

[00:00:00] Die regionale Pflichtversorgung ist ein ganz wichtiger Baustein in der psychiatrischen

[00:00:18] Versorgung und Thema unserer heutigen Podcastfolge.

[00:00:21] Ganz herzlich willkommen.

[00:00:23] Schön, dass Sie mal wieder rein hören.

[00:00:25] Mein Name ist Florian Albert.

[00:00:27] Ich bin Chefredakteur bei F&W und ich darf direkt überleiten zum Moderator unserer heutigen

[00:00:33] Folge zu Stefan Günther.

[00:00:35] Er ist der Herausgeber von F&W Psych und er wird die heutige Diskussion moderieren und

[00:00:42] gemeinsam mit seinen beiden Gästen der Frage nachgehen, was ist regionale Pflichtversorgung

[00:00:48] eigentlich, warum ist sie so wichtig und welche Probleme und vielleicht auch Herausforderungen

[00:00:54] sind damit in der Praxis verbunden.

[00:00:57] Ich freue mich, dass Sie sich für das Thema interessieren und wir wünschen Ihnen viel Spaß

[00:01:02] beim hören unserer neuesten Podcastfolge.

[00:01:05] Willkommen, Frau Prof.

[00:01:06] Stengler, Direktorin des Zentrums für Säleschige Gesundheit und Chefärztin des Helios Park

[00:01:12] Klinikums in Leipzig und Herr Prof.

[00:01:15] Ingmar Steinhardt, Direktor des Instituts für Sozialpsychiatrie in Mecklenburg-Vorpommern

[00:01:21] an der Universität Greifswald.

[00:01:23] Vielen Dank, dass Sie sich mit uns heute treffen und wir uns über das wichtige Thema

[00:01:28] der Psychiatrie die regionale Pflichtversorgung austauschen können.

[00:01:32] Willkommen zu unserer Podcastfolge von F&W Psych.

[00:01:36] Die erste Frage wäre für mich gleich, um auch unsere Zuhörer ein bisschen ins Thema

[00:01:42] einzuführen und abzuholen.

[00:01:43] Frau Prof.

[00:01:44] Stengler, was ist den regionale Pflichtversorgung in der Psychiatrie?

[00:01:49] Der Begriff taucht an so vielen Stellen auf, aber es scheint, als gäbe es keine abschließende

[00:01:54] Definition oder etwas, wie man es wirklich greifen kann.

[00:01:57] Wie sehen Sie das Thema?

[00:01:59] Herr Günther, Sie sagen es bereits genauso ist das.

[00:02:04] Es gibt keine abschließende Definition und dennoch haben wir in der Versorgung von Menschen

[00:02:09] mit insbesondere schweren und auch akuten psychischen Erkrankungen, denn dort greift das Thema Pflichtversorgung

[00:02:16] ja ganz spezifisch.

[00:02:18] Haben wir natürlich Pflichtversorgung oder verpflichtende Versorgungsakteure, so will

[00:02:23] ich das vielleicht mal sagen, weil ich glaube für das Thema ist ganz am Anfang wichtig,

[00:02:30] Sozialrechtsbezüge zu beachten.

[00:02:32] Das heißt, wir befinden uns ja in der Definition, die wir und die Sie jetzt ansprechen, ja zunächst

[00:02:38] beim SGB V Bereich in der Behandlung.

[00:02:41] Versorgung von schwer psychisch erkrankten Menschen und zwar in allen Alterskategorien

[00:02:47] bedeutet aber auch außerhalb der Sozialrechtsbezüge, die wir hier haben, eben außerhalb des

[00:02:52] SGB V Bereichs zu schauen.

[00:02:53] Da werden wir sicher später nochmal darauf zu sprechen kommen.

[00:02:56] Aber auch innerhalb des SGB V Bereichs ist Pflichtversorgung natürlich ein sehr breiter

[00:03:03] Begriff.

[00:03:04] Wir kennen ihn festgeschrieben und gebunden an die Krankenhausstrukturen, an die psychiatrischen

[00:03:09] Kliniken, wo wir ja Pflichtversorgung haben in einer ganz spezifischen Definition, die

[00:03:15] regional mit regional Bezug auch zu den Wohnorten, der psychisch erkrankten Menschen festgelegt

[00:03:21] ist in unterschiedlichen Regionen in Deutschland ganz unterschiedlich.

[00:03:25] Letztlich gibt es über das ganze Bundesgebiet und Menschen mit psychischen Erkrankungen haben

[00:03:30] insbesondere im Akut Versorgungskontext Anspruch auf eine Pflicht, sie Pflichtversorgende

[00:03:37] psychiatrische Klinik.

[00:03:39] Das ist also eine Definition und allein diese Definition lässt natürlich viel Spielraum,

[00:03:46] weil da nicht die Pflichtversorgung im niedergelassenen Bereich definiert ist.

[00:03:51] Und trotzdem kann man sagen, wenn ein Mensch außerhalb der psychiatrischen Klinikstrukturen

[00:03:56] akutsch psychisch krank wird, greift auch das Kassenärztliche Versorgungssystem mit einem

[00:04:01] Kassenärztlichen Notdienst, der natürlich psychisch erkrankte Menschen dann verpflichtend

[00:04:06] versorgt.

[00:04:07] Auch das gehört im Endeffekt in diese große Kiste, die wir da auseinanderzusortieren haben.

[00:04:13] Und ich glaube, und das vielleicht für die erste Antwort mal mit einem Punkt gesetzt,

[00:04:19] denn wir werden uns ja da verständigen und vielleicht den einen oder anderen Aspekt auch

[00:04:22] ein bisschen ausführlicher diskutieren können.

[00:04:24] Ich glaube, wenn wir eine perspektivische gute Definition von Pflichtversorgung bei

[00:04:31] Menschen mit psychischen Erkrankungen hinbekommen wollen und festsetzen wollen, dann geht es

[00:04:36] um Verbindlichkeit für die Nutzer und Nutzerinnen, für die Menschen, die es in Anspruch nehmen,

[00:04:42] für deren Angehörige, dass sie eine Verlässlichkeit haben, in akuten Situationen, ein verpflichtenden

[00:04:49] Versorgungsanspruch für die Betroffenen zu haben.

[00:04:51] Und aus meiner Sicht von dieser individuellen Bedarfslage ausgehend beim Einzelnen muss

[00:04:58] sich dann alles andere drumherum probieren, also SGB, Sozialrechtsbezüge, welche Akteure,

[00:05:06] ob die an Primärstrukturen und Einrichtungen gebunden sind oder ob wir einfach Akteure

[00:05:12] definieren, wo sie diesen Anspruch haben, wie regional wir das festlegen, was alles dazu

[00:05:19] gehört an inhaltlicher Ausgestaltung, wie das vorgehalten werden muss, durch welche

[00:05:25] Professionen zum Beispiel, auch in welchem Umfang, in welcher Akuität, das sind alles Themen,

[00:05:31] die dann problemdefiniert werden müssen, aber ich glaube Verbindlichkeit, Verlässlichkeit

[00:05:36] für die Nutzer und Nutzerinnen ist sozusagen aus meiner Sicht die Ausgangslage, wo wir

[00:05:42] starten müssen.

[00:05:43] Herzlichen Dank.

[00:05:45] Professor Steinhardt, gibt es aus Ihrer Perspektive noch Ergänzungsbedarf an dieser ersten

[00:05:52] Definition?

[00:05:53] Naja, die Frage ist ja, warum wir heute eigentlich zusammen sitzen, wenn das so klar und eindeutig

[00:06:00] ist, wie Frau Stengler das gerade gesagt hat.

[00:06:04] Da muss man eigentlich festhalten, je weiter man von einem klassischen Krankenhaus weg

[00:06:11] ist, desto schwieriger wird es mit der Verbindlichkeit und dem Anspruch, dass einem jemand unbedingt

[00:06:19] qualifiziert hilft.

[00:06:21] Das beginnt sozusagen auch im SGB V.

[00:06:24] Also ich habe nur einen Anspruch sozusagen aus der Pflichtversorgung darauf, dass mir

[00:06:30] ein Krankenhaus hilft.

[00:06:31] Ich habe aber zum Beispiel keinen Anspruch auf eine Zuhausebehandlung oder so, sondern ich

[00:06:37] habe nur Anspruch, dass Krankenhaus öffnet die Tür und dann muss jemand da sein, der

[00:06:43] sich um mich kümmert.

[00:06:45] Diesen Anspruch ist schon im Krankenhaus undifferenziert, also wenn es ein Krankenhaus

[00:06:49] gibt, was gar keine Zuhausebehandlung anbietet, habe ich da schon mal Pech.

[00:06:53] Und wenn ich dann aus dem Krankenhaus mich raus bewegen will, dann bin ich eigentlich

[00:07:00] auch mich selber gestellt.

[00:07:02] Dann fängt sozusagen der freie Markt an von der Ideologie her.

[00:07:07] Das heißt, ich oder meine Sozialarbeiterin, mein Sozialarbeiter aus der Klinik muss für

[00:07:14] mich einen Ort suchen, wo ich dann hin kann.

[00:07:17] Und es gibt dort keine Verpflichtungen, zum Beispiel für die Kommune, den Landkreis

[00:07:22] oder wen auch immer, zu sagen, da ist ein Ort für dich und dann jemanden zu bitten, also

[00:07:29] ein Anbieter wie zum Beispiel sonst die Krankenhäuser, dem Anbieter zu sagen, du musst dich aber

[00:07:34] um denjenigen kümmern.

[00:07:35] Also mein Anspruch schwindet sozusagen, je mehr ich mich von den Forten des Krankenhauses

[00:07:41] wegbewege.

[00:07:42] Und das ist so eigentlich der Punkt, wo die Krankenhäuser ein Problem haben, weil Menschen

[00:07:50] dann im Krankenhaus bleiben müssen, weil sie keinen Anschlussperspektive haben als auch

[00:07:55] die Personen selber, weil sie keinen definierten Ort haben, wo sie auf jeden Fall hin können,

[00:08:03] sondern dass alles ein bisschen dem Zufall dann überlassen ist.

[00:08:06] Also wie ein freier Markt, sag ich mal.

[00:08:09] Ich entnehme Ihrer Rückmeldung, wir bräuchten also auch eine Reform an dieser Stelle, wenn

[00:08:15] es um sektorenübergreifende Behandlungen geht, auch für die Pflichtversorgung sektorenübergreifend

[00:08:20] zu denken, weil es doch ein sehr althergebrachter Begriff ist, eine sehr althergebrachte Definition

[00:08:29] ist, die ganz klassisch aus Krankenhaus in den Räumen eines Krankenhauses setzt und

[00:08:35] nicht wirklich darüber hinaus geht, auch wenn es so ist, wie Frau Prof. Stengler es geschildert

[00:08:40] hat, dass es eigentlich mehr sein sollte, aber es ist doch sehr eng begrenzt aus Krankenhaus

[00:08:47] gelebt an vielen Stellen.
[00:08:49] Ja, man hat bei den Krankenhäusern eigentlich den Marktmechanismus sozusagen abgeschaltet,
[00:08:57] weil man weiß, dass Menschen, die schwer krank sind, große Schwierigkeiten haben, sich am
[00:09:02] Markt zu behaupten.
[00:09:03] Und wenn man dann aus dem Krankenhaus rauskommt, ist die Ideologie oder das Thema eigentlich
[00:09:11] eher Markt.
[00:09:12] Das kann man am deutlichsten sehen, also wenn jemand pflegebedürftig ist oder dement,
[00:09:18] dann ist ein freier Markt da und es gibt keine Verpflichtung, sich um jemanden, der dement
[00:09:22] ist, der zum Beispiel in Leipzig oder Dortmund, das sind jetzt bei unseren beiden Heimatregionen
[00:09:27] lebt, sich um jemanden zu kümmern.
[00:09:30] Und dieser Marktmechanismus ist eine Ideologie, die davor sich hergetragen wird, die aber
[00:09:39] aus Sicht der Betroffenen, denen nicht weiter hilft, wenn sie keine Wahlmöglichkeiten ausüben
[00:09:46] können.
[00:09:47] Also wenn ich nicht einkaufen gehen kann sozusagen als schwer psychisch kranker, entweder weil
[00:09:52] ich selber dazu nicht in der Lage ist oder weil es auf dem Markt nichts einzukaufen gibt,
[00:09:57] dann habe ich ein Problem.
[00:09:58] Und dieses Problem im schlimmsten Fall endet das, indem ich den Markt in ganz Deutschland
[00:10:05] mir suchen muss.
[00:10:06] Das ist jetzt vollkommen egal, ob als alter Mensch oder als junger Mensch.
[00:10:10] Ich muss dann sagen, ganz Deutschland ist mein Markt und da muss ich mir einen Ort suchen,
[00:10:15] an dem ich dann bleiben kann.
[00:10:16] Sie beschreiben jetzt eigentlich auch ein Problem, dass wir so ganz klassisch kennen,
[00:10:22] wenn ich nicht im Krankenhaus behandelt werden möchte und mir ambulante Versorgung
[00:10:26] suchen möchte oder in Anspruch nehmen möchte, habe ich das gleiche Problem grundsätzlich,
[00:10:32] dass es in meiner Region vielleicht kein Angebot gibt oder es sehr spät gibt und ich dann
[00:10:37] viel weiter suchen muss, wenn ich denn in der Lage bin, mir diese Hilfe zu suchen.
[00:10:41] Ich glaube, das ist wichtig, wenn wir jetzt von Krankenhaus gerade reden und von Nicht-Krankenhaus
[00:10:50] reden wir ja tatsächlich von den Strukturen, die wir haben und die wir auch kritisieren.
[00:10:55] Aber ich glaube, das ist eben schon ein Diskussionspunkt, dass wir in Deutschland von Krankenhaus
[00:11:01] und Nicht-Krankenhaus reden.
[00:11:02] Also wenn wir jetzt in den internationalen Kontext schauen würden, würden wir davon reden,
[00:11:08] dass mobile Teams manche Regionen erreichen und manche Regionen nicht.
[00:11:12] Und ich glaube, das ist schon mal der Punkt.
[00:11:15] Also ich bin so ein bisschen, ich glaube da sind wir ja gerade auch irgendwann steinert
[00:11:21] und ich an vielen Stellen in Diskussionen und in Projektdiskussionen getritten ging in
[00:11:26] den letzten Jahren oder Monaten auch.

[00:11:29] Ich glaube, es ist wichtig, sich von dieser Konzentration und diesem Fokus so ein bisschen

[00:11:36] zu lösen.

[00:11:37] Ich finde es nicht so schlimm, wer momentan diesen Schritt hin zur Einrichtung mobiler

[00:11:44] Teams zum Beispiel praktiziert.

[00:11:48] Ich glaube, die Krankenhäuser sind in den letzten Jahren und das war ja vor 50 Jahren

[00:11:52] in der Amcatchung bevordert, aber sie sind jetzt gezwungen aufgrund verschiedener Situationen

[00:11:57] mehr in Bewegung zu kommen.

[00:11:58] Sie sind nicht sanktioniert, wenn sie es nicht machen.

[00:12:01] Aber es kommen viele in Bewegung und ob sie jetzt mit neuen Krankenhaus, Regionalbudgets,

[00:12:08] §64 kommen wir vielleicht noch drauf zu sprechen, also ob die Regionalbudget-Konstellation an

[00:12:14] der Finanzierung aufgehangen, dann über die Versorgung umgesetzt, letztlich innerhalb

[00:12:21] des SGB V zunächst mal noch vom Krankenhaus ausgeht oder zum Beispiel von einer initiative

[00:12:28] niedergelassenen Nervenärzte oder zum Beispiel von gemeindepsychiatrischen Verbänden oder

[00:12:33] oder oder würde ich jetzt persönlich für ein Reformprozess, das ist nicht unwichtig,

[00:12:40] aber ich glaube, die wichtige Diskussion ist, wer bekommt mit den bestehenden gesetzlichen

[00:12:46] Möglichkeiten und mit neuen sich entwickelnden, es am besten hin in Bewegung zu kommen zum

[00:12:53] Fokus der Betroffenen und der Nutzerinnen.

[00:12:58] Und das ist, glaube ich, also ich sage das deshalb nochmal, weil natürlich wir auch in

[00:13:04] Deutschland, ich denke, das wissen wir alle, ja, durchaus in kompetitiven Systemen leben

[00:13:10] und Trägerstrukturen sind in Konkurrenz und Klinikstrukturen sind in Konkurrenzen und

[00:13:15] wir haben Verbundstrukturen, die in Konkurrenzen sind und ich plädiere zum Beispiel auch dafür,

[00:13:21] sich Gedanken zu machen, stärker zu operieren, das klingt ja vielleicht ein bisschen visionär,

[00:13:28] aber ich glaube, die aus meiner Sicht ein bisschen defizitäre KSW-Psychrichtlinie hat

[00:13:33] so einen Aufschlag gemacht mit einem guten Gedanken völlig an den Bedarfen vorbei, aber

[00:13:40] ich glaube, wir kriegen es nicht hin, wenn es nur einer macht in Zukunft, das ist so

[00:13:45] ein bisschen die Sorge, die ich habe.

[00:13:48] Ich würde das Stichwort Modellprojekte Regionalbudgets gerne aufgreifen, weil ich finde, wir bewegen

[00:13:55] uns da gerade in die richtige Richtung auch in der Diskussion.

[00:13:59] Regionalbudgets, Modellprojekte, wie auch immer man es nennen möchte, fördern ja schon den

[00:14:06] Blick über den Tellerrand hinaus, über den eigenen, das Krankenhaus ist im engeren Sinn.

[00:14:11] Würde sich die regionale Pflichtversorgung in Modellprojekten als regionale Verantwortung

[00:14:19] denn gut abbilden lassen, Ihrer Meinung nach?

[00:14:22] Wie sind da die Erfahrungen?

[00:14:24] Weil die Verantwortung liegt ja dann in dem Modellprojekt für die Versorgung einer ganzen

[00:14:30] Region, beim Regionalbudget zum Beispiel.

[00:14:33] Das heißt, auch da muss sich jemand zuständig fühlen, diese Pflichtversorgung, diese Pflichtangebote

[00:14:39] zu machen, unabhängig jetzt vom konkreten Setting, also nicht im engeren Rahmen eines

[00:14:44] Krankenhauses, könnte ja mehr sein als das.

[00:14:48] Gibt es da erste Erfahrungen, wie sich es auf Pflichtversorgung auswirkt, wenn man Modellprojekte

[00:14:53] machen möchte?

[00:14:54] Also ich glaube, ich kann nur vielleicht ganz kurz beginnen und nur einen kleinen Ausschnitt

[00:15:01] bedienen.

[00:15:02] Ich könnte mir vorstellen, dass Ingmar Steiner da insbesondere auch, was die Teilhabe Aktivitäten

[00:15:08] angeht, da viel, viel aussachenkräftiger ist als ich.

[00:15:11] Für die reinen Behandlungsangebote finde ich, es ist die regionale Verantwortung genau das,

[00:15:18] was wir brauchen.

[00:15:19] Ich glaube, das hat sich in den bestehenden, in einigen bestehenden regionalen Modellen,

[00:15:26] Modellprojekten ja absolut bewährt, die Verantwortung in Regionen zu übernehmen, die dafür gute

[00:15:32] Voraussetzungen schaffen.

[00:15:33] Ich glaube, dass manche Regionen bessere und manche weniger bessere Voraussetzungen haben.

[00:15:38] Es gibt städtisches, es gibt ländliches Ambiente, es gibt die Beteiligung der niedergelassenen

[00:15:42] oder nicht niedergelassenen in der Versorgung.

[00:15:44] Ich glaube, was für die reine Behandlung im engeren Sinne wichtig ist, ist, dass es

[00:15:50] wenig Exklusion gibt.

[00:15:53] Dass es nicht nur bestimmte Krankenkassen zum Beispiel gibt und damit bestimmte Versicherte

[00:15:58] und damit bestimmte Nutzerinnen nur.

[00:16:01] Ich glaube, es ist wichtig, dass von der geplanten Behandlung über die Akutversorgung alle Versorgungssegmente

[00:16:09] abgebildet sind.

[00:16:10] Das schließt aus meiner Sicht auch psychotherapeutische Behandlungsangebote ein für alle Menschen,

[00:16:16] die einen Bedarf haben, den wir decken können und der definiert ist.

[00:16:20] Weil für mich sich eben die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen auch

[00:16:25] da nicht zwischen Psychotherapeutik und Psychosomatik aufschlüsseln lässt, sondern es sind alles

[00:16:30] psychisch erkrankte Menschen und sie brauchen in einfach Sicht Versorgung das Continuum

[00:16:34] der Methoden, Instrumente und Akteure.

[00:16:37] Also da, denke ich, hat sich das bewährt und das Bedarf einer großen Inklusion und wenig

[00:16:42] exklusiver Momente in der Vertragsgestaltung.

[00:16:45] Das ist, glaube ich, das, was da wichtig ist.

[00:16:48] Ich fände es spannend, eben zu gucken, wie es über die SGW 5-Variante hinausgeht.

[00:16:53] Ich weiß nicht immer steinert, ob wie das gesehen werden kann.

[00:16:57] Ja, vielleicht zwei Dinge nochmal.

[00:17:01] Also ich glaube, das übergreifende Hauptthema ist nicht die 64B-Finanzierung, sondern das

[00:17:10] ist die Ausrichtung einer Krankenversorgung, ich sage es extra nicht Krankenhausversorgung,

[00:17:16] sondern einer Krankenversorgung an den bedürftelsten Bedarfen der Menschen.

[00:17:22] Und dann kann ich auch, gibt viele Beispiele, mein ehemaliges Krankenhausangebot schon

[00:17:31] so passfähig gestalten, dass ich da viel mehr mache, als dass alle in ein Haus kommen

[00:17:35] müssen und dort auf ihren Arzt warten müssen.

[00:17:39] Sondern da gibt es die Möglichkeiten durch die stationäquivalente Behandlung, durch

[00:17:44] die PIA und so weiter und so fort, durch die Tageskliniken, es gibt ja Krankenhäuser,

[00:17:48] die haben die Hälfte der Betten in den Tageskliniken zum Beispiel.

[00:17:51] Also da gibt es relativ viele Gestaltungsmöglichkeiten.

[00:17:55] Ich kenne auf 64B-Modelle, wo sich gar nicht so viel verändert hat, obwohl mal eine andere

[00:18:01] Finanzierung hat.

[00:18:02] Also deswegen glaube ich ist das übergreifende Thema, die die Angebote an den Bedarfen auszurichten,

[00:18:09] immer die Pflichtversorgung im Hintergrund natürlich.

[00:18:12] Also nicht nur für die schicken Patienten etwas nur machen, sondern für alle.

[00:18:15] Und in der außer-SGB V Diskussion ist dieses Thema längst nicht so verbreitet.

[00:18:26] Da gibt es nur ein, zwei, drei Modelle in Deutschland, wo man Budgets zum Beispiel in der Eingliederungshilfe

[00:18:33] geschaffen hat und die parallel zum Beispiel zu einem Krankenhausbudget betreibt.

[00:18:39] So dass man unter dem Dach von beiden Budgets die Versorgung so gestalten kann, dass sie

[00:18:45] möglichst nahe an die Bedarfe der Menschen kommt und möglichst wenig an Finanzierungsstrukturen

[00:18:51] ausgerichtet ist.

[00:18:53] Das ist aber im Bereich der Eingliederungshilfe überhaupt noch nicht so weit gedient.

[00:18:58] Die Diskussion wie im Bundesgebiet die Diskussion 64B-Modelle als Wahlmöglichkeit zu schaffen,

[00:19:06] so zu heißt Standard, für den man sich zwar dann entscheiden kann, aber nicht.

[00:19:10] Sondern diese Modelle in der Eingliederungshilfe sind bisher eher exklusiv, sage ich mal,

[00:19:15] hängt von Personen ab, die vor Ort gesagt haben, ich möchte in meiner Region die Angebote

[00:19:22] so gestalten, dass sie möglichst nahe und gut für die Menschen sind und dass man auch

[00:19:26] niemanden exkludiert dabei.

[00:19:29] Insofern, es gibt in der Werkstatt für Behinderte, gibt es zum Beispiel Behinderte Menschen,

[00:19:37] gibt es Einzugsgebiete, da ist das so ein bisschen ähnlich schon wie in den Krankenhäusern.

[00:19:43] Es gibt aber nicht die Pflicht, jeden zu nehmen.

[00:19:46] Da ist die Hürde des Eingangs dann schon hoch, da gibt es Ausschüsse, die beraten, ob

[00:19:51] jemand aufgenommen wird in die Werkstatt oder nicht.

[00:19:54] Da ist nur die sozialräumliche Gestaltung sozusagen verpflichtend, dass man sich um

[00:20:00] einen Bereich kümmern muss.

[00:20:01] Aber man stelle sich vor, es gibt in der Akutsychiatrie erst ein Aufnahmausschuss, der dann überlegt,

[00:20:07] ob jemand in das Krankenhaus aufgenommen wird oder nicht und darüber drei Monate nachdenkt.

