

Stellungnahme zur Erstfassung der Richtlinie über die strukturierte und koordinierte Versorgung psychisch kranker Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf nach § 92 Abs. 6b SGB V

Arbeitskreis der Chefarzte*innen von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern Deutschlands (ackpa)				
25.01.2021				
§	Absatz	Ggf. Position	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
1	2	alle - „besser als bestehend“	Eine bessere Verknüpfung bestehender Versorgungsformen.	<p>Es ist zu begrüßen, dass sich der Gesetzgeber und der G-BA mit der Verbesserung der Behandlungssituation von Menschen befassen, die von schweren Verläufen psychischer Erkrankungen betroffen sind und sich in dem fragmentierten System psychosozialer Hilfen in unserem Gesundheitssystem schwer zurechtfinden.</p> <p>Unverständlich ist aus Sicht von ackpa warum zur Erreichung dieses Ziels der Weg einer neuen Versorgungsform mithilfe eines Konstruktes von Netzverbänden beschritten werden soll.</p> <p>Unserer Auffassung nach wäre eine Stärkung der koordinativen Aufgaben der Psychiatrischen Institutsambulanzen, die nach § 118 SGB V ermächtigt sind, für diese Personengruppe zielführender. Die Aufgabe, diese Koordination in Richtung der niedergelassenen Fachärzte und Psychotherapeuten zu erweitern, könnte für alle Beteiligten mit der Verwendung entsprechender Gebührensatzungen in den jeweiligen Abrechnungssystemen realisiert werden. Dadurch könnte die Hilfeplanung und -umsetzung in größeren Systemen für diese Patient*innengruppe mit einer auskömmlichen Finanzierung ohne überbordenden bürokratischen Aufwand unterstützt werden.</p> <p>Mit dem nun vorliegenden Beschluss wurde eine neue Versorgungsform mit administrativen Inhalten geschaffen, wo es galt, die bestehenden Versorgungsformen besser</p>

				<p>zusammenzufassen und Synergien zu befördern. Diese inzwischen typisch zu nennende Form der Antwort auf die strukturelle Grundlage unseres Gesundheitssystems zeigt daher bekannte Probleme vorangegangener Regelungen: kleinteilige Kontrolle von Teilschritten, überbordende Regularien und zusätzlicher administrativer Aufwand mit dem explizierten Ziel, eine Verbesserung der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure zu erreichen. Diese Form eines Verbesserungsversuches kann dem Aufeinandertreffen von komplexen Patient*innenbedarfen und komplexen Helfer*innensystemen nicht gerecht werden. Unsere Patient*innen und deren Bezugspersonen benötigen flexible personenzentrierte und in der Therapieprozessbegleitung fachkundige Expertise, die in der Lage ist, sich auf diskontinuierliche Verläufe angemessen einzustellen. Wenn diese Versorgungsform diesen Auftrag anders als in der vorliegenden Fassung mit einbeziehen soll, ist eine Überarbeitung der Richtlinie in ihrer Gänze zwingend notwendig. Ein Vorschlag dazu ist in dem DGPPN-Modell für eine gestufte und koordinierte Versorgung zu finden (DGPPN-Standpunkte für eine zukunftsfähige Versorgung (S.20) www.dgppn.de/leitlinien&publikationen/dossier.html)</p>
1	2	KBV/DKG/PatV- „und strebt somit an, eine leicht erreichbare und wohnortnahe Angebotsstruktur...“	<p>Zeitnaher Zugang und hohe Hürden zu einer solchen Versorgungsform sind entgegengesetzte Anforderungen. Dieses Ziel ist mit der Versorgungsform, die in dieser Richtlinie entwickelt wird, nicht zu erreichen. Die Richtlinie bedarf daher in Gänze der grundsätzlichen Überarbeitung.</p>	<p>Verbesserungsbedürftig ist insbesondere der zeitnahe Zugang zu berufsgruppenübergreifender, koordinierter und strukturierter Versorgung für Menschen, die an schwerwiegenden psychischen Störungen leiden, die mit einer hohen Wahrscheinlichkeit für chronische Verläufe behaftet sind und daher häufig mit Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft einhergehen.</p> <p>Aus Sicht von ackpa sind Menschen, deren umfassender Versorgungsbedarf bereits bekannt ist, im Rahmen der Behandlungsmöglichkeiten durch die Psychiatrischen Institutsambulanzen bereits jetzt gut zu versorgen. Zu verbessern wäre die Möglichkeit der Wahrung therapeutischer Kontinuität (vorbestehende psychiatrisch –psychotherapeutische Behandlung im KV-Bereich bei Verschlechterung), ergänzende Gruppenangebote durch eine PIA sowie die Vergütung des</p>

