

Sabrina Krause, Jan Eilrich

Rückblick auf krankenhauspolitische Strategien in der Coronapandemie

Die Coronapandemie hat das deutsche Gesundheitswesen vor große Herausforderungen gestellt, die im internationalen Vergleich bisher erfolgreich bewältigt werden konnten. Die Politik von Bund und Ländern hat stets gemeinsam mit den Leistungserbringern kurzfristig und entschieden reagiert, um die Leistungsfähigkeit zu sichern, ausreichende Versorgungskapazitäten bereitzustellen und notwendige Schutz- und Präventionsmaßnahmen umzusetzen. Vor dem Hintergrund des Regierungswechsels ergibt sich nach knapp zwei Jahren Coronapandemie die Gelegenheit, ein erstes Zwischenfazit zur krankenhausspezifischen Coronapolitik der 19. Legislaturperiode zu ziehen. Dieser Beitrag analysiert die jeweiligen Handlungsschwerpunkte und zeichnet den gesundheitspolitischen Prozess vom Beginn der Corona Pandemie bis zum Regierungswechsel im Winter 2021 nach.

Coronapandemie als Herausforderung für die Versorgungsstrukturen

Bereits zu Beginn der Pandemie wurde schnell deutlich, dass ein erheblicher Teil der Infizierten einen erhöhten intensivmedizinischen Behandlungsbedarf mit vergleichsweise langen Beatmungszeiten haben wird. Der limitierende Faktor für die Aufrechterhaltung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Versorgung und damit das entscheidende Kriterium für die Überlastung des Gesundheitssystems würden demnach die verfügbaren Kapazitäten der Krankenhäuser sein. Dies galt insbesondere für intensivmedizinische Behandlungskapazitäten.

Datentransparenz

Mit dem von Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), Robert-Koch-Institut (RKI) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) gemeinsam aufgebauten IntensivRegister wurde erstmals eine Stelle geschaffen, die einen Überblick über die verfügbaren, belegten und kurzfristig aktivierbaren Intensivkapazitäten bietet. Krankenhäuser sind durch die entsprechende DIVI IntensivRegister-Verordnung seit April 2020 verpflichtet, sich dort zu registrieren und täglich ihre intensivmedizinischen Kapazitäten zu aktualisieren. In der Folgezeit wurden die Meldepflichten schrittweise ausdifferenziert und erweitert. So müssen die neonatologischen und pädiatrischen Behandlungskapazitäten gesondert ausgewiesen werden, um eine differenziertere Übersicht über die insgesamt vorhandenen Beatmungskapazitäten zu erhalten. Mit der letzten Erweiterung der Meldepflicht hat der Gesetzgeber eine getrennte Angabe von Erwachsenen und Kindern mit einer SARS-CoV-2-Infektion in intensivmedizinischer Behandlung eingeführt. Zudem müssen Krankenhäuser inzwischen auch die Zahl von Schwangeren in intensivmedizinischer Behandlung aufführen und den Impfstatus von Patienten angeben.

Im Sommer 2021 hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) per Erlass den Betrieb des IntensivRegisters dem RKI übertragen und dieses somit verstetigt. Es kann damit auch pandemieunabhängig fortgeführt werden.

Das Kleeblatt-System

Trotz schneller und unterschiedener politischer Reaktionen auf die steigenden Infektionszahlen mit teils tiefgreifenden Maßnahmen zeigte sich eine hochdynamische Pandemiesituation, die lokal unterschiedlich ausfiel. In den Infektionswellen bildeten sich verschiedene „Hotspots“ heraus. Insbesondere dort arbeiteten die Krankenhäuser am Limit, die örtlichen Behandlungskapazitäten wurden ausgereizt.

Vor diesem Hintergrund wurde in Deutschland bereits in der ersten Infektionswelle das Kleeblattsystem eingeführt. Um in Landkreisen mit hohen Infektionszahlen die Gesundheitsversorgung sicherzustellen und eine Überlastung der örtlichen Krankenhäuser zu verhindern, wurden Regionen definiert, in denen sich die Krankenhäuser gegenseitig unterstützen und Patienten im Rahmen gezielter Verlegungen aufnehmen. Dazu wurden die Bundesländer in folgende fünf Versorgungsregionen unterteilt:

- Ost: Thüringen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Brandenburg und Berlin
- West: Nordrhein-Westfalen
- Süd: Bayern
- Südwest: Baden-Württemberg, Saarland, Rheinland-Pfalz und Hessen
- Nord: Niedersachsen, Bremen, Hamburg, Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern

Stellen die Krankenhäuser vor Ort eine akute Überlastung fest, wird das Kleeblatt aktiviert. Die Fachgruppe Intensivmedizin, Infektiologie und Notfallmedizin (COVRIIN) des RKI organisiert im Anschluss mit Vertretern von Bund und Ländern die Verlegung der Patienten. Da nicht jeder Covid-19-Patient verlegbar ist, wurden vorab entsprechende Kriterien definiert. Kann die Versorgung nicht mehr innerhalb eines Kleeblattes erfolgen, können die Patienten auch in andere Kleeblätter verlegt werden. In der vierten Infektionswelle im Herbst/Winter 2021 musste dieses System insbesondere in den Versorgungsregionen Süd und Ost in knapp 100 Fällen genutzt werden (Stand Mitte Dezember 2021). Dabei hat sich das Kleeblattsystem bewährt:

Eine regionale Überlastung der Gesundheitsversorgung konnte dadurch bislang verhindert werden.

