

Sprecher:**Dr. med. Christian Kieser**Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik
Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH
In der Aue 59
14480 Potsdam

Potsdam, den -03.09.2020

Stellungnahme des Arbeitskreises der ChefärztInnen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern (ackpa) zum 3. Dialogforum im Rahmen des BMG-Dialogs zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen „Zielgruppenspezifische Versorgungsfragen“.

ackpa repräsentiert die ChefärztInnen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern. Wir engagieren uns für eine integrative und ganzheitliche Krankenhausbehandlung psychisch kranker Menschen. Grundlegend sind: Die Subjekt- und Beziehungsorientierung, die regionalisierte Versorgungsverpflichtung und die Integration der Behandlung psychisch kranker Menschen in die klinische Medizin.

Regionale Grundversorgung versus Spezialisierung

ackpa setzt sich für eine regionalisierte Pflichtversorgung ein. Insbesondere schwer psychisch Kranke profitieren von der Personenzentrierung der Pflichtversorgung durch Behandlungskontinuität und Ausrichtung der Versorgung an den am meisten Benachteiligten. Die Behandlung soll grundsätzlich und vorrangig wohnort- bzw. gemeindenah erfolgen, da die PatientInnen möglichst in ihrem sozialen Umfeld integriert bleiben und die Bezugspersonen bedarfsgerecht in die Behandlung einbezogen werden sollen. Das Primat der Gemeindenähe bzw. Gemeindeintegration ist insbesondere wichtig bei der Behandlung derjenigen PatientInnen, die einen rezidivierenden oder chronischen Verlauf ihrer Erkrankung aufweisen. Diese Bewertung wird in den aktuellen Konzepten und Begutachtungen geteilt (DGPPN 2018, Sachverständigenrat 2018). ackpa formuliert noch weitergehende Verantwortung im Sinne eines regionalen Budgets und konnte auch schon zeigen, dass eine in diesem Sinne weiterentwickelte Regionalisierung die Partizipation der Betroffenen gegenüber der nicht in diesem Sinne weiterentwickelten regionalen Versorgung verbessern kann (Deister et al., 2010; Roick et al., 2008). Innerhalb der regionalen Grundversorgung könnte in Abhängigkeit von der Größe der Abteilung und den regionalen Gegebenheiten klinische Schwerpunktbildung sinnvoll sein, die der Versorgung der Patienten z. B. in störungsspezifischer Psychotherapie erleichtern und die Krankheitsverläufe verbessern können (z. B. Zobel et al., 2011).

Spezifische Zielgruppen:

- **psychisch kranke alte Menschen**
- **psychisch kranke Menschen mit Pflegebedarf**
- **psychisch kranke Menschen mit zusätzlicher körperlicher oder geistiger Behinderung**
- **psychisch kranke Menschen mit selbst- oder fremdgefährdendes bzw. -verletzendes Verhalten, Suizidprävention,**
- **psychisch kranke Menschen mit versorgungspflichtigen Angehörigen, psychische Erkrankungen im Zusammenhang mit einer Geburt**

Die Versorgung der oben dargestellten Gruppen von Menschen mit psychischen Erkrankungen beansprucht mehr und spezifische Ressourcen im Vergleich zu psychisch kranken Menschen, die nicht unter der genannten Komorbidität oder spezifischen klinischen Konstellationen leiden. ackpa unterstützt dementsprechend eine höhere finanzielle Vergütung für diese klinischen Gruppen.

Menschen mit ersten Kontakten zum psychiatrischen Hilfesystem und psychisch kranke Kinder und Jugendliche (Schnittstellenthemen)

Die Versorgung von Menschen mit ersten Kontakten zum psychiatrischen Hilfesystem beansprucht mehr und spezifische Ressourcen im Vergleich zu psychisch kranken Menschen, die sich schon länger in Behandlung befinden und mit dem Versorgungssystem vertraut sind.

Psychisch kranke Menschen, die sich schon länger in Behandlung befinden, kennen die Strukturen und Profile der Versorgungsangebote und verfügen oft bereits über ein Krankheits- und Behandlungskonzept. Beim Erstkontakt müssen den Betroffenen im Vergleich zur Regelbehandlung mehr Informationen über das Versorgungsangebot von den Behandelnden zur Verfügung gestellt werden. Die Diagnostik ist umfangreicher, da die Zuordnung der Symptome zu einer Erkrankung noch nicht bekannt ist. Bei vielen psychischen Erkrankungen wird bei der Erstdiagnostik darüber hinaus z. B. eine ausführliche körperliche Ausschlussdiagnostik gefordert, die im Verlauf der Erkrankung nicht mehr in der Ausführlichkeit notwendig ist. Ebenso erfordert die Beziehungsgestaltung psychotherapeutischer Unterstützung bei Erstkontakten mehr Zeit als bei einer bekannten Erkrankung, da die Akzeptanz eines psychischen Krankheitssymptoms und möglicherweise einer fortgesetzten Vulnerabilität wesentliche psychische Anpassungsprozesse bei den Betroffenen erfordert, die zusätzliche psychotherapeutische Interventionen erfordern. Auch die Aufklärung über und die Motivation zur Aufnahme einer Behandlung ist bei Erstkontakten aufwändiger als bei nachfolgenden Kontakten. Das Risiko des Verlustes des Kontaktes zum Versorgungssystem ist in den ersten 5 Jahren der Erkrankung wesentlich größer als im späteren Krankheitsverlauf. Auch Angehörige und Bezugspersonen müssen intensiver und spezifisch am Anfang der Erkrankung einbezogen werden als im Verlauf, da auch hier ausführliche Informationen, emotionale Entlastungs- und Unterstützungsarbeit besonders intensiv und spezifisch notwendig sind.

Die ersten 5 Jahre der Behandlung nach Erstdiagnose sind ein wesentlicher Prädiktor für den Gesamtverlauf psychischer Erkrankungen. Eine gegenüber der Standardbehandlung spezifische und intensivere Behandlung in dieser Phase kann den Gesamtverlauf verschiedener psychischer Erkrankungen verbessern (z. B. Correll et al., 2018) und wird deshalb z. B. in der DGPPN S3-Leitlinie psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Störungen (DGPPN, 2019) und der S3-Leitlinie zu schizophrenen Störungen (DGPPN, 2019) empfohlen. Auf Grund dieser Evidenzlage haben sich zahlreiche Länder mit vergleichbarem sozioökonomischen Status zur BRD entschieden, wie z. B. Großbritannien, Australien, Dänemark, Teile der Niederlande, mehr Ressourcen für die Diagnostik und spezifische Behandlung der frühen Phase psychischer Erkrankungen zur Verfügung zu stellen.

Zusammenfassend empfiehlt ackpa, dass es einen besonderen Bedarf von Menschen mit ersten Kontakten zum psychiatrischen Hilfesystem oder in den ersten Jahren nach Diagnosestellung gibt, dem gerecht zu werden, zusätzliche Mittel etwa in Form von Sonderentgelten zur Verfügung gestellt werden sollten. Diese könnten zum Beispiel den Zeitraum von bis zu 2 Jahren nach Erstkontakt oder Diagnosestellung umfassen. ackpa empfiehlt, die Gruppe der Menschen mit ersten Kontakten zum Hilfesystem als eine Gruppe mit zusätzlichem zielgruppenspezifischen Bedarf einzuordnen, wie dies für Menschen mit psychischen Erkrankungen und somatischen Komorbiditäten sowie Menschen mit psychischen Erkrankungen und mit minderjährigen Kindern oder zusätzlichen geistigen Behinderungen ebenso zu empfehlen ist.

Der Mehraufwand für den Erstkontakt/ Erstbehandlung wurde für den Bereich der 15 bis 25-Jährigen schon im Votum der Taskforce Transition der DGKJP und DGPPN berücksichtigt, neben dem Mehraufwand auf Grund der Transition vom kinder- und jugendpsychiatrischen in das erwachsenenpsychiatrische Versorgungssystem. Auch hier wurde beschrieben, dass es Ziel sei, „vermeidbare Chronifizierungen bei psychischen Störungen junger Menschen zu verhindern und die daraus resultierenden (Teilhabe-) Beeinträchtigungen in der Zeit der Transition soweit wie möglich zu reduzieren.“ (Banaschewski et al., 2019). Des Weiteren wurde empfohlen, im stationären Bereich Transitionsstationen krankenhausplanerisch in ausreichender Anzahl und wohnortnah auszuweisen, die pflegerisch und therapeutisch entsprechend personell ausgestattet sind und u. a. die Erreichung von Ausbildungszielen oder die Eingliederung in den Beruf unterstützen. Sie müssen daher mindestens zu den Konditionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie ausfinanziert werden, unabhängig davon, ob diese Einrichtungen zur Kinder- und Jugendpsychiatrie oder zur Erwachsenenpsychiatrie gehören. Analog sind tagesklinische Behandlungsansätze zu etablieren. Komplementäre Hilfesysteme (SGB VIII § 41, SGB II,

SGB IX, SGB XII und Bundesteilhabegesetz) sind in das Transitionskonzept zu integrieren (Banaschewski et al., 2019). ackpa unterstützt diese Forderung und empfiehlt eine ähnliche Regelung für Menschen mit erstem Kontakt zum psychiatrischen Hilfesystem zu entwickeln.

Für den Geschäftsführenden Ausschuss



Prof. Dr.med. A. Bechdorf



Dr. med C. Kieser

Literatur:

Banaschewski T, Fegert JM, Freyberger H, Karow A, Reif A, Schaff C, Vorderholzer U, Driessen M (2019). Transitionspsychiatrie – Herausforderungen und Lösungsansätze. Fortschr Neurol Psychiatr 2019; 87: 608–615.

Correll CU et al. (2018). Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. JAMA Psychiatry; Jun 1;75(6): 555-565.

Deister A, Heinze M, Kieser C, Willms B für das Netzwerk „Steuerungs- und Anreizsysteme für eine moderne psychiatrische Versorgung“, (2010) Regionale Verantwortung als Basis für ein zukunftsfähiges Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychotherapie.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V DGPPN (Ed.). (2019). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin, Heidelberg: Springer

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V DGPPN (Ed.). (2019). S3-Leitlinie Schizophrenie. Berlin, Heidelberg: Springer

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) (2018) DGPPN-Standpunkte für eine zukunftsfähige Psychiatrie – Versorgung Forschung Nachwuchs Qualität.

Roick C, Heinrich S, Deister A, Zeichner D, Birker T, Heider D, Schomerus G, Angermeyer MC, König HH. (2008) The regional psychiatry budget: costs and effects of a new multisector financing model for psychiatric care. Psychiatr Prax. 2008 Sep;35(6):279-85. doi: 10.1055/s-2008-1067432.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018) Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung.

Zobel I, Kech S, van Calker D, Dykieriek P, Berger M, Schneibel R, Schramm E (2011). Long-term effect of combined interpersonal psychotherapy and pharmacotherapy in a randomized trial of depressed patients. Acta Psychiatr Scand. 2011 Apr;123(4):276-82.