

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0197(39)
gel. VB zur öAnhörung am 26.09.
2016_PsychVVG
23.09.2016

DGSP

Deutsche Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e.V.



DGSP Landesverband , Eystruper Str. 6; 28325 Bremen

Landesverband Bremen
Geschäftsstelle

Peter Kruckenberg
Eystruper Str. 6
28325 Bremen

Telefon: 0421-420 313

An Herrn Saß
Gesundheitsausschuss
des
Deutschen Bundestags

Bremen, den 23.9.2016

**Einstieg in eine neue Phase der Psychiatriereform in
Deutschland
über das weiterentwickelte
PsychVVG**

**Stellungnahme der DGSP zur Anhörung im Gesundheitsausschuss
am 26.9.2016**



Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) zum
„Kabinettsentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung
für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG)

Das PsychVVG: Gesundheitspolitisches Zukunftsprojekt oder Mogelpackung – der
Deutsche Bundestag sollte Änderungen entscheiden

Inhaltsverzeichnis

- 1 Einführung
- 2 Zukunftsweisende Intentionen und Aufgaben
- 3 Für die Umsetzung des PsychVVG: relevante Fehlentwicklungen seit 1995
- 4 Entwicklung der Psychiatriereform als gesellschaftspolitisches Zukunftsprojekt
für die Bundesrepublik Deutschland 2019 bis 2029
- 5 Die notwendigen Korrekturen und Ergänzungen im PsychVVG
- 5.1 Aktuelle Änderungserfordernisse im PsychVVG (Auswahl)
- 5.2 Die Einberufung einer unabhängigen Expertenkommission
 - zur Begleitung der Umsetzung des PsychVVG
 - Weiterentwicklung zu einem Bundesmodellprogramm:
 - Die Entwicklung der Psychiatriereform als gesellschaftspolitisches
Zukunftsprojekt für die Bundesrepublik Deutschland 2019 bis 2029
- 6 Erläuterungen
- 6.1 Psychiatrie-historische Perspektive für den Kurswechsel durch das PsychVVG und darüber
hinaus und die anzustrebende politische Entscheidung für ein
Bundesmodellprogramm:
- 6.2 Die Entwicklung der Psychiatriereform als gesellschaftspolitischer Auftrag

1 Einführung

Die DGSP hat die an den Koalitionsvertrag anschließenden Aktivitäten des Bundesministers für Gesundheit Hermann Gröhe begrüßt.

Nach dem Grundsatz „Leistungsorientierung und mehr Transparenz“ sollen in einem neuen Entgeltsystem systematische Veränderungen in der Konzeption, Organisation und Finanzierung der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Behandlung durch das Krankenhaus gesetzlich verankert werden. Dazu wurde ein sogenannter „strukturiertes Dialog“ mit den psychiatrischen und psychosomatischen Verbänden und weiteren Akteuren zu geführt.

2 Zukunftsweisende Intentionen und Aufgaben

Die vom Gesundheitsminister und führenden Vertretern der Koalition am 18.2. 2016 vorgestellten Eckpunkte, der daraus entwickelte Referentenentwurf und der Kabinettsentwurf vom 5.9. vermitteln zukunftsweisende Intentionen und Aufgaben, vor allem

- die Finanzierung der Behandlung nicht über ein landesweites Preissystem sondern über ein die regionalen Besonderheiten berücksichtigendes und Sektor übergreifend auf den Behandlungsbedarf ausgerichtetes und lokal verhandeltes Budgetsystem
- die Verbesserung der Personalausstattung durch verbindliche Orientierung an der Personalverordnung Psychiatrie (Psych-PV), deren Gültigkeit zumindest bis 2019 für alle Krankenhäuser mit Versorgungsverpflichtung fortbesteht und bei der Festlegung einer Mindestpersonalausstattung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) Maßstab sein soll.
- die Möglichkeit der Einbeziehung „externer Expertise“ durch den G-BA
- die Einführung von Hometreatment als stationsäquivalenter Leistungsart
- die Weiterentwicklung der Regelungen zu Institutsambulanzen
- die Standortidentifikation der Krankenhäuser und ihrer Außenstellen
- leistungsbezogene Vergleiche von Krankenhäusern als Transparenzinstrument

Bei angemessener Umsetzung könnten diese Aspekte wesentlich zur personenzentrierten und lebensweltbezogenen Weiterentwicklung der Behandlung in einem regionalen Versorgungssystem von Bürgern mit schweren seelischen Erkrankungen auf einem zeitgemäßen internationalem Standard beitragen.

