

Konzept für eine Integrierte Versorgung nach § 140 a ff SGB V

für eine sektorübergreifende Verbesserung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung

Grundgedanken

Die gegenwärtige psychiatrische Versorgung ist von einem deutlichen Reformstau gekennzeichnet. Dieser betrifft den ambulanten Bereich ebenso, wie den stationären. In beiden Bereichen ist es zu Monopolbildungen gekommen, wonach die kassenärztliche Versorgung zuständig für die leicht Erkrankten, die klinische Versorgung hingegen zuständig für die Patienten mit komplexem Hilfebedarf ist.

In dem so fraktionierten Versorgungssystem (ambulant/stationär) haben besonders psychisch Kranke mit intensiviertem Behandlungsbedarf erhebliche Probleme, eine kontinuierliche angemessene und umfassende medizinische Versorgung zu finden.

Häufig wechseln sie den behandelnden Arzt und müssen zum Teil mehrfach im Jahr, teils über längere Zeit, klinisch behandelt werden, wenn krankheitsbedingt ein Zustand komplexen Hilfebedarfs gegeben ist. Damit bleiben Qualitätsreserven im ambulanten Bereich sowie Synergien durch ein Zusammenwirken von ambulanten und klinischen Leistungsanbietern ungenutzt und kostengünstigere Behandlungsformen bleiben auf der Strecke.

In einer in den letzten Jahren durchgeführten Erprobung intensivierter ambulanter psychiatrischer Behandlung von Patienten mit besonderem Hilfebedarf in drei bundesweit selektierten Sozialpsychiatrischen Schwerpunktpraxen, von denen eine, nämlich die Praxis Dr. Munzel, Kirchweyhe auch in Niedersachsen einbezogen war, wurde deutlich, dass Qualität und Wirtschaftlichkeit ambulanter medizinischer Versorgung nur durch Überschreiten der engen Grenzen der Kassenärztlichen Versorgung möglich ist.

Der von der Medizinischen Hochschule Hannover, Abteilung Sozialpsychiatrie, Arbeitsbereich Versorgungsforschung zum 20. April 2004 im Auftrag der Bundesregierung (BMGS) vorgelegte Ergebnisbericht¹ hierüber macht deutlich, dass bei Vernetzung der ambulanten medizinischen Ressourcen mit psychiatrischer Fachpflege und psychosozialen Hilfeanbietern unter der medizinischen Leitung eines sozialpsychiatrischen Schwerpunktarztes Hilfpotentiale aktiviert werden können, die, was die Qualität der Versorgung und den Schweregrad der Erkrankung der einbezogenen Patientengruppen betrifft, mit dem Leistungsprofil der Institutsambulanzen gleichziehen können.

Die wissenschaftlichen Gremien des Bundesgesundheitsministeriums haben die Ergebnisse noch einmal genau überprüft und den Bericht im Internet veröffentlicht. Er gilt, verbunden mit den ebenfalls im Bundesauftrag erprobten Möglichkeiten aufsuchender Krankenhausbehandlung im Alexianer-Krankenhaus Krefeld, als sehr geeignet, positive Möglichkeiten integrierter Versorgung zu veranschaulichen.

¹ vgl. Holler, G. u. a. (2004) Erprobung intensivierter ambulanter psychiatrischer Behandlung von Patienten mit besonderem Hilfebedarf – Präzisierung von Anforderungsprofilen und Finanzierungsmodalitäten für eine Sozialpsychiatrische Schwerpunktpraxis – Ergebnisse einer Modellerprobung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Das Alexianer-Krankenhaus Krefeld hat unter Beweis gestellt, was auch von Krankenseite an Innovationspotentialen vorhanden ist, um Krankenhausbehandlung ohne Klinikbett (Hometreatment) zu realisieren².

Es macht somit keinen Sinn, die Aufteilung der medizinischen Behandlungsangebote in zwei Hilffsysteme – das klinische und das ambulante – weiter aufrecht zu halten.

Es muss an die Stelle von Delegation Verzahnung und Vernetzung treten. Die wechselseitige Monopolbildung muss durch ein einheitliches Miteinander ersetzt werden. Damit dies gelingt, muss dem ambulanten Bereich die Chance eröffnet werden, auf Augenhöhe mit der klinischen Versorgung zu kooperieren. Dies bedeutet, es muss eine Ressourcenaufstockung bei den niedergelassenen Nervenärzten erfolgen, um Patienten, bei denen angemessene ambulante Komplexleistungen ausreichen, ohne Klinikeinweisung behandeln zu können. Zu diesem Zweck ist es wichtig, den außerklinischen ambulanten komplementären Bereich zunächst in den Mittelpunkt der Projektimplementation zu stellen. Hier muss zusätzlich investiert werden, um die Refinanzierung intensivierter multiprofessioneller Behandlungsmaßnahmen zu sichern.

Schließlich sind niedergelassene Facharztpraxen in Verbindung mit Hausärzten das niedrigschwelligste Angebot, wenn sie für schwer psychisch kranke Menschen über Komplexleistungsmaßnahmen verfügen.

Mit der Einfügung des § 140 a ff. in das SGB V sind die Anbieter therapeutischer Leistungen aufgefordert, sich zu einer Versorgungsstruktur zu vernetzen. Dies bedeutet im Einzelnen, dass institutionsübergreifende Komplexleistungsprogramme als Gemeinschaftsprogramm der therapeutischen Leistungsanbieter zu entwickeln sind. Diese sollen als integrierende Behandlungspfade angeboten und durch gemeinsame Qualitätszirkelarbeit auf ein Niveau gebracht werden, wie es den Leitlinien der psychiatrischen Fachverbände entspricht.

Hierbei soll in Übereinstimmung mit den allgemeinen Maßgaben der Leistungsgesetze die Priorität ambulanter Versorgung unterstrichen werden. Dabei gilt das Augenmerk besonders den psychisch kranken Menschen, die aufgrund der Dauer und Schwere ihrer Erkrankung durch die Maschen des Hilfenetzes der kassenärztlichen Sicherstellung fallen.

Ziele und Erfordernisse

(1) Erforderlich ist

- Eine umfassende Feststellung des Hilfebedarfs der psychisch kranken Versicherten vorzunehmen, um beurteilen zu können, wo dem Behandlungsbedarf durch Leistungen im Rahmen pflichtgemäßen kassenärztlichen Sicherstellung entsprochen werden kann, oder ob komplexe und intensivierete Behandlungsmaßnahmen nötig sind, die diesen Rahmen überschreiten. In diesem Falle ist, soweit nicht aus medizinischen Gründen eine unmittelbare Klinikeinweisung geboten ist, den Patienten integrierte Versorgung anzubieten. Die die Integrierte Versorgung akzeptierenden Patienten gilt es, soweit wie möglich ambulant zu behandeln oder ihnen ambulant ausgerichtete Behandlung zu vermitteln, da so der Erfolg therapeutischer

² Melchinger, H., Horn, A., Holler, G., u. a. (2003) Integrierte Psychiatrische Behandlung (IPB) als neue Form psychiatrischer Krankenhaus-Akutbehandlung ohne Bett – Ergebnisse einer Modellerprobung am Alexianer-Krankenhaus Krefeld im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Maßnahmen am nachhaltigsten gesichert werden kann, weil nicht nur ihre Defizite berücksichtigt, sondern auch ihre individuellen Kompetenzen zur Geltung gebracht werden. Durch das Zusammenwirken des behandelnden Facharztes mit den Leistungsanbietern der Region soll den Patienten eine zufallsbestimmte Inanspruchnahme verschiedener niedergelassener Praxen und Klinikangebote erspart bleiben.

- Durch eine solche an den Leitlinien der Fachgesellschaften orientierte Versorgungssteuerung des Ressourceneinsatzes Hospitalisierung soweit wie möglich zu verhindern und ein Höchstmaß an Normalität für den Patienten aufrecht zu erhalten. Der rechtzeitige Einsatz rehabilitativer Maßnahmen und die flankierende Mitbeteiligung psychosozialer Leistungsanbieter sollen die Möglichkeiten zur Besserung der Situation und zur Aktivierung der gesunden Anteile der Patienten ausschöpfen. Damit soll nachhaltig die Umstellung von institutsbezogener zum personenbezogenen Hilfeansatz angebahnt und realisiert werden.
- **Ein komplexes Leistungsangebot mit besonderer Akzentsetzung im ambulanten Bereich für die in die Integrierte Versorgung eingeschriebenen Patienten vorzuhalten, um durch enge Vernetzung mit den Hausärzten, dem sozialpsychiatrischen Dienst, dem Berliner Krisendienst, niedergelassenen Psychotherapeuten und im besonderen Soziotherapeuten wie einem ambulanten Pflegediensten, eine Gewichtsverlagerung in eine niedrighschwellige umfassende Versorgungsstruktur zu erreichen.**

In Konsequenz dessen sieht dieses Programm vor, einen ausgewiesenen psychiatrischen Fachpflegedienst und Soziotherapeuten von vorn herein in die Behandlungsplanung einzubeziehen und bedarfsgerecht häusliche Krankenpflege und Soziotherapie so einzusetzen, dass psychiatrische Fachpflegekräfte und Soziotherapeuten die Funktion von Bezugstherapeuten übernehmen können.

Durch innerärztliche Qualitätszirkelarbeit, auf Initiative der Fachärzte und unter Einschluss von Haus- und Klinikärzten, und konzeptionelle Abstimmung die Verzahnung mit den zuständigen Versorgungskliniken zu stabilisieren. Dies dient dem ausdrücklichen Gebot, die gesetzlichen Maßgaben des § 140 a SGB V so umzusetzen, damit eine einheitliche Versorgungsstruktur entsteht.

In diesem Zusammenhang wird auch ein zeitnahe Informationsaustausch über relevante Sachverhalte, wie Einweisung, Entlassung, Verlegung und Komplikationen bei der Behandlung der in die integrierte Versorgung eingeschriebenen Patienten zum Steuerungsstandard.

Das gesamte Behandlungsprogramm soll zu einem umfassenden Versorgungsprogramm mit Hilfe allgemeinverbindlicher Behandlungspfade strukturiert werden, das für Patientinnen und Patienten mit komplexem Hilfebedarf aufgrund schizophrener, affektiver, depressiver sowie manischer und bipolarer Störungen und psychosomatischer und Suchterkrankungen sowie für psychisch kranke alte Menschen eine genauere Abfolge der Behandlungsschritte konkretisiert, die die Leitlinien der Fachgesellschaften in praktische und direkte Handlungsmaßnahmen umsetzt.

Ein flächendeckendes Versorgungsangebot für das Land Berlin wird angestrebt.

(2) Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsreserven zu aktivieren, um folgende Ziele zu erreichen, deren Erreichungsgrad durch Prozessevaluation des externen Qualitätsmanagements festgestellt wird:

Einbindung der Patientengruppen mit phasenbedingtem intensivierten Behandlungsbedarf in ambulante Komplexleistungsprogramme.

- **Reduzierung der Einweisungsraten durch Fach- und Hausärzte in psychiatrische Kliniken mit Hilfe vorgelagerter Assessments, um Alternativen im ambulanten Bereich aufzufinden.**
- **Rechtzeitige Einweisung klinikbedürftiger Patienten in klinische Behandlung, um Chronifizierung zu vermeiden, bei weiterer Begleitung durch ihre Bezugstherapeuten.**
- **Effizienzsteigerung durch verbessertes Clearing im Rahmen multiprofessioneller schnittstellenübergreifender Koordination und Kooperation.**
- **Anbahnung von Möglichkeiten der Einsparungen bei den Medikamentenausgaben durch Nutzung von Rabatten.**

Die Praxen werden diese Strukturvorgaben in Kooperationsvereinbarungen und Informationsblättern für die Patienten weiter konkretisieren und im Verbund mit den anderen regionalen Leistungsanbietern darauf hinarbeiten, dass auf diesem Wege eine Aufgliederung des Behandlungsprogramms für die einzelnen Erkrankungsgruppen in Module erfolgt.

(3) Angestrebte Vorteile für die Patienten und für die Mitwirkenden:

Die Vernetzung der Maßnahmen ambulanter und klinischer Hilfesysteme zu einem integrierten Behandlungsprogramm werden von den Praxen sukzessive bewerkstelligt. Für die Aktivierung der Mitwirkung der Kooperationspartner und auch der Patienten gelten folgende Ziele, deren Erreichbarkeit durch Kooperationsvereinbarungen mit niedergelassenen Hausärzten und der regional versorgenden Klinik abgesichert werden soll.

- Für Patienten, die einem umfassenden und intensiven medizinischen Versorgungsbedarf haben (Gruppen III und IV lt. Anlage 1) eröffnet sich ein transparentes multiprofessionelles Hilfesystem, das in sämtlichen Phasen der Behandlung kompetente Partner bietet, die ihnen mit Hilfe einer bezugstherapeutischen Begleitung zugänglich gemacht werden.
- Die bisherigen Schwachpunkte, wie sie in sämtlichen Patientenbefragungen mit dem Wechsel des Hilfesystems bei Klinikentlassung und –aufnahme, den Unzulänglichkeiten der eher auf leicht erkrankte Menschen hinorientierten kassenärztlichen Versorgung und der nur geringen Abstimmung unter den Behandlern über die Ziele verbunden werden, werden gemeinsam im Verbund mit kompetenten Helfern ausgeräumt. Hierdurch werden die Patienten selbst zu aktiven Entscheidungspartnern, was die Compliance nicht unerheblich verbessern dürfte.

- Die an dieser Versorgung mitwirkenden Leistungsanbieter gewinnen verbesserte Möglichkeiten, im kollegialen multiprofessionellen Miteinander eine gründliche und umfassende Diagnostik des Krankheitszustands und Festlegung des Hilfebedarfs vorzunehmen und bei der Hilfestaltung das in der Einzugsregion verfügbare Ressourcenrepertoire einzubeziehen. So lassen sich Ansatzpunkte für eine Patientensteuerung entwickeln und empirisch überprüfen, die ein schnittstellenübergreifendes Behandlungsvorgehen sichern. Die Behandlungsverträge mit niedergelassenen Haus- oder Facharzt sind somit für die Patienten die Portale zu einem bedarfsorientierten Gesamtsystem der Hilfeleistung.
- Es ergeben sich hieraus neue Möglichkeiten, um mit Leistungsanbietern nach SGB V Hilfeprogramme zu vereinbaren, die die Priorität ambulanter Versorgung als Leitlinie haben. Auf diesem Wege sollen sämtliche für ambulante Komplexleistungsprogramme relevante Anbieter veranlasst werden, sich zusammenzuschließen und institutionsübergreifende Hilfeangebote zu realisieren. Die Kliniken werden als Kooperationspartner einbezogen, damit dort, wo klinische Versorgung phasenweise benötigt wird, diese in Abstimmung auf das Gesamtkonzept erbracht wird. In Verbindung mit der Aktivierung von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsreserven lassen sich so für Versicherte Gewährleistungsprogramme erreichen, die von Anfang an auf die mit Dauer und Schwere der psychischen Erkrankung verbundenen weitreichenden Hilfenotwendigkeiten Rücksicht nehmen. Die damit anzubahnende Optimierung der Versorgungsangebote sichert die Nutzung von einheitlichen Programmen, die wiederum unwirtschaftliches Vorgehen entsprechend institutsbezogener Standards schnellstmöglich abbauen helfen.

Vereinsbeschreibung

Der gemeinnützige Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit in Berlin e. V. (www.psychiatrie-in-berlin.de) wurde 2003 gegründet; er stellt eine Initiative für eine verbesserte psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von psychisch schwer Kranken insbesondere von Menschen mit schizophrenen und affektiven Psychosen dar. Er ist sektorübergreifend und multiprofessionell ausgerichtet und hat Ende November 2006 etwas über 100 Mitglieder (überwiegend niedergelassene NÄ/Psychiater, Kliniker, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, Soziotherapeuten, Ergotherapeuten sowie komplementäre Dienste und Fachpflegedienste als korporative Mitglieder).

Eine wesentliche Zielsetzung des Vereins ist die Implementierung integrierter psychiatrischer Versorgung in Berlin.

In der Satzung des Vereins sind als Vereinszweck u. a. ausgeführt:

- ▶ Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit insbesondere zwischen den niedergelassenen Nervenärzten/ Ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und Mitgliedern aller Einrichtungen und Leistungserbringer, die an der Versorgung psychisch Kranker teilnehmen.
- ▶ Einbeziehung von Krankheitsbetroffenen wie auch deren Angehöriger in die Aktivitäten für eine verbesserte Versorgung psychisch Kranker.

- ▷ Durchführung und Dokumentation von Fach- und Fortbildungsveranstaltungen
- ▷ Unterstützung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und Implementierung von Leitlinien für die medizinisch/psychotherapeutische und sozialpsychiatrische Versorgung
- ▷ Entwicklung und Umsetzung neuer Versorgungs— und Vertragsmodelle für die umfassende ambulante Versorgung schwer psychisch Kranker insbesondere die Entwicklung vernetzter Versorgungsstrukturen einschließlich der integrierten Versorgung.
- ▷ Förderung von Patienten- und Angehörigen- Selbsthilfeorganisationen
- ▷ Förderung der Öffentlichkeitsarbeit zur Verbesserung der ambulanten Versorgung und zum besseren Verständnis der Situation psychisch Kranker.

Leistungen

- (1) Die teilnehmenden Praxen verpflichten sich,
 - zur vernetzten Ausgestaltung fördernder struktureller Maßnahmen in Umsetzung der §§ 1 und 3
 - zur Einrichtung und Leitung von fachmedizinischen Arbeitskreisen mit Teilnahme der beteiligten Hausärzte und Psychotherapeuten der Region und der Krankenhausärzte der versorgenden Kliniken, um fachbezogene Fortbildungsmaßnahmen durchzuführen, zur Umsetzung einer allseits akzeptierten und ggf. standardisierten Therapie incl. Pharmakotherapie zu erreichen und um zusätzliche Chancen zur Optimierung von Behandlungsmodulen auszuschöpfen.
 - Zur Umsetzung von Behandlungspfaden (siehe Anlage 2) gemäß der Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Vermittlung dieser in den Facharbeitskreisen.
- (2) Die teilnehmenden Praxen gewährleisten die Übernahme der Leitstellenfunktion für die Projektdurchführung. Dies schließt ein, die Entscheidung über die Aufnahme der Patienten in die Integrierte Versorgung, die Sicherstellung eines bedarfsgerechten, das Hometreatment einschließenden Behandlungsprogramms, während dessen Verlauf jedem eingeschriebenen Patienten ein persönlicher Bezugstherapeut zugeteilt ist. Außerdem verbindet sich mit der Leitstellenfunktion die Aufgabe, durch quartalsweises Rating festzustellen, wann ein eingeschriebener Patient kein intensiviertes Behandlungsprogramm mehr benötigt, so dass er in die Gruppen I oder II (siehe Anlage 1) einzustufen ist. Besonderes Gewicht ist auf die Durchführung eines unmittelbaren Clearing-Verfahrens des Hilfebedarfs entsprechend dieser Gruppeneinstufung bei Notfallpatienten zu legen.

Dieses Steuerungsverfahren erfolgt nach den Regeln eines ärztlichen Casemanagements. Damit ist für jeden Einzelfall die Verantwortung für die patientenbezogene Ausgestaltung des Komplexleistungsprogramms, die Übertragung von Behandlungsmodulen an die Leistungsanbieter, die Optimierung der Behandlung entsprechend der festgelegten Behandlungsziele, die Entscheidung über das Erfordernis einer Klinikeinweisung sowie die spezifische Ausgestaltung des Behandlungspfades verbunden.

(3) Mit der Sicherstellung der Leitstellenfunktion und des medizinischen Casemanagements sind für die teilnehmenden Praxen folgende Pflichten verbunden:

- Die teilnehmenden Praxen übernehmen die Hotlinefunktion und stellen eine werktägliche, regionale fachärztliche Erreichbarkeit (Mo – Fr) von 9.00 Uhr bis 17.00 Uhr für die eingeschriebenen Patienten und die teilnehmenden Hausärzte sicher.
- Sie koordinieren die ambulanten Komplexleistungen (ambulante psychiatrische Pflege, ambulante Soziotherapie, ggf. Sozialpsychiatrischer Dienst und Berliner Krisendienst) im Rahmen der Hotlinefunktion in den Praxen unter Einbeziehung sämtlicher Leistungsanbieter. Zudem werden regelmäßige Behandlungskonferenzen durchgeführt.
- Sie sichern ein den Behandlungspfaden entsprechendes schnittstellenübergreifendes Behandlungsvorgehen.
- Sie sorgen für die Etablierung und übernehmen die fachliche Supervision eines durch Fachpflegekräfte der kooperierenden Pflegedienste (§5) praktizierten Bezugstherapeutesystems, wobei die Pflegedienste für ihre jeweilige Klientel einen Notdienst rund-um-die Uhr unterhalten (siehe Anlage 4).

Hierbei sollen die in den vorausgegangenen §§ 1 und 3 genannten Strukturmaßnahmen implementiert werden. Sie bilden die Grundlage zur Weiterentwicklung des Systems. Es werden regelmäßige Besprechungen mit dem Kostenträger und dem externen Qualitätsmanagement als Träger der Qualifizierungsmaßnahmen durchgeführt, in denen die Weiterentwicklung der funktionalen Umsetzung konkretisiert wird.

(4) Spezifika des Behandlungsvorgehens:

Für Patienten der Integrierten Versorgung der Gruppen III und IV (Anlage 1) werden, soweit geboten, folgende Regelbehandlungsmaßnahmen ambulant durchgeführt:

- Befundung, Diagnostik und Therapieeinleitung
- Einbezug weiterer Behandler nach den Erfordernissen der Leitlinien
- Koordination der Sicherstellung von Behandlung und der Betreuung
- Konzipierung und Festlegung patientenorientierter Behandlungspläne in Abstimmung mit den anderen Behandlern
- Bezugstherapeutische Zuordnung von Personen
- Medizinische Behandlung und Überwachung des Patienten, Gewährung einer optimalen Pharmakotherapie
- Krisenintervention
- Zusammenarbeit mit den Angehörigen, Umfeldberatung
- Beteiligung an Gremienarbeit, soweit patienten- und versorgungsorientiert erforderlich
- Organisation, Koordination und verantwortliche Maßnahmen zur Qualitätssicherung
- Durchführung von Assessments, regelmäßigen Fallbesprechungen und statistischen Erhebungen.

- Verordnung von nichtärztlichen Leistungen, insbesondere auf dem Gebiet der Fachpflege und Psychotherapie, die für die Behandlung notwendig sind. Der Behandlungsumfang des auf Veranlassung der Schwerpunktpraxis tätigen psychiatrischen Pflegedienstes und der psychotherapeutischen Leistungserbringer richtet sich ausschließlich nach der fachärztlichen Verordnung.

Dies sind Leistungen, die bislang nicht oder nur unzulänglich über EBM finanziert werden.

(5) In Umsetzung dieser Aufgaben verpflichten sich die Praxen zu Folgendem:

- Zu Beginn der Behandlung wird eine umfassende psychiatrische Diagnostik auf der Grundlage der in Anlage 1 dargestellten Instrumente erfolgen, wobei der Schweregrad der Erkrankung mit Hilfe von CGI, der Grad der Beeinträchtigung mit Hilfe von GAF sowie die Krankheitsausprägung in Bezug auf depressive Affektstörungen mit Hilfe von MADRS, schizophrene Erkrankung mit Hilfe von PANSS und eine genaue dreistellige Diagnostik nach CD 10 erstellt wird. Bei Psychosomatisch erkrankten Menschen werden BSS und SCL 27 eingesetzt. Zur Messung der Patientenzufriedenheit dient ZUF 8. Nur wenn nach diesem Rating die für die Einstufung in Gruppe III und IV definierten Werte ermittelt werden und der Patient /die Patientin dem zustimmt, ist eine Ausgestaltung und Abrechnung der Behandlung nach den Maßgaben integrierter Versorgung möglich. Daher müssen die Untersuchungsergebnisse in jedem Einzelfall dokumentiert und anonymisiert der wissenschaftlichen Begleitung zur Verfügung gestellt werden.
- Übermittlung der therapielevanten Informationen an die am Behandlungsprozess beteiligten Leistungserbringer innerhalb von 5 Werktagen. Sollte eine Überweisung in eine andere Einrichtung oder zu einem anderen Leistungserbringer erfolgen, erhält dieser sämtliche therapielevanten Informationen.
- Interdisziplinäre und sektorübergreifende Zusammenarbeit mit allen regionalen Leistungserbringern.
- Umsetzung und Einhaltung der Behandlungspfade und Leitlinien der anerkannten medizinischen Fachgesellschaften.

Anlage 1: Eingangskriterien und Ratinginstrumente

Innerhalb der Patientenpopulation niedergelassener Nervenärzte, die Patienten zu identifizieren, die eine multiprofessionelle Behandlung im Sinne der integrierten Versorgung benötigen, ist eine Aufteilung in Bedarfsgruppen notwendig.

Die Aufteilung der Gruppen erfolgt nach folgendem Schema:

- Gruppe I: Patienten, bei denen die ärztliche Behandlung nach EBM ausreicht.
- Gruppe II: Patienten, bei denen auch der Einsatz zusätzlicher Hilfen nach den Maßgaben der kassenärztlichen Sicherstellung erfolgen kann.
- Gruppe III: Patienten, bei denen darüber hinaus eine krankenhausesvermeidende Behandlung erfolgen muss (Erstattung von Institutsambulanzbehandlung)
- Gruppe IV: Patienten, bei denen im Ersatz einer stationären Klinikbehandlung ein umfassendes komplexes Hilfeprogramm realisiert werden muss.

Zunächst wird bei jedem Patienten

- der Schweregrad der Erkrankung mit der CGI-Skala und
- das Funktionsniveau mit der GAF-Skala

bewertet.

Für die integrierte Versorgung sind Patienten relevant,

- die nach CGI Score als deutlich bis extrem schwer krank eingestuft werden und
- die nach GAF-Skala ausgeprägte bis sehr ausgeprägte Beeinträchtigungen aufweisen.