

Anforderungen an politische Qualitätssteuerung

Moderation: Ulrich Krüger

Karl Lauterbach, MdB

Maria Klein-Schmeink, MdB

Peter Weiß, MdB

Krüger: Frau Klein-Schmeink, Herr Lauterbach, Herr Weiß. Ich heiße Sie ganz herzlich Willkommen. Dieser Teil der Tagung, zum Schluss noch mal auf die politischen Konsequenzen zu schauen, ist uns außerordentlich wichtig. Es ist gewissermaßen der Höhepunkt der Tagung. Wir sind sehr froh, dass sie gekommen sind und wir jetzt noch einmal die Möglichkeit haben, unser Thema »Qualität therapeutischer Beziehung« auch im Hinblick auf Steuerungsmöglichkeiten, Einflussmöglichkeiten der Politik hin zu diskutieren. Herr Lauterbach, ich möchte Sie bitten, den Anfang zu machen als jemand, der zum Thema Qualität sehr viel zu sagen hat.

Lauterbach: Ich darf mich zunächst für die Einladung ganz herzlich bedanken. Wir sind derzeit dabei, ein Gesetz oder eigentlich eine Sequenz von Gesetzesteilen vorzulegen, mit dem Gesamtziel, die Qualität stärker in den Vordergrund zu stellen: Es geht um die Art und Weise, wie die Bedarfe in Deutschland geplant werden im Gesundheitswesen, wie die Honorierung organisiert wird und wie ein Anreizsystem für eine bessere oder schlechtere Vergütung bis hin zu den Investitionskosten geschaffen wird. Das ist die Grundlinie. Das verfolgen wir in sehr unterschiedlichen Bereichen mit sehr unterschiedlichen Instrumenten. Wir verfolgen eine Umstellung von Vergütung, Anreizen und Planung Richtung Qualität. Bisher ist es in Deutschland so, dass in der Regel die Medizin den bestehenden Strukturen folgt und die Qualitätssicherung dann versucht, das Beste aus dieser Situation zu machen. Es gibt vorgegebene Strukturen. Diese Strukturen bestimmen, wie versorgt wird und die Qualitätssicherung kompensiert dann die Fehler, die entstehen, weil die Struktur auf das, was der eigentliche Bedarf wäre, nicht reagieren kann. Wir wollen das umstellen und stärker den medizinischen Bedarf und die medizinischen Veränderungen in den Vordergrund der Planung stellen, sodass die Struktur stärker den Bedarfen und Patientenwünschen und auch der medizinischen Veränderung, dem Fortschritt folgt. Ich bringe dafür ein paar Beispiele: Wir machen derzeit ein großes Gesetz für die Planung von Krankenhäusern. Wie werden beispielsweise überhaupt die Bedarfe für Krankenhäuser für Abteilungen geplant? Den wenigsten hier ist bekannt, dass bei der Bedarfsplanung von Krankenhäusern oder von Abteilungen durch die Länder, die Frage der Qualität nicht gestellt werden kann. Also ein Land kann einer Abteilung die Berücksichtigung im Bedarfsplan nicht entziehen, nur weil die Qualität nicht stimmig ist. Es gibt andere Gründe, womit man das machen kann, beispielsweise vortragen, dass es demographische Gründe gibt. Es gibt eine eingeschränkte Zahl von Kriterien, nach denen das Land

einer Klinik eine Abteilung schließen kann oder es aus dem Bedarfsplan herausnehmen kann, aber die Qualität darf dabei nie eine Rolle spielen, um ein einziges Beispiel der Absurdität zu bringen. Ein Krankenhaus kann qualitativ noch so schlecht sein, es kann allenfalls sanktioniert werden durch die Krankenkassen im Rahmen der dort möglichen Qualitätssicherungsparagrafen, aber es kann nicht aus der Planung fallen. Das ist ein Beispiel dafür, was ich eben abstrakt aber zu leise vorgetragen habe, nämlich dass hier die Qualitätssicherung kompensiert, dass ein System nicht funktioniert, wo die Leistung der Struktur folgt und nicht die Struktur der notwendigen medizinischen Leistung angepasst wird. Und das versuchen wir zu verändern in einigen Bereichen. Dafür legen wir in dieser Woche ein Gesetz vor, in dem es um die Versorgungsstruktur im Wesentlichen im ambulanten Sektor geht. Darin ist z. B. geregelt, wie wir uns demnächst vorstellen, wie Hausärzte und Psychotherapeuten in den Kassenärztlichen Vereinigungen vertreten sein werden, wer was bestimmt bei der Selbstregulierung und dergleichen. Ein großes Versorgungsstrukturgesetz, was bis zur Verteilung der Ärzteschaft in der Region viele Bereiche neu regelt. Es würde jetzt lange dauern, da über die einzelnen Punkte zu gehen. Ich bin sicher, dass sich der Entwurf im Laufe des Tages auch seinen Weg in die Presse bahnen wird. Wir gründen zur Unterstützung dieser Aktivitäten auch ein Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen. Damit wollen wir die Ergebnisqualität und die Prozessqualität der einzelnen Kliniken und Abteilungen lokal zur Verfügung stellen und systematisch nach gemeinsamen Kriterien auswerten. Das diese Kriterien auch korrekt abgefragt werden, dafür soll es unangemeldete Prüfungen der Krankenkassen und anderer Einrichtungen geben. Mit dem Institut in Gründung versuchen wir an vielen Stellen die Qualität zu vergleichen und diese Vergleiche dem Bürger zur Verfügung zu stellen. Wir wollen auch im Bereich der Psychotherapie und im Bereich der psychiatrischen Versorgung zu Verbesserungen kommen. Das wird in anderen Vorhaben geregelt, die wir noch planen. Zum einen werden wir – darüber hat auch der Minister gesprochen – über das sogenannte PEPP-System noch einmal zu entscheiden haben. Dort gibt zwei grundsätzliche Linien, die verfolgt werden können: es gibt die Möglichkeit, in dem bisherigen PEPP-System nach Verlängerung der Optionsphase dieses System verbessert fort zu führen oder aber es wird eine Alternative dazu entwickelt. Die Grundlage für diese Alternative ist ein Vorschlag, an dem ich selbst federführend arbeite und der in den nächsten Wochen vorgelegt werden wird. Ich bin selbst nicht der Meinung, dass das PEPP-System so fortgeführt werden sollte, wie es sich derzeit entwickelt und möchte das ganz kurz begründen: Ich glaube, dass das PEPP-System ein gutes Beispiel dafür ist, dass man in der Finanzierung und in der Qualitätssicherung versucht, das Beste aus den zum Teil nicht passenden Strukturen zu machen. Wir haben in Deutschland große Strukturdefizite. Wir haben einen viel zu wenig durchlässigen stationären Sektor. Der stationäre Sektor wird oft verwendet, weil der ambulante Sektor diese Aufgaben nicht entsprechend übernehmen kann. Es fängt an mit der Richtlinientherapie, die Ressourcen bindet, die anderswo vielleicht besser gebraucht würden. Das würde aber dann auch nur des-

halb oft gemacht, weil es dort auch finanzielle Anreize gibt. Dann gibt es wiederum sehr viele kurzfristige ambulante intensive Versorgungen, die überhaupt nicht ausreichend vergütet werden. Diese wiederum wären in stationären Sektor vorübergehend in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen gut machbar. Es wäre sehr viel besserbar, wenn man die Strukturen, die man hat, besser nutzt und öffnet. Stattdessen wird das PEPP-System, wenn es eingeführt wird, alle Reformbemühungen darauf konzentrieren, innerhalb dieser nicht funktionierenden Struktur eine neue Form der Abrechnung etablieren, die die Kassen wünschen, um damit die Kostenkontrolle zu betreiben und die die Politik zum Teil auch wünscht, um sich ein bisschen aus dieser Kostenkontrollsituation herausziehen zu können. Aber ich sehe nicht, wie das einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung leisten kann. Ganz im Gegenteil. Die Nebenwirkungen dieses PEPP-Systems liegen auch auf der Hand: Es wird auf jeden Fall deutlich mehr Bürokratie geben, das ist ganz klar. Dies wird übrigens erst recht dann der Fall sein, wenn sich das System weiter entwickelt. So ein PEPP-System ist zwar nicht schön und birgt eine sehr große Gefahr der Rosinenpickerei, aber wenn ich es weiter entwickle zu Tagesabschnitten und dann in diesen Tagesabschnitten auch zulasse, Anfänge zu vergüten, dann muss ich sehr viel dokumentieren, sehr viel begründen und das muss natürlich dann auch alles von den medizinischen Diensten sehr intensiv geprüft werden. Dann muss tagesgenau abgerechnet und geprüft werden. Somit liegt das Problem darin, wenn das PEPP-System einigermaßen unbürokratisch ist, dann beschleunigt es enorm die Rosinenpickerei und ist eigentlich nur von den kommerziellen Anbietern oder von den psychosomatischen Kliniken, die sich zum Teil sehr stark auf einige Gruppen, die im PEPP-System gut abgebildet werden konzentrieren können, zu Befürworten. Um diesen Strukturmangel zu kompensieren muss man auf den Patienten mehr Rücksicht nehmen und tagesgenauer abrechnen, was dann wiederum zu einem sehr großen Bürokratieaufwand führt. Das ist so ähnlich wie bei der Unschärferelation in der Physik, ich kann nie das eigentliche Problem kompensieren. Eine viel bessere Lösung ist eine Veränderung der Struktur und drauf zielt mein Gegenvorschlag ab, den ich über den Sommer mit ein paar Kolleginnen und Kollegen von Ihnen entwickelt habe. Ich bitte um Verständnis, dass ich den hier nicht vorstellen kann, weil zwischen den Fraktionen vereinbart wurde, dass das zuerst dem Minister vorgelegt wird und dass dann im Haus der strukturierte Dialog aufgenommen wird. Dann wird der Vorschlag auch öffentlich sein und es wird genug Gelegenheit geben, darüber zu diskutieren. Ich hoffe – wenn der Vorschlag zumindest ein bisschen besser ist als das PEPP-System – das ich dann auch Unterstützung aus ihren Reihen vernehmen kann. So viel als Einführung.

Krüger: Ganz herzlichen Dank. Die erste Unterstützung ist schon mit dem spontanen Applaus erfolgt. Die Punkte, die Sie hier kritisch von PEPP aufgegriffen haben, stimmen absolut überein mit dem, was in Stellungnahmen der AKTION PSYCHISCH KRANKE und von einigen anderen Verbänden wiederholt geäußert worden ist. Insofern sind wir natürlich sehr erfreut, wenn auch ihrerseits an einer Alternative

gearbeitet wird. Der Minister hat jetzt einen strukturierten Dialog angekündigt und zunächst schriftliche Stellungnahmen abgerufen. In diesem Zusammenhang hat die AKTION PSYCHISCH KRANKE einen Alternativvorschlag vorgelegt. Man kann nur hoffen, dass die grundsätzliche Diskussion Auftrieb bekommt.

Sie erzählten von einer ganzen Reihe gesetzlicher Vorhaben, die dazu dienen, dem Aspekt Qualität Berücksichtigung zu verschaffen. Ist das jetzt zu verstehen als ein einheitliches Gesetz oder sind das verschiedene Vorhaben. Vielleicht sagen sie dazu noch ein paar Sätze.

