

Wortprotokoll

Öffentliche Sitzung

Ausschuss für Gesundheit und Pflege

67. Sitzung

16. März 2026

Beginn: 09.33 Uhr

Schluss: 12.19 Uhr

Vorsitz: Silke Gebel (GRÜNE)

Vor Eintritt in die Tagesordnung

Siehe Beschlussprotokoll.

Punkt 1 der Tagesordnung

Aktuelle Viertelstunde

Siehe Inhaltsprotokoll.

Punkt 2 der Tagesordnung

Bericht aus der Senatsverwaltung

Siehe Inhaltsprotokoll.

Vorsitzende Silke Gebel: Wir kommen zu

Punkt 3 der Tagesordnung

- a) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0366](#)
GesPflieg
Auswirkungen der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) auf die stationäre psychische Versorgung
(auf Antrag der Fraktion der CDU und der Fraktion der SPD)
- b) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0263](#)
GesPflieg
Stationäre psychiatrische Versorgung in Berlin
(auf Antrag der Fraktion der CDU und der Fraktion der SPD)
- c) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0210](#)
GesPflieg
Psychotherapeutische Versorgung und Ausbildungskapazitäten in Berlin
(auf Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen und der Fraktion Die Linke)

Hierzu haben wir eine Anhörung vorgesehen. Wie bereits eingangs vorgestellt, begrüße ich noch einmal ganz herzlich Herrn Prof. Dr. Tom Bschor, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Vorstandsmitglied bei der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie, Herrn Dr. Olaf Hardt, Chefarzt und Leiter der Klinik für Psychiatrie am Vivantes Klinikum Neukölln, Herrn Prof. Dr. Stephan Köhler, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Alexianer St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee, und Frau Eva-Maria Schweitzer-Köhn, Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Berlin. Herzlich willkommen! Schön, dass Sie da sind!

Ich gehe davon aus, dass die Anfertigung eines Wortprotokolls gewünscht wird. – Ich sehe freundliches Nicken unter den Abgeordneten. Bevor wir zu den Begründungen kommen, erinnere ich uns als Abgeordnete daran – weil wir eine freiwillige Selbstverpflichtung eingegangen sind –, dass wir drei Minuten Redezeit für die Abgeordneten haben. Da empfehle ich immer, sich das Handy neben das Mikrofon zu legen, damit man in der Zeit bleibt. Wir machen das natürlich auch, um eine handlungsleitende Piepserei zu haben, die wir natürlich nicht wünschen zu haben. – Dann fangen wir mit den Begründungen an. Zu Punkt 3 a macht das Herr Zander. – Dann haben Sie jetzt das Wort!

Christian Zander (CDU): Genau. – Die Koalition kann Punkt 3 a und 3 b begründen, deshalb nehme ich bei der Einleitung erst einmal nicht Bezug auf die psychotherapeutische Versorgung. – Wir möchten gern wissen, wie sich die Änderungen bei der PPP-RL seit dem 1. Januar des Jahres auswirken. Es gibt ja Vorgaben zu den Personaleinsätzen und der Qualifizierung des Personals, und es gibt jetzt auch die Möglichkeit, zu sanktionieren. Wie wirkt sich das Ganze im Betrieb aus? Es ist wohl auch so, dass es bei dem, was an Personal finanziert ist, eine Finanzierungslücke gibt, was das Ganze ein bisschen erschwert. Wie wirkt sich also das Ganze aus, oder brauchen wir uns da gar keine Sorgen zu machen?

Das andere Thema ist allgemein, wie die Lage der stationären psychiatrischen Versorgung aussieht. Dazu interessiert mich seitens des Senats: Wie haben sich die Vorgaben des aktuellen Krankenhausplanes realisieren lassen? Ist man da bei einer vollen Erfüllung, oder gibt es dort noch Dinge, die nicht so eingetreten sind, wie man das vom Plan her wollte? Mich interessiert auch, ob man sich für den neuen Krankenhausplan Veränderungen wünscht oder vorstellen kann. – Von den Anzuhörenden würde ich gerne wissen: Haben Sie Wünsche oder Anregungen, wie sich die psychiatrische Versorgung in Berlin verändern kann?

Allgemein gibt es immer wieder Krankenhäuser mit einer Psychiatrie, die von Veränderungen betroffen sind, sei es die Schlosspark-Klinik – da hat sich eine Lösung gefunden – oder auch das Jüdische Krankenhaus. Es gibt zwei Standorte, die extreme bauliche Probleme haben. Einer soll auch später noch von einem Bezirk zu einem anderen Standort umziehen. Gibt es noch in anderen Bereichen etwas, wo wir sagen: Hier wird es knifflig? Oder können wir sagen: Wir sind relativ gut aufgestellt und brauchen nicht viel zu machen?

Wir wissen, dass die Auslastung sehr hoch und der Bedarf wahrscheinlich noch sehr viel höher ist. Wie wird das bewerkstelligt, wenn die Nachfrage nicht ganz erfüllt werden kann? Wie geht man auf die tagesklinischen Plätze zurück? Wie ist das Zusammenspiel mit der therapeutischen Betreuung und Versorgung, wenn es nicht genug Betten im stationären Bereich gibt? Wie hoch schätzen Sie den Anteil derjenigen ein, die im Prinzip unversorgt bleiben oder viel zu lange warten, aber eigentlich sehr viel eher versorgt werden müssen? Was ist die Konsequenz daraus? Denn dann wird es ja später noch intensiver, auch zeitlich intensiver, um die Menschen zu behandeln.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Das heißt, Sie haben jetzt die Punkte 3 a und 3 b begründet? – Okay. – Dann kommen wir zur Begründung zu Punkt 3 c. Das macht Frau Pieroth, wenn ich das richtig verstanden habe? – Dann hat Frau Pieroth das Wort.

Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE): Sehr gerne! – Ich möchte das kurz begründen und die Fragen dann nach Ihren Vorträgen stellen.

Psychotherapeutische Versorgung und Ausbildungskapazitäten in Berlin: Bei der Bedarfsplanung wissen wir, dass wir den Bedarf dringend realistisch neu bewerten müssen. Da sind wir uns sicher alle einig. Der Gemeinsame Bundesausschuss – GB-A – ist da mit einer prospektiven Planung schon ein bisschen weiter. Dem wird sich der Senat sicher auch entsprechend anschließen.

Die langen Wartezeiten auf tatsächliche Therapieplätze – zwölf Wochen bis einige Monate – sind gerade für Kinder und Jugendliche, wenn man schon eine Krankheitseinsicht hat, besonders verheerend, wenn man dann eigentlich als erste Erfahrung in unserem Gesundheitssystem macht, dass man keinen Psychotherapieplatz bekommt. Die eigentliche Krux liegt aber auch zwischen psychotherapeutischer Sprechstunde und Probatorik. Umso wichtiger ist es, dass wir uns mit dem Bund um Honorare kümmern und das Versorgungswerk endlich umsetzen.

Bei der Weiterbildung interessiert mich, welche Ideen Sie zu einer Weiterbildung im ÖGD haben und wie wir das vielleicht ähnlich wie NRW und Hessen im Landeskrankenhausgesetz

so verankern können, dass die Weiterbildung tatsächlich abgeschlossen werden kann, weil das ja ab 2032 dann eigentlich nicht mehr möglich ist.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann kommen wir jetzt zur Anhörung. Die vorge-sehene Reihenfolge ist Herr Prof. Dr. Bschor, Herr Dr. Hardt, Herr Prof. Dr. Köhler und Frau Schweitzer-Köhn. – Dann starten wir mit Herrn Prof. Dr. Bschor.

Dr. Tom Bschor (Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie): Vielen Dank für die Einladung! Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Frau Senatorin! Sehr geehrte Abge-ordnete aus allen Fraktionen! Ich werde zu allen drei Punkten in der gebotenen Kürze Stel-lung nehmen.

Wie ist die stationär-psychiatrische Versorgung in Berlin? – Wir haben neue Zahlen von der OECD zur stationären psychiatrischen Versorgung in ganz Europa, und da liegt Deutschland unangefochten auf dem ersten Platz. In keinem Land – also nicht nur in EU-, sondern auch europäischen Nicht-EU-Ländern – wird so viel vollstationär psychiatrisch behandelt wie in Deutschland. Innerhalb Deutschlands liegt Berlin etwas über dem Durchschnitt. Nach den aktuellsten Zahlen haben wir in Berlin 840 stationäre psychiatrische Behandlungen pro 100 000 Einwohner und Jahr, der Bundesdurchschnitt liegt bei 807. Das ist also in Berlin ganz durchschnittlich – kein Hinweis auf eine besondere Situation.

Es wurde nach Veränderungswünschen für die stationär-psychiatrische Versorgung gefragt. Dazu möchte ich erst einmal sagen: Ich habe mich in den letzten Jahren sehr intensiv mit der Somatik beschäftigt. Ich habe auch die Regierungskommission geleitet, die die Konzepte für die Krankenhausreform ausgearbeitet hat, und habe mich da vor allem mit der Somatik be-schäftigt. Im Vergleich mit der Somatik ist die Psychiatrie in Deutschland eigentlich in vielem vorbildlich. Vorbildlich dahin gehend, dass jede größere psychiatrische Abteilung in Deutsch-land über eine Tagesklinik verfügt – das haben wir in der Somatik nicht –, dass jede größere psychiatrische Abteilung über eine Ambulanz, nämlich die Psychiatrische Institutsambulanz – PIA –, verfügt und dass seit einigen Jahren sogar aufsuchend behandelt werden kann, also Hausbesuche gemacht werden können. Das ist die sogenannte stationsäquivalente Behandlung – StäB –. Eine solche Settingvielfalt würden wir uns in vielen Bereichen auch für die Somatik wünschen, damit wir von dieser Fixierung auf das Bett wegkommen und darauf, dass kranke Menschen immer mit der Bettdecke bis zur Nasenspitze im Bett liegen müssen. Das ist oft eher schädlich als hilfreich.

Sie haben gefragt, was für Veränderungen wir uns wünschen. Schön wäre, wenn wir zu einer größeren Flexibilität bei diesen Settings kämen, auch im psychiatrischen Bereich. Noch wer-den vollstationäre Betten, Tagesklinikplätze und PIA-Plätze getrennt ausgewiesen, getrennt verhandelt, und PIA und stationärer Bereich werden getrennt finanziert. Das führt dann im Krankenhausbetrieb dazu, dass die Geschäftsführung möchte, dass alle Bereiche voll ausge-lastet sind. Wenn Sie also so und so viele Betten haben, dann sollen diese auch voll sein, egal, ob die Menschen jetzt wirklich über Nacht dort behandelt oder überwacht werden müssen.

Eine Möglichkeit, die wir in Deutschland in über 20 Modellprojekten wissenschaftlich erprobt haben, ist ein Globalbudget. Da bekommt dann ein Krankenhaus nicht mehr pro Behandlung Geld, unterschiedlich danach, ob es vollstationär oder eben tagesklinisch oder ambulant war, sondern pro Quartal eine Summe für die Versorgung der Bevölkerung. Auch das ist eine vor-

bildliche Besonderheit, die wir nur in der Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie haben, nämlich eine klare Organisation nach der Bevölkerung. Durch die psychiatrische Pflichtversorgung können wir in Deutschland nahezu für jedes Krankenhaus sagen: Das versorgt diesen Teil von Deutschland. – Das könnten wir in der Kardiologie oder in der Orthopädie zum Beispiel überhaupt nicht sagen, dort gibt es Doppel- und Dreifach- und Garnicht-Versorgung.

Der zweite Teil ist die PPP-RL: Der Grund, warum das jetzt hier bei Ihnen auf der Tagesordnung steht, ist wahrscheinlich, dass seit Anfang dieses Jahres zum ersten Mal Sanktionen erhoben werden können, wenn diese Personalrichtlinien nicht erfüllt werden. Neu ist das für die Psychiatrie in keiner Weise, dass es Personalvorgaben gibt. Der Vorgänger der PPP-RL war die Psych-PV aus dem Jahr 1991. Auch das ist eigentlich etwas, wo die Psychiatrie, die Kinder- und Jugendpsychiatrie – und hier ist auch die Psychosomatik erfasst –, vorbildlich ist, denn solche Personalmindestvorgaben, die ein Mindestmaß an Strukturqualität für die Behandlung der Menschen garantieren, kennen wir in anderen Fächern gar nicht. Das haben wir jetzt mit der Krankenhausreform zum ersten Mal bundesweit für die Fachärzte eingeführt, aber nur eine Gruppe, während das in der Psychiatrie schon immer für alle relevanten Berufsgruppen gilt, einschließlich Pflege, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Soziale Arbeit und Spezialtherapeuten.

Als die PPP-RL neu verabschiedet wurde, war sie in der Tat nicht umsetzbar und viel zu drakonisch in den Sanktionen. Es drohte, dass dann wirklich Einrichtungen schließen mussten, deswegen wurde die Einführung mehrfach verschoben. Der Erfüllungsgrad wurde mehrfach verschoben und abgesenkt. Wir sind im Moment bei der Vorgabe, dass 90 Prozent dieser Mindestvorgaben erfüllt sein müssen. Auch die Sanktionen wurden mehrfach verschoben, aber jetzt sind sie in Kraft. Sie beruht immer noch im Wesentlichen, wie die Psych-PV, auf Minutenwerten. Das heißt, es wird geschaut, wie viele Patienten da waren, diese werden in verschiedene Schweregradkategorien eingestuft, und daran hängt dann eine klare Minutenvorgabe: Ein Patient, eine Patientin der Kategorie A 1 hat so und so viele Pflegeminuten, Arztminuten, Sozialarbeiterminuten und so weiter pro Woche, und damit errechnet sich, was die Klinik vorhalten muss.

Sind das jetzt Vor- oder Nachteile? – Wie alles im Leben hat das Licht und Schatten. Grundsätzlich ist es zu begrüßen, dass es eine Mindeststrukturvorgabe gibt, und das Wichtigste für die Strukturqualität in den Psych-Fächern ist die Personalausstattung. Da geht es nicht um Geräte, sondern um die Menschen.

Warum brauchen wir das hier? Warum gibt es das schon seit 1991? – Weil wir es mit einer besonders vulnerablen Gruppe von Patientinnen und Patienten zu tun haben, die ihre eigenen Interessen nicht sehr gut vertreten kann. Weil es im Rahmen der Pflichtversorgung eine eingeschränkte Wahlfreiheit gibt, wo ich hingeh; das ist mein pflichtversorgendes Krankenhaus, da muss ich einfach eine Garantie haben, dass sie auch einigermaßen ordentlich mit Personal ausgestattet sind. Weil wir außerdem in den Psych-Fächern das, nach dem es eigentlich noch besser wäre, die Vorgaben zu machen, nämlich die Ergebnisqualität, recht schwierig messen können. Da spielt Mortalität, was ein sehr harter Faktor ist, also Sterblichkeit, zum Glück keine große Rolle. Wir müssten komplizierte Fragebögen und Skalen erheben, die es sehr schwierig machen, die Ergebnisqualität systematisch zu messen, wenn man nicht irrsinnige Bürokratie produzieren will.

Der Nachteil ist beziehungsweise die Risiken sind, dass der Erfüllungsgrad bisher nicht gut ist. Ich habe nur deutschlandweite Zahlen: Am besten ist er noch bei Ärzten und Psychotherapeuten. Dort schaffen 9 Prozent beziehungsweise 7 Prozent der Kliniken nicht die aktuell gültigen Vorgaben. Sehr viel schlechter sieht es bei der Pflege aus, dort schaffen es 26 Prozent nicht, und bei den Spezialtherapeuten – das sind Physiotherapie, Musiktherapie, Tanztherapie und Ähnliches – schaffen 30 Prozent die Vorgaben nicht. Gerade im Bereich der Pflege ist das nicht unbedingt immer nur Sparwille oder Profitwille der Krankenhausträger, sondern schlicht und ergreifend auch fehlendes Personal und fehlende Bewerbungen.

Jetzt möchte ich noch kurz etwas zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung sagen. Darauf wird Frau Schweitzer-Köhn auch gleich ausführlich eingehen, deswegen setze ich ein bisschen andere Schwerpunkte als sie, und wenn wir uns dann ergänzen, bekommen wir, glaube ich, ein volles Bild:

Es ist sehr schwer zu sagen, wie gut Berlin versorgt ist. Die härtesten Zahlen, die wir haben, liefert der Versorgungsgrad der KV. Man würde dann sagen, dass Berlin eine 170-prozentige Überversorgung hat, aber natürlich ist der Versorgungsgrad ein Quotient aus einem Ist und einem Soll, das festgelegt wird. Da liegt Berlin deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Berlin wird von der KV als ein Planungsbereich betrachtet. Das ist ein Problem, denn diese Psychotherapiesitze sind ungleich in der Stadt verteilt. In Mitte und Charlottenburg haben wir ganz besonders viele, und wenn ein neuer zugelassen wird, hat er die Freiheit, wieder in Mitte oder Charlottenburg zu eröffnen.

Wir haben in den letzten Jahren einen deutlichen Zuwachs bei den Psychotherapiesitzen gehabt. Nach den Zahlen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung, also des Instituts der KV, das auch die ambulante Psychotherapie organisiert, gab es einen Zuwachs von 18 Prozent in den letzten zehn Jahren, was die Köpfe angeht. Es wird viel Teilzeit gearbeitet, wenn man es also auf Vollzeitäquivalente umrechnet, haben wir bundesweit in den letzten zehn Jahren einen 19-prozentigen Zuwachs an vollzeitäquivalenten Psychotherapeuten. Das muss man im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen im KV-Bereich sehen, das sind die Hausärzte und die Fachärzte. Da ist es praktisch plus/minus null, es ist also nur der Psychotherapeutenbereich angewachsen.

Einen Nachwuchsmangel kann man in diesem Fach nicht wirklich benennen. Da sind andere Berufsgruppen viel ärger dran, wenn wir zum Beispiel an die Pflege denken. Der Run auf die Studienplätze für Psychotherapie des neuen Studiengangs ist groß, und für den Nachwuchs ist es offensichtlich ein attraktives Fach.

Was wir trotz dieses Zuwachses an Psychotherapeuten und -therapeutinnen nicht sehen, ist zum einen ein epidemiologischer Effekt. Die psychischen Erkrankungen spielen unverändert eine sehr große Rolle, wenn wir es zum Beispiel daran messen, wie viele Menschen wegen einer psychischen Erkrankung krankgeschrieben werden, am Arbeitsplatz ausfallen oder frühberentet werden. Das Argument kann man jetzt so herum und so herum drehen. Man kann sagen: Genau das ist der Grund, warum wir mehr Psychotherapieplätze brauchen. – Man kann aber natürlich auch sagen: Warum sehen wir eigentlich gar nicht, dass sich da etwas bewegt, obwohl wir die Behandlung doch verbessert haben?

Wir haben zum anderen auch keinen Effekt zumindest auf die – ich nenne das einmal so – gefühlten Wartezeiten. Es ist ein sehr schwieriges Thema, das zu bemessen, weil es ganz unterschiedliche Arten dafür gibt. Da muss man immer gut hinschauen, von wem die Zahlen kommen. Man kann vom ersten Anruf, bis die durch die Kasse genehmigte Psychotherapie beginnt, messen. Das ist dann ein sehr viel längerer Zeitraum als derjenige, der vielleicht für die Betroffenen relevant ist, nämlich: Wann habe ich die erste psychotherapeutische Sprechstunde, die ja ohne Antrag beginnen kann? Wann beginnt meine erste Probatoriksituation? Das ist das, was danach kommt. Das muss nicht, ist aber oft bei demselben Therapeuten oder derselben Therapeutin. Dann sehen wir schon sehr viel geringere Wartezeiten, die gar nicht so schlecht sind.

Letzte Anmerkung: Wir haben in diesem Bereich auch ein Problem, dass ein zusätzlicher Psychotherapiesitz – das ist keine Kritik an irgendjemandem, aber das muss man einfach realistisch zur Kenntnis nehmen – für die Gesamtversorgung zum Beispiel von Berlin letztlich einen sehr geringen Effekt hat. Dadurch, dass die Patientinnen und Patienten in der Regel eine Stunde und häufig jede Woche kommen, ist die Gesamtzahl der versorgten Menschen um Dimensionen geringer als in einer Arztpraxis mit kurzen Terminen und vielleicht einem Termin im Quartal. Deswegen ist die Frage, ob die Reaktion auf das Problem der Wartezeiten oder der gefühlten Wartezeiten und des geringen epidemiologischen Effekts nur sein kann, mehr vom Gleichen, also mehr von dem, was wir bisher haben, oder ob wir nicht ein bisschen neuere und klügere Entwicklungen bräuchten.

Da muss man schauen, dass die vulnerablen Gruppen gut versorgt sind, also die Schwerkranken, die Alten – die alten Männer, hier haben es junge Frauen in der Regel einfacher –, die Migranten und die Menschen mit geringer Bildung oder geringem Einkommen. Wir müssen vielleicht auch von den starren Psychotherapiekonditionen, also festen Stunden, 50 Minuten jede Woche wegkommen, zum Beispiel hin zu mehr Gruppentherapie – dann versorgt die gleiche Therapeutin sechs bis acht Patientinnen und Patienten in derselben Zeit – und auch hin zur Stärkung der hausärztlichen Psychotherapie in einfachen und unkomplizierten Fällen. – Das war mein letzter Satz. Danke für die Geduld!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Jetzt kommen wir zu Herrn Dr. Hardt.

Dr. Olaf Hardt (Vivantes Klinikum Neukölln): Vielen Dank! – Ich spreche zu Ihnen nicht nur als Chefarzt der Neuköllner Klinik mit ungefähr 320 Behandlungsplätzen, sondern bin unter anderem im Moment auch einer der beiden Sprecher der Arbeitsgemeinschaft der Chefärztinnen und Chefarzte Psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Fachkrankenhäusern in Berlin. Ich bin Mitglied im geschäftsführenden Ausschuss von ackpa, das ist der deutschlandweite Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefarzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern, sowie Mitglied der Beiräte des Angehörigenverbandes und der Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie – BIP –. Außerdem vertrete ich die Allgemeinpsychiatrie im Landesbeirat für forensische Psychiatrie. Ich sage das nicht, um anzugeben, sondern weil ich versuchen will, diese verschiedenen Perspektiven in das, was ich sage, einfließen zu lassen.

Erst einmal stimme ich Herrn Bschor zu, dass wir in Berlin ein gut funktionierendes System der psychiatrischen Pflichtversorgung auf einem hohen fachlichen Niveau haben. Ich glaube, darauf können wir stolz sein. Wir müssen uns bemühen, das zu erhalten. Aber die psychiatrischen Kliniken sind unter Druck. Das hat unter anderem etwas damit zu tun, dass wir chronisch überbelegt sind. Die Überbelegung ist zum einen Folge dessen, dass Bedarfe steigen, zum anderen aber auch dessen, dass wir nur eingeschränkte Möglichkeiten haben, Bedarfen von Patientinnen und Patienten anders gerecht zu werden als über Betten und tagesklinische Versorgung. Da wünschen wir uns mehr Flexibilität. Dazu sage ich noch etwas.

Wir sind aber an sehr vielen verschiedenen Stellen auch Ausfallbürge für Systemversagen. Was meine ich damit? – Ich spreche unter anderem als Chefarzt einer Klinik zu Ihnen, die im Jahresdurchschnitt rund 25 Prozent wohnungslose Menschen unter ihren stationären Patientinnen und Patienten hat, in den Wintermonaten über 30 Prozent, für die wir über die stationäre Versorgung hinaus wenig Möglichkeiten haben, ihnen gerecht zu werden. Wir haben Demenzkranke, die bei uns landen, vorzugsweise am Freitagnachmittag, auch gleich mit Kündigung des Wohnplatzes im Wohnheim, und die dann wochen- und monatelang bei uns untergebracht sind. Wir haben Langlieger in unseren Kliniken. Das sind Menschen mit schweren Verläufen, vor allen Dingen psychotischen Erkrankungen, häufig komorbiden Suchterkrankungen, die überall hinausgeflogen sind, Hausverbot in Obdachloseneinrichtungen haben, die niemand mehr haben will und die bei uns oder wiederkehrend bei uns sind, weil es für sie keinen Platz gibt. Wir haben zunehmend eine Gruppe von Menschen mit geistigen Behinderungen und zusätzlichem, auch fremdaggressivem Verhalten. Auch sie möchte niemand haben. Sie alle beherbergen wir in unseren Kliniken, weil es an Alternativen zur Versorgung fehlt und weil man diese Menschen nicht einfach auf die Straße setzen kann. Das ist ein großes Problem.

Herr Zander sagte, zwei Kliniken hätten eine schwierige bauliche Situation. Ich weiß, dass allein bei Vivantes, abgesehen von Kaulsdorf, alle Kliniken eine schwierige bauliche Situation haben. Wir behandeln zum Teil unter baulichen Bedingungen, die man keinem somatisch kranken Menschen zumuten würde. Bei uns gibt es Vierbettzimmer, bröckelnde Decken und verdreckte Toiletten auf dem Flur. In der Psychiatrie ist das möglich, und da macht sich natürlich bemerkbar, dass das Land Berlin über Jahrzehnte seinen Investitionsverpflichtungen insbesondere in der Psychiatrie nicht nachgekommen ist. Wir haben bei den eingeschränkten Entlassungsmöglichkeiten für Schwerkranke das Problem, dass auch die Eingliederungshilfe unter Druck steht. Das hat damit zu tun, dass auch dort Menschen nicht mehr alles mittragen wollen. Das hat damit zu tun, dass zum Teil Kündigungen von Gewerbemietverträgen von

therapeutischen Wohngemeinschaften drohen, wenn ein Bewohner in einer Weise auffällig ist, die die Mitmieter nicht tragen wollen. Das BTHG erweist sich zum Teil als problematisch, weil die Bedarfe von schwerkranken Menschen nicht gut abgebildet werden können und die Eingliederungshilfeträger, von denen wir uns als Kliniken eigentlich eine echte Pflichtversorgung wünschen, Anreize bekommen, lieber drei Leichtkranke zu betreuen als einen schwerkranken Menschen.

Wir haben mit Fachkräftemangel zu tun. Herr Bschor hat das Thema der PPP-RL, die das mit den Sanktionszahlungen zu einem noch prekäreren Thema macht, schon angesprochen. Herr Köhler wird auch gleich noch etwas mehr dazu sagen. Ich will einmal grundsätzlich sagen: Wir haben mit der PPP-RL eine Gefahr, dass ein Leistungsabbau in den Kliniken bei gleichzeitig steigenden Bedarfen droht und sich eine Klammer aufmacht zwischen dem, was der Krankenhausplan vorgibt, und dem, was wir tatsächlich unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten umsetzen können. Wir brauchen also dringend eine Flexibilisierung der Angebote. Die PPP-RL ist aber extrem strukturkonservativ und setzt vor allen Dingen auf den stationären und tagesklinischen Bereich. Wir brauchen aber Flexibilisierung. StäB ist gut, aber immer noch zu starr, weil wir an allen sieben Wochentagen aufsuchend behandeln müssen.

Wir würden uns auch – das ist jetzt an Sie adressiert – insbesondere im Rahmen der Institutsambulanz eine Flexibilisierung wünschen. Es gibt das sogenannte bayerische Modell, das anders als in Berlin, wo nach Pauschalen finanziert wird, Einzelleistungen der PIAs finanziert und damit Möglichkeiten bietet, aus der Ambulanz heraus Menschen an einzelnen Tagen aufsuchend sehr flexibel zu behandeln. Das bayerische Modell ist damals vom Bayerischen Bezirkstag angestoßen worden. Das ist politisch sehr unterstützt worden, und wir würden uns in einem ersten Schritt das bayerische Modell für unsere PIAs wünschen. Ich würde mir sehr wünschen, dass wir da Ihre Unterstützung hätten. Der nächste Schritt wäre dann, über Konzepte des regionalen Budgets nachzudenken. – Ich schließe an der Stelle, und Herr Köhler wird den Rest zur PPP-RL erzählen.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank, Herr Dr. Hardt! – Wir kommen zu Herrn Prof. Dr. Köhler.

Dr. Stephan Köhler (Alexianer St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee): Auch von meiner Seite herzlichen Dank für die Einladung! Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Senatorin! Sehr geehrte Abgeordnete! Ich werde versuchen, die Punkte zu ergänzen, die bisher noch nicht genannt wurden. Ansonsten stimme ich all den genannten Punkten zu.

Aus meiner Sicht ist die PPP-RL ein erhebliches finanzielles Risiko für die Kliniken mit einem großen Einfluss auf die Versorgungssicherheit. Wir beide haben das Glück, die beiden größten psychiatrischen Kliniken zu leiten. Ich darf jetzt auch noch kommissarisch die Schlosspark-Klinik übernehmen. In Weißensee reden wir über einen sechststelligen Betrag pro Quartal, der uns an Sanktionszahlungen droht. Um das zu verdeutlichen: Wir haben auch das größte Problem im Bereich Pflege, also dort die Vorgabe von 90 Prozent zu erfüllen. Wir haben in den letzten Jahren größte Anstrengungen unternommen, um die Vorgaben zu erfüllen. Mir ist in Berlin eigentlich kaum eine Klinik bekannt, die das bei der Prüfung im letzten Jahr geschafft hat. Ein wesentlicher Punkt sind die Spezialtherapeutinnen und -therapeuten und auch der Pflegebereich. Im Pflegebereich sind wir immer noch darunter, und auch mit unseren

größten Anstrengungen wären es knapp 300 000 Euro pro Quartal, die uns an Sanktionszahlungen drohen.

Jetzt sitze ich hier auch für einen Privaträger, die Alexianer, und da ist die Überlegung schon: Können diese Sanktionen dauerhaft gezahlt werden, oder geht das dann mit Einschränkungen in der Versorgung einher? Das ist eine Überlegung, die stattfindet. Müssen wir dann Bereiche, in denen wir nicht pflichtversorgend sind, einschränken, um zu sagen, das Personal wird in andere Bereiche gesetzt, sodass wir die Vorgaben aus der PPP-RL erfüllen können? Das ist ein riesiges Problem, und es bindet enorme Ressourcen, das umzusetzen.

Auf der anderen Seite ist im letzten Jahr – es gab ja die Frage, was sich ab dem 1. Januar verändert hat – eine zunehmende Flexibilisierung durchgeführt worden, was die Anrechnung der Berufsgruppen untereinander angeht. Das ist, glaube ich, eine Chance. So können auch Psychologinnen und Psychologen im Bereich von anderen Berufsgruppen mit angerechnet werden. Mein großer Wunsch wäre, dass diese Flexibilität in den nächsten Jahren weiter erhalten bleibt, weil es eine echte Chance ist, den guten Seiten der Vorgaben der Personalverordnung entgegenzukommen, aber uns nicht zu stark einzuschränken.

Ein anderes riesiges Thema, gerade auch für die Kliniken, ist das Bundesverwaltungsgerichtsurteil von 2025, was die Ausfinanzierung des Bestandpersonals in Psychiatrien angeht. Ich bin mir nicht sicher, ob alle davon gehört haben, aber das Urteil führte dazu, dass wir bei uns in der Klinik eine unklare Finanzierungssumme von 3 Millionen Euro pro Jahr haben, weil in diesem Gerichtsurteil gesagt wurde, dass nur noch neues Personal so ausfinanziert werden darf, wie es auch eingestellt wird. Das Bestandspersonal mit den Kostensteigerungen, gerade im Lohnbereich, muss nicht mehr durch die Kostenträger entsprechend ausfinanziert werden. Das ist ein riesiges Thema, das uns große Sorge bereitet, um wirtschaftlich noch gut dazustehen. – Das sind die Punkte, die für die PPP-RL zu erwähnen sind und eine große Relevanz haben.

Zur stationären psychiatrischen Versorgung wurden die wichtigen Punkte genannt. Wir sind an einer Stelle, wo die Liegezeit immer kürzer wird, wir aber gleichzeitig einen enormen Aufnahmedruck und Versorgungsgruppen haben, bei denen Patienten teilweise zwei bis drei Jahre stationär bei uns sind, weil eine Anschlussversorgung nicht vorhanden ist. Um da auch noch einmal diesen Punkt zu machen: Kostenträger sagen uns dann, dass sie das gar nicht mehr bezahlen, wenn es um Wohnungsvergütung und Ähnliches geht. Das heißt, wir haben einen Rechtsstreit mit den Kostenträgern darüber, warum wir Patienten in bestimmten Konsultationen überhaupt noch bei uns behalten, aber gleichzeitig sagen wir, dass wir sie nicht auf die Straße setzen können. Das ist ein ganz zentraler Punkt.

Wir haben eine Zunahme von Gewalt. Wir haben eine Zunahme von Übergriffen. Wir haben eine Zunahme von komorbiden Abhängigkeitserkrankungen. Es kommt zu einer extremen Zunahme schwerer psychischer Erkrankungen im stationären Bereich, was wiederum auch dazu führt, dass andere psychische Erkrankungen in der Form nicht mehr behandelt werden können. Das heißt, wir haben einen enormen Druck in den Tageskliniken, bei uns zum Teil drei bis vier Monate Wartezeit, und natürlich korrespondiert das mit der ambulant-psychiatrischen, psychotherapeutischen Versorgung. Unsere PIA bekommt jeden Tag 30 Anrufe von neuen Patienten, die keine Versorgung mehr haben, die wir aber schlecht im stationären Rahmen aufnehmen können. Wir versuchen mit unseren Modellen, StäB wurde

erwähnt, mit dem Ausbau der PIA, mit sektorenübergreifenden Modellen frühzeitig Konzepte zu entwickeln, um die Entwicklung von schweren psychischen Erkrankungen zu verhindern.

Insbesondere zwei Gruppen von Patientinnen und Patienten liegen mir sehr am Herzen: Das sind erstens die jungen Patientinnen und Patienten. Da geht es um das Thema KJP, auch wenn das nicht genuin mein Feld ist. Da stehen wir vor großen Aufgaben – ich denke, Sie werden davon gehört haben. Da gibt es auch den Wunsch, die Schnittstelle zur Transition, also von Kinder und Jugend zu Erwachsenen, besser aufzustellen. Das wäre etwas, das zukünftig die Entwicklung schwerer psychischer Erkrankungen verhindern kann. Das zweite große Thema ist: Wir haben in Weißensee zwei große gerontopsychiatrische Stationen und auch dort eine extreme Zuspitzung an schweren Erkrankungen. Patienten kommen in sehr schwierigen Zuständen, somatisch krank, psychisch sehr schwer krank. Da hat sich ein großer Shift ergeben. Wo früher vielleicht noch eine Demenzdiagnostik stand, kommen sehr schwer demenziell erkrankte Patienten in die stationäre Versorgung, häufig gekündigt aus den Heimen, in sehr schwierigen Zuständen, wo wir dann vor allem auf der Suche nach einer Anschlussbehandlung sind. In diesen beiden Bereichen braucht es neue Konzepte, etwa Tageskliniken gezielt für gerontopsychiatrische Patienten. Auch Transitionsstationen sind da, glaube ich, sehr wichtig.

Zur psychotherapeutischen Versorgung wurden schon wichtige Dinge gesagt. Ich möchte abschließend einen Punkt nennen, nämlich dass die neue Ausbildungsform uns als Kliniken vor große Fragen stellt, zum Beispiel: Sind dann diese Kandidatinnen und Kandidaten in der Ausbildung überhaupt für die PPP-RL anrechenbar? Wenn sie es nicht sind, werden wir keinerlei Incentive haben, die Kolleginnen und Kollegen anzustellen. Die Frage, wie die Finanzierung der neu auszubildenden Kolleginnen und Kollegen aussieht, ist völlig ungeklärt. Das sind Dinge, die unbedingt geklärt werden müssen, bevor wir sagen können, dass wir an der Ausbildung so partizipieren können, wie wir es bisher gemacht haben. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann kommen wir jetzt zu Frau Eva-Maria Schweitzer-Köhn, und sie hat eine Präsentation mitgebracht.

Eva-Maria Schweitzer-Köhn (Psychotherapeutenkammer Berlin): Vielen Dank für die Einladung! Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Frau Senatorin! Sehr geehrte Abgeordnete!

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Zur Versorgungssituation in Berlin mit ambulanter Psychotherapie wurde schon etwas gesagt, und ich kann das noch weiter vertiefen. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erfüllen laut Angaben der KV ihren Versorgungsauftrag zu über 99 Prozent, dort ist also nichts weiter herauszupressen. Trotzdem gibt es erhebliche Wartezeiten. Wir haben tatsächlich keine verlässlichen Zahlen. Sie haben schon darauf hingewiesen, dass es schwer ist, die Zahlen zu erheben. Es gibt aber eine Studie des Innovationsausschusses des Gemeinsamen Bundesausschusses. Diese haben mit Abrechnungsdaten gearbeitet, und es wurde bundesweit eine Wartezeit von etwa fünf Monaten festgestellt. Da unterscheidet sich Berlin nicht so sehr.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Jetzt zu den Daten zur Versorgungssituation: Da hat sich bei der Verteilung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten innerhalb Berlins schon wesentlich etwas geändert. Der Letter of Intent, den die Senatsverwaltung mit der KV und den Krankenkassen abgeschlossen hat, hat hier eine ganz gute Wirkung, wie man an den Zahlen sieht.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Die Versorgungsgrade – hier sind sie noch einmal für ganz Berlin – haben sich nicht hundertprozentig, aber doch sehr angeglichen in den letzten Jahren. Dann ist noch zu sagen: Sie haben von 170 Prozent gesprochen. Wir waren einmal bei über 170 Prozent und sind mittlerweile bei 167 Prozent, also insgesamt nimmt der Versorgungsgrad ab. Wir haben zwar eine Zunahme an Köpfen, aber nicht an Versorgungsaufträgen insgesamt.

Wie kommen diese 170 Prozent beziehungsweise 167 Prozent, bei denen wir jetzt sind, zustande? – Die Bedarfsplanung wurde für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten 1999 eingeführt, als dieser Beruf neu in die Versorgung kam. Da wurde dann so vorgegangen, dass alle, die bis zum 1. August zugelassen waren, als 100 Prozent genommen wurden. Ich war damals im Zulassungsausschuss in Berlin, und wir waren da gerade bei Buchstabe M, also ungefähr bei der Hälfte. Die Zulassungsverfahren haben sich noch gezogen bis, ich glaube, 2004, bis auch alle gerichtlich angefochtenen durch waren. Trotzdem waren das 100 Prozent. Das muss man einfach dazu sagen. Es hat mit Bedarfserhebung nichts zu tun. Insofern freue ich mich, dass gesagt wurde, der GB-A ist auf dem Weg, eine prospektive Bedarfsplanung zu entwickeln. Das wäre auf jeden Fall ein guter Schritt.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Zur stationären und teilstationären Psychotherapie ist schon ausgeführt worden.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Zur PPP-RL möchte ich noch ergänzen: Die Minutenwerte sind angesprochen worden. Die Minutenwerte von 50 Minuten beziehen sich aber auf die gesamten Arbeiten, die pro Patient zu tun sind, also einschließlich Teambesprechungen, Dokumentation und so weiter. Das heißt, bei den Patientinnen und Patienten kommen real 25 Minuten pro Woche an, und das ist keine leitliniengerechte Behandlung. Wir plädieren auf jeden Fall dafür, die Minutenwerte für Psychotherapie in der PPP-RL anzupassen.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Die PPP-RL regelt Mindestvorgaben. Das heißt, für eine leitliniengerechte Behandlung kann man auch mehr psychotherapeutisches Personal verhandeln. Das ist im Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge in Berlin gelungen. Dort ist es gelungen, mit Verweis auf eine leitliniengerechte Behandlung mehr psychotherapeutisches Personal in den Kostenverhandlungen mit den Krankenkassen zu verhandeln.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Zur Altersstruktur, auch im Hinblick auf die Zukunft: 40 Prozent der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Kammerstatistik sind über 60 Jahre alt.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Bei den Kassenzugelassenen sind es sogar mehr als 40 Prozent. Das heißt, es ist davon auszugehen, dass in den nächsten fünf bis zehn Jahren hier eine Lücke entsteht.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Dann noch etwas zur Weiterbildung: Nach neuem Recht machen die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ein Psychotherapiestudium, nach welchem sie die Approbation erwerben können, und dann ist eine fünfjährige Weiterbildung zu machen, mit der die Fachkunde erworben wird.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Die Weiterbildung kann in Ambulanzen und Praxen, in der Psychiatrie, Psychosomatik und im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Beratungsstellen stattfinden, wobei jeweils zwei Jahre ambulant und zwei Jahre Psychiatrie Pflicht sind. Das können auch jeweils drei Jahre sein, aber diese sind auf jeden Fall Pflicht.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Über die durch die Kammer schon zugelassenen Weiterbildungsstätten könnten wir knapp 200 Weiterbildungsplätze anbieten. Wir wissen aber noch nicht, inwieweit diese überhaupt arbeiten, weil ihnen auch die Finanzierung fehlt. Aber sie sind ausschließlich ambulant. Was wir wirklich dringend brauchen, ist die Weiterbildung im stationären Bereich.

