
Stellungnahme des Bundesverbandes Geriatrie e.V.
zu den Referentenentwürfen der
Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung
der Krankenhäuser
und der
Verordnung zur Verlängerung der Vereinbarungen zur wirtschaftlichen Sicherung
der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen
24. März 2021

Die COVID-19-Pandemie stellt geriatrische Fachabteilungen in Krankenhäusern und geriatrische Rehabilitationseinrichtungen auch im Jahr 2021 vor immense wirtschaftliche, finanzielle und organisatorische Herausforderungen. Es ist offensichtlich, dass viele Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen pandemiebedingt weiterhin nicht die Auslastung erreichen werden, die einen wirtschaftlichen Betrieb ermöglicht und dass die vorrangige Versorgung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten in Krankenhäusern, in der Folge verschobene operative Eingriffe bei zugleich von den Bundesländern ausgesprochenen Freihalteanordnungen die Gefahr von Liquiditätsengpässen bergen. Es ist daher zwingend erforderlich, die Möglichkeit für Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Ausgleichszahlungen zu erhalten, über die zuletzt beschlossenen Fristen hinaus für die nächsten Monate mit dem Ziel der Liquiditätssicherstellung und der Versorgungsaufrechterhaltung zu verlängern.

Vor diesem Hintergrund begrüßt der Bundesverband Geriatrie e.V. ausdrücklich die Referentenentwürfe der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und der Verordnung zur Verlängerung der Vereinbarungen zur wirtschaftlichen Sicherung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und das damit verbundene Anerkenntnis des Gesetzgebers, auch in den nächsten Monaten eine finanzielle Absicherung der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen gewährleisten zu wollen.

Gleichwohl sieht der Bundesverband Geriatrie e.V. Änderungs- und Ergänzungsbedarf und nimmt zu den vorliegenden Entwürfen wie folgt Stellung:

I) Referentenentwurf der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser

Erlösausgleiche für das Jahr 2021

Die bisherigen pandemischen Erfahrungen zeigen, dass auch Krankenhäuser von den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie betroffen sind, die bisher keinen oder keinen durchgehenden Anspruch auf Ausgleichszahlungen haben, weil sie die erforderlichen Voraussetzungen nicht erfüllen oder die Kriterien im Landkreis/in der kreisfreien Stadt nicht bzw. zeitweise nicht erfüllt sind. Hiervon betroffen sind insbesondere geriatrische Fachkliniken, die ausschließlich diesen Indikationsbereich anbieten. Geriatrische Patienten haben ein erhöhtes Risiko für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf, weshalb in der Behandlung dieser Hochrisikopatienten erhöhte Schutzmaßnahmen ergriffen werden müssen. Darüber hinaus besteht bei Auftreten einer COVID-19-Erkrankung innerhalb geriatrischer Fachabteilungen aufgrund des multiprofes-

sionellen Behandlungsansatzes, der gemeinsamen räumlichen Unterbringung (gemeinsam genutzte Speiseräume, Gruppentherapien etc.), regelmäßiger multiprofessioneller Teambesprechungen mit Teilnahme von Vertretern aller Professionen des geriatrischen Teams und z.T. nahem physischen Kontakt bei pflegerischen und therapeutischen Tätigkeiten ein erhöhtes Risiko für den Erwerb einer Infektion. So werden die Behandlungskapazitäten unter anderem durch Hygienemaßnahmen und Auflagen des öffentlichen Gesundheitsdienstes zum Schutz vor Infektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 teils eingeschränkt. Auch für diese Krankenhäuser ist es erforderlich, Regelungen zum Ausgleich coronabedingter Erlösausfälle zu treffen. Vor diesem Hintergrund begrüßt der Bundesverband Geriatrie e.V. den geplanten Erlösausgleich für das Jahr 2021, welcher ausdrücklich auch diese Krankenhäuser berücksichtigen soll. Die bisherigen Erfahrungen haben jedoch gezeigt, dass die Erlöse aus dem Jahr 2019 nicht immer als Referenzwert geeignet sind. In Fällen, in denen nach plausibler Darlegung der Einrichtung die Erlöse aus dem Jahr 2019 aufgrund von einrichtungsspezifischen Besonderheiten nicht als Referenzwert herangezogen werden können, ist ein einrichtungsspezifischer Referenzwert zu definieren. Der Bundesverband Geriatrie e.V. spricht sich daher für die nachfolgende Konkretisierung der Verordnung aus:

Der Bundesverband Geriatrie e.V. schlägt eine Ergänzung des § 5 „Erlösausgleiche für das Jahr 2021“ vor. Nach § 5 Abs. 1 S. 2 wird folgender Satz 3 neu eingefügt:

Absatz 1 Satz 3 (neu)

In Fällen, in denen nach plausibler Darlegung der Einrichtung die Erlöse aus dem Jahr 2019 aufgrund von einrichtungsspezifischen Besonderheiten nicht als Referenzwert geeignet sind, ist der Referenzwert entsprechend anzupassen.

Aussetzen von Strukturprüfungen gemäß § 275d SGB V

Durch die mit der COVID-19-Pandemie einhergehenden Belastungen aller mit der stationären Krankenhausbehandlung befassten Professionen, wurde die Einführung von Strukturprüfungen gemäß § 275d SGB V mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 27. März 2020 um ein Jahr verschoben. Mit der Anpassung der Frist nach § 275d Abs. 3 SGB V wurde klargestellt, dass Krankenhäuser, die die strukturellen Voraussetzungen nicht erfüllen, die Leistungen ab dem Jahr 2022 nicht mehr vereinbaren und nicht mehr abrechnen dürfen.

Die aktuelle pandemische Situation zeigt, dass die Behandlung von Patientinnen und Patienten, die an COVID-19 erkrankt sind, und deren Vorbereitung die betroffenen Krankenhäuser auch in den kommenden Wochen und Monaten überdurchschnittlich belasten wird. Insbesondere sind auch solche Bereiche überdurchschnittlich belastet, die von erforderlichen Umstrukturierungen in den Krankenhäusern betroffen sind. In diesem Zusammenhang wurden in den Krankenhäusern unter anderem geriatrischen Stationen teilweise auf Grund der Personalstruktur, der Erfahrungen mit multimorbiden Krankheitssituationen sowie dem vertrauten Umgang mit betagten und hochbetagten Patienten – also der Corona-Hochrisikogruppe – zum Teil als zusätzliche „Corona-Versorgungseinheiten“ umstrukturiert. Daher wird es organisatorisch nicht in jedem Behandlungsfall zu gewährleisten sein, dass die im Operationen- und Prozedurenschlüssel festgelegten Strukturmerkmale eingehalten werden können. Damit den Krankenhäusern hierdurch keine finanziellen Nachteile für das Budgetjahr 2022 entstehen, ist es dringend erforderlich, dass die Einführung von Strukturprüfungen gemäß § 275d SGB V aufgrund der gegenwärtig andauernden dritten Welle der Pandemie erneut um ein Jahr verschoben wird.

Die Regelungen des Paragraphen 25 KHG „Ausnahmen von Prüfungen bei Krankenhausbehandlungen“ reichen aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e.V. an dieser Stelle nicht aus. Gemäß § 25 KHG dürfen Kostenträger zwischen dem 1. April 2020 und einschließlich dem 30.

Juni 2020 sowie zwischen dem 1. November 2020 und einschließlich dem 30. Juni 2021 die ordnungsgemäße Abrechnung bestimmter Operationen- und Prozedurenschlüssel nicht daraufhin prüfen oder prüfen lassen, ob die vom BfArM publizierten Strukturmerkmale erfüllt sind, sofern das betreffende Krankenhaus in diesem Zeitraum COVID-19-Fälle oder COVID-19-Verdachtsfälle behandelt bzw. behandelt hat.

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund hat gemäß § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V eine Richtlinie über die regelmäßigen Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen zu erlassen. Diese Richtlinie hat dabei insbesondere die Einzelheiten zur Begutachtung durch die Medizinischen Dienste festzulegen. Die Richtlinie ist gemäß § 283 Absatz 2 Nr. 3 SGB V erstmals zum 28. Februar 2021 zu erlassen, steht jedoch zum aktuellen Zeitpunkt in der finalen Fassung noch nicht zur Verfügung. Aus dem Richtlinienentwurf vom 7. Dezember 2020 geht hervor, dass für Krankenhäuser, die den betreffenden OPS-Code bereits im Jahr der Antragstellung erbracht und abgerechnet haben, der Antrag auf Prüfung der Strukturmerkmale bis spätestens zum 30. Juni 2021 beim Medizinischen Dienst vorliegen muss. Die temporäre Ausnahme von Prüfungen bei Krankenhausbehandlungen gemäß § 25 KHG bis zum Juni 2020 reicht im Zusammenhang mit den Regularien des Prüfkonzeptes in der Praxis daher nicht aus. Hinzukommt, dass sich bereits in den derzeit verfügbaren Auslegungshinweisen der Fachgesellschaften, Verbände und Expertenkreise kontinuierlich ein Dissens hinsichtlich der Auslegung der in den Komplexkodes verankerten Strukturmerkmale feststellen lässt. Dieser Dissens spiegelt sich zum Teil auch in dem Richtlinienentwurf vom 7. Dezember 2020 wieder, weshalb die Strukturprüfungen besonders in der Einführungsphase aller Wahrscheinlichkeit nach von Auslegungstreitigkeiten überlagert sein werden. Dies gilt insbesondere für Komplexbehandlungen - wie der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung - die wiederholter Gegenstand sozialgerichtlicher Verfahren und Entscheidungen sind. Neben der überdurchschnittlichen Belastung im Rahmen der aktuellen pandemischen Situation, wären die Krankenhäuser daher mit zusätzlichem bürokratischem Aufwand belastet. Hinzu kommt, dass negative oder fehlende Bescheinigungen des Medizinischen Dienstes ab dem Budgetjahr 2022 das Leistungsspektrum des Krankenhauses reduzieren, was im Hinblick auf das aktuelle pandemische Geschehen erhebliche Auswirkungen auf die Praxis haben kann.

Insbesondere in diesen Tagen sollte der Fokus stets auf der Behandlung der Patienten sowie dem Infektionsschutz liegen und nicht von vermeidbaren bürokratischen Regelungen überlagert werden. Der Bundesverband Geriatrie e.V. spricht sich daher eindringlich dafür aus, die Einführung von Strukturprüfungen um ein Jahr zu verschieben und regt die nachfolgende Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an:

Der Bundesverband Geriatrie e.V. schlägt vor, die in § 275d SGB V genannten Fristen um ein Jahr zu verlängern:

§ 275d wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 3 Satz 2 wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2023“ und die Angabe „31. Dezember 2021“ durch die Angabe „31. Dezember 2022“ ersetzt.
2. Absatz 4 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 wird die Angabe „2022“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.
 - b) In Satz 2 wird die Angabe „31. Dezember 2021“ durch die Angabe „31. Dezember 2022“ ersetzt.

II) Referentenentwurf der Verordnung zur Verlängerung der Vereinbarungen zur wirtschaftlichen Sicherung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Verlängerung der coronabedingten Anpassung von Vergütungsvereinbarungen gem. § 111 Absatz 5 Satz 5 und § 111c Absatz 3 Satz 5 – Erfordernis einer bundeseinheitlichen Lösung

Die in dem Entwurf vorgesehene Verlängerung der mit dem Gesundheits- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) vom 22. Dezember 2020 eingeführten Regelungen zur coronabedingten Anpassung von Vergütungsvereinbarungen zwischen Vorsorge – und Rehabilitationseinrichtungen und Krankenkassen bis zum 31. Dezember 2021 ist im Sinne einer Gewährleistung der Leistungsfähigkeit der Einrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung zwingend geboten.

Die Erfahrungen der letzten Wochen und Monate seit dem Inkrafttreten des GPVG zeigen jedoch, dass die Kostenträger und ihre Landesverbände wenig Verhandlungs- und Kooperationsbereitschaft bei der Umsetzung dieses gesetzgeberischen Auftrags erkennen lassen. Eine sachgerechte Berücksichtigung und Kompensation pandemiebedingter Mindererlöse bei gleichzeitig bestehenden und zu finanzierenden Mehraufwänden in den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen scheint damit – trotz einer Verlängerung der genannten Frist – aussichtslos.

