**BUNDESVERBAND
GERIATRIE**

Z Gerontol Geriat 2020 · 53:365–369
<https://doi.org/10.1007/s00391-020-01738-x>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein
Teil von Springer Nature 2020

Geschäftsstelle
Bundesverband Geriatrie e. V.
Reinickendorfer Straße 61
13347 Berlin
Tel.: (030) 3 39 88 76 10
Fax: (030) 3 39 88 76 20
geschaeftsstelle@bv-geriatrie.de
www.bv-geriatrie.de

Vorstandsvorsitzender
Dipl. Kfm. Ansgar Veer
Geschäftsführer
St. Bonifatius Hospital Lingen/Ems
ansgar.veer@bv-geriatrie.de

Geschäftsführer
RA Dirk van den Heuvel (v. i. S. d. P.)
dirk.van-den-heuvel@bv-geriatrie.de

Liebe Mitglieder,
sehr geehrte Damen und Herren,

was schreibt man im Rahmen eines Editorials in einer Zeit, in der sich die gesellschaftliche Lage täglich verändert und die Politik auf Sicht fährt? Der Redaktionsschluss der letzten Ausgabe dieser Zeitung lag unmittelbar an dem Tag, an dem die Corona-Krise dazu geführt hat, dass in Deutschland das öffentliche Leben auf ein absolutes Mindestmaß reduziert wurde. In noch nie dagewesener Art und Weise wurden Grundrechte eingeschränkt, neue Gesetzregeln in Rekordzeit verabschiedet und unter anderem das Gesundheitswesen neu ausgerichtet.

Zum Redaktionsschluss dieser aktuellen Ausgabe Anfang Mai, erleben wir die ersten vorsichtigen Lockerungsschritte raus aus dem unmittelbaren Krisenmodus. Zwar werden in der ersten Maiwoche noch einmal eine Reihe neuer „Corona-Schutzschirmregelungen“ im Bundestag zur Abstimmung kommen, gleichzeitig hat der Bundesgesundheitsminister aber auch angekündigt, dass die Krankenhäuser nach und nach wieder stärker in den Regelbetrieb zurückkehren sollen. Dabei schwebt über allem die große Frage, ob es zu einer zweiten Infektionswelle kommt beziehungsweise wie dieses Szenario generell verhindert werden kann.

Wie die Lage somit sein wird, wenn Sie diese Ausgabe in den Händen halten, ist kaum abzuschätzen. Es bleibt die Hoffnung, dass der Trend zu einem milden Krisenverlauf in Deutschland weiter anhält. Sicher ist jedoch, dass alle Beteiligten im Gesundheitswesen die letzten Wochen sicherlich nie vergessen werden. Die Umstellung der Versorgungsstrukturen in den einzelnen Häusern, unabhängig ob Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, ambulante Versorger oder auch Einrichtungen, die mit Mitgliedereinrichtungen unmittelbar verbunden sind wie zum Beispiel Fortbildungsinstitute oder Forschungseinrichtungen etc., war elementar und in der Geschichte beipiello.

Dabei waren die Geriatrien sehr unterschiedlich von der Corona-Krise betroffen. In den Krankenhäusern wurden entsprechende Stationen zum Teil sehr schnell als Geriatrien geschlossen und auf Grund der Personalstruktur, der Erfahrungen mit multimorbiden Krankheitssituationen sowie dem vertrauten Umgang mit betagten und hochbetagten Patienten – also der Corona-Hochrisikogruppe – zu „Corona-Stationen“ umgewandelt. Andere Häuser verfahren genau gegenteilig und nutzten die Geriatrien ganz gezielt als Bereiche, in denen diese Hochrisikogruppe besonders vor dem Virus geschützt werden sollte, also als eine Art „Corona-Schutzbereich“.

