



Qualität für Menschen

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0023(7)
gel. ESV zur öAnhörung am 07.05.
14_PEPP
29.04.2014

Martina Wenzel-Jankowski

Landesrätin

Stefan Thewes

LVR-Fachbereichsleiter

Köln, 24.04.2014

Stellungnahme des Landschaftsverband Rheinland

zum

Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Sabine
Zimmermann (Zwickau), Matthias W. Birkwald,
weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

**Einführung des neuen Entgeltsystems in der
Psychiatrie stoppen
BT-Drucksache 18/557**

und

Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink,
Elisabeth Scharfenberg, Kordula Schulz-Asche,
weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS
90/DIE GRÜNEN

**Das psychiatrische Entgeltsystem überarbeiten und
das Versorgungssystem qualitativ weiterentwickeln
BT-Drucksache 18/849**

anlässlich der öffentlichen Anhörung des

Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages

am 7. Mai 2014 in Berlin

1. Vorbemerkungen

Der Landschaftsverband Rheinland (LVR) arbeitet als Kommunalverband mit rund 16.000 Beschäftigten für die etwa 9,6 Millionen Menschen im Rheinland. Als größter regionaler psychiatrischer Krankenhausträger ist der LVR-Klinikverbund maßgeblich an der psychiatrischen Versorgung im Land NRW beteiligt. Mit seinen neun psychiatrischen Kliniken betreibt der LVR rd. 6.110 Betten/Plätze, davon entfallen 3.529 Betten und 823 tagesklinische Plätze (insgesamt 4.352 Betten/Plätze) auf den KHG-Bereich mit den Fachbereichen Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Neurologie. Der LVR-Klinikverbund ist der regionale Pflichtversorger für insgesamt 4,2 Mio. Einwohner im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie und 5,5 Mio. Einwohner im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie. Mit insgesamt 10.087 beschäftigten Menschen an über 40 dezentralen Standorten behandelten die LVR-Kliniken im Jahr 2012 62.660 Personen an 1.613.636 Berechnungstagen. Hinzu kamen im Jahr 2012 56.291 ambulante Patientinnen und Patienten.

Daneben ist der LVR als Träger der überörtlichen Eingliederungshilfe auch als Kostenträger für die Versorgung (chronisch) psychisch kranker Menschen im Rheinland verantwortlich.

In seiner Rolle als Regionalverband sieht der LVR sich in einer übergreifenden Verantwortung für die Versorgung psychisch kranker Menschen, indem er als Fördergeber ein bundesweit beispielgebendes flächendeckendes Netz von 70 sozialpsychiatrischen Zentren in freier und kommunaler Trägerschaft im Rheinland finanziell unterstützt.

Der LVR ist damit direkt als Träger des LVR-Klinikverbundes und indirekt als Träger der überörtlichen Sozialhilfe von den Auswirkungen des Pauschalentgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) betroffen.

2. Stellungnahme

Zu den in den o.g. Anträgen formulierten Forderungen an die Bundesregierung nimmt der LVR wie folgt Stellung:

Verschiebung des Einführungszeitraums für zwei Jahre

Der Gesetzgeber schreibt in § 3 Abs. 1 BPfIV vor, dass das neue Entgeltsystem verpflichtend zum 1.1.2015 in allen psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern einzuführen ist. Damit bleiben den Krankenhäusern noch 8 Monate Zeit, die notwendigen Voraussetzungen für eine Abrechnung mittels PEPP sicherzustellen. Die Umstellung von den tagesgleichen Pflegesätzen auf die differenzierten pauschalen Entgelte gem. bundeseinheitlichem Katalog stellt einen grundsätzlichen Paradigmenwechsel in der Abrechnung dar. Dieser Umstieg stellt hohe Anforderungen an die vorhandenen IT-Systeme, da das Entgelt aus den für die einzelnen Patientinnen und Patienten dokumentierten Behandlungsverläufen ermittelt wird. Zurzeit ergibt sich aber die Situation, dass die zu Grunde zu legenden bundeseinheitlichen Dokumentationsanforderungen jährlich für die Bereiche Psychiatrie und Psychosomatik ergänzt und erweitert werden. Dies betrifft im Wesentlichen den Operationen- und Prozedurenkatalog (OPS), in dem z.B. die zu dokumentierenden Therapien erfasst

sind. Die Grundlagen des neuen Entgeltsystems sind damit noch nicht stabil und verlässlich.

Daneben haben die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene im April 2014 eine Veränderung der Kalkulationsmethodik und den Einstieg in eine teilweise aufwandsgenaue tagesgleiche Vergütung über Zusatzentgelte vereinbart. Dies wird dazu führen, dass der Entgeltkatalog des Jahres 2015 eine veränderte Systematik aufweisen wird. Eine Veränderung des Entgeltkataloges wird wiederum dazu führen, dass die Leistungen verändert abgebildet und damit auch finanziell anders bewertet werden.

Der LVR-Klinikverbund hat bereits 2013 ähnliche Vorschläge im Vorschlagsverfahren des InEK für das PEPP-System 2014 eingebracht. Der LVR geht deswegen davon aus, dass diese Maßnahme zu einer positiven Veränderung des Gesamtsystems beitragen. Aus den Erfahrungen der zwei InEK-Kalkulationshäuser im LVR-Klinikverbund ist jedoch bekannt, dass die Veränderungen sich erst mit einer zeitlichen Verzögerung von rund zwei Jahren im Entgeltkatalog wiederfinden werden. Dieses bereits aus dem DRG-Bereich bekannte Phänomen ist unproblematisch, wenn es sich wie jetzt im DRG-Bereich lediglich um leichte Anpassungen handelt. Bei grundsätzlichen Veränderungen, wie sie sich im PEPP-System darstellen, ist jedoch von teils großen Wirkungen in der richtigen Darstellung des Leistungsgeschehens und damit auch von einer unmittelbaren Entgeltwirksamkeit auszugehen.

Aus diesem Grund hat der bisher davon Abstand genommen, das neue Entgeltsystem in seinen Kliniken einzuführen. Die Verwerfungen im Leistungsgerüst sind z. Zt. noch so enorm, dass eine verlässliche Planung und Steuerung nicht möglich ist. Dass dies andere Krankenhausträger genauso sehen, zeigt sich darin, dass bisher n erst ca. 80 der 580 von der Einführung des neuen Entgeltsystems betroffenen Kliniken und Abteilungen eine Umstellung auf das PEPP-System vorgenommen haben.

Nach Krankenhausfinanzierungsrecht sind die Budgets der Krankenhäuser prospektiv zu vereinbaren. Das bedeutet, dass die Leistungsmenge im Vorhinein geplant und zwischen den Vertragspartnern vereinbart wird. Wenn sich jedoch sowohl die Dokumentationsanforderungen als auch der Entgeltkatalog gravierend verändern, ist für die Vertragspartner – Krankenhäuser und Krankenkassen - keine sachgerechte Schätzung der Leistungsmenge möglich. Der Gesetzgeber hat für dieses bekannte Problem in der Optionsphase (2013 und 2014) verbesserte Erlösausgleichsregelungen vorgesehen. Diese laufen jedoch im Jahr 2014 aus, so dass sich Fehlschätzungen der Leistungsmengen negativ auf die IST-Budgetentwicklung auswirken können. Die in der Bundespflegesatzverordnung vorgesehene „budgetneutrale Phase“ in den Jahren 2015 und 2016 läuft hier ins Leere, da sich diese lediglich auf die SOLL-Budgets bezieht.

Aus diesem Grund wird dringend empfohlen, nicht nur die Optionsphase um zwei Jahre (2015 und 2016) zu verlängern, sondern auch die „budgetneutrale Phase“ auf die sich anschließenden Jahre 2017 und 2018 zu verschieben. Damit wäre der verbindliche Einführungszeitpunkt der 1.1.2017 und der Beginn der Konvergenzphase der 1.1.2019. Die Verwerfungen durch die Angleichung der Budgets der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser in der Konvergenzphase darf nicht unterschätzt werden. Wird in dieser Phase von fehlgeschätzten Leistungsmengen ausgegangen, kann dies schwerwiegende negative Folgen für das Gesamtsystem psychiatrischer Versorgung haben.

