

Trier, den 30.03.2020

Übersicht zum COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz

Das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz („Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen“) ist am 28.03.2020 in Kraft getreten. Mit dem Gesetz soll eine Art Schutzschirm für Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Vertragsärzte sowie Pflegeeinrichtungen gespannt und dadurch der Betrieb in den Gesundheitseinrichtungen sichergestellt und die Pandemie bedingten wirtschaftlichen Folgen abgefedert werden.

1. Maßnahmen für Krankenhäuser

- **Ausgleichspauschale für Erlösausfälle (§ 21 Abs. 5 KHG)**

Um Behandlungskapazitäten für Corona-Infizierte zu erhalten, wird den Krankenhäusern ein finanzieller Ausgleich für verschobene planbare Operationen und Behandlungen gewährt. Für jedes Bett, das dadurch in der Zeit vom 16. März bis zum 30. September 2020 nicht belegt wird, wird eine **Pauschale von 560 € pro ausgebliebenen Patienten und Tag** gezahlt.

Die Höhe der Ausgleichszahlungen errechnet sich wie folgt: Die Krankenhäuser ermitteln zunächst die Zahl der im Jahresdurchschnitt 2019 pro Tag voll- oder teilstationär behandelten Patienten (Referenzwert). Von diesem Referenzwert wird täglich, beginnend mit dem Stichtag des 16. März 2020, die Zahl der am jeweiligen Tag stationär behandelten Patienten (Vergleichswert) subtrahiert. Ist der so ermittelte Differenzwert größer als Null, wird dieser im zweiten Schritt mit der tagesbezogenen Pauschale (560 Euro) multipliziert.

Das Ergebnis ist vom Krankenhaus wöchentlich aufgeschlüsselt nach Kalendertagen an die zuständige Krankenhausplanungsbehörde des Landes zu melden. Die Länder übermitteln sodann die für ihre Krankenhäuser aufsummierten Beträge unverzüglich an das Bundesamt für Soziale Sicherung. Dieses zahlt auf Grundlage der angemeldeten Mittelbedarfe die Beträge an das jeweilige Land zur Weiterleitung an die Krankenhäuser. Um eine schnellstmögliche Zahlung zu gewährleisten, kann das Land ab dem 28. März 2020 beim Bundesamt für Soziale Sicherung Abschlagszahlungen beantragen.

Die Zahlungen erfolgen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Die Ausgleichszahlungen verbleiben bei den Krankenhäusern; sie gehen nicht in den Gesamtbetrag oder die Erlösausgleiche nachdem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegegesetzverordnung ein.

- **Intensivbetten-Bonus (§ 21 Abs. 5 KHG)**

Für jedes mit Genehmigung der zuständigen Krankenhausplanungsbehörde zusätzlich aufgestellte oder durch Einbeziehung von Betten aus anderen Stationen vorgehaltene Intensivbett mit Beatmungsmöglichkeit wird einmalig ein **Bonus von 50.000 €** gezahlt. Der ermittelte Betrag wird vom Krankenhaus gesondert als Teil der Meldung der

Ausgleichszahlungen aufgeführt. Die Auszahlung erfolgt im gleichen Verfahren wie die Ausgleichszahlungen für Erlösausfälle.

- **Mehrkostenzuschlag (§ 21 Abs. 6 KHG)**

Zur pauschalen Abgeltung der pandemiebedingten Preis- und Mengensteigerungen, insbesondere bei persönlichen Schutzausrüstungen, rechnen die Krankenhäuser für jeden Patienten, der zwischen dem 1. April 2020 und dem 30. Juni 2020 zur voll- oder teilstationären Behandlung aufgenommen wird, einen Zuschlag in Höhe von 50 Euro ab. Die Abrechnung erfolgt gegenüber den Patienten bzw. ihren Kostenträgern.

- **Verkürzte Zahlungsfrist von 5 Tagen für Krankenhausrechnungen**

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. Diese Frist tritt vorläufig an die Stelle der in den Landesverträgen nach § 112 SGB V geregelten Zahlungsfristen.

- **Reduzierung der MDK-Prüfquote auf 5 Prozent (§ 275c Abs. 2 Satz 1 SGB V)**

Die kürzlich durch das MDK-Reformgesetz in § 275c Abs. 2 Satz 1 SGB V eingeführte quartalsbezogene MDK-Prüfquote wird von 12,5 Prozent auf 5 Prozent herabgesenkt

- **Aussetzung der „Strafzahlung“ bei falscher Krankenhausabrechnung**

Die durch das MDK-Reformgesetz in § 275c Abs. 3 Satz 1 SGB V eingeführten „Strafzahlungen“ (Aufschläge) für beanstandete Abrechnungen werden vorläufig (für 2020 und 2021) ausgesetzt.

