

BPTK-INSIDE

Startschuss für die ambulante Komplexbehandlung – Lehren aus dem NRW-Projekt

Seit dem 1. Oktober ist die neue ambulante Komplexversorgung bundesweit als neues Angebot für schwer psychisch kranke Menschen startklar. Nachdem der Bewertungsausschuss auch die Vergütung der neuen Leistungen beschlossen hat, können sich nun multiprofessionelle Netze gründen, um schwer psychisch kranken Patient*innen zu helfen, selbstständig und stabil zu leben.

Die BPTK hält jedoch für fraglich, ob überhaupt ausreichend solche Versorgungsnetze entstehen, insbesondere weil die Mehrheit der Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen mit halben Praxissitzen von zentralen Koordinationsaufgaben ausgeschlossen wurde, die Vergütung unzureichend ist, aber auch überflüssige Hürden für die Patient*innen geschaffen wurden, zum Beispiel durch Doppeluntersuchungen. „In vielen ländlichen Regionen werden die Patient*innen keine Behandler*innen finden, die ihnen die neue multiprofessionelle und ambulante Versorgung anbieten“, befürchtet BPTK-Präsident Dr. Dietrich Munz.

Welche Voraussetzung erfüllt sein müssen, damit solche Netze erfolgreich arbeiten können, lässt sich anhand der Evaluation eines Innofonds-Projekts in Nordrhein-Westfalen beurteilen. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung und die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein präsentierten dazu am 27. Juli erste Ergebnisse. Das Projekt, das die neurologische, psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung (NPPV-Projekt) verbessern soll, stand Pate bei der Entwicklung der Richtlinie zur ambulanten Komplexversorgung (KSVPsych-Richtlinie), die am 2. September 2021 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen wurde.

Im NPPV-Projekt wurden insgesamt über 14.000 Patient*innen von einem Netz von rund 400 Ärzt*innen und 300 Psychotherapeut*innen behandelt, vor allem Patient*innen mit schweren depressiven Erkrankungen, Traumafolgestörungen und Schizophrenie. Die Evaluation zeigte, dass für diese häufig unzureichend behandelten Patient*innen im Projekt eine deutlich intensivere und bessere ärztliche und psychotherapeutische Versorgung erreicht werden konnte. Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe nahmen sie ihre Behandlungstermine regelmäßiger wahr, die Behandlungskontinuität war höher und die Versorgung in Krisensituationen gelang besser als in der Regelversorgung. Auch die medikamentöse Behandlung war stärker an den Leitlinien ausgerichtet.

Die Patient*innen berichteten über eine höhere Lebensqualität und schätzten die Versorgungsqualität besser ein. Auch die Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen schätzten die Versorgungsqualität im Projekt als deutlich besser ein. Positiv wurden insbesondere die multiprofessionelle Vernetzung und die erweiterten Möglichkeiten der therapeutischen Versorgung im Projekt bewertet. Hierzu zählten unter anderem gruppen-psychotherapeutische Angebote, die im Netz organisiert wurden, einschließlich der Vermittlung von Patient*innen in die jeweiligen Gruppen. Insgesamt war die Akzeptanz des Projekts sehr hoch: 92 Prozent würden die Teilnahme an einer solchen verbesserten ambulanten Versorgung von schwer psychisch kranken Menschen weiterempfehlen.

Die intensivere und bessere Versorgung führte durchschnittlich zu höheren Leistungsausgaben. Auch stationäre Aufenthalte waren tendenziell länger und teilweise häufiger als in der Kontrollgruppe. Krankschreibungen erfolgten zwar seltener, dafür aber durchschnittlich länger. Angesichts der bisherigen Unterversorgung von Patient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen kann dieses Ergebnis aber nicht verwundern. Die Evaluation berücksichtigte dagegen nicht, inwieweit es gelang, die Patient*innen besser in Arbeit und Gesellschaft zu integrieren. Diese zentralen Ziele der neuen Versorgung schlugen sich nicht in den Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung nieder.

Die NPPV-Evaluation machte auch deutlich, dass neben der Vereinbarung von Behandlungspfaden und der IT-gestützten Kommunikation die professionelle Unterstützung der Netze wichtig war. Diese half, ein breiteres therapeutisches Angebot zu realisieren und die Teilnahme der Patient*innen zum Beispiel an Gruppen- oder Selbsthilfeangeboten sicherzustellen. Wer diese Unterstützung künftig übernimmt und wie diese finanziert werden kann, ist nach der G-BA-Richtlinie noch unklar.