

Sehr geehrter Herr Höhmann, Sehr geehrter Herr Thesing, meine Damen und Herren,  
zuerst möchte ich mich herzlich für die Einladung zu Ihrer Jahrestagung bedanken.  
Ich bin sehr gern hier nach Merxhausen gekommen.

Ich werde Ihnen heute nichts zu PEPP, Prä-PEPP oder auch Relativgewichteten erzählen,  
denn davon verstehe ich nichts, und ich denke, das betrifft uns auch nicht direkt.

Ziel des Gesetzgebers mit dem KHRG ist die Einführung eines neuen, leistungsbezogenen,  
pauschalierenden Vergütungssystems auch in der Psychiatrie.

Aus Sicht des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (BApK) sollte es da-  
bei nicht nur um das auch von uns mitgetragene Anliegen gehen, Krankenhausbehandlung  
möglichst effizient zu organisieren. Ziel des Gesetzes muss es aus unserer Sicht ebenso sein,  
die Rahmenbedingungen für die stationäre Versorgung psychisch kranker Menschen zu si-  
chern bzw. zu verbessern sowie sektorenübergreifende Ansätze zu stärken. Unter-, Über-  
und Fehlversorgung in der Therapie und Rehabilitation psychisch kranker Menschen erleben  
die Patienten und ihre Familien zuerst und ganz unmittelbar „am eigenen Leib“ – und eben  
auch an der eigenen Seele. Diese Erfahrungen werden in der Selbsthilfe zusammengetragen.  
Die Forderungen und Positionen, die sich aus dieser Perspektive ergeben, haben wir u.a. in  
der „Agenda 2020 zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung“ gemeinsam mit  
anderen Patientenverbänden gebündelt.

(<http://www.psychiatrie.de/bapk/ueberuns/dokumente/agenda/>).

Insbesondere möchten wir hinsichtlich der Entwicklung der neuen Entgeltsystematik auf  
folgende grundlegende Prinzipien hinweisen, die uns als essentiell für eine Weiterentwick-  
lung des stationären Sektors erscheinen:

Wir erwarten

- die Gleichstellung psychisch kranker Menschen mit somatisch kranken Menschen unter Berücksichtigung ihrer besonderen Bedürfnisse,
- wohnort- und lebensfeldnahe, vernetzte Hilfeangebote,
- Versorgungsverpflichtung in der Region für alle psychisch kranken Menschen, auch für "schwierige Patienten",
- Hilfe und Unterstützung "wie aus einer Hand", aufeinander abgestimmt und an identi-  
schen Zielen orientiert. Dafür ist die optimierte Vernetzung von ambulanten und stationä-  
ren Angeboten erforderlich, unter der Berücksichtigung des Prinzips "ambulant vor stati-  
onär" mit
  - ausreichender fachärztlicher Versorgung auch in ländlichen Gebieten,
  - qualifizierten individuellen Angeboten auch für schwer chronisch Kranke,
  - ausreichender personeller Ausstattung im stationären Bereich,
  - der Sicherstellung von somatischen Versorgungsaspekten wie Kontrolluntersuchungen bei Multimorbidität.

Im Einzelnen bedeutet das aus der Perspektive der Patienten:

- die „sprechende Medizin“ muß mehr gefördert werden, im Krankenhaus wie im ambu-  
lanten Bereich,
- Aufklärungspflichten dürfen nicht als notwendiges Übel, sondern müssen als unabding-

bare Voraussetzung für aufgeklärte und mündige Patienten und Angehörige gesehen werden,

- Aufsuchende Hilfen müssen möglich sein, sie sind Voraussetzung für Behandlungsbereitschaft, -erfolg und -kontinuität auch über Schnittstellen hinweg,
- Personenbezogene und indikationsbezogene Hilfen müssen für alle psychisch kranke Menschen gewährleistet sein,
- Langfristige Begleitung durch eine Bezugsperson, einen Case Manager mit persönlicher Verantwortung dem Kranken gegenüber, der auch unkonventionelle Lösungen sucht und bei dessen Auswahl der Betroffene ein Mitspracherecht hat.