[Es wird eine Folie gezeigt.]

Wir hätten gerne, dass der Senat die Weiterbildung im Öffentlichen Gesundheitsdienst fördert und damit auch die Versorgung stärkt. Wir haben dazu in der Kammer Modelle entwickelt. Wir wünschen uns natürlich außerdem die Förderung der stationären Weiterbildung mit – das ist schon angesprochen worden – einer Aufnahme der psychotherapeutischen Weiterbildung neben der ärztlichen und der Weiterbildung des nicht ärztlichen Personals in das Berliner Landeskrankenhausgesetz. Es müsste nur zusätzlich eingefügt werden – das haben wir auch zusammen mit der Berliner Krankenhausgesellschaft entwickelt –, damit die Kliniken eine gesetzliche Möglichkeit haben, die psychotherapeutische Weiterbildung in den Pflegesatzverhandlungen mit den Krankenkassen mitzuverhandeln. – Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Ich habe jetzt Wortmeldungen von Herrn Zander, Herrn Ubbelohde, Frau Pieroth, Frau König, Herrn Schatz und Frau Atli. Für diejenigen, die noch nicht hier waren: Die Abgeordneten stellen jetzt ihre Fragen, Sie müssten sich das aufschreiben, und dann können Sie sie im Nachgang beantworten. – Dann kommen wir zu Herrn Zander.

Christian Zander (CDU): Vielen Dank! – Ich wähle nur einen Ausschnitt dessen, was man fragen könnte. Es war sehr interessant und sehr aufschlussreich, was Sie uns hier berichtet haben.

Herr Bschor! Ich fange einmal bei Ihnen an. Sie haben gesagt, Deutschland würde den Spitzenplatz einnehmen, was die stationäre Behandlung anbelangt. Sie haben gesagt, wir hätten einen höheren Grad als alle anderen europäischen Länder und haben das als positiv dargestellt. Warum ist das so positiv, oder warum haben alle anderen Länder das im stationären Bereich nicht so stark ausgeprägt? Das hätte ich gerne gewusst.

Dann haben mehrere von Ihnen angesprochen, dass Sie sich eine größere Flexibilität wünschen, und haben begründet, warum das nicht geht – so habe ich das zumindest verstanden –, nämlich zum Teil aufgrund der getrennten Finanzierungssysteme beziehungsweise Finanzierungssystematik. Ich habe es aber auch so verstanden, dass es nicht nur darum geht, sondern dass es im Prinzip auch eine Kapazitätsfrage ist. Denn selbst wenn Sie diese größere Flexibilität hätten, aber chronisch überbelegt sind und einen Run auf Tageskliniken et cetera haben, was wäre denn außer dieser Finanzierung, die man anders aufstellen müsste, noch eine Voraussetzung dafür, dass man die Patientinnen und Patienten aus Ihrer Sicht optimal behandeln könnte? Sie haben gesagt, StäB ist ein Ansatz, aber reicht nicht aus oder ist vielleicht auch zu kompliziert, wie auch immer. Was müsste jetzt tatsächlich konkret geändert werden?

Sie haben auch gesagt, dass das regionale Budget für die Finanzierung eine Variante wäre. Ich glaube, im Bereich der Gemeindepsychiatrie wird auch untersucht, ob alle miteinbezogen werden können, um die entsprechende Versorgung innerhalb einer Region besser zu gewährleisten. Mich würde auch interessieren, wie es geschafft worden ist, dieses bayerische Modell für die Psychiatrischen Institutsambulanzen umzusetzen. Da wird ja nicht nur allein der Landesgesetzgeber an einem Strang gezogen haben müssen, sondern wahrscheinlich auch die Kostenträger. Wie könnte man sich hier in Berlin vorstellen, das zu erreichen?

Zum Schluss noch zu dem, was Frau Schweitzer-Köhn angesprochen hat, nämlich einer Änderung des Landeskrankenhausgesetzes. Diese Vorschläge liegen schon eine Weile auf dem Tisch, und ich glaube, es wurde nicht so ganz einheitlich gesehen, was das Ganze bewirken könnte. Sie haben gesagt, andere Bundesländer hätten so eine Regelung aufgenommen und dass es dort bei den Verhandlungen mit den Kassen tatsächlich etwas bewirkt hätte. Vielleicht können Sie sagen, welche Länder das sind und was das konkret bewirkt hat, damit wir das als Anreiz haben, uns hiermit noch einmal zu beschäftigen.

Mich würde noch eines von Herrn Dr. Hardt interessieren: Sie haben gesagt, Sie haben 25 Prozent Wohnungslose, im Winter 30 Prozent. Wie lange sind die Menschen bei Ihnen? Wie konkret können Sie ihnen helfen? Was passiert mit den Menschen, wenn Sie diese dann wieder entlassen, und warum entlassen Sie sie wann? Hängt das mit dem Wetter zusammen, oder hängt das mit einer Besserung des seelischen Zustands zusammen?

Vorsitzende Silke Gebel: Herr Ubbelohde!

Carsten Ubbelohde (AfD): Vielen Dank! – Vor allem vielen Dank, dass Sie heute da sind! Ihre Ausführungen sind symptomatisch, nicht nur für Ihren Bereich, sondern für viele andere Bereiche im Gesundheitswesen auch.

Der Hintergrund meiner Frage ist: Wir sprechen hier über eine Personalausstattungsrichtlinie, die hohe Qualität anstrebt, die hohe Verlässlichkeit und Sicherheit suggeriert, aber an der wirklichen Realität aus meiner Sicht vollkommen vorbeigeht. Das heißt, viele Dinge, die bei Ihnen geplant sind und denen Sie sich ausgesetzt fühlen, sind aus meiner Sicht überhaupt nicht umsetzbar, und Sie stoßen da mit Ihrer Arbeit an die sichtbaren Grenzen.

Das ist die fehlende Finanzierung, dass zwei Drittel der Personalkosten nicht ausreichend finanziert werden konnten. Das ist die Personalausstattung an sich, die bei 90 Prozent der Einrichtungen als Grund angesehen wird, weshalb mit Kürzungen zu rechnen ist, und das ist natürlich der enorme Bürokratieaufwand. Wenn man bedenkt – das ist noch gar nicht angesprochen worden –, dass stufenweise steigende Personalschlüssel trotz dieser Mängel und trotz der Personalnot noch angestrebt und vorgegeben sind, zeigt das, dass im Grunde das ganze Konstrukt aus unserer Sicht doch sehr absurd ist.

Wie wollen Sie denn diese PPP-RL tendenziell überhaupt umsetzen, um nicht Gefahr zu laufen, letztendlich Versorgungssicherheit komplett ad absurdum zu führen oder zu verlieren? Welche Möglichkeit sehen Sie, den Bürokratieaufwand zu verringern? Sie sprachen von 25 Stunden, die effektiv für die Behandlung an Patienten zur Verfügung stehen. Das zeigt, auch in anderen Bereichen des Gesundheitswesens, dass für die eigentliche Behandlung der Patienten aufgrund dieser Vorgaben immer weniger Zeit bleibt. Wie hat sich die Anzahl der psychiatrischen Betten in Berlin in den letzten fünf Jahren entwickelt? – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann kommen wir zu Frau Pieroth.

Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE): Sie haben, insbesondere Herr Prof. Bschor, die vulnerablen Gruppen angesprochen und wie wir sie eigentlich erreichen. Es wurde vom bayerischen Modell für die PIAs und Regionalbudgets gesprochen. Wir werden nachher auch noch über das PsychKG und eine eigentlich in dieser Legislative angedachte Novelle, die wir vielleicht bis Juni nicht mehr hinbekommen, sprechen. Sie haben die Transition angesprochen. Wir werden zwei neue soulspace-Standorte haben, wie ich höre, also auch auf Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychosoziale Transition eingehen.

Meine Fragen richten sich in erster Linie an den Senat: Wie sind denn Ihre Zeitpläne? Wir haben gehört, wie es aussieht, insbesondere in den Krankenhäusern, etwa Neukölln. Bei Ihnen, Herr Prof. Köhler, ist auch noch die Schlosspark-Klinik dazugekommen. Wie ist die schrittweise Annäherung an bessere Zustände im Hinblick auf die Ideen, die hier genannt wurden?

Dann würde ich gerne ganz konkret zur PPP-RL im Hinblick auf StäB, also die stationsäquivalente Behandlung, wissen: Wie ist über die Richtlinie gesichert, dass Sie ausreichend qualifiziertes Personal haben, oder gibt es diesen Mangel, den Sie beschrieben haben? Wie wird der mit Leasingkräften kompensiert, und sind diese dann auch ausreichend dazu qualifiziert?

Im Hinblick auf die Weiterbildung in der Psychotherapie würde ich gerne vom Senat wissen, inwieweit er die Vorschläge der Psychotherapeutenkammer aufgreift.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann kommen wir zu Frau König.

Bettina König (SPD): Ich nehme die Situation der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung als sehr schwierig wahr. Das liegt zum einen an den Gesprächen, die ich mit Ärzten, mit der Kammer, aber auch mit Krankenkassen führe, zum anderen aber auch daran, dass Leute zu mir ins Büro kommen und einfach verzweifelt sind, weil sie keinen Therapieplatz finden. Fünf Monate Wartezeit ist einfach zu viel. Ich erinnere mich – leider – an eine Sitzung dieses Ausschusses von vor vielleicht einem Dreivierteljahr, in der ich genau das Gleiche gesagt habe, und ich glaube, es hat sich seitdem nichts verändert. Ich finde das wirklich falsch, was hier passiert. Wir lassen das alle laufen. Wir wissen, dass die Leute nicht gut versorgt sind, und trotzdem ändert sich nichts.

Ich bin Frau Schweitzer-Köhn sehr dankbar, dass sie noch einmal erklärt hat, auf welcher Grundlage die Bedarfsplanung besteht. Auch das wissen wir eigentlich alle, und wenn man weiß, auf welcher Grundlage sie erstellt wurde, kann man nicht erzählen, dass diese Stadt mit 160 Prozent ausgestattet ist und es funktioniert. Das tut es einfach nicht. Da funktioniert vielleicht auch Selbstverwaltung nicht so, wie wir es erwarten. Ich erwarte eigentlich, dass alle politischen Entscheidungsträger das, wo sie können, zum Thema machen – also natürlich auch auf der Bundesebene.

Jetzt kommt die Abwertung der Honorare noch dazu. Ich halte das für ein absolut falsches Signal, und ich gehe davon aus, dass sich die Versorgungssituation für Kassenpatienten verschärfen wird. Ich frage mich: Wo wollen wir eigentlich hin mit dieser Gesellschaft, mit der Versorgung und dem, was wir den Leuten anbieten? Soweit ich weiß, gibt es ein Urteil des Sozialgerichts Berlin von Ende 2024, in dem der Berufungsausschuss der KV aufgefordert wird, die Bedarfe neu zu regeln. Ich habe keine aktuellen Informationen dazu, ob da etwas

passiert ist. Vielleicht kann die Senatorin etwas dazu sagen, ich weiß nicht, ob Sie aktuelle Informationen dazu haben. Denn das ist ein Auftrag, der dem Berufungsausschuss gegeben wurde.

Zu den Weiterbildungsstellen würde ich gerne wissen: Da gab es schon 2024 vom 90a-Gremium eine Empfehlung an den Senat, tätig zu werden und möglichst Weiterbildungsstellen im Öffentlichen Gesundheitsdienst zu schaffen. Frau Senatorin! Ich würde an der Stelle gerne von Ihnen wissen, was eigentlich seitdem passiert ist, um die Weiterbildung abzusichern. Zur Aufnahme der Weiterbildung in das Landeskrankenhausgesetz würde ich außerdem gerne wissen, ob das geplant ist, und wenn nicht, warum.

