

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0125(2)
gel. VB zur öAnhörung am 07.09.
15_KHSG
19.08.2015

**Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen
der Krankenhausversorgung
(Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSG)
BT-Drs. 18/5372**

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
13. August 2015**

Inhaltsverzeichnis

I.	Vorbemerkung.....	3
II.	Anpassungsbedarf im KHSG zur Verbesserung der Versorgungsqualität in Psychiatrie und Psychosomatik	4
1.	Verbindliche Anforderungen an die Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik.....	4
2.	Zuschläge für die Erfüllung der regionalen Versorgungsverpflichtung	6
3.	Sicherstellungszuschläge für Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik	8
4.	Förderung setting- und sektorenübergreifender Versorgung	9
5.	Einsatz psychotherapeutischer Kompetenzen.....	10
6.	Qualitätssicherung im Krankenhaus	12
	6.1 Abschluss von Qualitätsverträgen in ausgewählten Leistungsbereichen	12
	6.2 Qualitätsberichte und patientenrelevante Informationen.....	13
	6.3 Sanktionsmöglichkeiten im Bereich der Qualitätssicherung.....	15
	6.4 Erweiterung der Kontrollmöglichkeiten durch den MDK.....	19

I. Vorbemerkung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) sieht wie die Bundesregierung die Notwendigkeit, die Rahmenbedingungen für die Krankenhausversorgung so weiterzuentwickeln, dass in Zukunft eine gut erreichbare und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sichergestellt werden kann. Der Geltungsbereich des Krankenhaus-Strukturgesetzes (KHSG) schließt auch die Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik ein. Das KHSG sollte deshalb genutzt werden, um wichtige Regelungen für diesen Bereich zu verankern bzw. vorgesehene Regelungen um Besonderheiten in diesem Versorgungsbereich zu ergänzen.

Die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) sind veraltet und erlauben keine leitlinienorientierte Versorgung. Hinzukommt, dass die Vorgaben der Psych-PV von den Krankenhäusern nicht mehr erfüllt werden. Es gibt kaum Transparenz über die Verwendung der von den Krankenhäusern verhandelten Mittel und die mit ihnen realisierte Personalausstattung. Quersubventionierungen anderer Krankenhausbereiche stehen auf der Tagesordnung. Ein krankenhausespezifisches Budgetsystem setzt genauso wie ein pauschalierendes Entgeltsystem (PEPP) folgende Maßnahmen voraus, wenn das Ziel einer gut erreichbaren und qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung erreicht werden soll.

- Die Hauptbehandlungsmittel in Psychiatrie und Psychosomatik sind die therapeutische Beziehung und das therapeutische Gespräch. Eine ausreichende und qualifizierte Personalausstattung ist deshalb Grundvoraussetzung für eine an den Bedürfnissen der Patienten und aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen orientierte Versorgung. Eine verbindliche Struktur-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) für die Personalausstattung sollte die veraltete Psych-PV ersetzen. Eine ausreichende Finanzierung dieser Personalausstattung kann mit den im KHSG vorgesehenen Regelungen zu Zuschlägen für Mehrkosten, die den Krankenhäusern aufgrund von Richtlinien des G-BA entstehen (§ 5 Absatz 3c (neu), KHEntgG), sichergestellt werden.

- Krankenhausindividuell unterschiedlich hohe strukturelle Vorhaltekosten, die aufgrund von unterschiedlichen Versorgungsaufträgen oder regionalen Besonderheiten entstehen, müssen ausreichend vergütet werden. Insbesondere die strukturellen Vorhaltekosten, die psychiatrischen Krankenhäusern durch die Wahrnehmung ihrer regionalen Versorgungsverpflichtung entstehen, müssen durch bundeseinheitlich zu definierende Zuschläge abgedeckt werden.
- Neue settingübergreifende Behandlungsmodelle werden derzeit vor allem im Rahmen von Regionalbudgets erprobt. Es sind Regelungen zu schaffen, die eine setting- und sektorenübergreifende Versorgung fördern.

Die Rahmenbedingungen des PEPP bieten bisher keine ausreichenden Möglichkeiten, die genannten Punkte sicherzustellen. Die verbindliche Einführung des PEPP wurde u. a. deshalb um zwei Jahre auf den 1. Januar 2017 verschoben. Die gewonnene Zeit sollte dabei ausdrücklich für eine Weiterentwicklung des PEPP und das Finden von Lösungen für die Hauptkritikpunkte genutzt werden. Das KHSG bietet nun die Chance, hier einen entscheidenden Schritt weiterzukommen.

