

COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz

Der Bundesrat hat am 27.03.2020 dem Entwurf (<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/181/1918112.pdf>) für ein COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz zugestimmt. Am selben Tag ist das Gesetz im Bundesgesetzblatt veröffentlicht worden (BGBl. I Nr. 14/2020, S. 580 ff. vom 27.03.2020, *Bundesgesetzblatt online, Bürgerzugang*). Somit ist es am 28.03.2020 in Kraft getreten.

Das Gesetz sieht folgende Regelungen im Krankenhausfinanzierungsgesetz, im Krankenhausentgeltgesetz, im Sozialgesetzbuch (SGB) V und XI vor:

- **Änderungen für pflegebedürftige Menschen – für Anträge auf Pflegeleistungen, die zwischen dem 01.02.2020 und 30.09.2020 gestellt wurden:**
 - Die Begutachtung für die Pflegebedürftigkeit findet nicht mehr zuhause statt (Entscheidung nach Aktenlage/Telefonat).
 - keine Wiederholungsbegutachtungen
 - Die Pflegekassen müssen in den meisten Fällen nicht innerhalb von 25 Arbeitstagen über den Antrag (auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit) entscheiden.
 - Die Strafzahlung der Pflegekasse für eine verspätete Entscheidung wird vorübergehend ausgesetzt.
 - Nur in Eilfällen muss die Pflegekasse derzeit dem Pflegebedürftigen drei unabhängige Gutachter benennen.

- Finanzielle Hilfen für Pflegebedürftige bei Versorgungslücken im häuslichen Bereich (§ 150 Abs. 5 SGB XI/Krankenhausentlastungsgesetz i. V. m. Empfehlungen)
 - Beispiel: Wegfall der Versorgung, die normalerweise z. B. in der (nun virusbedingt geschlossenen) Tagespflegeeinrichtung erfolgt. Durch die (ersatzweise) Beauftragung z. B. eines ambulanten Dienstes mit der Pflege und Betreuung entstehen Kosten, die die Pflegekasse unter bestimmten Voraussetzungen bis zur Höhe des jeweiligen Sachleistungsbetrages (§ 36 SGB XI) erstatten kann.
 - Voraussetzungen: Der pflegebedürftige Mensch hat mindestens den Pflegegrad 2 und vorrangige Maßnahmen sind nicht ausreichend gewesen (z. B. erlaubte Reduzierung des Personals der Pflegeeinrichtung), um die Versorgung zu gewährleisten – vgl. ergänzend dazu die Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen (abrufbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/empfehlungen_zum_leistungsrecht/2020_03_27_Pflege_Corona_Empfehlungen_150_Abs5_SGB_XI.pdf)
 - Inhalt der Empfehlungen:
 1. Pflegekassen können (Ermessen!) Kosten für Leistungserbringer o. Ä. in Höhe der ambulanten Sachleistungsbeträge erstatten;
 2. gilt nicht bei der Versorgung durch nahen Angehörigen oder vergleichbar nahestehende Person (hierfür Pflegegeld);
 3. gilt aber ggf. bei Hilfe durch Nachbar, wenn kein anderer Leistungserbringer freie Kapazitäten hat;
 4. gilt auch bei der Leistungserbringung durch Angebote zur Unterstützung im Alltag (Nr. 3.2 der Empfehlungen);
 5. bereits in Anspruch genommene Pflegesachleistungen sind zu berücksichtigen;
 6. formloser Antrag an die Pflegekasse ist ausreichend;
 7. vor der Erstattung muss Pflegebedürftiger die Zahlung an den Leistungserbringer o. Ä. nachweisen;
 8. Kostenerstattungszusagen der Pflegekassen sind bis zu drei Monate zu begrenzen und aus wichtigen Gründen widerruflich.

- **Sonstige Änderungen für Pflegebedürftige:**
 - Keine Kürzung oder Entzug des Pflegegelds, wenn die Pflegeberatung in der Zeit vom 1. Januar 2020 bis 30.09.2020 nicht abgerufen wird.
 - vereinfachte Gewährung der Kurzzeitpflege bis zum 30.09.2020.
- **Erleichterungen für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen – bis zum 30.09.2020:**
 - Anzeigepflicht für Träger zugelassener Pflegeeinrichtungen (§ 72 SGB XI) bei Beeinträchtigung der Leistungserbringung aufgrund des Coronavirus; ggf. Erlaubnis zur Abweichung von der vereinbarten Personalausstattung.
 - Erstattungsanspruch auf Ersatz der Aufwendungen sowie Mindereinnahmen, die nicht anderweitig finanziert werden (z. B. durch Kurzarbeitergeld). Die Einzelheiten bestimmt umgehend der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Benehmen mit den Trägern der Pflegeeinrichtungen und der Zustimmung des BMG.
- **Weitere Erleichterungen im Pflegebereich:**
 - Längere Fristen für verschiedenste Abgabetermine (z. B. 7. Pflegebericht für den Zeitraum 2016 – 2019 wird auf 2021 verschoben; Datenauswertung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen muss erst bis zum 31.12.2020 erfolgen usw.).

▪ **Änderungen für Krankenhäuser:**

- Die Einnahmeausfälle von Krankenhäusern durch das Verschieben und Aussetzen von planbaren Aufnahmen, Eingriffen und Operationen werden durch eine Ausgleichszahlung aus dem Gesundheitsfonds abgedeckt.
- Es wird einen finanziellen Anreiz für die Schaffung zusätzlicher Intensivbetten in Krankenhäusern geben. Die Kosten werden ebenfalls aus dem Gesundheitsfonds gezahlt.
- Für Mehrkosten, etwa aufgrund der erforderlichen Beschaffung von persönlicher Schutzausrüstung, können Krankenhäuser einen pauschalen Zuschlag von 50 Euro gegenüber den Patient*innen oder ihren Kostenträgern, also den Krankenkassen, abrechnen.
- Krankenhäuser erhalten für Leistungen, die aufgrund einer Infektion mit SARS-CoV-2 oder aufgrund des Verdachts einer Infektion erbracht werden, die volle Vergütung, auch wenn sie insoweit mehr Leistungen vereinbaren als für das vorangegangene Jahr. Diese Leistungen werden aus der Erhebung des Fixkostendegressionsabschlags ausgenommen. Es kann auch für weitere Leistungen eine entsprechende Ausnahme zwischen Krankenhaus und Kostenträger vereinbart werden, damit diese Leistungen ebenfalls voll vergütet werden.
- Der vorläufige Pflegeentgeltwert wird für die Berechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten ab dem 1. April 2020 auf 185 Euro erhöht. Damit wird die Möglichkeit zur Finanzierung von Pflegepersonal für eine steigende Anzahl von Patient*innen mit einer SARS-CoV-2-Infektion zusätzlich gestärkt.
- Werden bereits bestehende Budgetvereinbarungen zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern unter- oder überschritten, weil infolge der SARS-CoV-2 -Pandemie mehr oder weniger Patient*innen behandelt werden, können die Krankenhäuser mit den Kostenträgern auch nach Ablauf des Vereinbarungszeitraums flexibel auf daraus

entstehende Mehr- oder Mindererlöse reagieren und im Einzelfall Ausgleichssätze vereinbaren.

▪ **Änderungen für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen:**

- Die Länder können Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen bestimmen, in denen Patient*innen, die einer akutstationären Krankenhausversorgung bedürfen, vollstationär behandelt werden können. Diese gelten dann als für die Behandlung der Patient*innen zugelassene Krankenhäuser.
- Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erhalten für eventuelle Einnahmeausfälle, die seit dem 16. März 2020 infolge der SARS-CoV-2-Pandemie entstehen, eine Ausgleichszahlung aus dem Gesundheitsfonds.

▪ **Änderungen für Ärzt*innen:**

- Falls Ärzt*innen aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie weniger von Patient*innen aufgesucht werden und Honorareinbußen von mehr als 10 % haben, kann die Kassenärztliche Vereinigung (KV) eine befristete Ausgleichszahlung an sie leisten.
- Ist die Existenz von Praxen infolge rückläufiger Patientenzahlen bedroht, kann die KV Rettungsmaßnahmen vorsehen.
- Weitere Maßnahmen der KV zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie, wie bspw. die Einrichtung spezieller Zentren zur Trennung von Patient*innen mit Atemwegserkrankungen vom übrigen Patientenkontinuum, werden von den Krankenkassen refinanziert.

Stand: 14.04.2020