

# **Planungsgrundsätze für die Krankenhausplanung des Landes Berlin Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**

## **Fachliche Empfehlungen des Landespsychiatriebeirat zum Krankenhausplan 2016**

### **Präambel**

Die Krankenhausplanung für die Versorgung psychisch Kranker in Berlin orientiert sich am gemeindepsychiatrischen Paradigma eines regional verankerten, integrierten Versorgungssystems – im Folgenden als *psychiatrisch-psychosomatisches Versorgungssystem* bezeichnet –, das für alle betroffenen Bürger eine adäquate und effiziente Diagnostik, Behandlung, Betreuung und Beratung gewährleistet.

Die erfolgreiche Psychiatriereform im Land Berlin beruht auf der konsequenten Anwendung des Strukturgrundsatzes der regionalisierten Pflichtversorgung. Die Krankenhausplanung soll auf die Entwicklung des psychiatrisch-psychosomatischen Versorgungssystems abgestimmt sein, zur Verbesserung der Behandlungs- und Betreuungsqualität beitragen, die regionalen Versorgungsverbünde stärken helfen und die von beiden Fachgebieten bereitgestellten Kapazitäten sinnvoll aufeinander beziehen. Ferner müssen innovative Versorgungsmodelle mit sektorübergreifender Verknüpfung ebenso befördert werden wie die Ausdifferenzierung des ambulant-komplementären Systems.

Die ansteigende Bevölkerungszahl Berlins sowie die zunehmende Bereitschaft psychisch Kranker, aktiv Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen, machen – vor dem Hintergrund einer Auslastung klinischer Kapazitäten, die für beide Fachgebiete deutlich über der krankenhauplanerischen Obergrenze liegt – eine bedarfsorientierte Anpassung dringend erforderlich. Dabei genügt keine schlichte Erhöhung des Planbettenbestandes. Die Anpassung soll insbesondere dazu genutzt werden, tagesklinische Kapazitäten zu erweitern, die vorhandenen überregionalen psychosomatischen Versorgungsangebote um regionalisierte Angebote zu ergänzen und innovative Versorgungsmodelle zur flexiblen Nutzung von Behandlungsressourcen in den Pflichtversorgungsregionen (Bezirken) zu entwickeln. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ ist zu beachten. Die therapeutischen Angebote sollen den lebensweltlichen Bezug wahren und zur Stärkung der Patientenautonomie sowie zur Inklusion psychisch Kranker beitragen.

### **Allgemeine Grundsätze und Empfehlungen**

Der Beirat schlägt dem für Gesundheit zuständigen Mitglied des Senats vor, zur Krankenhausplanung 2016 für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie („Psychiatrie“) sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie („Psychosomatik“) folgende Empfehlungen zu berücksichtigen:

1. Die Bettenbedarfsberechnung für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist im Bereich der regionalisierten Versorgung – abweichend von dem Verfahren in den somatischen Fächern – anhand von Bettenmessziffern vorzunehmen. Dieser bundesweit in der Krankenhausplanung der Länder akzeptierte bevölkerungsbezogene Ansatz, der auf Empfehlungen der sog. Psychiatrie–Enquete zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung zurückgeht, entspricht einer international anerkannten Verfahrensweise. Zur Herleitung der Bettenmessziffer für das Land Berlin sind als Parameter die Entwicklung
  - der Bettenzahl
  - der Bettenauslastung
  - der Verweildauer
  - der Fallzahlen

im Zeitraum der letzten 5 Jahre mit zu berücksichtigen. Für die Berechnungen zur Krankenhausplanung 2016 soll die Bevölkerungsprognose für das Jahr 2020 zugrunde gelegt werden. Die Kapazitäten und Entwicklungsperspektiven des ambulant-komplementären Bereichs sind im Sinne einer Gesamtbetrachtung des Versorgungssystems einzubeziehen. Das verfügbare versorgungsepidemiologische Datenmaterial ist auszuwerten, in eine fachspezifische Gesundheitsberichterstattung zu integrieren und für die Planung nutzbar zu machen.

Für beide Fachgebiete soll künftig – im Bereich der regionalisierten Versorgung – die krankenhausbegleitende Kapazitätsplanung anhand fachgebietsspezifischer Bettenmessziffern erfolgen.

2. Überregionale klinische Kapazitäten beider Fachgebiete sind nicht über den Bestand der „Fortschreibung 2006 des Berliner Krankenhausplans“ hinaus zu erweitern. Den Besonderheiten der universitären Psychiatrie ist Rechnung zu tragen.
3. Die Bezirke bilden als verwaltungsmäßige Einheiten die Versorgungsregionen für das psychiatrisch-psychosomatische Versorgungssystem. Die zur Sicherstellung der Behandlung, Betreuung, Pflege und Beratung erforderlichen Leistungen sind, soweit als möglich, im bezirklichen Kontext zu etablieren. Entsprechend ist krankenhauserischer das aus der berlinweiten Bettenmessziffer hergeleitete Betten-/Platzkontingent unter Zugrundelegung der Bezirksbevölkerung, die sozialstrukturell zu gewichten ist, den Versorgungsregionen zuzuweisen.
4. Jede Versorgungsregion (Bezirk) soll mindestens einen Standort als klinisches Zentrum für seelische Gesundheit vorhalten. Das Zentrum, das möglichst in ein Allgemeinkrankenhaus zu integrieren ist, fasst die dem Bezirk zugewiesenen klinischen Kapazitäten beider Fachgebiete zusammen und gewährleistet für die Versorgungsregion die psychiatrisch-psychotherapeutische Pflichtversorgung sowie die teilstationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Vollversorgung. Die teilstationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Bereiche in klinischen Zentren für seelische Gesundheit müssen jeweils durch einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie geleitet werden. Bereits etablierte Abteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die überregionale Versorgungsaufgaben wahrnehmen, sind im jeweiligen Bezirk an

der regionalisierten Versorgung durch Aufbau teilstationärer Kapazitäten zu beteiligen.

