



Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V., Richartzstr. 12, 50667 Köln

Bundesministerium für Gesundheit

**Geschäftsstelle**

Richartzstr. 12  
50667 Köln  
Telefon: 0221-2779387-0  
Fax: 0221-2779387-7  
[dachverband@psychiatrie.de](mailto:dachverband@psychiatrie.de)  
[www.psychiatrie.de](http://www.psychiatrie.de)

**Geschäftsführerin**

Birgit Görres

**Stellungnahme zum Entwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)**

Köln, den 21.09.2016

**Vorsitzender**

Wolfgang Faulbaum-Decke, Kiel

**Stv. Vorsitzende**

Kay Herklotz, Dresden  
Gerd Schulze, München

**Schriftführerin**

Petra Godel-Ehrhardt, Hürth

**Schatzmeister**

Nils Greve, Solingen

**Beisitzer**

Stephanie Lerf, München  
Mirko Ološtiak, Freiburg  
Christian Zechert, Bielefeld;  
Dr. Michael Konrad, Ravensburg  
Nils Greve, Solingen  
Dr. Thomas Floeth, Berlin

**Kontoverbindung**

Sparkasse KölnBonn  
IBAN DE21 3705 0198 0011 701729  
BIC COLSDE33

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie hat am 13.06.2016 bereits zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit ausführlich Stellung genommen, der Text ist dieser Stellungnahme als Anhang beige-fügt.

Aus Anlass der Anhörung am 26.09.2016 sollen die folgenden Punkte besonders hervorgehoben werden, die in enger Verbindung zu den in der vorangegangenen Stellungnahme genannten Angeboten der Mitglieder des Dachverbands mit Verträgen der Integrierten Versorgung gemäß § 140a SGB V stehen.

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie begrüßt die Absicht der Bundesregierung, den Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen im Artikel 5 die Möglichkeit einer „stationsäquivalenten Behandlung“ in akuten Krankheitsphasen zu eröffnen, wenn eine Indikation für eine stationäre Krankenhausbehandlung vorliegt. Dieses so genannte „stationersetzende Home Treatment“ ist in vielen Fällen geeignet, die Akutbehandlung in das persönliche Lebensumfeld psychisch Erkrankter zu tragen, Angehörige einzubeziehen und den Transfer therapeutischer Fortschritte in die Zeit nach der Behandlung zu erleichtern.

Mit einigen Detailbestimmungen im neuen § 115d SGB V wird die Einführung dieser neuen Behandlungsform allerdings aus unserer Sicht unnötig erschwert.

Dies betrifft zunächst die Einschränkung auf Krankenhäuser und Fachabteilungen „mit regionaler Versorgungsverpflichtung“ (Abs.1 Satz 1), die aus unserer Sicht keine sachliche Begründung hat und ersatzlos entfallen sollte. Stationsäquivalente Behandlung sollte in allen Situationen und durch alle geeigneten psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen angeboten

werden können, wenn sie für die Betroffenen die oben genannten Vorteile bringen kann. Wir schlagen darum vor, den Beginn Abs. 1 Satz 1 folgendermaßen zu fassen:

- *Nach § 108 zugelassene* psychiatrische Krankenhäuser sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen können in medizinisch geeigneten Fällen, wenn und solange eine Indikation für eine stationäre psychiatrische Behandlung vorliegt, in akuten Krankheitsphasen anstelle einer vollstationären Behandlung eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld erbringen.

Diese Formulierung entspricht der vorgesehenen Änderung in § 39 Abs. 1 Satz 2.

Sodann baut die Formulierung in Abs. 1 Satz 3 unnötige Begründungshürden für die Beteiligung ambulant tätiger Leistungserbringer auf. Statt der Formulierung:

*„In geeigneten Fällen, insbesondere wenn dies der Behandlungskontinuität dient oder aus Gründen der Wohnortnähe sachgerecht ist, kann das Krankenhaus an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer oder ein anderes zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigtes Krankenhaus mit der Durchführung von Teilen der Behandlung beauftragen“*

sollte es aus unserer Sicht heißen:

- *„Das Krankenhaus sollte an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer, die geeignete Angebote bereits vorhalten, mit der Durchführung entsprechender Teile der Behandlung beauftragen. In geeigneten Fällen, insbesondere aus Gründen der Wohnortnähe oder der Behandlungskontinuität, kann ein anderes zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigtes Krankenhaus mit der Durchführung beauftragt werden.“*

Wir verweisen zur Begründung auf die bereits vorliegenden Erfahrungen mit multiprofessionellen, ambulant und bei Bedarf aufsuchend arbeitenden Behandlungsteams in bestehenden Verträgen nach § 64b und § 140a SGB V sowie auf internationale, gut evaluierte Erfahrungen mit dieser Behandlungsform, die zu entsprechenden Empfehlungen in der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen der DGPPN geführt haben. Mitgliedsorganisationen des Dachverbands Gemeindepsychiatrie arbeiten in mehr als 50 kommunalen Gebietskörperschaften Deutschlands mit solchen ambulanten Teams, zum Teil bereits seit dem Jahr 2009, und bringen dazu ihre ausgedehnten Erfahrungen und Kompetenzen mit aufsuchenden Hilfen und multiprofessionellen Teams ein. Daneben bestehen ähnliche Teams auch in Trägerschaft einer Reihe von Fachkliniken und in vergleichbarer Form auch bei einigen Facharzt-Netzwerken.

Angesichts dessen, dass in den meisten Regionen Deutschlands ein eklatanter Mangel an geeigneten Angeboten des Home Treatment besteht, sollte allen Leistungserbringern des SGB V, die zum Aufbau dieser Behandlung bereit und geeignet sind, der Zugang dazu so leicht wie möglich gemacht werden. Wo es bereits solche Leistungserbringer gibt, sollten sie zum Aufbau gemeinsamer Angebote stimuliert werden. Ein Aufbau von Parallel- und Doppelstrukturen sollte möglichst vermieden werden.

Aus den genannten Überlegungen heraus regen wir außerdem an, die vorgesehene Ergänzung des § 109 Abs. 1 (Artikel 5 Ziffer 4 des Entwurfs) folgendermaßen zu formulieren:

- „In der Krankenhausplanung werden stationsäquivalente Behandlungen in Bezug auf die vereinbarten Bettenzahlen wie stationäre Behandlungen gewertet. Die Bettenzahl und -struktur eines Krankenhauses gemäß des jeweils gültigen Krankenhausplans wird von der Umwandlung von vollstationären zu stationsäquivalenten Leistungen nicht tangiert.“

Diese Änderung entspricht der von der Bundesregierung gewählten Bezeichnung des stationsersetzenden Home Treatment als „*stationsäquivalente* Behandlung“ und vermeidet eine wirtschaftliche Benachteiligung solcher Kliniken und Fachabteilungen, die überhaupt zum Aufbau dieser strukturell und fachlich anspruchsvollen neuen Behandlungsform bereit sind.