



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

Der Vorstoß, die Versorgung der benannten Gruppe zu verbessern, ist begrüßenswert.

Die Indikationsstellung für das Netzwerk sollte den fachärztlichen und psychotherapeutischen Behandelnden vorbehalten werden. Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten¹ kommt aufgrund ihrer Qualifikation eine wichtige Rolle bei der Versorgung psychisch Kranker zu. Dabei sind sie auf einer Ebene mit Ärztinnen und Ärzten zu betrachten. Die im vorliegenden Entwurf von der GKV und DKG angedachte Zugangsbeschränkung zu den Netzwerken über eine rein ärztliche Indikationsstellung käme dem früheren Delegationsverfahren gleich und darf im Bereich komplexer psychischer Erkrankungsbilder nicht über die Hintertür wieder eingeführt werden.

Ein zentraler Punkt ist die Sicherung der Kontinuität der Behandlung. Eine Netzwerkbehandlung darf nicht zu Beziehungsabbrüchen bzw. einem „Weiterreichen“ schwer psychisch Erkrankter führen. Dabei muss bedacht werden, dass für die Umsetzung einer guten, koordinierten Versorgung auch entsprechende **Ressourcen** vorhanden sein müssen (auch in ländlichen Gebieten). Die beteiligten Kolleginnen und Kollegen müssen die entsprechende Zeit aufbringen können, zusätzliche Leistungen wie Fallbesprechungen müssen vergütet werden. Ersteres ist bei der Bedarfsplanung zu berücksichtigen, zweiteres bei der Weiterentwicklung der Gebührenkataloge. Sind die Kriterien für ein Netzwerk zu hoch (z.B. durch hohe Mindestzahlen der beteiligten Fachärztinnen und Fachärzte), kommen viele Gebiete gar nicht erst in Frage. Umsetzbare Lösungsvorschläge für die Übergänge zwischen Regelbehandlung und Netzwerkbehandlung müssen erarbeitet.

Stärkere Berücksichtigung müssen Leistungserbringende im Rahmen der Teilhabe und weiterer Versorgungsbereiche außerhalb des SGB V finden. Erkrankungsverläufe sind sehr häufig davon abhängig, ob Betroffene in einem Prozess der gesellschaftlichen Teilhabe (re)integriert werden können. Fehlende Angebote bzw. unzureichende Koordinierung führen zu Chronifizierung. Darum müssen entsprechende Berufsgruppen von vorneherein am berufsgruppenübergreifenden „runden Tisch“ beteiligt werden. Dies betrifft unbedingt auch Strukturen des betreuten Wohnens, der Selbsthilfe, psychosoziale Angebote wie sozialpsychiatrische Dienste, Krisendienste oder Suchtberatungsstellen. Selbsthilfestrukturen sollten regelhaft berücksichtigt werden; alle anderen Bereiche je nach Bedarf. Jedes regionale Netzwerk sollte in regelmäßigen Abständen eine Bestandsaufnahme machen, welche dieser

¹ Dabei sei zu beachten, dass mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, sowohl ärztliche und psychologische PTs nach „altem Recht“ als auch zukünftige Fachpsychotherapeut*innen gemeint sind



Strukturen vor Ort ansässig sind. Auch der Gesetzgeber ist hier gefragt, sinnvolle Regularien zu schaffen, die die Durchlässigkeit zwischen den Sozialgesetzbüchern verbessern.

Dass auch stationäre Einheiten Teil der Netzwerke werden sollen, ist positiv und kann langfristig individuelles Leid (Stichwort „Drehtüreffekt“) und Zwangsmaßnahmen reduzieren. Beim Übergang in den stationären Sektor hinein und wieder hinaus sowie während der stationären Behandlung soll ebenfalls auf einen engen Austausch gesetzt werden. Die Beziehungsaufrechterhaltung zwischen Bezugsbehandelnden oder Soziotherapie und Erkrankten sollte generell auch während der stationären Behandlung möglich sein (z.B. durch ein Telefonat oder einen gemeinsamen Termin bei einer Wochenenderprobung).

Bei der Bewältigung von Krisen erscheint es uns sinnvoll, ergänzende Hilfestrukturen anzubieten (z.B. für Wochenend- oder Nachtbetreuung in Form von z.B. „buchbaren“ Tageshilfen oder Krisenbetten). Bestehen hierbei regional noch keine Angebote, wäre es sinnvoll, eng mit stationären Netzwerkmitgliedern oder betreutem Wohnen zu kooperieren, um flexible und individuelle Hilfsangebote aufzubauen.

Es sollte eine berufsgruppenübergreifende Fachaufsicht durch die Kammern umgesetzt werden. Wenn die Netzwerke sektorenübergreifend arbeiten sollen sollte die Aufsicht über die Netzwerke nicht allein der KBV in die Hände gelegt wird.

Ziel ist die qualitative Verbesserung der Versorgung. Langfristig führt dies zu Kostenersparnissen, kurzfristig wird es aber zu Investitionen in die Netzwerke kommen müssen.

Berlin, den 26.01.2021

Mit freundlichen Grüßen,

Dipl.-Psych. Dr. Johanna Thünker
(Vorsitzende VPP im BDP e.V.)

Dipl.-Psych. Susanne Berwanger
(stellv. Vorsitzende VPP im BDP e.V.)

Dipl.-Psych. Martin Urban
(Sektion Klinische Psychologie im BDP e.V.)

BDP, gegründet 1946

Präsidentin Dr. Meltem Avci-Werning

Vizepräsidentin Dipl.-Psych. Annette Schlipphak

Vizepräsident Dipl.-Psych. Gunter Nittel

Hauptgeschäftsführerin Dipl.-Psych. Gita Tripathi-Neubart

Registergericht Amtsgericht Charlottenburg