Der Bundesverband Geriatrie e.V. fordert daher die Umsetzung einer bundesweit einheitlichen Regelung und eine eindeutige Mandatierung seitens des Gesetzgebers von Krankenkassen und den Erbringern von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbänden auf Bundesebene.

Der Bundesverband Geriatrie e.V. schlägt eine Ergänzung des § 111 Abs. 5 SGB V vor. Nach § 111 Abs. 5 Satz 5 SGB V wird folgender Satz 6 neu eingefügt:

§ 111 Abs. 5 Satz 6 SGB V (neu)

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringer von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene vereinbaren bis zum 31. Mai 2021 das Nähere zur Anpassung bestehender Vereinbarungen an die durch die COVID-19-Pandemie bedingte besondere Situation der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen für den Zeitraum vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. Dezember 2021.

Anpassung des Referenzwertes gem. § 111d Absatz 2 SGB V

Mit dem Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz) vom 27. März 2020 wurde beschlossen, dass die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen Ausgleichszahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds für Betten erhalten, die nicht so belegt werden können, wie es vor dem Auftreten der SARS-CoV-2-Pandemie geplant war.

Gemäß § 111d Absatz 2 SGB V ermitteln die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen die Höhe der Ausgleichszahlungen, indem sie täglich von der Zahl der im Jahresdurchschnitt 2019 pro Tag stationär behandelten Patientinnen und Patienten der Krankenkassen (Referenzwert) die Zahl der am jeweiligen Tag stationär behandelten Patientinnen und Patienten der Krankenkassen abziehen.

Die Erfahrungen der vergangenen Monate seit Inkrafttreten des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes und der Vereinbarung nach § 111d Absatz 5 SGB V zum Verfahren des Nachweises der Ausgleichszahlungen nach § 111d Absatz 2 SGB V sowie zur Ermittlung des durchschnittlichen Vergütungssatzes nach § 111d Absatz 3 SGB V (Ausgleichszahlungsvereinbarung

Vorsorge und Rehabilitation) zeigen, dass der oben genannte Referenzwert auf Grundlage des Jahres 2019 häufig nicht geeignet ist. Dies betrifft etwa Fälle, in denen Einrichtungen erst im laufenden Jahr 2019 ihren Betrieb aufgenommen haben oder solche, die durch (Um-)Baumaßnahmen keinen ganzjährigen Betrieb aufrechterhalten konnten und somit zwangsläufig eine in der ganzjährigen Betrachtung deutlich verringerte Patientenzahl aufweisen.

Der Bundesverband Geriatrie e.V. fordert daher – analog zu seiner Forderung für den Krankenhausbereich – die Aufnahme einer eindeutigen Formulierung zur Berücksichtigung einrichtungsspezifischer Besonderheiten. Diese Forderung ist umso mehr dadurch begründet, dass bisherige Angebote seitens der Kostenträger zur Umsetzung der mit dem Gesundheits- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) eingeführten Regelungen zur coronabedingten Anpassung von Vergütungsvereinbarungen sich regelmäßig an § 111d Absatz 2 SGB V und dem darin genannten Jahr 2019 als Berechnungsgrundlage für den Referenzwert orientieren. Damit ist die Gefahr gegeben, dass der sich – bei Ausschluss von Korrektur- oder Anpassungsmöglichkeiten – als pauschale Berechnungsgröße als ungeeignet erwiesene Referenzwert unter Verweis auf den bisherigen „Rettungsschirm“ für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen weiterhin genutzt wird und etwaige einrichtungsspezifische Besonderheiten außer Acht bleiben. Im Ergebnis kann ein solcher Berechnungsmodus der Intention des Gesetzgebers der Kompensation von nichtbelegten Betten nicht genügen.

Der Bundesverband Geriatrie e.V. schlägt eine Ergänzung des § 111d Abs. 2 SGB V vor. Nach § 111 Abs. 2 Satz 4 SGB V wird folgender Satz 5 neu eingefügt:

§ 111 Abs. 2 Satz 5 SGB V (neu)

In Fällen, in denen nach plausibler Darlegung der Einrichtung die Erlöse aus dem Jahr 2019 aufgrund von einrichtungsspezifischen Besonderheiten nicht als Referenzwert geeignet sind, ist der Referenzwert entsprechend anzupassen.