

Stellungnahme der Diakonie Deutschland zum IV. Dialogforum „Vernetzung und Kooperation in der Region“

**Diakonie Deutschland
Evangelisches Werk für Diakonie
und Entwicklung e. V.**

Maria Loheide
Vorstand Sozialpolitik

Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin
T +49 30 65211-1632
F +49 30 65211-3632
maria.loheide@diakonie.de
www.diakonie.de

Berlin, der 15.12.2020

Sehr gerne nimmt die Diakonie Deutschland die Möglichkeit wahr, ihre Positionen und Forderungen ein weiteres Mal in den Psychiatriedialog einzubringen. Zu verschiedenen Aspekten, die im Rahmen des vierten Dialogforums zum Thema „Vernetzung und Kooperation“ zur Diskussion gestellt werden, hat sich die Diakonie Deutschland bereits in ihren Stellungnahmen zu den vorangegangenen Foren geäußert und Handlungsempfehlungen formuliert.

- Aktuelle Formen und Perspektiven sektorenübergreifender Behandlung, integrierte Versorgung, Modelle nach § 64b SGB V, Projekte im Innovationsfonds

Die Diakonie Deutschland spricht sich seit langem dafür aus, sektorenübergreifende Behandlungsmöglichkeiten – nicht nur für Menschen mit psychischen Erkrankungen – auszuweiten. Dies gilt sowohl für die Sektoren innerhalb des SGB V als auch für die Sektoren verschiedener Sozialleistungsträger. Alle Formen sektorenübergreifender Zusammenarbeit, die niedrigschwellig, von den betroffenen Menschen gewünscht, fachlich sinnvoll sind bzw. leitliniengerechte Behandlungen ermöglichen, sind systematisch zu fördern und Modelle, die diese Kriterien erfüllen, in die Regelversorgung zu überführen.

Integrierte Versorgung

Nachdem die Diakonie die Integrierte Versorgung nach ihrer Einführung als eine Möglichkeit begrüßt hat, die Versorgung insbesondere von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen besser zu gestalten, sehen wir inzwischen die Schwächen von Selektivverträgen kritischer. So sind die Zugangshürden für Versicherte höher und schwer psychisch erkrankte Menschen und Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen werden eher benachteiligt. Wir sprechen uns für die oben beschriebenen Versorgungsformen aus, bei denen sichergestellt ist, dass die Behandlung von Menschen mit komplexen, lang andauernden und aufwendigen Erkrankungen ohne wirtschaftlich negative Folgen für Leistungsträger und Leistungserbringer möglich ist. Dies ist bei den bisherigen IV-Verträgen nicht gewährleistet.

Modelle nach § 64b SGB V

Das erklärte Ziel der Modelle nach § 64b SGB V, eine flexiblere, bedarfs- und bedürfnisgerechtere Versorgung zu ermöglichen, ist ausdrücklich zu unterstützen. Dort, wo dies bereits gelungen ist, sind gesetzliche Grundlagen zu schaffen, um die erfolgreichen Modelle in die Regelversorgung zu überführen. In den Regionen, in denen die Neuorganisation der Behandlungen durch die Kliniken noch nicht abgeschlossen ist, sollte die Laufzeit auf 15 Jahre verlängert werden.

Da sich in den letzten Jahren nur wenige Kliniken auf den Weg gemacht haben, ihre Behandlungsmöglichkeiten durch Modelle nach § 64b SGB V zu flexibilisieren und personenzentrierter zu erbringen, sind bestehende Hemmnisse abzubauen. Bedeutsam für eine bessere und breitere Umsetzung sind zum einen Kontrahierungsvorgaben für die Kostenträger, so dass die Verträge alle Kassen umfassen, und zum anderen eine Regelung, nach der auch die Krankenhäuser initiativ werden können, um Modellvorhaben auf den Weg zu bringen.

Innovationsfonds

Zur weiteren Ausgestaltung des Innovationsfonds finden sich Forderungen in unseren Stellungnahmen zu den ersten beiden Dialogforen. So plädiert die Diakonie Deutschland für feste Quoten beim Ausbau und der Beteiligung partizipativer Forschungsnetzwerke und spricht sich dafür aus, bei der Vergabe von Modellprojekten mehr als bisher fehl- und unterversorgte Patientengruppen zu berücksichtigen. Hier schlagen wir spezifische Förderbekanntmachungen für vulnerable Patient*innengruppen und zur Versorgung im ländlichen Raum vor. Eine feste Quote könnte auch für Projekte vorgegeben werden, die sozialleistungsträgerübergreifende Behandlungspfade gestalten und organisieren.

