

FAQ: COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz

Pauschalzahlung von täglich 560 Euro pro freiem Bett

- Krankenhäuser, die zur Bildung von Kapazitäten planbare Aufnahmen, Operationen und Eingriffe verschieben oder aussetzen, erhalten Ausgleichszahlungen: rückwirkend zum 16. März 2020 wird eine Pauschale von täglich 560 Euro für jedes im Vergleich zum Durchschnitt des Vorjahres freie Krankenhausbett gewährt
- Die Zahl freier Betten wird tagesbezogen errechnet anhand der Zahl der im Jahresdurchschnitt 2019 pro Tag stationär behandelten Patienten und subtrahiert mit der Zahl der nun jeweilig am Tag behandelten Patienten
- Das Ergebnis ist vom Krankenhaus wöchentlich aufgeschlüsselt nach Kalendertagen an die zuständige Landesbehörde zu übermitteln
- Die Pauschalen wurden auf Grundlage des Kostennachweises für 2017 ermittelt: Kosten des Pflegedienstes wurden abgezogen, genau wie medizinischer Bedarf (Arzneimittel, Implantate, Blutprodukte, Narkose- und OP-Bedarf, Laborbedarf etc.), Lebensmittelausgaben sowie Ausgaben für Forschung und Lehre, die ebenfalls anderweitig finanziert werden. Erhöhend berücksichtigt wurden hingegen Kosten für nicht direkt beim Krankenhaus beschäftigtes Personal sowie Kosten von vor- und nachstationären Behandlungen, Mittel für ärztliche und nichtärztliche Wahlleistungen sowie für belegärztliche Leistungen. Diese Kosten wurden mit den Annahmen zu den Kostensteigerungen für die Jahre 2018, 2019 und 2020 hochgerechnet und mit einem pauschalen Aufschlag versehen
- Die Länder übermitteln die für ihre Krankenhäuser aufsummierten Beträge unverzüglich an das Bundesamt für Soziale Sicherheit. Dieses überweist die Beträge an das Land zur Weiterleitung an die Krankenhäuser
- Um schnellstmögliche Zahlung zu gewährleisten, kann das Land beim Bundesamt für Soziale Sicherheit Abschlagszahlungen beantragen

50.000 Euro für jede neue intensivmedizinische Behandlungskapazität

- Krankenhäuser, die mit Genehmigung der zuständigen Landesbehörden zusätzliche Beatmungskapazitäten schaffen, erhalten für jedes bis zum 30. September 2020 aufgestellte oder vorgehaltene Bett einmalig 50.000 Euro
- Voraussetzung ist, dass geförderte Betten ein Monitoring ermöglichen mit gleichzeitiger Anzeige von Elektrokardiogramm (EKG), Sauerstoffsättigung, invasiven Drucken sowie Zugriffsmöglichkeiten auf Blutgasanalysegeräten haben
- Die Intensivbetten können dabei zusätzlich zum bisherigen Bettenbestand des Krankenhauses geschaffen werden. Sie sollen jedoch insbesondere über Betten aus anderen Stationen generiert werden

- Unabhängig davon finanzieren die Länder kurzfristig jeweils nach eigenen Konzepten weitere erforderliche Investitionskosten (zur Erinnerung: die Finanzierung von Investitionskosten ist per se eine Kompetenz der Bundesländer)

Pauschale von 50 Euro für Material für jeden neuen Patienten

- Krankenhäuser erhalten für jeden voll- oder teilstationären Fall, der im Zeitraum vom 1. April 2020 bis zum 30. Juni 2020 in das Krankenhaus aufgenommen wird, eine Pauschale von 50 Euro für den erhöhten Bedarf an Material – besonders Schutzausrüstung wie Mundschutz, Atemmasken, Schutzkittel und -brille und Handschuhe
- Das trägt dem Umstand der gestiegenen Nachfrage und den sich daraus entwickelten Preisen Rechnung
- Der Zuschlag wird somit auch für solche Fälle gezahlt, bei denen keine persönliche Schutzausrüstung erforderlich ist. Das berücksichtigt auch die erhöhten Kosten, die vor und nach diesem Zeitraum entstehen
- Dennoch erhält das Bundesministerium für Gesundheit die Möglichkeit, durch eine Rechtsverordnung den Zeitraum zu verlängern und die Zuschlagshöhe für diesen Zeitraum anzupassen

Erhöhung Pflegeentgelt auf 185 Euro

- Der vorläufige Pflegeentgeltwert wird für die Berechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten ab dem 1. Mai 2020 um rund 38 Euro auf 185 Euro erhöht
- Im Falle einer Unterdeckung wird eine Spitzabrechnung vorgenommen und die tatsächlichen Personalkosten finanziell ausgeglichen
- Überdeckungen, die aus niedrigeren krankenhausesindividuellen Pflegepersonalkosten im Vergleich zu den mit dem vorläufigen Pflegeentgeltwert von 185 Euro finanzierten Pflegepersonalkosten resultieren, verbleiben dem Krankenhaus

Weitere Zu- und Abschlagsregelungen

- Für das Jahr 2020 wird der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) ausgesetzt (Erläuterung: Für Krankenhäuser werden jährlich Budgets verhandelt, die auf Leistungen des Vorjahres beruhen. Werden Mehrleistungen vereinbart, so werden sie mit einigen Ausnahmen i.d.R. mit einem Abschlag – von aktuell 35 Prozent – versehen.)
- Für die Budgetverhandlungen des Jahres 2021 ist zu berücksichtigen, dass das Jahr 2020 ein Ausnahmejahr ist und keine repräsentative Ausgangsgrundlage für zukünftige Budgetverhandlungen bildet

- Leistungen zur Behandlung von Patienten mit einer COVID-19-Infektion oder einem Verdacht einer Infektion werden dauerhaft vom FDA ausgenommen
- Um Flexibilität zu gewährleisten wird eine Regelung eingeführt, die es den Vertragsparteien zukünftig ermöglicht, weitere Leistungen vom FDA auszunehmen
- Die Vertragsparteien erhalten grundsätzlich im Falle einer Epidemie die Möglichkeit, im Einzelfall sachgerechte Ausgleichsätze zu vereinbaren.

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

- Für die Reha-Einrichtungen wird eine Regelung getroffen, die der der Krankenhäuser sehr nahekommt: Auch sie ermitteln tagesbezogen ab dem 23. März anhand der Zahlen aus dem Vorjahr die Anzahl der Patienten, die derzeit weniger behandelt werden
- Abgezogen davon werden die Patienten, die zur Kurzzeitpflege oder zur akutstationären Behandlung aufgenommen wurden – diese Möglichkeit wird ebenfalls durch das Gesetz geschaffen (siehe unten)
- Dieser Wert wird mit einer tagesbezogenen Pauschale multipliziert, die 60 Prozent des mit den Krankenkassen vereinbarten durchschnittlichen Vergütungssatzes der Einrichtung entspricht
- Die Einrichtungen übermitteln den Ländern den Bedarf, der anschließend vom Bundesamt für Soziale Sicherung ausgezahlt wird
- Darüber hinaus können die Länder Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen bestimmen, in denen Patienten behandelt werden können, für die eine vollstationäre Behandlungsbedürftigkeit vorliegt
- Voraussetzung dafür ist das Bestehen eines Versorgungsvertrags zwischen einer gesetzlichen Krankenkasse und der Einrichtung, entsprechende Verträge mit der gesetzlichen Renten- oder Unfallversicherung oder dass die Einrichtung von der gesetzlichen Rentenversicherung selbst betrieben wird
- Dadurch können Länder gezielt Engpässen bei Krankenhauskapazitäten vorbeugen
- Zur Vermeidung unverhältnismäßiger Umstellungsprozesse werden die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, für die erbrachten Leistungen Pauschalentgelte zu vereinbaren. Aufgrund der Vergleichbarkeit ist es sachgerecht, diese Pauschalen an die Fallpauschalen der Krankenhausvergütung (DRG) anzulehnen.
- Übergangsweise besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege in Reha-Einrichtungen – auch ohne, dass gleichzeitig eine Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson erbracht wird.

- Die Vergütung soll sich nach dem durchschnittlichen Vergütungssatz der jeweiligen Einrichtung richten. Das vermeidet langwierige und streitanfällige Vergütungsverfahren und dient dem Ziel, möglichst kurzfristig vorhandene Versorgungskapazitäten zu nutzen. Die Vergütung wird zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Einrichtungen vereinbart.
- Diese Regelung gilt ebenfalls wie bei den Krankenhäusern bis zum 30. September 2020

Überprüfung der Auswirkungen

- Das Bundesministerium für Gesundheit überprüft zum 30. Juni 2020 die Auswirkungen der Regelungen auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser
- Dafür wird ein Beirat von Vertreterinnen und Vertretern aus Fachkreisen eingesetzt

Damit die Krankenhäuser zahlungsfähig bleiben, wird eine gesetzliche Zahlungsfrist von 5 Tagen für die bis zum 31. Dezember erbrachten und in Rechnung gestellten Leistungen vorgegeben

Weitere Entlastungen für Krankenhäuser

- Die maximal zulässige Prüfquote von Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst wird für das Jahr 2020 von 12,5 auf 5 Prozent verringert
- Diese Regelung gilt bereits für das 1. Quartal 2020. Soweit Krankenkassen bereits mehr Prüfungen beim Medizinischen Dienst in Auftrag gegeben haben, sind diese zu stornieren
- Der für das Jahr 2020 vorgesehene Aufschlag in Höhe von 10 Prozent der beanstandeten Abrechnung – mindestens jedoch 300 Euro – wird gestrichen
- Der Aufschlag auf durch den Medizinischen Dienst beanstandete Abrechnungen (§ 275c Abs. 3 SGB V) wird erst ab 2022 vorgesehen und nicht ab 2021
- Die Einführung von Strukturprüfungen (§ 275 d SGB V: Einhaltung des Operationen- und Prozedurenschlüssels) wird auf das Jahr 2022 verschoben

Maßnahmen für den niedergelassenen vertragsärztlichen Bereich

- Mindert sich das Gesamthonorar eines Vertragsarztes um mehr als 10 Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal und ist dies eine Folge einer Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses, kann die Kassenärztliche Vereinigung eine befristete Ausgleichszahlung leisten. Die Zahlung ist beschränkt auf Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und wird von den Krankenkassen erstattet

- Ist die Fortführung einer Arztpraxis aufgrund eines der genannten Ereignisse gefährdet, werden Regelungen getroffen, um das Honorar und die Wahrnehmung des Versorgungsauftrags zu sichern

Änderungen im Pflegebereich

- Begutachtung von Pflegebedürftigkeit: Um die vulnerable Personengruppe der Pflegebedürftigen vor zusätzlichen Ansteckungsgefahren zu schützen, werden bis einschließlich 30. September 2020 Gutachten aufgrund der zur Verfügung stehenden Aktenlage erstellt. Zugleich haben jedoch die Gutachter nach Möglichkeit strukturierte Interviews (telefonisch oder digital) mit dem Pflegebedürftigen, einer Pflegeperson oder Pflegekraft und ggf. dem rechtlichen Betreuer durchzuführen
- Wiederholungsgutachten werden bis zum 30. September ausgesetzt
- Die 25-Arbeitstagefrist von Anträgen wird bis zum 30. September 2020 ausgesetzt. Das ist besonders vor dem Hintergrund wichtig, da der Medizinische Dienst sowie der Prüfdienst der PKV bereit sind, freies ärztliches und pflegerisches Personal ohne Aufwandsersatz an Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser und Gesundheitsämter abzustellen
- Diese Regelung gilt jedoch nicht für besonders dringlichen Entscheidungsbedarf: hier werden bundeseinheitliche Kriterien für das Vorliegen, die Gewichtung und die Feststellung dieses Bedarfs entwickelt
- Bei Vorliegen eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs ist die Pflegekasse dazu verpflichtet, dem Antragssteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen, wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen nach Antragstellung kein Begutachten erfolgt ist
- Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, haben bei Pflegegrad 2 und 3 halbjährlich einmal und bei Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen und gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen nachzuweisen. Von den eigentlich vorgesehenen Strafzahlungen bzw. dem Entzug des Pflegegeldes bei Missachtung ist bis zum 30. September 2020 abzusehen
- Pflegekassen dürfen bei Unterschreitungen der in den Pflegeeinrichtungen vereinbarten Personalausstattung kein Vergütungskürzungsverfahren durchführen
- Pflegeeinrichtungen werden verpflichtet, bei einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer Leistungserbringung infolge des Coronavirus umgehend die Pflegekassen zu informieren. Anschließend wird geprüft, ob die Versorgung sichergestellt werden kann bzw. welche Maßnahmen notwendig sind
- Die außerordentlichen Aufwendungen (hygienische Schutzvorkehrungen, zusätzlicher Personalaufwand etc.) sowie Mindereinnahmen, die nicht anderweitig finanziert werden, werden erstattet. Die Erstattung kann regelmäßig bis zum Monatsende bei der Pflegekasse geltend gemacht werden. Die Auszahlung erfolgt innerhalb von 14 Tagen