

Stellungnahme

Diakonie 
Deutschland

Evangelischer Bundesverband
Evangelisches Werk für Diakonie
und Entwicklung e.V.

Bundesverband
evangelische
Behindertenhilfe 

Vorstand Sozialpolitik

Maria Loheide
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin
Telefon: +49 30 65211-1632
Telefax: +49 30 65211-3632
maria.loheide@diakonie.de

Stellungnahme der Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband gemeinsam mit dem Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)

Die Diakonie Deutschland und der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB) begleiten den Reformprozess um ein neues Entgeltsystem für die stationäre Psychiatrie und Psychosomatik seit Jahren. Die Diakonie hat sich als erster Wohlfahrtsverband auch grundsätzlich zu den fachlichen Anforderungen an ein neues Entgeltsystem geäußert (s. Grundsatzposition „Das neue Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen“, Positionen der Diakonie; Diakonie Text 8.2012).

Auf Grundlage dieser fachlichen Perspektive hat die Diakonie sich durchgehend kritisch gegenüber der Einführung des bisherigen Preissystems (PEPP) geäußert, und sich auch der breiten Allianz der Fachwelt angeschlossen, die im Herbst 2015 ein Umdenken in der Finanzierung von Krankenhausleistungen forderte. Der bundespolitische Richtungswechsel, der sich durch die im Februar 2016 veröffentlichten „Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Psych-Entgeltsystems“ andeutete, wurde von der Diakonie ausdrücklich begrüßt.

Auch der aktuelle Gesetzentwurf ist aus Sicht der Diakonie Deutschland und des BeB grundsätzlich positiv zu bewerten. Insbesondere die Berücksichtigung der tatsächlichen strukturellen Gegebenheiten vor Ort und deren Einbezug in die Vergütungskalkulation lassen auf eine bedarfsorientiertere Finanzierung der Einrichtungen hoffen. Die verbindliche Festlegung und Einhaltung einer ausreichenden Personalausstattung entspricht einer langjährigen Forderung der Diakonie. Und die im Gesetzentwurf vorgesehene neue Möglichkeit zum Home Treatment durch stationäre Einrichtungen ist als eine erste Konkretisierung in Richtung einer sektorenübergreifenden Versorgung begrüßenswert.

Zum Gesetzentwurf verweist die Diakonie zusätzlich auf die gesonderte Stellungnahme der Christlichen Krankenhäuser in Deutschland (CKiD).

Zentral für die diakonische Position sind v. a. die Perspektive auf eine stärker sektorenübergreifende Versorgung sowie die verbesserte Versorgung von schwer und chronisch psychisch kranken und sozial benachteiligten Menschen. Vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention sind alle psychosozialen und gesundheitlichen Unterstützungsangebote auf der Grundlage von Selbstbestimmung, Partizipation und Freiwilligkeit bei der Inanspruchnahme auszubauen und so zu organisieren, dass insbesondere Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen, die zum Teil nicht selbst nach Hilfe bzw. einer Behandlung nachfragen, diese auch wahrnehmen können. Es gilt, den vorliegenden Gesetzentwurf daraufhin zu bewerten, in welcher Weise er dazu beiträgt, gute Rahmenbedingungen hierfür zu schaffen.

In ihrer o. g. Grundsatzposition zum Psych-Entgeltsystem hat die Diakonie einen Kriterienkatalog entwickelt, an dem auch der aktuelle Gesetzentwurf zu messen ist:

Ein neues Entgeltsystem sollte:

- **die angemessene Ressourcenverteilung fördern und den „Schieflagen“ des jetzigen Systems entgegenwirken.** Das neue Entgeltsystem muss auf eine angemessene Ressourcenverteilung und mehr Zugangsgerechtigkeit zwischen verschiedenen Patientengruppen hinwirken. Sinnvolle Leistungskategorien fördern eine gute Versorgungsqualität insbesondere bei bisher unter- und fehlversorgten Patientengruppen. Derzeit ist ein besonderes Engagement für benachteiligte Patientengruppen potentiell existenzbedrohend für die Krankenhäuser. Das neue Entgeltsystem muss eine umfassende und personenzentrierte Versorgung schwer und chronisch psychisch kranker und mehrfachbelasteter Menschen besser abbilden.
- **die Umsetzung fachlich anerkannter Behandlungskonzepte (z. B. leitliniengerechte Behandlung, Dialog, Empowerment, Recovery) fördern.** Gute personenzentrierte psychiatrische Hilfe ist maßgeblich von einer ausreichenden Personalausstattung, der Zusammenarbeit multiprofessioneller Teams, therapeutischer Kontinuität, der Gestaltung achtsamer Milieus und dem Einbezug von Betroffenen und Angehörigen abhängig. Das neue Entgeltsystem muss umfassende Behandlungsansätze, wie Lebenswelt- und Beziehungsorientierung und die Berücksichtigung biopsychosozialer Dimensionen psychischer Störungen unterstützen und nicht behindern. „Milieu“-Arbeit muss abbildbar sein.
- **die Krankenhäuser darin unterstützen, im lokalen Verbund Versorgungsverantwortung zu übernehmen.** Psychiatrische Hilfebedarfe und -strukturen weisen regionale Unterschiede auf. Die Akteure vor Ort müssen stärker als bisher gemeinsam unterversorgte Patientengruppen und lokale Versorgungslücken ausloten und die vorhandenen Ressourcen entsprechend koordiniert ausrichten. Dies kann nur gelingen, wenn auch das neue Entgeltsystem diesen Populationsbezug fördert und nicht erschwert. Es ist zu prüfen, welche Budgetverantwortlichkeiten hier förderlich sind.
- **eine sektorenübergreifende Versorgung fördern.** Eine bessere psychiatrische Versorgung erfordert flexible, kontinuierliche Pfade der Behandlung, Rehabilitation und Teilhabeförderung. Hierfür sind flexibler nutzbare integrierte Komplexleistungen (z. B. übergreifend stationär – teilstationär – ambulant) erforderlich, die den Übergang zwischen verschiedenen Hilfsangeboten erleichtern. Über entsprechende Entgelte sollte auch die bisher unterentwickelte Netzwerkarbeit von Krankenhäusern mit anderen Angeboten vor Ort gratifiziert und damit gefördert werden. Ein sinnvolles Entgeltsystem hilft nicht nur, die Sektorengrenze zwischen stationärer und ambulanter Behandlung nach SGB V besser zu überbrücken, sondern auch, die Barrieren zu anderen Leistungsbereichen (z. B. SGB XI- und SGB XII-Leistungen, oder auch Integration von Arbeit und Arbeitsvermittlung nach SGB II und SGB III) zu überwinden. Über das neue Entgeltsystem sollten außerdem finanzielle Anreize zum übergreifenden Case Management gesetzt werden.
- **eine Ambulantisierung psychiatrischer Hilfe fördern.** Das Entgeltsystem muss stärkere Anreize setzen, die stationäre psychiatrische Behandlung besser in die gemeindenahere Versorgung einzubetten. Wo regional sinnvoll, sollte Krankenhäusern ermöglicht werden, ihr Behandlungsangebot in den ambulanten Bereich auszuweiten. Dies muss in Kooperation mit denen vor Ort vorhandenen Hilfsstrukturen (z. B. gemeindepsychiatrische Verbände) geschehen.
- **den aktuellen Wissensstand zur Qualitätsmessung guter psychiatrischer Versorgung widerspiegeln.** Das neue Entgeltsystem wird neue Anreize setzen und die Versorgung steuern. Es muss darum gehen, verstärkte Anreize für ein gemeindenaheres, personenzentriertes und sektorenübergreifend integriertes psychiatrisches Hilfesystem zu setzen. Das Entgeltsystem ist dafür an bereits existierenden Indikatoren zu orientieren und gleichzeitig so anpassungsfähig zu gestalten, dass es durch neu zu entwickelnde Indikatoren (z. B. zur Teilhabe, Empowerment, Recovery) als lernendes System kontinuierlich nachgebessert werden kann. Bei einer künftigen Evaluation des Entgeltsystems müssen alle beteiligten Sektoren des psychiatrischen Hilfesystems in den Blick genommen werden. Eine alleinige Betrachtung von Indikatoren im Krankenhaussektor greift zu kurz, Qualitätsstandards können sinnvoll nur sektorenübergreifend angelegt sein.
- **spezifische Anforderungen von unterschiedlichen Zielgruppen an eine leistungsgerechte Vergütung berücksichtigen.** In einem künftigen leistungsgerechten Vergütungssystem gilt es, besondere Bedarfe auch gesondert abzubilden. Beispielsweise besteht in der Kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhausversorgung neben therapeutischem auch pädagogischer Bedarf, den es durch eine aus-