5. Der Beirat empfiehlt, im jeweiligen Zentrum für seelische Gesundheit fachgebietsübergreifend Versorgungs- und Therapiekonzepte abzustimmen. Der Konsiliar- und Liaisondienst am Allgemeinkrankenhaus ist durch die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie gemeinsam zu gestalten. Diese sollen Schwerpunktangebote für Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen kooperativ entwickeln.
6. In allen Berliner Bezirken sind die Zentren für seelische Gesundheit in verbindlich organisierte Gemeindepsychiatrische Verbünde zu integrieren. Dabei ist mit Blick auf die Bezirke als Pflichtversorgungsregionen auf eine Vergleichbarkeit der Versorgungsstrukturen und -kapazitäten hinzuwirken. Die Fortentwicklung und Anpassung aller Angebote soll der demographischen Entwicklung sowie Veränderungen der Sozialstruktur Rechnung tragen.
7. Die im Versorgungssystem zu erbringenden Leistungen sind von den Leistungsanbietern, den Kostenträgern und den bezirklichen Verantwortungsträgern gemeinsam weiterzuentwickeln und aufeinander abzustimmen. Die in die Pflichtversorgung integrierten Zentren für seelische Gesundheit haben dafür Sorge zu tragen, dass die klinische Grundversorgung an psychiatrisch-psychotherapeutischen sowie – teilstationär – psychosomatischen Leistungen in der jeweiligen Versorgungsregion erbracht wird. Sie sind gehalten, verbindlich mit niedergelassenen Fachärzten und Psychotherapeuten, mit im jeweiligen Bezirk angesiedelten Krankenhäusern ohne psychiatrisch-psychotherapeutische oder psychosomatisch-psychotherapeutische Abteilung sowie mit Einrichtungen und Diensten des ambulant-komplementären Bereichs zu kooperieren. Dies gilt in besonderer Weise für Aufnahme- und Entlassmanagement sowie – für die psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereiche – bei Unterbringung nach PsychKG und BGB. Die Zentren sollen durch ihr Entlassmanagement – gemäß § 39 Absatz 1 SGB V – zur Lösung von Problemen beim Übergang in die ambulante Versorgung beitragen, dazu – unter Einbindung beider Fachgebiete – mit bezirklichen Steuerungsgremien und Kostenträgern zusammenwirken und die Ressourcen des regionalen Hilfesystems nutzen. Insbesondere ist darauf zu achten, dass nach Entlassung eine sachgerechte Wohn- und Betreuungsform zur Verfügung steht. Verlegungen in eine Einrichtung außerhalb Berlins sind zu vermeiden.
8. Rund 25 % der psychiatrisch-psychotherapeutischen Klinikkapazität einer Versorgungsregion sind für tagesklinische Behandlungsplätze vorzusehen. Da die Berliner Versorgungsregionen die bundesweit empfohlene Größenordnung von 150.000 Einwohnern regelhaft überschreiten, sind zur besseren Erreichbarkeit und Integration in den Bezirk möglichst mehrere Standorte für tagesklinische Behandlung zu empfehlen. Der Beirat regt an, unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten tagesklinische Schwerpunktangebote für ältere psychisch Kranke zu etablieren.  
Der Beirat empfiehlt, die neu aufzubauenden regional (bezirklich) zugeordneten psychosomatischen Bereiche als tagesklinische Einheiten zu entwickeln.
9. Zur Grundausstattung einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Abteilung/Klinik mit Pflichtversorgungsauftrag zählt eine Institutsambulanz, die das Leistungsspektrum entsprechend der Institutsambulanzvereinbarung nach § 118 Absatz 2 SGB V abdeckt. Ange-

sichts anhaltend hoher Auslastung psychiatrischer und psychotherapeutischer Praxen und deutlicher Ungleichgewichte in deren regionaler Verteilung kommt den Institutsambulanzen – in Ergänzung zum Versorgungsangebot niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten – eine wichtige Funktion für die regionale Versorgung zu. Der Beirat hält eine enge Kooperation zwischen Institutsambulanzen und niedergelassenen Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten für geboten.

10. Die besonderen Bedürfnisse älterer Kranker sind in der Ausgestaltung von vollstationären, teilstationären und ambulanten Angeboten der Kliniken zu berücksichtigen. Der Beirat zählt die psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Arbeit mit betagten Kranken zum Kernbereich psychiatrisch-psychosomatischer Tätigkeit. Er regt an, für ältere Patienten zielgruppenspezifische, sektor- und leistungsgesetzübergreifende, sozialraumorientierte Versorgungsformen in Ergänzung zur hausärztlichen Versorgung zu entwickeln. Heimbewohner müssen adäquaten Zugang zu fachärztlicher und psychotherapeutischer Unterstützung – unter Einbeziehung von niedergelassenen Ärzten, psychologischen Psychotherapeuten sowie ergänzend Institutsambulanzen – erhalten.
11. Die Kliniken sind aufgefordert, ihre Versorgungsangebote kultursensibel zu strukturieren, um den Bedürfnissen von Patienten mit Migrationshintergrund Rechnung zu tragen. Die interkulturelle Kompetenz der Kliniken ist zu fördern. An allen Standorten sind integrative Versorgungsangebote vorzuhalten. Die Kliniken sollen angehalten werden, die interkulturelle Kompetenz ihrer Mitarbeiter zu entwickeln und Mitarbeiter mit Migrationshintergrund einzustellen. Der Beirat wertet den gezielten Einsatz professioneller Sprach- und Kulturmittler als Qualitätsmerkmal.
12. Die Kliniken sind aufgefordert, ihre Versorgungsangebote geschlechtssensibel zu strukturieren. Psychotherapieangebote für psychisch kranke Menschen mit Gewalterfahrung sind – unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte – zu entwickeln. Bei der fachlichen Binnendifferenzierung der klinischen Abteilungen sollen im Rahmen des jeweiligen bezirklichen Bettenkontingents genderspezifische Aspekte berücksichtigt werden. Die Ausgestaltung hat sich am bezirklichen Bedarf zu orientieren.
13. Es wird empfohlen, in den Kliniken verstärkt familienorientierte Behandlungsansätze zu entwickeln, um Kinder und Jugendliche mit psychisch kranken Eltern sowie Eltern mit psychisch kranken Kindern gezielt zu fördern. Hierzu sollen Kooperationsvereinbarungen getroffen werden, in die die klinischen Einrichtungen der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der freien und öffentlichen Jugendhilfe einzubeziehen sind. Diese sind auch zu nutzen, um die Transition seelisch erkrankter Heranwachsender in das erwachsenenpsychiatrische System zu unterstützen und Therapieabbrüche zu vermeiden.
14. Die Beratung, Behandlung und Betreuung psychisch kranker Rechtsbrecher nach Entlassung aus der Haft stellt grundsätzlich eine Leistung dar, die im Rahmen der Pflichtversorgung zu erbringen ist. Sonderregelungen gelten für Kranke, die durch die Forensisch-Therapeutische Ambulanz (FTA) unterstützt werden.

Der Beirat hält eine enge Verknüpfung von Maßregelvollzugssystem und allgemeinspsychiatrischem Versorgungssystem für notwendig, um die Behandlungs- und Legalprognose

se forensisch Untergebracht zu verbessern. Für Kranke, die aus dem Maßregelvollzug zur Bewährung entlassen und ambulant durch niedergelassene Ärzte, psychologische Psychotherapeuten oder Institutsambulanzen im Rahmen einer Therapieweisung behandelt werden sollen, sind vorab Indikation, Art und Umfang der erforderlichen Therapiemaßnahmen abzustimmen.

Der Beirat empfiehlt einen engen fachlichen Austausch zwischen forensisch-psychiatrischen Einrichtungen und Einrichtungen des Pflichtversorgungssystems. Er begrüßt die Etablierung einer eigenständigen Ambulanz am Krankenhaus des Maßregelvollzuges und empfiehlt deren weiteren Ausbau. Mit der Ausweitung des forensischen Ambulanz-Systems sollte deren Einbettung in die regionalen Versorgungsstrukturen verbunden werden. Der Beirat regt mittelfristig die Bildung von drei großen Ambulanzstandorten an, denen jeweils vier Bezirke zuzuordnen sind. Die fachliche Kompetenz der forensischen Standorte sollte genutzt werden, um die langfristige Integration ehemaliger Maßregelpatienten in den regionalen Pflichtversorgungskontext – unter Einschluss von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten sowie Institutsambulanzen und Leistungen der Wiedereingliederungshilfe – abzusichern.

15. Der Beirat erwartet von dem Senat, vertreten durch die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung, sowie von den Krankenhausträgern, für eine angemessene räumliche und technische Ausstattung in den psychiatrischen und psychosomatischen Klinikeinrichtungen Sorge zu tragen, welche den Grundsätzen moderner Krankenhausgestaltung entspricht. Die klinischen Behandlungseinheiten sollen Wohnlichkeit vermitteln, zu einem supportiven therapeutischen Milieu beitragen, positive Beziehungserfahrungen ermöglichen, Rückzugsräume vorsehen und die Wahrung eines privat-persönlichen Bereich erlauben. Der Beirat stellt mit Besorgnis fest, dass derzeit die räumlich-technischen Voraussetzungen hierfür in verschiedenen Einrichtungen nur ungenügend erfüllt sind. Dem gesetzlichen Anspruch der Krankenhausträger auf eine auskömmliche Investitionsfinanzierung muss entsprochen werden, um eine sachgerechte Investitionsplanung für die psychiatrisch-psychosomatischen Bereiche in Allgemeinkrankenhäusern sowie für die Fachkliniken zu ermöglichen. Der Beirat hält die zeitnahe Erstellung eines strukturierten Investitionsplanes für dringlich.
16. Der Beirat erwartet von der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung, dass sie die Krankenhausträger daraufhin überprüft, ob für eine ausreichende personelle Strukturqualität Sorge getragen wird. Erfüllungsgrad der PsychPV und Qualifikationsstruktur der Mitarbeiter sind transparent zu machen. Gemäß Psych-Entgeltgesetz soll die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) als Personalmindeststandard von Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) abgelöst werden. Der Beirat fordert die Senatsverwaltung auf, die Umsetzung dieser Vorgaben regelmäßig zu überprüfen. Das Land Berlin soll durch politische und gesetzgeberische Initiativen darauf hinwirken, dass die Organe der Selbstverwaltung klar definierte Rahmenbedingungen für deren Umsetzung und Finanzierung schaffen.
17. Der Beirat betrachtet die Sicherung einer ausreichenden Qualifikationsstruktur des in den Krankenhäusern vorgehaltenen Personals als wesentlichen Bestandteil personeller Strukturqualität. Das klinische System wird der wachsenden Bedeutung psychosozialer Behandlungsansätze nur soweit gerecht werden können, als eine regelmäßige Fort- und

Weiterbildung für alle Berufsgruppen gewährleistet ist, die dem wissenschaftlichen Stand beider Fachgebiete entspricht und den klinisch-psychologischen wie auch psychologisch-psychotherapeutischen Wissensstand mitberücksichtigt. Der Beirat erkennt in diesem Bereich eine zentrale Verantwortung der Krankenhäuser und Krankenhausträger, weist aber nachdrücklich darauf hin, dass alle Maßnahmen, die dem Ziel dienen, ein hohes Qualifizierungsniveau zu erlangen und aufrechtzuerhalten, angemessen in den Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern berücksichtigt werden müssen.