				<p>Austausches zwischen den Akteuren mit Patient*innen und ihren Angehörigen in Form von Netzwerk- und/oder Hilfeplangesprächen auch rechtskreisübergreifend im Kontext der erbrachten Hilfe (aufsuchend in der Häuslichkeit oder z.B. in der Praxis oder Ambulanz) durch entsprechend veränderte Vorgaben (Umgang mit sog. Doppelstrukturen) und eine Einführung von entsprechenden Vergütungsziffern.</p> <p>Das, was der hier formulierten Zielstellung zuträglich wäre, wird mit dieser Richtlinie verfehlt.</p> <p>Prüfung von Zuständigkeiten, wie z.B. Feststellung von Subsidiarität, führt in aller Regel zu Zeitverzug und ist daher dem Zweck nicht dienlich. Komplexe Unterscheidungen, welche PIA im Sinne dieser Richtlinie welche vertragliche Bindung hat, sind für die Verfügbarkeit der Akteure in der Region daher ebenfalls nicht zweckdienlich und aus unserer Sicht abzulehnen (siehe auch § 5.6 und 11 dieser Richtlinie).</p> <p>(siehe auch Tragende Gründe KBV zu § 1:</p> <p>„...Die Komplexversorgung tritt somit explizit nicht an die Stelle bestehender Versorgungsangebote wie das der Psychiatrischen Institutsambulanzen. Diese werden weiterhin insbesondere dann subsidiär tätig, wenn die Therapieziele mit den Mitteln der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V nicht erreicht werden können oder aber die zur Verfügung stehenden Ressourcen des Netzverbundes nicht ausreichen.“)</p>
2	1	GKV-SV	Menschen, die an psychischen Störungen leiden, die mit einer hohen Wahrscheinlichkeit für chronische Verläufe behaftet sind und daher häufig mit Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft einhergehen.	Hier bestimmte Diagnosen zu nennen, ist willkürlich und inkonsistent. Ebenso beschreiben bereits eingetretene erhebliche Einschränkungen (z.B. GAF-Wert) Zustände, die sensu § 1 verhindert werden sollen. Auf Abs. 2 kann dann verzichtet werden.

