



Spitzenverband

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0414(12)
gel. VB zur öAnhörung am 13.05.
13_Beitragsschulden
07.05.2013

Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 06.05.2013

**zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU
und FDP Ausschussdrucksache 17(14)0410**

**zum Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung
sozialer Überforderung bei Beitragsschulden
in der Krankenversicherung**

GKV–Spitzenverband
Mittelstraße 51, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| I. Vorbemerkung | 3 |
| II. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen..... | 5 |
| Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) | 5 |
| Ausgabenwirkung..... | 5 |
| Artikel 5a (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) sowie Artikel 5b (Änderung der Bundespflegesatzverordnung) | 6 |
| Hygieneförderprogramm 2013ff | 6 |
| Versorgungszuschlag 2013/2014..... | 9 |
| Veränderungswert 2014/2015..... | 11 |
| Tariferhöhungsrates 2013..... | 16 |
| Artikel 5c (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) | 18 |
| Abrechnungsprüfung § 17 c KHG | 18 |
| III. Ergänzender Änderungsbedarf..... | 26 |
| Ergänzung des § 137 Abs. 3 SGB V | 26 |
| Ergänzung des § 11 Absatz 4 KHEntgG | 27 |

I. Vorbemerkung

Durch die in den Änderungsanträgen vorgeschlagenen Neuregelungen soll die vermeintlich schwierige Kostensituation der Krankenhäuser aufgegriffen und Abhilfe geschaffen werden. Nach dem Gießkannenprinzip werden zusätzliche finanzielle Mittel verteilt, was nicht der zielgerichteten Verbesserung der Versorgung dient. Anstatt den notwendigen Strukturwandel voranzutreiben, werden Ineffizienzen fortgeführt. Durch die Maßnahmen wird darüber hinaus das Mengenproblem weiter verschärft. Je höher der Preis, desto höher der Anreiz aus wirtschaftlichen Gründen medizinische und auch medizinisch nicht gebotene Eingriffe vorzunehmen. Des Weiteren bedeuten die geplanten Maßnahmen einen Schritt in Richtung Selbstkostendeckung. Die Problematik fehlerhafter Krankenhausabrechnungen wird zu einem Prüfproblem gemacht und ebenfalls nicht gelöst.

Finanzielle Auswirkungen werden unterschätzt

Die Abschätzung der finanziellen Auswirkungen der durch die Änderungsanträge einzuführenden Maßnahmen werden unterschätzt, da die Veränderungen im Bereich des Orientierungswertes gar nicht bzw. unzureichend finanziell bewertet werden. Insbesondere die ausgabensteigernden Wirkungen dieser Maßnahme über die Bundesbasisfallwertkonvergenz auf die Landesbasisfallwerte werden explizit nicht genannt.

Das folgende Tableau stellt die Mehrbelastungen der Kostenträger (GKV und PKV) dar. Rot markiert sind die Mehrbelastungen, die in bisherigen Abschätzungen nicht auftauchen.

Prognose der Mehrbelastungen der GKV & PKV:

| | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|----------------------|---|--|
| Versorgungszuschlag (nicht dauerhaft) | 250 Mio. Euro | 500 Mio. Euro | 0 |
| Hygiene (überwiegend basis- wirksam) | 15 Mio. Euro | 40 Mio. Euro | 55 Mio. Euro |
| Tariffinanzierung 2013 (basiswirksam) | 150 Mio. Euro | 150 Mio. Euro | 150 Mio. Euro |
| <i>Orientierungswert - voller Korridor 2014/2015 statt 1/3 Korridor (basiswirksam)*</i> | <i>0</i> | <i>285 Mio. Euro (190 Mio. Euro über BBFW-Konvergenz + 95 Mio. Euro Ausschöpfung der erhöhten Obergrenze)</i> | <i>570 Mio. Euro (380 Mio. Euro über die BBFW-Konvergenz + 190 Mio. Euro Ausschöpfung der erhöhten Obergrenze)</i> |
| Gesamt | 415 Mio. Euro | 975 Mio. Euro | 775 Mio. Euro |

*Zur Erläuterung des Szenarios: siehe Ausführungen zum Veränderungswert

Abrechnungsprüfung

Die vorgeschlagenen Änderungen zur Abrechnungsprüfung in Krankenhäusern führen weder zu einer grundsätzlichen Veränderung der bestehenden Problematik fehlerhafter Krankenhausabrechnungen noch zu einer Verwaltungsvereinfachung. Sie werden die Zahl der Prüfungen nicht um eine einzige Prüfung reduzieren. Entgegen den Forderungen des Bundesrechnungshofes und des Rechnungsprüfungsausschusses werden nach wie vor keine Anreize für korrektes Abrechnen gesetzt.

Die Verpflichtung der Vertragspartner, die Bedingungen für die Einrichtung eines Schlichtungsausschusses auf Bundesebene und das Nähere zu den Prüfverfahren zu vereinbaren, lässt Verhandlungen mit hohem Konfliktpotential erwarten. Wird die zu Lasten der Krankenkassen unausgewogene derzeitige Regelung in § 275 Absatz 1c SGB V (asymmetrische Aufwandspauschale, Frist Prüfanzeige) nicht aufgehoben, ist fraglich, ob die Vereinbarung über das Einzelprüfverfahren auf dem Verhandlungsweg zustande kommen wird. Sollte es zu einer Entscheidung durch die Bundesschiedsstelle kommen müssen, ist darüber hinaus fraglich, ob diese Entscheidung die Qualität der richtungsweisenden Urteile des BSG zur Abrechnungsprüfung erreichen würde, zumal eine eventuelle Überprüfung der Schiedsstellenentscheidung durch die Verwaltungsgerichtsbarkeit erfolgen müsste.

Die Einrichtung von Schlichtungsausschüssen auf Landesebene ist nicht geeignet, sondern verlagert die bilateralen Konflikte in zusätzliche Gremien. Dies führt zunächst zu einem zusätzlichen Bürokratieaufbau, da der Rechtsweg lediglich zu einem späteren Zeitpunkt beschritten werden würde. Die Entstehung fehlerhafter Abrechnungen wird durch Einführung eines weiteren Verfahrensschrittes nicht vermieden.

Der GKV-Spitzenverband hat unter Berücksichtigung der Forderung des Bundesrechnungshofes einen alternativen Regelungsvorschlag zur Änderung des § 275 SGB V erarbeitet, der dieser Stellungnahme als Anlage beigefügt ist.

II. Stellungnahme zu den Änderungsanträgen

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Ausgabenwirkung

Nr. 1: § 271 Abs. 2 Satz 5 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Aus der Liquiditätsreserve werden den Einnahmen des Gesundheitsfonds 560 Mio. Euro in 2014 zusätzlich zugeführt. Diese Zuführung erfolgt aufgrund der zusätzlichen Ausgaben für die GKV im Krankenhausbereich, die durch die aktuellen Änderungen im KHEntgG und in der BpflV entstehen.

B) Stellungnahme

Durch die vorgesehene Zuführung von Mitteln aus der Liquiditätsreserve in Höhe von 560 Mio. Euro werden die zusätzlichen Belastungen der GKV nur zu einem Teil gedeckt. Es erfolgt keine vollständige Gegenfinanzierung der Mehrbelastungen. Zudem sind die anfallenden Mehrbelastungen zum Teil basiswirksam und in den Folgejahren somit nicht mit einer einmaligen Zuweisung abgedeckt (vgl. Tableau zur Prognose der Mehrbelastungen – siehe Vorbemerkungen).

C) Änderungsvorschlag

Sicherstellung einer angemessenen Kompensation der Mehrbelastungen für die GKV.

Zur Kompensation der Mehrbelastungen ab 2015 wird folgendes ergänzt:

In § 271 Abs. 1 SGB V wird nach Satz 5 folgende Satz 6 ergänzt:

„Ab dem Jahr 2015 werden für die jährlich anfallenden Mehrausgaben, die den Krankenkassen durch die Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung entstehen, Mittel aus der Liquiditätsreserve zugeführt, sofern die gesetzliche Mindestreserve des Gesundheitsfonds nicht unterschritten wird.“

Begründung:

Um die Finanzsituation der GKV ab dem Jahre 2015 nicht zusätzlich durch die Mehrkosten dieses Gesetzes zu verschärfen, soll die Finanzierung der Mehrkosten aus der Liquiditätsreserve so lange erfolgen, wie das Volumen der Liquiditätsreserve das gesetzliche Mindestsoll (20% des Zuweisungsvolumens) übersteigt. Es wird zugleich sichergestellt, dass die Funktion der Liquiditätsreserve nicht eingeschränkt wird.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 06.05.2013
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP (A.-Drs. 17(14)0410)
zum Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in
der Krankenversicherung
Seite 6 von 27

**Artikel 5a (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes) sowie
Artikel 5b (Änderung der Bundespflegesatzverordnung)**

Hygieneförderprogramm 2013ff

Artikel 5a Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 1: § 4 Abs. 11 KHEntgG

Nr. 4a): § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG

Nr. 6a): § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 6 KHEntgG

Nr. 6e): § 10 Abs. 12 Satz 1 KHEntgG

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Einführung des § 4 Abs. 11 KHEntgG wird beabsichtigt, sowohl die Neueinstellung und die Stellenaufstockung als auch die Fort- und Weiterbildung von pflegerischem und ärztlichem Hygienepersonal in den Jahren 2013 bis 2016 zu fördern. Die Förderung greift rückwirkend bereits für Maßnahmen, die in den Krankenhäusern nach Inkrafttreten der Änderung des Infektionsschutzgesetzes am 4. August 2011 ergriffen wurden, und geht über das Jahr 2016 hinaus, wenn fachärztliche Weiterbildungen im Bereich der Hygiene noch nicht abgeschlossen sind. Mit der Förderung soll sichergestellt werden, dass die Krankenhäuser ihren Verpflichtungen im Bereich der Hygiene bis zum Auslaufen der Übergangsfrist des Infektionsschutzgesetzes Ende 2016 nachkommen. Die Fördermittel sollen als Zuschläge finanziert werden.

