

Matthias Rosemann  
Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft  
Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V.  
Oppelner Str. 130  
53119 Bonn

Bonn / Berlin, 16.04.2012

An die Vorsitzende des  
Ausschusses für Gesundheit  
im Deutschen Bundestag  
Frau Dr. Reimann

<p>Deutscher Bundestag Ausschuss f. Gesundheit</p> <p>Ausschussdrucksache 17(14)0249(17) gel. ESV zur öAnhörung am 23.4. 12_PsychEntgelt 17.04.2012</p>
---

**Stellungnahme zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (BT-Drs. 17/8986)**

Zur öffentlichen Anhörung als Einzelsachverständiger vor dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestags am 23.04.2012

Sehr geehrte Frau Dr. Reimann,  
sehr geehrte Abgeordnete und Mitglieder des Gesundheitsausschusses,

für die Einladung zur öffentlichen Anhörung am 23.04.2012 und die Gelegenheit zu einer Stellungnahme danke ich Ihnen.

**Vorbemerkung zu Ihrer Information**

Gemeindepsychiatrische Verbände sind Zusammenschlüsse aller wesentlicher Leistungserbringer in einer Region mit dem Ziel der Verbesserung der Qualität der psychiatrischen Versorgung. Dabei stehen die Sicherstellung angemessener Hilfen für alle psychisch kranken Bürger einer Region (Versorgungsverpflichtung) und die Ausrichtung der Hilfen am individuellen Bedarf jedes Einzelnen im Vordergrund der Aktivitäten. Gemeindepsychiatrische Verbände vereinen Leistungserbringer aus allen Leistungsbereichen des Hilfesystems und arbeiten daher intensiv an der Verbesserung der Nahtstellen zwischen verschiedenen Anbietern und Leistungsträgern im Hilfesystem. In Gemeindepsychiatrischen Verbänden sind in aller Regel auch die Kliniken mit regionaler Versorgungsverpflichtung als wesentliche Partner beteiligt, aber auch Anbieter aus anderen Versorgungsbereichen (SGB V, SGB IV, SGB IX und SGB XII sowie Sozialpsychiatrische Dienste).

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände repräsentiert regionale Gemeindepsychiatrische Verbände aus vielen Bundesländern Deutsch-

lands. Sie dient der gegenseitigen Unterstützung der Mitgliedsverbände bei der Entwicklung der Qualität der psychiatrischen Versorgung.

Die nachfolgende Stellungnahme ist daher aus der Perspektive eines Gesamthilfesystems entwickelt, in dem die einzelnen Akteure kooperativ aufeinander bezogen und in Vereinbarung einer gemeinsamen Versorgungsverpflichtung für alle Bürger des Einzugsgebiets handeln.

In Übereinstimmung mit dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen<sup>1</sup> halte ich die sektorübergreifende, abgestimmte und geplante Behandlung und Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen für eine der zentralen Aufgaben des Gesundheitssystems. Gerade für psychische Erkrankungen ist die sektor- und leistungsträgerübergreifende Behandlung und Betreuung von wesentlicher Bedeutung, da psychische Krankheiten vielfach Auswirkungen auf alle Lebensbereiche eines Menschen haben (z. B. Familie, Nachbarschaft, Arbeitsplatz, Schule, Ausbildungsplatz).

Die psychiatrische Krankenhausbehandlung hat vor allem für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen hohe Bedeutung. Nicht selten ist sie die erste Begegnung mit psychiatrischer Behandlung, weil Menschen mit psychischen Erkrankungen notwendige Behandlungen oft erst in einem sehr entwickelten Stadium der Erkrankung aufsuchen. Manchmal ist das Krankenhaus der Ort, an dem eine wesentliche Weichenstellung für weitere Lebensabschnitte des betroffenen Menschen und seiner Familie erfolgen.

