

Bundesministerium für Gesundheit  
Bundesminister für Gesundheit  
Herrn Hermann Gröhe  
Friedrichstraße 108  
10117 Berlin

Telefon: 030/2 46 36-320

Telefax: 030/2 46 36-150

E-Mail: behinderten-  
hilfe@paritaet.org

Unser Zeichen: zin/ger

Bereich: Gesundheit, Teilhabe  
und Dienstleistungen

Datum: 22. Juli 2015

## **Gemeinsame Positionen der Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie zur Krankenhausfinanzierung und zum Entgeltsystem in der Psychiatrischen Versorgung**

Sehr geehrter Herr Minister Gröhe,

die Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie begrüßen den politischen Gestaltungswillen für eine Weiterentwicklung des psychiatrischen Unterstützungssystems und dass eine Plattform in Form eines strukturierten Dialogs zur Finanzierung der psychiatrischen Krankenhäuser ins Leben gerufen wurde.

Die Verbände des Kontaktgesprächs möchten daher die Gelegenheit nutzen und Ihnen anliegend die „Gemeinsamen Positionen der Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie zur Krankenhausfinanzierung und zum Entgeltsystem in der Psychiatrischen Versorgung“ übermitteln. Darin setzen sich die Verbände des Kontaktgesprächs für ein neues klinisches Entgeltsystem ein, das die Symptome psychisch erkrankter Menschen in einer ganzheitlichen Weise mit Blick auf Lebensgeschichte, Lebenskontexte und Lebensentwürfe der Patient/-innen erfasst und eine dementprechende Behandlung ermöglicht. Ein künftiges Entgeltsystem psychiatrischer Kliniken und Fachabteilungen muss diese in ihrer Arbeitsweise als Bestandteil der gemeindenahen Versorgung stärken.

Bei der gegenwärtigen Finanzierungsdebatte sehen die Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie jedoch mit großer Sorge, dass Fragen zur Verbesserung der Qualität psychiatrischer Behandlungen kaum Berücksichtigung finden. Stattdessen überwiegt die Debatte über monetäre Steuerungsmechanismen und Formen der

Preisgestaltung und Budgetfindung. Die Wechselwirkungen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung sowie zwischen dem Gesundheitssystem und anderen sozialen Unterstützungssystemen, wie der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung, der Kinder- und Jugendhilfe, der Wohnungslosenhilfe oder der Altenhilfe finden aus Sicht der Verbände keine Berücksichtigung.

Wir möchten Sie daher bitten die „Gemeinsame Position der Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie zur Krankenhausfinanzierung und zum Entgeltsystem in der Psychiatrischen Versorgung“ bei den weiteren Beratungen in Ihrem Haus zu beachten.

Stellvertretend für die unterzeichnenden Verbände verbleibe ich

mit freundlichen Grüßen



Claudia Zinke

Referentin Behinderten- und Psychiatriepolitik

## **Gemeinsame Positionen der Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie zur Krankenhausfinanzierung und zum Entgeltsystem in der Psychiatrischen Versorgung**

### **Vorbemerkung**

Die Verbände des *Kontaktgesprächs Psychiatrie* begrüßen, dass Bundesgesundheitsminister Herrmann Gröhe eine Plattform in Form eines strukturierten Dialogs zur Finanzierung der psychiatrischen Krankenhäuser beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ins Leben gerufen hat. Die Verbände begrüßen weiter den politischen Gestaltungswillen für eine Weiterentwicklung des psychiatrischen Unterstützungssystems. Sie fordern alle Akteure auf, die verlängerte Optionsphase und die damit einhergehenden neuen Handlungsspielräume zu nutzen.

Im *Kontaktgespräch Psychiatrie* sind 13 Verbände der Selbsthilfe sowie Fachverbände und Organisationen aus der Psychiatrie sowie die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege zusammengeschlossen. Die Trägerverbände erbringen sowohl ambulante und stationäre Gesundheitsleistungen nach SGB V als auch zum Teil Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder seelischer Behinderung.

Die im April 2015 vorgelegten „Gemeinsamen Eckpunkte der Verbände zur Weiterentwicklung des neuen Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatik und Psychotherapie“ werden von den Verbänden des *Kontaktgesprächs Psychiatrie* weitgehend geteilt (**s. Anlage 1**).

Ergänzend zu den gemeinsamen Eckpunkten setzen sich die Verbände des *Kontaktgesprächs Psychiatrie* für folgende dringende Aspekte ein:

Das neue klinische Entgeltsystem muss das Ziel unterstützen, die Symptome psychisch erkrankter Menschen in einer ganzheitlichen Weise zu erfassen und zu behandeln. Psychische Symptome erhalten ihren Sinn und ihre Bedeutung erst im Rahmen der Lebensgeschichte, des Lebenskontextes und der Lebensentwürfe der Patientinnen und Patienten (**s. 1. Qualität im Krankenhaus**). Eine Behandlung soweit möglich **in der Lebenswelt** und unter Einbeziehung der relevanten Bezugspersonen aus der Lebenswelt der Betroffenen sind zentrale Anliegen einer fortschrittlichen Psychiatrie. Dies geht über eine schnelle Symptomreduktion hinaus und stärkt dadurch den Aspekt der Nachhaltigkeit. Daher muss das künftige Entgeltsystem psychiatrische Kliniken und Fachabteilungen in ihrer Arbeitsweise als Bestandteil der gemeindenahen Versorgung stärken (**s. 2. Verzahnung von Krankenhaus und anderen Angeboten für psychisch kranke Menschen**).

Bei der gegenwärtigen Finanzierungsdebatte sehen die Verbände des *Kontaktgesprächs Psychiatrie* mit großer Sorge, dass die Fragen zur Verbesserung der **Qualität** psychiatrischer Behandlungen kaum Berücksichtigung finden. Stattdessen überwiegt die Debatte über zweifelhafte monetäre Steuerungsmechanismen und Formen der Preisgestaltung und Budgetfindung. Die Wechselwirkungen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung sowie zwischen dem Gesundheitssystem und anderen

sozialen Unterstützungssystemen wie der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung, der Kinder- und Jugendhilfe, der Wohnungslosenhilfe oder der Altenhilfe finden keine Berücksichtigung.

Eine Reduktion der psychiatrischen Behandlung auf den klinischen Kontext wird der Lebensrealität psychisch kranker Menschen und ihrer daraus resultierenden Bedarfe und Bedürfnisse nicht gerecht. Beispielhaft seien die oft unkoordinierten Entlassungen genannt, die ohne entsprechende gemeindepsychiatrische Hilfen in Wohnungslosigkeit münden.

Bei dem gegenwärtig im BMG stattfindenden Dialog vermissen die Verbände des *Kontaktgesprächs Psychiatrie* eine breite Beteiligung von Expertinnen und Experten in eigener Sache, wie Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige psychisch Kranker und Vertreter/-innen von Trägerorganisationen, die über Erfahrung in der ambulanten medizinischen Behandlung und bei sozialpsychiatrischen Unterstützungsleistungen außerhalb der Klinik verfügen, da es sich in vielen Fällen um die gleichen Patienten bzw. Klienten handelt (**s. 3. Einberufung einer Expertenkommission**).

## 1) Qualität im Krankenhaus

Der Gemeinsame Bundesausschusses (G-BA) soll in seinen Richtlinien geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung festlegen und Empfehlungen zur Personalausstattung beschließen, so dass diese zum 1. Januar 2017 eingeführt werden können (§ 137, Abs. 1c SGB V, **Anlage 2**).

Die unterzeichnenden Verbände sind aufgrund der bisherigen Erfahrungen mit dem G-BA hinsichtlich des Umfangs der anstehenden Aufgaben und der bisherigen zeitlichen Abläufe skeptisch, ob dieser den gesetzgeberischen Vorgaben gerecht werden kann. Die Verbände stellen fest, dass der G-BA Empfehlungen zu Qualität und Personalausstattung beschließt, nachdem bereits über Preissysteme und Budgets verhandelt wurde. Damit erfolgen die normativen Vorgaben zur Qualität erst nach dem Festlegen eines Preissystems.

Die zurzeit gültige Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) enthält bereits heute Vorgaben zur Strukturqualität. Aus Sicht der Verbände ist es notwendig, dass die Psych-PV, die Anfang 2019 auslaufen soll, zumindest solange gilt, bis der G-BA verbindliche und allgemein akzeptierte Vorgaben für die gesamte Breite der Qualität der Krankenhausbehandlung für psychisch kranke Menschen beschlossen hat. Alternativ wäre eine Ersatzvornahme im Rahmen einer Verordnungsermächtigung durch das BMG erforderlich, falls der G-BA seinen Auftrag nicht in angemessener Weise und fristgerecht erfüllt bzw. die leitliniengerechte Reform der Psych-PV.

