



# Hartmannbund-Hauptversammlung 2016

## **Beschluss Nr. 4**

### **Aussetzung der Einführung der vom GKV-PsychVVG vorgesehenen stations- äquivalenten Versorgung**

Der Hartmannbund fordert die sofortige Aussetzung der Einführung der im „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (GKV-PsychVVG) vorgesehenen sogenannten stationsäquivalenten Versorgung. Dieses Moratorium ist aufrechtzuerhalten, bis die in den vergangenen Jahren etablierten regionalen Modellprojekte zur sektorübergreifenden Behandlung psychisch erkrankter Patienten hinsichtlich ihrer Eignung für eine medizinisch sinnvolle und wirtschaftliche Behandlung dieser Patientengruppe evaluiert sind. Dazu sind entsprechende wissenschaftliche Vergleichsstudien in Auftrag zu geben. Darüber hinaus ist die Ausgestaltung einer stationsäquivalenten Versorgung vor deren eventueller Einführung in das Gesetz sowohl inhaltlich als auch hinsichtlich der dazugehörigen Kooperationserfordernisse und des effektiven Fachkräfteeinsatzes einer umfassenden Diskussion mit allen potenziell Beteiligten (GKV, DKG, KBV und Fachverbänden) zu unterziehen.

#### **Begründung:**

Die im GKV-PsychVVG vorgesehene Einführung einer sogenannten stationsäquivalenten Versorgung löst keines der in den letzten Jahren verstärkt deutlich gewordenen Probleme bei der Behandlung und Betreuung schwer und langfristig psychisch erkrankter Menschen. Dies betrifft auch zunehmende Schwierigkeiten, dringend benötigte ärztliche und nichtärztliche Fachkräfte bereits für die aktuell existierenden Behandlungsstrukturen zu finden.

Ebenso wird der Gesetzentwurf seinem Anliegen, Patienten zukünftig besser zu versorgen, nicht gerecht. Die Möglichkeiten der Ärzte als Behandler sowohl im stationären als auch im vertragsärztlichen Bereich werden geschwächt, die Arzt-Patienten-Beziehung dadurch beschädigt. Darüber hinaus wird die angestrebte Integration bestehender Strukturen bei der Behandlung psychisch Kranker nicht erreicht, dagegen droht die Verdrängung bestehender ambulanter Strukturen durch die eigenständige Ausweitung der Tätigkeitsfelder der Kliniken.

Die Tätigkeit der vom Gesetz vorgesehenen „mobilen, ärztlich geleiteten multiprofessionellen Behandlungsteams“ würde – auch durch die geforderte permanente und rasche Verfügbarkeit der Mitarbeiter für die Gewährleistung einer „24-stündigen klinischen Therapieverantwortung und individuellen Hilfeleistung an

sieben Tagen in der Woche“ – für die stationäre Versorgung nicht mehr zur Verfügung stehen. Dies verschlechtert die Situation in den Kliniken und damit die Behandlung schwer kranker stationär zu behandelnder Patienten. Darüber hinaus ist der im vertragsärztlichen Bereich vorgegebene Facharztstatus im Gesetz für die ärztliche Teamleitung ebenso wenig vorgesehen wie eine Vorgabe, dass im Sinne der Behandlungskontinuität immer das gleiche Behandlungsteam zuständig ist. Entsprechende Andeutungen finden sich nur in der Begründung.

Es ist zudem nicht zu erkennen, wie die hervorgehobene bessere Integration (bestehender!) ambulanter und stationärer Strukturen durch den Gesetzentwurf erreicht werden soll. Dies setzt Arrangements auf Augenhöhe voraus, während nach den Plänen der Regierung z.B. Krankenhäuser per Gesetz die Möglichkeit erhalten sollen, nach eigenem Ermessen zu entscheiden, ob sie andere ambulante Leistungsanbieter in die stationsäquivalente Versorgung von Patienten mit einbeziehen.

Das Gesetz beinhaltet zudem die Einführung einer stationsäquivalenten Behandlung, ohne notwendige Definitionen und eine Abgrenzung sowohl zur ambulanten als auch zur stationären Versorgung vorab vorzunehmen. Stattdessen soll diese inhaltliche Ausgestaltung im Nachhinein zwischen GKV, PKV und der DKG erfolgen, wobei sowohl die KBV (insbesondere hinsichtlich der vorgesehenen „Beauftragung“ an ambulante Leistungserbringer) als auch die einschlägigen Fachgesellschaften (hinsichtlich einer noch fehlenden Leistungsbeschreibung) lediglich ins Benehmen zu setzen sind, also bei der inhaltlichen Ausgestaltung außen vor bleiben.

Es ist darüber hinaus zu befürchten, dass durch die Einführung einer „Krankenhausbehandlung ohne Bett“ nicht nur finanzielle Mittel aus der ambulanten Versorgung in die stationäre Versorgung umgelenkt werden. Mehr noch besteht die Gefahr einer massiven Mengenausweitung durch Einführung einer stationären Behandlungsart, die nicht mehr durch Bettenbelegung limitiert wird. Dies birgt das Risiko, dass funktionierende Modelle zur Behandlung psychisch erkrankter Menschen, die eine sinnvolle regionale und fachliche Kooperation praktizieren, benachteiligt werden und mangels Mitteln beendet werden müssen, bevor ihre Eignung für eine wirtschaftliche und effiziente patientenfreundliche Behandlung nachgewiesen werden konnte.

Berlin, 5. November 2016