



Stellungnahme zum 4. BMG/APK-Dialogforum „Personenzentrierte Versorgung – Vernetzung und Kooperation“

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V. nimmt nachfolgend zu einigen Kernpunkten der bisherigen Diskussion im Psychiatriedialog Stellung, die voraussichtlich im abschließenden Dialogforum gebündelt werden.

1. Rechtskreisübergreifende Vernetzung: von der Komplexbehandlung zur vollständigen Komplexleistung

Das Thema der Vernetzung aller an der Versorgung psychisch erkrankter Menschen beteiligten Dienste und Einrichtungen hat im gesamten Psychiatriedialog eine dominierende Rolle gespielt. Es besteht weitgehende Einigkeit in der Dialoggruppe und unter allen zusätzlich einbezogenen Experten und Expertinnen der Fachverbände, dass diese Vernetzung vor allem für die Zielgruppe der Personen mit schweren psychischen Erkrankungen und Menschen mit erhöhtem Behandlungs- und Hilfebedarf sowie für deren Familien rechtskreisübergreifend gestaltet werden muss. Das Nebeneinander der Anbieter des SGB V und des SGB IX – die Trennung zwischen Behandlung und Rehabilitation/Teilhabeförderung – sowie aller übrigen Rechtskreise muss im Interesse der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen überwunden werden. Dies gilt auch für die klinische Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie für Familien mit psychisch erkranktem Elternteil in Verbindung mit dem SGB VIII.

Wir vertreten die Auffassung, dass die bloße *Einbeziehung* von rehabilitativen Leistungen den Regelungskreis des SGB V nicht überschreitet. Als Beispiel verweisen wir auf das vom Innovationsfonds geförderte Projekt GBV (<https://gbv.online>), in dem die Vernetzung *aller* Hilfen als kassenfinanzierte Leistung definiert ist, ohne dass Anbieter aus anderen Rechtskreisen dadurch indirekt von Kassen finanziert würden und ohne dass hierfür eine gesonderte Vereinbarung zwischen Kostenträgern der verschiedenen SGB-Bände erforderlich wird.

Eine solche ganzheitliche Versorgung mit intensiver Vernetzung entspricht im Übrigen der traditionellen Arbeitsweise unserer Mitgliedsorganisationen, die in Gemeinde- bzw. Sozialpsychiatrischen Zentren und in Gemeindepsychiatrischen Verbänden seit Jahrzehnten bestrebt sind, der Versäulung der Versorgung entlang der Trennung in die einzelnen SGB-Rechtskreise sowie der sektoralen Organisation (ambulant/stationär) entgegenzuwirken. Der komplexe Behandlungs- und Hilfebedarf von Personen mit psychischen Erkrankungen macht die Überwindung der Trennung des SG in einzelne Rechtskreise erforderlich. Diese Bestrebungen sind im Ergebnis des Psychiatriedialogs im SGB V – ebenso wie den anderen SGB-Bänden – an allen geeigneten Stellen zu kodifizieren.

Hierfür kommen aktuell insbesondere folgende Ansatzpunkte in Betracht:

- Die rechtskreisübergreifende Einbeziehung aller Anbieter ist als Teilleistung der Soziotherapie (§ 37a i. V. m. § 132b SGB V) ebenso wie der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege (§ 37 i. V. m. § 132a SGB V) gesetzlich zu ermöglichen und in den Leistungsbeschreibungen der beiden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu verankern. Zugleich ist sicherzustellen, dass die Einschränkungen bei der Verordnung und Umsetzung der obigen Leistungen aufgehoben werden.
- Die Leistungen der berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung sind in der Richtlinie gemäß § 92 Abs. 6b am Ziel einer Zusammenführung aller Hilfen zu einer rechtskreisübergreifenden „Komplexleistung“ auszurichten, also über die dort geregelte „Komplexbehandlung“ hinaus auf den gesamten Versorgungsbedarf auszurichten. Ein unzureichend koordiniertes Nebeneinander von „Gesamtbehandlungsplan“ gemäß dieser Richtlinie und „Teilhabe-/Gesamtplan“ gemäß §§ 17, 117 SGB IX ist von vorneherein zu vermeiden.
- Insbesondere sind die Ergebnisse und Empfehlungen der Expertengruppe „Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern“ in diesem Sinne in die Umsetzung der Empfehlungen des Psychiatriedialogs aufzunehmen, um sicherzustellen, dass Familien mit psychisch kranken Eltern und ihre Kinder umfassende, abgestimmte und vernetzte Hilfen aus allen Rechtskreisen erhalten. Wir verweisen hierzu auf unsere Stellungnahme zum 3. Dialogforum:
(https://www.psychiatriedialog.de/fileadmin/downloads/Stellungnahmen_3_Dialog/20200702_SN_DVGP.pdf)

2. Funktionale Zulassung von Leistungserbringern

Die Versorgung psychisch erkrankter Menschen leidet unter anderem daran, dass Leistungen in der Regel exklusiv bestimmten Leistungsträgergruppierungen zugewiesen werden. Infolgedessen kommen sie nur dort zur praktischen Umsetzung, wo die jeweils zur Leistungserbringung berechnete Gruppe ausreichend stark vertreten (und zur Erbringung bereit) ist. Aktuelle Beispiele sind die nicht flächendeckende Versorgung mit Soziotherapie, die vorläufig noch unzureichende Umsetzung der stationsäquivalenten Behandlung oder das großflächige Fehlen ortsnahe medizinischer Rehabilitation, ambulant und stationär.

Eine wesentliche Verbesserung im Sinne einer vollständigeren Abdeckung mit Angeboten erwarten wir uns von einer **Änderung des Leistungserbringerrechts**: Nicht mehr bestimmte Sektoren, sondern **alle geeigneten Anbieter** sind zur Erbringung zuzulassen. Das könnten dann je nach den regionalen Gegebenheiten niedergelassene Einzelpraxen, Medizinische Versorgungszentren, Krankenhäuser, aber auch gemeindepsychiatrische Komplexanbieter oder Gemeindepsychiatrische Verbände sein, sofern sie die leistungsspezifisch zu definierenden Anforderungen an die erforderliche Struktur- und Prozessqualität erfüllen.

- Die zu erwartende G-BA-Richtlinie gemäß § 92 Abs. 6b SGB V sollte von vorneherein in diesem Sinne gestaltet werden. Eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung – und zwar über die SGB-Rechtskreise hinweg, s. o. – ist seit Jahrzehnten gemeindepsychiatrischer Standard; die daraus gewachsene Expertise

gemeindepsychiatrischer Leistungserbringer sollte für die neue Leistung nutzbar gemacht werden.

3. Einbeziehung von Angehörigen als Teil der Regelleistungen

Bisher sind die Leistungen des SGB V überwiegend so definiert, dass sie nur den Patienten als Einzelperson individuell zugutekommen. Das gilt in besonderem Maße für die Erwachsenenpsychiatrie. Dabei betreffen psychische Störungen meistens das jeweilige soziale Umfeld in erheblichem Maße mit, insbesondere Angehörige in enger Lebensgemeinschaft – seien es Eltern, Partner, Kinder, Geschwister oder andere enge Bezugspersonen der Patienten. Um für diese Personengruppe Leistungen zu erbringen, wird aber eine eigene, zusätzliche Begründung benötigt, beispielsweise Prävention gemäß § 20a SGB V oder eine eigene, leistungsbegründende Diagnose.

Es gibt aber immerhin bereits einige Ausnahmen: Bei pflegenden Angehörigen ist z. B. bereits deren Mitaufnahme in derselben Einrichtung bei einer medizinischen Rehabilitation möglich, ohne dass die Angehörigen dafür eine eigene Diagnose benötigen. Auch in der ambulanten Psychotherapie können Angehörige fakultativ einbezogen werden. Erfreulicherweise wurde inzwischen in den Regelaufgaben der klinischen Behandlung der Erwachsenenpsychiatrie, der Psychosomatik sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie gemäß PPP-RL (2019) die Einbeziehung der Angehörigen durch Einzelgespräche und durch entsprechende Angehörigengruppen festgeschrieben.

Das soziale Umfeld leidet vielfach unter den Auswirkungen psychischer Störungen der Patienten, kann aber andererseits auch eine wichtige Ressource zu ihrer Bewältigung darstellen. Die Einbeziehung von Angehörigen und engen Bezugspersonen ist darum in vielen Fällen bereits durch die Patienten-Diagnose indiziert und bedarf aus fachlicher Sicht keiner zusätzlichen, auf sie bezogenen Indikationsstellung.

- Die Einbeziehung wichtiger Bezugspersonen sollte darum als integraler Teil der patientenbezogenen Regelleistungen des SGB V definiert werden, etwa in der Psycho- und Soziotherapie, der ärztlichen Behandlung, der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege und der medizinischen Rehabilitation.
- Dies gilt für die Eltern und Geschwister psychisch erkrankter Jugendlicher ebenso wie umgekehrt für die Kinder psychisch erkrankter Eltern; diese sollten in die Behandlung des erkrankten Elternteils regelhaft einbezogen sein und darüber hinaus eigene Angebote erhalten, z. B. aus §§ 20 und 20a SGB V.
- Diese Regelungen sind als Rechtsansprüche von Angehörigen aller Altersstufen im SGB V zu verankern.

4. Flächendeckende Implementation der Soziotherapie: Kontrahierungspflicht

In den letzten Jahren sind in vielen Regionen neue Verträge zur Erbringung soziotherapeutischer Leistungen abgeschlossen worden oder stehen kurz vor Abschlüssen.

Eine flächendeckende Versorgung mit Soziotherapie in allen Regionen ist aber damit voraussichtlich noch nicht erreicht.

- Eine Verpflichtung der Kassen zum Abschluss von Verträgen mit geeigneten Leistungserbringern analog der Regelungen zur häuslichen Krankenpflege (§ 132a SGB V) sollte darum in den § 132b Abs. 2 SGB V übernommen werden.

5. Einbeziehung von Genesungsbegleitern (Peer-Beratung)

Die Genesungsbegleitung durch entsprechend qualifizierte Personen mit eigener Krankheitserfahrung und einer Weiterbildung entsprechend der EX-IN-Kurse findet in Deutschland erst sehr allmählich Eingang in die psychiatrische Versorgung. Dies ist unter anderem dadurch begründet, dass Genesungsbegleitung bislang weder bei den Krankenhausbedarfsplanungen noch im ambulanten Bereich mit Stellenkapazitäten und regelfinanzierten Pflichtleistungen verankert und die Vergütung der Peer-Berater nicht tariflich geregelt ist.

Immerhin ist im Klinikbereich durch die PPP-RL die Abrechenbarkeit der Kosten für die Genesungsbegleitung als Kann-Leistung ab 01.01.2020 gewährleistet, aber nicht flächendeckend umgesetzt. Ähnlicher gesetzlich verankerter Lösungen bedarf es im Bereich der ambulanten Versorgung sowie in den weiteren hiervon berührten SGBs, insbesondere im SGB IX.

- Im ambulanten wie im stationären Sektor sind darum die entsprechenden Voraussetzungen zu schaffen, Genesungsbegleitung als evidenzbasiertes Standardangebot verbindlich vorzuschreiben und zu finanzieren.

6. Regionale Krisendienste

Zu den zentralen, über 30 Jahre alten Forderungen der Selbsthilfeorganisationen Psychiatrieerfahrener wie auch ihrer Angehörigen gehört die bundesweite Ausstattung mit psychosozialen Krisendiensten. Dies war bereits im 1. Dialogforum ein zentrales Thema. Hierfür bilden das Bayerische PsychKHG und das Berliner PsychKG gute Vorlagen mit der Regelung, dass in jedem bayerischen Bezirk bzw. jedem Berliner Stadtbezirk ein jederzeit erreichbarer telefonischer und aufsuchender Krisendienst verpflichtend vorgeschrieben ist.

Allerdings werden diese Krisendienste vollständig vom Staat und den Bezirken bzw. der Stadt Berlin finanziert. Unberücksichtigt bleibt dadurch, dass in den Krisendiensten vielfach Leistungen erbracht werden, die sich auf akute Erkrankungssituationen beziehen und somit als Krankenbehandlung zu gelten haben.

- Krisendienste nach bayerischem oder Berliner Vorbild sind verpflichtend flächendeckend vorzusehen. Während diese Regelung rechtssystematisch nicht primär dem SGB V zuzurechnen sein dürfte, halten wir daran anschließend folgende Regelung für erforderlich:
- Eine anteilige Finanzierung der Leistungen psychiatrischer Krisendienste, soweit sie ihrer Natur nach der Krankenbehandlung zuzuordnen sind, durch die Krankenkassen ist im SGB V zu regeln. Sie kann entweder als pauschale Beteiligung an den Kosten

existierender Krisendienste oder als Einzelleistungsvergütung ausgestaltet werden, einschließlich einer entsprechenden Zulassung der beteiligten Leistungserbringer.

- Mehrfach haben diverse Verbände außerdem darauf verwiesen, dass die Beteiligung von Genesungsbegleitern z. B. in Tandems bei Krisendiensten sinnvoll ist. Sie verstehen die Situation des Menschen in Krisen durch eigene Krisenerfahrung und eigene Bewältigungserfahrung.

7. Selbsthilfe, Quartiersarbeit und Zivilgesellschaft

Neben den rechtlichen Ansprüchen psychisch erkrankter Menschen stellen wir fest, dass seit Jahrzehnten die Bedeutung der Selbsthilfe psychiatrieerfahrener Menschen und ihrer Angehörigen gewachsen und zu einem strukturell nicht mehr wegzudenkenden Teil des Hilfesystems geworden ist. Dies gilt für den SGB V Bereich ebenso wie für den Bereich der Teilhabe. Allerdings ist trotz einer gewissen Förderung und Berücksichtigung die organisierte Selbsthilfe materiell, strategisch und personell nicht so ausgestattet, dass sie zu einem wirklich gleichberechtigten Akteur neben den professionellen Hilfesystemen werden kann. Der Begriff des „Triologs“ wird eher formelhaft bemüht, aber von gleicher Augenhöhe kann noch lange nicht die Rede sein.

- Daher ist unserer Ansicht nach in Abstimmung mit den Organisationen der Selbsthilfe eine Bestandsaufnahme zur Weiterentwicklung und tieferen strukturellen Integration der psychiatrisch-psychozialen Selbsthilfe vorzunehmen. Ziel kann z. B. die Abfassung einer „Handlungsleitlinie Selbsthilfe“ durch den G-BA für den SGB-V-Bereich sein.

Für Menschen mit sozialem und psychischem Hilfebedarf spielt ihre unmittelbare Lebensumwelt, ihr Quartier, eine besonders wichtige Rolle. Sie bedürfen der professionellen Quartiersarbeit – auch hier mit Unterstützung Psychiatrieerfahrener einschließlich engagierter Angehöriger. Gute Quartiersarbeit kann auch bedeuten, Menschen zu helfen, nach und nach sich aus dem psychiatrischen Hilfe- und Behandlungskontext herauszubewegen, um nicht einem ambulanten psychiatrischen Ghetto verhaftet zu bleiben, oder sie durch die Nutzung von niedrigschwelligen Hilfeangeboten im Sozialraum in die Lage zu versetzen, mittels kurzfristiger Unterstützung und eigener Ressourcen eine krisenhafte Situation zu bewältigen.

- Inwieweit die hier im Vordergrund stehenden SGB V Leistungen hilfreich sein können, sollte durch den G-BA geprüft werden. Dies könnte z. B. im Sinne der sekundären und tertiären Prävention dazu führen, dass in §§ 20 ff SGB V die Bindung allein an den Begriff der Primärprävention aufgegeben wird.

In diesem Zusammenhang erinnern wir als Verband, in dessen Satzung seit seiner Gründung auch die Interessensvertretung der psychiatrischen Bürgerhilfe verankert ist, dass auf dem Hintergrund einer nach und nach verblassenden psychiatrischen Bürgerhilfe, traditionell mit Bezug auf die chronisch kranken Menschen aus den Langzeitpsychiatrien, jetzt eine neue Definition und eine neuer Bezug für engagierte junge Bürgerinnen und Bürger entwickelt werden sollte, der sich stärker über die digitalen Medien ausdrückt.

- Hier wäre durch ein Modellprojekt des BMG zu prüfen, inwieweit die neuen digitalen Versorgungsnetze neben den professionellen Funktionen auch die Bereiche Selbsthilfe und Bürgerhilfe bei Beachtung des Datenschutzes und der zu wahrenen informationellen Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten nutzbar sind.

Die Einbeziehung der Zivilgesellschaft und des bürgerschaftlichen Engagements sollte bei aller notwendigen Professionalisierung nicht aufgegeben werden, unabhängig davon, welcher SGB-Bezug hierfür erforderlich ist.

Köln, im März 2021

Nils Greve
Vorsitzender

Martina Heland-Gräf
Mitglied des Vorstands

Christian Zechert
Mitglied des Vorstands