

Versorgung nach der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

### ***Vorbemerkung der Fragesteller***

Im Kontext zahlreicher Studien, die für Deutschland eine nicht dem Bedarf entsprechende Versorgung mit ambulanter Psychotherapie belegen, stellen wir unsere Fragen zur obigen KSVPsych-RL. Wir sehen diese Problematik in ähnlicher Weise auch bei der Schaffung von berufsgruppenübergreifenden Netzverbänden. Fehlendes Personal und fehlende Kassenzulassungen und die seit 2016 bestehenden Versuche eine Änderung der psychotherapie-Richtlinie, das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) und zuletzt auch die Anpassung der Bedarfsplanungsrichtlinie durch den G-BA, die zum Ziel hatten, die Versorgung zu verbessern und die vielfach beschriebene Wartezeitenproblematik zu beheben (s. Gutachten des Sachverständigenrates zur Entwicklung im Gesundheitswesen, 2018: [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten\\_2018\\_WEBSEITE.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf)) sind aus unserer Sicht gescheitert. Wir sehen bei bestehender kritischer Versorgungslage und sich abzeichnender Verschlechterung durch qualifiziertes Personal und anderer Berufsgruppen eher eine flächendeckend zunehmende Unterversorgung.

Auch nach Einführung der Terminservicestellen (TSS) ist die Versorgung nicht bedarfsdeckend (s. hierzu die Stellungnahmen der Bundespsychotherapeutenkammer:

Die BPTK hält die geänderte Bedarfsplanungsrichtlinie in diesem Sinne für kontraproduktiv (s. <https://www.bptk.de/willkuerliche-berechnung-und-formaler-fehler/>)

Immer noch werden aufgrund der existierenden Zulassungsbeschränkungen fachlich hoch qualifizierte und spezialisierte Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen nicht zur Versorgung im GKV-System zugelassen.

Die Wahrnehmung aus Sicht der Klientinnen und Klienten und Selbsthilfevertretern ist, dass das therapeutische und psychiatrische Angebot und die therapeutische und psychiatrische Beziehung zu ihrem Bedarf passen müssen. Dies ist ein wichtiger Prädiktor des Ergebnisses der Therapie. Fehlende Passung führt zu Abbrüchen der Therapie (s. [Ärzteblatt: Gründe für Therapiewechsel fehlende Passungen demotivieren](#)) und mangelhaften Behandlungsergebnissen. Dies gilt in gleicher Weise für die jetzt mit der GB-A Richtlinie auf den Weg gebrachten KSVPsych-RL und den darin aufgeführten Behandlern und in Aussicht gestellten Behandlungsmöglichkeiten.

Vor allem für vulnerable und marginalisierte Gruppen von Patienten und Patientinnen ist weiter in besonderem Maße der Zugang zum Versorgungssystem und zu einem passenden Therapeuten bzw. einer Therapeutin erschwert. Zu diesen gehören neben queeren Menschen auch geflüchtete Menschen, Menschen mit nichtdeutscher Muttersprache, Menschen mit als besonders schwerwiegend und schwer zu behandeln geltenden Störungsbildern wie schweren Depressionen, Borderlinestörungen, Traumatisierungen, Menschen mit bipolarer Störung und Störungsbildern aus dem psychotischen Formenkreis, Menschen mit einer Suchterkrankung, Menschen mit geistiger Behinderung und auch psychisch kranke Täter oder pädosexuelle Personen.

*Unsere Vorbemerkung unter Verwendung von Textauszügen und Verlinkungen der Drucksache 19/25950 (Deutscher Bundestag-19. Wahlperiode)*

Durch die genannte Richtlinie soll nun für die schwer psychisch kranken Versicherten mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf ein Angebot vorgehalten werden, dass sowohl den Betroffenen (und damit vielfach auch deren Angehörigen) einen leichteren Zugang verschafft. Leistungserbringer und Kostenträger sollen durch personal- und kostenintensive Doppelbehandlungen entlastet werden. Betroffenen wird „schnelle Unterstützung“ zugesagt; eine Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten sowie die Möglichkeit der Versorgung in der häuslichen Umgebung soll erreicht werden.

Im Selbsthilfe Verbund Psychiatrie-Erfahrener in RLP halten wir die KSVPsych-RL für einen lange notwendigen und richtigen Einstieg in eine Versorgung aller von psychischen Beeinträchtigungen betroffenen Menschen - je nach Diagnose und feststellbarem Schweregrad.

Unsere Fragen beziehen sich deshalb hauptsächlich auf die praktikable Durchführbarkeit hinsichtlich personeller und finanzieller Ressourcen und Möglichkeiten.