Dann wurde hier noch gesagt, dass es für Einzeltherapie in der Psychiatrie 25 Minuten pro Woche sind. Das finde ich erschreckend. Ich habe letztes Jahr einen Patienten betreut, und ich muss ganz ehrlich sagen: Es ging sehr viel um Beschäftigung und sehr wenig um therapeutische Behandlung, viel um Medikamente, aber wenig um Therapie. – Frau Schweitzer-Köhn! Sie haben gesagt, dass Sie sich politische Unterstützung wünschen würden, dass das angepasst wird. Vielleicht können Sie uns noch einmal konkreter sagen, wie wir das leisten können, denn ich würde es gerne politisch unterstützen.

Eine Flexibilisierung der PIA ist nötig. Da wurde von Ihnen auf das bayerische Modell verwiesen. Können Sie das doch einmal kurz ausführen? Denn mir ist nicht geläufig, was sie anders machen als Berlin. Bei der PPP-RL wurde deutlich, dass es ein Problem in den Kliniken ist, hauptsächlich im Bereich Pflege und bei Spezialtherapeuten, wenn ich es richtig verstanden habe. Ich halte die PPP-RL aber für sehr wichtig aus den Gründen, die Herr Prof. Bschor genannt hat, nämlich dass es um eine sehr vulnerable Gruppe geht. Gäbe es denn die Möglichkeit, dass man Pflege und Spezialtherapeuten herausnimmt, also die PPP-RL vielleicht in dem Sinne novelliert, aber trotzdem für den Bereich der Ärzte, der Psychiater und der Psychotherapeuten so belässt? Das wäre eine Frage von mir.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Herr Schatz!

Carsten Schatz (LINKE): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Ich will direkt an das anknüpfen, was Frau König gesagt hat. Ich bin auch ein großer Fan davon, Personalvorgaben zu machen, weil ich glaube, dass es für die Qualitätssicherung enorm wichtig ist. Wir müssen eher schauen, was wir dazu leisten können, damit diese Personalvorgaben eingehalten werden können, also Sie in die Lage zu versetzen, genug qualifiziertes Personal zu finden, sowohl was den ärztlichen, den therapeutischen, aber auch den pflegerischen Bereich angeht. Das ist der Schlüssel, den wir in der Hand haben und wo wir etwas machen müssen.

Ich will meine Fragen stellen. Wir hatten es vorhin schon in der Aktuellen Viertelstunde: Mich interessiert, Frau Schweitzer-Köhn, Ihr Blick darauf, was mit der Absenkung der Honorare jetzt passiert. Wie wird die Situation in Berlin sein? Mit was werden wir uns herumzuschlagen haben?

Um noch einmal auf die PPP-RL zu kommen: Sie haben gesagt, wie Sie die aktuelle Situation einschätzen. Ich hätte es gern noch einmal explizit gewusst: Droht Berlin, dass wir Stationen schließen müssen oder dass Bettenkapazitäten reduziert werden müssen, damit Sie am Ende die Mindestvorgaben einhalten können? Das ist ja in anderen Bereichen auch passiert.

Dann noch eine Frage: Sie haben die bauliche Situation erwähnt. Ein Krankenhaus, das uns am Herzen liegt, ist das Krankenhaus Hedwigshöhe, und da ist es so, dass die Schließung droht. Welche Folgen hätte das für die Versorgungssituation in Berlin und vor allem im Berliner Südosten?

Die Ausbildungsfragen sind im Wesentlichen gestellt worden. Ich will mich der Frage von Frau König anschließen, ob Sie das bayerische Modell noch einmal insgesamt erläutern könnten, denn ich finde das ganz spannend. Was können wir auf politischer Ebene dafür tun?

Zuletzt die Frage: Welche Möglichkeiten sehen Sie auf Landesebene für uns, damit wir die Regelungen, die wir auf Bundesebene brauchen, zumindest anschieben oder an Stellen kompensieren können? Das Landeskrankenhausesgesetz wurde schon als Stichwort genannt. Da würde mich Ihre Sicht interessieren. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Jetzt ist noch Frau Atli an der Reihe, und dann kommen wir zu den Anzuhörenden.

Sebahat Atli (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Vielen Dank auch an alle Anzuhörenden! Ich habe spezielle Fragen in Richtung Demenz, und zwar an Herrn Hardt: Wie viele Menschen mit Demenzbetroffenheit befinden sich derzeit in Ihrer Einrichtung, auf Ihrer Station? Sie haben, wenn ich mich nicht verhört habe, von mehreren Monaten gesprochen, die die Zeit der Unterbringung für Menschen, die demenzerkrankt sind, mit sich bringt. In welcher Situation ist eine geschlossene Unterbringung bei Demenz medizinisch, pflegerisch tatsächlich erforderlich, oder ist das eigentlich eine Nothilfemaßnahme der Pflegeeinrichtungen, um bei einer Aufgabe, der sie nicht gerecht werden können, erst einmal Sicherheit zu bringen? Denn es ist ja dann eine geschlossene Einrichtung. Wie gut ist das Personal bei Ihnen aufgestellt, diesen Menschen die Unterstützung zu geben, die sie tatsächlich brauchen?

Meiner Ansicht nach ist jeder Tag zu viel, den demenzkranke Menschen bei Ihnen in der Einrichtung erleben müssen. Welche Risiken sehen Sie da für Betroffene, die durch solche Unterbringungen in einem Leben, in dem sie sowieso schon beschwert sind, noch einmal beschwerter sind? Wo sehen Sie in der aktuellen Gesetzesgrundlage Graubereiche oder Fehlansätze, die dafür Sorge tragen, dass Menschen mit Demenzerkrankung so lange in eine Klinik müssen und dort untergebracht und entsprechend betreut werden müssen?

An den Senat möchte ich gern noch ein paar Fragen richten: Welche Datengrundlage liegt dem Senat zur Häufigkeit und Dauer solcher Unterbringungen insbesondere von demenzerkrankten Menschen vor? Gibt es da überhaupt eine? Gibt es Programme, die unterstützen, dass die ambulante Versorgung Demenzkranker zum Beispiel in WGs oder eine quartiersnahe Versorgung gewährleistet werden kann? Gibt es Maßnahmen, um pflegende Angehörige zu entlasten, damit es zu so einer Unterbringung nicht kommt, dass sie also eher zu Hause sind als in Kliniken, wo sie total fehluntergebracht sind? Gibt es Beschwerde- und Kontrollmechanismen und Stellen auf Senatsebene für Betroffene und Angehörige? Wir wünschen uns natürlich alle, dass es das letzte Mittel ist, wenn so etwas überhaupt passiert. Es ist erschreckend, dass es passiert, aber ich denke, das ist das letzte Mittel der Wahl in den meisten Fällen. Wie kann man sicherstellen, dass die Zahl dieser Art der Unterbringung so gering wie möglich bleibt? – Die anderen Fragen wurden schon gestellt. Vielen Dank!

Silke Gebel (GRÜNE): Vielen Dank! – Jetzt hat Herr Schatz noch eine kleine Sache nachzutragen.

Carsten Schatz (LINKE): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Ich habe eine Frage vergessen, und zwar: Herr Dr. Hardt! Sie sind auf die wohnungslosen Menschen eingegangen. Da interessiert mich: Wenn Sie die Leute entlassen, dann werden Sie sie ja nicht auf die Straße setzen, sondern Sie werden wahrscheinlich auf die eine oder andere Art und Weise mit Institutionen kooperieren, wo die Leute dann aufgefangen und weiter begleitet werden können. Können Sie da welche nennen? Kooperieren Sie mit ihnen gut? Bräuchten wir von den Angeboten – das ist jetzt eine Suggestivfrage – mehr, damit wir vielleicht weniger Leute in den stationären Bereichen bei Ihnen sehen, was wahrscheinlich auch nicht immer sachgerecht ist? – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Wir haben eben besprochen, dass wir erst einmal an die Anzuhörenden zur Beantwortung abgeben und Frau Senatorin Czyborra dann zum Schluss auf die Fragen, die bei ihr gelandet sind, antworten wird. – Das heißt, wir starten jetzt wieder mit Herrn Prof. Dr. Bschor.

Dr. Tom Bschor (Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie): Das waren viele Fragen, aber ich kann es kurz machen. – Herr Zander! Da habe ich mich schief ausgedrückt. Der Spitzenplatz vollstationärer psychiatrischer Versorgung in Europa ist nicht primär eine positive Nachricht, denn es macht Menschen auch krank, wenn sie unnötig vollstationär von zu Hause entfremdet sind, und es ist sehr ressourcenineffizient.

Was hilft eine größere Setting-Flexibilität gegen den Personalmangel? – Immer, wenn man eine vollstationäre Behandlung vermeiden kann und tagesklinisch, ambulant oder aufsuchend behandelt, spart man zum Beispiel genau in der besonders knappen Berufsgruppe der Pflege Schichten ein. Vollstationär heißt immer: drei Pflegeschichten an sieben Tagen in der Woche. Da hilft uns die Flexibilität.

Das bayerische Modell wurde verschiedentlich nachgefragt. Da ich selbst konkrete Erfahrungen mit dem bayerischen Modell habe, will ich kurz etwas dazu sagen. Es gilt nämlich nicht nur in Bayern, sondern auch in Sachsen – dort habe ich in der Psychiatrischen Institutsambulanz lange damit gearbeitet – und inzwischen in Baden-Württemberg. In den anderen Bundesländern, einschließlich Berlin, gibt es eine Quartalspauschale für jeden Patienten und jede Patientin, die wir in der Psychiatrischen Institutsambulanz behandeln. Machen wir uns nichts vor: Das ist ökonomisch ein Anreiz, möglichst wenig mit dem Patienten oder der Patientin zu machen, denn die Quartalspauschale ist die gleiche. Es gibt manchmal Abstufungen, was mindestens gemacht werden muss, aber darüber zu gehen ist dann ökonomisch nicht günstig.

Im bayerischen Modell wird jede Einzelleistung vergütet. Wenn Sie den Patienten jede Woche sehen, hingehen oder eine Gruppe betreuen, gibt es unterschiedliche Finanzierungen. Das bayerische Modell ist außerdem ein tolles Beispiel für eine enorm bürokratiearme Art, abzurechnen. Das ist wirklich so einfach, dass ich Ihnen das jetzt hier in einer Minute erklären kann. Es gibt für jede Behandlung eine dreistellige Ziffer. Die erste steht für die Berufsgruppe, die zweite für die Dauer – 10 Minuten, 20 Minuten, 30 Minuten –, und die dritte Ziffer steht für das Setting: War das in der Ambulanz? War das aufsuchend? Haben Sie gar nicht mit

dem Patienten, sondern konsiliarisch mit Kolleginnen und Kollegen geredet? – Das ist dann im Gegensatz tatsächlich ein Anreiz, den Patienten möglichst das zukommen zu lassen, was sie brauchen, denn es wird auch einzeln vergütet.

Herr Ubbelohde! Sie haben gefragt, wie die PPP-RL finanziert wird. Rein prinzipiell ist sie finanziert. Dass das in der Praxis dann anders aussehen kann, ist zu diskutieren. Aber wie hoch die Vergütung über das PEPP ist – PEPP ist die Vergütungssystematik, mit der die psychiatrischen Kliniken vergütet werden –, das legt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus – InEK – fest. Das InEK schaut sich dafür in den sogenannten Kalkulationshäusern an, welche Ausgaben sie hatten. Wenn dort das Personal steigt, weil die PPP-RL diese Vorgaben macht, dann ist auch die Beurteilungsgrundlage für das InEK höher und damit die Kalkulation für das PEPP. Das hinkt dann immer etwas hinterher, das ist eines der Probleme bei den Krankenhäusern. Aber ganz grundsätzlich von der Idee ist das gegeben.

Frau Pieroth! Sie haben gefragt, wie sich PPP-RL und StäB zueinander verhalten. Es gibt jetzt eine Flexibilisierung und Entbürokratisierung, dass die Nachweise, dass die PPP-RL erfüllt ist, für die gesamte Einrichtung gemacht werden, also zum Beispiel für die psychiatrische Klinik Weißensee oder Neukölln, aber nicht mehr, wie es ursprünglich vorgesehen war, stationsweise und damit auch für das StäB einzeln. Das wäre ein bürokratischer Wahnsinn geworden. Damit können wir es für das StäB nicht einzeln abbilden, aber im StäB ist es eigentlich vergleichsweise sicher, denn Sie müssen jeden Tag einen Einzelbesuch zu Hause durch eine Berufsgruppe nachweisen, sodass das eigentlich nicht ausfallen kann, denn dann haben Sie kein StäB erbracht und können das auch nicht abrechnen.

Frau König! Dass sich gar nichts ändert, so kann man das, glaube ich, dann doch nicht formulieren. Ich habe die Zahlen zum Aufwuchs der ambulanten Psychotherapieplätze genannt. Diese werden auch von niemandem bestritten. Wir haben eine sehr merkwürdige Situation, die wir so ein bisschen zur Kenntnis nehmen müssen und die wir in der Gesundheit nicht nur bei der Psychotherapie kennen, dass der Bedarf irgendwie auch mit dem Angebot wächst. Es ist nicht immer nur andersherum, dass ein definierter Bedarf da ist, den man decken kann, und wenn er dann übergedeckt ist, stehen die Plätze leer, sondern das ist leider eine wechselseitige Beziehung, die wir durch viele gesundheitsökonomische Studien auch nachgewiesen haben. Deswegen war mein Plädoyer eben, jetzt nicht nur mit dem Reflex zu reagieren, dass wir mehr vom Gleichen brauchen, sondern ein bisschen innovativer zu werden, wie wir die Bedarfe abbilden.

