

# **Angehörige – Gewinner oder Verlierer der gesetzlichen Entgeltneuregelung – PsychVVG**

**3. Nationales Forum für Entgeltsysteme in Psychiatrie und Psychotherapie  
26. und 27.6.2017**

**Vortrag und Diskussionsbeitrag, Eva Straub,  
Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V.**

Bei jeder Umstrukturierung oder Einführung von neuen Gesetzen gibt es Gewinner und Verlierer. Das Neukommende kann man fatalistisch hinnehmen und hoffen, dass man nicht zu den Verlierern gehört und wenn, dass es nicht ganz so schlimm kommen wird. Beides hat sich aus unserer Angehörigenerfahrung nicht bewährt. Ebenso wenig bewährt hat sich, auf die freiwillige Änderungsbereitschaft bzgl. eingefahrener Gewohnheiten zu hoffen.

Die seit Jahren heiß diskutierte Psychiatrie-Krankenhausentgeltgesetzgebung ist in eine neue Phase getreten. Das restriktive, pauschalierende Vergütungssystem mit Tagespauschalen „PEPP“, welches eine gravierende Verschlechterung der stationären Versorgung psychisch erkrankter Patienten im stationären Rahmen bedeuten würde, wird abgelöst vom PsychVVG 2. Darin sollen budgetfinanzierte Entgeltvereinbarungen das an Diagnosen ausgerichtete System PsychVVG 1 ablösen. Neu ist auch, die stationären Entgelte sollen künftig auf der Basis von bestimmten bundesweit ermittelten Qualitätsmaßstäben in krankenhaushausindividuelle Budgets für psychiatrische Krankenhäuser übergeführt werden, die auch individuelle Versorgungswege der einzelnen Psychiatrie-Krankhäuser, wie z. B. eine angehörigengerechte Ausrichtung, zulassen. Abweichungen gegenüber dem ermittelten Durchschnitt – sowohl nach oben wie nach unten – müssen begründet werden.

Bis zum 1. Januar 2020 sollen in den „Operationen- und Prozedurenschlüssel“ (OPS) Ziffern für Leistungen definiert werden, die entgolten werden. Alle Leistungen, die keiner OPS-Ziffer zuzuordnen sind, können nicht abgerechnet werden. Das ist besonders bitter, wenn es um personalintensive Leistungen geht. Sollte sich also ein psychiatrisches Krankenhaus z.B. bewusst zu einem „Angehörigengerechten Krankenhaus“ mit den sich daraus ergebenden kostenverursachenden Leistungen wandeln, so könnte das berücksichtigt werden, wenn die entstehenden Leistungen in den „OPS“-Katalog aufgenommen wurden.

Hier sehen wir Angehörigen eine handfeste Möglichkeit, unsere seit Jahrzehnten erhobenen Forderungen bezüglich einer regelhaften Einbindung und Unterstützung der Angehörigen von stationär behandelten Patienten einzubringen, und damit dem Argument, diese Leistungen würden nicht bezahlt und könnten daher nicht angeboten werden, den Wind aus den Segeln zu nehmen.

**Das ist der springende Punkt: Wir Angehörigen erheben Anspruch, dass Arbeit für und mit Angehörige in die „OPS-Kodierungen“ aufgenommen wird und erwarten Unterstützung bei der Forderung durch Psychiatrie- und Psychotherapie-Fachverbände, Aktion Psychisch Kranke e.V., die Krankenkassen, den MDK, den Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V., sowie das InEK und den G-BA u. a..**

**Begründung:** In der ambulanten psychosozialen Versorgung ist es schon lange „state of the art“, Angehörige von psychisch erkrankten Menschen in die Betreuung miteinzubeziehen, oder direkter gesagt: Ohne die Angehörigen würde die psychosoziale Versorgung gar nicht funktionieren. Warum sollte es dann bei der stationären Versorgung anders sein?

### **Veränderung nutzen**

Viele Interessengruppen kämpfen darum, bei der Umgestaltung der Vergütung für psychiatrische Leistungen in psychiatrischen Kliniken Vorteile für sich herauszuschlagen. Die einen nutzen ihre hochrangigen Verbindungen zu Entscheider-Ebenen, andere spannen wortgewaltige und fachlich renommierte Leute ein, die ihre Interessen vertreten, oder solche, die wirtschaftliche Interessen in ihrem Sinne darstellen. Fachverbände sehen zu, dass sie so viele Vergünstigungen wie möglich für ihre Mitglieder erreichen. Das ist legitim oder wäre legitim, wenn es auf der Gesundheitsebene nicht nur um Kosten-Nutzen und Eigeninteressen ginge. Nein, es geht um kranke Menschen und ihre Zukunft.

Dann gibt es aber Menschen, die weder das eine noch das andere an Fürsprechern vorweisen können, und gerade die sind es, die letztendlich die eigentlichen Gewinner oder Verlierer sein werden: die einzelnen Patienten und ihre Angehörigen. Für sie bringen gesetzliche Veränderungen auf sozialer und gesundheitlicher Ebene u. U. existenzielle, ihr Leben umkrepelnde Veränderungen mit sich. Schon kleine Umstrukturierungen können aufgrund der weitreichenden sozialen und gesundheitlichen Vernetzungen auf Gesetzesebene große Auswirkungen in anderen Bereichen für sie haben. Sie sind diejenigen, für die alles gemacht wird – oder gemacht werden sollte –, die aber nur eine kleine Stimme sind in dem Konzert der Großen und Mächtigen.

Ich rede von den Psychiatrie-Patienten, und ich rede von deren Angehörigen. Diese Menschen haben keine Ambitionen auf finanzielle Vorteile, keine Ambitionen, beim Krankenhausmanagement gut angeschrieben zu sein, keinen Ehrgeiz, mit den Großen der Gesundheitsmanager bekannt zu sein, sie wollen nicht reich und nicht berühmt werden; Sie wollen „nur“ gesund werden!

Ja, auch wir Angehörige haben eigene Interessen, in erster Linie für unsere schwer leidenden Patienten aber in zweiter Linie auch für uns selbst. Im Folgenden werde ich auf die Bedeutung der wichtigen Bezugspersonen für den einzelnen Patienten und für den Krankheitsverlauf eingehen.

### **Angehörige, ein ungenutzter Pool an Erfahrungen und Ressourcen**

Angehörige bringen einen unglaublichen Schatz an Erfahrungen im Umgang mit psychisch kranken Menschen und an Erfahrungen mit psychiatrischen Versorgungsangeboten mit, die ihnen Vergleiche erlauben, die unter allen Beteiligten nur sie machen können. Manche haben monate- oder jahrelang – länger als jeder Profi – durch Höhen und Tiefen den psychisch kranken Nahestehenden begleitet, haben gute und schlechte Erfahrungen mit Psychatriekliniken gemacht, wissen, was dazu beigetragen hat, dass sie und ihr Patient sich irgendwo wohlgefühlt haben und sich als Mensch angenommen und nicht ICD-Zifferträger eingeordnet fühlten. Dieses Erfahrungswissen bleibt in der Regel ungenutzt. Nun aber erlaubt es ihnen die gesetzliche Umgestaltung der Vergütungskriterien ihren erfahrungsgeprägten Blick bei den kommenden Veränderungen mit einbringen. Sie nicht miteinzubinden in diesen Prozess, wäre ein Kunstfehler und würde das Risiko beinhalten, Dinge zu beschließen, die zwar wirtschaftlich momentan positiv aussehen, die aber am Bedarf der Patienten und deren Angehörigen vorbeigehen und volkswirtschaftlich gesehen auf die Dauer mehr Kosten verursachen als sie Nutzen bringen.

### **Das Diktat der Wirtschaftlichkeit**

Bei den Beratungen um das Psychiatrie-Entgeltgesetz geht es um die Kosten, die eine psychiatrische Behandlung verursacht, und es geht um die Gesamtkosten für ein psychiatrisches Krankenhaus. Entgeltvereinbarungen können über die Überlebenschancen einer Klinik oder ambulanten Praxis entscheiden. Sie entscheiden auch über die Zeit, die Qualität, die Dauer und die Intensität mit der sich um die Patienten gekümmert wird. Und sie entscheiden darüber – ob man das nun gutheißt oder nicht –, in welchem Umfang die Angehörigen der Patienten eingebunden werden in Behandlungskonzepte, wenn der Patient dem zustimmt. Keine Frage, jeder Arzt, jedes Krankenhaus muss sehen, finanziell über die Runden zu kommen und kann nur das leisten, was refinanziert wird. Niemandem ist damit genützt, wenn psychische Kliniken Insolvenz anmelden. Es geht aber nicht nur darum, da zu sein. Es geht darum, effektive und nachhaltige Hilfe in maximaler Qualität zu leisten denen, die sie am meisten nötig haben und am meisten leiden unter Zeit- und Personalmangel und den Folgen: den schwer psychisch kranken Menschen. Die Kunst ist also, wirtschaftliche Gesichtspunkte zu berücksichtigen und trotzdem für seelisch kranke Patienten und ihre Angehörigen so viel Verständnis, Aufmerksamkeit, Zuwendung, Kontakte in Form von Gesprächen und Informationen, so viel Geduld und Zeit aufzubringen, dass die Patienten sich persönlich mit ihren Unsicherheiten angenommen und in der absolut fremden Umgebung geborgen fühlen. Niemand muss dabei befürchten, dass die Patienten das Krankenhaus nicht mehr verlassen wollen. Wohl aber gelingt es so, sie dazuhalten, solange es notwendig ist. Eine zu frühe Selbstentlassung führt unweigerlich zum Drehtüreffekt. Und hier treffen sich die Interessen der Profis mit denen der Angehörigen: Das wollen wir alle nicht.

Angehörige haben u. U. viel Zeit und Überzeugungsarbeit erbracht, um ihren psychisch Kranken davon zu überzeugen, dass ein freiwilliger stationärer Aufenthalt ihnen etwas bringt. Für Angehörige ist es ein hoffnungsvolles Zeichen, wenn der Patient Vertrauen zu den Behandelnden und Pflegenden entwickelt und die Therapien akzeptiert. Dieses Vertrauen ist bei psychisch kranken Menschen oftmals schwieriger zu erwerben als bei körperlich Kranken.

### **Wunsch und Wirklichkeit der Angehörigen**

In der Regel hat jeder Patient wenigstens eine Person, die sich um ihn gekümmert hat und sich weiter um sie kümmern wird und sich um ihn sorgt. Alle mitbetroffenen und die begleitenden Bezugspersonen, versprechen sich von der Krankenhaustherapie nicht nur eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ihres Nahestehenden, sondern auch eine Entspannung und eine Verbesserung des alltäglichen Lebens miteinander nach erfolgreicher Therapie. Verständlicherweise erwarten sie auch Erklärungen für die unverständlichen Vorkommnisse und Verhaltensweisen des Patienten. Einerseits sind Hoffnungen an die klinische Behandlung geknüpft, andererseits sind da aber auch Zweifel und Skepsis und womöglich uralte Vorurteile. Und dann erleben Angehörige, dass niemand sie wahrzunehmen scheint in der Klinik. Sie erleben Geschäftigkeit und spüren kühle Distanz und Ausgrenzung. Dass ein Großteil dieser Verhaltensweisen weder auf mangelnder Professionalität noch auf fehlendem Einfühlungsvermögen beruht, sondern die Folge eines straff organisierten Zeit- und Arbeitsplanes ist, und dass der wiederum mit der zu kurzen Personaldecke zusammenhängt, durchschauen sie erst später, wenn sich bereits Unmut und Kritik bei ihnen festgesetzt haben. Ärzte und Pflorgeteams nehmen diese Zusammenhänge in der Regel nur begrenzt wahr. Ihre Perspektive ist eine andere: den Zeitplan erfüllen trotz zu wenig Mitarbeitern und trotz immer schnellerem Wechsel der akut kranken Patienten. Da treten Gedanken über das angespannte Klima auf Station schon mal in den Hintergrund.

Sind Ärzte und Pflegekräfte aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens pro Person überlastet, gehen sie längeren Gesprächen aus dem Weg. Und von sich aus nehmen sie keinen Kontakt auf zu Patienten und schon gar nicht zu Angehörigen. Ein Teufelskreis entsteht: Patienten und Pflegekräfte sprechen nicht miteinander, Situationen eskalieren, Druck und Belastungen für die Pflegekräfte steigen und Kraft und Zeit für den einzelnen Patienten nehmen noch mehr ab. Angehörige sind dann nur – grob gesagt – Störfaktoren.

**Die Qualität der klinischen psychiatrischen Arbeit hängt aufs engste zusammen mit der Personalsituation. Die einzelnen Mitarbeiter können noch so gut ausgebildet sein und noch so hohe, ihrem Beruf entsprechende Eignung und großes Engagement haben, wenn sie ständig unter Zeitdruck stehen, weil die Personalbesetzung zu knapp bemessen ist, dann leidet darunter die**

**Behandlungsqualität. Es leidet darunter die Atmosphäre in der Station und letztendlich leidet darunter der Patient und seine Bereitschaft, sich einzufügen, mitzumachen und dazubleiben.**

### **Angehörige wollen hilfreich sein**

Angehörige sind Laien auf dem Gebiet psychiatrischer Erkrankungen. Wenn sie nicht beraten, gestützt, fachlich informiert und emotional aufgebaut werden, d. h. wenn sie mit ihren selbst zusammengeschusterten Ideen von Ursache, Verlauf, Hilfen, Medikamentenablehnungen oder Hoffnungslosigkeit allein gelassen werden, tut man dem Patienten auf lange Sicht nichts Gutes und den Angehörigen auch nicht. Woher sollen Angehörige denn auch wissen, welche von ihren Aussagen und Empfehlungen für den Patienten gut ist oder nicht, was therapiekonform und was kontraproduktiv ist?

In den meisten Angehörigen schlummern große Hilfefotentiale, die geweckt und geleitet werden wollen. Angehörige spüren selbst, dass sie Anleitung dafür brauchen in Form von Arztgesprächen, Beratungen, Erweiterung ihrer Krankheitskenntnisse und sie brauchen viel Zeit, Fragen stellen zu können. Dafür und für emotionale Stütze wäre der Aufenthalt ihrer stationär behandelten Patienten in der Klinik der geeignete Ort und ideale Moment. „Wäre“, weil das in der Regel unterbleibt – auch aus Zeitmangel – und weil der Bedarf nicht erkannt wird.

Vergessen wird immer wieder, obwohl es längst nachgewiesen ist, dass die meisten Angehörigen einen großen Einfluss auf den Verlauf der psychischen Erkrankung eines ihnen nahestehenden Menschen haben. Ihr Vertrauen, ihre Einstellungen zu den Behandelnden, ihr Glaube an die Wirksamkeit der Therapien und ihre hoffnungsvolle Haltung übertragen sich, ob ausgesprochen oder durch das Verhalten auf den Patienten. Eine positive Einstellung der Angehörigen zur Behandlung bewirkt, wie oft beobachtet, beim Patienten die Bereitschaft, bis zum Ende der Therapie auszuhalten und nach der Entlassung den Nachsorgevorschlägen zu folgen. Von wem sonst könnte man solch eine Wirkung erwarten?

**Die derzeit gängige Nicht-Einbindung der Angehörigen während der stationären Behandlung ihrer Nahestehenden führt dazu, dass die Therapiebereitschaft der Patienten, die Therapieerfolge und die Nachhaltigkeit der Therapien nicht das Maß erreichen, das sie erreichen könnten.**

### **Einbezug der Angehörigen so früh wie möglich**

Akzeptieren wollen und können Angehörige von psychisch kranken Menschen nicht, dass die Gesundheitspolitik und die Kostenträger mit zweierlei Maß messen: Arbeit mit und für Angehörige in der Psychiatrie wird nicht vergütet, während in der Somatik Pflegekurse und Informationsarbeit für und mit pflegenden Angehörigen

üblich sind. Es gibt ein Gleichbehandlungsgesetz, das solche Benachteiligungen ausschließen sollte.

Unbegreiflich ist auch, dass die Einbeziehung der wichtigen Bezugspersonen der stationär behandelten Patienten so sehr vernachlässigt wird, wo sie doch in den S3-Leitlinien als evidenzbasierte Maßnahme beschrieben ist. In Studien (z. B. „PIP-Studie“, Prof. Dr. J. Bäuml) ist nachgewiesen, dass die Rückfallrate bei schizophrenen Patienten um 20 Prozent sinkt, wenn ihre Angehörigen gutes Krankheitswissen haben und die Bedeutung der Maßnahmen kennen. Und damit kann man nie früh genug anfangen. Je früher die fachlichen Informationen bei dem Angehörigen ankommen, umso weniger Missverständnisse gibt es sowohl zwischen Patienten und Angehörigen wie zwischen Angehörigen und professionell Therapierenden. Das lässt sich vergleichen mit dem Autofahren: Wenn ich weiß, wofür die Pedale im Auto da sind, kann ich sie richtig benutzen und fahre nicht gegen den Baum.

### **Personalmangel beeinflusst Versorgungssituation**

Seit Jahren beklagen psychiatrische Kliniken die Nichteinhaltung der Psychiatrie-Personalverordnung, die sich nicht nur negativ auf die Arbeit mit und für Angehörige auswirkt sondern auch in spürbarer Weise auf die gesamte stationäre psychiatrische Versorgungssituation. Grund für diese Situation ist fehlendes Verständnis der Gesundheitspolitik für die Besonderheiten der psychischen Erkrankungen und dementsprechend für die Besonderheiten der psychiatrischen stationären Versorgungsbedarfe. Ist es denn so schwer zu verstehen, dass für Menschen, deren Seele krank ist, andere Therapien notwendig sind, als bei einem Bandscheibenvorfall? In der Psychiatrie zählen Gespräche, Zuwendung, verbale Überzeugungsarbeit bei der Akzeptanz der Krankheit, Kommunikationstraining, Förderung der Behandlungsbereitschaft usw. mindestens so viel wie Krankengymnastik, Massagen, Bäder und medizintechnische Untersuchungen.

6

**Daher fordern wir, dass die nicht sichtbaren Therapieleistungen in der Psychiatrie, sowohl was den Patienten wie die Angehörigen anbelangt, als wichtiges Therapeutikum in den Leistungskatalog mit OPS-Ziffern aufgenommen werden. Das würde einer Gleichstellung von seelisch mit körperlich kranken Menschen entsprechen.**

### **Was für Leistungen sollen unter dem Aspekt Arbeit für und mit Angehörigen in den OPS-Katalog als abrechenbare Leistungen aufgenommen werden?**

Wenn das Ziel und der Anspruch eine leitliniengerechte stationäre Behandlung ist, dann gehören u. a. folgende Maßnahmen und Angebote dazu:

- Sprechstunden im psychiatrischen Krankenhaus für Angehörige der dort behandelten Patienten
- Bereitstellen eines namentlich benannten ärztlichen Ansprechpartners für Kontakte mit Angehörigen
- Nachweis über regelmäßige Gesprächen mit Angehörigen (unübergehbare Abzeichnung auf dem elektronischen Krankenblatt)
- Die Dauer für Gespräche und Kontakte mit einzelnen Angehörigen pro Woche werden festgelegt
- Entlassungsplanung bei Einbeziehung der Angehörigen
- Beteiligung der betreuenden Angehörigen an und Information über zu treffende Entscheidungen (Schweigepflichtentbindung), wie z. B. Installation einer Betreuung, Therapie-Entscheidungen usw.
- Trialogische Gespräche
- Info- und Fortbildungsveranstaltungen für Angehörige (Psychoedukation, Deeskalationstraining usw.) werden allen Angehörigen angeboten
- Angehörige werden bei strukturellen Versorgungs-Veränderungen und Neuplanungen als Erfahrene hinzugezogen
- Angehörigengruppen für Angehörige und für wichtige Bezugspersonen der stationären Patienten werden angeboten
- Jeder Angehörige bekommt eine Angehörigen-Begrüßungsmappe mit allen wichtigen Informationen über die Gegebenheiten und Abläufe des Krankenhauses
- Das psychiatrische Krankenhaus ermöglicht externen Angehörigen-Selbsthilfegruppen Sprechstunden im Haus zu halten
- Angehörige werden regelhaft und persönlich über die Möglichkeit zur Teilnahme an einer profi geleiteten Angehörigengruppe informiert
- Das Krankenhaus ermöglicht, dass sich die örtliche Angehörigen-Selbsthilfegruppe bei Info- und Fortbildungsveranstaltungen für Klinikmitarbeiter vorstellt
- Der Angehörigen-Selbsthilfegruppe am Ort werden auf Wunsch Fachleute für Fachreferate kostenlos zur Verfügung gestellt.

**Da psychiatrische Krankenhäuser marktwirtschaftlich funktionieren und zusätzliche Leistung bei der sowieso angespannten Personallage nicht ohne Entgeltverträge erbracht werden können, müssen wir Interessensvertreter der Angehörigen fordern, dass die Arbeit für und mit Angehörigen abrechenbar sind. Und das sind sie nur, wenn das „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)“ die Kodierung und Art der Leistung in den OPS-Katalog aufnimmt..**

## **Vereinbarungen über Zusammenarbeit mit Angehörigen**

Es empfiehlt sich, Absprachen bezüglich der Zusammenarbeit zwischen Klinik und Angehörigen der dort behandelten Patienten in einer „**Vereinbarung**“ festzuhalten. Eine solche Vereinbarung hat sich bewährt, wo sie erstellt und ins Qualitätsmanagement des Hauses eingebacht wurde. Sie wurde bereits in Zweidrittel der psychiatrischen Bezirkskliniken in Bayern mit der jeweiligen örtlichen Angehörigen-Organisation abgeschlossen. Damit ist die Grundlage für eine verlässliche Einbindung der Angehörigen unter der Berücksichtigung der Schweigepflichtgesetze gewährleistet.

**Gelingt es, die oben beispielhaft genannten „angehörigenfreundlichen“ Leistungen in einem psychiatrischen Krankenhaus zu etablieren, entsteht dem Krankenhaus daraus ein Wettbewerbsvorteil und eine Imageverbesserung in der Öffentlichkeit wie bei den Betroffenen.**

Wie wichtig uns Angehörigen von psychisch kranken Menschen unsere Einbindung ist, zeigt die

**„Haller Erklärung vom Mai 2017 der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen zum Einbezug ihres Angehörigenwissens bei der Behandlung erkrankter Familienmitglieder.“**

In ihr heißt u.a.:

„Der regelhafte Einbezug von Angehörigen wie Eltern, Partner, Geschwister und Kinder bei der stationären und ambulanten psychiatrischen Behandlung ihrer erkrankten Familienmitglieder ist aus vielfältigen Gründen mangelhaft. ... **Wir Angehörigen fordern psychiatrische Kliniken/ Abteilungen sowie die Fachgesellschaften und Verbände daher auf:** ... Nicht nur auf dem Papier, sondern auch in der klinischen Alltagspraxis die vielfältigen Empfehlungen der DGPPN-Behandlungsleitlinien zum Einbezug der Angehörigen tatsächlich umzusetzen. ... Der in nahezu allen DGPPN Leitlinien als notwendig erachtete Einbezug der Angehörigen in den therapeutischen Prozess muss auch materiell umgesetzt werden. Die Fachgesellschaft DGPPN, die sonstigen Verbände, die Krankenhäuser sowie weitere Verhandlungspartner der GKV fordern wir auf, ihr Vorschlagsrecht bei den jährlich neu zu fassenden Operationen- und Prozedurenschlüsseln (OPS) des InEK zu nutzen. ... Entsprechende Abrechnungsziffern der Entgeltsysteme für Krankenhausleistungen zur Anhebung der klinischen Angehörigenarbeit im Sinne der DGPPN-Leitlinien und ihrer Empfehlungen zum Einbezug der Angehörigen vorzuschlagen und in die Verschlüsselungen einzuarbeiten.“

Diese Erklärung wurde von allen Angehörigen-Selbsthilfeverbänden aller Bundesländern erarbeitet, unterschrieben und auf der Mitgliederversammlung des Länderrates der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen in Halle an der Saale am 07. Mai 2017 verabschiedet.



### **Was sich nicht rechnet, findet nicht statt**

Wir Angehörigen sind uns bewusst, dass ohne abrechenbare Personalaufstockung alle von uns kritisch gesehenen Verhältnisse nicht verbessert werden und die vorgeschlagenen Verbesserungen nicht zu leisten sind – oder nicht leisten zu sein scheinen.

Andere medizinische Bereiche haben diese Erfahrung auch gemacht und waren erfolgreich. Abrechenbare Leistungen mit und für Angehörige stehen z. B.

- in der „**Palliativmedizin**“ unter der OPS Ziffer 8-982 u.a.: ... die „Durchführung von Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengesprächen mit insgesamt mindestens 6 Stunden pro Patient und Woche“ ...,
- bei der **Suchtbehandlung** unter der OPS-Ziffer 8-985 u.a.: psychoedukative Gruppenarbeit mit Angehörigen ...
- und unter der OPS-Ziffern 9-60 (Regelbehandlung):

Mir ist nicht bekannt, dass von diesem Angebot der Abrechenbarkeit in allen psychiatrischen Krankenhäusern wirklich Gebrauch gemacht wird. Vielleicht rechnet es sich doch nicht? Denn:

***„Was sich nicht rechnet, findet nicht statt;***

***Was sich rechnet, findet statt, auch wenn dies dem Patienten nicht nützt.“***

(Zitat aus: „Verantwortung übernehmen“, Tagungsdokumentation 7. u. 8.11.2016, Herausgeber APK, S. 81)

Die Vorteile einer angehörigen-freundlichen Struktur kommt nicht nur den Angehörigen und ihren Patienten zugute, sondern auch den professionell Pflegenden und Therapierenden. Es entstehen weniger Spannungen und Störungen aufgrund von häufigen Gesprächsterminwünschen der Angehörigen und durch deren ständiges besorgtes Nachfragen, weil sie sich hilflos wie in einem dunklen Tunnel vorkommen, verunsichert sind, die Geduld und das Vertrauen verlieren. Auf der anderen Seite bekommt das Pflegeteam, aufgrund der häufigeren Kontakte einen gewissen Einblick in das Umfeld ihres Patienten. So können die Erfahrungen der Angehörigen genutzt werden, und die zumeist enge Bindung zwischen Patienten und gut informierten Angehörigen ermöglicht, die Einstellung der Betroffenen zu ihrer Krankheit positiv zu gestalten. Die Arbeit für und mit Angehörigen stellt einen zusätzlichen Kostenfaktor dar, ohne Zweifel. Wer aber einmal diese Arbeit in das Behandlungsprogramm aufgenommen hat, wird festgestellt haben, dass es sich für alle lohnt.

Eva Staub