

Erwägungen der Aktion Psychisch Kranke zur Stellungnahme der Regierungskommission und zur Weiterentwicklung der Krankenhausbehandlung in den „Psych-Fächern“

Die achte Stellungnahme findet seitens der Aktion Psychisch Kranke (APK) in ihrer Grundausrichtung, in ihrer Berücksichtigung der Besonderheiten der Psych-Fächer und der Vielfalt der angeführten Reformaspekte weitgehende Zustimmung.

Die APK begrüßt ausdrücklich die Zielsetzung der Stellungnahme, die Weiterentwicklung der psychiatrischen Krankenhausbehandlung hin zu mehr ambulanter, tagesklinischer, stationsäquivalenter und weg von der vollstationären Behandlung voranzutreiben.

Zugleich werden das bisher Erreichte in Richtung Ambulantisierung und Hometreatment berechtigterweise anerkannt und als wegweisend auch für die Somatik eingestuft.

Der Hervorhebung der Erfolge der Modellvorhaben nach § 64b SGB V kann umfassend gefolgt werden. Auch wird die Notwendigkeit eines Kontrahierungszwangs geteilt.

Die Orientierung auf die Patientinnen und Patienten und diese in den Mittelpunkt zu stellen, ist kongruent mit der von der APK entwickelten Konzeption des Personenzentrierten Ansatzes.

Grundsätzlich sei hier in Bezug auf die in der Stellungnahme erfolgte Analyse der Versorgungslandschaft darauf hingewiesen, dass die Versorgungsrealitäten in den 16 Bundesländern auf Grund deren verfassungsrechtlicher Zuständigkeit und jeweiliger Autonomie noch vielfältiger sind, als dies solch eine Stellungnahme in ihrer Kürze wiedergeben kann. Hier ist es jeweils sinnvoll, innovative Entwicklungen in einzelnen Ländern auf ihre Übertragbarkeit zu überprüfen, aber auch besondere und gemeinsame Weiterentwicklungsbedarfe zu identifizieren.

In der Stellungnahme sind zugleich in Bezug auf den Transfer in gesetzliche Reformprozesse und die praktische Umsetzung noch Fragen offen. Hier bedarf es noch an Konkretisierungen.

In Bezug auf die Weiterentwicklung der PPP-RL inklusive einer Neu- bzw. Umstrukturierung der Sanktionen in den kommenden zwei Jahren sowie die Weiterentwicklung der psychiatrischen Krankenhausbehandlung im Gesamten sieht die APK kurz- und mittelfristig Handlungsbedarfe und -optionen:

Flexibilisierung des Personaleinsatzes

Die PPP-RL formuliert Mindestpersonalstandards, berücksichtigt jedoch nicht besondere Behandlungsbedarfe (insbesondere von spezifischen Patientengruppen wie ältere Menschen und Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen) und Behandlungssituationen (z. B. 1:1 Betreuung).

Die Ausführungen in der Stellungnahme zu den Sanktionen weisen hohe Kongruenz zu den Positionierungen der APK auf und wurden von Herrn Bundesminister Prof. Dr. Lauterbach und Herrn Prof. Hecken als unparteiischer Vorsitzender des G-BA auf der APK-Tagung bestätigt. Kurzfristige Umsetzungsschritte seitens des G-BA sind hier bereits erfolgt.

Grundsätzlich sollte perspektivisch gelten, dass zurückzuzahlen ist, was nicht geleistet wurde. Alles darüber hinaus müsste sorgfältig abgewogen werden und dürfte nur gestuft erfolgen. Hier sollten Beratung und differenzierte Veränderungsaufforderungen im Vordergrund stehen. Die Sicherstellung der Versorgung darf nicht gefährdet werden.

Geteilt wird auch die Einschätzung, dass die Vorgaben des G-BA als zu bürokratisch und als rückwärtsgewandt mit Blick auf den starren Stationsbezug zu bewerten sind.

Alle notwendigen Optionen des flexiblen und am individuellen Patientenbedarf orientierten Einsatzes von Personal sind bei der Weiterentwicklung der PPP-RL bzw. von zukünftigen Vorgaben sicherzustellen. Die Personalbemessung ist einzubetten in die Weiterentwicklung der psychiatrischen/psychosomatischen Krankenhausqualität. Qualitätsanforderungen in Bezug auf Ambulantisierung, patientenzentrierte Behandlung und regionale Steuerung sind zu formulieren. Notwendig ist diesbezüglich eine weitgehende Überarbeitung der Richtlinie von Grunde auf. **Die umfassende partizipative Einbindung von Expertise auch außerhalb der G-BA Strukturen, einschließlich**

der Expertise von Patientinnen und Patienten sowie deren An- und Zugehörigen, ist hier unabdingbar. Der Gesetzgeber sollte jetzt dafür Sorge tragen, dass die Vorgaben an den G-BA (§ 136a Abs. 2 SGB V) so angepasst werden, dass die notwendigen Reformschritte in den nächsten zwei Jahren auf den Weg gebracht werden. Bewährt hat sich die Begleitung durch eine partizipativ ausgerichtete Ad-hoc-Kommission mit den relevanten Akteuren. Diesbezüglich verfügt die APK über vielfältige Expertise.

Gesetzliche Regelung von krankenhausbefugten Globalbudgets

Die Stellungnahme würdigt die Bedeutung von 64b Modellvorhaben in Bezug auf krankenhausbefugte Globalbudgets und sieht den Kontrahierungszwang als wesentliche Voraussetzung an. Dem ist vollumfänglich zuzustimmen. Ein Einbezug des KV-Sektors ist wünschenswert, wäre aber nur mit einer sehr langfristigen Umsetzungsperspektive vorstellbar. Darauf zu warten, würde der notwendigen kurz- und mittelfristigen Verstärkung der bereits jetzt nachweisbaren hohen Wirksamkeit dieser Versorgungs- und Steuerungsform entgegenstehen. **Ein Gesetzgebungsverfahren sollte kurzfristig eingeleitet werden.** Vorschläge zur Aufnahme in der Bundespflegesatzverordnung bzw. zur gesetzlichen Verankerung liegen vor. Der Vorschlag der Kommission zum Kontrahierungszwang ist dabei zu integrieren.

Notfallversorgung, Krisendienste und Stärkung der Suizidprävention

Alle Krankenhäuser mit Notfallstufe müssen auch psychiatrische Notfälle entweder selbst fachlich kompetent behandeln können oder entsprechende Vernetzungsstrukturen für die Notaufnahme aufbauen, wenn sie nicht über eine Fachabteilung verfügen. Eine Verzahnung von Akut- und Notfallversorgung zwischen Psychiatrie und Somatik ist angesichts von psychiatrischen Notfällen im Rettungs- und Notarztsystem von anteilig 30 - 50 % zwingend erforderlich.

Zudem ist die ambulante, niedrigschwellig zugängliche Krisenversorgung auszubauen – hier finden sich bereits in einzelnen Ländern flächendeckende Versorgungsstrukturen (Bayern/Berlin). Die bundesweite Sicherstellung, angepasst an regionale Besonderheiten, sollte verbindlich konzeptionell geregelt und gesetzlich auf Bundesebene im SGB V in Bezug auf die Beteiligung der Krankenversicherung und auf Landesebene (PsychK(H)Gs und ÖGDG) verankert werden (funktionale Umsetzung, möglichst keine neuen Dienste). Dies sollte in enger Abstimmung mit den Rettungsdiensten, den psychiatrischen Krankenhäusern, der niedergelassenen Fachärzteschaft, den kommunalen Gesundheitsbehörden bzw. Sozialpsychiatrischen Diensten und Gemeindepsychiatrischen Verbänden erfolgen.

Die Entwicklung einer Nationalen Suizidpräventionsstrategie (NaSuPS) beinhaltet den gemeinsamen Auftrag an Verwaltung und Fachdiskurs, den Auf- und Ausbau von Krisenhilfen mit den Aktivitäten zum Ausbau der Suizidprävention zu verzahnen. **Eine bundesweit einheitliche Telefonnummer sollte mit einer direkten Umleitung zu regionaler Krisenhilfe und Suizidpräventionsangeboten auf der Landesebene bzw. regionaler Ebene verknüpft sein.** Ein doppeltes Clearing sollte vermieden werden. So viel auch digital zu ermöglichen ist, so wichtig ist zugleich die Option des persönlichen Gesprächs und der aufsuchenden Intervention in der Krisenhilfe.

Ergänzend zu den Ausführungen sei auf die Ergebnisse des ersten Psychiatriedialogs, insbesondere zur Krisenhilfe und besonderen Behandlungsbedarfen, dessen Fortführung und die bereits erfolgten Positionierungen der APK hingewiesen¹

Bonn, den 11.12.2023

¹ AB Psychiatriedialog: abrufbar unter www.psychiatriedialog.de; APK-Positionspapiere „Perspektiven der psychiatrischen Versorgung“ und „Gefährdung der Krankenhausversorgung“ abrufbar unter: <https://www.apk-ev.de/startseite/>