[00:20:12] Also, da sind die Modelle noch sehr weit auseinander, sage ich mal, was das Thema Teilhabe und Akutbehandlung

[00:20:21] betrifft.
[00:20:22] Und das Besondere ist, glaube ich, deswegen da Druck auf den Kessel ist, wenn die Krankenhäuser
[00:20:30] oder die mobilen Krankenhäuser davon ausgehen, dass Menschen auch möglichst schnell in die
[00:20:38] Sozialräume wieder entlassen werden müssen, dann bedeutet das, dass die Akteure in dem
[00:20:45] Sozialraum ja auch eine andere.
[00:20:47] Geschwindigkeit aufnehmen müssen. Also dann kann man nicht jemand in der Klinik
[00:20:51] drei Wochen warten lassen auf einem Platz in irgendwo, sondern dann muss man
[00:20:56] eigentlich da schneller reagieren. Das ist eines der größten Themen aus meiner
[00:21:00] Sicht in der Eingliederungshilfe die Flexibilität. Die wird im Moment natürlich
[00:21:05] behindert durch die Verfügbarkeit von Wohnraum, aber im Grundsatz ist auch das
[00:21:10] Angebot nicht flexibel und schnell genug. Also eine Klinik muss sofort reagieren
[00:21:17] 24 Stunden und ein Anbieter in der Eingliederungshilfe kann sich da sehr
[00:21:21] viel Zeit lassen, bis er sich für jemanden entscheidet.
[00:21:25] Ich nehme diesem Statement ein Plädoyer für die Regional-Büchis, die ja mehr sind als nur
[00:21:34] Modellprojekt, die eigentlich wirklich eine ganze Region zusammenfassen möchten, um
[00:21:41] unabhängig vom Setting zu sehen. Auch die Eingliederungshilfe, also wirklich von
[00:21:46] A- bis Z die Versorgungsangebote zusammenzufassen und in einer Region die
[00:21:51] Entscheidungen zu treffen für die Menschen in einer Region. Das ist ja ein
[00:21:57] weitergehender Ansatz auf die Modellprojekte, die so den ersten
[00:22:01] Step geliefert haben, dass es funktionieren kann, übergreifender zu
[00:22:04] arbeiten, aber Regional-Büchis würden ja schon nochmal eine Stufe weitergehen und
[00:22:10] den Gedanken glaube ich dann auch ganz gut auffangen, wenn es denn gelingt diese
[00:22:13] regionale Verantwortung auch zu lieben. Sie reden ja von einem Sozialgesetzbuch
[00:22:18] übergreifenden Regional-Büchis, sag ich mal. Das muss man immer dazu sagen, weil
[00:22:23] Regional-Büchis schon verschiedentlich gebraucht wird. Ich glaube, dass im Moment,
[00:22:30] wenn man so in die Szene guckt, der Sprung dahin ein sehr großer ist. Also dass da
[00:22:37] eine relativ große Felsspalte dazwischen noch liegt, die es zu überbrücken gilt.
[00:22:43] Und ich glaube aber, dass man auf dem Weg dahin, das habe ich eben versucht zu
[00:22:47] sagen, schon viele Schritte gehen kann, gemeinsam die Versorgung so zu
[00:22:51] gestalten, dass es immer näher an die Bedarfe der Menschen kommt. Ich gebe Ihnen
[00:22:58] recht, diese Forderung nach Regional-Büchis sektorübergreifend ist so alt wie die
[00:23:02] Psychiatrie-Anquete. Das steht da schon in den Modellprojekten danach da drin.

[00:23:08] Aber ich glaube, dass das System noch nicht bereit ist, diesen ganz großen

[00:23:13] Sprung zu machen, wegen dieser Wettbewerbssituation, die wir über Jahrzehnte

[00:23:18] eingeübt haben und die eben für jemand, der schwer beeinträchtigt ist oder

[00:23:24] jemand, der schwer pflegebedürftig ist, kaum zu überwinden ist. Deswegen plädiere

[00:23:30] ich dafür, kleinere Schritte zu machen und sich, weil das Regional-Büchis sind

[00:23:38] auch die Leistungsträgern noch nicht reif dafür, insbesondere im SGB IX. Das haben

[00:23:43] viele Diskussionen immer gezeigt. Ich finde das auch Ingmar, dass es

[00:23:49] step by step gehen muss und dass man vielleicht so ein Punkteprogramm aufstellen

[00:23:54] muss, was irgendwie ansetzt an, was geht schon ohne die große

[00:23:59] Sozialrechtsreform und was muss in größeren Töpfen gekocht werden. Andererseits

[00:24:04] glaube ich, aber gerade weil du auch noch mal gesagt hast, ich glaube, Herr Günder,

[00:24:09] das knüpft so ein bisschen die Brücke zur Definition Regional-Büchse und

[00:24:13] Ingmar Steinhardt hat gesagt, dass da müssten noch größere Akteure und

[00:24:19] größere Veränderungen ins Welt gebracht werden. Aber ich glaube, wir reden ja,

[00:24:22] dass das Wort ist ja auch lange im Raum und bei verschiedenen Akteuren auch

[00:24:26] jetzt noch mal brandaktuell. Ich glaube, den Auftrag einer Sicherstellung von

[00:24:31] Versorgung, Sicherstellungsauftrag von Versorgung, die definitionsgemäß, und ich

[00:24:37] glaube, da müssen wir psychiatrischen Akteure uns auch noch mal selber an die

[00:24:40] Nase greifen, wie definieren wir denn psychiatrische Versorgung? Ist das für

[00:24:44] uns Behandlung, SGB V, ist Versorgung für uns eben auch Teilhabe, begreifen wir

[00:24:51] Teilhabe, so mit den ganz großen Begriffen, UN, BRK und so weiter.

[00:24:58] Die BTHG ist im Raum, also ich glaube, wir müssen definieren, dass Teilhabe-

[00:25:03] Förderung und damit Eingliederungshilfe, Wohnen arbeiten, dass das zur psychischen

[00:25:07] Gesundheit und damit zum Sicherstellungsauftrag für die Versorgung

[00:25:10] gehört und vielleicht übergeordnet gesetzliche Verbindlichkeiten

[00:25:16] vorgegeben werden können, mindestens und da denke ich auch so ein bisschen an

[00:25:20] dieses Basismodell immer, dass Steuerung und Koordination verpflichtend und

[00:25:27] vielleicht auch sanktioniert werden kann. Es kann kommunal versucht werden,

[00:25:33] Sanktionsmechanismen, das böse Wort, ich nehme es mal im Mund, aber Sanktionsmechanismen

[00:25:38] zu schaffen, die zumindest Verbindlichkeit der Akteure und damit meine ich nicht

[00:25:43] zwingend nur diese gemeindepsychiatrischen Verbände in ihrer Form, aber dass

[00:25:48] Verbindlichkeiten geschaffen werden, die und das wäre für mich der absolute Punkt

[00:25:54] dort, die alle Versorgungsverpflichtungen mitnehmen, Akutversorgung, Wohnen,

[00:25:59] Obdachlosigkeitverhalten verhindern, also zumindest eine verpflichtende

[00:26:04] Steuerung, Koordination, die die im Sinne der Sicherstellung das Gesamtpaket

[00:26:10] an Bord hat und dazu würde dann natürlich in so einem Punkteprogramm

[00:26:15] auch gehören, zunächst mal eine Analyse, ich glaube es gehört dazu,

[00:26:19] Regionalanalysen zunächst zu machen, Vorveränderung gehört Regionalanalysen,

[00:26:23] manche Regionen haben möglicherweise viel Ressourcen in bestimmte Versorgungsstrukturen

[00:26:28] gelegt, wo sie hochselektiv zugange sind, wenn also im Bundesland jetzt mal ganz

[00:26:33] hypothetisch, wenn ein Bundesland die Mehrheit seiner Versorgungsverpflichtung

[00:26:38] in hochselektive Versorgungssektoren steckt, muss es Mechanismen geben, das

[00:26:44] zu ändern, das wäre mein Vorschnitt. Ich würde noch einen weiteren Aspekt

[00:26:51] dazu gießen, worüber wir uns jetzt viel unterhalten haben, ist eher so diese

[00:26:56] medizinische Definition der Begrifflichkeit, die Versorgung der Patienten, aber es gibt

[00:27:01] ja auch immer die Komponente der Ökonomie im Hintergrund und ich nehme

[00:27:06] jetzt für mich mit als Ökonom, die medizinische Seite weiß schon, was

[00:27:10] regionale Pflichtversorgung ist, was man tun müsste, wo man auch ansetzen

[00:27:14] könnte für Verbesserung, die ökonomische Seite tut sich mit regionaler

[00:27:19] Pflichtversorgung sehr schwer, ist mein persönlicher Eindruck. Das scheitert es

[00:27:24] noch sehr an der Definition, wer ist Pflichtversorger, wie viel bist du

[00:27:29] Pflichtversorger, was bedeutet ökonomisch ausgedrückt Pflichtversorgung,

[00:27:33] welche Aufwände entstehen dir, weil du Pflichtversorger bist? Ich spreche jetzt

[00:27:38] bewusst nur von den Krankenhäusern, denn wir sind ja noch nicht so weit, dass wir

[00:27:42] wirklich weit darüber hinaus denken. Das ist ja schon auch etwas des

[00:27:48] Reformbestrebungen gerne mal abwirkt, wenn die Ökonomie so weit nachhinkt und

[00:27:55] keine Anreizgeschacht für Veränderungen. Erleben Sie das auch als Hürde, die

[00:28:00] Ökonomie, die Fragestellungen der Ökonomie an dieser Stelle? Bis heute

[00:28:06] oder bis vor kurzem, sag ich mal, bis das Thema Sanktionen im Raum stand, waren die

[00:28:13] Psychiatrien inklusive Pflichtversorgungsauftrag sehr interessant

[00:28:18] für alle Gesundheitsökonomien, die in Krankenhäusern unterwegs waren.

[00:28:22] Das würde ich jetzt erst mal als Gegenden argumentieren. Das Frau Stengler hat

[00:28:26] ein bisschen Schwierigkeiten das so direkt zu äußern, aber ich kann das ja.

[00:28:30] Und wenn sie sich an die Verkäufe der Krankenhäuser in Niedersachsen, in

[00:28:35] Middenburg-Vorpommern, inklusive an ausländische Investmentgesellschaften

[00:28:40] aus der Schweiz zum Beispiel, da kann man nicht sagen, dass ein Ökonom die

[00:28:44] Pflichtversorgung abgeschreckt hat. Man hat das vielleicht ein bisschen runter

[00:28:48] gehangen. Also ich will jetzt keine Bewertung über die Qualität der

[00:28:52] Pflichtversorgung tun, aber das Thema an sich war da bis heute nicht negativ

[00:28:59] belastet. In der Eingliederungshilfe ist es so, dass das eher jetzt nicht

[00:29:05] ökonomisch belastet ist, sondern dass es eher, man will sich dem Thema nicht

[00:29:10] stellen, weil es auch schwierig ist. Weil ich kenne sehr viele Fälle in der

[00:29:15] Eingliederungshilfe, die an sich eben schwierig sind und zum Thema Pflichtversorgung

[00:29:21] für schwierige Menschen gehören. Die haben sehr hohe Entgelte. Also wenn man

[00:29:26] das gut gemanaged kriegt, kann man auch sehr viel Geld verdienen, sage ich jetzt

[00:29:30] mal als Ökonom. Wenn man es schlecht macht, ist natürlich sehr viel Geld auch

[00:29:34] schnell verbannt. Aber das Thema Geld ist für diese Fälle, über die wir hier

[00:29:40] reden, die unter die Räder kommen oder aus den Kliniken nicht raus kommen oder

[00:29:45] so, eigentlich das Thema Geld nicht das Entscheidende bisher gewesen.

[00:29:50] Und es existiert ja schon ein Sicherstellungsauftrag im Grunde. Also

[00:29:55] sowohl im SGB V, ambulant wie stationär und es gibt eigentlich auch einen in

[00:30:01] SGB IX. Nur da gibt es eben keine entsprechenden Mechanismen, die die

[00:30:09] Leute verpflichten, den auch auszuüben, obwohl er im Gesetz steht. Und im SGB

[00:30:15] IX gibt es eher die Diskussion, also im Gegensatz zum SGB V, nicht durch

[00:30:19] Sanktionen das zu befördern, sondern durch Anreize. Also man kriegt sozusagen was

[00:30:26] obendrauf, wenn man sich dem Thema stellt, im Vergleich zu dem Normalbetrieb.

[00:30:32] Das ist die Diskussion, die da im Moment versucht wird anzutriggern.

[00:30:38] Die ist aber nicht beliebt, weil man natürlich jeder sagt, du musst das

[00:30:42] doch eigentlich sowieso machen, warum soll es jetzt mehr geben. Aber da ist eher der

[00:30:46] Versuch der Abteurer zu sagen, wir müssen was obendrauf legen. Nur kann

[00:30:51] man sehen, an der Klinikdiskussion, da hat sich viel bewegt als die Sanktionsdiskussion.

[00:30:56] Da kam tatsächlich Bewegung in die Welt der Psychiatrie. Nicht nur positiv, aber

[00:31:02] auf jeden Fall hat das was ausgelöst. Sanktionen sind immer ein guter Punkt, um

[00:31:08] dann auch Veränderungen bewirken zu können. Die Drohung mit Sanktionen alleine reicht

[00:31:12] in der Regel. Wir leben das ja auch im Rahmen der PPPL, unserer Personalrichtlinie.

[00:31:18] Und mir geht es jetzt insbesondere auch in diese Richtlinie, weil das sehr

[00:31:22] unreflektiert regionale Pflichtversorgung einfach wortwörtlich aufgenommen wurde,

[00:31:27] ohne zu definieren, was man damit möchte. Einfach eine sehr alte Form des

[00:31:33] Abschlags auch mitgenommen hat, wenn du regionaler Pflichtversorger bist oder

[00:31:38] auch nicht. Aber man hat nicht wirklich, glaube ich, verstanden, was regionale

[00:31:43] Pflichtversorgung auch ausmacht und dass man Anreize setzen müsste für diese

[00:31:48] Einrichtungen, die Pflichtversorgung machen und übernehmen. Und um den Punkt

[00:31:53] ging es mir jetzt auch mit der Ökonomie. Sie haben völlig recht, der Steinert mit

[00:31:57] der Ausführung, dass man da ökonomisch schon auch anders draufschauen kann.

[00:32:03] Mir ging es eher auch um solche Diskussionen, wo doch starke Sanktionen

[00:32:09] auch schon drunter ab 2026 ohne dass so eine wichtige Begrifflichkeit sauber

[00:32:15] definiert wurde und eingeflossen ist mit einer mit einer guten fundierten

[00:32:19] Aussage. Und das macht es ja schon erheblich schwieriger, auch wenn ich

[00:32:24] wirklich echter regionaler Pflichtversorger bin, der sich um seine

[00:32:27] Patienten bemüht und dann keine sauberen Begrifflichkeit, keinen Anreiz geboten

[00:32:33] bekomme, diese Versorgung auch auf dem hohen Niveau zu machen, finde ich schon

[00:32:39] immer schwieriger und das erleben Sie ja auch in den Diskussionen rund um die

[00:32:42] PPPL, dass dieses Thema schon bewegt, weil ich persönlich sehe es irgendwo

[00:32:48] ähnlich mit Vorhalte, Kosten, Vorhalte, Budgets in der Somatik rein ökonomisch.

[00:32:54] Wenn ich Pflichtversorgung mache im Krankenhaus, dann muss ich bestimmte

[00:32:58] Settings vorhalten, um Patienten auch aufnehmen und versorgen zu können, auch

[00:33:04] weiterversorgen zu können und dafür gibt es ja keinen Mechanismus in der

[00:33:09] Psychiatrie. Das kam jetzt ein, dass Somatik erst mal so mit dieser

[00:33:13] Vorhalte-Budget-Diskussion rein, das hat man glaube ich auch lange verschlafen.

[00:33:17] Wir haben die Begrifflichkeit seit vielen, vielen Jahren, aber so richtig besetzt

[00:33:22] hat man sie nicht außer im medizinischen Kontext, wo man glaube ich sehr gut

[00:33:25] weiß, was ist Pflichtversorgung, was muss ich da tun, wo man auch über Reformen

[00:33:30] nachdenken kann. Aber auf das ökonomischen Seite erlebe ich da wenig

[00:33:35] Gestaltungswillen, außer diesen Ansatz mit Regionalbudgets, der so erstmalige

[00:33:40] Schritte in die richtige Richtung macht, SGB übergreift in die Regionalbudgets.

[00:33:47] Wie ist der Ihr Eindruck, Frau Stengler, gerne? Ja, ich glaube, kann da nur der

[00:33:55] grundsätzlichen Richtung von Ingmar Steiner zustimmen und für die

[00:33:58] aktuelle Situation ist es natürlich so, wenn wir immer noch, also ich glaube auch

[00:34:06] für Geschäftsführungen, für Trägerstrukturen, ist es natürlich

[00:34:11] schwierig in die Veränderung zu kommen oder bestimmte aufwendige

[00:34:16] Strukturen und Pflichtversorgung ist aufwendig. Wenn ich sie aus dem

[00:34:19] Krankenhaus zum Beispiel jetzt, wenn ich wieder in diese Definition von

[00:34:21] Krankenhaus her denke, ist es natürlich für die Krankenhausstrukturen schon

[00:34:25] eine Herausforderung vorhaltig. Strukturen haben sie gesagt, Notfallversorgung

[00:34:29] das Akutgeschäft. Wir leben in einer Zeit, die sich verändert, die in Anspruchnahme

[00:34:34] von Notfall und Akutversorgung wird größer. Wir haben insbesondere in den

[00:34:38] Randgruppen, die auch soziale, eben soziale Teilhabeförderung während der

[00:34:44] Akutversorgung brauchen, also obtachlos erkrankte Menschen, wo wir Sozialtherapeut

[00:34:48] vorhalten müssen, ganz andere Personalstrukturen akut vorhalten müssen,

[00:34:52] Menschen, die keine Meldadresse haben und wo wir auch von der Krankenversicherungsstruktur

[00:34:57] zum Beispiel Zugänge schaffen müssen innerhalb von 48 Stunden Finanzierungsprobleme

[00:35:02] haben, die natürlich auch extreme große Dimensionen übernehmen. Da ist also für

[00:35:07] die Strukturen, für die Trägerstrukturen ist schon wichtig, Verlässlichkeit in ihrer

[00:35:12] Finanzierung zu haben und wenn sie diese Versorgung natürlich abgeben, weil

[00:35:17] möglicherweise selektiv Aufträge, jetzt formuliere ich mal, sage ich mal,

[00:35:21] formulier ich mal so, also selektiv versorgen bestimmte Patientengruppen, die

[00:35:25] mit Zugangshürden in die Klinik kommen, die planbar sind, die gut finanziert sind,

[00:35:32] wo das Personal gut arbeitet, wo ich auch Personal habe, dann ist es natürlich

[00:35:36] für eine Trägerstruktur schwierig, sich auf der anderen Seite für eine

[00:35:39] problematische Klientel zu entscheiden, wenn sie es auch leichter und

[00:35:44] finanziell einfach besser haben können. Da würde ich, das haben Sie jetzt nicht

[00:35:49] direkt angefragt Herr Günther, aber ich würde an dieser Stelle auch sagen,

[00:35:52] neben Strukturen, Inhalten, Finanzierung geht es natürlich um unsere wichtigste

[00:35:58] Ressource des Personal und ich glaube, das ist auch noch mal wichtig, dass in

[00:36:02] der Pflichtversorgung, ob jetzt innerhalb oder außerhalb von SGB V, natürlich

[00:36:06] Menschen und das ist, ich glaube, das ist ein Teil der Wahrheit, zumindest auch

[00:36:11] Strukturen suchen, die flexibel sind, die sich ihren persönlichen Wünschen

[00:36:19] und Bedarfen anpassen. Menschen wollen nicht große Distanzen zurücklegen, um

[00:36:25] dann in der Akutschertree zu arbeiten und so weiter und so fort. Also ist das die

[00:36:29] die Personalsituation in allen Strukturen, ländliche Strukturen haben

[00:36:34] Schwierigkeiten, ärztliches Personal zu bekommen. Großstadtbereiche sind mit der