Auch in den Rehabilitationseinrichtungen war, beziehungsweise ist, die Situation sehr inhomogen. Einige Bundesländer forderten eine schnelle Entlassung der Rehabilitanten, damit im Notfall ausreichend freie Kapazitäten für die Behandlung von Corona-Patienten zur Verfügung stehen würde. Andere Länder setzten im Gegenteil dazu auf einen möglichst schnellen Abfluss der Patienten aus den Krankenhäu-

sern in die geriatrispezifische Rehabilitation, um wiederum im Krankenhausbereich freie Kapazitäten zu schaffen. Darüber hinaus wurden in verschiedenen Regionen Rehabilitationseinrichtungen sehr schnell und fast flächendeckend zur Versorgung von Krankenhauspatienten zugelassen. Damit wurden diese Einrichtungen zumindest zum Teil zu einer Art „Notkrankenhaus“. Andere Regionen setzten ihre Priorität auf die Schaffung von Kurzzeitpflegekapazitäten in Rehabilitationseinrichtungen. So ergab sich auch in der Hochphase der Corona-Krise ein sehr stark differenzierendes Versorgungsbild. Dieses wurde zudem noch von der tatsächlich zu versorgenden Anzahl an Corona-Patienten überlagert, welche von Region zu Region äußerst unterschiedlich ausgefallen ist und von null bis hin zur Belastungsgrenze gereicht hat.

Politisch sind Krisenzeiten Zeiten der Exekutive – und damit der Verbände. Der BV Geriatrie hat versucht, die Flut der kurzfristig – man darf ruhig sagen durchgepeitschten – Gesetze, Verordnungen und Erlasse aktiv zu begleiten, Informationen zu vermitteln und offene Fragen wo immer möglich zu klären. Das Umfeld stellte dabei einige Herausforderungen auf. Über Jahre eingespielte Informationsmechanismen waren nahezu über Nacht nicht mehr nutzbar, da viele Ministerialbeamte, Regierungsmitarbeiter und Ansprechpartner von anderen Verbänden plötzlich im Homeoffice arbeiteten, worauf die technische Infrastruktur nicht immer ausreichend eingestellt war. Persönliche Handynummern hatten plötzlich einem besonderen Wert. Verwaltungsabläufe, Entscheidungsprozesse und Informationsflüsse mussten äußerst kurzfristig neu geregelt werden oder sich selbst neu finden. Zudem erfuhren manche Prozesse eine Beschleunigung, die nicht mehr viel Raum für inhaltliche Abstimmungen, Analysen und Beteiligungen gelassen haben. Für das erste „Rettungsschirmgesetz“, welches die elementaren Veränderungen im Gesundheitswesen begründete, standen zum Beispiel nur knapp sieben Tage vom ersten Entwurf bis zur Verabschiedung durch Bundestag und Bundesrat zur Verfügung. Normal wäre ein Zeitraum von fünf bis neun Monaten für ein solches Gesetz. Statt drei Wochen Frist zur Stellungnahme mit anschließender Anhörung der Verbände gab es an einem Samstagnachmittag innerhalb von drei Stunden Gelegenheit, eine Rückmeldung zum Gesetzesentwurf zu geben. Rückblickend hätte man sich sicherlich für die ein oder andere Regelung etwas mehr Zeit zur sachgerechten Ausgestaltung gewünscht. Dennoch ist es uns als BV Geriatrie mehrfach gelungen, die gesetzlichen Regelungen aktiv und unmittelbar mit zu gestalten.

Interessant war es mitzuerleben, wie sich das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) verhalten haben. Schon seit über zwei Jahren verhält sich das BMG äußerst zurückhaltend wenn es darum geht, auf Anfragen und Eingaben zu reagieren. Schon in den Vor-Corona-Zeiten waren Antworten oder Rückmeldungen aus dem Ministerium ein eher seltenes Ereignis – um es ein bisschen salopp zu formulieren. In

den letzten Wochen hat sich dieser Umstand noch einmal deutlich verschlechtert. Das BMAS hingegen hat proaktiv den Kontakt zu den Verbänden gesucht. Ziel war es, die Verbände über Aktivitäten des Ministeriums zu informieren, auf Fragen zu antworten und zudem eine Rückmeldung über die praktischen Erfahrungen zu erhalten. So wurde unter anderem eine umfassende FAQ-Liste zu den gesetzlichen Regelungen im Bereich des BMAS erarbeitet und veröffentlicht. Zudem gab es mehrere Telefonkonferenzen, in dem die Abteilungsleitungen die Verbände informiert haben. Diese waren so gut organisiert, dass der Informationsaustausch trotz der für eine Telefonkonferenz fast unvorstellbaren Teilnehmerzahl von zirka 70 Teilnehmern gut funktionierte. Somit hat sich auch in den letzten Wochen erneut gezeigt, dass beim BMG eine verbandspolitische Arbeit ausschließlich über zumeist informelle, persönliche Netzwerke und Kontakte möglich ist. Insgesamt sicherlich eine durchaus kritisch zu sehende Entwicklung.

