

COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz

(Stand 26. März 2020)

Um den erhöhten Finanzbedarf der Krankenhäuser durch die COVID-19-Pandemie auszugleichen und Liquiditätsengpässe zu vermeiden, wurde am 25.3.2020 das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom Bundestag beschlossen. Damit werden einige der belastenden Neuregelungen des MDK-Reformgesetzes für 2 Jahre ausgesetzt, die Leistungen gemäß Pflegepersonalstärkungsgesetz verbessert und weitere finanzielle Zuschüsse ermöglicht:

- Der mit dem aG-DRG-System 2020 eingeführte vorläufige **Pflegeentgeltwert** in Höhe von 146,55 € wird ab 01.04.2020 zumindest für das verbleibende Jahr 2020 auf **185,00 €** angehoben. Die Zielsetzung dieser Gesetzesänderung lässt vermuten, dass sich diese Regelung auf das Datum der Rechnungstellung bezieht und nicht auf das Datum der stationären Aufnahme. Die bisher vorgesehene krankenhausesindividuelle Vereinbarung von Pflegeentgeltwerten ist für 2020 ausgesetzt und wird voraussichtlich erstmalig 2021 erfolgen (KHEntgG §15 Abs. 2a).

Das Pflegeentgelt wird weiterhin durch Multiplikation des Pflegeentgeltwertes mit der Pflegeerlös-Bewertungsrelation der jeweiligen DRG und der Anzahl der Belegungstage ermittelt.

- Falls das **Pflegebudget 2020** nicht ausgeschöpft wird, also eine Überdeckung durch die pauschal gezahlten Pflegeentgelte resultiert, verbleiben die Mittel beim Krankenhaus. Für 2020 ist **keine Ausgleichszahlung** zu leisten (KHEntgG §15a Abs. 2a). Bei einer eventuellen Unterdeckung, die aufgrund der besonderen Personalbelastung und durch Einnahmeverluste entstehen kann, gelten weiterhin die vorgesehenen Ausgleichsmechanismen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes.
- Der **Fixkostendegressionsabschlag** gilt nicht für die Vereinbarung des Erlösbudgets für das Jahr 2020 (KHEntgG §4 Abs. 2a) und damit voraussichtlich auch nicht vor 2021.

- Die von den Krankenhäusern bis zum 31. Dezember 2020 erbrachten und in Rechnung gestellten Leistungen sind von den Krankenkassen **innerhalb von fünf Tagen** nach Rechnungseingang **zu bezahlen** (SGB V §330). Diese Regelung tritt am Tag nach der Verkündung des Gesetzes in Kraft, einige Kostenträger sind aber bereits jetzt schon dazu übergegangen, die Rechnungen zeitnaher als bisher zu begleichen. Bei einer Überschreitung der Zahlungsfrist können Verzugszinsen geltend gemacht werden. Sofern in Landesverträgen andere Zahlungsfristen vereinbart sind, gelten jetzt die neuen gesetzlichen Regelungen.
- Die mit dem MDK-Reformgesetz neu eingeführte **Prüfquote** für 2020 wird von 12,5% auf **maximal 5% pro Quartal** herabgesetzt, dies gilt bereits für das 1. Quartal 2020 (SGB V §275c). Sollte bereits ein höherer Anteil an Prüfungen für das 1. Quartal eingeleitet worden sein, so sind die überzähligen Prüfaufträge von der Krankenkasse zu stornieren. Die Ermittlung der Anzahl der zulässigen Prüfungen obliegt im 1. Quartal 2020 den jeweiligen Kostenträgern, sollte aber zur Sicherheit von den Krankenhäusern kontrolliert werden, um ggf. den Medizinischen Dienst darauf hinzuweisen zu können, dass die Prüfquote ausgeschöpft ist und daher der Prüfauftrag vom MD abgelehnt werden muss. Für 2021 sind noch keine neuen Regelungen zu den dann geltenden Prüfquoten getroffen worden.
- Die vorgesehenen **Aufschläge** bei Abrechnungskorrekturen („Strafzahlungen“) in Höhe von 10 %, mindestens aber 300 € werden 2020 und 2021 **ausgesetzt** (SGB V §275c). In welcher Höhe dann ab 2022 erneut Aufschläge eingeführt werden, ist z.Zt. offen. Die Aufwandspauschale (300 €), die Krankenhäusern zusteht, wenn eine eingeleitete Prüfung zu keiner Änderung des Rechnungsbetrags geführt hat, bleibt dagegen weiterhin bestehen.
- Eine systematische Prüfungen der Erfüllung der **Strukturmerkmale** bestimmter OPS-Leistungen muss erst für die Budgetvereinbarung **2022** erfolgreich abgeschlossen sein, die Frist für die erste Übermittlung wird auf den 31.12.2021 verschoben (SGB V §275d). Dies entlastet zwar von zeitkritischen Antragstellungen und Begutachtungen in diesem Jahr, kann nun aber weiterhin Anlass zu einzel-fallbezogenen Strukturprüfungen durch den MDK geben. Ob diese aufgrund der geänderten Rechtslage jedoch überhaupt zulässig sind, wäre noch zu klären.

- An der Überarbeitung des **Katalogs ambulant durchführbarer Operationen** wird festgehalten. Er soll bis zum 30. Juni 2021 vorliegen, so dass er wie geplant ab **2022** zum Einsatz kommen kann (SGB V §275d). Im Falle einer primären Fehlbelegung, also einer stationärer Leistungserbringung, obwohl nach Auffassung des MD-Gutachters eine ambulante Operation bzw. Behandlung möglich gewesen wäre, soll ab 2022 ein Aufschlag erhoben werden.
- Für den zusätzlichen Aufwand durch erforderliche Schutzausrüstung und Hygienemaßnahmen kann ein Zuschlag in Höhe von **50 € pro Fall** für Krankenhausaufnahmen **vom 01.04.2020 bis 30.06.2020** erhoben und mit dem Kostenträgern bzw. dem Patient abgerechnet werden (KHG §21). Eine Verlängerung über den 30.06.2020 hinaus ist bei Bedarf möglich. Für Patienten, die vor dem 01.04.2020 aufgenommen worden sind, gilt diese Regelung nicht.
- Für planbare Aufnahmen, Operationen und Eingriffe, die im Zeitraum 16.03.2020 bis zum 30.09.2020 ausgesetzt worden sind, um Bettenkapazitäten und Beatmungsmöglichkeiten zu schaffen, erfolgen **Ausgleichszahlungen** der Bundesländer an die Krankenhäuser (KHG §21). Maßgeblich ist als **Referenzwert** die Anzahl der im Jahresdurchschnitt **2019** pro Tag voll- oder teilstationär behandelte Patienten. Es wird für jeden Tag im Zeitraum **16.03.2020 bis 30.09.2020** die Differenz aus diesem Referenzwert und der Ist-Belegung ermittelt und, sofern diese größer als Null ist, mit einem Pauschalbetrag von **560 €** multipliziert, woraus sich die abzurechnende Ausgleichszahlungen ergeben, die wöchentlich an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zu melden sind.

Nicht geklärt ist bisher, ob die tatsächlichen Belegungstage oder die nach MDK-Prüfung anerkannten Belegungstage heranzuziehen sind. Da es um den Ausgleich des Einnahmeausfalls durch die COVID-19-Pandemie gehen soll, wäre die Berücksichtigung der abgelehnten und somit 2019 nicht vergüteten Belegungstage allerdings nicht gerechtfertigt.
- Für **bis zum 30.09.2020** zusätzlich geschaffene oder zusätzlich vorgehaltene Intensivbetten wird von der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde eine Pauschale in Höhe von **50.000 € pro Bett** gezahlt (KHG §21). Voraussetzung ist, dass bei den zusätzlich für die Versorgung von COVID-19 Patienten zur Verfügung gestellten Intensivbetten auch die Möglichkeit einer

maschinellen Beatmung besteht. Zudem sollte ein Monitoring mit gleichzeitiger Anzeige von Elektrokardiogramm, Sauerstoffsättigung und invasiven Drücken sowie Zugriffsmöglichkeiten auf Blutgasanalysegeräte gegeben sein. Die Intensivbetten können dabei zusätzlich zum bisherigen Bettenbestand des Krankenhauses geschaffen, bevorzugt jedoch über Bettenverlagerungen aus anderen Stationen generiert werden.

Link: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/181/1918112.pdf>

Alle Angaben erfolgen als ergänzende Information zu den amtlichen Veröffentlichungen und stellen keine Rechtsberatung dar. Sie erfolgen unverbindlich und ohne Gewähr, die Med-I-Class GmbH bzw. der Autor können nicht haftbar gemacht werden für direkte oder indirekte Schäden, die Ihnen aus der Nutzung dieser Informationen erwachsen.

Anschrift des Autors:

Dr. med. Rolf Bartkowski
Forstweg 74
13465 Berlin



eMail: bartkowski@mediclass.de

Homepage: <https://www.medicclass.de>