



Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz, GVSG)

Ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsversorgung muss verschiedene Aspekte berücksichtigen, um effektiv die Patientengesundheit zu fördern. Wir unterteilen diese in Forderungen, die a) zeitnah umzusetzen sind sowie b) allgemein Berücksichtigung finden müssen.

a) Zeitnah umzusetzende Forderungen

1) Prävention

Um eine Effizienzsteigerung des Behandlungssektors zu erreichen, müssen wir vom Fokus einer rein symptomorientierten Medizin wegkommen hin zu einem hohen Maß an Prävention, Aufklärung, Stärkung der Eigenkompetenz von Patientinnen und Patienten. Das muss gesetzlich festgeschrieben werden mit konkreten Maßnahmen, wie es Schritt für Schritt umgesetzt werden kann.

Zum Beispiel könnte es u.a. durchgeführt werden, indem Krankenkassen verpflichtet werden, neben den Beiträgen zum Innovationsfond einen Teil ihrer Beiträge für Forschungsprojekte zur Überprüfung von „neuen“ Therapieverfahren aufzuwenden; Forschungsprojekte (incl. der Kosten) sind öffentlich zentral darzustellen und ihr Verlauf ist öffentlich zu dokumentieren. Sie sind unter den Krankenkassen dahin gehend abzustimmen, dass keine ungewollten Doppel-/Parallel-Studien stattfinden. Ärzte-/Therapeutenverbände werden ermächtigt, Forschungsinhalte zu benennen, von denen ein kollektiver Nutzen erwartet wird.

Die Motivierung der Bürger für eine kompetente medizinische Selbsteinschätzung und Selbstbehandlung zur Reduzierung der (Gesundheits-)Systembelastung wäre ein weiteres Modul in diese Richtung.

Dazu gehören auch öffentlich zugängliche Schulungsmaterialien jeder Art (Dateien, Videos etc), die insbesondere den BürgerInnen zur Unterstützung der Kompetenzerweiterung zur Verfügung gestellt werden sollten. Hierzu zählen zum Beispiel auch Handouts ebenso wie YouTube-Schulungs-Serien.

Auch die Erarbeitung von Modulen effizienter betrieblicher Gesundheitsvorsorge gehört zu dieser neuen Strategie. Zur Klärung des Nutzens von betrieblicher Gesundheitsvorsorge braucht es Studien. Wenn diese die Effektivität betrieblicher Gesundheitsvorsorge aufzeigen, braucht es breit gefächerte Konzepte dafür.

2) Schutz des Arzt-/Patienten-Vertrauensverhältnisses

Das Primat zum Schutz des Arzt-/Patienten-Vertrauensverhältnisses sollte klar im GVSG festgeschrieben werden!
Trotz Digitalisierung muss diese wesentliche Grundlage jeder Behandlung als vorrangiges Ziel erhalten bleiben. Angemessene und barrierefreie Aufklärung der PatientInnen ist wichtig, damit alle PatientInnen in die Lage versetzt werden, eigenverantwortlich entscheiden zu können.

3) Aufwand und Nutzen der Digitalisierung im Gesundheitswesen

Es sollte der Kosten-Nutzen-Ertrag der Digitalisierung von einer unabhängigen Institution oder Kommission regelmäßig geprüft werden, und zwar im Hinblick auf den bei gesetzlicher Festschreibung entwickelten bzw. vorgegebenen Kriterien, die vornehmlich Patientennutzen im Fokus haben. Die Kommission erstellt regelmäßig Berichte darüber, in denen sie Empfehlungen erteilt.

4) Befüllung der elektronischen Patientenakte

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sollten aus der Pflicht zur Befüllung der elektronischen Patientenakte herausgenommen werden. Sofern sie als psychologische Psychotherapeuten oder als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten tätig sind und keine Medikamente verschreiben dürfen, vollumfänglich.

Ärztliche Psychotherapeuten sollten zumindest für den psychotherapeutischen Teil der elektronischen Patientenakte befreit werden – ebenso auch für Medikationspläne, da sie kein Medikamenten-Budget haben und daher keine Medikamente verordnen dürfen. Damit würde auch der gesetzlich vorgeschriebene zusätzliche Beratungsaufwand in unserem Bereich wegfallen.

