



Wortprotokoll der 88. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 26. September 2016,
11.30 Uhr bis 13.30 Uhr
Reichstag, SPD-Fraktionssaal 3 S001

Vorsitz: Rudolf Henke, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einzigster Tagesordnungspunkt

Seite 5

a) **Gesetzentwurf der Bundesregierung**

**Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der
Versorgung und der Vergütung für psychiatrische
und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)**

BT-Drucksache 18/9528

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Gutachtlich:

Parlamentarischer Beirat für nachhaltige Entwicklung

b) **Unterrichtung durch die Bundesregierung**

**Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der
Versorgung und der Vergütung für psychiatrische
und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)**

-18/9528-

**Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäuße-
rung der Bundesregierung**

BT-Drucksache 18/9837

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit



- c) Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Harald Terpe, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Psychisch erkrankte Menschen besser versorgen –
Jetzt Hilfenetz weiterentwickeln**

BT-Drucksache 18/9671

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Menschenrechte und humanitäre Hilfe

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Bertram, Ute Henke, Rudolf Hennrich, Michael Hüppe, Hubert Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Kühne, Dr. Roy Leikert, Dr. Katja Maag, Karin Meier, Reiner Michalk, Maria Monstadt, Dietrich Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmelzle, Heiko Sorge, Tino Stritzl, Thomas Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Dinges-Dierig, Alexandra Eckenbach, Jutta Lorenz, Wilfried Manderla, Gisela Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Rupprecht, Albert Schmidt (Ühlingen), Gabriele Schwarzer, Christina Steineke, Sebastian Steiniger, Johannes Stockhofe, Rita Stracke, Stephan Timmermann-Fechter, Astrid Wiese (Ehingen), Heinz Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Bas, Bärbel Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Kermer, Marina Kühn-Mengel, Helga Mattheis, Hilde Müller, Bettina Rawert, Mechthild Stamm-Fibich, Martina	Bahr, Ulrike Blienert, Burkhard Freese, Ulrich Henn, Heidtrud Katzmarek, Gabriele Lauterbach, Dr. Karl Tack, Kerstin Thissen, Dr. Karin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
DIE LINKE.	Vogler, Kathrin Weinberg, Harald Wöllert, Birgit Zimmermann, Pia	Höger, Inge Lutze, Thomas Tempel, Frank Zimmermann (Zwickau), Sabine
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Klein-Schmeink, Maria Scharfenberg, Elisabeth Schulz-Asche, Kordula Terpe, Dr. Harald	Kurth, Markus Pothmer, Brigitte Rüffer, Corinna Strengmann-Kuhn, Dr. Wolfgang



Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Montag, 26. September 2016, 11:30 Uhr

CDU/CSU

Ordentliche Mitglieder

Bertram, Ute

Henke, Rudolf

Henrich, Michael

Hüppe, Hubert

Irlstorfer, Erich

Kippels Dr., Georg

Kühne Dr., Roy

Leikert Dr., Katja

Maag, Karin

Meier, Reiner

Michalk, Maria

Monstadt, Dietrich

Riebsamen, Lothar

Rüddel, Erwin

Schmelzle, Heiko

Sorge, Tino

Stritzl, Thomas

Zeulner, Emmi

Unterschrift

Bertram

H. Henke

M. Henrich

H. Hüppe

E. Irlstorfer

G. Kippels

R. Kühne

K. Leikert

K. Maag

R. Meier

M. Michalk

D. Monstadt

L. Riebsamen

E. Rüddel

H. Schmelzle

T. Sorge

T. Stritzl

E. Zeulner

Ga

9/1

SPD

Ordentliche Mitglieder

Baehrens, Heike

Bas, Bärbel

Dittmar, Sabine

Franke Dr., Edgar

Heidenblut, Dirk

Kermer, Marina

Kühn-Mengel, Helga

Mattheis, Hilde

Müller, Bettina

Rawert, Mechthild

Stamm-Fibich, Martina

Unterschrift

Baehrens

Bas

Dittmar

Franke

Heidenblut

Kermer

Kühn-Mengel

Mattheis

Müller

Rawert

Stamm-Fibich

Stellvertretende Mitglieder

Bahr, Ulrike

Blienert, Burkhard

Freese, Ulrich

Henn, Heidtrud

Katzmarek, Gabriele

Lauterbach Dr., Karl

Unterschrift

46

SPD

Stellvertretende Mitglieder

Tack, Kerstin

Thissen Dr., Karin

Westphal, Bernd

Ziegler, Dagmar

Unterschrift

DIE LINKE.

Ordentliche Mitglieder

Vogler, Kathrin

Weinberg, Harald

Wöllert, Birgit

Zimmermann, Pia

Unterschrift

K. Vogler

H. Weinberg

B. Wöllert

Stellvertretende Mitglieder

Höger, Inge

Lutze, Thomas

Tempel, Frank

Zimmermann (Zwickau), Sabine

Unterschrift

BÜ90/GR

Authentische

~~Stellvertretende~~ Mitglieder

Klein-Schmeink, Maria

Scharfenberg, Elisabeth

Schulz-Asche, Kordula

Terpe Dr., Harald

Unterschrift

KL

Stellvertretende Mitglieder

Kurth, Markus

Pothmer, Brigitte

Rüffer, Corinna

Strengmann-Kuhn Dr., Wolfgang

Unterschrift

fd



off.

Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Montag, 26. September 2016, 11:30 Uhr

	Fraktionsvorsitz	Vertreter
CDU/CSU		
SPD		
DIE LINKE.		
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN		

Fraktionsmitarbeiter

Name (Bitte in Druckschrift)	Fraktion	Unterschrift
Heike Friedrich-Hätsch	CDU/CSU	[Signature]
Marle Göbel	CDU/CSU	[Signature]
Andreas Nelbis	"	[Signature]
Franziska Hollstein	"	[Signature]
Dr. U. Nimmans	- 11 -	[Signature]
Sebastian Wilke	"	[Signature]
Ben Braun	SPD	[Signature]
Adrian Künzle	SPD	[Signature]
Peter Frank	CDU/CSU	[Signature]
Almogret Nierob	SPD	[Signature]
Pascal Deteler	LINKE	[Signature]
Jan Sauskat	Grüne	[Signature]

4e

Ministerium bzw.
 Dienststelle
 (bitte in Druckschrift)

Name (bitte in Druckschrift)

Unterschrift

Amts-
 bezeichnung

BMG	Kleber-Teichel		ORR
BMG	TILGEN, MELANIE		
BMG	Ran, Ferdinand		MR
BMG	Gründer, Stefan		ORR
BMG	WALZIK, Wilhelm		MR
BMG	Vieß, Gerhard		MR
BMG	Jaekel, Anja		
BMG	Heinz, Benedikt		
BMG	TORBOMM, Nicolaj		
BMG	Bernardi, Brigitte		MOR
BMG	Lott's, Kerstin		RegBü
BMG	FLÜGELMISSEN		UJL
BMG	Hoffmann		ORR'in
BMG	WIDMANN-KAUTZ		RegBü
BMG	Sten-Lent		RegBü
BMG	Stroppe, Ina		STB

Unterschriftenliste

zu einer öffentliche Anhörung zu folgenden Vorlagen:

Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)
BT-Drucksache 18/9528

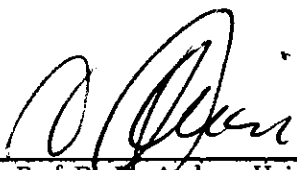
Sowie Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD auf A.-Drs. 18(14)0196.1neu bis 18(14)0196.4

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Psychisch erkrankte Menschen besser versorgen – jetzt Hilfenetz weiterentwickeln
BT-Drucksache 18/9671

am Montag, dem 26. September 2016,
in der Zeit von 11.30 Uhr bis 13.30 Uhr,
im Anhörungssaal 3 S001, Reichstagsgebäude
Eingang: Zentral

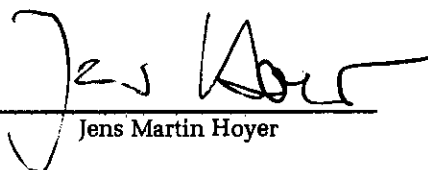
Verbände

Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK)



Prof. Dr.-Dr. Andreas Heinz

AOK-Bundesverband GbR (AOK-BV)



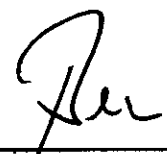
Jens Martin Hoyer

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen
Fachgesellschaften e.V. (AWMF)



Monika Nothacker

Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für
Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern
in Deutschland (ACKPA)
c/o Klinik f. Psychiatrie und Psychotherapie, St. Marien-
Hospital



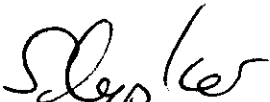
Prof. Dr. Karl-Heinz Beine

BKK Dachverband



Anne-Kathrin Klemm

Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für
Kinder-
und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e. V. (BAG)



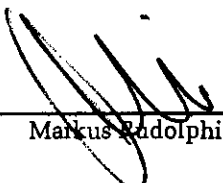
Prof. Dr. Renate Schepker

Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -
Initiativen (BAGP)

Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer
Krankenhäuser (BAG-Psychiatrie)

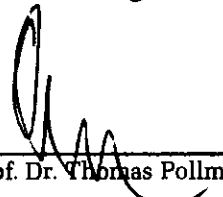
Dr. Margitta Bormann-Hassenbach

Bundesärztekammer (BÄK)



Marcus Radolphi

Bundesdirektorenkonferenz - Verband leitender Ärztinnen und
Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK)
e.V.



Prof. Dr. Thomas Pollmächer

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)



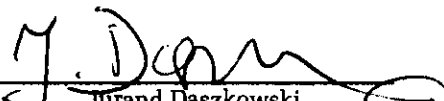
Dr. Dietrich Munz

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V.
(BApK)



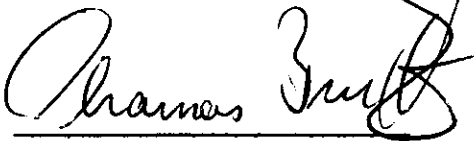
Christian Zechert

Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrener e.V.(BPE)



Jurand Daszkowski

Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK)



Thomas Bublitz

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V.



Christliche Krankenhäuser in Deutschland CKiD


Bernadette Rummelin

Dachverbandes Gemeindepsychiatrie e.V.


Nils Greve


Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -
psychotherapie e.V. (DGGPP)


Anna Richter

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)


Prof. Dr. Jörg M. Fegert

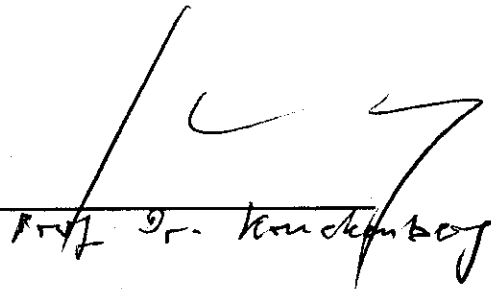
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)


Dr. Iris Hauth

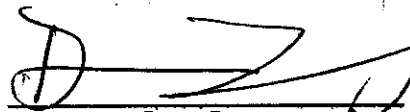
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und
Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V.


Prof. Dr. Johannes Kruse

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. DGSP


Prof. Dr. Knudsen

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)


Georg Baum

41

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See



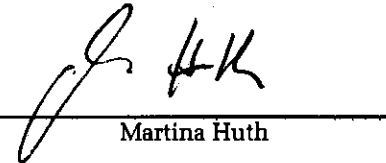
Eric Keaper

Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)
-Bundesvorstand-



Marco Frank

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband
e.V. (DPWV)



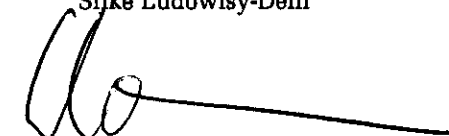
Martina Huth

Deutscher Pflegerat e.V. (DPR)
Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen



Silke Ludowisy-Dehl

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)



Dr. regina Klakow-Franck

GKV-Spitzenverband



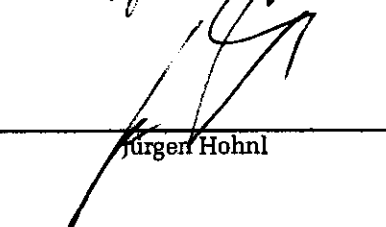
Dr. Wulf-Dietrich Leber

GKV-Spitzenverband



Dr. Doris Pfeiffer

IKK e.V.



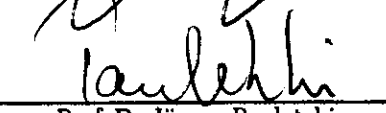
Jürgen Hohnl

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus



Dr. Frank Helmig

IQTIG



Prof. Dr. Jürgen Pauletzki

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Dr. Andreas Gassen

Marburger Bund
Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte
Deutschlands e.V.
-Bundesverband-

Armin Ehl

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der
Krankenkassen e.V. (MDS)

Dr. christoph Jonas Tolzin

Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD)
Bundesverband
Abteilung Sozialpolitik

Florian Schönberg

Sozialverband VdK Deutschland e.V.

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
(SVLFG)

Absage

ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft

Niko Stumpfögger

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Dr. Jörg Meyers-Middendorf

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD)

Holger Höhmann

Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)

Constantin Wilde

Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD)

Ralf Heyder

Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ)

Dr. Thomas Böhm

Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und
Krankenhausabteilungen in Deutschland (VPKD)

Dr. Christian Raible

Einzelsachverständige

Prof. Dr. Dr. F. Schneider

Dr. Christoph Straub

Roman Ernst

Stefan Thewes

Prof. Dr. Heinrich Kunze

Prof. Dr. Michael Simon

Prof. Dr. Dr. Klaus M. Beier

War anwesend. Nr. 26/8.
1974



Beginn der Sitzung: 11.30 Uhr

Der **stellvertretende Vorsitzende**, Abg. **Rudolf Henke** (CDU/CSU): Guten Morgen, meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, liebe Sachverständigen, liebe Kolleginnen und Kollegen aus dem Deutschen Bundestag. Ich begrüße Sie zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit. Ich entschuldige den Ausschussvorsitzenden, der an dieser Anhörung heute Morgen nicht teilnehmen kann. Mein Name ist Rudolf Henke. Ich bin der stellvertretende Vorsitzende des Ausschusses für Gesundheit und habe die Aufgabe, diese Sitzung zu leiten. Ich begrüße sehr herzlich Frau Parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz, sowie die Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung in unserer Mitte. Ich danke Ihnen sehr, dass Sie heute Vormittag Ihre Zeit mit uns teilen. Wir befassen uns in dieser öffentlichen Anhörung mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (Psych-VVG) auf Drucksache 18/9528, den dazu gehörenden Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD auf Ausschussdrucksachen 18(14)196.1neu bis 18(14)196.3neu und 18(14)196.4 sowie mit dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Psychisch erkrankte Menschen besser versorgen – Jetzt Hilfenetz weiterentwickeln“ auf Drucksache 18/9671. Ich möchte einige kurze Erläuterungen zum Anhörungsverfahren geben. Uns stehen für diese Anhörung 120 Minuten an Fragezeit zur Verfügung, die auf die Fraktionen entsprechend ihrer Stärke aufgeteilt sind. Von den Koalitionsfraktionen wurden neun bzw. sieben Minuten Zeit an die Oppositionsfraktionen abgegeben. Daraus ergeben sich folgende tatsächliche Fragezeiten: Es beginnt die CDU/CSU-Fraktion mit 25 Minuten. Es folgt die Fraktion der SPD mit 20 Minuten Fragezeit. Daran schließen sich die Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit jeweils 22 Minuten an. Dann fragen nochmals die Fraktionen der CDU/CSU 20 Minuten und der SPD 10 Minuten lang. Ich war neulich bei einer Anhörung, da war durch die erste Frage an eine Einzelsachverständige ein Drittel der Frage- und Antwortzeit der Fraktion bereits durch die sehr kompetente Antwort verbraucht. Ich bin ganz sicher, dass jede und jeder von Ihnen auf jede Frage kompetent und sehr lange antworten könnte.

Trotzdem lebt eine Anhörung davon, dass viele Fragesteller und Sachverständige zu Wort kommen. Wenn es gelingen würde, die Fragen und die Antworten kurz zu halten, hätte das den Vorteil, dass jeder mehrmals an die Reihe kommen könnte. Ich bitte die aufgerufenen Sachverständigen, bei der Beantwortung der Fragen die Mikrofone zu benutzen und sich immer mit ihrem Namen und ihrem Verband vorzustellen. Das erleichtert zum einen die Protokollierung der Anhörung. Zum anderen gibt es viele Zuschauerinnen und Zuschauer, die sich die Anhörung in Ausschnitten im Internet anschauen. So können sie die Sachverständigen den jeweiligen Verbänden bzw. Institutionen zuordnen. Dann fände ich es eine gute Idee, wenn wir alle unsere Mobiltelefone nach der Sitzung wieder einschalten würden. Das setzt voraus, dass sie während der Anhörung abgeschaltet sind. Ich weise noch darauf hin, dass die Anhörung digital aufgezeichnet und live im Parlamentsfernsehen übertragen wird. Zudem kann die Anhörung als Video-on-Demand in der Mediathek des Deutschen Bundestages abgerufen werden. Das Wortprotokoll der Anhörung wird ebenfalls auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. Ich sehe, dass es dazu keine weiteren Fragen gibt. Wir beginnen mit der CDU/CSU-Fraktion und die erste Frage stellt der Abgeordnete Hennrich.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Dr. Schneider, an den Verband der Universitätskliniken und an die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie. Der Gesetzentwurf verändert die Rahmenbedingungen für die Vergütung von psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen. Wie bewerten Sie den mit dem Gesetzentwurf vorgesehen Wechsel von einem Preis- zu einem Budgetsystem? Welche Vorteile sehen Sie damit verbunden?

ESV **Prof. Dr. Dr. Frank Schneider**: Insgesamt kann man sagen, ist die Weiterentwicklung zum Psych-VVG ausgesprochen positiv. Es gab eine Situation mit PEPP (Pauschalisiertes Entgelt Psychiatrie und Psychosomatik), die Bundesminister Gröhe veranlasst hat, den sogenannten strukturierten Dialog zu etablieren. Für diesen sind wir, die Betroffenen, wie auch die Versorger, ausgesprochen dankbar. Der Vorteil war, dass wir uns über die Qualitätsverbesserung in der Versorgung, die Transparenz des



Leistungsgeschehens und einen geringeren Dokumentationsaufwand einig waren. Ich glaube, das ist im Großen und Ganzen sehr gut gelungen. Es gibt aber ein paar Dinge im Kleingedruckten, über die wir heute noch sprechen müssen. Es wäre gut, wenn hier noch Modifikationen möglich wären. Die Festschreibung von Mindestpersonalvorgaben ist das Essentiellste, das zu diskutieren ist. Im Kabinettentwurf wurde dies als weiter zu konkretisieren beschrieben. Das Ziel für mich als Klinikdirektor muss sein, dass wir auf der Grundlage einer leitliniengerechten und evidenzbasierten Versorgung eine umfassende Personalbemessung aller Berufsgruppen als Mindestpersonalausstattung erhalten. So steht es im Prinzip auch im Entwurf. Wichtig ist auch, das steht so noch nicht im Entwurf, dass die vereinbarten Personalstellen ausreichend finanziert werden müssen. Das Ziel ist es, psychisch Kranke durch die Verbesserungen der Strukturqualität und durch die Sicherung der Qualität zu beschützen. Dazu sind drei Dinge wichtig: Das erste sind die umfassenden Personalvorgaben für alle Diagnosen und Situationen. Diese müssen entwickelt werden, d. h. die Psych-PV (Psychiatrie-Personalverordnung) muss weiterentwickelt und angepasst werden. Zweitens müssen die Vorgaben umfänglich finanziert werden. Drittens muss die Umsetzung nachgewiesen werden. Zum ersten Punkt: Bei der Ausgestaltung der Mindestvorgaben zur Personalausstattung wäre auf Grund der guten Erfahrungen bei der Psychiatrie-Personalverordnung oder bei der Pflege mein Vorschlag, dass diese nicht durch den G-BA oder beim G-BA, sondern in einer Expertenkommission beim BMG vorbereitet werden. Das BMG hat meiner Meinung nach das PsychVVG hervorragend weiterentwickelt. Dies wäre ein starkes Argument, das Thema Personalvorgaben ebenfalls beim BMG anzusiedeln. Wichtig bei der Personalausstattung ist – Herr Kunze, der Vater der Psych-PV, sitzt neben mir – dass wir keine Modernisierungsabschnitte vorsehen. Wir müssen erreichen, dass wir uns am wissenschaftlichen Fortschritt, an den Qualitätsvorgaben und an neuen Versorgungsformen orientieren und diese regelmäßig, zum Beispiel alle fünf Jahre, überprüfen. Der zweite Punkt sind die zu entwickelnden Personal- und Strukturvorgaben, die einerseits umfänglich finanziert und andererseits nachgewiesen werden müssen. Das ist reell. Die Refinanzierung muss auf der Basis der tatsächlichen Ausgaben, also auch der Tarifsteige-

rung, vorgenommen werden. Eine Reihe von Verbänden hat darauf hingewiesen, dass man auf die Abwärtsspirale achten muss. Bei nicht zu besetzenden Stellen darf es keinen Abzug geben. Wie man zwischen den Berufsgruppen wechselt, muss geklärt sein, da wir gerade im Fachkräftebereich, vor allem in strukturarmen Regionen, einen Mangel haben. Soweit sind wir aber im Moment noch nicht. Das heißt zusammengefasst, der leistungsbezogene Vergleich ist grundsätzlich sehr positiv zu bewerten. Die bislang schematisch vorgesehene Konvergenz wird abgelöst. Das begrüße ich sehr. Man muss schauen, dass die Deckelung des Budgets der Krankenhäuser nicht kontraproduktiv wirkt. Wir müssen im Moment davon ausgehen, dass nicht alle Menschen mit psychischen Erkrankungen, die eine stationäre oder teilstationäre Behandlung benötigen, diese auch erhalten. Entweder wollen sie nicht ins Krankenhaus oder sie sehen nicht, dass sie an einer psychische Erkrankung leiden oder sie sehen nicht, dass ihnen geholfen werden könnte. Insofern ist es wichtig, in allen Budgetverhandlungen und in allem, was dazu gehört, die Qualitäts- und Leitlinienorientierung sowie die evidenzbasierte Medizin groß zu schreiben. Ein letzter Punkt ist das Home Treatment, der sogenannte stationsäquivalente Behandlungsbereich. Ich finde diesen Begriff extrem ungünstig, denn das Stationsäquivalent, so wie es im Gesetzentwurf und in der Begründung steht, würde eine Behandlung 24 Stunden täglich, sieben Tage in der Woche beinhalten. Das ist aber nahezu unbezahlbar. Hinzu kommt, dass durch Bettenabbau gespart werden soll. Durch das Home Treatment wird es mehr Patienten geben, die im Moment zwar keine stationäre psychiatrische Behandlung wollen, dieses Behandlungsangebot aber annehmen. Das gilt zum Beispiel für Mütter mit kleinen Kindern. Das Home Treatment ist eine extrem gute Sache, diese Patienten hätten sich aber vorher wahrscheinlich nicht stationär behandeln lassen. Deshalb wird man nicht erreichen, dass das Home Treatment eine günstigere Behandlungsform wird. Eigentlich müsste es eine weitere Flexibilisierung in der Form geben, dass man nur einige Tage oder nicht jeden Tag in die Tagesklinik geht. Insgesamt finden wir das Gesetz ausgezeichnet. Wir möchten uns noch einmal ausdrücklich für das Entgegenkommen des BMG bedanken.



SV **Ralf Heyder** (Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD)): Der Wechsel vom Preis- zum Budgetsystem wird von uns ausdrücklich begrüßt und unterstützt. Wir halten dies für die richtige Maßnahme zur richtigen Zeit. Wir sind der Auffassung, dass die strukturellen Unterschiede zwischen den Krankenhäusern, aber auch die Unterschiede zwischen den Patientengruppen und deren Behandlungsbedarfe sowie die Therapiekonzepte nicht in der nötigen Differenziertheit in einem Preissystem hätten abgebildet werden können. Insofern ist der Schritt ins Budgetsystem richtig. Wir glauben, dass die Qualität der Betreuung und Behandlung von Patienten finanziell besser über das Budget als über ein Preissystem abgesichert werden kann. Wichtig ist allerdings, dass dieses Budgetsystem durch zwei zentrale Maßnahmen flankiert wird. Zum einen die vollständige Refinanzierung der Personalvorgaben. Zum zweiten muss die Berücksichtigung von strukturellen und regionalen Besonderheiten, die im Gesetz angelegt ist – strukturelle und regionale Besonderheiten sollen bei der Budgetfindung berücksichtigt werden –, praktikabel ausgestaltet werden. Das hat zwei Facetten. Erstens benötigt man hierfür Entgelte, die tatsächlich die Unterschiede in der Vorhaltung und in den Strukturen abbilden können. Das ist im Moment so noch nicht eindeutig im Gesetz geregelt. Das können beispielsweise Zentrumzuschläge sein. Zweitens ist es ganz wichtig, dass die Nachweispflichten, die das Krankenhaus auferlegt bekommt, um strukturelle und regionale Besonderheiten in Budgetverhandlungen geltend machen zu können, praxisgerecht ausgestaltet werden. Sie sollten mit den Mitteln und Daten, die einem Krankenhaus üblicherweise zur Verfügung stehen, umgesetzt werden können. Ich glaube, diese beiden Punkte sind ganz wichtig. Das soll aber nicht von der Hauptbotschaft ablenken, dass es ein gutes Gesetz ist, dass den richtigen Schritt weg vom Preissystem hin zum Budgetsystem geht.

SVe **Dr. Iris Hauth** (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)): Ich kann mich den Ausführungen meiner Vorredner anschließen. Ich will noch einmal die Personalsituation in den Vordergrund stellen. Es ist wichtig, in der Psychiatrie und Psychosomatik ausreichend Personal zu haben. Das hatten wir bisher mit der Psych-PV. Die Nachfolgeregelung bedarf einer Ausfinanzierung.

Wenn es, wie jetzt im Entwurf festgelegt, bei fehlendem Nachweis der Stellen zu einer Rückzahlung kommt und im nächsten Jahr das Budget abgesenkt wird, würde eine Spirale nach unten einsetzen und die Versorgungsqualität maximal schwächen. Ein weiterer wichtiger Punkt wurde bereits genannt. Wir werden wahrscheinlich in den nächsten Jahren, wie bereits in den vorherigen, Mehrleistungen durch Patienten, die bisher noch nicht im System waren, haben. Das hat sich in den letzten zehn Jahren gezeigt. Hier sieht der Gesetzentwurf vor, dass Mehrleistungen nur vergütet werden, wenn diese mit krankenhauserplanerischen Möglichkeiten verbunden sind, d. h. wenn es durch den Landesbettenplan mehr Betten gibt. Das ist etwas, was mit einer Verzögerung von Jahren kommt und eigentlich nicht gewünscht ist. Deshalb plädieren wir dafür, dass Mehrleistungen, wenn sie nicht durch die Kodierung oder anderes verursacht werden, weiter über die 100 Prozent-Grenze finanziert werden können. Ansonsten würde ich mich den Ausführungen meiner Vorredner anschließen.

Abg. **Ute Bertram** (CDU/CSU): Ich frage die DKG. Wie bewerten Sie, dass statt der bislang gesetzlich vorgesehenen Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen nun krankenhauserindividuelle Entgelte vereinbart werden können? Welchen Einfluss hat dies auf die Vereinbarung leistungsgerechter Budgets?

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Wir bewerten es positiv, dass wir vom Preis- zum Budgetsystem wechseln und die Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen aufgehoben wird. Die Gründe liegen in der Unzulänglichkeit, mit der das Preissystem das Leistungsgeschehen abbilden und steuern kann. Die Vorteile liegen vor allem darin, dass die Kosten des einzelnen Krankenhauses als die zentrale Größe im System verhandlungsfähig bleiben. Wir müssen aber darauf achten, dass über die Konvergenz, die jetzt im Rahmen des Betriebs- oder des Krankenhausvergleiches vorgesehen ist, am Ende nicht ähnliche Effekte erzeugt werden. Wir stellen uns dem Vergleich. Es muss von außen eine Rückspiegelung der geltend gemachten Kosten auf den Durchschnitt aller geltend gemachten Kosten, aber auch auf den tatsächlichen Bedarf geben. Es gibt aber einige Punkte in diesem Vergleich, die so angelegt sind, dass man Sorge haben muss, dass es zu einem Ersatzkonvergenzmechanismus kommt. Deshalb muss



sichergestellt sein, dass die individuelle Kostensituation eines Krankenhauses, z. B. Personalkostendifferenzen, die sich durch unterschiedliche Tarifwerke oder Klassifizierungen des Personals ergeben, berücksichtigt werden. Es muss möglich sein, dass die Krankenhäuser individuelle Situationen geltend machen können, auch wenn sie im Vergleich zunächst sogar als auffällig dastehen. Deshalb brauchen wir im Gesetz klare Regeln, die es erlauben, Abweichungen von den Vergleichskrankenhäusern in die Budgetdiskussion einzubringen. Hier gibt es eine Reihe von Punkten, die anzusprechen sind. Das sind im Wesentlichen der Personalbereich, aber auch strukturelle und regionale Besonderheiten. Es ist gut, dass man auf der Ortsebene seine Besonderheiten als zusätzliche Kosten und Entgelte geltend machen kann. Es muss gewährleistet sein, dass der Vergleich keine Auffälligkeiten induziert und die Klinik ihre berechtigt geltend gemachten Besonderheiten über den Vergleich wieder in Frage gestellt oder abgezogen bekommt. Der Vergleich ist asymmetrisch, da ab einer Überschreitung des Budgets eines einzelnen Krankenhauses um 30 Prozent gegenüber der Gesamtheit die Vermutung ausgesprochen wird, dass das Krankenhaus unberechtigt hohe Vergütungssätze hat. Eine Vermutung, dass das Krankenhaus zu geringe Vergütungssätze hat, wenn der Wert unterschritten wird, sieht der Gesetzentwurf nicht vor. Wir würden eine Vermutung weder in die eine noch in die andere Richtung anstellen. Es muss ein offener Darlegungsprozess sein, dann ist der Vergleich fair.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Ich habe eine konkrete Frage zu den Mindestpersonalvorgaben. Ich frage Herrn Dr. Straub, den Marburger Bund und den GKV-Spitzenverband. Wie bewerten Sie die Tatsache, dass die Mindestpersonalvorgabe als umfassend einzuhaltende Untergrenze zu sehen ist? Wie sehen Sie dies vor allem hinsichtlich der Finanzierung der Personalvorgaben und wie hinsichtlich der vorgesehenen Nachweispflichten?

ESV **Dr. Christoph Straub**: Wir begrüßen es ausdrücklich, dass mit dem Gesetzentwurf am PEPP-System als Basis festgehalten wird und dass es als leistungsorientiertes Vergütungssystem in individuelle Budgetrahmen eingebettet wird. Wir glauben, dass damit Fehlanreize, die im bisherigen Ver-

gütungssystem enthalten sind und den Patientinnen und Patienten schaden, eliminiert werden. Gerade weil es sich um eine besonders vulnerable Patientengruppe handelt, ist das wichtig. Das heißt, mit den geplanten Regelungen wird die Basis für ein lernendes System gelegt. Die verbindlichen und differenzierten Vorgaben für die Personalausstattung sind ein zentraler Punkt des Gesetzentwurfs. Sie sind das wesentliche Merkmal der Strukturqualität. Wir begrüßen dies ausdrücklich. Wir meinen, dass es differenzierte, berufsgruppenspezifische Personalschlüssel sind, die verbindlich vorgegeben und überprüft werden. Wir fordern an dieser Stelle, dass den Kassen in der Phase vor dem Umstiegsdatum 1. Januar 2020 – zu diesem Zeitpunkt soll laut Gesetzentwurf das Personal nach den Vorgaben des G-BA bemessen werden – die Möglichkeit eingeräumt wird, die Einhaltung der bisherigen Personalvorgaben jährlich über die Medizinischen Dienste zu überprüfen. Dies ist wichtig im Hinblick auf eine Gesamtentwicklung über den 1. Januar 2020 hinaus.

SV **Armin Ehl** (Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschland e. V.): Zunächst zu dem grundsätzlichen neuen Ansatz, den wir befürworten: Wir halten es für unbedingt notwendig, dass wir von der rein Einnahmen bezogenen Personalkalkulation in den Krankenhäusern wegkommen. Wir kommen durch die Bezogenheit auf die Diagnosis Related Groups (DRG) in eine schiefe Lage. Es werden nicht mehr die Abteilungen, die versorgungstechnisch unbedingt notwendig sind, mit ausreichendem Personal ausgestattet, sondern diejenigen, die am meisten Geld einbringen. Insofern sehen wir in diesem Modell, das im PsychVVG aufgemacht wird, eine Blaupause und wir hoffen, dass es auch für die somatischen Abteilungen eine solche wird. Selbstverständlich muss eine hundertprozentige Refinanzierung der vorgegebenen Personalstellen erfolgen. Wir gehen davon aus, dass als Kalkulationskrankenhäuser nur solche aufgenommen werden, die bereits die jetzt bestehenden Vorgaben oder die neuen Anforderungen, z. B. durch die stationsäquivalenten Behandlungen, die aufgenommen werden, erfüllen. Insofern ist die Nachweispflicht unabdingbar. Wir halten die vorgesehenen Regelungen für einen sehr guten Ansatz.



SV Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband):

Die gesetzlichen Krankenversicherungen haben sich intensiv und auch kontrovers mit den Personalvorgaben beschäftigt. Das Ergebnis möchte ich mit einer kleinen Cockpit-Metapher präsentieren. Wenn man die Luftfahrtsicherheit erhöhen will, macht es keinen Sinn, Milliardenbeträge für die Luftfahrtindustrie zu definieren. Es macht auch keinen Sinn, für die Luftfahrtunternehmen insgesamt eine Personalmesszahl vorzugeben. Es scheint uns aber eine vernünftige Regel, dass neben dem Piloten ein Copilot im Cockpit zu sitzen hat. Das heißt, wir brauchen dezidierte qualitätskritische Vorgaben. Für die Psychiatrie ist es vielleicht nicht ganz der richtige Weg, alles über eine Gesamtzahl zu definieren. Mit Recht kommt der Personalbemessung eine zentrale Rolle zu. Die Erfüllung der Psych-PV ist jedoch kein Finanzierungs-, sondern ein Personalbesetzungsproblem. Es macht keinen Sinn, die gesetzlichen Krankenversicherungen zur Zahlung für Personal zu zwingen, das gar nicht eingestellt ist. Das heißt, wir brauchen eine Regelung, durch die detailliert nachgewiesen wird, dass dieses Personal den Versicherten zur Verfügung gestanden hat. Nur so wird Qualität in der Psychiatrie gesichert. Personal, das nicht da ist, nützt dem Patienten nichts und sollte auch nicht finanziert werden.

Abg. **Reiner Meier** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Marburger Bund und an die Bundesdirektorenkonferenz – Verband leitender Ärztinnen und Ärzte in den Kliniken und an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH). Wie beurteilen Sie, dass die empirische Kalkulation beibehalten wird und die Basis für die Budgetfindung und die Abrechnung bildet?

SV Armin Ehl (Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschland e. V.): Wenn ich das richtig verstanden habe, geht es um die empirische Abrechnung, die weiterhin aufrechterhalten wird. Wir hielten es für besser, wenn Vorgaben gemacht würden, die über die reine Empirie, d. h. wie es in anderen Bereichen ist, hinausgeht. Empirie kann bedeuten, dass man beispielsweise bei den Kalkulationskrankenhäusern versucht, immer leicht unter dem zu bleiben, was durch die Kalkulation für einen bestimmten Fall vorgesehen ist. Das bedeutet insgesamt, dass man auf eine schiefe Ebene kommt, die

immer weiter nach unten geht. Renditeerwartungen und andere Dinge mögen hier eine Rolle spielen. Es bedeutet aber insgesamt, dass man immer leicht darunter bleibt. So kommt man in den Folgejahren wiederum zu niedrigeren Ansätzen. Das halten wir für schwierig.

SV Prof. Dr. Thomas Pollmächer (Bundesdirektorenkonferenz – Verband Leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken der Psychiatrie und Psychotherapie (BDK) e. V.): Das Problem ist, dass die Fortführung der empirischen Kalkulation zu dem eigentlichen Ziel des Gesetzes, von einem Preis- zu einem Budgetsystem zu gelangen, nicht passt. Man kann versuchen, so sind die Angaben und Vorschriften im Gesetz jetzt gefasst, das Ganze zusammenzubringen. Die Empirie der Kalkulation baut von ihrer Idee her aber darauf auf, dass man die tatsächliche Realität beobachtet und daraus Relativgewichte berechnet, die am Ende für die Zahlung des Betrags entscheidend sind. Will man dabei gleichzeitig unabhängige Personalvorgaben berücksichtigen, kann man dies versuchen, indem man die Krankenhäuser nur dann in die Kalkulation einschließt, wenn diese die Personalvorgaben erfüllen. Allerdings wird dies die Relativgewichte nicht ändern. Wir haben deshalb einen grundsätzlich anderen Vorschlag gemacht. Zunächst sollte versucht werden, die Psych-PV tatsächlich auszufinanzieren. Parallel sollten die bereits laufenden Anstrengungen des G-BA, eine neue Personalstrukturvorgabe zu machen, intensiviert werden. Dann kann diese neue Personalstrukturvorgabe anstatt der empirischen Kalkulation zur wesentlichen Basis der Budgets gemacht werden. Ich sehe ein, dass dies zum jetzigen Stand des Verfahrens möglicherweise technisch nicht mehr machbar ist. Ich möchte noch einmal darauf hinweisen, dass wir ein großes Problem darin sehen, die empirische Kalkulation und die Personalvorgaben zusammenzubringen. Vielleicht kann Herr Dr. Heimig etwas dazu sagen.

SV Dr. Frank Heimig (InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus): Wir sehen die empirische Kalkulation anders als die Vorredner. Das liegt in der Natur der Sache. Wir halten die empirische Kalkulation für eine Voraussetzung, wenn die vorgesehenen Vergütungssysteme Leistungen als bedarfsorientiert definieren sollen und Transparenz hinsichtlich des Leistungsgeschehens angestrebt wird. Der vorgesehene Krankenhausvergleich, wie



er im Gesetz steht, verliert ohne die empirische Kalkulation als Grundlage des Vergleichs zwischen den Krankenhäusern, seine inhaltliche Bedeutung. Die von vielen Verbänden geforderte Berücksichtigung von notwendigen personellen Ausstattungen, Qualitätsvorgaben und neuen Versorgungs- und Therapieformen verlangt die Kalkulation der realen, mit dieser besonderen Behandlung einhergehenden Kosten bzw. im Einzelfall der Mehrkosten. Die Transparenz, die der Entgeltkatalog dadurch mit sich bringt, dass er publiziert, was kalkuliert wurde und was in die Kalkulation eingeflossen ist, indem er die zu Grunde liegenden Kosten differenziert auflistet, eröffnet die Möglichkeit, die Budgets leistungsgerechter zu definieren. Wünschenswerte, neu zu finanzierende Sachverhalte, die zum Zeitpunkt der Kostenkalkulation unter Umständen noch nicht in den Krankenhäusern vorliegen, wie z. B. zu definierende Personalvorgaben, kann man im notwendigen Umfang, basierend auf tatsächlich vorliegenden Zahlen, abschätzen. Man ergänzt das bestehende Ist um das, was wünschenswert und anzustreben ist. Basis auch dieser Umsetzung ist, dass man sich bei der normativen Kalkulation nur auf den Teil verlassen muss, der ungeklärt oder neu ist bzw. ergänzt werden soll. Ansonsten aber findet man den realen Aufwand in der Kalkulation wieder. Das verändert die Relativgewichte. Diese aber definieren nicht die Vergütung, sondern das Verhältnis der Kosten zueinander.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband, den DGB und den BDA. Wir haben in dieser Legislaturperiode viele Gesetzesentwürfe zur Versorgungssicherheit oder Qualität verabschiedet. Diese sind auch mit Ausgaben verbunden. Deshalb muss man die Regelungen mit der Finanzierung gekoppelt sehen. Der Gesetzesentwurf sieht eine einmalige Entnahme aus dem Gesundheitsfonds in Höhe von 1,5 Mrd. Euro vor, die an Mehrausgaben für Asylberechtigte und den Aufbau der Telematikinfrastruktur gekoppelt sind. Ich bitte um eine Stellungnahme im Hinblick auf unsere Forderung zur paritätischen Finanzierung und zur Entlastung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.

Sve **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Wir begrüßen es sehr, dass die Krankenkassen für das Jahr 2017 zusätzliche Mittel aus der Liquiditätsreserve des Fonds erhalten, denn es ist sinnvoll, die

überschüssigen Mittel an diejenigen zurückzugeben, die sie aufgebracht haben. Für die Kassen und für die Versicherten bedeutet das eine Entlastung. Wir können davon ausgehen, dass der Anstieg der Zusatzbeitragssätze dadurch im kommenden Jahr gedämpft werden wird. Wir haben allerdings ein Problem mit der Begründung und mit dem diskretionären Eingriff. Wir haben mehr Mittel im Gesundheitsfonds als in der Liquiditätsreserve notwendig sind. Wir sind der Auffassung, dass diese zwar an die Kassen ausgeschüttet werden sollten, dies sollte aber nicht durch Einzelentscheidungen des Gesetzgebers, sondern durch ein regelgebundenes Verfahren erfolgen, um zu verhindern, dass diese Mittel als Manövriermasse eingesetzt werden. Der zweite problematische Punkt ist die Begründung, dass die Gelder für die Finanzierung von Ausgaben für Flüchtlinge genutzt werden sollen. Zunächst kommen die Kommunen in den ersten 15 Monaten für die Finanzierung dieser Ausgaben auf. Die Zeit danach wird nur dann zu einer Belastung für die Krankenkassen, wenn der Arbeitslosengeld II-Bezug eintritt. Hier haben wir das grundsätzliche Problem, dass der Bund zu niedrige Krankenversicherungsbeiträge für die ALG II-Bezieher zahlt. Die Pauschale beträgt 90 Euro pro Monat. Das reißt nach vorsichtigen Schätzungen unsererseits eine Lücke von 2,3 Mrd. Euro pro Jahr. Deshalb fordern wir seit längerer Zeit, dass für alle ALG II-Empfänger, unabhängig davon, ob sie als Flüchtlinge oder durch eine andere Regelung in den ALG II-Bezug gekommen sind, mindestens 136 Euro pro Monat gezahlt werden müssten. Diese Größenordnung ist nur eine vorsichtige Schätzung. Wir werden erst im Herbst über den Schätzerkreis erfahren, wie viele neue Versicherte bzw. im Auftrag durch die Krankenkassen zu Versorgende hinzukommen werden. Die Unterfinanzierung des ALG II-Bezugs ist auch deshalb besonders kritisch zu sehen, weil ALG II-Bezieher in der privaten Krankenversicherung einen Zuschuss von über 300 Euro erhalten. Nach der Regelung im SGB II wird ein sehr viel höherer Betrag gezahlt, weil die Hälfte der Prämie finanziert wird. Dieser Betrag ist zwar nicht eins zu eins mit den 90 Euro zu vergleichen. Es wird aber doch deutlich, dass der Bund wesentlich mehr bezahlt und Lasten auf die Krankenkassen verschiebt. Das wäre aus unserer Sicht nicht notwendig.



SV Marco Frank (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Die Mittelzuweisung in der genannten Höhe wird mit einer einmaligen Finanzierung begründet, weil die Krankenkassen durch die Asylberechtigten mehrbelastet werden. Der DGB kritisiert diese, aus den Beiträgen der Versicherten finanzierte Zuweisung, da diese Mehrbelastung der Krankenkassen durch die Asylberechtigten nicht belegt ist. Erst Mitte 2017 geht ein großer Teil der Asylbewerber aus dem Asylbewerberleistungsgesetz in den Leistungsbereich der GKV über. Erforderlich ist aber eine deutliche Anhebung der Pauschale von derzeit 90 Euro auf 136 Euro für die Gesundheitsversorgung der ALG II-Empfänger aus Bundesmitteln.

Sve Dr. Anne Thomas (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA)): Grundsätzlich begrüßen wir das Abschmelzen der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, da diese derzeit weit über die gesetzliche Mindesthöhe hinausgeht und in diesem Umfang nicht zur Liquiditätssicherung benötigt wird. Zudem werden die Beitragszahler durch das Abschmelzen entlastet. Die gesetzliche Begründung, dass die Mehrbelastung der GKV durch die gesundheitliche Versorgung von Asylberechtigten durch das Abschmelzen des Fonds finanziert werden soll, halten wir für fragwürdig. Ich verweise auf die Ausführung des GKV-Spitzenverbands und schließe mich dem vollumfänglich an.

Abg. Dirk Heidenblut (SPD): Ich möchte zur Personalvorgabe fragen, und zwar ver.di und die Vertreterin des G-BA. Der Gesetzentwurf sieht die Beauftragung des G-BA mit der Erarbeitung einer in Zukunft verbindlichen Personalmindestvorgabe unter Heranziehung der Psych-PV sowie Indikatoren zur Bewertung der Qualität, evidenzbasiert und leitliniengerecht vor. Welche präzisierenden Anregungen haben Sie, auch unter Betrachtung der Nachweispflichten, für uns? Besteht die Bereitschaft, Ihre Expertise in die Erarbeitung beim G-BA einzubinden? Den G-BA bitte ich um Ergänzung zum Sachverhalt.

SV Niko Stumpfögger (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Wir sehen die Beauftragung des G-BA problematisch. Bei allen vorausgegangen Versuchen, gesetzliche Personalbemessung zu machen, war diese Konstellation nicht erfolgreich.

Der Gesetzgeber und das Ministerium mussten eingreifen. Wir halten eine Expertenkommission für das Richtige und wir wollen als die größte Mitgliedsorganisation der in der Pflege Beschäftigten beteiligt sein. Es macht keinen Sinn, hinter verschlossenen Türen zu verhandeln. Wir hatten in der letzten Woche bundesweite Proteste der Beschäftigten. Wir haben die Sorge, dass es durch die fehlende Nachweispflicht in der Entwicklungsphase zwischen 2016 und 2020 zu Personalstandards kommt, die später in einer schlechten Personalvorgabe münden. Wir glauben, dass wir eine Möglichkeit zur Ersatzvornahme brauchen. Was passiert, wenn die beiden Partner sich nicht einig werden können? Aus unserer Sicht muss dann die Psych-PV zwingend weiter gelten und es muss die Möglichkeit einer Ersatzvornahme geben, denn es ist nicht vorstellbar, dass dieser Prozess endlos dauert. An der Stelle muss der Gesetzgeber eindeutig nachbessern.

Sve Dr. Regina Klakow-Franck (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Zunächst einmal eine Klarstellung: Verbindliche Mindestanforderungen an die Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik sind nichts Neues. Die Psych-PV ist ein verbindlicher Anforderungskatalog. Jetzt etwas anderes als verbindliche Mindestvorgaben zu machen, wäre eine Absenkung gegenüber diesem Standard gewesen. Diese Verbindlichkeit ist nicht neu. Wir wissen allerdings schon seit über zehn Jahren, seit der letzten Evaluation, dass diese Mindestvorgaben nicht flächendeckend umgesetzt werden. Das ist das Problem. Die Entwicklung und Festlegung der verbindlichen Mindestvorgaben erfolgte seinerzeit in einer Expertenkommission. Das war in den 90er Jahren, unter der Federführung von Prof. Kunze. Mit der Psych-PV ist ein sehr gutes Tool entstanden, an dessen Methodik wir uns beim G-BA weiterhin orientieren wollen. Die Psych-PV ist aber von ihren Inhalten her nicht mehr aktuell. Heute hat der Gemeinsame Bundesausschuss, der im Jahr 2004 neu gegründet wurde, diese Aufgabe zugewiesen bekommen. Es ist unsere Aufgabe, bundeseinheitliche Mindestanforderungen an die Strukturprozesse und an die Ergebnisqualität in Richtlinien festzulegen. Insofern finde ich es vom Gesetzgeber folgerichtig, dem G-BA die Ablösung der Psych-PV zu übertragen. Wir planen in Stufe I die Erhebung des Ist-Zustands der Personalausstattung auf der Basis der Psych-PV. Das



trifft sich mit der Anregung, in der Übergangsphase eine Dokumentation über die Personalausstattung der Krankenhäuser abzufordern. Der G-BA wird dazu eine empirische Studie auf Basis einer Stichprobe in Auftrag geben, um Transparenz über den Ist-Personalausstattungszustand zu schaffen. Weiter werden wir über drei Jahre hinweg mehrere Expertenworkshops mit allen Fachgesellschaften abhalten, um eine umfängliche Analyse der aktuellen empirischen Ergebnisse durchzuführen. In unserer bisherigen Recherche mussten wir feststellen, dass es zwar viele evidenzbasierte Leitlinien zum Therapiestandard in Psychiatrie und Psychosomatik gibt, aber leider keine belastbaren Aussagen über Personalmindestanforderungen. Deswegen wird der G-BA Experten zu Rate ziehen.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an ver.di und an die Deutsche Krankenhaus Gesellschaft. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regeln zur Budgetfindung in § 3 Absatz 3 der Bundespflegegesetzverordnung sehen bei Nichteinhaltung einer vertraglich vereinbarten Stellenbesetzung die zwingende Absenkung des Gesamtbetrags des Krankenhausbudgets im darauffolgenden Jahr vor. Was hätte diese Regelung aus Ihrer Sicht für Konsequenzen? Welchen alternativen Sanktionsmechanismus möchten Sie uns ggf. vorschlagen?

SV **Niko Stumpfögger** (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Eine Regelung die dauerhaft budgetabsenkend wirkt, wäre schädlich für die Patienten. Das darf es nicht geben. Es muss Nachweispflichten geben, die nachgehalten werden. Ich denke, dass die Betriebswirte schon schwierigere Probleme als dieses gelöst haben. Es ist denkbar, dass man eine bedingte Zuweisung von Mitteln für Personal nach dem Sollpersonal nimmt. Wenn das Personal da ist, gibt es diese Mittel und sonst nicht. Aber im Jahr darauf gibt es wieder eine Zuweisung von ausreichenden Personalmitteln. Das ist unsere Vorstellung.

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG): Frau Abg. Dittmar, das ist einer der zentralen und problematischen Punkte im Gesetzentwurf. Personalvorgabe, Personalfinanzierung und Personalnachweis müssen in sich konsequent sein. Deshalb muss die Prämisse gelten: die Personalvorgabe des G-BA muss am Arbeitsmarkt, auch in den regionalen Arbeitsmärkten, realisierbar sein.

Weiter muss sie vollfinanziert sein und natürlich müssen sich die Krankenhäuser einer Überprüfung stellen. Der Gesetzentwurf ist an dieser Stelle sehr restriktiv. Er nimmt keine Rücksicht auf diese Vorfälle und auch nicht auf die tatsächliche Situation. Die Gründe, die dazu führen können, dass Stellen vorübergehend nicht besetzt sind, gehen von der Situation auf den regionalen Arbeitsmärkten bis hin zu Erklärungen, die im Personalmanagement liegen. Ein Eins-zu-eins-Nachweis und ein Eins-zu-eins-Durchhalten des vereinbarten Personals nimmt den Krankenhäusern jede Flexibilität zur Veränderung des Personalmix. Der Nachweis bezieht sich auf Berufsgruppen, d. h. wir hätten jede einzelne Berufsgruppe ohne Wenn und Aber völlig losgelöst vom Behandlungsbedarf festgeschrieben und laufen im Jahr Gefahr, bei der Berufsgruppe, die überprüft wird, nicht sachgerecht ausgestattet zu sein. Insofern brauchen wir die Möglichkeit, zu begründen, warum ein Krankenhaus im Laufe des Jahres oder am Jahresende nicht die volle, am Jahresanfang vereinbarte Ausstattung hatte oder hat. Da ist der Gesetzentwurf zu restriktiv. Er müsste mehr Flexibilität für die Problemfälle des Personaleinsatzes bieten.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Ich habe eine Frage an den Einzelsachverständigen Thewes. Der Gesetzentwurf sieht die Schaffung einer neuen stationsäquivalenten Leistung, das sogenannte Home Treatment, vor. Dabei handelt es sich um eine stationsäquivalente Versorgung in der Häuslichkeit des Patienten. Ich möchte Sie bitten, uns zu skizzieren, welche Überlegungen Sie im Zusammenhang mit dieser Regelung hatten.

ESV **Stefan Thewes**: Wir begrüßen den neuen § 115d PsychVVG, die Schaffung von stationsäquivalenten Leistungen. Der Begriff ist, wie Prof. Schneider gesagt hat, etwas unglücklich. Wir nennen sie stationersetzende Leistungen. Wir haben in unseren Kliniken Erfahrung mit dem Home Treatment. Wir haben in den letzten fünf Jahren einige Projekte im Rahmen einer aufsuchenden Betreuung und Behandlung mit Hilfe des Mehrpersonals, das wir über die Psych-PV bekommen haben, initiiert. Dabei handelte es sich um Projekte, da es keine Regelfinanzierung gab. Die wird es jetzt geben. Wir freuen uns, diese Maßnahme in der Praxis einzusetzen. Sobald die Regelungen vorliegen, sind wir startbereit. Wir haben ein großes Projekt in der



LVR-Klinik Düsseldorf mit F II-Patienten und dabei festgestellt, dass wir mit einem multiprofessionellen Team und einer ärztlichen Leitung dieses Teams, große Erfolge erzielen können. Insbesondere konnten wir die Jahresverweildauer eines Patienten in der Klinik bei gleicher Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität senken. Wir versprechen uns von dieser Maßnahme sehr viel, weil sie an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Behandlung in der Institutsambulanz ansetzt. Allerdings ist § 115d PsychVVG sehr restriktiv formuliert. Es gibt drei Punkte, die aus unserer Sicht verbesserungsbedürftig sind. Im Entwurf steht, dass die Indikation für ein Home Treatment oder eine stationsäquivalente Leistung in der akuten Krankheitsphase gestellt wird. Das ist aus unserer Sicht zu restriktiv. Nach unseren Erfahrungen geht es um eine kontinuierliche Begleitung des Patienten, nicht nur in der akuten Krankheitsphase. Es stellt sich auch die Frage, was eine akute Krankheitsphase in der Psychiatrie ist. Das wird in der Praxis zu Streit und Diskussionen führen. Uns reicht es aus, wenn im Gesetzentwurf steht, dass eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit gegeben ist. Die akute Krankheitsphase ist eine zu starke Einschränkung. Kritisch ist auch die direkte Verbindung zum Abbau stationärer Kapazitäten. Es ist gut, ein solches Behandlungssetting zu etablieren. Wir müssen diese Behandlungsteams aber zunächst einstellen, schulen und in der Praxis etablieren. Es wird einige Zeit in Anspruch nehmen, bis wir die Auswirkungen auf die stationären Kapazitäten sehen. Wir glauben nicht, dass wir die vorhandenen Kapazitäten damit eindämmen können, denn es gibt im Bereich der psychiatrischen Behandlung eine jährliche Fallzunahme von zwei bis drei Prozent. In NRW stehen 2.000 Betten und Plätze zusätzlich im Krankenhausplan. Weiter sehen wir keine direkte Verbindung zu den Leistungen der niedergelassenen Ärzte. Es ist ausreichend, wenn es eine Vereinbarung zwischen der Krankenhausesellschaft und den Krankenkassen gibt.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine erste Frage richtet sich an Herrn Prof. Dr. Simon und an Herrn Dr. Böhm vom Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ). Wir haben gehört, dass durch das PsychVVG krankenhausspezifische Budgets unter Berücksichtigung regionaler Aspekte und Versorgungsgesichtspunkte statt pauschalierter Entgelte kommen sollen. Wird mit dem PsychVVG

eine bedarfsgerechte Finanzierung hergestellt?

ESV **Prof. Dr. Michael Simon**: Diese Frage wurde bereits diskutiert und den gegebenen Antworten kann ich mich im Wesentlichen anschließen, wenn das Ziel - die Forderung aus der Psychiatrie -, kein pauschaliertes Entgeltsystem einzuführen, sondern sich wieder an dem individuellen Budget zu orientieren, anerkannt wurde. Meiner Einschätzung nach verfolgt der Gesetzentwurf dieses Ziel nicht konsequent. Wenn man ein Budgetsystem haben möchte, in dem die krankenhausspezifischen Kosten Ausgangspunkt der Budgetverhandlungen bzw. -vereinbarungen sind, gibt es einen Widerspruch zu der Vorgabe pauschalierter Entgelte und Kalkulationen auf empirischer Grundlage auf Bundesebene. Das wurde mehrfach diskutiert. Empirische Grundlage meint die Ist-Kosten und da wiederum die Berechnung von Durchschnittskosten als Grundlage der Kalkulation. Wenn man das so macht, legt man im System eine Konvergenz an, die man auf Krankenebene und nicht mehr formalisiert auf Landesebene durchführen muss. Man hat entsprechend vorgegebene Richtwerte. Der leistungsbezogene Vergleich und die Anpassungsvereinbarung sind im Gesetzentwurf enthalten. Dieser leistungsbezogene Vergleich kann nur funktionieren, wenn es eine empirische Kalkulation auf der Grundlage der durchschnittlichen Ist-Kosten gibt. Es handelt sich um kein wirkliches Budgetsystem in dem Sinne, das krankenhausspezifische Budgets auf der Grundlage der krankenhausspezifischen Besonderheiten vereinbart werden, sondern es ist eine im Vergleich zur vorherigen Regelung modifizierte Konvergenz. Das Ziel der Konvergenz auf Bundesebene sehe ich im jetzigen Gesetzentwurf. Zu der Frage, ob es eine Finanzierung im Sinne einer bedarfsgerechten Versorgung ist, denke ich, wenn man Durchschnittskosten als Maßstab nimmt, kann man nicht behaupten, dass das die Kosten der bedarfsgerechten Versorgung sind. Durchschnittskosten sind ein rein statistischer Wert.