18. Der Beirat empfiehlt der für das Justizvollzugskrankenhaus zuständigen Senatsverwaltung, dafür Sorge zu tragen, dass für die Behandlung psychisch Kranker im Justizvollzugskrankenhaus eine personelle Strukturqualität gewährleistet ist, die den Standards des allgemeinen klinischen Systems entspricht.
19. Der Beirat begrüßt die Etablierung der Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie in Berlin (BIP) und die hiermit verknüpfte Stärkung der Position der Patientenfürsprecher/-innen. Er hält die Einrichtung von Besuchskommissionen – im Rahmen der beabsichtigten Neufassung des Berliner PsychKG – weiterhin für dringlich. Diese sollten umfassend die Behandlungsbedingungen von Kranken prüfen können, die gegen ihren Willen in einer Klinik oder Heimeinrichtung untergebracht sind. Die Tätigkeitsberichte der Besuchskommissionen sind nach Information des Abgeordnetenhauses der Öffentlichkeit in schriftlicher und elektronischer Form zugänglich zu machen.
20. Der Beirat unterstützt nachdrücklich alle Initiativen, die das Behandlungs- und Versorgungsgeschehen im Bereich beider Fachgebiete für Betroffene und deren Angehörige transparent gestalten. Er hält es für unabdingbar, die Verbände von Betroffenen sowie Angehörigen psychisch oder psychosomatisch Kranker in die langfristige Planung struktureller Veränderungen des Versorgungssystems beratend einzubeziehen.
21. Forschung und Lehre sind wichtige Faktoren für Qualität und Zukunftsfähigkeit des psychiatrischen Versorgungssystems. Das Renommee der beiden Lehrstühle für Psychiatrie, des Lehrstuhls für Psychosomatische Medizin sowie des Lehrstuhls für Forensische Psychiatrie trägt zum exzellenten Ruf der Charité und zum Ansehen Berlins als Gesundheitsmetropole bei. Die Erkenntnisse aus Forschung und Lehre fördern über vielfältigen Wissenstransfer die hochwertige Betreuung und Behandlung im Berliner Versorgungssystem. Für die Bettenplanung des universitären Bereichs sind neben Kapazitäten, die der Regelversorgung zugeordnet sind, Bettenkontingente für Forschung und Lehre in angemessener Weise vorzuhalten.
22. Der Beirat empfiehlt, unter Einbindung des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg zeitnah eine spezialisierte Gesundheitsberichterstattung für das gesamte psychiatrisch-psychosomatische Versorgungssystem unter Einbeziehung des bezirklichen Leistungsgeschehens zu etablieren. Der Kerndatensatz soll auch Daten zu Unterbringungsmaßnahmen, zur Konsiliarbehandlung psychisch Kranker in somatischen Abteilungen, zur Betreuung psychisch Kranker in Pflegewohnheimen und zur Inanspruchnahme psychiatrisch-psychosomatischer Leistungen durch Migranten enthalten. Die Leistungsanbieter und ihre Spitzenverbände, die Kostenträger sowie die Landes- und Bezirksverwaltungen sind am Aufbau der Berichterstattung zu beteiligen. Ein Gesundheitsbericht soll dem Beirat alle zwei Jahre zur Verfügung gestellt werden. Ihm ist Gelegenheit zur Kommentie-

zung zu geben.

23. Der Beirat misst einer qualitativ hochwertigen Konsiliardiagnostik und -behandlung psychisch Kranker, die primär in somatischen Abteilungen behandelt werden, große Bedeutung bei. Der konsiliarischen Betreuung älterer Patienten und psychisch Kranker auf Palliativstationen ist besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Es ist sicherzustellen, dass auch an Krankenhausstandorten ohne psychiatrische oder psychosomatische Abteilungen ein ausreichendes Konsiliarangebot vorgehalten wird. Der Beirat empfiehlt der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung, dies regelmäßig zu überprüfen.

Die Initiative für ein „Demenzfreundliches Krankenhaus“, die von der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung mitgetragen wird, ist nachhaltig zu fördern. Hierzu bedarf es einer engen Zusammenarbeit mit den Angehörigengruppen Demenzkranker. Entsprechende Initiativen und der durch sie erreichte Qualitätsfortschritt in Allgemeinkrankenhäusern sind durch die Gesundheitsberichterstattung transparent zu machen.

24. Der Beirat erkennt die herausgehobene Bedeutung der ambulanten Versorgung psychisch Kranker, die von niedergelassenen Ärzten der Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie wie auch von niedergelassenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten erbracht wird. Daher empfiehlt er, der Realisierung einer angemessenen Niederlassungsdichte in allen Bezirken weiterhin besonderes Augenmerk zu schenken. Er hält es unverändert für dringlich, die am Zulassungsverfahren Beteiligten auf die Behebung regionaler Verwerfungen in der Niederlassungsentwicklung zu verpflichten, und erhofft sich vom Gemeinsamen Landesgremium (§ 90a SGB V) Impulse für eine berlinweit gleichmäßige Niederlassungsentwicklung.

Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten mit spezieller Sprach-, Kultur- und Behandlungskompetenz sollten Sonderzulassungen erhalten können, um der bislang erheblichen Unterversorgung von Patienten mit Migrationshintergrund und nicht ausreichenden Deutschkenntnissen entgegenzuwirken. Die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung wird gebeten, sich bei der Kassenärztlichen Vereinigung dafür einzusetzen, dass diese eine gesonderte Finanzierung des erforderlichen Mehrbedarfs mit den Krankenkassen verhandelt. Der Beirat verfolgt auch mit Sorge, dass die Zahl nicht krankenversicherter psychisch kranker Flüchtlinge, die keine angemessene ambulante Behandlung erfahren, zunimmt. Zeitnah sollte der Aufbau von Koordinierungsstellen zur verbesserten Versorgung dieser Flüchtlinge geprüft werden. Der Beirat empfiehlt der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung, ein Modell zur Realisierung von Beratung und notwendigen Behandlungen bei psychisch erkrankten Flüchtlingen zu entwickeln.

25. Der Beirat empfiehlt, Leistungsangebote nach SGB XII (Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft) in einem in den Versorgungsregionen erforderlichen Umfang personenzentriert, flexibel und zeitnah bereitzustellen. Sie sind für den Personenkreis der chronisch psychisch Kranken unverzichtbar, um umfassende Teilhabe zu erreichen und klinische Behandlung zu vermeiden. Der Beirat hält es für erforderlich, dass der Gemeindep psychiatrische Verbund Teilhabe-Leistungen für alle seelisch Behinderten in der Regel wohnortnah zur Verfügung stellt. Insbesondere ist einer Platzierung in ungeeigneten oder wohnortfernen Einrichtungen vorzubeugen. Soweit erforderliche Leistungen im Ein-

zelfall nicht im Bezirk erbracht werden können, ist dies fallbezogen durch das Steuerungsgremium zu dokumentieren und durch den bezirklichen Psychiatriebeirat – mit Blick auf notwendige Anpassungen der vorgehaltenen Angebote – zu bewerten. Der Verbund soll, unter Nutzung der etablierten bezirklichen Gremien, geeignete Steuerungsmodalitäten entwickeln, die zugleich fachgerechte Versorgung und ökonomische Ressourcenallokation gewährleisten.

