



**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**18(14)0023(12)**  
gel. ESV zur öAnhörnung am 07.05.  
14\_PEPP  
05.05.2014

**Geschäftsstelle**

Oppelner Str. 130  
53119 Bonn  
Telefon: 0228-691759  
Fax: 0228-658063  
[dachverband@psychiatrie.de](mailto:dachverband@psychiatrie.de)  
[www.psychiatrie.de](http://www.psychiatrie.de)

**Geschäftsführerin**

Birgit Görres

Zuständig: Nils Greve  
Durchwahl: 0212-24821-12

**Stellungnahme zum neuen Entgeltsystem für psychiatrische  
Krankenhausbehandlung  
zur Anhörung des Bundestags-Ausschusses für Gesundheit  
am 7. Mai 2014**

Solingen, den 05.05.2014

**Vorsitzender**

Wolfgang Faulbaum-Decke, Kiel

**Stv. Vorsitzende**

Martin Sielaff, Hamburg  
Kay Herklötz, Dresden

**Schriftführerin**

Petra Godel-Ehrhardt, Hürth

**Schatzmeister**

Torsten Benz, Rostock

**Beisitzer**

Ruth Fricke, Herford;  
Gerd Schulze, München;  
Dr. Volkmar Aderhold, Hamburg;  
Prof. Dr. Reinhard Peukert,  
Wiesbaden;  
Christian Zechert, Bielefeld;

**Kontoverbindung**

Sparkasse KölnBonn  
Bankleitzahl 370 501 98  
Konto 11 701 729

**Vorbemerkung**

Diese Stellungnahme bezieht sich vor allem auf die Auswirkungen der derzeitigen und zukünftigen Finanzierung psychiatrischer Krankenhausleistungen auf die regionale Versorgung.

Sie bezieht die langjährigen Erfahrungen gemeindepsychiatrischer Komplexleistungen (der so genannten „komplementären Psychiatrie“) ebenso ein wie die mittlerweile fünfjährigen Erfahrungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Integrierte Versorgung (BAG IV) des Dachverbands Gemeindepsychiatrie e.V. mit Verträgen nach § 140a SGB V vom Typ des „Netzwerks psychische Gesundheit“ (NWpG) und anderer, ähnlicher Verträge.

Auch aus der Sicht des Dachverbands Gemeindepsychiatrie werden mit der Einführung eines neuen Entgeltsystems für psychiatrische Krankenhausbehandlung Weichen für die nächsten Jahrzehnte gestellt. Die historische Chance einer Überwindung der dysfunktionalen Trennung zwischen Krankenhausbehandlung und ambulant-aufsuchender Versorgung sollte daher unbedingt genutzt werden, die Überwindung der starren Sektorgrenzen darf nicht hintangestellt oder gar verpasst werden.

## **Derzeitige Regelversorgung**

Ambulante psychiatrische Behandlung ist in Deutschland im Verhältnis zu stationärer und teilstationärer Behandlung grotesk unterfinanziert, Anreize zu intensiver, bei Bedarf aufsuchender Behandlung („Home Treatment“) fehlen. Stationäre (und teilstationäre) Krankenhausbehandlung wird darum bei psychischen Erkrankungen häufig als „Lückenbüßer“ nur deswegen erforderlich, weil das ambulante Behandlungssystem unterfinanziert und darum strukturell unterentwickelt ist.

Außerdem isoliert das bisherige Finanzierungssystem die stationäre und teilstationäre Krankenhausbehandlung von den übrigen Behandlungsformen. Stationen und Tageskliniken werden in aller Regel als „Einrichtungen“ mit Aufnahme und Entlassung, nicht als jeweils bedarfsgerecht einsetzbare „Module“ einer kontinuierlichen Behandlung betrieben.

Internationale Erfahrungen – zum Beispiel aus England und den skandinavischen Ländern – zeigen dagegen, dass eine Modularisierung der Behandlung in Verbindung mit leistungsfähigen ambulanten Strukturen zu mindestens gleichwertigen Behandlungsergebnissen bei geringeren fallbezogenen Kosten führen kann.

## **Bisherige Erfahrungen mit Modellprojekten**

Die bisherigen Anreize des Gesetzgebers für ambulante, vernetzte Komplexbehandlung (v. a. §§ 64b, 73a und 140a SGB V) haben zu einem bunten Flickenteppich von Modellprojekten und regionalen Sonderlösungen geführt. Zu erwähnen sind etwa die regionalen Gesamtbudgets für Krankenhausbehandlung (Schleswig-Holstein u. a.), neuere Verträge der Integrierten Versorgung („Netzwerk psychische ‚Gesundheit‘“ u. a.), Praxisnetze mit Fachärzten, Psychotherapeuten und Pflegediensten (z. B. in Berlin) sowie erste Modellverträge einiger Krankenhausträger nach § 64b SGB V.