Einberufung einer Expertenkommission

In der Psychiatrie haben Expertenkommissionen eine lange Tradition. Auch die Finanzierungsgrundlagen des jetzigen Systems gehen auf die Arbeitsergebnisse der „Expertengruppe für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie“ Ende der 1980er Jahre unter Leitung der Ministerialräte Luithlen und Tuschen zurück. Das Ergebnis dieser Expertengruppe war die Psychiatrie-Personalverordnung, die bis heute über die Legimitation im Krankenhausfinanzierungsrecht Gesetzescharakter hat. Zusammengesetzt war die Arbeitsgruppe ausschließlich aus aktiven „Praktikern“ verschiedener psychiatrischer Kliniken und Fachabteilungen aus den Berufsgruppen Ärztlicher Dienst, Pflegedienst und kaufmännischer Dienst zusammengestellt. Auch der LVR war über Ärztliche Direktoren und Pflegedirektoren an dieser Arbeitsgruppe beteiligt.

Die Steuerungswirkung von zu Grunde liegenden Finanzierungssystemen auf die Strukturen und die Leistungserbringung im Krankenhaus ist unbestritten. Als Beispiel dient die Einführung der Fallpauschalen im somatischen Bereich in Deutschland im Jahr 2003. Die Anwendung der sog. DRG hat zu tiefgreifenden Veränderungen in der Leistungserbringung geführt. Verwiesen sei diesbezüglich auf die bundesweite Diskussion über die Entwicklung der Verweildauern oder etwa der OP-Zahlen in bundesdeutschen somatischen Krankenhäusern.

Der LVR sieht die große Gefahr, dass sich durch die Einführung des neuen Entgeltsystems negative Effekte in der psychiatrischen Versorgung ergeben könnten. Eine degressive Vergütung mit zunehmender Behandlungsdauer könnte einen Anreiz zu einer Verkürzung der Verweildauer führen. Dies hätte unmittelbare Folgen auf die Strukturen der psychiatrischen Versorgung in den Kliniken und Fachabteilungen, aber auch in den nachsorgenden Bereichen. Dadurch sind auch finanzielle Auswirkungen im Bereich der überörtlichen Sozialhilfe und der Jugendhilfe und damit der kommunalen Haushalte nicht auszuschließen. Das System der psychiatrischen Versorgung, bestehend aus stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten sowie seinen komplexen Vernetzungen mit den gemeindepsychiatrischen und den rehabilitativen Leistungserbringern ist komplex und weist große Abhängigkeiten auf.

Entsprechend enthält § 17d KHG den Auftrag ein „*durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem*“ zu entwickeln und dabei zu prüfen „*ob für bestimmte Leistungsbereiche andere Abrechnungseinheiten eingeführt werden können. Ebenso ist zu prüfen, inwieweit auch die im Krankenhaus ambulant zu erbringenden Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einbezogen werden können.*“ Damit existieren bereits die gesetzlichen Grundlagen für die Entwicklung eines bedarfsgerechten und regionalen Vergütungssystems, das patientenzentrierte und lebensweltbezogene Behandlungsformen ermöglicht, indem ambulante und stationäre Angebote sinnvoll ineinandergreifen. Das vorliegende Vergütungssystem erfüllt diese Voraussetzungen noch nicht.

Große Risiken sieht der LVR darüber hinaus in den gesetzlichen Übergangsvorschriften auf das neue Entgeltssystem ab dem Jahr 2017.

