

# Persönliche PDF-Datei für Deister A, Heinze M, Kieser C, Wilms B.

Mit den besten Grüßen von Thieme

[www.thieme.de](http://www.thieme.de)

**Regionale Verantwortung  
übernehmen**

## Nervenheilkunde

2023

773–778

10.1055/a-2152-0947

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kolleginnen und Kollegen oder zur Verwendung auf der privaten Homepage der Autorin/des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

### Copyright & Ownership

© 2023. Thieme. All rights reserved.

Die Zeitschrift *Nervenheilkunde* ist Eigentum von Thieme.  
Georg Thieme Verlag KG,  
Rüdigerstraße 14,  
70469 Stuttgart, Germany  
ISSN 0722-1541

## Regionale Verantwortung übernehmen

Positionierung zu grundsätzlichen Veränderungen der Behandlung mit den Mitteln des Krankenhauses des Netzwerks „Steuerungs- und Anreizsysteme für eine moderne psychiatrische Versorgung“

### Taking on regional responsibility

Positioning on fundamental changes in treatment with the means of the hospital of the network control and incentive systems for modern psychiatric care

#### Autoren

Arno Deister<sup>†</sup>, Martin Heinze, Christian Kieser, Bettina Wilms

#### Institut

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik,  
Carl-von-Basedow-Klinikum Saalekreis gGmbH, Quedlinburg

#### Schlüsselwörter

Psychiatrische Versorgung, regionale Verantwortung,  
Modellprojekt § 64b SGB V, Krankenhausreform,  
sektorunabhängig

#### Key words

Mental health services, regional responsibility, global  
treatment budget, national hospital-based care reform,  
flexible and comprehensive treatment

#### Bibliografie

Nervenheilkunde 2023; 42: 773–778

DOI 10.1055/a-2152-0947

ISSN 0722-1541

© 2023. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,  
70469 Stuttgart, Germany

#### Korrespondenzadresse

Dr. Bettina Wilms

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik  
Carl-von-Basedow-Klinikum Saalekreis gGmbH  
Vor dem Nebraer Tor 11, 06268 Quedlinburg, Deutschland  
Tel. 034771/71401  
b.wilms@klinikum-saalekreis.de

#### ZUSAMMENFASSUNG

Der Beitrag beschreibt die Positionierung zu grundsätzlichen Veränderungen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung mit den Mitteln des Krankenhauses aus Sicht des Netzwerks „Steuerungs- und Anreizsysteme für eine moderne

psychiatrische Versorgung“. Im Kern werden die Herausforderungen des Gesundheitssystems in Deutschland geschildert, die für Menschen bestehen, die von psychischen Erkrankungen betroffen sind und der Behandlungen mit den Mitteln des Krankenhauses bedürfen. Dabei wird die aktuell diskutierte Reform der Krankenhausversorgung in Deutschland als Chance gesehen, auch für die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zu einer verbesserten Nutzung knapper personeller und finanzieller Ressourcen zu kommen. Eine flexible und integrative Behandlung in Kombination ambulant, teil- und vollstationärer Settings, wie in den Modellprojekten nach § 64b SGB V erprobt, wird vorgeschlagen. Modelle, die als Globalbudgets alle Patienten in einer Region und alle betreffenden Krankenkassen mit einbeziehen, werden als finanziell sinnvolle Alternative zum System der Regelversorgung skizziert bei mindestens gleichwertigem und teilweise überlegenem Outcome, auch was Aspekte sozialer Teilhabe und Vermeidung von Zwang angeht. Konkrete Umsetzungsideen werden entwickelt und die Bedeutung wohnortnaher Behandlungsangebote unterstrichen.

