

Stellungnahme

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz –
GVWG

12.11.2020

Inhaltsverzeichnis

1 Zusammenfassung	3
2 Regelungen im Einzelnen.....	5
2.1 Ambulante Komplexversorgung für psychisch kranke Kinder und Jugendliche ermöglichen (§ 92 Absatz 6b SGB V und § 43a SGB V)	5
2.2 Berufshaftpflichtversicherung (§ 95e neu SGB V)	7
2.3 Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen (§ 136 Absatz 6 neu)	9
2.4 Probatorische Sitzungen während der Krankenhausbehandlung in vertragsärztlichen Praxen ermöglichen (§ 92 Absatz 6a Satz 2 SGB V)	14
2.5 Medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V).....	16
2.6 Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken (§ 39d SGB V)	16
2.7 Klarstellung zur Begrenzung der finanziellen Förderung für besondere Therapieeinrichtungen (pädophile Sexualstörungen; § 65d SGB V)	17
2.8 Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst (§ 276 SGB V).....	17
2.9 Mitteilungspflichten des Medizinischen Dienstes (§ 277 SGB V).....	17
2.10 Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (§ 17d KHG).....	18
2.11 Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikgesetz (§ 1 GAPSG)	18

1 Zusammenfassung

Ambulante Komplexversorgung für psychisch kranke Kinder und Jugendliche ermöglichen

Bisher ist offen, ob, wann und inwieweit der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Komplexversorgung von Kindern und Jugendlichen in der Richtlinie für die ambulante Komplexversorgung nach § 92 Absatz 6a SGB V in einem eigenen Modul regelt. Im Rahmen des Gesundheitsversorgungsentwicklungsgesetzes (GVWG) sollte dies gesetzlich klargestellt werden. Zudem sollte der Gesetzgeber regeln, dass Kinder und Jugendliche im Rahmen der Komplexversorgung Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen haben und Psychotherapeut*innen diese veranlassen und verantworten können.

Berufshaftpflicht (§ 95e neu SGB V)

Vertragspsychotherapeut*innen sollen zukünftig auch sozialrechtlich verpflichtet werden, sich ausreichend gegen die sich aus der Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren zu versichern. Die Verpflichtung zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung aufgrund der Heilberufe- und Kammergesetze sowie der Berufsordnungen besteht bereits heute, jedoch ist es bisher keine Voraussetzung für die Zulassung, Ermächtigung und Anstellungsgenehmigung. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) stimmt den Regelungen zu, regt jedoch Änderungen für das Nachbesetzungsverfahren an.

Qualitätssicherung (§ 136a Absatz 6 neu und § 137a Absatz 3 SGB V)

Eine angedachte Erweiterung des G-BA-Qualitätsportals um einrichtungsbezogene Vergleiche der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer*innen ist aus Sicht der BPTK abzulehnen, da sich die Logik der stationären QS-Verfahren nicht auf den ambulanten Bereich bzw. die sektorenübergreifende Versorgung übertragen lässt. Insbesondere ist die Messung der Ergebnisqualität, welche bei einem Einrichtungsvergleich die Datengrundlage für das Informationsmodul „Behandlungserfolg“ liefern soll, in den sektorübergreifenden Verfahren und vielfach auch in den sektorspezifischen ambulanten Verfahren wesentlichen Limitationen unterworfen. Der Behandlungserfolg kann regelhaft nicht eindeutig einer Leistungserbringer*in zugeordnet werden, weil er zumeist das Ergebnis des Zusammenwirkens mehrerer Leistungserbringer*innen in den verschiedenen Sektoren und über einen längeren Zeitraum ist. Aus Sicht der BPTK können über rein einrichtungsvergleichende Qualitätsinformationsportale weder für Patient*innen und Angehörige noch für Zuweiser*innen, valide Informationen zur Ergebnisqualität der Behandlung bereitgestellt werden.

Die BPTK hält hingegen Vergleiche der Versorgungsqualität für zielführend, die Impulse zur Förderung der Versorgungsqualität setzen. Diese Vergleiche könnten z. B. auf der

Ebene der Planungskreise der jeweils betroffenen Arztgruppen, die zugleich die gemeinsame Übernahme von regionaler Versorgungsverantwortung durch die jeweils in einer Region tätigen Leistungserbringer*innen und deren Vernetzung fördern könnten, stattfinden oder auch Prozesse des „Lernens von den Besten“ berücksichtigen. Die Informationen zur Prozess- und Ergebnisqualität auf regionaler Ebene zeigen den Leistungserbringenden, inwieweit es ihnen gemeinsam gelingt, ihrer Versorgungsverantwortung gerecht zu werden und wo Verbesserungspotenziale liegen. Auch lassen sich strukturelle Versorgungsdefizite identifizieren, die den Landesausschüssen sowie den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden zur Weiterentwicklung und Sicherstellung der Versorgung dienlich sein können.

Probatorische Sitzungen während der Krankenhausbehandlung in vertragsärztlichen Praxen ermöglichen (§ 92 Absatz 6a Satz 2 SGB V)

In vielen Fällen ist es insbesondere aus psychotherapeutischer Sicht sinnvoll, dass die probatorischen Sitzungen während der Krankenhausbehandlung auch in den vertragspsychotherapeutischen Praxen und nicht nur in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden können, um Patient*innen auf eine geplante Entlassung vorzubereiten. Damit die Möglichkeit der probatorischen Sitzungen in der vertragspsychotherapeutischen Praxis während einer Krankenhausbehandlung in der Psychotherapie-Richtlinie eindeutig geregelt und der Leistungsanspruch der Patient*innen gesichert wird, bedarf es einer Präzisierung des gesetzlichen Auftrags an den G-BA in § 92 Absatz 6a Satz 2 SGB V.

