

Ambulante Komplexbehandlung für schwer psychisch kranke Menschen

Auf dem Weg zu einer neuen Versorgungsform

T. Harfst

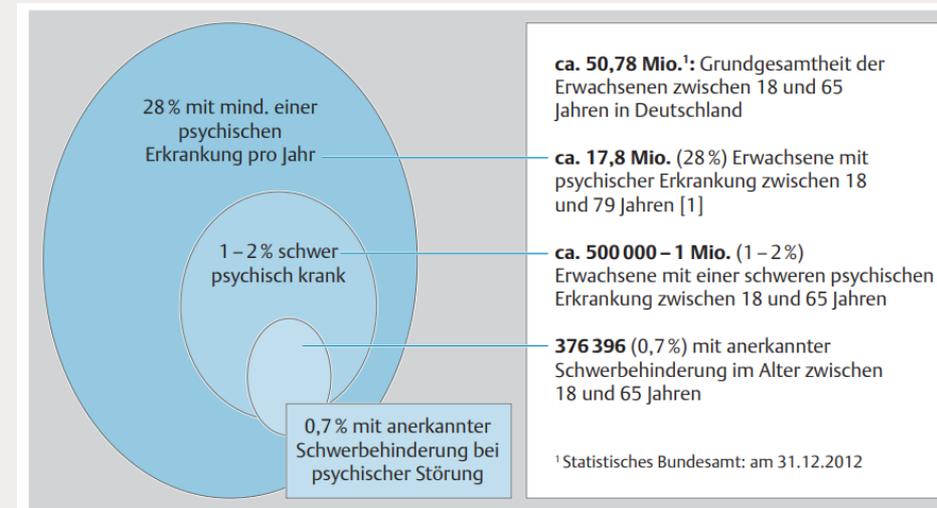
LPK RLP Web-Seminar „Wie können wir schwer psychisch kranke
Menschen gut behandeln“ | 6. Mai 2021

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen – um welche Patientengruppe geht es?

Was bedeutet schwer psychisch krank?

Diskutierte Kriterien:

- **Diagnose** psychischer Erkrankung - ggf. spez. Diagnosen (z.B. schwere Depression, bipolare Störung, Schizophrenie, schwere PS)
- **Dauer** der Erkrankung / Behandlung
- **Beeinträchtigungsschwere**
 - Ausbildung / Beruf
 - Familie und Freizeit
 - Wohnen und Alltagsfertigkeiten
- Formeller und informeller **Unterstützungsbedarf**



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

- stark fragmentiertes Versorgungssystem
- Brüche der Behandlungs- und Behandlerkontinuität an den Sektorengrenzen
- häufige (teils vermeidbare) stationäre Aufenthalte, hohe Wiederaufnahmerate
- Barrieren, lange Wartezeiten und fehlende Unterstützung beim Zugang zu leitlinienorientierter ambulanter Versorgung (ins. auch zur Psychotherapie)
- fehlende Abstimmung und Koordination der erforderlichen ambulanten Behandlungsangebote und Hilfen (insbes. jenseits SGB V)
- Mangel an ambulant-intensiven Versorgungsangeboten einschließlich aufsuchender Hilfen / Hometreatment
- unversorgte somatische Komorbidität

Versorgung für Patient*innen mit komplexem Behandlungsbedarf aufbauen

BPtK-Standpunkt



Politik für psychisch kranke Menschen

Handlungsbedarf in der nächsten
Legislaturperiode

2013

- **Versorgung für Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf aufbauen**

Für manche Patienten nimmt ihre psychische Erkrankung einen so schweren Verlauf, dass ein komplexer Behandlungsbedarf entsteht. Dies kann z. B. für Patienten mit psychotischen Erkrankungen, einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oder schweren Depressionen und Suchterkrankungen der Fall sein. Für diese Patientengruppen wechseln sich Phasen stationärer und ambulanter Versorgung häufig ab. Sie brauchen Behandlungskontinuität über die Sektorengrenzen hinweg (vertikale Integration) genauso wie eine Abstimmung zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen je nach Krankheitsbild, z. B. Ärzte, Psychotherapeuten, psychiatrische Krankenpflege, Soziotherapeuten sowie Sozialarbeiter (horizontale Integration). Seit der Psychiatrie-Enquete vor mehr als 30 Jahren versucht das deutsche Gesundheitssystem, für diese Patienten eine integrierte und ambulant orientierte Versorgung aufzubauen. Dies ist bis heute weder flächendeckend noch ausreichend leitlinienorientiert oder transparent gelungen.

Seite 12 von 20

BPtK-Standpunkt



Der Gesetzgeber sollte diese Unter- und Fehlversorgung beenden, indem er z. B. mit einem neuen § 116c SGB V „Ambulante Versorgung psychisch kranker Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf“ die gemeinsame Selbstverwaltung beauftragt, solche Versorgungsangebote aufzubauen bzw. die notwendigen Rahmenbedingungen für ent-

Lösungsansatz aus der stationären Versorgung

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB)

Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)

→ Einfügung eines § 115d SGB V

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld

- nur bei Indikation für Krankenhausbehandlung
- Teile der Behandlung im Auftrag auch durch ambulante Leistungserbringer erbringbar
- Behandlungsverantwortung bei Fachärzt*in
- Multiprofessionelles Behandlungsteam
- Wöchentliche Fallbesprechung mit mind. drei der beteiligten Berufsgruppen
- Täglicher direkter Patientenkontakt
- Kontinuierliche Erreichbarkeit des Behandlungsteams während des üblichen Tagesdienstes
- 24/7 Eingriffsmöglichkeit

Pressemitteilung

Schwer psychisch kranke Menschen besser versorgen BPTK fordert erhebliche Nachbesserungen am PsychVVG

Berlin, 17. Juni 2016: Schwer psychisch Kranke, die in ihrem Alltag stark eingeschränkt sind, müssen zu oft ins Krankenhaus. „Patienten mit einer Schizophrenie oder einer chronischen Depression müssen in akuten Krankheitsphasen oder Krisen zu häufig nur deshalb stationär behandelt werden, weil ausreichend intensive ambulante Versorgungsangebote fehlen“, kritisiert Dr. Dietrich Munz, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK). „Die Pläne der Bundesregierung, ein neues aufsuchendes Versorgungsangebot für schwer psychisch Kranke einzuführen, sind jedoch noch unausgereift und setzen einseitig auf die Leistungen von Krankenhäusern.“ Die BPTK fordert deshalb erhebliche Nachbesserungen am Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG), zu dem heute im Bundesgesundheitsministerium (BMG) die Anhörung zum Referentenentwurf stattfindet.

Das BMG will mit dem PsychVVG eine neue „stationsäquivalente Behandlung“ (§ 115d SGB V) einführen. Ist ein Patient „stationär behandlungsbedürftig“, soll das Krankenhaus seine Leistungen, die es auf Station erbringt, zukünftig auch ambulant im häuslichen Umfeld des Patienten einsetzen. „Die Einführung einer stationsäquivalenten Behandlung ist nicht geeignet, die Lücke zwischen ambulanter und stationärer Versorgung für schwer psychisch Kranke zu schließen“, stellt BPTK-Präsident Munz fest.

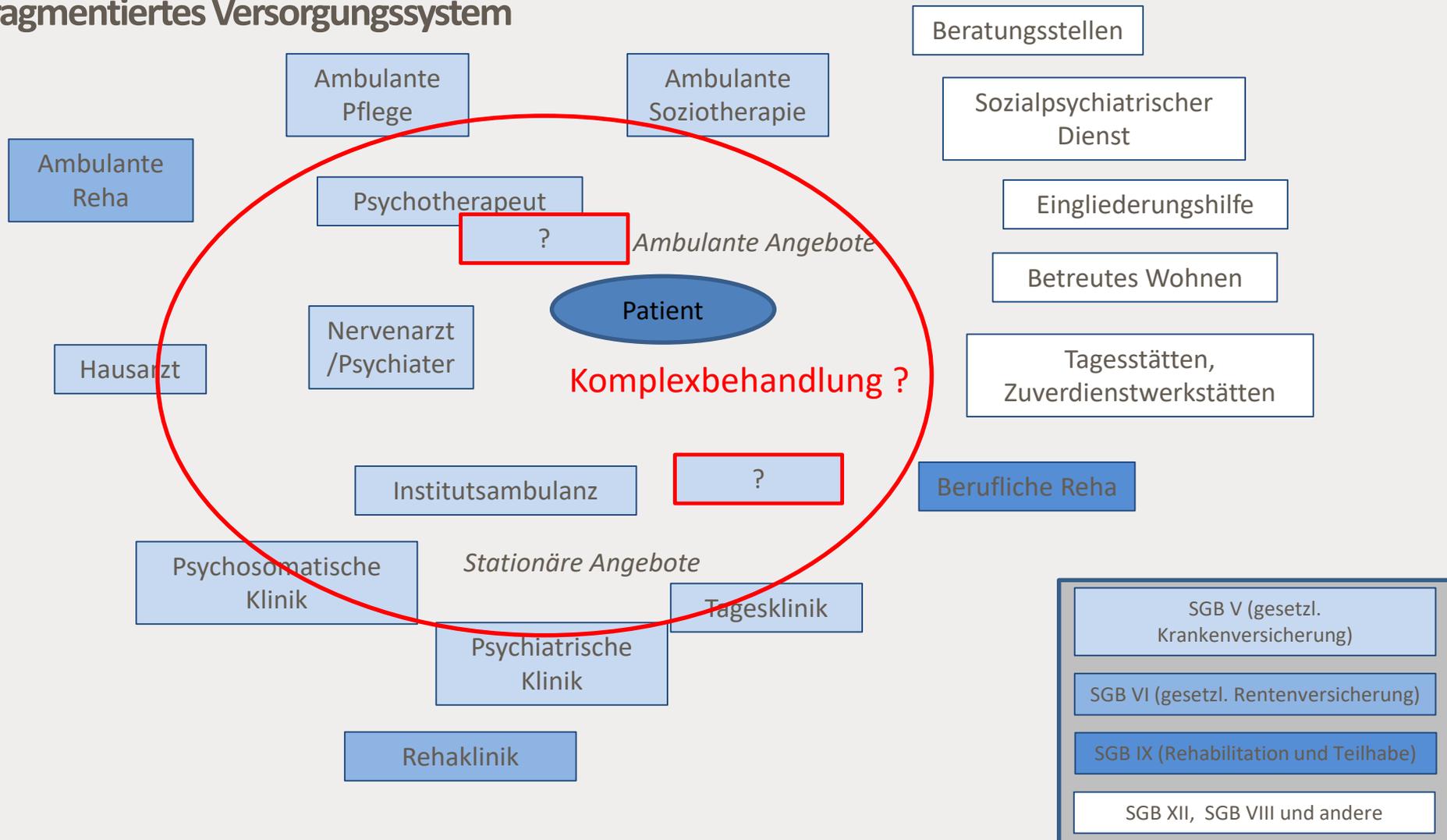
Die BPTK kritisiert dabei folgende Punkte:

- Der Ansatz, die Versorgung schwer psychisch Kranker davon abhängig zu machen, ob sie stationär behandlungsbedürftig sind, ist viel zu ungenau und grundlegend falsch. Viele psychisch Kranke sind nur deshalb im Krankenhaus, weil ausreichend intensive ambulante Angebote fehlen.
- Statt einer „Krankenhausbehandlung“ in ihrer Wohnung benötigen diese Patienten in akuten Krankheitsphasen eine aufeinander abgestimmte ambulante Behandlung durch ein multiprofessionelles Team.
- Die Behandlung zu Hause macht dabei nur einen Teil des benötigten Leistungsspektrums aus. Entscheidend ist vielmehr, dass der psychisch Kranke auf ein breites Spektrum an Hilfen zurückgreifen kann und dass die verschiedenen Behandlungselemente koordiniert und „aus einer Hand“ erfolgen.

Die BPTK fordert deshalb, statt einer „stationsäquivalenten Behandlung“ eine „ambulante Komplexleistung für schwer psychisch Kranke“ einzuführen, die nicht von Krankenhäusern, sondern von psychiatrischen Institutsambulanzen und ambulanten Netzen erbracht werden. Zu diesen Teams sollten Ärzte, Psychotherapeuten, psychiatrische Krankenpflege und Soziotherapeuten gehören. Die ambulante Komplexleistung sollte in akuten Krankheitsphasen eine drohende stationäre

Gesetzlicher Auftrag: Hintergrund

Fragmentiertes Versorgungssystem



Versorgung von Patient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen

- Ambulantisierungspotential
20 – 30 % der stationären Fälle
 - Stationsäquivalente psychiatrische
Behandlung nur für 8 – 10 % der
stationären Fälle eine Option
 - Krankheitsbild muss schon
vorliegen, dass
Krankenhausbehandlung erfordert
 - großer Gap zwischen ambulant-
psychiatrischen und (teil-)
stationären Angeboten
- Vorschlag für neue, intensivere
ambulante Behandlungsformate

SACHVERSTÄNDIGENRAT
zur Begutachtung der Entwicklung
im Gesundheitswesen

Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung

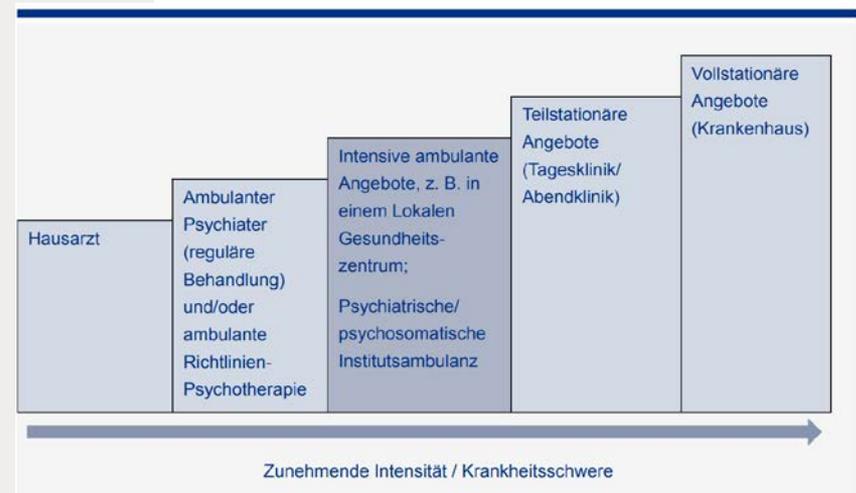


Abbildung 16-22: Modell einer gestuften Versorgung mit Angeboten unterschiedlicher Intensität

Lokale Gesundheitszentren, psychiatrische Institutsambulanzen und weitere Leistungserbringer könnten in zunehmendem Maße einen Bedarf nach intensiver ambulanter Behandlung decken.

Lösungsansatz aus der ambulanten Versorgung

Ambulante Komplexbehandlung

Gesetzlicher Auftrag aus dem Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz

§ 92 Absatz 6b SGB V

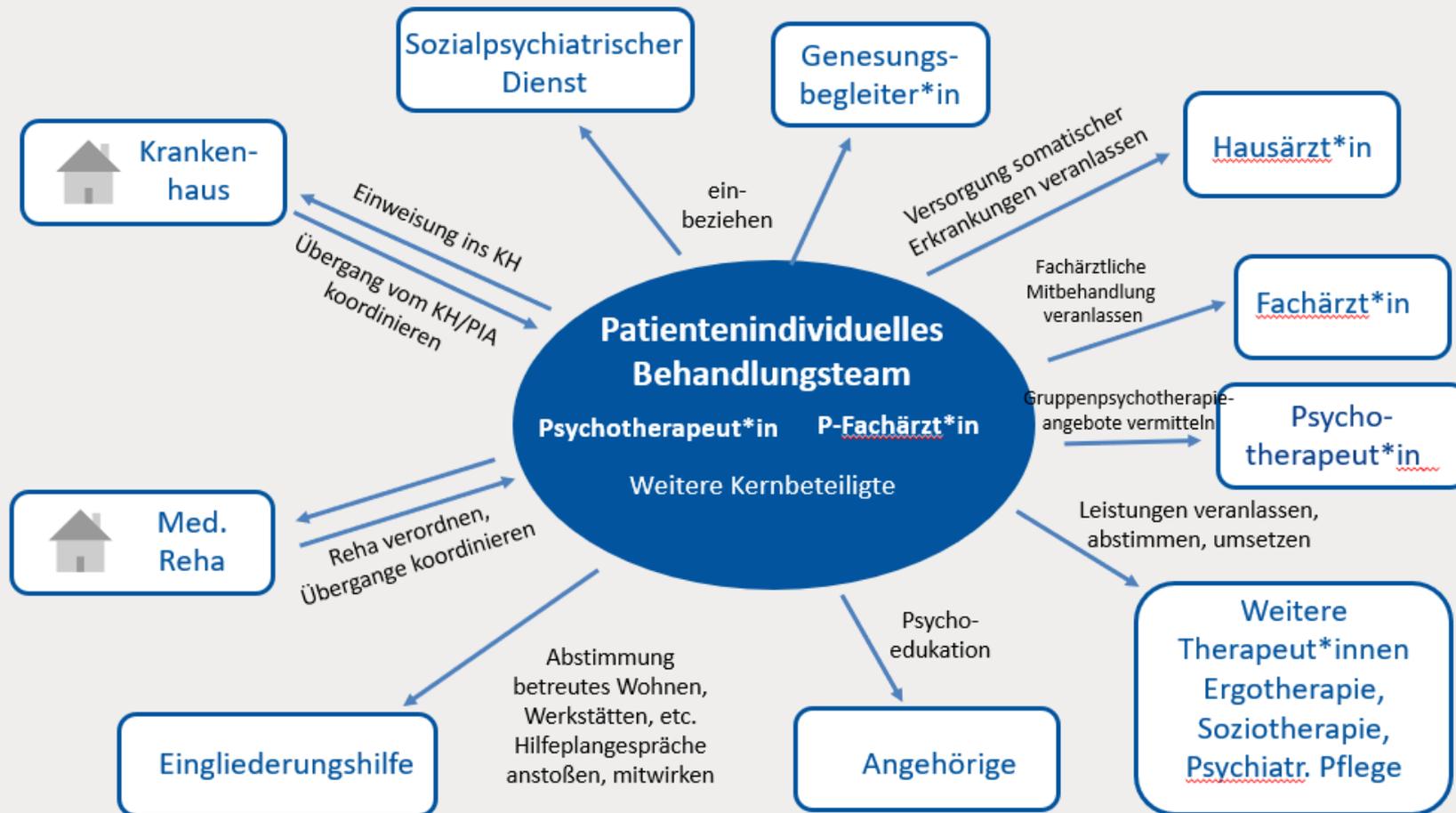
„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2020 in einer Richtlinie nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, **insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte** mit einem **komplexen** 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.“

- **§ 87 Abs. 2a Satz 26 SGB V:** „Der einheitliche Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen ist innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Richtlinie des G-BA nach § 92 Abs. 6b vom **Bewertungsausschuss** nach Absatz 5a (KBV, DKG, GKV-SV) anzupassen.“
- **§ 120 Absatz 2 SGB V:** „Die **Vergütung der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen** soll der Vergütung entsprechen, die sich aus der Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen nach § 87 Abs. 2a Satz 26 ergibt.“
- **§ 92 Absatz 6a Satz 2 SGB V:** Sofern sich nach einer Krankenhausbehandlung eine ambulante psychotherapeutische Behandlung anschließen soll, können erforderliche **probatorische Sitzungen** bereits frühzeitig auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden; das Nähere regelt der G-BA in den Richtlinien nach Satz 1 (Psychotherapie-Richtlinie) und **nach Absatz 6b** (Richtlinie zur Komplexversorgung).
- **§ 136a Abs. 2a Satz 3 SGB V:** „Der G-BA beschließt bis zum 31. Dezember 2022 zusätzlich Regelungen, die eine **interdisziplinäre Zusammenarbeit** in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung unterstützen.“

Wie ist der gesetzliche Auftrag zu verstehen?

- Fokus auf schwer psychisch erkrankte Patient*innen mit komplexem psychiatrischen **oder psychotherapeutischen** Behandlungsbedarf
 - Kriterium der Beeinträchtigungsschwere und Erforderlichkeit multiprofessioneller Behandlung
 - auch Psychotherapeut*innen als Behandlungsverantwortliche und Koordinator*innen
- **Behandlung in multidisziplinären Teams** (Kooperationsmodell)
 - Patientenindividuelle Behandlungsteams aus einem Netzwerk
 - Regelmäßige Abstimmung (z.B. in Fallkonferenzen) und gem. Standards
 - aufsuchende Behandlung von allen Beteiligten möglich
 - Entwicklung eines ambulant-intensiven Behandlungsangebots
- Schnellerer, gesicherter Zugang zur Versorgung
 - Verbindliche Netzstrukturen mit Versorgungsverantwortung („fast track“)
 - Übergänge zu stationär / teilstationäre gestalten
 - Leistungen jenseits SGB V kooperativ einbeziehen

Koordinationsaufgaben für Bezugspsychotherapeut*in - Bezugsarzt*in in der ambulanten Komplexbehandlung



Wer kann Komplexbehandlung anbieten?

Netzverbände bzw. Netze von fachärztlichen und psychotherapeutischen Praxen

- Kernteam aus Facharzt*innen (Psychiatrie/Psychosomatik) und Psychotherapeut*innen (Mindestgröße je Netzwerk?)
 - zuständig u. a. für Eingangsassessment, Behandlungsplanung und Koordination der Versorgung
 - Sicherstellung schneller Zugang und Behandlungsbeginn, Versorgung in Krisen, Mindestangebot an multiprofessionellen Leistungen?
- obligatorisch mit verbindlichen Kooperationsbeziehungen zu bestimmten Einrichtungen und Leistungserbringern:
 - psychiatrisches Krankenhaus (mit Pflichtversorgung?)
 - mind. 1 Leistungserbringer*in der Soziotherapie, Ergotherapie oder pHPK (mangels flächendeckender Angebotsstruktur ggf. kritisch)

- Standards in Diagnostik und Behandlung (Eingangsassessments, Behandlungspfade, Verlaufserfassung)
- verbindlicher Informationsaustausch, Abstimmung der Behandlung (ggf. auch gemeinsame Doku), Erreichbarkeit, Notfallmanagement, QM/QS-Maßnahmen (QZ, Fallbesprechungen, Fortbildungen)
- Mindestanforderungen an quantitativ und qualitativ verfügbares Leistungsangebot
- Regelungen zur Überprüfung des Verbleibs in der Komplexversorgung und zur Gestaltung der Übergänge (bei Wahrung von Behandlungskontinuität)

Multiprofessionelle ambulant-intensive Behandlung: Mögliche Bestandteile von Komplexbehandlung

Psychotherapeutisch:

- Einzelpsychotherapie, auch als Intensivpsychotherapie
- Akutbehandlung
- Übende Verfahren
- Gruppenpsychotherapie
- Rezidivprophylaxe / **Erhaltungstherapie**
- **Kriseninterventionen**
- **aufsuchende Behandlung**
- **Diagnosespezifische Psychoedukation (auch im Gruppensetting)**
- **Angehörigengruppen**

Psychiatrisch / Medizinisch

- Medikamentöse Behandlung
- weitere somatische nicht-medikamentöse Behandlungsverfahren
- Behandlung somatischer Komorbiditäten

Heilmittel / weitere Therapieangebote

- Ergotherapie
- psychiatrische häusliche Krankenpflege
- Soziotherapie

Koordinativ

- **Fallbesprechungen / Fallkonferenzen (unter Einschluss von Leistungserbringer*innen jenseits SGB V, u.a. Eingliederungshilfe)**
- **Multiprofessionelle Verlaufs- und Hilfeplangespräche**
- **Koordination der Gesamtbehandlung**

Weitere Maßnahmen/Angebote

- **Genesungsbegleitung**
- **Selbsthilfe**
- **Digitale Anwendungen**

Zeitplan zur Richtlinie „ambulante Komplexbehandlung“



15.12.2020	Beschlussentwurf Erstfassung der Richtlinie – Einleitung Stellungnahmeverfahren
26.01.2021	Abgabefrist für STN
4. Mai 2021	Mündliche Anhörung
Jul/Aug. 2021	Beschlussfassung im Plenum des G-BA
Okt. 2021	Nicht-Beanstandung Richtlinie durch BMG
2. Q. 2022	Anpassung EBM durch Bewertungsausschuss
1. Juli 2022	Start der Umsetzung der Komplexbehandlung in der Versorgung



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!