

## *Ausschuss „Vernetzte Versorgung psychisch Kranker in München“ - ÄKBV München*

### **Positionspapier „Vernetzte Versorgung psychisch Kranker in München“ 20.01.2020**

#### **Autoren:**

Dr. Peter Scholze, Vorsitzender des Ausschusses  
Dr. Christian Vogel, Arbeitsgemeinschaft Münchner Nervenärzte und Psychiater e.V. und Mitglied des Ausschusses.

#### **Neben den Ausschussmitgliedern nahmen folgende Kolleginnen und Kollegen am Runden Tisch (9.9.19 und 12.12.19) teil:**

Dr. Petra Brandmaier (Krisendienst Psychiatrie Oberbayern)  
Dr. Martin Ehrlinger (Arbeitsgemeinschaft Münchner Nervenärzte und Psychiater e.V.)  
Prof. Jochen Gensichen (Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der LMU)  
Dr. Hans Martens (Arbeitsgemeinschaft Münchner Nervenärzte und Psychiater)  
Dr. Alois Niederschweiberer (Neurozentrum Pasing)  
Dr. Herbert Nickl (Psychiater im MVZ Algesiologikum München)  
Dr. Claudia Ritter-Rupp (2. stellv. Vorsitzende KVB)  
Dr. Katharina Teubner (Bayerischer Hausärzteverband).

#### **Inhalt:**

- Kernaussagen
- A. Positionen
- B. Empfehlungen und Umsetzungsstrategien für mehr Kooperationen und bessere Vernetzungen

#### **Kernaussagen**

1. Kommunikation und Vernetzung verbessern Behandlungsergebnisse, stärken Vertrauen und nützen den Patientinnen und Patienten
2. Die starke Fragmentierung und die hochdifferenzierte Spezialisierung in unserem Gesundheitssystem erfordern neue Wege zu mehr Koordination, Kooperation und Vernetzung.
3. Psychisch Erkrankte mit komplexem Krankheitsgeschehen und Multimorbidität sind in besonderem Maße auf eine patientenzentrierte Versorgungssteuerung angewiesen.
4. Etwa zwei Drittel der psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten werden ausschließlich von Hausärztinnen und Hausärzten behandelt. Zwischen hausärztlichem und fachärztlichem Bereich sowie den Übergängen zwischen ambulantem und stationärem Sektor bedarf es einer verbindlichen Klärung der Verantwortlichkeiten und der Übernahme von Koordinationsleistungen.
5. Ein guter Überblick über die regionalen Versorgungs- und Hilfsangebote sowie Patientenwege und Behandlungspfade ist in einer Großstadt wie München zur Behandlung psychisch Kranker unerlässlich.
6. Die Strukturen zur besseren Koordination, Kooperation und Vernetzung bei der Versorgung psychisch Kranker müssen ausgebaut werden. Dies gilt für den ambulanten, teilstationären und stationären Sektor sowie auch transssektoral.
7. Für Koordinationsleistungen bei der Versorgung psychisch Erkrankter müssen angemessene Vergütungsanreize geschaffen werden.

## A. Positionen

### 1. Kommunikation und Vernetzung verbessern Behandlungsergebnisse, stärken Vertrauen und nützen den Patientinnen und Patienten.

Eine Versorgungskultur mit einem mehr an Koordination, Kooperation und Vernetzung verhilft den Patientinnen und Patienten zu einer Reihe positiver Effekte. Dazu zählen ein Anstieg der Lebensqualität und der Alltagsfunktionalität, eine Reduzierung des Medikamentenkonsums und eine bessere Adhärenz bei der Medikamenteneinnahme, ein Rückgang der Hospitalisierungsrate und eine schnellere Rückkehr ins Arbeitsleben und nicht zuletzt eine Zunahme der Patientenzufriedenheit. Kosteneinsparungen konnten im Bereich der ambulanten Versorgung zusammenfassend nicht festgestellt werden.