reichende Personalausstattung zu decken gilt. Ein vernetztes Arbeiten mit ambulanten SGB V-Angeboten und Leistungen nach SGB VIII ist hier wichtig. In der Demenzversorgung spielt die Alltagsbegleitung eine wichtigere Rolle als in anderen Versorgungsbereichen. Bei Menschen mit Behinderungen sind beispielsweise die Bedarfe nach Assistenz gesondert zu berücksichtigen.

- **regionale Unterschiede berücksichtigen.** Unterschiede in der Versorgung im ländlichen und städtischen Raum müssen in den Tagesentgelten berücksichtigt werden, bspw. durch höhere Vergütung für Fahrtkosten im ländlichen Raum bei aufsuchenden Diensten.
- **die Träger- und konzeptionelle Vielfalt psychiatrischer Versorgung fördern und erhalten.** Das neue Entgeltsystem muss Besonderheiten in den Therapieansätzen einzelner Häuser (z. B. Seelsorge) berücksichtigen, damit die Trägervielfalt erhalten bleibt.
- **„bürokratiearm“ sein.** Das neue Entgeltsystem stellt stark erhöhte Anforderungen an die Leistungserfassung und -abrechnung für die Krankenhäuser. Dies führt zu einer Ressourcenumschichtung in den Häusern aus der Pflege hin in die Verwaltung. Diese Entwicklung sollte durch möglichst niedrige bürokratische Hürden begrenzt werden. Das neue System sollte so ausgestaltet sein, dass kleine Träger bei erfolgreicher Arbeit nicht durch zu aufwendige Berechnungs- und IT-Anforderungen behindert oder gar in ihrer Existenz bedroht werden.

Auf Grundlage dieser Kriterien bewerten die Diakonie Deutschland und der BeB im Folgenden den Gesetzentwurf zum PsychVVG, zunächst mit einigen übergreifenden Anmerkungen:

- **Die fachliche Vision für die Weiterentwicklung der Psychiatrie muss stärker politisch formuliert und verantwortet werden.** Diverse inhaltliche Regelungen sind im Gesetzentwurf nicht konkretisiert, sondern an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als untergesetzlichem Gremium mit Richtlinienkompetenz delegiert worden. Dies entspricht der ordnungspolitischen Logik einer ermöglichenden Gesetzgebung, wesentliche inhaltliche Gestaltungsaspekte an die Selbstverwaltung zu delegieren. Aus Sicht der Diakonie ist diese Vorgehensweise für den vorliegenden Gesetzentwurf aus zwei Gründen zu problematisieren: Der G-BA ist als SGB V-Gremium strukturell nur bedingt in der Lage, eine fachlich befriedigende sektorenübergreifende Perspektive umzusetzen, denn dies muss notwendigerweise auch die Berücksichtigung weiterer Sektoren (SGB XI und XII und weitere) beinhalten. Zumindest muss aber sichergestellt werden, dass im G-BA in ausreichender Weise psychiatrische Expertise einbezogen wird. Die aus der Fachwelt wiederholt geforderte verbindliche Einbindung einer unabhängigen Expertenkommission zum Psych-Entgeltsystem ist bisher nicht in adäquat erscheinender Weise erfolgt. Die Diakonie plädiert weiterhin dafür, zentrale inhaltliche Aspekte der Psychiatrie-Entwicklung politisch gewollt und verantwortet auf bundespolitischer Ebene zu konturieren. Die Entlastung des Gesetzgebers von fachlichen Entscheidungen zugunsten untergesetzlicher Regelungen durch die Selbstverwaltung steht einer umfassenden Visionsbildung und konzeptionellen Weiterentwicklung für die Psychiatrie entgegen. Verbleibt die Gestaltungskompetenz zu diesem Thema beim G-BA, so sollte zumindest Sorge getragen werden, dass dieser hier entsprechend ausgestattet wird und Akteure aus den anderen relevanten Sektoren verbindlich hinzugezogen werden.
- **Unzureichendes Bekenntnis zum Bürokratie-Abbau.** Das Ziel einer pragmatischen, die klinische Arbeit möglichst wenig behindernden Kalkulation und Dokumentation ist im Gesetzentwurf nicht ausreichend expliziert. Insbesondere die Fortführung der Kalkulation auf Basis des PEPP-Systems, der geplante Krankenhausvergleich, ein erhöhter Aufwand bei der Personaldokumentation und den regionalen Besonderheiten, d. h. die Budgetermittlung anhand verschiedener Bestandteile drohen den Aufwand hier eher zu erhöhen.

Im Folgenden nehmen die Diakonie Deutschland und der BeB zu ausgewählten Regelungen vertiefend Stellung:

- **Der Gesetzentwurf sieht weiterhin die verbindliche Einführung des Psych-Entgeltsystems für alle Einrichtungen vor, wenn auch nicht mehr als Preissystem. Der Entgeltkatalog soll weiterhin mit bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen durch das InEK kalkuliert werden.** Die Diakonie hat inhaltlich das durch die Fachgesellschaften und Verbände der „Plattform Entgelt“ vorgeschlagene alternative Konzept für ein budgetbasiertes Entgeltsystem unterstützt. Vor diesem Hinter-

grund enttäuscht der im Gesetzentwurf vorgesehene Verbleib beim PEPP-System als Kalkulationsgrundlage, insbesondere weil die Chance zur Vereinfachung und inhaltlich sinnvollen Ausgestaltung des Katalogs so bisher nicht genutzt wurde. Auch wenn bessere Kriterien für die Datengrundlage gefunden wurden (Kalkulation der Entgelte auf Basis der Häuser, die bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllen, insb. zur Personalausstattung) und von der Verwendung als Preissystem Abstand genommen wurde, bleibt Nachbesserungsbedarf, den Entgeltkatalog so weiterzuentwickeln, dass er für eine sinnvolle Leistungstransparenz nutzbar wird. Hierzu gehört auch, die Anreizwirkungen des Katalogs so zu gestalten, dass fachlich wünschenswerte Weiterentwicklungen wie eine stärker sektorenübergreifende Versorgung und die Schließung von Versorgungslücken für schwer und chronisch psychisch kranke und sozial benachteiligte Menschen geschlossen werden können.

Außerdem ist gegenwärtig die Einhaltung der Mindestvorgaben für die Ausstattung mit therapeutischem Personal als Voraussetzung für die Aufnahme in die Kalkulationsstichprobe zu weich formuliert und der Sicherstellung der Kalkulation untergeordnet (Gesetzesbegründung).

Die Diakonie schlägt vor, im Gesetz das Ziel einer Neuausrichtung und Vereinfachung des Entgeltkatalogs zum Zweck einer fachlich hilfreichen Anreizbildung und Leistungsvergleichbarkeit festzuhalten.

Die Einhaltung der Mindestvorgaben für die Ausstattung mit therapeutischem Personal sollte als Muss-Vorschrift für die Aufnahme in die Kalkulationsstichprobe geregelt werden und oberste Priorität erhalten.