Lauterbach: Es handelt sich um mehrere Vorhaben. Zum einen machen wir ein großes Krankenhausgesetz. Dafür haben wir eine Bund/Länder-Arbeitsgruppe gebildet. Die tagt schon seit mehreren Monaten und wird im Dezember einen Vorschlag dafür vorlegen, wie im Krankenhausesektor einiges neu geregelt werden kann. Das deckt den gesamten Bereich ab, von den Landesbasisfallwerten bis hin zu der Frage, was dürfen Krankenhäuser eigentlich ambulant erbringen in der spezialärztlichen Versorgung oder sogar in Unterversorgungsgebieten, in der ambulanten fachärztlichen Versorgung ganz allgemein bis hin zu was dürfen Krankenhäuser hausärztlich anbieten, wenn sie dort medizinische Versorgungszentren öffnen und dergleichen. Es handelt sich um ein sehr breites Gesetz. Ein anderes Gesetz, das ich eben angekündigt hatte, ist das Versorgungsstrukturgesetz, dessen Entwurf mit 141 Seiten wir heute fertiggestellt haben und da auch viele Bereiche, aber nicht alles abdeckt. Dazu wird es noch eine zweite Variante im nächsten Jahr geben. Dann erarbeiten wir im Dezember ein Eckpunktepapier für die Vorbeugung. Ein Vorbeugegesetz, in dem auch qualitative Aspekte in den Vordergrund gestellt werden sollen usw. Es sind noch einige Gesetze diesbezüglich in Vorbereitung, aber wenn ich gebeten würde, den Kanon dieser vielen Vorhaben zu beschreiben, dann wäre es das Motto, die Qualität transparenter zu machen und stärker in den Vordergrund von Planung und Vergütung zu stellen. Das ist der Oberbegriff.

Krüger: Vielen Dank. Das hört sich außerordentlich verheißungsvoll an. Wir sind gespannt. Ich würde noch gerne an einem zweiten Punkt nachhaken. Das in der Gründung befindliche Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) würde ich gerne in Bezug setzen zum bereits erwähnten PEPP-Entgeltsystem. Die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV), die sich über die Jahre sehr bewährt hat – auch wenn man sie mittlerweile anpassen müsste, hat den besonderen Vorzug gehabt, dass sie sowohl qualitative Vorgaben gemacht hat, als auch – über die Personalanhaltswerte – quantitative. Dies ist nun dahingehend getrennt worden, dass es einerseits ein Entgeltsystem geben soll und andererseits durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) Richtlinien entworfen werden sollen. Diese zwei Dinge gehören untrennbar zusammen. Man kann nicht über die Finanzierung von etwas entscheiden, das inhaltlich noch gar nicht definiert ist. Wir sind aber in großer Sorge, dass der GBA da nicht vorankommt. Bis jetzt sind keinerlei Entwürfe veröffentlicht worden. Wir sind des Weiteren in Sorge, dass das Ergebnis bei weitem nicht so konkret sein wird, wie es die Psych-PV in ihren Angaben war. Es wäre auf jeden Fall das erste Mal, dass der GBA im Zusammenhang mit Qualität

auch Personalanhaltswerte vorgibt. Haben sie da eigentlich Einflussmöglichkeiten oder beabsichtigen sie welche zu schaffen? Oder müssen wir jetzt alle abwarten, wann und in welcher Form der GBA etwas vorlegt?

Lauterbach: Das ist schwer zu beantworten, da wir, was die Inhalte betrifft, keine Handlungsmöglichkeiten haben. Wir haben nur die Rechtsaufsicht, die Sachaufsicht liegt beim GKV-Spitzenverband. Somit ist das Verfahren von uns kaum zu beeinflussen. Unsere einzige Möglichkeit besteht darin, sich politisch zu äußern aus dem Bundesgesundheitsministerium oder aus den Fraktionen. Da können wir einen gefassten Beschluss kritisieren, im Ernstfall sogar verzögern durch eine Vetoposition, aber nicht aufheben, wenn man sich darüber hinweg setzt. Wir haben dort keine dauerhafte Vetoposition. Ansonsten können wir nur Vorschläge machen und um Beschleunigung bitten. Daher sehe ich in der PEPP-Entwicklung und in der Entwicklung der Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ein Dauerproblem. Wenn beispielsweise etwas in der Vergütung noch nicht abgebildet ist und es wird beschleunigt vom Gemeinsamen Bundesausschuss bearbeitet, dann sind die höheren Kosten, wenn es ein teureres Verfahren wird, auch früher zu bezahlen. Somit liegen die Interessenkonflikte auf der Hand. Es wird zu Dauerstreit führen selbst dann, wenn die Verzögerung gar nichts mit wirtschaftlichen Überlegungen zu tun hat, weil immer der Verdacht im Raum steht, dass eine dringend notwendige Veränderung einer Richtlinie oder einer Qualitätsanforderung auf der Grundlage neuer Studienerkenntnisse noch nicht umgesetzt wird oder abstrakter oder lockerer gefasst wird, weil finanzielle Überlegungen dahinter stünden. Es wird einen Dauerverdacht begründen und von daher ist dieses Beispiel nur ein Beispiel für den Beginn einer Fehlkonstruktion. Das ist zwangsläufig so, wenn diejenigen, die über die Qualität entscheiden und diejenigen, die über die Finanzierung entscheiden nicht im gleichen Boot sitzen. Das ist eine ähnliche Situation, wie wir sie jetzt gerade bei der Bedarfsplanung der Krankenhäuser durch die Länder und der finanziellen Verantwortung durch die Kassen versuchen aufzulösen. Das passt einfach nicht richtig zusammen.

Krüger: Ganz herzlichen Dank, Herr Lauterbach, für diese Klarstellung, die nicht ganz so verheißungsvoll ist, aber immerhin eindeutig.

Frau Klein-Schmeink, Sie haben sich auch schon vielfältig zu dieser Thematik geäußert. Sie haben jetzt das Wort.

