

Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und des Krankenhausentlastungsgesetzes auf die Krankenhäuser

Krankenhausbefragung des Deutschen Krankenhausinstituts

für die Deutsche Krankenhausgesellschaft

Dr. Karl Blum

Robin Heber

Dr. Sabine Löffert

Dr. Matthias Offermanns

Dr. Petra Steffen

Ansprechpartner:

Dr. Karl Blum

Deutsches Krankenhausinstitut

Hansaallee 201

40549 Düsseldorf

Telefon: 0211 / 47051 – 17

E-Mail: karl.blum@dki.de

Datum: 28. Mai 2020

Inhaltsverzeichnis

ZUSAMMENFASSUNG	4
1 RECHTLICHE GRUNDLAGEN	5
2 ZIELE	6
3 METHODIK	6
4 ERGEBNISSE	7
4.1 ANGEMESSENHEIT VON AUSGLEICHSZAHLUNGEN	7
4.2 KOSTENDECKUNG BEI PERSÖNLICHEN SCHUTZAUSRÜSTUNGEN	8
4.3 GRÜNDE FÜR DIE FEHLENDE KOSTENDECKUNG	10
4.4 FRISTGERECHTE BEZAHLUNG VON RECHNUNGEN	11
4.5 AKTUELLE WIRTSCHAFTLICHE LAGE	12
4.6 PRÜFUNGEN DURCH DEN MEDIZINISCHEN DIENST	13
4.7 PERSONALVERLAGERUNGEN AUF INTENSIVSTATIONEN	15
4.8 WEITERE HERAUSFORDERUNGEN DER COVID-19-PANDEMIE	16

Zusammenfassung

Die gesetzlich vorgesehenen Ausgleichszahlungen für die Krankenhäuser reichen nicht aus, um die Erlösausfälle und Zusatzkosten durch die COVID-19-Pandemie zu kompensieren. Dadurch hat sich die wirtschaftliche Situation der Häuser im Vergleich zum Vorjahr deutlich verschlechtert. Das ist das Ergebnis einer repräsentativen Krankenhausbefragung des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) für die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG).

Die COVID-19-Pandemie stellt die Krankenhäuser in Deutschland vor große Herausforderungen. Planbare Behandlungen werden verschoben und Betten für (mögliche) Corona-Fälle freigehalten. Das Personal muss vor einer Infizierung geschützt werden. Mit dem Krankenhausentlastungsgesetz von März 2020 sollen die damit verbundenen Zusatzkosten und Erlösausfälle ausgeglichen werden. Erste Auswirkungen des Gesetzes auf die Krankenhäuser wurden in der DKI-Blitzumfrage untersucht. Beteiligt haben sich bundesweit 622 Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten.

Wenn Krankenhäuser wegen der COVID-19-Pandemie planbare Leistungen verschieben, erhalten sie eine tagesbezogene Pauschale in Höhe von 560 Euro für jeden im Vergleich zur täglichen Durchschnittsbelegung des Vorjahres weniger behandelten Patienten. In drei Vierteln der Krankenhäuser waren diese Ausgleichszahlungen nicht ausreichend. Vor allem große Krankenhäuser ab 600 Betten waren hier überproportional betroffen.

Zur pauschalen Abgeltung für Preis- und Mengensteigerungen, insbesondere bei persönlichen Schutzausrüstungen, erhalten die Krankenhäuser einen pauschalen Zuschlag von 50 € pro Patient. Für 90 % der Krankenhäuser ist dieser Zuschlag nicht kostendeckend. Hauptgründe hierfür sind vor allem die deutlich gestiegenen Einkaufspreise und der große Bedarf.

Zur Verbesserung der Liquidität der Krankenhäuser werden die Zahlungsfristen für die Abrechnung von Krankenhausleistungen bis zum Jahresende auf fünf Tage nach Rechnungseingang verkürzt. Aktuell halten erst in 54 % der Krankenhäuser die Krankenkassen diese Zahlungsfrist stets ein. In 17 % der Häuser ist dies nicht der Fall. Bei den Übrigen lagen noch keine verlässlichen Erfahrungswerte vor.

Weitere Probleme der Krankenhäuser infolge der Pandemie sind insbesondere Erlösausfälle bei ambulanten Leistungen, Wahlleistungen und den Geschäftsbetrieben (Cafeteria, Parkhaus etc.), die fehlende Refinanzierung von COVID-19-Tests für Patienten und Mitarbeiter und der bürokratische Mehraufwand durch vermehrte Abfragen bzw. Datenübermittlungen (z.B. für das DIVI-Register oder Landesministerien)

Bedingt durch die abnehmende Liquidität und die Erlösausfälle und Zusatzkosten durch die COVID-19-Pandemie hat sich in 73 % der Krankenhäuser die wirtschaftliche Situation im Vergleich zum Vorjahr verschlechtert. 30 % der Häuser schätzen ihre Lage sogar deutlich schlechter ein.

In der aktuell schwierigen Situation werden die Krankenhäuser durch Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes zusätzlich belastet. Auf dem Höhepunkt der Pandemie im April 2020 sind in rund drei Vierteln der Häuser Prüfverfahren durch den Medizinischen Dienst für durchschnittlich 110 Fälle pro Haus eingeleitet worden.