Ab Ende April wurde so langsam deutlich, dass sich unter anderem in den beteiligten Ministerien aber insbesondere bei einzelnen Gesundheitspolitikern der Blick auf die Krise langsam verändert. In den ersten Wochen der Ausnahmesituation schien Geld eine deutlich untergeordnete Rolle zu spielen. Es war nahezu egal, was eine angedachte Regelung beziehungsweise Maßnahme kostete oder kosten könnte. Zwischenzeitlich werden die Dimensionen der finanziellen Aufwendungen und Hilfen etwas deutlicher – und damit auch der sich abzeichnende verminderte Spielraum für die Gesundheitsversorgung in den nächsten Wochen, Monaten und Jahren. So zahlten beispielsweise die Krankenkassen bis Ende April über 170 Millionen Euro allein für die bisher durchgeführten Corona-Tests. Das Bundesamt für Soziale Sicherung hat bis zum 27. April 2020 bereits rund 3,2 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds als Ausgleichszahlungen für Einnahmefälle von Krankenhäusern, für die Bereitstellung zusätzlicher intensivmedizinischer Betten und für Einnahmefälle von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen aufgrund der Nichtbelegung von Betten gezahlt. Der Anteil für die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen lag dabei bei rund 122 Millionen Euro.

Auch wenn nach heutiger Rechtslage zumindest ein Teil davon aus Steuermitteln finanziert werden soll, machen diese Zahlen doch eindrucksvoll deutlich, welche finanziellen Mittel allein zur Absicherung der heutigen Versorgungsstrukturen aufgewendet werden. Inwieweit zukünftig Strukturreformen, höhere Gehälter von zum Beispiel Pflegenden oder auch neue Behandlungsmethoden finanziell tragbar sind, wird immer mehr Gegenstand von ersten Diskussionen.

Wichtig wird es sein, dass auch in der Zeit nach der Corona-Krise betagte und hochbetagte Patienten eine bedarfsgerechte, geriatrispezifische Gesundheitsversorgung erhalten. Die Geriatrie wird sehr deutlich den Erhalt beziehungsweise den weiteren Ausbau des abgestuften geriatrispezifischen Versorgungssystems fordern müssen. Es ist zu erwarten, dass der „Verteilungskampf“ um finanzielle Mittel rund um die Regelversorgung deutlich zunehmend wird. Damit ist auch eine Diskussion um generelle Versorgungsstrukturen zu erwarten. Es wäre ein katastrophaler Kollateralschaden der Krise, wenn dadurch die Geriatrie zumindest zum Teil wieder in Frage gestellt würde.

Die Nachfrage an geriatrispezifischen Leistungen im Gesundheitswesen wird weiter zunehmen. Neben den bereits seit Jahren bekannten Faktoren wie demografische Entwicklung, Pflegevermeidung und bessere Identifikation geriatrischer Patienten kommen zukünftig noch die Corona-Patienten als weitere Patientengruppe hinzu. Bis ein wirksamer Impfschutz besteht, werden insbesondere in der älteren Bevölkerungsgruppe vermehrt Corona-Infektionen auftreten, die eine medizinische Begleitung im Krankenhaus beziehungsweise im Anschluss der akuten Behandlung erforderlich machen. Jenseits der Intensivversorgung wird dies auch eine Aufgabe für die Geriatrien sein.

