

Bundesverband – ISL e.V.

Krantorweg 1
D-13503 Berlin
Tel.: 030 4057-1409
Fax: 030 4057-3685
E-Mail: ebuchholz@isl-ev.de



Interessenvertretung
Selbstbestimmt Leben in
Deutschland e.V. - ISL

ISL e.V. • Krantorweg 1 • 13503 Berlin

Mitglied bei
„Disabled Peoples´ International“
- DPI -

Bankverbindung:
Sparkasse Kassel
BIC: HELADEF1KAS
IBAN: DE80 5205 0353 0001 1873 33

Stellungnahme

der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben
in Deutschland e.V. – ISL
vom 24.6.2016

zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit
„Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und
der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische
Leistungen“ (PsychVVG) vom 19. Mai 2016

Wir bedanken uns für das Schreiben des BMG vom 19. Mai 2016 und die Möglichkeit zum oben bezeichneten Papier schriftlich Stellung zu nehmen. Dem kommen wir hiermit nach. Aus der Fülle der Regelungsvorschläge des Referentenentwurfs haben wir **zwei Schwerpunkte herausgegriffen, die für die Versorgungssituation psychiatrisch und psychosomatisch erkrankter Menschen aus unserer Sicht besonders wichtig sind und die in der öffentlichen Diskussion bislang noch nicht ausreichend zur Sprache kamen.** Wir äußern uns zu den Schwerpunkten der „stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld“ und zur „Weiterentwicklung der Psychiatrischen und Psychosomatischen Institutsambulanzen“.

- **„Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung durch Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld“**

Die beabsichtigte Auflösung der Unterscheidung von stationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlung sehen wir – gerade im psychiatrischen Bereich – sehr kritisch. Wenngleich wir den Ausbau ambulanter Strukturen als Alternative zu psychiatrischen Krankenhausaufenthalten prinzipiell sehr begrüßen würden, z.B. in der Form von

krankenhausunabhängigen Krisenpensionen¹ oder betroffenenkontrollierten Projekten, die mit der Expertise der eigenen Psychiatrie-Erfahrung arbeiten² oder in der zusätzlichen ambulanten Unterstützung von chronisch psychisch Kranken zur besseren Bewältigung der Erkrankung, so können wir eine solche Entwicklung im vorliegenden Referentenentwurf nicht erkennen. Die Auflösung der o.g. Unterscheidung birgt verschiedene Risiken:

Schon jetzt ist bekannt, dass schwer und chronisch psychisch Kranke mit rezidivierenden Krankheitsschüben auf den psychiatrischen Krankenhausstationen unterrepräsentiert sind und Patient*innen mit leichten bis mittelschweren Krankheitsverläufen sowie Patient*innen mit psychosozialen „Problemen“ die Stationen dominieren. Aufgrund der Schwere der Erkrankung und den sich hieraus ergebenden Anforderungen an die Krankenhausbehandlung wird die Gruppe der schwerstpsychisch Kranken oft als „problematisch“ wahrgenommen, insbesondere, wenn es zu häufigen Krankenhausaufenthalten kommt („Drehtüreffekt der Psychiatrie“) und die Patient*innen aus Sicht der Ärzt*innen nicht schnell genug wieder gesundwerden.

Im Psychiatrie-Sprech heißt das dann oft, sie „hätten nicht genug mitgearbeitet“, „würden nicht die richtige Einstellung zu ihrer Erkrankung aufweisen“, „hätten regressive Tendenzen“. Dieses Denken hat Folgen: Die Patient*innen werden für die schwere und chronische Erkrankung selbst verantwortlich gemacht, spezialisierte Behandlungsangebote werden für diese Personengruppe nicht entwickelt. Im Zuge von Repsychiatrisierungen werden sie schneller wieder nach Hause entlassen, Behandlungen werden ihnen mitunter verweigert, was zu einer Fortschreibung der Chronifizierung führt. (Leichter psychisch Kranke werden hingegen oft zu schnell mit schweren Medikamenten behandelt, was wiederum Folgeprobleme wie z.B. Abhängigkeiten und Nebenwirkungen von Medikamenten nach sich zieht – und diese Patient*innen zu den „schwer und chronisch psychisch Kranken“ von morgen macht.)