SV **Dr. Thomas Böhm** (Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ)): Prof. Dr. Simon hat es schon angesprochen, die Richtung des Gesetzes stimmt. Durch Einzel- bzw. Nichtregelungen wird aber die Zielsetzung konterkariert bzw. verschlimmbessert. Diese Bemerkung bezieht sich auf



mehrere Punkte. Ein Punkt ist der Krankenhausvergleich. Die Vergleiche basieren auf Durchschnittskosten. Das hat nichts mit den Entgelten für Relativgewichte zu tun, sondern es werden die tatsächlichen Durchschnittskosten bezogen auf einzelne Diagnosen und einzelne Berufsgruppen als Vergleichsmaßstab genommen. Das ist eine klassische Kellertreppengeschichte, denn Durchschnittskosten bestehen aus einem Teil höherer und einem Teil niedrigerer Kosten. Diejenigen, die darüber liegen, müssen versuchen, den Durchschnitt zu erreichen. Damit sinkt der Durchschnitt und auf Dauer folgt eine Absenkung der zur Verfügung stehenden Mittel. Die wiederum führt zu Sparmaßnahmen. Wenn diese im Personalbemessungsbereich nicht möglich sind, werden sie in anderen Bereichen durchgesetzt werden. Das ist ein großes Problem. Durch die Krankenhausvergleiche und den Anspruch der Kassen, die Durchschnittskosten durchzusetzen, setzen sich alle negativen ökonomischen Anreize, die auch im DRG-System vorhanden sind, durch. Krankenhäuser müssen eine Mengenausdehnung, unnötige Behandlungen und Up-coding machen, Patientenselektion durchführen und schauen, mit welchen Patienten sie bei den Kosten besser liegen. Wenn möglich, sollte ein Fallsplitting gemacht und der Patient möglichst früh entlassen werden. Alle negativen ökonomischen Anreize, die durch das Budgetsystem abgeschafft werden sollten, holt man über den Umweg der Krankenhausvergleiche wieder herein. Ein dritter Effekt ist ein hohes Maß an Bürokratie, die Ärztinnen, Ärzte, Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen von der Behandlung und der Versorgung der psychisch Kranken abhält. Diese Bürokratie wird sich ausdehnen, weil die Krankenhäuser künftig, bezogen auf jede einzelne Diagnose, ihre Kosten differenziert nach einzelnen Berufsgruppen nachzuweisen haben. Diese sind Verhandlungsgegenstand der Budgetverhandlungen. Aus meiner Sicht wäre es besser, zwar Wirtschaftsvergleiche und auch das Recht der Krankenkassen, Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen durchzuführen, anzustreben, aber Wirtschaftlichkeitsvergleiche auf der Basis von Durchschnittskosten sind kontraindiziert.

Abg. **Birgit Wöllert** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an die Bundespsychotherapeutenkammer und danach an den GKV-Spitzenverband. Die Bundespsychotherapeutenkammer fürchtet, dass die Netze ambulanter Einrichtungen zur Versorgung einer

Patientengruppe, die derjenigen ähnelt, die jetzt über die stationsäquivalente Versorgung erfasst werden soll und die momentan bei den niedergelassenen Psychotherapeuten über integrierte Versorgungsverträge nach § 140a SGB IV laufen, zerlegt werden. Ich bitte die Bundespsychotherapeutenkammer, diese Befürchtung zu erläutern. Den GKV-Spitzenverband würde ich dazu um eine kurze Erwiderung bitten. Haben Sie auch einen sektorenübergreifenden Lösungsvorschlag?

SV **Dr. Dietrich Munz** (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)): Bisher bestehende Versorgungsnetze, die über Selektivverträge organisiert sind, zeigen, dass für eine große Zahl schwer psychisch kranker Menschen eine stationäre Behandlung vermieden werden kann, wenn es ausreichend komplexe ambulante Versorgungsangebote gibt. Wir sehen, dass es regelhaft Versorgungsangebote bedarf, bei denen verschiedene Leistungserbringer wie Fachärzte, Psychotherapeuten, Soziotherapeuten und psychiatrische Krankenpfleger/innen im Team und in Kooperation mit dem sozialpsychiatrischen Dienst eine abgestimmte Behandlung übernehmen. Derzeit ist ein stationäres ersetzendes und teilweise stationsäquivalentes Versorgungsangebot durch Netze ambulanter Leistungserbringer nur im Rahmen von Selektivverträgen möglich. Wir fürchten, dass die wenigen derzeit bestehenden Netze keine Anschlussverträge bekommen, da die Krankenkassen stationsäquivalente Leistungen der Krankenhäuser finanzieren müssen, wenn die Krankenhäuser diese Leistung anbieten. Deshalb ist davon auszugehen, dass das freiwillige und zusätzliche Engagement der Kassen eingeschränkt wird. Das läuft nicht nur dem Grundsatz ambulant vor stationär zuwider, sondern würde auch die Bereitschaft zur Innovation, die diese Netze zeigen, bestrafen. Wir schlagen deshalb vor, die Versorgung schwer psychisch kranker Menschen durch Netze ambulanter Leistungserbringer im Rahmen des Innovationsfonds gesondert zu fördern. Hierfür sollten Mittel bereitgestellt werden, die ausschließlich für die Förderung von Vorhaben zur Verbesserung der Versorgung von schwer psychisch kranken Menschen mit komplexem Leistungsbedarf reserviert sind. Mit den zusätzlichen Mitteln sollten die Kosten abgedeckt werden, die durch die strukturierte und koordinierte Erbringung mehrerer Einzelleistungen als Komplexleistung entstehen. Ziel muss es sein, dieses Versorgungsangebot in die Regelversorgung



zu überführen. Wir halten deshalb eine Förderung über den Innovationsfonds für geboten.

SV Dr. Wulff-Dietrich Leber (GKV-Spitzenverband): Ein Novum im Gesetzentwurf ist in der Tat die stationsäquivalente Behandlung. Die Gesundheitspolitik zeigt Kontinuität. Seit 1989 wird alle anderthalb Jahre eine neue gesetzliche Rechtsform für die ambulante Behandlung an Krankenhäusern geschaffen. Ob es sinnvoll ist, den zwei Dutzend Rechtsformen eine weitere hinzuzufügen, sei einmal dahingestellt. Unserer Meinung nach hätte man Modelprojekte abwarten sollen. Darin werden die von Ihnen erwähnten Netze erprobt und evaluiert. Man muss abwarten, was sich in diesen Projekten als besonders rational erweist. Es wird eine kleine Gruppe von Patienten geben, die von dieser neuer Versorgungsform profitiert. Wichtig ist uns der komplementäre Bettenabbau. Ein Bett, das zu Hause steht, wird im Krankenhaus nicht mehr gebraucht. Dominante ambulante Versorgungsform wird jedoch die psychiatrische Institutsambulanz bleiben. Darauf ist hinzuweisen. Es ist bedauerlich, dass es in diesem Gesetz keinen klaren Auftrag für eine bundesweite Gebührensystematik gibt. Nach wie vor wird in vielen Ländern mit sehr vereinfachten Quartalspauschalen operiert. Mit einer derart heterogenen Landschaft wird es nie gelingen, sektorenübergreifende Vergütungselemente zu etablieren. Deswegen scheint uns zweierlei wichtig: Erstens sollte man die Ergebnisse der Modelprojekte abwarten und zum zweiten einen klaren Auftrag erteilen, eine bundesweit gültige Vergütungssystematik für psychiatrische Institutsambulanzen zu schaffen.

Abg. **Birgit Wöllert** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an die DGPM. Sie schließt an das an, was Dr. Leber gesagt hat. Die Überweisung zur ambulanten Behandlung in eine Psychosomatische Institutsambulanz (PsIA) soll laut Gesetzentwurf durch einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erfolgen. Wie ist Ihre Position dazu?

SV Prof. Dr. Johannes Kruse (Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM)): Die Berechtigung zur Überweisung sollte auf alle Haus- und Fachärzte ausgeweitet werden. Nur so kann die Psychosomatische Institutsambulanz die im Gesetzentwurf be-

schriebene zentrale Versorgungsfunktion, insbesondere auch in unterversorgten Gebieten, wahrnehmen. Es gibt Landkreise, die nur wenige niedergelassene psychosomatische Mediziner haben und in denen die PsIAs eine besondere Rolle in der Versorgung übernehmen. Dort würde ein Flaschenhals entstehen. Zudem ist eine enge Verzahnung zwischen der somatischen und der psychosomatischen Versorgung anzustreben. Die PsIAs wenden sich insbesondere an Patienten mit psychischen Störungen, die primär unter körperlichen Beschwerden leiden. Um für diese Patienten einen Zugang zu bekommen und um zu verhindern, dass sie immer wieder in das Mühlrad der somatischen Diagnostik hineingeraten, ist die Verzahnung zwischen dem somatischen und dem psychosomatischen Bereich notwendig. Deshalb die Bitte, für primär somatisch tätige niedergelassene Ärzte Überweisungsmöglichkeiten in die PsIAs zu schaffen.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Meine erste Frage geht an die Gewerkschaft ver.di. Wenn ich den Gesetzentwurf richtig lese, können Krankenhäuser, die keinem Tarifvertrag unterliegen und niedrigere Gehälter zahlen, von dem angedachten Finanzierungssystem profitieren. Was würde die Gewerkschaft alternativ dazu vorschlagen?

SV Niko Stumpfögger (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Wir müssen bei der Kalkulation darauf achten, dass tarifgebundene Häuser kalkulieren, damit nicht Lohnhöhen und Vergütungssummen in die Kalkulation eingehen, die nicht für alle Krankenhäuser repräsentativ sind und die Personalkosten systematisch unterschätzen. Tarifierhöhungen müssen voll refinanziert werden und sollten nur den Arbeitgebern zugutekommen, die tatsächlich Tarifierhöhungen zahlen. Das ist aus unserer Sicht eine sparsame und sinnvolle Verwendung von Mitteln der Krankenversicherten.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage geht an den Deutschen Pflegerat. Mit dem vorliegenden Entwurf sollen Personalmindeststandards für die Psychiatrie und Psychosomatik festgelegt werden. Wäre das aus Ihrer Sicht auch ein Vorbild für die somatischen Krankenhäuser?

SVe Silke Ludowisy-Dehl (Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)): Die Pflege ist nicht durch Medizin oder



durch Apparate zu ersetzen. Das ist in der psychiatrischen Pflege sicherlich noch wichtiger als in der somatischen Pflege. Aber auch für die somatische Pflege sollte es Mindeststandards geben. In den letzten 15 Jahren wurden durch die DRG viele Stellen in der Pflege abgebaut. Das birgt für Patienten das Risiko, nicht mehr richtig versorgt zu werden, weil der Leistungsdruck zu hoch ist. Dazu kommt es zur Rationierung von Pflegeleistungen, so dass der Patient nicht das bekommt, was er braucht.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage geht an den Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrener e. V. (BPE). Wir haben schon mehrfach darüber gesprochen, welche Rolle der Gemeinsame Bundesausschuss bei der Entwicklung von Vorgaben zur Personalbemessung spielen soll. Bisher hat noch kein Patientenverband die Gelegenheit gehabt, darauf zu antworten. Sehen Sie die Interessen der Betroffenen durch die beauftragte Arbeitsgruppe im G-BA ausreichend vertreten oder hätten Sie einen alternativen Vorschlag?

SV **Jurand Daszkowski** (Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrener e. V. (BPE)): Ich sehe die Interessen vom Patienten- und Betroffenenvertretern durch diese Beauftragung nicht ausreichend gewährleistet. Ich bin selbst Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss in der Arbeitsgruppe Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP). Es gibt einige Patientenvertreter, aber ich bin der einzige Patientenvertreter, der selbst betroffen ist. Patientenvertreter haben im G-BA zwar ein Beratungs- und Antragsrecht, aber kein Stimmrecht. Wir haben als Patientenvertreter in der Arbeitsgruppe durchgesetzt, dass auch bei Expertengesprächen Vertreter von Patienten einberufen werden. Wir müssen schauen, ob das weiter so bestätigt wird. Insgesamt fühlen wir uns nicht ausreichend repräsentiert. Zusätzlich zu der Arbeitsgruppe im G-BA, die für eine so anspruchsvolle Aufgabe relativ klein ist, sollte eine Expertenkommission, die beim BMG angesiedelt ist, einberufen und mit einer ausreichenden Zahl von Patientenvertretern, Betroffenen und Angehörigen, ausgestattet werden, damit diese ihre Interessen mit gleichberechtigtem Stimmrecht besser als jetzt vertreten können.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Ich will auf ein anderes Thema, nämlich die Entnahme von

1,5 Mrd. Euro aus dem Gesundheitsfonds, zu sprechen kommen. Ich richte die Frage an den GKV-Spitzenverband. Was wird aus Ihrer Sicht 2018, also kurz nach der Bundestagswahl 2017 passieren, wenn die 1,5 Mrd. Euro aus dem Gesundheitsfonds bei den Kassen wieder wegfallen?

Sve **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Die jetzt vorgesehen Entlastungsmaßnahme ist einzig für das Jahr 2017 vorgesehen, d. h. es ist ein einmaliger Entlastungseffekt. Wir haben in der Vergangenheit auf Grund der Mehrausgaben durch die verschiedenen Gesetze und das strukturelle Defizit, d. h. dass die Ausgaben stärker gestiegen sind als die Einnahmen, geschätzt, dass wir in 2017 auf einen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 1,4 Punkten, in 2018 von 1,6 und 2019 von 1,8 Prozent kommen werden. Diese Entlastung wird im Jahr 2018 fehlen und es wird ein Beitragssatzpunkt, 0,12 um es exakt auszudrücken, zusätzlich finanziert werden müssen.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an den Sozialverband Deutschland. Sie bewerten die Einnahmen von 1,5 Mrd. Euro als Ausschachtung des Gesundheitsfonds, leugnen die Finanzierungsprobleme der GKV aber nicht. Welche Maßnahmen sollten aus Ihrer Sicht stattdessen ergriffen werden, um für eine ausreichende Finanzierung zu sorgen?

SV **Florian Schönberg** (Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD)): Anstatt den Gesundheitsfonds auszuschlachten, muss die gesetzliche Krankenversicherung einheitlicher und solidarischer finanziert werden. Vor diesem Hintergrund fordern wir eine sofortige Rückkehr zur vollen paritätischen Beitragsfinanzierung, ergänzt durch Maßnahmen zur Stärkung der solidarischen Umlagefinanzierung. Langfristig lassen sich die Defizite im Leistungsspektrum und die Finanzierungsprobleme in der gesetzlichen Krankenversicherung aus Sicht des SoVD nur durch die Einführung einer Bürgerversicherung für die gesamte Bevölkerung in Deutschland auf der Grundlage einer gesetzlichen Krankenversicherung lösen.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an die DGPPN und an ver.di. Wir haben schon über die leitlinienge-



rechte Personalausstattung gesprochen. Wie bewerten Sie die jetzige Regelung und welche Anregungen haben Sie, damit wir nicht nur in den Bereichen, wo wir eine leitliniengerechte Personalausstattung fordern, zu einer entsprechenden Personalausstattung kommen?

SVe **Dr. Iris Hauth** (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)): Es ist wichtig, dass die Diagnostik und Therapie nach evidenzbasierten Leitlinien umgesetzt wird. Das sind aber nur qualitative und keine quantitativen Angaben. Insofern ist es notwendig, Expertenwissen einzubringen und dieses für die Praxis anwendbar zu machen. Es gibt schon einige Veröffentlichungen unserer Gruppierungen, wie dies aussehen könnte. Darüber hinaus gibt es aber andere Settings wie Menschen mit Doppeldiagnosen und Komorbiditäten, die mehrere Leitlinien bräuchten. Für diese Situation, aber auch für Akutbehandlungen gibt es keine Leitlinien. Es ist wichtig, zu definieren, was die Psych-PV vorgegeben hat und was seit 20 Jahren nicht verändert worden ist, d. h. nicht mehr dem Stand des Wissens entspricht. Da kommen wir ohne Expertenwissen unter Einbeziehung von Betroffenen und Angehörigen nicht hin.

SV **Niko Stumpfögger** (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Dem schließe ich mich an. Wenn wir Personalvorgaben nur für die leitlinienbasierte Behandlung hätten, organisierten wir in den Kliniken einen großen Verschiebebahnhof, weil das Personal in die leitlinienbasierten und normierten Bereiche wandert und in den anderen Bereichen fehlen würde. Von daher ist das ein ganz wichtiger Punkt. Wir brauchen Runden mit medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Experten, die diese Vorgaben machen können. Das ist möglich.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine Frage an den BPE. Sie haben schon darauf hingewiesen, dass Ihnen eine durchgehende Beteiligung der Patientenvertretung und vor allen Dingen der Selbsterfahrenen sehr wichtig ist. Welche Konzepte und Kriterien sollten aus Sicht der Psychiatererfahrenen bei der Personalbemessung in besonderer Weise berücksichtigt werden?

SV **Jurand Daszkowski** (Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrener e. V. (BPE)): Zwei Dinge sind mir dabei wichtig. Erstens möchte ich, dass die Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention bei der Personalbesetzung berücksichtigt werden. Dazu gehören zum Beispiel alle Maßnahmen zur Zwangsvermeidung, Deeskalationsmaßnahmen sowie eine Eins-zu-eins-Krisenbegleitung. Zweitens wünsche ich mir, dass alternative Konzepte, wie das Soteria-Konzept, angemessen berücksichtigt werden. Es wäre wichtig, dass bei der Mindestpersonalbesetzung in jeder Krankenhausabteilung Selbstbetroffene und Angehörige, Genesungsbegleiter bzw. Peer-Berater mit dabei sind. Dafür sollten Teilzeitstellen zur Verfügung gestellt werden.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine Frage an die APK und an Herrn Prof. Dr. Kruckenberg für die DGSP. Sie regen, wie viele andere, die Einberufung einer Expertenkommission, die unter anderem dem G-BA zur Entwicklung von Personalstandards beratend zur Seite steht, an. Welche Aufgabe sollte diese Kommission ansonsten haben, wie sollte sie besetzt sein, und welchen Arbeitsauftrag sollten wir konkret formulieren?

SV **Prof. Dr. Dr. Andreas Heinz** (Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK)): Die Expertenkommission ist aus verschiedenen Gründen wichtig. Es ist schon angesprochen worden, dass die Leitlinien qualitative, aber keine quantitativen Vorgaben über Personalbesetzungen machen. Die von Dr. Leber verwendete Flugzeugmetapher, hat, da stimme ich dem Kollegen vom BPE zu, das Problem, dass ein Teil der Passagiere nicht freiwillig an Bord ist. Das heißt, sie haben in dieser Situation ein Recht auf menschengerechte Behandlung und das bedeutet, man muss letztendlich auch nach Plausibilitätskriterien, weil es wenig Studien gibt, sehen, was notwendig ist, um die durch das Verfassungsgericht und durch das Betreuungsrecht vorgegebene Deeskalation wirklich durchführen zu können. Dazu gehört beispielsweise die doppelte Besetzung der Nachtschichten auf Akutstationen oder ähnliches. Hier ist die Studienlage nicht besonders gut, aber die Menschenrechtslage ist eindeutig und in dem Bereich sehe ich die Notwendigkeit dieser Kommission. Deswegen braucht diese neben Experten aus allen Berufsgruppen auch Betroffene und Angehörige.



SV Prof. Dr. Peter Kruckenberg (Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP)): Ich bin durch die Veranstaltung heute merkwürdig berührt, weil sie so punktuell ist. Die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in den vergangenen 30 bis 40 Jahren wird nicht angesprochen. Auch die Entwicklung der Psych-PV, die in den vergangenen 20 Jahren von der Selbstverwaltung nicht mehr sinngemäß umgesetzt wurde, wird nicht angesprochen. Die Ursachen werden ebenfalls nicht angesprochen. Es wird auch nicht geprüft, ob die dort angewandte Kalkulation Sinn macht. Sie macht aus unserer Sicht keinen Sinn. Ich kann das nicht im Detail ausführen, bin aber gern bereit, dies für die DGSP mit zu begründen. Die Kalkulation geht in einer ähnlichen Weise von festgelegten Behandlungsprozessen aus, wie man sie beim Herzinfarkt oder bei anderen somatischen Erkrankungen hat. Das heißt, wir prüfen nicht, ob sich die Versorgung in den letzten Jahren verändert hat, von ihrem Stand abgewichen ist. 2010, mit dem vernünftigen Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) zur Weiterentwicklung der Versorgung ist dies von der Selbstverwaltung in ihr Gegenteil verkehrt worden. Dazu gab es aber keine Öffentlichkeit. Genauso wenig wird gefragt, ob diese Kalkulation im Hinblick auf die bedarfsorientierte Versorgung psychisch Kranker sinnvoll ist. Aus diesem Grunde ist Transparenz im Versorgungsprozess erforderlich und diese Transparenz gibt es nicht. Das Fehlen von Transparenz ist der wesentliche Grund, warum die ungünstigen Entwicklungen und das Festhalten z.B. in der Diskussion der Selbstverwaltung bei unterschiedlichen Interessenlagen von Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband, dort ständig zu Stagnation führt und warum Sie als Bundestagsabgeordnete mit einem Potpourri bedient werden, aus dem man, wenn man nicht genau eingearbeitet ist, nicht viel entnehmen kann. Das heißt, wir brauchen eine Expertenkommission, die die aktuellen Probleme beleuchtet und begleitet und die darüber hinaus die kostspielige und letztlich unwirtschaftliche Versorgung verbessert. Wir brauchen eine längerfristige Perspektive der Umsetzung. Ohne unabhängige Expertenkommission wird das nicht gehen.

Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich komme zu den Besonderheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie und habe eine Frage an die DGKJP. Welche strukturellen Besonderheiten

ergeben sich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus den Anforderungen der UN-Kinderrechtskonvention und sind diese Aspekte im Gesetzentwurf ausreichend berücksichtigt worden?

SV Prof. Dr. Jörg Michael Fegert (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)): Zunächst möchte ich betonen, dass wir uns in vielen Punkten der allgemeinen Bewertung anschließen können. Als Kinder- und Jugendpsychiater sind wir froh, dass ein strukturierter Dialog stattgefunden hat. Das war schon anders in den Beratungen. Da hat sich viel getan. Gleichwohl bedauern wir sehr, dass zwar drei Fachgebiete für die Behandlung zuständig sind, aber nur zwei erwähnt werden, nämlich die Psychiatrie und die Psychosomatik. Das eigenständige Fachgebiet, das sich mit Kindern und Jugendlichen unter besonderen Bedingungen, auch unter den Regelungen der UN-Kinderrechtskonvention beschäftigt, wird im Haupttext nicht erwähnt. Es kommt nur einmal in der Begründung vor. Die strukturellen Besonderheiten, die der Antrag Ihrer Fraktion an mehreren Stellen hervorgehoben hat, sind zum Beispiel in § 3 Absatz 3 Bundespflegegesetzverordnung zu berücksichtigen. Dann geht es darum, die Budgets transparent und in § 18 Bundespflegesatzverordnung fachspezifisch auszuweisen, weil es sonst wieder Transfers gibt, die zulasten des personalintensivsten Faches gehen. Bei uns sind 80 Prozent Personalkosten, weil wir nicht nur Krankenversorgung und Pflege durchführen, sondern nach UN-Kinderrechtskonvention auch einen erzieherischen Auftrag haben. Die Frage der Refinanzierung von Personal für die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist eine essenzielle Frage. Unter der Psych-PV war die Kinder- und Jugendpsychiatrie der Indikator, bei dem alles schief lief. Insofern braucht es eine besondere Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Wir haben auch besondere Schwierigkeiten, sie fachlich zu besetzen. Die Fachabteilungsdifferenzierung im Krankenhausvergleich ist für uns ein wichtiges Anliegen. Wenn wir Krankenhausvergleiche machen, um zu Werten zu kommen, muss auch im Hinblick auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie differenziert werden. Wenn über Krankenhausstandorte gesprochen wird, muss berücksichtigt werden, dass unsere Versorgungsgebiete drei Mal so groß sind. Weitere, zusätzliche Fahrzeiten sind für Eltern unzumutbar. Das wird nicht immer nur zu rentablen Lösungen



führen, Herr Dr. Leber, aber ihre Versicherten brauchen Zugänge, die zumutbar sind und die Familienbeziehungen erhalten können. Wir brauchen, wenn wir an die Innovationen denken, spezifische Regelungen im § 39 und vor allem im § 115d PsychVVG. Hier sind die Vorschläge des Bundesrats hoch willkommen. Es geht darum, Versorgung sicherzustellen, die abgestuft und vollstationäre, sondern auch teilstationäre Behandlungen, die oft aus der Ferne nicht möglich sind, ersetzt. Ich schließe mich dem Vorschlag der APK an, dies aus der Formulierung heraus zu nehmen. Wenn wir über die Entwicklung von verbindlichen Personalzahlen durch den G-BA sprechen, braucht es wegen der spezifischen Bedingungen einer besonderen Betrachtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Leider findet sich das im Gesetz nicht immer ausformuliert, so dass ich die Befürchtung habe, dass wir als kleines Fach für die Kinder, die oft sehr viel schwerer krank sind, schlechtere Bedingungen haben. Wir brauchen eine besondere Berücksichtigung. Ich appelliere an Sie, das Gesetz an diesen konkreten Stellen nachzubessern.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine Frage an die Bundespsychotherapeutenkammer und an die Gemeindepsychiatrie e. V. Was wäre aus ihrer Sicht nötig, um auch im ambulanten Bereich adäquate Versorgungsstrukturen für psychisch erkrankte Menschen mit einem schwereren Verlauf hinzubekommen und eine stationäre Versorgung zu vermeiden?

SV **Dr. Dietrich Munz** (Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)): Für die bessere Versorgung schwer psychisch Kranker ist eine vernetzte Versorgung verschiedener Leistungserbringer d. h. von Fachärzten, Psychotherapeuten, Krankenpflegern und auch eine Kooperation mit den sozialpsychiatrischen Diensten erforderlich. Wir sehen den dringenden Bedarf, dass diese Leistungen in die Regelversorgung übernommen und nicht nur über Selektivverträge geregelt werden. Es geht darum, stationäre Versorgung zu vermeiden und bessere Bedingungen zu schaffen.

SV **Nils Greve** (Dachverbandes Gemeindepsychiatrie e. V.): Wir haben es hier in der Tat mit einem eklatanten Mangel zu tun, der auch jetzt nicht wirklich behoben werden wird. Uns fehlt in den meisten Regionen Deutschlands eine ambulante,

bei Bedarf aufsuchende Komplexbehandlung, die für Schwerkranke zu Hause, personell kontinuierlich, über Jahre hinweg zuständig ist. Das ist international evaluiert. Es gibt eine Leitlinie der DGPPN zu psychosozialen Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, die zeigt, dass wir das in Deutschland bräuchten. Aber wir haben hier den Anschluss verloren. Die verschiedenen Leistungserbringergruppen im Gesundheitswesen haben sich mit ihren Möglichkeiten modellhaft in einigen Regionen auf den Weg gemacht. Es gibt gute Krankenhausmodelle, Herr Thewes hat darauf hingewiesen. Es gibt auch Facharztnetzwerke, die zusammen mit Soziotherapeuten, Pflegediensten usw. ähnliches versuchen. Keine dieser Gruppen wird in absehbarer Zeit flächendeckend das tun und leisten können, was erforderlich ist. Deswegen sollten alle Beteiligten die Möglichkeit erhalten, solche Dienste leichter als bisher aufzubauen und sie ausreichend finanziert zu bekommen. Wir möchten in dem Zusammenhang ausdrücklich dafür plädieren, dass der Aufbau von Doppelstrukturen vermieden wird. Es soll den Beteiligten nicht möglich sein, an vorhandenen regionalen Strukturen vorbei, eigene Modelle aufzubauen. Wenn, wie hier gefordert, das PsychVVG noch mal geändert wird und die Krankenhäuser eine Lizenz erhalten, Home Treatment ohne weitere Einschränkungen auf Akutbehandlungs- und Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit zu erbringen, sollten zwingend regionale Leistungsstrukturen einbezogen werden. Das steht ihnen bisher frei und durch die absehbare Finanzierung wird das auch nicht begünstigt werden. Es sollte aber auch kein Leistungserbringer, der etwas Derartiges tut, bestraft werden. Deswegen haben wir einen Vorschlag gemacht, der die Vorschrift zum Bettenabbau durch eine verträglichere Vorschrift ersetzt. Wenn ein Krankenhaus stationsäquivalent behandelt, sollte das in die Bettenmesszahl einbezogen werden. Eine Vorabreduktion wäre nicht zielführend. Am Ende könnte man sich folgendes Szenario vorstellen: Es gibt eine bereits in der Regelversorgung kodifizierte Basisbehandlung. Die wird von niedergelassenen Ärzten, Psychotherapeuten, Soziotherapeuten, Ergotherapeuten usw. erbracht. Geschaffen werden sollten multiprofessionelle, aufsuchend arbeitende Teams, die über Jahre hinweg konstant, nicht nur in Krisenzeiten, nicht nur bei Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit, also stationärsersetzend, sondern kontinuierlich tätig sein können. Es gibt seitens der Krankenhäuser in



akuten Krisen dazu ergänzende Leistungen, wie sie hier auch im PsychVVG ermöglicht werden. Das Ganze wäre sinnvoll, wenn die Beteiligten mit allen verfügbaren Mitteln genötigt würden, die Zusammenarbeit zu suchen, damit nicht jeder gegen jeden arbeitet. Das ist die Situation, die wir zurzeit haben. Verträge nach § 64b SGB V, Modellvorhaben, sind bisher ausschließlich von Krankenhäusern in Anspruch genommen worden, die meines Wissens sämtlich, ohne Einbeziehung weiterer Leistungserbringer in ihren Regionen arbeiten. Wenn das der einzige Weg und das stationersetzende Home Treatment nach PsychVVG die einzige Möglichkeit bliebe, wären die Krankenhäuser eingeladen, an allen anderen vorbei eigene Strukturen aufzubauen. Wir sind umgekehrt seit Jahren den Weg gegangen, in unsere Verträge der integrierten Versorgung, also die Selektivverträge, Krankenhäuser und Fachärzte einzubeziehen. Das haben wir in Nordrhein-Westfalen, in Berlin, in München und an anderen Stellen mit Erfolg erprobt. Wir können berichten, dass es funktioniert. In diese Richtung sollten die Vorschriften geändert werden. Dazu haben wir Vorschläge gemacht. Die weitergehenden Vorschläge, die Herr Dr. Munz gerade angesprochen hat, dass man die Behandlung Schwerkranker in akuten Situationen von vornherein für Leistungserbringer außerhalb des Krankenhauses, auch zum jetzigen Zeitpunkt öffnen könnte, unterstützen wir mit Nachdruck, denn wir sind auf diesem Weg. Wir haben uns in unseren Vorschlägen beschränkt, weil das PsychVVG eigentlich nur die Krankenhausfinanzierung regelt. Wenn es aber zu weitergehenden Regelungen in diesem Zusammenhang käme, würden wir das sehr begrüßen.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine Frage an die APK. Wir haben eine gesetzliche Leistung der Psychotherapie, die aber in der Praxis nicht angekommen ist. Würde es helfen, wenn wir eine Schiedsstelle hätten, die die jetzigen Vertragsschwierigkeiten, die es zwischen Krankenkassen und Anbietern gibt, löst?

SV **Prof. Dr. Dr. Andreas Heinz** (Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK)): Die Psychotherapie ist wenig im Alltag angekommen, weil sich die Vergütungssätze letzten Endes nicht rechnen. Wir bieten sie an, aber sie wird, was nicht der Sinn ist, aus anderen Einnahmen querfinanziert. Da wäre eine Schiedsstelle sicherlich sinnvoll. Psychotherapie, noch einmal zur

Erinnerung, ist eingerichtet worden, damit schwerkranke Patienten, also nicht jeder, eine Hilfe erhalten, um mit den verschiedenen Ansprüchen im Sozialsystem klarzukommen. Das ist sehr sinnvoll.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und an den Einzelsachverständigen Dr. Straub. Der Bundesrat schlägt vor, ein einheitliches Budget für den stationären Bereich und die Institutsambulanzen zu ermöglichen. Wie beurteilen Sie diesen Vorschlag hinsichtlich der Transparenz bzw. der Vergleichbarkeit der Leistungen sowie der Leistungsgerechtigkeit, die als wichtigstes Ziel des Gesetzes genannt wurden?

SV **Dr. Wulf-Dietrich Leber** (GKV-Spitzenverband): Im Bereich der Modellprojekte werden kombinierte Budgets getestet und wir sollten abwarten, ob es hier zu sinnvollen Umstrukturierungen kommt. Es darf nicht sein, dass stationäre Versorgung finanziert und ambulante Versorgung durchgeführt wird. Das ist kein vernünftiges Prinzip. Aber wir sind offen für solche Projekte und führen sie im größeren Maße durch. Es kommt darauf an, dass die Vergütungssysteme kompatibel sind. Das heißt, wir brauchen die entsprechenden Vergütungssysteme in den psychiatrischen Institutsambulanzen, um Transparenz zu erhalten. Die Transparenz ist für beide Bereiche im Augenblick nicht gegeben, weil die Klassifikationssysteme unterentwickelt sind. Es wird im Augenblick kritisiert, dass zu viel dokumentiert wird, aber letztlich haben wir einen Dokumentationsmangel. Eine einfache Frage, ob ein Antidepressivum umgestellt wurde oder eine Verhaltenstherapie gemacht worden ist oder beides, ist in den gegenwärtigen Codierungssystemen nicht abbildbar. Das führt dazu, dass wir kein einziges Qualitätssicherungsverfahren in der Psychiatrie haben, weil die Codierungssysteme für die Qualitätssicherung nicht gut genug sind. Das heißt, wir haben hier eigentlich die Aufgabe, für transparente Klassifikationssysteme zu sorgen. Unter den Bedingungen solcher Klassifikationssysteme ist es selbstverständlich möglich, sektorenübergreifende Versorgung zu gestalten.

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Man kann dem Ganzen etwas Positives abgewinnen, weil es eine Optionsmöglichkeit für Krankenhäuser ist, am Ende nicht mit



PEPP abzurechnen. Das beinhaltet der Vorschlag des Bundesrates, gemischte Vergütungssätze zwischen ambulanten und stationären Versorgungsbedingungen zu schaffen. Darin liegt auch gleichzeitig die Problematik. Das heißt, wenn ich für den ambulanten Tag genauso viel bekomme, wie für den stationären, ist es schwierig, von Transparenz zu sprechen. Es ist auch schwierig in dem Modell von leistungsgerechter Vergütung zu sprechen, wenn das Ambulante und das Stationäre mit den gleichen Tagessätzen abgegolten werden. Das heißt, die Integration dieses Modells in den neuen Ansatz stößt an ordnungspolitische Grenzen, die man an der Stelle beachten muss. Vielleicht sollte man Zeitschritte vorsehen, zunächst das Budget nach dem neuem System entwickeln und ein bis zwei Jahre beobachten, wie es funktioniert. Anschließend kann man sich der Frage, ob es solche Optionsmöglichkeiten gibt, öffnen.

ESV Dr. Christoph Straub: Es ist sicher sinnvoll, die ambulante und die stationäre Versorgung enger zu verbinden. Anknüpfend an den vorliegenden Gesetzentwurf sehe ich folgende Notwendigkeiten: Damit das geschehen kann und Versorgung, unabhängig vom Ort der Vergütung, angemessen vergütet wird, ist im ersten Schritt zu gewährleisten, und das ist für den Teil der psychiatrischen Institutsambulanzen über den Gesetzentwurf hinaus sicherzustellen, dass die Leistungen entsprechend medizinisch sinnvoll codiert, also abgebildet und auch über die Vergütung erfasst werden. Das ist heute, das wissen Sie, in den Bundesländern nicht einheitlich der Fall. Das heißt, der erste Schritt für die Leistungserfassung wäre eine sinnvolle Weiterentwicklung der Codierbasis und die Schaffung einer durchgängigen leistungsbezogenen Vergütung, auch in den ambulanten Versorgungsanteilen, damit anschließend darüber verhandelt werden kann, wie ambulant/stationär versorgt werden soll. Das Ziel an sich ist richtig. Es gibt eine größere Zahl von Patientinnen und Patienten, die von der ambulanten Versorgung profitieren würden und die sich das selbst wünschen. In dieser Form können wir sie derzeit nicht behandeln.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Ich frage zum Änderungsantrag Modellvorhaben Pädophile. Die Frage geht an Herrn Prof. Dr. Beier. Wir planen, im Rahmen vom Modellvorhaben Leistungserbringer zu

fördern, die Patienten mit pädophilen Sexualstörungen beraten und behandeln. Halten Sie diese Förderung unter präventiven Gesichtspunkten für notwendig? Welche Kriterien sollten an die Förderung geknüpft werden? Könnten Sie bitte die Studien- und Datenlage kurz bewerten?

ESV Prof. Dr. Dr. Klaus M. Beier: Die Prävention im Indikationsgebiet Pädophilie würde durch die geplante Förderung von Leistungserbringern deutlich verbessert. Warum ist das so? Die Pädophilie ist von der Weltgesundheitsorganisation im ICD-10 als Störung der sexuellen Präferenz erfasst. Dies wird auch im ICD-11 so sein. Wir haben es mit einer krankhaften sexuellen Präferenzstörung zu tun. Die Veränderbarkeit dieser Störung ist praktisch nicht gegeben. Das ist bei der sexuellen Orientierung auch so. Diese ist stabil. Wir wissen auch, dass eine solche Besonderheit mit einer sozialen Stigmatisierung verbunden ist. Die Stigma assoziierten Folgesymptome sind Depression, Einsamkeit und sozialer Rückzug. Diese wiederum sind gesundheitsrelevant. Das führt zur Ausprägung von Verhaltenssymptomen, die wir befürchten, d. h. zur Nutzung von Missbrauchsabbildungen oder den direkten Übergriff auf Kinder. Mit entsprechenden primärpräventiven Therapieangeboten können wir diese Gruppe erreichen. Wir haben Anlass anzunehmen, dass etwa 40 Prozent der Übergriffe auf Kinder durch Männer mit pädophiler Neigung erfolgen. Ein Prozent der männlichen Bevölkerung weist eine Ansprechbarkeit auf das kindliche Körperschema auf. Wir sind seit 10 Jahren auf diesem Gebiet tätig und haben zeigen können, dass wir diese Gruppe erreichen, wenn zwei Dinge gegeben sind. Nämlich einmal, wenn die Therapie anonym angeboten wird und zum anderen, wenn sie schweigepflichtgeschützt ist. In Berlin haben sich in dieser Zeit 2 000 Betroffene vorgestellt und in den elf Anlaufstellen des deutschlandweiten Netzwerks über 6 000 Betroffene den Kontakt aufgenommen. Als Voraussetzungen benötigt man eine Qualifizierung in der Diagnostik und der Therapie sexueller Störungen. Diese wird in den üblichen Psychotherapieausbildungen, auch in den Facharztweiterbildungen, nicht vorgehalten. Es gibt aber entsprechende Curricula, beispielsweise von der Berliner Ärztekammer oder von der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen. Im Netzwerk „Kein Täter werden“ mit elf Anlaufstellen haben wir uns diese Qualitätsstandards auferlegt. Das ist sehr



sinnvoll. Zusätzlich benötigt man psychotherapeutische Kompetenzen und pharmakologisches Wissen, weil wir auch Medikamente einsetzen, um die sexuellen Impulse auf diesem Weg zu dämpfen. Alles ist freiwillig. Die gesamte Ausrichtung ist auf selbstmotivierte, behandlungsbedürftige Menschen, die noch keine Übergriffe begangen haben, ausgerichtet. Ich möchte Ihnen einen Überblick über das Versorgungssystem geben. Wir haben Zahlen von der DAK, die mit 6 Millionen Versicherten eine der größten Krankenversicherungen ist. Im ersten Quartal 2014 waren 50 Betroffene mit einer pädophilen Neigung, registriert. Der Erwartungswert bei einem Prozent Prävalenz wären 30.000 Betroffene. Es gibt versicherte pädophile Menschen. Wir haben eine große Chance, diese mit dem in diesem Modellvorhaben realisierten Angebot zu erreichen. Bei der Datenlage wird es problematisch, weil wir das umgekehrt aufziehen müssen. Wir müssen uns klarmachen, dass wir einen großen Prozentsatz von Opfern haben. In Deutschland sind es 8,6 Prozent der Mädchen und 2,8 Prozent der Jungen. Europaweit ist der Prozentsatz noch höher. Wir kennen die Folgen dieser Missbrauchshandlungen ziemlich gut. Sie wirken sich auf das psychische und psychosomatische Erleben aus. Wir haben Selbstverletzung, Suizide, posttraumatische Belastungsstörungen sowie Ess- und Schlafstörungen, die auf diese Übergriffe zurückgehen. Wir haben aber andererseits zeigen können, dass wir mit dem Behandlungsprogramm, das wir seit zehn Jahren einsetzen, die Risikofaktoren für Übergriffe senken und die angestrebte Verhaltenskontrolle ausbilden können. Insofern ist es aus ärztlicher Sicht in hohem Maße zu begrüßen, dass eine solche Gesetzesänderung geplant ist.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Ich komme auf die Mindestpersonalvorgaben zurück. Meine Frage geht an den G-BA und den BDK. Der G-BA erhält den Auftrag, künftig verbindliche Personalmindestvorgaben in den Richtlinien zur Qualitätssicherung festzulegen. Wie realistisch ist es, dass diese umfassende Lösung termingerecht gefunden wird bzw. wäre eine schnellere Festlegung wünschenswerter und zu leisten? Wie wird bzw. kann die hundertprozentige Finanzierung der festgelegten Personalausstattung zukünftig in vollem Umfang sichergestellt werden?

SV **Dr. Regina Klakow-Franck** (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)): Der Gesetzentwurf sieht vor, dass der G-BA die neuen Mindestanforderungen bis September 2019 beschließen soll. Das ist sehr ehrgeizig. Ich halte es aber trotzdem für erreichbar. Die von uns geplante empirische Studie über den Ist-Zustand wird jetzt ausgeschrieben und ab Ende nächsten Jahres ausgewertet. Mit der von mir angekündigten Reihe der Experten-Workshops werden wir Anfang 2017 beginnen. Es ist ehrgeizig, aber nicht unrealistisch, die Mindestanforderungen bis Ende 2019 zu beschließen. Wir werden mit Sicherheit, das gehört zu den Möglichkeiten, die der G-BA in seinen Richtlinienwerkzeugen hat, im Rahmen unserer Gremienberatungen überlegen, ob die Umsetzung der neuen Personalmindestvorgaben sofort möglich ist oder nicht. Sollte es uns als nicht realistisch erscheinen, werden wir mit Sicherheit Übergangs- oder Stichtagsregelungen in die Beratungen miteinbeziehen. Wir haben das bereits bei der vor zwei Jahren beschlossenen Richtlinie zu den minimalinvasiven Herzklappenoperationen, der sogenannten Tagerichtlinie gemacht. Wir haben es also selber in der Hand, bei absehbaren Schwierigkeiten bei der Umsetzbarkeit, Übergangsregelungen zu vereinbaren. Das kann ich natürlich nicht vorweg nehmen. Wir wollen zunächst gemeinsam mit den Experten die aktuelle Studie auswerten. Die finanzielle Umsetzbarkeit liegt nicht in der Zuständigkeit des G-BA. Hierzu möchte ich kein Statement abgeben.

SV **Prof. Dr. Thomas Pollmächer** (Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie e. V. (BDK)): Ich kann nicht konkret sagen, wie schnell der G-BA seine Arbeit erledigen kann. Das kann Frau Dr. Klakow-Franck besser beurteilen. Ich persönlich glaube, dass man sich überlegen sollte, eine langfristig angelegte, detaillierte, wissenschaftliche Studie zur Umsetzung der Psych-PV durch die Befragung der vorhandenen Daten zu ersetzen. Es gibt recht gute Evidenz dafür, dass in der Erwachsenenpsychiatrie die aktuelle durchschnittliche Erfüllung der Psychiatriepersonalverordnung bei etwa 90 Prozent liegt, dass wir also eine Unterdeckung von mindestens 10 Prozent haben. Bei der Studie mag dies 88 oder 93 Prozent ergeben. Alles andere fände ich sehr verwunderlich. Deshalb glaube ich, dass man sich eine gewisse Zeit sparen könnte. Wenn der G-BA Vorgaben macht, wenn er also rechtzeitig fertig wird,



dann erwarte ich – zumindest wenn auf die vorhandenen Leitlinien Rücksicht genommen wird und der Expertenrat einfließt -, dass das Ergebnis, ausgehend von der jetzigen Situation, einen zusätzlichen Personalbedarf von mindestens 10 Prozent ergibt. Das wäre die ursprüngliche Psych-PV unter Berücksichtigung der Entwicklung der Psychiatrie und der Möglichkeiten, die wir heute in der Psychotherapie haben. Ich würde sogar erwarten, dass wir mindestens bei 110 Prozent landen. Insofern ist die Frage, ob die Vorgaben des G-BA finanziert werden können, sehr berechtigt. Ich erwarte, dass die Kosten deutlich über den heutigen Kosten liegen werden. Deswegen wäre sehr viel gewonnen, wenn man das Gesetz so modifizieren würde, dass, bis der G-BA seine Arbeit erledigt hat, auf jeden Fall sichergestellt wird, dass in der Zwischenzeit das jetzige Delta von 10 Prozent aufgefüllt wird. Das heißt, dass die Kliniken auf einem Weg, der noch zu diskutieren wäre, die Möglichkeit haben, die tatsächlichen Stellen bezahlt zu bekommen. Diese sind derzeit teilweise als nichtfinanzierte Hülsen vorhanden.

Abg. **Lothar Riebsamen** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Der Gesetzentwurf sieht eine Klarstellung bei der Bemessungsgrundlage für den Fixkostendegressionsabschlag vor. Sehen Sie darüber hinausgehend einen Änderungsbedarf? Wie sehen Sie die Forderungen nach einer Abschlagshöhe von 70 Prozent und mehr? Wie sehen Sie die Problematik, dass wir von Bundesland zu Bundesland oft ein erheblich unterschiedliches Lohnniveau haben, insbesondere an der Grenze zu Hochlohnländern? Wie sehen Sie da die Problematik, dass hier ein gerechter Ausgleich stattfindet?

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Der Fixkostendegressionsabschlag findet für den gesamten somatischen Bereich statt. Grundlage sind 70 Mrd. Euro Erlösvolumen für die Krankenhäuser. Die gesetzliche Vorgabe, dass ab 2017 ein Fixkostendegressionsabschlag für die zusätzlich am Jahresanfang vereinbarten Leistungen zum Zuge kommen soll, beunruhigt die Krankenhäuser zurzeit in hohem Maße. Der Abschlag müsste auf der Landesebene einheitlich vereinbart werden. Wir erleben z. B. in Hessen 90 Prozent, in anderen Ländern 70 Prozent oder

50 Prozent. Damit würden die zusätzlichen Leistungen mit gerade zehn Prozent zusätzlichem Geld belegt werden. Dahinter steht der Fixkostenblock in den Krankenhäusern, das Personal. Wenn man mit solchen Quoten für die zusätzliche Leistung Minigelder für Personal vorsieht, bringt man mit einer solchen Vorgabe zum Ausdruck, dass das Personal jede zusätzliche Leistung beliebig machen könnte, ohne dass zusätzliches Personal gebraucht werden würde. Das macht deutlich, wie problematisch diese Anzahl solcher Quoten ist. Wir haben den Mehrleistungsabschlag die letzten Jahre gehabt. Zusätzliche Leistungen sind zu 25 Prozent von der Fallpauschale abgezogen worden. 75 Prozent war der zusätzliche Endbedarf. Wir würden es sehr begrüßen, wenn die Politik sich auch im Interesse der Planungssicherheit für die Krankenhäuser in den nächsten Monaten dazu bereithalten könnte, das bundesgesetzlich einheitlich für die Krankenhäuser zu regeln. Die Problematik von Lohnunterschieden ist ein großes Problem. Sie stellt sich auch im Zusammenhang mit den Fixkosten und auch im Psych-Entgelt dar. Wenn wir einen bundesweiten Vergleich haben, gehen wir bundesdurchschnittliche Lohnsituationen ein. Bundesländer mit hohen Löhnen, wie z. B. Baden-Württemberg und andere, würden den Krankenhäusern zwar einen individuellen Anspruch ihrer Budgets bemessen, würden es aber im Abgleich mit den bundesweiten Budgets gleich wieder verlieren. Deshalb brauchen wir Regelungen, die sicherstellen, dass Lohnunterschiede und andere Personalkostenausstattungsunterschiede im Vergleich geltend gemacht werden können. Wir haben dazu Vorschläge zum § 3 des Krankenhausentgeltgesetzes gemacht.

Abg. **Ute Bertram** (CDU/CSU): Noch eine Frage an die DKG: Tragen aus Ihrer Sicht die Regelungen zu den PIAs dazu bei, dass diese ihrem Versorgungsauftrag, vor allem im ländlichen Raum, weiterhin gerecht werden?

SV **Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)): Die PIAs nehmen Ausfälle auf, die der niedergelassene Bereich in der ambulanten Versorgung im psychosomatischen Bereich nicht liefern kann. Insofern wird der Bedarf für die PIA-Leistungen eher steigen. Ich glaube, es ist falsch, dass der Gesetzentwurf vorsieht, die PIA-Leistungen in die Bedarfsplanung der niedergelassenen



Ärzte einzubringen. Wir haben nach dem Gesetzentwurf den Auftrag, die Leistungen exakt zu erfassen. Das Ziel dieses Auftrags, der enorme bürokratische Aufwände erfordert, besteht einzig darin, die vertragsärztliche Bedarfsplanung im Zulassungsbe- reich etwas feiner auszurechnen.

Abg. **Marina Kermer** (SPD): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Sie kritisieren in Ihrer Stellungnahme die Änderung zur Kalkulationsstichprobe nach § 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz, wonach bis 2020 für Kalkulationshäuser eine umfassende Umsetzung der Psych-PV gelten soll. Können Sie bitte ihre Kritik erläutern?

SV **Dr. Wulf-Dietrich Leber** (GKV-Spitzenverband): In der Tat besteht ein kleiner Widerspruch im Gesetz. Einerseits wollen wir eine repräsentative Stichprobe, andererseits werden normative Vorgaben gemacht. Wir glauben, dass das Ganze auf einem Irrtum beruht, nämlich dem, dass es in dem Moment mehr Geld gibt, wo nur 100 Prozent Kalkulationshäuser beteiligt sind. Es gibt keinen Cent mehr, wenn man diese Stichprobe in dieser Richtung verändert. Insofern handelt es sich eigentlich um eine streichenswerte Vorschrift. Wenn in allen Häusern die Psych-PV umgesetzt wird, schlägt sich das auch in der Kalkulation nieder. Insofern würden wir hier bei dem Prinzip bleiben, Relativgewichte durch eine repräsentative Stichprobe, und nicht durch eine normativ verzerrte, vorzugeben.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Ich gehe noch einmal auf das Thema Budgetfindung ein und stelle eine Frage an die DGPPN und die APK. Der Gesetzentwurf sieht im § 3 Absatz 3 Bundespflegesatzverordnung mehrere Kriterien vor, die ab dem Jahr 2020 zwingend bei der Budgetfindung vor Ort zu berücksichtigen sind. Geben Sie uns bitte eine Einschätzung, ob die spezifischen Bedarfe von schwerkranken Patientinnen und Patienten anhand dieser Kriterien hinreichend berücksichtigt werden können.

Sve **Dr. Iris Hauth** (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)): Da muss ich im Moment passen. Ich würde mich der APK anschließen, in der umgekehrten Reihenfolge.

SV **Prof. Dr. Dr. Andreas Heinz** (Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK)): Die Betonung der regionalen und strukturellen Besonderheiten in der Gesetzesvorlage ist grundsätzlich sehr positiv. Die Frage der

Ausgestaltung des leistungsbezogenen Vergleichs wird hier entscheidend sein. Der leistungsbezogene Vergleich umfasst auch die Vorhaltekosten für die schwer psychisch Kranken. Die Frage ist, inwiefern das ermittelt und wie zwischen Häusern, die eine solche Aufnahme gewährleisten müssen im Rahmen ihrer Hoheitsrechte und der Verpflichtung, im Bezirk Patienten aufzunehmen, die zwangsuntergebracht werden sowie Häusern, bei denen das nicht der Fall ist, differenziert wird. Hier wird es sehr darauf ankommen, wie das tatsächlich ausgestaltet ist und ob es um einfach zu erhebende Daten geht, oder um eine komplizierte Diskussion, die hinterher jedes Mal vor der Schiedsstelle immer wieder neu entschieden wird. Grundsätzlich ist es möglich, hier den Interessen der Schwerstkranken gerecht zu werden. Es kommt auf die genaue Ausgestaltung an.

Der **Vorsitzende**: Die Körpersprache von Frau Dr. Hauth habe ich so verstanden, dass sie dem zustimmt.

Abg. **Helga Kühn-Mengel** (SPD): Meine Frage richtet sich an Herrn Prof. Kunze und auch an die APK. Sie betonen in der Stellungnahme den Zusammenhang von menschenrechtlichen Aspekten und der Finanzierung von Krankenhausbehandlungen. Trägt der Gesetzentwurf dieser Frage Rechnung?

ESV **Prof. Dr. Heinrich Kunze**: Das ist eine ganz wichtige Frage, die ich nicht mit einem einfachen Ja beantworten kann. Es ist manches angelegt, aber die entscheidende Frage ist, ob sich die Personalvorgaben, die notwendig sind, real finanzieren lassen. Das ist noch ungeklärt. Die Zeit von Therapeuten für Patienten ist die entscheidende Variable, um Zwang zu vermeiden. Wenn Zwang unvermeidlich ist, sollte dieser nach menschenrechtlichen und therapeutischen Gesichtspunkten durchzuführen sein. Das ist ein ganz entscheidender und für uns wichtiger Punkt. Dazu muss man die Personalstellen, die Finanzierung, aber auch die regionalen Besonderheiten des sozialen Milieus, die gesellschaftlichen Verhältnisse und die Schwerpunkte entsprechend bewerten. Wir kennen alle den Begriff der sozialen Brennpunkte und der gut situierten Wohngebiete. Das muss alles berücksichtigt werden und deswegen kann ich das nicht mit einem uneingeschränkten Ja beantworten. Es kommt drauf an, wie die Möglichkeiten des Gesetzes und hier vor allem wie die verstärkten Möglichkeiten der Budgetverhandlungen vor Ort genutzt werden.



Der **Vorsitzende**: Vielen Dank, die APK war auch angesprochen, oder lassen Sie die Antwort von Professor Heinz für sich gelten?

SV Prof. Dr. Dr. Andreas Heinz (Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK)): Herr Kunze ist altes Mitglied bei uns und hat sehr gut gesprochen.

Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Ich würde gerne noch eine Frage an ver.di stellen, bezogen auf die Aussage des G-BA, dass der Zeitplan, was die Frage der neuen Personalmindestvorgabe angeht, möglicherweise recht ambitioniert ist. Da würde mich interessieren, ob Sie eine Fortgeltung der Psych-PV als Weg sehen. Ich würde Sie bitten, das um die Anregung, dass es sukzessiv eine Angleichung an die 100 Prozent Psych-PV bis zur Erreichung des Jahres 2020 geben sollte, zu ergänzen.

SV Niko Stumpfögger (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Es geht bei unseren Bedenken, ob das beim G-BA richtig angesiedelt ist, nicht um die Frage, ob der G-BA das arbeitsmäßig leisten kann, sondern darum, ob man von der im G-BA herrschenden Interessenlage ein solche Innovation, wie sie diese Umstellung bedeutet, erwarten kann. Der G-BA kann so ein System weiter pflegen, es muss ein lernendes System sein. Da würden wir zustimmen, aber zur Entwicklung bedarf es einer Expertenkommission. Wir denken, dass die Übergangszeit extrem wichtig ist. Wir haben jetzt die Situation, dass Geld, das für Personalstellen gegeben wird, nicht für Personal ausgegeben wird, zum einen wegen der Investitionslücke und zum anderen weil wir schon 20 Prozent private Konzerne haben. Dort gibt es einen großen Anreiz, unterhalb der Personalkosten zu bleiben und trotzdem die Personalkosten abzurechnen und in Gewinne umzuwandeln. Insofern brauchen wir dringend eine Nachweispflicht. Die bundesweiten Proteste der vergangenen Woche – es waren die größten Proteste, die wir im Bereich Psychiatrie überhaupt jemals hatten – hängen damit zusammen, dass die Kolleginnen und Kollegen entsetzt sind, dass wir in der Übergangszeit keine Sicherheiten für die Finanzierung der Stellen, die eigentlich im Gesetz stehen, haben sollen. Wir wissen alle, wir bestellen eine Autobahn und nehmen es hin, dass diejenigen, die das Geld bekommen, neben der Autobahn Hotels bauen. Das würde man nicht hinnehmen, wir sind aber bereit, in der Übergangszeit eine Regelung nur noch auf dem Papier bestehen zu lassen. Das geht aus meiner Sicht nicht.

Der **Vorsitzende**: Vielen Dank. Da die SPD-Fraktion auf die ihr verbleibenden 38 Sekunden verzichtet, sind wir am Ende der Anhörung angelangt. Ich will, da es einen Punkt gab, der allgemein unsere Verfahrens- und Vorgehensweise kritisiert hat, nochmal darauf aufmerksam machen, dass dies nicht die einzige Befassung mit dem Thema ist, die der Gesundheitsausschuss vornimmt. Uns ist die Einbettung in historische Abläufe bis hin in die Zeiten vor der Enquetekommission bewusst. Ich habe das Gefühl, dass wir in vielen Beratungen im Ausschuss und im Plenum immer wieder über diese Zusammenhänge reflektiert haben. Diese Anhörung bringt es mit sich, dass nicht jedes Argument - uns haben gut 40 Stellungnahmen zu dieser Anhörung erreicht - zur Sprache kommen kann. Aber alles, was Sie in den Stellungnahmen niedergelegt haben, ist Material des Gesetzgebungsprozesses. Es ist auch nicht das erste Mal, dass der Deutsche Bundestag ein Gesetzgebungsverfahren zu dieser Thematik berät. Wir haben schon über die PEPP-Gesetzgebung diskutiert. Ich habe Verständnis dafür, dass nicht alle Zusammenhänge in so einer Anhörung immer in der von jedermann geschätzten Weise artikuliert werden können. Dies ist ein Ausschnitt der Befassung und wir danken dafür, dass Sie uns Ihre Zeit, Ihre Gedanken, Ihre Intellektualität und Ihre Emotionen geschenkt haben. Wir wünschen Ihnen, dass Sie andernorts mindestens genauso schöne Begegnungen haben wie die heutige. Und dass das denjenigen nützt, denen wir mit solchen Veranstaltungen helfen können. Das sind jene, die die Psychiatrie als Leistung benötigen, egal in welchem Lebensalter.

Schluss der Sitzung: 13.40 Uhr

Rudolf Henke, MdB
Vorsitzender