In der ersten Umsetzungsphase seit 2009 waren die entscheidenden Akteure in der Selbstverwaltung aus unserer Sicht zu wenig an den „besonderen Bedürfnissen der psychisch Kranken“ (§ 27 SGB V) und den neueren internationalen fachlichen und organisatorischen Entwicklungen in der psychiatrischen Versorgung orientiert und übernahmen systemwidrig Verfahren aus dem DRG-Umsetzungsprozess. Leider wurden in keinem der vier zentralen Aufgabenfelder des KHRG wesentliche Fortschritte erreicht. Infolge aufwendiger Dokumentationsanordnungen auf der einen Seite und noch ausstehender Umsetzungsaktivität in anderen Bereichen wurde bei den Fachverbänden und Bundesarbeitsgemeinschaften - nicht zuletzt bei den am meisten Betroffenen, den Patienten, den Angehörigen und den in der Behandlung Beschäftigten - zunehmend Verunsicherung, Kritik und Widerstand ausgelöst.

Wir sehen mit Sorge den bisherigen Verlauf der Entwicklung des neuen Entgeltsystems. Wir sind der Auffassung, daß es keine einschlägigen Erfahrungen in anderen Ländern gibt und somit in besonderem Maße fachliche Kompetenz und konstruktiv-kritische wissenschaftliche Begleitung erforderlich ist.

Ein wesentlicher Teil der gemeindepsychiatrisch zu versorgenden Patientinnen und Patienten ist auf eine längerfristige beziehungsorientierte komplexe Behandlung im Krankenhaus und vom Krankenhaus aus im konkreten Lebensumfeld angewiesen. Die (teil-)stationäre Behandlung ist nur ein Baustein dazu und muß in ein nachhaltig und langfristig ausgerichtetes Gesamtbehandlungskonzept eingefügt werden. Allein die (pseudo-) exakte Erfassung klinischer Therapieleistungen sagt noch nicht viel über das letztlich erreichte Behandlungsergebnis aus, bekommt aber einen unverhältnismäßigen Stellenwert.

Keine sichtbaren Anreize werden bisher für Patienten gesetzt, die regionale psychiatrische Versorgung zu bevorzugen, eine möglichst weitgehende Beziehungskontinuität herzustellen oder für die Patienten die vernetzte Nutzung präventiver und komplementärer Angebote zu fördern.

Außerdem muß eine Versorgungsverpflichtung besonders entgolten werden.

Es ist methodisches Vorgehen, im Rahmen der Entgeltfindung nicht das vollständige Leistungsspektrum psychiatrischer Kliniken zu erfassen, sondern nur definierbare therapeutische Einzelleistungen abzubilden und die übrigen Leistungen in einem hypothetischen Leistungs-„Sockel“ zusammenzufassen, da sehen wir die Gefahr einer gravierenden Fehlsteuerung. Diese übrigen Leistungen, die die zentrale Basis der therapeutischen Arbeit bilden, werden weder adäquat abgebildet noch für die Leistungsbemessung berücksichtigt. Dazu gehören insbesondere die Arbeit am Stationsmilieu und insgesamt alle Maßnahmen, die dazu dienen sollen, dass etwas Unerwünschtes nicht passiert oder angewandt werden muss.

Als Beispiel dafür sind Deeskalationsstrategien mit dem Ziel der Verhinderung von Gewalthandlungen oder Fixierungen zu nennen. Ebenfalls nicht berücksichtigt wird, dass die Schwere eines Falles und die Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen sehr ausgeprägt von den Interaktionen des Teams mit dem Patienten und von deeskalierenden Interventionen abhängt.

Ein falscher Leistungsanreiz ist unserer Meinung nach die fachlich unsinnige Fokussierung auf ein Vielfaches von 25-minütigen Interventionen oder auch der möglichst weitgehende

Einsatz von Einzeltherapeuten, auch wenn eigentlich im Einzelfall eine Therapieintervention in Anwesenheit mehrerer Therapeuten geboten wäre. Die vorgegebenen 25-minütigen Therapieeinheiten sind willkürlich festgelegt (bzw. aus einem Bereich präferiert) und voraussehbar für die Erfassung häufiger und oftmals erkrankungsbedingt kürzerer Patientenkontakte in der Akutpsychiatrie nicht ausreichend aussagekräftig. Bei immer weiter sinkenden Verweildauern werden sich künftig häufiger nur noch schwer und akut kranke Menschen auf den Stationen befinden. Viele dieser Menschen brauchen eher 20 mal 5 Minuten Kontakte als 25-minütige Einheiten, und sie brauchen jemanden, der da ist und der zuhört, egal wie lange.

