

Auswirkungen des Psych-Entgeltsystems auf die Ergotherapie im Arbeitsbereich voll- und teilstationäre Psychiatrie

Tannhof, Valeska

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sonstiges / other

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Tannhof, V. (2017). *Auswirkungen des Psych-Entgeltsystems auf die Ergotherapie im Arbeitsbereich voll- und teilstationäre Psychiatrie*. Hannover. <https://doi.org/10.25968/opus-1211>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY Licence (Attribution). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

Masterthesis

„Auswirkungen des Psych-Entgeltsystems auf die Ergotherapie im Arbeitsbereich voll- und teilstationäre Psychiatrie“.

Masterstudiengang Management für Gesundheits- und Pflegeberufe
an der Hochschule Hannover

vorgelegt im Wintersemester 2016/2017

von Valeska Tannhof

Matrikelnummer: 1259085

7. Semester

Modul E

Erstprüfer: Michael Doege

Zweitprüfer: Prof. Dr. rer. medic. Mathias Bonse-Rohmann

Abgabetermin: 08.02.2017

Abstrakt

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz hat der Gesetzgeber 2008 die Möglichkeit zur finanziellen Umstrukturierung von psychiatrischen und psychosomatischen voll- und teilstationären Kliniken geschaffen, nachdem seit 2003 bereits für allgemeine und somatische Krankenhäuser durch das German Diagnosis Related Groups-System (G-DRG-System) eine Umstellung der Abrechnung auf Fallpauschalen erfolgte. Nach heftiger Kritik diverser Fach- und Selbsthilfeverbänden wurde das Pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) 2016 überarbeitet. Entstanden ist das Psych-Entgeltsystem, welches zum 01.01.2017 in Kraft getreten ist. Ziel dieser Masterarbeit ist die Erfassung des Informationsstandes von Ergotherapeuten über das neue System und die Entwicklung von Hypothesen über die Auswirkungen des Psych-Entgelt auf die Arbeit von Ergotherapeuten im Fachbereich teil- und vollstationäre Psychiatrie. Dafür wurden sechs teilstrukturierte, Leitfaden gestützte qualitative Experteninterviews durchgeführt und die Ergebnisse hinsichtlich auf das Wissen der Therapeuten ausgewertet und interpretiert. Weiterhin wurde eine umfassende Literaturrecherche in deutschen Datenbanken, Fachzeitschriften und Monographien durchgeführt, um den aktuellen State of the Art der Forschungsliteratur darzustellen. Trotz großer Medienberichterstattung in der allgemeinen Presse und Fachliteratur anderer Berufsgruppen ist das Thema sowohl in der ergotherapeutischen Fachdiskussion als auch bei den Ergotherapeuten in den psychiatrischen Kliniken wenig präsent. Der Wissensstand der Ergotherapeuten variiert und ist abhängig von der Informationspolitik der Kliniken. Die Auswirkungen des neuen Finanzierungsmodells auf die Arbeit der Ergotherapeuten sind noch nicht absehbar, jedoch vermuten die Interviewpartner gravierende Veränderungen. Das neue Finanzierungsmodell wird in den nächsten Jahren zu einem Wandel in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken führen. Für die Ergotherapie besteht eine Chance zur inhaltlichen Neuausrichtung und Neuaufstellung innerhalb der hierarchischen Strukturen der Einrichtungen.

Schlüsselwörter: Arbeitsfeld Psychiatrie, German Diagnosis Related Groups, Krankenhausfinanzierungsreformgesetz, Ergotherapie, PEPP, Psych-Entgeltsystem, Qualitative Forschung

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	S. 1
2. Finanzierungssysteme der Psychiatrie	S. 3
2.1 Bundespflegesatzverordnung	S. 5
2.2 Pauschalisiertes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik	S. 8
2.2.1 Initiales PEPP	S. 9
2.2.2 PEPP 2015	S. 10
2.3 Psych-Entgeltsystem	S. 12
2.4 Alternative Finanzierungssysteme	S. 15
2.4.1 Regionales Psychiatriebudget	S. 17
2.4.2 Modellprojekte § 64b	S. 19
3. Stand der externen Evidenz	S. 20
3.1 Klientenbefragung Schützwohl.....	S. 22
3.2 Randomisierte kontrollierte Studie Bayer et al.....	S. 25
3.2.1 Clusteranalysen Wiedl et al.....	S. 28
3.3 Randomisierte kontrollierte Studie Reuster.....	S. 29
3.3.1 Teilkontrollierte klinische Studie Wadehn.....	S. 31
3.3.2 Befragung Ziemann.....	S. 33
4. Forschungsdesign	S. 37
5. Datenerhebung	S. 42
6. Darstellung der Ergebnisse	S. 46
7. Diskussion	S. 58
8. Schlussbetrachtungen	S. 61
Literaturverzeichnis	S. 63
Anhang	S. I

Abkürzungsverzeichnis

BMG	-	Bundesministerium für Gesundheit
BPfIV	-	Bundespflegesatzverordnung
DGPPN	-	Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DKG	-	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DVE	-	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
ET	-	Ergänzende Tagesentgelte
FPG	-	Fallpauschalengesetz
GBA	-	Gemeinsamer Bundesausschuss
G-DRG	-	German Diagnosis Related Groups
GKV-FQWG	-	Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung
ICD-10	-	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
InEK	-	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KFPV	-	Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser
KHEntgG	-	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	-	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHRG	-	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz
MAXQDA	-	MAX Qualitative Daten Analyse
MDK	-	Medizinische Dienst der Krankenkassen
OPS	-	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PEPP	-	Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
Psych-PV	-	Psychiatrie-Personalverordnung
PsychVVG	-	Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
RPB	-	Regionales Psychriatriebudget
SGB V	-	Sozialgesetzbuch fünftes Buch

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ausgewählte Kennzahlen nach ausgewählten Fachabteilungen	S. 3
Abbildung 2: Abbau stationärer Betten in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland zwischen 1970 und 2004	S. 4
Abbildung 3: Behandlungsbereiche in der Psych-PV	S. 5
Abbildung 4: Minutenwerte in der Psych-PV	S. 6
Abbildung 5: Katalog ergänzende Tagesentgelte	S.10
Abbildung 6: Erhebung der abhängigen Variablen zu den verschiedenen Messzeitpunkten	S. 25
Abbildung 7: Rangreihe der Methoden in der Meinung der Klienten. Gesamtdarstellung in Abhängigkeit vom Geschlecht	S. 34
Abbildung 8: Geschlechterverteilung in der Ergotherapie	S. 38

1. Einleitung

Das neue Entgeltsystem für voll- und teilstationäre psychiatrische und psychosomatische Kliniken ist am 01.01.2017 in Kraft getreten. Trotz der lange von Fach- und Selbsthilfeverbänden erkämpften Anpassungen an die Besonderheiten der Behandlung dieser Klientel und der Pluralität der psychiatrischen Versorgungslandschaft deutet vieles auf eine zunehmende Rationalisierung und Ökonomisierung hin. Die Erfahrungen mit der Einführung des G-DRG-Systems für allgemeine und somatische Kliniken sorgen für Befürchtungen auf Seiten der Dienstleister im Gesundheitswesen. Der Deutsche Verband der Ergotherapeuten (DVE) empfiehlt z.B. seinen Mitgliedern, sich zukünftig insbesondere mit der Dokumentation auseinanderzusetzen, um betriebswirtschaftlich abbilden zu können, welchen Beitrag die ergotherapeutischen Behandlungen im Prozess am Klienten leisten (vgl. DVE, 2015). Bereits mit der Einführung der Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psych-PV) 1991 durchlaufen ergotherapeutische Abteilungen grundlegende Wandlungen: in psychiatrischen Kliniken werden z.B. ergotherapeutische Planstellen in Bereiche für andere Berufsgruppen gerechnet, Arbeitsplätze von ausgeschiedenen Ergotherapeuten nicht nachbesetzt oder die ergotherapeutischen Behandlungen ganzer Stationen an ambulante Praxen outgesourct. Die Bundespflegesatzverordnung ist die Grundlage zur Berechnung der Finanzierung von psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken während die Personalschlüssel aller am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen die Psych-PV festlegt, die jedoch schon lange in der Kritik steht, die Versorgungsrealität nicht mehr abbilden zu können. Ebenso wie im somatischen Bereich ist personelle Unterbesetzung auch in den psychiatrischen Kliniken ein zunehmendes Problem und war in den letzten Jahren, wie z.B. 2013 in der Gerontopsychiatrie in Wunstorf, ein großes Thema in der Medienberichterstattung. Das neue Entgeltsystem verspricht neben Lösungen der personellen Unterversorgung eine Weiterentwicklung der Versorgung psychiatrischer Klienten. Das Gesetz bietet neue Möglichkeiten zur Stärkung der Vernetzung des stationären und ambulanten Bereiches durch das sogenannte Hometreatment sowie leistungsgerechte Budgets, die die Krankenhäuser individuell verhandeln und strukturelle Besonderheiten berücksichtigen. Die Fragestellung dieser Ausarbeitung befasst sich nun mit Auswirkungen des neuen Finanzierungsmodells auf die Arbeit von Ergotherapeuten in der Psychiatrie und Psychosomatik. Dafür wurden sechs

qualitative Interviews mit Ergotherapeuten geführt, die im voll- oder teilstationären psychiatrischen Bereich tätig sind. Ziel ist die qualitative Erfassung des Wissenstandes der Interviewpartner über das Psych-Entgeltsystems. Im nächsten Schritt werden an Hand der Aussagen der Therapeuten Risiken, Gefahren und Konsequenzen für ergotherapeutischen Abteilungen, aber auch Chancen und Entwicklungspotenziale aufgezeigt. Das neue Psych-Entgeltsystem stellt dabei insbesondere für den Bereich der Ergotherapie ein Risiko dar, da zur Neuberechnung der Mindestanforderung für die Personalausstattung in den Kliniken zukünftig verstärkt Leitlinien als Steuerungsinstrumente genutzt werden sollen – die bisher nur sehr unzureichende wissenschaftliche Evidenzlage über die Wirksamkeit ergotherapeutischer Leistungen bei psychiatrischen Erkrankungen hat jedoch zur Folge, dass Ergotherapie zum Teil bei der Entwicklung neuer Leitlinien schwache oder keinerlei Empfehlungsgrade erhält (vgl. Oltman et al., 2016). Erfolgt in den nächsten Jahren eine konsequente Personalkalkulation auf Grund von Leitlinien, sind weitere Kürzungen von ergotherapeutischen Planstellen in den Kliniken zu erwarten. Dies zeigt die Bedeutung des neuen Modells für die Ergotherapie. In dieser Ausarbeitung werden zunächst vier verschiedenen psychiatrischen Finanzierungssysteme, Bundespflegesatzverordnung, PEPP, Psych-Entgeltsystem sowie alternative Modellprojekte vorgestellt, im Anschluss wird der State of the Art der Forschungsliteratur zur Evidenzbasierung der Ergotherapie in der Psychiatrie erläutert. Dazu werden exemplarisch sechs Studien näher betrachtet und die Masterarbeit in die Fachdiskussion eingeordnet. Im Anschluss werden das Forschungsdesign und die Datenerhebung erläutert. Es folgt die Darstellung der Ergebnisse. Die Interviews werden teilstrukturiert mit Hilfe eines Leitfadens durchgeführt, mit Minimalskript transkribiert, im Sinne der von Schmidt vorgestellte Analyse von Leitfadeninterviews und mit der Software MAXQDA ausgewertet. Im Anschluss an die Ergebnisdarstellung folgen die Interpretation und die Diskussion der Resultate. Es folgen die Schlussbetrachtungen. Für die Arbeit wird vorausgesetzt, dass die Personen, die von Therapeuten behandelt werden, eine qualitativ hochwertige medizinische Behandlung erwarten. Folglich sind diese Personen nach der Definition von Herzberg (1990, S. 561) Klienten, da „a patient is a passive recipient of treatment, whereas a client plays an active role in seeking out professional help“. Daher wird die Bezeichnung Klient verwendet. Zur besseren Lesbarkeit wurde die maskuline Form für Therapeut und Klient benutzt, wobei darunter auch Frauen subsumiert werden.

2. Finanzierungssysteme der Psychiatrie

„In den letzten Jahrzehnten ist in den deutschen psychiatrischen Krankenhäusern die Dauer stationärer Aufenthalte kontinuierlich gesunken. Dies ist den medizinischen und therapeutischen Fortschritten, einer beständig verbesserten ambulanten Versorgungsqualität, aber auch einer Ökonomisierung innerhalb des Gesundheitswesens geschuldet“ (Wolff-Menzler et al., 2016, S. 753). Trotz dieses durchaus positiven Urteils muss jedoch angemerkt werden, dass die durchschnittliche Verweildauer sowohl in der Kinder- und Jugend- als auch der Erwachsenenpsychiatrie gesunken ist, jedoch im Vergleich mit allen anderen medizinischen Fachgebieten noch immer mit Abstand die höchsten Werte aufweist. Darüber hinaus verzeichnet der psychiatrische und psychosomatische Bereich auch kontinuierlich steigende Fallzahlen. Abbildung eins zeigt u.a. die Fallzahlen und durchschnittlichen Verweildauern der Kinder-, Jugend- und Erwachsenen-Psychiatrie sowie verschiedener somatischer Fachgebiete von 1991 im Vergleich zu 2010.

Ausgewählte Kennzahlen nach ausgewählten Fachabteilungen					
	Aufgestellte Betten		Berechnungs-/ Belegungstage	Fachabteilungs- bezogene Fallzahl	Durchschnittliche Verweildauer
	Anzahl	%	Anzahl		Tage
2010					
Augenheilkunde	4 872	64,4	1 145 735	347 730	3,3
Chirurgie	115 874	74,3	31 407 579	4 542 942	6,9
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	35 228	59,6	7 659 547	1 687 181	4,5
Innere Medizin	154 213	79,4	44 673 248	6 827 653	6,5
Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	5 460	91,7	1 826 587	46 834	39,0
Psychiatrie und Psychotherapie	54 035	93,3	18 401 734	805 287	22,9
1991					
Augenheilkunde	9 735	79,5	2 825 770	377 233	7,5
Chirurgie	155 782	83,9	47 704 814	4 046 774	11,8
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	66 377	77,4	18 749 270	2 464 479	7,6
Innere Medizin	200 911	88,3	64 720 485	4 598 104	14,1
Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	8 316	83,7	2 540 160	20 374	124,7
Psychiatrie und Psychotherapie	84 048	86,0	26 371 829	406 910	64,8
Veränderung 2010 gegenüber 1991 in %					
Augenheilkunde	- 50,0	- 19,0	- 59,5	- 7,8	- 56,0
Chirurgie	- 25,6	- 11,5	- 34,2	+ 12,3	- 41,4
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	- 46,9	- 23,0	- 59,1	- 31,5	- 40,3
Innere Medizin	- 23,2	- 10,1	- 31,0	+ 48,5	- 53,6
Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	- 34,3	+ 9,5	- 28,1	+ 129,9	- 68,7
Psychiatrie und Psychotherapie	- 35,7	+ 8,5	- 30,2	+ 97,9	- 64,7

Abb. 1: Ausgewählte Kennzahlen nach ausgewählten Fachabteilungen, Bölt et al., 2012, S. 119.

Dieser Umstand sollte auch unter dem Gesichtspunkt insgesamt sinkender Einrichtungs- sowie Bettenzahlen gesehen werden. Gab es 1991 in Deutschland noch 2.411 Kliniken mit 665.565 Betten, waren es 2010 nur noch 2.064 mit 502.749 Betten (vgl. ebd., S. 113f). Im psychiatrischen Bereich zeigt sich historisch durch die Reformbewegungen der 1970er Jahre bedingt eine noch drastischere Entwicklung.

Innerhalb von dreißig Jahren (1970-2000) hat sich die Anzahl der Betten in psychiatrischen Kliniken mehr als halbiert. Abbildung zwei zeigt die Bettenentwicklung psychiatrischer Krankenhäuser in Deutschland.



Abb. 2: Abbau stationärer Betten in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland zwischen 1970 und 2004, Statistisches Bundesamt, 2005.

Parallel zur Verkleinerung des stationären psychiatrischen Bereichs wachsen seit den 1970er Jahren die ambulanten und gemeindepsychiatrischen Angebote für psychiatrische Klienten. Insbesondere steigt aber die Anzahl von psychosomatischen Akut- und Rehakliniken. Trotz dieser Entwicklung verursachen psychiatrische Behandlungen einen zunehmend höheren Anteil an den jährlichen Gesundheitsausgaben in Deutschland. Im Zeitraum von 2002 bis 2008 etwa steigt der Anteil der Kosten für Psychische und Verhaltensstörungen von 23.318 auf 28.654 Milliarden Euro (vgl. Statistisches Bundesamt, 2010, S. 13). Eine Möglichkeit zur besseren Rationalisierung von Gesundheitsleistungen stellen Entgeltsysteme dar. Sie haben im Gesundheitsbereich verschiedene Funktionen, neben ihrer Hauptaufgabe der Finanzierung von Kliniken beeinflussen ihre Möglichkeiten für Anreize das Angebot und die Nachfrage von Krankenhausleistungen. Der Grund hierfür findet sich in der Besonderheit des Gesundheitsmarktes, der durch das System in Deutschland keine freie Marktpreisbildung möglich macht. Die Anreize der Entgeltsysteme sollen daher vor allem Möglichkeiten zur Steuerung von Über- und Unterversorgungen sein (vgl. Wolff-Menzler et al., 2016, S. 753). Dementsprechend bedarf jede Entwicklung eines

neuen Entgeltsystems eine genaue und kritische Prüfung zur Umsetzung im Alltag der Kliniken. Im nächsten Abschnitt wird nun zunächst das bisherige Finanzierungssystem der psychiatrischen Kliniken vorgestellt.

2.1 Bundespflegesatzverordnung

Die Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) stellt seit 1974 die maßgebliche Grundlage zur Finanzierung von Krankenhäusern in Deutschland dar. 1995 wurde sie mit der Neuordnung des Pflegesatzrechts aktualisiert, um Entgeltformen einführen zu können. Damit veränderte sich das Prinzip der Finanzierung von der reinen Kostendeckung hin zu ersten Möglichkeiten für Fallpauschalen. Seit der verpflichtenden Einführung des G-DRG-Systems für alle allgemein und somatische Krankenhäuser 2004 gilt die BPfIV nur noch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Diese Kliniken treffen jährlich individuelle Budgetvereinbarungen mit den Kostenträgern, die jedoch starr an die Grundlohnsummenentwicklung gebunden sind. Zusätzlich sollen die Kliniken von den Ländern Gelder für Krankenhausinvestitionen erhalten, die jedoch bereits seit Jahrzehnten nicht gezahlt werden. Dieser Umstand wird als „Investionsstau“ bezeichnet. Die Kliniken müssen daher die Investitionskosten aus den laufenden Erlösen finanzieren. Der Gesamtpflegesatz einer Klinik setzt sich zusammen aus einem Basispflegesatz für alle nicht medizinischen Kosten und einem Abteilungspflegesatz, für das Erbringen aller medizinischen Leistungen. Da jedoch im Abteilungspflegesatz die Personalkosten den größten Kostenfaktor darstellen, hat die Psych PV einen großen Einfluss auf den Erlös der Kliniken (vgl. Horter et al., 2016, S. 5). Bei Aufnahme in der Klinik werden die Klienten je nach Art und Schwere der Krankheit in Behandlungsbereiche eingruppiert (Allgemeinpsychiatrie, Suchtbehandlungen, Gerontopsychiatrie) und Behandlungsart (z.B. Regelbehandlung, tagesklinische Behandlung, langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker). Abbildung drei zeigt exemplarisch die Schlüssel der Behandlungsbereiche und Behandlungsarten.

A	Allgemeine Psychiatrie	S	Abhängigkeitskranke	G	Gerontopsychiatrie
A1	Regelbehandlung	S1	Regelbehandlung	G1	Regelbehandlung
A2	Intensivbehandlung	S2	Intensivbehandlung	G2	Intensivbehandlung
A3	Rehabilitative Behandlung	S3	Rehabilitative Behandlung einschließlich sog. Entwöhnung	G3	Rehabilitative Behandlung
A4	Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	S4	Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	G4	Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker
A5	Psychotherapie	S5	Psychotherapie	G5	Psychotherapie
A6	Tagesklinische Behandlung	S6	Tagesklinische Behandlung	G6	Tagesklinische Behandlung

Abb. 3: Behandlungsbereiche in der Psych-PV, DVE, 2009, S. 3.

In jedem Bereich werden den Angehörigen der verschiedenen am Therapieprozess beteiligten Berufsgruppen je Behandlungswoche Minutenwerte für die Leistungen am Klienten zugeordnet. Abbildung vier veranschaulicht beispielhaft Minutenwerte verschiedener Berufsgruppen.

Behandlungsbereiche	Ärzte	Krankenpflegepersonal	Diplom-Psychologen	Ergotherapeuten	Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	Sozialarbeiter, Sozialpädagogen
A1	207	578	29	122	28	76
A2	257	1.118	12	117	29	74
A3	82	376	110	197	29	79
A4	132	734	57	113	27	59
A5	154	196	107	103	31	14
A6	114	51	83	176	17	67

Abb. 4: Minutenwerte in der Psych-PV, DVE, 2009, S.3.

Diese Minutenwerte dienen als Grundlage für die Berechnung des Personalbedarfs im jeweiligen Behandlungsbereich. Die Erlöse erhält die Klinik für die Behandlung der Klienten als tagesgleiche Pflegesätze. Diese Tagessätze unterscheiden sich bundesweit zurzeit zwischen 180 und 400 Euro, je nach Komplexität des Diagnostik- und Therapieangebotes der Klinik (vgl. Doelfs, 2016, S. 32). Die BpflV und die Psych-PV stehen schon seit langem in der Kritik und gelten als veraltet. Die Seite der Kostenträger spricht von Fehlanreizen durch die Psych-PV, da die Kliniken für die Behandlung fortlaufend konstante Tagessätze erhalten, auch wenn durch Fortschritte des Klienten weniger Betreuungsintensität notwendig ist. In Folge bemängeln die Kostenträger zu lange Verweildauern in den Kliniken für Klienten mit medizinisch geringer Fallschwere und somit eine ungerechte Verteilung der Leistungen. Auch berichten sie von Entlassungsterminen nach Wochenenden, da auf diese Weise ohne großen Mehraufwand zusätzliche abrechenbare Tage anfallen (vgl. Wolff-Menzler et al., 2016, S. 754). Die Kliniken auf der anderen Seite kritisieren, dass die Zuordnung der Leistungen nach Minutenwerten nur die reguläre Versorgung abbildet, jedoch keine Möglichkeit zur Darstellung von Personalkosten für Bereitschafts- und

Notfalldienste bietet (vgl. Horter et al., 2016, S. 6). Auch besonders personalintensive Leistungen können nicht realistisch in der Psych-PV abgebildet werden, da inzwischen für alle psychiatrischen Störungsbilder Leitlinien zur Medikation, Psychotherapie und psychosozialen Intervention existieren, welche jedoch bei der Entwicklung der Psych-PV zu Beginn der 1990er Jahre noch nicht vorhanden waren, so dass der personelle Aufwand für Psychotherapie und psychosoziale Interventionen nur unzureichend berechnet werden kann. Auch Ergebnissen von durch Tarifsteigerungen entstandene höheren Personalkosten wird von den Kostenträgern oft nicht Rechnung getragen, so dass die aus der Psych-PV errechneten Personalstellen nicht von den Kliniken umgesetzt werden können. Auch für die Berufsgruppe der Ergotherapeuten wird durch die Psych-PV der Bedarf jeder Einrichtung genau bestimmt. Für ein Modellkrankenhaus der Allgemein Psychiatrie wird beispielsweise ein Anteil der Ergotherapeuten von 8,10% an der Gesamtpersonalsumme berechnet. Bei der Einführung der Psych-PV 1990 profitiert der Bereich der Ergotherapie zunächst von den neuen Vorgaben, da eine Bundes-Strukturhebung von 1989 in den 43 psychiatrischen Kliniken und 37 Abteilungen 47,31% zu wenig ergotherapeutischer Stellen aufzeigt (vgl. Wadehn, 2000, S. 45). Mit steigenden Kosten der psychiatrischen Kliniken werden über die Jahre kontinuierlich die Vorgaben der Psych-PV unterschritten und ergotherapeutische Stellen abgebaut bzw. nicht nachbesetzt oder für Angehörige anderer Berufsgruppen verwendet. Insgesamt besteht daher Einigkeit darüber, dass das Modell der Psych-PV die Realität durch die gestiegenen Anforderungen in den Kliniken nicht mehr abbilden kann. Nahezu alle Kliniken unterschreiten aus finanziellen Gründen, die in der Psych-PV errechneten Mindestpersonalvorgaben um 20%, obwohl laut Driessen (2016, S. 303) auf Grund der enormen fachlichen Entwicklung und hohen ethisch-rechtlichen Ansprüche in diesem Gebiet eine Erfüllung der Psych-PV unterhalb von 110% den aktuellen Standards in den Kliniken nicht gerecht werden kann. Der Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zum Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) beauftragt daher den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) bis 2020 verbindliche Mindeststandards für die Personalausstattung der Kliniken festzulegen.

2.2 Pauschalisiertes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik

Das PEPP stellt das Gegenstück für den psychiatrischen Bereich zum G-DRG-Modell der allgemeinen und somatischen Krankenhäuser dar, wobei auf Grund der großen Unterschiede eine direkte Übertragbarkeit nicht möglich ist (vgl. Horter et al., 2016, S. 2). Ab 2003 erfolgt für die somatischen Krankenhäuser eine schrittweise Umstellung der Finanzierung vom Kostendeckungsprinzip der Bundespflegesatzverordnung auf ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalisiertes Entgeltsystem nach australischem Vorbild. Gesetzliche Grundlagen bilden das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), das Fallpauschalengesetz (FPG), die Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV) sowie das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG). Das G-DRG-Modell ist ein lernendes System und wird jedes Jahr anhand von Kalkulationen aus Daten des Vorjahres angepasst. Nach der Einführung des G-DRG-Systems kann eine jährliche Reduzierung der durchschnittlichen Verweildauer der Klienten von 8,7 (Stand 2004) auf 7,3 Tage (Stand 2015) (vgl. Statistisches Bundesamt, 2016) in den Kliniken sowie die erhoffte Kostenreduzierung erreicht werden. Jedoch gibt es auch erhebliche Kritik am G-DRG-Modell. Mit der Einführung des G-DRG-Systems ist der dokumentarische berufsübergreifende Aufwand in den Kliniken erneut angestiegen. Weiterhin verfolgen die Kostenträger und ihr Kontrollorgan, der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK), die Korrektheit sowie Vollständigkeit der Dokumentation mit einer hohen Prüfhärte. „Jede Unplausibilität wird zu verzögerten Rechnungsbegleichungen führen“ (Wolff-Menzler et al., 2015, S. 11). Auf Grund des leistungsorientierten Finanzierungsprinzips besteht der Anreiz zur Fallsteigerung bei gleichzeitiger Reduktion der Kosten pro Fall. Diese Kosteneinsparungen erfolgen durch Kürzung der Liegezeiten, aber auch durch weniger pflegerische, ärztliche und therapeutische Leistungen. Die Fachliteratur spricht von „blutig entlassenen Klienten“. Ebenso ist ein Anstieg von vermeintlich im G-DRG-System als lukrativ geltenden invasive Maßnahmen zu verzeichnen. Verstärkt wird diese Entwicklung durch den bereits erwähnten Investitionsstau der Länder, der dafür sorgt, dass die duale Finanzierung der Kliniken ausbleibt.

Das PEPP wird konzipiert mit dem Vorsatz auch für voll- und teilstationäre psychiatrische Kliniken ökonomischeres Verhalten erzielen zu können. Weiterhin soll die Transparenz zwischen den Krankenhäusern erhöht und eine Qualitätssicherung durch die Verfassung von Routinedaten ermöglicht werden (vgl. Fritze, 2016, S. 1).

Die gesetzliche Grundlage bildet die Reform des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 2009. Der § 17d regelt die Einführung einer tagesbezogenen Entgeltermittlung. Das PEPP trifft auf breiten medizinisch begründeten Widerstand und wird in Folge mehrfach überarbeitet. Als erste Stufe zur Einführung des PEPP werden auch für den psychiatrischen Bereich Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS-Kodes) ab 2010 verpflichtend eingeführt. Die OPS-Kodes dienen zur Verschlüsselung bestimmter Verfahren (z.B. Diagnostik bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) in den Krankenhäusern. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) sammelt, wie auch für das G-DRG-System, an Hand der OPS-Kodes sowie der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) die Daten der Kliniken und entwickelt einen Entgeltkatalog. Dieser tritt 2013, zunächst noch auf freiwilliger Basis, in Kraft. Wie auch das G-DRG-Modell ist das PEPP als lernendes System angelegt und wird jedes angepasst, basierend auf den Kalkulationsdaten des Vorjahres.

2.2.1 Initiales PEPP

Die initiale Version des PEPP sieht eine Finanzierung über Fallpauschalen vor. Diese Fallpauschalen sollen die psychiatrischen Krankenhäuser jedoch, anders als im G-DRG-System, pro Klient und pro Behandlungstag von den Kostenträgern vergütet bekommen. Auf Grundlage des Entgeltkatalogs kann jeder Klient auf Basis des ICD-10 Schlüssels, der OPS-Kodes und individueller Daten (z.B. komplizierte Konstellationen) in eine Kategorie eingestuft werden. Bei der Kalkulation des Entgeltes wird auch berücksichtigt ob z.B. eine Intensivbehandlung im Verlauf nötig wird. Zusätzlich besteht die Möglichkeit z.B. besonders teure Medikamente oder Behandlungsverfahren wie beispielsweise Chemotherapie als Zusatzentgelt abzurechnen. Größten Kritikpunkt der ersten PEPP-Version stellt die Degression dar. Das System sieht zunächst vor, dass die Krankenhäuser nach einer bestimmten Verweildauer eine niedrigere Vergütung erhalten, da sich im Verlauf des Aufenthaltes der Zustand des Klienten bessert und damit nur noch geringere Vergütungssätze notwendig sind. Experten befürchten einen Drehtüreffekt d.h. Klienten werden aus finanziellen Gründen nicht vollständig austherapiert, um höher pauschalierten Klienten Platz zu machen und müssen sich folglich schneller wieder in voll- oder teilstationäre Behandlung begeben. Zur Diskussion führt darüber hinaus, die durch das InEK jährlich ermittelten landesbezogenen Durchschnittswerte der Kliniken. Ähnlich wie im G-DRG-

System sollen im initialen PEPP die Kliniken nach Landesbasisentgelten abrechnen, um eine gerechtere Finanzierung zu ermöglichen. Auch dieser Aspekt des PEPP führt zu heftiger Kritik von Seiten der Fach- und Selbsthilfeverbände sowie Berufsverbänden und Gewerkschaften, da mit einer Finanzierung über Landesbasisentgelte strukturelle Besonderheiten wie z.B. regionale Versorgungsverpflichtungen nicht berücksichtigt werden können. In Folge anhaltender Proteste, großer Medienberichterstattung und intensiver Diskussionsprozesse können sich 2013 die Vertragsparteien Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Verband der Privaten Krankenversicherungen sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) nicht einigen, die freiwillige Umstellungsphase wird 2014 um zwei Jahre (bis 2017) verlängert und das initiale PEPP überarbeitet. Gesetzliche Grundlage bildet das Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG). 2014 haben von den 588 psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken in Deutschland lediglich 80 auf freiwilliger Basis auf das PEPP-System umgestellt (vgl. Bühring, 2014, S. 434).

2.2.2 PEPP 2015

Das initiale PEPP wird durch den PEPP-Entgeltkatalog 2015 modifiziert. Als eine der wichtigsten Änderungen findet die Degression der Tagesentgelte nur noch bei Behandlungsfällen mit kurzer Verweildauer Anwendung. Zusätzlich wird der Entlassungstag des Klienten in der überarbeiteten Version für die Kliniken zur abrechenbaren Leistung und somit ein zusätzlicher Berechnungstag. Eine weitere Neuheit der überarbeiteten Version sind die sogenannten ergänzenden Tagesentgelte (ETs): ab 2015 haben die Kliniken die Möglichkeit bei nachweisbarem Mehraufwand für einen Klienten die ETs abzurechnen, diese werden zum Tagessatz des Klienten hinzuaddiert. Der PEPP-Entgeltkatalog unterscheidet vier verschiedene Formen. Abbildung fünf zeigt übersichtlich die vier ergänzenden Tagesentgelte sowie die Einteilung des zusätzlichen Betreuungsaufwandes in Stunden.

ET	Bezeichnung	ET _D	OPS Version 2016		Bewertungsrelation je Tag	
			OPS-Kode	OPS-Text		
1	2	3	4	5	6	
ET01	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen		9-640.0	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1:1-Betreuung		
			ET01.04	9-640.06	6 bis unter 12 Stunden pro Tag	1,2163
			ET01.05	9-640.07	12 bis unter 18 Stunden pro Tag	1,9891
			ET01.06	9-640.08	18 und mehr Stunden pro Tag	2,8473
ET02 ¹⁾	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit mindestens 3 Merkmalen	ET02.01	9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	0,1871	
			9-61a	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen	0,1871	
			ET02.02	9-61b	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 5 und mehr Merkmalen	0,2439
ET04	Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen		9-693.0	Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen		
			ET04.01	9-693.03	Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag	0,4522
			ET04.02	9-693.04	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	0,9256
			ET04.03	9-693.05	Mehr als 18 Stunden pro Tag	1,1688
ET05	Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen		9-693.1	Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen		
			ET05.01	9-693.13	Mehr als 8 bis zu 12 Stunden pro Tag	1,3628
			ET05.02	9-693.14	Mehr als 12 bis zu 18 Stunden pro Tag	1,9840
			ET05.03	9-693.15	Mehr als 18 Stunden pro Tag	3,0013

Abb. 5: Katalog ergänzender Tagesentgelte, InEK, 2016, S.37.

Seit 2015 ist es den Kliniken im Bereich Erwachsenenpsychiatrie nicht mehr möglich, eine wöchentlich stattfindende multiprofessionelle Teambesprechung nach dem PEPP-Entgeltkatalog abzurechnen. Von Beginn an sieht die Konzeption des PEPP auch keine Option zur Darstellung von Dokumentationszeiten vor, das heißt, die Zeit, die das interdisziplinäre Personal mit der hochaufwändigen Dokumentation und den Teambesprechungen verbringt, bekommen die Kliniken nicht vergütet. Auch dieser Aspekt wird heftig kritisiert, da die bereits freiwillig auf das PEPP umgestellten Optionskrankenhäuser seit Einführung des neuen Systems von einem gewaltigen Anstieg des Dokumentationsaufkommens berichten und äquivalent zu den Erfahrungen des G-DRG-Modells genaueren Prüfungen durch den MDK unterliegen. In Folge steht zu befürchten, dass die Dokumentationszeit von der therapeutischen, pflegerischen und ärztlichen direkten Behandlungszeit am Klienten abgezogen werden muss. Die Erweiterung der Optionsphase zur Umstellung auf PEPP um zwei weitere Jahre verlängert parallel die Gültigkeit der Psych-PV zur Personalstellenberechnung (vgl. Wolff-Menzler et al., 2016, S. 758). Auch gegen diese modifizierte PEPP-Version formiert sich breit aufgestellter medizinisch begründeter Widerstand. Zahlreiche Demonstrationen z.B. 2015 in Düsseldorf von im psychiatrischen Bereich Beschäftigten durch ver.di organisiert und Petitionen verdeutlichen den Widerstand.

Mit ausschlagend für die endgültige Neuausrichtung des Finanzierungsmodells dürfte jedoch ein im September 2015 von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) sowie 19 weiteren Fachgesellschaften und Verbänden an den Gesundheitsminister Hermann Gröhe übergebendes Alternativkonzept gewesen sein; dass sich alle 20 psychiatrischen Fachgesellschaften- und verbände einer Meinung zeigen, sich auf breiter Front einsetzen und ein gemeinsames Konzept entwickelt, gilt bisher als einmalig in der deutschen psychiatrischen Historie. Am 08.01.2016 beschließt die SPD-Bundestagsfraktion das PEPP-System nicht weiterzuverfolgen. Vorausgegangen war ein gemeinsames Standpunktpapier der maßgeblichen Fachverbände, u.a. auch des DVE. In diesem wird dargelegt, dass „die Qualität des Versorgungssystems für Menschen mit psychischen Erkrankungen mit dem PEPP-Entgeltkatalog stark gefährdet ist und den Versorgungsauftrag der psychiatrischen Einrichtungen verfehlt“ (Oltman et al., 2016, S. 31), woraufhin Gesundheitspolitiker der CDU/CSU gemeinsam mit dem SPB am 18.02.2016 ein Eckpunktepapier veröffentlichen, welches die Grundzüge des zukünftigen Finanzierungsmodells, dem sogenannten Psych-Entgeltsystem, präsentiert. Dieses Modell wird nun im nächsten Kapitel vorgestellt.

2.3 Psych-Entgeltsystem

Basierend auf dem Eckpunktpapier legt das Bundesministerium für Gesundheit am 19.05.2016 den Referentenentwurf für das in Kapitel 2.1 bereits erwähnte PsychVVG vor. Bei dem PsychVVG handelt es sich um eine politische Entscheidung. Die große Koalition führt damit in dem bereits fortgeschrittenen Entwicklungsprozess zur Einführung eines neuen Finanzierungssystems noch entscheidende Änderungen durch, wobei Ideen aus dem Alternativkonzept der 20 Fachgesellschaften und -verbände in das neue Modell einfließen. Das Gesetz stoppt zunächst die verbindliche Einführung eines Preissystems nach G-DRG-Logik stattdessen sollen die psychiatrischen Kliniken wie bisher auch in der BpflV jährlich individuelle Budgets durch die regionalen Vertragspartner und unter Berücksichtigung struktureller und hausindividueller Besonderheiten aushandeln. Diese Budgets sind zunächst nicht gedeckelt und können bei schlüssigen, unabweisbaren Begründungen überschritten werden. Jedoch bleibt als Zugeständnis an die Seite der Kostenträger das PEPP-System als bundesweit einheitliche Abrechnungseinheit. Auch werden mit den PEPP Daten von repräsentativen Kalkulationshäusern Landes- und

Bundesbasisentgeltwerte ermittelt, diese Werte sind jedoch im Gegensatz zum G-DRG und PEPP-System nicht verbindlich für die Krankenhausbudgetfindung, sondern dienen vor allem dem ebenfalls beschlossenen Krankenhausvergleich als Transparenzinstrument. Dieser Vergleich soll den Kostenträgern in den Budgetverhandlungen vor Ort in den Kliniken „die erforderliche Orientierung bieten, um eine Annäherung der nicht auf strukturellen Besonderheiten zurückgehenden Preisunterschiede zu erreichen“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2016). Die seit Jahrzehnten unzureichende ambulante Versorgung psychiatrischer und psychosomatischer Klienten auf Grund von z.B. veralteten Vorschriften über die Vergabe von Kassensitzen an niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten stellt auch einen Grund für die Zunahme der Fallzahlen in den Kliniken dar. In der Vergangenheit war es für diese Klientel oft nicht möglich, ambulant in Krisensituationen zeitnah professionelle Unterstützung zu erhalten, da sowohl in den Großstädten, insbesondere aber auch auf dem Land Klienten Monate auf einen Termin beim Psychiater oder Psychotherapeuten warten müssen. Das PsychVVG bietet den Krankenhäusern die Möglichkeit, außerhalb ihres stationären Versorgungsauftrages sektorenübergreifend zu agieren. Durch das sogenannte „Hometreatment“ können mobile, ärztlich geleitete, multiprofessionelle Behandlungsteams im direkten häuslichen Lebensumfeld des Klienten tätig werden, der Fokus des Konzepts liegt dabei auf psychiatrischen und psychotherapeutischen Akutbehandlungen zur Reduktion von Krankenhauseinweisungen von Menschen mit chronischen und schweren psychischen Erkrankung. Ziel des Hometreatment ist es, die Flexibilität und Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung zu erhöhen (vgl. ebd.). Finanziert wird das Hometreatment aus der Krankenhausvergütung. Weitere Neuerung stellt der bereits erwähnte Auftrag an den GBA zur Erarbeitung einer Qualitätsrichtlinie mit verbindlichen Mindestvorgaben für die zukünftige Personalausstattung der Kliniken dar. Bis 2020 soll der GBA somit eine Nachfolgeregelung für die Psych-PV auf Basis des medizinischen Kenntnisstandes von evidenzbasierten Leitlinien entwickeln, wobei auch externe Expertisen einbezogen werden sollen, wenn die Personalvorgaben nicht abschließend aus den Leitlinien abzuleiten sind. In der Übergangsphase bleibt die Psych-PV gültig, es wird jedoch eine hundertprozentige Umsetzung gelten (vgl. Oltman et al., 2016, S. 31). Für den Bereich der Ergotherapie ist es daher in den nächsten Jahren wichtig, Experten aus den eigenen Reihen vom GBA anhören zu lassen, da ergotherapeutische Leistungen bisher auf Grund der mangelhaften

Evidenzlage (siehe Kapitel drei) in den psychiatrischen Leitlinien nur geringe oder keine Empfehlungen erhalten – nur auf diesem Weg kann der Gefahr der weiteren Stellenrationierungen im ergotherapeutischen Bereich entgegengewirkt werden. Das Psych-Entgeltsystem wird größtenteils (Ausnahme bildet die neu zu entwickelte Richtlinie des GBA zur Personalausstattung) zum 01.01.2017 verbindlich von allen psychiatrischen und psychosomatischen voll- und teilstationären Kliniken unter budgetneutralen Bedingungen eingeführt.

Die Entwicklung des Psych-Entgeltsystems wird 2016 grundsätzlich positiv und als Erfolg der langjährigen Proteste in der Fachwelt aufgenommen. Das PsychVVG ist vor allem im Gegensatz zu PEPP und G-DRG nicht ausschließlich ein Kostendämpfungsgesetz. Neben der Regelung der zukünftigen Budgetgestaltung und Abrechnung beinhaltet es eine Neuausrichtung der strukturellen psychiatrischen Versorgungslandschaft und stellt somit eine Chance zur Entwicklung neuer aufsuchender Handlungsfelder für die multiprofessionellen Behandlungsteams der Krankenhäuser dar. Auch für den Bereich der Ergotherapie, die bereits per Definition den Alltag und die Betätigung des Klienten in den Mittelpunkt stellen, stellt das Hometreatment eine große Chance dar, unabhängig von einer ärztlichen Verordnung mit Hausbesuch im psychiatrischen Bereich außerhalb der Institution Klinik tätig werden zu können. Kritische Stimmen bemängeln hingegen am Psych-Entgelt vor allem die schwammigen Formulierungen z.B. in Bezug auf die Mindestpersonalvorgaben, die bisher nicht vorhandene exakte Definition von unabweisbaren Gründen zur Budgetüberschreitung oder die noch nicht ausgehandelte Beschreibung der möglichen Leistungen des Hometreatments. Experten befürchten daher für die nächsten Jahre viele zähe und langwierige Verhandlungen zwischen den Selbstverwaltungspartnern, DKG, dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherungen, dem Verband der Privaten Krankenversicherungen sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Dementsprechend wird es für viele Aspekte des Psych-Entgeltes bis zur Einigung der Selbstverwaltungspartner keine Rechtssicherheit geben. Auch für die Budgetverhandlungen der nächsten Jahre werden Debatten vor Schiedsstellen und Gerichtsverhandlungen erwartet (vgl. Driessen et al., 2016, S. 304). In der Budgetvereinbarkeit und im organisationalen Rahmen werden weitere Probleme erwartet: laut dem deutschen Ärzteblatt sind ab 2017 jährliche Mehrausgaben für die Kostenträger von 60 Millionen Euro zu erwarten (vgl. Deutsches Ärzteblatt, 2016), auch scheint eine einheitliche Einführung des Psych-Entgelts ab

2017 nicht realistisch, da die Kliniken mehr Zeit zur Systemumstellung benötigen könnten. Es wird daher eine weitere Verschiebung der Umstellungsphase erwartet. Sowohl vom PEPP, als auch vom Psych-Entgeltsystem ausgenommen sind verschiedene innovative Finanzierungssysteme in Deutschland. Im nächsten Abschnitt werden das Regionale Psychiatriebudget sowie die Modellprojekte nach § 64b vorgestellt.

2.4. Alternative Finanzierungssysteme

In Deutschland gibt es zurzeit ca. 20 Projekte mit alternativen Finanzierungskonzepten (vgl. Doelfs, 2016, S. 33). Ziel dieser Projekte ist das Erproben von flexibleren und an die Bedürfnisse der Klienten angepasste sektorenübergreifende Behandlungsformen. „Damit kann die Klinik ohne Bürokratie eigenständig entscheiden, wann die Patienten stationär, ambulant oder sogar im Hometreatment behandelt werden“ (vgl. ebd.). Vorteile sind Steuerungsanreize für die Kliniken, um die Behandlung vom stationären Setting in die ambulante Lebenswelt des Klienten zu verlagern. Dabei besteht über die Projektlaufzeit mehr Planungssicherheit als im regulären psychiatrischen Finanzierungssystem. Das Ziel ist nicht in erster Linie Kosten zu reduzieren, sondern die vorgegebenen finanziellen und personellen Mittel so um zu verteilen, dass bei gleichbleibenden stabilen Kosten die für den Klienten bestmögliche Ergebnisqualität erreicht werden kann. Die wissenschaftliche Begleitforschung der ersten Projekte (z.B. des Klinikums Itzehoe durch die unabhängige wissenschaftliche Evaluation der Universität Leipzig) kann mehrere positive Effekte belegen. Erstens kann die stationäre Verweildauer sowie Bettenkapazität in den Kliniken reduziert werden, zweitens bleiben die Behandlungsqualität und die Anzahl der behandelten Klienten stabil, drittens wird eine bessere Reintegration der Klienten erreicht. Alle diese Ergebnisse sind im Vergleich mit Klienten einer Kontrollgruppe einer Klinik mit regulärer Finanzierung durch BPfIV zu sehen: Zu lange aber auch inadäquat kurze Behandlungsdauer im stationären Bereich werden vermieden (vgl. Deister et al., 2011, S. 9) und besonderer Fokus liegt auf der Verhinderung eines Drehtüreffektes. Ebenfalls wollen die Kliniken durch eine Verlagerung ihrer Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich die bestehenden Unterversorgungen der niedergelassenen Psychiater, Psychologen und Psychotherapeuten kompensieren, damit insbesondere im Bereich der chronisch Kranken („Heavy User“) und Risikoklienten ein Rückgang der hohen Wiederaufnahmestatistik in den stationären Bereich der Kliniken erreicht

werden kann. Dies geschieht auch über eine bessere Vernetzung der ambulanten Dienstleister sowie dem Aufbau einer gemeindepsychiatrischen Versorgungsstruktur. Gegen die alternativen Finanzierungssysteme spricht, dass die meisten Projektkliniken erst seit geringer Zeit bestehen. Es liegen daher (mit Ausnahme der Klinik in Itzehoe) bisher nur Datensätze unter zehn Jahren vor. Ein weiteres Problem besteht in der Heterogenität der Projekte. Insbesondere die Modellkliniken nach § 64b haben auf Grund ihrer Finanzierung (siehe Absatz 2.4.2) sehr individuelle Konzepte, die schwer vergleichbar sind. In Folge dessen bestehen für viele Kliniken nur kleine Stichproben zur wissenschaftlich begleiteten Auswertung zur Verfügung. Auch zeigen die bislang vorliegenden Evaluationen der Projekte, dass zwar eine Stabilisierung, durch die Umverteilung der Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich aber keine Kostenreduzierung erreicht werden konnte. Bei den Projekteinrichtungen handelt es sich um verhältnismäßig kleine regionale Krankenhäuser, ein flächendeckendes alternatives Finanzierungssystem besteht bisher in Deutschland nicht. Eine zusätzliche Schwierigkeit für alternative Finanzierungssysteme bestand in den letzten Jahren in der PEPP-Diskussion. Auf Grund der Unsicherheit der weiteren Entwicklung des Fachbereichs Psychiatrie und Psychosomatik konnten einige Kliniken geplante Modellvorhaben nach § 64b SGB V nicht realisieren. Als Beispiel seien an dieser Stelle die Zentren für Psychiatrie Südwürttemberg genannt. Seit 2010 haben diese drei Verbundkliniken einen Integrationsvertrag mit den Ersatzkassen Barmer GEK und DAK Gesundheit geschlossen. Ziel dieses Vertrags ist eine Verbesserung der ambulanten Versorgung der Barmer und DAK Versicherten mit psychiatrischen Erkrankungen, in Folge dessen die Kliniken durch ein zusätzliches Budget u.a. neue ambulante Versorgungsstrukturen (z.B. mehr Plätze für ambulante Psychotherapie oder aufsuchende Hilfe durch die Institutsambulanzen der Kliniken) für die Klienten ausbauen können. Im nächsten Schritt wollen die Kliniken das Projekt nach § 64b modifizieren und den Vertrag auf alle Krankenkassen der Region ausweiten (vgl. Staeck, 2014). Auf Grund der Unsicherheit über die weitere Entwicklung des PEPP wird davon jedoch wieder Abstand genommen. Im folgenden Abschnitt wird nun das Regionale Psychriatriebudget, als eine Möglichkeit für ein alternatives Finanzierungskonzept vorgestellt.

2.4.1 Regionales Psychriatriebudget

Gesetzliche Grundlage des Regionalen Psychriatriebudgets (RPB) war bis 2012 § 24 BPfIV. Dieser Paragraph beinhaltete die Möglichkeit für ein Modell zur Erprobung von pauschalisierter Vergütung unter wissenschaftlicher Begleitung. 2013 wurde § 24 in der BPfIV gestrichen, dafür wurde im SGB V der § 64b eingeführt (siehe nächstes Kapitel). Für die bisher laufenden Projekte mit Grundlage § 24 BPfIV besteht seit 2013 die Möglichkeit sich als SGB V § 64b Modellprojekt zu qualifizieren.

Die Kliniken mit RPB verfügen über ein Budget zur Pflichtversorgung von allen Menschen mit psychischen Erkrankungen in einer klar definierten Region. „Es erschien daher aufschlussreich zu erproben, zu welcher Versorgungsqualität ein Finanzierungssystem führt, das sich allein an der zu leistenden Aufgabe, der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Menschen einer definierten Region, unter Berücksichtigung der dafür zur Verfügung stehenden Ressourcen orientiert“ (Deister et al., 2005, S. 2532). Die Krankenhäuser können bei ihren Klienten selbst entscheiden ob der Bedarf für eine vollstationäre, teilstationäre (auch nachtklinische Versorgung für gerontopsychiatrische oder Klienten mit Suchterkrankung), ambulante Behandlung durch die Institutsambulanzen oder aufsuchendes Hometreatment besteht. Die Übergänge zwischen den einzelnen Behandlungsformen sind sektorenübergreifend und damit fließend. Dafür ist jedoch zunächst eine grundlegende inhaltliche und organisatorische Umstrukturierung des Leistungsangebots notwendig; Die Finanzierung erfolgt über ein annual überprüftes Budget, welches die Krankenkassen des Landes mit dem Klinikum vereinbaren. Bei begründeten Über- oder Unterschreitungen von mehr oder weniger als 6%, der sogenannte Korridor, der vereinbarten Summe wird das Budget im nächsten Jahr entsprechend erhöht oder gesenkt. Entscheidet für die Realisierung des Budgets ist lediglich, dass eine vereinbarte Anzahl von Klienten mit psychiatrischen Erkrankungen aus der Region behandelt werden, die Art und die Dauer der Behandlung fließen nicht mit in die Kalkulation ein. Die Höhe des regionalen Budgets wird aus den Budgets der voll- und teilstationäre Versorgung sowie den Erlösen der Institutsambulanzen aus dem Jahr vor der Einführung des RPB errechnet (vgl. ebd., S. 2533). Vorteile für die Kliniken sind neben temporärer Unabhängig vom gängigen Finanzierungssystem eine Aussetzung der Psych-PV. „Das Regionale Psychriatriebudget setzt – im Gegensatz zum DRG-System und tagesgleichen Pflegesätzen – keine Anreize zu einer Fallzahlausweitung beziehungsweise einer Verweildauererhöhung, sondern

verfolgt einen personenbezogenen Ansatz, der die Leistungsanbieter motiviert, ihre Patienten so zu behandeln, dass bei möglichst geringem Ressourcenverbrauch eine langfristige Beschwerdefreiheit erreicht wird“ (vgl. ebd. S. 2534). Für die Klienten bedeutet das alternative Finanzierungsmodell, dass jede Behandlung sich an ihren Bedürfnissen orientiert (Subjektorientierung). Je nach Konzept des Krankenhauses ist es z.B. durch ein Bezugspersonensystem möglich, dass schwer betroffene chronisch kranke Klienten ihre zuständigen Bezugskräfte (z.B. Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten) beim Übergang zwischen den verschiedenen Bereichen (Station, ambulante Nachsorge) behalten. Damit wird Schnittstellenproblematiken sowie Behandlungsabbrüche vorgebeugt. Weiterhin gibt es zum Teil umfassende Therapieangebote wie therapeutisches Klettern, Küchentherapie oder tiergestützte Therapie (vgl. Johanniter Krankenhaus Geesthacht, 2017). Diese Kliniken verfügen über aufsuchende Hometreatment Angebote für chronisch kranke Klienten sowie niedrigschwellige Möglichkeiten zur Krisenintervention. Auch ist ein weiteres Merkmal dieser Krankenhäuser, dass eine gemeindepsychiatrische ambulante Versorgungslandschaft in der Region besteht. So existieren z.B. vielen Selbsthilfegruppen, arbeitstherapeutische Angebote wie Waschsalons oder Secondhand-Läden, aber auch verschiedene gemeinnützige Cafés als Treffpunkte sowie Beratungsangebote durch Peers (Betroffene). Die ansonsten in vielen anderen Regionen in Deutschland üblichen ambulanten Versorgungsdefizite, die ein Grund für die steigenden Fallzahlen in den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken darstellen, werden durch ein vielfältiges Angebot von vernetzten ambulanten Dienstleister der Region (z.B. Pflegedienste, Ergotherapie Praxen, Suchtberatungsstellen, sozialpsychiatrische Dienste, niedergelassene Hausärzte und Psychiater) ausgeglichen. Die Kliniken fungieren dabei durch ihre Institutsambulanzen als Koordinatoren. Als Vorreiter in Bezug auf die psychiatrischen Modellprojekte gilt Schleswig-Holstein mit dem ersten Projekt am Klinikum Itzehoe 2003 und inzwischen vier weiteren regionalen Modellen (Rendsburg-Eckernförde, Dithmarschen, Herzogtum Lauenburg, Nordfriesland). Auch in Thüringen existiert seit 2009 in Nordhausen im Klinikum Südharz ein RPB. Das Klinikum Itzehoe mit bisher regionalem Psychiatricbudget hat seit 2013 auf das Modellprojekt nach § 64b umgestellt.

2.4.1 Modellprojekt § 64b

Gesetzliche Grundlage der Modellprojekte ist seit 2013 der § 64b des Sozialgesetzbuches fünftes Buch (SGB V): dieser Paragraph ermöglicht den Bundesländern das Abschließen von Modellprojekten auf Landesebene. Laut Abschnitt eins des Paragraphen soll jedes Bundesland mindestens über ein Modellprojekt verfügen, wobei die Versorgungspflicht des Krankenhauses der Region vom Modell unberührt bleibt. Die Projekte sind im Regelfall auf acht Jahre befristet, können jedoch unter Vorlage eines Berichtes von Kostenträgern und Vertragsparteien einen Anspruch auf Verlängerung geltend machen. Die Modellkrankenhäuser müssen dem InEK Daten über Art und Anzahl der Klienten, spezifischen Leistungsinhalten, Kosten sowie strukturellen Merkmalen der Region übermitteln¹. Weiterhin regelt der § 65 eine Verpflichtung zur Evaluation der Projekte durch wissenschaftliche Institute. Die Verhandlung über die Höhe des Budgets erfolgt zwischen einer oder mehreren Krankenkassen und den Kliniken, gleichzeitig kann sich der Verband der privaten Krankenversicherung an der Finanzierung des Modells beteiligen. Während die Finanzierung des RPB durch das Gesamtbudget der Klinik erfolgt, haben Kliniken unter § 64b zwei parallele Finanzierungssysteme: Ein Teil der Behandlungen wird regulär durch die BPfIV bzw. ab 2017 über das Psych-Entgelt vergütet, gleichzeitig erhalten Krankenhäuser auch ein Modellbudget von ihren als Vertragspartner gewonnenen Krankenkassen. Das Budget muss alle voll- und teilstationären sowie ggf. ambulanten Angebote der Kliniken für die Versicherten der Vertragspartner Krankenkassen finanzieren. Gesteuert wird das Budget an Hand der Zahl der behandelten Personen nicht auf Grundlage von Fallzahlen, die Kliniken differenzieren folglich ob mehrfache Behandlungen eines Klienten vorliegen. Im Klinikalltag bedeutet dies für den Klienten eine sektorenübergreifende Behandlung mit einem größeren Spektrum an Therapiemöglichkeiten: Hometreatment-Angebote und multiprofessionelle Kriseninterventionsteams. Als erste Einrichtung entschied 2013 das Klinikum Hanau in Hessen am Modellprojekt teilzunehmen (Für Versicherte der AOK Hessen und der Techniker Krankenkasse). Als weitere Beispiele sind in Sachsen seit 2013 ein Modellprojekt am Heinrich-Braun-Klinikum in Zwickau (Für Versicherte aller Ersatzkassen sowie der AOK Sachsen) sowie in Berlin seit 2014 ein Projekt am Alexianer St. Hedwig Klinikum (Für Versicherte der Barmer GEK) zu nennen.

¹ § 64b Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch vom 20.12.1988 (BGBl.I S. 2477).

Alle alternativen Projektkliniken bieten auch ergotherapeutische Leistungen an, wobei das Spektrum der Angebote von klassischen handwerklich-kreativen, ausgefallene Behandlungen wie therapeutisches Klettern, über arbeitstherapeutische bis hin zu betätigungsorientierten Ansätzen im Rahmen des Hometreatment reicht. Die Gründe für die weite Verbreitung sind vor allem historisch bedingt, stellt doch die Evidenzlage eher die Existenz der Ergotherapie in der Psychiatrie in Frage. Kapitel drei befasst sich nun ausführlich mit dem aktuellen Stand der Evidenz.

3. Stand der externen Evidenz

Ergotherapeutische Behandlungen sind in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken ein fest etabliertes Angebot im Gesamtspektrum der Leistungen. „Ergotherapie ist pauschal als Bestandteil des Therapieprogrammes auf psychiatrischen Stationen anerkannt. Mitunter wird ein großer zeitlicher, räumlicher, personeller und materieller Aufwand betrieben“ (Ziemann, 2000, S. 6). So nimmt die Ergotherapie z.B. auch im PEPP-System unter der Gruppe der Spezialtherapien eine besondere Rolle ein, da auf sie eine hohe Zahl der Therapieeinheiten entfällt und sie somit einen großen Beitrag zur Gesamtbehandlung der Klinik leistet (vgl. Jäger, 2013, S. 9). „Im Gegensatz zur klinischen Bedeutsamkeit der psychiatrischen Ergotherapie existieren im deutschsprachigen Raum nur wenige Untersuchungen zur Wirksamkeit der einzelnen ergotherapeutischen Verfahren“ (Wadehn, 2000, S. 123). Die Gründe für die unzureichende Evidenzlage sind vielfältig: zunächst ist die Ergotherapie in Deutschland erst in der Nachkriegszeit entstanden und im Vergleich zu anderen Berufsgruppen eine verhältnismäßig junge Disziplin, sie ist außerdem aus der Praxis entstanden d.h. die Erwartungen an die Wirksamkeit von Betätigung wurden aus Beobachtungen der Historie erschlossen und somit zunächst nicht hinterfragt und ausreichend begründet (vgl. Schützwohl, 1998, S. 12). Zum anderen liegt der Fokus im Fachbereich Psychiatrie der Fachartikel und Monographien über viele Jahre auf der Darstellung von Behandlungsmethoden, Konzepten und Fallbeispielen aus der Praxis. Erst in den letzten Jahrzehnten in Zuge von Akademisierung und Veränderungen im Gesundheitssystem werden auch Themen wie Professionalisierung, Evidenzbasierung oder Patientenzufriedenheit behandelt. Daher beginnen in den letzten zehn Jahren auch die Ergotherapeuten sich mit psychiatrischen Themen im Rahmen von wissenschaftlichen, deduktiven Arbeiten auseinanderzusetzen, jedoch

beschränkt sich der bisherige Umfang der Forschungsarbeiten auf Diplom, Bachelor- oder Masterthesen. Diese Masterarbeit reiht sich somit thematisch in diese Publikationen ein. Es existiert in Deutschland aber bisher keine von Ergotherapeuten durchgeführte Studie zu einem Thema des Arbeitsfeldes Psychiatrie und Psychosomatik mit hohem Evidenzlevel. Dazu Reuster (2006, S. VII): „Die ergotherapeutische Forschung fokussierte in den letzten 15 Jahren vor allem auf die Entwicklung von Konzepten und ihre praktische Implementierung und Evaluation. Allerdings profitierte die psychiatrische Ergotherapie davon am wenigsten, was sich auch am Mangel tauglicher Studien zeigt“. Ein weiterer Grund findet sich bei Wadehn (2000, S. 125), die auch ein Problem in der Haltung der Psychiater sieht, die der Ergotherapie nur eine mäßige Bedeutung beimessen. Auch Schützwohl stellt fest, dass das Ansehen der Ergotherapie in den psychiatrischen Krankenhäusern noch als gering zu bewerten ist, obwohl sich die ergotherapeutischen Angebote neben der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung zu einem entscheidenden dritten Angebot entwickelt haben (vgl. Schützwohl, 1998, S. 12). Reuster (2008, S. 33) äußert dazu „in 95 Prozent der psychiatrischen Kliniken laufen ergotherapeutische Programme. Obwohl Psychiater sie gerne verordnen, sind sie oft nicht interessiert an den Ergebnissen – und gleich gar nicht an ergotherapeutischer Wissenschaft“. Weiterhin kann Wadehn aus den Erfahrungen mit ihrer Studie (vgl. Abschnitt 3.3.1) von der methodischen Schwierigkeit berichten, die Wirksamkeit der ergotherapeutischen Intervention als komplementär Maßnahme innerhalb der vielen verschiedenen Angebote zu isolieren und somit nachzuweisen, da die Effekte von denen der anderen Behandlungen überlagert bzw. beeinflusst werden (vgl. Wadehn, 2000, S. 125). Die wenigen deutschen Studien stammen aus den späten 1990er bzw. 2000er Jahren und werden von Berufsfremden (Ärzten, Psychologen) publiziert. Die erste publizierte Studie kommt aus dem Jahr 1998 von dem Psychologen Schützwohl. Dieser führt im Rahmen seiner Dissertation eine Befragung zur Korrelation der Klienten- und Therapeutenzufriedenheit unter dem Aspekt der Qualitätssicherung durch. Die genauere Betrachtung der Klientenbefragung von Schützwohl erscheint trotz eines niedrigen Evidenzlevels sinnvoll, da es sich um die erste wissenschaftliche Untersuchung ergotherapeutischer Maßnahmen im Fachbereich Psychiatrie handelt und der wichtige Aspekt der Klientenzufriedenheit als Qualitätskriterium thematisiert wird. Aus dem Jahr 2005 gibt es eine weitere Studie von dem Team um Bayer et al. bestehend aus Psychiatern und Psychologen verschiedener Kliniken in Deutschland,

die in einer randomisierten kontrollierten Studie die Auswirkungen arbeits- und ergotherapeutischer Maßnahmen auf die berufliche Integration schizophrener Klienten betrachtet haben. Die Arbeitsgruppe um Wiedl aus einer der teilnehmenden Kliniken nutzt die Daten dieser Studie für eine vertiefende Publikation in Form von hierarchischen Cluster-Analysen. Die Betrachtung dieser beiden Studien ist sinnvoll unter dem Aspekt, dass die Ergebnisse kontrovers die Wirksamkeit der bisher gängigen ergotherapeutischen Angebote in Frage stellen. Darüber hinaus hat sich der Psychiater Thomas Reuster 2006 in einer mehrjährigen randomisierten kontrollierten Studie an der Universitätsklinik in Dresden mit der Frage der Effektivität der angebotenen ergotherapeutischen Maßnahmen befasst. Im Rahmen dieser Studie existieren zwei weitere Publikationen der Doktoranden Reusters. Bei Wadehns teilkontrollierter klinischer Studie von 2000 handelt es sich um das Pilotprojekt der mehrjährigen Forschungsreihe von Reuster. Ziemann befasst sich ebenfalls im Jahr 2000 mit einer Klienten- und Angestelltenbefragung zum Stellenwert der Ergotherapie im psychiatrischen Krankenhaus. Die Einbeziehung der dritten Studien von Reuster erscheint relevant, da es sich auf Grund des hohen Evidenzlevels um die bisher bedeutendste Publikation für diesen Bereich der Ergotherapie handelt. Schützwohl und Reuster befassen sich auch in den Folgejahren mit ergotherapeutischen Themen in ihren Forschungsprojekten, sie führen von 2008 bis 2010 gemeinsam mit mehreren Ergotherapeuten eine randomisierte kontrollierte geriatrische Studie über die Effektivität einer alltags- und betätigungsorientierten ergotherapeutischen Intervention bei Klienten mit Demenzerkrankung durch. Basierend auf den Ergebnissen veröffentlichen sie 2013 einen evidenzbasierten Leitfaden für die ergotherapeutische Behandlung von Klienten mit Demenzerkrankungen. Reuster und Schützwohl können daher mit zu den wichtigsten Verfassern von ergotherapeutischen Studien in Deutschland gerechnet werden. Die Reihenfolge der Darstellung der Studienzusammenfassung in den nächsten Abschnitten erfolgt chronologisch nach den Veröffentlichungsdaten.

3.1 Klientenbefragung Schützwohl

Der Psychologe Matthias Schützwohl befasst sich 1998 in seiner Dissertation an der Universität Heidelberg mit der wissenschaftlichen Evaluation der Ergotherapie im psychiatrischen Krankenhaus. Dafür führt er Klienten- und Therapeutenbefragungen im Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim durch und diskutiert die

Ergebnisse unter dem Gesichtspunkt Qualitätssicherung (vgl. Schützwohl, 1998, S. 7). „Ziel der Arbeit ist es, den korrelativen Zusammenhang zwischen der von den Patienten berichteten Zufriedenheit mit einer stationären ergotherapeutischen Behandlung und der von den Ergotherapeuten vermuteten Patientenzufriedenheit zu ermitteln“ (Schützwohl et al., 2000a, S. 4). Die Untersuchung findet über drei Monate statt und beschränkt sich auf Klienten der offenen Stationen (vgl., Schützwohl, 1998, S. 57). Die Stichprobe beträgt $n = 84$ Klienten, wobei nur von 58 Klienten alle notwendigen Daten im gesamten Behandlungsverlauf erfasst werden können. Die Drop-out Rate liegt somit bei 26. Die Gründe für die unvollständige Datenerhebung sind vielfältig z.B. brechen Klienten gegen ärztlichen Rat die Behandlung vorzeitig ab, verweigern die Mitarbeit, werden von den Ärzten nicht für ergotherapeutische Interventionen angemeldet oder werden in andere Kliniken verlegt (vgl. ebd., S. 60). Als ergotherapeutische Interventionen erhalten die Probanden Gruppenbehandlungen in Form von freiem Gestalten, einer soziotherapeutischen Gruppe und Werktherapie. Schützwohl nutzt die Daten diverser Assessments zur Erfassung der soziodemographischen Daten (z.B. Alter, Geschlecht, ICD-10 Diagnosen, Erkrankungsdauer, Befindlichkeit) erfasst durch die Ärzte und ein Assessment zur Beurteilung des Verhaltens des Klienten beurteilt durch die Pflegekräfte der Einrichtung. Diese Assessments entsprechen den zum Untersuchungszeitpunkt üblichen Standards der Klinik. Weiterhin verwendet der Autor standardisierte und selbst konzipierte Erhebungsinstrumente zur Erfassung der Bewertung der Ergotherapeuten und Klienten zu einem Messzeitpunkt (kurz vor Abschluss der Behandlung). Die Zuweisung der Klienten zur Teilnahme an den ergotherapeutischen Angeboten der Klinik erfolgt zumeist in den wöchentlich stattfindenden Stationskonferenzen, so dass die Ergotherapeuten in die Entscheidungen eingebunden sind (vgl. Schützwohl et al., 2000b, S. 402). Die Ergebnisse zeigen, dass sowohl Ergotherapeuten als auch Klienten die ergotherapeutischen Maßnahmen positiv bewerten. Auch kann Schützwohl belegen, dass die Therapeuten im Stationsalltag nicht unterscheiden können ob die Klienten zufrieden oder unzufrieden sind, aber wenn die Therapeuten selbst die Behandlung und die therapeutische Allianz als positiv werten auch eine Zufriedenheit auf Seiten der Klienten erwarten (vgl. Schützwohl et al., 2000a, S. 5). Die Auswertung zeigt ebenfalls, dass die Klienten den ergotherapeutischen Angeboten zwar eine Reduzierung ihrer Beschwerden zu rechnen, aber sich durch die Ergotherapie nicht ermutigt fühlen, sich mit ihren

persönlichen Problemen auseinandersetzen. Ein weiteres Ergebnis Schützwohls bezieht sich auf das ergotherapeutische Angebot soziotherapeutische Gruppe. Der Autor kann nachweisen, dass die Klienten dann mit der Behandlung zufrieden sind, wenn sie sich von den Therapeuten unterstützt fühlen, sie sich offen in der Gruppe mit ihren Problemen auseinandersetzen können und das ergotherapeutische Angebot sie auf die Zeit nach der Entlassung vorbereitet (vgl. Schützwohl et al., 2000b, S. 404). Schützwohl zieht aus der Befragung mehrere Schlüsse: Klienten bewerten die ergotherapeutischen Maßnahmen als positiv, wenn sie das Gefühl einer Symptomreduzierung erfahren und ein Unterstützungserleben durch die Ergotherapeuten erfolgt. Dafür empfiehlt der Autor, dass die ergotherapeutischen Angebote in stationären psychiatrischen Kliniken praxisorientiert und auf die Zeit nach der Entlassung vorbereitend ausgerichtet sein sollten (vgl. ebd., S. 405). Weiterhin regt er an, dass Ergotherapeuten zukünftig Qualitätsmanagementmaßnahmen einsetzen, die auf der Selbstbeurteilung der Klienten basieren, um eine hohe Klientenzufriedenheit erreichen zu können (vgl. Schützwohl et al., 2000a, S. 3). Als Schwächen der Studie sind die mit n=58 kleine Stichprobe und das niedrige Evidenzlevel zu nennen. Der Autor selbst vermutet eine leichte Verzerrung der Wertungen der Klienten, da diese durch psychologische Mechanismen (wie z.B. soziale Erwünschtheit, kognitive Einschränkungen) in ihren Beurteilungsfähigkeiten beeinflusst gewesen sein könnten (vgl. Schützwohl et al., 2000b, S. 404). Zudem zeigt sich im Sinne der PEDro-Skala² eine geringe methodische Qualität. Schützwohl erläutert z.B. nicht welche Ein- und Ausschlusskriterien für die Wahl der Probanden vorgenommen werden. Auch das Design der Studie mit dem Verzicht auf eine Interventions- und Kontrollgruppe, einer geblindeten Zuordnung der Klienten, behandelten Therapeuten und Untersucher sorgt für eine geringe Wertung im Sinne der PEDro-Skala. Stärke der Publikation ist die Tatsache, dass Schützwohl die Ergotherapeuten selbst zur Fremdbeurteilung und Mitarbeit der Klienten befragt und die Therapeuten in den Zuweisungsprozess der Klienten eingebunden sind (vgl. ebd., S. 402). Als positiv ist weiterhin zu bemerken, dass die Studie von Schützwohl die

² Die Physiotherapie Evidenz Datenbank oder kurz PEDro ist eine frei zugängliche, webgestützte Datenbank zu physiotherapierrelevanter Evidenz. Diese wird vom Centre for Evidence Based Physiotherapy (CEBP) getragen. Das CEBP wurde von einer kleinen Gruppe von Physiotherapeuten gegründet. Es gehört zur muskuloskeletalen Abteilung des George Institute for Global Health an der Universität Sydney. Das Personal des CEBP führt regelmäßige und systematische Recherchen elektronischer Datenbanken aus dem Gesundheitsbereich nach relevanten RCTs, Reviews und Leitlinien durch. In den 2000er entwickelte das CEBP Team die PEDro Skala. Mit dieser Skala können Therapeuten Studien beurteilen (vgl. PEDro, 2016).

erste deutsche wissenschaftliche Publikation zu Ergotherapie im Bereich der Psychiatrie ist und damit als Meilenstein für die Forschung der Ergotherapie gewertet werden kann.

3.2 Randomisierte kontrollierte Studie Bayer et al.

Die Psychologin Wiltrud Bayer befasst sich 2005 in ihrer Dissertation an der Universität Tübingen in einer prospektiven randomisierten kontrollierten Multizenterstudie mit Effekten stationärer arbeitstherapeutischer Maßnahmen bei schizophrenen erkrankten Menschen. Die Untersuchung ist Bestandteil des klinikübergreifenden Kompetenznetzwerk Schizophrenie und wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert. Bayer formuliert als Arbeitshypothese, dass arbeitstherapeutische Maßnahmen bei stationär behandelten Klienten mit postakuter Schizophrenie eine überlegenere Wirkung haben als nicht an der Arbeitswelt orientierten ergotherapeutische Behandlungen. Als Kriterien für die Effektmessung wählt die Autorin bessere Arbeitsfähigkeiten, allgemeines Funktionsniveau, Psychopathologie sowie höhere berufliche Wiedereingliederung. Die Datenerhebung erfolgt an fünf Kliniken über zweieinhalb Jahre. Die ausgewählten Kliniken sind typische Vertreter deutscher psychiatrischer Einrichtungen in Bezug auf Einzugsgebiet, Einbindung in die Gesamtversorgungsstruktur und die Art der Einrichtung (vgl. Bayer et al., 2006, S. 35). Zu fünf verschiedenen Messpunkten (zu Beginn und nach Abschluss der Intervention, nach drei und sechs Monaten sowie zwei Jahre nach Beendigung der Behandlung) werden Assessments von Diplompsychologen im Gespräch mit den Klienten durchgeführt. Bayer nutzt diverse Befunderhebungsinstrumente zur Erfassung der Effekte. Abbildung sechs zeigt übersichtsichtlich die verwendeten Assessments zu den verschiedenen Messpunkten.

Variablen	Erhebungsinstrumente	prä	post	3 Monate	6 Monate	2 Jahre
Arbeitsrelevante Fähigkeiten	• Arbeitsfähigkeitenprofil AFP	x	x			
	• Globale Einschätzung der Veränderung der Arbeitsfähigkeit**		x			
	• Selbsteinschätzung arbeitsrelevanter Fähigkeiten SAFF**	x	x			
Berufliche Integration und soziale Anpassung	• Fragebogen zu soziodemographischen und krankheitsanamnестischen Daten*	x		x	x	x
	• Fragebogen zur schulischen und beruflichen Entwicklung / zur beruflichen Integration*	x		x	x	x
	• Global Assessment of Functioning Scale GAF	x	x	x	x	x
	• Social and Occupational Functioning Assessment Scale SOFAS	x	x	x	x	x
Psychopathologie	• Positive and Negative Syndrome Scale PANSS	x	x	x	x	x
	• Symptom-Checkliste SCL-90-R		x	x		
	• Clinical Global Impression Scale CGI		x	x		
Zufriedenheit	• Berliner Lebensqualitätsprofil BeLP	x	x	x	x	x
	• Tübinger Bogen zur Behandlungszufriedenheit TUBB 2000		x			
	• Fragebogen zu Patientenbedürfnissen**		x			
Selbstwirksamkeitserwartung	• Skalen zur krankheitsspezifischen Selbstwirksamkeitsüberzeugung SEBE und SEPU	x	x			
Kognitive Leistungsfähigkeit	• Zahlenverbindungstest ZVT	x	x			
Teilnahmemotivation	• Fragebogen Motivation zur Teilnahme an der Maßnahme**	x	x			
Bewertung der Maßnahme	• Fragebogen zur retrospektiven Bewertung der Maßnahme**		x	x		
Realitätsbezug bzgl. der Rehabilitation	• Fragebogen zur Rehaperspektive**	x	x	x	x	x

Abb. 6: Erhebung der abhängigen Variablen zu den verschiedenen Messzeitpunkten, Bayer, 2005, S. 25.

Die Stichprobe beträgt $n = 227$. Von 163 Klienten liegen die Daten nach den vier Wochen, von 126 nach drei und von 112 nach sechs Monaten vor. Für 110 Klienten können auch nach zwei Jahren Ergebnisse erhoben werden (vgl. Bayer, 2005, S. 1). Gründe für die Droup-outs sind vielfältig (z.B. Abbruch der Maßnahme, Klient verstorben, Ablehnung der weiteren Teilnahme, Klient nicht mehr erreichbar). Angestrebt war eine Stichprobe von $n = 400$, jeweils 200 verteilt auf beide Gruppen. Die Klienten werden für vier Wochen in eine Interventions- und Kontrollgruppe eingeteilt. Die Probanden der ersten Gruppe erhalten als Experimentalbedingung reguläre arbeitstherapeutische Maßnahmen, die Probanden der zweiten Gruppe unspezifische kreative ergotherapeutische Behandlung der jeweiligen Klinik als Vergleichsbedingung (vgl. ebd., S. 18). Beide Behandlungen entsprechen qualifizierten Maßnahmen der klinischen Routine in deutschen psychiatrischen Krankenhäusern (vgl. Bayer et al., 2006, S. 35). In die Studie eingeschlossen werden Klienten im Alter zwischen 18 und 60 Jahren mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis im postakuten Stadium, die mit Indikation für

Arbeitstherapie voll- oder teilstationäre behandelt werden. Ausschlusskriterium ist eine zusätzliche Suchterkrankung. Die Konzeption der arbeitstherapeutischen Angebote differieren erheblich in Bezug auf die Inhalte, die Dauer, die fachliche Qualifikation der Mitarbeiter und die räumliche Lage zwischen den fünf Kliniken. Das ergotherapeutische Angebot für die Kontrollgruppe ist jedoch für den Studienzeitraum einheitlich in den teilnehmenden Einrichtungen (vgl. Bayer, 2005, S. 24). Alle Probanden der Studie erhalten darüber hinaus das gängige Behandlungsprogramm (ärztliche Gespräche, Gruppenpsychotherapeutische Behandlungen, medikamentöse Therapie etc.) der Stationen. Die Ergebnisse zeigen, dass nach der vierwöchigen Behandlung klinikübergreifend Verbesserungen in mehreren Bereichen (z.B. arbeitsrelevanten Fähigkeiten, der psychopathologischen Symptome, des Lebensgefühls sowie der kognitiven Leistungsfähigkeiten) zu verzeichnen sind, jedoch sind nur minimale Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe festzustellen (vgl. ebd., S. 81). Ebenfalls insignifikant sind die Messergebnisse der Studie über längerfristige Effekte der Behandlung beider Gruppen. Es zeigt sich sogar eine Abnahme der Anzahl der Klienten mit regulärer Arbeit. Zusammenfassend verbessern sich die meisten sekundären Zielkriterien zwar leicht im Zeitverlauf, allerdings nimmt das primäre Zielkriterium, die berufliche Integration, in beiden Gruppen ab. Bayer folgert daraus, dass die aufgestellte Hypothese auf Grund der methodischen Konzipierung der Studie nicht beantwortet werden kann. Darüber hinaus stellt das Team um Bayer infrage ob arbeitstherapeutische Maßnahmen nachhaltiger zum Behandlungserfolg beitragen können als andere Angebote (vgl. Bayer et al., 2008, S. 172). Eine Schwäche der Studie von Bayer ist der unterschiedliche Aufbau der Angebote der Interventionsgruppe. Die arbeitstherapeutischen Maßnahmen in den fünf Kliniken unterscheiden sich deutlich voneinander, so dass kaum eine einheitliche Interventionsgruppe erreicht werden kann. Bayer selbst gibt als Schwachpunkt an, dass die geplante Größe der Stichprobe von $n=400$ nicht erreicht wird und die einzelnen Stichproben der jeweiligen Kliniken zu klein sind (vgl. Bayer, 2005, S. 85). Jäckel et al. (2008, S. 173) zeigen sich wenig überrascht über die Ergebnisse und kritisieren die Konzeption der Studie. Sie sehen die Beurteilung einer vierwöchigen Behandlung (unabhängig von der Teilnahme an Interventions- oder Kontrollgruppe) als zu kurzfristige Therapie für über Jahre chronisch an Schizophrenie erkrankte Klienten an und hätten eine Ausweitung der Studie um eine ambulante arbeits- oder ergotherapeutische Weiterbehandlung für sinnvoller erachtet. Als Stärke der Studie ist

der mit 1b verzeichnete hohe Evidenzgrad zu nennen, da es sich um eine randomisierte kontrollierte Studie handelt. Zudem wird im Sinne der PEDro-Skala eine Analyse der Drop-out Klienten nach der "intention to treat" Methode vorgenommen (vgl. ebd., S. 89). Die Publikation erfüllt jedoch nur drei der möglichen elf Bewertungskriterien der PEDro-Skala. Es handelt sich um die erste Studie zur Evidenzbasierung von arbeitstherapeutischen Angeboten im Bereich der voll- und teilstationären Psychiatrie. Die Arbeitsgruppe aus der an der Studie teilnehmenden Osnabrücker Klinik nutzt die Daten der Studie, um weitergehende hierarchischen Cluster-Analysen durchzuführen. Die Ergebnisse werden im nächsten Abschnitt dargestellt.

3.2.1 Clusteranalysen Wiedl et al.

Das Team um den Psychologen Karl Heinz Wiedl setzt sich zum Ziel, aus den Klientendaten der Interventionsgruppe des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Osnabrück mit Hilfe von vertiefenden hierarchischen Clusteranalysen unterschiedliche Behandlungsverläufe zu identifizieren (vgl. Wiedl et al., 2005, S. 674). Diese vertiefende Betrachtung erscheint sinnvoll, da die Osnabrücker Arbeitsgruppe als einzige auch neurokognitive Daten der Klienten erhoben hat, die jedoch in der Gesamtauswertung der Multizenterstudie dementsprechend nur bedingt ausgewertet werden können (vgl. ebd., S. 675). Die Stichprobe umfasst 42 postakute schizophrene und schizoaffektive vollstationär behandelte Klienten. Ausschlusskriterien sind eine zusätzliche Suchterkrankung sowie cerebrale Beeinträchtigungen. Es liegen jedoch nur für 33 Klienten vollständige Datensätze vor, die Drop-out Rate liegt bei etwa 25%. Die Klienten erhalten in der betrachteten Interventionsgruppe eine manualisierte, zielorientierte arbeitstherapeutische Maßnahme, welche sich in die drei Gruppen Holz, Grafik und Computer unterteilt. Die Ergotherapeuten führen eine handlungsorientierte Diagnostik und regelmäßige Reflexionsgespräche durch. In der ersten Woche erhalten die Klienten 15 Stunden, ab der zweiten Woche jeweils 25 Stunden Behandlung pro Woche. Als Assessments nutzt die Arbeitsgruppe zu vier Messzeitpunkten (vor Beginn der Maßnahme, nach fünf Tagen Teilnahme, in der zweiten Behandlungswoche sowie nach Abschluss der Therapie) diverse Erhebungsinstrumente, jedoch vorrangig das in Osnabrück entwickelte Arbeitsfähigkeitenprofil (vgl. ebd., S. 676). Die Ergebnisse zeigen, dass es mit Hilfe der Clusteranalyse möglich ist, Klienten mit eindeutigen Verbesserungen durch die Teilnahme an der Interventionsgruppe zu identifizieren. Auf

der anderen Seite belegen die Autoren auch, dass der größte Teil der Probanden von den arbeitstherapeutischen Maßnahmen nicht profitiert (vgl. ebd., S. 678). Es können Verbesserungen mit mittlerer bis hoher Effektstärke im Bereich der sozialen Kommunikationsfähigkeit bei 24% der Klienten und in Bezug auf die Lernfähigkeit bei 24% nachgewiesen werden, während sich im Bereich Anpassung bei 9% der Probanden eine Verschlechterung einstellt. Die Untersuchung ergibt ebenfalls, dass die Verbesserungen nur bei Klienten auftreten, die bereits zum ersten Messzeitpunkt der Intervention hohe Werte in den Assessments erzielt haben. Diese Klienten haben auch im Vergleich zu den anderen Probanden der Stichprobe ein niedrigeres Niveau an Negativsymptomatik (vgl. Bayer, 2005, S. 86), was bedeutet, dass die Veränderungen der Persönlichkeitsmerkmale durch die Schizophrenie bei diesen Teilnehmern weniger stark ausgeprägt sind. Weiterhin kann das Autorenteam bei den Vergleichen der Cluster ermitteln, dass in Bezug auf die Lernfähigkeit insbesondere neurokognitive Aspekte, im Bereich der sozialen Kommunikationsfähigkeiten Symptom- und Motivationsmerkmale sowie bezüglich der Anpassung die Ausprägung der Positivsymptomatik einen großen Einfluss haben. Als Schwäche der Studie benennen die Autoren selbst die sehr geringe Stichprobengröße sowie durch das Fehlen von Clusteranalysen der Kontrollgruppe eine nicht eindeutig gesicherte interne Validität (vgl. ebd., S. 679). Auch ist eine mangelnde methodische Qualität in Anlehnung an die Maßstäbe der PEDro-Skala anzumerken. Das Autorenteam kann auf Grund des Untersuchungsdesigns keine Verblindung der Probanden, der behandelnden Therapeuten sowie der Untersucher vornehmen. Eine nennenswerte Stärke ist der Ausgangspunkt der Untersuchung: die Idee des Autorenteam aus den Daten der multizentrischen Studie von Bayer eine separate vertiefende Analyse bezüglich der Effekte der arbeitstherapeutischen Angebote der Klinik in Osnabrück durchzuführen. Dies bedeutet für die Forschung über Ergotherapie im psychiatrischen Bereich eine weitere wichtige Publikation.

3.3 Randomisierte kontrollierte Studie Reuster

Der Psychiater Thomas Reuster publiziert 2006 die Ergebnisse einer mehrjährigen Forschungsstudie im Rahmen seiner Habilitationsschrift zur Effektivität der Ergotherapie im psychiatrischen Krankenhaus an der Universitätsklinik Dresden. In einem randomisierten Kontrollgruppen-Design untersucht Reuster die Effekte einer kompetenzzentrierten ergotherapeutischen Werkgruppe im Vergleich zu

unspezifischen Beschäftigungsmaßnahmen als Kontrollbedingung. Die Stichprobe umfasst n= 262 stationäre behandelte Klienten im Alter von 18-65 Jahren mit den Diagnosen Schizophrenie, depressives Syndrom und Manie. Die Dauer der Intervention beträgt vier Wochen, wobei die Klienten an fünf Tagen pro Woche à zwei Stunden täglich (Montag bis Freitag) ergotherapeutische Behandlung bzw. Beschäftigungszeit erhalten. Die Teilnehmer der Interventionsgruppe werden zu diesem Zweck in drei Untergruppen unterteilt und erhalten in den drei Kleingruppen jeweils drei Materialien (Ton, Peddingrohr, Maltechniken) sowie eine individuelle Anleitung durch die behandelnden Ergotherapeuten. Die Klienten der Kontrollgruppe bekommen in diesem Zeitraum auf ihren jeweiligen Stationen von den Pflegekräften niedrigschwelliges Materialien zur Beschäftigung ohne therapeutische Anleitung. Alle teilnehmenden Klienten erhalten darüber hinaus die gleichen Bedingungen für medikamentöse und psychotherapeutische Behandlungen. Reuster nutzt diverse Assessments u.a. zur Erhebung von Personenvariablen, sozialer Fertigkeiten, Hoffnungslosigkeit, Psychopathologie, Konzentration sowie ein Fragebogen zur Selbsteinschätzung durch die Klienten, die er zu drei verschiedenen Messpunkten (Tag der Aufnahme, nach zwei Wochen sowie nach vier Wochen) durchführt. Auswerten kann der Autor die Daten von 216 Klienten, die Dropout-Rate liegt somit bei 46 sprich 16,7%. Die Ergebnisse zeigen einen insgesamt positiven Effekt der Interventionsgruppe. Dies zeigt sich am deutlichsten in der Gruppe der depressiven und mit etwas geringerer Effektstärke bei den manischen Klienten. Die Ergebnisse zeigen, dass „es offenbar einen messbaren klinischen Unterschied macht, ob sich psychiatrische Patienten mit irgendwas beschäftigen oder ob sie sich im Rahmen eines professionell-ergotherapeutisch angeleiteten und strukturierten Tuns im beschriebenen Setting betätigen“ (Reuster, 2006, S. 168). Als Schwäche der Studie ist die niedrige methodische Qualität zu nennen. Reuster erfüllt nur vier der elf Bewertungskriterien der PEDro-Skala. z.B. keine intention-to-treat-Analyse d.h. er gibt nicht an, ob bei den Klienten n=46, die aus der ursprünglichen Stichprobe nicht an der Interventions- oder Kontrollgruppen-Behandlung teilgenommen haben eine Ergebnismessung möglich war und ob die Messwerte so analysiert wurden, als ob die Probanden die zuge dachte Behandlung (oder Kontrollanwendung) erhalten hätten. Weiterhin mangelt es bei 85% der zur ursprünglichen Stichprobe zugeordneten Probanden an messbarem zentralen Outcome. Deutliche Stärke der Studie ist der hohe Evidenzgrad 1b, da es sich wie bei Bayer et al. um eine randomisierte

kontrollierte Studie handelt. Sie ist die bisher wichtigste und aktuellste Studie über Ergotherapie im psychiatrischen Bereich in Deutschland und wird u.a. von Lagemann (2009, S. 131f) im gängigen Grundlagen Buch Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie zitiert. Reuster wird 2007 dafür mit dem Hermann-Simon-Preis ausgezeichnet.

3.3.1 Teilkontrollierte klinische Studie Wadehn

Die Psychiaterin Petra Wadehn publiziert im Jahr 2000 eine teilkontrollierte Pilotstudie für ihre Dissertation im Rahmen des mehrjährigen soziotherapeutischen Forschungsprojektes von Thomas Reuster an der Universitätsklinik Dresden. Die Fragestellung der Studie von Wadehn bezieht sich auf die Objektivierung der therapeutischen Wirkung der Ergotherapie als Bestandteil des Gesamtbehandlungsplanes der Klinik (vgl. Wadehn, 2000, S. 5). Die Stichprobe beträgt n= 48 Klienten, 26 in der Interventions- und 22 in der Kontrollgruppe. Die Studie hat eine Laufzeit von zehn Monaten. Wadehn vergleicht zwei Klientengruppen prospektiv miteinander, die sich nur durch die Applikation der Ergotherapie Maßnahme unterscheiden. Die Klienten beider Gruppen erhalten eine Basistherapie in Form von medikamentöser und ärztlicher Behandlung sowie Musik- und Bewegungstherapie. Zusätzlich bekommen alle Studienteilnehmer aus einem Spektrum von Gruppenpsychotherapie, Verhaltenstherapie, tiefenpsychologische Einzeltherapie, Gestaltungstherapie etc. je nach individuellem Bedarf weitere zusätzliche Angebote (vgl. ebd., S. 76). Die Interventionsgruppe erhält für vier Wochen ein standardisiertes Ergotherapie Programm im Sinne einer kompetenzzentrierten Methode mit dem definierten Setting Gruppentherapie. Die Angebote für diese Gruppe werden von vier Ergotherapeuten sowie einer medizinischen Hilfskraft angeleitet. Die Klienten der Kontrollgruppe hingegen bekommen im gleichen Zeitraum auf der Station Materialien (wie z.B. Malutensilien, Baukästen) zum selber beschäftigen von Pflegekräften ausgehändigt ohne professionelle therapeutische Anleitung. Insgesamt umfasste die Therapiezeit für beide Gruppen acht Stunden pro Woche (jeweils Montag bis Freitag). Wadehn führt zu drei verschiedenen Zeitpunkt des stationären Aufenthaltes (Prä-Test bei Aufnahme und zwei sowie vier Wochen nach Therapieaufnahme) Messungen mit Assessments durch. Sie verwendet das Erhebungsinstrument d2 zur Überprüfung der Konzentration, verschiedene Skalen zur Erfassung der Ausprägung der Angst, Skalen zur Bewertung der Kommunikabilität sowie einen selbst erstellten Fragebogen zur Klientenzufriedenheit. Zur Messung der Therapieeffekte dienen die Personenvariablen

Angst, Zukunftskonzept, Hoffnungslosigkeit, Kommunikabilität, soziale Kontaktstörungen, Berufsschwierigkeiten, Verstimmungsstörungen, Konzentrations- und Leistungsstörungen, Intelligenzquotient, Psychopathologie sowie seelische Gesundheit (vgl. ebd., S. 74). Einschlusskriterien für die Studie sind die ICD-10 Diagnosen F20 Schizophrenie, F30 manische Episode, F31 bipolare affektive Störung, F32 depressive Episode, F33 rezidivierende depressive Störung. Weiterhin müssen die Klienten im Alter zwischen 18 und 65 Jahren sein, eine stationären Behandlung erhalten und eine schriftliche Zustimmung zur Teilnahme an der Studie geben (vgl. ebd., S. 75). Die Randomisierung erfolgt mittels computergestützter Zuordnung durch eine neutrale Person (vgl. ebd., S. 77). Die Anzahl der Drop-outs liegt bei 21. Acht in der Interventionsgruppe sowie dreizehn in der Kontrollgruppe. Gründe hierfür sind vielfältig z.B. Abbruch der stationären Behandlung, Demotivation durch Zuordnung in die Kontrollgruppe, Alter höher als 65 und Intelligenzminderung (vgl. ebd., S. 90). Die Ergebnisse zeigen, dass der Anteil der Frauen in der Gesamtstichprobe überwiegt. Die Klienten sind im Durchschnitt 42,75 Jahre und hatten bereits mehrfach stationäre Klinikaufenthalte (vgl. ebd., S. 93). Die Studie kann für einzelne Variablen signifikant messbare Therapieeffekte nachweisen. Auf Grund der geringen Stichprobengröße können jedoch lediglich Tendenzen abgeleitet werden. So lautet eine dieser Tendenzen, dass die ergotherapeutische Intervention das Angsterleben vermindert (vgl. ebd., S. 116). Auch deutet sich ein Effekt zur Abnahme der Verstimmungsstörungen an. Eine Verbesserung der Kommunikabilität sowie der Aufbau eines positiveren Zukunftskonzeptes durch das ergotherapeutische Angebot kann von Wadehn nicht nachgewiesen werden. Die Auswertung des Klientenzufriedenheits-Assessments ergibt, dass die Klienten der Interventionsgruppe zufriedener mit dem Therapieangebot sind (vgl., ebd., S. 118). Wadehn zieht aus den Ergebnissen die Schlussfolgerung, dass der Nachweis der Wirksamkeit ergotherapeutischer Leistungen im Rahmen eines Gesamtbehandlungskonzeptes psychiatrischer Kliniken methodisch schwierig, aber bei einer größeren Stichprobe möglich und für die weitere Entwicklung des Berufsbildes der Ergotherapie notwendig ist. Als größte Schwäche der Studie ist der geringe Umfang der Stichprobe zu nennen. Folglich sind kaum signifikante Aussagen, sondern lediglich Untersuchungstendenzen ableitbar. Auf Grund der Konzeption der Studie konnte im Sinne der PEDro-Skala auch keine Blindung der Probanden, der behandelnden Therapeuten oder der Untersucher vorgenommen werden. Wadehn selbst gibt neben der zu geringen Zahl der Probanden

als Schwäche der Studie an, dass es auf Grund der räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten der Klinik schwierig ist die Klienten der Kontrollgruppe nicht an der ergotherapeutischen Intervention teilnehmen zu lassen. Teilweise sind die Klienten der Kontrollgruppe trotz Aufklärung in den Interventionsangeboten anwesend, so dass die Realisierung der Randomisierung sich als schwierig darstellt (vgl. ebd., S. 90). Auch die Standardisierung der ergotherapeutischen Intervention ist nur bedingt möglich, da eine kompetenzzentrierte Methode beim Klienten viele Freiheiten lässt und subjektspezifisch ausgerichtet ist (vgl. ebd., S. 77). Möller et al. (2011, S. 1078) führen eine weitere Schwierigkeit an, die auch allgemein Ursache für die geringe Anzahl von Studien über Ergotherapie im psychiatrischen Bereich ist. „Dies liegt nicht zuletzt an ihrem Einsatz als komplementär Therapie: ihre Effekte sind in der Regel von stärkeren Therapiekomponenten (z.B. psychopharmakologischen oder psychotherapeutischen) überlagert und müssen methodisch aufwendig isoliert werden“. Als Stärke der Publikation ist trotz des geringen Umfangs die verhältnismäßig hohe methodische Qualität zu nennen. Sie ist u.a. randomisiert und die Zuordnung zur Interventions- und Kontrollgruppe erfolgt verborgen. Als weitere Stärke ist zu erwähnen, dass die Autorin sich über mehrere Jahre intensiv mit dem Thema Ergotherapie auseinandergesetzt und auch eine mehrwöchige Selbsterfahrung in der Dresdener Klinik (sowohl als Klientin, als auch als Therapeutin) probiert. Sie hat somit versucht, als Angehörige einer anderen Profession das Berufsbild der Ergotherapie zu ergründen und damit einen weiteren Beitrag zur bisher völlig unzureichenden Evidenzlage für Ergotherapie im Fachbereich Psychiatrie und Psychosomatik geleistet. Dr. med. Petra Wadehn verstirbt kurz nach Fertigstellung ihrer Dissertation 2001 (vgl. Reuster, 2006, S. VIII).

3.3.2 Befragung Ziemann

Der Psychiater Götz-Hendrik Ziemann publiziert im Jahr 2000 eine Klienten- und Angestelltenbefragung für seine Dissertation im Rahmen des mehrjährigen soziotherapeutischen Forschungsprojektes von Thomas Reuster an der Universitätsklinik Dresden. Die Dissertation befasst sich mit dem Stellenwert der Ergotherapie im stationären psychiatrischen Therapiekonzept. Als Arbeitshypothese formuliert Ziemann (2000, S. 6), dass die Ergotherapie im Meinungsbild sowohl der Klienten als auch der Angestellten einen wichtigen Rang einnimmt und dadurch ihren Aufwand auf den Stationen rechtfertigt. 1997 und 1998 führt er Befragungen von Klienten und Angestellten durch. Die Stichprobengröße der Klientengruppe beträgt

n=242, wobei sie sich aus Probanden von zwei Kliniken (Universitätsklinikum Dresden und psychiatrische Klinik Niederlausitz Klettwitz) zusammensetzt (vgl. ebd., S. 33). 134 Befragte sind weiblich, 108 männlich. Die Klienten unterteilen sich in die Diagnosen Schizophrenie, Affektive Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, Hirnorganische Psychosyndrome und Suchterkrankungen. Für die Befragung der Angestellten nutzt er Probanden aus vier Kliniken (Universitätsklinikum Dresden, psychiatrische Klinik Niederlausitz Klettwitz, Städtisches Krankenhaus Dresden Neustadt sowie psychiatrische Klinik Wiesen). Die Stichprobengröße beträgt n=189. Die Befragten teilen sich auf in die Berufsgruppen Fachärzte, Assistenzärzte und Psychologen, Pflegekräfte sowie Ergotherapeuten (vgl. ebd., S. 34). Ziemann führt einen Pretest mit jeweils 20 Probanden für beide Gruppen durch. Für die Gruppe der Klienten führt er Erhebungen zu zwei Messpunkten durch (Präbefragung zu Beginn sowie am Ende der Behandlung eine Postbefragung). Ziel ist die Beurteilung von acht verschiedenen Leistungen des psychiatrischen Therapieangebotes der Kliniken. Ziemann unterscheidet Arbeitstherapie, Beschäftigungstherapie, Arztgespräche, Elektroheilkampftherapie, Gruppengespräche, Therapie mit Medikamenten, Musiktherapie sowie Bewegungstherapie. Den Klienten-Fragebogen konzipiert der Autor selbst. Dieser enthält sieben Analogskalen, die Elf-Punkte-Rating-Skalen darstellen. Zur Gesamtbewertung der Behandlung nutzt Ziemann beim zweiten Messpunkt ergänzend ein standardisiertes Assessment (vgl. ebd., S. 37). Für die Gruppe der Angestellten entwickelt der Autor einen Fragebogen mit Fallbeispiel eines Klienten mit paranoid-halluzinatorischer Symptomatik. An Hand dieser Daten sollen die Befragten zwölf mögliche Behandlungsformen in Bezug auf die Wichtigkeit für diesen Fall beurteilen. Die zwölf Leistungen sind Angehörigen- und Familientherapie, Arbeitstherapie, Beschäftigungstherapie, Elektroheilkampfbehandlung, Entspannungstherapien, Teilnahme an Gruppen zur Patientenvertretung, Maltherapie, Musiktherapie, Psychopharmakotherapie, Psychotherapie, Bewegungstherapie, sonstige somatische Therapien (z.B. Licht- oder Schlafentzugstherapie) (vgl. ebd., S. 38f). Ziemann weist bei der Auswertung der Klientenbefragung keinen Unterschied der Bewertungsreihenfolge zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt nach. Die Bedeutung einzelner Behandlungsangebote verändert sich für die Klienten folglich im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes nicht. Die Ergebnisse zeigen, dass Gespräche mit den behandelnden Ärzten für die Klienten mit großem Abstand die höchste Bedeutung haben, gefolgt von der Beschäftigungs- und der Psychopharmakotherapie.

