

An die Mitglieder des Gesundheitsausschuss
des Deutschen Bundestags

DGPPN-Geschäftsstelle
Reinhardtstraße 29
10117 Berlin
T +49 30 2404 772-0
F +49 30 2404 772-29
sekretariat@dgppn.de
dgppn.de

Berlin, 03.05.2024

Reform der psychiatrischen Krankenhausversorgung

Sehr geehrte Mitglieder des Gesundheitsausschusses,

derzeit befinden sich gleich zwei Referentenwürfe im Stellungnahmeverfahren, die zum einen die Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG) und zum anderen eine Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und eine Reform der Vergütungsstrukturen (KHVVG) erreichen sollen. Allerdings stellen wir mit Sorge fest, dass vor allem im GVSG keinerlei Regelungen enthalten sind, die die dringend notwendige Reform der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung durch das Krankenhaus betreffen.

Insbesondere die in der achten Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung empfohlene Flexibilisierung der Behandlung durch psychiatrische Krankenhäuser wird von unserer Fachgesellschaft, den Klinikverbänden und breiten Teilen der gemeinsamen Selbstverwaltung als zentral für eine Versorgungsverbesserung eingeschätzt und ausdrücklich unterstützt.

Die DGPPN misst dabei der Einführung von Globalbudgets, der Stärkung der Psychiatrischen Institutsambulanzen durch eine bundesweit auskömmliche Finanzierung mit Einzelleistungsvergütung und einer flächendeckenden regionalen Versorgungsverpflichtung als Versorgungsprinzip den höchsten Stellenwert bei.

Allerdings wächst unsere Sorge, dass diese Reform der psychiatrischen Krankenhausversorgung in dieser Legislatur nicht mehr realisierbar werden wird, wenn sie nicht noch Eingang in das GVSG findet.

Dies wäre aus den folgenden Gründen fatal:

VORSTAND

Prof. Dr. Andreas Meyer-Lindenberg
Präsident
Prof. Dr. Thomas Pollmächer
Past President
Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank
President Elect

Prof. Dr. Andreas Bechdorf
Dr. Sylvia Claus
Prof. Dr. Dr. Katharina Domschke
Prof. Dr. Andreas J. Fallgatter
PD Dr. Karel Frasch
Prof. Dr. Dr. Andreas Heinz
Prof. Dr. Frank Jessen
Dr. Sabine Köhler

Dr. Julia-Maleen Kronsbein
Prof. Dr. Jürgen L. Müller
Prof. Dr. Andreas Reif
Prof. Dr. Steffi G. Riedel-Heller
Dr. Christa Roth-Sackenheim
Prof. Dr. Rainer Rupprecht
Dr. Bettina Wilms
Prof. Dr. Peter Zwanzger, Kassenführer

HYPOVEREINSBANK MÜNCHEN
IBAN DE58 7002 0270 0000 5095 11
BIC HYVEDEMMXXX
VR 26854 B, Amtsgericht
Berlin-Charlottenburg

USt-ID-Nummer
DE251077969

Die psychiatrischen Krankenhäuser haben durch die Aussetzung der Sanktionsregelungen in der PPP-RL ausdrücklich Zeit dafür erhalten, sich auf notwendige Strukturreformen einzustellen und sie vorzubereiten, damit künftig mit dem vorhandenen Personal eine qualitativ gute Versorgung gewährleistet werden kann. Dazu braucht es u. a. eine Flexibilisierung des Behandlungsangebots und eine Stärkung der Psychiatrischen Institutsambulanzen wie von der Regierungskommission vorgeschlagen. Eine Verzögerung der Reformen bis in die nächste Legislaturperiode würde den Druck auf die Krankenhausversorgung weiter erhöhen, der durch dann erneut drohende Sanktionen, durch Fachkräftemangel und durch die Ausdünnung fachärztlicher Praxen insbesondere im ländlichen Raum entsteht.

Wenn es nicht umgehend gelingt, die Globalbudgets als Optionsmodell in die Bundespflegesatzverordnung einzuführen, werden Ende des Jahres mehrere Modellprojekte nach § 64b aus der Versorgung ausscheiden, mit negativen Folgen für die Versorgung vor Ort.

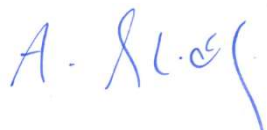
Schließlich würden die angekündigten Verbesserungen der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, ohne gleichzeitige Flexibilisierung der Krankenhausbehandlung in ihrer Wirkung verpuffen.

Wir möchten Sie deshalb auffordern, sich für die zeitnahe gesetzliche Regelung einer Reform der psychiatrischen Krankenhausversorgung einzusetzen. Die Zeit dafür scheint günstig, lassen Sie uns keine Zeit verlieren!

Sehr gerne möchte ich Ihnen unsere Argumente, die wir ausführlich in einem Papier für ein Versorgungsmodell zusammengeführt haben, darlegen. Sie finden den momentanen Stand auf den nachfolgenden Seiten.

Für Rückfragen, gerne auch in einem persönlichen Gespräch, stehe ich Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit den besten Grüßen



Prof. Dr. Andreas Meyer-Lindenberg
Präsident

Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung durch das Krankenhaus

Das Wichtigste auf einen Blick

Psychische Erkrankungen betreffen aktuell 27,8 % der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland und haben gravierende soziale und ökonomische Auswirkungen für die Betroffenen, ihr Umfeld und die Gesellschaft. Eine wirksame und bedarfsgerechte Versorgung von psychisch erkrankten Menschen liegt im Interesse jedes Einzelnen und ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Die DGPPN begrüßt die aktuellen Reformbestrebungen der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ für die Psychiatrie und Psychotherapie und möchte diese weiterentwickeln und vertiefen. Zunächst empfehlen wir, den Schwerpunkt auf die Bereiche **Krankenhausstruktur und -finanzierung, Flexibilisierung von Leistungsangeboten, Qualitätssicherung und Personalausstattung** zu legen. Gleichzeitig unterstreichen wir, die Passung notwendiger Reformen im **ambulantem und komplementärem Versorgungsbereich** mitzudenken: Das langfristige Ziel eines **regionalen, gestuften und sektorenübergreifenden Versorgungssystems** darf nicht aus dem Auge verloren werden.

Die DGPPN empfiehlt folgende konkrete Maßnahmen:

- Eine bundesweite, klar definierte, flächendeckende, regionale **Versorgungsverpflichtung** mit **populationsbezogenen** Behandlungsangeboten für **alle Behandlungssettings**. Die Operationalisierung der regionalen Versorgungsverpflichtung muss weiterentwickelt und bei der Ressourcenallokation berücksichtigt werden.
- Die kontinuierliche Gewährleistung der psychiatrischen Versorgung durch die drei Typen von psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken: **Psychiatrische Fachkrankenhäuser, psychiatrische Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern und an Universitätskliniken**. Alle drei Typen müssen sich an der regionalen **Versorgungsverpflichtung** beteiligen, den Ausbau nichtstationsgebundener Leistungen vorantreiben und die Verzahnung mit gemeindenahen Versorgungsstrukturen intensivieren.
- Eine vollumfängliche **Finanzierung der Personalkosten** – zugunsten der Qualitätssicherung. Wir sprechen uns deshalb auch für eine vollständige Rückzahlung von nicht zweckgebundenen verausgabten Mitteln aus. Im gemeinsamen Dialog mit den Kostenträgern müssen Maßnahmen bei Nichterfüllung der Mindestanforderungen vereinbart werden. Als strukturelles

Qualitätskriterium sollen alle Kliniken die Personalbesetzung in den einzelnen Berufsgruppen ausweisen und für die Nutzenden transparent machen.

- Die **Finanzierung der Kosten für die Weiterbildung der Ärzte und der psychologischen Psychotherapeuten**. Die Sonderaufgaben der Universitätsklinika und Lehrkrankenhäuser müssen in der Psychiatrie und Psychotherapie auch in Globalbudgets durch Zuschläge oder Aufschläge in der Personalbemessung abgebildet werden.
- Die konsequente Umsetzung einer **bedarfsgerechten, gestuften Versorgung** wird zukünftig vor dem Hintergrund des weiterwachsenden Bedarfs an fachärztlich verantworteter Diagnostik und Therapie unumgänglich werden. In einem **Clearingprozess** unter ärztlicher Letztverantwortung müssen individuelle Bedarfe und Ressourcen erhoben, erste diagnostische Einschätzungen vorgenommen und abgestimmte Interventionen festgelegt und ggf. auch schon durchgeführt werden.

Einleitung

Gesellschaftliche Relevanz psychischer Erkrankung in Deutschland

Jährlich sind etwa 17,8 Millionen Menschen in Deutschland – 27,8 % der erwachsenen Bevölkerung – von einer psychischen Erkrankung betroffen. Psychische Erkrankungen haben gravierende Auswirkungen für die Betroffenen, ihr Umfeld und die Gesellschaft. Sie zählen hierzulande zu den vier wichtigsten Ursachen für den Verlust gesunder Lebensjahre. Einer von sechs Arbeitsunfähigkeitstagen und mehr als jede dritte Frühberentung gehen auf das Konto einer psychischen Erkrankung. Ihre Behandlung verursacht jährliche Kosten in Höhe von 56,4 Milliarden Euro, die indirekten Kosten liegen noch deutlich darüber. Eine wirksame und bedarfsgerechte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen liegt im Interesse jedes Einzelnen und ist darüber hinaus eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Internationale Empfehlungen zur Organisation psychiatrischer Versorgung

Das vorliegende Konzept orientiert sich an den Empfehlungen der OECD (2014) und der WHO (2001), welche die sogenannten *stepped care* (DGPPN 2018) und *balanced care*-Modelle (Thorncroft & Tansella 2014) für die psychiatrische Versorgung vorsehen. Es wird empfohlen, die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen zu fördern und die Wünsche der Nutzenden in die Planung und Durchführung der Behandlung einzubeziehen. Dabei soll die psychiatrische Versorgung populationsbezogen, evidenzbasiert, leicht zugänglich, akzeptabel und bedarfsabhängig intensivierbar sein. Sie soll ein ausgewogenes Angebot von aufsuchender und stationärer Behandlung umfassen und Frühintervention und soziale sowie berufliche Rehabilitation berücksichtigen (s. Kapitel 7.4).

Die Situation in der Versorgung und bisherige Reformbemühungen

Die Herausforderungen in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere schwer erkrankten, sind hinlänglich dokumentiert. Dazu zählen ein hoher Versorgungsdruck und eine hohe Leistungsverdichtung, Fachkräftemangel, Unter-, Über- und Fehlversorgung, lange Wartezeiten auf Behandlung vor dem Hintergrund großer, regionaler Unterschiede in der Verfügbarkeit von Behandlungsangeboten, unzulänglicher Vernetzung und Steuerung der beteiligten Sektoren und Leistungserbringer sowie fehlender Anreize zur Versorgung besonders vulnerabler Gruppen außerhalb der Pflichtversorgung.

Bereits erfolgte Reformmaßnahmen haben hier keinen Erfolg verbuchen können: Weder die Ausweitung ambulanter psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten noch die Einführung neuer ambulanter Versorgungsformen (wie z. B. die KSVPsych-Richtlinie) haben die Wartezeiten im ambulanten Bereich reduziert oder eine flächendeckende Koordinierung der Leistungsangebote für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ermöglicht. Das Ziel einer kohärenten, strukturierten Vernetzung der vielfältigen medizinischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgungsmöglichkeiten bleibt bislang unerreicht.

Aktuelle Reformbestrebungen

In diesem Kontext hat die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (nachfolgend „die Regierungskommission“) im September 2023 zentrale Ansätze

für die notwendige Weiterentwicklung der Versorgung in Psychiatrie und Psychosomatik formuliert. In einem ersten Schritt soll demnach der Krankenhausbereich adressiert werden. Es sollen u. a. globale (Krankenhaus)-Budgets, welche bislang nur im Rahmen von Modellprojekten (§ 64b SGB V) möglich waren, schrittweise in die Regelversorgung überführt, das bayerische Vergütungsmodell für Psychiatrische Institutsambulanzen (PIAs) bundesweit implementiert und die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und dem vertragsärztlichen Bereich intensiviert werden. Aktuell arbeitet das Bundesgesundheitsministerium an den Versorgungsgesetzen I und II, welche Empfehlungen der Regierungskommission aufgreifen und gesetzlich implementieren sollen. Die Gesetzesentwürfe werden für die erste Jahreshälfte 2024 erwartet. Dieses Vorhaben steht im Kontext der allgemeinen Krankenhausreform, welche vor dem Hintergrund von knappen finanziellen Ressourcen und Fachkräftemangel laut Bundesgesundheitsministerium insbesondere die Entökonomisierung, die Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, die Entbürokratisierung des Systems sowie die Gewährleistung der Versorgungssicherheit (Daseinsvorsorge) verfolgt.

Kurz gesagt...

...unterstützt die DGPPN die aktuellen politischen Reformbestrebungen nachdrücklich und empfiehlt, zunächst den Schwerpunkt auf die Bereiche **Krankenhausstruktur** und **-finanzierung, Flexibilisierung von Leistungsangeboten, Qualitätssicherung** und **Personalausstattung** zu legen. Gleichzeitig muss dabei die Passung notwendiger Reformen im ambulanten und komplementären Versorgungsbereich mitgedacht werden und das langfristige Ziel eines **regionalen, gestuften und sektorenübergreifenden Versorgungssystems** darf nicht aus dem Auge verloren werden.

1. Regionale, populationsbezogene Versorgungsverpflichtung als Versorgungsprinzip

Die regionale Versorgungspflicht ist der Grundpfeiler der medizinischen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland. Diese erfolgt durch Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, psychiatrische Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken. Die Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete aus dem Jahr 1975 wurden in den folgenden Jahrzehnten in den Bundesländern krankenhauplanerisch grundsätzlich umgesetzt, allerdings mittels unterschiedlicher gesetzlicher Regelungen und in unterschiedlich klarer Verbindlichkeit. Bis heute gibt es deshalb keine eindeutige, allgemein anerkannte und auch flächendeckend umgesetzte Definition der Pflichtversorgung.

Weitgehend Einigkeit besteht darin, dass die **regionale Versorgungsverpflichtung** zumindest die stationäre Behandlung solcher Patienten umfasst, die aufgrund einer Regelung der Psychisch-Kranken(-Hilfe)-Gesetze des jeweiligen Bundeslandes gegen ihren Willen im Krankenhaus untergebracht werden müssen. Allgemein wird angenommen, dass auch die Aufnahme von solchen Patienten für das regional zuständige Krankenhaus verpflichtend ist, die auf Grundlage einer zivilrechtlichen Regelung durch einen gerichtlich bestellten Betreuer gegen ihren natürlichen Willen untergebracht werden. Hierzu existieren allerdings keinerlei gesetzliche Regelungen. In der Tat besteht rechtssystematisch auch keine Möglichkeit, einzelne Krankenhäuser zur Aufnahme solcher Patienten zu verpflichten.

Vom Grundsatz her umfasst eine regionale Versorgungsverpflichtung nicht nur die Aufnahme rechtlich untergebrachter Patienten, sondern zusätzlich zumindest auch derjenigen Patienten, die dringend, also **akut bzw. notfallmäßig behandlungsbedürftig** sind und freiwillig zur Aufnahme kommen, z. B., weil sie akut suizidal sind. Schließlich kann man das Konzept der regionalen Versorgungsverpflichtung auch so weit fassen, dass schlicht alle Patienten einer bestimmten Versorgungsregion, die einer Behandlung mit den Mitteln des Krankenhauses bedürfen, Anspruch darauf haben sollen, vom zuständigen Krankenhaus Behandlung zu erhalten – auch wenn es sich um eine geplante, nicht notfallmäßige Behandlung handelt. In der Regel wird dies auch unter regionaler Pflichtversorgung verstanden und macht den größten Teil der Aufnahmen aus. Dies umfasst neben der vollstationären Behandlung auch die teilstationäre, die aufsuchende (z. B. im Rahmen von stationsäquivalenter Behandlung; StäB) und die ambulante Behandlung durch das Krankenhaus. In den letzten Jahren hat es Versuche gegeben, zunächst empirisch zu bestimmen, in welchem Umfang Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie tatsächlich ihrer Versorgungsverpflichtung nachkommen (z. B. Godemann et al. 2015; Ziareis et al. 2020). Dabei ist es Ziareis et al. (2020) anhand eines Sets von Indikatoren, die routinemäßig erhoben werden (sog. § 21 Datensatz), gelungen, die regionale Pflichtversorgung dimensional zu beschreiben und zu quantifizieren.

Die DGPPN empfiehlt eine konsequente Weiterentwicklung und flächendeckende Umsetzung des Prinzips der regionalen Versorgungsverpflichtung. Das Versorgungsgebiet jeder Klinik, die im Krankenhausplan aufgenommen ist, soll derart festgelegt werden, dass es keine „weißen Flecken“ gibt, mithin keine unversorgten Gebiete. Die Versorgungsverpflichtung einer Klinik soll objektiv, unbürokratisch und datenbasiert bestimmt werden und nicht – wie es bislang war – nach Selbstauskunft. Die Aufgaben, die mit der regionalen, populationsbezogenen Versorgungsverpflichtung einhergehen, sollen bundesweit

explizit und möglichst einheitlich definiert und rechtlich festgeschrieben werden: In allen Bundesländern sollen die Versorgungssektoren geographisch klar definiert und ausgewiesen sein. Die Krankenhausplanung der Länder soll mit der regionalen Versorgungsverpflichtung korrespondieren und auf Basis von bevölkerungsbezogenen Messziffern von Behandlungsplätzen für den stationären, teilstationären, stationsäquivalenten und den ambulanten Bereich erfolgen (Behandlungskapazitäten; populationsbezogene Bedarfsplanung). Dabei soll die Krankenhausbehandlung bedarfsorientiert und flexibel möglich sein — sowohl „mit Bett“ (stationär) als auch „ohne Bett“ (teilstationär, ambulant und aufsuchend) — und mit variabler Behandlungsdichte. Die Behandlung soll so viel wie möglich „ohne Bett“ erfolgen, vielfach in wohnortnahen Dependancen von Kliniken. Zur Sicherstellung der regionalen Versorgung sollen lediglich die Kliniken der verschiedenen Psych-Fachgebiete, die Verantwortung für die regionale Versorgungspflicht übernehmen, Institutsambulanzen (PIAs oder PsIAs) vorhalten.

Jede Klinik übernimmt für die Population ihres Versorgungsgebiets umfassend Verantwortung. Dabei kann die Größe der Versorgungsgebiete für ein Krankenhaus, eine Klinik am Allgemeinkrankenhaus oder eine Universitätsklinik variieren. Mittel- und langfristig bedarf es weiterer Reformanstrengungen, damit Krankenhausstrukturen, die nicht an der regionalen Versorgungsverpflichtung teilnehmen und (Personal)-Ressourcen entziehen, zumindest nicht weiterwachsen. Idealerweise müssen diese nach und nach reduziert werden. Perspektivisch sollen ausschließlich *elektiv* aufnehmende Kliniken ohne regionale Versorgungsverantwortung, die entsprechend wegen der Wohnortferne fast ausschließlich stationäre Versorgung anbieten können, wenn überhaupt, nur als „Spezialkliniken“ für zeitlich begrenzte Intensivprogramme für klar definierte, fachliche Indikationsgebiete fungieren, z. B. Essstörungen oder komplexe PTBS. Grundsätzlich sieht die DGPPN diese Kliniken kritisch; zumindest sollte der weitere Ausbau erschwert werden — u.a. durch strikte Eingrenzung auf bestimmte Indikationen (vgl. weiter unten Ausführungen zu den Leistungsgruppen).

Kurz gesagt...

*...spricht sich die DGPPN für **eine in allen Bundesländern klar definierte, flächendeckende regionale Versorgungsverpflichtung** mit populationsbezogenen Behandlungsangeboten in allen Settings aus. Die Operationalisierung der regionalen Versorgungsverpflichtung soll weiterentwickelt und bei der Ressourcenallokation berücksichtigt werden.*

2. Reformnotwendigkeiten im Bereich der Krankenhausstruktur

Die Regierungskommission hat eine Einteilung von Krankenhäusern nach Leveln vorgeschlagen. Abteilungen für Erwachsenenpsychiatrie hat sie an allen Krankenhäusern der Level I_n bis III(U) als möglich gesehen. Dabei hat die Regierungskommission empfohlen, Abteilungen für Erwachsenenpsychiatrie zumindest an Krankenhäusern der Level II und III vorzuhalten.

Nutzen und Aufwand der geplanten Reformen müssen gegeneinander abgewogen werden. Strukturen, die gut funktionieren und sich in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten gut weiterentwickelt haben, sollen beibehalten werden, zumal wenn gewünschte Weiterentwicklungen gut möglich sind. **So sollen psychiatrische Fachkrankenhäuser grundsätzlich beibehalten werden, wobei eine gute somatische Versorgung der Patienten durch Konsiliardienste und weitere Kooperationen sichergestellt sein muss.**

Aus Sicht der DGPPN muss jedes somatische Krankenhaus (einschließlich Level II) als Qualitätsmerkmal zwingend die psychiatrische Versorgung einschließlich der Notaufnahme durch Kooperationen, Konsiliardienste und idealerweise telemedizinische Vernetzung mit psychiatrischen Kliniken und/oder niedergelassenen Psychiatern gewährleisten. Eine eigene psychiatrische Abteilung in jedem somatischen Krankenhaus ist hingegen nicht zwingend erforderlich. Psychiatrische Fachkrankenhäuser, Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken sollen eine Binnendifferenzierung mit spezialisierten Behandlungsangeboten vorweisen, z. B. für Sucht- und gerontopsychiatrische Erkrankungen und mit entsprechender fachlicher Expertise. Dabei erscheint eine Differenzierung von Settings und störungsspezifischen Angeboten für relevante Krankheitsgruppen sinnvoll (z. B. kognitive Verhaltenstherapie und Familienintervention für Menschen mit der Erstmanifestation einer Psychose; Einzel- und Gruppenpsychotherapie für Menschen mit Depression; qualifizierte Entzugsbehandlung; Gedächtnissprechstunden; Einzel- und Gruppenpsychotherapie für Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung u. v. m.).

Behandlung „ohne Bett“

Bei psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken mit geographisch ausgedehnterem Versorgungsgebiet kann und soll — unabhängig vom Krankentyp — die wohnortnahe, regionale, langfristige und schwerpunktmäßig **nicht-vollstationäre Behandlung „ohne Bett“**, d. h. die tagesklinische und insbesondere auch die (aufsuchende) ambulante Behandlung, gewährleistet werden. Dieses Konzept gelingt durch die Dependancen der Kliniken mit teilstationären, ambulanten und aufsuchenden Angeboten (einschließlich StäB) und mit intensiverer Nutzung telemedizinischer Ansätze. Eine enge Kooperation und Vernetzung mit wohnortnahen, gemeindepsychiatrischen Angeboten sind regional (z. B. auf Ebene der Dependancen) sicherzustellen.

In Übereinstimmung mit der Regierungskommission sehen wir einen deutlichen Spielraum für eine Ausweitung der Behandlungen „ohne Bett“, **vorausgesetzt, eine flexible und bei Bedarf intensive ambulante Behandlung wird ermöglicht und auskömmlich finanziert.** Tagesklinische Behandlungen können sowohl in tagesklinischen Einheiten als auch flexibel integriert auf den Stationen erfolgen. Hinsichtlich der vollstationären Kapazitäten erscheint eine gewisse Konzentrierung an den Hauptstandorten der Kliniken als fachlich richtig, da diese eine Binnendifferenzierung und die störungsorientierten Angebote gewährleisten kann. Diese Konzentrierung erscheint hinsichtlich der Entfernung vom Wohnort der Patienten in der Abwägung zumutbar, zumal die vollstationäre Versorgung perspektivisch weiter reduziert werden soll.

In Übereinstimmung mit den Empfehlungen der Regierungskommission sollen aus Sicht der DGPPN **keine Leistungsgruppen für bestimmte Krankheitsgruppen oder Behandlungsangebote** abgegrenzt werden,

denn der Versorgungsauftrag einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Klinik für eine bestimmte Region soll grundsätzlich *alle* Krankheitsbilder und Krisensituationen umfassen. Eine nach Diagnosen unterschiedlich aufgeteilte, regionale Versorgungsverpflichtung erscheint dysfunktional, zumal psychiatrische Komorbidität im Krankenhausklientel eher die Regel als die Ausnahme darstellt. Beim selben Patienten können nämlich im Behandlungsverlauf unterschiedliche Diagnosen im Vordergrund stehen (z. B. Alkoholintoxikation bei der Aufnahme bis hin zu einer Depression). **Zwei Leistungsgruppen (Erwachsenenpsychiatrie und –psychotherapie, und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) sind sinnvoll und ausreichend**, wobei die Psychosomatik innerhalb der Leistungsgruppe Erwachsenenpsychiatrie und –psychotherapie abgebildet wird.

Bzgl. der Abteilungen für **Kinder- und Jugendpsychiatrie** fordert die DGPPN – in Übereinstimmung mit der Empfehlung der Regierungskommission – einen bedarfsangemessenen Ausbau von Versorgungsstrukturen, um die erheblichen bestehenden regionalen Unterschiede auszugleichen; dabei muss auf eine Verzahnung mit der Pädiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie geachtet werden (Transitionskonzepte).