Klein-Schmeink: Ich bin froh, dass die SPD in der großen Koalition ihr Gewicht dafür eingesetzt hat, noch einmal eine Neuauflage der Diskussion um PEPP durchzusetzen. Das finde ich ausdrücklich gut und ich hoffe auch sehr darauf, weil völlig klar war, dass das, was bis dahin vorgelegen hat, tatsächlich ein ganz massiver Rückschritt gewesen wäre. Gleichwohl muss ich sagen, auch wenn wir es jetzt schaffen, quasi eine neue Alternativwährung durchzusetzen, geht es immer noch nur um eine Währung für etwas Bestehendes. Was ich in der ganzen Debatte vermisst habe, ist die qualitative Perspektive auf den auf zehn Jahre angelegten Veränderungsprozess in der Psychiatrie. Das Motto Ihrer Tagung »qualitätsgeschützte Beziehung« hätte dabei im Vordergrund sehen müssen, um eine

wirkliche Weiterentwicklung und Modernisierung dessen, was wir gemeinhin als gemeindenaher Versorgung verstanden haben, zu begründen: Was brauche ich eigentlich für die Qualität der Beziehung? Welche Rahmenbedingungen brauche ich? Das wäre das gewesen, was ich erwartet hätte und es hätte dazugehört, dass wir tatsächlich ambulante und stationäre Versorgung miteinander verweben. Vor allen Dingen nicht nur in dem rein psychiatrischen Sektor verweben, sondern alles das, was wir vor Ort an psychosozialer Unterstützung, an Netzwerken haben, dass man das insgesamt gemeindepsychiatrisch aufstellen würde. Und eins der ganz wichtigen Elemente darin wäre, dass ich auch ambulante Krisenauffangmöglichkeiten schaffe, sowohl im vorstationären Bereich, als auch hinterher. Dann hätten wir diese massiven Versorgungseinbrüche so nicht mehr und könnten tatsächlich zu einer Beziehungskontinuität kommen. Es ist schwer, das unter den jetzigen Rahmenbedingungen hinzukriegen. Die Psych-PV ist in der Tat so etwas wie ein Qualitätsstrukturmerkmal gewesen, zu mindest für die Findung von Finanzen, die zur Verfügung gestellt werden. Wir hatten – und das muss man ja ehrlicherweise sagen – durchaus auch Vollzugsdefizite und nicht in einem kleinen Ausmaß. Es wurde zwar auf Grundlage von Psych-PV verhandelt und es sind auf dieser Grundlage Gelder bereitgestellt worden, aber es stand noch lange nicht genau dieses Personal dann auch tatsächlich zur Verfügung. Das gehört dringend abgestellt, weil man natürlich jetzt in diesem ganzen Entwicklungsprozess der neuen Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) und Struktur immer nur das abbilden kann, was vor Ort auch gerade durch tätige Leute getan wird. Das heißt, wenn die Personalausstattung defizitär ist, dann ist sie defizitär und wird eigentlich so auf Dauer fortgeschrieben. Ein weiteres Element wäre die Feststellung der Ausstattung der Realität gewesen, nicht nur in Bezug auf die finanzielle Ausstattung, sondern auch die Realität in der Personalbesetzung. Das haben wir im Übrigen gesetzlich im Bereich der Krankenhauspflege, die jetzt als neues Element eingeführt hat, dass die Krankenhausträger bei den Zusatzpflegekräften nachweisen müssen, dass sie die Stellen auch besetzt haben. Dass sie nicht nur das Geld bekommen haben, sondern auch besetzt haben. Zusätzlich haben wir natürlich Weiterentwicklungsbedarf bei der Psych-PV. Seit die entwickelt worden ist, und dann 1991 gesetzlich zum Tragen kam, hat sich sehr viel bei den Leitlinien getan und bezüglich dessen, was psychisch Kranke in der Behandlung, in der Begleitung usw. brauchen. Das ist ja nicht alles abgebildet. Genauso ist nicht abgebildet alles das, was wir in den letzten drei Jahren diskutiert haben: Wie kann ich tatsächlich die Autonomie der Patienten wahren? Wie schaffe ich Rahmenbedingungen, wo ich möglichst wenige Zwangsmaßnahmen, Zwangsmittel einsetzen muss? Auch das hat in der Regel mit Personalkapazitäten zu tun. Auch das müsste also in einen solchen qualitativ gesehenen Prozess mit aufgenommen werden. Und von daher glaube ich, da gäbe es noch einiges gesetzgeberisch zu tun. Nicht nur einen neuen Katalog, ein neues Alternativ-PEPP-System oder wie auch immer es dann heißen wird. Gleichzeitig müsste man noch mal auf die derzeitigen 17 Modellvorhaben schauen. Wie sind die insgesamt aufgestellt? Sind die tatsächlich so ausgestaltet, dass man erwarten kann,

dass diese dann modellbildend sein können? Modellbildend für eine Realität ab 2020, wo wir dann sagen können, unsere Versorgung sieht dann so aus und ist nicht das Abbild der von heute noch immer sehr stark getrennten Systeme. Da habe ich auch Zweifel, ob das auf der jetzigen Gesetzesgrundlage geht. Ich würde mir wünschen, dass da noch mehr Stringenz rein kommt. Natürlich kann ich jetzt Modellprojekte machen, aber die sind eigentlich nicht so ausgestaltet, dass derjenige, der da in eine wirklich neue Form investiert, sicher sein kann, dass sich genau diese Struktur nach 2020 durchsetzen wird und eine bestimmte Verbindlichkeit bekommt. Dann müsste ich insgesamt sagen, wir haben einen Weg gefunden, wir wollen unsere Versorgung tatsächlich auch weiter entwickeln und verändern. Das muss ich vorweg als Zielstellung dann auch ausgedrückt haben. Das sind jetzt nur ein paar Momente, die aber deutlich zeigen, dass wir tatsächlich auch den richtigen gesetzgeberischen Bedarf haben. Wenn der GBA statt Psych-PV nur Personalrichtlinien schafft ist sehr deutlich, dass die keine wirkliche Gesetzeskraft haben werden. Da ist in der Tat der Gesetzgeber wieder gefordert, dafür die Verbindlichkeit zu schaffen. Genauso, wenn 2017 die Psych-PV weg fallen würde, dass man auch sicherstellt, dass dann etwas anderes da ist. Sonst landen wir in einem freien Flow und dann werden wir ganz radikalen Abbau von Personalkapazität erleben, da bin ich ziemlich sicher. Und in dem Sinne wünsche ich mir gesetzgeberisches Handeln und dass wir in der Psychiatrie tatsächlich so was wie eine Aufbruchsstimmung hinbekommen, wo wir noch einmal weiterdenken, wo wir uns mit der Demografie auseinandersetzen und ein bisschen auch die Chance begreifen, die Psychiatrie als den Motor dafür zu nehmen, gesundheitliche Versorgung insgesamt regionaler aufzustellen, regionale Verbände zu schaffen und danach zu gucken, wie der soziale, psychosoziale und gesundheitliche Bedarf eines Patienten ist.

Krüger: Ganz herzlichen Dank Frau Klein-Schmeink. Sie haben jetzt vor allem konkretisiert, um welche Qualitätsfragen es geht und unter anderem auch den Aspekt der regionalen Versorgung aufgegriffen. Ich finde es interessant, dass Sie, Herr Lauterbach, eben Sicherstellung der ambulanten Versorgung in ländlichen Gebieten oder überhaupt in unterversorgten Gebieten hingewiesen haben. In diesem Zusammenhang ist auch der Aspekt der Versorgungsqualitäten mit einem Regionalbezug aufgekommen. Vielleicht kann man versuchen, diesen Gedankengang auch in den Bereich Psychiatrie hinein zu verlagern. Frau Klein-Schmeink, das sind jetzt viele Ideen gewesen zu gesetzlichen Regelungen. Wie schätzen Sie denn die bestehenden Instrumente ein, den GBA und die Institute, auch jenes, das jetzt noch neu gegründet wird? Inwiefern kann man das dahin steuern, dass Einflussmöglichkeiten bezüglich der Aufgabenstellung und auch das Einbringen von ganz bestimmten Qualitätsaspekten möglich werden?

Klein-Schmeink: Also ich betrachte dieses Qualitätsinstitut als eine Chance, das kann ich durchaus sagen. Die daran geknüpfte »Pay for Performance«-Erwartung, dass man nur die gute Qualität bezahlt, sehe ich mit einer gewissen Skepsis, da sich dann ökonomische und qualitative Aspekte sehr schnell wieder überlagern. Mir wäre sehr wichtig, erst einmal anders herum zu schauen, nämlich nach den verschiedenen

Dimensionen, die es für Qualität gilt. Es gibt auf der einen Seite Strukturqualität. Welche Rahmenbedingungen muss ich schaffen, damit überhaupt gute Qualität entstehen kann? Da gehört gerade in der Psychiatrie die Zeit, die Zuwendung, die Personalkapazität als ganz entscheidendes Moment dazu. Das Zweite ist, wenn ich jetzt den Aspekt Prozessqualität angehe, stellt sich natürlich die Frage: Wird in diesen Qualitätsberichten dann auch stehen, was eigentlich an Struktur und an Möglichkeiten für Beziehungsprozesse für therapeutische Prozesse überhaupt zur Verfügung steht, in einer Klinik, in einer Tagesklinik usw.? Wenn man darüber gute Informationen bekäme und nicht nur grundsätzliche, wäre es möglich eine Behandlungsvereinbarung zu treffen. Wenn ich aber nachfrage und es gibt faktisch überhaupt keine Behandlungsvereinbarung, dann ist das nichts wert. Wenn ich in einem Krankenhausportal in den Berichten sehe, dass diese Möglichkeit zwar da wäre, sie aber faktisch nicht existiert, ist das keine besonders weiterführende Patienteninformation. Oder aber, wenn ich den gesamten Bereich der Zwangsmaßnahmen nehme: natürlich ist es für einen Patienten interessant zu wissen, wie und mit welcher Kultur in einem Haus gearbeitet wird und da kann natürlich die Anzahl der Fixierungen, die Anzahl der Zwangsmaßnahmen ein Indikator sein. Wenn ich dabei aber nicht deutlich mache, ob es ein Haus der Pflichtversorgung ist oder ein Haus mit selektiver Behandlung, dann vergleiche ich sehr unterschiedliche Kontexte und es wird dann extrem irreführend, wenn ich da nicht eine genaue Erfassung oder auch ein vernünftiges Berichtswesen habe. Von daher finde ich, dass da noch viel passieren muss, um aus diesen Qualitätsberichten der Krankenhäuser, auch im Psychriatriebereich, etwas zu machen, was den Patienten tatsächlich weiter hilft. Da muss noch viel passieren. Deshalb glaube ich auch nicht, dass das ganz schnell geht und ich finde die sehr frühe Koppelung von Qualitätsbericht und Bezahlung von Leistungen, was gerade von den Krankenkassen immer sehr nach vorne geschoben wird, eine Forderung, die dem Ganzen an dieser Stelle überhaupt nicht nützlich ist. Wenn ich in der Pflichtversorgung eine Einrichtung vor Ort habe, dann habe ich als Patient, als Bevölkerung, einfach den Anspruch darauf, dass genau diese Einrichtung sich bemüht, patientengerecht zu versorgen. Das ist der Anspruch, der einfach im Raum stehen muss. Und ich muss gucken, was kann ich dafür tun, dass die Rahmenbedingungen dafür bestehen, aber auch die Haltung in den Häusern sich entsprechend entwickelt. Darüber hinaus wären weitere Elemente zu nennen. Da geht es z. B. auch darum, ob ich auf Menschen mit Migrationshintergrund eingehe. Da könnte man sehr viele Elemente nennen, aber es zeigt auch, dass es nicht hilft, eine abstrakte Qualitätsdebatte zu führen, sondern es kommt eigentlich darauf an, was ich unter Patientengerechtigkeit verstehe.

Krüger: Ganz herzlichen Dank. Sie haben schon eine Reihe von Hinweisen gegeben, wie sich das konkretisieren könnte und in welchen Bereichen. Herr Lauterbach möchten sie noch eines der Stichworte aufgreifen?

