



© AA+W – stock.adobe.com

In der Krise nicht untergehen

Krankenhausfinanzierung in der (Corona-)Krise

Von Ass. jur. Prof. Dr. rer. pol. Erika Raab und Ass. jur. Susanne Clemens

Seit Beginn der Corona-Pandemie befinden sich Krankenhäuser in einem andauernden Stresstest. Die Möglichkeiten, Patientinnen und Patienten zu behandeln, kommen auch im Rahmen der vierten Pandemiewelle an ihre Grenzen. Eine hohe Zahl an pflegeintensiven COVID-19-Patienten kann zur Beeinträchtigung in der stationären Versorgung von NON-COVID-19-Patienten führen, wie sie in den letzten Wochen verstärkt angemahnt wurde und die schließlich zu Verlegungen von COVID-19-Patientinnen und -Patienten führte. Denn das hierfür benötigte Personal fehlt gegebenenfalls für die Nachsorge von Patientinnen und Patienten auf einer Intensivstation nach einem planbaren Eingriff. Dies bedeutet, dass planbare Behandlungen und Operationen verschoben werden müssen.

Keywords: Finanzierung, Krisenmanagement, Patientenversorgung

Bereits die vorangegangenen Pandemiewellen haben gezeigt, dass das „normale“ Finanzierungssystem der Krankenhäuser pandemiebedingt seine Wirkung nicht entfalten kann, da es primär auf die Refinanzierung von Leistungen angelegt ist. Denn im

DRG-System wird jeder Behandlungsfall im Krankenhaus nach einem vom InEK aufgestellten Fallpauschalenkatalog, anhand verschiedener Entlassungsdaten einer abrechenbaren DRG und damit einer Vergütung zugeordnet. Die Notwendigkeit, sich die räumlichen Strukturen pandemiebedingt anzupassen, sich auf COVID-19-Patienten einzustellen und der hohe Personalaufwand bei der Behandlung von COVID-19-Patienten führen zu insgesamt sinkenden Patientenzahlen.

Ein pandemiebedingter Einbruch der Fallzahlen und vielfach auch des Casemix führt unweigerlich zum Einbruch der leistungsbezogenen Erlösbestandteile. Darüber hinaus sind pandemiebedingt Erlösverluste für ambulante Operationen oder für ambulante Behandlungen (z.B. über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung oder die Privatambulanz) sowie für die pandemiebedingte Nichtrealisierung von Wahlleistungen zu verzeichnen. Hinzu kommen Einbrüche auch in anderen Wirtschaftsbereichen der Krankenhäuser (z.B. Bewirtung in Kantinen oder Cafés). In der Gesamtschau haben diese Erlöseinbrüche

unmittelbare Auswirkungen auf die wirtschaftliche und z.T. existenzielle Lage eines Krankenhauses. Die bisherigen Ansätze, den Liquiditätsengpässen der Krankenhäuser in der vierten Pandemiewelle entgegenzuwirken, sind unzureichend.

Versorgungszuschlag nach § 21a KHG allein unzureichend

Mit § 21a KHG wurde der Versorgungsaufschlag eingeführt. Zugelassene Krankenhäuser erhalten für aufgenommene Patientinnen und Patienten zur voll- und teilstationären Behandlung zwischen dem 01.11.2021 und dem 19.03.2022 einen Versorgungsaufschlag aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds. Der Versorgungsaufschlag wird für jeden Fall gewährt, der positiv auf das SARS-CoV-2-Virus getestet wurde und nicht am ersten oder zweiten Tag entlassen oder verlegt wurde. Die Höhe des Versorgungsaufschlags pro Patient errechnet sich aus der Multiplikation der für das jeweilige Krankenhaus geltenden tagesbezogenen Pauschale nach § 1 COVID-19-Ausgleichszahlungs-Anpassungs-Verordnung oder der sich aus der Anlage zu dieser Verordnung ergebenden tagesbezogenen Pauschale, dem Prozentsatz von 90

Prozent und dem Faktor 13,9. Der Faktor 13,9 steht für die durchschnittliche Verweildauer und ist unabhängig von der tatsächlichen Verweildauer für alle Behandlungsfälle maßgeblich.

Nach bisher geltender Gesetzeslage wurden die Versorgungsaufschläge für das Jahr 2021 mit einer Anrechnungsquote von 85 Prozent im Ganzjahresausgleich berücksichtigt. Am Jahresende würden folglich lediglich 15 Prozent als Erlös bei den Krankenhäusern verbleiben. Unter dieser Prämisse wurde kritisiert, dass der Versorgungsaufschlag keine echte, nachhaltige Unterstützung für Krankenhäuser ist. Vielmehr hilft einzig ein kurzfristiger Liquiditätsfluss dem Cashflow der Krankenhäuser, der aber durch komplizierte Verrechnungen wieder zurückgezahlt werden muss.

Durch das Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie wurde auf die

Kritik reagiert und dahingehend nachgebessert, dass nunmehr im Ganzjahresausgleich nur noch 50 Prozent des Versorgungsaufschlags angerechnet werden.

Wiedereinführung von Ausgleichszahlungen

Wenn pandemiebedingt Betriebsbeschränkungen durch das Verlangen, Betten vorzuhalten, erfolgen (Art. 14 GG) und damit die Berufsausübungsfreiheit eingeschränkt (Art. 12 GG) wird, muss seitens des Staates ein finanzieller Ausgleich erfolgen. Dem Gesetzgeber ist es nur dann nicht verwehrt, eigentumsbeschränkende Inhalts- und Schrankenbestimmungen, die er im öffentlichen Interesse für geboten hält, auch in Härtefällen durchzusetzen, wenn er durch kompensatorische Vorkehrungen unverhältnismäßige oder gleichheitswidrige Belastungen der Eigentümer vermeidet und schutzwürdigem Vertrauen angemessen Rechnung trägt.

Die Politik hat dies bereits zu Beginn der Pandemie erkannt und Aus-

gleichszahlungen eingeführt. Mit dem Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19-Pandemie und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie sind die zwischenzeitlich ausgelaufenen Ausgleichszahlungen, finanziert aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, zunächst für einen begrenzten Zeitraum vom 01.11.2021 bis 31.12.2021 wiedereingeführt worden. Am 31.12.2021 trat sodann die Zweite Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser in Kraft, mit der die Ausgleichszahlungen zur finanziellen Kompensation der durch die Verschiebung oder Aussetzung planbarer Aufnahmen, Operationen und Eingriffe entstehenden Einnahmeausfälle bis zum 19.03.2022 verlängert wurden. Anspruchsberechtigt sind ausschließlich somatische Krankenhäuser, die der umfassenden, der erweiterten oder der Basisnotfallstufe des Notfallstufenkonzepts des Gemeinsamen Bundesausschusses zu ▶

PROZESSMANAGEMENT EFFEKTIV UND NACHHALTIG

Im Mittelpunkt der med.Logistica steht die Prozessoptimierung im Krankenhaus. In rund 80 Vorträgen berichten Referenten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz über neueste Anwendungen aus dem Klinikalltag. Die Themenpalette reicht von der neuen Vortragsreihe BASIC LINE bis hin zu Zukunftsthemen wie der Einsatz von Drohnen, die Nutzung von Künstlicher Intelligenz und mehr Nachhaltigkeit in der Supply Chain.

BASIC-LINE-THEMEN

- Fallwagenlogistik
- Unit Dose
- Modulversorgung
- Ortungssysteme
- Speisenversorgung
- Stammdatenmanagement

BEST-PRACTICE-THEMEN (Auswahl)

- Bauplanung
- Logistik in besonderen Situationen
- Beschaffungsmanagement
- OP-Logistik
- Patientenlogistik
- Arzneimittellogistik
- AEMP-Logistik

Wir freuen uns auf Ihren Besuch!

Weitere Informationen unter: Leipziger Messe GmbH, Messe-Allee 1, 04356 Leipzig
Telefon: +49 341 678-8160, E-Mail: info@medlogistica.de



**LEIPZIGER
MESSE**

med+Logistica

Internationaler Kongress und Fachmesse
für Logistik und Prozessmanagement im Krankenhaus

11. und 12. Mai 2022

www.medlogistica.de

zuordnen sind. Die Berechnung der Ausgleichszahlungen soll dem ursprünglichen Schema folgen, nämlich die Multiplikation der täglichen Fallzahldifferenz mit dem Faktor 0,9 und der tagesbezogenen Pauschale gemäß der COVID-19-Ausgleichszahlungs-Anpassungs-Verordnung.

fiziten werden zudem wiederum nur 85 Prozent ausgeglichen. Es findet folglich eine nicht nachvollziehbare doppelte Minderung der Ausgleichserlöse statt. Insgesamt bleibt festzustellen, dass die Erlöseinbrüche der Krankenhäuser nicht umfassend abgedeckt werden.

„Nach bisher geltender Gesetzeslage wurden die Versorgungsaufschläge für das Jahr 2021 mit einer Anrechnungsquote von 85 Prozent im Ganzjahresausgleich berücksichtigt. Am Jahresende würden folglich lediglich 15 Prozent als Erlös bei den Krankenhäusern verbleiben.“

Während der Kritik an dem äußerst begrenzten Zeitraum der Gewährung von Ausgleichszahlungen zunächst bis zum Ende des Jahres 2021 durch die Verlängerung Rechnung getragen wurde, bleibt die Kritik an der Eingrenzung der Ausgleichszahlungen auf somatische Häuser aufrechterhalten.

Ganzjahresausgleich

Mit der Zweiten Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser wurde auch der Ganzjahresausgleich 2022 eingeführt. Mit Blick darauf, dass bislang Erlösverluste für ambulante Operationen oder für ambulante Behandlungen im Krankenhaus komplett unberücksichtigt bleiben, war die Regelung des Ganzjahresausgleichs 2022 ein wichtiger Schritt zur Liquiditätssicherung der Krankenhäuser. Auch Erlöseinbrüche bei Wahlleistungen werden im gegenwärtigen System aus Versorgungsaufschlag und Ausgleichszahlungen überhaupt nicht kompensiert. Gleichzeitig werden aber aufgrund der Absenkung der Vergleichsbasis des Jahres 2019 Erlösausfälle in Höhe von 2 Prozent von vorn herein nicht ausgeglichen. Dabei haben Krankenhäuser sogar mit hohen Kostensteigerungen aufgrund gestiegener Personalkosten durch die jüngsten Tarifabschlüsse und Sachkosten durch die zwischenzeitlich auf 5 Prozent gestiegene Inflation zu finanzieren. Von den rechnerisch schon im Vorhinein reduzierten De-

Diese pandemiebedingten Schwierigkeiten treffen aber auf ein Krankenhausfinanzierungssystem, das auch an anderer Stelle auf Umsetzungsschwierigkeiten trifft. Ausbleibende Pflegebudgetvereinbarungen setzen Krankenhäuser ebenso wie die ab 2022 zu erwartenden Sanktionen bei einer Strategieanfälligkeit der Abrechnungsprüfung durch die Krankenkassen und enormen Dokumentationsaufwand unter Pandemiebedingungen massiv unter Druck.

Pflegebudget – Krisenmanagement abseits der Pandemie

Seit dem Jahr 2020 ist die Krankenhausvergütung auf eine Kombination von Fallpauschalen und einer Pflegepersonalkostenvergütung (Pflegebudget) umgestellt. Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wurde insoweit beschlossen, die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen künftig unabhängig von den Fallpauschalen zu vergüten. Die DRGs wurden aus diesem Grunde um die Pflegepersonalkosten bereinigt und die sogenannten a-DRGs finanzieren seither die Personal- und Sachkosten außerhalb des Pflegebudgets. Durch das von dem jeweiligen Krankenhaus mit den Krankenkassen jährlich zu vereinbarenden Pflegebudget werden die krankenhausesindividuellen, bedarfsorientierten Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen pauschal abgegolten. Hintergrund der Ausgliederung der Pfle-

gepersonalkosten war, dass das Pflegebudget nicht für andere Zwecke als zur Deckung der Pflegepersonalkosten verwendet werden darf, so dass eine Quersubventionierung anderer Bereiche zulasten des Budgets für das Pflegepersonal verhindert wird. Diese aner kennenswerte Zielsetzung des Gesetzgebers hat – jedenfalls gegenwärtig – zu einer enormen Finanzierungslücke im Haushalt der Krankenhäuser geführt.

