

Die Zeit nach der Konvergenzphase:
Alles neu oder weiter so?

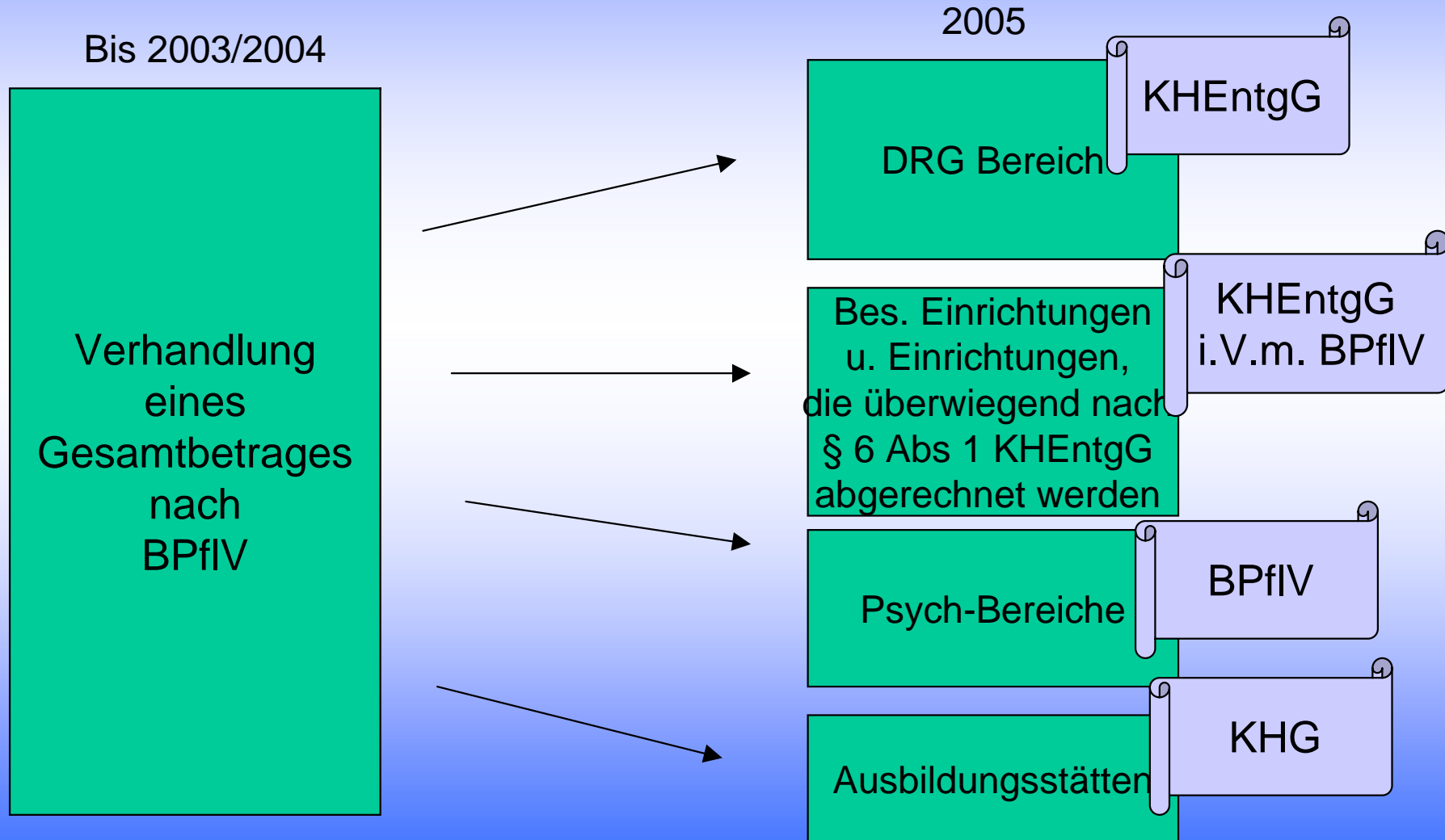
Wie verändern sich die
politischen Rahmenbedingungen?

**Seminar der MBS Purgator Management-,
Beratungs- und Service-GmbH
vom 16. bis 18.04.2008
im Maritim Hotel Reichshof, Hamburg**