Lauterbach: Nur ganz kurz. Wir planen das sogar für Krankenhäuser, die regional unverzichtbar sind. Egal ob es jetzt Krankenhäuser sind, die psychiatrische Leistungen anbieten oder nicht. Also auch solche, die psychiatrische Leistungen

anbieten sind da eingeschlossen. Da werden wir nach den vorliegenden Entwürfen, die wir im Dezember für den Krankenhaussektor vorstellen, Zuschläge bezahlen und zwar vollkommen unabhängig von der Qualität. Also wenn diese Häuser Defizite machen, werden sie einen Zuschlag bekommen, nur schlicht und ergreifend damit sie erhalten bleiben. Und dann spielt die Qualitätsdiskussion auch eine Rolle dahingehend, dass man versucht, die Qualität, wenn es dort Defizite gibt, gemeinsam zu verbessern. Aber es wird kein Haus zurück gelassen, was unbedingt benötigt wird, sondern im Gegenteil. Dort wird dann sogar zusätzliches Geld auszugeben sein. Und zum zweiten, ich kenne mich mit der evidenzbasierten Qualitätsforschung recht gut aus, das war früher mal mein Forschungsbereich. Ich muss nicht davon überzeugt werden, dass dieser Bereich in der Psychiatrie auch in der stationären psychiatrischen Versorgung kaum Anwendung finden kann. Das ist einfach so, weil die Patientengruppen nicht homogen genug sind, die Klassifikation ist zu überschneidend. Die evidenzbasierten Verfahren, mit denen man prüfen könnte sind kaum da. Selbst eine gute Richtlinie, die man macht und die vermeintlich evidenzbasiert ist, basiert auf Studien, die bei harter Belastung in Wirklichkeit nicht greifen. Es ist gute Arbeit, aber es ist nichts, womit man jetzt großartig Prüfungen machen könnte. Somit wäre das für mich viel relevanter für die Planung, für die Art und Weise wie das ganze abgerechnet wird. Aber es wäre für mich nicht relevant in der Frage, was ist eine gute Einrichtung oder nicht. Die Bereiche, wo es Abschläge für schlechte Qualität geben soll und Zuschläge für gute Qualität das sind Bereiche, wo es viel leichter messbar ist. Wo die Varianz zum Teil groß ist. Wo die evidenzbasierten Qualitätskriterien ganz gut überblickbar sind, zum Beispiel in der Endoprothetik. Da ist ganz klar, dass es ganz bestimmte Gruppen gibt, die in Deutschland nicht gut versorgt werden. Wenn ich z. B. bei einer Totalendoprothese der Hüfte den Knochenschaft belaste und überkronen mit einer Art Teilprothese, dann ist das für den einen oder anderen gut, aber es ist nicht gut für denjenigen, der keine gute Knochendichte mehr hat, dort hält die Krone nicht lange. Das wird aber sehr oft gemacht, weil das aus verschiedenen Gründen anreiztechnisch gegeben ist. Das kann ich prüfen und wieso soll das nicht mit Abschlägen belegt werden. Das fordert wird aus der Gesundheitspolitik, da laufen wir nicht einem Vorschlag der Kassen nach, sondern das ist etwas, wovon ich überzeugt bin. Ich bin einfach davon überzeugt, dass Arbeit, die nicht gut ist, nicht auch noch belohnt werden soll. Und sie ist zum Teil nur deshalb nicht gut, weil sie lukrativ ist. Wenn die Überkronung gleich gut bezahlt würde wie eine klassische Endoprothese, dann würde das viel weniger oft gemacht. Es ist nicht einzusehen etwas gut zu bezahlen, was aus den falschen Gründen unnötig und schlecht gemacht wird. Das bedeutet aber nicht, dass wir das für alles Mögliche mache, um allerwenigsten für den Bereich der Psychiatrie.

Klein-Schmeink: Da hätte ich aber trotzdem noch eine Frage. Man muss gut aufpassen, dass wir uns nicht auf der einen Seite sehr lange mit einem Psychriatrie-entgelt – in welcher Form auch immer – beschäftigen und auf der anderen Seite auf Qualitätsinstitute warten, die dann irgendwelche Qualitätskriterien entwickeln

sollen. Wie bereits gesagt, gibt es für diesen Bereich ganz wenig Anhaltspunkte, die in der Forschung schon so gesammelt sind, dass man sagen könnte, das machen wir so und so und nicht anders. Da gibt es keine Eindeutigkeit. Dann ist da die Frage, was will ich eigentlich in den nächsten zehn Jahren erreichen? Wenn ich mir die Ausgangsdaten angucke, muss man durchaus sagen, dass die Versorgung im Bereich der psychischen Erkrankung an ganz vielen Stellen Mängel hat. Nicht weil die einzelnen Akteure mangelhaft arbeiten, sondern, weil die Akteure nicht wirklich aufeinander abgestimmt sind und wir es nicht schaffen, aus der Sicht des Patienten, der einen sozialen Bedarf, einen medizinischen Bedarf und der möglicherweise noch insgesamt andere Lebenssorgen hat, ein Zusammengefügtes zu machen. Gerade in diesem Versorgungsbereich ist das aber eigentlich essentiell, damit etwas Vernünftiges dabei raus kommt. Ich fände es ausgesprochen schade, wenn wir zehn Jahre lang nur diesen beiden Feldern nachlaufen müssen. Immer mit der Haltung, das Schlimmste zu verhüten statt zehn Jahre zu haben, in denen wir uns vornehmen, vor Ort eine sinnige und gute Versorgung hinzubekommen. Und wie schaffen wir es, Budgets aus den verschiedenen Bereichen, weil wir das heute so stark auch den verschiedenen Sozialgesetzbüchern, der Reha usw. zuordnen müssen, zu bekommen, die es dann möglich machen, eine gute individuell ausgerichtete gemeindenahe Versorgung hinzukriegen? Mit einem Blickwinkel darauf, was ich tun kann, damit ich Menschen in Gesundheit begleite, da haben wir auch eines unserer Defizite. Da ist das, was ich nachher zur Stabilisierung brauche, ganz wenig bezahlt, es sei denn, ich bin gleich im betreuten Wohnen.

Lauterbach: Ich versuche es auch so zu beantworten, weil ja impliziert auch eine Frage im Raum ist. Also es ist ganz einfach so, wir werden demnächst entweder am Anfang einer relativ schlechten oder am Anfang einer Aufbruchszeit sein. Wenn das PEPP-System in irgendeiner Weise modifiziert kommt, dann wird es keine gute Zeit sein, dann wird im Prinzip folgendes passieren: Jeder in dem Feld, viele der Gesellschaften – das gilt ja jetzt auch schon – werden gucken, dass sie innerhalb dieser neuen Verteilung einigermaßen gut weg kommen. Es werden z. B. diejenigen, die Psychotherapie in der Depressionsbehandlung machen, über nichts anderes mehr nachdenken als darüber, wie das im PEPP-System abgebildet wird. Diejenigen, die Psychosomatik machen werden darüber nachdenken, wie die Psychosomatik hier gut weg kommt im Vergleich zu den schizoiden Erkrankungen usw. Das heißt, es wird dann sehr viel über Geld nachgedacht und man wird sehr eng mit den Organisationen, mit dem InEK und anderen zusammen arbeiten, um aus diesem Sturm heraus zu kommen. Gleichzeitig befürchtet man, dass irgendwann Qualitätskriterien zum Einsatz kommen derweil es diese noch nicht gibt. Das wird dann sozusagen die zweite Rasur sein. Wie beim Giletterasierer 1 und 2. Das wäre keine gute Zeit. Es wird auch dann keine gute Zeit sein noch irgendeine Strukturdebatte zu führen, weil die paar kreativen Köpfe, die jede Gesellschaft hat, dann gucken müssen, dass der Verteilungskampf nicht verloren geht. Dass dann keine Zeit ist über luftige Ideale kreativ nachzudenken, wie bei uns die Versorgung der Patienten verbessert werden könnte, liegt auf der Hand. Die Alternative ist

tatsächlich, dass wir diesen Weg nicht verfolgen und darüber nachdenken, wie wir die Sektoren öffnen können, wie wir die Budgets regionaler verwenden können, wie wir dazu kommen können, dass die Bürokratie und die Dokumentation einer Abrechnung ersetzt wird, in dem man sich mehr Gedanken darüber macht, wie eigentlich leitliniengerecht behandelt werden soll, unabhängig davon, wer das macht und wo das gemacht wird. Das würde eine stärkere Bündelung der Budgets, eine stärkere regionale lokale Planung zur Voraussetzung haben und eine Abkehr von dieser Abrechnung der Einzelleistung. Wenn das käme, gäbe es wahrscheinlich in den Fachgesellschaften und bei den Beteiligten ein Aufatmen, weil man dann vor Ort Vorschläge darüber machen kann, wie wir hier vor Ort zusammen arbeiten können. Und das ist so, wie oft im Leben: entweder geht es in eine schlechte Richtung und man muss gucken, dass man damit klar kommt oder es geht in eine gute Richtung und ist gut gelaunt und macht was. So wird es ungefähr sein.

Krüger: Wir hoffen auf die Aufbruchszeit und ich habe schon den Eindruck, dass das, was Sie hier als die gute Perspektive beschrieben haben ganz weitgehend, wenn nicht vollständig, identisch ist mit dem, was wir uns unter der guten Perspektive vorstellen.

Der Vollständigkeit halber will ich aber auch sagen, dass der Gesundheitsminister gestern hier zu uns gesprochen hat und wir in den Nachbesprechungen relativ übereinstimmend den Eindruck hatten, dass wir eine so deutliche Distanzierung von PEPP aus dem BMG noch nicht gehört haben. Nicht dass uns da auch durch eine Alternative zu PEPP gute Zeiten verheißen worden sind, aber immerhin, dass der jetzt gerade eröffnete Dialog doch sehr grundsätzlich zu verstehen sei und dass es auch möglich ist, noch einmal nach grundsätzlichen Alternativen zu schauen. Das ist eine schöne Einladung, die wir sehr gerne annehmen und diesbezüglich haben wir uns auch geäußert. Insofern können wir vielleicht gemeinsam hoffen, dass dieser Dialog zu guten Ergebnissen führt, flankiert von anderen Vorstellungen. Das habe ich extra vorweg genommen, Herr Weiß, weil wir ausgemacht hatten, dass wir mit Ihnen jetzt nicht die gesundheitspolitischen Themen fortführen. Ich bin sehr froh, dass Sie als ein Mitglied des Ausschusses für Arbeit und Soziales auch hier sind. Wir haben psychiatrische Versorgung immer übergreifend verstanden und wollen uns nicht nur auf Behandlung und Pflege beschränken, sondern haben auch andere Bereiche mit in den Blick genommen, zum Beispiel die Eingliederungshilfe und die Teilhabe am Arbeitsleben. Genau das sind ja die Themen, für die Sie stehen. Ich fände schön, wenn Sie vielleicht erst einmal ohne eine Frage zur Thematik Stellung nähmen und wir dann wir anschließend versuchen, den Bogen zum Gesundheitsbereich zu schlagen, in dem Instrumente der Qualitätssicherung geschaffen werden bzw. schon geschaffen sind mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss und demnächst zwei Qualitätsinstituten.

Weiß: Meine Damen und Herren, ich will jetzt keinen Kommentar zu den Kollegen aus dem Gesundheitsausschuss abgeben. Das zweite ist: Ich war heute Morgen nicht dabei, als Herr Abteilungsleiter Schmachtenberg aus dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales zum Thema Reform der Eingliederungshilfe und Bundes-

teilhabegesetz gesprochen hat. Ich denke, dass ich ein bisschen weiß, was er gesagt hat, weil ich vorher mit ihm darüber gesprochen habe.

Mit dem gegliederten Sozialversicherungssystem und dem schönen Ordnungsdanken der Deutschen haben wir für alles ein Kästchen geschaffen. Das ist zwar einerseits schön und funktioniert, auf der anderen Seite haben wir aber damit ein wesentliches Problem überall da, wo es Schnittstellen gibt. Deswegen war die Schaffung des SGB IX zwar ein wichtiger Akt, aber er war eben nur ein halber, weil wir die Reform der Eingliederungshilfe damals ausgeklammert haben. Nun wollen wir die Eingliederungshilfe aus dem SGB XII herausholen und im SGB IX neu regeln. Mit einem Bundesteilhabegesetz soll die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen umfänglich in einem Gesetz, dem SGB IX, geregelt werden. Wenn das gelingt, halte ich das für einen großen Fortschritt.

Gott sei Dank gibt es keinen GBA im Bereich der Eingliederungshilfe und im Bereich des SGB IX. Aber auf der anderen Seite ist ja gerade auch Thema, wie die verschiedenen Reha-Träger eigentlich zusammen arbeiten? Oder fällt man durch den Rost, wenn man nicht weiß, wer zuständig ist? Da gibt es bereits heute, im Gesetz erwähnt, die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) als ein Gremium der Zusammenarbeit. Ich kann mir vorstellen, dass man im Gesetz genauer definiert, wer da eigentlich alles drin sitzen soll damit es weniger eine Veranstaltung von Institutionen und Verbandsvertretern ist, sondern vielleicht auch eine, in der Fachleute aus der Praxis zu Wort kommen, vielleicht auch Betroffene. Auch die Aufgabenstellung sollte im Gesetz näher definiert werden. Also, wozu und mit welcher Verbindlichkeit sind dort Empfehlungen zu erarbeiten und herauszugeben, um dieses Gremium zum Motor der Zusammenarbeit im Bereich Reha zu machen. Und ein dritter wichtiger Aspekt ist die Frage der Arbeit. Die schöne Zielsetzung, die über die Werkstätten für Menschen mit Behinderung im Gesetz steht, nämlich das sie den Weg in den ersten Arbeitsmarkt öffnen sollen, ist ein Herzenswunsch. Wie wir alle wissen, gibt es da immer noch so eine unsichtbare Mauer. Und der Weg in den ersten Arbeitsmarkt öffnet sich nicht. Und deswegen ist unsere Idee, ein Budget für Arbeit zu schaffen, unabhängig davon, ob jemand in der Werkstatt arbeitet oder nicht. Ich erwarte mir, dass die Betroffenen mit diesem Budget tatsächlich etwas anfangen können und die Budgets unterschiedliche Möglichkeiten eröffnen, Arbeit aufzunehmen. Und dann ist natürlich die Frage, ob wir nicht auch in einem neuen und überarbeiteten SGB IX im Bundesteilhabegesetz die Zusammenarbeitsvorschriften verschärfen und es z. B. möglich machen, dass auch auf Antrag des Betroffenen sich GKV, Agentur für Arbeit, Rentenversicherung und Träger der Eingliederungshilfe zusammensetzen müssen. Ich glaube, wir müssen an den Stellen, wo etwas von alleine nicht funktioniert, gesetzgeberisch klarere Vorgaben machen, und das könnte auch Teil der Reform der Eingliederungshilfe und der Schaffung eines Bundesteilhabegesetzes sein.

Krüger: Ganz herzlichen Dank Herr Weiß. Jetzt kann ich noch einmal die Bezeichnung verheißungsvoll verwenden. Die BAR, also die Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation, soll ein Motor des verstärkten Zusammenwirkens werden. Das sollte

man wirklich im Auge behalten. Wir haben zur Geschäftsstelle der BAR als AKTION PSYCHISCH KRANKE traditionell gute Beziehungen gehabt und sie auch häufig bei unseren Tagungen einbezogen. Das Problem ist nur, dass die BAR von sich aus eigentlich relativ geringe Einflussmöglichkeiten auf die einzelnen Leistungsträger hat. Insofern ist das höchste, was dabei im Moment herauskommen kann, eine gemeinsame Empfehlung, deren Akzeptanz nicht immer allzu hoch ist. Nicht selten kommt s eine gemeinsame Empfehlung erst gar nicht zustande. Insofern habe ich schon mit großem Interesse gehört, dass Sie überlegen, da auch gesetzliche Regelungen und stärkere Möglichkeiten zu schaffen.

Weiß: Es ist wahrscheinlich beim Vortrag vom Herrn Schmachtenberg schon deutlich geworden, dass wir jetzt in den Vorarbeiten für die Gesetzgebung sind. Es gibt die beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales eingesetzte große Runde der Beratung zu dem Gesetzgebungsvorhaben. Wir haben als Koalitionsfraktion eine eigene Arbeitsgruppe zum Bundesteilhabegesetz gebildet und sind jetzt in Überlegungen. Eine Überlegung ist, diese Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation aufzuwerten. Da muss man dann auch sagen, wer soll da drin sitzen. Und was natürlich ein Knackpunkt wäre, zu dem ich mich jetzt vorsichtig ausdrücken muss, zu was haben wir die Empfehlungen zu machen und was für einen Verbindlichkeitscharakter haben diese Empfehlungen. Wie man sich vorstellen kann, wird es dazu natürlich ziemlich große Auseinandersetzungen geben. Weil das Interesse derer, die keine verbindliche Empfehlungen haben wollen, auch mächtig artikuliert wird. Ich glaube, dass wir nicht darum herumkommen, wenn wir wirklich die Zusammenarbeit stärken wollen und dieses Gesetzgebungsvorhaben dafür sorgen soll, dass in dem Bereich Reha mehr Zusammenarbeit stattfindet, auch mehr Verbindlichkeit, geschaffen werden soll.

Krüger Ganz herzlichen Dank!