Darüber hinaus hat sich in dieser Krise wieder gezeigt, wie löchrig das Versorgungsnetz für betagte und hochbetagte Patienten ist. Viele niedergelassene Ärzte konnten ihre Praxen nur eingeschränkt öffnen (unter anderem wegen mangelnder Schutzausrüstung) oder haben zum Schutz ihre Praxiskapazitäten deutlich verringert. In vielen Pflegeheimen war – jenseits der Probleme der pflegerischen Versorgung – eine ärztliche Versorgung kaum mehr gegeben. Hier wird es aus fachlicher sowie versorgungspolitischer Sicht sicherlich notwendig sein, über neue Versorgungsansätze nachzudenken. Ziel muss es sein, alte Menschen medizinisch nicht alleine zu lassen – ob in seiner eigenen Häuslichkeit, im Pflegeheim oder gegebenenfalls während eines Krankenhaus- oder Rehabilitationsaufenthaltes.

Der BV Geriatrie wird sich aktiv an der notwendigen Debatte beteiligen beziehungsweise soweit notwendig diese proaktiv anstoßen. Unter versorgungspolitischer Sicht werden wir die bestehenden Versorgungsstrukturen entsprechend weiterentwickeln und anschließend ausbauen müssen. Selbstverständlich wird dies nur gelingen, wenn parallel entsprechende medizinische Konzepte entwickelt werden. Somit wird es auch bei diesem Prozess der Konzeptanpassung wieder eine intensive Zusammenarbeit zwischen Fachgesellschaften und BV Geriatrie geben müssen.

Hoffen wir, dass wir zum Zeitpunkt des Erscheinens dieser Ausgabe nicht wieder über neue Notfallmaßnahmen reden müssen und wir stattdessen an dem zukünftigen neuen Stellenwert der Geriatrie arbeiten können.

Ihr

Dirk van den Heuvel

Corona-Krise: Stationäre Rehabilitationseinrichtungen erhalten Ausgleichszahlungen

Durch die Corona-Krise haben Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen Einnahmefälle zu verzeichnen, da viele Betten nicht so belegt werden, wie es vor der Corona-Pandemie geplant war. Viele Einrichtungen müssen daher immense finanzielle Verluste verkraften. Die Leistungserbringerverbände haben sich Anfang April 2020 zusammen mit dem GKV-Spitzenverband auf Ausgleichszahlungen geeinigt.

Die Vereinbarung geht auf das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz vom 28. März 2020 zurück. Danach hat der GKV-Spitzenverband mit den maßgeblichen Leistungserbringerverbänden zur medizinischen Rehabilitation und medizinischer Vorsorge nach § 111 Abs. 2 SGB V auf Bundesebene zu vereinbaren, wie der Nachweis über die Zahl der täglich stationär behandelten oder aufgenommenen Patienten im Vergleich zum Referenzwert zu erbringen ist und welche Meldungen zu erfolgen haben. Zudem war zu vereinbaren, wie der durchschnittliche Vergütungssatz ermittelt wird.

Geregelt wird das Verfahren über die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde. Die von den Einrichtungen ermittelten Ausgleichszahlungen werden aufsummiert und an das Bundesamt für soziale Sicherung weitergeleitet, das die angemeldeten Mittelbedarfe aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an das Land

oder die benannte Krankenkasse zur Weiterleitung an die Einrichtungen auszahlt.

Einmal wöchentlich melden betroffene Einrichtungen ihre Werte an die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde beziehungsweise an eine von dieser Landesbehörde benannte Krankenkasse. Diese Meldung wird letztmalig für den 30. September 2020 durchgeführt.

Das Übereinkommen regelt Ausgleichszahlungen für den Zeitraum vom 16. März bis 30. September 2020. Beteiligt waren folgende Leistungserbringerverbände:

- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.
- Bündnis Kinder- und Jugendreha e. V.
- Bundesverband Geriatrie e. V.
- Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V.
- Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V.
- Deutscher Caritas Verband e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGE-MED) e. V.
- Deutscher Paritätischen Wohlfahrtsverband -Gesamtverband- e. V.
- Deutsches Rotes Kreuz – Generalsekretariat – e. V.
- Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.
- Fachverband Sucht e. V.

Dabei hat der Bundesverband Geriatrie gemeinsam mit der Dege-med die Federführung auf Seiten der Leistungserbringerverbände übernommen.

