

**Stellungnahme**  
**des Bundesverbandes Geriatrie e.V.**  
**zum**  
**Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der**  
**Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen**  
**(PsychVVG)**

Der Entwurf des PsychVVG hat vor allem die Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung psychiatrischer Leistungen im Blick. Er enthält aber auch Änderungen, die für die somatische Leistungserbringung und damit auch für die Geriatrie von Bedeutung sind.

Die Versorgung betagter und hochbetagter Patienten gewinnt immer mehr an Bedeutung. Deshalb nimmt der Bundesverband Geriatrie e. V. zu ausgewählten Punkten dieses Gesetzesentwurfs wie folgt Stellung:

**I.**

Zu Artikel 1 (Änderung des KHG), Nummer 4, Buchstabe a: § 17c Absatz 2a KHG

**Beabsichtigte Neuregelung:**

*„Um den Aufwand für die Abrechnungsprüfung zu vermindern und ihre Zielgenauigkeit zu erhöhen, werden der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft beauftragt, das Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch weiter zu entwickeln. Die Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbaren die näheren Einzelheiten für die Weiterentwicklung und deren Umsetzung. Für die Abrechnungsprüfung der Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ist eine Vereinbarung erstmals bis zum 30. Juni 2017 zu treffen. Für die Weiterentwicklung sind insbesondere Prüfungen aufgrund von statistischen Auffälligkeiten und Prüfungen von Merkmalen der Strukturqualität einzubeziehen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 oder 3 nicht zustande, trifft auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 die ausstehenden Entscheidungen.“*

**Änderungsvorschlag:**

- 1.) Verringerung der Prüfquote der Einzelfallprüfung nach § 275 Abs. 1c SGB V
- 2.) Berücksichtigung von bestehenden Zertifizierungen

**Durch den Änderungsvorschlag ergibt sich folgender neuer Wortlaut:**

*„Um den Aufwand für die Abrechnungsprüfung zu vermindern ~~und~~, ihre Zielgenauigkeit zu erhöhen **und ihre Prüfquote zu verringern**, werden der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft beauftragt, das Prüf-*

verfahren nach § 275 Absatz 1c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch weiter zu entwickeln. *Dabei prüfen die Vertragsparteien, inwieweit bestehende Zertifizierungen angemessen berücksichtigt werden können.* Die Vertragsparteien nach Satz 1 vereinbaren die näheren Einzelheiten für die Weiterentwicklung und deren Umsetzung. Für die Abrechnungsprüfung der Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ist eine Vereinbarung erstmals bis zum 30. Juni 2017 zu treffen. Für die Weiterentwicklung sind insbesondere Prüfungen aufgrund von statistischen Auffälligkeiten und Prüfungen von Merkmalen der Strukturqualität einzubeziehen. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 2 oder 3 nicht zustande, trifft auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 die ausstehenden Entscheidungen."

### **Begründung:**

Zu 1.)

Der Gesetzgeber hat durch die Einführung des § 275a SGB V schon mit dem KHSG gesetzlich festgelegt, dass die Informationen, die der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) im Rahmen von Einzelfallprüfungen gem. § 275 Abs. 1c SGB V erhält, durch Qualitätsprüfungen praktisch erweitert werden sollen. Mit der erneuten Änderung des § 17c KHG soll durch die Etablierung von Prüfungen zu Strukturqualitätsmerkmalen diese Zielsetzung offenbar fortgeführt werden. Dies wird auch in der Begründung des Referentenentwurfs deutlich, wonach mögliche Ansatzpunkte für eine verbesserte Abrechnungsprüfung z. B. in der Prüfung von Komplexcodes des OPS liegen können, die unabhängig vom jeweiligen Einzelfall untersucht werden sollen.

Prüfungen von Strukturqualitätsmerkmalen werden in der Praxis allerdings schon jetzt durchgeführt, indem der MDK im Rahmen von sog. Strukturprüfungen eine Begehung des Krankenhauses vornimmt und das Vorliegen der Mindestvoraussetzungen von Komplexcodes bzw. Operationen- und Prozedurenschlüsseln (OPS – für die Geriatrie ist das der OPS 8-550) prüft. Solchen Strukturprüfungen sehen sich Krankenhäuser schon längst ausgesetzt. In den meisten Fällen werden diese Strukturprüfungen vom Krankenhaus auch akzeptiert, da die Ablehnung einer solchen Prüfung oft zu einer sehr hohen Prüfquote bei Einzelfallprüfungen nach § 275 Abs. 1c SGB V führt.

Nunmehr scheint der Gesetzgeber diese Prüfpraxis legalisieren zu wollen. Dies muss im Gegenzug dann aber zu einer Verminderung der Einzelfallprüfungen nach § 275 Abs. 1c SGB V führen, da der Nachweis einer qualitativ guten Versorgung durch den Nachweis des Vorliegens der Strukturvoraussetzungen (Mindestvoraussetzungen) eines Komplexcodes erfüllt ist. Auch der Gesetzesentwurf selbst spricht davon, dass das Ziel der Weiterentwicklung des Prüfverfahrens die Aufwandsverminderung bei der Abrechnungsprüfung sein soll. Dies kann aber keine inhaltsleere Forderung blei-

ben. Vielmehr muss dieses Ziel durch konkrete Umsetzungsvorschläge gestützt werden. Ein unvermindert hohes Prüfaufkommen bei Einzelfallprüfungen lähmt den Krankenhausbetrieb und führt zu einem erheblichen zeitlichen und finanziellen Mehraufwand, der auch nicht durch die Aufwandspauschale i. H. v. 300 € ausgeglichen werden kann. Deswegen sollte den Selbstverwaltungspartnern auch gesetzlich eine Verringerung der Prüfquote bei Einzelfallprüfungen als Ziel vorgegeben werden.

Zu 2.)

Der Bundesverband Geriatrie ist Herausgeber des Qualitätssiegels Geriatrie. Die Voraussetzungen zur Erlangung dieses Siegels liegen über den Mindestvoraussetzungen des Komplexcodes OPS 8-550. Bei Inhabern des Qualitätssiegels Geriatrie ergäbe eine nochmalige Prüfung von Strukturqualitätsmerkmalen daher keinen Sinn und wäre eine unnötige Verschwendung von Beitragsgeldern. In diesen Fällen müsste auf eine solche Prüfung verzichtet werden.

## II.

Zu Artikel 4, Nummer 13: Änderung des § 301 SGB V

### **§ 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V**

Der Gesetzesentwurf enthält keine Änderung des § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V.

#### **Änderungsvorschlag:**

*„(1) Die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, den Krankenkassen bei Krankenhausbehandlung folgende Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln:*

...

~~*8. Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen sowie Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge für die Art der weiteren Behandlung mit Angabe geeigneter Einrichtungen,...*~~“

#### **Begründung:**

In § 301 SGB V sollen verschiedene Änderungen vorgenommen werden, die eine Folge von Gesetzesänderungen durch den zugrundeliegenden Entwurf des PsychVVG sind. Leider wurde es bei dem vorliegenden Gesetzesentwurf jedoch versäumt, die Regelung in § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V zu ändern. Diese besagt, dass Krankenhäuser bei der Datenübermittlung im Rahmen der Entlassung des Patienten, Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation an die Krankenkasse übermitteln sollen. In diesen Angaben über die im Krankenhaus durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, hat

das Bundessozialgericht auch die Leistungen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung gesehen, obwohl es sich hierbei um allgemeine Krankenhausleistungen gemäß § 39 SGB V und § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 5 KHEntgG handelt und eben nicht um Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V. Da alle für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung relevanten Daten von den Krankenhäusern über den OPS 8-550 an die Krankenkassen übermittelt werden, bedarf es keiner weiteren, gesonderten Übermittlung dieser Daten. Deshalb wurde diese gesonderte Übermittlung von den Krankenkassen in der Vergangenheit nicht eingefordert und von den Krankenhäusern auch nicht vorgenommen.

Die o. a. Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, die diese gesonderte Übermittlung nunmehr fordert, führt zu großer Rechtsunsicherheit, da unklar ist, welchen Umfang diese Datenübermittlung haben muss. So ist mittlerweile festzustellen, dass Krankenkassen diese Urteile als Begründung für die Übermittlung unterschiedlichster Daten anführen, die von der Zielrichtung der Urteile des BSG nicht erfasst waren. Dies führt zu einem sehr hohen und unnötigen Verwaltungsaufwand, der insbesondere für die Patientenversorgung keinen Nutzen hat. Zudem hat die Übermittlung dieser Daten keinen Einfluss auf den Rechnungsbetrag. Die Regelung des § 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 8 SGB V ist daher praktisch überflüssig und trägt zur Verschwendung von Beitragsgeldern bei und kann damit entfallen.

Eine solche Änderung beendet den unnötigen Verwaltungsaufwand und ist ohne großen Aufwand möglich.