

Antrag

der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Harald Terpe, Elisabeth Scharfenberg, Kordula Schulz-Asche, Corinna Rüffer, Dr. Franziska Brantner, Katja Dörner, Kai Gehring, Ulle Schauws, Tabea Rößner, Doris Wagner, Beate Walter-Rosenheimer, Renate Künast, Dr. Konstantin von Notz, Claudia Roth (Augsburg) und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Psychisch erkrankte Menschen besser versorgen – Jetzt Hilfenetz weiterentwickeln

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Seit seiner Einführung im Jahr 2013 wird das pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) heftig kritisiert, weil es die sehr individuellen und altersspezifisch entwicklungsabhängigen Verläufe von psychischen Erkrankungen nicht angemessen berücksichtigt und daher zu einer unzureichenden Versorgung betroffener Personen oder zu einer Unterdeckung der Behandlungskosten in besonders aufwendigen Bereichen, wie der Kinder- und Jugendpsychiatrie, führen kann. Es besteht damit die große Gefahr, dass insbesondere Menschen mit schweren oder chronischen psychischen Erkrankungen sowie Kinder und Jugendliche aus ökonomischen Gründen nicht mehr individuell angemessen behandelt werden.

Die Neuausrichtung des Entgeltsystems in der Psychiatrie ist daher ein richtiger Schritt und längst überfällig. Die psychiatrische Heilbehandlung muss immer auch individuell auf das aktuelle Befinden und das gesamte Lebens- und Beziehungsgefüge der Patientinnen und Patienten abgestimmt sein. Deshalb ist es erforderlich ein auf die Besonderheiten der psychischen Erkrankungen bezogenes Entgeltsystem zu entwickeln.

Das Entgeltsystem muss zudem die notwendige Weiterentwicklung der gesamten Versorgung bei psychischen Erkrankungen sowie flexible patientenorientierte Versorgungsformen unterstützen. Der deutliche Anstieg von Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern, häufig wiederkehrende stationäre Aufenthalte, lange Wartezeiten in der ambulanten Behandlung und ein fortdauernder Anstieg von frühzeitiger Erwerbsunfähigkeit sind deutliche Hinweise, dass die Versorgung psychisch erkrankter Menschen dringend verbessert werden muss. Auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind in den letzten Jahren die Patientenzahlen im stationären Bereich und der Anteil der Notfallbehandlungen massiv angestiegen.

Die Finanzierung, Organisation und der Aufbau der Angebotsformen müssen sich am individuellen Behandlungs- und Unterstützungsbedarf psychisch kranker Kinder und Jugendlicher, Erwachsener und ihrer Angehörigen orientieren. Ziel muss ein bedarfs-

gerechtes, regionales, kooperatives, Zwang vermeidendes psychiatrisch/psychotherapeutisches und psychosoziales Versorgungsnetz für alle Altersgruppen sein, welches flexibel verschiedenste personenzentrierte und lebensweltbezogene Behandlungsformen ermöglicht: die ambulante Begleitung in den eigenen Alltag während, nach oder statt einem stationären Aufenthalt, teilstationäre Angebote, die enge Abstimmung mit gemeindenahen sozialpsychiatrischen Hilfen im Gemeindepsychiatrischen Verbund, die Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen sowie eine ambulante Krisenbegleitung. Ein Entgeltsystem in der Psychiatrie muss diese Veränderungen befördern; es darf nicht alte, streng nach stationär und ambulant getrennte Versorgungssysteme weiter fortschreiben. Die komplementäre Versorgung sollte in partnerschaftlicher Kooperation und Abstimmung mit anderen Leistungsbereichen ergänzend zum Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) erbracht werden.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

