

Rund um den Beruf

Erfolgreiche Auftaktveranstaltung zur KSVPsych-Richtlinie

Implementierung der neuen ambulanten Komplexbehandlung

Die Einführung der KSVPsych-Richtlinie soll die Betreuung schwer psychisch Kranker verbessern. Und am 1. Oktober 2022 geht es bereits los. Über die Herausforderungen und Fortschritte bei der Umsetzung einer vernetzten berufsgruppenübergreifenden Versorgung tauschten sich Anfang Juni in Berlin die Experten und Teilnehmenden der Tagung „GUT VERNETZT“ aus.

Ungeachtet noch offener Detailfragen herrschte Aufbruchsstimmung auf der mit fast 90 Teilnehmenden ausgebauten Veranstaltung GUT VERNETZT in Berlin am 8. Juni 2022. Eingeladen hatten der Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit e. V. (vpsg) und die Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB). Durch das gesetzliche Inkrafttreten der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koor-

dinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischem oder psychotherapeutischem Behandlungsbedarf (KSVPsych-Richtlinie) am 18. Dezember 2021, hat das Thema der ambulanten psychiatrischen Komplexbehandlung in einem berufsgruppenübergreifenden Versorgungsnetz nun hohe fachliche Priorität erhalten. Besonders bedeutsam ist die da-

mit geschaffene neue Behandlungsmodalität für die psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige. Im „NeuroTransmitter“ wurde die Richtlinie zur ambulanten Komplexbehandlung bereits thematisiert [1].

Von der „Verwehr-Psychiatrie“ zur Integrierten Versorgung

Alicia Navarro Ureña, die Vorsitzende des vpsg und Geschäftsführerin der PIBB, begrüßte die Teilnehmenden und zeichnete den Weg der Psychiatrie-Reformen in Deutschland mit Beginn in den 1960er-Jahren, der epochemachenden Psychiatrie-Enquete des Jahres 1975 und der weiteren Entwicklung nach. Der Paradigmenwechsel, weg von einer „Verwehr-Psychiatrie“ zu einer von qualitativen therapeutischen Ansätzen bis hin zu S3-Leitlinien geprägten Versorgung, werde bis heute verfolgt, aber leider nicht konsequent umgesetzt. Nach der Auflösung der Großkliniken und Regionalisierung unter dem Postulat gemeindenahe psychiatrischer Versorgung mit dem Aufbau der Psychiatrie-Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und von psychosozialen Einrichtungen habe seit den 1990er-Jahren die Ausweitung der ambulanten psychiatrischen Versorgung auch seitens der Gesetzgebung im Vordergrund gestanden.

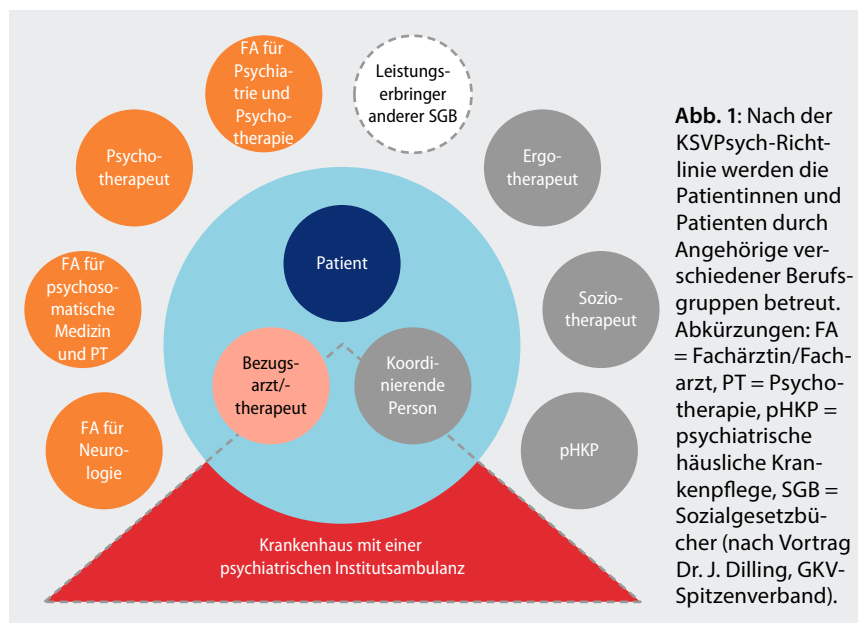


Abb. 1: Nach der KSVPsych-Richtlinie werden die Patientinnen und Patienten durch Angehörige verschiedener Berufsgruppen betreut. Abkürzungen: FA = Fachärztin/Facharzt, PT = Psychotherapie, pHKP = psychiatrische häusliche Krankenpflege, SGB = Sozialgesetzbücher (nach Vortrag Dr. J. Dilling, GKV-Spitzenverband).

Das Psychotherapeutengesetz und die Einführung der Soziotherapie sowie der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege (pHKP) waren wichtige Schritte. Leider erreichte anfangs weder die umfangreiche, etablierte Psychotherapie die schwer psychisch Kranken, noch konnte sich die Soziotherapie und die pHKP flächenhaft durchsetzen (überwiegend aus Gründen der Unterfinanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung [GKV]). Erst mit der Etablierung der Integrierten Versorgung (IV) ab dem Jahr 2006 kamen die genannten Behandlungsmodule zumindest in einigen Regionen verstärkt zum Einsatz.

Hier dankte Navarro Ureña besonders den Initiatoren der IV und der Gründergeneration des vpsg und der PIBB. Im permanent weitergehenden Reformprozess der Psychiatrie nehme, so Navarro Ureña, die jetzige KSVPsych-Richtlinie als jüngste Ergänzung des Sozialgesetzbuchs (SGB) V wesentliche Behandlungsmodule und Aspekte der seit über 15 Jahren erprobten IV auf, setze einen weiteren ambulanten qualitativen Versorgungsgedanken um und ermögliche erst eine qualitative, evidenzbasierte Versorgung.

Es folgte ein Grußwort des Berliner Staatssekretärs für Gesundheit und Pflege, Dr. Thomas Götz, per Video. Die Berliner Gesundheitsverwaltung und Götz unterstützen die Entwicklung von vpsg und PIBB seit vielen Jahren. Götz hob die große Bedeutung der abgestimmten Vernetzung aller im „Psycho-Bereich“ tätigen Berufsgruppen als zentrale Herausforderung und die sich jetzt bietende Chance hervor.

Vernetzung in Berlin und Brandenburg

Dr. Michael Krebs, ebenfalls Gründungsmitglied des vpsg und wie Navarro Ureña seit dem Jahr 2017 Geschäftsführer der PIBB, gab einen Überblick über die konkrete Vorstufenentwicklung der vernetzten ambulanten Komplexbehandlung wie sie in Berlin und Brandenburg,

vor allem unter dem Segel von vpsg und PIBB und in den Verträgen zur IV (§ 140a SGB V Besondere Versorgung), angegangen werde. Der vpsg sei dabei der „inhaltliche Motor“ der Managementgesellschaft PIBB. Bereits drei Jahre nach der Gründung im Jahr 2003 konnte der vpsg als sektorübergreifender, multiprofessioneller Verein (www.psychiatrie-in-berlin.de) erste Krankenkassenverträge mit der DAK-Gesundheit und den Betriebskrankenkassen zur seinerzeit gesetzlich als IV titulierten neuen Behandlung schwer psychisch Erkrankter abschließen. In diesen Versorgungsverträgen waren die pHKP und die Soziotherapie als zusätzliche Behandlungstools im Sinne einer ambulanten Komplexbehandlung essenziell.

Durch die IV gewann der vpsg erheblichen Zulauf und es schlossen sich zahlreiche Kliniken inklusive der Charité in ersten Kooperationsverträgen dem versorgungs- und nicht sektorenorientierten Verein an. In Brandenburg reihten sich auf Betreiben des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte (BVDN) viele niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde und Psychiatrie in die Berliner Vereins- und Vertragsstrukturen ein, wofür sich insbesondere auch tatkräftig engagierte erste psychiatrische Pflegedienste bildeten.

Ausweitung der Verträge

Im Rahmen der Verträge zur IV erfolgte eine schrittweise Professionalisierung des frisch gebildeten Netzverbundes mit Gründung einer eigenständigen Managementgesellschaft, der PIBB GmbH (www.pi-bb.de). Ein weiterer wichtiger Meilenstein war die Ausweitung der IV-Verträge auch auf Mitglieder der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) Nordost und weitere Krankenkassen, wodurch mehrere Tausend Versicherte, soweit es die im Aufbau befindlichen Strukturen schon erlaubten, in eine intensiviertere ambulante Behandlung kamen. Vielfach konnten so Rezidive und

Krankenhausaufenthalte verhindert werden. Zudem kamen Versorgungsverträge unter Beteiligung von Ergotherapie und ambulantem Reha-Sport für akut arbeitsunfähig psychisch Erkrankte erfolgreich zur Anwendung.

Aktivitäten im zertifizierten Versorgungsnetzwerk

Im Jahr 2014 wurde der PIBB als zertifiziertes Ärztenetz nach § 87b SGB V durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin anerkannt, dem dann seit dem Jahr 2019 auch eine relevante Netzfinanzierung durch die KV Berlin folgte. Bis heute ist das PIBB-Netz das bundesweit einzige im „Psycho-Bereich“ zertifizierte Versorgungsnetz. Die bereits im Jahr 2011 eingeleitete Digitalisierung der Komplexbehandlung diente primär der Verbesserung von Informationsaustausch, Steuerung und Abrechnung unter Gesichtspunkten des Qualitätsmanagements – und ergänzte die persönliche Vernetzung auf Ebene der Leistungserbringenden in regionalen und zentralen Veranstaltungen. Auf zahlreiche weitere Aktivitäten „analoger Netzarbeit“ von vpsg und PIBB konnte Krebs nicht eingehen, wobei der Einbezug von Angehörigen und Peers durchgehend von besonderer Bedeutung war.

Erwähnt sei des Weiteren die zusätzliche Nutzung von Online-Verfahren bei der Behandlung der Betroffenen. Mit der Gründung des Gesundheitszentrum für Flüchtlinge 2016 (www.gzf-berlin.org) konnte die PIBB eine heute in Berlin qualitativ wichtige, zusätzliche Versorgungseinrichtung auf den Weg bringen.

Bei der Versorgung auf dem Boden der IV-Verträge stand für die PIBB inhaltlich und strukturell immer die patientenzentrierte, individualisierte und gemeindenahere Versorgung schwer psychisch Erkrankter im ambulanten Setting sowie ein multiprofessioneller, sektorenübergreifender Vernetzungsgedanke im Vordergrund. Dieser Ansatz und die langjährige Anwendungsexper-



© BYDN

Welchen Beitrag die Richtlinie zur besseren Versorgung psychisch erkrankter Menschen leisten kann, erörterten die Teilnehmenden der Podiumsdiskussion (v. li.): Dr. Thomas Flöth, Uwe Wegener, Eva-Maria Schweitzer-Köhn, Dr. Sabine Köhler, Alicia Navarro Ureña, Dr. Bernhard Gibis, Sylvia Matthes, Dr. Bettina Wilms.

tise von vpsg und PIBB waren auch bei der Neugestaltung der Richtlinien zur Soziotherapie und pHKP im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA, 2012 bis 2018) gefragt, wie auch bei der neuen Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischem und psychotherapeutischem Behandlungsbedarf. Näheres hierzu im ausführlichen Beitrag über innovative Modelle in „Der Nervenarzt“ [2].

Berufsgruppenübergreifende Versorgung

Bei der neuen KSVPsych-Richtlinie setzte auch der Hauptvortrag von Dr. Julian Dilling vom Spitzenverband der GKV an. Dilling, Vertreter im G-BA auf Seiten der Krankenkassen, schilderte den langen Weg der KSVPsych-Richtlinie vom gesetzgeberischen Auftrag an den G-BA und ihrer Erarbeitung im G-BA. Unter Mitwirkung von GKV, Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV), Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) und der nicht abstimmberechtigten Patientenvertretung konnte die

Richtlinie nach mehr als 30 Arbeitssitzungen konsentiert werden und am 18. Dezember 2021 in Kraft treten.

Die Eckpunkte der KSVPsych-Richtlinie sind (**Abb. 1**):

- Erkrankte erfahren in der Versorgung nach der KSVPsych-Richtlinie eine enge ärztliche beziehungsweise psychotherapeutische Betreuung mit einer koordinierenden Person in einem Netzwerk von Leistungserbringern.
- Die Patientinnen und Patienten erhalten in dem Netzwerk einen ärztlichen oder psychotherapeutischen Ansprechpartner.
- Die Versorgung richtet sich an Erkrankte mit einem stark eingeschränkten psychosozialen Funktionsniveau.

Der Verbund besteht aus

- mindestens zehn Fachärztinnen und -ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten,
- mindestens einem Krankenhaus mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene,
- mindestens einem ergotherapeutisch Tätigen, einem soziotherapeutisch Tätigen oder einem Pflegenden (pHKP).

Ein Gesamtbehandlungsplan wird in Abstimmung der Leistungserbringenden erstellt.

- Die koordinierende Person stimmt die Termine ab, fördert die Vernetzung der Leistungserbringung und achtet auf die Einhaltung des Gesamtbehandlungsplans. Die Koordination umfasst die Kontaktaufnahme und den Austausch zur Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen.
- Die Komplexbehandlung soll durch einen Gesamtbehandlungsplan eine bessere Strukturierung erhalten und die verschiedenen Leistungsbestandteile sollen stärker aufeinander abgestimmt werden.
- In der Versorgung wird eine Zusammenarbeit über die Sozialgesetzbücher hinweg mit Einbindung mit weiteren Leistungserbringenden jenseits des SGB V angestrebt.
- Die Patientinnen und Patienten sollen durch die koordinierende Person stärker in der Versorgung gehalten und bei der Wahrnehmung der Behandlungsleistungen gestützt werden.

Dillings Vortrag löste rege Nachfragen zu den zu erwartenden Honoraren aus, aber auch zu manchen „unfertigen“ Detailregelungen, auf die dann in der Podiums- und Plenumsdiskussion eingegangen wurde. Tenor zum Abschluss des ersten Teils der Veranstaltung: Trotz vieler Baustellen stimmt die Richtung hin zu vernetzter berufsgruppenübergreifender Versorgung; der GKV und auch der im G-BA verhandlungsführenden KBV als den Protagonisten dieser Richtlinie im G-BA ist für diesen wichtigen Schritt zu danken, der gegen mannigfache Widerstände möglich gemacht wurde.

Hochkarätiges Podium diskutiert Stärken und Schwächen

Hochkarätig besetzt mit wichtigen Akteuren der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung startete das Podium in den zweiten Tagungsteil. Die Moderation durch Dr. Karin-Maria Hoffmann und Matthias Rosemann zeichnete sich durch eine hohe Sachkompetenz und präzise Vorbereitung aus. Die psychologische Psychotherapeutin Hoffmann ist als vormalige Charité-Mitarbeiterin und bundesweit lang-

jährig sozialpsychiatrisch ausgewiesene Akteurin bereits seit Beginn erster Krankenkassenverträge von vpsg und PIBB für die Qualität- und Projektentwicklung aktiv und in den letzten Jahren auch für das Management der PIBB verantwortlich. Der Soziologe und Psychologe Rosemann ist Mitglied auf der Patienten- und Angehörigenbank im G-BA und Vorstandsmitglied des Dachverbandes gemeindepsychiatrischer Verbände.

Die Diskussion begann mit einem vehementen Statement der Klinikvertreterin Dr. Bettina Wilms vom Carl-von-Basedow-Klinikum im Saalekreis. Sie kritisierte die Richtlinie wegen mangelnder Berücksichtigung der Klinikerfordernisse und unklarer sektorenübergreifender Perspektive. Ihre Ablehnung der Richtlinie hatte sie auch in einer Anhörung im G-BA bekundet. Immerhin sah sie in einem späteren Beitrag auch Chancen für die Erkrankten, „wenn auch das Geld komme“; im Interesse der Betroffenen könne womöglich eine qualitätsverbessernde Konkurrenz zwischen dem Kliniksektor und dem ambulanten Sektor entstehen.

Dr. Bernhard Gibis, Dezernent des Dezernates Versorgungsmanagement der KBV, sah hingegen ausdrücklich einen mit der Richtlinie verbundenen strukturellen Gewinn. Die Zukunft der Versorgung liege zum einen im Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten und zum anderen in der multiprofessionellen Vernetzung, so wie es schon im somatischen Bereich bei vielen Erkrankungen umgesetzt werde. Optimistisch sprach er von einer großen Chance, die gerade für Berlin als Vorreiter mit der bereits geschaffenen strukturierten Kooperation im Netzverbund bestehe.

Uwe Wegener als Vertreter der „bipolaris – Manie & Depression Selbsthilfevereinigung Berlin-Brandenburg e. V.“ wies auf die Erfordernisse hin, die sich aus der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ unter anderem mit der Bildung multiprofessioneller Teams, den wichtigen Teilhabe- und den Krisenplänen ergäben, was aber in der jetzigen KSVPsych-Richtlinie nicht adäquat abgebildet sei. Natürlich sei es ein Fortschritt, wenn psychiatrisch und psycho-

Tab. 1: Die neuen Leistungen der ambulanten Komplexversorgung

GOP	Leistung	Hinweise	Bewertung (Punkte / €)
37500	Eingangssprechstunde	je vollendete 15 Minuten, höchstens viermal im Krankheitsfall	231 / 26,02
37510	Differenzialdiagnostische Abklärung	je vollendete 15 Minuten, höchstens viermal im Krankheitsfall	231 / 26,02
37520	Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans	einmal im Krankheitsfall	448 / 50,47
37525	Zusatzpauschale für Leistungen des Bezugsarztes / Bezugspsychotherapeuten	einmal im Behandlungsfall	450 / 50,70
37530	Koordination der Versorgung durch eine nicht ärztliche Person	einmal im Behandlungsfall	577 / 65,01
37535	Aufsuchen eines Patienten im häuslichen Umfeld durch eine nicht ärztliche Person	je Sitzung, höchstens dreimal im Behandlungsfall	166 / 18,70
37550	Fallbesprechung	je vollendete 10 Minuten, höchstens viermal im Behandlungsfall	128 / 14,42
37551	Zuschlag zur GOP 37550 bei Teilnahme eines oder mehrerer nicht ärztlicher / nicht psychotherapeutischer Teilnehmer nach § 3 Abs. 3 und 5 KSVPsych-Richtlinie	je vollendete 10 Minuten, höchstens viermal im Behandlungsfall	128 / 14,42
37570	Zusatzpauschale für zusätzliche Organisations- und Managementaufgaben sowie technische Aufwände im Rahmen eines Netzverbundes	einmal im Behandlungsfall	200 / 22,53

*Die GOP 37510 kann ausschließlich von Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Nervenheilkunde sowie Neurologie und Psychiatrie berechnet werden.
Die Gebührenordnungspositionen 37520, 37525, 37530, 37535, 37551 und 37570 können ausschließlich durch den Bezugsarzt oder den Bezugspsychotherapeuten berechnet werden.
Alle Informationen zur ambulanten Komplexversorgung: www.kbv.de/komplexversorgung*

therapeutisch, ergo- und soziotherapeutisch Tätige sowie die psychiatrische Fachpflege miteinander in Kontakt stünden und sich absprechen würden, aber er würde sich mehr Beteiligung von Betroffenen wünschen. Auch sollten die nicht medizinischen Seiten der Teilhabeprobleme psychisch Erkrankter eine verstärkte Berücksichtigung finden. Das würde den Betroffenen wichtige andere Perspektiven ermöglichen.

