

4. Dialog Stellungnahme

Fachausschuss „Psychische Beeinträchtigungen“ der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR)

Frage 1 – Aktuelle Formen und Perspektiven sektorübergreifender Behandlung, integrierter Versorgung, Modelle nach § 64b und Projekte im Innovationsfonds

Zur Überwindung der verschiedenen Sektorengrenzen der Krankenversorgung sieht das Sozialgesetzbuch, Teil V, in § 140a den Abschluss von Versorgungsverträgen für eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung vor (integrierte Versorgung). Allerdings nur für SGB V-Leistungen; Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe nach anderen Teilen des Sozialgesetzbuches sind bislang nicht Gegenstand der Verträge zur Integrierten Versorgung. Dieser Ansatz greift zu kurz. Eine Vernetzung aller Bereiche der Versorgung muss das Ziel sein.

Daher sollte gesetzlich vorgesehen werden, dass Versorgungsverträge der integrierten Versorgung (IV) nach SGB V mit solchen der medizinischen Rehabilitation nach § 38 SGB IX zusammengeführt werden können. Verträge nach § 140a Abs. 3 Satz 1 SGB V zur integrierten Versorgung sollten auch mit Trägern von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe, die in den anderen Sozialgesetzbüchern beschrieben sind, eingegangen werden können. Bewährte Modelle der Integrierten Versorgung sollten in die Regelversorgung überführt werden. Dem Fachausschuss „Psychische Beeinträchtigungen“ der DVfR sind weder Modelle der IV bekannt, die Leistungen zur Teilhabe integriert haben, noch sind Modelle bekannt, die in die Regelversorgung überführt wurden.

§ 64b SGB V gestattet es – ausschließlich in Modellvorhaben – von den für die Regelversorgung geltenden leistungserbringungsrechtlichen Bestimmungen abweichende Versorgungsformen u. a. für psychisch kranke Menschen zu entwickeln. Aus dem Gesamtkontext ist zu ersehen, dass diese Regelung sich ebenfalls nur im Bereich der Akutversorgung bewegt. Auch hier war die eigentliche Intention, gut funktionierende Modelle in die Regelversorgung zu überführen, was bislang fast nie passiert.

Der Neunte Teil des Sozialgesetzbuches kennt zur Vernetzung von Leistungen zur Teilhabe das Instrument der „Komplexleistung“, mit den Leistungen verschiedener Leistungsgruppen (auch von verschiedenen Leistungsträgern) zu einer Leistung verbunden werden können (§ 46 Abs. 3 SGB IX – Frühförderung). Das Instrument des Persönlichen Budgets nach § 29 SGB IX gestattet es, dem Berechtigten Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe – unabhängig vom Träger – (also auch z. B. durch Kranken- und Pflegekassen zu finanzierende Teilhabe- und Pflegeleistungen) kombiniert und selbstbestimmt in Anspruch zu nehmen. Die Tatsache, dass Leistungsträger und Leistungsberechtigte dabei eine Zielvereinbarung abschließen müssen (§ 29 Abs. 4 SGB IX) stellt für viele psychisch Kranke eine Barriere dar, die jedoch z. B. durch Assistenz oder anderweitige Unterstützung gemindert werden könnte.

Der Fachausschuss stellt fest, dass gegenwärtig die integrierte Versorgung nach § 140a SGB V derzeit ein Instrument ist, das lediglich Leistungen der Krankenbehandlung koordiniert. Hierbei sind Leistungen der Rehabilitation definitionsgemäß ausgeschlossen. Die Stellungnahme der DVfR zur integrierten Versorgung aus dem Jahr 2009 ist ein guter Ausgangspunkt, die laufende Gesetzgeberinitiative auf die integrierte Versorgung zu erweitern: Der Entwurf des Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (GPVG) sieht eine Ausdehnung der Versorgungsverträge zur integrierten Versorgung auf alle Leistungsträger i. S. d. § 12 SGB I, d. h. zumindest auf alle Rehabilitationsträger vor.

Modelle nach § 64b SGB V sollten, so unsere Forderung, mindestens das verbindende Fallmanagement zu den anderen Rechtsräumen der Versorgung (SGB VI, SGB VII, SGB IX, SGB XI) einschließen.

Projekte im Rahmen des Innovationsfonds sollten auch rechtsraumübergreifende Modellprojekte (Krankenbehandlung und Rehabilitation) berücksichtigen.

Frage 2 – Stationsäquivalente Behandlung (StÄB)

Die Stationsäquivalente Behandlung (StÄB) ist – trotz der Schwierigkeiten der praktischen Umsetzung – ein grundsätzlich guter Ansatz zur Verbesserung der Versorgung. Bisher zeigen Leistungen im Rahmen der StÄB auf, dass ein hoher Dokumentations- und Abgrenzungsaufwand von anderen ambulanten Leistungen gegeben ist, der es schwierig macht, diese Leistungen rentabel anzubieten.

Analogien zu StÄB sollten im Bereich von Rehabilitation und Teilhabe geschaffen werden. Hierzu verweist der Fachausschuss auf die Arbeit der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation, die ganz wesentlich daran beteiligt war, die so genannte mobile Rehabilitation ins Leben zu rufen, wenngleich diese bislang nur in einzelnen Indikationen und nur regional von Bedeutung ist. Auch die medizinische Rehabilitation psychischer Erkrankungen sollten von mobilen Angeboten profitieren.

Frage 3 – Ambulanter abgestimmter multiprofessioneller „Hilfemix aus einer Hand“

Zur Frage des ambulanten abgestimmten multiprofessionellen „Hilfemixes aus einer Hand“ kommt der Fachausschuss zu der Feststellung, dass das Instrument der „Komplexleistung“ weiteren Raum bietet, rechtsraumübergreifende Versorgungsstrukturen aufzubauen. Der Fachausschuss weist darauf hin, dass der Begriff der Komplexleistung eng mit der medizinischen Rehabilitation verbunden ist. Hierunter ist die Bündelung medizinischer, pädagogischer, sozialarbeiterischer, physiotherapeutischer und bewegungsbezogener Leistungen gemeint. Im Recht der Rehabilitation und Teilhabe (SGB IX) ist z. B. die Verknüpfung von pädagogischen Leistungen (zu Lasten der Eingliederungshilfe) mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung) als Leistung der Frühförderung geregelt und ein gutes Beispiel eines funktionierenden „Hilfemixes“.

Im Bereich der Krankenbehandlung ist der Begriff der Komplexleistung im ambulanten Sektor mit den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) verknüpft. Die Begrifflichkeit bezieht sich darauf, therapeutische Leistungen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, der psychotherapeutischen Behandlung sowie Heilmittel wie Ergotherapie und Physiotherapie aus einer Hand möglich zu machen. Im Bereich Krankenbehandlung ist jenseits der PIA im ambulanten Sektor der Erwachsenenpsychiatrie über die Kinder- und jugendpsychiatrische „Sozialpsychiatrie-Vereinbarung“ hinaus wenig Spielraum gegeben, Komplexleistungen anzubieten.

Der Fachausschuss plädiert dafür, die Komplexleistung der medizinischen Rehabilitation konsequent in die psychiatrische Versorgung einzubetten. Die Rehabilitation von psychisch Kranken (RPK) bietet theoretisch ein Modell der Komplexleistung von psychisch Kranken; allerdings hat sich die in den RPK-Richtlinien vorgegebene Organisationsstruktur in der Praxis nicht flächendeckend umsetzen lassen. Medizinische Rehabilitation, die nur selten ganztägig und ortsnahe angeboten wird, steht völlig unverbunden und ohne jedes Übergangsmanagement neben Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben, auch wenn sie beide jeweils konzeptionell auf die RPK-Empfehlungen Bezug nehmen.

Andere Möglichkeiten bieten Sektoren- und rechtsraumübergreifende Überleitungen von der Krankenbehandlung in die medizinische Rehabilitation im Rahmen des gesetzlich vorgeschriebenen Entlassmanagements.

Frage 4 – Kooperationsstrukturen

Zur Frage der Kooperationsstrukturen mit Qualitätsstandards gemeindepsychiatrischer Verbände ist historisch die Gemeindepsychiatrie tendenziell eher mit Leistungen der Eingliederungshilfe assoziiert und weniger mit Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Der Fachausschuss plädiert dafür, die inhomogenen und regional unterschiedlichen Organisationsstrukturen der gemeindepsychiatrischen Verbände aus Sicht der Leistungserbringung besser zu definieren. Eine präzise kriteriengeleitete Definition gemeindepsychiatrischer Leistungen bietet die Chance, passgenauer medizinische Leistungen der Rehabilitation sozialraumnah einzubinden. Auch hier bietet im Rehabilitations- und Teilhaberecht die medizinische Rehabilitation als Komplexleistung eine gute Orientierung, dass sich in den gemeindepsychiatrischen Verbänden die medizinische Rehabilitation verankert, um insbesondere medizinisch notwendige Vorbereitungen zu treffen, in die berufliche Rehabilitation überzuleiten. Der Fachausschuss plädiert dafür, Ansätze der medizinischen Rehabilitation in den gemeindepsychiatrischen Verbänden auszubauen und entsprechend zu finanzieren.

Frage 5 – Digitale Versorgungsnetzwerke

Die Frage 5 greift auf, welche digitalen Versorgungsnetzwerke in der Zukunft zu berücksichtigen sind. Hierbei rät der Ausschuss zwischen Apps als therapeutische Methode und Digitalisierung als Unterstützung bestehender therapeutischer Angebote zu unterscheiden. Die Problemstellung von Apps als therapeutische Methode bringt mit sich, dass noch keine hinreichende Evaluation zur Frage der Wirksamkeit gegeben ist. Die Zulassung digitaler Instrumente und Methoden sollte an Maßstäbe zur Wirksamkeit und Qualitätssicherung gebunden werden. Für die digitale Erbringung von bisher nur in Präsenz erbrachter Leistungen sind klare Qualitätskriterien, die durch wissenschaftliche Untersuchungen begründet sein müssen, und der hohen Vertraulichkeit der Daten angemessene Datenschutzstandards erforderlich. Im Folgenden fassen wir den aktuellen Stand zusammen, wie Wirksamkeit und Implementierung des „digitalen Modus“ in der Behandlung und Rehabilitation zu bewerten ist:

Zu den gängigen Formen von Telemedizin oder E-Health liegen auch bereits einige Reviews und Metaanalysen vor, die deren Wirksamkeit auf dem Niveau von personalisierter Medizin/Therapie für zahlreiche chronische Zustandsbilder (auch psychiatrische) bestätigen (z. B. DelliFraine & Dansky 2008, Barak et al. 2008, Hilty et al. 2013, McFarland et al. 2019). Durch ein gezieltes Vorgehen zur Steigerung der Akzeptanz, basierend auf dem TAM-Modell (Technology Acceptance Model), haben sich anfängliche Bedenken, Patienten/ Rehabilitanden könnten diese Form der Behandlung/ Diagnose ablehnen, nicht bestätigt. Empirische Studien zur ‚User Experience‘ sind im Bereich

Telemedizin selbstverständlich verpflichtend, liegen aber auch bereits vor (z. B. Review von Tao et al. 2020). Eine OECD-Studie (Nkiruka et al. 2020) belegt darüber hinaus die Kosteneffizienz dieser Verfahren. Weitere Vorteile von E-Health sind eine vereinfachte Zugänglichkeit und mehr Partizipation der Patienten. In die Überlegungen sollten allerdings auch datenschutzrechtliche Belange einbezogen werden (s. neue Datenschutzrichtlinie): So ist z. B. die derzeit diskutierte ‚digitale Phänotypisierung‘ zur Prüfung der Einhaltung von Therapieempfehlungen oder Nachvollziehbarkeit von psychischen Zuständen (z. B. Stimmungsschwankungen eines bipolaren Patienten aus einer entsprechenden App wie Dailyo auslesen) aus dieser Perspektive keinesfalls zulässig.

