



**Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V.
(CBP)**

Stellungnahme

**im Dialogprozess des Bundesministeriums für Gesundheit zur
Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen
zum Themenschwerpunkt des Dialogforums IV
„Personenzentrierte Versorgung – Vernetzung und Kooperation“**

Berlin, den 25. November 2020

Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V.,

Reinhardtstr. 13, 10117 Berlin

Tel. 030-284447-822, Fax 030-284447-828

cbp@caritas.de – www.cbp.caritas.de

Vorbemerkung

Der Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. (CBP) bildet mit mehr als 1.100 Mitgliedern, die Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe und der Psychiatrie betreiben, eine der größten Interessenvertretungen von gemeinnützigen Anbietern der sozialen Dienstleistungen für über 200.000 Kinder, Jugendliche und erwachsene Menschen mit Behinderung oder mit psychischer Erkrankung in Deutschland. Der CBP ist ein anerkannter Fachverband im Deutschen Caritasverband. Die Mitglieder des CBP tragen Verantwortung für über 94.000 Mitarbeitende und unterstützen die selbstbestimmte Teilhabe von Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung am Leben in der Gesellschaft.

Der Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie fordert:

- Berücksichtigung der individuellen Bedarfe der Menschen mit psychischer Erkrankungen in bestehenden Versorgungsstrukturen
- Erforderlichkeit von niedrighwelligen sozialpsychiatrischen Angeboten und Krisendiensten

insbesondere durch

- Verpflichtende **Gründung regionaler Netzwerkverbände** im Sinne des Gemeindepsychiatrischen Verbundes 2.0, in denen alle Leistungserbringer aus dem SGB V-Bereich inklusive der Leistungserbringer aus den anderen Sozialgesetzbüchern (insbesondere Eingliederungshilfe) kooperieren.
- **Ambulante Komplexeleistungen** im Sinne einer personenzentrierten Versorgung zu schaffen. Fachärztlich geleitete Schwerpunktpraxen, Netzwerke von Praxen und andere Leistungserbringer sowie Psychiatrische Institutsambulanten bieten die Leistungen im SGB V-Bereich an. Eine verpflichtende koordinierte Vernetzung auch mit SGB-übergreifender (Komplex)-Leistungen ist im Sinne der personenzentrierten individuellen Behandlung und Assistenz notwendig.
- Die Behandlungs- als auch die Teilhabeleistungen für psychisch kranke Menschen sind am individuellen Bedarf auszurichten. Die Institutionenorientierung ist durch personenzentrierte Versorgungsansätze innerhalb eines Versorgungssystems abzulösen, damit flexibel, dynamisch und koordiniert auf die Bedarfe der Menschen , insbesondere auf diejenigen mit Schwersterkrankung und mit herausforderndem Verhalten reagiert werden kann.
- Zur Optimierung der erforderlichen Vernetzung und Kooperation der Leistungsanbieter müssen die **digitalen Strukturen bez. Kommunikation, Dokumentation, transparenter Information und Ausstattung** unter Einbezug der Anforderungen zur Beteiligung der Klientinnen und Klienten ausgebaut werden.

- In allen Reformprozessen ein besonderes Augenmerk auf **die Versorgung schwerst- und chronisch kranker Klienten durch niedrigschwellige sozialpsychiatrische Angebote und Krisendienste.**

Stellungnahme zu einzelnen Aspekten der Thematik

„Personenzentrierte Versorgung – Vernetzung und Kooperation“

Die Angebote der Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen sind in Deutschland entwickelt und vielfältig ausdifferenziert. Mit der Diversifizierung der Angebote stieg nicht nur die Zahl der Leistungserbringer, sondern es entwickelte sich auch ein komplexes System von Entgeltverfahren, das zwischen medizinisch-therapeutischer Behandlung, Hilfen zur Teilhabe, zur Pflege, zum Lebensunterhalt und weiteren Leistungsarten unterscheidet.

Für die Betroffenen sind die differenzierten Angebote in den verschiedenen Sektoren oft kaum zu unterscheiden. Häufig finden Menschen mit akuten Symptomen, in Krisen, mit chronischen Verläufen ihrer Erkrankung nicht die für sie individuell geeigneten Hilfen oder scheitern an den Schnittstellen zwischen den verschiedenen Angeboten, was zur Verzögerung einer sachgerechten Behandlung und Begleitung und zu Diskontinuitäten führt. 4 von 5 Menschen mit psychischen Erkrankungen nehmen Leistungen nicht in Anspruch. Besonders bei Menschen mit schweren oder chronischen psychischen Erkrankungen ist häufig eine Unter- und Fehlversorgung festzustellen, die sich primär in einer unzureichenden Behandlung zeigt und sekundär zum Verlust des eigenen Zuhauses mit Langzeitunterbringung in Wohneinrichtungen führt.

