

12.07.2019

**Gemeinsame Stellungnahme
zum BMG-Dialog
zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen
Themen des 1. Dialogforums „Versorgungsbereiche nach dem SGB V“**

Geschäftsstelle
BMG „Dialog Weiterentwicklung“
Oppelner Str. 130
53119 Bonn
per Email: dialog@apk-ev.de

Die vorliegende Stellungnahme ist als Ergänzung zu der gemeinsamen Stellungnahme der DGPPN und weiterer Fachverbände, u.a. der BDK, ackpa und LIPPs vom 3. Mai 2019 zu übergreifenden Themen des BMG-Dialog zu verstehen.

Hier möchten die BDK, ackpa und LIPPs spezifisch zu einzelnen für die Kliniken wichtigen Aspekten aus den Themen des 1. Dialogforums Stellung nehmen, sofern sie in der bereits vorliegenden Stellungnahme vom 03.05.2019 nicht oder nicht ausreichend adressiert wurden. Die Ausführungen aus der Stellungnahme vom 03.05.2019 werden hier nicht wiederholt, sind aber aus Sicht der BDK, ackpa und LIPPs weiterhin essentiell.

Ad 1. Ambulante Komplexeleistungen und einzelfallbezogene Koordination für psychisch Erkrankte mit komplexem Behandlungsbedarf

Für die Verbesserung der künftigen psychiatrischen Versorgungsorganisation ist es grundsätzlich wichtig, dass die Behandlungsintensität und –dichte flexibilisiert und möglichst stufenlos dem aktuellen Bedarf der Patientinnen und Patienten angepasst werden kann. Dieser variiert bzw. schwankt je nach Erkrankungsphase und folgt häufig keinem linearen Verlauf. Für die schwer betroffenen Patientinnen und Patienten, die wir in unseren Kliniken behandeln, ist es besonders wichtig, dass sie nach einem stationären oder teilstationären Aufenthalt ggf. weiter intensiv ambulant behandelt werden können, und zwar durch ein multiprofessionelles Team, das bei Bedarf auch aufsuchend und in Krisensituationen kurzfristig agieren kann. Diese ambulante Intensiv-Behandlung mit Behandlungselementen in der Häuslichkeit (Home-Treatment/ACT) muss verstärkt eingesetzt, in sich flexibel „dosierbar“ sein und auskömmlich finanziert werden.

Grundsätzlich ist es denkbar, dass die skizzierte intensiv-ambulante Behandlung durch das Krankenhaus selbst, oder durch einen gemeindepsychiatrischen Verbund oder auch durch

spezialisierte Praxen aus dem vertragsärztlichen Bereich geleistet wird und es ist auch durchaus denkbar und erwünscht, dass die verschiedenen Anbieter miteinander kooperieren. Aus unserer klinischen Erfahrung ist es aber auf jeden Fall erforderlich, dass dieses Intensiv-Angebot vorrangig in den psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) der Krankenhäuser und Kliniken aufgebaut wird; denn hier kann in optimaler Weise die für viele Patient*innen ausgesprochen wichtige Behandlungskontinuität zwischen voll- oder teilstationärer und ambulanter Behandlung erreicht und die Schnittstellenprobleme können am leichtesten mit sektorübergreifenden koordinativen Leistungen minimiert werden.

Ad 2. Hilfen bei psychischen Krisen / Notfallversorgung

Erhebliche Stresssituationen können bei gesunden Menschen zu einer psychischen bzw. psychosozialen Krise führen. Ähnlich können psychosoziale Belastungen bei psychisch Erkrankten zu krisenhaften Zuspitzungen ihrer psychischen Probleme führen, die dann als „psychiatrischer Notfall“ imponieren. Psychische bzw. psychosoziale Krisen gesunder Menschen und psychiatrische Notfälle haben die Akuität ihres Auftretens sowie den dringenden Beratungs- und/oder Behandlungsbedarf gemeinsam. In der Tat werden von psychisch gesunden Menschen in Krisensituationen und von psychisch Erkrankten mit krisenhaften Zuspitzungen ihrer Symptomatik z.T. die gleichen Dienste und Hilfsangebote zur Beratung, Begleitung, Behandlung und ggf. Vermittlung weitergehender Hilfen in Anspruch genommen (Krisentelefone, Seelsorge, Hausarzt, Akutaufnahmen von Kliniken, mobile Krisendienste); und es ist häufig nicht leicht in der Krisensituation festzustellen, welchen Anteil der Stressor und welchen Anteil eine mögliche psychische Erkrankung an der Akutsituation ausmacht. In jedem Fall ist in allen Akut- und Notfallsituationen eine Abklärung notwendig, ob eine Eigen- oder Fremdgefährdung vorliegt, und wenn ja, ob diese durch die Intervention abgewendet werden kann oder ob eine stationäre psychiatrische Therapie erforderlich ist.

Mobile Krisendienste mit der Möglichkeit einer aufsuchenden Akutintervention vor Ort sind bislang nur in wenigen Städten bzw. Regionen verfügbar. Wenn, dann sind sie kommunal organisiert und finanziert, und sie operieren zu den Zeiten, wo die Regeldienste wie Praxen und Ambulanzen nicht verfügbar sind (nachts und am Wochenende und Feiertagen). Die Arbeit von Krisendiensten wird sehr positiv bewertet und sie erreichen nicht nur Gesunde, sondern auch schwer psychisch Kranke, bei denen im Rahmen der Krisenintervention die Akutsituation häufig ausreichend deeskaliert werden kann, so dass stationäre psychiatrische Akutaufnahmen und Zwangsmaßnahmen vermieden werden können (z.B. Bergold und Zimmermann 2003, Murphy et al 2015, LZG 2017). Dennoch gibt es bislang an keiner Stelle eine Beteiligung der Krankenkassen an der Finanzierung von Krisendiensten; dies mit dem Argument, dass diese Dienste nichts mit Krankenversorgung zu tun hätten, sondern Allen zur Verfügung stünden und überwiegend den Charakter der „Seelsorge“ und Beratung bei Lebenskrisen und Problemen hätten. Diese Position ist, wie oben erläutert, nicht nachvollziehbar.

Die Krankenhausverbände BDK, ackpa und LIPPs sprechen sich für eine Stärkung der Strukturen der psychosozialen Notfallversorgung, wozu auch die flächenhafte Implementierung von Krisendiensten gehört. Diese sollten niederschwellig Soforthilfe anbieten und im Bedarfsfall in der Lage sein auch aufsuchend intervenieren zu können. Sofern möglich sollten die Krisendienste unter fachärztlicher Leitung stehen und mit psychiatrisch erfahrener Fachpersonal besetzt sein, das im Bedarfsfall die Möglichkeit haben sollte einen Facharzt/eine Fachärztin zu konsultieren. Bei der Realisierung der Krisendienste können sich grundsätzlich verschiedene Akteure der psychosozialen Versorgung beteiligen (Sozialpsychiatrische Dienste der Gesundheitsämter, Träger komplementärer Einrichtungen, gemeindepsychiatrische Verbände, Facharztpraxen und Krankenhäuser) und ggf. vernetzt arbeiten.

Die flächenhafte Implementierung der oben skizzierten Krisendienste kann realistischerweise nur durch die Beteiligung der Krankenkassen an der Finanzierung realisiert werden, am ehesten bei den Vorhaltekosten. Dies erscheint aus Sicht der BDK, ackpa und LIPPs angemessen und geboten, denn Psychosoziale Krisendienste leisten eben nicht nur Beratung bei Lebenskrisen von Gesunden, sondern sie sind wichtige Elemente der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung und Teil der staatlichen Gesundheitsvorsorge.

Bergold JB, Zimmermann RB. Wie arbeitet ein Krisendienst? Bericht über die Evaluation des Berliner Krisendienstes. *Psychotherapie im Dialog* 2003; 4:382-388.

FOGS. Angebotssituation und Qualität der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen in spezifischen psychiatrischen Handlungsfeldern. Studie der FOGS GmbH – Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich im Auftrag des LZG NRW, 2017.

https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/service/Pub/2017_df/versorgung_psych_stoerungen_studie_lzg-nrw.pdf, letzter Zugriff 18.06.2019

Murphy SM, Irving CB, Adams CE, Waqar M. Crisis intervention for people with severe mental illnesses (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 12. Art. No. CD001087.

Ad 3. Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen nach SGB V

Die Medizinische Rehabilitation nach § 27 SGB V kommt überwiegend als zeitlich klar umgrenzte Anschlussmaßnahme nach kurativer Behandlung somatischer Erkrankungen zum Einsatz. Im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie wird Medizinische Rehabilitation ebenfalls in Form zeitlich umgrenzter, überwiegend stationärer Maßnahmen ganz überwiegend für Menschen mit psychosomatischen und Suchterkrankungen angeboten. Andere psychiatrische Patientengruppen profitieren bislang kaum von den Ressourcen, die für die Medizinische Rehabilitation bereitstehen.

Allerdings ist anzumerken, dass bei den meisten psychischen Störungen die Störung selbst und ihre sozialen Auswirkungen bzw. die Auswirkungen auf die Teilhabe schwer voneinander abgrenzbar sind. Entsprechend sind auch Behandlung und Rehabilitation schwer voneinander zu trennen und Maßnahmen zur beruflichen und sozialen Teilhabeförderung sind von Anfang an bei der Behandlung psychisch Kranker einzubeziehen. Die Trennung zwischen Behandlung und Rehabilitation ist bei Patienten mit psychischen Erkrankungen künstlich.

Dennoch wäre es aus Sicht der BDK, ackpa und LIPPs wünschenswert, dass die Medizinische Rehabilitation allen Menschen mit psychischen Erkrankungen und insbes. schwer psychisch kranken Menschen mit komplexem Hilfebedarf und Einschränkungen der Teilhabe zur Verfügung stünde und schwellenarm genutzt werden könnte. Wir empfehlen dabei sofern es der Patientenbedarf ermöglicht ambulante Settings, die näher an der Alltagsrealität der Patienten sind. Wenn die Rehabilitation für psychisch Kranke ausgebaut werden sollte, dann sollten die Leistungen überwiegend ambulant und lebensraumorientiert organisiert sein sowie ggf. aufsuchende Elemente umfassen. Die heutigen Anbieter stationärer und ambulanten Leistungen (Krankenhäuser mit PIAs und ggf. spezialisierte Facharztpraxen) sollten zusätzliche Strukturen im Sinne von fachärztlich geleiteten, multiprofessionellen Teams für die Medizinische Rehabilitation aufbauen und für die Erbringung rehabilitativer Leistungen ermächtigt werden. Damit können die typischen Schnittstellenprobleme des zergliederten Versorgungssystems minimiert werden und Behandlung und Rehabilitation Hand in Hand bzw. unmittelbar in Behandlungskontinuität geplant und optimal realisiert werden. Anders als sonst müssen die

Medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen für psychisch kranke Menschen regelhaft langfristig über 6 oder 12 oder mehr Monate geplant werden.

Modellvorhaben nach § 64b SGB V

Zwingend erforderlich ist eine Überwindung des hochgradig fragmentierten Versorgungssystems und der mangelnden Koordination der Hilfsangebote auf regionaler Ebene. Daraus entstehen erhebliche Nachteile insbes. für Patienten mit komplexen psychosozialen Hilfebedarfen. Bereits im Jahre 2008 stellte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen fest, dass ein Paradigmenwechsel von einem fragmentierten, institutionszentrierten zu einem populationsbezogenen Versorgungssystem erforderlich ist.

Um diese Forderung zumindest zunächst im SGB V-Bereich umzusetzen, bieten die Modellvorhaben nach § 64b SGB V eine gute Möglichkeit: eine settingunabhängige hohen Therapiedichte, der flexible Einsatz der Ressourcen und die settingübergreifenden Angebote ermöglichen die Umsetzung patientenzentrierter Konzepte auch im Lebensfeld der Patienten durch aufsuchende multiprofessionelle mobile Teams. Bis dato sind aber nur in ca. 20 Regionen Modellvorhaben umgesetzt worden.

Zu einer insgesamt positiven Bewertung der Modellvorhaben kommen die Selbstverwaltungspartner (DKG, GKV und PKV) in dem „Gemeinsamen Bericht zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gemäß § 17d Absatz 4 Satz 8 KHG“ (28.06.2019). In diesem Bericht sind die bisherigen Erfahrungen mit Modellvorhaben nach § 64 b SGB V komprimiert zusammengefasst und die vorliegenden Forschungsergebnisse übersichtlich dargestellt (S.39ff).

Die weitere und flächendeckende Umsetzung von Modellvorhaben ist zu fordern durch Überführung der Modellvorhaben in die Regelversorgung. Allen Krankenhäusern, die eine Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch kranke Menschen konsequent umsetzen wollen, ist dieser Ansatz zu ermöglichen. Die Kostenträger sind zu den entsprechenden Budgetverhandlungen mit den Krankenhäusern zu verpflichten.

Dr. Sylvia Claus
Vorsitzende BDK
Klinik für Psychiatrie, Psycho-
somatik und Psychotherapie
Pfalzkrankenhaus AdöR
Weinstraße 100
76889 Klingenstein
sylvia.claus@pfalzkrankenhaus.de

Dr. Christian Kieser
Vorsitzender ackpa
Klinik für Psychiatrie, Psycho-
therapie und Psychosomatik
Ernst von Bergmann Klinikum
In der Aue 59 -61
14480 Potsdam
ckieser@klinikum-evb.de

Prof. Dr. Andreas J. Fallgatter
1. Vorsitzender LIPPs
Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Universitätsklinikum Tübingen
Calwerstraße 14
72076 Tübingen
andreas.fallgatter@med.uni-tuebingen.de

