

Gebhard Hentschel, Barbara Lubisch

Vernetzt versorgen

Komplexversorgung: Chancen und Hemmnisse einer neuen Versorgungsform – ein Kommentar zur neuen Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung (KSVPsych-RL).

„Wir müssen psychische Erkrankungen ernst nehmen!“, so die berufspolitische Forderung der DPtV zur Bundestagswahl 2021. Die Zahlen des DPtV Report Psychotherapie 2021 zeigen eine Jahresprävalenz psychischer Erkrankungen bei Erwachsenen von etwa 28 Prozent. Im Zeitraum von drei Jahren haben etwa 17 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland psychische Auffälligkeiten. Die Zahlen der Krankheitstage und Frühberentungen legen offen, dass psychische Erkrankungen die dritthäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeitsfälle sind. Die Zahl der Ausfalltage aufgrund psychischer Probleme hat sich zwischen 1998 und 2018 von 27,3 Millionen auf 111,8 Millionen vervierfacht. Außerdem sind psychische Erkrankungen die häufigste Ursache für eine frühzeitige Berentung.

Angesichts dieser Herausforderung wurde die Versorgung psychisch erkrankter Menschen ausgebaut und diversifiziert, das Angebot wurde allerdings unübersichtlich und fragmentiert. Brüche in der Behandlungs- und Behandlerkontinuität kennzeichnen den Versorgungsalltag, die beteiligten Fachgruppen kooperieren eher untereinander als interdisziplinär, Zeit und Ressourcen für die Kooperation fehlen, ebenso wie ein explizites Kooperationskonzept zwischen den beteiligten Behandlern. „Die Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker ist eher durch Verbesserung der berufsgruppenübergreifenden Kooperation als allein durch zusätzliche Dienste zu erreichen“, so C. Ungewitter et al., 2013.

Dies wurde von den beteiligten Fachgruppen schon lange ernst genommen. Ansätze zur Entwicklung von strukturierter Kooperation von Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen wurden bereits 2014 in der Vertragswerkstatt der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) unter dem Label der „Zusammenführung psychotherapeutische/neuropsychiatrische Versorgung“ erarbeitet.

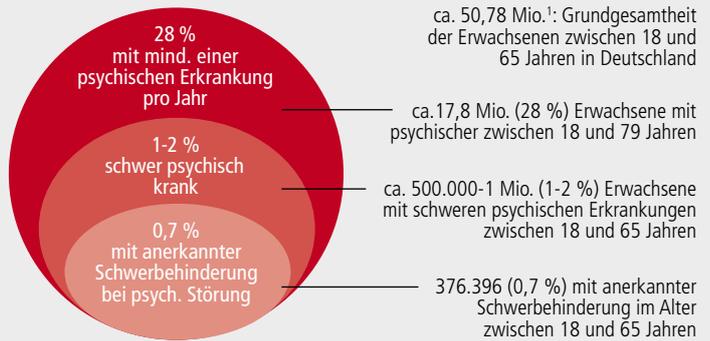
Dieses Konzept wurde Wegbereiter für das Projekt „Neurologisch-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung (NPPV)“ des Innovationsfonds, entwickelt unter Beteiligung der DPtV, gestartet 2017 mit Vertragsärzt*innen und -psychotherapeut*innen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. Das erfolgreiche NPPV-Projekt diente der KBV in vielen Aspekten als „Blaupause“ für die KSVPsych-Richtlinie.

Eine weitere Quelle der neuen Richtlinie sehen wir im anhaltenden Misstrauen gegenüber Psychotherapeut*innen. Steigende Kosten aufgrund einer steigenden Nachfrage nach ambulanter Psychotherapie und bestehende Wartezeiten führten zu Reaktanzen des Spitzenverbands der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV) und der Politik und gipfelten in Vorwürfen, Psychotherapeut*innen würden insbesondere leichte Störungen behandeln. Bundesgesundheitsminister Spahn unterstellte 2018: Patient*innen, „bei denen es etwas angenehmer ist, Therapie zu machen, erhalten eher einen Termin ...“ und reagierte mit einem Gesetzentwurf der „gestuften Versorgung“ im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) 2018. Mit erheblichem Kraftaufwand der psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbände und breiter Beteiligung der Bevölkerung konnte dieser Vorstoß in einer überwältigend erfolgreichen Bundestagspetition und großer medialer Aufmerksamkeit abgewehrt werden. Lesen Sie dazu auch: Fakten zur Psychotherapie, Best, D. & Lubisch, B., Update 2018. Psychotherapie Aktuell 4.2018, Seite 6-10.