[00:36:38] Pflegesituation, es ist da schwieriger und auch das ist ja ein Thema, wie wir die

[00:36:43] Personale in den Pflichtversorgenden Strukturen besser vorhalten können und

[00:36:48] auch deshalb denke ich, Anreiz schaffen, Streichstrich, Sanktionsbezug, Menschen mit

[00:36:53] Pflichtversorgung müssen, also Menschen, Akteure, Trägerstrukturen müssen in ihrer

[00:36:59] Region eine klare Definition haben, Finanzierung, Personalzusicherung, sonst

[00:37:04] wird es nicht und das bedeutet aber und ich glaube, da müssen wir eben in

[00:37:07] Deutschland dran zu schauen, wir werden nicht mehr haben, weder mehr Geld,

[00:37:11] noch mehr Personal, wir müssen es umstrukturieren und da sind bestimmte

[00:37:17] Akteure einfach noch nicht dabei. Sie hatten eingangs die Frage nach der

[00:37:20] Psychosomatik ja gestellt. Ich glaube, es geht eben um alle.

[00:37:26] Bevor wir uns mit dem letzten Punkt befassen, Frau Professor Stengler, Sie sind ja auch

[00:37:32] politisch oder fachpolitisch mit der Thematik befasst, kriegen da auch viel mit.

[00:37:38] Wird denn die regionale Pflichtversorgung in den aktuellen Überlegungen zur

[00:37:42] Veränderung in der Psychiatrie, die ist ja weniger groß momentan als in der

[00:37:48] Somatik, aber wird ja auch mitgedacht, wird die regionale Pflichtversorgung

[00:37:53] adäquat mitgedacht in den Überlegungen im Moment? Ja, auf jeden Fall. Auf der

[00:37:59] Bundesebene in den aktuellen Gesetzesinitiativen, die nicht direkt auf

[00:38:03] die psychiatrischen Versorgung abziehen können, trotzdem diese Positionen, sie

[00:38:06] sprechen die Aktion psychisch kranker möglicherweise an, da ist ja irgendwann

[00:38:11] der Überlegungsverstand mit mir. Wir sind in der Vorstandsarbeit.

[00:38:16] Das sind ja auch Initiativen, die sehr eng mit politischen Akteuren

[00:38:20] zusammenarbeiten, gesundheitspolitische Überlegungen gemeinsam anstellen.

[00:38:24] Ich glaube auch im Namen für viele sprechen von den Menschen, die wir hier

[00:38:28] entvisieren haben. Und die Überlegungen, sowohl die regionale Pflichtversorgung in

[00:38:33] eine eben verpflichtende Struktur zu bringen, ist eine Überlegung, die sehr

[00:38:38] nahe ist und die, wo alle Anstrengungen unternommen werden, das in dieser

[00:38:42] Legislatur noch umzusetzen. Aber das ist kein einfacher Weg und der ist auch

[00:38:48] gar nicht geradelinig. Und genauso ist auch das Thema die ambulante Versorgung

[00:38:52] schwer psychisch erkrankter Menschen, also über die Institutsambulanzen.

[00:38:56] Wenn wir vom Krankenhaus ausgehen, da ist ja Pflichtversorgungsauftrag ja mit den

[00:39:00] Institutsambulanzen auch ans Haus gebunden, da eine Regelung zu schaffen, die

[00:39:06] auf Bundesebene möglicherweise tragen kann. Also das sind ganz ernsthafte und

[00:39:11] ganz zeitnahe. Für die Situation außerhalb der Kliniken

[00:39:16] spielt dieses Thema Pflichtversorgung keine so entscheidende Rolle nach meinem

[00:39:21] Eindruck, insbesondere nicht in Richtung ökonomischer Überlegung, die dann auch

[00:39:27] tatsächlich umgesetzt werden. Also ich habe lange dafür geworben, dass man doch

[00:39:33] lieber mal eine Vorhaltepauschale für einen unbelegten Platz zahlt, statt die

[00:39:38] Leute dann von nach Mecklenburg-Vorpommern oder Bayern anzuschicken, wenn man einen

[00:39:42] Platz braucht, weil das wird auf die Dauer teurer. Aber diese Rechnungen und

[00:39:48] diese ökonomischen Perspektive werden nicht wahrgenommen. Also die Diskussion,

[00:39:51] die in der Somatik, jetzt in der allgemeinen Somatik ist, mit den

[00:39:55] Vorhaltepauschalen und ähnlichem, wie kriege ich auch in bestimmten Regionen

[00:39:59] noch Angebote zustande, indem ich bestimmte Vorhaltepauschalen zahle, erst mal

[00:40:03] die ist da noch nicht so weit gedient. Da ist man eher in der Logik dritten, dass

[00:40:11] man für den einzelnen Menschen genau das zahlt, was der gerade braucht.

[00:40:14] Aber das kann man aber erst berechnen, wenn der da ist und wenn der dann, wenn

[00:40:20] der da ist, dann erst das Personal zu suchen, das ist wieder ein Problem der

[00:40:25] Geschwindigkeit, die ich vorhin meinte. Also da ist die Diskussion in der

[00:40:29] Krankenhauswelt, wenn man da einfach schneller sein muss, dann muss man

[00:40:33] Schockraum vorhalten, wenn der Helikopter landet und wenn man den nicht hat, braucht

[00:40:37] der Helikopter gar nicht erst so lange. Und diese Idee ist sozusagen in der

[00:40:42] Eingliederungshilfe noch nicht sehr weit gedient. Das ist auch ein viel

[00:40:46] plastischeres Beispiel in der Somatik, ein viel greifbareres als in der

[00:40:52] psychiatrischen Welt. Leider, ich sehe das wie Sie, da ist noch einiges, glaube

[00:40:58] ich, zu tun. Insofern glaube ich, dass das nicht unser letztes Gespräch zum

[00:41:03] Thema regionale Pflicht versorgen war. Aber ich fand es sehr spannend mit Ihnen

[00:41:06] darüber zu diskutieren und auch so perspektivisch schon mal nachzudenken,

[00:41:11] wo die Reise hingehen könnte. Ich drücke Ihnen beiden die Daumen für die

[00:41:15] Vorstandsarbeit in der Aktion "Psychisch Trankl", dass sie gute Reformansätze

[00:41:20] noch in dieser Legislatur formulieren können, mit dem Politikern besprechen

[00:41:25] können und vielleicht auch umsetzen können und dass wir schon die ersten

[00:41:29] Schritte auf dieser langen Reise unternehmen können. Herzlichen Dank, Frau

[00:41:33] Prof. Stengler, Herr Prof. Steinhardt.