Zusammenfassend erscheint ein kombiniertes Modell aus face-to-face und Telemedizin in Diagnostik und Therapie sinnvoll. Es braucht jetzt eine Allianz aus Gesetzgebung, Wissenschaft, öffentlichen Trägern, Patientenverbänden und privaten Anbietern, um zeitnah die weitere Entwicklung, Evaluation und v. a. Etablierung von Telemedizin und E-Health voranzubringen. ‚Etablierung‘ umfasst hier einerseits die Festlegung von Qualitätsstandards bzw. Vorgabe von Beurteilungskriterien und andererseits eine gesicherte und transparente Verankerung im Versicherungs- bzw. Finanzierungssystem. Unter Finanzierung ist auch die Ausstattung der weniger finanzstarken oder in prekären Verhältnissen lebenden betroffenen Personen mit digitalen Endgeräten gemeint.

Aus diesen Gründen plädiert der Fachausschuss dafür, Forschungen anzuregen, die Wirksamkeit für webbasierte Therapien belegen können. Ist der Nachweis erbracht, so plädiert der Ausschuss für den Ausbau von digitalen Versorgungsnetzwerken. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass digitale Endgeräte, denen zur Verfügung gestellt werden müssen, die nicht über die ausreichenden finanziellen Mittel zur Anschaffung verfügen. Ferner muss ein leistungsfähiges Internet zur Verfügung stehen.

Gerade die aktuelle Herausforderung zu den COVID-19 Pandemien bringt die Frage mit sich, wie bestehende therapeutische Angebote barrierefrei und sozialraumnah durch digitale Medien erbracht werden können. Der Fachausschuss plädiert für eine zukunftsorientierte Investition in der Ausstattung von Leistungsträgern, Leistungserbringern und Betroffenen, die notwendigen Voraussetzungen (Technik, Qualifizierung der Nutzer und Nutzerinnen, rechtlicher Rahmen) für die Digitalisierung zu schaffen.

Heidelberg, 12. April 2021



Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann
Vorsitzender der DVfR



Prof. Dr. med. Robert Bering
Leiter des Fachausschusses
„Psychische Beeinträchtigungen“

Literatur

Barak A, Hen L, Boniel-Nissim M, et al. A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of Internet-based psychotherapeutic interventions. 2008. In: Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet]. York (UK): Centre for Reviews and Dissemination (UK); 1995-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK76016/>

Dellifrairie JL, Dansky KH. Home-based telehealth: a review and meta-analysis. J Telemed Telecare. 2008;14(2):62-6. doi: 10.1258/jtt.2007.070709. PMID: 18348749.

DVfR (2009) Ergänzung der Integrierten Versorgung um trägerübergreifende Teilhabeleistungen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Erarbeitet durch den Fachausschuss psychische Behinderungen. <https://www.dvfr.de/arbeitschwerpunkte/stellungnahmen-der-dvfr/detail/artikel/psychisch-behinderte-menschen-integriert-versorgen/>

Hyer, S., Gangure, D., & Batchelder, S. (2005). Can Telepsychiatry Replace In-Person Psychiatric Assessments? A Review and Meta-Analysis of Comparison Studies. CNS Spectrums, 10(5), 403-415. doi:10.1017/S109285290002277X

Hilty DM, Ferrer DC, Parish MB, Johnston B, Callahan EJ, Yellowlees PM. The effectiveness of telemental health: a 2013 review. Telemed J E Health. 2013 Jun;19(6):444-54. doi: 10.1089/tmj.2013.0075. PMID: 23697504; PMCID: PMC3662387

Da Tao, Tieyan Wang, Tieshan Wang, Tingru Zhang, Xiaoyan Zhang, Xingda Qu. A systematic review and meta-analysis of user acceptance of consumer-oriented health information technologies. Computers in Human Behavior, Volume 104, March 2020, 106147 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0747563219303516>

McFarland S, Coufopolous A, Lycett D. The effect of telehealth versus usual care for home-care patients with long-term conditions: A systematic review, meta-analysis and qualitative synthesis. J Telemed Telecare. 2021 Feb;27(2):69-87. doi: 10.1177/1357633X19862956. Epub 2019 Aug 8. PMID: 31394973

Kontakt:

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR)

Maaßstraße 26, 69123 Heidelberg

Tel.: 06221 / 18 79 01-0

E-Mail: info@dvfr.de, Internet: www.dvfr.de