2	2	GKV-SV „Eine weitere Voraussetzung für eine Behandlung nach dieser Richtlinie ist eine hinreichende Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit. „	Streichung dieser Voraussetzung	Begründung: Die „Mitwirkungsfähigkeit“ (cave: dieser Begriff ist in der Tendenz entwertend!) ist in dieser Patient*innengruppe sehr häufig beeinträchtigt. Diese Voraussetzung ist daher inkonsistent: wer das kann, erhält (irgendwann) auch die Hilfen, die benötigt werden
3	1	KBV „Fachärzte für Neurologie“	Diese Facharztgruppe sollte hier nicht genannt werden.	Das sog. Fremdjahr im Gebiet Psychiatrie & Psychotherapie im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt/ärztin für Neurologie ist in erste Linie dazu gedacht, die differentialdiagnostischen Kenntnisse im Übergang zwischen den Fachgebieten zu vermitteln und einen Einblick in die therapeutischen Möglichkeiten des Faches zu geben. Die Kompetenzen zur Durchführung komplexer Diagnostik- und Behandlungsprozesse bei schwer erkrankten Patient*innen können in diesem begrenzten Umfang nicht erworben werden. Bei der Frage der Empfehlung (siehe § 8) ist dies aus unserer Sicht anders zu beurteilen.
3	2+3	GKV-SV	Eine strukturierte und koordinierte Versorgung dieser Patient*innengruppe erfordert das Prinzip der Regionalen Verantwortung und die enge Zusammenarbeit mit den jeweilig vor Ort versorgenden Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie mit ihren Institutsambulanzen.	Hier wird der gesetzliche Auftrag der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA (§ 118 SGB V Abs. 1 und 2) infrage gestellt. Die hier beschriebene neue Versorgungsform ist zweckdienlich ohne diesen Auftrag der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern mit Psychiatrischen Institutsambulanzen (§118 SGB V, Abs.2) und in Fachkrankenhäusern mit Psychiatrischen Institutsambulanzen (§118 SGB V, Abs. 1) nicht denkbar. Grundsätzlich vertritt ackpa die Auffassung, dass eine strukturierte und koordinierte Versorgung dieser Patient*innengruppe ohne die Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie mit ihren Institutsambulanzen nicht möglich ist und diese daher als Teil des Behandlungsangebots unverzichtbar sind.
3	5	DKG: „Für jeden Leistungserbringer gelten die jeweiligen	Der Vorschlag der DKG ist unbedingt zu übernehmen	Es ist notwendig, unmissverständlich klar zu stellen, dass bestehende und funktionierende Unterstützungssysteme nicht aufzulösen oder zu gefährden sind. Vielmehr ist die Abstimmung untereinander gemeinsam mit den Patient*innen z.B. mithilfe von

		leistungsrechtlichen Grundlagen“		Netzwerkgesprächen und Hilfeplankonferenzen zu fördern. Diese Leistungen sind zu vergüten. Daher ist bei Überarbeitung der Richtlinie darauf hinzuwirken, dass ergänzende Einzel- oder Komplexleistungen der Kontextarbeit in die bestehenden Vergütungssysteme der beteiligten Akteure eingefügt werden.
4	3	GKV-SV, DKG, KBV, Pat-V	Die vor Ort an der Versorgung beteiligten Akteure arbeiten in geeigneten Konsultationsformen wie z.B. Netzwerkgesprächen und Hilfeplankonferenzen kontinuierlich zusammen. Ziel ist die hilfreiche Verknüpfung der unterschiedlichen Unterstützungsangebote für die jeweiligen Patient*innen. Die Patient*innen und ihre nächsten Bezugspersonen werden in diesen Prozess und dessen Begleitung zentral eingebunden.	Die genannten Teilnehmenden der Netzverbände (insbesondere KBV-Vorschlag) gehen an einer realistischen Umsetzung dieser Versorgungsform im gesamten Bundesgebiet völlig vorbei. Aktuell wäre so etwas nur umsetzbar in Ballungsräumen oder in Großstädten. Aber auch dort dauert es aktuell in der Regel ein Jahr bis ein Mensch mit einer psychotischen Ersterkrankung eine fachkundige Behandlung erhält. Organisational muss die Einführung einer neuen Versorgungsform aber grundsätzlich unabhängig vom besonderen Engagement und Willen einzelner Akteure sein. Dies ist bei der hier dargestellten Regelung nicht zu erwarten. Insbesondere die Umsetzung in bundesländerübergreifenden Regionen erscheint völlig unrealistisch, wenn z.B. auch noch mehrere KV` en zu beteiligen wären.
4	4	GKV-SV	Siehe Änderungsvorschlag zu Abs.3, in dessen Logik Abs. 4 entfallen müsste. Es gilt also gleichermaßen: „ Die vor Ort an der Versorgung beteiligten Akteure arbeiten in geeigneten Konsultationsformen wie z.B. Netzwerkgesprächen und Hilfeplankonferenzen kontinuierlich zusammen. Ziel ist die hilfreiche Verknüpfung der unterschiedlichen Unterstützungsangebote für die jeweiligen Patient*innen. Die Patient*innen und ihre nächsten Bezugspersonen werden in diesen Prozess und dessen	Grundsätzlich ist eine Versorgung der genannten Patient*innengruppe nur mit Beteiligung der regional versorgenden Krankenhäuser und deren Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie mit einer Institutsambulanz nach § 118 Abs 1 oder 2 SGB V denkbar. Jede andere Regelung geht an den Bedarfen und Bedürfnissen dieser Patient*innengruppe vorbei und wird daher von ackpa nicht unterstützt.