Maßnahmen zur Bekämpfung des Pandemiegeschehens

Neben diesen strukturellen und organisatorischen Maßnahmen war es für die Krankenhäuser von besonderer Bedeutung, dass dem Pandemiegeschehen mit wirksamen Maßnahmen entgegengetreten wird. Dafür haben sich im Verlauf der Pandemie verschiedene Strategien herausgebildet.

Epidemische Lage von nationaler Tragweite

Mit der Entwicklung weiterer Mutationen des SARS-CoV-2-Virus hat sich die Ausbreitungsgeschwindigkeit weiter erhöht. Von Beginn der Pandemie an fanden in Politik und Öffentlichkeit kontroverse Diskussionen über die Reaktionszeit und die Dauer von politischen Entscheidungsprozessen statt. Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie mussten zunächst zwischen Bund und Ländern abgestimmt werden. Nicht selten legten die Bundesländer die gemeinsamen Beschlüsse unterschiedlich aus, sodass keine einheitlichen Pandemieregeln in Deutschland galten. Diese Entwicklungen wurden in der Öffentlichkeit mit Sorge betrachtet, da sie die Angemessenheit und Wirkung der Maßnahmen unterwanderten.

Bereits zu Beginn der Pandemie wurden im März 2020 deshalb Stimmen laut, die eine Zentralisierung und Vereinheitlichung der Pandemiereaktionen auf Bundesebene forderten. Dazu sollte der Bund weitreichende, zusätzliche Befugnisse zur Bekämpfung der SARS-CoV-2-Pandemie erhalten. Diese wurden schließlich durch das Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite, mit dem insbesondere das Infektionsschutzgesetz geändert wurde, umgesetzt. Unter der Voraussetzung, dass der Deutsche Bundestag eine Gefahr für die deutsche Bevölkerung aufgrund einer epidemischen Lage, die zuvor auch die WHO festgestellt hat, erkennt, wurden zentrale Entscheidungen auf der Bundesebene zusammengeführt. So wurde das BMG ermächtigt, ohne Zustimmung des Bundesrates bundesweite Anordnungen mit Maßnahmen zur Grundversorgung mit Arzneimitteln, Medizinprodukten, Hilfsmitteln, Gegenständen der persönlichen Schutzausrüstung und Produkten zur Desinfektion sowie zur Stärkung der personellen Ressourcen im Gesundheitswesen zu erlassen. Zudem wurde die Rolle des RKI gestärkt. Dieses koordinierte als zentrale Bundesbehörde die Zusammenarbeit von Bund, Ländern und sonstigen beteiligten Stellen bei der Pandemiebekämpfung.

Die im März 2020 geschaffenen Maßnahmen passte der Gesetzgeber nachfolgend an und zog dabei auch Lehren aus bisherigen Erfahrungen, jedoch ohne zunächst die Befugnisse des Bundes auszuweiten. Bereits im Mai 2020 beschlossen Bundestag und Bundesrat die erste Novelle des Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite. Mit einer Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wurde auf dessen offen zutage getretene mangelhafte

Ausstattung reagiert. Für die Krankenhäuser waren insbesondere die Aussetzung der Prüfung der Einhaltung bestimmter Mindestmerkmale aus dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) für im Krankenhaus behandelte Covid-19-Patienten, die Verschiebung der Einführung des Prüfquotensystems um ein Jahr auf 2022 (siehe unten) sowie die Schaffung einer verpflichtenden Datenübermittlung zur Bewertung der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser relevant.

Weitere Schritte zur Zentralisierung von Kompetenzen auf der Bundesebene erfolgten infolge des rapiden Anstiegs der Infektionszahlen im Herbst/Winter 2020. Vor allem für Reiserückkehrer wurden verschärfte Regelungen geschaffen. Zudem wurde die Ermächtigung des BMG verstetigt und weiterentwickelt, indem das BMG beauftragt wurde, die Rechtsgrundlage für den Anspruch auf Covid-19-Schutzimpfungen sowie für Corona-Testungen im Rahmen von Verordnungen zu schaffen (siehe unten).

Von besonderer Bedeutung war dabei die Etablierung eines neuen § 28a im Infektionsschutzgesetz. Darin definierte der Gesetzgeber umfangreiche Maßnahmen, die die Länder zum Schutz der Bevölkerung vor der Corona-Pandemie ergreifen konnten. Diese Maßnahmen sollten regional, orientiert am Infektionsgeschehen vor Ort, ergriffen werden. Als Kriterium zur Einführung der Maßnahmen dienten Inzidenzschwellenwerte von 35 bzw. 50 Fällen pro 100 000 Einwohner, um die Nachverfolgung der Fälle zu gewährleisten und eine Überlastung der Gesundheitseinrichtungen zu verhindern. Um ein Gesamtbild der Infektionslage erhalten zu können, wurde darüber hinaus die namentliche Meldung der Laboruntersuchungsergebnisse von SARS-CoV-2-Tests verpflichtend eingeführt. Zudem mussten die Labore ihre Nachweise fortan über das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) melden. RKI und gematik sollten hierfür die technischen Voraussetzungen schaffen.

