

# **Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Kranken- haus-Strukturgesetz – KHSG)**

---

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom  
12.05.2015**

## Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	3
I. Änderung im Krankenhausfinanzierungsgesetz .....	6
II. Änderung in der Bundespflegesatzverordnung .....	7
III. Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch .....	8

## Zusammenfassung

- **Mindestanforderungen an die Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik**

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) schlägt vor, mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) sicherzustellen, dass die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu erarbeitenden Personalstandards zur Sicherung der Qualität in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik verbindliche Mindestanforderungen sind und nicht nur Empfehlungen darstellen. Verbindliche Mindestanforderungen sind notwendig, damit Patienten darauf vertrauen können, dass Krankenhäuser über ausreichendes Personal verfügen, um eine leitlinienorientierte Versorgung anzubieten.

Gleichzeitig sieht der Referentenentwurf vor, dass künftig die Vertragsparteien auf Bundesebene befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Richtlinien oder Beschlüssen des G-BA vereinbaren können. Diese Regelung ist zu begrüßen, da die Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik, die sich bislang im Schwerpunkt an den Personalvorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) orientierten, in aller Regel nicht über eine Personalausstattung verfügen, die eine leitlinienorientierte Behandlung ermöglichen. Befristete Zuschläge, die die mit neuen Personalstandards verbundenen Mehrkosten abdecken, sind daher unverzichtbar.

- **Regionale Versorgungsverpflichtung**

Der Referentenentwurf 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- oder Abschläge bei psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern auf 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. Hierdurch besteht eine Aufnahmeverpflichtung aller Patienten eines bestimmten Einzugsbereichs. Den Krankenhäusern entstehen

dadurch insbesondere in Abhängigkeit von der Einwohner- und Sozialstruktur des Einzugsgebiets sehr unterschiedliche strukturelle Vorhaltekosten. Der G-BA sollte deshalb speziell zur Bemessung der Zu- und Abschläge für die Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung fachlich angemessene Vorschläge erarbeiten.

- **Qualitätsberichte und patientenrelevante Informationen**

Der Referentenentwurf zielt auf eine Weiterentwicklung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser ab. Der G-BA wird damit beauftragt, Vorgaben für stärker patientenrelevante Informationen zu entwickeln. Die BPtK schlägt vor, bei diesen Vorgaben zwischen somatischen und psychiatrischen bzw. psychosomatischen Einrichtungen zu differenzieren. Neben Angaben zur Personalausstattung geht es für Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik unter anderem auch darum, den Patienten offen zu legen, in welchem Umfang Zwangsbehandlungen und in welchem Umfang psychopharmakologische und psychotherapeutische Behandlungen bei verschiedenen Diagnosen durchgeführt werden.

- **Kontrolle und Sanktionen 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. Angemessen scheint es vielmehr, dass der G-BA beim Erlass von Richtlinien jeweils im Einzelfall überprüft, inwieweit die Nichterfüllung der Qualitätsanforderungen in einem gestuften System sanktioniert werden sollte. Darüber hinaus gibt die BPtK zu bedenken, dass eine Qualitätsförderung grundsätzlich eine intrinsische Motivation und eine kontinuierliche, systematische Information der Leistungserbringer über die Ergebnisse der Qualitätssicherung voraussetzt. Auf der Basis dieser Rückmeldungen können die Leistungserbringer Wege finden, ihre Versorgung zu verbessern. Dieses System der Qualitätsförderung fußt auf Freiwilligkeit und Selbstverpflichtung. Beides würde durch ein Übermaß an Kontrolle und Sanktionen gefährdet werden. In diesem Zusammenhang schlägt die BPtK ebenfalls vor, auf die erweiterten Kontrollmöglichkeiten durch den Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) zu verzichten.

- **Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen**

Die BPTK schlägt vor, im Krankenhaus-Strukturgesetz zusätzlich Regelungen zu treffen, die es Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik erleichtert, gemeinsam mit Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten sowie weiteren ambulanten Leistungserbringern eine ambulant orientierte Versorgung für psychisch kranke Menschen mit schweren Beeinträchtigungen zu organisieren. Die BPTK schlägt vor, hier ein Vorgehen in Analogie zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V zu prüfen.

- **Psychotherapeutische Kompetenzen im Krankenhaus besser nutzen**

Mit dem Psychologischen Psychotherapeuten und dem 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. Für Leitungsfunktionen im Krankenhaus wird dies, obschon mancherorts praktiziert, nicht konsequent umgesetzt. Eine entsprechende Klarstellung in den §§ 107 und 118 SGB V ist deshalb längst überfällig.

Die konkreten Änderungsvorschläge werden im Folgenden aufgeführt und begründet.

## I. Änderung im Krankenhausfinanzierungsgesetz

### Artikel 1 Nummer 9

#### Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 9 b) (§ 17d)

§ 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 **für Zu- und Abschläge**“ durch die Angabe „§ 17b Absatz 1a **für Zu- und Abschläge, ergänzt um regionale Versorgungsverpflichtung**“ und 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.**

#### Begründung zu Artikel 1 Nummer 9 b) (§ 17d)

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 einbezogen. Für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen muss deshalb zusätzlich zu den für die Krankenhäuser nach § 17b möglichen Zu- und Abschlägen die Möglichkeit krankenhausesindividueller Zu- und Abschläge für die regionale Versorgungsverpflichtung eingeführt werden.

## II. Änderung in der Bundespflegesatzverordnung

### Artikel 3 Nummer 5

#### Änderungsvorschlag zu Artikel 3 Nummer 5 a) (§ 9)

§ 9 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 Nummer 3 werden nach dem Wort „Abschlägen“ ein **Komma** und die Wörter **„insbesondere für die regionale Versorgungsverpflichtung; § 9 Absatz 1a Nummer 1, 2, 4 und 5 des Krankenhausentgeltgesetzes gelten entsprechend; für die Regelungen zu Zu- und Abschlägen zur regionalen Versorgungsverpflichtung ist § 9 Absatz 1a Nummer 5 Krankenhausentgeltgesetz entsprechend anzuwenden.“**
- b) (...)

#### Begründung zu Artikel 3 Nummer 5 a) (§ 9)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung die auf der Änderung zu Artikel 1 Nummer 9 b) (§ 17d) beruht. Aus diesem Grund gelten die Ausführungen in der Begründung zu Artikel 1 Nummer 9 b) entsprechend.

### **III. Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

#### **Artikel 4 Nummer 6 a – neu – (§ 107)**

#### **Änderungsvorschlag zu Artikel 4 Nummer 6 a – neu – (§ 107)**

§ 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.

#### **Begründung Nummer 6 a – neu – (§ 107):**

Die generelle Definition der Einrichtung Krankenhaus bzw. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen anhand einer ärztlichen Leitung ist historisch zu erklären und sachlich nicht länger zu begründen. Erforderlich ist, dass die fachlich-medizinische Leitung durch eine entsprechend qualifizierte und fachkundige Person wahrgenommen wird. Dazu ist eine Leitung durch einen Arzt weder hinreichend noch notwendig. 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. Sie garantiert, dass nicht ein Arzt die Leitung übernimmt, der fachlich nicht für die Leitung dieses Bereichs qualifiziert ist, da er nicht über eine entsprechende Facharztqualifikation verfügt. Die sachliche Rechtfertigung für eine Einschränkung des leitungsberechtigten Personenkreises kann nicht in der Berufsgruppenzugehörigkeit liegen, sondern allein in der fachlich-medizinischen Kompetenz.

#### **Artikel 4 Nummer 11 a – neu – (§ 118)**

#### **Änderungsvorschlag zu Artikel 4 Nummer 11 a – neu – (§ 118)**

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

Begründung zu Artikel 4 Nummer 11 a – neu – (§ 118) :

Auch die Definition einer „psychiatrischen“ Abteilung anhand einer fachärztlichen Leitung ist historisch und nicht sachlich zu begründen. Es kommt allein auf die fachlich-medizinische Kompetenz an.

**Artikel 4 Nummer 14**

**Änderungsvorschlag zu Artikel 4 Nummer 14 (§ 136a)**

14. 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 **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 **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 **Mindestanforderungen** nach Satz 1 bis spätestens zum 1. Januar 2017 einzufüh-

ren. Informationen über die Umsetzung der **Mindestanforderungen** zur Ausstattung mit therapeutischem Personal und die nach der Einführung mit den Indikatoren nach Satz 1 gemessen und (...)

(3) (...)

#### Begründung zu Artikel 4 Nummer 14 (§ 136a)

Die Versorgungsqualität in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen hängt maßgeblich von Anzahl und Qualifikation des therapeutischen Personals ab. Bei den Vorgaben zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik darf es sich deshalb nicht nur um Empfehlungen für die Krankenhäuser handeln. Die Anforderungen an die Personalausstattung müssen verbindliche Mindestanforderungen im Rahmen einer Richtlinie sein, die so ausgestaltet sein müssen, dass dem Krankenhaus ausreichend Personal für eine leitliniengerechte Versorgung zur Verfügung steht.

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 befristeter Zuschläge für Anforderungen, die die Krankenhäuser aufgrund von neuen Richtlinien des G-BA erfüllen müssen, stellt eine Lösung für dieses Problem dar.

#### Änderungsvorschlag zu Artikel 4 Nummer 14 (§ 136b)

§ 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 Hauses. **Für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen sind speziell für diesen Versorgungsbereich patientenrelevante Informationen auszuwählen, insbesondere Angaben zu Zwangsmaßnahmen.**

(7) (...)

#### Begründung zu Artikel 4 Nummer 14 (§ 136b Absatz 1)

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 Referentenentwurf 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.

#### Begründung zu Artikel 4 Nummer 14 (§ 136b Absatz 6)

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 zu vernachlässigen. Informationen über die Einhaltung von Hygienestandards in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen sind deshalb wenig patientenrelevant. Das gleiche gilt für die Bereiche des Fehler- und Risikomanagements und der Arzneimittelsicherheit, die in somatischen Krankenhäusern aufgrund der dort stattfindenden chirurgischen und komplexen körperlichen Eingriffe und Behandlungen von höherer Bedeutung für die Patienten sind als in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern. Angaben zu Personalmaßzahlen sind sowohl für somatische als auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtung für Patienten von Interesse.

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 den Umgang mit Zwangsmaßnahmen wie z. B. der Anteil der Personen, die zwangsuntergebracht sind oder im Rahmen des stationären Aufenthalts eine Zwangsbehandlung erhalten, oder Angaben zum

Anteil von Personen die Benzodiazepine als Entlassmedikation erhalten. Von besonderem Interesse ist auch das Ausmaß der psychopharmakologischen und psychotherapeutischen Interventionen bei der Behandlung

### **Änderungsvorschlag zu Artikel 4 Nummer 14 (§ 136c)**

§ 136c

Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung

(...)

**(3)** Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt erstmals bis zum 31. März 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) (...)

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

### **Begründung zu Artikel 4 Nummer 14 (§ 136c Absatz 3)**

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 Ab-

satz 2 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Vereinbarungen über bundeseinheitliche Zu- und Abschläge 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.

#### Begründung zu Artikel 4 Nummer 14 (§ 136c Absatz 5 – neu –)

Psychiatrische Einrichtungen und Fachabteilungen haben im Rahmen ihrer regionalen Versorgungsverpflichtung in Abhängigkeit von z. B. der Größe, der Einwohner- und Sozialstruktur, der ambulanten Versorgungssituation oder anderer regionalen Besonderheiten ihres Versorgungsgebiets unterschiedlich hohe strukturelle Vorhaltekosten zur Erfüllung ihrer Versorgungsverpflichtung. So wird beispielsweise ein psychiatrisches Krankenhaus in städtischen Ballungsräumen andere Vorhaltestrukturen benötigen als eine psychiatrische Fachabteilung in einem ländlichen Versorgungsraum. Die Höhe der Zu- und Abschläge für die Erfüllung bzw. Nichterfüllung 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 Zu- oder Abschläge ableiten ließe. Der G-BA wird deshalb beauftragt, analog zu den Regelungen für eine gestufte Notfallversorgung, Mindestvoraussetzungen für verschiedenen Stufen der Erfüllung der regionalen Versorgungsverpflichtung zu erarbeiten, nach denen die Krankenhäuser gestaffelte Zu- oder Abschläge erhalten können.

## Änderungsvorschlag zu Artikel 4 Nummer 14 (§ 137)

### § 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 § 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 Maßnahmestufen 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 Gemeinsamen 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 4 Nummer 14  
(§ 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) (...)

Begründung zu Artikel 4 Nummer 14 (§ 137 und § 136 Absatz 1 Satz 2)

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 Referentenentwurf des Krankenhausstrukturgesetzes 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 Referentenentwurf (u.a. zur sektorenübergreifenden bzw. sektorspezifischen Qualitätssicherung und zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement) zum Regelfall. Zwar sind gemäß § 137 Absatz 1 Satz 4 die Maßnahmestufen 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 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 Qualitätssicherungsrichtlinien 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 QS-Verfahren 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 QS-Verfahren nicht erfasst werden.

Wenn nun im Kontext der QS-Verfahren eine permanente Drohung mit Sanktionen bei Nichteinhaltung bestimmter Qualitätsanforderungen aufgebaut wird, kann dies zur Folge haben, dass die Leistungserbringer vorrangig auf eine hundertprozentige Einhaltung der in den QS-Verfahren definierten Qualitätsanforderungen fokussieren, zu Lasten 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 Qualitätsergebnisse 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 Referentenentwurfs) 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.

#### **Artikel 4 Nummer 21**

#### **Änderungsvorschlag zu Artikel 4 Nummer 21 bis 25 (§ 275a)**

**Der im Referentenentwurf vorgesehene § 275a sowie die auf den § 275a bezogene Änderungen des Referentenentwurfes entfallen.**

#### **Begründung zur Streichung von § 275a:**

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.