

COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz

23.03.2020
Kabinettsbeschluss
Formulierungshilfen für die Koalitionsfraktionen

25.03.2020
1./2./3. Lesung Bundestag

27.03.2020
Abschluss Bundesrat

28.03.2020
Inkrafttreten

Zum Download

COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz

Maßnahmenpaket im Rahmen der Coronavirus-Epidemie

Um Krankenhäuser und andere Gesundheitseinrichtungen in der Coronavirus-Epidemie kurzfristig zu entlasten und die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicherzustellen, haben Bundestag und Bundesrat innerhalb einer Woche weitreichende gesetzliche Maßnahmen für das Gesundheitswesen auf den Weg gebracht. Ziel ist es vor allem, Einnahmeausfälle der Krankenhäuser zu kompensieren sowie die Zahl der Intensivbetten deutlich zu erhöhen. Im Bereich der ambulanten Versorgung sind Ausgleichszahlungen bei Honorarminderungen vorgesehen, zudem werden Pflegeeinrichtungen und Pflegekräfte entlastet, Begutachtungspflichten zeitweise ausgesetzt.

Bereits einen Tag nach der abschließenden Beratung im Bundesrat trat das Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen (COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz) in Kraft.

Maßnahmen im Bereich der Krankenhausfinanzierung

Um Betten für Patienten mit einer Coronavirus-Infektion freizuhalten, sind die Krankenhäuser derzeit dazu angehalten, planbare Leistungen zu verschieben. Die daraus resultierenden Einnahmeausfälle werden durch Ausgleichszahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds kompensiert, die jedoch vom Bund zurückerstattet werden sollen. Pro weniger behandeltem voll-/teilstationären Patienten (im Vergleich zum Durchschnitt des Vorjahres) bekommen die Krankenhäuser rückwirkend ab dem 16.03.2020 bis zum 30.09.2020 eine Tagespauschale in Höhe von 560 Euro.

Weiterhin erhalten die Krankenhäuser für jedes bis zum 30.09.2020 aufgestellte Intensivbett mit Beatmungsmöglichkeit 50.000 Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Darüber hinaus sollen die Länder kurzfristig weitere erforderliche Investitionskosten finanzieren.

Der Fixkostendegressionsabschlag, welcher Anreize zur Erbringung von Mehrleistungen auf Ortsebene dämpfen soll, wird für das Budgetjahr 2020 vollständig ausgesetzt. Im Jahr 2021 werden Leistungen zur Behandlung von COVID-19-Patienten vom Fixkostendegressionsabschlag ausgenommen.

Daneben wird der vorläufige Pflegeentgeltwert (für die Berechnung von tagesbezogenen Pflegeentgelten) ab dem 01.04.2020 von 146,55 Euro auf 185 Euro erhöht. Für Mehrkosten, insbesondere bei persönlichen Schutzausrüstungen im Zusammenhang mit der Coronavirus-Epidemie, erhalten Krankenhäuser vom 01.04.2020 bis zum 30.06.2020 einen Zuschlag je Patient in Höhe von 50 Euro, der bei Bedarf verlängert und erhöht werden kann, wie es im Gesetz heißt. Diese pauschale Abgeltung von Preis- und Mengensteigerungen infolge des Coronavirus ist von den Krankenkassen zu tragen und wird die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) voraussichtlich mit knapp 3,5 Mrd. Euro belasten, so der Gesetzgeber.

Krisenbedingte Regelungen für Krankenhausabrechnungen

Um die Krankenhäuser von Verwaltungsaufwand zu entlasten wird die Prüfquote für Krankenhausabrechnungen von 12,5 Prozent auf 5 Prozent verringert. Damit darf eine Krankenkasse im Jahr 2020 nur noch bis zu 5 Prozent der bei ihr je Quartal eingegangenen Schlussrechnungen eines Krankenhauses durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen. Die zusätzlichen Erlöse für die Krankenhäuser werden laut Gesetz allein durch diese Regelung im hohen dreistelligen Millionenbereich liegen.