			Begleitung zentral eingebunden.“	
4	6	GKV-SV	dieser Absatz ist ersatzlos zu streichen	Dieser Absatz beschreibt eine Überregulierung und zusätzliche Stigmatisierung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen: Die Störungsgruppen des Kapitels F1 der ICD 10 sind psychische Störungen und damit Teil des psychiatrischen Fachgebietes. Sonderregelungen sind daher weder notwendig noch zweckdienlich.
4	7+8	GKV-SV, KBV	Die zuständige und ggf. in der Region angrenzenden KVn werden über die Form und Organisation der regelmäßigen Zusammenarbeit der Akteure für diese Patient*innengruppe informiert.	Wenn eine vernetzte Zusammenarbeit aller versorgenden Akteure in der Region Erfolg haben soll, sind die genannten KVn hierüber zu informieren um diese Vernetzung in den jeweiligen Mitgliedergruppen zu vermitteln und bekannt zu machen sowie fortlaufend zu aktualisieren. Eine Genehmigungspflicht dieser Kooperation besteht aus unserer Sicht nicht und würde zudem eine weitere Hürde darstellen.
5		KBV „Bezugsarzt / Bezugspsychotherapeutin“	Bezugsarzt/ärztin	Da es sich um schwergradig erkrankte Patient*innen handelt, halten wir es für wesentlich, dass es eine/n kontinuierlichen ärztliche/n Behandler/in gibt, der für Fragen ärztlicher Stellungnahmen, Pharmakotherapie und Indikationsstellung von Behandlungsformen zuständig ist. Diese Funktion kann durch eine/n Psychotherapeutin/en nicht ausgefüllt werden.
6	1	GKV-SV, Pat.-V. „nichtärztliche koordinierende Person“	Aus der Gruppe der an der Behandlung eines Patienten beteiligten Akteure entscheidet sich der Patient/in für eine koordinierende Bezugsperson.	Eine neue Schnittstelle ist abzulehnen. Diese Funktion kann und wird durch Mitarbeitende einer PIA schon jetzt oft eingenommen und ist als Anreiz in die Vergütungssysteme zu übernehmen. Siehe auch Tragende Gründe: Die kleinteiligen Aufgabenvorschläge insbesondere des GKV-SV sind maximal intrusiv für die Zielgruppe und damit kontraproduktiv. Zugespitzt: Patient*innen die das können, brauchen diese Versorgungsform nicht.
7		GKV-SV	In kontinuierlicher Auftragsklärung und Therapieprozessevaluation ist gemeinsam mit den	Der Paragraph ist in Gänze überreguliert. Mehr Administration wird zu weniger hilfreicher bedarfs- und bedürfnisorientierter konkreter Arbeit führen und ist kontraproduktiv für Recovery und

			Patient*innen und ihren Bezugspersonen zeitnah zum entstandenen Bedarf die Form der Zusammenarbeit zu vereinbaren und im Verlauf anzupassen.	Empowerment dieser Patient*innengruppe. Siehe auch Tragende Gründe
8		alle	Alle an der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in der Region beteiligte Akteure sind für diese Patient*innengruppe zuständig und beteiligen sich an der Zusammenarbeit. Die Empfehlung für eine vernetzte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sollte allen ärztlichen Fachdisziplinen möglich sein.	Die Latenz zwischen Kontakt mit dem Hilfesystem und zeitnaher Aufnahme einer vernetzten Behandlung in der genannten Patient*innengruppe muss unbedingt verkürzt werden. Zugangshürden müssen daher umfassend beseitigt werden.
9		GKV-SV	Am Einzelfall orientierte Vorgehensweisen werden mit Patient*innen und ihren Bezugspersonen erarbeitet. Dies beinhaltet auch das Angebot von aufsuchenden Hilfen.	Anreize zur einseitigen Bereitschaft für aufsuchende Arbeit auf Seiten der Helfer sollten geschaffen werden, aber keine Pflicht, diese in der Häuslichkeit zu empfangen und schon gar nicht in der Häufigkeit von Hausbesuchen oder Kontakten (siehe Tragende Gründe). Der Begriff der „Eignung“ des häuslichen Umfeldes ist entwertend und ausgrenzend und daher unbedingt zu streichen.
11		GKV-SV	Die Vorgehensweise ist unter den Prinzipien von maximaler Flexibilität und Personen-/ Kontextorientierung mit den Patient*innen und Bezugspersonen in geeigneten Formen von Netzwerkgesprächen zu vereinbaren und im	Detaillierte Vorgaben sind inakzeptabel, da in Abhängigkeit von Bedarf und Bedürfnis von Patient*innen und Kontext im Verlauf zu entscheiden ist. Gesamtplanungen sind sperrige Konstrukte, die dieser Aufgabe nicht gerecht werden können.

			Behandlungsprozess anzupassen.	
13		GKV-SV	<p>Die Vorgehensweise ist anlassunabhängig z.B. im Rahmen von Netzwerk- und Hilfeplangesprächen gemeinsam mit den Patient*innen und ihren Bezugspersonen anzupassen oder fortzuschreiben. Die persönliche Kontinuität in der Behandlung ist auch bei der Beendigung von Behandlungsprozessen mit den Patient*innen zu wahren, wenn sie selbst dies als hilfreich erleben. Unbedingt ist über die Dauer der Unterstützung im Einzelfall in Würdigung und Abwägung von Bedarf und Bedürfnis der Patient*innen zu entscheiden. In nicht anlassbezogenen Netzwerkgesprächen soll daher mit den Patient*innen regelmäßig überprüft werden, welche Hilfen sich als nützlich erwiesen haben, welche nicht mehr gebraucht werden und welche es für die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung von erreichten Teilschritten unbedingt zu bewahren gilt und wie diese fortgeführt werden können.</p>	<p>Die hier formulierten Regelungen setzen Anreize, dass schwer zu erreichende Patient*innen diese Versorgungsform nicht angeboten bekommen und sie dann auch nicht erhalten. Die Zielerreichung von 1 Jahr ist bei o.g. Verläufen zu kurz bemessen. Der Paragraph setzt eindeutige Fehlanreize dafür, dass Besserungen nicht stabil werden, weil dadurch die persönliche Kontinuität der Behandlung gefährdet würde. Gerade schwer kranke Patienten haben eine feinfühligere Intuition für solche Paradoxien und durch die aus ihnen entstehende intrapsychische Spannung wird die Aufrechterhaltung von Psychopathologie gefördert. Der Abschnitt ist daher in der vorliegenden Form kontraproduktiv und führt am Ziel (§ 1) vorbei.</p>

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung Anfang Mai 2021

Arbeitskreis der Chefarzte*innen von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an
Allgemeinkrankenhäusern Deutschlands (ackpa)

Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<input type="checkbox"/>
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	<input type="checkbox"/>
Wir nehmen nicht teil. Auch bei zeitlichen Änderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	<input type="checkbox"/>