Soweit diese Modellprojekte bereits seit längerer Zeit bestehen, bestätigen erste Evaluationen in der Tendenz die o. g. internationalen Erfahrungen: Die Ertüchtigung und Vernetzung ambulanter Behandlungsangebote scheint sich auch in Deutschland zu bewähren.

Allen genannten Modellen ist allerdings gemeinsam, dass sie nur einen Teil der an der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung beteiligten Akteure einbeziehen. Dies gilt auch für die wenigen bisher abgeschlossenen Modellverträge nach § 64b, an denen nahezu ausschließlich Krankenhausträger beteiligt sind. Dadurch besteht ein Risiko von Doppel- und Parallelversorgung, und das Ziel einer verbundförmigen Gesamtversorgung mit allen erforderlichen Hilfen „wie aus einer Hand“ wird unzureichend verwirklicht; dies stellt vor allem für schwer psychisch erkrankte Menschen einen deutlichen strukturellen Versorgungsmangel dar.

Zu dieser Situation tragen einengende bzw. unzureichend öffnende Vorgaben in den genannten Paragraphen bei, die es erschweren, die drei „Sektoren“ der Versorgung zusammenzubringen (Vertragsärzte und –psychotherapeuten, Krankenhäuser und Fachabteilungen, gemeindepsychiatrische Netzwerke).

## **Empfohlene Ausrichtung der zukünftigen psychiatrischen Versorgung**

Sowohl die Neuordnung der Krankenhausfinanzierung als auch weitere Maßnahmen sollten – neben weiteren Zielen wie der Existenzsicherung der beteiligten Leistungserbringer – darauf ausgerichtet werden, den Aufbau und die Evaluation einer sektorübergreifenden Gesamtversorgung zu ermöglichen und zu fördern, und zwar im Sinne einer Einbeziehung aller regional relevanten Akteure und aller erforderlichen Leistungsarten aus den diversen Sozialgesetzbüchern.

Um dieses Ziel zu erreichen, sind aus der Sicht des Dachverbands Gemeindepsychiatrie folgende Schritte erforderlich:

1. Ein neues Finanzierungssystem für psychiatrische und psychosomatische Krankenhausbehandlung sollte vor allem dazu beitragen, dass Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen leichter Zugang zu individuell bedarfsgerechten, flexiblen Behandlungsformen erhalten, und zwar grundsätzlich und verbindlich im Verbund mit den übrigen Anbietern psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung und weiterer psychiatrischer Hilfen (Rehabilitation, Eingliederungshilfe usw.). Das derzeit im Aufbau befindliche PEPP-System muss darum grundlegend so überarbeitet werden, dass ambulante und aufsuchende Behandlung als gleichwertige Möglichkeiten mit ausreichender Finanzierung abgebildet werden und das Krankenhaus die Möglichkeit hat, vorhandene Anbieter solcher Leistungen einzubeziehen.
2. Der § 64b SGB V muss so modifiziert werden, dass er die regional vorhandenen Anbieter von Behandlungsleistungen zusammenführt, ähnlich wie dies in Verträgen der Integrierten Versorgung möglich ist. Die derzeitige Fassung ermöglicht es faktisch nur den Krankenhäusern allein, im Rahmen von Modellvorhaben tätig zu werden, obwohl der Gesetzgeber ausdrücklich auch die übrigen Leistungserbringer einbeziehen will. Diese Einengung könnte durch Anwendung der Vorschriften des § 140b auf Modellvorhaben nach § 64b überwunden werden. Dadurch könnten die Sektorgrenzen zwischen dem Bereich der Kassenärztlichen Vereinigungen, dem Krankenhausbereich und der Gemeindepsychiatrie - mit dem Ziel am-

bulanter bedarfsgerechter Komplexleistungen - deutlich leichter überwunden werden.

3. Mittels eines „Bundesmodellprogramms Psychiatrie“, das aus Mitteln des geplanten Innovationsfonds finanziert werden könnte, sollten die beschriebenen ambulanten Behandlungs-Netzwerke im Sinne einer Anschubfinanzierung stimuliert und wissenschaftlich evaluiert werden.



Nils Greve

Geschäftsführer der GpG NRW – Gesellschaft für psychische Gesundheit in Nordrhein-Westfalen gemeinnützige GmbH, Solingen

Mitglied des Sprecherkreises der BAG IV