

Das neue Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Positionen der Diakonie

**Diakonie für
Menschen mit
psychischen
Erkrankungen/
seelischen
Behinderungen**

Kriterien zur Bewertung
des zukünftigen Entgelt-
systems

November 2012

Inhalt

3	Vorwort
4	1. Einleitung
5	2. Das psychiatrische Hilfesystem – diakonische Vision und Bestandsaufnahme
5	2.1 Diakonische Grundhaltung
6	2.2 Zur zukünftigen Rolle diakonischer psychiatrischer Krankenhäuser und Abteilungen
7	2.3 Qualitätskriterien für die psychiatrische Behandlung
10	2.4 Weiterentwicklungsbedarf im psychiatrischen Hilfesystem
11	3. Ziele und Umsetzung der Entgeltreform
11	3.1 Stationäre psychiatrische Behandlung im Wandel
13	3.2 Modellversuche sektorenübergreifender Versorgung: Aktueller Stand und Perspektiven
16	3.3 Auswirkungen der Entgeltreform auf andere soziale Sicherungssysteme
18	4. Kriterien für das neue Entgeltsystem
20	5. Fazit
23	Impressum

Vorwort

Der vorliegende Diakonie-Text setzt sich kritisch mit dem neuen Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser auseinander, nach dem in einer Erprobungsphase ab 2013 Optionskrankenhäuser und ab 2017 alle psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser und Abteilungen ihre Leistungen abrechnen müssen. Erklärtes Ziel des Gesetzgebers ist es, durch das neue Entgeltsystem leistungsgerecht und tagesbezogen pauschaliert zu vergüten.

Evangelische Krankenhäuser behandeln Menschen mit psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen. Zugleich werden auch in angrenzenden diakonischen Arbeitsfeldern – wie etwa der Eingliederungs- oder Altenhilfe – Menschen mit psychischen Erkrankungen betreut. Der Diakonie Deutschland ist es vor diesem Hintergrund ein wichtiges Anliegen, sich dezidiert zu der neuen Vergütungssystematik zu positionieren.

Diakonische Krankenhäuser, Dienste und Einrichtungen haben einen umfassenden Begriff von Gesundheit und Krankheit. Ausgehend vom christlichen Menschenbild stehen hier Menschen mit ihren biographischen und sozialen Hintergründen im Mittelpunkt. Jeden und jede wahrzunehmen mit allen körperlichen, seelischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen ist unser wichtigstes Anliegen auch in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung. Gesundheit und Krankheit verweisen Menschen auf ihr Menschsein mit all den zugehörigen Fragen nach Lebenssinn und Orientierung.

Verantwortliche in diakonischen Trägern und Einrichtungen messen die Qualität eines Hilfesystems grundsätzlich daran, wie es den Betroffenen mit den größten Bedarfen dient. In der psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung und Begleitung sind dies vor allem Menschen mit chronischen und schweren psychischen Erkrankungen und solche, die neben ihrer Erkrankung noch von anderen Problemen betroffen sind. Dies können soziale Benachteiligung, zusätz-

liche somatische Erkrankungen beziehungsweise alters- oder behinderungsbedingte Einschränkungen sein.

Diakonische Krankenhäuser brauchen, um gut arbeiten und ihre Konzepte umsetzen zu können, ein Vergütungssystem, das es ihnen ermöglicht, als Krankenhaus im Kontext' zu handeln und im regionalen Verbund Versorgungsverantwortung zu übernehmen. Besonderheiten in Therapieansätzen einzelner Häuser gilt es zu berücksichtigen. Ein sinnvolles Vergütungssystem sollte zudem die notwendigen Vernetzungsaktivitäten zwischen Krankenhäusern und ihrem regionalen Umfeld fördern, um dem Ziel eines sektorenübergreifend 'nahtlosen' Hilfesystems näherzukommen.

Ein neues Entgeltssystem für Krankenhäuser hat indirekt auch Einfluss auf andere Sektoren. Als ein besonders offensichtliches Beispiel sei genannt, dass sich aufgrund kürzerer Verweildauern die Hilfebedarfe der Menschen ändern, die aus dem Krankenhaus entlassen werden. Bei künftigen Evaluationen des neuen Entgeltsystems für Krankenhäuser gilt es deshalb, auch die Auswirkungen auf angrenzende Hilfestrukturen zu betrachten, zum Beispiel auf die ambulante Behandlung oder die Gemeindepsychiatrie.

Das vorliegende Papier nimmt die Auswirkungen des neuen Systems übergreifend in den Blick. Es formuliert Anforderungen an das neue Entgeltsystem und ordnet absehbare Auswirkungen des neuen Systems ein. Interessierte, die sich mit dem neuen Entgeltsystem detaillierter beschäftigen wollen, finden hier eine Übersicht und eine erste Bewertung der neuen Regelungen.

Maria Loheide
Vorstand Sozialpolitik

1. Einleitung

Das seit 2009 mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz geplante Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen wird die stationäre Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen auf eine neue finanzielle Basis stellen. Die Vergütung soll künftig „durchgängig, leistungsorientiert und pauschalierend“ aufgrund tagesbezogener Entgelte erfolgen. Krankenhäuser werden dadurch andere Anreize zur Leistungssteuerung erhalten. Dies wird auf die Versorgung im Krankenhaus, aber auch auf die gesamte Versorgungslandschaft Einfluss haben. Eine umfassende Analyse der Entgeltreform sollte also sowohl deren Auswirkungen auf den Krankenhaussektor als auch auf andere relevante Bereiche des Hilfesystems berücksichtigen.

Die Diakonie ist Trägerin von über 40 psychiatrischen Krankenhäusern, 40 psychiatrischen Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit insgesamt rund 20 psychiatrischen Institutsambulanzen, sowie von über 50 Sozialpsychiatrischen Diensten. Mehr als 600 gemeindepsychiatrische Dienste und Einrichtungen der Diakonie bieten ambulante und stationär organisierte Hilfen¹ zur sozialen und beruflichen Teilhabe von Menschen mit seelischen Behinderungen an (das heißt Eingliederungshilfe nach SGB XII). Über den psychiatrischen Sektor hinaus befinden sich zahlreiche weitere Angebote in diakonischer Trägerschaft, die ebenfalls für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen versorgungsrelevant sind. Dies sind zum Beispiel Angebote für Kinder und Jugendliche, Familien, ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen

und/oder Pflegebedarf sowie Angebote der Not- und Flüchtlingshilfe. Die diakonischen Träger haben auch als große Aus- und Weiterbilder Bedeutung für die Versorgungslandschaft. Darüber hinaus binden sie viele freiwillig Engagierte in ihre Arbeit ein. Vor diesem Hintergrund wird in vorliegendem Positionspapier das neue Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen im Hinblick auf seine Auswirkungen auf die Versorgung in Krankenhäusern und auf die gesamte Versorgungslandschaft eingeschätzt. Dabei wird der sozialanwaltschaftlichen Verantwortung der Diakonie für besonders hilfebedürftige Menschen Rechnung getragen.

Gegenwärtig ist die konkrete Ausgestaltung des künftigen Entgeltsystems noch in vielen Punkten ungewiss. Im Folgenden werden deshalb keine Empfehlungen für den Umgang mit den neuen Entgelten gegeben, sondern Entwicklungstendenzen bewertet. Dies soll diakonische Träger und Einrichtungen dabei unterstützen, sich im Reformprozess zu orientieren. Ausgehend von einer Zielbeschreibung, wie eine gute psychiatrische und psychosomatische Versorgung beschaffen sein sollte, sowie einer Bestandsaufnahme des heutigen psychiatrischen Hilfesystems, wird beschrieben, wie das neue Entgeltsystem für Krankenhäuser und die umgebende Helfelandschaft umgesetzt werden soll und was damit erreicht werden kann. In diesem Kontext wird auch formuliert, welche inhaltlichen Anforderungen das neue Entgeltsystem erfüllen muss, damit sich durch die Entgeltreform die Versorgung psychisch Kranker verbessert.

¹ Die Begriffe psychiatrischer Hilfe beziehungsweise Versorgung werden im Folgenden weit gefasst als Gesamtheit aller medizinischen, therapeutischen und sozialen Unterstützungsleistungen, die Betroffenen professionell und informell zur Verfügung stehen. Am psychiatrischen Hilfesystem sind dementsprechend mehrere soziale Sicherungs- (und Finanzierungs-)Systeme beteiligt. Neben Krankenversicherungsleistungen (SGB V) sind dies vor allem Pflege (SGB XI), Eingliederungshilfe / Sozialhilfeleistungen (SGB XII) und Rentenversicherungsleistungen (SGB VIII). Unter Behandlung werden im Folgenden enger gefasst sozio- und psychotherapeutische und medizinische Leistungen nach SGB V verstanden.

2. Das psychiatrische Hilfesystem – diakonische Vision und Bestandsaufnahme

2.1 Diakonische Grundhaltung

Die Diakonie vertritt Konzepte einer sozial- und gemeindeorientierten Psychiatrie, die in Deutschland seit der Psychiatrie-Enquete von 1975 breit akzeptiert sind²: Die regionale Pflichtversorgung soll sicherstellen, dass jeder Mensch unabhängig von der Schwere und Dauer seiner psychischen Erkrankung in der Region, in der er lebt, angemessen beraten, behandelt und versorgt wird. Daraus ergibt sich, dass die Hilfestrukturen wohnortnah zur Verfügung stehen sollten und niedrighschwellige sowie aufsuchende Angebote umfassen, um auch Menschen zu erreichen, die nicht aktiv nach Hilfe suchen (können). Das Primat sollte auf der ambulanten Versorgung liegen, die die Betroffenen in ihrem Lebensumfeld unterstützt. Die konsequente und kontinuierliche Beteiligung der Betroffenen und ihrer Angehörigen an den Behandlungs- und Hilfeprozessen sowie die organisierte Selbsthilfe ist wesentlicher Baustein. Stationäre Einrichtungen ergänzen diese Versorgung. Menschen mit psychiatrischem Unterstützungsbedarf sollten in ihrem Lebensraum ein differenziertes therapeutisches Angebot erhalten und von multiprofessionell zusammengestellten Teams begleitet werden. Die Diakonie ist der Auffassung, dass sich die Qualität unseres Versorgungssystems daran bemisst, inwieweit diejenigen, die am nötigsten Unterstützung brauchen, angemessen und an ihren Bedürfnissen ausgerichtet begleitet und behandelt werden. Diese Personenzentrierung bedeutet eine Abkehr von einer angebotsorientierten Hilfeerbringung. Maßgeblich für wirkungsvolle Hilfen und wesentliche Elemente einer guten psychiatrischen Versorgung sind die therapeutische Kontinuität und die Qualität der therapeutischen Beziehung. Hierfür ist das psychiatrische Hilfesystem zwingend sektorenübergreifend – das heißt, über die verschiedenen Leistungsbereiche – aber auch unter Einbezug informeller Hilfe und Selbsthilfe zu organisieren. Grund-

sätzlich sollte der Übergang von einem Leistungssystem zum anderen, etwa nach einer Entlassung aus dem Krankenhaus, für Patientinnen und Patienten nahtlos ausgestaltet sein, so dass keine Zugangsbarrieren beziehungsweise Brüche in den Versorgungspfaden entstehen.

Die Diakonie orientiert sich grundsätzlich an einem umfassenden – und nicht reduktionistischen – Begriff von Gesundheit beziehungsweise Krankheit³. Diakonisches Handeln stellt den Menschen mit seinen biografischen und sozialen Zusammenhängen in den Mittelpunkt und nimmt ihn mit seinen körperlichen, seelischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen in seiner Ganzheit wahr. Gesundheit wird nicht vorrangig als Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen gesehen, sondern umfassender verstanden. Auch mit Einschränkungen kann Leben gelingen. Dabei verweisen sowohl Gesundheit als auch Krankheit auf unser Menschsein als Leben in der Endlichkeit und werfen Fragen nach der Lebensbestimmung des Menschen auf. Eine derartige Sichtweise fördert sinnverstehende Zugänge gerade auch bei schweren psychischen Erkrankungen, wie beispielsweise Psychosen, und bedeutet, dass dem gängigen biopsychosozialen Erklärungsmodell psychischer Erkrankungen auch entsprechende, differenzierte und umfassende Behandlungskonzepte folgen müssen.

