



**Leben am Limit –
Psychotherapie und soziale
Teilhabe**

**14. Juni 2018
Pressekonferenz 11 h 30 bis 12 h 30**

Ihre Gesprächspartner

Dipl.-Psych. Barbara Lubisch

Bundvorsitzende der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV)

Dr. med. Dipl.-Psych Detlev E. Gagel,

Vertreter des Bundesnetzwerks sozialpsychiatrische Dienste

Dipl.-Psych. Gebhad Hentschel

Stellvertretender Bundesvorsitzender der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV)

Ursula-Anne Ochel

Hauptstadtbüro für Kommunikation und Politik im Gesundheitswesen, Moderation

Statement

Dipl.-Psych. Barbara Lubisch

Bundvorsitzende Deutsche Psychotherapeutenvereinigung

Leben am Limit – Psychotherapie und Soziale Teilhabe

Verbesserung der Versorgung durch Verbesserung von Kooperation und Vernetzung

Zwischen Armut, Arbeitslosigkeit und schweren, oftmals chronischen psychischen Erkrankungen besteht ein deutlicher Zusammenhang. Schwer psychisch Kranke leiden nicht nur unter ihren Symptomen, sondern sind häufig auch von weiteren Einschränkungen betroffen. Ihre Teilhabe an Ausbildung, Arbeit, Wohnen, Familie und Freizeit ist eingeschränkt, die soziale Teilhabe entsprechend gering. Schwere psychische Erkrankungen gehen auch mit einem erhöhten Risiko an somatischen Erkrankungen einher.

Viele Betroffene benötigen neben psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung oft auch zusätzliche Hilfen wie z.B. Soziotherapie, psychiatrische Pflege, Ergotherapie, Rehabilitation, Hilfen zur Eingliederung etc. Viele dieser Maßnahmen stehen heute isoliert nebeneinander statt sie zu koordinieren und zu vernetzen.

Als schwere psychische Erkrankung werden psychische Störungen mit besonderer Beeinträchtigung und mindestens zweijähriger Dauer angesehen. Davon betroffen sind insbesondere Menschen mit schweren Depressionen, Psychosen, schweren bipolaren Störungen, Zwangs- oder Angststörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen oder schweren Persönlichkeitsstörungen, oft mit komorbiden Suchterkrankungen. Die Prävalenz beträgt ca. ein bis zwei Prozent der Gesamtbevölkerung, d.h. darunter leiden zu jedem Zeitpunkt ca. 500.000 bis eine Millionen Menschen in Deutschland.

Schwer psychisch kranke Menschen sind - krankheitsbedingt - oft nicht in der Lage, sich selbst die notwendige Behandlung oder Betreuung zu beschaffen. Den psychotherapeutischen Praxen fehlen formale Regelungen sowie finanzielle Ressourcen, die für die aufwändige, kooperative Behandlung dieser Krankheitsbilder notwendig sind.

Dazu sind verschiedene Einzelmaßnahmen notwendig:

- Psychotherapeuten sind in vollem Umfang in das System von Kooperation und Verordnung notwendiger Leistungen einzubeziehen, dazu ist die Befugnis zur Überweisung z.B. an den Psychiater, Neurologen oder Internisten sowie die Befugnis zur Verordnung von Ergotherapie sinnvoll
- Für Fallbesprechungen im Behandlungsteam sowie Behandlungskonferenzen gemeinsam mit Patienten sind für die niedergelassenen Psychotherapeuten und Ärzte entsprechende Leistungen im EBM vorzusehen
- Psychotherapeutische Behandlungen sollten auch aufsuchend möglich sein
- Kooperationskonzepte müssen weiterentwickelt werden: parallele aber aufeinander abgestimmte Maßnahmen unterschiedlicher Behandler im multiprofessionellen therapeutischen Team sollten selbstverständlich sein. Das Modell des koordinierenden Bezugstherapeuten wie im NPPV-Projekt in Nordrhein¹ könnte als Modell für die Regelversorgung herangezogen werden
- Notwendig ist auch die Schaffung verbindlicher Strukturen von Behandlungsteams oder Netzen, in denen integrative Behandlung und Unterstützung organisiert werden kann

Zusätzlich sollte die Fragmentierung der Hilfeleistungen durch die Aufteilung der Hilfen auf verschiedene Sozialgesetzbücher überprüft werden.

¹ NPPV = „Neurologisch-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung“, ist ein Projekt des Innovationsfonds, das darauf abzielt, die Kommunikations- und Kooperationsstrukturen in der Versorgung zu verbessern. Ein schnellerer Zugang zu Psychotherapeuten und Fachärzten, das Konzept des koordinierenden Bezugstherapeuten od. Bezugsarztes, Verbesserung der interdisziplinären Kooperation durch gemeinsame Qualitätszirkel und regionale Vernetzung sind die Hauptaspekte dieses Projekts.

Statement

Dipl.-Psych. Gebhard Hentschel

Stellv. Bundesvorsitzender Deutsche PsychotherapeutenVereinigung

Leben am Limit – Psychotherapie und Soziale Teilhabe

Stationsäquivalente Behandlung auch ambulant koordinieren

Menschen mit komplexen psychischen Störungen benötigen vernetzte Hilfsangebote, wie sie derzeit fast nur im stationären Setting bereitgestellt werden.

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) hat der Gesetzgeber in § 115d Sozialgesetzbuch V (SGB V) Möglichkeiten geschaffen, das stationäre Angebot als aufsuchende Hilfe multiprofessioneller Behandlerteams im häuslichen Setting zu erbringen und stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB) als neue Krankenhausleistung für psychisch Kranke definiert.

Voraussetzung für dieses Hometreatment ist das Vorliegen einer behandlungsrelevanten psychischen Erkrankung, bei der eine stationäre Einweisung indiziert ist.

Unter fachärztlicher Leitung der Klinik kann in geeigneten Fällen und mit durch die Klinik zusammengestellten multiprofessionellen Behandlerteams der Patient zukünftig im häuslichen Umfeld behandelt werden.

Es ist zu begrüßen, dass damit die Möglichkeit geschaffen wurde, die vom einweisenden Psychotherapeuten/Arzt begonnene ambulante Behandlung mit Unterstützung weiterer Professionen fortzuführen. Es besteht allerdings kein Anspruch auf Einbeziehung des ambulant tätigen Psychotherapeuten in das fachärztlich geleitete stationäre Behandlerteam, selbst wenn dieser die Einweisung veranlasst hat. Das ist unverständlich und muss geändert werden, denn für die Patienten ist Kontinuität in den Beziehungen wichtig.

Aus fachlicher Sicht ist nicht nachvollziehbar, dass die Behandlungsverantwortung zwangsläufig an das stationäre Setting übergeht und ausschließlich fachärztlich geführt werden kann.

Die Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (DPtV) fordert den Gesetzgeber daher dringend zur Nachbesserung auf. Vernetzte, multiprofessionelle aufsuchende Versorgung im häuslichen Umfeld muss zukünftig auch durch niedergelassene Psychotherapeuten initiiert, die Behandler teams müssen nach fachlichen Gesichtspunkten zusammengestellt und koordiniert, und die Behandlung auch vom ambulanten Bereich aus durchgeführt werden können.

Das Team für die stationsäquivalente Behandlung besteht aus ärztlichem Dienst, pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter einer weiteren Berufsgruppe, zum Beispiel Psychotherapeuten oder Spezialtherapeuten.

Stationsäquivalente Behandlung erreicht z.B. Suchterkrankte, die Unterstützung in der Strukturierung des häuslichen Umfeldes benötigen, sie erreicht z.B. Patienten mit sozialen Phobien, für die ein stationäres Umfeld eine Überforderung an sozialen Kontakten darstellen würde, sie erreicht z.B. Alleinerziehende und pflegende Angehörige, deren Präsenz im häuslichen Umfeld einen stationären Aufenthalt nicht zulässt, etc..

Stationsäquivalente Behandlung bietet den Einbezug des häuslichen Settings in Diagnose und Indikationsstellung, in die Behandlungsplanung und Behandlung. Der Patient kann neu erworbene soziale Kompetenzen unmittelbar erproben, die Ergebnisse der Erprobung wiederum können in den weiteren Therapieprozess eingeführt werden und schließlich kann ein Entlassmanagement realitätsnah gestaltet und authentisch begleitet werden.

Initiiert durch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, DGPPN, und unter Beteiligung der DPtV erarbeiten Fachgesellschaften und Verbände derzeit ein gemeinsames Eckpunktepapier zur strukturierten, sektorenübergreifenden Zusammenarbeit. Dabei steht der betroffene Patient mit seinem individuellen Behandlungsbedarf und seinem familiären und sozialen Umfeld im Mittelpunkt.

Das Eckpunktepapier wird in Kürze der Öffentlichkeit vorgestellt.

Statement

Dr. med. Dipl.-Psych. Detlev E. Gagel

Vertreter des Bundesnetzwerks sozialpsychiatrische Dienste

Leben am Limit – Psychotherapie und Soziale Teilhabe Neue Strukturen und sichere Finanzierung gefordert

Viele Menschen sind in Not und können in dem komplizierten derzeitigen System der verschiedenen Träger und Rechtsnormen keine adäquate und schnelle Hilfe finden. Für die einzelne betroffene Person ist das Angebot an Hilfen nahezu unüberschaubar geworden. Schwerer beeinträchtigte Menschen rücken durch Arbeits- und Erwerbslosigkeit sowie Verlust von Familie und Wohnung an den Rand der Gesellschaft.

Eine solche persönliche Entwicklung kann bis zur geschlossenen Unterbringung von jungen Menschen in geschlossenen Pflegeeinrichtungen führen. Nach wie vor besteht eine ‚Versäulung‘ der Kostenträger (Krankenversicherung, Rentenversicherung, Sozialhilfe und Arbeitsagentur) mit wenigen Schnittstellen und Übergängen. Die Selbsthilfe ist zwar etabliert, bislang aber wenig wirksam. Angehörige fühlen sich nach wie vor überlastet und in ihrem Schicksal durch eine Rund-um-die-Uhr-Zuständigkeit allein gelassen.