Die Präsidentin der Berliner Psychotherapeutenkammer, Eva-Maria Schweizer-Köhn, begrüßte die neue Richtlinie, da sie auch die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten endlich viel stärker strukturell in die Versorgung schwer psychisch Erkrankter einbeziehe. Schon jetzt stünden viele auch in psy-

chotherapeutischer Behandlung. Zugleich wies sie auf Mängel in der Richtlinie hin, wie zum Beispiel der Ausschluss halbtags tätiger Psychotherapeutinnen und -therapeuten von der Teilnahme an dieser Versorgungsoption.

Dr. Sabine Köhler, Vorsitzende des Bundesverbandes Deutscher Nervenärzte, zeigte sich nachhaltig angetan von der Chance zur Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung. Erstmals werde dadurch eine richtliniengestützte Therapie im sozialpsychiatrischen Alltag der Praxen möglich. Auch sie sah allerdings Mängel. Die derzeitige Vorgabe, wonach sich mindestens zehn Psychiaterinnen und Psychiater oder Psychotherapeutinnen und -therapeuten in einem Netz zusammenfinden müssten, sah sie als re-

Erratum

Ergebnisse der SEEWOLF-Studie Erratum zu: Drei Viertel der Wohnungs- losen leiden an psychischen Erkrankun- gen

Monika Brönnner, Josef Bäuml für
die SEEWOLF-Autorengruppe
Erratum zu: NeuroTransmitter
2022;33(5):28–31

Die Autorenliste war unvollständig. Die
vollständige Autorenliste lautet wie folgt:
Monika Brönnner, Josef Bäuml,
Barbara Baur, Gabriele Pitschel-Walz,
Thomas Jahn.

Wir bitten um Beachtung.

Die Online-Version des Originalartikels
ist zu finden unter:
<https://doi.org/10.1007/s15016-022-9442-4>

gelrechten Hemmschuh für ländliche
Regionen an. Auch fehlten vielerorts
noch psychiatrische Fachpflegedienste
und Soziotherapeutinnen und -therapeu-
ten (was später vehement auch aus
dem Plenum heraus moniert und den
Krankenkassen als die Blockierenden
vorgeworfen wurde).

Für Dr. Thomas Flöth von der PI-
NEL-Gesellschaft, die seit vielen Jahren
in Sachen einer IV engagiert war, stellt
die KSVPsych-Richtlinie noch keine
entscheidende Verbesserung dar. Auch
er sehe allerdings Chancen. Der propa-
gierte Einbezug von Psycho-, Sozio-
und Ergotherapie sowie von pHKP in
die Behandlung bedeute, dass für Er-
krankte mehr professionelle Behand-
lungszeit zur Verfügung stehe. Wie zu-
vor schon Wegener kritisierte er den
fehlenden Einbezug der Arbeitsproble-
me psychisch Kranker und forderte
ebenfalls verstärkten, honorarmäßig
abgesicherten Peer-Einsatz. Über eine
sehr technisch diskutierte Richtlinien-
versorgung hinaus stellte er die grund-
sätzliche Frage nach psychischer Er-
krankung und dem Hilfebedarf Er-
krankter.

Sylvia Matthes aus der Uckermark un-
terstrich als Vertreterin der häuslichen
Pflege nachdrücklich die positiven Er-
fahrungen in der IV, die sie mit den zahl-
reichen Teammitgliedern ihres großen,

in Prenzlau und Schwedt angesiedelten
Pflegeteames machen konnte.