II. Anpassungsbedarf im KHSG zur Verbesserung der Versorgungsqualität in Psychiatrie und Psychosomatik

1. Verbindliche Anforderungen an die Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik

Die BPTK schlägt vor, mit dem KHSG sicherzustellen, dass die vom G-BA zu erarbeitenden Personalstandards zur Sicherung der Qualität in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik verbindliche Mindestanforderungen sind und nicht nur Empfehlungen darstellen. Die Versorgungsqualität in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen hängt maßgeblich von Anzahl und Qualifikation des therapeutischen Personals ab. Verbindliche Mindestanforderungen sind notwendig, damit Patienten darauf vertrauen können, dass Krankenhäuser über ausreichendes Personal verfügen, um eine leitlinienorientierte Versorgung anzubieten.

Die Versorgung psychisch kranker Menschen hat sich seit der Verabschiedung der Psych-PV weiterentwickelt. Die Psych-PV bildet die für eine leitliniengerechte Versorgung notwendige Personalstruktur, vor allem im Bereich Psychotherapie, nicht mehr ausreichend ab. Das auf der Basis der Psych-PV zur Verfügung stehende Budget zur Finanzierung der Personalkosten wird deshalb nicht ausreichen, um Mindestanforderungen an die Personalstruktur, die sich an Leitlinien orientieren, erfüllen zu können. Die Einführung von Zuschlägen für Mehrkosten, die durch Beschlüsse oder Richtlinien des G-BA entstehen, ist im KHSG bereits vorgesehen und stellt eine Lösung für dieses Problem dar. Gleichzeitig muss sichergestellt werden, dass die Mittel auch in Personal für die Patientenbehandlung umgesetzt wird. Die Krankenhäuser müssten hierfür den entsprechenden Nachweis erbringen. Die „Zweckentfremdung“ von Mitteln, wie es unter den Rahmenbedingungen eines Budgetsystems auf der Basis der Psych-PV möglich war, sollte verhindert werden.

Änderungsvorschlag zu Artikel 6 Nummer 15 (§ 136a) – Sozialgesetzbuch V

15. Die §§ 136 bis 137 werden durch die folgenden §§ 135b bis 137 ersetzt:

(...)

§ 136a

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen

(1) (...)

(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest und beschließt insbesondere **Empfehlungen-Mindestanforderungen** für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal sowie Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in diesem Bereich. Bei Festlegungen und **Empfehlungen-Mindestanforderungen** nach Satz 1 für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung hat er die Besonderheiten zu berücksichtigen, die sich insbesondere aus den altersabhängigen Anforderungen an die Versorgung von Kindern

und Jugendlichen ergeben. Er hat die Maßnahmen und **Empfehlungen Mindestanforderungen** nach Satz 1 bis spätestens zum 1. Januar 2017 einzuführen. Informationen über die Umsetzung der **Empfehlungen Mindestanforderungen** zur Ausstattung mit therapeutischem Personal und die nach der Einführung mit den Indikatoren nach Satz 1 gemessen und (...)

(3) (...)

2. Zuschläge für die Erfüllung der regionalen Versorgungsverpflichtung

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass auch die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen bei den künftigen Vereinbarungen krankenhausesindividueller Zu- bzw. Abschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung Berücksichtigung finden werden. Die BPTK schlägt vor, dies zu präzisieren und die Möglichkeit krankenhausesindividueller Zu- und Abschläge für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser auf Zuschläge für die regionale Versorgungsverpflichtung zu erweitern und den Auftrag an den G-BA um die Beschreibung von Strukturvorgaben hierfür zu ergänzen.

Für psychiatrische Krankenhäuser und Fachabteilungen gilt im Unterschied zu somatischen Krankenhäusern und Fachabteilungen seit der Psychiatrie-Enquete das Prinzip der regionalen Versorgungsverpflichtung. Dies bedeutet eine Aufnahmeverpflichtung für alle Patienten eines bestimmten Einzugsbereichs, d. h. sowohl für Patienten, die nach den Unterbringungsgesetzen der Länder eingewiesen werden als auch für freiwillige Einweisungen. Das Recht auf freie Krankenhauswahl der Patienten ist davon unberührt. Um ihrer regionalen Versorgungsverpflichtung nachzukommen, entstehen den Krankenhäusern in Abhängigkeit von Faktoren wie z. B. der Größe, der Einwohner- und Sozialstruktur und der ambulanten Versorgungssituation des Einzugsgebiets unterschiedlich hohe strukturelle Vorhaltekosten. Diese sind derzeit noch nicht ausreichend in die Entgelte nach PEPP einbezogen. Für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen muss deshalb zusätzlich zu den für die Krankenhäuser nach § 17b möglichen Zu- und Abschlägen die Möglichkeit krankenhausesindividueller Zuschläge für die regionale Versorgungsverpflichtung eingeführt werden.