Mit den drei Leitbegriffen Trialog, Empowerment und Recovery sollen kurz drei weitere Ansätze beziehungsweise Haltungen beschrieben werden, die neben einer leitliniengerechten und evidenzbasierten Behandlung aus diakonischer Sicht für eine gute psychiatrische Versorgung erforderlich sind. Mit Trialog ist der gleichberechtigte Austausch von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und professionell Mitarbeitenden gemeint. Psychiatrie-Erfahrene und deren Angehörige werden als Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung gefragt. Durch das Einbeziehen dieser Perspektiven ist eine erweiterte Wahrnehmung der Situation/ der Krise beziehungsweise ein

2 Die Enquetekommission hatte damals unter anderem angemahnt: Aufbau von bedarfsgerechten ambulanten und komplementären Hilfsangeboten im Lebensumfeld, Dezentralisierung und Regionalisierung stationärer Hilfen und Koordination und Zusammenarbeit innerhalb der Versorgungssysteme und Standardversorgungsgebiete. (<http://www.dgppn.de/schwerpunkte/versorgung/enquete.html>).

3 Vgl. Jürgen Armbruster und Katharina Ratzke (2010): Integrierte Versorgung nach den §§ 140 ff. SGB V. Chancen und Risiken neuer Versorgungskonzepte im Gesundheitswesen aus Sicht der Diakonie.

umfassenderes Verständnis psychischer Erkrankung möglich.⁴ Der dialogische Ansatz erfordert die konsequente Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und ihren Angehörigen an allen Behandlungs- und Hilfeprozessen, aber auch bei der weiteren Ausgestaltung des Versorgungssystems und den hiermit korrespondierenden, politischen Prozessen. Eine Möglichkeit, die spezifischen Kompetenzen von Betroffenen in der sozial-psychiatrischen Arbeit systematisch zu nutzen, bieten EX-IN-Weiterbildungen zur Qualifizierung Psychiatrie-Erfahrener.⁵

Bei Empowerment geht es darum, Selbstbefähigung zu fördern und zu unterstützen⁶. Durch das Bewusstmachen der eigenen Stärke(n), Ressourcen und Kompetenzen wird die Möglichkeit eröffnet, sich für die eigenen Rechte einzusetzen und erlebte Machtlosigkeit zu überwinden. Empowerment kann dabei nur von den Betroffenen selbst umgesetzt werden. Die professionell Tätigen müssen bei ihrem Handeln immer wieder reflektieren, inwieweit sie tatsächlich Handlungsoptionen der Betroffenen vergrößern und Möglichkeiten zu Selbsthilfe, Selbstvertrauen und Selbstbestimmung unterstützen oder aber möglicherweise behindern.

In eine ähnliche Richtung verweist das Konzept der Recovery (wörtlich: Erholung, Genesung)⁷. Recovery bedeutet, die passive Patientenrolle hinter sich zu lassen und sich auf den Weg zu einem selbstbestimmten und sinnerfüllten Leben zu machen. Zentrale Ideen des Konzeptes betonen, dass Gesundung oder Genesung auch bei schweren psychischen Erkrankungen möglich ist. Wobei die Erkrankung ganz abklingen kann oder aber ein gutes Leben mit der Erkrankung oder einzelnen Symptomen gelingt. Hoffnung zu haben und zu vermitteln – letzteres als Aufgabe auch für die Professionellen – ist für den Genesungsprozess elementar. Dabei verläuft jeder Gesundungsweg anders und Genesung ist mit, ohne oder trotz fachlicher Unterstützung möglich. Wie diese Haltungen in diakonischen Diensten und Einrichtungen des psychiatrischen Versorgungssystems umgesetzt und mit Leben gefüllt werden

können, ist in dem Qualitätshandbuch ProPsychiatrieQualität (PPQ)⁸ nachzulesen (siehe unten).

2.2 Zur zukünftigen Rolle diakonischer psychiatrischer Krankenhäuser und Abteilungen

Vor diesem konzeptionellen Hintergrund betrachten wir die diakonischen Kliniken (und Einrichtungen in anderer Trägerschaft, die sich an den gleichen fachlichen Zielen orientieren) als Teil der gemeindenahen Versorgung. Sie sind Bestandteil des breiten Spektrums von ambulanten und stationären Hilfsangeboten für Menschen mit psychischen Erkrankungen und übernehmen, als ‚Krankenhaus im Kontext‘ im regionalen Verbund Versorgungsverantwortung. Je nach Region kann es sinnvoll sein, dass ein Krankenhaus auch erweiterte ambulante Hilfen anbietet. Dabei ist die Zusammenarbeit mit bestehenden Strukturen – zum Beispiel gemeindepsychiatrischen Verbänden – von zentraler Bedeutung. Wichtig ist auch der Ausbau präventiver, aufsuchender, ambulanter Angebote, mit denen das Krankenhauspersonal als kontinuierliche Krankheitsbegleiter (auch prä- und poststationär) zur Verfügung stehen kann.

Zur diakonischen Praxis gehört es seit langem, sich insbesondere auf die Versorgung von Schwerkranken und von Unterversorgung (oder anderweitiger Benachteiligung) bedrohten Patientengruppen zu konzentrieren, auch wenn dieses Engagement nicht selten der gegenwärtig ökonomischen Vergütungslogik widerspricht. Dies bedeutet konkret, lokal bestehende Versorgungslücken zu identifizieren? und vorhandene Ressourcen soweit wie möglich den genannten Patientengruppen zugute kommen zu lassen. Vorrangiges Anliegen der Diakonie ist die Sicherung einer beziehungsorientierten, kontinuierlichen Basisversorgung. Zielgruppenorientierte (diversifizierte) Angebote sind in der jeweiligen Region zu entwickeln, so dass allen Menschen ein innovatives, qualitativ hochwertiges psychiatrisches Hilfesystem wohnortnah zur Verfügung steht. Dem entsprechend werden überregionale Zentren, die zu einer Diagnose-bezogenen ‚Verschickung‘ von Betroffenen führen, mit Skepsis betrachtet. Gleichzeitig sieht die Diakonie die Notwendigkeit fachlicher Weiterentwicklung und angemessener Spezialisierung im Sinne eines pluralistischen

4 Vgl. Thomas Bock, Dorothea Buck, Ingeborg Esterer(2000): Es ist normal, verschieden zu sein. Psychosoziale Arbeitshilfen 10.

5 Die Weiterbildungen sind so konzipiert, dass Psychiatrie-Erfahrene nach ihrer Genesung als ReferentInnen, als Mitarbeitende oder als ehrenamtlich Tätige im psychiatrischen Feld beschäftigt werden können. Weitere Informationen finden sich unter www.ex-in.info.

6 Zu den weiteren Ausführungen vergleiche Andreas Knuf, Margret Osterfeld und U. Seibert (2007): Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit.

7 Vgl. hierzu auch Michaela Amering und Margit Schmolke (2007): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit..

8 Bundesverband evangelische Behindertenhilfe und Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie (Hg) 2009: PPQ – ProPsychiatrieQualität. Leitzielorientiertes Qualitätsmanagement, <http://www.ppq.info/>.

– jedoch gut vernetzten – Systems. Über die Weiterentwicklung und den Aufbau neuer Strukturen ist im konkreten Fall unter Einbeziehung aller (auch der gemeindepsychiatrischen Akteure) regional zu entscheiden. In ihrer Haltung gegenüber Patientinnen und Patienten verstehen sich diakonische Krankenhäuser als serviceorientierte Dienstleister, und streben konkrete Verbesserungen an, wie zum Beispiel einen Ausbau von Angeboten auch am Wochenende, modulare Therapieangebote oder flexiblere Öffnungszeiten.

Zugleich pflegen diakonische Einrichtungen für ihre Mitarbeitenden eine positive Organisationskultur und Arbeitsatmosphäre und setzen sich für zeitgemäße Arbeitsbedingungen und gesundheitsförderliche Arbeitsplätze ein.

Diakonische Krankenhäuser verstehen sich als „Entwicklungsmotoren“ für die gesamte psychiatrische Behandlung. Ziel ist es – unter gegenseitiger Anerkennung der jeweiligen Kompetenzen – gemeinsam mit den gemeindepsychiatrischen Verbänden Kooperationsformen zu etablieren, die aus einer Hand personenzentrierte Hilfe, Begleitung und Behandlung anbieten und Ansprechpartner für Betroffene, Familien und Arbeitgeber sind.

2.3 Qualitätskriterien für die psychiatrische Behandlung

Im Zuge der Diskussionen über die Weiterentwicklung der psychiatrischen Helfelandschaft spielt die Frage eine zentrale Rolle, welche geeignete Indikatoren zur Bewertung der Versorgung sind. Die Komplexität psychiatrischer Krankheitsbilder macht es in der Psychiatrie und Psychotherapie schwerer als in anderen medizinischen Fächern, die Qualität der Versorgung objektiv zu bestimmen. Die Forderung der Evidenzbasierung ist grundsätzlich richtig. Auch sie birgt aber Probleme, da gerade die Effekte komplexer Interventionen, die fachlich hochplausibel sind, schlechter beforscht sind. Das gilt zum Beispiel für Versorgungsnetzwerke über Sektorengrenzen hinweg. Es gibt jedoch Erfahrungen aus Modellprojekten (zum Beispiel Regionalbudgets, siehe auch Kapitel 3.2), aus internationalen Studien sowie aus der gängigen Psychiatrie-berichterstattung, auf die zurückgegriffen werden kann.

Gemäß moderner psychiatriepolitischer Vorstellungen ist es für die Qualitätssicherung komplexer psychiatrischer Behandlungssysteme nicht ausreichend, diese nur hinsichtlich ihrer Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, bezogen auf stationäre

Zielmatrix eines psychiatriekompetenten Versorgungsmanagements			
	Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
Individuelle Ebene	Individuelle Fallführung und Prüfung der bedarfsgerechten Planung der Einzelfallhilfen	Geteiltes Verständnis der Ausgangslage/Krise mit den Beteiligten, Förderung des Ideenaustauschs und der Verhandlung über Maßnahmen der Einzelfallhilfe	Allseits akzeptierbares Verhandlungsergebnis (u. U. Beobachtungszeitraum über längere Zeit nötig), Verbesserung von Gesundheitsstatus/Lebensqualität/Zufriedenheit beim Patienten und seinen Angehörigen
Ebene der Organisation	Mitarbeiterteams und Führungskräfte mit eigenständiger Motivation und Freude an der Arbeit im psychiatrischen Feld	Befähigung der Mitarbeitenden und Führungskräfte, Wissenstransfer und Managemententwicklung, Führungsgrundsätze im Dienst der Mitarbeiterteams mit gemeinsamen Zielvorstellungen und Leitbildern	Spür-/messbare Veränderungen durch Psychiatriekompetenz der Mitarbeitenden/Führungskräfte (vernetztes Denken, spezifische Infogewinnung, Psychiatrierelevantes Wissen und Können)
Ebene der Planung und Steuerung des regionalen Versorgungssystems	Förderung der Verfügbarkeit und Angemessenheit der Hilfen, der Kooperation und Koordination aller Akteure sowie des Aufbaus eines Qualitätsmanagements in den einzelnen Organisationen	Sicherstellung der personenbezogenen Planung/ kontinuierlichen Durchführung der Hilfen, Organisation eines regionalen Diskurses mit Einigung über Gewichtung von Versicherten-, Institutions-, Kostenträger- und Zielorientierung, Klärung gemeinsamer Grundsätze, Strategieprozesse und Projekte	Priorität für ambulante Hilfen und Behandlung Schwerkranker, Prävention ungünstiger, kostenträchtiger Verläufe, Kennzahlen und Vergleiche, externe Q-Sicherung mit Indikatoren der Ergebnis-, Struktur- und Prozess-Q (cave reine Ergebnissteuerung: „inversive-care-law“ in der Psychiatrie)

und teilstationäre Krankenhausbehandlung, zu betrachten. Vielmehr muss im Hinblick auf das unter anderem von der Aktion Psychisch Kranke (APK) verfolgte Ziel, personen- statt institutionszentrierte Hilfe anzubieten, zwischen den Ebenen der Person, der Organisation und der des gemeindepsychiatrischen Verbundes / Netzwerkes unterschieden werden.

