

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0197(24)

gel. VB zur öAnhörung am 26.09.
2016_PsychVVG
22.09.2016

Stellungnahme

des Medizinischen Dienstes

des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.

(MDS)

**zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für
Gesundheit**

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

**für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und
Vergütung für psychiatrische und psychosomatische
Leistungen (PsychVVG)**

am 26. September 2016 in Berlin

Grundsätzliche Anmerkungen

Der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) unterstützt das Ziel des Bundesministeriums für Gesundheit, mit dem vorgelegten Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen die Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen weiter zu entwickeln, die sektorenübergreifende Behandlung in der psychiatrischen Versorgung zu fördern sowie die Transparenz und die Leistungsorientierung in der Vergütung zu verbessern.

Der MDS nimmt im Folgenden unter Einbeziehung der fachlichen Stellungnahme des Kompetenz-Centrums „Psychiatrie/Psychotherapie“ Stellung.

Der Gesetzentwurf bezieht sich auf die Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen. Er fokussiert auf sieben Schwerpunkte, deren Auswirkungen in der nachfolgenden Stellungnahme vor fachlich-psychiatrischem Hintergrund kommentiert werden.

Für das Entgeltsystem zur Erbringung psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen soll ein Wechsel von dem bisher vorgesehenen Preissystem auf ein Budgetsystem vorgenommen werden. Dem Anliegen, mehr Transparenz und Leistungsorientierung zu schaffen, wird der Gesetzesentwurf in seiner jetzigen Fassung nicht gerecht.

Die Einführung eines Personalnachweises, gegliedert nach Berufsgruppen und verbunden mit dem Nachweis des Umsetzungsgrades der personellen Anforderungen, ist im Rahmen der Qualitätssicherung als ein positiver Schritt zu werten. Sie ist potenziell geeignet, eine transparente und nachvollziehbare Darstellung der Umsetzung der jeweiligen Personalvorgaben zu gewährleisten. Die vorgesehene Übermittlung des Nachweises an das InEK ist für die Berücksichtigung der Personalkosten im Entgeltsystem als sinnvoll zu erachten. Allerdings sollte eine bundesweit verpflichtende Überprüfungsregelung gesetzlich fixiert werden. Ferner könnte unter den Gesichtspunkten der Transparenz und somit der Qualitätssicherung ein zusätzlicher Nachweis auch gegenüber den Kostenträgern erforderlich sein. Bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung sollten geeignete Sanktionen vorgesehen werden.

Der Gesetzentwurf sieht eine Verbesserung der Versorgungsqualität bezogen auf die Strukturqualität vor. Eine Berücksichtigung der Prozess- und Ergebnisqualität ist frühestens nach Inkrafttreten der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu erwarten.

Mit der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld ist der Boden für ein beachtliches Konfliktfeld bereitet. Krankenhausbehandlung findet per definitionem im Krankenhaus statt. Die Behandlung in der Häuslichkeit kann allenfalls ein intensiviertes, ggf. multiprofessionelles und aufsuchendes ambulantes Versorgungsangebot sein. Eine trennscharfe Operationalisierung und eine Abgrenzung zu anderen ambulanten Angeboten werden für eine spätere gutachterliche Prüftätigkeit des MDK notwendig sein. Die vorgesehene Verringerung der Bettenzahl bei Erbringung stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlungen bedarf einer gesetzlichen Vorgabe.

Die Regelungen zu psychosomatischen Institutsambulanzen verstärken die europaweit einmalige Situation einer künstlichen Trennung der Fachgebiete Psychiatrie und Psychosomatik. Sie treffen unter fachlichen Gesichtspunkten auf Bedenken.

Mit der Begründung einer geplanten Verminderung des Dokumentationsaufwandes wird eine künftige Streichung derjenigen Schlüssel im OPS und der ICD-10 vorgesehen, die sich „für Zwecke des leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems ... als nicht erforderlich erwiesen haben“. Diese Regelung schränkt das Potenzial der bestehenden Arbeitsinstrumente ein. Es besteht die Gefahr, dass ein bereits bestehender Trend, die Transparenz der erbrachten Leistungen zu minimieren, unterstützt wird. Für die beiden bestehenden Klassifikationssysteme ist ein gesetzlicher

Weiterentwicklungsauftrag anzustreben, der sich sowohl auf die Belange einer leistungsorientierten Vergütung als auch auf die Einführung von aufwandsarmen Qualitätssicherungsverfahren erstreckt.

