

## **Rückmeldung des DVE zum zweiten Stellungnahmeverfahren der Fortführung des Psychiatriedialoges**

### **Themenstellung: Medizinische Rehabilitation**

#### **➤ Schnittstelle Behandlungsleistungen und Leistungen der medizinischen Rehabilitation**

Zu den Übergängen Akutbehandlung – Rehabilitation – ambulante Versorgung: es sollte vergütet/refinanziert werden, wenn die Behandler:innen als Schnittstellenmanagement mit den nachfolgenden Weiterbehandler:innen zusammenarbeiten.

Der direkte Kontakt der behandelnden Professionen intradisziplinär an den Schnittstellen Akut/Reha als auch Reha/ambulante Nachsorge muss ermöglicht werden, um im Gespräch oder in Fallkonferenzen explizite Problemstellungen zu klären und die gemeinsamen Behandlungsziele zu definieren und um eine nahtlose Weiterführung des rehabilitativen Prozesses zu ermöglichen

Da Klient:innen oft nicht dazu in der Lage sind, ist es zwingend erforderlich, dass im intra- und interdisziplinären Kontakt/Austausch bisherige Behandlungspläne und -ziele der jeweiligen Professionen mit dem Fokus auf die Handlungsfähigkeit im Alltag i.S.d. ICF-Orientierung zeitnah kommuniziert werden.

Die Telematik-Infrastruktur bietet hier ein hilfreiches Medium: die ePA, da (bzw. wenn) alle Diagnostikergebnisse, Behandlungs- und Therapieberichte, Medikationsplan etc. hinterlegt sind und alle Professionen darauf zugreifen können. Ebenfalls zu nutzen wären KIM (Kommunikation im Medizinwesen) und TIM (TI-Messenger) für eine schnelle und digitale sowie datensichere Kommunikation zwischen den beteiligten Professionen.

Entscheidend an der Schnittstelle stationär-ambulant ist die stringente Umsetzung des Entlassmanagements. Hier gewinnt die Suche nach ambulanten Leistungserbringenden und die Vereinbarung nachfolgender Behandlungstermine mit und für den:die Betroffene:n während des stationären Aufenthalts an Bedeutung. Das Ausstellen einer Verordnung, bspw. für Ergotherapie, reicht dafür nicht aus, da aufgrund der Wartezeiten die Weiterbehandlung nicht zeitnah erfolgt und somit stationär erreichte Therapieergebnisse gefährdet werden.

#### **➤ Medizinische Rehabilitation mit Fokus auf Lebensweltorientierung, Partizipation und in der Lebensspanne**

Die medizinische Reha für psychisch kranke Jugendliche und junge Erwachsene kann aufgrund der geringen Zahl an spezialisierten Einrichtungen bzw. Angeboten von ambulanter Rehabilitation oft nur wohnortfern stattfinden. Das stellt die betroffenen

Patient:innen/Klient:innen vor große Herausforderungen, u.a. weil sie ihre Peer-Group “zurücklassen” müssen. Zusätzlich sind im Falle eines Studiums / einer Ausbildung die Folgen einer Unterbrechung zu bedenken, welche nur mit einer ambulanten Rehabilitation begrenzt sind. Nicht selten wird wegen einer wohnortfernen Unterbringung die Aufnahme einer medizinischen Reha erschwert oder die Maßnahme vorzeitig abgebrochen.

Eine Rehamaßnahme fernab des Wohnortes bedeutet zudem für alle Altersgruppen, dass die Rehabilitation nicht in der tatsächlichen Lebenswelt der Betroffenen möglich ist - eine alltags- und betätigungsorientierte Therapie, wie sie die Ergotherapie i.S. der ICF (Aktivität und Partizipation vor dem Hintergrund der kontextbezogenen Faktoren) anstrebt, wird dadurch erheblich erschwert.

Wünschenswert wäre ein flächendeckenderes wohnortnahes Angebot für die medizinische Rehabilitation psychisch kranker Jugendlicher und junger Erwachsener. Dies gilt ebenso für gerontopsychiatrisch betroffene Menschen, da auch hier das soziale Umfeld als „Hilfesystem“ in die Rehabilitation einbezogen werden muss. Leistungen der medizinischen Rehabilitation sollten dabei sowohl durch stationäre, teilstationäre, ambulante und aufsuchende; interdisziplinär agierende Leistungserbringer erbracht werden können.

Betroffene erleben im Rahmen der Behandlung einer psychiatrischen Erkrankung oft eine Vielzahl therapeutischer Beziehungen in den unterschiedlichen Sektoren. Der Wechsel von der ambulanten in die stationäre Behandlung oder die Aufnahme einer medizinischen Reha nach Akutbehandlung führt in der Regel zu therapeutischen Beziehungsabbrüchen oder -unterbrechungen verbunden mit den damit einhergehenden Schwierigkeiten und zeitlichen Verzögerungen (erneut notwendiger Beziehungsaufbau, mehrfach durchgeführte Diagnostik...). Die Abstimmung von Behandlungs- und Rehaplanungen, die Verzahnung der unterschiedlichen Leistungsanbieter, sowie die kontinuierliche Begleitung des gesamten Behandlungsprozesses z.B. durch eine Art Case-Manager, könnten helfen, Behandlungserfolge zu sichern und Behandlungen i.S. der bestmöglichen Teilhabe des erkrankten Menschen zu planen und fortzuführen.

Ein leistungsträger- und sektorenübergreifendes Case-Management bietet für alle Beteiligten (Betroffene und Behandler:innen) einen zentralen Ansprechpartner und Koordinator.

Als Minimalforderung braucht es hier eine feste Ansprechperson je Kostenträger für den:die jeweilige Klient:in (analog Reha-Berater bei der DGUV).

