



Stellungnahme des Dachverbands Gemeindepsychiatrie zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung

Derzeitige Situation

Die Angebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen sind durch multiple Zersplitterung gekennzeichnet, sowohl auf Seiten der Kostenträger als auch der Institutionen, die an der Leistungserbringung beteiligt sind (vgl. Gutachten des Sachverständigenrats, 2018). Einerseits sind die Leistungen unterschiedlichen gesetzlichen Vorschriften zugeordnet, die sich auf die Sozialgesetzbücher II, III, V, VI, VIII, IX, XI und XII verteilen. Andererseits werden innerhalb jedes der genannten SGB noch zusätzlich ambulante, teilstationäre und stationäre Leistungen getrennt kodifiziert.

Im Grundsatz gilt dies für alle Menschen mit psychischen Krisen. Vor allem den schwer psychisch erkrankten Menschen sowie den Angehörigen von psychisch Erkrankten fällt es aber besonders schwer, die jeweiligen Leistungen aller SGB für sich zu nutzen.

Ganzheitliche Versorgung im Gemeindepsychiatrischen Verbund

Seit den Anfängen der Psychiatriereform steht die zentrale Forderung weitgehend uneingelöst im Raum, alle Angebote im regionalen Verbund „wie aus einer Hand“ zu planen und koordiniert zu erbringen. Die kürzlich überarbeitete S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (DGPPN 2018) bestätigt erneut, dass eine solche Reorganisation des Versorgungssystems durch hochrangige wissenschaftliche Evidenz aus nationalen und internationalen Studien gestützt ist.

Auf eine regionale ganzheitliche Struktur des Versorgungssystems, wie sie Steinhart und Wienberg in ihrem „Funktionalen Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung“ (2017) idealtypisch beschreiben, sollten darum alle Schritte der Weiterentwicklung des Systems ausgerichtet sein, sowohl seitens des Gesetzgebers als auch in den Richtlinien und Empfehlungen der Selbstverwaltung und der daran beteiligten Akteure.

Neben der Überwindung der Sektorengrenzen innerhalb des Gesundheitswesens sind somit stets die Schnittstellen zu den Leistungen aller übrigen Sozialleistungsträger im Blick zu halten.

Vorrang gemeindenaher Angebote

Um die Zusammenführung möglichst vieler Leistungen zu regionalen ambulanten Komplexangeboten zu ermöglichen, sollten hoch spezialisierte ortsferne Einrichtungen die begründete Ausnahme darstellen. Dies gilt für Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen ebenso wie für besondere Wohnformen und die diversen Einrichtungen der beruflichen Qualifizierung und des so genannten zweiten Arbeitsmarktes.

Funktionale Zulassung zur Leistungserbringung

Die Versorgungsstrukturen in den Städten und Kreisen sind extrem heterogen, mit deutlichem West-Ost- und Stadt-Land-Gefälle, aber auch mit großen Unterschieden in benachbarten Regionen. Dies betrifft beispielsweise die räumliche Nähe und die konzeptionelle Ausrichtung der zuständigen Fachklinik bzw. Fachabteilung am Allgemeinkrankenhaus, die Zahl der niedergelassenen Fachärzte und Psychotherapeuten sowie Angebote der psychiatrischen Pflege, Sozio- und Ergotherapie sowie die quantitative und qualitative Stärke Sozialpsychiatrischer Dienste; daneben aber auch die Versorgung mit Angeboten der Rehabilitation und Teilhabeförderung.

Wegen dieser Heterogenität ist auch langfristig nicht zu erwarten, dass entweder die Kliniken, die niedergelassenen Ärzte und sonstigen Therapeuten oder die gemeindepsychiatrischen „komplementären“ Anbieter sich so weiter entwickeln könnten, dass sie *in allen Regionen* die beschriebenen Komplexleistungen anbieten könnten.

Vielmehr wird es erforderlich sein, für alle daran beteiligten Leistungen die jeweils erforderlichen Qualitätsanforderungen festzulegen und sodann alle Anbieter, die diese Voraussetzungen erfüllen, zur Erbringung der Leistungen zuzulassen. Die bisher übliche institutionsbezogene Zulassung oder Ermächtigung muss daher durch eine funktionale, sektorenunabhängige Auswahl ersetzt werden. Kooperationen mehrerer Anbieter im Sinne eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes sollten durch entsprechende Zulassungsregeln und durch finanzielle Steuerungsanreize gezielt gefördert werden.

Koordination und Vernetzung als eigene Leistung

Sowohl in der einschlägigen S3-Leitlinie als auch im Modell von Steinhart und Wienberg (a. a. O.) steht das multiprofessionelle ambulante Team im Zentrum des Versorgungssystems, das als langfristig personell kontinuierliche zentrale Anlaufstelle alle Hilfen initiiert, koordiniert und vernetzt und den Patienten als Anker und Lotse im System zur Verfügung steht.

Diese zentrale Funktion kann grundsätzlich von allen Anbietern wahrgenommen werden, seien es Sozialpsychiatrische Dienste, niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, MVZ, Psychiatrische Institutsambulanzen, Soziotherapeuten, psychiatrische häusliche Pflegedienste oder auch Sozial- bzw. Gemeindepsychiatrische Zentren.

Sie ist aber derzeit als eigene Leistung fast vollständig aus den Regularien der Sozialversicherungsträger ausgeblendet, allenfalls ist sie teil- und zeitweise als Leistung der Soziotherapie und eventuell der psychiatrischen Häuslichen Krankenpflege darstellbar.

Mehrere vom Innovationsfonds des G-BA geförderte Projekte erproben sie mit unterschiedlichen Konzepten, darunter auch das Projekt „GBV – Gemeindepsychiatrische Basisversorgung“ unter Führung des Dachverbands Gemeindepsychiatrie.

Unabhängig von den Ergebnissen dieser Projekte ist aber die zentrale Bedeutung von Koordination und Vernetzung für Personen mit schweren psychischen Erkrankungen durch wissenschaftliche Evidenz gesichert. Sie sollte daher als eigene Leistungsart für diese Personengruppe in allen Sozialgesetzbüchern verankert werden.

Krisendienste

Ein weiteres leitliniengerechtes Element fehlt in der Versorgungsstruktur der weitaus meisten Regionen: die Erreichbarkeit ambulanter Dienste rund um die Uhr für akute Krisensituationen – seien es Symptomexazerbationen, akute psychosoziale Belastungssituationen, eskalierende häusliche Konflikte oder andere Anlässe. Soweit akute Gefahrensituationen (Suizidalität, Fremdgefährdung, somatische Notsituationen) damit verbunden sind, ist ein sofortiges Eingreifen der örtlichen Notfallversorgung erforderlich, das meist zu indizierten Klinikaufnahmen führt. In allen übrigen Krisensituationen wäre Hilfe unterhalb der Notfallversorgung angezeigt und sollte jederzeit verfügbar sein, um unnötige Klinikeinweisungen zu vermeiden.

Für das Vorhalten telefonischer Hotlines, aufsuchender Krisenintervention in häuslicher oder anderer Umgebung und für „Krisenwohnungen“ oder ähnliche außerklinische Settings mit sofortiger Reaktionsmöglichkeit rund um die Uhr fehlen in Deutschland Finanzierungen in allen in Betracht kommenden Leistungsarten, mit wenigen Ausnahmen. Abgesehen von wenigen Leuchtturmprojekten sowie Selektivverträgen gemäß § 140a SGB V, sind hier als Besonderheit die durch das bayerische PsychKHG flächendeckend vorgesehenen Krisendienste zu nennen, die durch die Bezirke und das Land kofinanziert werden.

Zu fordern ist, dass die Kostenträger der Krankenbehandlung – neben jenen der Eingliederungshilfe, der Pflege u. a. – sich an den Kosten für jederzeit verfügbare Krisenhilfe verpflichtend beteiligen. Dies kann über Budgetlösungen oder durch Umlage der Vorhaltekosten auf die Versorgung aller Patienten bzw. Klienten erfolgen, bei denen eine Präsenz der Dienste 24/7 wegen der Art und Schwere ihrer Erkrankung bzw. Behinderung indiziert ist.