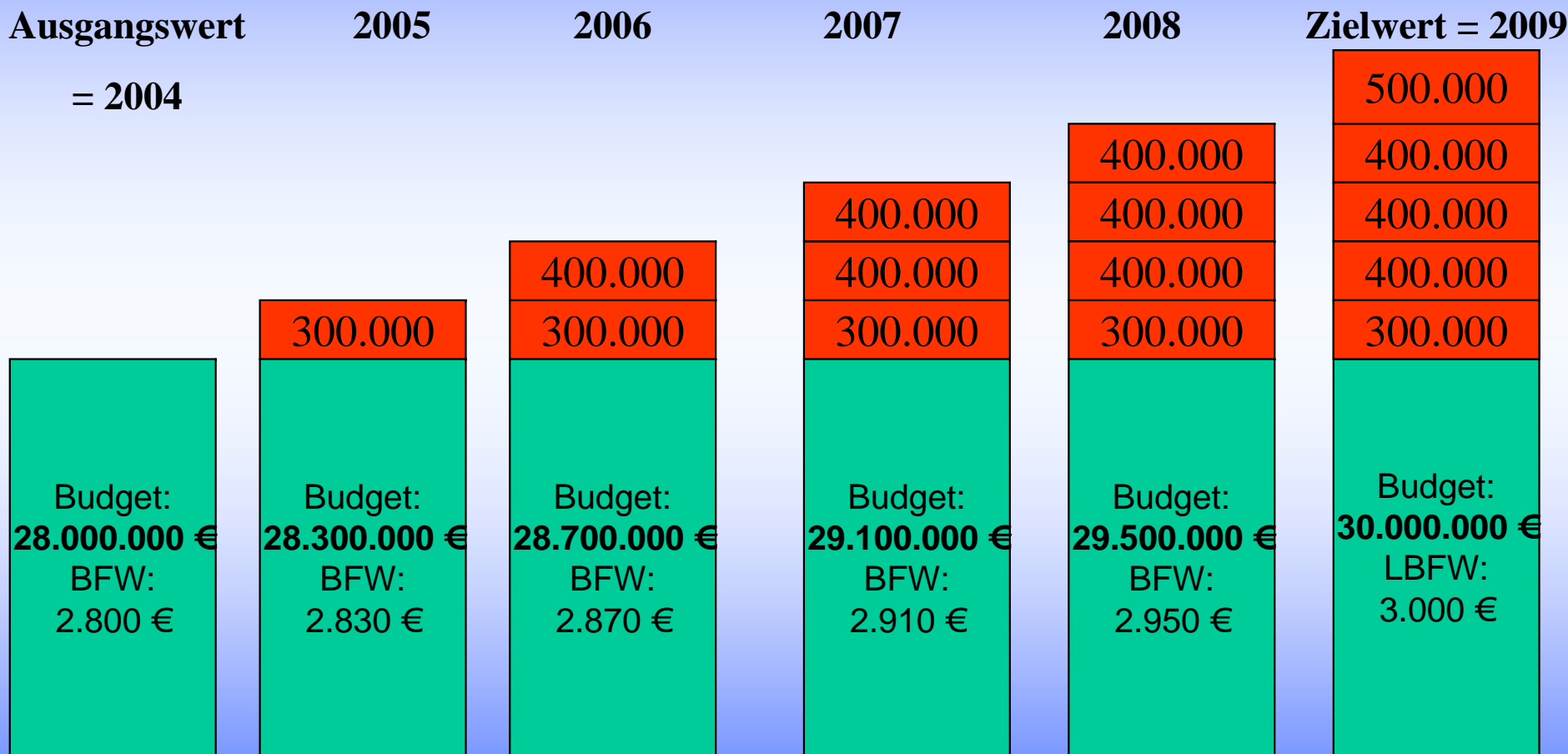
**GF Friedrich W. Mohr
Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e.V.
Mainz**

Systematik der Budgetverhandlung ab 2003/2004

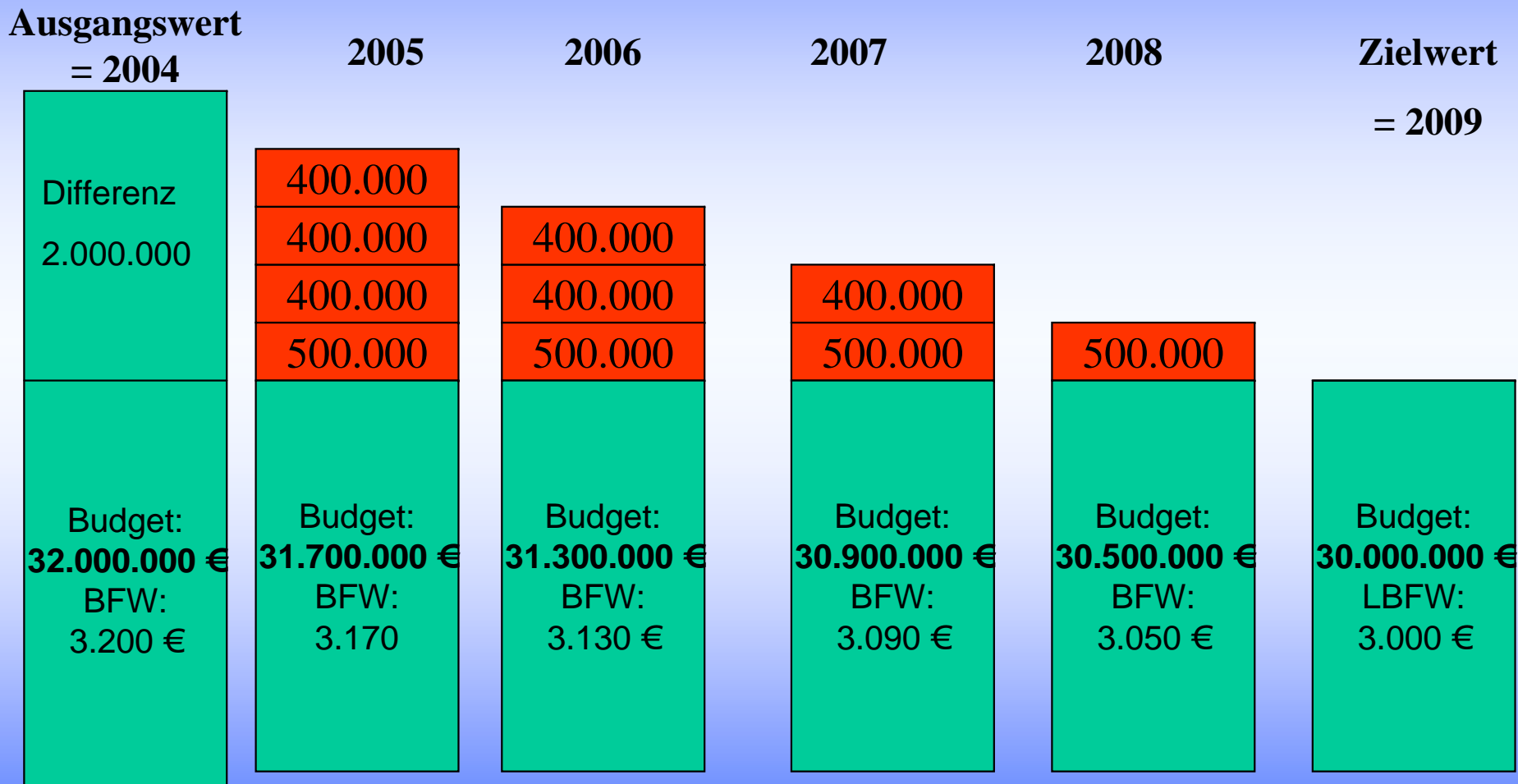
Aufteilung in 4 Verhandlungsbereiche



Auswirkungen der Konvergenzphase für ein Krankenhaus A mit einem krankenhausesindividuellen Basisfallwert < Landesbasisfallwert



Auswirkungen der Konvergenzphase für ein Krankenhaus A mit einem krankenhausesindividuellen Basisfallwert > Landesbasisfallwert



Neue Deckelung im DRG-System

Zwischen 2005 und 2009 Anpassungsphase an das neue Entgeltsystem

Budgetierung der krankenhausindividuellen Budgets wird aufgehoben, d.h., dass die Budgets bzw. die Erlöse der Krankenhäuser sich untereinander verschieben können.

Steuerungsinstrument ist der Landesbasisfallwert, der durchschnittliche Preis je Bewertungsrelation (Leistung)

Nach § 10 KHEntgG darf die Veränderung des Landesbasisfallwertes die Veränderungsrate nach § 71 SGB V (Einnahmenveränderungsrate der Kassen) nicht überschreiten

Veränderungsrate 2008 vs. Tarifentwicklung 2008

- **Bekanntgabe der für den Pflegesatzzeitraum 2008 anzuwendenden durchschnittlichen Veränderungsrate(n) der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied durch das BMG vom 11. September 2007:**

✓ **Gesamtes Bundesgebiet:**  **+ 0,64 %**

- **Vereinbarung für den Bereich TVL ab 1.1.2008:** **2,8 %**
- **TVöD (Bund/Komm.):** **ca. 8 %**
- **Marburger Bund:** **ca. 8 %**

Aktuelle Diskussion zu den ordnungspolitischen Rahmenbedingungen ab 2009

- BMG Diskussionsentwurf zum ordnungspolitischen Rahmen ab 2009 vom Juni 2007
- Konzept der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) vom November 2007
- Stellungnahmen der Verbände
- Verschiedene Stellungnahmen der Kassen
- Technik Entwurf (BMG) vom 01.02.2008

Aktuelle Diskussion zu den ordnungspolitischen Rahmenbedingungen ab 2009

- Landesbasisfallwert/Bundesbasisfallwert
- Preiswettbewerb
- Krankenhausplanung
- Monistische Finanzierung

Landesbasisfallwert/Bundesbasisfallwert

→ BMG- Diskussionspapier

- Landes-Basisfallwerte im Zeitraum von 10 Jahren durch einen Bundesbasisfallwert ersetzen.

→ Länder-Positionen:

- perspektivisch bundesweite BFW als Grundlage, zuvor Erfahrungen mit Landes-BFW auswerten,
- bestehende Unterschiede in den Versorgungsstrukturen der Länder in einer Konvergenzphase berücksichtigen

Landesbasisfallwert/Bundesbasisfallwert

→ DKG, BDPK und VKD

fordern Landes-BFW als Einheitspreise

- **DKG: Entscheidung über Bundes-BFW erst nach Analyse im Jahr 2009**

→ Krankenkassen:

- **VdAK und PKV: Einführung eines Bundes-BFW als Richtwert für die Verhandlung der Landes-BFW**
- **AOK: Landes-BFW**

Entscheidung bezüglich Bundes- bzw. Landesbasisfallwert nach Abschluss der Konvergenzphase?

Die politischen Entscheidungen zum ordnungspolitischen Rahmen 2009 werden **jetzt** getroffen.

Deswegen muss eine klare Positionierung für die Beibehaltung der Landesbasisfallwerte **jetzt** vorgenommen werden.

Analyse der Differenzen zwischen den Landesbasisfallwerten

Um welche Unterschiede geht es?

Zwischen dem höchsten und niedrigsten Landesbasisfallwert 2007 liegen

LBFW 2007 mit Kappung/mit Ausgleichen: nur 9,9 %

LBFW 2007 ohne Kappung/ohne Ausgleiche: nur 9,4 %

Zwischen dem höchsten und niedrigsten Landesbasisfallwert 2006 liegen

LBFW 2006 mit Kappung/mit Ausgleichen: 11,2 %

LBFW 2006 ohne Kappung/ohne Ausgleiche: 11,4 %

Zwischen dem höchsten und niedrigsten Landesbasisfallwert 2005 liegen

LBFW 2005 mit Kappung/mit Ausgleichen: 13,8 %

LBFW 2005 ohne Kappung/ohne Ausgleiche: 14,6 %



Die Differenzen werden immer geringer

Land	LBFW 2007 mit Kappung mit Ausgleich	LBFW 2007 ohne Kappung ohne Ausgleich	LBFW 2006 mit Kappung mit Ausgleich	LBFW 2006 ohne Kappung ohne Ausgleich	LBFW 2005 mit Kappung	LBFW 2005 ohne Kappung
Rheinland-Pfalz	2.956,53 €	2.959,53 €	2.956,53 €	2.959,53 €	2.888,10 €	2.928,10 €
Saarland	2.934,05 €	2.935,00 €	2.908,00 €	2.935,00 €	2.923,02 €	2.930,00 €
Berlin	2.930,00 €	2.960,00 €	2.955,00 €	2.990,00 €	2.999,81 €	3.085,81 €
Bremen	2.849,57 €	2.885,34 €	2.849,57 €	2.899,08 €	2.866,00 €	2.915,00 €
Hamburg	2.830,00 €	2.850,00 €	2.847,39 €	2.893,40 €	2.920,41 €	2.970,73 €
Baden-Württemberg	2.805,70 €	2.851,17 €	2.814,85 €	2.850,38 €	2.774,57 €	2.855,51 €
Bayern	2.787,19 €	2.805,19 €	2.737,07 €	2.789,38 €	2.710,50 €	2.789,75 €
Hessen	2.775,92 €	2.808,14 €	2.786,58 €	2.793,30 €	2.739,99 €	2.748,00 €
Niedersachsen	2.766,58 €	2.786,93 €*)	2.756,03 €	2.791,93 €	2.735,79 €	2.784,64 €
Sachsen-Anhalt	2.750,00 €	2.780,00 €	2.730,00 €	2.780,00 €	2.620,30 €	2.744,19 €
Sachsen	2.736,63 €	2.753,63 €	2.711,20 €	2.727,61 €	2.654,68 €	2.704,68 €
Thüringen	2.731,00 €	2.743,00 €	2.722,50 €	2.730,00 €	2.624,98 €	2.729,60 €
Brandenburg	2.719,27 €	2.723,45 €	2.642,56 €	2.668,72 €	2.612,31 €	2.639,31 €
Nordrhein-Westfalen	2.687,99 €	2.736,22 €	2.687,23 €	2.740,95 €	2.679,80 €	2.734,30 €
Schleswig-Holstein	2.666,00 €	2.673,00 €	2.653,10 €	2.666,10 €	2.619,63 €	2.649,63 €
Mecklenburg-Vorpommern	2.664,00 €	2.680,00 €	2.625,00 €	2.650,00 €	2.585,00 €	2.636,04 €

