



Caritas Behindertenhilfe  
und Psychiatrie e.V.

Fachverband im  
Deutschen Caritasverband

---

## **Stellungnahme des Bundesverbandes Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)**

Der Bundesverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. (CBP) ist ein anerkannter Fachverband im Deutschen Caritasverband. Der CBP vertritt bundesweit mehr als 1000 Einrichtungen und Dienste, die mit ca. 41.500 Mitarbeitenden rund 150.000 Menschen mit Behinderung oder mit psychischer Erkrankung in ihrer selbstbestimmten Teilhabe unterstützen. Viele CBP Einrichtungen und Dienste erbringen sozialpsychiatrische Leistungen für Menschen mit psychischer Erkrankung.

### **Vorbemerkung**

Der Bundesfachverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. begrüßt den Gesetzesentwurf als einen wichtigen Schritt zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung der psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen. Der Referentenentwurf versucht, die Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems vom 18. Februar 2016 umzusetzen. In diesem Sinne wird eine Weiterentwicklung initiiert. Der Referentenentwurf zielt auf die Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen ab. Das Gesetz soll unter anderem das Ziel verfolgen, „die sektorenübergreifende Versorgung durch Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld“ zu stärken sowie Weiterentwicklung der Regelungen zu psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen“<sup>1</sup> herbeizuführen.

Für Menschen mit psychischer Erkrankung und ihre Angehörigen sowie für Leistungserbringer der Caritas, d.h. Träger von Krankenhäusern sowie Träger von Diensten der Sozialpsychiatrie stehen die nachhaltige Verbesserung der Lebenslagen von Menschen mit psychischer Erkrankung, insbesondere von Menschen mit multiplen chronischen und schweren psychischen Erkrankungen im Vordergrund. Maßstab sind hierbei die Vorgaben der UN- Behinderechtskonvention (BRK), die in Deutschland 2009 in Kraft getreten ist. Dem CBP ist vor allem das Recht auf gleichberechtigte gemeindenahere Gesundheitsversorgung nach Artikel 25 der BRK wichtig.

Der Referentenentwurf muss sich primär daran messen lassen, welche Verbesserungen das neue Gesetz für Menschen mit psychischer Erkrankung bringen wird.

Kritisch wird vom CBP die geplante Einführung einer „stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld“ durch Krankenhausträger als eine neue Leistungsform

---

<sup>1</sup> S. 1 Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG-RefE).

in §§ 39, 115 d SGB V gesehen, da eine neue Schnittstelle zur bestehenden sozialpsychiatrischen Versorgungs- und Angebotsstruktur geschaffen wird. Aus Sicht des CBP ist die Abgrenzung zwischen den Leistungen der Krankenhäuser und der Leistungen der Sozialpsychiatrischen Dienste gesetzlich nicht klar geregelt. Die neue Leistung soll laut Referentenentwurf zu Einsparungen<sup>2</sup> in der Krankenhausfinanzierung führen, indem die Erbringung von neuen „stationsäquivalenten“ Leistungen nach § 3 BundespflegesatzVO auch in die Budgets der Krankenhäuser eingerechnet werden. Gleichzeitig besteht die Gefahr der Verlagerung der Leistungen der Krankenhausträger in das Leistungsspektrum der sozialpsychiatrischen Versorgung und der Eingliederungshilfe. Bei dieser Umschichtung der Leistungserbringung durch Krankenhausträger wird die Qualität der bisherigen sozialpsychiatrischen Leistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen durch eine vor allem medizinische Ausrichtung verändert. Personenzentrierte, sozialräumliche Angebote könnten relativiert oder unterlaufen werden.

Da die Schaffung von stationsäquivalenten Leistungen mit dem gleichzeitigen Abbau von Krankenhausplätzen einhergehen muss, ist allerdings auch zu fragen, ob die Krankenhausträger dazu flächendeckend bereit sein werden, wollen sie die Kapazitäten am Hauptstandort nicht unzulässig gefährden.

Der CBP beschränkt sich bei seiner Stellungnahme als Interessensvertretung von sozialpsychiatrischen Angeboten und Diensten auf Aussagen zu der Einführung einer stationsäquivalenten Leistung wie auch zu einzelnen Schnittstellenfragen zwischen SGB V und SGB XII Leistungen.

## **I. Neue Schnittstellenproblematik in der Sozialpsychiatrie durch Einführung einer „stationsäquivalenten Behandlung“ in § 39 SGB V**

### **1. Umfang einer neuen Leistung**

In Artikel 4 § 39 SGB V wird die „stationsäquivalente Behandlung“ wie folgt eingeführt:

*„Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine psychiatrische Behandlung während akuter Krankheitsphasen im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. Sie entspricht hinsichtlich der Dauer, der Intensität und Dichte sowie der Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung“*

Bewertung:

Die neue „stationsäquivalente Leistung“ wird in § 39 Abs. 1 SGB V nebst der stationären, teilstationären, vor- und nachstationären sowie ambulanten (§ 115 b) Krankenhausbehandlung geregelt. Die Einführung einer neuen Leistung, die nur von

---

<sup>2</sup> S. 2 Ziff. D Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG-RefE).

Krankenhausträgern erbracht werden kann, bedeutet sowohl für den Leistungsberechtigten als auch für den Leistungserbringer eine grundlegende Änderung des bisherigen Unterstützungssystems im häuslichen Umfeld, das bislang auf eine ambulante sozialpsychiatrische Versorgung durch kleine und wohnortnahe Dienste, teilweise im Rahmen der integrierten Versorgung nach § 140 a ff SGB V sowie durch Bildung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden und die Versorgung nach § 119 a SGB V setzte.

Das Problem einer psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld „während akuter Krankheitsphasen“ wird damit aber nicht gelöst. Die institutionelle Anbindung ausschließlich an die Krankenhäuser ist daher kritisch zu sehen, da viel eher eine Anbindung an die bestehenden Strukturen der integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V, der Gemeindepsychiatrischen Verbände und der Versorgung nach §§ 119 a, 119 c SGB V benötigt wird. Es geht um eine ambulante Leistung, die erbracht werden kann, wenn sonst eine stationäre Leistung erforderlich wäre. Hierbei sind bei der Auswahl der Leistungserbringer die berechtigten Wünsche der Menschen mit psychischen Erkrankungen zu berücksichtigen und nicht primär das Ziel des Abbaus von Krankenhausbetten (§§ 109, 115d SGB V). Eine solche ambulante Leistung, die von multiprofessionellen Teams erbracht wird, sollte in der Regel von Ärzten geleitet werden. Diese entsprechende Modifikation des § 39 SGB V ist grundsätzlich positiv zu werten. Zu beachten ist die auf Ganzheitlichkeit und Kontinuität ausgerichtete sozialpsychiatrische Unterstützung. Die sozialpsychiatrischen Angebote sind nicht ausschließlich medizinisch, sondern vielmehr therapeutisch und teilhabeorientiert konzipiert und können damit entscheidend zur gesellschaftlichen Reintegration beitragen. Entsprechend sollten auch Leistungen von multiprofessionellen Teams, die nicht ärztlich geleitet sind, sondern z.B. durch einen Psychologen für die Leistungen nach SGB V anerkannt werden. Grundsätzlich ist damit bei der Personalzusammensetzung eine multiprofessionelle Qualität der stationsäquivalenten Leistungen sicherzustellen. Hilfreich kann dabei auch die Beachtung des Peer-Ansatzes sein (z.B. durch die Einbindung von EX-IN Genesungsbegleitern). Leistungsrechtlich muss geklärt werden, ob diese stationär-ersetzenden neuen Leistungen durch Soziotherapie und ambulanten psychiatrische Pflege ergänzt werden können und wer dies ggf. verordnen darf. Entsprechend ist auch das Zusammenspiel mit Institutsambulanzen, Gemeindepsychiatrischen Verbänden, mit Verbänden nach §§ 119 a, 119 c SGB V und niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten zu klären.

Bisher werden vergleichbare Leistungen von anderen Anbietern aus der sozialpsychiatrische Versorgung ohne institutionelle Anbindung an die Krankenhäuser erbracht. Die Existenz und Vergütung dieser Dienste und Angebote sind mit der Einführung der neuen Leistung gefährdet, ohne das deutlich wird, was der Mehrwert der neuen Leistung sein wird.

Lösung:

Artikel 4 § 39 SGB V soll wie folgt geändert werden:

*„Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine psychiatrische Behandlung während akuter Krankheitsphasen im häuslichen Umfeld durch mobile multiprofessionelle Behandlungsteams **in Koordination mit dem behandelnden Arzt sowie unter Einbeziehung der Dienste der sozialpsychiatrischen Versorgung**. Sie entspricht hinsichtlich der Dauer, der Intensität und Dichte sowie der Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung“*

In SGB V wird eine neue Regelung zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung in § 115 d SGB V RefE wie folgt eingeführt:

*(1) Psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung können in medizinisch geeigneten Fällen bei Vorliegen einer Indikation für stationäre psychiatrische Behandlung in akuten Krankheitsphasen anstelle einer vollstationären Behandlung eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld erbringen. Der Krankenhausträger stellt sicher, dass das erforderliche Personal und die notwendigen Einrichtungen für eine stationsäquivalente Behandlung bei Bedarf zur Verfügung stehen. In geeigneten Fällen, insbesondere wenn dies der Behandlungskontinuität dient oder aus Gründen der Wohnortnähe sachgerecht ist, kann das Krankenhaus an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer oder ein anderes zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigtes Krankenhaus mit der Durchführung von Teilen der Behandlung beauftragen.*

Bewertung:

§ 115 d Abs.1 S. 1 SGB V RefE geht davon aus, dass die Krankenhausträger die Leistungen erbringen und gleichzeitig die Strukturverantwortung für die „notwendigen Einrichtungen“ übernehmen. Die Einbeziehung der sozialpsychiatrischen Leistungserbringer kann durch den Krankenhausträger stattfinden, ist jedoch gesetzlich nicht vorgeschrieben. In der Formulierung des § 115 d Abs. 1 SGB V RefE ist erforderlich, gesetzlich zu verankern, dass zur Gewährleistung der Behandlungskontinuität oder aus Gründen der Wohnortnähe oder auf Wunsch des Leistungsberechtigten die Leistungserbringer der sozialpsychiatrischen Versorgung und/ oder der Eingliederungshilfe, der Wohnungslosenhilfe oder der Pflege auch einbezogen werden müssen. Bei der Vereinbarung nach § 115 Abs. 2 wären dann auch die entsprechenden Verbände der Leistungserbringer nach SGB XII zu beteiligen.

In § 115 Abs. 1 S. 2 SGB V RefE muss die qualitative Sicherstellungspflicht näher bezeichnet werden und zwar mit Blick auf den Umfang der Delegation des Krankenträgers und der Beauftragung (nur für „Teile der Behandlung“) und der Berücksichtigung der integrierten Versorgungskonzepte nach § 140 a SGB V.

Lösung:

In SGB V wird eine neue Regelung zur stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung in § 115 d SGB V RefE wie folgt eingeführt:

*(1) Psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung können in medizinisch geeigneten Fällen bei Vorliegen einer Indikation für stationäre psychiatrische Behandlung in akuten Krankheitsphasen anstelle einer vollstationären Behandlung eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld unter Einbeziehung der an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmenden Leistungsanbieter erbringen. Der Krankenträger stellt sicher, dass das erforderliche Personal und die notwendigen Einrichtungen für eine stationsäquivalente Behandlung bei Bedarf zur Verfügung stehen. In geeigneten Fällen, insbesondere wenn dies der Behandlungskontinuität dient oder aus Gründen der Wohnortnähe oder auf Wunsch des Leistungsberechtigten sachgerecht ist, hat das Krankenhaus an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer oder ein anderes zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigtes Krankenhaus mit der Durchführung von Teilen der Behandlung zu beauftragen.*

## **2. Vergütung der stationsäquivalenten Behandlung**

Art. 2 § 3 BundespflegesatzVO regelt die Vergütung der stationsäquivalenten Behandlung. Die künftige BundespflegesatzVO bezieht sich auch auf die „stationsäquivalenten“ Leistungen, so dass die Krankenhäuser diese Leistungen erbringen sollen. Durch diese Regelung werden andere Anbieter, die keine Krankenhäuser sind, ausgeschlossen. Es ist sicherzustellen, dass bei Einbeziehung anderer Leistungserbringer diese ebenfalls eine Vergütung verlangen können. Die entsprechende Regelung ist in §§ 119 a, 119 c SGB V gesetzlich zu verankern.

## **II. Institutsambulanzen nach § 118 SGB V RefE**

Als geeignete Leistungserbringer für Institutsambulanzen werden die psychosomatischen Kliniken und Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zugelassen. Wichtig wäre dort die Einbindung bzw. Beteiligung von Leistungserbringern der Eingliederungshilfe (integrierte Versorgungskonzepte) ebenfalls gesetzlich zu verankern.

### III. Verhältnis der neuen Leistung zum Leistungssystem des SGB XII

Es ist gesetzlich nicht klar geregelt, wann eine stationäre Behandlung und wann eine stationsäquivalente Behandlung durch das Krankenhaus angezeigt ist. Fraglich ist, ob beim Wohnen in einer Einrichtung auch eine stationsäquivalente Behandlung z.B. nach § 119 a SGB V in Betracht kommt. Das Verhältnis der Leistungen des SGB V zu Leistungen SGB XII (Eingliederungshilfe) ist ebenfalls nicht umfassend geklärt. Im Bereich Pflege gibt es schon große Abgrenzungsprobleme. Jetzt könnten auch für Leistungen des SGB V die Abgrenzungsprobleme zunehmen. Fraglich ist auch, ob die Erbringung der Leistungen durch das Krankenhaus auch durch das Personal einer Einrichtung/ eines Dienstes nach SGB XII erfolgen darf oder nur durch das eigene Personal. Durch die Erbringung der Leistungen durch Krankenhäuser und Kliniken würden diese Träger auch in die ambulante Eingliederungshilfe einsteigen, indem sie durch die bekannten stationsäquivalenten Behandlungsteams die Unterstützung im Rahmen eines Betreuten Wohnens sicher stellen würden. Dies kann erhebliche Folgen für die Anbieter der Leistungen der Eingliederungshilfe haben. Für die Träger der Eingliederungshilfe wäre diese Lösung von Vorteil, da sich die Kosten von SGB XII Leistungen auf SGB V Leistungen verlagern würden.

Umso wichtiger ist daher, die Koordination der Leistungen und die Vernetzung (integrierte Versorgung) gesetzlich zu verankern.

### Schlussbemerkung

Das derzeit bestehende System, in dem psychiatrische Krankenhäuser aufgerufen sind über Psychiatrische Institutsambulanzen und mit den sozialpsychiatrischen Leistungserbringern die bestmögliche Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sicherzustellen, bietet an vielen Stellen Schwachstellen, die aber durch den vorliegenden Gesetzesentwurf nicht grundlegend gelöst werden.

Der Referentenentwurf benötigt vor allem im Bereich der stationsäquivalenten Behandlung nach §§ 39, 115 d SGB V deutliche Nachbesserungen. Entscheidend für die Zukunft der sozialpsychiatrischen Versorgung ist ein bundesweit vergleichbar funktionierendes und auf dem Vereinbarungsprinzip basiertes System der Leistungserbringung, das sowohl den Krankenhausträgern als auch allen an der psychiatrischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern die Gestaltung von individuellen Leistungen zugunsten des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten ermöglicht.

Freiburg, den 14.6.2016

Kontakt:

Janina Bessenich und Dr. Thorsten Hinz  
Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V.  
Karlstr. 40, 79104 Freiburg  
Tel. 0761-200-301, Website: [cbp@caritas.de](mailto:cbp@caritas.de)