In der akuten gemeindepsychiatrischen Krankenhausbehandlung werden sich über die „Therapieeinheiten“ keine Transparenz und keine Vergütungsgerechtigkeit herstellen lassen. Im Gegenteil: Der absehbar immense Dokumentationsaufwand wird keine brauchbaren Ergebnisse liefern.

Zudem finden bei Akutpatienten eine Vielzahl von zeitaufwendigen Leistungen (z. B. gerichtliche Anhörungen, klärende Angehörigengespräche, Hausbesuche und Regelung dringlicher sozialer Angelegenheiten, runde Tischgespräche mit dem gesetzlichen Betreuer, Unterbringungsbehörden oder psychosozialen Versorgungseinrichtungen einschließlich Hilfeplankonferenzen mit den außerstationären Kostenträgern, einzelfallbezogene psychotherapeutische Teamsupervisionen) selten im Beisein der schwer kranken Betroffenen statt, so dass von vornherein wesentliche, für eine gemeindepsychiatrische Versorgung wichtige Therapieelemente nicht angemessen berücksichtigt werden.

Es ist offensichtlich, dass ein solches Anreizsystem in weiten Teilen weder die objektiven Bedürfnisse des Patienten aufgreift, indem es fachlich sinnvolle Therapien auch zeit- und leistungsgerecht vergütet, sondern vor allem den Erhalt und die Vermehrung des stationären und teilstationären Personalbedarfs zur zentralen Steuergröße macht. Zwar werden – in Abhängigkeit vom Ergebnis der Erhebung des IneK – erhöhte Sockelleistungsvergütungen für die Psychiatrie in Aussicht gestellt, damit die unabdingbar notwendige Stellenausstattung für die regionale Vollversorgung sichergestellt werden kann. „Sockelleistungen“ sind jedoch nur schwer quantifizierbar bzw. mit den Kostenträgern verhandelbar. Absehbar ist die Gefahr, dass eine Umverteilung stattfinden wird zulasten des Sockels hin zu Einzelleistungen, die in der OPS-Logik gut darstellbar sind. Diese Entwicklung ist bereits jetzt spürbar.

Besonders hervorzuheben sind die Auswirkungen eines neuen Entgeltsystems für die Befähigung des psychisch Kranken zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Es geht daher über Diagnostik, Therapie und Verweildauer im stationären und teilstationären Bereich hinaus, es geht um die Wiederaufnahmeraten, den Ressourceneinsatz in den verschiedenen Behandlungsphasen. Deswegen muss die Behandlung im Lebensfeld des Betroffenen erleichtert und die Nutzung vernetzter, präventiver und komplementärer Angebote gefördert werden. Diese fachlich unbestrittenen Ziele sind nur erreichbar, wenn sich die Entwicklung des neuen Entgeltsystems in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in einem ersten Schritt in den nächsten Jahren nicht auf die minutiöse Leistungserfassung und -kalkulation im (teil-)stationären Sektor beschränkt. Vielmehr muss unmittelbar der auch im Gesetz formulierte Prüfauftrag zur Entwicklung alternativer Versorgungsformen im Sinne regionaler Psychiatrie-Budgets, anderer innovativer Versorgungsformen bzw. integrierter Versorgungsmodelle durch Vergabe entsprechender Forschungsaufträge und konkrete Erhebungen zunutzen und breiterer Anwendbarkeit der vorhandenen Versorgungsmodelle umgesetzt werden.

Bisher und gegenwärtig kam die Diskussion zur Entwicklung des neuen Entgeltsystems in den Fachgesellschaften und Verbänden deutlich zu kurz. Die Möglichkeiten für interessierte Experten, sich ohne allzu großen Zeitdruck aktiv an dem Entwicklungsprozess zu beteiligen, waren zu gering. Ein gutes Ergebnis ist viel entscheidender als das Einhalten eines zu knappen Zeitplans.

Die folgenden vier Forderungen sind Bestandteil der gemeinsamen Stellungnahme mehrerer Verbände:

1. Sicherstellung einer interessensneutralen unabhängigen Prozessbegleitung  
Berufung einer Expertenkommission aus Sachverständigen, der auch Patienten- und Angehörigen-Vertreter angehören, durch das Bundesministerium für Gesundheit. Diese Kommission überprüft und bewertet die Umsetzung der Arbeitsaufträge des KHRG und spricht Empfehlungen für den weiteren Umsetzungsprozess und die „lernende Novellierung“ des Einführungsgesetzes aus. Sie kann Anhörungen durchführen. Die regelmäßigen Berichte sind öffentlich.

2. Sicherstellung und verlässliche Überprüfung der Anpassung der Personalausstattung in allen Krankenhäusern mit regionaler Versorgungsverpflichtung an die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) vor Eintritt in die Konvergenzphase durch gesetzliche Vorgaben zur Überprüfung und Meldepflicht.

Weiterentwicklung der Psych-PV zu einer dauerhaft verlässlich finanzierten Mindestpersonalausstattung für sämtliche Tagesentgelte als unverzichtbares Maß für Strukturqualität.

3. Umgehende und wirksame Sicherstellung, dass die nach der PsychPV vereinbarten Personalmittel allein im Geltungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung eingesetzt werden und eine Zweckentfremdung (z.B. Quersubventionierung) zuverlässig unterbunden wird.

4. Ergänzung des Auftrags der Begleitforschung gem. KHG § 17d durch Einbeziehung von regionalen Begleitforschungen.

Belastbare und aussagekräftige Ergebnisse der Begleitforschung gemäß KHG § 17d sind nur zu erwarten, wenn die bundesweite Begleitforschung ergänzt wird durch regionale Begleitforschung, in der die Entwicklungsdynamik der Versorgungsstrukturen untersucht wird, und deren Ergebnisse einerseits unmittelbar in den regionalen Entwicklungsprozess eingehen, andererseits an die bundesweite Begleitforschung berichtet werden.

Aber es geht ja nicht nur um die Struktur.

Unsere nach wie vor aktuellen Fragen im Zusammenhang mit den bis jetzt bekannten Einzelheiten des neuen Entgeltsystems für psychiatrische Kliniken und Tageskliniken möchte ich wie folgt kurz zusammenfassen:

- Das neue Entgeltsystem in der Psychiatrie soll leistungsgerecht sein, mehr Leistung soll also auch besser honoriert werden. Jedoch: nicht alles, was zählt, kann man auch zählen. Und nicht alles, was man zählen kann, zählt. (Einstein).

Frage: Wer definiert, was „leistungsgerecht“ ist?

- Mindestens 80% einer guten psychiatrischen Behandlung geht über Beziehungsgestaltung. Einzelbetreuung in einem Zeitumfang von weniger als 6 Stunden ist nicht vorgesehen, in der Praxis aber unverzichtbar und sicher auch sehr personalintensiv.

Frage: Wie wird Beziehungsarbeit gewertet, Aufbau von Beziehung, Kontinuität, Vertrauen, Kommunikation etc.?

- Eine gute psychiatrische Behandlung orientiert sich am Lebensumfeld des Patienten / der Patientin und bezieht dieses mit ein.

Frage: Wie wird Netzwerkarbeit gewertet (Kooperation insbesondere der pflichtversorgenden Kliniken mit den Angehörigen, im Gemeindepsychiatrischen Verbund, mit Gerichten, mit rechtlichen Betreuern, im Hilfeplanverfahren etc.)?

- Zwangsunterbringungen und Zwangsmaßnahmen werden als besonders aufwändige Prozeduren besonders honoriert. Ist hier der Blickwinkel angemessen?

