

Köln, 15.05.2020

Offener Brief an die Mitglieder des Fachbeirates zur Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahmen aus dem Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetz

Krankenhausentlastungsgesetz – dem Namen einen Inhalt geben!

Sehr geehrte Mitglieder des Fachbeirates,

der CLINOTEL-Krankenhausverbund ist ein Zusammenschluss von öffentlichen und freige-meinnützigen Krankenhäusern aus dem gesamten Bundesgebiet. In 66 Mitgliedskrankenhäusern behandeln wir 1,3 Mio. stationäre Patienten pro Jahr, also wird jeder 15. Patient in Deutschland in einem unserer Mitgliedshäuser versorgt.

Sie haben den Auftrag, die Wirksamkeit der Maßnahmen aus dem Covid-19 Krankenhausentlastungsgesetz in Bezug auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser zu überprüfen. Als direkt Betroffene möchten wir Ihnen auf diesem Wege unsere Sichtweise für Ihre Beratungen mit auf den Weg geben.

Ausgleichspauschale 560 Euro/Tag

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat sich zur erhofften Wirkung der gesetzlichen Regelung wie folgt geäußert¹:

„Krankenhäuser erhalten einen finanziellen Ausgleich für verschobene planbare Operationen und Behandlungen, um Kapazitäten für die Behandlung von Patienten mit einer Coronavirus-Infektion frei zu halten. Für jedes Bett, das dadurch im Zeitraum vom 16. März 2020 bis zum 30. September 2020 nicht belegt wird, bzw. für jeden gegenüber dem Vorjahr nicht stationär behandelten Patienten, erhalten die Krankenhäuser eine Pauschale in Höhe von 560 Euro pro ausgebliebenen Patienten und Tag. Der Ausgleich wird aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bezahlt und aus dem Bundeshaushalt refinanziert.“

Unsere Mitgliedshäuser sind, wie die allermeisten Kliniken in Deutschland, dem Aufruf unserer Regierung gefolgt und haben die Bettenauslastung zur Vorhaltung für Covid-19 Patienten deutlich heruntergefahren.

Zur Kompensation werden den Kliniken 560 Euro pro Tag/Bett zur Vorjahresbelegung bereitgestellt. Bei den Kliniken kommen dadurch insgesamt keine Mehreinnahmen zustande, da die 560 Euro so kalkuliert sind, dass eingesparte Sachkosten bereits abgezogen wurden.

Auf Seite der Krankenkassen wirkt sich die entstandene Minderbelegung allerdings positiv aus. Das Krankenhausentlastungsgesetz kalkuliert für Unterschreitung der Patientenzahl von 10 Prozent für 100 Tage Mehrausgaben von rund 2,8 Milliarden Euro. Es ist davon auszugehen, dass die tatsächliche Minderbelegung deutlich höher, bei etwa 30 Prozent liegen wird, so dass

Köln, 15.05.2020

sich die Mehrausgaben auf 8,4 Milliarden Euro belaufen dürften. Das ist dann genau der Betrag, den die Krankenkassen durch die Minderbelegung auf ihrer Ausgabenseite einsparen.

Die Kliniken erhalten keine Mehreinnahmen, die Krankenkassen werden aus Steuermitteln um 8,4 Milliarden Euro entlastet. Warum das Gesetz Krankenhausentlastungsgesetz und nicht Krankenkassenentlastungsgesetz heißt, erschließt sich uns nicht. Es ist uns wichtig, festzustellen, dass das von den Krankenkassen veröffentlichte, befürchtete Defizit von 14 Milliarden Euro² NICHT durch entsprechende Mehrausgaben auf Seiten der Kliniken verursacht wird. Bei den Kliniken werden die Steuermittel durch die entsprechenden Erlöseinbrüche aufgezehrt.

Zur 560 Euro Pauschale selbst ist anzumerken, dass es sich um einen pauschalen, kalkulatorischen Ansatz handelt. Daher ist es systemimmanent, dass es „Gewinner“ und „Verlierer“ gibt. Auch in unserem Verbund stellt sich die Kosten-/Erlössituation unterschiedlich dar, nicht alle Kliniken können mit den 560 Euro ihre Kosten decken.

Als besonders problematisch stellt sich in diesem Zusammenhang heraus, dass die Minderbelegung, der eingeschränkte Zugang für Besucher sowie die Angst der Bevölkerung, Klinikambulanzen aufzusuchen, auch in vielen anderen Finanzierungsbereichen (Ambulanzen, Café, Parkgebühren usw.) für Erlöseinbrüche gesorgt haben. Auch im Wahlleistungsbereich (Ein- und Zweibettzimmer, freie Arztwahl) sind z.T. erhebliche Erlösausfälle spürbar. Nach unseren Informationen sind gewisse Erlöseinbußen bei Wahlleistungen in die Kalkulation der 560 Euro Pauschale eingeflossen, allerdings mit viel zu niedrigen Ansätzen.

Vorschlag:

Erlösausfälle zum Vorjahr, die in der 560 Euro Pauschale nicht, oder nur unzureichend berücksichtigt wurden (Wahlleistungserlöse, Ambulanzen etc.), werden ausgeglichen. Die Kliniken könnten hierzu einen vom Wirtschaftsprüfer testierten Nachweis vorlegen.

Ein bedeutender Aspekt ist auch die Dauer der Anwendung der 560 Euro Pauschale. So lange, wie die Kliniken Reserven vorhalten müssen, um jederzeit eine weitere Infektionswelle aufzufangen zu können, muss die Pauschale gewährt werden. Eine Auslastung wie in Zeiten vor Covid-19 scheidet allein daran, dass auch die Krankenhäuser das fortbestehende Abstandsgebot beachten werden, um die Patienten zu schützen. Wenn sie dies tun wollen, können sie allein schon aus räumlichen Gründen nicht alle Betten wie gewohnt belegen. Jeder „Elektivpatient“ muss aus Sicherheitsgründen bis zum Beweis des Gegenteils als potentiell infiziert gelten. Ein weiterer Grund, der gegen das Hochfahren auf Vorjahresniveau spricht, sind die ärztlichen und pflegerischen Ressourcen (Stichwort „Quarantäne“, Eigen-Infektion etc.). Auch Herr Minister Spahn hat sich ja „nur“ 75% der Kapazitäten gewünscht. Auch das RKI hat am 13.05.2020 mit der Veröffentlichung von „Optionen zur getrennten Versorgung von Covid-19-Fällen, Verdachtsfällen und anderen Patienten im stationären Bereich“ klargestellt, dass an eine Regelversorgung bis auf weiteres nicht zu denken ist.

Die Ausfälle müssen daher in der aktuellen Form auch weiterhin kompensiert werden können. Das kann auch über den bisher geplanten Zeitraum bis 30.09.2020 hinausgehen. Unsere Kliniken haben auch mit der erkennbaren Angst der Bevölkerung vor einer im Krankenhaus erworbenen Covid-19-Infektion zu kämpfen, voraussichtlich bis zur Anwendung eines Impfstoffes. Hier muss Vertrauen aufgebaut werden, das wird ein längerer Prozess.

Köln, 15.05.2020

Auch dies ist ein Faktor, der das Erreichen der Vorjahresbelegung auch nach dem 30.09.2020, voraussichtlich kritisch beeinflussen wird. Völlig wirklichkeitsfremd sind Forderungen, die Pauschale noch nicht einmal bis zum 30.09.2020 zu gewähren.

Vorschlag:

Die 560 Euro Pauschale wird so lange gewährt, wie Kliniken ihre Ressourcen so planen müssen, dass ein zeitnahes „Hochfahren“ der Kapazitäten für Covid-19-Patienten möglich wird und die Patienten die Kliniken aus Angst vor Covid-19-Infektionen nicht mehr meiden.

Differenzierung der 560 Euro Pauschale

Nach unseren Informationen gibt es Bestrebungen, mit dem *Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite* die Möglichkeit einer Differenzierung der Ausgleichspauschalen nach der Zahl der Krankenhausbetten oder anderen krankenhausbefugten Kriterien durch Rechtsverordnung zu regeln. Eine mögliche sachgerechte Differenzierung der Ausgleichspauschalen soll unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser sowohl durch Erhöhung als auch durch Absenkung der Ausgleichspauschalen grundsätzlich in Betracht zu ziehen sein. Dabei soll insbesondere sichergestellt werden, dass die Motivation der Krankenhäuser für eine Rückkehr zum Regelbetrieb nicht durch die Höhe der Ausgleichspauschalen gedämpft wird.

Dass Psychiatrien grundsätzlich andere Kostenstrukturen als somatische Kliniken vorweisen ist richtig und wäre auch ein Tatbestand, der angegangen werden könnte. Bei anderen Kriterien wie Krankenhausbetten oder Case-Mix-Index wird es erheblich komplexer, sachgerechte Lösungen zu finden. In jedem Fall ist die Gesamtsumme der Ausgleichszahlungen bei Veränderungen (im Sinne von „kommunizierenden Röhren“) einzuhalten. Wo Beträge gesenkt werden, müssen sie anderswo entsprechend erhöht werden.

Eine Motivation zur Rückkehr zum Regelbetrieb dadurch zu fördern, dass Ausgleichspauschalen nicht mehr kostendeckend sind, wäre eine Maßnahme, der wir uns mit aller Vehemenz – auch öffentlich – entgegenstellen werden.

Der Gesundheitsminister fordert Reserven zum zeitnahen Hochfahren der Kapazitäten für eine mögliche zweite Welle an Covid-19-Patienten und das allein macht einen „Regelbetrieb“ schon unmöglich. Und auch aus weiteren, oben genannten Gründen ist ein Regelbetrieb wie im Vorjahr gar nicht möglich.

Ohne kostendeckende Pauschalen werden die Kliniken willentlich und wissentlich reihenweise in die Defizite und zu einem Teil auch in die Insolvenz getrieben. Was soll das für ein „Rettungsschirm“ sein?

Es wird erneut ein Misstrauen in die Kliniken deutlich, welches von unseren Mitarbeitenden (bis dato als „Helden des Alltags“ bezeichnet) nur als weiterer, kräftiger Schlag ins Gesicht aufgenommen werden kann. Wir sind öffentliche und freigemeinnützige Kliniken und kämen niemals auf die Idee, hilfsbedürftige Menschen nicht zu behandeln, um durch eine „Freihaltepauschale“ Geld zu verdienen. Genau das unterstellt die Formulierung im o.g. Gesetzesvorhaben und das empfinden wir als unsäglich.

Köln, 15.05.2020

Vorschlag:

Die Freihaltepauschale muss mindestens kostendeckend sein. Bei entsprechendem Nachweis, dass sie es nicht ist, erfolgt ein Budgetausgleich.

Zuschlag 50 Euro pro Patient

Das BMG hat sich zu der gesetzlichen Regelung wie folgt geäußert¹:

„Für Mehrkosten, insbesondere bei persönlichen Schutzausrüstungen, erhalten Krankenhäuser vom 1. April bis zum 30. Juni 2020 einen Zuschlag je Patient in Höhe von 50 Euro, der bei Bedarf verlängert und erhöht werden kann.“

Stichprobenhafte Kalkulationen in einzelnen Mitgliedshäusern zeigen, dass sich die tatsächlichen Kosten für die persönliche Schutzausrüstung pro Patient zwischen 88 und 150 Euro belaufen - ohne Laborkosten.

Die monatliche finanzielle Unterdeckung beträgt bei 1.000 Fällen zwischen rd. 38.000 und 100.000 Euro.

Vorschlag:

Den Kliniken werden die nachgewiesenen, nicht über die Pauschale finanzierten Kosten für die persönliche Schutzausrüstung erstattet. In jedem Fall sind die Leistungen über den 30.06.2020 hinaus zu finanzieren, da die persönliche Schutzausrüstung sicher über diesen Zeitpunkt hinaus benötigt wird.

Covid-19-Testkosten

Für Covid-19 Testkosten gibt es derzeit keine Finanzierung. Die Kosten für einen Covid-19 Test betragen je nach Labor zwischen 50 und 128 Euro. Jeder Notfallpatient und jeder Elektiv-Patient muss aus infektionsepidemiologischer Sicht getestet werden, um dem Risiko eines Covid-Ausbruchs im Krankenhaus vorzubeugen. Teilweise sind mehrere Tests pro Patient erforderlich, zumal weiterversorgende Einrichtungen wie Pflegeheime dies verlangen.

Nach unseren Informationen gibt es Bestrebungen, mit dem *Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite* ein Zusatzentgelt für diese Testungen einzuführen. Das wäre grundsätzlich zu begrüßen. Es bedarf allerdings einer Regelung für den Zeitraum bis zum Inkrafttreten der Verordnung. Unser Mitgliedshaus Ortenau-Klinikum mit rd. 1.700 Betten hat bisher über 500.000 Euro für diese Testungen ausgeben müssen.

Vorschlag:

Unterstützung der Einführung eines Zusatzentgelts und nachträgliche Erstattung der nachgewiesenen Ist-Kosten für den Zeitraum vom 01.01.2020 bis zum Inkrafttreten der Verordnung.

Köln, 15.05.2020

Erhöhung Pflegeentgeltwert

Das BMG hat sich zur erhofften Wirkung der gesetzlichen Regelung wie folgt geäußert¹:

„Der so genannte "vorläufige Pflegeentgeltwert" wird auf 185 Euro erhöht. Das verbessert die Liquidität der Krankenhäuser und wird auch zu erheblichen Zusatzeinnahmen für die Kliniken führen.“

In Bezug auf die Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes von 146,55 Euro auf 185,00 Euro ergibt sich für unsere Kliniken folgender Sachverhalt: Durch die verordneten Leerstände werden wir in 2020 auch mit einem Pflegeentgelt von 185,00 Euro die tatsächlichen Pflegekosten nicht erreichen. Die Erhöhung hat also keine positive Auswirkung auf das Ergebnis der Kliniken, wird also auch nicht zu den beschriebenen „erheblichen Zusatzeinnahmen“ führen. Der gewollte Ansatz, durch eine Erhöhung des Pflegeentgeltwertes die Pflegebudgets der Kliniken zu erhöhen, läuft vollständig ins Leere.

Zum Thema Liquidität: Das Pflegebudget wird erst in 2021 bei der zu erwartenden Unterschreitung der Ist-Kosten vollständig ausgeglichen. Das hat für 2020 tatsächlich eine schlechtere Liquidität als im Vorjahr zur Folge. Noch schlechter wäre die Liquidität mit dem vorläufigen Pflegeentgeltwert von 146,55 Euro gewesen.

Vorschlag:

Die Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes in Höhe von 33,45 Euro wird auch für die verordneten Leerstände finanziert und den 560 Euro zugeschlagen (Steuermittel) oder im Budgetausgleich (Kassenmittel) angerechnet. Nur so kann der gewollte Effekt bei den Kliniken ankommen. Die Krankenkassen haben hier übrigens 3,3 Milliarden Euro an Mehrkosten veranschlagt². Es wäre demnach fair, wenn diese dann auch entsprechend bei den Kliniken ankommen.

Covid-19-Patienten im DRG-Fallpauschalensystem

Das DRG-Fallpauschalensystem ist nicht für Covid-19-Patienten kalkuliert. Deutlich höhere Verweildauern, Betreuungsaufwand, Isolations- und Hygienemaßnahmen usw. sind in den DRGs nicht enthalten. Die mittlere Verweildauer bei den COVID-19 Patienten ist in der Regel doppelt so hoch, wie bei den bisher kalkulierten DRG-Patienten. Diese Verweildauer entsteht nicht zuletzt dadurch, dass beispielsweise Pflegeeinrichtungen nur Patienten aufnehmen, die ein bis zwei negative Testungen auf Covid-19 nachweisen können. Auch im Bereich der Beatmungs-DRGs ist ein deutlich höherer Aufwand bei den Covid-19-Patienten zu leisten.

Vorschlag:

Bewertungsrelationen für Fallpauschalen für Covid-19-Patienten werden mit dem Faktor 2 bewertet. Damit wird eine faire Lösung für die Häuser gegeben, die auch tatsächlich durch diese Patienten stärker belastet sind.

Köln, 15.05.2020

Beatmungsplätze

Das BMG hat sich zu der gesetzlichen Regelung wie folgt geäußert¹:

„Krankenhäuser erhalten einen Bonus in Höhe von 50.000 Euro für jedes Intensivbett, das sie zusätzlich schaffen. Die Kosten dafür werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert. Darüber hinaus sollen die Länder kurzfristig weitere erforderliche Investitionskosten finanzieren.“

Die Kosten eines zusätzlichen Beatmungsplatzes belaufen sich auf rd. 85.000 Euro. Die Zuschussung beläuft sich jedoch auf lediglich 50.000 Euro pro Bett. Die „Soll-Vorschrift“ für die Bundesländer wird bis dato nicht umgesetzt.

Vorschlag:

Den Kliniken werden Mehrkosten, die 50.000 Euro überschreiten, bei entsprechendem Nachweis erstattet.

Prüfung von Krankenhausabrechnungen

„Die Rechnungsprüfung durch den Medizinischen Dienst wird zur Entlastung der Krankenhäuser umfassend erleichtert.“

Als hilfreiches und positives Signal werten wir die Aussetzung der Strafzahlungen für Krankenhäuser 2020 und 2021. Die Beibehaltung einer MD-Prüfquote erachten wir trotz der Reduktion von 12,5 auf 5,0 Prozent als Zeichen des Misstrauens in Krisenzeiten. Finanziell betrachtet sind die Regelungen zu den Prüfverfahren die einzigen, die zu einer Entlastung beitragen können.

Vorschlag:

Abrechnungsprüfungen dürfen dauerhaft nicht als Instrument zur nachträglichen Rabattierung von Krankenhausleistungen dienen. Die bestehende Prüfpraxis, tatsächlich erbrachten Leistungen in Form von Verweildauertagen (Kurz-/Langlieger) zu streichen, führt dazu, dass vereinbarte Krankenhausbudgets nachträglich und systematisch abgesenkt werden. Hinzu kommt ein enormer Aufwand für diese Prüfungen, sowohl bei den Krankenkassen, als auch bei den Kliniken. Es spricht vieles dafür, diese Ressourcen in die Patientenversorgung zu investieren statt in Bürokratie, die zudem noch unsere Arbeitsplätze in den Kliniken immer unattraktiver macht.

Köln, 15.05.2020

Fazit

Die Kliniken haben bis dato eindrucksvoll unter Beweis gestellt, dass in der Krise Verlass auf sie ist. Die finanzielle Unterstützung aus Steuermitteln sollte dann auch bei ihnen ankommen. Es kann nicht sein, dass die Krankenkassen mit rd. 8,4 Milliarden Euro aus Steuergeldern unterstützt werden und gleichzeitig die Kliniken bei der Übernahme von Kosten für CoV-19 Tests oder der sachgerechten Finanzierung der persönlichen Schutzausrüstung „in die Röhre schauen“.

Unsere gemachten Vorschläge dienen nicht dazu, Krankenhäuser auf Kosten von Corona finanziell zu „sanieren“, dazu bräuchte es ganz andere Dimensionen. Die Corona-Epidemie darf allerdings auch kein weiterer Motor der aktuell stattfindenden „kalten Strukturbereinigung“ der Kliniklandschaft durch Entzug finanzieller Mittel sein. Wir wünschen uns lediglich, dass die finanziellen Belastungen der Kliniken fair aufgefangen werden und das Krankenhausentlastungsgesetz seinem Namen auch inhaltlich gerecht wird.

Bei Ihrer bevorstehenden Aufgabe wünschen wir Ihnen in diesem Sinne ein gutes Gelingen, wir warten gespannt auf ein faires Ergebnis für unsere Kliniken.

Mit besten Grüßen, bleiben Sie gesund!

Udo Beck

Verfasser:

CLINOTEL Krankenhausverbund gemeinnützige GmbH
Diplom-Verwaltungswirt Udo Beck M.A., Geschäftsführer
Riehler Str. 36, 50668 Köln
Fon: 0221 16798 0
Mail: beck@clinotel.de
Home: www.clinotel.de

Fußnote 1: Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2020/1-quartal/corona-gesetzespaket-im-bundesrat.html>; aufgerufen am 12.05.2020).

Fußnote 2: Der Tagesspiegel. Krankenkassen droht Minus von mehr als 14 Milliarden Euro. (<https://www.tagesspiegel.de/politik/ueberlastung-durch-die-coronakrise-krankenkassen-droht-minus-von-mehr-als-14-milliarden-euro/25817628.html>, aufgerufen am 12.05.2020)