



DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

Berlin, 08.05.2013

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0414(16)
gel. VB zur öAnhörung am 13.05.
13_Beitragsschulden
08.05.2013

Stellungnahme
der
**Deutschen Krankenhausgesell-
schaft e.V. (DKG)**

**zum Änderungsantrag 1 der Fraktionen der
CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur
Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitrags-
schulden in der Krankenversicherung
(BT-Drs. 17/13079)**

Ausschussdrucksache 17(14)0410

**Zu Artikel 1, 5a - neu – 5b – neu und 5c – neu
(SGB V, KHEntgG, BPfIV und KHG)**

Inhaltsverzeichnis

A.	Allgemeiner Teil	3
B.	Besonderer Teil	6
	1. Hygieneförderprogramm	6
	2. Versorgungszuschlag.....	16
	3. Anteilige Tarifrefinanzierung	18
	4. Orientierungswert.....	19
	5. Krankenhausrechnungsprüfung	23

A. Allgemeiner Teil

Maßnahmen zur finanziellen Entlastung der Krankenhäuser

Die Krankenhäuser begrüßen das von der Bundesregierung und den Koalitionsfraktionen geplante Maßnahmenpaket zur kurzfristig wirksamen Entlastung der Krankenhäuser im Umfang von ca. 1,1 Mrd. Euro im Zweijahreszeitraum 2013/14.

Finanzielle Hilfen für die Krankenhäuser sind dringend und noch in diesem Jahr notwendig. Immer mehr Krankenhäuser können ihre Kosten nicht decken. Ursächlich dafür ist insbesondere die anhaltende Lücke zwischen der Entwicklung der Personalkosten infolge der Tarifvereinbarungen auf der einen und den gesetzlich gedeckelten Vergütungspreiszuwächsen auf der anderen Seite. Die Tariflohnsteigerungen liegen – wie schon im Vorjahr – wieder deutlich über dem Zuwachs der Vergütungspreise. Weitere außergewöhnliche Kostenzuwächse sind bei den Haftpflichtversicherungsprämien und bei den Abgaben der Krankenhäuser für die EEG-Umlage entstanden. Alleine die EEG-Umlage führt zu zusätzlichen Abgaben der Krankenhäuser in Höhe von 70 Mio. Euro im Jahr 2013. Erschwerend kommt hinzu, dass die Krankenhäuser durch die gesetzlichen Kostendämpfungsmaßnahmen zugunsten der gesetzlichen Krankenversicherung in ihren Selbsthilfemöglichkeiten begrenzt sind. Schließlich führt auch die anhaltend viel zu niedrige Investitionsmittelbereitstellung durch die Bundesländer zur Auszehrung der Möglichkeiten der Krankenhäuser, Unterdeckungen im Betriebskostenbereich auszugleichen.

Die mit den Änderungsanträgen vorgesehene **Tarifkostenhilfe** zur Aufstockung der Landesbasisfallwerte bzw. Budgets der psychiatrischen Krankenhäuser verbessert die Refinanzierung der Tariflohnsteigerungen. Es bleibt aber ein nicht refinanzierter Anteil von ca. 25 %. Hinzu kommen die nicht refinanzierten Auswirkungen der strukturellen Komponenten der Tarifverträge. Vor diesem Hintergrund ist der ebenfalls mit den Änderungsanträgen vorgesehene Versorgungszuschlag für die Krankenhäuser eine wichtige zusätzliche Refinanzierungshilfe. Damit der **Versorgungszuschlag** allen Krankenhäusern hilft, die massiven Kostenunterdeckungen abzufedern, muss dieser als bundeseinheitlicher, aus dem Gesetz unmittelbar wirksamer Rechnungszuschlag ausgestaltet werden. Dies wird mit der bislang vorgesehenen Umsetzung als landesspezifische und noch zu verhandelnde Eurozuschläge pro Fall nicht erreicht. Die Vergütungsaufstockung aus den Versorgungszuschlägen wäre von Land zu Land höchst unterschiedlich, während die Problematik der Kostenunterdeckung ein deutschlandweites Problem ist, das im laufenden Jahr besonders dringlich gelöst werden muss. Die Krankenhäuser appellieren an die Koalition, einen Teil der für 2014 vorgesehenen Mittel aus den Versorgungszuschlägen bereits im laufenden Jahr den Krankenhäusern zur Deckung der hohen Kosten zur Verfügung zu stellen. Mit einer jeweils hälftigen Auszahlung der für die Jahre 2013 und 2014 vorgesehenen 750 Millionen könnten die Mittel aus dem Versorgungszuschlag in 2013 von 250 auf 375 Millionen erhöht werden. Dies wäre für die Krankenhäuser eine wichtige Hilfe im von der Kostenseite besonders problematischen laufenden Jahr. Immer mehr Krankenhäuser sind von Verlusten bedroht, weil die Behandlungskosten für die Patienten nicht ausreichend refinanziert werden können.

Darauf hinzuweisen ist, dass die Ausgestaltung des Versorgungszuschlages als nicht basiswirksame Vergütungskomponente auf die Jahre 2013 und 2014 begrenzt ist, während die Personalkostenlasten von den Krankenhäusern dauerhaft zu tragen sind.

Mit den Versorgungszuschlägen werden den Krankenhäusern die Kürzungen, die sich aus der Anwendung der Mehrleistungsabschläge im laufenden und nächsten Jahr ergeben, „zurückgespielt“. Die Belastung der Krankenhausvergütung durch die Morbiditätsentwicklung wird gemildert. Der Effekt der doppelten Degression wird neutralisiert. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass den Krankenhäusern weiterhin eine Kollektivlast bei Leistungsmengenentwicklungen im Rahmen der Vereinbarungen über die Landesbasisfallwerte verbleibt. So dass nach Auslaufen der Einmaleffekte, die durch die Versorgungszuschläge erzielt werden, dringend eine Anschlussregelung erforderlich ist, die die Preisentwicklung der Krankenhäuser von Leistungsmengenentwicklungen gänzlich freistellt. In diesem Zusammenhang ist auf die Entschließung des Bundesrates vom 3. Mai 2013 hinzuweisen, die die Abschaffung der Kollektivhaftung aller Krankenhäuser für Leistungssteigerungen und krankenhausspezifische Lösungen fordert.

Die mit den Änderungsanträgen nunmehr vorgesehene Weiterentwicklung des Konzeptes des **Kostenorientierungswertes** ist ein Schritt in die richtige Richtung. In den Jahren 2014 und 2015 besteht damit die Möglichkeit, die Differenz zwischen der Grundlohnrate und dem vom Statistischen Bundesamt ermittelten Kostenorientierungswert zu 100 % - statt wie bisher nur zu einem Drittel - in Verhandlungen auf der Bundesverbandsebene auszuschöpfen. Auch ist nunmehr vorgesehen, dass die Grundlohnrate ohne weitere Verhandlungen für den Fall zum Zuge kommt, dass sie oberhalb des Kostenorientierungswertes liegt. Dies ist gegenüber der geltenden gesetzlichen Regelung, die für den Fall eines Kostenorientierungswertes, der niedriger als die Grundlohnrate ist, immer den niedrigeren Wert vorsieht, eine grundsätzlich positive Weiterentwicklung. Gleichwohl verharret das so veränderte Kostenorientierungskonzept in der Verknüpfung mit der Grundlohnrate. Es ist aus Krankenhaussicht nicht nachvollziehbar, dass die vom Statistischen Bundesamt ermittelte tatsächliche durchschnittliche Kostenzuwachsrate der deutschen Krankenhäuser nicht a priori und in voller Höhe für die Verhandlungen auf der Landesebene zur Verfügung gestellt wird. Ohnehin ist diese Rate bei den Vereinbarungen der Landesbasisfallwerte eine Preisobergrenze. Es ist sachlich nicht zu begründen, zum einen auf der Bundesebene und zum anderen auf der Landesebene Preisobergrenzenausschöpfungsverhandlungen zum gleichen Sachverhalt zu führen. Deshalb sollte der ermittelte Kostenorientierungswert die gesetzlich vorgegebene Obergrenze für die Verhandlungen der Landesbasisfallwerte sein.

Die Erfüllung der personellen Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes zur Verbesserung der **Infektionsbekämpfung** stellt die Krankenhäuser vor sehr große organisatorische und finanzielle Herausforderungen. Angesichts der Nichtverfügbarkeit genügend ausgebildeter ärztlicher und nicht ärztlicher Fachkräfte ist insbesondere die **Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung**, die auch mit hohen personellen

Freistellungskosten verbunden ist, ein zentrales Problem. Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass nunmehr ein Förderprogramm für den Aufbau der Personalausstattung im Hygienebereich aufgelegt wird. Die Aus-, Weiter- und Fortbildung sollte aber stärker als bislang mit den Änderungsanträgen vorgesehen gefördert werden.

