
AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.

Oppelner Straße 130

53119 Bonn

- vorab per Email an – dialog@apk-ev.de

01.12.2020

Stellungnahme zum IV. BMG-Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen des Bundesgesundheitsministerium

„Personenzentrierte Versorgung – Vernetzung und Kooperation“

I. Aktuelle Formen und Perspektiven sektorübergreifender Behandlung, integrierte Versorgung, Modelle nach §64b, Projekte im Innovationsfond

Medizinische Versorgung in Deutschland erfolgt in zwei Sektoren: dem stationären und dem ambulanten Versorgungssektor. Dieser Grundsatz gilt auch für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Insbesondere die dezentrale ambulante und zumeist vertragsärztliche Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ermöglicht Behandlung im Lebensumfeld der Patienten. Aktuell kann diese individuelle Form der Versorgung auch einen guten Schutz der Patienten vor einer Corona-Infektion sicherstellen.

Neben diesen Formen der Akutversorgung erfolgen rehabilitative Behandlungen im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation auch in psychosomatischen Rehabilitationskliniken oder in Einrichtungen mit Angeboten der Rehabilitation für psychisch Kranke (RPK). Für die Behandlung für Menschen mit psychischen Erkrankungen müssen neben medizinisch-psychotherapeutischen Elementen auch sozialmedizinische Interventionen erfolgen, die in anderen Sozialgesetzbüchern geregelt sind (SGB VI und XII). Hier existieren Schnittstellen, die organisch im Hilfesystem mit bedacht werden müssen, um eine leitliniengerechte Versorgung gewährleisten zu können.

Damit ist das Versorgungssystem für diese Patientengruppe sehr komplex und nur schwer überschaubar. Oft haben Patienten Mühe, sich in diesem System zurecht zu finden. Die Komplexität erschwert oft die zeitnahe Einleitung der notwendigen und angemessenen Behandlung im Einzelfall.

In den vergangenen Jahren gab es immer wieder innovative Versorgungsansätzen im Rahmen von Selektivverträgen. Diese sind allerdings in ihrer Effektivität begrenzt. Dies hat mehrere Gründe, zum einen ist die Teilnahme eingeschränkt, da nur bestimmte Patientengruppen Zugang erhalten und es gibt eine Reduktion auf bestimmte Diagnosen, Krankenkassen und Wohnorte. Zudem sind Selektivverträge zeitlich beschränkt. Bisher keine Übernahme der gewonnenen Erkenntnisse in die Regelversorgung.

Für eine Verbesserung der patientenzentrierten Versorgung ist es wichtig, Sektorenübergänge schwellenarm zu gestalten. Dies kann nur ermöglicht werden, wenn es zu einer verbindlichen Zusammenarbeit der Versorger in den beiden SGB-V-Sektoren (ambulant und stationär) bei gleichzeitig fester Kompetenzzuschreibung in Abhängigkeit vom Qualifizierungsgrad kommt.

Dazu gehören folgende Komponenten:

- Diagnostik von psychischen Erkrankungen insbesondere in Krisensituationen muss niedrigschwellig in einem Versorgungsnetz ermöglicht werden
- Funktionierendes und alltagsnahes Einweisungs- und Entlassmanagement von Kliniken
- Intensiv-ambulante Behandlung zur Verhinderung und Verkürzung stationärer Behandlungen und zur Verhinderung von Chronifizierung.
- Vernetzte Versorgung in einer Region im Rahmen der im SGB V geregelten Leistungen
- Verschiedene Kapitel des SGB umfassende medizinisch-psychotherapeutisch, sozialmedizinische und psychiatrisch-komplementäre Versorgung sowie Einbeziehung von Teilhabe-Leistungen

Ein Leuchtturmprojekt ambulanter vernetzter Versorgung ist, dass durch den Innovationsfonds geförderte NPPV-Projekt in Nordrhein. Hier konnte gezeigt werden, dass vernetzte Versorgung den Versorgungsgrad der Patienten verbessert, Wartezeiten auf Therapieplätze verringert und die Einsteuerung in die indikationsgerechte Behandlung für den einzelnen Patienten erleichtert.

Empfehlung:

1. Etablierung vernetzter Versorgungsstrukturen für Menschen mit psychischen Erkrankungen schweregrad- und leitlinienorientiert unter Einbeziehung aller Diagnosen und Altersgruppen
2. Wir empfehlen eine Übernahme der vernetzten und berufsgruppenübergreifenden patientenzentrierten Versorgungselemente des NPPV-Projektes in die Regelversorgung.
3. Intersektorales Arbeiten muss auf Augenhöhe von beiden Sektoren gestaltet werden können – dafür bedarf es der Entwicklung eines hybriden Entgeltsystems.

II. Stationsäquivalente Behandlung

Behandlung im Lebensumfeld der Patienten sollte u. a. auch Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf und Patienten in Krisensituationen zur Verfügung stehen. Vertragsärztliche Versorgung durch Nervenärzte sowie Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie wird auch im Lebensumfeld der Patienten ermöglicht.

Eine abgestimmte multiprofessionelle Behandlung durch ein erforderliches Team ist im aktuellen vertragsärztlichen System nicht abbildbar. Die Stationsäquivalente Behandlung (StäB) wurde als Versorgungsform der stationären Versorger ermöglicht, die damit leitliniengerechte, intensivierete, multiprofessionelle Behandlung nicht nur stationär, sondern auch ambulant aufbauen können.

Die StäB ist in der jetzigen Form keine Vernetzung zwischen beiden Sektoren. Leider kam es nicht zu einer Bereicherung der ambulanten Versorgungsmöglichkeiten, sondern einseitig zu einer Ausweitung der stationären Behandlungsmöglichkeiten mit Überschreiten der Sektorengrenze.

Ein Grund für die nur in wenigen Regionen Deutschlands erfolgende Stationsäquivalente Behandlung ist der Umstand, dass dafür zusätzliche personelle Ressourcen zur Verfügung stehen müssen. Angesichts des Personal mangels in allen medizinischen und sozialen Arbeitsbereichen erscheint es kaum realisierbar diese Ausstattung der mobilen Behandlungsteams zur Verfügung zu stellen.

Auf die bestehenden ambulanten Versorgungselemente wird kaum oder nicht zurückgegriffen. Weniger als 10% der Kliniken in Deutschland bieten diese Form der Behandlung an.

Für die Umsetzung funktionierender intensivierter und multiprofessioneller psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung im gewohnten Lebensumfeld des Patienten, auch in Krisen und akuten Krankheitsphasen müssen strukturelle Hemmnisse beseitigt werden:

- Bestehende therapeutische Beziehungen müssen aufrechterhalten werden, Beziehungsabbrüche zu Ärzten, Therapeuten und anderen Bezugspersonen müssen vermieden werden
- Der Zugang zu dieser intensivierten Versorgung muss niedrighschwellig und durch verschiedene Zugangswege ermöglicht werden, um Flaschenhals-Effekte mit Verzögerung eines Behandlungsbeginns zu verhindern
- Für die Erbringung der intensivierten Behandlung ambulant müssen alle zur Verfügung stehenden Ressourcen im ambulanten Bereich geprüft werden – die Entstehung von Doppelstrukturen sollte auf der Ebene der Versorgungsregion vermieden werden.
- Multiprofessionelle Behandlung im Lebensumfeld des Patienten muss immer denselben finanziellen Vergütungsregelungen unterliegen – egal ob die Versorgung aus der Klinik heraus oder durch einen Vertragsarzt koordiniert realisiert wird.

Hintergrund: Aktueller Stand der Umsetzung von StäB in Deutschland

Nur sehr wenige psychiatrische Kliniken sind dazu in der Lage und bieten aktuell StäB für Patienten an, die zuvor stationär behandelt wurden oder die zur Behandlung in eine Klinik primär eingewiesen wurden. Schon bei der Einleitung dieser intensivierten ambulanten Behandlungsform gibt es Brüche:

Der ambulant tätige Arzt oder Psychotherapeut stellt fest, dass die vertragsärztliche Versorgungsform nicht ausreicht und der Patient durch ein Team leitliniengerecht multiprofessionell behandelt werden sollte. Logisch wäre nun eine Hinzuziehung der zur Intensivierung der Behandlung erforderlichen Ärzte, Therapeuten und Bezugspersonen. Dies ist aber nicht möglich, weil die Intensivierung nicht aus dem vertragsärztlichen Versorgungssektor heraus geplant werden kann. Es muss eine stationäre Einweisung vorgenommen werden. In aller Regel kommt es dann zum Beziehungsabbruch aller für den Patienten vertrauten therapeutischen Beziehungen, die Therapieplanung wird fortan aus dem Repertoire der Klinik gestaltet. Zwar könnten bis zu 49% der Versorgungsanteile aus dem vertragsärztlichen Versorgungsbereich „eingekauft“ werden, dies wird aus finanziellen Gründen aber fast nie umgesetzt.

Wir fordern eine Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung durch eine Vernetzung der unterschiedlichen Versorgungsmöglichkeiten. Dies betrifft sowohl Patienten mit komplexen Behandlungsbedarf als auch Patienten in akuten Krankheitsphasen und Krisen.

Die Etablierung eines niedrighwelligen Zugangs zu dieser Behandlungsform ist überfällig. Das aktuell eher theoretisch und nicht flächendeckend bestehende Behandlungsangebot im Lebensumfeld des Patienten muss dringend weiterentwickelt und flexibilisiert werden. Bei begrenzten Ressourcen (finanziell und personell) kommt der Koordinationsleistung sowie der fachärztlichen Indikationsstellung und Behandlungsplanung eine zentrale Rolle zu.

Empfehlungen:

1. Weiterentwicklung der StäB zu einer breiten Versorgungsmöglichkeit und sog. „Home-Treatment“ sowie Ermöglichung dieser Versorgungsform durch den ambulanten vertragsärztlichen Versorgungsbereich
2. Flexibilisierung der Einbeziehung der medizinisch-psychotherapeutischen sowie sozialen Leistungserbringer unabhängig von Herkunfts-Sektor
3. Einheitliche Vergütung der komplexen und intensiven Behandlungsform im Lebensumfeld der Patienten
4. Indikationsgerechte und schweregradabhängige Versorgung der Patienten sowohl medizinisch-psychotherapeutisch als auch sozialmedizinisch
5. Die Behandlungsplanung muss diagnosegeleitet erfolgen, den Gesamtbehandlungsplan sollte ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder Facharzt für Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie) entwickeln und koordinieren.
6. Ermöglichung der patienten-individuellen Behandlungsplanung mit Einbeziehung aller zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten unabhängig vom Träger der „StäB“ (oder Äquivalent) unter fachärztlicher Leitung

III. Ambulante, abgestimmte multiprofessionelle Hilfemixe, aus einer Hand bzw. koordiniert wie aus einer Hand (amb. Komplexeleistungen)

Modellprojekte, Selektivverträge und insbesondere, dass durch den Innovationsfonds geförderte NPPV-Projekt im KV-Bereich Nordrhein nehmen die ambulante Komplexbehandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Fokus. Etabliert ist in Deutschland flächendeckend die ambulante vertragsärztliche Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Neben der hausärztlichen Versorgung bestehen medizinisch psychiatrische, sowie psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten. Durch entsprechende Verordnungen können soziotherapeutische Maßnahmen, sowie Unterstützung im Rahmen der Ambulanten psychiatrischen Pflege verordnet werden. Allerdings erfolgen ambulant die Behandlungsstränge bestenfalls parallel und fast nie verknüpft. Hier schlummern nicht genutzte Ressourcen im Versorgungssystem.

Nahezu alle medizinisch-psychotherapeutischen Behandlungen, sowie sozialmedizinische Hilfen sind ambulant möglich und werden auch angeboten. Durch eine Vernetzung und verbindliche Kooperation der Akteure untereinander kann ambulante Behandlung intensiviert erfolgen, niedrighschwellig Zugang zu Behandlung ermöglichen und stationäre Behandlung verhindert oder verkürzt werden. Darüber hinaus können vorhandene Ressourcen identifiziert und mobilisiert werden.

Entscheidend für multiprofessionelle Behandlungsansätze ist die Definition der Kooperation und die Koordination der Behandlung, sowohl individuell patientenzentriert als auch für die Etablierung eines Behandlungsnetzes mit entsprechenden Einzel- und Gruppentherapieangeboten in der Region.

Der Gesetzgeber hat den dringenden Verbesserungsbedarf erkannt und hat den G-BA beauftragt eine Richtlinie zur koordinierten berufsgruppenübergreifenden Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu erarbeiten

Empfehlungen:

1. **Erweiterung der kooperativen Behandlungsmöglichkeiten** für eine intensivierete ambulante Behandlung durch den vertragsärztlichen Sektor (insbesondere für Fachärzte für Psychiatrie, psychiatrisch tätige Nervenärzte und Psychotherapeuten):
 - a. Gründung sozialpsychiatrischer Praxen mit der Möglichkeit, Psychotherapeuten, Sozialpädagogen, oder andere Therapeuten zu beschäftigen, um multiprofessionelle Behandlung zu ermöglichen
 - b. Ermöglichung der vernetzten Versorgung durch einzelne Praxen
 - c. Verpflichtung der Versorger in einer Region Vernetzung zu gestalten und Behandlungsverbünde zu gründen. Berufsgruppenübergreifende Behandlung mit Behandlungskontinuität von der Akut-/Krisensituation bis zur Rehabilitation sollte als Ziel definiert werden.
 - d. Rehabilitationsphasen nach psychischen Erkrankungen sollen im Lebensumfeld der Patienten durch das vertraute Behandlungsteam ermöglicht werden. Dabei muss eine Einbeziehung von Leistungserbringern aus anderen SGB-Bereichen ermöglicht werden.

- e. Die ambulant intensivierete Komplexbehandlung muss bei schweren psychischen Erkrankungen auch langfristig möglich sein.
- 2. Kostendeckende Finanzierung der intensiv ambulanten Versorgung**
 - a. Vergütung der einzelnen Tätigkeitsanteile: medizinisch, psychotherapeutisch, sozialpädagogisch, ...
 - b. Vergütung des Koordinationsaufwandes sowohl in der Schwerpunktpraxis als auch in einem Netzwerk
- 3. Gesamtverantwortliche Steuerung der patientenzentrierten Versorgung durch die Facharzt-Praxis** und mittels Delegation der Koordinierungsleistung an geeignete und entsprechend ausgebildete und geschulte Mitarbeiter

IV. Kooperationsstrukturen mit Qualitätsstandards (Gemeindepsychiatrische Verbände)

Kooperationsstrukturen in Gemeinden sind regional sehr unterschiedlich ausgeprägt. Als Gemeindepsychiatrische Verbände formieren sich meist institutionsgeleitete Verbände aus verschiedenen Versorgungssektoren und -ebenen. Daneben haben sich vielerorts informelle Kooperationen von medizinisch-psychotherapeutischen mit sozialmedizinisch-pflegerischen Versorgern und Anbietern der Eingliederungshilfe etabliert. Insbesondere Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf benötigen eine abgestimmte Versorgung in verschiedenen Lebensbereichen. Für eine breite Versorgung der Menschen mit psychischen Erkrankungen in Akutsituationen und Krisen aber auch bei der Reintegration in den sozialen Raum müssen tragfähige und transparente kooperative Versorgungsstrukturen entwickelt werden, die gemeinsame Qualitätsstandards definiert haben.

Empfehlungen:

1. Etablierung von Vernetzungsstrukturen in einer Region insbesondere durch Einführung einer Koordinierungsfunktion für die unterschiedlichen Maßnahmen. Abbildung gemeinsamer Qualitätsstandards
2. Kostenübernahme der Koordinierungs- und Vernetzungsarbeit und der erforderlichen personellen Ressourcen (z. B. MfA in den fachärztlichen Praxen, Sozialarbeiter der PIA, etc.).
3. Entwicklung eines hybriden und ausreichend kalkulierten Vergütungssystems insbesondere für die Maßnahmen, die eine stationäre Behandlung vermeiden oder verkürzen

V. Digitales Versorgungsnetz

Um eine koordinierte und vernetzte Versorgung durch verschiedene Leistungserbringer zu ermöglichen, bedarf es einer einheitlichen Dokumentation, auf die alle diejenigen Zugriff haben, die an der Versorgung eines Patienten beteiligt sind. Gleichzeitig muss die Integrität des Patienten unangetastet bleiben.

Eine gemeinsame digitale Akte muss also anwenderfreundlich sein und gleichzeitig den nötigen Schutz vor Zugriffen von außen gewährleisten.

Empfehlungen:

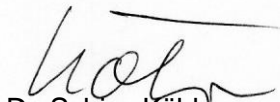
- Sicherere und unkomplizierte sektorenübergreifende Kommunikation zwischen Leistungserbringern
- gemeinsamer Zugriff auf die elektronische Patientenakte
- digitale „Börse“ für offene Therapieplätze und Gruppen – dies könnte über die mittlerweile etablierten Terminservicestellen der KV erfolgen
- Videobehandlung über die Plattform – auch Ermöglichung von Gruppenbehandlungen
- Einbindung digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA) in die Plattform, sodass Patienten Therapieprogramme sektorenübergreifend „mitnehmen“ und die Inhalte ihren jeweiligen Behandlern zur Verfügung stellen können – Anwendungen müssen im Vergütungssystem der KV abgebildet werden

Während einzelne Funktionen bereits von bestehenden digitalen Angeboten erfüllt werden, steht eine Integration aller Funktionen auf einer sicheren Plattform noch aus. Richtungsweisende Beispiele für digitale Plattformen finden sich im Rahmen der Innovationsfonds Projekte NPPV sowie beim telemedizinischen Expertenkoncil ZNS (<https://www.zns-konsil.de>).

Die digitale Basis für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, ist auf allen politischen Ebenen, auch im G-BA hinsichtlich der SKV-Richtlinie und bei der Weiterentwicklung der Telematikinfrastruktur, mitzudenken.

Handlungsleitend für die Entwicklung der gemeinsamen digitalen Plattform soll die Datensicherheit und die effiziente Unterstützung der Regelversorgung sein. Die Digitalisierung im Gesundheitswesen soll Informationsflüsse optimieren, aber kein Selbstzweck sein oder gar zu erhöhtem Dokumentationsaufwand führen – Doppelstrukturen sind zu vermeiden.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Sabine Köhler
Vorsitzende BVDN



Dr. Klaus Gehring
Vorsitzender BVDN



Dr. Christa Röth-Sackenheim
Vorsitzende BVDP