



Halbzeit für die Umsetzung des Landespsychiatrieplans Niedersachsen Teil III

Welchen Einfluss haben Entscheidungen auf
Bundesebene auf die Weiterentwicklung des
Landespsychiatrieplans Niedersachsen?

Vorhandene Regelungen, neuer Koalitionsvertrag



Unsere Erwartungen

- **Ev. Akademie Loccum – 03. - 05.04.2017:
„Wozu braucht Niedersachsen einen
Landespsychiatrieplan?“**
- **Was erwarten wir, was packen wir an?**
- Die Hoffnung
**Aktuelle Bundes-Gesetzesänderungen befördern die
Umsetzung**



Gesetzesänderungen 2017

- Das **Bundesteilhabegesetz** fordert eine leistungsträgerübergreifende individuelle Hilfeplanung (Teilhabeplan, Teilhabekonferenz)
- Das Bundesteilhabegesetz fordert und fördert Peer-Beratung
- Das Bundesteilhabegesetz finanziert Modellprojekte zur Entwicklung von (neuen) Leistungsarten, die helfen, den Zugang zur Eingliederungshilfe zu reduzieren



Gesetzesänderungen 2017

- Das PsychVVG ermöglicht die **stationsäquivalente Behandlung** in Form einer psychiatrischen Behandlung während akuter Krankheitsphasen im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. Sie entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung.



Gesetzesänderungen 2017

- Die Änderung der **Psychotherapie-Richtlinie** fordert von den niedergelassenen Psychotherapeuten ein umfassenderes Sprechstundenangebot und ermöglicht Kurzinterventionen und Krisenbehandlung



Was ist daraus geworden?

- Die **Psychotherapie-Richtlinie** ist in den letzten fünf Jahren mehrfach überarbeitet und erweitert worden.
- Unsere Idee 2017:
 - Die Chancen der neuen Psychotherapie-Richtlinie müssen für eine Integration psychotherapeutischer Leistungen und Kompetenzen aufgegriffen werden.
 - Psychotherapeutische Sprechstunden im GPZ (Verbund)
 - Enge Kooperation mit dem SpDi
 - Gemeinsame Fallbesprechungen
 - Gegenseitige Schulungen
- Diese Idee ist gescheitert.
 - Die KVN hat einer psychotherapeutischen Sprechstunde außerhalb der Praxis eine Absage erteilt. Die Zulassungsordnung lasse diese Form der Tätigkeit nicht zu.



Was ist daraus geworden?

- Die **stationsäquivalente Behandlung (StäB)** ist seit 2018 in § 115d im SGB V als neue Krankenhausleistung für psychisch Kranke mit Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit verankert.
 - Dabei handelt es sich um eine **Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld des Patienten**,
 - welche durch **mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams** erbracht werden soll.
 - Die neue Behandlungsform kann in medizinisch geeigneten Fällen **anstelle einer vollstationären Behandlung** erfolgen, da sie dieser hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität entspricht. (GKV-Spitzenverband)



Was ist daraus geworden?

- § 115d SGB V, Abs. 4:
 - Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2021 einen **gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung** im häuslichen Umfeld auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen vor.



Was ist daraus geworden?

- Gemeinsamer Bericht des GKV-Spitzenverbandes, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. vom 23.12.2021:
- Es gibt unterschiedliche Erfahrungen mit der StäB.
 - Die Aufnahme der StäB als weitere Form der Krankenhausbehandlung in das SGB V resultiert aus langjährigen und internationalen Erfahrungen zur Wirksamkeit aufsuchender Behandlungsangebote im Lebensumfeld psychisch erkrankter Menschen durch mobile Behandlungsteams.
 - Die StäB stellt somit eine wichtige Ergänzung bestehender Versorgungsformen und eine sinnvolle Weiterentwicklung zur Umsetzung einer leitliniengerechten Versorgung psychisch erkrankter Menschen dar.



Was ist daraus geworden?

- Es gibt unterschiedliche Erfahrungen mit der StäB.
 - Die Anzahl der Krankenhäuser, die StäB anbieten hat in den letzten Jahren zugenommen, es gibt aber große regionale Unterschiede.
 - Einige Bundesländer haben StäB in die Krankenhauspläne aufgenommen – **Niedersachsen nicht.**
 - In Niedersachsen gibt es bisher nur ein StäB Angebot im Asklepios Fachklinikum Göttingen.
 - Im Ameos Klinikum Hildesheim wird StäB vorbereitet.



Was ist daraus geworden?

- Es gibt unterschiedliche Erfahrungen mit der StäB.
 - Die **Deutsche Krankenhausgesellschaft bewertet StäB positiv.**
 - „Zusammenfassend zeigt die neue Versorgungsform eine erfolgreiche erste Entwicklung, welche sich als wichtiger Teil für eine Verbesserung und Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung in den Regionen etablieren wird.“
 - Der **GKV Spitzenverband bewertet StäB als gescheitert.**
 - StäB verfehlt den gesetzlich vorgegebenen Anspruch der Krankenhausbehandlung im häuslichen Umfeld.
 - StäB-Leistungen sind übervergütet.
 - Psychiatrische Institutsambulanzen bleiben weiterhin die bedarfsgerechtere Versorgungsform.



Was ist daraus geworden?

- Das **Bundeteilhabegesetz (BTHG)** ist in drei von vier Reformstufen umgesetzt.
- Das **Bundeteilhabegesetz (BTHG)** hat wesentliche Änderungen in den SGB IX und XII vorgenommen.



Was ist daraus geworden?

- Unsere Ideen 2017:
 - Das **BTHG** fordert eine leistungsträgerübergreifende individuelle Hilfeplanung (Teilhabeplan, Teilhabekonferenz)
 - Das Bundesteilhabegesetz fordert und fördert Peer-Beratung
 - Das Bundesteilhabegesetz finanziert Modellprojekte zur Entwicklung von (neuen) Leistungsarten, die helfen, den Zugang zur Eingliederungshilfe zu reduzieren
- sind nur in wenigen Teilen umgesetzt worden.
 - Die leistungsträgerübergreifende individuelle Hilfeplanung findet kaum statt, stattdessen (Gesamt-)Planungen unter Federführung der Sozialverwaltung für die Teilhabe (ehem. Eingliederungshilfe).
 - Die ICF orientierte Bedarfsplanung im niedersächsischen B.E.Ni Verfahren ist zu einem Bürokratie-Monster ausgewuchert.
 - Verwaltung dominiert



Was ist daraus geworden?

- Unsere Ideen 2017:
 - Das **BTHG** fordert eine leistungsträgerübergreifende individuelle Hilfeplanung (Teilhabeplan, Teilhabekonferenz)
 - Das Bundesteilhabegesetz fordert und fördert Peer-Beratung
 - Das Bundesteilhabegesetz finanziert Modellprojekte zur Entwicklung von (neuen) Leistungsarten, die helfen, den Zugang zur Eingliederungshilfe zu reduzieren
- sind nur in wenigen Teilen umgesetzt worden.
 - Peer-Beratung konnte umgesetzt werden in den **ergänzenden-unabhängigen Teilhabeberatungsstellen (EUTB)**.
 - Neue Leistungsarten in Modellen des BTHG sind nicht erprobt worden.
 - Ein reduzierter Zugang zur Eingliederungshilfe ist nicht erkennbar.



Was bleibt zu tun?

Auf der Bundesebene:

- Die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und Psychotherapeuten ist reformbedürftig.
 - Ambulante psychiatrische Behandlungen müssen unbürokratisch auch in anderen Organisationsformen als in Praxen oder dergleichen ermöglicht werden
 - Fachärzt*innen in SpDi müssen behandeln können
 - Komplexleistungen müssen ohne bürokratische Hürden ermöglicht werden
- Die stationsäquivalente Behandlung sollte in eine echte Komplexleistung übergeleitet werden.
 - Darin sollte auch die Arbeit der Institutsambulanzen eingegliedert werden.
 - Das SGB V muss Regelungen für eine funktionsgerechte psychiatrische Behandlung über die Integration ambulanter und stationärer Behandlung treffen.



Was bleibt zu tun?

Auf der Landesebene:

- Die Umsetzung des BTHG muss korrigiert werden.
 - Der Gestaltungsrahmen des BTHG muss proaktiv genutzt werden.
 - Die Bedarfsplanung muss verschlankt werden.
 - Die Expertise des SpDi muss verpflichtend verankert werden.
 - Die leistungsträgerübergreifende individuelle Hilfeplanung muss umgesetzt werden unter Einbezug
 - der Behandlungsleistungen (SGB V)
 - der Leistungen der beruflichen Reha (SGB II, SGB III, SGB VI)
 - für Kinder und Jugendliche der Jugendhilfe (SGB VIII) und Schule