

Landesarbeitsgemeinschaft **P**sychiatrie - **E**rfahrener **N**iedersachsen e.V.
(LPEN e.V.)

Christian Harig, Vorstand LPEN e.V.,

Mitglied der Besuchskommission Hannover, Mitglied des Landesfachbeirates Psychiatrie,
Mitglied der Fachkommission

Ergänzungen zur Stellungnahme der LPEN zum Landespsychiatrieplan (II)

Als Mitglied der Besuchskommission Hannover teile ich die hier vertretene Auffassung, die Forderung nach Behandlungsermächtigung des sozialpsychiatrischen Dienstes im Landespsychiatrieplan unbedingt zu berücksichtigen. Die bisherige Ermächtigung der Ärzte des SpDi Hannover hat sich bewährt. Mit dem Wegfall der Ermächtigung würde sich die Versorgung psychiatrisch erkrankter Patienten aus folgenden Gründen maßgeblich verschlechtern:

Lt. Nds.PsychKG hat der Sozialpsychiatrische Dienst unter anderem die Aufgabe, auch psychisch kranke Menschen zu behandeln, die (vorübergehend) nicht in der Lage sind, Hilfe durch die kassenärztliche Versorgung in Anspruch zu nehmen. Um dieser Aufgabe auch realistisch nachzukommen, ist es erforderlich, diese Patienten u.a. auch mit Kassenrezepten, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Verordnungen für z.B. Ergo-Therapie und gegebenenfalls auch Krankenhauseinweisungen auszustatten. Dies sollte mit den für die Versorgung gesetzlich krankenversicherter Personen vorgesehenen Formularen der KV geschehen. Andernfalls müssten diese Patienten sich um entsprechende Verordnungen, Rezepte etc. bei niedergelassenen Ärzten bemühen. Dazu sind die Betroffenen in der Regel nicht in der Lage.

Da die KV einen Sicherstellungsauftrag hat, verfügt sie quasi auch über das Monopol zur Erbringung solcher Leistungen. Es ist zum Schutz Erkrankten, die oft nicht in der Lage sind, in einem Wartezimmer der niedergelassenen Psychiater sich aufzuhalten, unerlässlich, dass der SPDi in irgendeiner Form an eben dieser kassenärztlichen Versorgung teilnehmen kann. Dabei geht es keinesfalls darum, dass Pflichtleistungen des SPDi durch die Ermächtigung über die Krankenkassen refinanziert werden, sondern dass Psychisch Erkrankte in einer Krisensituation die ihnen angemessene Hilfe erfahren. Dies wird allein schon an den unter diesem Aspekt kleinen Fallzahlen deutlich. Aber auch diese recht geringen Zahlen machen deutlich, dass hier ein maßgeblicher Bedarf besteht.

Schließlich bleiben trotz neuer gesetzlichen Regelungen zur Vergabe von Terminen für den Facharzt immer noch eine Wartezeiten von vier Wochen als Minimum. Solche Zeiten sind bei (noch nicht ganz) akuten Psychosen, auch nur mittelschweren Depressionen, und vor allem bei Patienten, die nur schwer durch Angehörige etc. motivierbar sind, überhaupt Hilfe anzunehmen, mit dem Wohl der Patienten nicht vereinbar. Nach so langer Zeit ist das „Zeitfenster“, um erfolgreich und möglichst ohne Maßnahmen nach PsychKG intervenieren zu können, in aller Regel schon geschlossen.

Als Mitglied des Landesfachbeirates Psychiatrie teile ich insbesondere folgende Schwerpunkte seiner Stellungnahme zum Landespsychiatrieplan. Seine Ergänzungs- und Korrekturvorschläge erfolgen unter Bezugnahme auf die Kurzfassung „Der Landespsychiatrieplan – Zusammenfassung der Eckpunkte“ auf den Seiten 1-31 des Entwurfs zum LPP-N. (Dabei sollte ein sich daraus eventuell ergebender Änderungsbedarf in den entsprechenden Abschnitten im „Bericht zum Landespsychiatrieplan“ mitbedacht werden, um Inkonsistenzen und Widersprüche zwischen beiden Teilen zu vermeiden.)

1. Im Kapitel 4 (S. 28 ff.) ist ein prioritäres Entwicklungsfeld „Partizipation und Selbsthilfe“ zu ergänzen; dieses sollte als erstes der Entwicklungsfelder besonders hervorgehoben werden. Wichtige Aussagen dazu sind in Kapitel 3.6 (S. 23) bereits gemacht worden. Die Stärkung der Selbsthilfegruppen und ihrer Interessenvertretung sollte schwerpunktmäßig den Gruppen der schwer und langfristig psychisch Beeinträchtigten in allen drei Lebensphasen sowie ihrer Angehörigen gelten. Dabei sind drei konkrete Initiativen aufzunehmen:

a) „Selbsthilfefreundlichkeit“ durchsetzen!

Selbstverpflichtung aller Hilfsangebote in den Sozialpsychiatrischen Verbänden (SpV) der kreisfreien Städte und Landkreise zur Gewährleistung einer umfassenden und neutralen Information der Betroffenen und ihrer Angehörigen sowohl zu psychischen Erkrankungen, geeigneten Hilfsangeboten und diesbezüglichen finanziellen Frage als auch zu Selbsthilfe-Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen;

b) „Barrierefreiheit“ beachten!

Dieses Prinzip muss nicht nur für die Gruppe der psychisch Erkrankten und seelisch behinderten Menschen in angemessener Form ausformuliert und realisiert werden. Das psychiatrische Versorgungssystem muss es überall auch bei denjenigen psychisch erkrankten Menschen beachten, die weitere Beeinträchtigungen im Sinne einer körperlichen, geistigen, Lern- oder Sinnes-Behinderung aufweisen.

c) Interessenvertretung der Selbsthilfe stärken!

Vorgeschlagen wird ein konkretes Entwicklungsprojekt zur Schulung von Interessenten aus den Selbsthilfe-Initiativen Betroffener und ihrer Angehörigen in der Vertretung ihrer Interessen im SpV und auf Landesebene, auch mit Blick auf deren Beteiligung an Planung, Evaluation und Versorgungsforschung in der Psychiatrie. Konzeption und Durchführung ist mit dem Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen Niedersachsen (LPEN) und der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen in Niedersachsen und Bremen (AANB) abzustimmen.

d) Die Selbsthilfe durch angemessene organisatorische und personelle Hilfen unterstützen!

Die Selbsthilfegruppen und ihre Interessenvertretungen in den SpV und auf Landesebene (insbesondere LPEN und AANB) benötigen eine zuverlässige langfristige und auskömmliche finanzielle Förderung sowie Erleichterungen beim Zugang zu zusätzlichen Fördermitteln für Sonderprojekte.

2. Im Kapitel 4 (Seite 28 ff.) ist ein weiteres prioritäres Entwicklungsfeld „Arbeit und Beschäftigung“ aufzunehmen. Wichtige Aussagen zu diesem Thema sind dazu bereits im Kapitel 3.2 (S. 16-17) gemacht worden. Folgende Aspekte verdienen eine besondere Beachtung:

- a. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die von psychischer Erkrankung betroffen sind, müssen regelhaft über ihre Rechte auf Schutz des Arbeitsplatzes und Wiedereingliederung informiert werden. Der beruflichen (Wieder-) Eingliederung sollte ein hoher Stellenwert zukommen. Leitlinien von Maßnahmen sollten sowohl den Erhalt als auch die Erlangung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen durch Unterstützungsangebote zur verbesserten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zum Ziel haben.
- b. Dazu müssen weitere geeignete passgenaue Arbeitsangebote auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit ausreichender Unterstützung und Beratung geschaffen werden.
- c. Menschen mit psychischen Erkrankungen oder seelischen Behinderungen sollten sich beim örtlichen Kostenträger melden können, wenn sie am Budget für Arbeit interessiert

sind und dann durch einen Dienst (z.B. Integrationsfachdienst) bei der Arbeitsplatzsicherung oder -suche unterstützt werden. Zur Abwicklung sollten modellhaft vier bis sechs Budgetbüros in Niedersachsen gefördert werden.

- d. Betriebliche Gesundheitsförderung ist eine Aufgabe für die Betriebe nicht nur des ersten, sondern auch des zweiten Arbeitsmarkts (WfbM).
- e. Eine besondere Förderung verdienen Hilfen zur Arbeit und Beschäftigung für schwer und langfristig beeinträchtigte Menschen mit einer Leistungsfähigkeit unter 15 Stunden pro Woche: Für sie sollten möglichst inklusiv ausgerichtete Zuverdienstmöglichkeiten eröffnet werden, die bei Bezug von Grundsicherung wegen Erwerbsminderung nicht den engen Begrenzungen des SGB XII unterworfen sind, verknüpft mit einem finanziellen Anreiz für Arbeitgeber, die Arbeitsgelegenheiten bereitstellen.

3. Die Ausführungen zu den Sozialpsychiatrischen Diensten (Kap. 3.2, S. 15-16; Kap. 3.7, S. 25-26) erfordern einige Klarstellungen. Der LFBPN hält es fachlich für nicht verantwortbar, den bisherigen Facharzt-Standard für die Leitungsfunktion (Arzt für Psychiatrie) im NPsychKG aufgrund aktueller Besetzungsprobleme zu relativieren. Die Ursachen für diese Probleme sind vielfältig und je nach Einzelfall unterschiedlich, sie sollten ihrerseits analysiert und angegangen werden. Dazu gehört in der Regel auch die offensichtlich unzureichende Personalausstattung der meisten Dienste, die im LPP-N klar benannt werden sollte. Die gesetzliche Verankerung einer Behandlungsoption der Dienste ist entschiedener zu würdigen, für eine erleichterte Realisierung dieser Option sind Initiativen zu ergreifen.

4. Die Ausführungen zu Gemeindepsychiatrischen Zentren (GPZ), integrierter Versorgung (IV) und zu Kriseninterventionsdiensten (KID) (Kap. 3.2, S. 15-16; Kap. 3.7, S. 26; Kap. 4, S. 29) bedürfen einiger Klarstellungen, Ergänzungen und wechselseitigen Verknüpfungen.

- a. Der LFBPN begrüßt die Aufnahme eines prioritären Entwicklungsfeldes „GPZ mit multiprofessionellen, ambulant-aufsuchenden Teams mit Krisenhilfe“ in den LPP-N. Er verweist dazu auf den Wortlaut seiner entsprechenden Empfehlung vom 05.11.2014 (Nr. 2: Einrichtung von GPZ), die dieser Stellungnahme beigelegt ist.
- b. Es ist klarzustellen, dass die u.a. auch in IV-Projekten bewährten Methoden intensiver ambulant-aufsuchender Behandlung sozialpsychiatrischen Grundsätzen entsprechen. Statt im Rahmen von Selektivverträgen nur einem Teil der Zielgruppe zugute zu kommen, sollten sie künftig im Rahmen der Regelversorgung eines GPZ in Niedersachsen für alle Betroffenen verfügbar sein, auch im Sinne einer „Krankenhausbehandlung zu Hause“ (*Hometreatment*). Damit wäre auch die Gefahr gebannt, dass die „internen Netzwerke“ der Leistungsanbieter im Rahmen von IV-Selektivverträgen Parallelstrukturen zu den SpV entwickeln, was für diese einen Bedeutungsverlust als Plattform für die Kooperation aller Akteure bedeutet.
- c. Nur über die Einrichtung von GPZ in den vom LFBPN in seiner Stellungnahme vom 05.11.2014 skizzierten Formen wird es möglich sein, einen ambulant-aufsuchenden KID rund um die Uhr an allen Tagen der Woche sicherzustellen. Dabei sind die Ressourcen der kassenärztlichen Versorgung mit einzubeziehen, und zwar nicht nur die der fachärztlichen, sondern auch die der psychotherapeutischen Praxen. Geeigneten Peers (Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige) sind ebenfalls einzubeziehen.

5. Die Ausführungen zur Planung, Durchführung und Steuerung von Hilfen zur Teilhabe im

Bereich „Wohnen und Selbstversorgung“ (Kap. 3.2, S. 15-17; Kap. 3.7, S. 25-26; Kap. 4, S. 28-29) bedürfen ebenfalls einiger Klarstellungen, Ergänzungen und wechselseitigen Verknüpfungen.

a. Es ist klarzustellen, dass wesentliche Aspekte dieses Entwicklungsfeldes landesweite verbindliche Standards benötigen, um einen nachhaltigen und in ganz Niedersachsen wirksamen Fortschritt zu erreichen. So sollten die im LPP-N aufgestellten ethisch-fachlichen Grundsätze beachtet werden; wenn z.B. eine ambulante Hilfe für eine gewisse Zeit mehr kosten sollte als eine stationäre, darf dies noch nicht zur Aufgabe des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ führen. Für die einzelnen Maßnahmen sollten landesweite Qualitätsstandards entwickelt und konsentiert werden. Es sollte auch für die Planungsverfahren bei komplexen Hilfen für psychisch erkrankte und seelisch behinderte Menschen landesweit zu beachtende Standards geben; dazu gehört die regelmäßige Einbeziehung des SpDi als unabhängiger Fachdienst des Kostenträgers.

b. Die Maßnahmen sollten regelhaft im Rahmen von Hilfeplankonferenzen mit Teilnahme der betroffenen Person geplant, dann auch regelmäßig auf Notwendigkeit und Wirksamkeit überprüft werden. Der SpDi sollte mit der Auswertung der Einzelfälle und der Erarbeitung daraus zu ziehender Schlussfolgerungen für die Qualitätsentwicklung des regionalen Versorgungssystems beauftragt sein.

c. Ein flächendeckendes Angebot ambulanter psychiatrischer Pflege ist zu gewährleisten. Die sich aus dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI ergebenden Chancen auf längerfristige ambulant-aufsuchende Hilfen auch für jüngere chronisch und schwer psychisch erkrankte Menschen sollten bei der Planung komplexer Hilfen berücksichtigt werden.

d. Für die Verselbständigung von Heimbewohnern in ambulante Wohnformen sollte die Einführung von Anreizen für die Heimbetreiber erwogen werden. Für die betroffenen Menschen ist der Zugang zu bezahlbarem Wohnraum am gewünschten Lebensort dort zu erleichtern, wo entsprechende Hindernisse einer sonst möglichen Verselbständigung entgegenstehen.

6. Zur Besetzung des Landesfachbeirates Psychiatrie (Kap. 3.7, S. 27) ist der LFBPN der Überzeugung, dass in dieses Gremium auch in Zukunft unabhängige, weisungsungebundene Fachleute mit spezieller Expertise berufen werden sollten. Zu einzelnen Themen ist die Hinzuziehung weiterer Experten sicherlich sinnvoll, auch aus dem Bereich der Leistungsträger. Für die Mitglieder aus dem Kreis der Betroffenen und ihrer Angehörigen ist die Möglichkeit einer Stellvertretung einzurichten. Für die Gremienstruktur könnte man auf die Erfahrungen der Arbeit der Fachkommission „Landespsychiatrieplanung“ zurückgreifen. Der LPP-N sollte auf detaillierte Vorgaben zur Besetzung der Mitglieder, zum Erfordernis eines Vorstands und zur Sitzungsfrequenz des LFBPN verzichten. Das sollte der Ergänzung der Gremienverordnung nach gesetzlicher Verankerung des LFBPN im novellierten NPsychKG vorbehalten bleiben. Zu vermeiden sind eine detaillierte Auflistung der im LFBPN vertretenen Berufsgruppen, Teilgebiete und Spezialdisziplinen der Psychiatrie sowie missverständliche Formulierungen, z.B. dass die zu benennenden Vertreterinnen und Vertretern verschiedene Systempartner „repräsentieren“ sollen.

Schließlich ist im ausführlichen Bericht zum LPP-N auf Seite 180 im ersten Absatz ein korrekturbedürftiger sachlicher Fehler aufgefallen: Die Selbsthilfe Betroffener und Angehöriger in Hannover ist nicht am Psychosozialen/ psychiatrischen Krisendienst (PPKD) beteiligt. Der PPKD arbeitet ausschließlich mit psychiatrisch qualifiziertem Fachpersonal; die Seelhorst-Stiftung ist lediglich der Träger dieses Dienstes, der im Übrigen von der Region Hannover finanziert wird.