

Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages stellt Zukunft der psychiatrischen Krankenhäuser in den Fokus: Sachverständige positionieren sich

Wachsende Prävalenzzahlen psychischer Erkrankungen, die steigende Inanspruchnahme psychiatrischer Gesundheitsleistungen, die Verdichtung der Versorgungslast in Zeiten von Krisen und Katastrophen – tangiert von der allgemeinen Personalverknappung im Gesundheitswesen und ganz explizit auch in der Psychiatrie – all das ist bekannt und stellt einmal mehr die Frage nach der Zukunft psychiatrischer Versorgung innerhalb und außerhalb der psychiatrischen Krankenhäuser.

Der Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages hat die hier unterzeichnenden Sachverständigen am 17.1.2024 zu einem Fachgespräch „Psychiatrische Versorgung in Krankenhäusern“ eingeladen, um einerseits einen Überblick über die akuten Herausforderungen im Feld der psychiatrischen Versorgung zu erhalten und sich andererseits handlungsrelevante Lösungsansätze vorstellen zu lassen. Die folgenden Ausführungen fassen die Stellungnahmen der Autoren zusammen.

Corona-Pandemie, Kriege und Klimaveränderungen sowie weitere Belastungen wie soziale Not, Verelendung und Isolation durch zerrüttete Familienstrukturen und insbesondere altersbedingte Armut, wirken sich auf die psychische Gesundheit und damit auf das psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssystem aus.

Das deutsche Gesundheitssystem ist unter Druck. Es kommt zur Ressourcenverknappung und Personalengpässen. Das psychiatrische Versorgungssystem hat dringende Herausforderungen zu meistern, die nachfolgend dargestellt sind:

Es gibt überzeugende Evidenz, dass ambulante psychiatrische Behandlung in multiprofessionellen Teams bedarfsorientiert ist und die Versorgungsqualität verbessert. Solche Hilfen sollten in der Gemeinde wohnortnah, bedarfsgerecht, personenzentriert und leitlinienorientiert angeboten werden. Die Einbeziehung von Nutzern und ihren Angehörigen ist essenziell – wie auch die Berücksichtigung der Bürger- und Menschenrechte. Das psychiatrische Krankenhaus ist hier zentraler Akteur und gewährleistet umfassende Pflichtversorgung stationär und ambulant – aufsuchend in enger Vernetzung mit allen anderen gemeindepsychiatrischen Angeboten. Hier ist die Prävention stärker in den Vordergrund zu stellen. Es bedarf Krisenversorgung, die nicht notwendigerweise am Krankenhaus angesiedelt ist, die aber das Krankenhaus mit einbezieht: Es besteht die Schnittstelle zum Rettungsdienst, zur Kassenärztlichen Versorgung, zu psychosozialen Hilfsangeboten, öffentlichem Gesundheitsdienst, aber auch zur Polizei und auch zur Suizidprävention. Dies kann durch verbindliche Netzwerkverbünde mit Versorgungsverpflichtung gelöst werden: Bestehende

Einrichtungen in den genannten Bereichen und in der psychiatrischen Notfallversorgung, werden verbindlich in ein Netz zusammengeführt. So können unnötige vollstationäre Aufnahmen in psychiatrische Krankenhäuser vermieden werden. Ein Anteil dieser Versorgungsleistung sollte von der GKV finanziert werden.

In weiten Teilen im Einklang mit der 8. Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung werden eng assoziierte Themen sowohl im Psychiatriedialog des BMG als auch mit großer Stringenz durch die APK e.V. verfolgt und wichtige Anforderungen an die notwendige Transformation des psychiatrischen Systems inklusive relevanter Handlungsoptionen aufgezeigt.

Jenseits von regionalen Modell- und Pilotprojekten muss sich das psychiatrische Krankenhaus wandeln von einer bettenführenden Einrichtung hin zu einer modernen Gesundheitsversorgungsstruktur, die mit großer Flexibilität setting- und sektorübergreifend Leistungen anbietet. Die psychiatrischen Institutsambulanzen mit Einzelleistungsabrechnung nach Bayrischem Modell (§118 SGB V) zeigen schon jetzt sehr gute Möglichkeiten, insbesondere für schwer psychisch erkrankte Menschen mit komplexen Hilfebedarfen neben Behandlung i.e.S. auch die für diese Gruppe relevanten funktional übergreifenden beruflichen und sozialen Teilhabeleistungen zu erbringen. Innerhalb dieser spezifischen Leistungsdefinition können die Betroffenen darüber hinaus schon jetzt mit Hausbesuchen („PIAmobil“) durch mobile Teams multiprofessionell und gemeindenah versorgt werden – allein die flächendeckende Umsetzung in Deutschland steht aus.

Die sich seit 2017 entwickelnden stationsäquivalenten Behandlungsangebote (StäB, § 115d SGB V) haben gezeigt, dass Patient/innen, die klassischerweise mittels einer vollstationären Akutbehandlung versorgt werden, sehr wohl aufsuchend in ihrem gewohnten sozialen Umfeld durch multiprofessionelle Teams behandelt werden können. Sowohl altersgruppenspezifische als auch hinsichtlich der Intensität variierende Angebote können in vielen Bereichen vergleichbar dem akuten Klinikbett mittlerweile in der StäB erbracht werden.

Darüber hinaus bieten die Regelungen der Modellprojekte nach § 64b SGB V, die wissenschaftlich evaluiert sind, zudem eine hervorragende Chance, ambulante inklusive aufsuchende, teilstationäre und stationäre Behandlung aus „einem Guss“ vorzuhalten. Gesetzgeberisch bedarf es einer Optionsmöglichkeit für die Krankenhäuser, in den Budgetverhandlungen verbindlich § 64b-Modelle abzuschließen, ohne hier auf den Goodwill der Kostenträger angewiesen zu sein – z.B. durch Regelungen in der BPfIV.

Der Modellvertrag des Pfalzlinikums z.B., vereinbart für 8 Jahre, hat aufgrund der Größe der zu behandelnden Population eine überregionale versorgungspolitische Bedeutung und zeigt, dass auch in (sehr) großen Regionen mit städtischer und ländlicher Struktur mit Hilfe dieses

flexibilisierten Versorgungsansatzes Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen individuell und bedarfsorientiert, schnittstellen- und sektorenübergreifend über alle Akuitätsphasen hinweg gut versorgt werden können. Entsprechend der Leitlinienorientierung ist auch hier die aufsuchende Versorgung im Sinne des „Assertive Community Treatment (ACT)“ – Ansatzes ein zentraler Behandlungsbaustein, der definitionsgemäß auf die frühe Einbeziehung des psychosozialen Netzwerkes und die Nutzung von Ressourcen in der Häuslichkeit rekurriert („Zuhausebehandlung“). Dabei eröffnet das Konzept sowohl den Professionellen als auch den Nutzer/innen breite Gestaltungsspielräume, um Bedarfe und Möglichkeiten, Personalressourcen inklusive Erreichbarkeit der Akteure wie auch Resilienzgetragene Ressourcen der Patient/innen und ihrer Angehörigen miteinander abzustimmen – in Summe, Unterstützung flexibel und doch verbindlich vorzuhalten. Die im Regionalbudget vereinbarte Versorgungsverpflichtung schließt präventive krisenvermeidende Strukturen ein, was mit Blick auf die grundsätzliche Bedeutung von Prävention psychischer Erkrankungen evident erscheint. Prävention, sowohl indiziert bei relevanten Risikogruppen als auch breit definiert in der Allgemeinbevölkerung und orientiert auf die gesamte Lebensspanne, muss flächendeckend Berücksichtigung finden, um der zunehmenden Inanspruchnahme der psychiatrischen Versorgungsleistungen wirksam gegenüberzutreten. Hierbei spielt die Zusammenarbeit mit zivilgesellschaftlichen Gruppen, insb. bei niederschweligen Angeboten ganz im Sinne der WHO-Pyramide für psychosoziale Versorgung eine besondere Rolle.

In diesen Veränderungen muss die wichtige, jedoch zunehmend knappe Ressource des Personals mitbedacht werden, der Personaleinsatz aller Fachkräfte muss somit effizienter gestaltet sein. Eine kluge und zukunftssträchtige Strategie des Arbeitgebers Krankenhaus zur Förderung der Gesundheit und Resilienz von Mitarbeitenden kann es sein, in deren Anforderungen an einen interessant und organisatorisch flexibel gestalteten Arbeitsplatz zu investieren. Viele in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung arbeitende Mitarbeiter sehen, dass mit neuen Versorgungsansätzen attraktive Arbeitsorte entstehen, an denen gern und mit hohem Engagement gearbeitet wird. Bestmögliche Partizipation bzgl. Arbeitsort, -zeit, -inhalt für Mitarbeitende kann eine lohnende Strategie sein, um deren individuelle Wünsche in Einklang mit ihren beruflichen Erwartungen und Zielen sowie mit den Anforderungen eines modernen Arbeitsplatzes im Krankenhaus zu bringen.

Die Krankenhäuser benötigen zudem die Möglichkeit, Personal angemessen einzusetzen, ohne dass ihnen Sanktionen aufgebürdet werden, wenn sie auf Grund der Arbeitsmarktlage und bei bestehender Versorgungsverpflichtung nicht genügend Mitarbeitende finden können. Die Psychiatrie benötigt Regelungen, die dazu führen, dass die verhandelten Budgets tatsächlich bezüglich Tarifsteigerung und PPP-RL-Vorgaben ausfinanziert sind und selbstverständlich zweckgebunden eingesetzt werden. Die nachvollziehbare Forderung der

Krankenhäuser nach weniger Bürokratie vernachlässigt dabei nicht den Anspruch und die Notwendigkeit bzgl. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen Versorgung. Dies ist im § 136a Abs. 2 SGB-V so benannt worden. Versorgungsqualität jenseits von starren Personalrichtlinien könnte z.B. bedeuten, u.a. auch regionale, triologisch besetzte Beratungskommissionen regelhaft an den Kliniken zu etablieren, die Transparenz und Austausch fördern. Wirkliche Qualitätssicherung in dieser Hinsicht könnten auch bedeuten, dass Zwangsmaßnahmen und Gewaltereignisse bundesweit, länderübergreifend sowohl im Bereich der öffentlich-rechtlichen wie auch zivilrechtlichen Unterbringung in den Kliniken gemonitort und veröffentlicht werden.

All das muss in einem Konzept der „Regional Governance“ zusammenkommen: Es muss klar sein, dass in einer Region tatsächlich die Versorgungsverpflichtung gewährleistet ist. Dies beinhaltet nicht nur die stationäre, sondern auch die ambulante inklusive psychotherapeutische Versorgung. Nur dann werden wir auch das Problem der Wartezeiten in den Griff bekommen. Dass eine sektorübergreifende, sozialgesetzbuch-übergreifende Komplexleistungen ermöglicht werden sollten, ist offenkundig.

Letztlich weist die aktuell krisenhaft erlebte Situation darauf hin, dass Veränderung notwendig und auch möglich ist. Wir plädieren dafür, die Chance dieser Krise zu nutzen und haben dafür Wege aufgezeigt.

Autoren: Katarina Stengler, Paul Bomke, Peter Brieger

Literatur:

Bhugra, Dinesh et al. (2017): The WPA-Lancet Psychiatry Commission on the Future of Psychiatry, in: Lancet Psychiatry, 2017, Vol. 4(10), S. 775 – 818 (doi: 10.1016/S2215-0366(17)30333-4. Erratum in: Lancet Psychiatry. 2017 Nov;4(11): e25. PMID: 28946952)

Kieser C, Bomke P, Brieger P, Deister A, Priebe S (2023) Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen - jetzt ist die Zeit für eine grundsätzliche Verbesserung. <https://www.apk-ev.de/veroeffentlichungen/sonstige-literatur-zum-thema/?fs=0%28%28%27.%2C.&contrast=1>

Bomke, Paul (2023): Handlungsbedarfe in der psychosozialen Versorgung - Chancen und Herausforderungen aus Sicht eines regionalen Anbieters, in: KU-Gesundheitsmanagement, 06-23, S. 42 – 44

Steinhart I, Stengler K (2023) „Psychiatrie on tour“: was bleibt, was muss sich – jetzt – ändern? Psychiat Prax; 50: 60–62 DOI 10.1055/a-2010-9292