



DGSP · Zeltinger Straße 9 · 50969 Köln

## Bundesgeschäftsstelle:

Zeltinger Straße 9  
50969 Köln ( Zollstock )  
Telefon 0221 / 51 10 02  
Telefax 0221/ 52 99 03  
e-mail: [dgsp@netcologne.de](mailto:dgsp@netcologne.de)  
Internet: [www.psychiatrie.de](http://www.psychiatrie.de)

## Richtig umsteuern

### Eckpunkte zur zukünftigen Finanzierung der klinisch-psychiatrischen Versorgung

#### 1. Von der Anstalt zum psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhaus in der Gemeinde

Die Psychiatriereform der letzten 40 Jahre hat auch das Gesicht der Krankenhauspsychiatrie in der Tendenz verändert:

- Räumlich abgelegene Anstalten sind zunehmend ersetzt worden durch wohnortnahe Krankenhauseinrichtungen.
- Die „elenden und menschenunwürdigen Bedingungen“ in den Fachkrankenhäusern (Psychiatrie-Enquête 1975) sind durch aufwändige Sanierungen überwunden worden, gut ausgestattete Stationen sind heute die Regel.
- Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sind inzwischen für etwa die Hälfte der Krankenhausbehandlungen zuständig.
- Durch umfassende Enthospitalisierungsprogramme gehören die manchmal lebenslänglichen Unterbringungen weitgehend der Vergangenheit an, der Trend zu immer kürzeren Verweildauern hält seit Jahren an.
- Die „Bettenburgen“ der Vergangenheit sind zu abgestuften stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten mit immer weniger Betten weiterentwickelt worden.
- Konzepte institutioneller Verwahrung chronisch psychisch kranker Menschen mit kustodialer Haltung der Ärzte und des Krankenpflegpersonals sind differenzierter Behandlung und Rehabilitation vor allem akut erkrankter Patienten mit Milieuthera- pie und Beziehungsarbeit mit Öffnung der Stationen auch für untergebrachte Pati- enten gewichen.

- Psychiatrische Krankenhauseinrichtungen sind nicht mehr Inseln in der sozialen Umwelt, sondern entwickeln sich zu Partnern in den Gemeindepsychiatrischen Verbänden ihrer Versorgungsregionen.
- Die Psychiatrie-Personalverordnung von 1991 stellte erstmals einen nachvollziehbaren Zusammenhang her zwischen den Behandlungszielen und dem Behandlungsbedarf einer lebensweltbezogenen Psychiatrie und Psychotherapie und der erforderlichen Personalausstattung für alle Berufsgruppen der Klinik.

Neben diesen unbestritten positiv zu bewertenden Veränderungen an vielen Orten gibt es bis heute problematische, fachlich und ethisch fragwürdige Trends, z.B.

- „Umhospitalisierung“: Verlagerung von Langzeitbereichen bzw. Verlegung von Patienten in Alten- und Pflegeheime statt Integration in die Gemeinde
- Personalabbau bis hin zu Zuständen wie vor der Psych-PV, mit wieder zunehmendem Vorrang psychopharmakologischer Behandlung, steigenden Unterbringungszahlen und Verschlechterung des therapeutischen Klimas bis hin zu traumatisierenden Situationen
- Verkürzung der Verweildauern um den Preis häufiger Wiederaufnahmen („Drehtür“)
- Spezialisierung der Behandlungsangebote für ausgewählte Patientengruppen zu Lasten der regionalen Pflichtversorgung von akut kranken Patienten mit psychosozialen Beeinträchtigungen
- fortbestehender Vorrang vollstationärer Behandlung bei fehlender oder unzureichender Finanzierung von aufsuchender Krisenintervention, Home Treatment und Nachsorge
- Diskontinuität der Behandlung im Krankenhaus, fehlende Aufnahme- und Entlassungsabstimmungen und mangelnde Integration in den Gemeindepsychiatrischen Verbund,
- Verstärkung dysfunktionaler Entwicklungen durch Unterfinanzierung

Die ungünstigen Entwicklungen sind zu einem wesentlichen Teil zurückzuführen auf

- die Verschlechterung der Finanzierungsbedingungen trotz steigenden Leistungsbedarfs
- die fortdauernde Fragmentierung des angebotsorientierten bundesdeutschen Gesundheits- und Sozialsystems mit einer Ausrichtung auf mehr Konkurrenz statt auf Vernetzung

- fehlende Qualitätssicherung im Sinne nachhaltiger und umfassender Behandlungserfolge

Die Psychiatrie-Personalverordnung wurde im Laufe der Zeit ausgehöhlt, indem das Budget der Krankenhäuser – trotz widersprechender Vorgaben in der Bundespflegegesetzverordnung – unterhalb der tariflichen Lohnsteigerungen gedeckelt wurde. Gewinninteressen der zunehmend privaten Klinikbetreiber und Quersubventionierung durch „Deckungsbeiträge“ zum Ausgleich von Defiziten somatischer Krankenhausbereiche trugen zur Verschlechterung der personellen Ausstattung bei. Verkürzung der Verweildauern und Steigerung der Fallzahlen steigerten darüber hinaus die Arbeitsbelastung und wirkten negativ auf die Behandlungsatmosphäre.

Trotz vieler evidenzbasierter internationaler Erfahrungen fehlt es bis heute an Anreizen zur Begrenzung der stationären „Bettenpsychiatrie“ mit Umsteuerung in flexible und mobile ambulante Behandlung. Es ist immer noch versorgungstechnisch einfach und betriebswirtschaftlich lukrativ, stationäre Behandlungsplätze (psychiatrische Betten) in möglichst großer Zahl vorzuhalten und sie bei Kürzung der Personalausstattung möglichst gut auszulasten. Finanziell nicht honoriert wird dagegen die flexible bedürfnisangepasste, kooperative und regional vernetzte, auf den einzelnen Patienten und dessen nachhaltigen therapeutischen Erfolg ausgerichtete Behandlung im Rahmen einer konsequent regionalisierten Pflichtversorgung.

Dabei gibt es in den letzten Jahren vielversprechende Versorgungsmodelle, die klinisch-psychiatrische Versorgung jenseits der Schubladen „ambulant – teilstationär – stationär“, d.h. „sektorübergreifend“ zu erproben und zu evaluieren.

## **2. Was wird eigentlich gebraucht?**

Wer hat welche Bedürfnisse, wer hat welche Erwartungen an das Gesundheits- und Sozialsystem?

- Aus der Sicht der Patienten geht es neben Symptomreduktion und Verminderung von Leiden um den Erhalt oder die Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit, um soziale und berufliche Integration und Inklusion, eine möglichst weit gehende Vermeidung von Stigmatisierung sowie um möglichst wenige und möglichst niedrige Schwellen im System.
- Angehörige erwarten darüber hinaus eine eigene Entlastung, Transparenz und gesprächsbereite, gut erreichbare feste Ansprechpartner.
- Für Professionelle sind beispielsweise multiprofessionelle Zusammenarbeit, gute Arbeitsbedingungen, eine angemessene Bezahlung und eine Begrenzung des Verwaltungsaufwands von Bedeutung.
- Relevante Kriterien aus der Sicht der Kostenträger sind Gesundheit und Zufriedenheit der Versicherten, Nachhaltigkeit der Behandlung, optimale Leistungsfähigkeit sowie Kostenkontrolle und niedrige Fallkosten.

### 3. Anforderungen an die Entwicklung der Krankenhausbehandlung in den nächsten Jahren

Das neue Entgeltsystem sollte Anreize setzen, die o. g. Bedürfnisse zu befriedigen. Im Einzelnen heiße das

- Vermeidung von bersorgung durch stationäre Behandlung und unnötige Herausnahme aus den gewohnten sozialen Bezügen, wenn teilstationäre, ambulante oder aufsuchende Hilfen bedarfsgerecht wären → Ertüchtigung insbesondere ambulanten Behandlung, Flexibilisierung der Sektoren stationär – teilstationär – ambulant
- Vermeidung von Unterversorgung Schwerkranker → Integration intensiver Behandlung in lebensweltbezogene Komplexleistungen
- Verbesserte fallbezogene Zusammenarbeit der Leistungserbringer aus unterschiedlichen Säulen der Sozialversicherung
- Aufbau wirksamer Hilfen vor Ort mit bedarfsgerecht gestuftem Heraustreten aus dem gewohnten Lebensfeld zur Krisenintervention
- Verbesserte Leistungstransparenz bei reduziertem Prüfaufwand seitens der Kostenträger
- Ergebnisbezogene Kontrolle der Behandlungskosten

### 4. Steuerungswirkungen

Die Vorgabe des Gesetzgebers zur Findung tagesbezogener Entgelte darf nicht mit dem bisher wirksamen Anreiz zur Auslastung (teil-)stationärer Kapazitäten bzw. der Erzielung einer möglichst hohen Zahl von Behandlungstagen verbunden bleiben.

Die bisher bekannten Möglichkeiten einer ressourcenschonenden, ergebnisorientierten Entgeltsystematik sollten daher so rasch wie möglich ausgewertet und in die Erarbeitung des neuen Entgeltsystems einbezogen werden:

- Umgehende Einbeziehung der PIA als ambulante Einzelleistungen (z.B. „bayrisches PIA-Modell“ ohne Begrenzung des tagesbezogenen Leistungsumfangs)
- Home Treatment (aufsuchende Behandlung durch das Krankenhaus)
- Abschläge für stationäre „Langlieger“, Anreize für Vernetzung mit KV-Ärzten und -Psychotherapeuten sowie gemeindepsychiatrischen Leistungserbringern
- Einheitliche Vergütungssysteme für alle Krankenhausleistungen (stationär, teilstationär, ambulant, aufsuchend)
- Vertragsmodelle der Integrierten Versorgung unter Einbeziehung des regional verantwortlichen Krankenhauses und weiterer Träger des gemeindepsychiatrischen Hilfesystems

- Regionale Gesamtbudgets (zunächst für jeweils eine Säule des Sozialversicherungssystems, Öffnung für SV-Sparten übergreifende Budgets)
- Koordination und Organisation des Leistungsgeschehens durch einen Gemeindepsychiatrischen Steuerungsverbund der Selbstverwaltung von Leistungsträgern und Leistungserbringern unter Einbeziehung der Vertreter der Selbsthilfegruppen von Experten aus Erfahrung und Angehörigen, koordiniert durch die Kommune, mit der Aufgabe Verteilungsgerechtigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit zu gewährleisten
- Etablierung eines unabhängigen, breit wirksamen und mit unterschiedlicher Expertise besetzten, verlässlich finanzierten Verbraucherschutzes. Dieser sammelt Daten zu Versorgungssituation, Ressourcen und Konzepten, beobachtet begleitend das Leistungsgeschehen und bearbeitet auf wissenschaftlicher Grundlage Rückmeldungen von einzelnen Nutzern, von Nutzergruppen (z.B. Selbsthilfegruppen) aber auch von Beschwerdestellen und Besuchskommissionen und von medizinischen Diensten der Leistungsträger und aus dem Qualitätsmanagement in der Region. In wichtigen Fragen ist der Verbraucherschutz mit Sanktionsinstrumenten ausgestattet.

## 5. Laufender KHRG-Prozess

Das 2009 in Kraft getretene Krankenhausfinanzierungs-Reformgesetz – KHRG – erteilt der Selbstverwaltung aus Krankenhäusern und Krankenkassen vier zusammenhängende Aufträge:

- Wiederherstellung der Personalausstattung gemäß Psych-PV sofort zu 90 %, danach zu 100%
- Ermittlung tagesbezogener Entgelte für Patientengruppen ausgehend von den Leistungskomplexen der Psych-PV
- Prüfung der Einbeziehung der Institutsambulanz und „anderer Abrechnungseinheiten“ („z.B. Jahresbudgets“)
- umfassende Begleitforschung „zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung“

Mit diesen Aufträgen werden langfristige Weichen für alle Fachkrankenhäuser gestellt! Vor allem die Wiederherstellung der Psych-PV wird über die Arbeitsbedingungen der nächsten Jahrzehnte entscheiden!

Per Gesetz gedeckelte Budgets der Krankenhäuser haben in den letzten Jahren zu Personalmangel in der Psychiatrie geführt, den alle Kolleginnen und Kollegen auf den Stationen, in den Tageskliniken und Ambulanzen zu spüren bekommen haben.

Das darf so nicht bleiben! Vor einer Umstellung der Finanzierung müssen die Ausgangsbedingungen stimmen, sonst wird der Personalmangel auf lange Zeit festgeschrieben.

Die ersten Schritte zur Umsetzung der Gesetzesaufträge lassen allerdings befürchten, dass weder eine Verbesserung der Versorgung noch die Verbesserung der Arbeitsbedingungen angestrebt wird:

- Die vollständige Umsetzung der Psych-PV-Personalschlüssel ist nicht überall erfolgt. Viele Krankenhäuser haben die Ausfinanzierung der Psych-PV nicht einmal in die Pflegesatzverhandlungen eingebracht.
- Das OPS-System, das zurzeit erprobt wird, misst nur sehr spezielle Leistungskomplexe – ein großer Teil z. B. der Pfllegetätigkeiten wird als „Hintergrundrauschen“ abgetan, als ob die Anwesenheit des Pflegepersonals verzichtbar wäre.
- Die Institutsambulanzen bleiben ebenso außen vor wie neue Wege der Finanzierung (z. B. Regionalbudgets oder Integrierte Versorgung). Dabei sind doch gerade hier Fortschritte in der Krankenhausbehandlung zu erwarten.
- Für eine Begleitforschung, die zu dieser Qualitätsverbesserung beitragen soll, sind noch keine Vorbereitungen in Sicht.

Nach unseren Eindrücken wird das Gesetz schon in den Anfängen der Umsetzung unterlaufen: unsinniger Bürokratieaufwand für die neuen OPS, der zur Festschreibung von Personalmangel und Arbeitsdruck führt, aber den Patienten nichts bringt.

## **6. Die Position der DGSP**

Das psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhaus der Zukunft

- wird ein kooperierender, nicht dominierender Partner im trialogisch ausgerichteten Gemeindepyschiatrischen Verbund, der verlässlich die Verantwortung für die regionale Pflichtversorgung übernimmt
- hat in diesem Verbund besondere Funktionen, u.a. die patientenbezogene Zusammenarbeit mit den somatischen Kliniken, die Schutz- und Behandlungsfunktion in psychiatrischen Krisen, die in der Gemeinde nicht aufgefangen werden können, in einem verständnisvollen und respektvollen therapeutischen Klima
- ist je nach dem Behandlungsbedarf des einzelnen Patienten soweit irgend möglich vor Ort und in Kooperation mit anderen Diensten tätig mit dem Ziel, vollstationäre Behandlung nach Möglichkeit zu verhindern und zu verkürzen.

Das KHRG eröffnet gute Möglichkeiten auf diesem Weg. Die Umsetzung des gesetzlichen Auftrags durch die Selbstverwaltung von Krankenkassen und Krankenhausgesellschaft ist bisher von grundlegenden und umfassenden Mängeln geprägt. Eine Fortsetzung dieses Vorgehens würde die Psychiatriereform für viele Jahre zurückwerfen.

Die DGSP fordert das Bundesministerium für Gesundheit auf, seine Aufgaben in der Begleitung und notfalls Steuerung des Umsetzungsprozesses in Begleitung durch eine un-

abhängige interdisziplinäre Fachkommission auch mit trialogischer und internationaler Kompetenz wahrzunehmen und für eine Umsteuerung zu sorgen.

Diese Kommission sollte auch vom Gesundheitsausschuss vor der Verabschiedung des KHRG-Folgegesetzes gehört werden.

Die DGSP sucht dazu die Zusammenarbeit mit allen Fachverbänden und Selbsthilfeverbänden von Experten aus Erfahrung und von Angehörigen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung für eine breite öffentliche gesundheits- und sozialpolitische Diskussion.

Die Gesellschaft muss den „besonderen Bedürfnissen psychisch kranker Menschen“ (SGB V und IX) endlich gerecht werden.

Köln, Mittwoch, 17. November 2010

Deutsche Gesellschaft für  
Soziale Psychiatrie e.V.

Der Vorstand

gez. Friedrich Walburg