

## **Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes**

**zum  
Referentenentwurf einer Verordnung zur Änderung der  
Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser aufgrund von  
Sonderbelastungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2  
(COVID-19-Ausgleichszahlungs-Änderungs-Verordnung –  
AusglZÄV)**

Stand 08.06.2020

AOK-Bundesverband  
Rosenthaler Straße 31  
10178 Berlin

Tel. 030/ 3 46 46 - 2299





Das BMG hat am 04.06.2020 den Referentenentwurf einer Verordnung zur Änderung der Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser aufgrund von Sonderbelastungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19-Ausgleichszahlungs-Änderungs-Verordnung – AusglZÄV) auf Basis der Ermächtigung des Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage vorgelegt.

Darin werden Empfehlungen des Expertenbeirats nach § 24 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes umgesetzt, nach denen die Höhe der Pauschale für Gruppen von Krankenhäusern nach CMI und anderen krankenhausbefugenen Kriterien in der Höhe unterschiedlich ausgestaltet werden sollten. Insgesamt werden damit somatische Krankenhäuser in fünf Kategorien gruppiert. Auch für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser und Fachabteilungen gelten gesonderte Pauschalen. Der Referentenentwurf umfasst eine Anlage, die jedes einzelne Krankenhaus einer Ausgleichspauschale zuordnet.

Die Regelungen sind auch Sicht der AOK-Gemeinschaft zunächst begrüßenswert. Bisherige Fehlansätze, wie eine deutliche Unter- bzw. Überzahlungen der tagesbezogenen Erlösausfälle, werden teilweise abgebaut. Auf der vorgeschlagenen Basis können die Ausgleichszahlungen zielgerichteter fließen. Es werden damit insbesondere Krankenhäuser mit hohem Kostenniveau und Intensivkapazitäten gestärkt. Die deutliche Absenkung für die Psychiatrien und Tageskliniken ist ausdrücklich zu begrüßen. Die momentane Übervergütung setzt massive monetäre Anreize, sich aus der Versorgung zurückzuziehen und schadet damit den Patientinnen und Patienten. Im Zuge einer mittelfristig vorzunehmenden Weiterentwicklung der Pauschalen sind noch verbleibende Problemstellungen anzugehen.

Dabei ist zuvorderst der Anker für die Ausgestaltung der Pauschalen zu korrigieren, der sich durch die kostenneutrale Umsetzung der Differenzierung weiterhin auf 560 Euro beläuft. Dieser Wert wurde nicht empirisch abgeleitet, sondern normativ gesetzt. Auswertungen auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherung zeigen, dass dieser Wert deutlich zu hoch angesetzt wurde. Wird die durchschnittliche Vergütung und Verweildauer je Fall (Somatik) vor der Corona-Pandemie zugrunde gelegt, so ergibt sich rechnerisch ein Wert der deutlich unterhalb von 500 Euro liegt. Auch die Tatsache, dass der jetzt im Verordnungsentwurf als Anker für die Ausgleichspauschalen insgesamt genutzte Wert i. H. v. 560 Euro ursprünglich im 1. Referentenentwurf zum COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz ausschließlich für die Maximalversorger vorgesehen war, illustriert das insgesamt falsch-hohe Niveau der Ausgleichszahlungen. Im Rahmen einer mittelfristigen Weiterentwicklung muss eine Korrektur auf empirischer Basis vorgenommen werden.

Einfließen sollte dabei auch eine Unterscheidung von Variablen- und Fixkosten, die bislang unterbleibt. Ohne Korrektur erhalten (beispielsweise orthopädische und kardiologische) Spezialversorger hohe Ausgleichszahlungen, die u. a. in hohen fallbezogenen Sachkosten begründet liegen. Klar ist, dass diese Sachkosten größtenteils nur bei erfolgter Patientenversorgung anfallen und ansonsten eingespart werden. Es handelt sich damit (im Unterschied zu Personalkosten) im Wesentlichen um variable Kosten. Diese Kosten sollten nicht von einer Ausgleichszahlung umfasst sein, um hohe Mitnahmeeffekte zu vermeiden. Bei der Berechnung der Ausgleichszahlungen ist daher für sachkostenintensive Leistungen ein Korrekturfaktor zu berücksichtigen. Im Ergebnis der vorgelegten Regelungen werden insbesondere Fachkliniken mit sachkostenintensiven Leistungen eine Überzahlung erhalten.

Weiterhin muss für eine Weiterentwicklung eine wochentagsbezogene Betrachtung von Erlösausfällen vorgesehen werden, um statistische Verwerfungen bei der Ausgleichsberechnung zu beheben. Hintergrund ist das sogenannte Wochenendproblem. Eine systematische Überzahlung der Kliniken ergibt sich dadurch, dass der Referenzwert für die Ermittlung des pandemie-bedingten Fallzahlrückgangs sich auf die durchschnittliche Belegung des Jahres 2019 bezieht und somit Ausgleichszahlungen an Tagen fällig werden, an denen regelhaft weniger Patienten behandelt werden (z. B. Samstag



und Sonntag). Dies führt, statistisch bedingt, zu unberechtigten Ausgleichszahlungen bei praktischen allen Kliniken. Besonders problematisch ist die Zahlung an Kliniken, die am Wochenende wenig bis keine Patienten behandeln (z. B. Tageskliniken).

Unabdingbar ist es, dass die Mittel für die Ausgleichszahlungen weiterhin als Maßnahme des Krisen- und Katastrophenschutzes aus Bundesmitteln finanziert werden.

Neben der Differenzierung der Ausgleichszahlungen sieht der Referentenentwurf eine Verlängerung des Zuschlags für die Schutzausrüstungen nach § 21 Abs. 6 KHG bis zum 30.9.2020 vor. Ferner wird der Zuschlag für Patienten mit nachgewiesenem Coronavirus SARS-CoV-2 auf 100 Euro erhöht. Die Regelungen sind im Wesentlichen nachvollziehbar. Die Höhe des Zuschlags für die Schutzausrüstung wurde jedoch nicht empirisch abgeleitet, sondern normativ gesetzt. Nachdem die Industrie die Produktionskapazitäten massiv ausweitet, ist mit einem Preisverfall zu rechnen. Der Betrag sollte daher regelhaft überprüft und angepasst werden. Klar ist, dass die GKV ohne Beitragssatzerhöhung oder Unterstützung aus dem Bundeshaushalt nicht unbegrenzt COVID-19 bedingte Sonderausgaben finanzieren kann.

Mit den vorgelegten Regelungen werden die Instrumente zur finanziellen Absicherung der Kliniken im Kontext der SARS-CoV-2 Pandemie prolongiert und modifiziert. Aufgrund der niedrigen SARS-CoV-2 Fallzahlen und der gut aufgestellten Versorgungslandschaft haben Bundes- und Landesregierungen unterdessen auch die schrittweise Wiederaufnahme des Regelbetriebs in den Kliniken eingeleitet. Das ist begrüßenswert, denn die Verschiebung von Krankenhausbehandlungen kann sich negativ auf die Gesundheit der Versicherten auswirken.

Gleichzeitig ist es notwendig auch die regulativen Rahmenbedingungen einer Rückkehr zum Regelbetrieb zu prüfen. Mittelfristig muss dabei auch über eine Rückkehr zu einer regelhaften Abrechnungsprüfung nachgedacht werden, um wirtschaftliche Fehlentwicklungen zu Lasten der Versicherten zu vermeiden. Insbesondere die mit dem MDK-Reformgesetz auf den Weg gebrachte symmetrische Ausgestaltung der Aufwandspauschale sollte baldmöglichst wieder in Kraft gesetzt werden, um – trotz der auf 5 Prozent abgesenkten Prüfquote - Mindestanreize für eine korrekte Abrechnung und Dokumentation aufrechtzuerhalten. Bei weiterer Normalisierung der Versorgung, ist auch eine Rückkehr zu der ursprünglich für das Jahr 2020 vorgesehenen Prüfquote zu prüfen. Ebenso müssen die Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die der G-BA aufgrund der COVID-19 Pandemie ausgesetzt hatte, so schnell wie möglich wieder aktiviert werden, damit dem Patientenschutz ausreichend Rechnung getragen wird.