

Der Paritätische Gesamtverband | attac Deutschland

An die  
Mitglieder des  
Ausschusses für Gesundheit  
im Deutschen Bundestag

Abgeordnete der  
SPD-Fraktion  
CDU/CSU-Fraktion  
DIE LINKE-Fraktion  
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN-Fraktion

**Der Paritätische Gesamtverband**  
Oranienburger Str. 13-14  
10178 Berlin  
Telefon: 030 | 24 636-0  
Telefax: 030 | 24 636-110

**attac Deutschland**  
Bundesbüro  
Münchener Straße 48  
60329 Frankfurt a.M.  
Telefon 069 | 900 281-10

Berlin, 11. Oktober 2016

## **Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Vergütung und Versorgung der psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen (PsychVVG)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

grundsätzlich begrüßen wir, die unterzeichnenden Verbände und Einzelpersonen, dass das Bundesgesundheitsministerium das bisher vorgesehene Entgeltsystem (PEPP) angesichts der vielen Proteste modifiziert hat. Basis hierfür sollten die Eckpunkte der Regierungskoalition vom 18.2.2016 sein, in denen einige wesentliche Forderungen aus Verbänden, Gewerkschaft und der Zivilgesellschaft aufgegriffen wurden. Der nun vorliegende Gesetzentwurf ist aus unserer Sicht in einigen Punkten jedoch nochmals zu überdenken, auch wenn es begrüßenswert ist, dass das bisher vorgesehene Preissystem durch ein Budgetsystem ersetzt wird.

Der Gesetzgeber wird mit dem vorliegenden Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen zwar viele Problembereiche lösen. Ein grundsätzliches Problem bleibt jedoch weiterhin bestehen: Um eine an den Bedürfnissen von Menschen mit psychischen Erkrankungen orientierte Versorgung zu erreichen, bedarf es eines Gesetzes, das nicht nur die Einzelheiten des stationären Bereichs regelt. Vielmehr ist eine Regelung für eine sektorenübergreifende Versorgung, d.h. eine regionale Verzahnung und Vernetzung des ambulanten und des stationären Bereichs, notwendig, um die Versorgungssituation für psychisch erkrankte Menschen zu verbessern. Für den Erfolg dieses integrierten Ansatzes gibt es bereits zahlreiche Praxisbeispiele. Daran sollte angeknüpft werden.

Im Folgenden einige Punkte, die wir nach wie vor äußerst kritisch sehen:

### **Grundlage der Kalkulation**

Es wird weiterhin an der PEPP-Kalkulation festgehalten. Die Kalkulation bleibt somit diagnoseorientiert und kann den individuellen Bedarf der Patientinnen und Patienten nicht abbilden, da lediglich fraktionierte Leistungen gemessen werden. Bereits in den vergangenen Jahren war das ein Kernpunkt der Kritik, da bei psychischen Erkrankungen aus den Diagnosen kaum Aussagen darüber abzuleiten sind, welche Behandlung und wie lange individuell erforderlich ist. Die Vorgaben zur Budgetfindung sollten dringend auch dahingehend präzisiert werden, dass den regionalen und strukturellen Besonderheiten ein stärkeres Gewicht in den Budgetverhandlungen zugeschrieben wird. Die Kalkulationen durch das InEK stellen hierfür keine geeignete Grundlage dar. So kann eine auf einzelne Teilleistungen beruhende Kalkulation die strukturellen Besonderheiten (zum Beispiel die Vorhaltekosten für die regionale Pflichtversorgung) nicht abbilden. Das neue Budgetsystem sollte jedoch gerechtfertigte Kostenunterschiede in der Erbringung von Leistungen und den individuellen Bedarf der Patient/-innen ermitteln. Der PEPP-Katalog hingegen definiert Leistungen diagnose- und fallbezogen, was nicht dem Ziel einer individuellen Leistungsdefinition entspricht.

Es ist dringend darauf hinzuarbeiten, dass der massive, nicht praxistaugliche Dokumentationsaufwand erheblich vermindert wird.

### **Künftige Personalverordnung – Mindestvorgaben des G-BA**

Wichtig für ein neues Entgeltsystem ist das Hinzuziehen qualitativer und quantitativer Kriterien wie Personalbestand, Lohnkostenniveau und Personalfluktuationsquote. Von entscheidender Bedeutung für die Qualität psychiatrischer Krankenhausbehandlung ist die uneingeschränkte Finanzierung und Umsetzung der Personalverordnung Psychiatrie (Psych-PV) zu 100 Prozent bis die Personalmindeststandards durch den G-BA entwickelt sind. Voraussetzung dafür ist eine verbindliche und ausreichende gesetzlich verankerte Refinanzierung der jeweils anfallenden Personalkosten mit den dazugehörigen Tariflöhnen und -steigerungen.