Gerade die Anpassung der Vergütungen in der bereits ab dem Jahr 2017 beginnenden Konvergenzphase wird zu massiven Umschichtungen von Budgetanteilen füh-

ren, ohne dass bisher Vorgaben für die verbindliche Einhaltung von Personalanteilen oder Qualitätsindikatoren existieren. Ein weiterer wesentlicher Systemmangel ergibt sich aus der unzureichenden Berücksichtigung von Mehrleistungen, die in den Jahren 2017 bis 2021 nur anteilig, im Jahr 2017 z.B. nur zu 45%, im Budget zu berücksichtigen sind. Zusätzlich führen Mehrleistungen über die Vereinbarung des Landesentgeltwertes zu einer grundsätzlichen Absenkung des Vergütungsniveaus (doppelte Degression).

Vor dem Hintergrund des jährlichen Anstiegs von psychiatrischen Erkrankungen bedeutet dies in der Konvergenzphase eine nicht mehr ausreichende Finanzierung von psychiatrischen Leistungen. Sämtliche relevanten Indikatoren sowohl für die Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie weisen auf einen weiterhin wachsenden Bedarf. Die bereits langjährig steigende stationäre Krankenhaushäufigkeit in Nordrhein-Westfalen (Aufnahmen/ Einwohner in psychiatrische Krankenhäuser und Fachabteilungen) korrespondiert mit einer steigenden Auslastung der verfügbaren Kapazitäten bei sinkenden Verweildauern. Diese Entwicklung beschränkt sich nicht auf die stationäre Versorgung, sondern bildet sich parallel auch in Bezug auf die teilstationäre Versorgung ab. Vor diesem Hintergrund sieht der Krankenhausplan 2015 des Landes NRW, der sich aktuell in Umsetzung befindet, einen deutlichen Betten- und Platzaufbau im Bereich von Psychiatrie/Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie vor, dem ein massiver Bettenabbau in den somatischen Disziplinen gegenüber steht. Die Realisierung dieser neuen Kapazitäten trifft ab dem Jahr 2017 genau auf die Phase, in der Mehrleistungen nur anteilig finanziert werden dürfen.

Der LVR-Klinikverbund begrüßt daher ausdrücklich die Bildung einer Expertenkommission, die durch den Bundesminister für Gesundheit einberufen werden sollte. Die Expertenkommission sollte den Auftrag erhalten,

- **Die Entwicklung einer Personalbedarfsverordnung für die Psychiatrie und Psychosomatik**
- **Die Entwicklung von Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und**
- **Vorschläge für die Anpassung der gesetzlichen Grundlagen zu erarbeiten.**

Wie bereits in der „Expertengruppe für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie“ sollte eine Unterarbeitsgruppe für die Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie eine Weitere für den Bereich der Psychosomatik gebildet werden.

Desweiteren sollte die Expertengruppe Vorschläge erarbeiten, wie das Vergütungssystem bürokratieärmer ausgestaltet werden könnte. Das System sieht vor, dass ähnlich wie im DRG-Bereich die Vergütung aus der Patientendokumentation abgeleitet wird. Dies stellt hohe Anforderungen an die IT-Ausstattung mit zusätzlichen Kosten. Darüber hinaus erfordert das System aber einen enorm hohen Dokumentationsaufwand. Anders als in der Somatik mit wenigen Dokumentationsitems, ist in der psychiatrischen Behandlung der gesamte Therapieverlauf entgeltrelevant zu dokumentieren. Dieser zeitaufwändige Prozess ist durch das ärztlich-therapeutische und pflegerische Personal zu leisten oder durch spezielle Kodierfachkräfte, die wiederum zu Lasten des ärztlich-therapeutischen Personals zu finanzieren sind.

Vorgabe von Personalstandards gem. Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV)

In den LVR-Kliniken wurde in der Folge der Nachfinanzierungsmöglichkeit der PsychPV durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) im Jahr 2009 eine PsychPV-Quote von 100% vereinbart und auch realisiert. Durch nicht refinanzierte Personal- und Sachkostensteigerungen sinkt die Quote z.Zt. leicht, liegt aber durchweg noch nahe der 100%. Der LVR-Klinikverbund hat in seinen Kliniken darauf geachtet, dass das Mehrpersonal auch zur Umsetzung von Qualitätsprojekten eingesetzt wird. So konnten z.B. wichtige Projekte im Bereich des Hometreatment oder neuer Stationskonzepte umgesetzt werden. Die Umsetzung der Vorgaben der PsychPV hat insgesamt zu einer deutlichen Verbesserung der psychiatrischen Versorgung und zu einer Entlastung der Beschäftigten, insbesondere im Pflegedienst, geführt.

Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben endet die verpflichtende Anwendung der PsychPV am 31.12.2016. Eine Nachfolgeregelung soll durch eine Arbeitsgruppe des Gemeinsamen Bundesausschusses erarbeitet werden. Die Personalausstattung hat in der psychiatrischen Behandlung eine besondere Bedeutung, da rd. 80% des Aufwands in psychiatrischen Kliniken auf den Personalaufwand entfällt. In somatischen Kliniken sind dies üblicherweise nur 55-60%.

Es fehlt bisher jedoch an einer gesetzlichen Regelung, in welcher Form ab dem Jahr 2017 die Vorgaben einer Personalrichtlinie bei der Vereinbarung eines Budgets zu berücksichtigen sind. Ab dem Jahr 2017 sind die Vertragspartner nicht mehr an eine gültige Personalvorgabe gebunden. Die Konvergenzphase kann deswegen zu einer Erosion der PsychPV-Ausstattung führen. Kliniken mit einer hohen PsychPV-Ausstattung weisen in der Regel höhere Pflegesätze auf. Diese werden in der Konvergenzphase verglichen mit Kliniken, die ggf. niedrigere PsychPV-Quoten vereinbart haben. Dies hat zur Folge, dass die Kliniken mit hohen Pflegesätzen Budgetanteile zu Gunsten der Kliniken mit niedrigeren Pflegesätzen verlieren werden. Eine gesetzliche Verpflichtung für eine notwendige Personalausstattung existiert in dieser Phase nicht mehr.

Der LVR-Klinikverbund empfiehlt deswegen dringend, die gesetzlichen Vorschriften so anzupassen, dass auch nach dem 31.12.2016 verbindliche Personalvorgaben gelten. Dies könnte dadurch erreicht werden, dass die Vertragspartner auf Landesebene, bei der Vereinbarung eines Landesentgeltwertes die Vorgaben zur quantitativen und qualitativen Personalausstattung zu beachten haben.

Die PsychPV sollte solange in Kraft bleiben, bis eine Nachfolgeregelung erarbeitet ist, die geeignet ist, den erreichten qualitativen Standard in psychiatrischen Krankenhäusern und Fachabteilungen auch unter neuen Vergütungskautelen aufrecht zu erhalten.

Sicherstellung einer flächendeckenden regionalen Pflicht- und Notfallversorgung

Die psychiatrischen Kliniken des LVR nehmen ausnahmslos an der regionalen Pflichtversorgung teil. Dies bedeutet u.a. die Pflicht zur jederzeitigen Aufnahme von

akut psychisch Kranken aus dem Versorgungsgebiet. Daraus ergeben sich besondere Herausforderungen für die psychiatrischen Kliniken, wie z.B. 24-stündiger Bereitschaftsdienst für die Aufnahme im ärztlichen und pflegerischen Bereich und die Behandlung von Notfällen. Dieser besondere Aufwand ist im bundeseinheitlichen Entgeltkatalog bisher an keiner Stelle berücksichtigt. Im DRG-Bereich erhalten Krankenhäuser, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen, einen Abzug von der Fallpauschale in Höhe von 50 € gem. § 4 Abs. 6 KHEntgG. Eine gleichwertige Regelung ist für psychiatrische Kliniken in der Bundespflegesatzverordnung bisher nicht vorgesehen.

Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben hierzu einen Prüfauftrag an das InEK erteilt, um die zusätzlichen Kosten zur Teilnahme an der regionalen Pflichtversorgung zu ermitteln.