Schließlich kritisiert die Diakonie die Beschreibung der geplanten Kalkulationsstichprobe als „repräsentativ“ (Gesetzesbegründung S. 18): Das zentrale Charakteristikum einer repräsentativen Stichprobe, dass diese per Zufallsauswahl zusammengesetzt ist, ist hier nicht erfüllt, da die Teilnahme auch zukünftig freiwillig sein soll. Es ist also mit dem Risiko systematischer Verzerrungen zu rechnen. Dem ist im Umgang mit den erhobenen Daten Rechnung zu tragen.

- **Das Psych-Entgeltsystem soll verpflichtend als Budgetsystem ab 2017 angewendet werden, es ist keine Verlängerung der Optionsphase vorgesehen.**

Die psychiatrischen Einrichtungen brauchen eine Finanzierung, die ihren tatsächlichen Aufwendungen entspricht, d. h. die Versorgungs- und Leistungsstrukturen und die regionalen und krankenhausesindividuellen Elemente realistisch abbildet. Die Diakonie begrüßt die Einführung eines Budgetsystems, sofern sich die Höhe der jeweiligen krankenhausesindividuellen Budgets auch in der Praxis an den zuvor genannten Faktoren orientieren wird und den Einrichtungen auskömmliche Rahmenbedingungen bietet, um fachlich gut zu arbeiten. Angesichts der notwendigen Vorarbeiten zur adäquaten Budget-Justierung (Anpassung Entgeltkatalog, methodisch sinnvoller Aufbau des Krankenhaus-Vergleichs) ist aus Sicht der Diakonie die Umsetzung bis 2017 jedoch nicht realistisch.

Die Diakonie spricht sich für eine Verlängerung der Optionsphase aus.

- **Die Budgets einzelner Einrichtungen sollen unter Berücksichtigung leistungsbezogener struktureller Besonderheiten vereinbart werden.**

Durch den Gesetzentwurf wird die Bedeutung krankenhausesindividueller Verhandlungen vor Ort gestärkt. Dieser neue Fokus auf die regionalen Gegebenheiten und Akteure entspricht den Forderungen der Diakonie. Zentral für eine fachlich erfolgreiche Umsetzung ist, dass die Budgets, wie zuvor beschrieben, tatsächlich bedarfsorientiert gestaltet werden können. Die ebenfalls lt. Gesetzentwurf zukünftig zugrunde zu legenden bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen bergen die Gefahr, empirisch unvollständig und damit zu niedrig angesetzt zu werden. Sollte sich hinter diesem neuen Mehrebenen-Ansatz der Budgetermittlung ein vorrangiges Einspar-Interesse verbergen, und somit bundespolitisch gesteuert die krankenhausesindividuellen Budgets systematisch zu niedrig ausfallen, käme aus Sicht der Diakonie der „regionale Ansatz“ eher einer Schwächung als einer Stärkung der Akteure vor Ort gleich: Auf manche Einrichtungen, insbesondere kleinere Kliniken, die auf Basis eines Landesbasisentgeltwert und der Konvergenzphase eine sichere Gewinnoptimierung zu erwarten gehabt hätten, wirkt die Rückkehr zur individuellen Budgetverhandlung so eher negativ bzw. potentiell existenzbedrohend.

Aus Sicht der Diakonie sollte vom „Prinzip der Gewinner und Verlierer“ unter den Einrichtungen durch den Gesetzgeber klar abgerückt werden. Das neue Entgeltsystem sollte nicht für das Ziel einer effizienzorientierteren Steuerung psychiatrischer Einrichtungsstandorte instrumentalisiert werden, sondern das Ziel verfolgen, die fachliche Weiterentwicklung der Psychiatrie zu fördern und nicht zu behindern.

dem. Der Ansatz individueller Budgetverhandlungen ist so zu regulieren, dass im Rahmen einer sinnvollen Versorgungsplanung existenzsichernde Budgets als gewährleistet vorausgesetzt werden können. Die Optimierung der (psychiatrischen) Krankenhausplanung sollte stattdessen im Rahmen einer Neu-Justierung der Kompetenzen der Länder geregelt werden.