Kurz gesagt...

...soll aus Sicht der DGPPN unter Berücksichtigung der gewachsenen Strukturen die Versorgung weiterhin durch die drei Typen von psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken gewährleistet werden: **Psychiatrische Fachkrankenhäuser, psychiatrische Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern und Kliniken an Universitätskliniken**. Alle drei Typen müssen sich in gleicher Weise an der regionalen Versorgungsverpflichtung beteiligen, den Ausbau nichtstationsgebundener Leistungen vorantreiben und die Verzahnung mit gemeindenahen Versorgungsstrukturen intensivieren.

3. Finanzierung als Mittel zur Flexibilisierung

Settingübergreifende Vergütungsformen als Weg zur bedarfsgerechten Behandlung

Positiv bewertet die DGPPN die mittel- und langfristige Einführung von **settingübergreifenden Vergütungsformen** als Standardmodell für psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken. Das Ziel einer im Behandlungsverlauf flexibel auf die Bedürfnisse und Bedarfe von Patienten ausgerichteten Therapie wird hiermit auch **ökonomisch** unterstützt. Leistungserbringer können so die ihnen zur Verfügung stehenden Mittel bestmöglich an genau diesen Bedarfen orientiert einsetzen. Die DGPPN behauptet, dass bis dahin jede psychiatrische Klinik zumindest die Möglichkeit haben sollte, eine solche Vergütungsform als Alternative zur aktuellen Regelversorgung zu verhandeln.

Globalbudgets

Wissenschaftliche Evaluierungen der Modellprojekte gem. **§ 64b SGB V** haben – wie auch in der Stellungnahme der Regierungskommission aufgeführt – die Vorteile von „**Globalbudgets**“ aufgezeigt. Settingübergreifende, populationsbezogene und krankenhausesindividuelle Globalbudgets, welche auch **ambulante Krankenhausleistungen** einschließen, sind eine sinnvolle Vergütungsform für eine moderne

psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit den Mitteln des Krankenhauses (Schwarz et al. 2023). Idealerweise werden sie perspektivisch auch den **vertragsärztlichen Bereich** sowie weitere SGB-Bereiche einbeziehen. Diese Erweiterungen müssen jedoch erst im zweiten und im dritten Schritt geplant werden.

Den Ausführungen der Regierungskommission folgend, sollten sich zukünftig Kliniken, die sich mit mindestens zwei Krankenkassen in der Versorgungsregion verständigen, (welche zusammen mindestens 25% der Patienten vertreten), für ein bereichsübergreifendes, individuelles Krankenhausbudget in der entsprechenden Versorgungsregion entscheiden können. Andere Kostenträger müssten dem Budget dann auch beitreten (sog. Kontrahierungszwang).

Da einige Verträge über die bestehenden Modellprojekte (nach Verlängerungen) bereits Ende 2024 auslaufen, ist für die Überleitung von (erfolgreichen) Modellprojektkonzeptionen in die regionale Regelversorgung mit einem individuellen, flexiblen globalen Krankenhausbudget **zeitnahes Handeln notwendig**. Nur so werden die positiven Entwicklungen von fehlenden Durchführungsbestimmungen nicht gefährdet.

Wir empfehlen, die Entscheidung für ein solches Globalbudget als Finanzierungssystem **über bestehende Modellprojekte nach § 64b SGB V hinaus** für interessierte Geschäftsführungen und Klinikleitungen zeitnah zu erleichtern und mit spürbaren Anreizen zu versehen. Dazu werden eindeutig beschriebene Vorgaben zu Budgetverhandlungen und der Finanzierung dieser Budgets benötigt (insbesondere mit einer Erweiterung der BpflV), damit die Option eines solchen Finanzierungsmodells in der Regelversorgung eröffnet und ermöglicht wird. Wichtig erscheint uns außerdem, dass die Initiative zur Aufnahme der Gespräche über eine solche Form der Budgetgestaltung auch von den zur regionalen Versorgung zugelassenen Krankenhäusern ausgehen kann. Mit diesem Schritt wäre zunächst der Weg für interessierte Kliniken geebnet.

Für eine schrittweise Implementierung von Globalbudgets als populationsbezogene, regionale Vergütungsform mit den Mitteln des Krankenhauses ist sicherzustellen, dass in einem ersten Schritt die **Möglichkeit** in der **Bundespflegeverordnung** und ggf. auch im **Krankenhausfinanzierungsgesetz** festgeschrieben wird. Das in der Achten Stellungnahme der Regierungskommission benannte „geeignet zusammengesetzte Gremium“ sollte auch für die Erarbeitung der hierzu notwendigen Umsetzungsregularien zuständig sein.

Für die Entwicklung hin zu einer **bundesweiten Umsetzung von Globalbudgets** würden dann zunächst das aktuell bestehende System der Regelversorgung und die oben beschriebenen Globalbudgets als alternative Option nebeneinander bestehen. Eine bundesweit einheitliche Vergütung der Leistungen von Psychiatrischen Institutsambulanten, die flexibilisierte Nutzung der StäB und die flexible Planung von Behandlungskapazitäten als voll- oder teilstationäre Plätze können auf dem Entwicklungsweg hin zu einer bundesweiten Regelung mit Globalbudgets wichtige Beiträge leisten.

Das Bayerische Modell

Für den ambulanten Bereich sollte das pragmatische und bürokratiearme **Bayerische Modell** bundesweit übernommen werden. Allerdings muss dafür sichergestellt sein, dass eine auskömmliche Finanzierung der

Einzeleinstellungen bundesweit vereinbart wird. Alternativ wäre es aus Sicht der DGPPN möglich, für den ambulanten Bereich das System der Pauschalen, mit denen aktuell in den meisten Bundesländern gearbeitet wird, mithilfe von Clustern ausgehend vom Plattform-Modell (Deister et al. 2021) differenziert weiterzuentwickeln (d. h. keine einheitliche Quartalspauschale, sondern unterschiedliche Pauschalen nach Regel- und Intensivbedarf auf den drei Dimensionen des Plattformmodells).

PEPP

Solange die Vergütung in der Regelversorgung getrennt nach den Settings erfolgt, stimmt die DGPPN mit der Regierungskommission dahingehend überein, dass die tagesbezogenen Pauschalen (PEPP) für die voll- und teilstationären und StäB-Bereiche beibehalten werden sollen. Die Vorhaltekosten entsprechend der tatsächlichen Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung (z. B. Notfallversorgung, einschließlich Aufnahmen nach den Psychisch-Kranken-(Hilfe)-Gesetzen, Vernetzung mit komplementären Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie bzw. Einrichtungen aus dem SGB IX-Bereich und Belegungsmanagement) sollen gesondert kalkuliert und ausgewiesen werden. Bei den Kliniken ohne regionale Versorgungsverpflichtung fallen diese Kosten nicht an. Ihre Budgets müssen entsprechend bereinigt werden.

Kurz gesagt...

... unterstützt die DGPPN die **Flexibilisierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Angebote mit den finanziellen Mitteln des Krankenhauses**. Dabei sehen wir besonderes Potenzial für die Weiterentwicklung der Versorgung in **regionalen Globalbudgets mit Populationsbezug**. Übergangsweise sollen flexible, am individuellen Bedarf ausgerichtete Angebote im Rahmen der derzeitigen Regelversorgung ermöglicht werden (z.B. Anpassung der stationsäquivalenten Behandlung oder Einzeleinstellungsvergütungen der psychiatrischen Institutsambulanzen), insbesondere für Patienten mit schweren psychischen Störungen.

4. Personalbemessung und Personalmindestvorgaben

Die Regierungskommission stellt zutreffend fest, dass die Strukturqualität im psychiatrischen-psychotherapeutischen Bereich vorrangig durch die Personalausstattung in den verschiedenen Berufsgruppen gewährleistet wird. Dazu bedarf es nach Ansicht der DGPPN der Entwicklung eines neuen **Personalbemessungsinstruments**, z. B. auf der Basis des Plattform-Modells und der Ergebnisse der EPPIK-Studie. Die aus der 40 Jahre alten Psych-PV entwickelte Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) ist aufgrund ihrer Kleinteiligkeit in vielerlei Hinsicht nicht für die Gewährleistung einer Personalbedarfsermittlung geeignet, die eine moderne leitlinienorientierte Behandlung unterstützt.