1 Rechtliche Grundlagen

Am 27. März 2020 trat das Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen („COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz“) in Kraft. Mit dem Krankenhausentlastungsgesetz sollen Krankenhäuser und andere Gesundheitseinrichtungen gezielt unterstützt werden, um die Auswirkungen der Corona-Pandemie finanziell bewältigen zu können. Wesentliche Regelungen des Krankenhausentlastungsgesetzes für den Krankenhausbereich sind insbesondere die folgenden:

- Soweit zugelassene Krankenhäuser planbare Aufnahmen, Operationen und Behandlungen verschieben oder aussetzen, um Bettenkapazitäten für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Coronavirus-Infektion freizuhalten, erhalten sie für die entsprechenden Einnahmeausfälle Ausgleichszahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds (§ 21 Abs. 1 KHG).
- Referenzwert für die Ermittlung der Ausgleichszahlungen ist die durchschnittliche Belegung mit voll- und teilstationären Patientinnen und Patienten pro Tag im Jahr 2019. Von diesem Wert wird erstmals für den 16. März 2020 und letztmalig für den 30. September 2020 die Zahl der am jeweiligen Tag behandelten Patientinnen und Patienten abgezogen. Ist die Differenz größer Null, erhalten die Krankenhäuser eine tagesbezogene Pauschale in Höhe von 560 Euro für jeden im Vergleich zum Vorjahresdurchschnitt weniger behandelten Patienten (§ 21 Abs. 2 i. V. m. Abs. 3 KHG).
- Zur pauschalen Abgeltung von Preis- und Mengensteigerungen der Corona-Pandemie, insbesondere bei persönlichen Schutzausrüstungen, rechnen zugelassene Krankenhäuser für jede Patientin und jeden Patienten, die zwischen dem 1. April 2020 und dem 30. Juni 2020 zur voll- oder teilstationären Behandlung aufgenommen wurde, einen Zuschlag in Höhe von 50 Euro ab (§ 21 Abs. 6 KHG).
- Die Zahlungsfristen für die Abrechnung von Krankenhausleistungen werden verkürzt. Die von den Krankenhäusern bis zum 31. Dezember 2020 in Rechnung gestellten Leistungen sind von den Krankenkassen innerhalb von fünf Tagen nach Rechnungseingang zu zahlen (§ 330 SGB V).

2 Ziele

Vor dem Hintergrund der genannten Regelungen des Krankenhausentlastungsgesetzes hat das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) in Kooperation mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) eine Krankenhausbefragung zu ersten Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und des Krankenhausentlastungsgesetzes durchgeführt.

Mit der Befragung sollte untersucht werden, wie sich die Pandemie konkret auf die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser auswirkt und inwieweit die Maßnahmen des Krankenhausentlastungsgesetzes ausreichen. Daneben sollten weitere Auswirkungen und Erfahrungen mit der COVID-19-Pandemie erfasst werden.

Im Sinne schneller und zeitnaher Ergebnisse konzentrierte sich die Befragung auf erste Einschätzungen zum Krankenhausentlastungsgesetz. Auf eine differenzierte Erhebung statistischer Kennzahlen wurde daher bewusst verzichtet.

3 Methodik

Die Kurzbefragung („Blitzumfrage“) wurde vom 7. bis zum 15. Mai 2020 durchgeführt. Grundlage der Befragung bildete ein eigens vom DKI entwickelter und mit der DKG abgestimmter weitestgehend standardisierter Fragebogen. Die Befragungsunterlagen waren an die Geschäftsführungen der teilnehmenden Krankenhäuser adressiert. Die Teilnehmer konnten den Fragebogen schriftlich oder online über die DKI-Homepage beantworten.

Grundgesamtheit der Befragung bildeten alle deutschen Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten. Allgemeinkrankenhäuser unter 50 Betten wurden nicht in die Erhebung einbezogen, da es sich vielfach um Kliniken mit einem besonderen Leistungsspektrum und einer besonderen Struktur handelt (z. B. zahlreiche Privatkliniken ohne Versorgungsauftrag, kleine Fach- und Belegkliniken). Durch die Nicht-Einbeziehung dieser Häuser, auf die bundesweit lediglich ca. 1 % der Betten, der Patienten und des Krankenhauspersonals entfallen, wird eine homogenere Gruppe der kleineren Krankenhäuser in der Grund- und Regelversorgung geschaffen.

Laut Statistischem Bundesamt (2017) umfasst die Grundgesamtheit der Krankenhäuser in Deutschland 1.299 Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten.¹ Die Befragung war als Vollerhebung angelegt. Beteiligt haben sich insgesamt 622 Krankenhäuser.

¹ Statistisches Bundesamt (2017). Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12, Reihe 6.1. Abgerufen von: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publicationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611177004.pdf?__blob=publicationFile (am: 25.05.2020).

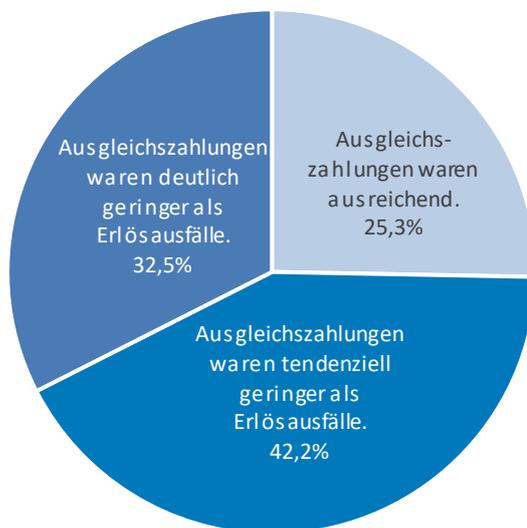
4 Ergebnisse

4.1 Angemessenheit von Ausgleichszahlungen

Laut Krankenhausentlastungsgesetz erhalten Krankenhäuser eine Pauschale von 560 € pro voll- bzw. teilstationären Patienten und Tag, falls wegen der COVID-19-Pandemie die Bettenbelegung pro Tag von der Durchschnittsbelegung des Vorjahres abweicht (vgl. Kap. 1). Die befragten Krankenhäuser sollten angeben, ob im April 2020 die Ausgleichszahlungen ausgereicht haben, um ihre Erlösausfälle in diesem Monat zu kompensieren.

In drei Vierteln der Krankenhäuser waren die Ausgleichszahlungen nicht ausreichend. In 33 % der Häuser waren die Ausgleichszahlungen sogar deutlich geringer als die Erlösausfälle und in 42 % der Einrichtungen tendenziell geringer (Abb. 1).

