

Qualitätssicherung psychiatrischer Versorgung und die Bedeutung der Psych-PV

Andreas Heinz, Laura Kipp, Carolin Wackerhagen, Sabine Müller, Christiane Montag, Lieselotte Mahler

Die Einführung des Psychiatrischen Entgeltsystems (PEPP) soll einer gesteigerten Transparenz und Qualitätssicherung psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen dienen. In dem derzeitigen Diskussionsprozess darüber, welche Kriterien für die Qualitätssicherung erforderlich sind, werden häufig Vergleiche zur somatischen Medizin und dem DRG-System gezogen. Diese Vergleiche sind aus Sicht der Autorinnen und Autoren nicht nur nicht hilfreich, sondern stellen in vieler Hinsicht eine Gefahr für die Qualität psychiatrischer und psychotherapeutischer Interventionen dar. In der somatischen Medizin liegt bei der Qualitätssicherung das Augenmerk vornehmlich auf der Prozessqualität, da deren strukturelle Voraussetzungen bei gleichbleibender Güte der erfolgten Intervention im Sinne eines rationellen Mitteleinsatzes angepasst werden können. So wurde in einer Diskussion über Strukturqualität beispielsweise argumentiert, dass »die Qualität einer Operation (als Prozess) nicht besser würde, wenn drei statt zwei Operateure am Tisch stehen«. Die Zahl der an einem Prozess beteiligten Therapeuten kann demnach in der somatischen Medizin auf das notwendige Maß reduziert werden, das für das Gelingen eines bestimmten therapeutischen Prozesses bzw. einer Intervention unerlässlich ist, ohne dass die Behandlungsqualität leidet. Im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie gilt dies aber aus mehreren Gründen nicht, da 1) die Komplexität schwerer psychischer Erkrankungen mit Beeinträchtigungen in mehreren psychosozialen Bereichen multiprofessionelle Interventionen zur Behandlung und Rehabilitation zur Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens auch auf Akutstationen erfordert, 2) gerade auch mit der UN-Behindertenrechtskonvention (Ratifizierung in Deutschland 2009, Bundesgesetzblatt, 2009) von der Psychiatrie Strukturen und Interventionen verlangt werden, die Maßnahmen und Behandlungen gegen den Willen von Patienten und Patientinnen präventiv entgegenwirken. Um diese gesetzlich verankerten ethischen Ansprüche umsetzen zu können, muss die Psychiatrie ausreichend starke multiprofessionelle Teams zur Verfügung stellen und flexibel im Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten wirksam sein. Diese Aspekte stellen einen gravierenden Unterschied zur somatischen Medizin dar und kommen in den momentanen Leistungsanreizen des neuen psychiatrischen Entgeltsystems gefährlich zu kurz.

Die Komplexität psychischer Erkrankungen erfordert ressourcenorientierte und multiprofessionelle Interventionen

In der psychiatrischen und psychotherapeutischen Therapie stellen der Beziehungsaufbau (GRAWÉ, 2004; GRAWÉ, 2005; FLÜCKINGER et al., 2011) sowie die Ressourcenaktivierung die entscheidenden Wirk- und Erfolgsfaktoren dar (GASSMANN

& GRAWE, 2006; GRAWE & GRAWE-GERBER, 1999). Meta-Analysen (WAMPOLD, 2010) zeigen, dass Therapieerfolge vor allem auf sogenannte »Common Factors« zurückzuführen sind, also auf Faktoren, die alle etablierten Therapieformen teilen. Dabei sind eine tragfähige therapeutische Beziehung, die aktive Beteiligung der Patientinnen und Patienten (auch im Sinne einer Prozesssteuerung der Therapie) und die Ressourcenaktivierung wesentliche Einflussgrößen. Psychiatrische Konzepte wie das »Weddinger Modell«, die konsequent auf multiprofessionelle Bezugstherapeuten-Teams und ressourcenorientiertes Arbeiten setzen, konnten (auch) in einer Versorgungsklinik eines urbanen Brennpunktbezirkes zeigen, dass sich die affektive therapeutische Beziehung signifikant verbessern lässt. Beides ist mit einer höheren Therapieeffizienz und besseren Prognose verbunden (MAHLER et al., 2014).

Insbesondere psychiatrische Erkrankungen mit schweren Verlaufsformen und Multimorbidität können auf psychischer wie neurobiologischer Ebene durch soziale Stressfaktoren (wie z. B. Ausschließung, Deprivation und Isolierung) verstärkt werden (A. HEINZ, DESERNO, & REININGHAUS, 2013; A. J. HEINZ, BECK, MEYER-LINDENBERG, STERZER, & HEINZ, 2011). Die Erfahrungen der letzten Jahre zeigen, dass rein symptom-fokussierte Behandlungsansätze, losgelöst aus den psychosozialen Lebenskontexten der Patientinnen und Patienten, nicht nur mit weniger Behandlungszufriedenheit und schlechterer Therapie-Adhärenz verbunden sind, sondern sich auch als weniger effizient erwiesen haben – sowohl bezüglich gängiger klinischer Parameter als auch hinsichtlich einer für eine Genesung erforderlichen Integration der Erkrankung in die individuelle Lebenssituation (WEINMANN et al., 2012; YANOS et al., 2010; RIEDEL-HELLER et al., 2012; MAHLER et al., 2014; ONKEN et al., 2002). Konzepte wie »Recovery«, die »Salutogenese« und die personenzentrierte Therapie stellen individuelle Krankheits- und Genesungskonzepte sowie den Bedarf nach Teilhabe und Selbstbestimmung psychisch erkrankter Menschen in den Vordergrund der Behandlung (ANTONOVSKY, 1997; ALANEN et al., 2001; ADERHOLD et al., 2003; AMERING und SCHMOLKE, 2007; NEEDHAM, 2008; DAVIDSON, 2003; RESNIK et al., 2005). Sie werden damit sowohl den Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention nach mehr Selbstbestimmung, Inklusion und Teilhabe gerecht, als auch der WHO-Definition, die seelische Gesundheit als »Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine eigenen Fähigkeiten erkennt, mit den normalen Anforderungen des Lebens umgehen kann, produktiv arbeiten kann und in der Lage ist, einen Beitrag für seine Gemeinschaft zu leisten« definiert (WHO 2001). Akute soziale Probleme wie Obdachlosigkeit, Verschuldung, Isolation, Perspektivenlosigkeit in Ausbildung und Beruf sowie alltägliche Kontaktschwierigkeiten und Probleme bei der Bewältigung des täglichen Lebens als direkte oder indirekte Folge der psychischen Erkrankung müssen daher genauso professionell behandelt werden, wie die direkt krankheitsassoziierte Symptomatik. Zu jeder Krankheitsphase (akut, subakut oder stabilisiert) und in jeder Behandlungsform (stationäre, tagesklinische, ambulante, aufsuchende Behandlung) sind also Lebensfeldzentrierung sowie rehabilitative Aspekte notwendig, da die Aktivitäten

des täglichen Lebens als Therapieziel mit der reinen Symptomreduktion in ihrer Bedeutung gleich gestellt sind. Zur Akuttherapie gehört also immer die Rehabilitation psychisch Kranker zur Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens. Eine effiziente psychiatrische Behandlung kann dementsprechend nur multiprofessionell erfolgen. Dazu ist die sinnvolle Verknüpfung der individuellen inneren und äußeren Ressourcen der Patientinnen und Patienten mit leitliniengerechten und multiprofessionellen Therapieangeboten unabdingbar, die die Ausarbeitung und Stärkung eigener Bewältigungsstrategien und Selbstwirksamkeitserwartungen in den Vordergrund stellen (MAHLER et al., 2014). Gerade sozial isolierte, vereinsamte und durch körperlichen oder sexuellen Missbrauch traumatisierte Patientinnen und Patienten benötigen ein vielfältiges Angebot mit immer neuen Kontaktversuchen, bei denen Vertrauensbildung eine wichtige Rolle spielt. Die Grundvoraussetzung in der Umsetzung stellt dabei eine ausreichende, multiprofessionelle Personalausstattung dar. Diese ist auch zur Öffnung der Akutstationen zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen notwendig (LANG, 2013).

Zu den entscheidenden Qualitätsmerkmalen jeder psychiatrischen Behandlung gehört also, dass ausreichend Zeit für Beziehungsangebote und Beziehungsgestaltung im therapeutischen Setting vorhanden ist, was durch die Struktur des Behandlungsteams gewährleistet wird und sich direkt auf Prozess- und Ergebnisqualität der Behandlung auswirkt. Angesichts der vielfältigen Aspekte psychischen Leidens und psychischer (Folge-) Beeinträchtigungen sind folglich mehr noch als im somatischen Bereich multiprofessionelle Interventionen notwendig.

Reduktion von Personal führt zu Erhöhung von Zwangsmaßnahmen

Eine unzureichende Strukturqualität im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie ist auch deshalb vorzuhalten, weil ein Teil der Patientinnen und Patienten sich die Klinik, in der sie ggf. im Rahmen einer Zwangseinweisung behandelt werden, nicht aussuchen können. Damit entfällt ein ganz zentrales Kennzeichen der Behandlungsqualität im Bereich der somatischen Medizin, bei der eine reduzierte Personalausstattung, die sich auf das Wohlbefinden und den Therapieverlauf der Patientinnen und Patienten direkt oder indirekt auswirkt, von den Nutzern durch Behandlungsabbruch und Weiterbehandlung in einem anderen Setting sanktioniert werden kann. Es besteht eine besondere, durch die UN-Behindertenrechtskonvention rechtlich verankerte und einklagbare Verpflichtung, dass Krankenhäuser, die Patientinnen und Patienten gegen ihren aktuell geäußerten Willen aufnehmen, Zwangsmaßnahmen bei Einsichtsunfähigkeit auf das unbedingt zur Vermeidung erheblicher gesundheitlicher Schäden notwendige Maß beschränken. Keinesfalls ist es in diesem Rahmen erlaubt oder akzeptabel, zugunsten der Wirtschaftlichkeit einer Einrichtung das Personal so zu reduzieren, dass Zwangsmaßnahmen an die Stelle von Gesprächen und Deeskalationsmaßnahmen treten.

Darauf haben auch die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) und die Task Force Ethik der DGPPN deutlich hingewiesen. Die

ZEKO hat betont, dass die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen wesentlich von institutionellen Bedingungen abhängt, und hat »eine deutlich bessere Personal- ausstattung psychiatrischer Abteilungen sowie die Prüfung und Kontrolle der Personalverordnung« gefordert (ZEKO, 2013). Die Task Force Ethik der DGPPN betont, dass die Reduzierung von Zwangsmaßnahmen nur gelingen kann, wenn die institutionellen Rahmenbedingungen verbessert und finanzielle Mittel für deren Realisierung zur Verfügung gestellt werden. Sie spricht sich insbesondere für die bessere Verzahnung von stationärem und ambulantem Bereich, die Förderung der gemeindenahen Versorgungsstrukturen und eine gute personelle Ausstattung aus (DGPPN, 2014).

Sowohl bei der Vermeidung von Zwangsbehandlungen und Behandlungsfehlern als auch in der Steigerung von Therapieeffizienz und Behandlungszufriedenheit kommen (weitgehend) offenen Türen, dem dafür nötigen Personal, einer funktionierenden und synergetisch wirkenden Multiprofessionalität sowie transparenten und partizipativen Krankenhausstrukturen eine Schlüsselrolle zu (LANG, 2013; MAHLER et al., 2014). So zeigen Untersuchungen zur Multiprofessionalität bei der Entscheidungsfindung, dass gegenseitiges Lernen und geteilte Verantwortung in psychiatrischen Teams zur Fehlervermeidung wichtig sind (LIBERMANN et al., 2001). Viele Studien zu Entscheidungsfindungsprozessen im psychiatrischen Kontext zeigen, wie notwendig sowohl strukturelle Voraussetzungen als auch eine bestimmte Haltung sind, um ein offenes Setting, Transparenz und Partizipation in Entscheidungen zu ermöglichen. Fehlende Integration der Patientenperspektive in Entscheidungsfindungen erhöht das Risiko für Zwangsmaßnahmen, während Stationsstrukturen, Klinikroutinen und Kommunikation, die die Bedürfnisse und Perspektiven der Patientinnen und Patienten sowie deren Autonomiebestreben regelhaft berücksichtigen, deeskalieren (ILKIWE-LAVALLE, 2003; LAIHO et al., 2013; LANG, 2013; RYAN et al., 2010; GRANT, 2002).

Hinzu kommt, dass die Psychiatriereform der letzten Jahrzehnte darauf gedrungen hat, die Patientinnen und Patienten menschenwürdig im Rahmen ihrer Gemeinde und orientiert an ihren persönlichen Bedürfnissen zu behandeln. Zu einer solchen personenzentrierten Therapie gehört aber auch das stetige Bemühen, die Behandlung, wenn sie stationär außerhalb des eigenen Wohnumfeldes stattfindet, so offen wie möglich zu gestalten. Tatsächlich konnten wir und andere zeigen, dass Zwangsmaßnahmen, aggressive Vorfälle und Therapieabbrüche deutlich abnehmen, wenn auch Akutstationen mit offenen Türen geführt werden (LANG et al., 2010; MAHLER et al., 2014). Solche auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ausgerichteten Settings bedürfen aber wiederum eines hinreichenden Personalschlüssels, um ggf. einzelne, beispielsweise suizidgefährdete Patientinnen und Patienten direkt zu betreuen (LANG & HEINZ, 2010). Nach unseren Erfahrungen bietet der mit der derzeitigen Psychiatrie-Personalverordnung gegebene Schlüssel im Bereich des Pflegepersonals durchaus die Voraussetzungen, Akutstationen offen zu führen. Bereits geringfügige Abweichungen von der Personalzahl im Bereich der Psychiatrie-Personalverordnung bewirken aber, dass bei 20–30 Patienten pro

Station die Schichten nur jeweils mit weniger als drei examinierten Pflegekräften, manchmal sogar nur mit einer Pflegekraft besetzt werden können, so dass die besondere Aufmerksamkeit auf einzelne Patientinnen und Patienten, die nicht die Station verlassen sollten, um sich nicht stark zu gefährden, nicht mehr aufrecht erhalten werden kann. Dann aber kommt es zu einer Schließung der Station, mit allen negativen Folgen der Eskalation des »Einsperrens« einer größeren Zahl von Menschen auf engem Raum. Die Frage der Einhaltung einer Strukturqualität, wie sie bislang noch durch die Psychiatrie-Personalverordnung gegeben ist, ist also von elementarem Interesse für den menschenwürdigen Umgang mit Patientinnen und Patienten, gerade dann, wenn diese sich ihr Behandlungssetting nicht frei aussuchen konnten.

Eine effiziente Psychiatrie erfordert flexible Synergien zwischen ambulanten und stationären Strukturen

Ein weiteres wesentliches Ziel des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) war es, eine zeitgemäße Versorgung psychisch kranker Menschen bezogen auf ihr Lebensumfeld und im Lebensumfeld zu ermöglichen (§ 17 d KHG Abs. 1 KHG i. V. m. § 118 SGB V). Besonders wichtig ist hier die Erkenntnis, dass eine Behandlung mit mobilen Teams vor Ort die Zufriedenheit und Behandlungsakzeptanz der Patientinnen und Patienten steigert und zu einer Reduktion von stationären Behandlungstagen und Zwangsmaßnahmen führen kann (MARSHALL und LOCKWOOD, 2000; MALONE et al., 2007; GÜHNE et al., 2011; MURPHY et al., 2012). Die S3-Leitlinie »Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen« empfiehlt den Aufbau multiprofessioneller gemeindepsychiatrischer Teams, welche Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wohnortnah und erforderlichenfalls aufsuchend behandeln (Empfehlungsgrad A bei Evidenzebene Ia; RIEDEL-HELLER et al., 2012). Allerdings ist die Versorgungsrealität in Deutschland noch immer von Anreizen geprägt, die stationäre Behandlungen begünstigen und ambulante oder flexible Angebote entmutigen. Dies äußert sich in hohen Differenzen zwischen den Vergütungsstufen: Ein Tag Krankenhaus kostet i. d. R. so viel wie eine Quartalbehandlung in der psychiatrischen Institutsambulanz, was wiederum oft vier- bis fünfmal so viel kostet wie die entsprechende Behandlung beim niedergelassenen Facharzt.

In den letzten Jahren wurden im Rahmen von Verträgen zur Integrierten Versorgung Konzepte entwickelt, die die Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Behandlung reduzieren und eine Verlagerung der Behandlung ins häusliche Umfeld ermöglichen konnten (LAMBERT et al., 2010). In Berlin konnte dies z. B. durch den Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit e. V. (www.psychiatrie-in-berlin.de) und das NetzWerk Psychische Gesundheit (nwp.g.pinel-online.de) erprobt werden. Darüber hinaus werden seit 2014 flexible, stationärsersetzende Versorgungsformen im Rahmen von Modellprojekten entwickelt (§ 64 b SGB V). Der Ausbau des ambulanten Spektrums reicht dabei von präventiven, niederschweligen

Behandlungskontakten über hochfrequente multiprofessionelle Interventionen zur Krisenbewältigung in den Räumlichkeiten der Klinik bis zur stationersetzenden, aufsuchenden Behandlung im häuslichen Umfeld bei schweren Krankheitsepisoden. Eine solche flexible Behandlung kann sich besser an den Bedürfnissen der Betroffenen nach Kontinuität in personeller und konzeptueller Hinsicht und nach individualisierter Planung ausrichten. Eine gewachsene Behandlungsbeziehung trägt wesentlich zur längerfristigen psychischen Stabilisierung bei. Entscheidend ist dabei die Einbeziehung der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen und des ambulanten Netzwerks. Die enge Kooperation der ambulanten Behandlerinnen und Behandler mit den stationären, teilstationären und stationersetzenden Krankenhausstrukturen, der psychiatrischen Institutsambulanz und (möglichst auch) weiteren Bereichen des Versorgungssystems wie der ambulanten Pflege, ambulanter Ergotherapie, niedergelassenen psychologischen Psychotherapeuten sowie mit Sozialleistungen, die beispielsweise aus dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) heraus finanzierbar sind, kann durch moderne integrative Behandlungskonzepte gewährleistet werden. Gerade für multimorbide, schwerkranke Patientinnen und Patienten, die beispielsweise an einer schizophrenen Psychose sowie einer komorbiden Drogenabhängigkeit leiden und zudem traumatisierende Lebenserfahrungen haben, ist die Kontinuität solcher multiprofessioneller Netzwerke besonders wichtig. Gleichzeitig ist es möglich und denkbar, dass andere Behandlungsbedürfnisse anderer Patientinnen und Patienten, beispielsweise nach hochintensiver spezialisierter Psychotherapie, eine solche, sehr enge Anbindung an das direkte Lebensumfeld nicht in gleicher Weise voraussetzen. Entsprechend flexibel muss ein Versorgungssystem gestaltbar sein.

Problematisch ist, dass die gegenwärtige Konzeption des PEPP diesen Bedarf in keiner Weise abbildet und im Gegenteil trotz schlüssiger internationaler Evidenz, die die Effektivität flexibler Behandlungssettings belegt (MARSHALL und LOCKWOOD, 2000), bisher weitgehend an der tradierten finanziellen Anreizgebung zur krankenhauszentrierten Behandlung festhält. Damit werden die im KHG rechtlich festgesetzten Ziele nicht erfüllt.

Zusammenfassung: Die PsychPV als notwendiger Sicherheitsgurt zur Qualitätssicherung im PEPP

Die derzeitige Diskussion um die PsychPV erinnert an die Fahrt in einem Kraftwagen auf der Autobahn, der auf einen Unfall zurast und dessen Insassen darüber diskutieren, ob die Sicherheitsgurte abzulegen seien, da sie veraltet sind und ohne zusätzliche Airbags, die dem Auto leider fehlen, nur begrenzt Schutz bieten. Tatsächlich ist die PsychPV mit solchen Sicherheitsgurten vergleichbar, die dem Qualitätsstandard vor mehreren Jahrzehnten entsprechen. In der Psychiatrie-Personalverordnung fehlen konkret Stundenkontingente für psychotherapeutische Verfahren, deren Einsatz mittlerweile zur Routine in psychiatrischen Krankenhäusern geworden ist und zu Recht von Patientinnen und Patienten eingefordert wird. Auch

Studien und die Meta-Analysen belegen den Nutzen beispielsweise therapeutischer Interventionen auch bei schweren Psychosen oder die Bedeutung des Einsatzes eines multiprofessionellen Teams bei Suchterkrankungen (GEYER, 2006; JONES, CORMAC, SILVEIRA DA MOTA NETO, & CAMPBELL, 2010; Project MATCH Research Group, 1998). In dieser Hinsicht ist die Psychiatrie-Personalverordnung also dringend zu überarbeiten. Das große Problem der derzeitigen Diskussion ist aber, dass »Airbags« fehlen, d. h. dass überhaupt kein Ersatz in Aussicht ist. Es wurde argumentiert, dass mit dem derzeitigen PEPP-System eine solche Personal-Mindestanforderung nicht zu vereinbaren sei, da sie nicht leistungsbezogen als Strukturqualität vorzuhalten wäre. Dieses Argument kann aber nicht überzeugen: Auch im DRG-System ist es ja durchaus möglich, Mindeststrukturvoraussetzungen einzufordern, beispielsweise was die Hygiene in einem Operationssaal betrifft oder die Qualität der Sterilisation der Instrumente. Was als Strukturqualität hier im Bereich operativer Fächer notwendig ist, entspricht aufgrund der großen Bedeutung persönlicher Interaktionen dem Personalschlüssel in der Psychiatrie und Psychotherapie. Besonders wichtig ist dies in den o. g. Bereichen einer Behandlung gegen den aktuell geäußerten Willen von Patientinnen und Patienten, denn hier kann bei akut im Tagesverlauf gestiegener Zahl der Notaufnahmen nicht kurzfristig zusätzlich qualifiziertes Personal flexibel eingestellt werden. Stattdessen muss jeder Patient und jede Patientin, die beispielsweise nachts gegen ihren Willen in eine zur regionalen Aufnahme verpflichtete Klinik eingewiesen wird, sich darauf verlassen können, dass die zur Deeskalation notwendigen multiprofessionellen Mitarbeitenden vor Ort bereits anwesend sind. Das heißt, dass Vorhaltekosten entstehen, die sich nicht aus einer einzelfallbezogenen Abrechnung gemittelt über das Jahr ergeben. Menschenrechte können nicht prozentual umgesetzt werden, sondern ganz oder gar nicht!

Das für Deeskalationsmaßnahmen notwendige multiprofessionelle Team, das entsprechend der Vorgaben des aktuell gültigen Betreuungsrechts (§ 1906 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) zur Deeskalation beitragen muss, bevor Zwangsmaßnahmen überhaupt in Betracht kommen, muss also jederzeit verfügbar sein. Kommen in einer Nacht vier Patientinnen und Patienten gegen ihren Willen zur Notaufnahme, in einer zweiten Nacht kein einziger, dann nützt es den vier Betroffenen nicht, dass im Durchschnitt gerechnet an beiden Nächten genug Personal vorhanden gewesen wäre, um zwei Personen angemessen deeskalierend therapeutisch zu begleiten, während aufgrund der akuten Überforderung in der Aufnahmenacht mit den vier Patientinnen und Patienten und der mangelnden Kapazität für deeskalierende Gespräche relativ früh zu Zwangsmaßnahmen gegriffen werden »musste«. Aus den Jahrzehnten, in denen die Psychiatrie-Personalverordnung gültig war, ergeben sich gute Anhaltspunkte dafür, welche Personalzahlen für solche Deeskalationen notwendig sind. Denn die bestehenden Modelle mit Öffnung psychiatrischer Stationen und weitgehender Reduktion von Zwangsbehandlungen (LANG & HEINZ, 2010; LANG et al., 2010) wurden mit dem Personalschlüssel der Psychiatrie-Personalverordnung durchgeführt. Es gibt auch aus der klinischen Erfahrung hier wichtige Kennzahlen, wie z. B. die Notwendigkeit, für 16–20 Patienten ca. zwei Nachtwachen vorzuhalten,

die auf einer Akutstation gleichzeitig Dienst tun. Solche über längere Zeit etablierten und klinisch gut validierten Strukturkennzeichen können in eine Aktualisierung der Psychiatrie-Personalverordnung eingebracht werden. Fällt die Psychiatrie-Personalverordnung aber weg oder wird sie zu einer reinen Empfehlung, sind die strukturellen Voraussetzungen für eine an den Menschenrechten der Betroffenen orientierte psychiatrische Therapie bedroht.

Ein wesentliches, hier nur kurz anzureißendes Problem ist die Frage der Querfinanzierung, d. h. des flexiblen Deckungsbeitrages, der im Rahmen der von den Kassen gewährleisteten Vergütung psychiatrischer Behandlungsleistungen vom jeweiligen Krankenhaus erhoben wird, um die durchaus notwendigen Kosten für den Neubau von Behandlungsbereichen oder für die Finanzierung defizitärer, aber ebenfalls notwendiger Abteilungen zu erstatten. Bei Wegfall der Psych-PV kann dieser Deckungsbeitrag auf Kosten der Personalauslastung und der Deeskalation erhöht werden. Dies ist auch deshalb besonders bedrohlich, weil die kurzfristige Ergebnisqualität einer unter hohem Personalaufwand deeskalierend betriebenen Behandlungsstrategie versus einer mit wenig Personalaufwand und hohem Ausmaß an Zwangsmaßnahmen erfolgten Applikation beispielsweise eines Neuroleptikums bei akut psychotischen Patienten vordergründig nicht signifikant voneinander abweichen muss: Die personenzentrierte, auf Interaktion setzende therapeutische Gesprächssituation kann eine akute psychotische Aggressivität ebenso reduzieren wie ein gegen den Willen der betroffenen Person verabreichtes Neuroleptikum, letzteres aber um den Preis der fehlenden Konsensbildung, einer möglichen Traumatisierung der betroffenen Patientinnen und Patienten und im Widerspruch zum Geist der UN-Behindertenrechtskonvention wie der Grundsatzurteile des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs, die zur Neugestaltung des Betreuungsrechts geführt haben (zur Übersicht über diese Urteile siehe MÜLLER et al. 2012 a und b). Demgegenüber ist zu betonen: Die rechtliche Grundlage für das neue Entgeltsystem wird in § 17 d Abs.1 Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) formuliert. Hier wird festgesetzt, dass ein selbstständiges, durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf Grundlage der Psych-PV einzuführen ist. Hier verfehlt das InEK mit dem PEPP-Entgeltsystem im Wesentlichen die gesetzlichen Vorgaben. Nicht wie in der somatischen Medizin ist die Leistungserbringung von einer Diagnose bestimmt, sondern von menschenrechtlichen Vorgaben und psychotherapeutischen Anforderungen.

Für das Versorgungssystem für psychisch Kranke gilt also, was für jede Kette gilt: Sie ist so stark wie ihr schwächstes Glied, d. h. dass die besonderen Schutzbedürfnisse psychisch kranker Patientinnen und Patienten mit zumindest zeitweiliger, krankheitsbedingter Minderung ihrer Einsichtsfähigkeit berücksichtigt werden müssen. Sie müssen sich darauf verlassen können, dass eine humanitären Idealen verpflichtete Gesellschaft auch die notwendigen Ressourcen für eine menschenwürdige Behandlung zur Verfügung stellt! In diesem Sinne setzt sich die AKTION PSYCHISCH KRANKE für eine Überarbeitung der Psychiatrie-Personalverordnung ein, besteht aber darauf, dass hier rechtsverbindliche und erstattungspflichtige

Mindestvoraussetzungen definiert werden, die gerade die Schwächsten unserer Gesellschaft, d. h. Menschen, die kurz- oder langfristig durch ihre psychischen Erkrankungen in ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt sind und gesetzlich geregelten Zwangsmaßnahmen unterworfen werden, in besonderer Weise geschützt werden. Alles andere würde einen Rückschritt hinter 40 Jahre Psychiatriereform bedeuten, zurück zur »Verwahrspsychiatrie« führen und wäre weder mit internationalen Verpflichtungen zur Einhaltung der Menschenrechte i. S. der UN-Behindertenrechtskonvention noch mit den Idealen einer demokratischen Gesellschaft vereinbar.

Literatur

- ADERHOLD, V. et al. (2003): Psychotherapie der Psychosen. Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- ALANEN, Y. (2001): Schizophrenie. Entstehung, Erscheinungsformen und die bedürfnisangepasste Behandlung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- AMERING, M./SCHMOLKE, M. (2007): Recovery: Das Ende der Unheilbarkeit. Bonn: Psychiatrie-verlag.
- ANTONOVSKY, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Bundesgesetzblatt (2009): Bekanntmachung über das Inkrafttreten des Fakultativprotokolls zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Bundesgesetzblatt Teil II, 818.
- COLDWELL, C. M./BENDER, W. S. (2007): The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 64(3): 393–399.
- DAVIDSON, I. (2003): Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia. New York: University Press.
- DGPPN (2012): S3-Leitlinien »Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen«. ISBN 978-3-642-30269-5 ISBN 978-3-642-30270-1 (eBook). Springer-Verlag.
- DGPPN (2014): Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen. Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. http://dgppn-new.globit.com/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2014/2014-09-23_DGPPN_Stellungnahme_TF_Ethik_final.pdf.
- FLÜCKINGER, C./DEL RE, A. C./WAMPOLD, B. E./SYMONDS, D. (2011): How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59 (1): 10–17.
- GASSMANN, D./GRAWE, K. (2006): General change mechanisms: the relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13: I–II.
- GRAWE, K./GRAWE-GERBER, M. (1999): Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44: 63–73.
- GEYER, D. (2006): AWMF Leitlinie: Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen. *Sucht*, 52, 8.
- GRANT, V. J./BRISCOE, J. (2002): Everyday ethics in an acute psychiatric unit. *Journal of Medical Ethics*, 28(3), 173–176.
- GRAWE, K. (2004): Neuropsychotherapie. Hogrefe Verlag.
- GRAWE, K. (2005): (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal*, 1, 4–11.

- GÜHNE, U./WEINMANN S./ARNOLD, K./ATAV E.-S./BECKER, S./RIEDEL-HELLER, S. (2011): Akutbehandlung im häuslichen Umfeld: Systematische Übersicht und Implementierungsstand in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 2011; 38: 114–122.
- HEINZ, A.J./BECK, A./MEYER-LINDENBERG, A./STERZER, P./HEINZ, A. (2011): Cognitive and neurobiological mechanisms of alcohol-related aggression. *Nature Reviews Neuroscience*, 12, 400–413.
- HEINZ, A./DESERNO, L./REININGHAUS, U. (2013): Urbanicity, social adversity and psychosis. *World Psychiatry*, 12, 187–197.
- ILKIWI-LAVALLE, O. (2003): Differences between patient and staff perceptions of aggression in mental health units. *Psychiatric Services*, 54(3): 389–393.
- JONES, C./CORMAC, I./SILVEIRA DA MOTA NETO, J.I./CAMPBELL, C. (2010): Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd.
- LAMBERT, M./BOCK, T./SCHOTTLE, D./GOLKS, D./MEISTER, K./RIETSCHEL, L./BUSSOPULOS, A., FRIELING, M./SCHODLBAUER, M./BURLON, M./HUBER, C. G./OHM, G./PAKRASI, M./CHIRAZI-STARK, M. S., NABER, D./SCHIMMELMANN, B.G. (2010): Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: a 12-month trial in patients with first- and multiple-episode schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 1313–1323.
- LANG, U.E./HEINZ, A. (2010): Wie viel kostet eine offene Akutpsychiatrie? *Psychiatrische Praxis*, 37, 411–412.
- LANG, U.E./HARTMANN, S./SCHULZ-HARTMANN, S./GUDLOWSKI, Y./RICKEN, R./MUNK, I./VON HAEBLER/D., GALLINAT, J./HEINZ, A. (2010): Do locked doors in psychiatric hospitals prevent patients from absconding? *European Journal of Psychiatry*, 24(4): 199–204.
- LANG, U.E. (2013): Innovative Psychiatrie mit offenen Türen – Deeskalation und Partizipation in der Akutpsychiatrie. Berlin Heidelberg: Springer Medizin. Retrieved from <http://www.springer.com/medicine/psychiatry/book/978-3-642-32029-3>.
- LAHIO, T./KATTAINEN, E./ASTEDT-KURKI, P./PUTKONEN, H./LINDBERG, N./KYLMA, J. (2013): Clinical decision making involved in secluding and restraining an adult psychiatric patient: an integrative literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(9): 830–839.
- LIBERMAN, R.P./HILTY, D.M./DRAKE, R.E./TSANG, H.W.H. (2001): Requirements for Multidisciplinary Teamwork in Psychiatric Rehabilitation. *Psychiatric Services*, 52(10): 1331–1342.
- MAHLER, L./JARCHOV-JADI, I./MONTAG, C./GALLINAT, J. (2014): Das Weddinger Modell. Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext (1. Auflage). Köln: Psychiatrie Verlag.
- MAHLER, L. (2014): Patientenorientierte Strukturen auf Station schaffen. *Psychosoziale Umschau* 012014/ *Psychiatrische Praxis & Soziale Arbeit*.
- MALONE, D./NEWRON-HOWES, G./SIMMONDS, S./MARRIOT, S./TYRER, P. (2007): Community mental health teams (CMHT) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18(3): CD000270.
- MARSHALL, M./LOCKWOOD, A.(2000): Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* CD001089.
- MÜLLER, S./WALTER, H./KUNZE, H./ KONRAD, N./HEINZ, A. (2012 a): Zwangsbehandlungen unter Rechtsunsicherheit. Teil 1: Die aktuelle Rechtslage zu Zwangsbehandlung von einwilligungsunfähigen Patienten mit psychischen Erkrankungen. *Der Nervenarzt*, 83: 1142–1149.
- MÜLLER, S./WALTER, H./KUNZE, H./ KONRAD, N./HEINZ, A. (2012 a): Zwangsbehandlungen unter Rechtsunsicherheit. Teil 2: Folgen der Rechtsunsicherheit in der klinischen Praxis – Vorschläge zur Verbesserung. *Der Nervenarzt*, 83: 1150–1155.
- MURPHY, S./IRVING, C. B./ADAMS, C. E./DRIVER, R. (2012): Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 16;5:CD001087. doi: 10.1002/14651858.CD001087.pub4.

- NEEDHAM, I. (2008): Psychiatrische Pflege, psychische Gesundheit und Recovery. Hg.: Aberdhalten C, Ian Needham, Michael Schulz, Susanne Schoppmann, Harald Stefan. IBICURA, Unterostendorf 2008, ISBN978-3-9810873-7-6: S.177.
- ONKEN, S. J./RIDGWAY, P. DORNAN, D. H.: RALPH, R. O. (2002): Mental health recovery: What helps and what hinders? National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning, Washington, D. C.
- Project MATCH Research Group (1998): Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH Three-Year Drinking Outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 1300–1311.
- RESNICK, S. G., FONTANA, A., LEHMAN, A. F., & ROSENHECK, R. A. (2005): An empirical conceptualization of the recovery orientation. *Schizophrenia Research*, 75(1), 119–128.
- RIEDEL-HELLER, S. G./GÜHNE, U./WEINMANN, S./ARNOLD, K./AY, E. S./BECKER, T. (2012): Psychosoziale Interventionen bei schweren psychischen Störungen. *Der Nervenarzt* 83, 847–854.
- RYAN, C./NIELSEN, O./PATON, M./LARGE, M. (2010): Clinical decisions in psychiatry should not be based on risk assessment. *Australasian Psychiatry*, 18(5), 398–403.
- WAMPOLD, B. E. (2010): The research evidence for common factors models: a historically situated perspective. In DUNCAN, B. L./MILLER, S. D./ WAMPOLD, B. E./HUBBLE, M. A. (Eds.): *The heart and soul of change* (2nd ed.) (S. 49–81): Washington, DC: APA.
- WEINMANN, S./GÜHNE, U./KOSTERS, M./GAEBEL, W./BECKER, T. (2012): Teambasierte Gemeindepsychiatrie. *Der Nervenarzt*, 83: 825–831.
- YANOS, P. T./ROE, D./LYSAKER, P. H. (2010): The impact of illness identity on recovery from severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 13, 73–93.
- Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) (2013): Stellungnahme: Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen. *Deutsches Ärzteblatt*, 110 (26), A 1334–A1338.