2 Regelungen im Einzelnen

2.1 Ambulante Komplexversorgung für psychisch kranke Kinder und Jugendliche ermöglichen (§ 92 Absatz 6b SGB V und § 43a SGB V)

Der Gesetzgeber hat im November 2019 mit der Einfügung eines neuen Absatzes 6b in § 92 SGB V beschlossen, dass Patient*innen mit komplexem psychotherapeutischem oder psychiatrischem Behandlungsbedarf ein neues intensiv-ambulantes Versorgungsangebot erhalten sollen. Dieses Versorgungsangebot soll neben der psychotherapeutischen und ärztlichen Behandlung auch weitere notwendige Versorgungsangebote wie Ergotherapie, psychiatrische häusliche Krankenpflege oder Soziotherapie umfassen, welche in strukturierter Weise von Versorgungsverbänden vorgehalten und durch die behandelnden Psychotherapeut*in oder die Psychiater*in koordiniert werden.

Aktuell berät der G-BA eine Richtlinie für die ambulante Komplexversorgung von schwer psychisch kranken Erwachsenen. Ob, wann und inwieweit sich der G-BA im Anschluss auch der Gruppe minderjähriger Patient*innen mit komplexem psychotherapeutischem oder psychiatrischem Versorgungsbedarf widmen wird, bleibt bislang offen.

Fachlich unstrittig ist, dass es auch relevante Gruppen von minderjährigen Versicherten mit schweren psychischen Erkrankungen und daraus resultierenden psychosozialen Beeinträchtigungen gibt, die einer strukturierten und koordinierten, multiprofessionellen Komplexbehandlung bedürfen. Psychisch kranke Kinder und Jugendliche haben dabei spezifische Versorgungsbedarfe, die sich von denen Erwachsener erheblich unterscheiden. Neben den ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen sowie den weiteren im Einheitlichen Bewertungsmaßstab abgebildeten Behandlungsleistungen benötigen sie insbesondere auch heilpädagogische, psychologische und psychosoziale Maßnahmen.

Um eine qualifizierte interdisziplinäre sozialpsychiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu fördern, ist bereits in § 43a SGB V der Leistungsanspruch von versicherten Kindern auf „nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen“ verankert und in der Folge in der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (SPV) umgesetzt. Gerade für versicherte Kinder mit einem komplexen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf greifen diese Regelungen bislang jedoch noch zu kurz, da dieser in den sozialpsychiatrischen Praxen in der Regel nur begrenzt adressiert ist und die Vernetzungen und Kooperationen mit vertragspsychotherapeutischen Praxen vielfach noch un-

zureichend sind. So erhält nach dem SPV-Abschlussbericht von 2014 nur ein ausgesprochen geringer Anteil der im Rahmen der SPV behandelten Versicherten auch intensivere psychotherapeutische Leistungen. Darüber hinaus können die SPV-Praxen aufgrund der regional sehr unterschiedlichen Versorgungsdichte keine flächendeckende Versorgung sicherstellen.

Damit sichergestellt werden kann, dass zukünftig auch für Kinder und Jugendliche ein an ihre spezifischen Versorgungsbedarfe angepasstes intensiv-ambulantes Behandlungsangebot zur Verfügung steht, sollte in § 92 Absatz 6b SGB V explizit mit Fristvorgabe 30. Juni 2022 geregelt werden, dass der G-BA eine entsprechende Regelung in der Richtlinie zur ambulanten Komplexversorgung erarbeitet. Kinder und Jugendliche sollten durch eine Ergänzung in § 43a SGB V im Rahmen der ambulanten Komplexversorgung einen Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische, insbesondere psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen erhalten, die unter ärztlicher oder psychotherapeutischer Verantwortung erbracht werden.

Die BpTK schlägt daher folgende Ergänzung in § 92 Absatz 6b SGB V vor:

*„(6b) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2020 in einer Richtlinie nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. **Für versicherte Kinder schließt dies den Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen nach § 43a ein, die durch den koordinierenden Arzt oder Psychotherapeuten veranlasst und verantwortet werden.** Der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei Regelungen treffen, die diagnoseorientiert und leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren. In der Richtlinie sind auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs von der stationären in die ambulante Versorgung zu treffen.“*

Aus der vorgeschlagenen Regelung, dass im Rahmen der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V auch die koordinierende Psychotherapeut*in bei Kindern und Jugendlichen notwendige nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen veranlassen und verantworten kann, ergibt sich die Notwendigkeit einer Anpassung des § 43a SGB V.

Die BPtK schlägt hierfür die Einführung eines neuen Absatzes 3 in § 43a SGB V vor:

„§ 43a Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen

- (1) Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen; § 46 des Neunten Buches bleibt unberührt.*
- (2) Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, die unter ärztlicher Verantwortung in der ambulanten psychiatrischen Behandlung erbracht werden.*
- (3) Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, die unter ärztlicher oder psychotherapeutischer Verantwortung im Rahmen der Versorgung nach § 92 Absatz 6b erbracht werden.“***

Aus der Einfügung eines neuen Absatzes 3 in § 43a SGB V ergibt sich darüber hinaus die Notwendigkeit einer Anpassung des § 85 Absatz 2 Satz 4 SGB V insofern, dass eine angemessene Vergütung nichtärztlicher Leistungen auch im Rahmen psychotherapeutischer Tätigkeit vereinbart werden muss.