#### ABSTRACT

This article describes the position regarding the psychiatric and psychotherapeutic treatment on hospital-based services in Germany, offered by the network „Steuerungs- und Anreizsysteme für ein moderne psychiatrische Versorgung“. The main challenges facing the German healthcare system affect people suffering from psychiatric disorders and in need of hospital-based care. Therefore, the current discussion about reforming hospital-based care in Germany should be seen as an opportunity to improve efficiency in the use of scarce resources, both financial and labour related, in psychiatric and psychotherapeutic treatment, in addition to other areas. A flexible and comprehensive treatment, mixing outpatient, day-unit, and inpatient care, is suggested; as tested and evaluated within test models, following the regulations of “§ 64 b SGB V”. These

<sup>†</sup> Der Beitrag wird von allen genannten Autoren in gleicher Weise beantwortet.

models revolve around a “Global Treatment Budget” (GTB), which consists of every health-insurance provider and patient within a certain region. Additionally, they are described as financially reasonable alternatives to standard care. Moreover,

the outcomes are similar or better, even when considering social participation and avoidance of coercion. Strategies of implementation are being developed and the importance of treatment offers in proximity to patients’ homes are emphasized.

## Die Situation im Sommer 2023

Im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie ist die Notwendigkeit einer am gesamten Menschen orientierten integrativen Versorgung zwingend notwendig. Dafür geeignete inhaltliche Konzepte sind zwar vorhanden, ihre Umsetzung scheitert aber allzu oft an der ökonomischen Realität und den zergliederten Regelungen in den Sozialgesetzbüchern. Die teilweise dramatischen Veränderungen der Versorgungssituation in den letzten Jahren, u. a. die Abnahme der durchschnittlichen Verweildauer und die gleichzeitige Zunahme der Fälle, werden durch die aktuellen Finanzierungsformen jedoch nicht adäquat abgebildet.

Psychische Störungen gehören zu den Erkrankungen, die häufig verantwortlich sind für Arbeitsunfähigkeit, Krankenhausaufenthalte und frühzeitige Berentungen. Die Situation des Gesundheitswesens in Deutschland ist gekennzeichnet durch einen steigenden Ressourcenbedarf und Ressourcenverbrauch mit sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen in den Bundesländern. Für Leistungsausweitungen und Kostensteigerungen werden neben dem wissenschaftlichen Fortschritt und der demografischen Entwicklung auch die vorhandenen Überkapazitäten auf vielen Ebenen des Gesundheitswesens und damit einhergehende angebotsinduzierte Effekte angeschuldigt. Einheitliche ökonomische oder gar qualitätsbezogene Kriterien für die Finanzierung der Versorgung in unterschiedlichen Versorgungsregionen existieren nicht. Daneben gibt es Fehl- und Unterversorgung insbesondere in Bereichen und für Patientengruppen, die in der aktuellen Vergütungssystematik ökonomisch nicht attraktiv sind. Gleichzeitig ist die Versorgungssituation geprägt von begrenzten finanziellen Ressourcen und einem bedrohlichen Fachkräftemangel: Beides verschärft die ohnehin schon kritische Versorgungslage zusätzlich. Diese Fehlentwicklungen führen vor allem bei der Versorgung chronisch und multimorbid kranker Menschen, bei älteren Menschen und Menschen mit Migrationshintergrund zu einer inadäquaten und nicht bedarfsgerechten Leistungsverteilung.

Das aktuelle, auf der Beschreibung und Erfassung von Einzelleistungen basierende Entgelt- und Finanzierungssystem ist nicht geeignet, die Anforderungen an eine dem Bedarf angepasste psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung zu erfüllen. Es werden vorhandene stationäre Behandlungsstrukturen gestärkt, therapeutische Einzelleistungen überbewertet und der Abbau der Grenzen zwischen getrennten Behandlungssektoren verhindert. Für die Leistungserbringer ist das belegte Bett Grundlage des ökonomischen „Erfolgs“. Das bestehende sektorale Finanzierungssystem unterstützt dies und geht mit umfassenden Kontrollen und dadurch gefördertem „Misstrauensaufwand“ der Kostenträger einher. Die vorhandenen personellen und finanziellen Ressourcen werden dadurch nicht optimal zur Erreichung einer adäquaten Ergebnisqualität genutzt.

In vielen Versorgungsregionen existieren im klinischen und „gemeindepsychiatrischen“ Bereich<sup>1</sup> umfassende und kompetente Angebote zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die vorhandenen regionalen Angebote sind häufig ungenügend vernetzt. Die Schnittstellen zwischen der Versorgung mit den Mitteln des Krankenhauses und der Versorgung im vertragsärztlichen Bereich sind von hohen formalen Hürden geprägt, deren Überwindung in der Regelversorgung nahezu unmöglich ist. Die Übergänge in das psychosozial-rehabilitative Versorgungssystem sind häufig erschwert. Dies führt häufig dazu, dass trotz medizinischer Notwendigkeit nicht die dem Patienten angemessene Behandlungsform zur richtigen Zeit zur Verfügung steht. Darüber hinaus führt dies zu einem häufigen Wechsel der Behandlungsteams mit der Gefahr von Brüchen in der therapeutischen Kontinuität.

Die aktuellen Bemühungen um eine Krankenhausstrukturen sind zu begrüßen, weil eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit ihrer in Deutschland starken vollstationären Prägung strukturell so nicht mehr tragfähig ist. Dies betrifft in besonderer Weise die Behandlung von somatischen Komorbiditäten bei Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die Folgen sind hohe Inzidenzen unbehandelter somatischer Erkrankungen, die u. a. zu einer Reduktion der Lebenserwartung der Betroffenen führen [1, 2].

## Was wird benötigt

Ein populationsorientiertes und sektorenübergreifendes Versorgungssystem ist notwendig. Eine gezielte regionale Steuerung der Gesundheitsleistungen könnte die Grundlagen für eine umfassende und fachlich begründete Vernetzung der vorhandenen therapeutischen und rehabilitativen Angebote ermöglichen. Damit verknüpft wäre die Gewährleistung der Verantwortung der Leistungserbringer für die Ergebnisqualität. Die Übernahme regionaler Verantwortung als Voraussetzung für eine qualitätsorientierte psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung erscheint daher unverzichtbar [3]. Die Komplexität der Anforderungen an eine angemessene Finanzierung psychosozialer Versorgungssysteme ist in unserem Fachgebiet ausgesprochen hoch, u. a. da die Zahl und Vielfalt der Leistungserbringer erheblich und deren Leistungsspektrum sehr unterschiedlich ist. Dem steht eine hohe Heterogenität der Menschen, die unter psychischen Erkrankungen leiden, der Behandlungsverläufe und -ergebnisse gegenüber. Die Ausrichtung an Qualitätsmerkmalen als dem wesentlichen Kriterium für die Beurteilung medizinischer Leistungen wird zunehmend erkannt und von Patienten in der Psychiatrie und Psychotherapie eingefordert.

1 Früher sog. „komplementärer“ Bereich als Sammelbezeichnung für Angebote außerhalb des SGB V mit räumlich und organisatorisch nahem Bezug zu Nutzenden und den Hilfen zur Teilhabe.

Zwischen der Struktur des Versorgungssystems, den Anreizen des Finanzierungssystems und der Qualität der erbrachten Leistung besteht ein direkter Zusammenhang. Ein darauf ausgerichtetes Finanzierungssystem muss einer Vielzahl von spezifischen Anforderungen gerecht werden. Dies betrifft vorrangig die Möglichkeit zu individueller und flexibler Behandlung, die Stärkung der sozialen Bezüge der Patienten und deren Teilhabe am sozialen und Arbeitsleben, die Förderung der ambulanten gegenüber der stationären Behandlung, die Vernetzung der bestehenden Angebote in der Region und die Sicherstellung ausreichender personeller Ressourcen. Da diese begrenzt sind und eine relevante Ausweitung in absehbarer Zeit unwahrscheinlich ist, ist es umso wichtiger, dass die zur Verfügung stehenden Mittel uneingeschränkt der Patientenversorgung zur Verfügung stehen und Fehlallokationen dieser Ressourcen beendet und verhindert werden.

Daher ist es erforderlich, die Finanzierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung mit den Mitteln des Krankenhauses von der Bindung an das Krankenhausbett zu entkoppeln, jedoch ohne, das dafür ausgegebene Geld dem Versorgungssystem und damit den dort behandelten Patienten zu entziehen. Die finanziellen Mittel werden dringend benötigt, um freiwerdende Ressourcen für erforderliche Tätigkeiten von Mitarbeitenden der unterschiedlichen Berufsgruppen einsetzen zu können, die eine leitlinienorientierte moderne Behandlung flächendeckend ermöglichen. Dazu gehören z. B. insbesondere Maßnahmen zur Vermeidung von Zwang und Gewalt, der Einsatz von Genesungsbegleitern, Umsetzung lebensfeldbezogener therapeutischer Maßnahmen sowie komplexe Interventionen zur Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe.

Die medizinische Leistung ist transparent und überprüfbar darzustellen. Maßstab dafür sind primär Qualitätskriterien. Ein besonderes Augenmerk ist dabei auf die Struktur- und insbesondere auf die Ergebnisqualität zu legen. Für die Leistungserbringer besteht die Verpflichtung, die Qualitätsmerkmale gegenüber den Kostenträgern offen zu legen. Die Kriterien dafür sind zwischen allen Beteiligten zu vereinbaren und zur Bemessung der zur Verfügung gestellten Ressourcen heranzuziehen. Das Anreizsystem sollte auch die Verpflichtung zur „Gewährleistung“ enthalten, so wie es in den bestehenden Modellprojekten nach § 64b SGB V in Globalbudgets der Fall ist [4]. Bei der Beurteilung der Qualitätsparameter sollten alle Ebenen der regionalen Versorgungsstruktur mit einbezogen werden. Es müssen neben dem psychosozialen Zustand im Verlauf und der Häufigkeit von Behandlungsmaßnahmen insbesondere die Integration in den sozialen Kontext und die Nutzung von Einrichtungen des „gemeindepsychiatrischen“ Bereichs einbezogen werden. Präventive, therapeutische und rehabilitative Aspekte sollten dabei gleichwertig berücksichtigt werden. Unabdingbare Voraussetzung dafür ist jedoch die Möglichkeit, die jeweiligen diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen jederzeit allein an fachlichen Kriterien auszurichten und ohne bürokratische Hürden umzusetzen zu können.

Jegliche Anreizsysteme bergen Risiken zur Fehlsteuerung in sich. Tendenziell gilt: Je pauschaler und prospektiver die Vergütung ausgestaltet ist, desto größer ist die Gefahr zur Vorenthaltung von Leistungen. Erfolgt hingegen die Vergütung nach Einzelleistungen besteht die Gefahr der kommerziell begründeten Leistungsausweitung. Die Fehlallokation von Ressourcen wird dadurch weiter verschärft.

Die wesentlichen Prinzipien eines Systems der Regionalen Verantwortung sind ein integratives und kooperatives regionales Fi-

nanzierungssystem, gezielte Anreize zu einer Überwindung sektoraler Begrenzung und Kriterien für eine mittel- und langfristig zu beurteilende Struktur- und Ergebnisqualität. Dieser Grundgedanke einer engeren Verzahnung der Sektoren in der Planung und Finanzierung ist ein wesentlicher Schritt, um stationäre Überversorgung zu reduzieren, sowie die Ambulantisierung von stationär erbrachten Leistungen der Krankenhausmedizin zu fördern.

## Die Krankenhausreform als Weg zu einer zukunftsfähigen Versorgung

Wir verfolgen das Ziel einer sektorenenabhängigen und sektorenübergreifenden Regelversorgung. Die Ausgestaltung der Leistungserbringung durch das Krankenhaus sollte dabei unter Berücksichtigung der regionalen Bedarfe und im Sinne der psychiatrischen Versorgungsverpflichtung in einer Region entwickelt und verändert werden. Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie müssen gemeinsam mit anderen Akteuren der psychosozialen Versorgungssysteme in der Region diese regionale Regelversorgung übernehmen.

Insbesondere die Modellvorhaben nach § 64b SGB V machen deutlich, dass eine behandlungs- und bereichsübergreifende Organisation in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung mit den Mitteln des Krankenhauses eine sehr hohe Effektivität aufweist, bezüglich der Krankheitslast und der Kosten nicht unterlegen ist und bezüglich der gesellschaftlichen Teilhabe von Patienten und der Wiedergewinnung ihrer sozialen Fähigkeiten sich deutlich überlegen gezeigt hat [5]. Die Krankenhausstrukturreform bietet eine hervorragende Möglichkeit, wissenschaftlich evaluierte Konzepte der Modellversorgung in das Regelsystem zu überführen und dessen Funktionsweise damit zu verbessern. Es bietet sich so die Möglichkeit zur Überwindung überkommener starrer Grenzen zwischen unterschiedlichen Behandlungssettings und Behandlungsformen, sodass die vorhandenen Ressourcen effizient und effektiv für die Patienten genutzt werden können.

Die Frage, ob die sprechende Medizin, also Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychosomatik in das vorgeschlagene System einer Krankenhausreform einzugliedern ist oder Patienten und ihre Bezugspersonen andere Organisationsformen und Strukturen in der Gesundheitsversorgung benötigen, ist zu diskutieren: Eine „Sonderlösung Psychiatrie“ würde eine Ausgliederung aus dem fächerübergreifenden medizinischen Kontext bedingen und die Gefahr einer Stigmatisierung weiter fördern. Andererseits führt eine undifferenzierte „Übernahme“ struktureller Vorgaben der Somatik dazu, die dort diskutierten Finanzierungsformen, z. B. Leistungsgruppen, und ihre für die Psychiatrie ungünstigen Effekte in Kauf zu nehmen.

Bei den in vielen Fällen episodisch oder langandauernd verlaufenden psychischen Erkrankungen gehören zu einem integrativen Behandlungskonzept u. a. Angebote zur sekundären (Verhinderung erneuter Krankheitsepisoden) und tertiären Prävention (Minderung der Folgen psychischer Erkrankung). Es zeichnet psychiatrische und psychotherapeutische Maßnahmen aus, dass ihre Effektivität an eine möglichst langfristige Behandlungs- und Beziehungskonstanz gebunden ist. Eine längerfristige und kontinuierliche therapeutische Beziehung setzt allerdings voraus, dass die Behandlungsart – stationär, tagesklinisch oder ambulant – insbesondere

bei Menschen, die von schweren psychischen Störungen betroffen sind, durch die gleiche Person bzw. dasselbe Team erfolgen kann.

Das Prinzip der mittel- bis langfristigen Gesundheitsförderung setzt klare Anreize für eine stärkere Orientierung an volkswirtschaftlichen Aspekten und weniger an kurzfristiger Gewinnmaximierung. Die Modellprojekte nach § 64b SGB V mit einem Globalbudget haben gezeigt [6], dass aus langfristig angelegten Behandlungen von Patienten, die an einer episodisch verlaufenden psychischen Erkrankung leiden, ökonomische Vorteile resultieren und die Wiederaufnahmequote gesenkt wird.

Zu fordern ist daher eine Vergütungssystematik, die eine sektorenübergreifende und personenzentrierte Behandlung ermöglicht. Die Umsetzung dieser fachlich gebotenen Veränderungen setzt voraus, dass die Kostenkontrolle sowie die Steuerung und Allokation der Ressourcen nach dem Versorgungsbedarf erfolgen. Dabei würden weder Einzel- noch Komplexleistungen vergütet und die Vergütung wäre nicht an definierte Prozesse geknüpft. Die Steuerung und Kontrolle der ökonomischen Ressourcen würde an den Leistungserbringer übertragen, wodurch der Leistungserbringer die Ressourcen flexibler einsetzen kann. Fachliche Entscheidungen über den Einsatz der Ressourcen fänden eine größere Berücksichtigung. Die Leistungserbringer übernehmen gemeinsam die Gesamtverantwortung für die Versorgung einer bestimmten Patientengruppe in einer definierten Region. Solche Modelle erscheinen gerade für psychische Erkrankungen sinnvoll. Es werden dadurch ökonomische Rahmenbedingungen geschaffen, die geeignet sind, die fachlich gebotenen Veränderungen der Versorgungsstrukturen durch Flexibilität, Kreativität und Innovation zu gestalten (WHO 2003). Dabei gilt es die regionalen Besonderheiten und Vorerfahrungen sowie die zur Verfügung stehenden Ressourcen zu berücksichtigen. Morbiditäts- und Mengenrisiko werden bei diesem Modell in einem verhandelten Rahmen [7] an den Leistungserbringer übertragen. Dafür liegen die Budgetsteuerung und damit die Steuerung der vorhandenen Ressourcen beim Leistungserbringer. Die Qualitätskontrolle erfolgt überwiegend durch Ergebniskriterien, wie z. B. die Frage einer Wiedererkrankung, gesellschaftlicher Teilhabe, Lebensqualität, Patientenzufriedenheit, Vermeidung von Zwang. Wichtig ist hierbei, den Zeitraum, für den Verantwortung übernommen wird, ausreichend lange zu wählen, und die Versorgungsregion ausreichend groß zu gestalten. Nur auf diesem Weg kann es gelingen, Steuerungsanreize für die Erzielung kurzfristiger betriebswirtschaftlicher Vorteile zu minimieren und langfristige Erfolge ökonomisch attraktiv zu gestalten. Dies führt in der Konsequenz zu dem Prinzip einer – meist zeitlich begrenzten – Gewährleistung für das Behandlungsergebnis – ein Prinzip, das dem Gesundheitssystem in Deutschland bisher fremd ist. Die Anreize müssen so gestaltet sein, dass die umfassende, vernetzte und qualitätsgesicherte Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen in einer definierten Region gefördert wird. Das verbesserte Angebot von präventiven bzw. frühinterventionellen Maßnahmen sollte tendenziell stärker honoriert werden, eine Ausweitung der akuten Behandlung (kurzfristige Wiederaufnahmen, sehr lange hochfrequente Behandlungen) sollte tendenziell sanktioniert werden. Bezogen auf die regionale Ebene erscheint ein integratives und kooperatives Finanzierungssystem sinnvoll, das die Verantwortung für die Behandlung und Betreuung der Einwohner dieser Region und die langfristige Förderung von Gesundheit und Lebensqualität mit der Verantwortung für die in der Region verfügbaren personellen und fi-

nanziellen Ressourcen verbindet. Die Bemessung der zur Verfügung stehenden Ressourcen sollte sich dabei an der zu bewältigenden Aufgabe orientieren. Der am ehesten dafür geeignete Ansatz scheint uns eine auf die Einwohnerstruktur und deren Erkrankungsrisiko bezogene Finanzierung zu sein. Langfristige Behandlungserfolge sind durch die Vernetzung der in der Region tätigen Anbieter von Behandlungsleistungen innerhalb eines rechtskreisübergreifenden Finanzierungssystems zu erreichen. Modellprojekte nach § 64 b SGB V haben gezeigt, dass Globalbudgets Steuerungsanreize setzen, die zu einer solchen Entwicklung in der psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung beitragen. So wurden die Zahl der Behandlungstage reduziert, Bettenkapazitäten abgebaut und die Kosten stabilisiert. Die wissenschaftliche Begleitforschung belegt, dass dadurch die Behandlungsqualität nicht beeinträchtigt und die soziale Integration der Patienten gefördert werden [4].

## Transparenz vs. Kontrolle

Als Kontrollmechanismus für die Erreichung der vereinbarten Ziele (Ergebnisqualität) könnten Konzepte dienen, die im Sinne eines Benchmarkings die Ergebnisse der Behandlung vergleichbar machen (z. B. unter Hinzuziehung von Kennziffern wie Wiederaufnahmen, Verweildauern und Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen). Daneben könnten verschiedene Formen von Audits (z. B. trialogische Besuchsgruppen) eingesetzt werden. In jedem Fall sollten Aufwand und praktischer Nutzen gleichermaßen bedacht werden, was ebenso für die Nachvollziehbarkeit der Strukturqualität gilt. Überprüfungsabläufe ohne sichtbaren Nutzen für die behandelten Patienten werden damit überflüssig.

## Konkrete Gedanken zur Umsetzung

Die Versorgung sollte primär orientiert an den Bedürfnissen und Bedarfen der Nutzer einer Region konzipiert werden, die bei intensiviert ambulanten Behandlungsformen aufsetzen und stationsäquivalente, teilstationäre und stationäre Therapieangebote gleichermaßen vorhalten. In einem modernen psychiatrischen Versorgungskonzept muss die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit den Mitteln des Krankenhauses bereichsübergreifend sein, also die bestehenden Möglichkeiten von institutsambulanter, stationsäquivalenter sowie teil- und vollstationärer Behandlung flexibel kombinieren. Leistungen der noch separat finanzierten Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V, also ambulante Krankenhausleistungen, sollten daher systematisch einbezogen werden. Hierbei kann die Versorgung von mehreren Behandlungskontakten im Quartal bei stabilen Verlaufszuständen bis hin zu Behandlungsepisoden reichen, bei denen Patienten mehrfach in der Woche und im Einzelfall auch an Wochenenden behandelt werden. Während der Bereich der institutsambulanten Behandlung im Wesentlichen auf Konstanz angelegt ist, ist intensivere Behandlung meist auf Behandlungsepisoden begrenzt, die von einem höheren Hilfebedarf der Patienten geprägt sind: Die tagesklinische Behandlung verdichtet die einzelnen Behandlungsangebote zu einer intensiveren Form der Behandlung mit dem Ziel, u. a. der Wiedererlangung einer verloren gegangenen Tagesstruktur. Die darüberhinausgehende stationäre Behandlung bietet durch den Aufenthalt in einem pflegerisch und ärztlich betreuten Bereich der Klinik Hilfestellung bei den Basisvollzügen des

täglichen Lebens. Sie ist eine Interventionsmöglichkeit therapeutischer Art in Krisenfällen und dient der Entaktualisierung der psychischen Symptomatik. Sie bietet ebenso eine Entlastung von den Problemen des häuslichen Alltags und der familiären Nahbeziehungen und löst Probleme der Erreichbarkeit. Die eingesetzte Behandlungsform sollte sich an den Bedürfnissen und Bedarfen der Patienten und ihren Bezugspersonen orientieren und flexibel im Verlauf der Behandlung angepasst werden können. Eine Besonderheit stellt die Situation von schwerstkranken Patienten dar, die sich erkrankungsbedingt z. B. nicht entscheiden können, ihr Wohnumfeld zu verlassen, eine Behandlung in ihrer Häuslichkeit aber akzeptieren: Hier greifen insbesondere stationsäquivalente Konzepte, auch um Zwangsmaßnahmen zu verhindern. Die Bereitschaft dieser Patienten, im Verlauf einer solchen Behandlung vielleicht auch eine teil- oder vollstationäre Therapie in Anspruch zu nehmen, könnte im Einzelfall dann ein relevanter Therapieerfolg sein.

## Welche konzeptuellen Überlegungen können daraus abgeleitet werden?

Werden diese Umsetzungsideen weiterverfolgt und die Pläne zur Krankenhausreform mit den Erfahrungen aus den Modellprojekten nach § 64 b SGB V in Bezug gesetzt, könnte das folgende Konzept daraus abgeleitet werden: Am Anfang einer Behandlung mit den Mitteln des Krankenhauses könnte im Sinne eines Stepped-care-Ansatzes [8, 9]; eine intensiviert ambulant-teilstationäre Basisversorgung (inkl. Vorstellungsmöglichkeiten am Wochenende) stehen, sozusagen als erster Schritt einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung mit den Mitteln des Krankenhauses, die einen Unterschied zu Behandlungsmöglichkeiten im vertragsärztlichen Sektor darstellt. Bei einer solchen Form einer ambulanten Behandlung ginge es gezielt um die Verhinderung eines stationären Aufenthaltes. Wichtig wäre dabei, dass nicht jeder Mensch in Not diese „Stufe“ erfolglos durchlaufen muss, um vollstationär aufgenommen zu werden und dass die aufsuchende Behandlung nicht erst am Ende einer Kette frustrierender Therapieversuche steht. Die indikative Entscheidung für ein Setting mit der fortlaufenden Auftragsklärung und Veränderungsmöglichkeit zur Flexibilisierung der Behandlung im therapeutischen Prozess wäre das Kernanliegen eines solchen Vorgehens. Wir schlagen daher vor, bei dem therapeutischen Begriff des „Settings“ (im Sinne von Milieu, Umgebung, Behandlungsbedingungen etc.) anstelle von „Sektor“ (im Sinne der Kostenträger) zu bleiben bzw. dahin zurückkehren. Dabei ist die Entscheidung über das Setting (institutsambulant, flexibel stationsäquivalent, teil- bzw. vollstationär) gleichermaßen in die therapeutische Entscheidung einzufügen, wie die Entscheidung über eine Medikation oder eine psychotherapeutische Maßnahme oder psychosoziale Interventionen (Dauer, Dosis, Frequenz). Ein Krankenhaus, das eine regional verantwortliche psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung anbieten will, sollte daher alle Behandlungssettings vorhalten und darstellen müssen, wie es eine flexible Nutzung im Sinne der Bedürfnisse und Bedarfe der Patienten in der betreffenden Versorgungsregion gewährleisten will. Gleichermäßen wäre die Kooperation mit der Somatik zu fordern (ggf. mit Verträgen über konsiliarische Zusammenarbeit). Um eine psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung auch in strukturschwachen Gebieten zu gewährleisten, bedürfte es einer Entfernungsgre-

gelung (km Vorgabe, analog der Somatik), um eine angemessene Erreichbarkeit für die Patienten und ihre Bezugspersonen sicher zu stellen. An diesen Standorten sollte mindestens eine Notfallversorgung der Basisstufe mit einer kleinen somatischen Intensivstation bestehen (also analog der Vorschläge der Regierungskommission zur Somatik Level 1 n). Bei der Bestimmung der Krankenhaus-Versorgungsstufen (Level) ist prinzipiell der Bezug auf eine zu definierende Region und das Ziel der wohnortnahen Versorgung zu berücksichtigen. Zu einer Verbesserung der somatischen Behandlung mit den Mitteln des Krankenhauses für Menschen, die unter psychischen Störungen leiden, würde beitragen, wenn enge Kooperationen und deren alltagspraktische Umsetzung zwischen Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und nächstgelegenen somatischen Kliniken gefördert würden. Dies würde u. E. eine adäquate medizinische Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen unterstützen und entspräche einer weitergehenden Umsetzung der Reformvorschläge der Psychiatrie-Enquete, die bisher nicht erzielt werden konnte.

## Interessenkonflikte

Es bestehen keine Interessenkonflikte.

## Literatur

- [1] Fydrich T, Ülsmann D. „Komorbidität chronischer somatischer Erkrankung und psychischer Störungen.“ Bundesgesundheitsblatt/Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 2011; 1.54: 108–119
- [2] Adorjan K, Hasan A, Pogarell O, et al. 4.1 Somatische Komorbidität. Praxishandbuch Schizophrenie: Diagnostik – Therapie – Versorgungsstrukturen 2019; 35
- [3] Deister A, Heinze M, Kieser C, et al. Regionale Verantwortung als Basis für ein zukunftsfähiges Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychotherapie 2011. [https://ackpa.de/wp-content/uploads/2016/11/Regionale\\_Verantwortung\\_20101211.pdf](https://ackpa.de/wp-content/uploads/2016/11/Regionale_Verantwortung_20101211.pdf); Stand: 15.8.2023
- [4] Deister A, Michels R. Vom Modell zur Regionalen Regelversorgung. Psychiatr Prax 2022; 49: 237–247. doi:10.1055/a-1492-1564
- [5] Neumann A, Soltmann B, Kliemt R, et al. Health-related quality of life among patients with treated alcohol use disorders, schizophreniform disorders or affective disorders and the influence of flexible and integrative psychiatric care models in Germany (PsychCare). Frontiers in psychiatry 2023; 14: 1068087. doi:10.3389/fpsyt.2023.1068087
- [6] von Peter S, Ignatyev Y, Johne J, et al. Evaluation of Flexible and Integrative Psychiatric Treatment Models in Germany – A Mixed-Method Patient and Staff-Oriented Exploratory Study. Frontiers in Psychiatry 2019; 9: 785. 10.3389/fpsyt.2018.00785
- [7] Deister A, Wilms B. Regionale Verantwortung übernehmen: Modellprojekte in Psychiatrie und Psychotherapie nach § 64b SGB V. 1. Aufl. Köln: Psychiatrie-Verlag; 2014
- [8] Hermens ML, Muntingh A, Franx G, et al. Stepped care for depression is easy to recommend, but harder to implement: results of an explorative study within primary care in the Netherlands. BMC Family Practice 2014; 15: 1–12
- [9] Lambert M, Karow, A, Gallinat J, et al. Study protocol for a randomised controlled trial evaluating an evidence-based, stepped and coordinated care service model for mental disorders (RECOVER). BMJ open 2020; 10(5): e036021