

Rede von Frau Staatssekretärin Martina Hoffmann-Badache beim LVR-Symposium 2017 "Psychisch erkrankt heute" am Donnerstag, den 2. Februar 2017

„Psychisch erkrankt heute – Versorgungspolitische Aspekte aus Landessicht“

Sehr geehrte Frau Lubek,

sehr geehrte Frau Wenzel-Jankowski,

sehr geehrte Damen und Herren,

herzlichen Dank für die Einladung zu Ihrem Symposium in diesem Jahr! Ich freue mich sehr über die Gelegenheit, heute versorgungspolitische Aspekte aus Sicht des MGEPA darstellen zu können, gehen doch von den LVR-Symposien immer wesentliche Impulse und eine große Strahlkraft in die Versorgungslandschaft aus.

Sich der Thematik „Psychisch erkrankt heute“ anzunehmen und versorgungspolitische Perspektiven zu entwickeln bedeutet für uns im MGEPA und für die Landesregierung, sich einer der großen gesundheitspolitischen Herausforderung zu stellen.

Was bedeutet diese Herausforderung für uns konkret? Zunächst einmal das Wissen, dass wir es mit einer der größten Volkskrankheiten zu tun haben. Laut den aktuellen Gesundheitssurveys ist nahezu ein Drittel der Bevölkerung im Lauf eines Jahres von einer psychischen Erkrankung betroffen, in zunehmendem Maße ältere Menschen und Kinder. Nur bei einem Drittel der Betroffenen ist die Erkrankung eine zeitlich begrenzte Episode, bei zwei Dritteln dagegen eine länger andauernde Erkrankung. Der Anteil an psychisch erkrankten Menschen ist damit seit dem letzten Gesundheitssurvey 1998 konstant geblieben. Die Behandlungsrate – also die Inanspruchnahme - ist jedoch angestiegen: Plus 25 % seit 1998.

Für die Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege von psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen fallen jährlich mehr als 30 Milliarden Euro Krankheitskosten (Destatis 2008/2014) bundesweit an, bevölkerungsbezogen auf

NRW ca. 7 Milliarden. Die psychische Erkrankung gehört damit zu den vier Krankheiten mit den mit Abstand höchsten Krankheitskosten.

Das hat drastische Auswirkungen bei der Erwerbsminderungsrente: Lag der Anteil auf Grund einer psychischen Erkrankung 2001 bei 27 %, waren es 2014 45 %. Zudem ist jeder siebte Arbeitsunfähigkeitstag psychisch bedingt und bedeutet lange Krankschreibungen, häufig mit Krankengeldbezug.

Trotz dieser Anstiege müssen wir umgekehrt feststellen, dass die Behandlungsrate bei psychischen Erkrankungen mit knapp über 30 % nach wie vor im Vergleich zu somatischen Erkrankungen niedrig liegt – wir erreichen also die Patientinnen und Patienten nur zu einem geringeren Teil in ihren akuten Krisen.

Hier müssen wir uns unserer gesellschaftlichen Verantwortung bewusst werden. So müssen wir uns fragen, was macht uns eigentlich krank?

Die steigenden Anforderungen in allen Lebensbereichen, die Tendenz zum „Höher-Schneller-Weiter“ mit ständiger Erreichbarkeit, uneingeschränkter Mobilität und fehlenden Ruhephasen sowie die mit der Individualisierung nicht selten einhergehende Vereinsamung beeinträchtigen zunehmend die seelische Gesundheit.

Das alles sind entscheidende Gründe, die dazu geführt haben, dass die psychiatrische Versorgung und die seelische Gesundheit im Koalitionsvertrag der rot-grünen Landesregierung einen breiten Raum bekommen hatten.

Damit war der Ausgangspunkt für die psychiatriepolitischen Aktivitäten des MGEPA gegeben. Ich kann sagen, die psychiatrische Versorgung war für uns ein wichtiges Thema in der sich dem Ende zuneigenden Legislaturperiode.

Der Start der Landesinitiative „Starke Seelen – starke Netze“ war der erste Handlungsschritt. In die Initiative wurden alle Versorgungsbereiche und Settings eingebunden: Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe, Schule, Kita und Eingliederungshilfe. Drei Jahre nach dem Start werden bereits 16 Projekte gefördert - davon allein 8 hier im Rheinland. Außerdem wurde eine Vielzahl von assoziierten Projekten in die neu aufgebaute Datenbank aufgenommen. Geplant ist, in naher Zukunft in einer Veranstaltung über die – wie wir finden - Erfolgsbilanz zu berichten.

Versorgungspolitisch stand zunächst die Erarbeitung des Krankenhausplans 2015 im Fokus. Für die Psychiatrie haben wir hierin eine wohnortnahe, patientenorientierte Grundversorgung durch ein konsequent integratives Konzept für Psychiatrie und Psychosomatik sowie die Stärkung der teilstationären Versorgung und die Pflichtversorgung für alle KH verankert. Ganz wichtig war uns auch die Vernetzung als Basis für die sektorenübergreifende Arbeit, die sich an den Lebenswelten der Betroffenen orientiert. In der Umsetzung bedeutete dies sicherlich einen komplexen Prozess, denn wirtschaftliche Trägerinteressen und Wettbewerb schwingen immer mit.

NRW hat außerdem die Entwicklungen auf Bundesebene mitgestaltet. So haben wir die Wende des BMG und die Entscheidung des Parlamentes, die PEPP-Entgeltsystematik mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) durch eine Budgetlösung zu ersetzen, mit forciert und unterstützt, auch wenn nicht alles Gold ist, was da zunächst glänzte.

Hinsichtlich der Krankenhausfinanzierung wird vieles auf die Entscheidungen auf Bundesebene in den nächsten Jahre ankommen: Die Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Personalbemessung, die budgetneutrale Umstellung, die Weiterentwicklung des PEPP-Entgeltkataloges und den Krankenhausvergleich.

Ein großer Erfolg sind aus unserer Sicht zudem die stationsäquivalenten Leistungen, also die Möglichkeit der Behandlung im Lebensfeld unter Einbeziehung anderer Leistungsanbieter. Hier appelliere ich an die Krankenhäuser in NRW: Nutzen Sie diese Option im Sinne der Patientinnen und Patienten und zum Aufbau sektorenübergreifender Netzwerke. Wir versprechen uns hier wesentliche Impulse für das Ziel, Sektoren zu überwinden. Hierauf werde ich später zurückkommen, zunächst zurück zur Umsetzung des Regierungsprogramms.

In der zweiten Hälfte der Legislaturperiode haben wir uns zwei wichtigen Projekten gewidmet (die dann schon in die Zeit fielen, als ich vom LVR zum MGEPA gewechselt bin). Die Novellierung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) und die Erarbeitung eines Landespsychiatrieplans – 40 Jahre nachdem der letzte vorgelegt wurde.

Mit der Novellierung des PsychKG war zum einem die Umsetzung der Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts und der UN-BRK verbunden, zum anderen wollten wir die Patientenrechte auf der Grundlage des Koalitionsvertrags und insbesondere die Grundhaltung „Zwangmaßnahmen als Ultima Ratio“ im Gesetz weiter stärken.

Es war eine echte Herausforderung, juristische Vorgaben und fachliche Überlegungen miteinander in Einklang zu bringen und dabei auch immer die Ziele und Belange der Selbsthilfebewegungen mit im Blick zu haben. Beteiligungsveranstaltungen und intensive Verbändeanhörungen waren deshalb umso wichtiger. Letztendlich finde ich, dass wir mit dem engeren Korridor bei Zwangmaßnahmen einschließlich des Richtervorbehalts, der Transparenz durch Dokumentation und der Stärkung offener Unterbringung unserem Anliegen, Zwang zu reduzieren, ein ganzes Stück nähergekommen. Jetzt wird die Praxis, ob das Gesetz in diesem Sinne einen Beitrag leisten kann.

Wir haben aber auch immer gesagt, dass die Regelungen zu den vorrangigen und vor allem Unterbringung vermeidenden Hilfen in einer zweiten Stufe ebenfalls angegangen werden müssen. Das ist unser Plan für die nächste Legislaturperiode!

Die mit dem Ende des letzten Jahres erfolgten Reformen der Eingliederungshilfe und der Pflege und auch der Krankenhausfinanzierung wollen und müssen wir dabei einbeziehen. Sie sind ganz entscheidend für die Steuerung und Ausgestaltung von Hilfen. Gerade durch das Bundesteilhabegesetz wird sich vieles ändern: Die Bedarfsfeststellung, die Hilfeplanung und auch die Leistungsausgestaltung. Hier ist jetzt in der Umsetzung auch das Land gefragt.

