

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
17(14)0249(28)  
gel. VB zur öAnhörung am 23.4.  
12\_PsychEntgelt  
23.04.2012



Kassenärztliche  
Bundesvereinigung  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Stand: 23.04.2012

## **Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgelt- systems für psychiatrische und psychosomatische Einrich- tungen (BT-Drs.17/8986)**

### Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Die geplanten Regelungen betreffen vornehmlich die stationäre Versorgung in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen. Daher wird die Kassenärztliche Bundesvereinigung nicht auf sämtliche Details des Gesetzentwurfes sondern nur auf die für die vertragsärztliche Versorgung unmittelbar relevanten Punkte eingehen:

#### **1. Problem des über vollstationäre Behandlungen hinausgehenden Ansatzes**

Das Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PsychEntgG) sieht in der Fassung des Regierungsentwurfes die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für die voll- und teilstationären Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Einrichtungen vor. Grundlage der Vergütung soll ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten sein, welches den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung von medizinisch unterscheidbaren Patientengruppen abzubilden hat. Der Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Neben tagesbezogenen Entgelten können für bestimmte Leistungen auch andere Abrechnungseinheiten, z. B. fallbezogene Entgelte in Erwägung gezogen werden. Beauftragt mit der Entwicklung des Entgeltsystems sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Spitzenverband) und der Verband der privaten Krankenversicherung unter Befassung des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) mit der Umsetzung der

Entwicklungsaufgaben. Ferner soll geprüft werden, inwieweit auf die Einbeziehung ambulanter Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) möglich ist.

Das PsychEntgG soll nach den Planungen des Regierungsentwurfs das entsprechend den o. g. Vorgaben des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes 2009 (KHRG) zu entwickelnde Entgeltsystem nun über verschiedene Stufen bis zum Jahr 2021 umsetzen. Über Modellvorhaben soll die sektorenübergreifende psychiatrische und psychosomatische Versorgung optimiert werden. Weiterhin wird die Möglichkeit der institutsambulanten psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlung nach § 118 SGB V für psychosomatische Krankenhäuser und Abteilungen eröffnet, welches in der Gründung zum Gesetzentwurf als Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgungsmöglichkeit dargestellt wird.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erneuert ihre bereits im Rahmen der Gesetzgebungsverfahren des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes 2009 sowie des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes 2011 geäußerte Kritik gegenüber der mit dem vorliegenden Gesetzentwurf des PsychEntgG ebenso beabsichtigten Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für teil- und kurzstationäre sowie für sektorenübergreifende stationär-ambulante Behandlungen.

Insbesondere vor dem Hintergrund der mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz geplanten Einführung einer sektorenverbindenden spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b (neu) SGB V erscheint das mit dem Regierungsentwurf des PsychEntgG verfolgte Vorhaben der Einführung eines tagespauschalierten Entgeltsystems auch für kurzstationäre, teilstationäre und ggf. ambulante Behandlungsfälle allein unter der Ägide des GKV-Spitzenverbandes, des Verbandes der privaten Krankenversicherung sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft unter Ausschluss der Vertragsärzteschaft geradezu kontraproduktiv. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung appelliert im Interesse einer sektorenverbindenden, die Übergänge zwischen der stationären und der ambulanten Behandlung vereinheitlichenden Lösung für die Vergütung psychiatrischer und psychosomatischer Behandlungen dringend dafür, den Ansatz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für vollstationäre psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen auf die vollstationäre Versorgung zu begrenzen und ergänzend dazu den Selbstverwaltungspartnern nach § 116b Abs. 6 (neu) SGB V der spezialfachärztlichen Versorgung einen Entwicklungsauftrag für die für Krankenhäuser und Vertragsärzte einheitliche Abbildung und Vergütung psychiatrischer und psychosomatischer Behandlungen an der ambulanz-stationären Schnittstelle zu geben.

In diesem Zusammenhang lehnt die Kassenärztliche Bundesvereinigung auch die im Regierungsentwurf des PsychEntgG vorgesehenen Regelungen zu Modellvorhaben nach § 16 BpflV sowie § 64b SGB V zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung ab, weil

dort im Gegensatz zu der in der Begründung zum Gesetzentwurf beispielhaft dargestellten „optimierten Zusammenarbeit mit dem vertragsärztlichen Bereich“ die Kassenärztlichen Vereinigungen in Modellvorhaben nach § 16 der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) gar nicht mit einbezogen werden und Modellvorhaben nach § 64b SGB V nach der Regelung in § 64b Abs. 1 Satz 1 des Regierungsentwurfes „insbesondere unter Berücksichtigung der Einrichtungen nach § 118 SGB V auszurichten sind.

Noch weniger nachvollzogen werden kann die nach der Begründung zum Regierungsentwurf zur „Verstärkung sektorenübergreifender Versorgungsmöglichkeiten“ vorgesehene Eröffnung der Möglichkeit der institutsambulanten psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlung nach § 118 SGB V für psychosomatische Einrichtungen (Krankenhäuser und Fachabteilungen), ohne dass dabei der tatsächliche Versorgungsbedarf und insbesondere die Frage der Existenz einer örtlich bereits ausreichenden vertragsärztlichen Sicherstellung der ambulanten psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung, berücksichtigt wird. Diese Regelung ist angesichts der gegebenen Möglichkeiten zur Ermächtigung in psychosomatischen Einrichtungen tätiger Ärzte zur vertragsärztlichen psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung entbehrlich und daher zu streichen.

Aus dem Grund des gleichberechtigten Zugangs für Krankenhäuser und Vertragsärzte sollten die Regelungen zu Modellvorhaben nach § 16 BPfIV sowie nach § 64b SGB V dahingehend abgeändert werden, dass Modellvorhaben zur psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung nach Rahmenvorgaben des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung durch die um die zuständige Kassenärztliche Vereinigung(en) erweiterten Vertragsparteien nach § 11 Bundespflegesatzverordnung ausgestaltet werden. Dieses sollte unter der Maßgabe erfolgen, dass den Vertragsparteien auf der Bundesebene über die inhaltliche Ausgestaltung des jeweiligen Modellvorhabens und seine Auswirkung auf die psychiatrische und psychosomatische Versorgung Bericht zu erstatten ist.

Ebenso ist in diesem Zusammenhang die nach dem Regierungsentwurf des PsychEntgG allein in die Kompetenz des GKV-Spitzenverbandes, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft fallende Vorgabe von Empfehlungen zu Interventionszeitpunkten für Krankheitsbilder mit aufwändigen Versorgungsverläufen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 BPfIV, welche nach der Begründung zum Gesetzentwurf (Seite 37) insbesondere „zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Fallsteuerung“ und der Förderung der „sektorenübergreifenden Leistungskoordination“ dienen sollen, dahinge-

hend neu zu regeln, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung unmittelbar an der Entwicklung und Festlegung dieser Empfehlungen beteiligt wird.

## **2. Stationär-ambulante Leistungsverlagerungen**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung begrüßt die in §§ 3 und 4 Abs. 2 BpflV zur Vereinbarung eines Gesamtbetrages für die Jahre 2013 bis 2016 bzw. eines Erlösbudgets für die Jahre 2017 bis 2021 enthaltene Klarstellung, dass die jeweils zu vereinbarenden Gesamtbeträge bzw. Erlösbudgets jeweils um anteilige Kosten für Leistungen, die im Vereinbarungszeitraum aus dem stationären in den ambulanten Versorgungsbereich verlagert werden, zu vermindern sind. In diesem Zusammenhang regt die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine entsprechende Klarstellung in § 4 Abs. 1 KHEntgG für die dem DRG-Fallpauschalensystem unterliegenden Krankenhausbehandlungen an. Des Weiteren müssen diese Regelungen jeweils um eine Vorschrift zur Meldung und zur Veröffentlichung der Minderungsbeträge an das bzw. durch das InEK ergänzt werden, damit sichergestellt werden kann, dass diese bei den Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge hinsichtlich der Veränderungen des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen aufgrund von Verlagerungen von Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 4 SGB V einbezogen werden.

## **3. Fehlende Vorgaben zur Stärkung der belegärztlichen Versorgung**

Entgegen dem im Koalitionsvertrag der Regierungsparteien vom 24. Oktober 2009 zum Ausdruck gebrachten Ziel der Stärkung des bestehenden Belegarztsystems soll nach den Vorgaben des Regierungsentwurfs des PsychEntgG analog zu den Vorgaben für die vom DRG-Fallpauschalensystem betroffenen Krankenhausbehandlungen nach dem KHEntgG auch für psychiatrische und psychosomatische Behandlungen daran festgehalten werden, dass Hauptabteilungen für innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden spezielle Entgelte nach § 6 Abs. 2 BpflV vereinbaren können, während die stationären belegärztlichen Behandlungen weiterhin dem allgemein für den vertragsärztlichen Versorgungsbereich geltenden Erlaubnisvorbehalt für den Einsatz innovativer Verfahren durch den Gemeinsamen Bundesausschuss unterliegen sollen. Damit entsteht auch bei der stationären belegärztlichen psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung ein nicht begründbarer Nachteil zu Lasten der belegärztlichen Versorgung im Vergleich mit Hauptabteilungen, welche ohne Hindernis innovative Leistungen einsetzen und über gesonderte Vergütungsregelungen abrechnen

können. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erneuert und bekräftigt daher ihre zuletzt in das Gesetzgebungsverfahren zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz eingebrachte Forderung der Ergänzung von § 121 Abs. 3 SGB V durch folgende Regelung:

„Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können Gegenstand des Leistungsumfangs in der belegärztlichen Versorgung sein, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c SGB V für die Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.“

#### **4. Honorar- und wahlärztliche Behandlung**

Angesichts der teils widersprüchlichen Rechtsprechung zu den Möglichkeiten des Einsatzes von nicht am Krankenhaus angestellten Ärzten für die Erbringung von Krankenhausleistungen erneuert die Kassenärztliche Bundesvereinigung ihre Bitte um Prüfung einer Klarstellung in § 2 Abs. 2 des KHEntgG, wonach Krankenhausleistungen auch solche Leistungen umfassen, die durch in den Arbeitsablauf des Krankenhauses eingegliedertes Personal (ausgenommen Belegärzte und Beleghebammen) das jedoch nicht beim Krankenhaus angestellt sein muss, ausgeführt werden.

Weiterhin fordert die Kassenärztliche Bundesvereinigung entsprechend der notwendigen Flexibilisierung der Kooperation von Vertragsärzten und Krankenhäusern die Klarstellung, dass auch für das Krankenhaus in der stationären Versorgung tätige Vertragsärzte gleichberechtigt zu angestellten Ärzten des Krankenhauses Wahlleistungen erbringen und berechnen können. § 17 Abs. 3 Sätze 1 und 2 KHEntgG, worauf auch in § 17 BPfIV der Fassung des Regierungsentwurfes des GKV-PsychEntG verwiesen wird, sind dementsprechend wie folgt zu fassen:

„Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten innerhalb des Krankenhauses tätig werdenden Ärzte, soweit diese zur gesonderten Berechnung Ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a SGB V) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses; darauf ist in der Vereinbarung hinzuweisen. Ein zur gesonderten Berechnung wahlärztlicher Leistungen berechtigter innerhalb des Krankenhauses tätig werdender Arzt kann eine Abrechnungsstelle mit der Abrechnung der Vergütung für die wahlärztlichen Leistungen beauftragen oder die Abrechnung dem Krankenhauträger überlassen.“

### 5. Änderungsantrag Nr. 3

Mit dem Entwurf für das PsychEntgG wird derzeit u.a. ein Änderungsantrag beraten, nach dem Geriatrische Fachkrankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen, fachärztlich geleiteten geriatrischen Abteilungen vom Zulassungsausschuss zur ambulanten geriatrischen Behandlung der Versicherten ermächtigt werden können, § 118a SGB V –neu–.

Zwar ist, nach der Formulierung des Änderungsantrags, „die Ermächtigung zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende ambulante geriatrische Versorgung nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 sicherzustellen.“. Gleichwohl hält die KBV es für notwendig, ausdrücklich eine Bedarfsprüfung auf der Ebene des Zulassungsausschusses dergestalt rechtlich zu verankern, dass eine genaue Prüfung zu erfolgen hat, ob die geriatrische Versorgung der Versicherten schon durch bestehende ambulante Versorgungsstrukturen sichergestellt ist, bevor eine Ermächtigung ausgesprochen wird. Eine entsprechend einzufügende Formulierung, die diese Einbindung in die regionale Bedarfsplanung gesetzlich verankert, würde zudem die sektorenübergreifende geriatrische Versorgung der Versicherten gewährleisten, weil mit der Einbettung in die Bedarfsplanung eine kooperative Gestaltung der Versorgung gefördert würde.