



Diskutieren, entscheiden, handeln.

Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

Inhaltsverzeichnis

Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

1. Etablierung starker sektorenübergreifender regionaler Versorgungsnetzwerke in der Psychiatrie und Psychosomatik	5
2. Weiterentwicklung des Vergütungssystems	7
3. Weiterentwicklung der Personalanforderungen des G-BA	9
4. Abbau nicht notwendiger Dokumentations- und Nachweis- pflichten	11
5. Nutzen der Digitalisierung für die Psychiatrie und Psychosomatik	12
6. Besondere Berücksichtigung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen	13

Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung

Zentrales Leitbild¹ der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für die Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgungsstrukturen ist die Etablierung und Förderung regionaler und von den Krankenhäusern koordinierter Versorgungsnetzwerke mit fließenden Übergängen zwischen vollstationärer, teilstationärer, stationsäquivalenter und ambulanter Behandlung (**Abbildung**). Psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser sind bereits heute Koordinationsplattform der Versorgung in den Regionen, Ort des dialogischen Austauschs sowie Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung der medizinisch-pflegerischen Versorgung. Ihre Leistungen sind Bestandteil eines umfassenden und sozialgesetzbuchübergreifenden Hilfesystems. Regionale Vernetzung, Kontinuität der partizipativen und personenzentrierten Behandlung, die unmittelbare Erreichbarkeit im Krisenfall und Sicherstellung der regionalen Pflichtversorgung sind Teil der Daseinsvorsorge.

Die „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ legt mit ihrer achten Stellungnahme „Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder und Jugendpsychiatrie („Psych-Fächer“): Reform und Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung“² erste Empfehlungen für diesen Versorgungsbereich vor. Die Krankenhäuser begrüßen, dass die Regierungskommission die Besonderheiten und Herausforderungen der Versorgung psychisch erkrankter Menschen anerkennt und versucht, diese in den Gesamtüberlegungen für eine allgemeine Krankenhausreform angemessen und differenziert zu berücksichtigen. Damit wird den langjährigen Reformbemühungen der Psychiatrie-Enquête³ und dem Ziel einer Dezentralisierung und gemeindenahen Versorgung psychisch erkrankter

Menschen Rechnung getragen. Wesentliche Vorschläge der DKG, wie die Förderung von regionalen Versorgungsnetzwerken und die Entwicklung von flexibel nutzbaren, sektorenübergreifenden Versorgungsmöglichkeiten, sind in Übereinstimmung mit den Empfehlungen der Regierungskommission. Dementsprechend wird im Folgenden auch auf die hierzu wesentlichen Punkte der Empfehlungen der Regierungskommission eingegangen.

¹ Positionen der DKG zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung für die 20. Legislaturperiode (2021).

<https://www.dkgev.de/themen/versorgung-struktur/psychiatrie-psychosomatik/positionen-der-dkg-zur-psychiatrischen-und-psychosomatischen-versorgung/>

² Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2022/2023).

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/regierungskommission-krankenhausversorgung.html>

³ Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland 1975 (Drucksache Nr. 7/4200).

<https://dserver.bundestag.de/btd/07/042/0704200.pdf>

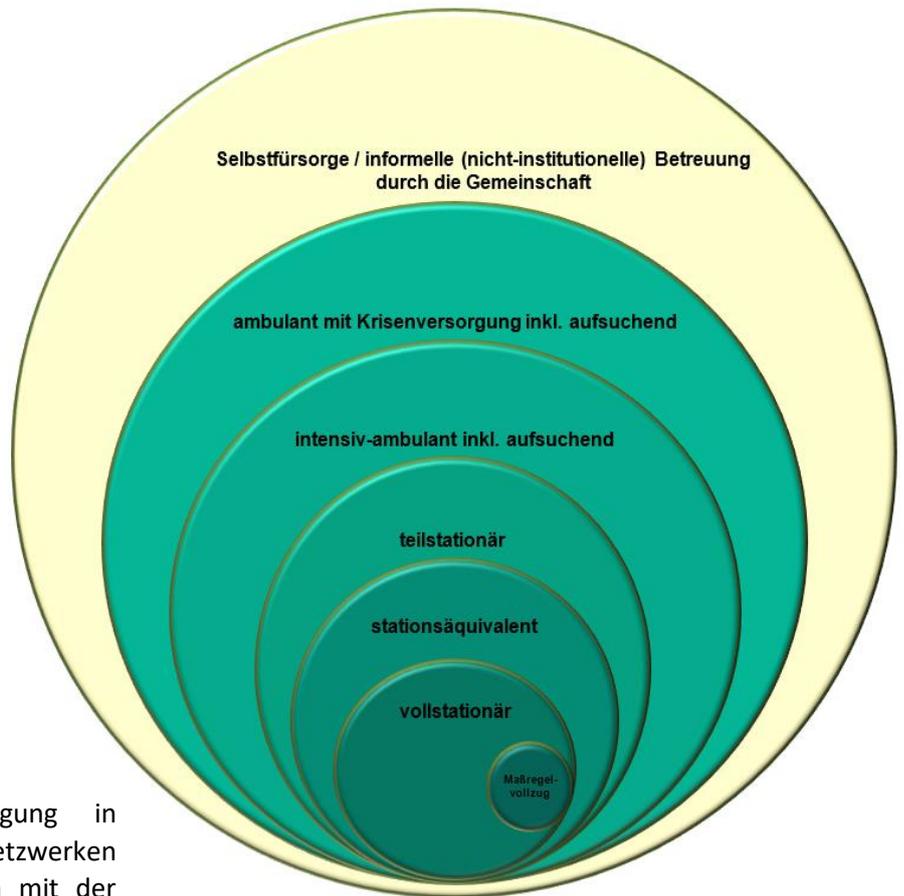


Abbildung: Modell einer Versorgung in krankenhauszentrierten Versorgungsnetzwerken (grün hinterlegt) ggf. in Kooperation mit der vertragsärztlichen Versorgung

Für die Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung in Deutschland fordern die Krankenhäuser:

1. Etablierung starker sektorenübergreifender regionaler Versorgungsnetzwerke in der Psychiatrie und Psychosomatik

Die psychiatrische und psychosomatische Versorgung durch die Krankenhäuser zeigt bereits die Entwicklung weg von der reinen Organisations- hin zur Personenzentrierung: Die teilstationäre Behandlung wird umfangreich eingesetzt, die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung etabliert sich. Psychiatrische und Psychosomatische Institutsambulanzen leisten in der ambulanten Versorgung einen unverzichtbaren Beitrag, Krankenhausaufnahmen zu vermeiden bzw. stationäre Behandlungszeiten zu verkürzen und Behandlungsabläufe zu optimieren. Auch die Modellprojekte nach § 64b SGB V beweisen den Entwicklungswillen der psychiatrischen Einrichtungen hin zu einer auf die individuellen Patientenbedarfe ausgerichteten Versorgung.

Gleichwohl wird das Potential bisher aus vielen Gründen nur unzureichend genutzt. Krankenhäuser könnten als integrierte Leistungszentren entweder selbst oder in Kooperation mit anderen Leistungsanbietern eine am individuellen Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Steuerung der Behandlungsabläufe vornehmen. Dies erfordert jedoch die Schaffung regionaler von Krankenhäusern koordinierter Versorgungsnetzwerke mit fließenden Übergängen zwischen vollstationärer, teilstationärer, stationsäquivalenter und ambulanter Behandlung. Hierfür sind die Krankenhäuser bereit, am Bedarf orientiert vollstationäre Behandlungskapazitäten ab- oder umzubauen. Allerdings können dadurch Ressourcen zwar fokussierter, flexibler und bedarfsgerechter genutzt werden, gleichwohl sind Kosteneinsparungen nicht zu erwarten. Qualitativ hochwertige sektorenübergreifende Versorgung kostet Geld.

Initial ist der Ausbau teilstationärer, stationsäquivalenter und (intensiv-)ambulanter Behandlungsangebote für psychisch erkrankte Menschen erforderlich.

Hierfür müssen die gesetzlichen Rahmenbedingungen verbessert und zusätzliche (auch finanzielle) Umsetzungsanreize geschaffen werden. Barrieren für die Implementierung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung müssen abgebaut und die rigiden Rahmenbedingungen angepasst werden. Solitäre Tageskliniken, die Bestandteil eines Versorgungsnetzwerkes sind, brauchen unabhängig von ihrer Größe einen gesicherten Finanzierungsrahmen. Für Psychiatrische und Psychosomatische Institutsambulanzen muss sich der Anspruch multimodaler und multiprofessioneller, bei Bedarf aufsuchender und hochfrequenter Behandlung in der Finanzierung widerspiegeln. Hierfür ist eine ausreichend differenzierte, leistungsgerechte und ungedeckelte Vergütung erforderlich, die effektive Anreize schafft, stationäre Behandlungen zu vermeiden bzw. zu verkürzen. Die krankenhausspezifischen Kosten für die Vorhaltung der psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung auch im Krisenfall müssen berücksichtigt werden. Davon ist insbesondere das zur Behandlung in den verschiedenen Settings erforderliche Personal umfasst, das unabhängig von der Einzelleistung vorzuhalten ist.

Für die Etablierung von sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen und Versorgungsnetzwerken ist zunächst eine weiterreichende Öffnung der Krankenhäuser für ambulante psychiatrische und psychosomatische Behandlungsleistungen erforderlich. Die vertragliche Einbindung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten in die ambulante Versorgung des Krankenhauses muss möglich sein. Krankenhäuser sollten unter bestimmten Voraussetzungen auch in die ambulante Bedarfsplanung mit einbezogen und vollumfänglich vertragsärztlich ermächtigt werden, jede Form der ambulanten psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Leistung zu erbringen. So wird zukünftig eine bedarfsorientierte Versorgung in den verschiedenen Settings „aus einer Hand“ durch die Krankenhäuser mit ihren Kapazitäten und breit vorhandenen Kompetenzen ermöglicht. Die Krankenhausplanungsbehörden der Bundesländer könnten die Planung der regionalen Versorgungsnetzwerke übernehmen. Zur weiteren Förderung dieser regionalen Versorgungsnetzwerke und -konzepte wird ein Vergütungssystem als Optionsmodell vorgeschlagen.

Empfehlungen der Regierungskommission

Die Empfehlungen der Regierungskommission gehen auf die wesentlichen Aspekte der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen ein. Dabei werden die Besonderheiten der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung wie z. B. die regionale Pflichtversorgung ausdrücklich anerkannt sowie die vorhandenen Möglichkeiten der Einrichtungen zur tagesklinischen, ambulanten und aufsuchenden Behandlung als vorbildhaft bewertet. Allerdings sieht die Regierungskommission auch ein Hauptproblem in der unzureichenden Flexibilität zur Nutzung der verschiedenen Versorgungs-ebenen. Sie spricht sich ebenso wie die Krankenhäuser explizit für das Ziel einer settingübergreifenden Behandlung aus, die den flexiblen Wechsel des Behandlungssettings je nach Bedarf der Patientin oder des Patienten ermöglicht. Die Krankenhäuser begrüßen das Ziel der Regierungskommission, dabei auch verstärkt tagesklinische Behandlungen zu ermöglichen. Sofern es das Ziel ist, zukünftig nicht mehr zwischen voll- und teilstationärer Versorgung zu unterscheiden, sind die gesetzlichen Anforderungen an eine stationäre Behandlung entsprechend anzupassen. Wie von der Regierungskommission ausgeführt, ist die Einführung einer zusätzlichen Versorgungsform für „tagesstationäre“ Behandlung wie im somatischen Bereich nicht erforderlich.

Wie in ihrer dritten Stellungnahme für eine „Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung“⁴ in der somatischen Versorgung hält die Regierungskommission weiterhin an einer Einteilung der Standorte in Level fest und schlägt vor, auch die psychiatrische und psychosomatische Versorgung diesen Level zuzuordnen. Wie die Bundesländer lehnen die Krankenhäuser eine Unterscheidung der Einrichtungen nach Level ab. Die in der achten Stellungnahme zur Diskussion gestellte Anbindung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung an somatische Krankenhäuser und der Aufbau von psychiatrischer Fachkompetenz in den somatischen Notfallaufnahmen kann auch ohne Einschränkung auf bestimmte Level zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen.

Neue Strukturen sowie psychiatrische und psychosomatische Fachkompetenz an somatischen Krankenhäusern sollten jedoch ausschließlich in Kooperation mit erfahrenen psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen und konsequenter Nutzung der Möglichkeiten der Digitalisierung und Telemedizin umgesetzt werden. Der Vorschlag, Fachkrankenhäuser perspektivisch in Allgemeinkrankenhäuser zu integrieren, erscheint jedoch sowohl aus Aspekten der Qualität als auch der Wirtschaftlichkeit nicht sinnvoll.

Die Krankenhäuser begrüßen die Empfehlung der Regierungskommission, keine Leistungsgruppen für bestimmte Krankheitsgruppen und Behandlungsangebote zu definieren. Eine Differenzierung der Psychosomatik in Leistungsgruppen könnte allerdings zu Abgrenzungsfragen führen. Bei einer Festlegung von Strukturvorgaben für die Leistungsgruppen ist im Sinne des Bürokratieabbaus darauf zu achten, dass hierzu gegebenenfalls bereits bestehende Vorgaben gestrichen werden.

⁴ Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2022/2023).

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/regierungskommission-krankenhausversorgung.html>

2. Weiterentwicklung des Vergütungssystems

Eine nachhaltige Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung hin zu regionalen Versorgungsnetzwerken kann nur erreicht werden, wenn hierfür geeignete Formen der Krankenhausfinanzierung entwickelt werden. Die Krankenhäuser schlagen vor, zunächst die Modellvorhaben nach § 64b SGB V als Optionsmodell in die Regelversorgung und Regelfinanzierung gemäß der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) zu überführen. Das Grundprinzip der meisten Modellvorhaben besteht darin, dass ein Gesamtjahresbudget vereinbart wird, das weitgehend unabhängig von der Vergütung der jeweiligen Versorgungsform ist. Somit können für die Patientinnen und Patienten entsprechend ihres Behandlungsbedarfs die vollstationären, stationsäquivalenten, teilstationären und ambulanten Versorgungsmöglichkeiten des Krankenhauses flexibel und wirtschaftlich eingesetzt werden.

Obgleich die bisherigen Modellvorhaben ausschließlich für psychiatrische Einrichtungen umgesetzt wurden, sollte das Optionsmodell auch die psychosomatische Versorgung in psychiatrischen Einrichtungen umfassen und für psychosomatische Einrichtungen offen sein. Sofern eine Einrichtung das Optionsrecht im Rahmen der Regelfinanzierung wahrnimmt, muss eine Verpflichtung zur Kontrahierung für die Krankenkassen bestehen. Somit wird eine entscheidende Hemmschwelle für die Umsetzung der Modellvorhaben beseitigt. Nur wenn alle Patientinnen und Patienten einbezogen werden, lassen sich neue Versorgungskonzepte für das Krankenhaus organisatorisch sinnvoll umsetzen. Auch aus Sicht der Patientinnen und Patienten wird so der Eindruck einer „Zweiklassenmedizin“ vermieden. Entscheidend für die Akzeptanz des Optionsmodells wird sein, dass die Versorgung vor Ort von der bisherigen Bürokratie deutlich entlastet wird. Zudem stehen die ursprünglichen Ziele des PEPP-Systems und auch die derzeitige Ausgestaltung der Mindestanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Widerspruch zum Ziel einer zukunftsorientierten Weiterentwicklung. Daher ist gesetzlich zu verankern, dass diese Elemente im Optionsmodell nicht zur Anwendung kommen und adäquate Instrumente zur Sicherung der Qualität entwickelt werden.

Neben der Einführung des Optionsmodells muss jedoch auch die bestehende Regelfinanzierung weiterentwickelt und von unnötiger Bürokratie entlastet werden. Die Streichung des Psych-Krankenhausvergleichs, die grundlegende Neuausrichtung des pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP-System) sowie die Harmonisierung des Psych-Personalnachweises mit den Sanktionen infolge der Personalanforderungen des G-BA sind unerlässlich, um ein konsistentes System zu erreichen und die bürokratischen Aufwände deutlich zu reduzieren. Ergänzend ist die Umsetzung der Ausgleichsregelungen hinsichtlich der erforderlichen Ausgleichs zwischen den Budgetjahren reformbedürftig.

Empfehlungen der Regierungskommission

Die Empfehlung der Regierungskommission, auf eine Überführung von Vergütungsanteilen aus dem PEPP-System in eine Vorhaltevergütung zu verzichten, ist nachvollziehbar. Unabhängig davon ist eine gesicherte Finanzierung der Vorhaltung auch für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung unverzichtbar. Eine Absicherung der Vorhaltung kann auch im bestehenden Budgetsystem durch eine vollständige Refinanzierung von Personalkostensteigerungen und einer Erhöhung des Mindererlösausgleichs kurzfristig umgesetzt werden. Zudem kann die Vorhaltung für Notfallversorgung ähnlich wie für die somatischen Krankenhäuser durch pauschale Zuschläge abgesichert werden.

Die Krankenhäuser teilen die Einschätzung der Regierungskommission, dass die Modellprojekte nach § 64b SGB V nicht pauschal und obligat auf ganz Deutschland übertragen werden können. Auch zeigen die Problemerkennntnis und Lösungsansätze der Regierungskommission in wesentlichen Punkten Parallelen zu dem oben beschriebenen Optionsmodell der DKG. Entscheidend ist, dass auch bei dem Vorschlag der Regierungskommission auf Grund des Kontrahierungszwangs – wie im Optionsmodell der DKG – alle Patientinnen und Patienten an dem Versorgungsmodell partizipieren.

Der Vorschlag der Regierungskommission zur Beauftragung eines geeignet zusammengesetzten Gremiums zur Erarbeitung eines bundesweiten Rahmenkonzepts für die Budgetfindung und Abfinanzierung ist zur Erleichterung der Verhandlungen auf der Ortsebene und zur Förderung der Akzeptanz des Kontrahierungszwangs auf der Kassenseite sinnvoll. Allerdings ist von entscheidender Bedeutung, dass auf Grundlage der unterschiedlichen Modellvorhaben ein breiter Konsens (nicht nur in einem Expertengremium) zu den regelungsbedürftigen Punkten und den daraus abgeleiteten Empfehlungen hergestellt wird. Auch der Vorschlag der Regierungskommission, das gegenwärtige Nebeneinander der verschiedenen Vergütungssysteme einschließlich der Institutsambulanzen in ein einheitliches, flexibles Vergütungssystem zu überführen, ist perspektivisch nachvollziehbar. Vor der Entwicklung eines sektorenübergreifenden Vergütungssystems ist jedoch ein neues Verständnis von Krankenhausversorgung gesetzlich zu verankern. Der Vorschlag, bereits im Vorfeld ohne Kenntnis eines Gesamtkonzeptes die ICD- und OPS-Kataloge zu erweitern, ist nicht sinnvoll.

Die Krankenhäuser begrüßen, dass die Regierungskommission die wichtige und besondere Rolle der Psychiatrischen und Psychosomatischen Institutsambulanzen anerkennt. Die Empfehlung zur Etablierung Psychosomatischer Institutsambulanzen in allen Bundesländern wird unterstützt. Für Psychiatrische und Psychosomatische Institutsambulanzen ist eine ausreichend differenzierte und leistungsgerechte Vergütung erforderlich, die den Aufwand der multimodalen und multiprofessionellen Behandlung berücksichtigt. Hierfür kann die Einführung eines einheitlichen Vergütungssystems für die Institutsambulanzen durchaus sinnvoll sein. Voraussetzung ist jedoch, dass dieses System in der Praxis tatsächlich bürokratiearm ist und die erwünschten Anreize wirken können. Hierzu muss insbesondere die Vergütung für komplexe ambulante und auch aufsuchende Behandlungsfälle angemessen und zumindest kostendeckend sein.

3. Weiterentwicklung der Personalanforderungen des G-BA

Der G-BA muss seine Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) grundsätzlich überarbeiten und die Mindestvorgaben auf Basis einer am Patientenbedarf orientierten Systematik mit ausreichender Flexibilität festlegen. Diese neue Systematik muss als Instrument zur Ermittlung der Personalmindestvorgaben sowie des gesamten Personalbedarfs (Personalbemessung) verwendet werden können. Für eine moderne psychiatrische und psychosomatische Versorgung ist eine auf den individuellen Patientenbedarf ausgerichtete Behandlung erforderlich. Voraussetzung dafür ist hohe Flexibilität beim Personaleinsatz sowie Planbarkeit und Steuerbarkeit der Erfüllung der Personalvorgaben. Hierzu sind die starren Berufsgruppen- und Regelaufgabenzuordnungen und streng limitierten Anrechnungsmöglichkeiten der PPP-RL aufzulösen. Der Standortbezug bei den Mindestvorgaben ist in Anerkennung der orts- und setting-unabhängigen Leistungserbringung anzupassen und die stationsbezogene Nachweisführung gänzlich zu streichen. Gleichzeitig müssen Anreize für einen bedarfsgerechten Personaleinsatz geschaffen werden.

Die Sanktionen müssen gestuft und verhältnismäßig ausgestaltet werden.⁵ Es ist eine Klarstellung der gesetzlichen Grundlage dahingehend erforderlich, dass der Sanktionsmechanismus des vollständigen Vergütungswegfalls bei Richtlinien, in denen Qualitätsanforderungen nicht für konkrete Leistungen definiert werden können, nicht gilt sowie Beratungs- und Unterstützungsmaßnahmen an erster Stelle und finanzielle Sanktionen an zweiter Stelle vorzusehen sind. Nur auf diese Weise können neben dem Umfang und der Dauer der Nichteinhaltung auch deren Ursachen - die zumeist weit über die definierten Ausnahmetatbestände hinausgehen - berücksichtigt und wirksame Maßnahmen zur Erfüllung von wichtigen Personalvorgaben umgesetzt werden. Darüber hinaus muss die vollständige Finanzierung der erforderlichen Personalausstattung gesichert sein. Dabei ist unerlässlich, dass über die Mindestanforderungen hinaus ausreichend Personal finanziert wird, um auch bei unerwarteten Belegungsschwankungen die Mindestvorgaben einhalten zu können.

⁵ Klinik-Sanktionen: Psychiatrische Versorgung in Gefahr (2023). Positionspapier der Plattform Entgelt. [Klinik-Sanktionen: Psychiatrische Versorgung in Gefahr - Aktuelle Positionen 2023 - Stellungnahmen und Positionen - Aktuelles - DGPPN Gesellschaft](#)

Empfehlungen der Regierungskommission

Die Regierungskommission weist zutreffend darauf hin, dass die PPP-RL Mindestvorgaben und keine Soll- oder Orientierungsvorgaben für die Personalausstattung vorgibt. Somit wird anerkannt, dass zur Einhaltung der Mindestanforderungen deutlich mehr Personal erforderlich ist, als die Berechnung nach PPP-RL ergibt. Allerdings geht die Regierungskommission bedauerlicherweise nicht auf die Finanzierung des erforderlichen Personals ein.

Der Kritik der Regierungskommission an der unangemessenen und nicht sachgerechten Ausgestaltung der Sanktionen der PPP-RL ist mit Nachdruck zuzustimmen. Die Empfehlung, die Sanktionen auszusetzen und die Regelungen zu überarbeiten, wird ausdrücklich begrüßt. Hierzu ist der Vorschlag zur Orientierung an den Sanktionen bei der Nichteinhaltung gemäß der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) in der somatischen Medizin grundsätzlich nachvollziehbar. Allerdings muss bezüglich der Angemessenheit von Sanktionen auch beachtet werden, dass sich die PpUGV-Sanktionen auf Personaluntergrenzen im Sinne einer „dunkelroten Linie“ zur Gewährleistung der Patientensicherheit und dies ausschließlich für eine Berufsgruppe beziehen. Da jedoch die Mindestvorgaben der PPP-RL aus der Psych-PV, also einem Personalbemessungsinstrument, abgeleitet wurden, muss die Sanktionierung der PPR-RL unter dem Niveau der PpUG liegen, um ein angemessenes Verhältnis von Anforderungen und Sanktionen zu bewahren. Zudem sind zur wirkungsvollen Verbesserung der Versorgungsqualität immer erst Beratungs- und Unterstützungsmaßnahmen vor finanziellen Sanktionen vorzusehen.

Der Regierungskommission ist zuzustimmen, wenn sie die PPP-RL als zu bürokratisch bezeichnet. Eine Orientierung am Dokumentationsaufwand der PpUG ist allerdings nur begrenzt möglich, da sich die PpUG ausschließlich auf pflegesensitive Bereiche und nicht wie die PPP-RL auf die gesamte Einrichtung beziehen. Zudem ist zu berücksichtigen, dass für die PPP-RL der Stationsbezug ungeeignet ist und alle therapeutischen Berufsgruppen und nicht nur die Pflege zu erfassen sind.

4. Abbau nicht notwendiger Dokumentations- und Nachweispflichten

Das derzeitige System ist geprägt von ausufernden Dokumentations- und Nachweispflichten und einer beispiellosen Bürokratie im eigentlichen Wortsinn. Die Personalmindestvorgaben des G-BA mit ihren kleinteiligen Nachweispflichten, die umfangreiche Leistungsdokumentation mit restriktiven Strukturvorgaben für die Anwendung des PEPP-Systems, der Psych-Personalnachweis und der Psych-Krankenhausvergleich, die Struktur- und Abrechnungsprüfungen sowie die exzessiven Qualitätskontrollen des Medizinischen Dienstes zur PPP-RL binden unnötig hohe wertvolle Personalressourcen. Eine stärkere Entbürokratisierung schafft unmittelbar mehr Zeit für die medizinische und pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten und steigert somit auch die Mitarbeiterzufriedenheit und Attraktivität von Gesundheitsberufen. Sämtliche bestehende Dokumentations- und Nachweisverpflichtungen sowie Kontroll- und Sanktionsmechanismen müssen auf das notwendige Mindestmaß reduziert werden und somit wieder verhältnismäßig werden.⁶

Empfehlungen der Regierungskommission

Das Ziel der Sicherung der Qualität in der Versorgung psychisch kranker Menschen mit möglichst geringen bürokratischen Belastungen wird ausdrücklich von den Krankenhäusern unterstützt. Der Ansatz der Regierungskommission, dies über Routinedaten bzw. ICD und OPS-Kodes zu erreichen, greift allerdings zu kurz und verkennt, dass sich die Behandlung psychischer Erkrankungen häufig nicht an einzelnen, konkreten Leistungen festmachen lässt. Eine vorauseilende Erweiterung von ICD und OPS ohne erkennbaren Nutzen für die Verbesserung der Versorgungsqualität würde lediglich zusätzliche Bürokratie verursachen. Zumindest sind in den Empfehlungen keine kompensatorischen Entlastungen zu erkennen.

⁶ 18.000 Fachkräfte sofort verfügbar (2023). Die BAG Psychiatrie hat den bürokratischen Aufwand in psychiatrischen Kliniken genauer unter die Lupe genommen. Ihre These: Eine sinnvolle Deregulierung könnte den Fachkräftemangel deutlich entschärfen. <https://www.bibliomedmanager.de/fw/artikel/48502-18000-fachkraefte-sofort-verfuegbar>

5. Nutzen der Digitalisierung für die Psychiatrie und Psychosomatik

Das Potenzial der Digitalisierung im Gesundheitswesen und die Einsatzgebiete von E-Health und Telemedizin sind insbesondere in der Psychiatrie und Psychosomatik beträchtlich und vielfältig. Psychisch erkrankte Menschen profitieren von Digitalisierung im besonderen Maße, denn sie schafft einen niedrighschwelligen Zugang zur Behandlung. Patientinnen und Patienten nutzen die digitalen Angebote zur Kommunikation und Information, zur therapiebegleitenden Unterstützung und in Form neuer Behandlungsmöglichkeiten auch im Rahmen kombinierter Therapieansätze. Dies steigert die Autonomie und Selbstwirksamkeit der Patientinnen und Patienten und die Beteiligung an Entscheidungsprozessen. Hierfür ist eine gut ausgebaute, belastbare und sichere digitale Infrastruktur in der Psychiatrie und Psychosomatik erforderlich, deren Finanzierung sichergestellt werden muss.

Empfehlungen der Regierungskommission

Auch die Regierungskommission weist auf die Bedeutung von telemedizinischen Möglichkeiten in Verbindung mit einer besseren Vernetzung von somatischen Krankenhäusern und der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung hin. Allerdings müssen aus Sicht der Krankenhäuser darüber hinaus die vielfältigen Möglichkeiten der Digitalisierung grundsätzlich zur Versorgung psychisch erkrankter Menschen stärker genutzt werden, um zeitgemäße Therapiekonzepte zu ermöglichen.

6. Besondere Berücksichtigung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Psychische Störungen stellen einen maßgeblichen Teil der Morbidität im Kindes- und Jugendalter dar und zählen zu den häufigsten Behandlungsgründen bei Kindern und Jugendlichen. Sie sind die Volkskrankheiten mit dem frühesten Beginn sowie der höchsten Chronizität und bedingen erhebliche direkte und indirekte Folgekosten über die gesamte Lebensspanne. Junge Menschen in Deutschland wurde durch die COVID-Pandemie besonders stark belastet. Dies zeigt sich in einer drastischen Zunahme psychischer Erkrankungen während und nach der Pandemie. Dadurch ist die Verfügbarkeit kinder- und jugendpsychiatrischer Akutbehandlung derzeit wichtiger denn je. Vor diesem Hintergrund führt der beginnende Abbau der stationären Versorgungsstrukturen zu einem Zusammenbruch der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung, wenn gleichzeitig viele Regionen bereits jetzt keine ausreichende ambulante Versorgungsstrukturen vorhalten können. Die Versorgung der schwer psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen ist unmittelbar gefährdet. Daher unterstützen die Krankenhäuser alle kürzlich formulierten Forderungen und Vorschläge der einschlägigen Verbände⁷, insbesondere zu neuen Versorgungsmodellen, Bekämpfung des Fachkräftemangels, dem Ausbau der Ausbildungs- und Studienkapazitäten sowie der Förderung der Psychiatrischen Institutsambulanzen und digitalen Angebote in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Dabei sollte auch die psychosomatische Versorgung von Kindern und Jugendlichen nicht vergessen werden. Diese Forderungen sind besonders dringlich, um Fehlentwicklungen zu vermeiden.

Empfehlungen der Regierungskommission

Die Regierungskommission geht umfassend auf die psychiatrische und psychosomatische Versorgung von Kindern und Jugendlichen ein. Der empfohlene, bedarfsnotwendige Ausbau der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsstrukturen zum Ausgleich der regionalen Unterschiede sowie eine enge Verzahnung sowohl mit der Kinder- und Jugendheilkunde als auch mit der Erwachsenenpsychiatrie sind uneingeschränkt zu unterstützen. Dies gilt auch für den empfohlenen Ausbau der psychosomatischen Versorgungsangebote.

⁷ Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen (2022). Verbändepapier der BAG Psychiatrie, BAG KJPP, DGKJP, VKD Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen, BAG PED an Professor Dr. Karl Lauterbach, Bundesministerium für Gesundheit. https://www.bag-psychiatrie.de/wp-content/uploads/2023/07/230414_Schreiben_an_BMG_betr_KJP.pdf

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)

Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland

**Wegelystraße 3
10623 Berlin**

Tel. (030) 3 98 01-0
Fax (030) 3 98 01-3000
E-Mail dkgmail@dkgev.de

Stand: November 2023