Zielführende Gestaltung der Gesetzgebung

Die Erbringung sowie die kostendeckende Finanzierung von Leistungen der Regelversorgung sind weitgehend Entscheidungen der beteiligten Kostenträger und Anbieter sowie den Vertrags- und Vergütungsverhandlungen zwischen ihnen überlassen. In vielen Fällen gehen gesetzliche Normen dadurch ins Leere.

Beispielsweise wird Soziotherapie als Pflichtleistung gemäß § 37a SGB V auch mehr als zehn Jahre nach ihrer Aufnahme in den Kanon der Regelleistungen nur in wenigen Regionen in ausreichendem Maße angeboten. Eine Besserung der Situation zeichnet sich als Folge der Aufnahme eines Schiedsverfahrens (§ 132b Abs. 2 SGB V) ab, wobei der Abschluss von Leistungs- und Rahmenverträgen weiterhin ins Ermessen der Beteiligten gestellt bleibt, anders als im Bereich der Häuslichen Krankenpflege. Ob eine Abdeckung des gesamten Bundesgebiets auch ohne Kontrahierungszwang erreicht werden wird, ist derzeit völlig offen.

Ein anderes Beispiel ist die stationsäquivalente Behandlung (stäB) gemäß § 115d SGB V: vom Gesetzgeber als Schritt zu aufsuchender Akutbehandlung (Home Treatment) geplant, ist sie einseitig den Krankenhäusern zugeordnet und ihre Umsetzung in deren freies Ermessen gestellt worden. Eine restriktive Vereinbarung zwischen DKG und Krankenversicherungen erschwert ihre Umsetzung zusätzlich. Die vom Gesetzgeber ausdrücklich ermöglichte und erwünschte Beteiligung anderer Kliniken und ambulanter regionaler Leistungserbringer wird absehbar die Ausnahme bleiben, obwohl eine Vielzahl von Fachverbänden sie in einer gemeinsamen Stellungnahme für fachlich geboten hält (herunterzuladen unter https://www.dvgp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Positionen/2018-06-18_Eckpunktepapier_St%C3%A4B_Verb%C3%A4nde_Logos_fin.pdf).

Die stÄB ist somit auch ein Beispiel für die Nachteile einer institutionsbezogenen Zuordnung der Leistung: Die personelle Kontinuität der ärztlich-psychotherapeutischen Behandlung kann nicht gesichert werden, da Vertragsärzte und –therapeuten in die stÄB nicht einbezogen werden; das gleiche gilt für die übrigen ambulanten Leistungserbringer.

Beide genannte Leistungen sollen nach der Intention des Gesetzgebers die Erbringung ambulanter, ggf. komplexer Leistungen fördern. Ihre Umsetzung bleibt – bisher – weit hinter dieser Absicht zurück.

Als Konsequenz aus diesen und zahlreichen weiteren Beispielen ist zu fordern:

Leistungsberechtigungen sind funktional zu vergeben, unabhängig von der Zugehörigkeit zu traditionell getrennten „Sektoren“ des Versorgungssystems. Soweit erforderlich, sind auch Anbieter außerhalb des SGB V zuzulassen, wenn sie die geforderten Voraussetzungen erfüllen.

Die Akteure der Selbstverwaltung sind zu verpflichten, vom Gesetzgeber vorgesehene Elemente der Regelversorgung flächen- und kostendeckend zu implementieren. Hierfür ist ein Kontrahierungszwang mit Schiedsverfahren vorzusehen.

Soweit der Gesetzgeber eine bestimmte Ausgestaltung von Leistungen wünscht, beispielsweise die Einbeziehung regionaler Leistungserbringer in die stÄB, sind Kann-Bestimmungen durch Verpflichtungen oder wenigstens Soll-Vorschriften zu ersetzen.

