

Krankenhäuser im Ausnahmezustand

Covid-19 und die Folgen

Um die Kliniken für die Bewältigung der Covid-19-Pandemie zu rüsten, haben die Akteure im Gesundheitswesen alle verfügbaren Reserven mobilisiert. Es gilt, zusätzliche Intensivbetten und Beatmungsplätze zu schaffen sowie Schutzausrüstung für das Klinikpersonal bereitzustellen. Dafür hat die Bundesregierung Ende März das Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetz verabschiedet. Demnach sollen die Kliniken Kapazitäten freihalten, um auf Covid-19-Patienten mit schwe-

ren Verläufen vorbereitet zu sein. Für jeden neuen Intensivplatz mit künstlicher Beatmung erhalten die Häuser einen Bonus von 50.000 Euro; für jedes frei gehaltene Bett werden täglich 560 Euro als Ausgleich gezahlt. Zudem gibt es vom 1. April bis zum 30. Juni 2020 für jeden aufgenommenen Patienten einen Zuschlag von 50 Euro. Der vorläufige Pflegeentgeltwert, der im Rahmen des Pflegebudgets die Vergütung der Pflege je Belegungstag und Fall beziffert, stieg von 146 Euro auf 185 Euro – unabhängig davon, ob den Kliniken geringere Kosten entstanden sind. Zusätzliche Kosten werden hingegen ausgeglichen. Insgesamt rechnet der Bund mit Mehrausgaben in zweistelliger Milliardenhöhe.

So hat das Gesundheitsministerium binnen drei Wochen und mit tatkräftiger Unterstützung der gesetzlichen Krankenkassen die gesamte Krankenhausfinanzierung umgestellt. Bereits am 8. April erhielten die Bundesländer 1,46 Milliarden Euro zur Verteilung an die Kliniken; bis Ende September sollen regelmäßig weitere Zahlungen folgen. Mitte Mai zeigte sich indes, dass die umfangreichen Präventionsmaßnahmen wirken: Kaum 2.000 von rund 33.000 Intensivbetten waren durch Covid-19-Patienten belegt. In Akutkliniken standen infolge der Anordnung insgesamt 150.000 Betten leer. Künftig sollen die Häuser deshalb einen Großteil ihrer Kapazitäten wieder für elektive Eingriffe nutzen. Ein Viertel der Intensivbetten bleibt für Infizierte reserviert.

Unterdessen treten nach Ansicht des Sachverständigenrates für das Gesundheitswesen die bekannten Probleme mit Strukturen, Kapazitäten und Finanzierung der Krankenhäuser „wie unter einem Brennglas“ zutage. Die öffentliche Diskussion ist erneut entbrannt.

Intensivkapazitäten: Rund 8.500 zusätzliche Betten finanziert



Stand: 15.05.2020

Aus Mitteln des Gesundheitsfonds wurden bis Mitte Mai bereits 8.520 Intensivbetten bezahlt.

Quelle: Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS); Grafik: AOK-Bundesverband

Illustration: iStockphoto

INHALT

Hintergrund und Presse Seite 2

- >> „Den Blick fürs Wesentliche schärfen“
– Interview mit Prof. Dr. Andreas Beivers

Markt und Meinung Seite 3

- >> Erstmals Transparenz bei Intensivkapazitäten
- >> Rettungsschirm kommt auf den Prüfstand
- >> Abrechnungsprüfung wird 2020 erleichtert

Versorgung und Service Seite 4

- >> Konzept für neuen Klinikalltag
- >> Qualitätssicherung teilweise ausgesetzt
- >> Patientenbefragung auf Eis gelegt

Zahlen - Daten - Fakten Seite 5

- >> Zur regionalen Verteilung der Risiken für schwere Verläufe von Covid-19

„Die kleinen Häuser haben sich offenbar aus der Covid-19-Versorgung verabschiedet. Die Hauptlast tragen die Maximalversorger.“

Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach, Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung im Gesundheitswesen

Perspektiven für die Zeit danach

Den Blick fürs Wesentliche schärfen

Nach Corona warten im Klinikmarkt alle alten und einige neue Probleme auf ihre Lösung, meint Volkswirtschaftler Prof. Andreas Beivers. „Blickpunkt Klinik“ sprach mit ihm über erste Erkenntnisse aus der Krise.