- a) zur Weiterentwicklung des Vergütungssystems für psychiatrische und psychosomatische Leistungen den Entwurf des PsychVVG wie folgt zu ändern:
 1. Die Neuausrichtung des Entgeltsystems muss eine personenzentrierte, qualitätsgesicherte, leitliniengerechte und effiziente Behandlung gewährleisten. Die Parameter zum Zwecke der Budgetfindung werden deshalb so ausgewählt, dass sie individuelle Ausformungen und Verläufe psychiatrischer Störungsbilder berücksichtigen und keine ökonomischen Fehlanreize zur Therapiebegrenzung setzen, obwohl eine Weiterbehandlung medizinisch indiziert ist. Das gleiche gilt für Leistungsausweitungen, die nicht dem Wohl der Patientin oder des Patienten entsprechen.
 2. Die für das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu erstellenden Angaben zur Umsetzung der Personalstandards nach der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) sollen ab sofort für den Qualitätsvergleich transparent gemacht werden. Bis zum Vorliegen aktualisierter Personalstandards ist von den Krankenhäusern die Umsetzung der Personalstandards zur Psych-PV auch gegenüber den Krankenkassen nachzuweisen. Der zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und der UN-Kinderrechtskonvention in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erforderliche Personalbedarf wird gesondert erfasst und vergütet.
- b) zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen hin zu einem wohnortnahen, vernetzten, ambulant orientierten und multiprofessionellen Versorgungsangebot den Entwurf des PsychVVG wie folgt zu ergänzen:
 1. Es werden ambulante Unterstützungs- und Behandlungsangebote unter besonderer Berücksichtigung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung ausgebaut, die es ermöglichen, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in akuten Krankheitsphasen und Krisen ambulant ausreichend intensiv zu behandeln und damit eine stationäre Aufnahme zu vermeiden. Hierfür werden im SGB V rechtliche Vorgaben für Modellvorhaben der ambulanten Versorgung geschaffen, die der Entwicklung regional koordinierter und aufeinander abgestimmter Angebote der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen integrativen Unterstützung und Behandlung sowie der akuten Krisenhilfe für psychisch kranke Menschen mit komplexem Hilfebedarf dienen.
 2. Die Bundesregierung beruft bis Ende 2016 eine Expertenkommission zu den Bereichen Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychosomatik. Dazu gehören Expertinnen und Experten unterschiedlicher Träger und Versorgungskonstellationen, Vertreterinnen und Vertreter der

Krankenkassen, Vertreterinnen und Vertreter der Fachverbände und Fachgesellschaften, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie Patienten- und Angehörigenvertreterinnen und -vertreter. Die Kommission sorgt für eine interessenneutrale und unabhängige Prozessbegleitung, bewertet die Arbeitsaufträge aus dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (Psych-VVG) und gibt Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Versorgung von psychisch Kranken.

3. Für Modellvorhaben zur sektorübergreifenden Versorgung psychisch kranker Menschen nach § 64b SGB V werden gesetzliche Vorgaben und Qualitätsstandards festgelegt, die eine wirkliche Weiterentwicklung des bestehenden Versorgungssystems und eine Vergleichbarkeit mit herkömmlichen Versorgungsstrukturen erlauben. Damit, wie vom Gesetzgeber vorgesehen, in jedem Bundesland mindestens ein Modellvorhaben unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie vereinbart wird, werden die Krankenkassen zur Beteiligung verpflichtet, Anschubfinanzierungen von den Krankenkassen gewährt sowie klare Regelungen für eine Rückführung in die Regelversorgung festgelegt.
4. Um das Angebot der Soziotherapie endlich flächendeckend und bedarfsgerecht zu realisieren, soll eine Schiedsstelle den Vertragsinhalt festlegen, wenn Krankenkassen und Leistungserbringer sich nicht über die Ausgestaltung der Versorgung mit Soziotherapie einigen können.
5. Es werden trialogische und Peer-to-Peer-Ansätze in das professionelle Hilfesystem integriert, um die Selbstbestimmung über die eigene Behandlung zu erhöhen, die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen besser zu berücksichtigen und vorhandene Ressourcen zu stärken.

Berlin, den 20. September 2016

Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion

Begründung

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen stoppt die bisherige Fehlentwicklung und ist insofern ein Schritt in die richtige Richtung. Die Neuausrichtung hin zu einem Budgetsystem wird allerdings nicht konsequent vollzogen. Es muss sichergestellt sein, dass es nicht durch die Hintertür wieder zu der bisher vorliegenden preisorientierten Kalkulation entlang von Einzelleistungen kommt. Kritisch ist zudem, dass die Bundesregierung durch die Fülle der Aufträge an einzelne Selbstverwaltungspartner ihrem eigenen Gestaltungsauftrag nicht nachkommt und zudem systematisch die Patientenvertretung von dem Reformprozess ausschließt.

Gerade bei psychischen Erkrankungen sind individuelle Bezugspersonen, personelle Kontinuität und ein gut abgestimmter Versorgungsweg wichtig. Deshalb ist es zwingend erforderlich, die Grenzen zwischen ambulatem und stationärem Sektor zu überwinden. Mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung wird es Krankenhäusern in einem ersten Schritt ermöglicht, Patientinnen und Patienten in ihrem Lebensumfeld zu behandeln, was im Anschluss an die stationäre Versorgung zu einem gleitenden Übergang in den ambulanten Bereich beitragen kann. Es fehlen jedoch Maßnahmen für die ambulante Versorgung, um stationäre Aufnahmen im Vorfeld zu vermeiden und psychisch erkrankte Menschen in ihrem Lebensumfeld zu unterstützen und in ihrem Alltag zu begleiten.

Zu Buchstabe a) 1 – Entgeltsystem muss individuelle Bedarfe abbilden

Die Neuausrichtung des Entgeltsystems muss eine personenzentrierte, qualitätsgesicherte, bedarfs- und leitliniengerechte sowie effiziente Behandlung gewährleisten. Die Parameter zum Zwecke der Budgetfindung werden im Benehmen mit dem InEK deshalb so ausgewählt, dass sie tagesbezogen den Aufwand für Diagnostik und Behandlung von individuellen Ausformungen und Verläufen psychiatrischer Diagnosen abbilden. Der Behandlungsbedarf von schwerst psychisch Kranken muss sachgerecht abgebildet werden. Zudem muss das eigenständige Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit dem für diese Altersgruppe vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnissen und Leitlinien spezifisch berücksichtigt werden, da Kinder und Jugendliche auch im psychiatrischen Bereich besonders schützenswert sind und ihre Behandlung aufgrund den Anforderungen der UN-Kinderrechtskonvention zurecht mit besonderem Aufwand verbunden ist.

Zu Buchstabe a) 2 – Bestimmung und Umsetzung verbindlicher Personalstandards

Während die mit der Psych-PV eingeführten verbindlichen Personalstandards in den ersten Jahren umgesetzt wurden, haben Krankenhäuser in den letzten Jahren bereits vor Eintritt in das PEPP-System die Regelungen und Personalstandards der Psych-PV nicht flächendeckend umgesetzt. Daher sollen Krankenhäuser die Umsetzung der Personalstandards zur Psych-PV bis zum Vorliegen aktualisierter Personalstandards auch gegenüber den Krankenkassen nachweisen. Die Überführung in das neue Entgeltsystem wird transparent und nachprüfbar ausgestaltet. Gleichzeitig soll der veränderte Personalbedarf und die aktuellen Strukturqualitätsmerkmale durch eine wissenschaftliche Erhebung erfasst werden. Die Vorgaben der Psych-PV sollten den Mindeststandard für die Personalausstattung ab 2020 bilden und regelmäßig dem neuesten Entwicklungsstand in der Versorgung angepasst werden. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass sich in den letzten Jahrzehnten die Intensität der stationären Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch kürzere Liegezeiten und gestiegene Fallzahlen massiv verdichtet und die Ansprüche der Versorgung psychisch kranker Menschen sich seit der Verabschiedung der Psych-PV weiterentwickelt hat. Die Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen und der UN-Kinderrechtskonvention bei der pädagogischen Betreuung und Pflege von Minderjährigen müssen bei der Personalbemessung berücksichtigt werden. Schließlich ist sicherzustellen, dass die von den Krankenhäusern nachzuweisenden personellen Mindeststandards unter Berücksichtigung von Tarifsteigerungen vollständig refinanziert werden.

Zu Buchstabe b) 1 – Sektorübergreifende Versorgung stärken und ambulante Krisensysteme zur Vermeidung von stationärer Versorgung ausbauen

Um stationäre Aufnahmen im Vorfeld zu vermeiden, müssen ambulante Unterstützungs- und Behandlungsangebote ausgebaut werden, die es ermöglichen, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in akuten Krankheitsphasen und Krisen ambulant ausreichend intensiv zu behandeln. Die verschiedenen Leistungserbringer – Fachärzte, psychologische Psychotherapeuten, Soziotherapeuten, Sozialarbeiter und psychiatrische Krankenpflege – sollten dafür in einem gemeindepsychiatrischen Verbund abgestimmte Behandlungen „aus einer Hand“ auch im häuslichen Umfeld und unter Einbeziehung des familiären und sozialen Umfelds anbieten.

Zu Buchstabe b) 2 – Expertenkommission einsetzen

Die Einführung eines neuen Entgeltsystems wird am ehesten gelingen, wenn auf eine breite Unterstützung gesetzt wird. Deshalb sollte der Prozess durch eine Expertenkommission fachlich begleitet werden (so auch die Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz zu TOP 10.4 der 87. GMK und TOP 8 der 88. GMK). Die Expertenkommission jenseits der beteiligten Selbstverwaltungspartner sollte zügig noch bis Ende 2016 durch die Bundesregierung einberufen werden. In einem ersten Schritt befasst sich die Kommission mit der Bestimmung der verbindlichen Mindestvorgaben für eine bedarfsgerechte, alle Behandlungsbereiche und -settings umfassende Personalausstattung ab 2020. Die Besonderheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie müssen besonders berücksichtigt werden, da heute teilweise eine erhebliche Unterversorgung besteht. Die Versorgungssituation ist regional sehr unterschiedlich und in starkem Maße angewiesen auf die Einbeziehung des ambulanten Vertragsarztsystems.