Schnittstellen zwischen SGB V und den übrigen Sozialleistungen

Während zwischen den verschiedenen rehabilitativen Angeboten allmählich zunehmend Verknüpfungen entstehen, zuletzt durch das Bundesteilhabegesetz, bleibt die Krankenbehandlung mit den Leistungen des Fünften Sozialgesetzbuchs ein nahezu unverbundener Bereich. Sie ist in die Hilfeplanung (Teilhabe- und Gesamtplanung) gemäß SGB IX nicht einbezogen und verfügt über eigene Gruppen zugelassener Leistungserbringer mit eher ausnahmsweisen Überschneidungen zu anderen Sozialleistungssparten.

Beispielsweise gibt es nur wenige vertragsärztliche Strukturen, die weitere Leistungsarten anbieten oder mit deren Anbietern verbundförmig vernetzt arbeiten; ein Beispiel hierfür ist die Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB).

Die meisten Klinikträger sind gar nicht oder lediglich am Rande ihres Portfolios als Anbieter der Eingliederungshilfe oder anderer Hilfen tätig, Ausnahmen finden sich vor beispielsweise in Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg.

Gemeindepsychiatrische Einrichtungen sind andererseits in begrenztem, allerdings mittlerweile zunehmendem Maße auch Anbieter kassenfinanzierter Leistungen tätig, meist im Bereich der Heil- und Hilfsmittel, der Pflege oder der medizinischen Rehabilitation. Nur wenige Einrichtungen erbringen ärztlich-psychotherapeutische oder gar klinische Leistungen, beispielsweise in Schleswig-Holstein oder Solingen.

Infolge dieser immer noch weitgehenden Trennung der Bereiche werden Strukturreformen ebenfalls separat konzipiert. So hat etwa das Bundesteilhabegesetz bei der Zusammenführung der Leistungsarten den Bereich der Behandlung und Therapie weitgehend unberücksichtigt gelassen.

Andererseits hat der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen in seinem jüngst veröffentlichten Gutachten zwar zu Recht beschrieben, dass Hilfen für psychisch erkrankte

Personen weit über den Geltungsbereich des SGB V hinaus reichen. Wenn er dann aber vorschlägt, zwischen den „Sektoren“ des Krankenhausbereichs und den ambulanten Praxen lokale „Gesundheitszentren“ zu schaffen, bleibt er innerhalb der Strukturen des Gesundheitswesens und lässt die in vielen Regionen bereits seit Jahrzehnten existierenden Sozial- und Gemeindepsychiatrischen Zentren außer Betracht, an die eine solche Funktion leicht angedockt werden könnte.

Um eine Doppelung der Versorgungsstrukturen mit unnötigen Friktionen und zusätzlichen Kosten zu vermeiden, ist bei jedem Schritt der Weiterentwicklung auf eine Zusammenführung vorhandener regionaler Angebote zu achten, sowohl bei den Zulassungsvorschriften (s. o.) als auch bei der finanziellen Ausgestaltung.

Peer-Beratung

Als zusätzliche Bereicherung ist in den letzten Jahren die Peer-Beratung durch Personen mit eigener „Psychiatrieerfahrung“ als Patienten bzw. Klienten oder als Angehörige in viele Behandlungskonzepte aufgenommen worden. Peer-Berater verfügen in der Regel über eine Weiterbildung nach dem EX-IN-Konzept und werden meist als „Genesungsbegleiter“ mit spezialisierten Einzel- und Gruppenangeboten tätig, vereinzelt auch mit ähnlichen oder gleichen Aufgaben wie Mitarbeiter*innen mit einschlägigen Berufsausbildungen.

Ihr rechtlicher Status ist allerdings ebenso wenig gesichert wie ihre angemessene Vergütung. Hier ist eine rechtlich und tariflich verbindliche Einordnung ins bestehende System zu fordern.

23.03.2019

Für den Vorstand des Dachverbands Gemeindepsychiatrie

Nils Greve
Vorsitzender