- **Statt der bisher vorgesehenen Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen sollen ein bundes- und landesweiter Vergleich der Krankenhauleistungen und ihrer Vergütungen als Transparenzinstrument eingeführt werden.**

Dieser Leistungsvergleich soll für Entscheidungen über Minderung oder Steigerung des Budgets herangezogen werden. Auch deshalb muss die Zielsetzung und Ausrichtung des Vergleichsinstrumentariums sorgfältig ausgearbeitet werden. Die entstehende Transparenz sollte aus Sicht der Diakonie vor allem den Vertragspartnern vor Ort als Orientierungsmaßstab für bedarfsgerechte Budgets dienen. Grundlegend dafür ist, dass das Instrumentarium die vorhandenen Bedarfe, also „Soll-Werte“ erfasst, und keine defizitären Durchschnittswerte. Nicht hilfreich ist ein Betriebsvergleich, der auf Kostensenkung zielt.

Die Diakonie befürwortet ein zukünftiges Instrument des Krankenhausvergleichs nur unter der Bedingung, dass dieses als formatives Element einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung den fachlich orientierten Akteuren im Handlungsfeld Psychiatrie bei ihrer Arbeit hilft und diese nicht behindert.

- **Der Gesetzentwurf sieht die Entwicklung verbindlicher Mindestvorgaben für die Personalausstattung der Krankenhäuser vor. Die Einrichtungen sollen ab dem Jahr 2020 verpflichtet werden, die durch den G-BA festgelegten Mindestvorgaben zur personellen Ausstattung einzuhalten und nachzuweisen. Zwischenzeitlich gilt die 100 %ige Umsetzung der Psych-PV.**

Die Einführung verbindlicher und bedarfsgerechter Mindestvorgaben für die Personalausstattung wird von der Diakonie unterstützt. Dies gilt auch für die Vorgabe im Gesetzentwurf, dass die Festlegung der Mindestvorgabe zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen soll. Allerdings gibt die Diakonie zu bedenken, dass Leitlinien nicht immer zu 100 % das erforderliche Personal abdecken. In der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen geht es auch darum, ein therapeutisches Milieu zu schaffen, dass Vertrauen stiftende Beziehungen ermöglicht, Menschen Halt gibt, sie in ihrer seelischen Erschütterung begleitet und dadurch entlastet. Diese Gestaltung des Stationsalltags lässt sich nicht durch einzelne Maßnahmen oder Interventionen abbilden, viele sinnvolle Strukturen sind hier längst nicht umfassend evidenzbasiert erfasst und somit (noch) nicht in Form von Leitlinien abbildbar. Vor diesem Hintergrund sind aus Sicht der Diakonie die notwendigen Finanzmittel durch das BMG zu niedrig veranschlagt.

Hinzu kommt der Aspekt des Fachkräftemangels, mit dem die stationären Einrichtungen in regional sehr unterschiedlicher Weise befasst sind. Insbesondere für Einrichtungen mit Versorgungsverpflichtung, die Probleme haben, ausreichend qualifiziertes Personal zu bekommen, müssen existenzsichernde Ausnahmeregelungen getroffen werden.

Die Diakonie weist nachdrücklich daraufhin, dass die Festlegung der Personalausstattung unter intensivem Einbezug fachlicher Expertise (s. o.) stattfinden sollte. Die zu veranschlagenden Finanzmittel sind entsprechend anzupassen.