Eine passgenaue, personenzentrierte Versorgung mit individuell abgestimmten Behandlungs- und Hilfsangeboten ist daher dringend erforderlich. Personenzentrierte psychiatrische Versorgung gelingt vor allem, wenn die Betroffenen in die Planungsprozesse systematisch einbezogen sind und wenn Behandlung und Assistenz fachlich kompetent, an den Bedarfen der Person orientiert verfolgt werden.

1. Personenzentrierte Versorgung

Bei der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen geht es neben der Behandlung mit Symptomreduktion vor allem um die Stärkung der eigenen Ressourcen im Sinne von Empowerment und Recovery. Da die psychische Erkrankung im engen Kontext mit der sozialen Umgebung steht, ist der Einbezug des Lebensumfeldes von wesentlicher Bedeutung. Die Bedarfe von Menschen mit psychischer Erkrankung können daher alle Lebensbereiche betreffen, von Person zu Person sehr unterschiedlich ausfallen und sich im Verlauf der Erkrankung über die Zeit in der Intensität ändern. Neben der medizinischen und therapeutischen Behandlung (SGB V) haben insbesondere Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen Unterstützungsbedarf im Bereich der Teilhabe, in Bezug auf Arbeit, Wohnen und die Inklusion in das soziale und gesellschaftliche Leben.

Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen sollte sich am Recovery-Konzept orientieren, das den individuellen Genesungsweg mit einem selbstbestimmten und in die

soziale Umgebung eingebetteten Leben fördert. Die Betroffenen sind im Rahmen ihrer individuellen Ziele und Wünsche so zu unterstützen, dass ihre Autonomie und Individualität gestärkt wird und die Inklusion in alle Lebensbereiche unterstützt wird.

Jede Weiterentwicklung des Versorgungssystems darf daher nicht von existierenden Versorgungsstrukturen, sondern vom individuellen Bedarf der Betroffenen und ihrer Angehörigen ausgehen.

Das funktionale Basismodell nach Steinhart und Wienberg zum Beispiel definiert vom individuellen Bedarf des Patienten die notwendigen Funktionen, unabhängig davon, welche Akteure im Versorgungssystem diese Funktionen letztlich erbringen. Ziel der Weiterentwicklung des Versorgungssystems muss es daher sein, dass Betroffene individuelle, flexibel die dynamischen Bedarfslagen aufgreifende, also passgenaue Behandlungs- und Teilhabeleistungen erhalten können.

Daher erscheint es auch unabdingbar, neben den im Dialogforum im Fokus stehenden Leistungen des SGB V die Schnittstellen zu den anderen Leistungen aus den verschiedenen Sozialgesetzbüchern und die Schnittstellen untereinander festzulegen.

An den Schnittstellen zwischen den Leistungsbereichen scheitern insbesondere Menschen mit chronischen und/oder komplexen psychischen Erkrankungen, die aufgrund ihrer Beeinträchtigungen nicht an der Versorgung teilnehmen wollen oder aufgrund ihrer Einschränkungen nicht regelkonform an bestimmten Maßnahmen teilnehmen können. Sie werden über die konventionellen Behandlungs- und Assistenzsysteme nicht verlässlich erreicht. Sie finden keinen für sie möglichen Zugang, eine Orientierung von Maßnahmen auf ihre Bedürfnisse und Möglichkeiten gelingt nicht, sie fallen durch die Lücken der bestehenden Versorgungssysteme.

Der CBP sieht vor allem für diesen Personenkreis die Ausrichtung auf Personenzentrierung der Leistungen als zentral. Deutliche Barrieren bzw. Lücken sind in der Teilhabeplanung und im Teilhabeplanverfahren feststellbar. Die Beteiligung der Betroffenen im Teilhabeplanverfahren ist weiterhin nicht ausreichend gesichert. Vertrauenspersonen bzw. gesetzliche Vertreter, die sie hier unterstützen sollen, werden von Betroffenen nicht angenommen oder können nicht ausreichend mit ihnen die für die Planung wichtigen Daten erheben.