Die mit dem MDK-Reformgesetz eingeführte Aufschlagszahlung auf durch den Medizinischen Dienst beanstandete Abrechnungen wird für die Krankenhäuser erst ab dem Jahr 2022 gelten. Aus der Streichung des Aufschlags für die Jahre 2020 und 2021 resultieren jährliche Mindereinnahmen für die gesetzlichen Krankenkassen in Höhe von rund 370 Mio. Euro.

Um die kurzfristige Liquidität der Krankenhäuser sicherzustellen, werden die Krankenkassen verpflichtet, die von den Krankenhäusern bis zum 31.12.2020 erbrachten und in Rechnung gestellten Leistungen innerhalb von fünf Tagen nach Rechnungseingang zu bezahlen.

Unterstützung von Vorsorge- und Reha-Einrichtungen

Um die Einnahmeausfälle von stationären Vorsorge- und Reha-Einrichtungen durch Rückgang und Terminverschiebungen von Reha-Maßnahmen zu kompensieren, können diese bis zum 30.09.2020 Krankenhausbehandlungen und Leistungen der Kurzzeitpflege übernehmen.

Ebenso erhalten die Einrichtungen einen anteiligen finanziellen Ausgleich für nicht belegte Betten aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds (vom 16.03. bis zum 30.09.2020). Die tagesbezogene Pauschale beträgt dabei 60 Prozent der vereinbarten Vergütung.

Die Ermittlung der Auszahlungshöhe erfolgt durch die jeweilige Einrichtung auf Basis des Jahresdurchschnitts 2019.

↗ **Mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz haben Bund und Länder in kürzester Zeit weitreichende und finanziell umfängliche Maßnahmen getroffen, um die Versorgungskapazitäten für eine wachsende Anzahl von Patienten mit einer Coronavirus-Infektion zu sichern und zu erhöhen. Die gesetzlichen Maßnahmen sind vor dem Hintergrund des historischen Ausmaßes der Epidemie angemessen, um Leistungserbringer dabei zu unterstützen, die Herausforderungen der Coronavirus-Epidemie zu bewältigen. Es ist notwendig, dass Ausgleichszahlungen durch die GKV wettbewerbsneutral aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und damit durch die gesamte Versichertengemeinschaft erfolgen. Wichtig ist zudem, dass die Maßnahmen befristet sind.**
Die Regelungen bedeuten eine erhebliche finanzielle Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Bei prognostizierten Mehrausgaben von insgesamt neun bis zehn Mrd. Euro entfallen zwischen sechs und sieben Mrd. Euro allein auf die GKV. Eine Refinanzierung der Mehrausgaben aus Steuermitteln ist anzustreben. Notwendig ist auch vor dem Hintergrund der nachrangigen Leistungspflicht der GKV, dass alle anderen Fördermaßnahmen des Bundes und der Länder vollständig ausgeschöpft werden.

Unterstützung im Bereich der ambulanten Versorgung

Der Gesetzentwurf sieht auch Regelungen zur finanziellen Unterstützung von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten vor. Kommt es bei Niedergelassenen aufgrund einer geringeren Patienteninanspruchnahme unter anderem im Rahmen einer Pandemie zu Umsatzminderungen von mehr als zehn Prozent, können die Kassenärztlichen Vereinigungen Ausgleichszahlungen für die Leistungserbringer vorsehen. Die Ausgleichszahlungen beschränken sich auf extrabudgetäre Leistungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung honoriert werden.

Zudem soll unter anderem sichergestellt werden, dass die vereinbarte morbiditätsbedingten Gesamtvergütung den Vertragsärzten trotz einer geringeren Fallzahl ausgezahlt werden kann.

Zusätzliche Kosten, die den Kassenärztlichen Vereinigungen etwa durch außerordentliche Maßnahmen wie dem Betrieb von Schwerpunktambulanzen oder durch eine erhöhte Inanspruchnahme der Terminservicestellen entstehen, sollen ebenfalls die Krankenkassen tragen.

- ↗ **Ausgleichzahlungen hängen von dem Honorarrückgang der betroffenen Leistungserbringergruppe ab. Nur wenn ein Honorarrückgang von mehr als zehn Prozent nicht vermeidbar ist, dürfen partielle Ausgleichszahlungen erwogen werden. Bei der Höhe der Ausgleichszahlungen müssen zudem die noch erbringbaren Leistungen, Nachholeffekte, private Leistungen und wegfallende variable Kosten des fortlaufenden Praxisbetriebs berücksichtigt werden.**

Befristete Veränderungen in der Sozialen Pflegeversicherung

Auch im Bereich der Pflegeversicherung sind im COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz umfangreiche und bis zum 30.09.2020 befristete Änderungen vorgesehen. Diese dienen dem übergeordneten Ziel, die Pflegebedürftigen und Pflegekräfte vor einem unnötigen Ansteckungsrisiko zu schützen und die unmittelbare pflegerische Betreuung durch die Pflegekräfte sicherzustellen.

Daher werden die für die Zahlung des Pflegegeldes gesetzlich verpflichtenden Beratungsbesuche bei Pflegebedürftigen ausgesetzt. Eine Beratung kann auf Wunsch weiterhin stattfinden, jedoch auf telefonischem Weg.

Die für die Einstufung in Pflegegrade nötigen Pflegebegutachtungen im eigenen Zuhause finden nicht durch persönliche Besuche Mitarbeitern des Medizinischen Dienstes statt. Entscheidungen über eine mögliche Pflegebedürftigkeit werden nur noch aufgrund vorhandener Unterlagen getroffen.

Um auch die Mitarbeiter bei Pflegekassen sowie in den Medizinischen Diensten zu entlasten, wird die Frist von 25 Arbeitstagen ausgesetzt, in der eine Pflegekasse einen Antrag auf Pflegeleistungen abschließend bearbeiten muss. Für besonders dringende Leistungsentscheidungen, wie etwa bei Palliativpatienten, gilt die bestehende Frist weiterhin. Auch die Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen durch den Medizinischen Dienst und den Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung werden ausgesetzt.

Pflegeeinrichtungen bekommen mit dem Gesetz die durch die Pandemie verursachten außerordentlichen Aufwendungen sowie Mindereinnahmen im Rahmen ihrer Leistungserbringung durch die Pflegekassen erstattet. Die Unterstützung wird dazu in jedem Bundesland durch die Pflegekassen koordiniert.

- ↗ **Wichtig sind aktuell alle Maßnahmen, die dem Schutz älterer und pflegebedürftiger Menschen sowie von Pflegepersonal dienen. Die vom Gesetzgeber beschlossenen befristeten Vorhaben können dazu beitragen und werden von den Pflegekassen unbürokratisch umgesetzt.**

EU-Medizinprodukteverordnung: Verschiebung der Übergangsfrist

Die EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides beabsichtigt, die Übergangsfrist zur EU-Medizinprodukteverordnung (Medical-Device-Regulation - MDR) um ein Jahr zu verlängern. Ursprünglich sollte die MDR, die Zertifizierungsverfahren für Medizinprodukte und Benannte Stellen neu regelt, mit einer Übergangsfrist von drei Jahren bis zum 25.05.2020

EU-Medizinprodukte-verordnung

05.05.2017
Verabschiedung der
MDR im Europäischen
Parlament

25.05.2017
Inkrafttreten

25.05.2020
Ende der Übergangsfrist

umgesetzt werden. Dies sei aber nicht möglich, denn die Coronakrise trage zu einer Verschärfung der Versorgung bei der Neuzulassung von Medizinprodukten bei, so die Hersteller. Hersteller monieren seit Inkrafttreten, dass die Fristen zu kurz seien und es zu Lieferengpässen kommen könnte.

Ein entsprechender Vorschlag soll dem Europäischen Parlament laut Kyriakides Anfang April vorliegen. Dem vorausgegangen war ein Schreiben einer Gruppe von Abgeordneten des Europäischen Parlaments, unter anderem von Peter Liese, MdEP, an die Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen und die Gesundheitskommissarin. Darin fordern sie eine Aufschiebung der MDR-Umsetzung.

Regelungen der MDR dienen der Patientensicherheit

Die MDR sieht strengere Regelungen für die Zulassung von Medizinprodukten vor. Auch müssen die Benannten Stellen neu zertifiziert werden. Darüber hinaus müssen auch bereits zugelassene Medizinprodukte nach den neuen strengerem Regelungen eine erneute Zulassung beantragen und die Prüfverfahren durchlaufen.

Der Wunsch der Hersteller ist nachvollziehbar, daher ist die Verlängerung der Übergangsfrist um ein Jahr akzeptabel. Gleichzeitig darf aber auch der Anspruch an eine qualitativ hochwertige Versorgung keinesfalls sinken.

Die Lieferengpässe zum Beispiel bei Atemschutzmasken oder Beatmungsgeräten sind nicht durch strenge Zulassungsverfahren bedingt, sondern durch eine erhöhte Nachfrage. Sie stehen daher grundsätzlich nicht im Zusammenhang mit der EU-Medizinprodukteverordnung.

Bei einem echten Versorgungsgang muss die Kommission aber schnell und unbürokratisch reagieren. Dies darf sich jedoch nur unter bestimmten Bedingungen und auf bereits zugelassene und langjährig erprobte Medizinprodukte beziehen, um die Versicherten nicht zu gefährden.

Bund und Länder legen Gesundheitsfachberufe-Konzept vor

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn und die Gesundheitsminister der Länder haben sich auf ein „Gesamtkonzept Gesundheitsberufe“ verständigt. Dieses soll als Basis für eine Modernisierung der jeweiligen Berufsgesetze etwa für Physiotherapeuten, Ergotherapeuten oder Logopäden dienen.

Zentrale Forderung des Papiers ist die Abschaffung des Schulgeldes und vergleichbarer Geldzahlungen für die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen, was entsprechend in den Berufsgesetzen verankert werden soll. In diesem Zusammenhang soll auch geprüft werden, ob zukünftig Kooperationsvereinbarungen zwischen Krankenhäusern und privaten Ausbildungsstätten geschlossen werden können, um eine Finanzierung durch die Krankenkassen im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu ermöglichen.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die Modernisierung der Ausbildungen mit Blick auf verstärkte Qualitätsanforderungen an die Lehrkräfte und Ausbildungsstätten. Auch sollen die Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen durchlässig ausgestaltet werden und so den Auszubildenden die individuelle persönliche und fachliche Weiterentwicklung ermöglichen, wie es im Konzept heißt. Für jedes Berufsbild soll überprüft werden, ob eine Teil- oder Vollakademisierung sinnvoll ist.

Zum Download

Gesundheitsfachberufe-Konzept

Geprüft werden soll auch ein möglicher Direktzugang der Patienten zu den Gesundheitsfachberufen, womit die erbrachten Leistungen zulasten der GKV ohne vorherige ärztliche Verordnung abgerechnet werden könnten. Ein Direktzugang könnte bei gewährleisteter Patientensicherheit insbesondere für die Physiotherapie, die Ergotherapie, die Logopädie und die Podologie in Betracht kommen und in Form von Modellvorhaben erprobt werden.

↗ **Es ist im Sinne der Patientensicherheit, dass das Gesamtkonzept auch eine Grundlage für die neu aufzubauenden Kompetenzen der Therapeuten hinsichtlich der Diagnostik legt. Denn die gesetzlichen Regelungen sehen im Heilmittelbereich erstmalig eine Behandlung ohne eine vorherige ärztliche Verordnung vor. Ohne die Einbindung eines Arztes geht damit auch die Verantwortung für die Diagnostik vom Arzt auf den Therapeuten über. Zurecht wird im Papier festgestellt, dass die Kompetenz für die Finanzierung der staatlichen Schulen und der staatlichen Hochschulen bei den Ländern liegt. Vor diesem Hintergrund muss eine vollständige Finanzierung der Kosten der Ausbildungsstätten in privater Trägerschaft durch die GKV vermieden werden. Dies setzt voraus, dass bei Abschaffung des Schulgeldes die Kosten für die Ausbildungsstätten in privater Trägerschaft vom Land übernommen werden.**

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren