

**bvvp-Stellungnahme zum Entwurf der Richtlinie über die
berufgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung
insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem
psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf**

Der bvvp begrüßt grundsätzlich, dass der Gesetzgeber dem G-BA den Auftrag erteilt hat, eine neue Richtlinie zu erarbeiten, in der Regelungen und Möglichkeiten geschaffen werden, die ambulante Versorgung von Patient*innen mit komplexem Behandlungsbedarf zu verbessern. Psychotherapeut*innen haben ein hohes Interesse daran, ihre Patient*innen bestmöglich zu behandeln, und bisher fehlen in der ambulanten Versorgung die notwendigen Strukturen der Vernetzung, der Kooperation und der Koordination für die in der Richtlinie angesprochenen Patient*innen.

Der bvvp hält es für zentral, dass die Versorgung der Patient*innen-zentriert und auf den jeweiligen individuellen Bedarf abgestimmt und dass die freie Behandlerwahl gewährleistet ist. Genauso zentral ist gerade für schwer erkrankten Patient*innen, die sich mit Vertrauen und mit Bindung oft schwertun, die Behandlungskontinuität. Ohne diese kann nicht von einem erfolgsversprechenden Behandlungsansatz ausgegangen werden.

Diese zentralen Bedingungen können nur erfüllt werden, wenn es eine breite und flächendeckende Netzstruktur von Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen gibt.

Für die neue Richtlinie kommen Patient*innen mit unterschiedlichsten Störungsbildern in Frage, die zu einem Teil bereits in den Praxen versorgt werden und für die die Richtlinie eine wichtige Erweiterung darstellt, die zum anderen Teil durch die neue Richtlinie aber erst die Möglichkeit bekommen, auch ambulant adäquat behandelt zu werden. Dem Bedarf dieser breiten Gruppe an Patient*innen hat der Gesetzgeber insofern Rechnung getragen, als er explizit formuliert, dass die Richtlinie „insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte“ gelten soll. Es muss Patient*innen unter der zentralen Bedingung der Behandlungskontinuität im Fall des Einbezugs psychotherapeutischer Behandlung möglich sein, beim selben Psychotherapeuten, bei derselben Psychotherapeutin, wenn sie die nötige Stabilität erreicht haben, ihre Psychotherapie nach der alten Richtlinie fortzuführen. Genauso muss es möglich sein, dass chronisch schwerkranke Patient*innen durch dasselbe individuell zusammengestellte Behandlungsteam über einen längeren Zeitraum in der neuen Richtlinie versorgt werden können.

Alle genannten Ausgangsbedingungen erfordern es, dass eine große Anzahl an Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen sich in die Netze der neuen Richtlinie einschreibt und dass die Mindestkriterien für die Teilnahme nicht zu hoch angesetzt werden. Die Bereitschaft zur Beteiligung an der neuen strukturierten und koordinierten Versorgung wird nach Einschätzung des bvvp in hohem Maß davon abhängen, ob es gelingt, dass das Ganze von vielen Schultern getragen wird.

Der Ansatz des GKV-Spitzenverbandes mit einem engen Zugang zur Richtlinie würde zu hochspezialisierten Praxen führen, die eher einem Modell der sozialpsychiatrischen Versorgung entsprechen würden. Diese Zugangsverengung wird dem gesetzlichen Auftrag nicht gerecht und wird deshalb vom bvvp abgelehnt.

Grundsätzlich sieht der bvvp im Entwurf der KBV die Behandlungsrealität und die Behandlungserfordernisse angemessen abgebildet im Hinblick auf das Ziel des gesetzlichen Auftrags und auf die faktische Realisierbarkeit.

Der Entwurf der KBV ist jedoch zwingend durch eine Bestimmung zu ergänzen, die die Rechtsstruktur der Netze bei den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen verankert. Ein freier Zusammenschluss von Praxen zu einem Praxisnetz führt ohne abweichende Festlegung implizit zu einer GbR, bei der jede Praxis für die Verbindlichkeiten anderer Netzteilnehmer im Außenverhältnis, also z. B. gegenüber der KV oder der GKV, mithaftet. Die alternative Variante eines Zusammenschlusses unter dem Dach einer Kapitalgesellschaft (z. B. eines Krankenhausträgers) oder von privaten Investoren, wie sie in den Entwürfen nicht explizit ausgeschlossen ist, ist mit dem Risiko verbunden, dass unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten Einfluss auf die Zusammensetzung des Netzes und die Ausgestaltung der Behandlungsangebote genommen werden kann. Beides lehnt der bvvp entschieden ab.

Von der Entscheidung für das eine oder andere Modell wird abhängen, ob die neue Richtlinie gut in der Patient*innen-Versorgung ankommen wird und diese Chance genutzt werden kann oder ob die neue Richtlinie schon im Ansatz zum Scheitern verurteilt ist. Es ist überdies dringend erforderlich, eine innere Konsistenz in der Ausgestaltung der neuen Richtlinie zu schaffen, die durch die Vermischung grundlegend unterschiedlicher Ansätze nicht erreicht werden kann.

Für den bvvp als einem gemischten Verband aus Psychotherapeut*innen aller Grundberufe und aus P-Fachärzt*innen steht es in seiner Tradition der kollegialen Zusammenarbeit außer Frage, dass sowohl Ärztliche als auch Psychologische Psychotherapeut*innen, je nach Behandlungsschwerpunkt und unter Erhalt der Behandlungskontinuität der Patient*innen, die Funktion der Bezugstherapeutin, bzw. des Bezugstherapeuten übernehmen können. Die Einengung des GKV-Spitzenverbandes, nach der die Behandlungsplanung ausschließliche P-Fachärzt*innen obliegen soll, entspricht nicht dem Grundgedanken der Richtlinie und dem gesetzlichen Ziel der Vernetzung und Kooperation. Sie stellt außerdem ein Hindernis da für die Motivation zur Teilnahme an der strukturierten und koordinierten Versorgung.

Die Zukunft der medizinischen Versorgung nicht nur psychisch kranker Menschen, sondern insgesamt der älter werdenden Bevölkerung wird im Ausbau und der Konzeptualisierung der auf vielen Ebenen zunehmend komplexer werdenden Behandlungsbedarfe liegen, das heißt in der Stärkung interprofessioneller Zusammenarbeit. Diese Richtlinie, die gemäß dem gesetzlichen Auftrag genau dieser Notwendigkeit folgt, sollte eine zukunftsfähige Vorstellung von Interprofessionalität erkennen lassen und den Weg zur Zusammenarbeit auf Augenhöhe ebnen. Das ist auch eine Voraussetzung für die notwendige Einbindung der unterschiedlichen Fachkräfte!

Der bvvp nimmt zu einzelnen Paragraphen wie folgt Stellung.

Die Verwendung des Begriffs „Bezugsbehandler“ dient der besseren Lesbarkeit, es sind hier aber alle Geschlechter inbegriffen.

§ 1 Zweck und Versorgungsziele

Zielgruppe sollte sein: **insbesondere** schwer psychisch Erkrankte mit einem komplexen psychiatrischen **und / oder** psychosomatischen **und/ oder** psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.

Diese Präzisierung ist notwendig, gerade um die Komplexität der erforderlichen Maßnahmen zu definieren und abzubilden.

§ 2 Definition der Patientengruppe

Von der Frage, wie eng, oder wie weit die Zugangsmöglichkeiten für Patient*innen gefasst werden sollen, hängt die Sinnhaftigkeit dieser Richtlinie ab.

Der bvpv fordert:

- Keine Einschränkung auf bestimmte willkürliche F-Diagnosegruppen. ICD-Diagnosen sind ein zu grobes Instrument. Sie unterscheiden vorwiegend nicht nach Schweregraden der Erkrankungen. Schwere Verläufe sind bei jeder F-Diagnose möglich, Komorbiditäten sind die Regel.
- Ein Höchstwert auf einer Skala als Indikationskriterium sagt zu wenig aus über einen komplexen Behandlungsbedarf.
- Alle F-Diagnosen, auch neurologische Störungen, müssen Zugang haben - in Abstimmung mit dem Funktionsniveau bzw. dem Grad der Einschränkungen als Zugangskriterium, ohne festgelegten Cutoff-Wert und ohne vorgegebene Einschätzungsskala. Eine deutliche Einschränkung in verschiedenen Lebens- und Funktionsbereichen ist ein hinreichendes Kriterium.
- Der Bezugsbehandler hat die Indikationshoheit und entscheidet individuell in Kooperation mit den Patient*innen und mit Blick auf das gesamte Behandlungskonzept über die Behandlung innerhalb der neuen Richtlinie. Überdies muss für Behandlungskontinuität gesorgt werden.
- Nur bei der Soziotherapie und der pHKP gibt es wie gehabt einen festgelegten GAF-Wert für die Verordnung.
- Keine zeitliche Beschränkung des Verbleibs in der neuen Richtlinie. Therapieprozesse sind nicht linear. Ein ausreichend großer zeitlicher Rahmen ist gerade bei schwer kranken Patient*innen notwendig. Besonders betroffene chronisch kranke Menschen fallen sonst raus.
- Richtlinien-Psychotherapie muss immer möglich sein.

§ 3 Teilnehmende Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

Fachärzt*innen für Neurologie sollten einbezogen werden, analog zum Einbezug der Patient*innen mit neurologischen Störungen und auch mit Blick auf die häufig notwendigen differentialdiagnostischen Abklärungen.

Auch Ambulanzen nach §117 SGB V sollten einbezogen werden, die bereits gute Strukturen der Vernetzung und Koordination vorhalten.

PIAs könnten ein Verbindungsglied zwischen stationärer und ambulanter Behandlung sein und könnten manche Einzelleistungen, wie z.B. bestimmte störungsspezifische Gruppenangebote, als Kooperationspartner beitragen. Hier muss die PIA-Verordnung angepasst werden, sodass parallel zur PIA-Behandlung ambulante Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung möglich sind und umgekehrt. Die PIAs eignen sich allerdings nicht für die Betreuungsfunktion innerhalb des Netzverbundes. Es ist nicht denkbar, dass aus der stationären Einrichtung heraus die ambulante Versorgung organisiert und koordiniert wird. Die Argumentationen der KBV sind in den tragenden Gründen schlüssig und werden vom bvvp unterstützt.

§ 4 Zusammensetzung des Netzverbundes

Der bvvp unterstützt uneingeschränkt den Ansatz der KBV mit breit aufgestellten Netzstrukturen, aus denen dann Patient*innen-individuelle Teams gebildet werden, die jeweils aus einem Psychiater / einer Psychiaterin und einem Psychotherapeuten / einer Psychotherapeutin bestehen. Die Verpflichtung zur Kooperation mit weiteren Kräften, die dann je nach individuellem Bedarf in das Behandlungsteam für die Versorgung nach dieser Richtlinie einbezogen werden, ist sachgerecht.

Zu überlegen wäre die Vorgabe zum Abschluss eines Kooperationsvertrags mit einem Krankenhaus der Pflichtversorgung. Es sollte ein Krankenhaus geben, das notfalls schnell aufnehmen kann, als Backup für das ambulante Behandlungsteam. Gerade bei schwer kranken Patient*innen ist dies wichtig. Gleichzeitig ist zu beachten, dass dies in ländlichen Regionen eine hohe Hürde darstellen kann. Gegebenenfalls sind Kooperationsverträge mit mehreren Kliniken sinnvoll.

Dabei müssen im Sinne der Stärkung der sektorübergreifenden Versorgung die teilnehmenden Kliniken zwingend verpflichtet werden, mit den im Netzverbund teilnehmenden ambulanten Einrichtungen zu kooperieren. Dies ist auch deshalb notwendig, damit der stationäre Sektor nicht als zentrale Einrichtungen aus Eigeninteresse das Angebot der in der neuen Richtlinie angedachten Versorgungsstrukturen mit den ambulanten Praxen verhindern kann.

Die Mindestzahl von 15 Psychiater*innen und 15 Psychotherapeut*innen ist dafür geeignet, denn nur so kann ein flächendeckendes Angebot entstehen. Und nur so kann auch die Behandlungskontinuität und die Berücksichtigung des Patient*innenwillens gewährleistet werden. Es ist jedoch auch sinnvoll, dass bei regionalen Besonderheiten von diesem Richtwert abgewichen werden kann.

Das enge Netzmodell des GKV-SV mit stark eingeschränktem Patient*innen-Zugang und mit mindestens einer Halbtagskraft Ergotherapie oder Soziotherapie für die nichtärztliche Koordinationsfunktion wird folglich als nicht zielführend angesehen und abgelehnt. In dieser Form verliert das Modell seine Attraktivität für eine breite Teilnahme der Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen, und man läuft aus Sicht des bvvp somit Gefahr, dass es nicht wirklich zu einer Versorgungsverbesserung kommt.

Der bvvp begrüßt ausdrücklich die in den tragenden Gründen vorgetragenen Pläne zur Kooperation mit Krankenhäusern und ihren Einrichtungen, anderen Gesundheitsfachberufen sowie weiteren Einrichtungen, Trägern und Organisationen der (psychosozialen) Versorgung von Patient*innen mit seelischen Erkrankungen. Auch wenn diese Richtlinie nur im SGB V geregelt werden kann, sollten Art und Möglichkeiten dieser umfassenderen Zusammenarbeit weiter bedacht werden, um dem Gedanken der komplexen Versorgung wirklich gerecht zu werden.

Der zwingende Einbezug einer Suchtklinik in den Netzverbund im Modell der GKV ist fernab der Versorgungsrealität. Hier könnte die Richtlinie maximal das Einweisungs- und Entlass-Management besser regeln, falls eine suchtttherapeutische Behandlung notwendig ist. Mit ambulanten Einrichtungen der Suchtbehandlung kann und muss man kooperieren. Sie sind aber nicht als Mitglieder des Netzverbundes vorzusehen.

Hilfreich ist, dass Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen kooperieren können für die Behandlung im Transitionsalter bis 21 Jahre, vor allem, um die Behandlungskontinuität zu sichern. Das liegt im expliziten Interesse der Patient*Innen.

Genauso wichtig und im Interesse der Patient*innen ist es, dass Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen, die Patient*innen bereits behandeln, vom Bezugsbehandler für die Gewährleistung der Behandlungskontinuität in angemessener Weise in die koordinierte Versorgung einbezogen werden und die Behandlung in der Regelversorgung nicht beendet werden muss.

Die Rechtsstruktur der Netze sollte bei den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen verankert werden. Damit ist die Meldung des Netzes genauso inbegriffen wie Veränderungen des aktuellen Status des Netzes. Die dafür notwendige Bürokratie ist schlank zu halten.

§ 5 Bezugärztin oder Bezugsarzt [KBV/PatV: und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut] [KBV: und Behandlungsteam]

Der Einschätzung der GKV-SV, dass Psychotherapeut*innen wegen eingeschränkter Steuerungsmöglichkeiten z.B. in der Medikamentenverordnung, die Behandlungsleitung nicht übernehmen können, widerspricht der bvvp ausdrücklich. Es ist gerade im Sinne dieser Richtlinie, dass die verschiedenen Berufsgruppen kooperieren und ihre unterschiedlichen Funktionsmöglichkeiten zusammenführen. Deshalb sollten Behandlungsteams so flexibel gestaltet werden können, dass sie den anstehenden Prioritäten gerecht werden. Je enger man die Möglichkeiten in der Formulierung fasst, desto weniger wird sich diese Richtlinie in der Behandlungsrealität umsetzen lassen.

Auch Psychologische Psychotherapeut*innen können als Bezugstherapeut*innen fungieren und damit die fachliche Behandlungsleitung innehaben. Sie verfügen über die fachliche Kompetenz, auch über viele notwendige Verordnungsbefugnisse, v.a. bei komplexem psychotherapeutischem Bedarf. Fehlende Verordnungsbefugnisse können in einer guten interprofessionellen Netzstruktur problemlos in der kollegialen Zusammenarbeit ersetzt werden. Das Eingangsassessment kann selbstverständlich auch bei Psychologischen und Ärztlichen Psychotherapeut*innen stattfinden.

Der Patient*innen-Wille ist somit bei der Behandlungsleitung unbedingt zu berücksichtigen, und die Behandlungskontinuität muss gewährleistet sein, auch wenn jemand z.B. bereits in Behandlung ist. Der Bezugsbehandler stellt je nach Bedarf Patient*innen-zentrierte und Patient*innen-individuelle Teams zusammen, mit den jeweils geeigneten Kooperationspartner*innen im Behandlungsteam. Diese Vorgehensweise ist sachgerecht.

Die Bezugsbehandler sind die zentralen Ansprechpartner und übergeordneten Koordinatoren. Die zusätzliche organisatorische Koordination wird eine Überforderung sein. Deshalb sind unkomplizierte und flexible Möglichkeiten der Delegation wichtig. Die organisatorische Koordination kann somit an einen in einem Gesundheitsfachberuf Tätigen, wie z.B. Ergotherapeut*innen oder Soziotherapeut*innen delegiert werden. Denkbar wäre auch die Delegation an eine fachspezialisierte psychiatrische Pflegekraft. Die organisatorische Koordination muss auch in der Form offen sein. Denkbar sind sowohl Anstellungen als auch die Tätigkeit in freier Mitarbeit. Diese Flexibilität ist vor allem mit Blick auf die unterschiedlichen Praxisstrukturen der notwendig beteiligten Kooperationspartner*innen wichtig.