5) KI im Gesundheitssystem

Wir halten es für unumgänglich, förderliche und missbräuchliche Aspekte und Risiken im Sinne der menschlichen Gesundheit gesetzlich festzuschreiben. Dies ist dem Aspekt rasanter Technologieentwicklung geschuldet. Gerade deshalb halten wir es für unabdingbar, dass eine „technologische Prävention“ betrieben werden muss, da „Nachsorge“ bei Fehlern kaum möglich ist. Es sollte auch gesetzlich geregelt werden, wer bei KI-generierten

Fehlern/Schäden haftet. Gerade für PsychotherapiepatientInnen erscheint uns eine gesonderte juristische und ethische Betrachtung sinnvoll.

6) Bonussystem für Psychotherapie

Die Förderung der hausarztzentrierten Versorgung, die durch Bonusleistungen der Krankenkassen gefördert werden, sollte um die Psychotherapie erweitert werden.

7) Gesundheitskioske

Gesundheitskioske halten wir im Gesundheitswesen für notwendig und sinnvoll (insbesondere auch als Kontaktstellen und Schulungsstationen auf dem Weg zu mehr Selbstkompetenz der BürgerInnen in Gesundheitsfragen). Wir fordern, diese Idee wieder aufzunehmen und Ärztinnen und Ärzte, aber speziell auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bei der Konzeptionierung mit einzubeziehen.

8) Gebührenordnung

Durch eine angemessene Gebührenordnung, die Wertschätzung und gerechte Honorierung darstellt, kann Fehlverhalten minimiert und die Motivation und Zufriedenheit in Helfergruppen deutlich erhöht werden. Die Gebührenordnungen und insgesamt der Büroaufwand müssen entbürokratisiert, vereinfacht, verschlankt werden.

9) Förderung gesundheitsfördernder und -erhaltender Maßnahmen

Bei Versicherten sollte die Motivation für gesundheitsfördernde und -erhaltende Maßnahmen durch Wahlfreiheit der Versicherten verstärkt werden, was bestimmte Leistungen im Zusammenhang mit Beitragskosten und eigenem Lebensstil angeht. Manches Konsumverhalten würde sich damit reduzieren (z.B. Zucker).

Zu gesundheitserhaltenden Maßnahmen gehört auch, entsprechend den Facharztverträgen, lebenslang alle 2 Wochen Psychotherapie in Anspruch nehmen zu dürfen.

10) Case Manager

Krankenkassen werden verpflichtet, Dienstleistungen zu bezahlen, die von unabhängigen Trägern angeboten werden betreffend Beratung und Betreuung sowie Vermittlung in allen organisatorischen Anliegen zur

- Krankenversorgung,
- Hilfsmittelbeschaffung und -auswahl nebst Vermittlung der Installation/Montage,

-
- Zweitmeinungsangebote organisieren,
- Therapeutensuche (Ernährung, Ergo, etc),
- Krankenhäuser /Rehakliniken für Fachbereiche;
Teilhabe-Maßnahmen wie Krankentransporte,
- Pflegedienste/Soziotherapie vermitteln,
-
- Termine organisieren
- Unterlagen für Untersuchungen/Begutachtungen vorbereiten,
-
- Anträge stellen und bis zum Erfolg weiter betreuen,
-
- Koordination ärztlicher Verordnungen sowie bei Bedarf
-
- direkte Zuarbeit zu Ärzten/Psychotherapeuten

Es geht um Maßnahmen, mit denen viele Bürgerinnen und Bürger überfordert sind.

Die AOK Nord hat solche Berater (Case-Manager) installiert, die von jedem Versicherten genutzt werden können. Allerdings sehen wir das oben skizzierte Konzept in den Händen einer GKV sehr kritisch, da die BeraterInnen im Auftrag ihres Arbeitgebers (Versicherung) gehalten sind, nur kostengünstige Beratungsangebote zu thematisieren; teure Unterstützungsmaßnahmen oder solche, die aus anderen Gründen der GKV unliebsam sind, würden sicher häufiger unterbleiben. Damit wäre aber das Ziel einer weitgehenden Teilhabe-Unterstützung für alle BürgerInnen schon in der Planung unerreichbar. Deshalb sind aus unserer Sicht nur unabhängige Anbieter eine Gewähr für neutrale und umfassende Beratungsangebote - wie dieses:

Es gibt zum Teil lokale Lösungen (z.B. <https://www.tzpn.de/>), die jedoch ohne staatlichen BREITEN Auftrag aktuell nur teilweise die o.g. Angebote abdecken können.

Von der Web-Site des Unternehmens „Teilhabe 2.0“

„Wir bieten eine breite Palette an Leistungen in folgenden Bereichen an

- Wohnen und Haushaltsführung (z.B. Unterstützung bei der Wohnraumbeschaffung, Kommunikation mit dem Vermieter, Begleitung zu Einkäufen, Zimmer aufräumen)
- Arbeit (z.B. Unterstützung bei Arbeitssuche und Bewerbungen schreiben, Kommunikation mit Arbeitgeber und Formalitäten)
- Gesundheit (z.B. Unterstützung bei Arzt- und Therapeutensuche, Arztbegleitung)
- Umgang mit Behörden und anderen Einrichtungen (z.B. Unterstützung bei allen Angelegenheiten mit Jobcenter, Landratsamt, Krankenkassen usw.)
- Freizeitgestaltung und soziale Kontakte (z.B. Unterstützung bei der Vereinssuche, Begleitung zu kulturellen Events)

- Krisenmanagement (z.B. Ansprechpartner in schwierigen Zeiten, auch einfach über Smartphone/WhatsApp, Begleitung in die Klinik, psychosoziale Beratung)“

von der Website: <https://www.tzpn.de/>

11) Krisenpsychotherapeutische Pflege

Es sollte sichergestellt werden, dass flächendeckend psychiatrische/ krisenpsychotherapeutische Pflege angeboten wird. Dies kann von qualifizierten Pflegediensten, aber auch von aufsuchenden Klinikambulanzen angeboten werden. Während eines Übergangszeitraumes von 7 Jahren müssen Pflegedienste keine Zusatzqualifizierten Mitarbeiter nachweisen (jedoch Mitarbeiter qualifizieren). Es genügt während dieser Übergangszeit eine schriftliche Bestätigung der Leistungsempfänger bzw. deren Angehöriger, dass die angebotene Unterstützungsleistung dem angeforderten Bedarf entspricht.

12) Psychotherapeutische Versorgungskonzepte

Die folgenden Forderungen gelten, sofern es nicht explizit anders erwähnt ist, für alle Altersgruppen und alle im Folgenden dargestellten Erkrankungsbilder. Es sollen insbesondere für die Betroffenen alltagstaugliche, integrative und inklusionsfördernde Konzepte geschaffen werden.

Das bedeutet, Versorgungskonzepte müssen auch im Bereich von Erkrankungen mit Indikation zu einer Psychotherapie (nicht primär psychiatrische Erkrankungen) entwickelt und evaluiert werden. Dazu gehören:

1. Versorgungskonzepte
2. Versorgungsstrukturen
3. Teilhabekonzepte

12.1) Entwicklung und Evaluation psychotherapeutischer Versorgungskonzepte

Ziel sollte sein, z.B. Einrichtungen mit haltgewährenden Außenstrukturen zu schaffen, in denen auch sonst nicht versorgte Menschen, z.B. mit schweren Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen, Borderline-Störungen usw. neben psychotherapeutischer Arbeit Unterstützung zur Neugestaltung ihres Alltagslebens erhalten und auf diese Weise Hilfen endlich angeboten werden, die stark beeinträchtigten Menschen eine möglichst breite Teilhabe am Gesellschaftsleben ermöglichen.

Es ist zu vermuten, dass dafür u.a. die Versorgungsregelwerke, die im Facharzt-System zugelassen worden sind (u.a. antragsfreie dauerhafte 2-wöchentliche Psychotherapie-Kostenerstattung lebenslang) auch für die „normal“ gesetzlich Versicherten Anwendung finden müssen, um den Nutzen dieses Behandlungskonzeptes nicht nur selektiv zu nutzen.

