



Neue Finanzierung der Psychiatrie

Wie viel Qualität und Personal wollen wir uns leisten?
 Konferenz-Dokumentation: DGB-Haus Essen am 23. April 2016



Inhalt

Einleitung, Gundrun Hamm, Gesundheitspolitische Sprecherin DIE LINKE im LVR und Dr. Bernd Tenbenschel Gesundheitspolitischer Sprecher DIE LINKE im LWLs	3
Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems: Die Politik in die Verantwortung nehmen Harald Weinberg, MdB Die Linke	4
Neues Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik. Wo geht die Reise hin? Martina Wenzel-Jankowski, Dezernentin Klinikverbund und Heilpädagogische Hilfen des LVR.	7
Wie muss der neue Ansatz ausgestaltet werden, um ein gutes Behandlungsangebot zu gewährleisten? Prof. Dr. Peter Kruckenberg, Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP)	15
Was für ein Entgeltsystem braucht die gemeindenahere integrierte Versorgung? Nils Greve, Geschäftsführer der Gesellschaft für psychische Gesundheit in NRW gGmbH (GpG NRW)	21
Das ver.di-Belastungsbarometer Psychiatrie: Wie bewerten die Beschäftigten der Kliniken ihre Arbeitssituation, Jan von Hagen, ver.di Landesbezirk NRW.	31
Sichtweisen und Positionen aus den Landschaftsverbänden LWL und LVR: Arbeitssituation und Belastungen aus Sicht der Beschäftigten und ihrer Interessenvertretung, Rolf Sicker, ver.di-Vertrauensmann der LWL-Klinik Paderborn, Ingo Röser, ver.di-Vertrauensmann LVR-Klinik Düren, Brigitte Schero, ver.di-Vertrauensfrau LWL-Klinik Dortmund	36
Welche Art der Finanzierung wäre sinnvoll für die Behandlung psychisch Erkrankter, wie sollten die Arbeitsbedingungen aussehen? Gespräch mit Publikumsbeteiligung: Gerhard Walsken, Sprecher der NRW-ver.di Fachkommission Psychiatrie, Harald Weinberg, MdB, Prof. Dr. Peter Kruckenberg, DGSP	41s
Resolution: Zusammenfassung der Ergebnisse und Forderungen an Träger und Politik	45
Weiterführende Links.	46
Abkürzungsverzeichnis	47

Impressum

DIE LINKE. Fraktion in der Landschaftsversammlung Rheinland

Landeshaus C 405-C 409 · Kennedy-Ufer 2 · 50679 Köln ·
Postfach LVR, 50663 Köln
Tel. 0221/809-7661/7666 · Fax 0221/809-7663
Mail: die.linke@lvr.de

DIE LINKE. Fraktion in der Landschaftsversammlung Westfalen-Lippe

Landeshaus · Freiherr-vom-Stein-Platz 1 · 48133 Münster
Tel. 0251/5915303 · Fax 0251/5915314
Mail: dielinke@lwl.org

V.i.S.d.P.: Daniela Glagla

Redaktion: Erika Feyerabend, Dr. Bernd Tenbenschel, Daniela Glagla

Gestaltung und Layout:GNN-Verlag · Fotos: Felix Schulte

Psychiatriefinanzierung – Jetzt eine Wende einleiten!

Die beiden Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe gehören zu den größten Anbietern der stationären psychiatrischen Versorgung in Deutschland. Insofern sind die Kliniken beider Verbände gleichermaßen von der Einführung eines neuen pauschalen Entgeltsystems für die Abrechnung der psychiatrischen Versorgung betroffen. Nachdem bereits ab 2004 in den allgemeinen Krankenhäusern die Behandlung auf ein bundeseinheitliches System von Fallpauschalen als Preissystem umgestellt wurde, soll nun im nächsten Schritt die Ökonomisierung der Psychiatrie folgen. Denn Ziel beider Systeme ist es, Patientinnen und Patienten nach einem einheitlichen System zu klassifizieren und deren Versorgung über ökonomische Kennziffern zu steuern. Erreicht werden soll dadurch mehr „Leistungsgerechtigkeit“ und „Transparenz“ über die Mittelverwendung. Doch zu befürchten ist, dass sich in der Psychiatrie das wiederholt, was in den somatischen Krankenhäusern nach der Einführung von Fallpauschalen passierte: Eine deutliche Zunahme von wirtschaftlichen Gesichtspunkten bei der Behandlung, ein enormes Anwachsen des Arbeitsstress und ein dramatischer Personalabbau insbesondere in der Pflege.

Die massiven Proteste von Fachverbänden, Nichtregierungsorganisationen und Gewerkschaften gegen das ab 2009 entwickelte pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) haben Wirkung gezeigt. Das Bundesgesundheitsministerium ist im Februar zurückgerudert und legte „Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems“ vor. Auf einer gemeinsamen Konferenz der Fraktionen der Linken in den Landschaftsverbänden am 23.04.2016 in Essen haben wir gemeinsam mit Beschäftigten und Fachleuten darüber diskutiert, welche Kriterien bei einer neuen Finanzierung der Psychiatrie für eine bedarfsgerechte, humane Behandlung und Versorgung unserer Meinung nach unbedingt erfüllt werden müssen. Unsere Forderungen haben wir in einer Resolution deutlich gemacht.

Der Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vom 23.05.2016 erfüllt unsere Erwartungen jedoch nur sehr bedingt und birgt ein hohes

Risiko für Fehlentwicklungen. Das Budgetprinzip ist begrüßenswert, doch an einem bundeseinheitlich kalkulierten Entgeltkatalog wird nach wie vor festgehalten. Der vorgesehene Krankenhausvergleich gefährdet außerdem die Budgets, denn er ermöglicht, dass die Vergütungen automatisch abgesenkt werden. Aufgenommen in den Gesetzesentwurf ist jedoch eine zentrale Forderung von Gewerkschaften und Fachverbänden: Die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) bleibt bis 2020 erhalten und soll durch eine neue verbindliche Regelung zum Personaleinsatz ersetzt werden. Es ist von zentraler Bedeutung, dass die Träger auch den Nachweis über den erbrachten Personaleinsatz erbringen. Positiv ist ebenfalls, dass die ambulante und aufsuchende Behandlung als gleichwertige Möglichkeiten abgebildet werden sollen und die Krankenhäuser erneut für die ambulante Versorgung geöffnet werden. Negativ ist jedoch, dass der ambulante Sektor nicht berücksichtigt wird.

Die Resolution bleibt aktuell, denn wir fordern

- Ein Entgeltsystem, das
 - ▶ Therapieverläufe bürokratiearm dokumentierbar macht, damit der Aufwand nicht zu Lasten des Personals geht
 - ▶ Vergütung nicht an Verweildauer koppelt
- Die Ermittlung von bedarfsgerechten Tagesentgelten
 - ▶ für die vollstationäre und teilstationäre Krankenhausbehandlung medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen
 - ▶ bei Abkehr von der Intention, alle Leistungen zu „messen“, um einheitliche Durchschnittswerte für alle Kalkulationsschritte zu bilden.

Die vorgegebene Entwicklung von verbindlichen Mindestvorgaben für die Personalausstattung klingt vielversprechend, ob sich der geplante Entgeltkatalog und eine angemessene Personalausstattung vereinbaren lassen, erscheint aber zweifelhaft. Doch bleibt die verbindliche Regelung des Personaleinsatzes weiterhin eine zentrale Forderungen, für die es sich auch zu kämpfen lohnt.

GUDRUN HAMM UND
DR. BERND TENBENSEL
IM AUGUST, 2016

Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems: Die Politik in die Verantwortung nehmen

Harald Weinberg

Harald Weinberg ist Bundestagsabgeordneter für die Linke, ordentliches Mitglied im Ausschuss für Gesundheit und seit 2015 Sprecher für Krankenhauspolitik und Gesundheitsökonomie für seine Partei.



Vielen Dank für die Einladung. Mein Titel für diese Veranstaltung lautet ja „Politik in Verantwortung nehmen“. Insofern fühle ich mich heute eher als Adressat denn als Referent und werde viel zuhören. Zu Beginn möchte ich erst einmal andere Auseinandersetzungen würdigen. Es hat einen Tarifabschluss in der Charité in Berlin gegeben. Erstmalig sind der Gesundheitsschutz und die Entlastung des Personals Inhalt eines Tarifvertrages geworden. Das ist in der Tat etwas völlig Neues in Deutschland. Nach vielen Auseinandersetzungen – viele haben dafür gestreikt – ist das ein Meilenstein. Ich hoffe, das wird ein Beispiel für andere Krankenhäuser und Regionen. Im Saarland machen sich die Kollegen und Kolleginnen auf, einen ähnlichen Entlastungstarifvertrag für alle 20 Krankenhäuser im Saarland hinzubekommen. Ich glaube es ist auch ein wichtiger Schritt und Impuls in Richtung der gesetzlichen Regelung einer Personalbemessung. Denn die brauchen wir, aber sie wurde uns bisher vom Bundestag versagt. Wir haben diese Forderung in den letzten sechs Jahren immer wieder auf die Tagesordnung gebracht –

aber ohne Erfolg. Immerhin haben wir über das Stellenförderprogramm im Krankenhausstrukturgesetz ein paar Bremsspuren unserer Bemühungen hinterlassen können. Das ist aber bei weitem nicht ausreichend. Insofern geht von diesem Tarifvertrag ein wichtiger Impuls für die weitere Arbeit aus. Ich bin sehr froh, dass die Kollegen und Kolleginnen das geschafft haben und ich glaube, dass dieser Funke überspringen kann und sollte.

Würdigen kann ich auch die vielen Streiks und Aktionen, die es im Rahmen der aktuellen Tarifrunde um den Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst (TVÖD) gibt und geben wird – auch in den Krankenhäusern, in einzelnen Stationen. Ich hoffe, dass die Betten wirklich leer gestreikt werden. Das ist aus meiner Sicht ein Trainingslager für künftige Auseinandersetzungen, vor allen Dingen im Krankenhaussektor, vor allen Dingen im somatischen Bereich.

Nun zum aktuellen Stand von PEPP. Ein Referentenentwurf liegt bekanntlich noch nicht vor. Auch diesen Konflikt können wir würdigen als ein gutes Beispiel für eine erfolgreiche Verhinderungsstrategie.

Denn: PEPP sollte im Hau-Ruck-Verfahren durchgesetzt werden. Die Verbände und Fachgesellschaften konnten – auch über die Anhörung – ein zweijähriges Moratorium durchsetzen. Im politischen Raum gab es unterschiedliche Einschätzungen darüber, was wir jetzt mit dem Moratorium machen. Die Fachverbände und vor allen Dingen die Linke, Bündnis90/Die Grünen, in Teilen die SPD waren der Auffassung: Wir sollten eine Alternative entwickeln, also kein pauschales Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik. In der Union wurde im Wesentlichen gesagt: Wir nutzen die zwei Jahre als Trainingslager für die Einrichtungen, schaffen mehr Kalkulationshäuser, sodass wir eine saubere Datengrundlage bekommen und dann ziehen wir das Projekt PEPP durch. Es ist ein großer Erfolg, dass jetzt dieses PEPP-System, in der althergebrachten Form, nicht mehr kommen wird. Ausschlaggebende Impulse kamen auch aus den Einrichtungen selber. Ich erinnere in diesem Zusammenhang auch an die Demonstration in Berlin, die leider ein bisschen schlecht getimt war. Als die Demonstration am Reichstag freitagnachmittags vorbeizog, saßen die meisten Parlamentarier schon in den Zügen und Flugzeugen. Wir waren die einzigen, die den Zug mit einem kleinen Transparent empfangen hatten. Die eigentlichen Adressaten waren bereits weg. Dennoch war der Druck bei Bündnis90/DieGrünen und auch bei der SPD wirksam und das Eckpunktepapier trägt dem Rechnung.

Die Folgen für das zukünftige Vergütungssystem sind noch nicht absehbar. Einige Vereinbarungen sind noch nicht hinreichend konkret. Klar ist, dass mit den Eckpunkten eine Verbesserung der derzeit noch geltenden Gesetzeslage zu erwarten ist. Aber bereits 2017 soll das neue Entgeltsystem von allen Einrichtungen verbindlich – aber budgetneutral – eingesetzt werden. Positiv ist, dass es kein reines Preissystem sein wird. Stattdessen wird es Vereinbarungen für jede Einrichtung individuell geben. Einrichtungsbezogene Besonderheiten sollen berücksichtigt werden, u.a. auch regionale Versorgungsverpflichtungen. Aber: Dies soll auf Grundlage eines bundesweiten und empirisch kalkulierten Entgeltkatalogs erfolgen. Andererseits – das ist wiederum positiv – soll es keine Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen geben. Im Prinzip wird es nicht mehr in Richtung einer einheitlichen Preisbildung gehen. Nicht geklärt ist in den Eckpunkten, was denn passiert, wenn sich die Beteiligten vor Ort nicht einigen können. Das ist eine noch offene Frage und bedarf mit Sicherheit noch Regularien. Positives zu berichten gibt es für die „Kalkulation bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen“. Denn: Die Kalkulationshäuser müssen nach den Vorgaben des

Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) leitliniengestützte Mindestvorgaben zur Personalausstattung erfüllen. Der G-BA arbeitet nicht schnell. Solange diese Richtlinie noch nicht vorliegt, wird eine 100%ige Erfüllung der Psych-PV vorausgesetzt. Hier gilt es aufzupassen, dass jede Berufsgruppe für sich betrachtet wird und nicht einfach über alle Berufsgruppen hinweg diese 100%ige Erfüllung errechnet wird. Wenn die G-BA-Richtlinie spätestens 2020 vorliegen wird, könnte und sollte das eine Steigerung des Personals zur Folge haben. Die Psych-PV ist 26 Jahre alt und es sind mit Sicherheit neue Anforderungen hinzugekommen. Wenn sie vom G-BA als Orientierung herangezogen wird, muss nachgebessert werden. Kritisch zu betrachten sind die „Krankenhausvergleiche als Transparenzinstrument“, die im Eckpunktepapier vorgesehen sind. Die Krankenhausbudgets sollen zwar weiterhin individuell vereinbart werden, aber bis zum Ende der Budgetneutralphase soll ein Instrument entwickelt werden, dass es ermöglicht, die Leistungen der Krankenhäuser miteinander zu vergleichen. So könnten Abweichungen eines leistungsorientierten Budgets vom bundeseinheitlichen Budget begründbar werden. Unklar ist, ob neben den Kostenträgern und Krankenhäusern auch Dritte, etwa Versorgungsforscher und Patientenvertretungen, Zugriff auf diese Daten haben. Bei diesen Krankenhausvergleichen ist Vorsicht geboten. Denn: Diese Regelung kann womöglich seitens der Kostenträger zu einer Art Wettbewerbsinstrument ausgestaltet werden: Einrichtungen, die es günstiger machen, könnten anderen Einrichtungen vorgehalten werden. Ferner wird in den Eckpunkten die „Stärkung sektorenübergreifender Versorgung“ in Aussicht gestellt. Komplexe psychiatrische und psychotherapeutische Hilfen im häuslichen Umfeld (Home Treatment) sollen möglich werden. Das haben wir immer wieder gefordert und wird mit Sicherheit in das Gesetz übernommen werden. Was die Selbstverwaltungspartner in der konkreten Umsetzung verhandeln und welche Spielräume man ihnen lässt, das wird zu beobachten und genauer zu überprüfen sein.

Ich bin schon beim Fazit dieses Eckpunktepapiers. Der Referentenentwurf ist wie gesagt noch nicht da. Solche Referentenentwürfe finden wir üblicherweise in den Berliner S-Bahnen. Wir bekommen sie oft nicht zugestellt und es nimmt manchmal merkwürdige Wege, wie man an diese Referentenentwürfe herankommt. Ich hab am Freitag mein Büro noch veranlasst in den S-Bahnen nachzuschauen. Es war noch nichts vorzufinden und auch ein Nachfragen bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und anderen ergab erst einmal, dass der Entwurf zwar täglich erwartet wird, bisher aber

noch nichts vorliegt. Fazit insgesamt: Ich glaube der Protest hat sich gelohnt. Die Eckpunkte bieten einige gute Anknüpfungspunkte, aber auch ein paar Fallstricke und Einfallstore. Da heißt es aufpassen und das Gesetzgebungsverfahren entsprechend begleiten. Aber es gibt einen guten Grund optimistisch zu sein – zumindest was den Kernbestand, die Verhinderung des pauschalen Entgeltsystems angeht. Das ergibt sich aus der Tatsache, dass die SPD sich dies zumindest auf die Fahne geschrieben hat. Das ist die Position von Karl Lauterbach, dem SPD Gesundheitsexperten und Bundestagsabgeordneten. Insofern kann man darauf hoffen, dass ein relativ guter Gesetzesentwurf möglich wird.

Diskussion mit dem Publikum:

Publikum: Im Eckpunktepapier ist von „sektorenübergreifender Versorgung“ die Rede. Damit ist aber nur die sektorenübergreifende Versorgung der Krankenhäuser gemeint, gemäß § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG). Das greift für meine Begriffe zu kurz.

Publikum: Wer wird diese Leistungsvergleiche machen? Das ist sehr entscheidend, denn hier könnte, wie angesprochen, eine Kostenspirale nach unten stattfinden. Wer sind die Akteure, wer deutet die Gesetze aus und setzt sie um?

Martina Wenzel-Jankowski: Das wäre der GKV-Spitzenverband gemeinsam mit der DKG als der Spitzenvertretung der Krankenhäuser. Im §5 der Bundespflegesatzverordnung ist der Betriebsvergleich vorgesehen, der aber nie richtig scharf geschaltet worden ist. Es ging immer um den Vergleich der Verweildauer und des Pflegesatzes. Die Frage, was miteinander verglichen wird, ist sehr wichtig und wird in meinem Vortrag angesprochen.

Peter Kruckenberg: Es gibt – außer im Rahmen von Modellerprobung – keine vernünftigen Leistungsvergleiche. Was an Gestaltungsaufgaben vom Spitzenverband der Krankenkassen geliefert wurde, das waren nur Verhinderungsaktionen. Deshalb ist es auch eine Frage, ob es vernünftig ist, der Selbstverwaltung diese Aufgabe zu überlassen. Auch der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist stark mit dieser Selbstverwaltung verknüpft. Wie wir zu einer vernünftigen Leistungsbewertung kommen, die auch etwas mit der Bewertung des Leistungsaufwandes zu tun hat, ist völlig offen.

Publikum: Ich möchte mich Peter Kruckenberg anschließen. Wir haben die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) in den somatischen Krankenhäusern mit dem G-BA an der Seite, leidvoll erle-

ben müssen. Meine Frage direkt an Herrn Weinberg: Wie möchte die Linke sicherstellen, dass die Themen Personalstandards, Personalbemessung in die Gesetzesvorlage übernommen werden? Sie können doch nur Empfehlungen aussprechen. Richtlinien kann nur die gemeinsame Selbstverwaltung bestimmen.

Harald Weinberg: Wir hatten über das Gesetzgebungsverfahren gesprochen. In diesem Verfahren werden Mechanismen festgelegt – oder offen gelassen – wie die Psych-PV, wie die Transparenzrichtlinien und die Vergleichbarkeitsnormen ausgestaltet und verhandelt werden. Der GKV-Spitzenverband ist zum Beispiel bzgl. der Transparenz davon ausgegangen, dass sie diese über PEPP herstellen könnten. Wenn dieses pauschale Entgeltsystem in dieser Form nicht kommen wird, wird er etwas anderes wollen, um Einrichtungen miteinander vergleichen zu können. Ich denke, die Selbstverwaltungspartner werden in harten Verhandlungen ein solches Instrument erarbeiten. Das steht aber außerhalb des Gesetzgebungsverfahrens. Im Gesetz selbst ist nur festgeschrieben, wer die Richtlinie erarbeiten soll. Hier können wir versuchen als Linke unsere Zielsetzungen zu konkretisieren. Bei der Frage Psych-PV in den Kalkulationshäusern und der später zu entwickelnden Richtlinie des G-BA zur Personalausstattung können wir versuchen über Anträge eine möglichst hohe Personalausstattung in die Diskussion einzubringen. Klar ist aber auch: Wir agieren im Moment in einem Parlament, wo wir bei bestimmten Fragestellungen achtzig Prozent gegen uns haben. Um bestimmte Positionen durchzusetzen wird es wichtig sein, die SPD aus der Großen Koalition auszubrechen. Wir mit unserer zehnpromzentigen Minderheit, können nur Impulse setzen. Deshalb habe ich am Ende des Vortrags auf die Position von Karl Lauterbach verwiesen. Das ist ein Anknüpfungspunkt, um zum Beispiel die Personalbemessung zu beeinflussen. Das werden wir versuchen.

Jan von Hagen: Ich hätte gerne eine Einschätzung zur SPD. Dort wird gesagt: Das DRG-System (die Fallpauschalen für somatische Krankenhäuser) ist richtig, das PEPP-System (Fallpauschalen für die Psychiatrien) ist unvorstellbar. Bleibt diese Schizophrenie bestehen, oder wird in der SPD jetzt auch das DRG-System kritischer beurteilt?

Weinberg: Kritik am DRG-System ist nicht feststellbar. Wir hatten eine Anhörung zu diesem Problem. Deutlich wurde dort, dass es ein Nachdenken bei Bündnis90/Die Grünen gibt, gering ausgeprägt bei der SPD. Die CDU ist nach wie vor vom DRG-System überzeugt. Insofern wird die Schizophrenie bleiben.

Neues Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik. Wo geht die Reise hin?

Martina Wenzel-Jankowski

Martina Wenzel-Jankowski ist Juristin und seit 1991 beim Landschaftsverband Rheinland (LVR) beschäftigt. Seit fünf Jahren ist sie Dezernentin für den Klinikverbund und für den Verbund heilpädagogischer Hilfen. Nicht nur studienhalber war Martina Wenzel-Jankowski mit wirtschaftlichen Angelegenheiten betraut. Sie kennt sich mit dem alten Finanzierungssystem bestens aus, weil sie elf Jahre lang Verhandlungspartnerin für die Budget-Verhandlungen der zehn LVR-Kliniken war. Sie kennt sich auch mit dem vorgeschlagenen neuen Entgeltsystem aus, das in vielen Krankenhäusern des LVR bereits erprobt wird.



Der LVR testet das neue Entgeltsystem in der Praxis. Über diese Erfahrungen kann ich Ihnen gerne berichten. Zu den Eckpunkten und den kommenden Herausforderungen kann ich im Grunde nur sagen: Ich habe in Köln auf dem Schreibtisch eine Kristallkugel. Gestern habe ich dort hinein gestarrt aber nichts Erhellendes gesehen. Nur so viel: Die Euphorie um „PEPP ist weg“ teile ich nicht. Wir sind sehr glücklich über die breite Erkenntnis, dass ein Preissystem, ein diagnosebezogenes, pauschalierendes, tagesbezogenes Preissystem nicht das richtige für die Psychiatrie ist. Wir sehen aber auch in den Eckpunkten an einigen Stellen reale Gefahren. Unsere Erfahrungen mit den Diskussionsprozessen in der Selbstverwaltung sind zwar nicht die allerbesten. Aber, wie der Erfinder der Ford-Autos einmal sagte: Flugzeuge starten nicht mit, sondern gegen den Wind. Insofern denke ich, werden wir gemeinsam weiter an einem besseren Finanzierungssystem arbeiten. Was ich heute mit Ihnen geplant habe: Wie ist die Umsetzung von PEPP im Klinikverbund? Was sind die

Erfahrungen? Auf die Eckpunkte werde ich recht kurz eingehen, dafür aber etwas mehr zu den Erwartungen des Klinikverbundes an ein neues Entgeltsystem sagen.