Die regelhafte und individuell angepasste Möglichkeit eines häuslichen, professionell begleiteten Probeaufenthalts im Lebensumfeld als Lebensweltorientierung während der Rehabilitationsmaßnahme für einen Zeitspanne von wenigen Tagen bis Wochen (ggf. auch mehrfach) kann einen wesentlichen Beitrag zum Transfer von in der Rehabilitation erworbenen Kompetenzen in den Lebensalltag der Klient:innen leisten. Es bedarf hier einer Begleitung mit einer festen Ansprechperson aus der Gruppe der Behandler:innen.

Die Möglichkeiten und Richtlinien für ambulante und mobile Angebote in der psychiatrischen Rehabilitation liegen formal zwar vor, jedoch ist die Anzahl der Anbieter in Deutschland rudimentär und nicht ansatzweise flächendeckend verfügbar.

Für die große Anzahl der psychiatrisch Erkrankten (affektive und wahnhaft-erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen) gibt es nur sehr wenige Reha-Angebote (hier wird im Bereich der Suchterkrankungen viel mehr angeboten).

Die vorliegenden Reha-Therapiestandards sorgen in der praktischen Umsetzung bei den Trägern für ein schmales, abgespecktes Angebot, da betriebswirtschaftlich ausgerichtete Träger die Standards lediglich als Minimalangebot umsetzen und aus finanziellen Gründen selten erweitern.

### **Themenstellung: Prävention**

#### ➤ **Schnittstellen Prävention – Zusammenwirken der Krankenkassen (SGB V) mit den weiteren Präventionsträgern**

- mit dem SGB IX (
- mit dem SGB XI – Pflegeversicherung
- mit dem SGB VIII

Präventionskonferenzen auf Landesebene und auf kommunaler Ebene jeweils mit allen Beteiligten flächendeckend einrichten. Auf Landesebene sind unter anderem auch die Verbände/Vertretungen der einzelnen Leistungserbringenden einzubeziehen, auf kommunaler Ebene die Leistungserbringenden selbst.

Das Präventionsgesetz wird allgemein, aber auch gerade in Bezug auf die psychiatrische Versorgung, nur unzureichend umgesetzt. Seit dem In-Kraft-Treten fehlt es weiterhin an flächendeckenden Angeboten, am Schwerpunkt in der Verhältnisprävention, an Konferenzen der Beteiligten auf kommunaler Ebene und daran v.a. vulnerables Klientel zu erreichen.

Für die Bürger:innen gibt es keine Angebotsübersicht von Präventionsleistungen. Hier vernetzen sich die verschiedenen Leistungserbringenden und Kostenträger nicht.; Der Schwerpunkt liegt weiterhin auf der verhaltensbezogenen Prävention in Form von Kursangeboten. Der Einzelne hat keine Chance, das für ihn passende Angebot zu finden. Psychisch belastetes Klientel nutzt erfahrungsgemäß keine Verhaltenspräventionsangebote in Kursform, die zudem beschränkt auf Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Suchtmittelkonsum und Stressmanagement reduziert sind.

Die Präventionsangebote der gesetzlichen Krankenkassen sind nicht auf die Bedarfe und Bedürfnisse von psychisch belasteten Menschen ausgerichtet; die Angebote sind somatisch ausgerichtet.

Eine einheitliche Definition von Prävention in der psychiatrischen Versorgung liegt nicht vor und es gibt zu wenig Angebote, daher ist noch zu früh über Schnittstellen mit anderen Bereichen der Sozialversicherung zu diskutieren.

Für psychisch belastete Erwachsene wären gemeinwesenorientierte Angebote auf kommunaler Ebene sinnvoll, um dieses Klientel zu erreichen

➤ **Primärprävention in den Randbereichen**

- nach Überwindung bzw. Heilung der Erkrankung (Zuordnung zu § 20 SGB V)
- in Bezug auf Krisenhilfe und Zugänge Frühbehandlung, Familienbezug (Schnittstelle zum/Anknüpfung an ersten Dialog)

Ein Hinweis vorab: Dieser Themenkomplex ist bei dem ersten Spiegelstrich aus unserer Sicht uneindeutig. Primärprävention und „nach Überwindung bzw. Heilung der Erkrankung“ sind nicht vereinbar. Auch was mit „Randbereiche“ gemeint ist, bleibt offen, daher hier nur einige wenige Überlegungen zu den Veränderungsbedarfen:

Zentral sind niedrigschwellige wohnortnahe Beratung/Coaching/Hilfsangebote für Betroffene, Angehörige, wo besonders vulnerabel Zielgruppen auch spezifisch adressiert werden müssten. Darüber hinaus sind auch spezielle Angebote für das Umfeld von Betroffenen wie bspw. Arbeitgeber, Schule usw. sinnvoll, da diese indirekt betroffen aber auch Multiplikator:innen sind.

Des Weiteren braucht es Präventionsangebote für das unterstützende Umfeld im Sinne der Verbesserung der Gesundheitskompetenz des einzelnen Menschen (Zugehörige / soziales Umfeld)

Ebenso ist die Stärkung der Peer-Arbeit und der Selbsthilfeverbände, auch über die Erhöhung des Bekanntheitsgrads in der Öffentlichkeit, notwendig.

Zudem sollte es selbstverständlicher Teil jeder Behandlung sein als präventive Maßnahme zu thematisieren und zu beraten, was im Falle einer erneuten eigenen Behandlungsbedürftigkeit zu tun ist und wie der:die Betroffenen erneute Behandlungsbedürftigkeit erkennen kann (individuellen Indikatoren). Dies gilt für alle beteiligten Professionen.