Bei der Entwicklung der Mindeststandards ist die Mitwirkung der Fachgesellschaften, der Gewerkschaft sowie der selbst von psychischer Krankheit Betroffenen (Psychiatrie-Erfahrene) erforderlich. Was letztere betrifft, sollte im Rahmen des Personalbudgets ein ausgewiesener Etat für die Einbeziehung von psychiatrie-erfahrenen Genesungsbegleitern eingeplant werden, wie sie in den letzten Jahren in vielen Regionen Deutschlands im Rahmen der EX-IN-Kurse (Experienced Involvement) qualifiziert werden. Dies hat in einigen Ländern, z. B. in Großbritannien und in den Niederlanden bereits eine längere Tradition und kann wesentlich zu einer besseren Subjektorientierung in der Behandlung psychisch erkrankter Menschen beitragen.

Wichtig ist darüber hinaus eine praxistaugliche, gesetzlich verordnete transparente Nachweispflicht zur Einhaltung der Vorgaben zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen und pflegerischen Personal. Bei der Kontrolle darüber sollte dem G-BA eine Expertenkommission beigeordnet werden, die regelmäßig Berichte darüber verfasst, die dem Deutschen Bundestag und dem Bundesrat zugeleitet werden.

### **Krankenhausvergleich**

Im vorliegenden Kabinettsentwurf wird der Kostenaspekt des Krankenhausvergleiches zu sehr und zu einseitig betont. Es bedarf gesetzlicher Vorgaben, die den Einbezug von regionalen Besonderheiten umfassen und Aspekte der sektorenübergreifenden Versorgung einschließen.

### **Home Treatment**

Der Kabinettsentwurf sieht vor, mit § 115d SGB V eine stationsäquivalente Behandlung als neue Form der Krankenhausbehandlung einzuführen. Grundsätzlich ist dies zu begrüßen, ermöglicht es

doch erstmals die systematische Behandlung schwer kranker Patienten durch das Krankenhaus im häuslichen Umfeld. Der vorliegende Entwurf regelt jedoch das Home Treatment derart starr und eng, dass das eigentliche Ziel, eine Flexibilisierung der Behandlung der Patienten so nicht erreicht werden kann. Eine Festlegung auf die Ersetzung der vollständigen stationären Behandlung geht an den fachlichen Zielen und den Bedürfnissen der Patient/-innen vorbei. Hinzu kommt, dass damit das Erstellen eines lebensweltorientierten Behandlungsplans sowie die sektorenübergreifende Versorgung konterkariert werden. Es ist außerdem nicht gerechtfertigt, die Einführung von Home Treatment mit einem bestimmten Bettenabbau zu verknüpfen. Aus fachlicher Sicht sollten stations-äquivalente Leistungen in Art und Umfang dynamisch definiert und entsprechend vor allem unter Berücksichtigung des personellen Aufwandes differenziert vergütet werden. Die psychiatrische Behandlung wird mit den neuen Regelungen auf den klinischen Bereich reduziert. Wirkungsvolle und qualifizierte Behandlung ist durch interdisziplinäre Zusammenarbeit an den Schnitt- und Nahtstellen der Leistungsträger und Leistungsbereiche gekennzeichnet. Eine Vernetzung mit ambulanten Leistungserbringern ist bei Einführung dieser neuen Behandlungsform daher dringend notwendig.

Ergänzend bitten wir, die in der Beurteilung der Zielsetzungen und Änderungserfordernisse des Kabinettsentwurfs mit diesen Ausführungen übereinstimmenden, in vielen Details der Formulierung für das PsychVVG notwendigen Klarstellungen des Bundesrats vom 23.09.2016 in den Gesetzentwurf aufzunehmen.

Wir hoffen, mit diesen Änderungswünschen den Gesetzgeber anzuregen, nicht auf halben Weg bei der Weiterentwicklung der Psychiatrie zugunsten psychisch Kranker und ihrer Bedürfnisse, stehen zu bleiben.

Ohne die vorgeschlagenen Änderungen ist damit zu rechnen, dass die Umsetzung wie die des KHRG in den Jahren 2010 bis 2012 nicht gelingt und in zwei bis drei Jahren eine erneute umfassende Überarbeitung erfordern wird, mit erheblichen Problemen in der Weiterentwicklung der Reform und in das Vertrauen in die Gesundheitspolitik.

Im Namen der unterzeichnenden Verbände und Einzelpersonen verbleiben wir mit freundlichen Grüßen



Attac Deutschland  
**Dagmar Paternoga, Attac-Ratsmitglied**



Der Paritätische Gesamtverband  
**Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Vorsitzender**

Unterzeichnende Einzelpersonen:

**Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz**  
Direktor, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Charité – Universitätsmedizin Berlin

**Prof. Dr. Peter Kruckenberg**  
Mitglied Aktion Psychisch Kranke e.V. und des Vorstands der DGSP Bremen