93. Gesundheitsministerkonferenz

15. November 2020

Gemeinsames Positionspapier der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder zu den Empfehlungen des Beirats nach § 24 KHG zu erforderlichen Maßnahmen zur Stärkung der Krankenhäuser im Rahmen der Corona-Pandemie und dem Gesetzesentwurf des Bundesgesundheitsministers

Die Bundeskanzlerin und die Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder haben in ihrer Videokonferenz am 28.10.2020 beschlossen, dass die Krankenhäuser weiterhin bei der Bereitstellung von Intensivbetten unterstützt werden sollen.

Dazu wurde vom Bundesministerium für Gesundheit die Empfehlung des Beirates nach § 24 KHG zu erforderlichen Maßnahmen zur Stärkung der Krankenhäuser der GMK vorgelegt.

Vorbemerkung:

Angesichts der ernsten Lage in den Krankenhäusern und steigenden Patientenzahlen auf den Intensivstationen ist keine Zeit, bundesweit ein einheitliches neues Versorgungssystem für Covid19-Patienten einzuführen. Dies würde bestehende Kooperationsbeziehungen und Netzwerke in den Ländern zerstören und zu einer deutlichen Verschlechterung der Versorgungssituation führen.

Die Wiedereinführung einer Regelung zu den Freihaltepauschalen ist dringend erforderlich. Allerdings wird in der Empfehlung des Beirates die Versorgungsrealität in den Ländern nicht berücksichtigt. Die bereits in den Bundesländern bestehenden und gut funktionierenden Versorgungsstrukturen müssen in dem neuen Ausgleichszahlungsmechanismus abgebildet werden. Die Regelung darf die vorhandene regionale Solidarität nicht aushebeln.

Der vorgelegte Entwurf berücksichtigt ebenfalls nicht die vielfach vorhandenen Versorgungsverbünde, wozu auch Rehakliniken gehören. So werden in der Praxis, Covid-19-Patienten zur abschließenden Behandlung und damit zur Entlastung von Voll/Maximalversorgern auch in andere Häuser verlegt. Außerdem bestehen regional vereinbarte, zum Teil länderübergreifende Unterstützungsnetzwerke. Mit der Bindung an die Notfallstufen wird eine gemeinsam organisierte Versorgung nach dem „Kleeblattmodell" verunmöglicht.

Das Abstellen auf das Kriterium Notfallstufen nach GBA-Vorgaben wird nicht der Versorgungsrealität von Covid-19-Patienten gerecht. Daher bestehen große Bedenken an der Umsetzbarkeit der Empfehlungen und der fehlenden Möglichkeit der Länder, die berechtigten Krankenhäuser zu bestimmen. Das vorgesehene Kaskadenmodell wird als zu komplex und nicht administrierbar angesehen.

Die Einstufung in die Notfallversorgung erfolgt anhand von Kriterien durch die Vertragspartner (Kassen/KH) im Rahmen des Entgeltrechts, auf das die Länder keinen Einfluss haben. Viele Budgetvereinbarungen diesbezüglich sind noch gar nicht abgeschlossen. Die Länder wissen daher auch nicht in allen Fällen, in welchen Notfall-Stufen die Krankenhäuser sind; in Einzelfällen sind diese Einstufungen auch zwischen den Akteuren strittig und es sind entsprechende Schiedsstellenverfahren anhängig.

Von großer Bedeutung wird sein, wie freie betreibbare Intensivkapazitäten definiert werden. Das Unterschreiten einer zehnprozentigen Quote als Auslöser von Pauschalen für die Krankenhäuser ist als zu niedrig anzusehen, da dann die Reaktionszeiträume bei gleichzeitig anwachsenden komplexen Behandlungsbedarfen bei Covid-19 Patienten zu kurz sind.

Die geforderte Inzidenzgrenze verändert sich zudem kontinuierlich und könnte nur für längere Phasen erfasst und verwaltungstechnisch umgesetzt werden. Darüber hinaus berücksichtigt sie nicht, dass anwachsende Behandlungsbedarfe, erfahrungsgemäß nicht mit dem Inzidenzwert entstehen, sondern zeitversetzt nachlaufend. Weiterhin berücksichtigt die vorgeschlagene Regelung nicht, dass in vielen Regionen Krankenhäuser überregionale Versorgungsaufträge im Rahmen der besonders spezialisierten Behandlungen - auch und gerade Covid-19-Behandlungen - erfüllen. Die Inzidenz am

Krankenhausstandort (Landkreis oder kreisfreie Stadt) kann daher anders sein, als die der mitzuversorgenden Region.

Die geplante Systematik würde zu einem immensen Verwaltungsaufwand führen. Zudem hängt diese von zu vielen unterschiedlichen Variablen ab und kann daher verwaltungstechnisch nicht umgesetzt werden.
Verwaltungspraktisch wären ständig wechselnde Kapazitätsquoten ebenfalls schwer umsetzbar.

Dies vorausschickend wird Folgendes vorgeschlagen:

1. Übergangsregelung

Finale Regelungen werden im Rahmen des GPVG-Verfahrens (Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz) implementiert.

Bis dahin gilt:
Alle Krankenhäuser bekommen Ausgleichszahlungen entsprechend der bis zum 30.09.2020 geltenden Regelung ab dem 01.11.2020.

Im Nachgang erfolgt nachgelagert eine Spitzabrechnung im Rahmen der Budgetverhandlungen; d.h. es gibt auch keine Schwellenwerte bei den verfügbaren Intensivkapazitäten.

Notwendige Ergänzungen: Auch die Rehakliniken müssen die Möglichkeit bekommen, Patienten akut stationär zu behandeln. Auch an Einrichtungen mit temporär erteiltem Versorgungsauftrag zur akutstationären Behandlung erfolgen Ausgleichszahlungen (zwei Teile: Vergütung für erbrachte Leistungen und Ausgleich für Leerstände wegen Freihaltung).

2. Finale Regelungen

2.1.

Es erfolgt kein Anknüpfen an eine Inzidenzschwelle.

Ab einem Schwellenwert von 30 % aller verfügbarer Intensivkapazitäten in einer durch die Länder festzulegenden Region (Cluster, Regierungsbezirk oder Versorgungsregion oder Stadtstaaten) können alle Krankenhäuser nach Festlegung des Landes Ausgleichszahlungen erhalten. Damit wird eine flächendeckende Versorgung gewährleistet.

Gemeint sind die Krankenhäuser, die entweder aktiv an der Versorgung von Covid-19-Patienten beteiligt sind oder durch Vorhalten von Kapazitäten und Übernahme von Patienten aus diesen Krankenhäusern mittelbar die Versorgung von Covid-19-Patienten verbessern. Damit partizipieren auch die Krankenhäuser, zu deren Lasten Patienten abfließen, um Betten zu generieren.

Bezugspunkt sind die gemeldeten Zahlen im DIVI-Melderegister. Dafür wird eine Schnittstelle zu den ländereigenen elektronischen Erfassungssystemen (bspw. IVENA) zügig zur Verfügung gestellt.

Die Zahl der betreibbaren Intensivbetten muss zu einem Stichtag festgelegt werden. Wenn es zu Bettensperrungen oder der Öffnung von Reservekapazitäten kommt, kann die Voraussetzung für die Gewährung der Ausgleichszahlungen sich nicht ändern. Ebenso muss sich die Prozentgrenze auf alle bestimmten Krankenhäuser als Gesamtheit beziehen.

(Alternativ: Das Land bestimmt die aus versorgungsrechtlicher Sicht erforderlichen Krankenhäuser; dabei besteht keine Bindung an die G-BA-Notfallstufen.)

Das Heranziehen von Spezialversorgern wird dadurch nicht ausgeschlossen.

Einbezogen werden können im Bedarfsfall auch Krankenhäuser, die selbst keine Intensivkapazitäten vorhalten, aber Häuser mit Intensivkapazitäten auf Veranlassung des Landes / der Verantwortlichen vor Ort durch Übernahme von Patienten o.ä. entlasten.

2.2.
Die PpUGV ist wie im Frühjahr generell auszusetzen.

Der Beirat schlägt vor, dass für Krankenhäuser, die Ausgleichszahlungen erhalten, die Ausnahmeregelung der PpUGV (epidemische Lage) als erfüllt gelten sollte mit der Folge, dass die Pflegepersonaluntergrenzen von diesem Krankenhaus nicht eingehalten werden müssen und ein Unterschreiten der Grenzen keine Sanktionierung nach sich zieht.

2.3.
Die Ausgleichszahlungen sind auch künftig in voller Höhe zu zahlen, eine Reduzierung auf 90% oder gar 75% ist nicht akzeptabel.

Die Absenkung der MDK-Prüfquote auf 5 Prozent soll weiter beibehalten werden, um die Bürokratielast für die Krankenhäuser zu vermindern.

Die in §§ 23 Abs. 2, 25 Abs. 3 KHG n.F. dem BMG eingeräumten Verordnungsermächtigungen sind an die Zustimmung des Bundesrates zu koppeln. Bei weiteren Änderungen im Rahmen der Rechtsverordnung nach § 23 KHG sind die Länder frühzeitig zu beteiligen.

Zusammengefasst erfüllt der Entwurf aus Sicht der Gesundheitsministerkonferenz nicht die Intention des Beschlusses der MPs und der Bundeskanzlerin, eine effektive Unterstützung der Krankenhäuser in der Corona-Pandemie zu leisten.

Als einfache, bedarfsgerechte und unbürokratische Alternative bietet sich darüber hinaus an, auf die Vereinbarung von AOK-Bundesverband und DKG vom Februar/März

zurückzukommen. Hier war der automatische Erlösausgleich im Verhältnis zum Vorjahresmonat vorgesehen (z.B. November 2019 im Vergleich zu November 2020).

Votum: