

**Stellungnahme
der
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)**

zum Referentenentwurf des BMG

**Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und
der und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische
Leistungen (PsychVVG)**

Renate Schepker, Katharina Wiebels, Jörg M.Fegert

Das Bundesministerium für Gesundheit hat am 19.05.2016 den Referentenentwurf „Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ vorgelegt, und um Stellungnahme bis zum 14.06.2016 gebeten.

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie nimmt erfreut zur Kenntnis, dass nach dem Eintritt in einen „Strukturierten Dialog“ nunmehr ein Referentenentwurf vorgelegt wird, der die seitens unserer und anderer Fachverbände vorgetragenen notwendigen Entwicklungen in Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie unterstützen soll. Laut den Zielsetzungen in der Präambel könnte der Reformstau in unserem Fachgebiet damit behoben werden. So soll ein Budgetsystem und kein Preissystem eingeführt werden. Dies begrüßen wir ausdrücklich.

Präsident

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Tobias Banaschewski
Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Mannheim

Stellvertretender Präsident und Schatzmeister

Prof. Dr. med. Hans-Henning Flechtner
Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik
Universitätsklinikum Magdeburg

Stellvertretender Präsident und Kongresspräsident

Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert
Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm

Schriftführer

Prof. Dr. med. Marcel Romanos
Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik, Universitätsklinikum Würzburg

Beisitzerin

Prof. Dr. med. Renate Schepker
Chefärztin der Abteilung Psychiatrie und
Psychotherapie des Kindes- u. Jugendalters
ZfP Südwürttemberg, Ravensburg

Beisitzer

Prof. Dr. med. Veit Roessner
Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychotherapie
Universitätsklinikum Dresden

Beisitzerin

Prof. Dr. rer. nat. Kerstin Konrad
Leitung des Lehr- und Forschungsgebietes Klinische
Neuropsychologie des Kindes- u. Jugendalters
Universitätsklinikum Aachen

Ehrenpräsidenten

Prof. em. Dr. med. Dr. phil. Helmut Renschmidt
Marburg

Prof. em. Dr. med. Dr. rer. nat. Martin H. Schmidt
Mannheim

Kooptierte Mitglieder

Dr. med. Martin Jung
Kommissarischer Vorsitzender der BAG KJPP

Dr. med. Gundolf Berg
Vorsitzender des BKJPP

Geschäftsstelle

Katharina Wiebels, Ass. iur.
Antje Rößler, Dipl. Betriebswirtin (BA)
Anna Günther, Sekretariat
Reinhardtstraße 27 B
10117 Berlin
☎ 030 / 28 09 43 86, 📠 030 / 27 58 15 38
E-mail: geschaeftsstelle@dgkjp.de
Internet: <http://www.dgkjp.de>

Deutsche Apotheker- und Ärztebank
BLZ 300 606 01

Kto-Nr.: 0006788564
IBAN Nr.: DE67 3006 0601 0006 7885 64
BIC (Swift Code): DAAEEDDD

VR 27791 B Amtsgericht Berlin

Es soll eine familienfreundliche und familiennahe Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie durch sektorenüberschreitende Behandlungsformen ermöglicht werden. Das entspricht den Entwicklungsanforderungen an eine moderne Versorgung, und wir begrüßen die Möglichkeit des Einbezugs kinder- und jugendpsychiatrischer Praxen.

Es soll eine qualitätsgesicherte Versorgung ermöglicht werden, die auf die regionalen Besonderheiten abstellt und die Verhandlungspartner vor Ort in ihren Verhandlungspositionen stärkt und unterstützt. Das entspricht der lokal sehr verschiedenen Versorgungssituation psychisch kranker Kinder und Jugendlicher sehr gut.

An einigen Punkten sollte der Gesetzentwurf aus unserer Sicht jedoch überarbeitet werden, um die o.g. Intentionen besser oder überhaupt zu realisieren.

Zusätzlich zur „Stellungnahme von wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbänden aus den Bereichen der Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie zum Referentenentwurf unter Federführung der DGPPN; der wir uns als Mitunterzeichner vorbehaltlos anschließen, möchten wir im folgenden einige Punkte betonen, die uns bei der Überarbeitung des Referentenentwurfs besonders wichtig sind.

So sollte im Gesetzeswortlaut deutlicher zum Ausdruck gebracht werden, dass eben kein Preissystem, sondern ein Budgetsystem gewünscht wird.

Grundsätzlich sollte durchgehend von leistungsbezogenen **und** strukturellen Komponenten gesprochen werden, statt von den leistungsbezogenen strukturellen Komponenten. Eine Verdeutlichung, wie wichtig Strukturkomponenten als Bestandteil des Gesamtbudgets sind (z.B. Stationsgrößen zur Verhinderung von negativen Gruppendynamiken, dezentrale Standorte zur

Ermöglichung des Einbezugs von Familien) wird unsererseits an einigen Stellen vermisst.

So sollte bei den Krankenhausstandorten (§ 2a KHG neu) auch *angemessen auf die spezifischen Bedürfnisse psychisch kranker Kinder und Jugendlicher eingegangen* werden, um Fehlinterpretationen hinsichtlich möglicher Verdichtungs- oder Zentralisierungsbestrebungen von kleinen Standorten, die für psychisch kranke Kinder und Jugendliche unerlässlich sind, zu vermeiden.

Die Landesbasisentgeltwerte sollten aus unserer Sicht für alle Fachgebiete (Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik) getrennt berechnet werden, um Verzerrungen und unklare Transfers in den Budgetverhandlungen zu vermeiden.

Generell fällt auf, dass § 17d Abs.1 KHG in der jetzt geltenden Fassung unser Fachgebiet nur an einer einzigen Stelle eigens erwähnt :

„... für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (psychiatrische Einrichtungen) sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (psychosomatische Einrichtungen)“

In der erneut schon im Gesetzestitel erfolgenden Subsumtion des eigenständigen Fachgebiets der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie unter die psychiatrischen Einrichtungen sehen wir wiederum die Gefahr, dass die spezifischen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen, die in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie behandelt werden nicht eigenständig wahrgenommen werden.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat eigene Behandlungsbedingungen, sah z.B. schon in der Psych-PV einen gemischten Pflege- und Erziehungsdienst vor, da Kinder nach der UN-Kinderrechtskonvention ein Recht auf Pflege und pädagogische Betreuung haben. Insofern unterscheiden sich der

Personalaufwand und die Personalstruktur in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch generell von der Erwachsenenpsychiatrie und der Psychosomatik. Diverse Beispiele im Gesetzentwurf nehmen nur auf Behandlungsherausforderungen in der Erwachsenenpsychiatrie Bezug, so sind insbesondere die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie unstrittig notwendigen stationersetzenden Maßnahmen (stationsäquivalente Behandlung) nur am Beispiel chronisch kranker erwachsener Patienten erläutert. Wenn in diesem Gesetzentwurf die Kinder- und Jugendpsychiatrie erneut nicht im Titel erwähnt wird, was wir bedauern, müsste sie wenigstens im Text mit ihren Spezifika erscheinen.

Da das neu zu schaffende Entgeltsystem auch für psychisch kranke Kinder und Jugendliche reibungslos funktionieren soll, fordern wir, das Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie im gesamten Gesetzentwurf adäquat zu berücksichtigen und von „psychiatrischen und kinder- und jugendpsychiatrischen sowie psychosomatischen Einrichtungen“ bzw. Leistungen etc. zu sprechen.

Stellungnahme zum Regelungsentwurf im Einzelnen:

Zu § 2a KHG:

Die DGKJP schlägt vor zu ergänzen, dass die Besonderheiten der Psychiatrie und Psychosomatik, wie Gemeindenähe, insbesondere aber *die Bedürfnisse psychisch kranker Kinder und Jugendlicher zu berücksichtigen* sind.

Grund für diesen Änderungswunsch ist, dass die Versorgungsgebiete im Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie durchschnittlich 3x so groß sind wie in der Erwachsenenpsychiatrie. D.h. weniger Kliniken müssen einen größeren Bereich abdecken. Die Definition in § 2 a KHG darf nicht dazu führen, dass z.B. kleine dezentrale

Tageskliniken/Ambulanzen aus ökonomischen Gründen geschlossen werden. Erreichbarkeit für Familien ist ein zentrales Qualitätsmerkmal für die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung.

Zu § 17d KHG:

§ 17d Abs.2 S.2 KHG lässt eine deutliche Abkehr vom Preissystem im Wortlaut noch vermissen. Hier müsste aus unserer Sicht noch eine Klarstellung erfolgen.

Folgende Formulierung ist vorstellbar:

*...“Soweit dies zur Ergänzung der Entgelte im **zu verhandelnden Budget** in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist....“*

Wichtig ist uns, dass keine Relativierung bezogen auf die Personalstellen erfolgen wird.

Kalkulationsgrundlage kann nur eine Klinik sein, die die PsychPV zu 100% umsetzt. Ab 2020 bzw. ab Fertigstellung sollten dann die Vorgaben des G-BA Kalkulationsgrundlage sein.

Folgende Formulierung ist vorstellbar:

*„Die Kalkulation soll aufsetzen auf der vollständig finanzierten personellen Umsetzung der Qualitätsvorgaben der Psych-PV, und nach dem 1.1.2020 der Nachfolge-
regelung zur Psychiatrie-Personalverordnung
(Qualitätsvorgaben des GBA)“*

Zu § 3 Abs.3 S.2 Nr.2 BPfIV:

Wir regen an, in der BPfIV statt von „leistungsbezogenen, strukturellen Besonderheiten“ von „*leistungsbezogenen und strukturellen Besonderheiten*“ zu sprechen, um deutlich zu machen, dass strukturelle Besonderheiten eine bedeutsame Komponente im Gesamtbudget sein sollen.

Zu § 3 Abs.3 S.3 Ziff. 5 und 6 BPfIV:

Das Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie benötigt eine aufwendige und von der Erwachsenenpsychiatrie abweichende Personalausstattung. Dies haben auch die bisherigen Erhebungen im PEPP-System nachdrücklich bestätigt. Im Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie- und -psychotherapie wird flächendeckend intensiv psychotherapeutisch gearbeitet, gleichzeitig haben Kinder und Jugendliche einen Anspruch auf Erziehung, der sich aus der UN-Kinderrechtskonvention herleitet. Proportional wird ein deutlich geringerer Anteil von Kindern und Jugendlichen, im Vergleich zu Erwachsenen, stationär behandelt, weil viele Probleme in den Familien abgefangen werden. Dies bedeutet auch, dass durch die Selektion die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie stationär zu behandelnden Patienten hohe Komorbiditätsraten und schwere Belastungen in Bezug auf die Teilhabe aufweisen. Deshalb muss Sorge dafür getragen werden, dass den fachspezifischen Ausstattungsbedürfnissen nachgekommen wird.

Das Einhalten der gültigen Tarifstrukturen ist vereinbar mit dem Prinzip der Wirtschaftlichkeit. Punkt 6. ist entsprechend um die *Anzahl der Stellen einschließlich der gültigen Tarifstrukturen* zu ergänzen.

Zu § 3 Abs.3 S.4 BPfIV:

Wegen der wenig dichten ambulanten Versorgung in unserem Fachgebiet ist der Satz „eine Verlagerung der Leistungen in die teilstationäre, stationsäquivalente und ambulante Versorgung nicht möglich ist“ wenig hilfreich. Sehr oft ist eine solche Verlagerung *nicht realisierbar*. Bei den großen Versorgungsgebieten werden zunächst unabweisbar SPV-Praxen vertraglich geworben werden müssen, ehe eine stationsäquivalente Behandlung flächendeckend möglich sein wird; sie sind in einzelnen Versorgungsgebieten nicht vorhanden. Auch ist die Versorgung mit Tageskliniken noch nicht flächendeckend vorhanden.

Die Bedingung der Substitutionsmöglichkeit für eine Überschreitung des Gesamtbetrags um mehr als den maßgeblichen Veränderungswert ist daher zu streichen.

Zu § 3 Abs.3 S.7 BPfIV:

Ein Abzug nicht besetzter bzw. besetzbarer Stellen vom Gesamtbudget würde zu einer Budgetabsenkung führen auch für die Verhandlungen im jeweiligen Folgejahr. Dies sollte besser über *Ausgleiche* geregelt werden, damit die besonders sensible Personalsituation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie nicht zusätzlich dauerhaft gefährdet wird.

Zu § 3 Abs.4 BPfIV:

Die festgelegte Erhöhungsrage von 40% halten wir für willkürlich gesetzt und problematisch, und fordern eine, den realen Versorgungsbedürfnissen entsprechende vollständige Kompensation von Personalkostensteigerungen. Eine lediglich 40 % -ige Refinanzierung der Tarifsteigerungen ist nicht realisierbar

ohne Qualitätsverluste und Personalkürzungen. Das trifft die Kinder- und Jugendpsychiatrie wegen der oben genannten Besonderheiten des höchsten Personaleinsatzes im Bereich der Psychiatrie, d.h. auch des höchsten Anteils der Personalkosten am Gesamtbudget besonders empfindlich und hat indirekt Auswirkungen auf die Tarifverhandlungen selbst. Deshalb weichen wir in diesem Punkt für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie von der Verbändestellungnahme ab (dort werden 80% gefordert).

Zu § 4 BPfIV:

Die DGKJP kann die Forderung nach mehr Transparenz nachvollziehen, und hat diese Forderung stets unterstützt. Die Schaffung entsprechender Orientierungswerte sollte jedoch in die Vertragspartner vor Ort argumentativ unterstützen und nicht etwa zu einer neuen Konvergenz führen. Die Definitionen sollten unter Einbezug von Experten Auftrag der Selbstverwaltung sein.

Die Formulierungen der Stellungnahme der Verbände sollten hier umgesetzt werden.

Zu § 5 BPfIV:

Entgelte für besondere Strukturmerkmale sollten vor Ort verhandelt werden. Das trifft insbesondere auf die Besonderheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu, für die z.B. Stationsgrößen ein bedeutsames Strukturmerkmal sind, aber auch die Größe der Versorgungsgebiete variiert, für die teilweise mehrere dezentrale Tageskliniken erforderlich sind. Dies sollte in § 5 BPfIV ergänzt werden.

Zu § 10 Abs.2 BPFIV:

Entgeltwerte auf Bundesebene müssen zur Orientierung für alle Fachgebiete getrennt ausgewiesen werden, um den spezifischen Bedarfslagen besonders schützenswerter Populationen (Kinder und Jugendliche) hinreichend gerecht zu werden und um Verzerrungen in den Budgetverwendungen zu vermeiden. Sonst macht aus Sicht unseres Fachgebietes die Erwähnung in § 3 Absatz (3) Satz 6 keinen Sinn.

Aus wissenschaftlicher Sicht ist eine Mittelwertbildung nicht hinreichend. Der Mittelwert kann sich durch nur eine Einrichtung stark verändern, insbesondere durch die geringe Anzahl kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen in einzelnen Bundesländern. Geeignete Instrumente um die Verteilung der Budgets zu ermitteln könnten Median, Standardabweichung und Range sein.

Zu § 39 Abs.1 S. 5 SGB V:

Die DGKJP fordert seit vielen Jahren für Kinder und Jugendliche mehr intensive Behandlungsmöglichkeiten im natürlichen Milieu und begrüßt die Einführung von Hometreatment als stationsäquivalenter Leistung ausdrücklich. Dieses sollte aber auch die teilstationäre Behandlung äquivalent ersetzen können. Daher ist die Einführung des Begriffs „Flexibilität“ anstelle „Dauer, Intensität und Dichte“ essentiell.

Die Definition von stationsäquivalenter Behandlung könnte aus unserer Sicht in § 39 SGB V auch ganz entfallen, da die Definition in § 115 d SGB V ausreichen dürfte. Ausgenommen ist die Erwähnung der stationsäquivalenten Behandlung nach der *stationären* Behandlung in S.1. Diese sollte erhalten bleiben.

Die stationsäquivalente Behandlung in § 39 SGB V muss entgegen dem Kommentar zum Referentenentwurf nicht täglich durchgeführt werden, das ist nicht ihr Sinn.

Die Behandlung soll schneller zur Entlassung führen, aber längerfristig im häuslichen Umfeld fortgesetzt werden über eine größere Spreizung der Therapiedosis. Es ist also wichtig die stationsäquivalente Behandlung entsprechend einzuteilen. Dies erfordert natürlich auch die Umsetzung besonderer Strukturmerkmale wie Bereitschaftsdienst und Mobilität der Mitarbeiter.

Der Einbezug ambulanter Leistungsanbieter – aus unserer Sicht der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater mit SPV-Vereinbarung - in § 115d SGB V und deren Beziehung zum Krankenhaus müsste innerhalb der Selbstverwaltung noch deutlich besser geklärt werden. Auch deshalb ist eine spezifische Erwähnung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und ihrer vernetzten Strukturen erforderlich, um hier schon errungene sektorübergreifende Versorgungsmodelle nicht zu gefährden.

Die beauftragten an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer sollten dann auch als PIA-Standort gelten können (in Verbindung mit § 2a KHG und § 118 Abs.4 SGB V) um den Übergang nach Entlassung aus der stationsäquivalenten Behandlung bei weiterer entsprechender Schwere der Erkrankung zu gewährleisten.

Stellungnahme zu den Eckpunkten:

Die DGKJP gibt zu bedenken, dass die Entwicklung eines Entgeltsystems für das Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie von sehr großer Bedeutung ist. Wir fordern, dass die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher sich

durch die Einführung des geplanten Entgeltsystems nicht verschlechtert. In Deutschland weisen laut KIGGS Survey des RKI rund 20% aller Kinder und Jugendlichen (teils) behandlungsbedürftige Verhaltensauffälligkeiten auf. Bei einer solch große Gruppen (immerhin 1/5 aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland) muss eine qualitativ hochwertige und auch erreichbare Versorgung gewährleistet sein, die den Vorgaben der UN-Kinderrechtskonvention entspricht. Gerade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind kurze Wege für die Patienten von Bedeutung. Psychisch kranke Kinder und Jugendliche sind in besonderem Maße auf die sie umgebenden Systeme, wie beispielsweise das System Familie, angewiesen.

Das für Hometreatment (stationsäquivalente Behandlung) infrage kommende Klientel in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein anderes als das für die Erwachsenenpsychiatrie im Text beschriebene Klientel. Dem sollte durch eine spezifische Erwähnung der Kinder- und Jugendpsychiatrie, wenigstens an dieser Stelle, unbedingt Rechnung getragen werden.

Berlin, 13.06.2016

Für den Vorstand:



Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Tobias Banaschewski
Präsident DGKJP