Die Abwicklung und Analyse der Förderung soll entsprechend der Regelungen zur Förderung von Neueinstellungen und Stellenaufstockungen in der Pflege erfolgen. Hierzu zählt die Verpflichtung der Krankenhäuser, gegenüber den Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die Stellenbesetzung vorzulegen. Um feststellen zu können, wie viele Mitarbeiter tatsächlich neu eingestellt wurden, muss sowohl ein Nachweis über die Stellenbesetzung am 4. August 2011 (Inkrafttreten der Änderung des Infektionsschutzgesetzes) als auch jeweils zum 31. Dezember erbracht werden. Der GKV-Spitzenverband soll, dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich bis zum 30. Juni über die Zahl der Vollkräfte und den Umfang der aufgestockten Teilzeitstellen, die sich zusätzlich aus der Förderung im Vergleich zum Vorjahr ergeben haben, berichten. Die Regelungen des Programms zur Förderung der Pflege wurden jedoch nicht vollständig übernommen: Im Änderungsantrag wurde die Festsetzung einer prozentualen Vereinbarungsobergrenze analog des § 4 Abs. 10 Satz 2 KHEntgG weggelassen.

Es wird vorgegeben, dass die Förderung des zusätzlichen Hygienepersonals sowie der Fort- und Weiterbildungen nicht absenkend bei den Vereinbarungen auf Landesebene wirksam wird. Damit

wird der dem Änderungsantrag inne wohnenden Haltung Rechnung getragen, dass die Hygienemaßnahmen bislang nicht im Basisfallwert berücksichtigt seien. Entsprechend soll mit der Änderung des § 10 Abs. 12 Satz 1 KHEntgG erreicht werden, dass ab dem 1. Januar 2017 die Neueinstellungen oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Hygienefachkräften in Höhe der für das Jahr 2016 gezahlten Zuschläge in die Basisfallwerte eingerechnet werden.

Entsprechend der Begründung werden nur Maßnahmen gefördert, die in Bezug auf Qualifikation und Bedarf der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“, der strukturierten curricularen Fortbildung Krankenhaushygiene bzw. dem Fortbildungsprogramm „Antibiotic Stewardship“ (ABS) entsprechen. Das Gesamtvolumen des Hygieneförderprogramms wird mit 350 Millionen Euro beziffert.

B) Stellungnahme

Mit dem Artikel 5a des Änderungsantrags der Fraktionen der CDU/CSU und FDP soll die Beseitigung der z. T. problematischen hygienischen Situation in deutschen Krankenhäusern beschleunigt werden. In der Ausbildung der Ärzte sind seit langem Hygiene, Mikrobiologie, Virologie sowie Pharmakologie und Prävention als Pflichtfächer verankert. Es geht also nicht darum, neue medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse umzusetzen. Wenn die bisherigen Kenntnisse nicht angewendet wurden, liegen offenbar Versäumnisse der Krankenhäuser vor, da sie in der Verantwortung stehen, die notwendigen Hygienemaßnahmen zu gewährleisten. Hierzu zählt auch, entsprechend qualifiziertes Personal zu beschäftigen. Die KRINKO hat in ihrer oben zitierten und für die Fördermaßnahmen maßgeblichen Empfehlung eindeutig festgestellt, dass Maßnahmen zur Infektionsprävention ein wesentlicher Bestandteil des Qualitätsmanagements sind. Dieses ist in den Erlösbudgets der Krankenhäuser berücksichtigt und wird bereits finanziert.

Die nach wie vor zu Tage tretenden Hygienemängel müssen jedoch als Beleg dafür gewertet werden, dass nicht alle Krankenhäuser ihrer Verantwortung gerecht werden. Um dem Problem nosokomialer Infektionen in Krankenhäusern zu begegnen, scheint eine Anschubfinanzierung unausweichlich, mit der die Versäumnisse der Krankenhäuser kompensiert werden. Es muss jedoch darauf geachtet werden, dass es nicht zur Doppelfinanzierung kommt, da ein, wenn auch schwer zu beziffernder Teil der Hygieneaktivitäten der Krankenhäuser bereits abgegolten ist. Hiervon betroffen sind insbesondere die in § 4 Abs. 11 Satz 1 Nr. 1 d) und Nr. 2 e) hygienebeauftragten Ärzte.

Die gesetzeskonforme Mittelverwendung für Neueinstellungen oder Stellenaufstockungen sowie für Fort- und Weiterbildungen muss von den Krankenhäusern eindeutig und berufsbildspezifisch

belegt werden. Es muss sichergestellt werden, dass geförderte Neueinstellungen und Aufstockungen vorhandener (Teilzeit-)Stellen nicht zu Entlassungen an anderer Stelle führen. Daher ist die Offenlegung der Personalzahlen insgesamt gegenüber den Kostenträgern unabdingbar. Wenn ein Krankenhaus den Nachweis über die gesetzeskonforme Mittelverwendung schuldig bleibt, so sollte in jedem Fall klar geregelt werden, dass ab dem Folgejahr keine Mittel für die Förderung von Hygienefachpersonal mehr zur Verfügung gestellt werden.

Bei der Förderung von ärztlichem und pflegerischem Hygienefachpersonal sollte es sich ausschließlich um eine Anschubfinanzierung handeln, mit der Versäumtes aufgeholt wird. Erfolgt eine Berücksichtigung im Landesbasisfallwert ab dem Jahr 2017, so muss jedoch zum einen sichergestellt sein, dass es nicht zu einer Doppelfinanzierung bereits vergüteter Leistungen kommt. Zum anderen muss den Kostenträgern gegenüber belegt werden, dass das zusätzlich eingestellte Personal auch nach 2017 tatsächlich entsprechend der KRINKO-Empfehlung vorgehalten wird.

C) Änderungsvorschlag

In § 4 Abs. 11 Satz 1 sind die Nummern 1 d) und 2 e) zu streichen.

§ 4 Abs. 11 wird nach „Absatz 10 Satz 4 und 8 bis 13 sowie § 5 Absatz 4 Satz 5 geltend entsprechend.“ ergänzt um: *„Voraussetzung für die Vereinbarung über die Förderung ist der berufsbildspezifische Nachweis des Krankenhauses nach Absatz 10 Satz 11 über die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung und über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel im Vorjahr.“*

Nach § 10 Abs. 12 Satz 1 KHEntgG wird angefügt:

„Die Krankenhäuser haben jährlich die berufsbildspezifische jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung von Hygienepersonal den anderen Vertragsparteien gegenüber nachzuweisen.“

In der Begründung zu Nummer 4 (§ 7 Absatz 1 KHEntgG), die die Auflistung der abrechenbaren Entgelte enthält, ist der Zuschlag für das Hygiene-Förderprogramm fälschlicherweise als Zuschlag nach § 10 Absatz 11 KHEntgG bezeichnet. Richtigerweise muss es § 4 Absatz 11 KHEntgG heißen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 06.05.2013
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP (A.-Drs. 17(14)0410)
zum Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in
der Krankenversicherung
Seite 9 von 27

Versorgungszuschlag 2013/2014

Artikel 5a Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 2: § 5 Abs. 6 KHEntgG

Nr. 4b), 4c): § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG

Nr. 6 f): § 10 Abs. 14 KHEntgG

Nr. 7: § 14 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG

A) Beabsichtigte Neuregelung

Für die Jahre 2013 und 2014 vereinbaren die Vertragsparteien auf Landesebene jeweils einen landesweit geltenden Zuschlag je Krankenhausfall, der mit den DRG-Fallpauschalen abgerechnet wird (Versorgungszuschlag). Zur Ermittlung der Zuschlagshöhe ist die im jeweiligen Jahr entstehende voraussichtliche Summe der Mehrleistungsabschläge nach § 4 Absatz 2a im Land durch die Fallzahl zu teilen, die bei der Vereinbarung des jeweils für das Jahr 2013 und 2014 geltenden Basisfallwerts zu Grunde gelegt wurde. Wird der Zuschlag erst während des Kalenderjahrs vereinbart, ist der im restlichen Kalenderjahr zu erhebende Zuschlag entsprechend zu erhöhen. Der Zuschlag ist von der zuständigen Landesbehörde zu genehmigen.

Die Mehrausgaben für die Kostenträger für diese Maßnahme werden in Höhe von 250 Mio. Euro in 2013 und 500 Mio. Euro in 2014 angesetzt.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die vorgesehene Änderung ab.

Die implizit durch den Versorgungszuschlag vorgenommene flächendeckende Anhebung der Preise für Krankenhausleistungen ist unnötig und widerspricht dem Grundsatz einer wirtschaftlichen Verwendung der Mittel der GKV-Beitragszahler. Ein Großteil der Krankenhäuser schreibt schwarze Zahlen und benötigt keine weiteren finanziellen Hilfen zulasten der Beitragszahler. Preiserhöhungen verhindern stattdessen vielmehr notwendige strukturelle Bereinigungen auf dem Krankenhausmarkt und subventionieren bestehende Ineffizienzen. Die Mittelverteilung nach dem Gießkannenprinzip zugunsten aller Krankenhäuser verschärft darüber hinaus das Mengenproblem, da die ökonomischen Anreize für die Leistungserbringer aufgrund der Preisanhebung steigen, Mengemengen zu erbringen.

Einziger positiver Aspekt des Versorgungszuschlages ist seine Bindung an den Mehrleistungsabschlag. Eine dauerhafte Ausgabenerhöhung wird dadurch vermieden. Der Versorgungszuschlag wird zeitlich befristet für die Jahre 2013 und 2014 eingeführt (wie auch der Mehrleistungsabschlag ein befristetes Instrument ist) und neutralisiert den degressiven Effekt des Mehrleistungs-

abschlages. Die direkte Bindung des Versorgungszuschlages an den Mehrleistungsabschlag ist vor diesem Hintergrund sinnvoll und notwendig. Gegenüber einer einfachen Streichung des Mehrleistungsabschlages bleibt mit der Einführung des Versorgungszuschlags darüber hinaus die Anreizwirkung des Mehrleistungsabschlages für die Krankenhäuser (weniger Mehrleistungen zu erbringen) erhalten. Überraschend ist dennoch, dass das komplette Volumen des Mehrleistungsabschlages nunmehr über den Versorgungszuschlag ausgeschüttet werden soll. Aufgrund dieses Aspektes ist die Anreizproblematik bei den Kostenträgern zu hinterfragen. Da den Kostenträgern durch die komplette Ausschüttung des Mehrleistungsabschlages kein Finanzvolumen als Einsparvolumen verbleibt, mindert sich für diese der Anreiz, Mehrleistungsabschläge zu vereinbaren. Sinnvoller wäre es zur Beibehaltung der notwendigen Anreizwirkungen, auf lediglich 50 % des Mehrleistungsabschlagvolumens abzielen und auf dieser Basis den jeweiligen Versorgungszuschlag zu kalkulieren.

Eine Schwierigkeit liegt in dem konkreten Umsetzungsvorschlag: Der Mehrleistungsabschlag wird erlösbezogen, nicht fallbezogen erhoben, insofern sollte er auch erlösbezogen ausgeschüttet werden. Ein Bezug zur Fallzahl stellt dies nicht sicher und übervorteilt Krankenhäuser mit vielen ökonomisch einfachen Fällen (niedriger Casemix-Index). Der Verteilungsschlüssel sollte demnach nicht die Fallzahl, sondern der Casemix sein. Darüber hinaus wird auf eine in den LBFW-Verhandlungen festgelegte und geeinte Fallzahl Bezug genommen. In der Praxis werden jedoch in den LBFW-Verhandlungen in den meisten Fällen der Casemix und der LBFW vereinbart. Eine einfache Bezugnahme auf den vereinbarten Casemix würde dieses technische Problem lösen.

Weiterhin ist eine Ausgleichsregelung bezüglich der Differenz zwischen der geschätzten und der tatsächlich vereinbarten Summe der Mehrleistungsabschläge vorzusehen.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der angestrebten Neuregelung zum Versorgungszuschlag.

Hilfsweise:

Anpassung des § 10 Abs. 14 Satz 2 KHEntgG:

*„(14) Für die Jahre 2013 und 2014 vereinbaren die Vertragsparteien auf Landesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 jeweils einen landesweit geltenden Zuschlag je ~~Krankenhaus-~~fall je Casemixpunkt, der mit DRG-Fallpauschalen abgerechnet wird (Versorgungszuschlag). Zur Ermittlung der Zuschlagshöhe ~~ist~~ **sind 50 Prozent der** ~~die~~ im jeweiligen Jahr entstehenden voraussichtlichen Summe der Mehrleistungsabschläge nach § 4 Absatz 2a im Land durch ~~die~~ Fallzahl den Casemix zu teilen, ~~die~~ der bei der Vereinbarung des jeweils für das Jahr 2013 und 2014 geltenden Basisfallwerts zu Grunde gelegt wurde. Fehlschätzungen sind auszugleichen. [...]“*

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 06.05.2013
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP (A.-Drs. 17(14)0410)
zum Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in
der Krankenversicherung
Seite 11 von 27

Veränderungswert 2014/2015

Artikel 5a Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 3): § 6 Abs. 3 KHEntgG

Nr. 5): § 9 Abs. 1 KHEntgG

Nr. 6c): § 10 Abs. 5 und 6 KHEntgG

Artikel 5b Änderungen der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 2: § 9 Abs. 1 BPfIV

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Rahmen der Verhandlung des Veränderungswertes für die Jahre 2014 und 2015 wird den Vertragspartnern auf der Bundesebene (DKG, PKV, GKV-Spitzenverband) – anders als es die bisherige gesetzliche Regelung vorsieht – der volle Verhandlungskorridor zwischen Veränderungsrate/Grundlohnrate und dem Orientierungswert eröffnet. Die bisherige Regelung zur Finanzierung von maximal einem Drittel dieser Differenz wird damit für diese 2 Jahre außer Kraft gesetzt. Auch für den Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen wird der Verhandlungsspielraum für 2014 und 2015 erhöht. Zudem wird hier eine Untergrenze in Höhe von 40% der Differenz aus Orientierungswert und Grundlohnrate eingezogen. Darüber hinaus soll in dem Fall, in dem der Orientierungswert unterhalb der Grundlohnrate liegt, künftig der Veränderungswert der Veränderungsrate entsprechen. Außerdem wird auch den Besonderen Einrichtungen der Veränderungswert zugestanden.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband lehnt die geplanten Änderungen ab.

Grundsätzliche Überlegungen

Der Landesbasisfallwert ist die zentrale Einfluss- und Steuerungsgröße im deutschen DRG-System. Die Landesbasisfallwerte werden unter Abwägung der voraussichtlichen Kostensteigerung der Krankenhäuser und der voraussichtlichen „Produktivitätsfortschritte“ der Krankenhäuser zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen auf Landesebene verhandelt. Um das System steuern zu können, war und ist der Preiszuwachs der Landesbasisfallwerte nach oben begrenzt. Im Rahmen dieser Höchstpreisregulierung bekommt das Krankenhaus einen regelmäßig angepassten Preis vorgegeben. Diese Anpassung orientiert sich üblicherweise an der Inflationsrate (Preisindex) und an einer erwarteten Produktivitätssteigerung.

Mit der nunmehr vorgesehenen Erweiterung des Preissetzungskorridors wird gegen diese ökonomische Grundregel in einem noch größeren Ausmaß verstoßen. Der durch das statistische Bun-

desamt ermittelten krankenhausspezifischen Inflationsrate (Orientierungswert) steht keine Berücksichtigung des Produktivitätsfortschritts der Krankenhäuser in der Obergrenze gegenüber. Da eine Berücksichtigung der Produktivitätsfortschritte der Krankenhäuser im Rahmen der Überarbeitung der InEK-Kalkulation nicht erfolgt (jährlich konstante Casemixsumme bei gleicher Fallzahl und -struktur) hat dies dann zwingend auch in der Obergrenze zu erfolgen. Bislang verhinderte die gesetzlich vorgeschriebene Begrenzung der Weitergabe des Orientierungswertes auf maximal ein Drittel, dass es zum reinen „Durchreichen“ der krankenhausspezifischen Kostensteigerungen zu Lasten der Versicherten und damit zur Aushöhlung der Tarifverhandlungen zulasten der Versicherungsgemeinschaft kommt. Die nun vorgesehene Verhandlung des Veränderungswertes führt damit zur Selbstkostendeckung durch die Hintertür und stellt die Finanzierbarkeit der Regelung insgesamt in Frage. Dringend ist der Berücksichtigung der Kostensteigerung im Orientierungswert eine absenkende Berücksichtigung der Produktivitätssteigerung entgegenzusetzen um diesen negativen Anreizen zu begegnen.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes gibt es dazu zwei Wege:

- Zum einen kann dies über eine entsprechende Ergänzung des Gesetzestextes zur Verhandlung des Veränderungswertes um entsprechende Tatbestände (inkl. einer Abschaffung der Korridoruntergrenze) geschehen,
- zum anderen könnte das statistische Bundesamt gleich von vornherein verpflichtet werden die Kostensteigerung je Fall, bzw. technisch je Casemixpunkt auszuweisen.