Die Ausgleichszahlungsvereinbarung sowie das Dokument „Kontaktadressen der Landesbehörden sowie benannte/beauftragte Krankenkassen“ stehen auf der Webseite des BV Geriatrie unter folgenden Links zum Download bereit:

<https://bit.ly/3cVoOmM>

<https://bit.ly/3aL2iLU>

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen können bei Ausgleichszahlungen Vergütungssatzerhöhungen geltend machen

Bei der zuvor beschriebenen Vereinbarung zur Gestaltung der Ausgleichszahlungen für Rehabilitationseinrichtungen ist besonders zu erwähnen, dass die Einrichtungen nachträglich auch Vergütungssatzerhöhungen die in der Zeit vom 1. April bis zum 30. September 2020 wirksam werden nachfordern können. In § 7 „Nachberechnung der Ausgleichsansprüche“ ist niedergelegt, dass diese Ansprüche mit der letzten Abrechnung geltend gemacht werden können. Es handelt sich somit um eine „Kann-Bestimmung“, das heißt die Einrichtung kann somit wählen, ob sie die Nachberechnung durchführen möchte oder darauf verzichtet.

Wenn diese Ansprüche geltend gemacht werden sollen, gibt es gewisse Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen:

- Die Vergütungssatzerhöhung muss zwischen dem 1. April und dem 30. September 2020 wirksam geworden sein.
- Ein Anspruch besteht nur, wenn eine Erhöhung des Vergütungssatzes mindestens eine der fünf belegungsstärksten Krankenkassen betrifft, wobei für die Bewertung der Belegungsstärke der Zeitraum 1. Januar 2020 bis 31. März 2020 herangezogen wird. Zudem müssen folgenden Punkte nachgewiesen werden:
- die Vergütungssatzerhöhungen,
- die fünf belegungsstärksten Krankenkassen im Zeitraum 1. Januar 2020 bis 31. März 2020 müssen ermittelt und benannt werden
- die Belegungsanteile der von der Vergütungssatzerhöhung betroffenen Krankenkasse/n im Zeitraum 1. Januar 2020 bis 31. März

2020 im Verhältnis zur Gesamtbelegung mit Rehabilitanden der Krankenkassen.

Zudem müssen gegebenenfalls weitere sich aus dem Berechnungsformular ergebende Berechnungsparameter nachgewiesen werden. Wir halten diese Angabe vor dem Hintergrund, dass darauf Ausgleichszahlungen der Krankenkassen beruhen und den von den verschiedenen Rechnungshöfen der Länder entwickelten Vorgaben für Geldzahlungen für angemessen. Sofern eine Klinik diese Daten nicht offenlegen möchte, kann sie auf den Ausgleich der Ansprüche verzichten. Somit besteht keine generelle Pflicht zur Offenlegung dieser Daten.

Bei der Berechnung wird der durchschnittliche Vergütungssatz um den nach den Belegungsanteilen der von der Vergütungssatzerhöhung betroffenen Krankenkasse/n im Verhältnis zur Gesamtbelegung mit Rehabilitanden der Krankenkassen gewichtet angepasst. Die Anpassung erfolgt ab dem Tag der Geltung der neu vereinbarten Vergütungssätze. Für die Ermittlung der Höhe der neuen Ausgleichsansprüche und die anschließende Meldung wurde ein entsprechendes Formular entwickelt, welches als Anlage 3 der Vereinbarung beigelegt ist. Somit kann es über den oben angegebenen Link mit der Vereinbarung heruntergeladen werden.

Krankenhausabrechnungsprüfung: Neuregelungen in der Corona-Krise

Am 7. November 2019 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz) beschlossen, welches in weiten Teilen zum 1. Januar 2020 in Kraft getreten ist. Erklärtes Ziel der Gesetzesinitiative liegt unter anderem in einer einheitlicheren und transparenteren Ausgestaltung der Krankenhausabrechnungsprüfung sowie einer systematischen Verminderung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen.