Von einer solchen leitlinienorientierten und im Expertenkonsens entwickelten Personalbemessung sind **Mindestvorgaben zur Gewährleistung der Patientensicherheit** grundlegend zu unterscheiden. Hierzu eignen sich die Grundstrukturen der Psych-PV und damit auch der heute gültigen PPP-RL noch weniger als

zur Personalbemessung insgesamt. Es erscheint auch absolut nicht sachgerecht, Mindestvorgaben über alle Berufsgruppen hinweg als einen prozentualen Anteil des Ergebnisses einer leitlinienorientierten Personalbemessung zu definieren. Stattdessen müssen Mindestvorgaben unabhängig davon normativ festgelegt werden. Dies muss insbesondere unter Berücksichtigung der Erfüllung von Pflichtversorgungsaufgaben erfolgen.

Welche personellen Ressourcen im Detail zur Gewährleistung der Patientensicherheit notwendig sind, lässt sich ohne Kenntnis der tatsächlichen Situation der regionalen Versorgungspflicht nicht bestimmen. Aktuell bildet die PPP-RL die regionale Pflichtversorgung nur sehr grob ab. Sie unterscheidet nämlich ausschließlich dichotom, ob, nach Selbstauskunft der jeweiligen Klinik, regionale Pflichtversorgung stattfindet oder nicht. Und sie regelt einen pauschalen Abzug von 10% von sämtlichen Minuten aller Berufsgruppen für diejenigen Kliniken, die nicht an der Versorgungsverpflichtung teilnehmen. Zukünftige Versionen der PPP-RL oder Nachfolgesysteme zur Personalbemessung sollen auf objektiven und differenzierteren Ansätzen aufgebaut werden, die den hohen Aufwand der regionalen Versorgungsverpflichtung datenbasiert abbilden, wie bereits in Kapitel 1 beschrieben. Dabei dürfte insbesondere der tatsächliche personelle Aufwand für die Versorgungsverpflichtung (speziell für untergebrachte Patienten, zur Vermeidung von Unterbringungen, zur intensiven Betreuung von Notfallpatienten, aber auch zur strukturellen Realisierung der regionalen Versorgungsverpflichtung im Verbund mit den außerklinischen Partnern) dazu geeignet sein, Personalmindestvorgaben reliabel zu bestimmen, die unter dem Personalbedarf für eine leitlinienorientierte Versorgung liegen. Hingegen scheint es nicht sachgerecht, die Mindestvorgaben weiterhin über alle Berufsgruppen und eine komplette Einrichtung schlicht als einen Prozentsatz des Personalbedarfs für eine leitlinienorientierte Versorgung zu definieren.

Wesentlich erscheint, dass in den Kliniken sämtliche Personalstellen vollumfänglich und die für die Akquise benötigten Ressourcen zumindest anteilig finanziert werden. Sofern die Kliniken Personal auf dem Markt finden können, sollen sie in die Lage versetzt werden, dieses nach dem neuen, zwingend zu etablierenden Personalbemessungsinstrument zu verhandeln (Soll-Besetzung). Die Personalbesetzung der verschiedenen Berufsgruppen soll in sämtlichen Kliniken im Sinne der Transparenz als Qualitätsmerkmal aufgeführt und veröffentlicht werden.

Bei Nichterfüllung der Mindestanforderungen sollen im Dialog zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern die Ursachen für die Unterschreitung identifiziert werden und zeitnahe Gegenmaßnahmen vereinbart werden. Damit würde auch der mögliche Fehlanreiz entfallen zugunsten einer höheren Rendite, weniger Personal einzustellen. Darüberhinausgehende Sanktionen sind in Zeiten des Fachkräftemangels nicht angemessen und der Gewährleistung der Versorgung nicht zuträglich.

Die für eine leitliniengerechte Behandlung erforderlichen Tätigkeiten und die dafür benötigten Zeitaufwände korrelieren mit dem individuellen Behandlungsbedarf und sind – bedenkt man die Konzeption des Plattform-Modells – **zunächst nicht settingabhängig**. Das bedeutet, dass der Aufwand für ein Aufnahmegespräch vom Behandlungsbedarf des (z. B. kognitiv eingeschränkten) Patienten abhängt und nicht davon, ob es im vollstationären, im ambulanten oder gar im aufsuchenden Setting durchgeführt wird. Hier zeigt sich die deutliche Überlegenheit des Plattform-Modells gegenüber der Psych-PV, die lediglich in

den Sektoren vollstationär und teilstationär zur Anwendung kommen konnte, während das Plattformmodell grundsätzlich nicht auf bestimmte Settings beschränkt ist, aktualisierte Berufsbilder zugrunde legt und einen dynamischen Ansatz verfolgt, der auch zukünftige Entwicklungen abbilden kann.

Die durch EPIK vorliegenden Daten bilden eine leitliniengerechte Behandlung unter optimalen Bedingungen ab. Berücksichtigt man die seit mehr als 30 Jahren unveränderten Personalvorgaben der Psych-PV, die gegenüber den 90er Jahren deutlich veränderten Berufsbilder und Tätigkeitsprofile sowie die Zunahme der juristischen Anforderungen mag die Diskrepanz zwischen Soll-Besetzung und Mindestvorgaben nicht verwundern. Die Daten des EPIK-Projektes können so, wenn auch vielleicht nicht unmittelbar, so doch im relativen Sinne genutzt werden.

Um das Plattform-Modell zukünftig auch für eine flexibilisierte Behandlung im ambulanten und aufsuchenden Setting zur Anwendung bringen zu können, müsste es weiterentwickelt werden. Ihre Cluster müssten um Fallvignetten für diese Settings ergänzt werden.

Kurz gesagt...

...fordert die DGPPN im Sinne der Qualitätssicherung eine **vollumfängliche Finanzierung der Personalkosten**, und spricht sich für eine vollständige Rückzahlung von nicht zweckgebunden verausgabten Mitteln aus. Im gemeinsamen Dialog mit den Kostenträgern sollen Maßnahmen bei Nichterfüllung der Mindestanforderungen vereinbart werden. Als strukturelles Qualitätskriterium sollen alle Kliniken die Personalbesetzung in den verschiedenen Berufsgruppen ausweisen und für die Nutzenden transparent machen.

5. Abbildung von Weiterbildung und universitätsklinischen Aufgaben

Eine gute Aus- und Weiterbildung der nächsten Generation von Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten auf der einen Seite und die klinische und Versorgungsforschung auf der anderen Seite sind entscheidende Faktoren in der Sicherung der Zukunft der Versorgung. Diese Aspekte müssen daher in einem nachhaltigen Versorgungsmodell adäquat abgebildet sein. Gegenwärtig findet die Facharztweiterbildung budgetär keinen Niederschlag.

Mit der Reform des Psychotherapeutengesetzes hat der Gesetzgeber 2019 neue Strukturen für die Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten geschaffen. Mit dem Ziel einer angemessenen tarifvertraglichen Eingruppierung ist die Weiterbildung als hauptberufliche Tätigkeit im Rahmen einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung vorgesehen. Hieran mangelt es in erheblichem Ausmaß durch die fehlende Finanzierung dieser Stellen für Psychotherapeuten in Weiterbildung (PiW). Hinzu kommt das Problem, dass viele der vorhandenen Psychologenstellen noch auf Jahre mit Psychologen in Ausbildung (PiA) belegt sind. Zur Lösung dieses Problems müssen für PiWs folgende Strukturkosten finanziert werden

(in Anlehnung an Musterberechnungen der Kosten und Einnahmen einer Weiterbildungsambulanz der BAG (Bundesarbeitsgemeinschaft der Ausbildungsverbände):

- Personalkosten für den Weiterbildungsbefugten (WBB). Für die kinder- und jugendpsychiatrische Bereiche ist ein weiterer WBB erforderlich.
- Anteilige Kosten für die Weiterbildung (Theorie / Selbsterfahrung / Supervision) an.
- Freistellung in der Arbeitszeit (nach gegenwärtigen Angaben 25% der Arbeitszeit für Theorie, Selbsterfahrung und Supervision). Dies muss in der Personalbemessung entsprechend berücksichtigt werden.

— Im ärztlichen Bereich fallen insbesondere für die Weiterbildung in Psychotherapie ebenfalls erhebliche zeitliche und finanzielle Aufwände an, die gegenwärtig oft von Klinikträgern und Weiterbildungsassistenten getragen werden. **Aus Sicht der DGPPN müssen die Bedingungen für die ärztliche und psychotherapeutische Weiterbildung gleichwertig sein.** Daraus folgt die Forderung der Finanzierung all dieser Strukturkosten.

