



Dr. J. Holger Bunzemeier, Dr. med. Wolfgang Fiori, Prof. Dr. med. Norbert Roeder, Martin Heumann

Rettungsschirm für die Krankenhäuser – Angemessen ausgestaltet für den großen Sturm?

Relevante Regelungen des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes für die Krankenhausfinanzierung

Binnen weniger Tage hat die Bundesregierung mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz im Eilverfahren ein Hilfspaket für die Krankenhäuser auf den Weg gebracht. Sind die Krankenhäuser damit gewappnet für den erwarteten Anstieg der COVID-19-Patienten? Die Autoren geben einen detaillierten Überblick, was auf die Kliniken zukommt.

Kaum jemand hatte erwartet, dass die erstmals Ende 2019 in der Volksrepublik China diagnostizierte neuartige Atemwegserkrankung COVID-19, ausgelöst durch das Coronavirus SARS-CoV-2 zu einer Pandemie erwachsen würde, die heute die Welt in Atem hält. Während der größte Teil der Infizierten nur mit milden oder moderaten Erkältungssymptomen zu kämpfen hat oder sogar symptomlos bleibt, kommt es bei einem kleineren Teil zu schweren Lungenentzündungen bis hin zu Lungenversagen und Tod. Diese kritisch kranken Patienten bedürfen einer stationären Versorgung, häufig mit maschineller Atmungunterstützung auf einer Intensivstation. Erschreckende Berichte, insbesondere aus unseren Nachbarländern Italien, Spanien und Frankreich, zeigten die schwierige Versorgungssituation für die zunehmende Zahl von COVID-19-Patienten aufgrund eines Missverhältnisses zwischen den notwendigen und vorhandenen Kapazitäten von Beatmungsplätzen auf Intensivstationen. Angesichts steigender Infektionszahlen auch in Deutschland, forderten Bund und Länder deshalb am 12. März 2020 die Krankenhäuser auf, durch Verschiebung oder Aussetzung planbarer Aufnahmen, Eingriffe und Operationen vorsorglich Bettenkapazitäten für den befürchteten Anstieg von COVID-19-Patienten freizuhalten. Darüber hinaus sollten die Krankenhäuser zusätzliche intensivmedizinische Behandlungskapazitäten schaffen. Im Gegenzug versprach die Bundesregierung durch gesetzliche Maßnahmen zügig sicherzustellen, dass die wirtschaftlichen Folgen für die Krankenhäuser ausgeglichen werden und kein Krankenhaus durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie ins Defizit kommen solle. Zusätzlich wurde in Aussicht gestellt, dass Krankenhäuser für jedes Intensivbett, das zusätzlich provisorisch geschaffen und vorgehalten wird, einen Bonus erhalten sollen.

Mit der gesetzgeberischen Umsetzung dieser Versprechen konnten sich Fachkreise am Samstag den 21. März 2020, wenige Tage vor Verabschiedung des Gesetzes, erstmals beschäftigen, nachdem sie Zugriff auf einen ersten Entwurf des Gesetzes zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der

Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz) erhalten hatten. Die Reaktion darauf ließ an Eindeutigkeit nichts vermissen. Herr **Dr. Gerald Gaß**, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), wurde in einer Pressemitteilung der DKG wie folgt zitiert: „der gesamte Entwurf ist eine Katastrophe für die Krankenhäuser und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Mit diesem Gesetzentwurf laufen wir Gefahr, dass in wenigen Monaten Krankenhäuser in die Insolvenz gehen. Ich bin sicher, dass die Menschen im Land keinerlei Verständnis für diese Art von Politik haben“. Auch wenn die Politik auf die Kritik reagierte und Nachbesserungen an dem Rettungsschirm vorgenommen hat, weicht dieser weiterhin ganz grundsätzlich vom Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft ab. Mit diesem Beitrag sollen die Veränderungen für die Krankenhausfinanzierung vorgestellt und die möglichen Auswirkungen auf die wirtschaftliche Situation für die Krankenhäuser diskutiert werden.

Wesentliche Elemente des von der DKG vorgeschlagenen Finanzierungskonzeptes

Sowohl die DKG als auch der AOK-Bundesverband haben getrennt voneinander konzeptionelle Überlegungen angestellt, wie in Zeiten der COVID-19-Krise die Krankenhausfinanzierung konzipiert sein muss, um auf die Sachlage adäquat zu reagieren. Die Überlegungen beider Seiten mündeten in einem gemeinsamen Vorschlag, der dem Bundesministerium für Gesundheit unterbreitet wurde. Hiernach sollte die Finanzierung der Krankenhäuser, die in Folge der Freihaltung von Bettenkapazitäten der Krankenhäuser mit dramatischen Erlöseinbußen zu rechnen haben, ab April auf eine weitestgehend leistungsunabhängige Vergütung mit einem Garantiebudget umgestellt werden. Zur Wahrung der Liquidität sollten Krankenhäuser fixe monatliche Abschlagszahlungen, finanziert aus dem Gesundheitsfonds, erhalten. Zur Berechnung des monatlichen Abschlagsbetrages sollte, etwas verkürzt dargestellt, das jeweilige

Vorjahresbudget bzw. des zuletzt vereinbarten Gesamtbetrages um den Veränderungswert erhöht werden und schließlich durch 12 geteilt werden, um das Budget auf eine monatliche Basis herunterzurechnen. Ergänzend sollte den Krankenhäusern, die während der Krise viele Patienten zu versorgen haben, die höheren Behandlungskosten von den Krankenkassen zusätzlich erstattet werden, wenn sie die monatlichen Abschlagzahlung auf das Budget des Vorjahres überschreiten. Um die Funktionalität des Morbi-RSA sicherzustellen, sollten die erbrachten Behandlungsleistungen fortlaufend nach § 301 SGB V dokumentiert und die Leistungs- und Abrechnungsdaten an die zuständige Krankenkasse übermittelt werden.

Zur Kompensation steigender Kosten für Schutzausrüstung sollten die Krankenhäuser darüber hinaus von April bis Dezember 2020 eine Pauschale von 160 € pro behandeltem Fall erhalten. Für die Erweiterung der Intensivplätze mit Beatmung wurde eine Förderung von 85 000 € je nachgewiesenem Bett vorgeschlagen.

Neben den finanziellen Aspekten sollten alle nicht zwingend erforderlichen Regulierungsvorgaben für das laufende Jahr ausgesetzt werden. Krankenhäuser sollten sich voll auf die Behandlung sowie die Organisation der Behandlung von COVID-19-Patienten konzentrieren können.

Überblick über die wesentlichen Regelungen des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes

Der Gesetzgeber hat mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz die Vorschläge des DKG-Konzeptes nur teilweise aufgegriffen und hält trotz großer Kritik der Krankenhäuser auch für die Krisenzeit an der leistungsorientierten DRG-Vergütung der Krankenhäuser grundsätzlich fest. Diese wird nur in Bezug auf Regelungen zum budgettechnischen Umgang mit Mehr- und Minderleistungen angepasst. Zur Kompensation der Einnahmeausfälle durch Verschiebung oder Aussetzung planbarer Aufnahmen, Eingriffe oder Operationen wird eine bundeseinheitliche tagesbezogene Ausgleichszahlung von 560 € eingeführt. Die Ausgleichszahlung ist unabhängig von den tatsächlichen Kosten bzw. Erlösen pro Behandlungstag im individuellen Krankenhaus. Darüber hinaus werden Krankenhäuser zeitlich begrenzt für krisenbedingte Mehrkosten, zum Beispiel für Schutzausrüstungen, einen fallbezogenen Zuschlag von 50 € erhalten. Ab 1. April wird der für die Pflegeerlösabrechnung vorläufig festgelegte Pflegeentgeltwert um circa 38 € auf 185 € erhöht und eine Meistbegünstigungsklausel für den späteren Ausgleich des Pflegebudgets eingeführt. Für den Ausbau zusätzlicher intensivmedizinischer Beatmungsplatzkapazitäten mit Genehmigung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde wird eine Bonuszahlung von 50 000 €/Bett eingeführt, die aber hinter den Forderungen der DKG zurückbleibt. Allerdings sollen die Länder kurzfristig jeweils nach eigenen Konzepten weitere erforderliche Investitionskosten finanzieren. Durch Absenkung der Prüfquoten und Aussetzung der mit dem MDK-Reformgesetz eingeführten Sanktionszah-

lungen bei Rechnerkorrekturen sollen die Krankenhäuser zusätzlich entlastet werden. Die Liquidität der Krankenhäuser soll durch eine auf fünf Tage verkürzte Zahlungsfrist zusätzlich gestärkt werden. Im Bedarfsfall sollen die Länder Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für die akutstationäre Behandlung von Patientinnen und Patienten bestimmen können, so dass Krankenhäuser bei hohem Patientenaufkommen entlastet werden könnten.

