

Das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz – Rettung für die Krankenhäuser?

Ein Gastbeitrag von MARTIN LAMBRECHT und DR. JÖRG RISSE.

In den letzten Wochen hat das Gesetz zur Abmilderung der Folgen der COVID-19-Pandemie im Zivil-, Insolvenz- und Strafverfahrensrecht, insbesondere Artikel 1 Gesetz zur vorübergehenden Aussetzung der Insolvenzantragspflicht und zur Begrenzung der Organhaftung bei einer durch die COVID-19-Pandemie bedingten Insolvenz (COVID-19-Insolvenzaussetzungsgesetz – COVInsAG) eine weitreichende Bedeutung in der Restrukturierungsbranche erlangt.

So hilft die Aussetzung der Insolvenzantragspflichten erheblich dabei, Unternehmen, die infolge der COVID-19-Pandemie in erhebliche finanzielle Schwierigkeiten geraten sind, weiterzuführen und Finanzierungen zu ermöglichen. Die Regelungen zur weitgehenden Entschärfung der Haftung nach § 64 GmbHG und die besonderen Regelungen zum Anfechtungsrecht und Nichtnachrangigkeit von Gesellschafterdarlehen spielen eine entscheidende Rolle bei dem Erhalt von Unternehmen.

Nur für mit Krisen von Krankenhäusern befassten Kreisen ist das „Gesetz zum Ausgleich COVID-19-bedingter

finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen“, kurz: COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz, von ebenso weitreichender Bedeutung. Krisen von Krankenhäusern waren in den letzten Jahren allgegenwärtig, im Monatstakt beantragte irgendwo ein Krankenhaus Insolvenz, wobei nicht nur kleinere Krankenhäuser betroffen waren, sondern auch größere Gruppen wie Katharina Kasper ViaSalus GmbH (AG Montabaur, Az. 14 IN 20/19) oder große Klinikkonzerne wie die Paracelsus-Kliniken Deutschland GmbH & Co. KGaA (AG Osnabrück, Az.: 27 IN 41/14).

In die ohnehin schon gebeutelte Krankenhauslandschaft trat dann COVID-19 mit der Aufforderung der staatlichen Stellen an die Krankenhäuser, Intensivbetten (sog. ITS-Betten) für COVID-19-Patienten freizuhalten. Dies führt konsequenterweise zu massiven Einnahmeausfällen bei den Krankenhäusern. Das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz soll die Folgen der Bereithaltung von Intensivbetten abmildern und den Krankenhäusern eine entsprechende Entschädigung bieten. In der Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 23. März 2020 klingt dies so:

„Um das Gesundheitswesen und die Pflege bei der Bewältigung der Corona-Epidemie zu unterstützen, hat das Kabinett heute zwei von Bundesgesundheitsminister Spahn vorgelegte Formulierungshilfen für Gesetzentwürfe beschlossen. Mit dem „COVID19-Krankenhausentlastungsgesetz“ werden die wirtschaftlichen Folgen für Krankenhäuser und Vertragsärzte aufgefangen.“

Das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz ändert das Krankenhausfinanzierungsgesetz und das Krankenhausentgeltgesetz, beide zuletzt erst geändert am 14. Dezember 2019, sowie das fünfte und elfte Sozialgesetzbuch. Gemeinsamer Inhalt aller Änderungen sind wirtschaftliche Maßnahmen in unterschiedlicher Form:

In der Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind die Ausgleichszahlungen für ab dem 16.3.2020 entgangene Einnahmen an Krankenhäuser aufgrund der Sonderbelastungen durch COVID-19 geregelt. Hierdurch soll die Bereithaltung von Versorgungskapazitäten für eine wachsende Anzahl von COVID-19-Patienten abgegolten werden. Große Teile der Intensivbetten in Krankenhäusern stehen aufgrund der Bereitschaft zur Aufnahme von COVID-19-Patienten seit vielen Wochen leer, da elektive Eingriffe verschoben werden, soweit dies medizinisch vertretbar ist.

Als wirtschaftlichen Ausgleich für fehlende Behandlungsabrechnungen von verschobenen Operationen und Behandlungen erhalten Krankenhäuser für jedes Bett, das dadurch im Zeitraum vom 16. März bis zum 30. September 2020 nicht belegt wird, eine Pauschale in Höhe von 560 Euro pro Tag. Hinzu kommt, dass Krankenhäuser, die mit Genehmigung der zuständigen Landesbehörden zusätzliche intensivmedizinische Behandlungskapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit schaffen oder auf anderen Stationen vorhalten, bis zum 30. September 2020 einmalig einen Betrag von 50.000 EUR erhalten.

Zur pauschalen Abgeltung von Preis- und Mengensteigerungen insbesondere bei persönlicher Schutzausrüstungen rechnen Krankenhäuser für jeden Patienten, der zwischen dem 1. April 2020 und 30. Juni 2020 zur teilstationären Behandlung aufgenommen wird, einen Zuschlag in Höhe von 50 EUR ab. Hinzu kommt die Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes, die zu einer Erhöhung des Pflegeentgelts um 38 EUR auf 185 EUR pro Tag führt. Während die Abrechnung des Zuschlags zur Abgeltung der Preissteigerungen gegenüber dem Patienten bzw. dessen Kostenträgern erfolgt – dieser wird zumeist von den gesetzlichen Krankenkassen getragen –, werden die genannte Pauschale und der

Betrag zur Erhöhung der Zahl der ITS-Betten aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bezahlt.

Diese Liquiditätsreserve ist ein vom Bundesamt für Soziale Sicherung gemäß § 271 SGBV verwaltetes Sondervermögen, das aus den eingezogenen Beträgen der gesetzlichen Krankenversicherung, aus Beiträgen von Rentenzahlungen und weiteren Einnahmen gespeist wird. Reicht die Liquiditätsreserve nicht, leistet der Bund dem Gesundheitsfonds ein nicht verzinsliches Liquiditätsdarlehen in Höhe der fehlenden Mittel.

In Deutschland führen 1.160 Krankenhäuser intensivmedizinische Betten, die Gesamtzahl der ITS-Betten beträgt 28.031 (Statistisches Bundesamt 2018, Grunddaten der Krankenhäuser, 2017. Fachserie 12 Reihe 6.1.1), was 33,7 ITS-Betten pro 100.000 Einwohner entspricht – weit mehr als das Doppelte im Vergleich zu Italien (12,5 ITS-Betten pro 100.000 Einwohner, Quelle: Rhodes et al. (2012: The variability of critical care bed numbers in Europe. DOI: 10.1007/s00134-012-2627-8)



Martin Lambrecht – Foto: Kanzlei

und vier Mal so viel wie in den Niederlanden (7,1 Betten pro 100.000 Einwohner, Nationale Intensive Care Evaluatie, <https://www.stichting-nice.nl/>).

Gemäß der Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit summieren sich die Ausgleichszahlungen für die Freihaltung von Bettenkapazitäten für den Bundeshalt auf voraussichtlich rund 2,8 Mrd. EUR in 2020. Für die gesetzlichen Krankenversicherungen entstehen durch das Hilfspaket im Krankenhausbereich in diesem Jahr geschätzte Mehrausgaben in Höhe von rund 5,9 Mrd. EUR. Liest man diese Beträge, könnte man davon ausgehen, dass nun eine neue, heile Welt für die Krankenhäuser anbricht. Das ist mitnichten so.

Die Pauschale von 560 EUR pro Tag genügt nur dann dem Ausgleich, wenn damit die tatsächlichen Kosten für die Bereithaltung eines Bettes für das Krankenhaus und der Umsatzausfall abgegolten sind. Das Krankenhaus wird sogar weitergehend mit der Pauschale kalkulieren, wenn diese höher liegt als der Deckungsbeitrag 1 eines elektiven Eingriffs (einschließlich des um 38 EUR erhöhten Pflegeentgelts von 185 EUR/Tag). Dies ist regional jedoch unterschiedlich und hängt u.a. stark von den Personalkosten ab: So sind die Gehälter des Pflegepersonals in Ostdeutschland – auch durch die Nähe zu osteuropäischen Arbeitskräften – weit niedriger als beispielsweise in Baden-Württemberg, insbesondere in den Regionen, die unmittelbar an die Schweiz grenzen mit einer Konkurrenz zu den dortigen Einkommensstrukturen.

Erfahrungswerte aus Kliniken in Baden-Württemberg zeigen beispielsweise, dass die Kosten für einen Belegungstag in einem Haus der Grund- und Regelversorgung in der COVID-19-Phase rund 10 % höher sind als die Freihaltepauschale. Die Krankenhäuser der Maximalversorgung und Universitätsklinika haben auf Grund der Vorhaltestrukturen deutlich höhere Kosten je Tag. Damit zeigt sich auch ein Webfehler dieser gesetzlichen Regelung, die nicht die unterschiedlichen Versorgungsstrukturen der Krankenhäuser und Universitätskliniken abbildet. Dadurch erhöht sich der wirtschaftliche Druck auf die Krankenhäuser zunehmend. Dieser verstärkt sich durch die vorhandene Unterauslastung der Kliniken, da sie große Teile ihrer Bettenkapazitäten für nicht vorhandene COVID-19-Patienten freihalten und damit nicht mit COVID-19-freien Patienten belegen können.

Während in der Zeit vor März 2020 die durchschnittliche Auslastung der Krankenhäuser bei rund 80 % lag, betrug sie von März bis April 2020 zwischen 40-50 %. Das aktuell diskutierte Hochfahren der Kliniken ist jedoch herausfordernder als gedacht, da es an Vertrauen der Patienten in die Sicherheit der Krankenhausstrukturen in Folge der COVID-19-Ansteckungsgefahren fehlt. Aktuelle Erfahrungswerte aus dem Ausland belegen, dass nach überstandener COVID-19-Krise weiter mit einer reduzierten Auslastung von 15-20 % gegenüber den Vorjahren zu rechnen ist.

Die Vorhaltestrukturen in den Krankenhäusern bleiben aufgrund gesetzlicher Vorgaben zumindest anteilig bestehen. Diese Kostenstrukturen lassen sich jedoch weder in der Schnelligkeit noch mit der notwendigen Flexibilität anpassen. Daraus resultiert ein weiterer Treiber auf die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser. Dieser wird durch die aktuelle Diskussion verstärkt, wonach die Freihaltepauschale nicht bis zum 30.09.2020 läuft,

Dr. Jörg Risse
– Vicondo Healthcare

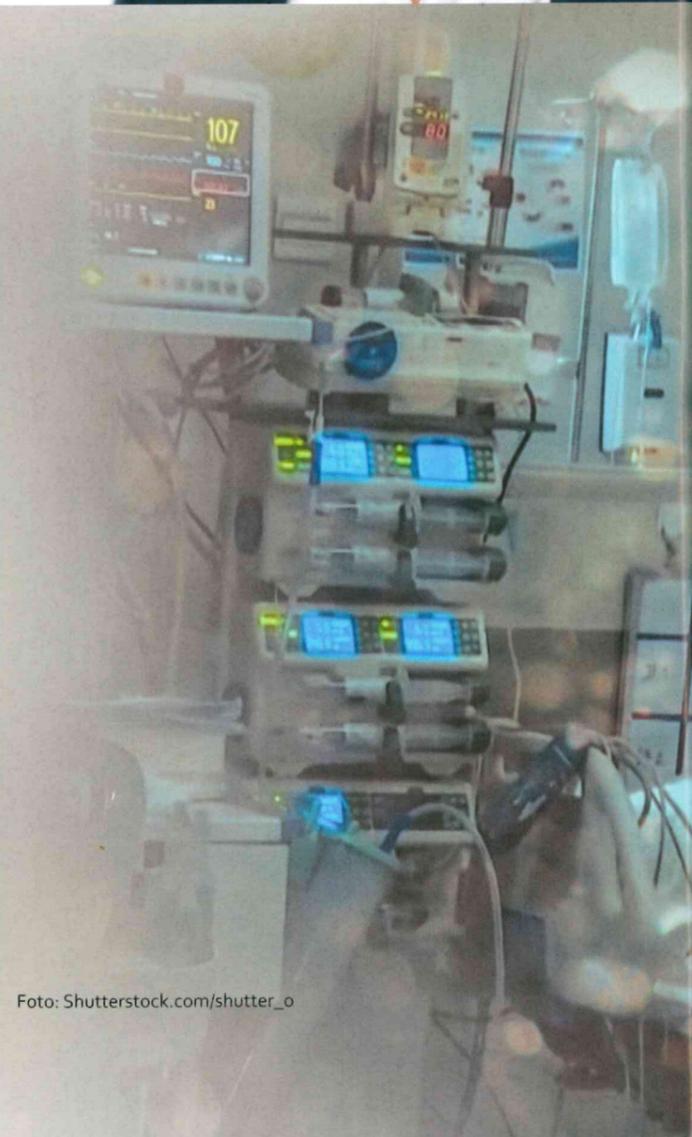


Foto: Shutterstock.com/shutter_o

sondern früher enden soll. Damit wären die unterausgelasteten Kapazitäten nicht mehr bzw. nur noch anteilig gegenfinanziert.

Die im Rahmen des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes verabschiedete Mehrkostenzuschlagspauschale, insbesondere für die Schutzausrüstung, sieht für jeden stationären bzw. teilstationären Fall eine Aufwandspauschale von bis zu 50 EUR pro Fall vor. Die tägliche Praxis in den Krankenhäusern zeigt, dass die medizinische und pflegerische Behandlung der COVID-19-Patienten einen hohen Materialaufwand nach sich zieht, der mit den diagnosebezogenen Fallgruppen (sog. DRG, Diagnosis Related Groups) aktuell nicht vergütet ist. Zudem ist seit dem Ausbruch der Pandemie eine weltweite Preissteigerung bei den kritischen Materialien festzustellen. Der hohe Materialverbrauch und auch die Preissteigerung führen zu Mehrkosten von bis 150 EUR je COVID-19-Fall, die im Ergebnis durch die aktuelle Mehrleistungspauschale nicht gedeckt sind.

Überdies werden pandemiebedingte Erlösausfälle, die nicht aus dem Freihalten von Betten, sondern aus anderen Gründen resultieren, z.B. weil der zu operierende Patient oder ein Arzt erkrankt ist, Quarantänemaßnahmen bestehen etc., nicht ausgeglichen. Eine Schlie-



ßungsanweisung an einen praktizierenden Arzt hat jedoch ebenso weitreichende wirtschaftliche Folgen für diesen.

Die geschilderten Effekte der Unterauslastung während der Krisenzeit, der nicht gestuften und begrenzten Freihaltepauschale sowie der zu niedrig angesetzten Aufwandspauschale für die persönliche Schutzausrüstung verschlechtern die Wirtschaftlichkeit der Kliniken und belasten die Liquidität. Infolgedessen müssen die Gesellschafter zunehmend mit Finanzierungshilfen wie z.B. Patronatserklärungen einspringen, um eine ansonsten drohende Insolvenz zu vermeiden.

Die vorhandenen Strukturprobleme im deutschen Krankenhausmarkt werden durch die aktuelle Gesetzgebung nicht gelöst, sondern allenfalls auf die Zeit nach der COVID-19-Pandemie verschoben.

Die Autoren:

Martin Lambrecht ist Rechtsanwalt, Diplom-Kaufmann und Diplom-Volkswirt. Er ist Insolvenzverwalter und Partner der Sozietät LAMBRECHT Partnerschaft von Rechtsanwälten, Düsseldorf | Berlin. Dr. Jörg Risse ist Geschäftsführer der Vicondo Healthcare GmbH, Berlin. Die Gesellschaft ist auf die Sanierung von Krankenhäusern spezialisiert.