Zudem: Der individuelle Teilhabebedarf ist bei den Betroffenen oft schwankend und wird nicht ausreichend im Teilhabeplanverfahren berücksichtigt mit der Folge, dass die Leistungen den ggfs. in Krisen auftretenden Bedarf nicht decken.

Für Leistungserbringer stellt sich das Problem, dass der Aufwand an Vorhaltung, Zeitaufwand und Mobilität nicht vergütet wird, da die Eingliederungshelfer diesen niederschweligen wechselnden Bedarf nicht ausreichend anerkennen.

Forderung:

Sowohl die Behandlungs- als auch die Teilhabeleistungen für psychisch kranke Menschen sind auszurichten am individuellen Bedarf. Die Institutionenorientierung ist durch personenzentrierte Versorgungsansätze innerhalb eines Versorgungssystems abzulösen, damit flexibel, dynamisch und koordiniert auf die Bedarfe reagiert werden kann, insbesondere auf diejenigen Schwerstkranken mit herausforderndem Verhalten.

2. Sektorübergreifende Behandlung, integrierte Versorgung, Modelle nach § 64 b SGB V, Projekte im Innovationsfond, stationsäquivalente Behandlung

Schon die Psychiatrie-Enquete 1975 und in Folge die Expertenkommission 1988 forderte die personenzentrierte Definition von Leistungen und Maßnahmen und empfahl die kooperative und koordinierte Leistungserbringung. Doch bis heute ist die Überwindung von Sektorengrenzen und die verpflichtende sektorenübergreifende Vernetzung aller Leistungserbringer die größte Herausforderung geblieben.

Besonders der Übergang von der stationären in die ambulante Behandlung muss im Hinblick auf die Kontinuität der Behandlung deutlich verbessert werden. Das gesetzliche Entlassungsmanagement, bei dem die Kliniken Anschlusstermine beim ambulanten Facharzt organisieren müssen sowie auch übergangsweise ambulante psychiatrische Pflege und ambulante Soziotherapie verordnen können, ist ein erster Schritt. Oft scheitert es aber noch an ausreichendem Informationsfluss und weiterer Koordination der ambulant notwendigen Leistungen.

Im vertragsärztlichen Sektor bei den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie fehlt in der Regelversorgung die Möglichkeit, komplexe Behandlungskonzepte abzubilden und zu koordinieren. Verbindliche Kommunikation und Kooperation sowohl bei der Entlassung als auch bei der Einweisung in die Klinik sind notwendig, um gemeinsam mit den Menschen mit psychischen Erkrankungen Therapieziele zu entwickeln und einen Gesamt-Behandlungsplan aufzustellen.

Die bisher vom Gesetzgeber geschaffenen Möglichkeiten, sektorübergreifende Behandlungen zu erproben, sind im Folgenden aufgezeigt:

Modelvorhaben nach § 64 b SGB V

Die seit Jahren erprobten „Regionalbudgets“ wurden in Modelvorhaben nach § 64 b SGB V überführt und sollen der Weiterentwicklung der Versorgung auch im Sinne von sektorübergreifender Behandlung dienen.

Allerdings handelt es sich nicht um „wirkliche Regionalbudgets“; in diesen Modellen erhalten die Kliniken in der Routineversorgung ein Gesamtbudget, um die bisher getrennten Budgets für stationäre und institutsambulante Versorgung zusammenzuführen und damit eine höhere Flexibilität zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlung inklusive Hometreatment zu erhalten.

Bundesweit werden z. Zt. 22 Modelprojekte nach § 64 b SGB V erprobt, die nach § 65 SGB V evaluiert werden. Für die meisten Projekte sind bereits Abschlussberichte vorhanden, die insgesamt darauf hinweisen, dass die Dauer voll- und teilstationärer Aufenthalte sowie die Dauer der Arbeitsunfähigkeit tendenziell geringer sind als in den Kontrollgruppen. Die Modelle weisen Potentiale für eine weitere Ambulantisierung der Krankenhausversorgung auf. Trotz der erfreulichen flexibilisierten Krankenhausbehandlung, die sich tendenziell in Richtung teilstationär und ambulant bewegt, bieten diese Modelvorhaben keine grundlegende Verbesserung des Sektorenübergangs zur ambulanten Versorgung nach SGB V.