Zur Finanzierung der Weiterbildungsstellen: Frau Schweitzer-Köhn hat dargestellt, dass wir bislang nur ambulante Weiterbildungsplätze haben. Da ist es immerhin so – das muss man in der Debatte wissen –, dass die psychotherapeutischen Behandlungen, die diese Weiterbildungskandidatinnen und -kandidaten im ambulanten Bereich erbringen, voll von der KV als Psychotherapie finanziert werden. – [Zuruf von Eva-Maria Schweitzer-Köhn] – Von den Krankenkassen direkt, Sie haben recht. Danke! – Insofern fließt da natürlich auch Geld.

Kann man aus der PPP-RL die Spezialtherapeuten und das Pflegepersonal herausnehmen, weil es so schwer zu erfüllen ist? – Dann haben wir an der Stelle keine Qualitätsabsicherung mehr, und das geht am Ende zulasten der Patienten und Patientinnen, würde ich befürchten. Wie mit den Veränderungen des GB-A reagiert wurde, ist, dass eine deutlich größere Flexibilität ermöglicht wurde, die Berufsgruppen gegenseitig anzuerkennen. Wenn Sie also zu wenig

Pfleger haben, können Sie mehr Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einstellen. Das halte ich eigentlich für den sinnvolleren Weg.

Einen letzten Satz noch zu Frau Atli: Ich weiß nicht, vielleicht habe ich Sie nicht ganz richtig verstanden, aber Sie haben so ein bisschen ein Schreckgespenst von stationär-psychiatrischer Behandlung an die Wand gemalt, das ich so nicht unkommentiert lassen möchte. Eine stationär-psychiatrische Behandlung ist in keiner Weise mit einer geschlossenen Behandlung gleichzusetzen. Über 90 Prozent der Patienten sind freiwillig da, gehen rein und raus, und die Stationen sind offen. Herr Hardt wird das sicher gleich mit Blick auf die Demenzkranken erläutern. Ich habe selbst Jahrzehnte hier in Berlin in psychiatrischen Kliniken gearbeitet. Wir haben eigentlich eher das Problem, dass unsere Patienten und Patientinnen uns nicht verlassen wollen, weil sie es so schön bei uns finden. Das ist der häufigere Fall. – Danke schön!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann kommen wir zu Herrn Dr. Hardt.

Dr. Olaf Hardt (Vivantes Klinikum Neukölln): Ich versuche einmal anzufangen, es sind ja sehr viele Themen angesprochen worden. Zunächst tauchte in Variationen das Thema Flexibilität der Behandlung auf. Wir haben als Psychiaterinnen und Psychiater, die stationär arbeiten, bei all diesen Fragen vor allem die Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im Blick. Das sind nach WHO-Definition ungefähr 1 bis 2 Prozent der Bevölkerung. Man könnte sagen, das sind 40 000 bis 80 000 Menschen, auch in einer Stadt wie Berlin, mit Erkrankungen aus dem Spektrum Psychoseerkrankungen, Borderline, Persönlichkeitsstörungen, schwere chronisch verlaufende Depressionen oder auch wiederkehrend zu Behandlungsbedarfen führende bipolare Erkrankungen, die mit einer großen Krankheitslast, mit einer großen Symptomschwere und mit einer erheblichen psychosozialen Beeinträchtigung einhergehen. Wenn man diese Gruppe im Blick hat, sind das Menschen, die vor allen Dingen eine große Kontinuität in der Versorgung brauchen, die unser System nur eingeschränkt hergibt. Für all diese Erkrankungen ist Psychotherapie eine in den Leitlinien vorgesehene Behandlung, aber das sind Patientinnen und Patienten, die es trotz gesteigerter Angebote an Psychotherapie weiterhin sehr schwer haben, einen Psychotherapieplatz zu finden.

Ich bin der festen Überzeugung, dass wir eigentlich im System der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung mehr Steuerung brauchen. Wir sitzen gerade in der Fachgruppe Psychiatrie von Gesundheitsstadt Berlin daran, ein Stepped-Care-Konzept zu entwickeln, dessen Grundidee ist: Es gibt eine steuernde Person, eine Institution, die schaut, dass jeder das bekommt, was er unbedingt braucht. – Ich meine, dass wir im Bereich der Psychotherapie auch eine ungute Verteilung von Angeboten haben. Die Germanistikstudentin, die in der Großstadt Berlin plötzlich ein leicht- bis mittelgradig depressives Syndrom entwickelt, wird vergleichsweise leicht einen Psychotherapieplatz bekommen, aber die Patientin, die seit vielen Jahren an einer schizophrenen Psychose leidet und vielleicht nicht ganz so zuverlässig und auch im Kontakt ein bisschen schwierig ist, oder auch die Borderline-Patientin wird sehr viel größere Schwierigkeiten haben, einen ambulanten Psychotherapieplatz zu bekommen. Das ist ein Problem.

Wir haben auch ein Verteilungsproblem. Wir haben ein Verteilungssystem, was die Angebote anbelangt, und natürlich ein Verteilungssystem, was das Geld anbelangt. Flexibilität im System würde bedeuten, dass jeder eine bedarfsgerechte Behandlung bekommt – das muss man vielleicht noch einmal von der bedürfnisorientierten Versorgung trennen. Das würde auch

bedeuten, dass wir im Krankenhaus in den vier Sektoren, die wir bespielen – stationäre Versorgung, akut aufsuchende momentan in Form von StäB, tagesklinische und ambulante Versorgung –, die Möglichkeit für eine große Flexibilität an den Übergängen haben. Diese gibt das System im Moment nicht her. Alle Bereiche sind getrennt. Wir müssen zwischen den Bereichen verlegen. Wir müssen gesondert Personal ausweisen. Stationen und Tageskliniken fallen unter die PPP-RL. StäB ist irgendwie drin, aber noch nicht mit Minutenwerten hinterlegt, also StäB und die PIA sind nicht mit drin. Wir haben in Neukölln ein Versorgungsmodell, bei dem alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gegebenenfalls in allen vier Bereichen arbeiten. Das ist im System überhaupt nicht vorgesehen. Das bringt uns Riesenscherereien, weil wir das in den Dienstplänen abgrenzen müssen und beim PPP-RL-Nachweis Schwierigkeiten haben. Eine moderne Versorgung, wie sie eigentlich von den Fachgesellschaften gefordert wird, ist also in unserem System nur eingeschränkt möglich, und wir haben ein Steuerungsdefizit im System.

Das bayerische Modell wäre ein Schritt in eine Richtung. Das bayerische Modell – Herr Prof. Bschor hat es schon kurz beschrieben – ist eben kein Pauschalmodell, in dem ich für den Leichtkranken genauso viel bekomme wie für den Schwerstkranken mit einem komplexen Hilfebedarf, für den die PIA eigentlich gedacht ist, sondern im bayerischen Modell bekomme ich Einzelleistungen bezahlt. Wenn das vernünftig finanziell hinterlegt ist, kann ich sehr viel flexibler auch aus der Ambulanz heraus in einer akuten Krise aufsuchend behandeln, die Kontaktfrequenz erhöhen und kann versuchen, um das Bett herumzukommen. Wir sind in Deutschland wahnsinnig bettenfixiert, und durch alles, was im Moment passiert, auch mit der PPP-RL, wird das eher noch verstärkt. Das ist ein großes Problem.

Der größere Wurf wäre ein regionales Budget der Klinik, bei dem die Klinik für die psychiatrische Versorgung einen fixen Betrag bekommt, sage ich jetzt einmal stark vereinfachend, und dann alle Freiheiten hat, zu entscheiden: Was braucht die einzelne Person? Ein noch größerer Schritt wäre ein globales Budget, das auch die anderen Leistungserbringer und nicht nur den SGB V-Bereich einbezieht, also eine sektorenübergreifende, rechtsübergreifende Versorgung im weiteren Sinne. Das ist absolut wünschenswert, und alle fänden das gut, aber es ist in Deutschland ein wahnsinnig dickes Brett, das irgendwie auf den Weg zu bringen.

Ich gehe jetzt noch kurz auf einzelne Punkte ein. Das eine sind die Wohnungslosen: Wir sind schon lange vom Neuköllner Prinzip, dass niemand auf die Straße entlassen wird, abgewichen. Wir entlassen Menschen wieder auf die Straße. Man muss die wohnungslosen Menschen aber auch noch einmal differenzieren. Wir haben eine große Gruppe von wohnungslosen Patientinnen und Patienten, die primär mit Suchterkrankungen zu uns kommen, die vergleichsweise kurz da sind und auch schnell selbst wieder herausstreben. Das sind noch einmal andere Wohnungslose als diejenigen mit schweren psychischen Erkrankungen und komorbiden Suchterkrankungen. Da haben wir in Neukölln ein Modell entwickelt, das Wohnen plus, das leider schon besser dastand. Wir hatten bis zu drei Obdachloseneinrichtungen, in die wir direkt aufwandsarm verlegen konnten und womit gleichzeitig aufwandsarm ein betreutes Einzelwohnen einer Gruppe mit niedrigem Hilfebedarf verbunden war, sodass man überhaupt erst einmal Zeit hatte, Kontakt herzustellen und für die Menschen mehr auf den Weg zu bringen. Das haben wir im Moment leider nur noch mit der Teupe, einer großen Einrichtung in Neukölln, die aber anhaltend existenzbedroht ist, weil der Mietvertrag eigentlich gekündigt ist und immer nur noch einmal verlängert wird. Wir sind gerade dabei, mit dem Internationalen Bund zu schauen, ob wir das Modell fortsetzen können.

Dann vielleicht noch kurz zu den demenzkranken Menschen: Das hängt alles zusammen. Dadurch, dass die pflegerische Tätigkeit im Krankenhaus sehr viel besser bezahlt ist, als es noch vor Jahren der Fall war, haben wir auch eine Abwanderung aus den Pflegeheimen in die Kliniken. Wenn wir jetzt über desolate Pflegesituationen in den Kliniken sprechen: Wir haben zum Teil noch viel prekärere Verhältnisse in Pflegeheimen und Pflegeeinrichtungen. Ich will gar keine Schuld verteilen, aber das trägt natürlich dazu bei, dass bestimmte schwierige Situationen, gerade mit demenzkranken Menschen, wenn Aggressivität eine Rolle spielt, dort häufig tatsächlich nicht mehr getragen werden können. Dass die Krankenhauseinweisung dann gleich mit einer Wohnplatzkündigung einhergeht, müsste man eigentlich verbieten. Das geht eigentlich nicht. Dann sitzen wir da und können sie nicht versorgen.

Demenzranke sind gerade im Krankenhaus eine vulnerable Gruppe. Es gibt eine Komplikation der Demenz, die nennen wir Delir bei Demenz, wo Verwirrtheit und Desorientiertheit zunehmen. In einer fremden Umgebung steigt das Risiko dafür. Das Krankenhaus ist auch ein gefährlicher Ort, weil man sich dort nosokomiale Infekte und so weiter zuziehen kann. Das sind alles Gründe, zu schauen, dass die Menschen möglichst kurz bei uns bleiben. Aber wie auch Herr Bschor schon sagte, es ist eine große Klinik, die ich leite, und wir haben keine einzige konzeptionell geschlossene Station. Alle unsere Stationen sind offen und sind fakultativ geschlossen. Wir bemühen uns, die Türen offen zu halten, aber natürlich gibt es Konstellationen, in denen es nicht anders gelingt, Haltekraft zu entwickeln, und gerade bei verwirrten Menschen muss man dafür sorgen, dass sie uns nicht abhanden und in Gefahr kommen. – Jetzt könnte ich noch viel mehr sagen, aber ich glaube, Herr Köhler möchte auch noch etwas sagen.

Vorsitzende Silke Gebel: Herr Prof. Dr. Köhler!

Dr. Stephan Köhler (Alexianer St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee): Vielen Dank! – Ich kann mich dem wieder nur anschließen und versuchen, noch ein paar Punkte zu den Fragen, die Sie gestellt haben, zu ergänzen.

Flexibilität: Ja, auf jeden Fall. An der Stelle danke, dass ich das Wort soulspace gehört habe und die Initiative hoffentlich mit zwei weiteren soulspaces in diesem Jahr an den Start gehen kann. Denn das ist, glaube ich, genau einer der Punkte, die wir neu denken müssen. Wir haben eine gute Vorlage dafür, nämlich die Zusammenarbeit aus Kliniken, mit den Kontakt- und Begegnungsstätten nach Bedarfsorientierung zu schauen und jungen Menschen ein Angebot zu machen, das niedrigschwellig ist, sodass nicht lange Wartezeiten für eine stationäre, tagesklinische oder auch ambulante psychiatrische Versorgung notwendig sind. Sondern junge Menschen können direkt vor Ort auf uns zukommen und wir schauen gemeinsam: Was sind eigentlich die Bedürfnisse dieser jungen Menschen?

Das ist etwas, das wir brauchen, und daran schließt die Frage nach der PPP-RL an. Ich denke auch, dass diese starren Vorgaben, die jetzt durch die PPP-RL gefordert sind, nicht in Richtung zukunftsorientierter Behandlung gehen. Wir würden viel lieber mehr StäB machen und mehr flexibilisieren. Da sind wir mit Frau Kusserow im engen Austausch und erhoffen uns diese Flexibilisierung auch im neuen Krankenhausbettenplan.

Wie setzen wir es um? Müssen wir dann irgendwann Kapazitäten schließen oder Ressourcen versetzen? – Natürlich werden auch unsere Geschäftsführer sagen: Ehe wir jedes Quartal 300 000 Euro Strafe zahlen müssen, müssen wir Ressourcen umverteilen. – Aber es wird der letzte Punkt sein, Kapazitäten einzuschränken. Ich glaube, man kann es nicht ausschließen, weil auch ein privater Träger schauen muss, wo das Geld hineinkommt und wo es hingeht. An der Stelle aber noch einmal klar formuliert: Es wäre der letzte Schritt, den wir gehen wollen.

Wie versuchen wir, mit den Vorgaben der PPP-RL umzugehen? – Tatsächlich haben wir sehr gute Erfahrungen mit internationalen Pflegekräften gemacht, die in den letzten Jahren in großem Maße zu uns gekommen sind. Sie sind eine tolle und wichtige Ergänzung in unseren Teams geworden. Aber es reicht nicht, das muss man schlichtweg sagen. Die Ideen, die hier formuliert wurden, wie die weitere Flexibilisierung der Anerkennung, finde ich super. Ich weiß nicht, ob es sinnvoll ist, ganze Berufsgruppen wieder herauszunehmen, weil man natürlich dann immer die Gefahr hat, dass das auf Kosten einzelner Berufsgruppen ausgesetzt wird. Das muss man kritisch diskutieren. Ich wäre aber sehr froh, wenn wir diese Anerkennung von Berufsgruppen untereinander weiterhin haben.

Es ging auch um die Frage der Qualifikation des Personals. Tatsächlich wurde durch die PPP-RL die Anerkennung von nicht qualifiziertem Personal deutlich heruntergefahren. Das ist auch eine Diskussion, die man führen kann, ob man einen bestimmten Teil an nicht entsprechend qualifiziertem Personal für sinnvolle Aufgaben nutzen kann. Hier möchte ich das Stichwort der Genesungsbegleiter einbringen und dass diese auch finanziert werden. Das ist eine extrem wichtige Gruppe bei uns in den Kliniken, die an sich aber in der PPP-RL so nicht stattfindet und entsprechend auch nicht refinanziert wird.

Leasingkräfte versuchen wir natürlich zu vermeiden, weil das mit extrem hohen Kosten einhergeht. Manchmal geht es aber auch nicht anders. Wir mussten jetzt Nachtdienste in manchen Kliniken besetzen, weil wir dort ein Problem mit fehlendem Personal hatten. – Ich glaube, das sind die wichtigen Punkte, die ich noch machen wollte, und ich würde dann weitergeben.

Dr. Olaf Hardt (Vivantes Klinikum Neukölln): Darf ich noch etwas zur PPP-RL ergänzen? Das ist mir ganz wichtig, weil vielleicht nicht allen klar ist, wie absurd dieses Instrument ist. Es ist eigentlich überhaupt nicht als Personalbemessungsinstrument gedacht, sondern es soll nur eine Mindestbesetzung sichern und einen Beitrag zur leitliniengerechten Behandlung liefern. Mit den Kostenträgern ist es aber tatsächlich so: Die PPP-RL ist faktisch zum Personalbemessungsinstrument geworden. Die Kostenträger zahlen nicht mehr als 100 Prozent PPP-RL, mit den von Prof. Köhler genannten Einschränkungen.

Wir müssen die PPP-RL-Umsetzung an jedem Standort realisieren. Wir haben drei externe Tageskliniken, die als eigene Standorte gelten. Das heißt, ich habe vier Standorte, an denen ich für die fünf Berufsgruppen der PPP-RL jeweils diese Mindestbesetzung nachweisen muss. In diesem Jahr werden bis zu 100 Prozent bezahlt. Wir müssen 90 Prozent erfüllen. Das heißt, wir haben in diesem Jahr noch eine Masse von 10 Prozent, die man irgendwie verschieben kann, weil es eben gar nicht so leicht ist, das an vier Orten für jede Berufsgruppe nachzuweisen. Im nächsten Jahr sind es 95 Prozent. Wir bekommen aber absehbar nur 100 Prozent. Wir haben dann nur noch 5 Prozent Verschiebemasse an vier Standorten für fünf Berufsgruppen,

und in drei Jahren wird es dann so sein, dass 100 Prozent bezahlt werden, und wir müssen 100 Prozent umsetzen.

Was mache ich denn, wenn die PPP-RL mir sagt: In der Tagesklinik darf ich jetzt 0,42 Sozialarbeiterinnen haben? Muss ich sie dann irgendwie stückeln und versetzen? Eigentlich müssten sie dann mittags um eins gehen, weil sie das 43. Prozent am Donnerstagnachmittag und am Mittwoch – – Das geht alles gar nicht. So absurd ist dieses Konstrukt. Wir könnten noch viel mehr darüber reden. Die Tücke steckt, wie ganz häufig, im Detail. Das muss man auch im Kopf haben: Das lässt sich gar nicht alles im Detail hier darstellen.

Dr. Stephan Köhler (Alexianer St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee): Das ist genau der Grund, warum wir durch die PPP-RL durchgefallen sind, genau in so einer Konstellation mit der Tagesklinik. Um es noch einmal zu sagen: Uns werden Personalvorgaben gemacht, die aber durch die Kostenträger nicht refinanziert werden. In den Budgetverhandlungen wird ganz klar gesagt: Die Kosten, die Sie da aufrufen, werden nicht refinanziert –, auch aufgrund des Gesetzesurteils, das ich vorhin zitiert habe. Das ist sozusagen die Quadratur des Kreises, was an der Stelle eigentlich nicht funktioniert. – Danke!

Vorsitzende Silke Gebel: Danke! – Dann bitte Frau Schweitzer-Köhn!

Eva-Maria Schweitzer-Köhn (Psychotherapeutenkammer Berlin): Vielen Dank! – Ich möchte erst einmal zwei Äußerungen entgegentreten, die hier gemacht wurden, damit nicht falsche Eindrücke hängen bleiben: Keineswegs werden in der ambulanten Versorgung nur die leicht erkrankten Germanistikstudentinnen versorgt – [Dr. Olaf Hardt (Vivantes Klinikum Neukölln): Habe ich nicht gesagt. Ich habe gesagt, wer leichter einen Platz bekommt und wer schwerer einen Platz bekommt.] – Okay. Die Abrechnungsdaten geben anderes her, sie sagen, dass das gesamte Diagnosespektrum in den ambulanten Praxen versorgt wird – nur, damit hier nicht ein falscher Eindruck hängen bleibt.

Für die nächste problematische Äußerung halte ich, wenn gesagt wird, der Bedarf wachse mit dem Angebot. Wie will man das denn feststellen? Es hat vor dem Psychotherapeutengesetz ein Forschungsgutachten von fünf namhaften Professoren gegeben. Es war auch ein Psychiater dabei, Dr. Meyer. Diese haben damals festgestellt: Fünf Prozent der Bevölkerung in Deutschland bedürfen einer psychotherapeutischen Behandlung, in Großstädten bis zu acht Prozent. – Jetzt können wir einmal schauen, wie wir mit den ungefähr 2 000 Vollzeitniedergelassenen, die wir in Berlin haben, 5 Prozent der Berliner Bevölkerung versorgen wollen.

Zu den Fragen. Die Änderung des Landeskrankenhausgesetzes: Das gibt es in der Form in Nordrhein-Westfalen und in Hessen. Wir sehen, dass es in beiden Ländern wesentlich mehr stationäre Weiterbildungsplätze gibt. Das ist nicht schwer, in Berlin gibt es null, aber dort gibt es auf jeden Fall deutlich mehr. Ob das jetzt eins zu eins mit dem Landeskrankenhausgesetz zusammenhängt, lässt sich nicht mehr feststellen. Wir gehen aber davon aus, dass das schon eine Hilfe ist.

Zum Thema der Erhöhung der Minutenwerte in der PPP-RL: Die PPP-RL wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt, also politisch kann man da auf jeden Fall appellativ wirksam sein.

Vielen Dank für die Frage nach der Absenkung der Honorare, die der Erweiterte Bewertungsausschuss beschlossen hat. Es ist so: Selbst wenn die Praxis 100 Prozent der Strukturzuschläge erhält, bleiben immer noch 2,8 Prozent Absenkung übrig, und das bei steigenden Kosten insgesamt und in Berlin vor allem auch bei steigenden Mieten. Wir haben an anderer Stelle schon dargestellt, dass die Mietpreise für die Praxen in Berlin ein großes Problem sind. Wir haben auch kaum Ausweichmöglichkeiten. Wir sind auf den Bezirk festgelegt, in dem wir sind, und könnten höchstens in einen schlechter versorgten Bezirk umziehen. Ich weiß nicht, ob das so sinnvoll ist, wenn man schon etabliert ist und auch die Patienten zu einem kommen. Von daher sind wir da irgendwie gefangen und der Willkür, sage ich einmal, der Vermieterinnen und Vermieter ausgesetzt. 2,8 Prozent Absenkung machen dann die Niederlassung in der Praxis nicht unbedingt attraktiver.

Die Praxen sind aber diejenigen, die eine wohnortnahe Versorgung sicherstellen. Ich habe ja eben dargestellt, wie sich die Verteilung innerhalb der Stadt in den letzten Jahren verändert hat. Darin sehe ich für die Zukunft ein Problem. Ja, klar, wir haben einen Versorgungsauftrag. Das sind bei einem vollen Sitz 25 Stunden Sprechstunde und bei einem halben 12,5 Stunden. Jetzt ist die Frage: Was macht man darüber hinaus? Ist man dann gezwungen, aus wirtschaftlichen Gründen doch wieder mehr Privatpatientinnen und -patienten zu behandeln? Es macht auf jeden Fall die Attraktivität der ambulanten Behandlung nicht besser, und es ist im Moment bei steigenden Preisen ein fatales Signal. Ich frage mich: In welcher gewerkschaftlichen Verhandlung oder Tarifverhandlung würde so etwas vorkommen? Eine Nullrunde wäre schon nicht schön gewesen, aber eine Absenkung ist hart. – Vielen Dank!

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Dann kommen wir jetzt zur Senatorin.

Senatorin Dr. Ina Czyborra (SenWGP): Vielen herzlichen Dank! – Ich versuche, das zusammenzufassen. – Es ging viel um das bayerische Modell und um das Regionalbudget. Wir sind dazu in intensivem Dialog. Ich habe das so verstanden, dass das Regionalbudget der weitere Wurf ist, den wir uns bemühen anzustreben. Tatsächlich ist es so – das kam gerade schon in den Äußerungen von Herrn Hardt, aber auch anderen zum Ausdruck –, dass es sich zum Teil um sehr dicke Bretter handelt, um Paradigmenwechsel im System, die immer mit den Kostenträgern zu verhandeln sind.

Ich habe dieses Thema gegenüber den Kostenträgern schon angesprochen und gebeten, dass wir uns auf diesen Weg machen. Manchmal ist nicht ganz verständlich, warum es angesichts der offensichtlichen Fehlsteuerungen im System an der Bereitschaft mangelt, darüber zu reden, wie man besser steuert und damit nicht nur zu besseren Behandlungen für die Patienten kommt, sondern auch zu effizienteren und, zumindest bei gleichbleibendem Mitteleinsatz, zu besseren Ergebnissen. Es geht gar nicht darum, insgesamt viel Geld einzusparen, sondern mit dem Geld, das da ist, die besseren Ergebnisse zu erreichen. Das ist eben ein großer Tanker.

Bei vielen der hier angesprochenen Themen müssen wir auch sagen, dass wir als Land Berlin, als Senat, überhaupt nicht in den Gremien sitzen und wenig Einflussmöglichkeiten haben, außer denen des Gesprächs und der Appellation, wie Frau Schweitzer-Köhn sagte – was wir natürlich tun. Daher ist es vielleicht etwas bedauerlich, dass die besseren, zumindest Mitgestaltungsmöglichkeiten der Länder, die schon in Debatten über das Gesundheitsversorgungsgesetz und so weiter enthalten waren, bislang nicht zum Tragen gekommen sind. Denn das wäre die Mindestvoraussetzung für uns als Land, dass wir in irgendeiner Weise an

Gremien zumindest teilhaben, um dann auch zu wissen – um auf die Frage von Frau König einzugehen –, wie eigentlich mit Gerichtsurteilen in den zuständigen Gremien umgegangen wird, weil sich das unserer Kenntnis, unserer Einflussnahme an der Stelle entzieht.

Das Gleiche gilt für die Datengrundlage. Es ging hier zum Teil auch um Pflege Themen. Wir haben zum Beispiel in unserer Reihe Care Horizon, in der wir uns mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern zusammengesetzt haben, um bessere Möglichkeiten der Pflegesteuerung auszuloten, immer wieder – eigentlich egal, was das Thema war – den gleichen Punkt gehabt: Wir brauchen Daten, um zu steuern. Daten, die uns als Landesbehörde meistens nicht zur Verfügung stehen, weil sie bei den Kostenträgern liegen, die wir aber dringend bräuchten, um diese politikfeldübergreifende Steuerung überhaupt anzugehen. Dazu bräuchten wir Daten, die wir in der Regel nicht haben, auch wenn die Kassen durchaus sagen, dass sie sie zur Verfügung stellen. Da haben wir dann aber natürlich wieder starke Barrieren.

Es gab die Frage: Wo finden Angehörige oder pflegende Angehörige demenziell Erkrankter eine Beratung? – Die Pflegestützpunkte beraten hier umfangreich, auch über jeweils geeignete Einrichtungen, und beraten Angehörige, was die Kriterien sind, nach denen sie Einrichtungen suchen. Ich kann das aus eigener Erfahrung bestätigen. Die Beratung ist sehr gut. Die adäquate Einrichtung zu finden, ist dann der Schritt, der häufig schwierig ist.

Ich möchte an dieser Stelle sagen: Wir haben immer wieder die Frage der wohnortnahen Versorgung mit entsprechenden Einrichtungen. Wir haben, unter anderem aus den Forderungen des 90a-Gremiums, auch an die Stadtentwicklungsverwaltung geschrieben. Es wäre wirklich wichtig, Pflegepolitik oder Versorgungspolitik im Gesundheitswesen auch als Stadtentwicklungspolitik zu begreifen und uns Instrumente an die Hand zu geben, die zum Beispiel bei städtebaulichen Verträgen nicht nur die Kitaversorgung, sondern auch so etwas wie Tagespflegeversorgung und wohnortnahe Versorgung mit Gesundheitsleistungen in den Blick nehmen. Wir hören dann die Antwort, dass ja Gewerbe mitgebaut würde und dort auch Ärztinnen und Ärzte oder Tagespflegen einziehen könnten. Häufig ist es aber doch so, dass ich sagen würde: Ein Lidl hat eine andere Voraussetzung, eine andere bauliche Anforderung als eine Tagespflege. Für wohnortnahe Angebote, zum Beispiel für demenziell Erkrankte, die Zuhause gepflegt werden, für die aber dringend Tagespflege benötigt wird, um bei allen sonstigen Belastungen noch eine Vereinbarkeit von Pflege und Beruf hinzubekommen, ist mein Petition: Stadtentwicklung muss diese steigenden Bedarfe in diesen Bereichen noch anders in den Blick nehmen.

Wir haben eben auch gehört, dass bei der Frage, wie ich Menschen ohne Wohnraum aus einer inadäquaten stationären Versorgung in adäquatere Versorgungsformen bekomme, das Angebot da sein muss. Es muss dann im Umfeld sein, also nicht irgendwo am anderen Ende der Welt, sodass die stationären Versorger sinnvoll in der ambulanten Versorgung mit tätig sein können. Um das zu erreichen, brauchen wir im Sozialraum die Voraussetzungen für solche Angebote. Da haben wir ein Problem, dass das alles Gewerbe ist und Gewerbemietrecht unterliegt – genauso wie die Praxen – und es deswegen bei steigenden Mieten in manchen Teilen dieser Stadt oder einfach dem Fehlen von geeigneten Immobilien, weil sie nicht errichtet wurden, zu Versorgungsengpässen kommt.

Das vielleicht zu der Frage demenzieller Erkrankungen und wie wir da eigentlich Versorgungssettings hinbekommen. – Wie gesagt, das Regionalbudget ist jetzt in aller Munde und

wird nicht nur im Bereich psychotherapeutischer und psychiatrischer Versorgung durchaus als ein Weg gesehen, den wir gehen sollten. Das versuchen wir zu unterstützen.

Was den ÖGD und die Frage der Weiterbildung angeht, ist unsere Diagnose, dass uns bislang die Voraussetzungen dafür fehlen, nämlich das Personal. Man braucht dann ja Praxisanleitung, dazu müsste Personal dort vorhanden sein, und natürlich auch eine Finanzierung. Wir haben keine Finanzierungsgrundlage, weder von Kostenträgern noch momentan aus dem Landeshaushalt, um diesen Weg zu gehen. Ansonsten sind wir da offen.

Wir sehen große Bedarfe, das PsychKG zu novellieren. Das ist bei uns erkannt. Eine Novelle ist unbedingt erforderlich. Im Augenblick haben wir eine Evaluation der psychiatrischen Versorgung in Berlin, die PEP-Evaluation, die wir dann bei der Novelle berücksichtigen wollen. Wir sind in der Vorbereitung einer Ausschreibung für eine Evaluation, bei der es vor allem um den Teil 4, die strafrechtsbezogene Unterbringung, geht. Wir haben tatsächlich den Befund, dass wir in der Senatsverwaltung gerade in diesem Bereich erheblich viele offene Stellen haben und sich auch in mehreren Ausschreibungsrunden niemand auf diese Stellen beworben hat, was an den Vergütungsstrukturen im öffentlichen Dienst liegen könnte. Auch da gibt es also leider erhebliche Engpässe, die uns limitieren.

Trotzdem versuchen wir – wir haben vom Parlament dieses Jahr auch noch ein bisschen Geld für diesen ganzen Themenkomplex bekommen –, das mit allen Mitteln voranzutreiben, auch mit externer Vergabe, weil wir hier einen sehr großen Handlungsbedarf sehen. Es ist aber ein äußerst komplexes Feld, in dem wir zum Teil von bundesrechtlichen Änderungen abhängig sind. Es ist völlig klar – das ist von allen Anzuhörenden beschrieben worden –, wie groß die Handlungsbedarfe sind, aber wie groß auch die Chancen sind, wenn wir diesen Gesamtkomplex sinnvoll im Sinne der Menschen, aber auch im Sinne der Finanzierung und des enger werdenden Personals aufstellen. Denn wir sehen – das haben wir auch von allen gehört –, dass die Antwort alleine nicht ist, mehr Geld in das System zu geben, weil wir mit den Jahrgängen, die zur Verfügung stehen und die den geburtenstarken in der Arbeitswelt nachfolgen, eine natürliche Begrenzung haben und deswegen mit dem Personaleinsatz in Zukunft möglichst effizient umgehen müssen. Das sind alles sehr große Baustellen.

Wir sind in guten Gesprächen über die verschiedensten Elemente dieser Transformation, die wir brauchen. Die Kostenträger sind aber ein wesentlicher Player in diesem Feld, und auch die Datengrundlagen sind sehr wichtig, damit wir gut steuern können.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Es gibt drei Nachfragen, und zwar von Frau Atli, Herrn Schulze und Frau König. – Frau Atli hat als Erste das Wort.

Sebahat Atli (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende! – Vielen Dank für Ihre Ausführungen, Frau Senatorin! Nur ein kleiner Hinweis: Die Pflegestützpunkte beraten, Sie haben recht, aber nur, wenn man einen Pflegegrad hat. Es gibt auch demenziell Erkrankte, die noch keinen Pflegegrad haben, insofern würden diese herausfallen. Aber stimmen Sie mir zu, dass mit dem großartigen Vorhaben des Altenhilfestrukturegesetzes hier in dem Themenfeld einige Bereiche aufgefangen und gelöst werden können? – Also eine Entlastung des Gesundheitssystems insgesamt finanzieller Natur, eine passgenaue, wohnortnahe strukturelle Versorgung und so weiter. – Nur als Zusatzanmerkung.

Vorsitzende Silke Gebel: Herr Schulze!

Tobias Schulze (LINKE): Zwei kurze Nachfragen an den Senat: Zum einen haben Sie gerade gesagt, Frau Senatorin, dass es zwar eigentlich Daten von den Kassen gäbe, Sie diese aber nicht abrufen oder nicht nutzen können. Ich glaube, wenn etwas wirklich sinnvoll wäre – das haben wir heute auch gehört –, dann wäre es eine vernünftige Bedarfsplanung, vielleicht auch eine integrierte Bedarfsplanung, in der Pflege und stationäre Ressourcen miteinbezogen sind. Vielleicht können Sie noch einmal etwas zur Datenlage sagen und warum die Kassendaten nicht in die entsprechende Planung einbezogen werden.

Die zweite Frage: Herr Schatz hat nach dem Krankenhaus Hedwigshöhe und nach den Folgen gefragt, wenn Hedwigshöhe vom Netz geht und wie da gerade der Stand ist. Vielleicht können Sie auch noch etwas dazu sagen, wie es mit Hedwigshöhe und der Psychiatrie dort weitergeht. – Danke schön!

Vorsitzende Silke Gebel: Danke! – Dann noch Frau König!

Bettina König (SPD): Ich wollte noch einmal nachfragen, weil ich glaube, dass das eben nicht beantwortet wurde, oder ich habe es nicht mitgeschnitten: Könnte man die Weiterbildung der Psychotherapeuten analog der Weiterbildung der Ärzte in das Berliner Landeskrankenhausgesetz übernehmen? Wie ist dazu die Meinung des Senats?

Vorsitzende Silke Gebel: Frau Czyborra!

Senatorin Dr. Ina Czyborra (SenWGP): Vielen Dank! – Zunächst: Natürlich ist alles, was der Prävention, dem Entgegenwirken von Vereinsamung von Menschen und so weiter dient, sehr sinnvoll – und deswegen auch das Altenhilfestrukturgesetz.

Was die Pflegegrade angeht, habe ich eine andere Erfahrung. Das ist nicht unbedingt die Voraussetzung, um als Angehöriger in einen Pflegestützpunkt zu gehen und sich dort Beratung zu holen. Ich musste nirgendwo ein Papier vorlegen. Das kann ich so nicht bestätigen. Die Pflegestützpunkte sind für gesetzlich Versicherte da und insofern auch im Rahmen der Prävention oder im Rahmen dessen, dass man sagt: Ich sehe eine Demenz kommen, wir sind im frühen Stadium, wie können wir Pflege in den nächsten Jahren gewährleisten? – Das funktioniert nach meiner Wahrnehmung dort sehr gut, und auch die Vernetzung mit entsprechend weiterberatenden Einrichtungen.

Was Hedwigshöhe angeht, sind wir gut im Prozess, kann ich dazu nur sagen.

Natürlich ist es sinnvoll, die Weiterbildung rechtlich abzusichern, aber das Hauptproblem ist die Finanzierung. Wir brauchen an der Stelle die Finanzierung durch die Kostenträger, das wurde ja gesagt. In der ambulanten Versorgung sind sie finanziert, weil sie quasi arbeiten und dann auch voll finanziert sind, was in der stationären oder im ÖGD oder so nicht der Fall ist. Insofern ist das, glaube ich, der springende Punkt.

Zu den Daten: Das habe ich im Grunde genommen gesagt. Wir haben an vielen Stellen das Problem, dass wir für zielorientiertes, planerisches, ebenenübergreifendes, wirkungsorientiertes Handeln der Verwaltung Datengrundlagen brauchen, die uns aber rechtlich nicht zustehen.

Das ist etwas, das uns immer wieder begegnet. Insbesondere, wenn wir als senatorische Behörde mehr Aufgaben bekommen, zum Beispiel im Rahmen des Konnexitätsgesetzes, brauchen wir die Instrumente, um diese Aufgaben zu erfüllen. Dazu gehört neben Personal, Geld und der rechtlichen Grundlage des Handelns dann auch die rechtliche Grundlage, Daten zu erheben, zu verwalten oder zu bekommen, zum Beispiel von Kostenträgern, um das zielorientiert machen zu können.

Vorsitzende Silke Gebel: Vielen Dank! – Damit sind wir am Ende unserer Anhörung für heute. Die Besprechung wird vertagt, bis das Wortprotokoll vorliegt, und dann werden wir das hier wieder aufrufen und auswerten.

Vielen Dank an die Anzuhörenden, dass Sie heute da waren und uns mit Rat und Tat zur Seite standen! Ich wünsche Ihnen noch eine schöne Woche und vielen Dank für Ihre Arbeit für unsere Stadt!

Punkt 4 der Tagesordnung

Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs
**Novelle des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen
bei psychischen Krankheiten (PsychKG)**
(auf Antrag der Fraktion der CDU und der Fraktion der SPD)

[0315](#)
GesPfleg

Siehe Inhaltsprotokoll.

Punkt 5 der Tagesordnung

- a) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs
**Arbeit der Gewaltschutzambulanz der Charité absichern
und erweitern – Auswertung der Anhörung vom 25. April
2022**
(auf Antrag der Fraktion der CDU und der Fraktion der SPD)
- b) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs
**Umsetzung des Pro-Aktiven Beratungsangebots in den
Zentralen Notaufnahmen der Berliner Kliniken für
Patient:innen, die häusliche Gewalt erlebt haben**
(auf Antrag der Fraktion Die Linke)
- c) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs
**Verhandlungsstand der kassenfinanzierten vertraulichen
Spurensicherung und Dokumentation zur Umsetzung der
gesetzlichen Vorgabe nach § 27/ §132k SGBV in Berlin**
(auf Antrag der Fraktion Die Linke)

[0201](#)
GesPfleg

[0259](#)
GesPfleg

[0260](#)
GesPfleg

- d) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0271](#)
Vertrauliche Spurensicherung nach sexuellen Übergriffen: GesPflg
Aktuelle Versorgungslage Betroffener
(auf Antrag der Fraktion der CDU und der Fraktion der SPD)

- e) Besprechung gemäß § 21 Abs. 3 GO Abghs [0284](#)
Sicherstellung der Versorgung von Frauen und einer GesPflg
vertraulichen Spurensicherung nach sexualisierter Gewalt
(auf Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen)

Siehe Inhaltsprotokoll.

Punkt 6 der Tagesordnung

Verschiedenes

Siehe Beschlussprotokoll.