Perspektivisch brauchen wir auch für die Weiterarbeit am PsychKG einen Plan, wohin wir wollen. Eine Landespsychiatrieplanung beinhaltet zuerst eine Bestandsaufnahme der psychiatrischen Versorgung und darauf aufbauend einen möglichst breiten Konsens aller Beteiligten zur zukünftigen Ausgestaltung der Hilfen verbunden mit einem planerischen Grundgerüst. Das war und ist auch der Grund dafür, dass der Landespsychiatrieplan im PsychKG verankert wurde. Für uns war wichtig, sofort an die Arbeit zu gehen und diesen in zwei Schritten zu erstellen. In einer beteiligungsorientierten, partizipativen Phase haben wir von Mai 2015 bis September 2016 mit den Betroffenenverbänden und der Fachwelt die aktuelle Situation der psychiatrischen Versorgung in NRW über Sektorengrenzen hinweg

analysiert und diskutiert. Für diese engagierte und intensive Mitwirkung aller Beteiligten - einige sind ja auch heute hier - bedanke ich mich ganz herzlich! Gemeinsam haben Sie einen umfangreichen, zusammenfassenden Bericht mit einer Bestandsaufnahme, Anregungen zur Weiterentwicklung und Handlungsempfehlungen erstellt. Ich habe den Prozess sehr eng begleitet und bin froh über die gemeinsam erarbeitete Plattform, auch wenn wir nicht überall Konsens erreicht haben. Wir werden die Ergebnisse in naher Zukunft veröffentlichen – nochmals vielen Dank an alle Beteiligten.

Der Bericht bildet das Fundament für den Landespsychiatrieplan, in den jetzt auch die Perspektivüberlegungen des MGEPA und der anderen beteiligten Ministerien wie auch Planungen für erste konkrete Handlungsschritte mit einfließen werden. Ich möchte schon jetzt zwei Aspekte herausgreifen, die uns besonders am Herzen liegen: Die sektorenübergreifende Versorgung und die Reduzierung von Unterbringung bzw. Zwangsmaßnahmen. Beide Themenfelder haben auch im Beteiligungsverfahren die Diskussionswogen hoch schlagen lassen. Der Dialog muss hier unbedingt fortgesetzt werden.

Die sektorenübergreifende Versorgung ist ein vielfach verwendeter Begriff. Doch was ist damit bezogen auf die psychiatrische Versorgung konkret gemeint? Sektorenübergreifend bedeutet, dass Schnittstellen und Übergänge für die Patientinnen und Patienten keine Brüche bedeuten, sondern Leistungen nahtlos ineinander übergehen. Dazu brauchen wir Verbesserungen im Versorgungsmanagement. Stichworte sind hier die Optimierung des Entlass- und Aufnahmemanagements, die integrierte Behandlungsplanung, das ICF-Konzept als Instrument der Teilhabeorientierung und die Soziotherapie als Koordinierungsfunktion. Es gibt hier bereits vielversprechende Ansätze – auch im LVR-Klinikverbund!

Um eine sektorenübergreifende Versorgung zu ermöglichen, ist vor allem aber mehr Kooperation und Miteinander an den Schnittstellen der Sektoren geboten - und dabei beziehe ich ausdrücklich die Schnittstellen Behandlung zur Rehabilitation und Pflege mit ein.

Die 64b-Modellvorhaben, das PsychVVG und die IV-Verträge mit ihren unterschiedlichen Steuerungsmechanismen lassen hier die Zukunft erahnen. Das

betrifft wirtschaftliche Fragen und auch konzeptionelle Überlegungen. Der Gedanke des Trägerbudgets ist bei den 64b-Modellvorhaben zentral und wird bereits vom LVR in Bonn und demnächst auch in Düsseldorf erprobt.

Durch die im PsychVVG verankerten stationsäquivalenten Leistungen kann allerdings schon jetzt in der Regelversorgung in Richtung sektorenübergreifende Verbundbudgets gesteuert werden. Es fehlt jedoch noch der Einbezug der Institutsambulanzen, was gut durchdacht werden muss.

Auch die Erfahrungen mit patientenbezogenen Budgets in den IV-Verträgen können uns wichtige Impulse für die zukünftigen Finanzierungswege geben, insbesondere wenn es wie im Rheinland zur sektorenübergreifenden Kooperation kommt. Die nicht ausreichende Finanzierung bereitet uns hier jedoch Sorgen. Wir wollen die begonnenen und aus unserer Sicht so wichtigen Diskussionsprozesse in einem strukturierten Dialog fortsetzen und alle beteiligten Akteure dazu einladen.

Die Fortsetzung des Dialogs halten wir auch für den Bereich der Reduzierung von Zwang und Unterbringungen für notwendig. Die Arbeitsgruppe im beteiligungsorientierten Prozess war bereits ein wichtiger Anfang. Das gilt auch für die Diskussion um die ambulanten Krisenhilfen zur Vermeidung von Zwang. Den Dialog mit seinen ersten Ergebnissen - wie z. B. die Positionierung zur offenen Psychiatrie – müssen wir ergebnisorientiert fortsetzen

Wir werden uns als Land an dem vom BMG auf Bundesebene initiierten Monitoring-Prozess zur Reduzierung von Zwangsmaßnahmen beteiligen und auch unsere bisher erarbeiteten Vorschläge einbringen.

Wir wollen aber auch Projekte im Land unterstützen, die Ansätze erproben, die durch eine Optimierung des Leistungssystems dazu beitragen wollen, Unterbringungen zu vermeiden. Außerdem sollte auch die Peer-Arbeit weiter gestärkt werden. Und wir wollen - das ist mir ganz besonders wichtig - den Dialog aller Beteiligten in einer gemeinsamen Steuerungsgruppe zur Verbesserung der ambulanten Krisenhilfe möglichst schnell fortzusetzen. Dabei wird es natürlich auch um Finanzierungsfragen gehen, das bayerische Modell der Mischfinanzierung könnte hier ein Ansatzpunkt sein. Denn wir alle wissen, wenn wir den Kommunen bei der Bewältigung dieser Herausforderung nicht zur Seite stehen, dann wird es an dieser so wichtigen Schnittstelle keine Weiterentwicklung geben.

Das sind aus unserer Sicht einige wichtige Ausschnitte einer Psychiatrieplanung für NRW.

Im Landespsychiatrieplan werden wir außerdem für die übrigen Handlungsfelder, die in dem Bericht gemeinsam aufgearbeitet wurden, unsere Planungen und erste Handlungsschritte vorstellen. Einige Problemlösungen sind jedoch Bundesangelegenheit so dass wir dort nur über den Bundesrat oder in Bund-Länder-Arbeitsgruppen aktiv werden können.

Ein Aspekt, der uns besonders wichtig ist, und der eigentlich ganz am Anfang stehen müsste, ist die Förderung der Selbsthilfe. Die inhaltliche Gestaltung liegt hier natürlich bei der Selbsthilfe selbst. Wir haben in der Bestandsaufnahme sehen können, wie vielfältig die Selbsthilfe in NRW engagiert ist. Ca. 800 Gruppen sind aktiv, der größte Teil diagnosebezogen. Einen weiteren Teil bildet die Selbsthilfe Psychiatrieerfahrener. Hinzu kommt ein hohes Engagement der Selbsthilfe Angehöriger psychisch Kranker.

Das Land, die Kommunen und die Leistungsträger können aber die Rahmenbedingungen unterstützen. Dabei geht es auch um scheinbar ganz einfache Dinge, wie die Förderung der Infrastruktur (Räume, Öffentlichkeitsarbeit etc.). Wir sehen hier eine Gemeinschaftsaufgabe der Sozialversicherungsträger, insbesondere der Krankenkassen und der öffentlich Gesundheitsvorsorge. Deshalb haben wir sehr begrüßt, dass die Krankenkassen in NRW (im Zuge des Präventionsgesetzes) gemeinsam mit den Kontaktstellen ein Sonderprogramm zur Förderung von Selbsthilfeinitiativen bei psychischen Erkrankungen aufgelegt haben. Gleiches gilt auch für die Initiativen, die durch die LVR-Förderung hier im Rheinland unterstützt wurden, insbesondere der Peer-Beratung.

Das MGEPA fördert bereits die Kontakt- und Informationsstellen. Wir wollen aber auch die Landesebene der Selbsthilfe unterstützen und ihre Partizipationsmöglichkeiten in der politischen Gestaltung stärken. Das Thema soll deshalb einen wichtigen Platz im Landespsychiatrieplan NRW einnehmen.

Ganz konkret planen wir, uns noch in diesem Quartal mit dem sogenannten Lenkungsausschuss zu treffen, um in dieser Runde den Psychiatrieplan und erste Handlungsoptionen abschließend zu diskutieren. Dem scheidenden Landtag werden wir über die Arbeit an diesem Projekt in einer der letzten Sitzungen des zuständigen

Ausschusses berichten. Und das Endprodukt ist dann - da bin ich mir ganz sicher – eine mehr als gute Grundlage für die Weiterarbeit an der Verbesserung der psychiatrischen Versorgung in NRW - auch in der nächsten Legislaturperiode.

Wir haben mit dem Krankenhausplan, der Landesinitiative, der ersten Novellierungsstufe des PsychKGs und dem Arbeitsprogramm des Landespsychiatrieplans eine gute Grundlage für die Zukunft geschaffen. Wesentliche Herausforderungen für die Zukunft sind aus meiner Sicht die Sicherstellung der Personenzentrierung, die Patientenorientierung, die Minimierung von Zwang - und die Partizipation verbunden mit der Vision der Kooperation und der gemeinsamen Verantwortung über die Sektoren hinweg. Wir sind froh, die Landschaftsverbände als Gestaltungspartner an der Seite des Gesundheitsministeriums zu wissen.

Liebe Frau Lubek, liebe Frau Wenzel-Jankowski: Bleiben Sie dran!