

## Information

### Datum

Donnerstag, 16.05.2019, 18:00 Uhr

### AK Ökonomisierung im Gesundheitswesen

Eine Initiative von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Charité mit Unterstützung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (CCM) und der Medizinischen Klinik m.S. Psychosomatik

### Veranstaltungsort

Charité Campus Mitte  
Hörsaal der Inneren Medizin  
Sauerbruchweg 2



- S** Friedrichstraße, Berlin Hauptbahnhof
- U** Naturkundemuseum, Friedrichstraße
- BUS** Luisenstrasse/Charité (147),  
Robert-Koch-Platz (340), Invalidenpark (245)

Donnerstag, 16.05.2019  
18:00 Uhr

# Ökonomisierung und Personalnot in Psychiatrie und Psychosomatik

Die Psychiatrie-Personalverordnung und ihre Weiterentwicklung als Beispiel für eine geregelte Finanzierung des Personalbedarfs in den Krankenhäusern.



## Ökonomisierung und Personalnot in Psychiatrie und Psychosomatik

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Interessierte,

gegen den Trend zur Ökonomisierung der Medizin konnte 1991 in der Psychiatrie eine verbindliche Personalverordnung (Psych-PV) eingeführt werden. Diese begründet entsprechend dem Schweregrad der Erkrankung der behandelten Patient\*innen verbindliche Vorgaben zu Personalzahlen in den medizinisch-therapeutischen Berufsgruppen. Verbindliche Personalvorgaben sind für eine menschenwürdige und qualitativ hochwertige Behandlung unabdingbar, nur sie ermöglichen persönliche Gespräche, Deeskalation bei Konflikten, offene Stationstüren auch auf Akutstationen sowie soziale Hilfen und psychotherapeutische Behandlungen. Die Versorgung in der Psychiatrie mit kommunal geplanten Behandlungsplätzen entsprechend dem gesellschaftlichen Bedarf und festen Personalvorgaben ist ein Modell sozialer Krankenhausplanung.

Allerdings wurden diese Vorgaben meist nicht vom Medizinischen Dienst der Kassen (MDK) geprüft, so dass die Personalzahlen in den meisten Krankenhäusern zu gering blieben oder wieder abnahmen. Zudem wurden sie nie an zusätzliches Arbeitsaufkommen und moderne Behandlungskonzepte angepasst. Das Ergebnis war vielfach erheblicher Personalmangel. Viele Reformbemühungen in der Psychiatrie und Psychosomatik (wie die gemeindenahe, an den persönlichen Bedürfnissen der Betroffenen ausgerichtete Behandlung) blieben auf halbem Wege stecken.

Die Umsetzung eines neuen Krankenhausfinanzierungsgesetzes zielte nach 2009 sogar auf die Abschaffung der Personalvorgaben im Zuge der Einführung eines DRG-ähnlichen Finanzierungssystems, des „Pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik“ (PEPP). Dagegen regte sich massiver Widerstand („PEPP muss weg!“) von Betroffenen, Angehörigen, Professionellen und Verbänden wie ver.di, attac, vdää sowie fast allen betroffenen Fachgesellschaften.

Der Widerstand war zumindest in Teilen erfolgreich und kann als wegweisend für weitere Auseinandersetzungen um Personalbemessung in den Krankenhäusern gesehen werden. Die Parteien im Bundestag und der damalige Bundesgesundheitsminister Gröhe wechselten den Kurs, 2016 wurde ein neues budgetbasiertes Finanzierungssystem auf den Weg gebracht. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) aus Vertreter\*innen der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft

und der Kassenärztlichen Vereinigungen wurde beauftragt, neue verbindliche Personalvorgaben zu erarbeiten. Hier gab und gibt es jedoch vielfache Konflikte. Ohne Einigung droht Ende des Jahres das ersatzlose Auslaufen der bisherigen Personalvorgaben (Psych-PV). Damit würden alle Bemühungen um eine Humanisierung der Behandlung scheitern: Ohne ausreichendes Personal und zusätzliche Stellen für erfahrene Betroffene (Ex-Inler\*innen) könnten sich geschlossene Stationen und vermehrte Medikation erneut als schnellere und billigere Variante der Behandlung durchsetzen.

Das Interesse an Profit und Rendite steht dem an einer menschenwürdigen Behandlung diametral entgegen. Eine grundlegende und kritische Betrachtung der Ökonomisierung und ihrer Auswirkungen auf die Patient\*innen, das Krankenhaussystem insgesamt und auf alle im stationären Bereich tätigen Berufsgruppen ist überfällig. Vor Ende 2019 muss eine erneute verbindliche und bedarfsgerechte Personalvorgabe geschaffen werden!

Die Diskussionsveranstaltung richtet sich an alle an einer kritischen Auseinandersetzung mit der aktuellen Entwicklung der Gesundheitsversorgung Interessierten.

### AK Ökonomisierung im Gesundheitswesen

Eine Initiative von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Charité mit Unterstützung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (CCM) und der Medizinischen Klinik m.S. Psychosomatik

### Vorträge

#### Dr. Christian Kieser (Potsdam)

Der Patient als ökonomisches Konstrukt – Was müssen wir der Kommerzialisierung der Psychiatrie entgegensetzen

#### Alexander von Hohenthal (Potsdam)

Humane Behandlung in einer Psychiatrie als Dienstleistungsunternehmen – Perspektiven eines Angehörigen

#### Gisela Neunhöffer (ver.di)

Psychiatrie und Psychosomatik brauchen Psych-PV plus – Was tun im Kampf für mehr Personal?

### Diskussion

### Möglichkeit zum informellen Austausch im Anschluss

# Lebenslauf (für Anmoderation Vortrag)

## Alexander von Hohenthal

Stellvertretender Sprecher der LAG Angehörige Psychiatrie Brandenburg und Geschäftsführer bei Organic Village gGmbH ([www.organic-village.de](http://www.organic-village.de))

seit 2017:

Organic Village gGmbH: **Entwicklung des ersten Zuverdienst-Projekts zur Teilhabe psychisch kranker Menschen am Arbeitsleben für die Region Potsdam und Potsdam-Mittelmark** gemeinsam mit der Landeshauptstadt Potsdam.

seit 2013

Gründung der **Organic Village gGmbH**, Potsdam (Geschäftsführer seit 2015)

Gegenstand der Gesellschaft ist die berufliche und soziale Integration von Menschen mit Behinderung und sozial oder anderweitig benachteiligten Menschen sowie deren soziale Unterstützung und Betreuung im Rahmen des Eingliederungsprozesses und in Belangen des täglichen Lebens. Schwerpunkt ist dabei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen unbürokratisch-niedrigschwellig ein gesundes, inklusives Arbeitsfeld zu bieten.

Ziel ist die Stabilisierung und schließlich die (Wieder-) Eingliederung in Ausbildung und/oder in den Arbeitsmarkt.

Die Gesellschaft wurde 2015 Mitglied in der ‚PSAG – Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft Potsdam‘, 2016 Mitglied in der ‚PSAG – Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft Potsdam-Mittelmark‘, 2016 Mitglied in ‚Der Paritätische‘, Landesverband Brandenburg, und im ‚DDPP – Dachverband Deutschsprachiger Psychosen Psychotherapie‘

seit 2010

Angehörigenarbeit im Bereich im Bereich psychische Erkrankungen

\*\*\*

geboren am 16.08.1962 in Salisbury/Rhodesien, verheiratet, vier Kinder

1982: Abitur in Hamburg, 1982-1984: Zivildienst beim Deutschen Roten Kreuz, Hamburg,

1984-1990: Studium der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften (Abschluss Dipl.-Kfm.) an der Westfälischen-Wilhelms-Universität, Münster

bis 2015 TV-Produzent (Opal Filmproduktion GmbH, Berlin)

Kontakt:

Käthe-Kollwitz-Straße 36, 14532 Kleinmachnow (Brandenburg),  
[alexander.hohenthal@organic-village.de](mailto:alexander.hohenthal@organic-village.de)

# **Die Psychiatrie als Dienstleistungszentrum - aus Angehörigenperspektive - Skript**

*Vortrag von Alexander von Hohenthal im Rahmen der Veranstaltung  
'Ökonomisierung und Personalnot in der Psychiatrie und Psychosomatik',  
Hörsaal Charite Campus Mitte, Berlin, 16.05.2019*

Guten Tag, ich spreche zu Ihnen ganz wesentlich als **Angehöriger**, als Vater eines Kindes welches mit 18 Jahren das erste Mal eine Psychose entwickelte und danach diverse Klinikaufenthalte hatte - ich komme also aus der **Elternarbeit**.

Zudem als stellvertretender Sprecher der *'Landesarbeitsgemeinschaft Angehörige Psychiatrie Brandenburg'*

Darüberhinaus arbeite ich bei *Organic Village gGmbH*, ein inklusives Arbeitsprojekt für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen

**Ganz generell wollen wir mit dieser Veranstaltung gemeinsam die Situation verbessern für Patienten, Angehörige und Profis. Insofern bin ich dankbar, dass ich heute aus Sicht der Angehörigen dazu beitragen darf.**

## **Gliederung:**

- 1. Bestandsaufnahme - wie ist es in der Klinik?**
- 2. Welche Fragen und Anliegen gibt's zum Thema Klinik?**
- 3. Wirtschaftliche Aspekte**
- 4. Forderungen**



# 1. Bestandsaufnahme, - wie ist es in der Klinik?

Generell: Patienten sind überwiegend **freiwillig** in der Klinik und auch im Nachhinein **froh, dass es die Klinik gibt.**

Trotz mancher anderslautender Berichte, zuletzt **Team Wallraff** im März auf RTL.

Angehörige sind in der Regel auch dankbar, dass es so etwas wie die Klinik im heutigen Sinn gibt..., denn es heißt ‚erstmal aufatmen‘...**da ist jemand anders, der sich auch ebenfalls kümmert – und das tut gut!**

Die Klinik ähnelt einer ‚Insel‘. Aus der Vogelperspektive: eine kleine Insel! Allerdings an strategisch bedeutsamer Lage.

Davor und drumherum: **rauhe, weite, zum Teil stürmische See, Klippen, Felsen.** Es gibt in der Nähe und in der Ferne auch andere Inseln, und Kontinente.

Die Angehörigen begleiten auf ihre Art, wenn die Familienkonstellation es zulässt: **überall auf der Welt. Nicht nur auf der Insel!** Sie sind oft der einzig verlässliche Partner der Patienten, **ein Leben lang.**

Generell: ohne soziales Netzwerk sind die meisten Patienten mit ernsthaften psychischen Erkrankungen wie man so schön sagt **„total verrätzt“!** Unter den **Obdachlosen** gibt es sehr viele psychisch kranke Menschen. *(Quelle: ‚Seewolf-Studie, Bäuml et. Al., 2017 (zit. in zeit.de 13.01.2019) ... lt. dieser Studie geben 93% der Befragten an, in ihrem Leben bereits einmal psychisch krank gewesen zu sein. 74% Prozent waren den Ärztinnen und Ärzten zufolge aktuell behandlungsbedürftig.)*

Warum ist das so? Unter anderem, weil das soziale Netzwerk fehlt... Denn: Wer hilft, wenn das Amt gerade nicht weiterhilft? Wenn gerade keine Sprechstunde ist? Oder die Finanzierung fehlt?...

**Man kann sagen die Angehörigen sind oftmals die nachhaltigsten ,Kosten- und Leistungsträger, - sie zahlen wenn keiner zahlt und sie leisten wenn keiner leistet!**

Daher ist es wichtig den Status der Angehörigen in jeder Phase der Erkrankung anzuerkennen, zu unterstützen, zu fördern und zu würdigen!!

**...wie fühlt es sich an - auf der ,Insel‘ zu landen?**

zunächst mal irgendwie **undurchsichtig**...

der Begriff **,Irrgarten‘** trifft es vielleicht ganz gut

Mischung aus ,eine Art‘ **Krankenhaus**, ,eine Art‘ **Hotel**, und - wenn die Türen verschlossen sind - ,eine Art‘ **Gefängnis** (Tür verschlossen/elektrisch)

**andere Patienten** oft scheu, irgendwie weggetreten, es wird viel geraucht und man merkt, dass die Menschen nicht dort sind um andere Menschen kennenzulernen... es geht ja auch erstmal sich selber erstmal wieder kennenzulernen und in den Griff zu bekommen.

Zur Unterstützung gibt's auf der Insel: **Pflegepersonal**, Ärzte, **Psychologen**, Therapeuten, Medikamente, Einzel- und Gruppengespräche.

Fragen stehen im Raum:

Wer weiß, wohin es von hier aus geht? **Wer weiß, wie oft man dorthin zurückkehrt?** Wer weiß, ob die Zeit heilt, oder die Medikamente, oder die Gespräche? **Letztlich: wer bin ich – und warum bin ich wie ich bin?**

Die Krankheit ist **eine GrundverUNsicherung, ein massiver Angriff auf die Autonomie - auf das Urvertrauen**. Und das bezieht sich nicht nur auf die Erkrankten sondern eben auch insbesondere und langfristig auf die Familien!

Generell fühlt man sich als Angehöriger in der Klinik nicht gerade ‚willkommen‘ ...hier zeigt sich, vielleicht zum ersten mal, dass es nicht nur das Stigma der Krankheit gibt, sondern eben auch das *‚Stigma der Angehörigen‘ (Gründe)*

Die Einbeziehung der Angehörigen ist allerdings - **wenn das Familiensystem es zulässt – in vielen Fällen** für die Stabilisierung des Patienten ein entscheidender Faktor...**auf der gesamten Reise, - nicht nur auf der Klinik-Insel!**

## **2. Welche Fragen und Anliegen gibt's zum Thema Klinik?**

- wie geht's unserem Angehörigen?
- kann ich ihn/sie besuchen (will er das überhaupt?), wann, wo, wie??
- Thema Medikamente: wie hoch? wie wieder runter? wie ist der Plan?
- wie wird der Patient **fit gemacht für die ersten Monate nach der Klinik?**, da geht's also zB um

**Wäschewaschen**, einkaufen, **Briefe** öffnen und drauf reagieren usw.

- wie geht's **hinterher mit Tagesstruktur, Job und Sozialkontakten** weiter?, wie wird das vorbereitet? (Stichwort ‚**Entlass-Management**‘)
- wird von der Klinik eine **Angehörigenbetreuung** angeboten? die (wichtig!) von Angehörigen geleitet wird?
- gibt's Hinweise auf Fachliteratur, Selbsthilfegruppen, Hinweise auf alternative Heilmethode oder sogar Ernährungsberatung?

### 3. **Wirtschaftliche Aspekte**

Die Klinik ist ein Dienstleistungsbetrieb!

...dafür gibt es Kunden und Märkte

...,**das Besondere daran**‘: diese Kunden suchen zum Teil den Markt gar nicht! aus verschiedenen Gründen: fehlende Krankheitseinsicht, Scham oder auch Überforderung

...,**das nicht-so-Besondere**‘ **daran**: wie in jedem Betrieb gehts – aus Sicht der kaufmännisch geprägten Geschäftsleitung - um ...Kosten, Erträge, Gewinne, Ressourcen...

aus Sicht des Kunden (Patient und Angehörige) geht es um die **Leistung** bzw. das Angebot, hier also insbesondere um Zimmer, Räume, Personal, Medikation, die Beratung, die Zugewandtheit, - letztlich den Erfolg!



Woran verdient dieser besondere Dienstleistungsbetrieb?

UND: Wie kann man den ‚Erfolg‘ dieses Dienstleistungsbetriebes messen?

Was wäre überhaupt ein Erfolg?

**...provokant:** Klinik verdient am Drehtürpatienten und nicht an denen die von der Drehtür wegbleiben (**d.h. falscher ökonomischer Impuls!**)

Generell fehlen ökonomischen Anreize für z.B. Transparenz, Erfolgsmessung, Entlass-Management, Angehörigenarbeit,

Wer bezahlt für Zugewandtheit, Fröhlichkeit, Zuversicht, eine gute Atmosphäre?

**Thema Medikamente ... wer ist da wirtschaftlich wie motiviert??** Verdient die Industrie daran, dass Medikamente nicht verordnet oder sogar ausgeschlossen werden?

Wer bezahlt die Gutachten, die zum Einsatz kommen und warum bezahlen diese Interessensgruppen diese Gutachten?

Eigentlich ist es simpel: es geht um Geld und in der Konsequenz um Letzt-Entscheidungen.

Es geht darum, dass an Krankheit Geld verdient wird, weniger am Fernbleiben von Krankheit. Weniger an Prophylaxe oder Strukturen, die Rückfällen vorbeugen.

**Dabei geht's nicht nur um Geld und Profit.** Es ist auch komplex und schwierig, die Dinge zu kommunizieren und zu messen. **Aber es geht auch um Geld.**

Thema Geld: Generell brauchen wir mehr Geld für Personal im stationären und ambulanten Bereich sowie Angehörigenarbeit und Anti-Stigma-Arbeit!

Letzter Punkt im Bereich ‚Wirtschaft‘ **Abführung von Kliniküberschüssen (Quersubventionierung von regionalen Versorgungsunternehmen durch die Klinik!) an die Gesellschafter ist fatal!** (d.h. es fehlt oft nicht an Geld, ...oft fehlt einfach der politische Wunsch, die Gelder in der Psychiatrie ankommen zu lassen...)

#### 4. Forderungen

- was brauchen Patienten? Was brauchen Angehörige? Was brauchen Profis um sich wohl zu fühlen und einen optimalen Job zu leisten?...
- **Patienten brauchen:** zugewandtes, qualifiziertes und motiviertes Personal! hilfreiche, zuversichtliche Angehörige! Kontinuität in der Behandlung
- **Patienten brauchen:** ein erfreuliches und heilsames Umfeld: Einrichtung/ Farbgebung/ Atmosphäre sollte erbaulich sein!
- manch ein Patient benötigt Rückzug und ein Einbettzimmer...
- Laden: frisches Obst, Kaffee, Zigaretten, keine Süßigkeiten, handy- und rauchfreie Aufenthaltsräume
- Thema ‚Gesunde Ernährung‘! Überspitzt: selbst wenn es eine Ernährungsberatung gibt’s hinterher **auf der Station Brötchen (Auszugsmehl) Marmelade und Fleisch von einfachster Qualität.** Warum eigentlich? **Wenn wir selber schwer erkrankt wären:** Wären wir nicht auch glücklich über gesundes Essen?

- Forderung: Vorbereitung auf Alltagstätigkeiten!
- Angehörige benötigen einen starken Status als wichtige Teile des Hilfesystems
- Angehörige wünschen sich Kommunikation...  
Transparenz... Willkommenskultur... Netzwerkgespräche  
...**alle sprechen von Open Dialogue - aber er wird kaum umgesetzt!** Das fängt im stationären Bereich an und setzt sich in den ambulanten Bereich fort...
- **„Brandschutz“ und „Datenschutz“ werden – so scheint es – oft mißbraucht um Dinge zu verbieten oder abzuwimmeln**
- krankheitsbedingt oft starke Abgrenzung zur Familie in den **Akutphasen**... auch durch Scham und Selbstzweifel... **Profis sollten sich dennoch generell bemühen eine Harmonie im sozialen Netzwerk des Patienten mit zu unterstützen, - denn dieses muss sich ja in vielen Fällen vorher und nachher kümmern!**
- Klinik sollte gleich zu Beginn obligatorische Fragen der Klinik an den Patienten: **wer wann und wie soll informiert werden? Wichtig: diese Frage muss regelmäßig z.B. wöchentlich wiederholt werden!**
- Einbeziehung der Angehörigen kostet Zeit und Geld und die Erkenntnis, dass es wichtig ist - und dafür müssen Ressourcen bereitgestellt werden!
- Angehörige benötigen Hinweise auf Fachliteratur, Selbsthilfegruppen, auf Ernährungsberatung, alternative Heilmethoden usw.

- verschiedene Menschen verschiedene Krisen  
verschiedene Verläufe, d.h. – Forderung. **Individualität berücksichtigen: Personenzentriertheit!**
- es braucht: flächendeckende Alternativen zu Klinik, zb Pia, Soteria, stationsäquivalente Behandlung (Stichwort Hometreatment, oder auch wie in England: 24-Stunden-Praxen)
- **Generell: sollte nicht der Ort der Leistungserbringung für eine Finanzierung ausschlaggebend sein, sondern der individuelle Bedarf!**
- Wir fordern: einen regelmässigen, seriösen Psychiatriereport **bezahlt und im Auftrag der Bundesregierung und nicht von einer Interessengruppe...** und: Transparenz über das, was in geschlossenen Psychiatrien vor sich geht...
- Wir fordern **Forschung und Lehre** auf zu **Positivbeispiele es dem Ausland zu finden/untersuchen und auszuwerten.**
- der Impuls zu informieren, zu beraten, das Netzwerk einzubeziehen **muss bereits an der Uni gesetzt werden** und dann müssen die Krankenkassen dies auch bonifizieren!

## Von den Krankenkassen fordern wir

- Bonifizierung von langfristigen Erfolgen, bspw. weniger Aufenthalten in Akut-Stationen
- Bonifizierung eines professionellen Entlass-Managements von Kliniken
- Bonifizierung von Fällen, bei denen Rückfälle verhindert werden konnten (weniger Drehtürpatienten)

## Schlussbetrachtung

woran wird verdient? an Medikamenten und an Belegung von Betten...**wird an gesunden Menschen verdient? Nein!**

Problem: manche Patienten fühlen sich nicht krank, schämen sich oder fühlen sich unverstanden... diese Menschen stehen gegenüber einem oft undurchsichtigem System der sogenannten Kosten- und Leistungsträger...

politisch und ökonomische falsche Weichenstellung – Gewinne werden von Gesellschaftern oft umgeleitet, statt in den Ausbau der Versorgungsstrukturen der Klinik geleitet

Generell eine zu **große Dominanz der kaufmännisch geprägten Verwaltung über die Mediziner**, dies führt zu: Überbelegung, Überforderung, Frust und dem Gegenteil von Gesundheitsförderung: und zwar nicht nur bei den Patienten sondern auch bei den Angehörigen, der Ärzteschaft und allen anderen Teilnehmern des gesundheitlichen Versorgungssystems. Übrigens auch bei den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Krankenkassen!



**Die Fragmentierung des Versorgungssystems führt oft zu einer Diskontinuität in der Versorgung vor allem im nachklinischen Bereich.**

Gewinne maximieren, Kosten minimieren – mehr Überforderung bei Profis, Patienten und Angehörigen, Krankheit, mehr Drehtürpatienten, mehr Suizid!

**wer entscheidet letztlich: die Ärzte oder die kaufmännische Verwaltung?**

Generell oft Letztentscheidungsrecht beim BWLer an der Spitze – fehlgeleiteter ökonomischer Impuls! Da muss eine Parität eine Ausgewogenheit hin!

Wie ist die Macht verteilt? Wer ist an was interessiert?

Die Profis sind in aller Regel interessiert an einem Ausbau der Versorgungsstrukturen, um Heilung und Stabilität zu fördern. Aber: wieviele Kostenträger und Entscheider sitzen hier im Publikum?

Wie können wir erwirken, dass das Wohl der Patienten im Mittelpunkt steht und nicht das kaufmännische Kalkül?

**Psychisch kranke Menschen sind besonders auf Hilfen von Aussen angewiesen (Gesetz, Versorgungssystem, Angehörige) wir sind daher aufgefordert entsprechend zu handeln!**

**Vielen Dank**