Stellungnahme zum Gesetzentwurf

Der Gesetzentwurf fokussiert auf mehrere Schwerpunkte, die entsprechend der nachfolgenden Gliederung kommentiert werden sollen:

1. Ausgestaltung des Entgeltsystems als Budgetsystem; dabei werden die Budgets einzelner Einrichtungen unter Berücksichtigung von leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten vereinbart,
2. leistungsbezogener Vergleich von Krankenhäusern als Transparenzinstrument,
3. verbindliche Mindestvorgaben zu Personalausstattung,
4. Kalkulation des Entgeltsystems auf empirischer Datengrundlage, verbunden mit der Vorgabe, dass die Erfüllung von Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), insbesondere von auf Leitlinien gestützten Mindestvorgaben zur Personalausstattung, Voraussetzung für die Teilnahme an der Kalkulation ist,
5. Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung durch Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld,
6. Weiterentwicklung der Regelung zur psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen und
7. Regelung zur Standortidentifikation von Krankenhäusern und ihren Ambulanzen.
8. Weitere Aspekte

Zu 1.: Ausgestaltung des Entgeltsystems als Budgetsystem; dabei werden die Budgets einzelner Einrichtungen unter Berücksichtigung von leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten vereinbart

Zu Artikel 2 Nr. 5 (§ 4 BPfIV –neu):

Die bislang vorgesehene schematische Konvergenz der krankenhausindividuellen Basisentgeltwerte und Erlösbudgets soll abgelöst werden, indem ein leistungsbezogener Vergleich eingeführt werden soll. Dieser soll durch das InEK auf Bundesebene erstellt werden und als Transparenzinstrument für die Vertragsparteien dienen. Er soll die Grundlage bilden für die Vertragsparteien vor Ort zur Bestimmung eines leistungsgerechten Gesamtbetrages, eines leistungsgerechten Basisentgeltwertes und leistungsgerechter krankenhausindividueller Entgelte, die im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlungen zu vereinbaren sind. Dafür sind bundes- und landesweit insbesondere die Bandbreite der vereinbarten Entgelte nach Leistungen bzw. Leistungsgruppen, die regionalen und strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung sowie der Umfang der personellen Ausstattung auszuweisen.

Stellungnahme:

Für das Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Leistungen soll ein Wechsel von dem bisher vorgesehenen Preissystem auf ein Budgetsystem vorgenommen werden.

Als neues Element findet sich die Berücksichtigung regionaler oder strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung für das Budget der jeweiligen Einrichtung. Diese Formulierung setzt eine (besondere) erbrachte Leistung voraus, die sich in regionalen oder strukturellen Besonderheiten niederschlägt. Somit muss das resultierende Budget einem Leistungsbezug unterliegen.

Die künftige Vergütung regionaler oder struktureller Besonderheiten in der Leistungserbringung muss unter Berücksichtigung des § 12 SGB V (Wirtschaftlichkeitsgebot), erfolgen. Vor dem Hintergrund vorbestehender und etablierter Strukturen in den Häusern muss bei der vertraglichen Festlegung der Budgets ein besonderer Schwerpunkt auf der Beurteilung liegen, ob die erbrachten Leistungen aufgrund der Behandlungsnotwendigkeiten der Patientinnen und Patienten erfolgt, um sicher zu stellen, dass die Erbringung einer Leistung nicht um der Leistung willen erfolgt. Diese Beurteilung sollte anhand von Patientenparametern erfolgen, z. B. spezifischen Indikationen oder auch wegen hoher Schweregrade der Erkrankung, und sollte die Kriterien einer leitliniengerechten Behandlung berücksichtigen. Nur so kann bewertet werden, ob die regionalen oder strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung im zu verhandelnden Fall zweckmäßig und notwendig sind.

Als positiv anzusehen ist der vorgesehene, grundsätzlich bundes- und landesweit angelegte, leistungsbezogene Vergleich als Grundlage zur Bestimmung der leistungsgerechten krankenhausindividuellen Entgelte. Insbesondere für die durch die Vertragsparteien vor Ort zu vereinbarenden Entgelte für regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung ist eine systematische Bewertung durch das InEK zu begrüßen. Diese Regelung erscheint potenziell geeignet, in der Kalkulation bereits berücksichtigte Aufwände zu identifizieren und auch für die regionalen oder leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten eine sachgerechte Kalkulation herbeizuführen.

Zu 2.: Leistungsbezogener Vergleich von Krankenhäusern als Transparenzinstrument

Zu Artikel 2 Nr. 6 (§ 6 BPfIV– neu):

Für regionale oder strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung, die nicht bereits mit den Entgelten nach § 7 Satz 1 Nummer 1 bis 3 und 5 BPfIV vergütet werden, sollen die Vertragspartner vor Ort tages-, fall- oder zeitraumbezogene Entgelte vereinbaren können. Die an der Vereinbarung beteiligten gesetzlichen Krankenkassen melden Art und Höhe des Entgelts gemeinsam mit den zugrunde liegenden Kalkulationsunterlagen an das InEK.

Stellungnahme:

Die Regelungen des Referentenentwurfes zielen darauf ab, nach dem Ende der budgetneutralen Phase transparent zu machen, inwieweit unterschiedliche Budgethöhen auf Leistungsunterschiede, regionale und strukturelle Besonderheiten oder andere krankenhausespezifische Aspekte zurückzuführen sind. Bei der Betrachtung unterschiedlicher Budgethöhen vor dem Hintergrund des Wirtschaftlichkeitsgebots sollte der Fokus auf eine indikationsgerechte und leitliniengerechte Behandlung gerichtet sein. Das Maß des Notwendigen sollte hier auf der Grundlage evidenzgestützter Angaben festgelegt werden. Somit soll gewährleistet werden, dass das Mehr an Leistung durch die krankheitsbedingten Behandlungsnotwendigkeiten der Patientinnen und Patienten definiert wird und nicht auf Grund vorgehaltener Kapazitäten.

Die aktuell vorgesehene Erweiterung auch auf regionale Besonderheiten betrachten wir als nicht sachgerecht.

Um die leistungsbezogenen Besonderheiten in der Behandlung von psychisch Kranken abbilden und diese von bereits kalkulierten Leistungen abgrenzen zu können, ist die Erfassung der dahinterstehenden Leistungen in operationalisierter Form erforderlich. Hierzu ist eine differenzierte Weiterentwicklung des Operationen- und Prozedurenschlüssel notwendig.

Weiterhin sieht der aktuelle Entwurf im Gegensatz zum Referentenentwurf ein retrospektives Bewertungsverfahren durch das InEK vor. Somit kann erst im Nachhinein festgestellt werden, wenn diese als „besonders“ deklarierten Leistungen bereits im Vergütungssystem abgebildet werden können. Wir halten es für sachgerecht, an einem prospektiven Antrags- und Bewertungsverfahren festzuhalten.

Zu 3.: Verbindliche Mindestvorgaben zur Personalausstattung

Zu Artikel 2 Nr. 14 (§ 18 BPfIV - neu):

Für die Jahre 2016, 2017, 2018 und 2019 soll das Krankenhaus gegenüber dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nachweisen, inwieweit die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen eingehalten werden. Für die Jahre ab 2020 ist vom Krankenhaus gegenüber dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und den anderen Vertragsparteien nach § 11 BPfIV die Einhaltung von Vorgaben nach § 136a Absatz 2 SGB V zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal nachzuweisen. Für den Nachweis hat das Krankenhaus eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen.

Aus dem Nachweis muss insbesondere die vereinbarte Stellenbesetzung in Vollkräften, die tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in Vollkräften, jeweils gegliedert nach Berufsgruppen, sowie der Umsetzungsgrad der personellen Anforderungen hervorgehen.

Stellungnahme:

Mindestvorgaben:

Insbesondere die Bestimmung von verbindlichen Mindestanforderungen ist zu begrüßen, um zu gewährleisten, dass das Personal auch tatsächlich vorgehalten wird.

Es erscheint naheliegend, dass die Behandlungsqualität in psychiatrischen Kliniken von der Personalausstattung abhängig ist. An Hand eigener Literaturrecherchen konnte eine kausale Verknüpfung der Personalausstattung mit der Ergebnisqualität nicht evident nachgewiesen werden. Augenscheinlich ist das auf einen fehlenden Fokus der Versorgungsforschung auf diesen Zusammenhang zurückzuführen. Auch die vorliegenden qualitativ hochwertigen S3-Leitlinien in der Psychiatrie enthalten keine Aussagen zu Personalmindestvorgaben. Das verwundert vor dem Hintergrund der Entwicklung von Leitlinien als Entscheidungshilfe für die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen nicht. In Anbetracht der aktuellen politischen Diskussion um eine unzulängliche Personalausstattung in psychiatrischen Kliniken ist die Maßgabe verbindlicher Mindestvorgaben zur Personalausstattung jedoch offensichtlich notwendig, um strukturelle Mindeststandards in der Psychiatrie zu gewährleisten. Daher ist die Formulierung als „verbindliche Mindestvorgabe“ im Sinne einer verpflichtenden Vorgabe zu begrüßen. Vor dem Hintergrund der geschilderten Evidenzsituation kann eine Mindestvorgabe zur Personalausstattung nur normativ erfolgen. Der G-BA ist beauftragt, diese Entwicklungsarbeit zu leisten. Die verbindlichen Mindestvorgaben sollen bis zum 1. Januar 2020 wirksam werden.

Nachweis

Die avisierte Einführung eines Personelnachweises, gegliedert nach Berufsgruppen und verbunden mit dem Nachweis des Umsetzungsgrades der personellen Anforderungen, ist im Rahmen der Qualitätssicherung als ein positiver Schritt zu werten (Qualitätsdimension Strukturqualität). Ein Personelnachweis bildet eine Grundlage, eine transparente und nachvollziehbare Darstellung der Umsetzung der jeweiligen Personalvorgaben zu gewährleisten. Die vorgesehene Übermittlung des Nachweises an das InEK ist für die Berücksichtigung der Personalkosten im Entgeltsystem als sinnvoll zu erachten. Nicht nachzuvollziehen ist der nunmehr weggefallene Nachweis der Personalausstattung an die anderen Vertragsparteien nach § 11 BPfIV für die Jahre 2016, 2017, 2018 und 2019. Diese Einschränkung der Transparenz für einen Zeitabschnitt erscheint inhaltlich nicht begründet. Was aus den übermittelten Zahlen nicht hervorgeht, ist der Einsatz des nachgewiesenen Personals in der Versorgung der Patienten. Obwohl eine gute Personalausstattung in psychiatrischen Kliniken traditionell mit einer guten Behandlungsqualität verbunden wird, sind Strukturmaße jedoch nur dann mit der Qualität der Behandlung assoziiert, wenn sie auch zu besseren Ergebnissen führen.

Qualitätssichernde Maßnahmen müssen somit auch die Prozesse in den Kliniken und auch die Outcomes der Patienten berücksichtigen. Entsprechend ist eine Überprüfung der Richtigkeit der Angaben zu fordern.

Prüfung:

Die Übermittlung an die Datenstelle nach § 21 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) avisiert die übergeordneten Ziele einer bundesweiten Vergleichbarkeit und damit der Transparenz. Zu den Modalitäten der Prüfung der Personalausstattung ist dem Referentenentwurf nichts zu entnehmen. Sie ist in die Verantwortung der Selbstverwaltungspartner gelegt. Zu berücksichtigen sind hier die Fragestellung einer bundesweit verpflichtenden Überprüfbarkeit der Umsetzung der Personalausstattung in ein entsprechendes Behandlungsangebot sowie die Prüfung vor Ort bei Auffälligkeiten und Unstimmigkeiten.

Die Medizinischen Dienste verfügen mit dem „Evaluationsprojekt der Umsetzung der Psych-PV in den Hessischen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie“ (EVA-Psych-PV) des MDK Hessen auf diesem Gebiet über reichhaltige Erfahrungen. Über viele Jahre kann eine erfolgreiche Zusammenarbeit von Krankenkassen und Kliniken auf regionaler Ebene konstatiert werden. Das Projekt genießt eine breite Akzeptanz bei den Kostenträgern und bei vielen Kliniken. Es schafft für die jeweiligen Kliniken eine erweiterte Transparenz in Bezug auf deren konzeptuelle und strukturelle Bedingungen. Die hier praktizierte regionale Durchführung einer solchen Prüfung bietet für die Kliniken u. a. die Möglichkeit, Fragen und Probleme bei der Erfassung der Daten unkompliziert zu klären. Gleichzeitig ist bei Auffälligkeiten und Unstimmigkeiten eine Prüfung vor Ort möglich. Auch finden die Prüfergebnisse regelhaft Eingang in die Budgetverhandlungen zwischen den Kliniken und den Kostenträgern.

Das „EVA-Projekt“ steht modellhaft für eine gelungene Psych-PV-Prüfung. Dennoch konnte sich dieser Prüfmodus ohne eine verbindliche gesetzliche Regelung nicht bundesweit etablieren und ist bis heute eine regionale Besonderheit.

Es wird angeregt, eine bundesweit verpflichtende Überprüfungsregelung gesetzlich zu fixieren. Die Einrichtungen sollten verpflichtet werden, den Nachweis der Erfüllung der in der Richtlinie festgelegten Anforderungen zu erbringen – insbesondere in Bezug auf die vereinbarte und tatsächlich vorhandene Personalausstattung und auf die Umsetzung der Personalausstattung in ein entsprechendes Behandlungsangebot. Hierzu sollte der MDK von den jeweiligen Sozialleistungsträgern und den Arbeitsgemeinschaften der Sozialleistungsträger gemäß § 18 Abs. 2 Nr.1 und 2 KHG einmal jährlich mit der Überprüfung der Richtigkeit der Angaben beauftragt werden. Die gewonnenen Prüfergebnisse sollten unter Anderem zur Erstellung eines Krankenhausvergleichs genutzt werden.

Konsequenzen:

Die sich aus den im Referentenentwurf vorgesehenen „Mindestvorgaben“ ergebenden möglichen Konsequenzen aus deren Nichterfüllung sollte im weiteren Gesetzgebungsverfahren geklärt werden.

Zu 4.: Kalkulation des Entgeltsystems auf empirischer Datengrundlage, verbunden mit der Vorgabe, dass die Erfüllung von Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), insbesondere von auf Leitlinien gestützten Mindestvorgaben zur Personalausstattung, Voraussetzung für die Teilnahme an der Kalkulation ist

Zu Artikel 1 Nr. 5 (§ 17d KHG):

Die Vertragspartner nach § 17b Absatz 2 Satz 1 KHG sollen eine geeignete Übergangsfrist für solche an der Kalkulation teilnehmenden Einrichtungen vorsehen können, die die Anforderungen nach § 136a Absatz 2 SGB V nicht erfüllen. Vor dem 1. Januar 2020 soll für die Kalkulation eine umfassende Umsetzung der Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen erfolgen. Für die Dauer einer Übergangsfrist nach § 17d Satz 8 KHG sollen die bisherigen Vorgaben zur Personalausstattung weiter gelten.

Stellungnahme:

Bereits der Überschrift ist zu entnehmen, dass das Entgeltsystem weiterhin auf einer empirischen Kalkulation beruht. Das Prinzip der Kalkulation auf Grundlage der Kostendaten von den Kalkulationshäusern soll beibehalten werden. In einem nächsten Schritt sieht der Gesetzentwurf vor, dass im Sinne der Sicherung der Qualität der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung Qualitätsvorgaben als Teilnahmevoraussetzung für Kalkulationshäuser erfüllt sein müssen. Hier wird auf die Personalausstattung als Merkmal der Strukturqualität fokussiert. Es erfolgen Vorgaben dazu, wie mit der Kalkulation verfahren werden soll, bis der G-BA Personalmindestanforderungen per Richtlinie formuliert hat.

Entsprechend ist künftig davon auszugehen, dass die Kalkulation der Bewertungsrelationen auf der Grundlage einer definierten Personalausstattung erfolgt.

Zu 5.: Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung durch Einführung einer stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld

Zu Artikel 5 Nr. 2 (§ 39 Absatz 1 SGB V), und Nr. 4 (§ 109 Abs. 1 SGB V), sowie Nr. 5 (§115d SGB V – neu-):

Es soll eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung eingeführt werden, welche gleichrangig gegenüber einer vollstationären Behandlung eine psychiatrische Behandlung während akuter Krankheitsphasen im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams umfassen soll und die hinsichtlich von Dauer, Intensität und Dichte sowie Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung entspricht.

In der Gesetzesbegründung wird konkretisiert, dass die stationsäquivalente multiprofessionelle Behandlung unter fachärztlicher Leitung aus den vorhandenen Klinikressourcen zu erfolgen hat. Voraussetzung ist die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit des Patienten während der gesamten Behandlungsdauer, wobei die komplexe Behandlungsform des Krankenhauses nicht an ein stationäres Bett gebunden sein soll („Krankenhausbehandlung ohne Bett“). Das multiprofessionelle Klinikteam muss permanent und rasch verfügbar sein (24-stündige klinische Therapieverantwortung) und hat die individuellen Hilfeleistungen an sieben Tagen in der Woche zu gewährleisten.

Erbringt ein Krankenhaus stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nach § 115 SGB V, sollen die Vertragspartner vereinbaren, in welchem Umfang die Bettenanzahl gegenüber dem Krankenhausplan zu verringern ist.

Der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung das Nähere zu den Anforderungen an die Dokumentation; den Vorgaben zur Qualität der Leistungserbringung, den Anforderungen an die Beauftragung von an der psychiatrischen Behandlung teilnehmenden Leistungserbringern oder anderen, zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigten Krankenhäusern sowie zu den Grundsätzen für den Abbau nicht mehr erforderlicher Betten aufgrund der Durchführung der stationsäquivalenten Behandlung (§ 109 Absatz 1 Satz 6 SGB V).

Stellungnahme:

Mit diesem Gesetzesvorschlag soll die Flexibilität und Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung erhöht werden. Die diesbezügliche konzeptuelle Arbeit soll in die Hände der Partner der Selbstverwaltung unter Einbezug der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gelegt werden. Die erforderliche Leistungsbeschreibung soll „im Benehmen mit den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften“ erfolgen. Wenngleich die beabsichtigte Stärkung einer sektorenübergreifenden Versorgung sowie der angestrebte Trend hin zu einer stärkeren ambulanten Versorgung grundsätzlich sehr zu begrüßen ist, fehlt dem Gesetzentwurf ein ordnungspolitisch nachvollziehbares und sinnvolles Gesamtkonzept zur sektorenübergreifenden Versorgung:

Die zu behandelnden Patienten werden über eine schwere psychische Erkrankung und eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit in akuten Krankheitsphasen definiert, die zu dokumentieren ist. Im Kontrast dazu wird eine aufsuchende Behandlung (... mit einer 24stündigen klinischen Versorgungsverantwortung an 7 Tagen/Woche) als ausreichend beschrieben. Diese soll hinsichtlich der Dauer, der Intensität und Dichte sowie der Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung entsprechen. Der aus dem Referentenentwurf resultierende Konflikt, die stationäre Behandlungsbedürftigkeit von psychisch kranken Patientinnen und Patienten zu definieren, die zwar stationär behandlungsbedürftig, aber gleichzeitig befähigt sind, über einen Zeitraum von täglich 24 Stunden die Anforderungen des häuslichen Alltags zu bewältigen, dürfte die Verantwortlichen vor Schwierigkeiten stellen. Krankenhausbehandlung findet per definitionem im Krankenhaus statt. Die

Behandlung in der Häuslichkeit kann allenfalls ein intensiviertes, ggf. multiprofessionelles und aufsuchendes ambulantes Versorgungsangebot sein. Eine trennscharfe Operationalisierung als Grundlage für die Definition des Angebotes und eine Abgrenzung zu anderen ambulanten Angeboten werden für eine spätere gutachterliche Prüftätigkeit des MDK jedoch notwendig sein, um andere ambulant aufsuchende Behandlungsangebote des Krankenhauses (z. B. durch die Psychiatrischen Institutsambulanzen -PIA) von diesem speziellen Angebot abzugrenzen.

Durch die Nutzung der Bezeichnung „stationsäquivalente psychiatrische Behandlung“ wird eine nichtstationäre Leistung mit erwartbaren unterschiedlichen Umfängen durch ein Krankenhaus beschrieben. Die aufwändige Aufgabe der Vorgaben zur Leistungsbeschreibung und zur Qualität selbiger würde darin bestehen, zu definieren, worin die 24stündige klinische Versorgungsverantwortung konkret besteht und in welches Behandlungsangebot diese münden muss. Auch scheint es im Sinne der angestrebten Flexibilität des Versorgungsangebotes sinnvoll zu sein, unterschiedliche Behandlungsnotwendigkeiten und damit verbundene Leistungen abzubilden.

Der Gesetzentwurf sieht im Weiteren die Möglichkeit vor, in „geeigneten Fällen“ Teile der Behandlung durch an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer oder durch ein anderes zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigtes Krankenhaus zu ermöglichen. Begründet wird das mit der Behandlungskontinuität oder aber im Sinne der Wohnortnähe. Eine derartige anteilige Erbringung von Leistungen aus verschiedenen Behandlungssektoren im selben Krankenhausfall erscheint abrechnungstechnisch schwierig. Dem Referentenentwurf können keine Anregungen entnommen werden, wie ein derartiges Vorhaben leistungsrechtlich umzusetzen ist. Hier scheint es Klärungsbedarf zu geben.

Der überarbeitete §109 Abs. 1 SGB V soll vorsehen, dass die Vertragsparteien im Benehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde den Umfang der Verringerung bei der Bettenzahlerbringung stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlungen vereinbaren. Diese Formulierung stellt den Umfang der Bettenzahlreduktion in das Ermessen der jeweiligen Verhandlungspartner. Die Erfahrungen der vergangenen Jahre, insbesondere bei Verhandlungen über die Umwandlung vollstationärer Betten in tagesklinische Plätze, zeigen, dass das Fehlen eines entsprechend verbindlichen Richtwertes eine nennenswerte Verringerung der Bettenzahl zu Gunsten stationsäquivalenter Behandlungsangebote nicht erwarten lässt. Hier wird eine gesetzliche Vorgabe im Sinne einer Anrechnung stationsäquivalenter Behandlung zu vollstationärem Platz (Bett) im Verhältnis 1: 1 empfohlen.

Zu 6.: Weiterentwicklung der Regelung zu psychiatrischen und psychosomatischen Institutsambulanzen (PIA)

Zu Artikel 5 Nr. 6 (§ 118 Abs. 3 SGB V):

Ein Novum stellt die geplante Ermächtigung psychosomatischer Einrichtungen zur ambulanten Erbringung psychosomatischer Behandlungsleistungen dar. Mit dieser Regelung wird unterschieden zwischen psychiatrischen Krankenhäusern mit psychosomatischen Fachabteilungen und psychosomatischen Krankenhäusern und Allgemeinhäusern mit selbständig fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen. Erstere können im Rahmen der regionalen Versorgungsverpflichtung in einem vertraglich festzulegenden Umfang Leistungen erbringen. Für die Zweitgenannten sieht der Gesetzentwurf vor, das Erfordernis der regionalen Versorgungsverpflichtung zu streichen.

Stellungnahme:

In der Konsequenz haben letztere Einrichtungen keine generelle Ermächtigung für die Behandlung psychisch kranker Patienten. Konkret bedeutet das, dass sie zur Behandlung, diejenigen Patienten ermächtigt werden, die wegen Art, Dauer und Schwere der Erkrankung einer psychosomatischen Behandlung bedürfen. Diese Regelung verstärkt eine europaweit einmalige Situation einer künstlichen Trennung der Fachgebiete Psychiatrie und Psychosomatik. Die nachgewiesenen breiten Überschneidungen in der Patientenlientel beider Fächer lässt eine Abschätzung der Bedarfsgerechtigkeit für isolierte psychosomatische Behandlungen als schwierig erscheinen.

Zu Artikel 5 Nr. 15 (§ 295 Absatz 1b Satz 4 SGB V):

Die Änderung verfolgt das Ziel, mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen in den psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) herzustellen. Hierzu werden die Vertragspartner nach § 17b Abs. 2 KHG verpflichtet, in der Vereinbarung des bundeseinheitlichen Kataloges für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen Mindestdifferenzierungsmerkmale in Bezug auf Art und Inhalt der Leistungen sowie die für die Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten getrennt nach Berufsgruppen und Fachgebieten festzulegen.

Stellungnahme:

Der Gesetzentwurf berücksichtigt auch die Leistungen der PIA im Sinne eines ambulanten Versorgungsangebotes der Krankenhäuser. In diesem Zusammenhang wird eine Verbesserung der Datengrundlage festgelegt, die eine zielgenauere Berücksichtigung von Leistungen der PIA im Rahmen der Bedarfsplanung für die ambulante Versorgung ermöglichen soll. Gleichzeitig wird die Grundlage für eine Leistungstransparenz für PIA gesetzlich fixiert, indem die Partner der Selbstverwaltung verpflichtet werden, in der Vereinbarung eines bundeseinheitlichen Kataloges für die Dokumentation der Leistungen der PIA Mindestdifferenzierungsmerkmale in Bezug auf Art und Inhalt der Leistung sowie die für die Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten festzulegen. Diese Regelung bahnt den Weg zu einer bundeseinheitlichen Dokumentation. Somit erstrecken sich die Maßgaben des Referentenentwurfes auch auf diesen ambulanten Versorgungsbereich von Krankenhäusern. Die Änderung ist zu begrüßen, da sie die Grundlage für eine transparente Abbildung der Leistungen in PIA legt und somit auch perspektivisch eine leistungsgerechte Vergütung erlaubt.

Mit der vorgesehenen Ergänzung sollen auch die psychiatrischen Krankenhäuser mit psychosomatischen Fachabteilungen zur ambulanten Erbringung psychosomatischer Behandlungsleistungen in dem vertraglich festzulegenden Umfang ermächtigt werden.

Zu 7.: Regelung zur Standortidentifikation von Krankenhäusern und ihren Ambulanzen

Zu Artikel 1 Nr. 1 (§ 2a KHG):

GKV-Spitzenverband und DKG sollen verpflichtet werden, im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Verband der Privaten Krankenversicherung Kriterien zur Bestimmung des Krankenhausstandortes und der Ambulanzen zu entwickeln. Die daraus resultierenden Definitionen sollen für die gesetzlichen und privaten Kostenträger ebenso wie die Leistungserbringer und ihre Organisationen verbindlich sein und die Grundlage für ein neu zu errichtendes bundesweites Verzeichnis bilden.

Stellungnahme:

Die bundeseinheitliche Definition von Kriterien von Krankenhausstandorten und Krankenhausambulanzen ist insbesondere für Zwecke der Qualitätssicherung, der Abrechnung der stationären Leistungen, für die Krankenhausplanung und die Krankenhausstatistik geeignet und ist vor diesem Hintergrund zu begrüßen. Eine solche übergreifende Regelung ist durch die Definition einheitlicher Strukturen potenziell geeignet, Parallelstrukturen und Sonderlösungen zu vermeiden.

Zu 8: Weitere Aspekte:

Verminderung des Dokumentationsaufwandes und Weiterentwicklung der Abrechnungsprüfung

Zu Artikel 2 Nr. 9 Buchstabe cc (§ 9 Abs. 1 Nr. 7 BPflV – neu):

Bis jeweils zum 31. März, erstmals zum 31. März 2017, sollen Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 SGB V, die sich für Zwecke des Vergütungssystems nach § 17d des KHG als nicht erforderlich erwiesen haben, benannt werden.

Stellungnahme:

Um den Dokumentationsaufwand zu vermindern, ist eine jährliche Prüfung der Schlüssel der vom DIMDI herausgegebenen ICD-10 und OPS durch die Vertragsparteien auf Bundesebene vorgesehen. Wenn diese sich nach Prüfung: „für Zwecke des leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems nach § 17 d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) als nicht erforderlich erwiesen haben“, sollen diese künftig gestrichen werden können.“ Diese Formulierung schließt nahtlos an die bereits jetzt gängige Praxis an, nicht erforderliche Codes zu streichen. Die Verantwortung ist in die Hände der Vertragsparteien gelegt

Durch die Anfügung eines entsprechend formulierten Punktes in § 9 Abs.1 BPflV, entsteht ein starker Fokus auf den Zweck der Vergütung. Dieser einseitige Aspekt kann die Gefahr enthalten, einen weiteren Zweck des § 17 KHG, die Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems und hier auch zur Qualität der Versorgung, zu vernachlässigen. Da Codes mit vorrangig qualitätssicherndem Anliegen nicht zwangsläufig erlösrelevant sind, ist bei der jetzigen Formulierung des Referentenentwurfes zu befürchten, dass in den künftig jährlichen Prüfungen der Schlüssel des DIMDI diejenigen Codes gestrichen werden bzw. schon primär keinen Eingang in den OPS bzw. die ICD-10 finden, die der Qualitätssicherung dienen. Daraus resultiert die Forderung, den OPS zwar um Codes zu reduzieren, die sich als nicht erforderlich erwiesen haben, andererseits aber auch die Weiterentwicklung zu einer medizinisch aussagekräftigen Klassifikation gesetzlich zu verankern.

Zu Artikel 4 Nr. 7 (§ 136a Abs. 2 SGB V):

Zur Sicherung der Behandlungsqualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung soll der G-BA in seinen Richtlinien insbesondere verbindliche Mindestvorgaben 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 festlegen. Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung sollen möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen.

Stellungnahme:

Der Gesetzentwurf formuliert ausdrücklich das Anliegen, Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung zu bestimmen. Um derartige Indikatoren entwickeln zu können, werden Daten benötigt, die nach eigener Recherche nicht zwangsläufig in den Routinedaten der Krankenkassen oder in den Abrechnungsdaten der Krankenhäuser enthalten sind. Somit werden Erfassungsinstrumente neu entwickelt, die einen erhöhten Dokumentationsaufwand bedeuten. Mit der ICD-10 und dem OPS liegen zwei bereits etablierte Instrumente vor, die als geeignet anzusehen sind, neben Merkmalen der Strukturqualität auch solche der Dimensionen Prozess- und Ergebnisqualität abzubilden. Eine entsprechende Weiterentwicklung der Klassifikationssysteme würde mit einem geringen Entwicklungsaufwand und mit einem vertretbaren Mehraufwand an Dokumentation für die

Krankenhäuser einhergehen. So bietet sich für die Abbildung von Prozessqualität der OPS an. Mittels entsprechend operationalisierter Prozedurencodes lässt sich beispielsweise die Erbringung leitliniengerechter Therapien abbilden. Die ICD-10 ist in ihrer Eigenschaft als Kommunikationsmittel der Vermittlung von medizinischen Diagnosen mittels einer gemeinsamen Sprache bislang nicht geeignet, Schweregrade reliabel abzubilden. Die Neuaufnahme eines Kodes zur Schweregradmessung in der Psychiatrie wäre bei verpflichtender Kodierung zu Beginn und am Ende einer stationären Behandlung eine geeignete Maßnahme, das Merkmal „Patientenoutcome“ zur Bestimmung der Ergebnisqualität abzubilden. Entsprechende Vorschläge finden sich seit einigen Jahren wiederkehrend im Vorschlagsverfahren des DIMDI, haben bislang jedoch keine Aufnahme in die jeweiligen Klassifikationssysteme gefunden.

Im Sinne der Datensparsamkeit und der Verminderung des Dokumentationsaufwandes erscheint es sinnvoll, die bereits etablierten Instrumente ICD-10 und OPS zu nutzen und weiterzuentwickeln, um den Zielsetzungen des Gesetzentwurfs gerecht zu werden. Bei der Neuentwicklung von Qualitätssicherungsinstrumenten kann auf diese Weise auf vorliegende Routinedaten zurückgegriffen werden. Durch den aktuell vorliegenden Gesetzentwurf scheint das Potenzial der bestehenden Arbeitsinstrumente eingeschränkt zu werden. Es besteht die Gefahr, dass mit dieser Regelung ein bereits bestehender Trend, die Transparenz der erbrachten Leistungen zu minimieren, unterstützt wird.

Es sollte ein gesetzlicher Auftrag zur Weiterentwicklung der beiden bestehenden Klassifikationssysteme um medizinisch aussagekräftige Inhalte erteilt werden, der sich sowohl auf die Belange einer leistungsorientierten Vergütung als auch auf die Einführung von aufwandsarmen Qualitätssicherungsverfahren erstrecken sollte.