

**AKTION PSYCHISCH KRANKE**  
Vereinigung zur Reform der Versorgung  
psychisch Kranker e.V.

Oppelnerstraße 130  
53119 Bonn

Tel 0228 676740 Fax 0228 676741  
apk-bonn@netcologne.de  
www.apk-ev.de

---

**Stellungnahme der Aktion Psychisch Kranke vom 21.9.16 zum  
„Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der  
Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen  
(PsychVVG)“ (BT-Drucksache 18/9528)**

---

Allgemeine Bewertung:

Die APK setzt sich für die Ausrichtung der Versorgung psychisch kranker Patienten nach folgenden Prinzipien ein:

- Die Behandlung entspricht den Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention, für Kinder der UN-Kinderrechtskonvention, und des Bundesverfassungsgerichts.
- Durch personenzentrierte Behandlung und die dafür notwendige Personalausstattung wird eine menschenwürdige Behandlung gewährleistet.

Dazu sind verbindliche Mindestvorgaben in der Personalausstattung zur Ermöglichung von Aufklärung, Deeskalation und bio-psycho-sozialer Behandlung und ein den individuellen Bedürfnissen entsprechendes Behandlungsvorgehen, auch im Lebensumfeld und angepasst an die Möglichkeiten der Angehörigen und Familien, notwendig.

Auf diesem Hintergrund begrüßt die APK die grundsätzliche Zielsetzung des Gesetzentwurfs PsychVVG vom 03.08.2016. Dieser ermöglicht die Neuausrichtung des Auftrags für die Weiterentwicklung des Finanzierungssystems und der Krankenhausversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Allerdings hängt die Wirkung dieses Gesetzes davon ab, dass die konkrete Umsetzung der verschiedenen Aufträge im „lernenden System“ zum PsychVVG sowie die konkreten Budgetverhandlungen vor Ort im Sinne der Zielsetzungen erfolgen. Für die Bewertungen des patientenbezogenen Leistungsbedarfs muss deshalb in den Jahren 2017 bis 2019 auf die vollständige Umsetzung der Psych-PV zurückgegriffen werden.

Bedenklich erscheint uns nach wie vor die große Nähe des neuen Entgeltsystems zu einer kleinteiligen Abrechnung von Einzelleistungen (PEPP-System), die Fehlanreize zur Versorgung leichter erkrankter Patienten auf Kosten einer flexiblen und personalintensiven Therapie der schwer psychisch Kranken setzt.

Die wichtigsten Punkte des neuen Gesetzesentwurfs sind:

- Die Betonung der Bedeutung der Strukturqualität des therapeutischen Personals, die aber vor der Aushöhlung durch unzureichende Finanzierung von Lohnkostensteigerungen etc. geschützt werden muss.
- Das hausindividuelle Budget, das wesentlich durch die Mindestvorgaben zur Ausstattung mit therapeutischem Personal bestimmt wird, und das die regionalen und strukturellen Besonderheiten berücksichtigt. Die Abrechnung durch PEPP-Einheiten wird der Komplexität von Krankenhaus- Behandlungen und -Aufwänden nicht gerecht. Wir schlagen vor, dass die angekündigte stärkere Pauschalierung zügig angegangen wird.
- Die Einführung der „psychiatrischen Akut-Behandlung im häuslichen Umfeld“ („home treatment“) als neue Krankenhausleistung ist ein grundsätzlicher und zukunftsweisender Fortschritt, um die sektorenübergreifende Versorgung zum Nutzen der Patienten zu stärken. Das Konzept und die Finanzierung dieser neuen Behandlungsform als stationersetzende Therapie sind noch differenziert auszuformulieren. Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit sollten ab 2020 durch die vom GBA zu leistende Weiterentwicklung der Psych-PV verbessert werden. Der tagesbezogene 1:1-Ausgleich von Hometreatment und Belegungsausgleich ist zu streichen.
- Der Auftrag zur Minderung des Dokumentationsaufwands und des interessengeleiteten wechselseitigen Misstrauens sollte noch deutlicher verankert werden, damit die Dokumentation auf Behandlungssteuerung statt Erlösoptimierung (Kliniken) bzw. Erlösreduzierung (Kassen) ausgerichtet wird.

Wir begrüßen, dass das BMG - wie im Eckpunktepapier am 18.2.2016 bereits angekündigt und im Referentenentwurf vom 19.05.2016 paraphiert sowie im Kabinettsentwurf vom 03.08.2016 weiterentwickelt - die Kritik der Fachverbände, die im Rahmen eines strukturierten Dialoges im BMG aufgearbeitet wurden, weitgehend aufgenommen hat. Der Gesetzentwurf stoppt die seit 1.1.2013 in der Bundespflegesatzverordnung vorgesehene Einführung eines Preissystems (PEPP) nach DRG-Logik, das sonst nach gültigem Gesetz ab 1.1.2017 für alle psychiatrischen Krankenhäuser verbindlich geworden wäre. Dem bisherigen Dogma der Gesundheitspolitik, dass der möglichst freie Wettbewerb unter entsprechendem Kostendruck zu optimaler Gesundheitsversorgung der Bevölkerung führt, werden somit zielführende Grenzen gesetzt; der politische Wille zur aktiven Gestaltung der psychiatrischen Versorgung wird wieder deutlich.