Leider wird diese Zielsetzung durch Auslassungen und andere Bestimmungen des Kabinettsentwurfs gefährdet und kann potentiell geradezu in ihr Gegenteil verkehrt werden. Bei der Umsetzung des Kabinettsentwurfs auf der vorliegenden Grundlage sind bei kritischer Würdigung der Interessengegensätze und der Konfliktfelder unter den verantwortlichen Akteuren angesichts der Vorgeschichte der letzten Jahre und Jahrzehnte auch weitere durch finanzielle Kürzungen bedingten Verschlechterungen der Personalausstattung und der Flexibilisierung des Leistungsgeschehens vorstellbar und nicht unwahrscheinlich, verbunden mit einer zusätzlichen Einschränkung der Grundrechte von Menschen mit schweren seelischen Erkrankungen. Aus der Sicht der DGSP ist nicht erkennbar, ob die Verantwortlichen in der Koalition den zukunftsweisenden Intentionen und Aufgaben in Kenntnis der bestehenden und zu erwartenden Problemlagen zugestimmt haben.

3 Für die Umsetzung des PsychVVG relevante Fehlentwicklungen seit 1995

Die wesentlichen Gründe für die Fehlentwicklungen seit 1995, besonders aber 2010 bis 2012 in der letzten Legislaturperiode und z.T. bis heute werden offenbar nicht gesehen, jedenfalls nicht öffentlich erörtert und wurden im Gesetzentwurf bisher z.T. nicht korrigiert .

Das sind vor allem:

1. Die seit 1995 zunehmende Nichtbeachtung der Rechtsansprüche der Patienten auf angemessene Personalausstattung in der Behandlung durch das Krankenhaus durch die Bundes- und Landespolitik, vorrangig verursacht durch mangelhafte Umsetzung der Psych-PV in den Budgetverhandlungen und durch den nur partiellen Ausgleich von Tarifsteigerungen - in manchen Krankenhäusern verstärkt durch Quersubventionierung von Somatik und Investitionen.

Wenn man die Steigerungen des Leistungsbedarfs vor allem durch erhebliche Verweildauerverkürzung einbezieht, war die Behandlungssituation vor dem KHRG 2009 in der Mehrzahl der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhäuser eher schlechter als vor der Psych-PV 1991.

2. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHRG - s. insbesondere § 17 d KHG) 2010 sollte mit Aufträgen an die Selbstverwaltung (SV) einen Kurswechsel einleiten:

- Wiederherstellung der Personalausstattung gemäß Psych-PV, sofort zu 90 %, danach zu 100%
- Ermittlung tagesbezogener Entgelte für Patientengruppen mit vergleichbarem Personalbedarf, ausgehend von den Leistungskomplexen der Psych-PV.
- Prüfung der Einbeziehung der Institutsambulanz und „anderer Abrechnungseinheiten“.
 - Umfassende Begleitforschung „zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung“.

Die zielführende Bearbeitung der Aufträge ist vor allem am Widerstand der Krankenkassen gescheitert. Sie legten mit dem InEK-PEPP-System ein auf weitere Kürzungen und Formalisierungen ausgerichtetes Konzept vor, dass von der DKG abgelehnt, aber durch Ersatzvornahme des BMG bestätigt wurde.

3. Das Umsetzungsgesetz für das neue Entgeltsystem, das PsychEntgG vom August 2012 hätte eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Personalausstattung in den Krankenhäusern mit Sicherheit verhindert, zum einen als ein im Entwicklungsprozess degressives Preissystem, zum anderen mit direkten Einschnitten durch nur partiellen Ausgleich von Tarifsteigerungen, drittens über den geplanten Landesbasisfallwert, der in den Krankenhäusern mit Pflichtversorgung durch die Leistungsausweitungen für elektive Patienten in anderen Häusern zu einer „doppelten Degression“ geführt hätte.