Zusätzlich zu den krankenhausspezifischen Regelungen werden mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz auch Entlastungen für weitere Leistungserbringer, wie zum Beispiel die Vertragsärzte oder Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen geschaffen, worauf in diesem Beitrag aber nicht näher eingegangen werden soll.

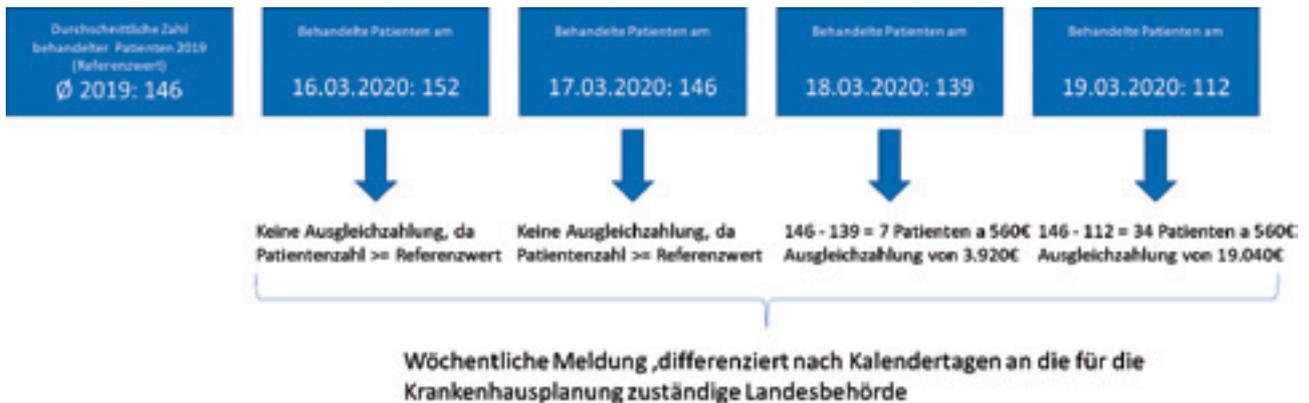
Pauschaler Ausgleich bei Erlösrückgängen

Die erbrachten Leistungen zugelassener Krankenhäuser werden auch während der Corona-Krise mit Hilfe der bekannten Finanzierungsinstrumente, wie zum Beispiel DRGs, Zusatzentgelte und Pflegeerlös, mit den jeweiligen betroffenen einzelnen Kostenträgern abgerechnet. Für die Erlösausfälle in Folge des Freihaltens von Betten durch Verschiebung oder Aussetzung planbarer Aufnahmen, Eingriffe und Operationen wird eine pauschale, an der reduzierten täglichen Patientenzahl eines Krankenhauses orientierte Ausgleichszahlung eingeführt. Diese Regelung soll zunächst bis zum 30.9.2020 gelten und außerbudgetär gezahlt werden. Aus Sicht des Gesetzgebers dient die Gegenüberstellung der durchschnittlichen Patientenzahlen des Jahres 2019 mit der aktuell geringeren Patientenzahl als Indikator dafür, dass einem Krankenhaus durch Verschiebung oder Aussetzung planbarer Aufnahmen, Eingriffe oder Operationen Erlösausfälle entstanden sind.

Für die Berechnung der Ausgleichszahlung wird für jedes Krankenhaus zunächst die durchschnittliche Anzahl pro Tag voll- oder teilstationär in Behandlung befindlichen Patienten des Jahres 2019 als Referenzwert ermittelt. Für jeden Tag, beginnend ab dem 16.03.2020, wird diesem Referenzwert die Zahl der sich voll- oder teilstationär in Behandlung befindlichen Patienten gegenübergestellt. Liegt die aktuelle Patientenzahl unterhalb des Referenzwertes, erhält das Krankenhaus eine Ausgleichszahlung. Dafür wird die Differenz der am jeweiligen Tag behandelten Patienten zum Referenzwert berechnet und diese mit 560 € multipliziert. Für Tage mit Patientenzahlen oberhalb des Referenzwertes erfolgt keine Ausgleichszahlung. Die Krankenhäuser melden wöchentlich und aufgeschlüsselt nach Wochentagen den ermittelten Betrag an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde (► **Abbildung 1**).

Die Landesbehörde ruft über das Bundesamt für Soziale Sicherung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds die jeweiligen Beträge ab und überweist diese entsprechend des gemeldeten Bedarfs an das jeweilige Krankenhaus. Der Gesundheitsfonds wird nur zur Vorfinanzierung der Kosten herangezogen. Im Nachgang soll ein Ausgleich für den Gesundheitsfonds über den Bundeshaushalt erfolgen.

Abbildung 1: Berechnung der Ausgleichszahlung nach § 21 Absatz 1-4 KHG



Selbstverwaltungspartner regeln Nachweisverfahren

Die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene haben innerhalb von 14 Tagen nach Verkündung des Gesetzes das Verfahren zum Nachweis der Anzahl der täglich voll- oder teilstationär behandelten Patienten im Vergleich zum Referenzwert zu regeln. Die Bundesschiedsstelle würde bei ausbleibender Vereinbarung innerhalb von weiteren zwei Wochen eine Festlegung vornehmen. Im Gesetz wird nicht explizit festgelegt, wie die Patientenzahl zu ermitteln ist. Bei vielen Notaufnahmen und möglicherweise in der Corona-Pandemie steigender Zahl früh verlegter oder verstorbener Fälle, wird es einen Unterschied machen, ob die Tagesfälle mit einbezogen werden oder die Mitternachtsstatistik zugrunde gelegt wird. Durch Fallführungsprozesse und Änderungen des Fallstatus in Folge von Abrechnungsprüfungen, ergibt sich abhängig vom Messzeitpunkt eine unterschiedliche Belegung für ein Krankenhaus. Krankenhäuser sind deshalb gut beraten, vor den wöchentlichen Meldungen ihrer Patientenzahlen die Richtigkeit der Belegung zu überprüfen. Fehlerhaft dokumentierte stationäre Belegungen, die erst nach der wöchentlichen Meldung korrigiert werden, würden die Ausgleichszahlung je Patient und Tag um 560 € reduzieren.

Für die Nachweisvereinbarung ist zu bedenken, dass aktuelle Belegungsstatistiken für das Jahr 2019 lokal zu sehr unterschiedlichen Anteilen schon nachträgliche Fallkorrekturen berücksichtigen, die Einfluss auf die durchschnittliche Belegung des Jahres nehmen. Wenn für 2020 die Belegung im Sinne der Liquiditätssicherung frühzeitig an die Landesbehörden gemeldet werden, fehlen zu dem Zeitpunkt derartige Fallkorrekturen, die erst mit größerem zeitlichem Abstand zum Leistungsgehehen umgesetzt werden können.

Wie wurde der Wert für die pauschale Ausgleichszahlung ermittelt?

Während noch im ersten Entwurf des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes von der Bettenzahl eines Krankenhauses differenzierte Ausgleichsbeträge zwischen 410 € für Häuser bis

199 Betten, 440 € für Häuser mit bis zu 499 Betten und 540 € für Häuser mit 500 oder mehr Betten vorgesehen waren, führten die Änderungen am Gesetzentwurf zu einem einheitlichen Wert von 560 €. Ausgangsbasis für die Berechnung der Werte war der Kostennachweis der Krankenhäuser für das Jahr 2017. Die Gesamtkosten der Krankenhäuser wurden um die Kosten des Pflegedienstes, über gesonderte Budgets finanzierte Ausbildungskosten und verbrauchsbezogene Sachkosten (Medizinischer Sachbedarf und Lebensmittel) gemindert. Erhöhend berücksichtigt wurden die Kosten hingegen für nicht direkt beim Krankenhaus beschäftigtes Personal. In die Kalkulation einbezogen wurden auch Kosten von vor- und nachstationären Behandlungen, Mittel für ärztliche und nichtärztliche Wahlleistungen sowie für belegärztliche Leistungen. Diese Kosten wurden schließlich mit Annahmen zu den Kostensteigerungen für die Jahre 2018, 2019 und 2020 für das Anwendungsjahr 2020 normiert und durch die Summe der Belegungstage 2017 geteilt. Auf den so errechneten Tageskostenwert wurde noch in Würdigung der besonderen Kostensituation durch die Pandemie ein Aufschlag in nicht näher bezeichneter Höhe berücksichtigt.

Schützt die Ausgleichszahlung die Krankenhäuser vor Defiziten?