Hierzu der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten von 2018: *„Der Stellenwert einer Koordination gesundheitlicher Versorgung nimmt aufgrund der zunehmenden Komplexität von Erkrankungen und deren Behandlungsverläufen zu. Dieser Herausforderung wird die Regelversorgung in Deutschland kaum gerecht ... Bei der Koordination der psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung besteht Optimierungspotenzial, insbesondere wegen der unübersichtlichen Leistungsanbieterstruktur, der oft komplexen Behandlungsverläufe und der nicht immer klaren Verantwortung für die Koordination vor allem im ambulanten Sektor.“*

Die einzelnen Projekte vernetzter Versorgung sind sehr unterschiedlich strukturiert, was eine übergreifende Evaluation erschwert (Salize, Zentralinstitut für seelische Gesundheit Mannheim). Modelle der vernetzten Versorgung könnten in Anlehnung an die Terminologie medizinischer Leitlinien (AMWF) als klinischer Konsens empfohlen werden.

### 2. Die starke Fragmentierung und die hochdifferenzierte Spezialisierung in unserem Gesundheitssystem erfordern neue Wege zu mehr Koordination, Kooperation und Vernetzung.

Unser Gesundheitssystem ist hochgradig fragmentiert und zersplittert. Dies gilt für seine Versorgungsstrukturen und für die jeweils zuständigen Kostenträger. Ärztinnen und Ärzte, nichtärztliche Gesundheitsberufe sowie die betroffenen Patientinnen und Patienten verlieren in diesem schwer durchschaubaren Gesundheitsdschungel oft die Orientierung. Auch deshalb brauchen wir neue Formen von Koordination, Kooperation und Vernetzung. Hinzu kommt: Je besser vernetzt, desto weniger Fehlinanspruchnahmen.

Hierzu die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) in ihrem Papier „DGPPN-Standpunkte für eine zukunftsfähige Psychiatrie“ vom Oktober 2018: *„Das umfassende, aber auch hochfragmentierte deutsche Versorgungssystem ist nicht nur von hilfeschenden Menschen, sondern auch von den dort professionell Tätigen kaum noch zu überschauen und deshalb schwierig zu navigieren, was sich gerade für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen erheblich nachteilig auswirkt.“*

Ähnlich formuliert die S3-Leitlinie unipolare Depression: *„Dem Ansatz einer sinnvollen Kooperation steht das derzeit fraktionierte Versorgungssystem mit wenig vernetzten ambulanten, stationären und rehabilitativen Angeboten gegenüber.“*

### **3. Psychisch Erkrankte mit komplexem Krankheitsgeschehen und Multimorbidität sind auf eine patientenzentrierte Versorgungssteuerung besonders angewiesen.**

Psychisch kranke Menschen leiden oft an einem komplexen Beschwerdebild und an Beeinträchtigungen durch somatische und psychische Komorbiditäten. Hinzu kommen oft vielschichtige Probleme in ihren Lebens- und Arbeitswelten. Patienten mit komorbiden Erkrankungen haben ein höheres Chronifizierungsrisiko, eine ungünstigere Prognose und ein erhöhtes Suizidrisiko.