Der G-BA sollte analog zu den Regelungen für eine gestufte Notfallversorgung beauftragt werden, Mindestvoraussetzungen für verschiedene Stufen der Erfüllung der regionalen Versorgungsverpflichtung zu erarbeiten, nach denen die Krankenhäuser gestaffelte Zuschläge erhalten können. So wird beispielsweise ein psychiatrisches Krankenhaus in städtischen Ballungsräumen andere Vorhaltestrukturen benötigen als eine psychiatrische Fachabteilung in einem ländlichen Versorgungsraum. Die Höhe der Zuschläge für die Erfüllung einer regionalen Versorgungsverpflichtung sollte deshalb in Abhängigkeit von der Ausprägung dieser oder anderer Faktoren variieren. Derzeit fehlen bundeseinheitliche Regelungen und Definitionen zu den strukturellen Voraussetzungen für die regionale Versorgungsverpflichtung, aus denen sich die Höhe der Zuschläge ableiten ließe.

Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 9 b) (§ 17d) – Krankenhausfinanzierungsgesetz: Ergänzung der regionalen Versorgungsverpflichtung

§ 17d wird wie folgt geändert:

(...)

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 4 werden die Wörter „§ 17b Abs. 1 Satz 4 und 5 für einen Ausbildungszuschlag nach § 17a Absatz 6 und Regelungen“ durch die Angabe „§ 17b Absatz 1a, **ergänzt um Zuschläge für die regionale Versorgungsverpflichtung**“ ersetzt und werden die Wörter „§ 17b Absatz 1 Satz 15 und 16“ durch die Wörter „§ 17b Absatz 1 Satz 10 und 11“ ersetzt.

(...)

cc) **Satz 6 wird gestrichen.**

Änderungsvorschlag zu Artikel 5 Nummer 6 a) (§ 9) – Bundespflegegesetzverordnung: Redaktionelle Folgeänderung, die auf der Änderung zu Artikel 1 Nummer 9 b) (§ 17d) beruht

§ 9 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 3 wird nach dem Wort „Abschlagen“ ein Semikolon und werden die Wörter „**insbesondere für die regionale Versorgungsverpflichtung**“; § 9 Absatz 1a Nummer 1, 2, 4 und 5 des Krankenhausentgeltgesetzes gilt

entsprechend; für die Regelungen zu Zuschlägen für die regionale Versorgungsverpflichtung ist § 9 Absatz 1a Nummer 5 Krankenhausentgeltgesetz entsprechend anzuwenden“ eingefügt.

b) (...)

Änderungsvorschlag zu Artikel 6 Nummer 15 (§ 136c) – Sozialgesetzbuch V: Ergänzung des Auftrags an den G-BA, Kriterien für die Zuschläge zur regionalen Versorgungsverpflichtung festzulegen

§ 136c

Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung

(...)

(5 – neu) Absatz 4 gilt entsprechend für die regionale Versorgungsverpflichtung.

3. Sicherstellungszuschläge für Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik

Der G-BA soll erstmals bis zum 31. März 2016 bundeseinheitliche Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen beschließen. Im Gesetzestext werden die Sicherstellungszuschläge durch den Verweis auf § 17b Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 5 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes konkretisiert. Seitens der BPTK wird davon ausgegangen, dass dieser Verweis lediglich ein redaktionelles Versehen darstellt. Auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen werden in entsprechender Anwendung des § 17b Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gemäß § 17d Absatz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Vereinbarungen über bundeseinheitliche Zuschläge für die Finanzierung der Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen getroffen. Die Vereinbarungen über Sicherstellungszuschläge für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen richten sich nach § 5 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung in Verbindung mit § 17d Absatz 2 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 17b Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und § 5

Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes. Der Auftrag an den G-BA, bundeseinheitliche Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen zu beschließen, betrifft also nicht nur die somatischen Krankenhäuser, sondern muss auch die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen einbeziehen.

Änderungsvorschlag zu Artikel 6 Nummer 15 (§ 136c) – Sozialgesetzbuch V: Geltungsbereich für Sicherstellungszuschläge auf psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen erweitern

§ 136c

Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung

(...)

- (3)** Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt erstmals bis zum 31. Dezember 2016 bundeseinheitliche Vorgaben für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen nach § 17b Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 5 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes **und nach § 5 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung in Verbindung mit § 17d Absatz 2 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 17b Absatz 1a Nummer 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und § 5 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes**. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat insbesondere Vorgaben zu beschließen (...)

4. Förderung setting- und sektorenübergreifender Versorgung

Die BPTK schlägt vor, im KHSG zusätzlich Regelungen zu treffen, die sicherstellen, dass neue settingübergreifende Versorgungsansätze, wie sie aktuell vor allem im Rahmen von Modellvorhaben nach § 64b SGB V realisiert werden, langfristig auch in die Regelversorgung überführt und unter den Rahmenbedingungen des neuen Entgeltsystems weitergeführt werden können. Da regionale Besonderheiten und die Versorgungsstruktur vor Ort eine große Rolle für die konkrete Ausgestaltung dieser Versorgungskonzepte spielen, sollten krankenhaushausindividuelle Vereinbarungen ermöglicht werden.

Um solche Vereinbarungen zu ermöglichen, sollte es Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik erleichtert werden, gemeinsam mit Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten sowie weiteren ambulanten Leistungserbringern eine ambulant orientierte Versorgung für psychisch kranke Menschen mit schweren Beeinträchtigungen zu organisieren. Die Psychiatrischen Institutsambulanzen sollten in ein solches Versorgungsangebot einbezogen werden. Die BPTK schlägt vor, hier ein Vorgehen in Analogie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V zu prüfen.

5. Einsatz psychotherapeutischer Kompetenzen

Mit Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten existiert seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes am 1. Januar 1999 neben den Ärzten ein weiterer Heilberuf, der zur eigenständigen Diagnostik und Behandlung psychisch kranker Menschen zugelassen ist. Gemäß § 72 Absatz 1 Satz 2 SGB V, finden die Vorschriften, die für Ärzte gelten, auch für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechend Anwendung. Eine entsprechende Klarstellung in den §§ 107 und 118 SGB V ist deshalb längst überfällig.

In einigen Bundesländern ist bereits jetzt vorgesehen, dass Psychotherapeuten in Abteilungen, in denen Patienten behandelt werden, bei denen Psychotherapie angezeigt ist, bei der Untersuchung und Behandlung von Patienten eigenverantwortlich und selbstständig ohne übergeordnete „Aufsicht“ eines Arztes tätig sind. Regelungen hierzu finden sich z. B. in § 31 Absatz 2 Krankenhausgestaltungsgesetz Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) und § 23 Absatz 2 Bremisches Krankenhausgesetz (KRHG Bremen). Diese Landesgesetzgeber haben Ärzte und Psychotherapeuten im Krankenhaus ausdrücklich gleichgestellt, soweit Psychotherapeuten mit der Behandlung psychisch erkrankter Patienten, bei denen Psychotherapie indiziert ist, befasst sind bzw. es sich um psychotherapeutische Organisationseinheiten handelt.

Auch der Wortlaut des § 26 Absatz 1 KRHG Bremen verweist neben der ärztlichen auf die psychotherapeutische Verantwortung. So heißt es: „Soweit ärztlich-fachliche oder

psychotherapeutisch-fachliche Belange betroffen sind, hat die behandelnde Ärztin, der behandelnde Arzt, die behandelnde Psychotherapeutin oder der behandelnde Psychotherapeut ein Letztentscheidungsrecht.“

Letztlich sind auch im Landeskrankenhausgesetz Rheinland-Pfalz (LKG RLP) die Psychotherapeuten den Ärzten gleichgestellt. Gemäß § 23 LKG RLP ist das Krankenhaus nach Maßgabe des Landeskrankenhausplanes in Fachrichtungen zu gliedern. Mit Einführung dieser Regelung wurde zum 1. Januar 2011 die zuvor verwendete Einschränkung, dass Fachabteilungen nur unter ärztlicher Leitung stehen können, abgeschafft.

Bereits drei Landesgesetzgeber haben im Rahmen ihrer Gesetzgebungskompetenz ausdrücklich klargestellt, dass die stationäre psychotherapeutische Behandlung in gleicher Weise von Psychotherapeuten allein verantwortet und geleitet werden kann, wie von Ärzten. Damit können Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik durch den Zugriff auf einen größeren vergleichbar qualifizierten Personalpool Anforderungen an die Strukturqualität trotz Fachärztemangel erfüllen. Um dies bundesweit zu ermöglichen, ist klarzustellen, dass Einrichtungen, die überwiegend der Versorgung psychisch erkrankter Menschen dienen, auch unter psychotherapeutischer Leitung stehen können. Erforderlich ist, dass die fachlich-medizinische Leitung durch eine entsprechend qualifizierte und fachkundige Person wahrgenommen wird. Einrichtungen, die überwiegend der Versorgung psychisch kranker Menschen dienen, können auch unter psychotherapeutischer Leitung stehen, da diese gemäß §§ 95 und 95c SGB V über einen dem Facharztstandard entsprechenden Fachkundenachweis verfügen. Die vorgeschlagene Änderung, wonach Krankenhäuser fachlich-medizinisch unter fachkundiger Leitung stehen müssen, stellt genau dies sicher.