*Wir empfehlen zur Verstetigung des erfolgreichen „Strukturierten Dialogs“ die Einrichtung eines „Beirats“ oder einer „Expertenkommission“ zur beratenden Begleitung der weiteren Entwicklung des PsychVVG und zum Austausch zwischen BMG und Verbänden in beiden Richtungen.*

Folgende für die weitere Entwicklung des Hilfesystems bedeutsame kritische Punkte werden im Gesetzentwurf konstruktiv aufgegriffen:

- kritischer Punkt: Das PEPP System ist krankenhauszentriert und bietet keine Anreize für die Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung.

Mit der Einführung einer **stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlungsmöglichkeit** im häuslichen Umfeld (home treatment), wird eine Lücke zwischen stationärer und ambulanter Behandlung geschlossen mit der Aufgabe, die sektorenübergreifende Versorgung zu stärken. „Mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams“ können zukünftig außerhalb des Krankenhauses tätig werden, und Patienten im häuslichen Lebensumfeld behandeln. Um dies zu ermöglichen, wird der §39 SGB V „Krankenhausbehandlung“, der bisher die Möglichkeiten von Krankenhäusern einschränkte, außerhalb ihres stationären Versorgungsauftrages sektorenübergreifend zu agieren, ergänzt und neben voll- und teilstationären eine „stationsäquivalente“ Behandlungsmöglichkeit eingeführt. Das psychiatrische Krankenhaus darf zukünftig Leistungen erbringen, die bisher als dem niedergelassenen Bereich vorbehalten gelten. Eine dreiseitige Vereinbarung (Krankenkassen, Krankenhausgesellschaft und Kassenärztliche Vereinigungen) ist im §115d (V) vorgesehen, die die Modalitäten einer derartigen mobil aufsuchenden Behandlung so regeln soll, dass Blockadehaltungen von vornherein verhindert werden. Bei Nichteinigung wird die Ausgestaltung einer Schiedsstelle übertragen.

*Allerdings sollte aus Sicht der APK das gesamte Spektrum der Krankenhausbehandlung eine äquivalente Ersetzung im häuslichen Umfeld erfahren können und Abstufungen der Behandlungsintensität möglich sein, um auch hier keine Fehlanreize zu setzen.*

- kritischer Punkt: Ein Preissystem würde falsche Wettbewerbsanreize setzen, zu Konzentrationsprozessen führen und eine regional vernetzte, gemeindenahere Versorgungsstruktur gefährden.

Mit der Abkehr vom Preis- und Wendung zum **Budgetsystem** werden psychiatrische Krankenhausleistungen wie bisher über krankenhausindividuelle Budgets vergütet, die aber zukünftig die Leistungen des Krankenhauses im Kontext des regionalen psychiatrischen Versorgungssystems berücksichtigen. Das Krankenhaus wird nicht als geschlossenes System betrachtet, das kostenmäßig nur von der stationären Aufnahme bis zur Entlassung optimiert werden muss, sondern als Teil der regionalen psychiatrischen Versorgung verstanden, und muss sein Angebot sektorenübergreifend – also unter Einbeziehen der ambulanten und außerklinischen Hilfsangebote - optimieren und abstimmen. Die APK begrüßt, dass die Besonderheiten einzelner Bereiche – wie der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder der Gerontopsychiatrie – in ihren Strukturbesonderheiten budgetär abgebildet werden sollen.

- kritischer Punkt: Die PsychPV muss so lange gültig bleiben, bis eine verbindliche Nachfolgeregelung sicherstellt, dass die notwendige Personalausstattung vorgehalten werden muss.

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird beauftragt, verbindliche **Mindestvorgaben zur Personalausstattung** zu entwickeln. Bis dahin bleibt die PsychPV in Kraft. Die PsychPV bleibt damit bis 2019 „Ausdeckelungstatbestand“ nach der alten BPfIV (§ 6 Abs. 1), d.h. Häuser, die noch nicht mit 100% PsychPV Personal ausgestattet sind, können noch bis 2019 nachverhandeln. *Die Nachverhandlungsmöglichkeit sollte im Gesetz festgelegt werden.*

- kritischer Punkt: PEPP erfordert einen unverhältnismäßig hohen Dokumentations- und Bürokratieaufwand. Eine verbesserte Transparenz des Leistungsgeschehens kann wesentlich weniger aufwändig erreicht werden. Dabei sollen auch die gegensätzlichen Anreize reduziert werden zur Erlösoptimierung (Kliniken) und zur Erlöskürzung (Kassen).

