Stellungnahme der Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK)
zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (BT-Drucksache: 21/6808)

Eine am individuellen Bedarf orientierte Krisen- und Notfallversorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist aktuell nicht verfügbar. Hierfür notwendige niedrigschwellige, 24/7 verfügbare Krisenhilfen sind weder flächendeckend etabliert, noch haben diese Hilfen Anschluss an das allgemeine Rettungs- und Notfallsystem in Deutschland.

Der Rettungsdienst in Deutschland gerät vor dem Hintergrund der steigenden Zahlen von Einsätzen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen in Krisen- und Notfallsituationen an seine Grenzen: psychische Notfallrettungseinsätze (pNFR) sind für Rettungsfachpersonal und Notärztinnen und Notärzten hinsichtlich der Beurteilung und weiteren Systemsteuerung zur Priorisierung des Settings (stationär vs. ambulant) und Vorrangigkeit von somatischen Begleit- oder Primärerkrankungen besonders herausfordernd.

Deshalb werden psychiatrische Kliniken oft zum akut anvisierten, aber medizinisch nicht gerechtfertigten Interventionsort für den Rettungsdienst und bedeuten für Betroffene nicht selten eine dramatische Odyssee aufgrund der Fehleinschätzung individueller Notlagen.

Im künftigen Gesetz zur Reform der Notfallversorgung müssen die besonderen Bedarfe von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Krisen- und Notfallsituationen Berücksichtigung finden.

Dazu sind folgende drei grundsätzliche Aspekte aus Sicht der APK erforderlich:

1. **Vorhaltung psychiatrischer Kompetenz in den Akutleitstellen und den integrierten Notfallzentren** zur sicheren Navigation psychiatrischer versus/und somatischer Notfallsituationen.
2. **Ambulante niedrigschwellig zugängliche Krisenhilfen**: notwendig 24/7; multiprofessionelle Besetzung, potenziell aufsuchend tätig, regional nutzbar und ausreichende Zeitressourcen: Sozialpsychiatrische Dienste, ambulante psychiatrische und psychosoziale Krisendienste und sowie wenn diese Dienste noch nicht ausreichend sichergestellt sind, Psychiatrische Institutsambulanzen, wenn diese die o. g. Kriterien erfüllen und niedrigschwellig erreichbar sind.
3. **Anschluss dieser Krisenhilfen an Rettungs- und Notfallsystem:** verbindliche Regelungen in der gesamten Notfallkette – inklusive telemedizinischer Formate.

Hierfür bedarf es bundesorganisatorischer Regelungen im Rahmen der aktuellen Notfallreform und regionaler – auf Landes- und kommunaler Ebene – Verbindlichkeiten.

Letztere müssen zusätzliche Akteure, wie etwa Polizei, Gerichte etc. in ein harmonisiertes Krisen- und Notfallmanagement einbeziehen, da zusätzlich zum medizinisch-psychosozialen Regelungsbedarf auch juristische Verbindlichkeiten relevant sind – und ebenfalls für Betroffene, etwa im Zusammenhang mit Zwangsbehandlungen dramatische Konsequenzen haben können – im Falle von Fehlsteuerungen.

Daraus ergeben sich zu erfüllende Anforderungen für eine an den individuellen Bedarfen orientierte Krisen- und Notfallversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. In Teilbereichen greift der Gesetzentwurf diese Anforderungen auf:

- In den Anlaufstellen und Leitstellen für Notfälle soll eine psychiatrische Basiskompetenz gewährleistet werden. Dies betrifft die durch die Kassenärztliche Vereinigung vorzuhaltenden Akutleitstellen und die Leitstellen der Rettungsdienste. Hier fehlt es noch zumindest an Hinweisen in der Begründung, es ist zudem auch mit den Rettungsdienstgesetzen der Länder kompatibel zu gestalten.
- Wenn beim Rettungseinsatz Hinweise auf das Vorliegen einer psychischen Krise bestehen, sollte der Rettungsdienst mit der Leitstelle das weitere Vorgehen klären. Die Rettungsdienste sind geschult in Bezug auf Hinweise auf psychische Krisen und Erkrankungen und das dann notwendige Vorgehen in Richtung Vermittlung bzw. Hinzuziehung geeigneter Krisenhilfen. Hier sind Regelungen im Entwurf angedacht.
- In den Integrierten Notfallzentren (INZ) sollen in dem Ersteinschätzungsinstrument die besonderen Bedarfe von psychisch erkrankten Menschen berücksichtigt werden. Dies sollte in der im Entwurf vorgesehenen G-BA Beauftragung zur Erstellung einer Richtlinie Berücksichtigung finden. Wir begrüßen die Erwähnung in der Begründung, konsequenterweise sollte das in dem gesetzlichen Auftrag des G-BA explizit genannt sein.
- In den INZ sollte die psychiatrische Behandlungskompetenz auf Facharztniveau verfügbar sein. Hier sind die Regelungen im Referentenentwurf richtungsweisend. An Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen soll dies durch enge Kooperation in einem interdisziplinären Team erfolgen. Sofern die regionale Versorgung durch ein räumlich entferntes Fachkrankenhaus wahrgenommen wird, ist in den INZ die psychiatrische Behandlungskompetenz zumindest telemedizinisch verfügbar.
- Ein schneller Zugang von den INZ zu der psychiatrischen/psychotherapeutischen Regelversorgung ist zu gewährleisten, deswegen sollten entsprechende Kooperationskliniken ebenfalls medienbruchfrei angebunden sein, siehe Ausführungen zu § 123a SGB V unten.
- Wenn neben einer psychischen Krise Hinweise auf einen somatischen Notfall bestehen, sollte ein barrierefreier Zugang zu den INZ und den somatischen Notfallangeboten sichergestellt sein. Menschen mit somatischen Notfällen und psychischen Auffälligkeiten/Symptomäußerungen (z. B. delirante Syndrome bei internistischen Notfällen; Alkoholisierung bei

traumatischen Notfällen) erfahren oft ausschließlich eine Zuordnung zur Psychiatrie bei Vorenthaltung der nicht selten lebensbedrohlichen somatischen Versorgungsnotwendigkeit. Folgen sind somatische Unterversorgung bzw. somatisch lebensbedrohliche Situationen. Hier sollte zusätzlich die psychiatrische und psychosoziale Krisenhilfe eingeschaltet werden.

- Die Zusammenarbeit der künftigen Akutleitstellen und den Leitstellen des Rettungsdienstes sowie den INZ mit den oben angeführten regionalen psychiatrischen Krisenhilfen muss sich konstituieren bzw. verbindlich geregelt werden.
- Die Verbindlichkeit sollte durch eine regionale Vereinbarung hergestellt werden. Hier ist eine Vereinbarungsverpflichtung in Bezug auf das Gesundheitsleitsystem im § 133a SGB V aufgenommen worden. Ein entsprechendes Netzwerk bzw. die Arbeit im Verbund sollte die Umsetzung der notwendigen Strukturen sicherstellen. Die Kommune bzw. der öffentliche Gesundheitsdienst sollte hier koordinierend tätig werden. Anknüpfungspunkte bieten hier die Gemeindepsychiatrischen Verbünde und die Netzwerke nach der KSVPsych-RL. Eine anteilige Förderung der Netzwerkarbeit durch die Krankenversicherung und eine entsprechende Verankerung im SGB V wäre zu prüfen.
- Zielsetzung über die aktuelle Reform hinaus muss bleiben, dass ambulante, niedrigschwellige Dienste für die Hilfen bei psychischen Krisen flächendeckend und zu jeder Zeit mit ausreichenden Zeitkontingenten durch eine fachkompetente psychiatrische und psychosoziale Krisenhilfe sichergestellt werden. Von besonderer Bedeutung ist die Sicherstellung im Rahmen der Suizidprävention. Eine bundesweite Krisennummer muss mit einer Sicherstellung von Krisenhilfen bzw. mit einer regionalen Vernetzung verbunden sein. Mehrfachschilderung der Notlage und entsprechend mehrfache Beratung bzw. Kriseninterventionen sollten vermieden werden und regionale Kenntnisse und Vermittlungswege sind entscheidend.

  Eine entsprechende Verankerung sollte im SGB V erfolgen. Näheres zur Ausgestaltung bzw. zur gesetzlichen Regelung ist unter dem Ergänzungsvorschlag zu § 133 SGB V neu angeführt.