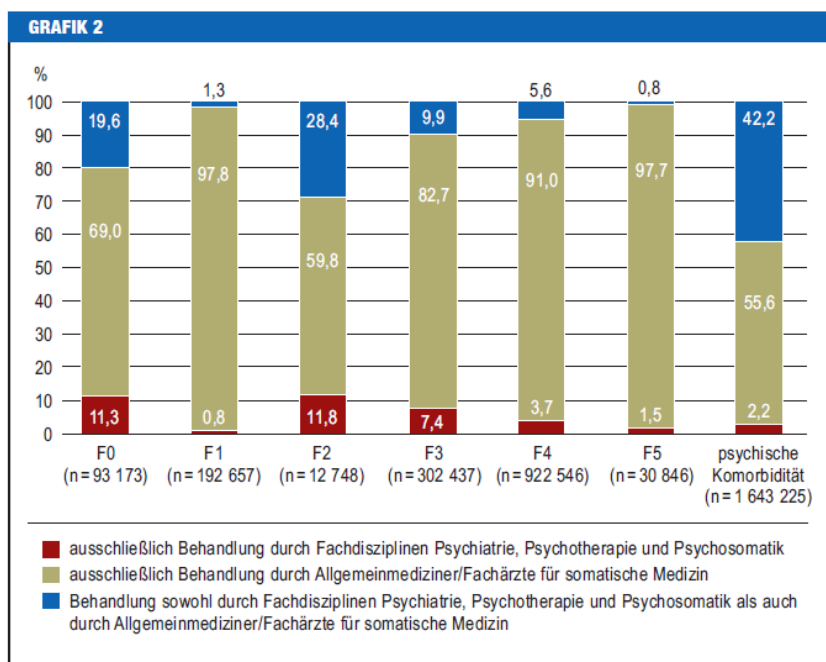
*Die DGPPN führt in ihren „Standpunkten“ aus: „Menschen mit psychischen Erkrankungen haben in der Regel einen komplexen Hilfebedarf. Um diesen zu decken und den Betroffenen gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen, sind eine Vielzahl von medizinischen und psychosozialen Angeboten notwendig. In den letzten Jahrzehnten hat sich in Deutschland ein umfangreiches Versorgungs- und Hilfesystem gebildet, das eine Reihe von Berufsgruppen umfasst. Es ist aufgrund verschiedener sozialrechtlicher Grundlagen stark sektoriell gegliedert mit jeweils verschiedenen Leistungsanbietern und Kostenträgern. Aufgrund der stark gestiegenen Nachfrage nach Hilfeleistungen steht dieses System heute vor großen Herausforderungen. Dabei sind Kooperation, Vernetzung und Steuerung Schlüsselfaktoren, um auch in Zukunft noch eine patientenzentrierte, bedarfsgerechte Versorgung gewährleisten zu können .... Nur ein gestuftes Vorgehen innerhalb eines vernetzten Hilfesystems kann diese Kriterien erfüllen. Das beinhaltet die Koordination und Steuerung der Hilfsangebote einerseits und der Patientenwege andererseits. Gestufte und vernetzte Versorgungsmodelle gehen vom Bedarf des Patienten aus und bieten gezielte Entscheidungsunterstützung durch Leitlinien und Versorgungspfade, bei denen die verschiedenen Therapieangebote strukturiert und koordiniert durch eine verbindliche und effektive Aufgabenteilung der verschiedenen Leistungserbringer definiert werden.“*

Im „Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung“ von 2019 wurde in § 92 beschlossen, dass der GBA bis Ende 2020 zur Entwicklung einer Richtlinie zur berufsgruppenübergreifenden koordinierten und strukturierten Versorgung schwer psychisch Kranker mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischem Behandlungsbedarf verpflichtet wird.

### **4. Etwa zwei Drittel der psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten werden ausschließlich von Hausärztinnen und Hausärzten behandelt.**

Mehrere große Studien belegen die Schlüsselrolle der hausärztlichen Praxen bei der ambulanten Versorgung psychisch Kranker. Übereinstimmend kommen alle diese Studien zu dem Ergebnis, dass etwa zwei Drittel aller Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen ausschließlich in hausärztlichen Praxen behandelt werden. Hinzu kommt die Behandlerpräferenz der Patientinnen und Patienten: Auch die Mehrheit der Patientinnen und Patienten mit Depression oder Schmerzen ohne körperlichen Erkrankungen präferieren die hausärztliche Praxis als erste Anlaufstelle. Diese zunächst überraschenden Ergebnisse sollen im Folgenden anhand einiger Grafiken belegt werden:

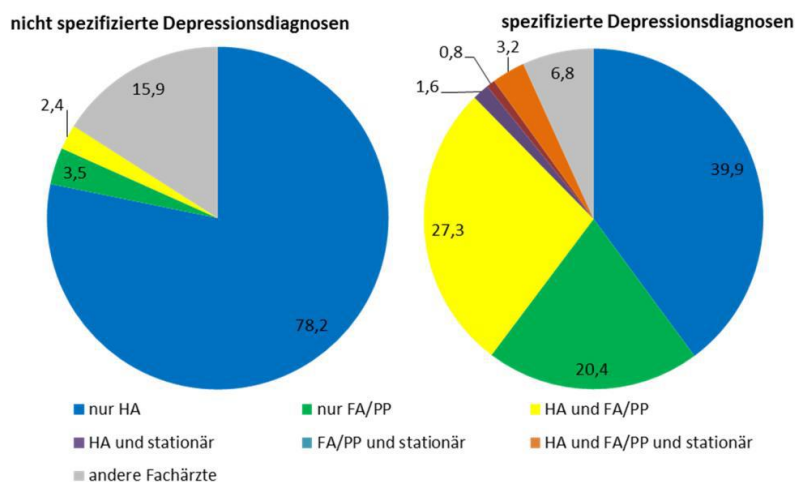
a) „Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen“  
(aus: Wolfgang Gaebel et al.: DÄB Jg 110, Heft 47, 22.11.13).



b) „Diagnostizierende Fachgruppe bei spezifizierten und nicht spezifizierten Depressionsdiagnosen, 2011“ (Anteile in %)

(Aus: Faktencheck Gesundheit – Depression, Bertelsmann Stiftung 2014)

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).



HA = Hausarzt; FA/PP = psych. Facharzt und/oder Psychologischer Psychotherapeut; stationär = stationäre Haupt-Entlass-Diagnose

c) **Behandlerpräferenz bei Depression und Schmerzen ohne körperliche Erkrankungen**

(Aus Kruse und Herzog: „Zwischenbericht zum Gutachten zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung und ihre Effizienz“, 2013).

### Behandlerpräferenz (Mehrfachantworten)

An wen würden Sie sich wenden, wenn Sie leiden an ...	Depression	Schmerzen ohne körperliche Erkrankung
Hausarzt	56,7 %	69,4 %
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	25,6 %	23,0 %
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie	23,8 %	14,6 %
Psychologischer Psychotherapeut	15,3 %	9,7 %

Prof. Dr. J. Kruse / Prof. Dr. W. Herzog - KBV Zwischenbericht

### d) Versorgung von depressiv Erkrankten nach Schweregrad der Depression

(Aus: Versorgungsreport 2013/2014“ des Wissenschaftlichen Instituts der AOK - WIdO).

Schweregrad	Versorgung durch HA	Versorgung durch FA	Versorgung durch HA und FA	Versorgung durch andere Fachärzte
F32.2/F32.3 Schwere depressive Episode mit/ohne psychotische Symptome	37,8	28,1	29,9	4,2
F32.1 mittelgradige depressive Episode	44,3	26,8	24,7	4,2
F32.0 leichte depressive Episode	54,8	18,7	12,2	14,3
F32.8/F32.9 sonstige oder nicht näher bezeichnete depressive Episode	75,4	4,9	4,9	13,6
Gesamt	64,1	13,2	11,8	10,8

HA=Hausärzte; FA=spezifische Fachärzte, d. h. Fachärzte für Psychiatrie, Psychologische Psychotherapeuten etc.

Die S3-Leitlinie unipolare Depression führt hierzu aus: „Hausärzte haben bei der Versorgung depressiver Störungen eine zentrale Rolle inne. Hausärzte behandeln einen hohen Anteil von Patienten, die eine depressive Erkrankung aufweisen ... Depressionen gehören zu den fünf häufigsten Krankheiten in der Hausarztpraxis ... Anhand des 2014 publizierten „Faktencheck Depression“ der Bertelsmann Stiftung wurden regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depression auf Grundlage von Versicherungsdaten von ca. 7,7 Millionen Versicherten von insgesamt 84 unterschiedlichen Krankenversicherungen der Betriebskrankenkassen (BKK) und Innungskrankenkassen (IKK) aus dem Stichjahr 2011 untersucht ... Dabei zeigte sich, dass der größte Anteil der Depressionsdiagnosen (59 %) ausschließlich von einem Hausarzt gestellt wird. Die zweitgrößte Gruppe bilden die Depressionsdiagnosen, die durch einen Hausarzt und einen fachspezifischen Arzt bzw. Psychotherapeuten gestellt wird (15 %)“

Trotz des älteren Datums der genannten Studien haben diese aufgrund der sehr hohen Fallzahlen eine hohe Aussagekraft.

Die Ergebnisse werden auch durch eine neue Statistik der DGPPN bestätigt.

In einem Dossier der DGPPN zum Schwerpunkt Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland (Oktober 2018) wird festgestellt, dass 60% der Depressionsdiagnosen vom Hausarzt gestellt werden und in allgemeinärztlichen Praxen Depression auf Platz 8 der häufigsten Diagnosen steht.

Die Effekte der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie und des TSVG von 2019 bleiben abzuwarten.

**Zwischen hausärztlichem und fachärztlichem Bereich sowie den Übergängen zwischen ambulantem und stationärem Sektor bedarf es einer verbindlichen Klärung der Verantwortlichkeiten und der Übernahme von Koordinationsleistungen.**

Bei den Übergängen zwischen haus- und fachärztlichem Bereich sowie zwischen ambulantem und stationärem Sektor kommt es oft zu Missverständnissen und Versorgungslücken aufgrund mangelnder Absprachen und planlosem Vorgehen. Im Interesse der Patientinnen und Patienten sollte in jedem Einzelfall geklärt werden, welcher Behandelnde wofür Zuständigkeit, Verantwortung und Koordinierungsleistungen übernimmt. Ein erster Schritt könnte die intensivere Nutzung des Überweisungsscheins sein (Kurzmitteilung von Befund, Problemstellung und Medikamentenplan, Klärung, ob Auftragsleistung, Konsil oder Mitbehandlung u.a.) Im SVR-Gutachten 2018 wird hierzu ausgeführt: *„Um die Koordination der Versorgung zu verbessern, sollte der Hausarzt in der Regel der erste Ansprechpartner der Patienten sein, der einen leitliniengerechten Behandlungsverlauf im Blick hat. Insbesondere bei schwereren psychischen Erkrankungen kommt für die Hauptkoordinierungsleistung aber z. B. auch ein niedergelassener Facharzt für Psychiatrie, ein Psychotherapeut oder eine Institutsambulanz infrage. Das Weitergeben der Hauptkoordinations- Verantwortung an einen anderen Leistungserbringer würde mit dem Patienten und dem neuen Koordinierenden abgestimmt und auch dokumentiert werden. Die Koordinationsverantwortung sollte dabei zukünftig besser vergütet werden.“*

**5. Ein guter Überblick über die regionalen Versorgungs- und Hilfsangebote sowie Patientenwege und Behandlungspfade sind in einer Großstadt wie München zur Behandlung psychisch Kranker unerlässlich.**

München birgt eine Reihe versorgungsrelevanter Großstadtprobleme: Es gibt hier ein vielseitiges regionales Versorgungs- und Hilfsangebot für viele Erkrankungen und schwierige Lebenslagen. Hierzu zählen u.a. Beratungsstellen, Angehörigenberatungen, Nachbarschaftshilfe, Spezialeinrichtungen für Soziotherapie, Ergotherapie, Psychoedukation und häusliche Pflege sowie Selbsthilfegruppen, sozialpsychiatrische Dienste, Sozialarbeiter und – pädagogen. Diese meist sehr qualifizierten Anlaufstellen und Einrichtungen sind in der Ärzteschaft und den anderen im Gesundheitswesen Tätigen zu wenig bekannt und sie werden von ihnen viel zu selten empfohlen und in Anspruch genommen. Viele niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten bekunden immer wieder ihr Interesse an mehr Informationen zu diesen Anlaufstellen und Einrichtungen. An weiteren versorgungsrelevanten Großstadtproblemen sind zu nennen: Der oftmals unpersönliche Kontakt zwischen den Versorgungsanbietern und die ungleiche Verteilung der Haus- und Fachärzte über das Stadtgebiet. Letzteres erschwert den Aufbau eines Versorgungssystems mit einem Diagnostik- und Krisenangebot, das niederschwellig und zeitnah aufgesucht werden kann.

Die DGPPN führt hierzu in ihren Standpunkten aus: *„Die Intensität der Behandlung muss im Verlauf der Erkrankung dem individuellen Bedarf der Patienten kontinuierlich angepasst werden. Aus diesem Grund ist ein Netzwerk von multiprofessionellen Leistungserbringern und eine Betreuung am Wohnort bzw. in der Gemeinde der Patienten anzustreben .... Dabei sollte die regionale Verantwortung aller Leistungserbringer in einem Netzwerk-Verbund zusammengefasst werden, welcher aus ambulanten Leistungserbringern wie Hausärzten, Fachärzten, ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, ambulanter Pflege, der Eingliederungshilfe und weiteren psychosozialen Angeboten sowie den Kliniken besteht... Dabei beschreiben die Modulangebote einen Versorgungspfad, der bei geringem Bedarf Selbsthilfe- und Beratungsangebote vorsieht und bei steigendem Bedarf zunehmend intensive und komplexe ambulante sowie auf der letzten Stufe stationäre medizinische und psychosoziale Interventionen bereithält.“*

*Die Behandlung und Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen hat neben der Symptomreduktion auch die Stärkung der eigenen Ressourcen im Sinne von Empowerment und Recovery-Konzepten sowie die Ermöglichung von Teilhabe in allen Lebensbereichen zum Ziel. Da*

*psychische Erkrankungen in engem Zusammenhang mit der sozialen Umgebung und deren Bedingungen stehen, ist die Einbeziehung des Lebensumfeldes von wesentlicher Bedeutung. Diagnostik und Therapien sollten niederschwellig ansetzen, möglichst ohne Wartezeiten verfügbar sein und eine kontinuierliche Betreuung gewährleisten.“*

## **6. Die Strukturen zur besseren Koordination, Kooperation und Vernetzung bei der Versorgung psychisch Kranker müssen ausgebaut werden. Dies gilt für den ambulanten, teilstationären und stationären Sektor sowie transsektoral.**

Es gibt mehrere strukturelle Ansätze zur Förderung von Koordination, Kooperation und Vernetzung. Dazu zählen Integrationsverträge, Modellvorhaben, Netzverträge und neue Projekte über den Innovationsfonds. Diese Möglichkeiten werden jedoch kaum genutzt, viele Projekte sind rückläufig.

Die DGPPN kommentiert in den „Standpunkten“: *„Seit 2004 besteht die Möglichkeit, integrierte Versorgung (§ 140 SGB V) über verschiedene Leistungssektoren oder interdisziplinär fachübergreifende Versorgung zu sichern. Im Bereich der psychischen Erkrankungen sind nur wenige Verträge zustande gekommen. Modellvorhaben gemäß § 64b SGB V ermöglichen den Kliniken eine sektorenübergreifende Leistungserbringung einschließlich komplexer ambulanter psychiatrischer Behandlung im häuslichen Umfeld. Aktuell werden circa 20 Modellvorhaben umgesetzt. Das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) – seit 01.01.2017 in Kraft – hat die Möglichkeit zur stationsäquivalenten Behandlung im häuslichen Umfeld (StäB) für die Kliniken geschaffen. Hoffnung auf neue Impulse für eine verbindlich strukturierte und vernetzte Versorgung weckt der Innovationsfonds, der seit 2016 zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung eine Vielzahl von Modellprojekten finanziert.“*

