

# Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

## – jetzt ist die Zeit für eine grundsätzliche Verbesserung

Christian Kieser<sup>1</sup>, Paul Bomke<sup>2</sup>, Peter Brieger<sup>3</sup>, Arno Deister<sup>4</sup>, Stefan Priebe<sup>5</sup>

### ***Die psychosoziale Versorgung – Probleme und Lösungsansätze***

Seit der Psychiatrie-Enquete vor fast einem halben Jahrhundert hat sich die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland deutlich verbessert. Mehr und in der Regel besser qualifizierte Mitarbeiter behandeln eine viel höhere Anzahl von Patienten in besser ausgestatteten Einrichtungen.

### ***Einige Probleme bleiben jedoch bestehen***

Die Versorgung ist trotz einer im OECD-Vergleich guten Finanzierung wenig effizient. Während die Zahl der stationär behandelten Patienten in den letzten zwei Jahrzehnten kontinuierlich gestiegen ist, wurde der Ausbau des ambulanten Versorgungssystems vernachlässigt. Die Übergänge zwischen der stationären und der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung sowie in den psychosozial-rehabilitativen Bereich sind schwierig. Die Steuerung und Koordination der Ressourcen sind unzureichend, und eine Gesamtverantwortung für eine Versorgungsregion fehlt.

Die Folge ist, dass Menschen insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen häufig unterversorgt und vom Versorgungssystem teilweise ‚vergessen‘ bleiben.

In den letzten Jahrzehnten gab es wiederholte Versuche, die starren Sektorengrenzen der Versorgung zu überwinden und rechtskreisübergreifende Ansätze umzusetzen. Diese Entwicklungen waren oft an spezifische Kontextfaktoren oder an charismatische Persönlichkeiten gebunden, so dass die Situation weder überdauerte noch zu generalisieren war, oder es handelte sich um gut gemeinte Initiativen, wie die Integrierte Versorgung oder Modellvorhaben, die sich aber in der Breite nicht durchsetzen konnten.

Zwar wurden in einigen Regionen sogenannte ‚Gemeindepsychiatrische Verbände‘ etabliert, bei denen vor allem Träger der ambulanten und stationären Eingliederungshilfe kooperieren und umfassende psychiatrische Hilfen sicherstellen sollten. Diese Verbände haben aber zumeist auch nicht zu einer ausreichenden Vernetzung der regionalen Versorgung geführt.

Die Gründe für den fehlenden Fortschritt sind vielfältig. Sie liegen insbesondere in einer starren und zu erheblichen Fehlanreizen führenden Finanzierungssystematik und unterschiedlichen Interessen einflussreicher Akteure und Gruppen. Der politische Prozess ist schwerfällig, und eine zergliederte Sozialgesetzgebung fördert die Fragmentierung der Versorgungssektoren. Eine an den Versorgungszielen einer Region ausgerichtete Gesamtplanung der psychosozialen Versorgung fehlt, und bestehende Ressourcen sind

---

<sup>1</sup> Christian Kieser, Dr. med., Klinikum Ernst von Bergmann, Potsdam

<sup>2</sup> Paul Bomke, Pfalzkrankenhaus, Klingenmünster

<sup>3</sup> Peter Brieger, Prof. Dr. med., Kbo-Isar-Amper-Klinikum, Haar

<sup>4</sup> Arno Deister, Prof. Dr. med., Aktionsbündnis Seelische Gesundheit, Berlin

<sup>5</sup> Stefan Priebe, Prof. Dr. med. Dipl.-Psych., FRCPsych, East London NHS Foundation Trust, London

wenig koordiniert und zum Teil auch fehlalloziert. Dadurch kommt es in einigen Bereichen zu einer Unter- und Fehlversorgung, gleichzeitig in anderen Bereichen aber auch zu einer Überversorgung.

Zu all diesen schon lange bestehenden Problemen kommt in jüngerer Zeit ein neues Problem hinzu, das einerseits die Lage weiter kompliziert, andererseits aber auch eine Chance bietet: Der gravierende und zukünftig eher noch zunehmende Mangel an Fachkräften wird sowohl die stationäre als auch ambulante Versorgung massiv gefährden. Insbesondere in vielen ländlichen Regionen ist die ambulante Versorgung bereits jetzt unzureichend, da sich nicht mehr ausreichend Psychiater und Psychotherapeuten niederlassen. Im Krankenhausbereich führt der Personalmangel dazu, dass Behandlungsangebote drastisch reduziert oder Behandlungsbereiche temporär oder auch langfristig geschlossen werden müssen. Die Arbeitsbedingungen verschlechtern sich weiter und schrecken viele engagierte Mitarbeiter ab. Keine Interessensgruppe kann diesen Fachkräftemangel ignorieren, und wenn man ein bestmögliches psychosoziales Versorgungssystem aufrechterhalten will, erscheinen baldige und einschneidende Veränderungen unvermeidlich.