Da im Frühjahr 2021 die dritte Infektionswelle spürbar an Fahrt aufnahm und sich die bislang ergriffenen Maßnahmen als nicht nachhaltig erfolgreich erwiesen hatten, schärfte der Gesetzgeber diese Regeln nochmal nach. Im April 2021 wurden weitere Einschränkungen in das Gesetz aufgenommen, die anhand von Inzidenzschwellenwerten bundeseinheitlich zu ergreifen waren (die sogenannte Bundesnotbremse). Ab einem Inzidenzwert von 200 waren beispielsweise Schulschließungen vorzunehmen.

Nach der Bundestagswahl im September 2021 und infolge des sich abzeichnenden Regierungswechsels verabredeten die künftigen Koalitionsparteien von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP die Beendigung der epidemischen Lage. Anstelle der weitreichenden Befugnisse des Bundes, und hier insbesondere der Exekutive, sollten die Parlamente wieder gestärkt und die Verantwortung für die Bekämpfung des Pandemiegeschehens auf die Landesebene verlagert werden. Im Infektionsschutzgesetz wurde der Katalog angepasst, der die Maßnahmen zur Bekämpfung des Pandemiegeschehens, die von den Ländern ergriffen werden konnten, enthielt. Es folgten hitzige Debatten

und kontroverse Diskussionen, ob diese Maßnahmen ausreichen, um die lokal explodierten Infektionszahlen in den Griff zu bekommen. Die Ampelkoalitionsparteien schärften deshalb nochmal nach und gaben den Ländern damit weitreichende Möglichkeiten zur Eindämmung der Pandemie. Im Dezember 2021 zeigte sich dabei auch eine erste Tendenz zum Rückgang der Infektionszahlen, die für die überlasteten Krankenhäuser in den Hochinzidenzgebieten dringend notwendig war.

Testen

Ganz besonders problematisch für die Ausbreitung von SARS-CoV-2 ist die lange Inkubationszeit. Infizierte sind bereits drei bis fünf Tage ansteckend, obwohl sie noch keine Symptome verspüren und tragen damit unwissentlich zur Verbreitung des Virus bei. Zur klaren Feststellung der Infektion und Verhinderung der weiteren Ausbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 haben deshalb im Laufe der Pandemie Corona-Tests einen enormen Bedeutungszuwachs erfahren. Standen zu Beginn lediglich kostenintensive PCR-Tests zur Verfügung, die im Labor analysiert werden mussten und daher Kapazitätsbeschränkungen unterlagen, waren ab der zweiten Jahreshälfte 2020 Corona-Schnell- bzw. Selbsttests verbreitet verfügbar. Damit war eine flächendeckende, frühzeitige Erkennung Infizierter möglich.

Um den flächendeckenden Zugang zu Testungen zu regeln und zu systematisieren, hat der Verordnungsgeber die Coronavirus-Testverordnung verfasst und regelmäßig an die Infektionslage und wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst. Darin wird geregelt, unter welchen Umständen ein Anspruch auf PCR- oder Corona-Schnelltests besteht. Neben den neu eingeführten, kostenlosen Bürgertestungen, um flächendeckend frühzeitig Infizierte zu erkennen und somit eine Ausbreitung des Coronavirus zu verhindern, sollen klare Regelungen für Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen helfen, besonders vulnerable Gruppen zu schützen. Dazu wurden auch für die Krankenhäuser der Anspruch und der Umfang von Corona-Testungen geregelt. Im Rahmen einrichtungsbezogener Testkonzepte erhalten Krankenhäuser ein Kontingent Coronavirus-Tests für die regelmäßige Testung von Mitarbeitern und Besuchern. Die Sachkosten werden vollständig refinanziert. Die Testung der stationären Patienten erfolgt im Rahmen der Krankenhausbehandlung und kann über ein Zusatzentgelt abgerechnet werden.

Die genauen Regelungen bezüglich des Testumfangs wurden schrittweise verschärft und an die Infektionslage sowie den Fortschritt der Impfungen angepasst. Seit Dezember 2021 gelten umfangreiche Zutrittsbeschränkungen für Krankenhäuser. Der Zutritt kann nur negativ Getesteten gewährt werden. Lediglich für vollständig geimpfte Krankenhausmitarbeiter sowie externes medizinisches Personal ist ein reduzierter Testumfang vorgesehen.