In beiden Fällen würde das Ergebnis die von den Krankenhäusern tatsächlich benötigten Preissteigerungen nach Abzug der Produktivitätssteigerungen widerspiegeln („Stückkostenanstieg“). Steigen die Kosten und Erlöse beispielsweise von Blinddarmoperationen gleichermaßen stark, so darf die Preisobergrenze nicht der Kostensteigerung entsprechen, sondern kann null sein!

Das im Fall eines niedrigeren Orientierungswertes als die Grundlohnrate die Grundlohnrate zum Tragen kommt ist fachlich in keiner Weise begründbar und mutet angesichts der sachlich, fachlichen Begründungen zur Ablösung der Grundlohnrate durch den besser geeigneten Orientierungswert grotesk an.

Ausgabenrisiko Veränderungswert und Bundesbasisfallwert

Die vorgesehenen Regelungen führen aufgrund mindestens zweier Mechanismen zu potenziell deutlichen Mehrausgaben. Zum einen führt eine höhere Obergrenze als bisher zum Abschluss höherer Landesbasisfallwerte. Die Erfahrungen zeigen, dass die Landesbasisfallwerte in mehr oder weniger fester Relation unterhalb der Obergrenze vereinbart werden, die Obergrenze mithin eine Orientierung für den Abschluss der Verhandlungen auf der Landesebene darstellt. Ist die Ober-

grenze aufgrund der einseitigen Verhandlungsregel des Veränderungswertes höher, fließt ungerrechtigt mehr Geld an Krankenhäuser.

Zum anderen sorgt die enge Verbindung des Veränderungswertes mit dem Bundesbasisfallwert für einen massiven Eingriff in die Verhandlungen und führt zu deutlichen Mehrausgaben. Die im Krankenhausentgeltgesetz bestehende Regelung der Angleichung der Landesbasisfallwerte an einen einheitlichen Korridor weist strukturelle Schwächen auf, die den Grundsatz der Ausgabeneutralität der Konvergenzphase in mehrfacher Weise verletzen und die die Kostenträger seit Jahren einseitig benachteiligen. Seit dem ersten Konvergenzjahr 2010 befindet sich ca. die Hälfte der Bundesländer mit über 50 Prozent des Leistungsvolumens unterhalb des Korridors und damit auf der Seite der Konvergenzgewinner. Lediglich zwei Bundesländer mit ca. sechs Prozent des Leistungsvolumens liegen oberhalb des Korridors und somit auf der durch die Kappingsregelung stark geschützten Seite der Konvergenzverlierer.

Der GKV-Spitzenverband hat bereits im Rahmen der jüngsten Gesetzgebungsverfahren Schwächen der Konvergenz benannt und entsprechende Änderungsvorschläge eingebracht. Die grundlegendsten Probleme der Konvergenz bestehen im sog. „Gravitationseffekt“ sowie in einer Abkehr vom Verhandlungsprinzip auf Landesebene („Phantomverhandlungen“).

Der Bundesbasisfallwert wird grundsätzlich prospektiv um den vollen Veränderungswert angehoben. Die Vereinbarung der Landesbasisfallwerte liegt aber häufig unterhalb dieser Steigerungsrate. Dadurch kommt es jährlich zu einer systematisch falsch hohen Festsetzung des Bundesbasisfallwertkorridors, von der insbesondere die Länder profitieren, die sich an der unteren Korridor- grenze bzw. unterhalb des Korridors befinden. Die Konvergenz zieht auch die Länder, die zuvor unterhalb der Obergrenze abgeschlossen haben, unberechtigt auf den Pfad des vollen Veränderungswertes („Gravitationseffekt“). Die auf dieser gesetzlichen Grundlage vereinbarten Landesbasisfallwerte sind wiederum Basis der Kalkulation des folgenden Bundesbasisfallwertes. Damit wirkt dieser ausgabenrelevante Effekt kumulativ basiserhöhend. Die Grundstruktur der Berechnung des Bundesbasisfallwertes widerspricht somit der Erwartung, dass dieser Wert dem Durchschnitt aller Landesbasisfallwerte entspricht. Die durchschnittliche Steigerung der Landeswerte ist zwar prospektiv zum Zeitpunkt der Vereinbarung des Bundesbasisfallwertes nicht bekannt, notwendige Ausgleichs- und Berichtigungsmechanismen, die üblicherweise Fehlschätzungen im Krankenhausentgeltsystem korrigieren und diesen Fehler einfach beheben könnten, fehlen hier aber vollständig.

Unabhängig vom Gravitationseffekt findet im Rahmen der Bundesbasisfallwertkonvergenz ab 2014 eine Abkehr von der Verhandlungslösung auf Landesebene statt. Dies gilt für die Länder

bzw. Landesbasisfallwerte, die sich ab 2014 an der unteren Korridorergrenze befinden. Das Verhandlungsergebnis wird irrelevant, da über die Anhebung des Korridors immer automatisch der volle Veränderungswert fließt. Es werden somit in ca. der Hälfte aller Bundesländer ab 2014 lediglich noch „Phantomverhandlungen“ der Landesbasisfallwerte geführt – ein massiver Fehlanreiz mit ausgabensteigernder Wirkung. Diese einseitige Schwächung der Verhandlungen auf Landesebene ist aus Sicht der GKV nicht hinnehmbar. De facto wird 2014 ca. die Hälfte aller Bundesländer nicht mehr auf der Landesebene verhandelt, sondern über den falsch hohen Veränderungswert auf Bundesebene determiniert.

Szenario zum Ausgabenpotenzial (siehe Tableau in den Vorbemerkungen)

Unter der Annahme eines um 0,5 Prozent gegenüber dem Status Quo erhöhten Veränderungswertes ergibt sich durch die Wirkung auf die Landesbasisfallwerte ein zusätzliches Ausgabenrisiko von maximal 380 Mio. Euro für die GKV und PKV (entspricht ca. einem halben Prozent der Gesamtausgaben unter Zugrundelegung des in der Begründung zu § 10 KHEntgG genannten Ausgabenanteils der GKV in Höhe von 82% und der GKV-Gesamtausgaben im Krankenhausbereich von 62 Mrd. Euro). Durch die direkte Wirkung über den Bundesbasisfallwert auf ca. 50 Prozent der Landesbasisfallwerte („Phantomverhandlungen“) werden davon 190 Mio. Euro in jedem Fall real ausgabenwirksam. Geht man davon aus, dass die Hälfte der restlichen 190 Mio. Euro (95 Mio. Euro) durch den Abschluss höherer Landesbasisfallwerte ausgeschöpft werden, ergibt sich ein basiswirksames, jeweils zusätzliches Ausgabenvolumen in 2014, 2015 (und den Folgejahren) in Höhe von jeweils ca. 285 Mio. Euro (190 Mio. Euro + 95 Mio. Euro). In 2015 würde dies durch die Basiswirksamkeit eine Mehrbelastung in Höhe von 570 Mio. Euro bedeuten (285 Mio. Euro aus 2014 + 285 Mio. Euro aus 2015).

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Änderung.

Zudem Berücksichtigung von Erlös- und Produktivitätssteigerungen im Rahmen der Ermittlung des Orientierungswertes durch das statistische Bundesamt oder im Rahmen der Verhandlungen zum Veränderungswert (inkl. einer Abschaffung einer Korridoruntergrenze). Eine analoge Regelung ist in der BPfIV vorzusehen.

Zur Vermeidung von Gravitationseffekt und Phantomverhandlungen im Bundesbasisfallwert ist folgende gesetzliche Anpassung notwendig. Nach § 10 Abs. 8 Satz 4 KHEntgG sollte folgender neuer Satz 5 eingefügt werden:

„Vor Ermittlung des Angleichungsbetrages nach Satz 3 ist der Grenzwert nach Satz 3 Nr. 1 oder Nr. 2 um den Betrag abzusenken, der sich aus der Differenz zwischen dem Veränderungswert

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 06.05.2013
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP (A.-Drs. 17(14)0410)
zum Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in
der Krankenversicherung
Seite 15 von 27

nach Absatz 6 und der Steigerung des nach den Absätzen 1 bis 7, 11 und 12 verhandelten Landesbasisfallwertes ohne Ausgleiche zu dem im Vorjahr vereinbarten Landesbasisfallwert ohne Ausgleiche und inklusive Angleichungsbetrag ergibt; hierbei sind Anpassungen nach Satz 4 zu berücksichtigen.“

Hilfsweise:

Berücksichtigung von Erlös- und Produktivitätssteigerungen im Rahmen der Verhandlungen zum Veränderungswert 2014 und 2015 im neuen § 9 Abs. 1 Satz 2. Zudem ist die im Änderungsantrag gewählte Formulierung zum § 9 Abs. 1 Satz 2 missverständlich, da der Gesetzestext anders als die Begründung quasi einen Automatismus statt einer Verhandlungslösung vorgibt. Es muss klar- gestellt werden, dass die Veränderungsrate nicht automatisch bis zum Orientierungswert ange- hoben wird (um die vollständige Differenz zw. O-Wert und Veränderungswert) sondern bis maxi- mal zur vollständigen Höhe der Differenz aus Orientierungswert und Veränderungsrate vereinbart werden kann. Es muss hier das Wort „maximal“ nach dem Wort „bis“ ergänzt werden:

„Abweichend von Satz 1 Nummer 5a zweiter Halbsatz ist für die Jahre 2014 und 2015 die Verän- derungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Falle des § 10 Absatz 6 Satz 6 unter Berücksichtigung der Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung ~~und~~ von Personal- und Sachkostensteigerungen und der Produktivitäts- und Erlösentwicklung bis maximal zur vollständigen Höhe dieser Differenz zu erhöhen“

Eine analoge Regelung ist in der BPfIV vorzusehen.

Zusätzlich ist in der Neuregelung gem. § 9 Abs. 1 BPfIV in Bezug auf die festzulegende Unter- grenze der Satzteil *„mindestens jedoch um 40 Prozent dieser Differenz zu erhöhen“* zu streichen. Eine Untergrenze von mindestens 40 Prozent der Differenz aus Orientierungswert und Verände- rungsrate ist durch einen höheren Personalkostenanteil im Vergleich zu den somatischen Kran- kenhäusern nicht zu rechtfertigen.

In § 10 Abs. 6 Satz 5 müsste es korrekt heißen: *„entspricht der Veränderungswert der Verände- rungsrate“* und nicht *„entspricht die Veränderungsrate dem Veränderungswert“*.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 06.05.2013
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP (A.-Drs. 17(14)0410)
zum Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in
der Krankenversicherung
Seite 16 von 27

Tariferhöhungsrate 2013

Artikel 5a Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes

Nr. 3 b): § 6 Abs. 3 KHEntgG

Nr. 6b): § 10 Abs. 5 KHEntgG

Nr. 6d): § 10 Abs. 9 Satz 5 KHEntgG

Artikel 5b Änderungen der Bundespflegesatzverordnung

Nr. 1: § 3 Abs. 2 Satz 1 BpflV

Nr. 3b): § 18 BpflV

A) Beabsichtigte Neuregelung

Im Vorgriff auf die ab 2014 erweiterte Vereinbarungsmöglichkeit des Veränderungswerts werden noch im Jahr 2013 bestimmte, für das Jahr 2013 vereinbarte Tarifsteigerungen bei den Landesbasisfallwerten erhöhend berücksichtigt. Die vormalige Regelung zu Tariferhöhungsrate aus den Jahren 2008/2009 und 2012 wird wieder aufgelegt. Die oberhalb der geltenden Obergrenze liegenden maßgeblichen durchschnittlichen Tarifsteigerungen werden zur Hälfte refinanziert.

Das Ausgabevolumen wird für die Jahre 2013 und 2014 aufgrund der Basiswirksamkeit der Regelung mit jeweils 150 Mio. Euro beziffert.

B) Stellungnahme

Der Änderungsantrag entspricht den bisherigen Regelungen zur Tariflohnrefinanzierung der Jahre 2008/2009 sowie 2012 und wird durch den GKV-Spitzenverband abgelehnt. Die Begründung als Vorgriff auf die geltende höhere Verhandlungsobergrenze, eine anteilige Tariflohnfinanzierung in 2013 zu schaffen, wirkt befremdlich, da mit der Einführung des Orientierungswertes keine weiteren diskretionären Tariflohnrefinanzierungen notwendig werden. Darüber hinaus besteht auch keine Notwendigkeit für eine Tarifkostenrefinanzierung in dem Jahr 2013, da die linearen Tarifsteigerungen in diesem Jahr nur unwesentlich über dem Veränderungswert 2013 liegen. Die von den Tarifvertragsparteien für den Berechnungszeitraum vereinbarten Personalkostensteigerungen werden vollständig im Orientierungswert berücksichtigt. Daneben werden Personalkostensteigerungen auch in den Verhandlungen zu den Landesbasisfallwerten umfassend berücksichtigt. Die Tarifsteigerungen 2013 sind somit in den Landesbasisfallwerten 2013 bereits prospektiv berücksichtigt und antizipiert (§ 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG). Denn die Landesbasisfallwerte 2013 wurden überwiegend unterhalb des Veränderungswertes abgeschlossen, d.h. eine Kappung der Preissteigerung ist nicht erfolgt, womit die Kostenentwicklungen beinhaltet sind. Eine zusätzliche Tarifrefinanzierung ist vor diesem Hintergrund nicht notwendig und würde neben der Berücksichtigung in den Landesbasisfallwerten und dem Orientierungswert eine „Dreifachfinanzierung“ be-

deuten. Auch die Begründung für den Vorgriff auf die ab dem Jahr 2014 geltende Regelung zum Veränderungswert ist nicht sachgerecht.

Wie im Jahr 2009 muss in jedem Fall ein Tarifabschlag auf Krankenhausebene vorgesehen werden, falls ein Krankenhaus anderweitige als die maßgeblichen Tarifregelungen aufweist. Entsprechend wichtig ist auch ein Nachweis des Krankenhauses, ob der Tarifvertrag umgesetzt wurde und die Tarifsteigerungen bei den Mitarbeitern angekommen sind.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der Regelung.

Hilfsweise:

Der im Rahmen der Tarifierhöhungsrates 2008/2009 eingeführte Mechanismus zur Vermeidung von Überfinanzierungen sollte auch für die Tarifierhöhungsrates 2013 in § 4 KHEntgG entsprechend aufgenommen und ergänzt werden:

„Würden im Jahr 2013 durch die im Landesbasisfallwert enthaltene anteilige Finanzierung der Tarifierhöhungen nach § 10 Abs. 5 die tarifbedingten Erhöhungen der entsprechenden Personalkosten des Krankenhauses, soweit sie den Veränderungswert überschreiten, zu mehr als 50 Prozent finanziert, ist dieser höhere Finanzierungsanteil mindernd zu berücksichtigen, indem ein entsprechender Abschlag von dem Landesbasisfallwert vereinbart wird; dies gilt nicht für höhere Finanzierungsanteile infolge von Notlagentarifverträgen. Die Umsetzung der maßgeblichen tarifvertraglichen Vereinbarungen ist durch das Krankenhaus nachzuweisen.“

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 06.05.2013
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP (A.-Drs. 17(14)0410)
zum Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in
der Krankenversicherung
Seite 18 von 27

Artikel 5c (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

Abrechnungsprüfung § 17 c KHG

Nr. 2: § 17 c Abs. 1 KHG – Verweis auf Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Krankenkassen können durch Einschaltung des MDK (§ 275 Abs. 1 SGB V) die Einhaltung der in § 17c Absatz 1 Satz 1 KHG genannten Verpflichtungen prüfen.

B) Stellungnahme

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung durch die Neufassung der Folgeabsätze. Gemäß § 275 Abs. 1 SGB V sind die Krankenkassen zur Einschaltung des MDK in bestimmten Fällen verpflichtet. Die bisherige Formulierung bezog sich darauf, dass die Krankenkassen wahlweise auch die Stichprobenprüfung nutzen können.

C) Änderungsvorschlag

Um den Hintergrund der Neuregelung zu verdeutlichen, ist das Wort "können" durch die Worte "sind berechtigt" in § 17 c Abs. 1 KHG zu ersetzen.

„Die Krankenkassen ~~können~~ sind berechtigt durch Einschaltung des Medizinischen Dienstes (§ 275 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) die Einhaltung der in Satz 1 genannten Verpflichtungen prüfen.“

Nr. 3: § 17 c Abs. 2 KHG –Vereinbarung des Näheren zum Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1 SGB V

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherige Stichprobenprüfung nach § 17c KHG entfällt. Die Selbstverwaltung wird beauftragt, das Nähere zu Einzelfallprüfungen nach § 275 Absatz 1c zu regeln. Einige Regelungstatbestände werden vorgegeben. Die Vereinbarung soll für Krankenkassen und Krankenhäuser unmittelbar verbindlich sein. Im Fall der Nichteinigung bis zum 31.12.2013 soll auf Antrag einer Partei die Bundesschiedsstelle entscheiden können. Regionalen Besonderheiten kann im Rahmen von Verträgen nach § 112 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 SGB V entsprochen werden.

B) Stellungnahme

Der Wegfall der Stichprobenprüfung ist nachvollziehbar, da dieses Prüfinstrument aufgrund seiner mangelnden Ausgestaltung im Gesetz kaum genutzt wurde. Auch die in der Stichprobenprüfung ursprünglich angelegte Sanktionsregelung konnte nicht greifen, da deren Anwendung an den Nachweis der groben Fahrlässigkeit gebunden war. Der Aspekt der Notwendigkeit, fehlerhafte Abrechnungen zu sanktionieren, wird in der nun vorgeschlagenen Gesetzesänderung völlig ausgeblendet.

Die vorgesehene Vereinbarung des Näheren zur Einzelfallprüfung wird insbesondere vor dem Hintergrund der bekannten Maximalforderungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft höchst konfliktbeladen sein. Insbesondere können Verhandlungen dann nicht zielführend erfolgen, wenn eine ungleiche Ausgangsbasis besteht, wie dies aufgrund der aktuellen Gesetzeslage der Fall ist. Um eine Vereinbarungslösung auf Bundesebene überhaupt zu ermöglichen, muss § 275 Absatz 1c SGB V neutral gestaltet werden, so dass die einseitige Aufwandspauschale ebenso wie die einseitige Fristsetzung am Beginn des Prüfverfahrens nicht fortgeschrieben werden.

Die detaillierte Vorgabe einzelner Regelungstatbestände speziell zum MDK-Verfahren ist aus unserer Sicht nicht zielführend, da hiermit eine Vorfestlegung der zu vereinbarenden Sachverhalte getroffen werden würde. Wird die Aufzählung dennoch beibehalten, so wären Konsequenzen aus Prüfergebnissen (z.B. symmetrische Ausgestaltung der Aufwandspauschale) ebenfalls aufzunehmen, andernfalls ist eine Vereinbarung in diesem Punkt nahezu ausgeschlossen. Die in der Begründung formulierte Verlagerung der Entscheidung des Gesetzgebers bezüglich der Anreizsetzung auf den Zeitraum nach der Erprobung der Auffälligkeitsprüfung (2015 oder später) ist zudem nicht gerechtfertigt und wirkt rein verzögernd. Es liegen bereits jetzt ausreichende Erfahrungen und Nachweise aus der Einzelfallprüfung vor, die die Notwendigkeit der Anreizsetzung begründen.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 06.05.2013
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP (A.-Drs. 17(14)0410)
zum Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in
der Krankenversicherung
Seite 20 von 27

Positiv bewertet wird die Benennung des Verfahrensschrittes vor Einschaltung des MDK als Vereinbarungsgegenstand, da hieraus Impulse für die Einigungsfähigkeit von Krankenkassen und Krankenhäusern zu erwarten sind. Der Änderungsvorschlag des GKV-Spitzenverbandes greift diese Formulierung entsprechend auf.

Der Regelungstatbestand „Abwicklung von Rückforderungen“ ist überflüssig. Die Abwicklung von Rückforderungen ist nicht Bestandteil des eigentlichen Prüfverfahrens und kann deshalb kein Regelungstatbestand sein. Die Ausführungen hierzu in der Gesetzesbegründung implizieren zudem, dass Aufrechnungen mit offenen Forderungen nicht zulässig seien. Dem ist ausdrücklich zu widersprechen, da nach ständiger Rechtsprechung des BSG, Krankenkassen grundsätzlich zur Aufrechnung von Rückforderungen gegen Forderungen von Krankenhäusern berechtigt sind. Ein diesbezüglicher Vorbehalt gilt nur bei anderweitigen Regelungen in Landesverträgen nach § 112 SGB V (vgl. BSG-Urteil vom 22.07.04, B 3 KR 21/03 R; vom 17.03.05, B3 KR 11/04 R und vom 20.11.08, B 3 KN 4/08 KR R).

Die Möglichkeit, in den Verträgen auf Landesebene von der Vereinbarung auf Bundesebene abzuweichen, wird kritisch bewertet. Die Vereinbarung auf Bundesebene zum Näheren der Einzelfallprüfung sollte verbindlich sein. Dies wird im Änderungsantrag sowohl für den Vereinbarungsfall als auch für eine Entscheidung durch die Bundesschiedsstelle entsprechend ausgeführt. Wird allerdings die nachträgliche Abweichung durch Landesregelungen eröffnet, ändert sich das Prüfverfahren ggf. mehrfach für die Beteiligten vor Ort. Die Bundesregelung würde zunächst Vorrang gegenüber bestehenden Landesverträgen erhalten, im Nachgang jedoch durch Landesregelungen zumindest teilweise aufgehoben werden können.

Darüber hinaus bezieht sich die Möglichkeit der Abweichung auf Landesebene ausschließlich auf § 112 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2, d.h. auf die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung.

Die Verpflichtung der Vertragspartner auf Bundesebene, das Nähere zur Einzelfallprüfung zu vereinbaren, lässt Verhandlungen mit hohem Konfliktpotential erwarten. Die Fristsetzung bis 31.12.2013 erscheint daher unrealistisch. Bei Nichteinigung zum Näheren des Prüfverfahrens würde die Bundesschiedsstelle entscheiden müssen. Es ist fraglich, ob die Entscheidung der Bundesschiedsstelle die Qualität der richtungsweisenden Urteile des Bundessozialgerichtes zur Abrechnungsprüfung erreichen würde, zumal eine Überprüfung der Schiedsstellenentscheidung durch die Verwaltungsgerichtsbarkeit erfolgen müsste. Die Bundesschiedsstelle ist zudem mit einem Vertreter der PKV besetzt, die an der Vereinbarung des Prüfverfahrens nach § 275 SGB V

nicht beteiligt ist. Daher erscheint es unverständlich, warum die Regelung zur Einzelfallprüfung im KHG erfolgen soll.

Demgemäß hat der GKV-Spitzenverband einen Formulierungsvorschlag für eine Änderung des § 275 Abs. 1 SGB V erarbeitet und beigefügt (**Anlage**).

C) Änderungsvorschlag

1. Schaffung einer neutralen Ausgangslage:

Streichung des § 275 Abs. 1c Satz 2 und 3 SGB V ab 01.01.2014:

~~„Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung nach Absatz 1 Nr. 1 zeitnah durchzuführen. Die Prüfung nach Satz 1 ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen. Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten.“~~

Hilfsweise:

In Artikel 5c Nr. 3 wird dem § 17 c Absatz 2 Satz 1 folgender Halbsatz angefügt:

„(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft regeln das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch; in der Vereinbarung sind abweichende Regelungen zu § 275 Abs. 1c Satz 2 und 3 SGB V möglich. [...]“

2. Anpassung der Regelungstatbestände:

In Artikel 5c Nr. 3 wird § 17c Absatz 2 Satz 2 1. Halbsatz wie folgt gefasst:

„[...] Dabei haben sie insbesondere Regelungen über den Zeitpunkt der Übermittlung zahlungs-begründender Unterlagen an die Krankenkassen, über das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, sowie über Prüfmodalitäten der MDK-Prüfung über den Zeitpunkt der Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, über die Prüfungsdauer, über den Prüfungsort und über die Abwicklung von Rückforderungen zu treffen; [...].“

Hilfsweise:

Streichung der Worte „Abwicklung von Rückforderungen“ in § 17c Absatz 2 Satz 2

Nr. 3: § 17 c Abs. 3 KHG – Schlichtungsausschuss auf Bundesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung soll ein Schlichtungsausschuss auf Bundesebene eingerichtet werden. Auch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie die Landeskrankenhausgesellschaften sollen den Ausschuss anrufen können. Weitere Anrufungsrechte können eingeräumt werden. Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses sollen unmittelbar verbindlich sein. Erfolgt die Einrichtung des Schlichtungsausschusses nicht fristgemäß, entscheidet auf Antrag die Bundesschiedsstelle.

B) Stellungnahme

Die Einrichtung eines Schlichtungsausschusses basiert auf der falschen Annahme, dass das Problem fehlerhafter Krankenhausabrechnungen auf einem Mangel an Regeln und Entscheidungen zu offenen Fragen zurückginge. Dies ist nicht der Fall.

Die im Änderungsantrag formulierte Verbindlichkeit der Entscheidungen des Schlichtungsausschusses hat keine Auswirkung auf die Überprüfbarkeit der Entscheidung, wobei der Rechtsweg nicht klargestellt ist. Damit würde mit der vorgeschlagenen Regelung lediglich ein zusätzlicher Verwaltungsschritt eingezogen, der letztlich keine Entlastung der Gerichte mit sich bringen wird.

Voraussetzung für die Anrufung des Schlichtungsausschusses ist, dass es sich um Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung handelt. Zwingend erforderlich ist in diesem Zusammenhang eine Definition, welche Fragestellungen hierunter zu verstehen sind. Im Wege der Bildung des Schlichtungsausschusses sollten sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband auf die Definition grundsätzlicher Fragestellungen verständigen.

C) Änderungsvorschlag

In Artikel 5c Nr. 3 wird in § 17c Absatz 3 Satz 2 ein Halbsatz angefügt:

„[...] Aufgabe des Schlichtungsausschusses ist die verbindliche Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung; das Nähere regeln die Vertragspartner nach Satz 1. [...]“

Nr. 4: § 17 c Abs. 4 KHG – Schlichtungsausschuss auf Landesebene

A) Beabsichtigte Neuregelung

Auf Landesebene sollen Schlichtungsausschüsse eingerichtet und mit der Überprüfung der Ergebnisse der Einzelfallprüfungen beauftragt werden.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung wird abgelehnt.