Weiterentwicklung der Krankenhausrechnungsprüfung

Die Überarbeitung der Regelungen zur Durchführung von MDK-Prüfungen ist seit langem ein Anliegen der DKG. Zuletzt hat sie anlässlich einer Anhörung vor dem Bundestagsgesundheitsausschuss zur Thematik der Prüfung von Krankenhausabrechnungen am 26.10.2011 einen Vorschlag unterbreitet, wie diese Regelungen dahingehend umgestaltet werden können, dass sich das MDK-Prüfverfahren transparenter und fairer darstellt. Vor allem fehlende Vorgaben zu Ablauf und Dauer eines Prüfverfahrens sowie zum Umgang mit dem Ergebnis einer MDK-Prüfung führen in der Praxis immer wieder zu Streitigkeiten zwischen Krankenhäusern, Krankenkassen und dem MDK. Nicht verkannt wird, dass ein Großteil dieser Auseinandersetzungen medizinisch-fachlicher Natur sind, was dem komplexen und vielfältigen System der Abrechnung nach Fallpauschalen geschuldet ist, dennoch führen gerade Fragen des Prüfverfahrens regelmäßig zu Diskussionen zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern. Der den Krankenhäusern einzig zur Verfügung stehende Ausweg ist die Anrufung der Sozialgerichtsbarkeit, die jedoch teilweise Entscheidungen getroffen hat, die nur schwer nachvollziehbar sind oder sogar der gesetzgeberischen Intention zuwiderlaufen.

Um die Durchführung des MDK-Prüfverfahrens praxisgerecht und handhabbar zu strukturieren, die Sozialgerichtsbarkeit zu entlasten und der Rechtsprechung zur sinnvollen Auslegung von gesetzlichen Regelungen und Entscheidung von Streitfragen zielführende Argumente zur Verfügung zu stellen, stellt die vorgesehene Änderung des § 17c Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) durch Artikel 5c des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung einen gewichtigen Schritt in die richtig Richtung dar. Positiv zu bewerten ist vor allem der Ansatz, den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft zu beauftragen, die Ausgestaltung des MDK-Prüfverfahrens zu regeln. Dadurch besteht die Möglichkeit, die widerstreitenden Interessen der Leistungserbringer als auch der Leistungsträger in einer Vereinbarung zu einem Ausgleich zu bringen und das Konfliktpotential im Zusammenhang mit MDK-Prüfungen erheblich zu reduzieren, was letztlich zu einer nicht unerheblichen Zeit- und Kostenersparnis aller Beteiligten führen wird.

B. Besonderer Teil

1. Hygieneförderprogramm

Zu Artikel 5a Nummer 1 - (§ 4 Abs. 11 Satz 1 KHEntgG – neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Der § 4 Abs.11 Satz 1 KHEntgG –neu- verweist hinsichtlich der erforderlichen personellen Ausstattung zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) auf die KRINKO-Empfehlung zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen.

Stellungnahme

Dies ist aus unserer Sicht nicht sachgerecht, da der Gesetzgeber im IfSG es den Ländern überlassen hat, die Anforderungen an die personelle Ausstattung, an Fort- und Weiterbildung sowie an die Qualifikation des Hygienepersonals festzulegen (§ 23 Abs. 8 IfSG). Daher sollte auch hier auf die Landeshygieneverordnungen Bezug genommen werden.

Durch den alleinigen Bezug auf die KRINKO-Empfehlung wären z. B. Kinderkrankenpfleger oder Hebammen, die eine Weiterbildung zur Hygienefachkraft gemacht haben, nicht als Hygienefachkraft anerkannt, da die KRINKO-Empfehlung als Voraussetzung zur Weiterbildung zur HFK nur den "Gesundheits- und Krankenpfleger" kennt. Die Landeshygieneverordnungen sind hier offener.

Zudem sehen die Landeshygieneverordnungen Übergangsvorschriften vor: diese besagen, dass fachlich geeignetes Personal auch dann eingesetzt werden darf, wenn es die Anforderungen an die Qualifikation (nach der Verordnung) noch nicht erfüllt. Die Verordnungen verweisen bzgl. dieser Qualifikation jedoch nur teilweise auf die KRINKO-Empfehlung.

Änderungsvorschlag

Verweis auf die jeweils geltenden Landeshygieneverordnungen.

Den § 4 Abs. 11 Satz 1 KHEntgG – neu - wie folgt zu ändern:

„(11) Die zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes erforderliche personelle Ausstattung wird bei Einhaltung der Anforderungen zur Qualifikation und zum Bedarf, die ~~in der Empfehlung zu personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention~~ den jeweiligen Landeshygieneverordnungen benannt werden, in den Jahren 2013 bis 2016 finanziell gefördert [...]

Zu Artikel 5a Nummer 1 – (§ 4 Abs. 11 Satz 1, Nr. 1 und Nr. 2 KHEntgG – neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Unter Nr. 1 sollen Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen gefördert werden, wohingegen unter Nr. 2 Fort- und Weiterbildungen gefördert werden sollen.

Stellungnahme

In Anbetracht der Tatsache, dass derzeit weder Hygienefachkräfte (HFK) noch Krankenhaushygieniker mit abgeschlossener Weiterbildung zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin bzw. für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie noch Krankenhaushygienikern mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene auf dem Markt vorhanden sind und somit auch nicht eingestellt werden können, läuft diese Regelung ins Leere.

Es gibt keine ausreichenden Weiterbildungsmöglichkeiten – weder für die Fachärzte noch für die Hygienefachkräfte – und die strukturierte curriculare Fortbildung Krankenhaushygiene wird in den Bundesländern gerade erst aufgebaut.

Insofern sollte neben der Neueinstellung von fertig ausgebildetem Personal (was praktisch kaum möglich sein wird) insbesondere auch die Freistellung oder Neueinstellung von Personal zur Fort- und Weiterbildung gleichermaßen gefördert werden.

Die nachfolgenden Anmerkungen sind in diesem Kontext zu sehen.

Änderungsvorschlag

Förderung von Personal, das zur Fort- oder Weiterbildung freigestellt bzw. neu eingestellt wird im gleichen Umfang wie die Neueinstellung von fertig ausgebildetem Personal.

Zu Artikel 5a Nummer 1 – (§ 4 Abs. 11 Satz 1, Nr. 1 a) KHEntgG - neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß Nr. 1a) soll nur die Neueinstellung von bereits fertig ausgebildeten Hygienefachkräften in der Pflege in Höhe von 90 % gefördert werden.

Stellungnahme

Da dieses Personal auf dem Markt nicht vorhanden ist und somit auch nicht eingestellt werden kann, wird die Regelung ins Leere laufen.

Grob geschätzt besteht für die Allgemeinen Krankenhäuser ein Bedarf von insgesamt 2.061 HFK. Laut statistischem Bundesamt gab es 2011 749 HFK, d.h. es besteht – rein rechnerisch – ein aktueller Bedarf von zusätzlich **1.312 HFK**.

Allerdings gibt es für einen derartigen Bedarf nicht genügend Weiterbildungsstätten in Deutschland, d.h. es gibt lange Wartezeiten.

Änderungsvorschlag

Einwirken auf die Bundesländer, dass mehr Weiterbildungsstätten geschaffen werden.

Hinweis: In dem Entwurf wird mehrfach die „Hygienefachkraft in der Pflege“ erwähnt. Es sollte nur Hygienefachkraft (ohne den Zusatz „in der Pflege“) heißen. Auch dann ist klar, dass es sich hierbei um Pflegepersonal handelt. Ärztliche Hygienefachkräfte gibt es nicht (wie in der Begründung auf Seite 9 angeführt).

Zu Artikel 5a Nummer 1 – (§ 4 Abs. 11 Satz 1, Nr. 1 b) KHEntgG – neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß Nr. 1 b) soll nur die Neueinstellung von bereits fertig ausgebildeten Krankenhaushygienikern mit abgeschlossener Facharztweiterbildung (Hygiene und Umweltmedizin bzw. Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie) in Höhe von 75 % gefördert werden.

Stellungnahme

Da dieses Personal auf dem Markt nicht vorhanden ist und somit auch nicht eingestellt werden kann, wird die Regelung ins Leere laufen.

Es ist darüber hinaus nicht nachvollziehbar, warum der Finanzierungsanteil für Krankenhaushygieniker nur 75 % beträgt und nicht, analog zu den Hygienefachkräften, 90 %. In der Begründung wird ausgeführt, dass durch einen Eigenanteil von 25 % der Anreiz für ein wechselseitiges Abwerben der verfügbaren Fachärzte abgeschwächt werden soll.

Das Abwerben verfügbarer Fachärzte wird in der Praxis kein großes Problem darstellen, da es kaum Fachärzte gibt, die man abwerben könnte. Daher ist es aus unserer Sicht auch nicht gerechtfertigt, den Finanzierungsanteil für Krankenhaushygieniker auf 75 % zu belassen. Wenn ein Krankenhaus die seltene Gelegenheit bekommt, einen fertig ausgebildeten Facharzt einzustellen, dann sollte dies auch mit 90 % der Personalkosten gefördert werden.

Das größte Problem besteht nach wie vor darin, dass es keine ausreichenden Weiterbildungsstätten für die Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin bzw. Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie in Deutschland gibt.

Somit wird das erforderliche Personal von mindestens 267 hauptamtlichen Krankenhaushygienikern für die 368 Allgemeinen Krankenhäuser mit einer Bettenzahl über 400 plus 561 Krankenhaushygieniker, die die externe Beratung der übrigen 1.368 Krankenhäuser sicherstellen sollen, auch in Jahrzehnten nicht vorhanden sein.

Änderungsvorschlag

Förderung der Personalkosten mit 90 %, analog zu den HFK.

Der § 4 Abs. 11 Satz 1, Nr. 1b KHEntgG - neu - wie folgt zu ändern

1. bei Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von[...]
- b) Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit abgeschlossener Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie in Höhe von ~~75~~90 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten, [...]

Zu Artikel 5a Nummer 1 – (§ 4 Abs. 11 Satz 1, Nr. 1 c) KHEntgG – neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß Nr. 1 c) soll nur die Neueinstellung von bereits fertig ausgebildeten Krankenhaushygienikern mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene und mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung gefördert werden.

Stellungnahme

Die strukturierte curriculare Fortbildung Krankenhaushygiene wird in den Bundesländern gerade erst aufgebaut, so dass frühestens in 2 Jahren mit den ersten Abschlüssen gerechnet werden kann. Auch diese Förderung läuft somit ins Leere, da das Personal derzeit noch nicht auf dem Markt vorhanden ist.

Davon abgesehen ist es jedoch nicht nachvollziehbar, dass die Neueinstellung eines Krankenhaushygienikers mit strukturierter curricularer Fortbildung nur mit 50 % der entstehenden Personalkosten gefördert werden soll. Dieser wird ebenso wie die unter Nr. 1. b) genannten Fachärzte die Aufgaben eines Krankenhaushygienikers in Vollzeit wahrnehmen und sollte deshalb ebenfalls zu 90 % gefördert werden.

Zudem müsste an dieser Stelle auch der Krankenhaushygieniker mit Zusatzbezeichnung Krankenhaushygiene (nach der LÄK Hessen) genannt werden. Diese Fortbildung gibt es nur in Hessen, aber sie ist als gleichwertig mit der strukturierten curricularen Fortbildung Krankenhaushygiene anzusehen und wird in den Landeshygieneverordnungen auch dementsprechend eingestuft.

Weiter ist die Verknüpfung „und“ unklar. Gemeint sein kann eigentlich nur, dass die Fortbildung eines Arztes im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung ebenfalls gefördert wird. Dabei handelt es sich dann aber nicht um einen Krankenhaushygieniker, sondern um einen Arzt, z.B. Internist, Pädiater. Dies sollte klargestellt werden.

Darüber hinaus sehen wir den Fokus allein auf die Fortbildung der DGI (Antibiotic Stewardship) kritisch. Die ABS-Fortbildungskurse werden derzeit noch vom BMG gefördert – wie es nach Auslaufen der Förderung weitergehen wird, ist derzeit noch unklar. Zudem gibt es bereits jetzt Wartezeiten von über 2 Jahren für die interessierten Ärzte, da die Kapazitäten viel zu gering sind. Und ob und wie Kapazitätsausweitungen nach Ende der BMG-Förderung erfolgen können bzw. werden, ist derzeit nicht absehbar.

Ergänzend erwähnt und der ABS-Fortbildung gleichgestellt werden müsste die 12-monatige Zusatz-Weiterbildung „Infektiologie“ für Fachärzte der Inneren Medizin, Allgemeinmedizin oder Kinder- und Jugendmedizin.

Änderungsvorschlag

Den § 4 Abs. 11 Satz 1, Nr. 1 c) KHEntgG - neu - wie folgt zu ändern:

*1. bei Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen von[...]
c) Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygienikern mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene **in Höhe von 90 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten**, und **Ärzten** mit Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie **bzw. mit 12monatiger Zusatz-Weiterbildung „Infektiologie“** in Höhe von 50 Prozent der zusätzlich entstehenden Personalkosten, [...]*

Zu Artikel 5a Nummer 1 – (§ 4 Abs. 11 Satz 1, Nr. 1 d) KHEntgG – neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß Nr. 1 d) soll nur die Neueinstellung von bereits fertig ausgebildeten hygienebeauftragten Ärzten gefördert werden.

Stellungnahme

Hygienebeauftragte Ärzte werden i.d.R. jedoch nicht neu eingestellt, sondern sie werden benannt, d.h. man greift auf vorhandenes Personal zurück. Insofern läuft auch diese Förderung ins Leere.

Zu Artikel 5a Nummer 1 – (§ 4 Abs. 11 Satz 1, Nr. 2 a) und b) KHEntgG – neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Unter Nr. 2 a) soll die Fortbildung zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin mit jährlich 30.000 € bezuschusst werden, wohingegen die Fortbildung zum Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie unter Nr. 2 b) nur mit jährlich 15.000 € bezuschusst wird.

Stellungnahme

Dies ist nicht sachgerecht, da laut KRINKO-Empfehlung beide Fachärzte als gleichwertig anzusehen sind. Aus fachlicher Sicht erfüllen beiden Facharzt-Ausbildungen die Anforderungen, die an einen Krankenhaushygieniker gestellt werden (Vgl. auch Ausführungen unter X.). Der Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie kann also auch als Krankenhaushygieniker tätig sein und nicht nur „zum Einsatz in der klinisch-mikrobiologischen Beratung im Krankenhaus“.

Dabei erscheint uns eine jährliche Förderung von 30.000 bzw. 15.000 Euro im Vergleich zu den zu 90% geförderten Personalkosten bei Neueinstellung als zu gering. Zu einen gibt es das Personal zur Neueinstellung nicht und zum anderen können auch Ärzte in Weiterbildung schon Aufgaben in der Krankenhaushygiene übernehmen.

Ergänzend sollte honoriert werden, dass hier eine Weiterbildungsmöglichkeit zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin bzw. Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie besteht bzw. geschaffen wurde. Daher sollte der Zuschuss für diese in Weiterbildung befindlichen Ärzte deutlich höher ausfallen.

Es gibt viel zu wenige Weiterbildungsstätten für diese beiden Fachärzte in Deutschland. Die Facharzt Ausbildung dauert 5 Jahre. Bei derzeit 10 - 15 Weiterbildungsstellen in Deutschland ist nicht ersichtlich, wie der Bedarf von geschätzten 828 Krankenhaushygienikern bis zum Ende der Übergangsfrist 2016 gedeckt werden soll.

Der Gesetzgeber darf diese unlösbare Aufgabe nicht einfach auf die Krankenhäuser abwälzen – er muss sich dafür einsetzen, dass wieder mehr Hygieneinstitute an den Universitäten eingerichtet werden und auch im Medizinstudium ein stärkerer Fokus auf das Thema Hygiene gelegt wird.

Änderungsvorschlag

Den § 4 Abs. 11 Satz 1, Nr. 2 a) KHEntgG - neu - wie folgt zu fassen:

2. bei Fort- und Weiterbildungen

*a) zur Fachärztin oder zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin **bzw. zur Fachärztin oder zum Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie** für die Dauer von maximal fünf Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich ~~30.000~~ **90.000 Euro**, [...]*

Den § 4 Abs. 11 Satz 1 Nr. 2 b) KHEntgG - neu - ersatzlos zu streichen.

Einwirken auf die Bundesländer, dass wieder mehr Hygieneinstitute an den Universitäten eingerichtet werden und dass auch im Medizinstudium ein stärkerer Fokus auf das Thema Hygiene gelegt wird.

Zu Artikel 5a Nummer 1 – (§ 4 Abs. 11 Satz 1, Nr. 2 c) KHEntgG – neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Fort- und Weiterbildung von Krankenhaushygienikern mit strukturierter curriculärer Fortbildung Krankenhaushygiene soll mit jährlich max. 5000 Euro bezuschusst werden.

Stellungnahme

Dieser Zuschuss erscheint uns vor dem Hintergrund, dass der betreffende Arzt für die Fortbildung frei gestellt werden muss und er während dieser 2 Jahre zu 50 % seiner Vollzeitstelle als hygienebeauftragter Arzt tätig werden muss, als zu gering. Zudem müssen die Kurse, der Supervisor und ggf. die Hospitationen bezahlt werden und für die 50 % seiner bisherigen Tätigkeit, die er nun für die Hygiene aufwendet, muss ein anderer Arzt eingestellt werden.

Änderungsvorschlag

Den § 4 Abs. 11 Satz 1, Nr. 2 c) KHEntgG - neu - wie folgt zu fassen:

2. bei Fort- und Weiterbildungen [...]

*c) zur Krankenhaushygienikerin oder zum Krankenhaushygieniker mit strukturierter curriculärer Fortbildung Krankenhaushygiene für die Dauer von maximal zwei Jahren durch einen pauschalen Zuschuss in Höhe von jährlich ~~5000~~ **60.000 Euro**, [...]*

Zu Artikel 5a Nummer 1 – (§ 4 Abs. 11 Satz 1, Nr. 2 f) KHEntgG – neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Die Fort- und Weiterbildung zur Hygienefachkraft soll pauschal mit 10.000 Euro bezuschusst werden.

Stellungnahme

Dieser Zuschuss erscheint uns vor dem Hintergrund, dass die betreffende Pflegekraft für die Fortbildung frei gestellt werden muss und ihre bisherigen Aufgaben durch eine neu einzustellende Pflegekraft übernommen werden müssen, als zu gering.

Änderungsvorschlag

Den § 4 Abs. 11 Satz 1, Nr. 2 f) KHEntgG – neu – wie folgt zu fassen:

2. bei Fort- und Weiterbildungen [...]

*f) zur Hygienefachkraft durch einen pauschalen Zuschuss von ~~10 000~~ **50 000 Euro**;*
[...]

Zu Artikel 5a Nummer 1 – (§ 4 Abs. 11 KHEntgG – neu)

Beabsichtigte Neuregelung

§ 4 Abs. 11 Nr. 1 KHEntgG – neu sieht die Förderung von Personal vor, das neu eingestellt wird.

Stellungnahme

Aus Sicht der Krankenhäuser sollte die Förderung nach § 4 Abs. 11 Nr. 1 KHEntgG – neu auch für Personal gelten, das durch einen Beratungsvertrag ans Krankenhaus gebunden wird. Die meisten Landeshygieneverordnungen sehen – vornehmlich für kleine und mittelgroße Krankenhäuser – eine beratende Unterstützung durch externe Fachkräfte (insbesondere Krankenhaushygieniker, teilweise aber auch Hygienefachkräfte) vor.

Zudem sollte aus Gründen der Gleichbehandlung die Einstellung von Hygienefachpersonal auch gefördert werden, wenn diese aufgrund landesspezifischer Regelungen bereits vor Änderung des IfSG 2011 erfolgt ist. Ansonsten werden Bundesländer, die sich schon früher aktiv um das Thema Hygiene gekümmert haben, nun benachteiligt. 6 Bundesländer hatten bereits vor 2011 eine Landeshygieneverordnung mit der KRINKO-Empfehlung entsprechenden Personalvorgaben.

Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass in § 23 Abs. 3 und 8 des Infektionsschutzgesetzes geregelt ist, dass die Vorschriften auf Rehabilitationseinrichtungen

Anwendung finden „in denen eine dem Krankenhaus vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt“. Vor diesem Hintergrund sollte klargestellt werden, dass das Hygiene-Förderprogramm auch für diese Einrichtungen (§ 111 SGB) Anwendung findet.

Änderungsvorschlag

Nach Satz 1 sollte folgender Satz eingefügt werden:

Die Förderung nach Satz 1 Nr. 1 Buschstabe a bis c findet auch Anwendung auf

- a) externes Personal, dessen beratende Unterstützung vertraglich vereinbart wird,*
- b) Personal, das aufgrund landesspezifischer Regelungen bereits vor dem 04. August 2011 eingestellt wurde, und*
- c) Personal in Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine dem Krankenhaus vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt.*

Zur Begründung – Einstufung des Krankenhaushygienikers mit strukturierter curricularer Fortbildung (S. 9)

Beabsichtigte Neuregelung

Es wird ausgeführt, dass in der KRINKO-Empfehlung Risikobereiche beschrieben werden, und dass, basierend auf dieser Einstufung, der Krankenhaushygieniker mit strukturierter curricularer Fortbildung nur in Einrichtungen mit den Risikobereichen B und C eingesetzt werden soll.

Stellungnahme

Diese Vorgabe entbehrt jeglicher Grundlage.

Die KRINKO-Empfehlung beschreibt lediglich die Aufgaben und Anforderungen an die berufliche Qualifikation eines Krankenhaushygienikers und folgert, dass diese Anforderungen zweifellos Inhalte der Weiterbildung zum Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin bzw. Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sind. In wie weit die strukturierte curriculare Fortbildung diese Anforderungen auch erfüllt, dazu äußert sich die KRINKO nicht.

Ziel der Bundesärztekammer (BÄK) war es jedoch, mit der neu geschaffenen Fortbildung Ärzte zu befähigen, als Krankenhaushygieniker tätig zu werden. Zwar nur für eine Übergangszeit, bis der Bedarf über o.g. Fachärzte gedeckt werden kann, sicherlich aber nicht beschränkt auf bestimmte Krankenhausbereiche. Damit wäre den Krankenhäusern auch nicht gedient, denn wie bereits erwähnt fehlen derzeit ca. 828 Krankenhaushygieniker.

Ergänzend weisen wir darauf hin, dass die strukturierte curriculare Fortbildung, die Inhalte der Module und die ergänzenden Rahmenbedingungen von der BÄK gemein-

Stellungnahme der DKG zum Änderungsantrag 1 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung – (BT-Drs. 17/13079) – Ausschussdrucksache 17(14)0410



sam mit Vertretern der verschiedenen Fachgesellschaften (u.a. DGKH, DGHM, VAH, DGI) erarbeitet wurde und in diesem Kontext keine Beschränkung der Tätigkeiten eines Krankenhaushygienikers mit strukturierter curricularer Fortbildung auf bestimmte Risikobereiche für notwendig erachtet wurde.

Änderungsvorschlag

Ausführungen streichen.

2. Versorgungszuschlag

Zu Artikel 5a Nummer 2, Nummer 4, Nummer 6, Nummer 7

Beabsichtigte Neuregelung

Das sich aufgrund des Mehrleistungsabschlags in den Jahren 2013 und 2014 ergebende Abschlagsvolumen soll über einen landeseinheitlichen Versorgungszuschlag je Fall an alle Krankenhäuser zurückfließen und damit die Wirkung der doppelten Degression neutralisieren.

Stellungnahme

Der Mehrleistungsabschlag wurde mit dem GKV-Finanzierungsgesetz als Kürzungsmaßnahme zu Gunsten der Krankenkassen für die Jahre 2011 und 2012 eingeführt und mit dem Psych-Entgeltgesetz bis Ende 2014 befristet, wobei die Mehrleistungen des Jahres 2013 auch im Jahr 2014 mit einem Abschlag gekürzt werden.

Die mit dem Versorgungszuschlag verbundene Zielsetzung, die Wirkung der doppelten Degression in den Jahren 2013 und 2014 zu neutralisieren, ist grundsätzlich positiv zu bewerten. Dabei ist zu begrüßen, dass von dem Versorgungszuschlag alle Krankenhäuser, und damit auch Krankenhäuser mit stagnierenden oder sinkenden Leistungsmengen, profitieren. Der Kollektivhaftungsmechanismus wird damit befristet abgemildert. Der Effekt des Versorgungszuschlags ist insofern nicht nachhaltig.

Aus technischer Sicht ergeben sich darüber hinaus folgende Aspekte:

Zur Ermittlung des Versorgungszuschlags soll gemäß § 10 Abs. 14 KHEntgG die im jeweiligen Jahr entstehende voraussichtliche Summe der Mehrleistungsabschläge nach § 4 Abs. 2a KHEntgG im Land durch die Fallzahl geteilt werden, die bei der Vereinbarung des jeweils für das Jahr 2013 und 2014 geltenden Basisfallwerts zu Grunde gelegt wurde. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass es keine gesetzliche Bestimmung gibt, wonach bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts eine Fallzahl zu Grunde zu legen ist. Für die Ermittlung des Bundesbasisfallwerts wird nicht die Fallzahl, sondern die Summe der effektiven Bewertungsrelationen zur Gewichtung an das InEK gemeldet (vgl. § 10 Abs. 9 Satz 3 KHEntgG).

Darüber hinaus ist die Schätzung der voraussichtlichen Summe der Mehrleistungsabschläge auf Landesebene mit großen Schwierigkeiten behaftet, zumal zur Schätzung Vorjahresdaten aufgrund von Schwankungen nur bedingt geeignet sind.

Gemäß § 5 Abs. 6 KHEntgG ist je Krankenhausfall, der mit DRG-Fallpauschalen abgerechnet wird, ab dem entsprechenden Zeitpunkt nach § 15 Abs. 1 Satz 3, frühestens jedoch für Aufnahmen ab Beginn des jeweiligen Kalenderjahres, ein Zuschlag nach § 10 Absatz 14 in Rechnung zu stellen. Es wird hier folglich auf den ersten Tag des Monats nach der Genehmigung der Landesbasisfallwerte abgestellt.

Für das Jahr 2013 ergibt sich hier die Besonderheit, dass bis zum Inkrafttreten des Gesetzes voraussichtlich in allen Ländern genehmigte Landesbasisfallwerte vorliegen. Bei Beibehaltung dieser Vorschrift müsste der Klarstellung halber eigentlich auf den neu vereinbarten Landesbasisfallwert 2013 Bezug genommen werden.

Ferner fehlt eine Frist, über die vorgegeben wird, bis zu welchem Zeitpunkt die Vereinbarung des Versorgungszuschlags zu erfolgen hat. Aufgrund der vorgenannten konfliktbehafteten Inhalte besteht die Gefahr, dass es zu Verzögerungen kommt und der Versorgungszuschlag für das Jahr 2013 nicht oder erst sehr spät im Jahr 2013 umgesetzt werden kann.

Änderungsvorschlag

Die Umsetzung sollte über einen allgemeinen bundeseinheitlichen prozentualen Rechnungszuschlag erfolgen. Dieser ist auf Grundlage des zugesagten Finanzierungsvolumens von 750 Millionen Euro mit jeweils 375 Millionen Euro hälftig auf die Jahre 2013 und 2014 zu verteilen. Bei einer solchen Zuschlagslösung würden konfliktbehaftete Verhandlungen auf Landesebene zur Schätzung der Höhe der voraussichtlichen Summe der Mehrleistungsabschläge und Fehlanreize bei der Verhandlung der Mehrleistungsabschläge vor Ort vermieden. Durch die gesetzliche Vorgabe der Höhe des Zuschlags wäre außerdem gewährleistet, dass die Finanzmittel bei den Krankenhäusern in der zugesagten Höhe ankommen und unmittelbar nach Inkrafttreten des Gesetzes fließen können. Selbstverständlich müsste der ganzjährig geltende Zuschlag in Abhängigkeit von dem Zeitpunkt des Inkrafttretens auf das restliche Kalenderjahr hochgerechnet werden.

Formulierungsvorschlag:

§ 5 Abs. 6 KHEntgG wird wie folgt gefasst:

„(6) Bei Patientinnen und Patienten ist für alle Aufnahmen ab dem 01.08.2013 [Zeitpunkt abhängig vom Inkrafttreten des Gesetzes] bis zum 31.12.2013 ein Zuschlag in Höhe von 1,48 % und für alle Aufnahmen im Kalenderjahr 2014 ein Zuschlag in Höhe von 0,61 % des Rechnungsbetrags für DRG-Fallpauschalen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 vorzunehmen und auf der Rechnung auszuweisen.“

Diesem Vorschlag wurde die folgende Berechnung zugrunde gelegt:

	Finanzierungsvolumen 2013	375.000.000 €
:	vereinbarte Summe der eff. BWR (bundesweit)	19.884.746
=	Betrag je Bewertungsrelation	18,858677 €
:	einheitlicher Basisfallwert 2013	3.068,37 €
=	Prozentuale Höhe des ganzjährigen Zuschlags	0,6146%
	Umrechnung auf die Restlaufzeit ab August 2013	1,4751%

3. Anteilige Tarifrefinanzierung

Zu Artikel 5a Nummer 3, Nummer 6, Nummer 7 und Artikel 5b Nummer 1, Nummer 3

Beabsichtigte Neuregelung

Die für das Jahr 2013 vereinbarten Tarifsteigerungen sollen bei den Landesbasisfallwerten und den Krankenhausbudgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen erhöhend berücksichtigt werden. Dazu ist eine hälftige Finanzierung der oberhalb des Veränderungswerts 2013 liegenden maßgeblichen durchschnittlichen Tarifsteigerungen vorgesehen.

Stellungnahme

Der Tarifrater kommt als einzige basiswirksame Finanzhilfe für 2013 eine besondere Bedeutung zu und ist grundsätzlich zu begrüßen. Die Lasten der Tarifsteigerungen werden gemildert.

Durch den Rückgriff auf die schon in den Jahren 2009 und 2012 angewandten Regelungen bleiben die strukturellen Personalkostensteigerungen grundsätzlich unberücksichtigt. Mehr als 25 % der Personalkostensteigerungen werden dadurch nicht refinanziert. Die Problematik der Unterfinanzierung wird mit der anteiligen Tariflohnrefinanzierung insofern nicht umfassend gelöst. Ein vollständiger Ausgleich für tarifbedingte Personalkostensteigerungen wäre daher sachgerecht.

Die DKG begrüßt, dass die vorgesehene anteilige Tarifrefinanzierung auch für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen (als Kompensation für den Wegfall der TVöD-Berichtigungsrate) sowie für die besonderen Einrichtungen gilt. Allerdings ist aufgrund des hohen Personalkostenanteils der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen eine nur anteilige Tariflohnrefinanzierung auch hier nicht ausreichend.

Die vorgesehene Neuvereinbarung des Landesbasisfallwerts 2013 ist für die Krankenhäuser problematisch, die bereits auf Grundlage des bisher geltenden Landesbasisfallwerts 2013 ihre Budgetvereinbarung abgeschlossen haben. In der technischen Umsetzung wäre daher eine Zuschlagslösung mit Basiswirksamkeit im Folgejahr aufgrund des geringeren administrativen Aufwands vorzuziehen.

4. Orientierungswert

Zu Artikel 5a Nummer 5 – (§ 9 Abs. 1 KHEntgG)

Beabsichtigte Neuregelung

Mit dem neuen § 9 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG wird die Regelung des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5a KHEntgG für die Jahre 2014 und 2015 geändert. Wenn der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 SGB V (Grundlohnrate) übersteigt, wird für die Vereinbarung des Veränderungswertes ein Verhandlungskorridor bis zur vollständigen Höhe des Orientierungswertes gewährt.

Stellungnahme

Die Regelung stellt zwar eine Verbesserung gegenüber der geltenden Gesetzeslage dar, indem die nicht sachlich begründbare Beschränkung des Verhandlungskorridors auf ein Drittel der Differenz zwischen Orientierungswert und Grundlohnrate aufgehoben wird, eine Überschreitung der Grundlohnrate kann aber weiterhin nur unter Berücksichtigung der Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung und von Personal- und Sachkostensteigerungen erfolgen. Die DKG hält diese Verhandlungslösung mit den zu erbringenden Nachweispflichten für die Überschreitung der Veränderungsrate für nicht sachgerecht. Die „Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung“ ist als Verhandlungsgegenstand nicht operationalisierbar und somit weder quantifizierbar noch justizierbar. Die Personal- und Sachkostensteigerungen sind als Verhandlungsgegenstand systemlogisch bei den Vereinbarungen der Landesbasisfallwerte platziert. Der Veränderungswert stellt für die Fortschreibung der Landesbasisfallwerte eine Obergrenze dar, die nur dann erreicht werden kann, wenn durch die in die Verhandlungen eingebrachten und begründeten voraussichtlichen allgemeinen Kostenentwicklungen die gegenzurechnenden Absenkungstatbestände in der Höhe des Veränderungswertes überschritten werden. Es ist somit nicht nachvollziehbar, dass der gleiche Tatbestand auf Bundesebene als Nachweis erbracht werden muss, damit der Veränderungswert die volle Höhe des Orientierungswertes erreicht.

Darüber hinaus belässt die Formulierung im Gesetz, dass „bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen zu berücksichtigen“ sind, einen erheblichen Interpretationsspielraum und birgt deshalb ein hohes Konfliktpotential für die Verhandlungen. Wie aus der Begründung zum Änderungsantrag zum Psych-Entgeltgesetz zu entnehmen ist, denkt der Gesetzgeber an eine im Voraus gewährte Tariflohnrefinanzierung, die in den retrospektiv ermittelten Orientierungswert einfließt und über den Veränderungswert nicht doppelt finanziert werden soll. Obwohl dies in seiner Logik zunächst als schlüssig erscheint, kann dies nicht als sinnvoll betrachtet werden, da mit der zugestandenen Tariflohnrefinanzierung nachwirkend eine bestehende Finanzierungslücke dauerhaft geschlossen werden soll und dies dagegen spricht, dass die Mittel über eine Absenkung des nachfolgenden Orientierungswertes de facto wieder aus dem Vergütungsvolumen herausgenommen werden.

Nicht nachvollziehbar ist die zeitliche Beschränkung der Erweiterung des Verhandlungskorridors bis zur Höhe des vollen Orientierungswertes auf die Jahre 2014 und 2015. Die Ausgestaltung des Veränderungswertes als Obergrenze ist unabhängig von einer zukünftigen grundlegenden Strukturreform der Krankenhausfinanzierung zu sehen. Eine volle Berücksichtigung der unabwiesbaren Kostensteigerungen ist grundsätzlich unabdingbar.

Die DKG sieht es zudem für erforderlich an, dass wegen der retrospektiven Ermittlungsweise des Orientierungswertes zu erwartende außergewöhnliche Kostensteigerungen durch Ergebnisse von Tarifverhandlungen über den Orientierungswert als Obergrenze hinaus berücksichtigt werden können. Damit würden negative Auswirkungen aufgrund der unterschiedlichen Periodenbezüge von dem retrospektiv ermittelten Orientierungswert und prospektiven Verhandlungen der Landesbasisfallwerte vermieden. Die über den Orientierungswert hinaus in der Obergrenze berücksichtigten Anteile könnten beim nachfolgenden Orientierungswert mindernd berücksichtigt werden.

Änderungsvorschlag

§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nummer 5a KHEntgG wäre wie folgt zu fassen:

„bis zum 31. Oktober jeden Jahres den Veränderungswert nach Maßgabe des § 10 Abs. 6 Satz 5 oder 6 für die Begrenzung der Entwicklung des Basisfallwerts nach § 10 Abs. 4, wobei bereits im Vorgriff auf absehbare Kostensteigerungen im Veränderungswert des laufenden Jahres über den Orientierungswert hinaus gewährte Finanzierungsanteile anzurechnen sind, soweit dadurch die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V nicht unterschritten wird; im Falle des § 10 Abs. 6 Satz 6 entspricht der Orientierungswert dem Veränderungswert, wobei er bei bereits absehbaren darüber hinausgehenden Kostensteigerungen überschritten werden kann.“

1. Hilfsweise Lösung

Sollte der Gesetzgeber daran festhalten wollen, dass im Falle des § 10 Abs. 6 Satz 6 KHEntgG der Orientierungswert die nicht zu überschreitende Obergrenze darstellt, ist hilfsweise klarzustellen, dass der Orientierungswert als Veränderungswert gilt.

2. Hilfsweise Lösung

Wenn der Gesetzgeber auf einer Verhandlungslösung mit dem Orientierungswert als Obergrenze bestehen will, sollten hilfsweise die gesetzlichen Vorgaben für die Verhandlungen im Falle des § 10 Abs. 6 Satz 6 KHEntgG so formuliert werden, dass zumindest der Orientierungswert den Ausgangspunkt der Verhandlungen darstellt und nur begründete Nachweise von bereits anderweitig finanzierten Kostensteigerungen zu seiner Unterschreitung führen kann. Dabei soll analog zur Regelung im BpflV-Bereich die um mindestens ein Drittel ihrer Differenz zum Orientierungswert erhöhte Veränderungsrate nicht unterschritten werden. Die Formulierung in § 9 Abs. 1 Satz 1 Nummer 5a KHEntgG sollte dann folgendermaßen lauten:

„bis zum 31. Oktober jeden Jahres den Veränderungswert nach Maßgabe des § 10 Abs. 6 Satz 5 oder 6 für die Begrenzung der Entwicklung des Basisfallwerts nach § 10 Abs. 4, wobei im Falle des § 10 Abs. 6 Satz 6 der Orientierungswert die Ausgangslage der Verhandlung ist und nur bei nachweislich bereits anderweitig finanzierten Kostensteigerungen angepasst werden kann, höchstens jedoch bis zur Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, ...“.

In jedem Fall ist der neue Satz 3 in § 9 Abs. 1 KHEntgG mit der zeitlichen Beschränkung der Ausdehnung des Verhandlungskorridors auf die Jahre 2014 und 2015 ersatzlos zu streichen.

Zu Artikel 5a Nummer 6c – (§ 10 Abs. 6 Satz 5 KHEntgG)

Beabsichtigte Neuregelung

In dem Falle, dass der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V unterschreitet, entspricht jetzt die Veränderungsrate dem Veränderungswert.

Stellungnahme

Diese Neuregelung wird von der DKG begrüßt.

Zu Artikel 5a Nummer 3 – (§ 6 Abs. 3 KHEntgG)

Beabsichtigte Neuregelung

Die neue Regelung sieht vor, dass für besondere Einrichtungen die Grundlohnrate durch den Veränderungswert als Obergrenze für den Anstieg der Erlössumme abgelöst wird.

Stellungnahme

Die DKG begrüßt, dass der Kostenorientierungswert nun auch für die besonderen Einrichtungen gelten soll.

Zu Artikel 5b Nummer 2 – (§ 9 Abs. 1 BPfIV)

Beabsichtigte Neuregelung

Analog zur Regelung im KHEntgG soll auch für die der BPfIV unterliegenden Einrichtungen im Falle des § 10 Abs. 6 Satz 6 KHEntgG der Verhandlungskorridor beim Veränderungswert bis zur vollen Höhe des Orientierungswertes ausgedehnt werden; mindestens ist dabei die Veränderungsrate um 40 % der Differenz zum Orientierungswert zu erhöhen.

Stellungnahme

Die DKG begrüßt die Erweiterung des Verhandlungskorridors auf den vollen Orientierungswert und verweist ansonsten auf ihre Ausführungen zu Artikel 3a Nummer 5.

5. Krankenhausrechnungsprüfung

Zu Artikel 5c Nummer 3 – (§ 17c Absatz 2 KHG - neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Nach der Neuformulierung des § 17c Abs. 2 KHG wird die bisher dort geregelte Stichprobenprüfung durch die Verpflichtung ersetzt, dass der GKV-SV und die DKG eine Regelung zur näheren Ausgestaltung des MDK-Prüfverfahrens treffen sollen. Beispielhaft aufgezählt wird dabei der Inhalt, den diese Regelung insbesondere aufweisen soll: der Zeitpunkt der Übermittlung zahlungsbegründender Unterlagen an die Krankenkassen, das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des MDK, der Zeitpunkt der Beauftragung des MDK, die Prüfungsdauer, der Prüfungsort und die Abwicklung von Rückforderungen, also die in der Praxis kontrovers diskutierte Frage der Zulässigkeit und Ausgestaltung einer möglichen Aufrechnungsbefugnis der Krankenkassen mit Forderungen der Krankenhäuser. Frist für den Abschluss dieser Vereinbarung ist der 31.12.2013, ansonsten entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG. Regionalen Besonderheiten kann durch abweichende Vereinbarungen in Verträgen nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V Rechnung getragen werden.

Stellungnahme

Der ersatzlose Entfall der bisherigen Stichprobenprüfung ist zu begrüßen. Eine Aufrechterhaltung dieses Prüfmechanismus ist unnötig, da diese Art der Prüfung in der Praxis bisher keine Rolle gespielt hat.

Die Verpflichtung von GKV-SV und DKG, eine Regelung wesentlicher Inhalte des Prüfverfahrens auf Bundesebene vorzunehmen, verbunden mit einer regionalen Öffnungsmöglichkeit, ist positiv zu bewerten. Zielführend ist, dass das Verhandlungsmandat der Bundesebene erteilt wurde, denn dies bietet Gewähr für eine einheitliche Rechtsanwendung in Deutschland. Dass eine bundeseinheitliche Regelung erforderlich ist, zeigt sich daran, dass in Deutschland keine flächendeckenden landesvertraglichen Regelungen zum Prüfverfahren existieren.

Aus zweierlei Gründen erfreulich ist die in § 17c Abs. 2 Satz 2 KHG vorgenommene Aufzählung derjenigen Punkte, die den wesentlichen Inhalt der abzuschließenden Vereinbarung darstellen sollen. Zum einen handelt es sich hierbei nicht um eine abschließende Aufzählung, dadurch besteht die Möglichkeit, in der Vereinbarung auch weitergehende Regelungen zu treffen. Zum anderen stellen die in dem Änderungsantrag formulierten Inhalte diejenigen Punkte dar, die aus Sicht der DKG besonders

regelungsbedürftig sind, neben der Frage der Vorlagepflicht von Unterlagen sind dies insbesondere die Fragen der Dauer des Verfahrens und der Aufrechnung streitiger Rechnungskürzungen mit weiteren Forderungen des Krankenhauses durch die Krankenkassen. Insbesondere letztere Frage ist häufig Gegenstand von Streitigkeiten zwischen Krankenhaus und Krankenkasse, weil die Aufrechnung durch die Krankenkassen bei Krankenhäusern in der Regel zu nicht unerheblichen Liquiditätsproblemen führt. Durch eine entsprechende Regelung kann das diesbezüglich unbestreitbar vorhandene Konfliktpotential aus der Welt geschafft werden.

Dennoch gibt es zu dem Änderungsvorschlag auch einige Kritikpunkte. So wird nicht klar, warum § 17c Abs. 2 Satz 1 KHG von Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V spricht. Ermächtigungsgrundlage für die Durchführung einer MDK-Prüfung ist § 275 Abs. 1 SGB V. Richtig ist, dass sich die Regelung des § 275 Abs. 1c SGB V nur auf Prüfungen nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V bezieht. Sollte es Intention des Gesetzgebers gewesen sein – was sich aus der Begründung des Änderungsantrages jedoch nicht ableiten lässt – den Auftrag zum Abschluss einer Regelung für das MDK-Prüfverfahren für Prüfungen nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V zu beschränken, wäre es besser, direkt auf die Regelung des § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V zu verweisen.