Bei der Einführung einer „stationsäquivalenten“ Behandlung Zuhause droht unseres Erachtens die Gefahr, dass sich für die schwer und chronisch psychisch Kranken, d.h. den von Ärzt*innen oft als unliebsam empfundenen Patient*innen-Gruppen, neue Formen der Diskriminierung auf tun. So ist in Artikel 4 Absatz 3 des Referentenentwurfs (zur Änderung des § 109 Abs. 1 SGB V) eine **Kürzung der Krankenhausbetten** im Falle der Erbringung von „stationsäquivalenter“ Behandlung vorgesehen, was die Konkurrenz um die Krankenhausbetten sogar noch verschärft! Art. 4 Nr. 4 des Referentenentwurfs sieht vor, dass „in medizinisch geeigneten Fällen bei Vorliegen einer Indikation für stationäre psychiatrische Behandlung in **akuten Krankheitsphasen** anstelle einer vollstationären Behandlung eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld“ erbracht werden soll (vorgeschlagener § 115 d Absatz 1 Satz 1). Der Begründung im Referentenentwurf (S. 18, Punkt II.6) lässt sich darüber hinaus entnehmen, dass es tatsächlich um „schwer psychisch Kranke“ in „akuten Krankheitsphasen“ gehen soll. Das ist an Zynismus kaum zu überbieten!

¹ Beispiel: die Berliner Krisenpension des Netzwerks für integrierte Gesundheitsversorgung Pinel, URL: <http://www.pinel-netzwerk.de>

² Beispiel: das Berliner „Weglaufhaus Villa Stöckle“, URL: <http://www.weglaufhaus.de>

Psychiatrische Krankenhäuser bieten kaum spezialisierte Behandlungsangebote für chronisch psychisch erkrankte Menschen. Das PsychVVG würde mit dem jetzigen Entwurf die vulnerable Gruppe der schwer und chronisch psychisch Kranken noch weiter aus der gesundheitlichen Versorgung rauskickern! Dies tut der PsychVVG-Entwurf, indem die stationäre Versorgung dieser Patient*innen-Gruppe **selbst bei einer akuten Verschlimmerung des Krankheitszustandes** gesetzlich als nicht notwendig festgeschrieben wird. Was das für die Praxis bedeuten wird, ist derzeit noch nicht absehbar.

Wir lehnen die Einführung der „stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld“ in der jetzigen Entwurfsform ab. Ein solches Behandlungsangebot mag vielleicht gut gemeint gewesen sein, aber es sollte **nicht als Ersatz für medizinisch notwendige, stationäre Therapien von vorrangig schwer und chronisch psychisch Kranken** dienen (so wie im Referentenentwurf vorgesehen). **Wir plädieren dafür sie stattdessen als zusätzliche ambulante Leistung auszudefinieren.** So machen die Überlegungen zu „mobilen Behandlungsteams“ wesentlich mehr Sinn, da sie eine zusätzliche Leistung darstellen würden und nicht der betroffenen Personengruppe im erkrankungsbedingten Notfall ihr Recht auf Behandlung absprechen. – Allerdings wird hieran auch deutlich: Es ist eine Kostenfrage. Es geht nicht darum, Menschen mit psychischen Erkrankungen eine bessere Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

Sollte die „stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld“ dennoch eingeführt werden, empfehlen wir, folgende Aspekte im Gesetz zu verankern.

Wir empfehlen:

- ▶ Dass der Wunsch der Patientin/des Patienten hinsichtlich der Therapien und Behandlungsformen Vorrang hat, es sollte immer zuerst ermittelt werden, was sie bzw. er als hilfreich erachtet. Hieran muss sich jede Therapie (und auch jede Behandlungsform) messen.
- ▶ Dass die „stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld“ bei schwer psychisch Kranken, bei chronischen Krankheitsverläufen mit akuten Rezidiven und insbesondere bei allen akuten Erkrankungsepisoden **nur als Ergänzung (ähnlich einer ambulanten Zusatzversorgung) bzw. Nachsorge nach einer bereits erfolgten und ausreichend langen stationären Therapie** erfolgen soll.
- ▶ Dass die „stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld“ **nicht als Ersatz einer medizinisch indizierten stationären Therapie für die o.g. Personengruppe** dienen soll, insbesondere **nicht bei Suizidalität.**
- ▶ Dass die „stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld“ bei Patient*innen mit leichten und mittelschweren psychischen Erkrankungen ggf. zur Vermeidung eines Krankenhausaufenthalts oder im Anschluss an eine stationäre Therapie (zur Vermeidung einer Re-Psychiatrie) erbracht werden kann - allerdings nur auf eigenen Wunsch bzw. mit Zustimmung der Patientin/des Patienten.
- ▶ Dass es ein **Wahlrecht bzw. Vetorecht** der Patientin/des Patienten geben muss (es gibt ein Recht auf Krankenhausbehandlung, dies muss auch weiterhin für psychisch Kranke gelten).

Aus den oben genannten Gründen **empfehlen wir dringend eine Revision dieses Regelungsvorschlags. Das PsychVVG muss sicherstellen, dass Menschen im Falle von Suizidalität sowie bei schweren, akuten Krankheitszuständen nicht die Krankenhausaufnahme verweigert wird!** Im Moment ist das Recht noch einklagbar, dies muss auch mit Inkrafttreten des PsychVVG weiterhin gewährleistet sein. Eine anderslautende Regelung würde auch gegen das **Recht auf Gesundheitsversorgung** von Menschen mit Behinderungen verstoßen, das in Art. 25 der UN-Behindertenrechtskonvention (UN BRK) verankert ist und dessen Gewährleistung bereits jetzt bei der Personengruppe der schwer und chronisch psychisch Kranken kritisch zu beurteilen ist.

Bitte beachten Sie auch, dass die stationäre psychiatrische Behandlung nicht nur aus Arztkontakten und Blutabnahmen besteht. Es gibt verschiedene Therapien (z.B. Ergotherapie, Gruppentherapie, Bewegungstherapie, etc.), die auf psychiatrischen Krankenhausstationen angeboten werden, die von Zuhause aus nicht mehr wahrgenommen werden können. In einer akuten Depression beispielsweise sind oft starke Antriebslosigkeit, Verzweiflung, Mutlosigkeit, körperliche Schwäche oder aber Angstzustände, nervöse Übererregtheit, Schlaflosigkeit sowie diverse somatische Beschwerden ausgeprägt. Bewegungsfähigkeit und Denkvermögen sind oft erheblich eingeschränkt. Aktivitäten und häusliche Tätigkeiten wie z.B. einkaufen, kochen, essen, duschen, anziehen, aufräumen, aus dem Bett aufstehen, die Wohnung verlassen, etc. sind oft nur noch sehr eingeschränkt oder gar nicht mehr möglich. Ganz ehrlich: Sollen Menschen, die sowieso unter chronischen psychischen Gesundheitsbeschwerden leiden, bei einer akuten Verschlimmerung z.B. depressiver oder psychotischer Beschwerden – also gerade in der schlimmsten Phase – alleine gelassen werden? Der Aufenthalt in einem geschützten Umfeld, in dem man nicht alleine ist, sondern sich in Gemeinschaft mit anderen Menschen befindet, hat immerhin auch therapeutische Wirkung und ist (gerade) bei akuten Erkrankungen besonders wichtig.

Die „stationsäquivalente“ Behandlung im häuslichen Umfeld sollte daher grundsätzlich als Vorsorge, Nachsorge und/oder Ergänzung stationärer Therapie im ambulanten Setting verstanden werden. Das Wort „stationsäquivalent“ sollte gestrichen werden.

- **„Weiterentwicklung der Regelungen zu Psychiatrischen und Psychosomatischen Institutsambulanzen“**

Die Einführung von Psychosomatischen Institutsambulanzen begrüßen wir ausdrücklich, einerseits, um Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) zu entlasten, und andererseits, um Patient*innen mit psychiatrischen und somatischen Komorbiditäten **diagnostisch und versorgungstechnisch besser gerecht zu werden**. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der zunehmenden Prävalenz chronischer Erkrankungen von Bedeutung, insbesondere, wenn Beschwerden aus verschiedenen gesundheitlichen Bereichen (Komorbiditäten) zusammenwirken sowie bei komplexen systemischen Erkrankungen.

Aus diesem Grund sollten Psychosomatische Institutsambulanzen aber nicht, wie im Referentenentwurf vorgesehen, psychiatrischen Krankenhäusern zugeordnet werden! Sinnvoller ist, sie **bei psychosomatischen oder Allgemeinkrankenhäusern zu verorten und deren Behandlungskapazitäten zu stärken**. Leider schlägt der Referentenentwurf das Gegenteil vor: Geplant ist der Entzug des regionalen Versorgungsauftrages von psychosomatisch spezialisierten Krankenhäusern sowie von Allgemeinkrankenhäusern mit

psychosomatischen Fachabteilungen. Das ist problematisch: Psychosomatische Institutsambulanzen werden nicht den Standard psychosomatischer Medizin halten können, wenn sie Psychiatrischen Kliniken unterstellt sind (mit allem, was dazu gehört: Hierarchie, Arbeitsweise, Klinikpersonal, aber auch unterschiedliches medizinisches Wissen). Für die Psychosomatik ist eine **ganzheitlich ausgerichtete Diagnostik und Behandlungsweise** prägend, die fachliche Bezüge zu verschiedenen Disziplinen herstellt, somatische und psychische Aspekte vereint. Dies ist in der psychiatrischen Medizin nicht der Fall.

Wir bitten um Berücksichtigung unserer Stellungnahme und stehen gerne für weitere Beratungen zur Verfügung.

Berlin, den 24. Juni 2016

Eva Buchholz
Referentin für Gesundheitspolitik, ISL e.V.