Verträge der integrierten Versorgung nach § 140 ff. SGB V

Schon seit 2004 besteht die Möglichkeit, interdisziplinär-fachübergreifende und sektorübergreifende Versorgungsverträge zu schließen. Im Bereich der Versorgung psychisch Erkrankter sollen die Verträge dazu beitragen, die Kooperation zwischen Hausärzten, Fachärzten, Psychologischen Psychotherapeuten, Krankenhäusern, ambulanter psychiatrischer Pflege, ambulanter Soziotherapie zu erhöhen. Ziel ist die Verbesserung der Versorgung sowie die Vermeidung und Verkürzung von stationären Aufenthalten und damit die Senkung der Gesundheitskosten.

Ein Nachteil für die Betroffenen ist, dass einzelne Krankenkassen Selektivverträge mit den Vertragspartnern abschließen, mit der Folge, dass die Vorverträge in der Regel nur den Versicherten bestimmter Krankenkassen vorbehalten sowie auf bestimmte Regionen und enge Indikationsgebiete begrenzt sind. Die Mehrzahl der Verträge steht für eine horizontale Vernetzung im ambulanten Versorgungssektor SGB V ohne Einbezug der stationären Krankenhausversorgung und der für die Teilhabe wichtigen Eingliederungshilfe nach SGB IX.

Projekte gefördert durch den Innovationsfond

Seit 2005 wird durch den sogenannten Innovationsfond eine sektorübergreifende Versorgung weiterentwickelt und gefördert mit dem Ziel, die innersektoralen Schnittstellen abzubauen. Beispielhaft sei hier das NPPV-Projekt¹ im KV-Bezirk Nordrhein, das eine Vernetzung zwischen Fachärzten, Psychologischen Psychotherapeuten und weiteren Leistungserbringern aus dem SGB V-Bereich umsetzt. Eine Einbeziehung der Kliniken findet nur untergeordnet statt.

Von der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf wird das Modelprojekt Recover zur Implementierung und Erprobung einer wirklich sektorenübergreifenden koordinierten, schweregradgestuften Versorgung mit psychischen Erkrankungen erprobt.

Die durch den Innovationsfond geförderten Projekte werden wissenschaftlich evaluiert und sollen nach Abschluss der Selektivverträge übernommen werden können. Auch dies wird die Übernahme erfolgreicher Modelle in die Regelversorgung behindern.

Weiterentwicklung der Stationsäquivalenten Behandlung nach § 115 d SGB V

Im Rahmen des Gesetzes zu Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistung (PsychVVG) hat der Gesetzgeber in §115d

¹NPPV steht für „Neurologisch-psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung“. Ziel ist es, die Behandlung von Menschen mit psychischen oder neurologischen Erkrankungen zu verbessern. NPPV wurde entwickelt und wird umgesetzt von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein und der IVP Networks GmbH (IVP). Quelle: <https://nppv-nordrhein.de/>

SGB V die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung als neue Krankenhausleistung für psychisch Kranke mit Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit definiert. Dabei handelt es sich um eine Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld, die durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Teams erbracht werden soll. Die neue Behandlungsform kann in medizinisch geeigneten Fällen an Stelle einer vollstationären erfolgen, da sie hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität entspricht.

Leider hat sich die stationsäquivalente Behandlung (StäB) nur in wenigen Regionen innerhalb Deutschlands etabliert. Von einem flächendeckenden Angebot kann bisher keine Rede sein. Als Hindernisse sind die Zurückhaltung der Kliniken mangels Erfahrung und Unsicherheit der Refinanzierung, Fachkräftemangel sowie die zurückhaltende Bereitschaft der Krankenkassen, feste Vergütungsvereinbarungen mit den Kliniken zu schließen, zu nennen.

Mit dem Ziel, diese neue Versorgungsform flächendeckend zu implementieren, auf die Patienten einen gesetzlichen Anspruch haben, wird empfohlen::

- StäB ist verpflichtend in die Krankenhausplanung der Länder einzubeziehen.
- Die Bereitschaft der Krankenkassen zum Abschluss von Pflegevertragvereinbarungen StäB sollte erhöht werden.
- Die Einbindung des gemeindepsychiatrischen und vertragsärztlichen Bereichs sollte deutlich ausgebaut und flexibilisiert werden.
- Aus diesem Grunde sollte der Gesetzgeber eine entsprechende Anpassung des §115d SGB V und der Vereinbarung zwischen den Spitzenverbänden Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vorgeben.

Empfehlungen zur nachhaltigen Förderung sektorübergreifender Versorgung

Zur Förderung und Sicherstellung koordinierter und sektorübergreifender Leistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen, mit dem Ziel einer Verbesserung der Versorgung besonders schwer erkrankter Menschen, müssen vom Gesetzgeber neue gesetzliche Verpflichtungen und finanzielle Anreize geschaffen werden, die folgendes Versorgungsangebot fördern:

- Der Zugang in ein verbindlich kooperierendes Versorgungssystem im Bereich SGB V sollte über ein Diagnostik-Krisenangebot erfolgen, das niederschwellig und zeitnah aufgesucht werden kann. Praxen niedergelassener Fachärzte oder ärztlicher psychologischer Psychotherapeuten sowie Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie können dies anbieten.
- Nach diagnostischer Einschätzung wird gemeinsam mit den Betroffenen – abhängig vom Schweregrad der Symptome und der Einschränkungen der Funktionen – abgeklärt.
- Eine direkte Vermittlung in ein verbindlich zusammenarbeitendes Netzwerk der verschiedenen Leistungserbringer (inkl. Eingliederungshilfe) in der Region. Dieses Netzwerk macht sowohl für die Betroffenen als auch für die Professionellen ihre Angebote und freie Plätze transparent.
- Grundlage dieser gestuften strukturierten koordinierten Versorgung sollten regionale Netzwerkverbände aller Leistungserbringer aus dem SGB V-Bereich sein, die verbindlich die Kooperation mit den Leistungserbringern aus der Eingliederungshilfe durchführen.

- Voraussetzung für ein gelingendes Netzwerk sind klare Steuerung, eine IT-gestützte Plattform zum zeitnahen Informationsaustausch, klare Definitionen der Aufgaben der einzelnen Leistungserbringer anhand eines Versorgungspfads und Festlegung einheitlicher Qualitätskriterien.
- Personelle Ressourcen für die Vernetzung und Koordination für die Digitalisierung der Kommunikation und Gesamt-Koordination sind sicherzustellen.

3. Kooperationsstrukturen mit Qualitätsstandards (gemeindepsychiatrische Verbünde 2.0)

Zum Gelingen eines regionalen Netzwerks trägt eine klare Netzwerkstruktur und effiziente Steuerung bei. Kooperationsverträge, spezielle Formen wie Management-Gesellschaften, die von den Leistungserbringern gemeinsam gegründet werden, Psychosoziale Dienste, Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften und Gemeindepsychiatrische Verbünde können die Plattform dazu bilden. Die Formenvielfalt und die relative Beliebigkeit der Strukturen und der Vernetzungsgrade machen es allerdings schwer, aus dem regionalen Flickenteppich ein bundesweit verfügbares qualitätsgesteuertes Kooperationssystem zu gewinnen.

Folgenden Anforderungen soll das Kooperationssystem genügen:

- Da neben der medizinischen und therapeutischen Behandlung die Förderung der Teilhabe in allen Bereichen mit Empowerment und Recovery wesentliche Ziele der Therapie und Hilfestellungen sein sollten, müssen die regionalen Netzwerke eine enge Kooperation mit den Anbietern der Gemeindepsychiatrie eingehen. Besonders für die Menschen, die schwer psychisch erkrankt sind, hat sich der gemeindepsychiatrische Verbund als regionales Netzwerk bewährt.
- Notwendig sind Kooperationen, die die Zuordnung von ambulanten Komplexleistungen in der Praxis befördern, z.B. Leistungen der Psychotherapie, der ambulanten Ergotherapie und der psychiatrischen Pflege im Kontext der ambulanten Eingliederungshilfe möglich machen. Fallbezogen und fallübergreifend sind die schwierigen Schnittstellen in der Planung unter Einbezug von Leistungen der Pflege (begründet im SGB XI), der fachlich qualifizierten zielorientierten Teilhabeleistung (niedergelegt im SGB IX) und der medizinischen Behandlung (gemäß SGB V) zu überwinden.
- Die Aufgaben der Verbünde müssen bundesweit einheitlich und vergleichbar festgeschrieben und verpflichtend organisiert werden. Die Organisation solcher regionaler Strukturen und die Verpflichtung aller Anbieter, der psychiatrischen Kliniken, der niedergelassenen ambulanten-psychiatrischen Behandlungslandschaft mit Vertragsärzten und Vertragspsychologen und der Sozialpsychiatrie mit ihren Einrichtungen, Diensten und Beratungsangeboten daran teilzunehmen, muss bundesweit gesetzlich festgelegt und finanziert werden.
- Die Strukturen der örtlichen und überörtlichen Gesundheits- und Sozialverwaltung sind gleichfalls einzubeziehen und in Mitverantwortung für die Weiterentwicklung der Unterstützungssysteme zu setzen.
- Zur Qualitätssicherung, die sich an den S3-Leitlinien orientieren sollte, sind individuell für die Patienten Fallbesprechungen des engeren Behandlungsteams durchzuführen.