Müssen wir infolge der Pandemie die Klinikkapazitäten in Deutschland neu bewerten?

Wir haben uns in den vergangenen Jahrzehnten sehr sicher gefühlt in Europa. So etwas wie Vorhaltung kennen wir gar nicht mehr. Damit müssen wir uns jetzt beschäftigen. Unter dem Eindruck des ersten Schocks sind die Diskussionen um eine Bündelung von Klinikkapazitäten, wie sie zuletzt landauf, landab geführt wurden, zunächst verstummt. Doch der demografische Wandel, der medizinische Fortschritt und die Digitalisierung gehen ja weiter. Überkapazitäten müssen nach wie vor abgebaut und veraltete Klinikstrukturen modernisiert werden. Weniger, aber größere und besser ausgestattete Krankenhäuser bleiben natürlich das Ziel.

Welche neuen Anforderungen an die Klinikstrukturen ergeben sich aus den Erfahrungen mit Covid-19?

Pandemien betreffen verschiedene Verwaltungsebenen. Die Kompetenzen für Krankenhausplanung liegen bei den Ländern, für den Katastrophenschutz sind die Innenministerien zuständig. Wenn man effektiver agieren will, sollten die Kompetenzen wohl stärker zusammengeführt werden. Zudem brauchen wir in Zukunft mehr Flexibilität in der Infrastruktur – bei Ressourcen wie Intensivbetten und Schutzausrüstung, aber auch beim Bau von Krankenhäusern. Und in Bezug auf die Finanzierung wird deutlich, dass es Leistungen gibt, die nicht Behandlung sind, also nicht gut über Fallpauschalen zu finanzieren sind. Das betrifft etwa die Vorhaltung von Material und Qualifikation. Auch hierüber sollte man nachdenken.

Welche Rolle spielen die Krankenhäuser insgesamt bei der Bewältigung von Seuchen?

Es geht bei der Beherrschung von Pandemien vor allem um Patientensteuerung. Effektive Kommunikation, Tests und auch digitale Instrumente haben ein riesiges Potenzial. Kliniken sind im Grunde nur das letzte Mittel – und auch nur die, bei denen die Ausstattung stimmt. Im Übrigen dürfen wir nicht die Millionen anderer Patienten vergessen, die zurzeit ebenfalls stationär behandelt werden müssen.

Welche langfristigen Folgen der Pandemie erwarten Sie für die Kliniklandschaft?

In den vergangenen Jahren konnten wir aus dem Vollen schöpfen, aber das wird nicht so bleiben. Deshalb brauchen wir eine gesellschaftliche Debatte darüber, was wir bezahlen wollen. Wir müssen überlegen, wie wir die Versorgung so effizient gestalten können, dass wir trotz knapper Ressourcen das bestmögliche Versorgungsniveau erhalten.

Gibt es auch positive Effekte?

Ich hoffe, das sich der Blick wieder mehr auf das Wesentliche richtet. Viele OPs wurden jetzt verschoben. Vielleicht sehen wir, dass etliche Eingriffe gar nicht so notwendig sind. Vielleicht diskutieren wir auch nochmal ernsthafter über Infektionsrisiken im Krankenhaus.

**Prof. Dr. rer. pol.
Andreas Beivers**
*Gesundheitsökonom an der
Münchener Hochschule
Fresenius*



PRESSEECHO

Corona-Klinik steht bereit

Innerhalb weniger Wochen ist auf dem Berliner Messegelände ein Corona-Reservekrankenhaus entstanden. Dort könnten zunächst rund 500 Infizierte und Covid-19-Patienten isoliert behandelt werden, falls die Berliner Kliniken im Lauf der Pandemie an ihre Grenzen stoßen sollten. Insgesamt könnten auf dem Gelände bis zu 1.000 Reservebetten entstehen. Die Corona-Klinik bleibt zunächst im Bereitschaftsmodus.

Berliner Morgenpost, 12. Mai 2020

Deutsche als Krisenweltmeister

Das deutsche Krisenmanagement in der Covid-19-Pandemie gilt weltweit als Vorbild. Laut US-amerikanischer „New York Times“ ist Deutschland die erste große Demokratie, die die Verbreitung des Coronavirus gestoppt hat. Auch die französische Zeitung „Libération“ stellt fest, dass Deutschland deutlich besser mit dem Virus klarkomme als Frankreich und auch sein Gesundheitssystem besser ausgestattet habe.

Weser-Kurier, 29. April 2020

Zweitsicherster Ort der Welt

In einem Ranking des Londoner Thinktanks Deep Knowledge Group (DKG) zur Covid-19-Pandemie landet die Bundesrepublik auf Platz zwei der sichersten Länder der Welt – hinter Israel und vor Südkorea. Deutschland habe derzeit das beste Sicherheits- und Stabilitätsranking in Europa und gehöre weltweit zu den führenden Nationen in Sachen Krisenmanagement, erklärte DKG-Gründer Dmitry Kaminsky.

Der Spiegel, 14. April 2020

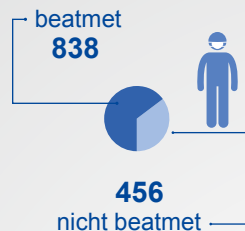
DIVI-Intensivregister

Mehr als 32.000 Betten verfügbar

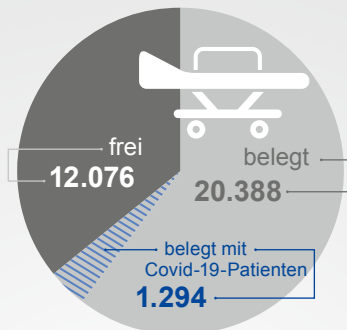
Erstmals ist bundesweit öffentlich sichtbar, an welchen Kliniken wie viele Intensivbetten und Beatmungspätze verfügbar sind. Denn seit Mitte April müssen Krankenhäuser ihre Behandlungskapazitäten täglich an ein zentrales Register übermitteln. Das hat die Bundesregierung per Verordnung festgelegt. Die Online-Plattform soll die Voraussetzungen dafür schaffen, dass Maßnahmen zur Bewältigung der Covid-19-Pandemie datenbasiert gesteuert werden können. Laut Register, das die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) zusammen mit dem Robert-Koch-Institut betreibt, waren am 15. Mai 2020 bundesweit 32.464 Intensivbetten in Betrieb. Die Zahl basiert auf Angaben von etwa 95 Prozent aller meldepflichtigen Kliniken.

Intensivkapazitäten in Deutschland bisher mehr als ausreichend

Covid-19-Patienten in
intensivmedizinischer
Behandlung
1.294*



Intensivbetten in
Deutschland
32.464*



*Stand 15.05.2020

Mitte Mai lagen 1.294 Covid-19-Patienten in deutschen Kliniken, rund 12.000 Intensivbetten waren noch verfügbar.

Quelle: DIVI-Register; Grafik: AOK-Bundesverband

Expertenbeirat

Der Rettungsschirm wird geprüft

Das Bundesgesundheitsministerium hat einen Expertenbeirat berufen, der die Wirkungen des Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetzes überprüft. Seine zehn Mitglieder sollen bis zum 30. Juni 2020 berichten, wie sich die umfangreichen Unterstützungsmaßnahmen auf die wirtschaftliche Lage der Kliniken auswirken. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hatte die Mittel als unzureichend bezeichnet. Die gesetzlichen Krankenkassen werden durch Stefanie Stoff-Ahnis, Vorstand des GKV-Spitzenverbands, Matthias Mohrmann, Vorstandsmitglied der AOK Rheinland/Hamburg, und Barmer-Vorstand Prof. Christoph Straub vertreten. Neben Vertretern der Kliniken und der privaten Krankenversicherung gehören dem Beirat auch der Wirtschaftswissenschaftler Prof. Boris Augurzky vom RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung und der Gesundheitsökonom Prof. Reinhard Busse von der Technischen Universität Berlin an.

Krankenhausabrechnung

Erleichterte Abrechnungsprüfung

Wegen der Covid-19-Pandemie hat der Gesetzgeber die Rechnungsprüfung vorübergehend neu geregelt. So können bis zum Jahresende pro Quartal nur noch maximal fünf Prozent der Rechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlungen geprüft werden. Bisher war für das Jahr 2020 eine Prüfquote von 12,5 Prozent vorgesehen. Auch die neuen Regeln zu Strukturprüfungen, die der Bundestag mit dem MDK-Reformgesetz beschlossen hat, treten ein Jahr später in Kraft als geplant. Die entsprechende Richtlinie des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen soll zum 28. Februar 2021 erlassen werden. Erst für das Jahr 2022 müssen Kliniken dann nachweisen, dass sie die Strukturvorgaben für bestimmte Behandlungen erfüllen.

>> www.aok-gesundheitspartner.de

DREI FRAGEN AN ...

... Prof. Andrew Ullmann,
Mitglied des Deutschen Bundestages (FDP)
und Obmann im Ausschuss für Gesundheit



Die Verantwortung bleibt

Sie haben anlässlich der Covid-19-Pandemie bei den Bundesländern gefragt, wie hoch die geplanten Investitionen für Krankenhäuser und Unikliniken für das Jahr 2020 ausfallen sollen. Warum?

Ich habe damit auf ein Schreiben an den Gesundheitsausschuss geantwortet. Darin haben zehn Landes-Wissenschaftsminister höhere Ausgleichszahlungen für die Universitätskliniken gefordert. Ich stimme zu, dass diese Einrichtungen schlecht finanziert werden. Die Minister haben jedoch nicht erwähnt, dass die Finanzierung der Unikliniken primär ihre Aufgabe ist. Es ist richtig, dass der Bund in der Coronakrise unterstützt, doch das entbindet niemanden von seinen Pflichten. Daher habe ich die Minister gefragt, welche zusätzlichen Maßnahmen sie treffen wollen, um die finanzielle Situation der Unikliniken zu verbessern.

Haben Sie aus den Ministerien eine Antwort erhalten?

Leider hat bislang niemand auf mein Schreiben vom 6. April 2020 geantwortet.

Wie bewerten Sie den aktuellen Beitrag der Bundesländer zur Unterstützung der Unikliniken?

Mangelhaft. Seit Jahren fehlen wichtige Investitionsfinanzierungen, um die deutschen Unikliniken international wettbewerbsfähig zu halten.

Bundesgesundheitsministerium**Konzept für neuen Klinikalltag**

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat ein Konzept vorgelegt, nach dem die Kliniken die Regelversorgung schrittweise wieder aufnehmen sollen. In einem Brief an die Krankenhäuser schlug der Minister vor, dass die Häuser ihre Intensivkapazitäten bis auf Weiteres zu 25 Prozent für Covid-19-Patienten reservieren. OP-Kapazitäten könnten zu 70 Prozent wieder für elektive Eingriffe genutzt und die Quoten alle zwei Wochen gesteigert werden. Die Bundesländer sind aufgerufen, regionale Versorgungskonzepte zu entwickeln und Kliniken zu benennen, die vorwiegend Infizierte versorgen.

>> www.aertzeblatt.de

Qualitätssicherung I**Viele Regelungen außer Kraft**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zahlreiche Regelungen zur Qualitätssicherung in Kliniken ausgesetzt. Die Häuser sind damit vorübergehend von bestimmten Pflichten und Anforderungen an die Leistung befreit. So können sie von den Vorgaben zum Intensivpflegepersonal bei einigen Behandlungen abweichen und müssen Dokumentations- und Nachweispflichten nicht vollständig erfüllen. Der Beschluss betrifft Einrichtungen wie Notaufnahmen und Zentren, aber auch die Mindestmengen-Regelungen und bestimmte komplexe Behandlungen.

>> www.aok-gesundheitspartner.de

TERMINE**16. bis 18. Juni 2020 in Berlin**

„DMEA – Connecting Digital Health“ (digitales Format)

Ab 17. Juni 2020 in Berlin

„Hauptstadtkongress Spezial 2020“ (digitales Format)

17. bis 20. August in Lübeck

„Vernetzte Gesundheit“ (Nachholtermin)

>> www.blickpunkt-klinik.de

Qualitätssicherung II**Personaluntergrenzen ausgesetzt**

Kliniken sollen bei der Personalplanung flexibel auf die Ausbreitung des Coronavirus reagieren können. Deshalb hat das Bundesgesundheitsministerium die seit 2019 geltenden Untergrößen für Pflegepersonal per Verordnung aufgehoben. Bis auf Weiteres werden bestimmte Anforderungen an die Dokumentation und Auflagen für die unmittelbare Patientenpflege gelockert. Pflegepersonaluntergrößen gelten grundsätzlich für definierte Abteilungen; seit Anfang 2020 macht die Verordnung aber auch Vorgaben für die Pflege im gesamten Haus. Die Regelung soll die Patientensicherheit erhöhen und die Arbeitsbedingungen in der Pflege verbessern.

>> www.aok-gesundheitspartner.de

Patientenbefragung**Pause für PEQ und PEQ-Geburt**

Die größte europäische Befragung zur Patientenzufriedenheit wird wegen der Covid-19-Pandemie vorerst gestoppt. Seit 2011 erheben die AOK und die Barmer (seit 2018 auch die KKH) zusammen mit der Weissen Liste umfassende Informationen zur Zufriedenheit von Patienten anhand des „Patients` Experience Questionnaire“ (PEQ). Seit 2014 werden auch Mütter zu ihren Erfahrungen mit Geburtskliniken befragt (PEQ-Geburt). Beide Erhebungen werden ausgesetzt, weil die veränderten Rahmenbedingungen der stationären Behandlung die Ergebnisse verzerren.

>> www.aok-gesundheitspartner.de

PERSONALIA**Metzger schlichtet beim MDK**

Dr. Franz Metzger übernimmt den Vorsitz des MDK-Schlichtungsausschusses. Der 56-Jährige folgt auf Hermann Schulte-Sasse, der das Amt 2016 angenommen hatte und mittlerweile ausgeschieden ist.

Der Mediziner Metzger war Kodierberater und ehemaliger Chef-Controller der Uniklinik Mannheim. Derzeit arbeitet er als Partner einer Unternehmensberatung.

BAS mit neuer Vizepräsidentin

An der Spitze des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS, ehemaliges Bundesversicherungsamt) hat Dagmar Feldgen die bisherige Vizepräsidentin Sylvia Bohlen-Schöning abgelöst. Die

58-jährige Ministerialrätin hatte zuletzt das Referat „Recht der Europäischen Union, Europäische Migration“ beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales in Berlin geleitet. Ihr neues Amt tritt Feldgen in Bonn an.

Kroemer im Vorstand des VUD

Prof. Dr. Heyo Kroemer ist neues Mitglied im Vorstand des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands (VUD). Der Pharmakologe ist seit September 2019 Vorstandsvorsitzender der Berliner

Charité. Zuvor war er Dekan der Unikliniken Greifswald und Göttingen sowie Präsident des Medizinischen Fakultätentages. Beim VUD folgt Kroemer auf den ehemaligen Vizepräsidenten der Medizinischen Hochschule Hannover, Dr. Andreas Tecklenburg.

>> Abrechnung

>> Finanzierung

>> **Infografiken**

>> Jahresabschlüsse

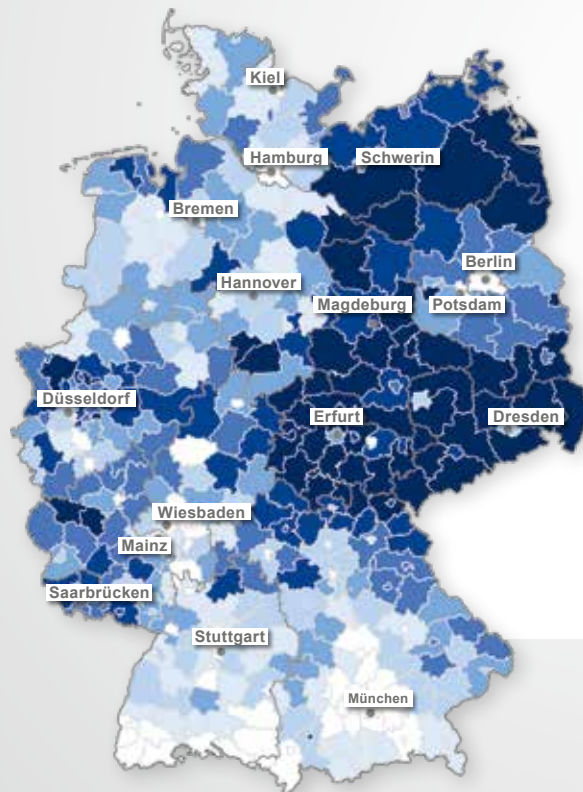
>> Klinikstrukturen

>> Markt

>> Personal

>> Qualität

Die Risiken für schwere Verläufe von Covid-19 sind ungleich verteilt



Häufigkeit von Vorerkrankungen mit erhöhtem Risiko für schwere Covid-19-Verläufe (in %)

- 13,86 bis 22,58
- 22,59 bis 24,38
- 24,39 bis 26,22
- 26,23 bis 28,02
- 28,03 bis 29,86
- 29,87 bis 33,31
- 33,32 bis 43,49

Wer muss ins Krankenhaus?

Menschen mit einschlägiger Vorerkrankung haben ein erhöhtes Risiko, bei Covid-19 intensivmedizinische Behandlung zu benötigen, beatmet zu werden oder zu versterben.



Illustration: Stockphoto

Quelle: „Vorerkrankungen mit erhöhtem Risiko für schwere Covid-19-Verläufe“ (WIdO); Grafik: AOK-Bundesverband

Gefährdete Gruppen schützen

In Teilen Deutschlands hätten mehr als 40 Prozent der Bevölkerung bei einer SARS-CoV-2-Infektion ein erhöhtes Risiko, schwer an Covid-19 zu erkranken; in anderen sind es kaum 20 Prozent. Das hat das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) auf der Basis anonymisierter Versicherten-daten errechnet. Maßgebliche Variable ist dabei der Gesundheitszustand der Betroffenen zum Zeitpunkt der Infektion: Laut Robert Koch-Institut sind es vor allem bereits bestehende Herz-Kreislauf-, Leber- und Lungenerkrankungen sowie Diabetes, Krebs und Immunschwächen, die das individuelle Risiko für einen schweren Verlauf von Covid-19 erhöhen. Bundesweit weisen insgesamt 21,9 Millionen Menschen mindestens eines dieser Gesundheitsprobleme auf. Dabei leben in vielen Kreisen Mitteldeutschlands und Mecklenburg-Vorpommerns relativ betrachtet mehr Personen mit einschlägigen Vorerkrankungen als beispielsweise im Großraum München oder im Süden Baden-Württembergs. Die Autoren der Studie schlagen deshalb vor, Risikogruppen besser zu schützen und gezielte Maßnahmen für potenziell hoch gefährdete Regionen zu entwickeln. Die Ergebnisse sollen auch helfen, den Bedarf an stationären und intensivmedizinischen Behandlungen auf lokaler Ebene besser abzuschätzen.