

Stellungnahme der Diakonie Deutschland zum dritten Dialogforum „Zielgruppenspezifische Versorgungsfragen für die Hilfen für psychisch erkrankte Menschen“

**Diakonie Deutschland
Evangelisches Werk für Diakonie
und Entwicklung e. V.**

Maria Loheide
Vorstand Sozialpolitik

Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin
T +49 30 65211-1632
F +49 30 65211-3632
maria.loheide@diakonie.de
www.diakonie.de

Berlin, der 09.06.2020

Ausgangspunkt der folgenden Empfehlungen ist das Engagement der Diakonie Deutschland für mehr Versorgungsgerechtigkeit. Dabei orientieren wir uns an den Bedürfnissen und Bedarfen der seelisch und sozial verletzbarsten Menschen, die eher ausgegrenzt werden, deren Stimme nicht gehört und die wenig Lobby oder Fürsprecher*innen haben. In einem Workshop mit Expertinnen und Experten der Gemeindepsychiatrie, der Alten- und Wohnungsnotfallhilfe, der Suchthilfe, der Hilfen für geflüchtete Menschen sowie Expert*innen aus eigener Erfahrung wurde die Situation und z.T. gravierende Unter- und Fehlversorgung vulnerabler Personengruppen diskutiert. Ausgehend von den Schwierigkeiten, die für diese Gruppen gesehen werden, wurden in erster Linie allgemeine Handlungsempfehlungen entwickelt und darüber hinaus zielgruppenspezifische Forderungen diskutiert.

Die Anzahl von alten und hochaltrigen Menschen, von Menschen, die wohnungslos sind, von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sowie von Geflüchteten und die vorliegenden Studien bzw. Schätzungen zur Prävalenz psychischer Erkrankungen in diesen Gruppen und zu deren Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsangebote zeigt eines sehr deutlich: Die Behandlungsangebote sind sowohl strukturell als auch fachlich-inhaltlich stark herausgefordert. Neue Behandlungskonzepte und –modelle sowie gesetzliche Änderungen sind notwendig, um alle psychisch erkrankten Menschen in einer Region gut behandeln und begleiten zu können.

So ist es kaum vorstellbar und auch nicht wünschenswert, bisher schwer zu erreichende Patientengruppen in das bestehende Hilfesystem, das zu wenig aufsuchende und ambulante Komplexleistungen in den Lebenswelten bereithält, zu integrieren. Ambulante Komplexleistung meint, dass unterschiedliche Behandlungsangebote auf die jeweilige persönliche Situation hin zugeschnitten und koordiniert erbracht werden und auch bei steigender Unterstützungsintensität nicht nur stationär zur Verfügung stehen.

Begegnung sowie kontinuierliche und zugewandte Beziehungen sind nicht nur als Dimension in der Behandlung, sondern auch als wesentliche Dimensionen in der Arbeit mit den sozialen Netzwerken in der Lebensumwelt zu gestalten. Neben dieser Stärkung bzw. der Arbeit mit den sozialen Netzwerken werden mehr psychotherapeutische Angebote bzw. psychotherapeutische Grundhaltungen bei unterschiedlichen Berufsgruppen benötigt.

Eine Gesamtschau auf die jeweiligen Behandlungssituationen zeigt, Themen und Problemkonstellationen wiederholen sich für verschiedene Zielgruppen und sie macht deutlich, dass eine Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfen allein unter der Perspektive

und auf Grund der Bedarfe einer bestimmten Patientengruppe zu kurz greift. So stellen sich immer wieder neu die Fragen, ob und wenn ja, welche Spezialisierungen bzw. welche Spezialdienste oder -abteilungen notwendig oder sinnvoll und wie die regionale Grundversorgung und ein inklusives Regelsystem zu gestalten sind, um flächendeckend fachspezifisches Wissen und Kompetenzen im Umgang mit unterschiedlichen Zielgruppen erwerben und aufbauen zu können. Hierfür ist das Wissen über besondere Bedarfe einzelner Patientengruppen als verpflichtender Bestandteil in den Aus- und Weiterbildungscurricula zu implementieren.

Die gegenwärtige Versorgungssituation von alten Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. von Menschen mit Komorbidität zeigt ein weiteres Dilemma auf. Die zunehmende Spezialisierung erschwert oft interdisziplinäres Arbeiten und einen umfassenden Blick auf erkrankte Menschen und deren Bedürfnisse. Eine sinnvolle Integration ist am ehesten von den Diensten und Einrichtungen des Regelsystems zu erwarten, die die Menschen kennen und sie über lange Zeiträume hinweg in persönlicher Kontinuität begleiten können und auch dem sozialen Umfeld zur Verfügung stehen.

Aus Sicht der Diakonie Deutschland benötigen wir sowohl allgemeine Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen als auch Empfehlungen, die sich gezielt der Behandlung verschiedener Zielgruppen widmen. Dabei dürfen als notwendig erachtete zielgruppenspezifische Hilfen nicht zu Lasten der regionalen Grundversorgung gehen.

A. Allgemeine Empfehlungen:

- I. Die Diakonie Deutschland fordert mehr Forschung(saufträge) zur Lage vulnerabler bzw. benachteiligter Personengruppen und mehr Versorgungsforschung, um bestehende Defizite, aber auch Fehlanreize und Fehlallokationen besser einordnen zu können und um Modelle guter Praxis zu evaluieren. Neben dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und der Deutschen Forschungsgemeinschaft sollen auch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sowie die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hierfür finanzielle Mittel zur Verfügung stellen. So fehlen verlässliche Zahlen zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen bzw. zu Abhängigkeitserkrankungen bei Menschen mit Fluchterfahrung, mit kognitiven oder Mehrfachbeeinträchtigungen oder auch bei Menschen, die wohnungslos sind bzw. in prekären Wohnverhältnissen leben.

In diesem Zusammenhang schlagen wir vor, dass Kriterien zur Vergabe von Modellprojekten beim Innovationsfond ebenfalls mehr als bisher fehl- und unterversorgte Patientengruppen berücksichtigen. Die Diakonie Deutschland spricht sich u.a. für Modellprojekte zu Housing-First-Ansätzen in der Begleitung von psychisch erkrankten wohnungslosen Menschen ergänzt um psychotherapeutische Angebote (also eine Kombination von Leistungen nach § 67 SGB XII und SGB-V-Leistungen) oder zum Leistungsspektrum der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer als Anbieter ambulanter Komplexleistungen im SGB V aus. Gesetzlich vorgesehene Versorgungsstrukturen sind in ihrem Aufbau zu unterstützen und dabei Erkenntnisse der Bedarfsplanung zu Grunde zu legen. Derzeit werden beispielsweise Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung (MZEB) in ihrem Aufbau durch eine restriktive Haltung der gesetzlichen Krankenversicherungen in den Zulassungsausschüssen und den Vergütungsverhandlungen, entgegen der Forderung der UN-BRK, gehemmt. Gleiches galt und gilt seit vielen Jahren für die Soziotherapie oder die ambulante psychiatrische Pflege und die mobile Rehabilitation.

- II. Die Diakonie Deutschland setzt sich für die Einführung eines Rechtsanspruchs auf Beratung für (potentiell von einer psychischen Erkrankung) Betroffene sowie für deren Angehörige im SGB V ein. Diese Leistung umfasst eine Basisberatung zu psychischen Problematiken, präventive Leistungen zur Verhinderung einer Krankheitsentwicklung und (im begrenzten Umfang) Behandlung, ohne dass eine F-Diagnose vergeben werden muss, um Fremd- und Selbststigmatisierung als zusätzliches pathogenes Risiko zu vermeiden.

Diese Orientierungsberatung und eine ggf. sich daraus ergebende niederschwellige Behandlung kann bei unterschiedlichen Leistungserbringern des SGB V in Anspruch genommen werden oder auch sozialpsychiatrischen Diensten oder Zentren, psychosozialen Beratungsstellen bzw. Suchtberatungsstellen. Welche psychosozialen Basisdienste hierfür in Frage kommen, hängt von der jeweiligen regionalen Versorgungsstruktur ab. Unter Umständen muss eine entsprechende leistungsfähige ambulante Struktur vor Ort erst noch aufgebaut werden. Die Beratungs- und Behandlungsleistung ist von den Krankenkassen ausreichend zu finanzieren und kann nur von Leistungsanbietern abgerechnet werden, die in vorhandene gemeindepsychiatrische bzw. psychosoziale Netzwerke eingebunden sind.

- III. Als drittes fordert die Diakonie Deutschland einen individuellen Rechtsanspruch auf die Leistung „Versorgungsmanagement durch Patienten-Lots*innen“, durch eine persönliche Bezugsperson, die bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung, ohne weitere Beschränkungen, wie sie gegenwärtig noch für die Leistung der Soziotherapie bestehen, in Anspruch genommen werden können.

Neben Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten kommen für die Erbringung dieser Leistung auch die oben erwähnten psychosozialen Basisdienste/Beratungsstellen und sozialpsychiatrischen Zentren in Betracht. Um diese Leistung schneller flächendeckend zur Verfügung stellen zu können, ist eine ausreichend gegenfinanzierte Budgetlösung denkbar, so dass der/die Patient*in wählen kann, wen er oder sie mit dieser Leistung beauftragt. Gleichzeitig sollten Ansprechpartner*innen, wie Haus- und Fachärzt*innen, psychologische Psychotherapeut*innen, die psychosozialen Dienste sowie psychiatrische Fachabteilungen und Kliniken regelhaft über das Angebot informieren und die Leistung auch auslösen können. Dafür müssten diese jedoch ausreichend über die Verordnungsmöglichkeit von Soziotherapie informiert sein, was zurzeit nicht immer vorausgesetzt werden kann. An dieser Stelle sind sowohl die Kassenärztlichen Vereinigungen als auch die Berufsverbände und Fachgesellschaften aufgefordert, entsprechende Informationsmaterialien bereit zu stellen und zu verteilen.

Denkbar ist darüber hinaus ein automatischer Mechanismus, der Patientinnen und Patienten, die z.B. mehrmals stationär aufgenommen wurden, auf deren Wunsch hin eine Bezugsperson an die Seite stellt.

- IV. Die gesetzlichen Regelungen zum Entlassmanagement laufen vielfach ins Leere, da ambulante Angebote oft nicht nahtlos zur Verfügung stehen. Die Diakonie Deutschland schlägt ergänzend die Leistung eines „Begleitmanagements“ vor, die in der Hand von ambulanten Leistungserbringern liegt. Zu denken ist an eine personenbezogene Leistung, die bis zu zwei Wochen nach der Entlassung erbracht werden kann und am besten schon mit der Aufnahme in die Klinik beginnt. Eine Verknüpfung dieser Leistung mit den regionalen Steuerungsgremien, wie beispielsweise Hilfeplankonferenzen, ist sicherzustellen.

Dies dient auch einer normativen bzw. regelhaft ausgelegten Kooperation zwischen den Leistungserbringern des SGB V und des SGB IX, um Übergänge und Unterstützungsleistungen frühzeitig ohne Unterbrechung nahtlos identifizieren und erbringen zu können. Eine auskömmliche Finanzierung dieser neuen Leistung ist sicherzustellen.

- V. In jeder Versorgungsregion ist eine Struktur zu schaffen, die niedrigschwellige ambulante Komplexleistungen (im Bereich des SGB V) bereithält und die bei Bedarf und auf Wunsch von Versicherten auch ohne vorherige eindeutige Diagnosestellung in Anspruch genommen und in begrenztem Umfang auch behandeln kann (s. hierzu auch A II). Ein solcher Zugang würde aus Sicht der Diakonie Deutschland die (frühzeitige) Inanspruchnahme erleichtern bzw. ermöglichen.

Diese Leistung kann von regionalen psychosozialen Basisdiensten oder sozialpsychiatrischen Zentren angeboten werden. Darüber hinaus sind neben sozialpsychiatrischen Schwerpunktpraxen auch die Praxen der Haus- und Allgemeinmediziner*innen mittelfristig so weiterzuentwickeln, dass dort in einem multidisziplinären Team u.a. Pflegekräfte sowie Sozialarbeiter*innen beschäftigt und auch aufsuchend tätig werden können. Alternativ könnte den hausärztlichen Praxen der Zugang zu solchen Strukturen erleichtert werden und die Zusammenarbeit durch entsprechende auskömmliche, finanzielle Anreize (und digitale Methoden) verbessert werden. Die bisherigen Handlungsempfehlungen für die Stärkung ambulanter Komplexleistungen allein durch Einführung sozialpsychiatrischer Schwerpunktpraxen reichen nach Ansicht der Diakonie Deutschland nicht aus.

- VI. In diesem Zusammenhang fordert die Diakonie Deutschland eine Verpflichtung zur Kooperation mit anderen Akteur*innen sowohl aus dem Gesundheitswesen als auch aus anderen Sozialgesetzbüchern, sofern dies im Einzelfall erforderlich ist, als grundlegende Aufgabe im SGB V zu verankern und die Zeit und den Aufwand für erbrachte Kooperationsleistungen auskömmlich zu finanzieren. Darüber hinaus ist an die gesetzliche Verankerung einer regionalen Versorgungsverpflichtung für alle an der Behandlung von psychisch erkrankten oder seelisch beeinträchtigten Menschen beteiligten Leistungserbringer zu denken. Wie dies umgesetzt werden kann, zeigen die Selbstverpflichtungen bestehender Gemeindepsychiatrischer Verbände.

Bisher gibt es an verschiedenen Stellen im SGB V oder beim EBM Regelungen zur Koordination, die aus unserer Sicht nicht ausreichen und auch keine systematisierte Koordination oder Kooperation ermöglichen. Bis Ende 2020 soll der G-BA Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf beschließen. Die hier angedachte Beschränkung auf den SGB V Bereich ist nicht ausreichend.

- VII. Um die psychotherapeutische Begleitung insbesondere derjenigen zu verbessern, die im Setting der Praxisniederlassung wenig Chancen haben, einen Platz zu bekommen und ihn zu behalten, sollte die Ermächtigung für Psychotherapie auch für andere Einrichtungen und Dienste ermöglicht werden, die psychologische Psychotherapeut*innen beschäftigen. Dies könnten z.B. Beratungsstellen bzw. psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, Sozialpsychiatrische Zentren, gemeindepsychiatrische Dienste, MZEB oder ärztlich-psychologische Dienste in den Diensten der Behindertenhilfe sein.

Insgesamt sollten die psychosozialen Basisdienste und sozialpsychiatrischen Zentren in ihrer psychotherapeutischen Kompetenz gestärkt werden. Zur Entwicklung einer entsprechenden Grundhaltung könnten psychotherapeutische Basiselemente verpflichtender Bestandteil der Aus- und Weiterbildungscurricula in der Ausbildung von Gesundheitsberufen, Sozialpädagog*innen und Heilerziehungspfleger*innen, etc. werden. In den verschiedenen Bereichen sind auch gestufte Versorgungsmodelle (step-care-Modelle) denkbar, die integriert und berufsgruppenübergreifend

Angebote für schwer psychisch erkrankte Menschen bereithalten und auch aufsuchend tätig werden können.

- VIII. Das Leistungsspektrum der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAS) ist so weiterzuentwickeln, dass bestimmte Diagnoseausschlüsse wegfallen, dies gilt bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung auch für MZEB. Der zeitliche und personelle „Mehraufwand“ in der Behandlung und Begleitung bestimmter Patientengruppen, wie z.B. bei Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen, Demenz oder Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung, ist durch entsprechende auskömmliche Pauschalen zu finanzieren, um so Anreize für deren Versorgung im Regelsystem zu setzen. Dies gilt für Kliniken bzw. PIAS ebenso wie für Niedergelassene oder sogenannte Direktabrechner. Hier sind aufwandsgerechte Vergütungen im EBM zu schaffen. Zugleich sollte im Sinne der UN-BRK, Artikel 25, der gleichzeitige Zugang zu Leistungen des Gesundheitswesens für Menschen mit Behinderung ermöglicht werden. Derzeit ist beispielsweise in vielen MZEB eine zeitgleiche, auch wenn nicht inhaltsgleiche Behandlung, wie sie z.B. in PIAS und MZEB stattfinden kann, ausgeschlossen.

Bei jeder Ausweitung von Krankenhausleistungen ist vorab zu prüfen, inwieweit bestehende oder aufzubauende ambulante psychosoziale Basisdienste und sozialpsychiatrische Zentren diese Angebote übernehmen können. Bestehende Dienste und Einrichtungen, die einen lebensweltorientierten Ansatz verfolgen, sind zu beteiligen bzw. sind Aufgaben an diese zu delegieren.

- IX. Um die regionalen, sozialpsychiatrischen Behandlungsangebote in Richtung eines inklusiven, kultur- und alterssensiblen Regelsystems rasch weiterzuentwickeln, sind die Aus- und Weiterbildungscurricula in der Ausbildung der Gesundheitsberufe und der Berufe der sozialen Arbeit im Gesundheitswesen durch entsprechende, verpflichtende Bausteine zu erweitern.

So sind die Mitarbeitenden an den PIAS, aber auch bei den ambulanten psychosozialen Basisdiensten für gerontopsychiatrische Themen und Fragestellungen bzw. zu psychiatrisch-psychotherapeutischen Themen für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und bei Komorbidität (Psychose und Sucht, aber auch kognitive Beeinträchtigung und Sucht) weiter zu qualifizieren. Angesichts ihres interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatzes sind MZEB auch in ihrer psychiatrisch-psychotherapeutischen Kompetenz zu stärken.

Durch aufsuchende Arbeit, Beratung von Multiplikator*innen, durch Konsile und Sprechstunden in weiteren sozialen Einrichtungen werden die relevanten sozialen Kontexte in die Behandlung miteinbezogen und die primären sozialen Unterstützungssysteme entlastet und befähigt, gemeinsam Lösungen für krisenhafte Entwicklungen zu suchen. Dies lässt sich für Krankenhäuser durch Stationsäquivalente Behandlung (StäB) und für die ambulanten Dienste durch Ermächtigungen zur Behandlung bzw. durch vertragliche Regelungen realisieren.

Allgemein ist zu fordern, dass die Chancen der Digitalisierung mehr als bisher auch dafür genutzt werden, unterschiedliche fachliche Perspektiven und Spezialisierungen zusammenzubringen bzw. Plattformen zur Verfügung zu stellen mit überregionalen Austauschmöglichkeiten zu spezifischen Themen und Problemkonstellationen. Dafür sind vom BMG ausreichende Mittel zur Verfügung zu stellen.

- X. Für Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Kliniken, die neben ihrer psychischen Erkrankung auch somatisch erkrankt sind - dies gilt vielfach für alte Menschen, für Menschen mit einer chronischen Abhängigkeitserkrankung oder etwa Menschen mit

Mehrfachbehinderungen -, muss es möglich sein, dass die somatische Mitbehandlung am „psychiatrischen Bett“ erfolgen kann, so dass Verlegungen von Menschen in psychosozialen Krisen die Ausnahme bleiben. Dies kann durch virtuelle Verlegungen bzw. durch StäB-Behandlungsteams an somatischen Krankenhäusern realisiert werden. Eine personenzentrierte Gestaltung der Krankenhausabläufe darf nicht durch Vorgaben des Entgeltsystems verhindert werden.

- XI. Seit Inkrafttreten der UN-BRK ist das Gesundheitssystem verpflichtet, umfassende Barrierefreiheit umzusetzen. Für die Psychiatrie ist die sprachliche Verständigung der Beteiligten essentiell. Vor diesem Hintergrund sind die Bereitstellung und Kosten für qualifizierte Sprachmittler*innen bzw. von Expert*innen in „leichter Sprache“ von der GKV zu übernehmen, wenn die Versicherten der deutschen Sprache nicht hinreichend mächtig sind oder sie von einer verlässlichen Kommunikationsebene in „leichter Sprache“ profitieren. Letzteres gilt z.B. für einige Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und psychischer Erkrankung. Die Diakonie Deutschland schlägt vor, dies durch einen entsprechenden Zusatz im § 27 SGB V zu regeln.

Eine weitere Forderung, die über das psychiatrische Unterstützungssystem hinausgeht aber grundlegend für dessen Inanspruchnahme ist, ist die nach einer guten Gesundheitsversorgung auch für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz oder mit Beitragsschulden.

- XII. Es sind die Voraussetzungen für einen Krankenversicherungsschutz bzw. der Zugang zum Leistungsspektrum der GKV für alle Menschen, die in Deutschland leben bzw. sich hier aufhalten, zu schaffen. Hierfür ist ein bundesweiter Härtefallfond für die Behandlung von Menschen ohne Absicherung im Krankheitsfalls einzurichten, der sich u.a. aus Mitteln des Gesundheitsfonds, der privaten Krankenkasse und von Bund und Ländern speist.

Das Problem des nicht ausreichenden Versicherungsschutzes betrifft nicht nur in Teilen obdachlose oder wohnungslose Menschen, illegalisierte Menschen, Geflüchtete, Asylsuchende oder erwerbslose Menschen aus EU-Mitgliedsstaaten, sondern auch zunehmend Menschen, die aufgrund von Beitragsschulden nur Behandlung bei akuten Krankheiten oder Schmerzen in Anspruch nehmen können.

Nach Ansicht der Diakonie Deutschland ist bei der Weiterentwicklung der psychiatrischen Hilfen nicht nur die Fachöffentlichkeit einzubeziehen, sondern die gesamte Zivilgesellschaft. Die Lebenslagen bzw. die defizitäre oder schwierige Behandlungssituation einzelner Gruppen hängt unserer Ansicht nach auch damit zusammen, dass viele in unserer Gesellschaft wenig bis keine Berührungspunkte mit wohnungslosen Menschen oder mit Menschen mit schweren Behinderungen haben, wir zu wenig über sie, ihre Bedürfnisse und Probleme wissen. Solidarität und unsere Bereitschaft, gute psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfen für alle Menschen mit psychischer Erkrankung zu gewährleisten, ist auch eine Frage der gesellschaftlichen Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung, die durch Öffentlichkeit erreicht wird.

Vulnerable Personen- oder Patientengruppen haben oft Anspruch auf umfassende Unterstützung, denen Leistungen unterschiedlicher Sozialgesetzbücher zugrunde liegen. Diese übergreifenden Komplexleistungen sind dabei auf die jeweilige Person abgestimmt und koordiniert zu erbringen. Die Schwierigkeiten, die sich dabei ergeben, und die sich daran entzündende Kritik sind seit Jahrzehnten bekannt. Gesetzliche Nachjustierungen, um die leistungsträgerübergreifende Zusammenarbeit zu verbessern – wie im BTHG - sind wichtig, aber nicht ausreichend.

Mit den Handlungsempfehlungen der interministeriellen AG „Kinder psychisch kranker Eltern“ liegen abgestimmte Vorschläge auf dem Tisch, wie komplexe Hilfen in der Region/Kommune zu gestalten sind. Die Weiterentwicklung der psychiatrischen Hilfen und die gegenwärtigen Aktivitäten im Rahmen des BMG Dialogs sind mit den Empfehlungen dieser AG abzustimmen. Dies gilt vor allem für die Forderung, dass Bund, Länder, Kommunen und die Sozialversicherungsträger gemeinsam einen Handlungsrahmen für ein kommunales Gesamtkonzept zur Entwicklung, Umsetzung, Evaluation und Verstetigung multiprofessioneller und rechtskreisübergreifender Hilfesysteme vorlegen. Aus Sicht der Diakonie Deutschland sind darüber hinaus sowohl Vertreter*innen der Selbsthilfe, Leistungserbringer als auch die lokale Zivilgesellschaft miteinzubeziehen.

Denn die Gesamtschau auf die Situation unterschiedlicher Zielgruppen der psychiatrischen Versorgung zeigt, wir brauchen regionale „Verantwortungsgemeinschaften“, um alle psychisch erkrankten Menschen in der Region gut behandeln und begleiten zu können.

B. Zielgruppenspezifische Empfehlungen

Abhängigkeitserkrankungen zählen zu den psychischen Störungen mit den größten Behandlungslücken bzw. dauert es zu lange, bevor suchterkrankte Menschen frühe und ausreichende Unterstützung im Bereich des SGB V erhalten. Aus diesem Grund und da die Beratung und Begleitung von Suchterkrankungen traditionell einen hohen Stellenwert in der diakonischen Praxis haben, sind folgend einige Herausforderungen für die Weiterentwicklung psychiatrischer Hilfen für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen aufgelistet.

- I. Früherkennung und Frühinterventionen z.B. in Bezug auf riskanten oder schädlichen Alkoholkonsum sind gemäß der Leitlinien flächendeckend in den Angeboten des Gesundheitsbereichs einzusetzen und zu finanzieren. Dies gilt für ärztliche Praxen und niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie für Krankenhäuser mit ihren Notaufnahmen und Intensivstationen.
- II. Die Tabakentwöhnung ist über die Krankenkassen zu finanzieren und muss in schwierigen Fallkonstellationen (z.B. bei komorbider COPD) auch stationär möglich sein.
- III. Die Behandlung opioidabhängiger Personen durch die Substitutionsbehandlung ist sicherzustellen. Hierfür sind Strukturen und rechtliche sowie finanzielle Rahmenbedingungen zu schaffen, die die Existenz bestehender Vergabestellen/Praxen auch für die Zukunft sichert. Es müssen mehr Ärzt*innen für die Behandlung von Substitutionspatientinnen und -patienten gewonnen werden, u.a. auch durch eine aufwandsbezogene Honorierung.
- IV. Die Behandlung der Alkoholabhängigkeit ist auch für Versicherte der Privaten Krankenkassen zu übernehmen und zu finanzieren.
- V. Der Zugang zu Psychotherapie und die psychotherapeutische Behandlung müssen auch dann durchgeführt und abgerechnet werden können, wenn Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen nicht stabil und auch nicht auf absehbare Zeit abstinent leben können. Die Psychotherapierichtlinien sind entsprechend zu überarbeiten.
- VI. Auch bei Modellen zur Integrierten Versorgung nach § 140a SGB V werden Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen pauschal benachteiligt, indem sie von Krankenkassen

allgemein als „nicht absprachefähig“ eingestuft werden. Derartige Verträge sind zu überprüfen.

- VII. Insbesondere bei stationären Aufnahmen ist die Behandlung so weiterzuentwickeln, dass Menschen mit sog. Doppeldiagnose nicht allein auf ihre „Suchterkrankung“ reduziert werden, sondern auch andere behandlungsbedürftige Diagnosen in den Blick genommen werden. Eine fachgerechte Akutbehandlung von seelischen, aber auch körperlichen Komorbiditäten ist durch entsprechende Qualifizierung des Personals bereit zu stellen.
- VIII. Qualifizierte (stationäre) Entzugsbehandlungen vor allem bei Alkoholabhängigkeit ist in den Kliniken von den Krankenkassen ausreichend und angemessen zu finanzieren und gleichzeitig ist die Möglichkeit ambulanter Entzugsbehandlungen (vor allem von Alkohol) mehr als bisher zu fördern und umzusetzen.
- IX. Onlinegestützte Therapieverfahren für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen sind konzeptionell zu unterstützen, finanziell zu fördern und abrechenbar zu machen.
- X. Nahtlosigkeitsvereinbarungen im Anschluss an die Behandlung von suchterkrankten Menschen mit dann zuständigen Leistungsträgern und -erbringern, wie sie für die Schnittstelle von Akutbehandlung und medizinischer Rehabilitation bereits vorliegen, sind auch für weitere Schnittstellen auf den Weg zu bringen und verpflichtend umzusetzen.

Im Hinblick auf zielgruppenspezifische Handlungsbedarfe für psychisch erkrankte Menschen mit kognitiver Behinderung bzw. für psychisch erkrankte, wohnungslose Menschen verweisen wir auf die vorliegenden Positionen der Fachverbände für Menschen mit Behinderung bzw. der BAG Wohnungslosenhilfe.

Gez.

Maria Loheide

Vorstand Sozialpolitik

Anlage

Formulierungsvorschläge zu A II, III und IV