

„Versorgungsbereiche ambulante, teilstationäre, stationäre Behandlung und medizinische Rehabilitation“

Stellungnahme der Fachgruppe „Psychosoziale Versorgung“ der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie

Aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) gibt es mindestens diese vier Themen, die es für den genannten Versorgungsbereich zu lösen gilt:

1. Durchlässigkeit des ambulanten und stationären Sektors verbessern
2. Behandlungsangebot für Angehörige von Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen
3. Weiterentwicklung der vorhandenen ambulanten, teilstationären und stationären Angebote für eine Krisenintervention 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche
4. Öffnung und Ausweitung der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung auf Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und auf Erwachsene mit psychischen Erkrankungen

Die Themen seien im Folgenden kurz erläutert:

1. Durchlässigkeit des ambulanten und stationären Sektors verbessern

Bei der Versorgung einiger Patient*innen-Gruppen tut sich in der ambulanten Praxis eine Hürde in der angemessenen Versorgung auf. Dies betrifft insbesondere folgende Personengruppen: Menschen mit

- einer (komplexen Bindungs-) Traumatisierung
- Menschen mit Substanzkonsumstörungen
- schweren (chronischen) somatischen Erkrankungen (bspw. HIV, ALS, MS, Epilepsie, onkologische Erkrankungen)
- neurologischen Krankheitsbildern, (bspw. Cerebralparese, länger zurückliegendes Schädelhirntrauma, so dass die Kriterien für eine neuropsychologische Behandlung nicht erfüllt werden)
- einer kognitiven Beeinträchtigung oder geistigen Behinderung.

Geraten diese Personen in (suizidale) Krisen oder müssen sie aufgrund der somatischen Erkrankung eine stationäre Versorgung in Anspruch nehmen, muss die ambulant erbrachte psychotherapeutische Begleitung pausieren.

Für manche Personen ist dies problemlos möglich und die ambulante Therapie kann nach dem stationären Aufenthalt fortgesetzt werden. In anderen Fällen gibt es eine gute informelle Zusammenarbeit mit den Kolleg*innen, die die stationäre Behandlung verantworten und durchführen. Diese erbringen diese Leistung aber als eine zusätzliche Leistung, die vom Krankenhausbudget grundsätzlich nicht gedeckt wird. Für einige Personen werden die (suizidale) Krise an sich und/oder der stationäre Aufenthalt selbst zu einer massiven Belastung, manchen fällt es schwer, sich auf unbekannte Personen in der Klinik neu einzulassen; sie haben oft nur langsam und schwer Vertrauen fassen können. Verunsicherung, Scham, Ängste, Entscheidungsunfähigkeit usw. können Themen sein. Hier kann der stationäre Aufenthalt zu einem Bruch in der psychotherapeutischen Arbeit führen.

Aus dem Blick der ambulanten Versorgung kann die dort psychotherapeutisch tätige Person ohne Bezahlung telefonisch oder über die sozialen Medien Kontakt zu der stationär aufgenommenen Person halten, im Einzelfall vielleicht sogar durch einen Besuch. Möglich ist weiterhin unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen ein direkter Kontakt zu den im stationären Bereich arbeitenden Kolleg*innen, um eine psychische Stabilisierung abzustimmen. Doch diese Leistungen sind weder im ambulanten noch im stationären Sektor vorgesehen. Sie werden von beiden Seiten ohne Finanzierung erbracht.

Es gibt weitere Hemmnisse und Barrieren zwischen dem ambulanten und stationären Sektor. Aus umgekehrter Sicht – Blick von der stationären zur ambulanten Behandlung – ist es oftmals schwierig bis unmöglich, insbesondere bei chronisch psychisch kranken Menschen, die im stationären Setting Vertrauen zu einer oder einem Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten aufgebaut haben, diese Behandlung zum Beispiel über die Institutsambulanz fortzusetzen.

Der Wechsel vom ambulanten in den stationären wie auch vom stationären in den ambulanten Sektor führt (fast) immer zu einem Abbruch einer (psycho)therapeutischen Beziehung, was oftmals die Gesundung erschwert.

Zu prüfen ist auch, wie die bisherigen Instrumente zur Überwindung der Sektorengrenze wie die Integrierte Versorgung fortentwickelt werden können. Die Verträge zur Integrierten Versorgung haben für den Wettbewerb der Krankenkassen keinen großen Effekt, dieser behindert aber den Auf- und Ausbau zuverlässiger Versorgungsstrukturen zwischen dem ambulanten und stationären Sektor.

2. Behandlungsangebot für Angehörige von Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen

Menschen, die einen psychisch erkrankten Angehörigen haben, leiden oftmals auch selbst unter Einschränkungen und Stigmatisierungen mit der Folge, dass ihr Risiko, selbst zu erkranken, erhöht ist. Mittlerweile gibt es in vielen ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten auch zusätzliche Angebote für Angehörige von psychisch erkrankten Menschen. Diese Angebote werden oftmals damit begründet, dass die Angehörigen zum Beispiel nach einer Entlassung des psychisch erkrankten Menschen aus einer stationären Behandlung die weitere Betreuung und Unterstützung dieses Menschen übernehmen. Sie werden auf diese Aufgabe vorbereitet. Damit werden sie Teil des Versorgungsangebotes für den psychisch kranken Menschen. Das hebt die Stigmatisierung, unter der sie als Angehörige leiden, nicht auf. Auch ihr erhöhtes Risiko, wegen der zusätzlichen Belastungen zu erkranken, wird damit nicht aufgehoben.

Angehörige können insbesondere Kinder, Geschwister, Partner*innen und Eltern des psychisch erkrankten Menschen sein. Diese Gruppen brauchen spezifische und auch unterschiedliche psychosoziale Beratungs- und Betreuungs- sowie im Einzelfall auch Behandlungsangebote. Eine gute Beratung und Begleitung von Kindern, Geschwister, Partner*innen und Eltern wirkt auch präventiv und gesundheitsförderlich für die einzelnen Personen. Diese Beratungs- und Betreuungsleistungen werden bisher überwiegend ehrenamtlich erbracht.

Wenn diese Leistung zu einer SGB-V-Leistung werden soll, dann gilt es, diese Beratungs- und Betreuungsleistungen fachlich zu qualifizieren. Diese sind mit den Angehörigen(verbänden) zu erarbeiten. Dabei ist zu prüfen, wie eine gute Kooperation mit Leistungen aus anderen Bereichen, z.B. SGB VI, VIII: IX und XI, organisatorisch und finanziell ermöglicht wird.

3. Weiterentwicklung der vorhandenen ambulanten, teilstationären und stationären Angebote für eine Krisenintervention 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche

Chronisch psychisch kranke Menschen brauchen im Krisenfall einen Kriseninterventionsdienst, der 24 Stunden am Tag und sieben Tage die Woche für sie bereitsteht. Es gibt vereinzelt – insbesondere in großen Städten – Kriseninterventionsangebote dieser Art. Diese gilt es flächendeckend weiterzuentwickeln. Dabei ist auf die vorhandene Infrastruktur – wie Institutsambulanzen, Krisentelefone, sozialpsychiatrische Dienste, stationäre Angebote und anderes – zurückzugreifen. Es gilt zu prüfen, ob und wie ambulante und teilstationäre Angebote, die bisher häufig nur von montags bis freitags und während der klassischen Öffnungszeiten (8.00 – 17.00 Uhr) arbeiten, in einen solchen sektorübergreifenden Kriseninterventionsdienst einzubeziehen sind.

4. Öffnung und Ausweitung der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung auf Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und auf Erwachsene mit psychischen Erkrankungen

Mit der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung ist ein großer Schritt hin zu einer multi- und interprofessionellen Arbeit gemacht worden. Diese Vereinbarung gilt bisher für die ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung. Diese Vereinbarung soll auf den Erwachsenenbereich ausgeweitet werden, denn gerade Erwachsene mit einer oder mehreren chronifizierten psychischen Erkrankungen brauchen neben der (sozial)psychiatrischen Behandlung auch sozialarbeiterische, sozialpädagogische und sozialtherapeutische Leistungen und auch eine (psychologische) Psychotherapie. Eine Vernetzung mit verschiedenen Professionen ist insbesondere bei der Behandlung von Menschen mit chronifizierten psychischen Erkrankungen oft unerlässlich, auch um der häufig auftretenden Komorbidität gerecht zu werden. In manchen Fällen ist die Vernetzung Voraussetzung für eine gelingende Behandlung, die auch maßgeblich zur Compliance der Patient*innen sowohl in Bezug auf die Psychotherapie, aber auch in Bezug auf bspw. die regelmäßige Einnahme von Medikamenten (wie Neuroleptika, Antidepressiva, Antikonvulsiva, Insulin u. v. m.) oder die Einhaltung von Terminen. Hierzu gehören je nach Sachlage Hausärzt*innen, Fachärzt*innen, Betreuer*innen, Ergotherapeut*innen usw. Deshalb ist die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung auf Erwachsene und auf die (psychologische) Psychotherapie auszuweiten. Dabei ist darauf zu achten, dass die Vernetzung der unterschiedlichen Professionen zugunsten der Patient*innen auch erfolgt.

5. Ausblick

Es gibt weitere Themen, um die Trennung zwischen den genannten Sektoren (ambulant, teilstationär, stationär Behandlung sowie der medizinischen Rehabilitation) aufzulösen. Dazu gehört zum Beispiel eine verbesserte Finanzierung des Home Treatments, die Anerkennung von Komplexleistungen oder die Finanzierung der Leistungen der Ex-In-Bewegungen. Diese und weitere Themen werden sicherlich von anderen Verbänden benannt, die hier eine größere fachliche Expertise haben.

Auffällig ist, dass die Themen „Prävention psychischer Störungen“ und „Förderung der seelischen/psychischen Gesundheit“ in keinem der benannten Foren als eigenes Thema aufgegriffen werden. Prävention und Gesundheitsförderung haben aber in allen Foren und Themen einen eigenen Stellenwert. In diesem Themenfeld sei beispielsweise die Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern als Präventionsstrategie benannt. Förderung der seelischen Gesundheit muss ein eigenes Thema werden.

Tübingen, 15. März 2019