Im Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz § 92 Abs. 6 b SGB V schließlich erteilte der Gesetzgeber im November 2019 dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) folgenden Auftrag:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2020 in einer Richtlinie nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 **Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf**. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei Regelungen treffen, die diagnoseorientiert und leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren. In der Richtlinie sind auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs von der stationären in die ambulante Versorgung zu treffen.“

Wie viele Menschen in Deutschland sind schwer psychisch krank?



¹ Statistisches Bundesamt: 31.12.2012

Abbildung: Wie viele Menschen in Deutschland sind schwer psychisch krank? (Quelle: Gühne et al., Psychiatrische Praxis 2015, 42: 415-423)

Nach der Verabschiedung der Richtlinie am 2. September 2021 und einer auf acht Wochen befristeten juristischen Prüfung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sowie einer Veröffentlichung durch den Bundesanzeiger besteht eine weitere Frist von sechs Monaten zur Entwicklung von Leistungsziffern im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Eine Erprobung in der Praxis könnte die hier beschriebene Versorgungsform mit dem Aufbau entsprechender Netzstrukturen in der zweiten Jahreshälfte 2022 erfahren. In dem nachfolgenden Beitrag „Richtlinie zur Komplexversorgung“ (Seite 13) stellen wir Ihnen die neue KSVPsych-RL vor.

Die DPTV begrüßt die Verabschiedung der Richtlinie, weil wir die Entwicklung einer strukturierten berufsgruppenübergreifenden Kooperation gerade bei schwer psychisch kranken Menschen sinnvoll finden. Wir sehen allerdings bei der vorliegenden Fassung der Richtlinie erhebliche Hemmnisse in der Umsetzbarkeit und dringenden Nachbesserungsbedarf. Diesen haben wir dem BMG schriftlich mitgeteilt und stellen ihn im Folgenden vor.

Zweifache differenzialdiagnostische Abklärung als Nadelöhr und Hürde

Stellt die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut in der Eingangssprechstunde den Behandlungsbedarf nach dieser Richtlinie fest, sind Patient*innen verpflichtet, eine zusätzliche differenzialdiagnostische Abklärung durch eine Fachärztin/einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder für Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie wahrzunehmen (§ 8 Abs. 2). Hier wird ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt. Da Psychologische Psychotherapeut*innen bereits in der Eingangssprechstunde (im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde) eine Differenzialdiagnostik unter Einbeziehung somatischer Befunde durchführen, wird hier eine unnötige Doppeluntersuchung eingeführt.

Eine zweite Differenzialdiagnostik – vorgesehen innerhalb von 7 Tagen – bedeutet für schwer psychisch erkrankte Patient*innen eine erhebliche Belastung und verbraucht unnötig personelle und finanzielle Ressourcen. Zudem wird ein Nadelöhr geschaffen: Eine flächendeckende Bewältigung dieser Vorgabe ist angesichts des eklatanten Mangels an dazu befugten Fachärztinnen und Fachärzten nicht zu gewährleisten.

Wir halten es insbesondere für gravierend, dass damit die Indikationsstellung der Psychotherapeut*innen einer Überprüfung durch Fachärzt*innen unterworfen wird, obwohl Psychologische Psychotherapeut*innen vom Gesetzgeber als selbstständige Heilberufler anerkannt sind und die Berufsordnung sie zur eigenen Indikationsstellung verpflichtet. Ausführlicher dazu die DPTV-Stellungnahme an das BMG: <https://t1p.de/1agd>

Weiterer Engpass und Einschränkung der Wahlfreiheit der Patient*innen

Die KSVPsych-RL sieht vor, dass ein Facharzt/eine Fachärztin der beteiligten P-Fachgruppen Bezugsärztin oder Bezugsarzt sein und den Gesamtbehandlungsplan erstellen muss, wenn

- eine behandlungsleitende somatische Hauptdiagnose vorliegt,
- die Behandlung relevanter somatischer Komorbiditäten der kontinuierlichen ärztlichen Behandlung oder Überwachung bedarf,
- psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen (§ 8).

Schon jetzt versorgen Psychotherapeut*innen viele Patient*innen mit diesen genannten Indikationen. Sie kooperieren mit somatisch qualifizierten Fachärzt*innen und leisten die begleitende psychotherapeutische Behandlung in enger Abstimmung. Auch hier ist zu befürchten, dass ein Engpass geschaffen wird, weil die Zahl der Fachärzt*innen nicht ausreicht. Die Wahlfreiheit der Patient*innen, ihre Bezugsbehandler*in mitzubestimmen, wird erheblich eingeschränkt.

Halbe Versorgungsaufträge als Bezugsbehandler*innen zulassen

Bezugsärzt*in oder Bezugspsychotherapeut*in kann nur werden, wer einen vollen Versorgungsauftrag hat (§ 4 Absatz 1 Satz 2). Diese Voraussetzung sollte dringend gestrichen werden, da ein wohnortnahes und flächendeckendes Versorgungsangebot mit dieser Einschränkung nicht erreicht werden kann. Auch sehen wir keine fachlich nachvollziehbaren Gründe für diese Einschränkung.

Koordination der Versorgung durch Bezugspsychotherapeut*innen ermöglichen

Die zwangsweise Delegation von koordinierenden Leistungen an eine nicht vertragsärztlich/nicht vertragspsychotherapeutisch tätige Person löst ungeklärte Kosten aus und zergliedert die Versorgung (§ 5 Absatz 1 Satz 2). Zu den Leistungen der koordinierenden Person gehören das Aufsuchen der Patient*innen im häuslichen Umfeld, das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen. Dieses sind patientennahe, anspruchsvolle psychotherapeutische Tätigkeiten, die in der Regel Bezugspsychotherapeut*innen vorbehalten sein muss. Die Delegation der Koordination an andere Berufsgruppen sollte nur fakultativ möglich sein.

Anforderungen an Netzverbände flexibilisieren

Es ist zu befürchten, dass die sehr hohen Anforderung an die Netzverbände (§ 6) – neben der erforderlichen Netzgröße und engen Zeitvorgaben auch Anforderungen an elektronische Kommunikation, Qualitätsmanagementverfahren und so weiter – schwer zu erfüllen sind. Um ein flächendeckendes Versorgungsangebot zu gewährleisten und insbesondere strukturschwache Regionen nicht zu benachteiligen, müssen Abweichungen von diesen Mindestvorgaben ermöglicht werden.

Die in der Erstfassung der KSVPsych-RL an den genannten Stellen auf Betreiben des GKV-SV eingebauten „Nadelöhre“ lassen vermuten, dass es den Krankenkassen mehr um ein Sparmodell als um gute Versorgung geht. Wir Psychotherapeut*innen stehen zu dem Konzept der strukturierten interdisziplinären Zusammenarbeit und setzen uns dafür ein, dass das BMG zugunsten der schwer psychisch kranken Menschen Nachbesserungen einfordert.



Gebhard Hentschel

Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, niedergelassen in Münster. Bundesvorsitzender der DPtV. Mitglied der Vertreterversammlung (VV) der KV Westfalen-Lippe und der VV der KBV, Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KBV, Delegierter der Kammerversammlung NRW und des Deutschen Psychotherapeutentages.



Barbara Lubisch

Psychologische Psychotherapeutin, niedergelassen in Aachen, stellv. Bundesvorsitzende der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung, Mitglied der Vertreterversammlung (VV) der KV Nordrhein und der VV der KBV, Beisitzerin im Vorstand der Psychotherapeutenkammer NRW, Delegierte der Kammerversammlung NRW und des Deutschen Psychotherapeutentages.