



## Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 14. Juni 2016

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung  
der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psy-  
chosomatische Leistungen (PsychVVG)

---

## Inhalt

<u>Vorbemerkung</u>	<u>3</u>
<u>Artikel 1</u>	<u>3</u>
Nr. 1 (§ 2a SGB V) Bestimmung einer Definition von Krankenhausstandorten.....	3
<u>Artikel 4</u>	<u>5</u>
Nr. 2 (§ 101 Abs. 1 SGB V) Anrechnung von nach § 118 ermächtigten Einrichtungen .....	5
Nr. 4 (§115d SGB V -neu-) Stationersetzende psychiatrische Behandlung .....	7
Nr. 5 (§ 118 Abs. 3 SGB V) Ermächtigung psychiatrischer Krankenhäuser.....	9
Nr. 6 (§ 136 Abs. 1 SGB V) Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung .....	10
Nr. 9 (§ 137a Abs. 6 SGB V) IQTiG .....	11
Nr. 11 (§ 293 Abs. 6 SGB V -neu-) Verzeichnis Krankenhausstandorte .....	11
Nr. 12 (§ 295 Abs. 1b Satz 4 SGB V) Neue PIA-Dokumentationsvereinbarung.....	13
<u>ANHANG I: KBV Änderungsvorschlag der Ärzte-ZV (Bundesarztregister):</u>	<u>15</u>

## Vorbemerkung

Die vorliegende Kommentierung des Referentenentwurfs für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) gliedert sich in drei Betrachtungsschritte:

1. Sachverhalt
2. Bewertung
3. Handlungsempfehlungen / Änderungsvorschläge.

Die Durchnummerierung entspricht dem Referentenentwurf.

Grundsätzlich ist anzumerken, dass mit dem vorliegenden Entwurf wesentliche Entwicklungsschritte für eine bessere Versorgung psychiatrisch und/oder psychosomatisch erkrankter Patientinnen und Patienten auf den Weg gebracht werden.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) unterstützt Korrekturmaßnahmen zur Beseitigung qualitätsmindernder Personalausstattungen an Kliniken der psychiatrischen Versorgung. Ebenso werden die Maßnahmen zur Erhöhung der Transparenz des stationären Versorgungsgeschehens begrüßt. Unzureichend und die Verfestigung der bisherigen sektoralen Trennung weiter befördernd, sind hingegen die Regelungen zu stationsäquivalenten Krankenhausleistungen, die einer weiteren losgelösten und nicht entsprechend mit der Regelversorgung vernetzten Öffnung der Krankenhäuser entspricht. Essenziell für das Gelingen der im Grundsatz zu unterstützenden Akutbehandlung im häuslichen Umfeld, ist die obligate Einbindung vertragsärztlicher Psychiater bzw. die Einrichtung eines Vertragsrahmens, der sektorenunabhängig Akutbehandlungen ermöglicht.

## Artikel 1

### Nr. 1 (§ 2a SGB V) Bestimmung einer Definition von Krankenhausstandorten

#### Sachverhalt:

Der neu eingefügte Paragraf verpflichtet die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) zur Erarbeitung einer Systematik, die die Standorte von Krankenhäusern und deren Ambulanzen klar voneinander abgrenzt. Die KBV und die Privaten Krankenversicherung (PKV) sind dabei ins Benehmen zu setzen. Die Definition der Standorte soll u.a. für Zwecke der Qualitätssicherung, der Abrechnung, für die Krankenhausplanung und die Krankenhausstatistik genutzt werden. Sie ist für alle Beteiligten der Gemeinsamen Selbstverwaltung verpflichtend.

Im Falle einer Nichteinigung ist ein Schiedsverfahren ohne Antrag der Beteiligten vorgesehen, sodass innerhalb von sechs Wochen eine Entscheidung zu treffen ist.

#### Bewertung:

Das Ziel einer einheitlichen Standortdefinition in der stationären Versorgung ist uneingeschränkt zu begrüßen. Bereits in der Vergangenheit waren aufgrund der bestehenden Intransparenz und Unsicherheiten der Strukturen der stationären Versorgung Schwierigkeiten in der Regulierung des stationären Sektors aufgetreten. Mit Blick auf die anstehenden weitergehenden Aufgaben aus dem Krankenhausstrukturgesetz (Qualitätssicherung, Sicherstellungszuschläge, gestuftes Konzept der stationären Notfallversorgung) etc. ist es dringend erforderlich, klare Definitionen der Standorte zu erarbeiten.

Durch konsequente Vorgaben zum Schiedsprozess wird sichergestellt, dass eine Standortdefinition zeitnah vorliegt. Fraglich ist, ob sechs Monate ausreichend sind, um solche ggf. komplexen Fragen abschließend verhandeln zu können. Die gemeinsame Selbstverwaltung wird

hier ggf. wieder mit gesetzlichen Fristen belegt, die zu Lasten der Ergebnisqualität gehen können.

Der gesetzliche Zweck des Registers sollte zudem erweitert werden. Bisher wird hier mit Blick auf die Planungs- und Verteilungssteuerung lediglich auf die Krankenhausplanung abgestellt. Angesichts der Vielzahl an Ambulanzen und deren Wechselwirkung mit der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung sollte die Standortdefinition nach dieser Regelung auch geeignet sein, im Rahmen der Bedarfsplanung eine sachgerechte Bewertung der regionalen Versorgungssituation zu ermöglichen. Da der ambulanten Bedarfsplanung i.d.R. eine wesentlich kleinräumigere Betrachtung zugrunde liegt als in der Krankenhausplanung, bringt dies ggf. besondere Anforderungen mit sich, die bei der Definition von Standorten zu berücksichtigen ist.

Ebenso sollte die gesetzliche Regelung sicherstellen, dass die beschriebenen Ziele der Standortdefinition auch tatsächlich erfüllt werden. Vor diesem Hintergrund ist eine höhere Verbindlichkeit als die bisher vorgesehene Soll-Regelung zu wählen.

Vor dem Hintergrund der Bedeutung der Standortdefinition insbesondere der Ambulanzen für die ambulante Bedarfsplanung ist zudem die vorgesehene Benehmensherstellung mit der KBV nicht ausreichend. Stattdessen ist aufgrund der starken Betroffenheit der ambulanten Versorgung eine Einvernehmensregelung sachgerechter.

#### Empfehlung:

Grundsätzliche Zustimmung zum vorliegenden Regelungsentwurf, Erweiterung des Zwecks der Definition von Krankenhausstandorten sowie dessen Verbindlichkeit, Erweiterung des Beteiligungsrechtes der KBV aufgrund der Bedeutung für die ambulante Versorgung auf eine Einvernehmensregelung.

#### Änderungsvorschlag:

In Artikel 1 Nummer 1 wird im Absatz 1 des neuen § 2a der Satz 1 wie folgt gefasst:

*„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im **Einvernehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung** und im Benehmen mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung bis zum [Einsetzen (letzter Tag des sechsten Monats nach Inkrafttreten)] eine bundeseinheitliche Definition, welche die Kriterien für den Standort oder die Standorte eines Krankenhauses und die Ambulanzen eines Krankenhauses festlegt.“*

In Artikel 1 Nummer 1 wird im Absatz 1 des neuen § 2a der Satz 3 wie folgt gefasst:

*„Die Definition **dient** insbesondere den Zwecken der Qualitätssicherung, der Abrechnung, der **Versorgungsplanung** und der Krankenhausstatistik.“*

## Artikel 4

### Nr. 2 (§ 101 Abs. 1 SGB V) Anrechnung von nach § 118 ermächtigten Einrichtungen

#### Sachverhalt:

Mit der Neuregelung werden die nach § 118 SGB V ermächtigten Einrichtungen verpflichtet, für jeden Standort die personellen Kapazitäten (getrennt nach Fachgebieten) an den Landesausschuss zu übermitteln.

#### Bewertung:

Der Gesetzgeber greift mit dieser Regelung eine Diskussion aus dem Bereich der Bedarfsplanung auf, die er allerdings mit der Vorgabe zur Anrechnung von ermächtigten Einrichtungen im GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG, 2012) selbst initiiert hat.

Der ursprüngliche Gedanke der Gesetzgebung 2012, die ambulante Versorgung, wie sie beispielsweise in Psychiatrischen Institutsambulanzen, Sozialpädiatrischen Zentren etc. stattfindet, in der Bedarfsplanung besser abzubilden, gestaltete sich in der praktischen Umsetzung der Bedarfsplanungs-Richtlinie schwierig. Grund dafür war v.a. die bestehende Intransparenz der personellen Kapazitäten und Versorgungsinhalte dieser Einrichtungen, die im G-BA nicht zu lösen war. Diesen Schwierigkeiten Rechnung tragend, schränkte der Gesetzgeber die Anrechnung der ermächtigten Einrichtungen insoweit ein, dass sie bei den maßgeblichen Entscheidungen zur Feststellung von Unterversorgung und Sperrung eines Planungsbereichs nicht mehr zu berücksichtigen sind (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG, 2015).

Mit dem PsychVVG adressiert der Gesetzgeber nun erneut die bestehende Intransparenz und gibt vor, dass weitergehende Informationen zur personellen Ausstattung der nach § 118 SGB V ermächtigten Einrichtungen an die Landesausschüsse zu übermitteln sind. Wünschenswert wäre allerdings gewesen, erst die Transparenz der Versorgung herzustellen, um im Anschluss Vorgaben zu deren Berücksichtigung in der ambulanten Planung zu machen.

Verschiedene Aspekte dieses Regelungsvorhabens sind dabei zu hinterfragen:

1. Völlig unklar bleibt, warum diese Regelungen ausschließlich für nach § 118 SGB V ermächtigte Einrichtungen eingeführt werden, wenn gleichzeitig für Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V), Sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V), die ermächtigten Einrichtungen nach § 119 a - c SGB V etc. keine weitere Transparenz hergestellt wird.
2. Kritisch zu bewerten ist darüber hinaus der Verweis auf die Vereinbarung nach § 295 Abs. 1b Satz 4 SGB V (PIA-Dokumentationsvereinbarung). In ihrer derzeitigen Fassung differenziert diese Vereinbarung lediglich zwischen Versorgung mit und ohne Arzt- bzw. Psychotherapeutenkontakt. Eine Meldung der eingesetzten Personalkapazitäten würde somit keinerlei Rückschlüsse auf die einzelnen ärztlichen Fachgebiete oder eine differenziertere Betrachtung des nichtärztlichen Personals erlauben. Bei der Anrechnung in der Bedarfsplanung helfen diese Informationen nicht weiter und schaffen nicht die notwendige Transparenz über das Leistungsgeschehen.  
Zwar sieht Artikel 4 Nr. 13 dieses Gesetzes eine entsprechende Anpassung der PIA Dokumentationsvereinbarung vor, die allerdings erst ein Jahr nach Inkrafttreten dieses Gesetzes umgesetzt wird, sodass eine Übermittlung der Daten frühestens zu diesem Zeitpunkt möglich erscheint.  
Ob und inwiefern die zweiseitig zu verhandelnde neue PIA Dokumentationsvereinbarung genügt, um Transparenz in deren Versorgungsgeschehen zu bringen, werden die hierzu zu führenden Verhandlungen zeigen müssen.

3. Kritisch zu bewerten ist die vorgesehene Meldung an den Landesausschuss. Grundsätzlich kann gefragt werden, ob der Landesausschuss der richtige Adressat dieser Daten ist. Zwar trifft er letztlich die Feststellung der geltenden Versorgungsgrade, jedoch stützt er sich in seinen Vorarbeiten und Auswertungen regelhaft auf die wesentlich umfangreicheren Daten und Datenverarbeitungskapazitäten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). So sieht zum Beispiel auch die Bedarfsplanungsrichtlinie in § 32 vor, dass die Ergebnisse über eine Versorgungslage dem Landesausschuss berichtet werden. Zudem fehlen dem Landesausschuss jegliche weitergehende rechtliche Grundlagen, um Vorgaben zu Datenstruktur und Lieferung zu machen, sodass die derzeitigen Vorgaben ggf. auf eine unstrukturierte, papiergebundene Übermittlung der Daten hinauslaufen. Selbst wenn eine strukturierte, digitale Übertragung der Daten vorgesehen wäre, ist unklar, ob die Landesausschüsse die notwendigen Ressourcen vorhalten, um solche Daten empfangen und verarbeiten zu können.  
Die neuen zu treffenden Regelungen des § 295 Abs. 1b Satz 4 SGB V helfen hier nur bedingt weiter, da hinsichtlich der Vorgaben zur Datenübertragung auch die KVen bzw. die KBV einzubeziehen wären (siehe Kommentierung Artikel 4 Nr. 12).
4. In den Vorgaben zur standortbezogenen Übermittlung fehlt zudem ein Hinweis auf die neuen Regelungen des § 2a Krankenhausfinanzierungsgesetz zur Bestimmung einer Definition von Krankenhausstandorten. Dies erfolgt nur in der Gesetzesbegründung, wengleich eine gesetzliche Regelung wünschenswert im Sinne der Rechtsklarheit wäre.

#### Empfehlung:

Obgleich das Gesamtanliegen einer gesteigerten Transparenz im Versorgungsgeschehen von ermächtigten Einrichtungen grundsätzlich zu begrüßen ist, sind die vorliegenden Regelungen bei weitem nicht weitreichend genug, um die gewünschte Transparenz herstellen zu können.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung schlägt deshalb vor:

1. Auch für die übrigen ermächtigten Einrichtungen Transparenz über das Leistungsgeschehen und die differenzierten personellen Kapazitäten herzustellen.
2. Die Datenübermittlung an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung vorzusehen, die dann dem Landesausschuss berichtet.

#### Änderungsvorschlag:

In Artikel 4 Nr. 2 wird der Einschub in § 101 Abs. 1 Satz 10 wie folgt gefasst:

*„für die Berücksichtigung der in den nach den §§ 118, 118a, 119 und 120 ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte übermitteln die Einrichtungen **einmal jährlich** standortbezogen Angaben zu Art und Umfang der Leistung sowie der für die Leistungserbringung eingesetzten personellen Kapazitäten **getrennt nach Berufsgruppen und Fachgebieten an die Kassenärztlichen Vereinigungen, die hierzu einmal im Jahr dem Landesausschuss Bericht erstatten. Das Nähere zum Inhalt, Struktur und Übermittlung der Daten nach Satz 10 vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bis zum [Einsetzen (ein Jahr nach Inkrafttreten)]. Kommt eine Einigung nach Satz 11 nicht zustande, entscheidet das erweiterte Bundesschiedsamt nach § 118 Absatz 2 Sätze 2 und 3 ohne Antrag einer Vertragspartei.“***



## Nr. 4 (§115d SGB V -neu-) Stationsersetzende psychiatrische Behandlung

### Sachverhalt:

Krankenhäuser mit regionaler psychiatrischer Versorgungsverpflichtung können künftig in akuten Krankheitsphasen anstelle einer vollstationären Behandlung Leistungen als sogenannte „stationsäquivalente psychiatrische Behandlung“ im häuslichen Umfeld der Patienten erbringen. Der GKV-SV, die PKV und die DKG sollen im Benehmen mit der KBV Näheres zur erforderlichen Dokumentation, Vorgaben zur Qualität der Leistungserbringung, Anforderungen zur Beauftragung Dritter sowie Grundsätze zum Abbau von Bettenkapazitäten vereinbaren. Die Regelung soll evaluiert werden mit der Verpflichtung an die Vertragspartner, einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der neu eingeführten stationsäquivalenten Behandlung bis zum 31.12.2021 vorzulegen.

### Bewertung:

Die Behandlung psychiatrischer Patienten in Krisensituationen im häuslichen Umfeld erspart Patientinnen und Patienten in Einzelfällen eine stationäre Aufnahme und ist deshalb grundsätzlich zu fördern. Entstanden im englischsprachigen Raum haben sich Standards der dort „Hometreatment“ genannten Akutintervention (crisis resolution teams) etabliert, die typischerweise eine multiprofessionelle Intervention in einem 24/7 Setting unter Leitung bzw. Beteiligung eines qualifizierten Facharztes für Psychiatrie bzw. Nervenheilkunde bis zu einem Monat vorsehen (*Wheeler C, Lloyd-Evans B, Churchard A et al. Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review. BMC Psychiatry 2015; 15:74*).

Insgesamt wird davon ausgegangen, dass die vollstationäre psychiatrische Behandlung zugunsten einer „balanced care“ immer weitergehender ambulantisiert wird (*Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. Br J Psychiatry 2004;185:283-290*). Erfahrungen zeigen, dass mit der intensiven Fortführung der Behandlung im häuslichen Setting therapeutische Erfolgsaussichten verbessert werden können (zurückgehende Hospitalisierungsrate, Zufriedenheit mit der Behandlung). Gleichwohl liegen auch Hinweise vor, dass die Suizidrate in Hometreatment-Settings vergleichsweise höher liegt als bei vollstationärer Behandlung. Die Autoren (*Hunt I, Rahman MS, While D, et al. Safety of patients under the care of crisis resolution home treatment services in England: a retrospective analysis of suicide trends from 2003 to 2011. The Lancet Psychiatry 2014; 1 (2): 135-141*) kommen zu der Auffassung<sup>1</sup>, dass für bestimmte Patientengruppen die Indikationsstellung für ein Hometreatment eng gefasst werden sollte. Aus diesem Grunde sind die Vorkehrungen des Gesetzesentwurfes, nämlich hohe Qualitätsstandards sowie eine Evaluation der neuen Versorgungsform zu etablieren, richtig.

Entsprechend klare Anforderungen an die Qualität dieser Leistungen als auch an die Dokumentation und Evaluation sind deshalb wichtig, um den notwendigerweise fließenden Übergang in die reguläre ambulante Versorgung klar abzugrenzen<sup>2</sup>. Mit der Einrichtung Psychiatrischer Institutsambulanzen wurden multiprofessionelle Versorgungsstrukturen etabliert, die in der Häuslichkeit der Patienten mit entsprechender gesetzlicher Auftragserweiterung 24/7-Versorgungsangebote in enger Abstimmung mit der bettenführenden psychiatrischen Abteilung des gleichen Hauses anbieten können. Es erschließt sich nicht, warum nicht diese bestehende Versorgungsstruktur konsequent weiterentwickelt wird, um die Etablierung eines weiteren, von den übrigen Versorgungsstrukturen entkoppelten Versorgungsangebotes zu verhindern. Die Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen ist heute schon von einer fragmentierten Versorgungslandschaft gekennzeichnet, die durch die Hinzufügung einer

<sup>1</sup> However, suicide rates remain high compared with the inpatient setting, and safety of individuals cared for by crisis resolution home treatment teams should be a priority for mental health services. For some vulnerable people who live alone or have adverse life circumstances, crisis resolution home treatment might not be the most appropriate care setting. Use of crisis resolution home treatment teams to facilitate early discharge could present a risk to some patients, which should be investigated further.”

<sup>2</sup> Im entsprechenden deutschen Wikipedia Eintrag zu Hometreatment (abgerufen am 07.06.2016) heißt es: „Typische Organisation ist: pro Patient mindestens drei Hausbesuche, mindestens einer mit Arzt“. Eine Versorgung auf diesem Niveau setzt nicht die Einrichtung eines Hometreatment solitär aus der stationären Struktur voraus. Solche Leistungen werden typischerweise auch durch gemeindepsychiatrische Verbände erbracht. Diese wiederum entbehren dauerhafter Versorgungsverträge und sind in der vorgeschlagenen Regelung nicht vorgesehen.

weiteren entkoppelten Versorgungsebene weiter komplexiert wird und zusätzliche Schnittstellenprobleme und Sektorenhindernisse mit sich bringt. Der vorliegende Entwurf sieht keine obligate Einbindung der an der Versorgung beteiligten Nervenärzte und Psychiater vor. Sofern nicht Krankenhausstrukturen in der Häuslichkeit angedacht sind (z.B. 24/7-Präsenz von Pflegekräften, unmittelbare Verfügbarkeit von Fachärzten), ergeben sich notwendigerweise Überschneidungen mit dem vertragsärztlichen Angebot. Sofern, wie anzunehmen, pauschalierte Vergütungsbedingungen durch die Vertragspartner vereinbart werden, ist ein Trend zur Behandlung milderer Krankheitsverläufe im Hometreatment zu erwarten. Diese Fälle können bei entsprechend investiver Unterstützung wirtschaftlicher und bei gleicher Versorgungsqualität in der Regelversorgung behandelt werden. Unbenommen der Versorgung psychischer Störungen leiden Patienten häufig an weiteren Morbiditäten, deren Behandlung bei vollstationärer Versorgung von der Klinik übernommen wird. Im vorgelegten Entwurf wird hierzu keine Aussage getroffen und der Eindruck entsteht, dass parallel zur vertragsärztlichen Versorgung die stationsäquivalente Leistung spezifisch für die psychische Erkrankung hinzutritt. Dies zeigt einmal mehr auf, dass die streng ambulante, stationersetzende psychiatrische Behandlung ohne eine enge Vernetzung mit dem ambulanten Sektor nicht erfolversprechend ist, eine Auffassung, die auch von Fachautoren eingefordert wird<sup>3</sup> (Gühne U, Weinmann S, Arnold K, Atav ES, etc. Akutbehandlung im häuslichen Umfeld: Systematische Übersicht und Implementierungsstand in Deutschland. *Psychiat. Prax* 2011; 38:114-122).

Der vorliegende Gesetzesentwurf trägt dieser Vernetzung nur in Ansätzen und unzureichend Rechnung. Einerseits ist eine Benennungsherstellung mit der KBV für den Vertrag vorgesehen, weiterhin sollen Anforderungen an die Beauftragung von anderen an der psychiatrischen Behandlung durch die Vertragspartner definiert werden. Beide Maßnahmen greifen entschieden zu kurz und stellen gerade nicht sicher, dass die erforderliche Vernetzung mit ambulanten Versorgungsstrukturen essenzieller Bestandteil der Vertragsentwicklung wird. Eine solcherart rückwärtsgewandte, rein sektorale Entwicklung eines eindeutig ambulanten Versorgungssettings zeigt, dass an echten sektorenübergreifenden Strukturen offensichtlich kein Interesse besteht. Dies geht zulasten der Versorgungsqualität und damit der Patientenversorgung.

Erfahrungen mit der Tätigkeit der Psychiatrischen Institutsambulanzen zeigen, dass das Versorgungsgeschehen von einem Höchstmaß an Intransparenz gekennzeichnet ist. Wechselnde Teams, fehlende Transparenz über die psychiatrisch-fachärztliche Leitung bedingen ein heterogenes Leistungsangebot, über dessen Wirksamkeit, vor allem und auch im Vergleich zu anderen Versorgungsangeboten, wenig Evidenz vorliegt. Gerade die angelsächsischen Erfahrungen mit dem Hometreatment zeigen, dass persönliche Kontinuität und die Vorhaltung namentlich bekannter Ansprechpartner ein Erfolgskriterium für Akutinterventionen außerhalb des Krankenhauses darstellen. Die anonyme Meldung von Fachkräften im Rahmen der Evaluation und die Feststellung „Der Krankenhausträger stellt sicher, dass erforderliche Personal ... zur Verfügung stehen“ lässt eine ähnliche Entwicklung wie bei Psychiatrischen Institutsambulanzen erwarten. Sowohl die Benennung der Hometreatment Teams im Qualitätsbericht der Krankenhäuser als auch die persönliche Erfassung der das Hometreatment verantwortlich leitenden Psychiater kann hier mehr Transparenz und auch Kontinuität in der Versorgung schaffen.

### Empfehlung:

Grundsätzlich ist die Begrenzung des ambulant zu erbringenden Hometreatments ausschließlich auf Krankenhäuser weder im Sinne einer bestmöglichen Versorgung für Patientinnen und Patienten sinnvoll, noch ergibt sich ein weitergehender Nutzen für die Weiterentwicklung der ohnehin schon fragmentierten und ungenügend vernetzten Versorgungsstrukturen. Die streng sektoral angelegten ambulanten und stationären Silos werden mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf weiter verfestigt und führen gerade nicht zu den beabsichtigten integrierten Strukturen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung schlägt daher die Beauftragung der an der ambulanten Versorgung beteiligten Akteure zur Entwicklung eines integrierten Versorgungs-

<sup>3</sup> Seite 120: „Eine intensive Vernetzung mit den traditionellen, in die Akutbehandlung einbezogenen Institutionen (psychiatrische Kliniken, Ambulanzen, niedergelassene Psychiater) ist daher erforderlich.“



konzeptes für die ambulante Akutbehandlung psychisch Erkrankter vor. Wesentliche Vorarbeiten hierzu wurden durch die ambulanten Fachverbände erarbeitet und können um das Element der stationsäquivalenten Leistungen ergänzt werden. Sinnvoll ist hier ggf. die Erweiterung dieses einheitlichen Rahmens auf weitere, komplexe und nur durch multiprofessionelle Behandlungsteams zu versorgende Patientengruppen (z.B. Beatmungspatienten). Sofern die Entwicklung eines generischen, auf weitere Versorgungssettings übertragbaren Rahmens nicht unterstützt wird, wird hilfsweise ergänzend vorgeschlagen, die Benehmensregelung durch eine Einvernehmensregelung zumindest in Bereichen der obligaten Vernetzung mit dem vertragsärztlichen Sektor zu ersetzen. Nur so kann sichergestellt werden, dass essenzielle Kooperationsvoraussetzungen Berücksichtigung finden.

Unbenommen davon sind die gesetzlichen Vorgaben im Hinblick auf die Abgrenzung zur vertragsärztlichen Regelversorgung zu schärfen (insb. Bedeutung von ambulanten Leistungen, die nicht mit dem Behandlungsspektrum des Hometreatments in Verbindung stehen) sowie die Transparenzanforderungen zu erhöhen. Die pauschale Formulierung „der Krankenträger stellt sicher“ kommt einer pauschalen Regelung „die Kassenärztliche Vereinigung stellt die Versorgungsqualität sicher“ gleich, die zumindest in der Vertragsärztlichen Versorgung durch detaillierte Transparenz- und Nachweisregeln abgelöst wurde. Unterschiedliche Qualitätsstandards im ambulanten Setting können hingegen nicht das Ziel moderner Gesetzgebung sein. Hierzu gehört auch die obligate fachärztliche Leitung des Hometreatments auf dem Niveau des Facharztstatus.

## **Nr. 5 (§ 118 Abs. 3 SGB V) Ermächtigung psychiatrischer Krankenhäuser**

### **Sachverhalt:**

In § 118 Abs. 3 SGB V wird ergänzt, dass neben psychosomatischen Krankenhäusern und Allgemeinkrankenhäusern mit selbständig, fachärztlich geleiteten psychosomatischen Abteilungen auch psychiatrische Krankenhäuser mit entsprechenden Fachabteilungen zur ambulanten Erbringung psychosomatischer Leistungen ermächtigt sind. Darüber hinaus wird das Erfordernis der regionalen Versorgungsverpflichtung gestrichen.

### **Bewertung:**

Die KBV hält an ihrer grundsätzlichen Kritik an der bereits seit dem „Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PsychEntgG)“ vorgesehenen Eröffnung der Möglichkeit der institutsambulanten psychosomatischen Behandlung durch psychosomatische Einrichtungen, ohne dass dabei der tatsächliche Versorgungsbedarf berücksichtigt wird, fest.

Durch die Ergänzung der Ermächtigung auf psychiatrische Krankenhäuser entsteht nunmehr der Eindruck, dass durch eine zusätzliche Erweiterung des Versorgungsangebots der Ausbau von Doppelstrukturen sogar in Kauf genommen wird. Bereits in der Gesetzesbegründung zum PsychEntgG wurde jedoch darauf hingewiesen, dass es nicht das Ziel einer gesetzlichen Ermächtigung sei, neben ambulanter außerklinischer Versorgung zusätzliche Angebote im Sinne von Doppelstrukturen zu schaffen.

Dies bedeutet, dass für die Behandlung durch die psychosomatischen Institutsambulanzen nur diejenigen Patientinnen und Patienten in Frage kommen, die aufgrund der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung in der ambulanten Versorgung nicht ausreichend behandelt sowie bisher im Rahmen des gesetzlich definierten Versorgungsspektrums einer Psychiatrischen Institutsambulanz nicht versorgt werden konnten.

Darüber hinaus wird mit der Streichung der Erfordernis der regionalen Versorgungsverpflichtung, die ausweislich der Gesetzesbegründung mit einer besonderen Fachkompetenz verbunden ist, die Vorgabe an die Vertragspartner der dreiseitigen Vereinbarung nach § 118 Abs. 2 S. 2 SGB V aufgenommen, besondere Anforderungen an die Bedarfsgerechtigkeit und an die qualitativ hochwertige Leistungserbringung sowie ein Verfahren zu dessen Überprüfung festzulegen. Dieser Ansatz ist grundsätzlich zu begrüßen, allerdings bedarf es aus Sicht der

KBV weiterer, konkreter Festlegungen durch den Gesetzgeber, um das Ziel zu erreichen, nur an dem jeweiligen Versorgungsbedarf ausgerichtete Ermächtigungen und eine qualitativ hochwertige Versorgung zu bewirken.

#### **Empfehlung und Ergänzungsvorschlag:**

Sofern der Gesetzgeber an der Errichtung von psychosomatischen Institutsambulanzen und der Erweiterung des Kreises der hierfür in Frage kommenden Krankenhäuser festhält, sind aus Sicht der KBV die gesetzlichen Vorgaben für den Vertrag nach § 118 Abs. 2 S. 2 SGB V insoweit zu ergänzen, dass eine Zuweisung zu den psychosomatischen Institutsambulanzen regelhaft nur auf Überweisung durch Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erfolgen darf. Dies ist vor dem Hintergrund, dass in der Gesetzesbegründung zum Referentenentwurf davon ausgegangen wird, dass die Ermächtigung „nur diejenigen Fälle umfasst, die wegen Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung durch niedergelassene Ärzte nicht erfolgreich behandelt werden können“ sachgerecht. Darüber hinaus würde hierdurch das vom Gesetzgeber definierte Kriterium der Bedarfsgerechtigkeit adressiert. Im Zusammenhang mit den festzulegenden Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung sollte weiter präzisiert werden, dass hier insbesondere sächliche und personelle Voraussetzungen an die Leistungserbringung sowie Anforderungen an die Qualitätssicherung zu vereinbaren sind. Darüber hinaus regt die KBV eine weitere Ergänzung dahingehend an, dass die Vertragsparteien zusätzlich zum Verfahren, in dem nachzuweisen ist, ob die vertraglichen Vorgaben erfüllt sind, ein Verfahren zur Evaluation insbesondere der Bedarfsgerechtigkeit des Versorgungsangebots, der Qualität der Leistungserbringung und der Zusammenarbeit mit den Vertragsärzten und –psychotherapeuten festlegen.

#### **Nr. 6 (§ 136 Abs. 1 SGB V) Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung**

##### **Sachverhalt:**

Folgender Satz soll angefügt werden: „Er kann dabei die Finanzierung der notwendigen Strukturen zur Durchführung von Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung über Qualitätssicherungszuschläge regeln.“ In der Gesetzesbegründung wird ausgeführt, dass gemäß Satz 2 der G-BA die Verantwortung für erforderliche Bestimmungen zur Umsetzung der Richtlinien nach Satz 1 hat. Mit der Ergänzung in Satz 3 soll klargestellt werden, dass diese Kompetenz zur Festlegung von Durchführungsbestimmungen neben Regelungen zur Organisation und zu erforderlichen Strukturen für die Umsetzung von Maßnahmen der Qualitätssicherung auch Regelungen zur Finanzierung bestimmter Strukturen (z. B. der Landesarbeitsgemeinschaften nach § 5 der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung) umfasst. Der G-BA ist danach ausdrücklich ermächtigt, die Finanzierung der Strukturen für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung durch Qualitätssicherungszuschläge zu regeln, die analog §§ 139c, 87 Absatz 3c oder § 17b Absatz 1a Nummer 4 KHG entweder sektorspezifisch oder sektorenübergreifend gestaltet werden können. Die Einschränkung zur Finanzierung von „notwendigen“ Strukturen hebt die Wahrung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit für diese Bestimmungen hervor.

##### **Bewertung:**

Die KBV begrüßt die Einführung einer Regelung für die Finanzierung der notwendigen Strukturen zur Durchführung von Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung ausdrücklich.

##### **Empfehlung:**

Es wird um Klarstellung gebeten, dass das Nähere zur Finanzierung der Strukturen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung weiterhin durch die gesetzlich bzw. vertraglich vorgesehenen Vertragspartner auf Bundes- oder Landesebene erfolgt. So obliegen Anpassungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes dem Beschluss des Bewertungsausschusses. Ähnliches gilt für die konkrete Anpassung von DRG.

## Nr. 9 (§ 137a Abs. 6 SGB V) IQTiG

### Sachverhalt:

Nach den Wörtern „Gemeinsamen Bundesausschuss“ soll das Wort „insbesondere“ eingefügt werden. Mit dieser Änderung soll klar gestellt werden, dass das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) neben Forschungs- und Entwicklungsaufträgen auch Aufträge anderer Art vergeben kann. So kann das IQTiG auch in Bezug auf die Durchführung von Institutsaufgaben nach Absatz 3 einen Dritten beauftragen, wenn zusätzliche Kapazitäten erforderlich sind.

### Bewertung:

Hiermit wird eine gesetzliche Grundlage für die laufende Beauftragung Dritter, beispielsweise des AQUA-Instituts, für die Erledigung von Institutsaufgaben geschaffen. Gleichzeitig sollen auch in Zukunft im Falle von Kapazitätsengpässen für die Bearbeitung von Entwicklungs- oder Umsetzungsaufgaben Dritte beauftragt werden können. Grundsätzlich kann die Erweiterung der Möglichkeiten, ggf. auch Dritte zu beauftragen, nachvollzogen werden. Jedoch sollte sich das auf wenige gut zu begründende Ausnahmefälle beschränken. Das IQTiG ist bewusst als unabhängige wissenschaftliche Institution und in Abgrenzung zu den vorherigen Beauftragungsverfahren (Auftragnehmer-/Auftraggeberverhältnis) errichtet worden mit dem Ziel, bei einer dauerhaft etablierten und mit diesen Zuständigkeiten betrauten Institution verlässlich und abschließend sämtliche Aufgaben zu bündeln und dadurch eine Vereinfachung der Abläufe sowie Kontinuität und Stabilität der Auftragsbearbeitung zu erreichen. Dieses Ziel sollte weiter Priorität haben – auch aus Gründen der Wirtschaftlichkeit.

### Empfehlung:

In den Tragenden Gründen sollte darauf hingewiesen werden, dass eine Beauftragung Dritter aus Wirtschaftlichkeitsgründen nur im Ausnahmefall und mit besonderer Begründung erfolgen kann sowie dabei Interessenkonflikte (z. B. Beauftragung von Mitgliedern des Wissenschaftlichen Beirats des IQTiG) auszuschließen sind.

## Nr. 11 (§ 293 Abs. 6 SGB V -neu-) Verzeichnis Krankenhausstandorte

### Sachverhalt:

Der GKV-SV und die DKG werden mit dieser Regelung beauftragt, gemeinsam ein Verzeichnis der Krankenhausstandorte (gemäß dem neuen § 2a Krankenhausfinanzierungsgesetz) zu entwickeln. Die Führung des Registers kann auch dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) übertragen werden, das für seine Aufwände zu vergüten ist. Die Krankenhäuser werden verpflichtet die erforderlichen Daten an die verzeichnisführende Stelle zu melden. Das Verzeichnis ist regelmäßig zu aktualisieren und im Internet zu veröffentlichen. Nähere Vorgaben zu diesem Verzeichnis sind in einer zweiseitigen Vereinbarung zwischen GKV-SV und DKG zu vereinbaren. Auch hier greift im Falle der Nichteinigung das Schiedsverfahren aus dem neuen § 2a Krankenhausfinanzierungsgesetz (automatische Schiedsentscheidung innerhalb von 6 Wochen).

### Bewertung:

Der Aufbau und die Veröffentlichung eines Verzeichnisses der Krankenhausstandorte sind uneingeschränkt zu begrüßen. Der Gesetzgeber greift damit eines der wesentlichen Defizite zur weiteren Steuerung der stationären Versorgung auf und schafft Klarheit und Transparenz über die bestehenden stationären Strukturen. Eine mögliche Übertragung der Aufgabe an das InEK scheint im Sinne zentraler Strukturen sachgerecht zu sein.

Eine gewisse Offenheit besteht jedoch weiterhin hinsichtlich der konkreten Inhalte, die in diesem Verzeichnis zu führen sind. Obwohl die Aufgaben, für die das Verzeichnis genutzt werden soll, klar umschrieben sind, sind in den zweiseitigen Verhandlungen zwischen GKV-SV und DKG Uneinigheiten hinsichtlich des Umfangs und der Tiefe der Daten zu erwarten.

Zu begrüßen wären vor diesem Hintergrund gesetzliche Mindestanforderungen (z.B. Arzt und Anzahl der Fachabteilung etc.).

Grundsätzlich handelt es sich bei der Vereinbarung zum Standortverzeichnis der Krankenhäuser eindeutig um eine zweiseitige Angelegenheit zwischen GKV-SV und DKG. Gleichwohl werden mit diesem Verzeichnis auch Fragen der Nomenklatur (Kennziffern etc.) und Datenstruktur eine Rolle spielen. Angesichts der zunehmenden Auflösung von Sektorengrenzen in der Versorgung wäre es wünschenswert, wenn im Verzeichnis der Krankenhausstandorte Überschneidungen zur ambulanten Versorgung vermieden werden könnten. Insofern ist eine Benehmensregelung mit der KBV vorzusehen, die in einem solchen Verfahren auf mögliche Probleme hinweisen könnte. Dies betrifft insbesondere die Erfassung von Merkmalen für Krankenhausambulanzen.

Die Schaffung eines neuen Verzeichnisses für Krankenhäuser zeigt die Bedeutung von Strukturdaten für die Versorgung auf. Obgleich in der ambulanten Versorgung bereits heute mit Blick auf die Breite und Tiefe der Daten mit den Landes- und dem Bundesarztregister (BAR) wesentlich weitergehende Daten zur Verfügung stehen, besteht auch hier gesetzlicher Anpassungsbedarf. So sind nur Teile der derzeit im BAR enthaltenen Informationen explizit in der Anlage zur Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) benannt (Name, Facharztanerkennung, Zulassung etc.). Im derzeitigen BAR sind jedoch viele darüber hinausgehende Informationen enthalten (Anstellungen, KV-Genehmigungen, Art der Berufsausübung (MVZ, BAG etc.)). Die Notwendigkeit für die weiteren Informationen ergibt sich aus Sicht der KBV aus dem Sicherstellungsauftrag nach § 75 SGB V und den für die Wahrnehmung dessen erforderlichen Daten. Darüber hinaus wird die KBV in § 293 Abs. 4 SGB V sogar aufgefordert, dem GKV-SV Daten zur Verfügung zu stellen, die über die Inhalte der Anlage der Ärzte-ZV hinausgehen, sodass die aus Sicht der KBV derzeit bestehende Praxis der Datenlieferungen an das BAR vollständig rechtskonform ist.

Für die gemeinsame Selbstverwaltung auf Bundesebene, deren Diskussionen beispielsweise im Bereich Bedarfsplanung substanziell aus den bisherigen Daten gespeist werden, aber auch für das BMG selbst, wäre eine Einschränkung der Datenübermittlung an das BAR auf die in der derzeitigen Fassung der Ärzte-ZV vorgesehenen Merkmale mit massiven Informationsverlusten verbunden. Auch mit anonymisierten Daten auf Ebene der KVen wäre es beispielsweise nicht mehr möglich bestimmte Informationen zu kombinieren (Zahl der Ärzte mit KV Genehmigung für Schmerztherapie und Palliativmedizin) oder deren kleinräumigere Verteilung zu analysieren (Verteilung der Psychosomatiker auf Kreisebene). Ein solcher Informationsverlust würde auch die Möglichkeiten zur Steuerung und Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung für alle Beteiligten substanziell einschränken.

Die KBV hat deshalb einen Vorschlag erarbeitet (*siehe Anhang, Seite 15*), wie die Anlage zur Ärzte-ZV im Sinne einer Klarstellung künftig neu gefasst werden kann. Dabei wird bewusst von einer weitergehenden generischen Ermächtigung der KBV zur Datenerhebung abgesehen, um der datenschutzrechtlichen Sensibilität dieser Daten angemessen Rechnung zu tragen. Stattdessen wird vorgeschlagen, in der Anlage zur Ärzte-ZV jene Informationen als Kategorien zu benennen, die bereits heute von der KBV im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags erhoben werden. Die Kategorien sind dabei bewusst etwas breiter gefasst, um künftig mehr Spielraum für die datentechnische Erfassung und Übermittlung dieser Daten zu lassen. Auf bestimmte sensible Sozialdaten, die für die Bundesebene keine Relevanz entfalten (z.B. private Kontaktdaten), wird bewusst verzichtet.

### Empfehlung:

Zustimmung zur vorliegenden Regelung und ggf. Hinweise auf Mindestanforderungen und eine Benehmensherstellung mit der KBV.

Im Zuge der Schaffung eines Verzeichnisses für Krankenhäuser sollten auch ggf. bestehende Rechtsunklarheiten mit Blick auf die Datenlieferungen an das Bundesarztregister überarbeitet werden. Insbesondere soll dabei auch das Thema Barrierefreiheit in der vertragsärztlichen Versorgung besser abgebildet werden. Der entsprechende Vorschlag hierzu ist im Anhang enthalten.



### Änderungsvorschlag:

In Artikel 4 Nr. 11 wird der neu vorgesehene Absatz 6 wie folgt ergänzt.

„(6) Auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes führen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft ein bundesweites Verzeichnis der Krankenhausstandorte der nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen. Sie können gemeinsam das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit der Aufgabe nach Satz 1 beauftragen. In diesem Fall sind die notwendigen Aufwendungen des Instituts aus dem Zuschlag nach § 17b Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu finanzieren. Die zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, die für den Aufbau und die Durchführung des Verzeichnisses erforderlichen Daten auf Anforderung an die das Verzeichnis führende Stelle zu übermitteln. Das Verzeichnis nach Satz 1 ist in nach Satz 8 Nummer 3 zu vereinbarenden Abständen zeitnah **jedoch mindestens einmal jährlich** zu aktualisieren und im Internet zu veröffentlichen. Die Krankenhäuser verwenden die Kennzeichnung zu Abrechnungszwecken, für Datenübermittlungen an die Datenstelle nach § 21 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes sowie zur Erfüllung der Anforderungen der Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Den Kostenträgern dient das Verzeichnis zur Erfüllung ihrer Aufgaben insbesondere im Zusammenhang mit der Abrechnung von Leistungen sowie mit Anforderungen der Richtlinien und Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung. Der Gemeinsame Bundesausschuss nutzt das Verzeichnis, soweit dies zur Erfüllung der nach diesem Gesetzbuch übertragenen Aufgaben insbesondere im Rahmen der Qualitätssicherung erforderlich ist. **Das Verzeichnis hat insbesondere Angaben zur Art und Anzahl der am jeweiligen Standort vorgehaltenen Fachabteilungen zu enthalten.** Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren **im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung** bis zum [Einsetzen (letzter Tag des sechsten Monats nach Inkrafttreten)] das Nähere zum Verzeichnis nach Satz 1, insbesondere

1. die Art und den Aufbau des Verzeichnisses,
2. die Art und den Aufbau der Kennzeichen sowie die Voraussetzungen und das Verfahren für die Vergabe,
3. die geeigneten Abstände einer zeitnahen Aktualisierung und das Verfahren der kontinuierlichen Fortschreibung,
4. die sächlichen und personellen Voraussetzungen sowie die sonstigen Anforderungen an die Verwendung der Kennzeichen und
5. die Finanzierung der Aufwände, die durch das Führen und die fortlaufenden Aktualisierungen des Verzeichnisses entstehen.

§ 2a Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gilt entsprechend für die Auftragserteilung nach Satz 2 und die Vereinbarung nach Satz 8.“

### Nr. 12 (§ 295 Abs. 1b Satz 4 SGB V) Neue PIA-Dokumentationsvereinbarung

#### Sachverhalt:

Die Neuregelung zur PIA-Dokumentationsvereinbarung stellt wesentlich höhere Anforderungen an den Umfang und die inhaltliche Tiefe der Dokumentation dieser Einrichtungen als bisher. Art und Umfang der Leistungen sowie die personellen Kapazitäten getrennt nach Berufsgruppen und Fachgebieten sollen künftig erfasst werden. GKV-SV, PKV und DKG sollen hierzu eine entsprechende Vereinbarung schließen.

In dieser Vereinbarung soll auch die Konkretisierung der Daten der PIAs an die Landesausschüsse (§101 Abs. 1 Satz 10 (Neu) SGB V) geregelt werden.

### **Bewertung:**

Die Ausweitung der verpflichtenden Inhalte der PIA-Dokumentation ist uneingeschränkt zu begrüßen. Das Versorgungsgeschehen in Einrichtungen, die pro Jahr ca. 0,5 Mrd. Euro an GKV-Geldern in Anspruch nehmen, wird damit erstmals bundesweit einheitlich dokumentiert und transparent.

Unklar bleibt, warum nur die Dokumentation der PIA ausgeweitet und klarer gefasst wird und bei den übrigen ermächtigten Einrichtungen das Leistungsgeschehen intransparent bleiben kann. Hier bietet es sich auch unter dem Gesichtspunkt der Gleichbehandlung an, die Verpflichtung der Herstellung der Transparenz auf weitere im Gesetz genannte Einrichtungen zu erweitern.

Grundsätzlich problematisch bei der vorgesehenen PIA-Dokumentation ist die anonyme Meldung von Vollzeitäquivalenten. Dies erlaubt keinerlei Plausibilisierungsmöglichkeiten der Angaben. Im Sinne der Sicherstellung der fachärztlichen Leitung Psychiatrischer Institutsambulanzen erscheint deshalb die obligate Meldung personenbezogener Angaben, ggf. über eine lebenslange Arztnummer, sachgerecht.

Aus Sicht der KBV falsch zugeordnet ist die Regelungskompetenz von GKV-SV, PKV und DKG hinsichtlich der Vereinbarung zur Datenübermittlung der PIA-Dokumentation an die Landesausschüsse (§ 101 Abs. 1 Satz 10 (Neu) SGB V). Mit dieser Regelung ist nur einer der Partner der Landesausschüsse an den Regelungen beteiligt, die die Grundlage für die Übermittlung der Daten sein soll. Eine Einbindung der KBV als Vertreterin der KVen wäre aus Sicht der KBV an dieser Stelle dringend geboten, um sicherzustellen, dass die Vorgaben des § 101 Abs. 1 Satz 10 (Neu) SGB V schließlich auch umgesetzt werden können.

### **Empfehlung:**

Zustimmung zu den vorgeschlagenen Regelungen zur weitergehenden Dokumentation der Versorgung an PIAs.

Gleichzeitig sind jedoch vergleichbare Regelungen für die übrigen ermächtigten Einrichtungen zu etablieren.

Deutlich abzulehnen ist die Vorgabe, dass die konkretisierenden Vereinbarungen zur Datenübertragung der PIA-Dokumentation ohne Beteiligung des KV-Systems erfolgen sollen. Statt auf den § 17b Abs. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz sollte auf die Partner der Vereinbarung nach § 118 Abs. 2 Satz 2 SGB V verwiesen werden.



## ANHANG I: KBV Änderungsvorschlag der Ärzte-ZV (Bundesarztregister):

§ 10 Abs. 2: Die Kassenärztlichen Vereinigungen teilen Eintragungen und Veränderungen in den Arztregistern, *den besonderen Verzeichnissen über die Ermächtigungen sowie den besonderen Verzeichnissen über die angestellten Ärzte* der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unverzüglich mit.

§ 31 Abs. 10:

Über die Ermächtigungen führt die Kassenärztliche Vereinigung (Registerstelle) ein besonderes Verzeichnis. *Das Verzeichnis ist nach dem Muster der Anlage zu führen.*

§ 32b Abs. 4:

Über die angestellten Ärzte führt die Kassenärztliche Vereinigung (Registerstelle) ein besonderes Verzeichnis. *Das Verzeichnis ist nach dem Muster der Anlage zu führen.*

### Anlage

(zu § 2 Abs. 2, § 31 Abs. 10, § 32b Abs. 4)

Das Arztregister, *das besondere Verzeichnis der Ermächtigungen sowie das besondere Verzeichnis der angestellten Ärzte* haben folgende Angaben zu enthalten:

#### 1. Persönliche Angaben:

- a. Name
- b. Geschlecht
- c. Titel
- d. Geburtsdatum
- e. Geburtsort
- f. Privatanschrift
- g. Staatsangehörigkeit
- h. (lebenslange) Arztnummer (Ziffern eins bis sieben)
- i. Fremdsprachenkenntnisse
- j. Datum Staatsexamen
- k. Ort des Staatsexamens
- l. Datum Approbation
- m. Besondere Berufserlaubnis nach § 10 bzw. 10a Abs. 1 BÄO
- n. Datum Promotion
- o. Datum des Berufsverbots
- p. Datum des Entzugs der Approbation
- q. Beginn- und Ende-Datum des Ruhens der Approbation

#### 2. Angaben zur Qualifikation des Arztes:

- a. Anerkennung von Fachgebieten (Titel und Datum der Anerkennung)
- b. Anerkennung von Gebietsschwerpunkten bzw. Teilgebieten (Titel und Datum der Anerkennung)
- c. Anerkennung von fakultativen Weiterbildungen (Titel und Datum der Anerkennung)
- d. Anerkennung von Fachkundenachweisen (Titel und Datum der Anerkennung)
- e. Anerkennung von Zusatz-Weiterbildungen (Titel und Datum der Anerkennung)
- f. Anerkennung von Psychotherapie-Richtlinienverfahren (Titel und Datum der Anerkennung)
- g. Genehmigungspflichtige Leistungen („KV-Genehmigungen“: Genehmigungen zur bundeseinheitlichen Qualitätssicherung, Genehmigungen auf der Basis von bundeseinheitlichen Richtlinien, Teilnahme an Disease-Management-Programmen) (Art der KV-Genehmigung mit Beginn- und Ende-Datum)

#### 3. Angaben zur Eintragung im Arztregister/Hilfsregister

- a. Laufende Nummer (Eintragsnummer)
- b. Beginn- und Ende-Datum der Eintragung

#### 4. Angaben zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

- a. Beginn- und Ende-Datum der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung
- b. Rechtsgrundlage der Teilnahme

- c. *Beschränkungen der Teilnahme (Jobsharing-Juniorpartnerschaft, Anstellung mit Leistungsbeschränkung, Sonderbedarfszulassung etc.)*
- d. *Umfang der Teilnahme*
- e. *Tätigkeits-Fachgebiete*
- f. *Ruhen der Teilnahme*
- g. *Arztnummer (Ziffern acht bis neun)*
- h. *Anrechnung in der Bedarfsplanung (Anrechnungsfaktor, Arztgruppe, Planungsbereich)*
- i. *Hausarzt-/Facharztkennzeichen*
- j. *Teilnahme an Berufsausübungsgemeinschaften (Betriebsstättennummer und Art der BAG)*
- k. *Verweis auf den Arbeitgeber (Anstellender Arzt) bei angestellten Ärzten*
- l. *Belegärztliche Tätigkeit (Anzahl Belegbetten)*
- m. *Tätigkeit in Einrichtungen (Betriebsstättennummer, Name und Rechtsform der Einrichtung sowie Name, Anschrift und Art der Träger der Einrichtung)*
- n. *Teilnahme an Praxisnetzen (Praxisnetznummer und Akkreditierungsstufe)*
- o. *Betriebsstätten und Nebenbetriebsstätten (Betriebsstättennummern, Anschriften, Art des Leistungsorts, Telekommunikationsdaten, Informationen zur Barrierefreiheit, und Sprechzeiten)*
- p. *Grund des Endes der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung*