

Günther/Krüger (Hrsg.)



Praxishandbuch zur Personal- ausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)

Rahmenbedingungen, Erfahrungen und
Umsetzungshilfen

2., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage



Gesundheitswesen in der Praxis

wegweisende Realisierungsmöglichkeiten einer sektorenübergreifenden Versorgung nebst der dafür geeigneten Finanzierung aufzeigt. Es verwundert deshalb nicht, wenn die aktuell diskutierten neuen Versorgungsmodelle, wie die KSVPsych-RL oder das AMBI-Konzept, im Kern auf das Modell der psychiatrischen Institutsambulanz und/oder auf die Einzelleistungsvergütung aufsetzen.

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

Dr. Iris Jahn

Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15.11.2019 erhielt der G-BA den Auftrag, eine neue Richtlinie zu erarbeiten. Nach dem neuen Absatz 6b des § 92 SGB V waren „[...] Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“ zu beschließen. In der Gesetzesbegründung wurden neben ersten konkreten Hinweisen zur Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden Kooperation die Erleichterung der Übergänge von stationärer zu ambulanter Versorgung, eine erhöhte Versorgungseffizienz und eine verbesserte und zeitgerechte Versorgung psychisch kranker Versicherter als maßgebliche Ziele der Regelung benannt.⁹⁶ **869**

Auf dieser gesetzlichen Grundlage hat der G-BA in seiner Sitzung am 2.9.2021 die Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) beschlossen. Die Richtlinie ist am 18.12.2021 in Kraft getreten und stellt nunmehr die Grundlage für einen neuen Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung für schwer psychisch erkrankte Erwachsene mit einem komplexen Behandlungsbedarf dar. Kernelement der Versorgung nach dieser Richtlinie sind neu zu gründende berufsgruppen- und sektorenübergreifende regionale Netzverbände. Voraussetzung für die Bildung solcher Netzverbände ist der vertragliche Zusammenschluss einer Mindestanzahl von für die vertragsärztliche Versorgung zugelassener Leistungserbringer bestimmter Fachbereiche (vgl. § 3 Abs. 2 KSVPsych-RL). Durch zusätzlich nachzuweisende Kooperationen mit weiteren Leistungserbringern sollen die für die Behandlung schwer psychisch **870**

⁹⁶ Vgl. BT-Drs. 19/9770 v. 30.4.2019, S. 95.

erkrankter Erwachsener nötigen Berufsgruppen und Strukturen auch über die Sektorengrenzen hinweg vernetzt werden, um die Patienten zügig und bedarfsgerecht zu behandeln (vgl. § 3 Abs. 3 KSVPsych-RL). Zur Gewährleistung der Koordinierung bedarfsgerechter Versorgungsangebote und einer größtmöglichen Kontinuität kommt im Rahmen der Versorgung der Patienten nach dieser Richtlinie den sogenannten Bezugs- und Koordinationspersonen in den regionalen Netzverbänden eine besondere Rolle zu (vgl. §§ 4 und 5 KSVPsych-RL). Der Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut ist zentraler Ansprechpartner für den Patienten und trägt die Verantwortung für die Erstellung und Fortschreibung eines Gesamtbehandlungsplans sowie ein dem Gesamtbehandlungsplan entsprechendes Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile. Fachärzte oder Psychotherapeuten aus kooperierenden Krankenhäusern mit einer psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) gemäß § 118 SGB V können ebenso wie niedergelassene Fachärzte und Psychotherapeuten die Bezugsrolle übernehmen (vgl. § 4 Abs. 1 und 3 KSVPsych-RL). Die Koordination der Versorgung hingegen muss an eine nichtärztliche Person delegiert werden, die bestimmte fachliche Voraussetzungen erfüllt. Neben den Aufgaben und der Organisation des Netzverbundes (vgl. § 6 KSVPsych-RL) sind im Rahmen der KSVPsych-RL auch Vorgaben zur Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung, Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs und die Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie festgelegt (vgl. §§ 8–12 KSVPsych-RL). Die vorliegende KSVPsych-RL adressiert ausschließlich Erwachsene. Die Fokussierung dieser Erstfassung der Richtlinie auf Versicherte ab dem vollendeten 18. Lebensjahr folgte nicht zuletzt aus den Besonderheiten der Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher, deren angemessene Berücksichtigung in der kurzen gesetzlichen Frist zur Erarbeitung der Richtlinie nicht zu gewährleisten war. Eine Beratung über Regelungen gemäß § 92 Abs. 6b SGB V für den Bereich der Kinder und Jugendliche hat mittlerweile im G-BA begonnen.

- 871** Gemäß § 87 Abs. 2a Satz 27 SGB V war der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) für ärztliche Leistungen innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der KSVPsych-RL vom ergänzten Bewertungsausschuss anzupassen. Am 4.7.2022 hat der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss (ergEBA) die Vergütung für Leistungen der KSVPsych-RL festgelegt. Es wurden Leistungen in den hierfür neu in den EBM eingeführten Abschnitt 37.5 aufgenommen, die sich aus den Regelungen der KSVPsych-RL ergeben. Darüber hinaus hat der ergEBA bestehende, im EBM bereits enthaltene Gebührenordnungspositionen im Zusammenhang mit der Versorgung gemäß KSVPsych-RL angepasst. Die neu in den EBM eingefügten Gebührenordnungspositionen können von an der Versorgung nach § 3 Abs. 1 KSVPsych-RL teilnehmenden Leistungserbringern abgerechnet werden. Dazu zählen auch nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, wenn sie Teil eines Netzverbundes sind. Da bestehende Abrechnungswege im Datenaustauschverfahren (z. B. nach § 301 SGB V) für Leistungen der KSVPsych-RL vom Gesetzgeber für Krankenhäuser nicht vorgesehen sind, ist der technische Abrechnungsweg für Leistungen der

Krankenhäuser, die mit einem Netzverbund gemäß KSVPsych-RL kooperieren und entsprechend Leistungen erbringen offen. Da der ergEBA keine Normensetzungs-kompetenz für die (datenbasierte) Abrechnung hat, konnte mit dem vorliegenden Beschluss hierzu keine Regelung getroffen werden.

Krankenhäuser sind nicht im eigentlichen Sinne vertragsärztlich bzw. -psychotherapeutisch tätig. Hierfür bedarf es spezifischer (rechtlicher) Vorgaben, wie z. B. die Ermächtigung von Krankenhäusern für die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in den PIA. Gemäß KSVPsych-RL (§§ 3 und 4) sind PIA nicht Teil der Netzverbünde. Die PIA ist allein Voraussetzung (als Teil eines nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhauses) zur Erbringung bezugsärztlicher Leistungen durch am Krankenhaus angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten. Die organisatorische Verortung dieser Berufsgruppen in den Krankenhäusern wird nicht vorgegeben. Die Einbindung einer PIA in die Versorgung nach KSVPsych-RL ist folglich nicht vorgesehen. Dennoch wurde im § 118 Abs. 2 Satz 5 SGB V festgelegt, dass die „Vereinbarung zu den Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V“ (PIA-Vereinbarung) spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der KSVPsych-RL zu überprüfen und an die Regelungen der Richtlinie dahingehend anzupassen ist, dass den Einrichtungen die Teilnahme an der Versorgung nach der KSVPsych-RL ermöglicht wird. Hierzu steht ein Ergebnis noch aus.

872

Zur Klärung, ob die in § 1 Abs. 2 KSVPsych-RL festgelegten Versorgungsziele mit den getroffenen Regelungen erreicht werden konnten, ist zudem in der KSVPsych-RL eine Evaluation innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten der Richtlinie verankert (vgl. § 13 KSVPsych-RL). Im Rahmen dieser Evaluation sollen auch mögliche Hindernisse für eine Umsetzung der Regelungen bzw. unerwünschte Auswirkungen der Richtlinie auf die Versorgung beleuchtet werden. Neben dieser Evaluation behält sich der G-BA gemäß der Tragenden Gründe zu § 13 KSVPsych-RL vor: „[...] im Rahmen seiner Beobachtungspflicht bereits zwei Jahre nach Inkrafttreten der KSVPsych-RL zu erheben, wie viele Netzverbünde bundesweit gegründet wurden, wie ihre bundesweite Verteilung ist, ob es Regionen gibt, in denen eine Gründung von Netzverbänden nicht zustande kam, und wenn dies der Fall ist, welche Faktoren der Gründung entgegenstanden.“ Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wies im Rahmen seiner Prüfung des Beschlusses zur Erstfassung der KSVPsych-RL gemäß § 94 Abs. 1 SGB V diesbezüglich darauf hin, dass der G-BA im Rahmen seiner Beobachtungspflichten zudem evaluieren solle, inwiefern die Regelung in § 4 Abs. 1 KSVPsych-RL zum vollen Versorgungsauftrag der Bezugsärzte und der Bezugspsychotherapeuten Auswirkungen auf die Bildung der Netzverbünde hat und diesen ggf. entgegensteht.

873

Vor dem Hintergrund des grundsätzlich zu begrüßenden Ziels einer vernetzten, koordinierten und sektorenübergreifenden Versorgung psychisch erkrankter Menschen in Deutschland wird es bei der Etablierung des Angebotes darauf

874

ankommen, ob sich in den Regionen entsprechende Netzverbände bilden. Die Anforderungen an die Netzverbundbildung und die personellen Vorgaben gemäß KSVPsych-RL sind zum Teil hoch. Unter anderem müssen sich in einer Region mindestens zehn Fachärzte und Psychotherapeuten für die Arbeit und die damit verbundenen organisatorischen Aufgaben in einem Netzwerk bereit erklären (vgl. § 3 Abs. 2 KSVPsych-RL). Zusätzlich muss mit mindestens einem Krankenhaus, welches in der Region des Netzverbundes für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständig ist, ein Kooperationsvertrag geschlossen werden. Daneben muss mindestens ein weiterer Kooperationsvertrag mit einem ergotherapeutischen, soziotherapeutischen oder häuslich psychiatrisch pflegenden Leistungserbringer vorliegen, bevor bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung ein Genehmigungsverfahren angestrebt werden kann. Bestimmte Patientengruppen können im Netzwerk nur dann behandelt werden, wenn der Netzwerk mit einem dafür spezialisierten Krankenhaus (Krankenhaus mit einer qualifizierten Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen, vgl. § 3 Abs. 8 KSVPsych-RL) kooperiert. Insgesamt sind umfangreiche organisatorische und personelle Rahmenbedingungen zu schaffen, bei denen es auch darauf ankommen wird, inwieweit die Aufwände der verschiedenen (notwendigen) Kooperationspartner finanziell vollumfänglich abgerechnet und geltend gemacht werden können. Zwar wurde durch den ergEBA in einzelnen Gebührenordnungspositionen (GOP) im EBM die Möglichkeit verankert, dass die durch die GOP erzielte Vergütung an nichtärztliche bzw. nichtpsychotherapeutischen Teilnehmer durch den Bezugsarzt bzw. Bezugspsychotherapeut entsprechend verteilt werden kann (vgl. bspw. GOP 37551). Inwieweit die hierüber geschaffenen finanziellen Rahmenbedingungen für nichtärztliches Personal ausreichen, genügend Teilnehmer und Kooperationspartner von Netzwerken im Rahmen der KSVPsych-RL zu vereinen, ist derzeit noch abzuwarten.

- 875** Bei der generellen Überlegung, ob und in welchem Umfang Krankenhäuser jenseits der reinen Kooperationspartnerrolle Aufgaben in den Netzwerken übernehmen wollen, sollten die Krankenhäuser auch mögliche Auswirkungen auf die bestehende PIA-Vergütung gemäß der Leistungserbringung nach § 118 SGB V auf der Orts- und Landesebene bedenken. Je nach Ausgestaltung der Netzwerke wird es zu Überschneidungen bei den behandelten Patientengruppen in den PIA und den zu versorgenden Patienten nach KSVPsych-RL kommen.