Die BPtK schlägt daher folgende Ergänzung in § 85 Absatz 2 Satz 4 SGB V vor:

„§ 85 Gesamtvergütung

- (1) [...]*
- (2) [...] Die Vertragsparteien haben auch eine angemessene Vergütung für nichtärztliche Leistungen im Rahmen sozialpädiatrischer, ~~und~~ psychiatrischer **und psychotherapeutischer** Tätigkeit und für eine besonders qualifizierte onkologische Versorgung zu vereinbaren; das Nähere ist jeweils im Bundesmantelvertrag zu vereinbaren. [...]*

2.2 Berufshaftpflichtversicherung (§ 95e neu SGB V)

Die BPtK stimmt der in Ergänzung zu berufsrechtlichen Regelungen vorgeschlagenen sozialrechtlichen Verankerung und Kontrolle des Abschlusses einer verpflichtenden Berufshaftpflichtversicherung für vertragspsychotherapeutische Leistungserbringer*innen zu. Eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung dient vor allem dem Schutz von Patient*innen, mögliche Schadensersatzansprüche auch durchsetzen zu können, aber auch dem Schutz der Leistungserbringer*innen vor einer möglichen Zahlungsunfähigkeit.

Für Leistungserbringer*innen, die rein privatpsychotherapeutische Leistungen erbringen, gilt weiterhin ausschließlich die in den Heilberufe- und Kammergesetzen sowie die in den Berufsordnungen verankerte Verpflichtung zum Abschluss einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung. Sanktioniert werden kann die fehlende oder nicht ausreichende Berufshaftpflichtversicherung durch die Anordnung des Ruhens der Approbation (§ 5 Absatz 3 Satz 1 Nummer 5 PsychThG, § 5 Absatz 1 Nummer 5 BÄO).

Die BpTK hält die in Absatz 2 festgelegte Mindestversicherungssumme in Höhe von drei Millionen Euro für gerade noch vertretbar und begrüßt deshalb auch die Möglichkeit, durch Vereinbarung mit dem GKV-Spitzenverband eine höhere Versicherungssumme zu vereinbaren.

Grundsätzlich ist die Vorlage eines Versicherungsausweises bei Anträgen auf Zulassung, auf Ermächtigung oder auf Genehmigung einer Anstellung sinnvoll. Hinzuweisen ist jedoch darauf, dass vertragspsychotherapeutische Zulassungen zu einem großen Anteil im Rahmen von Nachbesetzungsverfahren erfolgen. Üblicherweise muss der Zulassungsausschuss eine Auswahl unter mehreren Bewerbern treffen. Insofern steht erst mit der Entscheidung über die Zulassung fest, ob eine Berufshaftpflichtversicherung benötigt wird oder nicht. Diese Konstellation muss im Gesetz Berücksichtigung finden.

Die BpTK schlägt daher folgende Ergänzung in § 95e Absatz 3 SGB V vor:

*„Der Vertragsarzt hat bei Stellung des Antrags auf Zulassung, auf Ermächtigung und auf Genehmigung einer Anstellung sowie auf Verlangen des Zulassungsausschusses diesem gegenüber das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes durch eine Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes nachzuweisen. **Erfolgt die Zulassung im Rahmen eines Nachbesetzungsverfahrens, hat der Vertragsarzt den in Satz 1 genannten Nachweis spätestens zwei Wochen nach Bekanntgabe der Entscheidung über die Zulassung zu erbringen. Im Übrigen ist er verpflichtet, dem zuständigen Zulassungsausschuss das Nichtbestehen, die Beendigung sowie die Änderung des Versicherungsverhältnisses, die den vorgeschriebenen Versicherungsschutz im Verhältnis zu Dritten beeinträchtigen können, unverzüglich anzuzeigen. Die Zulassungsausschüsse sind zuständige Stellen im Sinne des § 117 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes.**“*

Für den Fall, dass die im Nachbesetzungsverfahren zugelassene Leistungserbringer*in den Nachweis über die Berufshaftpflichtversicherung nicht fristgerecht erfüllt, hält die BpTK das Ruhen der Zulassung bis zur Vorlage eines Nachweises für angemessen.

Die BpTK schlägt daher folgende Ergänzung in § 95e Absatz 4 SGB V vor:

*„Erlangt der Zulassungsausschuss Kenntnis, dass kein oder kein ausreichender Berufshaftpflichtversicherungsschutz besteht oder dass dieser endet, fordert er den Vertragsarzt unverzüglich zur Vorlage einer Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz auf. Kommt der Vertragsarzt der Aufforderung nach Satz 1 nicht unverzüglich, im Falle der bevorstehenden Beendigung des Berufshaftpflichtversicherungsschutzes nicht spätestens bis zum Ende des auslaufenden Versicherungsverhältnisses **oder der in Abs. 3 Satz 2 genannten Verpflichtung nach**, hat der Zulassungsausschuss das Ruhen der Zulassung spätestens bis zum Ablauf der Nachhaftungsfrist des § 117 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz zu beschließen. Der Vertragsarzt ist zuvor auf das Ruhen der Zulassung nach Satz 2 hinzuweisen. Das Ruhen der Zulassung endet mit dem Tag des Zugangs des Bescheides des Zulassungsausschusses bei dem Vertragsarzt, mit dem das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes festgestellt wird.“*

Die BpTK stimmt zu, dass in § 95e Absatz 6 SGB V auch bereits zugelassene bzw. ermächtigte Leistungserbringer*innen zusätzlich zur bestehenden berufsrechtlichen Vorgabe verpflichtet werden, den Nachweis einer Berufshaftpflichtversicherung zu erbringen.

Regelungen zum verpflichtenden Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung finden sich in den Heilberufe- und Kammergesetzen, in den Berufsordnungen und zukünftig auch im SGB V. Dies erfordert einen funktionierenden Informationsaustausch. Insofern trägt § 95e Absatz 7 SGB V zu einer Harmonisierung der Abläufe bei.

2.3 Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen (§ 136 Absatz 6 neu)

Mit der Einfügung eines neuen Absatzes 6 in § 136a SGB V soll der G-BA beauftragt werden, in seinen Richtlinien zur Qualitätssicherung gemäß § 136 Absatz 1 SGB V bis zum 31. Dezember 2022 einheitliche Anforderungen für die Information der Öffentlichkeit festzulegen, um insbesondere durch einrichtungsbezogene Vergleiche der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer*innen und zugelassenen Krankenhäuser auf Basis der Auswertung der nach Maßgabe des § 299 SGB V bereits ver-

arbeiteten Daten die Transparenz und die Qualität der Versorgung zu erhöhen. Die Veröffentlichung der Auswertungsergebnisse soll dabei in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form einrichtungsbezogen und regelmäßig erfolgen – nach der Gesetzesbegründung gegebenenfalls sogar unterjährig. Die Ergebnisse der Beauftragung des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zur Entwicklung eines Qualitätsportals sollen hierbei berücksichtigt werden.

Durch die Bezugnahme auf die Beauftragung des IQTIG zur Entwicklung des sogenannten G-BA-Qualitätsportals wird zwar deutlich, dass der neue Auftrag an den G-BA einen inhaltlichen Zusammenhang mit dem bereits bestehenden Auftrag gemäß § 137a Absatz 3 Nummern 5 und 6 SGB V hat. Es bleibt jedoch unklar, in welchem Binnenverhältnis diese Aufträge zueinander in ihrer konkreten Umsetzung stehen sollen. Offen bleibt, ob neben dem bereits beauftragten Qualitätsportal mit einrichtungsbezogenen vergleichenden risikoadjustierten Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung mit einer neuen Anforderungen-Richtlinie für die Information der Öffentlichkeit über die Qualität der Versorgung ein weiteres Qualitätswissensportal mit einrichtungsbezogenen Vergleichen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer*innen und zugelassenen Krankenhäuser auf Basis der Auswertungsergebnisse der zum Zwecke der Qualitätssicherung verarbeiteten Daten gemäß § 299 SGB V entwickelt werden soll. In Satz 6 wird lediglich festgehalten, dass die Ergebnisse der Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung eines Qualitätsportals hierbei berücksichtigt werden sollen.

Konzentration auf den Aufbau eines G-BA-Qualitätsportals

Bereits die bisherigen Entwicklungsarbeiten des IQTIG, die im Zwischenbericht zum Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal vom 9. September 2020 zusammengefasst wurden, haben deutlich gemacht, dass es bei einer vorläufigen Fokussierung des Qualitätsportals auf elektive und dringend elektive Krankenhausaufenthalte enorme methodische und konzeptionelle Herausforderungen gibt. Unter anderem sind bei der Konzeption die sehr unterschiedlichen Informationsbedürfnisse der verschiedenen Zielgruppen angemessen zu berücksichtigen.

Die Qualitätsindikatorensets aus den jeweiligen QS-Verfahren bilden gegenwärtig die verschiedenen Qualitätsdimensionen bzw. Informationsmodule, wie sie vom IQTIG konzipiert werden, ganz überwiegend nicht umfassend und damit als Gesamtdimension nicht hinreichend valide ab. Vielfach adressieren einzelne Qualitätsindikatoren nur sehr umgrenzte Teilaspekte der Versorgungsqualität. Sie können daher für eine quasi metrische Messung dieser Dimensionen im Rahmen einer Aggregation der Qualitätswissensinformation

durch Indexbildung nicht genutzt werden. Es ist auch zu vermeiden, dass die vorgeschlagenen Informationsmodule den Nutzer*innen des Portals fälschlicherweise eine umfassende, objektive Ergebnismessung in einem Leistungsbereich eines Krankenhauses suggerieren. Ferner erscheint auch eine qualitative Bewertung von Qualitätsindikatorergebnissen infolge rechnerischer Auffälligkeiten in den meisten Fällen unverzichtbar. Das bedeutet auch, dass die Ergebnisse der strukturierten Dialoge bzw. die Stellungnahmen der Leistungserbringer*in vor einer Veröffentlichung der Indikatorergebnisse abzuwarten sind. Eine noch aktuellere, gegebenenfalls unterjährige Information der Öffentlichkeit, wie sie in der Gesetzesbegründung zur Ergänzung des Absatzes 6 in § 136a anklingt, über die auf den Indikatorergebnissen beruhenden Einrichtungsvergleiche erscheint insoweit unrealistisch. Gänzlich offen ist schließlich noch, wie künftig Qualitätsindikatoren auf Basis von Patientenbefragungen für diese Einrichtungsvergleiche genutzt werden können. Unter anderem die Begrenzungen der Datengrundlagen aufgrund reduzierter Rücklaufzeiten und unzureichender Risikoadjustierung zählen hier zu den einschlägigen methodischen Herausforderungen.

Logik der stationären QS-Verfahren ist nicht auf den ambulanten Bereich bzw. die sektorenübergreifende Versorgung übertragbar

Insgesamt sind aus Sicht der BPTK die gegenwärtigen Herausforderungen für die Entwicklung eines G-BA-Qualitätsportals für den stationären Bereich so umfangreich und komplex, dass sich eine Erweiterung des Portals um einrichtungsbezogene Vergleiche der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer*innen verbietet. Zu beachten ist dabei auch, dass sich die Konzeption der Qualitätssicherungsverfahren, wie sie im stationären Bereich entwickelt wurden, von ganz wenigen Ausnahmen wie beispielsweise dem sektorgleichen QS-Verfahren PCI abgesehen, nicht auf den ambulanten Bereich übertragen lässt. Auch die Qualitätsinformationen aus den sektorübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren lassen sich nicht in vergleichbarer Weise für ein solches auf Einrichtungsvergleichen basierendes Qualitätsportal zur Information der Öffentlichkeit zum Zwecke der Transparenz und der Qualität nutzen. Dies gilt insbesondere für die Verfahren, die sich nicht auf eng definierte Behandlungsepisoden bei relativ homogenen Patientengruppen, sondern sich vielmehr – wie beispielsweise beim QS-Verfahren Schizophrenie – auf die Versorgung von Patient*innen mit chronischen Erkrankungen bei sehr heterogenen Krankheitsverläufen und variierenden Behandlungsepisoden in den verschiedenen Sektoren beziehen.

Insbesondere die Messung der Ergebnisqualität, welche bei einem Einrichtungsvergleich die Datengrundlage für das Informationsmodul „Behandlungserfolg“ liefern sollte, ist in

den sektorübergreifenden Verfahren und vielfach auch in den sektorspezifischen ambulanten Verfahren wesentlichen Limitationen unterworfen. Denn der Behandlungserfolg kann hier regelhaft nicht eindeutig einer Leistungserbringer*in zugeordnet werden, weil er zumeist das Ergebnis des Zusammenwirkens mehrerer Leistungserbringer*innen – sowohl parallel als auch in aufeinanderfolgenden Behandlungsepisoden (z. B. ambulant – stationär – ambulant) über einen längeren Zeitraum ist. Auch die in diesem Referentenentwurf vorgesehene Änderung des § 299 Absatz 4 Satz 8 SGB V, mit der die Möglichkeit geschaffen werden soll, dass bis zu 24 Monate nach Versand von Fragebögen im Rahmen der Patientenbefragung die Versendestelle weiterhin über die erforderlichen Adressdat*innen für einen erneuten Versand der Fragebögen verfügen kann, reflektiert die Notwendigkeit, längere Behandlungszeiträume und zugleich Behandlungsergebnisse zu erfassen und abzubilden, die nicht mehr einer Leistungserbringer*in allein zugeschrieben werden können. Diese Änderung ist aus Sicht der BpTK sachgerecht und weist zugleich auf einen grundsätzlichen Weiterentwicklungsbedarf bei den sektorübergreifenden QS-Verfahren hin.

Die, die Patient*innen und Angehörigen, aber auch die möglichen Zuweiser*innen interessierenden Informationen zur Ergebnisqualität der Behandlung können somit über rein einrichtungsvergleichende Qualitätsinformationsportale nicht zur Verfügung gestellt werden. Mögliche Unterschiede in den Auswertungsergebnissen werden daher von den Nutzer*innen des Qualitätsportals nicht bei ihren Auswahlentscheidungen genutzt werden können. In diesen Fällen können daher überwiegend nur Informationen zu bestimmten Aspekten der Struktur- und Prozessqualität zur Anwendung kommen. Die dem geplanten gesetzlichen Auftrag zugrundeliegende und in der Gesetzesbegründung skizzierte Hypothese, dass vor dem Hintergrund informierter Auswahlentscheidungen zu erwarten ist, dass sich die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bei den Leistungserbringenden – unter einem permanenten Wettbewerbsdruck – weiter stetig verbessern werden, dürfte schon aus diesen Gründen unzutreffend sein.

Angesichts der begrenzten Aussagekraft und aufgrund der kleinen Stichproben regelhaft auch limitierten Validität der Indikatorergebnisse zur Prozess- und Ergebnisqualität, die in der vertragsärztlichen Versorgung eindeutig einer Leistungserbringer*in zugeschrieben werden können, erscheint auch die Abwägung der Rechtsgüter von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringenden einerseits und von Patient*innen andererseits, wie sie in der Gesetzesbegründung dargelegt wird, nicht tragfähig.

Berücksichtigung der Ergebnisqualität über Systemindikatoren im regionalen Vergleich

Die unreflektierte Übertragung des Qualitätssicherungsparadigmas aus den sektorspezifischen stationären QS-Verfahren insbesondere auf die sektorenübergreifenden, aber auch die sektorenspezifischen ambulanten QS-Verfahren bei chronisch verlaufenden Erkrankungen führt dabei nicht nur dazu, dass diese QS-Verfahren in ihren Indikatorensatz zum Teil ein Übergewicht im Bereich von Struktur- und Prozessqualitätsindikatoren aufweisen, bei denen die realen Qualitätsdefizite in der Versorgung eher geringfügig einzuschätzen sind. Eine gravierende Folge ist auch, dass in den QS-Verfahren wesentliche Qualitätsverbesserungspotenziale durch die Ausblendung von Aspekten der Ergebnis- und Prozessqualität, die nicht eindeutig einer Leistungserbringer*in zugeschrieben werden können, ungenutzt bleiben. In diesen Fällen wären die nicht eindeutig einer Leistungserbringer*in zuschreibbaren Indikatoren der Ergebnis- und Prozessqualität als Systemindikatoren zu konzipieren und sollten regionalisiert der an einem QS-Verfahren teilnehmenden Leistungserbringenden* systematisch rückgespiegelt werden.

Anstelle von Einrichtungvergleichen wären hier Vergleiche der Versorgungsqualität, zum Beispiel auf der Ebene der Planungskreise der jeweils betroffenen Arztgruppen zielführend, die zugleich die gemeinsame Übernahme von regionaler Versorgungsverantwortung durch die jeweils in einer Region tätigen Leistungserbringer*innen und deren Vernetzung fördern könnten. Auch Prozesse des „Lernens von den Besten“ könnten unter derartigen Perspektiven und Voraussetzungen datengestützt realisiert werden, im Gegensatz zu den reinen Einrichtungvergleichen. Hierdurch könnten Impulse zur Förderung der Versorgungsqualität gesetzt werden. Und schließlich ließen sich über diese Form der Aggregation von Informationen der Prozess- und Ergebnisqualität auf regionaler Ebene gegebenenfalls auch strukturelle Versorgungsdefizite identifizieren. Diese könnten in der Folge von den Landesausschüssen oder den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden zum Anlass genommen werden, zum Beispiel bestehende Zulassungsbeschränkungen für einen Planungskreis aufzuheben bzw. die Ausnahme von Zulassungsbeschränkungen für Teilgebiete zu beantragen.

Gesetzlicher Auftrag zur Entwicklung von Systemindikatoren der Ergebnisqualität

Das IQTIG hat beispielsweise im Rahmen der Entwicklung des QS-Verfahrens Schizophrenie bereits eine Reihe von Systemindikatoren zur Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität entwickelt (siehe Abschlussbericht des IQTIG mit Stand vom 22. Dezember 2017). Die Beratungen im G-BA haben jedoch gezeigt, dass aufgrund der Fokussierung der QS-Verfahren auf Indikatoren, bei denen die Verantwortung eindeutig einer Leistungserbringer*in zugeschrieben werden kann, diese Systemindikatoren im Rahmen der weiteren Entwicklungen und Ausgestaltung der QS-Verfahren nicht umfassender erprobt werden.

Dabei ist unstrittig, dass so wesentliche Informationen und wesentliche Qualitätsprobleme in der Versorgung nicht systematisch adressiert werden können. Darüber hinaus mangelt es an konzeptionellen Überlegungen, wie diese Indikatorinformationen in geeigneter Weise (Aggregation, Regionalisierung) an die Leistungserbringenden, aber auch an die Landesausschüsse und die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden systematisch rückgemeldet werden können. Die BPTK schlägt daher vor, dem § 136a folgenden Absatz anzufügen:

„34. (6) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach § 136 Absatz 1 erstmals bis zum 31. Dezember 2022 einheitliche **Regelungen für die Information der Landesausschüsse, der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden, der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und der zugelassenen Krankenhäuser auf Basis der Auswertungsergebnisse der nach Maßgabe der sektorenübergreifenden und sektorspezifischen Qualitätssicherungsverfahren berechneten Systemindikatoren fest. Er trifft dabei insbesondere Festlegungen zu Art und Umfang der Aggregation der Daten auf regionaler Ebene. Die Information über die Auswertungsergebnisse hat insbesondere planungskreisbezogen und regelmäßig zu erfolgen.**“

Darüber hinaus schlägt die BPTK vor, in § 137a Absatz 3 SGB V den gesetzlichen Auftrag an das IQTIG bei der Indikatorentwicklung explizit um die Entwicklung von Systemindikatoren, bei denen die Verantwortung nicht eindeutig einer Leistungserbringer*in zugeschrieben werden kann, zu ergänzen:

„37. § 137a Absatz 3 wird wie folgt geändert:
a) In Satz 2 Nummer 1 werden **nach dem Wort „Indikatoren“ die Wörter „einschließlich Systemindikatoren“ und** nach dem Wort „Patientenbefragungen“ die Wörter „auch in digitaler Form“ eingefügt.“

2.4 Probatorische Sitzungen während der Krankenhausbehandlung in vertragsärztlichen Praxen ermöglichen (§ 92 Absatz 6a Satz 2 SGB V)

Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15. November 2019 wurden auch Regelungen zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung im Krankenhaus getroffen. Der G-BA wurde zur Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung beauftragt, in der Psychotherapie-Richtlinie zu regeln, dass probatorische Sitzungen als Teil der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung bereits im Krankenhaus

durchgeführt werden können (§ 92 Absatz 6a SGB V). Hierdurch soll eine lückenlose psychotherapeutische Versorgung im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung befördert werden. Um die sektorenübergreifende psychotherapeutische Versorgung weiter zu stärken, schlägt die BPTK in diesem Zusammenhang ferner eine Präzisierung der Regelung in § 92 Absatz 6a SGB V vor.

In § 92 Absatz 6a Satz 2 SGB V wird folgende Änderung eingefügt:

*„Sofern sich nach einer Krankenhausbehandlung eine ambulante psychotherapeutische Behandlung anschließen soll, können erforderliche probatorische Sitzungen bereits frühzeitig **noch während der Krankenhausbehandlung in der vertragsärztlichen Praxis wie auch in den Räumen des Krankenhauses** durchgeführt werden;“*

Begründung:

In vielen Fällen ist es insbesondere aus psychotherapeutischer Sicht sinnvoll, dass die probatorischen Sitzungen während der Krankenhausbehandlung nicht nur in den Räumen des Krankenhauses, sondern auch in den vertragspsychotherapeutischen Praxen durchgeführt werden können. Im Rahmen psychiatrischer Krankenhausbehandlungen werden bereits heute regelhaft Belastungserprobungen durchgeführt, um Patient*innen auf eine geplante Entlassung vorzubereiten und ggf. auftretende Probleme therapeutisch bearbeiten zu können. In diesem Zusammenhang werden Patient*innen zum Beispiel stundenweise oder über Nacht von der Krankenhausbehandlung beurlaubt und erproben in der Zeit zum Beispiel, wie gut sie mit den Belastungen im häuslichen Umfeld umgehen und ihre gelernten Bewältigungsstrategien anwenden können und welche Schwierigkeiten dabei ggf. auftreten. Auch arbeitsbezogene Belastungserprobungen werden zu diesem Zwecke außerhalb des Krankenhauses durchgeführt.

