

Bundesministerium für Gesundheit
Herrn Referatsleiter 221
Till-Christian Hiddemann

e-mail 221@bmg-bund.de



BAG
Psychiatrie

Bundesarbeits-
gemeinschaft
der Träger
Psychiatrischer
Krankenhäuser

Stellungnahme

**Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser in
Deutschland (BAG Psychiatrie)**

zum

**Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der
Gesundheitsversorgung (GVWG)**

München, den 12.11.2020

Sehr geehrter Herr Hiddemann,

vielen Dank für die Möglichkeit zur Stellungnahme zum o.g. Referentenentwurf.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser in Deutschland (BAG Psychiatrie) vertritt die Interessen von etwa 90% aller psychiatrischen Krankenhausträger mit psychiatrischem Pflichtversorgungsauftrag. Trotz Trägervielfalt eint die BAG Psychiatrie diese Aufgabe und Rolle als psychiatrische Pflichtversorger im psychiatrischen Versorgungssystem. Psychiatrische Pflichtversorgungskliniken müssen eine flexible Organisation und Vorhaltung von Versorgungskapazitäten und Fachpersonal sicherstellen -.

Auch die ambulante, multiprofessionell organisierte und vernetzte Versorgung von Menschen mit schweren und komplex mehrdimensional zu versorgenden Erkrankungen ist seit über 20 Jahren Kernaufgabe der psychiatrischen Institutsambulanzen in ganz Deutschland. Im §118 (1), (2) und (4) sind Auftrag und Zielgruppen dieser ambulanten Versorgung beschrieben. Mit mehr als 2 Millionen Patientinnen und Patienten sichern die psychiatrischen Institutsambulanzen die ambulante psychiatrische Versorgung und fungieren in strukturschwachen Regionen längst als Ausfallbürgen einer zusammenbrechenden vertragsärztlichen Versorgung.

1. Zu Artikel 1 Nr. 29 GVWG, § 118 Abs. 2 SGB V:

Mit Art. 1 Nr. 29 GVWG soll § 118 Abs. 2 SGB V dahingehend ergänzt werden, dass spätestens 6 Monate nach Inkrafttreten der Richtlinie des G-BA nach § 92 Abs. 6 b SGB V die dreiseitige Bundesvereinbarung gem. § 118 Abs. 2 SGB V an die Festlegungen der genannten Richtlinie anzupassen ist, um den PIA, und in Folge dann auch den Psychosomatischen Ambulanzen gem. § 118 Abs. 3 SGB V, eine Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie zu ermöglichen.

Der Wille des Gesetzgebers, PIA im Rahmen der neu zu regelnden Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V einzubeziehen, ist nur auf den ersten Blick zu begrüßen, weil der Webfehler schon darin liegt, dass der G-BA mit § 92 Abs. 6 b SGB V beauftragt wird, Richtlinien für eine neue Versorgungsform zu entwickeln, die gar keine weitere gesetzliche Grundlage hat.

Der Impuls zur Regelung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung von insbesondere schwer psychisch kranken Versicherten mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Versorgungsbedarf entsprang keinesfalls der Notwendigkeit oder Forderung, die bewährten Vereinbarungen gemäß §118 SGB V als Grundlage der Arbeit der psychiatrischen Institutsambulanzen vom GBA konkretisieren und bürokratisieren zu lassen sondern ist der Notwendigkeit geschuldet, auch im vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Bereich die Versorgung von schwerer und komplex zu versorgenden Menschen mit psychischen Erkrankungen stärker am multiprofessionellen Versorgungsbedarf auszurichten als dies bisher erfolgte. Dass dabei auch die Schnittstellen mit den PIA und Kliniken als Kooperationspartner und Nahtstellen mit zu beschreiben sind, steht außer Frage. Dazu haben sich die psychiatrischen Pflichtversorger stets konstruktiv erwiesen

Im vorliegenden Gesetzentwurf ist nun jedoch die Anpassung der bewährten Vereinbarung gemäß § 118 Abs. 2 im Nachgang zur Richtlinie gemäß § 92 Abs. 6b SGB V vorgesehen, ohne dass Klarheit darüber besteht, wie die neue Versorgungsform ausgestaltet sein wird. Klarstellungen der KBV darüber, dass es bei der koordinierten ambulanten Versorgung gemäß §92 (6b) keinesfalls ausschließlich oder mehrheitlich um die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen gehen sollte sondern der Begriff „insbesondere für schwer psychisch Kranke“ im Sinne von „auch für schwer psychisch Kranke“ zu interpretieren sei, lässt bereits erkennen, dass diese Richtlinie vor allem die vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgungswelt adressiert.

Deshalb ist die vorgesehenen „Öffnung“ der bestehenden PIA-Vereinbarung sogar gefährlich, weil sich die Rahmenbedingungen für die PIA gemäß § 118 Abs. 2 SGB V vor dem Hintergrund von subjektiven Interessen der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene verschlechtern werden.

Der Gesetzgeber konterkariert mit dieser vordergründig sinnvollen Ergänzung seine strukturelle Gestaltungshoheit ohne Not, weil er die Gestaltung des Versorgungsspektrums der PIA durch die Hintertür dem G-BA überlässt, ohne festgelegt zu haben, welche Rolle er den PIA bei der berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung schwer psychisch kranker Versicherter mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf überhaupt zuerkennt.

Eine vorausseilende Änderung des §118 (2) ist abzulehnen, weil damit ein – falls überhaupt sinnhafter - zweiter Schritt vor dem ersten Schritt getan wird. Auf jeden Fall muss die bis zum 31.12.2020 in Auftrag gegebene Richtlinie gemäß § 92 (6b) abgewartet werden. Nur wenn es sinnvoll ist, im Sinne von Mehrwert für die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen verspricht und nur dann, sollten die bewährten Regelungen gemäß §118 SGB V angepasst werden.

PIA im Sinne von § 118 Abs. 1, 2 und 4 SGB V stellen ein über Jahrzehnte weiterentwickeltes und bewährtes Konzept zur Verfügung, mit dem psychisch kranke Menschen mit einer besonderen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eine bedarfsgerechte, multiprofessionelle und gemeindenahe Versorgung erhalten können. Der Versorgungsauftrag ist klar definiert und durch Bundesvereinbarungen (bei Einrichtungen gem. § 118 Abs. 2 und 3 SGBV) und Landesvereinbarungen (für PIA gem. § 118 Abs. 1 und 4 SGB V) weiter ausdifferenziert. Aufgrund ihrer Möglichkeiten und Kompetenzen können PIA als bereits etablierter Prototyp einer koordinierten und strukturierten Versorgung von schwer psychisch Kranken gesehen werden.

Inkonsequent ist auch, dass die Änderung lediglich auf PIA gemäß § 118 Abs. 2 und in Folge auf Institutsambulanzen gem. § 118 Abs. 3 SGB V abzielt, hingegen die Regelung für PIA gemäß § 118 Abs. 1 und Abs. 4 offen lässt.

In der Gesetzesbegründung zu Art. 1 Nr. 29 wird am Ende auf Seite 81 des Referentenentwurfs auf „konkretisierende Vorgaben“ im Ermächtigungsbescheid der Zulassungsausschüsse verwiesen, die die Anpassung der Bundesvereinbarungen ersetzen sollen. Das ist absurd, wenn man sich den bisherigen Inhalt von Ermächtigungsbescheiden ansieht und vor allem, wenn man bedenkt, wie die Zulassungsausschüsse besetzt sind. Dort sind eben nicht die Vertragspartner der Landesvereinbarungen nach § 118 SGB V vertreten, sondern sie sind paritätisch mit Vertretern der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen besetzt. Hier wird plötzlich einem Gremium ein weitreichender Gestaltungsspielraum zuerkannt, den dieses Gremium nicht ausfüllen kann und der zu regional unterschiedlichen, willkürlichen und unabsehbaren Folgen führen wird.

Wir fordern daher, die geplante Änderung des § 118 Abs. 2 SGB V zu streichen.

2. weiterer gesetzlicher Änderungsbedarf in diesem Zusammenhang:

Gemäß § 87 Absatz 2a Satz 26 SGB V sollen die Leistungen nach der Richtlinie gem. § 92 Abs. 6b SGB V durch den nach § 87 Abs. 5a SGB V ergänzten Bewertungs-ausschuss im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgebildet werden.

Weiter wurde mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung (PsychTh-GAusbRefG) durch Ergänzung des § 120 Abs. 2 SGB V um Satz 6 eine Regelung mit möglicherweise gravierenden Auswirkungen auf die Vergütung Psychiatrischer Institutsambulanzen in Kraft gesetzt: Dort ist formuliert, dass die Vergütung der Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen der Vergütung entsprechen soll, die sich aus der Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen nach § 87 Abs. 2a Satz 26 SGB V auf Basis der Richtlinie für eine Versorgung nach § 92 Abs. 6b SGB V ergibt.

Schon im Rahmen der Gesetzgebung im September 2019 hat die BAG Psychiatrie darauf hingewiesen, dass diese Regelung mindestens missverständlich ist: Laut Begründung des Änderungsantrags war mit der Ergänzung beabsichtigt, die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung schwer psychisch Kranker mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf auch für die dafür qua ihres gesetzlichen Auftrags gemäß § 118 SGB V prädisponierten PIA zu öffnen und entsprechend zu vergüten - nach dem Grundsatz „Gleiches Geld für gleiche Leistung“.

Aus der Gesetzesformulierung selbst, die ohne weitere Einschränkungen auf den EBM verweist, könnte sich jedoch ergeben, dass alle Leistungen der PIA unabhängig von der Richtlinie nach § 92 Abs. 6b SGB V nur noch nach EBM zu vergüten sind. Auch wenn im Plenarprotokoll der 115. Sitzung des Bundestages (S.14141 vom 26.09.2019) die Feststellung getroffen worden ist, dass die Änderung des § 120 Abs. 2 SGB V

ausschließlich für die neue Versorgungsform gelten soll, ist einer interessengeleiteten Falschinterpretation dieses Satzes Tür und Tor geöffnet.

Gemäß § 120 Abs. 2 SGB V erfolgen die Vergütungen der PIA unmittelbar von den Krankenkassen. Entsprechend § 120 Abs. 2 Satz 2 SGB V soll die Höhe der Vergütung die Leistungsfähigkeit der PIA bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten.

Nicht nur in Bayern wurden bewährte Vergütungssysteme geschaffen, welche den Krankenhäusern ermöglichen, ambulante Leistungen im Sinne des § 118 SGB V zu erbringen und flächendeckend Patienten zu versorgen, die wegen Art, Dauer und Schwere ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf diese Versorgung angewiesen sind. Die vereinbarten Vergütungen berücksichtigen das besondere multiprofessionelle und multimodale Behandlungsangebot der PIA und insbesondere auch die Vorhaltekosten des zur Verfügung stehenden breiten diagnostischen und therapeutischen Versorgungsangebotes eines Krankenhauses. Es ist zu bezweifeln, dass sich eine dem EBM folgende Vergütungssystematik als sachgerechte Leistungsvergütung für die PIA eignen könnte.

Vielmehr ist davon auszugehen, dass eine funktionierende Vergütungsfindung auf Landes- oder Ortsebene durch eine bundeseinheitliche Vergütung ohne Berücksichtigung der uneinheitlichen Kostenstrukturen abgelöst und eine weitestgehend flächendeckende Versorgungsstruktur zerschlagen werden würde, für die bisher keine Alternativen existieren.

Dies wurde auch vom Bundesrat so gesehen, der in seiner 982. Sitzung am 8. November 2019 die Bundesregierung aufforderte, „(...) die Auswirkungen der Anknüpfung der Vergütung Psychiatrischer Institutsambulanzen an den Einheitlichen Bewertungsmaßstab kritisch zu prüfen. (...) [Und] diese Rechtsänderung zurückzunehmen, um den Fortbestand des unverzichtbaren Versorgungsbeitrags, den PIAs in der ambulanten Versorgung schwer psychisch kranker Patientinnen und Patienten leisten, zu gewährleisten.“

Wir fordern daher, das GVWG zu nutzen und § 120 Abs. 2 Satz 6 SGB V wie folgt zu ändern und um einen Satz 7 zu ergänzen:

6 Sofern und soweit im Einzelfall Leistungen gemäß der Richtlinie nach § 92 Absatz 6b SGB V durch die Psychiatrische Institutsambulanz erbracht werden, soll die Vergütung derjenigen Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen soll in ihrer Höhe der Vergütung entsprechen, die sich aus der Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen nach § 87 Absatz 2a Satz 26 ergibt.
7 Hiervon unberührt bleiben die Regelungen nach Satz 1 bis 3 sowie Absatz 3 Satz 1.

3. Zu Art. 1 Nr. 30 GVWG, § 120 Abs. 3 b SGB V :

Zukünftig soll eine Vergütung der ambulanten Notfallbehandlung durch Notfallambulanzen unter der Bedingung erfolgen, dass nach Durchführung des von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Benehmen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen aufzustellenden und den Krankenhäusern zur Verfügung zu stellenden Ersteinschätzungsverfahrens die sofortige ambulante Behandlungsnotwendigkeit feststeht. Ziel der Regelung soll die bessere Koordination bei der Behandlung ambulanter Notfälle durch ein Instrument sein, mit dem ambulant behandelbare Patientinnen und Patienten entweder der Behandlung in der Notfallambulanz oder der Behandlung in der vertragsärztlichen Praxis zugewiesen werden. Vermieden werden soll, so die Begründung weiter, dass Patientinnen und Patienten die Behandlungskapazitäten der

Krankenhäuser binden, obwohl kein medizinischer Notfall vorliegt und somit die vertragsärztliche Versorgung die sachgerechte Versorgungsebene darstellt.

Diese Vorwegnahme der Regelung für die ambulante Notfallversorgung und den Auftrag an die KBV erstaunt uns, da nach unserer Kenntnis nach wie vor eine umfassende Reform der Notfallversorgung geplant ist.

Hierzu ist ein dringliches Anliegen auch den Leistungsbereich der psychiatrischen Krisenhilfe in den Leistungskatalog des SGB V aufzunehmen. Ambulante, niedrighschwellige Hilfen bei psychischen Krisen und schneller Zugang zu psychiatrisch/psychotherapeutischen Leistungen sollten flächendeckend und zu jeder Zeit durch eine fachkompetente psychiatrische Krisenhilfe sichergestellt werden. Psychiatrische Krisenhilfe beinhaltet diagnostische Abklärung, Gefahrenabwägung, therapeutische Krisenintervention und verlässliche Weiterleitung zu nachfolgenden erforderlichen Hilfen. Es sollte spätestens bei einer Reform der Notfallversorgung, sinnvoller Weise bereits jetzt bei der geplanten Ergänzung des § 76 Abs. 1 Satz 2 und § 120 SGB V folgende Anpassung erfolgen:

§ 11 SGB V wird in Abs. 1 ein Punkt 5. eingefügt:

„5. der medizinischen Notfallrettung einschließlich der psychiatrischen Krisenhilfe“

4. Zu Art. 5 Nr. 3 GWVG, § 17d KHG; Art. 14 Nr. 1 GVWG, §§3ff BPfIV-E)

Beabsichtigt ist nach der Begründung zu Art. 5 Nr.3 a auf Seite 121 des Referentenentwurfs, dass mit dieser Änderung zukünftig zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen die Zahl des insgesamt beschäftigten Pflegepersonals und die Zahl des insgesamt in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigten Pflegepersonals übermittelt werden soll.

Die beabsichtigte Änderung führt zu einem weiteren nicht zielführenden bürokratischen Aufwand: Im Rahmen der Einführung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) wurden auch umfangreiche, sehr detaillierte Nachweispflichten geregelt. Die Personalbesetzung aller therapeutischen Berufsgruppen ist quartals- und einrichtungsbezogen, sowie monats- und stationsbezogen nachzuweisen. Zudem wird in der Bundespflegesatzverordnung in § 18 Abs. 2 BPfIV die Verpflichtung zum sog. „Psych-Personalnachweis“ aufgeführt. Damit sind die Krankenhäuser verpflichtet, jährlich ihren therapeutischen Personaleinsatz und die dafür entstandenen Kosten durch eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft prüfen und testieren zu lassen. Die Daten werden anschließend direkt an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) übermittelt und dort ausgewertet. Weiterhin sind die Personalbesetzungen im Qualitätsbericht der Krankenhäuser detailliert aufzuschlüsseln und auszuweisen.

Auf Grund der bereits bestehenden aufgeführten äußerst umfangreichen Nachweispflichten besteht keine Notwendigkeit, den Personaleinsatz im Pflegedienst dieser Einrichtungen noch einmal gesondert abzufragen oder nachweisen zu müssen. Die genannten Nachweispflichten umfassen die gewünschten Inhalte bereits vollständig. Zudem sind die genannten Nachweise inhaltlich aufeinander abgestimmt worden. Die neue Regelung würde hingegen eine neue Begriffsdefinition für psychiatrisch-psychosomatische Einrichtungen einführen. Bislang gibt es in diesem Bereich keine Verwendung der Begrifflichkeit „in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen beschäftigtes Pflegepersonal“. Durch diese neue – nicht näher definierte – Begrifflichkeit wird neben den ohnehin notwendigen Nachweisen eine parallele Größe eingeführt, die mit hohem Aufwand gesondert zu ermitteln und als zusätzlicher Nachweis zu führen ist. Eine Notwendigkeit dafür besteht auch deswegen nicht, weil über den gesamten therapeutischen Personaleinsatz bereits ausführlich Transparenz hergestellt wird und die Daten auch verschiedenen Instituten

(IQTIG, InEK, Krankenkassen) zur Verfügung stehen oder darüber zur Verfügung gestellt werden könnten.

Wir fordern daher:

Artikel 5 Nr. 3 Buchstabe a ist ersatzlos zu streichen.

Wir sind Ihnen sehr verbunden, wenn die genannten Punkte im weiteren Gesetzesverfahren umfassend berücksichtigt werden.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Margitta Borrmann-Hassenbach

Vorsitzende der BAG Psychiatrie

Die BAG Psychiatrie | www.bag-psychiatrie.de

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Fachkrankenhäuser (BAG Psychiatrie) ist bundesweit der größte Zusammenschluss zur Vertretung der Träger von Akutversorgungskliniken für psychische, psychosomatische und neuropsychiatrische Erkrankungen.

Sie bildet das gesamte Trägerspektrum der Bundesrepublik Deutschland ab und vertritt kommunale, freigemeinnützige, kirchliche, private sowie staatliche Träger. Mit ca. 65.000 Betten und tagesklinischen Plätzen ihrer Mitglieder repräsentiert die BAG Psychiatrie rund zwei Drittel der gesamten stationären und teilstationären klinischen Versorgungskapazitäten für psychische, psychosomatische und neuropsychiatrische Erkrankungen von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.

Die BAG-Mitglieder betreiben Akutkliniken und Abteilungen für Menschen mit psychischen, psychosomatischen und neuropsychiatrischen Erkrankungen sowie Tageskliniken und Institutsambulanzen. Ferner werden neurologische Abteilungen sowie Abteilungen für forensische Psychiatrie, Rehabilitationseinrichtungen, Wohn- und Pflegeheime für seelisch behinderte Menschen und heilpädagogische Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung betrieben.

Die BAG Psychiatrie vertritt die Interessen ihrer Mitglieder, stimmt gemeinsame Strategien ab, entwickelt neue Versorgungskonzepte und Finanzierungsmodelle und pflegt den Erfahrungsaustausch. Die BAG Psychiatrie setzt sich dafür ein, die strukturellen und finanziellen Versorgungsbedingungen für die klinisch-stationäre, teilstationäre und komplex-ambulante Versorgung von Menschen mit psychischen, psychosomatischen und neuropsychiatrischen Erkrankungen zu verbessern und zu sichern. Sie treibt versorgungspolitisch die Beseitigung institutioneller Stigmatisierung von Menschen mit psychischen, psychosomatischen und neuropsychiatrischen Erkrankungen voran.