

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie zum „Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen“ – Versorgungsbereiche ambulante / stationäre Behandlung und medizinische Rehabilitation

Für den genannten Versorgungsbereich sieht die DGSP insbesondere folgende Problembereiche, die vor allem hinsichtlich ersterkrankter oder auch langfristig und schwer erkrankter Menschen es zu lösen gilt:

1. Die Ermöglichung ambulanter Komplexleistungen in der medizinischen Behandlung
2. Die Etablierung kooperativer Krisenversorgung
3. Die ambulante medizinische Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen
4. Die Verzahnung des stationären und ambulanten Bereiches

1. Die ambulante Komplexleistung als Regelleistung im SGB V etablieren

Gegenwärtig existiert eine Vielzahl von ambulanten Leistungen im SGB V, wie insbesondere ärztliche Leistungen, Leistungen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, psychotherapeutische Leistungen, soziotherapeutische und ergotherapeutische Leistungen, die jedoch bei Weitem nicht hinreichend in den Regionen umgesetzt sind. Auch die – indikationsspezifisch über Selektivverträge mit einzelnen Kassen vereinbarten – Leistungen der „integrierten Versorgung“ (§ 140 ff. SGB V) sowie die sog „Stäb“ Leistungen (§ 115d SGB V) können die hiermit verbunden Problem in den Regionen nicht lösen, da sie hinreichend komplex sind, sich auf einzelne Gruppen beziehen oder Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit voraussetzen.

Lösbar wäre dieses Problem ggf. durch:

- Die § 140 ff. SGB werden insofern verändert, dass sie kassenübergreifend und unter Einschluss aller genannten Leistungsarten als Regelleistung bedarfsgerecht verordnet und angeboten werden können.
- Die sog „Sozialpsychiatrie Vereinbarung“ der Kinder und Jugendpsychiatrie (gem. § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V) wird für die Erwachsenenpsychiatrie unter Einschluss aller oben genannten Leistungen erweitert.

Um jedoch die oben genannten Leistungen in den Regionen bedarfsgerecht etablieren zu können, sind vor allem folgende Maßnahmen erforderlich:

Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)

- Hinsichtlich der Umsetzung häuslicher Krankenpflege mit psychiatrischer Indikation erscheint es besonders vordringlich, die Anforderungen an die Leistungserbringer so zu gestalten, dass sie keine Barrieren für eine flächendeckende Umsetzung darstellen.

Soziotherapie (§ 37 a SGB V)

- Bei Vorliegen der Anforderungen der Leistungserbringer muss es – wie in anderen Bereichen ambulanter Behandlung auch – einen Kontrahierungszwang der GKVn geben.
- Als mögliche Leistungserbringer der Soziotherapie sollten neben Kranken-Gesundheitspflegekräften und Sozialarbeiter*innen/-pädagoginnen auch andere Fachkräfte gemeindepsychiatrischer Hilfen, wie Psycholog*innen, Ergotherapeut*innen etc. in Betracht kommen. Natürlich ist ggf. eine sozialpsychiatrische Fach- bzw. Zusatzausbildung sowie eine mindestens dreijährige Berufserfahrung notwendig. Letztere sollte sich aber auf das gemeindepsychiatrische Hilfesystem beziehen und nicht nur auf klinische Erfahrungen.

Damit es möglich ist, dass derartige komplexe Leistungen auch in infrastrukturell schwachen Regionen umgesetzt werden können, ist es notwendig, die Anforderungen an die Leistungserbringer entsprechend zu gestalten. Analog zur gegenwärtigen Praxis in der Soziotherapie erscheint es deshalb angezeigt, die Bedingungen in den Versorgungsverträgen gem. 111 SGB V) so zu gestalten, dass auch einzelne Personen, die die erforderlichen Qualifikationen aufweisen **und** z.B. bei außerklinischen Leistungserbringern angestellt sind, über ihre „Arbeitgeber“ Versorgungsverträge mit den Kassen abschließen können.

Darüber hinaus erscheint mittlerweile zeitgemäß, dass auch psychiatrienerfahrene Menschen als „Peers“ bzw. „Genesungsbegleiter*innen“ integriert werden.

Ausgehend von der Neuroleptika-Diskussion kommt der Reduktion von Neuroleptika / Antipsychotika zunehmend Bedeutung zu. In den hiermit verbundenen Behandlungsbereichen sollten die Patienten einen Anspruch auf fachärztliche und psychotherapeutische Begleitung haben. Nicht medikamentöse Behandlungen bekommen in diesem Zusammenhang zunehmende Bedeutung. Psychosoziale, psychotherapeutische sowie sozio- und ergotherapeutische Therapien und Verfahren sind – je nach Bedarf – integraler Bestandteil jeder psychiatrischen Behandlung und sollten im Einzelfall an Stelle von medikamentöser Behandlung eingesetzt werden.

2. Ambulante Krisendienste etablieren

Insbesondere außerhalb der Dienstzeiten finden viele Menschen in akuten Krisensituationen kaum angemessene Hilfen, wenn sie nicht in Großstädten wohnen. Die vorhandenen ärztlichen Notdienste sind meist nicht in der Lage und qualifiziert, Kriseninterventionen durchzuführen.

Die DGSP schlägt deshalb vor, dass in den Regionen kooperativ arbeitende Krisendienste (abends/nachts bzw. am Wochenende) etabliert werden, die durch die öffentliche Hand und die GKV finanziert werden. Vorbilder könnten hier die Erfahrungen in Berlin oder auch München sein. Entsprechende Regelungen wären im SGB V zu verankern, wie z.B. im § 20a SGB V (Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten).

3. Ambulante medizinische Rehabilitation etablieren

Die medizinische Rehabilitation insbesondere schwer erkrankter Menschen ist in Deutschland nach wie vor skandalös unterentwickelt.

Hinsichtlich der ambulanten Rehabilitation wären auch hier bedarfsgerechte Komplexleistungen erforderlich, wie sie unter Punkt 1 beschrieben sind. Auch hier sollten die oben genannten Berufsgruppen oder auch die vorgeschlagenen Leistungserbringer einbezogen werden. Jedoch können hier auch Krankenhäuser, vor allem Tageskliniken und Institutsambulanzen einbezogen werden.

Insbesondere erscheint notwendig:

- Eine explizite Erwähnung der spezifischen Bedarfe psychisch erkrankter Menschen im § 40 SGB V)
- Die Ermöglichung einer komplexen Anschlussheilbehandlung (§ 43 bzw. 43a SGB V)

Um eine wohnortnahe medizinische Rehabilitation gewährleisten zu können, sind die Anforderungen an die Leistungserbringer gemäß den unter Punkt 1 genannten Kriterien zu formulieren. Darüber hinaus erscheint es sinnvoll, eine Anschlussfähigkeit an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie zur sozialen Teilhabe zu gewährleisten.

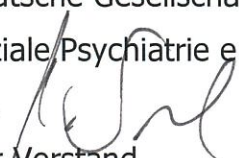
4. Die Verzahnung des stationären und ambulanten Bereiches

Schon an dieser Stelle weisen wir darauf hin, dass erhebliche Bedarfe bestehen, den stationären, teilstationären und ambulanten Versorgungsbereich kooperativ und koordiniert miteinander zu verzahnen. Bei Möglichkeiten zur integrierten Versorgung sowie zu stationsäquivalenten Leistungen werden die Probleme möglicherweise nicht kleiner, sondern größer. Unter Einziehung der unterschiedlichen Bereiche der Rehabilitation und Teilhabe kann sich dies noch einmal potenzieren.

Um Komplexleistungen und die Verzahnung des stationären und ambulanten Sektors auch sozialrechtsbereichsübergreifend sicherzustellen, muss die personenzentrierte Zusammenarbeit der Dienste sichergestellt sein. Für diese Zusammenarbeit sind gemeinsame Fallbesprechungen notwendig. Deshalb muss für alle Beteiligten der Aufwand hierfür im Einzelfall angemessen vergütet werden.

Allerdings können ggf. die ersten Erfahrungen der Umsetzung des neuen SGB IX Teil 1 abgewartet werden. Deshalb wird sich die DGSP zu dem Punkt zu dem entsprechenden Dialogforum im Herbst 2020 äußern.

Köln, der 13. Mai 2019

Deutsche Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e.V.
i.A. 
Der Vorstand.