Auch die politischen Rahmenbedingungen für grundsätzliche Verbesserungen scheinen momentan günstiger als zu früheren Zeiten. Stellungnahmen verschiedener beteiligter Gruppen zeigen einen Unmut mit der jetzigen Situation und einen ausgeprägten Wunsch nach Veränderung.

## **Ziele**

Wenn man jetzt eine Verbesserung fordert, sollte diese zwei wesentliche Ziele haben. Zum einen muss man die verfügbaren Ressourcen so effizient wie möglich nutzen, um trotz eines eklatanten Fachkräftemangels eine gute psychosoziale Versorgung zu gewährleisten. Zum anderen sollte die Versorgung insbesondere von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen verbessert werden. Normalerweise würde man hierfür mehr Finanzmittel fordern. Das nützt aber angesichts des Fachkräftemangels wenig, weil man für zusätzliches Geld kaum zusätzliches Personal finden kann. Also muss man die vorhandenen Mittel effizienter nutzen, womit sich die beiden Ziele verbinden.

## **Wie kann die Verbesserung aussehen?**

### Regionale Verantwortung

Der Bezugsrahmen für Planung, Einsatz, Steuerung und Koordination der Ressourcen sind Regionen im Sinne sogenannter Gesundheitsregionen. Die Festlegung einer solchen Region kann variieren, aber im Zweifelsfall ist das gegenwärtige Einzugsgebiet stationär-psychiatrischer Einrichtungen ein sinnvoller Ausgangspunkt.

### Regionales Gesundheitsmanagement und Globalbudget

An einen Träger oder einen Trägerverbund bestehend aus Vertretern möglichst aller Leistungserbringer der Gesundheitsregion (Krankenhaus-, niedergelassener und gemeindepsychiatrischer Bereich) wird das regionale Gesundheitsmanagement mit dem Versorgungsauftrag für die jeweilige Region übertragen. Idealerweise sollte eine Trägerorganisation gefunden werden, die bereits über eine ausreichende administrative und

organisatorische Kapazität und Erfahrung verfügt, so dass solche nicht erst neu aufgebaut werden müssen. Das trifft in der Regel auf die Träger der stationären Versorgung zu, die psychosoziale Komplexleistungen erbringen.

Die Finanzierungsgrundlage ist ein sektoren- und rechtskreisübergreifendes regionales Globalbudget. Der Träger bzw. Trägerverbund verfügt über das Budget und ist für die Gewährleistung der psychosozialen Versorgung in der Region verantwortlich.

#### Sektorenübergreifende Gesamtplanung und Regionale Governance

Die koordinierte Gesamtplanung der psychosozialen Versorgung in den Gesundheitsregionen erfolgt sektorenübergreifend durch die Länder und Kommunen. Eine ‚regionale Governance‘ bietet den Ordnungsrahmen mit zeitlich befristetem Versorgungsauftrag (im Sinne des rechtlichen Begriffs einer Beleihung) an einen Träger bzw. Trägerverbund und Offenlegungspflichten nach den Kriterien eines modernen Governance-Codex. Zudem legt die ‚regionale Governance‘ die Maximen und die Handlungsorientierung für die Organisation und Steuerung der psychosozialen Versorgung in der Region fest und überwacht deren Umsetzung. Dies sollte auf transparenten Kriterien beruhen, unterschiedliche Interessengruppen einbeziehen und die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen hinreichend betonen.

#### ***Was wird dadurch verbessert?***

Es können Rahmenbedingungen geschaffen werden, die den Aufbau ressourceneffizienter Strukturen, patientenzentrierter Organisation und flexibler Behandlung ermöglichen. In Abhängigkeit lokaler Gegebenheiten kann sich die vorgehaltene Bettenkapazität vermindern und durch andere - vor allem aufsuchende - Angebote ersetzt werden. Entscheidend ist, dass dadurch Versorgungsstrukturen ermöglicht werden, in denen die vorhandenen Fachkräfte effizienter eingesetzt werden können. Eine koordinierte und sektorenübergreifende Versorgung sollte in der Lage sein, Fachkräfte flexibel dort einzusetzen, wo sie am dringendsten gebraucht werden und den größtmöglichen Nutzen für die Gesamtversorgung haben.

Gleichzeitig können dadurch attraktivere Arbeitsplätze mit flexiblen Arbeitszeitmodellen geschaffen werden, die eventuell mehr Fachkräfte zum Arbeiten in der psychosozialen Versorgung motivieren. Viele Fachkräfte bevorzugen eine Tätigkeit in der Gemeinde ohne rigide Arbeitsbedingungen und Schichtdienste wie im traditionellen Krankenhaus. So können neue Mitarbeiter gewonnen und langjährig erfahrene gehalten werden.

Durch die regionale Steuerung erhalten Patienten zeitnah die für sie notwendigen Hilfen. Eine aufsuchende Behandlung ist niederschwellig möglich, zügig kann die Vermittlung in Angebote der Gemeindepsychiatrie erfolgen. Die Kontinuität von Behandlung und Betreuung kann über die Sektorengrenzen hinweg gewährleistet werden.

Eine Gesamtversorgung in einer Region erlaubt eine viel einfachere und aussagefähigere Evaluation als eine, die sich auf Einzeleinrichtungen bezieht. Daten über Patienten, über deren klinische und sozialen Charakteristika und über Behandlungsverläufe und -ergebnisse können für eine Region mehr oder minder vollständig erhoben und mit anderen Regionen verglichen werden. Dadurch entstehen mehr Transparenz für alle Beteiligten und die Möglichkeit einer übergreifenden Planung und Anpassung, die von empirischen Erfahrungen

und Ergebnissen ausgehen und die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen angemessen einschließen.

### ***Was ist konkret erforderlich?***

Regionen müssen festgelegt, Träger bzw. Trägerverbände mit dem Versorgungsauftrag beauftragt und Strukturen für eine ‚regionale Governance‘ etabliert werden. Für die sektorenübergreifende Gesamtplanung müssen die Bundesländer ermächtigt werden, rechtssicher die Versorgungslandschaft zu gestalten. Settingunabhängige Psychriatriebudgets (in Anlehnung an Modellvorhaben § 64b SGB V) sind von der Modell- in die Regelfinanzierung zu überführen. Aus einer pragmatischen Perspektive ist möglicherweise eine schrittweise Umsetzung des Globalbudgets sinnvoll. In einer Konvergenzphase könnten settingunabhängige Psychriatriebudgets für die Krankenhäuser mit SGB V- sektorenübergreifende Psychriatriebudgets für die vertragsärztliche Versorgung sowie den Leistungen aus den SGB-Bereichen IX und XII für die gemeindepsychiatrischen Versorgung in ein rechtskreisübergreifendes Globalbudget zusammengeführt werden.

Die Umsetzung dieser Verbesserung wird variieren und regionale Unterschiede berücksichtigen. In Regionen, in denen ausreichend niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten arbeiten und/oder starke Träger ambulanter und gemeindepsychiatrischer Einrichtungen vorhanden sind, werden diese Gruppen und Träger einbezogen. Es ist aber in jedem Fall Ziel, die Krankenhaus- und vertragsärztliche Versorgung gemeinschaftlich einzubinden. Das vorgeschlagene Modell beinhaltet die Möglichkeit für eine flexible Umsetzung und ein schrittweises Vorgehen mit unterschiedlichem Tempo.

### ***Schlussbemerkungen***

Ein wenig effizientes psychosoziales Versorgungssystem und insbesondere der seit einigen Jahren sich zuspitzende Fachkräftemangel machen Reformen dringend erforderlich. Diese Situation kann als ungewöhnliche Chance verstanden werden, um weitere Reformschritte mit Nachdruck voranzubringen. Mit dieser Modellskizze werden konkrete Vorschläge dargestellt, die zur Lösung einiger Probleme in der psychosozialen Versorgung beitragen können. Bei gegebenem politischem Willen könnten Selbstverwaltung, Bund und Länder mit Einbeziehung der Verbände die Reformen relativ rasch umsetzen. Die nächsten zwei bis drei Jahre werden zeigen, ob alle Akteure die erforderliche Kraftanstrengung aufbringen und gemeinsam etwas schaffen, was seit vielen Jahren nicht gelang. Jetzt ist die Zeit dafür.

### ***Korrespondenzadresse***

Dr. med. Christian Kieser  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Klinikum Ernst von Bergmann  
Charlottenstraße 72  
14467 Potsdam  
christian.kieser@klinikumevb.de

27.11.2023

## Literatur

- Augursky, B., De Meo, F., Fichtner, F., Hankeln, K., Hanneken, J., Jorzig, A., Klapper, B., Lafferentz, C., Lemke, T., Teichert, D. (2021). Gesundheit regional machen. Thesenpapier anlässlich der Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages 24.3.2021.
- Deister, A. (2018). Die Region als Kooperationsrahmen in der psychiatrischen Versorgung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz; doi.org/10.1007/s00103-018-2864-2.
- Gerlinger, G., Prestin, E., Schmidt, R. (2019). Es ist Zeit für einen neuen Aufbruch. Positionspapier Friedrich Ebert Stiftung.
- GKV-Spitzenverband. (2023). Zehn-Punkte-Papier der GKV zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Krankenhausversorgung in Deutschland.
- Klauber, J., Wasem, J., Beivers, A., Mostert, C. (2023). Krankenhaus-Report 2023. Springer
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2019). *Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2019*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- Peter v. S., Schwarz, J., Brieger, P. (2023). Psychiatrische Modellvorhaben (64b) – bereit für die Regelversorgung? *Nervenheilkunde*; 42: 751 – 5.
- Priebe, S., Huxley, P., Burns, T. (1999). Who needs needs? *Eur Psychiatry*; 14: 186-8.
- Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausreform (2023). Achte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. *Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie („Psych-Fächer“): Reform und Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung*. bundesgesundheitsministerium.de.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. svr-gesundheit.de.
- Salize, H-J. (2023). *Psychiatrie, Krisen und Politik*. *Psychiat Prax*; 50: 47–51.