

Zehn-Punkte-Papier der GKV zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Krankenhausversorgung in Deutschland

Beschlossen vom Lenkungs- und Koordinierungsausschuss als Arbeitsgrundlage am 26.06.2023

Leitgedanke des Koalitionsvertrages

Die Koalition aus SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP hat sich im Jahr 2021 zum Ziel gesetzt, in der 20. Legislaturperiode die psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungskapazitäten bedarfsgerecht, passgenau und stärker koordiniert auszubauen. Dabei soll die ambulante Bedarfs- und stationäre Krankenhausplanung zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung weiterentwickelt werden. Es wird betont, dass im stationären Bereich für eine leitliniengerechte psychotherapeutische Versorgung und eine bedarfsgerechte Personalausstattung gesorgt werden soll. Zudem soll die psychiatrische Notfall- und Krisenversorgung flächendeckend ausgebaut werden.¹

Die gesetzlichen Krankenkassen begrüßen grundsätzlich die Zielsetzung des Koalitionsvertrages und schlagen in diesem Papier zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung durch Krankenhäuser in Deutschland erste konkrete Maßnahmen vor, die erforderlich sind, um zu einer bedarfsgerechten, sektorenübergreifenden psychiatrischen Versorgung in Deutschland zu gelangen. Zudem müsste die ambulante Bedarfsplanung mit einer modernen Planung der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Krankenhausversorgung abgestimmt werden.

Versorgungssituation in Deutschland

Derzeit ist die psychiatrische Versorgung gekennzeichnet von einer im internationalen Vergleich nicht gerechtfertigten hohen Hospitalisierungsrate. Das Versorgungssystem ist sowohl auf Leistungserbringer- als auch auf Kostenträgerseite bislang weitgehend einem historisch bedingten Sektorendenken verhaftet; hierzu haben auch

¹ Koalitionsvertrag 2021-2025 zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP, Seiten 84, 86.

Fehlanreize infolge der Vergütungssysteme beigetragen. Die überholte Struktur der Versorgungsangebote und die damit einhergehenden Schnittstellenprobleme sind insbesondere für Patientinnen und Patienten mit schweren psychiatrischen Erkrankungen von Nachteil. Die demografische Entwicklung führt zusätzlich zu den nicht bedarfsgerecht ausgestalteten Versorgungsstrukturen zu einem gravierenden Missverhältnis zwischen psychiatrischem Fachpersonal auf der einen und psychisch erkrankten Personen auf der anderen Seite. Ineffiziente Versorgungsstrukturen verschärfen das Problem. Aktuell kann mehr als ein Drittel der Kliniken die Personalvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nicht erfüllen. Fehl- und Unterversorgung finden, so die Einschätzung von Fachexpertinnen und Fachexperten sowie Kostenträgern, heute schon statt und drohen zuzunehmen. Es fehlt jedoch an systematischen Untersuchungen zum Ausmaß der regional unterschiedlichen Probleme. Möchte man zu einer bedarfsgerechten, passgenauen und stärker koordinierten Versorgung kommen, benötigt man neben regionenspezifischen, fundierten und unabhängigen Bedarfsuntersuchungen in der Bevölkerung auch eine Analyse der Strukturen und Kapazitäten der psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungserbringer im stationären, ambulanten und kommunalen Bereich. Ein Umbau hin zu einer effizienteren Versorgung ist im Rahmen der bestehenden finanziellen Ausstattung möglich.

Die bisherige psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung ist in Deutschland in Teilen intransparent. Ob und in welchem Ausmaß eine leitliniengerechte Versorgung stattfindet, wird nicht systematisch untersucht. In welchem Maße und Umfang die Versorgung evidenzbasiert ist, ist oftmals unklar. Welche Behandlungskonzepte und damit verbundene -intensitäten von den Anbietern verfolgt werden und welche die erfolgversprechendsten bei Personen mit bestimmten Krankheitsbildern sind, wird nicht umfassend analysiert. Aus epidemiologischer Sicht muss dies beunruhigen, da weder die Krankheitslast in der Bevölkerung noch die Qualität, Bedarfsgerechtigkeit und Effektivität der Versorgung wirklich bekannt sind.

Positive Bewertung der Modellvorhaben nach § 64b SGB V

Die gesetzlichen Krankenkassen sehen aufgrund der Erfahrungen mit den Modellvorhaben nach § 64b SGB V die Chance, gemeinsam mit den Krankenhäusern und gerne auch mit den Leistungserbringern aus dem ambulanten und kommunalen Bereich, die wissenschaftliche Beurteilung von Behandlungskonzepten unter Nutzung von Routinedaten zu ermöglichen und auf eine flächendeckende, leitliniengerechte Versorgung hinzuwirken.

Für alle Modellvorhaben, in denen den Krankenhäusern Spielräume für eine breitere ambulante Versorgung der Patientinnen und Patienten eröffnet wurden, liegen Ergebnisse aus der gesetzlich vorgegebenen wissenschaftlichen Evaluation vor.² Daraus wird deutlich, welches Potenzial in neuen Versorgungsstrukturen steckt: Vollstationäre Belegungstage vermindern sich zugunsten alternativer teilstationärer und/oder ambulanter Behandlungsangebote der Krankenhäuser für die Patientinnen und Patienten und die therapeutische Behandlungskontinuität wirkt sich positiv auf den Krankheitsverlauf der Betroffenen aus. Diese Fakten sind insbesondere für die Krankenhausplanung der Länder relevant. Übertragen auf die Regelversorgung könnte durch eine entsprechend stärkere Ambulantisierung der Patientenbehandlung nach Berechnungen der Krankenkassen auf über 13.000 Betten in den psychiatrischen Krankenhäusern verzichtet werden. Die dadurch freiwerdenden personellen Ressourcen könnten, bei gleichzeitiger Steigerung der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit, in flexiblere Behandlungsangebote umgewidmet werden.

Schrittweiser Umbau

Um eine passgenauere und stärker koordinierte psychiatrische und psychotherapeutische stationäre und ambulante Versorgung über alle Sektoren hinweg zu gewährleisten, sind perspektivisch alle Ebenen der Leistungserbringenden besser und transparenter zu verzahnen. Die gesetzlichen Krankenkassen plädieren dafür, sich diesem Ziel schrittweise zu nähern.

Erster Schritt

Erster Schritt ist, die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung durch die Krankenhäuser zu einer als Gesamtbehandlungskonzept angelegten sektorenübergreifenden flexibleren Behandlung umzubauen. Dabei werden die Leistungsbereiche der psychiatrischen Institutsambulanzen und der stationsäquivalenten Versorgung je nach Behandlungsbedarf integriert. Auch die Vergütung würde entsprechend sektorenübergreifend und leistungsgerecht für das Krankenhaus ausgestaltet. Damit würde die Idee der Modellvorhaben in die Routineversorgung überführt. Aufgabe der Länder wäre es, sich von der reinen Bettenplanung zu verabschieden und zu einer Planung der Versorgungskapazitäten überzugehen.

Dies ist insgesamt ein anspruchsvolles Unterfangen. Es kann nicht nur darum gehen, unter den Bedingungen historisch gewachsener Budgets den Kliniken einfach eine unregulierte ambulante Versorgung nach dem Motto „Ambulant versorgen, stationär bezahlen“ zu erlauben. Dies würde dem Wirtschaftlichkeitsgebot widersprechen.

Die aktuelle ordnungspolitische Steuerung der psychiatrischen Versorgung in den Krankenhäusern kann nicht zufriedenstellen. Das ursprüngliche Ziel des Deutschen Bundestages, mit einem leistungsgerechten Vergütungssystem für die stationäre psychiatrische und psychosomatische Versorgung mehr Vergütungsgerechtigkeit zu erzielen, ist bislang gescheitert. Während die historischen Budgets fortgeschrieben werden, dient das zur Leistungsgerechtigkeit entwickelte PEPP-System lediglich einer gerechten Budgetaufteilung und -finanzierung unter den Krankenkassen. Der ersatzweise eingeführte Krankenhausvergleich, mit dem auf Verhandlungswege zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen eine Leistungsgerechtigkeit zwischen den Kliniken erreicht werden sollte, scheitert momentan unter anderem an den fehlenden Kosten der Kliniken in den Vergleichsdaten. Die Krankenhausvergleichsdaten weisen zwar Preisunterschiede zwischen den Kliniken aus, aber diese alleine genügen nicht, schließlich ist eine Weiterentwicklung hin zu einem Leistungsvergleich überfällig.

Wenig hilfreich für eine bedarfsgerechtere, passgenauere, leitliniengerechtere und stärker koordinierte psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung ist das vielerorts zwischen den Leistungserbringenden und den Kostenträgern beobachtete Misstrauen. Fühlen sich die einen durch neue ordnungspolitische Vorgaben und Abrechnungsprüfungen nicht selten „drangsaliert“, beklagen und befürchten die anderen, dass das Versorgungsgeschehen zu intransparent ist und das von der Solidargemeinschaft zur Verfügung gestellte Geld nicht bedarfs- und zweckentsprechend eingesetzt wird. Eine Reform der psychiatrischen Versorgung durch Krankenhäuser wird daher nur gelingen, wenn die Bedenken wechselseitig ernst genommen werden und die Bereitschaft besteht, diese zu überwinden: Vertrauen und Transparenz sind hier die beiden Seiten der Medaille.

Konkrete Maßnahmen in der 20. Legislaturperiode

Um das Ziel der Regierungskoalition zu erreichen, die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung bedarfsgerecht, passgenau und stärker koordiniert auszubauen, zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsgestaltung im Krankenhaus zu kommen und eine leitliniengerechte Versorgung sicherzustellen, bedarf es neuer gesetzlicher Regelungen. Dazu regen die gesetzlichen Krankenkassen unter anderem die folgenden konkreten Maßnahmen an, die in ihrer Abfolge aufeinander aufbauen:

-
1. Ein Gremium aus Vertreterinnen und Vertretern der psychiatrischen Fachgesellschaften und der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene unter dem Dach des G-BA wird gesetzlich verpflichtet, Kriterien für sektorenübergreifende, indikationsspezifische Behandlungskonzepte für die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung der Kliniken festzulegen, die eine leitliniengerechte Versorgung wieder spiegeln. Ziel ist, zu aussagefähigen und transparenten Leistungsbeschreibungen in den Behandlungskonzepten zu kommen.
 2. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) wird gesetzlich verpflichtet, den ICD-Katalog und den OPS-Katalog entsprechend der sich an Behandlungskonzepten orientierenden Leistungsbeschreibungen des G-BA weiterzuentwickeln. Die Kataloge müssen sowohl eine indikationsspezifische Schweregradkodierung bzw. Symptombelastung und Einstufung des sozialen Umfeldes zulassen als auch eine leitliniengerechte Leistungserfassung erlauben. Letztere muss den unterschiedlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen einschließlich der medikamentösen Therapien Rechnung tragen.
 3. Die psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken erhalten die Befugnis, die sektorenübergreifenden Behandlungskonzepte umzusetzen. Die Länder gehen zur Ermittlung und Planung von Versorgungskapazitäten der Krankenhäuser über, um damit eine flexiblere, bedarfsgerechtere und passgenauere Versorgung der Patientinnen und Patienten zu ermöglichen. Es dürfen nur solche Patientinnen und Patienten durch das Krankenhaus versorgt werden, die im ambulant-niedergelassenen Bereich nicht adäquat versorgt werden können.
 4. Das Umstiegsszenario wird zwischen einem Krankenhaus und den Krankenkassen vereinbart. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die sektorenübergreifende Versorgung eines Behandlungsfalles anhand des ICD- und OPS-Katalogs zu erfassen und an die Krankenkassen zu übermitteln. Die Deutschen Kodierrichtlinien werden entsprechend reformiert. Mit dem Umstieg gehen die bisherigen Versorgungsbereiche aus stationärer, teilstationärer, stationsäquivalenter sowie der Institutsambulanzversorgung in das neue sektorenübergreifende Behandlungsangebot auf.
 5. Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) werden verpflichtet, die Grundlagen für die Ermittlung einer sektorenübergreifenden leistungsgerechten Vergütung von Krankenhausleistungen zu schaffen. Die Umsetzung auf der Ortsebene findet wie bisher zwischen einem Krankenhaus und den Krankenkassen statt.

-
6. Die Vorgaben zur bedarfsgerechten Personalausstattung der Kliniken werden im Hinblick auf die flexibilisierte Versorgung weiterentwickelt. Hierzu erhält der G-BA den Auftrag, die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) zu ergänzen.
 7. Der Gesetzgeber initiiert darüber hinaus eine unabhängige Versorgungsforschung anhand der Routinedaten der Krankenkassen mit dem Ziel, die erfolgversprechendsten Behandlungskonzepte zu identifizieren, zur Leitlinienentwicklung beizutragen und die Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung durch die Krankenhäuser zu fördern.
 8. Das Bundesministerium für Gesundheit wird beauftragt, eine deutschlandweit gültige, wissenschaftlich fundierte Bedarfsermittlung auf Grundlage der psychischen und psychosomatischen Krankheitslast zu vergeben. Das Ergebnis kann Grundlage für die Planung von Versorgungskapazitäten sein.
 9. Der GKV-Spitzenverband wird gesetzlich beauftragt, die vorliegenden Krankenkassendaten zur ambulanten und stationären psychiatrischen und psychotherapeutischen sowie zur pharmakologischen Versorgung zusammenzuführen und darauf aufbauend eine umfassende Angebots- und Kapazitätserhebung der Versorgungsangebote in Deutschland zu erstellen. Die Aufbereitung und Interpretation der Datenbestände erfolgt unter Einbezug der Fachebenen der Krankenkassen und Kassenartenverbände. Die Differenzen zwischen Bedarf und Behandlungskapazitäten dienen als Grundlage für die zukünftige Versorgungsplanung.
 10. Der Gesetzgeber schafft rechtlich und finanziell attraktive Rahmenbedingungen für neue Modellvorhaben, die über die Versorgung durch die Krankenhäuser hinausgehen und weitere SGB V- und SGB-Bereiche umfassen. Ziel ist die Erprobung einer Patientenversorgung durch miteinander vernetzte Leistungserbringende unterschiedlicher Bereiche. Die Modellvorhaben beruhen auf Freiwilligkeit, einen Kontrahierungszwang gibt es nicht.

Die hier skizzierten Forderungen an die Gesetzgebung werden nur in Gänze ein Startschuss in eine neue Welt einer evidenzbasierten und evidenzgenerierenden psychiatrischen Versorgung durch Krankenhäuser in Deutschland sein können, mit der die von der Koalition formulierten Ziele erreichbar wären. Ein solcher Umgestaltungsprozess benötigt vor allem Sorgfalt, sodass ein realistischer Zeitrahmen für einen mehrjährigen Prozess gesetzlich auszugestalten ist.

Weitere Schritte

Die Analysen zu den Behandlungskonzepten, dem psychiatrischem Versorgungsbedarf der Bevölkerung, den Anbieterstrukturen und den neuartigen Modellvorhaben werden Erkenntnisse zu regionenspezifischen Weiterentwicklungspotenzialen zutage fördern. Dem ersten Schritt mit den konkreten Aufträgen des Gesetzgebers in dieser Legislaturperiode werden weitere folgen müssen. Das von den Koalitionären in der 20. Legislaturperiode formulierte Versorgungsziel für die Patientinnen und Patienten ist ein auf zehn bis 20 Jahre angelegtes visionäres, das sich zu verfolgen lohnt. Eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige psychiatrische und psychotherapeutische Patientenversorgung, die auch dem Patientenschutz Rechnung trägt, muss dabei der konsequente Fokus sein. Die dabei perspektivisch zu berücksichtigenden Ziele sind, dass gleiche Leistungen gleich vergütet werden, eine umfassende Qualitätssicherung auf Basis von Routinedaten erfolgt und eine abgestimmte sektorenübergreifende Versorgungsgestaltung angestrebt wird. Dies kann nur gelingen, wenn die Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen in Deutschland datenbasiert und wissenschaftlich fundiert erfolgt.