

DRG – Forum Berlin 10./11. März 2011

Zwischenbilanz zur Entwicklung des neuen PSY – Entgeltsystems:
Herausforderungen im Alltag und Perspektiven?

Rainer Kukla: „Chancen des neuen Entgeltsystems für die Weiterentwicklung der klinischen Versorgung nutzen!“

1. Strukturelle Mängel/Probleme in der derzeitigen psychiatrischen Versorgung

Psychische Erkrankungen haben in allen Industrienationen – und damit auch bei uns - für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft eine zunehmende Bedeutung. Sie gelten inzwischen als Volkskrankheiten und ihre Auswirkungen verursachen eminente volkswirtschaftliche Kosten. Das Statistische Bundesamt weist für das Jahr 2008 Krankheitskosten für psychische und Verhaltensstörungen in Höhe von 28,7 Mrd. Euro aus. Nach Erkrankungen des Herz-Kreislauf- und des Verdauungssystems liegen sie damit auf Platz drei.

Gleichzeitig ist die psychiatrische Versorgung in der Gefahr, zwischen den Mühlsteinen eines an seine Grenzen stoßenden Sozialstaates und eines unter erheblichem Druck stehenden Gesundheitssystems zu geraten.

Der „Zeitgeist“ ist auf Rationalisierung und den Abbau von Sozialleistungen ausgerichtet.

In dieser Situation muss es darum gehen, eine den Bedürfnissen der Patienten entsprechende, hochwertige psychiatrische Versorgung zu sichern, die finanzierbar ist. Das ist sie auf längere Sicht aber nur, wenn sich die Strukturen weiterentwickeln.

Es muss daher auch darum gehen, ein neues Entgeltsystem so auszugestalten, dass eine strukturelle Weiterentwicklung der psychiatrischen Behandlung – und hier insbesondere der Kliniken - nicht behindert, sondern belohnt wird.

Nun muss man leider sagen, dass die derzeitigen institutionellen und Finanzierungsstrukturen suboptimal sind. Das bundesdeutsche historisch gewachsene System der Sozialleistungsträger fördert keine durchgängige, mehrdimensionale Therapie und Rehabilitation, sondern behindert sie eher mit seiner Zersplitterung.

Nach Auffassung des Sachverständigenrates (zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007) zeichnet sich das deutsche System der Gesundheitsversorgung allgemein einerseits durch hochwertige Einzelleistungen aus, andererseits aber auch durch erhebliche Schnittstellenprobleme und Kooperationsmängel.

Auch die psychiatrische Versorgung ist nicht frei von Redundanzen, Schnittstellenproblemen und Formen von Unter-, Über- oder auch Fehlversorgung.

Das liegt zum einen an dem erwähnten zersplitterten Finanzierungssystem, in dem die Kostenträger nicht so sehr die volkswirtschaftlichen Gesamteffekte,

sondern ihre jeweiligen betriebswirtschaftlichen Optimierungen interessieren.

Das liegt aber auch – mindestens bei einem Teil der Kliniken und Abteilungen – an einer Orientierung, die immer noch überwiegend vom vollstationären, vom Bett und von der Station (mit ihrem jeweiligen Konzept) geprägt ist. Sie sind übrigens sehr hoch ausgelastet (2009 = 94%, Somatik 74%) und unterliegen einem hohen Aufnahme- und Entlassungsdruck, mit der Gefahr, dass Patienten nicht ausreichend „austherapiert“ oder unzureichend vorbereitet entlassen werden.

Innerhalb der Kliniken gibt es durchaus Abschottungstendenzen zwischen den einzelnen Bereichen. Eine durchgängige Kooperation zwischen den Stationen, den Tageskliniken und den Psychiatrischen Institutsambulanzen ist nicht unbedingt selbstverständlich.

Das Konstrukt der Tagesklinik ist zu starr (- mit der üblichen 38,5 Stunden-Woche ist sie eher an Wochenarbeitszeiten der Mitarbeiter als an den notwendigen Therapiezeiten der Patienten ausgerichtet). Es gibt zu wenig flexibel dem jeweiligen Bedarf angepasste teilstationäre Behandlungsformen. Die PIA arbeiten oft nur mit einer sog. „Komm – Struktur“ und nutzen zu wenig nachgehende Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten im Lebensfeld der Patienten.

Die berufliche Sozialisation in der Klinik bietet in der Regel nur geringe Chancen, die sozialpsychiatrische Arbeit in der Gemeinde kennen zu lernen. Im Alltag der klinischen Arbeit bleibt mangels Finanzierung auch wenig Raum dafür.

In der Folge fühlen sich die Mitarbeiter eher in der Klinik zu Hause als im Lebensfeld der Patienten (- man könnte dies auch einen Hospitalismus der anderen Art nennen).

Im übrigen ist die ambulante Behandlung stark Arzt- und Psychotherapeuten orientiert. Moderne sektorübergreifende Behandlungsformen wie z.B. das Home-Treatment – Behandlung im häuslichen Umfeld durch ein multiprofessionelles Team aus bspw. Psychiatern, Pflegefachkräften, Psychologen, Sozialarbeitern und Erziehern werden unzureichend angeboten. Immer wieder kommt es deshalb bei akuten psychischen Krisen zu vermeidbaren stationären Krankenhausaufenthalten.

Umgekehrt haben auch die Vertreter des außerstationären Bereichs oft zu wenig Möglichkeiten und Freiräume, sich um eine engere Zusammenarbeit mit dem stationären Bereich zu bemühen bzw. auf Kooperationsangebote einzugehen.

Das Ganze ist selbstverständlich nicht nur ein Einstellungsproblem, sondern ist auch Folge falscher Anreize im Finanzierungssystem:

Bezogen auf die psychiatrischen Einrichtungen hat das bisherige Finanzierungssystem gravierende Nachteile und zu Fehlsteuerungen geführt, insbesondere durch:

- die einseitige Bevorzugung der voll-stationären Behandlung,
- zu wenig Anreize für kostengünstigere teilstationäre und ambulante Behandlungsformen,
- eine zu wenig flexibel dem individuellen Bedarf angepasste Organisation der Behandlung,
- die nur unzureichende Einbeziehung des Lebensfeldes der Patienten,
- unnötige Abbrüche der therapeutischen Beziehungen durch Wechsel des institutionellen Behandlungsrahmens,
- die strukturbedingte Verschwendung therapeutischer Ressourcen,
- Qualitätseinbußen wegen der langjährigen Budgetdeckelungen bei gleichzeitig steigenden Anforderungen,
- den enormen bürokratischen Aufwand durch Kontrollen des Leistungsgeschehens (Misstrauensaufwand).

Das System setzt falsche Anreize auch insoweit als es zu einer mangelhaften Vernetzung des klinischen Sektors mit dem außerstationären und dem rehabilitativen Sektor führt.

Medizinisch notwendige Liaison- und Konsiliardienste werden in den bestehenden Finanzierungssystemen nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt.

Das Krankenhaus selbst ist gesetzlich wesentlich dadurch definiert, dass Patienten „untergebracht und gepflegt werden“, d.h., Aktivitäten des Krankenhauses etwa im Lebensfeld des Patienten sind eher die Ausnahme(wesensfremd).

Falsche Anreize liegen auch darin, dass Kliniken ihr betriebswirtschaftliches Ergebnis dadurch verbessern können, dass sie:

- Ihre Betten füllen (ein Verwaltungsleiter: „Jedes Bett schreit so lange, bis jemand drin liegt“) und Patienten möglichst lange und möglichst vollstationär behalten,
- sich auf leichter erkrankte Patienten ausrichten bzw. sich von schwerer beeinträchtigten möglichst fern halten,
- ihre Personalkosten durch eine geringere Bezahlung und durch eine geringere Personaldichte reduzieren,
- mit anderen Diensten in der Region und mit dem sozialen Umfeld der Patienten möglichst wenig interagieren, da dies nicht ausreichend bezahlt wird.

2. Ziele einer Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der psychiatrischen Versorgung

Was den Aspekt der Vernetzung angeht, lassen sich fünf Arten der Vernetzung unterscheiden:

- Träger übergreifend,
- Vergütungssysteme übergreifend,
- Zielgruppenspezifisch,
- Regional,

- Strukturübergreifend.

Vor allem die beiden letzten Ebenen möchte ich im Folgenden besonders berücksichtigen.

Es geht also nicht so sehr um die Regelungen der §§ 140a ff. des SGB V, in denen von einer verschiedenen Leistungssektoren übergreifenden Versorgung oder einer interdisziplinär – fachübergreifenden Versorgung die Rede ist. Besser wäre es nämlich, diese Regelungen überflüssig zu machen, indem die Idee der integrativen Behandlung durch die Kliniken konsequent als zentrales und durchgängiges Regelungsprinzip des §17 d befolgt würde. Dadurch würde die Gefahr eines „Flickenteppiches“ unterschiedlicher Verträge und zusätzlicher Schnittstellen verhindert.

Die Kliniken stellen faktisch multiprofessionelle Kompetenzzentren dar. Dieses Potenzial sollten sie besser nutzen (können)!

Dazu bedarf es einer flexiblen und sowohl interne als auch externe Sektorengrenzen überwindenden Organisation der Behandlungsangebote.

Im Mittelpunkt der Neugestaltung des Entgeltsystems muss daher eine Weiterentwicklung hin zu einem sektorenübergreifenden Versorgungs- und Vergütungssystem stehen.

In dem sog. „Konsenspapier der 13 Verbände“ von 2007 wird die Notwendigkeit der Entwicklung in diese Richtung ausführlich begründet: Stationärer und teilstationärer Sektor einerseits und ambulante längerfristige Versorgung sowie Liaison- und Konsiliardienst müssen eng vernetzt sein. Die Qualität ihres Zusammenwirkens ist für den Verlauf einer psychischen Erkrankung in hohem Maße bedeutsam und für die Lebensqualität des Patienten und den Ressourcenverbrauch der Einrichtung relevant. Sie müssen daher gerade im Fachgebiet der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Zusammenhang betrachtet werden.

Für die Kliniken folgt daraus sowohl aus therapeutischen als auch aus wirtschaftlichen Gründen, die Konzeption einer strukturellen Vernetzung unter dem Aspekt einer „Personenzentrierung“ der Behandlung zu entwickeln.

Die Behandlung im Lebensfeld des Betroffenen muss erleichtert und die Nutzung vernetzter, präventiver und komplementärer Angebote gefördert werden.

Niemand sollte mehr in der Klinik verbleiben müssen, weil andere Hilfen fehlen.

Insbesondere schwergradig und chronisch psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen benötigen ein kooperierendes, flexibles und - wenn erforderlich – auch mobiles Gesundheitssystem.

Daraus ergibt sich eine besondere Verantwortung für die Kontinuität der Behandlung im Krankenhaus und vom Krankenhaus aus in der Lebenswelt des

Patienten unter Einbeziehung aller sozialen Problembereiche der Betroffenen. Die Klinik steht damit in einem hochkomplexen regionalen Interaktionsgefüge. Sie muss sich darin nicht nur selbst professionell bewegen, sondern auch dem Patienten helfen, mit dieser Komplexität klarzukommen.

Kein Patient sollte gezwungen sein, wegen seiner komplexen Schwierigkeiten eine Vielzahl von Stellen kontaktieren und in Anspruch nehmen zu müssen.

Die psychiatrische Krankenhausbehandlung muss also als integraler Bestandteil eines regional vernetzten psychiatrischen Versorgungssystems organisiert sein. Eine wichtige Qualitätsanforderung der PsychPV besteht daher bekanntlich auch darin, dass die regionale Versorgungsverpflichtung gesichert ist und insbesondere die schwer gestörten Patienten mit dem Risiko einer hohen Belastung für die Versorgungsstruktur nicht abgewiesen werden.

Niemand soll gezwungen sein, außerhalb seiner Stadt, seines Kreises Hilfe in Anspruch nehmen zu müssen (und dadurch seine sozialen Bezüge gefährden)- Spezialangebote ggf. ausgenommen.

3. Anforderungen an ein neues Entgeltsystem/ Chancen des neuen Entgeltsystems

Dem Gesetzgeber des KHRG war – wie die Begründung zum Gesetz zeigt – durchaus bewusst, dass in Fachkreisen die mittelfristige Einführung von Vergütungssystemen diskutiert wird, die eine flexiblere Behandlung der Patientinnen und Patienten ermöglichen, z.B. im Rahmen von Jahresbudgets für Patienten und durch eine sektorübergreifende Versorgung unter Einbeziehung der psychiatrischen Institutsambulanzen.

Sie teilten durchaus die Überzeugung, dass Hilfen dann wirtschaftlich erbracht werden, wenn sie nicht institutionellen Gesetzmäßigkeiten und Bedürfnissen entsprechen, sondern sich bedarfsgerecht an dem jeweiligen individuellen Hilfebedarf orientieren.

Der Gesetzgeber hat daher das KHRG auch so ausgestaltet, dass für den klinischen Teil der Versorgung die Chance besteht, durch die Vereinbarungspartner nach § 17d ein Finanzierungssystem zu entwickeln, das eine bedarfsgerechte flexible Leistungserbringung erlaubt, die therapeutisch wirksam und kostengünstig ist.

Will man die Krankenhausleistungen entsprechend dem jeweiligen individuellen Behandlungsbedarf der Patienten ausgestalten, sollten die bisherigen „Dosis-Stufen“ Krankenhausbehandlung bis in die Nähe der PIA differenziert werden können.

Die institutionelle „Dosis“ Krankenhausbehandlung könnte flexibler dem individuellen Bedarf angepasst werden.

Insbesondere auch die tagesklinischen Behandlung bedarf einer Neudefinition und Bewertung. Sie sollte bis hin zur ambulanten Behandlung „ausgedünnt“ werden können – wenn dies dem individuellen Bedarf entspricht.

Als Grundlage dabei sind jedenfalls verlässliche therapeutische Beziehungen

sicherzustellen.

Ziel muss sein: Den Prozess der Entgeltentwicklung so zu steuern, dass richtige Entwicklungsanreize gesetzt werden und dass Netzwerkarbeit angemessen finanziert wird.

Es muss sich betrieblich rechnen, mit vorhandenen Ressourcen mehr Patienten möglichst gut und sparsam zu behandeln, statt durch mehr belegte Betten mehr Geld zu erwirtschaften.

Prinzipiell sollte ein zukünftiges Klinikbudget alle Sektoren (ambulant, teilstationär, stationär) umfassen. Dabei ist sicherzustellen, dass die einzelnen Sektoren wechselseitig ausgeglichen werden können. Das heißt, auch die Gesamtmenge der erbrachten Leistungen (und damit das Budget, aber nicht notwendig der behandelten Patienten) bleibt konstant, egal wie und in welchem Versorgungssegment und in welcher zeitlichen Strukturform diese Leistungen erbracht werden.

Veränderungen in der regionalen Versorgungsstruktur, der Zusammensetzung der Bevölkerung sowie der Morbidität sind budgetrelevant zu berücksichtigen. Netzwerkarbeit muss angemessen berücksichtigt werden!

Die Ausnahmetatbestände der bestehenden Bundespflegesatzverordnung (Fallzahlsteigerung, Leistungsverschiebungen im medizinischen Bereich, krankenhausplanerische Veränderungen, Tarifberichtigungen usw.) sind ins neue Entgeltsystem zu übernehmen.

Aktuell besteht allerdings die Gefahr, dass die Chancen nicht bzw. nur unzureichend genutzt werden:

4. Bewertung des derzeitigen Standes der Einführung des neuen Entgeltsystems

In der Szene ist der Eindruck entstanden, dass (über-)eifrig im Detail gearbeitet wird, aber ohne Klarheit und Konsens über die Entwicklungsziele. Der aktuelle Entwicklungsprozess der 1. Stufe mit der ausschließlichen Orientierung auf ein tagesbezogenes Entgeltsystem droht eine Eigendynamik zu entwickeln, welche die Möglichkeiten der 2. Stufe nicht nutzt oder sogar verbaut.

Der derzeitige Ansatz, sog. OPS – Codes für die Psychiatrie zu entwickeln, differenziert die Leistungszeiterfassung zu einseitig und zu weitgehend, ohne vorher den Aufwand und die Funktion als Kostentrenner („praktikabel“) im begrenzten Rahmen erprobt zu haben. Statt – wie es in einem „lernenden System“ nahe läge – auf der Basis valider Daten unkompliziert anzufangen und differenziert zu enden startet man zu differenziert und droht zu kompliziert zu enden bzw. riskiert ständig einen erheblichen Korrekturaufwand.

Psychiatrische Leistungen im „25 – Minuten Takt“ zu erfassen, kommt mir

übrigens ein bisschen so vor, als wolle man die Leistungen von Chirurgen an den Zentimetern Naht messen.

Nun, ob die OPS wirklich eine „Kostentrennerfunktion„ besitzen, wissen wir erst in ein paar Jahren. Es deutet sich jetzt schon an, dass sie nur in gewissen Randbereichen der Behandlung relevant sind und wenig zur Erklärung der Varianz beitragen.

Es fehlt eine Klärung der langfristigen Perspektive, welche strukturellen Veränderungen in der Krankenbehandlung erreicht werden sollen, um damit die Relevanz der aktuellen Aktivitäten für eine Verbesserung des Entgeltsystems gewichten zu können.

Es sind leider auch keine zielgerichteten Anstrengungen erkennbar, die Prüfaufträge der 2. Stufe (PIA, andere Abrechnungseinheiten) vorzubereiten.

Es fehlen Antworten auf die Fragen : Was ist die Ausgangslage? Zu welchen Zielen brechen wir auf? Auf welchen Wegen erreichen wir die Ziele? Wann brechen wir auf, und wann kommen wir an? Muss der Zeitrahmen de Entwicklungsprozesses angepasst werden?

Damit fehlen auch die Relevanzkriterien zur Justierung der Richtung und Differenzierung der ersten Entwicklungsschritte und entscheidende Voraussetzungen für die Phase der Einführung des neuen Entgeltsystems.

Die Krankenseite befürchtet die einseitige Belastung mit den langfristigen finanziellen Risiken des neuen Entgeltsystems und verhält sich eher zögerlich und defensiv. „Andere Abrechnungseinheiten“ und die PIA will man offenbar zunächst nicht aktiv angehen, sondern z.B. das „oben drauf“ – Geschäft der PIA möglichst lange ausnutzen! *Strukturveränderungen sind offenkundig kein vorrangiges Ziel der Krankenseite!*

Die Kassen fürchten die Ausweitung der stationären Leistungen und setzen auf administrative Kontrollen und die Anreizwirkung von Fällen zur Verweildauerverkürzung.

Ein nur mangelhafter Ausgleich der Unterfinanzierung der Personalstellen nach Psych PV droht die Unterfinanzierung durch die BPfIV mit gravierenden Auswirkungen auf die Leistungsqualität auf Dauer zu zementieren.

5. Vorschläge/ Forderungen zum weiteren Verfahren

Klare, langfristige Rahmenbedingungen müssen jetzt für die Kliniken/Träger sowie die Krankenkassen geschaffen werden, damit beide Seiten sich jetzt auf den Entwicklungsprozess PSY-Entgelt konstruktiv einlassen.

Ein zielorientiertes Gesamtkonzept für den Entwicklungsprozess muss endlich auf die Tagesordnung gesetzt werden, damit die innovative Perspektive des

KHRG nicht verloren geht. Insoweit sollten die Themen: PIA und andere Abrechnungseinheiten = 2. Stufe bereits jetzt einbezogen werden. D.h., die in § 17d KHG vorgegebenen Prüfaufträge zur sektorenübergreifenden Versorgung und zur Analyse anderer Abrechnungseinheiten für bestimmte Leistungsbereiche sollten jetzt umgesetzt werden. Dabei kann auf die Erfahrungen und Erkenntnisse aus den bestehenden Projekten z. B. IV-Verträgen (oder auch der Regionalversorgung?) zurückgegriffen werden.

Darüber hinaus müssen Regelungen zu einer flexiblen Ausgestaltung tagesklinischer bzw. teilstationärer Behandlungsangebote vorbereitet und konsentiert werden.

Die Startbasis muss stimmen: D.H., angemessene Ressourcen im System, nach dem Maßstab Psych-PV, die nach dem neuen Entgeltsystem verteilt werden sollen.

Erst wenn diese Anforderungen erreicht sind, sollten die Regelungen zur Einführung in Kraft treten.

Der Leitgedanke bzw. das Gestaltungsprinzip sollte dabei die Vision von einer Wandlung der heutigen Klinik in ein „multiprofessionelles Psychiatrisches Kompetenzzentrum“ oder auch „Gesundheitszentrum“ sein, das gemeindepsychiatrisch flexibel (für die Gemeinde und in der Gemeinde) agiert.

Betriebswirtschaftlich muss es sich lohnen, unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungsverpflichtung mit vorhandenen Ressourcen mehr Patienten möglichst gut und sparsam zu behandeln, statt durch mehr belegte Betten mehr Geld zu erwirtschaften.

Das Ziel einer sektorübergreifenden Behandlung muss konsequent zum Bezugspunkt für den PSY-Entgeltentwicklungsprozess, insbesondere für Leistungsbeschreibung und Kalkulation, gemacht werden.

Sollte die Einführung (mit Konvergenzphase) nur auf die bisherige teil- und vollstationäre Krankenhausbehandlung angewendet werden, dann werden damit diese Verhältnisse zementiert und die innovativen Perspektiven des KHRG aufgegeben.

Es sollte gelten: Qualität vor Geschwindigkeit (Entschleunigung)! Das bedeutet eine sorgfältige Planung der Entwicklungsschritte unter Berücksichtigung ihres Zeitbedarfs und eine „Entschleunigung“ der Festlegungen in der 1. Stufe, um langfristige Steuerungswirkungen und Kompatibilität zu Zielen der 2. Stufe prüfen zu können. Wir sollten uns nicht von einer bürokratischen Eigendynamik überrollen lassen.

Die Begleitforschung sollte früher implementiert werden, so dass zielgerichtet evaluiert werden kann und Rückkopplungen im lernenden System möglich

sind. Ihre Ergebnisse sollten so früh wie möglich einbezogen werden, um sie nutzbar machen zu können (nicht erst 2014!).

Die Rahmenbedingungen zur Durchführung von Projekten zur Erprobung von individuellen Behandlungsformen sollten erleichtert werden.

Wichtiger als die hoch differenzierte Codierung von Einzelleistungen wäre die schrittweise Entwicklung von personen- und zeitbezogenen Komplexpauschalen für die unterschiedlichen Patientengruppen, in denen die Krankenhausleistungen für eine definierte Zeitstrecke zusammengefasst werden (z.B. 1 Jahr). Sie würden es den Kliniken erlauben, die Behandlung individuell flexibilisiert durchzuführen und so die Sektorgrenzen zu überwinden.

Hilfreich wäre eine Ergänzung des § 39 SGB V, um die Definition der Krankenhausbehandlung an die besonderen Bedürfnisse psychisch Kranker anzupassen. Um die Weiterentwicklungen psychiatrisch-psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung im Leistungserbringerrecht abzusichern, wird daher eine Anpassung des §39 SGB V durch Ergänzung von Satz 4 (neu) in Absatz 1 vorgeschlagen:

„Die Krankenhausbehandlung im Geltungsbereich des §17d KHG wird auch im Lebensumfeld durchgeführt, wenn dadurch den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker besser Rechnung getragen werden kann (§27 Satz 3), und wenn dies die Behandlungsbereitschaft und die Erreichung der Behandlungsziele fördert.“

Schließlich sollte ein sektorübergreifendes Qualitätssicherungssystem eingeführt werden.

Mit diesen Maßnahmen würde die Qualität der Behandlung psychisch kranker Menschen nachhaltig verbessert und zugleich eine leistungsgerechte Vergütung eingeführt.

6. Schluss

In der Fachöffentlichkeit, die die Umsetzung der innovativen Perspektiven des KHRG erwartet, ist eine wachsende Irritation oder auch Frustration zu beobachten. Das belastet zunehmend die Akzeptanz des Prozesses.

Die Vereinbarungspartner sollten daher bald Signale setzen, dass sie die Chancen nutzen wollen, der klinischen Kompetenz auf lange Sicht eine angemessene Position im Versorgungssystem zu sichern und dass sie in der Lage sind, die Einführung des neuen Entgeltsystems so zu gestalten, dass strukturelle Fortschritte erreicht werden.

Sollte dies nicht der Fall sein, müsste wohl das BMG die Initiative ergreifen und die Steuerung des Entwicklungsprozesses wieder an sich ziehen. Aber vielleicht muss es ja nicht so weit kommen.

Im Zuge der Psychiatrie – Reform hat sich die alte Anstalt zur Psychiatrischen Klinik gewandelt.

Es ist nun an der Zeit, die Psychiatrische Klinik zu einem multiprofessionellen (und vielfältig vernetzten) Kompetenzzentrum weiterzuentwickeln (unter welchem Namen auch immer – evtl. Gesundheitszentrum?).
Das KHRG bietet die Chance hierzu.
Nutzen wir sie!