### ***Grundsätzliche Fragen:***

1. Besteht nach Ansicht der KV-RLP zum gegenwärtigen Zeitpunkt ein Versorgungsmangel bei den in dieser Richtlinie aufgeführten Berufsgruppen?
2. Gibt es Überlegungen von Seiten der KV-RLP, die vertragsärztliche Versorgung neu zu planen, um regionale berufsgruppenübergreifende Verbünde entstehen zu lassen?
3. In wessen Verantwortungsbereich (Ansprechpartner) liegen die organisatorischen Fragen, im Zusammenhang mit der KSVPsych-RL bei der KV-RLP, die für die Netzwerke entstehen?
4. Gibt es zum gegenwärtigen Zeitpunkt bereits abgeschlossene Kooperations-Verträge mit einem berufsgruppenübergreifenden Netzwerk in RLP? Wenn ja, wo?
5. Gibt es Überlegungen in der KV-RLP hinsichtlich der Anzahl von vertraglichen Abschlüssen innerhalb des Evaluationszeitraumes von 5 Jahren ?
6. Mit welchem erhöhten oder eingesparten Kosten wird hier gerechnet?
7. Gibt es ökonomische oder dienstverpflichtende Anreize für medizinische Fachkräfte / Landeslinik, um sich einem Netzverbund anzuschließen oder an einem solchen aktiv zu beteiligen?

### ***Fragen zu einzelnen Paragrafen dieser Richtlinie:***

#### **§1 ZWECK und VERSORGUNGSZIELE**

Wie will man unter Kenntnisnahme unserer Vorbemerkungen bedarfsgerechte Behandlungsangebote sicherstellen und eine gezielte Überleitung in eine sich anschließende Regelversorgung gewährleisten?

#### **§ 3 TEILNAHMEBERECHTIGTE LEISTUNGSERBRINGER:INNEN**

1. Welche Erkenntnisse hat die KV-RLP von der Anzahl an Betroffenen, die von der KSVPsych-RL in RLP profitieren könnten, bzw. einen rechtlichen Versorgungsanspruch anmelden könnten?
2. Wie soll mit intermittierend und temporären Schwankungen im Verlauf schwerer psychischer Erkrankungen umgegangen werden. Gibt es ein No-Return oder ein anderes Ausschlusskriterium für die Aufnahme, Beendigung oder Fortsetzung bei Inanspruchnahme von regionalen Netzverbänden?
3. Gibt es Öffnungsklauseln für besondere Fallkonstruktionen (z.B. Obdachlosigkeit, ständigem Wohnortwechsel, Krankenkassenwechsel, ect.)
4. Gibt es bis zur Feststellung eines „komplexen Behandlungsbedarfs“ bereits Möglichkeit präventiver Maßnahmen z. B. bei „bekannten Fällen“, die sich zeitweise ohne Symptome zeigen, dann aber sehr schnell remittieren können und auf ein vertrautes Netzwerk von Behandlern angewiesen sind?
5. Welche Chancen bestehen aus der bisher in der KV-RLP bekannten Praxis und der von uns aufgezeigten Problematik von Wartezeiten / Wartelisten eine ausreichende Anzahl (mindestens zehn Ärzte/ Psychotherapeuten, Leistungserbringer der Ergo- oder Physiotherapie und der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege und einem psychiatrischen Krankenhaus mit Vollversorgungsauftrag) vertraglich zu verpflichten?
6. Was geschieht, wenn die erforderliche Anzahl von Netzwerkpartnern nicht erreicht werden kann, weil sich zu wenige daran beteiligen wollen / können? Gibt es Möglichkeiten die Mindestanzahl zu unterschreiten oder mit anderem nichtmedizinischem Personal aufzustocken?

Die organisatorische Arbeit der Versorgung soll einer „nichtärztlichen Person“ obliegen; dies können Sozio- oder Ergotherapeuten, MFA, psychiatrische Krankenpflegekräfte, Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen sein. Voraussetzung: **eine mindestens zweijährige Erfahrung in der Versorgung von Patienten mit psychischen Krankheiten** haben.

1. Gibt es außer den oben genannten Personenkreisen, nichtmedizinische Kräfte, die eingebunden werden dürfen, um das Versorgungsziel nach §1 Abs. 3 Nr. 9 zu erreichen?
  - a. Gibt es eine Anbindung von Peers / Genesungsbegleitern\*Innen?
  - b. Welche Voraussetzungen müssen, für die unter (a) genannten Personenkreise erfüllt sein, um Leistungen über SGB V vergütet zu bekommen? (Zertifikate, Zeugnisse, sonstige Nachweise, ect.)
  - c. Sind die unter § 3 Nr.5 Abs. 8 genannten Selbsthilfeorganisationen/-Vertreter Teil eines berufsgruppenübergreifenden Netzwerkverbundes?
  - d. Welche Voraussetzungen müssen, für die unter (c) genannten Personenkreise erfüllt sein, um Leistungen über SGB V vergütet zu bekommen?
2. Wie soll die leicht erreichbare und wohnortnahe Angebotsstruktur in einem Flächenland Rheinland-Pfalz erreicht werden?

