

Weitere Finanzhilfen für Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen

Die Krankenhäuser sowie die Vorsorge- und Reha-Einrichtungen sollen auch weiterhin finanzielle Unterstützungsleistungen erhalten. Dazu hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) zwei Verordnungsentwürfe vorgelegt. Die Entwicklung des Coronavirus-Infektionsgeschehens sei mit hoher Unsicherheit für alle Akteure behaftet, heißt es dazu in einem Verordnungsentwurf. Dies betreffe insbesondere die Dauer, die Belastungssituation sowie die Auslastung der Krankenhäuser. Hier die geplanten Regelungen im Einzelnen:

Verlängerung und Anpassung der Ausgleichszahlungen

Angesichts der auch weiterhin hohen Coronavirus-Infektionszahlen werden die derzeit bis zum 11.04.2021 befristeten Ausgleichszahlungen für coronabedingte Einnahmeausfälle von Krankenhäusern (wir berichteten in Berlin kompakt Nr. 1/2021 und 2/2021) bis zum 31.05.2021 verlängert. Die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser wird dabei an das sich verändernde Infektionsgeschehen angepasst: So soll die 7-Tage-Inzidenz im jeweiligen Landkreis oder der jeweiligen kreisfreien Stadt als Anspruchskriterium von 70 auf 50 abgesenkt werden.

Ebenfalls bis zum 31.05.2021 verlängert werden die Ausgleichszahlungen für coronabedingte Einnahmeausfälle von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie die Möglichkeit der akutstationären Behandlung in ermächtigten Vorsorge- und Reha-Kliniken. Die bereits seit März vergangenen Jahres geltende verkürzte Zahlungsfrist von fünf Tagen für Krankenhausrechnungen durch die Krankenkassen wird bis zum 31.12.2021 verlängert.

Mit Blick auf die unsichere Entwicklung des Infektionsgeschehens ist es richtig, dass die Ausgleichszahlungen für Krankenhäuser und Vorsorge- sowie Reha-Einrichtungen bis Ende Mai verlängert werden. Ebenfalls sinnvoll ist die geplante Absenkung des Inzidenzwerts, damit auch belastete Krankenhäuser in Regionen mit einer Inzidenz knapp unter der bisherigen Schwelle von Ausgleichszahlungen unterstützt werden können.

Regelungen zum Erlösausgleich für das Jahr 2021

Daneben werden Rahmenbedingungen für Erlösausgleiche der Krankenhäuser im Jahr 2021 festgelegt. Im Jahr 2021 sollen pandemiebedingte Erlösrückgänge gegenüber dem Jahr 2019 im Rahmen von krankenhausespezifischen Verhandlungen der Vertragsparteien vor Ort anteilig ausgeglichen werden können. Zudem werden Vorgaben gemacht für einen krankenhausespezifischen Ausgleich von Erlösanstiegen im Jahr 2021 gegenüber dem Jahr 2019, soweit die Erlösanstiege auf den Erhalt von Ausgleichszahlungen zurückzuführen sind. Dabei wird vorgegeben, dass der Anteil der Ausgleichszahlungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen bei der Ermittlung der Erlöse für 2021 berücksichtigt werden muss.

GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) erhalten den Auftrag, bis zum 30.11.2021 die weiteren Rahmenbedingungen und Kriterien für den Ganzjahresausgleich festzulegen. Vorgegeben wird dabei ein fünfprozentiger Abschlag auf die Leistungen von 2019. Innerhalb eines Verhandlungskorridors von 75-95 Prozent sollen GKV-SV und DKG einen Ausgleichssatz festlegen. Beim Vergleich der Erlöse für die Jahre 2019 und 2021 soll die zwischenzeitlich erfolgte Preisentwicklung berücksichtigt werden.

Die Regelung für einen Ganzjahresausgleich ist notwendig und gibt den Krankenhäusern finanzielle Planungssicherheit für das laufende Jahr. Da im Vergleich zum Jahr 2019 ein dauerhafter Leistungsrückgang bei den Krankenhausbehandlungen deutlich wird, sollte

[Verordnung zur Verlängerung der Vereinbarungen zur wirtschaftlichen Sicherung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen](#)

15.03.2021

Referentenentwurf

[Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser](#)

15.03.2021

Referentenentwurf

der geplante Abschlag auf die Leistungen mindestens fünf Prozent betragen und durch einen abgesenkten Verhandlungskorridor ergänzt werden.

Da die Verhandlungen zum Landesbasisfallwert in den Ländern für das Jahr 2022 bereits am 30.11.2021 abgeschlossen sein müssen, ist die vorgegebene Verhandlungsfrist für den Erlösausgleich 2021 am gleichen Tag zu lang. Diese sollte deutlich früher sein, damit das Ergebnis noch bei den Landesbasisfallwertverhandlungen für 2022 berücksichtigt werden kann.

Arbeitsentwurf für eine Pflegereform 2021 veröffentlicht

Mitte März 2021 ist der Arbeitsentwurf für ein Gesetz zur Reform der Pflegeversicherung (Pflegereformgesetz) des BMG bekannt geworden. Darin werden die bereits im November des vergangenen Jahres vorgestellten Eckpunkte für eine umfassende Reform der sozialen Pflegeversicherung weiterentwickelt (wir berichteten in Berlin kompakt Nr. 14/2020). Weiterhin geplant sind ein gemeinsames Entlastungsbudget für Kurzzeit- und Verhinderungspflege, ein Investitionskostenzuschuss der Bundesländer in Höhe von 100 Euro monatlich für jeden vollstationär versorgten Pflegebedürftigen sowie die Ausweitung der Kapitaldeckung in der sozialen Pflegeversicherung.

Ob das zustimmungspflichtige Gesetz noch in dieser Legislaturperiode abgeschlossen werden kann, ist fraglich. Auch steht das Vorhaben unter dem Vorbehalt einer politischen Einigung von BMG und Bundesfinanzministerium über die Höhe der Bundeszuschüsse für die Pflegeversicherung ab dem Jahr 2022.


Veränderung der Finanzierungssystematik – gestaffelte Eigenanteile

Im Unterschied zum Eckpunktepapier sieht der Arbeitsentwurf vor, dass die Begrenzung des Eigenanteils der Versicherten für die Pflege in stationären Einrichtungen gestaffelt wird. Die Unterstützung der Pflegebedürftigen soll sich entsprechend nach der Dauer der Pflegebedürftigkeit richten. Pflegebedürftige, die seit mehr als 12 Monaten vollstationäre Leistungen beziehen, erhalten einen Zuschlag in Höhe von 25 Prozent ihres pflegebedingten Eigenanteils. Bei mehr als 24 Monaten würde der Zuschlag auf 50 Prozent, bei mehr als 36 Monaten auf 75 Prozent erhöht. Dieser Zuschlag bliebe dann in der Folge konstant. Zurzeit tragen die Pflegekassen in den stationären Pflegeeinrichtungen die Aufstockung von Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften im Rahmen von Vergütungszuschlägen. Ab 01.07.2023 werden diese bei anstehenden Vergütungsverhandlungen mit den stationären Pflegeeinrichtungen in der Pflegevergütung berücksichtigt. Das hat zur Folge, dass sich der Eigenanteil der Pflegebedürftigen wiederum erhöht.

Bundeszuschuss zur Pflegeversicherung und Erhöhung der Leistungsbeträge

In Zukunft soll ein regelmäßiger Zuschuss in Höhe von 2,5 Milliarden Euro aus dem Bundeshaushalt an die Pflegeversicherung fließen. Der Bund würde laut Entwurf in Zukunft auch die Beitragszahlungen an die Rentenversicherung für die Personen übernehmen, die ihre Angehörigen pflegen. Dafür sind 2,6 Milliarden Euro im Jahr vorgesehen.

Zum 01.07.2021 ist eine einmalige Erhöhung der Leistungsbeträge um fünf Prozent geplant, das entspricht insgesamt ca. 1,8 Milliarden Euro. Ab dem 01.01.2023 sollen die Beträge jährlich um 1,5 Prozent dynamisiert werden.

 **Mit der gestaffelten Begrenzung der Eigenanteile wäre eine grundlegende Neustrukturierung der sozialen Pflegeversicherung verbunden. Es ist richtig, künftig Finanzmittel**

aus dem Bundeshaushalt für gesamtgesellschaftliche Aufgaben der Pflegeversicherung bereitzustellen. Auch die Verpflichtung der Bundesländer zur Übernahme eines Teils der Investitionskosten ist ein richtiger Schritt. Ziel muss jedoch sein, dass die Länder die Investitionskosten vollständig tragen. Dies würde zu einer Entlastung der Pflegebedürftigen führen.

Übernahme von Kosten für medizinische Behandlungspflege durch die GKV

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) soll sich künftig regelhaft mit einer festen Summe an der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen beteiligen, so sieht es der Arbeitsentwurf vor. Dafür müssten die gesetzlichen Krankenkassen ab dem 01.01.2022 einen jährlichen Pauschalbetrag in Höhe von 640 Millionen Euro in den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung zahlen.

Im Pflegestellen-Förderprogramm leisten die Krankenkassen seit 2019 bereits einen zweckgebundenen Zuschuss in Höhe von 640 Millionen Euro zur Finanzierung von bis zu 13.000 neuen Pflegefachkräften. Geplant ist, das Förderprogramm durch eine bundesweite gesetzliche Personalbemessung abzulösen. Dabei sollen die Vergütungszuschläge in die Kalkulation der Pflegesätze einfließen.

- **Bislang war die Finanzierungsregelung zur Behandlungspflege auf das Pflegestellen-Förderprogramm begrenzt. Durch die geplante Regelung würde die GKV dauerhaft zur teilweisen Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen verpflichtet, was mit einem erheblichen Bürokratieaufwand verbunden wäre. Zudem würde die ohnehin bereits sehr angespannte Finanzsituation der Krankenkassen weiter verschärft.**

Neuer Leistungsanspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus

Mit dem Entwurf sind auch Änderungen am Leistungskatalog der GKV verbunden. So müssen Krankenkassen in Zukunft sogenannte „Leistungen der Übergangspflege“ anbieten, wenn notwendige Leistungen nicht unmittelbar im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erbracht werden können. Die Leistungen sollen dann in dem Krankenhaus durchgeführt werden, in dem die Behandlung erfolgt ist. Dazu zählen neben der pflegerischen Versorgung und der ärztlichen Behandlung unter anderem auch Leistungen für Unterkunft und Verpflegung. Der Anspruch der Versicherten soll auf zehn Tage je Krankenhausbehandlung begrenzt werden.

- **Mit der Übergangspflege würde ein neuer Leistungsbereich geschaffen, der weder in den DRG-Fallpauschalen noch im Pflegebudget berücksichtigt ist. Die Struktur der DRGs muss erhalten bleiben. Die Kosten für die Übergangspflege müssen in beiden Entgeltarten abgegrenzt werden, da sonst ein erhebliches Risiko der Doppelfinanzierung besteht. Wichtig ist, dass Übergangspflege nicht bei der Ermittlung der Pflegepersonaluntergrenzen und dem Pflegequotienten berücksichtigt wird. Nur so können diese Qualitätsmindeststandards die Kriterien in der stationären Krankenhausversorgung realistisch abbilden. Die Krankenhäuser müssen auch verpflichtet werden, aussagekräftige Nachweise zum Umfang der Leistung sowie zur Vergütung vorzulegen.**

Schaffung eines digitalen grünen Passes auf EU-Ebene

Mit einem digitalen grünen Pass will die EU-Kommission das Recht auf Freizügigkeit und freien Personenverkehr in Europa während der Corona-Pandemie sicherstellen.

In den bislang von den Mitgliedstaaten verfügbaren Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie sieht die EU-Kommission eine Einschränkung dieses Rechts: Dies betrifft Regelungen wie Einreisebeschränkungen oder spezifische Anforderungen für grenzüberschreitend Reisende, wie zum Beispiel die Quarantäne oder Selbstisolierung oder ein obligatorischer COVID-19-Test vor und nach der Ankunft.

Um dem Recht der Freizügigkeit Geltung zu verschaffen, will die EU-Kommission nun einen europaweiten gemeinsamen Rahmen für einen digitalen Nachweis schaffen. Mit diesem soll dokumentiert werden, dass eine Person gegen COVID-19 geimpft wurde, dass sie ein negatives Testergebnis erhalten hat oder von der Krankheit genesen ist.

Die geplante Verordnung weist die Mitgliedsstaaten an, auf nationaler Ebene Systeme für digitale Impf-, Test- und Genesungszertifikate aufzubauen. Dabei wählt die EU-Kommission den Weg der Verordnung, mit dem die unmittelbare, unverzügliche und einheitliche Umsetzung von EU-Rechtsvorschriften in allen Mitgliedstaaten gewährleistet ist.

Die jeweiligen nationalen Lösungen sollen mit den europäischen Vorgaben kompatibel sein. In einem besonders eilbedürftigen Vergabeverfahren haben IBM Deutschland und der Blockchain-Spezialist Ubirch bereits den Zuschlag für die Entwicklung eines digitalen Impfpasses in Deutschland erhalten. Weiterhin wird der Einsatz eines Impfnachweises in Deutschland kontrovers diskutiert.

Zum Download

Vorschlag einer Verordnung für den digitalen grünen Pass

Zum Download

Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren