



Bundesministerium für Gesundheit  
Referatsleiter Ferdinand Rau  
Rochusstraße 1

53123 Bonn

**Geschäftsstelle**

Richartzstr. 12  
50667 Köln  
Telefon: 0221-2779387-0  
Fax: 0221-2779387-7  
[dachverband@psychiatrie.de](mailto:dachverband@psychiatrie.de)  
[www.psychiatrie.de](http://www.psychiatrie.de)

**Geschäftsführerin**

Birgit Görres

**Stellungnahme des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie e. V. zum Köln, den 13.06.2016**

**Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit - Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)**

**Vorsitzender**

Wolfgang Faulbaum-Decke, Kiel

**Stv. Vorsitzende**

Kay Herklotz, Dresden  
Gerd Schulze, München

**Schriftführerin**

Petra Godel-Ehrhardt, Hürth

**Schatzmeister**

Nils Greve, Solingen

**Beisitzer**

Stephanie Lerf, München  
Mirko Ološtiak, Freiburg  
Christian Zechert, Bielefeld;  
Dr. Michael Konrad, Ravensburg  
Nils Greve, Solingen  
Dr. Thomas Floeth, Berlin

**Kontoverbindung**

Sparkasse KölnBonn  
IBAN DE21 3705 0198 0011 701729  
BIC COLSDE33

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V. und seine 230 Mitgliedsorganisationen sind seit 40 Jahren bundesweit für die lebensweltorientierte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen mit bedürfnisangepassten Komplexleistungen tätig. 18.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und deren Netzwerken versorgen ca. 100.000 Nutzerinnen und Nutzer. Der Vorstand des Dachverbandes und die meisten Vorstände der Mitgliedsorganisationen sind dialogisch mit Profis, Betroffenen und Angehörigen besetzt. In der Mitgliedschaft sind Träger von gemeindepsychiatrischen Vereinen und GmbHS sowie Träger von psychiatrischen Kliniken und Ärztenetzwerke organisiert. Um die Behandlung von Menschen mit psychisch erkrankten Menschen zu realisieren, die sich am Wohl der Betroffenen orientiert, betreiben der Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V. und seine Mitgliedsorganisationen seit Jahrzehnten sektorenübergreifende Vernetzungsarbeit.

**Die Inklusion in Deutschland als Aufgabe für Gesellschaft und Politik**

Die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK), die auch die Bundesregierung im Jahr 2009 unterzeichnet hat, definiert die Teilhabe aller Menschen an der Gesellschaft als grundlegendes Menschenrecht. Dem Ziel, die Inklusion auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen umzusetzen, hat sich Deutschland somit verschrieben und die Politik ist nun in der Pflicht, sie durch geeignete Reformschritte auch im Gesundheits- und Sozialbereich voranzutreiben.

Im Rahmen der Behandlungsangebote nach dem SGB V hat der Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. im Jahre 2007 begonnen, Selektivverträge nach §§ 140 a – d (jetzt § 140 a) zur Integrierten Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen auszuhandeln und seit dem Jahr 2009 umzusetzen. Im Jahr 2010 hat der Dachverband die Bundesarbeitsgemeinschaft Integrierte Versorgung (BAG IV) gegründet, in der 39 Trägergesellschaften organisiert sind, die dieses Versorgungsmodell in 12 Bundesländern erfolgreich umsetzen. Mit Stand 2016 sind ca. 12.700 Menschen in die Angebote der Integrierten Versorgung bei den Mitgliedsorganisationen der BAG IV eingeschrieben. Sie ersetzen in vielen Fällen stationäre psychiatrische Plätze.

### **Der Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V. bewertet die Erfüllung der Psych-PV positiv**

Die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) stellt für alle relevanten Tätigkeiten in der stationären psychiatrischen Versorgung in Abhängigkeit vom Schweregrad der versorgten Patienten eine Maßgabe für den Zeitbedarf dar.

Die in dem vorliegenden Gesetzentwurf intendierte Idee der notwendigen Herstellung von Behandlungskontinuität wird vom Dachverband Gemeindepsychiatrie befürwortet. Jedoch sehen wir sie in dem Entwurf als weiterhin unerreicht, besonders für den Fall, wo eine längerfristige ambulante Versorgung jenseits des akuten Klinikbedarfs notwendig ist. Dieserart Versorgung wird jedoch durch vorhandene ambulante Träger im Rahmen von Regelversorgung oder IV erbracht werden, die in dem Gesetzentwurf im Wesentlichen unberücksichtigt bleiben.

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. stellt fest, dass der Gesetzesentwurf grundsätzlich die wesentlichen Forderungen der Fachgesellschaften und Verbände aufnimmt. Er benennt die wesentlichen Aspekte, die in den Eckpunkten vom 16. Februar 2016 aufgeführt sind, als Ziele des Entwurfes. In der praktischen Umsetzung bleibt der Entwurf aber wesentlich hinter den Zielen und dem aufgezeigten normativen Rahmen zurück. An vielen Stellen ist das Misstrauen gegenüber Leistungserbringern erkennbar, anders sind die hohen bürokratischen Hürden in der Vorlage nicht zu interpretieren.

Konkret werden unklaren und inkonsistenten Formulierungen benutzt, in sich widersprüchliche Bestimmungen und lückenhaften Regelungen sind zu erkennen. . Diese Problembereiche erfordern umfassende Änderungen und Erweiterungen der vorgeschlagenen gesetzlichen Bestimmungen.

Die nun folgenden Regelungen bergen das Risiko in sich, dass die Ziele des politisch-fachlichen Konsenses nicht erfüllt und im schlimmsten Fall in das Gegenteil verkehrt werden.

Hervorzuheben sind folgende grundsätzliche Änderungsbedarfe:

- Anerkennung und damit Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen
- Eindeutige und durchgängige Trennung zwischen Budgetfindung und Abrechnung. Die vorliegende Systematik spiegelt die Sicht der Krankenkassen auf die ökonomischen Regelungssysteme wider und verhindert systemseitig Entwicklungspotentiale.
- Sicherstellung der Finanzierung der erforderlichen Personalressourcen, ohne zeitlichen Verzug .
- Definition und Durchführung eines Krankenhausvergleichs, der nicht zu einem unqualifizierten, statisch und methodisch zweifelhaften Betriebsvergleich führen darf und somit IMMER zu einer Kostenanpassung an das letzte Quartil führen wird.
- Definition und Umsetzung stationsäquivalenter Leistungen.
  - Nachweisverpflichtung

### **In den folgenden Bereichen besteht spezieller Änderungsbedarf.**

Die Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist die wesentliche Grundlage und ein zentrales Ziel der Weiterentwicklung des Versorgungssystems. Es sind daher ähnliche Regelungen im Gesetz aufzunehmen, wie sie auch vom Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. und vom Paritätischen beim Bundesteilhabegesetz eingefordert werden und wurden. GLEICHE Konzepte von Beeinträchtigung und Recovery, von Lebensqualität und Wiederherstellung sind einzufordern und zu definieren.

Eine entscheidende Besonderheit ist ein anderes Krankheitsverständnis in Bezug auf die wiederholte Nutzung von KH-Leistungen und der Einbezug dieser Leistungen in ein Gesamtgefüge von Leistungen innerhalb und außerhalb der sogenannten Krankenhauspsychiatrie.

### **Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung**

(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.“

Unter der Voraussetzung, dass geeignete ambulante Leistungserbringer bereits vorhanden sind und die Leistung angemessen erbringen können, entsteht eine sinnvolle, wirklich sektorenübergreifende Behandlung, die bruchlos auch länger ambulante Begleitung von Klienten ermöglicht. Der Übergang gelingt besonders dann gut, wenn ambulante Leistungsanbieter bereits in der Klinik über mögliche Nachsorgepfade informieren und damit die ambulante Nachbehandlung beginnen können.

Beziehungskontinuität entsteht durch eine aktive Vernetzung von schon vorhandenen ambulanten und stationären Angeboten. Durch diese Vernetzung werden zudem Doppelstrukturen vermieden, die bekannterweise zu einer Irritation der Klienten und damit erneuter Verstärkung der Symptomatik führen können und zudem Mehrkosten verursachen.

Es sollte eine Finanzierungsregelung gefunden werden, die Krankenhäusern eine Beauftragung dritter Leistungserbringer ohne eigene wirtschaftliche Nachteile ermöglicht.

Aus unserer Sicht ist es sinnvoll, die in der Integrierten Versorgung ausprobierten Versorgungsmodelle in die Regelversorgung zu übernehmen. In diesem Modell sind regionale Krankenhäuser und niedergelassene Fach- und Hausärzte als wichtige Protagonisten der ambulanten Versorgung regelhaft in die Behandlungsteams eingebunden.

### **Eindeutige und durchgängige Trennung von Budgetfindung und Abrechnung**

Der Gesetzentwurf beschreibt das zukünftige Finanzierungssystem als ein Budgetfindungssystem mit Verhandlungskompetenz auf der Ortsebene und grenzt es somit von einem Preissystem, egal ob auf Bundes- oder Landesebene ab. Die grundlegende Voraussetzung dafür ist eine durchgängige und eindeutige Trennung von Budgetfindung und Abrechnung. Diese ist in dem Gesetzentwurf nicht durchgängig und nicht auseichend klar umgesetzt. Die Regelungen zur Budgetfindung sind nicht in

ausreichendem Maß geeignet, den erforderlichen und durch den Gesetzentwurf vorgegebenen Wechsel von einem Preissystem in ein Budgetsystem sicherzustellen und umzusetzen.

Diese Einschätzung basiert hierbei auf folgenden Einschätzungen:

- a) die im Gesetzentwurf vorgeschlagenen Regelungen zur Budgetfindung stellen fast ausschließlich auf eine empirische Kalkulation ab, wie sie im Rahmen des PEPP-Systems durchgeführt wurde. Die Kalkulation bildet daher die IST-Kosten ab; es besteht weiterhin eine bereits durch mehrfache Studien und Erhebungen bewiesene Diskrepanz zwischen den Ist-Kosten der untersuchten Einrichtungen und den notwendigen, fachlich erforderlichen Kosten. Die Debatte zur Erfüllung der Psych-PV gibt hierfür ein gutes Beispiel. Gleiches gilt für die nachgewiesenen Formen der impliziten Rationierung, die in deutschen Krankenhauspsychiatrien in einer umfassenden Studie der Hans-Böckler-Stiftung nachgewiesen wurde.
- b) Das PEPP-System ist in seiner Logik so gestaltet, dass es zu einem empirisch ermittelten Preis führen wird und über die Relativgewichte genau zu einer Preisbildung beiträgt. Daher wagen wir zu bezweifeln, dass diese Logik nur durch Hinweise in einer Präambel aufgehalten werden kann. Es bedarf daher klarer normativer Vorgaben, was unter einer guten und zeitgemäßen Behandlung zu verstehen ist.
- c) Daher kann das PEPP-System nur parallel mit den neuen Personalvorgaben des GBA umgesetzt werden oder bis zur Einführung müssen Sonderregelungen gelten.
- d) Ergänzt wird diese Kritik durch die Tatsache, dass es keine Regelung gibt, die **NORMATIV** die regionalen Besonderheiten und die Strukturen der Sozialräume aufgreift. Die Sozialraumforschung hat eine Vielzahl solcher Kriterien und Bewertungen entwickelt, die ergänzend bei Bedarf herangezogen werden müssen.
- e) Die Kalkulation von Leistungen und die Bewertung in Form von Relativgewichten wird allenfalls auf der Abrechnungsebene dazu benötigt, eine krankenhausindividuelle Abrechnungsgröße zu bestimmen. Die Realisierung des vereinbarten krankenhausindividuellen Budgets geschieht dabei in einem Budgetsystem durch Abschlagszahlungen auf das Budget, die sich aus Art und Menge der vereinbarten Leistungen sowie der jeweiligen krankenhausindividuellen Abrechnungsgröße ergeben.
- f) Die vorgeschlagenen Regelungen bzgl. einer (vereinbarten) Überschreitung des Veränderungswertes bzw. des bestehenden Gesamtbetrags führen nicht zu einer an Art, Menge und Qualität der Leistung angepassten Vergütung, sondern es besteht die begründete Gefahr, in der Konsequenz zu einer Reduzierung der verfügbaren Ressourcen im Versorgungssystem beizutragen (negativer Treppeneffekt).
- g) Es hat sich ferner gezeigt, dass die prospektiv kalkulierten Leistungen nach Art und Menge in den Psych-Fächern nicht in jedem Fall ausreichend zuverlässig abgeschätzt werden können. Insbesondere der demografische Faktor, ein verändertes (und veränderliches) Inanspruchnahmeverhalten und die Entwicklung neuer Versorgungsformen führen zu Differenzen zwischen den prospektiv vereinbarten Budgetwerten und den (retrospektiv) erzielten Erlösen.
- h) erforderliche Mehraufwände und daraus resultierende Mehrerlöse sind nicht ausreichend in den Regelungen zum Mehrerlösausgleich berücksichtigt. Die vorgeschlagenen Regelungen orientieren sich an den Fächern der somatischen Medizin, die jedoch ein anderes Verhältnis von fixen zu variablen Kosten aufweisen.

## **Finanzierung des erforderlichen Personals**

Der Referentenentwurf sieht verbindliche Mindeststandards für die Personalausstattung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vor. Diese sollen ab 2020 vorliegen. Die bisherigen Erfahrungen mit der Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung haben jedoch gezeigt, dass eine (erforderliche) Ausfinanzierung der Personalkosten durch die Kostenträger auf der Basis der tatsächlich anfallenden Personalkosten nur dann umgesetzt wird, wenn dies auch so gesetzlich eindeutig vorgegeben wird. Eindeutige Regelungen dazu sind jedoch bisher im Gesetzestext nicht vorhanden. Unmissverständliche und für alle Beteiligten verbindliche Vorgaben sind dazu erforderlich:

- a) die erforderlichen Personalressourcen müssen aufgabenbezogen qualitativ und quantitativ festgelegt werden.
- b) Erforderlichenfalls sind hier normative Vorgaben zu machen (siehe oben)
- c) Eine umfassende und verbindliche Finanzierung läuft ohne eine vollständige Refinanzierung von tariflich bedingten Personalkosten-Steigerungen führt zu einer schrittweisen Aushöhlung dieser Vorschrift.

## **Krankenhausvergleich**

Ein Krankenhausvergleich erscheint grundsätzlich geeignet, den Aufwand der Leistungserbringung vergleichend zu erfassen und damit Transparenz für den Aufwand und die erbrachten Leistungen herbeizuführen. Dabei ist jedoch durchgehend darauf zu achten, dass es sich nicht primär um einen Vergleich von Kostendaten (Krankenhaus-Betriebsvergleich) handelt, sondern um den Vergleich von Kennzahlen, die für die krankenhausindividuellen Budgetverhandlungen einen Orientierungs-Rahmen bilden können. Insofern wird ein Krankenhausvergleich nicht als eine Grundlage für die Budgetfindung, sondern als Orientierung für die Verhandlungspartner vor Ort gesehen.

Ein Krankenhausvergleich muss auch eindeutig von einer Kalkulation, wie sie im Rahmen von Preissystemen durchgeführt wird, abgegrenzt werden. Es ist in keiner Weise zielführend, die im Rahmen des Krankenhaus-Vergleiches erhobenen Daten als Mittelwerte vorzugeben und die krankenhausindividuellen Verhandlungsergebnisse daran zu bewerten. Es ist vielmehr erforderlich, durch die erhobenen Vergleichs-Daten Korridore zu beschreiben. Und dies hat durch die gleichberechtigte Beteiligung vor Ort zu erfolgen.

Die Verwendung von Daten aus dem Krankenhausvergleich im Sinne einer Kalkulation von Kosten würden zu einer primär abwärts gerichteten unkontrollierbaren Konvergenz führen, die nach den Zielen und auch dem Wortlaut des Gesetzes ausgeschlossen sein soll.

## **Nachweisverpflichtung**

Das grundsätzliche Prinzip, dass die im Rahmen der Budgetverhandlung vereinbarten Mittel auch für den vereinbarten Zweck - also die adäquate psychiatrisch-psychosomatische Versorgung – eingesetzt werden müssen, und dass die Verpflichtung des Krankenhausträgers besteht, dies in geeigneter Weise zu belegen, wird grundsätzlich unterstützt.

Allerdings erfordert diese Verpflichtung unabdingbar die Erfüllung von Voraussetzungen, die im vorliegenden Entwurf weder in inhaltlicher noch in zeitlicher Hinsicht gegeben sind und die durch die jetzt vorgeschlagenen Bestimmungen auch nicht herbeigeführt werden können.

Eine Umsetzung einer Verpflichtung zum Nachweis vor dem Jahr 2020 erscheint bei den jetzigen Rahmenbedingungen in keiner Weise zu verantworten.

Insbesondere eine trotz fehlender verbindlicher Finanzierung bzw. Besetzungsmöglichkeiten eintretende Verpflichtung zur Rückzahlung vereinbarter Finanzmittel würde zu einem direkten Entzug von Ressourcen führen. Dadurch wären die im Gesetzesentwurf beschriebenen Ziele der Weiterentwicklung akut gefährdet.

### **Ambulante und vernetzte Behandlung: von der Modell- zur Regelversorgung**


Im Sinne einer sektorenübergreifenden Komplexversorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist es erforderlich, dass die ambulanten Angebote zwingend mit bedacht werden, um eine gute Verzahnung und kontinuierliche Behandlung zu gewährleisten.

Wie aufgezeigt betrifft die hier zur Debatte stehende Gesetzgebung einen komplexen Behandlungssachverhalt, der weit über die klinischen Belange hinausgeht und deswegen eine Erweiterung der an diesem Prozess beteiligten Verantwortlichen nötig erscheinen lässt.

Daher ist zu fordern, dass der Dachverband Gemeindepsychiatrie, niedergelassene Fachärzte, Betroffene und Angehörige am Gesetzgebungsverfahren beteiligt werden müssen.

Unter diesen Gesichtspunkten sollte zudem aus Sicht des Dachverbands ein angemessener Zeitraum für eine sorgfältige Diskussion des Gesetzes vorgesehen werden.

Für den Vorstand

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'W. Faulbaum-Decke'. The signature is stylized with a large 'W' and 'F'.

Wolfgang Faulbaum-Decke  
Vorstandsvorsitzender