Die Spitzenverbände werden verpflichtet, ab 2017 jährlich Schlüssel und Prozeduren aus den Dokumentationskatalogen zu benennen, die „nicht mehr erforderlich sind“. Damit wird ein ständiger Prozess initiiert, der den **Dokumentationsaufwand** verringern soll. *Auch für diesen Prozess ist die Begleitung durch eine unabhängige Expertenkommission bedeutsam.*

- kritischer Punkt: Schematische Konvergenz zu (weitgehend) landeseinheitlichen PEPP-Preisen

Zur Verbesserung der Transparenz des Leistungsgeschehens wird ein **Krankenhausvergleich** zur Orientierung der Vertragsparteien vor Ort aufgebaut, der Daten zu Leistungen, Budgets, personeller Ausstattung, strukturellen Besonderheiten usw. darstellt und vergleichbar aufbereitet. Ziel ist, dass die hausindividuellen Budgets die vom GBA zu erarbeitenden Vorgaben zur Personalausstattung sowie die regionalen oder die strukturellen Besonderheiten berücksichtigen. Unbegründete Budgetunterschiede sollen angeglichen werden – an Stelle der schematischen Konvergenz von begrenzt relevanten Teilbereichen des Leistungsgeschehens.

- kritischer Punkt: Einheitliche Landes- und Bundesbasisentgeltwerte auf Basis empirisch ermittelter IST-Kosten nicht adäquat ausgestatteter Kalkulationshäuser führen zu einer dauerhaften Unterfinanzierung psychiatrischer Krankenhäuser.

Auf landes- oder bundeseinheitliche Basisentgeltwerte als Budgetgrundlage wird in Zukunft verzichtet. Ausgangspunkt sind die historischen Budgets, in denen ab 2020 die Personalmindestausstattung nach Vorgaben des GBA berücksichtigt werden sollen. *Die Vorgaben sind zwar als budgeterhöhender Tatbestand benannt. Es gibt aber keine Vorgabe, dass diese Personalstellen auch **ausfinanziert** werden müssen. Hier ist zu erwarten, dass es ähnlich wie bei der Umsetzung der PsychPV Konflikte um die Themen Personalkosten (IST Kosten, bundesweite Durchschnittskosten, Tarif, ..... ) geben wird.*

Es besteht somit die Befürchtung, dass vor Ort die Kostenträgerseite einseitig die verbindlichen Mindestvorgaben des GBA infrage stellen wird. *Der Gesetzgeber ist deshalb gefordert, zum geeigneten Zeitpunkt die Verbindlichkeit formal, d.h. schiedsstellenorientiert zu bestätigen.*

Es ist richtig und notwendig, von den Krankenhäusern den Nachweis über die sachgerechte Verwendung der Mittel für therapeutisches Personal zu fordern. *Angesichts des bestehenden Fachkräftemangels und der Schwierigkeit Personalstellen adäquat zu besetzen, darf es jedoch in den Verhandlungen vor Ort keinen Automatismus des Budgetabzugs geben, schon gar nicht mit der Folge, dass diese Mittel im Folgejahr nicht mehr zur Verfügung stehen.* Die amtliche Begründung verweist auf die Zuständigkeit der Schiedsstelle (§ 13 BPflV).

Der Gesetzentwurf zu BPflV § 3 Abs. 3 sieht vor: Wenn „eine vereinbarte Stellenbesetzung nicht vorgenommen wurde, haben die Vertragsparteien zu vereinbaren, inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist“. *Die Vertragsparteien sollten anstelle dessen verpflichtet werden, vor Ort die Ursachen der Unterbesetzung zu beleuchten und gemeinsam geeignete Gegenstrategien zu entwickeln.*

### Konkrete Änderungen:

#### **Artikel 2 BPflV**

##### 4. Änderung des § 3

###### d) neuer Absatz 3 Nr. 5

...die **Kosten der** Umsetzung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss.....

###### d) neuer Absatz 3 Nr.6

.....Sofern sich auf Grundlage der Nachweise nach § 18 Absatz 2 ergibt, dass eine vereinbarte und finanzierte Stellenbesetzung nicht vorgenommen **werden konnte**, haben die Vertragsparteien zu vereinbaren, **ob und** inwieweit der Gesamtbetrag abzusenken ist.

###### d) neuer Absatz 4

.....ist der von Vertragsparteien vereinbarte Gesamtbetrag nach Absatz 2 oder Absatz 3 um **40% 70%** der nach § 9 Ansatz 1 Nummer 7 des KHentG vereinbarten Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen erhöhend zu berücksichtigen

14. § 18 wird wie folgt geändert:

bb) Satz 4 ...Aus dem Nachweis nach Satz 2 und 3 muss insbesondere die vereinbarte **und finanzierte** Stellenbesetzung in Vollkräften, die tatsächliche Stellenbesetzung in Vollkräften,.....

## **Artikel 5 Änderungen SGB V**

2. § 39 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

b) .....Sie entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer **stationären** Behandlung.

5. Nach § 115c wird folgender § 115 d eingefügt:

(1).....anstelle einer **stationären** Behandlung eine....

## **Aktion Psychisch Kranke e.V.**

Prof. Dr. Dr. Andreas Heinz  
stellv. Vorsitzender

Dr. Dieter Grupp  
Vorstand

Prof. Dr. Heinrich Kunze  
Vorstand