



Bonn, den 12.06.2023

Erwägungen der Aktion Psychisch Kranke e. V. zur Krankenhausreform

Einführung

Die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenversorgung hat Vorschläge für eine grundlegende Reform der Krankenhausversorgung in Deutschland vorgelegt. Die Grundprinzipien des Reformvorschlages bestimmen teilweise bereits die psychiatrische Krankenhausversorgung und können auch im Rahmen einer Weiterentwicklung des Krankenhausbereiches der Psychiatrie und Psychosomatik genutzt werden.

Grundsätzliche und leitende Zielsetzung ist es, eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Dazu gehört insbesondere die rund um die Uhr Verfügbarkeit von Notfallbehandlung und die Verfügbarkeit von Krankenhausleistungen in den Regionen auch außerhalb der Ballungszentren.

Die Psychiatrie verfolgt seit Jahrzehnten dezentrale Versorgungsmodelle, die nahe am Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten vorgehalten werden. Zentrale, wohnortferne Großkrankenhäuser wurden als Versorgungskonzept seit der Psychiatrie-Enquête 1975 verworfen. Damit verbunden ist die Abkehr von der zentralen Logik des belegten Bettes. Die Diversität in den Versorgungsstrukturen spiegelt sich in dem kooperativen Nebeneinander von Fachkrankenhäusern und psychiatrischen Abteilungen (psychiatrischen Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern) wider. Tagesklinische Behandlung und aufsuchende Behandlung (StäB, PIA) sind zentrale Bestandteile eines regionalen Versorgungskonzeptes. Künftige Krankenhausorganisation und -finanzierung im psychiatrischen Bereich muss diesem Umstand Rechnung tragen und insbesondere den Betrieb der kleinen, dezentralen Versorgungseinheiten des Krankenhauses gekoppelt mit einer steuernden Krankenhausstruktur – als Fachkrankenhaus oder Psychiatrische Abteilung mit einem Vollversorgungsauftrag und eingebettet in einem Gemeindepsychiatrischen Verbund sicherstellen. Dezentrale ambulante und tagesklinische Versorgungseinheiten sind der Schlüssel zu einem möglichen Abbau stationärer Kapazitäten.

Die psychiatrische Notfallversorgung sollte sich eng verzahnen mit niedrighwelligen Krisenhilfen.

Krankenhauslevel in der Psychiatrie und Psychosomatik

Die Einteilung in Level I, II, und III ist kaum kompatibel für die psychiatrischen Fachkrankenhäuser und die psychiatrischen Abteilungen, die sich in ihrer Zuständigkeit an einer Versor-

gungsregion mit Pflichtversorgung orientieren sowie den Auftrag der Sicherstellung der Akutbehandlung und Notfallversorgung erfüllen. Damit sind sie regionale Maximalversorger in einem einstufigen Versorgungssystem.

Psychiatrische Fachkrankenhäuser haben auf der Basis eines Nebeneinanders und einer kooperierenden Struktur von Fachkrankenhäusern und psychiatrischen Abteilungen ihre Angebote in den letzten Jahrzehnten dezentralisiert und ambulantisiert, dezentrale Tageskliniken und Ambulanzen aufgebaut und sichern im engen Zusammenspiel dieser Einheiten für eine ganze Region die psychiatrische Krankenhausversorgung. Besonderheiten von Ballungsräumen und ländlichen Regionen sind regelhaft zu beachten. Dieses Prinzip sollte weiterverfolgt und ausgebaut werden.

Dabei ist zu beachten, dass sich die Kriterien für die Versorgung der Schwerstkranken anders als in der Somatik, nicht vorrangig an technischer Ausstattung oder häufig durchgeführten Prozeduren, sondern vor allem sich an der Breite und Tiefe der regionalen Vernetzung, am Pflichtversorgungsauftrag sowie an der Existenz spezialisierter regionaler Behandlungsangebote in allen Abstufungen der Behandlung (ambulant, tagesklinisch, stationsäquivalent und stationär) orientieren müssen. Die Beeinträchtigung Hilfe anzunehmen und Ambivalenz in der Inanspruchnahme erfordern unabdingbar die Einbeziehung des sozialen Umfeldes, und motivierender, wohnortnaher und wo immer geboten aufsuchender Behandlung.

Insbesondere für die Akutversorgung organisch psychischer (F0) und substanzbezogener Störungen (F1) ist aber angesichts der hohen Krankheitslast die Bereitstellung einer apparativen und fachärztlichen Differentialdiagnostik bereits auf Level 1 erforderlich.

Den Institutsambulanzen ist ein besonderer ambulanter Versorgungsauftrag für schwerer psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten zugeordnet worden. In Bezug auf den Ausbau der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten des Krankenhauses bieten die Ambulanzen Optionen für ambulante Komplexleistungen (insbesondere Bayerisches Modell) und aufsuchende Behandlung.

Leistungsgruppen in der Psychiatrie

In der Krankenhausplanung werden Patientengruppen zusammengefasst und überwiegend bezogen auf „Psychiatrie/ Psychosomatik“ (Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) und „Kinder und Jugendpsychiatrie“ definiert.

Hier wäre diese Einteilung in „Psychiatrie/ Psychosomatik“ und die „Kinder und Jugendpsychiatrie“ unterschieden in Behandlungsintensität (Stationär/ Teilstationär) wie zum Beispiel im Krankenhausplan NRW eine Definitionsoption für Leistungsgruppen bzw. -bereiche. Dort wird auch die Pflichtversorgung nach den PsychKGs diesen Krankenhäusern bzw. Leistungsbereichen/-gruppen zugeordnet. Innerhalb dieser Leistungsgruppen ist so eine hohe

Flexibilität in der Zuordnung der Behandlungsintensität und der Überwindung von Setting-Grenzen möglich.

Die spezifische Risikokonstellation von älteren psychisch erkrankten Menschen und Menschen mit substanzgebundenen Störungen muss Berücksichtigung finden.

Insgesamt plädiert die Aktion Psychisch Kranke e. V. für einen Fortbestand der Fokussierung auf Patientengruppen und deren individuellen Bedarfen (Patienten- bzw. Personenzentrierung).

Flexibilisierung der Krankenhausbehandlung

Versorgungsauftrag, Versorgungsqualität, Qualitätsnachweise und Budget müssen sich auf die Versorgungsregion und nicht auf die einzelne Einrichtung in dieser Region beziehen. Die Pluralität und Flexibilität der psychiatrischen Kliniken in den einzelnen Regionen haben sich gerade in Krisenzeiten wie während der Pandemie bewährt. Psychiatrische Versorgungsqualität heißt, dass alle Menschen einer Region mit psychischen Störungen unabhängig von Schwere und Chronizität der Störung ein umfassendes, vernetztes, bedarfs- und bedürfnisgerechtes Angebot vorfinden. Ressourcen, insbesondere personelle Ressourcen sind innerhalb einer Region so einzusetzen, dass der maximale Behandlungserfolg erzielt werden kann und können nicht an einzelne Versorgungsorte, Behandlungssettings oder Ähnliches gebunden sein. Das heißt auch, dass in der Krankenhausplanung eine höhere Flexibilität in Bezug auf die stärkere Nutzung der tagesklinischen Behandlung ermöglicht werden muss. Diese stärkere Nutzung wäre folgerichtig auch mit einem entsprechenden und bedarfsgerechten Abbau von Bettenkapazitäten verbunden. Eine Flexibilität insbesondere in Bezug auf akute Krisen aufrecht zu erhalten, setzt zugleich ein Bettenvorhaltung (Krisenbetten) voraus. Die § 64b SGB V-Modellvorhaben mit Regionalbudgets bieten schon jetzt diese Option.

Vorhaltekosten

Ein Vorhaltekosten-Ansatz entspricht dem in der Bundespflegesatzverordnung vorgesehenen individuellen Krankenhausbudget mit dem Mechanismus des Mehr- oder Mindererlösausgleiches. Während für den somatischen Bereich eine Zentralstelle und bundesweit einheitliche Vorhaltekostenpauschalen vorgeschlagen werden, spielt in der Bundespflegesatzverordnung der regionale Aspekt eine deutlich höhere Rolle.

Bei einer weiteren Reform der psychiatrischen Krankenhausversorgung sollte dieser regionale Aspekt unbedingt erhalten bleiben. Wie dies in der Praxis gut gelöst werden kann, zeigen die Modellvorhaben nach § 64b SGB V.

Vorhaltekosten differieren nicht nur aufgrund der unterschiedlichen Lebenshaltungskosten regional erheblich, sondern differieren gerade in psychiatrischen Bereich auch abhängig von

der Versorgungsdichte und vom Angebot anderer Träger und Einrichtungen in einer Region und von den Regelungen zur Aufnahme von Patientinnen und Patienten im Rahmen der länderspezifischen Regelungen im Bereich der Gesetze zur Unterbringung von psychisch Kranken. Eine pauschale bundesweite Finanzierung der Vorhaltekosten ist aus diesem Grunde zu hinterfragen.

Geeignet und notwendig in der Finanzierungssystematik wären Vorhaltekosten zudem in der stationsäquivalenten Behandlung und den Institutsambulanzen nach dem Bayerischen Modell.

Regionalbudgets und 64b Modellvorhaben

Mit den Modellvorhaben nach § 64b SGB V (auch „Regionalbudget“ genannt) existiert seit Jahrzehnten ein bewährtes Modell, wie alle SGB V Krankenhausleistungen in einer Region einheitlich und flexibel finanziert werden können. Die Option Regionalbudget sollte in die Bundespflegegesetzverordnung als optionale Regelfinanzierung aufgenommen werden. Zu beachten ist eine verbindliche Transparenz in Bezug auf die Sicherstellung der Versorgung aller Patientengruppen. Die personenbezogene und Setting-unabhängige Versorgungsstruktur und Vergütung haben sich gerade in der Pandemiezeit eindeutig bewährt und starren Strukturen überlegen gezeigt.

Weitere Reformbedarfe

Notwendig ist über die Weiterentwicklung der PPP-RL hinaus eine stärkere Vernetzung der Kliniken in der Region, idealerweise im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Das Krankenhaus ist Teil eines regionalen Versorgungsnetzes, das die psychiatrische und psychotherapeutische und rehabilitative Versorgung insgesamt sicherstellt. Dazu gehören neben den rein medizinischen, auch die ordnungspolitischen und hoheitlichen Aufgaben, die zuverlässig erfüllt werden müssen.

Ein Kooperationsgebot und eine Verankerung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes im SGB V wurde bereits im in dem vom BMG initiierten Psychiatriedialog diskutiert. Zudem sollte das Versorgungs- und Entlassmanagement auch in Bezug auf integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung und -umsetzung gestärkt werden. Auch hierzu liegen Vorschläge aus dem Psychiatriedialog vor.

Insbesondere für psychisch erkrankte Ältere kann eine gemeindenahere sekundärpräventive Versorgung die Krankheits- und Pflegelast im demographischen Wandel abmildern und den zu erwartenden Kollaps der Hilfesysteme verhindern helfen. Dazu wäre eine Öffnung ambulanter Leistungen der medizinischen Rehabilitation für psychisch erkrankte Ältere zwingend erforderlich, die im Rahmen der Ambulantisierung (teil)stationärer Leistungen auch an den psychiatrischen Krankenhäusern angesiedelt werden sollten.

Die enge Verzahnung von Notfallversorgung mit psychiatrisch/psychosozialen Krisenhilfen bzw. Diensten kann auch für Entlastung von Krankenhausversorgung sorgen. Hierzu ist eine gesetzliche Verankerung und Absicherung von niedrigschwelligen Krisenhilfen notwendig mit Beteiligung sowohl von Kommunen/Ländern, Krankenversicherung und Eingliederungshilfe.

Perspektiven

Die psychiatrische Versorgung in Deutschland hat sich seit der Psychiatrie-Enquête erheblich verbessert und weiterentwickelt. Die psychiatrischen Krankenhäuser haben sich früh gegen die Ökonomisierungs- und Wettbewerbsideologie zur Wehr gesetzt, und aufgrund ihrer historischen Erfahrungen von der Idee des zentralen Großkrankenhauses verabschiedet. Mit dem Ziel einer ambulant orientierten, Sektor-übergreifenden, integrierten Versorgung wurden Gemeindepsychiatrische Verbände in vielen Regionen erfolgreich etabliert. Eine Krankenhausreform muss diese Entwicklungen weiterführen, Sektorengrenzen ambulant/aufsuchenteilstationär - stationär, aber auch zwischen den SGB-Bereichen weiter abbauen und flexible, bedarfs- und bedürfnisorientierte Behandlungsmöglichkeiten eröffnen. Zugleich sind die hoheitlichen Aufgabenstellungen nach den PsychK(H)Gs unter Beachtung medizin-ethischer und menschenrechtlicher Vorgaben zu erfüllen.