Änderungsvorschlag zu Artikel 6 Nummer 7 a – neu – (§ 107) – Sozialgesetzbuch V: Krankenhausleitung durch Psychotherapeuten

§ 107 SGB V wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Nummer 2 wird das Wort „ärztlicher“ durch das Wort „fachkundiger“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Nummer 2 wird das Wort „ärztlicher“ durch das Wort „fachkundiger“ ersetzt und nach dem Wort „ärztlichen“ die Wörter „oder psychotherapeutischen“ eingefügt.

Änderungsvorschlag zu Artikel 6 Nummer 12 a – neu – (§ 118) – Sozialgesetzbuch V: Leitung von Fachabteilungen durch Psychotherapeuten

In § 118 Absatz 2 Satz 1 SGB V wird das Wort „fachärztlich“ durch das Wort „fachkundig“ ersetzt.

6. Qualitätssicherung im Krankenhaus

Mit dem KHSG wird der G-BA mit umfangreichen neuen Aufgaben im Bereich der Qualitätssicherung im Krankenhaus beauftragt. Unabhängig von der Frage, inwieweit der G-BA mit seinen Ressourcen in der Lage sein wird, die Aufträge in den vorgesehenen Fristen zu bearbeiten, sind für Psychiatrie und Psychosomatik und die Versorgung von Patienten mit psychischen Komorbiditäten in somatischen Krankenhäusern Anpassungen und Ergänzungen notwendig. Zudem sieht die BPTK die Einführung von Kontrollen zur Einhaltung der Qualitätsanforderungen durch den G-BA und die Einführung von Sanktionen bei Nichterfüllung überaus kritisch.

6.1 Abschluss von Qualitätsverträgen in ausgewählten Leistungsbereichen

Mit § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 erhält der G-BA den neuen Auftrag, vier Leistungen oder Leistungsbereiche zu bestimmen, die sich für den Abschluss von Qualitätsverträgen nach § 110a eignen. Mit Satz 1 Nummer 5 dieses Absatzes wird der G-BA darüber hinaus beauftragt, einen Katalog von Leistungen oder Leistungsbereichen zu beschließen, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung eignen. Ausweislich der Gesetzesbegründung im Gesetzentwurf schweben dem Bundesministerium für

Gesundheit hierbei insbesondere Leistungsbereiche und Qualitätsziele aus dem Bereich der Versorgung von solchen somatischen Erkrankungen vor, bei denen psychotherapeutische Leistungen keine Relevanz besitzen. Nach Einschätzung der BPtK eignet sich der Bereich der Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen aufgrund der Komplexität des Versorgungsgeschehens derzeit nicht dafür, Qualitätsverträge nach § 110a SGB V abzuschließen oder eine qualitätsabhängige Vergütung vorzusehen.

Dies kann jedoch für die Zukunft weder für den Leistungsbereich der Versorgung von psychischen Erkrankungen noch für den Leistungsbereich der Versorgung von somatischen Erkrankungen, bei denen die Qualität der Versorgung durch die Mitbehandlung der psychischen Belastungen und Komorbiditäten maßgeblich mitbestimmt wird, grundsätzlich ausgeschlossen werden. Somit könnten in der weiteren Entwicklung bei den Beschlüssen des G-BA nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 und 5 auch Leistungsbereiche eingeschlossen werden, die die Berufsausübung der Psychotherapeuten berühren. Daher plädiert die BPtK dafür, ein entsprechendes konditionales Beteiligungsrecht der BPtK für Beschlüsse nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 und 5 zu kodifizieren.

6.2 Qualitätsberichte und patientenrelevante Informationen

Die Vorgabe, besonders patientenrelevante Informationen in einem speziellen Berichtsteil in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser zusammenzufassen, ist im Interesse einer stärkeren Patientenorientierung zu begrüßen. In somatischen und psychiatrischen bzw. psychosomatischen Einrichtungen sind jedoch unterschiedliche Informationen für die Patienten relevant. Während z. B. nosokomiale Infektionen in somatischen Krankenhäusern ein relevantes Risiko darstellen, ist dieses Risiko in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen eher gering. Informationen über die Einhaltung von infektionsrelevanten Hygienestandards in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen sind deshalb weniger patientenrelevant.

Eine einfache Übertragung der Vorgaben für die somatischen Häuser auf die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser ist deshalb nicht ausreichend. Für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen sind zusätzlich zu Angaben zur

Personalausstattung andere patientenrelevante Informationen festzulegen. Patientenrelevante Informationen umfassen hier insbesondere das Leistungsangebot, z. B. der Umfang der psychopharmakologischen und psychotherapeutischen Interventionen bei der Behandlung.

Änderungsvorschläge zu Artikel 6 Nummer 15 (§ 136b) – Sozialgesetzbuch V: Beteiligung der Bundespsychotherapeutenkammer und Ergänzung der Regelungen zu den Qualitätsberichten

§ 136b

Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung im Krankenhaus

(1) (...)

§ 136 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer sowie die Berufsorganisation der Pflegeberufe sind bei den Beschlüssen nach den Nummern 1 bis 5 zu beteiligen; bei den Beschlüssen nach Nummern 1 und 3 **und bei den Beschlüssen nach Nummern 4 und 5 soweit die Berufsausübung der Psychotherapeuten berührt ist**, ist zusätzlich die Bundespsychotherapeutenkammer zu beteiligen.

(...)

(6) (...)

Besonders patientenrelevant sind insbesondere Informationen zur Patientensicherheit und hier speziell zur Umsetzung des Risiko- und Fehlermanagements, zu Maßnahmen der Arzneimitteltherapiesicherheit, zur Einhaltung von Hygienestandards sowie zu Maßzahlen der Personalausstattung in den Fachabteilungen des jeweiligen Krankenhauses. **Für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen sind speziell für diesen Versorgungsbereich patientenrelevante Informationen auszuwählen.**

(7) (...)

6.3 Sanktionsmöglichkeiten im Bereich der Qualitätssicherung

Die BPtK schlägt vor, davon abzusehen, die Einhaltung der Qualitätsanforderungen generell durch den G-BA zu kontrollieren und die Nichterfüllung mit Sanktionen zu belegen. Bereits die bisherige Regelung des § 137 Absatz 1 Satz 2 SGB V ermächtigte den G-BA, soweit erforderlich, die notwendigen Durchführungsbestimmungen und Grundsätze für Konsequenzen insbesondere für Vergütungsabschläge für Leistungserbringer, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten, zu erlassen. In gleicher Weise galt auch bisher der Wegfall des Vergütungsanspruchs für Leistungen, bei denen die definierten Mindestanforderungen nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 nicht erfüllt sind.

§ 137 Absatz 1 SGB V in der Fassung des Gesetzentwurfes des KHSG macht jedoch die Festlegung eines gestuften Systems von Sanktionsmaßnahmen für den Fall der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen in den Richtlinien des G-BA nach §§ 136 bis 136c SGB V in der Fassung des Gesetzentwurfes (u. a. zur sektorenübergreifenden bzw. sektorspezifischen Qualitätssicherung und zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement) zum Regelfall. Zwar sind gemäß § 137 Absatz 1 Satz 4 die Maßnahmenstufen verhältnismäßig zu gestalten und anzuwenden. Das Grundprinzip dieser gesetzlichen Regelung zielt jedoch auf die konsequente Anwendung von Sanktionen ab, um eine Einhaltung der Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung bzw. zum Qualitätsmanagement durch die Leistungserbringer in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu erreichen. Diese Sanktionsmaßnahmen sind nicht länger nur dann zu definieren und zu exekutieren, soweit dies unter sachlichen Gesichtspunkten erforderlich ist, sondern grundsätzlich bei allen Abweichungen von den Vorgaben der Qualitätssicherungs-Richtlinien des G-BA.

Damit werden die grundsätzliche Philosophie der Qualitätsförderung und der systematischen kontinuierlichen, feedbackgestützten Qualitätsverbesserung in der GKV-Versorgung konterkariert und die intrinsische Motivation der Leistungserbringer, kontinuierlich auf die Sicherung und Verbesserung der Qualität ihrer Leistungserbringung hinzuwirken, untergraben.

Viele der derzeit implementierten Qualitätssicherungsverfahren kranken daran, dass sie den Leistungserbringern zu spät, zu unspezifisch, zu wenig valide oder nur zu

Randaspekten der Versorgung bestimmter Patientengruppen Informationen über die Qualität ihrer Leistungserbringung im Vergleich zu anderen Einrichtungen bereitstellen. Somit kann der eigentliche Zweck dieser Verfahren im Sinne einer Förderung der Qualität und einer kontinuierlichen Verbesserung der Qualität der Versorgung nur sehr eingeschränkt adressiert werden. Die derzeitigen Qualitätssicherungsverfahren stellen nicht selten pragmatische Kompromisse dar, die unter den gegenwärtigen Bedingungen der Dokumentation bzw. Kodierung von diagnostischen und therapeutischen Leistungen und der Behandlungsprozesse und -ergebnisse die jeweils messbaren und einem Leistungserbringer eindeutig zuschreibbaren Aspekte der Versorgungsqualität erfassen und für die Zwecke der Qualitätssicherung verarbeiten. Dies geschieht in dem Wissen, dass wesentliche Aspekte der Versorgungsqualität und damit der real existierenden Qualitätspotentiale mit einem Qualitätssicherungsverfahren nicht erfasst werden.

Wenn nun im Kontext der Qualitätssicherungsverfahren eine permanente Drohung mit Sanktionen bei Nichteinhaltung bestimmter Qualitätsanforderungen aufgebaut wird, kann dies zur Folge haben, dass die Leistungserbringer vorrangig auf eine 100-prozentige Einhaltung der in den Qualitätssicherungsverfahren definierten Qualitätsanforderungen fokussieren, zulasten bzw. unter Vernachlässigung anderer, nicht erfasster Qualitätsaspekte oder Leistungsbereiche.

Mit Blick auf eine qualitätsorientierte Versorgung von chronisch Kranken greifen darüber hinaus Qualitätssicherungsansätze zu kurz, die auf die eindeutige Zuschreibung der Qualität der Versorgung bei einem Patienten auf einen einzelnen Leistungserbringer abzielen und die Identifikation und gegebenenfalls den Ausschluss von Leistungserbringern mit unterdurchschnittlichen Qualitätsergebnissen anstreben. Gerade bei chronischen Erkrankungen sind regelhaft die verschiedenen Sektoren, aber auch mehrere Fachgebiete, Professionen und Einrichtungen an der Versorgung der betroffenen Patienten beteiligt und leisten ihren Beitrag zur Ergebnisqualität der Versorgung. Eine einrichtungsbezogene vergleichende Auswertung und Darstellung der Ergebnisqualität wird somit der Komplexität der Versorgungsprozesse nicht gerecht.

Der ausschließliche Fokus auf eine einrichtungsbezogene vergleichende Auswertung und Darstellung der Versorgungsqualität könnte damit insbesondere bei chronischen

Erkrankungen zu einer Eingrenzung der Erfassung der Versorgungsqualität auf jene Bereiche führen, bei denen eine eindeutige Zuschreibung der Behandlungsergebnisse zu einzelnen Einrichtungen bzw. Leistungserbringern noch möglich erscheint. Wesentliche Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung blieben dabei unberücksichtigt, da sie nicht mit einem Einrichtungsbezug abgebildet werden können. Entsprechende Qualitätspotenziale in der Versorgung würden damit nicht erfasst und transparent gemacht werden und könnten keine Maßnahmen der Qualitätsförderung und -verbesserung nach sich ziehen.

Anstelle einer verstärkten Kontrolle des einzelnen Leistungserbringers wird es für die Verbesserung der Qualität der Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen daher wesentlich sein, dass den an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern zeitnah aussagekräftige Informationen zur Versorgungsqualität auf regionaler Ebene bereitgestellt werden, die einen datenbasierten fachlichen Input für die Entwicklung von Maßnahmen der Qualitätsverbesserung in denjenigen Regionen liefern, in denen im regionalen Vergleich relevante Qualitätspotenziale identifiziert werden können.

Die Wirksamkeit von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement im Sinne eines Gesamtnutzens für die Patienten hängt dabei entscheidend von der Akzeptanz der Verfahren bei den beteiligten Leistungserbringern und deren intrinsischer Motivation ab, sich für eine kontinuierlichen Verbesserung der Qualität der Versorgung ihrer Patienten zu engagieren. Diese kann insbesondere durch die systematische und zeitnahe Bereitstellung von aussagekräftigen Rückmeldungen zum Versorgungsgeschehen im Vergleich und im Austausch mit anderen Leistungserbringern geschehen. Hierfür müssen die geeigneten Verfahren und Strukturen geschaffen werden. Die systematische Androhung von Sanktionen für alle Verstöße gegen Qualitätsanforderungen nach § 136 bis 136c SGB V (in der Fassung des Gesetzentwurfes) wird dagegen der Versorgungsqualität in der GKV insgesamt eher schaden.