*) Wert mit Ausgleichen

Landesbasisfallwert/Bundesbasisfallwert

	LBFW 2008 mit Kappung mit Ausgleich	LBFW 2008 ohne Kappung ohne Ausgleich	LBFW 2007 mit Kappung mit Ausgleich	LBFW 2007 ohne Kappung ohne Ausgleich
Rheinland-Pfalz	2.956,53 €	2.959,53 €	2.956,53 €	2.959,53 €
Saarland	2.933,38 €	2.934,83 €	2.934,05 €	2.935,00 €
Bremen	2.871,36 €	2.878,00 €	2.849,57 €	2.885,34 €
Baden-Württemberg	2.832,69 €	2.853,90 €	2.805,70 €	2.851,17 €
Hamburg	2.824,00 €	2.824,00 €	2.830,00 €	2.850,00 €
Hessen	2.811,12 €	2.826,12 €	2.775,92 €	2.808,14 €
Bayern	2.806,19 €	2.819,14 €	2.787,19 €	2.805,19 €
Brandenburg	2.767,76 €	2.765,43 €	2.719,27 €	2.723,45 €
Niedersachsen	2.763,26 €	2.785,00 €	2.766,58 €	2.786,93 €*)
Sachsen-Anhalt	2.755,00 €	2.775,00 €	2.750,00 €	2.780,00 €
Thüringen	2.751,00 €	2.761,00 €	2.731,00 €	2.743,00 €
Sachsen	2.740,63 €	2.753,63 €	2.736,63 €	2.753,63 €
Nordrhein-Westfalen	2.729,00 €	2.753,73 €	2.687,99 €	2.736,22 €
Meck.-Vorpommern	2.727,00 €	2.733,25 €	2.664,00 €	2.680,00 €
Schleswig-Holstein	2.682,00 €	2.685,00 €	2.666,00 €	2.673,00 €
Berlin			2.930,00 €	2.960,00 €

Sachliche Begründbarkeit der Differenzen

- Differenzen müssen sachlich begründbar sein, da alle Landeskrankenhausgesellschaften bzw. die entsprechenden Schiedsstellen zur Vereinbarung oder Festsetzung der Landesbasisfallwerte auf einem nahezu einheitlichen Berechnungsschema beruhen.
 - Auch das BMG hält Unterschiede zwischen den Landesbasisfallwerten für sachlich gerechtfertigt:
In der Verordnung zur Bestimmung vorläufiger Landesbasisfallwerte (KFPV 2005) hat das BMG vorläufige Landesbasisfallwerte für das Jahr 2005 ermittelt. Die sachlich fundierte Ermittlung wurde in der Begründung zur KFPV 2005 genau beschrieben.
- ➔ Es ergaben sich zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Landesbasisfallwert Unterschiede von 18 %.

Vorläufige Landesbasisfallwerte nach KFPV 2005

Bayern	2.656 Euro
Berlin	3.122 Euro
Brandenburg	2.628 Euro
Bremen	2.893 Euro
Hamburg	2.843 Euro
Hessen	2.786 Euro
Mecklenburg-Vorpommern	2.564 Euro
Nordrhein-Westfalen	2.646 Euro
Rheinland-Pfalz	2.848 Euro
Saarland	2.952 Euro
Sachsen	2.633 Euro
Sachsen-Anhalt	2.673 Euro
Thüringen	2.621 Euro

Sachliche Begründbarkeit der Differenzen

Ein sachlicher Grund für die Differenz in den Landesbasisfallwerten ist der Katalogeffekt 2004/2005.

- Die vom BMG ausgewerteten Katalogeffekte 2004/2005 zeigen zwischen dem höchsten Wert (-6,0041%) und dem niedrigsten Wert (-4,3182%) einen Unterschied von

1,6859 Prozentpunkte

→ 28 %

(Quelle: Begründung zur KFPV 2005)

Sachliche Begründbarkeit der Differenzen

Ein weiterer Grund für die Differenzen der sachlich richtig ermittelten Landesbasisfallwerte:

Die Arbeitsgemeinschaft der obersten Landes- und Gesundheitsbehörden (AOLG) hat mit der Auswertung der Entgeltvereinbarungen 2005 versucht, Transparenz über die **DRG-Erlösanteile am Gesamtfinanzierungsvolumen** herzustellen. Aus den von der AOLG vorgelegten Daten lassen sich deutliche Unterschiede zwischen den Vereinbarungen auf Landesebene erkennen:

Sachliche Begründbarkeit der Differenzen

	Minimum %	Maximum %	Unterschied Punkte	Unterschied %
DRG-Erlösvolumen	80,2	89,1	8,9	9,9
Anteil der Zusatzentgelte	1,6	6,5	4,9	75
Erlösanteile BPfIV-Bereiche	6,8	11,9	5,1	42,9
Anteil Ausbildungsbudget	1,2	2,9	1,7	59

