

Aspekte guter Qualität

Jörg M. Fegert

1. »Qualität in aller Munde« – wovon reden wir?

Nach Duden meint der Begriff »Qualität« unter anderem Materialbeschaffenheit. Zunächst haben wohl die Tuchhändler die Qualität der Ware durch fühlen erprobt. Wobei erst später aus der reinen Eigenschaftsbeschreibung die positive Assoziation mit guten Eigenschaften entstand. So wie wir heute das Wort verwenden assoziieren wir mit dem Begriff »Qualität« in der Regel etwas Gutes. Typische Adjektive, die mit Qualität häufig verbunden sind, sind die Worte »gute« Qualität, »schlechte« Qualität, »hohe« Qualität, während typische Verben Qualität »verbessern«, Qualität »achten«, »bürgen« für Qualität, »überzeugen«, »besitzen«, »garantieren«, »erreichen« etc. sind. Spannender schon wird es, wenn man häufige Substantivverbindungen mit dem Wort »Qualität« anschaut. Hier wird häufig das Gegensatzpaar »Quantität« und »Qualität« verwendet. Des Weiteren sind Begriffe wie »Preis«, »Wirtschaftlichkeit« häufig mit dem Wort »Qualität« verbunden. Offenbar besteht ein Spannungsverhältnis zwischen der möglichst wirtschaftlichen Versorgung einer großen Quantität von Patienten und einer auf das Individuum eingehenden Qualität der Versorgung, die auch individuelle Bedürfnisse in ihrer Vielfalt sichert. Die gute Behandlung und Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit schwer sozial beeinträchtigenden psychischen Störungen baut vor allem auf Beziehungsqualität in einem therapeutischen Gesamtmilieu. In der politischen Debatte um den Ausbau von Kinderbetreuungsplätzen habe ich (FEGERT 2012) nachdrücklich darauf hingewiesen, dass der quantitative Ausbau der Angebote zwar wünschenswert und wichtig ist, dass es aber dringend z. B. im Rahmen eines Qualitätsgesetzes, Strukturvorgaben für eine adäquate Betreuungs- und Beziehungsqualität abhängiger kleiner Kinder braucht. Gedacht hatte ich damals an die segensreiche Wirkung, die die Psychiatriepersonalverordnung über viele Jahre in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie entfaltet hat, weil sie mit ihren Strukturvorgaben ermöglicht hat ein adäquates Milieu in der stationären und teilstationären Behandlung zu gestalten.

Qualität im Gesundheitswesen ist derzeit in aller Munde. Häufig wird von *Qualitätssicherung* gesprochen. Ihren Beginn hat die Qualitätssicherung in der amerikanischen Automobilindustrie als Ford am Fließband eine Endkontrolle und Fehlerkontrolle einführte. Heute bestehen auch im Bereich der Krankenbehandlung Normen für Abläufe, Qualitätshandbücher (z. B. nach DIN ISO, EFQM, KTQ) eine evidenzbasierte Behandlung soll über Behandlungsleitlinien z. B. der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) sichergestellt werden. Ähnlich wie bei Audits in der Industrie soll durch die Verankerung von Besuchskommissionen in den Psychischkrankengesetzen vor Ort, unter Einbezug der Betroffenen, eine Qualitätsüberprüfung stattfinden und teilweise bemühen sich Einrichtungen um ein modernes Beschwerde-, Anregungs- und

Fehlermanagement in Einrichtungen. In vielen Krankenhäusern sind Critical Incident Reporting Systeme aufgebaut worden (CIRS), die aber häufig nicht systematisch ausgewertet werden und deren Nutzung deshalb vielerorts noch deutlich zu verbessern wäre. Die eklatanten Hygienemängel am Klinikum Mannheim, die letztendlich zu einem Rücktritt des Kaufmännischen Direktors dieser Klinik im Herbst 2014 führten, waren über Jahre im klinikinternen Critical Incident Reporting System dokumentiert und analysiert worden. Allein Wirtschaftlichkeitserwägungen haben dazu geführt, dass keine Abhilfe geschaffen wurde. Am Schluss war der Schaden für Patienten, für die Qualität der Behandlung und die Reputation der Klinik immens. Critical Incident Reporting Systeme, die nicht nur dem Fachpersonal offen stehen sondern auch Patientinnen und Patienten wären gerade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie eine wünschenswerte Neuerung. Nach dem so genannten »sexuellen Missbrauchsskandal« 2010 hatte unser Forschungsteam die Gelegenheit den Aufbau eines solchen Beschwerdesystems für Betroffene sexuellen Missbrauchs für die damalige Unabhängige Beauftragte der Bundesregierung zu Fragen des sexuellen Missbrauchs, Frau Dr. Christine Bergmann, mit zu gestalten und die Ergebnisse auszuwerten und zu kommunizieren (FEGERT et al. 2013 und RASSENHOFER et al. 2013). Dabei ist es durch die konsequente Erfassung und Auswertung der eingegangenen Berichte und Forderungen an die Politik möglich gewesen, die angestrebten Veränderungen am Runden Tisch sexueller Missbrauch voran zu bringen. Mit Hilfe eines solchen modernen Beschwerdesystems, mit einer wertschätzenden, vertraulichen, individuellen Interaktion bei gleichzeitiger Auswertung, Aggregation der Beschwerden, Anregungen und Befunde und einer öffentlichen Präsentation dieser Ergebnisse und Diskussion einer möglichen politischen Abhilfe, ist es der Politik gelungen, den Betroffenen sichtbar ihr Ohr zu leihen, obwohl einzelne allein keinerlei Änderungsmacht gehabt hätten. Gerade in einem System wie der Psychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie, in dem Ausübung von Zwang und Fragen der fairen Behandlung, Fragen der Menschenwürde, Fragen der Einhaltung der UN-Behindertenrechtskonvention, der UN-Kinderrechtskonvention etc. von besonderer Bedeutung sind, wäre es meines Erachtens sinnvoll, Qualität auch dadurch sicher zu stellen, dass man den häufig ohnmächtigen Einzelnen systematisch ein Ohr leiht und ihrer Stimme im Qualitätsprozess innerhalb der Psychiatrie Kraft verleiht. Eine zentrale Beschwerde- und Anregungsstelle mit einer bundesweiten Telefonnummer für Psychiatriepatientinnen und Psychiatriepatienten und Ehemalige wäre hier sicher ein Weg auch die fachliche Qualitätsdiskussion in der Psychiatrie, gerade in Bezug auf Zwangsmaßnahmen voran zu bringen und dabei die Betroffenen zu empowern. Im Sozialgesetzbuch V, welches die Krankenversorgung regelt, gibt es auch Verpflichtungen zu Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung. § 135 a SGB V normiert die Verpflichtung zur Qualitätssicherung für alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen und fordert die Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagements. § 136 SGB V bezieht sich dann konkret auf die Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, § 136 a SGB V auf die

