



DGBS e.V. • Heinrich-Hoffmann-Straße 10 • 60528 Frankfurt am Main

Aktion Psychisch Kranke
Geschäftsstelle
Oppelner Str. 130
53119 Bonn

c/ Herr Dirk Heidenblut, Mitglied des Vorstandes
Altenessener Str. 268, 45326 Essen

13.03.2019

Sehr geehrter Herr Krüger, sehr geehrter Herr Holke,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 25.02.2019 zum Projekt „Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen“ und Ihre Anfrage der aus unserer Sicht wichtigsten Handlungsbedarfe zum Thema „Versorgungsbereiche (ambulante, teil-stationäre, stationäre Behandlung und medizinische Rehabilitation)“.

Aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störung möchten wir diesbezüglich insbesondere folgende Themen anführen:

1. Ambulante Versorgungsstrukturen: Gerade für Menschen mit sehr aufwändigen, und im Verlauf schwer vorhersehbaren psychischen Erkrankungen, wie die Bipolare Störung sich oftmals darstellt, brechen die ambulanten Versorgungsstrukturen zunehmend weg. Immer mehr Psychiater widmen sich der Psychotherapie. Immer mehr kombinierte Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie fokussieren auf die besser bezahlte Neurologie. Und immer weniger akute Anlaufstationen und Akutsprechstunden werden angeboten. Hier ist zusätzlich ein deutliches Gefälle in städtischen Gebieten, im Vergleich zu den schlechter besetzten ländlichen Gebieten, zu erwähnen. Die akut psychiatrische Versorgung muss daher unbedingt gestärkt werden, sowohl personell als auch in der Vergütungsstruktur, wo ärztliche Handlungen und Gespräche im Bereich der Psychiatrie deutlich schlechter vergütet werden, als Geräteuntersuchungen. In der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, erst recht, wenn die neue Ausbildungsform kommt, ist zu befürchten und jetzt schon zu sehen, dass Menschen mit schweren psychischen



Postanschrift Geschäftsstelle:

DGBS e. V.
Klinik für Psychiatrie
Heinrich-Hoffmann-Straße 10
60528 Frankfurt am Main
Internet: www.dgbs.de

Beratungstelefon für Betroffene, Angehörige und professionelle Behandler:

Telefon: 0700 /33 34 44 55*
Montag: 10:00 – 13:00 Uhr
Dienstag: 14:00 – 17:00 Uhr
Mittwoch: 15:00 – 18:00 Uhr
Donnerstag: 17:00 – 20:00 Uhr
Freitag: 10:00 – 13:00 Uhr

Auskunft, Beratung, Selbsthilfe:

E-Mail: info@dgbs.de

Mitgliederverwaltung u. Buchhaltung:

Telefon: 07 00 /33 34 44 54*
Dienstag/Donnerstag 13:00 – 16:00 Uhr
E-Mail: a.caka@dgbs.de

* (12 Cent/Min. aus dem deutschen Festnetz; Mobilfunkgebühren können abweichen)

1. Vorsitzender

Prof. Dr. Martin Schäfer
Kliniken Essen-Mitte
Evang. Huyssens Stiftung/Knappschaft
GmbH Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Suchtmedizin

1. stellvertretender Vorsitzender

Edmund Bornheimer, Tübingen

2. stellvertretende Vorsitzende

Petra Pieper, Kiedrich

Mitglieder des Vorstands

Prof. Dr. Jens Langosch
Evangelisches Krankenhaus Bethanien
Greifswald

Nadja Stehlin, Peine

Horst Harich, Bad Sachsa

Schatzmeister

Prof. Dr. Andreas Reif
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Klinikum der Goethe-Universität Frankfurt

Geschäftsführung

Daniela Wüstenbecker, Friedberg

Spenden für gemeinnützige Zwecke im Rahmen unserer Satzung sind steuerabzugsfähig

Vereinsregister Nr. 3310
Amtsgericht Freiburg im Breisgau

Bankverbindung:

IBAN: DE60 3006 0601 0005 0318 26
BIC: DAAEDEDXXX

Steuer-Nr. 17 413 00997
Gemeinnützigkeit anerkannt durch das Finanzamt Hamburg-Nord

Erkrankungen in der Psychotherapie unterrepräsentiert sein werden/sind. Gründe dafür sind wenig Erfahrung von Psychotherapeuten, zumindest den nicht-ärztlichen Psychotherapeuten, mit Patienten mit sehr schweren Krankheitsbildern. Es besteht, zurecht, die Angst vor unregelmäßigen Besuchen und Einkommensverlusten, da ausgefallene Termine nicht vergütet werden. Darüber hinaus wird die hohe Anzahl von Menschen ohne psychische Erkrankungen oder mit eher leichtgradigen Störungen, die aus Sicht eines Psychotherapeuten bevorzugt, da wesentlich angenehmer, behandelt, sodass diese immer größer werdende Gruppe die tatsächlich schwerkranken Patienten zunehmend aus den Praxen verdrängt. Die neue Psychotherapieausbildung, im Sinne eines Direktstudiums, gibt zudem der Befürchtung Anlass, dass hier Therapeuten mit insgesamt nur 3 oder 4 Jahren Ausbildung direkt Patienten mit schweren Erkrankungen behandeln sollen.

2. Flexible und individuelle Behandlungskonzepte: Gerade bei Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung und bei rezidivierenden, d.h. immer wiederkehrenden auftretenden Krankheitsphasen, wäre es sinnvoll, dass die Versorger, z.B. die Kliniken, sehr flexibel bezüglich des Versorgungsbereiches reagieren können. Ohne viel Verwaltungsaufwand sollte es möglich sein, hoch intensive ambulante Interventionen, völlig flexible teilstationäre Modelle von 1-5 Tagen in der Woche bis hin zur ggf. ebenfalls notwendigen stationären Behandlung durchzuführen. Hier müssen auch die Krankenhäuser gestärkt werden, die Vollversorgungsaufträge haben. Eine solche flexible Versorgung wie sie immer wieder in Modellprojekten getestet wurde, erhöht die Behandlungseffektivität und die Behandlungszufriedenheit bei den Patienten.

Der derzeitige hohe administrative Aufwand mit ständigen Rechtfertigungssituationen der Anbieter, erschwert ein solches Behandlungskonzept unheimlich. Umsetzbar ist das bisher lediglich in klar definierten ländlichen Versorgungsgebieten mit einem regionalen Budget. Die Durchführung in Ballungsräumen mit vielen Kliniken und überschneidenden Versorgungsgebieten ist so bisher nicht darstellbar. Auch ein hoher Verwaltungsaufwand bei der sog. „StÄB“ (Stationsäquivalente Behandlung) oder wie bei einigen anderen integrierten Versorgungsmodellen macht es vielen kleineren Kliniken derzeit unmöglich solche hilfreichen Angebote aufzubauen.

3. Rehabilitation und Langzeitbehandlung: Die medizinische Rehabilitation im Bereich Psychiatrie ist ein nicht definiertes Gebiet. Bisher war es üblich, dass die Fachkliniken und Fachabteilungen die Möglichkeit hatten - von stationär über teilstationär bis ambulant - die betroffenen Patienten soweit zu stabilisieren, dass sie möglichst in den Arbeitsprozess zurückkehren konnten. Das wird zunehmend schwieriger wegen der Forderung nach verkürzten Liegezeiten. Außerdem gibt es erheblichen Verbesserungsbedarf bei der Verzahnung von stationären Angeboten, wie Arbeitstherapie oder Ergotherapie, und der ambulanten Versorgung.

Unter medizinischer Rehabilitation wird zunehmend der Aufenthalt in einer psychosomatischen Fachklinik verstanden, wo leicht kranke Patienten durch Sport und Bewegung und psychotherapeutische Gruppen eine Therapie erfahren, die aber mit der klassischen medizinischen Rehabilitation wenig zu tun haben. Hier ist zu überlegen, ob Vor-Ort-Konzepte wohnungsnah, arbeitsnah, d.h. im Lebensumfeld der Patienten und im engen Austausch mit lokalen Beratungsstellen erfolgsversprechender sein könnten. Im Rahmen von Langzeitbehandlungen, unabhängig von der Bipolaren Störung, ist auf die Problematik der Verwahrrpsychiatrie einzugehen. Gerade bei multimorbiden schwerkranken psychischen Patienten mit einer Kombination aus Psychose, Sucht und Persönlichkeitsstörung sind zunehmende langfristige Unterbringungen in Kliniken bei fehlenden Langzeiteinrichtungsmöglichkeiten im Sinne einer Rehabilitation und Wiedereingliederung, zu verzeichnen. Dies wird flächendeckend zurückgemeldet. Als Projektkoordinatoren haben Sie sich Herr Holke und Herr Krüger ja schon intensiv mit diesem Thema auseinandergesetzt. Seitdem haben die Fälle eher zugenommen. Während früher psychiatrische Langzeitstationen, die auch heute weitgehend unproblematisch mit dieser Patientengruppe zurechtkämen, sind ambulante oder auch fakultativ-geschützte Wiedereingliederungseinrichtungen in den meisten Fällen überfordert und scheitern. Auch für diese hoch aufwändigen sog. „Drehtürpatienten“ oder „Heavy-User“ des Systems, müssen Versorgungsmöglichkeiten bestehen bleiben und sowohl stationäre Behandlungsindikationen als auch Voraussetzungen zur medizinischen Rehabilitation oder Wiedereingliederung klar definiert werden.

4. Anforderungen an die Rahmenbedingungen stationärer Behandlung: Gerade in der psychiatrischen ambulanten, teilstationären oder stationären Versorgung droht eine Stigmatisierung der Patienten, die eine klassische oder schwere psychiatrische Erkrankung haben (Schizophrenie, Bipolare Störungen, schwere Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Demenz, etc.), gegenüber Menschen mit psychosomatischen und neurotischen Beschwerden. Für letztere werden immer mehr Angebote geschaffen, die sie frei auswählen können. Für erstere werden dagegen viel zu wenig Gelder zur Verfügung gestellt, um die Aufenthaltsqualität bei schweren psychischen Erkrankungen in der Klinik so hoch wie möglich zu gestalten. Mehrfach angefragt, z.B. in Nordrhein-Westfalen, haben wir Förderprogramme für psychiatrische Akutstationen, um diese baulich großzügig und freundlich sowie möglichst offen und vertrauensbildend gestalten zu können. Hier wäre es nötig den Menschen schon aufgrund möglichst optimierter baulicher Maßnahmen Ängste und Anspannung zu nehmen. Bisher ist der Schwerpunkt auf Förderprogramme zumeist ganz woanders zu sehen. Vor dem Hintergrund, dass jedes Land für die Einweisungen nach dem jeweiligen Psychisch-Kranken-Gesetzen oder für Unterbringungen nach Betreuungsgesetz verantwortlich ist und die Rahmenbedingungen immer wieder durch Besuchskommissionen überprüft und hohe Anforderungen gestellt werden, ist es erstaunlich, dass hierfür jedoch keine Fördergelder zur Verfügung gestellt werden, um den Ansprüchen gerecht werden zu können.

-4-

Ich hoffe die DGBS kann so einige Denkanstöße und Diskussionsanregungen geben. Gerne unterstützen wir in jeder Hinsicht diesen Diskussionsprozess und stehen für Rückfragen jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. M. Schäfer
1. Vorsitzender der DGBS