Die heute bereits vorhandene Bereitschaft von Krankenkassen und Krankenhäusern, sich bilateral zu einigen, würde mit der Neuregelung negativ beeinflusst. Die zusätzliche Möglichkeit, einen Schlichtungsausschuss im Land anzurufen, würde voraussichtlich künftig auch in Fällen, die bisher einvernehmlich gelöst wurden, in Anspruch genommen werden. Deshalb bedarf es aus Sicht der Krankenkassen keines Schlichtungsausschusses als zusätzliche kollektivvertragliche institutionelle Ebene für die Überprüfung der Ergebnisse der Einzelfallprüfung. Die Annahme, dass die bisherigen Schlichtungsstellen nach § 17c KHG (bisher für die Stichprobenprüfung) lediglich umgewidmet werden bräuchten, geht fehl, da diese in der Mehrzahl der Bundesländer nicht eingerichtet wurden.

Die Etablierung von Schlichtungsausschüssen auf Landesebene zur Überprüfung der Ergebnisse der Einzelfallprüfung führt letztlich nur zu einer Verlängerung des Prüfverfahrens und zu Bürokratieaufbau in jedem Bundesland. Es ist zudem nicht zielführend, dass in jedem Bundesland unterschiedlich über Abrechnungsfragen entschieden wird, da dies dem Schlichtungsprozess auf Bundesebene zuwider läuft.

Im Übrigen erscheint es auch an dieser Stelle unverständlich, warum die Regelung im KHG erfolgen soll. Dies eröffnet eine unnötige Rechtswegdiskussion. In Anbetracht einer Regelung im KHG ist die Verwaltungsgerichtsbarkeit nicht zwingend ausgeschlossen. Insofern besteht die Gefahr einer Aufspaltung des Rechtsweges bei einer Vergütungsstreitigkeit ohne Anrufung des Schlichtungsausschusses bzw. mit Anrufung des Schlichtungsausschusses.

C) Änderungsvorschlag

§ 17c Absatz 4 KHG wird gestrichen.

Nr. 5: § 17 c Abs. 4a KHG – Modellhafte Erprobung der Auffälligkeitsprüfungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Auffälligkeitsprüfung auf Basis der Daten nach § 21 KHEntgG soll modellhaft entwickelt und erprobt werden. Über das Ergebnis des Modells sollen Deutsche Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband einen gemeinsamen Bericht erstellen.

B) Stellungnahme

Die Neuregelung wird abgelehnt.

Das zu erprobende Prüfverfahren der Auffälligkeitsprüfung wird eingegrenzt auf Fälle der sekundären Fehlbelegung. Es sind keine signifikanten Auffälligkeiten (bezogen auf einzelne Krankenhäuser) anhand der Daten nach § 21 KHEntgG zu erwarten, da in der Grundgesamtheit der Daten bereits hohe Werte von Überschreitungen der unteren oder oberen Grenzverweildauer vorhanden sind (die Anzahl der Prüfungen nach § 275 SGB V lässt zumindest darauf schließen). Bei einem statistisch unauffälligen Krankenhaus ist die Verweildauer im Einzelfall aber dennoch nicht legitimiert und medizinisch begründet.

Eine effektive Prüfung ist nur bezogen auf den Einzelfall möglich, hierfür ist die Prüfung nach § 275 Abs. 1c SGB V das geeignete Instrument. Bereits heute werden Krankenhäuser, die unauffällige Verweildauern zu verzeichnen haben, nicht oder nur vereinzelt geprüft. Die Vorauswahl der Fälle für eine weitere Prüfung über den MDK wird bereits bisher allein schon aus Ressourcengründen durch die Krankenkassen gezielt und fundiert vorgenommen.

In der Begründung wird auf zwei Ziele abgestellt: die Feststellung statistischer Abweichungen bei Einzelkrankenhäusern gegenüber Durchschnittswerten und die Verminderung des Prüfaufwandes. Dies verdeutlicht, dass der Fokus erneut nicht auf die Vermeidung von Abrechnungsfehlern gerichtet ist, sondern auf die Begrenzung der Prüfungen. Dieser Ansatz ist nicht geeignet, korrektes Abrechnen zu motivieren. Da also keine verbindlichen Sanktionen bzw. Regelungen im Umgang mit den Prüfergebnissen festgelegt sind, mangelt es dem neuen Prüfinstrument in der Grundstruktur analog der bisherigen Stichprobenprüfung an Praktikabilität und Akzeptanz und ist bereits jetzt zum Scheitern verurteilt.

Den Vereinbarungspartnern wird vorgegeben, bis zum 31.12.2013 die näheren Einzelheiten für die Durchführung und Auswertung der modellhaften Erprobung zu vereinbaren, dies parallel zur Vereinbarung des Näheren für die Einzelfallprüfung. Die Fristsetzung ist angesichts der Ausgangssituation unrealistisch, da das Verfahren erst entwickelt werden muss. Eine direkt anschlie-

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 06.05.2013
zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP (A.-Drs. 17(14)0410)
zum Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in
der Krankenversicherung
Seite 25 von 27

ßende Umsetzung erscheint nicht praktikabel, ebenso wie die gemeinsame Berichterstellung in-
nerhalb von drei Monaten.

C) Änderungsvorschlag

Artikel 5c Nr. 5 wird gestrichen.

III. Ergänzender Änderungsbedarf

Ergänzung des § 137 Abs. 3 SGB V

- Notwendige Folgeänderung aufgrund der Änderung des § 17c KHG

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem Wegfall der Stichprobenprüfung entfällt auch der bisherige § 17c Abs. 2 Satz 8 KHG, der eine Sanktionsregelung für Krankenhäuser enthält, die den Qualitätsbericht nach § 137 SGB V nicht fristgerecht veröffentlichen.

B) Stellungnahme

Krankenhäuser haben jährlich einen Qualitätsbericht entsprechend den Regelungen nach § 137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V zu erstellen. Nach wie vor kommen nicht alle Krankenhäuser dieser Anforderung nach. Darüber hinaus erhält der Gemeinsame Bundesausschuss u. a. von den Portalen, die die Qualitätsberichte veröffentlichen, immer wieder Hinweise auf nicht plausible Daten. Der Gemeinsame Bundesausschuss bemüht sich daher um stetige Verbesserung der Verfahren. Jedoch werden alle Bemühungen fruchtlos bleiben, wenn unzureichende Datenlieferungen der Krankenhäuser nicht auch sanktioniert werden können. Mit der Streichung der bisherigen Regelung in § 17 c Abs. 2 Satz 8 KHG ist daher eine neue Lösung notwendig, die für das SGB V empfohlen wird. Der Vorschlag folgt dabei Vereinbarungen, die bereits an anderer Stelle zwischen den Selbstverwaltungspartnern zur Lösung ähnlicher Fragestellungen geschlossen wurden.

C) Änderungsvorschlag

In § 137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V werden die Sätze 4–6 wie folgt ergänzt:

„Kommt ein Krankenhaus seiner Verpflichtung nach § 137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V, jährlich fristgerecht einen Qualitätsbericht zu übermitteln, nicht entsprechend der Maßgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach, wird ein Abschlag in Höhe von 5 Euro pro Krankenhausfall fällig. Der Gemeinsame Bundesausschuss erlässt die notwendigen Durchführungsbestimmungen und veröffentlicht jährlich eine Liste der Krankenhäuser, die ihren Verpflichtungen nach § 137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V nicht fristgerecht nachkommen sind.“

Ergänzung des § 11 Absatz 4 KHEntgG

– Nachweis von Strukturvoraussetzungen für die Leistungserbringung

A) Beabsichtigte Neuregelung

OPS-Komplexcodes haben in den letzten Jahren zunehmend Eingang in die Vergütung von Krankenhausleistungen gefunden. Die bereits existierenden Regelungen zur Vorlage von Unterlagen im Zusammenhang mit der jährlichen Budgetverhandlung des einzelnen Krankenhauses berücksichtigen diese Entwicklung noch nicht explizit. In die bestehende gesetzliche Regelung in § 11 Absatz 4 KHEntgG sollte deshalb der Nachweis der zu erfüllenden Strukturanforderungen Eingang finden.

B) Stellungnahme

Zur Sicherstellung einer medizinisch hochwertigen Versorgung legt das DIMDI für die OPS-Komplexcodes jährlich Mindestanforderungen an die Leistungserbringung fest. Beispielsweise werden für die Erbringung und Abrechnung des OPS-Kode 8-98f "Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)" gegenüber den Krankenkassen die Strukturen für eine apparative Beatmung, spezifische radiologische Diagnostik sowie besondere personelle Anforderungen (24-stündige ärztliche und pflegerische Überwachung und Bereitschaft durch entsprechend ausgebildetes Personal) vorausgesetzt. Es ist erforderlich, dass die Krankenhäuser die definierten Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und diese entsprechend nachweisen.

C) Änderungsvorschlag

§ 11 Absatz 4 KHEntgG wird folgender Satz 4 eingefügt:

„Dies umfasst insbesondere den Nachweis der erforderlichen Strukturvoraussetzungen zur Vereinbarung von Leistungen, für die OPS-Komplexcodes vorliegen.“

Der bisherige Satz 4 wird zu Satz 5.

§ 275 Absatz 1c wird wie folgt gefasst und um die Absätze 1d bis 1f ergänzt:

(Der bereits geltende Gesetzestext ist kursiv dargestellt.)

(1c) ¹Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung nach Absatz 1 Nr. 1 zeitnah durchzuführen. ²Die Prüfung nach Satz 1 ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen. ³Das Krankenhaus übermittelt die für die Prüfung relevanten Unterlagen vollständig spätestens sechs Wochen nach Eingang der Anforderung an den Medizinischen Dienst. ⁴Innerhalb der Frist nach Satz 3 kann das Krankenhaus Korrekturen der Rechnung sowie rechnungsrelevanter Daten an die Krankenkasse übermitteln. ⁵Die innerhalb der Frist nach Satz 3 übermittelten Daten bilden die verbindliche Grundlage für die Prüfung. ⁶Fordert der Medizinische Dienst im Rahmen des Prüfverfahrens weitere Unterlagen vom Krankenhaus an, sind diese innerhalb von 6 Wochen nach Eingang der Aufforderung vom Krankenhaus an den Medizinischen Dienst zu übermitteln. ⁷Erfolgt die Übermittlung der Unterlagen nicht innerhalb der Frist nach Satz 3 bzw. nach Satz 6, ist die Krankenkasse berechtigt, den entsprechenden Teil der Vergütung zurückzuverlangen.

(1d) ¹Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten. ²Falls die Prüfung zu einer Korrektur des Abrechnungsbetrags führt, hat das Krankenhaus der Krankenkasse eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten. ³Falls die Prüfung aufgrund einer Korrektur des Krankenhauses nach Absatz 1c Satz 4 nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, findet Satz 1 keine Anwendung; das Krankenhaus entrichtet der Krankenkasse eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro.

(1e) ¹Nach Abschluss der Prüfung teilt die Krankenkasse dem Krankenhaus das Ergebnis der Abrechnungsprüfung mit. ²Hat das Krankenhaus begründete Einwendungen zum Ergebnis der Abrechnungsprüfung, sind diese innerhalb von 6 Wochen nach Erhalt des Prüfergebnisses gegenüber der Krankenkasse zu erheben; spätere Einwendungen sind ausgeschlossen. ³Die Krankenkasse teilt dem Krankenhaus das Ergebnis der weiteren Prüfung mit.

(1f) ¹Übersteigt der Differenzbetrag bei einer Minderung des Abrechnungsbetrags xx Euro, kann die Krankenkasse die Zahlung von xx % des Differenzbetrags, jedoch nicht mehr als xx Euro verlangen. ²Dieser Betrag ist zusätzlich zum Differenzbetrag an die Krankenkasse zu zahlen. ³Die vorgenannten Sätze gelten nicht, wenn aufgrund einer Korrektur des Krankenhauses nach Absatz 1c Satz 4 der Prüfanlass entfallen ist.



Begründung

Zu Absatz 1c

Mit der Einführung einer Frist für die Übermittlung der angeforderten Unterlagen wird eine Verkürzung des Prüfverfahrens erreicht. Die Frist entspricht der für die Krankenkassen geltenden zeitlichen Beschränkung für die Einleitung der Prüfung durch Prüfanzeige gegenüber dem Krankenhaus und ist insofern ausreichend und angemessen.

Ausschließlich innerhalb der Frist nach Satz 3 soll das Krankenhaus zudem die Möglichkeit nutzen können, bei Fällen, die sich in der Prüfung befinden, der Krankenkasse eventuell notwendige Korrekturen in den der Rechnung zugrundeliegenden Daten sowie der Rechnung selbst abschließend mitteilen zu können. Nach Ablauf der 6-Wochenfrist sind Korrekturen durch das Krankenhaus ausgeschlossen, so dass eine verbindliche Basis für die MDK-Prüfung gegeben ist. Für alle an der Prüfung Beteiligten (Krankenhaus, Krankenkasse, MDK) reduziert sich damit der Verwaltungsaufwand.

Sofern sich im Rahmen des Prüfverfahrens herausstellt, dass der Medizinische Dienst weitere medizinische Unterlagen benötigt, hat das Krankenhaus nach Satz 6 diese ebenfalls innerhalb von 6 Wochen nach Aufforderung zu übermitteln. Ohne Vorlage der relevanten Unterlagen kann die Rechnungsprüfung durch den Medizinischen Dienst nicht vorgenommen werden. Fehlen medizinische Belege, fehlt auch der Nachweis für die Richtigkeit der Abrechnung. Die Krankenkassen werden daher nach Satz 7 berechtigt, den Abrechnungsbetrag für den nicht durch Unterlagen begründeten Rechnungsteil zurückzufordern.

Zu Absatz 1d

Mit der Neuregelung wird die Parität der Regelung zur Zahlung der Aufwandspauschale sichergestellt. Die symmetrische Ausgestaltung der Aufwandspauschale ist kein Mittel der Sanktionierung, sondern dient der Vermeidung von Tatbeständen, die zur Auslösung von Prüfungen führen können. Mit der formulierten Regelung wird dem Umstand Rechnung getragen, dass der Prüfaufwand nicht nur beim zu prüfenden Krankenhaus, sondern insbesondere bei den Krankenkassen bzw. deren Medizinischen Diensten entsteht. Auch das Bundessozialgericht stellte in seinem Urteil vom 22.06.2010 (B 1 KR 29/09 R) fest: „Die Aufwandspauschale ist ein gesetzliches Novum, dem auf Seiten der Krankenkassen keine entsprechende spiegelbildliche Begünstigung gegenübersteht.“ Dies macht deutlich, dass der Gesetzgeber mit der asymmetrischen Aufwandspauschale ein Ungleichgewicht geschaffen hat, das es aufzuheben gilt, sei es durch die symmetrische Ausgestaltung oder alternativ durch die komplette Streichung der einseitigen Regelung. Angesichts der mehrfachen Kostentragung der Krankenkassen für Abrechnungsprüfungen (Prüfaufwand kassenintern, Aufwand MDK und über die Krankenhausentgelte, da diese auch die Kosten des Controllings im Krankenhaus umfassen) ist eine Änderung der bislang geltenden gesetzlichen Regelung unabdingbar.



Führt die Prüfung zu einer Korrektur des Abrechnungsbetrages, so wurde der Nachweis für die Notwendigkeit der Prüfung selbstredend erbracht. In diesen Fällen ist das Krankenhaus nach Satz 2 zur Zahlung einer Aufwandspauschale an die Krankenkasse verpflichtet. Eine ergänzende Regelung ist notwendig für Fälle, in denen die Krankenkasse aufgrund fehlender oder fehlerhafter Informationen von einer nicht korrekt gestellten Krankenhausrechnung ausgehen musste, sich die Rechnung jedoch erst aufgrund von Datenkorrekturen des Krankenhauses nach Absatz 1c Satz 4 als richtig erweist. In solchen Fällen wurde die Krankenkasse durch das Krankenhaus veranlasst, eine MDK-Prüfung einzuleiten. Durch die vorgeschlagene Regelung werden Krankenhäuser angehalten, eine hohe Datenqualität zu gewährleisten. Die Krankenhäuser haben – wie die Krankenkassen für die Prüfanzeige – 6 Wochen Zeit, ihre Rechnung und die zugrunde liegenden Daten selbst zu überprüfen.

Zu Absatz 1e

Ist zwischen Krankenhaus und Krankenkasse kein Einvernehmen zum Prüfergebnis herstellbar, soll das Krankenhaus zur Vermeidung von Rechtstreitigkeiten dem Prüfergebnis widersprechen können. Durch die Fristsetzung wird ein zeitnaher Fallabschluss ermöglicht. Die Krankenkasse teilt dem Krankenhaus das Ergebnis der Prüfung des Einwandes mit. Hat das Krankenhaus eventuelle Einwände nicht innerhalb von 6 Wochen nach Erhalt des Prüfergebnisses geltend gemacht, sind spätere Einwendungen auch in einem etwaigen Klageverfahren ausgeschlossen.

Zu Absatz 1f

Die Regelung zur Aufwandspauschale wurde paritätisch ausgestaltet (vgl. Absatz 1d). Die Aufwandspauschale ist kein Mittel der Sanktionierung, sondern reflektiert lediglich auf die Verursachung von Aufwänden im Zusammenhang mit Prüfungen. Deutlich überteuerte Krankenhausabrechnungen sollen jedoch sanktioniert werden können. Die Krankenhäuser sind damit angehalten, Rechnungen hausintern intensiver auf Korrektheit zu überprüfen, nachdem die Krankenkassen eine Prüfung angezeigt haben. Eine Sanktion greift nicht, wenn der Prüfanlass aufgrund einer Korrektur des Krankenhauses innerhalb der Frist nach Absatz 1c Satz 4 entfallen ist. Dabei ist also unerheblich, wie hoch der Differenzbetrag ausgefallen wäre. Diese Regelung erhöht die Motivation des Krankenhauses, innerhalb der 6-Wochen-Frist Abrechnungstreitigkeiten einvernehmlich beizulegen. Maximales Risiko für Krankenkasse und Krankenhaus innerhalb dieses Zeitraumes ist die jeweilige Zahlung der Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro. Nach diesem Zeitraum muss das Krankenhaus damit rechnen, bei fehlerhafter Abrechnung zumindest ab einer bestimmten Höhe des Differenzbetrages sanktioniert zu werden.