- **Erhöhung des vorläufigen Pflegeentwerts auf 185 Euro pro Tag**

Der vorläufige Pflegeentgeltwert wird ab dem 1. April 2020 um ca. 38 € auf 185 € erhöht. Ergibt die „Spitzabrechnung“ am Jahresende eine Überdeckung der Pflegepersonalkosten, dann verbleiben die Mittel aus dem vorläufigen Pflegeentgeltwert dem Krankenhaus und es sind keine Ausgleichszahlungen für das Jahr 2020 zu leisten.

- **Aussetzung des Fixkostendegressionsabschlags**

Leistungen zur Behandlung von Patienten mit der SARS-CoV-2-Infektion oder mit Verdacht auf eine SARS-CoV-2-Infektion werden von der Erhebung des Fixkostendegressionsabschlags ausgenommen (§ 4 Abs. 2a Satz 2 Nr. 1 Buchst. f KHEntgG). Dies betrifft insbesondere Leistungen, bei denen der ICD-Kode U07.1! kodiert wird. Krankenhäuser erhalten daher für diese Leistungen die volle Vergütung, auch wenn sie insoweit mehr Leistungen vereinbaren als für das vorangegangene Jahr. Die Vertragsparteien nach § 11 Abs. 1 KHEntgG können im Bedarfsfalle weitere Leistungen vom Fixkostendegressionsabschlag ausnehmen, § 4 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 Buchst. g KHEntgG).

Da gegenwärtig nicht abzusehen ist, in welchem Umfang die Krankenhäuser für das Jahr 2020 Mehrleistungen im Vergleich zum Jahr 2019 vereinbaren müssen, hat der Gesetzgeber den Fixkostendegressionsabschlag für die Vereinbarung des Erlösbudgets für das Jahr 2020 ausgesetzt (§ 4 Abs. 2a Satz 7 KHEntgG).

- **Flexible Regelungen beim Mehr-/Minderlösausgleich nach § 4 Abs. 3 KHEntgG**

Um die negativen finanziellen Folgen für die Krankenhäuser abzufedern, erhalten die Vertragsparteien vor Ort die Möglichkeit, auf die epidemiebedingten Mehr- oder Mindererlöse flexibel zu reagieren. Hierzu können abweichende Ausgleichsregelungen ausnahmsweise auch nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums vereinbart werden, § 4 Abs. 3 Satz 5 Hs. 2 KHEntgG.

Annex: Aktivierung von Vorsorge- und Reha-Einrichtungen für die akutstationäre Krankenhausversorgung

Das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz sieht vor, dass die Länder Vorsorge- und Reha-Einrichtungen bestimmen können, in denen Patienten, die einer nicht aufschiebbaren akutstationären Krankenhausversorgung bedürfen, vollstationär behandelt werden können, mit der Folge, dass diese Einrichtungen als zugelassenes Krankenhaus nach § 108 SGB V gelten. Die Voraussetzungen sind in § 22 Abs. 1 Satz 1 KHG n.F. näher geregelt. Die Vergütung erfolgt nach Pauschalbeträgen. Die Vergütung und das Abrechnungsverfahren werden von den Partnern der Selbstverwaltung näher geregelt.

Unabhängig davon erhalten auch Vorsorge- und Reha-Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V – ähnlich wie Krankenhäuser – Ausgleichszahlungen für Pandemie bedingte Einnahmeausfälle. Das Nähere regelt die neu eingefügte Vorschrift des § 111 d SGB V.

2. Maßnahmen für Vertragsärzte

- **Ausgleichszahlungen (§ 87a Abs. 3b SGB V)**

Niedergelassene Vertragsärzte und MVZ können mit befristeten Ausgleichszahlungen seitens der Kassenärztlichen Vereinigung rechnen, wenn sich ihr Umsatz aufgrund einer geringeren Inanspruchnahme durch Patienten mindert.

Voraussetzung ist nach § 87a Abs. 3b SGB V, dass die Minderung mehr als 10 Prozent des Gesamthonorars des Vorjahresquartals ausmacht. Die Honorareinbußen müssen auf einem pandemiebedingten Fallzahlenrückgang zurückzuführen sein. Eine Ausgleichszahlung kann außerdem nur für Leistungen verlangt werden, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden (extrabudgetärer Vergütungsbereich), z.B. für ambulante Operationen, Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen, Leistungen der Strahlentherapie oder Leistungen im Rahmen der qualifizierten Versorgung krebskranker Patienten.

Die Ausgleichszahlung ist zu mindern, soweit der Leistungserbringer Entschädigungen nach dem Infektionsschutzgesetz oder finanzielle Hilfen „aufgrund anderer Anspruchsgrundlagen“ (der Gesetzgeber nennt hier als Beispiel kurzfristige Liquiditätshilfen für freie Berufe durch Kreditinstitute) erhält.

