

**Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)**

BT-Drucksache 18/9528

---

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom  
20.09.2016**

## Inhaltsverzeichnis

<b>I. Zentrale Punkte .....</b>	<b>3</b>
• Sicherstellung einer leitlinienorientierten Versorgung.....	3
• Psychiatrische Institutsambulanzen differenziert berücksichtigen.....	3
• Stationsäquivalente Behandlung durch Netze ambulanter Leistungserbringer	4
• Stationersetzende ambulante Versorgung fördern .....	5
<b>II. Änderungsvorschläge im Einzelnen.....</b>	<b>6</b>
1. Empirisch kalkulierter Entgeltkatalog (Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 5 § 17d KHG).....	6
2. Nachweis Personalausstattung (Änderungsvorschlag zu Artikel 2 Nummer 14 § 18 BPfIV).....	10
3. Verordnung von Leistungen der Soziotherapie durch Psychotherapeuten (Änderungsvorschlag zu Artikel 5 Nummer 1 § 37 SGB V) .....	14
4. Einbezug Psychiatrischer Institutsambulanzen in die Bedarfsplanung (Änderungsvorschläge zu Artikel 5 Nummer 3 § 101 SGB V und zu Artikel 5 Nummer 15 § 295 SGB V).....	16
5. Stationsäquivalente Behandlung (Änderungsvorschlag zu Artikel 5 Nummer 5 § 115d SGB V).....	23
6. Förderung der „stationersetzenden“ Versorgung schwer psychisch kranker Menschen .....	28
7. Psychosomatische Institutsambulanzen (Änderungsvorschlag zu Artikel 5 Nummer 6 § 118 SGB V).....	32
8. Zuführung von Mitteln aus der Liquiditätsreserve zu den Einnahmen des Gesundheitsfonds (Artikel 5 Nummer 13 § 271 SGB V) .....	34
9. Systematische Überarbeitung des OPS für die Qualitätssicherung (Änderungsvorschlag zu Artikel 5 Nummer 16 § 301 SGB V) .....	35

## I. Zentrale Punkte

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt die Pläne der Bundesregierung, mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) die Versorgung schwer psychisch kranker Menschen zu verbessern. Insbesondere die Einführung verbindlicher Personalanforderungen für eine leitlinienorientierte Versorgung in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik, deren Umsetzung von den Kliniken zukünftig nachgewiesen werden muss, findet die ausdrückliche Zustimmung der BPTK. Auch die Förderung der sektorenübergreifenden Versorgung durch die Einführung einer stationsäquivalenten Behandlung durch das Krankenhaus ist aus Sicht der BPTK sinnvoll. Eine Verbesserung der Versorgung schwer psychisch kranker Menschen ist jedoch nicht ohne eine Einbeziehung und Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturen möglich.

### • **Sicherstellung einer leitlinienorientierten Versorgung**

Mit der Reform des Finanzierungssystems soll eine leitlinienorientierte Versorgung in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik befördert werden. Ob und inwieweit dieses Ziel durch die Einführung verbindlicher Personalvorgaben verbunden mit einer Nachweisregelung erreicht wird, muss im Rahmen der Qualitätssicherung überprüfbar werden. Entscheidend für die Versorgungsqualität in den Einrichtungen ist, welche Behandlungskonzepte und -leistungen mit diesem Personal umgesetzt werden. Damit dies auf der Basis von Routinedaten beurteilt werden kann, ist eine Überarbeitung des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) für die Leistungsdokumentation erforderlich. Die BPTK fordert, diesen Prozess durch gesetzliche Vorgaben zu unterstützen.

### • **Psychiatrische Institutsambulanzen differenziert berücksichtigen**

Die undifferenzierte und pauschale Anrechnung von Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) in der Bedarfsplanung ist nicht sachgerecht und kann negative Auswirkungen auf die ambulante psychotherapeutische Versorgung haben. Wegen des schon aufgrund des gesetzlichen Auftrags in der Regel unterschiedlichen Leistungsspekt-

rums von PIA und Vertragsärzten bzw. Vertragspsychotherapeuten sollte der Gesetzgeber auf die Berücksichtigung der PIA in der Bedarfsplanung ganz verzichten. Sollte der Gesetzgeber jedoch bei der Anrechnung der PIA in der Bedarfsplanung bleiben, fordert die BPTK, nur diejenigen Leistungen der PIA für die Berechnung der Versorgungsgrade zu berücksichtigen, die diese ggf. erbringen, um Versorgungslücken in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung zu schließen. Hierfür muss aus der Leistungsdokumentation der PIA differenziert hervorgehen, aus welchem Anlass, mit welchen Leistungen und durch welche Berufsgruppen Patienten in der PIA versorgt werden. Leistungen, die die PIA zur Versorgung schwer psychisch kranker Menschen erbringt, die aufgrund der Art und Schwere ihrer Erkrankung eine krankenhausahe Behandlung in der PIA benötigen, sollten ebenso wenig für die Bedarfsplanung berücksichtigt werden wie die geplanten stationsäquivalenten Behandlungen, die zukünftig im Auftrag der Krankenhäuser auch durch die PIA erbracht werden können.

- **Stationsäquivalente Behandlung durch Netze ambulanter Leistungserbringer**

Die Einführung einer „stationsäquivalenten Behandlung (SÄB)“ (§ 115d SGB V) schwer psychisch kranker Menschen in akuten Krankheitsphasen als ambulante Komplexleistung durch ein multiprofessionelles Team ist eine sinnvolle Ergänzung des Versorgungsangebots an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Eine Beschränkung des Kreises der Leistungserbringer auf die Krankenhäuser ist unter den vorgesehenen gesetzlichen Rahmenbedingungen jedoch weder sachgerecht noch zweckmäßig. Voraussetzung für die SÄB soll die stationäre Behandlungsbedürftigkeit der Patienten sein. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts liegt „stationäre Behandlungsbedürftigkeit“ dann vor, wenn nur auf diese Weise ein notwendiger komplexer Behandlungsansatz erfolgversprechend verwirklicht werden kann. Neben Krankenhäusern, die ein entsprechendes Versorgungsangebot realisieren können, werden der „stationsäquivalenten Behandlung“ vergleichbare Komplexleistungen derzeit von Netzen ambulanter Leistungserbringer im Rahmen von IV-Verträgen nach § 140a SGB V erbracht. Netze ambulanter Leistungserbringer, die der Versorgung dieser Patienten in akuten Krankheitsphasen und Krisen dienen, sollten

deshalb ebenfalls im Sinne einer stationsäquivalenten Behandlung tätig werden können, sofern sie die von den Selbstverwaltungspartnern noch zu vereinbarenden Anforderungen an die Leistungserbringung erfüllen.

- **Stationsersetzende ambulante Versorgung fördern**

Neben den schwer psychisch kranken Menschen, die stationär behandelt werden müssen, gibt es eine größere Gruppe schwer psychisch kranker Menschen, bei denen stationäre Behandlungsbedürftigkeit zu vermeiden wäre, wenn es ausreichend intensive und komplexe ambulante Versorgungsangebote gäbe, die diese Patienten in akuten Krankheitsphasen und Krisen „stationsersetzend“ versorgen. Benötigt werden Versorgungsangebote, bei denen die verschiedenen Leistungserbringer – z. B. Fachärzte, Psychotherapeuten, Soziotherapeuten und psychiatrische Krankenpflege – im Team eine miteinander und individuell auf den Patienten abgestimmte Behandlung übernehmen. Die einzelnen Leistungen gehören bereits zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Es fehlen jedoch regelhaft ambulante Versorgungsstrukturen, in denen diese Leistungen als koordinierte Behandlung „aus einer Hand“ angeboten und vergütet werden. Die BPTK fordert deshalb, die Versorgung schwer psychisch kranker Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf durch vernetzte ambulante Leistungserbringer im Rahmen des Innovationsfonds gezielt und zusätzlich zu den bereits getroffenen Maßnahmen zu fördern. Hierfür sollten exklusive Mittel in der Höhe von 33 Millionen Euro bereitgestellt und der Fonds entsprechend aufgestockt werden.

## II. Änderungsvorschläge im Einzelnen

### 1. Empirisch kalkulierter Entgeltkatalog

#### (Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 5 § 17d KHG)

- **Weiterentwicklung notwendig**

Die BPTK begrüßt, dass die Leistungen der Krankenhäuser zukünftig auf der Basis eines bundesweit einheitlichen, empirisch kalkulierten Entgeltkatalogs vereinbart werden sollen. Dies ist eine Voraussetzung dafür, dass die Leistungen der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen sowohl transparent und vergleichbar werden als auch als Grundlage für die Vereinbarung leistungsgerechter Krankenhausbudgets herangezogen werden können. Die BPTK sieht auch die Notwendigkeit, die Vorgaben für die Kalkulation des Entgeltsystems an die geänderten Rahmenbedingungen eines Budgetsystems anzupassen. Insofern stimmt die BPTK den Ausführungen des Gesetzgebers in der Begründung zu Artikel 2 Nummer 5 § 17d KHG zu, dass für eine Nutzung des Entgeltkatalogs im Rahmen eines Budgetsystems der Aspekt der exakten Kostentrennung eine geringere Bedeutung hat als in einem Preissystem und das Ziel der Pauschalierung gestärkt werden kann.

- **Kosten- und Leistungshomogenität abbilden**

Aus Sicht der BPTK ist es jedoch erforderlich, den Entgeltkatalog gleichzeitig so weiterzuentwickeln, dass er geeignet ist, zusätzlich zur Kostenhomogenität für medizinisch unterscheidbare Patientengruppen auch das dahinterliegende Leistungsgeschehen und die dafür erforderliche Personalausstattung adäquat abzubilden. Nur so lässt sich zukünftig in ausreichendem Maße ein Bezug zu den Mindestvorgaben für die Personalausstattung herstellen. Der jetzige Entgeltkatalog, der unter dem Aspekt der Kostenhomogenität kalkuliert wurde, genügt diesem Zweck nicht ausreichend. In den einzelnen Entgeltgruppen finden sich klinisch unterschiedliche Patientengruppen, die zwar hinsichtlich ihrer Kosten vergleichbar sind, aber sich zum Teil hinsichtlich des dahinterliegenden Leistungsgeschehens und des dafür erforderlichen Personals erheblich unterscheiden. So umfasst die Behandlung eines Patienten mit einer Psychose und einer komplizierenden Nebendiagnose, z. B. einem akut entgleisten Diabetes, zusätzlich Leistungen von anderen Berufsgruppen als die Behandlung eines Patienten mit einer Psychose ohne komplizierende Nebendiagnose, der beispielsweise in einem

Vater-/Mutter-Kind-Setting behandelt wird. Im jetzigen Entgeltkatalog werden aber beide Patientengruppen in die gleiche PEPP (PA 03 A) eingestuft, da für die Eingruppierung allein die Kosten maßgeblich sind.

- **Bezug zwischen Leistungen und Personalausstattung herstellen**

Eine Weiterentwicklung des Entgeltkatalogs unter dem Gesichtspunkt der Bildung leistungshomogener, d. h. in Bezug auf die wesentlichen Leistungen vergleichbarer, Patientengruppen ist deshalb notwendig. Innerhalb kostenhomogener Patientengruppen müssen zusätzlich „leistungshomogene“, d. h. in Bezug auf die Leistungen verschiedener Berufsgruppen vergleichbare, Patientengruppen differenziert werden. Aus „leistungshomogenen“ Patientengruppen lässt sich ableiten, welche Personalausstattung eine Klinik benötigt, um diese Leistungen zu erbringen, und die Herstellung eines Bezugs zu den Mindestvorgaben für die Personalausstattung wird möglich.

In der Begründung zu Artikel 1 Nummer 5 § 17d Doppelbuchstabe aa) wird darauf hingewiesen, dass das Entgeltsystem auch zukünftig geeignet sein muss, die Transparenz über das Leistungsgeschehen zu erhöhen. Aus Sicht der BPTK reicht dies jedoch nicht aus, um sicherzustellen, dass der zukünftige Entgeltkatalog den beschriebenen Anforderungen genügt. Insbesondere in Verbindung mit der Ergänzung in § 17d Absatz 1 Satz 4 KHG, die besagt, dass der Differenzierungsgrad des Vergütungssystems praktikabel und der Dokumentationsaufwand auf das notwendige Maß begrenzt sein müsse, könnte die Notwendigkeit der Eignung des Entgeltkatalogs für die Herstellung eines Zusammenhangs zwischen den Leistungen und den vom Krankenhaus zu erfüllenden Mindestvorgaben für die Personalausstattung aus den Augen verloren werden.

Ein ausdrückliches Ziel des PsychVVG ist es, die Versorgungsqualität in Psychiatrie und Psychosomatik zu fördern. Zur Sicherung der Strukturqualität werden hierfür verbindliche Personalvorgaben für eine leitlinienorientierte Versorgung eingeführt. Kliniken müssen deshalb in die Lage versetzt werden, in den Budgetverhandlungen nachweisen zu können, welche Personalausstattung sie auf Basis der Mindestvorgaben für die Umsetzung einer leitlinienorientierten Versorgung benötigen. Dies gelingt nur, wenn sich aus den vereinbarten Leistungen auf der Basis des empirisch kalkulierten

Entgeltkatalogs ableiten lässt, welches Personalportfolio für eine leitlinienorientierte Versorgung benötigt wird.

- **Gemeinsamer Bericht über die Auswirkungen des neuen Entgeltsystems**

Zur Evaluation der Auswirkungen des neuen Entgeltsystems und der Anzahl von Modellvorhaben nach § 64b SGB V werden die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bis zum 30. Juni 2019 einen gemeinsamen Bericht vorzulegen. In den Bericht sollen die Stellungnahmen der Fachverbände der Psychiatrie und Psychosomatik einbezogen werden. Um neben der Perspektive der Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik auch die Perspektive der Leistungserbringer ausreichend einzubeziehen, sollten auch die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundesärztekammer bei den Stellungnahmeberechtigten berücksichtigt werden.

Um einen Bezug zwischen den beiden Systemelementen „Verbindliche Personalvorgaben“ und „empirischer Entgeltkatalog“ herstellen zu können sowie zur Berücksichtigung der Leistungserbringer bei der Evaluation, schlägt die BPTK folgende Ergänzungen vor:

**Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 5**

5. § 17d wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Das Vergütungssystem hat den unterschiedlichen **Kosten- und Leistungsaufwand** der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden; dabei muss unter Berücksichtigung des Einsatzzwecks des Vergütungssystems als Budgetsystem der Differenzierungsgrad praktikabel und der Dokumentationsaufwand auf das notwendige Maß begrenzt sein.“

...

d) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) ... In den Bericht sind die Stellungnahmen der Fachverbände der Psychiatrie und Psychosomatik **sowie der Bundespsychotherapeutenkammer und der Bundesärztekammer** einzubeziehen. ...“



## **Änderungsvorschlag für die Gesetzesbegründung zu Artikel 1 Nummer 5**

### **Zu Doppelbuchstabe aa)**

Folgende Sätze sollten nach Satz 6 ergänzt werden:

**„Zudem muss zusätzlich zur Kostenhomogenität der Entgeltgruppen eine Differenzierung in leistungshomogene Patientengruppen, d. h. Patientengruppen für deren Behandlung ein ähnliches Personalportfolio erforderlich ist, erfolgen. Dies ist erforderlich, um aus den vereinbarten Leistungen eines Krankenhauses auf der Basis des Entgeltkatalogs ableiten zu können, welche Personalausstattung ein Krankenhaus zur Einhaltung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung benötigt.“**

## 2. Nachweis Personalausstattung

### (Änderungsvorschlag zu Artikel 2 Nummer 14 § 18 BPfIV)

Die Einführung einer Nachweispflicht des Krankenhauses zur Umsetzung der Personalvorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) gegenüber dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ab dem Jahr 2016 und zur Umsetzung der Mindestvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ab dem Jahr 2020 sowohl gegenüber dem InEK als auch den Vertragsparteien nach § 11 Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) findet die ausdrückliche Zustimmung der BPTK.

- **Differenzierung der Nachweispflicht**

Aus der Gesetzesformulierung und der Begründung geht aus Sicht der BPTK jedoch nicht eindeutig hervor, wie differenziert dieser Nachweis ausgestaltet werden muss bzw. inwieweit die Krankenhäuser verpflichtet sind, auch nachzuweisen, in welchen Behandlungsbereichen das Personal eingesetzt wird. Ein differenzierter Nachweis hierüber ist jedoch notwendig, um die Strukturqualität in den Einrichtungen und die Umsetzung in ein entsprechendes Behandlungsangebot wirklich beurteilen zu können. Nur so können Verschiebungen des Personals innerhalb des Regelungsbereichs der Personalvorgaben, z. B. sowohl von der Akutstation in die Tagesklinik als auch in Bereiche, die nicht dem Regelungsbereich unterliegen, wie z.B. in die PIA, sichtbar werden.

- **Personalverschiebungen innerhalb der Einrichtungen**

Dass Personalverschiebungen innerhalb der Einrichtung ein durchaus relevantes Problem darstellen, zeigen die Ergebnisse der jährlichen Überprüfung der Umsetzung der Psych-PV-Vorgaben durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) in Hessen. Insbesondere in den Behandlungsbereichen, in denen die am wenigsten beschwerdefähigen Patienten behandelt wurden, wie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Gerontopsychiatrie und den Akutstationen, wurden die Personalvorgaben zugunsten anderer Behandlungsbereiche am deutlichsten unterschritten.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Statement des MdK Hessen in der AG „Personalanforderungen Psychiatrie und Psychosomatik“ des Gemeinsamen Bundesausschusses am 12.03.2015.

- **Basis für aussagekräftige Qualitätsberichte**

Ein ausreichend differenzierter Nachweis der Umsetzung der Personalvorgaben ist auch notwendig, um zukünftig möglichst auf der Basis von Routinedaten mehr Transparenz über die Einhaltung der Personalvorgaben für Patienten und Einweiser, z. B. im Rahmen der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser, herstellen zu können. Die Krankenhäuser sind bereits jetzt verpflichtet, in den Qualitätsberichten Angaben zur Anzahl der Vollkräfte in den verschiedenen Berufsgruppen zu machen. Wie eine Auswertung der Angaben zur Personalausstattung in den Qualitätsberichten von psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen durch die BPTK zeigt, ist die Aussagekraft dieser Angaben eher gering, da sich die Angaben auf das gesamte Krankenhaus beziehen und keine Rückschlüsse darauf zulassen, wieviel Personal de facto für die Versorgung auf den einzelnen Stationen zur Verfügung steht.<sup>2</sup> Die für die Ausgestaltung der Qualitätsberichte zuständige Arbeitsgruppe beim G-BA hat bereits beschlossen, die Vorgaben zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik zu überarbeiten und aussagekräftiger zu gestalten. Um den Aufwand für die Krankenhäuser zur Erstellung der Qualitätsberichte möglichst gering zu halten und um Doppelerhebungen zu vermeiden, wäre es sinnvoll, wenn die Krankenhäuser hierfür auf aussagekräftige Routinedaten zurückgreifen könnten. Auch aus diesem Grund wäre eine differenzierte Ausgestaltung der Nachweisregelung zur Personalausstattung sinnvoll.

### **Änderungsvorschlag zu Artikel 2 Nummer 14**

14. § 18 wird wie folgt geändert:

a (...)

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa (...)

bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Für die Jahre 2016, 2017, 2018 und 2019 hat das Krankenhaus dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nachzuweisen, inwieweit die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung zur Zahl der Personalstellen

---

<sup>2</sup> BPTK-Studie „Die Qualität der Versorgung in Psychiatrie und Psychosomatik – eine Auswertung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser“, 2016. <http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/verlaesslich.html>, Zugriff am 20.09.2016.

eingehalten werden. Für die Jahre ab 2020 hat das Krankenhaus dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und den anderen Vertragsparteien nach § 11 die Einhaltung der von dem Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Vorgaben zur Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal nachzuweisen. Für den Nachweis nach den Sätzen 2 und 3 hat das Krankenhaus eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die zweckentsprechende Mittelverwendung vorzulegen. Aus dem Nachweis nach den Sätzen 2 und 3 muss insbesondere die vereinbarte Stellenbesetzung in Vollkräften, die tatsächliche jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung in Vollkräften, jeweils gegliedert nach Berufsgruppen **und Behandlungsbereichen**, sowie der Umsetzungsgrad der personellen Anforderungen hervorgehen. Das Krankenhaus übermittelt den Nachweis nach den Sätzen 2 und 3 zum 31. März jeden Jahres für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr an die anderen Vertragsparteien nach § 11 und an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und für die Ermittlung der Ergebnisse des leistungsbezogenen Vergleichs nach § 4; die Angaben für das Jahr 2016 sind bis zum 1. August 2017 zu übermitteln.“

## **Änderungsvorschlag für die Gesetzesbegründung zu Artikel 2 Nummer 14**

### **Zu Buchstabe b**

(...) Bei der vereinbarten wie der tatsächlichen Stellenbesetzung ist zu gewährleisten, dass die vereinbarten Stellen beziehungsweise das vorhandene Personal umfassend berücksichtigt werden, das heißt einschließlich unter anderem der Personalbemessung, die nicht vom Regeldienst umfasst ist (z. B. Nachtdienst, Bereitschaftsdienst, Rufbereitschaft, Konsiliardienst, Tätigkeiten in Nachtkliniken), abweichender Vereinbarungen zur Zahl der Personalstellen sowie der Personalbemessung für Führungskräfte. **Zudem muss aus dem Nachweis hervorgehen, in welchen Behandlungsberei-**

**chen oder Abteilungen, das Personal eingesetzt wird, um etwaige Personalverschiebungen innerhalb der Einrichtung transparent zu machen.** Die ermittelten Stellen sind jeweils in Vollkräften anzugeben. (...)

### **3. Verordnung von Leistungen der Soziotherapie durch Psychotherapeuten (Änderungsvorschlag zu Artikel 5 Nummer 1 § 37 SGB V)**

In Artikel 5 Nummer 1 wird die mit dem GKV-Versorgungstärkungsgesetz eingeführte Befugniserweiterung für Psychotherapeuten zur Verordnung von Soziotherapie in § 37a SGB V nachvollzogen. Neben der Ergänzung der Psychotherapeuten in § 37a Absatz 2 schlägt die BPTK vor, auch in § 37a Absatz 1 eine entsprechende Ergänzung vorzunehmen. Neben der Unterstützung der Versicherten zur Inanspruchnahme von „ärztlichen“ und „ärztlich verordneten“ Leistungen dient Soziotherapie auch zur Unterstützung der Inanspruchnahme von „psychotherapeutischen“ und „psychotherapeutisch verordneten“ Leistungen. Bei den „psychotherapeutisch verordneten“ Leistungen handelt es sich insbesondere um Leistungen der ambulanten Rehabilitation, die mit den Änderungen im Versorgungstärkungsgesetz nun ebenfalls von Psychotherapeuten verordnet werden können. Die BPTK schlägt deshalb folgende Ergänzung in § 37a Absatz 1 SGB V vor.

#### **Änderungsvorschlag zu Artikel 5 Nummer 1**

1. § 37a **Absatz 1** und Absatz 2 werden ~~wird~~-wie folgt geändert:
  - a) In **Absatz 1 Nummer 1** werden nach den Wörtern „ärztliche oder ärztlich verordnete“ die Wörter „bzw. psychotherapeutische oder psychotherapeutisch verordnete“ eingefügt.
  - b) In **Absatz 2 Nummer 3** werden nach dem Wort „Ärzte“ die Wörter „und Psychotherapeuten“ eingefügt.
  - c) In **Absatz 2 Nummer 5** werden nach dem Wort „Arztes“ die Wörter „oder Psychotherapeuten“ eingefügt.

#### **Änderungsvorschlag für die Gesetzesbegründung zu Artikel 5 Nummer 1**

Mit dem GKV-Versorgungstärkungsgesetz wurden durch die Änderung des § 73 SGB V die Befugnisse der Psychotherapeuten zur Verordnung von bestimmten Leistungen erweitert und der G-BA beauftragt, in den entsprechenden Richtlinien nähere Verordnungsvoraussetzungen zu konkretisieren, gegebenenfalls auch besondere Anforderungen an die Qualifikation

der Psychotherapeuten als Qualitätsanforderung zu regeln. Mit der Änderung wird diese Erweiterung der Befugnis auch in § 37a **Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 3 und 5** nachvollzogen.

#### **4. Einbezug Psychiatrischer Institutsambulanzen in die Bedarfsplanung (Änderungsvorschläge zu Artikel 5 Nummer 3 § 101 SGB V und zu Artikel 5 Nummer 15 § 295 SGB V)**

Aus Sicht der BPTK ist es nicht sachgerecht, die in PIA tätigen Ärzte und Psychotherapeuten in die Berechnung der Versorgungsgrade in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung einzubeziehen. Wegen des schon aufgrund des gesetzlichen Auftrags in der Regel unterschiedlichen Leistungsspektrums von PIA und Vertragsärzten bzw. Vertragspsychotherapeuten sollte der Gesetzgeber auf die Berücksichtigung der PIA in der Bedarfsplanung ganz verzichten.

Sollte der Gesetzgeber bei einer Anrechnung der Leistungen der PIA bleiben, sollten jedoch nur die Leistungen Berücksichtigung finden, die denen in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung vergleichbar sind. Um dies zu gewährleisten, hält die BPTK Anpassungen in Artikel 5 Nummer 3 (Ergänzung in § 101 SGB V), nach denen die PIA zukünftig standortbezogen Angaben zu den zur Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten an die Landesausschüsse übermitteln sollen, für erforderlich.

- **Tätigkeitsspektrum der Psychiatrischen Institutsambulanzen**

Psychiatrische Institutsambulanzen haben derzeit zwei und zukünftig voraussichtlich drei unterschiedliche Tätigkeitsspektren. § 118 SGB V sieht zum einen die Versorgung von Versicherten vor, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung der Behandlung in einer PIA bedürfen, und zum anderen die Behandlung von Patienten, die „wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten“ auf die Behandlung durch die PIA angewiesen sind. Zusätzlich werden PIA zukünftig im Rahmen der stationsäquivalenten Behandlung tätig werden, da davon auszugehen ist, dass ein Großteil der Krankenhäuser seine PIA mit der „stationsäquivalenten Behandlung“ beauftragen wird. Nur im Fall der Versorgung von Patienten, die „wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten“ auf die Behandlung in einer PIA angewiesen sind, übernehmen die PIA vertragsärztliche und/oder vertragspsychotherapeutische Aufgaben. Überhaupt nur in diesen Fällen kann es unter Umständen sachgerecht sein, die PIA im Kontext der Bedarfsplanung zu berücksichtigen.



Darüber hinaus haben PIA regelhaft keinen psychotherapeutischen Leistungsschwerpunkt, der mit dem vertragspsychotherapeutischen Bereich vergleichbar wäre<sup>3</sup>. Dies zeigen auch Auswertungen für das Jahr 2014, wonach die Behandlung in den PIA für die meisten Patienten nur einmalig im Quartal stattfand<sup>4</sup>. Im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie sind deutlich höherfrequente Behandlungen von durchschnittlich 2 bis 4 Behandlungsstunden pro Monat über einen längeren Zeitraum üblich<sup>5</sup>.

- **Ausreichend differenzierte Leistungsdokumentation**

Bisher ist es anhand der Leistungsdokumentation in den PIA nicht möglich, „zwischen Fällen, für die die besonderen Mittel der psychiatrischen Krankenhäuser notwendig sind, und Fällen, bei denen es sich um „Ersatzleistungen“ handelt, die wegen einer unzureichenden vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Versorgung notwendig sind, zu unterscheiden“<sup>6</sup>. Daher sind aus Sicht der BPTK entsprechende Ergänzungen in § 101 SGB V zur Leistungsdokumentation und zur Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA notwendig, die es ermöglichen, nur die Leistungen der PIA bei der Berechnung des Versorgungsgrads zu berücksichtigen, die vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Leistungen ersetzen und diesen in Art und Inhalt entsprechen. Die im Entwurf vorgesehene Regelung, die allein die Differenzierung nach personellen Kapazitäten in Vollzeitäquivalenten vorschreibt, ist dazu ungeeignet.

Um eine sachgerechte Anrechnung von PIA auf die Bedarfsplanung zu ermöglichen, ist daher zum einen zu dokumentieren, welcher Anlass zur Behandlung in der PIA geführt hat (entsprechend § 118 Absatz 1 Satz 2 SGB V). Für die Bedarfsplanung ist im Prinzip nur die Versorgung von Patienten durch PIA relevant, die wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch PIA angewiesen sind. In diesem Fall ist aber eine Anrechnung kontraproduktiv, da sie nur die Niederlassung

---

<sup>3</sup> BPTK (2014). Stellungnahme der BPTK zum Beschluss des G-BA vom 17.04.2014 zur Einbeziehung der Psychiatrischen Institutsambulanzen in die Bedarfsplanung. Abrufbar unter: [http://www.bptk.de/uploads/media/20140519\\_stn\\_bptk\\_g-ba\\_beschluss\\_pia.pdf](http://www.bptk.de/uploads/media/20140519_stn_bptk_g-ba_beschluss_pia.pdf), Zugriff am 20.09.2016.

<sup>4</sup> Neubert, O. & Richter, M. (2016). Erste Schritte zur Transparenz im Rahmen der Psych-Entgeltreform. In J. Klauber et al. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2016 – Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus (S. 63-84).

<sup>5</sup> Dräther, H., Krüger, H.-W., Schäfer, T. & Waltersbacher, A. (2013). Ambulante Psychotherapie – Bericht zur internen Verwendung im AOK-System des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO).

<sup>6</sup> Neubert, O. & Richter, M. (2016). Erste Schritte zur Transparenz im Rahmen der Psych-Entgeltreform. In J. Klauber et al. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2016 – Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus (S. 63-84).

erforderlicher Ärzte verhindert. Darüber hinaus muss aus der Leistungsdokumentation hervorgehen, inwieweit die Leistungen hinsichtlich der Strukturqualität, in der sie erbracht werden, und hinsichtlich ihres Inhalts vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Leistungen entsprechen. Hierfür sollte sich die Leistungsdokumentation in den PIA an den Dokumentationsanforderungen der in der vertragsärztlichen Versorgung eingesetzten Schlüssel des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) orientieren.

Nur so kann sichergestellt werden, dass ausschließlich die Leistungen in PIA, die als Ersatz für mangelnde ambulante Versorgungsangebote übernommen werden und beispielsweise dem Spektrum der Psychotherapie-Richtlinie entsprechen, auch bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden. Aus den genannten Gründen ist in der Folge auch eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie in § 22 notwendig. Die entsprechende Grundlage wird durch einen weiteren Änderungsvorschlag zu Artikel 5 Nummer 3a (- neu -) geschaffen.

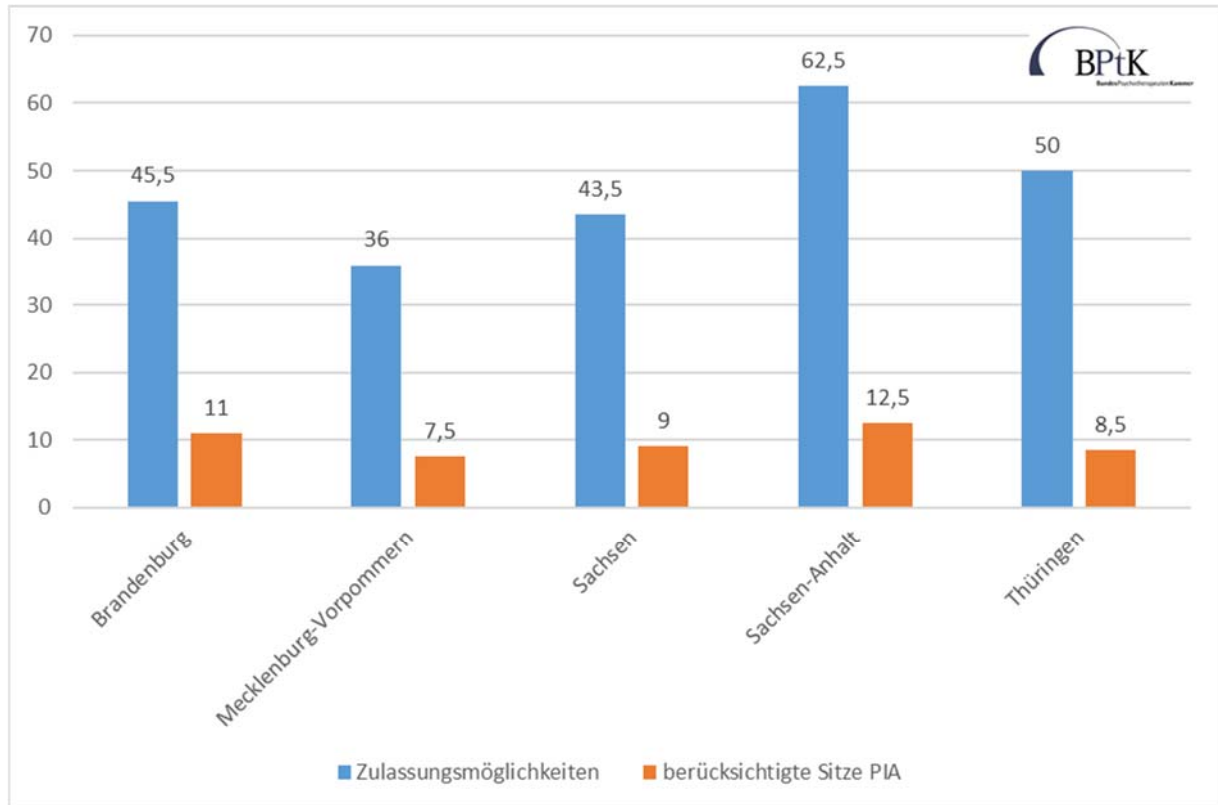
- **Konsequenzen einer undifferenzierten Anrechnung**

Durch die undifferenzierte und pauschale Anrechnung von PIA kann sich die ambulante psychotherapeutische Versorgungssituation weiter verschlechtern. Die Regelung führte bereits dazu, dass eigentlich vorgesehene und dringend benötigte Zulassungsmöglichkeiten wegfielen.

Ziel des Gesetzgebers war es, mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV insbesondere die psychotherapeutische Versorgung zu verbessern. Wie bereits die bisherige pauschale Anrechnung von PIA mit dem Faktor 0,5 dieses Ziel konterkariert hat, zeigt sich besonders plastisch am Beispiel Ostdeutschlands. Dort warteten psychisch kranke Menschen durchschnittlich 14 bis 19 Wochen auf ein erstes Gespräch bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten. Deshalb war geplant, vor allem in den ländlichen Regionen von Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen deutlich mehr Psychotherapeuten zuzulassen. Die BPTK hat berechnet, wie sich dort die erstmalige pauschale Anrechnung von PIA auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten auswirkte. Danach fielen in den Planungsbereichen, in denen noch Zulassungsmöglichkeiten bestanden, 48,5 der

237,5 Sitze weg, die mit der Reform der Bedarfsplanung eigentlich geschaffen werden sollten. Das entspricht 20 Prozent der Zulassungsmöglichkeiten (siehe Abbildung 1).

**Abbildung 1: Zulassungsmöglichkeiten und Wegfall von Sitzen durch die Anrechnung von PIA auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten**



Quelle: Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäuser, eigene Berechnungen der Bundespsychotherapeutenkammer, 2014

Mindestens ebenso gravierende Folgen sind jetzt zu erwarten. Wird vom Gesetzgeber lediglich die Übermittlung von personellen Kapazitäten in Vollzeitäquivalenten sichergestellt, so wird der G-BA auch nur darauf rekurrieren können. Er wird damit wieder unabhängig von den Leistungen, die in der PIA tatsächlich erbracht werden, pauschal auf die Anrechnung der Berufsgruppen abstellen können. Es wird dann wohl nicht mehr einen pauschalen Faktor für die Institution PIA geben, sondern einen pauschalen Faktor für die vollzeitbeschäftigten Berufsgruppen in der PIA. Dadurch ist nichts gewonnen. Denn, wie bereits ausgeführt, haben PIA ein sich von der vertragspsychotherapeutischen Versorgung unterscheidendes Leistungsspektrum. Eine Anrechnung von PIA auf die vertragspsychotherapeutische Versorgung kann allenfalls dann erfolgen, wenn die Leistungen mit denen der ambulanten Versorgung vergleichbar sind. Eine pauschale Anrechnung anhand von Vollzeitäquivalenten wird dazu führen, dass mehr

Sitze über dem Versorgungsgrad von 140 Prozent liegen und damit nach der gesetzlichen Regelung abgebaut werden sollen – und das, obwohl PIA andere Patienten als Vertragspsychotherapeuten behandeln und dies mit anderen Mitteln und obwohl sich an der tatsächlichen Versorgungslage nichts geändert hat.

Wegen des schon aufgrund des gesetzlichen Auftrags in der Regel unterschiedlichen Leistungsspektrums sollte der Gesetzgeber auf die Berücksichtigung der PIA in der Bedarfsplanung verzichten. Wenn er sich für eine Anrechnung entscheidet, dann muss sich diese auch auf vergleichbare Leistungen beschränken. Dazu schlägt die BPTK eine Regelung vor, die die Übermittlung der dazu erforderlichen Daten sicherstellt.

### **Änderungsvorschläge der BPTK:**

#### **a) Änderungsvorschlag zu Artikel 5 Nummer 3**

3. In § 101 Absatz 1 Satz 10 wird vor dem Punkt ein Semikolon gesetzt und werden die Wörter:

„für die Berücksichtigung der in den nach § 118 ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte übermitteln die Einrichtungen standortbezogenen Angaben zu den zur Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten in Vollzeitäquivalenten getrennt nach Fachgebieten, **Art und Umfang der erbrachten Leistungen sowie zum behandelten Personenkreis entsprechend der Differenzierung in § 118 Absatz 1 Satz 2** nach Maßgabe der Vereinbarung nach § 295 Abs. 1b Satz 4 an den Landesausschuss“

eingefügt.

#### **b) Änderungsvorschlag zu Artikel 5 Nummer 3a (- neu -)**

**3a. In § 101 Absatz 1 wird folgender Satz 11 angefügt:**

**„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt mit Wirkung zum XX.XX.XXXX die erforderliche Anpassung der Richtlinien nach Nummer 2b für Ärzte in ermächtigten Einrichtungen nach § 118; die Ärzte in ermächtigten Einrichtungen nach § 118 werden entsprechend ihres tatsächlichen Tätigkeitsumfangs auf den Versorgungsgrad angerechnet; eine Anrechnung von Ärzten erfolgt nur, insoweit Behandlungen**

von Versicherten vorgenommen wurden, die wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch Einrichtungen nach § 118 angewiesen sind.“

### c) Änderungsvorschlag zu Artikel 5 Nummer 15 b)

15. § 295 Absatz 1b wird wie folgt geändert:

„Die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren für die Dokumentation der Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen nach Satz 1 sowie für die Durchführung der Bestimmungen nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2b bis spätestens zum [Einsetzen (ein Jahr nach Inkrafttreten)] einen bundeseinheitlichen Katalog, der **nach behandeltem Personenkreis gemäß § 118 Absatz 1 Satz 2**, nach Art und Umfang der Leistung, **Ort der Leistungserbringung** sowie der für die Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten getrennt nach Berufsgruppen und Fachgebieten differenziert sowie das Nähere zur Datenübermittlung nach Satz 3 und nach § 101 Absatz 1 Satz 10; für die Umsetzung des Prüfauftrags nach § 17d Absatz 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren sie dabei auch, ob und wie der Prüfauftrag auf der Grundlage der Daten einer Vollerhebung oder einer repräsentativen Stichprobe der Leistungen Psychiatrischer Institutsambulanzen sachgerecht zu erfüllen ist.“

### Änderungsvorschlag zur Gesetzesbegründung zu Artikel 5 Nummer 3

#### Zu Nummer 3 (§ 101)

(...) Hierfür werden die Einrichtungen verpflichtet, standortbezogen die Angaben zu den in den Einrichtungen zur Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten in Vollzeitäquivalenten getrennt nach Fachgebieten, **Art und Umfang der erbrachten Leistungen sowie zum behandelten Personenkreis entsprechend der Differenzierung in § 118 Absatz 1 Satz 2** nach Maßgabe der Dokumentationen der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß dem neuen § 295 Absatz 1b Satz 4 den Landesausschüssen zur Verfügung zu stellen.

**Zu Nummer 3a (§ 101 Absatz 1 Satz 11)**

Bisher ist es anhand der Leistungsdokumentation der Psychiatrischen Institutsambulanzen nicht möglich, zu unterscheiden, für welche Fälle die besonderen Mittel der psychiatrischen Krankenhäuser notwendig sind und welche Fälle wegen einer unzureichenden niedergelassenen vertragsärztlichen oder vertragspsychotherapeutischen Versorgung notwendig sind. Damit die Psychiatrischen Institutsambulanzen bei der Bedarfsplanung für die bei der Berechnung des Versorgungsgrades nur dann berücksichtigt werden, wenn sie vertragsärztliche oder vertragspsychotherapeutische Leistungen ersetzen, ist eine entsprechende Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses notwendig.

**Änderungsvorschlag zur Gesetzesbegründung zu Artikel 5 Nummer 15 b)****Zu Buchstabe b)**

(...) Hierfür werden die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 KHG verpflichtet, in der Vereinbarung des bundeseinheitlichen Kataloges für die Dokumentation der Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA-Doku-Vereinbarung) Mindestdifferenzierungsmerkmale in Bezug auf Art und Inhalt der Leistung, **behandeltem Personenkreis nach § 118 Absatz 1 Satz 2, dem Ort der Leistungserbringung** sowie die für die Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten festzulegen und das Nähere zu der in § 101 Absatz 1 Satz 10 neu geregelten Datenübermittlung zu vereinbaren. Die Leistungsdokumentation soll dabei insbesondere Angaben zum medizinisch-therapeutischen Inhalt und der zeitlichen Dauer der Leistung enthalten. Die Festlegung der eingesetzten personellen Kapazitäten soll sowohl in qualitativer Hinsicht getrennt nach Berufsgruppen und Fachgebieten als auch quantitativ nach Vollzeitäquivalenten erfolgen.

## 5. Stationsäquivalente Behandlung

### (Änderungsvorschlag zu Artikel 5 Nummer 5 § 115d SGB V)

Die BPTK begrüßt die Einführung einer „stationsäquivalenten Behandlung (SÄB)“, die es ermöglichen soll, Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen in akuten Krankheitsphasen aufsuchend zu behandeln. Sie ist eine sinnvolle Ergänzung des bestehenden Versorgungsangebots, die grundsätzlich geeignet ist, eine Versorgungslücke zwischen ambulanter und stationärer Versorgung für schwer psychisch kranke Menschen zu schließen.

- **Netze ambulanter Leistungserbringer einbeziehen**

Voraussetzung für die Erbringung einer SÄB soll die „stationäre Behandlungsbedürftigkeit“ des Patienten sein. Wie in der Gesetzesbegründung auf Seite 46 zu Buchstabe b ausgeführt wird, liegt nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts „stationäre Behandlungsbedürftigkeit“ dann vor, wenn nur auf diese Weise ein notwendiger komplexer Behandlungsansatz erfolgversprechend verwirklicht werden kann. Neben Krankenhäusern, die ein entsprechendes Versorgungsangebot realisieren können, werden der SÄB vergleichbare Komplexleistungen jedoch bereits jetzt von Netzen ambulanter Leistungserbringer im Rahmen von IV-Verträgen nach § 140a SGB V erbracht. Eine Beschränkung des Kreises der Leistungserbringer auf die Krankenhäuser ist deshalb weder sachgerecht noch zweckmäßig.

Im Sinne des Vorrangs und der Stärkung ambulanter Versorgung sollten auch die schwer psychisch kranken Menschen von einer SÄB profitieren können, die aktuell vor allem ambulant bzw. im Rahmen dieser Netzwerkstrukturen versorgt werden. Netze ambulanter Leistungserbringer sollten deshalb ebenfalls im Sinne einer SÄB tätig werden können. Es ist aus Sicht der BPTK nicht erforderlich, die Zulassung von Netzen ambulanter Leistungserbringer für die SÄB von den Ergebnissen des Evaluationsberichts gemäß § 115d Absatz 4 zu den Folgen der Einführung der stationsäquivalenten Behandlung abhängig zu machen. In der Begründung heißt es hierzu auf Seite 50, dass aufgrund dieses Berichts dann etwa auch die Entscheidung getroffen werden könne, ob und in welcher Form z. B. Netze ambulanter Leistungserbringer die SÄB selbstständig durchführen können. Die Ergebnisse einer Evaluation von Netzen ambulanter Leistungserbringer, die im Rahmen des IV-Vertrags „Netzwerk Psychische

Gesundheit“ Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in akuten Krankheitsphasen u. a. mit „Home Treatment“ versorgen, gleichen den Ergebnissen von Studien, in denen „Home Treatment“ durch Krankenhäuser evaluiert wurden. In beiden Fällen führt „Home Treatment“ zu einer Reduzierung stationärer Aufnahmen und Behandlungszeiten sowie zu weniger Behandlungsabbrüchen.<sup>7,8</sup> Bei Erfüllung der Anforderungen und Voraussetzungen, wie sie gemäß § 115d Absatz 3 noch zwischen den Vertragsparteien zu vereinbaren sind, sollten Netze ambulanter Leistungserbringer bereits jetzt zur Erbringung der SÄB zugelassen werden.

- **Leistungen einer stationsäquivalenten Behandlung**

Die SÄB sollte sich nicht nur auf eine aufsuchende Behandlung beschränken. Zwar kann eine aufsuchende Behandlung einzelner Leistungserbringer aus dem Behandlungsteam in bestimmten Fällen temporär sinnvoll sein, sie sollte jedoch nicht die Kernleistung eines komplexen ambulanten Versorgungsangebots darstellen, sondern dieses nur ergänzen, ggf. auch, um den Patienten zu unterstützen, das komplexe ambulante Versorgungsangebot selbstständig aufsuchen zu können. Ein Blick auf – in der Regel im Rahmen von Modellvorhaben – bereits realisierte „stationsäquivalente“ Behandlungsansätze durch ein Krankenhaus (z. B. ambulante Akutteams [AAB] des Klinikums Hanau oder die Integrativ-Psychiatrische Behandlung am Alexianer Krankenhaus Krefeld) zeigt, dass zu den Leistungen sowohl eine Behandlung im häuslichen Umfeld, vor allem durch psychiatrische Fachpflege, als auch die Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten im Krankenhaus, z. B. die Teilnahme an der Gruppentherapie oder psychotherapeutische Einzelgespräche, gehören.

---

<sup>7</sup> [https://www.aqua-institut.de/aqua/upload/CONTENT/Projekte/eval\\_forsch/02b\\_2016-03-16\\_Herrmann\\_AQUA\\_Ergebniskonferenz\\_NWpG\\_131.pdf](https://www.aqua-institut.de/aqua/upload/CONTENT/Projekte/eval_forsch/02b_2016-03-16_Herrmann_AQUA_Ergebniskonferenz_NWpG_131.pdf), Zugriff am 30.08.2016

<sup>8</sup> Bauer, E; Kleine-Budde, K; Stegbauer, C; Kaufmann -Kolle, P; Goetz, K; Bestmann, B; Szecsenyi, J; Bramesfeld, A (2016). Structures and processes necessary for providing effective home treatment to severely mentally ill persons: a naturalistic study. BMC Psychiatry 2016, 16:242.



- **Einbezug aller Leistungserbringer in die Entwicklung der Leistungsbeschreibung**

Gemäß § 115d Absatz 3 sollen die Vertragsparteien nach Satz 1 die Leistungsbeschreibung der SÄB im Benehmen mit den medizinischen Fachgesellschaften vereinbaren. Nach den Empfehlungen der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien<sup>9</sup> sollen „aufsuchende Akutbehandlungsteams/Home-Treatment-Teams“ multiprofessionell zusammengesetzt sein. Diese Teams bestehen in der Regel mindestens aus einem (Fach-)Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, psychiatrischem Krankenpflegepersonal sowie Sozialpädagogen und Psychotherapeuten. In die Entwicklung der Leistungsbeschreibung der „stationsäquivalenten Behandlung“ sollten alle Leistungserbringer des multiprofessionellen Teams einbezogen werden.

Zur Berücksichtigung von Netzen ambulanter Leistungserbringer bei der SÄB sowie zum Einbezug der Leistungserbringer bei der Entwicklung der Leistungsbeschreibung für die SÄB macht die BPTK deshalb die folgenden Änderungsvorschläge:

#### **Änderungsvorschlag der BPTK zu Artikel 5 Nummer 5**

5. Nach § 115c wird folgender § 115d eingefügt:

§ 115d

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung

(1) (...)

**(2) Die in Absatz 1 genannten Leistungen können auch von den in § 140a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 genannten Leistungserbringern erbracht werden, die die Anforderungen erfüllen, die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 festgelegt wurden. Zur Erbringung von Leistungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung schließen die Leistungserbringer nach Satz 1 mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam bis zum 30. Juni 2017 Vereinbarungen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 ganz oder teilweise nicht rechtzeitig zustande, entscheidet die erweiterte Schiedsstelle nach § 115 Absatz 3.**

---

<sup>9</sup> Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.). S3- Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Springer Verlag, 2013.

(3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bis zum 30. Juni 2017

1. die Anforderungen an die Dokumentation; dabei ist sicherzustellen, dass für die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit dokumentiert wird,
2. die Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung,
3. die Anforderungen an die Beauftragung von an der ambulanten psychiatrischen Behandlung teilnehmenden Leistungserbringern oder anderen, zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigten Krankenhäusern,
- 4. die Anforderungen an die in Absatz 2 Satz 1 genannten Leistungserbringer,**
5. Grundsätze für den Abbau nicht mehr erforderlicher Betten nach § 109 Absatz 1 Satz 6 aufgrund der Durchführung der stationsäquivalenten Behandlung.

Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.

(4) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 vereinbaren bis zum 28. Februar 2017 im Benehmen mit den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften **sowie den Leistungserbringern** die Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten Behandlung als Grundlage für die Verschlüsselung der Leistungen nach § 301 Absatz 2 Satz 2.

...

## **Änderungsvorschlag der BPTK für die Gesetzesbegründung zu Artikel 5 Nummer 5**

Zu Absatz 1: Die Gesetzesbegründung zu Absatz 1 muss unter Berücksichtigung der Einbeziehung von Netzen ambulanter Leistungserbringer in Absatz 2 (- neu -) entsprechend angepasst werden.

Zu Absatz 2 (- neu -): **Zum Einbezug bereits gewachsener Versorgungsstrukturen sollen auch Netze ambulanter Leistungserbringer, die im Rahmen von Selektivverträgen bereits der SÄB vergleichbare Leistungen erbringen, zur Leistungserbringung gemäß § 115d zugelassen werden. Voraussetzung hierfür ist die Erfüllung der von den Vertragsparteien definierten Anforderungen und Kriterien zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung.**

Zu Absatz 3: In Absatz 3 werden der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft beauftragt, im Benehmen mit den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften **und den Vertretern der Leistungserbringer des multiprofessionellen Teams** die erforderlichen Kriterien für eine Leistungsbeschreibung als Grundlage zur Einführung eines entsprechenden Operationen- und Prozedurenschlüssels zu entwickeln, damit die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld möglichst frühzeitig in die empirische Kalkulation einbezogen werden kann.

Zu Absatz 4: Satz 3 der Begründung „Aufgrund dieses Berichts kann dann etwa die Entscheidung getroffen werden, ob und in welcher Form z. B. Netzwerke ambulanter Leistungserbringer die stationsäquivalente Behandlung selbstständig, das heißt nicht nur im Wege der Beauftragung, durchführen können.“ kann gestrichen werden.

## 6. Förderung der „stationersetzenden“ Versorgung schwer psychisch kranker Menschen

Die Einführung der SÄB beschränkt sich auf die Versorgung von psychisch kranken Menschen, bei denen eine „stationäre Behandlungsbedürftigkeit“ vorliegt. Hierdurch wird die Gruppe psychisch kranker Menschen, für die ein komplexes ambulantes Versorgungsangebot grundsätzlich indiziert ist, deutlich eingengt. Neben den Patienten mit psychischen Erkrankungen, die stationär behandlungsbedürftig sind, gibt es eine größere Gruppe schwer psychisch kranker Menschen, bei denen stationäre Behandlungsbedürftigkeit zu vermeiden wäre, wenn es flächendeckend komplexe ambulante Versorgungsangebote als „stationersetzende“ Leistungen gäbe. Benötigt werden regelmäßig Versorgungsangebote, bei denen verschiedene Leistungserbringer – z. B. Fachärzte, Psychotherapeuten, Soziotherapeuten und psychiatrische Krankenpflege – im Team eine miteinander abgestimmte Behandlung übernehmen.

Trotz der steigenden Relevanz psychischer Erkrankungen und einer bewussteren Wahrnehmung in der Öffentlichkeit machen Menschen mit psychischen Erkrankungen im Vergleich zu Menschen mit anderen Erkrankungen, wie Herz-Kreislauferkrankungen, Krebserkrankungen oder muskuloskelettalen Erkrankungen, nur einen kleinen Teil der Krankenversicherten in Deutschland aus.<sup>10</sup> Bemühungen um innovative Versorgungsansätze für diese Patientengruppe sind daher nicht die Regel und vom Engagement einzelner Krankenkassen abhängig. Auch deshalb sind nur wenig Selektivverträge zur Versorgung von psychisch kranken Menschen entstanden.

Die „stationersetzende“ Versorgung schwer psychisch kranker Menschen durch Netze ambulanter Leistungserbringer sollte im Rahmen des Innovationsfonds deshalb gezielt und zusätzlich gefördert werden. Die BPTK macht daher folgenden Änderungsvorschlag:

---

<sup>10</sup> Gesundheit in Deutschland, GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS (2015).

## Änderungsvorschlag der BPTK zu Artikel 5 Nummer 2a (- neu -) § 92a SGB V

### 2a. § 92 a wird wie folgt neu gefasst:

#### § 92a

Innovationsfonds, Grundlagen der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss fördert neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen. Gefördert werden insbesondere Vorhaben, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung **einschließlich der Versorgung psychisch kranker Menschen mit komplexem Leistungsbedarf** zum Ziel haben, und hinreichendes Potential aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden. Voraussetzung für eine Förderung ist, dass eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Vorhaben erfolgt. Förderkriterien sind insbesondere:

1. ...
2. ...

Förderfähig sind nur diejenigen Kosten, die dem Grunde nach nicht von den Vergütungssystemen der Regelversorgung umfasst sind und **Kosten, die durch die strukturierte und koordinierte Erbringung mehrerer Einzelleistungen als Komplexleistung für psychisch kranke Menschen mit komplexem Leistungsbedarf entstehen**. Bei der Antragstellung ist in der Regel eine Krankenkasse zu beteiligen. Ein Anspruch auf Förderung besteht nicht.

(2) ...

(3) Die Fördersumme für neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung nach den Absätzen 1 und 2 beträgt in den Jahren 2016 bis 2019 jeweils 300 Millionen Euro. **Die Fördersumme für Vorhaben nach Absatz 1, die die Versorgung psychisch kranker Menschen mit komplexem Leistungsbedarf durch die strukturierte und koordinierte Erbringung**

**mehrerer Einzelleistungen als Komplexleistung zum Ziel haben, beträgt jeweils weitere 33 Millionen Euro in den Jahren 2017 bis 2019.** Sie umfasst auch die für die Verwaltung der Mittel und die Durchführung der Förderung einschließlich der wissenschaftlichen Auswertung nach Absatz 5 notwendigen Aufwendungen. Soweit hierfür bereits im Jahr 2015 Ausgaben anfallen, werden diese aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds getragen; der Betrag nach § 271 Absatz 2 Satz 5 verringert sich für das Jahr 2016 um den im Jahr 2015 in Anspruch genommenen Betrag. Von der Fördersumme **nach Satz 1** sollen 75 Prozent für die Förderung nach Absatz 1 und 25 Prozent für die Förderung nach Absatz 2 verwendet werden. Mittel, die im Haushaltsjahr nicht verausgabt wurden, sind entsprechend Absatz 4 Satz 1 anteilig an den Gesundheitsfonds (Liquiditätsreserve) und die Krankenkassen zurückzuführen.

#### **Änderungsvorschlag für die Gesetzesbegründung zu Artikel 5 Nummer 2a (- neu -)**

Für schwer psychisch kranke Menschen, für die es regelhaft keine komplexen Versorgungsangebote zur Vermeidung stationärer Behandlungsbedürftigkeit gibt, wird die zielgerichtete Förderung entsprechender Vorhaben im Rahmen des Innovationsfonds zusätzlich zu den bereits getroffenen Maßnahmen ermöglicht. Dazu wird Absatz 1 Satz 1 um diese Vorhaben ergänzt. Die Förderkriterien bleiben unverändert.

Durch die Ergänzung in Absatz 1 Satz 5 wird die Förderung von Kosten ermöglicht, die durch die Erbringung von einzelnen Leistungen als Komplexleistung entstehen. Das können beispielsweise Kosten sein, die durch Erfordernisse der Koordination, gemeinsame Team- und Fallbesprechungen oder Abstimmungsbedarf entstehen und Kosten für Personal, das für die Koordinierung der Leistungen erforderlich ist. Damit wird es ermöglicht, auch Vorhaben zu fördern, die zwar Leistungen erbringen, die jede für sich genommen von den Vergütungssystemen der Regelversorgung umfasst sind, deren strukturierte und koordinierte Erbringung jedoch zusätzlichen Aufwand erfordert. Die Förderfähigkeit von Koordinierungskosten wird für

die Versorgung psychisch kranker Menschen mit komplexem Leistungsbedarf explizit vorgesehen.

Die derzeit bereits gegebenen finanziellen Mittel sind hierfür nicht ausreichend. Nach Angaben des Statistischen Bundesamts 2015 entfielen im Jahr 2008 11 Prozent der Krankheitskosten in Deutschland auf psychische und Verhaltensstörungen.<sup>11</sup> Der Förderumfang beträgt für die Vorhaben zur Erbringung ambulanter Komplexleistungen entsprechend 11 Prozent der Gesamtfördersumme, d. h. bis 2019 33 Millionen Euro im Jahr. Die bisherige Versorgung psychisch kranker Menschen mit komplexem Leistungsbedarf weist erhebliche Defizite auf. Es fehlen die für eine adäquate Versorgung erforderlichen Komplexleistungen. Die Höhe der Förderung ermöglicht Vorhaben in diesem Bereich und lässt eine Verbesserung der Regelleistungen zu einem späteren Zeitpunkt erwarten.

---

<sup>11</sup> Statistisches Bundesamt 2015, Krankheitskosten 2008 nach Krankheitsklassen. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankheitskosten/Krankheitskosten.html>, Zugriff am 20.09.2016.

## 7. Psychosomatische Institutsambulanzen

### (Änderungsvorschlag zu Artikel 5 Nummer 6 § 118 SGB V)

Im Sinne einer gestuften Versorgung und strukturierten Zuweisung zum spezifischen Versorgungsangebot einer PIA stimmt die BPTK ebenfalls der Einführung eines Überweisungserfordernisses zu.

- **Überweisung durch alle Facharztgruppen zur Versorgung psychisch kranker Menschen**

Die Einschränkung, dass die Überweisung „in der Regel durch einen Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ erfolgen soll, ist aus Sicht der BPTK jedoch nicht sinnvoll. PIA sollen zukünftig ein spezifisches Versorgungsangebot für Patienten realisieren, die wegen Art und Schwere ihrer Erkrankung nicht ausreichend in der vertragsärztlichen Versorgung behandelt werden können und deshalb eine solch krankenhaunaher Versorgung benötigen. In der Regel werden dies Menschen mit psychischen Erkrankungen sein. Diese werden in der vertragsärztlichen Versorgung jedoch nicht nur von Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, sondern in wesentlich größerem Umfang auch von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten versorgt. Neben den rund 2.600 Ärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie nehmen nach dem Bundesarztregister knapp 5.700 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und rund 22.600 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an der vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Versorgung teil<sup>12</sup>. Die Versorgungsdichte ist in diesen Facharztgruppen damit wesentlich höher als in der Facharztgruppe Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Diese Facharztgruppen sollten Patienten bei entsprechendem Versorgungsbedarf deshalb ebenfalls an eine PIA überweisen können.

### Änderungsvorschlag der BPTK zu Artikel 5 Nummer 6 § 118 Absatz 3

6. § 118 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) ....

<sup>12</sup> [http://www.kbv.de/media/sp/2015\\_12\\_31.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/2015_12_31.pdf) (Zugriff am 9.9.2016)



1. ...
2. ...
3. ...

Die ambulante ärztliche Behandlung in einer Einrichtung nach Satz 1 kann nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden. Die Überweisung kann durch einen **Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder einen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten** erfolgen.“

### **Änderungsvorschlag für die Gesetzesbegründung zu Artikel 5 Nummer 6**

Die Gesetzesbegründung ist dahingehend anzupassen, dass die Überweisung in eine Psychosomatische Institutsambulanz durch alle in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer, die im Schwerpunkt bzw. ausschließlich Menschen mit psychischen Erkrankungen behandeln, erfolgen kann. Dies ist erforderlich, um einen strukturierten und gleichzeitig dem Versorgungsbedarf entsprechenden Zugang zu den Psychosomatischen Institutsambulanzen zu ermöglichen.

## **8. Zuführung von Mitteln aus der Liquiditätsreserve zu den Einnahmen des Gesundheitsfonds (Artikel 5 Nummer 13 § 271 SGB V)**

Mit der Begründung des Ausgleichs von Mehrbelastungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Zusammenhang mit der Versorgung von Asylberechtigten sollen den Einnahmen des Gesundheitsfonds im Jahr 2017 1,5 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve zugeführt werden. Das hält die BPTK für nicht sachgerecht.

- **Erhöhung ALG II-Pauschale – keine Sonderregelung für Geflüchtete**

Geflüchtete, deren Flüchtlingsstatus anerkannt ist, fallen in den Leistungsbereich des Zweiten Sozialgesetzbuches (SGB II) – Grundsicherung für Arbeitsuchende (ALG II). Damit sind die Leistungen für Geflüchtete, einschließlich der Leistungen für die GKV, aus Steuermitteln zu finanzieren. Wenn die Steuermittel für die Beiträge zur GKV für ALG II-Bezieher nicht ausreichen, ist eine generelle Anhebung der Beiträge des Bundes für ALG II-Beziehende notwendig, da sie aktuell mit 90 Euro monatlich nicht kostendeckend sind. Der GKV-Spitzenverband geht von einer Deckungslücke von 2,3 Mrd. Euro aus und fordert eine Anhebung auf 136 Euro monatlich.

### **Änderungsvorschlag der BPTK zu Artikel 5 Nummer 13 § 271 SGB V**

Artikel 5 Nummer 13 wird gestrichen.

## **9. Systematische Überarbeitung des OPS für die Qualitätssicherung (Änderungsvorschlag zu Artikel 5 Nummer 16 § 301 SGB V)**

Die Einführung von verbindlichen Mindestvorgaben für die Personalausstattung in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik soll nach dem Willen des Gesetzgebers zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen. Der entsprechende Auftrag an den G-BA in § 136a Satz 1 (- neu -) SGB V wird von der BPtK ausdrücklich begrüßt.

- **Qualitätssicherung mit Routinedaten**

Um jedoch – möglichst auf der Basis auf Routinedaten – beurteilen zu können, ob und wie häufig in den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen mit den neuen Personalvorgaben eine leitlinienorientierte Behandlung realisiert werden kann bzw. realisiert wird, werden Leistungsbeschreibungen benötigt, die geeignet sind, eine leitlinienorientierte Behandlung abzubilden, und im Rahmen der Qualitätssicherung genutzt werden können. Für diesen Zweck muss der OPS systematisch überprüft und überarbeitet werden. Der OPS muss Leistungsbeschreibungen enthalten, mit denen inhaltlich aussagekräftig und trennscharf kodiert werden kann, welche Leistungen ein Patient mit einem bestimmten Krankheitsbild während seines stationären Aufenthaltes erhält.

- **Abbildung einer leitlinienorientierten Behandlung**

Evidenzbasierte Behandlungsleitlinien für psychische Erkrankungen enthalten vielfach spezifische Empfehlungen zum Einsatz von Psychotherapie und anderen nichtmedikamentösen Behandlungsverfahren sowie zur Pharmakotherapie. So empfiehlt die Nationale Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ bspw. zur Behandlung von schweren depressiven Episoden eine Kombination aus Psychotherapie und Pharmakotherapie. Eine leitlinienorientierte Therapie von schweren Zwangsstörungen besteht aus störungsspezifischer kognitiver Verhaltenstherapie einschließlich Exposition. Zudem gibt die S3-Leitlinie „Zwangsstörungen“ differenzierte Empfehlungen zur Psychopharmakotherapie. Zur medikamentösen Unterstützung der psychotherapeutischen Behandlung einer Zwangsstörung wird dabei bei Bedarf eine Behandlung mit Selektiven-Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) empfohlen. Von einer medikamentösen Behandlung mit Benzodiazepinen wird jedoch ausdrücklich abgeraten.

- **Anforderungen an den OPS**

Mit dem jetzigen OPS lassen sich diese Leistungen nicht bzw. nicht ausreichend trennscharf und differenziert abbilden. Darüber hinaus wurden vielfach direkte Behandlungsleistungen und Leistungen, die nicht direkt am Patienten erbracht werden, zusammengefasst. So beinhalten die von den ärztlichen und psychologischen/psychotherapeutischen Berufsgruppen im OPS kodierbaren Therapieeinheiten sowohl psychotherapeutische Leistungen als auch Gespräche mit Richtern und Behördenvertretern. OPS-Schlüssel zur Kodierung der Psychopharmakotherapie existieren gar nicht. Zu prüfen wäre deshalb auch, ob der OPS um Codes für die Abbildung der Psychopharmakotherapie ergänzt werden sollte.

Eine reine „Verschlankung“ des OPS, wie sie in Artikel 2 Nummer 9 dd) § 9 Bundespflegegesetzverordnung vorgesehen ist, d. h. eine jährliche Vereinbarung von OPS-Kodes, die gestrichen werden können, genügt zwar dem Zweck einer Reduzierung des Dokumentationsaufwands, nicht aber einer Weiterentwicklung des OPS zu Zwecken der Qualitätssicherung. Hierfür ist eine inhaltlich sinnvolle Differenzierung der bereits existierenden Codes erforderlich. Darüber hinaus ist es erforderlich, Codes zu ergänzen, insbesondere zur Abbildung der Pharmakotherapie und zur besseren Erfassung des Pflegeaufwands. Eine Erhöhung des Dokumentationsaufwands entsteht durch eine Differenzierung bestehender Codes de facto nicht, da die Leistungen auch bisher aus Gründen der rechtlich verpflichtenden Behandlungsdokumentation erfasst werden müssen, aber auch, um sie zu den Therapieeinheiten der einzelnen Berufsgruppen aufsummieren zu können.

- **Gesetzliche Vorgaben für die Überarbeitung des OPS**

Auch der Gesetzgeber sieht die Notwendigkeit einer Überprüfung und Weiterentwicklung des OPS zur Herstellung von Transparenz über das Leistungsgeschehen und zur Abbildung der Leitlinienorientierung. In der Begründung zu Artikel 2 Nummer 9 (§ 9) zu Doppelbuchstabe dd) werden die medizinischen Fachgesellschaften und weitere Beteiligten ausdrücklich dazu aufgefordert, geeignete Vorschläge für eine aussagekräftige Beschreibung der Leistungen, auch unter Berücksichtigung der in Leitlinien dargestellten fachlichen Standards vorzulegen. Aus Sicht der BPTK haben die Erfahrungen mit der Überprüfung und Weiterentwicklung des OPS im Rahmen des jährlichen Vorschlagsverfahrens beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation

und Information (DIMDI) in der Vergangenheit gezeigt, dass dieser Prozess aufgrund unzureichender inhaltlicher Rahmenvorgaben und aufgrund der divergierenden Interessen der Beteiligten nicht geeignet war, die genannten Ziele zu erreichen. Die BPTK spricht sich daher dafür aus, die Überarbeitung und Neukonzeption des OPS nicht nur in der Gesetzesbegründung, sondern auch durch eine entsprechende gesetzliche Vorgabe zu befördern.

### **Änderungsvorschlag zu Artikel 5 Nummer 16**

16. § 301 ~~Absatz 1 Satz 1~~ wird wie folgt geändert:

a) **Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:**

**aa)** Im Satzteil vor Nummer 1 (...)

**bb)** Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

(...)

**cc)** In Nummer 6 werden nach dem Wort „im“ die Wörter „oder vom“ eingefügt.

**b) (- neu -) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:**

2) Die Diagnosen nach Absatz 1 Satz 1 Nummern 3 und 7 sind nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln. Die Operationen und sonstigen Prozeduren nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 sind nach dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Schlüssel zu verschlüsseln; der Schlüssel hat die sonstigen Prozeduren zu umfassen, die nach § 17b und § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerechnet werden können. **Insbesondere in den Einrichtungen, die nach § 17d abrechnen, müssen die Prozeduren zudem geeignet sein, die Leitlinienorientierung der Behandlung zu beurteilen.** Das Bundesministerium für Gesundheit gibt den Zeitpunkt der Inkraftsetzung der jeweiligen Fassung des Diagnoseschlüssels nach Satz 1 sowie des Prozedurenschlüssels nach Satz 2 im Bundesanzeiger bekannt; es kann das Deutsche Institut für medizinische

Dokumentation und Information beauftragen, den in Satz 1 genannten Schlüssel um Zusatzkennzeichen zur Gewährleistung der für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen notwendigen Aussagefähigkeit des Schlüssels zu ergänzen.

### **Änderungsvorschlag für die Gesetzesbegründung zu Artikel 5 Nummer 16**

#### **Zu Buchstabe b (neu):**

**Durch die Einführung verbindlicher Personalvorgaben für die Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik soll insbesondere eine leitlinienorientierte Versorgung gefördert werden. Zu Zwecken der Qualitätssicherung auf der Basis von Routinedaten ist deshalb eine Überarbeitung und Weiterentwicklung des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) erforderlich. Der OPS muss geeignet sein, die Leitlinienorientierung der Behandlung in den Einrichtungen zu beurteilen. Durch die gesetzliche Rahmenvorgabe soll eine entsprechende Weiterentwicklung des OPS im Rahmen des Vorschlagsverfahrens beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) befördert werden.**