Erfahrungen mit der Umsetzung von PEPP

Der LVR Rheinland ist von Anfang an zweigleisig gefahren: Wir haben uns politisch sehr klar und kritisch gegen PEPP positioniert. Ich denke mit den richtigen Argumenten. Wir sagen, das Preissystem ist für die Psychiatrie nicht geeignet und es greift insgesamt zu kurz, weil es den sektorenübergreifenden Ansatz überhaupt nicht im Blick hat. Wir sind insofern zweigleisig gefahren, weil wir früh gesagt haben: Wenn wir dieses System fundiert kritisieren wollen, dann müssen wir es erproben, um sehen zu können, was dieses Vergütungssystem in der Realität bedeutet und welche Probleme sich daraus ergeben.

Wir haben die Kliniken nach und nach optieren lassen. Seit diesem Jahr sind alle Kliniken Kalkulationshäuser, d.h. alle wenden das PEPP-System an. Damals wurde dieses neue Entgeltsystem mit dem Versprechen vorgestellt, man werde dafür sorgen, dass die psychiatrischen Fachkliniken und Krankenhausabteilungen Psych-PV-Kräfte aufbauen können, um die Qualitätsanforderungen zu erfüllen. Im Jahr 2008 hatten wir im ganzen Klinikverbund eine Psych-PV-Quote von rund achtzig Prozent. Diese achtzig Prozent sind ein gemittelter Wert aller Kliniken – mit durchaus unterschiedlichen Budgets. Teilweise war die Quote deutlich niedriger und lag zwischen 35-100 Prozent, je nach Berufsgruppe. Wir haben in einem Stufenplan die Psych-PV Kräfte aufgebaut und erfüllen jetzt um die hundert Prozent. Wir haben sehr viele Vollzeitkräfte aufbauen können – insgesamt 651. In unseren Kliniken werden sie aber gefühlt eine ganz andere Realität erleben. Dieser Personalbestand reicht nicht aus, um die qualitativen Standards zu erfüllen. Denn: Die Psych-PV ist ein veraltetes Bemessungsinstrument. Seit den 1990er Jahren hat sich die Verweildauer der Patienten um gut ein Drittel reduziert. Der Umsatz pro Bett ist also deutlich höher geworden. Es macht viel mehr Arbeit jemanden drei Wochen von der Aufnahme bis zur Entlassung in der Klinik zu begleiten, als jemanden sechzig Tage zu versorgen. Das ist ein großes Problem. In diesem Instrument sind außerdem die Innovationen der letzten Jahrzehnte nicht abgebildet, beispielsweise die akut-klinische Versorgung, die größere Dezentralität, das Home Treatment als stationersetzendes Behandlungskonzept. All das muss berücksichtigt werden, wenn von einer hundertprozentigen Psych-PV Quote gesprochen wird. Es ist durchaus in der Diskussion, ob diese Quote ausreicht und ob wir bei einem neuen Entgeltsystem nicht einen prozentualen Aufschlag bräuchten, um auch in Zukunft eine qualitativ gute Versorgung erreichen zu können. Warum haben wir optiert? Herr Greve würde sagen, wir sind ein Tanker mit großem Wendekreis. Das bedeutet wir brauchen bei einer Umstellung eine längere Vorbereitungszeit, wir müssen die Beschäftigten mit einem neuen Entgeltsystem bekannt machen, wir brauchen einen Echtbetrieb – heute noch unter

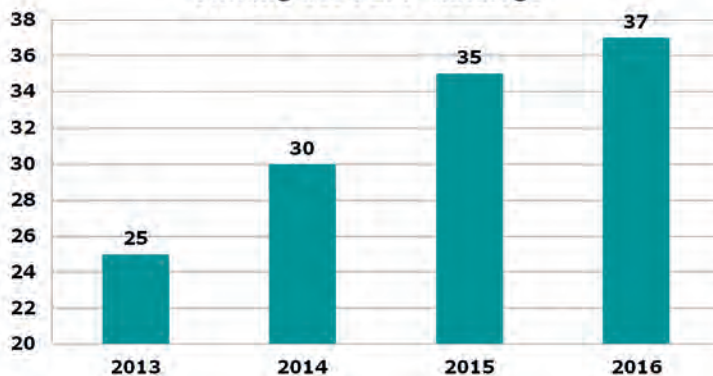


geschützten Bedingungen – und kein Sandkastenspielchen, um das Codieren zu erproben. Unsere Bestandsaufnahme im LVR-Klinikverbund nach Umstieg auf PEPP: Das ist ein Bürokratie-Monster, mit Dokumentationen und Abrechnungen, die uns auf Trab halten. Das System ist nicht bedarfsorientiert, trennt Kosten streng nach Kostenlogiken, erklärt die Kostenunterschiede nicht leistungsbezogen und gefährdet die psychiatrische Versorgung. Schon jetzt werden Spezialangebote im Krankenhaus nicht angemessen abgebildet.

Der PEPP-Katalog wird immer komplexer. Sein Umfang ist von 25 PEPPs auf heute 37 angewachsen. Das hört sich erst einmal nicht dramatisch an, sieht aber schon anders aus, wenn man sich den Systemaufbau vor Augen hält: Es gibt so genannte Prä-PEPPs und jene PEPPs, die die Intensivbetreuung und die Risikointerventionen abbilden. Es gibt PEPPs für die vollstationäre Psychiatrie und solche für die vollstationären somatischen Krankenhäuser. Es gibt welche für den teilstationären Bereich und dann noch so genannte Fehler-PEPPs, um Fehl-Codierungen laufend zu registrieren und zu sammeln. Es gibt Basis-PEPPs, die nach Diagnosegruppen sortiert sind. Es gibt normale PEPPs als Abrechnungseinheiten. Das sind im Moment 489. Die PEPPs sind dann noch nach Schweregraden gesplittet und unterschiedlichen Vergütungsstufen zugeordnet. Über die Schweregrade werden z.B. das Alter, die Nebendiagnosen oder auch so überraschende Themen wie der Body-Mass-Index (BMI) getriggert. Das ist ein beliebter Kostentrenner. Ab einem BMI von 35 erhöht sich der Schweregrad – aber längst nicht in allen PEPPs. Zum Beispiel in der PA 03 Schizophrenie/wahnhafte

Beispiel 1: Wachsende Komplexität

Umfang des PEPP-Katalogs



Beispiel 2: MDK-Prüfungswelle

MDK-Anfragen in der LVR-Klinik Düren

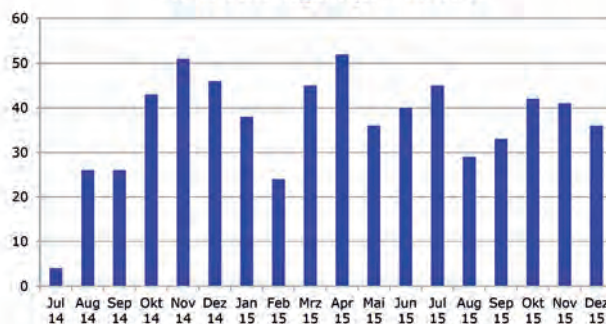
01.01. – 31.12.2015:

461 Anfragen

Ø 38 p. M. (vor Optimierung 3)



MDK-Anfragen pro Monat



Beispiel 3: Ergänzende Tagesentgelte (ET)

- wurden 2015 zur Abbildung individueller Bedarfe eingeführt
- führen zu einem höheren Erlös an Tagen mit intensiver Betreuung

Praxisfall 1:

Patient wird hochsuizidal aufgenommen

Dem Patient wird die mitgeführte Waffe abgenommen


 **MDK-Meinung - kein ET, da Suizidalität nicht mehr besteht!**



Praxisfall 2:

Patient äußert Suizidabsichten

Ärztlicher Dienst ordnet Sitzwache während der Nacht an

 **MDK-Meinung - kein ET, Patient hat gut geschlafen**



Störungen oder andere psychotische Störungen (wo bei PA in der Klassifikation für Psychiatrie, vollstationär steht) spielt der BMI eine Rolle. Bei Essstörungen wäre das nachvollziehbar, da spielt er aber keine Rolle. Man fragt sich, wieso nicht auch bei Suchtkrankheiten? Die Aufteilung ist nicht medizinisch begründet, sondern folgt Kostendaten, wie logisch auch immer die sein mögen. Alle Berufsgruppen müssen die Therapieeinheiten in den OPS (Operationen- und Prozeduren-Schlüssel für Leistungsnachweise und -abrechnungen) erfassen. Entgeltrelevant sind aber nur die Therapie-OPS der Ärzte und Psychologen. Was die Pflege macht wird unter Geldaspekten nicht berücksichtigt.

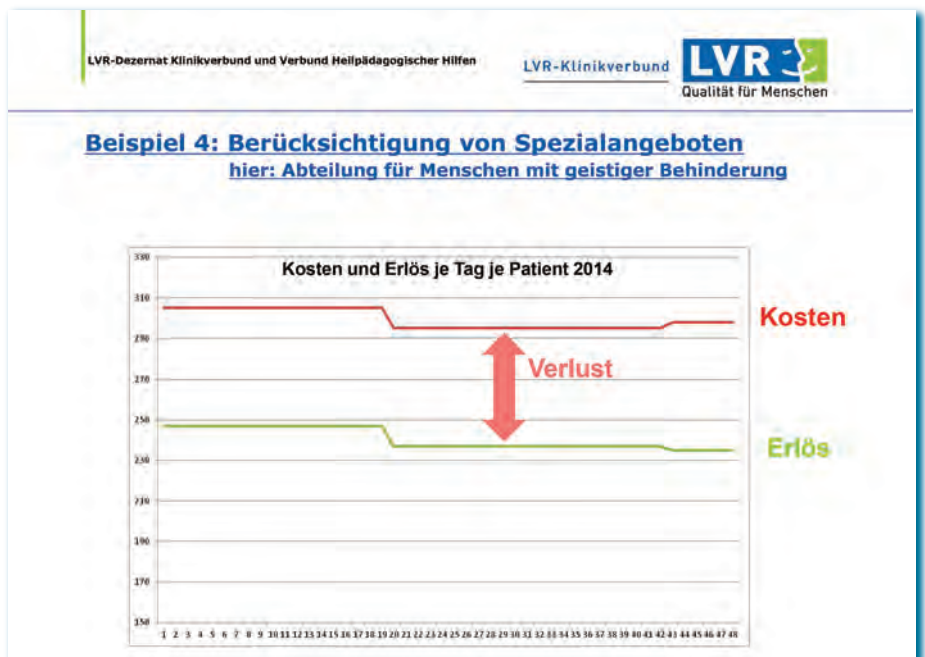
Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) hatte früher zum Beispiel in der Dürener Klinik im Schnitt drei Anfragen im Monat. Heute haben wir 38 pro Monat. Wenn die Anfragen sinnvoll wären, sind solche Nachfragen in Ordnung.

Ich habe Ihnen aber ein paar Beispiele mitgebracht, die bedenklich sind. Es gibt ergänzende Tagesentgelte, die im Jahr 2015 zusätzlich zu den PEPPs eingeführt worden sind: Zum Beispiel eine PEPP mit einem 1:1 Betreuungsaufwand für suizidgefährdete Patienten. Der Betreuungsaufwand wird nochmal unterschieden nach 6-12 Stunden, 12-18 Stunden und mehr als 18 Stunden pro Tag. Das erzeugt wieder zusätzlichen Dokumentationsaufwand. Nun hatten wir folgenden Fall: Ein suizidaler Patient wurde aufgenommen. Ihm wurde die Waffe abgenommen.

Der Patient musste aber weiterhin engmaschig betreut werden. Er ist weiter suizidgefährdet, denn es gibt viele Wege, um sich aus dem Leben zu befördern. Der MDK meinte aber, wenn die Waffe weg ist, dann ist die Suizidalität nicht mehr gegeben und eine 1:1 Betreuung muss nicht mehr bezahlt werden. Oder: Ein Patient äußert Suizidabsichten. Der ärztliche Dienst ordnet eine Sitzwache als 1:1 Betreuung an. Der Patient schläft nachts, wird aber dennoch beobachtet. Der MDK meint, wenn er schläft wird nichts passieren. Also kein Zusatzentgelt.

Ein weiteres Beispiel sind die Spezialangebote. Wir haben in verschiedenen Kliniken Abteilungen für Menschen mit Geistiger Behinderung als Schwerpunktbehandlung. Wenn Sie jemanden mit geistiger Behinderung und einer psychiatrischen Erkrankung betreuen, brauchen sie ein anderes Setting. Sie brauchen andere Berufsgruppen wie Heilerziehungspfleger. Im Moment sind wir hier gut aufgestellt, weil wir die Kosten über den tagesgleichen Pflege-satz finanzieren können. So wie jetzt PEPP kalkuliert ist, mit den dahinter liegenden OPS, hätten wir einen Erlösverlust pro Patienten und Tag von ungefähr 1.000 Euro. Sie können sich vorstellen, was zukünftig mit dem PEPP-System passieren würde. Diese Angebote könnten nicht weitergeführt werden.

Die Quintessenz: Es gab verbesserte Erlösausgleiche im PEPP-System. Wir haben auch die doppelte Veränderungsrate im Klinikverbund als einzige bundesweit verhandeln können. Aber es wäre eine Konvergenz-Anpassung im Preissystem gekommen, die Anpassung sozusagen an einen einheitlichen Preis. Wir hätten eine doppelte Degression bekommen, wie wir sie aus dem DRG-System kennen. D.h.: Der Basis-Entgeltbereich, der über mehr Leistungen im Land erbracht wird, erfährt einen Abschlag. Das wäre die



LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen LVR-Klinikverbund **LVR** Qualität für Menschen

Ordnungspolitischer Rahmen – die lauernde Gefahr!

„Erst Karneval – dann Fastenzeit“

Budgetneutrale Phase

- > verbesserte Erlösausgleiche bis 2016
- > bis zu doppelter VÄR 2015 und 2016
- > geschützte Einführungsbedingungen
- > 100 % PsychPV

Konvergenzphase

- > Konvergenzanpassungen
- > anteilige Finanzierung von Mehrleistungen
- > doppelte Degression

eine Degression. Die andere Degression würde im individuellen Krankenhausbudget dadurch stattfinden, dass es einen Abschlag auf Mehr-Leistungen über mehrere Jahre gibt. Insofern sind wir der Meinung: Die Kurskorrektur war erforderlich.

Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems

Kommen wir zu den Eckpunkten vom 18.2.2016. Die wichtigsten Punkte, die dort geregelt wurden, sind a) Ausgestaltung als Budgetsystem, also nicht mehr als Preissystem, aber weiterhin die Kalkulation bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen. In dem Papier erscheint an keiner Stelle mehr das PEPP, aber es wird weiterhin einen Entgeltkatalog geben. b) Die Verbesserung der Personalausstattung, c) der Krankenhaus-

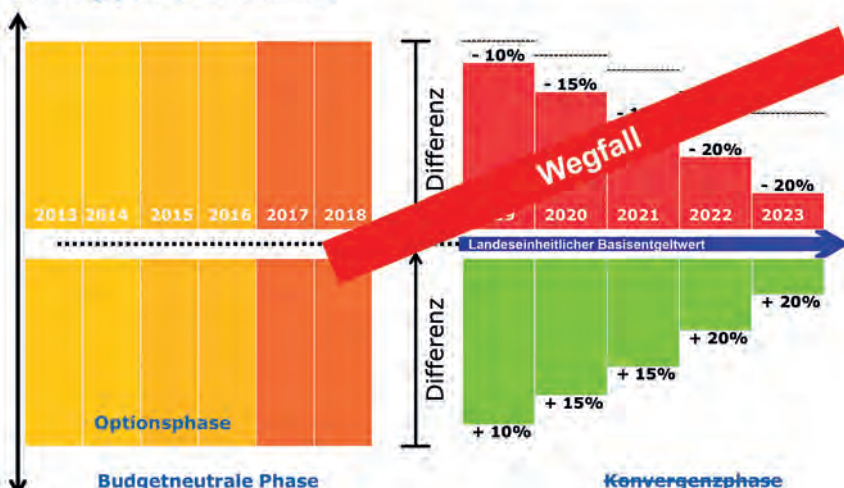
Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems Eckpunkte des Bundesministeriums für Gesundheit vom 18.02.2016



1 Ausgestaltung als Budgetsystem

- **Budgetsystem für stationäre und teilstationäre Leistungen**
- **Grundlage bundesweit und empirisch kalkulierte Entgelte**
- **Berücksichtigung leistungsbezogener struktureller Besonderheiten (z. B. regionale Versorgungsverpflichtung)**
- **Notwendigkeiten zur Erhöhung oder Senkung des Budgets durch individuelle Verhandlungen vor Ort (vgl. Krankenhausvergleich)**
- **Wegfall der Konvergenz auf landeseinheitliche Preise
Streichung der Konvergenzphase ab 2019**
- **Stärkung der Verhandlungsebene vor Ort**

Ordnungspolitischer Rahmen



vergleich als Transparenzinstrument und d) die Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung.

Dieses Budgetsystem gilt, wie der frühere Vorschlag, für stationäre und teilstationäre Leistungen – also nicht für ambulante Leistungen. Von vornherein waren die ambulanten Leistungen nicht mitgedacht. Wenn man aber mindestens im Krankenhaus von sektorenübergreifender Behandlung reden will, gehören die ambulanten Angebote dazu. Das war aber weder im PEPP- noch ist das im neuen Budget-System mitgedacht. Die einzige Ausnahme ist das Home Treatment. Ich gehe davon aus, dass damit das stationäresetzende, stationäre Home Treatment gemeint ist.

Die Grundlage sollen weiterhin – mindestens für die Abrechnung – bundesweite und empirisch kalkulierte Entgelte sein. Da ist die erste Grauzone. Positiv ist, dass regionale Versorgungsverpflichtungen mit leistungsbezogenen, strukturellen Besonderheiten nun endgültig berücksichtigt werden sollen. Wir haben jahrelang darüber verhandelt, was eine regionale Versorgungsverpflichtung und was eine Pflichtversorgung ist. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH) hat dazu eine Abfrage gemacht. Achtzig Prozent der Leistungserbringer haben zurückgemeldet, dass sie Pflichtversorgung machen. Das InEK hat danach gesagt, dass kein Kostentrenner zu finden sei und deshalb auch nicht gesondert vergütet werden könnte. Es macht aber sehr wohl einen Unterschied, ob die LVR-Klinik in Köln die Domplatte pflichtversorgt, oder die Universitätsklinik in Bonn für 14.000 Menschen in Bad Godesberg zuständig ist. Beide Kliniken haben bei der Abfrage die Pflichtversorgung angekreuzt.

Im Eckpunktepapier wird für das Budget-System der Wegfall der Konvergenzphase versprochen, was eine gute Sache ist. Aber die Kalkulation der bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen steht weiterhin im Papier. Die Kostendaten sollen von den Kalkulationshäusern erhoben werden, die zukünftig repräsentativ sein sollen und als Mindestvoraussetzung die Psych-PV zu hundert Prozent erfüllen müssen. Der G-BA bekommt den Auftrag, die Mindestvorgaben für die Personalausstattung in stationären Einrichtungen bis 2020 zu erarbeiten. Das ist wichtig. Wir meinen allerdings, dass der G-BA durch eine Expertenkommission unterstützt werden muss. Die Psych-PV gilt aber nur noch bis zum 3.12.2018. Was passiert in der Zwischenzeit bis 2020?

Der Krankenhausvergleich als Transparenzinstrument: Die Verhandlungen sollen auf Basis bestehender Budgets stattfinden. Die sind aber z.T. unterschiedlich. Mit dem einheitlichen Krankenhausvergleich sollen diese Unterschiede relativiert werden. Die strukturellen und krankhausindividuellen Leistungsunterschiede sollen beim Krankenhausvergleich berücksichtigt werden. Das ist ein wirklich wichtiges Thema. Dieser Krankenhausvergleich ist eine erhebliche Herausforderung, wenn er gut sein soll und keine neuen Ungerechtigkeiten hervorrufen soll. Wir müssen an dieser Stelle über leistungsorientierte Vergleichsparameter sprechen. Das wären z.B. Intensivfälle, Fälle mit somatischen Nebenerkrankungen, die Anzahl von Wiederaufnahmen und Kriterien für allgemeine Krankheitsschwere.

LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen LVR-Klinikverbund **LVR**
Qualität für Menschen

2 Kalkulation bundeseinheitliche Bewertungsrelationen (Entgeltkatalog)

- **Empirisch gestützt und bundeseinheitlich**
- **Entgeltkatalog mit Bewertungsrelationen**
- **Kostendaten von Kalkulationshäusern (zukünftig repräsentativ)**
- **Kalkulationshäuser müssen Mindestvoraussetzungen erfüllen:**
 - ✓ **Erfüllung von Qualitätsvorgaben des G-BA (orientiert an S3-Leitlinien und Personalausstattung)**
 - ✓ **Übergangsweise 100 % PsychPV**

LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen LVR-Klinikverbund **LVR**
Qualität für Menschen

3 Verbesserung der Personalausstattung

- **Auftrag an G-BA zur Erarbeitung von Mindestvorgaben für die Personalausstattung der stationären Einrichtungen**
- **Verbindliche Mindestvorgaben für die personelle Ausstattung**
- **Basis ist hohe Evidenz der Behandlung anhand von Leitlinien**
- **ggf. Expertengremium**
- **vorzulegen bis zum 1. Januar 2020**

LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen LVR-Klinikverbund **LVR**
Qualität für Menschen

4 Krankenhausvergleich als Transparenzinstrument

- **Verhandlungen auf Basis bestehender Budgets**
- **Gemeinsamer bundeseinheitlicher Krankenhausvergleich (vgl. § 5 BpflV alt – nie realisiert)**
- **Unterstützung der Verhandlungen vor Ort**
- **Berücksichtigung von Leistungsunterschieden, Strukturmerkmale und Krankenhausindividuellen Aspekten möglich**

5 Stärkung der sektorübergreifenden Versorgung

- **Home Treatment wird ermöglicht**
 - ✓ **Komplex-psychiatrisch-psychotherapeutische Akut-Behandlung im häuslichen Umfeld**
 - ✓ **spezielle Behandlungsteams**
 - ✓ **Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen**
 - ✓ **akute Krankheitsphasen**
 - ✓ **mobile multiprofessionelle Behandlungsteams**
- **Erhöhung der Flexibilität und Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung**
- **Verkürzung oder Vermeidung stationärer Aufenthalte**
- **keine Bereinigung der vertragsärztlichen Vergütungen**

Beurteilung durch den LVR-Klinikverbund

- **Budgetsystem**  
- **Stärkung der Verantwortung vor Ort** 
- **Berücksichtigung indiv. Besonderheiten** 
- **Wegfall der Konvergenz**  
- **Neuer Entgeltkatalog**   **PEPP durch die Hintertür?**
- **Verbesserung der Personalausstattung**  
- **Krankenhausvergleich**   **Konvergenz durch die Hintertür?**
- **Sektorübergreifende Versorgung**  **Keine Durchgängigkeit!**
- **Möglichkeit des Home Treatment** 

Alle wesentlichen Forderungen des LVR-Klinikverbundes wurden umgesetzt!