Haben im April 2020 in Ihrem Krankenhaus die Ausgleichszahlungen ausgereicht, um die Erlösausfälle in diesem Monat zu kompensieren?
(Krankenhäuser in %)



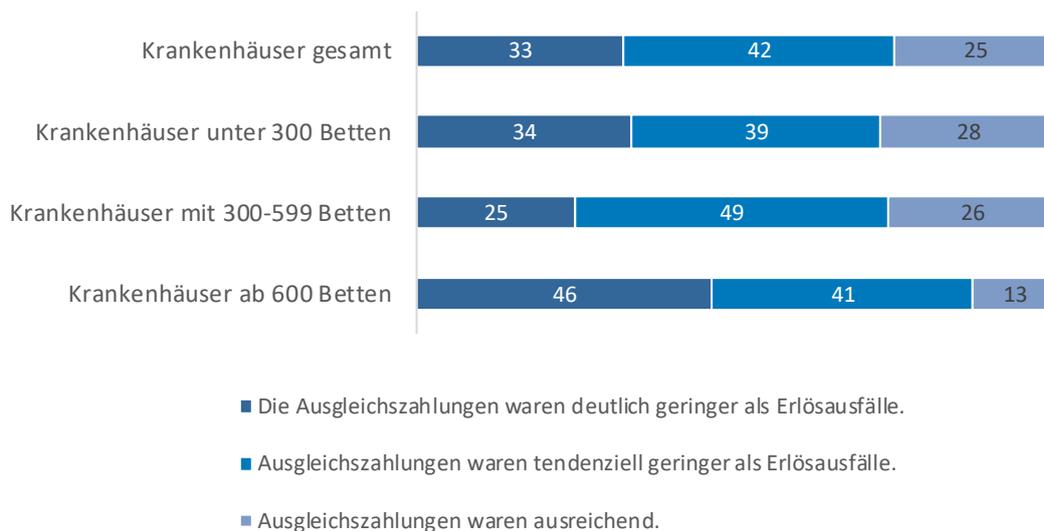
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 1: Angemessenheit von Ausgleichszahlungen – Krankenhäuser gesamt

Nach Krankenhausgröße waren vor allem die großen Häuser ab 600 Betten von den unzureichenden Ausgleichszahlungen überproportional betroffen: Hier fielen in fast der Hälfte der Häuser die Ausgleichszahlungen deutlich geringer aus als die Erlösausfälle. Nur 13 % der

Befragten stufen sie als ausreichend ein. In den beiden unteren Größenklassen waren es jeweils etwa doppelt so viele Krankenhäuser (Abb. 2).

Haben im April 2020 in Ihrem Krankenhaus die Ausgleichszahlungen
ausgereicht, um die Erlösausfälle in diesem Monat zu kompensieren?
(Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

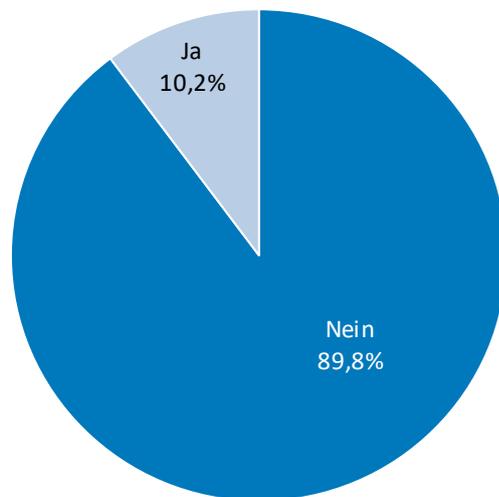
Abb. 2: Angemessenheit von Ausgleichszahlungen – Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen

4.2 Kostendeckung bei persönlichen Schutzausrüstungen

Gemäß Krankenhausentlastungsgesetz erhalten Krankenhäuser zur pauschalen Abgeltung für Preis- und Mengensteigerungen, insbesondere bei persönlichen Schutzausrüstungen, einen pauschalen Zuschlag von 50 € pro Patient. Inwieweit diese Pauschale im April 2020 kostendeckend war, sollten die Krankenhäuser beantworten.

90 % der Krankenhäuser gaben an, dass die Pauschale zur Abgeltung für Preis- und Mengensteigerungen, insbesondere bei persönlichen Schutzausrüstungen, im April 2020 nicht kostendeckend gewesen sei. Lediglich 10 % der Krankenhäuser konnten die Preis- und Mengensteigerungen durch den Zuschlag abfedern (Abb. 3). Für den Großteil der Krankenhäuser war damit die Beschaffung von Schutzausrüstungen ein Zuschussgeschäft, welches von den Krankenhäusern getragen werden muss.

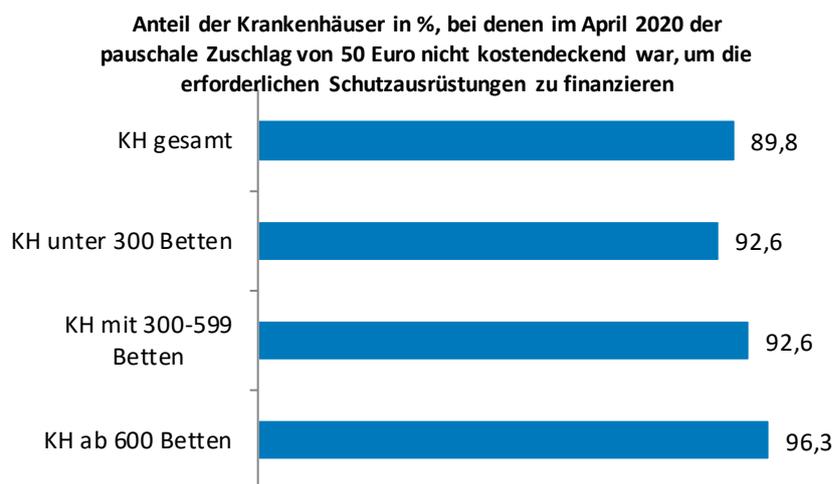
War der pauschale Zuschlag in Höhe von 50 Euro im April 2020 für Ihr Krankenhaus kostendeckend, um die erforderlichen Schutzausrüstungen zu finanzieren? (Krankenhäuser in %)



© Deutsche Krankenhausinstitut eV.