In diesem Sinne kann es für viele Patient*innen hilfreich sein, wenn sie für den Beginn einer ambulanten psychotherapeutischen Weiterbehandlung noch während der Krankenhausbehandlung die jeweilige psychotherapeutische Praxis für entsprechende probatorische Sitzungen aufsuchen können. Je nach individueller Belastbarkeit der Patient*in könnte diese Belastungserprobung eigenständig oder in Begleitung durch Krankenhauspersonal oder gegebenenfalls auch eine ambulant tätige Soziotherapeut*in durchgeführt werden. Für Patient*innen hätte dies zum einen den Vorteil, dass sie sich für eine ambulante Psychotherapie bei einer Psychotherapeut*in auf Basis der realen Behandlungserfahrung in den Räumlichkeiten der jeweiligen Praxis entscheiden könnten.

Zum anderen würden Patient*innen durch den positiven Verlauf dieser Belastungserprobung darin bestärkt, dass sie in der Lage sind, eigenständig oder gegebenenfalls mit sozialtherapeutischer Unterstützung Termine in der psychotherapeutischen Praxis wahrzunehmen. Auch probatorische Sitzungen im Gruppensetting könnten dadurch ermöglicht werden, die Patient*innen helfen können, sich für ein entsprechendes Behandlungsangebot zu entscheiden. Damit die Möglichkeit der probatorischen Sitzungen in der vertragspsychotherapeutischen Praxis während einer Krankenhausbehandlung in der Psychotherapie-Richtlinie eindeutig geregelt und der Leistungsanspruch der Patient*innen gesichert wird, bedarf es der vorgeschlagenen Präzisierung des gesetzlichen Auftrags an den G-BA in § 92 Absatz 6a Satz 2 SGB V.

2.5 Medizinische Vorsorgeleistungen (§ 23 SGB V)

Der Entwurf sieht vor, dass ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten und stationäre Vorsorgeleistungen künftig in Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung umgewandelt werden. Die Gesunderhaltung und -förderung sollen gestärkt werden mit dem Ziel, dass Erkrankungen vorgebeugt oder der Krankheitsverlauf abgemildert werden.

Die BpTK begrüßt diese Regelung, da diese die Gesundheit von Menschen mit einem erhöhten Risiko für psychische Erkrankungen und von Menschen mit psychischen Erkrankungen fördern und stärken kann. Versicherte sollten über den Leistungsanspruch informiert werden und ein niedrigschwelliger Zugang zur Leistung sichergestellt werden

2.6 Förderung der Koordination in Hospiz- und Palliativnetzwerken (§ 39d SGB V)

Der im Referentenentwurf vorgeschlagene § 39d SGB V führt die paritätische Finanzierung von Koordinierungs- und Vernetzungsstellen in der Hospiz- und Palliativversorgung durch die Kommunen und die gesetzliche Krankenversicherung ein. Ziel ist es, im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge die Koordination und Vernetzung der verschiedenen professionellen und ehrenamtlichen Versorgungs- und Beratungsangebote sicherzustellen.

Die BpTK unterstützt die vorgeschlagene Regelung. Durch die Sicherstellung der gemeinsamen Finanzierung von Koordinierungs- und Vernetzungsstellen durch Kommunen und gesetzlicher Krankenversicherung wird der Auf- und Ausbau von inter- und multidisziplinären Netzwerken in der Hospiz- und Palliativversorgung nachhaltig gefördert und kann damit zu einer Verbesserung der Versorgung von Patient*innen und ihren Angehörigen

beitragen, die sowohl regionale Besonderheiten berücksichtigt und gleichzeitig auf individuelle Bedürfnisse eingeht.

Darüber hinaus wäre es aus Sicht der BpTK zu begrüßen, wenn diese Regelung auch auf andere Bereiche ausgeweitet werden würde, um die Koordinierungs- und Vernetzungsarbeit als Teil der kommunalen Daseinsvorsorge auf die Versorgung weiterer vulnerabler Gruppen zu erweitern, wie beispielsweise in der Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen oder in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit komplexem Behandlungs- und Unterstützungsbedarf.

2.7 Klarstellung zur Begrenzung der finanziellen Förderung für besondere Therapieeinrichtungen (pädoophile Sexualstörungen; § 65d SGB V)

Der Regelungsvorschlag stellt klar, dass die Modellvorhaben zur Förderung von Leistungserbringer*innen, die Patient*innen mit pädoophilen Sexualstörungen behandeln, einer Förderdauer von acht Jahren entspricht.

Die BpTK begrüßt diese Klarstellung. Ferner muss aus Sicht der BpTK klargestellt werden, dass erfolgreiche Modellvorhaben im Anschluss an die Förderzeit in die Regelversorgung übernommen werden, sodass diese Angebote Patient*innen regelhaft zur Verfügung stehen und damit zur Verbesserung der Versorgung beitragen.

2.8 Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst (§ 276 SGB V)

§ 276 SGB V regelt, dass Leistungserbringer*innen der Zweck der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD) oder die Krankenkassen mitgeteilt werden muss, um die Transparenz zu gewährleisten, und damit Leistungserbringer*innen die Anforderungen bedarfsgerecht erfüllen können.

Die BpTK begrüßt diese Regelung, denn durch die Mitteilung des Zwecks der Begutachtung wird der bürokratische Aufwand für Psychotherapeut*innen reduziert und die Zuarbeit optimiert, da dies die zielgerichtete Zusammenstellung und Bereitstellung der notwendigen Informationen durch Psychotherapeut*innen zur Begutachtung erleichtert.

2.9 Mitteilungspflichten des Medizinischen Dienstes (§ 277 SGB V)

In § 277 SGB V soll darüber hinaus geregelt werden, dass der MD die Leistungserbringer*innen nur in den Fällen informiert, in denen das Begutachtungsergebnis des MD zu einer anderen Einschätzung als der der Leistungserbringer*in kommt. Der MD wird befugt, die Leistungserbringer*in zu unterrichten, wenn das Ergebnis der Begutachtung des

MD nicht vom Vorgehen der Leistungserbringer*in abweicht. Ferner sollen die Mitteilungspflichten und -befugnisse des MD an die betroffenen Leistungserbringer*innen in Fällen zur Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen nach § 275 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 nur dann gelten, wenn die Versicherten der Mitteilung zugestimmt haben. Die gesetzliche Krankenversicherung hat hierzu dem MD das Vorliegen einer Einwilligung mitzuteilen. Des Weiteren können Leistungserbringer*innen mit Einwilligung der Versicherten beim MD beantragen, dass die wesentlichen Gründe für ein abweichendes Begutachtungsergebnis mitgeteilt werden. Gutachten zu Behandlungsfehlervorwürfen sind vom MD an die Versicherte* vollständig und in schriftlicher oder elektronischer Form zu übermitteln.

Die BpTK begrüßt, dass Psychotherapeut*innen zukünftig gezielt informiert werden, wenn das Begutachtungsergebnis des MD von ihrer Einschätzung abweicht. Dies reduziert administrative Aufwände; gleichzeitig ist für Psychotherapeut*innen klarer einsehbar, in welchen Begutachtungsfällen entgegen ihrer Einschätzung entschieden wurde. Aus Sicht der BpTK ist es sachgerecht, dass die Mitteilungspflichten und -befugnisse des MD gegenüber der Leistungserbringer*in bei Begutachtungen zu Behandlungsfehlervorwürfen nur bei Einwilligung der Versicherten erfolgen. Des Weiteren begrüßt die BpTK, dass der MD zur Mitteilung der wesentlichen Gründe verpflichtet wird, wenn die Leistungserbringer*in mit Einwilligung der Versicherten diese bei einem abweichenden Begutachtungsergebnis anfordert, da dies maßgeblich zur Transparenz des Begutachtungsergebnisses beiträgt.

2.10 Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (§ 17d KHG)

Die vorgeschlagene Änderung regelt, dass aufgrund der wegfallenden Psychiatrie-Personalverordnung zukünftig die Zahl der insgesamt beschäftigten Pflegekräfte und die Zahl der in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen tätigen Pflegekräfte übermittelt werden, um die Weiterentwicklung des Entgeltsystems von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zu gewährleisten.

Die BpTK unterstützt diese Regelung, da sie sich folgerichtig aus dem Wegfall der Psychiatrie-Personalverordnung ergibt.

2.11 Gesundheitsausgaben- und -personalstatistikgesetz (§ 1 GAPSG)

Der Gesetzentwurf führt die gesetzliche Grundlage für Statistiken der Gesundheitsausgaben und ihrer Finanzierung, der Krankheitskosten und des Gesundheitspersonals sowie eines regionalen Fachkräftemonitorings durch das Statistische Bundesamt ein.

Die BPTK begrüßt den Vorschlag, denn mittels dieser Statistiken können u. a. wichtige empirisch fundierte Aussagen zu regionaler Krankheitslast, realen Versorgungsbedarfen und insbesondere auch zum Ausmaß einer möglichen medizinischen Unterversorgung gemacht werden.

Mit Blick auf die Versorgung von psychisch erkrankten Menschen ist dies essenziell, denn eine zeitnahe, wohnortnahe und barrierefrei zugängliche Versorgung muss für alle Patient*innen mit psychotherapeutischem Versorgungsbedarf bundesweit sichergestellt werden. Lange Wartezeiten aufgrund eines hohen Versorgungsbedarfs und einer unzureichenden Bedarfsplanung, die die realen Versorgungsbedarfe nicht abdeckt, stehen dem jedoch aktuell entgegen. Insbesondere die geplante Bundesstatistik zum regionalen Fachkräftemonitoring, die über das Angebot und die Nachfrage von Fachkräften in bestimmten Einrichtungen des Gesundheitswesens informieren soll, ist hierbei von entscheidender Bedeutung. Diese dann öffentlich zur Verfügung stehenden Informationen können eine empirisch fundierte Entscheidungsgrundlage bieten, die es den für die Sozialversicherungen zuständigen obersten Landesbehörden in Zukunft noch besser ermöglicht, von ihren Mitberatungsrechten in den Zulassungsausschüssen gemäß § 96 Absatz 2a SGB V Gebrauch zu machen, um die Versorgung in unterversorgten Regionen sicherzustellen. Aus Sicht der BPTK ist es hierfür notwendig, dass die statistischen Daten differenziert für die verschiedenen Facharztgruppen und regionalisiert auf Kreisebene vorliegen.

Weiterhin schlägt die BPTK vor, dass im Rahmen der Statistik über Gesundheitsausgaben auch die Höhe der Ausgaben der Krankenkassen für Leistungen gemäß § 13 Absatz 3 SGB V aufgeführt werden.