In den Vertragsverhandlungen offenbarten sich insbesondere Abgrenzungsschwierigkeiten bei der Zuordnung der Berufsgruppen, der Ausweisung der Anteile für nicht pflegebudgetrelevante Leistungsbe reiche und der Definition von pflegeentlastenden Maßnahmen. Es zeigte sich, dass sich Krankenkassen diese gesetzgeberischen Ungenauigkeiten zu Nutze machten, um die Pflegebudgets maximal zu minimieren und auf diese Weise der gesetzgeberischen Intention, sowohl jede Pflegestelle für die unmittelbare Patientenversorgung als auch adäquate pflegeentlastende Maßnahmen vollständig zu refinanzieren, entgegenzuwirken. Bedauerliche Folge der Abgrenzungstreitigkeiten, in die im Zuge des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GWVG) schlussendlich der Gesetzgeber auf Drängen der Krankenkassen zulasten der Krankenhäuser eingriff, ist, dass Ende des Jahres 2021 lediglich vereinzelte Pflegebudgetvereinbarungen für das Vorjahr 2020 abgeschlossen werden konnten. Dies auch, weil Krankenkassen zudem die tatsächlich entstandenen Kosten regelmäßig in Frage stellen und Pflegebudgets oftmals vor der Schiedsstelle verhandelt werden müssen.

Diese Tatsache führt dazu, dass die Krankenhäuser nur einen deutlich geringeren vorläufigen Betrag für das Pflegebudget abrechnen können als bedarfsnotwendig, d.h. an den tatsächlichen Ausgaben orientiert ist. Denn bis zur erstmaligen Vereinbarung eines krankenhausesindividuellen Pflegebudgets, welches über einen krankenhausesindividuellen Pflegeentgeltwert abgezahlt wird, gilt ein gesetzlich festgesetzter vorläufiger Pflegeentgeltwert in Höhe von 146,55 Euro, der vor dem Hinter-

grund der Corona-Pandemie zwischenzeitlich auf 185,00 Euro angehoben und ab dem 01.01.2021 wieder auf 163,09 Euro abgesenkt wurde. Durch die Multiplikation des Pflegeentgeltwerts mit der maßgeblichen Pflegeerlös-Bewertungsrelation, die jährlich durch das InEK zur Verfügung gestellt wird, und den Berechnungstagen, ergibt sich der Pflegeerlös für die Aufenthaltsdauer. Der Geschäftsführer des Klinikverbunds Hessen, Reinhard Schaffert, brachte die daraus folgende Liquiditätsproblematik bereits Anfang Dezember 2021 auf den Punkt: „Das bedeutet, dass die betroffenen Kliniken je nach Größe und Personalkosten zwischen 4 und 20 Millionen Euro pro Jahr vorfinanzieren müssen, denn das Gehalt muss ja ausbezahlt werden (...)“ Für die Krisenjahre 2020 und 2021 bedeutet dies, dass neben dem Erlösrückgang aufgrund des Aufschiebens planbarer Eingriffe und corona-bedingten Erlöseinbrüchen bei ambulanten Operationen, ambulanten Behandlungen (z.B. über die ambulante Spezialfachärztliche Versorgung oder die Privatambulanz) sowie bei Wahlleistungen, auch noch erhebliche Finanzierungslücken durch die Ausgliederung des Pflegebudgets und die Weigerungshaltung der Krankenkassen kompensiert werden müssen. Im Ergebnis fehlt den Krankenhäusern jetzt die Liquidität, so dass sich die ohnehin angespannte finanzielle Lage der Krankenhäuser weiter zuspitzt.

Entzug der Liquidität durch Umgehung des Aufrechnungsverbots

Liquiditätsengpässe der Krankenhäuser waren in der Vergangenheit vielfach durch Aufrechnungen der Krankenkassen zu verzeichnen. Mit der Möglichkeit der Erklärung der Aufrechnung hatten die Krankenkassen die Möglichkeit, eigene Forderungen zu befriedigen und zeitgleich den Vergütungsanspruch des Krankenhauses aufgrund unstrittiger Behandlungsfälle zum Erlöschen zu bringen. Krankenhäusern blieb oft nur die gerichtliche Durchsetzung, wobei das Prozessrisiko bei den Krankenhäusern lag. Dem sollte mit der Einführung des § 109 Abs. 6 SGB V entgegengewirkt werden. Gemäß dieser Vorschrift gilt ein Aufrechnungsverbot, was bedeutet, dass Leistungen eines Behandlungs-

falles nicht mit Kürzungen in einem anderen Fall verrechnet werden dürfen. Ausnahmen bestehen nur, wenn die Forderung der Krankenkasse unstrittig, geeint oder rechtskräftig festgestellt ist. Bereits zum gegenwärtigen Zeitpunkt scheint es, als hätten die Krankenkassen das Umgehungspotential erkannt.

Nach § 3 PrüfV 2022 prüft die Krankenkasse die vom Krankenhaus übermittelten Leistungs- und Abrechnungsdaten im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen und der Korrektheit der konkreten Abrechnung. Diese Prüfung erfolgt insbesondere auf der Grundlage der Daten, die vom Krankenhaus nach § 301 SGB V. Die Einzelfallprüfung nach der PrüfV 2022 beginnt erst nach Abschluss des vorgelagerten Übermittlungsverfahrens. Dieses ist entsprechend der Datenübermittlungsvereinbarung vierstufig aufgebaut. Fehlerstufe 4 betrifft die „Prüfung in den Fachverfahren der Krankenkassen“, wobei für die vertrags- und leistungsrechtlichen Prüfungen keine kassenartenübergreifenden Regelungen festgelegt wurden. Ein als fehlerhaft erkannter Geschäftsvorfall soll hier nach um Fehlersegmente ergänzt und an den Absender zurückübermittelt werden. In Anbetracht der Normierung des Aufrechnungsverbots beehrte die DKG die Klarstellung, dass eine Rechnung des Krankenhauses, die die Fehlerstufen 1 bis 3 unbeanstandet durchlaufen hat und daher als formal korrekt an die Krankenkasse übermittelt gilt, nicht mehr aufgrund von Auffälligkeiten, die im Rahmen der vierten Fehlerstufe festgestellt wurden, von der Krankenkasse zurückgewiesen werden können.

Denn dies hat zur Folge, dass die Krankenhausrechnung nicht fällig würde, die Krankenkassen eine Zahlung verweigern oder lediglich einen Teilbetrag zahlen und daher auch das MD-Prüfverfahren nicht einleiten müssen. Damit würde nicht nur das Aufrechnungsverbot umgangen, sondern auch die Prüfquotenbegrenzung ausgehebelt. Es zeigt sich, weshalb die Krankenkassen diese Klarstellung bis hin zur Schiedsstelle vehement verweigerten: Das Aufrechnungsverbot wird durch vorgelegte Prüfungen umgangen und

damit weiterhin die Liquidität der Krankenhäuser gefährden, die weiterhin gezwungen sind, ihre berechtigten Vergütungsforderungen in langwierigen gerichtlichen Verfahren durchzusetzen.

Leider wurde im Zuge des MDK-Reformgesetzes nicht hinreichend sichergestellt, dass die Krankenkassen nun im Rahmen von Vorfeldprüfungen Rechnungen in erheblichem Umfang verweigern bzw. nur die aus Sicht der Krankenkasse unstrittigen Beträge begleichen.

Gleichzeitig werden gemäß § 275c Abs. 3 SGB V ab 2022 neben der Rückzahlung der Differenz zwischen ursprünglichem und dem geminderten Abrechnungsbetrag zusätzlich Aufschläge in Höhe von 10 Prozent des aufgrund der Prüfung geminderten Abrechnungsbetrags, mindestens jedoch 300,00 Euro fällig. Ein bitterer Beigeschmack bleibt insbesondere, weil die Ermittlung der Prüfquoten mit dieser möglichen weitreichenden Sanktionierung auf der Basis der ersten gutachterlichen Stellungnahme des MDK beruht. Weder erfolgreiche Widersprüche noch gerichtliche Entscheidungen werden abgewartet.

Fazit

In der Gesamtschau verschärft sich die dramatische Finanzlage der Krankenhäuser weiter, wenn es keine unbürokratischen Liquiditätshilfen und kostendeckende Ausgleichszahlungen gibt. Bereits jetzt ist absehbar, dass am Jahresanfang besondere Belastungen durch die Omikron-Variante des Coronavirus auf die Kliniken zukommen. Dringend werden neue Regelungen zur Bürokratieverminderung, der Dokumentationspflichten und für einen flexiblen Personaleinsatz notwendig. ■

Ass. jur. Prof. Dr. rer. pol. Erika Raab MBA
Stellv. Vorstandsvorsitzende
DGM

Ass. jur. Susanne Clemens
Leiterin Geschäftsbereich I
Recht und Verträge
Hessische Krankenhausgesellschaft e.V.
Frankfurter Straße 10-14
65760 Eschborn