolventen befähigen, innovative, nutzerorientierte Versorgungsansätze zu entwickeln, zu implementieren und zu evaluieren. Drei Praktika sorgen für den nötigen Praxisbezug. Bewerbungen sind vom 1. Dezember 2014 bis zum 15. Januar 2015 online möglich. ■

Mehr Informationen:

www.master-pflegewissenschaft.de

Studium III

Fit für Führungsaufgaben im Gesundheitswesen

Für das Sommersemester 2015 hat die Hochschule für angewandte Wissenschaften Kempten einen neuen, interdisziplinären Masterstudiengang „Führung in der Sozial- und Gesundheitswirtschaft“ angekündigt. Er soll den Absolventen praxisorientiertes Spezialwissen vermitteln und sie auf Führungsaufgaben im Sozial- und Gesundheitswesen vorbereiten. Das Studium ist auf drei Semester angelegt, kann aber auch in Teilzeit in sechs Semestern absolviert werden. Bewerbungsschluss ist der 15. Januar 2015. ■

Mehr Informationen:

www.hs-kempten.de > Soziales & Gesundheit > Master of Arts

BUCHTIPPS

Zum Thema „Gesundheitspolitik“



Die Buchtipps in GGW wurden diesmal zusammengestellt von:

Prof. Dr.

Nils C. Bandelow,

Inhaber des Lehrstuhls für Innenpolitik an der Technischen Universität Braunschweig
 Bienroder Weg 97
 38106 Braunschweig
 Telefon: 0531 391-8900
 Fax: 0531 391-8903
 nils.bandelow@tu-braunschweig.de
 www.tu-braunschweig.de/
 innenpolitik

Autoren/Titel

Inhalt

*Rolf Rosenbrock,
Thomas Gerlinger*

Gesundheitspolitik
Eine systematische Einführung

Dieses Standardwerk liegt jetzt in seiner dritten Auflage vor. Es beschreibt eingehend die Ziele und Akteure der Gesundheitspolitik und belegt systematisch Stärken, Probleme, Steuerungsmöglichkeiten und Interessenkonflikte. Kein anderer Band präsentiert die

Systemstrukturen und Entwicklungen in der Gesundheitspolitik so detailliert und kenntnisreich wie dieser. Das Buch bringt auf verständliche und anschauliche Weise Gesundheits- und Politikwissenschaft zusammen. (Verlag Hans Huber 2014)

*Martin Schölkopf,
Holger Pressel*

Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich
Gesundheitssystemvergleich und europäische Gesundheitspolitik

Zwei ausgewiesene wissenschaftliche Experten mit langjähriger eigener Erfahrung an zentralen Stellen der deutschen Gesundheitspolitik bieten einen Überblick über insgesamt 31 Gesundheitssysteme und die Herausforderun-

gen der europäischen Integration. Der vorliegende Band ist auch als Nachschlagewerk empfehlenswert und enthält zahlreiche Hilfen für weitere Recherchen. (MWV 2014)

Elina Weckert

Qualitätsverbesserung in europäischen Gesundheitssystemen
Ein deutsch-französischer Vergleich

Qualitätsindikatoren, Leitlinien und Hausarztmodelle sind nicht nur für die deutsche Gesundheitspolitik eine zentrale Herausforderung. Auch in Frankreich, dessen Gesundheitssystem deutlich stärker staatlich gesteuert ist, werden ähnliche Instrumente einge-

führt. Die Dissertation von Elina Weckert bietet einen systematischen und detaillierten Vergleich beider Ansätze und zeigt, wie das Bemühen um Qualitätsverbesserungen die Gesundheitssektoren beider Länder verändert hat. (Nomos Verlagsgesellschaft 2014)

Krankenhausbehandlung

Große Qualitätsunterschiede bei Blinddarm-OPs

Mit über 139.000 Eingriffen im Jahr gehört die Blinddarmentfernung (Appendektomie) zu den 50 häufigsten Operationen in Deutschland. Allein bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen wurden über 40.000 Blinddarmoperationen durchgeführt. Damit ist der Eingriff die häufigste Operation in dieser Altersgruppe.

Eine Auswertung der Behandlungsergebnisse bei Blinddarmentfernungen durch das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) zeigt große Qualitätsunterschiede zwischen den Krankenhäusern.

Mit seinem Verfahren „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ (QSR) hat das WIdO für den Zeitraum von 2010 bis 2012 die Blinddarmentfernungen von 103.246 AOK-Patienten analysiert und 946 Kliniken miteinander verglichen. Das Ergebnis: Bei jeder 18. Operation und damit bei 5,69 Prozent der Eingriffe trat eine Komplikation auf. In 3,63 Prozent aller Fälle kam es in den ersten 90 Tagen nach der Entlassung aus der Klinik zu einem ungeplanten Folgeeingriff. Dazu zählen beispielsweise Spülungen im Bauchraum oder die Wiederherstellung des Darms. Bei 4,16 Prozent der Patienten trat eine allgemein chirurgische Komplikation auf, wie versehentliche Stich- oder Risswunden oder Wundinfektionen. 0,34 Prozent der Patienten starben innerhalb der ersten 90 Tage nach der Operation.

Gravierend sind die Unterschiede zwischen den Krankenhäusern. In dem Viertel mit den niedrigsten Komplikationsraten lag der Anteil der Patienten, die von einer Komplikation betroffen waren, bei unter 3,23 Prozent. In dem Viertel der Kliniken mit den höchsten Komplikationsraten lag er bei 7,88 Prozent und mehr. In den schlechten Kliniken sind somit mehr als doppelt so viele Patienten von Komplikationen bei einer Blinddarm-OP betroffen.

Das QSR-Verfahren ermöglicht die Langzeitbeurteilung von Behandlungsergebnissen, die über den eigentlichen Klinikaufenthalt hinausgeht. So werden neben den Daten der Krankenhäuser auch Abrechnungsdaten aus der ambulanten Versorgung einbezogen, um spätere Komplikationen im Verlauf der Behandlung sichtbar zu machen. Die AOK veröffentlicht seit 2010 die Qualitätsdaten

für bestimmte Krankenhausbehandlungen. Bisher liegen Daten für Implantationen von Hüftgelenks- und Kniegelenksprothesen, für Gallenblasenentfernungen bei Gallensteinen und für das Einsetzen therapeutischer Herzkatheter bei Patienten ohne Herzinfarkt vor.

Die Ergebnisse der Kliniken sind im Krankenhaus-Navigator der AOK veröffentlicht (www.aok-gesundheitsnavi.de). Dort können sich Ärzte und Patienten eine Bewertung anhand von Symbolen anzeigen lassen. Je nach ihrem Abschneiden kann eine Klinik ein, zwei oder drei AOK-Lebensbäumchen als Symbol für eine unterdurchschnittliche, eine durchschnittliche oder eine überdurchschnittliche Qualität erhalten. Einweisende Ärzte und ihre Patienten können sich so über die Krankenhäuser und deren Behandlungsergebnisse informieren, ehe sie sich für eine Operation entscheiden. Auch viele Kliniken nutzen die Ergebnisse der Datenauswertungen seit Jahren für ihr Qualitätsmanagement. ■

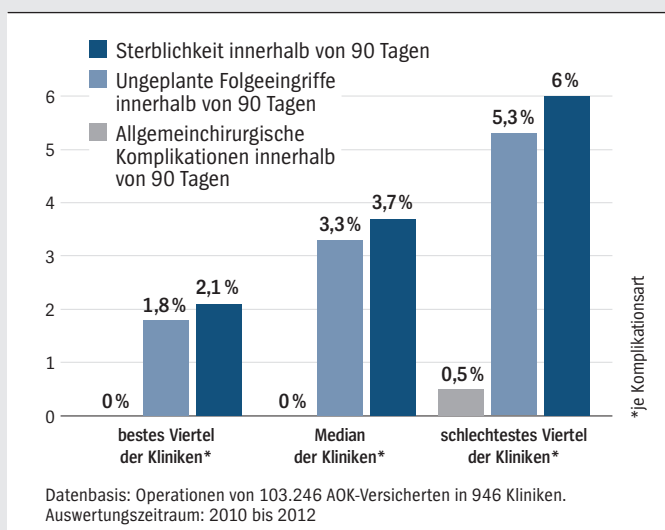


Dr. Elke Jeschke, wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsbereich Integrierte Analysen im WIdO

„Besonders bemerkenswert sind die Unterschiede zwischen den einzelnen Kliniken. In den mit überdurchschnittlicher Qualität bewerteten Krankenhäusern sind die Komplikationsraten weniger als halb so hoch.“

ABBILDUNG 1

Komplikationsraten nach Blinddarmentfernungen



WIDO-TICKER: Informationen zum Praktikantenprogramm des WIdO unter www.wido.de +++ Bestellung von Einzelexemplaren von GGW unter www.wido.de +++ Direktbestellungen von WIdO-Publikationen unter Telefon 030 34646-2393, Fax 030 34646-2144

Arzneiverordnungs-Report 2014

Die Nutzenbewertung hilft sparen



Schwabe U, Paffrath D:
Arzneiverordnungs-
Report 2014. Aktuelle
Daten, Kosten, Trends
und Kommentare.
Heidelberg, Berlin:
Springer 2014; 1.289
Seiten, 59,99 Euro,
ISBN 978-3-662-43486-4

Mit 32,1 Milliarden Euro haben die Arzneimittelausgaben einen neuen Höchststand erreicht. Gegenüber 2013 ist das ein Anstieg um knapp eine Milliarde. Diese Entwicklung dokumentiert der Arzneiverordnungs-Report 2014.

Haupttreiber der steigenden Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sind seit Jahren patentgeschützte Arzneimittel. Obwohl sie nur neun Prozent der Verordnungen ausmachen, entfällt auf sie mehr als 45 Prozent des gesamten Umsatzes. Eine Packung dieser Arzneimittel kostet im Durchschnitt 243 Euro – rund zehnmal so viel wie der Listenpreis eines durchschnittlichen Generikums.

Die erfreuliche Nachricht: Die Nutzenbewertung für Arzneimittel zeigt Wirkung. Seit ihrer Einführung im Jahr 2011 werden die Erstattungsbeiträge für neue Medikamente mit Zusatznutzen zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Herstellern verhandelt. Im Jahr 2013 konnten so fast 150 Millionen Euro eingespart werden. Gleichwohl konnte zumindest für die letzten drei Jahre kein Zusammenhang zwischen dem Ergebnis der Nutzenbewertung und der tatsächlichen Verordnungsmenge der neuen Wirkstoffe erkannt werden.

Ein Vergleich mit Arzneimittelpreisen anderer Länder hat jedoch gezeigt, dass diese Präparate nun in der Regel in Deutschland

nicht mehr teurer sind – im Gegensatz zu vielen Medikamenten, die nicht der Nutzenbewertung unterliegen. Als wichtige Errungenschaft der Nutzenbewertung ist hervorzuheben, dass deutlich wird, welche Arzneimittel einen Nutzen für die Patienten haben und welche nicht. Für die zahlreichen Wirkstoffe des Bestandsmarktes ist diese Überprüfung aber nicht mehr vorgesehen.

Im jährlichen Arzneiverordnungs-Report kommentieren Experten aus Pharmakologie, Medizin und Ökonomie das ärztliche Verordnungsverhalten und stellen Verordnungstrends dar. Sie zeigen außerdem, wo es Ansatzpunkte für eine wirtschaftlichere Arzneimitteltherapie gibt. ■

Heilmittelbericht 2014

Vormittags Schule, nachmittags Sprachtherapie



Waltersbacher A:
Heilmittelbericht 2014,
56 Seiten, als kosten-
loser Download unter:
[http://wido.de/
heilmittel_2014.html](http://wido.de/heilmittel_2014.html)

Rund 37 Millionen Rezepte für eine Heilmittelbehandlung wurden 2013 ausgestellt. Der Umsatz aller Heilmitteltherapien belief sich dabei auf knapp 5,4 Milliarden Euro.

Viele Schulanfänger brauchen Unterstützung bei der altersgerechten Sprech- und Sprachentwicklung. Im Jahr 2013 waren bei den Sechsjährigen 25 Prozent der Jungen und 17 Prozent der

Mädchen in sprachtherapeutischer Behandlung – das zeigt der Heilmittelbericht 2014 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO). Auch Ergotherapie wird bei sechsjährigen Kindern häufig verordnet und dient vor allem der Behandlung von Wahrnehmungsstörungen.

Der größte Teil aller Heilmittelbehandlungen entfällt jedoch auf die Physiotherapie. Bei fast jedem zweiten Besuch in der phy-

siotherapeutischen Praxis ging es dabei um die Behandlung von Rückenschmerzen.

Der jährlich erscheinende Heilmittelbericht des WiDO analysiert Trends in der Versorgung und zeigt alters- und geschlechtsspezifische sowie regionale Versorgungsunterschiede. Er dient als Basis für die Verhandlungen zwischen Krankenkassen, Ärzten und Therapeuten über die bundesweite Heilmittelversorgung. ■

DAS WIDO AUF KONGRESSEN: Christian Günster: „Was können Routinedaten zur Qualitätsmessung in der Frühgeborenenversorgung beitragen?“, 32. Münchner Konferenz für Qualitätssicherung, München, 11/2014 +++ Jahrestagung der Gesellschaft für Arzneimittel-Anwendungsforschung und Arzneimittel-Epidemiologie (GAA), Bonn, 11/2014: Uwe Eichler, Irene Langner, Gisbert W.Selke: „Potenzielle Arzneimittelinteraktionen bei älteren Patienten: Verschreibungsmuster deutscher Ärzte“, „Häufigkeit von Polypharmazie bei Kindern in Deutschland“ +++ Markus Meyer: „Vorgesetzte als gesundheitlicher Risikofaktor?“, Betriebliches Stressmanagement – aktuelle Fragen und Herausforderungen, BTQ-Fachtagung 2014, Hannover 11/2014 +++ Günster Christian: „Qualitätssicherung mit Routinedaten“, 8. Nationaler Qualitätskongress Gesundheit, Berlin, 11/2014

Zur Umsetzbarkeit einer Bürgerversicherung bei Krankheit

von Stefan Greß¹ und Karl-Jürgen Bieback²

ABSTRACT

Die derzeitige finanzielle Situation für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist insbesondere wegen der guten konjunkturellen Entwicklung in den vergangenen Jahren vergleichsweise komfortabel. Steigende Ausgaben, ein sinkender Bundeszuschuss und eine absehbare konjunkturelle Eintrübung werden jedoch die Reserven des Gesundheitsfonds und der Krankenkassen in den nächsten Jahren schmelzen lassen und zu steigenden Zusatzbeiträgen für die Versicherten führen. Die Autoren sprechen sich vor diesem Hintergrund dezidiert für die Einführung einer Bürgerversicherung mit drei zentralen Elementen aus. Durch die Einführung einer Versicherungspflicht zur GKV würde der bisherige verzerrte Systemwettbewerb durch einen echten Wettbewerb mit einheitlichen Rahmenbedingungen ersetzt werden. Den PKV-Altversicherten wird ein zeitlich befristetes Wechselrecht in die GKV unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen eingeräumt. Die Beitragsbemessungsgrenze wird auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung angehoben, und es werden sämtliche Einkommensarten zur Verbeitragung herangezogen. Diese Kombination von Maßnahmen steigert Nachhaltigkeit und Gerechtigkeit der GKV-Finanzierung, ist administrativ umsetzbar und verfassungsrechtlich unbedenklich.

Schlüsselwörter: Alterungsrückstellungen, Beitragsbemessungsgrenze, Bürgerversicherung, integriertes Krankenversicherungssystem, Wettbewerb

The current financial situation of Statutory Health Insurance (SHI) in Germany is quite comfortable due to the comparatively strong economic development in recent years. However, rising costs, a declining federal subsidy and an imminent economic slowdown will cause the reserves of the health fund and the sickness funds to melt in the next few years and lead to increasing additional contributions for the insurees. Against this background, the authors decidedly argue in favour of a "citizens' insurance" with three central elements. By making SHI membership compulsory, the current distorted competition between insurance schemes would be replaced by a real competition with a uniform framework. In a citizens' insurance, current private health insurees will be granted a temporary right to join SHI, allowing a transfer of aging provisions. The assessable income limit will be raised to the level of Statutory Pension Insurance and all types of income will be included to calculate contribution rates. This combination of measures increases sustainability and equity of SHI financing, is administratively feasible and constitutionally unobjectionable.

Keywords: aging provisions, assessable income limit, citizens' insurance, integrated health insurance system, competition

1 Einleitung

Die Intensität der gesundheitspolitischen Debatte um die zukünftige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist in den letzten Jahren deutlich wahrnehmbar

zurückgegangen. Dies hat zwei wesentliche Ursachen. Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-Finanzierungsgesetz aus dem Jahr 2010 den einheitlichen Beitragssatz auf 15,5 Prozent angehoben und damit die Voraussetzung für eine mehr als auskömmliche Finanzierung des Gesundheitsfonds geschaf-

¹Professor Dr. rer. pol. Stefan Greß, Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie, Fachbereich Pflege und Gesundheit, Hochschule Fulda Marquardstraße 35 · 36039 Fulda · Telefon: 0661 9640-601 · Telefax: 0661 9640-649 · E-Mail: stefan.gress@hs-fulda.de

²Professor Dr. jur. (em.) Karl-Jürgen Bieback, Sozialrecht, Sozialpolitik und Arbeitsrecht, Universität Hamburg · Silker Weiche 36a · 21465 Reinbek E-Mail: biebackkj@t-online.de

fen. Zweitens hat die unerwartet gute konjunkturelle Entwicklung in den vergangenen Jahren die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung gefördert und gleichzeitig die beitragspflichtigen Löhne und Gehälter deutlich ansteigen lassen. Als Konsequenz verfügten Gesundheitsfonds und Krankenkassen zum 30. Juni 2014 über Finanzreserven in Höhe von 26,6 Milliarden Euro. Diese vergleichsweise komfortable Situation wird jedoch nicht anhalten – erste Anzeichen dafür gibt es bereits. Die Leistungsausgaben sind im ersten Halbjahr 2014 um 5,4 Prozent angestiegen – allein die Ausgaben für Arzneimittel stiegen um 8,9 Prozent (BMG 2014).

Auf der Einnahmenseite wirkt sich zudem der reduzierte Bundeszuschuss zur GKV nachteilig aus (Greß und Bieback 2014). Auch verdichten sich die Anzeichen für eine konjunkturelle Eintrübung – mit den bekannten Auswirkungen auf die beitragspflichtigen Einkommen. In der Gesetzesbegründung und in der parlamentarischen Debatte zum jüngst verabschiedeten GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) behaupteten die Regierung und der zuständige Bundesminister Gröhe jedoch, durch das GKV-FQWG würden die Finanzierungsgrundlagen der GKV auf eine dauerhaft solide Grundlage gestellt. Diese Behauptung lässt sich aus wissenschaftlicher Sicht nicht nachvollziehen. An der strukturellen Einnahmenschwäche der GKV hat sich nichts geändert. Weder wurde der Kreis der Beitragszahler erweitert noch hat sich an der Bemessungsgrundlage der Beiträge Entscheidendes verändert. Diese strukturellen Defizite werden in den nächsten Jahren bei ungünstigeren konjunkturellen Rahmenbedingungen wieder virulent und für die Versicherten in Form von steigenden Zusatzbeiträgen spürbar werden (Greß 2014). An dieser Stelle setzt der hier vorgestellte Vorschlag zur Implementierung einer Bürgerversicherung an. Wir gehen zunächst kurz auf die Defizite des Status quo ein und analysieren im Anschluss die drei zentralen Stellschrauben einer Bürgerversicherung im Hinblick auf deren Konsequenzen und deren Umsetzbarkeit. Die Ausführungen beruhen auf einem längeren Gutachten, das die Autoren für den Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt erstellt haben (Greß und Bieback 2013). Es geht auch auf die Implikationen einer Pflege-Bürgerversicherung ein. An dieser Stelle muss darauf aus Platzgründen verzichtet werden.

2 Strukturelle Einnahmenschwäche im Status quo

Die strukturelle Einnahmenschwäche der GKV im Status quo hat vor allem zwei Ursachen. Erstens weist die Dualität von gesetzlicher Krankenversicherung und privater Krankenvollversicherung eine Reihe von schwerwiegenden Defiziten auf. Der angebliche Systemwettbewerb ist durch unterschiedliche Rahmenbedingungen massiv verzerrt. Als Konsequenz haben

Versicherte in der PKV auch bei Berücksichtigung von Selbstständigen und Beamten ein deutlich höheres Durchschnittseinkommen als in der GKV und sind im Durchschnitt deutlich gesünder (Haun 2013; Huber und Mielck 2010). Gleichzeitig wird die Funktionsfähigkeit von Umverteilungsmechanismen in der GKV nachhaltig gestört, wenn Personen mit hohem Einkommen und Gesunde sich diesen Umverteilungsmechanismen entziehen können (Albrecht et al. 2007). Die empirisch gut belegte bevorzugte Behandlung von Privatversicherten führt nicht nur zu Gerechtigkeits-, sondern auch zu Allokationsdefiziten in der gesundheitlichen Versorgung (Jacobs 2012). Darüber hinaus werden systemimmanente Schwächen des Geschäftsmodells in der privaten Krankenversicherung immer offensichtlicher (Greß und Heinemann 2013).

Die Finanzierung der GKV beruht zweitens nahezu ausschließlich auf Erwerbseinkommen der gesetzlich Versicherten unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze. Diese ist nicht nur im Hinblick auf die Nachhaltigkeit der GKV-Finanzierung problematisch, sondern führt auch zu erheblichen Gerechtigkeitsdefiziten (Birnbacher 2012). Der Grundsatz der Finanzierung nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip wird an mehreren Stellen verletzt. Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze bleiben der Beitragsenthebung ebenso entzogen wie Einkommen aus Vermögen und anderen Einkommensarten. Besonders leistungsfähige Beschäftigte mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze können sich dem Solidarprinzip in der GKV sogar völlig entziehen.

Jenseits der Einführung einer Bürgerversicherung hätte ein Ausbau der Steuerfinanzierung in der GKV deutliche Vorteile gegenüber dem Status quo der Beitragsfinanzierung. Diese Vorteile liegen insbesondere in einer stärkeren Orientierung am Prinzip der Leistungsfähigkeit. Allerdings gibt es vor dem Hintergrund fiskalischen Konsolidierungsdrucks erhebliche Zweifel an Nachhaltigkeit und Stetigkeit einer Steuerfinanzierung. Die Finanzierung des Bundeszuschusses muss kontinuierlich mit anderen Ausgabentiteln im Bundeshaushalt konkurrieren. Insgesamt ist – insbesondere vor dem Hintergrund der jüngsten Erfahrungen – daher vor einer stärkeren Abhängigkeit in der Finanzierung durch Steuermittel zu warnen (Greß und Bieback 2014). Die Autoren plädieren vielmehr für eine Korrektur der unbestrittenen Defizite des Beitragssystems im Rahmen einer Bürgerversicherung.

3 Stellschrauben einer Bürgerversicherung

Der Begriff Bürgerversicherung ist eigentlich irreführend. Korrekter – politisch jedoch weniger eingängig – wäre nach Kingreen die Bezeichnung Einwohnerversicherung, weil das neue integrierte Krankenversicherungssystem am Wohnort

TABELLE 1

Beitragssatzeffekte der Modellvarianten Bürgerversicherung

Parameter	Beitragssatzeffekt	Kumulierter Beitragssatzeffekt
Ausdehnung des in der Sozialversicherung versicherten Personenkreises	-1,1	-1,1
Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf 5.500 Euro/Monat	-0,5	-1,9
Verbeitragung aller Einkommensarten mit Sparerfreibetrag für Kapitaleinkünfte	-0,4	-2,2

Quelle: nach Rothgang und Götze 2013, 151
Grafik: G+G Wissenschaft 2014

und nicht an persönliche Merkmale anknüpfe (Kingreen 2012). Immerhin weist der Begriff Bürgerversicherung darauf hin, dass es um ein allgemeines und gleiches Versicherungssystem geht.

Das Konzept Bürgerversicherung besteht aus drei zentralen Komponenten. Ursprünglich wurde mit der Bürgerversicherung vor allem die Schaffung eines integrierten Versicherungssystems assoziiert, das den Dualismus von gesetzlicher Krankenversicherung und privater Krankenvollversicherung überwindet. Zentraler Bestandteil der Bürgerversicherung sind aber inzwischen auch Reformen bei der Beitragsbemessung. Diese betreffen sowohl die Höhe des beitragspflichtigen Einkommens als auch die Art des Einkommens.

3.1 Integration von GKV und PKV

Die Integration der beiden Versicherungssysteme durch eine Ausweitung der Versicherungspflicht zur gesetzlichen Krankenversicherung würde einheitliche Rahmenbedingungen für den Wettbewerb der Krankenversicherer untereinander schaffen und damit die Ursachen für Risikoselektion, Ungleichbehandlungen unterschiedlicher Versichertengruppen und für allokativen Fehlanreize beseitigen.

Mit Einführung einer umfassenden Versicherungspflicht zur GKV würde der bisherige verzerrte Systemwettbewerb durch einen echten Wettbewerb mit einheitlichen Rahmenbedingungen – insbesondere bei der Beitragskalkulation und bei der Vergütung von Leistungsanbietern – ersetzt werden. Damit würden die oben angesprochenen ökonomischen Anreize zur Ungleichbehandlung von privat und gesetzlich Versicherten verschwinden. Gleiches gilt für die negative Risikoauslese zulasten der GKV. Die vertikale Gerechtigkeit würde

deutlich erhöht werden, weil sich Beschäftigte mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze nicht mehr den Umverteilungsprozessen in der GKV entziehen könnten. Die horizontale Gerechtigkeit würde sich insbesondere dadurch erhöhen, dass die Beitragserhebung ehemals privat versicherter Personen auf der gleichen Kalkulationsgrundlage erfolgen würde wie die der gesetzlich versicherten Personen.

Die Auswirkungen auf die Nachhaltigkeit eines integrierten Krankenversicherungssystems werden kontrovers diskutiert – zumindest im Hinblick auf die mittel- bis langfristigen Effekte. Die kurzfristigen Finanzierungseffekte lassen sich vergleichsweise gut quantifizieren (Tabelle 1). Die Schaffung eines integrierten Krankenversicherungssystems im Rahmen einer Stichtagsregelung würde nach Berechnungen aus dem Jahr 2010 zu einer möglichen Beitragssatzsenkung in der gesetzlichen Krankenversicherung um 1,1 Beitragssatzpunkte führen (Rothgang et al. 2010).

Es ist allerdings anzumerken, dass die Berechnungen davon ausgehen, dass die Vergütung der Leistungserbringer in dem integrierten Krankenversicherungssystem auf dem Niveau der GKV erfolgen würde. Diese Prämisse ist zwar plausibel, aber gesundheitspolitisch nicht einfach zu halten. Eine für die Ärzteschaft insgesamt aufkommensneutrale Kompensation wäre allerdings nicht gleichbedeutend mit einer Kompensation für den Wegfall von Privatversicherten auf Praxisebene. Praxen mit einem hohen Anteil von gesetzlich Versicherten im Status quo würden ihre Einkommenssituation sogar verbessern können. Berechnungen aus dem Jahr 2008 quantifizieren den finanziellen Aufwand für eine mögliche Kompensation der Ärzteschaft auf einen Betrag von etwa 3,6 Milliarden Euro (Walendzik et al. 2009) – aktuellere Berechnungen sogar auf maximal 4,3 Milliarden Euro (Wasem et al.

2013). Der kurzfristige Finanzierungseffekt durch die Einführung eines integrierten Krankenversicherungssystems würde sich damit um etwa ein Drittel verringern.

Verfassungsrechtlich ist die Ausweitung der Versicherungspflicht zur GKV auf die bisher privat Versicherten zulässig. Die Ziele dieses Vorhabens – die Nachhaltigkeit der Finanzierung der GKV zu stärken und die horizontale und vertikale Gerechtigkeit, insbesondere auch die soziale Absicherung der kleinen Selbstständigen, zu verbessern – sind vom Bundesverfassungsgericht als besonders wichtige Interessen der Gemeinschaft anerkannt, die entsprechend starke Eingriffe rechtfertigen. Die Beschränkung der Vertrags- und Vorsorgefreiheit der Neu-Versicherungspflichtigen und der Vertrags- und Berufsfreiheit der PKV-Unternehmen, in Zukunft neue Verträge abzuschließen, sind geeignet und erforderlich, diese Ziele zu erreichen (Bieback 2014).

Diese Reform ist damit zumutbar und angemessen, auch wenn in der Beurteilung dieser Schranke große Spielräume bestehen. Bisher hat das Bundesverfassungsgericht alle Erweiterungen der Versicherungspflicht in der Sozialversicherung für verfassungsgemäß gehalten. Die schon bestehenden PKV-Versicherungsverträge sind jedoch verfassungsrechtlich geschützt. Wie die Bürgerversicherung in sie eingreift, ist eine Frage des Übergangsrechts (Bieback 2014). Zu möglichen Übergangsregelungen vergleiche Abschnitt 3.4.

3.2 Anhebung beziehungsweise Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze

Bei einer Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze würde die Beitragsfinanzierung durchgängig am Grundsatz der Leistungsfähigkeit ausgerichtet werden. Die vertikale Gerechtigkeit würde deutlich gestärkt, weil mit steigendem Einkommen – also mit steigender Leistungsfähigkeit – auch die Beitragsbelastung steigen würde. Ein wesentliches Defizit der Beitragsfinanzierung im Status quo – insbesondere im Vergleich zu der Besteuerung von Einkommen – würde damit beseitigt werden. Gleichzeitig würde auch die horizontale Gerechtigkeit der Beitragsfinanzierung deutlich erhöht werden. Haushalte mit gleich hohem Einkommen würden zukünftig auch einer gleichen Beitragsbelastung unterliegen – unabhängig von der Verteilung des Einkommens innerhalb der Haushalte (Dräther und Rothgang 2004).

Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung würde die Gerechtigkeitsdefizite in der Beitragsfinanzierung verringern, aber nicht vollständig beseitigen. Deutlich wären die finanziellen Effekte einer Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze. Die sofortige Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze ohne Ausweitung des Versichertenkreises würde eine Beitragssatzsenkung von 0,8 Prozentpunkten ermög-

lichen. Dieser Effekt würde sich auf 2,4 Prozentpunkte verdreifachen, wenn auch die im Durchschnitt einkommensstärkeren Privatversicherten Beitragszahler eines integrierten Versicherungssystems wären (Rothgang et al. 2010).

Eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung ohne die Ausweitung des Versichertenkreises würde eine Beitragssatzentlastung von 0,5 Beitragssatzpunkten ermöglichen. Durch die sofortige Ausweitung des Versichertenkreises in einem integrierten Krankenversicherungssystem würde sich dieser Effekt auf 1,9 Beitragssatzpunkte fast vervierfachen (Rothgang et al. 2010). Aus diesen Zahlen wird aber deutlich, dass durch die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung ein erheblicher Anteil des Einkommens jenseits der heutigen Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung erfasst werden kann. Der finanzielle „Verlust“ durch den Verzicht auf eine Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze wäre vergleichsweise gering.

Verfassungsrechtlich wäre eine Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze nicht ohne Gefahren. Es müssen einmal zwei unterschiedliche Rechtsgüter bewertet werden, meist das Gemeinwohlinteresse an einer Regelung (hier nachhaltige Finanzierung der GKV und Verbesserung der horizontalen und vertikalen Gerechtigkeit) und das Privatinteresse Einzelner (die Freiheit, jenseits der Beitragsbemessungsgrenze keine Beiträge zur GKV zu zahlen). Sodann müssen beide Werte noch in Beziehung zueinander gesetzt werden. Es gibt deshalb zahlreiche Einwände gegen solche Abwägungsjurisprudenz (Hillgruber 2012; Bieback 2014), dennoch hält die Mehrheit der Juristen und vor allem das Bundesverfassungsgericht an dieser Variante des Verhältnismäßigkeitsprinzips fest (BVerfGE 1995; BVerfGE 2008). Vor dem Hintergrund der verfassungsrechtlichen Bedenken gegen eine vollständige Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze ist eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung daher als am ehesten umsetzbar zu beurteilen.

3.3 Verbeitragung sämtlicher Einkommensarten

Die Einbeziehung weiterer Einkommensarten auf der Grundlage der Einkommenskategorien des Steuerrechts würde einen deutlichen Zugewinn an horizontaler Gerechtigkeit erbringen, weil sämtliche Einkommensarten – insbesondere Einkommen aus Vermögen – in gleichem Ausmaß zur Beitragsfinanzierung herangezogen werden. Sachgerecht ist es, aus dem Lohneinkommen Lohnersatzleistungen zu finanzieren; das Krankengeld macht aber nur 5,3 Prozent aller Leistungen der GKV aus (GKV-Spitzenverband 2014).

Ceteris paribus kann durch eine solche Maßnahme aber der Grundsatz der vertikalen Gerechtigkeit weiterhin verletzt bleiben. Dies gälte insbesondere dann, wenn die Beitrags-

bemessungsgrenze nicht oder nur in geringem Umfang angehoben wird. Dann würden insbesondere Personen mit einem Lohn- und Erwerbseinkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze zur Finanzierung herangezogen. Einkommensstarke Versicherte mit zusätzlichem Einkommen aus anderen Einkommensarten müssten keine zusätzlichen Beiträge abführen.

Im Grundsatz sind verschiedene Maßnahmen – auch in Kombination untereinander – denkbar, um eine Verletzung des Grundsatzes der vertikalen Gerechtigkeit zu vermeiden. Erstens würde eine Abschaffung beziehungsweise substanzielle Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze diese unerwünschten Folgewirkungen vermeiden beziehungsweise deutlich abmildern. Zweitens könnten – parallel zu den steuerrechtlichen Regelungen – zumindest für Vermögenseinkommen die entsprechenden Freibeträge auch auf die Beitragsfinanzierung ausgedehnt werden. Mit der zuletzt genannten Maßnahme würde – in Kombination mit einer substanziellen Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze – in der Gesamtschau die horizontale Gerechtigkeit deutlich verbessert werden, ohne den Grundsatz der vertikalen Gerechtigkeit zu gefährden.

Die Verbesserung der Nachhaltigkeit in der Finanzierung durch die Verbeitragung weiterer Einkommensarten ist zwar spürbar, wird aber durch einige steuerrechtliche Besonderheiten begrenzt. Dies gilt zum Beispiel bei Kapitalerträgen, für die im Einkommenssteuerrecht eine Abgeltungssteuer die einkommensbezogenen Steuersätze ersetzt hat. Zudem gibt es Einkommensarten – wie etwa bei Einkommen aus Vermietung und Verpachtung – bei denen das Aufkommen gering oder sogar negativ sein kann. Nichtsdestoweniger ist die Verbeitragung weiterer Einkommensarten nicht nur kurzfristig, sondern auch mittel- und langfristig – unter der Annahme eines steigenden Anteils von Vermögenseinkommen am Volkseinkommen – auch aus Gründen der Nachhaltigkeit der Finanzierung geboten.

Bezogen auf den derzeitigen Versichertenkreis der GKV würde sich ohne Berücksichtigung eines Sparerfreibetrags eine zusätzliche Entlastung von 0,5 Beitragssatzpunkten ergeben. Mit Berücksichtigung eines Sparerfreibetrags analog zum Steuerrecht sinkt die zusätzliche Entlastung auf 0,4 Beitragssatzpunkte (*Rothgang et al. 2010*). Die Berücksichtigung eines Sparerfreibetrags würde daher die Einnahmen aus der Verbeitragung weiterer Einkommensarten nur geringfügig reduzieren.

Im Gegensatz zur Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze kann der Einbezug weiterer Einkommensarten nicht problemlos in das derzeitige Verfahren des Beitragseinzugs integriert werden. Weder die Krankenkassen noch der Gesundheitsfonds verfügen über die notwendigen Informatio-

nen, um steuerrechtlich relevante Einkommenskategorien erfassen zu können. Wie ähnlich in den Niederlanden praktiziert, müssten daher die Finanzbehörden in den Beitrags-einzug integriert werden. Dies könnte etwa dadurch geschehen, dass im Rahmen der jährlichen Steuererklärung nicht nur die Einkommenssteuerschuld, sondern gleichzeitig die Beitragsschuld für die GKV festgelegt wird. Die Finanzbehörden wären dann gleichzeitig eine Art Clearingstelle.

3.4 Übergangsszenarien

Von besonderer Bedeutung für die Umsetzbarkeit der Bürgerversicherung ist die Frage, wie sich der Übergang zu einem integrierten System organisieren lässt. Es lassen sich drei Szenarien unterscheiden. Bei der Stichtagslösung müssten alle Versicherten – auch die derzeit in der privaten Krankenvollversicherung versicherten Personen – sich zu einem bestimmten Stichtag bei einem Versicherer der GKV ihrer Wahl auf einem Markt mit einheitlichen Wettbewerbsbedingungen versichern. Einen vergleichbaren Weg hat der niederländische Gesetzgeber bei der Krankenversicherungsreform im Jahr 2006 eingeschlagen. Für eine Stichtagslösung spräche, dass sämtliche Vorteile eines integrierten Systems sofort wirksam würden. Eine längere Übergangsphase mit entsprechender Unsicherheit der verschiedenen Marktakteure könnte so vermieden werden.

Allerdings genießen die vertraglichen Ansprüche aus den PKV-Altverträgen den Schutz des Eigentums der Versicherten und der PKV-Unternehmen. Die Vertragsansprüche haben auch besonderen Vertrauensschutz, weil der Gesetzgeber seit 2009 zum Abschluss von PKV-Verträgen verpflichtet hat und traditionell Beiträge für die Altersrückstellungen vorschreibt, wodurch die Verträge langfristig angelegt sind. Das setzt dem Übergangsrecht bei der Behandlung der Altverträge Schranken. Die Stichtagslösung ist zwar grundsätzlich gerechtfertigt, es bestehen jedoch vor allem bei der Beurteilung der Zumutbarkeit beziehungsweise Angemessenheit des Eingriffs in die Altverträge, die nicht fortgesetzt werden können, Unsicherheiten. Denn es gibt weniger einschneidende Varianten der Einführung, wie im Folgenden gezeigt wird.

Die Alternative wäre, nur alle neu versicherungspflichtigen Selbstständigen, Beschäftigten mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze und Beamte nach dem Stichtag zukünftig in dem integrierten Krankenversicherungssystem zu versichern. Die Altverträge würden unverändert fortgeführt werden. Ein Neuzufluss von Krankenvollversicherten in die PKV wäre damit zumindest faktisch ausgeschlossen. Auch für eine solche Übergangslösung mit einem dauerhaften Bestandsschutz der Altverträge bestehen nachhaltige Zweifel an der Umsetzbarkeit – allerdings aus anderen Gründen. Diese Übergangsvariante ließe

TABELLE 2

Elemente der Bürgerversicherung – Vergleich zwischen den Modellen der Autoren sowie der unterschiedlichen politischen Parteien

Elemente	Greß/Bieback	SPD	Bündnis 90/ Die Grünen	Die Linke
Ausweitung des Versichertenkreises	Ja	Ja	Ja	Ja
Alle Einkommensarten einbeziehen	Ja	Nein; Steuerfinanzierung	Ja	Ja
Beitragsbemessungsgrenze	Anheben auf Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung	Beibehalten für Arbeitnehmer; Arbeitgeberbeitrag anheben auf gesamte Lohnsumme	Anheben auf Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung	Aufheben

Quellen: Bündnis 90/Die Grünen 2011a; Bündnis 90/Die Grünen 2011b; Die Linke 2011; SPD 2011; SPD 2013
 Grafik: G+G Wissenschaft 2014

die Altverträge fortbestehen, würde sie aber auch nur wenig dadurch belasten, dass die Versichertengemeinschaft immer kleiner wird. Dieser Eingriff ließe sich zwar rechtlich mit den wichtigen Zielen des Vorhabens rechtfertigen. Die Einführung eines integrierten Krankenversicherungssystems allein durch die Sperrung des Neuzugangs zur privaten Krankenvollversicherung würde jedoch die bestehenden Gerechtigkeits- und Nachhaltigkeitsdefizite erst im Laufe von Generationen beseitigen.

Rechtlich gesehen wäre die Eingriffsintensität am geringsten, wenn den PKV-Altversicherten ein Wechselrecht in die GKV unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen gegeben würde. Zwar verlängert sich dadurch auch der Übergangsprozess erheblich und nicht alle sozialpolitisch erwünschten Wirkungen für die Nachhaltigkeit und Gerechtigkeit der Finanzierung träten sofort ein. Aber wird in diesem Szenario durch eine zeitlich befristete Wechselmöglichkeit der Altversicherten die Dynamik zur Ausweitung eines integrierten Krankenversicherungssystems erhöht? Die Portabilität der entsprechenden Alterungsrückstellungen schützt wiederum die Versicherten der GKV in diesem System vor den finanziellen Folgen einer weiteren Risikoentmischung der beiden Systeme. Letztlich ist dieses Szenario aus Sicht der Autoren daher am ehesten dazu geeignet, den Übergang zu einem integrierten System zu organisieren.

4 Sozialpolitische Einordnung und Bewertung

Es ist deutlich geworden, dass sich die Autoren dezidiert für eine Überwindung der unbestrittenen Defizite der Beitragsfinanzierung im bestehenden GKV-System aussprechen. Damit grenzen sich die erarbeiteten Vorschläge eindeutig von allen Konzepten ab, die im Rahmen von wie auch immer ausgestalteten Prämienmodellen die Umverteilung von hohen zu niedrigen Einkommen aus dem Beitrags- in das Steuersystem verlagern wollen. Eine entsprechende Absichtserklärung hatte die Regierung aus CDU/CSU und FDP noch in ihrem Koalitionsvertrag abgegeben (*CDU et al. 2010*). Spätestens mit der Verabschiedung des GKV-FQWG und der Abschaffung der pauschalen Zusatzbeiträge scheint dieses Finanzierungsmodell jedoch aus guten Gründen ohnehin keine Umsetzungschancen mehr zu haben.

Zumindest der Parteiprogrammatik nach haben sowohl die SPD, Bündnis 90/Die Grünen als auch Die Linke sich in der Vergangenheit klar für eine Bürgerversicherung ausgesprochen (*Bündnis 90/Die Grünen 2011 b; Die Linke 2011; SPD 2011*). Die beabsichtigte Umsetzung unterscheidet sich jedoch im Detail voneinander und teilweise auch von den Vorschlägen in diesem Beitrag (Tabelle 2).

Grundsätzlich sind sich die drei genannten Parteien zumindest programmatisch einig, dass ein zentrales Element einer Bürgerversicherung in der Überwindung der Dualität von gesetzlicher und privater Krankenversicherung bestehen muss. Die Übergangsproblematik wird von den Parteien bisher nur teilweise thematisiert. Lediglich die SPD will – ähnlich wie von den Autoren dieses Beitrags vorgeschlagen – den Altversicherten der privaten Krankenversicherung eine befristete Wahlmöglichkeit geben. Sie sollen innerhalb eines Zeitraums von einem Jahr wählen können, ob sie in ihren bestehenden Verträgen bleiben oder unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen im Umfang des Basistarifs – und damit auf dem Leistungsniveau der gesetzlichen Versicherung – in die neue Bürgerversicherung wechseln wollen (SPD 2013). Bündnis 90/Die Grünen und Die Linke plädieren für die ebenfalls in diesem Beitrag thematisierte Stichtagslösung (Bündnis 90/Die Grünen 2011 b; Die Linke 2011). Beide Übergangsvarianten lassen sich gut begründen. Für eine zeitlich befristete Wechselmöglichkeit sprechen jedoch nicht nur die verfassungsrechtlichen Unsicherheiten einer Stichtagslösung, sondern auch die traditionelle Pfadabhängigkeit deutscher Sozialpolitik. Letztere favorisiert eher inkrementelle als radikale Lösungen.

Die zweite zentrale Stellschraube einer Bürgerversicherung – die Beitragsbemessungsgrenze – wird von den drei Parteien in unterschiedlicher Art und Weise thematisiert. Die SPD will die Beitragsbemessungsgrenze für Beschäftigte unverändert lassen und – über eine Verbeitragung der Lohnsumme – lediglich die Beitragsbemessungsgrenze für die Arbeitgeber aufheben (SPD 2011). Problematisch ist dieser Vorschlag vor allem im Hinblick auf Gerechtigkeitsaspekte. Die durch die Existenz der Beitragsbemessungsgrenze bedingten Defizite der Beitragsfinanzierung – vor allem hinsichtlich der vertikalen Gerechtigkeit – im Status quo würden unverändert weiterbestehen.

Im Gegensatz zur SPD würde Die Linke die Beitragsbemessungsgrenze vollständig aufheben (Die Linke 2011). Diese Maßnahme ließe sich sowohl im Hinblick auf die Nachhaltigkeit der Finanzierung und vor allem im Hinblick auf Gerechtigkeitsaspekte gut begründen. Allerdings sprechen aus Sicht der Autoren dieses Beitrags gegen diese eher radikale Maßnahme ebenfalls verfassungsrechtliche Unsicherheiten und die eher inkrementelle Tradition der deutschen Sozialpolitik. Deutlich positiver ist daher der Vorschlag von Bündnis 90/Die Grünen zu beurteilen, die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung zu erhöhen (Bündnis 90/Die Grünen 2011 a).

Auch bei der dritten Stellschraube der Bürgerversicherung – die Verbeitragung weiterer Einkommensarten – zeigen sich unterschiedliche politische Schwerpunkte bei der SPD auf der einen Seite und bei Bündnis 90/Die Grünen beziehungsweise bei der Partei Die Linke auf der anderen Seite. Letztere schla-

gen übereinstimmend eine Verbeitragung sämtlicher Einkommensarten in Kombination mit einem Sparerfreibetrag vor (Bündnis 90/Die Grünen 2011 b; Die Linke 2011). Diese Option ist am ehesten dazu geeignet, mit überschaubarem bürokratischen Aufwand die Defizite der Beitragsfinanzierung vor allem hinsichtlich der horizontalen Gerechtigkeit zu überwinden.

Die SPD lehnt dagegen eine Verbeitragung weiterer Einkommensarten ab und will die Nachhaltigkeit der Finanzierung in der Krankenversicherung durch einen dynamisierten Bundeszuschuss verbessern. Diese Dynamisierung soll aus den Mehreinnahmen einer Anhebung der Abgeltungssteuer auf Kapitalerträge finanziert werden (SPD 2011). Dieser Vorschlag ist aus mehreren Gründen als problematisch anzusehen. Erstens gelten auch hier die schon oben geäußerten Bedenken gegen eine Steuerfinanzierung. Es ist mehr als zweifelhaft, ob sich eine solche Dynamisierung nachhaltig finanzieren ließe – zumal Steuern sich grundsätzlich nicht zweckgebunden erheben lassen. Zweitens würden nur Vermögenseinkommen indirekt zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen. Die oben angesprochenen Defizite in der horizontalen Gerechtigkeit hinsichtlich der Verbeitragung von Einkommen aus selbstständiger und unselbstständiger Arbeit blieben unverändert weiter bestehen.

Die Debatte um die Einführung einer Bürgerversicherung wird aus Sicht der Autoren auf der gesundheitspolitischen Tagesordnung bleiben. Die Defizite des dualen Systems von gesetzlicher und privater Krankenversicherung sind ebenso offensichtlich wie die systematischen Schwächen im Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung. Die Einführung einer Bürgerversicherung würde die Nachteile dieses Dualismus ebenso überwinden wie die unbestrittenen Nachteile der Beitragsfinanzierung im Status quo.

Literatur

- Albrecht M, Schiffhorst G, Kitzler C (2007):** Finanzielle Auswirkungen und typische Formen des Wechsels von Versicherten zwischen GKV und PKV. Baden-Baden: Nomos
- Bieback KJ (2014):** Sozial- und verfassungsrechtliche Aspekte der Bürgerversicherung. 2. Auflage. Baden-Baden: Nomos
- Birnbacher D (2012):** Wie gerecht ist das deutsche System der Gesundheitsversorgung? In: Brudermüller G, Seelmann K (Hrsg.). Zweiklassenmedizin? Würzburg: Königshausen & Neumann, 9–30; www.gerechte-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/sonstiges/GG-POS-Aufsatz-Birnbacher.pdf
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2014):** Gesetzliche Krankenversicherung. Vorläufige Rechnungsergebnisse 1.–2. Quartal 2014. Stand: 9. September 2014. Berlin
- Bündnis 90/Die Grünen (2011 a):** Die grüne Bürgerversicherung. Alle zahlen, alle zählen. Berlin: Bündnis 90/Die Grünen. Broschüre 17/30

Bündnis 90/Die Grünen (2011 b): Für eine solidarische und nachhaltige Finanzierung des Gesundheitswesens. Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen. Berlin: Deutscher Bundestag, Drucksache 17/258

BVerfGE (1995): 92, 277, 327 (amtliche Sammlung). Beschluss vom 15.05.1995 – 2 BvL 19/91; www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/rk20071204_2bvr003806.html

BVerfGE (2008): 120, 180, 210 (amtliche Sammlung). Beschluss vom 26.02.2008 – 1 BvR 1602/07; www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/rk20100914_1bvr184208.html

CDU, CSU, FDP (2010): Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP. 17. Legislaturperiode

Die Linke (2011): Gesundheit und Pflege solidarisch finanzieren. Antrag der Fraktion Die Linke. Berlin: Deutscher Bundestag, Drucksache 17/7197

Dräther H, Rothgang H (2004): Die Familienversicherung für Ehepaare in der gesetzlichen Krankenversicherung. Problemanalyse und Lösungsvorschläge. ZeS-Arbeitspapier, Heft 9. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik

GKV-Spitzenverband (2014): GKV Kennzahlen; www.gkv-spitzenverband.de/presse/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.jsp

Greß S (2014): Auswirkungen des Gesundheitsfonds – eine Zwischenbilanz. Wirtschaftsdienst, Jg. 94, Heft 8, 545–548

Greß S, Bieback KJ (2013): Zur Umsetzbarkeit einer Bürgerversicherung bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Gutachten für die Arbeiterwohlfahrt. Berlin: AWO Bundesverband

Greß S, Bieback KJ (2014): Steuerfinanzierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Keine Verlässlichkeit und Stetigkeit. ifo Schnelldienst, Jg. 67, Heft 7, 6–9

Greß S, Heinemann S (2013): Schwachstellen im Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung. In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg.). Die Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System. Berlin: KomPart, 107–124

Haun D (2013): Quo vadis, GKV und PKV? Entwicklung der Erwerbs- und Einkommensstrukturen von Versicherten im dualen System. In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg.). Die Krankenversicherung der

Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System. Berlin: KomPart, 75–106

Hillgruber C (2012): Ohne rechtes Maß? Eine Kritik der Rechtsprechung des BVerfG nach 60 Jahren. Juristenzeitung, Jg. 66, Heft 18, 861–871

Huber J, Mielck M (2010): Morbidität und Gesundheitsversorgung bei GKV- und PKV-Versicherten. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Jg. 53, Heft 9, 925–938

Jacobs K (2012): Die Schaffung eines einheitlichen Krankenversicherungssystems – eine längst überfällige Reform. Wirtschaftsdienst, Jg. 92, Heft 10, 651–655

Kingreen T (2012): Welche gesetzlichen Regelungen empfehlen sich zur Verbesserung eines Wettbewerbs zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung? Referat auf dem 69. Deutschen Juristentag am 19.9.2012 in München

Rothgang H, Arnold R, Unger R (2010): Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Bürgerversicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik

Rothgang H, Götze R (2013): Perspektiven der solidarischen Finanzierung. In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg.). Die Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System. Berlin: Kompart, 125–174

SPD (2011): Beschluss des SPD-Präsidiums: Die Bürgerversicherung – solidarisch, gerecht und leistungsfähig. Pressemitteilung vom 11. April 2011. Berlin: SPD

SPD (2013): Das WIR entscheidet. Das Regierungsprogramm 2013–2017. Berlin: SPD

Walendzik A, Greß S, Manouguian M, Wasem J (2009): Vergütungsunterschiede im ambulanten ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV und Modelle der Vergütungsangleichung. Sozialer Fortschritt/German Review of Social Policy, Jg. 58, Heft 4, 63–69

Wasem J, Buchner F, Lux G et al. (2013): Ein einheitliches Vergütungssystem für die ambulante ärztliche Versorgung: Zur Diskussion um eine mögliche Kompensation des zu erwartenden Honorarausfalls. Essen: Universität Duisburg-Essen

DIE AUTOREN



Professor Dr. rer. pol. Stefan Greß, Jahrgang 1967, Studium der Wirtschaftswissenschaft in Bremen und New York. Danach Arbeit an Dissertation und Tätigkeit als Berater für Krankenversicherungen. Promotion im April 2001 an der Universität Bremen. Danach Tätigkeiten als

wissenschaftlicher Assistent an den Universitäten Greifswald und Duisburg-Essen. Forschungs- und Publikationsschwerpunkte: Krankenversicherungsökonomie, Internationaler Gesundheitssystemvergleich, Gesundheitspolitik und Steuerung der Arzneimittelversorgung, regionale Versorgungssteuerung.



Professor Dr. jur. Karl-Jürgen Bieback, Jahrgang 1944, Studium der Rechtswissenschaft und der Volkswirtschaftslehre in Marburg, Göttingen und Poitiers. Seit 1974 Professor für Öffentliches Recht, Sozialrecht und Arbeits-

recht an der Hamburger Universität für Wirtschaft und Politik und der Universität Hamburg. Forschungs- und Publikationsschwerpunkte: Gesamtes Sozialrecht, Kollektives Arbeitsrecht, Sozialpolitik, öffentliches Recht.

Krankenhausersetzende psychiatrische Behandlung in Deutschland

Praxismodelle, Standards und Finanzierung*

von Ingmar Steinhart¹, Günther Wienberg², Christian Koch³

ABSTRACT

Eine schwere psychische Störung ist nach wie vor reflexartig mit einer psychiatrischen Krankenhausbehandlung verbunden. Alternative und gleichzeitig evidenzbasierte Modelle krankenhausersetzender ambulanter psychiatrischer Akut- und Intensivbehandlung existieren bundesweit kaum und werden vom Finanzierungssystem nur unzureichend unterstützt. In dieser Studie werden erfolversprechende bundesweite Praxismodelle ambulanter psychiatrischer Versorgung ausgewertet und Standards im Sinne eines „gemeindepsychiatrischen Basismodells“ abgeleitet. Dabei zeigt sich: Eine ambulante, bei Bedarf intensive und mobile psychiatrische Behandlung ist unter geeigneten finanziellen und organisatorischen Rahmenbedingungen in der aktuellen deutschen Versorgungspraxis umsetzbar und hat das Potenzial, stationäre Behandlungskapazitäten zu ersetzen. Entscheidend für die nachhaltige Implementierung in der Regelversorgung sind geeignete, sozialgesetzbuchkonforme und sektorenübergreifende Finanzierungsmodelle. Vier solcher Modelle werden vorgestellt.

Schlüsselwörter: Psychiatrische Akutbehandlung, ambulante psychiatrische Versorgung, Praxismodelle, stationäre psychiatrische Versorgung, krankenhausersetzende Behandlungsmodelle

Germany's system of psychiatric care and financing currently does not sufficiently support evidence based models of outpatient acute and intensive psychiatric treatment which could help avoid hospitalisation. This study evaluates 11 promising practice models in Germany. Standard elements of a basic treatment model of community psychiatry are derived. Our results show: Given appropriate financial and organisational conditions, outpatient – if necessary intensive and mobile – psychiatric treatment would be feasible within the current German health care system. A successful implementation requires adequate cross-sectional financing models conforming to social legislation. The article outlines four best-practice models. They have the potential to reduce hospital capacities and should be implemented within the next few years in the German standard system of psychiatric care. Their cost-effectiveness should be evaluated.

Keywords: psychiatric acute care, outpatient psychiatric care, best practice, inpatient psychiatry, treatment models replacing hospitalisation

1 Einleitung

In Deutschland ist es seit den 1970er Jahren zu einem erheblichen Bettenabbau in der stationären psychiatrischen Regelversorgung gekommen: 1972 gab es 117.600 psychia-

trische Krankenhausbetten, 2005 noch 52.000 (GBE 2014). Während seit 2000 die Gesamtzahl der Krankenhausbetten stetig sank, ist seit einigen Jahren eine deutliche Tendenz zur erneuten Ausweitung stationärer psychiatrischer Kapazitäten zu verzeichnen. Die Zahl der psychiatrischen

¹Prof. Dr. phil. Ingmar Steinhart (korrespondierender Autor), Institut für Sozialpsychiatrie, Mecklenburg-Vorpommern, Ernst Moritz Arndt-Universität Greifswald · Ellernholzstraße 1–2 · 17487 Greifswald · Telefon: 0381 1237117 · E-Mail: ingmar.steinhart@sozialpsychiatrie-mv.de

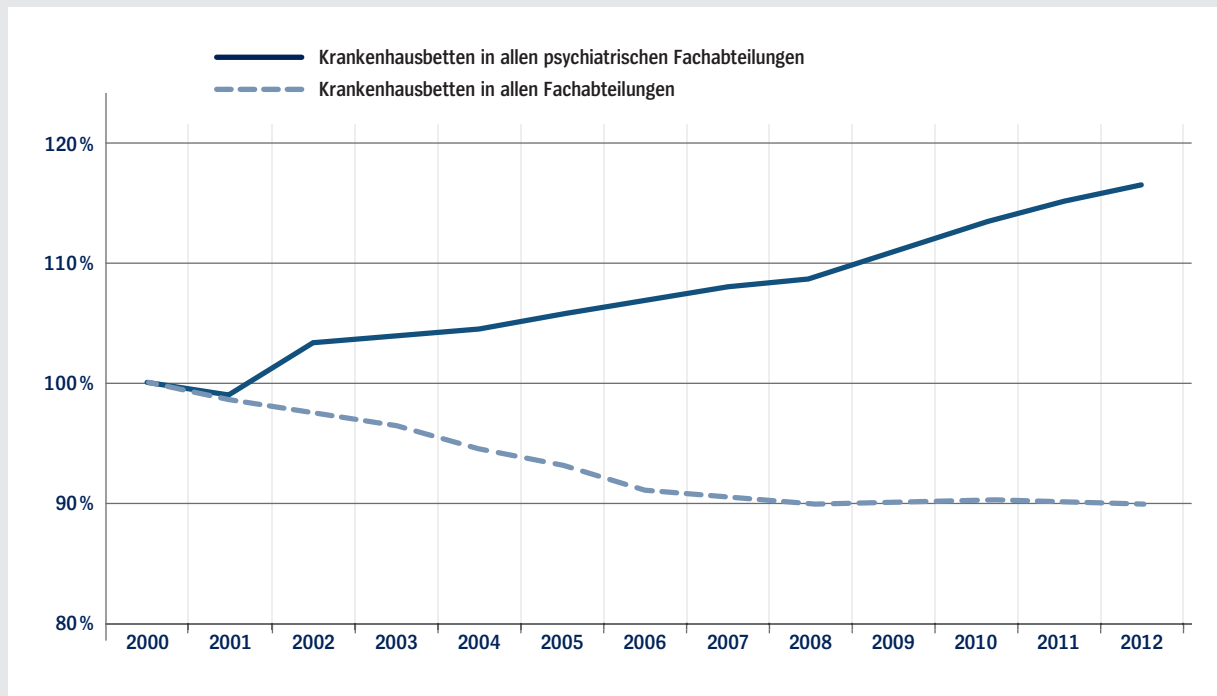
²Prof. Dr. P.H. Günther Wienberg, Dipl.-Psych., Hochschule Fulda, Fachbereich Sozialwesen, Lindenstraße 18 · 33803 Steinhagen · E-Mail: guenther.wienberg@t-online.de

³Christian Koch, Institut für Sozialpsychiatrie, Mecklenburg-Vorpommern, Ernst Moritz Arndt-Universität Greifswald · Ellernholzstraße 1–2 · 17487 Greifswald · Telefon: 0381 1237117 · E-Mail: christian.koch@sozialpsychiatrie-mv.de

*Diese wissenschaftliche Expertise wurde von verschiedenen Krankenkassen und weiteren Partnern beauftragt und finanziert. Wir danken den Auftraggebern für die Genehmigung, an dieser Stelle eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse zu veröffentlichen.

ABBILDUNG 1

Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner – prozentuale Veränderung seit 2000



Quelle: www.gbe-bund.de; Grafik: G+G Wissenschaft 2014

Krankenhausbetten ist zwischen 2005 und 2013 bundesweit um über 7.000 gestiegen (einschließlich Tagesklinikplätze). Noch wesentlich höhere Steigerungsraten gibt es bei Fallzahlen in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) und der Zahl der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten in freier Praxis (Abbildung 1).

Diese Leistungsausweitung in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung hat auch in der Fachöffentlichkeit zu der Auffassung geführt, dass die Prävalenz psychischer Störungen in der Bevölkerung zugenommen hat. Wiederholte Querschnitts- und Längsschnittstudien zeigen aber keinen Anstieg der Prävalenz in Deutschland und Europa (Richter et al. 2008; Wittchen et al. 2011; Kilian und Becker 2013; Richter und Berger 2014). Allerdings nimmt die institutionelle Prävalenz zu, das heißt die Inanspruchnahme ambulanter und (teil)stationärer Leistungen. Als Gründe für diese widersprüchliche Entwicklung werden diskutiert: eine allgemeine Schwellensenkung und höhere Akzeptanz

der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung (PPV) in der Bevölkerung (Angermeyer et al. 2013 a); die Wahrnehmung psychischer Probleme und ihrer Behandlungsmöglichkeiten hat sich verbessert (Richter und Berger 2013; Angermeyer et al. 2013 b); Nachholeffekte bei bisher nicht versorgten oder unterversorgten Bedarfsgruppen (Wittchen et al. 2011); die Inanspruchnahme wird durch die häufigere Thematisierung in den Massenmedien gefördert (Kilian und Becker 2013). Keine Belege gibt es dagegen für eine Zunahme der Inanspruchnahme durch Entstigmatisierungseffekte (Schomerus et al. 2012; Schomerus et al. 2013).

Vor allem aber fördern Strukturprobleme eine ungesteuerte Ausweitung der Nachfrage nach Leistungen der PPV: die aufwendige und unzureichende Fallkoordination, Brüche in der Behandlungskontinuität, das Nebeneinander von Über- und Unterversorgung, Fehlanreize und Fehlallokation von Ressourcen, problematische Wettbewerbseffekte der Leistungserbringer untereinander sowie mangelnde Aus-

richtung an der Ergebnisqualität (*Melchinger 2013; Salize und Jacke 2013; Wienberg 2013*).

Insbesondere drei Tendenzen sind aktuell strukturbildend für die PPV in Deutschland:

- Leistungsbedarf und Ressourcenzuweisung verhalten sich teilweise umgekehrt proportional zueinander. So versorgen zum Beispiel die niedergelassenen Fachärzte für Psychiatrie etwa 72 Prozent der Patienten mit 26 Prozent des Budgets, während niedergelassene Psychotherapeuten 28 Prozent der Patienten mit 74 Prozent des Budgets behandeln (*Melchinger 2013*). Dabei behandeln letztere überwiegend Personen mit leichteren bis mittelgradigen psychischen Störungen (*Kruse und Herzog 2012*).
- Behandlungsdichte und Behandlungssetting sind eng miteinander verknüpft. Das heißt, dass der Bedarf nach zeitintensiver und komplexer psychiatrischer Behandlung nur unter stationären Bedingungen gedeckt werden kann und dass Veränderungen der Behandlungsdichte regelhaft mit einem Wechsel des Behandlungssettings und damit oft auch des Behandlungskonzepts und der Bezugspersonen einhergehen. Wünsche der Patienten nach intensiver Behandlung auch außerhalb des Krankenhauses können nicht befriedigt werden.
- Belegte Betten beziehungsweise Plätze lassen sich immer noch leichter finanzieren als aufwendige ambulante Therapien. So entfallen 33 Prozent der Gesamtausgaben für die PPV auf Krankenhäuser und nur 18 Prozent auf ambulante Leistungsanbieter (*Roick 2013*).

Die Folge sind Versorgungs- und Finanzierungslücken. Kalkuliert man die GKV-finanzierten Tageskosten gängiger Leistungsangebote in der PPV, so besteht die größte Diskrepanz zwischen ambulanter und tagesklinischer Regelbehandlung; letztere ist zehnmal teurer als die aufwendigste ambulante. Auch zwischen teil- und vollstationärer Behandlung gibt es einen Preisunterschied von rund 100 Euro pro Tag. So sind Patienten mit intensiven und komplexen Behandlungsbedarfen regelhaft auf die stationäre und damit teuerste Behandlung angewiesen.

Kostenträger reagieren auf die steigende Nachfrage mit verstärkten Kontrollen und erhöhen den Druck auf die Fallkosten, zum Beispiel durch Senkung der Verweildauern. Sofern sich in der aktuellen, politisch verordneten „Denkpause“ nichts verändert, wird sich das geplante neue pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) ähnlich auswirken: Es wird durch Degression der Entgelte den Anreiz setzen, aufwendige Patienten schneller zu entlassen, ohne dass es die Möglichkeiten für intensive ambulante Behandlungen ausweitet.

2 Ein evidenzbasiertes Basismodell der Versorgung

Mit PEPP sollte die Chance genutzt werden, um die psychiatrische Regelversorgung an der verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz auszurichten. Dabei ist die aktuelle S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ wegweisend (*DGPPN 2013*). Sie unterscheidet zwischen einzelfallbezogenen und systembezogenen Interventionen. Bei letzteren geht es um strukturelle oder prozessbezogene Versorgungsmerkmale unabhängig von spezifischen Störungsbildern. Sie beruhen überwiegend auf Forschungsergebnissen aus dem angloamerikanischen Raum. Die deutsche Versorgungsforschung weist (noch) erhebliche Defizite auf (*Kallert et al. 2005; Kilian 2012*).

Die Versorgungsforschung bezieht sich vor allem auf Community Mental Health Teams, das Assertive Community Treatment und das Home Treatment (*Department of Health 2002; Malone et al. 2009; Assertive Community Treatment 2014; Burns 2010; Gühne et al. 2011*). Zu diesen nicht trennscharfen Modellen liegen inzwischen international weit mehr als 100 kontrollierte Studien vor. Gemeinsame Merkmale sind Multiprofessionalität, Teambasierung, regionaler Versorgungsauftrag sowie die Zielgruppe schwer psychisch kranke Personen, für die die Behandlung durch Therapeuten in vertragsärztlicher Praxis nicht ausreicht. Unterschiede beziehen sich auf Mobilität, Fallzahl je Fachkraft, zeitliche Erreichbarkeit und Akuität der Erkrankung. Alle drei Modelle weisen insgesamt signifikante Vorteile bei der Reduzierung von Zahl beziehungsweise Dauer stationärer Behandlungen, der Reduzierung von Behandlungsabbrüchen, der Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen sowie bei der Kosteneffektivität auf (*DGPPN 2013*).

Mithilfe der Analysen und Empfehlungen der S3-Leitlinie wird hier ein Basismodell der psychiatrischen Versorgung als Grundlage für die Weiterentwicklung der PPV vorgeschlagen (*Steinhart und Wienberg 2014 a; Steinhart und Wienberg 2014 b*). Um dem sozialrechtlichen Grundsatz ambulant vor stationär sowie dem Wunsch und Willen vieler psychisch kranker Menschen zu entsprechen, müssen ambulante multiprofessionelle und mobile Teams (MMT) Grundbausteine bei der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Störungen sein, die nicht ausreichend durch niedergelassene Fachärzte und Psychotherapeuten behandelt werden können. Mobilität beinhaltet hier vor allem die Option, die Lebens- und Sozialräume gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten als Ressource für Diagnostik und Therapie nutzbar zu machen.

Die MMT sollten im Basismodell Folgendes abdecken:

- komplexe ambulante Behandlung (analog zu Community Mental Health Teams)

- komplexe ambulante Behandlung im Lebensumfeld (analog Home Treatment)
- nachgehende Intensivbehandlung (analog Assertive Community Treatment)
- Krisenintervention und Erreichbarkeit 24 Stunden an 7 Tagen
- Gatekeeper-Funktion für andere Versorgungsbausteine durch Sicherstellung von qualifiziertem Assessment, Behandlungsplanung und -evaluation
- Behandlung in einem krankenhausalternativen Setting (Rückzugsraum)
- niedrigschwelliger Zugang zu ambulanten psychotherapeutischen Leistungen (Akut-Psychotherapie)
- Sicherstellung des Zugangs zur Peer-to-Peer-Beratung durch geschulte Psychiatrieerfahrene und Angehörige (*Doughty und Tse 2011; Bock et al. 2013; Pitt et al. 2013*)
- Integration ergänzender Funktionen wie ambulante psychiatrische Pflege, Soziotherapie und ambulante Ergotherapie

Die Ausrichtung der PPV an diesem Basismodell impliziert, dass die gesamte Behandlung von der ambulanten Seite aus neu gedacht, geplant und gesteuert wird. Auch der Zugang zu (teil)stationärer Behandlung sollte über die MMT erfolgen; die Patienten sollten während der (teil)stationären Episode idealerweise durch das MMT (mit) behandelt werden. Das Krankenhaus in seiner bisherigen Ausprägung ist nicht mehr Zentrum der Behandlung, sondern eine Option unter mehreren. Das deutsche Finanzierungssystem unterstützt ein solches ambulant gestütztes Behandlungsmodell bisher nicht ausreichend. In den letzten Jahren haben sich jedoch diverse Modelle der ambulanten Behandlung entwickelt, die zentrale Elemente des hier dargestellten Basismodells umsetzen. Ziel dieser Studie ist es, diese Modelle zu beschreiben und im Hinblick auf erfolgskritische Aspekte der Umsetzung, Standards für künftige Versorgungsangebote und Finanzierungsmodelle auszuwerten.

3 Durchführung und Methoden

Es handelt sich um eine qualitative Untersuchung auf der Basis strukturierter Interviews. Gegenstand waren elf ausgewählte Modelle krankenhausersetzender Behandlung. Die Auswahl erfolgte in Abstimmung mit den Auftraggebern. Ausgewählt wurden unterschiedliche Varianten sektorenübergreifender und leistungsorientierter psychiatrischer Behandlung, die das Ziel verfolgen, stationäre Behandlung zu ersetzen oder bei denen ein entsprechendes Potenzial erkennbar ist (*Schmid et al. 2013; Deister und Wilms 2014*). Ausgenommen waren auf Wunsch der Auftraggeber regionale psychiatrische Krankenhausbudgets.

Merkmale zu Steuerung und Finanzierung der

Bezeichnung/Träger

Ambulante psychiatrische Akutbehandlung zuhause (APAH); VITOS Klinik Bamberger Hof, Frankfurt

Psychiatrie Initiative Berlin-Brandenburg/PIBB; Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit in Berlin

Dezentrale Tageskliniken und PIA; HELIOS Hansekrankenhaus, Stralsund

Hamburger Modell der Psychosenbehandlung; Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Integrative psychiatrische Behandlung (IPB); Alexianer-Krankenhaus Krefeld

Integrierte Versorgung mit Jahrespauschale für alle Patienten; Zentrum für Psychiatrie Süd-Württemberg

Integrierte Versorgung Schizophrenie Niedersachsen; I3G/Care4S

Netzwerk seelische Gesundheit Charité; Charité-Universitätsmedizin Berlin

Optimierte Versorgung Psychiatrie; Klinikum Hanau

PIA hochdifferenziert; evangelisches Krankenhaus Bielefeld

Stattkrankenhaus; Pfalzkrankenhaus Klingenmünster

HT = Home Treatment, ACT = Assertive Community Treatment, PIA = Psychiatrische KHG = Krankenhausgesetz, APP = ambulante psychiatrische Pflege, CGI = Clinical

TABELLE 1

Modellprojekte

Kernelemente der Innovation	Zielgruppe/Patienten	Finanzierungsgrundlage
HT durch multiprofessionelles Team; Krisenversorgung 7 Tage/24 h (7/24)	Keine diagnosebezogenen Beschränkungen; je rund 30% Patienten mit depressiven und schizophrenen Störungen	Versorgungsvertrag nach § 118 SGB V; Fallpauschale (ab dem 7. Behandlungstag) für maximal 30 Behandlungstage
APP, HT, Krisenversorgung durch niedergelassene Fachärzte in Kooperation mit anderen Leistungsanbietern	Patienten von mehreren Krankenkassen; teils ohne diagnosebezogene Einschränkung, teils mit zusätzlicher Einstufung des Schweregrades mittels CGI/GAF	Integrierte Versorgung nach § 140 a SGB V, Quartalspauschale je Patient plus Bonus; unterschiedlich ausgestaltete Verträge je Krankenkasse; zusätzliche Verordnung von APP, Psychoedukation und Soziotherapie möglich
Ambulante Behandlung durch multiprofessionelle Teams an fünf zentralen und dezentralen Standorten im Verbund von PIA/Tageskliniken; HT möglich	Keine diagnosebezogenen Beschränkungen	Versorgungsverträge nach § 118 SGB V und § 17 d KHG; PIA-Abrechnung nach dem Bayerischen Modell
ACT in Kombination mit HT, Krisenversorgung 7/24, intensive Psychotherapie durch diagnose-spezifische multiprofessionelle Teams plus PIA, Tagesklinik, Psychosen-, Spezial- und Akutstation	ICD F 1x.5, F 20, F 30; Patienten von vier Krankenkassen; zusätzliche operationale Definition der Einschlusskriterien nach Schweregrad	Integrierte Versorgung nach § 140 a SGB V; prospektive Finanzierung nach patientenbezogenem Capitation-Modell; ab dem 3. Behandlungsjahr erfolgt Vergütung differenziert nach Schweregraden
HT durch multiprofessionelles Tagesklinikteam; Krisenversorgung 7/24	Alle Diagnosen, außer primäre Abhängigkeitserkrankung; Obdachlosigkeit ist Ausschlusskriterium	Versorgungsvertrag nach § 17 d KHG; tagesgleiches Entgelt entsprechend Tagesklinik für 7 Tage pro Woche; die Fallzahl je Tag ist gedeckelt
HT und Krisenversorgung durch multiprofessionelle Teams; personell gestärktes PIA-Team oder eigenes Krisenteam mit direkter Zuordnung zum Chefarzt	Keine diagnosebezogenen Beschränkungen; Patienten der DAK und ausgewählter BKKs	Integrierte Versorgung nach § 140 a SGB V; patientenbezogene Jahrespauschalen auf der Basis der Durchschnittskosten aller eingeschriebenen Patienten
Ambulante Behandlung und Krisenversorgung 7/24 durch niedergelassene Fachärzte und APP	ICD F 20; ausschließlich Patienten der AOK Niedersachsen	Integrierte Versorgung nach § 140 d SGB V; Gesamtbudget; Quartalspauschalen je Patient; zusätzlich können Ergotherapie, Soziotherapie und Rückzugsräume verordnet werden; Vertragsende voraussichtlich 12/2014
HT und Krisenversorgung 7/24 in Kombination mit systemischer Psychotherapie durch multiprofessionelles Team	Entsprechend den Gruppen des NWpG-Vertrages der Techniker Krankenkasse	Integrierte Versorgung nach § 140 a SGB V; patientenbezogene Jahrespauschalen nach Fallgruppen
HT, ambulante Akutbehandlung und Krisenversorgung 7/24 durch multiprofessionelles Team	Keine diagnosebezogenen Einschränkungen; Patienten von AOK Hessen und Techniker Krankenkasse	Versorgungsvertrag nach § 17 d KHG mit sektorenübergreifendem Budget und patientenbezogenen Pauschalen; seit 09/2013 Vertrag nach § 64 b SGB V
Clearing- und Leitstelle für die ambulante psych. Behandlung in Kooperation mit Niedergelassenen; täglich mindestens 2 h offene Sprechstunde; PIA mit Spezialsprechstunden/Spezialambulanzen	Keine diagnosebezogenen Einschränkungen	Versorgungsvertrag nach § 118 SGB V, Abrechnungsmodell NRW (ärztliche Leistungen nach EBM plus Pauschale für nichtärztliche Leistungen); Spezialambulanzen (Rentenversicherung, Versorgungsamt, Landesmittel)
ACT und HT durch multiprofessionelle ambulante Teams in zwei regionalen Versorgungszentren am Zentralstandort und mit dezentraler Tagesklinik	ICD F 10, F 20 und F 30; ausschließlich Patienten der DAK	Integrierte Versorgung nach § 140 d SGB V; drei Pauschalen auf Basis des retrospektiven Ausgabenvolumens: I „stationär“, II „Folgejahr“ und III „PIA“

Die verantwortlichen leitenden Ärzte (Oberärzte, Chefärzte) der Modelle und in drei Fällen zusätzlich Vertreter der jeweiligen Verwaltung/Geschäftsführung wurden im Sommer 2013 interviewt, in einem Fall ausschließlich ein Vertreter der Geschäftsführung. Es wurde ein strukturiertes, leitfadengestütztes Interview von 90 bis 150 Minuten geführt. Bei Bedarf wurden bei der jeweils federführenden Krankenkasse oder den Verantwortlichen für die Modelle offene oder unklare Punkte über Nachfragen geklärt. Vorhandene Dokumente und Publikationen wurden einbezogen.

Übereinstimmende und unterscheidende Struktur- und Prozessmerkmale der Modelle wurden im Quervergleich herausgearbeitet (Tabelle 1). Die wichtigsten Merkmale der untersuchten Modelle wurden bereits anderweitig publiziert (Steinhart et al. 2014).

Bezüglich der Finanzierungsgrundlage lassen sich vier Gruppen unterscheiden: krankenhausbasierte Modelle mit Versorgungsverträgen nach Paragraf 118 Sozialgesetzbuch (SGB) V, nach Paragraf 17 d Krankenhausgesetz oder nach Paragraf 140 a SGB V sowie praxisbasierte Modelle mit Versorgungsverträgen nach Paragraf 140 a SGB V.

4 Ergebnisse

4.1 Fachkonzepte und Organisation

Die ambulante, bei Bedarf mobile und intensive Behandlung durch MMT, organisiert von Krankenhäusern oder in Kooperation von niedergelassenen Fachärzten und ambulanter psychiatrischer Pflege ist unter geeigneten finanziellen und organisatorischen Rahmenbedingungen gut in der deutschen Versorgungspraxis umsetzbar.

Dabei können drei Konzeptvarianten unterschieden werden:

- Erweiterung der psychiatrischen Institutsambulanz, zum Beispiel in Verbindung mit mobilen (Krisen-)Teams
- Flexibilisierung und Ausdifferenzierung des Tagesklinikangebots
- Erweiterung des nervenärztlichen Leistungsspektrums durch ergänzende Leistungen wie ambulante psychiatrische Pflege, Soziotherapie etc.

Auch wenn die untersuchten Modelle bisher unzureichend systematisch evaluiert wurden beziehungsweise entsprechende Daten bisher nicht publiziert wurden (Ausnahme die Modelle in Hamburg und Süd-Württemberg), ergibt sich aus den verfügbaren Informationen: Ambulanzen und Tagesklinien, die ihre Behandlungsoptionen durch MMT ausweiten, haben das Potenzial, Krankenhauseinweisungen tatsächlich

zu reduzieren und damit den Bedarf an stationären Kapazitäten zu reduzieren. Ein ähnliches Potenzial haben Praxen von niedergelassenen Fachärzten, wenn sie mit vergleichbaren therapeutischen Optionen ausgestattet sind (Fischer et al. 2013).

Als erfolgskritische Bedingungen für die Umsetzung konnten wir identifizieren:

- *Überzeugte und überzeugende Führung*: Ein von der Innovation überzeugter und überzeugender Promoter (in der Regel der Chefarzt) macht die Umsetzung des Konzepts erkennbar zu seiner Sache und treibt sie mit persönlichem Einsatz voran.
- *Multiprofessionelles Innovationsteam*: aus sorgfältig ausgewählten, erfahrenen und motivierten Akteuren aus unterschiedlichen Berufsgruppen zusammengesetzt; für die neue Aufgabenstellung speziell qualifiziert und supervidiert.
- *Aktive Unterstützung durch das Klinikmanagement*: Geschäftsführung und andere Entscheidungsträger im Klinikmanagement sind von der Innovation überzeugt und gestalten die organisatorischen, finanzierungstechnischen und leistungsrechtlichen Prozesse engagiert mit.
- *Qualifiziertes Assessment als Schlüsselfunktion*: In der Startphase nimmt das Assessment, das heißt die Zuweisung von Patienten zu Behandlungsfunktionen durch erfahrene Fachärzte, eine Schlüsselfunktion ein. Es klärt, für welche Patienten mit den verfügbaren Ressourcen ein krankenhausersetzendes Behandlungsarrangement verantwortlich und umsetzbar ist und stellt die konzeptionelle und personelle „Brücke“ zwischen den Behandlungssektoren sicher.
- *Innovationsbudget und Vertrauensbonus durch die Kostenträger*: Die beteiligten Kostenträger stellen den finanziellen Rahmen für die Innovation zur Verfügung und verbinden diesen mit einem Vertrauensvorschuss statt mit verstärkten Kontrollen. Bei den untersuchten Modellen gingen die vorübergehend anfallenden zusätzlichen Kosten, zum Beispiel für Personalentwicklung (Qualifizierung der Mitarbeitenden), Verwaltungsaufwand (Anpassungen im Controlling und der Leistungsabrechnung) und zusätzliche extramurale Aktivitäten (neue Standorte/Räumlichkeiten, Fahrzeuge, IT-Ressourcen etc.) größtenteils zulasten der Leistungserbringer.

Folgende Aspekte sind in den untersuchten Modellen – von Ausnahmen abgesehen – bisher zu wenig berücksichtigt beziehungsweise umgesetzt worden:

- Umsetzung evidenzbasierter Konzepte der Früherkennung und Erstbehandlung von jungen psychisch kranken beziehungsweise gefährdeten Menschen unter Public-Health-Gesichtspunkten (van der Gaag et al. 2013)
- Einbeziehung von Empowerment- und Partizipationsstrategien, zum Beispiel Peer-to-Peer-Beratung, ExIn-Modelle

- (geschulte Psychiatrieerfahrene sind als Genesungsbegleiter in psychiatrischen Diensten/Einrichtungen tätig)
- Strukturelle Verknüpfungen mit anderen Anbietern von SGB-V-Leistungen (niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, ambulante psychiatrische Pflege etc.) und die systematische Bearbeitung der Schnittstellen zu angrenzenden Versorgungsbereichen wie Eingliederungshilfe (SGB XII) oder Jugendhilfe (SGB VIII)
 - Spezifische Angebote für spezielle Zielgruppen, zum Beispiel Menschen mit Migrationshintergrund, wohnungslose psychisch kranke Menschen

4.2 Steuerungs- und Finanzierungsmodelle

Alle untersuchten Modelle streben an, die Versorgungs- und Finanzierungslücken zwischen Institutsambulanz- und Tagesklinikbehandlung sowie zwischen Tagesklinik- und stationärer Behandlung zu schließen und damit stationäre Krankenhausbehandlung zu ersetzen. So gibt es in einigen Modellen Anreize, um vollstationäre Behandlungsepisoden kurz zu halten oder zu vermeiden (zum Beispiel durch Bonus-Malus-Regelungen oder Vermeidung von Quersubventionierungen). Es fehlt allerdings eine systematische, budgetbezogene Verknüpfung der innovativen ambulanten und tagesklinischen Versorgungselemente mit der Entwicklung der stationären Kapazitäten. Aus den untersuchten Modellen lassen sich allerdings Anforderungen ableiten, die für die Entwicklung von entsprechenden Finanzierungs- und Steuerungsmodellen genutzt werden sollten:

- Steuerungs- und Finanzierungsmodelle sind so auszugestalten, dass sie eine regionale Vollversorgung ermöglichen (*Deister und Wilm 2014*), das heißt perspektivisch alle psychiatrischen Diagnosegruppen sowie die Patienten aller Krankenkassen einbeziehen. Selektivverträge einzelner Kassen auf der Basis von einzelnen Diagnosegruppen verschärfen die strukturellen Probleme.
- Die sektoralen Teilbudgets (ambulant, teilstationär, stationär) müssen im Sinne „kommunizierender Röhren“ miteinander verbunden sein. Ein unverbundenes Nebeneinander ausgeweiteter Budgets für innovative ambulante Versorgungsmodelle und fortgeschriebener stationärer Budgets führt zu Kostensteigerungen.
- Es ist eine transparente Begrenzung der insgesamt verfügbaren finanziellen Ressourcen vorzusehen (rechnerisches Gesamtbudget), einschließlich der Regeln für dessen Fortschreibung.
- Das Finanzierungsmodell muss einfach gehalten werden, der (zusätzliche) Aufwand für Leistungserbringung, Controlling und Leistungsabrechnung muss sich in Grenzen halten.
- Neben den direkten patientenbezogenen Leistungen sind bei der Finanzierung fallunabhängige Leistungen zu berücksichtigen, zum Beispiel für niedrigschwellige psychotherapeutische Leistungen („Krisensprechstunde“) und Peer-to-Peer-Beratung.

- Die Qualitätssicherung sollte sich vorrangig an Kriterien der Ergebnis- und Prozessqualität orientieren.
- Der (vorübergehende) Organisationsentwicklungsaufwand für Leistungserbringer und -träger beim Übergang auf das neue Versorgungsmodell ist zu refinanzieren.

Auf dieser Grundlage können vier mögliche Finanzierungs- und Steuerungsmodelle für krankenhausersetzende ambulante und tagesklinische Behandlung herausgearbeitet werden, die jeweils unterschiedliche Chancen und Risiken bergen. Allen gemeinsam ist eine gedeckelte Gesamtfinanzierung statt eines nach oben offenen Budgets.

4.2.1 Das Modell „Ambulant flexibel“

Das Modell „Ambulant flexibel“ setzt ganz auf die Stärkung der ambulanten Versorgung. Das Behandlungsangebot wird konsequent aus der ambulanten Perspektive gestaltet und gesteuert. Es stellt daher aus der fachlichen Perspektive das weitestgehende Modell dar. Die Patienten werden nach einem qualifizierten Assessment auf Grundlage empirisch begründeter Indikatoren oder klinischer Ratings prospektiv über einen bestimmten Zeitraum (ein Quartal, ein Jahr) Versorgungskategorien zugeordnet, die die Fallschwere und den Behandlungsaufwand reflektieren und sektorenübergreifend Grundlage für die Finanzierung sind. Sie schließen notwendige teil- und vollstationäre Behandlungsphasen ein. Ein Anreiz zum Upcoding ist nicht gegeben, da das Gesamtbudget begrenzt ist. Prospektive Pauschalen haben sich in mehreren der untersuchten Modelle grundsätzlich bewährt. Der regelmäßige Assessment-Aufwand ist jedoch hoch und stellt die verantwortlichen Fachkräfte vor besondere Anforderungen. Außerdem muss ein komplett neues Angebots- und Finanzierungsmodell etabliert werden, das kaum auf vorhandene Systeme/Praktiken zurückgreifen kann.

4.2.2 Das Modell „Ambulant plus“

Das Modell „Ambulant plus“ setzt ebenfalls auf ein vorrangig ambulant organisiertes Versorgungssystem. Es basiert auf der retrospektiven Einzelabrechnung ambulanter Leistungen durch niedergelassene Fachärzte oder Institutsambulanzen, zum Beispiel nach dem relativ verbreiteten bayerischen Abrechnungsmodell. Damit könnten nach Experteneinschätzungen bis zu drei Viertel aller notwendigen Leistungen abgebildet werden, einschließlich Home Treatment, Gruppentherapien, Psychoedukation etc. Bei besonders komplexen Fallkonstellationen könnten ergänzende Bedarfe über zusätzliche gestufte und zeitbasierte Pauschalen (quartalsweise, jährlich) abgedeckt werden. Diese bilden zum Beispiel den Aufwand für nicht direkt patientenbezogene Leistungen wie Netzwerkarbeit, Kontakte zu Arbeitgebern oder für Intervallbehandlung im häuslichen Milieu und Familientherapie ab. Die Zuordnung zu den Pauschalen muss auch hier durch empirisch begründete Indikatoren erfolgen. Die höchste Pauschale könnte einen Basisanteil teil- oder auch vollstationärer

Behandlung einschließen. In diesem Modell verfügen die MMT durch eine Kombination von Einzelabrechnung und ergänzenden Pauschalen über abgestufte Möglichkeiten, um die Inanspruchnahme stationärer Behandlung zu minimieren. Positive Erfahrungen mit einem ähnlichen Ansatz für Praxen (Facharztleistungen mit Zuschlägen für ambulante psychiatrische Pflege, Case Management etc.) gibt es in Berlin, Brandenburg und Niedersachsen. Dieses Modell bewegt sich weitgehend in der gängigen Abrechnungssystematik. So bleibt das finanzielle Risiko für Leistungserbringer überschaubar, und das Leistungsgeschehen ist für Kostenträger weitgehend transparent. Der Aufwand für Personal- und Organisationsentwicklung ist auch in diesem Modell hoch.

4.2.3 Das Modell „Tagesklinik flexibel“

Das Modell „Tagesklinik flexibel“ stellt diese in den Mittelpunkt des Steuerungs- und Finanzierungsmodells. Die Modelle in Krefeld und in Süd-Württemberg zeigen, dass flexibilisierte tagesklinische Behandlungskonzepte einen Beitrag zur Entlastung der stationären Versorgung leisten können, wenn die teilstationäre Behandlung vom physischen Ort Tagesklinik entkoppelt wird und Mitarbeiter der Tagesklinik als MMT flexibel und bei Bedarf aufsuchend agieren können. Das räumliche Setting der Tagesklinik wird so zur Ressource für Bedarfe, die vorübergehend nicht rein ambulant abgedeckt werden können. Das Modell flexibilisiert das Spektrum der Standard-Tagesklinik nach oben und unten mit Funktionen wie zum Beispiel: „akut“ an 7 Tagen/Woche, gegebenenfalls mit Zugriff auf Krisenbetten; „variabel“ mit Intervallbehandlung an wenigen Tagen/Woche über einen längeren Zeitraum oder „light“ mit eingeschränktem, individuell passgenauem Therapieprogramm an ausgewählten (Halb-)Tagen je Woche/Monat. Die Finanzierung über tagesgleiche Entgelte bietet einen Anreiz, im Rahmen des Gesamtbudgets möglichst viele Patienten über die ressourcenschonende tagesklinische Behandlung zu versorgen. Die Zuordnung von Patienten zu den Funktionen erfolgt wiederum anhand von empirisch begründeten Indikatoren. Zwar bestehen die strukturellen Grenzen der Sektoren in diesem Modell zunächst fort, dem kann aber durch eine enge konzeptionelle, sozialraumbezogene Abstimmung zwischen den Sektoren und durch organisatorische Vorkehrungen (zum Beispiel gemeinsame Oberarztverantwortung, Personalrotation) entgegengewirkt werden.

4.2.4 Das Modell „Krankenhaus flexibel“

Das Modell „Krankenhaus flexibel“ ist das in den Auswirkungen auf Steuerung und Finanzierung weitestgehende Modell. Es knüpft an das OVP-Modell in Hanau an und beinhaltet ein sektorenübergreifendes Krankenhausgesamtbudget, das Institutsambulanz, Tageskliniken und den vollstationären Bereich einschließt. Die Finanzierung erfolgt über tagesbezogene Entgelte, die auf erweiterten Psychiatrie-Personalverordnungsgruppierungsmerkmalen beruhen. Damit ist eine große Nähe zu dem noch geltenden Abrechnungs-

modell für die (teil)stationäre Psychiatrie und im Vergleich zu den gängigen Krankenhausregionalbudgets ein höheres Maß an Transparenz des Leistungsgeschehens gegeben. Das Modell kann alle fachlichen Anforderungen an ein modernes, evidenzbasiertes Versorgungskonzept erfüllen und eine transparente, sektorenübergreifende Leistungserbringung gewährleisten. Der Strukturwandel für das Krankenhaus ist allerdings tiefgreifend, alle wesentlichen Routinen (Dokumentation, Leistungsabrechnung und Controlling) müssen angepasst beziehungsweise neu gestaltet werden. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die vier beschriebenen Steuerungs- und Finanzierungsmodelle.

5 Diskussion

Der Vorrang ambulanter Leistungen gehört seit Jahrzehnten ebenso zu den tragenden Prinzipien der deutschen Sozialgesetzgebung wie zu den Grundsätzen einer zeitgemäßen Psychiatrie und wird insbesondere von Psychiatrieerfahrenen zunehmend eingefordert. Der Ruf der Angehörigen nach einer flächendeckenden Versorgung mit mobilen ambulanten psychiatrischen Krisendienstleistungen verhallt seit Jahrzehnten ohne Echo – von einzelnen gelungenen Initiativen abgesehen. Auch die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen von 2006, die seit 2008 Bundesrecht ist, betont insbesondere die Partizipation und Wahlfreiheit für Menschen mit Behinderungen, wozu auch die stetig zunehmende Gruppe der Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen zählt. In Artikel 9 wird grundsätzlich die Herstellung der „Zugänglichkeit“ und in Artikel 19 die Barrierefreiheit von Hilfen, insbesondere der „Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause“, gefordert. Hierzu gehört im psychiatrischen Bereich vor allem der niedrigschwellige Zugang zur Versorgung in akuten Krisen, zu einer Behandlung im persönlichen Lebensumfeld (Home Treatment) oder zu psychotherapeutischer Behandlung.

Von einer konsequenten Umsetzung all dieser Anforderungen kann aber keine Rede sein. Die ambulante Behandlung psychisch Kranker in ihrem Lebensumfeld wird zum Beispiel in Großbritannien seit den 1980er Jahren erforscht und in verschiedenen Varianten systematisch implementiert (Brenner et al. 2000; Pfammatter et al. 2000; Berhe et al. 2005; Weinmann und Gaebel 2005). Auch aktuelle Übersichtsarbeiten postulieren die ambulante Akutbehandlung als krankenhausersetzende Behandlungsalternative (Gühne et al. 2011; Weinmann et al. 2012). Das deutsche zersplitterte und versäulte Versorgungs- und Finanzierungssystem erschwert die Umsetzung ambulanter, bei Bedarf mobiler multiprofessioneller Akut- und Intensivbehandlung mit Krisenbereitschaft rund um die Uhr aber erheblich. Gleich-

TABELLE 2

Merkmale zu Steuerung und Finanzierung unterschiedlicher Modelle

Modell	Flexible ambulante	Ambulant	Flexible	Flexibles
Finanzierungsgrundlage	ambulant	ambulant	teilstationär	Krankenhaus gesamt (OVP-Systematik)
Finanzierungsmodus	Pauschalen nach Indikatoren (z. B. Fallschwere)	Einzelabrechnung kombiniert mit Pauschalen nach Indikatoren	tagesbezogene Entgelte	tagesbezogene Entgelte
Zeitbezug	prospektiv	retrospektiv und prospektiv	retrospektiv	retrospektiv
Assessment-Aufwand	hoch, fortlaufend	erhöht; auf rund 20 bis 30 % der Fälle begrenzt	hoch	erhöht („fachliche Budgetsteuerung“)
Change-Aufwand für a) Organisation (OE/PE) b) Kostenträger	extrem hoch sehr hoch	hoch leicht erhöht	hoch leicht erhöht	sehr hoch eher gering
Administrativer Zusatzaufwand	sehr hoch	eher gering	eher gering	hoch
Transparenz des Leistungsgeschehens	eher gering	hoch	eher gering	hoch (bei strikter OVP-Systematik)
Sektorenübergreifende Ausrichtung	ja	bedingt (im Sinne krankenhausersetzender ambulanter Behandlung)	bedingt (im Sinne krankenhausersetzender teilstationärer Behandlung)	ja

OE = Organisationsentwicklung, PE = Personalentwicklung,
OVP = Optimierte Versorgung in der Psychiatrie (Hanauer Modell)

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2014

wohl gibt es inzwischen bundesweit mehr als ein Dutzend Projekte, die versuchen, die Versorgungslücken zwischen gängiger tagesklinischer und stationärer Behandlung sowie zwischen tagesklinischer und ambulanter Facharzt- beziehungsweise PIA-Behandlung zu schließen. Unsere Studie soll allen Akteuren Mut machen, dass solche Modelle in Deutschland fachlich-konzeptionell und finanzierungstechnisch umsetzbar sind. Insbesondere zeigen sie eine Alternative zur Logik des vom Bundesgesetzgeber geplanten neuen

Finanzierungssystems (PEPP) auf und bieten Chancen, die PPV in Deutschland stärker evidenzbasiert auszurichten.

Es liegen bisher jedoch noch zu wenige kontrollierte Studien vor, die die Wirksamkeit krankenhausersetzender Behandlungsmodelle jenseits regionaler Krankenhausbudgets im Rahmen eines regionalen Pflichtversorgungskontextes belegen. Dies gilt auch für die hier untersuchten Modelle. Lediglich für das Hamburger Modell liegen Evaluationsergebnisse aus

mehreren Studien vor, die auf eine wirksame Reduzierung der Krankenhausinanspruchnahme hindeuten (*Lambert et al. 2010; Karow et al. 2012; Lambert et al. 2014; Karow et al. 2014*). Kritisch zu bewerten ist, dass die in Deutschland aktuell insbesondere seitens der Krankenkassen verhandelten Modelle nach Paragraph 64 b SGB V nicht an dem oben skizzierten, evidenzbasierten Basismodell der Versorgung ausgerichtet sind. Auch die Transparenz des Leistungsgeschehens ist dabei nicht immer gegeben. Die Schnittstellen in der Kooperation und bei der Steuerung der Finanzressourcen zu anderen Leistungsanbietern, insbesondere zu Fachärzten und zum Leistungsgeschehen im SGB XII, stehen bisher ebenso wenig im Fokus wie die Stärkung der Nutzerbeteiligung (Peer-to-Peer-Beratung etc.). Umsetzungsstrategien sollten sich künftig eindeutiger als bisher an dem hier beschriebenen Basismodell der Versorgung orientieren. Modelle mit eindeutig ambulantem Schwerpunkt sind stärker als bisher zu fördern, umzusetzen und zu evaluieren. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Einführung innovativer ambulanter und tagesklinischer Behandlungsmodelle die Inanspruchnahme stationärer Versorgung wahrscheinlich nur dort reduziert, wo die Inanspruchnahme stationärer Betten hoch ist, und sofern die Innovation mit einer Bettenreduktion strukturell verknüpft wird (*Weinmann et al. 2012*). In jedem Fall erfordert eine Integration der oben genannten innovativen ambulanten Bausteine in die psychiatrische Regelversorgung zumindest mittelfristig eine Gegenfinanzierung aus den bestehenden Budgets des (teil-)stationären Bereichs, um eine entsprechende Wirkung zu entfalten. Der Abbau vollstationärer Bettenkapazitäten wird nach einer Phase des Systemumbaus mit der Einführung der genannten Bausteine erst mittelfristig eine Kostendämpfung der Ausgaben bewirken. Unklare Transformationsbedingungen in ein neues System, insbesondere die fehlende Bereitstellung der Umbaukosten vom (noch) stationär basierten zum ambulant basierten System, halten viele Leistungsanbieter – ob in privater oder öffentlich-rechtlicher Trägerschaft – derzeit davon ab, die Implementierung in Angriff zu nehmen.

Um Befürchtungen bezüglich Kostenschüben bei Kostenträgern und geringeren Gewinnmargen bei Leistungsanbietern

entgegenzutreten, muss ein neues Entgeltsystem entsprechende Anreize setzen. Bundestag und Bundesregierung, vor allem aber die Partner, die die Neugestaltung des psychiatrischen Finanzierungssystems vereinbaren, sind gefordert, den Innovationsstau zu beseitigen und die aktuelle Umsetzungspause zu nutzen, um eine wirkliche Innovation durchzusetzen. Entsprechende Evidenzen und Erfahrungen liegen vor, sowohl aus der internationalen Forschung als auch aus zahlreichen bundesdeutschen Praxismodellen. Es ist bemerkenswert, dass sich trotz der geschilderten Rahmenbedingungen immer wieder einzelne Akteure engagieren, um weiterführende Modelle in die Praxis umzusetzen. Erwähnenswert ist, dass unter Federführung der AOK Bremen/Bremerhaven, der Techniker Krankenkasse und dem Land Bremen derzeit die Umsetzung eines an diese Überlegungen angelehnten Modells mit ambulantem Schwerpunkt auf Basis des Paragraphen 64 b SGB V in Bremerhaven geprüft wird. Dieses Modell wird in einem auf breite Beteiligung abzielenden Prozess unter Einschluss aller relevanten Akteure entwickelt. Neben den Leistungsanbietern gehören dazu insbesondere Vertreterinnen und Vertreter der Psychiatrieerfahrenen. Das Modellvorhaben erstreckt sich zunächst auf den Behandlungsbereich SGB V, soll aber in einem weiteren Schritt auf den Bereich Teilhabe (SGB XII) ausgeweitet werden.

Zwei bisher deutlich vernachlässigte Aspekte erscheinen neben der Umgestaltung des Versorgungsangebots und der Finanzierungssysteme für die Weiterentwicklung der Psychiatrie von Bedeutung: die Stärkung von Prävention und Versorgungsforschung.

- Präventionsprojekte sollten zukünftig stärker in die sozialräumlich organisierten Versorgungsstrukturen implementiert werden, denn vor Ort bestehen wirksamere Interventionsmöglichkeiten in den jeweiligen Sozialraum hinein.
- Wegen der Vielfalt der Projekte und der Unterschiedlichkeit der Vorgehensweisen, sollten Forschungsanstrengungen künftig darauf gerichtet sein, unterschiedliche Umsetzungsvarianten vergleichend zu evaluieren. Wünschenswert sind Multicenter-Studien, die von vornherein auch Kosten-Effektivitätsaspekte einschließen.

Literatur

- Angermeyer MC, Matschinger H, Schomerus G (2013 a):** Has the public taken notice of psychiatric reform? The image of psychiatric hospitals in Germany 1990-2011. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Band 48, 1629–1635
- Angermeyer MC, Matschinger H, Schomerus G (2013 b):** Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. *British Journal of Psychiatry*, Band 203, 146–151
- Assertive Community Treatment (2014):** www.actassociation.org/actModel
- Berhe T, Puschner B, Kilian R et al. (2005):** „Home treatment“ für psychische Erkrankungen – Begriffsklärung und Wirksamkeit. *Nervenarzt*, Band 76, 822–831
- Bock T, Mahlke C, Schulz G et al. (2013):** Eigensinn und Psychose, Peer-Beratung und Psychotherapie. *Psychotherapeut*, Band 58, 364–370
- Brenner HD, Junghan U, Pfammatter M (2000):** Gemeindeintegrierte Akutversorgung – Möglichkeiten und Grenzen. *Nervenarzt*, Band 71, 691–699
- Burns T (2010):** The rise and fall of assertive community treatment. *International Review of Psychiatry*, Band 22, Heft 2, 130–137
- Deister A, Wilms B (2014):** Regionale Verantwortung übernehmen – Modellprojekte in Psychiatrie und Psychotherapie nach § 64b SGB V. Köln: Psychiatrie-Verlag
- Department of Health (2002):** Mental Health Policy Implementation Guide – Community Mental Health Teams; webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@ps/documents/digitalassets/dh_085652.pdf
- DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde) (2013):** S3-Praxisleitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Heidelberg: Springer
- Doughty C, Tse S (2011):** Can consumer-led mental health services be equally effective? An integrative review of CLMH services in high-income countries. *Community Mental Health Journal*, Band 47, 252–266
- Fischer F, Hoffmann KM, Mönter N et al. (2013):** Evaluation eines Modells der Integrierten Versorgung für schwer psychisch Kranke; <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1343438>
- GBE – Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2014):** www.gbe-bund.de → Gesundheitsversorgung → Beschäftigte und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung → Krankenhäuser (scrollen bis Seite 3) → Tabelle (gestaltbar) „Krankenhäuser/Vorsorge- oder Reha-Einrichtungen, Betten, Nutzungsgrad, u.a. nach Einrichtungsmerkmalen“
- Gühne U, Weinmann S, Arnold K et al. (2011):** Akutbehandlung im häuslichen Umfeld: Systematische Übersicht und Implementierungsstand in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, Band 38, 114–122
- Kallert TW, Leiße M, Kulke C et al. (2005):** Evidenzbasierung gemeindepsychiatrischer Versorgungsangebote in Deutschland: eine Bestandsaufnahme. *Das Gesundheitswesen*, Band 67, 342–354
- Karow A, Bock T, Daubmann A et al. (2014):** Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 2 – Ergebnisse des 2- und 4-Jahres-Langzeitverlaufs. *Psychiatrische Praxis*, Band 41, 266–273
- Karow A, Reimer J, König HH et al. (2012):** Cost-effectiveness of 12-month therapeutic Assertive Community Treatment as part of integrated care versus standard care in patients with schizophrenia treated with Quetiapine immediate release (ACCESS Trial). *Journal of Clinical Psychiatry*, Band 73, 402–408
- Kilian R, Becker T (2013):** Gibt es eine Zunahme psychischer Erkrankungen in Deutschland? *Kerbe*, Heft 3, 4–6
- Kilian R (2012):** Gesundheitsökonomische Evaluation gemeindepsychiatrischer Interventionen. *Nervenarzt*, Band 83, 832–839
- Kruse J, Herzog W (2012):** Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung und Effizienz. Zwischenbericht zum Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung; www.kbv.de/media/sp/Gutachten_Psychosomatik_Zwischenbericht.pdf
- Lambert M, Bock T, Daubmann A et al. (2014):** Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 1 – Rationales, Behandlungsmodell und Ergebnisse der Vorstudie. *Psychiatrische Praxis*, Band 41, 257–265
- Lambert M, Bock T, Schöttle D et al. (2010):** Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: A 12-month trial in patients with first- and multiple-episode Schizophrenia Spectrum Disorders treated with Quetiapine immediate release (ACCESS Trial). *Journal of Clinical Psychiatry*, Band 71, 1313–1323
- Malone D, Marriott s, Newton-Howes G et al. (2009):** Community Mental Health Teams for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Schizophrenia Bulletin*, Band 35, Heft 1, 13–14
- Melchinger H (2013):** Schwierigkeiten, Verteilungsprobleme, Leistungsstrukturen und Bedarf in der Versorgung. Vortrag Tagung „Psychosen – Persönliches Leiden und gesellschaftliche Realität“, Evangelische Akademie Loccum
- Pfammatter M, Junghan U, Brenner HD (2000):** Die Psychiatriereform geht in eine neue Runde: Möglichkeiten und Grenzen einer gemeindeintegrierten (Akut-)Versorgung. *Krankenhauspsychiatrie, Sonderheft 1: S2–S11*
- Pitt V, Lowe D, Hill S et al. (2013):** Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services. *Cochrane-Library*, Ausgabe 3
- Richter D, Berger K, Reker T (2008):** Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis*, Band 35, 321–330
- Richter D, Berger K (2013):** Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittsstudien. *Psychiatrische Praxis*, Band 40, 176–182

Roick C (2013): Integrierte psychiatrische Versorgung aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung. *Nervenheilkunde*, Heft 5, 264–269