## § 6 AUFGABEN und ORGANISATION

Das Leistungsspektrum, das aus dem Netzverbund heraus organisiert wird, soll über den Rechtskreis des SGB V hinaus reichen.

1. Gibt es Erkenntnisse der KV-RLP wie die überbrückungsfreie Zusammenarbeit über den Rechtskreis des SGB V hinaus praxisnah gewährleistet werden kann?

## § 7 ZUGÄNGE

Nach einem halben Jahr müssen die Voraussetzungen zur Teilnahme an der Netzversorgung durch den Bezugsarzt überprüft werden. Sind die Therapieziele nachhaltig erreicht, soll eine Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Regelversorgung erfolgen. Eine erneute Aufnahme in den Netzverbund sei möglich.

1. Ist eine dauerhafte Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit seitens des Betroffenen Voraussetzung zur Aufnahme in das Behandlungskonzept von Netzverbänden möglich?
2. Wie und von wem wird diese Behandlungs- und Mitwirkungsfähigkeit in der Praxis festgestellt?

## § 11 REGELUNGEN zur ERLEICHTERUNG des SEKTORENÜBERGANGS

Insbesondere die Übergänge von Krankenhaus / Reha-Maßnahmen in Betreute Wohnformen stellten bisher hohe Risiken wegen der unterschiedlichen Kostenträgern und deren Genehmigungsverfahren dar.

3. Wie soll sichergestellt werden, dass die frühzeitige Erfassung des Bedarfs an ambulanter Anschlussversorgung i.S. dieser Richtlinie sichergestellt ist.

§8 Abs. 4 schließt Parallelbehandlungen im Rahmen mehrerer Netzverbände aus.

1. Wie ist unter dieser Maßgabe die unterbrechungsfreie Versorgung für die Patient/Innen geregelt, die ihre Wohnorte wechseln (z.B. infolge ihres Krisenerlebens / vorübergehender Obdachlosigkeit / andere Formen von Abgängigkeit)
2. Welche Netzverbände sind nach §3 Abs. 2 als „Region“ definiert?
3. Wie groß sind die Einzugsgebiete für eine solche Versorgung?

## § 12 VERLAUFSKONTROLLE und BEENDIGUNG der VERSORGUNG

1. Wie häufig kann die die Versorgung von Betroffenen ohne Folgen für eine erneute Wiederaufnahme unterbrochen / abgebrochen werden?
2. Hat die Krankenkasse über ein Gutachten z.B. über den MDK ein Vetorecht?
  - a. Wenn ja, in welcher Form?
  - b. Welche Zeitintervalle sind problematisch / verpflichtende Anwesenheiten?
  - c. Wenn ja, erfolgt die Verlaufskontrolle unter Beteiligung / Mitwirkung des Patienten?
3. In Kenntnis, dass StäB von den Krankenkassen als zu unrentabel erscheint: Welche finanziellen Modelle gibt es von Seiten der KV-RLP, um die kostenreduzierende Versorgung in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen.
4. Gibt es bereits konkrete Überlegungen wie man die in der Richtlinie postulierte zeitnähere Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten außerhalb bereits angebundener Angebote realisieren möchte?
  - a. Wo können / sollen solche Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten entstehen oder bestehende genutzt werden?
  - b. Sollen es reine Sprechstunden für die Kontrolle, Anpassung und Rezeptierung von Medikamenten sein?
  - c. Darf sich darin der oftmals sehr individuelle Gesprächsbedarf der Betroffenen darin wiederfinden / kann dieser darin berücksichtigt werden?
  - d. Wie will man die in der Richtlinie angestrebte Verkürzung oder Vermeidung von stationären Aufenthalten zu erreichen?

## FRAGEN zur VERGÜTUNG der LEISTUNGSERBRINGER:INNEN

Wir haben gelesen, dass es für die Festlegung von Vergütungen einen Einheitlichen Bewertungsmaßstab in einem Bewertungsausschuss geben soll. Sofern dieser sich konstituiert hat:

1. Gibt es für nichtmedizinische Personenkreise einen Bewertungsmaßstab / Vergütungskatalog?
  - a.) für einen Soziotherapeuten
  - b.) häusliche Krankenpflege
  - c.) Genesungsbegleiter / Peer
  - d.) Assistenzdienstleister nach § 78 SGB IX)
2. Handelt es sich bei den Vergütungsmodellen / Bewertungsmaßstäben um
  - a.) Arbeitszeitmodelle oder
  - b.) Pauschalen?
3. Wonach wurden diese ggfls. bemessen? (z.B. Diagnosen / Komplexität, ect.)?
4. Gibt es Eingruppierungen (Bewertungsmaßstäbe) für an- und zugehörigen Personen, wenn sie sich am Netzverbund verpflichten / beteiligen, z.B. bei:
  - gemeinsamen Fallbesprechungen
  - Erstellung eines Gesamtplanes
  - Begleitungen, insbesondere während akuter Krisen oder instabiler Zeiten des Patienten:Innen?