Abb. 3: Kostendeckung bei persönlichen Schutzausrüstungen – Krankenhäuser gesamt

Differenziert man die Krankenhäuser nach ihrer Größe, dann steigt mit zunehmender Bettenzahl der Anteil der Krankenhäuser an, die keine Kostendeckung durch die Pauschale erreichen konnten (Abb. 4). Mit wenigen Ausnahmen konnten vor allem die großen Krankenhäuser ab 600 Betten die Preis- und Mengensteigerungen nicht kompensieren.



© Deutsches Krankenhausinstitut

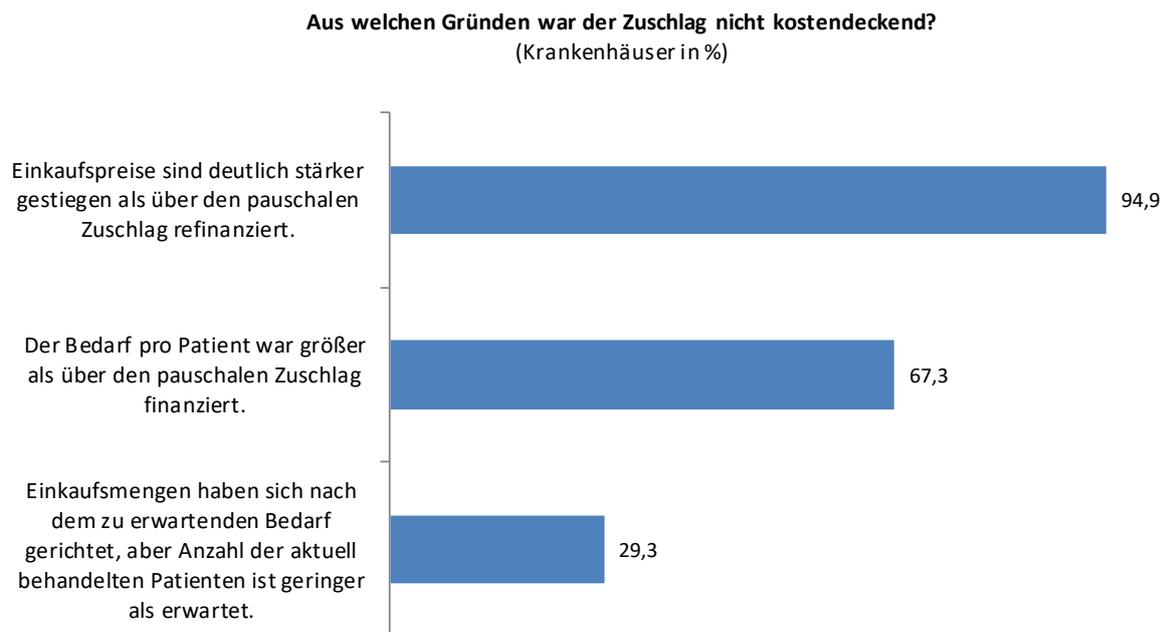
Abb. 4: Fehlende Kostendeckung bei persönlichen Schutzausrüstungen – Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen

4.3 Gründe für die fehlende Kostendeckung

Diejenigen Krankenhäuser, die keine Kostendeckung durch den pauschalen Zuschlag erzielen konnten, wurden nach den Gründen dafür gefragt (Abb. 5).

Fast alle Krankenhäuser gaben hier an, dass die Einkaufspreise deutlich stärker gestiegen sind als über den pauschalen Zuschlag refinanziert werden konnte. Maßgeblicher Grund hierfür dürfte die national wie weltweit deutlich gestiegene Nachfrage bei knappem Angebot gewesen sein.

In zwei Dritteln der Krankenhäuser war der Bedarf pro Patient größer als über den pauschalen Zuschlag zu refinanzieren war. In knapp einem Drittel der Krankenhäuser richteten sich die Einkaufsmengen nach dem erwarteten Bedarf gemäß den anfänglichen Prognosen von COVID-19-Patienten. Da die tatsächliche Patientenzahl jedoch deutlich niedriger ausfiel, waren die Einkaufsmengen demzufolge zu hoch angesetzt.



© Deutsches Krankenhausinstitut

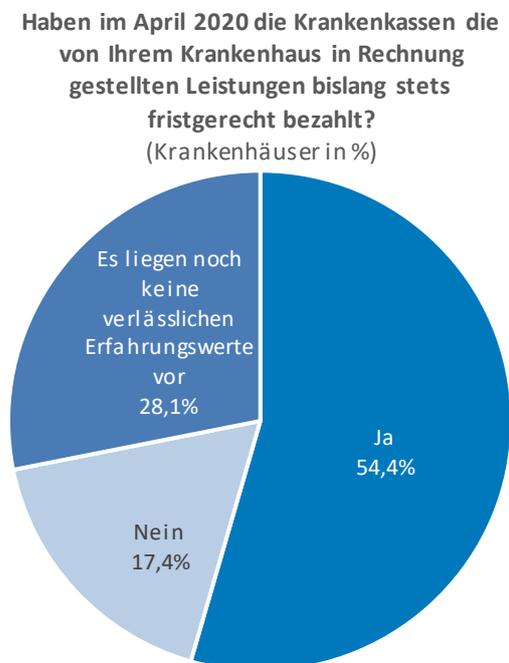
Abb. 5: Gründe für die fehlende Kostendeckung bei persönlichen Schutzausrüstungen – Krankenhäuser gesamt

Betrachtet man die Gründe für die fehlende Kostendeckung nach Bettengrößenklassen, dann zeigt sich, dass die Krankenhäuser unabhängig von ihrer Größe von den deutlich steigenden Einkaufspreisen betroffen waren. Insbesondere in den großen Krankenhäusern ab 600 Betten war der Bedarf je Patient höher als die refinanzierten Kosten (Ergebnisse nicht dargestellt).

4.4 Fristgerechte Bezahlung von Rechnungen

Laut Krankenhausentlastungsgesetz werden die Zahlungsfristen für die Abrechnung von Krankenhausleistungen bis zum Jahresende auf fünf Tage nach Rechnungseingang verkürzt (vgl. Kap. 1). In der Befragung sollten die Krankenhäuser angeben, ob die Krankenkassen im April 2020 die in Rechnung gestellten Leistungen stets fristgerecht bezahlt haben.

In mehr als der Hälfte der Krankenhäuser wurden in diesem Monat die Rechnungen stets fristgerecht bezahlt. Bei 28 % der Häuser lagen hierzu noch keine Erfahrungswerte vor. 17 % der Befragten gaben an, dass die Rechnungen im April 2020 nicht fristgerecht beglichen wurden (Abb. 6).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 6: Fristgerechte Bezahlungen von Rechnungen – Krankenhäuser gesamt

Der Anteil an vollstationären Fällen, bei denen entsprechende Zahlungsverzögerungen auftraten, lag hier im April 2020 bei 39 % der Fälle.

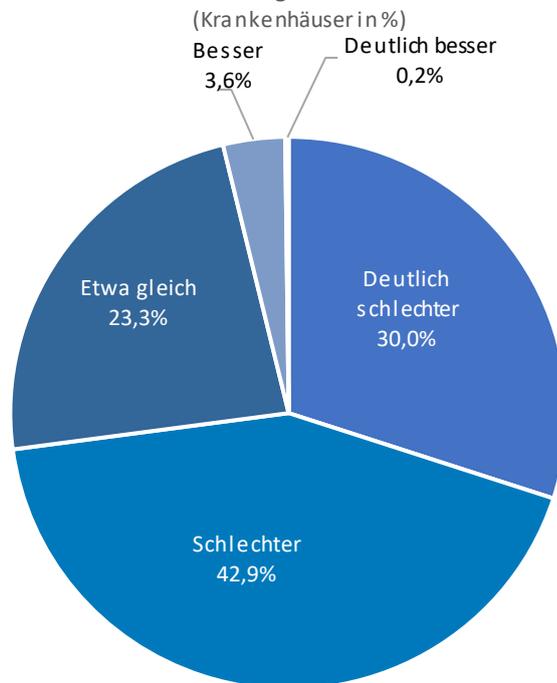
Nach Krankenhausgröße gab es im Hinblick auf die fristgerechte Bezahlung von Rechnungen keine relevanten Unterschiede (Ergebnisse nicht dargestellt).

4.5 Aktuelle wirtschaftliche Lage

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie sollten die Krankenhäuser ihre aktuelle wirtschaftliche Lage im Vergleich zum Jahr 2019 beurteilen.

In 73 % der Krankenhäuser hat sich die wirtschaftliche Situation verglichen mit dem Vorjahr verschlechtert. 30 % der Häuser schätzen ihre Lage sogar deutlich schlechter ein. Etwas weniger als ein Viertel (23%) aller teilnehmenden Kliniken schätzten ihre finanzielle Situation im Vergleich zum Vorjahr immerhin noch als etwa gleich ein, während kaum ein Haus über eine verbesserte oder gar deutlich verbesserte Lage berichtete (Abb. 7).

Wie würden Sie alles in allem die derzeitige wirtschaftliche Situation Ihres Krankenhauses im Vergleich zum Jahr 2019 beurteilen?

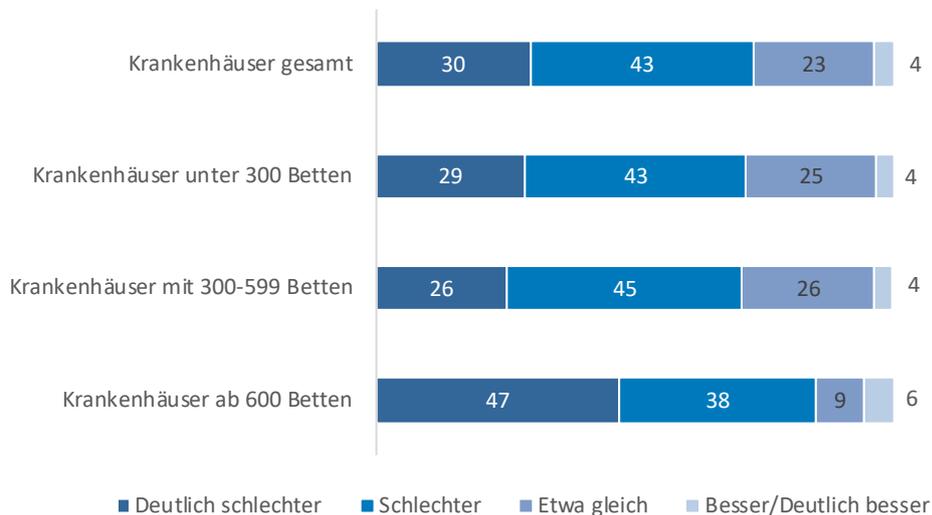


© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 7: Aktuelle wirtschaftliche Lage – Krankenhäuser gesamt

Eine Differenzierung der Ergebnisse nach Krankenhausgröße zeigt, dass im Vergleich zum Jahr 2019 vor allem die großen Häuser mit mehr als 600 Betten in einer schwierigen wirtschaftlichen Situation sind (Abb. 8). Hier stufte fast die Hälfte (47%) der Teilnehmer ihre wirtschaftliche Lage verglichen mit dem Vorjahr deutlich schlechter und mehr als ein Drittel (38%) als schlechter ein. Auf der anderen Seite berichteten nur 15% von einer gleichbleibenden oder verbesserten Situation.

Wie würden Sie alles in allem die derzeitige wirtschaftliche Situation Ihres Krankenhauses im Vergleich zum Jahr 2019 beurteilen?
(Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 8: Aktuelle wirtschaftliche Lage – Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen

4.6 Prüfungen durch den Medizinischen Dienst

In der aktuell schwierigen Situation werden die Krankenhäuser ggf. durch Prüfungen des Medizinischen Dienstes zusätzlich belastet. Die Befragungsteilnehmer sollten daher angeben, bei wie vielen (voll-) stationären Fällen, die vor dem 1. April 2020 aus ihrem Krankenhaus entlassen worden sind, im April 2020 durch den Medizinischen Dienst ein Prüfverfahren entsprechend der Prüfverfahrensvereinbarung eingeleitet wurde.

Insgesamt berichteten mehr als drei Viertel aller Krankenhäuser von entsprechenden Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes. Mit steigender Krankenhausgröße nimmt der Anteil geprüfter Häuser zu. Bei kleineren Häusern (unter 300 Betten) betrug die entsprechende Quote 73%, bei mittelgroßen Häusern (300-599 Betten) 80% und bei großen Häusern (ab 600 Betten) 85% (Abb. 9).

**Anteil der Krankenhäuser mit Einleitung eines MD-Prüfverfahrens
im April 2020 bei Fällen, die vor dem 1. April 2020 aus dem
Krankenhaus entlassen worden sind**
(Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen in %)

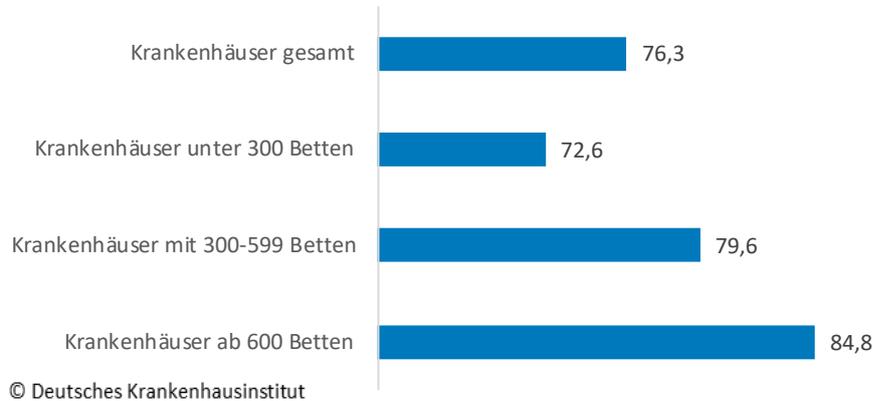


Abb. 9: Prüfungen durch den Medizinischen Dienst – Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen

Die absolute Anzahl der durch den Medizinischen Dienst im Monat April 2020 eingeleiteten Prüfverfahren (für vor dem 1. April stationär entlassenen Fälle), liegt laut Umfrage bei durchschnittlich 110 Fällen pro betroffenen Krankenhaus. Erwartungsgemäß variieren die Zahlen deutlich mit den Bettengrößenklassen der Kliniken. Während kleinere Häuser im Mittel 66 geprüfte stationäre Fälle melden, sind es bei großen Häusern im Durchschnitt 227 Fälle. Mittlere Häuser liegen mit der Angabe von im Mittel 129 eingeleiteten Verfahren in der Nähe des bundesweiten Durchschnittswerts (Abb. 10).

**Anzahl der vollstationären Fälle, die vor dem 1. April 2020 aus
dem Krankenhaus entlassen worden sind, mit Einleitung eines
MD-Prüfverfahrens im April 2020**
(Mittelwerte)

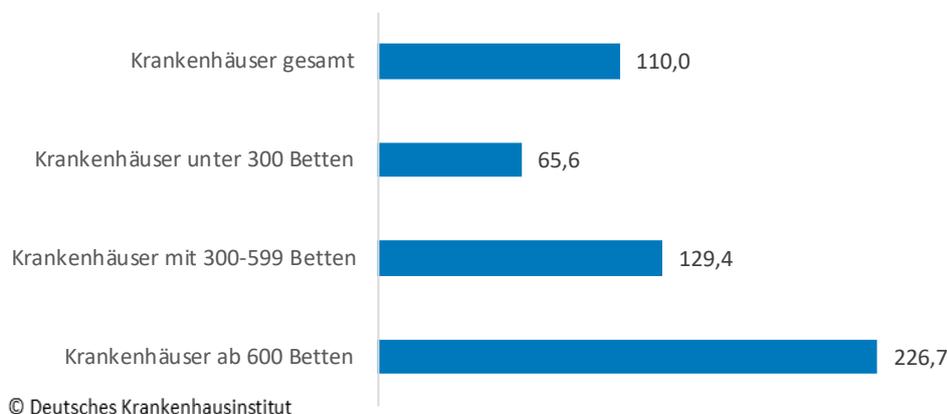


Abb. 10: Prüffälle durch den Medizinischen Dienst – Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen

4.7 Personalverlagerungen auf Intensivstationen

Im Zuge der Vorbereitungen auf eine mögliche „Welle“ an Covid-19-Patienten haben Krankenhäuser ihre Intensivstationen auch personell aufgestockt. In der Befragung sollten die Teilnehmer angeben, ob und wenn ja, welches Personal sie dafür im April 2020 aus anderen Stationen und Bereichen auf die Intensivstation(en) ihres Hauses verlagert haben.

Die überwiegende Mehrheit der Krankenhäuser (70 %) hat Personalverlagerungen durchgeführt. Lediglich 30% der Häuser gaben an, kein Personal auf die Intensivstation(en) verlagert zu haben (Abb. 11). Mehr als die Hälfte der Befragten hat dabei pflegerisches Personal verlagert. Dem folgten Verlagerungen aus dem ärztlichen Dienst in 47% und aus dem Funktionsdienst in 44% der befragten Häuser. Zudem gaben 11% an, weitere Personalgruppen auf den Intensivstationen eingesetzt zu haben. Dies betraf laut den Antworten auf eine offene Frage vorwiegend Personal aus der Verwaltung (z.B. Medizincontrolling) sowie den Reinigungs-, Wirtschafts- und Medizin-technischen Dienst.

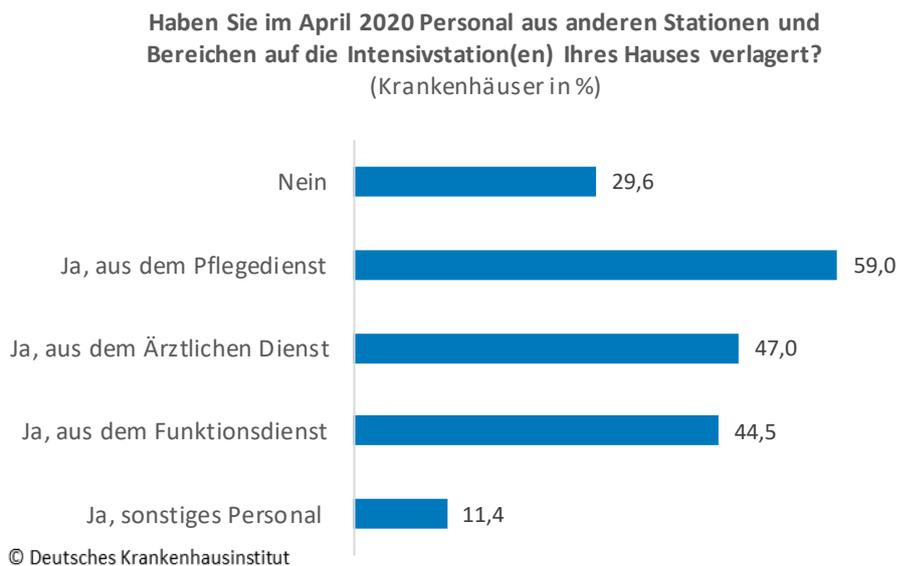


Abb. 11: Personalverlagerungen auf Intensivstationen – Krankenhäuser gesamt

Mit steigender Krankenhausgröße nehmen die Personalverlagerungen merklich zu. Vor allem in den großen Krankenhäusern finden sie nahezu flächendeckend statt (Abb. 12).

Anteil der Krankenhäuser im April 2020 mit Personalverlagerungen
aus anderen Stationen und Bereichen auf die Intensivstation(en)
(Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen in %)

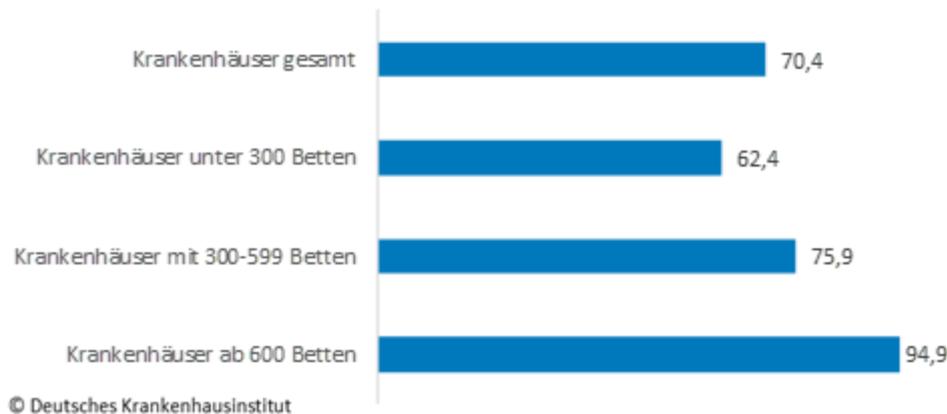


Abb. 12: Personalverlagerungen auf Intensivstationen – Krankenhäuser nach Bettengrößenklassen

4.8 Weitere Herausforderungen der COVID-19-Pandemie

Abschließend wurden die Krankenhäuser gebeten, im Rahmen einer offenen Frage weitere Erfahrungen zu ergänzen, die sie im Rahmen der COVID-19-Pandemie in ihrem Haus gemacht haben.

Gut zwei Drittel der Krankenhäuser haben bei der abschließenden offenen Frage Angaben gemacht. Die Äußerungen wurden verschiedenen Kategorien zugeordnet. Ein Großteil der Häuser hat nicht nur einen, sondern mehrere Aspekte benannt, so dass den Kliniken oftmals mehrere Kategorien zugeordnet wurden.

Die Kliniken haben überwiegend negativ oder kritisch bewertete Sachverhalte bzw. Verbesserungspotenziale angeführt. Nur ein sehr geringer Anteil der Antworten entfiel auf positive Rückmeldungen (3 %). Abb. 13 fasst die Top-10-Kategorien der Rückmeldungen zusammen.

Die Kliniken bemängeln hier vor allem mangelnde finanziellen Kompensationen seit Beginn der Corona-Pandemie. Dies ist insbesondere auf die als **unzureichend bewertete 560-€-Pauschale** (vgl. Kap. 4.1) und **weitere Erlösausfälle** zurückzuführen. Bei den Erlösausfällen werden vor allem fehlende Erlöse aus der ambulanten Versorgung, den Wahlleistungen und den Geschäftsbetrieben (Cafeteria, Parkhaus etc.) genannt. Die 560-€-Pauschale wird insbesondere von Häusern mit einer besonderen medizinisch-technischen Infrastruktur, von spezialisierten Kliniken und Krankenhäusern mit hohem CMI als unzureichend bewertet.

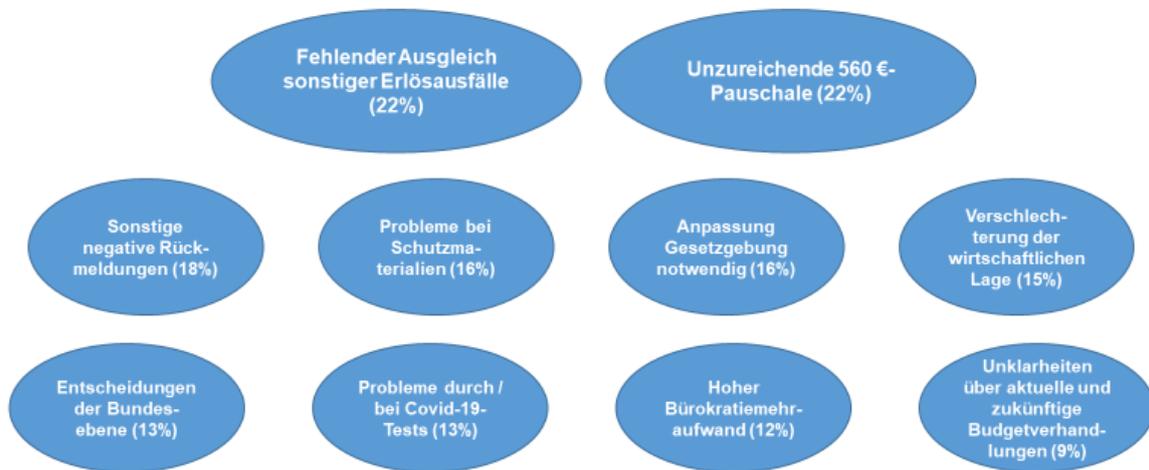


Abb. 13: Top-10-Kategorien für weitere Herausforderungen der COVID-19-Pandemie

Daneben werden Finanzierungsprobleme im Zusammenhang mit den notwendigen **Schutzmaterialien sowie der Covid-19-Testung** thematisiert. Insbesondere wird bemängelt, dass die Testung von Patienten nicht in den DRGs berücksichtigt ist. Darüber hinaus fallen zusätzliche Kosten durch Tests vor allem bei den Mitarbeitern an. Mit Blick auf die persönlichen Schutzausrüstungen wird wiederholt darauf verwiesen, dass die Häuser mit deutlichen Preissteigerungen bei abnehmender Qualität umzugehen haben (vgl. auch Kap. 4.2 und 4.3).

Infolge der unzureichenden Refinanzierung von Erlösausfällen und Zusatzkosten durch die Pandemie wird vielfach eine **Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage** befürchtet (vgl. Kap. 4.5). bzw. eine **Anpassung der Gesetzgebung** gefordert. Dies gilt vor allem für eine Anpassung der 560-€-Pauschale sowie eine Verlängerung der gesetzlichen Sonder- oder Ausnahmeregelungen in das Jahr 2021 (z. B. Aussetzung von Qualitätsvorgaben des G-BA oder der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung).

Zusätzliche Belastungen ergeben sich für die Häuser auch durch den **bürokratischen Mehraufwand**, der vor allem aus den vermehrten Abfragen bzw. Datenübermittlungen resultiert (z.B. für das DIVI-Register oder Landesministerien). Der höhere zeitliche Aufwand, die stärkere Personalbindung sind dabei nicht gegenfinanziert.

Information, Kommunikation und **Entscheidungen der Bundesebene** bewerten die Häuser vielfach als nicht zielführend. Hier würde man sich vor allem mehr Transparenz, Stringenz und Verbindlichkeit wünschen.

Große **Unklarheiten herrschen** auch hinsichtlich der künftigen **Budgetverhandlungen**. Dies betrifft vor allem die Budgetabsprachen für 2021, für die aus Sicht der Häuser die Grundlage fehlt.

Über die Top-10-Kategorien hinaus, äußerten sich die Kliniken vielfach zu den folgenden Aspekten (Abb. 14). Zur Veranschaulichung wurden Beispielnennungen hinzugefügt.

Fehlende Berücksichtigung bestehender Unterschiede zwischen den Häusern	<ul style="list-style-type: none"> • Spezialeinrichtungen mit hoher Verweildauer benachteiligt • Ausgleichszahlungen für spezialisierte Fachkliniken deutlich zu gering
Fehlende Refinanzierung weiterer Mehrkosten	<ul style="list-style-type: none"> • Höhere Kosten für Personal aufgrund COVID-19 bedingtem Ausfall, überproportionaler Einsatz von Leiharbeitskräften • Nebenkosten zur Einhaltung der Besuchsregelung (Sicherheitsdienst) nicht abgedeckt
Probleme bei Schaffung zusätzlicher Intensivbetten / Beatmungsplätze	<ul style="list-style-type: none"> • Zeitliche Verzögerungen bei Genehmigung von Fördermittel zur Aufstockung von Beatmungskapazitäten • Fehlende Genehmigung für den Bettenaufbau der ITS
Höherer Aufwand für längere Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> • Verlängerte Verweildauern von Patienten wegen der notwendigen Tests vor Entlassung • Entlassung von COVID-Patienten in Heime kaum möglich, auch bei negativem Test • Streichung von zusätzlichen Belegungstagen über der oberen Grenzverweildauer durch MDK
Unzureichende Finanzierung von Pflege / Pflegeentgelt	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Berücksichtigung der Refinanzierung der Pflege in der 560-€-Pauschale, Möglicher Ausgleich über Pflegebudget erfolgt zeitlich stark versetzt, hierdurch Gefährdung der Liquidität • Die Pflegeentgelt von 185 € pro Tag ist aufgrund rückläufiger Belegungstage zu gering
Abstimmungsprobleme zwischen den Ländern	<ul style="list-style-type: none"> • Unterschiedliches Vorgehen in den Bundesländern bei Genehmigung / Auszahlung von zusätzlich aufgebauten Intensiv-/ Beatmungskapazitäten
Personelle Herausforderungen	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Ansteckungsgefahr / Krankheitslast bei Pflegepersonal und Ärzten • Bettensperrungen bei Verdachts- oder Positivfällen • Versorgung von Isolationspatienten und Verdachtspatienten hochaufwändig
Probleme mit Kostenträgern / MD	<ul style="list-style-type: none"> • Kostenträger kündigen zunehmend an, Anfragen und Prüfungen nachzuholen • Kassen verrechnen Streitwerte vor Ablauf der 8-wöchigen Korrekturfrist

Abb. 14: Weitere Herausforderungen der COVID-19-Pandemie