Therapeutische Gruppengespräche, Arbeitstherapie, Bewegungs- und Musiktherapie landen in absteigender Reihenfolge auf den nächsten Plätzen. Ziemann kann signifikante Unterschiede in Abhängigkeit zwischen den Geschlechtern nachweisen. So stufen weibliche Klienten die Beschäftigungstherapie höher ein (vgl. ebd., S. 41). Abbildung sieben zeigt die Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

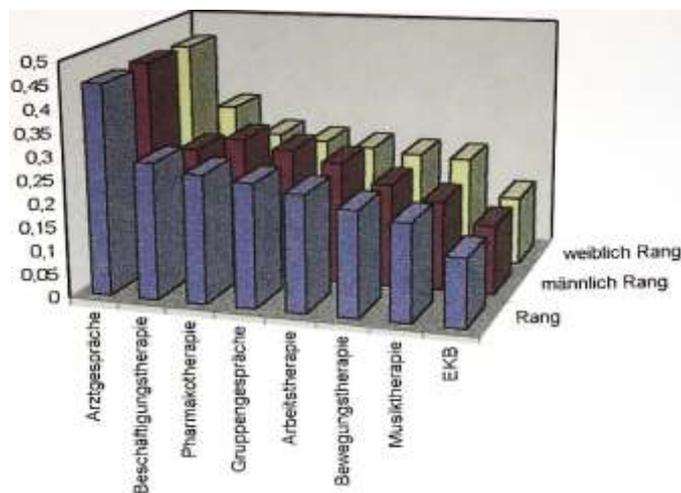


Abb. 7: Rangreihe der Methoden in der Meinung der Klienten. Gesamtdarstellung in Abhängigkeit vom Geschlecht, Ziemann, 2000, S. 43.

Weiterhin zeigen die Daten, dass ältere Klienten Pharmakotherapie mehr Bedeutung beimessen als jüngere. Auch in Bezug auf die beiden Einrichtungen kann Ziemann signifikante Unterschiede nachweisen. In der Klinik in Klettwitz werden die therapeutischen Gruppengespräche von den Klienten als wichtiger bewertet, als in der Klinik in Dresden. Ziemann vermutet den Grund hierfür in den verschiedenen Therapieansätzen für die Gruppengespräche (vgl. ebd., S. 44). Die Auswertung des Assessments zur Zufriedenheit mit der Gesamtbehandlung belegt, dass Klienten mit einer niedrigen Therapiezufriedenheit durch die angebotenen Leistungen der Kliniken nicht erreicht werden können. Insgesamt kann Ziemann durch die Datenauswertung seine Arbeitshypothese belegen, dass die Beschäftigungstherapie im Meinungsbild der Klienten einen hohen Rang einnimmt. Von der Gruppe der Angestellten werden die Therapieleistungen in Bezug auf das Fallbeispiel anders eingeschätzt. So wird der Psychopharmakotherapie die größte Bedeutung beigemessen. Die Beschäftigungstherapie, Angehörigenarbeit und Psychotherapie werden an zweite, dritte und vierte Stelle gesetzt. Arbeitstherapie, Bewegungstherapie, Musik-, Mal- und Entspannungstherapie sowie Gruppen zur Klientenselbstverwaltung erhalten in absteigender Reihenfolge die Plätze fünf bis zehn. Elektroheilkampfbehandlung

sowie sonstige somatische Therapieverfahren bekommen die geringste Bedeutung zu geordnet (vgl. ebd., S. 46). Signifikante Unterschiede kann Ziemann in Bezug auf das Lebensalter nachweisen. So bewerten Mitarbeiter ab dem fünfzigsten Lebensjahr arbeitstherapeutische Maßnahmen höher und Entspannungstherapien niedriger als der Durchschnitt. In unmittelbarem Zusammenhang dazu wirkt sich auch die Berufszugehörigkeit auf die Wertung aus. Ziemann stellt fest, dass Berufsanfänger der psychotherapeutischen Behandlung mehr Gewicht geben. Auch in Bezug auf die Kliniken findet der Autor Unterschiede. So messen die Mitarbeiter der Klinik in Wiesen der Elektroheilkampfbehandlung signifikant mehr Bedeutung bei als der Durchschnitt (vgl. ebd., S. 49). Weiterhin weist Ziemann in der Berufsgruppe der Ergotherapeuten nach, dass diese Entspannungsverfahren und Psychotherapie höher sowie Angehörigenarbeit niedriger als der Durchschnitt bewerten (vgl. ebd., S. 52). Insgesamt kann Ziemann auch für den Bereich der Angestellten seine Arbeitshypothese belegen. Die Ergotherapie ist allgemein akzeptiert und hat einen hohen Stellenwert innerhalb des psychiatrischen Leistungsangebotes der Kliniken. Als Schwäche der Studie ist das geringe Evidenzlevel zu nennen. Zudem zeigt sich im Sinne der PEDro-Skala eine schwache methodische Qualität. Die Befragung erfüllt lediglich vier der elf Kriterien der Skala. Ziemann selbst gibt als Schwäche der Publikation an, dass es sich um keine objektive Messung von Effekten der Ergotherapie, sondern um eine rein subjektive Befragung handelt. Weiterhin kann Ziemann keine gültige Drop-out Zahl nennen, da er von den Verteilern der Fragebögen vor Ort in den Kliniken nur bedingt Informationen darüber erhalten hat. Lediglich über sechs dokumentierbare Droup-outs ist er informiert (vgl. ebd., S. 66). Als Stärke der Studie ist zu nennen, dass Ziemann durch die Konzeption der Fragebögen versucht Verzerrung auf Grund bekannter psychologischer Mechanismen (wie z.B. soziale Erwünschtheit, kognitive Einschränkungen) entgegen zu wirken (vgl. ebd., S. 65). Weiterhin ist die Befragung als ein Bestandteil des umfassenden mehrjährigen Forschungsprojektes von Reuster zu werten. Die Publikation von Ziemann kann darüber hinaus als ein Argument zur Existenzberechtigung der Ergotherapie im Fachbereich Psychiatrie und Psychosomatik gesehen werden, weil sie wissenschaftlich den hohen subjektiven Stellenwert bei Klienten und Angestellten belegt.

4. Forschungsdesign

Zur Klärung der aufgestellten Hypothesen wird für diese Masterarbeit ein qualitativer Ansatz gewählt, da diese Fragestellungen sich laut Cropley (2011, S. 10) aus dem Wunsch des Forschers heraus entwickeln, mehr über ein bestimmtes Thema erfahren zu wollen. Gründe für dieses Interesse können Neugierde, eine Intuition oder ein persönliches Engagement in dem zu untersuchenden Bereich sein. Die Lebenswelt der voll- und teilstationären psychiatrischen Ergotherapie wird von innen heraus durch die Sicht von Experten beschrieben, damit ein besseres Verständnis von Strukturmerkmalen in diesem Bereich entsteht (vgl. Flick et al., 2010, S. 14). Das Thema dieser Masterarbeit ist aus dem vorherigen Praxisprojektes³ hervorgetreten. Die Datenauswertung der qualitativen Interviews für das Projekt ergibt, dass deutliche Abweichungen zwischen den Arbeitsbedingungen von Ergotherapeuten im Setting ambulante Praxis im Vergleich zu teil- oder vollstationären Kliniken bestehen. Als weiterführende vertiefende Arbeitshypothese kann abgeleitet werden, dass Ergotherapeuten in Krankenhäusern sich deutlich abhängiger von den vorgesetzten ärztlichen Leitungen fühlen, jedoch weniger von den Kostenträgern und Entwicklungen des Gesundheitssystems in ihrer täglichen Arbeit beeinflusst werden. Als aktueller gesundheitspolitischer Bezug zur Prüfung der Hypothese wird die Umstellung des Finanzierungssystems der psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken von der BPfIV auf das Psych-Entgelt gewählt. In leitfadengestützten qualitativen Experteninterviews mit Ergotherapeuten, die im psychiatrischem Setting tätig sind, werden der Wissensstand der Therapeuten um das neue Finanzierungsmodell und antizipierte, zukünftige Auswirkungen auf deren Arbeit erfasst. Das spezifische Ziel dieser Masterarbeit soll es sein, Alltagswissen um das Thema zu erfassen, zu analysieren und durch den induktiven Charakter Informationen praktisch aufzubereiten. Verwendet wird auf Grund des Ansatzes ein nicht-experimentelles ex-post-facto Design. In der Untersuchung wird insbesondere in den Interviews viel Fachterminologie der Ergotherapie verwendet, da dieses im Rahmen qualitativer Designs wichtig ist, um die Kommunikation unter Berufsangehörigen effektiv zu fördern und Wissensbestände abrufbar zu machen (vgl. Cropley, 2011, S. 217). Als

³ Das Praxisprojekt befasste sich mit der Frage ob ergotherapeutische Behandlungen von psychiatrischen Klienten sich an Veränderungen im Gesundheitssystem anpassen. Dafür wurden in qualitativen Interviews hauptsächlich Ergotherapeutinnen, die in ambulanten Praxen tätig sind und nur eine Therapeutin aus dem stationären Setting befragt.

geeignetes Erhebungsverfahren werden leitfadengestützte Experteninterviews ausgesucht, um die deskriptiven, narrativen Daten der Befragten in lebensnahen Situationen angemessen erfassen zu können. Die Begründung für die Auswahl der Erhebungsmethode wird im Kapitel fünf ausführlich erläutert. Es handelt sich um eine Vergleichsstudie von sechs Fällen. Entscheidend ist in diesem Forschungsprojekt, nicht einen Fall in seiner Komplexität und Ganzheit zu verstehen, sondern die individuellen Expertenkenntnisse von mehreren Personen zu erfassen (vgl. Flick et al., 2010, S. 254). „Zentral ist hierbei die Perspektive der Handelnden, die Untersuchungsgegenstand sind“ (Raithel, 2006, S. 8). Es sind Momentaufnahmen der sechs Interviewpartner mit dem Ziel die Ausprägungen ihres Expertenwissens zu erheben, zu vergleichen und auszuwerten. Die Fälle n=6 werden nach verschiedenen Kriterien ausgewählt. Zunächst folgt eine kurze Auflistung der demographischen Daten. Die erste Befragte (I.I.) ist 57 Jahre alt, verheiratet, hat erwachsene Kinder, ist Umschülerin, Erstberuf Baumschulgärtnerin/Floristin, wohnt in einer Großstadt in Norddeutschland, arbeitet als Ergotherapeutin in Vollzeit (38,5 Stunden) in einer psychiatrischen Klinik eines privaten Anbieters. Die zweite Befragte (I.II.) ist 42 Jahre alt, verheiratet, hat keine Kinder, Studium Occupational Therapy in Großbritannien, wohnt in einer Großstadt in Norddeutschland, arbeitet als Ergotherapeutin Teilzeit (30 Stunden) in einer psychiatrischen Klinik eines privaten Anbieters. Die dritte Befragte (I.III.) ist 26 Jahre, nicht verheiratet, hat keine Kinder, wohnt in einer Großstadt in Norddeutschland, arbeitet als Ergotherapeutin Vollzeit (38,5 Stunden) in einer Praxis, die ausgegliederte psychiatrische Behandlungen für eine große staatliche Universitätsklinik durchführt. Die vierte Befragte (I.IV.) ist 48 Jahre alt, geschieden, hat ein erwachsenes Kind, ist Umschülerin, Erstberuf unbekannt, wohnt in einer Kleinstadt in Norddeutschland, arbeitet als Ergotherapeutin in Vollzeit (38,5 Stunden) in einer Praxis, die ausgegliederte psychiatrische Behandlungen für ein Krankenhaus mit Regionalem Psychiatriebudget durchführt. Die fünfte Befragte (I.V.) ist 26 Jahre, nicht verheiratet, hat keine Kinder, wohnt in einer Großstadt in Norddeutschland, arbeitet Vollzeit (38,5 Stunden) in einer teilstationären psychiatrischen Klinik eines privaten Anbieters. Der sechste Befragte (I.VI.) ist 40 Jahre alt, verheiratet, hat Kinder, wohnt in einer Großstadt in Norddeutschland, arbeitet als Ergotherapeut Vollzeit (38,5 Stunden) in der psychiatrischen Abteilung einer großen staatlichen Universitätsklinik. Die Geschlechterverteilung kann als repräsentativ angesehen werden, da die nicht

ärztlichen Heilberufe traditionelle Frauenberufe sind. Abbildung acht zeigt die Geschlechterverteilung in der Ergotherapie.

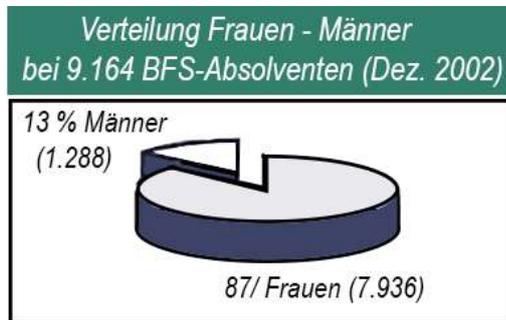


Abb. 8: Geschlechterverteilung in der Ergotherapie, eigene Darstellung in Anlehnung an Miesen, 2004, S. 71.

Auch die Tatsache, dass es sich bei zwei der Interviewpartner um Umschüler handelt, ist ein typisches Phänomen in der Ergotherapie. In den 1990er Jahren wird u.a. durch die Rentenversicherung Angehörigen anderer Berufe, die aus zumeist gesundheitlichen Gründen nicht mehr in ihrem Erstberuf tätig sein können, zum Teil die komplette dreijährige Ausbildung an den Berufsfachschulen gezahlt. „Mitverantwortlich für diese Entwicklung ist die Bundesanstalt für Arbeit, die bis Ende der neunziger Jahre über die Arbeitsämter diese Berufsausbildung ohne realistische Einschätzung des Arbeitsmarktes mit hohem Kostenaufwand gefördert hat“ (Marquardt, 2004, S. 167). Hinter dieser Idee steht auch der Versuch, mehr Männer für den historisch bedingten Frauenberuf zu gewinnen. Diese Männer haben meist einen handwerklichen Beruf erlernt und können diesen aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben. Bevorzugte Arbeitsbereiche für männliche Ergotherapeuten sind die Arbeitstherapie, die Psychiatrie und die Forensik, da in diesen Bereichen im geschützten Therapiebereiches mit vielen Patienten Werkstücke oder Industrieprodukte hergestellt werden, die später an reale Kunden verkauft werden. Die Endprodukte müssen also relativ hohe Qualitätsanforderungen erfüllen können. Stellenausschreibungen für diese Bereiche fordern neben der ergotherapeutischen daher meist auch eine handwerkliche Ausbildung, die die oben erwähnten Umschüler vorweisen können. Vor diesem Hintergrund ist auch ein männlicher Interviewpartner (wenn auch kein Umschüler) als repräsentativ für das Arbeitsfeld Psychiatrie anzusehen. Auf Grund ihrer Qualifikation, ihrer Berufserfahrung und ihres Arbeitsplatzes besitzen alle sechs Interviewpartner die für die gewählte Fragestellung notwendige Narrativkompetenz. Die Interview Teilnehmer können über verschiedene

Wege für das Sampling gewonnen werden: die Befragten I.I., I.II. sowie I.V. arbeiten alle für einen großen privaten Betreiber von diversen Gesundheitseinrichtungen in Deutschland. Durch persönliche Kontakte besteht eine Verbindung zum ergotherapeutischen Vorgesetzten der drei Interviewpartner, der wiederum die Anfrage für die Interviews an sein Team weiterleitet. Diese drei Ergotherapeutinnen haben sich daraufhin zur Teilnahme bereit erklärt. Bei der Befragten I.V. besteht darüber hinaus eine weitere Kontaktebene, da die Schwester der Befragten eine katholische Kindertagesstätte im Stadtteil leitet, in dem auch die Autorin der Masterarbeit eine ergotherapeutische Praxis führt. Zwischen der Praxis und der Kindertagesstätte besteht ein Kooperationsvertrag. Die Befragte I.III. meldet sich per E-Mail nach einer vorherigen Anfrage bei der Praxisinhaberin, für die sie tätig ist. Zu der Praxisinhaberin besteht auf Grund eines praktischen psychiatrischen Ausbildungsblocks der Autorin ein Kontakt. Interviewpartner I.VI. kann in einem zufälligen Gespräch nach dem Termin mit I.III. für das Sampling gewonnen werden, da auf Grund des Ausbildungsblocks ebenfalls eine Verbindung besteht. Die Befragte I.IV. wird über private Kontakte durch eine Bekannte der Autorin gefunden, die ebenfalls im sozialen Bereich, jedoch in einem anderen Beruf tätig ist. Darüber hinaus hat die Autorin viele weitere elektronische Anfragen an große teil- und vollstationäre Kliniken in Hannover, Hamburg und auch Dresden gerichtet, sowie an die Arbeitgeberin und Kollegen der Befragten I.IV. und weitere Kollegen von I.I., I.II. und I.V. Es wurden jedoch keine weiteren Interviewpartner gefunden, so dass die geplante Stichprobengröße von $n=8$ nicht erreicht werden kann. Die Motivation von Ergotherapeuten, sich ohne monetäre Anreize oder persönliche Kontakte an wissenschaftlichen Arbeiten zu beteiligen ist auf Grund der Erfahrungen des Praxisprojektes und der Masterarbeit eher als gering zu werten. Die Interviewsituationen werden individuell entsprechend der Zeitressourcen der Befragten ausgewählt - Fünf Interviews finden unter der Woche am jeweiligen Arbeitsplatz der Befragten statt, der Gesprächstermin mit I.IV. wird auf ihren Wunsch auf ein Wochenende und in ihre private Wohnung gelegt. Das erste Interview findet an einem Donnerstagvormittag um 8 Uhr in einer der ergotherapeutischen Behandlungsräume (Therapieküche) auf einer Station einer großen psychiatrischen Klinik statt. Sowohl der Zeitpunkt, als auch die Uhrzeit sind für das erste Interview gut gewählt, die Interviewpartnerin ist ausgeschlafen, motiviert und konzentriert. Es kommt lediglich zu einer kurzen Störung durch eine Reinigungskraft. Das zweite Interview

findet nach einer kurzen Pause im Anschluss an das erste Interview im gleichen Raum statt. Es handelt sich mit 64 Minuten um das mit Abstand längste Interview. Auch hier ist der Ort gut gewählt, der Zeitpunkt ist jedoch ungünstig, da parallel im Nachbarraum eine Musiktherapie-Gruppe stattfindet, die zeitweise für Störlärm sorgt. Weiterhin hat Interviewpartner II. im Anschluss direkt eine Gruppenbehandlung und ist daher in den letzten Minuten des Interviews unruhig und unkonzentriert. Das dritte Gespräch findet an einem Freitagnachmittag im Therapeutenbüro auf einer psychiatrischen Station in einer großen Universitätsklinik statt. Die Klinik hat einen Teil der ergotherapeutischen Behandlungen in eine ambulante Praxis ausgegliedert. Diese Praxis hat zwei Standorte, wobei sich der Standort mit Behandlungsschwerpunkt Psychiatrie innerhalb der Klinik befindet. Auch hier sind Ort und Zeitpunkt gut gewählt. Es kommt lediglich zu zwei kurzen Störungen durch einen Klienten und durch das Klingeln des Handys der Interviewpartnerin. Wie bereits erwähnt findet das vierte Interview an einem Samstagvormittag in der Wohnung der Interviewpartnerin statt. Zu Beginn kommt es zu einer Komplikation, da die Gesprächspartnerin den telefonisch vereinbarten Termin vergessen hat. Dieser Umstand sorgt jedoch dafür, dass das Gespräch ein gewisses Maß an Authentizität erhält. I.IV fühlt sich nicht vorbereitet (Frühstücksgeschirr steht noch auf dem Tisch etc.), ist jedoch verhältnismäßig schnell wieder entspannt und kann sich flexibel auf die ungeplante Situation einstellen. Es kommt zu kurzen Unterbrechungen im Gespräch durch Nachbarn, die das Treppenhaus wischen und Staub saugen. Sowohl Ort als auch Zeit sind für ein Gespräch mit I.IV. gut gewählt. Das fünfte Gespräch findet an einem späten Montagnachmittag im Büro der Interviewpartnerin in einer teilstationären Klinik statt. Da alle anderen Kollegen von I.V. bereits Dienstschluss haben, ist die Klinik mit Ausnahme einer Reinigungskraft leer. Zeitpunkt und Ort sind daher als geeignet anzusehen. Im Gespräch mit I.V. fällt im Vergleich zu allen anderen Interviewpartnern eine extreme Nervosität und Unsicherheit auf, die sich erst im Nachgespräch nach Aufnahmeende der offiziellen Audiodatei legt. Es kommt zu keinerlei Störungen im Verlauf des Interviews. Das letzte Gespräch findet an einem späten Donnerstagvormittag im Therapeutenbüro auf einer psychiatrischen Station einer großen Universitätsklinik statt. Es ist mit 26 Minuten insgesamt das kürzeste Gespräch. Im Verlauf kommt es zu mehreren Störungen durch Klienten, da zu dieser Zeit unterschiedliche Angebote auf den Stationen stattfinden. Sowohl der Ort, als auch der Zeitpunkt sind daher eher ungünstig gewählt. Die Wahl der Orte zeigt das im Sinne eines qualitativen Forschungsdesigns als Umgebung

bewusst lebensnahe Situationen (vgl. Cropley, 2011, S. 29) genutzt worden sind. Das Forschungsdesign ist daher dem Bereich der Feldforschung zu zuordnen.

5. Datenerhebung

Da für diese Masterarbeit ein qualitativer Ansatz verwendet wird, kann auf einen Transformationsprozess von empirischen Objekten und ihren Relationen durch Zahlen und Rechensymbole verzichtet werden. Stattdessen sollen die besonderen Eigenschaften und Merkmale des therapeutischen Bereichs möglichst differenziert und gegenstandsnah erfasst werden (vgl. Raithel, 2006, S. 8). Die Wahl des Verfahrens zur Datenerhebung fällt auf teilstrukturierte Leitfadeninterviews, die jeweils in „Face-to-face“ durchgeführt werden. Vorteil dieser Art von Befragungen ist, dass eine Reihenfolge mit wichtigen Leitfragen als Strukturhilfe vorhanden ist, dem Interviewpartner aber freigestellt wird, auf welche Art und in welchem Umfang er die Fragen beantwortet. Allerdings sind weder die Formulierungen noch die Reihenfolge der Fragen für den Gesprächsführer verbindlich und können individuell an die jeweilige Interviewsituation angepasst werden, um den natürlichen Gesprächsverlauf nicht zu gefährden. Es besteht immer die Möglichkeit für ad hoc Nachfragen, um die vollständige Beantwortung einer Frage zu erreichen. Auf diese Weise können die Handlungen des Gesprächsführers zum Teil standardisiert werden, die Handlungen des Interviewten hingegen unterliegen keinerlei Standardisierung (vgl. Gläser et al., 2010, S. 41f). Die methodische und inhaltliche Konzeption des Erhebungsinstrumentes wird nun im Folgenden erläutert. Grundsätzlich zielt die Formulierung und Auswahl der Fragen darauf ab, dass sie leicht verständlich sowie einfach gestaltet sind. An den Anfang des Leitfadens ist ein Deckblatt mit dem Titel der Masterarbeit und dem Logo der Hochschule Hannover sowie eine Einleitung mit Titel, wissenschaftlichen Hintergrund und Zweck der Masterarbeit gesetzt. Weiterhin enthält die erste Seite auch die Datenschutzaufklärung zur Anonymität und Vertraulichkeit, organisatorische Informationen zum Umfang und der geplanten Dauer des Interviews (vgl. Anhang S. I). Dementsprechend erfolgt durch die Einleitung eine Aufklärung des Interviewpartners. Eine qualifizierte Zustimmung im Sinne des informed consent aller Gesprächspartner liegt vor. Der Leitfaden ist in drei Themenbereiche gegliedert, die Fragen der jeweiligen Kategorien sind theoriegeleitet, systematisiert und zielgerichtet. Es werden informelle Fragen mit Fachterminologie gewählt, die üblicherweise auch in Alltagsgesprächen von Berufsangehörigen verwendet werden. Als Anredeform wird

das „Du“ genutzt, da dies unter Berufsangehörigen in der Ergotherapie die gängige Anredeform ist. Der erste Block beinhaltet einleitende sogenannte „Eisbrecher“-Fragen zur Erfassung der soziodemographischen Daten sowie der Arbeitsstelle, fachlichen Qualifikation und Einordnung der Behandlungsweise des Interviewpartners. Ebenso wird indirekt für eine kooperative Interviewatmosphäre gesorgt sowie die Narrativkompetenz und der Expertenstatus des Befragten geprüft. Insgesamt umfasst der erste Komplex acht Fragen. Bei allen acht handelt es sich um offene Fragen. Zwei dieser Fragen (sechs und acht) sind zum besseren Verständnis um ein erläuterndes Beispiel ergänzt (vgl. Anhang S. I bis III). Das zweite Themenmodul befasst sich mit dem Psych-Entgelt und ist in zwei Unterabschnitte gegliedert. Der erste Abschnitt beinhaltet fünf offene Fragen zum Wissen des Interviewten über das Psych-Entgelt, wobei die Fragen vier und fünf ebenfalls zusätzliche erklärende Beispiele haben. Inhaltlich befassen sich diese Fragen mit der ersten Arbeitshypothese des Forschungsprojektes (vgl. Anhang S. III bis IV). Der zweite Abschnitt beginnt mit einem kurzen Informationstext über die wichtigsten Aspekte des Psych-Entgeltes. Da im Zug der Terminfindung einige Interviewpartner äußerten, über zu wenig Information bezüglich des neuen Finanzierungssystems zu verfügen, erschien es notwendig diesen kurzen Text in den Leitfaden einzubauen. Der Informationstext fungiert als Filterfrage und wird z.B. im ersten und sechsten Interview weggelassen, da es diese Personen bereits über ein hinreichendes Wissen bezüglich Psych-Entgelt und PEPP verfügen. Die fünf Fragen des zweiten Abschnittes des Themenblocks zwei beziehen sich auf drei wichtige Neuerungen des Psych-Entgeltes (Hometreatment, Abschaffung der Degression, neue Mindestpersonalvorgaben). Es gilt die aktuelle Situation in den jeweiligen Arbeitsstellen der Interviewpartner zu z.B. der Entlassungsvorbereitung zu erfassen. An dieser Stelle des Leitfadens werden drei indirekte Fragen eingesetzt, welche dazu dienen eine kurze hypothetische Situation (z.B. zur Degression) zu schildern, auf die die Interviewten reagieren sollen. Inhaltlich befassen sich diese Fragen mit der zweiten Arbeitshypothese des Forschungsprojektes (vgl. Anhang S. IV bis VI). Es folgt das letzte Modul. Dieses beinhaltet vier offene abschließende Fragen. Ziel ist es den Interviewpartner Überlegungen zu möglichen zukünftigen Auswirkungen des neuen Finanzierungssystems anstellen zu lassen (vgl. Anhang S. VI bis VIII). Der Leitfaden schließt mit einem Dank für die Unterstützung. Zwischen den einzelnen Komplexen werden kurze Überleitungssätze als Vorbereitung auf das anschließende Thema formuliert. Alle Fragen sind als Anreger zum Gespräch gedacht und sollen nicht

dazu verwendet werden, dem Interviewten eine Abfolge spezifischer Fragen als Liste vorzulegen. Dementsprechend werden in den Gesprächen auch Fragen nach der Klärung von bestimmten Begriffen sowie Bitten um Beispiele zur genaueren Erläuterung des geschilderten Tatbestandes verwendet. Genutzt werden offene Fragen, die darauf abzielen, dass die Interviewpartner über den jeweiligen Sachverhalt nachdenken und sich erinnern (vgl. Raithel, 2006, S. 69), gleichzeitig wird auf den Verzicht tendenziöser sowie suggestive Fragen geachtet. Weiterhin hat die Autorin auf Aussagen der Befragten nicht unterbewusst positiv verstärkend (z.B. mit „ja“ oder „gut“ antworten oder zu nicken) reagiert, um dem sogenannten Greenspoon-Effekt entgegen zu wirken. Auf Grund der Erfahrungen des Praxisprojektes wird der Leitfaden bewusst verkürzt auf eine Beantwortungszeit von ca. 30-60 Minuten konzipiert. Nach der vorläufigen Erstellung des Interviewleitfadens führt die Autorin einen Pretest durch, um das Instrument auf Anwendbarkeit, Vollständigkeit, Qualität, Kontinuität des Interviewablaufes und vor allem Verständlichkeit sowie Schwierigkeit der Leitfragen zu prüfen. Die Testperson wird gebeten unklare Fragen zu benennen und zu kommentieren. Auch eine grobe Einschätzung der Dauer der Interviews kann durch diesen Vortest erreicht werden. Weiterhin wird zusätzlich ein externer Experte um eine Einschätzung bezüglich methodischer Aspekte des Fragebogens gebeten (vgl. ebd., S. 62f). Nach Abschluss der Pretests bewertet die Autorin die erhaltenen Informationen und modifiziert das Erhebungsinstrument in Bezug auf die Formulierung einiger Fragen, es werden für weitere Fragen erläuternde Beispiele angefügt und die Reihenfolge einiger Fragen wird verändert. Im nächsten Schritt muss protokolliert d.h. „die erhobenen Daten gespeichert, niedergeschrieben oder auf andere Art festgehalten“ (Raithel, 2006, S. 28) werden. Dafür werden in dieser Masterarbeit drei Methoden eingesetzt. Zunächst werden, im Einverständnis mit den Befragten, alle sechs Interviews als Audiodateien aufgezeichnet, die erheblich zur Qualität der Transkription beitragen. Weiterhin wird auf Grund der Erfahrungen mit dem Praxisprojekt für diese Masterarbeit ein Gedächtnisprotokollbogen, ein sogenanntes Postskriptum, angefertigt (vgl. Anhang ab S. IX). „In jedem Interview wird es atmosphärische Besonderheiten oder interaktionelle Phänomene geben, wie z.B. während oder vor der Einstiegsinteraktion, oder in Hinsicht auf die Gesprächsdynamik etc. Solche Aspekte dokumentieren sich, wenn sie parasprachlich sind, nicht in der Aufnahme“ (Kruse, 2015, S. 278). Das Postskriptum dient dazu, direkt im Anschluss an das Interview stichpunktartig Notizen zu den nonverbalen Merkmalen zu machen. Dies

ist insbesondere wichtig, da das menschliche Kurzzeitgedächtnis eine enorme Vergessensrate hat d.h. bereits während des Interviews werden erste Eindrücke im Gehirn gelöscht (vgl. Gläser et al., 2010, S. 192). Der Bogen des konzipierten Postskripts dieser Masterarbeit umfasst drei Seiten. Auf der ersten Seite werden die wichtigsten soziodemographischen Daten der Interviewpartner (z.B. Alter, Aufgabenbereich, Jahre der Berufszugehörigkeit) eingetragen (vgl. Anhang S. IX). Auf Seite zwei folgt eine Einschätzung des Gespräches in Bezug auf sechs wichtige Faktoren (Grad der Gesprächsbereitschaft, Kurzbeschreibung Rahmenbedingungen, Störfaktoren, Gesprächsklima, Reaktion des Befragten, nonverbale Zeichen). Auf der dritten Seite befinden sich unten abschließend zwei Topics zur Einschätzung des Expertenstatus des Befragten sowie die Möglichkeit zur allgemeinen Charakterisierung des Gespräches (vgl. Anhang S. XI). Für alle sechs Interviews wird im Anschluss an das Gespräch ein Postskript ausgefüllt. Darüber hinaus protokolliert die Autorin während der Interviews wichtige Aussagen der Befragten auf dem Leitfaden. Zur Auswertung der Daten wird die in Flick et al., 2010 von Christiane Schmidt vorgestellte Analyse von Leitfadeninterviews genutzt. Vorteil der Methode von Schmidt ist, dass der Autor zwar über Vorwissen in Bezug auf das Forschungsthema verfügt, jedoch noch keine explizit festgelegten Vorannahmen getätigt hat. Die Auswertungskategorien entstehen daher in Auseinandersetzung mit dem Text (vgl. Schmidt, 2010, S. 447). Bei diesem Verfahren erfolgt ein Austausch zwischen dem Datenmaterial der Interviews sowie den Ergebnissen der vorgestellten Fachliteratur. Es handelt sich somit um die Mischung einer induktiven und deduktiven Herangehensweise an die vorliegenden Rohdaten. Das von Schmidt (vgl. S. 448f) geschilderte Vorgehen untergliedert sich in fünf Schritte. Zunächst wird der rohe Text zusammengefasst, von Übertragungsfehlern bereinigt und unbrauchbares Material (z.B. Wiederholungen, Unterbrechungen, Unverständliches) entfernt. Im nächsten Schritt erfolgt eine Zerlegung des Textes in wichtige Fragmente, sogenannte Inhaltseinheiten. Dabei handelt es sich um bedeutende spezifische Aussagen der Gesprächspartner in Bezug auf die Hypothesen. Dies sind sowohl Schlüsselwörter, als auch Satzfragmente, die jedoch nur wenige Wörter umfassen. Aus diesen Einheiten werden sinnvolle Codierungen gebildet. Die Codierungen erhalten Etiketten, die ihren Inhalten entsprechen. Dabei wird ergotherapeutische Fachterminologie genutzt. Danach werden diese Codierungen in übergeordnete Kategorien eingeteilt, um abstraktere allgemeinere Begrifflichkeiten zu erhalten. Die Kategorien werden erst

nach der Codierung aller sechs Interviews festgelegt, um einen umfassenden Überblick über das Gesamtmaterial zu haben. Im letzten Schritt werden die sechs Fälle noch einmal vertiefend betrachtet. Ziel dabei ist es an Hand der Daten neue Hypothesen und theoretische Überlegungen zu entwickeln (vgl. ebd., S. 455). Eine Auswertung im Sinne der Grounded Theory hat sich für dieses Forschungsprojekt nicht angeboten, da dieses Verfahren eher für offene Fragestellungen geeignet ist und die Wahl für das Sampling sukzessive nach aus den Daten entwickelten theoretischen Gesichtspunkten erfolgt. Auch die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring erscheint ungeeignet, weil dieses Verfahren vorsieht, dass die Codes und Kategorien bereits vor der Auswertung festgelegt und nicht an Hand der Aussagen des Textes entwickelt werden. Zur Auswertung wird eine computergestützte qualitative Datenanalyse verwendet. Vorteile gegenüber einer handschriftlichen Verarbeitung der Informationen sind eine Reduzierung der mechanischen Aufgaben und eine übersichtlichere Verwaltung und Strukturierung der Daten. Auf Grund der Erfahrung des Praxisprojektes wird für diese Masterarbeit das Programm MAXQDA eingesetzt. Die Abkürzung QDA steht für qualitative Datenanalyse. Diese Software wird 1989 von Prof. Dr. Udo Kuckartz für Daten- und Textanalyse von wissenschaftlichen Studien und Projekten entwickelt. MAXQDA ist inzwischen sowohl für qualitative als auch quantitative Forschungsansätze geeignet. Bei dieser Software handelt es sich um ein kostenpflichtiges für wissenschaftliche Publikationen gängiges Programm. Es unterstützt in den Prozessen der Textaufbereitung, Interpretation und Theoriebildung (vgl. ebd., S. 666). Als Nachteil dieser Software sind zunächst die Kosten anzuführen. Je nach Wunsch des Anwenders gibt es unterschiedlich komplexe Version von MAXQDA und mit zunehmender Komplexität steigen auch die Kosten. Vorteil der Software ist im Vergleich zu z.B. der für das Praxisprojekt genutzten kostenlosen Software FreeQDA eine deutlichere technische Ausgereiftheit sowie mehr Möglichkeiten des Programms zur Datenbearbeitung. Exemplarische Beispiele zur graphischen Darstellung der Ergebnisse in der Software MAXQDA finden sich im Anhang.

6. Darstellung der Ergebnisse

Die qualitative Auswertung der sechs Interviews bringt erwartete und unerwartete Ergebnisse. Diese werden in diesem Kapitel unter zunächst formalen und anschließend unter inhaltlichen Gesichtspunkten erläutert. Die Dauer der Interviews

variiert zwischen 26 (Interview sechs) und 64 Minuten (Interview zwei) abhängig vom Sprachfluss, Wissensstand der Befragten, deren Vermögen die Fragen im Sinne der Gesprächsführerin zu verstehen und zu beantworten und Wohlempfinden in der Situation, jedoch liegen alle Interviews näher, im Gegensatz zu den Erfahrungen des Praxisprojektes, an dem im Vorfeld geplanten Erhebungszeitraum von ca. 30-60 Minuten. Die Kalkulation der Zeit sowie der inhaltliche Umfang des Leitfadens können daher in der Masterarbeit realistisch umgesetzt werden. Neben den quantitativen zeigen sich auch qualitative Unterschiede in Bezug auf die Gespräche. So hat das sechste Gespräch insgesamt zwar die kürzeste Dauer, jedoch liefert der Interviewpartner (I.VI.) auf Grund seiner langen Berufserfahrung, fast zwanzigjährigen Betriebszugehörigkeit und seines aktiven Interesses an Veränderungen in der Klinik viele relevante Aussagen und kann einen hohen Expertenstatus zugerechnet bekommen. Auch die erste und älteste Interviewpartnerin (I.I.) weist eine lange Berufserfahrung, eine mehrjährige Betriebszugehörigkeit und ein aktives Interesse an Neuerungen in ihrer Einrichtung auf und kann somit auch mit einem hohen Expertenstatus eingeschätzt werden. Die zweite Interviewpartnerin (I.II.) hat ebenfalls viel Berufserfahrung vorzuweisen und darüber hinaus liefert sie durch ihre Biographie die Möglichkeit des System- und Entwicklungsvergleichs mit dem Gesundheitswesen in Großbritannien. Jedoch hat sie merkliche Schwierigkeiten ihre Gedanken zu strukturieren, was sowohl das Zuhören und inhaltliche Verfolgen ihrer Gedankengänge in der Erhebungssituation als auch den anschließenden Prozess des Transkribierens erschwert. Trotz dieser Hindernisse können aus ihren Aussagen viele Inhaltseinheiten identifiziert und mit 95 die meisten Textbelege abgeleitet werden. Die vierte interviewte Person (I.IV.) weist eine zehnjährige Betriebszugehörigkeit und auch langjährige Berufserfahrung auf. Jedoch arbeitet sie in einer Praxis, die für eine Klinik mit regionalem Psychriatriebudget ausgegliederte Behandlungen durchführt, was einen direkten Vergleich mit den Aussagen der anderen Interviewpartner erschwert, dafür aber für zusätzliche Erkenntnisse im Bereich der alternativen Finanzierungssysteme sorgt. Die dritte Interviewpartnerin (I.III.) ist erst seit zwei Jahren Ergotherapeutin und bei der Praxis, in der sie tätig ist, handelt es sich um ihre erste Arbeitsstelle. Darüber hinaus ist sie über das Thema PEPP/Psych-Entgelt nur wenig informiert, sodass ihr Expertenstatus im Vergleich zu den anderen Interviewpartnern geringer eingeschätzt werden muss. Die fünfte Interviewpartnerin (I.V.) ist ebenfalls noch relativ jung, hat daher erst eine kurze Berufs- und auch die kürzeste Betriebszugehörigkeit. Außerdem

ist sie im Vergleich mit den anderen Interviewpartnern in der Gesprächssituation nervös und unsicher. Sie verfügt über keinerlei Information bezüglich PEPP/Psych-Entgelt und liefert mit 24 nur wenig verwendbare Textbelege. Sie hat infolge dessen den verhältnismäßig niedrigsten Expertenstatus zugewiesen bekommen. Im Folgenden werden nun die inhaltlichen Erkenntnisse dargestellt.

Aus den transkribierten Interviews lassen sich 37 Inhaltseinheiten (siehe Anhang S. IXVIII) bestimmen. Schlüsselwörter sind beispielsweise Klientenzentrierung, Handwerk, PEPP-Team, MDK, DBT, Leitlinien oder Diagnose. Diese können verschiedenen Themen zu geordnet und in elf Codierungen (siehe Anhang S. IXIX) systematisiert werden. Die erste Codierung wird Besonderheit psychiatrische Klinik genannt und umfasst die vier Schlüsselbegriffe Chronifizierung, Diagnose, Faktor Zeit sowie Verweildauer. In allen sechs Interviews und auch in der Lektüre der Fachartikel zum Thema PEPP und Psych-Entgelt wird immer wieder deutlich, dass die Behandlung psychiatrischer Klienten sich von der somatischer massiv unterscheidet. Als wichtigstes Argument wird von den Experten aller Berufsgruppen angeführt, dass die Diagnostik und Therapie einer psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankung dadurch erschwert wird, dass Symptome, Ausprägung und Krankheitsverlauf individuell stark variieren. Bei Gesprächspartnerin I.II. findet sich die Aussage „ich finde es teilweise eh schwierig anhand einer Diagnose im psychiatrischen Bereich einen Therapieverlauf darzustellen, weil Diagnosen sich ja auch teilweise oft ändern, man sich auch teilweise gar nicht sicher ist“ (Anhang S. XXX). Dementsprechend sehen alle sechs Interviewten eine große Bedeutung im Faktor Zeit. Die Interviewte I.IV. bringt es treffend auf den Punkt: „Eine psychische Erkrankung ist einfach etwas, das mehr Zeit braucht“ (Anhang S. XLIX). Trotz dieser verbreiteten Ansicht äußern einige der Gesprächspartner im Zusammenhang mit dem Schlüsselbegriff Verweildauer, dass sie grundsätzlich eine Verkürzung der Liegezeit im stationären Bereich mit einhergehender Gewährleistung von Klientenzentrierung für sinnvoll erachten würden. Dazu der Interviewte I.VI.: „Dass das nicht immer ellenlange Stationsaufenthalte sein können, ist ja denkbar, aber ich denke ganz verzichten können oder werden wir nicht, ja also hoffe ich zumindest sehr, dass man in der Sicherstellung der Zielsetzung, die man mit den Patienten vereinbart hat, soviel Freiheit hat, dass das möglich ist“ (Anhang, S. LXVI). In diese Codierung fällt auch das Schlüsselwort Diagnose. In den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken sind die Krankheitsbilder der Klienten von großer Bedeutung. Je nach Konzept

der jeweiligen Einrichtung erfolgt die Aufteilung der Stationen gezielt nach Diagnosen und in den Krankenhäusern gibt es zum Teil Fachteams, die sich auf jeweils eine Erkrankung spezialisieren. Auch bestimmte Behandlungsangebote werden explizit auf Diagnosen abgestimmt. Dazu Interviewpartnerin I. II. „das ist teils aktiv, psychoedukativ, weil es Gesprächsgruppe ist und die Idee ist, dass die Leute mit einer gewissen Diagnose in diese Gruppe reinkommen. Wie ich das mitbekommen habe, war das früher ganz strikt, dass man in diese Diagnosegruppen reinmusste, ich glaube, das hat sich jetzt ein bisschen aufgeweicht, dass man in diese Diagnosegruppen reinkommt. Das ist jetzt ein relativ weites Angebot, das hilft Leuten auch ein Krankheitsverständnis zu entwickeln und andere Leute zu treffen, die eine ähnliche Diagnose haben und darüber ein Verständnis zu entwickeln“ (Anhang S. XXV). In diesem Zusammenhang steht der letzte Schlüsselbegriffe Chronifizierung. Bereits bei der Auswertung der Interviews für das Praxisprojekt wird deutlich, dass die Dauer der Erkrankung im psychiatrischen Bereich eine große Bedeutung hat. Bezogen auf verschiedene wichtige Faktoren (z.B. Therapieinhalte, die Dauer der Behandlung, die Mitarbeit, die Motivation) ist es entscheidend ob der Klient chronisch krank ist oder sich in einer akuten Krise befindet. Bei chronisch Kranken ist die Zielsetzung zumeist niedrigschwellig, weil die Befragten oft kaum Bereitschaft zur Veränderung signalisieren. Die nächste Codierung ist Interdisziplinarität. In diese werden die fünf Schlüsselbegriffe Zusammenarbeit, Austausch, Team, Kooperation und Vernetzung gefasst. Auch für diese Kategorie finden sich in allen Interviews Textbelege. Die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit und ein regelmäßiger Austausch in Form von Visiten, Team- und Fachbesprechungen, Übergaben, Supervision oder hausinternen Fortbildungen ist für alle Gesprächspartner essentiell, wird in den Kliniken gepflegt und hat im Vergleich zur z.B. Arbeit im Setting ambulante Praxis einen viel höheren Stellenwert. Gesprächspartnerin I.I. erkennt darin eine Chance zur Bereicherung: „Die Ärzte kenn` ich gut, enger Austausch zwischen den Fachkräften – was hältst du hiervon? Was hast du beobachtet? Hast du eine Idee für? Hast du einen Tipp was könnte man wie auch immer noch machen?“ (Anhang, S. XV). Die beiden Codierungen Interdisziplinarität und Besonderheit psychiatrische Klinik werden der übergeordneten abstrakteren Kategorie psychiatrische Krankenhauslandschaft zu geordnet. Die zweiten Kategorie Paradigmenwechsel Ergotherapie wird bereits im Rahmen des Praxisprojektes identifiziert. Ebenso wie im ambulanten Setting kämpfen Ergotherapeuten in psychiatrischen Kliniken einerseits für eine zunehmende

Professionalisierung, erste Codierung dieser Kategorie, und andererseits, zweite Codierung, um die inhaltliche Qualität ihrer therapeutischen Arbeit. Die sechs Schlüsselbegriffe der Codierung Professionalisierung sind das unklare Berufsbild, die Abhängigkeit insbesondere von den übergeordneten Ärzten, die Hierarchie der Ergotherapie in den Einrichtungen, das Selbstverständnis der Ergotherapie, die Therapiefreiheit sowie der Wunsch die eigene Arbeit zu „beschützen“. Größtes Problem der Ergotherapie ist nach wie vor das unklare Berufsbild. Bekanntermaßen herrscht in vielen Gesellschaftsbereichen in Deutschland bis dato Unwissenheit über Ergotherapie. Die Aussagen der Interviewpartner sind darüber hinaus Indikatoren, dass insbesondere bei den ärztlichen Kollegen in den Einrichtungen nur unzureichendes Wissen über Ergotherapie besteht. Der Interviewte I.VI. äußerte sich wie folgt: „Problem ist ja, dass viele Ärzte leider Gottes nicht genau wissen was Ergotherapie ist“ (Anhang, S. LXI). Die Erfahrungen der Interviewpartner stimmen folglich nicht mit den Ergebnissen der Angestellten Befragung von Ziemann überein. Die Schlüsselbegriffe Hierarchie und Selbstverständnis der Ergotherapie zeigen darüber hinaus, dass eine größtmögliche Freiheit bezüglich Therapieinhalten sowie eine Zufriedenheit des Therapeuten mit seiner täglichen Arbeit bedeutet aktiv Aufklärung in der Klinik zu leisten und den Austausch mit anderen Berufsgruppen zu suchen. Dies zeigt sich insbesondere in der Aussage von der Interviewpartnerin I.I. „ich glaube, dass wir Therapeuten immer mitziehen, wobei wir immer laut rufen, ihr überseht uns, und klagen, bezieht uns mit ein“ (Anhang, S. XXI). Die immer noch vorherrschende Abhängigkeit von den Ärzten und die damit verbundenen Auswirkungen auf die Beziehung zwischen Arzt und Therapeuten lässt sich insbesondere in den Angaben von I.II. belegen, da diese ausgehend von ihren Erfahrungen in GB feststellt: „Das wird, würde ich mal sagen, hauptsächlich von den Ärzten entschieden, die melden verschiedene Gruppen an, was ich ein bisschen seltsam fand, weil ich gewohnt war, dass man als Ergotherapeut die Anamnese macht und dann guckt, welche Einzelbehandlung/ und guckt was sind da die Prioritäten, dass man dann ein Assessment macht und dann guckt, was ist da jetzt angezeigt“ (Anhang, S. XXV). Die zweite Codierung Therapiequalität umfasst die fünf Schlüsselbegriffe Alltagsorientierung, DBT, Handwerk, Klientenzentrierung sowie Qualifikation. Betrachtet man die Aussagen der Inhaltseinheit Qualifikation fällt auf, dass die sechs Befragten mit Ausnahme der Interviewpartnerin I.II. bei zum Teil langjähriger Berufszugehörigkeit lediglich über kleinere psychiatrische Fortbildungen verfügen. Im

Gegensatz zu den Anforderungen an Ergotherapeuten in somatischen Kliniken mit Schwerpunkten wie Neurologie oder Orthopädie wo bereits in den Stellenausschreibungen umfassende Fortbildungen wie z.B. Bobath, Perfetti oder Handtherapeut gefordert werden, ist es laut Aussagen der Interviewpartner in einer der Kliniken sogar schwierig sich durch größere externe Fortbildungen weiter zu qualifizieren. Dazu Interviewpartnerin I.I. „ansonsten, wenn man Fortbildungen haben möchte muss man schon wissen was und selber suchen und es ist schon eine starke Begrenzung. Fortbildungsurlaub wird gewährt aber finanziell wird es kaum noch getragen“ (Anhang, S. XVI). Zwei der Interviewpartner I.II. und I.VI benennen explizit eine umfangreiche Fortbildung, die auch Ergotherapeuten zur Weiterqualifikation machen können. I.II. hat die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) in GB absolviert, I.VI. äußert sich wie folgt „die Boarderlinestation verstärkt gerade ihr therapeutisches Angebot in Richtung DBT, was ja gerade sehr hip ist. Da wäre es natürlich auch gut, spezielle Kollegen zu haben“ (Anhang, S. IXIV). Weiterhin umfasst die Codierung die Schlüsselbegriffe Handwerk, Alltagsorientierung und Klientenzentrierung. Bereits im Praxisprojekt zeigt sich in der Auswertung der Interviews, dass die in der Diskussion der Fachliteratur seit Jahren geforderte inhaltliche Neuausrichtung im Alltag der Ergotherapeuten am Klienten nur bedingt vollzogen wird. Insbesondere im historisch gewachsenen Bereich Psychiatrie liegt nach wie vor ein starker Fokus auf Handwerk und kreativen Angeboten. Alle sechs Gesprächspartner bieten in ihrer jeweiligen Arbeitsstelle handwerkliche Gruppen in unterschiedlichem Umfang an. Die Gesprächspartnerin I.II. äußert im Vergleich zu GB „und das kenne ich aus GB auch noch anders, dass man eben viel mehr Sachen macht, die nicht rein kreativ-praktisches Tun sind, sondern auch Sachen, die mehr auf Sozialinteraktion oder Gesprächspsychointervention oder mehr auf solche Sachen abzielen. Das fand ich hier schon so, dass das hier noch mehr in den Wurzeln verankert ist. In GB ist das sehr in die andere Richtung geschwappt, dass der Kreativteil total weg ist“ (Anhang, S. XXVII). Trotz der Vorgaben der jeweiligen Einrichtung nach einer handwerklichen Ausrichtung der ergotherapeutischen Behandlungen äußeren alle sechs Interviewpartner den Wunsch alltagsorientiert und klientenzentriert arbeiten zu wollen. Die Interviewte I.V. berichtet z.B. von ihrer Idee, zukünftig ein neues Gruppenangebot für ambulant nachbehandelte Klienten in der Tagesklinik einzurichten: „ich möchte eigentlich, dass die ambulante Ergotherapiegruppe noch alltagsorientierter, noch betätigungsorientierter wird“ (Anhang, S. IV). Die dritte Kategorie wird