Beispielhaft dafür ist die Matrix, die die Psychiatriegruppe des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) in Niedersachsen entwickelt hat und für die Beratungstätigkeit gegenüber den Krankenkassen einsetzt. Konzeptionell sind hier Gedanken aus der Arbeit von Cording eingegangen⁹ (siehe Tabelle auf der vorherigen Seite).

Einzelkriterien für jedes dieser Felder können und müssen jeweils anwendungsbezogen definiert werden:

Ein Beispiel für Indikatoren der Strukturqualität kann auf der individuellen Ebene die Verlässlichkeit des Case-Managements (gemessen an Abbruchraten oder der Häufigkeit des Wechsels des persönlichen therapeutischen Begleiters (PTB)) sein. Auf Organisationsebene ist das Vorhandensein einzelner Versorgungsbausteine oder die Personalausstattung nach PsychPV relevant. Auf der Ebene des Gemeindepsychiatrischen Verbundes sind das Vorhandensein der Bausteine für die psychiatrische Komplexbehandlung und Nachsorge wichtige Indikatoren, aber auch Prävention im gemeindepsychiatrischen Netzwerk (ausreichende Plätze an Tagesstätten, Wohn- und Arbeitsangeboten und so weiter), das Vorhandensein von Beratungs- und Beschwerdestellen für Nutzer, Angehörige und ihre Betreuer, das Vorhandensein eines vertraglich geregelten Gremiensystems oder die Niederschwelligkeit der Angebote.

Beispiele für Indikatoren der Prozessqualität sind auf der individuellen Ebene verbindliche Behandlungsvereinbarungen mit den Patienten und Patientinnen, eine integrierte personenzentrierte Hilfeplanung, Fallkonferenzen und das Erfassen der Biographie und der sozialen Lebenszusammenhänge der Erkrankten. Auf Organisationsebene geht es um die Umsetzung von Leitlinien, um gängige Kennzahlen für einzelne Problembereiche der Psychiatrie (zum Beispiel Anzahl von Unterbringungen und andere Zwangsmaßnahmen, Anzahl von Gewaltzwischenfällen, Anzahl sonstiger besonderer Vorkommnisse), um Qualifikationsvorgaben für die Mitarbeitenden oder die Durchführung von Nutzer- und Mitarbeiterbefra-

gungen. Indikatoren auf Ebene des gemeindepsychiatrischen Verbundes können sektorenübergreifende Behandlungs- und Versorgungspfade, die Auswertung und Kommentierung der Qualitätsberichte aller Einrichtungen hinsichtlich übergreifend relevanter Themen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität oder ein einheitliches Datenmanagementsystem (regionale BADO) sein.

Beispiele für Indikatoren der Ergebnisqualität liegen vor allem aus Begleitforschungen zu Modellprojekten vor. Speziell für die Versorgung schizophrener Erkrankter haben Weinmann und Becker¹⁰ 2009 einen Satz von Qualitätsindikatoren, einschließlich ihrer Definition, Anwendungsgebiete und Operationalisierung herausgegeben. Diese lassen sich zumindest auf weitere chronisch verlaufende Krankheitsbilder der Psychiatrie übertragen. Diese Kriterien wurden bereits verwendet, um im Rahmen bereits bestehender Modellprojekte Qualität zu messen. Auf der individuellen Ebene scheinen vor allem die Erhebungsbereiche Psychopathologie, soziales Funktionsniveau und Lebensqualität, für einzelne Diagnosegruppen getrennt erfasst, sinnvoll. Für die Psychopathologie bieten sich Standardverfahren wie der CGI-S an (Clinical Global Impression, psychiatrischer Gesamtzustand) sowie die Symptom Checkliste 90-R (Patientensicht) sowie weitere spezifische Indikatoren für einzelne Diagnosegruppen an. Das soziale Funktionsniveau wird konventionsgemäß mit dem Global Assessment of Functioning, GAF angegeben. Weiter liegen Erfahrungen mit der Social and Occupational Functioning Scale, SOFAS vor. Standardverfahren zur Messung der Lebensqualität ist der Lebensqualitätsbogen der WHO (WHO QoL – BREF). Weitere sinnvolle Einzelparameter sind zum Beispiel Hospitalisierungsarten. Auf Organisationsebene sind Indikatoren zum Beispiel die Messung der Psychiatriekompetenz der Mitarbeitenden, der Führungskräfte und patientenferner Bereiche oder die Veränderungsbereitschaft bei neuen Versorgungserfordernissen. Auf Ebene des gemeindepsychiatrischen Verbundes sind die externe Evaluation des Gesamtversorgungssystems, die Priorität für ambulante Hilfen, die besondere Ergebnisbetrachtung für schwerst- und chronifiziert Erkrankte und die Ergebnisse präventiver Maßnahmen – Gesundheitsaufklärung und gesundheitsökonomische Analysen (Effektivität des Gesamtsystems) – zu berücksichtigen. Zusätzlich sind Praxisprobleme wie die Verlegung in andere Bundesländer (falls Einrichtungen regional nicht vorhanden sind) oder direkt in Pflegeeinrichtungen (trotz Anspruchs auf Eingliederungshilfe) qualitätsrelevant.

9 Vgl. Clemens Cording: Plädoyer für ein neues Paradigma psychiatrischer Qualitätssicherung, Psych Praxis 2003; 30:225-229.

10 Weinmann / Becker, Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie, Psychiatrie-Verlag 2009.

Ein weiteres Konzept zur Umsetzung eines ganzheitlichen Qualitätsverständnisses stellt ProPsychiatrieQualität (PPQ) dar¹¹. PPQ wurde von den beiden konfessionellen Fachverbänden Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) und Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie (CBP) speziell für den Bereich der Gemeindepsychiatrie entwickelt und kann prinzipiell von allen Diensten und Einrichtungen des psychiatrischen Versorgungssystems umgesetzt werden.

Ausgehend von einer diskursorientierten Entwicklung von Qualitätsmerkmalen sozialpsychiatrischer Hilfeprozesse richtet sich das Qualitätsverständnis von PPQ mehr an der Qualitätsentwicklung – also an der kontinuierlichen Verbesserung der Qualität der Unterstützungsleistungen – als an der Qualitätskontrolle aus. Konstituierend für den Qualitätsbegriff sind die ethischen Grundlagen des christlichen Menschenbildes und die gemeinsam mit den Nutzerinnen und Nutzern entwickelten fachlichen Anforderungen an die Qualität sozialpsychiatrischer Hilfen. Zentral für das Qualitätsverständnis von PPQ ist die Ausrichtung der Haltung von Mitarbeitenden an den übergeordneten Wertvorstellungen. Die fachlich-ethischen Leitziele sind: Würde achten – Rechte sicherstellen; Selbstbestimmung wahren – Eigenverantwortung stärken; Verantwortung in gegenseitiger Achtung übernehmen; Glaubens- und Sinnerfahrungen ermöglichen; Teilhabe am Gemeinwesen solidarisch gestalten; Leiden und Symptome vermindern und mit Ressourcen nachhaltig umgehen.

Ausgehend von diesen Leitziele können anhand wesentlicher Leistungsprozesse in psychiatrischen Diensten und Einrichtungen mit Hilfe einer Matrix Qualitätsindikatoren beschrieben werden. Die PPQ-Projektgruppe hat sich auf folgende Leistungsprozesse geeinigt: Kontaktaufnahme, Zugang; Planung der Hilfen; bedarfsgerechte und personenzentrierte Hilfe; Koordination der Dienstleistungen im Einzelfall; Personaleinsatz und –organisation; Leistungsdokumentation; Verwaltung/Abrechnung; Öffentlichkeitsarbeit und Gemeinwesenorientierung. Diese beschriebenen Prozesse erheben dabei keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern können und sollen an die spezifischen Dienstleistungen des jeweiligen Trägers angepasst werden.

Die dargestellten Qualitätsindikatoren stellen einen kleinen Teil von vorhandenen Qualitätsindikatoren in der Psychiatrie dar. Es wird deutlich, dass diese unterschiedliche Fokussierungen aufweisen und insbesondere die Aussagereichweite

von Qualitätsindikatoren für komplexe Versorgungssysteme noch gering ist. Gerade im Bereich der Prozess- und Strukturqualitätsindikatoren gilt, dass nur auf einen Bereich bezogene Ergebnisse als nicht belastbar gelten müssen: So kann kaum die erfolgreiche stationäre Behandlung als Erfolg gewertet werden, wenn mangelhafte ambulante Versorgungsstrukturen ein weiteres erfolgreiches Krankheitsmanagement unmöglich machen.

Die Konzeptualisierung von QM-Systemen hat deshalb der Tatsache Rechnung zu tragen, dass personenzentrierte psychiatrische Hilfen oft nur im Verbund zu erbringen sind. Dies bedeutet, dass es kaum noch Sinn macht, Qualitätsentwicklungssysteme nur für einzelne Einrichtungen zu konzipieren. Stattdessen sollten sie als gemeinsame Aufgabe des gemeindepsychiatrischen Verbundes inklusive der Krankenhäuser aufgefasst werden.¹²

In diese Richtung weist auch der aktuelle Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses zur „Entwicklung eines sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur Versorgung bei psychischen Erkrankungen“ vom März 2012: Mit der Einführung der neuen Entgeltsystematik wurde parallel die Entwicklung von einheitlichen Qualitätsindikatoren (Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität) beschlossen. Diese sollen zu Beginn der Konvergenzphase (2017) vorliegen. Mit der Entwicklung beauftragt wurde der G-BA¹³. Dieser wiederum beauftragte das AQUA-Institut. Es soll nun Indikatoren entwickeln, die allgemeine Aussagen und Aussagen zu speziellen Krankheitsbildern und Patientengruppen ermöglichen. Um den Dokumentationsaufwand gering zu halten, soll geprüft werden, inwieweit der Einbezug von Routinedaten zielführend ist. Die Entwicklung soll sektorenübergreifende Fragestellungen

¹² „Qualitätsentwicklung sollte auf regionaler Ebene als partizipativer Prozess gestaltet werden unter Beteiligung der Psychiatrie-Erfahrenen, der Angehörigen, der MitarbeiterInnen und der Einrichtungsvertretungen sowie der politisch und administrativ Verantwortlichen. Die verschiedenen einrichtungsbezogenen Qualitätszirkel könnten in einem regionalen Qualitätsverbund koordiniert werden. Anhand der PPQ-Leitziele können in einem nächsten Schritt auf regionaler Ebene Qualitätsindikatoren für unterschiedliche Leistungsbereiche erarbeitet und abgestimmt werden. Die Qualitätsentwicklung in der Region erfordert die Festlegung von Qualitätszielen, die priorisiert werden, überprüfbar sind und mit zeitlichen Zielperspektiven versehen werden. Die Qualitätsdimensionen sind dieselben, die sich bereits für die einrichtungsbezogenen Konzepte der internen QE bewährt haben.“ PPQ, S. 96.

¹³ Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung der Institution nach § 137a SGB V: Entwicklung eines sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur Versorgung bei psychischen Erkrankungen. (http://www.g-ba.de/downloads/39-261-1458/2012-03-15_AQUA_QS-psychische-Erkrankungen.pdf. Aufruf am 26.08.2012)

und Erfahrungen von Patienten und Angehörigen mit einbeziehen.¹⁴

Aus Sicht der Diakonie Deutschland sind im G-BA-Auftrag die zuvor skizzierten bereits vorliegenden Qualitätsindikatoren zu berücksichtigen.

2.4 Weiterentwicklungsbedarf im psychiatrischen Hilfesystem

Diese Zielvorstellungen psychiatrischer Versorgung fordern die Krankenhäuser sowie die gesamte Helfelandschaft heraus, denn nach wie vor erschweren Schnittstellenprobleme, Fehlanreize und Versorgungslücken ein bedarfsorientiertes Arbeiten.

Die Koordination und Integration verschiedener Hilfsangebote und die Sicherung der Zugangsgerechtigkeit stellen zentrale – und weit über den psychiatrischen Versorgungsbe- reich hinausgehende – Herausforderungen für das deutsche Gesundheitssystem dar^{15 16}. In der psychiatrischen Fachdiskussion ist unumstritten, dass Kontinuität für den Behand-

lungserfolg zentral ist und die unterschiedlichen Hilfesysteme, die nach SGB V, VIII, XI und XII, aber auch SGB II und SGB III finanziert werden, gut verknüpft sein müssen, damit sektorenübergreifend gehandelt werden kann.