Salize HJ, Jacke CO (2013): Integrierte Versorgung aus Sicht der Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie. *Nervenheilkunde*, Heft 5, 293–300

Schmid P, Steinert T, Borbé R (2013): Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, Band 40, 414–424

Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer MC (2013): Causal beliefs of the public and social acceptance of persons with mental illness. *Psychological Medicine*, Heft 4, 1–12

Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A et al. (2012): Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Band 125, 440–452

Steinhart I, Wienberg G (2014 a): Plädoyer für ein funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung. *Psychiatrische Praxis*, Band 41, 179–181

Steinhart I, Wienberg G (2014 b): Reformstau in der psychiatrischen Regelversorgung – Die Standards der Wissenschaft und der UN-BRK müssen die Grundlage eines neuen Finanzierungssystems werden. *Psychoziale Umschau*, Heft 3, 10–12

Steinhart I, Wienberg G, Koch C (2014): Es geht doch! Krankenhausersetzende Psychiatrische Behandlung in Deutschland – Praxiserfahrungen und Finanzierung. *Psychiatrische Praxis*, zur Veröffentlichung angenommen

Van der Gaag M, Smit F, Bechdolf A et al. (2013): Preventing a first episode of psychosis: meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer follow-ups. *Schizophrenia Research*, Band 149, 56–62

Weinmann S, Gaebel W (2005): Versorgungserfordernisse bei schweren psychischen Erkrankungen – Wissenschaftliche Evidenz zur Integration von klinischer Psychiatrie und Gemeindepsychiatrie. *Nervenarzt*, Band 76, 809–821

Weinmann S, Gühne U, Kösters M et al. (2012): Teambasierte Gemeindepsychiatrie. *Nervenarzt*, Band 83, 825–831

Wienberg G (2013): 40 Jahre Psychiatriereform in Deutschland – Auf dem Weg in die Drei-Klassen-Psychiatrie? *Sozialpsychiatrische Informationen*, Band 44, Heft 1, 4–9

Wittchen HU, Jakobi F, Rehm J et al. (2011): The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, Band 21, 655–679

DIE AUTOREN



Prof. Dr. phil. Ingmar Steinhart, Dipl.-Psych., Jahrgang 1955, Studium der Psychologie in Bonn, Promotion an der FU Berlin, seit 2004 Honorarprofessor für Sozialpsychiatrie an der Universität Greifswald. Von 1980 bis 1990 wissenschaftliche Tätigkeit in der Abteilung für Sozialpsychiatrie der FU Berlin. Seit 1992 als verantwortlicher Geschäftsführer



Prof. Dr. P.H. Günther Wienberg, Dipl.-Psych., Jahrgang 1953, Studium der Psychologie an den Universitäten Göttingen und Hamburg; 1998 Promotion in Gesundheitswissenschaften. Seit 2012 Honorarprofessor an der Hochschule Fulda im Fachbereich Sozialwesen. Von 1977 bis 1984 Tätigkeit als Klinischer Psychologe in einem gemeindepsychi-



Christian Koch, Jahrgang 1974, Krankenversicherungsbetriebswirt. Nach mehrjähriger Tätigkeit in verschiedenen Bereichen der Vertrags- und Versorgungsgestaltung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern von 2002 bis 2010 Geschäftsbereichsleiter „Grundsatzfragen, Strategien, Verträge Ärzte“

Federführung bei der Konversion und Dezentralisierung größerer (psychiatrischer) Anstalten in Brandenburg und seit 2000 in Nordrhein-Westfalen. Forschungs- und Praxisschwerpunkte: Verbindung von Fachlichkeit und Ökonomie, Modelle zur krankenhausersetzenden Behandlung, Heim-Alternativen und Modelle zur Vollversorgung.

atrischen Modellprojekt. Seit 2011 Lehrtätigkeit an der Hochschule Fulda im Master-Studiengang Gemeindepsychiatrie, seit 2011 freier Mitarbeiter des Instituts für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Versorgung Abhängigkeitskranker, Psychoedukation bei Schizophrenie, Krisenintervention.

bei der AOK Niedersachsen. Seit 2010 an der Leuphana Universität Lüneburg als wirtschaftlicher Projektleiter für den Bereich Business Development verantwortlich. Im Team des Instituts für Sozialpsychiatrie in Greifswald ist er als freier Mitarbeiter an der Neugestaltung psychiatrischer Versorgungsstrukturen beteiligt.

Werden Patienten mit leichtem Bluthochdruck überversorgt?

von Christiane Roick*

Bluthochdruck (Hypertonie) schädigt die Blutgefäße und das Herz. Der Nutzen von Medikamenten (Antihypertensiva) ist bei moderat bis schwer erhöhtem Blutdruck sowie einem hohen Gesamtrisiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen unbestritten. Bei leichter Hypertonie stellten Wissenschaftler jedoch eine Überversorgung fest.

1 Was ist das Problem?

Gut ein Fünftel aller Erwachsenen hat leicht erhöhten Blutdruck. Zur medikamentösen Behandlung dieser Patienten wird in den USA über ein Prozent der jährlichen Gesundheitsausgaben aufgewendet, obwohl der Nutzen unklar ist. Wissenschaftler untersuchten daher, ob es bei der leichten Hypertonie zu einer Überversorgung kommt.

2 Wie wurde untersucht?

Analysiert wurden Leitlinienempfehlungen und Studienergebnisse zur medikamentösen Therapie der leichten Hypertonie.

3 Was ist rausgekommen?

Bis in die 1970er Jahre war eine leichte Hypertonie (systolisch 140–159 mmHg, diastolisch 90–99 mmHg) keine Indikation für Antihypertensiva. 1984 wurde in den USA für manche, ab 1993 für alle diese Patienten eine Pharmakotherapie empfohlen. Ein Cochrane-Review von 2012 zeigt jedoch, dass Medikamente bei leichter Hypertonie (ohne Vorerkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, Diabetes oder chronische Nierenerkrankungen) weder die Sterblichkeit noch die Häufigkeit von Herz-Kreislauf-Erkrankungen senken. Es kommt nur häufiger zu Behandlungsabbrüchen aufgrund von Nebenwirkungen.

Zudem werden die Patienten weniger nachdrücklich zu Lebensstiländerungen motiviert, obwohl diese keine Nebenwirkungen, aber zusätzliche positive Effekte haben. Starre Grenzwerte ignorieren, dass das Risiko für kardiovaskuläre Folgeerkrankungen, unter anderem abhängig von Alter und Geschlecht, individuell unterschiedlich ist. Ein Fünftel aller Hypertoniker hat zudem eine sogenannte Weißkittelhypertonie: Misst ein Arzt, sind ihre Blutdruckwerte zu hoch. Einfache Maßnahmen wie eine Messung durch das Pflegepersonal oder eine obligate Messwiederholung könnten verhindern, dass diese Menschen irrtümlich als Hypertoniker klassifiziert werden.

4 Wie gut ist die Studie?

Die nicht-systematische Übersicht deutet auf eine medikamentöse Überversorgung bei leichter Hypertonie und geringem kardiovaskulärem Risiko hin. Um die Aussage zu belegen, müssten die patientenrelevanten Effekte von Antihypertensiva, Placebo und Lebensstiländerungen in randomisierten, kontrollierten Studien verglichen werden. Bis zum Vorliegen dieser Studien empfehlen die Autoren, starre Blutdruckzielwerte aufzugeben, die

Patienten über die fehlenden Nutzenbelege für die Pharmakotherapie zu informieren und Lebensstiländerungen, wie die Reduktion von Übergewicht oder erhöhte körperliche Aktivität, stärker zu fördern.

In Deutschland wird eine Pharmakotherapie bei leichter Hypertonie und niedrigem oder moderatem kardiovaskulärem Risiko erst empfohlen, wenn der Blutdruck trotz versuchter Lebensstiländerungen erhöht ist. Allerdings wird nur eine kurze Frist (Wochen bis Monate) eingeräumt, um den Blutdruck durch Lebensstiländerungen zu senken. Zudem ist das Scheitern der Lebensstiländerungen als Regelfall eingeplant, da noch im selben Empfehlungsschritt Medikamente als Therapiealternative vorgeschlagen werden. Doch auch bei einer Pharmakotherapie sind bis zu 80 Prozent der Patienten nicht therapietreu. Daher stellt sich auch für Deutschland die Frage, ob Patienten mit leichter Hypertonie zu häufig medikamentös behandelt werden.

Quelle: Martin SA et al.: *Too much medicine – Mild hypertension in people at low risk.* *BMJ* 2014;349:g5432

* PD Dr. med. Christiane Roick, MPH, Stellv. Leiterin des Stabs Medizin im AOK-Bundesverband, E-Mail: christiane.roick@bv.aok.de

DER KOMMENTAR

Eine Konsequenz dieser Studie für die Praxis sollte die kritische Überprüfung der Behandlung bei milder Hypertonie sein. Neben der Messtechnik ist hier vor allem das kardiovaskuläre Gesamtrisiko zu bedenken. Dieses kann inzwischen mit praktikablen Risikorechnern bestimmt werden. Besonders anschaulich auch für Patienten ist sicher „arriba“ (www.arriba-hausarzt.de). Interessant ist die Warnung der britischen Autoren vor „Payment for Performance“. Entsprechende finanzielle Anreize haben in Großbritannien zur gedankenlosen Massenbehandlung auch niedriger Risiken geführt; das entsprechende Bezahlssystem wird dort inzwischen zurückgefahren – eine Lektion, die wir hier in Deutschland zur Kenntnis nehmen sollten.

Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff, MHS
Abteilung für Allgemeinmedizin,
Präventive und Rehabilitative
Medizin an der
Philipps-Universität Marburg



KÖPFE

Prof. Dr. med. Annegret Kuhn, MBA (47) hat zum 1. Oktober die Nachfolge von **Prof. Dr. med. Monika Seibert-Grafe** als Leiterin des Interdisziplinären Zentrums Klinische Studien (IZKS) der Universitätsmedizin Mainz angetreten. Kuhn ist Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten, absolvierte Weiterbildungen zur Prüferin und Studienleiterin und leitete seit 2009 das Studienzentrum für Autoimmunerkrankungen an der Klinik für Hautkrankheiten des Universitätsklinikums Münster.

Prof. Dr. phil. Gerd Gigerenzer (67) ist einer der neun Experten im neu ins Leben gerufenen Sachverständigenrat, der die Politik in Verbraucherfragen beraten soll. Der Psychologe und Risikoforscher ist Direktor des Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung sowie Leiter des Harding Zentrums für Risikokompetenz und gehört auch dem Wissenschaftlichen Bei-

rat des Bundesinstituts für Risikobewertung an. Gerd Gigerenzer studierte Psychologie in München, lehrte unter anderem in Chicago und ist Autor des Buchs „Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin: Aufbruch in ein transparentes Gesundheitswesen“.

Prof. Dr. med. Otmar Wiestler (58) ist einstimmig zum neuen Präsidenten der Helmholtz-Gemeinschaft deutscher Forschungszentren gewählt worden. Am 1. September 2015 tritt er die Nachfolge von **Prof. Dr. rer. nat. Jürgen Mlynek** an, der nach zwei Amtszeiten satzungsgemäß ausscheidet. Der Krebsforscher Wiestler ist seit 2004 Vorstandsvorsitzender und Wissenschaftlicher Vorstand des Deutschen Krebsforschungszentrums in Heidelberg. Nach seinem Medizinstudium in Freiburg forschte er in San Diego und Zürich. Von 1992 bis 2003 leitete Wiestler das Institut für Neuropathologie an die Universität Bonn.

Prof. Dr. med. Iris Chaberny wurde auf die neu geschaffene Stiftungsprofessur mit dem Schwerpunkt Krankenhaushygiene am Universitätsklinikum Leipzig berufen und leitet dort seit dem 1. Oktober auch das neu gegründete Institut für Hygiene/Krankenhaushygiene. Die Hygieneexpertin, eine Mitbegründerin der Aktion „Saubere Hände“, war nach Stationen in Rendsburg, Kiel, Heidelberg und Gießen zuletzt als Leiterin der Krankenhaushygiene an der Medizinischen Hochschule Hannover tätig.

Prof. Dr. med. Julia Stingl (43) ist zum 1. Oktober zur Vizepräsidentin des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ernannt worden. Die Fachärztin für Klinische Pharmakologie gehört seit 2004 der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft an und lehrte zunächst an der Universität Ulm, bevor sie 2012 die Leitung der neu eingerichteten Abteilung für Forschung im BfArM übernahm.

KONGRESSE

Thema	Inhalt	Datum/Ort	Veranstalter	Anmeldung
22. Jahrestagung der Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin e. V.	Schlaf und Rhythmus, Chronobiologie, Patientenforum „Schlafprobleme bei Groß und Klein“	4.–6.12.2014 Köln	Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin e. V. Schimmelpfengstraße 6 34613 Schwalmstadt-Treysa	www.dgsm-kongress.de E-Mail: registrierung@conventus.de Telefon: 03641 3116-160
Berliner Forum der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)	Normung medizinischer Dienstleistungen, Finanzierung von Leitlinien, Qualitätskriterien	5.12.2014 Berlin	AWMF e. V. U Bieberstraße 20 40223 Düsseldorf	www.awmf.org E-Mail: office@awmf.org Telefon: 0211 312828
9. Deutscher Wirbelsäulenkongress Jahrestagung der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft e. V.	Wirbelsäulenchirurgie zwischen Quantität und Qualität	11.–13.12.2014 Leipzig	Deutsche Wirbelsäulengesellschaft e. V. Helmholtzstraße 14 89081 Ulm	www.dwg-kongress.de E-Mail: dwg@conventus.de Telefon: 03641 3116-311/-305
6. Kongress Vernetzte Gesundheit – Markt.Mittel.Stand	Fachkräftebindung, Wissenstransfer, Zertifizierung, Gesundheitstourismus	13.–14.1.2015 Kiel	Ministerium für Wirtschaft, Arbeit, Verkehr und Technologie Schlesig-Holstein, Düsternbrook Weg 94, 24105 Kiel	www.vernetzte-gesundheit.de E-Mail: info@vernetzte-gesundheit.de Telefon: 030 49855031
Health Aktuell: Geriatrie 2015	Altersgerechte Versorgung, Finanzierungsfragen in der Geriatrie, Gerontopsychosomatik	27.1.2015 Köln	MCC – The Communication Company Scharnhorststraße 67a 52351 Düren	www.mcc-seminare.de E-Mail: mcc@mcc-seminare.de Telefon: 02421 121770
Arbeitstagung Neurointensivmedizin – ANIM 2015	Intensivtherapie in der Neuromedizin, Hirntod und Hirntoddiagnostik	29.–31.1.2015 Berlin	Deutsche Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin Reinhardtstraße 27c 10117 Berlin	www.anim.de E-Mail: registrierung@conventus.de Telefon: 03641 3116-160

Kontakte

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung der Herausgeber.

G+G-Wissenschaft (GGW)

GGW ist eine Verlagsbeilage von *Gesundheit und Gesellschaft*
Herausgeber: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Verantwortliche Redakteure:

Bettina Nellen (KomPart),
Prof. Dr. Klaus Jacobs, Sabine Schulze (WIdO)
Red.-Mitglieder: Annegret Himrich, Dr. Silke Heller-Jung; **Grafik:** Simone Voßwinkel (KomPart)

Anschrift der Redaktion:

Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
Telefon: 030 22011-220, Fax: 030 22011-105
E-Mail: ggw-redaktion@kompart.de