

DGPM e.V. • Jägerstr. 51 • 10117 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit
Referat 215 – Wirtschaftliche Fragen der Krankenhäuser
Bundesministerium für Gesundheit

Rochusstraße 1
53123 Bonn

Per mail: 215@bmj.bund.de

Berlin, 04. Juni 2019

Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK- Reformgesetz

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir begrüßen wesentliche Inhalte und Intentionen des Referentenentwurfes; insbesondere befürworten wir eine organisatorische wie finanzielle Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes von den gesetzlichen Krankenkassen, die Maximalbegrenzung der Prüfquote, den verpflichtenden Falldialog zwischen Krankenhaus und Krankenkasse, die Stärkung des Schlichtungsausschusses, die Festlegung der Aufwandspauschale und das Aufrechnungsverbot.

In diesem Zusammenhang sehen wir noch einen weiteren Sachverhalt für regelungsbedürftig. Bisher haben Krankenhäuser, die eine stationäre Krankenhausleistung abgerechnet haben, die sich nachträglich als unberechtigt erweist, keinen Vergütungsanspruch. Da sie die Leistung nicht ambulant erbracht haben, haben sie auch keinen Anspruch auf Vergütung einer ambulanten Leistung. Die unstrittig erbrachte Krankenhausleistung bleibt somit ohne jeglichen Vergütungsanspruch. Im Gesetz sollte daher geregelt werden, dass dem Krankenhaus mindestens ein entsprechender Anspruch für eine ambulant erbrachte Leistung zusteht.

Ohne dass sich das im Entwurf befindliche Gesetz unmittelbar auf die stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung auswirkt, enthält es doch zwei Szenarien, die wir aus fachlicher Sicht sehr kritisch sehen. Das betrifft zum einen die Erweiterung des Kataloges für ambulante Operationen und stationärsersetzende Eingriffe um stationärsersetzende Behandlungen, zum anderen die Prüfung der Strukturmerkmale.

Bundesvorstand

Vorsitzender

Prof. Dr. med. Johannes Kruse
Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatik
und Psychotherapie des Universitätsklinikums
Gießen und Marburg
Friedrichstr. 33, 35392 Gießen
Tel.: 0641 985-45600, Sekretariat: -45601
Fax: 0641 985-45609
johannes.kruse@psycho.med.uni-giessen.de

Stellvertretende Vorsitzende

Dr. med. Gerhard Hildenbrand
Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie Klinikum Lüdenscheld
Paulmannshöher Str. 14, 58515 Lüdenscheld
Tel.: 02351 462730, Fax: 02351 462735
gerhard.hildenbrand@klinikum-luedenscheld.de

Prof. Dr. med. habil. Kerstin Weidner
Klinikdirektorin der Klinik für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus an der TU Dresden,
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Tel.: 0351 4587089, Fax: 0351 4586332
kerstin.weidner@uniklinikum-dresden.de

Beisitzer

Dr. med. Götz Berberich
Psychosomatische Klinik Windach
Schützenstraße 100, 86949 Windach
Tel.: 08193 72802, Fax: 08193 7225802
g.berberich@klinik-windach.de

Bernd Bergander

Praxis für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Grunewaldstr. 58, 10825 Berlin
Tel.: 030 7512315, Fax: 030 70711606
bergander-praxis@online.de

Prof. Dr. med. Hans-Christoph Friederich
Universitätsklinikum Heidelberg
Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik
Im Neuenheimer Feld 410, 69120 Heidelberg
Tel.: (06221) 56-8649, Mail: hans-christoph.friederich@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. med. Harald Gündel
Ärztlicher Direktor der Universitätsklinik für
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Albert-Einstein-Allee 23, 89081 Ulm
Tel.: 0731 50061800, Fax: 0731 50061802
harald.guendel@uni-ulm.de

Dr. med. Norbert Hartkamp
Praxis für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Rheinstr. 37, 42697 Solingen
Tel.: 0212 22177270, Fax: 0212 22177272
hartkamp@pthweb.de

Prof. Dr. med. Volker Köllner
Reha-Zentrum Seehof der
Deutschen Rentenversicherung Bund
Lichterfelder Allee 55
14513 Teltow
Tel.: 03328 345678
koellner@psychosoma.de

Sprecher der Leitenden Hochschullehrer für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Prof. Dr. med. Peter Henningsen
Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Dekan der Fakultät für Medizin der TU München
Klinikum rechts der Isar der TU München
Langerstr. 3, 81675 München
Tel.: 089 41404313
p.henningsen@tum.de

Geschäftsführerin

Simone Kneer-Weidenhammer
Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht,
Justiziarin
Jägerstr. 51, 10117 Berlin
Tel.: 030 20648243, Fax: 030 20653961
s.kneer-weidenhammer@dgpm.de

Geschäftsstelle

Jägerstr. 51, 10117 Berlin
Tel.: 030 20648243, Fax: 030 20653961
info@dgpm.de

www.dgpm.de

Bankverbindung

Bank für Sozialwirtschaft
IBAN DE22 1002 0500 0001 2789 00
BIC BFSWDE33BER

Steuernummer

27/620/57425

Die stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung unterliegt anderen Kriterien als die somatisch indizierte Krankenhausbehandlung. Daher wurde seinerzeit bei der Festlegung der G-AEP (German appropriate evaluation protocol; Grundlage für die Beurteilung der Notwendigkeit stationärer Behandlungen) die Anwendbarkeit des Katalogs für die Fachgebiete Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie und Kinderheilkunde für nicht geeignet erachtet. Einen vergleichbaren und verbindlichen Katalog für das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zu entwickeln, erachten wir für sinnvoll und notwendig. Dabei sind zwingend die betroffenen Fachgesellschaften mit in den Prozess der Festlegung einzubeziehen.

Die stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung weist Besonderheiten auf, die bei der Entwicklung stationärer Leistungen, bei der Definition von zugrunde gelegten Strukturmerkmalen und der Indikationsprüfung sowie bei der Prüfung der Länge der Behandlungsnotwendigkeit berücksichtigt werden müssen und, wie erwähnt, nicht mit dem primär somatischen oder dem psychiatrischen Versorgungssystem gleichgesetzt werden können.

Die Entscheidung über eine (teil)stationäre Krankenhausbehandlung im psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgungssetting oder über eine stationärer ersetzende Behandlung ist nicht ausschließlich an der ICD-10-Diagnose oder dem symptomfokussierten Schweregrad festzumachen (die im ICD 10 nur für Depressionen definiert sind). Die Aufnahmeindikation ergibt sich aus weiteren krankheitsspezifischen Einflussfaktoren wie z. B. die Komplexität der psychischen und/oder somatischen Störung, drohende somatische/psychische Verschlimmerung, psychische und/oder somatische Komorbidität, Somatisierungsneigung mit hoher Arztinanspruchnahme. Auch Kontextfaktoren wie zum Beispiel pathogenes interpersonelles/familiäres Beziehungsumfeld, eingeschränkte Wegefähigkeit, fehlende Krankheitseinsicht/therapeutische Compliance aufgrund des Störungsbildes bestimmen wesentlich die Aufnahmeindikation für eine stationäre Behandlung wie auch die Notwendigkeit einer ständigen ärztlichen und pflegerischen Präsenz. Damit können sich für die gleiche Diagnose entsprechend der individuellen komorbiden und Kontextfaktoren der Patienten unterschiedliche Behandlungsindikationen ergeben.

Um die fachspezifischen Aspekte auch in der Differenzierung zu der psychiatrischen Krankenhausbehandlung berücksichtigen zu können, ist die fachliche psychosomatisch-psychotherapeutische Expertise im Prozess der Entwicklung und Festlegung stationärer ersetzender Behandlungen sowie der Strukturmerkmale für die psychosomatisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung zu berücksichtigen. Weiterhin erachten wir angesichts der Erfahrungen in bisherigen Streitverfahren eine fachärztliche psychosomatisch-psychotherapeutische Expertise im MD insbesondere bei den Gutachtern als notwendig.

Die bisher vom MDS geführten sogenannten Kompetenzzentren werden dieser Qualitätsanforderung für den Bereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie nicht gerecht. In einem Gesetz zur Reform des MDK sollte die Institutionalisierung von Kompetenzzentren mit fachlicher Vertretung der eigenständigen Versorgungsbereiche mit einbezogen werden.

Zu einzelnen Paragraphen:

§ 275c Abs. 2 SGB V

Die Erfahrung lehrt, dass ein nicht unerheblicher Teil der als „strittig“ einzuordnenden Prüffälle zu einer Klage führen wird, auch wenn wir die Hoffnung haben, dass der Schlichtungsausschuss hier positive Wirkung haben kann. Wie diese noch strittigen Fälle in die prozentuale Berechnung mit einbezogen oder herausgerechnet werden, wäre exakter zu beschreiben.

§ 276 Abs. 4 Satz 1 SGB V

Der Begriff „Ärzte“ sollte konkretisiert werden; da es sich um „ärztlichen Gutachterinnen und Gutachter“ handeln sollte. Es muss auch bei den Strukturprüfungen gewährleistet sein, dass ärztlich Kompetenz vorhanden ist.

§ 278 SGB V

Wir regen eine jährliche Berichterstattung des Ombudsmannes und der Prüfquoten der Länder-MD an den MD-Bund an. So können Fehlentwicklungen schneller erkannt und gegengesteuert werden.

§ 279 SGB V

Die Gewichtung der ärztlichen und pflegerischen Kompetenz scheint uns im Gremium des Verwaltungsrates zu gering. Wir meinen, dass dort 6 Vertreter notwendig sind, weil es letztendlich immer um Grundsatzentscheidungen zu ärztlich-medizinischen oder pflegerischen Sachverhalten geht.

§ 17c KHG

Wir begrüßen es sehr, dass auch mit der Kodierung von Krankenhausleistungen befasste Fachgesellschaften und Verbände den Schlichtungsausschuss anrufen können.

In den Prozess der Entwicklung stationersetzender Behandlungen und der Festlegung der Strukturmerkmale sind die betroffenen Fachgesellschaften mit in den Prozess der Festlegung hinsichtlich Struktur- und Prozessqualitätsanforderungen einzubeziehen. Unsere Expertise bringen wir als psychosomatisch-psychotherapeutische ärztliche Fachgesellschaft sehr gern ein. Für Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung

Prof. Dr. med. J. Kruse

Prof. Dr. med. K. Weidner