Förderung der Qualität durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft und § 137 SGB V regelt Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung. Qualitätsmanagement braucht wissenschaftliche Daten, Auswertungen und Konsensfindungsprozesse auf deren Basis Entscheidungen getroffen werden können. Deshalb hat die Bundesregierung über die Jahre mehrere Qualitätsinstitute ins Leben gerufen und im SGB V verankert. § 137 a SGB V regelt das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, welches im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses arbeitet und durch eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss errichtete Stiftung getragen wird. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) wird im § 139 a SGB V geregelt. Das Institut für Angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) hat nun im Rahmen der Ermittlung notwendiger Strukturqualitätsmerkmale, im Rahmen der Weiterentwicklung in der Psychiatrie, angesichts des drohenden Wegfalls der Psychiatriepersonalverordnung einen Auftrag zum Verfahrensthema »Versorgung bei psychischen Erkrankungen« erhalten. Es soll auch hier die sektorenübergreifende Qualitätssicherung nach § 137 a SGB V sicherstellen und hat nun Expertinnen und Experten aufgefordert an dieser Arbeit mitzuwirken. Als Fachvertreter der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und derzeitiger Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie habe ich in Bezug auf eines der ersten vom AQUA-Institut angegangenen Themen, nämlich die Versorgung schizophrener Patienten, nachgefragt, ob auch die anderen Notwendigkeiten und Voraussetzungen, die bei jugendlichen Patienten gegeben sind, im Rahmen der Bearbeitung dieses Verfahrensthema berücksichtigt werden. Am 17. September 2014 antwortet das AQUA-Institut »Uns ist bewusst, dass Erkrankungen aus dem Bereich Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen bereits im Jugendalter beginnen können und eine gute frühzeitige Versorgung entscheidend für den weiteren Verlauf der Erkrankung ist. Wir teilen überdies Ihre Ansicht, dass eine Qualitätssicherung im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie andere Schwerpunkte setzen muss als in der Erwachsenenpsychiatrie«. Dennoch wird ausgeführt »Wir bedauern, dass aus den Unterlagen für Sie nicht ersichtlich war, dass Kinder und Jugendliche keine Zielgruppe des zu entwickelnden Qualitätssicherungsverfahrens sind. Im Auftrag, den das AQUA Institut vom Gemeinsamen Bundesausschuss am 19. Juni 2014 erhalten hat, werden ausschließlich volljährige Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen adressiert.« Eine solche Vorgehensweise bedeutet einen Rückschritt hinter die Standards, die bei der Erarbeitung der Psychiatriepersonalverordnung als Instrument der Strukturqualitätssicherung erungen worden waren. Damals war es völlig klar, dass sich eine spezifische Arbeitsgruppe mit den altersentsprechenden Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen auseinandersetzt und dass auch deshalb entsprechende Vorgaben für die Bedürfnisse von Kindern, für die Bedürfnisse von Jugendlichen allgemein und für die Bedürfnisse akut und intensiv zu behandelnder Jugendlicher gemacht werden müssen. Bislang ist weder in der vom G-BA eingesetzten Arbeitsgruppe kinder- und jugend-

psychiatrische Expertise vertreten, noch beziehen sich die Aufträge zur Ermittlung der Anforderungen an die Strukturqualität auf unterschiedliche Entwicklungsalter. Die Verwaltung und Beschreibung der Qualitätsfragen scheint hoch komplex zu sein, auch für die damit beauftragten Institute und erst recht für den federführenden Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dessen Vertreterin bei der Anhörung im Gesundheitsausschuss am 07.05.2014, Frau Dr. Klakow-Franck wörtlich sagte: »Ich empfehle daher bei den Beratungen im Bundestag noch einmal darüber nachzudenken, ob es ausreicht an dieser Stelle lediglich eine Regelung mit Empfehlungscharakter zu treffen.« Wenn schon die Vertreterin des G-BA die Parlamentarier darauf hinweist, dass diese besonders schutzbedürftige Patientengruppe, seien es Kinder und Jugendliche oder Erwachsene mit psychischer Störung, einer bindenden Regelung der Strukturqualität bedarf, sollten wir bei der Weiterentwicklung in der Psychiatrie, nicht allein auf ein Entgelt- oder Vergütungssystem starren, sondern das Augenmerk zentral auf die Beschreibung und Kontrolle der Einhaltung von Strukturqualität richten.

2. Qualitätsdimensionen

Avedis Donabedian definierte 1966 drei zentrale Dimensionen der Qualität, die Strukturqualität, die Prozessqualität und die Ergebnisqualität. Aspekte der Strukturqualität sind neben Räumen, Sachmitteln, Infrastruktur insbesondere alle Elemente der Personalausstattung, die im Vergleich zu anderen Bereichen der Medizin, in der Psychiatrie wegen des Beziehungscharakters der Tätigkeit ganz im Vordergrund steht. Die Prozessqualität betreffen Prozesse der Planung und Umsetzung einzelner Behandlungsschritte, Prozeduren und Behandlungsabläufe. Ergebnisqualität ist letztendlich die Bestimmung einer Zielerreichung und zwar sowohl in Bezug auf die Reduktion von Krankheitssymptomen oder die Entfernung, z. B. operative Entfernung eines Tumors, eines Problems, wie auch die Patientenzufriedenheit und die Lebensqualität nach der Behandlung. Insofern können Einschätzungen von Ergebnissen zwischen Ärztinnen und Ärzten und betroffenen Patientinnen und Patienten oder Einschätzungen von Angehörigen erheblich voneinander abweichen. Gerade wenn kein einheitliches Verständnis in Bezug auf die zugrunde liegende Problematik und Erkrankung besteht, wie dies eben bei psychischen Störungen nicht selten der Fall ist, wird die Einschätzung sowohl der Behandlungsprozesse als auch ihrer Ergebnisse in einer Außensicht durch Spezialisten häufig von der subjektiven Einschätzung der Betroffenen abweichen. Es ist deshalb wichtig, auch diese subjektive Dimension der persönlichen Ergebnisqualität zu beachten. Aus Sicht der behandelten Patientinnen und Patienten sind es oft nicht die hochstrukturierten Prozesse in manualisierten Behandlungsformen, sondern häufig die Vielfalt menschlicher Zuwendung im Rahmen eines bergenden wohlthuenden therapeutischen Milieus auf Station, die letztendlich aus ihrer Sicht den Behandlungserfolg bestimmen. Durch das Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention, zwei Jahre nach der Unterzeichnung am 26.03.2009 in Deutschland, hat das Recht auf Selbstbestimmung der Betroffenen ihre Partizipation

an gesellschaftlichen Prozessen und insbesondere an Entscheidungen, die sie betreffen, sowie die Forderung nach einer insgesamt barrierefreien und inklusiven Gesellschaft auch im deutschen Gesundheitswesen an Bedeutung gewonnen. Explizit wird in Artikel 7 dies auch noch einmal für Kinder betont »(1) Die Vertragsstaaten treffen alle erforderlichen Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Kinder mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen Kindern alle Menschenrechte und Grundfreiheiten genießen können ...«

3. Strukturqualität und Reform der Psychiatrie in Deutschland

Im Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode vereinbarten CDU/CSU und SPD zahlreiche Punkte, die die Qualität im Gesundheitswesen betreffen, z. B. Seite 55 ff gezielt wird dabei auch versucht, Fehlentwicklungen, die seit Einführung der DRGs im Sinne quantitativer Erlössteigerung eingetreten sind, zu korrigieren. So wörtlich: »Gute Qualität muss sich für die Krankenhäuser auch finanziell lohnen. Die Menge soll künftig nur da berücksichtigt werden, wo sie entsteht. Das heute bestehende System der Mehrleistungsabschläge wollen wir dabei differenzieren. Leistungen mit nachgewiesener hoher Qualität können von Mehrleistungsabschlägen ausgenommen werden, für besonders gute Qualität sind Zuschläge möglich.«

Zum neuen Vergütungssystem in der Psychiatrie lesen wir auf Seite 57: »Ein neues Vergütungssystem in der Psychiatrie und Psychosomatik darf schwerst psychisch Erkrankte nicht benachteiligen, muss die sektorenübergreifende Behandlung fördern und die Verweildauer verkürzen, ohne Drehtüreffekte zu erzeugen. Dazu sind systematische Veränderungen des Vergütungssystems vorzunehmen. An dem grundsätzlichen Ziel, mehr Transparenz und Leistungsorientierung und eine bessere Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen in diesen Bereich zu bringen, halten wir fest. Gerade für die sektorübergreifenden Lösungsansätze wird ein Innovationsfond zur Förderung innovativer sektorübergreifender Versorgungsformen und zur Förderung der Versorgungsforschung eingerichtet.« »Dafür werden 300 Mio. € von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt, dafür erhalten die Krankenkassen 150 Mio. € an zusätzlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Aus dem Innovationsfond werden für Vorsorgeleistungen, die über die Regelversorgung hinausgehen, Mittel in Höhe von insgesamt 225 Mio. € und für Versorgungsforschung Mittel in Höhe von insgesamt 75 Mio. € verwendet. Für die Vergabe der Mittel legt der gemeinsame Bundesausschuss Kriterien fest. Die Vergabe erfolgt durch ein jährliches Ausschreibungsverfahren, das vom gemeinsamen Bundesausschuss durchgeführt wird. Eine Evaluierung erfolgt nach vier Jahren.« Betrachtet man rückwirkend noch einmal die vier zentralen Aufträge des KHRG an die Selbstverwaltung kann man feststellen, dass die jetzigen Vereinbarungen im Koalitionsvertrag für diese Legislaturperiode nur an diese ursprünglichen Intentionen des Gesetzgebers im KHRG anknüpfen. Gefordert wurde damals:

- Eine gesicherte Strukturqualität als Voraussetzung für den Eintritt in den Prozess, d. h. die initiale Wiederherstellung der Personalausstattung gemäß Psych-PV.

- Auf der Entgeltebene wurden bedarfsgerechte Tagesentgelte für »medizinisch unterscheidbare Patientengruppen« gefordert, explizit sollte kein Diagnosebezug hergestellt werden, also keine Psych-DRGs, sondern es sollten die Leistungs-komplexe, die sich in der Psych-PV bewährt hatten, Beachtung finden.
- Gefordert wurde die Prüfung der Einbeziehung der Institutsambulanzen sowie anderer pauschalierender Finanzierungsformen
- und es wurde die Evaluation des KHRG-Reformprozesses durch eine umfassende Begleitforschung für nötig erachtet.

Insofern ist es verständlich, dass neben den langen politischen Debatten um das Wie der Entgeltreform im PEPP-System lange Zeit die zentrale Frage der Strukturqualität für wenig beachtet wurde, weil man dachte, hier hätte der Gesetzgeber doch klare Vorgaben gemacht. Erst als der Wegfall der Psych-PV drohte, dass PEPP-System mit Druck eingeführt schien, und neue Strukturqualitätsmaßstäbe durch den G-BA nicht erkennbar waren, ist es uns in den einzelnen Psychiatrieverbänden immer stärker gelungen, gemeinsam darauf hinzuweisen, dass die zentrale Komponente in der Psychiatrie die Personalkomponente darstellt. Schließlich entschloss sich der Gesetzgeber die budgetneutrale Phase zu verlängern und in letzter Minute damit auch den Wegfall der Psych-PV aufzuschieben. An der ursprünglichen Planung zunehmender Konvergenzquoten während einer Konvergenzphase hin auf ein Landesbasisentgeltwert wurde allerdings festgehalten.

Einführung des neuen Entgeltsystems nach dem KHRG: Ausgangspunkt 100% Psych-PV

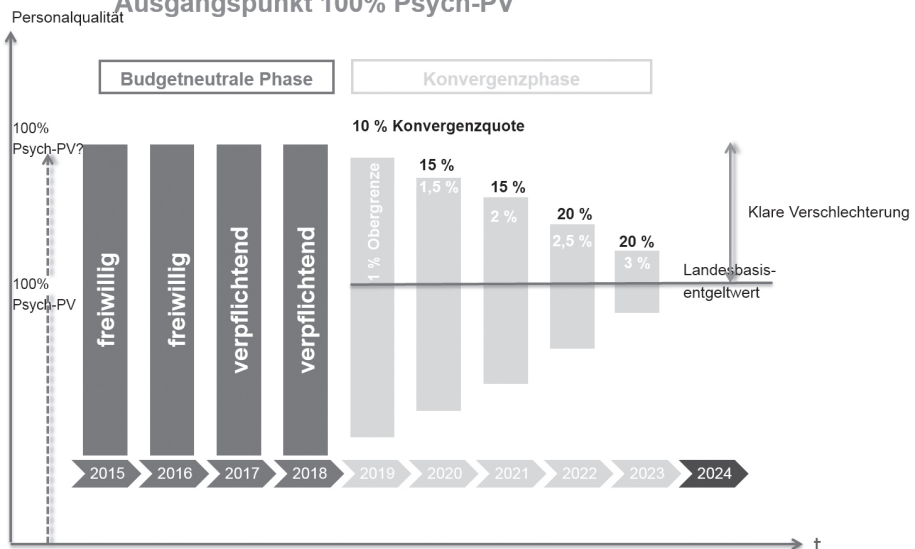


Abb. 1 Einführung des neuen Entgeltsystems nach dem KHRG

Die Abbildung zeigt die Logik und den Ablauf dieses Reformprozesses. 2015/2016 gibt es Anreize für Krankenhäuser zu optieren, 2017/2018 wird die Verwendung des neuen PEPP-Systems obligatorisch und dann soll der Eintritt in die Konvergenzphase erfolgen. Versucht man nun aber neben der Zeitachse auch die Achse der Entgelte zu erfassen, und in der Psychiatrie macht Personal den größten Kostenanteil aus, dann fällt auf, dass eine solche Grafik davon ausgeht, dass es zum Start einer Konvergenz genauso viele Krankenhäuser gibt, die mehr als 100 % Psych-PV-Ausstattung haben und damit zu teuer sind als Krankenhäuser, die eine zu geringe Ausstattung haben und dass durch eine Konvergenzphase am Ende ein fairer Landesbasisentgeltwert entstehe, der 100 % Psych-PV als einen Erhalt der Strukturqualität, wie im KHRG gefordert, entsprechen. De facto zeigen alle Erhebungen, dass derzeit nur in wenigen Kliniken überhaupt 100 % Psych-PV erreicht werden und dass personelle Überausstattung nicht vorkommt, während personelle Unterausstattung in der Psychiatrie und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vielerorts schon die Regel sind. Konvergiert man also von einer Ausstattung unterhalb von Psych-PV über die gleiche Konvergenzphase hinweg, bedeutet dies, dass die noch gut ausgestatteten Krankenhäuser am Schluss auch eine nicht mehr suffiziente Personalausstattung haben werden, während die ohnehin schlecht ausgestatteten es nie schaffen, hinreichend Personal aufzubauen. Insgesamt resultiert eine klare Verschlechterung in der Betreuung der betroffenen Patientinnen und Patienten, weil eine Grundvoraussetzung, die im KHRG formuliert wurde, nicht eingehalten wurde. Ein lineares Konvergenzmodell, welches eine Normalverteilung zu gut ausgestatteter und zu schlecht ausgestatteter Krankenhäuser voraussetzt, ist schlicht eine Augenwischerei mit der bisher versucht wurde, zu suggerieren, hier handele es sich um ein gerechtes Verfahren zur Ermittlung des fairen Preises. Personalausstattung ist in der Psychiatrie aber nicht normal verteilt und schon gar nicht mit einer Glockenspitze der Gaußschen Verteilungskurve bei 100 %. Wir haben eine linksschiefe Verteilung mit einer zunehmenden personellen Unterausstattung der Kliniken vor Eintritt in die Konvergenz und dies kann im vorgelegten Modell nur zu einer globalen Verschlechterung mit allmählich abnehmenden graduellen Unterschieden führen. Auch der Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) hat diesen Vorgang als dramatische erkennbare strukturelle Verschlechterung erkannt und stellt das Ganze vielleicht grafisch einleuchtender so dar, während es 2018 vor Eintritt in die Konvergenz noch einige Häuser, darunter auch Uniklinika geben wird, in denen die Betreuung entsprechend Psych-PV gewährleistet ist, wird 2024 sich das gesamte System auf einem niederen, nicht mehr ausreichenden Niveau eingependelt haben.

Wie verhalten sich dann im Gegensatz zur Somatik die Personalkosten zu den Sachkosten und Infrastrukturkosten. Auch hierzu hat der VUD eine Auswertung im PEPP- und DRG-System gemacht. Hier ist klar zu sehen, dass in der Psychiatrie das medizinische Personal den größten Kostenanteil ausmacht, neben den Infrastrukturkosten, und dass Rationalisierungseffekte durch günstigere Sachkosten in der Psychiatrie im Gegensatz zur Somatik kaum zu erwarten sind. Damit ergeben

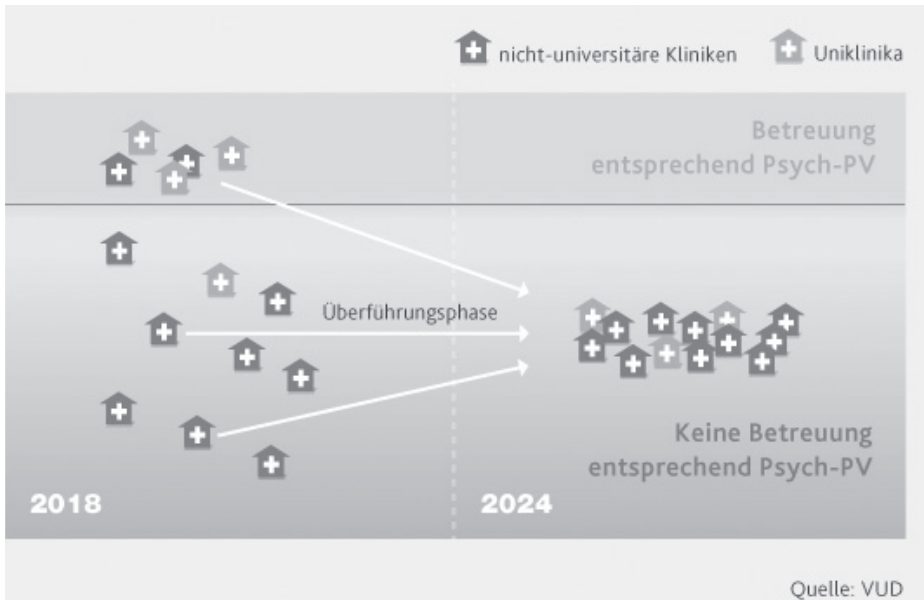


Abb. 2*

sich auch keine Rationalisierungs- oder Mengenvorteile wie in der Somatik durch z. B. gestiegene Operationszahlen, da die Behandlungsdauern in einem Therapiegespräch sich nicht durch die Zahl der Patienten verkürzen lässt. Betrachtet man die InEK-Daten zum PEPP und vergleicht Allgemeinpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik so kann man feststellen, dass die Sachkosten, insbesondere der Medikamentenbedarf/Arzneimittelbedarf in der Kinder- und Jugendpsychiatrie so gering ist, dass er kaum mehr wahrnehmbar ist. Kinder- und Jugendpsychiatrie ist im Wesentlichen von der Seite der Kosten her determiniert durch Personalkosten und Infrastrukturkosten.

4. Wie misst man Qualität?

Ist die Qualität in der psychiatrischen oder kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung die Summe von qualifizierten Einzelleistungen? Worauf fokussiert man bei der Qualitätsermittlung in der Psychiatrie? Auf Behandlungsintensität, auf Prozessqualität, auf welche Ergebniseinschätzung? Meines Erachtens ist das ökologisch valideste Maß die Einschätzung der Reduktion des Ausmaßes der durch die psychische Störung bedingten Teilhabebeeinträchtigung. D. h., gelingt es durch die psychiatrische Behandlung das Ausmaß der nötigen Unterstützung zu

* Mit der freundlichen Erlaubnis des Verbands der Universitätsklinika Deutschland (VUD)

reduzieren und ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu unterstützen. Schwer psychisch kranke Patienten haben die größte Teilhabebeeinträchtigung und benötigen im Rahmen der stationären Milieuthherapie Unterstützung und Fasilitasi- on (Erleichterung) in zahlreichen Bereichen. Um z. B. also Ergebnisqualität von Milieuthherapie zu messen braucht es Zufriedenheitsmaße der Betroffenen und Maße für das Zurechtkommen im Alltag (Teilhabe). Reine Definitionen der Ergebnisqualität über eine Symptomreduktion sind hier nicht ausreichend. Betrachtet man nun aber den Datenerhebungsaufwand, den wir derzeit im Rahmen des noch lernenden PEPP-Systems betreiben, müssen wir feststellen, dass diese milieutherapeutischen Leistungen für die schwer psychisch kranken Patienten, die im Koalitionsvertrag extra noch einmal erwähnt wurden, mit ihren Bedürfnissen nur im Sockelbetrag erfasst werden. Die gezielte Datenerhebung betrifft Therapieeinheiten ergänzt durch Diagnosegruppenpauschalen, spezielle Kriseninterventionen, auch mit Zwang, und Einzelbetreuung werden gesondert honoriert, aber das zentrale Agens der Verbesserung, nämlich der Herstellung eines therapeutischen Milieus wird nicht als Qualitätsmerkmal erfasst und auch bei der Entgeltentwicklung nicht berücksichtigt. Insofern kann man feststellen, dass im Blick auf die Gruppe der psychisch schwerkranken Patientinnen und Patienten im Kindes- und Jugendalter und Erwachsenenalter ein inadäquater Dokumentationsaufwand geschaffen wurde, gleichzeitig entstanden Fehlanreize in Bezug auf möglichst viele therapeutische Einzelleistungen, wie in einem Kurbetrieb mit Station als »Hotel«, wo neben der Hotelpauschale möglichst viele teure einzelne Anwendungen und Leistungen das beste Erlösergebnis machen. In der Krankenhausbehandlung bei schweren akuten psychiatrischen Erkrankungen und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie muss die Milieuthherapie auf der Station aber die Grundversorgung sicherstellen, wechselseitige Kommunikation, gemeinsame Aktivitäten fördern, Heilungs- und Entwicklungsförderndes Sicherheit vermittelndes Stationsklima als Lebensraum für schutzbedürftige Patienten und Basis für spezifische therapeutische Leistungen herstellen. Natürlich ist eine individuelle, möglichst evidenzbasierte Psychotherapie erforderlich und es braucht ergänzende gezielte patientenbezogene Angebote des multiprofessionellen Teams, aber die Basis der Behandlung bildet das geeignete stationäre Milieu. Bei der Herstellung des Milieus geht es also nicht um die Bereitstellung eines Sockels, sondern um die zentrale Behandlungskomponente. Der Aufwand für die Milieuthherapie ist bei diesen schweren Erkrankungen in der Akutbehandlung drei bis fünfmal größer als bei sonstigen psychisch kranken Patienten. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird dies oft noch durch die altersabhängige Unselbständigkeit und die erzieherischen Beziehungsansprüche verstärkt. Noch höher ist der generelle Aufwand in der Intensivbehandlung, der 10–25 % der Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen einer Akutstation betrifft. Dies wurde auch schon im lernenden System erkannt, mit der Einführung von OPS (9-71) und einem Betreuungsintensitätsmodell mit drei Abstufungen versucht man dem wenigstens teilweise Rechnung zu tragen.

Mir ist bewusst, dass Entgeltdebatten häufig sehr technisch und wenig nachvollziehbar geführt werden, deshalb gestatten Sie mir als Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeut einmal die Familie und ein erziehungsförderliches familiäres Milieu zum Beispiel zu nehmen, dann kann man vielleicht einfacher nachvollziehen was ich meine. Kinder unterschiedlicher Altersstufen, Kinder mit und ohne Behinderung haben ganz unterschiedliche, altersentsprechende Teilhabemöglichkeiten. Es ist in unserer Gesellschaft unstrittig – dies darf ich als stellvertretender Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats in Familienfragen am BMFSFJ betonen – dass Familien eine unbezahlbare, gesellschaftlich zentrale Leistung in der Sozialisation der Kinder und damit für die Zukunft unseres Landes erbringen.

Die zentrale Leistung liegt in der Schaffung eines entwicklungsfördernden Milieus für jedes Kind in einer Akzeptanz des Kindes in seinem »So-Sein«. Wer würde Qualität von Familie über die Messung einzelner Handlungen oder Leistungsbestandteile beschreiben wollen, also z. B. minutengenaue Erfassung z. B. der Hausaufgabenbetreuung (Hausaufgabenbetreuung wird nicht gewertet und gezählt, wenn sie unter einen bestimmten Minutenwert fällt oder wenn sie neben anderen Handlungen im Haushalt, quasi im Vorübergehen, ausgeführt wird). Wichtige Gespräche können vor allem beim Kochen oder anderen Aktivitäten entstehen, zählen also nicht, sondern nur geplante Hausaufgabensitzungen, Familiensitzungen, etc. in einem Familienmanagementplan, der sich an die jeweils vorgegebenen Zeiteinheiten hält. Eine Scheidungsfamilie mit drei Schulkindern könnte wahrscheinlich hier ziemlich viele Qualitätspunkte sammeln. Alle haben ihre Tagesstruktur, wissen was sie zu tun haben, gemeinsame Zeit ist hoch formalisiert und organisiert, spontan läuft kaum etwas ... Das könnte in einem solchen System gut dokumentiert werden und würde zu einer hohen Qualitätseinschätzung und zu höchstmöglicher Honorierung führen. Es ist ja auch anerkennenswert, dass in gut aufgefangenen Scheidungssituationen gerade dieses Absprachegerüst, das faire Aufteilen elterlicher Zuwendung in Einzelaktivitäten oft noch recht gut funktioniert, obwohl kein bergendes familiäres Milieu mehr vorhanden ist. Das Resultat ist aber in der Regel folgendes: Trotz bemühter Eltern, die den Kindern extra viel Zuwendung geben, die oft eine Überdosis Einzelleistungen erbringen und damit teuren Aufwand nachweisen können (Flugkosten am Wochenende zum anderen Elternteil etc.) leiden viele Kinder emotional, wenigstens für einige Zeit, und haben in dieser Phase mit Beeinträchtigungen ihrer Entwicklung zu kämpfen. Offensichtlich wird ein entwicklungsförderliches Milieu durch etwas anderes bestimmt als allein durch die Summe von Einzelleistungen in standardisierten Settings in Zeiteinheiten.

Seit Einführung der DRG werden medizinische Leistungen in der Somatik häufig als Produkte, die in einer Kette genormter Einzelleistungen erbracht werden, beschrieben. Analogien und Metaphern aus der industriellen Fertigung haben breit Einzug in das Krankenhausmanagement gehalten und tatsächlich führt in der Somatik teilweise eine Erhöhung von Mengengerüsten bisweilen zu Einsparungen im Sachkostenbereich bei gleichzeitigem Qualitätsgewinn durch die Routine. Wird Qualität allein als die *Lege Artis* erfolgende Produktion wie in der Industrie definiert,

konzentriert sich das Krankenhausmanagement darauf, möglichst teure Produkte möglichst exzellent herzustellen. So entstehen Fehlanreize und Deutschland ist zum Weltmeister in exzellenten, aber teilweise unnötigen Hüft- und Knie-OPs, kardiologischen Interventionen, etc. geworden. In der Psychiatrie ist es noch einmal deutlich schwieriger zu definieren, was eine gute Behandlung ist. Auf die unterschiedlichen Perspektiven des medizinischen Personals, der Betroffenen und der Angehörigen, habe ich eingangs schon hingewiesen. Einzelinterventionen sind zum Teil gut untersucht und evidenzbasiert, in der Psychopharmakotherapie wie in der Psychotherapie. Die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) bestehen meist auf störungsspezifischen Untersuchungen an hoch selektiven monosymptomatischen Patientengruppen. Alan Kazdin, Psychologe aus Yale, der sicher nicht als Therapiefeind verdächtig ist, hat das Dilemma einmal in Interviewaussagen (American Psychologist, Seite 146 ff, 2008) unterstrichen: »Psychotherapie is good, but not for patients« oder »Most of the treatments used in clinical practice have not been evaluated in research. Also many of the treatments that have been well established are not been used.« Wir haben also das Problem, dass viele wissenschaftlich etablierte Methoden an selektiven Patientengruppen ohne Komorbiditäten untersucht wurden, häufig im Bereich der Psychotherapie sogar an freiwillig studierenden Populationen, so dass diese Ergebnisse schwer auf wirkliche Patienten, wie wir sie in den Kliniken sehen, mit häufig mehreren gleichzeitigen Diagnosen, übertragbar sind. Gleichzeitig werden gut etablierte Methoden im Krankenhaus oft aber auch nicht angewandt, was ebenfalls ein aus Sicht des Qualitätsmanagements kritikwürdiger Punkt ist. Daten für Patienten mit kormorbiden Erkrankungen, schweren Beeinträchtigungen zu den Behandlungsergebnissen sind extrem selten. Forschungs- und Evaluationsdefizite bestehen vor allem in Bezug auf komplexe Behandlungsprogramme und ihre Wirkung. Hier könnte im Innovationsfonds, den die Bundesregierung beschlossen hat, eine große Chance für die Entwicklung solcher Programme und ihrer Evaluation liegen. Dabei ist es wichtig, dass nicht allein auf die Effektivität einer Intervention in einem Studiendesign geachtet wird, sondern auf die Effectiveness, die man im deutschen ähnlich wie Efficacy auch mit Effektivität übersetzen würde. Effectiveness meint die generelle Wirkung im Alltag, z. B. gemessen durch das Zurechtkommen im Alltag durch eine geringere Teilhabebeeinträchtigung.

5. Teilhabe (Beeinträchtigung als zentrales Konzept)

Eine Erfassung der Teilhabebeeinträchtigung, welche die subjektive Seite der Teilhabewünsche mit berücksichtigt, ist zentral für die notwendige Intensität milieutherapeutischer Maßnahmen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die seit vielen Jahren in den meisten Kliniken gebräuchliche Basisdokumentation, die WHO-Achse 6 zu ICD-10 als Maß für das Zurechtkommen im Alltag eingeführt und hat sich auch in den Gesprächen mit komplementären Trägern, wie Heimeinrichtungen, dem Jugendamt, etc. als Beschreibung des notwendigen Betreuungsbedarfs bewährt. Es

handelt sich dabei quasi um ein Global Assessment of Functioning, eine globale Erfassung des Zurechtkommens, natürlich könnte man auch andere Systeme, wie das in Großbritannien entwickelte Health of the Nation System und die Kinderversion Honosca etc. verwenden. Eine Übersicht über Maße der Teilhabebeeinträchtigung im Kindes- und Jugendalter gibt eine Expertise mit entwicklungspsychologischer, altersentsprechender Abstufung für das BMFSFJ (Ball, Fegert, Kölch). Aus meiner Sicht ist die Veränderung der Teilhabebeeinträchtigung das zentrale Maß für das Behandlungsergebnis, aber auch für die sozialrechtlichen Schnittstellen und die Schnittstellen innerhalb der Sektoren des Gesundheitswesens. Wenn es also z. B. um sektorenübergreifende Maßnahmen geht wird es immer wieder die Frage geben, ist die notwendige Betreuungsintensität auch z. B. im häuslichen Milieu oder einem anderen natürlichen Milieu, in einem Kinderheim, etc. zu gewährleisten. Patientengruppen sind in der Akutpsychiatrie weniger durch Diagnosen oder durch Diagnosegruppen zu unterscheiden als durch das jeweilige Ausmaß der individuellen Teilhabebeeinträchtigung. Insofern ist ein faires Entgeltsystem in der Psychiatrie – ein *Betreuungsintensitätsmodell* – zu fordern. Es geht zentral um die Erfassung der Teilhabebeeinträchtigung und die Erfassung von Komorbiditäten und psychosozialen Belastungen, zum Beginn der Behandlung und in allen Phasen wo es darum geht, Schnittstellen in Richtung Verselbständigung zu bewältigen. Gleiches gilt natürlich auch für die Definition von Rückschlägen nach Krisen, Rückfällen, etc. Die WHO beschreibt in ihrer ICF-Klassifikation drei zentrale Dimensionen der Teilhabebeeinträchtigung.

- Die *Pervasivität*, d. h. ob ein Störungsbild in mehreren Bereichen Auswirkungen hat, z. B. ob eine Funktionsbeeinträchtigung sich in der Familie, in der Schule oder auch in der Freizeit auswirkt oder ob die Funktionsbeeinträchtigung nur auf einen Bereich beschränkt ist. Das Ausmaß der Pervasivität trägt erheblich zum Ausmaß der Beeinträchtigung bei.
- Die *Intensität*, d. h. ob das Störungsbild in einem (oder mehreren) Bereichen so stark ausgeprägt ist, dass die Stärke der Funktionsbeeinträchtigung nicht mehr mit einer Teilhabe an üblichen Settings vereinbar ist. Das bedeutet, dass z. B. auch eine massive psychische Störung in einem Bereich genügt, um eine erhebliche Teilhabebeeinträchtigung festzustellen, obwohl das Funktionsniveau in anderen Bereichen noch ausreichend sein kann, z. B. die massive Beeinträchtigung des Sozialkontakts bei Autismus trotz beeindruckender abstrakter rechnerischer Leistungen, z. B. beim high functioning Autism.
- Die *Chronizität*, d. h. die Dauer der Funktionsbeeinträchtigung. Im SGB XII und SGB VIII wird entsprechend der deutschen Behinderungsdefinition hier in der Regel der Halbjahreszeitraum als Kriterium angelegt.

6. Modelle, Verbesserung und Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung

Während über die Entgeltreform, also letztendlich die Krankenhausentgelte politisch stark debattiert und gestritten wurde, ist der andere Bereich der ursprünglich im KHRG gefordert wurde, nämlich die Weiterentwicklung der Psychiatrie, auch durch die Förderung von Modellen, völlig unterbelichtet geblieben. Gerade in meinem Fach der Kinder- und Jugendpsychiatrie konnten bis Ende 2014 bislang nur zwei Modelle entstehen. Dies ist weit entfernt von den Vorgaben in § 64 b SGB V »Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen« wo zu lesen war: *»In jedem Land soll unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie mindestens ein Modellvorhaben nach Satz 1 durchgeführt werden; dabei kann ein Modellvorhaben auf mehrere Länder erstreckt werden.«* Woran liegt es nun, dass, obwohl sich die Verbände der Kinder- und Jugendpsychiatrie über alle Interessengruppengrenzen (niedergelassene Kollegen, Versorgungshäuser, Universitätsklinken etc.) stets gemeinsam für Modelle ausgesprochen haben, gerade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie keine Modelle entstehen? Dies liegt schlicht und einfach daran, dass sie mit dieser Norm nicht intendiert waren oder dass diese Norm, falls es keine Intention des Gesetzgebers war, schlecht konstruiert wurde. Noch bevor dieses Gesetz verabschiedet wurde, hat mir der CDU Politiker Spahn im persönlichen Gespräch, im Beisein anderer Vorstandsmitglieder der APK einmal erläutert, diese Norm sei nur als Bestandwahrungsklausel für die bestehenden Modelle konstruiert. Zunächst gehe es jetzt um die Umstellung im Entgeltsystem. Andere Reformelemente müssten später beachtet werden. Ich muss sagen, er hat den Zustand genau beschrieben. Überall da, wo es entsprechende Modelle schon gab oder überall da, wo die lokale Versorgungssituation entsprechende Mengengerüste und eine ursprünglich gute bis sehr gute Personalausstattung mit sich bringt, überall da konnten Modelle erhalten werden oder sogar neue entstehen. Die Norm bietet aber überhaupt keine hinreichende Grundlage für die Neuentstehung von Modellen, insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Evaluation der Modelle ist überhaupt nicht geregelt, so dass die in den Modellen erprobten Vorgehensweisen eben nicht auf das angeblich lernende Entgeltsystem, also die allgemeine Praxis übertragen werden können. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie spielt die Erkrankungshäufigkeit dabei noch eine Rolle. Glücklicher Weise sind Kinder nicht nur allgemein recht gesund sondern sie sind auch selten schwer psychisch krank. Insofern reichen die Mengengerüste nicht aus, um mit einzelnen Krankenkassen entsprechende Modellverträge auszuhandeln. Die beiden entstandenen Modelle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind aus Regionen, wo eine Krankenkasse quasi der Monopolanbieter ist und es deshalb möglich war, einen Konsens zu finden. Ohne einen Kontrahierungszwang für alle Kassen, d. h. eine gleiche Behandlung aller Kinder in Modellen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, werden keine Modellvorhaben umsetzbar sein. Es ist wissenschaftlich aber auch Gesamtgesellschaftlich unsinnig, Modelle durchzuführen und diese nicht zu evaluieren. Wenn Modelle dem Ziel dienen sollen, insgesamt die Versorgung zu

verbessern, müssen Ergebnisse aus den Modellen in den Regelbereich übertragbar sein. An dieser Stelle hat sich während der ganzen PEPP Debatte bislang nichts getan. Schon der 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung hat darauf hingewiesen, dass wir in der psychosozialen Versorgung eine stärker personenzentrierte Sichtweise brauchen. Kritisiert wurde, dass der Hilfebedarf häufig aus seiner Angebots- und Institutionenlogik herausformuliert wird und nicht vom Bedarf des Kindes oder Jugendlichen aus gesehen wird. Die Praxis der Leistungsträger sei durch Abgrenzungen und Zuständigkeitsverweise zwischen Sozialhilfe und Jugendhilfe und auch Krankenkassen geprägt. So entstünden an den Schnittstellen der Systeme »Verschiebebahnhöfe« und bisweilen »schwarze Löcher«. Die Diagnose ist also seit Langem bekannt und wird durch die damalige Stellungnahme der Bundesregierung wenigstens für das Kindes- und Jugendalter auch eindeutig bestätigt. Die Amerikanische Akademie für Kinder- und Jugendpsychiatrie (AACAP 2008) spricht von einem notwendigen Continuum of Care, in dem neben der individuellen Versorgung durch niedergelassene Kolleginnen und Kollegen in der Praxis, oder in Deutschland glücklicher Weise auch in der Praxis mit Sozialpsychiatrievereinbarung oder einer Institutsambulanz, ein intensives Case Management auf Gemeindebasis erforderlich ist. Häufig haben nämlich Kinder und Jugendliche, ähnlich wie Erwachsene mit schweren psychischen Störungen kombinierte psychiatrische, medizinische, rechtliche und soziale Unterstützungsformen nötig. Es braucht in einem Continuum of Care auch Behandlungsansätze im natürlichen Milieu, wie z. B. Hometreatment, familienunterstützende Dienste, alles Dinge, die im Rahmen unseres Gesundheitswesens, welches nur das um Mitternacht belegte Bett oder den belegten Platz in der Tagesklinik kennt, nicht realisierbar sind, obwohl für sie zum Teil sogar in Cochrane-Analysen multiple Evidenzbelege vorliegen.

Stark ausgeprägt ist in Deutschland die Seite der tagesklinischen Angebote, der vollstationären Behandlung, die aber immer mehr auch durch die kurzen Behandlungszeiten und hohen Zahlen von Kriseninterventionen zu Notfall- und Kriseneinheiten werden. Es fehlt ein transparentes System, welches intensive, kombinierte Leistungen für den einzelnen Patienten, die einzelne Patientin ermöglicht und damit ihre jeweilige Selbstbestimmung und Teilhabe erhöht. Ein Continuum of Care sollte dringend mit aller Energie in Deutschland entwickelt werden. Wir können es uns nicht leisten, eine oder zwei weitere Legislaturperioden für die Patienten wichtige Entwicklungsschritte, wegen der Konzentration auf eine Reform der Krankenhausentgelte nicht zu vollziehen.

7. Patientenbeteiligung, Patientenzufriedenheit als Indikatoren der Ergebnisqualität

Patientenbeteiligung ist wichtig bei Patienten die wegen ihrer Erkrankung, oder wegen ihrer Entwicklungsreife bei Kindern und Jugendlichen, noch nicht oder nicht mehr in der Lage sind, Entscheidungen alleine zu treffen. In einer von uns mit Mitteln der Volkswagenstiftung durchgeführten Untersuchung (VW II/74904) sagte ein achtjähriges Mädchen (FEGERT et al. 2000) »Man kann ja nicht einfach

so über ein Lebewesen hinweg entscheiden, ob nun Kind oder Jugendlicher. Es muss ja wenigstens gefragt werden, auch wenn man nicht akzeptiert wird.« Biering veröffentlichte 2010 einen Überblick zu Patientenzufriedenheitsmaßen bei Jugendlichen. Deutlich wird, es mangelt nicht an ad hoc entwickelten Instrumenten, es mangelt eher an ihrer systematischen Anwendung. Wenn man wichtige Aspekte der Patientenzufriedenheit betrachtet, ist sicher die globale Zufriedenheit mit der Krankenbehandlung ein wichtiges Element. Aber es geht darum, auch einzelne Faktoren voneinander abzugrenzen, wie z. B. die therapeutische Beziehung, den Therapieerfolg in Bezug auf Symptomebene und in Bezug auf Autonomie, das Klima oder Milieu auf der Station, die Ebene der Kompetenzen, insbesondere Selbstpflegekompetenzen und auch Fragen des Komforts und der Infrastruktur, die häufig mit dem Begriff Hotelqualität umschrieben werden. Hier muss zunächst betont werden, dass regelmäßig in Untersuchungen, die Hotelqualität von erwachsenen Patienten als deutlich wichtiger angegeben wird als von Kindern und Jugendlichen, denen vor allem das Klima und die menschlichen Beziehungen innerhalb der Peergruppe und mit den Betreuern wichtig sind. In einem Verbund mit zahlreichen kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken hat eine Arbeitsgruppe aus meiner Klinik, um Prof. Keller, Fragebögen zur Behandlungseinschätzung stationärer Therapie für Kinder, Jugendliche und Eltern mit unterschiedlichen, altersentsprechenden Darbietungsformen entwickelt (KELLER et al. 2004). Die zentralen Elemente in der Befragung 2011 über alle Kliniken hinweg waren bei Kindern, ob das Personal ansprechbar war (Item 8), ob die Betreuer als nett empfunden werden (Item 10) und ob sie sich vom Therapeuten, von der Therapeutin verstanden fühlen (Item 4). Insgesamt war eine gute Zufriedenheit mit dem stationären Klinikaufenthalt zu verzeichnen, der hoch mit der Wahrnehmung der Gesamtatmosphäre korrelierte. Dies trat noch deutlicher bei den Jugendlichen in den Vordergrund. Die Gesamteinschätzung »insgesamt zufrieden« (Item 1) charakterisierte zentral die Zufriedenheit mit der Behandlung, neben dem ernst genommen werden (Item 14) und dem Respekt vor den Patientenrechten, insbesondere der Schweigepflicht (Item 15), was noch einmal deutlich macht, dass Jugendliche ihre eigene Autonomie und Selbstbestimmung schon deutlich wichtiger ist als jüngeren Kindern. Betrachtet man die Angaben der Eltern, die im Übrigen in ihren Zufriedenheitsangaben im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen am höchsten lagen und sich über alle Kliniken hinweg letztendlich mit einer sehr guten Zufriedenheit über die stationäre Behandlung äußerten, war ein zentrales Kriterium Item 29 ob sie ihre Kinder wieder hierher bringen würden, aber auch die Einhaltung der Schweigepflicht (Item 14) und die globale Zufriedenheit hatten eine hohe Bedeutung bei der Einschätzung des Krankenhausaufenthaltes.