4. Das einen Monat später für 2013 vom Institut für das Entgeltsystem (InEK) im Auftrag des BMG vorgelegte PEPP-System (**P**auschalierendes **E**ntgeltsystem für **P**sychiatrie und **P**sychotherapie)

sollte eigentlich zu bedarfsgerechten, konzeptionell und wirtschaftlich angemessenen Tagesentgelten Patientengruppen mit vergleichbarem Behandlungsbedarf führen. Vorgehen und Ergebnisse des InEK standen aber im Gegensatz zu den Vorgaben des KHRG, erwiesen sich als fachlich und methodisch unhaltbar. Bei Umsetzung von PsychEntgG und InEK-PEPP-System wäre eine ständige weitere Absenkung der Personalausstattung vor allem für Patienten mit komplexem Hilfebedarf eindeutig absehbar.

Die Vorlage des ersten InEK-PEPP-2013 im September 2012, vor allem die klar absehbaren Fehlentwicklungen bei seiner Umsetzung, lösten eine breit gefächerte und in der Sache einheitliche Widerstandsbewegung in der Fachwelt, z.B. von den 17 relevanten Fachverbänden aus, aber auch bei den Selbsthilfegruppen der Betroffenen und Angehörigen und in der Zivilwelt (z.B. Ver.di, Attac).

5. Die offensichtlich groben Fehler bei den Ermittlungen durch das InEK (sog. „empirische Kalkulation“) bzgl. der jeweils aktuellen Personalsituation in den Krankenhäusern und deren Konsequenzen für die Versorgung wurden aus unverständlichen Gründen vom BMG ausgeblendet:

- Es ging um den Versuch einer „Messung“ des patientenbezogenen Aufwands in der IST-Situation in den Kalkulationskrankenhäusern ohne Beachtung des Ausmaßes der verbreiteten Minderausstattung, konkret um die Bestimmung der Zahl der täglichen 25-Minuten-„Therapieeinheiten“, obgleich diese bei schwer kranken Patienten nur ca.15 – 20 % Prozent des Leistungsgeschehens ausmachen, danach um methodisch grob fehlerhafte Korrekturversuche, um die Bildung von diagnostisch definierten Patientengruppen, obwohl die Diagnosen den Behandlungsbedarf nur zu einem geringen Teil abbilden – mit der Konsequenz der Benachteiligung von schwer psychisch Kranken bei der Personalbemessung
- Das alles verbunden mit einem überbordenden bürokratischen Kontrollaufwand, der die schon verminderten Therapiezeit um weitere ca. 10 % reduziert.

4 Entwicklung der Psychiatriereform als gesellschaftspolitisches

Zukunftsprojekt für die Bundesrepublik Deutschland 2019 bis 2029

Das InEK hat bis heute kein Verständnis für die besonderen Aufgaben und Methoden des psychiatrischen Hilfesystems und keine Selbstkritik hinsichtlich seiner Vorgehensweisen und Fehlentwicklungen und dementsprechend der Ergebnisse entwickelt, bzw. erkennen lassen. Auch nicht die GKV/PKV und der Mittelbau des BMG.

- Alle drei Institutionen sind aber eingebunden in die Erarbeitung und Umsetzung der zukunftsweisenden Intentionen und Aufgaben des PsychVVG. Das InEK soll bedeutsame steuerungswirksame Funktionen in der Umsetzung des PsychVVG übernehmen, so in der überfälligen Umsetzung der Psych-PV und in der Mitwirkung bei den Aufgaben des GBA bei der Weiterentwicklung der Psych-PV zu einem neuen Entgeltsystem oder bei der Mitwirkung an den Kriterien für den Krankenhausvergleich.

Das ist ohne eine grundlegende Überarbeitung der Probleme der letzten Jahre nicht gut vorstellbar.

Besondere Problemlagen

- Die Gültigkeit der Psych-PV (2016 bis 2019) für die Budgetverhandlungen der Kliniken mit Pflichtversorgung wurde im Kabinettsentwurf noch einmal betont. Eigentlich hätten danach im Gesetz Schätzungen der potentiell erheblichen Kosten für die Krankenkassen als evtl. erforderliche Aufwendungen aufgeführt werden müssen. Das ist nicht geschehen. Bei relevantem Umsetzungsgrad (Schiedsstellenfähigkeit!) könnten sie im Jahr hochgerechnet bundesweit bei mehreren 100 Mio. € bis ca. 1 Milliarde € pro Jahr liegen.
- Die seit ca. 1998 überfällige jährliche unabhängige Sicherstellung der Kontrolle der Vereinbarung bzgl. der Psych-PV-Umsetzung im Budget ist im Kabinettsentwurf nicht vorgesehen, obwohl die Personalausstattung zumeist unter 90% beträgt und damit die Grundrechte schwer kranker Patienten auf angemessene Behandlung verletzt werden, auch die UN-BRK..