Inwiefern die Ausgleichszahlungen erfolgreich Defizite von Krankenhäusern abwenden können, die durch Verschiebung oder Aussetzung planbarer Aufnahmen, Eingriffe oder Operationen Erlöseinbußen aus den Fallpauschalen hinnehmen müssen, wird man wohl erst nach der Krise wissen. Denn letztlich müssen für eine Bilanz die Erlöse aus den Fallpauschalen und den Ausgleichszahlungen in Summe betrachtet und den tatsächlich entstandenen Kosten gegenübergestellt werden. Abhängig von der weiteren Entwicklung der COVID-19-Patientenzahlen, die dramatisch steigen könnten ggf. aber auch nur moderat, wird sich die Gewichtung der Ausgleichszahlungen für freistehende Betten und der DRG-Erlöse in die eine oder die andere Richtung verschieben. Steigen die Fallzahlen kurzfristig stark an, wird die Ausgleichszahlung aufgrund belegter Betten in den Hintergrund treten und die DRG-Erlöse werden die Refi-

nanzierung der Krankenhäuser bestimmen. Die Bewertungsrelationen der für die COVID-19-Patienten zur Abrechnung kommenden DRGs werden große Spannbreiten aufweisen. Patienten mit nicht beatmungspflichtiger Lungenentzündung dürften in der Regel in vergleichsweise niedrig bewertete DRGs eingruppiert werden, während beatmete Fälle über hoch bewertete Beatmungs-DRGs abgerechnet würden. Werden die eigentlich geplanten Fälle eines Krankenhauses durch vor allem nicht-beatmete COVID-19-Patienten ersetzt, die im Vergleich zum üblichen Leistungsspektrum niedrigere Bewertungsrelationen aufweisen und erzielt das Krankenhaus aufgrund einer Belegung oberhalb des Durchschnitts 2019 kaum Ausgleichszahlungen, könnte sich die wirtschaftliche Situation des Krankenhauses krisenbedingt verschlechtern, sofern kompensatorisch nicht die Kosten entsprechend des Erlösrückganges reduziert werden können. Ein Problem für viele Krankenhäuser könnte in diesem Zusammenhang auch darin bestehen, dass sie unter den derzeitigen Bedingungen oftmals nicht mehr die Möglichkeit haben, hochbetagte Patienten in nachsorgende Einrichtungen (Altenheime, geriatrische Fachkrankenhäuser, etc.) weiter zu verlegen. Dadurch verlängert sich die Verweildauer im Krankenhaus unverhältnismäßig und ohne weitere Vergütung, weil die Ausgleichszahlung in Höhe von 560 € in diesem Fall nicht abgerechnet werden kann. Werden in einem Krankenhaus durch COVID-19 überdurchschnittlich viele hoch bewertete Beatmungs-DRGs abgerechnet, ist nicht auszuschließen, dass sich die wirtschaftliche Situation eines Krankenhauses hingegen verbessert, ggf. auch deshalb, weil zusätzlich zu den hoch bewerteten Beatmungs-DRGs auch noch Ausgleichszahlungen abgerechnet werden können, wenn Betten auf Normalstationen frei bleiben. Diese Beispiele machen deutlich, dass eine einigermaßen verlässliche Prognose, wie sich die Neuregelungen auf die wirtschaftliche Situation eines Krankenhauses und die zu leistende Finanzierung durch den Bund und die Krankenkassen auswirken werden, nur in Kenntnis der weiteren Entwicklung des Fallzahlenanstiegs von COVID-19-Patienten und deren Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen erstellt werden könnte.

Die Orientierung bei der Berechnung der Höhe der bundeseinheitlichen Ausgleichszahlung an den durchschnittlichen Kosten aller Krankenhäuser lässt allerdings die Aussage zu, dass die Refinanzierung der Vorhaltekosten für freigehaltene Betten nicht allen Häusern gleichermaßen gerecht werden kann. Im Vergleich zu Krankenhäusern mit geringen Vorhaltekosten werden Krankenhäuser mit hohen Vorhaltekosten durch die bundeseinheitliche Ausgleichszahlung systematisch benachteiligt. Hierzu dürften insbesondere Universitätskliniken, bestimmte andere Maximalversorger sowie Spezialversorger, wie Herzzentren gehören. Abhängig vom Leistungsspektrum könnten die tagesbezogenen Vorhaltekosten dieser Häuser sogar deutlich über der Ausgleichszahlung von 560 € liegen. Vereinzelt werden auch kleinere und mittlere Häuser mit hohen Elektivpatientenanteilen und/oder mit einem hohen Anteil an komplexen Leistungen oder Häuser mit vergleichsweise niedrigen Verweil-

dauern im Vergleich zu den geplanten DRG-Erlöse durch die Ausgleichszahlung eine nur unzureichende Refinanzierung erfahren. Auf der anderen Seite werden beispielsweise viele Tageskliniken niedrigere Vorhaltekosten aufweisen. Aus Sicht der Autoren ist nicht nachvollziehbar, warum diese offensichtlichen Unterschiede in den Kosten- und Erlösstrukturen der Krankenhäuser nicht berücksichtigt wurden und stattdessen eine bundeseinheitliche Ausgleichszahlung festgesetzt wurde.

Nach §21 Absatz 1 KHG sollen die Ausgleichszahlungen für zugelassene Krankenhäuser, inkl. psychiatrischer Einrichtungen, gelten, die zur Erhöhung der Bettenkapazitäten für die Versorgung von Patienten, die mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert sind, planbare Aufnahmen, Operationen und Eingriffe verschieben oder aussetzen. Die aktuelle Belegungssituation der Krankenhäuser dürfte vorrangig auf das aktive Freihalten von Bettenkapazitäten der Krankenhäuser zurückzuführen sein. Aber auch Absagen von stationären Behandlungsterminen durch die Patienten, die ebenfalls den Anforderungen der Bundesregierung folgen und Kontakte zu Mitmenschen reduzieren, werden die Belegungssituation in den Krankenhäusern ebenso beeinflussen, wie die geringeren Zuweisung aus dem vertragsärztlichen Bereich, der aktuell ebenfalls stark durch das Coronavirus gefordert ist. Aus Sicht der Autoren darf der gespannte Rettungsschirm daher nicht unterscheiden, ob die geringere Belegung eines Krankenhauses auf eigene Initiative oder auf Entscheidungen der Patienten bzw. der Zuweise zurückzuführen sind, wenn Insolvenzen von Krankenhäusern abgewendet werden sollen. Ohnehin dürfte eine Differenzierung der Gründe für eine niedrigere Belegung im Vergleich zum Durchschnitt des Vorjahres schwerfallen. Beispielsweise könnte die proaktive Absage eines stationären Behandlungstermins eines Patienten der Absage seitens des Krankenhauses vorausgegangen sein. Nichtsdestotrotz sind Krankenhäuser gut beraten, ihre Vorgaben und Aktivitäten, sowie die zugehörigen Kosten und Erlösausfälle bestmöglich zu dokumentieren, um bei bislang nicht vorherzusehenden Auslegungsfragen des Gesetzes mithilfe einer guten Datenbasis berechnete Ansprüche geltend machen zu können.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird bis zum 30. Juni 2020 die Auswirkungen u.a. der Regelung für die pauschale Ausgleichszahlung überprüfen. Dafür soll ein Beirat von Vertreterinnen und Vertretern aus Fachkreisen eingesetzt werden. Mit einer Verordnungsermächtigung erhält das BMG die Möglichkeit, diese und ausgewählte andere Regelungen, um jeweils bis zu 6 Monate zu verlängern und den Wert für die Ausgleichszahlung anzupassen, soweit weiterhin planbare Aufnahmen, Eingriffe oder Operationen nicht durchgeführt werden können.

Fallbezogene Pauschale zur Kompensation von Preis- und Mengensteigerungen bei persönlichen Schutzausrüstungen

Für jeden im Zeitraum vom 1. April bis 30. Juni 2020 aufgenommenen voll- oder teilstationären Patienten können zugelas-

sene Krankenhäuser einen Zuschlag von 50 € erheben. Mit dem Zuschlag soll eine Kompensation für Preis- und Mengensteigerungen infolge der COVID-19-Pandemie erfolgen, insbesondere bei persönlichen Schutzausrüstungen. Es muss sich zeigen, wie weit die Krankenhäuser mit dem nun festgelegten Betrag, der zudem nur 12 Wochen zur Abrechnung kommen soll, zurecht kommen werden. Schon jetzt wird deutlich, dass es gerade bei der Schutzausrüstung zu einer Preisexplosion wegen des großen Mangels kommt. Krankenhäuser berichten von aktuell 10–20-fach höheren Preisen als vor der Krise. Auch für diesen Zuschlag kann das BMG mit seiner Verordnungsermächtigung sowohl die Dauer, als auch die Höhe, im weiteren Verlauf der Krise anpassen. Wir empfehlen, dass Krankenhäuser die Kostenentwicklung und den Mehrverbrauch von Schutzausrüstungen und andere außerordentliche Kosten, die auf die COVID-19-Pandemie zurückzuführen sind, nachvollziehbar dokumentieren. Nur so kann bei möglichen zukünftigen Änderungen der gesetzlichen Regelungen, die ggf. auch die Forderung eines Kostennachweises mit sich bringen könnten, eine ausreichend belastbare Datenbasis vorliegen.

