

Fachgespräch über den G-BA Beschluss „Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie“ in der Sitzung des Ausschusses für Gesundheit am 27. Januar 2021 / 10.00 – 11.00 Uhr online.

Christian Zechert für das Bundesweite Netzwerk seelische Gesundheit e.V. (NetzG)

Der Vorstand von NetzG bat mich als Mitglied von NetzG sowie als Mitglied der PatV an dem obigen Fachgespräch teilzunehmen. Da ich aus technischen Gründen mich nicht einloggen konnte, habe ich rasch anliegende Stellungnahme schriftlich verfasst und reiche diese hiermit nach. Ich bitte den Umstand zu entschuldigen.

Eingangsstatement

Wir begrüßen es als NetzG und ich als Mitglied der PatV im G-BA sehr, dass das PsychVVG von 2016 mit der Mindestmengenregelung die 100% Personalausstattung in allen Kliniken durch die RRR-RL schrittweise, spätestens zum 01.01.2024, einfordert. Wir sind auf dem richtigen Weg. Der G-BA ist für uns auch die geeignete Institution der Selbstverwaltung, um dieses Ziel gemeinsam mit der GKV-SV und der DKG durchzusetzen.

Vier Sachverhalte sind für uns darüber hinaus bemerkenswert:

- Die stationsäquivalente Behandlung konnte trotz vieler Bedenken auf den Weg gebracht werden. Sie bewährt sich zunehmend.
- Die Psychotherapie wurde in einem ersten Schritt mit 5% mehr Personal gestärkt.
- Die Genesungsbegleitung im psychiatrischen Krankenhaus durch Menschen mit eigener Psychiatrie- und Therapieerfahrung ermöglicht.
- Und viertens sieht die Richtlinie eine regelmäßige, zweijährige Anpassung vor. Dies waren und sind die richtigen Weichenstellungen.

Natürlich sehen auch wir noch einen erheblichen Entwicklungsbedarf. Hierfür reicht die PPP-RL allein nicht aus. Sie ist zuerst einmal ein administratives Instrument. Wir brauchen zusätzlich inhaltliche Anregungen, fachliche Diskussionen aller relevanten Fachverbände, einschließlich der im ambulanten Bereich. Hierbei geht es nicht nur um ein Mehr an Personal, sondern um andere Strukturen der Versorgung. Diese Vorschläge müssen stärker in die AG der PPP-RL einfließen. Was ihr also fehlt und so auch nicht explizit im PsychVVG formuliert wurde, ist ein genereller Modernisierungsauftrag für die Krankenhauspsychiatrie. Ist es im Jahr 2021 und Folgejahre noch zeitgerecht in Betten und Stationen zu denken und zu rechnen? Bettlägerig sind hier die wenigsten. Wollen wir eine Innovation der Versorgungsstrukturen, müssen neben dem Plattformmodell der DGPPN auch andere Modelle entwickelt und präsentiert werden. Die BPTK hat ja schon gesagt, welche Voraussetzungen diese erfüllen müssen. Evidenzbasiert, evaluiert und unter Beteiligung aller Expertinnen und Experten. Wir als Patienten und Angehörige sagen, wir brauchen Modelle, die nicht nur krankenhausern funktionieren, sie müssen auch SGB V übergreifend sein. Die Zusammenführung von SGB V, SGB XII bzw. BTHG und Reha für Menschen, die in all diesen Bereichen Anspruch auf Leistungen haben, könnten

kostentechnisch zusammengezogen werden. Gleiches gilt für die KJP und das SGB VIII. Statt des bisherigen Institutionenbezug wollen wir einen Personenbezug der Kosten- und Leistungsträger, gleich, wo sich der Patient bzw. Klient aufhält und wer kostentechnisch zuständig ist.

Auch die Lösung von einem starren rein-psychiatrischen Diagnosebegriff ist sinnvoll. Wir haben es nahezu immer mit komplexen biopsychosozialen Problemlagen zu tun. Diese beinhalten auch fast immer eine psychologische Dimension wie Vereinsamung, Isolation und eine soziale Dimension wie anhaltende Arbeitslosigkeit, Verschuldung. Daher dürfen wir nicht nur die Psychotherapie stärken, sondern müssen z.B. auch an die Sozialarbeit denken, weil diese an der Schnittstelle zum ambulanten Bereich eine Schlüsselfunktion einnimmt. Auch sie muss den Hilfebedarf einschätzen können.

Weitere Regel- und Handlungsbedarfe aus unserer Sicht:

- Anpassung der Minutenwerte im Gleichschritt aller Berufsgruppen. So richtig die Erhöhung in der Psychotherapie ist, so brauchen wir sie bei allen Berufsgruppen.
- Vor allem ist also an die Schnittstelle zwischen klinischen und ambulanten Bereich zu denken. Also eine sektorenübergreifende Gestaltung der Therapielandschaft. Wir leisten uns zwei ungleiche Systeme – ambulant / stationär - statt eines wirklich ineinandergreifenden Systems. Unendlich viele Ressourcen gehen verloren. Für einen Systemwechsel reicht StäB nicht aus. Es müssen z.B. auch ambulante Behandler im Krankenhaus probatorische Sitzungen abhalten können, sowie die Krankenhäuser jetzt aufsuchend ambulant behandeln dürfen. Die Patienten und ihre Angehörigen wollen sicher sein, dass eine Behandlung nahtlos und ohne Wartezeiten entweder ambulant oder stationär weitergeführt wird.
- Seit dem 01.01.2020 sind die Leistungen der EX-Inler abrechenbar. Das ist ein klarer Fortschritt. Aber die Krankenhäuser sind noch nicht verpflichtet, EX-INler wirklich einzustellen. Bislang haben dies von den ca. 800 Behandlungseinrichtungen vielleicht 50 getan. Niemand hat derzeit Zahlen hierzu. Auf der anderen Seite gibt es zu wenige EX-INler, die nach einer entsprechenden Ausbildung im Krankenhaus arbeiten können und wollen. Dies liegt auch daran, dass die Mehrheit ihre Ausbildung selbst privat bezahlen muss. Ein großes Hemmnis. Derzeit wäre eine Verpflichtung der Krankenhäuser mit einer ½ Stelle EX-Inler je Station überfordernd. Wir plädieren daher für eine gestufte Anpassung. So sollten nach unserer Vorstellung ab 01.01.2024 alle Behandlungseinrichtungen, die infrage kommen, mindestens zwei EX-INler pro Haus haben. Was aber bereits jetzt getan werden muss, ist deren Regelaufgaben in der Richtlinie festzulegen. Die PatV hat dies eingefordert. Im Übrigen können auch Angehörige mit entsprechender Ausbildung Genesungsbegleiter sein und andere Angehörige beraten.
- Angehörige: In den Minutenwerten der Berufsgruppen ist die Einbeziehung und die Arbeit mit den Angehörigen klar vorgesehen. 30 Minuten je Woche und Patient mit den Angehörigen. Dies ist auch in den tragenden Gründen dargestellt. Hier haben wir es eher mit einem Umsetzungsproblem in manchen, nicht allen Kliniken zu tun. Aber noch immer gibt es Chefarzte, die nicht wissen, dass die Arbeit mit den Angehörigen

abrechenbar ist. Hier müssen BDK, DGPPN, die Krankenhausdirektoren aber auch die organisierten Angehörigen nach innen aufklären.

- Das BMG und die Aktion Psychisch Kranke (APK) haben in einem laufenden Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen über 100 Stellungnahmen mit Empfehlungen zur Anpassung des SGB V erhalten. Die meisten sind sinnvoll und rechtlich umsetzbar. Aus Patienten- und Angehörigensicht erwarten wir, dass die Empfehlungen der APK Mitte 2021 von den Entscheidungsträgern aus Politik und Selbstverwaltung wahrgenommen, debattiert und als fachpolitischer Auftrag an den G-BA, die GKV und DKG adressiert werden. So ist es z.B. ein dringender Wunsch aller Angehörigen und der betroffenen Patientinnen und Patienten einen flächendeckenden Krisendienst nicht nur in Berlin und Oberbayern zu haben, sondern bundesweit.
- Der Dokumentationsaufwand im Krankenhaus infolge der PPP-RL ist auch aus Sicht der Patientinnen und ihrer Angehörigen hoch. Allerdings halten wir diesen solange für notwendig, wie nicht in allen Häusern tatsächlich die 100% Quote des therapeutischen Personals erfüllt ist. Für den hohen Misstrauensaufwand sind auch die Krankenhausträger mit zu hohen Renditeerwartungen verantwortlich oder Häuser, die auf Dauer mehr Betten führen als sie personell ausstatten können.
- Auf der anderen Seite glauben wir nicht, dass sich nur durch einen Appell an den GKV-SV das Problem des hohen Doku-Aufwandes lösen lässt. Der GKV-SV ist hier wenig verhandlungsbereit. Unseres Erachtens bedarfs es einer Initiative des Gesetzgebers die GKV als auch die DKG aufzufordern, geeignete Entbürokratisierungsvorschläge zur PPP-RL zu entwickeln, ohne damit die Behandlungsqualität einzuschränken. Weniger ärztliche Controller bedeutet mehr Therapie. Dieses Personal fehlt auf den Stationen.
- Das PsychVVG hat infolge der zunehmenden Akzeptanz von StäB auch ausdrücklich auf die Einbindung der ambulanten Behandlung verwiesen. Hier fehlt es nach unserem Eindruck noch an präzisen Umsetzungsverfahren. Solange nicht z.B. die psychiatrischen Hauskrankenpflege, die Soziotherapie, niedergelassene Psychotherapie im ländlichen Raum, die SGB -V Einbeziehung bei Trägern der Eingliederungshilfe tatsächlich umgesetzt ist, wird dies nicht gelingen. Aus Patienten- und Angehörigensicht bedarf es hierzu eines Anstoßes zu mehr ambulanter Gemeindepsychiatrie als SGB V Leistung. Wir brauchen auch bei der Gemeindepsychiatrie so etwas wie eine Mindestausstattung bundesweit gesicherter ambulanter SGB V Leistungen.
- Dies gilt auch für die sog. Anschlussheilbehandlungen, also die Reha-Maßnahmen. Es fehlt die flächendeckende Rehabilitation für die Allgemeine Psychiatrie.
- Gerade in der Psychiatrie zeigt sich, dass in vielen Fällen es nicht nur der einzelne Patient ist, der unter Störungen und Belastungen leidet. Es sind Familien, es sind

alleinerziehende Mütter und Väter, die psychisch erkranken können. Wir wünschen uns mehr und mehr die Rückkehr einer familienbezogenen Therapie gerade in der Psychiatrie. Derzeit wird das Thema der psychisch kranken Eltern sehr hoch gehandelt. Zurecht. Gedacht wird dabei aber vor allem an die Kinder – auch zurecht. Aber noch richtiger wäre eine familienbezogene Therapie aller Beteiligten. Geht es den erkrankten Eltern besser, dann auch den Kindern. Konkret wäre dies eine bedarfsgerechte Bereitstellung und verbindliche Finanzierung von integrierten Eltern-Kind-Diagnostik und Therapieplätzen, ohne das der gesunde Angehörige dafür eine psychiatrische Diagnose erhalten muss.

Christian Zechert für NetzG, Detmold, den 27.01.2021