Als letztes Statement der Podiumsmit-
glieder stellte Navarro Ureña dann
nochmals die in den Jahren der IV neu
gewonnene Kooperation der Psychiater-
innen und Psychiater sowie Nervenärz-
tinnen und Nervenärzte mit all den an-
deren Akteuren psychiatrischer und
psychotherapeutischer Versorgung in
den Vordergrund. Hier gelte es weiter-
zumachen, um die individualisierte,
differenzialtherapeutische und leitlini-
enbasierte fachspezifische Versorgung
zu verbessern, mit allen Instrumenten,
die das SGB V biete.

Lebhafter Austausch mit dem Plenum

Es wunderte nicht, dass nach den viel-
fältig angesprochenen Aspekten auch
die weitere Diskussion mit dem Plenum
lebhaft und bis zum Schluss spannend
verlief. Leider kann hierauf im Einzel-
nen nicht eingegangen werden. Erwähnt
sei lediglich noch der kritische Hinweis
auf die Flut kommerzieller digitaler, sehr
kostspieliger Behandlungsangebote, der
– soweit die übereinstimmenden Voten
auch von KBV und GKV-Spitzenver-
band – klar mit beziehungstherapeuti-
schem Anspruch und qualitätsgesicher-
ter Praxis zu begegnen sei.

Hoffmann und Rosemann fassten ab-
schließend zusammen: Die KSVPsych-
Richtlinie sei gewiss nicht der End-
punkt (sozial-)psychiatrischer Weiter-
entwicklung, aber sie werde doch im
ambulanten Bereich ganz überwiegend
als wichtiger Schritt angesehen. Die
Richtlinie biete neue Möglichkeiten ei-
ner auch in der Fläche qualifizierteren
Versorgung schwer psychisch Erkrank-
ter. Miteinander strukturiert ins Ge-
spräch zu kommen, miteinander anste-
hende Fragen bei und mit einzelnen Pa-
tientinnen und Patienten anzugehen
und allgemeine Herausforderungen der
Versorgung in einem Forum wie dem
heutigen zu diskutieren, darin liege die
Zukunft. Nicht zuletzt das große Prob-
lem zunehmenden Personalmangels auf
fast allen Ebenen der Versorgung zwin-
ge geradezu zu einer verstärkten Ko-
operation. Die klare Aufbruchstim-
mung der Veranstaltung, trotz weiter zu
klärender Details wie die Honorie-

rungsfrage, dürfte für Berlin und Bran-
denburg (mit der PIBB als Vorreiter),
und hoffentlich auch für weitere Bun-
desländer und Akteure in den anderen
Bundesländern, Ansporn sein.

Dies umso mehr als jetzt auch die
Honorare der umfanglichen Leistungen
der ambulanten Komplexbehandlung
veröffentlicht wurden (Tab. 1). Sie bein-
halten einen durchaus relevanten Leis-
tungsanreiz, der die gewünschte Ver-
besserung der Versorgungsstruktur tat-
sächlich befördern sollte. Inwieweit die
Praxis auch der Theorie folgen wird,
muss sich zeigen, wenn die neuen Be-
handlungsmöglichkeiten am 1. Oktober
2022 „ans Netz gehen“.

Literatur

1. Krebs M. KSVPsych-Richtlinie – Vernetzte
Versorgung für psychisch erkrankte Men-
schen. NeuroTransmitter 2022;33(5):10–11
2. Köhler S et al. Innovative ambulante Model-
le. Der Nervenarzt 2020;91:1003–16

AUTOREN

Dr. med. Norbert Mönter

Facharzt für Neuro-
logie und Psychiatrie,
Psychotherapie,
Psychoanalyse
Schwendenerstraße 46
14195 Berlin

dr.moenter@psychiatrie-in-berlin.de

Alicia Navarro Ureña

Fachärztin Psychiatrie/Psychotherapie
Leonorenstraße 3
12247 Berlin

Dr. phil. Dipl.-Psych. Karin-Maria Hoffmann

Psychologische Psychotherapeutin
Management, Qualität und
Projektentwicklung der PIBB
Tegeler Weg 4
10589 Berlin

Dr. med. Michael Krebs

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Drakestraße 61
12205 Berlin