— Im Bereich der universitätsmedizinischen Krankenversorgung hat der Gesetzgeber mit den Hochschulambulanzen einen eigenen ambulanten Bereich geschaffen, deren gesetzlicher Auftrag (§ 117 SGB V) es ist, Patienten ambulant in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang zu behandeln. Damit sollen die Universitätskliniken und ihnen in dieser Hinsicht gleichgestellte außeruniversitäre Institute ihrer Bestimmung zur praktischen Ausbildung von Medizinstudenten sowie zur Forschung auch im ambulanten Setting nachkommen.

Der Bedarf für ein Versorgungsangebot an aufwändigen und spezialisierten diagnostischen und therapeutischen Leistungen im ambulanten Bereich wurde dabei in den Folgejahren immer deutlicher. Daher wurde in einer Neufassung des § 117 SGB V die Hochschulambulanz auch für solche Patienten geöffnet, die aufgrund der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer solchen Behandlung bedürfen. Auch Ambulanzen an psychologischen Universitätsinstituten sind hiervon umfasst. Der in § 117 SGB V definierte Bedarf für die dort definierten Patientengruppen und -kontingente sollte im Rahmen von Globalbudgets neben dem ambulanten auch für die aufsuchende, teilstationäre und vollstationäre Behandlung verhandelt werden können (Beispiel: Modellprojekt § 64b Adoleszenzzentrum I des ZI Mannheim). Die strukturellen zusätzlichen Anforderungen im universitätsklinischen Bereich sollten auch im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie zusätzlich vergütet werden, wie im Bereich der somatischen Medizin (Level IIIu) von der Krankenhauskommission vorgeschlagen. Spezifisch im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie wäre aufgrund zahlreicher in Forschung und Lehre sehr aktiver, überregionale Komplexbehandlungen anbietenden außeruniversitärer Kliniken auch zu erwägen, diese Finanzierung über den Bereich der Universitätskliniken hinaus auch diesen Häusern zu eröffnen, sofern sie entsprechende Strukturkriterien nachweisen können (noch festzulegen, beispielsweise Durchführung und Einwerbung von Studien, Beteiligung an Publikationen, universitäre Anbindung).

Kurz gesagt...

...fordert die DGPPN die Gleichstellung der **Finanzierung der Kosten für die Weiterbildung von Ärzten und von Psychotherapeuten**. Eine Vergütung übergeordneter Aufgaben der Universitätsklinik sollte analog den Empfehlungen der Krankenhauskommission zu Level IIIu erfolgen.

6. Qualitätssicherung durch Transparenz, Digitalisierung und Entbürokratisierung

Die DGPPN begrüßt ausdrücklich die Vorschläge der Regierungskommission in Richtung einer größeren Transparenz der Versorgungslandschaft durch Veröffentlichung der Leistungsangebote aller Behandlungssektoren, Ausbau der Mental Health Surveillance, Nutzung von Routinedaten und Weiterentwicklung von ICD und OPS-Katalogen für die Qualitätssicherung. Den Empfehlungen der Regierungskommission folgend muss sichergestellt sein, dass dabei die Bürokratie nicht ausgeweitet wird, sondern perspektivisch Daten genutzt werden, die ohnehin bereits jetzt erfasst werden.

Sinnvolle Daten für **Transparenz und Qualitätssicherung**, die bereits zeitnah ausgewiesen werden könnten, wären:

- Populationsbezogene Behandlungskapazitäten (analog zur Bettenmessziffer)
- Anzahl der behandelten Patienten bzw. Fälle
- Diagnoseverteilung
- Quantitative Aspekte der regionalen Versorgungsverpflichtung (aus § 20 Daten, s. Ziareis 2020)
- Qualitätsmerkmal: Konzept zur Gewährleistung der somatischen Versorgung (insbes. relevant für Fachkrankenhäuser)
- Qualitätsmerkmal: Personelle Besetzung für alle Berufsgruppen bezogen auf Anzahl behandelte Patienten bzw. Fälle, z.B. PPP-RL Erfüllungsquoten (auf Ebene der Gesamtklinik pro Jahr)
- Ggfs. noch Qualitätsmerkmal Spezialangebote (mit definierten Anforderungen)

Weitere Transparenz für Aspekte von Prozessqualität im Sinne von Qualitätsmerkmalen ist wünschenswert. Allerdings wird diese Transparenz erst dann realisierbar sein, wenn Daten flächendeckend automatisiert erfassbar und standardisiert in ausreichender Qualität verfügbar sind, z. B.:

- Anteil unfreiwillige Behandlungen und Freiheitsentziehende Maßnahmen (FeM).
- Polypharmazie bei Entlassung und in der ambulanten Versorgung.

Darüber hinaus ist es sinnvoll, perspektivisch Daten über Outcomes aus Sicht der Patienten (PROs) und die Zufriedenheit von Patienten (und Angehörigen) flächendeckend und systematisch zu erfassen.

Bei all diesen Entwicklungen muss dringend darauf geachtet werden, keine zusätzliche Bürokratie aufzubauen, sondern – im Gegenteil – die erforderliche **Entbürokratisierung** im Blick zu behalten:

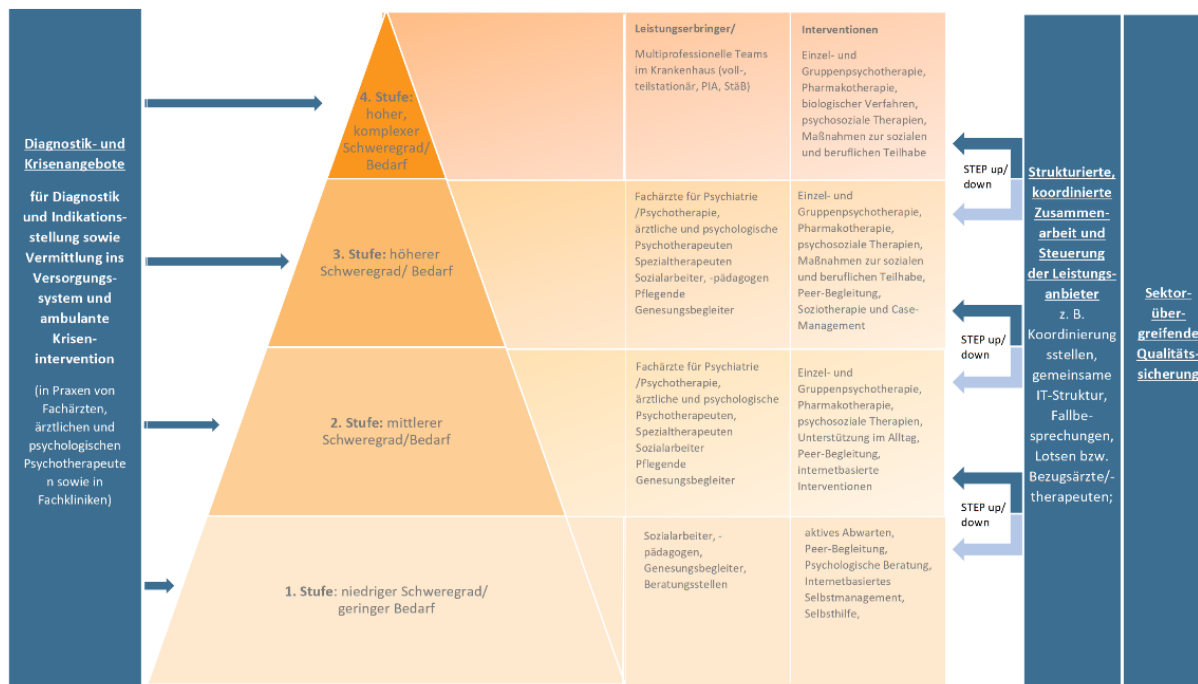
- Dokumentationen, die ausschließlich für die Erlössicherung benötigt werden, sollen so weit wie möglich reduziert und keinesfalls weiter ausgebaut werden; damit soll perspektivisch ein Rückbau von Controlling- und Kodierpersonal ermöglicht werden.
- Die **Patientendokumentation** soll perspektivisch settingübergreifend sein und damit die sektorübergreifende Behandlung und den flexiblen Umgang mit Sektorwechseln befördern.
- **Personalnachweise:** Der Ausweis der personellen Besetzung soll nur auf **Ebene der Gesamtklinik** und **jährlich** erfolgen; MD-Strukturprüfungen sollen auch nur auf Ebene der Gesamtklinik erfolgen; zumindest soll das „Umlegen“ von Personal auf Standorte akzeptiert werden, wenn doch MD-Strukturprüfungen weiterhin auf Ebene von Standorten erfolgen.

7. Schnittstellen und andere Versorgungsbereiche

7.1 Bedarfsgerechte, gestufte Versorgung

Um dem weiterwachsenden Bedarf an Diagnostik, Beratung und Therapie Rechnung zu tragen, wird zukünftig die Umsetzung eines konsequenten, ärztlich verantworteten, *gestuften* Ansatzes unumgänglich werden. Dabei finden neben den individuellen Behandlungsanforderungen auch die bestehenden (personellen und ökonomischen) Ressourcen Berücksichtigung und folgen dem Prinzip der Bedarfsgerechtigkeit auf Basis des DGPPN-Modells für eine gestufte und koordinierte Versorgung (s. Abbildung 1). Der Zugang erfolgt niederschwellig und zeitnah durch Zuweisung oder Eigeninitiative, individuelle Bedarfe und Ressourcen werden im Rahmen eines *Clearingprozesses* erhoben, erste diagnostische Einschätzungen vorgenommen und abgestimmte Interventionen festgelegt. Bestandteil des Clearingprozesses muss dabei die Evaluation der ggf. bisher erfolgten oder parallelaufenden medizinischen, psychotherapeutischen und sozialpädagogischen Maßnahmen sein. Dabei gilt es, Unter-, Über-, und Fehlversorgung zu vermeiden sowie eine hinreichende und nachhaltige Versorgung zu gewährleisten – gerade vor den veränderten gesellschaftlichen und demographischen Herausforderungen sowie dem massiven Fachkräftemangel.

Abbildung 1: Das DGPPN-Modell für eine bedarfsgerechte, gestufte, psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung



In Anlehnung an das RECOVER-Therapiemodell, Hamburg: www.recover-hamburg.de/recover-modell

7.2 Vertragsärztliche psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung

Die ambulante Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen erfolgt regional in unterschiedlichem Ausmaß durch Kliniken, Einzel- und Gemeinschaftspraxen. Eine intensiverte, ambulante psychiatrische Versorgung benötigt deshalb mittelfristig nicht nur eine Krankenhausstrukturreform, sondern auch die **Einbeziehung des vertragsärztlichen Sektors in die regionale, populationsbezogene Versorgungsverpflichtung**. Hierzu bedarf es der Erweiterung der Versorgungselemente in der vertragsärztlichen Versorgung. Dieses Ziel verfolgten eine Vielzahl an Projekten in Vertragsarztpraxen in verschiedenen Regionen in Deutschland. Beispielhaft kann die **Psychiatrieinitiative Berlin Brandenburg (PIBB)** aufgeführt werden. Als ambulantes und multiprofessionelles Versorgungsnetz wurde die Initiative zunächst durch Selektivverträge über mehr als 10 Jahre betrieben. Schließlich mündete die PIBB in der Gründung des ersten KSVPsych-Netzverbundes in Berlin im Oktober 2022 (Kassenärztliche Vereinigung Berlin 2022).

Folgende Versorgungselemente sollten im Kontext der regionalen Versorgungsverpflichtung und im Sinne einer individuellen und im Bedarfsfall intensivierten und engmaschigen Patientenversorgung perspektivisch auch in Vertragsarztpraxen Einzug halten:

- **Multiprofessionelle Versorgung** durch die Zusammenführung medizinischer, psychotherapeutischer, spezialtherapeutischer und sozialmedizinischer Expertise unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie, der die Verantwortung für den Gesamtbehandlungsplan trägt.
- Ermöglichung der Beschäftigung von Psychotherapeuten, die bedarfsgerecht und flexibel **Einzelinterventionen** von der Krisenintervention über die Kurzzeitbehandlung bis hin zur Langzeittherapie sowie Gruppenpsychotherapie durchführen und auch aufsuchend tätig sind. Damit würde die Erreichbarkeit psychotherapeutischer Behandlung niedrigschwellig und insbesondere für die Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sichergestellt werden.
- Beschäftigungsmöglichkeit von **Sozialarbeitern und Sozialpädagogen** mit dem Ziel, hier spezifische und bedarfsgerechte Begleitung und Beratung zu ermöglichen.
- Etablierung von Fallbesprechungen insbesondere bei schwer psychisch Kranken sowohl intern als auch mit Hinzuziehung externer Bezugspersonen – auch unter Einbezug von Leistungserbringern aus anderen SGB-Bereichen.

In diesem Sinne wurde bereits in einem gesonderten Kapitel des Gutachtens des Sachverständigenrats zur bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung (2018) die Versorgung der Menschen mit psychischen Erkrankungen betrachtet und die Etablierung von **sozialmedizinischen Schwerpunktpraxen** gefordert. Für diese Versorgungsform müssen Strukturveränderungen in der vertragsärztlichen Versorgung vorgenommen werden, die ähnlich der **Sozialpsychiatrievereinbarung** in der Kinder- und Jugendpsychiatrie multiprofessionelle Versorgung der Patienten aus einer Praxis mit hohem Versorgungsgrad und hoher Patientenzahl zulassen. Dabei sollte die Ausstattung vergleichbar mit der der Klinikambulanzen sein. Die Anpassung der Praxisstrukturen muss mit der sicheren Finanzierung der nichtärztlichen Mitarbeitenden und der Abbildung der Tätigkeit im entsprechenden Vergütungssystem einhergehen.

Wichtig für das Gelingen solcher Reformen ist die Integration aller neuen Angebote in ein Pflichtversorgungssystem, das an den Bedarfen der regionalen Population ausgerichtet ist.

Kurz gesagt...

...müssen perspektivisch neben der Krankenhausreform auch im **vertragsärztlichen Bereich Strukturen** geschaffen werden, die diesen Bereich in ein Gesamtkonzept zur **regionalen, populationsbezogenen Versorgungsverpflichtung** einbinden. Im Rahmen dieser Versorgungsverpflichtung sollten die Vertragsärzte auch in die Lage versetzt werden, Komplexbehandlungsangebote für Menschen mit psychischen Störungen machen zu können. Das vom Sachverständigenrat bereits 2018 angemahnte Versorgungsdefizit im Bereich ambulanter intensiver psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung muss gemeinsam vom vertragsärztlichen und vom stationären Sektor behoben werden.

7.3 Prävention

Ausgangspunkt präventiver Maßnahmen sollte die **Allgemeinbevölkerung** sein. Hier sollten die Förderung seelischer Gesundheit über die Lebensspanne allgemein durch universelle präventive Angebote, z. B. in Schulen, in Ausbildungsstätten und Hochschulen bzw. Universitäten, am Arbeitsplatz und in weiteren Lebenswelten, bspw. von älteren Menschen. Auch müssen Strategien zur Normalisierung von seelischen Krisen im Mittelpunkt stehen.

Die S3-Leitlinien Schizophrenie, Bipolare Störungen und Psychosoziale Therapien der DGPPN empfehlen darüber hinaus indizierte Präventionsstrategien bei Menschen mit klinisch erhöhtem Risiko für erste Episoden psychischer Erkrankungen. Zur Identifikation von solchen Risikogruppen wird der Aufbau eines Netzwerkes von Früherkennungs- und Therapiezentren empfohlen. Zentral für diese Konzepte, von denen auch ältere Menschen mit erhöhtem Risiko für psychische Erkrankungen profitieren können, ist die enge Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team sowie die Synergien von psychiatrischen Kliniken, niedergelassenen Fachärzten, Hausärzten, Behörden und Bildungsinstitutionen. Da Jugendliche und junge Erwachsene die Hauptzielgruppe sind, diese aber die bestehenden Gesundheitsangebote besonders wenig in Anspruch nehmen, müssen spezifische Angebote für diese Zielgruppe nach internationalen Vorbildern geschaffen werden. Diese Angebote müssen niedrigschwellig, digital und nicht stigmatisierend sein und unter Beteiligung von jungen Erwachsenen mit gelebter Erfahrung psychischer Erkrankungen und deren Angehörigen entwickelt werden. Anreize, die Maßnahmen des SGB IX und SGB V zusammenzuführen, um niedrigschwellige Anlaufstellen für junge Menschen mit erstmanifestierten psychischen Störungen zu etablieren, sind dringend erforderlich. Ein Best-Practice-Beispiel für die Zusammenführung von SGB IX und SGB V ist soulspace in Berlin (Bechdorf et al. 2019).

7.4 Rehabilitation

Rehabilitation für schwer psychisch erkrankte Menschen bedarf einer intensiven Zusammenarbeit von Leistungserbringern und Leistungsträgern, die sich an der Lebenswelt und am individuellen Bedarf der Betroffenen orientiert. Die DGPPN S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien (2019) empfiehlt mit dem höchsten Evidenz- und Empfehlungsgrad die Unterstützung der Teilhabe durch an den individuellen Präferenzen und Bedarfen ausgerichtete mobile Unterstützung am Arbeitsplatz nach dem *Individual Placement and Support* (IPS) Modell (*Supported Employment*). Dabei wird IPS in der Regel im Rahmen von ambulanten und ggf. mobil agierenden, multiprofessionellen Teams erbracht. Leider ist jedoch der Implementierungsgrad von IPS in Deutschland gering, obwohl SGB-übergreifend Konsens besteht, dass diese Strategie zur Verfügung stehen sollte (Stengler et al. 2021).

Die DGPPN unterstützt den Ausbau der **allgemeinen Sozialberatungsstellen**, welche eine Erstberatung über die unterschiedlichen Unterstützungsmöglichkeiten anbieten – unabhängig von Kosten- und Leistungsträgern. Ein wohnortnahes und möglichst flexibles Angebot von medizinischen und medizinisch-beruflichen Rehabilitationsleistungen, welches wesentlich IPS umfasst, sollte vorgehalten werden. Dieses sollte mit den Angeboten der medizinischen Akutbehandlung und den gemeindepsychiatrischen Angeboten der sozialen Teilhabe abgestimmt und verbunden sein und von Fachärzten koordiniert werden.

Vor diesem Hintergrund unterstützt die DGPPN auch die Lockerung der starren Leistungsvolumina und Zeitabläufe – mithilfe von Globalbudgets bzw. Regionalbudgets – in den verschiedenen Sektoren. Durch Globalbudgets können nichtlineare Krankheitsverläufe besser berücksichtigt und einzelne Behandlungsmaßnahmen unterschiedlich gewichtet und intensiviert werden.

Kurz gesagt...

...spricht sich die DGPPN für eine Stärkung der **Prävention** seelischer Erkrankungen durch den Aufbau von **niederschweligen Angeboten, insbesondere** für junge Menschen mit ersten psychischen Beschwerden, aus. Die Unterstützung der Teilhabe (**Rehabilitation**) soll durch an den individuellen Präferenzen und Bedarfen ausgerichtete Hilfen, einschl. der mobilen Unterstützung am Arbeitsplatz nach dem *Individual Placement and Support* (IPS) Modell wohnortnah und flexibel verbessert werden.

7.5. Forensische Psychiatrie

Forensische Psychiatrie ist der Teil des psychiatrischen Versorgungssystems, der die Unterbringung und Behandlung der in Folge schwerer psychischer Störungen straffällig gewordener Patienten umfasst. Die Unterbringung wird strafrechtlich angeordnet und durch die Justiz, d.h. außerhalb des psychiatrischen Vergütungssystems, finanziert. Die Mehrzahl der dort untergebrachten Patienten hat im Vorfeld bereits mehrere Behandlungsversuche und Unterbringungen nach den Psychisch-Kranken(-Hilfe)-Gesetzen in psychiatrischen Kliniken durchlaufen. Patienten mit Schizophrenie machen ca. 50 % der forensischen Patienten aus. Mit der Zuweisung in die forensische Psychiatrie fallen diese oft sehr schwierigen Patienten aus dem allgemeinen psychiatrischen Versorgungssystem heraus. Erfahrungsgemäß fällt es später besonders schwer, diese Personen zu rehabilitieren und in gemeindepsychiatrische Einrichtungen zu integrieren.

Aus Sicht der DGPPN ist die Existenz des gesonderten forensischen Versorgungsbereichs gerechtfertigt; auch in der Zukunft wird es einen Bedarf hierfür geben. In den letzten Jahren wurde allerdings eine stetige Ausweitung der forensischen Behandlungsplätze verzeichnet (Müller 2022). Dies ist eine problematische Entwicklung, die mit verschiedenen Faktoren zusammenhängen dürfte. Hierzu gehören gesellschaftliche Haltungen und das Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung, aber auch die Unzulänglichkeiten der Regelversorgung von schwer psychisch kranken Menschen im stationären und vor allem im ambulanten Bereich. Eine Verbesserung, insbesondere bei der intensiven ambulanten Versorgung der Schwerkranken, wie hier vorgeschlagen, sollte sich präventiv auf Straftaten und forensische Unterbringungen auswirken. Wenn die von der DGPPN geforderten Reformen bzgl. der regionalen Versorgungsverpflichtung der Kliniken greifen und diese zu einer Verbesserung der Versorgung von Schwerkranken führen (z. B. durch die intensive, ambulante Weiterbehandlung von Patienten im Rahmen der Psychisch-Kranken(-Hilfe)-Gesetze), könnte die Ausweitung der forensischen Behandlungsplätze verhindert werden. Unabhängig davon sollte der forensische Versorgungsbereich, einschließlich der gesetzlichen Rahmenbedingungen, grundsätzlich überdacht und reformiert werden. Hierzu wurden in den letzten Jahren bereits Vorschläge formuliert, die berücksichtigt und weiterentwickelt werden könnten.

Fazit

Die Einführung einer flächendeckenden, regionalen Versorgungsverpflichtung, die Flexibilisierung der Vergütungsformen durch Globalbudgets und das „Bayerische Modell“ sowie die anderen Maßnahmen, wären sinnvolle Reformen, die Deutschland dem Ziel eines regionalen, gestuften und sektorenübergreifenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems näherbringen würden. Die DGPPN begrüßt die in der Achten Stellungnahme der Regierungskommission empfohlene Flexibilisierung der psychiatrischen-psychotherapeutischen Behandlung durch Krankenhäuser. Diese halten wir für zentral für die Verbesserung der Versorgung und unterstützen sie ausdrücklich.

Literaturverzeichnis

Bechdorf, A., Schellong, M., Izat, Y., Leopold, K., Hellenschmidt, T., Leopold, S., Jäckel, D., Ituarte, B.P., Götz, T. (2019). [soul-space - Implementing a Low Threshold Specific Treatment and Early Intervention Programme for Young Adults and Adolescents in Routine Care in Germany]. *Psychiatrische Praxis*, 46(5), 243-246.

Deister, A., Brückner-Bozetti, P., Heuft, G. et al. Personalbemessung in der Psychiatrie und Psychotherapie. *Nervenarzt* 92, 457–467 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00995-w>

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. DGPPN Standpunkte für eine zukunftsfähige Psychiatrie. URL: https://www.dgppn.de/Resource/Persistent/11a14679d449d3abc76fdd61fb7ff6c428310f67/DGPPN_Standpunktepapier%20web.pdf

Godemann, F., Hauth, I., Richert, A., Berton, R. (2015 Mar). Features of regional mandatory psychiatric care in Germany: analysis using the VIPP databank. *Der Nervenarzt*, 86(3):367-72. doi: 10.1007/s00115-015-4257-1.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Praxis-News: Psychiatrisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung Anfang Oktober gestartet. URL: [Psychiatrie-psychotherapeutische Komplexbehandlung Anfang Oktober gestartet \(kvberlin.de\)](https://www.kvberlin.de/psychiatrie/psychiatrie-psychotherapeutische-komplexbehandlung-anfang-oktober-gestartet)

Müller, J., (2022). Wie kann die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus zur Besserung und zur Sicherung mit dem gegenwärtigen Psychiatrieverständnis vereinbart werden? *Forens Psychiatr Psychol Kriminol*, 16, 205–213 <https://doi.org/10.1007/s11757-022-00726-8>

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2014). Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care, OECD Health Policy Studies 2014, OECD Publishing.

[Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege \(2018\), Gutachten 2018: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung \(svr-gesundheit.de\)](https://www.svr-gesundheit.de/Gutachten-2018-Bedarfsgerechte-Steuerung-der-Gesundheitsversorgung)

Schwarz J, Berghöfer A, v. Peter, S (2023) Regionalbudget oder Selektivvertrag? *Nervenheilkunde*; 42, 763-770.

Stengler, K., Bechdorf, A., Becker, T., Döring, A., Höhl, W., Jäckel, D., Kilian, H., Theißing, A., Torhorst, A., Wirtz, G., Zeidler, R., Riedel-Heller S. (2021). Umsetzung der Prinzipien des Supported Employment in Deutschland: Positionspapier einer Task-Force der DGPPN. *Der Nervenarzt*, Ausgabe 90/2021. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-01038-0>

Thornicroft, G., Tansella, M., (2014). Community mental health care in the future: nine proposals. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(6), 507-512. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000151>

World Health Organization. (2002). World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization.

Ziereis, M., Günther, S., Baghai, T.C., Rupprecht, R., (2020). Regionale Pflichtversorgung in der stationären Psychiatrie und Psychotherapie: Ein alternativer Ansatz zur Operationalisierung des Begriffs. *Nervenheilkunde*, 39, 167-174.