§ 6 Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten

Es muss offener bleiben als es der GKV fordert, wie das Netz, das Behandlungsteam, die einzelne Praxis, die organisatorische Koordination gestaltet. Die GKV-Forderung der Anstellung einer Halbtagskraft wird abgelehnt, denn dieses Kriterium steht einer breiten Teilnahme, die der bvvp als essentiell erachtet, im Weg, da sie für viele Praxen eine Hürde darstellen würde.

Es wird angeregt, auch die Berufsgruppe der Heilpädagog*innen mit akademischem Abschluss für die koordinierenden Aufgaben zuzulassen. Heilpädagog*innen sind in besonderer Weise für den Umgang mit Menschen mit Beeinträchtigungen in der Teilhabe qualifiziert und können aus ihrer Expertise heraus sehr wertvolle Lösungsansätze entwickeln. Diese Berufsgruppe hat bereits im Rahmen der Sozialpsychiatrievereinbarung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ihre Kompetenz unter Beweis gestellt, ebenso wie die Sozialarbeiter*innen / Sozialpädagog*innen mit akademischem Abschluss ohne Zusatzqualifikation als Soziotherapeut*innen.

§ 7 Aufgaben und Organisation des Netzverbundes

Die Forderung nach einer Vermittlung in die Eingangssprechstunde innerhalb von 7 Werktagen ist eine hohe Hürde und bei in der Regel chronifizierten Patient*innen nicht erforderlich. Hier werden 14 Tage als angemessen angesehen. Patient*innen geht es meistens schon deutlich besser, wenn sie erst einen Termin erhalten haben. Ein Zeitraum von 14 Tagen ist in aller Regel gut überbrückbar.

Genauso unrealistisch ist eine Erreichbarkeit innerhalb von 14 bzw. 24 Stunden. Bei der Erbringung keiner anderen Leistung der ambulanten Versorgung wird dies gefordert. Für die Zeit ab 18 Uhr ist der Bereitschaftsdienst zuständig. Die Erreichbarkeit kann über den ambulanten Notdienst und die Hotline 116 117 gesichert werden.

Der „Netzverbundbeauftragte“ sollte ein KV-Mitarbeiter bzw. eine Mitarbeiterin sein mit der nötigen Organisationkompetenz im Bereich digitale Verwaltung und mit besonderem Blick auf die persönliche Vernetzung. Eine einzelne Praxis bzw. ein einzelnes Mitglied des Netzes übernimmt sich mit der Netzverbundbeauftragung.

§ 8 Zugang

Das Eingangs-Assessment sollte besser Eingangssprechstunde genannt werden, schon um für die Patient*innen den Eindruck zu vermeiden, dass sie sich in einer Bewerbungssituation befinden, die sie bestehen müssen. Alle Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen sollten überweisen oder empfehlen können, und auch ein Krankenhaus sollte zuweisen können.

Die Eingangssprechstunde sollte dann bereits innerhalb der neuen Richtlinie von einem / einer teilnehmenden Niedergelassenen durchgeführt werden, wie schon ausgeführt selbstverständlich auch von Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeut*innen.

Der / die Durchführende muss dann aber nicht zwingend Bezugsbehandler werden. Außerdem sollte der Bezugsbehandler auch irgendwann wechseln können, z.B. wenn sich der Schwerpunkt im Lauf der Behandlung von psychiatrischer auf psychotherapeutische Behandlung verlagert oder umgekehrt.

§ 9 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung

Der bvpv unterstützt die Argumentation der KBV

Die aufsuchende multiprofessionelle Versorgung ist ein wichtiger Baustein und sollte durch alle Mitglieder des Netzverbundes möglich sein, also auch in Delegation durch den Bezugsbehandler. Diese Maßnahme ist wichtig als Brücke zwischen ambulanter und stationärer Behandlung. Sie kann stationsersetzend oder stationsvermeidend sein, aber auch die Indikationsstellung zur stationären Behandlung erleichtern. Der Leistungsanspruch ist bereits im Paraphentheil zu verankern.

§ 10 Gesamtbehandlungsplan

Hier sind selbstverständlich auch Ärztliche und Psychologische Psychotherapeut*innen zu nennen wie im Entwurf der KBV.