Impfen

Schon frühzeitig haben viele Experten darauf hingewiesen, dass der einzige Ausweg aus der Pandemie die Entwicklung

eines Impfstoffs und die umfangreiche Immunisierung der Bevölkerung sein würde. Mit einzigartiger Geschwindigkeit wurden verschiedene Impfstoffe entwickelt. Diese setzten teilweise auf der bis dato neuen mRNA-Technologie auf. Positiv haben sich nicht nur umfangreiche Förderprogramme auf die Impfstoffentwicklung ausgewirkt, auch die Etablierung beschleunigter Zulassungsverfahren hat dazu beigetragen, dass bereits im Dezember 2020 – und damit nur rund ein Jahr nach dem ersten bekannten SARS-CoV-2-Fall – Impfstoffe zur Verfügung standen.

Da jedoch Produktionskapazitäten erst noch aufgebaut und die Nachfrage an den Impfstoffen hoch war, standen die Impfstoffe zunächst nur begrenzt zur Verfügung. Deshalb musste eine Priorisierung vorgenommen werden, welche Personengruppen bevorzugt geimpft werden konnten. Die Grundlage hierfür bildeten die Empfehlungen von Experten der Ständigen Impfkommision, des Deutschen Ethikrates und der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina. In den Empfehlungen, die in der Coronavirus-Impfverordnung rechtssicher geregelt wurden, wurde auch das Gesundheitspersonal in den Krankenhäusern priorisiert. Die Krankenhäuser haben dabei die Immunisierung ihrer Beschäftigten selbst durchgeführt.

Mit steigendem Impfstoffangebot wurde der Zugang zu den Impfstoffen schrittweise ausgeweitet, sodass im Sommer 2021 der gesamten Bevölkerung ein Impfangebot unterbreitet werden konnte. Aufgrund der steigenden Infektionszahlen in der vierten Welle, sich neu entwickelnden Virusmutationen sowie aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, dass der Impfschutz im Zeitverlauf nachlässt, wurden Booster-Impfungen notwendig. Da zwischenzeitlich die Impfstellen (beispielsweise die eigens geschaffenen Impfzentren) angesichts sinkender Impfnachfrage schrittweise abgebaut wurden, mussten wiederum Impfmöglichkeiten geschaffen werden, um rasch eine möglichst große Zahl an Boosterimpfungen verabreichen zu können. Auch die Krankenhäuser leisten hierzu ihren Beitrag.

Wirtschaftliche Absicherung und Patientenversorgung

Die Coronapandemie stellt die deutschen Krankenhäuser trotz dieser umfangreichen politischen Maßnahmen bis heute vor große organisatorische und personelle Herausforderungen. Insbesondere die zusätzlichen Covid-19-Patienten, der erhöhte Isolations- und Präventionsbedarf und die durch Quarantäneanordnungen und Erkrankungen zusätzlich ausgedünnte Personaldecke waren und sind nur ein Teil der zu bewältigenden Aufgaben im Klinikalltag. Daher wurden direkt zu Beginn der Pandemie in einer Gipfelrunde im Kanzleramt auch für die Krankenhäuser weitreichende Beschlüsse gefasst. Soweit medizinisch vertretbar, sollten die Krankenhäuser ab März 2020 die Regelversorgung zurückfahren, um ausreichende Kapazitäten für die Versorgung von schwer erkrankten Covid-19-Patienten und aller weiterer akut behandlungsbedürftigen Patienten sicherstellen zu können. Entsprechende Landesverordnungen folgten zeitnah. Die Sicherstellung der medizinischen Versor-

gung und ausreichender Versorgungskapazitäten stand und steht zu jedem Zeitpunkt an erster Stelle. Dennoch stellte die Forderung, die Regelversorgung zurückzufahren, in einem fallpauschalenbasierten Vergütungssystem (also in Abhängigkeit von der Patientenzahl) eine erhebliche wirtschaftliche Unsicherheit für die Krankenhäuser dar. Hinzu kamen der massive Materialmangel bei den dringend benötigten Schutzausrüstungen und die organisatorischen Herausforderungen der zahlreichen Schutzmaßnahmen zur Infektionsprävention (Quarantäne, Isolation etc.). Schnell sicherte die Politik zu, dass ein notwendiger Schutzschirm gespannt wird und entstehende wirtschaftliche Folgen ausgeglichen werden, sodass kein Krankenhaus ins Defizit kommt. Mit diesem Versprechen im Rücken konnten sich die Krankenhäuser voll auf die Patientenversorgung konzentrieren.

Erste Maßnahmen zur Unterstützung der Krankenhäuser beschloss die Bundesregierung mit dem Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetz. Um die freien Bettenkapazitäten zu erhöhen und gleichzeitig die Zahlungsfähigkeit der Krankenhäuser sicherzustellen, erhielten die zugelassenen Krankenhäuser, die planbare Aufnahmen, Operationen und Eingriffe verschoben oder aussetzten, eine Ausgleichszahlung von 560 € pro Tag (die sogenannte Freihaltepauschale). Sie galt zunächst ab dem 16. März 2020. Als weitere Maßnahme zur Liquiditätssicherung wurde die Zahlungsfrist für alle bis zum 31. Dezember 2020 erbrachten und in Rechnung gestellten Leistungen der Krankenhäuser gegenüber den Krankenkassen auf fünf Tage verkürzt sowie der vorläufige Pflegeentgeltwert von 146,55 € auf 185 € erhöht. Zusätzlich galt dieser als ein Mindest-Pflegeentgeltwert, Überzahlungen in 2020 wurden nicht ausgeglichen. Zur Steigerung der Intensivbettenkapazitäten erhielten die Krankenhäuser, die mit Genehmigung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde bis zum 30. September 2020 zusätzliche intensivmedizinische Behandlungseinheiten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit schafften, einen Betrag in Höhe von 50 000 € für jedes zusätzlich aufgestellte oder vorgehaltene Bett. Zur Refinanzierung der Mehrkosten, zum Beispiel für persönliche Schutzausrüstungen, Isolierungsmaßnahmen und Sicherheitskontrollen, konnten die Krankenhäuser vom 1. April 2020 zunächst bis zum 30. Juni 2020 für jeden voll- oder teilstationären Patienten einen Zuschlag in Höhe von 50 € abrechnen. Die Freihaltepauschale, der Investitionszuschuss für zusätzliche Intensivbetten und die Corona-Mehrkostenpauschale galten gleichermaßen für die Psychiatrie und Psychosomatik. Zusätzlich wurde der Fixkostendegressionsabschlag für das Jahr 2020 für sämtliche Leistungen eines Krankenhauses ausgesetzt.

Mit diesen Maßnahmen sollte den Krankenhäusern schnell, umfassend und unkompliziert geholfen werden. Der damalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat das unter dem vom früheren EZB-Chef Mario Draghi geprägten Zitat „Whatever it takes“ zusammengefasst. Im Laufe der Pandemie wurden diese Maßnahmen mehrfach auf Wirksamkeit, Anreize und Zielgenauigkeit geprüft und vielfach nachjustiert. Einige dieser An-

passungen gingen auf die Empfehlungen des Expertenbeirates (siehe unten) zurück.

Weiterentwicklung der Ausgleichszahlungen

In einer ersten Verordnung wurde die Freihaltepauschale ab dem 13. Juli 2020 für die somatischen Häuser in Abhängigkeit des nach Maßgabe des verweildaueradjustierten CaseMix-Indexes (CMI) in fünf Stufen von 360 € bis hin zu 760 € ausdifferenziert. Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen erhielten eine differenzierte Pauschale in Abhängigkeit vom teilstationären Leistungsangebot. Im Zeitraum vom 1. Oktober 2020 bis zum 17. November 2020 wurden die Ausgleichszahlungen vollständig ausgesetzt und erst in späteren Verordnungen wiedereingesetzt und an zahlreiche Rahmenbedingungen gekoppelt. Maßgeblich zum Erhalt einer Ausgleichszahlung waren dann die Inzidenz im Landkreis, der Anteil frei betreibbarer Intensivbetten sowie ein Zuschlag gemäß G-BA-Notfallstufenkonzept. Zusätzlich wurden explizit die Krankenhäuser einbezogen, die aufgrund ihrer Spezialisierung auf Lungen- oder Herzerkrankungen eine besondere Erfahrung in der intensivmedizinischen Behandlung und mit langzeitbeatmeten Patienten aufweisen. Insbesondere durch die Verknüpfung mit den Notfallzuschlägen fanden die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen keine Berücksichtigung mehr. Die Ausgleichszahlungen liefen für sie zum 15. Juni 2021 aus.

Die Ampelkoalitionäre setzten die Ausgleichszahlungen für nach dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnende Krankenhäuser mit Wirkung ab dem 15. November 2021 wieder ein – diesmal losgelöst von Inzidenzen und Intensivbettenkapazitäten. Anspruchskriterium sind ein Patientenrückgang im Vergleich zum Vorpandemiejahr 2019 sowie ein Zuschlag gemäß G-BA Notfallstufenkonzept (bzw. die Erfüllung der entsprechenden Anforderungen). Die Ausgleichszahlungen waren ursprünglich bis zum 31. Dezember 2021 begrenzt. In Anbetracht des Infektionsgeschehens wurden diese aber im Rahmen einer Verordnung noch vor dem Jahreswechsel bis zum 19. März 2022 verlängert.

Corona-Mehrkostenzuschlag

Auch der Corona-Mehrkostenzuschlag wurde im Laufe der Pandemie mehrfach angepasst. Zunächst wurde der bis Juni 2020 befristete Covid-Mehrkostenzuschlag bis Ende September 2020 verlängert und weiter ausdifferenziert. Bei nachgewiesener SARS-CoV-2-Infektion konnte ein höherer Zuschlag abgerechnet werden. Zur sachgerechteren Refinanzierung der Corona-bedingten Mehrkosten sah der Gesetzgeber ab September 2020 zudem einen krankenhausindividuellen Zuschlag vor. Vor dem Hintergrund der aufwendigen Kalkulation und der kleinteiligen Verhandlungen dazu vor Ort haben sich die Selbstverwaltungspartner darauf verständigt, die bis dato geltenden Zuschläge als Abschlagszahlungen bis Ende 2020 zur Liquiditätssicherung weiterlaufen zu lassen. Aufgrund der sich normalisierenden Beschaffungspreise senkten die Vertragsparteien die Abschlagszahlungen für 2021 stufenweise ab. Die Vertragsparteien vor Ort

haben weiterhin die Möglichkeit, die vereinbarten Abschläge als Pauschalabgeltung anzuerkennen. Damit entfallen die aufwendige Kalkulation und Verhandlung sowie der Nachweis über die tatsächlich entstandenen Mehrkosten. Der Corona-Mehrkostenzuschlag ist Ende 2021 ausgelaufen.

Verkürztes Zahlungsziel

Das auf fünf Tage verkürzte Zahlungsziel für alle erbrachten und in Rechnung gestellten Leistungen der Krankenhäuser gegenüber den Krankenkassen wurde im Rahmen von Gesetzen und Verordnungen bis Ende Juni 2022 verlängert.

Ganzjahreserlösausgleich

Die Bundesregierung hat direkt zu Beginn der Coronapandemie die ganzheitliche wirtschaftliche Absicherung der Krankenhäuser zugesichert. Neben den zahlreichen Maßnahmen zur Liquiditätssicherung und Refinanzierung der entstandenen Mehrkosten bedurfte es einer ganzheitlichen Budgetabsicherung. Die Bundesregierung setzte diese im Gesetzgebungsverfahren zum Krankenhauszukunftsgesetz über einen Ganzjahreerausgleich Corona-bedingter Erlösrückgänge für 2020 um. Die Selbstverwaltungspartner sollten das Nähere, zum Beispiel die Höhe des Ausgleichssatzes, Einzelheiten für die Ermittlung der Erlöse, Kriterien, anhand deren der aufgrund des Coronavirus entstandene Erlösrückgang ermittelt werden kann, sowie notwendige Nachweise im Rahmen einer Vereinbarung festlegen. Trotz der sehr knappen zweimonatigen Frist für die Corona-Ausgleichsvereinbarung 2020 konnten die Selbstverwaltungspartner Mitte Dezember 2020 einen Kompromiss erzielen. Das Budgetjahr 2020 war damit weitgehend abgesichert, sodass kein Krankenhaus aufgrund Corona-bedingter Erlösausfälle in Existenznöte geraten sollte. Um den wirtschaftlichen Sorgen der Krankenhäuser für das laufende Jahr 2021 bereits frühzeitig zu begegnen und die vollständige Konzentration auf die medizinische Versorgung weiter zu gewährleisten, hat die Bundesregierung bereits im April 2021 den Ganzjahreerausgleich für das Jahr 2021 festgelegt und im Rahmen einer Verordnung zur wirtschaftlichen Absicherung der Krankenhäuser umgesetzt, die neben dem Ganzjahreerausgleich für 2021 (unter Bezugnahme auf das Vorpandemiejahr 2019) auch die bereits dargestellten Ausgleichszahlungen nochmals anpasste. Die Umsetzung dieser Maßnahmen über eine Verordnung war möglich, da der Bundesregierung im Rahmen des Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage weitreichende Verordnungsermächtigungen eingeräumt wurden. Diesmal hat die Bundesregierung jedoch mehr Rahmenbedingungen vorgeschrieben, wie etwa die Höhe des Ausgleichssatzes oder die anteilige An-

rechnung der Ausgleichszahlungen. Der Ganzjahreerausgleich ist verpflichtend, wenn ein Krankenhaus Ausgleichszahlungen erhalten hat oder auf Verlangen einer Vertragspartei durchzuführen. Zusätzlich gab es die Möglichkeit, bereits unterjährig Abschlagszahlungen festzulegen, um die laufenden Kosten der Krankenhäuser zu decken. Der Ganzjahreerausgleich findet für die Krankenhäuser im KHEntgG- und im BpflV-Bereich Anwendung.

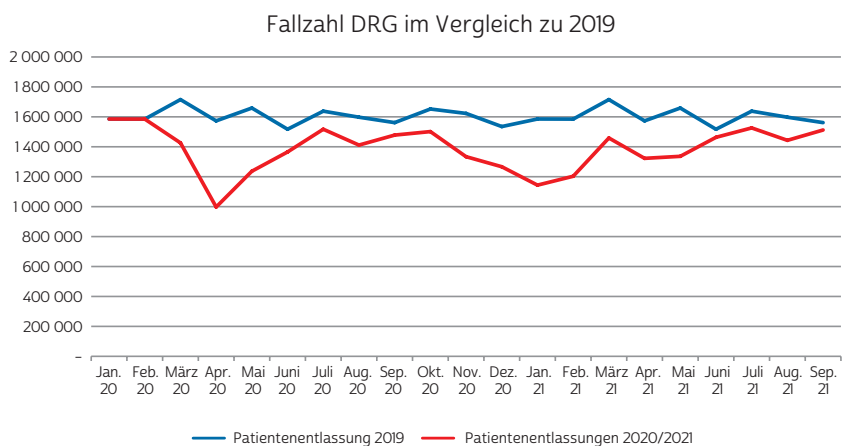
Bereits vor dem Jahreswechsel 2022 brachte die Ampelkoalitionäre gesetzlich auch für das Jahr 2022 einen Ganzjahreerausgleich für die Krankenhäuser auf den Weg. Im Rahmen einer zweiten Verordnung zur wirtschaftlichen Absicherung der Krankenhäuser wurde der Ganzjahreerausgleich 2021 wirkgleich auf das Jahr 2022 übertragen. Dieser frühe Zeitpunkt bedeutet für die Krankenhäuser eine wertvolle Planungssicherheit.