Umgang mit Mehr- und Minderleistungen im Rahmen der Budgetvereinbarung 2020 und in Folgejahren

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurde der Fixkostendegressionsabschlag (FDA) eingeführt, der auf zusätzlich vereinbarte Leistungen anzuwenden ist. Bestimmte Leistungen wurden vom FDA allerdings ausgenommen, wie zum Beispiel Leistungen mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln, Transplantationen oder Polytraumata. Mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz werden nun auch Leistungssteigerungen vom FDA befreit, die auf die Behandlung von Patienten mit einer SARS-CoV-2 -Infektion oder mit Verdacht auf eine SARS-CoV-2-Infektion zurückzuführen sind. Krankenhäuser sollten bei der Kodierung auf die vollständige Erfassung der für diese beiden Tatbestände geschaffenen ICD-Kodes U07.1! und U07.2! achten, damit der Nachweis auch datentechnisch erfolgen kann. Zusätzlich eingeführt wird auch die Möglichkeit, bestimmte Leistungssteigerungen zur Vermeidung unzumutbarer Härten vom FDA auszunehmen. Allerdings zeigt die Erfahrung aus vielen Budgetverhandlungen, dass insbesondere die Frage, was eine unzumutbare Härte darstellt, äußerst selten von den Vertragspartnern gleichartig beantwortet wird. Dass diese Regelung also in der Praxis erfolgreich zu Gunsten der Krankenseite geltend gemacht werden kann, muss bezweifelt werden. Auch der Nutzen der Ausnahmeregelung der Leistungssteigerung im Zusammenhang mit COVID-19-Infektionen und Verdachtsfällen bleibt abzuwarten. Für 2020 hat der Gesetzgeber nämlich den FDA grundsätzlich ausgesetzt. Leistungssteigerungen über die Vereinbarung des Jahres 2019 hinaus sind demnach vollständig FDA-frei. Nach § 4 Absatz 2a Satz 5 und § 11 Abs. 2 KHEntgG gelten die Fixkostendegressionsabschläge aus Vorjahren nicht automatisch, sondern nur dann fort, wenn sie

erneut vereinbart werden. Auch wenn der Gesetzgeber die Aussetzung des FDA mit möglichen Mehrleistungen durch die Corona-Pandemie begründet, sieht der Gesetzestext die Aussetzung des Fixkostendegressionsabschlags für die gesamte Vereinbarung des Erlösbudgets 2020 vor. Damit wäre die Aussetzung nicht ausschließlich auf Leistungssteigerungen im Jahr 2020 zu beziehen, sondern würde auch die Neuvereinbarung der sonst weitergeltenden Fixkostendegressionsabschläge aus den Vorjahren mit umfassen.

Angesichts der großen Ungewissheit darüber, wie die COVID-19-Pandemie das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern im weiteren Verlauf des Jahres beeinflussen wird, ist derzeit nicht abzusehen, ob Krankenhäuser überhaupt Leistungssteigerungen in diesem Jahr erzielen werden. Die weiter oben beschriebenen Ausgleichszahlungen von 560 € pro Tag für nicht belegte Betten gehen nicht in den Gesamtbetrag ein. Auch erhebliche Leistungsrückgänge sind daher sehr gut vorstellbar. In diesem Fall stellt sich die Frage, wie Leistungszuwächse 2021 im Sinne der FDA-Regelungen zu bewerten sein werden. Der Gesetzgeber weist in seiner Gesetzesbegründung ausdrücklich darauf hin, dass für die Budgetverhandlungen des Jahres 2021 zu berücksichtigen sei, dass das Jahr 2020 ein Ausnahmejahr ist und keine repräsentative Ausgangsgrundlage für zukünftige Budgetverhandlungen bildet. Damit wird deutlich, dass der Gesetzgeber die besondere Problematik für die Leistungsmengenvereinbarung 2021 bereits voraussieht. Umso erstaunlicher ist es, dass er die vorhersehbare schwierige Verhandlungssituation nicht durch gesetzgeberische Vorgaben auflöst. Sich aus Krankenhaussicht wohlmöglich ausschließlich bei zu vereinbarenden Leistungssteigerungen für 2021 auf den neuen, unspezifischen FDA-Ausnahmetatbestand beziehen zu können, der unzumutbare Härten von den Krankenhäusern abwenden soll, dürfte bei vielen Krankenhausvertretern ein Gefühl der Verunsicherung auslösen. Es wäre wünschenswert, dass der Gesetzgeber zeitnah hierzu eine gesetzliche Regelung verabschiedet, mit der für die Krankenhäuser Sicherheit geschaffen wird, dass sie 2021 nicht durch FDA-belegte Leistungsveränderungen im Vergleich zum Krisenjahr belastet werden. In einem Live-Chat von Bibliomed-Manager am 26. März 2020 deutete Bundesgesundheitsminister Jens Spahn an, dass durchaus im weiteren Verlauf des Jahres Regelungen zum Umgang mit Leistungsmengenvereinbarungen nach dem Krisenjahr gesetzlich vorgegeben werden könnten. Nach ersten Überlegungen könnte als Grundlage für eine Leistungsmengenvereinbarung 2021 Bezug auf das Leistungsgeschehen 2019 genommen werden, denn 2020 könne nicht als Ausgangsbasis dienen.

Eine weitere Änderung betrifft die Regelungen zu den Mehr- und Mindererlösausgleichen bei Abweichung der Ist-Erlöse von den vereinbarten Erlösen. Für außergewöhnliche Leistungsentwicklungen in Folge von Epidemien können die Vertragspartner auf der Ortsebene nun sachgerechte Erlösausgleiche, auch nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums, vereinbaren. Dass dies vom Gesetzgeber als Kann- und nicht zumindest als Soll-Regelung formuliert wurde, schafft für die Krankenhäuser allerdings

keinerlei Sicherheit, sind sie in diesem Punkt doch am Ende auf eine Einigkeit mit den Kostenträgern angewiesen.

Anhebung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes und Einführung einer Meistbegünstigungsklausel für den Ausgleich des Pflegeerlöses/ Pflegebudgets

Mit dem 2018 verabschiedeten Pflegepersonalstärkungsgesetz wurde vorgegeben, dass ab 2020 Krankenhäuser die Kosten für Pflegepersonal in der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen („Pflege am Bett“) über ein Pflegebudget vollständig erstattet bekommen sollen. Da die tatsächlichen Kosten für die Pflege erst nach Ablauf des Geschäftsjahres bekannt sind, erhalten Krankenhäuser ab 2020 zunächst DRG- und tagesbezogene Abschlagszahlungen auf ihr Pflegebudget. Dafür wurde eine Pflegeerlösabrechnung eingeführt, die neben der Abrechnung der aG-DRGs erfolgt. Um eine Doppelvergütung für die Pflege am Bett zu verhindern, mussten die Bewertungsrelationen der G-DRGs um den Anteil für die Pflege abgesenkt werden. Aus den Pflegekosten wurden DRG-spezifische Pflegebewertungsrelationen pro Belegungstag berechnet, die für die Berechnung des Abschlags auf das Pflegebudget berücksichtigt werden. Während die „Rumpf-DRGs“ weiterhin als fallbezogene Pauschale zur Refinanzierung der Kosten außer für „Pflege am Bett“ abgerechnet werden, erfolgt die Abrechnung des Abschlags auf das Pflegebudget mithilfe der im Fallpauschalenkatalog ausgewiesenen Pflegebewertungsrelationen tagesbezogen. Die DRG-spezifische Pflegebewertungsrelation wird dafür mit dem Pflegeentgeltwert und anschließend mit der Verweildauer des jeweiligen Falls multipliziert. Der Pflegeentgeltwert soll sich aus dem eigentlich prospektiv zu verhandelnden Pflegebudget und dem Pflege-Casemix ableiten. Weicht am Ende des Jahres der Pflegeerlös von den für das Jahr tatsächlich angefallenen und nachgewiesenen Pflegekosten ab, so erfolgt ein vollständiger Ausgleich des Pflegeerlöses/Pflegebudgets auf das Niveau der nachgewiesenen Ist-Kosten (100%-Ausgleich). Bis zur Vereinbarung eines Pflegebudgets war bislang von den Krankenhäusern ein vom Gesetzgeber vorgegebener vorläufiger Pflegeentgeltwert von 146,55 € abzurechnen. Mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz wurde dieser vorläufige Entgeltwert seit 01.04.2020 auf 185 € angehoben. Zusätzlich wird für den Ausgleich des Pflegebudgets eine Meistbegünstigungsklausel eingeführt. Demnach verbleibt der vereinnahmte Erlös beim Krankenhaus, wenn die nachgewiesenen Kosten für die „Pflege am Bett“ niedriger sind als die Summe der Pflegeerlöse. Wenn hingegen die Kosten für Pflege am Bett über den vereinnahmten Pflegeerlös liegen, wird die Differenz zugunsten des Krankenhauses ausgeglichen. Zu beachten ist, dass diese Regelung auf das Budgetjahr 2020 begrenzt ist.