- Vielmehr gibt es nach dem Gesetzentwurf weiterhin einen systemisch bedingten Personalabbau durch Unterfinanzierungen mit Kellertreppeneffekt, z.B. durch nur partielle Anerkennung von Tarifsteigerungen
- Die Weiterführung der vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bei der Entwicklung des PEPP-Systems praktizierten fachlich und methodisch indiskutablen Datenerhebungen über Kostenermittlung von Teilleistungen ist mit erheblichen Fehlbewertungen des Leistungsbedarfs zulasten schwer kranker Patienten verbunden.
- Orientierung am Vorgehen in der Finanzierung von Fallpauschalen in der Somatik, über die – im Gegensatz zu den Tagespauschalen in der Psychiatrie – Kostenreduzierungen durch Verweildauerreduzierung von den Krankenhäusern erwirtschaftet werden können sowie an S3-Leitlinien, ermöglicht die in der Regel keine für den Behandlungsbedarf relevanten Aussagen (Ausnahme: S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen).
- Das an der Einschätzung von Stufen des Behandlungsbedarfs orientierte, in Einführung und Anwendung sehr einfache, an einer Weiterentwicklung der Psych-PV orientierte Alternativmodell der Aktion Psychisch Kranke, wurde dem BMG 2014 übermittelt, fand aber bisher keinen Eingang in den strukturierten Dialog.

Das InEK, die GKV/PKV-Spitzenverbände und die Experten des BMG haben eine Analyse und damit die (Selbst-)Kritik dieser Fehlsteuerungen seit dem KHRG 2010, die für Politiker ohne Fachkenntnisse hinsichtlich der Besonderheiten der psychiatrischen Versorgung nicht unmittelbar verständlich sind, vermieden, so dass diese erneut Eingang in die gesetzlichen Rahmenbedingungen des Entwurfs zum PsychVVG gefunden haben.

Die Kritik der Fachverbände und der Experten ist offenbar zu zurückhaltend und nicht hinreichend öffentlichkeitswirksam formuliert worden, so dass an den Fehlsteuerungen durch die genannten, vorrangig auf Kostenreduzierung ausgerichteten Organisationen im Zuge der Erarbeitung und Formulierung des PsychVVG festgehalten werden konnte.

Deshalb muss an dieser Stelle unmissverständlich gesagt werden:

Ohne letztlich vereinfachende, aber entscheidende Korrekturen wird das PsychVVG zu vergleichbaren Versorgungsproblemen wie das PsychEntgG und das InEK-PEPP-System führen und mit erheblichen Umstellungsproblemen eine grundlegende Überarbeitung in ein bis drei Jahren erforderlich machen. Eine ernsthafte politische Zielsetzung, für Menschen mit schweren seelischen Erkrankungen die ihnen nach dem Grundgesetz und der UN-BRK zustehenden Versorgungsbedingungen zu ermöglichen, ist noch nicht annähernd abgesichert..

Die für die Weiterentwicklung des psychiatrisch-psychotherapeutischen-psychosomatischen Behandlungssystems notwendigen Änderungen und Ergänzungen im PsychVVG sind nach ungewöhnlich weitgehender Übereinstimmung der Fachverbände und engagierter Institutionen der Zivilgesellschaft ohne besondere Probleme zu realisieren und eher mit Vereinfachungen des Gesetzentwurfs verbunden.

Ein Alternativmodell mit transparentem methodischen Ansatz, auftragsgemäß orientiert am Konzept der Psych-PV und deren Weiterentwicklung, ist dringend erforderlich - und zur Sicherstellung der im PsychVVG geforderten „Leistungsorientierung und Transparenz“ nur mit der Begleitung bei Erarbeitung wie Umsetzung durch eine unabhängige Expertenkommission realisierbar. Diese wird auch seit Jahren von der Gesundheitsministerkonferenz gefordert.

5 So kann es gehen: Die notwendigen Korrekturen und Ergänzungen im PsychVVG

Die im Gesetzestext erforderlichen Anpassungen sind einfach. Hier sollen nur die wesentlichsten Umsetzungsschritte benannt werden:

5.1 Aktuelle Änderungserfordernisse im PsychVVG (Auswahl)

Für den Übergangszeitraum 2017 bis 2019 und daran anschließend

1. Ab dem 1.1.2017 verhandeln Krankenhäuser, die nicht optiert haben, ihre Budgets weiter wie bisher (nach der gültigen BpflV).
2. Die im Kabinettsentwurf vorgesehene Anpassung der Personalausstattung aller Krankenhäuser mit entsprechendem Versorgungsauftrag an die 100%ige Umsetzung der Psych-PV wird den Budgetverhandlungen 2017 bis 2019 angestrebt und soweit erforderlich (z.B. Lage am Arbeitsmarkt) in Stufen umgesetzt (z.B. die Hälfte des evtl. Defizits in 2017, je ein Viertel in 2018 und 2019).
3. Bei den Budgetverhandlungen sind gemäß Psych-PV-Verordnung §3 neben den berufsgruppenbezogenen Minutenwerten Nacht- und Bereitschaftsdienste, Rufbereitschaft und Ausfallzeiten besonders zu berücksichtigen.
4. Die Einstellung und der Einsatz der Berufsgruppen ist im Rahmen des Behandlungskonzepts kostenneutral austauschbar. Die sachgerechte Verwendung der Mittel für therapeutisches Personal durch die Krankenhäuser muss angesichts der Tendenzen zur Quersubventionierung kritisch überprüft werden. Angesichts des bestehenden Fachkräftemangels und der Schwierigkeit, Personalstellen zeitgerecht adäquat zu besetzen, können die Krankenhäuser konzeptgeleitet kostenneutral die Zusammensetzung der Berufsgruppen zu ändern, bzw. in Notfällen der Patientenversorgung aus den Personalmitteln vorübergehend Hilfskräfte bezahlen. Wenn diese Personalausgaben die Mittel nicht ausschöpfen, sind Überschüsse von mehr als 3% an die Krankenkassen rückzuerstatten. Konfliktsituationen sind schiedsstellenfähig. Die Vorgabe fester Zahlenwerte für Berufsgruppen mit Obergrenze ist zu streichen.
5. Die Umsetzung des InEK-PEPP-Systems wird gestoppt. Die Optionskrankenhäuser verwenden die aktuellen Entgelte als Abschlagszahlungen auf ihr verhandeltes Budget bis zu den folgenden Budgetverhandlungen unter Anwendung der Psych-PV (bei Eigeninteresse für evtl. Vergleichsuntersuchungen auch darüber hinaus).
6. Die Gültigkeit der Psych-PV wird ggf. ab 1.1. 2019 verlängert bis zur Entscheidung über eine Weiterentwicklung auf der Grundlage eines qualitätsorientiertem Behandlungskonzepts durch den G-BA mit der Sicherstellung der dafür erforderlichen gesetzlichen Finanzierung.

5.2 Die Einberufung einer unabhängigen Expertenkommission zur Begleitung der Umsetzung des PsychVVG und die Weiterentwicklung zu einem Bundesmodellprogramm:

Die Entwicklung der Psychiatriereform als gesellschaftspolitisches Zukunftsprojekt für die Bundesrepublik Deutschland 2019 bis 2029

- für die Beratung und Begleitung des Reformprozesses und die Vorlage von Transparenz ermöglichenden Zwischenergebnissen
- unter Einbeziehung vor allem der Erfahrungen der AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) ohne wirtschaftliche Eigeninteressen, mit viel Erfahrung in der Steuerung innovativer Projekte, in guter Vernetzung mit dem Bundestag durch Mitwirkung von MdBs im Vorstand. Ergänzende Einbeziehung von sowie Akteuren aus in den letzten 3 Jahren aktiven Fachverbänden (z.B. DGPPN u.a. auch der DGSP), von Vereinigungen der Nutzer und Angehörigen und von Ver.di , Dem Paritätischen, Attac.

Die Expertenkommission (oder geeignete Teilgruppen) wird zu allen gesundheitspolitisch wichtigen Aufgaben in der Ausgestaltung und Umsetzung des PsychVVG hinzugezogen. Sie erstellt projektbezogene und übergreifende Entwicklungsberichte, stimmt Empfehlungen ab und erörtert diese mit den Betroffenen, regelmäßig auch mit dem BMG, dem Gesundheitsausschuss und der GMK.

vor allem

- zur Sicherstellung der Umsetzung der Psych-PV zunächst in dem Übergangszeitraum 2017 bis 2019, evtl. darüber hinaus (mit externer Kontrolle, evtl. durch ergänzende Kommissionen der Bundesländer)
- um zur Weiterentwicklung der PsychPV im Rahmen der Aufgaben des GB-A, für Gruppen vergleichbaren Behandlungsbedarfs ein Konzept für sektorübergreifende Behandlungsprozesse verbunden mit einer adäquaten Personalbemessung zu erstellen
- zum Krankenhausvergleich, insbesondere zur Abgrenzung der Pflichtversorgung von der Angebots-orientierten elektiven Versorgung in den Kliniken

- zu der Entwicklung von Kriterien, die für die Verhandlungen zum regionalen Krankenhausbudget und für den Krankenhausvergleich Bedeutung haben
- zu den Bedingungen für die Umsetzung stationsäquivalenter Behandlungsverfahren, z.B. des Hometreatments
- zur Sicherstellung der Finanzierung von Tarifsteigerungen und Budgetvereinbarungen
- zur Weiterentwicklung und Vernetzung der Institutsambulanz
- sowie in einer zweiten Phase - spätestens ab 2020
 - zur Umsetzung von Modellprogrammen
 - zur Entwicklung und Vertragsgestaltung bei Gemeindepsychiatrischen Verbänden unter Beachtung der integrierter Versorgung im Rahmen der regionalen Pflichtversorgung und der Qualitätssicherung im Kontext vor allem der UN-BRK,
 - zur Vorbereitung und Entwicklung von regionalen Psychiatriebudgets

Nach Möglichkeit im Jahr 2017, bis spätestens 31.12. 2018 bereitet die Expertenkommission ein Konzept vor für die „Entwicklung der Psychiatriereform als gesellschaftspolitisches Zukunftsprojekt für die Bundesrepublik Deutschland 2019 bis 2029“ - in der ersten Phase für Menschen mit schweren seelischen Erkrankungen.

Die Notwendigkeit für das umfassende Modellprojekt ergibt sich aus der fortbestehenden Fragmentierung des psychiatrisch-psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgungssystems, die verbreitet zu Konkurrenz und Konfliktbeziehungen zwischen Leistungsträgern, zwischen Leistungserbringern, und auch zwischen diesen Akteuren und mit der Politik führen, unter verstärkter Einbeziehung von Menschen und Angehörigen mit Psychiatrieerfahrung.

Zielsetzung ist es, im Rahmen eines übergreifenden Gesamtkonzepts bei Engagement vor Ort zunächst regionale Verbundsysteme zu entwickeln, die auf der Grundlage von Beziehungsarbeit bedarfsgerechte Teilhabe entwickeln, weitgehend selbstorganisiert und zugleich in stützender Vernetzung und auch präventiv - unter Einbeziehung der besonderen Kompetenzen von ehemals Erkrankten, so dass sich in der Region ein vertrauensbildendes und aktivierendes, nicht zuletzt

präventives Klima entwickelt, das auch einen wesentlichen Beitrag zur Wirtschaftlichkeit der Versorgung leistet.

Die Kommission soll dafür bis 2018 ein Rahmenkonzept erarbeiten, einschließlich Finanzierungsmodellen und nach Möglichkeit Regionen für die Erprobung finden in grober Annäherung an das Bundesmodellprogramm in den 80er Jahren und in internationaler Vernetzung,

23. September 2016 Im Auftrag der DGSP - Prof. Dr. Peter Kruckenberg

6 Nachtrag: Ergänzende Erläuterungen

6.1 Psychiatrie-historische Perspektive für den Kurswechsel durch das PsychVVG und darüber hinaus und die anzustrebende politische Entscheidung für ein Bundesmodellprogramm:

6.2 Die Entwicklung der Psychiatriereform als gesellschaftspolitisches Zukunftsprojekt für die Bundesrepublik Deutschland 2019 bis 2029 9 bis 2029

Kurze Übersicht über die Entwicklung des psychiatrischen Hilfesystems seit dem 2. Weltkrieg

- „Elende und menschenunwürdige Verhältnisse“ in den Krankenhäusern – so die Psychiatrieenquetekommission 1973.
- 1975 die Psychiatrieenquete mit dem Ziel verständnisvoller Begegnung zwischen Therapeuten und Patienten und mit einem zukunftsweisenden lebensweltbezogenen Konzept der Vernetzung ambulanter , komplementärer regionaler Hilfen
- Sie findet aber kaum politische Resonanz mit der Ausnahme Einführung der Institutsambulanz , induziert aber bis in die 90er Jahre eine Vielfalt zeitlich und lokal begrenzter Reformprojekte , die mit begleitenden meist ehrenamtlichen Expertenkommissionen, deren Nachhaltigkeit

wesentlich in einem auf Veränderung ausgerichteten Klima in Teilbereichen des Hilfesystems besteht

- Aber die verantwortlichen Verbände – der Krankenkassen und der Leistungserbringer interessieren sich nicht, blockieren sich gegenseitig (z.B. Kostenfinanzierungsausschuss).
- Die Politik erscheint abwesend, bis 1989 nach ca. 7 Jahren Verzögerung durch die Selbstverwaltung eine unabhängige Expertenkommission Kommission, vom BMG geführt, den Auftrag erhält, eine Personalverordnung für die Krankenhausbehandlung zu erarbeiten.
- Von dieser wird in 2 Jahren ein weltweit vorbildliches Erfolgsmodell auf den Weg gebracht - die Psychiatriepersonalverordnung (Psych-PV) - das konzeptionell, organisatorisch und finanziell den Reformprozess bis 1995 in den Krankenhäusern gegen den Widerstand der Krankenkassen verwirklicht – mit einer Steigerung der Personalausstattung um ca. 20 % und begleitender spontaner Belegungsreduktion.
- Ab 1996 dann wieder „Sinkflug der Personalausstattung“ durch z.T. politisch vorgegeben und z.T. unkontrollierte „Selbstbedienung“ von Krankenkassen und Krankenhäusern („Quersubventionierung“) im finanziellen Eigeninteresse.
- 2009 bei der Personalausstattung schlimmere Verhältnisse als 20 Jahre zuvor.
- 2010 bis 2012 wird nach einem guten reformorientierten Gesetz (KHRG) alles noch schlimmer durch einen entgegen den Gesetzesvorgaben agierenden Verbund aus GKV/PKV, dem InEK, einem Institut, das nur ein „technisches Verständnis“ von der Behandlung psychisch Kranker hat und der damaligen Führung des Gesundheitsministeriums; mit Kürzungsinitiativen, die das ungewöhnliche Ergebnisse hatten, dass sich aus allen 17 Fachverbänden ein gemeinsam agieren der Verbund des nicht nur fachlichen sondern auch politischen Widerstands entwickelte, der jetzt immerhin über mehr als 3 Jahre zusammenhält
- 2014 wurde darauf in der Koalitionsvereinbarung verständnisvoll reagiert. Der Gesundheitsminister hat u.a. die Fachverbände befragt und nach „strukturiertem Dialog“ mit ihnen einen Gesetzentwurf mit deutlichen Veränderungstendenzen eingebracht.
- Es fehlt allerdings eine klare Distanzierung von dem fachlich und methodisch durchgehend fehlerhaften und bzgl. der Versorgungsentwicklung destruktiven Verhalten in der letzten Legislaturperiode, von dem auf der Arbeitsebene wesentliche Grundzüge in den Gesetzentwurf

zum PsychVVG eingebracht wurden, die die durchaus zukunftsweisenden politischen Zielvorstellungen im Umsetzungsprozess weitgehend zunichte machen würden – wenn die Politik das inzwischen unübersehbar falsche Spiel mitspielt.

- Eine besondere politische Hürde dürfte in der Einstieg in die Finanzierung der Reform darstellen.. Die im Gesetzentwurf eingeschätzten Kosten berücksichtigen z.B. nicht die bestehende Unterfinanzierung der Personalausstattung bei der zum Einstieg in den Kurswechsel unabdingbaren Umsetzung der Psych-PV., die aber schon aufgrund der Situation am Arbeitsmarkt nur gestuft erfolgen kann.

Es kommt auf den politischen Willen des Bundestags bei den Gesetzesberatungen an.

Die erforderlichen formal wenig aufwendigen Änderungen könnten in wenigen Wochen auf dem Weg sein.

Ein Beispiel: Die aktuelle psychiatriepolitische Entwicklung in Bremen

Die Entwicklung in Bremen seit 2013 könnte auch über den gesundheitspolitischen Aktivitäten stehen, die zum PsychVVG geführt haben. Sie sind als aktuelle Orientierung der Gesundheitspolitik anregend und verständlich:

„Die Entwicklung der Psychiatriereform als gesellschaftspolitisches Zukunftsprojekt 2013 bis 2021 in Bremen“

Ist der Titel des 2013 einstimmig verabschiedeten Auftrags der Bremer Bürgerschaft an den Senat..

Einleitend heißt es kritisch:

Die Psychiatrie-Reform hat bisher nur Teillösungen erreicht. Die gemeindenaher sozialpsychiatrische Versorgung ist in Deutschland lückenhaft und regional sehr unterschiedlich organisiert. Die Koordination und Kooperation zwischen den Versorgungsdiensten muss deutlich verbessert werden. Viele chronisch psychisch Kranke leben am Rand der Armutsgrenze. Sozialrechtlich sind sie körperlich Kranken immer noch nicht gleichgestellt. Zu wenig verändert hat sich auch das Verständnis der Gesellschaft für seelische Krankheiten. Diese Stigmatisierung

verringert sich nach internationalen Erfahrungen, wenn sich die Qualität des psychiatrischen Hilfesystems verbessert. In Bremen gibt es Ideen und Bemühungen zur Weiterentwicklung der Psychiatriereform, die aber häufig im Neben- und Gegeneinander der fragmentierten Versorgung durch die verschiedenen Leistungserbringer mehr oder weniger stecken bleiben. Die Finanzierung der patientenbezogenen Versorgung muss durch eine sinnvolle Koordinierung der unterschiedlichen Kostenträger (Krankenkassen, Rentenversicherung und Sozialhilfe) verbessert werden.“

Und im Ergebnis:

„Für die Weiterentwicklung der Psychiatriereform des Hilfesystems für schwer und chronisch kranke Menschen ist ein Gesamtkonzept für die regionale Pflichtversorgung notwendig, und zwar für das Land Bremen und für Teilregionen, in dessen Rahmen alle Teilaufgaben und die Kooperation verantwortlich delegiert und dessen Umsetzung hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit wirksam kontrolliert werden.“

Dazu wurde ein Umsetzungsauftrag an die Landesregierung mit 6 klar formulierten Aufträgen beschlossen, mit einem jährlichen Berichtsauftrag und folgender öffentlicher Beratung durch den Gesundheitsausschuss:

Die Bürgerschaft (Landtag) fordert deshalb den Senat auf,

1. ein Konzept zur Weiterentwicklung der Psychiatriereform für die Jahre 2013-2021 zu erarbeiten. Dabei sind insbesondere folgende Aspekte zu berücksichtigen und ggfs. mit den Leistungsträgern zu verhandeln:

a) Gemeindepsychiatrische Verbände (der Teilregionen und übergreifend für das Land Bremen) als Organisationsform

1. zur kooperativen Vernetzung der Anbieter,

2. zur Abstimmung der Angebote sowie für die Verhandlungen

zur Abstimmung unter den relevanten Akteurinnen und Akteure,

3. zur Steuerung und weiteren Entwicklung sowohl in der personenzentrierten Behandlung als auch in der mit den Leistungsträgern;

- b) Vorlagen zur Erprobung von **Regionalbudgets** im Bereich des SGB V § 64b und im Bereich des SGB XII;
 - c) **Einbeziehung von Patientinnen und Patienten und Angehörigen** mit dem Ziel einer Verbesserung der psychiatrischen Versorgung und für die Evaluation der Weiterentwicklung der Psychiatriereform;
 - d) Festlegung von **Steuerungsverantwortung auf den verschiedenen Ebenen der Versorgung**;
 - e) **Aufbau eines Verbraucherschutzes** in der psychiatrischen Versorgung als Teil einer internen, wissenschaftlich fundierten regionalen Qualitätssicherung;
 - f) Vorschläge für **Maßnahmen zur Prävention und Inklusion in den Lebensbereichen** Familie und Wohnumfeld, Bildung und Arbeit, Freizeit und Mitwirkung in der Zivilgesellschaft für das Land Bremen.
2. Der Deputation für Gesundheit ist regelmäßig über die Fortschritte des gesundheitspolitischen Entwicklungsprojektes zu berichten. Der erste Bericht soll im Frühjahr 2013 erfolgen

Ähnliches könnte für alle Regionen in der BRD gelten und durch das PsychVVG gefördert werden. Auch in Bremen gibt es aktuell Konflikte um die finanzielle und strukturelle Umsetzung. Aber diesen liegen auf dem Tisch und werden kontrovers und lösungsorientiert verhandelt.