Gesundheitswesen im internationalen Vergleich genannt. Durch die Aussagen der Interviewpartnerin I.II. besteht die Möglichkeit das deutsche und das britische Gesundheitswesen in Grundzügen zu vergleichen. I.II. Aussagen beziehen sich insbesondere auf die vier Schlüsselbegriffe Zusammenarbeit, Entwicklungen im Gesundheitswesen, Arbeit als Ergotherapeut sowie allgemeine Unterschiede. Wie bereits erwähnt berichtet I.II. von einer anderen inhaltlichen Ausrichtung und mehr Autonomie der Ergotherapie in GB. Darüber hinaus erlebt sie große Veränderungen des Arbeitsfeldes Psychiatrie mit. Aus Kostengründen wird ein massiver Bettenabbau betrieben und die Behandlung Schwerpunkt mäßig in den ambulanten Bereich verlagert, dazu I.II. „das hatte die Konsequenz, dadurch, dass das einfach der teuerste Bereich der Behandlung ist, ist immer der stationäre Bereich und da wurde dann im stationären Bereich gekürzte bis Leute dann im ambulanten Bereich gehalten wurden“ (Anhang, S. XXXI). Sie berichtet sowohl von Chancen als auch von Risiken dieser Entwicklung, spricht aber insbesondere auch von den Konsequenzen für die Ergotherapie. „Das kenne ich aus GB auch sehr, dass dieser bewusste Drive hin zum evidence based practice und Ergotherapie in die Leitlinien versuchen reinzukriegen durch, wie heißt das auf Deutsch, also randomized control trials, also hochqualitative Forschung da auch reinzukriegen“ (Anhang, S. XXXIII). Als vierte Kategorie wird der strukturelle Rahmen identifiziert. Die Interviewpartner nennen als Codierungen die Finanzierungssysteme PEPP, Psych-Entgelt, DRG und Regionales Budget sowie Kostenträger und Fachkräftemangel. In Bezug auf den Fachkräftemangel können verschiedene Erkenntnisse gewonnen werden. Drei der Interviewpartner I.I., I.II. und I.VI. berichten für den Bereich Pflege von großen Schwierigkeiten ihrer Einrichtungen, Stellen zu besetzen und qualifiziertes Personal zu finden. I.VI. äußert sich wie folgt: „Die Pflege hat große Probleme, Leute zu finden, da scheint es tatsächlich so einen Fachkräftemangel zu geben vor allem was Fachkrankenpflege Psychiatrie angeht, fürs Erdgeschoss, die Psychosestation finden sie hartnäckig kaum Leute, die für sie arbeiten wollen“ (Anhang, S. IXV). Im ärztlichen Bereich ergibt sich kein einheitliches Bild. I.I. und I.II. berichten, dass es in ihrer Klinik Personalfluktuations gibt und Schwierigkeiten bestehen, Stellen zu besetzen. I.VI. hingegen kann über die Universitätsklinik, in der er tätig ist sagen: „Da sind es eher so temporäre Engpässe aber ich glaube, im Grunde ist die ärztliche Grundlage hier im Krankenhaus gegeben und dadurch, dass wir Ausbildungs-Krankenhaus sind und sozusagen von der Seite auch ein gewisser Auftrag da ist“ (Anhang, S. IXV). Eine einheitliche Erkenntnis ergibt

sich für die Ergotherapie. Laut Aussage der Interviewpartner sind die ergotherapeutischen Abteilungen, mit Ausnahme des Universitätsklinikums, gut besetzt und haben auch keine Schwierigkeiten neue Therapeuten zu finden. I.I. dazu: „Therapeuten, wenn wir sagen, wir brauchen welche, kriegen wir die besetzt. Durch Schwangerschaften gab es manchmal so Hungerzeiten aber hatten kein Problem, Kolleginnen einzustellen. Und es war bisher auch so, dass alle Therapeuten, die Schwangerschaften aufgefangen haben, übernommen wurden. Also wir haben bisher immer aufgestockt“ (Anhang, S. XXI). Im Gegensatz zum ambulanten Setting Praxis, wo es insbesondere in ländlichen Gebieten, Schwierigkeiten gibt, offene Stellen mit qualifizierten Therapeuten zu besetzen. Die Arbeit in einer teil- oder vollstationären Einrichtung scheint für Ergotherapeuten folglich ansprechender zu sein. In die Codierung Kostenträger gliedern sich die vier Schlüsselwörter Faktor Kosten, MDK, Outsourcing sowie Dokumentation. Wie bereits im Kapitel vier beschrieben, arbeiten zwei der Befragten in Praxen, die ausgegliedert Behandlung für Kliniken durchführen, wobei es sich um ein Krankenhaus mit regionalem Psychriatriebudget und ein großes Universitätsklinikum handelt. Den therapeutischen Bereich aus Kostengründen auszugliedern, ist inzwischen in vielen Kliniken in Deutschland üblich. Für Praxen, die Kooperationsverträge mit solchen Einrichtungen schließen, ist dies ein lukratives Geschäft, da das Risiko der Ausfallzeiten reduziert wird und eine von den Kostenträgern unabhängige Vergütung möglich ist, da die Höhe der finanziellen Aufwendungen individuell mit den Kliniken verhandelt werden kann. Schwierigkeiten bereitet eine Ausgliederung der therapeutischen Angebote insbesondere in großen Kliniken, die sowohl noch über im Haus angestellte, als auch Therapeuten in Kooperations-Praxen verfügen. Dazu I.VI. „Die machen die Arbeitstherapie und das machen outgesourcte Station, das muss man einfach mal so nennen“ (Anhang, S. IXI). Alle Befragten treffen Aussagen zum Thema Dokumentation. Das genaue Verschriftliche der erbrachten Behandlungen ist auch für den therapeutischen Bereich in den Kliniken gefordert und wird von der Krankenhausverwaltung kontrolliert, da stets mit Überprüfungen mit einhergehender Leistungsabsetzung durch den MDK zu rechnen ist. Dazu I.III. „Das ist dann auch etwas, wo wir drauf gucken und das wir wirklich gut dokumentieren auch qualitativ, damit, wenn der MDK kommt und wirklich eine Prüfung macht, auch nicht nur unser Gefühl ist, dass wir den jetzt nicht entlassen können, sondern dass es auch nach außen hin sichtbar ist“ (Anhang, S. XI). In diesem Zusammenhang steht auch der Schlüsselbegriff Faktor Kosten. Insbesondere im Zuge

der PEPP-Diskussion der letzten Jahre ist das Thema Finanzierung mehr in den Fokus der psychiatrischen Kliniken gekommen. I.II. äußert treffend: „Letztendlich sind die Krankenhäuser hier ja auch Privatunternehmen und müssen letzten Endes auch innerhalb dessen agieren, was ihnen bezahlt wird und da weiß ich nicht ob da der Altruismus so groß wäre, dass man sagt, ok wir machen das weiter, weil die Person das braucht und zahlen dann eben zu. Da hätte ich Bedenken, dass das problematisch wird“ (Anhang, S. XXXI). Da die Gesprächspartnerin I.IV. in einem Krankenhaus mit Regionalen Psychriatriebudget arbeitet, lassen sich auch dazu Aussagen treffen. I.IV. empfindet das RPB als Erleichterung für organisatorische Abläufe „das regionale Budget, das ist eine tolle Sache also ich glaube, das hält uns eine Menge Probleme vom Leib und dieses interne Arbeiten halt, Arzt ist gleich da kannst du schnell mal unterschreiben“ (Anhang, S. XIVIII). Auch gibt es auf Grund des RPB in dieser Klinik bereits seit vielen Jahren fest etablierte Hometreatment-Angebote wie ein Kriseninterventionsteam (KIT) „das bin ich und dann ist da halt die Arbeitstherapie, da sind noch andere Ergotherapeuten, die auch im Krankenhaus arbeiten und auch mit dem KIT zusammenarbeiten“ (Anhang, S. L). Weiterhin berichtet sie von dem Aufbau einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung rund um das Krankenhaus „es bilden sich Selbsthilfegruppen aus diesen Zeiten heraus, natürlich von uns gestützt und initiiert und gefördert, dass wir ihnen anfangs Starthilfe geben aber die halten an, diese Selbsthilfegruppen und die sind sehr wichtig, wo keine Kasse auch nur einen Pfennig dazu bezahlen muss“ (Anhang, S. XLIX). Das DRG-System wird von den Gesprächspartnern nicht explizit benannt, jedoch nutzen sie pauschalisierte Behandlungsverläufe aus dem somatischen Bereich als Beispiele für ihre Aussagen zur Besonderheit der Psychiatrie. I.II. äußert sich wie folgt: „Natürlich gibt es auch, ich sag mal, wenn man ein Hüftgelenk gesetzt kriegt, Abweichungen aber ich würde schon sagen, dass jemand, der ein Hüftgelenk eingesetzt kriegt einen typischeren Verlauf hat als jemand mit Schizophrenie, das kann finde ich völlig/ Das ist viel, viel schwieriger da einen typischen Krankheitsverlauf darzustellen“ (Anhang, S. XXX). Bezüglich PEPP und Psych-Entgelt kann ein stark differierender Wissensstand bei den Gesprächspartnern festgestellt werden. Die Interviewten I.I. und I.VI. befassen sich seit Jahren mit dem Thema und sind sehr gut informiert. Die Befragte I.II. gibt an über wenig Informationen zu verfügen, im Gespräch zeigt sich jedoch, dass sie auch auf Grund ihrer Vita über die Grundzüge der Systeme Bescheid weiß. Die Befragte I.III. gibt ebenfalls an über beide Systeme nicht informiert zu sein. Im Verlauf des Interviews

wird ihr aber bewusst, dass zumindest das PEPP ein Thema auf ihrer Arbeitsstelle ist. Die Interviewpartnerin I.V. verfügt über keinerlei Informationen und für I.IV. sind die Umstellungen der Finanzierungssysteme nur bedingt relevant, da das Krankenhaus über ein RPB verfügt. Somit kann mit geringer Repräsentativität in Bezug auf die erste Arbeitshypothese ausgesagt werden, dass der Informationsstand der Ergotherapeuten vor allem stark von der Informationspolitik der Einrichtung, aber auch von der individuellen Bereitschaft sich für gesundheitspolitische Entwicklungen zu interessieren abhängt. Der Codierung PEPP werden vier Schlüsselbegriffe zugeordnet: neben dem beschriebenen Wissensstand um das PEPP können noch PEPP-Team, Degression und Drehtüreffekt identifiziert werden. Der Begriff PEPP-Team wird von der Befragten I.III. genannt. In der Universitätsklinik mit der ihre Arbeitgeberin einen Kooperationsvertrag geschlossen hat, existiert ein Verwaltungsteam. „Das PEPP-Team kommt halt regelmäßig, na ob das regelmäßig ist kann ich dir gar nicht sagen, alle sechs bis acht Wochen in diese Teamsitzung für fünf bis zehn Minuten und spricht Dinge an, die in der Dokumentation nicht ganz so gut waren. Na wo noch was offen ist, wo noch was fehlte und wo vielleicht am Anfang nicht eine Anamnese stand oder organisatorische oder Struktursachen“ (Anhang, S. XXIX). Die Gesprächspartnerin nimmt das PEPP-Team auch als eine Art Kontrollinstanz in finanziellen Fragen wahr „dass es, wenn der Leitung das Geld ausgeht und das PEPP-Team ihnen im Nacken sitzt“ (Anhang, S. XLII). Der Schlüsselbegriff Drehtüreffekt taucht im Interview mit I.I. auf. Bezüglich möglicher Auswirkungen einer Degression benutzt sie dieses Schlagwort, welches auch in der Terminologie der PEPP-Gegner immer wieder auftaucht. „Insgesamt blieben Therapien erhalten. Natürlich der ärztliche oder der psychologische Part, es ist eine Frage ob jemand stabil genug ist, um entlassen zu werden und dadurch so ein Drehtüreffekt ausgelöst werden könnte“. Der letzte Schlüsselbegriff Degression wird ebenfalls von I.I. genutzt. Sie berichtet von einem Vortrag in einer Universität den sie mit Kollegen besucht hat und fasst wie folgt zusammen welche Auswirkungen eine Degression haben könnte: „Das ist ein zweischneidiges Schwert, dazu gab es letztens auch eine Fortbildung oder eine Diskussionsrunde, wenn Patienten früher entlassen werden. Die Verweildauer oder die Belegzahlen runtergehen, schneiden sich die Kliniken ja ins eigene Fleisch. Wenn sie regulär kommen können, lassen sich auch einige Patienten selber vorzeitig entlassen, warum soll ich hier verweilen, Therapie kann ich ja auch ambulant nutzen“? (Anhang, S. XIX). Als letzte Codierung wird Psych-Entgelt identifiziert, welchem vier

Schlüsselbegriffe zugeordnet werden. Neben dem oben bereits erläuterten Wissensstand um das Psych-Entgelt werden noch Leitlinien, Hometreatment und Evidence based practice thematisiert. Der Schlüsselbegriff Leitlinien wird von I.II. verwendet. Sie berichtet auf Grund ihrer Erfahrungen aus GB, dass die Wirksamkeit von Ergotherapie nur durch qualitativ hochwertige Forschung belegt werden kann und somit als Empfehlung in Leitlinien aufgenommen wird „Ergotherapie in die Leitlinien versuchen reinzukriegen durch, wie heißt das auf Deutsch, also randomized control trials, also hochqualitative Forschung da auch reinzukriegen; dass man dadurch auch das stärkt und sagt, ne wir haben einen Grund hier zu sein. Und die Entwicklung sehe ich hier noch nicht so, was ich glaube, dann auch immer die Gefahr birgt, dass man sagt, ist ja schön das zu haben aber müssen wir ja nicht machen“ (Anhang, S. XXXIII). Auch der Schlüsselbegriff Evidence based practice kommt aus dem Gespräch mit I. II. Sie erzählt im Interview von ihrer letzten Arbeitsstelle in GB in der Forschung und den Bemühungen, um die Wirksamkeit der ergotherapeutischen Behandlungen wissenschaftlich zu belegen „ich habe gerade an einer Studie teilgenommen, wo es darum ging, manualisierte Ergotherapie zu erforschen sozusagen und zu gucken, was ist da der Effekt und dass man da einfach mehr evidence based hat aber das ist eben die Schwierigkeit hier auch“ (Anhang, S. XXXIV). Zum letzten Schlüsselbegriff Hometreatment äußern sich vier der sechs Interviewpartner. Sowohl in der Universitätsklinik, der Klinik mit RPB als auch der privaten Klinik gibt es bereits erste Hometreatmentangebote. Lediglich die Tagesklinik, in der die Befragte V arbeitet, hat noch keine derartigen Therapiemöglichkeiten. Die I.I. berichtet, dass das Krisenangebot in ihrer Einrichtung in der Vergangenheit kaum angenommen worden sei, lediglich chronisch Kranke würden zeitweise vom Besuch eines Krisenteams profitieren. Für Psychiatrie Unerfahrene wäre die Hemmschwelle zu hoch „Also Ersterkrankte oder Krankheitsunerfahrene für die war der Hausbesuch unangenehm. Die Erfahrenen wünschen sich das viel eher. Kann ich Unterstützung zu Hause kriegen? Aber für die neuen ist das unangenehm, da rücke ich irgendwie zu nah, das will ich gar nicht zeigen mein Zuhause“ (Anhang, S. XX). Die I.II. erzählt im Vergleich mit GB, dass die bisher vorhandenen Hometreatmentangebote der Kliniken nicht dem entsprechen was das Konzept eigentlich vorsieht, nämlich akute Angeboten in Krisensituationen „was ich hier sehe, würde ich nicht als crisis und home treatment eben schon beschreiben. Und ich finde, das denken hier auch viele=viele/ Viele denken hier auch nicht klar, also der Begriff wird hier ein bisschen tüttelig verwendet,

dass=dass Leute hier denken, wenn eine ambulante Behandlung zuhause stattfindet, dass das home treatment ist. Aber das ist ja nicht/ Also crisis and home treatment-Team ist ja eine Akutbehandlung, wenn es einen akuten Rückfall gibt, wenn es eine Exazerbation der Symptomatik gibt“ (Anhang, S. XXXII). I.VI. berichtet, dass der multiprofessionelle Hometreatmentbereich in seiner Klinik über viele Jahre wenig Beachtung gefunden hat, nun aber zunehmend in den Fokus rückt „ansonsten gibt es hier im Hause ein Erstarren des Hometreatmentbereiches, der unten in der FPA angesiedelt ist und jahrelang ein Schattendasein geführt hat, ehrlich gesagt, jetzt haben wir einen neuen Chef“ (Anhang, S. IXIV). Zusammenfassend können folgende Erkenntnisse aus den Interviews gewonnen werden. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit und ein regelmäßiger offizieller (z.B. in Teambesprechungen, Übergaben, Visiten) und inoffizieller Austausch (z.B. Tür und Angel-Gespräche) ist für Ergotherapeuten im psychiatrischen Setting von hoher Bedeutung. Die Diagnosen der Klienten spielen eine große Rolle. In einigen Kliniken besteht eine Aufteilung der Stationen und Therapien nach Diagnosen. Die Ergotherapeuten halten sich alle für frei in der Gestaltung ihrer Therapien, bekommen aber im Vergleich zur Arbeit im ambulanten Setting verhältnismäßig strikte Auflagen bezüglich inhaltlicher Ausrichtung (z.B. Handwerk, kreativ Angebote) durch die Einrichtungen. Die erste Arbeitshypothese kann somit mit geringer Repräsentativität bestätigt werden. Es besteht eine Abhängigkeit von der vorgesetzten, zumeist ärztlichen, Leitung. Das Berufsbild Ergotherapie ist auch innerhalb der Klinikstrukturen insbesondere im ärztlichen Bereich unklar. Die Ergotherapeuten sind gefordert sich zu qualifizieren, aktive Aufklärungsarbeit zu leisten und sich für ihre Bedürfnisse einzusetzen. Einige Gesprächspartner erleben in ihren Einrichtungen einen Fachkräftemangel in der Pflege. Für die Ergotherapie berichten alle Interviewten überraschender Weise, dass Stellen besetzt werden können. Ein Fachkräftemangel von Ergotherapeuten im Setting voll- und teilstationäre Psychiatrie scheint im Gegensatz zu den ambulanten Praxen nicht vorzuliegen. Weiterhin scheinen in diesem Bereich Fort- und Weiterbildungen für die Ergotherapeuten weniger gefordert zu sein, als z.B. in somatischen neurologischen oder orthopädischen Kliniken. In Bezug auf die zweite Arbeitshypothese kann mit geringer Repräsentativität ausgesagt werden, dass der Informationsstand der Ergotherapeuten vor allem stark von der Informationspolitik der Einrichtung, aber auch von der individuellen Bereitschaft sich für gesundheitspolitische Entwicklungen zu interessieren abhängt. Insgesamt sind die Ergotherapeuten trotz der Aktualität eher

unterinformiert bezüglich der für die Masterarbeit ausgewählten Systeme Psych-Entgelt und PEPP.

7. Diskussion

Dieser Abschnitt wird aufgeteilt in eine wissenschaftliche und eine praxisorientierte Diskussion. Eine grundsätzliche Anmerkung zur Limitation der Arbeit: Es handelt sich um ein studentisches Projekt. Die Auswertung wurde alleine durchgeführt, ein Austausch mit anderen Experten sowie eine größere Stichprobe waren nicht möglich. Die in Kapitel sechs dargestellten Ergebnisse und die Interpretation sind folglich nur bedingt als repräsentativ zu werten. Das Thema der Masterarbeit ist für den psychiatrischen Bereich der Ergotherapie in Deutschland bisher nicht behandelt worden. Weder unter den gefundenen Publikationen anderer Professionen noch in den bis dato veröffentlichten ergotherapeutischen Diplom-, Bachelor- und Masterarbeiten werden Auswirkungen gesundheitspolitischer Veränderungen auf die Arbeit von Ergotherapeuten im Setting teil- und vollstationäre psychiatrische und psychosomatische Kliniken betrachtet. Insgesamt fällt auf, dass die Themen PEPP und Psych-Entgelt in der ergotherapeutischen Fachliteratur und Diskussion unverhältnismäßig wenig Beachtung finden. Der DVE hat auf seiner Homepage zwei Beiträge zum PEPP, die jedoch auch ein Jahr nach bekannt werden des Psych-Entgelt nicht aktualisiert worden sind. In den ergotherapeutischen Fachzeitschriften der letzten Jahre finden sich lediglich zwei Artikel, die sich mit dem PEPP bzw. Psych-Entgelt befassen, bisherige Erfahrungen von Ergotherapeuten in Kalkulationshäusern und Auswirkungen schildern. Monographien, wie z.B. aus dem ärztlichen Bereich von Wolff-Menzler, sind bisher nicht publiziert worden. Unter diesem Aspekt erscheinen die Ergebnisse der Interviews bezüglich des Wissenstandes der Befragten über PEPP und Psych-Entgelt wenig überraschend. Und doch trifft Jäger (2013, S. 8) passend die Aussage: „Wer behandelt wie viel? Wie lange dauert es? Und was bekommt das Krankenhaus dafür? Fragen, mit denen sich Ergotherapeuten, die in der Psychiatrie arbeiten, bisher kaum auseinandersetzen mussten. Doch mit dem neuen Abrechnungssystem PEPP ändern sich die Zeiten“. Denn betrachten man die Jahre lange Diskussion um das PEPP und den nun gefundenen Kompromiss Psych-Entgelt ist mit Veränderungen im psychiatrischen Bereich zu rechnen. Die Ergotherapie scheint nach wie vor wenig vorbereitet und nicht in der Lage auf die Chancen und Risiken des neuen Systems adäquat zu reagieren. Diese Masterarbeit schafft neue

Erkenntnisse, um bestehende Forschungslücke zu füllen, indem sie die Frage stellt welche Auswirkungen das Psych-Entgelt auf die Tätigkeit der Ergotherapeuten im psychiatrischen Bereich haben wird. In den Fokus rücken somit erfahrene Therapeuten als Experten für ihr Arbeitsfeld. Es kann grundsätzlich die Erkenntnis aufgeführt werden, dass es auf Grund der dünnen Forschungslage dringend professionseigener Grundlagenforschung für den psychiatrischen Bereich bedarf. Insbesondere auf dem Hintergrund, dass das Psych-Entgeltsystem auch vorsieht das die Psych-PV ab 2020 durch neue Mindestpersonalvorgaben abgelöst wird, die auf Grundlage von Leitlinien entwickelt werden und die ergotherapeutische Behandlung zumeist auf Grund der unzureichenden Evidenzlage nur schwache oder ausbleibende Empfehlungen in den Leitlinien erhält. Was bedeutet die Einführung des Psych-Entgeltsystems für die praktische Arbeit der Ergotherapeuten? Zunächst ist mit einer weiteren Zunahme der täglichen Dokumentation zu rechnen. Da der PEPP-Katalog auch im Psych-Entgeltsystem bestehen bleibt, sind die Ergotherapeuten gefordert qualitativ und quantitativ mehr und anders in Form der OPS als Regel- oder Intensivbehandlung zu dokumentieren (vgl. ebd., S. 9). Dazu Oltman et al. (2016, S. 32): „Eine Leistungserfassung ist zukünftig unabdingbar: Sie ist eine wichtige Grundlage, mit der dokumentiert werden kann, was für den Patienten mittelbar sowie unmittelbar geleistet – aus Krankenhaus-Perspektive „erwirtschaftet“ – wurde, und trägt damit gleichzeitig zur Existenzsicherung, aber auch zum Ausbau der ergotherapeutischen Stellen bei“. Die Aussagen von I.III. zum PEPP-Team zeigen, dass in den Optionshäusern bereits eine engmaschige Kontrolle der Dokumentation durch speziell geschultes Personal erfolgt (vgl. Anhang S. XXXIX, Zeile 146ff). Dabei ist damit zu rechnen, dass die Arbeitsanforderungen sich für Ergotherapeuten in den Kliniken zukünftig verdichten werden, da der PEPP Katalog keine Darstellung und somit auch keine gesonderte Vergütung für Vor- und Nachbereitung der Therapien, Dokumentation oder auch Teambesprechungen vorsieht. Dazu Jäger (2013, S. 9): „Was im alten System durch die tageseinheitlichen Pflegesätze nicht ins Gewicht fiel, kann im PEPP-System zu einem Kostenfaktor werden“. Auch sieht der PEPP-Katalog andere Zeitwerte für die ergotherapeutischen Behandlungen vor. Dies könnte in den Kliniken zu einer Neuberechnung und ggf. einer Steigerung der geforderten Therapieeinheiten pro Tag führen. Die ergotherapeutischen Angebote gehören nun in den Bereich Spezialtherapien und nehmen einen verhältnismäßig hohen Zeitaufwand ein. Möglicherweise eine Chance für die Ergotherapie im hierarchischen System Klinik

Aufklärungsarbeit über das Berufsbild und die Aufgaben zu leisten und den Beitrag zur Behandlung für Klinikleitung und ärztliche Vorgesetzte sichtbar und transparent zu machen. Wobei bei eventuellen zukünftigen Einsparungen auf Grund der unzureichenden Evidenzlage auch die Gefahr von personellen und inhaltlichen Kürzungen im ergotherapeutischen Bereich besteht. I.II. schildert im Gespräch eine ähnliche Entwicklung mit Kürzungen von z.B. ergotherapeutischen Gruppenangeboten in GB (vgl. Anhang, S. XXXIII, Zeile 436 ff). Das folgende Zitat von Horter et al. (2016, S. 85f) belegt die Brisanz für die Ergotherapie: „Wenn eine Erhöhung der Erlöse nicht möglich ist, müssen die Kosten reduziert werden. Da ca. 80% der Kosten in der Psychiatrie Personalkosten sind, ist hier das größte Einsparungspotential (...) Durch die lukrative Vergütung der Psychotherapie und den hohen Stellenwert von Ärzten bei der Erfassung weiterer abrechnungsrelevanter Merkmale (u.a. Nebendiagnosen etc.) bei gleichzeitig fehlender Vergütung für pflegerische- und spezialtherapeutische Interventionen, werden wahrscheinlich bevorzugt im pflegerischen und spezialtherapeutischen Bereich Stellen eingespart werden“. Durch die Stärkung des ambulanten Hometreatmentbereichs entsteht jedoch eine neue Chance für die Ergotherapie. Da die ergotherapeutischen Interventionen per se alltagsorientiert und im Fall der Krisenintervention besonders auf das Wohn- sowie Lebensumfeld und klientenzentriert auf die Bereiche Selbstversorgung, Freizeit und Produktivität ausgerichtet sind, können die aufsuchenden Hometreatmentangebote der Kliniken ein neues Handlungsfeld für Ergotherapeuten darstellen, „Ergotherapeuten haben nun die Möglichkeit, durch die Einführung einer komplexen psychiatrischen Akut-Behandlung im häuslichen Umfeld in multiprofessionellen Behandlungsteams mitzuwirken“ (Oltman et al., 2016, S. 32). Ob das Psych-Entgeltsystem Fluch oder Segen für die Ergotherapie in den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken ist hängt somit auch vom Engagement der Ergotherapeuten ab, welches, wie es die Ergotherapie in Bezug auf Selbstverständnis und Reliabilität bisher bewiesen hat, Defizite aufweist. Müssen wir zukünftig unsere Arbeit wie I.II. so treffend titulierte „beschützen“ oder bestätigt sich die Hoffnung von Jäger (2013, S. 10), die vermutet, dass „das neue System Horizonte öffnet und der Ergotherapie zu mehr Sichtbarkeit verhilft“? Es bleibt abzuwarten welche Veränderungen in den nächsten Jahren eintreten.

8. Schlussbetrachtungen

Bei der Auseinandersetzung mit der Thematik PEPP und Psych-Entgelt taucht ein interessanter Aspekt auf, der nun in diesem Kapitel betrachtet wird. Der Anteil psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen voll- und teilstationärer macht nur einen verhältnismäßig geringen Teil der deutschen Krankenhauslandschaft in Deutschland aus. Die Gruppe der psychiatrischen Klienten ist im Gegensatz zu z.B. Krebserkrankten nicht dafür bekannt in der öffentlichen Diskussion für ihre Rechte einzutreten und Forderungen zu stellen. Es sind Klienten, die keine Lobby haben in einem Gesundheitssystem, in dem sonst viele Fraktionen erfolgreich ihre Interessen durchzusetzen versuchen. Folgende treffende Aussage findet sich dazu im Gespräch mit I.II.: „Also das habe ich in GB viel gesehen, dass Psychiatriepatienten sind nicht so gut im HIER-Schreien wie beispielsweise Brustkrebspatienten. Da wurde dann gnadenlos im Psychiatriebereich gekürzt, gekürzt, gekürzt und das ist jetzt ziemlich stiefmütterlich da“ (Anhang, S. XXXI, Zeile 343ff). Trotzdem beginnt 2009 eine jahrelang andauernde mediale Diskussion um das PEPP. Es gibt zahlreiche Demonstrationen, breite medizinisch und ethisch begründete Kritik von allen Seiten, Unterschriftenaktionen, Petitionen werden verfasst, selbst der DVE empfiehlt seinen Mitgliedern sich an einer der Petitionen zu beteiligen und 2015 gibt es dann den Zusammenschluss von 20 Fachgesellschaften und Fachverbänden unter Führung der DGPPN, die ein alternatives Budgetkonzept erarbeiten und im September 2015 dem Bundesgesundheitsminister übergeben. Im Februar 2016 wird den Bedenken der Kritiker Rechnung getragen und es erfolgt die sogenannte Kehrtwende der Großen Koalition in Sachen PEPP (vgl. Berger, 2016, Seite 3). Mit dem Wegfall der Degression und der Landeskonvergenz unterscheidet sich das Psych-Entgeltsystem, auch wenn noch nicht alle Aspekte im Referentenentwurf bis ins letzte Detail geklärt sind, nun deutlich vom G-DRG-System für den somatischen Bereich. Berger (ebd.) zieht daraus folgendes Fazit: „Überrascht und erfreut ist zur Kenntnis zu nehmen, dass intensive Diskussionsprozesse mit der Politik erfolgreich durchgeführt werden können und einschneidende Korrekturen auch in einem bereits fortgeschrittenen gesetzlichen Entwicklungsprozess möglich sind“. Es stellt sich die Frage wie und warum das PEPP für Klienten ohne vermeintliche Lobby abgewendet werden kann? Die Antwort findet sich im psychiatrischen System. Schon lange steht der psychiatrische und psychosomatische Bereich der Krankenhäuser in der Kritik Fehlanreize durch die Bundespflegeverordnung für finanziell lukrative stationäre Behandlungen mit den

längsten Verweildauern insgesamt in Deutschland zu ermöglichen. Das System gilt als intransparent und nicht leistungsgerecht. Die historisch bedingten Tagespflegesätze differieren zwischen 180 und 400 Euro (vgl. Doelfs, 2016, S. 32). Die ambulante Struktur der Versorgung psychiatrischer und psychosomatischer Klienten trägt mit einer chronischen Unterfinanzierung der Hausärzte, einer unzureichenden sektorenübergreifenden Kooperation und zu wenig niedergelassenen Psychotherapeuten und Psychiatern mit moantelangen Wartezeiten auf einen Therapieplatz einen weiteren Teil zu steigenden Fallzahlen und höheren Kosten im psychiatrischen Bereich bei. Das System drängt die Klienten in die Kliniken. Die im Kapitel 2.4 vorgestellten Modellprojekte wie z.B. das Regionale Psychiatriebudget bieten mit bereits erfolgreich etablierten individuellen Therapieangeboten und dem Aufbau einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung sinnvolle Alternativen. Die Kostenträger bleiben jedoch skeptisch, da sie die Kontrolle zum größten Teil an die Einrichtungen abgeben und Missbrauch der finanziellen Mittel befürchten. Jede Klinik entscheidet schließlich individuell wofür sie die Gelder ihres Budgets verwenden. Auch bieten die Alternativkonzepte nicht die Option der Kostenreduzierung, sondern verteilen lediglich dieselben Mittel vom stationären in den ambulanten Bereich, um eine individuelle lebensweltorientierte Behandlung der Klienten zu ermöglichen. Es entsteht die Idee von Seiten der Politik und Kostenträger die stetig steigenden Kosten des psychiatrischen Bereichs durch ein Fallpauschalen System zu regulieren. Doch mit so langanhaltenden medienwirksamen Protesten für eine Gruppe ohne Lobby konnte die Initiatoren der Reform kaum gerechnet haben. Das PEPP wird abgewendet – zu Recht – steht doch zu befürchten, dass die Kliniken sich bei allem Altruismus zukünftig die lukrativen einfachen Fälle sichern und schwierige chronisch kranke Klienten weiterreichen. In Folge würde das ohnehin schon dysfunktionale System weiter verschärft werden – zu Lasten der Klienten, die sowieso schon auf Grund der Schwere ihrer Erkrankung aus dem gesellschaftlichen Rahmen fallen. Ob das Psych-Entgelt die notwendige Reform des Arbeitsfeldes Psychiatrie und Psychosomatik bringen wird, bleibt abzuwarten. Erste wichtige Impulse sind mit der Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung durch Hometreatment Angebote, einem neuen Konzept für personelle Mindeststandards sowie der Abwendung von Degression und Fallpauschalen gesetzt.

Literaturverzeichnis

Bayer W., Köster M., Salize H.J., Höhl W., Machleidt W., Wiedl K.H., Buchkremer G., Längle G. (2008). Längerfristige Auswirkungen stationärer arbeits- und ergotherapeutischer Maßnahmen auf die berufliche Integration schizophrener Patienten. In: Psychiatrische Praxis, 35 (4), S. 170-173.

Bayer W., Längle G., Köster M., Salize H.J., Höhl W., Machleidt W., Wiedl K.H., Buchkremer G. (2006). Unterscheiden sich die Effekte stationärer arbeits- und ergotherapeutischer Maßnahmen? Ergebnisse einer kontrollierten Multizenterstudie des Kompetenznetzes Schizophrenie. In: Psychiatrische Praxis 33, S. 34-41.

Bayer W. (2005). Effekte stationärer arbeitstherapeutischer Maßnahmen bei schizophren erkrankten Menschen. Zugriff am 21.01.2017 auf <https://publikationen.uni-tuebingen.de/xmlui/bitstream/handle/10900/48854/pdf/Dissertation%20Wiltrud%20Bayer.pdf;sequence=1>

Berger M. (2016). Kehrtwende der Großen Koalition in der PEPP-Diskussion. In: InFo Neurologie, 18 (3), S. 3.

Bundesministerium für Gesundheit (2016). Psych-Entgeltsystem – 18.02.2016. Zugriff am 02.01.2017 auf <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2016/psych-entgeltsystem-18022016.html>

Bölt U., Graf T. (2012). 20 Jahre Krankenhausstatistik. Zugriff am 12.01.2017 auf https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/20JahreKrankenhausstatistik.pdf?__blob=publicationFile

Bühning P. (2014). Anreize zu verfrühter Entlassung. In: Deutsches Ärzteblatt, 111 (11), S. 434.

Cropley A. (2011). Qualitative Forschungsmethoden. Eine praxisnahe Einführung. 4. überarbeitete Aufl., Eschborn: Klotz.

Deister A., Heinze M., Kieser E., Wilms B. (2011). Regionale Verantwortung als Basis für ein zukunftsfähiges Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychotherapie. Zugriff am 05.01.2017 auf [https://www.klinikum-itzehoe.de/fileadmin/media/kliniken/Psychosoziale Medizin/netzwerk/Regionale Verantwortung Konzept Final.pdf](https://www.klinikum-itzehoe.de/fileadmin/media/kliniken/Psychosoziale_Medizin/netzwerk/Regionale_Verantwortung_Konzept_Final.pdf)

Deister A., Roick C., Zeichner D., Ziegler B. (2005). Kein Anreiz zur Fallausweitung. In: Deutsches Ärzteblatt, 102 (38), S. 2532-2534.

Deutsches Ärzteblatt (2016). PEPP: Ministerium legt Referentenentwurf vor. Zugriff am 05.01.2017 auf <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/67768/PEPP-Ministerium-legt-Referentenentwurf-vor>

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (2015). Psychiatrie-Entgeltsystem. Entgeltsystem in psychiatrischen Einrichtungen (PEPP). Zugriff am 15.11.2016 auf <https://dve.info/infothek/psychiatrie-entgeltsystem>

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (2009). Das neue Entgeltsystem in psychiatrischen Einrichtungen – Start 2010. Neue OPS-Kodes für psychiatrische Einrichtungen als Kalkulationsgrundlage. Zugriff am 15.11.2016 auf <https://dve.info/resources/pdf/infothek/entgeltsystem/208-neues-entgeltsystem-in-psychiatrischen-einrichtungen-2010/file#page=1&zoom=auto,-274,848>

Doelfs G. (2016). PEPP: Der Zeitplan ist zu ambitioniert. In: Kma: Das Gesundheitswirtschaftsmagazin, 21 (5), S. 32-33.

Driessen M., Grupp D. (2016). Referentenentwurf zum PsychVVG: Wir sind auf einem guten Weg – Pro & Kontra. In: Psychiatrische Praxis, 43 (6), S. 303-304.

Flick U., von Kardorff E., Steinke I. (Hrsg.) (2010). Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 8. Aufl., Reinbek: Rowohlt.

Fritze J. (2016). Neues pauschalisiertes Entgeltsystem. In: Psych up2date: Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, 10 (4), S. 1-4.

Gläser J., Laudel G. (2010). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 4. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Große C., Wolff-Menzler C. (2016). Analyse und Beurteilung der Veränderungen des PEPP-Systems durch den Entgeltkatalog 2015. In: Das Gesundheitswesen, 78 (7), S. 446-451.

Herzberg S. (1990). Client or Patient: Which Term is More Appropriate for Use in Occupational Therapy? In: American Journal of Occupational Therapy, 55 (4), S. 561-564.

Hoffmann, H., Jäckel D. (2008). Verpasste Chance. In: Psychiatrische Praxis, 35 (4), S. 173-174.

Horter H. (2016). Systemimmanente Anreize im PEPP. In: Der Nervenarzt: Organ der Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, 87 (7), S. 760-769.

Horter H., Driessen M., Zapp W. (2016). Systemimmanente Anreize im Pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP). Analyse am Beispiel der Behandlung der Alkoholabhängigkeit. 1. Aufl. Wiesbaden: Springer.

InEK (2016). PEPP Entgeltkatalog. Version 2016. Zugriff am 05.01.2017 auf http://www.g-drg.de/PEPP-Entgeltsystem_2016/PEPP-Entgeltkatalog

Jäger S. (2013). AufgePEPPt - Das neue Entgeltsystem in der Psychiatrie. In: Ergopraxis, 6 (3), S. 8-10.

Johanniter Krankenhaus Geesthacht (2017). Die psychiatrische Abteilung. Zugriff am 05.01.2017 auf <http://www.johanniter.de/einrichtungen/krankenhaus/geesthacht/medizin-pflege/fachabteilungen/psychiatrie/die-abteilung/>

Kruse J. (2015). Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz. 2. überarbeitete und ergänzte Aufl., Weinheim: Beltz Juventa.

Lagemann H. (2009). Evidenzbasierte Praxis in der Psychiatrie. In: Kubny-Lüke B. (Hrsg.) Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie. 2. überarbeitete Auflage. Stuttgart: Thieme. S. 124-134.

Marquardt M. (2004). Geschichte der Ergotherapie. 1954 bis 2004. 1. Aufl. Idstein: Schulz-Kirchner.

Miesen M. (Hrsg.) (2004). Berufsprofil Ergotherapie 2004. 1. Aufl. Idstein: Schulz-Kirchner.

Möller H.J., Laux G., Kapfhammer H. P. (Hrsg.) (2011). Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. 4. erweiterte und vollständig neu bearbeitete Auflage. Berlin: Springer.

Oltman R., Klier R. (2016). PEPP ist vom Tisch! Entgeltsystem in psychiatrischen Einrichtungen. In: Ergotherapie und Rehabilitation, 55 (5), S. 30-32.

PEDro (2016). PEDro-Skala. Zugriff am 04.01.2017 auf <http://www.pedro.org.au/german/downloads/pedro-scale/>

Raithel J. (2006). Quantitative Forschung. Ein Praxiskurs. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Reuster (2008). Effektivität der Ergotherapie im psychiatrischen Krankenhaus. Der Wert der Ergotherapie – wissenschaftlich betrachtet. In: Ergotherapie & Rehabilitation, 47 (10), S. 33-34.

Reuster T. (2006). Effektivität der Ergotherapie im psychiatrischen Krankenhaus. Darmstadt: Steinkopff.

Schützwohl M., Olbrich R. (2000a). Patientenzufriedenheit mit stationärer psychiatrischer Ergotherapie. Zum Zusammenhang zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung. In: Krankenhauspsychiatrie, 11 (1), S. 3-7.

Schützwahl M., Olbrich R. (2000b). Patientenbewertung stationärer psychiatrischer Ergotherapie. Bedingungsfaktoren der berichteten Patientenzufriedenheit. In: Psychiatrische Praxis, 27 (6), S. 401-405.

Schützwahl M. (1998). Evaluation der Ergotherapie am psychiatrischen Krankenhaus. Ein empirischer Beitrag zum Qualitätsmanagement. Dissertation. Berlin: Wissenschaftlicher Verlag.

Staeck F. (2014). PEPP-System. Eine Last für regionale Vertragspartner. Zugriff am 05.01.2017 auf http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/selektivvertraege/iv-vertraege/article/864504/pepp-system-last-regionale-vertragspartner.html

Statistisches Bundesamt (2016). Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung in Krankenhäusern. Zugriff am 13.01.2017 auf <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KrankenhaeuserJahreOhne100000.html>

Statistisches Bundesamt (2010). Gesundheit – Krankheitskosten. Fachserie 12, Reihe 7.2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Wadehn P. (2000). Ergotherapie als ein Element der Soziotherapie in der Psychiatrie. Eine Untersuchung zur Effektivität der Ergotherapie in der stationären Behandlung psychisch Kranker an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus der TU Dresden. Dresden: Medizinische Dissertation. TU.

Wiedl K.H., Kemper K., Uhlhorn S., Schöttke H. (2005). Welche schizophrenen Patienten verbessern sich unter Arbeitstherapie, welche nicht? Ein Beitrag zur differenziellen Wirksamkeitsprüfung. In: Fortschritte der Neurologie & Psychiatrie, 73 (11), S. 674-680.

Wolff-Menzler C., Gyßer S., Große C., Häfner S., Seemüller F., Godemann F., Wiegand H., Löhr M. (2016). Aufnahme- und Entlassungsentscheidungen in der

Psychiatrie. Der 7-Tage-Zyklus: Analyse auf Grundlage der VIPP-Datenbank. In: Der Nervenarzt, 87 (7), S. 753-759.

Wolff-Menzler C., Pagel N. (2015). Psychiatrische Dokumentation im PEPP-Entgeltsystem. Göttingen: Hogrefe.

Ziemann G.H. (2000). Der Stellenwert der Ergotherapie im stationären psychiatrischen Therapiekonzept – Ergebnisse einer Befragung von Patienten und Angestellten. Dresden: Medizinische Dissertation. TU.

Anhang

Anhang I	Vorlage des Leitfadengestützten Interviewbogens.....	S. I
Anhang II	Vorlage des Gedächtnisprotokolls.....	S. IX
Anhang III	Transkripte der Interviews.....	S. XII
Anhang IV	Darstellung der Ergebnisse in MAXQDA.....	S. LXVII

Anhang I Vorlage des Leitfadengestützten Interviewbogens

Autorin: Valeska Tannhof

Matrikelnummer: 1259085

Semester: Wintersemester 2016/2017

Prüfer: Michael Doege, Prof. Dr. rer. medic. Mathias Bonse-Rohmann

Fakultät V



Leitfadeninterview zur Masterarbeit:

„Auswirkungen des Psych-Entgeltsystems auf die Ergotherapie im Arbeitsbereich voll- und teilstationäre Psychiatrie“.

Kurze einleitende Beschreibung der Masterarbeit:

Im Rahmen meines berufsbegleitenden Masterstudiums Gesundheitsmanagement an der Hochschule Hannover schreibe ich im letzten Semester meine Masterarbeit. Die Thesis befasst sich mit der Frage ob das neue Finanzierungssystem Auswirkungen auf die Arbeit von Ergotherapeuten im psychiatrischen Krankenhaus haben wird. Dafür führe ich qualitative Interviews mit Ergotherapeutinnen, die im voll- oder teilstationären Setting tätig sind. Ich bitte dich, mir die folgenden Leitfragen zu beantworten und vor allem von deinen persönlichen, individuellen Erlebnissen zu berichten. Aufgrund des begrenzten Umfangs der Masterarbeit beträgt die eingeplante Zeit für das Interview ca. 30-60 Minuten. Das Interview werde ich mit deiner Zustimmung als Audiodatei aufzeichnen und mir kurze Notizen während des Interviews machen, diese auswerten und interpretieren. Deine Daten werden dabei anonymisiert d.h. es werden keine persönlichen Einzelheiten wie Namen etc. aufgeführt und alle Daten ausschließlich für die Masterarbeit verwendet. Die Ergebnisse werden durch Kodierungen so aufbereitet, dass spezifische Aussagen nicht auf spezifische Teilnehmer zurückzuführen sind.

Leitfaden

Unser Interview beginnt mit einleitenden Fragen zu deiner Person

Eingangsfrage 1

Kannst du bitte kurz deinen beruflichen Werdegang als Ergotherapeutin beschreiben?

Eingangsfrage 2

Kannst du bitte kurz Eckdaten zu deiner aktuellen Stelle geben?

Eingangsfrage 3

Wie ist in deiner Einrichtung der Weg für den Klienten um zur ergotherapeutischen Behandlung zu kommen?

Eingangsfrage 4

Wie erlebst du den Kontakt zu den Ärzten in deiner Einrichtung?

Eingangsfrage 5

Findet in deiner Einrichtung ein interdisziplinärer Austausch mit den anderen Berufsgruppen statt?

Eingangsfrage 6

Wie schätzt du deine Freiheit in Bezug auf deine Therapien ein? Kannst du über die Inhalte selbst entscheiden?

Eingangsfrage 7

Verfügst du über Fortbildungen im Bereich Psychiatrie?

Eingangsfrage 8

Wie würdest du deine Arbeitsweise beschreiben?

Nutzt du beispielsweise Methoden wie handwerklich-kreative Ansätze oder arbeitest du eher alltagsorientiert?

Nach dieser Einleitung komme ich nun zu den Kernfragen

Kernfrage 1

Welche Informationen hast du über das Psych-Entgelt?

<p>Kernfrage 2</p>	<p>Gab es seitens deiner Einrichtungsleitung/deiner Vorgesetzten Informationsangebote oder Vorträge zum Psych-Entgelt?</p> <p>-----</p>
<p>Kernfrage 3</p>	<p>Wurde das neue Finanzierungssystem in eurem Therapeutenteam/ Team- oder Dienstbesprechungen diskutiert?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>Kernfrage 4</p>	<p>Hast du innerhalb der letzten zwei Jahre Medienberichterstattungen (z.B. Fachzeitschriften, Internet, DVE Homepage) über das Psych-Entgelt gesehen?</p> <p>-----</p>
<p>Kernfrage 5</p>	<p>Hast du die öffentlichen Reaktionen auf (z.B. Unterschriftenaktionen) die Einführung des Psych-Entgelts verfolgt?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>

Information über das Psych-Entgelt:

2009 hat der Gesetzgeber im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die Möglichkeit geschaffen, nach den DRGs auch für den psychiatrischen Bereich ein leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten einzuführen. Seit 2013 können voll- und teilstationäre Einrichtungen das PEPP genannte System freiwillig einführen. Zunächst war geplant ab 2015 eine verpflichtende Anwendung zu fordern. Nach Protesten von Berufsverbänden und Patientenrechtsorganisation wurde die Freiwilligkeitsfrist bis 2017 verlängert. Nach einigen Nachbesserungen und Zugeständnissen an die PEPP-Gegner beginnt nun von 2017 bis 2022 die phasenweise Umstellung.

Kernfrage 5

Das Psych-Entgelt sah zunächst eine Degression vor. Das bedeutet, dass nach Ablauf einer vorgeschriebenen Therapiedauer ein Pauschalatz mit verringerter Vergütung gezahlt wird. Könnte eine solche Regelung Auswirkungen auf deine Arbeit haben?

Kernfrage 6

Könnte das neue Finanzierungssystem die Verweildauer der psychiatrischen Klienten in deiner Einrichtung beeinflussen?

Kernfrage 7

Was für mögliche Auswirkungen hätte eine Degression auf die Klienten?

Kernfrage 8

Das Psych-Entgelt beinhaltet auch die Einführung des „Hometreatment“, ein Versorgungsangebot zur Vernetzung der stationären und ambulanten Angebote insbesondere für schwer betroffene und akut erkrankte psychiatrische Klienten. Wie erlebst du zurzeit die Vorbereitung der Klienten auf die Entlassung und die Kooperation mit den ambulanten Dienstleistern?

Kernfrage 9

Ein weiterer zentraler Aspekt des neuen Finanzierungssystems sind festgelegte Mindestpersonalvorgaben für die Krankenhäuser. Hältst du anhand eigener Erfahrungen Personalmangel und personelle Unterbesetzung für relevante Themen im psychiatrischen Bereich?

Abschlussfrage 4 **Erwartest du Auswirkungen auf die Qualität im psychiatrischen Krankenhaus gemessen an Klientenzufriedenheit, Therapeutenzufriedenheit und Erreichen von Therapiezielen haben?**

Ich danke dir sehr dafür, dass du dir die Zeit für dieses Interview genommen hast und mich dadurch bei meiner Masterarbeit unterstützt.

Anhang II Vorlage des Gedächtnisprotokolls



Autorin: Valeska Tannhof

Matrikelnummer: 1259085

Semester: Wintersemester 2016/2017

Prüfer: Michael Doege, Prof. Dr. rer medic. Mathias Bonse-Rohmann

Fakultät V

Leitfadeninterview zur Masterarbeit:

„Auswirkungen des Psych-Entgeltsystems auf die Ergotherapie im Arbeitsbereich voll- und teilstationäre Psychiatrie“.

Postskriptum / Gedächtnisprotokoll

Interview-Nr.:

Datum des Interviews:

Ort:

Gesprächspartner:

a) *Institution:*

b) *Position:*

c) *Aufgabenbereich:*

d) *Tätig im Beruf seit:*

e) *Anstellungsverhältnis seit:*

f) *Alter:*

g) *Sonstiges:*

Gesprächsdauer

Audiodatei:

Einschätzung des Interviews:

1) Grad der Bereitschaft des Interviewpartners:

.....
.....
.....

2) Rahmenbedingungen der Gesprächssituation:

.....
.....
.....

3) Störfaktoren:

.....
.....
.....

4) Gesprächsklima:

.....
.....
.....

5) Reaktionen der Befragten:

.....
.....
.....

6) Nonverbale Reaktionen (Gestik, Mimik):

.....
.....
.....

Allgemeine Charakterisierung des Gesprächs:

.....

.....

.....

Expertenstatus des Befragten:

.....

.....

.....