Und die S3-Leitlinie unipolare Depression führt dazu aus: *„Im deutschen Gesundheitswesen werden Modelle der sektorenübergreifenden Integrierten Versorgung seit 2000 als innovative Versorgungsprojekte vom Gesetzgeber ermöglicht. Durch die Gesundheitsreform 2000 wurden für die Krankenkassen und die Leistungserbringer die Möglichkeiten erweitert, die Grenzen bisheriger bereichsspezifischer Strukturen zu überwinden. Hierzu ermöglichte es der neu eingeführte § 140a-d SGB V den Krankenkassen, Verträge mit Leistungserbringern für eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten abzuschließen. Die Integrierte Versorgung soll somatische, psychotherapeutische und sozialpsychiatrische Behandlungsmöglichkeiten verbinden und basiert auf evidenzbasierten, leitlinienorientierten Behandlungs- und Versorgungsalgorithmen. In Deutschland wurden bereits einige Verträge zur Integrierten Versorgung in der Behandlung depressiver Erkrankungen zwischen verschiedenen Akteuren (stationär, ambulant) und gesetzlichen Krankenkassen realisiert...Eine weitere Aufwertung erfuhr die IV mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007. Doch während die Vertragsfreiheiten sukzessive ausgeweitet wurden, erlebte die IV auch Rückschläge mit weitreichenden Wirkungen: Z. B. setzte das Auslaufen der Anschubfinanzierung Anfang 2009 der dynamischen Ausbreitung von Selektivverträgen ein abruptes Ende.“*

## **7. Für Koordinationsleistungen bei der Versorgung psychisch Erkrankter müssen angemessene Vergütungsanreize geschaffen werden.**

Die Erbringung von Koordinationsleistungen erfordert zunächst mehr Zeit, was sich dann aber im weiteren Behandlungsverlauf deutlich auszahlt und schließlich auch ökonomisch positiv bilanziert werden kann. Es ist nicht zu verstehen und zu akzeptieren, dass in unserem System von Einzelleistungen, Pauschalen und Budgets die so wichtigen Koordinationsleistungen unberücksichtigt bleiben. Zusätzliche Vergütungsanreize für Koordinationsleistungen sind gerade bei der Versorgung psychisch Erkrankter dringend geboten.

Die DGPPN fordert in ihren Standpunkten hierzu: *„Damit eine verbindliche integrierte Versorgung zu spürbaren Verbesserungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen führen kann, sollten auch Vergütungsanreize für die Koordination des Netzwerkes oder für das Ausüben einer Lotsenfunktion seitens der Kostenträger geschaffen werden – eine Forderung, die derzeit auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen vertritt.“*

Eine bessere Vernetzung und Kooperation sollte durch eine Stärkung bestehender Strukturen angestrebt werden und nicht durch die Etablierung neuer Versorgungsebenen.

## **B. Empfehlungen und Umsetzungsstrategien für mehr Kooperationen und bessere Vernetzungen**

Der Ausschuss „Vernetzte Versorgung psychisch Kranker in München“ hat gemeinsam mit dem „Runden Tisch“ ein Konzept mit Empfehlungscharakter erarbeitet, um auf regionaler Münchner Ebene Kooperationen und Vernetzungen zu fördern. Diese Empfehlungen sind im Folgenden zusammengefasst.