Der LVR-Klinikverbund empfiehlt in Anlehnung an die Regelungen im Krankenhausentgeltgesetz die Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an der regionalen Pflicht- und Notfallversorgung in der Bundespflegesatzverordnung vorzusehen. Entgegen der Regelung im Krankenhausentgeltgesetz sollte diese jedoch als „Zuschlag“ ausgestaltet werden, um die Teilnahme an der Pflicht- und Notfallversorgung zu belohnen, statt die Nichtteilnahme „zu bestrafen“.

Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

Der LVR hat zur Umsetzung der im Gesetzesrang stehenden UN-Behindertenrechtskonvention aktuell einen Aktionsplan beschlossen, der basierend auf einem Mainstream-Ansatz im gesamten LVR in Aktionsbereichen umgesetzt werden soll.

Besonderes Augenmerk richtet der LVR-Klinikverbund dabei auf die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen und Verbesserung der Situation, wenn Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Behandlung notwendig werden. Im LVR-Klinikverbund konnte mit diversen Maßnahmen die Anwendung von Zwangsmaßnahmen in den letzten Jahren deutlich reduziert werden. Gleichzeitig konnte über die Vorgabe der Landesregierung NRW, zusätzliches Personal für die Begleitung von psychisch Kranken bei der Anwendung von Zwangsmaßnahmen bereit zu stellen, zusätzliche Vollkräfte mit den Kostenträgern vereinbart werden. Mit diesem Zusatzpersonal wurden bereits einige Projekte realisiert, die Anwendung von Zwangsmaßnahmen in den Kliniken zu reduzieren. Dies spricht dafür, dass mit einer angemessenen Personalausstattung erhebliche Fortschritte zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention erreichbar sind.

Der LVR-Klinikverbund empfiehlt die Expertengruppe zu beauftragen, bei der Definition des Personalbedarfs eine angemessene Personalausstattung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, insbesondere zur Vermeidung und Begleitung von Zwangsmaßnahmen, zu berücksichtigen.

Modellvorhaben nach § 64b

Der LVR-Klinikverbund sieht in der Möglichkeit, Modellvorhaben nach § 64b SGB V abschließen zu können, eine gute Chance, außerhalb des eng gesteckten Rahmens des vorgegebenen Finanzierungssystems sektorübergreifende Versorgungssysteme für psychisch Kranke zu entwickeln.

Für die Kliniken und Krankenkassen bestehen außer der Möglichkeit, neue Versorgungs- und Vergütungssysteme entwickeln zu können, keine Anreize Modellvorhaben zu vereinbaren. Auf der örtlichen Ebene führt dies oft dazu, dass zwar innovative Konzepte von Kliniken oder Krankenkassen entwickelt werden, diese aber nicht vereinbart werden, weil es an dem Umsetzungswillen fehlt. Dabei ist zu beachten, dass die administrativen Kosten für die Entwicklung und Abrechnung von Modellvorhaben enorm sind und insbesondere von kleineren Krankenhäusern nicht allein getragen werden können.

Der LVR-Klinikverbund empfiehlt deswegen Modellvorhaben nach § 64b SGB V auch durch monetäre Anreize für die beteiligten Kliniken und Krankenkassen zu fördern. Dies könnte z.B. dadurch erreicht werden, dass den an Modellvorhaben beteiligten Kliniken ein höherer Veränderungswert für die jährliche Fortschreibung des Budgets gewährt wird, den die Krankenkassen durch Sonderzuwendungen aus dem Gesundheitsfonds refinanziert bekommen.

Darüber hinaus ist es vorstellbar, dass die sektorübergreifende Versorgung durch eine Verbesserung der ambulanten Behandlung durch die Psychiatrischen und Psychosomatischen Institutsambulanzen (PIA) gem. § 118 SGB V gefördert wird. Hierzu sind Veränderungen in der Vergütung der PIA notwendig. Empfohlen wird eine differenzierte Vergütung entsprechend der Behandlungsbereiche der PsychPV sowie weiterer Behandlungsformen, wie z.B. Psychotherapie, Hometreatment, etc., in § 120 Abs. 2 SGB V gesetzlich zu verankern.

Wenzel-Jankowski
Landesrätin