26. Der Beirat ist besorgt wegen sich mehrender Hinweise auf Abdrängung chronisch psychisch Kranker in strukturell benachteiligte Wohngebiete. Auch erkennt er eine zunehmende Platzierung in Einrichtungen der sozialen Wohnhilfe sowie eine verstärkte Inanspruchnahme von vollstationärer Behandlung bei Wohnungsverlust. Angesichts der im Land Berlin herrschenden Wohnraumknappheit fordert er den Senat auf, in Abstimmung mit den Bezirken zeitnah geeignete Maßnahmen zu ergreifen, die dieser Entwicklung entgegenwirken und dem Prinzip der Inklusion chronisch psychisch Kranker Rechnung tragen.
27. Der Beirat erachtet angesichts einer unverändert hohen Arbeitslosenrate, die den Zugang psychisch Kranker zum Arbeitsmarkt erheblich erschwert, Maßnahmen zur Reintegration von psychisch Kranken und zur Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben als dringlich und nimmt Bezug auf die sozialgesetzlich begründbaren kommunalen Leistungen zur Eingliederung in Arbeit (§ 16a SGB II). Leistungen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung sowie zur Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt sind für den Personenkreis der chronisch psychisch Kranken bzw. Menschen mit seelischer Behinderung unverzichtbar. Sie müssen personenzentriert, bedarfsdeckend und wohnortnah zur Verfügung gestellt werden. Der Beirat empfiehlt, innovative Projekte – unter Einschluss von Zuverdienst, betreuter Arbeit und Arbeitsassistenz – in unterschiedlichen Bereichen zu unterstützen, insbesondere beim niedrigschwelligen Zuverdienst und bei Maßnahmen sog. betreuter Arbeit. Der Beirat hält es ferner für notwendig, bedarfsgerecht zusätzliche Rehabilitationseinrichtungen gemäß RPK-Empfehlungsvereinbarung vom 29.09.2005 wohnortnah zu etablieren.
28. Die Sozialpsychiatrischen Dienste der Bezirke erfüllen sowohl hoheitliche Aufgaben als auch Aufgaben eines gemeindepsychiatrischen Fachdienstes mit präventiven und nachsorgenden Funktionen. Sie bilden ein unverzichtbares Bindeglied zwischen klinischem System und Leistungsangeboten außerhalb des Krankenhauses. Der Beirat fordert die für Gesundheit zuständige Senatsverwaltung auf, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die Sozialpsychiatrischen Dienste ihre Leistungen zeitnah und im erforderlichen Umfang erbringen können. Um Behandlungs- und Betreuungsabbrüche zu vermeiden, ist insbesondere eine ausreichende personelle Ausstattung zu gewährleisten.
29. Der Berliner Krisendienst bildet einen integralen Bestandteil des Pflichtversorgungssystems. Seine niedrigschwelligen Leistungen, die in das bezirkliche Versorgungsangebot eingebettet erbracht werden, tragen wirksam zur vorbeugenden und nachsorgenden Behandlung bei. Ein mobiler 24-Stunden-Dienst muss – unter Einschluss eines ärztlichen Hintergrunddienstes – weiterhin vorgehalten und die enge Kooperation mit Sozialpsychiatrischen Diensten, Berliner Polizei und Feuerwehr gepflegt werden. Der Beirat empfiehlt, die Finanzierung des Krisendienstes und damit seine Leistungsfähigkeit langfristig sicherzustellen. Der Krisendienst sollte als notwendiger Bestandteil des Pflichtversor-



gungssystems im Rahmen der geplanten Novellierung des Berliner PsychKG ausgewiesen werden.

30. Der Beirat hält es für unabdingbar, dass Kranke, die in Einrichtungen der Eingliederungshilfe oder der stationären Pflege zivilrechtlich untergebracht sind, eine qualitativ hochwertige Behandlung und Betreuung erhalten. Er ist äußerst besorgt über Hinweise auf eine zunehmende Zahl untergebrachter psychisch Kranker, die in Einrichtungen der stationären Pflege leben, und empfiehlt hierzu eine sorgfältige Bestandsaufnahme. Seiner Kenntnis nach entsprechen die Betreuungsangebote dieser Einrichtungen weitgehend nicht den fachlich anerkannten Qualitätskriterien, wie sie beispielhaft für die Eingliederungshilfe formuliert worden sind. Der Beirat sieht die Gefahr, dass sich – abseits vom Pflichtversorgungssystem und außerhalb des Krankenhaussektors – ein neuer Langzeitbereich für chronisch psychisch Kranke entwickelt. Auch ist zu befürchten, dass zunehmend jüngere psychisch Kranke in gerontopsychiatrischen Einrichtungen fehlplaziert werden.

Um der Entwicklung zu einer ungesteuerten, qualitativ inakzeptablen Leistungserbringung in diesem Bereich entgegenzuwirken, empfiehlt der Beirat, einzelne Projekte mit Modellcharakter, integriert in das jeweilige regionale Pflichtversorgungssystem, zu erproben. Für die entsprechenden Einrichtungen ist sicherzustellen, dass der Anteil untergebrachter psychisch erkrankter Bewohner 10 % nicht überschreitet. Eine präzise Abgrenzung der nach SGB XI oder XII leistungsberechtigten Personenkreise ist personenzentriert notwendig. Eine angemessene fachärztliche und klinisch-psychologische/psychologisch-psychotherapeutische Behandlung ist sicherzustellen. Der Beirat hält es für notwendig, für Heime, die Betreuung und Behandlung für geschlossenen Untergebrachte anbieten, analog zum klinischen Bereich regelmäßige Begehungen durch die zu etablierenden Besuchskommissionen vorzusehen.

31. Der Beirat empfiehlt der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung, eine Arbeitsgruppe zur Etablierung von Modellvorhaben gemäß § 64b SGB V und § 140a SGB V einzuberufen, an der Krankenhaus- und Kostenträger sowie Fachvertreter des klinischen, ambulanten und komplementären Bereichs zu beteiligen sind. Er begrüßt ausdrücklich die Realisierung alternativer Versorgungsmodelle und erhofft sich von Krankenhausträgern, Kostenträgern sowie sektor- und berufsgruppenübergreifenden Versorgungsnetzen innovative Anstöße. Die Modelle sollen so ausgestaltet werden, dass sie in abgestimmter Weise zum regionalen Versorgungsgeschehen beitragen, Synergien befördern und die Behandlungskontinuität durch Verknüpfung verschiedener Leistungsangebote im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich verbessern. Es dürfen keine Parallelstrukturen zum vorhandenen regionalisierten Hilfesystem aufgebaut werden. Gemäß Psych-Entgeltgesetz muss im Land Berlin mindestens ein Modellvorhaben nach § 64b SGB V etabliert werden. Der Beirat ist überzeugt, dass sich an einem solchen Vorhaben möglichst viele Kostenträger beteiligen sollten, um einer kostenträgerorientierten Zersplitterung der Angebote im regionalisierten Versorgungssystem zu begegnen. Die Möglichkeiten, die sich aus § 87 b Abs.2 SGB V für die Bildung von Arztnetzen ergeben, sollen ebenfalls für die Fortentwicklung der psychiatrischen Versorgung genutzt werden.

32. Der Beirat empfiehlt der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung, die Vorgaben des Psychiatrieentwicklungsprogramms (PEP) aus dem Jahre 1997 unter Berücksichtigung der zwischenzeitlich eingetretenen demographischen und versorgungspolitischen Veränderungen zu überprüfen und fortzuschreiben. Das Psychiatrieentwicklungsprogramm soll insbesondere zu einem Entwicklungsprogramm für die Leistungsangebote beider Fachgebiete erweitert werden.
33. Der Beirat erachtet es als notwendig, für die weitere Planung des klinischen und außerklinischen Systems auch die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI zu berücksichtigen. Es ist darauf hinzuwirken, dass die entsprechenden Angebote künftig im Kontext einer Gesamtbetrachtung des psychiatrisch-psychosomatischen Versorgungssystems fortentwickelt werden. Im Rahmen einer Fortschreibung des Psychiatrieentwicklungsprogramms soll diesem Themenkreis besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Eine systematische Verknüpfung von Angeboten der nach SGB V- und SGB VI-finanzierten Bereiche ist anzustreben. Es erscheint sinnvoll, kostenträgerübergreifend – unter Nutzung von Ressourcen der Kranken- und Rentenversicherungsträger – personenzentrierte Behandlungspfade zu entwickeln. Der Beirat empfiehlt, die Entwicklungsperspektiven des SGB VI-finanzierten Bereichs zwischen den Landesgesundheitsverwaltungen der Länder Berlin und Brandenburg zu überprüfen. Eine Zielplanung für den Bedarf an wohnortnah erbrachten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sollte formuliert werden.
34. Der Beirat empfiehlt, im Zuge der Neufassung des Berliner PsychKG an Stelle des bisherigen Landespsychiatrie-Beirates einen „Beirat für psychische Gesundheit im Land Berlin“ zu etablieren.

### **Empfehlungen zur Bettenmessziffer**

35. Für den Krankenhausplan 2010 des Landes Berlin empfahl der vorherige Beirat, im psychiatrisch-psychotherapeutischen Pflichtversorgungssystem die Bettenmessziffer auf 0,75 Betten bzw. Plätze je 1000 Einwohner – mit 0,56 für den vollstationären und 0,19 für den teilstationären Bereich – anzuheben. Anpassungen im Bereich der Angebote mit spezialisiertem Versorgungsauftrag sowie der psychosomatisch-psychotherapeutischen Kapazitäten wurden nicht als notwendig erachtet. Unter Berücksichtigung aller klinischen Kapazitäten – innerhalb und außerhalb des Pflichtversorgungssystems – entsprach die Gesamt-Bettenmessziffer des Krankenhausplans 0,88. Davon war ein mit 0,06 sehr kleiner Anteil den überregionalen psychosomatisch-psychotherapeutischen Angeboten zugeordnet. Basis für alle Berechnungen bildete im Krankenhausplan 2010 die Bevölkerungsprognose für das Jahr 2015 (3.467.170 Einwohner).

Der Beirat stellt fest, dass sich die damalige Erwartung, durch Anhebung der Bettenmessziffer und Implementierung neuer Versorgungsmodelle werde der auf den Kliniken lastende Aufnahmepressure reduziert werden können, nicht erfüllt hat. Immer noch liegt die durchschnittliche Auslastung dauerhaft erheblich über der Normauslastung von 90%.

Der Beirat hegt die Vermutung, dass die steigende Zahl der Behandlungsfälle vorrangig Folge eines veränderten Inanspruchnahmeverhaltens der Bevölkerung ist. Die Aufklä-

rungs- und Anti-Stigma-Kampagnen der letzten Jahre haben wesentlich dazu beigetragen, dass der Bedarf an frühzeitiger und qualitativ hochwertiger klinischer Behandlung in beiden Fachgebieten zugenommen hat. Vieles deutet auch darauf hin, dass die Zahl chronisch psychisch Kranker in sozial belasteten Wohngebieten durch Zuzug aus dem übrigen Bundesgebiet ansteigt. Untersuchungen, die diesen Trend belegen könnten, fehlen bislang. Der Beirat erhofft sich von einer spezialisierten Gesundheitsberichterstattung näheren Aufschluss.

36. Der Beirat geht davon aus, dass eine nochmalige Anpassung der Betten- bzw. Platzkapazität erforderlich ist. Dafür spricht auch die Analyse der planungsrelevanten Parameter – Bettenzahl pro 1.000 Einwohner (Bettenmessziffer), Bettenauslastung, Verweildauer und Fallzahl – im Bundes- und Stadtstaatenvergleich. Im Vergleich zeigt sich die Berliner Bettenmessziffer gering, die Verweildauer niedrig. Die Fallzahlen steigen. Diese Konstellation planungsrelevanter Parameter spiegelt sich in der konkreten Versorgungswirklichkeit der Berliner Versorgungsregionen (Bezirke), die bei weit überhöhter Auslastung der klinischen Kapazitäten eine erhebliche Arbeitsverdichtung in den Abteilungen/Kliniken beider Fachgebiete erkennen lässt.

Einer Umfrage des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration vom August 2013 zufolge belegt Berlin im Ranking der Bundesländer (unter Zusammenfassung der Kapazitäten beider Fachgebiete) mit einer Bettenmessziffer von 0,855 Betten/Plätze je 1.000 Einwohner den 14. Platz. Lediglich die Länder Niedersachsen (BMZ 0,847) und Rheinland-Pfalz (BMZ 0,823) weisen eine niedrigere Bettenmessziffer aus. Die Stadtstaaten Bremen (BMZ 1,196) und Hamburg (BMZ 1,172) halten, bezogen auf ihre Bevölkerung, die meisten Betten/Plätze vor.

Angesichts der niedrigen Bettenmessziffer verwundert die im Bundesvergleich weit überdurchschnittlich hohe Bettenauslastung in Berlin nicht. Die Auslastung zeigt steigende Tendenz. Sie erhöhte sich im Zeitraum 2005 bis 2011 von 95,6 % auf 98,3 % bei einer krankenhauplanerisch angenommenen durchschnittlichen Normauslastung von 90 %. Im Bundesgebiet stieg die durchschnittliche Auslastung von lediglich 90,9 % auf 93,9 %.

Die hohe durchschnittliche Auslastung in Berlin lässt sich nicht mit einer überdurchschnittlichen Verweildauer erklären. Denn diese zeigt sich, berechnet für das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie, im bundesweiten Vergleich auf einem vergleichbar niedrigen Stand. Allerdings nähert sich die durchschnittliche Verweildauer in Berlin dem Bundesdurchschnitt an. Sie stieg im Zeitraum 2005 bis 2011 von 18,5 Tagen auf 19,5 Tage. Im gleichen Zeitraum sank die durchschnittliche Verweildauer im Bundesgebiet von 24,2 Tagen auf 22,7 Tage.

Der vergleichsweise niedrigen Verweildauer bei unverändert hoher Gesamtauslastung entsprechen die unverändert hohen Fallzahlen in Berlin. Die Behandlungsfälle je 1.000 Einwohner liegen deutlich über dem Bundesniveau und sind im Steigen begriffen. Sie stiegen in Berlin im Zeitraum 2005 bis 2011 leicht von 11,35 auf 11,64 an, während im Bundesdurchschnitt ein Zuwachs von 8,78 auf 9,97 Behandlungsfälle je 1.000 Einwohner im gleichen Zeitraum zu verzeichnen war.

37. Der Beirat empfiehlt, die erforderliche Anpassung der Kapazitäten zu nutzen, um zu einer verbesserten Abstimmung der Leistungsangebote beider Fachgebiete zu gelangen. Damit soll eine beide Gebiete integrierende Krankenhausplanung ermöglicht und den Vorgaben der Rahmenplanung des Landes gemäß Psychatrienentwicklungsprogramm entsprochen werden. Der Beirat erkennt eine im Bundesvergleich sehr geringe Bettenkapazität für das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Er rät zu einer Angleichung der diesbezüglichen Kapazitäten an den Bundesdurchschnitt und empfiehlt zugleich, den Kapazitätsaufbau in Form regionalisierter tagesklinischer Bereiche umzusetzen (vgl. Empfehlung Nr. 8). Damit sollen künftig beide Fachgebiete im Kontext der regionalisierten Versorgung abgestimmte Leistungen bereitstellen.

Eine Subdifferenzierung der Bettenmessziffer für das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie nach Schwerpunkten (z. B. Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Sucht) oder einzelnen Krankheitsbildern soll nicht erfolgen. Differenzierte Angebotsstrukturen können, abgestimmt auf die Besonderheiten der jeweiligen Pflichtversorgungsregion, zwischen Krankenhausträger, Kostenträgern und Bezirken abgestimmt werden. Die spezialisierten Versorgungsaufträge bleiben erhalten.

38. Die Bettenmessziffer für das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist um 0,06 (teilstationäre) Plätze je 1.000 Einwohner anzuheben. Damit würde die Gesamt-Bettenmessziffer für dieses Fachgebiet (0,12 Betten/Plätze) – unter Einschluss der überregionalen Angebote – dem Bundesdurchschnitt (0,11 Betten/Plätze) angeglichen. Die Gesamt-Bettenmessziffer für alle in Berlin vorgehaltenen Kapazitäten beider Fachgebiete stiege sehr moderat auf 0,92 Betten/Plätze je 1.000 Einwohner an. Trotz des damit verbundenen Kapazitätsaufwuchses – auf der Basis der Bevölkerungsprognose für das Jahr 2020 – befände sich das Land Berlin weiterhin im Durchschnittsniveau aller Bundesländer und hielte deutlich weniger Betten/Plätze als die übrigen Stadtstaaten vor.
39. Nach Auswertung der einschlägigen Parameter und unter Berücksichtigung der Bevölkerungsprognose 2020 empfiehlt der Beirat zur Bettenmessziffer für die Krankenhausplanung 2016 im Einzelnen:

- Bettenmessziffer Psychiatrie und Psychotherapie stationär (regionalisierte Pflichtversorgung)

Die Bettenmessziffer für das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie soll nicht verändert werden. Weiterhin wird eine durchschnittliche Bettenmessziffer von 0,56 Betten je 1.000 Einwohner empfohlen. Dies entspricht ca. 2.071 Betten (Basis Bevölkerungsprognose für das Jahr 2020).

Soweit – unter Berücksichtigung der Bevölkerungsprognose 2020 – in einzelnen Pflichtversorgungsregionen ein Kapazitätsaufbau erfolgen muss, ist dafür Sorge zu tragen, dass vorrangig tagesklinische Plätze realisiert werden, falls anderenfalls weniger als 25 % der klinischen Gesamtkapazität dem tagesklinischen Bereich zugeordnet bleiben sollten (vgl. Empfehlung Nr. 8).

- Bettenmessziffer Psychiatrie und Psychotherapie teilstationär (regionalisierte Pflichtversorgung)

Weiterhin wird eine Platzmessziffer von 0,19 Plätzen je 1.000 Einwohner empfohlen. Dies entspricht ca. 703 Plätzen (Basis Bevölkerungsprognose für das Jahr 2020).

- Spezialisierter Versorgungsauftrag im Rahmen der Pflichtversorgung Psychiatrie und Psychotherapie

Grundsätzlich geht der Beirat davon aus, dass alle Regelleistungen im Kontext der Pflichtversorgung erbracht werden können. Allerdings zeigt die Leistungsentwicklung der letzten Jahre, dass die den spezialisierten Versorgungsaufträgen zugeordneten Betten/Plätze zur Sicherung der Versorgung im Land Berlin erforderlich sind. Der Beirat empfiehlt, diese im Krankenhausplan ausgewiesenen Kapazitäten nicht auszubauen (siehe hierzu Empfehlung Nr. 2). Gemäß Krankenhausplan 2010 sind ca. 215 Betten und Plätzen an spezialisierte Versorgungsaufträge geknüpft.

- Bettenmessziffer Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (regionalisierte Versorgung)

Die Bettenmessziffer soll – im Sinne einer Platzmessziffer – den Bedarf an regionalisierten tagesklinischen Kapazitäten angeben. Der Beirat veranschlagt den Bedarf mit einer Platzmessziffer von 0,06 Plätzen je 1.000 Einwohner. Dies entspricht ca. 222 Plätzen (Basis Bevölkerungsprognose für das Jahr 2020).

- Überregionale Behandlungsleistungen des Fachgebietes Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Entsprechend den Festlegungen des Krankenhausplans 2010 sollen diese Leistungen nicht weiter ausgebaut werden. Es wird empfohlen, diese Festlegung weiterhin beizubehalten. Gemäß Krankenhausplan 2010 entspricht dies ca. 208 Betten und Plätzen.

- Die Umsetzung dieser Empfehlungen erbrächte im Vergleich der Krankenhauspläne 2010 und 2016 folgende Anhaltzahlen für Bettenmessziffern bzw. Betten/Plätzen in der *regionalisierten Pflichtversorgung* für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie (PSY) sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (PSO)<sup>1</sup>:

Krankenhausplan 2010 (Betten/Plätze je 1.000 Einwohner)

Betten PSY KHP 2010	Plätze PSY KHP 2010	Summe PSY KHP 2010	Betten PSO KHP 2010	Plätze PSO KHP 2010	Summe PSO KHP 2010
0,56	0,19	0,75	0	0	0

Krankenhausplan 2016 (Betten/Plätze je 1.000 Einwohner)

Betten PSY KHP 2016	Plätze PSY KHP 2016	Summe PSY KHP 2016	Betten PSO KHP 2016	Plätze PSO KHP 2016	Summe PSO KHP 2016
0,56	0,19	0,75	0	0,06	0,06

Krankenhausplan 2010 (Betten/Plätze absolut)

Basis Prognosebevölkerung 2015; 3.467.170 Einwohner

<sup>1</sup> Sämtliche Tabellenangaben beruhen auf vorläufigen Berechnungen der SenGesSoz.

Betten PSY KHP 2010	Plätze PSY KHP 2010	Summe PSY KHP 2010	Betten PSO KHP 2010	Plätze PSO KHP 2010	Summe PSO KHP 2010
1.941	659	2.600	0	0	0

## Krankenhausplan 2016 (Betten/Plätze absolut)

Basis Prognosebevölkerung 2020; 3.698.265 Einwohner

Betten PSY KHP 2016	Plätze PSY KHP 2016	Summe PSY KHP 2016	Betten PSO KHP 2016	Plätze PSO KHP 2016	Summe PSO KHP 2016
2.071	703	2.774	0	222	222

- In der Gesamtbetrachtung *aller* klinischen Kapazitäten in beiden Fachgebieten würde sich die Umsetzung der Empfehlungen auf die Gesamt-Bettenmessziffer, die Teil-Bettenmessziffern und die klinischen Kapazitäten – in den Bereichen regionalisiertes psychiatrisches Pflichtversorgungssystem (PSY-PV), spezialisierte psychiatrische Versorgungsaufträge (PSY-SV) sowie überregionale und regionalisierte Kapazitäten des Fachgebiets Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (PSO-Ü und PSO-R) – in folgender Weise auswirken:

## Krankenhausplan 2010 (Betten/Plätze absolut)

Basis Prognosebevölkerung 2015; 3.467.170 Einwohner

Betten/Plätze je 1.000 EW						
	PSY – PV	PSY – SV	Σ PSY	PSO – Ü	PSO – R	Σ PSO
	0,75	0,06	0,82	0,06	0,00	0,06
						PSY + PSO
						0,88

Betten/Plätze absolut						
	PSY-PV	PSY-SV	Σ PSY	PSO – Ü	PSO – R	Σ PSO
	2.617	215	2.832	208	0	208
						PSY + PSO
						3.040

## Krankenhausplan 2016 (Betten/Plätze absolut)

Basis Prognosebevölkerung 2015; 3.698.265 Einwohner

Betten/Plätze je 1.000 EW						
	PSY – PV	PSY – SV	Σ PSY	PSO – Ü	PSO – R	Σ PSO
	0,75	0,06	0,81	0,06	0,06	0,12
						PSY + PSO
						0,92

Betten/Plätze absolut						
	PSY – PV	PSY – SV	Σ PSY	PSO – Ü	PSO – R	Σ PSO
	2.774	215	2.989	208	222	430
						PSY + PSO
						3.419

## **Mitglieder der AG Krankenhausplanung**

Herr Prof. Dr. Zeiler (Sprecher der AG)

Herr Bertram

Herr Beuscher (Landesbeauftragter für Psychiatrie als Gast)

Frau Dr. Hauth

Frau Dipl.-Med. Heinrich

Herr Prof. Dr. Dr. Heinz

Frau Prof. Dr. Heuser

Frau Ismer

Herr Dr. Mönter

Frau Dr. Quetz

Herr Reumschüssel-Wienert