Sonstige Maßnahmen

Neben den größeren Maßnahmen zur wirtschaftlichen Absicherung der Krankenhäuser in Pandemiezeiten hat der Gesetzgeber zahlreiche kleinere Regelungen angepasst. So wurde die Kappungsgrenze für die Zuschlagshöhe von 15 % auf 30 % angehoben und als Vergleichsgröße für den Fixkostendegressionsabschlag in den Jahren 2022 ff. wird das Vorpandemiejahr 2019 definiert.

Die Ampelkoalitionäre führten zur Unterstützung der Covid-19-Patienten behandelnden Krankenhäuser einen befristeten Versorgungsaufschlag je Covid-Patient ein. Dieser berechnet sich durch Multiplikation der durchschnittlichen Verweildauer eines Covid-Patienten (13,9 Tage) mit der tagesbezogenen Pauschale gemäß Covid-Ausgleichszahlungsanpassungsverordnung und dem Faktor 0,9. Nachdem in einem späteren Gesetzgebungsverfahren die Anrechnung im Ganzjahreerausgleich spürbar angepasst wurde, stellt dies neben dem wichtigen liquiditätssichernden Effekt auch eine dringend benötigte finanzielle Unterstützung dar. ▶

Entwicklung der Fallzahlen im Krankenhaus



Quelle: DKG

Ausgleichszahlungen 16. März bis 30. September 2020	8 907,08 Mio. €
Ausgleichszahlungen 18. November 2020 bis 15. Juni 2021	5 529,45 Mio. €
Zusätzliche Intensivbetten 16. März 2020 bis 30. September 2020	685,75 Mio. €
Gesamt	15 229,16 Mio. €
<i>Quelle: Bundesamt für soziale Sicherung (Stand: 5. Januar 2022)</i>	

Unterstützung und bürokratische Entlastung des Krankenhauspersonals

Die Dokumentations- und Nachweispflichten binden im Krankenhaus erhebliche personelle Ressourcen. In Zeiten der Coronapandemie, wo die Krankenhäuser große organisatorische Anstrengungen unternehmen müssen, um die Patientenversorgung flächendeckend sicherstellen zu können, ist eine Entlastung der pflegenden und versorgenden Mitarbeiter von großer Bedeutung. Auch wurde das Personal dort eingesetzt, wo es im Einzelfall zur Versorgung dringend gebraucht wurde. Die Einhaltung von Personalmindestvorgaben auf zahlreichen nicht-Covid-Stationen konnte in Zeiten der Pandemie die Krankenhäuser vor große Probleme stellen.

Aussetzung der Pflegepersonaluntergrenzen

Vor diesem Hintergrund reagierte auch hier die Bundesregierung schnell und setzte alle Pflegepersonaluntergrenzen im Krankenhaus im Rahmen einer Verordnung zunächst für März bis Dezember 2020 aus. Bereits vorzeitig wurden zum 1. August 2020 die Pflegepersonaluntergrenzen in den Bereichen Intensivmedizin und Geriatrie wiedereingesetzt. Die anderen Leistungsbereiche folgten ab 1. Februar 2021 im Rahmen einer Ersatzvornahme, nachdem sich die Selbstverwaltungspartner nicht auf gemeinsame Untergrenzen einigen konnte. Dieser DisSENS basiert auf der grundsätzlichen Berechnungsmethodik der Pflegepersonaluntergrenzen und besteht unabhängig von der Pandemie. Die Pflegepersonaluntergrenzenvereinbarung definiert Ausnahmetatbestände, bei denen die Personalvorgaben nicht eingehalten werden müssen. Unter anderem ist dies „bei starken Erhöhungen der Patientenzahlen, wie beispielsweise bei Epidemien oder bei Großschadensereignissen“, der Fall. Die letztendliche Anerkennung, ob der Ausnahmetatbestand im Einzelfall für das Krankenhaus erfüllt ist, obliegt den Krankenkassen vor Ort und ist daher immer mit Unsicherheiten verbunden. Zumindest für die Zeit des Erhalts von Ausgleichszahlungen und dem Versorgungsaufschlag wurden für die betroffenen Krankenhäuser die Pflegepersonaluntergrenzen per Gesetz sanktionsbefreit.