Fazit:

Ohne eine Absicherung der Strukturqualität und weitgehender Reduktion der übertriebenen Einzelleistungserfassung, werden Fehlanreize die Qualität des unterstützenden stationären Milieus eher reduzieren, vor allem bei den schwerst-

kranken Patientinnen und Patienten und den entwicklungsabhängig besonders bedürftigen Patientinnen und Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, mit starker Teilhabebeeinträchtigung und hohem Unterstützungsbedarf. Insofern ist mein zentrales Fazit die Forderung, Strukturqualität durch eine Neudefinition des Ordnungsrahmens verbindlich zu sichern und vor Ort deren Einhaltung zu überprüfen. Dabei ist aus meiner Sicht das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung der zentrale Parameter. Die notwendigen strukturellen Bedingungen lassen sich durch das Ausmaß der Teilhabebeeinträchtigung und den daraus resultierenden Unterstützungsbedarf definieren (Strukturqualitätsvoraussetzungen), Handlungsabläufe und Prozesse sind abhängig von den Teilhabemöglichkeiten (Prozessqualität), Ergebnisse von Behandlungen können nicht allein in Symptomreduktion erfasst werden sondern es geht um die Lebensqualität und das Zurechtkommen im Alltag. Diese Dimensionen sind wichtig für die Kommunikation an Schnittstellen zwischen Sektoren des Gesundheitswesens und zwischen den sozialen Versorgungssystemen, z. B. in der Eingliederungshilfe. Die technische PEPP-Debatte der letzten Jahre hat die Weiterentwicklung der Psychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie eher behindert. Der Modellparagraph 64 d SGB V ist nur als Bestandwahrungsklausel konstruiert. Deshalb entstehen keine innovativen Modelle. Die normativen Vorgaben müssen unbedingt geändert werden, um innovative Versorgungsformen im Sinne eines Continuum of Care entstehen zu lassen. Wichtig ist hier nicht die Institutionssicht sondern die personenzentrierte Sicht auf Behandlungsbedarf und Behandlungsqualität. Eine Evaluation von Modellen nach gleichen Standards ist dringend erforderlich und muss auch politisch gefordert werden, damit Modelle die Entwicklung der Versorgung wirklich voranbringen können. Da in der Psychiatrie Personal und Beziehungsqualität den zentralen Kostenfaktor darstellen, führen höhere Mengengerüste nicht zu Rationalisierungseffekten und sind eben nicht mit der industriellen Produktion oder evtl. mit chirurgischen Interventionen vergleichbar. Angesichts der Entwicklung bei den psychischen Erkrankungen kann man sich der Warnung des VUD vor Mengenbegrenzungen bei epidemiologisch tatsächlich steigendem Bedarf im Bereich seelische Gesundheit nur anschließen. In den letzten Jahren ist zum Teil detailverliebt um die Umsetzung einer Währungsreform »gestritten« worden. Gesundheitspolitisch war der Höhepunkt dieser Auseinandersetzung die Ersatzvornahme, welche das Ende des Dialogs zwischen Behandlern und der Politik in der letzten Legislaturperiode markierte. Durch entsprechende Passagen im Koalitionsvertrag, durch die Verschiebung um zwei Jahre und den strukturierten Dialog, haben der neue Gesundheitsminister und seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter neue Gesprächs- und Entwicklungsmöglichkeiten geschaffen. Minister Gröhe hat zahlreiche Organisationen am 17.7.2014 zu Stellungnahmen aufgefordert und ich gehe davon aus, dass er, gerade mit Blick auf die Qualität der psychiatrischen Versorgung in der Zukunft, diese ganz unterschiedlichen Stellungnahmen mit dem gebotenen Ernst rezipieren wird. Für den ordnungspolitischen Rahmen ist aus meiner Sicht eine Abkehr vom ausschließlichen Bepreisungssystem von Einzelleistungen, hin zur Finanzierung von Strukturkom-

ponenten, entsprechend lokaler Anforderungen notwendig. Ohne eine bindende Nachfolgeregelung für die PsychPV, die in der Qualität mindestens dem heutigen Stand entspricht, da ja die Standards in der PsychPV über Jahre überholt waren und der Verdichtung im Behandlungsgeschehen und modernen psychotherapeutischen Entwicklungen usw. nicht Rechnung getragen haben, wird eine reine Entgeltreform zu einem humanitären Desaster führen. Die Schere zwischen den rechtlichen und ethischen grundsätzlichen Forderungen des Bundesverfassungsgerichts, an die Qualität selbst psychiatrischer Zwangsbehandlung, und die Realität der Ausstattung des psychotherapeutischen Milieus, wird immer stärker auseinandergehen. Dies zu verhindern ist nun Aufgabe der Politik. Die Politik auf diese zentrale Aufgabe zum Wohle der Patientinnen und Patienten hinzuweisen ist Aufgabe der APK.

Literatur

- BIERING, P. (2010): Child and adolescent experience of and satisfaction with psychiatric care: a critical review of the research literature. *J Psychiatr Ment Hlt* 17(1):65–72.
- FEGERT, J. M. (2012): Qualität – in jeder Beziehung, 1.. edn, Frankfurter Allgemeine Zeitung GmbH, Frankfurt.
- FEGERT, J. M./RASSENHOFER, M./SCHNEIDER, T./SPRÖBER, N./SEITZ, A. (ed) (2013): Sexueller Kindesmissbrauch – Zeugnisse, Botschaften, Konsequenzen - Ergebnisse der Begleitforschung für die Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten der Bundesregierung zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Frau Dr. Christine Bergmann«, Juventa, Beltz.
- KELLER, F./SCHÄFER, S./KONOPKA, L./NAUMANN, A. /FEGERT, J. M. (2004): »Behandlungszufriedenheit von Kindern in stationär-psychiatrischer Behandlung: Entwicklung und psychometrische Eigenschaften eines Fragebogens«, *Krankenhauspsychiatrie*, vol. 15, no. 1, pp. 3–8.
- RASSENHOFER, M./SPRÖBER, N./SCHNEIDER, T. /FEGERT, J. M. (2013): »Listening to victims: Use of a Critical Incident Reporting System to enable adult victims of childhood sexual abuse to participate in a political reappraisal process in Germany«, *Child Abuse & Neglect*, vol. Vol 37, no. 9, pp. 654–663.