Das Netzwerk selbst sollte regelmäßige Qualitätszirkel abhalten, in denen die strukturellen Abläufe evaluiert und weiterentwickelt werden.

Forderung:

Der CBP fordert den bundesweiten Aufbau gemeindepsychiatrischer Verbände, die den oben benannten Qualitätskriterien genügen.

4. Digitales Versorgungsnetz

Zur Unterstützung einer gestuften bedarfsorientierten sektorübergreifenden Versorgung, die intensive strukturierte ambulante Leistung (Komplexleistung) anbieten soll, bedarf es einer optimalen Vernetzung und Kooperation zwischen den Leistungserbringern SGB V, perspektivisch auch mit den Leistungsanbietern der Eingliederungshilfe. Eine digitale Plattform, die Datensicherheit und vor allem die informationelle Selbstbestimmung des Patienten berücksichtigt, ist dafür zu schaffen.

Als grundlegendes Management-Instrument eines regionalen Netzwerks hat eine solche Plattform folgende Optionen zu erfüllen:

- Sichere und unkomplizierte sektorenübergreifende elektronische Kommunikation zwischen allen Leistungserbringern
- Gemeinsamer Zugriff auf die elektronische Fallakte
- Verzeichnis der offenen Therapieplätze
- Möglichkeiten der Videobehandlung inklusive Vorhalteleistungen der technischen Ausstattung
- Ggf. auch Einbindung digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA), so dass Patienten ihre Therapieprogramme sektorenübergreifend und kontinuierlich mitnehmen können und die Inhalte ihren jeweiligen Behandlern zur Verfügung stellen können
- Ggf. auch Account für den Patienten, der von den Behandlern verwaltet wird (Terminkalender, Zugang zur Videosprechstunde, DiGA-spezifische Infos)
- Einzelne Funktionen werden schon von der z. Zt. einzuführenden Telematikinfrastruktur (TI) unterstützt.

Richtungsweisend für eine Weiterentwicklung einer gemeinsamen Plattform sind im Rahmen des Innovationsfonds entwickelte Plattformen, z .B. im Projekt NPPV Nordrhein oder die E-Recover-Plattform der Universität Hamburg.

Absolutes Ziel der Digitalisierung soll die Optimierung der Informationsflüsse und die Vermeidung von Doppeldokumentation und Doppelstrukturen sein.

Zukunftsweisend wäre auch eine Integration der digitalen Anwendung für Klienten auf einer solchen Plattform. Nach Förderung der digitalen Anwendung durch das Bundesministerium könnten noch weitere Anreize zur personenzentrierten Versorgung mittels integrierter digitaler Lösungen geschaffen werden.

Digitale Kommunikation ist auch ein wesentlicher Bestandteil des Teilhabeanspruchs von Menschen mit psychischer Erkrankung. In der Pandemie fällt nun besonders schmerzhaft

auf: Digitale Angebote können häufig mangels Zugang und Technik von Betroffenen nicht angenommen werden. Unterstützung hierbei erfordert hohen organisatorischen Aufwand der Teilhabeanbieter, der sich schlecht personenorientiert darstellen lässt.

Forderung:

Zur Optimierung der erforderlichen Vernetzung und Kooperation der Leistungsanbieter müssen die digitalen Strukturen bez. Kommunikation, Dokumentation, transparenter Information und Ausstattung ausgebaut werden unter Einbezug der Anforderungen zur Beteiligung der Klientinnen und Klienten.

5. Mehr Rückendeckung für die Versorgung schwerst- und chronisch kranker Klienten durch niedrighschwellige sozialpsychiatrische Angebote und Krisendiensten

Niederschwellige Angebote, aufsuchende Hilfe, Organisation am Fall orientiert, über die Grenzen der Regelsysteme und der Sozialgesetzbücher hinweg, - das haben die bisherigen Erörterungen gezeigt - sind erforderlich. Für Menschen mit besonderen Bedarfen sind regional meist keine Krisendienste erreichbar, oft auch nicht organisiert. Diese Versorgungslücke kann nur über regionale fallübergreifende Netzwerke aufgedeckt und behoben werden. Hierzu sind Funktionen wie die permanente Erreichbarkeit und der aktiv aufsuchende Zugang auf Betroffene zu organisieren und auch zu finanzieren. Dafür fehlen aber die sicheren Etablierungs-, Verhandlungs- und Vergütungsgrundlagen. Es kommt darauf an, ob die Kommunen in die freiwillige Leistung gehen. Das ist nahezu regelhaft nicht der Fall, natürlich insbesondere bei Kommunen in der Haushaltssicherung. In der Konsequenz ist hier eine überörtlich sichere Finanzierung aufzubauen. In manchen Regionen haben solche Dienste nachweisbar wesentlich zur Versorgungsqualität der angesprochenen Zielgruppe beitragen.

Weitere Versorgungsbausteine, etwa im Rahmen der stationsäquivalenten Behandlung oder in Medizinischen Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung (MZE) können die bestehenden Lücken in der Versorgung ebenfalls nicht ausreichend schließen, zumal diese Leistungen auch nicht flächendeckend angeboten werden. Ein flächendeckender Ausbau der regionalen Netzwerke und der trägerübergreifende Einbezug aller sozialpsychiatrischen ambulanten Dienste in der jeweiligen Region sind notwendig, um die Versorgung der Betroffenen zu optimieren, insbesondere für eine Klientel mit hohen und sektorenübergreifenden Hilfebedarfen.

Aus den unterschiedlichen Blickwinkeln der klinischen Psychiatrie und der Sozialpsychiatrie ergibt sich ein vielschichtiges Bild über die Versorgungsqualität und die Versorgungssicherheit der Klienten/Patienten mit mangelnder Compliance.

Zahlreiche psychiatrische Kliniken klagen darüber, dass nach Abschluss der Akutbehandlung eine Weiterversorgung in den sozialpsychiatrischen Einrichtungen und Diensten an mangelnder Ausstattung und auch an mangelnder Initiative zur Übernahme herausfordernder Assistenzaufgaben besteht – mit der Folge, dass die Patientengruppe ohne Behandlungsgrundlage in den Kliniken hospitalisiert wird. Umgekehrt gibt es Problemanzeigen aus den sozialpsychiatrischen Diensten und Einrichtungen, die über

mangelnde Aufnahmebereitschaft der Kliniken sowie Schnellentlassungen berichten bei Klientengruppen mit massiv störenden, belästigenden und/oder aggressiven Verhaltensweisen, häufig ohne Behandlungsmotivation sowie ohne Kompetenz zum Abschluss von Behandlungsvereinbarungen.

Und schließlich gibt es klinische und sozialpsychiatrische Akteure, die sich mit hohem Engagement und ausgeprägter Kompetenz den herausfordernden Aufgaben stellen.

Gefordert werden muss für alle benannten Versorgungsbereiche die auskömmliche Finanzierung der Leistungen, die wissenschaftlich begleitete Entwicklung von Versorgungsstandards und die intensive regionale Vernetzung mit Blick auf wahrgenommene Versorgungslücken.

Für die Organisation und Durchführung von Fachleistungen sind Anbieter entweder aus dem SGB-V-Bereich oder aus der Sozialpsychiatrischen Versorgung nach SGB IX und XII fallführend bestimmt. Wichtig wäre eine Orientierung am Fall über die „Finanzierungstöpfe“ hinaus in Form eines individuellen Gesamtplans, der die Kompetenzen der Krankenhilfe und der Eingliederungshilfe zueinander bringt.

Gefordert wird die Erstellung solcher individuellen Gesamt/Teilhabepläne durch fachkompetente Personen und Institution sowie die Finanzierung einer fortlaufenden Evaluation der Fallkoordination.

Forderung:

Der CBP fordert in allen Reformprozessen ein besonderes Augenmerk auf die Versorgung schwerst- und chronisch kranker Klienten durch niedrigschwellige sozialpsychiatrische Angebote und Krisendiensten

Kontakt: Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie www.cbp.caritas.de

[E-Mail: cbp@caritas.de](mailto:cbp@caritas.de)