Aus diesen Regelungen wird deutlich, dass die Vereinbarung eines Pflegebudgets für das Budgetjahr 2020 weiterhin erfolgen muss. Angesichts der damit verbundenen Fragestellungen und zeitraubenden Aufgaben mag es nur ein schwacher Trost für die Krankenhäuser sein, dass die vorbereitenden Maßnahmen zur

Ermittlung des Pflegebudgets, die im Vorfeld der COVID-19-Krise begonnen wurden, damit nicht umsonst waren.

Inwiefern die Krankenhäuser am Ende des Jahres von der Meistbegünstigungsklausel profitieren werden, hängt im Wesentlichen von zwei Faktoren ab. Zum einen bestimmen weiterhin die Ist-Kosten für die Pflege am Bett jedes einzelnen Krankenhauses die Höhe des Pflegebudgets. Sofern diese Kosten ohnehin einen Pflegeentgeltwert von 185 € oder mehr begründet hätten, profitiert ein Krankenhaus nicht von der Regelung. Zum anderen wird aber auch die weitere Belegung eines Krankenhauses darüber bestimmen, wie hoch seine Pflegeerlöse ausfallen. Werden die frei zu haltenden Bettenkapazitäten nicht durch COVID-19-Patienten in Anspruch genommen und gleichzeitig längerfristig an der Maßgabe festgehalten, die Betten weiterhin für den Bedarfsfall frei zu halten, wird der Pflege-Casemix des Krankenhauses sinken. Trotz des vergleichsweise hohen Pflegeentgeltwertes könnten dann am Jahresende die vereinnahmten Pflegeerlöse (Produkt aus Pflege-Casemix und Pflegeentgeltwert) unterhalb der nachgewiesenen Pflegekosten liegen, so dass erst über den Ausgleich frühestens 2021 das Krankenhaus seine Ist-Kosten erstattet bekommen würde. Liquiditätsprobleme wären in dieser Situation zu erwarten.

Verkürztes Zahlungsziel für Krankenhausrechnungen

Die von den Krankenhäusern 2020 erbrachten und in Rechnung gestellten Leistungen sind im Sinne der Liquiditätssicherung von den Krankenkassen innerhalb von fünf Tagen nach Rechnungseingang auszuführen. Allerdings ist diese Regelung aus Sicht der Autoren nicht mit einer echten Liquiditätsspritze zu verwechseln, auf die Krankenhäuser jetzt zu Beginn der Krise häufig angewiesen sein dürften. Neben den reduzierten Behandlungen und entsprechenden Umsatzeinbußen werden die Krankenhäuser mit deutlichen Mehrkosten zum Beispiel für mehr und teurere Schutzausrüstung, Abteilungsverlagerungen, ausgelagerte Notaufnahmen etc. belastet.

Bonus für zusätzlich geschaffene intensivmedizinische Beatmungsplätze

Zugelassene Krankenhäuser sollen für die bis zum 30. September 2020 geschaffenen zusätzlichen intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit einen Bonus in Höhe von 50 000 € aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erhalten. Der Bonusbetrag bleibt damit hinter dem geforderten Betrag der DKG und Deutschen Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) in Höhe von 85 000 € zurück. Allerdings sollen die Länder kurzfristig jeweils nach eigenen Konzepten weitere erforderliche Investitionskosten finanzieren. Voraussetzung für den Erhalt des Bonus ist, dass die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde eine Genehmigung für die zusätzlich zu schaffenden Kapazitäten erteilt. Krankenhäuser, die zügig auf den Wunsch des Gesetzgebers reagiert hatten und bereits ohne Genehmigung der Landesbehörde Beatmungsplätze ge-

schaffen haben, müssen nun darauf hoffen, dass sie die Genehmigung von ihrer Landesbehörde noch erteilt bekommen.

Einzelfallprüfungen der Krankenkassen

Der Gesetzgeber will die Krankenhäuser auch in Bezug auf die Fallprüfungen der Krankenkassen durch die Medizinischen Dienste entlasten. Dazu wurde beschlossen, die maximal zulässige Prüfquote für das Jahr 2020 von 12,5 auf 5 Prozent zu senken. Die Reduktion der Prüfquote soll bereits für das erste Quartal 2020 gelten. Der Gesetzesbegründung kann entnommen werden, dass alle Schlussrechnungen, die 2020 gestellt wurden, umfasst sein sollen. Demnach dürften auch nur 5 Prozent der Fälle aus 2019, für die erst 2020 die Rechnung gestellt wurde, geprüft werden. Krankenkassen, die bereits mehr Prüfungen eingeleitet haben, sollen die Prüfaufträge stornieren. Die Krankenhäuser werden dies zu überprüfen haben. Die Reduktion der Prüfquote zusammen mit dem in vielen Krankenhäusern aufgetretenen Fallzahlrückgang führen zu einer deutlichen Abnahme der absoluten Anzahl von Prüfungen. Es ist davon auszugehen, dass in Zeiten, in denen viele elektive Aufnahmen abgesagt werden und Kapazitäten freigehalten werden müssen, die bislang quantitativ im Vordergrund stehenden Prüfungen auf primäre und sekundäre Fehlbelegung, abnehmen werden. Auch für die GKV müsste es damit akzeptabel sein, das Prüfvolumen herunterzufahren, da deutlich weniger potenzielle Fehlbelegungen zu prüfen sein werden. Wird ein leeres Bett aus Steuermitteln finanziert, reduzieren sich die Anreize zur Fehlbelegung und ebenso die Notwendigkeit der Prüfung.

Auch finanziell werden die Krankenhäuser durch diese Änderungen entlastet. Zum einen sicherlich bereits durch den absoluten Rückgang der Anzahl der Prüfungen, zum anderen auch durch die ebenfalls beschlossene Aussetzung der Aufschlagszahlungen („Strafzahlungen“) bei negativen Gutachten der medizinischen Dienste. Die Aussetzung der Aufschlagszahlungen gilt sogar bis Ende 2021. Die Sinnhaftigkeit von Strafzahlungen für überwiegend erbrachte Leistungen war zu Recht sehr umstritten. Jetzt dürfte genug Zeit bestehen, über Alternativen nachzudenken.

Dennoch bleibt das Gesetz hinter den Forderungen der Krankenhäuser zurück, die sich teilweise eine komplette Aussetzung der Fallprüfungen erhofft haben, um ihre Ressourcen voll auf die Bewältigung der Krisensituation konzentrieren zu können. Ein gänzlicher Verzicht auf Prüfungen kann aber derzeit keine sinnvollen Anreize setzen, selbst wenn die meisten Krankenhäuser momentan mit anderem als einer optimalen Fallabrechnung beschäftigt sein dürften. Das Grundproblem ist die Fehlkonzeption der Einzelfallprüfungen als weit im Vordergrund stehendes Wettbewerbsinstrument der Krankenkassen untereinander. Die einzelnen Krankenkassen sind daher gezwungen, ihre fünfprozentige Prüfquote in allen Krankenhäusern weiterhin voll auszureizen, selbst wenn sie Verständnis für die Überforderungen der Krankenhäuser haben. Eine regulierende Funktion im Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander

der entsteht hingegen durch die Fallprüfungen nicht, wobei ein Krankenhauswettbewerb in Zeiten der COVID-19-Pandemie ohnehin fragwürdig erscheint. Werden alle Krankenkassen bei jedem einzelnen Krankenhaus versuchen, mittels der fünfprozentigen Prüfquote das Maximum an Retaxierung zu erzielen, resultiert im Endeffekt nur ein bürokratieverursachender Wettbewerb der EDV-gestützten Fallselektionssysteme der Krankenkassen zur Fallauswahl. Allerdings kann ein Notgesetz wie das COVID-19-Krankenhausesentlastungsgesetz auch nicht die Probleme lösen, die im Rahmen des MDK-Reformgesetz erst gar nicht angegangen wurden.

Entlastend für die Krankenhäuser könnte der zu erwartende Rückgang von Fehlbelegungsprüfungen, also Prüfungen bereits erbrachter Leistungen, sein. Fallprüfungen zur sachlich-rechnerisch korrekten Abrechnung gehen deutlich häufiger zugunsten des Krankenhauses aus als die Fehlbelegungsprüfungen. Auch können Fragen zu korrekten Kodierung und Abrechnung besser bilateral zwischen Medizinischen Dienst/Krankenkasse und Medizincontrolling bearbeitet werden, während Fragen zur medizinischen Indikation meist die Hinzuziehung der Expertise der knappen ärztlichen Ressource erfordert. Allerdings ist nicht auszuschließen, dass Krankenkassen ihre limitierten Prüfungen nun auf Fälle mit sehr hohem Retaxierungspotenzial konzentrieren. Hier stehen leider insbesondere die intensivmedizinisch behandelten Fälle im Fokus. Es stellt sich die Frage, ob in der Zeit der Corona-Pandemie alle geforderten qualitätsbezogenen (aber nicht wirklich kostenrelevanten) Mindestmerkmale erfüllt werden können. Zum Beispiel kann kritisch hinterfragt werden, ob bei intensivmedizinisch betreuten COVID-19-Patienten zwingend eine tägliche Physiotherapie erfolgen muss, auch wenn dies bei unlimitierten Ressourcen sinnvoll wäre. In anderen europäischen Ländern könnten bereits die Vorgaben der OPS-Komplexcodes zur fachlichen Qualifikation der Ärzte und insbesondere der Pflegenden als Folge der hohen Patientenzahlen nicht mehr eingehalten werden. Während der G-BA schon mit einer Anpassung seiner Qualitätssicherungsrichtlinien reagiert hat, bleiben die OPS-Mindestkriterien unverändert. Hinzu kommt, dass es gerade in Zeiten gehäufter Covid-19-Patienten auf Intensivstationen wegen der extremen Personalbelastung zu einer lückenhaften Dokumentation der ohnehin sehr fehleranfälligen Dokumentation der Mindestkriterien der Komplexbehandlungen kommen kann. Auch bei minimalsten Dokumentationslücken wurde in der Vergangenheit häufig die Berücksichtigung der intensivmedizinischen Behandlung bei der Gruppierung vom Medizinischen Dienst und den Krankenkassen verweigert. Die überbleibenden Einzelfallprüfungen könnten also schwerpunktmäßig gerade die (erbrachten) Leistungen betreffen, die derzeit von Fallprüfungen verschont bleiben sollten. Hinzu kommt, dass Prüfungen der intensivmedizinischen Komplexbehandlung deutlich aufwändiger sind als andere Fallprüfungen.

Als großes Problem könnte sich auch noch die verfehlte gesetzliche Regelung erweisen, nach der die Krankenkassen bei einem „begründeten Verdacht einer systematisch überhöhten Abrech-

nung“ nicht mehr an die Einhaltung der Prüfquote gebunden sind (§ 275c Absatz 2 Satz 6 SGB V). Die Interpretation des unbestimmten Rechtsbegriffs erfolgt durch die Krankenkassen selbst, ohne dass außergerichtlich einem Missbrauch entgegen gewirkt werden kann (es besteht lediglich eine Anzeigepflicht ohne weitere Konsequenzen). Im Hinblick auf die Sozialrechtsprechung der vergangenen Jahre ist auch nicht damit zu rechnen, dass die Gerichte die Latte für einen *begründeten Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung* allzu hoch ansetzen werden. Krankenhäuser werden sich daher nicht endgültig auf eine Reduktion der Prüfquote auf 5 Prozent verlassen können. Abzuwarten bleibt auch, ob die Krankenkassen mengenmäßig ihre direkten Prüfungen der „Daten“ nach § 301 SGB V (Stichwort: „Kurzbericht“) ebenfalls reduzieren oder im Gegenzug sogar ausweiten werden. Das Bundessozialgericht hat in seinen Urteilen hier wiederholt den Krankenhäusern weitgehende Auskunftspflichten auferlegt. Die Erstellung von aussagefähigen Kurzberichten und „Falldialoge“ können erhebliche Ressourcen binden.

Eine weitere Reduktion des Prüfaufwands wäre noch durch die Aussetzung der vielen Fristen und sanktionsbewehrten Obliegenheitsverletzungen aus der Prüfverfahrenvereinbarung (PrüfvV) möglich. Hier wären in erster Linie die Selbstverwaltungspartner gefordert, beispielsweise über eine weitere Übergangsvereinbarung eine Entschlackung herbeizuführen. Das Monitoren und Einhalten von engen Fristen bindet derzeit viele Ressourcen, die wahrscheinlich auch durch COVID-19 bedingte Mitarbeiterausfälle weiter eingeschränkt werden.

Fraglich ist auch, ob die weiteren Gesetzesinitiativen des MDK-Reformgesetzes unter den derzeitigen Bedingungen fristgerecht umgesetzt werden können. Vermutlich werden noch weitere gesetzgeberische Nachbesserungen notwendig werden.

Struktur- und Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst (MD)

Auch die Regelungen zu den Strukturprüfungen von OPS-Kodes, die ursprünglich in diesem Jahr mit Wirkung für 2021 erfolgen sollten, werden durch das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz zeitlich verschoben. Die die Strukturprüfungen regelnde Richtlinie des MD Bund (Erstfassung noch durch den MDS) soll nun erst bis zum 28. Februar 2021 erlassen werden müssen. Eine unbeanstandete Strukturprüfung stellt somit erst ab 2022 die Voraussetzung für die Abrechnung und Vereinbarung der jeweiligen Leistungen dar. Allerdings geht damit vermutlich einher, dass bis zu einer tatsächlichen stattgefundenen Strukturprüfung, Krankenkassen die Strukturmerkmale weiterhin im Rahmen der Einzelfallprüfungen prüfen wollen. Finden Krankenkassen in Einzelfallprüfungen Hinweise auf eine Nichterfüllung von Strukturbedingungen, könnten sie dies unter Umständen als *„begründeten Verdacht einer systematisch überhöhten Abrechnung“* werten.

Mit Beschluss vom 27.03.2020 hat der G-BA erklärt, dass durch die COVID-19-Pandemie „eine vollständige Erfüllung der Qualitätsanforderungen des G-BA einschließlich der Vollzähligkeit

der zu dokumentierenden Daten während der Pandemie zunächst bis Ende des Jahres nicht immer möglich sein“ wird. Den aus dieser Situation resultierenden Schwierigkeiten soll bei der Erfüllung der Qualitätsanforderungen Rechnung getragen werden. Dies soll insbesondere die Durchführung von Qualitätskontrollen und die Anwendung von Sanktionen betreffen. Betroffen sind u. a. die

- Qualitätssicherungsrichtlinien (QFR-RL, MHI-RL, QBAA-RL, KiHe-RL, KiOn-RL)
- Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)
- Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)
- Richtlinie zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL)
- Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)
- Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (Plan-QI-RL)
- Mindestmengenregelungen (Mm-R)
- Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R)
- MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie (MDK-QK-RL),
- die externe und die Datenvalidierung, die MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie, Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser

Es wurden Ausnahmen von Anforderungen an die Qualitätssicherung beschlossen. Unter anderem geht es um Änderungen der Regelungen zur Datenvalidierung, zum Strukturierten Dialog und zum Stellungnahmeverfahren. Zudem wurden Dokumentations- und Nachweispflichten ausgesetzt. Die Änderungen sollen mit Datum vom 27. März 2020 in Kraft treten. Das ursprünglich für Mitte des Jahres 2020 vorgesehene Inkrafttreten der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL) wird auf den 1. Januar 2021 verschoben.

Die Änderungen wirken sich sowohl auf die Validierung der Daten aus 2019, als auch auf die Erfassungsqualität der Daten 2020 aus. Nach dem Beschluss des G-BA sollen die Auswirkungen nicht zum Nachteil der Krankenhäuser reichen. Für Folgeproblematiken sollen zeitnah Lösungen vereinbart werden.

Einbindung von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in die akutstationäre Behandlung

Für den Fall, dass die Behandlungskapazitäten der Krankenhäuser bei einem Anstieg der COVID-19-Patienten nicht ausreichen, sollen geeignete Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, zunächst begrenzt für Aufnahmen bis zum 30. September 2020, an der akutstationären Versorgung beteiligt werden. Voraussetzung ist, dass die Einrichtung über einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen nach § 111 Absatz 2 SGB V oder über entsprechende Verträge mit der gesetzlichen Renten- oder Unfallversicherung verfügt bzw. von der gesetzlichen Ren-

tenversicherung selbst betrieben wird und vom Land für die akutstationäre Versorgung bestimmt wird. Auch hier kann das BMG per Verordnung eine Verlängerung der Maßnahme veranlassen.

Soweit eine Einrichtung die stationäre Behandlung von Patienten durchführt, gilt sie als zugelassenes Krankenhaus. Als Grundlage für die Vergütung der erbrachten vollstationären Leistungen sollen die Vertragsparteien auf Bundesebene Pauschalentgelte vereinbaren, wobei in der Gesetzesbegründung festgestellt wird, dass dafür eine Orientierung an den Fallpauschalen sachgerecht sei.

Perspektiven für die jährlichen Neukalkulationen des Fallpauschalensystems

Obwohl die DKG in ihrem Konzept für den Rettungsschirm auch Vorschläge zum Umgang mit der jährlichen Neukalkulation des G-DRG-Systems unterbreitet hat, bleiben diese Regelungen durch das COVID-19-Krankenhausesentlastungsgesetz unberührt. Während die Kalkulation des G-DRG-Systems 2021 auf den Daten des „normalen Jahres“ 2019 aufsetzt, wird die Kalkulation des G-DRG-Systems 2022 bei unveränderter Methodik auf Grundlage des Datenjahres 2020 erfolgen. Die Daten dieses Jahres dürften bedingt durch die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie keine adäquate Grundlage für die Kalkulation des G-DRG-Systems bieten. Hierzu wird der Gesetzgeber zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal aktiv werden müssen und Vorgaben zum Umgang mit der Neukalkulation des G-DRG-Systems 2022 machen müssen. Inwiefern sich Krankenhäuser auch in Krisenzeiten dazu in der Lage sehen, aktuell die Kalkulationsdaten für das Datenjahr 2019 aufzubereiten und zeitnah Rückmeldungen des Institut für das Entgeltsystem (InEK) im Rahmen der Plausibilitätskontrollen zu geben, wird zu beobachten sein. Gelingt es nicht, eine hinreichend repräsentative Stichprobe von Krankenhäusern mit Daten von hinreichender Qualität zusammenzustellen, wird man auch über den Umgang mit der Neukalkulation des G-DRG-Systems 2021 zu diskutieren haben. Aus Sicht des gerade auslaufenden DRG-Anpassungsverfahrens wäre es wünschenswert, dass auch für 2021 eine Neukalkulation erfolgt, mit der die angezeigten Anpassungsbedarfe des Systems durch das InEK geprüft und ggf. umgesetzt werden können.

Fazit

Der vom Gesetzgeber aufgespannte Rettungsschirm für die Krankenhäuser weicht in zentralen Elementen deutlich von den Vorschlägen der DKG ab. Dem Vernehmen nach hat der Gesetzgeber mit seiner Form des Schutzschirms angestrebt, die Krankenhausfinanzierung auch 2020 grundsätzlich im bisherigen System weiterzuführen. Dabei ist eventuell nicht ausreichend berücksichtigt worden, dass zwei wesentliche Systemparameter sich voraussichtlich quantitativ dramatisch verändern werden: Dies ist einerseits die Anzahl der Fälle und andererseits der Fallmix. Beide Parameter werden sich wahrscheinlich in den Häusern sehr unterschiedlich im Vergleich zum Vorjahr entwickeln

und damit auch die Finanzierung über die DRGs, Zusatzentgelte und Pflegeentgelte in den Häusern sehr unterschiedlich beeinflussen. Der pauschale Ausgleich von 560 € für jeden entgangenen Belegungstag wird den unterschiedlichen Strukturen der Krankenhäuser ebenso wenig gerecht, wie den unterschiedlichen Auswirkungen auf den verbleibenden finanzierungsrelevanten Casemix als Resultante aus verbleibender Fallzahl und verbleibender Fallschwere. Die Behandlung eines COVID-19-Patienten, der nicht beatmet wird, dürfte in einer deutlich geringeren DRG-Bewertungsrelation resultieren, als die Behandlung eines Durchschnittsfalls in einem durchschnittlichen Krankenhaus. Damit müssen Krankenhäuser auch bei nicht stark rückläufigen Patientenzahlen wegen einer relevanten Anzahl von behandelten Corona-Patienten Erlöseinbußen hinnehmen. In welcher Größenordnung dieser Sachverhalt zum Tragen kommt, wird sich in den nächsten Wochen und Monaten zeigen. Auch die Frage, in welchem Umfang mit der nun gesetzlich beschlossenen Finanzierung den saisonalen Schwankungen Rechnung getragen wird, ist kritisch zu beleuchten. Häufig ist in Krankenhäusern ein mehrwöchiges ferienbedingtes „Sommerloch“ zu beobachten. Wenn die Erwartungen bezüglich der deutlich steigenden Zahlen von COVID-19-Patienten eintreffen, wird es in diesem Jahr kein Sommerloch geben. Die Krankenhäuser werden dann auch nicht die Freihaltepauschale zur Abrechnung bringen, sondern mit einem für die Urlaubszeit großem (Urlaubssperre) Personaleinsatz die COVID-19-Patienten behandeln. Hierfür rechnen sie jedoch bezogen auf ihren CMI wohl möglich häufig unterdurchschnittliche DRG-Erlöse ab, soweit diese Patienten nicht beatmet wurden.

Inwieweit entfallende Wahlleistungserlöse und sonstige Erlöse (KV-Ermächtigungen, Ambulanzen, Hochschulambulanzen, vor- und nachstationäre Versorgung, Ambulantes Operieren, Cafeteria, Parkraumerlöse etc.) durch die Freihaltepauschale kompensiert werden, muss aktuell offenbleiben. Gerade der Anteil der stationären Wahlleistungspatienten ist stark different nach Krankenhäusern und auch nach Regionen. Alle diese Erlöse tragen in relevantem Umfang zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses bei.

Der Vorschlag der DKG hätte stärker auf die Refinanzierung der aktuellen Vorhaltekosten abgestellt und wäre hinsichtlich seiner Gesamtauswirkungen für Kostenträger und für die Krankenhäuser wesentlich besser abschätzbar gewesen. Natürlich birgt auch dieser Vorschlag Umsetzungsprobleme, wie zum Beispiel die sachgerechte Verteilung der Budgets auf die unterschiedlichen Kostenträger. Auch beim DKG-Vorschlag war die Finanzierung von Wahlleistungserlösen sowie Erlösen aus ambulanten Leistungen und aus Nebenbetrieben (Cafeteria, Parkraum etc.) nicht berücksichtigt und auch hierbei hätte die Leistungsdokumentation fortgeführt werden müssen

Es wird sich nun zeigen müssen, ob die Krankenhäuser durch die Aufrechterhaltung der leistungsorientierten Vergütung neben einer bundeseinheitlichen Ausgleichszahlung ausreichend in Schutz genommen werden. Es bleibt zu hoffen, dass am Ende nicht ein Teil der Krankenhäuser im Regen stehen gelas-

sen wurde und das Geld dorthin verteilt wurde, wo es dringlich benötigt wurde. Die Festsetzung einer bundeseinheitlichen Pauschale für die Ausgleichzahlung und die Tatsache, dass das Leistungsgeschehen in jedem Krankenhaus durch die COVID-19-Pandemie unterschiedlich beeinflusst wird, lassen allerdings erahnen, dass die nun geltenden Vergütungsregelungen für die Krisenzeit nicht adäquat die krankenhausspezifische Kostensituation beachten. Das dürfte am Ende dazu führen, dass die Regelungen ungewollt Gewinner und Verlierer mit existenzbedrohenden Auswirkungen unter den Krankenhäusern hervorbringen werden.

Der Gesetzgeber hat die Liquiditätssicherung der Krankenhäuser mit seinen Maßnahmen nur halbherzig umgesetzt. Hier wäre ein deutlicheres Zeichen für die Leistungserbringer wünschenswert gewesen, damit sie sich um die pünktliche Zahlung der Gehälter ihrer Mitarbeiter in Zeiten des besonders hohen und risikobehafteten persönlichen Einsatzes für die Patienten keine Sorge machen müssen.

Jede Regulierung der Krankenhausfinanzierung setzt spezifische Anreize. Das aktuelle Bestreben der Politik zielt darauf ab, die Anreize so zu setzen, dass Krankenhäuser ihre Bettenkapazitäten für die Behandlung möglicher COVID-19-Patienten freihalten. Dies gelingt am besten, wenn die Finanzierung keinen direkten Leistungsbezug aufweist. Die DKG wollte mit ihren Vorschlägen diese Anreize stärken. Der Gesetzgeber hält nun aber mit seinem Gesetz an der Leistungsorientierung fest. Sofern die Anzahl der Behandlungsfälle kurzfristig ansteigt, könnte die Finanzierung der Krankenhausleistungen am Ende durchaus umfänglicher erfolgen als nach dem Budget-Ansatz der DKG. Bleiben aber steigende Fallzahlen von COVID-19-Patienten noch eine längere Zeit aus und stellt sich heraus, dass die Finanzierung für ein Krankenhaus insgesamt unzureichend ist, stellt das Nebeneinander von Ausgleichszahlungen und fallbezogener Vergütung die Anreize für das Freihalten von Bettenkapazitäten in vielen Einrichtungen in Frage.

Unglücklich erscheinen auch die Regelungen zur Finanzierung zusätzlicher geschaffener intensivmedizinischer Beatmungsplätze. Hier wurde eine Chance vertan, unbürokratisch die Krankenhäuser für die Aufwände für die Einrichtung der zusätzlichen Kapazitäten zu entlasten. Um die von den Krankenhäusern kalkulierten 85 000 € erstattet zu bekommen, müssen nun vielmehr Verhandlungen mit den Bundesländern erfolgen, um das Delta zwischen dem notwendigen Förderungsbetrag und den vom Bundesgesetzgeber vorgegebenen Zuschuss von 50 000 € ausgleichen zu können. Es bleibt zu hoffen, dass die Länder zügig eigene Konzepte verabschieden, die die Krankenhäuser weiter entlasten. Diese sollten wenn möglich auch über die Förderung der Kosten für Intensivbetten hinaus gehen, um die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser zu sichern. Der Handlungswille einzelner Länder lässt sich bereits erkennen. So hat das Land Nordrhein-Westfalen beispielsweise mit einem Erlass vom 24. März 2020 festgelegt, dass alle Krankenhausstandorte, die nicht die Kriterien zur Teilnahme an der gestuften Notfallversorgung erfüllen, bis zum 31.12.2020 auf Antrag

als Spezialversorger ausgewiesen werden können und damit der Abschlag für die Nicht-Teilnahme an der Notfallversorgung für 2020 entfällt. Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes Nordrhein-Westfalen hat zudem gemeinsam mit mehreren Krankenkassen und der Krankenhausesellschaft Nordrhein-Westfalens eine zeitlich befristete Aufhebung der Dokumentationspflichten für die PPUG sowie eine Aussetzung der Rechnungsprüfungen des Medizinischen Dienstes ab 1. April 2020 bis zunächst 31. Dezember 2020 vorgeschlagen, um die personellen Ressourcen für die Behandlung von COVID-19-Patienten bündeln zu können. Zu diesem Vorschlag gehört auch eine Regelung für einen Ausgleich von hieraus resultierenden Einnahmeausfällen für die GKV. Es muss abgewartet werden, ob die Bundesebene diesen Vorschlag aufgreift, der nur nach bundes- und landesrechtlicher Umsetzung rechtsverbindlich werden kann. Die Verordnung zur PPUG wurde laut Aussage des Bundesgesundheitsministers im Bibliomed-Manager Live Chat am 26.3.2020 vorübergehend komplett ausgesetzt, so dass auch die Dokumentationspflichten nicht bestehen würden.

Ungeachtet der Frage, ob die neuen Regelungen die Finanzierung der Krankenhäuser in der Krise 2020 sachgerecht sicherstellen, stellen sich schon heute Fragen, welche Auswirkungen die aktuellen Portfolioveränderungen der Krankenhäuser auf die Budgetverhandlungen 2021 haben werden. Möglichen Leistungsrückgängen 2020 könnten durch Nachholeffekte 2021 enorme Leistungssteigerungen folgen, die Diskussionen über die Höhe der FDA auslösen dürften. Obwohl der Gesetzgeber bereits erkannt hat, dass es in Bezug auf den FDA zu Verwerfungen in den Verhandlungen zwischen den lokalen Vertragspartnern kommen könnte, hat er auch hier eine Chance vertan, den Krankenhäusern Sicherheit zu geben, dass nach den Belastungen des Krisenjahres 2020 keine weitere, unnötigen Belastungen durch die Vereinbarung von FDAs drohen.

Das Zusammenspiel aller nun nach der Verabschiedung des Gesetzes am 27. März 2020 geltenden Regeln mit einer unplanbaren Belegung durch COVID-19-Patienten führt unweigerlich zu einem wirtschaftlichen Blindflug für die Krankenhäuser, die Kostenträger und den Bund, sowohl in Liquiditätsfragen, als auch hinsichtlich der Ergebnisauswirkung. Deutlich mehr Planungssicherheit und Finanzierungsgerechtigkeit wären bei Umsetzung des DKG-Konzeptes zu erwarten gewesen. Sollte sich herausstellen, dass die Rettungsmaßnahmen für die Krankenhäuser nicht ausreichend sind, bleibt zu hoffen, dass das BMG kurzfristig von seiner Verordnungsermächtigung Gebrauch machen wird und die finanzielle Unterstützung für die betroffenen Krankenhäuser nachbessert, um die an vorderster Front gegen die COVID-19-Pandemie ankämpfenden Leistungserbringer abzusichern. Die Hauptlast zur Bewältigung der Auswirkungen der Pandemie liegt auf den Schultern aller Beschäftigten in allen Bereichen des Gesundheitswesens. Dies gilt nicht nur für die Krankenhäuser, sondern für viele Bereiche des Gesundheitswesens. Die Politik sollte sicherstellen, dass bei diesen Menschen keine Verunsicherung eintritt. Schon jetzt fürchten nach

unseren Informationen Mitarbeiter um ihren Arbeitsplatz, weil sie unsicher sind, ob ihr Haus die Krise überlebt. Auch nach der Krise wollen wir unser bekanntes und geschätztes Gesundheitssystem wiedererkennen. Deshalb muss alles getan werden, um eine nachhaltige negative Veränderung des Gesundheitssystems zu vermeiden. „Whatever it takes“ lautet das Versprechen des Bundesgesundheitsministers – bei der Umsetzung ist da noch deutlich Luft nach oben.

Alle Menschen, die sich in dieser Krise um die Aufrechterhaltung der Versorgung in vielen Bereichen auch außerhalb des Gesundheitswesens kümmern, sollten die dafür notwendige Anerkennung von uns allen und von der Politik bekommen.

Literatur

Besprechung der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 12. März 2020, <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/abschluss-zu-corona-1730292>

Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD: Entwurf eines Gesetzes zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhauserlastungsgesetz) vom 24. März 2020, Bundestagsdrucksache 19/18112

Pressemitteilung der DKG zum Gesetz zur Finanzierung der Krankenhäuser im Ausnahmezustand vom 21. März 2020, <https://www.dkgv.de/dkg/presse/details/das-ist-kein-schutzschirm-das-ist-ein-fataler-politischer-fehler-des-ministers/>

Live Chat von BibliomedManager mit Bundesgesundheitsminister Jens Spahn am 26.03.2020, <https://www.bibliomedmanager.de/spahn-live/>

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI): Pressemitteilung: Corona-Pandemie: „Das Gesetzesvorhaben zur Finanzierung der COVID-19-Behandlungen ist so nicht akzeptabel!“ vom 22.3.2020, <https://www.divi.de/presse/pressemeldungen/pm-corona-pandemie-das-gesetzesvorhaben-zur-finanzierung-der-covid-19-behandlungen-ist-so-nicht-akzeptabel>

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI): Pressemitteilung: „COVID-19: Preise für Medikamente und Schutzausrüstungen schnellen in die Höhe – Intensiv- und Notfallmediziner fordern sofortiges Eingreifen der Politik!“ vom 22. März 2020,

Gemeinsamer Bundesausschuss: COVID-19-Ausnahmen von Mindestanforderungen an das Pflegepersonal. Beschluss vom 20. März 2020, BAnz AT 23. März 2020 B7

Gemeinsamer Bundesausschuss: Beschluss: QS-Anforderungen zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie vom 27. März 2020, www.g-ba.de/beschluesse/4229/

Gemeinsamer Bundesausschuss: Beschluss: COVID-19-Ausnahmen zu QS-Anforderungen vom 27. März 2020, www.g-ba.de/beschluesse/4230/

Anschrift der Verfasser

Dr. med. J. Holger Bunzemeier, Dr. med. Wolfgang Fiori, Prof. Dr. med. Norbert Roeder, DRG-Research-Group, Roeder & Partner – Ärzte, PartG. Berater im Gesundheitswesen, Am Dorn 10, 48308 Senden, www.drg-research-group.de, www.roederpartner.de/Martin Heumann, Krankenhauszweckverband Rheinland e. V., August-Horch-Straße 6a, 51149 Köln, www.khzv.de



In einer ungewöhnlichen Sitzung kamen die Abgeordneten des Deutschen Bundestags am 25. März 2020 zusammen, um verschiedene Gesetze zum Umgang mit den Folgen der COVID-19-Pandemie zu verabschieden. Nur wenige Abgeordnete konnten an der 154. Sitzung des Deutschen Bundestages teilnehmen, nur jeder dritte Stuhl war besetzt, die Geschäftsordnung des Bundestages war extra verändert worden. Foto: Achim Melde