Vorgesehene Umsetzung für eine „neue“ Entgeltsystematik:

Schritt 1:
 Entwicklung eines Entgeltkataloges auf Basis von Kalkulationsdaten für 2017 (?)

- Problem:**
- keine neue Datenbasis im Vergleich zum PEPP-System
 Grundlage weiterhin vorhandene OPS-Dokumentation und Daten der Kalkulationshäuser
 - keine „neuen“ Vorgaben für das InEK
 - Systematik somit wieder Ressourcenorientiert und nicht Patientenorientiert

Schritt 2:
 Erarbeitung von Mindestvorgaben für die Personalausstattung der stationären Einrichtungen durch den G-BA

- Problem:**
- Beachte: „Mindestvorgabe“ nicht Personalbedarfsrichtlinie
 - kommt erst 2020
 - Kompatibilität Entgeltkatalog – Personalbedarf nicht sichergestellt
 vgl. Probleme im DRG-System

Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung: Home Treatment soll ermöglicht werden. Das begrüßen wir außerordentlich. Wir bieten das derzeit im Klinikverbund an, müssen es aber im Moment quersubventionieren. Dieses Angebot gehört in die Regelversorgung, ins Budget-System. Es gibt nach wie vor zu wenig Durchlässigkeit und bislang nur kleine Modellvorhaben. Dabei gibt es viele gute Konzepte, die derzeit noch an den Finanzierungssystemen scheitern.

Zusammenfassend sind die heißen Themen im Eckpunktepapier:

- Der neue Entgeltkatalog – PEPP durch die Hintertür?
- Der Krankenhausvergleich – Konvergenz durch die Hintertür?
- Die sektorenübergreifende Versorgung – nach wie vor keine Durchlässigkeit?

Der Blick in die Kristallkugel

Im Gesetzgebungsverfahren kann man ähnlich unpräzise bleiben wie in dem Eckpunktepapier. Es wird schwierig werden, den Entgeltkatalog bis Ende 2016 zu entwickeln. Bis auf weiteres haben wir keine neue Datenbasis. Grundlage im Moment sind die OPS-Dokumentation und die Daten der Kalkulationskrankenhäuser. Neue Vorgaben für das InEK existieren nicht. Die bisherige Systematik ist damit wieder ressourcen- und nicht patientenorientiert. Das ist ein großes ungelöstes Problem für die Selbstverwaltung.

Die Erarbeitung von Mindestvorgaben für die Personalausstattung in den stationären Einrichtungen durch den G-BA: Es soll

eine Mindestvorgabe werden und nicht nur eine Personalbedarfsrichtlinie, die zudem erst im Jahr 2020 vom G-BA erarbeitet werden soll. Die schwierigen und ungelösten Fragen bei der Umsetzung sind für uns: Wie ist die Kompatibilität zwischen dem Entgeltkatalog, den es weiter geben soll, dem Personalbedarf nach Psych-PV und der nachfolgenden Psych-PV vom G-BA? Wie verschränkt sich das miteinander?

Für eine praktikable Umsetzung der Eckpunkte müssten in einem ersten Schritt die Psych-PV-Behandlungsbereiche neu geordnet und ergänzt werden, z.B. um das Home Treatment und Akut-Tageskliniken. In einem zweiten Schritt sollte der Personalbedarf in Zeiteinheiten je Berufsgruppe empirisch und normativ definiert werden. Der dritte Schritt wäre die Entwicklung eines Entgeltkataloges auf Basis der neuen Psych-PV Behandlungsbereiche. Die Fachverbände schlagen hier vor, eine grobe Einteilung in entgeltrelevante Gruppen zu machen. Das könnten die Intensivbehandlung, das Basis-Behandlungsmodul intensive Psychotherapie, das Basisbehandlungsmodul mit intensiver somatischer Mitbehandlung, das Home Treatment u.a.m. sein. Daraus ließe sich eine gute Personalbedarfsrichtlinie in Nachfolge zur Psych-PV ableiten.

Die Basiskomponente, das sind klinikindividuell die Standorte, die Pflichtversorgung, die ganzen Themen, die die Besonderheiten des individuellen Krankenhauses bedeuten. Das würde zusammengeführt werden in eine individuelle, hausbezogene Budgetermittlung. Aber was sind denn die Abrechnungseinheiten? Im Moment ist die Abrechnungseinheit der tagesgleiche Pflegesatz. Die Abrechnungseinheit

LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen LVR-Klinikverbund **LVR**
Qualität für Menschen

Vorstellungen des LVR für die praktikable Umsetzung der Eckpunkte

Schritt 1:
Neuordnung der PsychPV Behandlungsbereiche (Ergänzung um z.B. Home Treatment, Akut-Tageskliniken, etc.)

Schritt 2:
Empirische und normative Definition der Personalbedarfe in Zeiteinheiten je Berufsgruppe

Schritt 3:
Entwicklung eines Entgeltkataloges auf Basis der „neuen“ PsychPV-Behandlungsbereiche

Schritt 4:
Grundlage für die Budgetermittlung

Schritt 5:
Abrechnung über behandlungsbereichsbezogene Module + klinikindividuelles Basismodul (B)

Patientenbezogene Komponente				Basiskomponente (klinikindividuell)			
A1	....	Ax	....	Standorte			
S1	....	Sx	....	Pflichtversorgung			
G1	....	Gx	....	Hygiene			
K1	....	Kx	....	.....	

Klinikbudget - SOLL

A1	S1	G1	K1	Ax	Sx	A1
B	B	B	B	B	B	B

Klinikbudget - IST

LVR-Dezernat Klinikverbund und Verbund Heilpädagogischer Hilfen LVR-Klinikverbund **LVR**
Qualität für Menschen

Ihre Frage: Was kommt auf die Landschaftsverbände mit dem neuen Entgeltsystem zu?



Meine Antwort heute:
Rufen Sie mich 2021 nochmal an!
(+49 221 809-0)

wäre nach dem PEPP, PEPP gewesen. Bleibt es dabei oder könnte man nicht sagen: Kann man diesen PEPP-Katalog zu einem Modulkatalog umarbeiten? Dann hätte man Module, die man landesweit oder bundesweit festlegt, und ein klinikindividuelles Basismodul. Das würde insgesamt das Klinikbudget ergeben und wäre eine praktikable Möglichkeit. Es gibt sicher auch noch andere.

Was kommt auf die Landschaftsverbände mit dem neuen Entgeltsystem zu? Das ist sie wieder, meine Kristallkugel. Rufen sie mich 2021 nochmal an.

Wie muss der neue Ansatz ausgestaltet werden, um ein gutes Behandlungsangebot zu gewährleisten?

Prof. Dr. Peter Kruckenberg

Prof. Dr. Peter Kruckenberg war ärztlicher Direktor an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bremen und ist in der Aktion Psychisch Kranke und in der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) engagiert.



Ich hoffe Ihnen ist inzwischen klarer geworden, was es mit dem neuen PEPP-System auf sich hat, was damit beabsichtigt, begonnen und verdreht wurde, welche Zielorientierungen und auch welche Strukturen vorgegeben und eben auch nicht vorgegeben wurden.

Seit Mitte der 60er Jahre gibt es nach meiner Kenntnis keine gestaltende Mitwirkung der Arbeitsgruppe des GKV-Spitzenverbandes, um das psychiatrische Versorgungssystem zu verbessern. Es gab nur Verhinderungsaktionen. Das hat sich bis heute nicht geändert. Die DKG hat sich etwas durchmischer verhalten. Nun sind aber diese Organisationen beauftragt, die parlamentarischen Beschlüsse zur Finanzierung des Psychiatrie-Systems umzusetzen und zu kontrollieren. Ohne eine begleitende unabhängige Expertenkommission sind diese Organisationen für diese Aufgabe nicht geeignet.

Dabei geht es darum das Hilfesystem für psychisch Kranke zu verändern – inhaltlich, konzeptionell, strukturell und in einer Art und Weise, wie man

diesen Mitbürgern respektvoll und unterstützend persönlich begegnet. Das ist – auch international – auf dem Wege. Gerade in dieser Hinsicht zeigte das vorgeschlagene PEPP-System grundlegende Defizite.

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen haben oft besondere Probleme, ihr Leben selbst zu gestalten. Was sie brauchen ist eine verständnisvolle, vernünftige, personenzentrierte, ausreichend niederschwellige und kontinuierliche Begleitung. Das ist in der Psychiatrie lange nicht verstanden worden. zum Teil heute auch noch nicht.

Wie ist ein Finanzierungs- und Qualitätsbegleitungssystem auf den Weg zu bringen?

Ich habe etwas Erfahrungen mit solchen Prozessen. 1981 haben wir für eine größere psychiatrische Klinik ein Personalbemessungsinstrument verhandelt und immerhin sechzig neue Stellen bekommen. Un-

sere Argumente sind bei den Krankenkassen und den Richtern angekommen. Das haben wir versucht in den folgenden Jahren u.a. in der Bundesdirektorenkonferenz weiterzuführen. Die Gesetzlichen Krankenversicherungen haben in der für die Psychiatrien politisch wichtigen Phase zwischen 1981 und 1989 mit Erfolg verhindert, dass es in den Verhandlungen zu irgendwelchen Ergebnissen kam.

Das Bundesgesundheitsministerium bildete in diesem Zusammenhang eine Expertenkommission, die 1991 ein Konzept für die Personalbemessung in den psychiatrischen Kliniken vorlegte. Von dieser wurden damals die Leistungszeiten von besonderen Leistungen, die in den Landeskliniken erbracht wurden, gemessen.

2/3 dieser Leistungen sind nicht auf einzelne Patienten bezogen. Stattdessen wurde geschaut, wo bestimmte – von den Leistungsbedarfen einigermaßen abgrenzbare – Patientengruppen auf den Stationen behandelt wurden und welche Stationen dafür eine halbwegs vernünftige Personalausstattung hatten. Von dem ausgehend wurde für definierte Patientengruppen ein Standard ermittelt. Im Wesentlichen ging es um Regelbetreuung, Intensivbetreuung und psychotherapeutische Behandlung. Die so ermittelte Personalausstattung wurde für die verschiedenen Tätigkeiten – von Therapiezeiten bis hin zu Abstimmungszeiten und Fortbildungsaufwand – als erforderliche Minutenwerte pro Woche geschätzt, die Sie aus der Psychiatriepersonalverordnung (Psych-PV) kennen.

Die Umsetzung hat hervorragend funktioniert. Meiner Erfahrung nach war das das einzige Mal, dass eine politisch entschiedene Bedarfsplanung gut, praktisch widerspruchsfrei umgesetzt wurde. 1996 ist diese Verordnung evaluiert und positiv bewertet worden – außer vom GKV-Spitzenverband, aber durchaus von leitenden Krankenkassenmitarbeitern. Vor allem die Mitarbeiter in der Psychiatrie waren zufrieden mit der Personalbemessung, die Gewerkschaft ÖTV ebenfalls.

Politischer Gegenwind

Ab 1996 verschlechterte sich die Situation mit jährlichem Personalabbau, weil die Tarifsteigerungen nicht übernommen wurden. Im Laufe der Zeit wurde an vielen Krankenhäusern und von den Krankenkassen die Psych-PV nicht mehr als verbindlich angesehen, obwohl sie weiterhin gesetzlich festgelegt war.

Um Ihnen deutlich zu machen, wie diese politischen Prozesse ablaufen, in denen wir uns jetzt gerade wieder bewegen, komme ich auf die Jahre nach

2000 zu sprechen. Damals war es immerhin gelungen in Auseinandersetzungen mit dem Bundesgesundheitsministerium deutlich zu machen: Fallpauschalen für die Psychiatrie sind Unfug. Wir konnten mit US-amerikanischen Forschungsergebnissen überzeugen, die uns im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geglaubt wurden. So blieben die Psychiatrien erst einmal vom DRG-System verschont. Erst als das DRG-System in den somatischen Kliniken angeblich gut lief wurde 2008 gesagt, dass nun auch die Finanzierung der Psychiatrien reformiert werden müsste. Das fanden wir angesichts des fortdauernden Personalabbaus auch gut und haben damals über Aktionen und über Gespräche mit den Abgeordneten ein – letztlich relativ gutes – Krankenhausreformgesetz beeinflussen können.

Dieses enthielt vier Aufträge für die Selbstverwaltung (Spitzenverband der Krankenkassen GKV/PKV und DKG):

- Die Psych-PV wieder herstellen;
- ein tagesbezogenes, bedarfsgerechtes und an den Leistungskomplexen der Psych-PV orientiertes Entgeltsystem weiterentwickeln und Konzepte für
- sektorenübergreifende Maßnahmen und
- Evaluationen entwerfen.

Die beiden letzten Aufträge wurden praktisch nicht bearbeitet. Die GKV hatte diesbezüglich gar nicht reagiert und kein Interesse daran, zu evaluieren, welche neuen Entwicklungen für ein Entgeltsystem in der Psychiatrie zu berücksichtigen seien. Das betrifft z.B. die Erkenntnis, dass nicht die Diagnose der Erkrankung für die Personalbemessung im Vordergrund steht, sondern die Schwere der Erkrankung und der damit verbundenen Beeinträchtigungen bei der Selbstgestaltung der Lebensverhältnisse und der Teilhabe am sozialen Leben. Daraus ergeben sich weitere Denkprozesse: Was muss konzeptionell im Behandlungssystem verändert werden, damit die einzusetzenden Ressourcen, die praktische Umsetzung dieser Erkenntnisse und eine interessenneutrale Überprüfung der Praxis zusammenpassen?

Wesentliche Helfer in der Weiterentwicklung des psychiatrischen Versorgungssystems sind die Psychiatrieerfahrenen. Ich bin stellvertretender Patientenfürsprecher in der Psychiatrie, beauftragt vom Bremer Senat. Mein Chef ist ein Psychiatrieerfahrener und unsere Gespräche in diesem Zusammenhang sind äußerst produktiv und lebendig.

Wie können wir auf politische Entscheidungen einwirken?

Ich bin ab und zu für Anfragen in den Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags geladen. Dort hat man oft den Eindruck gegen eine Wand aus vorgefertigten Einschätzungen und Kürzungsinteressen zu laufen. Einfluss- und Entwicklungschancen ergeben sich eher durch persönliche Netzwerke, die man mit anderen zusammen aufbauen konnte. Mit Vertretern der Aktion Psychisch Kranke und der Plattformverbände ist es manchmal möglich, Inhalte und Konzeptionen zu transportieren – sogar bis in die politisch entscheidenden Räume hinein.

Wichtig ist dabei aber, dass wir uns nicht in Kleinram verlieren, sondern darauf konzentrieren, wie es auch in schwierigen Situationen für psychisch kranke Menschen möglich werden kann, ihr Leben anders zu gestalten und Krisen zu bewältigen und welche personenspezifischen Hilfen dafür sinnvoll und wirksam sind. Nehmen wir dagegen dieses unsinnige, neoliberale Preissystem für definierte Teilleistungen. Das bildet aber nur ein Drittel oder oft auch weniger des Leistungsgeschehens in der Psychiatrie ab. Darüber finanziert, wird die Personalausstattung immer geringer und die Arbeit immer schwieriger.

Die Umsetzung der eigentlich guten Ansätze im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz von 2010 ist von der Selbstverwaltung ausgebremst worden – insbesondere von der GKV, aber auch vom damaligen FDP-Gesundheitsminister. Es wurde eben nicht gefragt: Wie müssen Strukturen beschaffen sein, die an den Leistungskomplexen der Psych-PV orientiert sind und Setting-übergreifend funktionieren? Stattdessen wurde der Ist-Zustand der Personalausstattung methodisch fehlerhaft in Kalkulationskrankenhäusern gemessen, auf einem Niveau der Minderausstattung, das überhaupt nicht überprüft wurde. Herr Dr. Heimig, Geschäftsführer des Institutes für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), hat wiederholt gesagt: „Die Psychiatrie muss lernen, dass sie sich messen lässt.“ Ich habe gesagt: „Das Institut muss lernen, was es messen soll und wie es was misst.“

Das methodische Niveau, auf dem „gemessen“ wird ist unglaublich defizitär, die Anreizwirkungen der Ergebnisse extrem fehlsteuernd. Zum Beispiel sind die Zeitwerte einschließlich der Einstufung in Relativgewichte vor allem Diagnose bezogen. Der Schweregrad spielt nur am Rande eine Rolle. Auch die vielen Vertreter der Fachverbände wussten das, aber sie haben sich anfangs nicht getraut das auch zu sagen. Als sich das änderte und auch die DKG

2012 dem ersten PEPP-Entgeltsystem widersprochen hat, ist sie vom Ministerium übergangen worden. Das ist der politische Hintergrund, der nur wenig mit Fachfragen zu tun hat.

Es ist einmalig, dass siebzehn der mittlerweile zwanzig Fachverbände eine gemeinsame, kritische Position vertreten, die im Moment noch Bestand hat. Unterstützt von Demonstrationen und persönlichen Gesprächen mit Abgeordneten, hat das politischen Einfluss bis in die CDU/CSU entfalten können. Am Ende gab es die Bereitschaft des BMG zu einem sogenannten „strukturierten Dialog“ und das Ergebnis ist vorerst das Eckpunktepapier vom 18. 2. Versuche, Krankenhäuser auch mit Geld zu motivieren, damit sie optieren und sich an das neue Preissystem gewöhnen, sie haben überwiegend nicht gefruchtet. Im Gegenteil. Viele haben sich hinterher geärgert, mitgemacht zu haben: Lieber auf das Geld verzichten, statt diesen zusätzlichen Personalaufwand für unsinnige Überprüfungen zu ertragen.

Was wir brauchen ist kein unsinniges Kontrollsystem, sondern ein dialogisches, fachlich begleitetes System, orientiert an der Frage: Ist das, was wir innerhalb und außerhalb der klinischen Psychiatrie tun, sinnvoll in Bezug auf moderne Psychiatrie? Dazu bedarf es verbindlicher Diskurse und auch regionaler Öffentlichkeit.

In Bremen versuchen wir das. Vor zwei Jahren wurde im Parlament von allen Fraktionen einstimmig beschlossen, dass der Senat beauftragt wird, bis zum Jahr 2021 mit sechs klaren Aufträgen Strukturveränderungen im psychiatrischen Versorgungssystem auf den Weg zu bringen. Das wird jährlich überprüft und ein bisschen von der DGSP aber auch von den Psychiatrieerfahren und den Vertretern der Angehörigen begleitet. Das hat die Kultur verändert, wie miteinander gesprochen und umgegangen wird.

Sicher ist dieser Prozess auch konfliktreich. Etwa wenn es um die Zunahme von Zwangsmaßnahmen geht oder um Personalabbau entgegen den Vorgaben der Psych-PV. Aber nur friedlich ist nichts im Leben. Das wissen Sie, und die Patienten wissen es am besten.

Das Eckpunktepapier

Immerhin ist es den Fachverbänden gelungen, die Koalitionspartner zur Umsetzung ihrer Vereinbarung zu motivieren und mit dem BMG am 18.2. 2016 ein Positionspapier „Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems“ vorzulegen, als Grundla-

ge für ein in diesem Jahr zu verabschiedendes neues Entgeltgesetz. Die positiven und die kritischen Punkte sollen an einigen Folien mit Textzitate kurz angesprochen werden:

Leistungsorientierung und Transparenz: Das ist allgemein formuliert und sagt nicht viel aus. Immerhin ist die „sektorenübergreifende Versorgung“ genannt, wenn auch wenig konkret. Der entscheidende Punkt – und da kommt die Politik nicht mehr von runter – sind die Vereinbarungen über ein bedarfs- und leistungsgerechtes regionales Budget, in dem die regionalen Bedingungen und hausindividuellen Besonderheiten berücksichtigt werden müssen. Daran müssen wir anknüpfen und vor allem darüber weiter diskutieren, was denn „leistungsorientiert“ bedeuten soll.

Die „Verwendung von Kostendaten der Kalkulationskrankenhäuser“ ist Unfug. Die jetzt erhobenen Kostendaten sagen fast nichts aus über die Qualität und Notwendigkeit dessen, was bedarfsgerecht ist und was nicht bedarfsgerecht ist.

In Zweifel gezogen werden kann auch die Qualifikation des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Das ist vor allem ein Instrument der Leistungserbringer und Kostenträger mit wenig fachlicher externer Unterstützung.

Das m.E. einzig Vernünftige, das der G-BA in den letzten 25 Jahren hinbekommen hat, das sind die Vorgaben für die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) aus dem Jahr 2001. Wir haben in den Verhandlungen und vor der Schiedsstelle

KERNAUSSAGEN DES ECKPUNKTE- PAPIERS (I.)

1. Festhalten am Grundsatz von Leistungsorientierung und mehr Transparenz
2. Prüfung systematischer Veränderungen u.a. mit Förderung der sektorenübergreifenden Behandlung
3. Vereinbarung von bedarfs- und leistungsgerechten regionalen Budgets mit Berücksichtigung regionaler Bedingungen und hausindividueller Besonderheiten
4. Festhalten an Leistungsorientierung der Vergütung und der empirischen Kalkulation

Verbindliche konkrete Umsetzung betrifft nur 3. 1./2./4. sind allgemeine Zielsetzungen

AUSGESTALTUNG ALS BUDGET- SYSTEM (II.1)

1. für stationäre und teilstationäre Leistungen (nicht für ambulante, zB. PIA)
2. Berücksichtigung von leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten (z.B. regionale Versorgungsverpflichtung, weiteres offen)
3. Berücksichtigung von krankenhausindividuellen Notwendigkeiten (ggf. mehrjährige Anpassungsvereinbarungen)
4. **Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen entfällt**

*Stärkung Verhandlungsebene vor Ort
- aber Rahmenbedingung zu 2. und 3. offen*

KALKULATION BUNDESEINHEITLICHER BEWERTUNGS- RELATIONEN AUF GRUNDLAGE EMPIRISCHER DATEN (II.2)

1. Verwendung der Kostendaten von Kalkulationshäusern als repräsentative Kalkulationsgrundlage
2. Voraussetzung der Teilnahme ist Erfüllung von Qualifikationsvorgaben durch G-BA - verbindliche, auf (evidenzbasierten) Leitlinien gestützten Mindestvorgaben zur Personalausstattung
3. für die **Kalkulationshäuser wird eine 100%ige Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) vorgegeben**

Kostendaten sind nicht repräsentativ und bilden den Patienten-(gruppen-)bezogenen Aufwand nicht ab; Leitlinien sagen zumeist nichts über den erforderlichen Personalaufwand aus; erste G-BA-Ergebnisse nicht vor 2020 - Psych-PV läuft aber 2018 aus. Aber Aufwertung der Psych-PV als bester Maßstab für Personalausstattung praktisch und konzeptionell wichtig

VERBESSERTER PERSONAL- AUSSTATTUNG (II.3)

1. G-BA wird beauftragt, verbindliche Mindestvorgaben für die personelle Ausstattung der stationären Einrichtungen festzulegen, bis zum 1.1. 2020
2. G-BA soll die Anforderungen der Psych-PV zur Orientierung heranziehen
3. Bei Ableitungsproblemen kann der G-BA **auch externe Expertise einbeziehen**

Zur Lösung evtl. Ableitungsprobleme des erforderlichen Personalaufwands muss bundesweit und auf dieser Basis eingegrenzt in der Region ein Konzept für eine personenzentrierte, lebensfeld- und teilhabebezogene settingübergreifende Krankenhausbehandlung im gemeindepsychiatrischen Verbund abgeleitet und zunächst in einer begrenzten Zahl Regionen evaluiert werden, schrittweise auch Leistungsträger-übergreifend. **Dazu muss eine beratende und evaluierende, bundesweit über einen längeren Zeitraum arbeitende Expertenkommission gebildet werden, die auch den G-BA berät.**

KRANKENHAUS- VERGLEICH ALS TRANSPARENZ- INSTRUMENT (II.4)

1. Nach Ende der budgetneutralen Phase ist auf Bundesebene ein Krankenhausvergleich als Orientierungsmaßstab für regionalen Budgetverhandlungen zu entwickeln.
2. Es soll transparent werden, inwieweit Unterschiede in der Höhe der Entgelte auf Leistungsunterschiede, strukturelle Besonderheiten oder andere krankenhausespezifische Aspekte zurückzuführen sind.

„budgetneutrale Phase“ ist überholt!
Sonst s. Anmerkungen zu II.3 (Expertenkommission!)

STÄRKUNG DER SEKTORENÜBER- GREIFENDEN VERSORGUNG DURCH EINFÜHRUNG EINER KOMPLEXEN PSYCHIATRISCHEN AKUT- BEHANDLUNG IM HÄUSLICHEN UMFELD (II. 5)

1. Psychiatrische Krankenhäuser sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen erhalten die Möglichkeit, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und stationärer Behandlungsbedürftigkeit in akuten Krankheitsphasen in deren häuslichem Umfeld durch mobile multiprofessionelle Behandlungsteams zu versorgen.
2. Diese Leistungen sind im Rahmen der Krankenhausvergütung zu erstatten... Das System der PIA bleibt unberührt.
3. Das Nähere zur Umsetzung und zur Vergütung der neuen Leistung vereinbaren die Vertragspartner auf Bundesebene (DKG, GKV-SV und PKV) innerhalb einer gesetzlich festzulegenden Frist. Im Nichteinigungsfall entscheidet die Schiedsstelle auf Bundesebene.

Die begrüßenswerte Einführung des **Hometreatment** im Rahmen des regionalen Krankenhausbudgets bedarf nach den Erfahrungen seit der Enquete der Begleitung einer unabhängigen Expertenkommission (s.o.). Bei der Einführung des Hometreatment sind die Vorhaltekosten, bei der Evaluation im Verlauf — sind die mittelfristigen Folgekosten einzubeziehen.

erreichen können, dass die Krankenkassen die Kriseninterventionen in der Nacht mitbezahlen müssen.

Kalkulationskrankenhäuser brauchen eine hundertprozentige Umsetzung der Psych-PV. Immerhin wird hier die Psych-PV politisch aufgewertet und die ist in ihren Zielvorgaben normativ. Wir brauchen für die regionalen Verhandlungen normative Vorgaben für die gebotene Mindestpersonalausstattung bei der Behandlung Schwerkranker.

Verbesserte Personalausstattung: Immerhin steht verbindlich in den Eckpunkten, dass der G-BA die Psych-PV berücksichtigen muss, um die Mindestvorgaben für die Personalbemessung bis 2021 zu entwickeln. Wichtig ist auch, dass eine externe Expertise einbezogen werden muss. Wir fordern seit zwanzig Jahren eine externe Expertenkommission, um die Umsetzungsprozesse interessenneutral und fachlich ausgewiesen zu begleiten.

Krankenhausvergleiche, das ist ein heikler Punkt in der Umsetzung und muss sorgfältig gemacht werden. Was soll denn verglichen werden? Einzelne durchschnittliche Daten, z.B. die Verweildauer, sagen ohne den funktionalen Zusammenhang im Versorgungssystem fast gar nichts aus. Es muss vielmehr überprüft werden, ob Krankenhäuser im Rahmen eines innovativen, dem Stand der psychiatrischen Versorgung gemäßen, personenzentrierten, an Lebensfeld und Teilhabe orientierten Settings übergreifend arbeiten. Für solche Überprüfungen müssen zunächst die passenden Strukturen geschaffen und die entsprechend qualifizierten Institutionen und Personen gefunden werden.

Es ist wichtig, dass dieses System in der Einführungsphase unter budgetneutralen Bedingungen etabliert wird.

Überlegungen zur Konzeption und Umsetzung eines bedarfsorientierten praktikablen Entgeltsystems

Empfehlung der „Aktion psychisch Kranke“ (September 2014, s. Homepage): Ausgangspunkt ist das Grundkonzept, das bei der Psych-PV orientierend war.:

- Patienten sind bedarfsorientiert einzuschätzen:
Wie hoch ist der Aufwand, den sie individuell benötigen, um eine vernünftige Versorgung zu bekommen, zugeordnet zu Aufwandsstufen?
- Die wesentlichen Bedarfsstufen, die sich bei der Zuordnung bewährt haben, das waren die Regel- und die Intensivbetreuung. Mögliche Differenzierung: Diese beiden Ebenen können in fünf Stufen differenziert werden: Die Regelbetreuung in zwei Stufen, die aber nicht diagnosebezogen sind, sondern auf den zu erwartenden Aufwand zu beziehen sind; die Intensivbetreuung mit drei Stufen. Die notwendigen Kriterien, die man festlegen, aber nicht messen muss, stehen bereits in der OPS für

STÄRKUNG DER SEKTORENÜBERGREIFENDEN VERSORGUNG DURCH EINFÜHRUNG EINER KOMPLEXEN PSYCHIATRISCHEN AKUT-BEHANDLUNG IM HÄUSLICHEN UMFELD (II. 5)

1. Psychiatrische Krankenhäuser sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen erhalten die Möglichkeit, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und stationärer Behandlungsbedürftigkeit in akuten Krankheitsphasen in deren häuslichem Umfeld durch mobile multiprofessionelle Behandlungsteams zu versorgen.
2. Diese Leistungen sind im Rahmen der Krankenhausvergütung zu erstatten... Das System der PIA bleibt unberührt.
3. Das Nähere zur Umsetzung und zur Vergütung der neuen Leistung vereinbaren die Vertragspartner auf Bundesebene (DKG, GKV-SV und PKV) innerhalb einer gesetzlich festzulegenden Frist. Im Nichteinigungsfall entscheidet die Schiedsstelle auf Bundesebene.

Die begrüßenswerte Einführung des Hometreatment im Rahmen des regionalen Krankenhausbudgets bedarf nach den Erfahrungen seit der Enquete der Begleitung einer unabhängigen Expertenkommission (s.o.). Bei der Einführung des Hometreatment sind die Vorhaltekosten, bei der Evaluation im Verlauf — sind die mittelfristigen Folgekosten einzubeziehen.

die Intensivbetreuung und können übernommen werden.

- Mit diesen fünf Stufen hat man sofort ein Einstufungssystem für jeden Patienten. Das dauert im Regelfall vielleicht drei Minuten, wenn man den Patienten kennt (und bedarf nicht der Messungen von Teilleistungen, deren Beitrag zur Gewichtung ohnehin nicht quantifizierbar ist). Notwendig ist nur die faire, bedarfsbezogene Zuordnung zu einer durch die Stufe definierten Tagespauschale, die von dem Behandlungsteam des Patienten in einem vorgegebenen Rahmen genutzt werden kann und am Folgetag neu bestimmt wird.

Was für ein Entgeltsystem braucht die gemeindenahe integrierte Versorgung?

Nils Greve



Nils Greve ist Psychologe, Facharzt für Psychiatrie und Geschäftsführer der Gesellschaft für psychische Gesundheit in NRW gGmbH (GpG NRW).

Ich möchte mich bedanken, dass die Veranstaltung heute auch den Blick auf die gemeindepsychiatrischen Einrichtungen vorsieht. Es wurde schon darauf hingewiesen, dass eine sektorenübergreifende Versorgung nicht nur vom stationären Bereich ausgehen kann. Das ist für mich der Ausgangspunkt. Was für ein Entgeltsystem braucht die gemeindenahe integrierte Versorgung? Welche Konsequenzen hatte die bisherige PEPP-Erprobung für Träger der Gemeindepsychiatrie? Diese Fragen beantwortete ich am Ende meines Vortrages. Vorher möchte ich die Gelegenheit nutzen, Ihnen die gemeindepsychiatrische Integrierte Versorgung vorzustellen.

Was ist gemeindepsychiatrische Versorgung?

Den Begriff Gemeindepsychiatrie haben wir erst nachträglich erfunden. Als die Psychiatrie-Enquete 1975 erschien, war noch von gemeindenaher Psychiatrie die Rede. Erst die Expertenkommission der Bundesregierung verfolgte ein verbundförmiges Konzept der psychiatrischen Versorgung. Es wurden Ver-

sorgungsgebiete definiert, in denen ein solches Konzept realisiert werden sollte. Die Stadt Solingen mit ihren 160.000 Einwohnern, in der ich arbeite, ist zum Beispiel ein solches Gebiet. Die Krankenhäuser haben nur eine Annäherung an „Gemeindenahe“ geschaffen, indem sie interne Sektoren gebildet haben. Auch das ist ein Sektor-Begriff, einer von vielen. So gibt es in der Langenfelder Klinik zum Beispiel einen Sektor, der für Solinger Patienten zuständig ist, einen für Patienten aus Leverkusen und einen für die angrenzenden kleinen Städte in der Nähe.

Die „Kommission zur Personalbemessung im ambulanten-komplementären Bereich“ wollte eigentlich, dass psychisch schwer erkrankte Menschen Komplexleistungen aus allen Sozialgesetzbüchern bekommen. Das ist bis heute ein schöner Traum. Insbesondere die Kostenträger der unterschiedlichen Sozialgesetzbücher agieren höchst selbstständig nebeneinander her.

Gemeindenahe Psychiatrie als Begriff klingt nach räumlicher Erreichbarkeit. Das war auch kein schlechter Anfang, denn die Anstalten waren früher für die Patienten und ihr Umfeld weit weg. Gemein-

depsychiatrie legt den Akzent etwas anders: Psychiatrische Hilfen aller Art sollen Teil der kommunalen Daseinsfürsorge sein. Dazu gehören Vereine wie der Psychosoziale Trägerverein Solingen, aber auch die sozialpsychiatrischen Dienste, die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, die Fachkliniken und Fachabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern, die ungefähr die Hälfte der Patienten in NRW versorgen. Dazu kommen noch jene Dienste, die früher aus der Krankenhausversorgungsbildung komplementär hießen, weil sie ergänzend waren. Diese Angebote machen heute rund 30-35% der Gesamtkosten für die Versorgung psychisch erkrankter Menschen aus. Dazu gehört neben der Behandlung beispielsweise auch die Eingliederungshilfe. Das Ideal: Solche Komplexleistungen werden wie aus einer Hand Menschen angeboten, die sich nicht als erfolgreiche Kunden alles selber zusammenkaufen können und deshalb oft ohne passende Hilfen bleiben. Die Rede ist also von vernetzten Diensten und gemeindepsychiatrischen Verbänden (GPV).

Gemeindepsychiatrische Verbände gibt es schon an vielen Orten und sie gruppieren sich in der Regel um Kooperationsverträge. In Solingen zum Beispiel hat der gemeindepsychiatrische Verbund für seine Hilfeplankonferenz eine Geschäftsordnung entwickelt, die Grundlage für die Zusammenarbeit ist. Die meisten Kooperationsverträge sind „Good Will“-Verträge. Das heißt, es gibt keine finanziellen Verbindlichkeiten und kein Gesetz, sondern nur die Absicht, auf den Einzelfall bezogen gut zusammenzuarbeiten. Solche Hilfeplankonferenzen erfassen meist nur Leistungen der Eingliederungshilfen zum Wohnen, allenfalls Hilfen zur Arbeit. Insbesondere Hilfen der Behandlung sind mit dem Instrument des „integrierten Hilfeplans“ – wie er in NRW genannt wird – gar nicht wirklich zu planen. Immerhin häufiger wird die einzelfallbezogene Zusammenarbeit, die von einer so

Gemeindepsychiatrie

- „Gemeindenaher Psychiatrie“: räumliche Erreichbarkeit
- „Gemeindepsychiatrie“: Teil der kommunalen Daseinsfürsorge

Dazu gehören:

- Sozialpsychiatrische Dienste
- Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten
- Fachkliniken und Fachabteilungen an Allgemein-Krankenhäusern
- „Komplementäre“ Dienste – SPZ-Vereine
 - Aufbau multipler Hilfeangebote der Rehabilitation und Eingliederungshilfe, Pflege, Ergo- und Soziotherapie
- Ideal: Komplexleistungen „wie aus einer Hand“
- Vernetzung, Gemeindepsychiatrischer Verbund

3

Praxis der Kooperation im GPV

- Grundlage: Kooperationsvertrag (z. B. Integrierte Versorgung), Leitlinie, Geschäftsordnung für Hilfeplankonferenz etc.
 - geringer bis mäßiger Verbindlichkeitsgrad (außer IV)
- Häufigste Kooperationsform: Hilfeplankonferenz
 - meist nur SGB XII, allenfalls II/III, nicht SGB V
- Koordinierende Bezugsperson: Lotse, Anker, „Fallmanager“
 - einrichtungsübergreifend
- Netzwerkgespräche, Fallbesprechungen, Helferkonferenzen etc.
- Erstkontakt zum Hilfesystem, „trägerunabhängige Erstberatung“
 - ... in wessen Trägerschaft?
- Krisendienst
 - unabhängig, additiv oder integriert

4

genannten „koordinierenden Bezugsperson“ organisiert, überwacht und zusammengehalten wird. In einem gut strukturierten Verbundsystem haben Patienten oder Klienten so eine Ankerperson, die aufpasst, dass alles in den richtigen Bahnen verläuft, Hilfe vom Arzt oder Hilfen des betreuten Wohnens bei ihnen ankommen. Ob diese Person Weisungsrecht gegenüber den Einrichtungen hat, das ist allerdings eine der Fragen, die immer wieder aufkommen. Netzwerke, Fallbesprechungen, Helferkonferenzen sollen hinzukommen, damit die Beteiligten wirklich zusammenarbeiten. Und es gibt die Idee einer trägerunabhängigen Erstberatung für Klienten, die am Anfang aller Hilfen stehen und wo man noch nicht weiß, was sie wirklich brauchen. Trägerunabhängig sollte das Angebot sein, damit die Berater nicht die Interessen ihres Arbeitgebers vertreten. Das ist ein bislang ungelöstes Problem. Unabhängig-

Perspektive: Zusammenarbeit im Verbund

Zusammenführung von Kompetenzen

- ... **der niedergelassenen Ärzte**: Basisbehandlung vor Ort, z. T. Spezialangebote
- ... **der niedergelassenen Psychotherapeuten**: breite psychotherapeutische Versorgung
- ... **der Kliniken und Fachabteilungen**: Schwerpunkt auf multimodalen störungsspezifischen Therapien in therapeutischen Milieus
- ... **der Gemeindepsychiatrie**: Schwerpunkt auf personenzentrierten ganzheitlichen Hilfen im alltäglichen Lebensumfeld

5

Unsere Leitlinien (Kompetenzen der Gemeindepsychiatrie)

- Kleinräumige („gemeindenah“) regionale Zuständigkeit, „Pflichtversorgung“
- Ganzheitliche „personenzentrierte“ Hilfen aus allen SGB
- Lebensweltorientierung
- Netzwerkstrukturen
- Koordinierende Bezugspersonen (Fallmanager) über alle Hilfearten
- Aufsuchende Hilfen (Home Treatment)
- Bedürfnisangepasste Behandlung, Offener Dialog, Assertive Community Treatment usw.
- Trialog: z. B. Psychoseseminare, Beschwerdestellen, Peer-to-Peer-Beratung (EX-IN)

6

ge Instanzen, die gut vernetzt und wirksam beraten können, gibt es meines Wissens nicht. Im Rheinland nehmen Sozialpsychiatrische Zentren so eine gewisse interne Verbundfunktion wahr. Eine bessere Annäherung an diesen Anspruch gibt es derzeit nicht. Wir brauchen auch Hilfen für Krisensituationen, die jederzeit rund um die Uhr erreichbar sind. Es gibt verschiedene Modelle, in den meisten Regionen fehlen sie aber.

Wenn wir im Verbund mit allen Beteiligten zusammenarbeiten, können wir deren spezielle Kompetenzen zusammenführen: Die niedergelassenen Ärzte, die oft über viele Jahre hinweg ihre Patienten kennen und behandeln, wenn auch vorwiegend im medizinischen Spektrum; die niedergelassenen Psychotherapeuten, die gesetzlich und nach ihren

Richtlinien auch mehr anbieten könnten als fünfzigminütige Gespräche für Leichtkranke. Das scheitert aber mal wieder am Vergütungssystem. Kliniken und Fachabteilungen sind sicher diejenigen, die mit verschiedensten, multimodalen Therapien arbeiten, aber überwiegend in therapeutischen Milieus und nicht zu Hause bei den Patienten. Die gemeindepsychiatrischen Vereine, die sogenannten komplementären Leistungsanbieter, sind damit groß geworden zu Menschen nach Hause zu gehen, von ihrem Lebensumfeld her zu denken und eine Reihe von Hilfen zu kombinieren. Zu Beginn meines jetzigen Jobs als Leiter des „Psychosozialen Trägervereins Solingen“ bat mich mein Aufsichtsrat, alle Vergütungsquellen zu ermitteln. Das waren zwanzig verschiedene Vergütungsrichtlinien.

Gemeindepsychiatrie ist kleinräumig. Köln beispielsweise wäre nicht eine Region, sondern etliche. Die Sozialpsychiatrischen Zentren (SPZ) sind ähnlich organisiert. Pflichtversorgung heißt in diesem Fall nicht ganz das gleiche, was Krankenhäuser nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychi-

schischen Krankheiten (PsychKG) tun. Im gemeindepsychiatrischen Verbund wollen wir möglichst alle personenzentrierten Hilfen aus allen Sozialgesetzbüchern in der Versorgungsregion vorhalten. Ausgangspunkt ist die Lebenswelt der Betroffenen, nicht das Wohnheim, die Tagesstätte, die Station als Kunstwelt. Wir orientieren uns an internationalen Vorbildern. Schlagworte sind hier „aufsuchende Hilfen“, weil nicht alle Menschen zum Behandlungsort finden, zum Beispiel die Bedürfnisangepasste Behandlung mit dem Offenen Dialog; Betroffene und Angehörige sollen mit eigener Stimme in den Trialog einbezogen sein.

Integrierte Versorgung

Bei dem Begriff „Integrierte Versorgung“ denkt man zunächst, das sei eine Versorgung mit allen Hilfen. Der Gesetzgeber hat diesen Begriff aber für den Spezialfall der sektorenübergreifenden Behandlungsformen im § 140 a des Sozialgesetzbuches V (SGB V) reserviert. Das ist etwas anderes als die von uns gedachten ganzheitlichen Hilfen aus allen Gesetzbüchern. Integrierte Versorgung nach § 140 a, das sind Selektiv-Verträge einzelner Krankenkassen mit einzelnen Leistungsanbietern. Patienten, die das wollen, müssen sich einzeln einschreiben. Das ist anspruchsvoll: Sie müssen in der richtigen Krankenkasse sein, den richtigen Leistungsanbieter vor der Nase haben und in einer psychischen Verfassung sein, das Angebot zu wollen. Schwer depressive oder psychotische Menschen werden das nicht sein. Aber immerhin ist das Ziel solcher Verträge, die vielen Grenzen im Versorgungssystem zu überwinden. Die integrierten Versorgungsverträge, zumindest in der Psychiatrie, machen entweder Verträge mit Krankenhäusern oder mit Akteuren aus dem System der Kassenärztlichen Vereinigung, also der niedergelassenen Ärzte und Pflegedienste, oder eben mit der Gemeindepsychiatrie. Das ist ein großer Nachteil. Denn wie wollen wir damit die Beteiligten zusammenbringen? Die bisherige Integrierte Versorgung in der Psychiatrie ist – höflich formuliert – sehr heterogen.

Integrierte Versorgung

Zwei Varianten:

- Integration aller erforderlichen Hilfen zu regionalen, verbundförmig vernetzten, personenzentrierten Angeboten **oder**
- Selektivverträge zu „sektorübergreifenden“ innovativen Formen der Behandlung (§ 140a SGB V)

Hier ist eigentlich die erste Definition gemeint:

- Wie kann die Krankenhausfinanzierung dazu beitragen?

Trotzdem zunächst die zweite:

- Verträge nach § 140a SGB V

7

Integrierte Versorgung: neue Möglichkeiten

- § 140a SGB V („Besondere Versorgung“):
 - Verträge mit einzelnen Krankenkassen
 - Einschreibverfahren
 - Erbringung von Leistungen durch ausgewählte Vertragspartner
 - Ziel: Überwindung von Grenzen zwischen Fachgebieten oder Versorgungssektoren
- Hauptpartner der Kassen: Krankenhäuser oder KV-Ärzte (und Pflegedienste) oder Gemeindepsychiatrie
- Heterogene Landschaft der psychiatrischen IV, insbesondere bezüglich struktureller Innovationen

8



IV-Verträge vom NWpG-Typ

- Derzeit größter IV-Vertrag in der Psychiatrie (> 10 000 eingeschriebene Versicherte): „Netzwerk psychische Gesundheit“ (NWpG), TK, KKH, AOK RH, DAK S-H u. a.
- Add-on-Leistungen, ergänzend zur Regelbehandlung (Vertragsärzte und –psychotherapeuten, Krankenhäuser)
- Einschreibung erforderlich – Hürde für viele Betroffene
- Erstes Modell für eine breite Einführung mobiler gemeindepsychiatrischer Teams in Deutschland
- Ziel:
 - Ertüchtigung der ambulanten Behandlung, Aufbau ambulanter – ggf. aufsuchender – Komplexbehandlung durch Schaffung zusätzlicher Angebote
 - Reduzierung stationärer und teilstationärer Krankenhaustage, soweit diese lediglich durch unzureichende ambulante Strukturen bedingt sind

(9)

Vorteile ambulanter Hilfen

- Ambulante Angebote sind preiswerter als stationäre
 - jedenfalls auf lange Sicht (pro Versicherten)
 - aber nicht notwendig z. B. pro Tag
- Ambulante Hilfen finden im sozialen Umfeld statt
 - Vermeidung von Dekontextualisierung
 - ggf. Vermeidung von Zwangseinweisungen
 - Besserer Transfer ins private Umfeld
 - aber: Schutzräume und therapeutische Milieus können erforderlich sein!
- Bessere, v. a. nachhaltigere Ergebnisse
 - Leitlinien, z. B. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien ..., DGPPN

(10)

Das Netzwerk psychische Gesundheit (NWpG)

ist mit Abstand inzwischen der größte IV-Vertrag in der Psychiatrie und ermöglicht uns, in relativ vielen Regionen mobile gemeindepsychiatrische Teams vorzuhalten. Ziel des Vertrages ist die Ertüchtigung der ambulanten Behandlung durch Aufbau ambulanter Komplexangebote, also über den niedergelassenen Arzt, den Psychotherapeuten, Ergotherapeuten hinaus ganzheitliche Hilfen anzubieten. Die Kassen wollen über solche ambulanten Hilfen Krankenhauskosten reduzieren. Internationale Studien legen nahe, dass die ambulanten Angebote auf lange Sicht preiswerter sind als die stationären. Aber ein einzelner Behandlungstag ist nicht von vorneherein billiger. Wenn zwei Fachkräfte – eine davon womöglich

noch ein Arzt – einen Menschen 1 ½ Stunden zu Hause aufsuchen, dann kostet das mindestens so viel wie ein stationärer Tag in der LVR Klinik Langenfeld. Nur weil diese Besuche auf Dauer nicht jeden Tag nötig sind, wird es später billiger. Entscheidend ist aber, dass die Hilfen dort stattfinden, wo Menschen leben. Sie werden nicht aus ihren gewohnten Kontexten herausgerissen, was häufig auch mit weniger Zwang verbunden ist. Das Erlernte kann später auch leichter ins eigene Umfeld übernommen werden. Bislang ist die intensive psychiatrische und insbesondere psychosomatische Behandlung in Deutschland überwiegend in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken organisiert. Der Transfer der nützlichen psychotherapeutischen Behandlung ins häusliche Umfeld ist dann oft das Problem. Dennoch sind auch Schutzräume und therapeutische Milieus weiterhin erforderlich. Wir reden nicht darüber, die stationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vollständig entbehrlich zu machen.

(Was tun wir im Netzwerk im Rahmen des IV-Vertrages? Wir beginnen mit einer gemeinsamen Be-

standsaufnahme und einer Behandlungsplanung. Es gibt eine koordinierende Bezugsperson. Wir können den Betroffenen sagen: Wir sind rund um die Uhr erreichbar, können die traditionellen Elemente Sozialtherapie und Pflege auch zu Hause anbieten. Das NWpG unterhält in allen Regionen Krisenbetten, die auch Rückzugsräume oder Krisenwohnungen genannt werden. Im Krisenfall können wir anbieten, wenn jemand nicht ins Krankenhaus will und auch nicht unbedingt muss, in diese betreuten Rückzugsräume zu gehen. Das kann eine nützliche Alternative zum Krankenhaus sein und das ist international auch evaluiert.

Die NWpG-Verträge werden großräumig von Management-Gesellschaften geschlossen, so dass die Krankenkassen nicht für jedes einzelne Versorgungsgebiet einen Vertrag abschließen müssen. Die Ma-

agement-Gesellschaften machen ihrerseits Verträge mit den Leistungserbringern. Das sind gemeindepsychiatrische Komplexanbieter, Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen sowie auch Vertragsärzte. Die IV-Verträge für NRW wurden von den beiden gemeindepsychiatrischen Lobby-Vereinen AGpR und AGT ins Leben gerufen mit 13 Gesellschaftern. Jetzt haben wir 23 Gesellschafter, fast ausschließlich regionale Psychiatrie-Vereine, mit Ausnahme der Stiftung Bethel; einige Gesellschafter sind neben ihren gemeindepsychiatrischen Angeboten auch Krankenhaus-träger.

Die Gesellschaft für psychische Gesundheit in NRW (GpG) ist Vertragspartner der Krankenkassen und hat Verträge mit allen Leistungsanbietern. Die Patienten, die sich einschreiben, treffen nur auf die regionalen Leistungsanbieter. Die GpG erledigt alles Überörtliche, die GpG-Partner machen alles vor Ort, was für den Patienten erforderlich ist.

In NRW haben wir den NWpG-Vertrag mit verschiedenen Krankenkassen abgeschlossen, ein ähnlicher Vertrag existiert mit der GWQ Service Plus AG (SeGel), einer Management-Gesellschaft vieler Betriebskrankenkassen und der pronova BKK (ViaMente), einer Nachfolge der Bayer- und Ford Betriebskrankenkasse. Wir erbringen solche Leistungen seit 2012, haben 3.000 eingeschriebene Versicherte in NRW und versorgen so knapp die Hälfte der Region. Weitere Verträge sind in Vorbereitung. Wir haben 37 Leistungspartner, darunter auch sieben Fachkliniken, vier davon sind LVR und

NWpG: Leistungen im Einzelnen

- Assessment, Behandlungsplanung
- Koordinierende Bezugsperson/„Fallmanagement“
- Erreichbarkeit rund um die Uhr
- Soziotherapie
- Häusliche psychiatrische Krankenpflege
- Psychoedukationsgruppen
- Aufsuchende Hilfen (Home Treatment)
- Krisenbetten („Rückzugsräume“, „Krisenwohnung“, ...)

(11)

GpG NRW „Stand der Dinge“

- Vertrag für NRW mit TK, AOK und KKH (NWpG)
- Vertrag für NRW mit GWQ Service Plus AG (SeGel)
- Vertrag für K/LEV mit pronova BKK (ViaMente)
- Leistungsbeginn Frühjahr 2012
- ≈ 3000 eingeschriebene Versicherte
- Aktive Regionen: DU, E, MH, OB, BOT, SG, W, K, LEV, ME, BN, BM, MG, WES, KLE, HS, MI, LIP, MS, ST, COE, PB, VIE (ca. 45% der NRW-Bevölkerung)
- Weitere Regionen in Vorbereitung
- Verträge mit 37 Hauptpartnern, ca. 80 Vertragsärzten und **7 Fachkliniken**
 - **MG, VIE, K, PB, HS** als regionale Hauptpartner gemeinsam mit Vereinen, weitere in Verhandlung

(16)

Projekt „Gemeindepsychiatrische Basistherapie“

Entwicklungspartner:

- Techniker Krankenkasse
- Dachverband Gemeindepsychiatrie/ BAG Integrierte Versorgung
- Universitäten Ulm und Leipzig
- Ziel: **Implementation gemeindepsychiatrischer mobiler multiprofessioneller Behandlungsteams in definierten Regionen**
- Multizentrische Umsetzung in allen geeigneten NWpG-Regionen
- Vertrag gemäß § 140a oder 64b SGB V
- Antrag beim Innovationsfonds

(19)

Projekt „Gemeindepsychiatrische Basistherapie“

Entwicklungspartner:

- Techniker Krankenkasse
- Dachverband Gemeindepsychiatrie/
BAG Integrierte Versorgung
- Universitäten Ulm und Leipzig
- Ziel: **Implementation gemeindepsychiatrischer mobiler multiprofessioneller Behandlungsteams in definierten Regionen**
- Multizentrische Umsetzung in allen geeigneten NWpG-Regionen
- Vertrag gemäß § 140a oder 64b SGB V
- Antrag beim Innovationsfonds

19

LWL Kliniken und nehmen mit diesen Verträgen an sektorenübergreifenden Angeboten teil. Ungefähr achtzig Ärzte sind ebenfalls Vertragspartner. Auf Bundesebene sind wir in der Bundes-Arbeitsgemeinschaft Integrierte Versorgung des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie organisiert und bieten in 13 Bundesländern Versorgung mit IV-Verträgen an. Wir kümmern uns um die Weiterentwicklung der IV-Verträge, zunehmend auch um Qualitätsstandards und wissenschaftliche Evaluation, und wir qualifizieren Mitarbeiter.

Projektpartner

- Dachverband Gemeindepsychiatrie
- Die derzeitigen NWpG-Vertragspartner: Pinel (B/BB), GAPSY (HB), Abitato (HH, SH), AGEMA (NI), GpG NRW, Caritas (HE-Südost), VersaRheinMain GmbH (HE-West), AWOLYSIS (BY), EVA (BW), Ivita (RP/SL), Psychosozialer Trägerverein Sachsen, Das Boot gGmbH (Leipzig)
- Ersatzkassen: TK, KKH
- AOK Rheinland-Pfalz, AOK Rheinland/Hamburg
- GWQ mit Audi BKK, BAHN-BKK, Bertelsmann BKK, BKK Aesculap, BKK Deutsche Bank AG, BKK Diakonie, BKK firmus, BKK Groz-Beckert, BKK MAHLE, BKK VDN, BKK Voralb HELLER*INDEX*LEUZE, Daimler BKK, DIE BERGISCHE KRANKENKASSE, Die Schwenninger Krankenkasse, Merck BKK, Salus BKK, SBK Siemens-Betriebskrankenkasse, SECURVITA BKK
- IKK Brandenburg und Berlin, IKK Südwest, IKK Classic, BIG direkt
- Universitäten Ulm (Prof. Kilian), FU Berlin (Prof. Knaevelsrud), Trier (Prof. Lutz), Bielefeld (Prof. Greiner)

Stand: April 2016

21

Projekt „Gemeindepsychiatrische Basistherapie“

Mit dem Modell der Integrierten Versorgung sind wir weit weg von der Regelversorgung. Ideal wäre es, wenn die mobilen multiprofessionellen Teams eines Tages Teil dieser Regelversorgung werden könnten. Mit der Techniker Krankenkasse, dem Dachverband Gemeindepsychiatrie und einige Universitäten planen wir derzeit solche Teams. Ob wir wieder einen Vertrag der Integrierten Versorgung machen müssen, mit Einschreibungen und allem, oder ob ein Modell nach § 64b möglich ist, wo diese Hürde wenigstens wegfiel, das ist noch in der Diskussion. Wir werden einen Antrag beim Innovationsfonds der Krankenkassen stellen. Ob das gelingt ist unklar, denn nicht nur vor Gericht oder auf hoher See, auch beim G-BA ist man in Gottes Hand.

Wir stellen uns vor, dass man auf verschiedenen Wegen Zugang zu Leistungen haben kann. Bei akuten Krisen können unsere Krisenteams tätig werden. Ansonsten beginnen wir mit dem Assess-

22

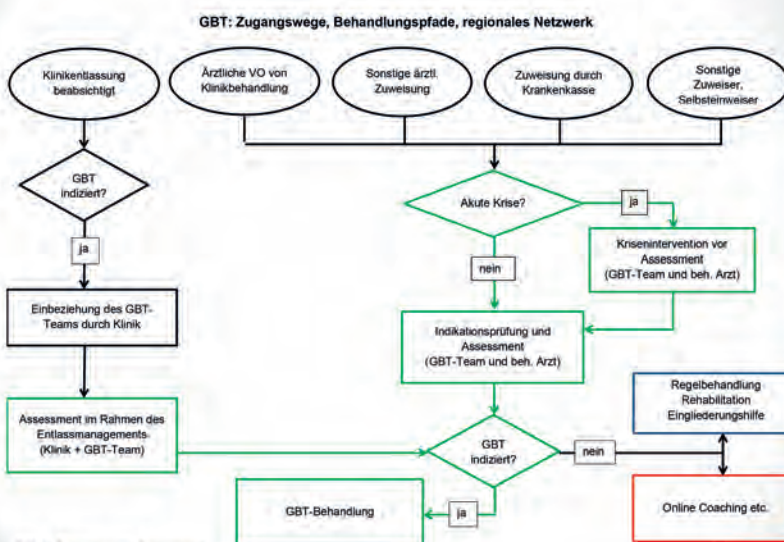
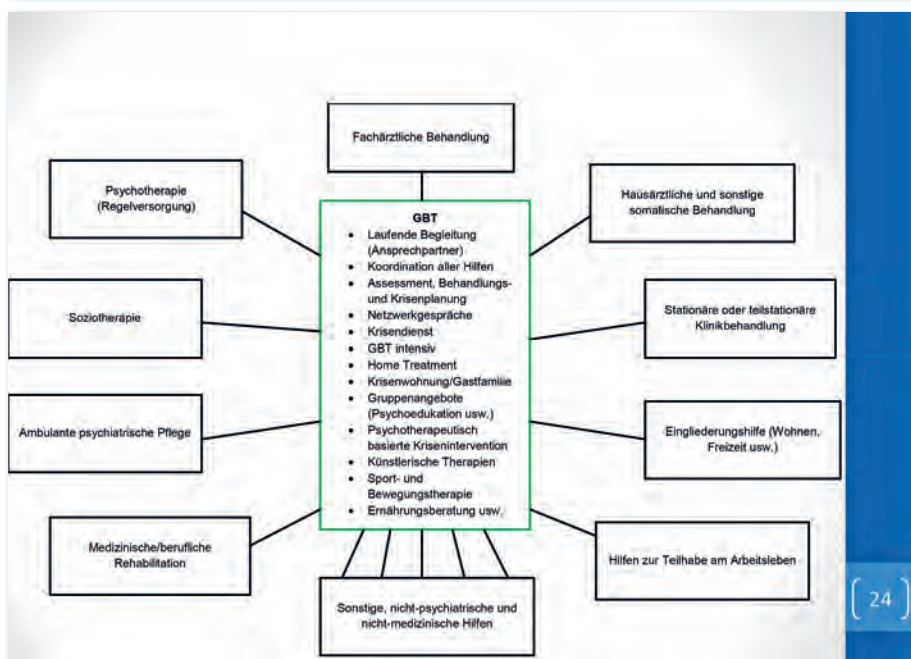
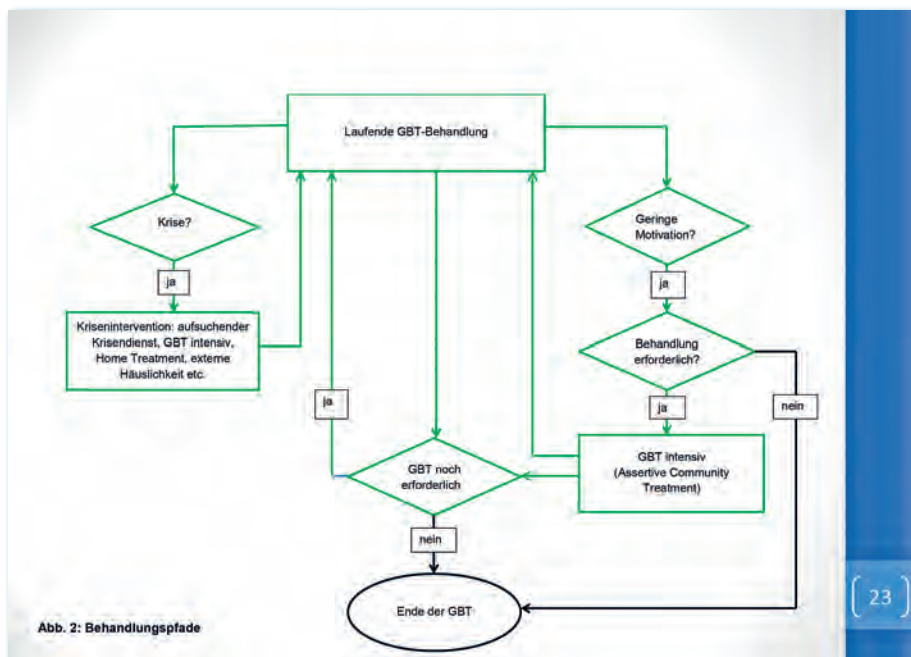


Abb. 1: Zugangswege, Assessment

ment. Liegt eine Indikation im Sinne einer schweren psychischen Erkrankung mit erheblichen Einschränkungen vor, geht es in die Gemeindepsychiatrische Basistherapie, ansonsten gibt es die Regelbehandlung. Bei Krisen während einer laufenden Behandlung können wir eine besonders intensive Begleitung über die gemeindepsychiatrischen Teams anbieten. Braucht jemand dringend Hilfe, ist aber ohne Behandlungsmotivation, machen wir etwas, das nach internationalem Vorbild Assertive Community Treatment heißt. Assertive bedeutet übersetzt nachhaltig oder eindringlich. Eine Kollegin sagte mal, das ist das Stalking Modell der Psychiatrie. In vielen Fällen, das weiß man aus dem internationalen Vergleich, ist dieses Angebot erfolgreich. Ansonsten soll die gemeindepsychiatrische Therapie so lange gewährt werden, wie sie erforderlich ist.

Die offenen Fragen: Erwartungen an und Erfahrungen mit Entgeltsystemen

Was erwartet die gemeindepsychiatrische Szene von der Krankenhausbehandlung und ihrer Finanzierung? Sie soll helfen, die Krankenhausbehandlung flexibler zu machen. Noch ist es so: Das Krankenhaus verdient Geld, indem es Betten belegt. Das Bett ist „die Währung“. Wir brauchen eine neue Währung für die Finanzierung von Krankenhausleistungen. Im Augenblick dreht sich das Rad immer schneller, schnelle Entlassungen, Wiederaufnahmen und wieder Entlassungen. Die Leistungsdichte der Krankenhäuser wird immer höher, der



Unsere Erwartungen an das neue Entgeltsystem für Krankenhausbehandlung

- Flexibilisierung der Krankenhausbehandlung
 - Integration von aufsuchender, ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung
 - Abschied von der „Währung Bett“
 - Ende der „blutigen Entlassungen“ und Drehtürkarrieren
- Förderung der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten
 - Beseitigung der doppelten Facharztschiene (Belegärzte, MVZ usw.)
 - Setting-integrierte Psychotherapie-Angebote in allen Hilfen
- ... und mit Anbietern aller übrigen Hilfen
 - Beteiligung an SGB-übergreifenden Komplexleistungen
 - Verbundförmige fallbezogene Kooperation (GPV, HPK)
 - Keine Anreize für Monopol- und Doppelstrukturen

Home Treatment

- „**Stationsersetzendes Home Treatment**“: Leuchtturmprojekte z. B. in Frankfurt am Main, Krefeld, Günzburg; IV-Verträge u. a. mit LVR- und LWL-Kliniken
- **Regionales Krankenhausbudget**: Itzehoe, Geesthacht, weitere Regionen in Schleswig-Holstein
- Ähnliche Modelle z. B. in Hanau, Nordhausen, Hamm, Bochum
- **Volle Integration** von stationärer, teilstationärer und ambulanzsuchender Behandlung (nur F2): UKE (HH-Eppendorf)
- **Facharzt-Netzwerke plus Pflegedienste**: Berlin, Süd-Württemberg, Nord-Niedersachsen
- „Netzwerk psychische Gesundheit“ und weitere Verträge: **Integrierte Versorgung** nach § 140a SGB V, vorwiegend gemeindepsychiatrische Leistungserbringer

(26)

„Eckpunkte“ des BMG vom 18.02.2016

„II. 5 Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung durch Einführung einer komplexen psychiatrischen Akut-Behandlung im häuslichen Umfeld (Home-Treatment)“

Die Versorgungsstrukturen werden weiter entwickelt, indem eine **komplexe psychiatrisch-psychotherapeutische Akut-Behandlung im häuslichen Umfeld der Patienten** durch spezielle Behandlungsteams für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (Home-Treatment) ermöglicht wird. Psychiatrische Krankenhäuser sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen erhalten die Möglichkeit, **Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und stationärer Behandlungsbedürftigkeit in akuten Krankheitsphasen** in deren häuslichem Umfeld durch mobile multiprofessionelle Behandlungsteams zu versorgen.“

- „Stationsersetzendes Home-Treatment“
- Zusammenführung mit ambulanten Angeboten, z. B. NWpG

(27)

nicht mit denselben Therapeuten fortgeführt werden kann. Es gibt keine personelle Kontinuität. Dass Psychotherapeuten zu uns in die Tagesstätten kommen, davon träumen wir nur. Den Krankenhäusern müsste es auch leichter gemacht werden, mit allen übrigen Anbietern außerhalb des SGB V Bereiches zusammenzuarbeiten. Sie müssten sich auch an übergreifenden Komplexleistungen beteiligen können. Es müsste eine fallbezogene Kooperation geben, auch für Behandlungsleistungen.

Und: Krankenhäuser sollten nicht eingeladen werden, neben vorhandenen Systemen, eigene Systeme parallel aufzubauen. Das führt zu Doppelstrukturen, die volkswirtschaftlich eine Verschwendung und für die Vernetzung nicht gut sind.

Beispiel Home Treatment: Das ist von einigen Krankenhäusern als Sondervereinbarung mit den Krankenkassen erfunden worden. Der Gedanke: Da, wo Krankenhausbehandlung erforderlich wäre, sollte man stattdessen zum Patienten hingehen können. Auch Facharzt-Netzwerke haben solche Angebote gemacht. Auch wir machen solche Angebote. In den

Langzeitnutzen meiner Erfahrung nach aber nicht. Zweitens muss es den Krankenhäusern erleichtert werden mit anderen Akteuren zusammenzuarbeiten, mit niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten. Home Treatment wird von den niedergelassenen Ärzten und ihren Standesorganisationen als Konkurrenz wahrgenommen, weil sie den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung gefährdet. Noch haben wir die doppelte Facharztschiene. Ärzte sind entweder niedergelassen oder im Krankenhaus. Das ist mit der PIA schon aufgeweicht worden. Nun kommt noch Home Treatment hinzu. Eigentlich müssten wir die doppelte Facharztschiene überwinden, zum Beispiel durch Belegarzt-Angebote und durch Öffnung hin zum ambulanten Bereich. Gleiches gilt für die Psychotherapie, die stationär eher kurz und speziell ist, im ambulanten Bereich in der Regel aber

Eckpunkten des Gesundheitsministers ist von der Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung die Rede, durch Einführung einer komplexen psychiatrischen Akutbehandlung im häuslichen Umfeld – Home Treatment – und zwar für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und stationärer Behandlungsbedürftigkeit in akuten Krankheitsphasen. Das ist immer noch das stationsersetzende Home Treatment und nicht eine kontinuierliche Leistung, die u.U. lange Zeit dauern kann. Letzteres würde den Sicherstellungsauftrag der KV enorm gefährden. Besser wäre es, wenn wir die Finanzierung unserer aufsuchenden Angebote mit dem Home Treatment der Krankenhäuser zusammenfügen könnten, idealerweise in gemeinsamen Teams. Dankenswerter Weise haben wir im NWpG einige Kliniken, mit denen wir so einen gemeinsamen Dienst aufbauen können

– in Mönchengladbach, im Aufbau in Köln, beabsichtigt in Viersen und in Vorstufen in Paderborn.

Welche Konsequenzen hatte die bisherige PEPP-Erprobung für Träger der Gemeindepsychiatrie? Man könnte sagen wenig, denn die meisten Leistungen, die wir erbringen, laufen nicht über die Krankenhausfinanzierung. Aber: Erstens haben wir die ganze Zeit damit gelebt, dass die Weichen falsch gestellt waren. Das Bett als Währung bindet das Krankenhaus, die Geschäftsführer, die wirtschaftlich Verantwortlichen daran, die Betten zu füllen. Auch die Ausgestaltung nach Diagnosen ist fachlich ein grober Fehler. Die Degression der Tagessätze, die es schon gibt, führt zu frühzeitigen Entlassungen. Alles in jeder Hinsicht eine falsche Weichenstellung. Zweitens ist der Aufwand an Dokumentation und an Rechtfertigung gegenüber dem MDK – wie von Frau Wenzel-Jan-

Und PEPP bisher?

Welche Konsequenzen hatte die bisherige PEPP-Erprobung für Träger der Gemeindepsychiatrie?

- Falsche Weichenstellung
 - Bett als Währung
 - DRG-ähnliche Ausgestaltung
 - Degression der Tagessätze
- Hoher Aufwand
 - Bindung von Ressourcen und Aufmerksamkeiten
 - Keine freien Valenzen für Kooperationen
- Undurchlässige Sektorgrenzen wie bisher
 - Modelle nach § 64b bisher ausschließlich durch Krankenhausträger

28

kowski schön ausführte – enorm. Das haben wir auch bei Kliniken erlebt, die wir für IV-Verträge angesprochen hatten. Die Verantwortlichen haben uns gesagt: Wir haben alle Hände voll damit zu tun PEPP zu erfüllen. Wir haben für andere Reformen und andere Ideen keine Zeit und Kraft mehr.



Wie bewerten die Beschäftigten ihre Arbeitssituation

Jan von Hagen

Jan von Hagen ist Gewerkschaftssekretär im ver.di Landesbezirk NRW. Er kennt die Lage der Beschäftigten auch aus der Perspektive eines Krankenpflegers, der selbst vier Jahre auf einer geschlossenen Psychiatrie in Essen arbeitete.



Ich kann heute nur einen kurzen Abriss zu den Belastungssituationen von Beschäftigten in den nordrhein-westfälischen psychiatrischen Kliniken machen. Der Vormittag stand vor allem unter der Überschrift: Bedenken von Bedarfen und zwar vor allem aus Sicht der Patienten. Wir haben alle eine fragwürdige Koppelung im Kopf. Wenn wir den Bedarf vom Patienten aus denken und in dieser Hinsicht gut regeln, dann ist das automatisch gut für die Beschäftigten. In einigen Bereichen wird das so sein. Wenn es mehr Personal gibt, führt das zu Entlastungen. In anderen Bereichen muss das nicht zwingend der Fall sein. Wenn die Gemeindepsychiatrie nur noch aus zehn Personenbetrieben besteht, mit Beschäftigten, die am Mindestlohn-Limit arbeiten, könnte das der Versorgung von Patienten gerechter werden. Die Beschäftigten aber werden abgekoppelt. Das sehen unsere Leute in den Betriebs- und Personalräten und als Vertrauensleute mit Skepsis. Diese Botschaft geben wir zu bedenken.

Was ist herausgekommen beim Belastungsbarometer für die Psychiatrie, das wir in den Jahren 2014 und 2015 über Befragungen in NRW erstellt haben?

Durchgeführt wurde diese Befragung von einer Fachgruppe in ver.di, die nicht mit Personalräten als gesetzliche Interessenvertretung besetzt war, sondern mit ver.di-Vertrauensleuten, also aktiven ver.di Mitgliedern. Abgeschlossen war sie im Januar 2015. Dabei waren 26 Kliniken – auch Kliniken der Landschaftsverbände, in denen wir gut organisiert sind. Insgesamt haben sich neunzig Stationen beteiligt. Das Barometer ist keine wissenschaftliche Erhebung. Das ist auch nicht die Aufgabe von Beschäftigten. Wenn wir Beschäftigte nach Belastungen fragen, dann können sie sehr genau definieren, was ein noch akzeptabler oder aushaltbarer Zustand ist und was nicht. Insofern ist das nicht Wissenschaft, sondern ein Bild aus Stimmungen und erfahrenen Arbeitsbedingungen der Beschäftigten. Übrigens – anknüpfend an den Vortrag von Frau Wenzel-Jankowski heute Vormittag – empfinden die Beschäftigten im erwähnten Befragungszeitraum ganz und gar nicht, dass die Psych-PV zu hundert Prozent erfüllt ist. Bei den zentralen Themen, die ich aufzeigen werde, möchte ich eine Unterscheidung machen. Es gibt Probleme, die wir in psychiatrischen und somati-

schen Krankenhäusern vorfinden. Und es gibt Probleme, die aus dem besonderen Tätigkeitsfeld Psychiatrie resultieren.

Dienstplanprobleme gibt es überall und jede und jeder, der bzw. die im Krankenhaus arbeitet, kennt sie. Belastungen durch unregelmäßige Arbeitszeiten haben wir in allen Bereichen der Krankenversorgung. Das hilft den Beschäftigten in den Psychiatrien nicht weiter. Sie sagen die Belastungsgrenze ist erreicht, das ist ein Problem (34 Prozent), oder das geht gar nicht mehr (22 Prozent). Insgesamt gaben also über fünfzig Prozent eine deutliche Problemlage an.

Bei Überstunden und Mehrarbeit haben wir ebenfalls deutliche Problemanzeigen von rund fünfzig Prozent – elf Prozent sagten das geht gar nicht mehr, 36 Prozent sahen ein Problem. Auch in vielen Betrieben mit starken Personalräten fallen regelmäßig Überstunden an. Es hat uns erschreckt wie belastend die Realität auf Ebene der Arbeitszeit ist.

Dokumentationsanfall wird als Belastungsfaktor angeprangert, aber gefühlt nicht in dem Maße wie bei der Arbeitszeitproblematik. Das ist aber schon ein deutliches Signal in Richtung PEPP-System. In der Phase 2014 und 2015 haben viele Häuser die Dokumentation nach dem PEPP-System schon umgesetzt. Es gibt eine deutliche Problemanzeige bei rund 75 Prozent der Befragten.

Das Belastungsbarometer

Belastungsbarometer

Psychiatrie

Soll:
je nach Anlage

Ist:

PsychPV Erfüllungsgrad

Psychiatrie Personal Verordnung (PsychPV)
In der Psychiatrie gibt es Personal-Berechtigungsstellen seit 1991 die PsychPV. Diese sind zum 31.12.2016 erloschen geworden werden. Damit würde die Personalabgabe an dem dem Budget nicht dem Bedarf folgen.

Ursachen für den Fachkräftemangel?
immer mehr Kliniken für immer weniger Beschäftigte haben Stress und eine Belastung ständig ansteigen. Was auch durch den individuellen Überlastung der Beschäftigten, die Wochen der Arbeit, welches von der Familie, Studieren oder erkranken sich durch Teilzeit.

Warum das Belastungsbarometer?
Mit diesem Barometer sollen wir einen Vergleich damit geben, gemeinsam die Unzufriedenheiten im Krankenhaus zu verlässlich ist lässt sich zeigen, welche Belastungen am schwersten sind, die werden wir mit diesem Belastungsbarometer sichtbar machen.

Bitte mitmachen!
Wir sind wir an der Situation etwas ändern, müssen wir es gemeinsam angehen. Wir brauchen bessere Arbeitsbedingungen, und zwar jetzt! Bitte macht mit und beurteilt eure Situation. Jede/r eure Meinungen sind auf dem Barometer sichtbar machen.

Wo gibt es Belastungen und wie groß sind diese?	Das ist kein Problem	Das ist noch akzeptabel	Da gibt es ein Problem	Das geht gar nicht mehr
Verlässlichkeit des Dienstplans (Pausen, Einsparungen etc.)				
Überstunden oder Mehrarbeit				
Dokumentationsanfall				
Arbeitsdichte				
Physische Patientenübergriffe				
Verbale Patientenübergriffe				
Gute Arbeit am Patienten leisten				
Angehörigengespräche / Arbeit				
Unterstützung durch Vorgesetzte				
Professionelle Entscheidungsprozesse				
Die Regelung zur Sicherstellung der Sitzwachen				

ver.di NRW
Fachbereich 3 – Jan von Hagen

Verlässlichkeit des Dienstplans

13%	31%
22%	34%

Das ist kein Problem

Da gibt es ein Problem

Das ist noch akzeptabel

Das geht garnicht mehr

ver.di NRW
Fachbereich 3 – Jan von Hagen

Überstunden oder Mehrarbeit

8%	45%
11%	36%

Das ist kein Problem

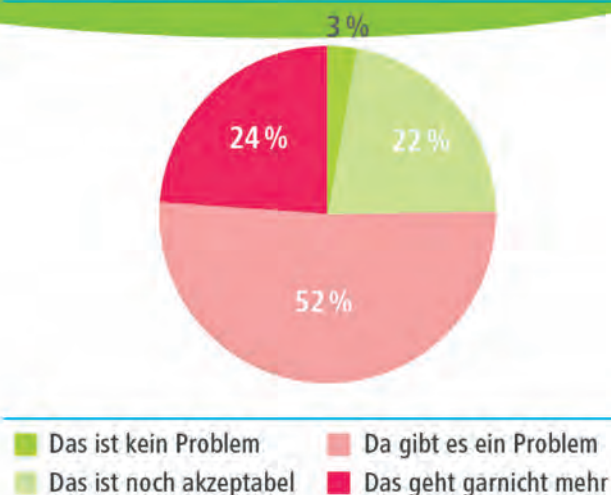
Da gibt es ein Problem

Das ist noch akzeptabel

Das geht garnicht mehr

ver.di NRW
Fachbereich 3 – Jan von Hagen

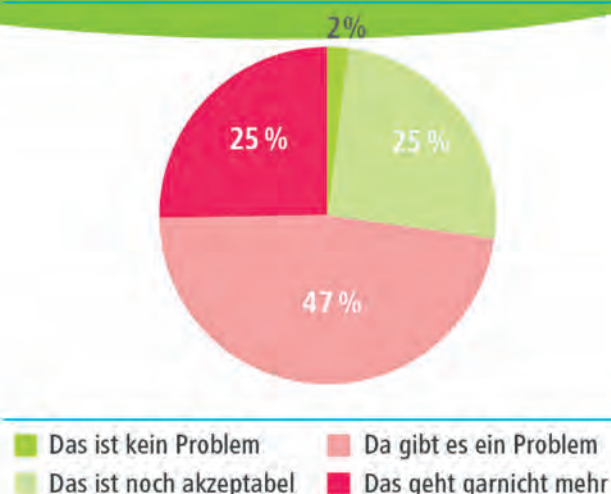
Dokumentationsanfall



ver.di NRW
Fachbereich 3 – Jan von Hagen



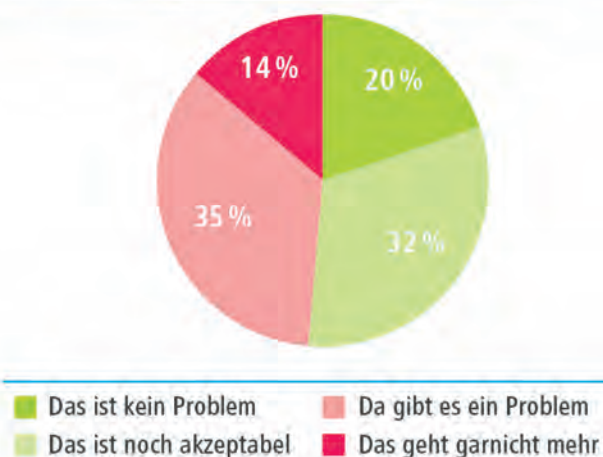
Arbeitsdichte



ver.di NRW
Fachbereich 3 – Jan von Hagen



Physische Patientenübergriffe



ver.di NRW
Fachbereich 3 – Jan von Hagen



Beim Thema Arbeitsdichte sieht es ähnlich aus. Was macht eine geringe Anzahl an Beschäftigten mit Patienten, die komplexe Probleme haben? Hier sagen die Beschäftigten mehrheitlich, das ist so nicht mehr machbar. Mit Blick auf den Vormittag und aus Patientensicht sollten uns diese Zahlen erschrecken, was die Versorgungsqualität anbelangt.

Nun kommen wir in den psychiatriespezifischen Bereich. In den somatischen Kliniken gibt es diese Probleme als Ausnahme sicher auch. Wir haben nach physischen und verbalen Patientenübergriffen gefragt. Auch hier gibt es das Signal von fast 50 Prozent der Beschäftigten: Die Grenze ist erreicht! Viele Übergriffe wären mit ausreichend Personal und in einem anderen Setting, das wir gestalten könnten, vermeidbar. In diesem Problemfeld haben wir nicht vom Patienten aus gedacht. Uns ging es um die Gesundheit unserer Kollegen und Kolleginnen, die sich schlecht und unsicher im eigenen Job fühlen. Wer ein oder zwei Mal Übergriffe im Job erlebt hat, weiß wie dramatisch das ist und dass es hier dringend Handlungsbedarf gibt. Wir können das nicht banalisieren unter der Überschrift: Das gehört halt dazu, gerade in den Akutbereichen der Psychiatrie sind solche Belastungen enorm. Zu sagen, stellt euch doch mal nicht so an, das ist der derzeitigen Situation gegenüber nicht angemessen. Über die Hälfte der Kollegen und Kolleginnen sagen, das geht so nicht, das muss sich ändern. Es scheint derzeit aber nicht möglich zu sein, mit genug Zeit früh genug deeskalieren zu können und die Settings entsprechend zu gestalten.

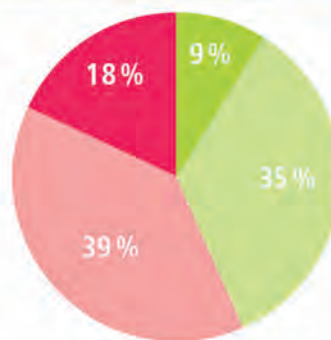
Wir haben uns auch damit beschäftigt, welche Auswirkungen die Personal- und Arbeitsbedingungen auf die Patienten und Patientinnen ha-

ben. Das haben wir versucht über die Selbsteinschätzung der Beschäftigten zu erfahren. Kann ich noch gute Arbeit leisten? Es geht dabei weniger um die Rundschreiben der Träger, was getan werden sollte. Die Beschäftigten haben in ihrer Ausbildung gelernt, wann sie ihren Job gut machen. 38 Prozent sagen: Nein, ich mache keine gute Arbeit mehr. Ich verhindere nur noch Schlimmeres. Wichtig sind hier die Faktoren Unzufriedenheit und ob diese Situation als krankmachend erlebt wird. Unzufriedenheit hat Einfluss auf die Verweildauer im Job. Unzufriedenheit hat auch damit zu tun, was Nils Greve heute Morgen angesprochen hat: Was gehört zu einer komplexen, guten Versorgung, beispielsweise auch die Möglichkeit Angehörigengespräche führen zu können. Wenn wir uns die Ergebnisse unserer Befragung ansehen, dann ist das aus Sicht der Beschäftigten in den Stationen und Bereichen schon fast nicht mehr abbildbar – also unter den derzeitigen Bedingungen nicht mehr möglich.

Professionelle Entscheidungsspielräume hatten wir ebenfalls angefragt. Wie sehr kann ich in meinem eigenen Arbeitsfeld selbst entscheiden, was notwendig ist und Prioritäten setzen? Auch in dieser Hinsicht überwiegt die Unzufriedenheit. 42 Prozent sahen ein Problem, 14 Prozent meinten, das geht gar nicht mehr.

Wie steht es in der Psychiatrie um die Sicherstellung der Sitzwachen? Können wir noch gewährleisten, was medizinisch und psychiatrisch notwendig wäre? Das wird eindeutig negativ beantwortet. Über siebzig Prozent erteilten eine ganz deutliche

Verbale Patientenübergriffe

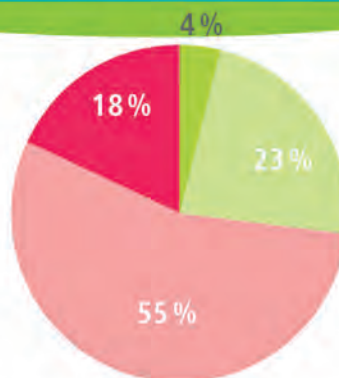


- Das ist kein Problem
- Da gibt es ein Problem
- Das ist noch akzeptabel
- Das geht garnicht mehr

ver.di NRW
Fachbereich 3 – Jan von Hagen



Gute Arbeit am Patienten leisten

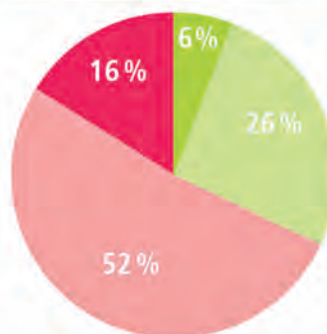


- Das ist kein Problem
- Da gibt es ein Problem
- Das ist noch akzeptabel
- Das geht garnicht mehr

ver.di NRW
Fachbereich 3 – Jan von Hagen



Angehörigengespräche / Arbeit

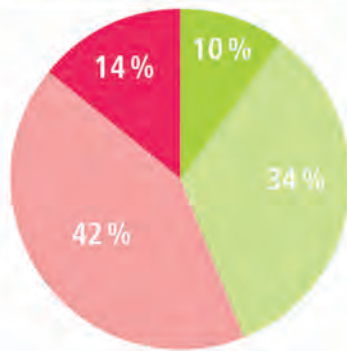


- Das ist kein Problem
- Da gibt es ein Problem
- Das ist noch akzeptabel
- Das geht garnicht mehr

ver.di NRW
Fachbereich 3 – Jan von Hagen



Professionelle Entscheidungsspielräume



- Das ist kein Problem
- Da gibt es ein Problem
- Das ist noch akzeptabel
- Das geht garnicht mehr

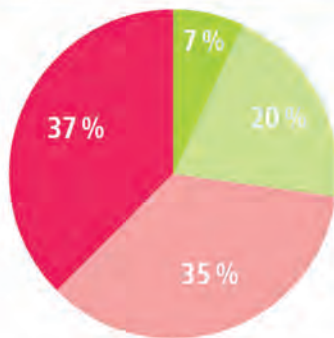
ver.di NRW
Fachbereich 3 – Jan von Hagen



Absage. In Anbetracht von Gesetzgebungsverfahren, die mehr 1:1 Betreuung zur Deeskalation verlangen, kann man sich nur noch ratlos fragen: Wie soll das in der Praxis funktionieren?

Auch wenn das mathematisch nicht ganz sauber ist: Schaut man sich alle Fragen zusammen an, also Arbeitszeiten, Übergriffe, Sitzwachen ergibt die Gesamtauswertung, dass über die Hälfte der Beschäftigten meinen, das geht gar nicht oder das ist ein zentrales Problem. Dieses Signal muss in der Politik ankommen und in den Fachverbänden diskutiert werden. Diesen Handlungs- und auch Finanzierungsbedarf sehen die Beschäftigten in den Psychiatrien.

Regelung Sicherstellung der Sitzwachen



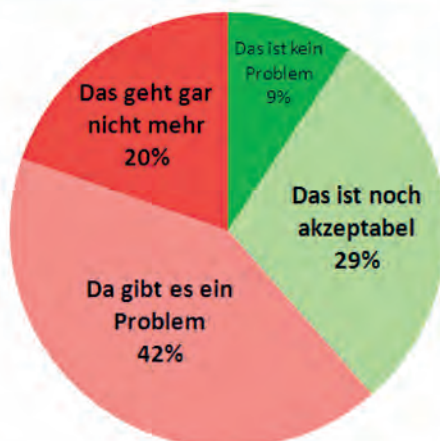
- Das ist kein Problem
- Da gibt es ein Problem
- Das ist noch akzeptabel
- Das geht garnicht mehr

ver.di NRW
Fachbereich 3 – Jan von Hagen



Wir haben zusätzlich gefragt, wie ist es um den Erfüllungsgrad der Psych-PV bestellt. Frau Wenzel-Janowski hat heute Morgen von einer fast zu hundert Prozent erfüllten Personalverordnung berichtet. Wir sind damals nicht durch alle Stationen in NRW gegangen, sondern haben Stichproben gemacht. Wir hatten ein Rechenmodul zur Verfügung gestellt, das Ergebnis sind also keine rein gefühlten Zahlen: 86 Prozent Erfüllung der Psych-PV. Wir können darüber diskutieren, ob es 83 oder 87,5 Prozent sind. Klar ist aber: Es gibt eine deutliche Unterversorgung.

Gesamtauswertung über alle Fragen



ver.di NRW
Fachbereich 3 – Jan von Hagen



Arbeitssituation + Belastungen aus Sicht der Beschäftigten und ihrer Interessenvertretung

Rolf Sicker, Ingo Röser und Brigitte Schero



von links nach rechts:
Ingo Röser,
Rolf Sicker
und Brigitte Schero

Ingo Röser ist Vertrauensmann von ver.di in der LVR-Klinik Düren, gelernter Krankenpfleger und seit 1990 in der Psychiatrie tätig.

Mein praktisches Berufsleben habe ich – von einem kurzen Ausflug in die Forensik abgesehen – im Wesentlichen auf Akutstationen und auch auf einer all-gemeinpsychiatrischen Akutaufnahme verbracht. Das sind die Jahre, die mich geprägt haben, der Umgang mit den Akutkranken in der Psychiatrie. Das ist es auch, was mich heute bei den Vorträgen bewegt hat, bei den eher theoretischen Betrachtungen, den Zahlenwerken von leistungsbezogenen Berechnungen. Was aber passiert eigentlich konkret mit den Patienten und den Menschen, die unmittelbar mit den Patienten arbeiten? Frau Wenzel-Jankowski hatte ja schön die Psych-PV dargestellt und Jan von Hagen hatte diese Erfüllungsquote gerade infrage gestellt. Wenn man diese Frage Personalbemessung seriös bis zu Ende anschaut, kommt man auf die Mi-

nutenwerte, die in der Psych-PV für die verschiedenen Tätigkeiten hinterlegt sind. Sie basieren auf Daten aus den späten 1980er Jahren. Seitdem hat sich im medizinischen und pflegerischen Bereich viel verändert. Die Daten sind aber nie nachgepflegt worden.

Wir haben viele andere Probleme, Stichwort Investitionsfinanzierung. Die Kliniken stammen aus dem späten 19. und dem 20. Jahrhundert. Jahrzehntlang ist an der Substanz gespart worden. Im LVR gibt es jetzt ein erstes Investitionsprogramm von etwa 500 Millionen Euro. Jede Klinik muss aus dem über das KHG finanzierten Bereich drei Prozent Rendite erwirtschaften, um für das Land NRW diese Bauten zu bezahlen. Das betrifft wesentlich die Beschäftigten der nicht durch die PsychPV geschützten Berufsgruppen.