Des Weiteren muss aus Sicht der Verbände der Auftrag des Gesetzgebers an den G-BA konkretisiert werden. Vorgaben allein zur Personalausstattung erlauben keine Rückschlüsse auf die Behandlungsqualität und lassen offen, an welchen Kriterien sich diese zu orientieren hat. Aus Sicht der Verbände des *Kontaktgesprächs Psychiatrie* sind u. a. wesentliche Aspekte im Rahmen des Entgeltsystems zu berücksichtigen:

- ▶ Der Zeitaufwand für die Anamnese der häuslichen, familiären und beruflichen Situation, für Gespräche mit Angehörigen und relevanten Bezugspersonen sowie für eine ausreichende Vorbereitung der Entlassung oder
- ▶ die Standards, die sich aus den Leitlinien zur Behandlung ergeben, wie z. B. die S3 Leitlinien für die Behandlung von Depressionen und Bipolaren Störungen oder die S3 Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“.

„Empfehlungen“ des G-BA zur Personalausstattung, wie im § 137 Abs. 1c SGB V festgelegt, sind zu unverbindlich und tragen nicht zur flächendeckenden Umsetzung bei. Die Verbände fordern daher eine Änderung im § 137 Abs. 1c SGB V, die klarstellt, dass es sich bei den vom G-BA zu entwickelnden Personalanforderungen um verbindliche Vorgaben handelt, die von den Kliniken und Fachabteilungen umzusetzen und von den Krankenkassen entsprechend zu finanzieren sind.

## **2) Verzahnung von klinischer Behandlung und anderen gemeindepsychiatrischen Unterstützungsangeboten für psychisch kranke Menschen**

Psychiatrische Krankenhausbehandlung ist in aller Regel nur ein Teil eines notwendigen und komplexen Behandlungs- und Unterstützungsprozesses. Sie wird oft bei akuter krisenhafter Entwicklung eines Krankheitsverlaufs erforderlich, wenn ambulante Behandlungen und Unterstützungen im häuslichen Umfeld nicht mehr ausreichen und der betroffene Mensch weitergehende Hilfen benötigt. Daher hat sich die Krankenhausbehandlung in den zurückliegenden Jahren überwiegend zur Intervention in diesen Phasen krisenhafter Zuspitzungen von Erkrankungen entwickelt. Manche Verläufe besonders schwerer Erkrankungen führen zu längeren Behandlungszeiten im Krankenhaus; viele andere Erkrankungen können, wenn entsprechende ambulant aufsuchende Behandlungsmöglichkeiten vorhanden sind, wirkungsvoller im häuslichen und vertrauten Lebensraum begleitet werden.

Seit der Abkehr von den großen Anstalten mit ihren ausgrenzenden und hospitalisierenden Strukturen und der Entwicklung eines breiten Angebots klinischer und psychiatrischer Akutbehandlung wird die Vernetzung und Verzahnung von ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung mit anderen Hilfen für den betroffenen Menschen und sein Umfeld immer wichtiger:

- ▶ Dies gilt für die unmittelbare medikamentöse, psychotherapeutische, ergotherapeutische und soziotherapeutische Behandlung und die vertrauensvolle Zusammenarbeit der an der Behandlung Beteiligten. Psychisch erkrankte Menschen betonen immer wieder die Bedeutung von Kontinuität bei den behandelnden Personen. Daher muss es möglich werden, dass beispielsweise Krankenhausärzte auch im häuslichen Umfeld der Patientinnen und Patienten tätig werden und umgekehrt die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeut/-innen diese Behandlung auch in Kliniken fortsetzen können.
- ▶ Die Bedeutung der Vernetzung gilt aber auch für das Zusammenwirken der Behandler/-innen mit anderen am Unterstützungsprozess beteiligten Personen: Mitarbeitenden aus Sozialpsychiatrischen Diensten, Integrationsfachdiensten, den Einrichtungen des Betreuten Wohnens, der Arbeitsrehabilitation etc. Bei Kindern und Jugendlichen kommen Vertreter/-innen der Jugendämter, der Schulpsycholo-

gischen Dienste, der Dienste und Einrichtungen der Jugendhilfe oder die Integrationshelfer/-innen hinzu, bei alten und pflegebedürftigen Menschen auch die Dienste der Altenhilfe sowie Pflege- und Mobilitätshilfsdienste.

Wirkungsvolle und qualifizierte Behandlung ist also durch interdisziplinäre Zusammenarbeit an den Schnitt- oder Nahtstellen der Leistungsträger und Leistungsbereiche gekennzeichnet. Ein neues Vergütungssystem für psychiatrische und psychosomatische Krankenhausbehandlung muss diesen sektorenübergreifenden Anforderungen gerecht werden. Die Verbände fordern, das gesetzlich vorgeschriebene Entlassmanagement (§ 39 Abs. 1 Satz 4 i.V. m. § 11 Abs. 4 SGB V) zu einem Element der Behandlungskontinuität weiter zu entwickeln. Dazu ist nicht nur die Einleitung von weiteren Hilfen, sondern auch die Kontaktaufnahme zu den anderen an der Hilfeleistung beteiligten Personen, Einrichtungen und Diensten im Sinne einer integrierten Hilfeplanung erforderlich. Erfahrungen der Praxis zeigen dezidiert, dass Übergänge in andere Arbeitsfelder dann gut gelingen, wenn sie begleitet stattfinden.

Um gelingende Vernetzungsarbeit zu generieren, ist Zeit als Ressource der Mitarbeitenden erforderlich; u. a. zur Durchführung von Hausbesuchen und zur Beteiligung des Krankenhauses an Hilfekonferenzen und Hilfeplankonferenzen. Die Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie halten eine aktive Beteiligung des Krankenhauses an den örtlichen Gremien z. B. in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft oder im Gemeindepsychiatrischen Verbund als Teil seines Qualitätsmanagements für erforderlich, um den sozialräumlichen Aspekt sowie die Notwendigkeit von Vernetzung zu betonen. Diese Leistungen sind als normative Vorgaben zu setzen und im Vergütungssystem zu berücksichtigen.

Die bisherigen Modelle nach §§ 64b und 140a SGB V schlagen den richtigen Weg ein, es fehlt aber der gesetzliche Wille zur flächendeckenden Umsetzung. Sie sind derzeit so nicht ausreichend. Die Verbände erwarten von einem künftigen Entgeltsystem für die Krankenhausbehandlung Anreize, dass Krankenhäuser sich im oben beschriebenen Sinne mit den anderen Leistungserbringern vernetzen, sich für ambulante Anbieter öffnen und verzahnen. Hierfür wird ein Entgelt notwendig, das sektorübergreifende Arbeit abbildet.

### **3) Einberufung einer Expertenkommission**

Am strukturierten Dialog im BMG haben die gemeinsame Selbstverwaltung und überwiegend Verbände der medizinischen und klinischen psychiatrischen Versorgung teilgenommen. Nicht beteiligt waren demnach Interessenvertretungen der Patient/-innen, ihrer Angehörigen als Teil der Selbsthilfe und der außerklinischen Gemeindepsychiatrie, die ebenfalls SGB V-Leistungen erbringen.

Die Selbsthilfe ist eines der wichtigsten Felder des freiwilligen Bürgerengagements. Selbsthilfegruppen von betroffenen Menschen sind ein unentbehrlicher und eigenständiger Teil unseres Gesundheits- und Sozialsystems. Sie sind eine wertvolle Ergänzung zu ärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung. Sieben Jahre nach Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention ist es überfällig, dass Patientenvertreter/-innen und ihre Angehörigen bei dem für sie so wichtigen Vorhaben wie der Qualität und Finanzierung der psychiatrischen Behandlung im Krankenhaus von Anfang an beteiligt werden. Ferner vermissen die Verbände eine breite Beteiligung der

Trägerorganisationen, die die ambulante medizinische Behandlung und sozialpsychiatrische Unterstützungsleistungen außerhalb der Klinik erbringen.

Die Verbände des *Kontaktgesprächs Psychiatrie* fordern die Einberufung einer unabhängigen Expertenkommission mit klaren Aufträgen. An dieser sind über die gemeinsame Selbstverwaltung hinaus Experten in eigener Sache – Psychiatrie-Erfarene, Angehörige und Vertreter/-innen der Gemeindepsychiatrie – zu beteiligen.

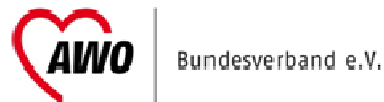
Aufgabe der Expertenkommission sollte die Begleitung der Umsetzung der Arbeitsaufträge aus dem KHRG sein, indem Vorgaben zur Sicherstellung der Psych-PV und die Entwicklung tagesgleicher Pflegesätze für unterschiedliche Personengruppen formuliert werden. Des Weiteren ist jedoch auch die Weiterentwicklung des Versorgungsangebots sektorenübergreifend und somit für ambulante, teil- und vollstationäre Angebote gleichermaßen zu forcieren.

Hierfür sind aus dem geplanten Innovationsfonds zweckgebundene Mittel für das psychiatrische Unterstützungssystem bereit zu stellen. Dabei sind neben den Erfahrungen aus der Integrierten Versorgung in Deutschland auch internationale Erfahrungen hinsichtlich der ambulanten Komplexleistung zu nutzen.

Aktion Psychisch Kranke e.V.



AWO Bundesverband e.V.



Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V.



Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V.



Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.



Bundesverband evangelische Behinderten--  
hilfe e.V.



Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V.



Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.



Diakonie Deutschland



Deutsches Rotes Kreuz e.V.



Deutsche Gesellschaft für Soziale  
Psychiatrie e.V.



Der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband  
- Gesamtverband e.V.



Referat Gemeindepsychiatrie der DGPPN



Berlin, Bonn, Freiburg, Herford, Köln, 20. Juli 2015





## Gemeinsame Eckpunkte der Verbände zur Weiterentwicklung des neuen Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatik und Psychotherapie

Im vergangenen Herbst 2014 wurden die Fachgesellschaften und Verbände aufgefordert, das Gesundheitsministerium über Möglichkeiten und Notwendigkeiten der Weiterentwicklung sowie über mögliche Alternativen zum neuen Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatik und Psychotherapie zu informieren.

Diesem Aufruf sind viele Gesellschaften und Verbände gefolgt, auch die, die sich schon im Herbst 2013 in einem gemeinsamen Standpunkt zu diesem Problemkreis geäußert haben.

Für den konstruktiven weiteren Dialog haben die unterzeichneten Verbände die wesentlichen gemeinsamen Forderungen in aktualisierter Form zusammengefasst:

- 1. Sicherung der personellen Strukturqualität und deren Finanzierung:** Vorgaben zur personellen Strukturqualität, wie sie die Psych-PV enthält und ein entsprechend gesetzlich verankerter Finanzierungsanspruch haben die heutige qualitativ hochwertige psychiatrische und psychotherapeutische Krankenhausversorgung überhaupt erst möglich gemacht.

Auch in Zukunft bedarf es eines normativen Personalbedarfsbemessungsinstruments, das bzgl. der Wahrnehmung von Versorgungsaufgaben Mindeststandards setzt und den psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlungsfortschritt der vergangenen 20 Jahre abbildet. Entsprechend muss die Psych-PV novelliert und in Zukunft fortlaufend aktualisiert werden. Die Finanzierung der personellen Standards muss gesetzlich festgeschrieben werden.

2. **Flexibilisierung des Behandlungssettings:** Einem mittel- und langfristig weiteren Anstieg stationärer Leistungen kann nicht durch eine Deckelung der Finanzierung des stationären Sektors begegnet werden, sondern muss durch mehr Anreize zur Erbringung regionalisierter, multiprofessioneller ambulanter Leistungen durch das Krankenhaus einschließlich Aufnahme der Leistung Hometreatment in die Regelversorgung der Krankenhäuser, durch eine Stärkung des vertragsärztlichen Sektors und durch die Förderung sektor- und settingübergreifender Behandlungsformen entgegen gewirkt werden. Dazu bedarf es auch einer Überarbeitung der Rahmenbedingungen des §64b SGB V mit der Festlegung eines Kontrahierungsgebots für die Krankenkassen. Dadurch würde die Umsetzung von Modellprojekten intensiviert und durch Bereitstellung von Mitteln aus dem Innovationsfonds für das Gesundheitswesen unterstützt.
3. **Berücksichtigung regionaler Besonderheiten:** Die hohe regionale Variabilität des Versorgungsbedarfs und der vorhandenen stationär/- teilstationären und ambulanten Versorgungsstrukturen können in einem pauschalierenden Festpreissystem, wie es derzeit im §17d KHG vorgesehen ist, nicht sachgerecht abgebildet werden. Katalogbasierte Relativgewichte zur Aufwandsstufung abgrenzbarer, messbarer Leistungspakete können deshalb nur eines von verschiedenen Instrumenten zur leistungsgerechten Budgetfindung sein. Zusätzlich müssen die Kosten der regionalen Pflichtversorgung (insbesondere der Akut- und Notfallversorgung) sowie die Kosten zur Erfüllung hoheitlicher Aufgaben für die entsprechenden Kliniken adäquat berücksichtigt werden. Der zu finanzierende tatsächliche regionale und spezialisierte Versorgungsaufwand einer Klinik muss aus den Gegebenheiten der jeweiligen Versorgungsregion und der erfüllten Versorgungsaufgabe abgeleitet werden.
4. **Orientierung der Kalkulation am patientenbezogenen Behandlungsaufwand und Behandlungssetting.** Abgesehen von standardisierten diagnostischen Prozessen besteht im Unterschied zur somatischen Medizin im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie die wesentliche Behandlungsleistung des Krankenhauses typischerweise nicht aus einem diagnose- und fallbezogenen, standardisierten Kernprozess, sondern aus einer multiprofessionell-multimodalen Behandlung, die möglichst passgenau dem Verlauf des Versorgungsbedarfs und dem Bedürfnis des einzelnen Patienten entspricht. Dieser Versorgungsbedarf kann sowohl quantitativ als auch bezüglich des benötigten Behandlungssettings innerhalb einer Behandlungsepisode erheblich variieren, wobei diese Variabilität kaum vorhersehbar und dadurch auch schwer steuerbar ist. Deshalb sind „der Behandlungstag“ und „das Behandlungssetting“ die adäquateren Bezüge für eine pauschalierende Entgeltkalkulation und die Festlegung von Relativgewichten. Diesem Umstand muss durch eine Anpassung der Kalkulationssystematik Rechnung getragen werden.

- 5. Veränderung der Leistungserfassung:** Die derzeitige sehr kleinteilige Einzelleistungserfassung im neuen Entgeltsystem hat trotz hohem Dokumentationsaufwand für die Kliniken kaum etwas zur Kostentrennung in der Kalkulation beigetragen. Dagegen hat die kleinteilige Leistungsdokumentation in den Optionshäusern schon jetzt zu extrem aufwändigen Auseinandersetzungen mit dem MDK geführt. Deshalb sollte die derzeitige Leistungserfassung massiv entschlackt und weitgehend durch einfache Surrogatmarker der Bedarfsintensität ersetzt werden.
- 6. Separate Landesbasisentgeltwerte für die Leistungsbereiche „Psychiatrie und Psychotherapie“, „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ und für die „Psychosomatik und Psychotherapie“:** Gemäß § 17d (4) KHG soll nach der budgetneutralen Phase jeweils länderspezifisch ein einheitlicher Landesbasisentgeltwert für die drei Leistungsbereiche Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und den Leistungsbereich Psychosomatik und Psychotherapie ermittelt werden. In jedem Bundesland errechnet sich dieser Wert aus den eingebrachten Budgets und Leistungstagen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Akutkliniken (bisher in der Regel mit Pflichtversorgung), den Budgets und Berechnungstagen der Kinder- und jugendpsychiatrischen Akutkliniken und aus den Budgets und Berechnungstagen der elektiv arbeitenden psychosomatischen Kliniken. Je nach quantitativer Relation dieser drei Leistungsbereiche, die in jedem Bundesland sehr unterschiedlich sind und den bisherigen Unterschieden der durchschnittlichen Vergütungshöhen der drei Leistungsbereiche, kann es zu erheblichen, nicht sachgerechten Budgetverschiebungen insbesondere aus der Akutpsychiatrie und Psychotherapie sowie aus der Akut-Kinder- und Jugendpsychiatrie in den elektiven psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgungsbereich kommen. Dieser Sachverhalt muss über eine Änderung des §17d (4) KHG zügig korrigiert werden.
- 7. Wegfall der Mehrmengenbegrenzung:** Die seit Jahren zunehmende Inanspruchnahme stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer und psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlungsleistungen ist Folge einer nach wie vor bestehenden teilweisen Unterversorgung der Bevölkerung. Dem muss der ordnungspolitische Rahmen des zukünftigen Entgeltsystems durch eine entsprechende Flexibilität der Finanzierung und Anpassung an die Morbiditätsentwicklung Rechnung tragen. Die aktuell vorgesehenen Regelungen zur Mehrmengenbegrenzung in der Bundespflegesatzverordnung („doppelte Degression“, 1:1 übernommen aus dem DRG-System) müssen deshalb verändert werden. Auch die direkte Übertragung der beabsichtigten Neuregelungen zur Vermeidung der doppelten Degression in der somatischen Medizin im Bund-Länder Eckpunktepapier ist besonders für die Situation der Kliniken in der psychiatrischen Pflicht- und Notfallversorgung ungeeignet.

Zusammenfassend besteht bezüglich des neuen Entgeltsystems nach wie vor ein erheblicher Veränderungs- und Entwicklungsbedarf sowohl auf der Ebene des ordnungspolitischen Rahmens als auch auf der Ebene des Entgeltkataloges. Konstruktive Gespräche mit dem BMG und die Gründung einer unabhängigen Expertenkommission sind deshalb von hoher Aktualität und Dringlichkeit, damit noch in dieser Legislaturperiode die Weichen für ein wirklich zukunftsfähiges System gestellt werden können.

Gez. Professor Dr. med. Karl-Heinz Beine  
**Sprecher Geschäftsführender Ausschuss ackpa**  
**Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte psychiatrischer und psychotherapeutischer Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland**

Gez. Holger Höhmann  
**Vorstandsvorsitzender akp**  
**Arbeitskreis der Krankenhausleitungen Psychiatrischer Kliniken Deutschlands**

Gez. Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz  
**Stellv. Vorsitzender APK**  
**Aktion Psychisch Kranke e.V.**

Gez. Dr. med. Margitta Borrmann-Hassenbach  
**Vorsitzende BAG Psychiatrie**  
**Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser**

Gez. Professor Dr. med. Renate Schepker  
**Stellv. Vorsitzende BAG KJPP**  
**Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie**

Gez. Hans-Ulrich Neunhoeffler  
**Vorsitzender BAG PED KJPP**  
**Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Mitarbeiter/innen des Pflege- und Erziehungsdienstes kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen e.V.**

Gez. Gudrun Schliebener  
**Vorsitzende BApK**  
**Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker**

Gez. Professor Dr. med. Thomas Pollmächer  
**Vorsitzender BDK**  
**Bundesdirektorenkonferenz – Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie**

Gez. Georg Oppermann  
**Vorsitzender BFLK**  
**Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie**

Gez. Bruno Hemkendreis  
**Präsident und Vorstandsvorsitzender DFPP**  
**Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege**

Gez. Professor Dr. med. Martin Schäfer  
**Präsident DGBS**  
**Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen**

Gez. Professor Dr. med. Jörg M. Fegert  
**Präsident DGKJP**  
**Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie**

Gez. Dr. med. Iris Hauth  
**Präsidentin DGPPN**  
**Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde**

Gez. Richard Suhre  
**Geschäftsführer DGSP**  
**Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie**

Gez. Professor Dr. med. Hans Gutzmann  
**Präsident DGPP**  
**Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie e.V.**

Gez. Prof. Dr. med. Gereon Heuft  
**Verhandlungsführer der Psych-Entgeltkommission für die DGPM**  
**Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie**

Gez. Holger Höhmann  
**Vorsitzender VKD Fachgruppe Psychiatrie**  
**Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands**



## **Anlage 2**

### **Auszug**

#### **§ 137 Abs. 1c SGB V**

(1c) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest und beschließt insbesondere Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal sowie Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in diesem Bereich. Bei Festlegungen und Empfehlungen nach Satz 1 für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung hat er die Besonderheiten zu berücksichtigen, die sich insbesondere aus den altersabhängigen Anforderungen an die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ergeben. Er hat die Maßnahmen und Empfehlungen nach Satz 1 bis spätestens zum 1. Januar 2017 einzuführen. Informationen über die Umsetzung der Empfehlungen zur Ausstattung mit therapeutischem Personal und die nach der Einführung mit den Indikatoren nach Satz 1 gemessenen und für eine Veröffentlichung geeigneten Ergebnisse sind in den Qualitätsberichten nach Absatz 3 Nummer 4 darzustellen.