1. **Informationen über das vielseitige Münchner Angebot zur Versorgung psychisch Kranker.**  
Die Münchner Ärzteschaft und andere im Gesundheitswesen Tätige erhalten hilfreiche Informationen zu den vielseitigen Versorgungsangeboten in München.
2. **Zusammenarbeit mit ärztlichen Institutionen und Verbänden in München**  
Ärztliche Berufs- und Fachverbände, KVB, psychotherapeutische Ausbildungsinstitute und die Münchner Institute für Allgemeinmedizin unterstützen gemeinsam mit dem Ausschuss die Förderung von Kooperationen und Vernetzungen in München.
3. **Zusammenarbeit der Münchner Ärzteschaft mit nichtärztlichen im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen und Einrichtungen.**  
Die Zusammenarbeit zwischen Münchner Ärzteschaft mit nichtärztlichen Berufsgruppen und Einrichtungen wird gefördert. Dabei sollen insbesondere niedrigschwellige Angebote wie Beratungsstellen, Angehörigenberatungen, Nachbarschaftshilfe, sozialpsychiatrische Dienste, Spezialeinrichtungen für Soziotherapie, Ergotherapie und Psychoedukation sowie Selbsthilfegruppen Berücksichtigung finden. Der Gesundheitsbeirat München wird in die Initiativen für eine bessere Zusammenarbeit einbezogen.
4. **Vorgehen bei psychischen Krisen, bei Suizidalität und bei Dringlichkeit**  
Psychische Krisen, Suizidalität und Dringlichkeit sind in der Alltagspraxis besondere Herausforderungen, oft verbunden mit einer drohenden Gefahr im Verzuge. Der Münchner Ärzteschaft werden wichtige Entscheidungshilfen und übersichtliche Orientierungshilfen zur Akutversorgung bei Krisen, Suizidalität und Dringlichkeit an die Hand gegeben.
5. **Überweisungskultur und Therapie-Überwachung**  
Zur Optimierung der Schnittstellen im ambulanten Bereich wird für die Münchner Ärzteschaft ein Konzept zu Terminvergabe, Informationsfluss, Klärung von Zuständigkeiten, Koordination und Therapie-Überwachung erstellt.
6. **Übergänge zwischen ambulantem, teilstationärem und stationärem Sektor**  
Strukturierter Aufnahmemodus bei Klinikeinweisungen (z.B. diensthabender Oberarzt), Verbesserung des Entlassmanagements (z.B. erster Termin zur Einleitung einer ambulanten Nachbehandlung noch während dem stationären Aufenthalt), Verbesserung der Überweisungskultur.



### **Win-win-Situation**

Mit diesen Empfehlungen soll eine win-win-Situation für die Patientinnen und Patienten und die Behandelnden zugleich erreicht werden. Darüber hinaus führt das empfohlene strukturierte Vorgehen zu mehr Zufriedenheit bei den betroffenen Kranken und ihren Behandelnden und letztlich auch zu einer Ersparnis von Zeit und wirtschaftlichen Ressourcen.

Für den Ausschuss „Vernetzte Versorgung psychisch Kranker in München“

Dr. Peter Scholze, Dr. Christian Vogel  
27.02.2020

### **Literaturquellen:**

1. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung (2018)
2. DGPPN: Standpunkte für eine zukunftsfähige Psychiatrie (Oktober 2018)
3. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie unipolare Depression (AWMF nvl-005)
4. Aktualisierte Leitlinie „Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“ (AWMF 051-001)
5. Kruse u Herzog Zwischenbericht 2013
6. Gaebel et al 2013
5. Bertelsmannstiftung Faktencheck Gesundheit 2014
6. Trautman u Beesdo-Baum 2017
7. S3- LL „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (038-020)
8. „Netzwerke für schnellere Psychotherapie“ der Bundesregierung (Änderungsantrag z. Gesetzentwurf z Reform der Psychotherapeutenausbildung (laut ÄZ 23.9.19)
9. Dossier Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung, Eine Publikation der DGPPN, Berlin Oktober 2018.