Veränderung der Qualität der psychiatrischen Krankenhausbehandlung ziehen regelmäßig Veränderungen der gesamten Angebotslandschaft nach sich. Umgekehrt hat auch die Qualität des sonstigen psychiatrischen Hilfesystems Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung. Insofern ist aus der Sicht eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes die psychiatrische Krankenhausbehandlung ein wichtiger Bestandteil des Hilfesystems, aber nicht der einzige wichtige. Es kommt daher wesentlich darauf an, dass jedes psychiatrische Krankenhaus in die Lage versetzt wird, sich in jedem Einzelfall, in dem dies erforderlich ist, mit den anderen Leistungserbringern in der Pflichtversorgungsregion zu verständigen und sich an einer abgestimmten koordinierten Hilfeplanung zu beteiligen. Grundsätzlich gelingt dies nur, wenn das Krankenhaus strukturell an der Weiterentwicklung der Qualität des Hilfesystems in regionalen Kooperationsstrukturen beteiligt ist.

Vor diesem Hintergrund waren die Vorgaben des Gesetzgebers im Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz - KHRG) vom 17.03.2009 zu begrüßen, denn sie schienen den Rahmen zu schaffen, um die Krankenhausbehandlung in die Richtung einer sektorübergreifenden Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu entwickeln. Daher ist der von der Bundesregierung vorgelegte Entwurf eines Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz – PsychEntG) auch vor diesem Hintergrund zu bewerten.

### **1. Der verlängerte Zeitplan ist sinnvoll.**

Die Vorgabe des KHRG, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene die Grundzüge eines Vergütungssystems vereinbaren, das zum Jahr 2013 budgetneutral um-

gesetzt werden kann, haben sich nicht einhalten lassen. Vielmehr fällt auf, dass sich die Vertragsparteien nicht hinreichend beraten lassen. Zum Zeitpunkt April 2012 sind die Grundzüge des neuen Vergütungssystems und die Bewertungsrelationen noch nicht zu erkennen. Ich beobachte mit Sorge, dass sich sowohl auf der Seite der Leistungserbringer als auch auf der Seite der GKV wesentliche Akteure von den Vertragsparteien auf Bundesebene nicht hinreichend vertreten fühlen und deutlich abweichende Positionen formulieren. Vor diesem Hintergrund ist nach meiner Auffassung die zeitliche Perspektive, die der Gesetzesentwurf der Bundesregierung enthält, sehr zu begrüßen.

## **2. Die Umsetzung der Psych-PV ist notwendige Vorbedingung**

Die Möglichkeit der Bundespflegesatzverordnung, die durch das KHRG geschaffen wurde, Personalstellen nach der Psych PV zu verhandeln, sind vielfach nicht ausgeschöpft worden. Insofern habe ich die Sorge, dass in der Konvergenzphase (Jahre 2017 bis 2021 gem. Artikel 2 Nr. 3 PsychEntG-E, Neufassung von § 4 Bundespflegesatzverordnung) die Krankenhäuser, die die PsychPV nicht ausgeschöpft haben, zu einer Absenkung des gesamten Leistungsvolumens aller Krankenhäuser führen werden.

Ich ersuche den Gesetzgeber, den Regierungsentwurf des PsychEntG so zu ändern, dass die Ausfinanzierung der Stellen nach PsychPV vor Eintritt in die Jahre 2017 bis 2021 für alle Krankenhäuser mit Versorgungsverpflichtung tatsächlich sicher gestellt ist.

## **3. Überprüfung der Umsetzung der PsychPV ist notwendig**

Es fällt auf, dass § 4 Abs. 4 der PsychPV, nämlich die Kontrolle des MDK über Umsetzung der PsychPV in ein entsprechendes Behandlungsangebot, nicht stattfindet. Daher bedarf es einer Vorgabe des Gesetzgebers, die die Vertragsparteien auf Bundesebene tatsächlich bindet. Dazu bedarf es einer Mitteilungs- oder Meldepflicht der Krankenhäuser über den Erfüllungsgrad der Personalausstattung nach PsychPV.

## **4. Ein Sachverständigenrat bzw. Expertenbeirat sollte gebildet und einbezogen werden.**

Vor dem Hintergrund der wenig transparenten Verhandlungen der Vertragsparteien auf Bundesebene halte ich die Einsetzung eines unabhängigen Sachverständigenrats für erforderlich. In diesem sollten insbesondere auch die Sichtweisen und Erfahrungen von Beteiligten vertreten sein, die nicht zu den Vertragspartnern auf Bundesebene bzw. deren Landesorganisationen gehören, so z.B. die Organisationen, die die Perspektive von selbst Betroffenen (Patienten) vertreten und solche, die die Erfahrungen von Angehörigen repräsentieren. Auch die Perspektiven von anderen Leistungserbringern, die nicht selbst Träger von Krankenhäusern sind, aber gemeinsam mit ihnen die Versorgung der Bevölkerung im Bereich der Psychiatrie sicherstellen, sollten in diesem Beirat vertreten sein.

Dieser Beirat sollte vom Bundesministerium für Gesundheit einberufen werden. Seine Erkenntnisse sollten vom Deutschen Bundestag angehört werden, bevor die flächendeckende Umsetzung des Vergütungssystems erfolgt, um sicher zu stellen, dass sich der Wille des Gesetzgebers in den Ergebnissen der Verhandlungen der Vertragsparteien auf Bundesebene auch tatsächlich niederschlägt. Dazu sollte sich der Gesetzgeber durch besonderen Beschluss die Einführung des Ent-

geltsystems vorbehalten.

### **5. Modellvorhaben konkretisieren**

Ferner rege ich an, die Einführung von Modellvorhaben (Artikel 4 PsychEntG-E) sicherzustellen. Es muss gewährleistet sein, dass diese Modellvorhaben tatsächlich in ausreichend hoher Zahl stattfinden und ihre Ergebnisse Eingang in die Begleitforschung finden. Die Evaluation dieser Modellvorhaben wäre im Beirat zu erörtern; es würde voraussichtlich sinnvoll sein, diese Modellvorhaben unabhängig vom DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner evaluieren zu lassen, um eine unabhängige Auswertung sicher zu stellen.

Zur Umsetzung dieses Vorschlags rege ich ferner an, dass der Gesetzgeber eine Zahl von erforderlichen Modellvorhaben festlegt, die erreicht und evaluiert sein muss, bevor das Vergütungssystem verbindlich für alle Krankenhäuser in Kraft gesetzt werden kann.

Ich habe die Sorge, dass durch das Verhalten einzelner Vertragspartner die Entwicklung von Modellvorhaben so erschwert werden könnte, dass diese nicht mehr zur Entwicklung des Gesamtvergütungssystems herangezogen werden können.

### **6. Finanzierungsrelevante Qualitätsstandards einführen**

Das neue Vergütungssystem sollte eine kooperative, personenzentrierte und verlässliche Behandlung möglichst fördern, sie aber auf keinen Fall erschweren. Das Vergütungssystem sollte daher Qualitätsmaßstäbe definieren, die für die Höhe der Vergütung wirksam sind. Krankenhäuser, die sich an der Versorgungsverpflichtung beteiligten oder diese vollständig übernehmen, sollten eine andere Vergütung erzielen, als Krankenhäuser, die sich nicht an der Versorgungsverpflichtung beteiligen.

Psychiatrische Kliniken mit regionaler Versorgungsverpflichtung sind auf Beteiligung an regionalen Verbundstrukturen festzulegen, idealerweise durch Mitgliedschaft im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Damit wird bei der Behandlung psychisch kranker Menschen auch die Kooperation von Leistungserbringern unterschiedlicher sozialrechtlicher Zuordnung zum Standard (medizinische Behandlung, medizinische Rehabilitation, sonstige Hilfe zur Teilhabe, Pflege usw.). Ebenso sollte die Beteiligung an der sektorübergreifenden Behandlung als Qualitätsmerkmal und damit als Bestandteil für das Vergütungssystem aufgenommen werden.

Matthias Rosemann

---

<sup>i</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007 Kurzfassung