Die BPTK plädiert daher dafür, die konditionale Regelung in § 136 Absatz 1 Satz 2 SGB V für Sanktionen bei Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen beizubehalten und hierbei die Auflistung der möglichen konkreten Konsequenzen um die Information Dritter über Verstöße und die einrichtungsbezogene Veröffentlichung von Informationen

zur Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen zu ergänzen. Hiermit könnte die gegebenenfalls erforderliche Rechtssicherheit für die zusätzlichen Optionen von Sanktionsmaßnahmen bei Nichterfüllung von Qualitätsanforderungen hergestellt werden, ohne dass künftig grundsätzlich in allen Richtlinien nach §§ 136 bis 136c SGB V ein Katalog von gestuften Sanktionsmaßnahmen definiert wird, die bei Verstößen gegen Qualitätsanforderungen zur Anwendung kommen, sondern nur wenn dies vom G-BA für erforderlich angesehen wird.

Änderungsvorschlag zu Artikel 6 Nummer 15 (§ 137) – Sozialgesetzbuch V: Von Sanktionsregelungen absehen

§ 137

Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses **im Krankenhaus**

~~(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Förderung der Qualität ein gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen nach den §§ 136 bis 136c festzulegen. Er ist ermächtigt, neben Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung bei der Qualitätsverbesserung je nach Art und Schwere von Verstößen gegen wesentliche Qualitätsanforderungen angemessene Durchsetzungsmaßnahmen vorzusehen. Solche Maßnahmen können insbesondere sein~~

- ~~1. Vergütungsabschläge,~~
- ~~2. Der Wegfall des Vergütungsanspruchs für Leistungen, bei denen Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Nummer 2 nicht erfüllt sind,~~
- ~~3. Die Information Dritter über Verstöße,~~
- ~~4. Die einrichtungsbezogene Veröffentlichung von Informationen zur Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen.~~

~~Die Maßnahmen sind verhältnismäßig zu gestalten und anzuwenden. Der Gemeinsame Bundesausschuss trifft die Festlegungen nach den Sätzen 1 bis 4 und zu den Stellen, denen die Durchsetzung der Maßnahmen obliegt, in grundsätzlicher Weise in einer Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13. Die Festlegungen nach Satz 5 sind vom Ge-~~

~~meinsamen Bundesausschuss in einzelnen Richtlinien und Beschlüssen jeweils für die in ihnen geregelten Qualitätsanforderungen zu konkretisieren. Bei wiederholten oder besonders schwerwiegenden Verstößen kann er von dem nach Satz 1 vorgegeben gestuften Verfahren abweichen.~~

- (1) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern eine Dokumentationsrate von 100 Prozent für dokumentationspflichtige Datensätze fest. (...)
- (2) (...)

Stattdessen ergeht folgender Änderungsvorschlag zu Artikel 6 Nummer 15 (§ 136 Absatz 1 Satz 2)

§ 136

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung

- (1) (...)
Soweit erforderlich erlässt er die notwendigen Durchführungsbestimmungen **und Grundsätze für Konsequenzen für Leistungserbringer, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten, insbesondere Vergütungsabschläge, Information Dritter über die Verstöße und einrichtungsbezogene Veröffentlichung von Informationen zur Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen.**
- (2) (...)

6.4 Erweiterung der Kontrollmöglichkeiten durch den MDK

In Zusammenhang mit bzw. als Folge der Einführung eines Fallpauschalensystems (DRG) ist es in den somatischen Krankenhäusern zu Qualitätsverlusten durch Mengenausweitungen, Risikoselektion und Personalabbau insbesondere in der Pflege gekommen. Durch die Einführung umfangreicher Qualitätssicherungsmaßnahmen versucht man dieser Entwicklung nun gegenzusteuern. Es ist unbenommen, dass Qualitätssicherung notwendig und unverzichtbar zur Erhaltung und Erhöhung der stationären Versorgungsqualität ist. Richtlinien zur Qualitätssicherung erfüllen aber nur dann ihren Zweck wenn sie auch eingehalten werden. Eine funktionierende Qualitätssicherung setzt eine zuverlässige Dokumentation der relevanten Informationen voraus. Es

ist jedoch nicht zielführend, die Kontrollmöglichkeiten durch den MDK zu erweitern, um hier substantielle Verbesserungen zu erreichen. Hierdurch werden vielmehr falsche Anreize gesetzt, Zeit und Aufwand für eine Optimierung der Dokumentation und der Einhaltung der Richtlinie auf dem „Papier“ zu verwenden, anstatt die Patientenversorgung zu verbessern. Die bisherigen Kontrollmöglichkeiten durch den MDK reichen aus, die Einführung des § 275a und die darauf bezogenen weiteren Änderungen sind fallenzulassen.

Änderungsvorschlag zu Artikel 6 Nummer 22 bis 25 (§ 275a) – Sozialgesetzbuch V: Keine Erweiterung der Kontrollmöglichkeiten durch den MDK

Der im Gesetzentwurf vorgesehene § 275a sowie die auf den § 275a bezogene Änderungen des Gesetzentwurfs entfallen.