Wir haben diesen PEPP-Wahnsinn, den Frau Wenzel-Jankowski heute Morgen über ein paar beeindruckende Beispiele deutlich gemacht hat. In Düren

wenden wir seit 2014 PEPP an. Wenn man sich ansieht, mit welchem Aufwand die Leute dahin getrieben werden passend zu dokumentieren, mit großem Aufwand diese Anfragen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) abuarbeiten, dann sind das Nebenasspekte, die man aber im Auge behalten muss. Eigentlich sind die Beschäftigten über die Psych-PV für die Patientenversorgung da.

Jan von Hagen hat den Punkt „Arbeitszufriedenheit“ im Belastungsparameter angesprochen. Gerade die Generation, die jetzt in der Psychiatrie arbeitet, ist durch die Sozialpsychiatrie in der Zeit nach der Psychiatrie-Enquete geprägt. Der Anspruch an die eigene Arbeit ist sehr hoch. Die Kollegen und Kolleginnen erleben auf den Stationen, das funktioniert nicht mehr. Ich habe als Schüler eingebläut bekommen: Wir arbeiten ressourcenorientiert, wir müssen das Gesunde fördern. Ressourcenorientiert arbeiten ist heute geschäftsschädigend. Es heißt zwar noch, wir arbeiten ressourcenorientiert, dokumentieren aber defizitorientiert. Was hat das für Folgen? Früher haben wir auf Papier dokumentiert und waren ganz stolz auf eine individuelle Patientendokumentation. Heute stehen drei oder vier Laptops auf der Station, um Leistungen zu dokumentieren indem man sie anklickt. Es gibt „Zwangsfelder“, die werden schon vorab abgehakt als erbrachte Leistung. Weil es wohl Auffälligkeiten gab, gibt es heute wieder Schulungsprogramme, um passende Texte mit der Hand einzutragen. Aber die Beschäftigten müssen erst einmal zusehen, dass sie die Patienten versorgt bekommen. Worum geht es heute eigentlich im System? Es wird gedrillt, es werden Vorgaben verteilt, denen man sich fügen muss. Was in der Praxis daraus wird, kann sich jeder denken und auch, welche patientenbezogene Qualität diese Dokumentationen zum Teil haben.

Rolf Sicker ist ver.di-Vertrauensmann der LWL-Klinik Paderborn. Er hat Theologie und Sozialarbeit studiert und blickt auf über drei Jahrzehnten als Sozialarbeiter in Paderborn zurück.

Ich möchte ebenfalls an den Vortrag von Jan von Hagen anschließen. Über dreißig Prozent der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen bekommen in ihrer Berufsbiographie mit Patientenübergriffen zu tun. Das ist besorgniserregend. Es ist viel schlimmer als Jan schilderte. Für das Belastungsbarometer sind wir über alle Stationen gegangen. Auf der offenen gerontopsychiatrischen Station oder der Psychotherapie-Station hatten wir keine Übergriffe. Aber man kann sich vorstellen, wie es auf der Drogenaufnah-

me-Station, der Sucht- oder der Psychosenaufnahme-Station aussieht. Dort ist es viel dramatischer. Wir haben dort Beschäftigte, die schwerstens körperlich verletzt werden und danach Angst haben zur Arbeit zu gehen.

Was wir bisher noch gar nicht besprochen haben, das sind die befristeten Arbeitsverträge, über die die Kollegen und Kolleginnen im Prinzip in „Beugehaft“ geraten. Im Landesverband Westfalen haben wir dazu den Begriff „Zwangsteilzeit“ geprägt. Das ist ein schlimmes Kunstwort. Es bedeutet, dass befristet Beschäftigte nach zwei Jahren mit zwanzig oder dreißig Stunden entfristet werden, bei Wohlverhalten bekommen sie dann zehn Stunden dazu – oder auch nicht. Was heißt das? Ich sehe das bei meiner Tochter, die seit zehn Jahren in so einem Arbeitsverhältnis arbeitet. Mit einem solchen Arbeitsvertrag über zwanzig Stunden bekommt man keinen Kredit, kann keine Familie gründen und die Arbeitgeber können die Situation schamlos ausnutzen. Das gehört mit zur Diskussion um PEPP und wir haben diesbezüglich Anfragen an die Politik gestellt. Wir diskutieren über die Auswirkungen auf die Patienten und Patientinnen, das ist richtig und auch ich finde den dialogischen Ansatz richtig. Aber was diese Bedingungen mit unseren Kollegen und Kolleginnen machen, das interessiert kaum.

Brigitte Schero ist ver.di-Vertrauensfrau der LWL-Klinik Dortmund. Sie ist Sozialarbeiterin und Gesundheitswissenschaftlerin und hat Jahrzehnte als Sozialarbeiterin vor allem in der Gerontopsychiatrie gearbeitet.

Ich möchte an den Bericht über den Streik letzter Woche anknüpfen. Beim Streik haben wir eine Notdienstvereinbarung mit dem Arbeitgeber verabschiedet. Wir mussten feststellen, dass wir als Basis für diese Notdienstvereinbarung rund 40 Kollegen und Kolleginnen rausrufen konnten, weil die normale Besetzung der Stationen schon enorm eng ist. Was will ich damit sagen? Die personelle Situation ist so auf Kante genäht, dass wir kaum noch Kollegen und Kolleginnen haben, die im Streik für ihre Rechte einstehen können. Das Stimmungsbild der Streikenden ist schlicht und ergreifend: Wir haben die Schnauze voll. So geht es nicht weiter.

Vom Landschaftsverband werden mit den Betriebsleitungen betriebliches Gesundheitsmanagement und Gefährdungsanalysen als Zielvereinbarungen verhandelt. Was kommt davon vor Ort auf den Stationen an? Wir haben heute schon mehrfach darüber gesprochen: Es gibt kurze Verweildauern und

hohe Fallzahlen. Die Stationen sind voll. Für eine Akutaufnahmestation haben wir, wenn es gut läuft, drei Beschäftigte im Früh- und drei im Spätdienst. Wenn es schlecht läuft, dann haben wir jeweils nur zwei Kollegen und Kolleginnen. Oder man plant drei Pflegekräfte im Frühdienst ein, irgendwo hat sich jemand krank gemeldet und dann müssen die Kollegen von einer Station zur anderen springen. Die Patienten und Patientinnen dort kennen sie überhaupt nicht. Von „Bezugsarbeit“ im Sinne der Kranken kann dann gar keine Rede mehr sein. Die Beschäftigten haben aber nach wie vor einen hohen Anspruch, dem sie unter diesen Bedingungen weder arbeitsorganisatorisch, personell noch bezogen auf die ganze Ausstattung genügen können. All das wird auch den Patientinnen und Patienten nicht mehr gerecht.

Die Arbeitsdichte hat extrem zugenommen. Wir haben extrem hohe und steigende Ausfallzeiten in allen Berufsgruppen. Die Arbeitsunterbrechungen, von denen man auch klassischerweise weiß, dass sie krankmachende Faktoren sind, haben zugenommen. Aber wenn ich meine Arbeit unterbrechen muss, zum Beispiel weil ich Medikamente stellen muss und ich bin nur zu zweit im Dienst, wobei die andere Kollegin mit der Essensausgabe beschäftigt ist, dann ein Dritter kommt und das Telefon im Dienstzimmer klingelt, dann sind Fehlerquellen vorprogrammiert. Fehlerquellen darf es aber auch in der Psychiatrie nicht geben.

Ein Trend ist, die knapper werdenden Ressourcen so zu verteilen, indem bestimmte Aufgabenbereiche zentralisiert werden, wie z.B. beim Sozialdienst. In der Vergangenheit hatten wir pro Station einen Sozialarbeiter oder eine Sozialarbeiterin, die sich explizit um die Belange der Patienten und Patientinnen kümmern konnten und die Patienten auch durch die Präsenz auf den Stationen kannten. Hier war die individuelle, auf die Patienten abgestimmte Unterstützungsleistung auch noch möglich. Der Sozialdienst fürchtet durch die Zentralisierungsbestrebungen, gerade in diesem Bereich, qualitative Einbußen. Im Prinzip ist keine Berufsgruppe mehr davon ausgenommen, im Zweifelsfall auch die Ärzte, die von einer Station zur anderen springen müssen.

Diskussion mit dem Publikum

Publikum: Interessiert irgendjemanden unter diesen, ohnehin schon katastrophalen Arbeitsbedingungen, das PEPP-System?

Brigitte Schero: Das PEPP interessiert insoweit, als es von den Betriebsleitungen gerne als Drohkulisse

aufgebaut wird. In der Psychiatrie herrscht so etwas wie ein leichter „Verarmungswahn“. Angesichts des kommenden Entgeltsystems müssen wir jetzt schon mehr sparen. In unserer Klinik wird seit Jahren gespart und wo lässt sich am besten sparen? Natürlich bei den Personalkosten. Da werden Stellen eben einige Monate später erst wieder besetzt oder nur befristet. Da wird ein vermeintlich wirtschaftliches Risiko auf dem Rücken der Beschäftigten abgeladen. Durch den von der Landesregierung betriebenen Investitionsstau sind die Kliniken gezwungen, notwendige Investitionen, wie z.B. bei uns ein Neubau, auch noch quer zu finanzieren. Da wird mehr der Stein gezählt als das Bein.

Rolf Sicker: Wir scheinen unterschiedliche Realitäten im LVR und im LWL zu haben. Die Westfalen sind wohl sehr grundsätzlich. In den letzten Jahren wurden unter PEPP-Gesichtspunkten Diskussionen geführt, dass wir bestimmte Berufsgruppen so nicht mehr brauchen. Dazu wurde ausgeführt Gutachten würden beweisen, dass Patienten und Patientinnen mit und ohne Ergotherapie genauso lange in der Klinik bleiben. Also könne man Ergotherapie ersetzen, zum Beispiel durch Hausfrauen, die die Patienten „bespielen“. Das ist viel billiger. Ähnliches wurde auch für die Sozialarbeit diskutiert, wenn man den Entlassungsaufwand beim Patienten gesondert abrechnen würde. Auch wenn das immer nur eine Diskussion blieb, so kam es doch bei den Beschäftigten an und erzeugte Ängste. Und das erschwert unsere Arbeit als Personalvertretung und als Vertrauensleute. Immer mehr Kollegen und Kolleginnen sprachen uns an, weil sie das Gefühl hatten, es gibt keine Sicherheit mehr, langfristig in der eigenen beruflichen Professionalität weiterarbeiten zu dürfen. Das scheint im Landschaftsverband Westfalen Lippe deutlicher ausgeprägt zu sein als im Rheinland.

Ingo Röser: Im Rheinland wird das unterschiedlich gehandhabt. Eine Methode, klassischerweise in der Ergotherapie, kann so aussehen: Der Bezugsergotherapeut ist in Urlaub, also kann an dem Tag keine Ergotherapie getaktet werden. Sie muss auf einen anderen Zeitpunkt oder aufs Wochenende verlegt werden– Egal, ob der Patient das aushält oder am Sonntag noch Besuch bekommt. Das Zeitfenster, Therapieeinheiten zu erbringen muss immer größer und intensiver gefüllt werden. Alternativ kann sich der dokumentierte Therapietag dem 48-Stunden-Tag annähern.

Publikum: Im LVR wird in den meisten Kliniken die Psych-PV zu hundert Prozent erfüllt. Dennoch sind

die erwähnten Zahlen zur Sitzwache erschreckend. Wie sieht das in der Praxis aus und woran liegt das?

Publikum: Ich arbeite auf einer Akutstation in Essen. In unserer Klinik wurde die Devise ausgegeben: Wir müssen eine Rendite von drei Prozent erwirtschaften und streben eine Quote von 92 Prozent Psych-PV an. Sitzwachen fallen bei uns akut an, in der Regel nicht eine, sondern mehrere. Sie müssten über einen großen Personalpool abgefangen werden, der aber nicht da ist.

Rolf Sicker: Eine weitere Methode ist, den Leuten in der Zwangsfreizeit Sitzwachen anzubieten. Das ist dann Mehrarbeit und das sind keine Überstunden.

Publikum: Wir haben im Rahmen des Belastungsbarometers errechnet, was wirklich am Bett, am Patienten ankommt. Das waren 86 Prozent. Viele Stellen gehen heute nicht ans Bett, sondern ins Management und in die Codier-Abteilung. Eigentlich reicht es nicht zu sagen: PEPP muss weg und eine hundertprozentige Erfüllung der Psych-PV her. Wir brauchen eine 150-prozentige Psych-PV Quote. Die Situation heute ist untragbar.

Rolf Sicker: Wir haben vierhundert Mitarbeiter, davon sind zehn Codier-Fachkräfte. Die Berufsgruppe, die bluten muss, das ist die Pflege.

Ingo Röser: Ich möchte nochmal an den Hintergrund der Änderung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) erinnern. Das war ein Todesfall. In der Forensik in Köln Porz wurde bei akut gefährdeten Patienten die Kameraüberwachung ausprobiert. So hatte man ein schönes Filmchen, wie ein Patient unter der Fixierung verstorben ist. Das Gesetz wurde geändert und in NRW bei Zwangsmaßnahmen die Einzelbetreuung verordnet. Das halte ich persönlich auch für richtig. Nur für die erforderlichen Arbeitsstellen hat man sich in die föderale Unzuständigkeit verkrochen. Das können wir nur mit mehr Personal umsetzen. Eine andere anstehende Gesetzesänderung wird das Problem der Zwangsbehandlung neu regeln. Bei einer Fremdgefährdung ist nur die Möglichkeit körperlich-mechanischer Zwangsmaßnahmen bis zur Fixierung vorgesehen, mit Sitzwachen aber ohne Therapie. Bei Eigengefährdung soll nur noch die psychiatrische Anlass-Erkrankung behandelt werden dürfen. Zwangsmaßnahmen bedürfen besonderer Aufmerksamkeit. Aber man muss auch fragen: Was passiert, wenn ich einen akut kranken Menschen tagelang mit einer Fixierung liegen lasse, mit den entsprechenden Sitzwachen, darf ihn aber nicht mehr

behandeln bis er so weit ist, dass ich ihn möglicherweise reanimieren muss?

Brigitte Schero: Keine Frage, Fixierungen müssen soweit es geht vermieden werden. Das setzt aber voraus, dass ich genug Leute habe, die helfen und unterstützen können. Dafür brauche ich Leute in der Pflege und andere Therapeuten. Wir müssen nicht nur über fixierte Patienten und Patientinnen reden, sondern auch über jene, die eine 1:1 Betreuung brauchen. Das ist zeit- und personalintensiv. In den Landschaftsverbänden wird schon darauf geschaut, die Rate von Fixierungen zu senken. Diejenigen, die nicht mehr fixiert werden, brauchen aber oft eine 1:1 Betreuung. Dafür muss das Personal vorgehalten werden.

Publikum: Welche Ursachen – neben diesen verrückten Ressourcensteuerungen nach dem Modell PEPP – liegen der Personalknappheit und dieser zunehmenden Diskrepanz zwischen dem hohen Anspruch und den niedrigen Realisierungschancen zugrunde? Jemand erwähnte die Investitionskostenstaus, die zu Lasten des Personalstandes gehen. Gibt es noch weitere Ursachen die man identifizieren kann, um umfassend zu überlegen, was alles geändert werden müsste? Und mit wem?

Rolf Sicker: Wir brauchen einen Schulterschluss von Gewerkschaft und psychisch Kranken. Das gibt es in Ansätzen, bei der letzten PEPP-Veranstaltung in Berlin war das sehr deutlich.

Publikum: Ich arbeite seit 1982 in der LVL-Klinik Lengerich und bin dort Personalratsvorsitzender. Mich wundern die Veränderungen, die in unseren psychiatrischen Kliniken zu spüren sind, gar nicht so sehr. Andere Einrichtungen im Gesundheitswesen haben diese schon lange hinter sich. Die Situation in der Altenpflege für die Mitarbeiter wie auch die dort Betreuten ist allen bekannt – auch der Politik. Im Vergleich damit und auch den somatischen Krankenhäusern, die seit über zehn Jahren über DRGs geprägt sind. Patientengefährdung, nachgewiesene Hygienefehler aufgrund von Zeitmangel, auch das ist alles belegt und wird jede Woche in den Medien berichtet. Die alles überschattende Ursache liegt in der Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Das ist der letzte Bereich, der, wie alle anderen zuvor, auf den Markt geschmissen wird. Ich habe gerade auf den Demos zur Tarifaueinsetzung Kollegen aus dem Krankenhaus Duisburg getroffen. Das ist vor kurzem privatisiert worden. Jetzt werden die nicht patientennahen Dienste ausgegliedert und mit Lohn-dumping versehen. Auf einer Fortbildung traf ich Kol-

legen aus Velbert, auch das Krankenhaus wurde vor kurzem privatisiert. Wenn Ihr euch das anschaut, ist das, was wir erleben, noch harmlos. Ich wohne in Osnabrück und arbeite glücklicherweise in Lengerich. Das frühere Landeskrankenhaus in Osnabrück ist seit sieben Jahren in der Hand des Ameos-Konzerns. Dort werden Renditen von zwölf Prozent erwartet. Die Arbeitsbedingungen sind entsprechend. Wir hier in NRW haben viele engagierte Menschen – gerade in den psychiatrischen Krankenhäusern. In den neuen Bundesländern sind die Psych-PV Quoten noch ganz andere. Wir sollten uns ständig und immer wieder bewusst machen: „Gesundheit ist keine Ware“.

Publikum: Die positive Erfahrung mit der PEPP-Kampagne ist, dass sich die Verbände zusammenschlossen haben, auch die Patientenverbände, auch die Gewerkschaft. So haben wir politisch Gehör gefunden. Es kann weiterhin nur eine Maßnahme geben: Mehr Personal und zwar nicht nur in der Pflege. Das ist nur über gesetzliche Bestimmungen zu erreichen. Das muss unsere Forderung sein und in Berlin ankommen. Die Charité hat mit dem Tarifvertrag zu Personalbemessung und Gesundheitsschutz für die Beschäftigten den Anfang gemacht. In die Richtung muss es weiter gehen.

Publikum: Vor drei Jahren haben wir die Psych-PV gar nicht mehr verwendet. Mittlerweile ist sie wieder gesellschaftsfähig. Unsere Forderung muss sein, dass mehr Personal ins System muss. Die Psych-PV muss überholt und auf den neuesten Stand gebracht werden. Ich bin Psychologe in einem Landeskrankenhaus. Wenn die Kollegen aus der Somatik oder den Altenheimen kommen, das ist eine Katastrophe. Die Leute leiden reihenweise an Depressionen.

Publikum: Das DRG-System ist sehr erfolgreich. Es ist ein reines Geschäftsmodell. Das Kapital sucht nach Anlagen und so ist schon vieles privatisiert worden. Seit den 1990er Jahren ist auch das Gesundheitswesen im Visier. Der Gesundheitsmarkt ist Milliarden wert. PEPP passt als reines Preissystem in diese Entwicklung, in der es vor allem um die Privatisierung von Kliniken geht. Seit Beginn des DRG-Systems ist der private Krankenhausbereich um 36 Prozent gestiegen. Wir haben heute mehr private Kliniken als in den USA. Wir haben im Bündnis „PEPP muss weg“ immer wieder gefragt: Warum nehmen die Politiker unsere fachlichen Argumente nicht wahr? Weil dort andere Ziele vorherrschen. Das Eck-

punktepapier ist ein Wendepunkt. Aber ich bleibe skeptisch. Gesundheit ist schon längst eine Ware, und das müssen wir grundsätzlich verändern.

Publikum: Ich komme aus der Politik. Der Widerstand gegen PEPP war erfolgreich, aber das Geschäftsmodell ist nicht vom Tisch. In vielen anderen Bereichen, in Altenheimen und somatischen Kliniken ist dieses Modell durchgesetzt und es gibt kaum noch Widerstand. Mich interessiert, wie wir die Proteste gegen PEPP weitertreiben können und wie wir in diesen anderen Bereichen Widerstand wieder neu beleben können?

Publikum: Es ist schon mehrfach gesagt worden, dass wir mit Patienten und ihren Organisationen Kontakte pflegen müssen. Aber wir dürfen uns hier nichts vormachen. Es gibt viele Psychiatrie-Erfahrene, die sagen: Je weniger Klinik, desto besser. Wir haben nicht alle einfach das gleiche Interesse.

Publikum: Wir haben Glück im Rheinland und Westfalen. Jedenfalls bis 2020 steht die Privatisierung unserer öffentlichen Kliniken nicht zur Debatte. Am Anfang war die Antwort auf PEPP von den Landschaftsverbänden gespalten. Immerhin haben wir öffentliche Träger, die sich in die Diskussion einbringen und ihre Positionen verändern können.

Rolf Sicker: Der Dialog mit den Patienten muss nicht nur stattfinden, sondern besser werden. Denn davon bin ich überzeugt: PEPP als Abrechnungssystem soll erhalten bleiben. Da müssen wir weiter Opposition machen.

Ingo Röser: Wir haben einen Etappenerfolg erreicht. Wenn ich in den gewerkschaftlichen Bereich schaue, Stichwort Charité und Personalbemessungsaktionen, da erlebe ich schon, dass in die Psychiatrien und im Gesundheitswesen etwas in Bewegung kommt – in Richtung lebenswertere Gesellschaft. Das macht Hoffnung.

Brigitte Schero: Ich erlebe – auch wenn die Situation vor Ort manchmal katastrophal ist – dass die Kollegen und Kolleginnen zunehmend aufstehen, und zwar nicht nur für sechs Prozent Lohnsteigerung. Viele sagen, das Limit ist erreicht. Das können wir verbinden mit der Perspektive „Gesundheit ist keine Ware“

Wie sollte Finanzierung für die Behandlung psychisch Erkrankter und faire Arbeitsbedingungen aussehen?

Gespräch mit Gerhard Walsken, Harald Weinberg und Prof. Dr. Peter Kruckenberg



Gerhard Walsken
*ist Sprecher der NRW-ver.di
Fachkommission Psychiatrie, von
Beruf Psychologe und Betriebsrats-
vorsitzender beim Psychosozialen
Trägerverein Solingen.*

Ich hab so ziemlich alles durch, Tagesklinik, betreutes Wohnen, 25 Jahre mobile Rufbereitschaft, Aufbau einer Tagesstätte, Integrationsfachdienst. Ich arbeite auch als Supervisor und Psychotherapeut. Ich bin Sprecher der Fachkommission Psychiatrie von ver.di NRW. In der Fachkommission haben wir die Entwicklung des neuen Entgeltsystems nach §17d KHRG seit 2009 mit Seminaren, Diskussionsveranstaltungen, einer Demo vor dem Landtag, einem Stressbarometer und Erfassung der Psych-PV-Erfüllung stetig begleitet.

Auf die Frage, welche Finanzierung für die Psychiatrie wünschenswert ist, habe ich eine relativ einfache Antwort. Wir müssen uns die Bedarfe genau ansehen, wie viel Personal brauchen wir für eine optimale Psychiatrie. Auf dieser Basis müssen wir schauen, wie viel Geld in das System kommen muss. D.h.: Wir müssen fordern, dass diese Kosten bezahlt werden und nicht nach diesem Preissystem vorge-

hen. Eines ist klar: Über die DRGs wurde ein zentrales Entgelt eingeführt mit einem Landesbasisfallwert. Dasselbe soll bei PEPP passieren. Auch das ist klar: Wenn man einen Durchschnittspreis bildet aus allen Krankenhäusern eines Landes, dann wird es Kliniken geben, die billiger sind und solche, die teurer sind. Dabei wird es Gewinner und Verlierer geben. Die Häuser, die es nicht schaffen mit dem Preissystem die Kosten zu decken, stehen irgendwann vor der Pleite. Die 36 Prozent privatisierter Kliniken dürften dagegen eher profitieren.

Bei den öffentlichen Krankenhäusern passiert aber das: Wenn ein Dach kaputt ist oder – wie in Velbert – Asbest gefunden wurde, dann sagt die Kommune: Das können wir nicht mehr bezahlen. Stichwort „Investitionskostenfinanzierung“, eigentlich gesetzlich Sache der Länder. NRW ist seit Jahren das Schlusslicht. Was bedeutet das für die Krankenhäuser? Aus den Betriebskosten müssen die Investi-

tionskosten bestritten werden. Keiner sagt das laut, aber das heißt: Es werden Abstriche beim Personal gemacht. Das gilt für die Psychiatrie gleichermaßen. Im Rahmen der Gesetzgebung gibt es bis Herbst ein Zeitfenster, in dem noch etwas bewegt werden kann. Danach ist dieses Fenster zugeschlagen. Wir müssen jetzt zum Beispiel Bundestagsabgeordnete aufsuchen, mit Fachwissen füttern, sie zur Rede stellen, in die Klinik einladen und durch die Stationen schleusen zum Thema PEPP.

Harald Weinberg: Auf politischer Ebene gibt es in Berlin immer wieder Auseinandersetzungen auch über das Gesundheitswesen als Ganzes. Es gibt grob zwei Orientierungen. Die eine ist an der Frage der Gesundheitsversorgung als Daseinsvorsorge gemeinwohl- und bedarfsorientiert ausgerichtet. Die andere sieht die Gesundheitsversorgung als Business. Allein über die gesetzliche Krankenversicherung werden hier jedes Jahr 300 Milliarden Euro verteilt. Es ist klar, dass im Kapitalismus so etwas wie eine innere Landnahme geschieht. Bislang ist das Gesundheitssystem in Teilen der Verwertungsmaschinerie entzogen. Das soll sich ändern. Das ist im somatischen Bereich stückweise die geheime Agenda dessen, was mit dem DRG-System und anderen Entwicklungen passiert ist. Diese geheime Agenda hat zwei Aspekte. Der eine ist: Dort soll Geld verdient werden. Das machen die Privaten – übrigens nicht durch die Maximalversorgung, was sich am Universitätsklinikum Gießen/Marburg gezeigt hat. Die Privaten machen Schwerpunktversorgung und taylorisieren de facto das System. Sehr deutlich ist das bei der Endoprothetik zu sehen, mit der sie ihre Renditen erwirtschaften können. Das ist ein Skandal. Das, was an die Aktionäre ausgeschüttet wird, sind unsere Krankenversicherungsbeiträge. De facto findet ein Enteignungsprozess statt. Die zweite Seite der geheimen Agenda ist, dass es in der Tat und im internationalen OECD-Vergleich zu viele Krankenhausbetten in Deutschland gibt. Der Abbau soll aber nicht durch planerische Prozesse gelenkt werden, sondern über den Wettbewerb. Das ist die geheime Agenda dieser DRG-Systematik. Ich bin mir nicht hundertprozentig darüber im Klaren, ob diese Systematik 1:1 auf stationäre Psychiatrien übertragbar ist. Lassen sich unter PEPP-Bedingungen für Privatinvestoren Gewinne erwirtschaften? Wenn das analog möglich sein sollte, dann muss auch das verhindert werden. Wir können gerade etwas durchschnaufen. Ich glaube aber, dass wir weiterhin Druck aufbauen müssen, sowohl im somatischen als auch im psychiatrischen Bereich. Durch gutes Zureden ist die Lufthoheit über die

Interpretation nicht zu erlangen. Das geht nur durch Selbstermächtigungsprozesse an der Basis mit Bündnispartnern. Das schließt logischerweise Fachgesellschaften und die Patienten und Patientinnen mit ein. Ohne Druck wird sich in Berlin nichts in die richtige Richtung bewegen. Das ist meine Grunderfahrung nach sechs Jahren.

Peter Kruckenberg: Die meisten Positionen kann ich teilen. Was mich irritiert, ist die depressive Stimmung – die Bedingungen für die Patientenversorgung würden sich weiterhin verschlechtern. Sicher können wir seit Mitte der 1990er Jahre eine zunehmend internationale, ökonomistische und demokratisch nicht mehr kontrollierte Entwicklung der Spaltung zwischen arm und reich beobachten, die auch das Gesundheitswesen erfasst.

Dagegen zu halten und neue Wege zugehen, sollte aber Spaß machen. Ich persönlich denke nicht, dass sich die Situation um 2011/12 wiederholen muss, als viele sagten: Die Versorgungssituation werde sich unaufhaltsam weiter verschlechtern. Ende 2012 gab es dann doch eine gemeinsame Gegenbewegung in ca. 20 Fachverbänden, aber auch insgesamt könnte sich eine politische Phase abzeichnen, in der solidarisches Leben, einschließlich der Gesundheitsversorgung, wieder mehr im Vordergrund steht. In der Psychiatrie waren wir übrigens die ersten, die 1989 -1991 eine Personalverordnung durchsetzen konnten. In der Somatik war man erst zehn Jahre später so weit. (und m. E. ist die deutlich schlechter). Jetzt wäre es doch wieder an der Zeit zu sagen: In der Psychiatrie gibt es vernünftige, zukunftsweisende Entwicklungen, zum Beispiel phasenorientierte, personenzentrierte, lebensfeldbezogene integrierte Behandlungen, für die bedarfsgerecht eingestufte Tagespauschalen notwendig sind, nicht das Messen von Teilleistungen.

Was wir jetzt verstärkt brauchen, ist Transparenz und ist Kooperation unter den Beteiligten, den Betroffenen und in der Gesellschaft. Meine Erfahrung in Bremen ist: Es gibt dabei auch unerfreuliche Auseinandersetzungen. Unerlässlich ist eine dialogisch besetzte Expertenkommission, die diesen Prozess begleitet. Dabei können die Psychiatrieerfahrenen und ihre Angehörigen ehrliche und lebendige Vermittler sein. Und jetzt ist der richtige Zeitpunkt die Psychiatrie auch inhaltlich mitzugestalten. Wir können auch überzeugen, das haben wir gelernt: die Verwaltung, die Parteien, die Abgeordneten. Nicht immer, aber immer öfter. Und wenn es jetzt nicht klappen sollte, gehen wir in die nächste Runde.

Publikum: Pessimismus in der Analyse schließt Optimismus im Handeln nicht aus. Wir haben erfolgreich mit der Kampagne „PEPP muss weg“ eine Bremsspur erzeugt. Allerdings entscheiden gute Argumente nicht immer und dauerhaft über Machtverteilungen. Insofern ist die Zukunft interessant. Sind wir uns in diesem breiten Bündnis dauerhaft auch über die grundsätzlichen Fragen einig? Welche Rolle spielen die Betriebe, welche die Fachverbände und welche die Zivilgesellschaft? Wo sind die Orte und Objekte der Mobilisierung, die dazu angetan sind, die Arbeits- und Versorgungssituation zu verbessern?

Publikum: Es macht Sinn über den Ort des Handelns nochmal nachzudenken. Während der letzten Warnstreiks im öffentlichen Dienst haben wir versäumt, das muss ich selbstkritisch sagen, bei den rund 500 handlungsbereiten Azubis aus den Psychiatrien für diese Veranstaltung zu werben. Jeder Azubi weiß nach einem halben Jahr was PEPP ist. Wir kommen um den Ort „Betrieb“ nicht herum. Ein Negativbeispiel: Die Privatisierung des Klinikums Velbert ist still über die Bühne gegangen, sowohl bei der Belegschaft als auch bei Fachverbänden und Öffentlichkeit. Der Versuch eine Initiative zu gründen ist gescheitert. Helios hat dieses Haus zu einem Spottpreis bekommen. Der Zusammenhang ist relativ deutlich. Wo wir Privatisierungskämpfe verloren haben, wird es teuer. Ein Positivbeispiel ist die Charité. Es ist spannend, wie die Kollegen und Kolleginnen dort berichtet haben, dass es kein klassisches Solidaritätsbündnis gab, sondern die Menschen richtig Arbeit im Betrieb gemacht haben. Die Menschen aus dem Bündnis „Bürger im Krankenhaus“ haben das gemacht, was die Betriebsräte und Vertrauensleute nicht mehr alleine hinbekommen. Sie sind in die Abteilungen gegangen und haben diskutiert.

Publikum: Die Psychiatrie als solche muss sich auch ändern. Es ist nicht damit getan, dass wir innerhalb der Klinik mehr Pfleger, mehr Krankenschwestern, mehr Ärzte haben. Das ist eine Voraussetzung dafür, dass etwas Vernünftiges geschieht. Was sich aber auch ändern muss, das ist der Zusammenhang innerhalb dieser einzelnen Gruppen. Was sich ändern muss ist auch der Inhalt der Arbeit, in der Medikamente statt Ansprache und Kontakt vorherrschen.

Publikum: Harald Weinberg hat es auf den Punkt gebracht. Es geht nicht nur um die Psychiatrie, sondern um die Daseinsfürsorge für alle über eine Finanzierung durch alle. Es gibt Kollegen und Kolleginnen, die müde geworden sind. Es gibt aber auch solche, die auf die Straße gehen und sich bewegen. Wir

sollten unseren Erfolg im Widerstand gegen PEPP feiern, auch wenn viele wissen, dass weiter an den Schrauben gedreht wird. Vorhin gab es Beispiele, die als Leuchttürme bezeichnet wurden. Auch das ist ein Leuchtturm. Die Kollegen und Kolleginnen können daran anknüpfen und die politisch Verantwortlichen in die Pflicht nehmen.

Publikum: Wir brauchen kostendeckende Budgets. Diese bundeseinheitlichen Bewertungsfaktoren, respektive die Dokumentation mit den OPS, die vom InEK entwickelt werden, darüber kann PEPP durch die Hintertür eingeführt werden. Ich habe mir überlegt, wie müsste eigentlich Gemeindepsychiatrie finanziert werden? Das ist bislang ein Flickenteppich. Tageskliniken müssten nach PEPP funktionieren, sollte das Entgeltsystem denn in abgewandelter Form kommen. Beim Betreuten Wohnen in der Gemeindepsychiatrie wird ein bestimmtes Maß an Fachleistungsstunden refinanziert. In unserer Tagesklinik gibt es eine Krisengruppe, die gar nicht finanziert ist. Ergotherapeuten, die aus dem ambulanten Bereich in ein Wohnheim kommen, werden über die Krankenkassen finanziert. Ich will damit sagen: Gemeindepsychiatrie bräuchte ein einheitliches Budget, das aus verschiedenen Töpfen des Sozialgesetzbuches – insbesondere SGB IX und SGB XII bzw. SGB III – zusammengestellt ist. Bisher ist das eine Utopie. Ich denke an so etwas wie das Regional-Budget in Itzehoe das gut funktioniert hat.

Publikum: Wir haben ein begrenztes Zeitfenster für Aktivitäten. Was sollten wir tun? Heute reicht es nur noch zu einem Appell. Der erste Schritt wäre sicher, noch mal in den Betrieben deutlich zu machen, dass die Aktivitäten der letzten zwei Jahre – vor allem in NRW waren wir ja Vorreiter mit der Kampagne „PEPP muss weg“ – ein Erfolg waren. Aber nur ein Teilerfolg. Dass viel Skepsis eingekehrt ist, mindert den Erfolg nicht. Wir müssen jetzt diskutieren und überlegen, inwieweit der neue Gesetzentwurf unseren Forderungen entspricht. Also: Wir müssen gemeinsam nachlegen! Und wir müssen Aktionen machen. Der Bundesfachbereich und in NRW die Fachkommission werden sich darüber Gedanken machen. Das ist sozusagen unser Herbstprogramm.

Peter Kruckenberg: In Bremen hatten wir zwischen 2004 und 2012 erhebliche Probleme in der Erwachsenenpsychiatrie. Da haben wir versucht, einen partiübergreifenden reformorientierten politischen Zusammenhang zu schaffen. Immerhin ist das Ergebnis ein einstimmiger Beschluss mit dem klaren Auftrag an den Senat, in den nächsten acht Jahren eine Psy-

chiatriereform als Zukunftsprojekt auf den Weg zu bringen. Der Gemeindepsychiatrische Verbund, das Regionalbudget, die Stärkung der Patientenbeteiligung, die Ausrichtung auf Inklusion sind u. a. Teil dieses Projekts. Das ist zwei Jahre her. Der Senat hat den Auftrag, darüber regelmäßig zu berichten. Unsere nächste Auseinandersetzung bereiten wir gerade für den August vor - für die nächste Deputations-sitzung. Wir fordern, dass sich die Zivilgesellschaft an dieser Stelle einbringen kann. Und wir haben einfache Alternativen zu PEPP zu bieten, die für die Patienten günstiger und bedarfsorientiert und für die Politik praktikabel sind. Wir haben erfahren, dass Überzeugungsarbeit manchmal möglich ist bis in die Politik hinein, manchmal auch nicht. Dann ist Konfliktarbeit unvermeidlich. Das sind unsere Aufgaben für die nächsten drei Monate.

Gerhard Walsken: Ein Anknüpfungspunkt sind die Expertenanhörungen, zu denen ver.di und die Fachverbände eingeladen werden. Ich war ganz froh unter dieser Plattform den Verband der Angehörigen zu entdecken, der ein ebenso scheues Reh ist wie die

Betroffenenverbände. Ich hoffe sehr, dass das Home Treatment gestärkt wird und wir mit der Gemeindepsychiatrie zusammen die Versorgung verbessern. Das wird auch die Lage der Beschäftigten in der stationären Psychiatrie verbessern. So schlecht und heterogen die tariflichen Verhältnisse in der Gemeindepsychiatrie sind, die Zufriedenheit der Beschäftigten ist hoch. Das ist kein Zufall. Hier ist mehr Selbstbestimmung möglich und in diese Richtung wird sich auch die stationäre Psychiatrie öffnen müssen. Ich hoffe das passiert bevor ich in Rente bin.

Publikum: Wir brauchen kluge Leute, die in Fachkommissionen und Anhörungen die richtigen Argumente anbringen. Wir brauchen auch Menschen, die in Straßen, Betrieben und Gewerkschaften aktiv werden und dort die kollektive Erfahrung machen können, dass Gesetze veränderbar sind und das Projekt „Gesundheit ist eine Ware“ nicht reibungslos verfolgt werden kann.



Resolution

Zusammenfassung der Ergebnisse und Forderungen an Träger und Politik

Resolution der Teilnehmenden der Konferenz „Neue Finanzierung der Psychiatrie – Wie viel Qualität und Personal wollen wir uns leisten?“ der Fraktionen DIE LINKE. im LVR und LWL, Essen, den 23. April 2016

Neue Finanzierung der Psychiatrie – Jetzt eine wirkliche Wende einleiten!

Die massiven Proteste von Fachverbänden, Nichtregierungsorganisationen und Gewerkschaften gegen PEPP haben Wirkung gezeigt. Mit der Vorlage der „Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems“ ist die Abkehr von einem System der Pauschalfinanzierung psychiatrischer Leistungen eingeleitet, das weder einer vernünftigen Behandlung und Versorgung entspricht, noch ausreichend Personal garantiert. Das politische Ziel von PEPP ist das gleiche wie bei den Fallpauschalen in allgemeinen Krankenhäusern auch: An den Kosten für die Versorgung kranker Menschen sparen.

Positiv an den von der Großen Koalition jetzt vorgelegten Eckpunkten ist die Orientierung an einem Budgetsystem, das sowohl regionale als auch hausindividuelle Besonderheiten berücksichtigen soll. Ebenfalls entfällt die ursprünglich vorgesehene Vereinheitlichung zu landesweit gültigen Preisen. Von großer Bedeutung ist insbesondere, dass sich die Entwicklung von verbindlichen Standards für die Personalbemessung an der Psych-PV orientieren soll. Auch ist die Öffnung für außerstationäre Versorgungsformen – Hometreatment – sinnvoll.

Es ist jedoch zu befürchten, dass die Systematik von PEPP nicht verschwindet, sondern nur in veränderter Form für die Finanzierung der Kliniken weiterhin zugrunde gelegt wird, PEPP als „Transparenzsystem“ erhalten bleibt. Denn Klinikvergleiche sowie bundeseinheitliche und empirisch ermittelte Kostendaten sollen auch künftig Grundlage für die Budgetverhandlungen sein.

Die Teilnehmenden der Konferenz fordern:

Ein Entgeltsystem, das

- ▶ Alle an der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung beteiligten Akteure einbezieht und deren Vernetzung unterstützt
- ▶ Alle Patientengruppen im System der gesetzlichen Krankenversicherung versorgt
- ▶ Die ambulante und aufsuchende Behandlung als gleichwertige Möglichkeiten mit ausreichender Finanzierung abbildet

- ▶ Therapieverläufe bürokratiearm dokumentierbar macht, damit Transparenz gewährleistet wird, der Aufwand dafür jedoch auf das Nötigste begrenzt werden kann und nicht zu Lasten des ärztlich-therapeutischen Personals geht
- ▶ Vergütung nicht an Verweildauer koppelt
- ▶ Im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention die Unterlassung von Zwangsmaßnahmen fördert
- ▶ Eingeführt wird im Rahmen einer beratenden Prozessbegleitung durch eine unabhängige Expertenkommission.

Die Ermittlung von bedarfsgerechten Tagesentgelten

- ▶ Für die vollstationäre und teilstationäre Krankenhausbehandlung medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen
- ▶ Unter Beachtung der Leistungskomplexe der Psych-PV
- ▶ Bei Abkehr der Messung der Häufigkeiten von Teilleistungen, da dies mit systematischen Fehlern verbunden ist und zu Fehlsteuerungen führt
- ▶ Mithilfe von Krankenhausvergleichen, die jedoch nicht dazu führen dürfen, dass die Kliniken in einer Abwärtsspirale an die billigsten Kostenstrukturen angepasst werden
- ▶ Unter Berücksichtigung von Beschäftigungs- und Tarifniveaus bei Vergleichen
- ▶ Unter der Gewährleistung, dass Kalkulationskliniken tarifgebunden (TVÖD) sind, nur so kann sichergestellt werden, dass die Personalkosten auch vollständig finanziert werden.

Verbindliche Personalvorgaben, welche

- ▶ Die Standards der Psych-PV nicht unterschreiten und weiterentwickeln
- ▶ Die Einbeziehung aller Berufsgruppen gewährleisten
- ▶ Gute Arbeitsbedingungen sicherstellen
- ▶ Eine Sanktion für Nichteinhaltung vorsehen
- ▶ Dem Personalmangel im Pflegebereich entgegenwirken können

Bis zur Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen muss sichergestellt werden, dass in allen Häusern die Psych-PV zu mindestens 100% umgesetzt wird und nicht wie vorgesehen, nur in den Kalkulationshäusern.

Nützliche Links und Adressen:

DIE LINKE. im Landschaftsverband Rheinland ist in den vier Krankenhausausschüssen und im Gesundheitsausschuss vertreten, ebenso ist Die Linke. im Landschaftsverband Westfalen-Lippe im Gesundheits- und Krankenhausausschuss vertreten. Die beiden Landschaftsverbände gehören zu den größten psychiatrischen Krankenhausträgern in Deutschland und sind damit in hohem Maße von der Umstellung der Finanzierungssystematik betroffen.

Mehr über die Landschaftsverbände erfahren Sie unter den Links: www.lvr.de und www.lwl.org

Die Foliensätze zu den einzelnen Vorträgen sind im Internet auf den Fraktionswebseiten eingestellt unter den Links: www.linksfraktion-lvr.de und www.linksfraktion-lwl.de.

Das FORUM GESUNDHEITSPOLITIK ist eine private Initiative, die von gesundheitspolitisch engagierten Wissenschaftlern getragen wird und über gesundheitspolitische Rahmenbedingungen und gesetzliche Veränderungen in diesem Bereich informiert: www.forum-gesundheitspolitik.de

BioSkop e.V. mischt sich in die Auseinandersetzung um Biomedizin und Biopolitik ein – mit unabhängigen Recherchen, kritischen Analysen, Redebeiträgen und Kampagnen: www.bioskop-forum.de

Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V. (KGNW) ist der Zusammenschluss der Krankenhausträger und ihrer Spitzenverbände in Nordrhein-Westfalen mit Sitz in Düsseldorf. Ziel ist es, auf eine der Würde des Menschen verpflichtete, humane, bedarfsgerechte, leistungsfähige, wirtschaftliche und finanziell abgesicherte Versorgung durch eigenverantwortlich tätige Krankenhäuser mit pluraler Trägerstruktur hinzuwirken: www.kgnw.de

Im ver.di Fachbereich 3, Gesundheit und Soziales sind Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger, Altenpflegerinnen und Altenpfleger, Hebammen, Ärztinnen und Ärzte, Medizinisch-technische Assistentinnen und andere aktiv. Mit großen Kampagnen wie "Der Druck muss raus!" setzt ver.di sich für gute Arbeitsbedingungen und gerechte Bezahlung, gegen Personalnot und Überlastung der Beschäftigten ein. Zur Webseite des Fachbereichs gelangt man über den Link:

www.gesundheit-soziales-nrw.verdi.de

DGSP Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP) ist ein unabhängiger Fachverband für psychiatrisch Tätige aller Berufsgruppen. Sie hat auf Ihrer Webseite eine Stellungnahme zum PsychVVG veröffentlicht, abrufbar unter www.dgsp-ev.de

Abkürzungsverzeichnis

BMG	Bundeministerium für Gesundheit
BMI	Body-Mass-Index
DGSP	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosebezogene Fallgruppen, englisch: Diagnosis Related Groups
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, englisch International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
GKV	Abkürzung für den Spitzenverband der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen
GPV	Gemeindepsychiatrische Verbände
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IV	Integrierte Versorgung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
LVR	Landschaftsverband Rheinland
LWL	Landschaftsverband Westfalen-Lippe
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
NWpG	Netzwerk für psychische Gesundheit
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PKV	Private Krankenversicherung
PsychKG	Psychisch-Kranken-Gesetz
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung
PsychVVG	Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
SGB	Sozialgesetzbuch
SPZ	Sozialpsychiatrisches Zentrum
TVöD	Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst



„Das politische Ziel von PEPP ist das gleiche wie bei den Fallpauschalen in allgemeinen Krankenhäusern auch: An den Kosten für die Versorgung kranker Menschen sparen.“