Die psychiatrische Helfelandschaft muss deshalb strukturell weiterentwickelt werden: Erforderlich sind flexible, kontinuierliche Pfade der Behandlung, Rehabilitation und Teilhabeförderung, die sequenziell oder parallel nutzbar sind. Dafür müssen auf sozialrechtlicher Ebene integrierte, die verschiedenen Sozialgesetzbücher übergreifende Komplexleistungen ermöglicht werden. Damit Betroffene die ambulanten oder stationären Leistungen, die sie brauchen, auch in Anspruch nehmen können, muss es in allen Regionen in Deutschland ausreichende, auskömmlich finanzierte Angebote geben. Die Mittelverteilung muss so erfolgen, dass auch schwer und chronisch kranke Patientinnen und Patienten ausreichend versorgt werden können und keine Anreize gesetzt werden, etwa 'leichtere Fälle' zu generieren.

Die Diakonie Deutschland erwartet grundsätzlich von einer sinnvollen Entgeltreform, dass sie die Erreichung dieser fachlichen Ziele erleichtert.

14 Pressemitteilung AQUA-Insitut vom 27.03.2012 (<http://www.aqua-institut.de/de/presse/psychische-erkrankungen.html>. Aufruf am 26.08.2012).

15 Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfiehlt in seinem Gutachten 2007 (Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, www.svr-gesundheit.de) unter anderem am Beispiel der Wohnungslosenhilfe den Ausbau einer besser integrierten Versorgung: „Um Psychiatrie, Wohnungslosen- und Suchtkrankenhilfe sowie weitere Einrichtungen zur sozialen und psychosozialen Versorgung in ihren Angeboten stärker aufeinander abzustimmen, müssen Schnittstellen sowohl auf versorgungspraktischer Ebene, (...), als auch im administrativen Bereich, (...), etwa durch gemeinsame Fortbildungen oder Arbeitskreise, geschaffen werden (...). Die Bemühungen um eine stärkere Integration der zersplitterten medizinischen, psychotherapeutischen und sozialen Hilfsangebote hat zu – ersten – Überlegungen geführt, ähnlich wie in den USA auch in Deutschland den Arbeitsansatz des Case Managements (...) zu installieren. Eine solche geregelte Fallverantwortung liefe hier darauf hinaus, dass den Betroffenen während des gesamten, an die verschiedenen Instanzen gebundenen Stabilisierungsprozesses eine feste Bezugsperson zur Seite steht, welche die Hilfen bündelt, dokumentiert und über die weitere Behandlung mitentscheidet“ (Langfassung, Nr. 949)

„Die sektorenübergreifende Versorgung vermag jedoch per se, vor allem bei divergierenden Interessen der Leistungserbringer, die Effektivität und Effizienz der Leistungserstellung nicht zu garantieren. Unter Allokationsaspekten setzt die optimale Integration von Gesundheitsleistungen hinsichtlich der Anreizsysteme voraus, dass die jeweiligen individuellen Rationalitäten der Leistungserbringer mit der Systemrationalität einer effizienten und effektiven Patientenversorgung übereinstimmen.“ (Kurzfassung, S. 41)

16 Auch die Obersten Landesgesundheitsbehörden kommen in ihrer gemeinsamen Bestandsaufnahme von 2007 zur Umsetzung der Psychiatrie-Enquete zu dem Ergebnis, dass „die Behandlung psychisch kranker Menschen (...) unabdingbar einer engen und umfangreichen Kooperation aller Behandlungs- und Betreuungsangebote“ bedarf. Diese Notwendigkeit geht weit über den Regelungsbereich des SGB V hinaus. Um Kooperationen aller an der Versorgung beteiligten Institutionen und Einrichtungen auf dem erforderlichen hohen qualitativen und verbindlichen Niveau zu ermöglichen, haben sich regionale Verbundstrukturen als besonders geeignet erwiesen.“ (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Oberen Landesgesundheitsbehörden im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz: „Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven“, 76. Sitzung, Beschluss vom 02./03.07.2003, 1. Auflage 2007)

3. Ziele und Umsetzung der Entgeltreform

3.1 Stationäre psychiatrische Behandlung im Wandel

Mit § 17d Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) von 2009 hat der Gesetzgeber für die Entgeltreform in der Psychiatrie das übergeordnete Ziel formuliert, ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten zu entwickeln (zuvor: einrichtungsabhängig, individuelle Verhandlungen nach Bundespflegesatzverordnung (BPfIV)). Das neue Vergütungssystem soll den unterschiedlichen Behandlungsaufwand bei medizinisch unterscheidbaren Patientengruppen abbilden, aber gleichzeitig praktikabel, das heißt, nicht zu differenziert sein. Zusätzlich sollte geprüft werden, inwieweit für bestimmte Leistungsbereiche andere Abrechnungseinheiten eingeführt werden können und inwieweit die Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen einzubeziehen sind. Außerdem waren ursprünglich die Wiederherstellung einer Personalausstattung nach Psych-PV, und eine Verbesserung der integrierten sektorenübergreifenden Versorgung zentrale Ziele. Außerdem verpflichtet das Gesetz die Vertragsparteien (Krankenkassen und Krankenhäuser) auf Bundesebene zur Durchführung einer Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems und zur Versorgungsqualität – auch im Hinblick auf andere Versorgungsbereiche, zum Beispiel Leistungsverlagerungen (§ 17d Abs. 8 KHG). In der Gesetzesbegründung wurde nahegelegt, zur Entwicklung der neuen Entgelte von den Leistungskomplexen auszugehen, die der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) zugrunde liegen. Ein Fallbezug wie beim DRG-System wurde ursprünglich als ungeeignet bewertet, da hier Fehlanreize – wie eine zu frühe Entlassung – befürchtet wurden.

Das Gesetz zur Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen wurde am 21. Juli 2012 vom Bundestag verabschiedet und ist zum 1. August 2012 in Kraft getreten. Die Umsetzung erfolgt ab dem 1. Januar 2013. Die konkrete Ausgestaltung der Entgelte wurde auf das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) übertragen. Der erste Katalog des neuen Sys-

tems wurde im September 2012 den Selbstverwaltungspartnern vorgestellt.

Im Folgenden wird die Umsetzung der Ziele ‚Personalausstattung nach Psych PV‘ und ‚Einführung einer bundeseinheitlichen leistungsgerechten Vergütung‘ mit tagesbezogenen Pauschalen im Zuge des Gesetzgebungsprozesses genauer beleuchtet.

Personalausstattung nach PsychPV

Ursprünglich war die Wiederherstellung der Personalausstattung eine gesetzlich definierte Voraussetzung, die es vor der Umstellung der Vergütung zu erfüllen galt. Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) war beabsichtigt, vor Einführung des Entgeltsystems eine vollständige Umsetzung der PsychPV bis zur Konvergenzphase zu erzielen.

Die Psychiatriepersonalverordnung¹⁷ wurde 1991 in Kraft gesetzt, als eine der letzten, vielleicht aber als die entscheidendste Maßnahme zur Qualitätsverbesserung der Versorgung psychisch Kranker in Folge der Psychiatrieenquete. Hintergrund ihrer Einführung war die Einsicht, dass in der Psychiatrie und Psychotherapie einzig die persönliche Beziehung mit den Therapeuten der verschiedenen Berufsgruppen ein nachhaltig positives Ergebnis erwarten lässt, die Qualität der Psychiatrie also direkt abhängig ist von einer ausreichenden Ausstattung mit Therapeuten unterschiedlicher Professionen. Für viele Kliniken änderte sich mit der Umsetzung der PsychPV die Personalausstattung schlagartig. Eine Großklinik mit mehreren hundert Betten hatte vor der Psychiatriepersonalverordnung vielleicht zwei Ergotherapeuten – nach Inkrafttreten jedoch bis zu fünfmal so viele. Nur mit dieser intensivierten Personalausstattung konnten die Ziele der Psychiatrie Enquete weiter verfolgt werden.

In der Folge blieb die Psych PV bis heute eine verbindliche Vorgabe und wurde auch im Rahmen der Budgetverhandlungen

¹⁷ Vgl. Heinrich Kunze, Ludwig Kaltenbach, Klaus Kupfer (Hrsg.): Psychiatrie-Personalverordnung. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. Kohlhammer, Stuttgart 2010.

gen zwischen Kostenträgern und Kliniken insofern angewandt, als die Anzahl der vom Budget erfassten Mitarbeitenden konkret niedergelegt wurde. Über die Jahre trat dann eine Diskrepanz auf, weil sich die Durchschnittsgehälter der Mitarbeitenden besser entwickelten als die durch die verschiedenen Gesundheitsreformen vorgegebenen Refinanzierungsraten der Krankenhausträger. So war zwar oft formal die Planzahl für die von der PsychPV erfassten Mitarbeiter erhalten, in der Realität wurden diese Stellen aber aus Kostenentwicklungsgründen nicht besetzt, so dass die PsychPV-Erfüllungsquote sank. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz verpflichtet die Länder zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser. Dazu sind im Rahmen der dualen Finanzierung die notwendigen Investitionen durch die öffentliche Hand zu tragen. Aufgrund der Kassenlage der Länder und der – neben mangelnder Refinanzierung der Betriebskosten – unzureichenden Investitionskostenfinanzierung der Bundesländer sind die meisten Kliniken gefordert, Investitionen aus Eigenmitteln zu finanzieren. Dies führt häufig dazu, dass die Vorgaben der PsychPV in der Praxis nicht eingehalten werden können: Eine Messung im Jahre 2004 ergab eine durchschnittliche Umsetzung der PsychPV von nur 90,1 Prozent in der Erwachsenenpsychiatrie und nur 87,9 Prozent in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.¹⁸ Seither ist vermutlich ein weiterer erheblicher Rückgang zu verzeichnen. Dazu kommt, dass die Kliniken, die aufgrund der DRG-Einführung Defizite in den somatischen Fachabteilungen aufwiesen, die von den Kostenträgern gewährten Personalmittel für die Psychiatrie nicht vollständig in die psychiatrischen Fachabteilungen gaben, sondern zum Teil ihre Defizite damit ausglich.

Gemeinsam mit anderen psychiatrischen Fachverbänden, vor allem der Aktion Psychisch Kranker, hat sich die Diakonie Deutschland in der Vergangenheit wiederholt dafür eingesetzt, dass mit dem KHRG eine Mindestbefüllungsquote von 100 Prozent festgeschrieben und eine entsprechende Nachverhandlungsoption erteilt werden.¹⁹ Mit dem Psychiatrieentgeltgesetz bleibt diese Forderung nach besserer Personalausstattung bestehen, bis einschließlich 2016 können höhere Personalmittel Grund für Nachverhandlungen sein. Neu ist, dass die Einhaltung der PsychPV durch Bescheinigung des Wirtschaftsprüfers offengelegt werden muss, zumindest für

die Kliniken, die nachverhandeln wollen.²⁰ Einzelne Bundesländer (zum Beispiel Brandenburg) haben eigene Kontrollmechanismen für die PsychPV geschaffen – in Brandenburg obliegt dies den Besuchskommissionen.

Die neue Psychiatrieentgeltregelung sieht ab 2017 das Auslaufen der PsychPV vor. Bis dahin sollen Verhandlungen über zusätzliche Personalstellen aufgrund der PsychPV für alle Krankenhäuser möglich sein. Ohne eine Umsetzung der Personalausstattung nach PsychPV für alle Kliniken würde ein aktuell defizitärer Zustand zur normativen Basis der zukünftigen Krankenhausfinanzierung gemacht.

Die Diakonie Deutschland fordert, dass an die Stelle der PsychPV klare Qualitätsanforderungen treten. Diese sollen beinhalten, dass ausreichendes und gut ausgebildetes Personal für die Psychiatrie vorgehalten wird, wobei die Qualitätsansprüche über die Entgelte entsprechend abgebildet werden. Ansonsten sind wieder Zustände wie vor der Psychiatriequote zu erwarten, da Einzelleistungen mit immer geringerem Personalaufwand und damit zu Lasten der Qualität für die Patienten erbracht würden²¹.

Einführung einer bundeseinheitlichen leistungsgerechten Vergütung mit tagesbezogenen Pauschalen

Ein weiteres Ziel der Entgeltreform ist die Umstellung von Kosten- auf Leistungsorientierung. Damit zielt die Reform nicht vorrangig auf Kostendämpfung, sondern beinhaltet die Chance, Entgelte leistungsbezogen auszugestalten. Im Idealfall kann dies zu einer gerechteren Vergütung und höheren Transparenz des Leistungsgeschehens, zu einer Optimierung von Versorgungsstrukturen und einem effizienteren Ressourceneinsatz krankenhauserintern und -extern, das heißt, zu einer umfassenden Qualitätsverbesserung, führen.

Ein erster Kalkulationsvorschlag für die neuen Entgelte wurde im September 2012 vom Institut für das Entgeltsystem im

²⁰ Eine verbindliche Überprüfung aller Kliniken auf diesem Wege ist allerdings wohl nicht vorgesehen.

²¹ Die Bundesfachvereinigung der leitenden Pflegepersonen in der Psychiatrie (BfLK) kommen in ihrer Stellungnahme zum Psych-Entgeltgesetz vom 18.7.2012 zum Schluss, dass die Erfahrung aus der Somatik bei der Einführung der G-DRG schmerzlich deutlich macht, dass in ‚somatischen Krankenhäusern‘ circa 20.000 Pflegestellen abgebaut wurden. Mit dieser Erfahrung aus der Systemumstellung der somatischen Disziplinen möchte die BfLK als mahnendes Beispiel lernen und deutlich machen, dass eine mangelhafte Explizierung einer Mindestausstattung mit pflegerischem Personal in der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik zu einem Mangel an Pflegekapazitäten und damit zu einem gesundheitspolitischen und auch gesellschaftspolitischen Problem werden kann. (http://bflk.de/sites/bflk.de/files/doku/2012/psych-entgeltgesetz_20.07.2012.pdf)

¹⁸ Gebhardt / Schmidt-Michel / Kunze, Evaluation der Psych-PV – Abschlussbericht zur Psych-PV-Umfrage 2005“, Aktion Psychisch Kranke im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit; <http://www.apk-ev.de/public/projekte.asp?pid=>

¹⁹ Bemerkenswert ist, dass ein Gesetzgeber die Einhaltung seiner eigenen Verordnung nunmehr noch zu 90 Prozent fordert.

Krankenhaus (InEK) der Selbstverwaltung vorgestellt. Die Effekte des neuen Entgeltsystems auf die Versorgung werden sich im Detail erst im Zuge der Vergütungsumstellung in den nächsten Jahren zeigen. Unstrittig ist, dass das neue Entgeltsystem die Hilfelandschaft stark verändern werden wird. Das heißt, es wird mit relevanten Steuerungswirkungen und Anreizen für die stationären Einrichtungen einhergehen, die auch Veränderungen im ambulanten Bereich und anderen Versorgungssektoren nach sich ziehen. Im Sinne einer Qualitätsverbesserung ist das neue Entgeltsystem also daraufhin zu bewerten, inwiefern es Fehlanreize vermeidet, die einzelne Patientengruppen benachteiligen. Weitergehend müssten neue Anreize helfen, bestehende Versorgungslücken zu schließen.

In der Praxis erweist sich die Festlegung von sinnvollen Leistungskategorien als sehr ambitioniertes Unterfangen. Der bisherige Prozess ist mit vielen Kontroversen und mit Kritik an der Qualität der Zwischenergebnisse (zum Beispiel am Kodier-Systeme) einhergegangen. Nach wie vor ist ungewiss, inwiefern das neue Entgeltsystem tatsächlich leistungsbezogen sein wird und den Aufwand für unterschiedliche Patientengruppen, das heißt, die tatsächlich geleistete Arbeit adäquat abbildet.

Aus fachlicher Perspektive werden ernst zu nehmende Messprobleme geltend gemacht: beispielsweise scheint es schwierig, geeignete „Kostentrenner“ zu finden, die, wie vom Gesetzgeber gefordert, den unterschiedlichen Kostenaufwand bei medizinisch unterscheidbaren Gruppen abbilden: Ein reiner Diagnosebezug ist hier unbefriedigend, da mit einer identischen psychiatrischen Diagnose – zum Beispiel „Depression“ – ganz unterschiedliche Verläufe und damit Behandlungsnotwendigkeiten verbunden sein können.

Eine Sorge in der Fachwelt ist, dass mit der konkreten Ausgestaltung der Entgelte Anreize zur Fallgenerierung entstehen, die sich positiv oder negativ auf die Versorgung unterschiedlicher Patientengruppen auswirken, wodurch die tatsächlich erbrachten Leistungsumfänge nicht für alle Patientengruppen realistisch abgebildet werden. Im neuen Entgeltsystem müssen OPS²²-relevante Behandlungseinheiten kodiert werden. Dies ist für ‚leichte Fälle‘ deutlich einfacher als für Menschen mit schweren und chronischen Erkrankungen: Das neue System droht Anreize zu setzen, möglichst viele leichter erkrankte Menschen im Krankenhaus zu behandeln („Psychosomatisierung der Psychiatrie“). Dies benachteiligt voraussichtlich vor

allem Menschen mit schweren und chronischen Erkrankungen, die häufig komplexe und umfangreiche, aber schlecht in Zeiteinheiten abbildbare Hilfebedarfe haben und für die bereits jetzt Versorgungslücken bestehen. Insbesondere besteht die Gefahr, dass von der Norm abweichende Behandlungen im Einzelfall zu Finanzierungsproblemen führen.

Aufgrund der Schnelligkeit des Einführungsprozesses drohen Chancen für Qualitätsverbesserungen durch die Reform verloren zu gehen. Aufgrund der noch unbefriedigenden Datenbasis und dadurch unausgereiften Leistungskategorien sind Fehlkalkulationen zu befürchten, die direkt zu Lasten der Patientinnen und Patienten gehen.

Bereits vor der Bekanntgabe der neuen Entgelte zeigen sich erste Effekte der Reform. Krankenhäuser müssen zur OPS-Generierung intensiv in EDV-Systeme investieren und damit ihre Ressourcen in patientenferne Tätigkeiten umschichten. Mit dem steigenden Leistungsbewusstsein der Häuser – welches grundsätzlich zu begrüßen ist – besteht die Gefahr, dass künftig eine Therapieplanung viel stärker als bisher ökonomisch orientiert sein wird und übergreifende Aspekte der psychiatrischen Versorgung nicht mehr finanzierbar sind. Insbesondere die Gestaltung achtsamer Milieus wird so erschwert, da diese im neuen Entgeltsystem nicht abbildbar ist und dem entsprechend keine Ressourcen dafür zur Verfügung stehen.

3.2 Modellversuche sektorenübergreifender Versorgung: Aktueller Stand und Perspektiven

Anders als im KHRG ursprünglich vorgesehen, beinhaltet das Gesetz zur Einführung des neuen Entgeltsystems keine Anreize dafür, dass Krankenhäuser im Rahmen der Regelversorgung die ambulante Versorgung ausbauen. Nur innerhalb von Modellversuchen können Versorgungs- und Vergütungssysteme entwickelt werden, die Krankenhäuser in diese Richtung lenken. Im Rahmen der Regelversorgung gibt es aber keine Impulse, die für Krankenhäuser die bestehenden Interessenkonflikte zwischen institutioneller Existenzsicherung und Rollenwandel in Richtung einer moderneren ambulantisierter psychiatrischer Versorgung auflösen.

Die gesetzlichen Möglichkeiten für Modellprojekte sind jedoch erweitert worden. Das Gesetz bestimmt im § 63 Abs. 1 und 2 SGB V, dass Modellversuche die Versorgung psychisch kranker Menschen weiterentwickeln, die Patientenversorgung verbessern und die sektorenübergreifende Leistungserbrin-

²² Operationen- und Prozedurenschlüssel im Gesundheitswesen; deutsche Modifikation der Internationalen Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (ICPM).

gung optimieren sollen. Mit der Einführung des neuen § 64b SGB V zur Durchführung von Modellversuchen im Zuge der Psychiatrie-Entgeltreform soll die gesamte Versorgungslandschaft weiterentwickelt werden. Die Reform sollte damit mehr erreichen als eine reine Neuberechnung der stationären Entgelte.

Künftige Modellprojekte nach § 64b SGB V können auf die Erfahrungen in laufenden Projekten zurückgreifen. Im Zuge der Reformen zu einer besser integrierten Gesundheitsversorgung wurden in den letzten Jahren durch den Gesetzgeber bereits verschiedene neue Anreize geschaffen, damit medizinische Behandlung über Leistungssektoren hinweg besser organisiert werden kann. Auch in der Psychiatrie gibt es seit einigen Jahren vermehrt Modellversuche, die sektorenübergreifend angelegt sind und sowohl stationäre als auch ambulante Angebote vernetzen.

Die Ansätze aktueller Modellversuche unterscheiden sich hinsichtlich der initiierenden Akteure, der Vertragsformen und ihrer Reichweite (s. Kasten). Regionalbudgets haben die größte Reichweite in Bezug auf die erreichten Patientengruppen. Hier sind alle Patientinnen und Patienten einer Region unabhängig von ihrer Diagnose und Krankenversicherung einbezogen. Von Selektivverträgen nach §140a SGB V profitieren teils nur Versicherte einer oder weniger Krankenkassen beziehungsweise mit einer spezifischen Diagnose.²³ Auch die freie Arztwahl ist hier eingeschränkt. Die Selektivverträge der Integrierten Versorgung weisen andererseits, insbesondere, wenn sie im ambulanten Setting mit den gemeindepsychiatrischen Verbänden geschlossen wurden, teilweise ein größeres Spektrum beteiligter Akteure sektorenübergreifender Versorgung auf (Einrichtungen der Eingliederungshilfe über Leistungen häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie nach SGB V einbezogen). Insgesamt gilt für die Psychiatrie, wie auch für andere Versorgungsbereiche, dass die gesetzliche Beschränkung innovativer Vertragsmöglichkeiten auf den SGB-V-Bereich für eine umfassende sektorenübergreifende Versorgung weiterhin zu kurz greift.

²³ Für die hier notwendige Einschreibung können sowohl Pro- als auch Contra-Argumente gefunden werden: Nicht alle Patienten können – auch krankheitsbedingt – hierfür gewonnen werden. Andererseits kann eine aktive Einschreibung und Entscheidung für eine Teilnahme individuell auch einen Autonomiegewinn und neue Ebene der Auseinandersetzung mit der Erkrankung bedeuten.

Typen integrierter Versorgung nach Initiatoren

Die gegenwärtige Landschaft vorhandener regionaler Projekte lässt sich folgendermaßen nach Initiatoren und Vertragsformen typisieren:

A. Durch Kliniken

(1) Regionalbudgets

Beispiele: Seit mehr als sieben Jahren existieren Regionalbudgets in 6 Regionen mit knapp 1 Million Einwohnern (Schleswig-Holstein und Nordhausen, in Brandenburg geplant: Nauen, Potsdam)

Für eine Region wird ein festes Budget für alle vom Krankenhaus erbrachten, voll- und teilstationären und ambulanten Leistungen mit allen Krankenkassen vereinbart (nach § 23 BPfIV). Es werden also Anreize gesetzt, teurere stationäre Behandlungskapazitäten ab- und teilstationäre und ambulante Versorgungsstrukturen aufzubauen.

Regionalbudgets führen zur Übernahme von Verantwortung für das gesamte Behandlungssystem einer Region. Evaluationen zeigen, dass die Behandlungsqualität erhalten bleibt, Kostensteigerungen begrenzt werden und „Missvertrauensaufwand“ durch Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen (MdK) reduziert wird. Signifikante Verbesserungen (Outcomes) zeigen sich im Bereich sozialer Integration. Der Einbezug von Kinder- und Jugendpsychiatrischer Versorgung ist derzeit nur in Nordhausen umgesetzt.

(2) Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V:

Vertrag zwischen einer Krankenkasse und einem Krankenhausträger

Beispiel: ZfP Südwürttemberg

Ein Selektivvertrag ermöglicht hier Versicherten einer Kasse eine besser integrierte Behandlung. Die Kasse hat mit einem großen Träger für eine bestimmte Patientinnen- und Patientengruppe einen Vertrag (Regionalbudget) abgeschlossen. Es werden Jahrespauschalen pro Patient unabhängig von der Versorgungsform vereinbart.

Verträge zwischen einer Krankenkasse und verschiedenen Krankenhausträgern

Beispiel: TK-Projekte in Hanau, Rüdersdorf

In Kooperation mit Trägern vereinbart eine Kasse leistungsgerechte Entgelte für stationäre und ambulante Leistungen, die ebenfalls Anreize setzen, in ambulante Versorgungsfor-

men zu investieren. Im Unterschied zu den Regionalbudgets wurden hier durchgehende Tagesentgelte auf Grundlage der PsychPV – die um Ambulanzgruppen erweitert wurde (PsychPV-OPS) – vereinbart. Der Anreiz zur Leistungserbringung ist identisch (Wahl der richtigen Behandlungsintensität durch den Leistungserbringer innerhalb eines Gesamtbudgets). Die Refinanzierung erfolgt jedoch leistungsgerechter und stärker auf die individuellen Bedarfe der Patienten bezogen, eine regionale oder territoriale Abgrenzung ist nicht notwendig.

Vertrag zwischen einem Krankenhausträger und verschiedenen Krankenkassen

Beispiel: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Für Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie wurde mit verschiedenen Kassen eine jährliche Fallpauschale vereinbart. Ziel ist eine Ambulantisierung mithilfe langfristiger Behandlung durch das UKE in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern. Eingeschlossen sind unter anderem die Möglichkeit der Behandlung zu Hause, Krisenintervention rund um die Uhr und psychotherapeutische Interventionen.

B. Durch Ärztenetze

Beispiel: Niedersächsisches Modell

Hier wurden durch sozialpsychiatrische Schwerpunktpraxen Integrierte Versorgungsverträge nach § 140a SGB V abgeschlossen, um Versorgungspfade insbesondere für schwer und chronisch Erkrankte zu etablieren, die in den Praxen nicht ausreichend versorgt werden konnten¹.

C. Durch gemeindepsychiatrische Träger

Beispiel: Netzwerk psychische Gesundheit der Techniker-Krankenkasse

Hier wurden Verträge nach §140a SGB V zwischen einer Krankenkasse und Trägern gemeindepsychiatrischer Angebote geschlossen. Ziel dieser Vertragsform ist es explizit, stationäre Behandlungen zu vermeiden, soweit dies durch bessere ambulante Behandlungspfade erreicht werden kann.

1 Später baute ein pharmazeutisches Unternehmen ein landesweites integriertes Versorgungsmodell auf den bereits bestehenden Netzwerken auf. Die Diakonie hat sich immer wieder klar gegen eine Beteiligung der Pharmaindustrie an IV-Verträgen ausgesprochen.

Voraussetzungen zur Verbesserung sektorenübergreifender Arbeit durch Modellversuche

Damit die künftigen Projekte auf Basis des neuen Modell-Paragraphen nach § 64b SGB V tatsächlich zu einer Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung und zu einer Verbesserung sektorenübergreifender Arbeit führen können, muss es zum Beispiel Anreize zur Investition in Modellprojekte geben: Nur bei einer hinreichend großen Anzahl solcher Projekte können in einigen Jahren auch eine sinnvolle Wirkungsuntersuchung stattfinden und Ergebnisse von Modellstandorten miteinander verglichen werden. Es muss weiterhin gesichert sein, dass Modellprojekte passgenau zu lokalen Versorgungsbedarfen entwickelt werden, um Bedarfe von Nutzerinnen und Nutzern besser zu decken (das heißt insbesondere schwerer Erkrankte einschließen) und damit sie möglichst vielen Patientinnen und Patienten zugute kommen²⁴. Kosteneinsparinteressen von Krankenkassen dürfen nicht im Vordergrund stehen. Die Verträge müssten zudem verstärkt auch für andere Träger im Umfeld der Krankenhäuser geöffnet werden (ambulante und stationäre Dienste und Einrichtungen nach SGB VIII, XI und XII).

Auf politischer Ebene ist zu wünschen, dass mit Modellversuchen ein ‚lernendes System‘ installiert wird – dass also gute Strukturen, die in Modellprojekten erprobt wurden, auch ab 2017 in die Regelversorgung übernommen werden. Um dies zu ermöglichen, sollten durch das BMG oder gegebenenfalls durch die Selbstverwaltung auf Bundesebene Projekte gesammelt und nach einheitlichen, überregional zu definierenden Qualitätskriterien (Anforderungen bezüglich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität), bewertet werden. Nur so sind Evaluationsergebnisse später auch vergleichbar. Bei einer solchen Evaluation von Modellprojekten muss auch das ambulante Umfeld einbezogen werden, soweit es nicht Teil des Modellprojektes ist, in dem Patientinnen und Patienten etwa im Anschluss an einen Klinikaufenthalt versorgt werden. Zu beachten ist auch, dass eine sinnvolle Evaluation erst nach einer gewissen Zeit möglich ist. Zunächst müssen neue Strukturen geschaffen werden, die erst nach einer Phase des Übergangs und der Arbeit wirkliche Effekte zeigen.

Schließlich besteht insbesondere bei Regionalbudgets, innerhalb derer stationäre Betten ab- und ambulante Versorgungs-

24 Eine Benachteiligung von Schwerkranken ist ein spezieller Effekt der Psychiatrie, der in der Somatik so nicht denkbar wäre, auch Compliance-Probleme werden hier anders bewertet (Beispiel Diabetes: 30 Prozent der Diabetes-Patienten nehmen Medikamente nicht – eine Entlassung als „austherapiert“ wäre hier nicht denkbar).

strukturen aufgebaut worden sind, das Problem, dass diese Projekte nach Ende der budgetneutralen Phase im neuen Entgeltsystem wahrscheinlich nur schwer überlebensfähig sind: Hier haben sich in der Regel die Kosten pro Bett im Krankenhaus erhöht. Eine Überleitung dieser Verträge zum geplanten §64 SGB V ist schwierig. Es müssen ein expliziter Bestandsschutz für die oben skizzierten Projekte geschaffen und konkrete Regelungen gefunden werden, die eine Fortführung sicherstellen.

3.3 Auswirkungen der Entgeltreform auf andere soziale Sicherungssysteme

Die Entgeltreform regelt die Vergütung der stationären Behandlung nach SGB V neu. Indirekt betroffen sind jedoch auch weitere Versorgungsbereiche, wie die ambulante Behandlung nach SGB V, sowie weitere Bereiche des psychiatrischen Hilfesystems, die weniger medizinisch-therapeutische Zielsetzungen haben, sondern auf Teilhabe, Pflege und soziale Unterstützung abzielen (SGB XI, XII, VIII). Evaluationen des neuen Vergütungssystems müssen auch die Auswirkungen auf angrenzende Versorgungsbereiche betrachten.

Ähnlich wie bei der Einführung der Diagnosis Related Groups (kurz DRG, deutsch Diagnosebezogene Fallgruppen) in somatischen Krankenhäusern vor einigen Jahren dürfte mit der Reform der Trend zu früheren Entlassungen verstärkt werden. Damit wirkt das neue Entgeltsystem auch über die Krankenhäuser hinaus: Die Nachfrage nach intensiveren, ambulanten Behandlungsmöglichkeiten (SGB V), ambulanter Eingliederungshilfe (SGB XII) oder Plätzen in nachgeordneten Wohn- oder Pflegeeinrichtungen (SGB XII und XI) wird weiter steigen.

Bereits jetzt bestehen jedoch Versorgungslücken und Schnittstellenprobleme in diesen Sektoren, durch die das ‚Recht auf Behandlung‘ nach SGB V insbesondere für schwer und chronisch erkrankte Patientinnen und Patienten nur unzureichend umgesetzt wird:

Stationäre Klinikaufenthalte sind in der Versorgungsrealität oft zu wenig in umfassendere Versorgungspfade eingebettet. Durch die Verkürzung von Verweildauern – die bereits vor der Entgeltreform begann – werden Menschen mit langwierigen Erkrankungsphasen zum Teil entlassen, obwohl sie eine längere und umfassendere Behandlung benötigten, die ihnen derzeit außerhalb der Klinik nicht geboten werden kann. Gleichzeitig fehlt den Kliniken häufig der notwendige Bezug zur Gemeinde ihrer Patientinnen und Patienten. Ein lebens-

weltbezogener und personenzentrierter Therapie-Ansatz in den Kliniken wird durch die Zementierung und Segmentierung in ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote erschwert. Zielsetzungen sozialer Teilhabe und Inklusion, wie beispielsweise Arbeit und Arbeitsvermittlung nach SGB II und SGB III, werden in den Therapien häufig zu wenig beachtet. Die unterschiedliche Finanzierung von Trägern im Hilfesystem schafft außerdem Anreize, „schwere Fälle“ in andere Sektoren zu verschieben, beispielsweise aus Krankenhäusern in stationäre Einrichtungen der Pflege oder Eingliederungshilfe (SGB XI/XII). Auch Übergänge aus der Kinder- in die Erwachsenen-Psychiatrie und eine Vernetzung von SGB-V- und SGB-VIII-Leistungen gestalten sich häufig schwierig.

Im Bereich der Behandlung nach SGB V stagniert die „Ambulantisierung“ der Behandlung schwer und chronisch kranker Menschen. Budgets von Krankenhäusern sind wesentlich an voll- und teilstationäre Behandlung gebunden. Restriktive Vorgaben der Krankenkassen aus Furcht vor Leistungsausweitungen erschweren zusätzlich einen adäquaten Ausbau ambulanter Angebote. Darüber hinaus ist seit Jahren ein Rückzug niedergelassener Fachärztinnen und Fachärzte aus der psychiatrischen Grundversorgung aus betriebswirtschaftlichen Gründen zu verzeichnen. Es fehlt eine flächendeckende Implementierung von Soziotherapie und häuslicher Krankenpflege für psychisch Kranke, und die traditionelle psychotherapeutische Versorgung geht vielfach an den Bedarfen und Bedürfnissen von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen vorbei. Ambulante komplexe Leistungen, die dem mehrdimensionalen Charakter gerade auch chronischer psychischer Erkrankungen gerecht werden würden und seelische Behinderungen zum Teil vermeiden könnten, fehlen weitestgehend. Auch die personelle und finanzielle Ausstattung der Sozialpsychiatrischen Dienste erlaubt kaum noch, dass diese ihren Aufgaben gerecht werden können. Darüber hinaus gibt es in Deutschland viel zu wenige Krisendienste, die rund um die Uhr und an allen Tagen Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Bezugspersonen in eskalierenden Krisensituationen zur Verfügung stünden. Sie könnten oft Hospitalisierungen vermeiden. Das Krankenhaus ist jedoch in solchen Kontexten häufig die einzige Anlaufstation für Menschen mit psychiatrischen Bedarfen, auch wenn sie im ambulanten Kontext vielleicht besser behandelt werden könnten. Aufgrund der defizitären ambulanten Behandlung kommt es immer wieder zu eigentlich vermeidbaren Klinikaufhalten.

Auch im Bereich der Rehabilitation bestehen Versorgungslücken. Viele Angebote sind eher für Menschen mit leichteren beziehungsweise psychosomatischen Erkrankungen konzi-

piert. Für Menschen mit der Diagnose Psychose sind die bestehenden Zugangshürden oft zu hoch. Bundesweit gibt es nur circa 60 anerkannte Einrichtungen zur Rehabilitation psychisch Kranker (RPK); ambulante Komplexangebote zur beruflichen und medizinischen Rehabilitation werden nur an drei Standorten vorgehalten.

Nicht zuletzt werden Teilhabeleistungen trotz des bestehenden Rechtsanspruches nicht immer im nötigen Umfang bewilligt – sei es, dass der Anspruch negiert und auf vorrangige Leistungsträger verwiesen wird, oder aber dass der Leistungsumfang in einer Art und Weise reduziert wird, die eine angemessene und individuell zugeschnittene Begleitung zum Teil nicht mehr möglich macht. Es ist zu befürchten, dass die Eingliederungshilfe noch stärker als bisher zum Auffangbecken für nicht ausreichend oder zu kurz behandelte Patientengruppen wird, die aus Krankenhäusern entlassen werden, ohne dass zuvor sichergestellt wurde, dass die Einrichtungen der Eingliederungshilfe eine adäquate Versorgung leisten können. Da auch die Eingliederungshilfe an finanzielle Grenzen stößt, droht eine weitere Verschiebung der hiervon betroffenen Menschen in die Pflege oder in andere soziale Angebote, wie Wohnungslosenhilfe, Frauenhäuser aber auch in forensische Einrichtungen.

Der Vorrang ambulanter vor stationären Hilfen, der aus fachlicher Sicht durchweg zu unterstützen ist, setzt ein entsprechendes personenzentriertes Hilfesystem voraus. Fehlen diese Unterstützungssysteme, vergrößert sich das Risiko, dass ein Teil der betroffenen Menschen ohne ausreichende Hilfe zu Hause lebt, in Einrichtungen der Altenhilfe „abgeschoben“ wird oder auf der Straße oder in Notunterkünften landet. Es kommt immer wieder vor, dass Menschen allein deswegen in geschlossenen Settings untergebracht werden, weil andere mögliche Unterstützungsleistungen an den fachlichen Konzepten, den Kapazitäten oder der mangelnden Flexibilität der Leistungserbringer oder/und der fehlenden Bereitschaft der Leistungsträger zur Kostenübernahme scheitern.

Vor diesem Hintergrund gilt es, ausreichende ambulante Behandlungsmöglichkeiten flächendeckend zur Verfügung zu stellen, Angebote der medizinischen Rehabilitation für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder seelischen Behinderungen auszubauen (einschließlich ambulanter und mobiler Reha-

bilitationsangebote) und den Zugang zu Leistungen der Eingliederungshilfe zu erleichtern und Ansprüche durchzusetzen.

Schließlich bestehen Zugangsbarrieren insbesondere für Menschen mit besonders hohen Versorgungsbedarfen fort. Um Zugang zum Hilfesystem zu erhalten, müssen Patientinnen und Patienten über bestimmte ‚soziale Ressourcen‘ verfügen, wie unterstützende Angehörige, eine gewisse Kommunikationsfähigkeit oder Bildung. Nicht selten sind auch durch Einsatz individueller privater Zuzahlungen Versorgungslücken zu überbrücken, beispielsweise durch Selbstzahlung niedrighschwelliger sozialer Unterstützung bei Demenz, für Dolmetscherdienste, oder zur privat finanzierten Überbrückung von Wartezeiten auf eine GKV-finanzierte ambulante Psychotherapie. Insbesondere mehrfachbelastete Menschen, die neben ihren psychiatrischen auch noch andere Probleme haben wie soziale Isolation, Armut oder Wohnungslosigkeit, erhalten aufgrund fehlender diesbezüglicher Ressourcen häufig nicht ausreichende (aufsuchende und niedrighschwellige) Hilfen. Auch Faktoren wie hohes Alter (Immobilität), Migrationshintergrund (Sprachbarrieren) oder krankheitsbedingt drohende Stigmatisierung (zum Beispiel durch chronische Abhängigkeitserkrankungen) bringen Risiken der Unterversorgung mit sich, da passgenaue zielgruppenbezogene Hilfen nicht flächendeckend ausgebaut sind. Entwicklungspotentiale bestehen zum Beispiel im Ausbau transkultureller Kompetenz, in einer besseren Versorgung von Erst-Erkrankten oder psychisch erkrankten Menschen mit geistiger Behinderung, in präventiven Angeboten für Kinder psychisch erkrankter Menschen sowie in der Versorgung für älter werdende Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen.

Das Recht auf Behandlung, insbesondere einer Behandlung, die den spezifischen Bedürfnissen psychisch Kranker, wie im § 27 SGB V gefordert, Rechnung trägt, wird somit heute wie auch zukünftig im ambulanten wie auch im stationären Sektor voraussichtlich nur dann realisiert werden können, wenn a) das neue Entgeltsystem diesen Schieflagen des Systems entgegenwirkt und b) parallel zur Entgeltreform zusätzliche Ausbau- und Entwicklungsmaßnahmen in den anderen Sektoren getroffen werden.

Diese genannten Bereiche müssen genau daraufhin geprüft werden, zu welchen Änderungen das neue Entgeltsystem hier führt.

4. Kriterien für das neue Entgeltsystem

Die Entgeltreform soll dazu beitragen, die psychiatrische Versorgung zu verbessern. Aus Sicht der Diakonie Deutschland ist die konkrete Ausgestaltung der neuen Entgelte nach folgenden inhaltlichen Kriterien zu bewerten:

Eine adäquate Vergütung in der Psychiatrie sollte...

... eine angemessene Ressourcenverteilung fördern und den „Schieflagen“ des jetzigen Systems entgegen wirken.

Ausgehend von dem Ziel eines zugangsgerechten Hilfesystems muss das neue Entgeltsystem so ausgestaltet sein, dass es zu einer angemessenen Ressourcenverteilung zwischen verschiedenen Patientengruppen kommt. Sinnvolle Leistungskategorien fördern eine gute Versorgungsqualität insbesondere bei bisher unter- und fehlversorgten Patientengruppen.²⁵ Derzeit ist ein besonderes Engagement für benachteiligte Patientengruppen – zum Beispiel Schwerkranke – potentiell existenzbedrohend für die Krankenhäuser. Aus Sicht der Diakonie Deutschland muss das neue Entgeltsystem eine umfassende personenzentrierte Versorgung schwer und chronisch kranker und mehrfachbelasteter Menschen besser ermöglichen..

... die Umsetzung fachlich anerkannter Behandlungskonzepte (zum Beispiel leitliniengerechte Behandlung, Dialog, Empowerment, Recovery) im Sinne einer personenzentrierten psychiatrischen Hilfe fördern.

Eine gute psychiatrische Behandlung ist aus Sicht der Diakonie Deutschland maßgeblich von Faktoren wie einer ausreichenden Personalausstattung, der Zusammenarbeit multiprofessioneller Teams, therapeutischer Kontinuität, der Gestaltung achtsamer Milieus abhängig und davon, dass Betroffene und Angehörige in jeder Phase einbezogen werden. Das neue Entgeltsystem sollte umfassende Behandlungsansätze, wie Lebenswelt- und Beziehungs-

orientierung und die Berücksichtigung biopsychosozialer Dimensionen psychischer Störungen unterstützen und nicht behindern. Das heißt auch, über das Entgeltsystem sollte „Milieu“-Arbeit abgerechnet werden können.

... die Krankenhäuser darin unterstützen, im lokalen Verbund Versorgungsverantwortung zu übernehmen.

Psychiatrische Hilfebedarfe und -strukturen weisen regionale Unterschiede auf. Aus Sicht der Diakonie Deutschland sind die Akteure vor Ort stärker als bisher zu fordern, gemeinsam potentiell unterversorgte Patientengruppen und lokale Versorgungslücken zu identifizieren und die vorhandenen Ressourcen in koordinierter Weise entsprechend auszurichten. Dies kann nur gelingen, wenn auch das neue Entgeltsystem diesen Populationsbezug fördert und nicht erschwert. Es ist zu prüfen, welche Budgetverantwortlichkeiten hier förderlich sind. Das neue Gremium nach § 90a SGBV auf Landesebene könnte zu sektorenübergreifenden Ansätzen Empfehlungen abgeben.

... eine sektorenübergreifende Versorgung fördern.

Eine zentrale Herausforderung für eine bessere psychiatrische Versorgung ist die Entwicklung flexibler, kontinuierlicher Pfade der Behandlung, Rehabilitation und Teilhabeförderung, die sequenziell und gleichzeitig nutzbar sind. Hierfür sind flexibler nutzbare integrierte Komplexleistungen (zum Beispiel übergreifend stationär – teilstationär – ambulant) erforderlich, die den Übergang zwischen verschiedenen Hilfsangeboten erleichtern. Über entsprechende Entgelte sollte auch die bisher unterentwickelte Netzwerkarbeit von Krankenhäusern mit anderen Angeboten vor Ort honoriert und damit gefördert werden. Ein sinnvolles Entgeltsystem hilft nicht nur, die Sektorengrenze zwischen stationärer und ambulanter Behandlung nach SGB V besser zu überbrücken, sondern auch, die Barrieren zu anderen Leistungsbereichen (SGB-XI- und SGB-XII-Leistungen, oder auch Integration von Arbeit und Arbeitsvermittlung nach SGB II und SGB III) zu überwinden. Über das neue Entgeltsystem sollten außerdem finanzielle Anreize zum übergreifenden Case Management gesetzt werden, wobei sicherzustellen ist, dass dieses fachlich-

²⁵ Eine Benachteiligung von Schwerkranken ist ein spezieller Effekt der Psychiatrie, der in der Somatik so nicht denkbar wäre, auch Compliance-Probleme werden hier anders bewertet (Beispiel Diabetes: 30 Prozent der Diabetes-Patienten nehmen Medikamente nicht – eine Entlassung als „austherapiert“ wäre hier nicht denkbar).

konzeptionellen Standards genügt. Die Zuständigkeit für Case Management kann regional und fallbezogen variieren, hierfür müssen vor Ort im gemeindepsychiatrischen Verbund Entscheidungskompetenzen bestehen.

... eine Ambulantisierung psychiatrischer Hilfe fördern.

Das Entgeltsystem sollte stärkere Anreize dafür setzen, die stationäre psychiatrische Behandlung besser in die gemeindenahere Versorgung einzubetten. Die Krankenhäuser sollten, wo regional sinnvoll, die Möglichkeit erhalten, ihr Behandlungsangebot in den ambulanten Bereich auszuweiten. Es muss sichergestellt werden, dass dies in Kooperation mit den anderen vor Ort vorhandenen Hilfsstrukturen (zum Beispiel gemeindepsychiatrische Verbünde) geschieht.

... den aktuellen Wissensstand zur Qualitätsmessung guter psychiatrischer Versorgung wider spiegeln.

Das neue Entgeltsystem wird neue Anreize setzen und die Versorgung steuern. Aus Sicht der Diakonie Deutschland muss es darum gehen, verstärkte Anreize für ein gemeindenaheres, personenzentriertes und sektorenübergreifend integriertes psychiatrisches Hilfesystem zu setzen. Das Entgeltsystem ist dafür an bereits existierenden Indikatoren (siehe Modellprojekte, PPQ) zu orientieren und gleichzeitig so anpassungsfähig zu gestalten, dass es durch neu zu entwickelnde Indikatoren (zum Beispiel zu Teilhabe, Empowerment, Recovery) im Sinne eines lernenden Systems kontinuierlich nachgebessert werden kann. Bei einer künftigen Evaluation des Entgeltsystems müssen alle beteiligten Sektoren des psychiatrischen Hilfesystems in den Blick genommen werden. Eine alleinige Betrachtung von Indikatoren im Krankenhaussektor greift zu kurz, Qualitätsstandards können sinnvoll nur sektorenübergreifend angelegt sein.

... spezifische Anforderungen von unterschiedlichen Zielgruppen an eine leistungsgerechte Vergütung (zum Beispiel Kinder und Jugendliche, Menschen mit Behinderung, Demenzbetroffene) berücksichtigen.

In einem künftigen leistungsgerechten Vergütungssystem gilt es, besondere Bedarfe auch gesondert abzubilden.

Beispielsweise besteht in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Krankenhausversorgung neben therapeutischem auch pädagogischer Bedarf, den es durch eine ausreichende Personalausstattung zu decken gilt. In der Regel sind Kinder- und Jugendpsychiatrien kleinteilig und familiennah organisiert. Ein vernetztes Arbeiten mit ambulanten SGB-V-Angeboten und Leistungen nach SGB VIII ist hier wichtig. In der Demenzversorgung spielt die Alltagsbegleitung eine wichtigere Rolle als in anderen Versorgungsbereichen. Bei Menschen mit Behinderungen sind beispielsweise die Bedarfe nach Assistenz gesondert zu berücksichtigen.

... regionale Unterschiede berücksichtigen.

Unterschiede in der Versorgung im ländlichen und städtischen Raum müssen in den Tagesentgelten berücksichtigt werden. So sollten die höheren Fahrtkosten im ländlichen Raum bei aufsuchenden Diensten abgerechnet werden können.

... die Träger- und konzeptionelle Vielfalt psychiatrischer Versorgung fördern und erhalten.

Aus der Perspektive diakonischer Krankenhäuser, zu deren Spezifika beispielsweise verschiedene Seelsorge-Angebote gehören, muss das neue Entgeltsystem Besonderheiten in den Therapieansätzen einzelner Häuser berücksichtigen, damit die Trägervielfalt erhalten bleibt.

... „bürokratiearm“ sein.