§ 11 Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzwerk

Die Aufgabenbereiche bzw. Begrifflichkeiten „Behandlungsplanung durch den Bezugsbehandler“ und „organisatorischer Koordination im Netzwerk“ werden sich auch mit Blick auf das Vertrauensverhältnis zu Patient*innen nicht immer ganz klar abgrenzen lassen. Die Behandlungsplanung und -übersicht ist genuine Aufgabe des Bezugsbehandlers. Dieser wird auch manches Gespräch im Netzwerk führen müssen. Dennoch muss er Teile der organisatorischen Koordination, je nach Bedarf und unter Berücksichtigung der im individuellen Fall einbezogenen Berufsgruppen, delegieren können.

Auch hier ist auf niederschwellige Mindestkriterien zu achten, wie die Koordination geregelt und delegiert werden kann. Wie bereits erwähnt: Die Forderung der Anstellung einer Halbtagskraft wird abgelehnt, insbesondere unter dem Gesichtspunkt der breit gefächerten Bestimmungen zu deren beruflicher Qualifikation, denn dieses Kriterium ist zu hoch angesetzt, um eine breite Teilnahme zu gewährleisten, die der bvp als essentiell erachtet.

§ 13 Verlaufskontrolle und Beendigung der strukturierten Versorgung

Ein obligates externes Reassessment im Zweitmeinungsverfahren wird abgelehnt, weil die gemeinsame kollegiale Einschätzung im Verlauf bereits stattfindet.

Kern der neuen Richtlinie ist die Behandlung im Team, bei der die Patient*innen-Behandlung regelmäßig in einer Fallkonferenz besprochen und die Maßnahmen sowie Behandlungsziele überprüft werden. Dadurch findet bereits eine hinreichende Kontrolle statt. Eine zusätzliche externe Überprüfung bindet nicht nur Behandlungsressourcen, sondern verunsichert gerade auch schwer erkrankte Patient*innen. Dass gerade in einer Richtlinie, in der es um psychisch kranke Menschen geht, ein in der ambulanten Versorgung einmaliges Kontrollinstrument installiert werden soll, bezeugt ein generelles Misstrauen in diesen Versorgungsbereich. Das ist weder zielführend noch sachgerecht, verbessert nicht die Qualität der Behandlung, fordert überflüssigerweise eigene Ressourcen und verursacht Reibung im System. Die entsprechende Passage ist deshalb zu streichen.

Ein internes Reassessment kann festgelegt werden nach einer Zeit von zwei Jahren. Kürzere Abstände sind in der Behandlung von schwer psychisch Erkrankten nicht sinnvoll. Psychische Umstellungsprozesse sind langwierig.

An dieser Stelle sei nochmal darauf hingewiesen, dass die Behandlungskontinuität auch nach Übergang in die Regelversorgung gewährleistet werden muss und dass gegebenenfalls auch eine Wiederaufnahme in die neue Richtlinie möglich sein muss. Genauso muss eine langfristige Behandlung innerhalb der neuen Richtlinie für chronisch Kranke und schwer beeinträchtigte Patient*innen möglich sein, bei denen die Prognose dann nur bedingt günstig ist.

Dies spricht wiederum für insgesamt niedrige Mindestkriterien und eine breite Teilnahme vieler Praxen.

Anlage Leistungsmodule

Die neue Richtlinie erfordert einen neuen Leistungskatalog mit Leistungsmodulen, die über die Regelversorgung hinausgehen und die insbesondere die sehr aufwändigen Kooperationsleistungen berücksichtigen. Umfänge und Kontingente sollten schon in der Richtlinie verankert werden. Es sollte eine angemessene Versorgung von Patient*innen auch mit längerem Behandlungsbedarf ermöglicht werden in Form einer intensiven ambulanten Behandlung.

Für einen Teil der Patient*innen, die für diese Richtlinie in Frage kommen, wird die reguläre Richtlinien-therapie zunächst nicht geeignet sein, sodass unbedingt neben den Kooperations- und Koordinationsleistungen auch neue Ziffern zur niederschweligen Behandlung geschaffen werden müssen. Gleichzeitig darf eine Richtlinien-therapie, auch Langzeittherapie, keinesfalls ausgeschlossen werden. Zentral muss hier die jeweilige Indikation des Bezugsbehandlers sein.

Die Auflistung der KBV berücksichtigt alle genannten Aspekte.