Frage: Wie wird die Arbeit an der Vermeidung von Zwangsmaßnahmen, der Gestaltung des Stationsmilieus etc. gewertet?

- Patienten / Patientinnen kommen nicht von irgendwoher in die Klinik und bei Entlassung ziehen sie sich auch nicht dorthin zurück, sondern sie kommen aus einem sozialen Umfeld, mehrheitlich aus der Familie, und kehren bei Entlassung auch dorthin zurück. Bei immer kürzeren Verweildauern in den psychiatrischen Kliniken wird eine qualifizierte Nachsorge in immer größerem Umfang in die Familien verlagert, ohne daß diese durch entsprechende Schulung und Informationen vorbereitet werden, ohne daß sie in Therapieplanung einbezogen werden, ohne daß sie mit ihren Problemen gehört werden oder sogar Hilfeangebote bekämen.

Frage: Wie wird familienorientierte Arbeit gewertet?

Als Abschluss habe ich Ihnen eine kleine Geschichte mitgebracht, sie ist vor einiger Zeit erschienen in der Zeitschrift „Psychiatrische Pflege“ unter dem Titel „Was macht eigentlich Schwester Nelly?“, die ich Ihnen auszugsweise vorlesen möchte und ich möchte Sie bitten, sich mal vorzustellen, wie Sie die beschriebenen Tätigkeiten codieren und dokumentieren würden.

Schwester Nelly hat mal wieder Nachtdienst auf ihrer Station. Eine psychiatrische Aufnahmestation mit 22 Betten. Es ist 21 Uhr, Schwester Nelly ist seit einer Stunde im Dienst, hat nach der Übergabe alle Patienten begrüßt und einige Kannen Tee für die Nacht gekocht, als eine Neuaufnahme angekündigt wird, der 23. Patient, der auch schon wenige Minuten später von zwei Polizisten „angeliefert“ wird, gut verpackt mit Kabelbindern an Händen und Füßen. Herr Müller ist groß, sehr kräftig und völlig außer sich, er beschimpft die Polizisten und zerrt an seinen Fesseln, die dadurch nur immer tiefer in seine Haut einschneiden. Schwester Nelly bittet die Polizisten, Herrn Müller die Fessel abzunehmen: „Die brauchen wir hier nicht, und so kann ich Herrn Müller auch nicht die Hand geben.“ Die zwei Polizisten finden, das sei keine gute Idee, aber Schwester Nelly besteht darauf. Sie begrüßt Herrn Müller nun mit Handschlag und meint: „Kommen Sie erst einmal mit mir in die Küche, dort trinken wir einen Tee und dann kümmere ich mich um ihre wunden Arme und Beine.“ Die Polizeibeamten beobachten skeptisch, wie Herr Müller lammfromm der um drei Köpfe kleineren Krankenschwester in die Küche folgt. Eine halbe Stunde später kommt der Arzt vom Dienst, um Herrn Müller aufzunehmen, und es dauert keine fünf Minuten, da tobt dieser wieder. Schwester Nelly geht nun mit in das Aufnahmegespräch und bittet den AvD um Medikamente für die Nacht, um den Rest werde sie sich kümmern. Und wieder hat es funktioniert. Die Nacht ist ohne Zwischenfälle verlaufen. Für drei Patienten hat Schwester Nelly Wärmflaschen gemacht, weil das die Beruhigungsmittel erspart. Gesprochen hat sie mit allen, und alle sind in einem Ausnahmezustand, sonst müssten sie nicht auf einer psychiatrischen Akutstation sein. Und bei dem neuen jungen Kollegen, der mit ihr die Nachtwache teilt, konnte sie ganz viele Ängste zerstreuen. Was macht eigentlich Schwester Nelly? Es fällt schwer, das zu benennen, aber es ist exzellente psychiatrische Pflege, und es ist höchst komplex. Wir haben Angst, dass das, was sie tut, in Vergessenheit gerät, von den Pflegewissenschaften nicht erfasst wird, weil wir es so schlecht benennen können. Es lässt sich kaum in Ziffern kodieren und schwer evaluieren, dennoch, es ist extrem effektiv und eigentlich unbezahlbar.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.