

Stellungnahme der Aktion Psychisch Kranke

zum 2. Dialogforum „Selbstbestimmung und Partizipation“ des BMG-Dialogs zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen

Stand 07.11.2019

1. Handlungsoption „Individueller und integrierter Behandlungsplan“

1.1 Handlungsbedarf

Eine einvernehmliche individuelle Behandlungs- und Rehabilitationsplanung stellt den entscheidenden Schlüssel zur Herstellung bzw. Wahrung der Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten dar.

Zudem hängt der Behandlungserfolg bei psychischen Erkrankungen wesentlich von der Berücksichtigung individueller Bedürfnisse, Bedarfe und der motivierten Beteiligung der Patientinnen und Patienten an ihrem Genesungsprozess ab. Dem grundsätzlichen Anspruch von Erkrankten zur Entscheidung über Behandlungsleistungen kommt daher bei psychischen Erkrankungen besondere Bedeutung zu. Insbesondere bei schweren psychischen Störungen mit komplexem Behandlungsbedarf sind integrierte individuelle Behandlungspläne erforderlich, die auch Kontextfaktoren und Umweltbarrieren im Sinne einer ICF-Orientierung berücksichtigen.

1.2 Versorgungsrealität und rechtliche Ausgangssituation

In einigen psychiatrischen Kliniken, im Rahmen integrierter Versorgung und bei medizinischer Rehabilitation wird bereits seit Jahren erfolgreich mit Behandlungsplänen und Behandlungsvereinbarungen gearbeitet. Schriftliche, integrierte individuelle Behandlungspläne sind jedoch nicht regelhaft verbreitet.

In einzelnen Leistungssegmenten nach SGB V bestehen gesetzliche Regelungen zur Behandlungsplanung z. B. bei ambulanter Soziotherapie, ambulanter psychiatrischer Pflege, ambulanter Psychotherapie, Behandlungsleistungen für Menschen mit Behinderung, sozialpädiatrischen Leistungen, medizinischer Rehabilitation. In folgenden nicht auf psychische Erkrankungen bezogenen Leistungen sind Behandlungspläne gesetzlich vorgeschrieben: künstliche Befruchtung, kieferorthopädische Behandlung.

Über das Patientenrechtegesetz sind Ansprüche von Patientinnen und Patienten auf Beratung über Behandlungsmöglichkeiten und -alternativen in das BGB gebracht worden.

Ein genereller Anspruch auf einen schriftlichen, abgestimmten, Behandlungsplan besteht nicht.

Zu den Hilfen zur Teilhabe sind der Teilhabeplan und das Prozedere seiner Erstellung im SGB IX geregelt. Das SGB XI regelt die Pflegeplanung.

1.3 Handlungsoptionen

Ein Rechtsanspruch auf einen individuellen Behandlungsplan wird im SGB V verankert. Damit wird auch die Vorgabe des § 27 SGB V konkretisiert, nach der bei der Krankenbehandlung den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen ist. Die Einbeziehung der Patientinnen und Patienten wird sichergestellt und die Einbeziehung von Angehörigen, Peers oder sonstigen Bezugspersonen der Patientinnen oder Patienten ermöglicht. Die Berücksichtigung von Kontextfaktoren ist grundsätzlich Teil der Behandlungsplanung.

Es sollte ein Rechtsanspruch psychisch kranker Menschen auf einen individuellen Behandlungsplan begründet werden. Als Muster können die Regelungen zur Teilhabeplanung im SGB IX dienen.

Die Einbeziehung der Patientinnen und Patienten soll sichergestellt und die Einbeziehung von Angehörigen, Peers oder sonstigen Bezugspersonen der Patientinnen oder Patienten ermöglicht werden.

Sofern über die Behandlung hinaus Hilfen zur Teilhabe nach SGB IX, Leistungen nach SGB VIII / Jugendhilfe oder Leistungen nach SGB XI / Pflege erforderlich sind, ist für eine integrierte Hilfeplanung Sorge zu tragen.

- In § 11 Abs. 4 Versorgungsmanagement sollte eingefügt werden:

„Versicherte mit schweren psychischen Erkrankungen haben Anspruch auf einen mit ihnen abgestimmten, schriftlichen Behandlungsplan bzw. Behandlungs- und Rehabilitationsplan.“

In der Begründung ist klarzustellen, dass der Behandlungs- und Rehabilitationsplan mit dem/der Versicherten gemeinsam erarbeitet wird. Dabei kann er/sie persönliche oder professionelle Bezugspersonen einbeziehen.

- Das Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 ist zu stärken, um personenbezogene Behandlungs- und Rehabilitationsplanung, soweit möglich unter Einbeziehung von beruflichen und sozialen Teilhabeleistungen, im Rahmen von Konferenzen oder Konsultationen zu fördern. Hier sollte auch im Abs. 4 die Pflicht zur Zusammenarbeit mit der Reha-Beratung bzw. den Reha-Einrichtungen aufgenommen werden.

1.4 Finanzielle Folgen

Es handelt sich um eine Konkretisierung bestehender Vorgaben zur Behandlung.

2. Handlungsoption „Vermeidung von Zwang im Rahmen psychiatrischer Behandlung“

2.1 Handlungsbedarf

Zwangsmaßnahmen im Rahmen psychiatrischer Behandlung müssen auf das ethisch und rechtlich gebotene Minimum reduziert werden („ultima ratio“).

Psychiatrische Leistungsanbieter müssen Alternativen zu Zwangsmaßnahmen regelhaft vor einer Zwangsanwendung prüfen und in der Lage sein, mit dem erforderlichen Zeitaufwand für den Patienten und die Patientinnen eine akzeptable Vorgehensweise zu erarbeiten.

2.2 Versorgungsrealität und rechtliche Ausgangssituation

a) Zwangsmaßnahmen auf Grund krankheitsbedingter akuter Fremd- und Selbstgefährdung nach Landesrecht sowie Zwangsmaßnahmen nach Betreuungsrecht sind nur zulässig, wenn sonstige („mildere“) Mittel nicht möglich oder nicht ausreichend sind. Dementsprechend muss die Behandlung sich um Einigung mit den (ggf. gefährdeten oder gefährdenden) Patientinnen und Patienten bemühen und mit den Patientinnen und Patienten akzeptable Behandlungsalternativen suchen und erproben bevor bei der Behandlung im unvermeidbaren Ausnahmefall dann möglichst geringfügig Freiheitsrechte eingeschränkt werden.

Der Such- und Verhandlungsprozess ist aus ethischen und rechtlichen Gründen mit Sorgfalt und qualitativ und quantitativ ausreichenden personellen Ressourceneinsatz durchzuführen. Dabei sind ggf. auch Bezugspersonen der Patientinnen und Patienten (z.B. Angehörige, Vertraute, Peers) einzubeziehen. Die Förderung der Selbstbestimmung und die Vermeidung von Zwang ist nicht nur aus der menschenrechtlicher Perspektive geboten sondern auch von hoher Bedeutung für den Behandlungserfolg. Aufgrund der Bedeutung sind für diesen Behandlungsteil gesetzlich veranlasste Vorgaben erforderlich. Die Vorgaben können durch Fachgesellschaften formuliert, die personellen Auswirkungen durch den G-BA geregelt werden.

b) Die Daten- und Informationslage hinsichtlich der Durchführung von Zwangsmaßnahmen an Menschen mit psychischen Erkrankungen oder seelischen Behinderungen ist unzureichend und im Wesentlichen auf ordnungsrechtliche Zwangsmaßnahmen beschränkt.

Die Zwangsmaßnahmen stehen regelhaft im Behandlungszusammenhang. Daher sollten die speziellen Qualitätsanforderungen zur Zwangsvermeidung im Rahmen der Qualitätsvorgaben zur Behandlung gesondert geregelt werden. Dabei ist eine länderübergreifende und leistungsbereichsübergreifende (BGB und PsychKG) Transparenz durch eine einheitlich vorgegebene Dokumentation herzustellen. In die Verbesserung der Datenlage ist auch die Unterbringungssituation und die

Zwangsmaßnahmen in besonderen Wohnformen und Heimen (SGB IX und XI) einzubeziehen.

- c) Die Fachgesellschaften haben Leitlinien zum Umgang mit aggressivem Verhalten von Patientinnen und Patienten vorgelegt. In einzelnen Kliniken bzw. Klinikverbänden sind Fachkonzepte zum Umgang mit Zwang entwickelt worden. Eine gesetzliche Verpflichtung im Rahmen des SGB V zu einem einrichtungsbezogenen und einrichtungsübergreifenden Dokumentations- und Fachkonzept zum Umgang mit Zwang und für Alternativen zu Zwang besteht nicht. Regelungen zum Berichtswesen sind ebenso nicht vorgegeben. Beides ist erforderlich. Dabei ist darauf zu achten, dass Freiheitsrechte von psychisch kranken Menschen nicht nur im Zusammenhang mit Unterbringungen und nicht nur in psychiatrischen Kliniken eingeschränkt werden (Fixierungen in somatischen Kliniken und Pflegeeinrichtungen, Bettgitter, etc.).

2.3 Handlungsoptionen

Im SGB V werden in den Vorgaben zur Qualitätssicherung Bestimmungen zur Zwangsvermeidung aufgenommen.

Im SGB V werden in den Vorgaben zur Qualitätssicherung Bestimmungen zur Dokumentation von Zwangsmaßnahmen aufgenommen.

Zwangsmaßnahmen im Rahmen der klinischen Behandlung sind nach Grund, Art und Umfang zu dokumentieren. Zugleich sind die angewandten Maßnahmen zur Vermeidung von Zwang bzw. Alternativen zum Zwang in die Dokumentation mit aufzunehmen. Beide Dokumentationspflichten sollten Bestandteil der Qualitätsberichte und der Berichtspflichten gegenüber den Leistungsträgern und im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung von Kommune, Land und Bund sein.

Zu prüfen sind folgende Anknüpfungsoptionen:

- § 135 a SGB V: Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung:

Das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement sollte Aspekte der Gewaltprävention und der Zwangsvermeidung sowie einer entsprechenden Dokumentation umfassen. Diese betrifft auch die somatischen Krankenhäuser z.B. in der Versorgung von demenzerkrankten Menschen.

Zudem ist hier das patientenorientierte Beschwerdemanagement angeführt. Der Aspekt der Gewaltprävention bzw. Zwangsvermeidung/-minimierung sollte an dieser Stelle Berücksichtigung finden.

- § 136a SGB V: Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen.

Die Richtlinien nach § 136 a SGB V sollten in der Folge der o.a. Ausführung zu § 135a SGB V in Abs. 3 das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement und das Beschwerdemanagement entsprechend präzisieren.

Zudem wäre als Qualitätsindikator die Vorlage eines Gewaltpräventions- und Zwangsvermeidungskonzeptes in der „Insbesondere-Aufzählung“ zu ergänzen.

- § 136b SGB V: Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus: Qualitätsberichte Abs. 1 Punkt 3.

In den Vorgaben zu den Qualitätsberichten sollten in Bezug auf die psychiatrische Versorgung differenzierte Vorgaben über die Aufnahme von Konzepten zur Zwangsvermeidung, Dokumentation und Beteiligung an einem Zwangsvermeidungsmonitoring verankert werden.

- § 137 SGB V: Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses:

Unter Bezug auf § 136 a sind

- fehlende Gewaltpräventions- bzw. Zwangsvermeidungskonzepte
- mangelhafte Dokumentation, Monitoring und Qualitätsberichte in Bezug auf Zwang und Zwangsvermeidung
- sowie ein bezüglich einer Gewalterfahrung mangelhaftes Beschwerdemanagement

bei der Kontrolle zu berücksichtigen und deren entsprechende Einführung und Umsetzung mit dem abgestuften Instrumentarium durchzusetzen.

Ein Vergütungsausschluss ist bei Pflichtversorgung die Ultima Ratio. Eine Abstimmung mit den Kontrollmechanismen der Ländergesetze ist geboten um Doppelstrukturen zu vermeiden.

2.4 Finanzielle Folgen

Es entstehen keine zusätzlichen Kosten.

3. Handlungsoption „Einbeziehung von Erfahrungswissen“

3.1 Handlungsbedarf

Psychiatrie-Erfahrene verfügen über ein großes Wissen über unterstützende Haltungen, Methoden und Strukturen, das jedoch noch wenig in die bestehende Versorgung einfließt. Der Einsatz von Genesungsbegleiterinnen und -begleitern im Rahmen der Krankenhausbehandlung, der Krisenversorgung und bei komplexer ambulanter Behandlung soll ermöglicht und verstärkt gefördert werden.

Die durch eine Ex-In-Ausbildung erworbene Qualifikation soll anerkannt werden. Bei Mitarbeitenden mit einer einschlägigen Berufsausbildung soll die eigene Behandlungserfahrung als zusätzliche Qualifikation gewertet werden. Auch der Einsatz mit Erfahrung in Krankheitsbewältigung ohne eine formale Qualifikation soll ermöglicht werden.

3.2 Versorgungsrealität und rechtliche Ausgangssituation

In einer Reihe von psychiatrischen Kliniken werden Menschen mit eigener psychiatrischer Behandlungserfahrung erfolgreich als Genesungsbegleiterinnen und -begleiter eingesetzt. Für diese Tätigkeit gibt es eine strukturierte und überregional durch ein standardisiertes Curriculum beschriebene Ausbildung (Ex-In-Qualifizierung). Aktuell gibt es dazu keine rechtlichen Regelungen weder zum Einsatz noch zur Ausbildung von Genesungsbegleitern.

Viele Untersuchungen haben aufgezeigt, dass die Einbeziehung des „Expertenwissen aus Erfahrung“ beiträgt zu:

- einem erweiterten Verständnis psychischer Störungen,
- neuem Wissen über genesungsfördernde Faktoren in der Psychiatrie,
- der Entwicklung neuer Methoden und umfassender Inhalte in der Fachkräfteausbildung,
- innovativen Angeboten psychiatrischer Dienste.

In § 136 a Abs. 2 wird dem G-BA die Bestimmung von Richtlinien zur Sicherung der Qualität in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen vorgeschrieben. Dies schließt die Regelung von verbindlichen Vorgaben zur personellen Mindestausstattung von stationären Einrichtungen ein

3.3 Handlungsoptionen

In § 136a Abs. 2 SGB V sollte nach Satz 3 eingefügt werden:

„Dabei soll die Einbeziehung von Menschen mit eigener Behandlungserfahrung ermöglicht werden, die sich durch eine geeignete Ausbildung qualifiziert haben.“

3.4 Finanzielle Folgen

Die Vergütung von Genesungsbegleiterinnen und -begleitern erfolgt aus den verhandelten Budgets der Einrichtungen.

4. Handlungsoption „Patientenbeteiligung bei Planung und Steuerung“

4.1 Handlungsbedarf

Die Einbeziehung von Patientinnen und Patienten im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) hat sich bewährt. Es besteht nur ein Mitberatungsrecht, kein Mitbestimmungsrecht. Die Beteiligung der Patientenvertretung im G-BA sollte weiter gestärkt und die Beratungen in den Gremien des G-BA transparenter gestaltet werden. Die Berücksichtigung der Patientensichtweise bei der Beschlussfindung sollte sichergestellt werden.

4.2 Versorgungsrealität und rechtliche Ausgangssituation

Gemäß § 140f SGB V ist die Patientenvertretung beratend zu beteiligen. In bestimmten Regelungsbereichen bestehen Antragsrechte.

In der Praxis werden die Voten der Patientenvertretenden in Fragen der Gremienabläufe, der Einbeziehung von externen Sachverständigen sowie der Auftragsvergabe berücksichtigt. Ein formelles Stimmrecht haben in diesen wie in allen übrigen Fragen nur die Vertreterinnen und Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen.

In den Leitungsgremien der Institute IQWiG und IQTiG sind keine Patientenvertretenden beteiligt. Alle Beratungen des G-BA unterliegen einer Geheimhaltungspflicht. Patientenvertretende sind dadurch weitgehend gehindert, sich mit Selbsthilfeorganisationen auszutauschen und sich fachkompetenten Rat einzuholen.

Gemäß § 91 SGB V (Gemeinsamer Bundesausschuss) sind die Patientenvertretenden keine Mitglieder des Beschlussgremiums des G-BA.

4.3 Handlungsoptionen

Den Patientenvertreterinnen und -vertretern sollte ein formelles Stimmrecht bei prozeduralen Fragen eingeräumt werden. Sie erhalten das Recht, sich im Rahmen der organisierten Selbsthilfe abzustimmen.

Es soll geprüft werden, inwieweit Patientenvertretende bei Beschlüssen des G-BA schrittweise ein Stimmrecht eingeräumt werden kann.

Die adäquate Einbeziehung der Patientensichtweise bei der Beschlussfindung ist sicherzustellen.

4.4 Finanzielle Folgen

Es entstehen geringe zusätzlichen Kosten beim GBA.