

STELLUNGNAHME



Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie zum Dialogprozess zu SGB V

Einführung:

Durch den demographischen Wandel hat die Zahl der älteren Menschen in den letzten Jahrzehnten stetig zugenommen, aber auch die Lebenserwartung ist stetig gestiegen. Sie liegt aktuell bei 82,7 Jahren für Frauen und bei Männern bei 77,7 Jahren. Zudem hat sich die Versorgungssituation und der Gesundheitszustand der älteren Menschen deutlich gewandelt. Über 50 % der Frauen und Männer über 65 Jahre schätzen ihren Gesundheitszustand als gut bis sehr gut ein. Das subjektive Gesundheitserleben steigt stetig trotz Zunahme chronischer Erkrankungen im Alter. Hierzu gehören Herz-Kreislauf-, Muskel-, Skeletterkrankungen, Diabetes, Tumore, etc. Ebenso nehmen die sportlichen Aktivitäten zu und auch eine veränderte Lebenseinstellung führt zu einer Verlängerung der Lebenszeit. Ältere Menschen zeigen deutlich geringere Leistungsschwankungen, eine höhere Produktivität im Generationenvergleich. Auch die geistige Leistungsfähigkeit nahm in den letzten Jahren zu.

Dieser Entwicklung hat sich auch die Medizin im Alter angepasst. So ist es bei aller Bemühungen akute Krankheitszustände zu verhindern bzw. zu heilen, letztlich vor allem eine chronisch kranken Medizin, in der es darum geht, eine Linderung der unterschiedlichen Erkrankungen zu erreichen sowie dem Betroffenen ein Selbstkonzept zur individuellen Bewältigung an die Hand zu geben.

Aktuelle Problemkonstellation :

- Zunehmende Multimorbidität und Polypharmazie:
Die Behandlung der chronischen Erkrankungen führt bei einer leitlinienorientierten Behandlung der einzelnen Erkrankungen zu einer deutlichen Zunahme der Polypharmazie.
- Die zum Teil hoch spezialisierte Behandlung älterer Menschen lässt kaum die interdisziplinäre Behandlung zu.

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SOZIALE PSYCHIATRIE E.V. (DGSP), ZELTINGER STR.9, 50969 KÖLN,

TEL.: 0221 511002, EMAIL.: info@dgsp-ev.de, <https://www.dgsp-ev.de/startseite.html>

- Leitlinienorientierte Behandlung steht immer wieder im Widerspruch zum geforderten Pragmatismus in der Behandlung.
- Struktur und Prozesse in den aktuellen medizinischen Institutionen (Krankenhäuser, Arztpraxen) sind in vielen Bereichen nicht altengerecht oder gar demenzfreundlich strukturiert.
- Rehabilitative Angebote sind nicht für alle Betroffenen frei zugänglich
- Prävention und Behandlung ist kein fester Bestandteil der aktuell medizinischen, therapeutischen Konzeptionen in der Altersmedizin.
- Ambulant vor stationär wird nicht durchgehend durchgeführt.
- Finanzierungen der Leistungen sind sehr gesplittet und es gibt keinen einheitlichen Konsens zwischen den unterschiedlichen Finanziers.
- Medizinische und pflegerische Versorgungssysteme sind lokal völlig unterschiedlich ausgeprägt bei gleicher Finanzierungslage. In bestimmten Regionen werden spezifische Angebote überhaupt nicht vorgehalten, in anderen Regionen zum Teil im Übermaß.
- Die gesellschaftliche Entwicklung weist eine zunehmende Vereinsamung der Menschen im Alter auf. Mit ihr gehen dann körperliche und psychische Erkrankungen einher.
- Leistungsfähigen Personen fehlen im Alter Möglichkeiten der sinnvollen Betätigung sowie oft auch Unterstützung und Fürsprache.

Änderungsvorschläge und Empfehlungen:

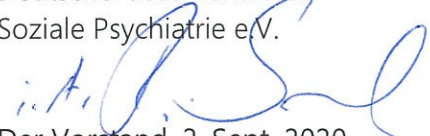
1. Integration gerontopsychiatrischer Kompetenz:
Gerontopsychiatrische Kompetenz gehört mit in die unterschiedlichsten stationären und ambulanten medizinischen Versorgungsstränge integriert. Ältere Menschen tauchen heute mittlerweile in fast allen medizinischen Disziplinen auf. Gerontopsychiatrische Kompetenz (medizinisch und pflegerisch) kann die Behandlungsabläufe an dem jeweiligen Behandlungsort fachlich begleiten.
2. Anpassung der Behandlungsprozesse an die Bedürfnisse älterer Menschen:
Die Strukturen und Prozesse in den unterschiedlichsten medizinischen Fachdisziplinen sind bis heute nicht auf die Bedürfnisse älterer Menschen abgestimmt. Diese Patientengruppe benötigt mehr Zeit, sind mit der Komplexität und Schnelligkeit der Abläufe meist überfordert, was unter anderem zu Behandlungsabbrüchen, zu diagnostischen Wiederholungen etc. führt.
3. Aufheben von Behandlungs- und Versorgungsgrenzen:
Ältere Menschen benötigen für ihre Sicherheit, für das Gewinnen von Vertrauen eine ihnen bekannte Umgebung und vertraute Person. Dies gelingt unter anderem indem diagnostische und vor allem therapeutische Leistungen an dem vertrauten Wohnort stattfinden. In der Psychiatrie ist dies mittlerweile durch die stationsäquivalente Behandlung möglich (StäB). Hier gilt es eine konsequente Umsetzung zu erreichen.
4. Kommunale Planung:

Der Bewegungsradius eines älteren Menschen reduziert sich immer mehr, so dass für die hinreichende Versorgung und Begleitung die entsprechenden Hilfs- und Betreuungsangebote unmittelbar vor Ort vorhanden sein müssen. Dies gelingt nur durch eine verbindliche kommunale Pflegeplanung mit quartiers- oder stadtteilbezogene Versorgungsangeboten. Für die Planung und Umsetzung ist die Kommune verantwortlich ...und nicht der offene, freie Markt.

5. Auflösung der gegliederten Finanzierung („SGB 0“):

Die sehr geteilte Finanzierungssituation in Deutschland führt immer wieder zu Fehlentwicklungen sowie Behandlungslücken und dem nicht durchführen von Leistungsangeboten. Hier gilt es alle Finanziers an einem Tisch zu einen und eine Gesamtfinanzierung zu verabschieden.

Deutsche Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e.V.


Der Vorstand, 2. Sept. 2020