Das neue Entgeltssystem stellt stark erhöhte Anforderungen an die Leistungserfassung und -abrechnung für die Krankenhäuser. Dies führt zu einer Ressourcenumschichtung in den Häusern aus der Pflege hin in die Verwaltung. Diese Entwicklung sollte durch möglichst niedrigen bürokratischen Aufwand begrenzt werden. Das neue System sollte so ausgestaltet sein, dass kleine Träger bei erfolgreicher Arbeit nicht durch zu aufwändige Berechnungs- und IT-Anforderungen behindert oder gar in ihrer Existenz bedroht werden.

An diesem Forderungskatalog muss sich das neue Entgeltssystem messen lassen, da es ansonsten am gesetzlichen Auftrag vorbei geht. Es muss darauf hingewirkt werden, dass die Reform über eine reine ‚Umrechnung‘ von Tagessätzen nach altem Recht in neue Tagespauschalen hinausgeht.

5. Fazit

Die psychiatrische Helfelandschaft in Deutschland ist insbesondere für schwer und chronisch kranke und mehrfach belastete Patientinnen und Patienten noch weit vom Ziel einer ambulantiserten, personenzentrierten und gemeindenahen Versorgung entfernt. Auch wenn diese Zielvorstellung bereits mit der Psychiatrie-Enquete 1971 formuliert wurde, stagniert die entsprechende Ausrichtung der Hilfestrukturen unter anderem aufgrund von Fehlanreizen. Hinzu kommt, dass sich die Fragmentierung der Versorgungssektoren und Leistungsbe- reiche (Sozialgesetzbücher), die für das gesamte deutsche Gesundheitssystem gilt, auch in der Psychiatrie negativ auf die Versorgungsqualität für Patientinnen und Patienten aus- wirkt: Brüche und Dopplungen in den Behandlungen, ver- meidbare Klinikaufenthalte und Versorgungslücken könnten verringert werden, wenn flexiblere, kontinuierlichere Pfade der Behandlung, Rehabilitation, Teilhabeförderung und Selbst- hilfe ausgestaltet würden und die Hilfsangebote vor Ort bes- ser koordiniert und mit stärkerem Bezug zu den Patienten umgesetzt würden.

Um Anreize in einer Weise neu zu setzen, dass Schief lagen des bisherigen Systems vermindert und Verbesserungen der Versorgung erreicht werden können, ist grundsätzlich die versäulte Leistungszuständigkeit im derzeitigen Sozialver- sicherungssystem zu überdenken. Ein neues Vergütungs- system für Leistungen der psychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen wird dies nicht alleine erreichen können. Dennoch ist aus Sicht der Diakonie Deutschland das neue Entgeltsystem in seiner aktuell bekannten Form daran zu messen, inwieweit es eine bessere Behandlung von Patien- tinnen und Patienten unterstützt und nicht erschwert.

Zum jetzigen Zeitpunkt bleiben die Ergebnisse des aktuellen Reformprozesses in mehrfacher Hinsicht hinter den ursprüng- lich formulierten Zielen des Gesetzgebers zurück. Das be- schlossene Gesetz zur Entgeltreform und die vorgestellten neuen Entgelte lassen befürchten, dass weiterhin Personal- mangel in den Einrichtungen besteht, Ressourcen weiter ungleich verteilt sind und ein besser integriertes Hilfesystem

in der Regelversorgung weiterhin für viele Patientinnen und Patienten nicht zur Verfügung stehen wird.

Die Diakonie Deutschland stellt mit dem vorliegenden Position- papier eine Reihe inhaltlicher Kriterien an das neue Entgelt- system auf, die es zu berücksichtigen gilt, damit die Reform positive Steuerungswirkungen entfalten kann und die Kranken- häuser hier eine konstruktiv gestaltende Rolle einnehmen können. Dieser Kriterienkatalog soll der Diakonie Deutsch- land und den diakonischen Einrichtungen als Maßstab und Diskussionsgrundlage dienen, um das neue Entgeltsystem kritisch zu reflektieren und gegebenenfalls Vorschläge für dessen Weiterentwicklung unterbreiten zu können.

Das politische Engagement für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Helfelandschaft muss jedoch über die Entgelt- reform hinausgehen. Die Reform hat relevante Konsequenzen auch auf andere soziale Sicherungssysteme. Sie kann im Sinne der Patientinnen und Patienten nur dann erfolgreich sein, wenn parallel der ambulante SGB-V-Bereich (zum Beispiel Psycho- therapie, Soziotherapie), sowie erweiterte – auch ambulante und mobile – Rehabilitationsangebote ausgebaut und eine bessere Passung der psychiatrischen Behandlungspfade – mit Angeboten der Eingliederungshilfe – und der Einbezug des informellen Sektors vorangetrieben werden. Nicht zuletzt sind auch eine weniger restriktive Bewilligungspraxis und mehr Mut und Innovationsgeist von den Kostenträgern zu fordern.

Schließlich ist die Verantwortungsverteilung zwischen Minis- terien und Selbstverwaltung in diesem Gesetzgebungspro- zess kritisch zu reflektieren: Die Entgeltreform beinhaltet den Prozess der Vergütungsumstellung per Bundesgesetz und die inhaltliche Ausgestaltung des zukünftigen Entgeltsys- tems, was im Rahmen des korporatistisch organisierten Gesundheitssystems Aufgabe der Selbstverwaltungspartner ist. Durch diese Aufteilung liegt die Steuerungsverantwortung derzeit größtenteils bei den Leistungsträgern selbst. Es ist zu prüfen, inwieweit eine stärkere (Wieder-) Übernahme politi- scher Verantwortung für die Psychiatrie sinnvoll wäre, insbe-

sondere, wenn Qualitätsprobleme in der Versorgung einer besonders schutzbedürftigen Klientel zu vermuten sind. Wir fordern, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

einen unabhängigen Beirat einsetzt der eine inhaltlich normierende Funktion haben könnte, aber auch für die Begleitforschung zuständig wäre.

6. Projektgruppenmitglieder sowie Expertinnen und Experten

Wolfgang Bayer,
Stiftung das Rauhe Haus

Anke Berger-Schmitt,
Klinik Hohe Mark

Dr. Anja Dieterich,
Diakonisches Werk der EKD, Leitung der Projektgruppe

Dr. Gundula Griebmann,
Diakonisches Werk der EKD, Leitung der Projektgruppe

PD Dr. Martin Heinze,
Immanuel Krankenhaus Rüdersdorf

Frank Oetzmann,
Ev.-Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg

Dr. Katharina Ratzke,
Diakonisches Werk der EKD

Prof. Dr. Michael Schulz
Fachhochschule der Diakonie, Bielefeld

Dr. Hanns-Dieter Voigt
Johanna-Odebrecht-Stiftung Greifswald

Auszug Diakonie Texte 2011/2012

- 07.2012 Klientinnen und Klienten in ihrer Elternrolle stärken – Kinder psychisch oder suchtkranker Eltern achtsam wahrnehmen
- 06.2012 Soziale Daseinsvorsorge in den Kommunen: Zivilgesellschaft stärken, Solidarität und Teilhabe sichern
- 05.2012 Rechtssicherheit und Fairness bei Grundsicherung nötig
Diakonie-Umfrage ergibt: SGB-II-Rechtsansprüche regelmäßig nicht umgesetzt
- 04.2012 Freiwilliges Engagement in Einrichtungen und Diensten der Diakonie – Eine repräsentative Studie
- 03.2012 Leitlinien Arbeitsmigration und Entwicklung
– Guidelines on Labour Migration and Development
Art.-Nr: 613 003 032ENGL
– Principes directeurs pour les migrations et le développement
Art.-Nr: 613 003 032FR
- 02.2012 Sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche – eine Aufgabe der Prävention und Gesundheitsförderung aus Sicht der Diakonie
- 01.2012 Diskriminierungsschutz in diakonischen Arbeitsfeldern
- 16.2011 50 Jahre Zivildienst
- 15.2011 Pflegestatistik – zum 15. Dezember 2009
- 14.2011 Einrichtungsstatistik – Regional – zum 1. Januar 2010
- 13.2011 Vorstandsbericht
- 12.2011 Sozialleistungen für Unionsbürgerinnen und Unionsbürger in Deutschland
- 11.2011 Teilhabe abhängigkeitskranker Menschen sichern
- 10.2011 Einrichtungsstatistik zum 1. Januar 2010
- 09.2011 Altenarbeit im Gemeinwesen
Demografisch geboten – politisch notwendig – verlässlich finanziert
- 08.2011 Prozesse interkultureller Öffnung konkretisieren, kommunizieren, kultivieren
- 07.2011 Kommunikation von Qualität in der stationären Altenhilfe
- 06.2011 Mitarbeitendenstatistik zum 1. September 2008
- 05.2011 Chancen für Kinder eröffnen – Teilhabe durch Kinder- und Jugendrehabilitation
- 04.2011 Der Tod gehört zum Leben
- 03.2011 Abschiebungshaft in Deutschland – Positionen und Mindestforderungen der Diakonie

Liebe Leserinnen und Leser,

wir hoffen, dass wir Ihnen mit der vorliegenden Ausgabe des Diakonie Textes Informationen und inhaltliche Anregungen geben können. Wir sind an Rückmeldungen interessiert, um unsere Arbeit zu optimieren. Wir freuen uns deshalb, wenn Sie uns

1. Kommentare und Anregungen zum Inhalt des Textes zukommen lassen,
2. informieren, welchen Nutzen Sie durch diesen Text für Ihre Arbeit erfahren haben und
3. mitteilen, wie Sie auf die vorliegende Ausgabe der Diakonie Texte aufmerksam geworden sind und ob oder wie Sie diese weitergeben werden.

Ihre Rückmeldungen senden Sie bitte an die verantwortliche Projektleitung (siehe Impressum unter Kontakt).

Herzlichen Dank!
Diakonie Deutschland

Impressum

Diakonie Deutschland –
Evangelischer Bundesverband
Evangelisches Werk für
Diakonie und Entwicklung e.V.
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin

Verantwortlich für die Reihe:
Andreas Wagner
Zentrum Kommunikation
Telefon: +49 30 65211-1779
redaktion@diakonie.de
www.diakonie.de

Kontakt:
Dr. med. Anja Dieterich, MPH
Grundsatzfragen der
gesundheitlichen Versorgung
Zentrum Gesundheit,
Rehabilitation und Pflege
Telefon: +49 30 65211-1664
anja.dieterich@diakonie.de

Dr. Gundula Griebmann
Betriebswirtschaft
Stabsstelle Vorstand
Sozialpolitik
Telefon: +49 30 65211-1595
gundula.griessmann@diakonie.de

Layout: A. Stiefel

Druck: Zentraler Vertrieb des
Diakonischen Werkes
der Evangelischen Kirche
in Deutschland e.V.
Karlsruher Straße 11
70771 Leinfelden-Echterdingen

© November 2012 – 1. Auflage
ISBN-Nr. 978-3-941458-58-1

Art.-Nr. 613003082

Die Texte, die wir in der Publikationsreihe Diakonie Texte veröffentlichen, sind im Internet frei zugänglich. Sie können dort zu nicht-kommerziellen Zwecken heruntergeladen und vielfältig werden. Diakonie Texte finden Sie unter www.diakonie.de/Texte. Im Vorspann der jeweiligen Ausgabe im Internet finden Sie Informationen, zu welchem Preis Diakonie Texte gedruckt beim Zentralen Vertrieb bestellt werden können.

Bestellungen:
Zentraler Vertrieb des
Diakonischen Werkes der
Evangelischen Kirche
in Deutschland e.V.
Karlsruher Straße 11
70771 Leinfelden-
Echterdingen
Telefon: +49 711 21 59-777
Telefax: +49 711 797 75 02
Vertrieb@diakonie.de

Benutzer des Diakonie Wissensportals können über die Portalsuche nicht nur nach Stichworten in den Textdateien recherchieren, sondern auch auf weitere verwandte Informationen und Veröffentlichungen aus der gesamten Diakonie zugreifen.

Voraussetzung ist die Freischaltung nach der Registrierung auf
www.diakonie-wissen.de

www.diakonie.de

**Diakonie Deutschland –
Evangelischer Bundesverband
Evangelisches Werk für Diakonie und
Entwicklung e.V.**

Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin

Telefon: +49 30 65211-0

Telefax: +49 30 65211-3333

diakonie@diakonie.de

www.diakonie.de