Zu Buchstabe b) 3 – sektorübergreifende Modellvorhaben stringent ausgestalten

Die im § 64b SGB V bereits vorgesehenen Modellvorhaben für eine sektorübergreifende Versorgung sind halbherzig ausgestaltet; die Ausgestaltung und die Evaluation sind ohne weitere Vorgaben Sache der regionalen Vertragsparteien. Auf dieser Grundlage können keine für eine grundlegende Reform der Versorgung tragfähigen Erkenntnisse über neue flexible gemeindenahe Versorgungsformen gewonnen werden. Bislang sind Modellvorhaben in lediglich acht Bundesländern zustande gekommen, wobei von den insgesamt 18 Modellvorhaben nur vier die Kinder- und Jugendpsychiatrie einbeziehen (vgl. Antwort der Bundesregierung auf die Schriftliche Frage Nr. 7/229 der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink vom 05.08.2016). Um die Vereinbarung von Modellvorhaben zu erleichtern, sollten die Krankenkassen zur Beteiligung verpflichtet, Anschubfinanzierungen von den Krankenkassen gewährt sowie klare Regelungen für eine Rückführung in die Regelversorgung festgelegt werden. Außerdem muss die Ausgestaltung des § 64b SGB V den Besonderheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie besser gerecht werden. Es wird sichergestellt, dass nach Ablauf der vereinbarten Erprobungszeit erfolgreiche Modellvorhaben in die Regelversorgung überführt und gemeinsam und einheitlich durch alle Krankenkassen finanziert werden.

Zu Buchstabe b) 4 – Schiedsstellenfähigkeit der Soziotherapie

Anspruch auf Soziotherapie haben Menschen, die wegen der Schwere ihrer psychischen Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen und dadurch immer wieder zur stationären Behandlung in Krankenhäusern aufgenommen werden. Soziotherapie soll dazu beitragen, Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder zumindest zu verkürzen. Trotz eindeutiger gesetzlicher Grundlage und positiver Erfahrungen mit der Wirksamkeit steht Soziotherapie Patientinnen und Patienten zurzeit in sehr vielen Regionen kaum zur Verfügung. Ein wesentliches Hindernis bei der Umsetzung der Soziotherapie sind die von den Krankenkassen angebotenen Vergütungen, die häufig nicht kostendeckend sind. Mögliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sehen daher von entsprechenden Angeboten ab. Die Festlegung der vertraglichen Bedingungen durch eine Schiedsstelle im Falle der Nichteinigung der Vertragsparteien würde den dringend notwendigen Ausbau der Soziotherapie vorantreiben.

Zu Buchstabe b) 5 – dialogische und Peer-to-Peer-Ansätze fördern

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen haben ein Recht darauf, in ihren besonderen Bedürfnissen und ihrem individuell unterschiedlichen Hilfebedarf wahrgenommen zu werden, und sollten befähigt und in die Lage versetzt werden, ihre Interessen selbst durchzusetzen, sich zu organisieren sowie ihre Lebensverhältnisse individuell bestimmen zu können. Ein vielversprechender Weg zur Begleitung und Stärkung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen sind Peer-to-Peer-Ansätze. Peers sind Mitarbeitende in der Betreuung oder Behandlung, die selbst von einer psychischen Erkrankung betroffen sind oder waren und eine spezifische Ausbildung (z. B. EX-IN für Gesundheitsbegleiterinnen und -begleiter) abgeschlossen haben. Sie können als Übersetzerinnen und Übersetzer zwischen Betroffenen und Behandlerinnen und Behandlern fungieren, ihre Perspektive als Betroffene einbringen und so ein Partnerschaftsprinzip in der Behandlung verankern. Es fehlt jedoch an Anerkennung und angemessener Bezahlung für Peers, die derzeit als Hilfskräfte wahrgenommen und entlohnt werden. Angehörige sind eine wichtige Ressource und können eine wesentliche stabilisierende Funktion einnehmen. Sie sind daher in die Behandlung einzubeziehen.