In folgenden Teilbereichen bzw. Inhalten des Referentenentwurfs bedarf es entsprechend der obigen Ausführungen noch Konkretisierung, Differenzierung und Ergänzung:

- **Zu § 30 SGB V neu – Medizinische Notfallrettung**

Hier sollte in der Begründung auf die notwendige Basiskompetenz der eingesetzten Fachkräfte in der notfallmedizinischen Versorgung in Bezug auf psychiatrische Notfälle hingewiesen werden. Dies gilt insbesondere auch für die Entscheidung, welches die geeignete Versorgungseinrichtung für einen Notfalltransport ist.

- **Zu § 75 SGB V Abs. 1c neu – Inhalt und Umfang der Sicherstellung – Akutleitstelle**

In der Begründung sollten die besonderen Bedarfe von Menschen in psychischen Krisen

aufgenommen werden. Zwar sollte über das Ersteinschätzungsinstrument die Berücksichtigung sichergestellt werden (siehe Hinweis zu § 123c SGB V…), aber es sollte auch in der Leitstelle psychiatrische Basiskompetenz vorhanden sein.

- **§ 123 SGB V Abs. 2 und 4 neu – Integrierte Notfallzentren**

Hier wird ausdrücklich begrüßt, dass die INZ rund um die Uhr eine psychiatrische Basiskompetenz sicherstellen müssen. Auch die Unterscheidung zwischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern ist hier sinnvoll. Die Regelung in der Übertragung auf Kinder und Jugendliche wird unterstützt.

- **Zu § 123a neu – Einrichtung von Integrierten Notfallzentren**

Die Zuordnung der Psychiatrie zu den notfallmedizinisch relevanten Fachabteilungen ist sinnvoll und geboten und entsprechend sollte die Psychiatrie für die Standortwahl von INZ unbedingt Berücksichtigung finden. Soweit jedoch kein Standort mit entsprechender Fachabteilung verfügbar ist, soll die psychiatrische Kompetenz gem. § 123 Abs. 4 S. 2 SGB V NEU über telemedizinische Konsile hinzugezogen werden. Dabei kann es sich auch um ein kooperierendes psychiatrisches Fachkrankenhaus bzw. dessen Psychiatrischer Institutsambulanz handeln. Weiter kann in Folge des Konsils eine Verlegung in ein Fachkrankenhaus erforderlich sein. Deshalb sollte über § 123a Abs. 4 S. 1 Nr. 2 SGB V auch sichergestellt sein, dass eine interoperable digitale Fallübergabe zusätzlich zu den kooperierenden Leistungserbringern der telemedizinischen Konsile möglich sein sollte.

- **Zu § 123c SGB V neu – Ersteinschätzung, Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses**

Bei der Richtlinie zu Vorgaben zur Durchführung einer qualifizierten, standardisierten und digitalen Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs für Hilfesuchende, die mit einem von ihnen als dringend erachteten gesundheitlichen Anliegen selbstständig einen Krankenhausstandort aufsuchen, sind die besonderen Bedarfe von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu berücksichtigen. Eine Erwähnung in der gesetzlichen Begründung wird der Bedeutung nicht gerecht und mag leicht übersehen werden. Daher schlagen wir eine explizite gesetzliche Erwähnung vor, z. B. als neue Nr. 2 bei § 123c Abs. 2 Satz 4 SGB V „die Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von Kindern, psychisch erkrankten Menschen und Menschen mit Behinderungen“.

- **Zu § 133a Abs. 4 neu – Gesundheitsleitsystem**

Ausdrücklich begrüßt wird die Regelung, dass die Parteien der Kooperationsvereinbarung neben den Krankentransporten zugleich medizinische komplementäre und sonstige komplementäre Dienste für vulnerable Gruppen und für krisenhafte Situationen vermitteln sollen, soweit Krankentransporte oder die jeweiligen komplementären Dienste verfügbar sind und landesrechtliche Regelungen dem nicht entgegenstehen. Auch dass das Nähere zur Vermittlung nach Satz 1 die Parteien der Kooperationsvereinbarung mit den Krankentransportunternehmen und den jeweiligen komplementären Diensten vereinbaren sollen, ist unbedingt zu unterstützen. Die in der Begrünung aufgeführte komplementären Dienst sind umfassend.

Herauszustellen sind aus Sicht der APK die ambulante, niedrigschwellige Krisendienste, die über die Öffnungszeiten der Sozialpsychiatrischen Dienste hinaus telefonische und aufsuchende Krisenhilfen leisten und bisher jedoch nicht regional flächendeckend und nur mangelhaft finanziert vorgehalten werden.
In der Begründung ist jedoch angeführt, dass damit keine Finanzierung dieser Dienste verbunden ist. Dies kann grundsätzlich nachvollzogen werden. Sofern die Krisendienste bzw. psychiatrischen Krisenhilfen Leistungen wie die diagnostische Abklärung, Gefahrenabwägung, therapeutische Krisenintervention und verlässliche Weiterleitung mit diesen Hilfen erbringen, sind damit jedoch auch Leistungen der Krankenversicherung berührt.
Ansatzweise ist dies in dem letzten Satz der Begründung zu erkennen. Dort ist angeführt, dass wenn durch das Gesundheitsleitsystem über die bloße Weitervermittlung hinausgehende Aufgaben übernommen werden, hierfür auch ein finanzieller Ausgleich für das Gesundheitsleitsystem zu vereinbaren ist.
Bei der psychiatrischen und psychosozialen Krisenhilfe handelt bzw. würde es sich jedoch um eine zusätzliche Leistung handeln, die gesondert sicherzustellen und pauschal zu vergüten ist. Der Leistungsanteil, der der Krankenversicherung zuzuordnen ist, sollte in den Leistungskatalog des SGB V aufgenommen werden und die Leistungen ohne Vorlage der Versichertenkarte zugänglich sein.

Vorgeschlagen wird die Einfügung eines § 65g SGB V in Anlehnung an die Finanzierung der ambulanten Krebsberatungsstellen:

§ 65g ambulante psychiatrische und psychosoziale Krisenhilfe – neu
(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen fördert ambulante psychiatrische Krisenhilfen mit einem Gesamtbetrag von jährlich bis … Die privaten Krankenversicherungsunternehmen beteiligen sich …der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung mit Wirkung für die privaten Krankenversicherungsunternehmen vereinbaren das Nähere zur gemeinsamen Förderung nach den Sätzen 1 und 2, ….

(2) Gefördert werden ambulante psychiatrische Krisenhilfeangebote, soweit sie an Menschen in psychischen Krisen Beratung und Unterstützung anbieten und sofern sie integriert sind in ein Gesamtkonzept und Angebot mit psychosozialen Krisenhilfen und deren entsprechenden Finanzierung. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt Grundsätze zu den Voraussetzungen und zum Verfahren der Förderung.

(3) Der Anteil an dem Gesamtkonzept und -angebot einer psychiatrischen und psychosozialen Krisenhilfe sollte maximal ein Drittel betragen.

Alternativ wäre – vergleichbar mit § 37b spezialisierte ambulante Palliativversorgung – denkbar, einen Anspruch auf die oben beschriebenen Leistungen als Teilleistung eines regionalen ambulanten niedrigschwelligen Krisenhilfeangebots in einem neuen § 37d ambulante psychiatrische Krisenhilfe zu verankern.

Die Leistungen der Sozialpsychiatrischen Dienste, der Jugendämter, der Krisendienste mit Landes- und kommunaler Finanzierung und anderer Krisenangebote im Rahmen der Eingliederungshilfe werden unvermindert fortgeführt und integriert in der Sicherstellung der psychiatrischen und psychosozialen Krisenhilfe.
Für die psychiatrische und psychosoziale Krisenhilfe sollen möglichst keine neuen Einrichtungen geschaffen werden. Die Funktion ‚Krisenhilfe' soll im Wesentlichen kooperativ durch im Versorgungssystem tätige Fachkräfte geleistet werden.

- **Zu § 133b neu Fachgremium medizinische Notfallrettung**

Die besonderen Bedarfe von Menschen in psychischen Krisen bzw. mit psychischen Erkrankungen sollten in Anlehnung an die Regelung im § 27 Abs. 1 SGB V in den Rahmenempfehlungen medizinischen Notfallrettung Berücksichtigung finden.
Dies sollte in der Aufzählung der Gegenstände sich widerspiegeln.
Auch bei den Mitberatungsrechten von Fachgesellschaften und Fachverbänden gilt es hier die spezifischen Kompetenzen entsprechend einzubinden.

Bonn, 07.09.2026