Wenn in Zukunft erfolgreiche Projekte in die Regelversorgung übernommen und als IV- Verträge fortgeführt werden sollen, stellt sich noch deutlicher die Frage, welche Interessengruppen die Schwerpunkte auswählen, bei denen Innovationen notwendig sind. Hier sind aus Sicht der Diakonie Deutschland Betroffenen- und Selbstvertretungsorganisationen stärker zu involvieren und mehr als bisher Ergebnisse von Gesundheitsberichterstattungen aufzugreifen. Darüber hinaus sieht es die Diakonie Deutschland kritisch, wenn erfolgreiche Projekte als besondere Versorgungsformen und nicht in der Regelversorgung weitergeführt werden sollen und somit nicht allen Patient*innen zu Gute kommen.

- Stationsäquivalente Behandlung

In der Diakonie Stellungnahme zum ersten Dialogforum haben wir bereits ausführlich unsere Positionen zur stationsäquivalenten Behandlung (StäB) dargelegt. Diese ist sowohl quantitativ als auch qualitativ auszubauen. In Deutschland fehlen nach wie vor Hometreatment-Ansätze mit aufsuchenden und lebensweltorientierten Hilfen, die Behandlung, medizinische Rehabilitation sowie soziale und berufliche Teilhabe umfassen können und durch ein konstantes Team erbracht werden. Die stationsäquivalente Behandlung sollte ein verbindlicher Teil der Landeskrankenhausplanung werden.

Sowohl bei den Modellen nach § 64b SGB V als auch bei StäB führen die Vorgaben für zeitlich begrenzte Behandlungen oft zu einem Wechsel der Bezugspersonen, was von den Patient*innen häufig als Belastung und Nachteil erlebt wird.

- Ambulante, abgestimmte multiprofessionelle Hilfemixe, aus einer Hand bzw. koordiniert wie aus einer Hand (amb. Komplexleistungen)

Auch zu diesen Themen hat sich die Diakonie Deutschland in ihren Stellungnahmen zum ersten und dritten Dialogforum geäußert. In jeder Versorgungsregion ist eine Struktur zu schaffen, die niedrighschwellige ambulante Komplexleistungen der Behandlung und medizinischen Rehabilitation (im Bereich des SGB V) bereithält und die bei Bedarf und auf Wunsch von Versicherten auch ohne vorherige eindeutige Diagnosestellung in Anspruch genommen und in begrenztem Umfang behandeln kann. Diese Leistung kann von regionalen psychosozialen Basisdiensten oder sozialpsychiatrischen Zentren angeboten werden. Darüber hinaus sind neben sozialpsychiatrischen Schwerpunktpraxen auch die Praxen der Haus- und Allgemeinmediziner*innen mittelfristig so weiterzuentwickeln, dass dort in einem multidisziplinären Team u.a. Pflegekräfte sowie Sozialarbeiter*innen beschäftigt und auch aufsuchend tätig werden können. Die bisherigen Handlungsempfehlungen für die Stärkung ambulanter Komplexleistungen allein durch Einführung sozialpsychiatrischer Schwerpunktpraxen reichen nach Ansicht der Diakonie Deutschland nicht aus.

Nicht gelöst sind nach wie vor die seit Jahren bestehenden Umsetzungsprobleme bei der Leistungserbringung u.a. von Soziotherapie, von häuslicher Krankenpflege für psychisch Kranke sowie von mobiler medizinischer Rehabilitation und das Problem der fehlenden psychotherapeutischen Kapazitäten. Die größten Hemmnisse sind dabei u.a. die nicht auskömmliche Finanzierung bzw. fehlerhafte Bedarfsplanung.

Um eine koordinierte Leistungserbringung wie aus einer Hand zu realisieren, hat sich die Diakonie Deutschland für einen individuellen Rechtsanspruch auf ein „Versorgungsmanagement durch Patienten-Lots*innen“ ausgesprochen. Diese Leistung kann durch eine persönliche Bezugsperson bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung ohne weitere Beschränkungen, wie sie gegenwärtig noch für die Leistung der Soziotherapie bestehen, in Anspruch genommen werden. Zusätzlich schlägt die Diakonie Deutschland die Leistung eines „Begleitmanagements“ vor, das in der Hand von ambulanten Leistungserbringern liegt.

Für Menschen mit höherem Unterstützungsbedarf sehen wir das persönliche Budget als eine Möglichkeit, unterschiedliche Leistungen zu koordinieren und die Finanzierung dieser Koordinationsaufgaben sicher zu stellen. Die oder der Anspruchsberechtigte entscheidet, wen sie oder er mit dieser Aufgabe betraut.

- Kooperationsstrukturen mit Qualitätsstandards (Gemeindepsychiatrische Verbände)

Die Diakonie Deutschland ist überzeugt davon, dass die Zugänglichkeit und Qualität der Versorgung zunimmt, wenn die Leistungserbringer gemeinsam Verantwortung für ihre Region bzw. ihr Quartier übernehmen. Hiervon profitieren alle, aber insbesondere bisher nur schwer zu erreichende

Patient*innen. Die Herausforderung angesichts schon bestehender unterschiedlicher Verbundstrukturen besteht darin, eine größere Verbindlichkeit in der Zusammenarbeit der wesentlichen Akteure faktisch durchzusetzen.

Hierzu schlägt die Diakonie Deutschland vor, eine Verpflichtung zur Beteiligung aller psychiatrischen Leistungserbringer an Netzwerken auf kommunaler Ebene im SGB V zu verankern. Die Zuständigkeit der Kommunen ist in den jeweiligen Psychisch-Kranke-Hilfe-Gesetzen (PsychKHG) weiter zu konkretisieren. Dort ist auch die gemeinsame, regionale Versorgungsverantwortung der Gemeindepsychiatrischen Verbände, die alle an der psychiatrischen Behandlung und Versorgung beteiligten Leistungserbringer und Rehabilitationsträger umfassen, zu hinterlegen. Die fallbezogene und fallübergreifende Zusammenarbeit ist in den einzelnen SGB zu hinterlegen und zu refinanzieren; die Verbände regeln, wer in der jeweiligen Region die fallbezogene Koordination übernimmt.

Im aktuellen Gesetzgebungsverfahren zum Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) finden sich Vorschläge zur Förderung regionaler Netzwerke bzw. für deren Koordination für den Hospiz- und Palliativbereich, die als Beispiel für gesetzliche Regelungen im psychiatrischen Handlungsfeld dienen können.

So wesentlich gemeinsame Verantwortungsgemeinschaften der örtlichen Leistungserbringer und –träger auch sind, sie reichen nach unserer Ansicht nicht aus, um alle psychisch erkrankten Menschen in der Region gut zu behandeln, zu unterstützen und ihre Beteiligung an allen relevanten, sozialen Bezügen und Prozessen sicherzustellen. Zusätzlich ist professionelle Quartiersarbeit – unter Einbeziehung psychiatrieerfahrener Menschen und von Themen der seelischen Gesundheit – zu implementieren, um die Beteiligung aller und die Aktivierung der Zivilgesellschaft zu ermöglichen. Auch in anderen Handlungsfeldern wie z.B. der Altenarbeit und -hilfe bzw. im Hospiz- und Palliativbereich werden die Unterstützung bürgerschaftlichen Engagements sowie geeignete Rahmenbedingungen für eine Sorgeskultur in entsprechenden Netzwerken in der Region bzw. Kommune gefordert.

Abschließend möchten wir uns bei allen Verantwortlichen für die Initiative zum Psychiatriedialog und dessen Durchführung bedanken. Die Foren und bisherigen Diskussionen haben verschiedene Handlungsfelder in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung aufgezeigt, in denen eine Weiterentwicklung der Leistungen angezeigt sind und hoffentlich zügig umgesetzt werden.

Wichtige Themen, wie z.B. die Prävention, insbesondere bestimmter vulnerabler Zielgruppen, die flächendeckende Infrastruktur mit psychiatrische Notfall- und Krisendiensten und „neue“ Schnittstellen zwischen der Gesundheitsversorgung und dem Bundesteilhabegesetz konnten im bisherigen Psychiatriedialog nicht vertiefend beraten werden, stehen aus Sicht der Diakonie Deutschland aber weiter auf der Agenda.

Am Ende des Dialogprozesses kommen wir auf unseren Vorschlag vom Beginn zurück und appellieren an das Bundesgesundheitsministerium, sich federführend für einen ressortübergreifenden Ansatz bei der Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen in der nächsten Legislaturperiode einzusetzen und ein entsprechendes Format aufzulegen. Gesundheitsbezogene Leistungen für psychisch erkrankte Menschen sind kontextbezogen zu erbringen und daher oft sektoren- und sozialleistungsträgerübergreifend zu planen und zu organisieren.

Wir plädieren des Weiteren für eine regelmäßige parlamentarische Befassung mit der Lage der Psychiatrie, um den Themen der psychischen Gesundheit und von psychischen Erkrankungen mehr öffentliche Aufmerksamkeit zu geben. Dies könnte beispielsweise durch Berichterstattungen zu spezifischen Themen geschehen, die von einer unabhängigen und trialogisch besetzten Expert*innenkommission in Auftrag gegeben werden.

Gez.

Maria Loheide

Vorstand Sozialpolitik