- **Die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld soll ermöglicht werden für psychiatrische Krankenhäuser bzw. Abteilungen mit selbstständiger, fachärztlicher Leitung, die über eine regionale Versorgungsverpflichtung verfügen.**

Die Diakonie begrüßt diese erste, wenn auch eng umgrenzte Konkretisierung des bereits im Krankenhausfinanzierungsgesetz 2010 gegebenen Auftrags, sektorenübergreifende Versorgungsstrukturen aufzubauen. Für die praktische Umsetzung wären noch einige Klärungen bzw. Erweiterungen wünschenswert:

Der Gesetzentwurf sieht die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld für Kliniken mit regionaler Versorgungsverpflichtung vor. Die Diakonie weist darauf hin, dass in der Praxis auch Kliniken existieren, die nicht Teil der regionalen Pflichtversorgung sind, jedoch aufgrund ihrer engen Verknüpfung mit ambulanten gemeindepsychiatrischen Strukturen auch prädestiniert sind, Home Treatment zu erbringen.

Die Diakonie schlägt deshalb vor, die Kriterien für die Erbringung von § 115d SGB V zu erweitern und hier auch Kliniken einzubeziehen, die eng eingebunden sind in gemeindepsychiatrische Verbände oder kooperative Netzwerke. Letztere Voraussetzung dürfte u. U. sogar entscheidender für einen gelingenden regionalen Ausbau einer sektorenübergreifenden Versorgung sein.

Ein zentraler Beweggrund für stationäre psychiatrische Einrichtungen, im häuslichen Umfeld zu behandeln, ist die Möglichkeit, solchen Patientengruppen helfen zu können, die ansonsten schwer erreichbar sind. Die aufsuchende Behandlung gilt als einer der anerkannten Lösungsansätze, um für besonders von Unterversorgung betroffene Patientengruppen Zugangsbarrieren zum Versorgungssystem zu überwinden.

Vor diesem Hintergrund bittet die Diakonie im Gesetzestext um Klärung bzw. Explizierung, wie der Begriff „häusliche Umgebung“ definiert ist. Begrüßenswert ist, dass auch stationäre Senioren- bzw. Pflegeeinrichtungen hierunter fallen (Gesetzes-Begründung). Aus Sicht der Diakonie sollten im Sinne einer adäquateren Behandlung von wohnungslosen Menschen auch die Behandlung „auf der Straße“ und im Sinne von Menschen mit Behinderungen bzw. psychischen Erkrankungen auch in Einrichtungen der Eingliederungshilfe hier mitgedacht werden, da so besonders unterversorgte Gruppen besser erreicht werden könnten.

Die Ausführungen zu den Vorteilen einer stationsäquivalenten Behandlung von psychisch kranken Eltern, die Kinder zu versorgen haben, werden von der Diakonie geteilt.

Allerdings muss sichergestellt sein, dass dies nicht zu einer Überforderung einzelner Familienmitglieder bzw. der gesamten Familie führt. Insbesondere die Situation der Kinder als schwächste und verletzlichste Mitglieder ist genau in den Blick zu nehmen und ggf. eine Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendhilfe umzusetzen.

Die vom Gesetzgeber geplante Evaluation der neuen Behandlungsform im Hinblick auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten sowie über ihre finanziellen Auswirkungen ist zu unterstützen. *Allerdings plädiert die Diakonie auch an dieser Stelle dafür, die Evaluation nicht nur auf das Gesundheitssystem zu begrenzen, sondern die Auswirkungen auf andere Leistungsbereiche ebenfalls zu berücksichtigen.*

Zusammenfassend sehen die Diakonie Deutschland und der BeB bei dem aktuellen Gesetzentwurf viele positive Ansätze, und das offensichtliche Bemühen, das psychiatrische Behandlungssystem weiterzuentwickeln und die Akutbehandlung im häuslichen Umfeld deutlich zu verbessern. Gleichzeitig bleiben zum jetzigen Zeitpunkt viele Fragen offen, so dass aus unserer Sicht eine verpflichtende Anwendung des Psych-Entgeltsystems ab 2017 nicht zielführend ist.

Berlin, den 13.06.2016

Maria Loheide
Vorstand Sozialpolitik
Diakonie Deutschland- Ev. Bundesverband

Prof. Dr. Jürgen Armbruster
stellv. Vorsitzender
Bundesverband evangelische Behindertenhilfe