Aus praktischen Gründen kritisch gesehen werden kann die Frist des § 17c Abs. 2 Satz 3 SGB V, wonach die Vertragsparteien die Vereinbarung bis zum 31.12.2013 abzuschließen haben. Erkennbar ist, dass der Gesetzgeber einen möglichst zeitnahen Abschluss der Vereinbarung anstrebt. Auch wenn die DKG den zeitnahen Abschluss einer solchen Vereinbarung unterstützt und entsprechende Verhandlungen zielführend und mit Nachdruck führen wird, erscheint der für einen Abschluss zur Verfügung stehende Zeitrahmen von voraussichtlich einem halben Jahr ab Inkrafttreten des Gesetzes doch sehr ambitioniert zu sein, um die umfangreichen Fragen und Probleme auf dem Gebiet der MDK-Prüfung zu diskutieren und die diesbezüglich bestehenden widerstreitenden Interessen in einen Ausgleich zu bringen. Darüber hinaus sieht der Änderungsantrag in seinen folgenden Regelungen vor, dass bis zu diesem Datum zusätzlich zwischen GKV-SV und DKG Vereinbarungen über die Errichtung eines Schlichtungsausschusses sowie über das Verfahren zur modellhaften Erprobung von Auffälligkeitsprüfungen abgeschlossen werden. Auch in diesen Verhandlungen treffen eine Vielzahl widerstreitender Interessen aufeinander, die in einen angemessenen Ausgleich zu bringen sind. Vor diesem Hintergrund erscheint das vorgesehene Zeitfenster recht knapp bemessen zu sein.

Ergänzungsbedarf besteht hinsichtlich der Regelung des § 17c Abs. 2 Satz 4 KHG, wonach die Vereinbarung oder deren Festsetzung durch die Schiedsstelle lediglich für die Krankenkassen und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich sein soll, nicht jedoch für den MDK. Zwar ist es richtig, dass die Vereinbarung zwischen dem GKV-SV und der DKG geschlossen wird, der MDK also nicht formeller Partner der Vereinbarung wird. Daher könnte argumentiert werden, dass der MDK

wegen seiner fehlenden Beteiligung am Abschluss der Vereinbarung auf deren Inhalte keinen Einfluss nehmen konnte und man ihn daher nicht zur Einhaltung der Vereinbarung verpflichten könne. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Begründung des Änderungsantrages davon ausgeht, dass der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes an den Verhandlungen beteiligt wird. Somit fließen die Sichtweise und Bedürfnisse des Medizinischen Dienstes in die Beratungen ein und können im Vertragsinhalt berücksichtigt werden. Daher erscheint es geboten, auch den MDK, der im Prüfverfahren eine nicht unerhebliche Rolle spielt, als durch die Vereinbarung verpflichtet anzusehen. Mit einer solchen Regelung könnte auch die divergierende Rechtsprechung des BSG überwunden werden. Mit Urteil vom 16.05.2012 (Az.: B 3 KR 14/11 R) hat der 3. Senat entschieden, dass das Fehlverhalten des MDK den Krankenkassen zuzurechnen ist. Die diesbezüglich entgegenstehende Auffassung des BSG – manifestiert an der Aussage, der MDK müsse sich nicht an landesrechtlichen Regelungen hinsichtlich des Prüfverfahrens festhalten lassen, da dieser am Abschluss entsprechender Landesverträge nicht beteiligt sei – werde ausdrücklich aufgegeben. Der 1. Senat des BSG hat mit Urteil vom 13.11.2012 (Az.: B 1 KR 24/11 R) jedoch entschieden, dass eine Zurechnung ausschließlich hinsichtlich der Prüfanzeige nach § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V in Betracht komme. Die aufgrund dieser unterschiedlichen Rechtsprechung entstehende Unsicherheit könnte durch eine entsprechende Regelung in § 17c Abs. 2 Satz 4 KHG überwunden werden. Eine vergleichbare Regelung findet sich in § 17c Abs. 3 Satz 4 KHG in Form des Änderungsantrages, wonach das Ergebnis eines Schlichtungsausschusses auch für den MDK verbindlich ist, obwohl dieser ebenfalls keine Vertreter in den Schlichtungsausschuss entsendet und auch nicht an der Bildung des Schlichtungsausschusses beteiligt ist. Aus Gründen der einheitlichen Rechtsordnung sollte daher auch in § 17c Abs. 2 Satz 4 KHG der MDK als verpflichtete Partei genannt werden.

Nicht zielführend ist aus Sicht der DKG der Hinweis in der Gesetzesbegründung, dass die Inhalte der Vereinbarung unter Berücksichtigung der Rechtsprechung festgelegt werden sollen. Selbstverständlich können GKV-SV und DKG nur eine Vereinbarung treffen, die auf dem Boden der geltenden Rechtsordnung der Bundesrepublik Deutschland steht. Ist jedoch die Rechtsprechung des BSG zu den wesentlichen Inhalten der abzuschließenden Vereinbarung ausnahmslos zu berücksichtigen, wird diese von Beginn an in ihrer Bedeutung für die Krankenhäuser entwertet. Zahlreiche Entscheidungen gerade des BSG – deren Kompatibilität zur geltenden Gesetzeslage durchaus kritisch gesehen werden kann – sind zum Nachteil der Krankenhäuser ergangen, daher erfordert eine faire Ausgestaltung des MDK-Prüfverfahrens geradezu eine Korrektur dieser Rechtsprechung. Exemplarisch ist diesbezüglich auf die Entscheidungen des BSG vom 13.11.2012 (Az.: B 1 KR 24/11 R sowie B 1 KR 27/11 R) hinzuweisen. Darin hat das BSG entschieden, dass in Landesverträgen nach § 112 SGB V keine Regelungen getroffen werden können, die geeignet sind, das Prüf- und Beanstandungsrecht der Krankenkassen einzuschränken. Davon umfasst werden insbesondere Vereinbarungen zur Regelung der Dauer der Durchführung eines Prüf-

verfahrens. Jede Beschränkung des Prüf- und Beanstandungsrechts der Krankenkassen führe zu einer Beeinträchtigung des unter allen Umständen zu beachtenden Wirtschaftlichkeitsgebotes des § 12 Abs. 1 SGB V. Sollen nun der GKV-SV und die DKG in einer Vereinbarung wesentliche Elemente des Prüfverfahrens – insbesondere dessen Dauer – regeln, besteht die begründete Gefahr, dass eine solche Vereinbarung auf Grund der bisherigen Rechtsprechung wegen Verstoßes gegen das Wirtschaftlichkeitsprinzip als unzulässig bewertet wird. Eine Vereinbarung, die lediglich die Ergebnisse der existierenden Rechtsprechung wiederholt, ist somit überflüssig und läuft ins Leere. Daher müssen die Vertragspartner auf Bundesebene die Möglichkeit haben, Verfahrensfragen im Zusammenhang mit MDK-Prüfungen auch losgelöst von Feststellungen der Rechtsprechung regeln und auch Restriktionen vereinbaren zu dürfen. Eine Beauftragung der Selbstverwaltungspartner zum Abschluss einer solchen Vereinbarung macht nur dann Sinn, wenn ihnen auch die Kompetenz zukommt, Verfahrensfragen verbindlich klären zu können. Selbstverständlich haben die Vertragspartner dabei bereits existierende gesetzliche Vorgaben der §§ 275 ff. SGB V – wie beispielsweise die nicht dispositive 6-Wochen-Frist zur Prüfungseinleitung nach § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V – zu beachten. Allerdings muss deutlich werden, dass die Regelungskompetenz der Vertragspartner nicht unreflektiert von der Rechtsprechung des BSG limitiert werden darf. Anderenfalls käme dann insbesondere dem vom BSG in den oben bezeichneten Urteilen als tragendes Begründungselement angeführten Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V ein alle denkbaren Verfahrensregelungen limitierender Charakter zu, der letzten Endes den Abschluss einer Vereinbarung zur Regelung des Prüfverfahrens sinnlos machen würde. Daher sollte in der Gesetzesbegründung auf die Berücksichtigung der Rechtsprechung verzichtet und stattdessen explizit darauf hingewiesen werden, dass die Vertragsparteien auf Bundesebene die Kompetenz haben, die ihnen zur Regelung übertragenen Aufgaben auch materiell auszufüllen, dabei zwar eindeutige gesetzliche Vorgaben berücksichtigen müssen, inhaltlich jedoch durchaus von bisher ergangenen Entscheidungen der Sozialgerichtsbarkeit abweichen zu können, wenn dies einer sinnvollen und fairen Verfahrensgestaltung dient.

Änderungsvorschlag

In § 17c Abs. 2 Satz 1 KHG wird der Verweis „§ 275 Abs. 1c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ durch den Verweis „§ 275 Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt. In § 17c Abs. 2 Satz 3 KHG wird das Datum „31.12.2013“ durch das Datum „30.06.2014“ ersetzt. § 17c Abs. 2 Satz 4 KHG wird dahingehend ergänzt, dass die Vereinbarung oder Festsetzung durch die Schiedsstelle auch für den MDK unmittelbar verbindlich ist. In der Gesetzesbegründung wird zum einen im Satz „In diesem Sinne sind unter Berücksichtigung der Rechtsprechung Vereinbarungen insbesondere zu den folgenden Sachverhalten zu treffen:“ der Passus „unter Berücksichtigung der Rechtsprechung“ durch den Passus „auf Grund der den Vertragspartnern zukommenden inhaltlichen Regelungskompetenzen“ ersetzt. Zum an-

deren wird die Gesetzesbegründung nach der spiegelstrichartigen Aufzählung der zu regelnden Sachverhalte um folgende Sätze ergänzt: „Die Vertragsparteien haben dabei die für das Prüfverfahren geltenden gesetzlichen Regelungen der §§ 275 ff. SGB V zu berücksichtigen. Entgegen der Rechtsprechung des BSG, verdeutlicht in den Urteilen B 1 KR 24/11 R sowie B 1 KR 27/11 R vom 13.11.2012, in denen der Selbstverwaltung die Kompetenz zur Regelung von Verfahrensfragen mit der Begründung abgesprochen wird, dadurch werde gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V verstoßen, wird den Vertragsparteien ausdrücklich die Kompetenz zugesprochen, Fragen des MDK-Prüfverfahrens verbindlich für die Vertragsparteien sowie für den MDK zu regeln.“

Zu Artikel 5c Nummer 3 – (§ 17c Absatz 3 KHG - neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Nach der Neuformulierung des § 17c Abs. 3 KHG soll ein Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur verbindlichen Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen eingerichtet werden. Dessen Errichtung hat bis zum 31.12.2013 durch den GKV-SV und die DKG zu erfolgen.

Stellungnahme

Der Gesetzgeber verfolgt mit der Regelung des § 17c Abs. 3 KHG in Sachen Schlichtungsausschuss im Vergleich zu seinen bisherigen diesbezüglichen Überlegungen einen neuen Ansatz. Nunmehr sollen der GKV-SV und die DKG einen Schlichtungsausschuss auf Bundesebene bilden und die entsprechenden Verfahrensregelungen treffen. Weiterhin ist gesetzlich vorgesehen, dass die Zuständigkeit des Schlichtungsausschusses auf die verbindliche Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung begrenzt ist. Dadurch wird nicht nur der Zugang zum Schlichtungsausschuss effektiv reguliert und dessen Überlastung wirksam entgegengesteuert, im Ergebnis wird auch dessen Effektivität erhöht, da lediglich die elementaren Kodier- und Abrechnungsfragen, für die eine fachlich-inhaltliche Diskussion vor dem mit sachverständigem Personal besetzten Schlichtungsausschuss sinnvoll erscheint, dort diskutiert und entschieden werden. Somit dürften auch die erforderlichen Kosten für die personelle und sachliche Ausstattung in vertretbarem Umfang bleiben.

Positiv zu bewerten ist zudem, dass § 17c Abs. 3 Satz 4 KHG explizit die Verbindlichkeit der Entscheidung des Schlichtungsausschusses auch für den MDK vorsieht.

Kritisch anzumerken wäre allein die in § 17c Abs. 3 Satz 6 KHG gesetzte Frist, dass bis zum 31.12.2013 die entsprechenden Regelungen vom GKV-SV und der DKG ge-

troffen werden müssen. Diesbezüglich ist auf die entsprechenden Bedenken unter Punkt I. 1. a) hinzuweisen.

Änderungsvorschlag

In § 17c Abs. 3 Satz 6 KHG wird das Datum „31.12.2013“ durch das Datum „30.06.2014“ ersetzt.

Zu Artikel 5c Nummer 4 a) – (§ 17c Absatz 4 KHG - neu)

Beabsichtigte Neuregelung

§ 17c Abs. 4 Satz 1 KHG soll um die Bestimmung ergänzt werden, dass die Ergebnisse von Prüfungen nach § 275 Abs. 1c SGB V durch Anrufung des Schlichtungsausschusses überprüft werden können.

Stellungnahme

Gegenüber dieser Funktion des Schlichtungsausschusses sind in der Vergangenheit Bedenken geäußert worden. Wird der Schlichtungsausschuss auch als Möglichkeit genutzt, normale MDK-Prüfergebnisse überprüfen zu lassen, führt dies zu einer Verlängerung der Verfahrensdauer und letztlich nicht zu einer Abnahme von Streitverfahren vor den Sozialgerichten. Die Masse der zu erwartenden Verfahren erfordert zudem große Anforderungen an die personelle und sachliche Ausstattung des Schlichtungsausschusses, was sich letztlich in einem erforderlichen Aufwand in nicht unbeträchtlicher Höhe für die Aufrechterhaltung der Tätigkeit des Schlichtungsausschusses widerspiegeln und dessen Effektivität verschlechtern würde, da die Kapazität des Schlichtungsausschusses für dessen sinnvolle Tätigkeit der verbindlichen Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung blockiert wäre. Erforderlich wäre es daher, zusätzlich ein Korrektiv aufzunehmen, das verhindert, dass der Schlichtungsausschuss einer Vielzahl von Verfahren ausgesetzt wird. Denkbar wäre die Festlegung einer Art Mindestreitwert als Zugangsvoraussetzung zum Schlichtungsausschuss. Die Summe, über die Krankenhaus und Krankenkasse auf Grund eines MDK-Gutachten diskutieren, muss mindestens diesem Streitwert entsprechen, um die Streitfrage vom Schlichtungsausschuss entscheiden lassen zu können. Als Streitwert kommt ein Betrag von mindestens 2.000 € in Frage.

Änderungsvorschlag

Der Änderungsvorschlag Nr. 4 a) wird wie folgt gefasst:

„Die Ergebnisse der Prüfungen nach § 275 Absatz 1 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch können durch Anrufung des Schlichtungsausschusses überprüft werden, sofern das Ergebnis der Prüfung zu einer Abweichung von mindestens 2.000 € vom ursprünglichen Rechnungsbetrag führt.“

Zu Artikel 5c Nummer 5 (§17c Absatz 4a KHG - neu)

Beabsichtigte Neuregelung

Der GKV-SV und die DKG sollen bis zum 31.12.2013 die näheren Einzelheiten für die Entwicklung, Durchführung und Auswertung modellhafter Erprobungen von Auffälligkeitsprüfungen auf der Grundlage von Daten nach § 21 KHEntgG vereinbaren und dabei insbesondere die Kriterien für die Überprüfung auf Auffälligkeiten und Auswahl einer hinreichenden Anzahl teilnehmender Krankenhäuser festlegen. Die Erprobung soll bis zum 31.12.2014 durchgeführt und die Ergebnisse bis zum 31.03.2015 veröffentlicht werden.

Stellungnahme

Bereits in der Vergangenheit wurde der Vorschlag unterbreitet, eine kriterienbasierte Auffälligkeitsprüfung einzuführen. Eine Ergänzung des bestehenden Katalogs von Prüfmöglichkeiten durch den MDK hat die DKG abgelehnt. Zum einen bestehe kein erkennbarer Grund, eine neue Form der Prüfung zusätzlich zu etablieren, zum anderen bestand keine Regelung, durch wen und in welchem Verfahren die Auffälligkeitskriterien festgelegt werden.

Der nunmehr vorliegende Änderungsvorschlag lässt diese generelle Kritik nicht mehr zu. Hier erhalten die Spitzenorganisationen der Krankenkassen und Krankenhäuser auf Bundesebene das Mandat, Voraussetzung, Umfang und Inhalt einer Auffälligkeitsprüfung zu entwickeln und insbesondere die Kriterien für die Auffälligkeiten, die zu einer Prüfung führen können, festzulegen. Dies ist ein entscheidender Fortschritt gegenüber den bisherigen, in diese Richtung gehenden Vorschlägen. Sehr erfreulich ist, dass eine kriterienbasierte Auffälligkeitsprüfung nicht kumulativ zu den bisherigen Prüfbefugnissen hinzutritt, sondern zunächst im Rahmen eines Modellversuches geklärt werden soll, ob eine solche Prüfung Sinn macht, es durch sie also tatsächlich zu einer Verringerung des Prüfaufkommens, einer Steigerung der Kodierqualität und einer Abnahme der sekundären Fehlbelegung kommt, die Auffälligkeitsprüfung somit zunächst einmal nachzuweisen hat, dass sie eine sinnvolle Ergänzung bzw. teilweise Ersetzung der Einzelfallprüfung nach § 275 Abs. 1 SGB V unter Praxisbedingungen sein kann.

Stellungnahme der DKG zum Änderungsantrag 1 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung – (BT-Drs. 17/13079) – Ausschussdrucksache 17(14)0410



Kritisch anzumerken ist auch der vorgesehene Zeitrahmen, wonach bis zum 31.12.2013 die näheren Einzelheiten zwischen GKV-SV und DKG zu vereinbaren sind, vgl. Darstellung unter Punkt I. 1. a).

Änderungsvorschlag

In § 17c Abs. 4a Satz 3 KHG wird das Datum „31.12.2013“ durch das Datum „30.06.2014“ ersetzt.