Anhang III: Transkript der sechs Experteninterviews

Legende

Die im Rahmen der Masterarbeit erfolgten und aufgezeichneten Interviews wurden in Anlehnung an GAT 2 / Minimalskript transkribiert. Die Auswahl für diesen Transkriptionstypus geschieht unter zwei Annahmen: erstens liegt der analytische Schwerpunkt der Interviews auf der Denotation, weswegen Mimik, Gestik, nonverbale Kommunikation und Pausen nur bei besonderer Ausprägung im Transkript auftauchen, zweitens bietet GAT 2 den Vorteil, auffällig häufigen konnotativen Parts der Interviews wie Pausen, Lachen, Unterbrechungen, etc. vereinfacht darzustellen.

((Pause))	Unterbrechung des Gesprächsflusses, zum Beispiel Schweigen oder Lachen, durch den Interviewpartner von mehr als fünf Sekunden.
((Unterbrechung))	Unterbrechung der Gesprächssituation durch das Umfeld beispielsweise durch Personen, die den Raum unerwartet betreten.
()	Unverständliches Wort, die Länge der Klammer deutet die ungefähre Länge des Wortes an.
Wort /	Satzfragment mit verschlucktem Ende
/ Wort	Satzfragment mit verschlucktem Anfang
// Wort	nachträglich eingefügtes Wort zur Sinnvervollständigung
// Wort //	mehrere nachträglich eingefügte Worte zur Sinnvervollständigung
(sic!)	Grammatikalischer Fehler des Interviewpartners

Zeitraum: Winter 2016

Typus Interview: Leitfaden gestützte qualitative Experteninterviews

Teilnehmer:

1. Interviewte I. (I.I.)
2. Interviewte II. (I.II.)
3. Interviewte III. (I.III.)
4. Interviewte IV. (I.IV.)
5. Interviewte V. (I.V.)
6. Interviewte VI. (I.VI.)

Gesprächsführerin (G.): Valeska Tannhof

Das Interview wird in informed consent nach einer ausführlichen Erklärung der Persönlichkeitsrechte, Anonymität und der Maßnahmen zum Datenschutz durchgeführt.

1. Interview

Setting: Ergotherapeutischer Funktionsraum einer psychiatrischen Klinik

Uhrzeit: 8.00 Uhr

Dauer: ca. 45 Minuten

- 1 G. Also das Thema ist ja das neue Entgeltsystem in der Psychiatrie und die Fragestellung lautet:
2 „Auswirkungen des Entgeltsystems auf die Ergotherapie im Arbeitsbereich voll- und
3 teilstationärer Psychiatrie“. Und im Rahmen meines berufsbegleitendes
4 Masterstudiengangs „Gesundheitsmanagement“ schreibe ich jetzt meine Meisterarbeit
5 und befasse mich mit den Auswirkungen des neuen Finanzierungssystems, führe qualitative
6 Interviews mit Ergotherapeutinnen durch. Ich bitte Dich, mir die folgenden Leitfragen zu
7 beantworten und mir von deinen persönlichen Erlebnissen zu berichten. Und aufgrund des
8 beschränkten Zeitumfangs sind zwischen 30 und 60 Minuten Zeitumfang geplant. Daten
9 werden alle anonymisiert das heißt persönliche Einzelheiten, Namen und so weiter kann
10 man dann am Ende nicht ableiten beziehungsweise zuordnen, weil alles kodiert bzw.
11 transkribiert ist. Der erste Teil sind Einleitungsfragen. Ob du kurz zu deinem beruflichen
12 Werdegang was erzählen kannst?
- 13 I.I. Ja, kann ich machen. 1981 war ich einundzwanzig Jahre alt, da habe ich eine Ausbildung zur
14 Baumschulgärtnerin begonnen, 3 Jahre später die Ausbildung zur Floristin und 2000 und
15 sind wir dann nach X und sind kurz vor die Tore X gezogen. Und Ergotherapie das hatte ich
16 vorher schon kennengelernt. Ich hatte gehört, hier gibt es Ergotherapieschulen und da habe
17 ich mit 41 meine Ausbildung zur Ergotherapeutin angefangen. In einer Schule in X. Dann bin
18 ich zügig, mini Sachen lass ich jetzt weg, bin dann aber ziemlich=ziemlich schnell in der
19 Praxis X, die ist in X, gewechselt und die arbeiten ziemlich eng mit dem Krankenhaus
20 zusammen und mit „Arbeit nach Maß“ und da war ich in leitender Funktion über manche
21 Bereiche.
- 22 G. Und im Krankenhaus oder in einer der Praxen?

- 23 I.I. Naja wir gehörten ja alle zur Praxis, das ist Sammelpunkt und das ist Arbeitgeber aber genau
24 betrachtet war ich vom Krankenhaus angestellt, nur das Geld kam von einer anderen
25 Quelle. Also ich habe ja eng mit dem Krankenhaus zusammengearbeitet und einmal
26 wöchentlich gab es da auch Teamtreffen aber hauptsächlich habe ich Hausbesuche
27 gemacht und ein Haus geleitet mit Bewohnern und teils mit Bewohnern damals mit
28 aufgebaut.
- 29 G. Dieses Dementenhaus?
- 30 I.I. Ja, das lag nicht so in meinem Sinne, da stand ich nicht so hinter dem Konzept. Ein Haus
31 mitten in der Innenstadt, sonst Einzelhausbesuche. Und dazu gab's Treffen mit dem Team.
32 Wer gehörte dazu? Oberarzt, Chefarzt, Pfleger, Pflegedienste und Psychologen die trafen
33 sich ja wöchentlich und da waren wir dabei.
- 34 G. Und dann bist du hierher gewechselt?
- 35 I.I. Dann bin ich in die Praxis X, das ist eine Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und da war
36 ich für die Beratung zu Erziehungsfragen, eigentlich so eine Art Konsequenzkonzept
37 vermitteln, wenn Eltern nein sagen, heißt das auch nein, mit ja sagen müssen sie auch zu
38 ihrem Ja stehen, so Videogestützt war das auch und dann habe ich noch alle möglichen
39 Tests gemacht, so Diagnostik vorrangig für ADHS also die Praxis war am meisten ADHS-
40 frequentiert aber auch Asperger und Testungen und so weiter. Durfte ich offiziell nicht aber
41 ich habe die ausgewertet ((lacht)), also durfte ich ja nicht und stand auch immer der Name
42 des behandelnden Arztes drauf und somit war das erlaubt. Genau, das war mir einfach zu
43 öde. Immer der gleiche Spruch, immer der gleiche Satz, immer das gleiche Thema. Das
44 Ganze wurde aufgezeichnet auf Video und dann noch mal geguckt wie Eltern loben, haben
45 dann entdeckt, dass viele Eltern denken sie loben aber gar nicht loben, dass sie unheimlich
46 stolz sind aber das gar nicht ans Kind vermitteln. Das war die große Erkenntnis in
47 Dauerschleife, so wie bei „und täglich grüßt das Murmeltier“. Und dann habe ich zufällig
48 mit einer Kollegin telefoniert zu einem ganz anderen Thema und die sagte, ach ja, das Haus
49 hier habe auch Interesse an Hausbesuchen, und dann wurde ich eigentlich vom Haus
50 angerufen ob ich mich nicht bewerbe. Habe eigentlich einen Hausvertrag nicht kriegen
51 sollen wegen Outsourcing. Und das war 1.1.2012. In dieser Praxis war ich glaube ich 3 Jahre.
- 52 G. Deine aktuelle Stelle? Machst du denn hier nur Hausbesuche?
- 53 I.I. Ne, also ich bin Vollzeitangestellte und mache außer dienstags jeden Morgen Angebote auf
54 geschlossenen Stationen und ein offenes Angebot, das sehr niedrigschwellig ist: Patienten
55 müssen nicht dafür angemeldet werden, ist ein offenes Angebot, können alle freiwillig
56 kommen, ist aber nur für die Patienten, ist also ein geschlossenes offenes Angebot. 75
57 Minuten bin ich dann ungefähr auf der Station. Manche nutzen mein „Bastelprogramm“,
58 für die ist das basteln, manche schnacken auch nur, das finde ich durchaus wichtiger,
59 manche pirschen sich ran und beobachten aus der Ferne, trauen sich irgendwann, gehen
60 eine rauchen, trinken einen Kaffee, das ist so der Vorteil beim offenen Angebot. Dann mach
61 ich die Bipolargruppe einmal die Woche auch 75 Minuten und die Interaktion- und
62 Freizeitgruppe, die findet zweimal die Woche statt. Die Gruppe plant das alles, da halte ich
63 mich raus aus der Planung, das ist also open end sozusagen.

- 64 G. Und dann montags noch die Hausbesuche?
- 65 I.I. Montags und mittwochs die Hausbesuche. Nachmittags genau, freitags mach ich noch
66 Tongruppe.
- 67 G. Und ist das dann auch für eine bestimmte Station?
- 68 I.I. Nein, das ist offen also auch für jede Station, das ist frei, da kann jeder rein auch ohne
69 Diagnose und die ist relativ frisch gestartet, da muss sich zeigen ob auch ambulante
70 Patienten mit reinkommen, das muss sich alles noch so ergeben.
- 71 G. Wie wird denn hier entschieden, welcher Klient hier Ergotherapie bekommt?
- 72 I.I. Ach ja, das entscheiden eigentlich alle. Das entscheiden natürlich offiziell die Ärzte, wenn
73 wir aber Kontakt mit Patienten haben, dann machen wir den Vorschlag und in der Regel
74 hören die Ärzte dann auch auf den Vorschlag und sagen, ah gute Idee, melden wir an, dann
75 sind wir immer als so eine Art Pate auf den Stationen vertreten in Übergaben, in
76 Oberarztübergaben, wenn da dann auffällt bei Beschreibungen, die und die Auffälligkeiten
77 oder Interessen beim Patienten, dann könnte man sagen, ach Mensch, wäre dies, das, jenes
78 nicht eine Idee. Also das fließt aus allen Richtungen zusammen. Manchmal kommt auch
79 Doktor X und sagt, Mensch, da muss jetzt aber Ergotherapie verordnet werden, weil/ also
80 alle haben ein Mitspracherecht. Verordnen muss es dann der zuständige Arzt.
- 81 G. Gibt es das auch, dass Patienten sich selber melden, selber sagen, sie brauchen das jetzt?
- 82 I.I. Gibt es, gibt es. Melden die sich bei uns, besprechen wir das mit ihrem Behandler und dann
83 wird das angewendet oder das war auch schon so, dass jemand von den Behandlern anruft
84 und sagt „Patientin X möchte hier behandelt werden, habt ihr nicht einen Platz frei“
- 85 G. Wie ist denn der Kontakt zu den Ärzten?
- 86 I.I. Ja, ich finde sehr gut. Einfach durch unsere Präsenz bei der Übergabe. Ich habe nicht zu
87 allen Kontakt, ich habe natürlich am meisten Kontakt zu unserer geschlossenen, also der
88 Station X aber die X Patienten sind geschlossen und meine Kollegin aus einer offenen Y-
89 Station geht auch oft auf die Station. Die Ärzte kenn ich gut, enger Austausch zwischen den
90 Fachkräften – was hältst du hiervon? Was hast du beobachtet? Hast du eine Idee für? Hast
91 du einen Tipp was könnte man wie auch immer noch machen? Und zu den Z-Ärzten habe
92 ich weniger Kontakt aber, wenn was ist, dann redet man auch immer miteinander. Ach, das
93 ist sehr gut.
- 94 G. Gibt es hier einen interdisziplinären Austausch zwischen allen Berufsgruppen?
- 95 I.I. Ja einmal die Übergaben natürlich, das ist dann immer mit der Station aber da sind auch
96 dabei Pflege, Stationsarzt und Oberarzt und eben auch entsprechende, ja wir nennen uns
97 ja hier Kreativtherapeuten, also wir sind ja nicht nur Ergos. Dann gibt es spezielle
98 Diagnostikteams, die sind immer vertreten durch Pfleger, Arzt und Ergotherapeut und es gibt
99 noch mal so Spezialteams, die sind in Gruppen unterteilt. Da haben wir zum Beispiel
100 Psychosegruppe usw. Da kommen auch Kollegen aus der Ambulanz dazu und Pflege kann
101 durchaus da drin sein. Mehrere Möglichkeiten interdisziplinärer Zusammenkünfte.

- 102 G. Das nächste wäre: wieviel Freiheit hast du in Bezug auf Therapie, also wie kannst du selbst
103 entscheiden?
- 104 I.I. Komplet.
- 105 G. Also gibt es keine Vorgaben?
- 106 I.I. Nein. Natürlich wo Absprache Thema ist oder man irgendein Thema weiterreichen oder
107 besprechen will, klar, können wir da irgendwas gemeinsam verstärken oder betonen?
108 Ansonsten mach ich was ich will. ((lacht))
- 109 G. Dann das nächste wären Fortbildungen im Bereich Psychiatrie.
- 110 I.I. Hier im Haus finden ja immer Fortbildungen statt. Aus eigenen Reihen, selten mal jemanden
111 von außen eingeladen, jeden Donnerstag, Ferienzeiten ausgenommen. Ansonsten, wenn
112 man Fortbildungen haben möchte muss man schon wissen was und selber suchen und es
113 ist schon eine starke Begrenzung. Fortbildungsurlaub wird gewährt aber finanziell wird es
114 kaum noch getragen. Also wenn der Chef kommt und meint „diese Ausbildung muss sein“
115 dann würde ich sie nicht selber bezahlen müssen, wie das bei Ärzten aussieht habe ich keine
116 Ahnung aber es gibt da eine ziemliche Finanzierungsfortbildung. Ich habe da so eine
117 Werdelmann Fortbildung gemacht – Werdelmann sagt dir was?
- 118 G. Nein.
- 119 I.I. Das ist so eine Traumafortbildung für das innere Kind, also das innere Kind hervorholen. Es
120 waren mehrere Wochenenden kurz vor Frankfurt, das musste ich selber tragen und das
121 waren ((Pause)) knapp 1500 € und dass mal der Chef ankommt und sagt: „machen Sie mal
122 diese Fortbildung“ das habe ich noch nicht erlebt. Irgendwann kam er mal, weil ich eine
123 leitende Funktion irgendwo einnehmen sollte, da meinte er: „ach, ich suche Ihnen mal eine
124 passende Fortbildung“; dazu ist es nie gekommen. Mal dass er davon sprach aber, wenn ich
125 etwas wollte hieß es immer, ach Sie wissen doch alles, Sie sind doch so schlau. So, also das
126 find ich mager.
- 127 G. Und an den internen Fortbildungen kann man da immer teilnehmen?
- 128 I.I. Ja. Es gibt Pflichtveranstaltungen sowie Sicherheit, Schutz, Hygiene und alle anderen
129 freiwillig.
- 130 G. Dann letzte Einleitungsfrage; wie du deine Arbeitsmethode beschreiben würdest also ob du
131 eher handwerklich kreativ oder eher alltagsorientiert arbeitest?
- 132 I.I. Kreativ nicht. Alltagsorientiert, lösungsorientiert wie beim Sprechen, an Sichtweisen
133 orientiert, an Haltungen orientiert mit den Patienten über Fragen wie kann ich eine andere
134 Sichtweise erlangen, eine andere Perspektive entwickeln, kann ich mich auf den anderen
135 Stuhl setzen. Darf man die Medaille mal von der anderen Seite betrachten, wie komme ich
136 raus aus dem negativen Denken, dem defizitären Denken, wie komme ich rein in ein
137 lösungsorientiertes Denken. Ich erzähle mal von einem Fall, ich hatte einen Patienten, der
138 das Haus nicht verlassen mochte, mit dem habe ich dann Spaziergänge gemacht, der hat
139 mir dann seine Kindheitsorte hier gezeigt und hat für sich letztlich entdeckt wo er mal

140 wieder sein möchte, wo er hingehen möchte und dann sind wir irgendwann mal zu einem
141 Schwimmbad gefahren und an diesem Schwimmbad gefielen ihm die Rahmenbedingungen
142 nicht und da hat er gesagt: „ne ich schwimme nicht mit. Ich gehe nach Hause“- und auf dem
143 Weg nach Hause da hatte er schlechte Laune und hatte dann aber daran gedacht was sagt
144 Frau X immer? Die Kehrseite sehen: ich bin an der frischen Luft, ich kriege alleine einen
145 Spaziergang hin, ich kann so und soweit laufen.“ Und er hat einmal bewusst auf die
146 positiven Seiten geguckt und hat/ das übernehmen konnte/ in seinen Alltag und er war sehr
147 stolz auf sich, dass er es einmal geschafft hat, dass er es gemacht hat und dass er das in
148 seinen Alltag übernehmen konnte. Dass er entdeckt hat: ich kann auch positiv gucken. Das
149 ist meine Hauptarbeitsweise.

150 G. Das war ein ambulanter Klient?

151 I.I. Ja, das war ein ambulanter Patient aber ich würde bei stationären nicht anders handeln.

152 G. Also da geht das auch, dass man mit denen mal rausgeht und was unternimmt?

153 I.I. Ja, das ist dann die Interaktion- und Freizeitgruppe. Zum Beispiel letzten Freitag zum
154 Beispiel da hat einer gesagt, er will mal rausgehen auf den Weihnachtsmarkt, und wenn
155 jetzt einer sagen würde, ich halt das hier nicht aus und ich schätze ab: ja klar, den kann ich
156 hier allein zurückgehen lassen. Und der hätte dann für sich dieses Ergebnis: Bestätigung,
157 das kann auch in stationären Situationen so sein. Und dass die Angebote, die ich hier im
158 Haus mache, bipolare Gruppe und geschlossene offene, das ist zwar immer mit
159 handwerklichem Angebot aber der Blick darauf, warum mach ich das hier, krieg ich das hin?
160 Wer bin ich eigentlich. Wenn ich Fehler mache ist es vielleicht mein Thema: Fehler
161 aushalten zu können oder wenn ich schludrig bin, ich sag’s mal ganz salopp, krieg ich das
162 hin, ernster zu nehmen, kann ich sauberer arbeiten – das steht für mich eigentlich dahinter.
163 Nicht das Handwerk, dass mir nur zeigt wo habe ich das, wo hab´ ich Stolpersteine und wie
164 kann ich diese Blickweise ändern von belastend auf befreit.

165 G. Das war die Einleitung jetzt kommen die Kernfragen. Das erste Thema ist so ich sag mal
166 „Information zum Psychentgelt“. Es fängt an ob du Informationen erhalten hast?

167 I.I. Ja, mannigfaltig. Es gab Informationen zu dem Thema.

168 G. Und waren das auch Pflichtveranstaltungen?

169 I.I. Also eigentlich freiwillig, weil bei Pflichtveranstaltungen müssen wir Unterschriften
170 sammeln und es wurden keine Unterschriften gesammelt. Aber es wird uns natürlich
171 empfohlen, wir wurden aufgerufen, inoffizielle Pflicht könnte man sagen.

172 G. Und gab es gezielt vom Vorgesetzten oder der Leitung Informationsangebote?

173 I.I. Nein, überflüssig. Erstmal so: letztens haben wir festgestellt in der Ergotherapie, dass die
174 meisten nicht informiert sind, dass einige da keine Information bekommen haben, obwohl
175 da viel Informationsmöglichkeit war. Und dann hat er natürlich immer da, da bietet er auch
176 an, das können wir vertiefen. Da ist er auf jeden Fall da, der Hr. X.

- 177 G. Das war jetzt auch die nächste Frage ob ihr den Teambesprechungen darüber gesprochen
178 habt.
- 179 I.I. Genau, also wir haben einmal das Ergoteam, nur für Ergotherapeuten und dann haben wir
180 noch das Kreativteam, da haben wir auch so Bewegungstherapeuten, Kunsttherapeuten
181 und in beiden Foren war das Thema.
- 182 G. Hast du außerhalb der Arbeit in Fachzeitschriften, ErgoXchange, Internet irgendwas
183 gesehen?
- 184 I.I. Nein, ich muss aber auch sagen, dass ich da nicht großartig am Ball bin.
- 185 G. Ich habe da gründlich recherchiert und habe herausgefunden, dass ganz wenig im Bereich
186 Ergotherapie zu finden ist.
- 187 I.I. Das hätte ich jetzt auch vermutet, weil Hr. X, wenn der interessante Artikel findet, die legt
188 er uns hin und wenn der was gefunden hätte, also was Interessantes, dann hätte er die
189 kopiert und in unsere Fächer gelegt. Aber außerhalb davon nicht viel.
- 190 G. Nächste Frage war: es gibt eine ganze Palette an Reaktion, Unterschriften Sammlung und
191 so weiter als das aufkam. Ob du davon irgendwas mitbekommen hast?
- 192 I.I. Nein, gar nicht.
- 193 G. Ich habe nochmal eine Information eingebaut über das Entgelt, weil die anderen
194 Ergotherapeuten wussten wenig, die haben das schon vorab gesagt.
- 195 I.I. Also hier war das auch schon mal eine Einführung Probelauf und uns wurde gesagt, ab
196 1.12.16 würde alles umgestellt, ab 1.12.
- 197 G. Ach so, die haben schon angefangen. Die Quellen haben da immer was Anderes gesagt.
- 198 I.I. Und ich weiß gar nicht genau wann das genau eingeführt wurde, weiß ich nicht aber es gab
199 definitiv einen Testlauf vorher. Auch für Fehleraufdeckung also worauf muss man da
200 achten, damit man nicht hinterher dasteht und sagt, hups; wo werden Gelder gestrichen.
201 Also ich weiß, dass sich mein und ein anderes Krankenhaus ausgetauscht haben und
202 geschaut haben, wie kommt ihr an eure Zahlen ran, aha. Habt da gerade noch mal einen
203 Blick auf bestimmte Schlüssel und so weiter.
- 204 G. Ursprünglich hat das Entgelt ja auch eine Degression vorgesehen, ich weiß nicht ob du das
205 weißt?
- 206 I.I. Eine was?
- 207 G. Eine Degression. Also weißt du was das ist?
- 208 I.I. In dem Zusammenhang müsstest du mir das bitte erklären.
- 209 G. Also das nach Ablauf einer bestimmten Frist-, Therapiedauer der Pauschalsatz verringert
210 wird. Und das war ganz großes Thema der Protestbewegung, dass das nicht eingeführt

- 211 werden soll. Wenn das jetzt eingeführt worden wäre was hätte das für Auswirkungen
212 gehabt auf die Arbeit?
- 213 I.I. Ich glaube gar keine. Also so wie ich das Haus hier sehe, ging Therapie immer vor
214 Einnahmen. Dr. X hat natürlich auch Druck von der Geschäftsleitung aber es gehen immer
215 Patienten vor Geld. Wir bieten ja auch Gruppen an, für die wir eigentlich wenig Geld
216 kriegen. Wenn man das pauschal hochrechnet wieviel krieg ich davon, das ist so gering,
217 dass/ der Blick wird bleiben mit dem Schwerpunkt auf Therapie, die geht vor, wenn ich sage,
218 das muss so und so bedient werden, dann ist das wichtig und dann kämpfen wir dafür.
- 219 G. Könnte das die Verweildauer der Patienten hier beeinflussen, dass sie früher entlassen
220 werden?
- 221 I.I. Ja, doch, das könnte ich mir vorstellen.
- 222 G. Und was für Folgen hätte eine Degression auf die Klienten?
- 223 I.I. Na, wenn die Verweildauer kürzer ist, wenn es jetzt nur den Bereich Therapie angeht, die
224 könnten alle ambulant weiterkommen, wofür wir immer Werbung machen. Das ist ein
225 zweischneidiges Schwert, dazu gab es letzstens auch eine Fortbildung oder eine
226 Diskussionsrunde, wenn Patienten früher entlassen werden. //Wenn die Verweildauer oder
227 die Belegzahlen runtergehen, schneiden sich die Kliniken ja ins eigene Fleisch. Wenn sie
228 regulär kommen können, lassen sich auch einige Patienten selber vorzeitig entlassen,
229 warum soll ich hier verweilen, Therapie kann ich ja auch ambulant nutzen. Hat das
230 Auswirkungen auf die Bettenbelegzahlen, die eine bestimmte Menge schon erfüllen
231 sollten? Das ist eine Gratwanderung, da muss man abwägen, wie das Haus reagieren wird.
232 Insgesamt blieben Therapien erhalten. Natürlich nicht der ärztliche oder der psychologische
233 Part, es ist eine Frage ob jemand stabil genug ist, um entlassen zu werden und dadurch so
234 ein Drehtüreffekt ausgelöst werden könnte. Aber da arbeiten wir auch immer am
235 Ambulanzsystemen, wie kriegt man das über die Ambulanz aufgefangen.
- 236 G. Das ist jetzt nämlich auch das nächste Thema, dass das Psych-Entgelt ja auch eine bessere
237 Vernetzung des ambulanten und stationären Bereichs vorsieht, das Hometreatment heißt
238 das da, also ein Angebot für schwer erkrankte Menschen. Da wäre die Frage: wie im
239 Moment die Patienten auf die Entlassung vorbereitet werden und wie die Kooperation mit
240 ambulanten Dienstleistern ist?
- 241 I.I. Ich würde sagen, in den vergangenen Jahren war es sehr schlecht, wenn ein Patient
242 entlassen wurde, dann war die Zusammenarbeit zwischen Station oder Haus und Ambulanz
243 lückenhaft. Übergaben von Medikationen und Therapien und was läuft denn weiter und
244 was nicht, das war alles ziemlich vage, da musste man schon selber engagiert sein und
245 selber in die Ambulanz gehen und sagen: Mensch die Person hat die ET genutzt, das kann
246 ambulant gern weitergehen. Ich fülle so eine Verordnungskopie aus und gebe die in die
247 Ambulanz und sage: für diese Person bitte verordnen. Und die Ambulanz oder der
248 behandelnde Arzt verschreibt das auch. Also das ist unser aktiver Part, den wir da
249 unterstützen. Insgesamt wird an der Zusammenarbeit gearbeitet und wir gucken auch ob
250 wir so eine Art Sozialstation nenne ich jetzt mal einrichten, für Patienten, die keine
251 Verordnung haben oder der stationären Aufnahme was im Wege steht und die kommen

252 morgens an. Was kann man mit denen machen? Und da arbeiten wir daran, das könnte
253 einer meiner zukünftigen Aufgaben werden: Mensch, gehen Sie doch da hin, da sitzen die
254 Kollegen A und B und da finden Sie ein Ohr. Dass wir eine Art Auffangstation bereithalten.

255 G. In X, da gab es ein Notfallteam, ein interdisziplinäres, wo sich die Klienten melden konnten
256 und dann sind da zwei, drei Leute hingefahren, um zu verhindern, dass die im Krankenhaus
257 aufgenommen werden. Das wäre sowas?

258 I.I. Das haben wir schon lange. Das haben wir unter dem Titel Psychenet, haben wir das
259 Angebot aber es wird nicht genutzt. Also hier kommen Patienten zu dem Thema Psychenet
260 hin und es soll ja auch junge, Ersterkrankte nach Möglichkeit gar nicht erst so weit, dass es
261 gar nicht erst zum stationären Aufenthalt kommen muss und da war auch eine der Ideen,
262 nach Hause zu fahren. Ich hatte da einen einzigen Hausbesuch, da hat mich jemand
263 empfangen, der Fernseher lief – ach, wir gucken jetzt mal ein bisschen zusammen und
264 trinken ein Bier – und ansonsten war das Thema Hausbesuch nicht willkommen. Also
265 Ersterkrankte oder Krankheitsunerfahrene für die war der Hausbesuch unangenehm. Die
266 Erfahrenen wünschen sich das viel eher. Kann ich Unterstützung zu Hause kriegen? Aber
267 für die neuen ist das unangenehm, da rücke ich irgendwie zu nah, das will ich gar nicht
268 zeigen mein Zuhause, oder was auch immer, das gehört hier nicht hin.

269 G. Gibt es dann eine Nummer, wo die anrufen können?

270 I.I. Ja, genau.

271 G. Auch über diese Seelsorgennummer?

272 I.I. Also ich weiß es gar nicht genau. Also einmal über die Ambulanz und ich weiß es gar nicht
273 genau, wenn die Ambulanz nicht besetzt ist. Theoretisch gab es eine Nummer.

274 G. Ich habe nämlich eine ambulante Patientin, die immer wieder hierher kommt für eine
275 Woche oder zwei Wochen und mit der hatte ich darüber gesprochen, dass es ja diese
276 Notfallnummer gibt, ob sie da schon mal angerufen habe und für die wäre das toll, wenn
277 die nicht immer hierherkommen müsste und einfach bei akuten Krisen jemand erreichen
278 kann, wenn ihr behandelnder Arzt nicht erreichbar ist.

279 I.I. Was wir auch immer anbieten, wenn das bekannte Personen sind: ach Mensch, jetzt
280 kommen Sie erst einmal in Ruhe an und gucken wir morgen früh noch mal ob sie nicht
281 vielleicht gehen können. Vielleicht sind zwei Wochen Aufenthalt ja gewünscht, das kann ich
282 gar nicht sagen aber es kommen manche jeden Mittag und holen sich ihr Mittagessen ab
283 oder ich habe hier einen Patienten, der machte mir Angst, weil der in Richtung
284 Gewalttätigkeit tendierte und auch schon Blutmassaker an sich und Faustschläge auf
285 Fremde geboten hat und da merke ich auch, bei dem ist gerade kein Geld und da hab ich
286 schnell auf der Station X angerufen und gefragt: Ihr kennt doch Patient X, habt Ihr da nicht
287 noch ein Mittagessen frei? Und der kann jetzt erstmal bis sein nächstes Geld kommt hier
288 jeden Mittag hinkommen bei Bedarf und mitessen und das hat die Lage deutlich entschärft.
289 Also der war erst einmal satt und friedlich. Also so ein Angebot haben wir auch, es muss gar
290 nicht unbedingt die Notfallnummer sein, sondern wenn jemand bekannt ist. Jetzt weiß ich
291 nicht wo diese Patienten immer wieder auftaucht.

- 292 G. Das nächste sind die Mindestpersonalvorgaben, die auch mit Psych-Entgeltsystem kommen
293 sollen und hier die Frage ob es Schwierigkeiten gibt mit Personalmangel oder
294 Unterbesetzung im Haus. Ob das ein Thema ist?
- 295 I.I. Pflege ja, Pflege eindeutig. Ärzte weiß ich nicht genau. Wir kriegen keinen aber wir
296 brauchen und es kommen keine guten Bewerbungen aber ich weiß nicht woran das liegt,
297 dass wir verzweifelt Ärzte suchen. Therapeuten, wenn wir sagen, wir brauchen welche,
298 kriegen wir die besetzt. Durch Schwangerschaften gab es manchmal so Hungerzeiten aber
299 hatten kein Problem, Kolleginnen einzustellen. Und es war bisher auch so, dass alle
300 Therapeuten, die Schwangerschaften aufgefangen haben, übernommen wurden. Also wir
301 haben bisher immer aufgestockt. Also ich weiß gar nicht – das Team war mal 6 Leute und
302 wir sind inzwischen glaube ich 11 also nicht nur Ergos. Und der Part Ergotherapie ist am
303 stärksten gestiegen.
- 304 G. Also da scheint immer Bedarf zu sein?
- 305 I.I. Bedarf ist da. Wir rechnen immer aus wie der Bedarf ist, dann können wir entscheiden ob
306 wir Kollegen einstellen konnten. Und es war auch dank Dr. X, der sich da immer stark macht.
307 Wir hatten jetzt zum Beispiel eine Kollegin, ist zurzeit in Mutterschaft, und einen wollten
308 wir neu einstellen, dann haben sich zwei beworben, die wir beide gut fanden, eine mit
309 einem Hund und die andere kommt gleich noch und die mit Hund sagt Dr. X ob wir da
310 weitergehen, weil beide entspannt waren, beide brachten was mit, was in unser Team
311 passte, und da hat die mit dem Hund abgesagt aber da hätte sich Dr. X eingesetzt für beide
312 und da lief im Hintergrund schon das Thema PEPP.
- 313 G. Jetzt geht es ein bisschen darum, zu spekulieren, was für Folgen das neue Entgeltsystem
314 haben könnte, das sind dann die Abschlussfragen. Als erstes ob sich durch das neue System
315 die Hierarchien und Strukturen in der Klinik ändern könnten?
- 316 I.I. Ich glaube nicht. Ich glaube, dass wir Therapeuten immer mitziehen, wobei wir immer laut
317 rufen, ihr überseht uns, und klagen, bezieht uns mit ein, aber wir rufen so laut und wir
318 mischen uns so selbstbewusst ein, dass ich glaube, es wird sich da nichts ändern.
- 319 G. Und kann das Entgeltsystem die Zusammenarbeit vom stationären und ambulanten Bereich
320 beeinflussen?
- 321 I.I. Ja, ich könnte mir vorstellen, dass man mehr überlegt, wie kann man die Ambulanz stärken.
322 Die Ambulanz wird ja immer aufgestockt, schon, und dass da die Zusammenarbeit einfach
323 noch mal verstärkt wird. Also auch im positiven Sinne geguckt wird wie kriegen wir da eine
324 bessere Überleitung hin, bessere Zusammenarbeit. Es gibt jetzt schon die Idee, dass zum
325 Beispiel welche aus der Ambulanz mal in der Morgenrunde der Station kommen, um schon
326 mal Kontakt aufzubauen. Solche Ideen zum Beispiel. Wie kriegt man vor allem die
327 Verknüpfung enger hin. Also das sehe ich im positiven Sinne. Ausbau Ambulanz sehe ich
328 wie folgt: da wir immer zusätzlich noch mehr ambulante Aufträge bekommen müssen wir
329 überlegen ob wir neue Kollegen einstellen und dann haben wir ein Raumproblem, wenn wir
330 noch mehr Ergo-, Bewegung-, oder sonstige Kollegen brauchen, wo sollen die sitzen, wir
331 haben ja jetzt schon so wenig Platz und Therapieraum wird auch eng. Müssen wir dann
332 auch neu suchen. Wie kriegt man das bedient, da sind wir bisher immer kreativ ((lacht))

- 333 G. Nächste Frage ist der organisatorische Aufwand. Wird durch das neue Entgelt mehr oder
334 weniger Aufwand entstehen als jetzt?
- 335 I.I. Aus meiner Sicht nicht, weil ich schon immer alles was ich geleistet habe abgerechnet habe.
336 Es gibt Kollegen, die offene Angebote nicht abrechnen und sagen das wird über eine
337 Pauschale abgedeckt, da muss ich nicht drüber nachdenken. Es macht mehr Arbeit, weil wir
338 ja planen müssen und Dokumentation und es macht mehr Arbeit das jetzt zu
339 dokumentieren, müsste man natürlich gucken, um so ein Budget in passende Form zu
340 kriegen müsste man ja die Angebote errechnen und sagen, dieses machen wir dann nicht
341 also beispielsweise offene Bewegung oder offenes Atelier für das ganze Haus; wir haben
342 das bisher nicht abgerechnet und das werden wir in Zukunft auch nicht machen. Also ich
343 habe meine offenen Angebote immer schon abgerechnet.
- 344 G. Aber das kann jeder individuell entscheiden? Da gibt's jetzt keine Ansage von oben jeder
345 muss jetzt das und das machen oder so?
- 346 I.I. So eine Ansage gibt es vielleicht aber wer überprüft das? ((lacht)) Wer soll das überprüfen?
347 Dr. X, der guckt ob wir unsere offenen Angebote abrechnen?
- 348 G. Also es gibt in einigen Einrichtungen explizit medizinische Fachangestellte, die eine spezielle
349 Ausbildung haben, vorher war das der DRG-Manager in den anderen somatischen
350 Bereichen. Und dann nur dafür zuständig sind zu überprüfen, wie die Angebote
351 abgerechnet werden.
- 352 I.I. Aber das können sie nicht, weil in wir in unseren offenen Angeboten nie Namen
353 aufschreiben oder dokumentieren, weil es ja ein offenes Angebot ist. Wenn nirgendwo
354 aufgeführt ist, Herr X ist zur offenen Bewegung gegangen, dann wird speziell ausgebildeten
355 Kollegen das auch nicht auffallen. Die können höchstens, wenn sie so gucken würden,
356 Mensch ihr habt hier ein offenes Angebot, ihr habt da aber noch nie jemanden eingetragen,
357 so hat bisher noch nie jemand geguckt. Wenn die lernen würden anders zu gucken würde
358 es auffallen.
- 359 G. Das ist auf jeden Fall spannend, dass das nicht so überprüft wird. Die letzte Frage: ob es
360 Auswirkung auf die Qualität geben wird also gemessen an Klientenzufriedenheit,
361 Therapeutenzufriedenheit und dem Erreichen von Therapiezielen?
- 362 I.I. Sage ich auch für mich nein, ich bin jetzt fast fünf Jahre hier da war Dokumentation schon
363 immer Thema: oh, die Dokumentation frisst mich auf, wieviel Zeit habe ich eigentlich real
364 für Patienten und wieviel verschwende ich für Dokumentation – das wird sich nicht ändern.
365 Die Kollegen, die schon 20 Jahre hier arbeiten, also die Einrichtung gibt es schon 20 Jahre,
366 die sagen, oh das ist schon in der Vergangenheit rapide angestiegen, die sind unzufrieden.
367 Aber weil unsere Leitung Dr. X das ganz ruhig nimmt, da ist nie die Frage, wie können wir
368 das alles schaffen, sondern gucken wie können wir das Level ((Pause)) die gucken immer
369 wie kriegt man den Aufwand reduziert. Insofern glaube ich, die Unzufriedenheit wird sich
370 da nicht ändern, die ist latent da, Frust über Dokumentation nervt aber ich glaube, dass es
371 sich nie verändern wird.
- 372 G. Vielen Dank für deine Unterstützung!

2. Interview

Setting: Ergotherapeutischer Funktionsraum einer psychiatrischen Klinik

Uhrzeit: 9.30 Uhr

Dauer: ca. 64 Minuten

- 1 G. Thema ist die Auswirkung des neuen Entgeltsystems auf die Ergotherapie im Bereich
2 stationäre und teilstationäre Ergotherapie. Im Rahmen meines Masterstudiengangs
3 Gesundheitsmanagement in Hannover schreibe ich gerade meine Masterarbeit und führe
4 qualitative Interviews mit Ergotherapeutinnen durch. Eingeplant, von der Dauer her, sind
5 zwischen 30 und 60 Minuten, Daten werden anonymisiert, das heißt, man kann die später
6 nicht zuordnen. Das fängt an mit ein paar einleitenden Fragen ob du kurz deinen
7 Werdegang als Ergotherapeutin beschreiben kannst?
- 8 I.II. Okay. Ich bin so ein bisschen hier von auswärts. Ich bin ursprünglich aus Hamburg aber im
9 Prinzip direkt nach dem Abitur nach Großbritannien (f) gegangen und da so ein bisschen
10 backen geblieben und habe dann da Ergotherapie studiert, das ist da ein Studiengang.
- 11 G. Ja, das ist ja fast überall nur hier nicht.
- 12 I.II. Ja, nein. Aber ja. Auf jeden Fall in den englischsprachigen Ländern ist das so. Ich habe immer
13 in der Psychiatrie gearbeitet, ich habe meinen Abschluss 1997 gemacht also bin schon
14 relativ lange dabei, habe immer in der Psychiatrie gearbeitet. In GB seitdem und da im
15 sowohl stationären als auch Tagesklinik als auch ambulanten Bereich gearbeitet. Da ist der
16 ambulante Bereich sehr ausgeprägt.
- 17 G. Und wann bist du dann zurückgekommen?
- 18 I.II. Genau, ich bin dann letztes Jahr zurückgekommen und habe im Juli diesen Jahres
19 angefangen zu arbeiten. Also ich bin hier jetzt ein knappes halbes Jahr hier angestellt. Das
20 ist aber meine erste Stelle als Ergotherapeutin hier, deswegen bin ich noch ein wenig
21 systemfremd und versuche mich auch zurecht zu finden und zu gucken. Ja, viele Themen
22 sind ähnlich wie in GB, viele Themen sind dann doch ein bisschen anders und werden anders
23 aufgegriffen als in Deutschland.
- 24 G. Und wurde das dann alles problemlos anerkannt mit den Abschlüssen oder gab es da
25 Probleme?
- 26 I.II. Also da das in Europa ist, müssen die eigentlich gegenseitig die gleichwertige Ausbildung
27 anerkennen, die haben dann ganz penibel geguckt, wie viele Stunden ich in was gehabt
28 habe und so und da sind natürlich Abweichungen zum Beispiel das Studium in GB, wir haben
29 zum Beispiel bestimmt weniger gemacht was das ganze Handwerkszeug angeht. Da hatten
30 sie so ein bisschen das hinterfragt, da konnte ich denen aber ganz gut – wenn man
31 bestimmte Dinge nicht in der Art und Weise in der Ausbildung abgearbeitet werden, kann
32 man nachweisen, dass man durch die Berufspraxis Erfahrung in den Gebieten hat, kann
33 man das ausgleichen und ich weiß gar nicht/ ich habe schon 13 Jahre Berufserfahrung in GB
34 gehabt und so konnte man doch relativ leicht zeigen, dass ich da/ und habe mir einfach
35 Nachweise geholt von Vorgesetzten, dass ich/ und die Behörde prüfte das natürlich also das
36 war ein Ordner, der ziemlich dick war. Ich weiß gar nicht ob ich das zu akribisch betrieben

37 habe und man das nicht hätte abkürzen können aber ja. Und die haben mich dann
38 letztendlich, nachdem die ihre Sachlage geprüft haben und noch ein paar Sachen gecheckt
39 haben, mich zu einer Ergoschule geschickt, zu der Leiter (sic!) von einer Ergoschule, der
40 dann abprüfen sollte ob das alles dem entsprach was hier angefordert ist und der hat das
41 im Prinzip fast nur noch durchgewinkt, weil ich glaube, jemand der vom Fach ist, dem ist
42 klar, dass, in GB ist die Ausbildung, wenn überhaupt hochwertiger ist als hier und dass die
43 Fragen, die hier gestellt waren, ja vor allem aus dem handwerklichen Bereich, wo ich dann
44 keine Erfahrungen habe, dass das durch diesen Schreiber (sic!) dann letztendlich auch geklärt
45 habe. Ich glaube, das war ganz hilfreich für mich, da jemanden vom Fach zu treffen und
46 keinen Beamten, der letztendlich nur die Sachlage prüfen kann und sagen kann, ok da sind
47 150 Stunden in dem Fach vorhanden. Dann war das relativ langwierig das Ganze und die
48 ganzen Sachen vorzubereiten und es war jetzt auch schon ein bisschen länger her, dass ich
49 an der Uni war und insofern – es ging dann relativ gut.

50 G. Musstest du dann noch mal extra Geld zahlen für die Anerkennung?

51 I.II. Da musste ich irgendwas bezahlen, ich muss mal überlegen wieviel das war. Das war
52 irgendeine Pauschale aber das war nicht so wild, das war nicht so schlimm. Das Gute daran
53 war, dass sie Sachen nicht auf Englisch übersetzt haben mussten, außer ein paar Sachen,
54 denn da ging es um beglaubigte, bestätigte Sachen, da musste ich glaube ich nur das
55 Zeugnis/ und ein, zwei andere Sachen musste ich übersetzen und das geht natürlich schnell,
56 dass das teuer wird. Ich hatte da so einen Stapel von Dingen, die ich hätte übersetzen
57 müssen und das wäre dann schnell richtig teuer gewesen und wenn ich, keine Ahnung, aus
58 Finnland gekommen wäre, das wäre dann noch mal richtig teuer gewesen. Ich glaube, die
59 Gebühr, die ich dann bezahlen musste, die war dann nicht mehr so richtig riesig. Ich glaube,
60 es hing dann von dem Verwaltungsaufwand ab und wieviel die machen mussten, wieviel
61 man da bezahlen musste, ich glaube, da hatte ich relativ viel Glück, dass ich aus einem
62 englischsprachigen Land kam.

63 G. Und jetzt deine aktuelle Stelle?

64 I.II. Also im Moment bin ich als Ergotherapeutin angestellt.

65 G. Auf Vollzeit?

66 I.II. Ne, ich bin auf 30 Stunden hier angestellt. Das ist ein bisschen eine Mischung, die ich hier
67 so mache. Es ist hauptsächlich der stationäre Bereich, hauptsächlich Gruppen, die/das
68 stimmt auch nicht so ganz. Ich wollte gerade sagen, hauptsächlich Gruppen, die die
69 verschiedenen Stationen übergreifend bedienen aber das stimmt auch nicht ganz, weil ich
70 drüben in der Stresstagesklinik/ doch dann habe ich jetzt angefangen – ich habe eine
71 Zusatzfortbildung, habe ich gerade angefangen, passt vielleicht auch ganz gut zu den
72 vorherigen Sachen – ich habe in DBT eine Zusatzausbildung in GB auch gemacht und habe
73 da auch a//als DBT-Therapeut, sowohl Einzeltherapeut als auch Gruppentherapeut auch
74 gearbeitet. Ich weiß gar nicht ob du das kennst. Dialectical Behaviorial Therapy und das wird
75 hier teilweise auch genutzt und dann ist hier so eine Gruppe, wo ich dann auch hier so
76 eingestiegen bin, das heißt, das gibt mir dann auch noch eine Chance, da ein bisschen was
77 zu machen. Und dann mach ich auch Hausbesuche hier, ergotherapeutische Hausbesuche,

78 so aufbauend auf das, was ich in GB auch gelernt habe. Das ist so ein bisschen eine bunte
79 Mischung, was auch ganz schön für mich auch ist, verschiedene Erfahrungen einzubinden.

80 G. Ok, wie wird denn hier entschieden wer Ergotherapie bekommt?

81 I.II. Das wird, würde ich mal sagen, hauptsächlich von den Ärzten entschieden, die melden
82 verschiedene Gruppen an, was ich ein bisschen seltsam fand, weil ich gewohnt war, dass
83 man als Ergotherapeut die Anamnese macht und dann guckt, welche Einzelbehandlung/
84 und guckt was sind da die Prioritäten, dass man dann ein Assessment macht und dann
85 guckt, was ist da jetzt angezeigt und ich hatte mich anfangs damit ein bisschen
86 schwergetan, dass die Ärzte dann immer irgendwelche Gruppen anmelden. Wir gehen dann
87 immer noch zur Vorbesprechung mit den Patienten hin, um zu klären, wissen sie überhaupt
88 wofür sie angemeldet sind, haben sie eine Vorstellung, wissen sie warum sind sie hier, was
89 auch immer. Die Zielsetzung macht man dann schon direkt mit den Patienten aber die
90 Vorsortierung, quasi wo jemand reingesiebt wird, das machen die Ärzte. Das hat mir
91 anfangs etwas Sorgen gemacht. Ich finde es klappt/ Also ich finde, die mit denen ich
92 spreche, die dann zur Gruppe angemeldet werden, das klappt relativ gut, dass die auch
93 vorinformiert sind und auch ein Interesse an der Gruppe haben, dass die nicht jetzt einfach
94 () ok, mach mal was, geschickt werden, das ist bei mir immer so eine Sorge, dass jemand
95 irgendwo hingeschickt wird und das nicht unbedingt etwas ist, was eine Bedeutung für
96 jemanden hat, sondern dass der einfach in irgendeine Gruppe reingesteckt wird, weil er soll
97 was machen (sic!). Das finde ich relativ differenziert, dass das hier relativ, dass das, wenn
98 das bei den Patienten ankommt, dass die relativ gut informiert sind und dass da ein
99 Interesse da ist, warum jetzt diese Gruppe und nicht irgendeine andere. Da kann ich
100 natürlich auch nur die sagen, die ich treffe, die die außen vor bleiben oder die die besser
101 bei mir gelandet wären, als in der Bewegungstherapie oder so ähnlich. Was wir noch
102 machen ist, uns als Team aufzuteilen, um einen Überblick zu erhalten, dass man allgemein
103 einen Überblick hat was da jetzt auf der Station gerade läuft und da auch ein bisschen
104 Einfluss nimmt. Natürlich auch darüber berichtet, wenn man Patienten kennenlernt und
105 von denen Dinge erfährt, dass man dann auch noch Rücksprache hält. Wir haben auch ein
106 Kreativteam, da sind alle Therapeuten außer den Physiotherapeuten drin, wo wir einmal
107 die Woche ein Meeting haben und wir Anmeldungen besprechen. Da sind viele Leute dann
108 auch schon den Kollegen, die hier sind, bekannt und da weiß man, das läuft nicht, das ist
109 schon einmal probiert worden. Dann gibt es hier im Haus ein gewisses Konzept, dass es
110 verschiedene Diagnosegruppen gibt, die Diagnosegruppen sind Teil eines Programms, die
111 sich aus verschiedenen Teilen zusammensetzen, Bewegungstherapie, Ergotherapie,
112 vielleicht noch Musiktherapie und dann noch einen Gesprächsteil, den die Ärzte dann
113 leiten. Das ist teils aktiv, psychoedukativ, teils Gesprächsgruppe ist und die Idee ist, dass die
114 Leute mit einer gewissen Diagnose in diese Gruppe reinkommen. Wie ich das
115 mitbekommen habe, war das früher ganz strikt, dass man in diese Diagnosegruppen
116 reinmusste, ich glaube, das hat sich jetzt ein bisschen aufgeweicht, dass man in diese
117 Diagnosegruppen reinkommt. Das ist jetzt ein relativ weites Angebot, das hilft Leuten auch
118 ein Krankheitsverständnis zu entwickeln und andere Leute zu treffen, die eine ähnliche
119 Diagnose haben und darüber ein Verständnis zu entwickeln. Und dass man darüber
120 individuell guckt und nicht nur nach Diagnose und dann eben sagt, ok da musst du rein
121 sozusagen.

- 122 G. Ok das nächste wäre, wie du den Kontakt zu den Ärzten hier erlebst?
- 123 I.II. Wie erlebe ich den Kontakt zu den Ärzten? Es ist alles schon relativ freundlich, kollegial. Es
124 ist auch nicht, ich finde es nicht besonders hierarchisch, dass nur das, was die Ärzte sagen,
125 geht. Die halten Rücksprache würde ich sagen und wertschätzen auch die Meinung von
126 anderen Berufsgruppen, sodass das nicht so von oben herab ist. Obwohl ja die Anmeldung
127 so vom System ist, dass das der Arzt entscheidet, würde ich nicht sagen, dass das hier das
128 Prinzip des Hauses ist, dass das hier Hierarchie ist und die Ärzte alles bestimmen und alle
129 anderen das machen was die Ärzte sagen, was ja ein bisschen das Modell ist. Ich war, weil
130 ich ja relativ vor kurzem hier angefangen habe, vor kurzem auf einer
131 Einführungsveranstaltung, auf der sehr viel darüber geredet wurde, wie, was die Ärzte alles
132 Tolles machen und dann wurde so im Nachgedanken ge//gesagt, ach ja und dann haben
133 wir noch die Pflege und die sind ja auch ein ganzer Bereich. Und dann so therapeutische
134 Sachen waren da gar nicht, ich fühlte mich da gar nicht widergespiegelt. Das kenne ich aus
135 GB anders, vom Haus aus, von der Organisation vom Arbeitgeber, wie auch immer man das
136 nennt, dass das nicht so strikt hierarchisch organisiert war aber vielleicht ist das auch ein
137 Haus, wo somatisch behandelt wird und das ist da hierarchischer und das drückt sich dann
138 in der Einführungsveranstaltung aus. Was ich aus GB in letzter Zeit mehr //kenne, dadurch,
139 dass ich auch im ambulanten Bereich in letzter Zeit gearbeitet hatte, dass man auch als
140 multidisziplinäres Team arbeitet. Das ist hier auf gewisse Weise auch schon aber es ist auch
141 so, dass wir als Kreativteam ein eigenständiges Team haben, wo wir eigenständig sitzen,
142 und dann die Pfleger ihr eigenständiges Team/ Also auf den Stationen ist es schon so, dass
143 die Pflege und Ärzte gemischt sind aber es sind (sic!) schon so, dass die Berufsgruppen
144 schon in ihren Silos sind. Und das kenne ich eben aus den multidisziplinären Teams,
145 vielleicht sind wir auch ein bisschen multidisziplinär, weil wir verschiedene Therapeuten
146 haben, aber dass ich das schon ein bisschen anders kenne, dass man da schon einen
147 näheren Kontakt zu den Ärzten hat und da auch mehr austauscht; auf Augenhöhe, weil man
148 eben nicht so separat agiert, sondern alle in einem Team arbeiteten. Ich glaube, wenn man
149 mit so vielen Berufsgruppen zusammenarbeitet, dann kommt man nicht so leicht in so ein
150 Scheuklappendenken rein. Wenn alle Ergotherapeuten sind, denken alle ähnlich: wir sind
151 alle ähnlich ausgebildet, wir kommen alle vom ähnlichen Gedankenansatz. Ich glaube, wenn
152 man mit vielen verschiedenen Leuten direkt im Team sitzt, dann bekommt man das doch
153 noch ein bisschen anders widergespiegelt, dass es vielleicht auch noch andere
154 Gedankenansätze geben (sic!) ob Sozialpädagoge oder Psychologe oder ein Arzt geht das
155 dann vielleicht noch mal anders an als ich das als Ergotherapeutin würde.
- 156 G. Ok das wäre dann auch die nächste Frage wie hier der interdisziplinäre Austausch
157 stattfindet.
- 158 I.II. Da hatte ich ja schon ein bisschen drüber geredet. Viel ist auch informal, dass man auf
159 Stationen ist im Laufe des Arbeitslebens und //sich dann einfach informal austauscht. Und
160 dann sind da eben noch formale Sachen wie Übergaben, wir gehen dann mit zu den
161 Besprechungen, stellen dann sicher, dass wir auch dann immer jemanden dabei haben. Wir
162 füllen jede Woche eine Liste aus, wer wo dabei ist und das wird in der Woche auch immer
163 unter den Mitarbeitern besprochen. //Deshalb würde ich sagen, dass das schon hier als
164 integraler Teil der Behandlung und großer Behandlung gesehenen wird und da sind ja auch
165 alle drin integriert, die in den Diagnosegruppen sind, ja auch die verschiedenen

166 Berufsgruppen vertreten, von daher mischt sich das dann schon. Dann haben wir ja auch
167 verschiedene Spezialteams, die sich auf jeden Fall einmal im Monat treffen, das orientiert
168 sich dann nach den Diagnosegruppen, um zu besprechen wie das da jetzt weitergeht, wie
169 die Planung ist, wie da die Besetzung ist, lauter solcher Sachen. Neuerungen, neue Ansätze
170 und öfter mal die verschiedenen Leute, die die Behandlung in den verschiedenen
171 Diagnosegruppen machen, noch so kleinere, also ich bin zum Beispiel in der
172 Psychosegruppe, da treffen wir uns einmal die Woche, um Patienten zu besprechen und zu
173 sagen, wer ist da jetzt neu, haben wir da Plätze, lauter solche Sachen.

174 G. Wie schätzt du deine Freiheit ein in Bezug auf deine Therapie? Kannst du über Inhalte frei
175 entscheiden oder ist das vorgegeben?

176 I.II. Innerhalb eines Rahmens kann ich ganz frei entscheiden, ich bin ja die einzige, die da
177 meistens in der Gruppe ist, von daher kann ich da relativ frei entscheiden und sehen, was
178 ich richtig finde. Wobei das schon so ist, dass hier die Ergotherapie ein viel mehr kreativ-
179 therapeutischen Drall hat als ich das aus GB kenne, also, dass viel mehr die Erwartung ist,
180 dass man irgendwas, viel Handwerkliches mit den Patienten macht. Das ist von X, von
181 unserer Leitung hier nicht als „das muss so sein, das muss für immer so sein“/ Ich glaube,
182 er hat da auch mehr die Einstellung, dass Ergotherapie mehr kann als basteln aber ich
183 glaube schon im Vergleich zu dem, was ich aus GB kenne, ist das allgemein von dem, was
184 ich hier in Deutschland gesehen habe, schon noch so, dass mehr kreativ Anteil drin ist und
185 hier im Haus auch noch. Ich hatte irgendwann, als ich die Psychosegruppe angefangen
186 hatte, irgendwas gemacht, was mehr/ Da ging es mehr darum zu gucken, wie erfährt man
187 seine Gefühle und wie setzt man das um und da ein Brainstorming zu machen und da sagten
188 die Patienten da wohl auch zu meiner Kollegin, die nächste Woche vertrat, oh, das sind wir
189 nicht so gewohnt und das ist für uns nicht Ergotherapie. Die fanden, das war eher so der
190 Gesprächsteil und das kenne ich aus GB auch noch anders, dass man eben viel mehr Sachen
191 macht, die nicht rein kreativ-praktisches Tun sind, sondern auch Sachen, die mehr auf
192 Sozialinteraktion oder Gesprächspsychointervention oder mehr auf solche Sachen abzielen.
193 Das fand ich hier schon so, dass das hier noch mehr in den Wurzeln verankert ist. In GB ist
194 das sehr in die andere Richtung geschwappt, dass der Kreativteil total weg ist, was ich auch
195 schwierig finde, weil/ Also nicht unbedingt, dass es jetzt kreativ sein muss aber es ist sehr
196 gesprächslastig, die Arbeit, die man macht also die Arbeit, die man macht und spricht
197 einfach und bei Ergotherapie geht es ja darum, mit jemandem etwas zu machen und über
198 das Tun Gesundheit und Assessment und sowas zu mache und wenn man das alles immer
199 nur in der Theorie bespricht, dann ist das immer nur ein Teil dessen und dieses aktiv mit
200 jemandem machen, das ist da finde ich ein wenig verloren gegangen und ich finde, das ist
201 hier ein bisschen mehr erhalten aber es ist teilweise sehr auf einen Bereich reduziert. Ich
202 würde sagen, wir haben/ Hier im Haus ist auch die Arbeitstherapie und das ist ja noch ein
203 anderer Bereich aber das ist so ein bisschen so in dem traditionellen Bereich stecken
204 geblieben.

205 G. Das nächste sind Fortbildungen. Ob du Fortbildung im psychiatrischen Bereich hast? Hast
206 du ja schon zum Teil schon gesagt, du hast DBT.

207 I.II. Genau. Was habe ich denn alles gemacht? Also ich habe über die Jahre von relativ kleinen
208 Sachen so wie/ Ich meine, was man eben so macht. GB hat zum Beispiel viel

209 Risikomanagement also so Risk Assessment nennt sich das, das sind so allgemeine Sachen
210 eher – was habe ich denn da alles gemacht. Aber Kinderschutz und solche allgemeinen
211 Sachen eher auch so Fortbildungen wie motivation interviewing haben wir gemacht. Was
212 ich da noch alles gemacht habe? ((Pause)) Aber DBT ist so die größte Sache und auch was
213 so am zeitnähsten ist, was ich am Meisten verwendet dann habe auch/ Aber hauptsächlich
214 sind die anderen Sachen so kleinere Zusatzsachen oder auch Sachen, die eben vom
215 Arbeitgeber verlangt wurden wie das Risk Assessment, protection of vulnerable adults und
216 so Schutz von Patienten, Schutz von Kindern. Lauter solche Sachen werden in GB besonders
217 betont. Das habe ich da gemacht.

218 G. Und hier?

219 I.II. Hier habe ich relativ wenig Fortbildungen. Hier gibt's eben auch Möglichkeiten,
220 Fallbesprechungen, was bei anderen Sachen auch noch mit dazu, bei der Frage ok wie
221 tauschen wir uns aus, habe ich hauptsächlich so Sachen gemacht, die hier im Haus waren,
222 so Fallbesprechungen zum Beispiel, das hilft mir auch, um zu sehen, ok wie funktioniert das
223 System hier, wie passen Patienten in das System hier rein, Supervision haben wir einmal
224 monatlich, dass wir uns als Team auch weiterbilden, dann auch so Einführungen habe ich
225 auch hier gemacht. Ich glaube, über Datenschutz habe ich da auch gemacht oder sowas.

226 G. Aber nicht extern?

227 I.II. Was habe ich da gerade gemacht? Vor Kurzem war ich gerade zu einer Fortbildung an der
228 Uni, das war eine Vorlesung, bei der es um Hometreatment ging. Hier im Haus ist immer
229 einmal in der Woche eine Fortbildung, die/ Da habe ich leider zu der Zeit eine Gruppe, von
230 daher habe ich da keine Chance daran teilzunehmen, das ist so ein bisschen blöd. Und dann
231 gibt es ein DBT-networking-meeting, ich weiß gar nicht, ich glaube, dass ist immer alle
232 viertel Jahr, da habe ich hier auch dran teilgenommen. Also das war so ganz hilfreich für
233 mich, um (sic!) die ganze DBT-Sache auch aktiv bleibt für mich. Aber ansonsten habe ich
234 relativ wenig gemacht, ich bin hier gerade noch am Ankommen und //muss mich hier so
235 orientieren und so.

236 G. Ok letzte Einführungsfrage wie würdest du deine Art zu Arbeiten beschreiben; eher
237 handwerklich-kreativ oder eher alltagsorientiert?

238 I.II. Ja wie gesagt, hier ist ja relativ viel, dass die Gruppen so einen kreativen Drall haben. Ich
239 würde aber von meiner Einstellung hersagen, dass es mir hauptsächlich auf, schon auf die
240 Alltagssituation des Patienten ankommt, denn es geht ja letztendlich darum, die sollen ja
241 nicht im Krankenhaus klarkommen, die sollen ja nicht Beschäftigung haben, da soll es ja
242 darum gehen, wie sie was wir machen in ihrem Leben anwenden und umsetzen. Da geht
243 es, gebrauchen/ da geht es mir eher darum, ok was auch wieder darauf zurückkommt, wie
244 landen Leute in diesen Gruppen, wie wird das vorsortiert; Ergotherapie orientiert sich
245 darüber, ist Therapie übers Aktivsein, übers Tun aber das muss auch eine Betätigung sein,
246 die auch eine Bedeutung für den Patienten hat. Wenn man den Patienten irgendwas
247 machen lässt, dann hat das keine Bedeutung für den Patienten und das ist dann der
248 Alltagsbezug, der für mich am Wichtigsten ist: was bedeutet das für den Patienten? Wie
249 kann der das benutzen, was braucht der eigentlich? Insofern würde ich sagen, dass das so

- 250 eher meine Ansatzweise ist, dass es darum geht, wie der das umsetzen, wie er das
251 anwenden kann, als darum wie ich jetzt besonders kreativ mit dem bin.
- 252 G. Der erste Bereich der Kernfragen ist, welche Informationen du über das Psych-Entgelt hast?
- 253 I.II. Ich habe da, muss ich sagen, weiß da relativ wenig von. Ich habe mich da so nebenbei
254 eigentlich mit, schon noch mit der Ergoleitung unterhalten und habe da so ein bisschen am
255 Rande/ Das kommt hier im Haus so immer auch aber ich habe da nicht wirklich
256 organisiertes, konkretes erfahren, insofern ist das eher so zufalls//Zufallssache. Ich glaube,
257 hier in den Fortbildungen ist schon was besprochen worden aber da ich nicht hier bin habe
258 ich da auch einiges verpasst und dadurch, dass ich zu der Zeit auch immer eine Gruppe
259 habe, habe ich //was vor dem gelaufen ist auch nicht viel mitbekommen.
- 260 G. Ok. Die nächste Frage zielt auch nochmal drauf ab ob es von Vorgesetzten
261 Informationsveranstaltungen oder Vorträge gab?
- 262 I.II. Ja, das weiß ich eben nicht so genau. Ich weiß nicht, was da vor meinem Anfang schon
263 gelaufen ist. Ich habe da/ Für mich ist das viel/ Ich jetzt viel den Eindruck ist, dass man davon
264 schon was gehört //hat und jetzt die Frage ist, ok wie wenden wir das jetzt an und was
265 bedeutet das für uns //, wenn das// in dem Stadium hier ist, wo ich dann hier ein wenig
266 hinterher hinke, wobei ich nicht das Gefühl habe, dass das bei anderen Leuten viel anders
267 ist, dass die sehr viel mehr darüber wissen als ich. ((lacht))
- 268 G. War es Thema in den therapeutischen Dienstbesprechungen?
- 269 I.II. Ja, also schon so, dass das hauptsächlich/ Was wir da hauptsächlich besprochen haben ist,
270 dass es letztendlich darum ging, ok wie dokumentieren wir das, was wir machen. Dass wir
271 einfach durch die Dokumentation auch sichtbar sind. Dass wir nicht einfach Sachen
272 machen, die gar nicht in der Akte, gar nicht im Patientenverlauf, im Behandlungsverlauf
273 auftauchen und es dadurch gar nicht klar ist, was wir überhaupt leisten, was wir beitragen
274 und dass //wir letztendlich gucken was ist ein typischer Handlungsverlauf. Das ist so mein
275 Verständnis, dass man so guckt, ok wir zahlen eine Pauschale und in dieser Pauschale wird
276 alles das, was in einer Pauschalbehandlung für Diagnose X drin ist/ Und dass wir eben durch
277 unsere Dokumentation belegen müssen, dass wir eben dazu beitragen und dass wir Teil
278 dieser Behandlung sind. Das ist immer wieder relativ deutlich klargeworden, dass wir
279 einfach darstellen müssen, was wir machen, damit das im Entgelt berücksichtigt wird und
280 um das, was wir machen, //zu beschützen und dadurch, dass es bezahlt wird und eben in
281 der Statistik auch auftaucht und damit auch berücksichtigt wird.
- 282 G. Hast du in der Medienberichterstattung also Fachzeitschriften, ErgoXchange, Internet
283 irgendwie sowas über das Psych-Entgelt gesehen?
- 284 I.II. Ich habe nur so beiläufig/ Ich muss sagen, weil das ganze System hier für mich neu ist, sind
285 das so hunderttausend Sachen, die für mich neu sind und ich versuch mich ein bisschen
286 einzufuchsen. Insofern habe ich das nicht so konkret verfolgt, wie ich das hätte, wenn ich
287 hier schon seit zwanzig Jahren gearbeitet hätte oder so und das ganze System hier kenne
288 und das besser einordnen kann. Deshalb habe ich das Ganze immer nur so am Rande
289 wahrgenommen und mich auch nicht konkret in das Thema eingelesen, was ich glaube ich,

290 wenn es so eine Veränderung in GB gegeben hätte, hätte ich da mehr dran gearbeitet. Es
291 gab eine ähnliche Entwicklung in GB, wo es darum geht, Sachen zu entwickeln, wo man so
292 einen typischen Krankheitsverlauf und eine Pauschale dann entwickelt und da hatte ich
293 mich mehr dann mit beschäftigt als ich das hier wahrgenommen habe, weil ich da so jetzt
294 so reinstolpere erst.

295 G. Hast du irgendwas von den öffentlichen Aktionen also beispielsweise von
296 Unterschriftenaktionen mitbekommen oder so?

297 I.II. Ne, gar nicht. Gar nicht muss ich sagen. Also das sagt mir jetzt noch nicht mal was. Ich weiß,
298 dass das irgendwie angesetzt war und dann wieder abgesetzt, also, dass es ein Hin- und Her
299 gab darüber wann das anläuft oder ob es nicht //beginnt, ob das eine gute Idee war, ob das
300 keine gute Idee war. Was da genau jetzt gelaufen ist muss ich sagen, habe ich überhaupt
301 nicht mitbekommen.

302 G. Ich habe jetzt vor dem nächsten Block noch mal eine kleine Information mit eingebaut, weil
303 die anderen Therapeuten auch gesagt haben, sie wissen nicht so viel, deswegen fand ich
304 das gut, dass ich das noch mal mit einfließen lasse, um dann die letzten Sachen beantworten
305 zu können. 2009 hat der Gesetzgeber die Möglichkeit geschaffen, über das
306 Krankenhausfinanzierungsgesetz diese Fallpauschalen auch für den psychiatrischen Bereich
307 einzuführen. Für die anderen Bereiche gab es das ja schon länger mit den DRGs und seit
308 2013 können Einrichtungen das System, PEPP heißt das, freiwillig einführen. Zunächst war
309 angedacht, 2015 die verpflichtende Einführung einzufordern. Das wurde aber nach
310 Protesten von Berufsverbänden und Patientenrechtsorganisationen verlängert bis 2017.
311 Nun gab es Anfang des Jahres noch einige Zugeständnisse an die PEPP-Gegner und die
312 Umstellung beginnt jetzt von 2017 bis 2022. Eins der Kernprobleme war die Degression, die
313 eingeführt werden sollte, ich weiß nicht ob du davon was gehört hast?

314 I.II. Ne.

315 G. Da war angedacht, dass eine bestimmte Therapiedauer vorgeschrieben wird mit einem
316 bestimmten Pauschalsatz und wenn diese Dauer überschritten wird, dann kriegt das
317 Krankenhaus weniger Geld und jetzt ist die Frage ob die Regelung Auswirkungen also, wenn
318 sie denn eingeführt worden wäre, wird sie ja nicht, ob das Auswirkungen auf deine Arbeit
319 gehabt hätte?

320 I.II. Ich denke schon, dass/ Das ist ja immer/ Die Idee ist ja, //das etwas// aufgrund einer
321 bestimmten Diagnose, einen typischen Krankheitsverlauf hat. Das finde ich/ Natürlich kann
322 man Statistiken erheben aber das finde ich in der Psychiatrie schwierig, muss ich sagen.
323 Natürlich gibt es auch, ich sag mal, wenn man ein Hüftgelenk gesetzt kriegt, Abweichungen
324 aber ich würde schon sagen, dass jemand, der ein Hüftgelenk eingesetzt kriegt einen
325 typischeren Verlauf hat als jemand mit Schizophrenie, das kann finde ich völlig/ Das ist viel,
326 viel schwieriger da einen typischen Krankheitsverlauf darzustellen. Ich finde es teilweise eh
327 schwierig anhand einer Diagnose im psychiatrischen Bereich einen Therapieverlauf
328 darzustellen, weil Diagnosen sich ja auch teilweise oft ändern, man sich auch teilweise gar
329 nicht sicher ist. Ich finde auch, es gibt gar nicht absolute/ Also, wenn jemand Diabetes hat,
330 dann hat der Diabetes. Ganz oft hört man hier Fragen, ok, ist das eine langanhaltende
331 Depression, ist das eine Persönlichkeitsstörung und da ist das – findet man manchmal – ist

332 das eine Mischung aus verschiedenen Diagnosen. /finde ich im psychiatrischen Bereich
333 schwieriger; vielleicht sehe ich das differenzierter, weil ich lange in diesem Bereich
334 gearbeitet habe und das ist das in anderen Bereichen genauso schwierig. Und ich hätte
335 dann die Angst, dass die Leute, die aus diesem Regelfall rausfallen, weil sie
336 schwerwiegender, komplizierter untypischer krank sind, eben nicht die Behandlung
337 bekommen, die sie brauchen, weil letztendlich sind die Krankenhäuser hier ja auch
338 Privatunternehmen und müssen letzten Endes auch innerhalb dessen agieren, was ihnen
339 bezahlt wird und da weiß ich nicht ob da der Altruismus so groß wäre, dass man sagt, ok
340 wir machen das weiter, weil die Person das braucht und zahlen dann eben zu. Da hätte ich
341 Bedenken, dass das problematisch wird. Ok dann wird man sagen, das wird sich eigentlich
342 ausgleichen vielleicht ist der Regelverlauf bei jemand anders weniger teuer für das Haus
343 aber ich hatte da schon Bedenken, ich finde es schwierig, gerade. Also das habe ich in GB
344 viel gesehen, dass Psychatriepatienten sind nicht so gut im HIER-Schreien wie
345 beispielsweise Brustkrebspatienten. Da wurde dann gnadenlos im Psychatriebereich
346 gekürzt, gekürzt, gekürzt und das ist jetzt ziemlich stiefmütterlich da drüber und Leute
347 werden da/ Und da hätte ich auch Bedenken, dass Leute, die mehr brauchen am
348 schlechtesten sind zu sagen, ich brauche mehr und auch für sich selber eintreten zu können
349 und das macht mir immer Sorgen, dass solche Leute durch die Masche vom Netz fallen und
350 dann, ja, versanden.

351 G. Das wäre jetzt auch die nächste Frage: ob das hier die Verweildauer der Klienten
352 beeinflussen könnte?

353 I.II. Denke ich schon. Das habe ich ja eben ganz groß/ Also in GB ist ja ganz viel in den
354 ambulanten Bereich verlegt worden, was ich für einen guten Ansatz halte. Also die meisten
355 Patienten wollen ja nicht im Krankenhaus sein. Niemand will im Krankenhaus sein. Und es
356 ist ja auch belegt, dass Leute, die was in einem Umfeld lernen, das ganz, ganz schwer in
357 einem anderen Umfeld umsetzen können. Das ist ja nicht nur bei Patienten so, das ist ja bei
358 allen Leuten so. Selbst wenn man auf einer Fortbildung ist, setzt man das ja nicht um, wenn
359 man wieder bei sich ist. Aber insofern finde ich das sinnvoll, so nahe am Patienten wie
360 möglich zu arbeiten. Das hatte die Konsequenz, dadurch, dass das einfach der teuerste
361 Bereich der Behandlung ist, ist immer der stationäre Bereich und da wurde dann im
362 stationären Bereich gekürzte bis Leute dann im ambulanten Bereich gehalten wurden, die
363 eigentlich/ Wo das einfach nicht sicher war und wo das viel zu viel Risiko (sic!) war und ich
364 glaube, das ist hier auch gegeben. Wenn man so denkt, die Pauschale ist, dass jemand mit
365 der und der Diagnose im Durchschnitt vier Wochen Krankenhaus hat und der jetzt schon
366 zwei Monate krank ist, dann kann mir schon vorstellen, dass da Druck ist, dass man sagt, ok
367 jetzt müssen wir schon auf Entlassung hinarbeiten.

368 G. Was für eine Folge hätte so etwas für Klienten?

369 I.II. Ich glaube einfach, dass/ Das ist, wenn es einfach eine pauschale Behandlung wird, ist es
370 einfach schwieriger, auf individuelle Bedürfnisse eines Patienten einzugehen. Natürlich ist
371 es immer so, dass man sagt, ok im Durchschnitt gleicht sich das aus aber ich weiß nicht ob
372 das so wirklich stimmt, weil jedes Krankenhaus hat auch ein verschiedenes Einzugsgebiet.
373 Hier haben wir auch einen relativ hohen Anteil ausländischstämmischer (sic!) Patienten in
374 dem Einzugsgebiet. Da würde ich behaupten, dass das hier auch anders aussieht, als wenn

375 man in Bayern auf dem Land irgendwo ist. Ich finde, da gibt's auch bestimmte
376 Begebenheiten, dass hier dieses Krankenhaus andere Statistiken hat als anderswo und dass
377 gerade auch Leute mit Sprachbarrieren, mit Migrationshintergrund, das verkompliziert
378 auch Behandlungen, Krankheitsverlauf alles noch einmal. Ich würde sagen, dass dieses *im*
379 *Durchschnitt gleicht sich das alles wieder aus*, da bin ich nicht von überzeugt. Und da hätte
380 ich Sorgen, dass es da nicht um den individuellen Patienten geht, sondern um das ok was
381 ist jetzt hier die Statistik und meine Erfahrung ist jetzt, dass Psychatriepatienten nicht so
382 gut sind, ihre eigene Situation geltend zu machen.

383 G. Die nächste Frage bezieht sich auf das Hometreatment, also das neue Angebot zur
384 Vernetzung stationärer und ambulanter Bereich, also insbesondere Schwerbetroffene und
385 chronisch kranke Klienten und da wäre jetzt die Frage, wie aktuell die Vorbereitung auf die
386 Entlassung und die Kooperation mit den ambulanten Bereichen hier läuft?

387 I.II. Hier im Haus gibt es zwei Institutsambulanzen und wie ich das sehe, ist das schon so, dass
388 der Versuch da ist, dass Leute angebunden, wenn sie aus dem stationären Bereich entlassen
389 werden. Also da ist/ Also ich würde nicht sagen, was hier läuft, das ist Hometreatment, was
390 hier schon existiert – also Hometreatment im Sinne von *crisis and home treatment* also in
391 Krisenbehandlung und eine Aufstockung der Behandlung, wenn es zur Krise kommt. Ich
392 würde eher sagen, wenn es Akutbehandlung geben muss, dann geht es eher in den
393 stationären Bereich zurück. Aber es wird schon geguckt, dass jemand der versucht, dass
394 jemand ambulant anzubinden, dadurch, dass das ein System ist=ist, ist das auch relativ
395 leicht zu erreichen.

396 G. Und gibt es da irgendwie Überlegungen, das hier anzubieten, also das zu verbessern?

397 I.II. Ich glaube ja, ich glaube ja. Ich weiß, ja das war ja eben eine diesen (sic!) Fortbildungen und
398 das scheint ja so zu sein, dass das, dass die Krankenhäuser das anbieten müssen und so
399 weiter. Ich kenne crisis und home treatment aus GB und dass ist da Gang und Gebe, dass/
400 Da ist eben ganz viel von dem stationären Bereich in crisis und home treatment-Teams
401 verlegt worden. Was ich hier sehe, würde ich nicht als crisis und home treatment eben
402 schon beschreiben. Und ich finde, das denken hier auch viele=viele/ Viele denken hier auch
403 nicht klar, also der Begriff wird hier ein bisschen tüttelig verwendet, dass=dass Leute hier
404 denken, wenn eine ambulante Behandlung zuhause stattfindet, dass das home treatment
405 ist. Aber das ist ja nicht/ Also crisis und home treatment-Team ist ja eine Akutbehandlung,
406 wenn es einen akuten Rückfall gibt, wenn es eine Exazerbation der Symptomatik gibt dann
407 geht es nicht darum, ok wie binde ich jetzt jemanden in sein soziales Umfeld ein, so etwas
408 was vielleicht ergotherapeutische Hausbesuche machen würden. Solche Sachen. Und das
409 ist teilweise etwas schwammig, dass Leute den Durchblick haben. Also das ist so allgemein
410 eine Diskussion, die hier in Deutschland geht. Also ich würde nicht den/ Die Leitung hat da
411 schon eine Vorstellung, was sie dann zu leisten haben.

412 G. Ein weiterer Aspekt, der mit dem neuen Finanzierungssystem kommt, ist eine festgelegte
413 Mindestpersonalvorgabe der Krankenhäuser. Gibt es hier im Haus Personalmangel und
414 personelle Unterbesetzung, sind das hier aktuelle Themen?

415 I.II. Ja, ich glaube schon. Vor allem im Pflegebereich ist das schon sehr schwierig, die/ Und bei
416 den Ärzten ist gerade sehr viel Umschwung, da bin ich mir nicht sicher, wie sehr das ein

417 Problem ist. Ich weiß gerade nicht wie viele gehen und ob das ein Problem ist oder ob das
418 auch eine Problematik ist, die zu ersetzen. Das scheint alles etwas problematisch zu sein
419 aber ich weiß gerade nicht ob das vielleicht ein schwieriger Zeitpunkt ist, den ich erwischt
420 habe aber ich glaube, es müssen mehrere Oberärzte ersetzt werden, weil die ausfallen. Es
421 scheint schon schwieriger zu sein, die zu ersetzen aber da muss ich sagen, bin ich mir nicht
422 sicher

423 G. Und im therapeutischen Bereich?

424 I.II. Das, also, das scheint eher/ Nun bin ich eine der letzten, die dazugekommen sind, von daher
425 weiß ich nicht wie schwierig das war. Ich glaube, das war nicht so einfach, jemanden zu
426 finden, ich glaube, die wollten noch jemand anderes anstellen neben mir aber die Person
427 ist dann wieder abgesprungen. Insofern ist es glaube ich nicht so einfach, Leute zu finden
428 aber es sind jetzt nicht akut offene Stellen, soweit ich weiß.

429 G. Dann kommen jetzt noch die letzten vier Abschlussfragen, da geht es einfach darum noch
430 mal zu spekulieren, was das neue Entgeltsystem noch für Auswirkungen haben könnte. So,
431 die Frage nach Hierarchien. Ob das Entgeltsystem etwas an den Hierarchien ändern könnte.
432 Ob es die Position der Ergotherapie in stationären Einrichtungen stärken oder schwächen
433 könnte?

434 I.II. Ja, das ist ebenso die Frage. Wenn es eine Pauschale gibt, kann es dann sein, dass andere
435 Bereiche als Ergotherapie als wichtiger angesehen werden und dass man dann eben guckt,
436 wie verwenden wir das. Das habe ich eben in GB erlebt, dass man eben sehr genau gucken
437 muss und dass so eben diese Tageskliniken/ Gruppentherapien sind alle im Prinzip
438 weggekürzt worden, weil das im Grunde nicht mehr so als essentiell gesehen wurde. Wenn
439 es zum Knackpunkt kam, dann waren andere Sachen wichtiger. Das ist eben so die
440 Schwierigkeit. Das kenne ich aus GB auch sehr, dass dieser bewusste Drive hin zum *evidence*
441 *based practice* und Ergotherapie in die Leitlinien versuchen reinzukriegen durch, wie heißt
442 das auf Deutsch, also *randomized control trials*, also hochqualitative Forschung da auch
443 reinzukriegen; dass man dadurch auch das stärkt und sagt, ne wir haben einen Grund hier
444 zu sein. Und die Entwicklung sehe ich hier noch nicht so, was ich glaube, dann auch immer
445 die Gefahr birgt, dass man sagt, ist ja schön das zu haben aber müssen wir ja nicht machen.
446 Ich muss sagen hier im Haus habe ich schon das Gefühl, dass die Behandlungen als
447 grundsätzlicher Teil der Therapie angesehen werden und gewertschätzt (sic!) werden aber
448 ich glaube, wenn es ans Eingemachte geht, kann es dann auch schnell kippen und dann
449 kann es sein, dass andere Sachen wichtiger sind.

450 G. Das war so meine Ursprungsidee für meine Masterarbeit, mich mit dem Thema zu befassen,
451 weil es nämlich keine einzige deutsche Studie, die belegt, dass Ergotherapie im
452 psychiatrischen Bereich längerfristige Wirkung erzielt. Im Gegenteil: es gibt einige ältere
453 Studie, von Ärzten und Psychologenausschließlich, gar keine ergotherapeutische Studie, da
454 wird sogar belegt, dass es gar keinen Effekt hat, nämlich diese handwerklichen Angebote.
455 Und das war meine Ausgangslage.

456 I.II. Bevor ich hergekommen bin war ich in GB gerade/ Also soweit ich weiß, gibt es nur eine
457 einzige *randomized control trial* //, die// belegt, dass Ergotherapie im geriatrischen Bereich
458 wirksam ist und deshalb ist zum Beispiel Ergotherapie in GB in den Leitlinien im

459 geriatrischen Bereich aber in anderen Leitlinien nicht drin. Ich habe gerade an einer Studie
460 teilgenommen, wo es darum ging, manualisierte Ergotherapie zu erforschen sozusagen und
461 zu gucken, was ist da der Effekt und dass man da einfach mehr evidence based hat aber das
462 ist eben die Schwierigkeit hier auch/ Also ich glaube, das ist allgemein die Schwierigkeit in
463 der Ergotherapie, wie auch in GB. Dort, der X, mit dem dort gearbeitet habe, der war glaube
464 ich sehr vorwärtsdenkend und hat da viel gemacht, um daran zu arbeiten, hat auch viel mit
465 Universitäten zusammengearbeitet aber ich glaube, dadurch, dass hier das Studium gerade
466 erst anfängt, ist das auch ein Bereich, wo es einfach gefährlich für die Ergotherapie ist,
467 einfach untergebuttert zu werden und als „ist ja nett aber was soll das“ angesehen zu
468 werden.

469 G. Das nächste wäre dann ob sich die Zusammenarbeit stationärer und ambulanter Bereich
470 ändern könnte?

471 I.II. Ich denke, das wird sich verschieben. Wie gesagt, das habe ich in GB gesehen, dass sich das
472 immer mehr in den ambulanten Bereich verschoben hat und ich glaube, sobald man hier
473 mit Hometreatment-Team anfängt, wird sich das automatisch verlagern. Das wird dann ja
474 auch eine competition sein, wenn wir im ambulanten Bereich arbeiten dann wird ja auch/
475 Im stationären denke ich wird es dann auch um Kürzung von Betten gehen. Also ich denke,
476 ja, denke ich schon, dass da ziemlich viel Umwälzung drin ist.

477 G. Jetzt kommt noch mal ein anderer Aspekt, der organisatorische Bereich. Wird mehr oder
478 weniger Aufwand entstehen?

479 I.II. Also ich denke, wenn man immer belegen muss was man macht. Also das kannte ich aus
480 GB eben auch. Man muss belegen, was man macht, man muss beweisen, was man macht
481 und dann wurden immer komplexere Computerprogramme eingeführt und es hieß immer,
482 es solle einem helfen, seine Arbeit zu machen. Meiner Erfahrung nach ist das dann immer
483 ein gefundenes Fressen für die Statistiker war, die dann sagten, ach ja und das könnte man
484 dann noch und diese Seite müsste man, das sind nur fünf Minuten mehr und dass das so
485 ein datenhungriges Biest dann wurde, dass immer nur gefüttert werden wollte. Und ich
486 glaube, dass die ambulante Behandlung/ Wenn einer auf einer Station ist und zum gewissen
487 Grade eingesperrt ist hat man eine Risikomenge, die man beurteilen kann. Wenn jemand
488 zuhause ist muss man eine ganz andere Gradwanderung machen und das war dann meine
489 Erfahrung in GB, dass man dann eben viel, viel mehr dokumentieren musste, was ist da
490 meine Risiko//Risikoeinschätzung also was ist da meine risk assessment, was ist da meine
491 Einschätzung, warum habe ich diese Entscheidung getroffen. Man hat da viel weniger
492 Kontrolle und eine viel größere Chance, dass da was katastrophal schiefeht und da muss
493 man dann auch erklären können, warum man da bestimmte Entscheidungen getroffen hat,
494 wie das alles abgelaufen ist und das war dann auch immer in der Dokumentation intensiver.

495 G. Ok. Letzte Frage: ob es eventuell Auswirkungen auf die Qualität geben könnte also
496 gemessen an Klientenzufriedenheit, Therapeutenzufriedenheit und dem Erreichen von
497 Zielen?

498 I.II. Ich denke, da geht es wieder auf diese „okay was braucht der Durchschnittspatient und wie
499 frei ist man dann zu sagen, ok diese Person braucht mehr, braucht weniger“ und wenn das
500 dann nicht in den Richtlinien, in denen Pauschalen vorgesehen ist, wird das dann auch

- 501 schwieriger werden, dass man dann individuell auf die Bedürfnisse eingeht. Also das sehe
502 ich schon, dass wenn nicht nach Individuelleistung (sic!) bezahlt wird, sondern nach
503 Pauschale, dass dann auch pauschaler behandelt werden muss, weil das Geld spricht immer
504 lauter als der Patient in meiner Erfahrung. Also wenn Entscheidungen nach Geld getroffen
505 werden im Gesundheitswesen, was einerseits natürlich realistisch ist, weil es gibt keinen
506 unendlichen Topf/ Aber, wenn Entscheidungen dann primär über die Finanzierung
507 getroffen werden dann ist das meiner Erfahrung n//nach schon, das schon so, dass der
508 Patient dann unten durchfällt. Da ist dann der Hebel des Geldes schon größer als was
509 braucht die Person und was für Ziele brauchen wir.
- 510 G. Vielen Dank für deine Unterstützung!

3. Interview

Setting: Therapeutenbüro auf psychiatrischer Station einer Universitätsklinik

Uhrzeit: 14.00 Uhr

Dauer: ca. 29 Minuten

- 1 G. Es geht um meine Masterarbeit. Studiengang Gesundheitsmanagement, ich studiere in
2 Hannover und das ist das letzte Semester.
- 3 I.III. Bist du an der FH oder der Uni?
- 4 G. Ne, an der Fachhochschule. Die Frage ist: welche Auswirkung das neue
5 Finanzierungssystem auf die Arbeit von Ergotherapeuten haben könnte im stationären und
6 teilstationären Setting. Da habe ich einige Leitfragen, du kannst aber ganz offen erzählen
7 wie du möchtest, die sind ganz offen gestaltet. Es geht jetzt nicht darum zu sagen: ja oder
8 nein. Ich denke mal, wir werden so 30 bis maximal 60 Minuten brauchen und die Daten
9 werden anonymisiert, damit man die später nicht mehr zuordnen kann. Dann kommen jetzt
10 erst einmal die Eingangsfragen. Kannst du deinen Werdegang als Ergotherapeutin kurz
11 beschreiben?
- 12 I.III. Der ist noch gar nicht so lang. Ich habe die Ausbildung gemacht in X, an der X-schule, dann
13 wollte ich eigentlich in die Neurologie, das hat sich relativ schnell zerschlagen. Ich bin dann
14 nach X gezogen zu meinem Freund und hab eigentlich diese Stelle, von dieser Stelle gehört
15 von einer Freundin, die hier Logopädin ist am Universitätsklinikum und habe dann schnell
16 gegoogelt und da war sie und habe dann schnell die Bewerbung losgeschickt und hatte hier
17 ein Vorstellungsgespräch und seitdem bin ich hier. Das war im Februar 2015. Bin also noch
18 nicht ganz 2 Jahre hier.
- 19 G. Bist du denn auch im Januar mit der Ausbildung fertig geworden?
- 20 I.III. Ja, im Januar 2015.
- 21 G. Was sind deine Aufgaben hier in der Praxis?

- 22 I.III. Ich bin hauptsächlich im tagesklinischen Bereich tätig in der Praxis, also therapeutische
23 Arbeitsstätte. Bin für die Arbeitstherapie zuständig für den Bereich Bürotraining, bin aber
24 auch für den Praxisbereich da, das heißt, ich mache auch Hausbesuche im psychiatrischen
25 Bereich allerdings nur, mach Hausbesuche, das Sozialkompetenztraining also SKT. Was
26 mach ich denn noch? Normale Einzel, Hirn-Leistung-Training.
- 27 G. Und ist das alles auf Verordnung?
- 28 I.III. Ja, bis auf die tagesklinischen Patienten. Also auch Arbeitstherapie ist im Normalfall auch
29 auf Verordnung für die ambulanten. Für die stationären und teilstationären, die hier in der
30 Tagesklinik sind, wird das eigentlich abgerechnet übers Krankenhaus sozusagen. Dafür sind
31 wir Teil der therapeutischen Arbeitsstätte und da bekommen wir halt Verordnungen.
- 32 G. Und da hatte X irgendwie einen Vertrag geschlossen mit dem Krankenhaus?
- 33 I.III. Also jein. Es ist ja hier etwas speziell. Wir haben den X-verein als Deckel sozusagen und die
34 haben verschiedene Bereiche und uns als Tagesklinik. Die haben aber auch einen Copyshop
35 und die haben auf ein Café. Also da steckt so einiges unter und wir sind ja auch von der
36 Praxis her/ Unser Logo ist ja das des X-vereins und deshalb steht das alles unter dem Mantel
37 des Vereins und dieser Verein hat Verträge mit dem Krankenhaus und da ist unter anderem
38 X als Vorstandsmitglied, der unser Bindeglied hier ist.
- 39 G. Und wie wird entschieden ob die Klienten Ergotherapie bekommen oder nicht?
- 40 I.III. Also für die tagesklinischen oder stationären ist das meistens eine Entscheidung der
41 behandelnden Ärzte aber hier im Krankenhaus ganz oft in Rücksprache mit den
42 Sozialpädagogen, mit den Pflegern/ Ich glaube, da sind so ein, zwei, die da auch ein ganz
43 gutes Gespür für haben, die dann nicht mal sagen ob vielleicht mal Arbeitstherapie
44 angebracht wäre – ansonsten Sozialpädagogen, Ärzte, Psychologen.
- 45 G. Und bei den ambulanten dann sowieso?
- 46 I.III. Ja genau, richtig.
- 47 G. Und da kommen die Verordnungen komplett von der Institutsambulanz hier?
- 48 I.III. Ja, das. Aber auch von extern. Wenn die noch beispielsweise einen eigenen Psychiater
49 haben oder vom Hausarzt kommen. Da haben wir wirklich buntgemischt. Viel aus der PIA.
- 50 G. Und wie erlebst du den Kontakt mit den Ärzten?
- 51 I.III. An sich positiv. Es könnte mehr sein, würde ich mal sagen. Wir haben ja einen zuständigen
52 Arzt hier für die Tagesklinik, der die Visite macht. Mit dem ist natürlich ein guter Austausch
53 gegeben. Es gibt aber auch viele Ärzte unten, die ich in meinem Leben noch nicht gesehen
54 habe und nur über Telefon oder per Mail mal Kontakt habe. Ich sag mal so, es ist einfach,
55 wenn man sich einmal gesehen hat ((lacht))/ Also es geschehen ständig Fehler auf den
56 Verordnungen. Ich habe glaube ich seit ich hier bin/ Seit zwei Jahren kannst du das
57 eigentlich an den Händen abzählen, wie oft ich eine korrekte Verordnung – liegen hatte ich
58 schicke eigentlich jeden Patienten los. Viele verstehen es nicht. Ärzte sind genervt. Hier im
59 X ist es einfach leichter, weil man einfach runtergehen muss und sagen kann so muss es

- 60 aussehen. Die kennen mich und dann gibt es keine großen Diskussionen. Mit externen ist
61 das schon ein bisschen was Anderes. Stimmt, das haben wir hin und wieder.
- 62 G. Das müssen die Klienten dann aber selber klären? Das macht ihr nicht per Fax oder so?
- 63 I.III. Kommt auf den Patienten an. Die meisten, wir nutzen das ja fast schon ergotherapeutisch
64 und sagen, Eigenverantwortung und sich selber um Dinge kümmern. Es ist auch schwer für
65 viele hinzugehen und zu sagen, hör mal hier ist was falsch, können wir das noch mal ändern.
66 Das ist eigentlich für mich der Hauptgrund, dass ich das die Patienten machen lasse, wenn
67 ich aber weiß, es gibt vielleicht Probleme mit der Zuverlässigkeit oder ich weiß, da sind zu
68 krasse Ängste, das ist einfach noch ein Schritt zu viel, klar dann ich ruf ich da an und sag: ich
69 schick euch das zu und ich leg euch das rein, macht das bitte noch mal. Per Fax weiß ich gar
70 nicht ob das überhaupt gültig ist.
- 71 G. Doch, wir machen das nur.
- 72 I.III. Bei allen Krankenkassen?
- 73 G. Ja, bei allen.
- 74 I.III. Es ist wirklich bei allen Krankenkassen gültig?
- 75 G. Ja, nicht mal die AOK sagt was dagegen.
- 76 I.III. Das ist gut. Das merke ich mir.
- 77 G. Findet ein interdisziplinärer Austausch statt?
- 78 I.III. Ja, mittwochs eine Teamsitzung und eine THTK-Sitzung also in der Tagesklinik. Da ist dann
79 der Psychologe da, der zuständige Arzt und da sind die zuständigen Sozialpädagoginnen da,
80 da sind wir Ergotherapeuten da und da wird jeder Patient noch einmal besprochen und jede
81 Sichtweise fließt noch einmal mit ein. Das ist immer ganz angenehm.
- 82 G. Das nächste wäre die Freiheit der Therapigestaltung und ob du über Inhalte selbst
83 entscheiden kannst?
- 84 I.III. Total, ja. Es ist natürlich ein arbeitstherapeutischer Rahmen ein ganz anderer als vom
85 Hirnleistungstraining oder vom Einzel, das ist glaube ich ganz klar. Aber innerhalb dieser
86 Rahmenbedingung, das ist so eine Rahmenbedingung, über die muss man eigentlich gar
87 nicht sprechen, weil da weiß man das. Es ist natürlich so, dass wir ein tagesklinisches
88 Programm haben, ein Wochenprogramm für die Patienten, damit die wissen da habe ich
89 dann die Gruppe oder die. Und da gibt es zum Beispiel die Handlungsplanungsgruppe, das
90 ist kreatives Arbeiten, wobei der Fokus allerdings nicht auf kreativen Werkstücken liegt,
91 sondern auf der Arbeitsplanung, wo es also vorher eine detaillierte Planung gibt und
92 hinterher eine detaillierte Reflektion. Da ist es natürlich schwierig, sich irgendwie noch frei
93 zu machen aber ich kann trotzdem/ Innerhalb dieser Gruppe habe ich die Freiheit zu sagen,
94 komm wir bauen hier noch was um aufgrund der und der Erfahrung. Eigentlich bin ich total
95 frei, selbst in den Rahmenbedingungen, die es hier gibt.
- 96 G. Hast du Fortbildungen im psychiatrischen Bereich?

97 I.III. Ja, das GSK also das soziale Kompetenztraining und ja das ist so halb Psychiatrie und halb
98 Neurologie, ich bin Migränetherapeutin nach Kern, ich glaube, das kann man ein bisschen
99 in beide Bereiche reinschieben. Und das andere, das kann ich dir gar nicht mehr benennen,
100 das war nichts. Das war mal so ein Tagesding, was wir als Team gemacht haben. /war was
101 zu Wertschätzen und Kommunikation glaube ich. Ehrlich was, was man schon aus der
102 Ausbildung mitnimmt.

103 G. Und könnt ihr an den Fortbildungen des Krankenhauses teilnehmen?

104 I.III. Ja. Natürlich meistens von den Plätzen her begrenzt aber so die offenen wie Kasuistik,
105 Fallbesprechung, etc. können wir uns einfach so mit reinsetzen.

106 G. Wie würdest du deine Arbeitsweise beschreiben? Eher handwerklich kreativ oder eher
107 alltagsorientiert?

108 I.III. Oha! Das ist eine gute Frage. Handwerklich alltagsorientiert. Ja klar, schon in erster Linie
109 alltagsorientiert, weil ich den Großteil des Tages schon mit Arbeitstherapie im engsten
110 Sinne beschäftigt bin aber es ist trotzdem so, dass da kreative Lösungen gefragt sind. Was
111 genau verstehst du denn unter kreativ handwerklich?

112 G. Ob du einfach viel mit Werkstücken, basteln und so arbeitest?

113 I.III. (Verneinung) Nein, also ganz selten. Ein-, zweimal die Woche wo es darum geht und dann
114 habe ich eine Kreativgruppe in der Woche. Ne, dann doch schon eher alltagsorientiert,
115 arbeitsorientiert.

116 G. Gut, dann kommen die ersten Kernfragen.

117 I.III. Ok.

118 G. Hast du Informationen über das neue Psych-Entgelt?

119 I.III. Ne, nada.

120 G. Das heißt, es gab auch irgendwie keine Informationen von Vorgesetzten, Ärzten?

121 I.III. Ich weiß nicht ob es irgendwann mal eine Rundmail gab, die ich übersehen habe aber
122 eigentlich lese ich die Überschriften und denke mir dann ja oder nein.

123 G. Und in Teambesprechungen, Dienstbesprechungen wurde das auch noch nie thematisiert?

124 I.III. Nein.

125 G. Medienberichterstattung, Fachzeitschriften, Internet, DVE, ErgoXchange irgendwas
126 gesehen?

127 I.III. Alles vorhanden. Geht auch alles in den Austausch. Kann auch sein, dass das bisher noch
128 nicht bei mir gelandet ist, weil das alle Kollegen durchläuft, das heißt es kann auch mal
129 irgendwie fünf oder sechs Wochen in Umlauf sein bevor das bei mir ankommt.

130 G. Es gab auch ganz wenig dazu. Zu dem Thema. Ich musste ja ganz gründlich recherchieren
131 und ich habe auch ganz wenig gefunden.

- 132 I.III. Ach krass.
- 133 G. Dann hast du wahrscheinlich auch nichts von den öffentlichen Reaktionen,
134 Unterschriftenaktionen und sowas mitbekommen?
- 135 I.III. Nein.
- 136 G. Dann kommt jetzt der Informationsteil. 2009 hat der Gesetzgeber die Möglichkeit
137 geschaffen im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die leistungsorientierten
138 Fallpauschalen einzuführen auch für den psychiatrischen Bereich. Für den somatischen
139 Bereich gibt es das ja schon ganz lange mit den DRG, wo es abgerechnet wird und seit 2013
140 gibt es die Möglichkeit, das freiwillig einzuführen. Das System hieß zuerst PEPP, hat jetzt
141 einen anderen Namen bekommen und es war geplant, das ganze verpflichtend bis 2015
142 einzuführen.
- 143 I.III. Das heißt PEPP? Also P-E-P-P?
- 144 G. Ja genau.
- 145 I.III. Wir haben hier ein PEPP-Team aber ich hätte nicht gedacht, dass das was mit dem
146 Entgeltsystem zu tun hat. Wir haben ein Dokumentationssystem und da dokumentieren wir
147 einmal quantitativ die Anwesenheit der stationären oder teilstationären Patienten und
148 dann noch einmal qualitativ also einen Verlauf und eigene Einschätzungen: Mensch, da wird
149 er so und so und warum und was ist das los? Und das PEPP-Team kommt halt regelmäßig,
150 na ob das regelmäßig ist kann ich dir gar nicht sagen, alle sechs bis acht Wochen in diese
151 Teamsitzung für fünf bis zehn Minuten und spricht Dinge an, die in der Dokumentation nicht
152 ganz so gut waren. Na wo noch was offen ist, wo noch was fehlte und wo vielleicht am
153 Anfang nicht eine Anamnese stand oder organisatorische oder Struktursachen.
- 154 G. Ja, das kann ja durchaus sein. Ich weiß gar nicht ob das überall so ist aber für den DRG-
155 Bereich gibt es spezielle Weiterbildungen, das machen meistens die medizinischen
156 Fachangestellten und lassen sich dann schulen und sind dann in Krankenhäusern tätig, um
157 zu gucken wird das alles richtig gemacht nur damit das auch richtig abgerechnet werden
158 kann und das kann natürlich sein, dass das Krankenhaus hier das schon gemacht hat.
- 159 I.III. Ja scheinbar. Aber ich glaube, dass PEPP-Team gibt es auch schon seit, ja gut, wenn du sagst,
160 2013/
- 161 G. Ja, kann ja gut sein. Genau und es ist aber nicht dazu gekommen, weil es ganz viel Protest
162 gab von Berufsverbänden, von Patientenorganisationen von ehemals psychisch kranken
163 Klienten und so was und daraufhin wurde die Freiwilligkeitsfrist noch verlängert bis 2017
164 und Anfang dieses Jahres wurde das ganze umbenannt, es gab noch bestimmte
165 Nachbesserungen und Zugeständnisse und jetzt beginnt im Januar bis 2022 die
166 phasenweise Umstellung.
- 167 I.III. Also das heißt im Prinzip tatsächlich geht es nur darum, dass //es sozusagen ein
168 Verwaltungsteam gibt, was irgendwie die Oberaufsicht führt und guckt ob das alles
169 abrechenbar ist?

- 170 G. Genau, dabei geht es halt auch einmal und das bedeutet im Prinzip, die
171 Finanzierungssituation verändert sich, die Einrichtungen bekommen einen anderen Satz für
172 die Behandlung von Klienten.
- 173 I.III. Und die ist dann also besser die Summe? ((lacht))
- 174 G. Das ist halt so ein bisschen die Frage. Darum ging es auch bei den Diskussionen. Also die
175 nächste Frage ist auch: zunächst war halt vorgesehen, eine Degression einzuführen, das
176 bedeutet, dass eben die Idee, falls die Klienten nicht entlassen werden können, können sie
177 im Krankenhaus bleiben oder in der Tagesklinik aber mit einem geringeren Satz. Das wurde
178 jetzt nicht umgesetzt, weil es da massive Proteste gab. Da wurden halt auch noch Studien
179 angefertigt, dass für psychiatrische Patienten mehr Zeit vorhanden sein muss und das
180 wurde jetzt nachgebessert und rausgenommen. Also Degression gibt es nicht und die Frage
181 wäre jetzt aber, wenn das durchgekommen wäre, was für Auswirkungen hätte das auf die
182 Arbeit hier gehabt?
- 183 I.III. Naja es wäre sicherlich sowohl innerhalb des Teams als auch in der Führungsebene dazu
184 gekommen zu überlegen also ganz stark auszuschließen, welche Patienten/ Also das wäre
185 mega-unmenschlich. Ich glaube, das hätte dazu geführt/ Man hätte geguckt, welcher
186 Patient braucht das jetzt am dringendsten und welcher Patient braucht das nicht zu 1000
187 prozentig (sic!), der steht dann da ohne Weiterbehandlung. Das geht eigentlich gar nicht,
188 das geht dann ziemlich am Leben vorbei in der Psychiatrie.
- 189 G. Genau, das war eben ein bisschen das Problem. Beim Beinbruch weiß man zum Beispiel
190 normalerweise, wenn es keine Komplikationen gibt, kann man den nach so und so vielen
191 Tagen entlassen/
- 192 I.III. Aber die Psyche ist ja total unberechenbar, das kann man ja total knicken.
- 193 G. Ja. Das ist nämlich genau das Thema dieses neuen Systems. Dann wäre das Nächste die
194 Frage ob das die Verweildauer hier beeinflussen würde?
- 195 I.III. Ja. Definitiv.
- 196 G. Kommt das denn vor bei den Tagesklinik Klienten, dass die monatelang in Behandlung sind?
- 197 I.III. Ja. Ja, zwei Monate das kommt definitiv vor. Und dann klar kommt es darauf an, wie ist die
198 Diagnose und wie sind die Entwicklungen. Das ist dann auch etwas, wo wir drauf gucken
199 und das wir wirklich gut dokumentieren auch qualitativ, damit, wenn der MDK kommt und
200 wirklich eine Prüfung macht, auch nicht nur unser Gefühl ist, dass wir den jetzt nicht
201 entlassen können, sondern dass es auch nach außen hin sichtbar ist, das ist natürlich immer
202 eine Waagschale.
- 203 G. Und ist das schon mal vorgekommen, dass der MDK was hinterfragt?
- 204 I.III. Hm, das wird immer so an uns herangetragen, dass X sagt, Mensch da war eine Anfrage
205 aber dass wir aufgrund dessen entlassen haben kann ich mich nicht erinnern. Da haben wir
206 auch Glück, dass wir einen Chef haben, der klar dem gegenüber tritt und das auch

207 vehement verteidigt. Oder das Team ist der Meinung, dass wir den noch nicht entlassen
208 können.

209 G. Was für Folgen hätte diese Degression für die Klienten gehabt?

210 I.III. Rückfallquote erhöht wäre das Erste was mir einfällt. Beziehungsweise Rückfall setzt
211 voraus, dass es ihm bis dahin schon einmal bessergegangen ist, das ist ja gar nicht der Fall,
212 gar nicht generell. Generell eine Verschlechterung wäre möglich. Eine Chronifizierung. Ja,
213 ich glaube, das wären die großen Ängste. Es kann natürlich auch sein, dass es zum Suizid
214 führt, wenn der plötzlich vor dem Nichts steht und keine Weiterbehandlung //bekommt
215 und vielleicht auch noch nicht selber an dem Punkt war, sich selber zu helfen.

216 G. Ein Punkt, der jetzt definitiv umgesetzt wird, das ist das Hometreatment, das heißt, die
217 Vernetzung von ambulanten und stationären Angeboten soll verbessert werden,
218 insbesondere für Schwerbetroffene und Akutkranke, dass Notfallteams auch nach Hause
219 fahren können um stationären Aufenthalt vorzubeugen. Dass man einfach akut in der
220 Krise hilft und dann wäre die Frage wie du gerade die Kooperation zwischen dem
221 ambulanten und stationären Bereich erlebst und wie Klienten auf die Entlassung
222 vorbereitet werden?

223 I.III. Also wenn ich jetzt von der Tagesklinik ausgehe, da ist von uns dann hier ganz klar die
224 Vorbereitung einer Anschlussbehandlung. Wir versuchen, relativ früh hier schon den
225 Patienten zu unterstützen, dass er sich ambulante Unterstützung holt in Form von
226 Psychotherapie, etc., Verhaltenstherapie, was auch immer angebracht ist. Das auf jeden
227 Fall irgendwie der Name auf Wartelisten auftaucht, weil man ja meistens nicht innerhalb
228 von 6, 8 oder 12 Wochen einen Therapeuten findet. Dann haben wir natürlich den großen
229 Vorteil, wir sind die Praxis in der Tagesklinik, das heißt Arbeitstherapie. Wir haben
230 hauptsächlich welche, die etwas fitter sind und bei denen es darum geht, ob kann der noch
231 mal arbeiten oder doch nicht. Dann geht es ganz oft weiter in der Arbeitstherapie aus dem
232 ambulanten Setting, sodass die mindestens zweimal die Woche hier aufschlagen. Und wir
233 nehmen sie, wenn der Bedarf besteht, auf für alle anderen ergotherapeutischen
234 Behandlungen, sei es Kreativgruppe oder Einzel oder auch Haus. Stationär/ Ich meine, zu
235 wissen, wir tauschen uns ja über „Flurfunk“ mit den Ergotherapeuten aus, mit den
236 stationären, da gibt es auf einigen Stationen durchaus die Möglichkeit, dass auch
237 Ergotherapeuten die da im stationären Setting arbeiten durchaus auch nach Hause fahren
238 zu den Patienten. Wie das ist, vorher also, wenn irgendwie das gerade auf der Kippe steht,
239 das habe ich noch nie mitgekriegt. Das ist, wenn dann so bei unseren Patienten, die wir eh
240 schon ambulant haben. Wenn sich da irgendwas verschlechtert, dann fahren wir weiterhin
241 hin egal ob dann ein stationärer Aufenthalt kommt oder nicht.

242 G. Als ich im Praktikum hier war, da war es so, dass einige von den X Ergos sage ich mal auch
243 auf Station behandelt haben also im stationären Bereich, wenn die Krankenhaus-Ergos das
244 nicht mehr abdecken konnten.

245 I.III. Genau. Wir haben hier Kooperationsverträge mit der X-Station, mit der Y-station. Da muss
246 ich mal überlegen. Ich glaube, da sind es drei Kollegen, die da für bestimmte Stunden
247 eingekauft sind und bestimmte Angebote machen wie Hirnleistungstraining oder
248 Kreativgruppen.

- 249 G. Ein weiterer Aspekt ist, dass es festgelegte Mindestpersonalvorgaben geben soll. Es ist die
250 Frage ob du da etwas mitbekommen hast ob es Schwierigkeiten gibt, Personalmangel und
251 Unterbesetzung, vielleicht in der Tagesklinik?
- 252 I.III. Ja, wir hatten gerade so bei Sozialpädagoginnen viel Wechsel, vor allem durch
253 Schwangerschaft und dann konnten wir natürlich nur befristete
254 Schwangerschaftsvertretungen anbieten, die eben nicht so gewollt sind, wo vorzeitiges
255 Austreten wieder die Folge war und wir nur mit einer Sozialpädagogin dastanden mit einer
256 halben Stelle. Die wurde jetzt zwar wieder aufgestockt aber das ist deutlich spürbar, dass
257 das eigentlich nicht reicht. Das sind zwar Maximum acht Patienten, die wir tagesklinisch
258 nehmen aber haben wir in letzter Zeit eigentlich gar nicht/ Eigentlich haben wir sechs aber
259 das ist für eine Sozialpädagogin, mittlerweile haben wir eine dreiviertel Stelle, gar nicht
260 machbar. Dadurch, dass der Psychologe auch nur Teilzeit hier ist wegen Vereinsarbeit, etc.
261 dadurch ist es deutlich spürbar. Bei uns Ergos geht es. Klar, wenn mal bei
262 Krankheitsausfällen, wenn mal zwei aufeinander kommen, dann wird es schwierig aber
263 machbar aber mit den Sozialpädagogen da dürfte //es gerne mehr sein.
- 264 G. Und bei den Ärzten?
- 265 I.III. Ja, unser Arzt ist glaube ich nur für zehn Stunden in der Woche bei uns. Die kriegt er glaube
266 ich meistens gar nicht hin, weil oft so viel Anderes anfällt und alle schreien irgendwie
267 danach. Da könnten durchaus noch mal drei Stellen dazu genommen werden.
- 268 G. Und bei der Pflege? Merkt man da irgendwas?
- 269 I.III. Da habe ich ehrlich gesagt kaum Berührungspunkte.
- 270 G. Jetzt geht es noch einmal darum, zu spekulieren, was in Zukunft passieren könnte. Die Frage
271 ist ob das Entgelt Veränderungen in Bezug auf die Strukturen und Hierarchien haben könnte
272 im stationären oder Tagesklinikbereich und ob das irgendwie Einfluss auf die Position der
273 Ergotherapie haben könnte.
- 274 I.III. Das ist – ja man könnte jetzt sagen, das könnte die Position eher noch mal stärken, weil wir
275 dann sagen, wir fangen mehr ambulant auf was dann ja nicht in das Entgeltsystem fällt.
276 Was könnte das sonst; du hast gesagt strukturell?
- 277 G. Ja genau. Von den Hierarchien her.
- 278 I.III. Von den Hierarchien her. Ich könnte mir höchstens vorstellen, dass wenn der Leitung das
279 Geld ausgeht und das PEPP-Team ihnen im Nacken sitzt, so ihr behandelt den jetzt weiter
280 oder ((Pause)) ihr kriegt dafür ein Appel und ein Ei, dass dann vielleicht ein bisschen härter
281 durchgegriffen werden könnte, dass es da Meinungsverschiedenheiten geben könnte. Das
282 ist das einzige was mir da hierarchisch einfallen würde. Ist natürlich/ Für die Ergos in der
283 stationären Arbeit würde es klar schwächen, weil vielleicht weniger Patienten und kürzere
284 Liegedauern (), weil man das in der Psychiatrie, wir wollen es mal so sagen, ganz
285 schön Kacke ist, weil du musst erstmal an Patienten rankommen. Du musst erst einmal eine
286 Vertrauensbasis herstellen, um wirksam zu werden und wenn die nachher alle nach fünf,
287 sechs Woche einen Cut kriegen – ich weiß nicht was man da bewirken soll in so kurzer Zeit.

- 288 G. Und könnte das Einfluss auf eine bessere oder schlechtere Zusammenarbeit des stationären
289 oder ambulanten Bereichs haben?
- 290 I.III. Kommt an auf die Leute, die da arbeiten. Klar, das kann schon Einfluss haben im Sinne von:
291 Yeah, die Ambulanten haben jetzt schneller und mehr zu tun und können da vielleicht auch
292 personell aufstocken oder sonstiges, die Ärzte verschreiben vielleicht mehr
293 Anschlussbehandlungen, weil andere Möglichkeiten wegfallen. Ob die Stationären davon
294 begeistert sind ist eine andere Frage. Klar, dann haben sie kurze Liegedauern und sind sie
295 schnell los aber //es ist dann die Frage wie viele rücken dann nach. Also kann man
296 überhaupt noch Personalkosten, etc. halten.
- 297 G. Die nächste Frage ob das Einfluss auf den organisatorischen Aufwand haben könnte ob da
298 mehr oder weniger Aufwand entsteht?
- 299 I.III. Ja, man müsste ja/ Ich würde mal vermuten, dass wenn ein neues System eingeführt wird
300 dann sollen die Leistungen bitte so bleiben ((lacht)) für weniger Geld. Das heißt, es wäre in
301 kürzester Zeit die Frage nach Anamnese, Testungen und der und der Einschätzung was
302 sicherlich einfach zu mehr Stress führen würde und zeitlich gar nicht machbar wäre.
- 303 G. Gut und die letzte Frage: ob das Auswirkungen auf die Klientenzufriedenheit,
304 Therapeutenzufriedenheit und die Erreichung von Therapiezielen haben könnte?
- 305 I.III. Ja, definitiv. Therapeutenzufriedenheit und alles drei eigentlich im Zusammenhang, die
306 Ziele zu erreichen in kurzer Zeit ist einfach super schwierig. Wer soll da zufrieden
307 rausgehen? Das ist für die Therapeuten frustrierend, wenn man jetzt weiß, das in so kurzer
308 Zeit und für die Klienten super anstrengend, super frustrierend, wenn er die Ziele nicht
309 erreicht.
- 310 G. Vielen Dank für deine Unterstützung!

4. Interview

Setting: Wohnküche der interviewten Person in der privaten Wohnung

Uhrzeit: 11.00 Uhr

Dauer: ca. 45 Minuten

- 1 G. Im Rahmen meines berufsbegleitenden Masterstudiengangs Gesundheitsmanagement in
2 Hannover schreibe ich im letzten Semester noch die Masterarbeit und sie befasst sich mit den
3 Auswirkungen des neuen Entgeltsystems auf den ergotherapeutischen Bereich. Angedacht sind
4 zwischen 30 und 60 Minuten, das haben die letzten Interviews auch gezeigt. Ich würde das Ganze
5 aufzeichnen als Audiodatei und die Daten werden anonymisiert, sodass man das letztendlich nicht
6 zuordnen kann, was du gesagt hast. Dann kommen erst einmal die einleitenden Fragen. Kannst
7 du bitte deinen beruflichen Werdegang als Ergotherapeutin kurz skizzieren?
- 8 I.IV. Ich habe meine Ausbildung in einer Kleinstadt in Niedersachsen gemacht in Form einer
9 Umschulung also das heißt als Zweitausbildung und habe vorher ein ganz kurzes
10 Schnupperpraktikum gemacht schon hier in Kleinstadt in Schleswig-Holstein bei Praxis X. Das war

11 wirklich kurz. Zwei Wochen, zwei Wochen Pädiatrie überwiegend. Dann stand aber ziemlich fest,
12 dass ich zu X wollte, weil ich hier wohne, weil ich alleinerziehend war und weil ich hier präsent
13 sein musste. Habe mich bei X beworben, wurde angenommen. Meine Berufsbereiche waren so,
14 ich habe in der Gerontopsychiatrie angefangen in einem Heim für psychisch Kranke, für allgemein
15 psychisch Kranke, das ist so eine neue Wohnform. Das habe ich dort überwiegend gemacht und
16 nebenbei hauptsächlich mit Jugendlichen, psychisch kranken Menschen gearbeitet, die da in einer
17 Arbeitstherapie eingegliedert waren, die da mitgearbeitet haben im Haus. Dann habe ich
18 überwiegend mehr Hausbesuche angefangen also ambulant gearbeitet im psychisch-
19 funktionellen Bereich. Also mein Hauptarbeitsbereich war immer in der Wohngruppe und dann
20 habe ich auch so andere Bereiche miterkundet. Dann bin ich mit in die Pädiatrie reingegangen,
21 habe da aber nur Gruppen und nur in Vertretung Einzel gemacht. Gruppen
22 Aufmerksamkeitstraining nach Lauth und Schlotzke und Soziales Kompetenztraining haben wir
23 das gemacht und dann habe ich angefangen in der Psychosomatik zu arbeiten und habe die
24 Wohngruppe ganz aufgegeben. Das heißt, jetzt ist mein Mittelpunkt Psychosomatik und
25 ambulante Hausbesuche und Kinder gar nicht mehr. Jugendliche, manchmal junge Erwachsene
26 aber Kinder nicht.

27 G. Und wie lange bist du jetzt schon bei X?

28 I.IV. Zehn Jahre werden das jetzt.

29 G. Oh! Lange Zeit, oder?

30 I.IV. Ja.

31 G. Und wieviel Stunden hast du?

32 I.IV. Ich habe angefangen mit 30 aber seit fünf Jahren oder so bin ich bei 38,5.

33 G. Wie wird entschieden ob ein Klient Ergotherapie bekommt oder nicht? Insbesondere bei denen,
34 die im Krankenhaus behandelt werden und weiter behandelt werden sollen?

35 I.IV. Wir haben/ Im Krankenhaus ist ein Aufnahmeteam sozusagen, das sich um die Klienten kümmert,
36 die kommen und Hilfsbedarf äußern. Die Klienten kommen entweder einfach so kopflos rein oder
37 mit Überweisung vom Hausarzt, von anderen Ärzten irgendwie. Da ist erst mal ein Erstgespräch
38 mit einem aus dem Team. Aus der Institutsambulanz sind eine ganze Menge dabei und dann wird
39 entschieden wo der Patient dann hinkommt. Also ob Psychosomatik angesagt ist und ob er dort
40 landet und dann bin ich als Ergotherapeutin auch dabei. Ich mache da nicht nur so
41 ergotherapeutische Angebote, sondern es ist ziemlich aufgeweicht würde ich mal sagen. Und die
42 Gruppen sind ja auch nicht unbedingt rein ergotherapeutisch, das sind dann auch
43 Empfindlichkeitsgruppen. Was typisch ergotherapeutisch ist, sind so gestalterische Gruppen in
44 einem Atelier, wenn da etwas dargestellt wird, etwas ausgedrückt wird, für Empfindungen,
45 Gedanken was weiß ich was. Dann mache ich eine Gruppe soziale Kompetenzen, was ja auch
46 typisch ergotherapeutisch ist. Und so ein Wochenthema biete ich zum Beispiel immer an, wo dann
47 ein Brainstorming zu einem zyklisch wiederkehrenden Thema gemacht wird. Und
48 Einzelgespräche, die natürlich in einem ergotherapeutischen Rahmen abgehalten werden aber
49 das Gespräch kann natürlich ergotherapeutisch sein oder psychotherapeutisch. Ich würde die

- 50 Ergotherapie am ehesten verhaltenstherapeutisch nennen, weil wir alltagsnah arbeiten und da
51 wir im Geschehen drin sind.
- 52 G. Und im psychosomatischen Bereich läuft das alles in Gruppen oder gibt es da auch Einzeltherapie?
- 53 I.IV. Klar, das läuft auch wenn es angezeigt ist, dass er kreativ, dass sein Kanal ist, der Weg, wo er sich
54 gut ausdrücken kann, dann ist das natürlich der Weg, mit ihm zu arbeiten.
- 55 G. Und das läuft aber alles nicht über Verordnung oder?
- 56 I.IV. Das läuft nicht über Verordnung. Dann gibt es die ambulante Weiterbetreuung auch der
57 psychosomatischen Klienten, die dann aber auch über Verordnung vom Arzt läuft und Hausbesuch
58 ist oder Expositionsübung ist oder so.
- 59 G. Wie erlebst du den Kontakt zu den Ärzten in der Klinik?
- 60 I.IV. Sehr vertraut für mich. Gerade in der Psychosomatik läuft das sehr eng miteinander. Je nach
61 Charakter – mit dem einen kann ich mehr oder besser, mit dem anderen nicht so gut. Aber also
62 überwiegend gut und ich suche mir auch die raus, mit denen ich gut arbeiten kann und die, mit
63 denen ich nicht gut arbeiten kann, mit denen muss ich auch nicht arbeiten.
- 64 G. Gibt es einen interdisziplinären Austausch zwischen den einzelnen Berufsgruppen?
- 65 I.IV. Ja, wir haben in der Psychosomatik Teamsitzungen, wöchentlich. Und auch Tür- und
66 Angelgespräche natürlich sehr viel. Wir haben ein Gesamtteam, nicht nur die Psychosomatik,
67 sondern auch das KITs, wo auch das Kriseninterventionsteam dabei ist, Supervision haben wir.
- 68 G. Und wie frei bist du in Bezug auf deine Therapie? Kannst du über Inhalte frei entscheiden?
- 69 I.IV. Wie weit ist das meine eigene Entscheidung? Natürlich haben wir einen Wochenplan aufgestellt
70 und es wurde entschieden, welche Bereich ich abdecke. Und dann habe ich natürlich eine
71 bestimmte Stundenanzahl zu erfüllen, weil das ja vertraglich gekoppelt ist von der Praxis und ich
72 bin auch verpflichtet, Dokumentation zu machen zum Beispiel. Als Bezugstherapeut sind das auch
73 große Briefe, die ich da schreibe, immer, also es sind dann drei, die die schreiben, Chefarzt muss
74 das natürlich absegnen aber Stationsärztin und Bezug schreiben immer. Was habe ich für
75 Vorgaben? ((lacht))
- 76 G. Also der Rahmen ist vorgegeben aber über Inhalte kannst du dann frei entscheiden?
- 77 I.IV. Es ist ja immer in Rücksprache also wir haben ja die Teambesprechungen und das sind
78 Fallbesprechungen, wo jeder Teilnehmer in der Psychosomatik besprochen wird und jeder Klient
79 berichtet wird von seinem Bezug, seine Patienten, so in Anführungsstrichen und dann hör ich die
80 Meinungen der anderen oder die Erfahrungen und Erlebnisse der anderen denn (sic!) krieg ich ein
81 Feedback zu dem, was ich mache und kriege noch andere Ideen. Von daher bildet sich das
82 natürlich aus dem Team, mit dem ich das mache aber viel auch aus der eigenen Erfahrung raus
83 also jetzt muss ich das und das machen und dann entscheide ich das auch so. Aber klar, in
84 Rücksprache mit dem Team oder einzeln auch mit einzelnen Teammitgliedern oder Oberärzten.
- 85 G. Hast du eine Fortbildung im psychiatrischen Bereich?

- 86 I.IV. Ja, ich habe über Borderlinestörungen, also Persönlichkeitsstörung im Bereich Borderline, über
87 Demenzerkrankungen, über zwanghafte Patienten, das sind so ein Tages-Fortbildungen, die ich
88 da mitgemacht habe.
- 89 G. Waren die intern im Krankenhaus?
- 90 I.IV. Ne, die waren teilweise intern, teilweise extern, da habe ich in Kleinstadt in Niedersachsen was
91 gemacht. Dann Zwang der Zwänge war in wie heißt das? Was weiß ich. Hier in der Nähe so ein
92 Fortbildungszentrum. Über Demenz habe ich auch in Kleinstadt in Niedersachsen gemacht. Das
93 GSK habe ich als Fortbildung gemacht. Ich glaube, das war es.
- 94 G. Und die letzte Eingangsfrage wäre, wie du deine Arbeitsweise beschreiben würdest also eher
95 handwerklich-kreativ oder eher alltagsorientiert, betätigungsorientiert.
- 96 I.IV. Handwerklich kreativ auf jeden Fall, alltagsorientiert aber noch ein größerer Anteil, weil ich auch
97 auf Hausbesuch bin auch beziehungsweise die psychosomatischen Patienten auch ambulant
98 weiterbehandele. Ich weiß jetzt gar nicht wozu sowas gehört wie dass ich einfach so Texte oder
99 so Achtsamkeitstraining oder kreatives Schreiben, da schöpfe ich ganz viel aus eigenen Ideen raus,
100 die ich mit der Erfahrung, die ich habe damit reinbringe. Ich habe da keine andere Bezeichnung
101 für. Vielleicht ist das im weitesten Sinn kreativ. Ja, ich glaube, das sind die Bereiche.
- 102 G. Hast du irgendwelche Informationen über das neue Entgeltsystem bekommen?
- 103 I.IV. Ach so es ist ja bei uns so, dass das über das regionale Budget läuft im Krankenhaus, also das
104 Krankenhaus wird darüber finanziert und ein Anteil meiner Patienten läuft über diese
105 Institutsambulanz, das heißt, es sind interne Abläufe eigentlich, dass die Ärzte Verordnungen
106 ausstellen, die aber über die Institutsambulanz laufen. Aber die anderen werden natürlich von
107 niedergelassenen Ärzten ausgestellt.
- 108 G. Also was ich jetzt noch mal rausfinden muss ist ob die regionalen Budgets auch davon betroffen
109 sind.
- 110 I.IV. Mit den Entgeltgruppen meinst du was wofür gezahlt wird von der Kasse?
- 111 G. Ja, genau 2009 hat der Gesetzgeber die Möglichkeit geschaffen, dass auch im psychiatrischen
112 Bereich eine andere Finanzierungsmöglichkeit geschaffen wird. Für die anderen Bereiche gab es
113 das ja schon, das sind die DRGs, diese Fallpauschalen, was den Hintergrund hat: ein Klient kommt
114 ins Krankenhaus mit der Diagnose gebrochenes Bein, im Durchschnitt muss der dann, das wurde
115 alles erhoben, so und so lang im Krankenhaus bleiben, braucht die und die Hilfsmittel, Therapie
116 und wird dann entlassen, wenn es keine Komplikationen gibt. Das war ganz lange Thema und da
117 gibt es ganz viel Protest, weil gesagt wird, das geht halt nicht für den psychiatrischen Bereich, die
118 Klienten in so ein Schema zu pressen, weil es zu viele Individualität gibt in den Symptomen. 2013
119 konnten die Kliniken schon anfangen, das System freiwillig umzustellen und jetzt gab es noch mal
120 Nachbesserungen -
- 121 I.IV. Freiwillig umstellen wohin?
- 122 G. Also von der vorherigen Finanzierung, da gab es eben keine Pauschalen, sondern da wurde immer
123 alles individuell verhandelt auf das neue System und seit 2017 ist es verpflichtend bis 2022

124 umzustellen. Es wurde aber noch mal nachgebessert, das heißt, sie sind den Gegnern noch einmal
125 entgegengekommen aber die Kernidee bleibt, dass sich im psychiatrischen Bereich was ändern
126 soll, weil das mit der kostenintensivste Bereich mit den längsten Liegezeiten //ist, manchmal sind
127 die Klienten monatelang im Krankenhaus.

128 I.IV. Gut also es wird darauf geachtet, dass die Patienten eine Verweildauer von sechs bis acht Wochen
129 haben, individuell unterschiedlich manchmal. Es wird sehr darauf geachtet, dass wir unsere
130 Dokumentation machen, das heißt, dass alles was wir machen in den Computer eingetragen.

131 G. Und wird das auch kontrolliert und sonst noch mal angesprochen, wenn da was fehlt oder was
132 anders gemacht werden muss?

133 I.IV. Ja, genau. Genau. Wobei es noch lange nicht gut ist, was wir da dokumentieren, glaube ich. Also
134 es könnte noch sehr viel besser sein. Es fehlt so ein bisschen die Informationsweitergabe oder
135 dass sich einfach Zeit genommen wird, komm ich zeig dir mal, wie es funktioniert. So was.

136 G. X hat jetzt auch nicht in Teambesprechungen erwähnt, dass es sowas gibt?

137 I.IV. Doch, X sagt da bestimmt mal was. Aber ehrlich gesagt, geht das ein bisschen hier rein, da raus,
138 weil das einfach zu viel ist an Info. Problematisch ist es, die Kassen sind halt immer wieder Thema,
139 wie die ihre Leistungen reduzieren und absoluter Hit ist, wenn wir Berichte, also wenn wir rein
140 ergotherapeutische Berichte schreiben für niedergelassene Ärzte, dass man, was weiß ich, 60 Cent
141 oder so bekommt ((lacht)) oder wieviel gibt es da?

142 G. Also bei den Primärkassen gibt es gar nichts,

143 I.IV. Oder so.

144 G. Und bei den Ersatzkassen gibt es 58 Cent pro Bericht.

145 I.IV. 58? Wobei es ist vielleicht noch unterschiedlich oder? Die eine gibt so und so viel und die andere
146 so und so viel?

147 G. Na bei den besonderen, so LKK und Postbeamten und so da gibt es noch ein bisschen mehr, bei
148 den großen nicht.

149 I.IV. So, solche Sachen sind eher Thema oder dass auf einer Verordnung irgendwas nicht richtig war,
150 nicht richtig eingeschrieben war oder sowas oder keine Ahnung irgendein Datum nicht stimmte
151 oder irgendeine Veränderungen, die man vornehmen sollte oder da fehlte ein Stempel oder so
152 und das sind ewig nervende und ätzende Sachen und da hat X natürlich ewig Ärger mit und sie
153 gibt uns nicht den Ärger weiter aber sie gibt uns weiter worauf wir achten müssen und wir haben
154 eine Teamleitung, die uns sagt, darauf müsst ihr achten. Die Arzthelferinnen sind manchmal gar
155 nicht ausgebildet, wie man eine Verordnung ausstellt, also das ist ganz grottig alles.

156 G. Das kenne ich bei uns auch, fast alle Verordnungen sind falsch ausgestellt. Wir haben Gott sei
157 Dank eine Anmeldekraft, die uns das abnimmt und das dann ändern lässt für uns und auch
158 wenn sie das nicht ändern lassen, dass sie dann hinget und das ändern lässt in den Praxen.

159 I.IV. Genau und sowas machen wir dann hier. Das ist echt anstrengend.

- 160 G. Gut aber das ist dann eher so von den ambulanten Patienten, also, dass es da vom Krankenhaus
161 auch so Schwierigkeiten gibt, das erzählt X nicht?
- 162 I.IV. Doch, ich denke das erzählt X auch aber das merke ich immer erst wenn es so weit ist, dann weiß
163 ich, ok dann muss ich das machen und das machen das ist auch ok. Aber solange es noch
164 Zukunftsmusik ist, achte ich da nicht so drauf. Aber das regionale Budget, das ist eine tolle Sache
165 also ich glaube, das hält uns eine Menge Probleme vom Leib und dieses interne Arbeiten halt, Arzt
166 ist gleich da kannst du schnell mal unterschreiben, ne da musst du das und das eintragen, das ist
167 eigentlich Klasse.
- 168 G. Medienberichterstattung, sowohl Fach/ Also auch Allgemeinpresse irgendwas gesehen dazu?
- 169 I.IV. Nein.
- 170 G. Es gab da auch sehr wenig zu, das hat mich gewundert, das war nie so großes Thema. Das heißt
171 öffentliche Aktion, Unterschriftenaktionen und die Patientenrechtsorganisationen, die sich da mit
172 eingemischt haben auch nichts?
- 173 I.IV. Nein. Aber ich bin da auch sehr/ Ich bin da nicht wirklich informiert in meiner Berufsgruppe,
174 glaube ich. Kommt vielleicht in fünf oder zehn Jahren oder so, mal gucken.
- 175 G. Zum Entgeltsystem habe ich ja schon was gesagt, ein ganz großes Thema war die Einführung einer
176 Degression, deshalb wurde das jetzt auch so oft verschoben, die Einführung, das heißt die Idee
177 war, dass man sagt nach einer bestimmten Therapiedauer, einer bestimmten Zeit im
178 Krankenhaus, dass zum Beispiel ein Klient mit Depression nach dreißig Tagen entlassen werden
179 sollte und wenn das nicht geschieht, dann kann der natürlich im Krankenhaus bleiben aber dann
180 kriegt das Krankenhaus einen geringen Satz dafür. Das war jetzt ein Streitpunkt und das wurde
181 jetzt auch aus der neuen Regelung rausgenommen und da wäre jetzt die Frage: wenn es jetzt eine
182 solche Regelung geben würde, würde das Auswirkungen auf deine Arbeit haben im Krankenhaus?
- 183 I.IV. Ich denke, ich würde mehr ambulant arbeiten. Und ich bin mir ziemlich sicher, ich habe den
184 Eindruck, dass diese sechs bis acht Wochen jetzt auf die Psychosomatik bezogen, dass das ein
185 guter Turnus ist oder dass das eine gute Menge an Zeit ist, für die Patienten, um anzukommen in
186 einer ganz anderen Denkweise, um anzukommen und reflektieren zu können dann anfangen
187 können, an sich zu arbeiten und dann reinzugehen in den Alltag. Die wenigstens schaffen das dann
188 auch also dann gibt es ja so Maßnahmen wie Wiedereingliederung, das ist einfach/ Eine
189 psychische Erkrankung ist einfach etwas, das mehr Zeit braucht. Und da sind so acht Wochen echt
190 ein Minimum. Das sind schwer traumatisierte Menschen, die das oft lange mit sich
191 //herumtragen, das kann man nicht in acht Wochen mal eben stabilisieren, was in 40 Jahren
192 kaputt gegangen ist oder 40 Jahre aufgebaut wurde. Also das ist so ein Mindestding, um irgendwie
193 einen Ansatz zu finden.
- 194 G. Und was würde passieren, wenn ein Krankenhaus sagen würde, sie würden die Zeiten reduzieren
195 und Klienten könnten eben nicht mehr sechs bis acht Wochen bleiben, sondern müssen früher
196 gehen, weil eben die Finanzierung sich geändert hat?
- 197 I.IV. Ja genau, ich glaube – soll ich mal spekulieren?
- 198 G. Ja.

- 199 I.IV. Die würden sich Krankschreibungen holen, krankmachen, zu Hause hinvegetieren und durchfallen
200 durchs Netz. Völlig zurückfallen. Es wurden ja so pseudo/ Gut, vielleicht ist es ja/ Es werden ja so
201 viele Sachen entwickelt, wie psychisch kranke Menschen aufgefangen werden können oder wie
202 die unterstützt werden können aber ich glaube, dass das einzig hilfreiche ist, dass ganz dicht
203 drangearbeitet wird an denen. Manchmal ist es hilfreiche aus dem ganzen Umfeld und Alltag und
204 so aber dann müssen sie in den Alltag zurück und dann müssen sie mit dem was da ist in ihr Umfeld
205 zurück und da kann Ergotherapie greifen. Ja was würde passieren, wenn es das nicht gäbe?
206 Hilfeleistung müsste nach Hause kommen, müsste finanziert werden, ist glaube ich sehr viel
207 teurer. Klar aber findet natürlich vor Ort statt, hat Vorteile auch, ist aber nicht am Anfang gleich
208 indiziert, Die Gruppenbildung in der Psychosomatik, in der Klinik ist sehr wichtig. Der
209 Gruppenaustausch ist sehr wichtig, das kann in vier bis fünf Wochen nur sehr schwer stattfinden.
210 Es bilden sich Selbsthilfegruppen aus diesen Zeiten heraus, natürlich von uns gestützt und initiiert
211 und gefördert, dass wir ihnen anfangs Starthilfe geben aber die halten an, diese
212 Selbsthilfegruppen und die sind sehr wichtig, wo keine Kasse auch nur einen Pfennig dazu
213 bezahlen muss.
- 214 G. Das nächste wäre, das hattest du selber schon angesprochen, dass die Vernetzung stationärer und
215 ambulanter Bereich verbessert werden soll. Da soll das Hometreatment eingeführt werden, das
216 gibt es ja in X in gewisser Weise schon durch dieses Kriseninterventionsteam, das jetzt mehr Geld
217 in diesen Bereich gesteckt wird. Da wäre jetzt die Frage, wie in X die Leute auf die Entlassung
218 vorbereitet werde und wie die Kooperation mit den ambulanten Dienstleistern ist?
- 219 I.IV. Es werden alle möglichen ambulanten Hilfesteller da zugezogen vom Integrationsfachdienst über
220 den SUVD, der viel unterstützt. Jedem sein ganz spezieller Hilfesteller eigentlich.
221 Hilfeorganisationen vor Ort also Verein X, Y, Z wurde gegründet hier auch in X, hat X gegründet.
- 222 G. Und was ist das?
- 223 I.IV. X ist ein Verein, der mit ehemals Betroffenen arbeitet, die so stabil sind, dass sie auch
224 Unterstützung weitergeben können. Und da sind ganz viele, da hat X eine ganze Gruppe, die
225 treffen sich wöchentlich, um zu besprechen, was wichtig ist, was nötig ist und da sind auch ganz
226 viele, die machen so ein Angebot, das nennt sich Papiertiger, das unterstützt in Behördengängen
227 und in allen schriftlichen Beamtendingen aber auch einfach nur „Besuche abzustatten zu Hause“,
228 Gesellschaft zu bieten, bei Einkäufen zu helfen, bei Behördengängen zu helfen.
- 229 G. Und das läuft wahrscheinlich alles ehrenamtlich?
- 230 I.IV. Das ist dann alles in Verein X, genau.
- 231 G. Und Kooperationen im stationären, ambulanten Bereich?
- 232 I.IV. Wie Kooperationen? In welcher Richtung jetzt?
- 233 G. Also, dass das Personal, das fest angestellt ist fest mit den ambulanten Dienstleistern
234 zusammenarbeitet?
- 235 I.IV. Ja, doch das machen wir sehr. Wir Ergos natürlich absolut mit Verein X zusammen mit dem Verein,
236 klar das hat ja auch die selbe Geburtsstätte alles. Aber auch mit dem Integrationsfachdienst, mit
237 Verein X arbeiten wir eng zusammen. Das ist alles sehr zweigleisig jetzt. Alles was ich bis jetzt

238 gesagt habe geht von X aus oder ist mit ihrer Hilfe entstanden, Krankenhaus ist sehr individuell
239 welcher Mitarbeiter eng mit den Leuten draußen zusammenarbeitet und welcher nicht so und da
240 gibt es Spezielle, die machen das und die kennen auch die Hilfsorganisationen und so weiter und
241 andere sind in ihrem Krankenhaus und gut ist. Aber bei X ist das natürlich total offen also da wird
242 sehr eng mit anderen zusammengearbeitet, wobei X so ist, du kennst sie ja ein bisschen, ok, wenn
243 das und das ist, dann muss ich das jetzt gründen und dann muss ich das entwerfen und
244 wachrütteln und in die Wege leiten. Daraus ist Verein X dann entstanden, weil sie dann gesehen
245 hat, die Teilnehmer bei Verein X, die haben alle einen total festen Halt. Klar die überschreiten
246 Grenzen und merken das und müssen wieder anders stabilisiert werden aber das ist ein ziemlich
247 fester Halt.

248 G. Sind denn noch Ergotherapeuten in dem Kriseninterventionsteam?

249 I.IV. Das bin ich und dann ist da halt die Arbeitstherapie, da sind noch andere Ergotherapeuten, die
250 auch im Krankenhaus arbeiten und auch mit den KIT zusammenarbeiten, die dann aber ihren
251 Bereich haben, also die Arbeitstherapie und wir Ergotherapeuten zusammen.

252 G. Aber es ist nicht dann so, dass ihr mit den anderen rausfahrt zu irgendwelchen Einsätzen, denn
253 als ich hier war, da war das noch so.

254 I.IV. Doch, das ist auch so.

255 G. Also wenn es einem Klienten akut schlecht geht?

256 I.IV. Ja klar. Das hat sich ein bisschen verlagert, vielleicht ist das etwas aktiver geworden vielleicht auch
257 durch das Hometreatment auch da ist ja Dr. X natürlich auch einer, der das so sehr gefördert hat.
258 Das ist glaube ich echt so, der hat das gesehen, dass wir Ergotherapeuten das die ganze Zeit über
259 machen und wie gut das ist und jetzt hat er das KITs jetzt so ein bisschen angestachelt das auch
260 zu tun und wir sind dann natürlich immer noch bei.

261 G. Das nächste was das Psych-Entgelt auch beinhaltet sind Mindestpersonalvorgaben für das
262 Krankenhaus. Hast du da irgendwas mitbekommen aus dem Bereich Pflege, Ärzte, andere
263 Therapeuten aus dem Krankenhaus, die da festangestellt, dass das ein Thema ist?

264 I.IV. Mindestpersonal-was?

265 G. Mindestpersonalvorgaben also das Unterbesetzung ein Thema ist.

266 I.IV. Zu viel ist es immer. Oder ist es ganz schnell. Aber ich glaube, das liegt auch in der Mentalität der
267 Leute, die da arbeiten oder je nachdem welchen Platz sie da einnehmen. Entweder kann ich mich
268 abgrenzen und sagen, mehr schaffe ich nicht, ne, den kann ich nicht oder halt nicht. Und das ist
269 natürlich auch individuell unterschiedlich und der eine muss drei Kinder zuhause versorgen und
270 kann das nicht unterbringen und der nächste kann das.

271 G. Es ist aber nicht so, dass die Pflege jammert, dass sie zu wenig Leute hat oder Stellen bei den
272 Ärzten nicht nachbesetzt werden?

273 I.IV. Doch, natürlich. Aber jammern tun wir doch immer. Natürlich sind das schwierige Zustände aber
274 ich glaube, da bin ich die Falsche für so eine Frage und natürlich schimpfe ich auch mal ich kann
275 nicht mehr, ich bin erschöpft aber dann muss ich was ändern, dann liegt das an mir, dann muss

- 276 ich gucken entweder sage ich, ne so geht es nicht und versuche, dass da noch jemand mit
277 rankommt oder wenn das kein Gehör findet dann muss ich halt auf mich achten und sagen, mehr
278 geht nicht.
- 279 G. Und jetzt kommen noch vier Abschlussfragen, wo es dann noch mal darum geht was in Zukunft
280 passieren könnte. Das erste sind die Hierarchien und Strukturen in psychiatrischen Kliniken. Ob
281 so ein Entgeltsystem die Position der Ergotherapeuten stärken oder schwächen könnte?
- 282 I.IV. Ich glaube, die Ergotherapie findet immer einen Weg so weiterzuarbeiten und die Ergotherapie
283 hat nie/ Ich habe sie nie/ Doch einmal habe ich sie auch anders kennengelernt – aber ich bin
284 überzeugt, die muss ganz nah am Patienten arbeiten und ob das jetzt in der Klinik ist oder
285 ambulant, das ist sehr wichtig. Es geht nicht ohne Klinik, das glaube ich schon auch, jedenfalls
286 nicht ohne Psychosomatik. Nein, auch insgesamt nicht ohne Klinik und von daher ist es wichtig,
287 dass die irgendwie finanziert wird die Klinik aber nicht über Zeitbegrenzung und Einstufung von
288 „das ist eine schwierige Erkrankung, das ist eine weniger schwierige Erkrankung“, das ist ein
289 falscher Ansatz, denke ich. Und es kann auch kein Bürohengst einschätzen ob es schlimmer ist,
290 eine mittelgradige Depression einzuschätzen ob es schlimmer ist, eine mittelgradige Depression
291 zu haben oder eine Zwangsstörung zu haben, das kann er nicht, das unterstelle ich mal.
- 292 G. Könnte die Zusammenarbeit vom stationären und ambulanten Bereich beeinflusst werden?
- 293 I.IV. Nicht wirklich, das müsste ja trotzdem weiterlaufen, das wäre ja nicht die Zeit um, es würde an
294 Zeit geknappst werden und das wäre immer schlecht. Zeit brauchen wir einfach.
- 295 G. Der organisatorische Aufwand. Könnte mehr oder weniger Aufwand entstehen?
- 296 I.IV. Bestimmt. Es müsste bestimmt mehr dokumentiert werden.
- 297 G. Und die letzte Frage ob es Einfluss auf Qualität haben könnte also gemessen an
298 Klientenzufriedenheit, Therapeutenzufriedenheit und Erreichung der Ziele?
- 299 I.IV. Ja, auf jeden Fall. Ich will nicht sagen, dass das jetzt das Nonplusultra ist aber es geht bestimmt
300 nicht besser, bestimmt nicht in die Richtung.
- 301 G. Vielen Dank für deine Unterstützung

5. Interview

Setting: Büro in teilstationärer psychiatrischer Klinik

Uhrzeit: 16.30 Uhr

Dauer: ca. 30 Minuten

1

- 1 G. Genau. Thema sind Auswirkungen des neuen Psych-Entgelts auf die Arbeit von
2 Ergotherapeuten im psychiatrischen Bereich. Im Rahmen meines Masterstudiums in Hannover
3 Gesundheitsmanagement studiere ich da und schreibe jetzt noch die Masterarbeit und dafür führe ich

4 jetzt die qualitativen Interviews durch. Es ist ein Leitfadenterview, es ist relativ offen und du kannst
5 halt einfach ergänzen was dir so einfällt. Wir brauchen etwa 30 bis maximal 60 Minuten.

6 I.V. Okay.

7 G. Das wird alles anonymisiert, das heißt man kann das später auch nicht zurückverfolgen. Es sind
8 drei verschiedene Themenblöcke und es beginnt mit einleitenden Fragen ob du deinen
9 Werdegang als Ergotherapeuten beschreiben könntest?

10 I.V. Die Ausbildung habe ich hier in X gemacht. 2014 abgeschlossen, genau Oktober 2014.

11 G. An welcher Schule war das?

12 I.V. Das war an der X-Schule. Die X-Schule in der X, die ist ja jetzt schon umgezogen.

13 G. Jetzt ist sie in der X?

14 I.V. Ja, genau. Auch zur Ausbildung ein bisschen was?

15 G. Nein.

16 I.V. Ok.

17 G. Und danach?

18 I.V. Danach bin ich – ach ja – habe ich angefangen in einer Praxis für Ergotherapie mit dem
19 Schwerpunkt Psychiatrie aber auch alle anderen Bereiche waren vertreten. Die Praxis heißt Praxis
20 X.

21 G. Kenne ich gar nicht.

22 I.V. Genau, die ist auch direkt X Mitte. Genau, da habe ich dann eineinhalb Jahre gearbeitet, da ist
23 dann der Übergang nahtlos gewesen zu hier, zur Tagesklinik.

24 G. Und da hat X erzählt, da wärst du nicht so glücklich gewesen.

25 I.V. Es geht. Also es gab auch schöne Zeiten aber es hat mich nicht vollkommen zufriedengestellt. Was
26 ich hier zum Beispiel ganz toll finde sind auch so Gruppenarbeit und auch diese Zeit, um mehr Zeit
27 zu haben und Therapie vorzubereiten und nachzubereiten. Aber so ganz nicht gefallen hat es mir
28 auch nicht.

29 G. Und wieviel Stunden hast du hier jetzt?

30 I.V. 38,5.

31 G. Und deine Aufgaben hier in der Tagesklinik?

32 I.V. Also ich bin für die Ergotherapie zuständig, ich bin auch die einzige Ergotherapeutin hier und habe
33 da Basisgruppen. Das gestalte ich oder werde ich, dachte ich, auch in Zukunft so machen, jeder
34 arbeitet da an seinem Werkstück nach den Zielen, die er für den Aufenthalt oder die Stunde hier
35 hat. Das sind einmal die Basisgruppen, dann habe ich noch eine Ausdruckszentrierte Gruppe, die
36 haben dann nur ausgewählte Patienten hier. Das sind dann nach bestimmten Themen, das habe

37 ich auch so übernommen von X und dann habe ich noch eine Gruppe, die mache ich gemeinsam
38 mit einer Psychologin. Werte, Ziele, Handlungen, heißt die Gruppe, also wertorientiert und
39 ressourcenorientierte Gruppe, einmal die Woche. Und dann habe ich noch ein offenes
40 Werkangebot, da können die Patienten selbstständig in die Ergotherapie Werkstatt arbeiten,
41 natürlich nicht an allem, Maschinen werden natürlich nicht genutzt aber sie können durchaus an
42 ihren Werkstücken weitermachen. Und dann habe ich noch eine letzte Gruppe, die heißt offene
43 Aktivitätengruppe. Das sind dann verschiedene Aktivitäten, um den Kontakt zu ermöglichen also,
44 dass es dem Patienten leichter fällt, wenn er nicht den Anschluss findet.

45 G. Und machst du auch noch einzeln Hirnleistungstraining?

46 I.V. Genau, das mache ich auch noch. Mit COGPACK mache ich das und das mache ich auch also ich
47 habe mir das für einen ganzen Tag freigelegt und mach das dann. Ich habe hier in der Tagesklinik
48 etwa fünf Patienten und mache auch noch ambulant Ergotherapie, da biete ich auch COGPACK
49 an, ambulant. Da kommt auch zurzeit auch jemand aber der ist dann in die Tagesklinik gekommen,
50 deshalb habe ich da gerade nichts, aber eine Ergotherapiegruppe montags. Ist auch ein
51 Kreativangebot.

52 G. Wie wird denn hier entschieden ob jemand an den Ergo-Angeboten teilnehmen kann oder nicht
53 und an welchen?

54 I.V. Also es gibt ja diese Basisgruppen, da kommt sozusagen jeder Patient rein, genau. So wie die
55 Körpertherapiegruppe ist genau die Ergotherapiebasisgruppe auch eine Gruppe von 20 Patienten
56 //und es// werden immer höchstens 10 in eine Gruppe aufgeteilt und davon gibt es dann immer A
57 und B Gruppe. Das wechselt dann nach vier Wochen, um es zu ermöglichen, dass alle an allen
58 möglichen Stunden teilnehmen. Ansonsten aber was so die ausdruckszentrierten Gruppen angeht
59 zum Beispiel wird das so gestaltet, dass wir haben eine große Tafel und jeder Behandler, so wird
60 das hier genannt. Ich zum Beispiel bin dafür nicht zuständig, ich habe hier keine Patienten, die ich
61 im Einzel betreue in der Tagesklinik, die Behandler machen da ein Pünktchen, wenn sie merken
62 oder denken, vielleicht so eine ausdruckszentrierte Arbeit wäre geeignet für den Patienten und
63 das wird dann immer mittwochs vor der Visite gemeinsam entschieden wer //es dann vielleicht
64 noch nötiger hätte reinkommen, wenn wir ganz viele Pünktchen haben und nur fünf Plätze. Und
65 für die ambulante Ergotherapie wird das auch/ das zeigt sich dann im Verlauf ob jemand davon
66 profitiert ob da jemand noch Bedarf hat an weiteren Zielen zu arbeiten oder ob das einfach
67 sinnvoll dann ist. Das wird dann gemeinsam entschieden und dann gibt es eine Warteliste.

68 G. Weil du da nicht so viel Kapazität hast?

69 I.V. Genau. Wobei ich auch dachte, nächstes Jahr auch noch eine zweite Gruppe anzubieten, die dann
70 nicht nur kreativ arbeitet, vielleicht dann auch mal interaktionell, das würde mich dann sehr
71 interessieren.

72 G. Und wie ist der Kontakt hier zu den Ärzten?

73 I.V. Gut, wir haben hier immer die Übergaben täglich beziehungsweise außer mittwochs, denn dann
74 haben wir Visite. Da sehen wir die Patienten sowieso gemeinsam alle. Wir sitzen dann auch immer
75 alle im Team drin. Ansonsten ist der Austausch gut. Außer der Oberarzt, der ist dann bei den

- 76 Übergaben nicht dabei aber die Assistenzärztin ist da. Mehr ärztliche Vertretung haben wir dann
77 nicht außer in der Ambulanz aber das ist ja noch einmal etwas Anderes.
- 78 G. Und der interdisziplinäre Austausch mit den anderen Berufsgruppen?
- 79 I.V. Findet auch in der Übergabe statt und auch zwischendurch, wenn mal Zeit für was Wichtiges ist.
80 Kann man dann auch so noch mal drüber sprechen, treffen wir uns meist im Pflegestützpunkt, so
81 heißt der Raum.
- 82 G. Wieviel Freiheit hast du in Bezug auf die Therapien? Kannst du über Inhalte selbst entscheiden?
- 83 I.V. Ja, ich muss auch sagen, das finde ich ganz toll, denn das kann ich wirklich. Ich kann das selbst
84 gestalten, das wurde mir auch von Anfang an gesagt, das ist mein Bereich, den kann ich so
85 gestalten wie ich den für richtig empfinde. Natürlich dann in Absprache, wenn jetzt irgendwie
86 Inhalte/ Zum Beispiel auch die ausdruckszentrierte Gruppe, das wird natürlich noch mit dem
87 Oberarzt besprochen wie der Inhalt dann aussieht aber wenn der jetzt keine großen oder
88 irgendwelche Einwände hat, hat er ganz sicher nicht, gerade auch, weil das ja schon über Jahre so
89 lief mit Kollegin X, wo ich auch ganz viel übernommen habe nur einiges nur Kleinigkeiten
90 verändert.
- 91 G. Okay. Hast du im psychiatrischen Bereich Fortbildungen?
- 92 I.V. Ja, ich habe eine Fortbildung, die heißt Ergotherapie für Angst-, Zwangs- und Panikstörungen,
93 genau das war nur eine kleine Fortbildung über zwei Tage vom Institut X und dann war ich von
94 genau diesem Institut noch auf einer Fortbildung dieses Jahr für Gruppentherapie, weil ich dachte,
95 das bietet sich hier an, weil ich auch viele Gruppen hier habe.
- 96 G. Aber das war dann jetzt nicht eine bestimmte, sondern allgemein?
- 97 I.V. Genau, das ist jetzt schon eher Gruppen im Bereich Psychiatrie. Also schon spezifisch.
- 98 G. Kannst du an den Fortbildungen im Krankenhaus teilnehmen? Da haben die anderen ja erzählt,
99 dass es da ganz viel gibt. Oder ist das schwierig?
- 100 I.V. Also ich habe //da ehrlich gesagt noch nichts von mitbekommen, dass da jetzt viele Fortbildungen
101 stattfinden. Ich bin einmal im Monat auch dort zur ergotherapeutischen Teambesprechung aber
102 Fortbildung das war mir jetzt gar nicht so bewusst, dass da so viel stattfindet. Ja also nichts Großes,
103 sondern einmal die Woche gibt es eine Fortbildung nicht nur für Ergos, sondern für alle, an der
104 man teilnehmen kann.
- 105 G. Und insgesamt wie würdest du deine Arbeitsweise beschreiben? Eher handwerklich kreativ oder
106 eher alltags und betätigungsorientiert oder ganz anders?
- 107 I.V. Also die Basisgruppen sind wirklich kreativ handwerklich orientiert und ich möchte eigentlich,
108 dass die ambulante Ergotherapiegruppe noch alltagsorientierter, noch betätigungsorientierter
109 wird. Das ist auch mein Wunsch, dass es noch mehr in die Richtung geht. Vielleicht nicht die reine
110 ergotherapeutische Gruppe aber Werte, Ziele, Handeln ist zum Beispiel sehr
111 betätigungsorientiert.
- 112 G. Dann kommen jetzt die Kernfragen. Hast du Informationen zu dem Psych-Entgelt bekommen?

- 113 I.V. Nein ((lacht)). Ich glaube nicht.
- 114 G. Also das heißt auch nicht durch Vorgesetzte, durch Kollegen, durch Ärzte oder so?
- 115 I.V. Ne=ne=ne. Also da weiß ich nicht viel, also gar nichts von.
- 116 G. Wurde das in diesem Team, wo du einmal im Monat hingehst angesprochen?
- 117 I.V. Das Entgeltsystem? Eigentlich nicht, also da habe ich zumindest bisher nichts mitbekommen.
- 118 G. Hast du irgendwas von der Medienberichterstattung mitbekommen also Fachzeitschrift,
119 ErgoXchange oder so?
- 120 I.V. Kann ich mich nicht dran erinnern.
- 121 G. Okay, da gab es auch nicht viel. Ich habe nämlich genau recherchiert und es gab wirklich ganz,
122 ganz wenig. Das heißt, von den öffentlichen Reaktionen, Unterschriftenaktion und so weiter hast
123 du auch nichts mitbekommen?
- 124 I.V. (Kopfschütteln)
- 125 G. Ich habe einen Informationsblock über das Entgelt eingebaut. Also 2009 wurde die Möglichkeit
126 geschaffen durch den Gesetzgeber im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, die
127 leistungsorientierten Fallpauschalen einzuführen auch für den psychiatrischen Bereich. Für den
128 somatischen Bereich gibt es das ja schon ganz lange mit den DRG, wo es abgerechnet wird und
129 seit 2013 gibt es die Möglichkeit, das freiwillig einzuführen. Das System hieß zuerst PEPP, hat jetzt
130 einen anderen Namen bekommen und es war geplant, das ganze verpflichtend bis 2015
131 einzuführen. Es ist aber nicht dazu gekommen, weil es ganz viel Protest gab von Berufsverbänden,
132 von Patientenorganisationen von ehemals psychisch kranken Patienten und so was //gab und
133 daraufhin wurde die Freiwilligkeitsfrist noch verlängert und Anfang dieses Jahres wurde das Ganze
134 umbenannt. Es gab noch bestimmte Nachbesserungen und Zugeständnisse und jetzt beginnt im
135 Januar bis 2022 die phasenweise Umstellung. Und das bedeutet im Prinzip, die
136 Finanzierungssituation verändert sich, die Einrichtungen bekommen einen Tagessatz für die
137 Behandlung von Klienten und dann gibt es noch so einige weitere Änderungen und ganz großer
138 Kernpunkt der Gegner des PEPP war die Degression also das bedeutet, dass eben die Idee war,
139 wie im somatischen Bereich, also ein Klient hat sich ein Bein gebrochen und dann wurden Daten
140 erhoben, der bleibt im Schnitt, was weiß ich, vielleicht zwei Wochen im Krankenhaus nach der OP
141 mit Wundversorgung und Hilfsmitteln und so weiter. Und das wurde alles pauschalisiert und wenn
142 es keine Komplikationen gibt, wird der Klient nach 14 Tagen entlassen. Wenn es Schwierigkeiten
143 gibt, so muss das Krankenhaus das halt alles ganz genau begründen und dokumentieren und das
144 soll jetzt für den psychiatrischen Bereich, sollte, auch eingeführt werden. Das war halt auch das
145 Thema der Gegner von PEPP. Unter anderem sah es auch vor, dass nach einer vorgeschriebenen
146 Dauer, falls die Klienten nicht entlassen werden können, können sie im Krankenhaus bleiben oder
147 in der Tagesklinik aber mit einem geringeren Satz. Das wurde jetzt nicht umgesetzt, weil es da
148 massive Proteste gab und die Frage wäre jetzt aber, wenn das durchgekommen wäre, was für
149 Auswirkungen hätte das auf die Arbeit gehabt?
- 150 I.V. Da muss ich jetzt noch einmal fragen: wenn was genau durchgekommen wäre?

- 151 G. Wenn ein Klient 30 Tage hätte hierbleiben können, wenn das bei Depression der festgeschriebene
152 Satz an Tagen wäre und ein Klient muss aus Gründen noch hierbleiben und die Tagesklinik würde
153 aber ab Tag 31 weniger Geld bekommen. Was würde das bedeuten? Hier geht es einfach darum
154 zu spekulieren.
- 155 I.V. Was das auch konkret für die Ergotherapie bedeuten würde?
- 156 G. Ja, genau.
- 157 I.V. Es könnte sein, dass vielleicht das Budget gekürzt würde. Das Material was ich dann bestelle, dass
158 man dann weniger zur Verfügung hätte. Was könnte es denn noch sein? Also geht es auch um
159 Auswirkungen, die nicht nur finanziell sind? Es könnte sich ja irgendwie bemerkbar machen, der
160 Patient könnte sich ja in irgendeiner Form mitkriegen können und sich vielleicht ein bisschen als
161 Objekt oder so ((lacht)) vielleicht empfunden werden.
- 162 G. Und würde das die Verweildauer hier beeinflussen? Gibt es denn eigentlich eine pauschale
163 Verweildauer hier also beispielsweise vier Wochen?
- 164 I.V. Ja, das haben wir hier nämlich. Der reguläre Zeitraum sind (sic!) acht Wochen und je nach dem
165 wird individuell entschieden ob jemand länger bleiben kann. Zehn Wochen maximal, genau.
- 166 G. Aber das gibt es schon?
- 167 I.V. Ja, aber nur in besonderen Fällen aber das passiert auch schon mal. Auch gerade bei denen, die
168 sehr davon profitieren hier und vielleicht noch, die wirklich was davon haben, wenn es denn noch
169 weitergeht.
- 170 G. Ein weiterer Bereich ist das Hometreatment, das heißt, der stationäre und der ambulante Bereich
171 soll besser vernetzt werden vor allem für schwerbetroffene Klienten, chronisch Kranke und akut
172 kranke Klienten, wo dann auch die Idee ist, dass die Krankenhäuser, in X gibt es das ganz
173 offensichtlich auch schon, so Notfallteams bilden können und wenn sich ein Klient meldet über
174 die Notfallnummer, die es da gibt, dass man dann ausrücken kann zum Hausbesuch und vielleicht
175 im Gespräch schon einmal guckt ob der Klient überhaupt in die Klinik kommen muss. Und solche
176 Angebote sollen ausgebaut werden jetzt wäre die Frage und wie im du im Moment die Vernetzung
177 zu den ambulanten Diensten erlebst und wie die Klienten auf ihre Entlassung vorbereitet werden?
- 178 I.V. Wir haben hier auch die Sozialpädagogin hier, die ist auch gerade für zum Beispiel weitere
179 Angebote, die jetzt andere Beratungsstellen angeht, X zum Beispiel oder da macht sie Beratung
180 und wird dann auch mit den Patienten mal hingefahren und das dann sozusagen eingebastelt,
181 dass der Patient dann auch versorgt ist danach. Das läuft dann, wenn das in dieser Ambulanz dann
182 weitergeht, läuft das so, dass dann vorne bei Frau X die Termine ausgegeben werden oder bei den
183 Behandelnden selbst.
- 184 G. Also das ist immer noch möglich, dass die Klienten dann noch nachbehandelt werden?
- 185 I.V. Ja, sofern sie nicht selber schon einen Behandler haben wie niedergelassenen Psychiater.
- 186 G. Da gibt es ja hier nur eine Praxis, von daher ist es wohl auch schwierig dann ambulant einen Arzt
187 zu finden.

- 188 I.V. Ich weiß gar nicht wie das in X ist.
- 189 G. In X gibt es ja noch mehrere Praxen aber hier gibt es ja nur die Praxis X und Y. Ein weiterer zentraler
190 Aspekt, der eingeführt werden soll, sind Mindestpersonalvorgaben für den psychiatrischen
191 Bereich. Ist Personalmangel oder Unterbesetzung hier ein Thema?
- 192 I.V. Unterbesetzung würde ich nicht sagen. Wenn einige im Urlaub sind und krank gleichzeitig kommt
193 es dann natürlich mal vor, dass dann mal was ausfallen muss aber ansonsten wird hier auch immer
194 geguckt, dass Gruppen vertreten werden. Meistens werden die Gruppen zu zweit angeboten,
195 sodass, wenn eine Gruppe mal ausfällt, die immer noch angeboten wird. Man muss dazu aber
196 auch sagen, wir sind nicht viele im Team, wir sind eine Sozialpädagogin, eine Ergotherapeutin, da
197 würde ich es doch sehr schön finden noch eine weitere Kollegin im Team zu haben. Zwei
198 Krankenschwester, ein Oberarzt, zwei Assistenzärzte, eine Psychologin. Mehr sind wir dann auch
199 nicht. Und die Ambulanz.
- 200 G. Jetzt kommen die letzten Fragen. Da geht es jetzt einfach darum, zu überlegen, welche
201 Auswirkungen das Ganze haben könnte. Das erste bezieht sich auf die Hierarchien und Strukturen.
202 Ob das neue Entgeltsystem die Position der Ergotherapeuten stärken oder schwächen könnte?
- 203 I.V. Gemeint ist jetzt=jetzt muss ich noch einmal fragen, gemeint ist jetzt wenn man die Dauer
204 pauschalisiert, denn sie ist ja sozusagen bei uns ja festgelegt.
- 205 G. Genau, durch das neue Entgeltsystem, auch wenn da noch einmal nachgebessert wurde und es
206 nicht so strikt durchgesetzt wird wie gedacht, dass es doch Hintergedanke zur Einsparung im
207 psychiatrischen Bereich kommt; der psychiatrische Bereich ist ja einer der teuersten im
208 Gesundheitswesen, weil er so extrem lange Liegezeiten hat, Klienten oft rückfällig werden und in
209 einer Klinik sind. Wenn das alles gekürzt wird ist die Frage, was bedeutet das alles für die
210 Ergotherapie?
- 211 I.V. Müsste ich noch einmal überlegen. Also jetzt für die Ergotherapie glaub ich nicht, dass das große
212 Auswirkungen hätte, also, wenn das stark gekürzt würde, dann schon. Es muss ja auch irgendwie
213 eine gewisse Zeit/ Also in der Basisgruppe zum Beispiel ist es erst einmal ein Ankommen und ein
214 Beziehungsaufbau und gemeinsame Arbeit aber bei uns ist es ja festgelegt auf die acht Wochen.
215 Von daher ist das aber nicht so.
- 216 G. Also da keine Befürchtungen?
- 217 I.V. Ja, genau. Und in der ambulanten Ergotherapie ist das ja sowieso nach Verordnung und da ist ja
218 sozusagen die Dauer ja nicht direkt festgelegt, indirekt festgelegt. Nach vier Verordnungen schaut
219 man dann gemeinsam ob man noch/ Wo der Bedarf ist oder nicht. Das hatte ich zuletzt heute so
220 ein Gespräch, vielleicht auch mal Pause angesagt, wenn man dann mal gucken will, funktioniert
221 das im Alltag auch ohne.
- 222 G. Und denkst du, dass das vielleicht Einfluss haben kann auf die Zusammenarbeit des stationären
223 und ambulanten Bereichs?
- 224 I.V. Einen Einfluss?
- 225 G. Also wenn es da mehr Mittel, mehr Möglichkeiten gibt. Durch diese Hometreatmentangebote?

- 226 I.V. Ja, das kann ich mir schon vorstellen. Dann ist die Zusammenarbeit einfach noch enger, kann man
227 sich noch mehr austauschen und absprechen.
- 228 G. Kommt noch etwas ganz Anderes. Geht jetzt um organisatorische Aufgaben also ob sich das Ganze
229 auch auf die auswirken kann?
- 230 I.V. Gemeint ist jetzt zum Beispiel in der Planung? Das ist so schwierig zu sagen, weil ja alles festgelegt
231 ist von außen auch.
- 232 G. Dass vielleicht mehr Dokumentationsaufwand entsteht, weil alles noch genauer belegt werden
233 muss?
- 234 I.V. Ja, das eventuell. Also Dokumentation findet hier statt in den Planetten, schriftlich, das soll jetzt
235 auch digital in den nächsten, im nächsten Jahr werden, habe ich gehört eingeführt werden.
236 Vielleicht doch. Vielleicht wird es dann einfach in die Richtung laufen, dass es doch aufwändiger
237 wird.
- 238 G. Und die letzte Frage: könnte es Auswirkungen auf die Qualität haben gemessen an
239 Therapeutenzufriedenheit, Klientenzufriedenheit und dem Erreichen von Zielen?
- 240 I.V. Die Kürzungen jetzt?
- 241 G. Ja.
- 242 I.V. Das ist so schwierig zu beantworten für mich. Da können wir jetzt spekulieren. Einerseits kommt
243 mir gerade der Gedanke, dass/ Also es kommt darauf an wie sehr gekürzt, weil einige Patienten,
244 glaube ich, brauchen mehr und die anderen weniger. Ich kann das so schwer sagen. Ich finde auch
245 gerade bei den Patienten, die so lange kommen und bei denen so wenig Bewegung ist, aber ist
246 dann denke ich auch Aufgabe der Behandler oder Therapeuten, zu schauen wann kann jemand
247 vielleicht den nächsten Schritt gehen.
- 248 G. Also könnte vielleicht auch eine Chance sein bei solchen Klienten. Vielen Dank für deine
249 Unterstützung!

6. Interview

Setting: Büro auf einer psychiatrischen Station einer Universitätsklinik

Uhrzeit: 10.30 Uhr

Dauer: ca. 26 Minuten G.

- 1 Gut, ja. Es geht um meine Masterarbeit, bekanntermaßen. Also um das neue Entgeltsystem und die
- 2 Auswirkung auf die Ergotherapie im vollstationären und teilstationären psychiatrischen Bereich. Und
- 3 Masterstudium ist Gesundheitsmanagement in der Fachhochschule in Hannover mach ich das, ist jetzt
- 4 das letzte Semester. Interviewdauer ungefähr 30-60 Minuten. Daten werden selbstverständlich
- 5 anonymisiert, das heißt hinterher kann man das nicht zuordnen. Das Interview ist aufgebaut in drei

- 6 Bereiche, fängt mit einem allgemeinen Teil an. Ob du bitte deinen Werdegang als Ergotherapeut
7 beschreiben kannst?
- 8 I.VI. Damals in grauer Vorzeit, erst einmal von der Ausbildung an?
- 9 G. Ja, genau
- 10 I.VI. Ja ich habe 1994 meine Ausbildung gemacht. Damals im Klinikum X, habe dann kurz im BG-
11 Krankenhaus gearbeitet im Querschnittsgelähmten Zentrum. Ungefähr ein dreiviertel Jahr und
12 danach bin ich hierher gewechselt in die Psychiatrie in X und seitdem habe ich alle möglichen
13 Stationen betreut und diverse Schwerpunkte gehabt. Geschlossene Stationen, verschiedene
14 offene Stationen, Arbeitstherapie gehabt. Im Moment mache ich keine Arbeitstherapie mehr,
15 derzeitig mache ich nur handwerklich-kreative Dinge und betreue schwerpunktmäßig Stationen
16 mit Angstschwerpunktstörungen, Ängste, Zwänge, phobische Störungen, noch ein paar
17 materialgebundene Sachen, Gruppen, Tongruppe, eine Holzgruppe, ansonsten Kleingruppen,
18 stationsübergreifende Gruppen, Einzeltherapie, Hirnleistungstraining, alles was man so braucht.
- 19 G. Und wieviel Stunden hast du hier?
- 20 I.VI. Ich fürchte 38,5.
- 21 G. Wie wird hier entschieden wer Ergotherapie bekommt und wer nicht?
- 22 I.VI. Per Anforderung in der elektronischen Patientenakte und durch die Ärzte und die behandelnden
23 Therapeuten. Die stellen fest ob es grundsätzlich einen Bedarf gibt, Indikation ((lacht)) will ich mal
24 nicht sagen, weil wenn man sich anguckt wie das ausgefüllt ist, merkt man, dass das nicht der Fall
25 ist. Aber die merken, dass Ergotherapie eine gute Sache sein könnte. Dann eine Verordnung, ich
26 mache eine Erstgespräch und dann kläre ich mit dem Patienten in welcher Form das stattfinden
27 wird.
- 28 G. Ok. Also das könnt ihr selber entscheiden?
- 29 I.VI. Ja. Gelegentliche Vorgaben der Station unter gewissen Aspekten, der das und das nahelegt. Wobei
30 ich immer darauf achte, dass wir keine Verhaltenstherapie da oben machen, wir sind die
31 Ergotherapie, nicht die Verhaltenstherapie.
- 32 G. Und wie erlebst du den Kontakt hier im Krankenhaus zu den Ärzten?
- 33 I.VI. Äh unterschiedlich. In der Regel ganz gut, das hängt aber von meinem Engagement ab. Also da
34 muss ich den aktiv gestalten den Kontakt, dann ist er aber auch in der Regel ganz gut. Problem ist
35 ja, dass viele Ärzte leider Gottes nicht genau wissen was Ergotherapie ist. Wie auch schon dein
36 früherer Anleiter in seiner Bachelorarbeit festgestellt hat, glaube ich. Genau, also das habe ich oft,
37 dass neue Ärzte kommen und die machen irgendwelche Mickey Mouse Verordnungen und du
38 schon siehst: okay, da hat jemand überhaupt nicht nachgedacht. Dann geh ich in der Regel da hin,
39 stell mich vor, erzähl noch mal kurz was über Ergo und dann danach klappt das in der Regel sehr
40 gut. Genau. Ganz okay.
- 41 G. Und interdisziplinärer Austausch mit anderen Berufsgruppen?

- 42 I.VI. Findet statt, regelmäßig. Wir gehen auf die Stationen zur Übergabe, die haben alle/
43 Schwerpunktmäßig betreuen wir Stationen, ich eben die 7 mit Ängsten und Zwängen, gehe da zur
44 Übergabe, regelhaft zu einer multiprofessionellen Übergabe. Genau, ansonsten lebt das auch viel
45 von Initiative also, dass ich losgehe und den Kontakt zu den behandelnden Therapeuten suche
46 und Co-Therapeuten aus dem Pflgeteam, um Sachen regelmäßig zu besprechen. Aber sonst gibt
47 es regelhaft eine Übergabe interdisziplinär in der Woche pro Station.
- 48 G. Und gibt es auch ein Ergoteam?
- 49 I.VI. Ja. Auch einmal die Woche, alle Klinik-Ergos, die in der Psychiatrie arbeiten.
- 50 G. Und Frau X Leute sind nicht dabei?
- 51 I.VI. Ne, mit denen arbeiten wir tatsächlich eigentlich nicht mehr so eng zusammen wie früher. Vor
52 einiger Zeit war das eng verbunden, aber das hat sich etwas zerlaufen, seitdem ich keine
53 Arbeitstherapie mehr mache, ich war so ein bisschen das verbindende Glied da drin. Dadurch ist
54 das nicht mehr so, dass wir – wir haben eigentlich keine Berührungspunkte. Die machen die
55 Arbeitstherapie und das machen outgesourcte Station, das muss man einfach mal so nennen. Und
56 wir haben da wenig fachliche Berührungspunkte im Sinne von gemeinsamen Patienten oder so.
57 Das ist, wenn meine Patienten sich für ambulante Ergotherapie interessieren hinterher, dann ist
58 das so aber dann ist das auch wieder eher ein Einzelkontakt auf diesen Patienten bezogen aber
59 eine feste Austauschgruppe haben wir nicht oder so.
- 60 G. Wieviel Freiheiten hast du in Bezug auf die Therapien? Kannst du über Inhalte selbst entscheiden?
- 61 I.VI. Ja – weitgehend. Weitgehend kann ich über Inhalte entscheide und meine Vorstellung und Ideen
62 einbringen, ich habe da relativ freie Hand bei meiner Chefin. Was natürlich angenehm ist.
- 63 G. Deine Chefin habe ich gerade getroffen, die hat mich gefragt ob sie mir weiterhelfe kann.
- 64 I.VI. Siehst? Ergotherapeutin. Kann ich ihnen weiterhelfen?
- 65 G. Hast du im psychiatrischen Bereich Fortbildungen?
- 66 I.VI. Ne, keine größeren. Also immer mal wieder kleine Kongresse oder Symposien aber keine größeren
67 Fortbildungen, nein.
- 68 G. Und ist es hier schwierig vom Krankenhaus Fortbildungen bezahlt zu bekommen?
- 69 I.VI. Nein.
- 70 G. Weil in anderen Kliniken scheint das halt für größere, externe schwierig zu sein.
- 71 I.VI. Nein, in der Regel ist das hier für Fortbildungen, die man dem Vorgesetzten als gut und wichtig
72 erklärt //mit wenig Schwierigkeiten verbunden. Also solange das nicht einen gewissen Rahmen
73 übersteigt, ne? Ein Bachelorstudium kriege ich nicht mal eben vollfinanziert, aber so eine normale
74 Fortbildung, wie in der Arbeitstherapie ein Assessmenttool – das würde ich sicherlich bezahlt
75 kriegen.
- 76 G. Wie würdest du die Arbeitsweise beschreiben? Eher handwerklich kreativ oder eher
77 alltagsorientiert?

- 78 I.VI. Beides, das ist ja gar nicht voneinander zu trennen, wenn man das mal/ Aus meiner Sicht der Dinge
79 jedenfalls nicht. Hängt das beides zusammen. Die Gruppen sind sicherlich handwerklich kreativ
80 vom Tätigkeitsschwerpunkt wir suchen aber tatsächlich ständig den Transfer in den Alltag und
81 gucken eben wo hapert es da und sind es nicht in Wirklichkeit vergleichbare Situationen und was
82 muss eigentlich passieren, damit sich was im Alltag verändert. Das mache ich in meiner täglichen
83 Arbeit also ständig, dass ich das mit den Leuten auch wirklich bespreche, diese
84 Alltagskompatibilitätsschiene mit ins Feld führe, weil jetzt gerade vor Weihnachten wollen
85 natürlich alle schön Geschenke machen und dann wird es ja manchmal sowas ähnliches wie
86 Ergotherapie aber sonst im Verlauf des Jahres klappt es ganz gut und es ist den Patienten auch
87 relativ gut klar zu machen.
- 88 G. Gut, dann kommt der nächste Bereich. Dabei geht es um Informationen zum Entgeltsystem. Hast
89 du Informationen dazu bekommen?
- 90 I.VI. Ja, wir haben grundlegende Informationen, es gibt auch reichlich Schulungen hier im Hause,
91 meistens über Veränderungen hier im System sozusagen. Was sind die Neuerungen im PEPP, da
92 tut sich ja doch schon mal was.
- 93 G. Und waren die verpflichtend, sodass jeder daran teilnehmen muss?
- 94 I.VI. Also jeder Mitarbeiter sollte daran teilnehmen. Wird aber nicht überprüft ob das auch stattfindet.
- 95 G. Deine Vorgesetzten, haben die noch zusätzliche Informationen zum Thema Entgelt rausgegeben?
- 96 I.VI. Zusätzlich zu den Krankenhaus-Veranstaltungen nicht, nein.
- 97 G. War das Thema in den Teambesprechungen oder Dienstbesprechungen auf Station?
- 98 I.VI. Eher in der Teambesprechung, also bei uns auf der Station eigentlich weniger. Am Anfang, es gibt
99 Bereiche, da ist das mehr Thema und einige, bei denen ist das weniger Thema, die Station, die ich
100 habe, da sind die Patienten einmal kategorisiert und dann bleibt das ja so. Im EG ändert sich das
101 ja quasi minütig, dass ein Patient von Regel- in Intensivbehandlung geraten kann. Die sind
102 natürlich viel mehr im Austausch darüber aber bei uns auf den normalen Stationen ist das weniger
103 der Fall. Jetzt eine Geschichte, die sich im letzten Intervall abgespielt hat. Ist es genauer zu
104 dokumentieren, wenn es Patienten schlecht geht, dem Kostenträger gegenüber dann darstellen
105 zu können warum ist der denn jetzt intensiv behandelt worden.
- 106 G. Hast du in der Medienberichterstattung also Fachzeitschriften, Literatur, Ergo-Exchange etc.
107 irgendwas gesehen?
- 108 I.VI. Ja schon. Durchaus auch in allgemeinen Medien, Zeitungen war ja immer wieder die Rede auch
109 von den vielen Bedenken, die es da natürlich gibt, ja schon. In allen möglichen Medien taucht das
110 auf.
- 111 G. Und in Ergo-Medien auch gesehen?
- 112 I.VI. Bei ErgoXchange da halte ich nicht so viel von/ Nein tatsächlich eher in allgemeinem Medien als
113 in Ergos, das hat aber auch damit zu tun, dass ich nicht regelmäßig die Fachblätter lese also
114 Ergoscience oder so Ergotherapie heute.

- 115 G. Es gab da auch ganz wenig zu, das fand ich auch daran interessant.
- 116 I.VI. Eigentlich – tatsächlich. Ja.
- 117 G. Öffentliche Reaktionen so wie Unterschriftenaktionen? Darüber was mitbekommen?
- 118 I.VI. Ja, gab es hier im Hause. Von der Gewerkschaft organisiert, wenn ich mich recht daran erinnere,
119 gab es eine Unterschriftenaktion, weil da ja auch viel personelle Ausstattung und
120 Arbeitsbedingungen mit dranhängt.
- 121 G. Dann kommen jetzt noch einmal inhaltlich Fragen zu dem Entgeltsystem. Der schwierige Punkt
122 war ja vor allem diese Degression, dass die nach einer bestimmten Dauer mit verringertem Satz
123 nur noch vergüten wollten. Wenn das jetzt durchgekommen wäre, was für Auswirkungen hätte
124 das auf die Arbeit hier gehabt?
- 125 I.VI. Na das hätte sicherlich Einfluss darauf gehabt, dass man weniger Zeit im therapeutischen Prozess
126 gehabt hätte und dass die Entlassungen eher davon abhängig gemacht worden wäre nicht nur wie
127 es dem Patienten geht, sondern auch was die finanzielle Lage macht und das ist sicherlich für die
128 therapeutische Arbeit wichtig. Also mehr die kaufmännische Schiene als die ärztlich-
129 therapeutische.
- 130 G. Hätte das die Verweildauern hier beeinflusst?
- 131 I.VI. Das denke ich, ja.
- 132 G. Was für Folgen hätte das für Klienten haben können?
- 133 I.VI. Weniger Zeit in der Therapie, mehr Druck innerhalb der Therapie, dass Fortschritte da sein
134 müssen. Insgesamt, wenn man das weiterdenken würde, weniger Ressourcen für die Klinik
135 bedeutet in der Regel auch weniger Personal für Therapien, vermutlich weniger
136 Psychotherapeuten oder weniger Ergotherapeuten.
- 137 G. Das was jetzt umgesetzt werden soll mit dem neuen Psych-Entgelt, das haben sie ja noch einmal
138 umbenannt, das ist die Einführung des Hometreatments, also bessere Versorgung stationär und
139 ambulant und jetzt wäre die Frage wie du aktuell die Vorbereitung auf die Entlassung erlebst und
140 die Kooperation mit ambulanten Dienstleistern?
- 141 I.VI. Also die Entlassungsvorbereitungen sind würde ich sagen unverändert gut, die waren auch vorher
142 schon gut. Ansonsten gibt es hier im Hause ein Erstarren des Hometreatmentbereiches, der unten
143 in der FPA angesiedelt ist und jahrelang ein Schattendasein geführt hat, ehrlich gesagt, jetzt haben
144 wir einen neuen Chef. ((Unterbrechung)) So, wo waren wir stehen geblieben?
- 145 G. Hometreatmentbereich im Erdgeschoss.
- 146 I.VI. Ja, nicht in der Erdgeschossstation, sondern es gibt einen Bereich, der gerade ausgebaut wird, wo
147 viele Arbeitsplätze hingehen im Hometreatmentbereich. Ansonsten ist das stationsabhängig wie
148 die Zusammenarbeit mit den behandelnden Einheiten sind, weil ja mehr oder weniger Bedarf
149 dafür ist. Also die Station, die ich jetzt habe, also beispielsweise Patienten mit Ängsten und
150 Zwängen, haben ja nicht einen vergleichbaren Bedarf an Dienstleistern wie zum Beispiel
151 Psychosepatienten, das ist schon ein Unterschied. Der Bereich, der hier im Hause im Bereich

152 Hometreatment entsteht, der entsteht natürlich im Schattenbereich Psychosepatienten. Auf
153 meiner Station oben akut geht es immer nur darum, einen Psychotherapeuten zu finden und dann
154 ist es das in der Regel gewesen.

155 G. Und ist es denn auch angedacht, dass Ergotherapeuten da im Hometreatmentbereich
156 mitarbeiten?

157 I.VI. Auf meiner Station nicht, aber im Erdgeschoss durchaus. Da gibt es zwei Kolleginnen, die eine 90%
158 Stelle haben, die jetzt auch schon Hausbesuche mit Patienten machen, sofern das möglich ist, und
159 das Team, das sich hier im Hause ums Hometreatment kümmert ist multiprofessionell, da ist
160 allerdings kein Ergotherapeut dabei, weil es überhaupt nur sieben gibt im Hause. Aber ich denke,
161 denkbar wäre das auf jeden Fall und im Bereich geschlossene Station machen die Kollegen, also
162 das ist ja kein fullsize Hometreatment, aber genau die Ansätze zu den Leuten nach Hause zu gehen
163 und zu gucken was ist im aktuellen Lebensumfeld schief und was können wir daran ändern, das
164 findet statt. Ja.

165 G. Und ansonsten die ambulanten Weiterbehandlung macht ja die Praxis?

166 I.VI. Zum Beispiel die Praxis. Wenn die denn hier wohnen. Aber viele von meinen Patienten haben
167 Interesse daran und viele machen das auch, weil sie die Räume kennen, weil sie die Möglichkeiten
168 kennen und hier die Praxis besser ausgestattet ist was Patienten angeht – zumindest
169 psychiatrische Patienten.

170 G. Ein weiterer Punkt sind die Mindestpersonalvorgaben, die aktualisiert werden sollen, wie erlebst
171 du das im Moment? Ist Personalmangel und personelle Unterbesetzung hier ein Thema?

172 I.VI. Ja. Das ist so. Wir haben sowohl quasi unbesetzte Stellenkontingente, dadurch das X im
173 Personalrat sitzt, unsere Chefin, und die halbe Stelle die sie im Personalrat sitzt nicht nachbesetzt
174 wird, seit Jahren. Und es gibt einen gestiegenen Bedarf durch Konzeptänderungen im Hause: X,
175 die Boarderlinestation verstärkt gerade ihr therapeutisches Angebot in Richtung DBT, was ja
176 gerade sehr hip ist. Da wäre es natürlich auch gut, spezielle Kollegen zu haben, die
177 ergotherapeutisch/ Im Moment ist das ja so, dass die Kollegin noch eine zweite Station betreut
178 mit Psychosepatienten und da sehr eingebunden ist und die Station hätte sicherlich noch mehr
179 Bedarf. Aktuell hat sich die Station aber dagegen entschieden, noch einen Ergotherapeuten
180 einzustellen, sondern hat das in Psychologiestunden investiert. Also die haben Platz haben sich
181 aber dagegen entschieden. Also es gäbe noch/ Unterschiedlich. Wir könnten eine Stelle zusätzlich
182 gebrauchen und die freien Stellen werden nicht nachbesetzt.

183 G. Und in den anderen Berufsgruppen?

184 I.VI. Tendenziell ist es überall das gleiche. Die Pflege hat große Probleme, Leute zu finden, da scheint
185 es tatsächlich so einen Fachkräftemangel zu geben vor allem was Fachkrankenpflege Psychiatrie
186 angeht, fürs Erdgeschoss, die Psychosestation finden sie hartnäckig kaum Leute, die für sie
187 arbeiten wollen. Ja bei den Psychologen spielt ja sicherlich diese (unverständlich)-Geschichte eine
188 Rolle, dass da jetzt die Psychologen im Praktikum auch ein Entgelt kriegen müssen, dadurch das
189 Budget der Klinik belastet. Dadurch gibt es sicherlich weniger Leute. Die hätten sicherlich/ Die
190 könnten sicherlich für Verhaltenstherapie im siebten Stock welche gebrauchen. Die aber bisher
191 außerhalb des Klinikbudgets gelaufen sind, weil sie schlichtweg nichts gekriegt haben.

- 192 G. Und bei den Ärzten?
- 193 I.VI. Da sind es eher so temporäre Engpässe aber ich glaube, im Grund ist die ärztliche Grundlage hier
194 im Krankenhaus gegeben und dadurch, dass wir Ausbildungs-Krankenhaus sind und sozusagen von
195 der Seite auch ein gewisser Auftrag da ist.
- 196 G. Jetzt kommt der letzte Bereich. Da geht es so ein bisschen darum, was passieren könnte in den
197 nächsten Jahren. Denkst du, dass die Einführung des Entgeltsystems Auswirkungen auf
198 Hierarchien und Strukturen haben könnte? Könnte die Position von Ergotherapeuten dadurch
199 gestärkt oder geschwächt werden?
- 200 I.VI. Oha. Tja, das ist eine miese Frage. Da habe ich mir noch gar keine Gedanken darübergemacht.
201 Könnte das meine Position stärken oder schwächen, wenn/ Also was sicherlich einen positiven
202 Effekt hat an der ganzen Geschichte ist, dass sich noch mal klarer abbildet welche Leistungen die
203 Ergotherapie erbringt, also für die kaufmännische Ebene sichtbar wird, was so eine Abteilung auch
204 erwirtschaftet, was bisher weniger der Fall war und bisher der Eindruck bei Klinikleitungen
205 entsteht, Ergotherapie kostet nur und bringt eigentlich in Wirklichkeit nichts ein. Das könnte ein
206 Vorteil sein. Könnte aber auch, je nachdem wie das so läuft, ein Nachteil sein. Nein, weiß ich nicht
207 ob das einen nennenswerten Einfluss hat. Also wahrscheinlich nur darüber ((Pause))/ Tja, das ist
208 eine gute Frage. Das müsste ich erst einmal länger durchdenken glaube ich. Na, dass wir da mehr
209 auf der Rechnung sind, ist glaube ich eher gut als schlecht aber also insgesamt ist ja immer die
210 Gefahr, auch wenn alle sagen, es soll nicht so sein, immer die Gefahr von Controlling mit sowas
211 auch verbunden. Das denke ich mir könnte eine der negativeren Folgen für uns sein, dass dann
212 eben doch die Zahlen herangezogen werden um doch eben aktiver zu kontrollieren. Haben andere
213 da Erkenntnisse gehabt, haben da viele eine Meinung zu?
- 214 G. Da hatte jeder eine andere Meinung. Einige waren der Meinung die Ergotherapie kann das neue
215 System als Chance nutzen, andere waren da skeptisch.
- 216 I.VI. Hmm.
- 217 G. Könnte es Einfluss haben auf die stationäre und ambulante Zusammenarbeit?
- 218 I.VI. Na die wird sicherlich, wenn Ausweitung von Hometreatment eine der erwünschten Dinge dabei
219 ist, wird das sicherlich zwangsläufig so sein, dass das verbessert wird. Was ja aber per se durchaus
220 nicht gut sein muss. Eine gute Vernetzung hinzukriegen ist glaube ich für unsere Patienten immer
221 eine gute Geschichte, wenn Übergänge weich werden, wenn es Kooperationen gibt und Sachen
222 einfach reibungsloser laufen.
- 223 G. Kann das ganze Auswirkungen auf organisatorische Aufgaben haben also das mehr oder weniger
224 Büroaufgaben entstehen?
- 225 I.VI. Sicherlich, ja. Also es wird sicherlich eine Veränderung insgesamt im System mit sich bringen und
226 da werde ich die erste Zeit sicherlich erhöhten Aufwand haben. Wenn das angepasst werden muss
227 an die vorhandenen Strukturen. Ob es dann auch sozusagen ein fortwährend, ein ständiger/ Das
228 wird man dann sehen. Das wird wahrscheinlich dann ab einem gewissen Zeitpunkt nicht mehr so
229 sein, weil sich ja auch jetzt ab und zu mal was verändert aber diese Umstellungsphase dahin, sollte
230 es so kommen, dass stationäre Behandlung tatsächlich zurückgefahren wird und ambulante oder
231 stationsferne Betreuung intensiviert werden, wird das sicherlich mehr Arbeit werden.

- 232 G. Und die letzte Frage: kann das Auswirkung auf die Qualität haben? Also gemessen an
233 Klientenzufriedenheit, Therapeutenzufriedenheit und dem Erreichen von Zielen.
- 234 I.VI. Kann es aber das steht und fällt wahrscheinlich sehr mit der Umsetzung der Geschichte, was man
235 nicht aus dem Auge verlieren darf ist, dass die Klientenzentrierung immer noch im Mittelpunkt
236 stehen muss und schon noch so viel Spiel in der Sache sein muss, dass man das gewährleisten
237 kann, dass man ein Behandlungssetting finden muss, das für den Patienten möglichst optimal ist.
238 Dass das nicht immer ellenlange Stationsaufenthalte sein können, ist ja denkbar, aber ich denke
239 ganz verzichten können oder werden wir nicht, ja also hoffe ich zumindest sehr, dass man in der
240 Sicherstellung der Zielsetzung, die man mit den Patienten vereinbart hat, soviel Freiheit hat, dass
241 das möglich ist. Alles andere wäre glaube ich ein Schuss in den Ofen und würde das System auch
242 schnell wieder kollabieren lassen, weil das ist nun mal der Hauptgrund warum Kostenträger Geld
243 bezahlen, weil der will, dass der Patienten wieder einsetzbar ist oder leistungsfähig oder wie auch
244 immer. Vielleicht sogar gesund. Man weiß es nicht.
- 245 G. Vielen Dank für deine Unterstützung!

Anhang IV Darstellung der Ergebnisse in MAXQDA

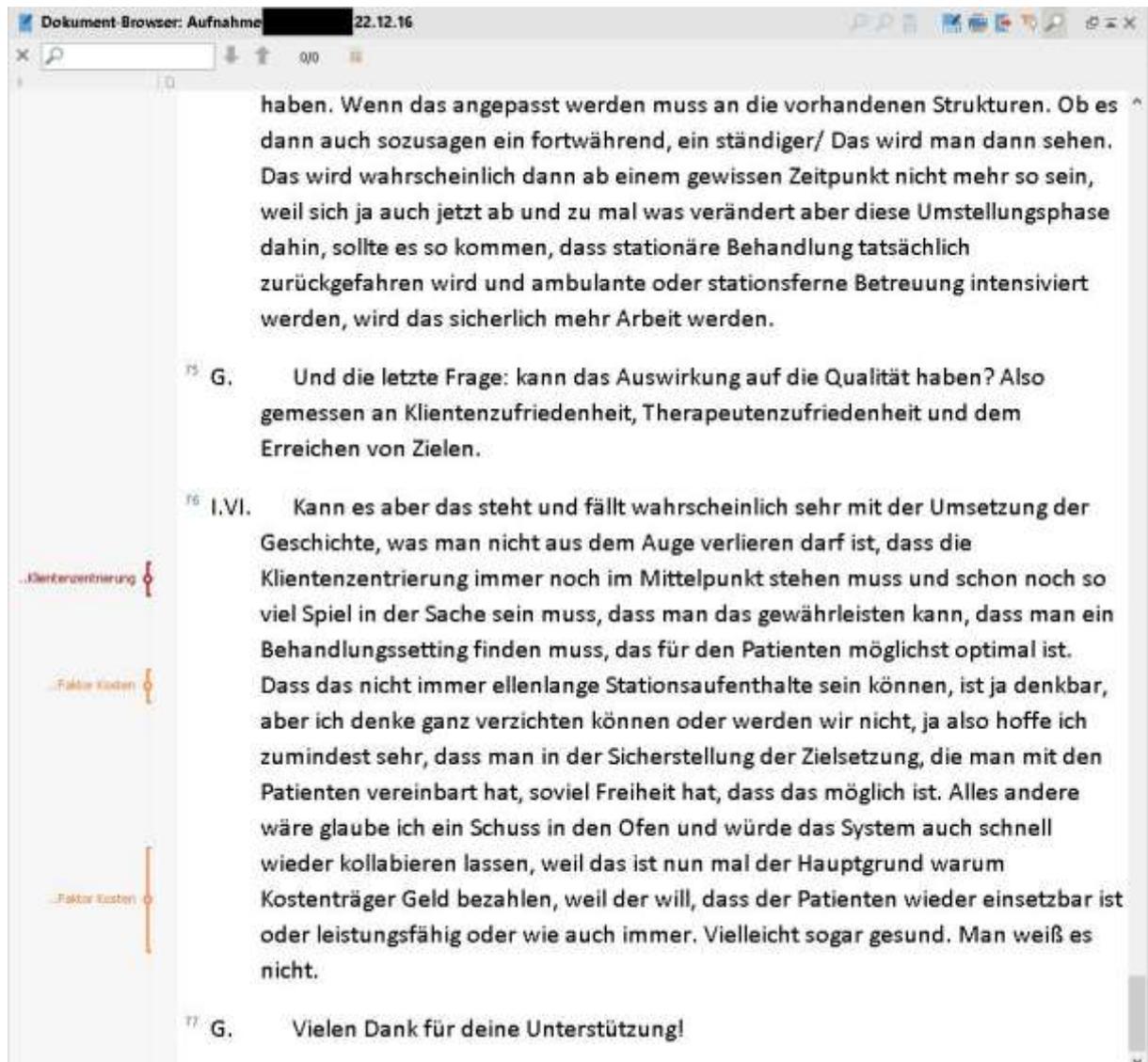


Abb. 1: Textbeispiel, eigene Darstellung in MAXQDA, 2017.

Liste der Codes		
Psychiatrische Krankenhauslandschaft		0
↳ Besonderheit psychiatrische Klinik		0
↳ Chronifizierung		1
↳ Diagnose		24
↳ Faktor Zeit		15
↳ Verweildauer		3
↳ Interdisziplinarität		0
↳ Zusammenarbeit		0
↳ Austausch		21
↳ Team		14
↳ Kooperation		1
↳ Vernetzung		13
Paradigmenwechsel Ergotherapie		0
↳ Professionalisierung Ergotherapie		0
↳ "Beschützen"		1
↳ Beziehung Arzt - Therapeut		16
↳ Hierarchie Ergotherapie i.d. Institution		14
↳ Selbstverständnis Ergotherapie		27
↳ Therapiefreiheit		2
↳ Unklares Berufsbild		11
↳ Therapiequalität		0
↳ Alltagsorientierung		8
↳ DBT		5
↳ Handwerk		8
↳ Klientenzentrierung		1
↳ Qualifikation		18
Gesundheitswesen Internationaler Vergleich		0
↳ Gesundheitswesen GB		0
↳ Allgemeine Unterschiede Deutschland - GB		3
↳ Arbeit		7
↳ Entwicklung Gesundheitswesen		9
↳ Zusammenarbeit		2
Struktureller Rahmen		0
↳ DRG		1
↳ Fachkräftemangel		0
↳ Fachkräftemangel Pflege		3
↳ Fachkräftemangel Ergotherapie		8
↳ Kostenträger		0
↳ Faktor Kosten		19
↳ Dokumentation		16
↳ Outsourcing		3
↳ MDK		2
↳ PEPP		0
↳ Degression		1
↳ Drehtüreffekt		2
↳ PEPP-Team		4
↳ PEPP Wissensstand		12
↳ Psychentgelt		0
↳ Leitlinien		2
↳ evidence based practice		3
↳ Hometreatment		12
↳ Wissensstand Psych-Entgelt		12
Regionales Budget		7

Abb. 2: Inhaltseinheiten, eigene Darstellung in MAXQDA, 2017.

Liste der Codes		
Codesystem		331
Psychiatrische Krankenhauslandschaft		0
> Besonderheit psychiatrische Klinik		43
> Interdisziplinarität		49
Paradigmenwechsel Ergotherapie		0
> Professionalisierung Ergotherapie		71
> Therapiequalität		40
Gesundheitswesen Internationaler Vergleich		0
> Gesundheitswesen GB		21
Struktureller Rahmen		0
DRG		1
> Fachkräftemangel		11
> Kostenträger		40
> PEPP		19
> Psychentgelt		29
Regionales Budget		7
Sets		0



Abb. 3: Codierungen, eigene Darstellung in MAXQDA, 2017.

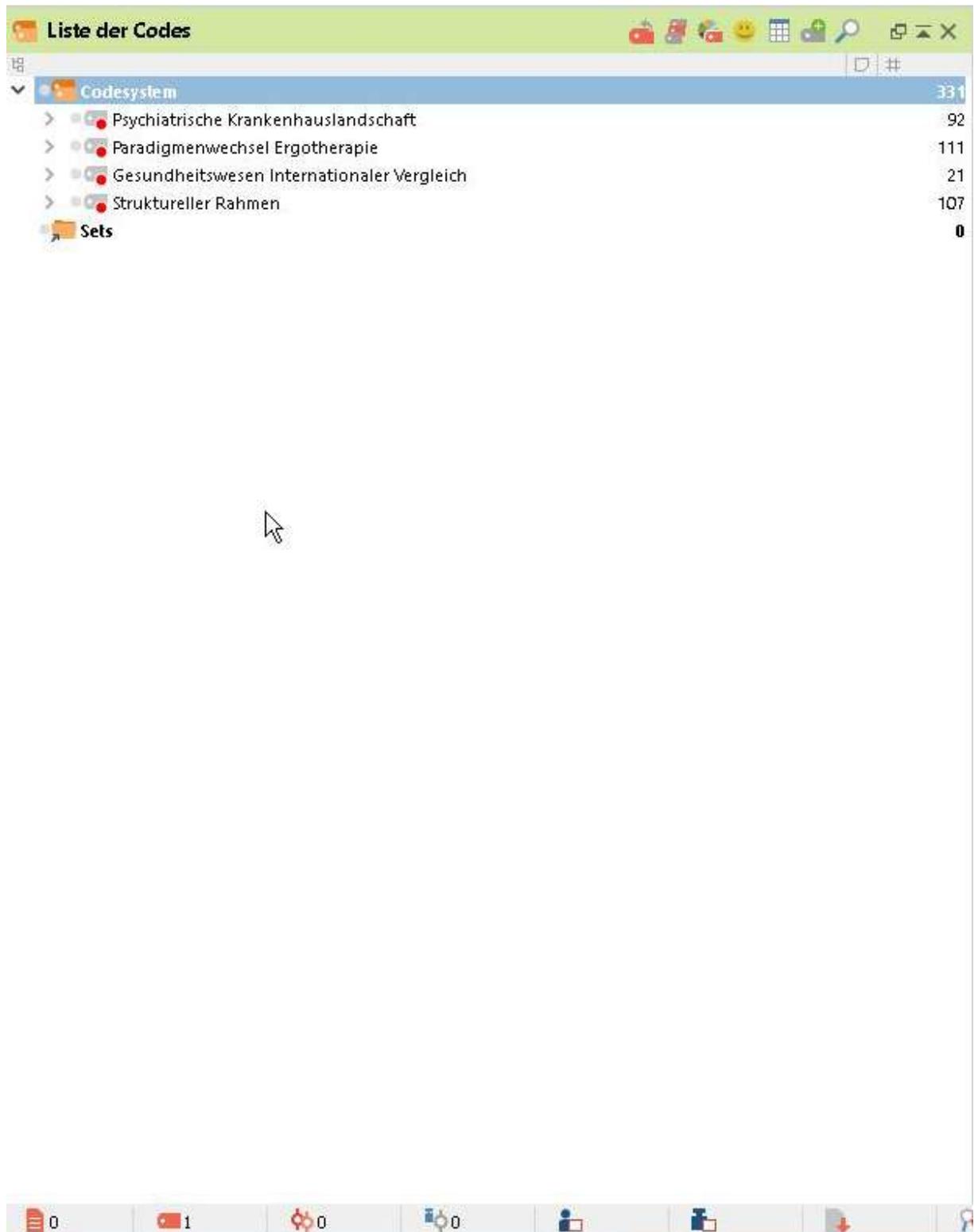


Abb. 4: Kategorien, eigene Darstellung in MAXQDA, 2017.

Eigenständigkeitserklärung

Ich versichere, dass ich die Arbeit selbstständig verfasst und andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus fremden Quellen übernommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Valeska Tannhof