Sachliche Begründbarkeit der Differenzen

In den individuellen Entgeltvereinbarungen, die auf Landesebene sehr unterschiedlich gehandhabt werden, liegen weitere Gründe für Differenzen in den Landesbasisfallwerten:

- Verschiebung regulärer Budgetanteile in die Erlösausgleiche, die somit bei der Höhe des Landesbasisfallwertes unberücksichtigt bleiben – und trotzdem dem Krankenhaus zur Verfügung stehen.
 - Verzicht auf die BAT-Berichtigungen 2003 und 2004
 - Verzicht auf die vorgesehenen Veränderungsraten
 - Mehrleistungen nach § 4 Abs. 4 KHEntgG wurden ohne Erhöhung des Budgets vereinbart.
- Deswegen sind einige Landesbasisfallwerte zu niedrig.**

Ordnungspolitische Gründe für die Beibehaltung der Landesbasisfallwerte

Nur durch die Beibehaltung von landeseinheitlichen Basisfallwerten ist auch in Zukunft gewährleistet, dass durch die Landeskrankenhausplanung geschaffene unterschiedliche Versorgungsstrukturen aufrecht erhalten werden können.

Unterschiedliche Versorgungsstrukturen in den Ländern:

- besondere Leistungsbereiche, die in den Bundesländern unterschiedlich stark ausgeprägt sind (Schlaganfallversorgung, DMP, Intensivmedizin);
- besondere Krankenhausstrukturen (Größe der Krankenhäuser, Krankenhausneubauten etc.);
- unterschiedlicher Anteil von Belegleistungen an der Krankenhausversorgung;
- unterschiedlicher Umfang der Investitionsfinanzierung.

Ordnungspolitische Gründe für die Beibehaltung der Landesbasisfallwerte

Mit der Einführung eines Bundesbasisfallwertes entstünde ein zentrales Steuerungselement für die Politik, durch Veränderung einer einzelnen Größe direkt die Krankenkassenausgaben im Krankenhausbereich zu bestimmen. Dies ist besonders verführerisch, wenn man die letzten gesetzgeberischen Aktivitäten betrachtet (1%iger Abzug aufgrund des Beitragsentlastungsgesetzes, 0,8% Sanierungsbeitrag, Absenkung der Veränderungsrate). Dem muss von Vornherein systemgerecht begegnet werden.

Ordnungspolitische Gründe für die Beibehaltung der Landesbasisfallwerte

Der Bundesbasisfallwert wäre lediglich ein politischer Preis, kein sachgerecht hergeleiteter Preis, der den unterschiedlichen Strukturen der Bundesländer Rechnung tragen kann. Damit würde Ungleiches gleich behandelt, ein gravierender Verstoß gegen Artikel 3, 12 GG.

Ordnungspolitische Gründe für die Beibehaltung der Landesbasisfallwerte

Es ist eine Illusion zu glauben, durch eine Nivellierung über einen Bundesbasisfallwert würde eine gerechte Umverteilung erfolgen. Dafür fehlt es sowohl an aussagefähigen Daten als auch an Maßstäben zur Beurteilung des gerechten Preises.

Zusammenfassung

1. Die Differenzen zwischen den Landesbasisfallwerten sind eher gering
2. Die bestehenden Differenzen zwischen den Landesbasisfallwerten sind sachlich begründbar.
3. Aus ordnungspolitischen Sicht sollte an der föderalen Verhandlungspraxis der Landesbasisfallwerte festzuhalten.

Preiswettbewerb

→ BMG- Diskussionspapier

Grundsätzlich Kollektivverhandlungen

technische Umsetzung:

- Erlösbudget = voraus. Leistungen x Landesbasisfallwert
- Weiterhin Ausgleich, wenn Erlösbudget nicht erreicht oder überschritten
- Erlösausgleiche werden über einen Zuschlag abgerechnet

Preiswettbewerb

→ BMG- Diskussionspapier

Aber: Preiswettbewerb für einen Katalog „planbarer und hochstandardisierter Leistungen“ durch Vertragsmöglichkeit mit einzelnen Krankenkassen (Einzelverträge).

- Planbare und hochstandardisierte Leistungen könnten nach BMG z.B. sein:
 - Blinddarm-, Gallen-, Leistenbruch, Kataraktoperationen
 - Einsatz von Endoprothesen, Einsatz von Herzschrittmachern,
 - Gynäkologische Eingriffe, Prostata-eingriffe

- Generelle Ausgliederung der Katalogleistungen aus den Krankenhausbudgets

Preiswettbewerb

→ BMG- Diskussionspapier

- Kein Kontrahierungszwang für Einzelleistungen mehr, aber Abrechnung mit und ohne Einzelverträge möglich.
 - Im Rahmen von Einzelverträgen Vereinbarung von Qualität und ggf. niedrigerem Preis (Höchstpreissystem).
 - Krankenhaus ohne Einzelvertrag Abrechnung der Katalogleistungen zum Landes-Basisfallwert.
- Weiterhin grundsätzlich freie Krankenhauswahl der Patienten, aber die Krankenkassen können durch „Information und Anreize“ Patienten zur Wahl bestimmter Krankenhäuser bewegen. (z. B. durch Informationen zur Qualität der Krankenhäuser oder Wahltarife)

Preiswettbewerb

→ Länder-Position:

- Ein Preiswettbewerb in vertretbarem Rahmen setzt langfristig gesicherte Qualitätskriterien voraus, die zu entwickeln sind.

→ Krankenhausverbände (DKG, BDPK, VKD): Festpreise

- DKG: Wettbewerb als Qualitätswettbewerb

→ Krankenkassen: Höchstpreis

- VdAK und PKV: grundsätzlich gemeinsame Verhandlungen, Einzelverhandlungen für bestimmte Leistungskomplexe;
- AOK: Rabattwettbewerb bei selektivem Verhandeln; Ausnahme: Notfallversorgung

Preiswettbewerb

→ Konsequenzen:

- Krankenhäuser werden evtl. gegeneinander ausgespielt
- Gefahr, dass Preiswettbewerb zu Preisdumping führt aufgrund der Nachfragemacht der Kassen
- Auf jeden Fall werden die Preise sinken bei andererseits hohen Qualitätsansprüchen und eventuell noch Zusatzleistungen
- Nur wenn alle Krankenhäuser im Land Einzelverträge verweigern, kann der Preisverfall verhindert werden (kaum zu erwarten)

Krankenhausplanung

→ BMG- Diskussionspapier

Anerkennung der Zuständigkeit der Länder.

Vorschlag, eine zu detaillierte Planungs- und Regulierungstiefe in Richtung auf eine Rahmenplanung zurückzuführen.

Vorschlag, die Planung sektorübergreifend als integrierte Versorgungsplanung auszugestalten.

Krankenhausplanung

→ Länder-Positionen:

- Gewährleistung der Versorgung ist staatliche Länderaufgabe.
- Die Detailtiefe der Planung können die Länder in eigener Zuständigkeit zugunsten einer Rahmenplanung zurückführen.
- Nähere Ausgestaltung durch Ländergesetze.

→ DKG-Positionen: Krankenhausplanung wie bisher.

→ Krankenkassen:

- VdAK: Umwandlung der betten- und fachabteilungsbezogenen Planvorgaben der Länder auf Orientierungsgrößen für die örtlichen Vertragsparteien

Monistische Finanzierung

→ BMG- Diskussionspapier

- **Der Investitionsstau muss abgebaut werden.**
- **Übergang zu einer monistischen Finanzierung im Zeitraum von 10 bis 15 Jahren.**
- **Bundeseinheitliche Investitionspauschalen in den DRG-Fallpauschalen.**
- **Entlastung der Länder muss kompensiert werden. (Finanzausgleich)**

Monistische Finanzierung

→ Länder-Positionen

- Die monistische Finanzierung stellt heute noch keine Alternative zum gegenwärtigen dualen System dar.
- Notwendigkeit der erforderlichen Investitionsmittel-Ausstattung.
- Fragen des Übergangs, der Aufbringung der Finanzmittel und der regionale Mittelverteilung müssen gelöst werden.

→ DKG-Positionen

- Übergang zur Monistik nur, wenn bisherige Ländermittel in die GKV übergehen und der Investitionsstau abgebaut wird,

→ VdAK und PKV:

- Beibehaltung der dualen Finanzierung wegen fehlender Refinanzierung.

Psychiatrie

- Einführung eines neuen pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen
- Grundsätzlich auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten

Vielen Dank
für die
Aufmerksamkeit!

Kuschen oder klagen?

Aktuelle Rechtsprechung des BSG zu Zahlungsansprüchen der Krankenhäuser

BSG-Beschluss vom 03.08.2006 - B 3 KR 1/06 S „Vertretbarkeit auf dem Prüfstand“

Leitsätze:

1. 3. Senat bestätigt seine bisherige Rechtsauffassung
2. Es hat eine konkrete Betrachtungsweise zu erfolgen, d. h. es ist zu prüfen
 - welche Behandlungsalternativen im Einzelfall zur Verfügung standen.

BSG-Beschluss vom 03.08.2006 - B 3 KR 1/06 S „Vertretbarkeit auf dem Prüfstand“

Leitsätze:

3. Definition KH: Behandlung:
Krankenhausbehandlung ist notwendig, wenn nach Prüfung des Krankenhausarztes zur Behandlung einer Krankheit neben ärztlicher Behandlung die Betreuung durch medizinische Hilfskräfte in geschützter Umgebung erforderlich ist
- ➔ und andere bedarfsgerechte Einrichtungen weder flächendeckend vorhanden sind, noch im Einzelfall konkret zur Verfügung stehen.

BSG-Entscheidung des Großen Senats zur Krankenhausbehandlung vom 25.09.2007 - GS 1/06

Hintergrund:

Der Große Senat des BSG musste den „Streit“ zwischen dem 3. Senat und dem 1. Senat entscheiden. Der 1. Senat sah sich in einem Fall an einer Entscheidung gehindert durch die Spruchpraxis des 3. Senats. Der 3. Senat verlangte durchgängig eine konkrete Betrachtungsweise:

- (1) Solange eine ambulante Weiterbehandlungsmöglichkeit in concreto nicht besteht, musste die KK den stationären Aufenthalt weiter bezahlen.
- (2) Der 3. Senat billigte dem KH-Arzt eine Einschätzungsprärogative zu bei der Beurteilung der Notwendigkeit der KH-Behandlung.

BSG-Entscheidung des Großen Senats zur Krankenhausbehandlung vom 25.09.2007 - GS 1/06

Leitsätze:

1. Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich nach medizinischen Erfordernissen. Reicht nach den Krankenhausbefunden eine ambulante Therapie aus, so hat die Krankenkasse die Kosten eines Krankenhausaufenthaltes auch dann nicht zu tragen, wenn der Versicherte aus anderen, nicht mit der Behandlung zusammenhängenden Gründen eine spezielle Unterbringung oder Betreuung benötigt und wegen des Fehlens einer geeigneten Einrichtung vorübergehend im Krankenhaus verbleiben muss.

BSG-Entscheidung des Großen Senats zur Krankenhausbehandlung vom 25.09.2007 - GS 1/06

Leitsätze:

2. Ob eine stationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist, hat das Gericht im Streitfall uneingeschränkt zu überprüfen. Es hat dabei von dem im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes auszugehen. Eine „Einschätzungsprärogative“ kommt dem Krankenhausarzt nicht zu.

BSG-Urteil vom 28.02.2007 - B 3 KR 15/06 R

Einzelfragen:

Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung, wenn kein Heimplatz (geschlossene Einrichtung) zur Verfügung steht

Sachverhalt:

Alkoholiker mit Selbstgefährdungspotential wurde 2 Monate im Krankenhaus behandelt. Ärzte kamen zu dem Schluss, dass Patient zur eigenen Sicherheit der Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung bedarf. Sie fanden einen geeigneten Heimplatz, die Unterbringung verzögerte sich aber, da die Kostenfrage noch geklärt werden musste. Erst einen weiteren Monat später gab das zuständige Landesamt die Kostenzusage und der Patient wurde im Heim untergebracht.

Krankenkasse verweigert die Zahlung für den letzten Monat.

BSG-Urteil vom 28.02.2007 - B 3 KR 15/06 R

Einzelfragen:

Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung, wenn kein Heimplatz (geschlossene Einrichtung) zur Verfügung steht

Leitsätze:

1. Maßgeblich ist, ob während des letzten Monats eine Krankenhausbehandlung stattgefunden hat.
2. Medikamentengabe reicht allein nicht aus, um eine stationäre Krankenhausbehandlung zu bejahen.
3. Krankenhausbehandlung umfasst „unabdingbar den zielgerichteten Einsatz von Ärzten und Krankenpflegepersonal zur Bekämpfung einer Krankheit“.

BSG-Urteil vom 28.02.2007 - B 3 KR 15/06 R

Einzelfragen:

Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung, wenn kein Heimplatz (geschlossene Einrichtung) zur Verfügung steht

Leitsätze:

4. Die Gewährung von Unterkunft und Verpflegung mit Fortsetzung der Dauermedikation erfüllt diese Voraussetzungen nicht.
5. „Für die im Rahmen des Eintretens des Krankenhauses bei einem Unterbringungsnotstand angefallenen Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Arzneimittelversorgung hat die Krankenkasse nicht aufzukommen.“

BSG-Urteil vom 28.02.2007 - B 3 KR 15/06 R

Einzelfragen:

Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung, wenn kein Heimplatz (geschlossene Einrichtung) zur Verfügung steht

Leitsätze:

6. Einen Unterbringungsnotstand zu beheben wäre Aufgabe des Sozialhilfeträgers, soweit der Versicherte hierfür selbst nicht aufkommen kann.

Anmerkung:

Urteil entspricht bereits der Entscheidung des Großen Senats des BSG vom 25.09.2007 - GS 1/06 - (Vorwegnahme/Aufgabe der Rechtsprechung des 3. Senats)

BSG-Urteil vom 12.11.2003 - B 3 KR 1/03 R

Einzelfragen:

„Funktion der Kostenübernahmeerklärung“

Leitsätze:

1. Mit einer vorbehaltlosen Kostenübernahmeerklärung erkennt die Krankenkasse ihre Zahlungspflicht dem Grunde nach an.
2. Die vorbehaltlose Kostenübernahmeerklärung schließt die Einwendungen aus, ein Versicherungsverhältnis habe nicht bestanden.
3. Die Krankenversichertenkarte selbst begründet keinen Zahlungsanspruch für Krankenhäuser („Missbrauchsfälle“).

BSG-Urteil vom 04.03.2004 - B 3 KR 4/03 R

Einzelfragen:

„Abgrenzung vollstationär, teilstationär, ambulant“

Leitsätze:

1. Die Abgrenzung kann nur vom Merkmal der geplanten Aufenthaltsdauer ausgehen.
2. **Vollstationär:** mindestens einen Tag und eine Nacht
(Hinweis: betrifft operative Eingriffe; im übrigen siehe BSG Urt. vom 28.02.2007 - B 3 KR 17/06 R)
3. **Ambulant:** nur wenn Patient die Nacht vor und die Nacht nach dem Eingriff nicht im Krankenhaus verbringt
4. **Teilstationär:** Zeitliche Beschränkung auf die Behandlung tagsüber (Tagesklinik) oder abends/nachts (Nachtambulanz)
z. B. Psychiatrie, Geriatrie, Pädiatrie

BSG-Urteil vom 04.03.2004 - B 3 KR 4/03 R

Einzelfragen:

„Abgrenzung vollstationär, teilstationär, ambulant“

Leitsätze:

5. Die Entscheidung zum Verbleib des Patienten wird vom Krankenhausarzt in der Regel zu Beginn der Behandlung getroffen, kann aber auch später erfolgen.

BSG-Urteil vom 28.02.2007 - B 3 KR 17/06 R

Einzelfragen:

„Abgrenzung Verbringung/Verlegung“

Sachverhalt:

Krankenhaus A behandelt Patient 14 Tage wegen Wirbelsäulenerkrankung. Patient erlitt während dieser Behandlung Angina pectoris-Anfall mit Verdacht auf Herzinfarkt. Der Patient wurde mittel Notarztwagen um 01:15 Uhr morgens vom Krankenhaus A eingeliefert und auf der Intensivstation des Krankenhauses B aufgenommen.

Nach Ausschluss Herzinfarkt wurde Patient am selben Tag um 11:40 Uhr ins Krankenhaus A zurückgebracht und dort 2 Tage später entlassen.

BSG-Urteil vom 28.02.2007 - B 3 KR 17/06 R

Einzelfragen:

„Abgrenzung Verbringung/Verlegung“

Leitsätze:

1. Es handelte sich bei Krankenhaus B um eine vollstationäre Behandlung „weil die Versicherte vollständig in die Infrastruktur des Krankenhauses einbezogen worden ist und dort unter Einsatz von Ärzten, Krankenpflegepersonal, Apparaten und Medikamenten behandelt worden ist.“
2. Vollstationäre Behandlung „schließt die Annahme aus, dass es sich lediglich um eine „Verbringung“, also um eine ergänzende Inanspruchnahme Dritter durch das vorbehandelnde Krankenhaus gehandelt habe.“

BSG-Urteil vom 28.02.2007 - B 3 KR 17/06 R

Einzelfragen:

„Abgrenzung Verbringung/Verlegung“

Leitsätze:

3. Der Annahme einer vollstationären Behandlung steht auch nicht entgegen, dass sie tatsächlich nur ca. 10 Stunden angedauert hat.
4. Der vollstationären Behandlung steht auch nicht entgegen, dass kein konkreter Plan bestand, die Versicherte länger als eine Tag und eine Nacht auf der Intensivstation zu behandeln und die Behandlungsdauer wegen unklarer Diagnose ungewiss war.

BSG-Urteil vom 04.03.2004 - B 3 KR 4/03 R

Einzelfragen: „Bereicherungsanspruch“

Leitsätze:

1. Anstelle vollstationärer Vergütung kann Bereicherungsanspruch gemäß § 812 Abs. 1 Satz 1 BGB (ausnahmsweise) in Betracht kommen.
2. Bei Zulassung zum ambulanten Operieren:
Anspruch aus AOP-Vertrag (vertraglicher Anspruch)

BSG-Urteil vom 04.03.2004 - B 3 KR 4/03 R

Einzelfragen: „Bereicherungsanspruch“

Leitsätze:

3. Bei fehlender Zulassung zum ambulanten Operieren:
Bereicherungsanspruch analog AOP-Vertrag in dieser Höhe
(a. A.: LSG Rheinland-Pfalz, Urteil von 18.05.2006, L 5 KR 182/05)

Anmerkung 1:

Mit (Nichtannahme-) Beschluss vom 17.10.2007 - B 3 KR 14/07 B - hat das BSG Bereicherungsanspruch dann bejaht, wenn das KH organisatorisch, personell und von der Sachausstattung her auf ambulantes Operieren eingestellt war und solche Operationen auf Kosten der Krankenkassen durchgeführt hat, aber versehentlich die Mitteilung nach § 115 b Abs. 2 Satz 2 SGB V unterlassen hatte.

BSG-Urteil vom 04.03.2004 - B 3 KR 4/03 R

Einzelfragen: „Bereicherungsanspruch“

Anmerkung 2:

Wird die Krankenhausbehandlung unter Verstoß gegen Qualitätssicherungsmaßnahmen (z. B. Mindestmengenregelung) oder unter Verstoß gegen Schutzvorschriften zugunsten anderer Leistungserbringer (z. B. § 111 b Abs. 2 SGB V) erbracht, entfällt der Vergütungsanspruch ersatzlos. Gleiches gilt, wenn wesentliche gesetzliche oder vertragliche Vorschriften des Leistungserbringungsrechts nicht eingehalten werden, z. B. bei Tätigwerden des Krankenhauses außerhalb des ihm eröffneten Tätigkeitsbereiches.

BSG-Urteil vom 28.09.2006 - B 3 KR 22/05 R

Einzelfragen: „Rolle des MDK“

Leitsätze:

1. Verstöße des MDK gegen KÜV muss sich Krankenkasse nicht zurechnen lassen.
2. MDK ist weder Vertreter noch Erfüllungsgehilfe der Krankenkasse.
3. MDK wird im eigenen Pflichtenkreis tätig.
4. MKD ist (wohl) nicht an die Regelungen des KÜV gebunden.

BSG-Urteil vom 28.09.2006 - B 3 KR 22/05 R

Einzelfragen:

„Erstattung überzahlter Kosten an KK“

Leitsätze:

1. Hat KK zur Unrecht Zahlung geleistet, hat sie gegenüber KH einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch entsprechend Bereicherungsrecht (§§ 812 ff. BGB).
2. Entreicherung kann nur bei positiver Kenntnis der KK von Nichtzahlungspflichten eingewandt werden (§ 814 BGB)
3. Der Anspruch unterliegt der 4-jährigen Verjährungsfrist; er entsteht mit Ablauf des Jahres, in dem gezahlt wurde.

BSG-Urteil vom 28.02.2007 - B 3 KR 12/06 R

Einzelfragen:

Anforderung von Krankenunterlagen durch KK mit der Maßgabe, diese dem MDK zur Verfügung zu stellen

Sachverhalt:

Krankenkasse verlangt Herausgabe von Krankenunterlagen in 8 Fällen an den MDK zur Prüfung. Je nach Ergebnis behält sich Krankenkasse die Rückforderung der gezahlten Beträge (ca. 2 Mio. DM) vor.

Die Herausgabe wurde von der KK 2 Jahre nach Rechnungseingang verlangt.

Krankenhaus wendet ein, das Herausgabeverlangen sei unzulässig, im übrigen verspätet. Des weiteren sei eine Rückerstattung durch den bereits erfolgten

Mehrerlösausgleich zumindest zum großen Teil bereits kompensiert.

BSG-Urteil vom 28.02.2007 - B 3 KR 12/06 R

Einzelfragen:

Anforderung von Krankenunterlagen durch KK mit der Maßgabe, diese dem MDK zur Verfügung zu stellen

Leitsätze:

1. Das Krankenhaus ist verpflichtet, die Krankenunterlagen an den MDK zu übersenden, um durch diesen die gebührenrechtliche Prüfung vornehmen zu lassen.
2. Der Anspruch steht den Krankenkassen aus eigenem Recht zu, weil es sich um einen Hilfsanspruch gegenüber dem möglichen Rückzahlungsanspruch handelt, der allein den Krankenkassen zustehen kann.
3. Das Prüfungsverlangen der Krankenkassen „ist auch nicht verspätet, verjährt oder aus sonstigen Gründen ausgeschlossen.

BSG-Urteil vom 28.02.2007 - B 3 KR 12/06 R

Einzelfragen:

Anforderung von Krankenunterlagen durch KK mit der Maßgabe, diese dem MDK zur Verfügung zu stellen

Leitsätze:

4. Gesetzliche oder vertragliche Fristen zur Überprüfung einer Abrechnung bestehen bislang nicht.

Hinweis: jetzt aber: § 275 Abs. 1c SGB V - zeitnahe Prüfung, Einleitung der Prüfung spätestens 6 Wochen nach Eingang der Rechnung, Anzeige des MDK erforderlich.

5. Die vierjährige Verjährung für den Herausgabeanspruch kann nicht vor Ablauf der Verjährung eines Rückzahlungsanspruches eintreten.
6. Der Mehrerlösausgleich ist für den Herausgabeanspruch irrelevant.

Vielen Dank

für die

Aufmerksamkeit!