Die Vernetzung von Hilfen gelingt nach wie vor nur ansatzweise. Derzeit ist noch nicht absehbar, welche Reformen durch das in 2017 in Kraft getretene Bundesteilhabegesetz tatsächlich realisiert werden können. Das führt zum „inverse care law“ (Gesetz der verdrehten Versorgung), demzufolge diejenigen, die der umfassendsten Hilfe bedürfen, die geringste Unterstützung erfahren und umgekehrt. Die Situation wird aktuell durch einen steigenden Fachkräftemangel, lange Wartezeiten bis zum Beginn einer Behandlung sowie den unheilvollen Einfluss von zunehmend leichter verfügbaren, illegalen Drogen verschärft.

Schließlich laufen psychisch gestörte Menschen nach wie vor Gefahr, gegenüber körperlich kranken Menschen benachteiligt und insgesamt gesellschaftlich stigmatisiert zu werden. Nicht zuletzt deshalb hat sich AG Psychiatrie der Allgemeinen Obersten Landesgesundheitsbehörden zur Gesundheitsministerkonferenz in ihrer Bestandsaufnahme zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland (2017) mit dem Schwerpunktthema „Inklusion - Auftrag und Umsetzung, Dialog und Selbsthilfe“ befasst. Inklusion als Auftrag an das Sozial- und Gesundheitssystem beinhaltet eine entsprechende teilhabeorientierte

Ausrichtung der Hilfe- und Unterstützungsangebote und die Vermeidung von Exklusionsprozessen. Hierfür wäre die Stärkung der kommunal finanzierten Sozialpsychiatrischen Dienste ein wichtiger Impuls.

Es stockt derzeit und wir kommen nicht weiter. Der Weg dahin war über weite Strecken sehr erfolgreich und hat viel für die betroffenen Menschen an Hilfe und andere Sicht auf psychische Erkrankungen gebracht.

Seit der Psychiatriereform in der ehemaligen Bundesrepublik wurden viele Forderungen aus diesem Bericht zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik (1975) umgesetzt. Die größtenteils menschenunwürdigen Verhältnisse in den einstigen „Heil- und Pflegeanstalten“ wurden beseitigt. Die ehemaligen Großkrankenhäuser wurden verkleinert, mit mehr qualifiziertem Personal ausgestattet und modernisiert. Die Bettenzahl sowie die durchschnittliche Verweildauer in den psychiatrischen Kliniken wurden drastisch reduziert. Die Zahl der niedergelassenen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie stieg im selben Zeitraum nahezu um das Fünffache. Die gemeindenahere Versorgung wurde durch den Aufbau von betreuten Wohnformen, tagesstrukturierenden Einrichtungen, Arbeits- und Beschäftigungsprojekten sowie sozialpsychiatrischen Diensten ermöglicht. In keinem anderen Gebiet der Medizin vollzog sich ein derartiger Wandel der Konzepte und Versorgungsstrukturen. Die wesentlichen Ziele der psychiatrischen Versorgung lauteten seinerzeit:

- ambulant vor stationär
- gemeindenah
- bedarfsgerechte und umfassende Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten
- Gleichstellung psychisch Erkrankter mit somatisch Erkrankten.

Als Folge der Enquete wurde ein umfassendes Modellprogramm zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung durchgeführt, dessen Ergebnisse in die „Empfehlungen der Expertenkommission“ von 1988 mündeten. Eine wesentliche Forderung darin war der Abbau der Betten in den Großkrankenhäusern bei gleichzeitigem Aufbau von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Letztere wurden ab dem Jahr 2000 befugt, Psychiatrische Institutsambulanzen einzurichten. Die Versorgung konnte durch die Einführung von neuen Konzepten und Strukturen (z.B. die ambulante Soziotherapie, die Psychiatrische Hauskrankenpflege, die Gemeindepsychiatrischen Verbände) sowie Verabschiedung von Gesetzen (z.B. Psychiatrie-Personal-Verordnung in 1990, Psychotherapeutengesetz in 1999) verbessert werden. Nicht zuletzt trug die stetige Optimierung der Psychopharmakotherapie zu einer bedeutsamen Verbesserung bei.

In den vergangenen Jahren wurden dabei das Recht auf Selbstbestimmung der Inanspruchnahme von Hilfen im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention und der Wechsel von einer institutionsbezogenen hin zu einer individuumsorientierten Versorgung in den Vordergrund gerückt.

Nach über 40 Jahren scheint der Reformprozess gleichwohl ins Stocken zu geraten.

Wir benötigen dringend andere Strukturen, sichere Finanzierung und die Erkenntnis, dass es sich dabei um eine staatliche Aufgabe handelt, die in staatliche Hand gehört.