Im Kampf gegen das neuartige Coronavirus ist gegenwärtig das gesamte Gesundheitssystem gefordert. Bereits Anfang März 2020 appellierte Gesundheitsminister Jens Spahn, dass sich die Krankenhäuser in Deutschland auf den erwartbar steigenden Bedarf an Intensiv- und Beatmungskapazitäten zur Behandlung von schweren Atemwegserkrankungen durch COVID-19 vorbereiten sollen. Mit den am 27. März 2020 verabschiedeten Gesetzespaketen hat sich der Bundestag daher auf Maßnahmen verständigt, um das Funktionieren des Gesundheitssystems während der Corona-Krise sicherzustellen und die mit dieser besonderen Situation verbundenen negativen finanziellen Folgewirkungen in der Gesundheitsversorgung abzumildern. Mit dem „COVID19-Krankenhauserlastungsgesetz“ sollen die wirtschaftlichen Folgen für Krankenhäuser und Vertragsärzte aufgefangen und mit dem „Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ die Reaktionsfähigkeit auf Epidemien verbessert werden.

Der BV Geriatrie begrüßt, dass neben der Kompensation von Einnahmeausfällen auch umfassende Maßnahmen zur Entlastung der Krankenhäuser von vermeidbaren Bürokratieranforderungen erlassen wurden. In diesem Zusammenhang wurde unter anderem die Pflegepersonaluntergrenzen-Vereinbarung (PpUGV) für den Zeitraum vom 1. März bis zum 31. Dezember 2020 ausgesetzt. Die entsprechende Re-

gelung ist in der Verordnung zur Änderung der PpUGV am 27. März 2020 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht worden.

Auch die mit dem MDK-Reformgesetz zum 1. Januar 2020 eingeführten, beziehungsweise unterjährig geplanten, Regelungen zur Krankenhausabrechnungsprüfung sind vor dem Hintergrund der Corona-Krise umfassend modifiziert worden. In diesem Zusammenhang wurde unter anderem der Aufschlag auf beanstandete Abrechnungen für die Jahre 2020 und 2021 gestrichen sowie eine Reduzierung der Prüfquote für das Jahr 2020 von 12,5 % auf fünf Prozent je Quartal vorgenommen. Vor dem Hintergrund zu erwartender Belastungen infolge der Corona-Krise haben der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft zudem am 2. April 2020 eine Ergänzungsvereinbarung zur Übergangsvereinbarung der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) gemäß § 17c Abs. 2 KHG vom 10. Dezember 2019 erlassen. Zielstellung dieser Ergänzungsvereinbarung ist insbesondere eine Entlastung der Krankenhäuser durch eine Verlängerung der Unterlagenübermittlungsfrist sowie die daraus folgende Anpassung der Frist für die Leistungsentscheidung der Krankenkassen.

Mit dem Entwurf eines zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite, plant der Gesetzgeber weitere Regelungen zur Entlastung der Krankenhäuser von vermeidbaren Bürokratieanforderungen. Um negative wirtschaftliche Synergieeffekte durch die Ausweitung von intensivmedizinischen Kapazitäten und der damit verbundenen Verlagerung der innerbetrieblichen Organisationsstruktur zu Lasten anderer Versorgungsbereiche zu vermeiden, sieht der Entwurf unter anderem eine vorübergehende Lockerung der Krankenhausabrechnungsprüfung hinsichtlich der Erfüllung bestimmter Mindestmerkmale einzelner OPS-Kodes vor. Dieser Entwurf eines zweiten Gesetzes soll am 7. Mai 2020 – und damit nach dem Redaktionsschluss dieser Ausgabe – im Bundestag beraten werden. Somit sind Änderungen der geplanten Neuregelungen beziehungsweise am konkreten Gesetzestext möglich und die Maßnahmen zum Verzicht auf die Prüfung bestimmter OPS-Mindestmerkmale sind zum Redaktionsschluss am 4. Mai 2020 noch nicht in Kraft getreten.

Eine Auflistung der bereits in Kraft getretenen Neuregelungen zur Krankenhausabrechnungsprüfung haben wir nachfolgend zusammengestellt. Im Rahmen der Mitgliederinformationen per Rundmail berichten wir selbstverständlich über die weiteren Entwicklungen.