- **Anpassung der Honorarverteilungsmaßstäbe**

Mindert sich in Folge der Pandemie die Fallzahl in einem die Fortführung der Arztpraxis gefährdenden Umfang, haben nach dem neu eingefügten § 87 Abs. 2a SGB V die Kassenärztliche Vereinigung im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen im

Honorarverteilungsmaßstab zeitnah geeignete Regelungen zur Fortführung der vertragsärztlichen Tätigkeit des Leistungserbringers vorzusehen.

- Finanzierung der Kosten für außerordentliche Maßnahmen

Nach § 105 Abs. 3 SGB V haben die Krankenkassen der Kassenärztlichen Vereinigung die zusätzlichen Kosten für außerordentliche Maßnahmen, die zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung während des Bestehens einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes erforderlich sind, zu erstatten. Dies betrifft etwa die zusätzlichen Kosten für die Einrichtung der sog. „Fieberambulanzen“.

3. Maßnahmen für die pflegerische Versorgung

Schließlich widmet sich das Gesetz auch der pflegerischen Versorgung. Pflegeeinrichtungen sollen befristet von Bürokratie entlastet und ebenfalls finanziell unterstützt werden. Im Einzelnen:

- Finanzierung der Kosten für außerordentliche Maßnahmen / Mindereinnahmen

Den zugelassenen Pflegeeinrichtungen werden bis einschließlich 30. September 2020 die ihnen infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 anfallenden, außerordentlichen Aufwendungen sowie Mindereinnahmen im Rahmen ihrer Leistungserbringung, die nicht anderweitig finanziert werden, erstattet

Der Erstattungsanspruch kann zum Monatsende bei einer beteiligten Pflegekasse geltend gemacht werden; die Auszahlung hat innerhalb 14 Tagen zu erfolgen. Für Pflegeeinrichtungen, die eine vertragliche Pflegevergütung nach den §§ 85 und 89 SGB XI abgeschlossen haben, findet § 85 Abs. 7 SGB XI keine Anwendung. Bei Unterschreitung der vereinbarten Personalausstattung findet keine Vergütungskürzung nach § 115 Abs. 3 Satz 1 SGB XI statt.

- Anzeigepflicht im Falle einer „wesentlichen Beeinträchtigung der Leistungserbringung“

Der Träger einer Pflegeeinrichtung hat den Pflegekassen umgehend den Eintritt einer „wesentlichen Beeinträchtigung der Leistungserbringung“ anzuzeigen; es genügt die Anzeige gegenüber einer beteiligten Pflegekasse. Daraufhin haben die Aufsichtsbehörden und Pflegekassen die Pflegeeinrichtung mit allen erforderlichen Maßnahmen zweckgerichtet und unbürokratisch zu unterstützen, wobei auch von der vereinbarten Personalausstattung einschließlich deren gesetzlichen Bestimmungen abgewichen werden kann.

- Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI

Für Pflegeleistungsanträge im Zeitraum vom 1. Februar 2020 – 30. September gilt Folgendes:

- Für die Begutachtung nach § 18 Abs. 1 Satz 1 SGB XI ist keine Untersuchung des Antragstellers in seinem Wohnbereich erforderlich; die Begutachtung kann auf Grundlage der bisherigen Angaben und Auskünfte des Antragstellers und sonstiger Auskunftspersonen erfolgen
- Die Wiederholungsbegutachtungen werden bis einschließlich 30. September 2020 ausgesetzt

- Die Mitteilungsfrist des § 18 Abs. 3 Satz 2 SGB XI wird aufgehoben; im Falle eines „besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs“ ist dem Antragsteller das Ergebnis spätestens 25 Tage nach Antragseingang mitzuteilen
- Die Strafzahlungen gem. § 18 Abs. 3 SGB XI werden bis einschließlich 30. September 2020 ausgesetzt

- Beratungsbesuche nach § 37 SGB XI: Keine Kürzung des Pflegegelds zulässig, wenn Pflegebedürftiger im Zeitraum vom 01. Januar 2020 - 30. September keine Beratung nach § 37 Abs. 3 Satz 1 SGB XI abrufen

- Aussetzung der Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI bis zum 30. September 2020

SPAETGENS RECHTSANWÄLTE PartGmbH

RA Prof. Dr. Martin Spaetgens
Fachanwalt für Medizinrecht
Fachanwalt für Arbeitsrecht
Fachanwalt für Handels- und Gesellschaftsrecht

Dietrichstraße 18 in 54290 Trier

mail@spaetgens.com www.spaetgens.com