12.2) Akute psychische Krisen mit Bedarf hoher Behandlungsdichte im ambulanten Setting (Versorgungsstrukturen)

Die gesetzlichen Krankenkassen sind zu verpflichten, im Falle von Verordnungen zu ambulanter psychiatrischer Pflege (Gemäß § 37 SGB V) sofortige Kostenzusagen (innerhalb von 3 Arbeitstagen) für einen begrenzten Zeitraum (mind. 10 Tage) zu erteilen, der dann zur Prüfung des Sachverhaltes genutzt werden kann. Es darf nicht mehr im Ermessen der Krankenkasse liegen (wie es sich die AOK Karlsruhe z.B. anmaßt), derartige Verordnungen abzulehnen (z.B. mit der Begründung, es lägen keine Rahmenverträge der Krankenkasse mit einem oder mehreren örtlichen Pflegediensten vor, die aber die Voraussetzung seien, um leistungspflichtig zu sein). Da es sich um Akutbehandlung handelt, ist diese einer akut-stationären Einweisung gleich zu setzen, bei der eine gesetzliche Krankenkasse auch nicht vorab um Leistungszusage gefragt werden muss. Gleiches gilt für Soziotherapie, die ebenfalls als Soforthilfe in psychischen Krisen zu klassifizieren ist und auch zur Abwendung von akutstationären Maßnahmen anzusehen ist /genutzt werden kann – ebenso wie zur Linderung schwerer Krisen (wie auch die ambulante psychiatrische Pflege). Hier wird der Schnittbereich / Grenzbereich psychotherapeutischer Versorgung deutlich, der bei vielen Erkrankungen, die oft von psychotherapeutisch Tätigen federführend betreut werden, sehr plötzlich entstehen kann und sofortige zielgerichtete Hilfe benötigt. Um für solche Situationen zukünftig sofort wirksame Maßnahmen zur Verfügung zu haben, erhalten Psychotherapeuten die Zuständigkeit, an den Hausarzt eine dringende Empfehlung zur Verordnung der einen oder beider Maßnahmen auszusprechen und diese inhaltlich festzulegen und mit dem ausgewählten Dienst bzgl. dessen Möglichkeiten abzustimmen.

Mögliche Gründe solcher Verordnungen können sein (nicht abschließend): krisenhafte Überforderung/Zuspitzung im Rahmen einer bekannten psychotherapeutischen oder psychiatrischen Erkrankung, unvorhersehbare krisenhafte Ereignisse mit starker Überforderung.

Hauptziele dieser Maßnahmen (amb. psychiatrische Pflege, Soziotherapie) sind

- die Verhinderung eines stat. Aufenthaltes (auch bei Wunsch seitens der Pat., sofern dies durch den Behandler zu verantworten ist)
- die Überbrückung des Zeitfensters bis zur möglichen stationären Behandlungsaufnahme
- die Verbesserung der Teilhabe
- den Erhalt der Autonomie in der eigenen Wohnung zur Verhinderung einer (neuerlichen) Hospitalisierung (Verhinderung der „Drehtür-Psychiatrie“)
- die Förderung der Integration in eine häusliche Tagesstruktur
- Entlastung der Hausärzte, der psychiatrischen Fachärzte durch stabilisierende soziale Kontinuität / Beziehungssicherheit zur Pflegeperson

- Verkürzung der (schweren) Krankheitsphase
- schnellere Re-Integration in den Lebensalltag, optimaler Weise ins Arbeitsleben

12.3) Maßnahmen für schwer oder chronisch psychisch Erkrankte (Teilhabe Konzepte)

Für schwer oder chronisch psychisch Erkrankte ist entsprechend der zum 1.1.24 in Kraft getretenen Richtlinie zur Förderung von Menschen mit Long-/Post-Covid-Erkrankten (<https://www.g-ba.de/beschluesse/6374/>) eine Leitlinie zu erarbeiten, wie diese möglichst differenziert zu fördern sind, um das Teilhabe ver hindernde (vermindernde) Leid zu reduzieren, bzw. wie trotz dieser Krankheitsbelastungen ein möglichst hohes Maß an Teilhabe ermöglicht werden kann. Ergänzend zum Vorbild der genannten Richtlinie ist jedoch festzulegen, dass der Therapie-leitende Arzt eine Eilbedürftigkeit für den Erhalt von Untersuchungen und Behandlungen festlegen darf, die es dem Patienten ermöglichen, zeitnah erweiterte Unterstützung zu erhalten.

12.4) Angebote für Jugendliche/Junge Erwachsene – Förderung der Teilhabe

Junge Menschen brauchen eigene Konzepte der Stärkung des Selbstbewusstseins, Förderung der sozialen Kompetenz und Ertüchtigung für das Erwachsenenleben. Dieses Thema benötigt breite praktische Forschung, da junge Menschen (Jugendliche und junge Erwachsene) durch eine Vielzahl an beeinträchtigenden Einflüssen in den letzten Jahren und absehbar in den zumindest nächsten 10 Jahren derart beeinträchtigt sind, dass ein gelingendes Erwachsenwerden mit Verantwortungsübernahme, innerer und äußerer Konstanz/Kontinuität/Durchhaltefähigkeit und Selbstführungskompetenz immer seltener gut gelingt.

Zu denken ist an Persönlichkeitsbildungsangebote, auch in Form von 3-12-monatigen Berufserprobungs-Angeboten, die verpflichtend werden sollten. Dabei sollten Berufstätigkeiten aus verschiedenen Richtungen durchlaufen werden. Die Zielsetzung eines solchen Ansatzes ist das Erwerben von sozialer Kompetenz, Selbsteinschätzungsfähigkeit bzw. Selbsterkenntnis-Arbeit (u.a. was liegt mir/was nicht, warum usw.). Außerdem soll es dem Abbau sozialer Hemmungen dienen, die in den letzten Jahren durch/seit Corona und ausuferndem Mediengebrauch (Smartphone-Junkies) rasend schnell zugenommen haben. Dies ist auf betrieblicher Ebene anzubieten und kann zumindest teilweise in ähnlichen organisatorischen Strukturen stattfinden wie heute schon das FSJ oder das FÖJ (Bundesfreiwilligendienst BFD). Hier gibt es zwischenzeitlich viele Unternehmen, die entsprechende Erfahrungsstrukturen vorhalten und gut organisiert junge Menschen einbinden.

12.5) Ambulante Psychotherapie - regelhaft als Videotherapie erlauben

Dieses Verfahren ist z.B. regelhafte Praxis in Schweden, woraus sich bereits eine hohe Wahrscheinlichkeit für den Nutzen eines solchen Verfahrens

ableiten lässt. Es sollte für einen Test-Zeitraum von 2 Jahren flächendeckend eingeführt und begleitend beobachtet werden.

Hier ist zu erwägen, in die Untersuchung auch eine Gruppe aufzunehmen, in der das erste/die ersten drei Gespräche in der Praxis stattfinden.

b) Allgemeine Forderungen, die insgesamt für ein funktionierendes Gesundheitssystem auf weite Sicht relevant sind:

1) Integration weiterer Bereiche

Wichtige gesellschaftliche Einrichtungen, die aber oft nur randständig von der Politik behandelt werden, müssen in den Fokus gerückt werden. So zum Beispiel dürfen Frauenhäuser nicht weiter „kaputtgespart“ werden. Die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen muss genauer angeschaut werden, zum Beispiel sollen Arbeitgeber solche Bewerber bevorzugt einstellen, aber es wird oft versucht, dies zu umgehen.

Gegebenenfalls ist zu prüfen, ob mittels durch das BMG veranlasster Studien hier der Status quo genauer ermittelt werden kann und dadurch Maßnahmen besser geplant und gesetzlich vorgeschrieben werden können. Wir fordern daher vom BMG, eine Studie über die Situation psychisch kranker Menschen bezüglich der gesellschaftlichen Teilhabe zu erstellen unter Einbeziehung der behandelnden ambulanten Psychotherapeuten und der stationären Behandler.

2) Risiken und Erfahrungen der weiteren oder fortgeschrittenen Privatisierung des Gesundheitswesens

Der weiteren Privatisierung medizinischer Einrichtungen sollte Einhalt geboten werden. Steuergelder müssen so verwendet werden, dass durch Transparenz neutrale Forschung möglich wird und nicht durch Subventionierungen Bereiche gefördert werden, die den tatsächlichen Bedarf verzerrt abbilden. Entsprechende Transparenz- und Korrekturmaßnahmen müssen geschaffen werden. In die Grundlagenforschung muss wieder mehr Unterstützung vom Staat einfließen statt durch Drittmittel. Das ist besonders für den Gesundheitsbereich relevant: neutrale Ursachenforschung als Prävention statt einer Bevorzugung symptomlindernder Maßnahmen. Weiterhin muss eine Überhandnahme der Einrichtung medizinischer Versorgungszentren (MVZ) zuungunsten ärztlicher/psychotherapeutischer Einzelpraxen einer kritischen Betrachtung unterzogen werden. Entsprechende Untersuchungen/Studien hierzu sind zu fordern, um rechtzeitig gegensteuern zu können. Die Gründung kommunaler medizinischer Versorgungszentren sollte nur Fachpersonal vorbehalten bleiben. Also Ärzten und Psychotherapeuten, nicht von fachfremden Berufsgruppen. Es darf kein Ausverkauf durch fremde Dritte passieren. Medizinische Versorgungszentren müssen der Behandlung und nicht der

Gewinnerzielung dienen. Es sollte eine Obergrenze festgelegt werden, zudem eine Regelung gegen Gewinnabschöpfung. Interessenkonflikte sollten bei der Gründung ausgeschlossen werden.

3) Gesundheitliche Bildung zur Prävention

Die Wichtigkeit von gesundheitserhaltenden Maßnahmen und der Umgang mit der eigenen seelischen Gesundheit muss als Unterrichtsfach zur Prävention bereits an Schulen und am besten bereits in Kindergärten festgeschrieben werden. Durch bewusste Veränderung kann am besten Gesundheitsprävention betrieben und spätere Kosten für die Gesellschaft eingespart werden. Hierdurch soll die aktuelle Kostenspirale mit zu wenig präventiven Maßnahmen und dadurch immer höheren Kosten für rein symptomlindernde Therapien mit immer neuen Diagnosen, finanziellen Anreizen, unnötigen Operationen etc. durchbrochen werden. Positive Anreize wären z.B. Gesunderhaltung und Selbstorganisation für Beitragsminimierung, freie Wahl von Versicherungsbausteinen, Eigenverantwortung. Hier ist die Gesundheitspolitik in der Pflicht, viel stärker als bisher „über den Tellerrand“ hinaus zu schauen, d.h. gute Modelle im Ausland für die vielfältigen Anforderungen aufzuspüren und für die deutsche Gesundheitspolitik nutzbar zu machen.

4) Mitverantwortung der Wirtschaft stärken

Im Zuge der Prävention muss auch die Industrie verpflichtet werden, die Lasten für ihre krankmachenden Produkte selbst zu bezahlen (Forschung, Daten) und dies zudem transparent zu machen (z.B. ähnlich wie Aufschriften auf Zigarettenpackungen). Stichworte sind hier Erkrankungen und Risiken durch Zucker, Glyphosat, Alkohol, Cannabis etc. Erwähnenswert und nachdenkenswert erscheint uns, dass in Großbritannien durch Einführung einer Zuckersteuer die Zuckerkonzentration in Softdrinks von der Industrie um 50% gesenkt wurde. So wird die verursachende Industrie an den durch ihre Produkte entstehenden Schäden zumindest mitbeteiligt.

5) Transparenz und Kostenkontrolle

Kostenkontrolle und Transparenz sollte nicht nur von Behandlern und Patienten gefordert werden, sondern auch von Krankenversicherungen oder Beteiligten des Gesundheitssystems.

Hierbei dürfen Vorstandsgehälter oder persönliche finanzielle Zuwendungen auch kein Tabuthema sein.

Wir halten die Einrichtung eines externen Prüforgans im Sinne eines unabhängigen Gremiums für notwendig.