Krankenhausabrechnungsprüfung – Die wichtigsten Neuregelungen im Überblick

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

- Die maximal zulässige quartalsbezogene Prüfquote gemäß § 275c Abs. 2 SGB V wurde für das Jahr 2020 auf fünf Prozent festgelegt. Um eine umfassende Entlastung der Krankenhäuser zu erreichen, gilt die reduzierte Prüfquote von fünf Prozent auch bereits für das erste Quartal 2020. Soweit Krankenkassen bereits mehr Prüfungen beim MD in Auftrag gegeben haben, als die auf fünf Prozent reduzierte Prüfquote erlaubt, sind diese Prüfaufträge von den einzelnen Krankenkassen zu stornieren.
- Der im Jahr 2020 auf beanstandete Abrechnungen zu zahlende Aufschlag gemäß § 275c Abs. 3 SGB V in Höhe von zehn Prozent, mindestens jedoch in Höhe von 300 Euro, wurde gestrichen. Hierdurch wird dem Umstand Rechnung getragen, dass in Folge der Corona-Krise in Krankenhäusern hohe Belastungen einerseits und Liquiditätsengpässe andererseits zu erwarten sind. Um auch im Bereich der Abrechnungsprüfung eine Entlastung für die Krankenhäuser zu schaffen, wird auf die Erhebung von Aufschlägen in den Jahren 2020 und 2021 verzichtet.

- Durch die mit der Corona-Krise einhergehenden Belastungen aller mit der stationären Krankenhausbehandlung befassten Professionen, wird die Einführung von Strukturprüfungen gemäß § 275d SGB V um ein Jahr verschoben. Daher ist die Bescheinigung nach § 275d Abs. 2 SGB V erstmals für die Vereinbarung für das Jahr 2022 an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln. Die Frist für die erste Übermittlung gemäß § 275d Abs. 3 SGB V wurde in diesem Zusammenhang auf den 31. Dezember 2021 verschoben.
- Mit der Anpassung der Frist nach § 275d Abs. 3 SGB V wird klar gestellt, dass Krankenhäuser, die die strukturellen Voraussetzungen nicht erfüllen, die Leistungen erst ab dem Jahr 2022 nicht mehr vereinbaren und nicht mehr abrechnen dürfen.
- Sofern Krankenhäusern die Bescheinigung aus von ihnen nicht vertretbaren Gründen nicht bis zum 31. Dezember 2021 vorliegt, können diese gemäß § 275d Abs. 4 SGB V bis zum Abschluss der Strukturprüfung bislang erbrachte Leistungen weiterhin vereinbaren und abrechnen.
- Die vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur Strukturprüfung nach § 275d SGB V zu erlassene Richtlinie ist bis zum 28. Februar 2021 auf Basis des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Abs. 2 SGB V des Jahres 2021 erstmalig zu erlassen.

Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfvV

- Die Ergänzungsvereinbarung zur PrüfvV ist rückwirkend zum 1. April 2020 in Kraft getreten und gilt für Abrechnungsprüfungen, die bis 31. Dezember 2020 eingeleitet werden. Bei der Ergänzungsvereinbarung steht die Entlastung der Krankenhäuser durch eine Verlängerung der Unterlagenübermittlungsfrist sowie die daraus folgende Anpassung der Frist für die Leistungsentscheidung der Krankenkassen im Vordergrund. Dabei wurden auch Regelungen für Abrechnungsprüfungen getroffen, die bis zum 31. März 2020 gegenüber den Krankenhäusern eingeleitet waren und noch nicht abgeschlossen sind:
- Die Frist gemäß § 7 Abs. 2 S. 4 PrüfvV zur Übermittlung der Unterlagen durch das Krankenhaus an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) wurde auf 28 Wochen verlängert.
- Die Frist gemäß § 7 Abs. 5 S. 2 und S. 5 PrüfvV, innerhalb der eine Korrektur durch das Krankenhaus an die Krankenkasse für eine Einbeziehung in die Begutachtung durch den MDK erfolgt sein muss, wurde auf acht Monate verlängert.
- Die Frist gemäß § 8 PrüfvV von der Übermittlung der Prüfanzüge an das Krankenhaus bis zur Entscheidung der Krankenkasse nach MDK-Gutachten wurde auf 16 Monate verlängert.
- Die Frist gemäß § 10 S. 3 PrüfvV für das Krankenhaus zur Revisionskorrektur nach MDK-Prüfung wurde auf acht Wochen verlängert.
- Diese abweichenden Fristen gelten ebenfalls für Abrechnungsprüfungen, die bis zum 31. März 2020 gegenüber dem Krankenhaus eingeleitet und noch nicht abgeschlossen wurden – unabhängig davon, ob es sich um eine Überprüfung bei Patienten handelt, die bis einschließlich 31. Dezember 2019 oder ab dem 1. Januar 2020 aufgenommen wurden.
- Da ausweislich der Gesetzesbegründung zum COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz die reduzierte Prüfquote von fünf Prozent bereits für das erste Quartal 2020 gilt, sieht die Ergänzungsvereinbarung die Realisierung der nachträglichen Reduzierung der Prüfquote für das erste Quartal 2020 durch die Krankenkassen bis spätestens zum 31. Mai 2020 gegenüber den Krankenhäusern vor.

ZERCUR GERIATRIE®: Umstellung auf E-Learning während der Pandemie

Aufgrund der aktuellen Lage in Bezug auf das Coronavirus und den damit verbundenen Einschränkungen zur Eindämmung der Pandemie sind viele geplante ZERCUR-Veranstaltungen auf unbestimmte Zeit verschoben oder gegebenenfalls sogar abgesagt worden. Um die Fortsetzung der Schulungsbetriebe sicherzustellen, hat der BV Geriatrie eine zeitlich begrenzte Sonderregelung getroffen. Von Mai bis einschließlich September 2020 werden „kontaktlose Seminare“ für ZERCUR GERIATRIE®-Module der Fachweiterbildungen sowie Module des ZERCUR GERIATRIE®-Basislehrgangs angeboten. Das heißt, dass Kursanbieter in dieser Zeit ZERCUR-Module als Webinar, Virtual Classroom, Blended Learning oder ähnliches anbieten können. Ziel ist es, den Teilnehmern das fristgerechte Absolvieren von ZERCUR-Modulen zu ermöglichen.

Der BV Geriatrie hat Bedingungen formuliert, die von den Kursanbietern eingehalten werden müssen. So darf die maximale Teilnehmerzahl von 25 nicht überschritten werden. Des Weiteren müssen die durch die Curricula vorgegebenen Inhalte vollumfänglich vermittelt sowie Module, die in digitaler Form stattfinden, beim BV Geriatrie vorab angezeigt werden. Außerdem muss auf den ausgestellten Zertifikaten vermerkt werden, in welcher Form dieses Modul stattgefunden hat. Zum Abschluss muss eine Teilnehmerevaluation stattfinden.

Neben der Bewältigung der aktuellen Sondersituation möchte der BV Geriatrie die Rückmeldungen dazu nutzen, Erfahrungen im Bereich E-Learning zu sammeln. Auf Grundlage der Ergebnisse der Evaluationen wird im Herbst in den entsprechenden Fachgremien über das Thema digitale Lernformen in den Fachweiterbildungen beraten.

Personelle Veränderungen in der Geschäftsstelle

Zum 1. August 2020 wird Christiane Becker als Juristische Referentin die Geschäftsstelle des BV Geriatrie verstärken. Frau Becker ist seit 2016 Volljuristin und bringt fundierte Kenntnisse im Sozialrecht (SGB V und SGB XI) sowie mehrjährige Erfahrung in verschiedenen Verbänden mit. So hat sie unter anderem Mitgliedseinrichtungen juristisch beraten und war an Vertragsverhandlungen mit Vertretern der Kranken- und Pflegekassen beteiligt. Zudem ist sie Autorin verschiedener juristischer Fachinformationen zu sozialrechtlichen Themen. Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit und wünschen Frau Becker einen guten Start.

Daniela Goldscheck, die knapp 2,5 Jahre für den BV Geriatrie tätig war, hat den Verband zum 30. Juni 2020 verlassen. Nach ihrem Wechsel zum Bundesverband im Februar 2018 war Frau Goldscheck mit der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit betraut. Die fachliche Nachfolge ist bereits eingeleitet. So soll das Team der Geschäftsstelle möglichst zeitnah wieder komplettiert werden. Wir danken Frau Goldscheck für ihr Engagement und wünschen ihr für die Zukunft das Allerbeste.