Prüfungsgeschehen des Medizinischen Dienstes

Zur Entlastung im Bereich der Abrechnungsprüfung hat der Gesetzgeber die Quote für die Abrechnungsprüfungen im Jahr 2020 von 12,5 % auf 5 % pro Quartal abgesenkt und die Sanktionen der Strafzahlungen für den Fall, dass eine Prüfung des Medizinischen Dienstes zu einer Rechnungsminderung führt,

für die Jahre 2020 und 2021 gestrichen. Während der Zeiten mit hohen Inzidenzzahlen hat es zudem Ausnahmen von der Abrechnungsprüfung und Ausnahmen von der Prüfung bestimmter Strukturvorgaben für Covid-19-Patienten oder Verdachtsfälle gegeben. Zusätzlich wurde der Beginn des neuen, umfangreichen Prüfverfahrens von Strukturmerkmalen um ein Jahr auf 2021 verschoben. Trotz des auch im Jahr 2021 sich nicht beruhigenden Pandemiegeschehens hat die Bundesregierung von einer weiteren Verschiebung abgesehen. Lediglich die Frist zur Einreichung der Unterlagen wurde im gegenseitigen Einverständnis von Krankenhäusern und Medizinischem Dienst verlängert, da das BMG vergleichsweise lange für die Prüfung der entsprechenden Richtlinie benötigte und dadurch die Frist zur Einreichung der Unterlagen der Krankenhäuser beim Medizinischen Dienst äußerst knapp bemessen war.

Pandemiebedingte Sonderregelungen des G-BA

Auch der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat zahlreiche pandemiebedingte Sonderregelungen erlassen, Ausnahmen bei der Qualitätssicherung festgelegt und Dokumentationsvorgaben zur Qualitätssicherung reduziert. Unter anderem wurde der Verordnungszeitraum der Krankenhäuser von 7 auf 14 Tage verlängert und die Krankenhäuser konnten von der Mindestausstattung an Pflegefachkräften bei bestimmten komplexen Behandlungen abweichen. Ziele der Maßnahmen waren die Entlastung der Krankenhäuser (und Arztpraxen) sowie eine Reduzierung der notwendigen Arzt-Patienten-Kontakte. Diese Freiräume und Entlastungen waren für die Krankenhäuser von übergeordneter Bedeutung. Einerseits wurde dadurch Flexibilität im Personaleinsatz geschaffen, andererseits stand mehr Zeit für das Krankenhauspersonal zur Versorgung der Patienten zur Verfügung.

Corona-Prämie für Pflegekräfte

Als Zeichen der Wertschätzung und Anerkennung für die Pflegekräfte, die im besonderen Maße durch die Versorgung der Covid-19-Patienten belastet waren, hat die Bundesregierung im September 2020 einen sogenannten Pflegebonus mit einem Gesamtvolumen von 100 Mio. € beschlossen. Die Prämie sollte vor allem den Pflegekräften zu Gute kommen, die „Pflege am Bett“ leisten. DKG und GKV-Spitzenverband wurden beauftragt, einen Vorschlag für die zielgerichtete Mittelverteilung zu konsentieren, dem das BMG im Ergebnis auch gefolgt ist. Bei der Wiederauflage der Corona Prämie hat sich die Bundesregierung für einen komplexeren Berechnungsweg zur Verteilung der zur Verfügung gestellten 450 Mio. € entschieden. Danach sollte das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) anhand der Anzahl der Betten, der Covid-19-Fälle sowie der beschäftigten Pflegekräfte in der unmittelbaren Patientenversorgung die anspruchsberechtigten Krankenhäuser und das zugewiesene Prämienvolumen berechnen. Die letztendliche Verteilung der zugeteilten Mittel an die Prämienempfänger sowie die Bemessung der individuellen Prämienhöhe oblag dem Krankenhausträger im Einvernehmen mit der Arbeitnehmervertretung.

Die Ampelkoalitionäre vereinbarten zudem bereits im Koalitionsvertrag einen weiteren Pflegebonus für Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Der Bund soll dafür 1 Mrd. € zur Verfügung stellen. Die Umsetzung ist für Anfang 2022 angekündigt.

Auswirkungen auf die etablierten Strukturen

Die hohe Infektionsdynamik erforderte schnelle Maßnahmen auch und insbesondere in der Gesetzgebung und in der Selbstverwaltung. Wie im deutschen Gesundheitswesen üblich, beschloss der Gesetzgeber vielfach nur die Rahmenbedingungen, deren ausfüllende Regelungsinhalte von der Selbstverwaltung zu vereinbaren sind. Angesichts der notwendigerweise sehr kurzen Fristen, aber der weiterhin unterschiedlichen Interessenslagen war dies ein nicht immer einfaches Unterfangen. Umso erfreulicher ist, dass vielfach die notwendigen Regelungen und Inhalte im gemeinsamen Kompromiss und Miteinander fristgerecht und in der Regel auch zielorientiert vereinbart werden konnten.

Die Geschwindigkeit politischer Entscheidungsprozesse und der darauffolgenden legislativen Umsetzung führte jedoch zu Kritik in der Öffentlichkeit und in den Medien. Vor diesem Hintergrund sind die zahlreichen, oben beschriebenen Sonderbefugnisse des Bundes einzuordnen, mit denen auch die dargestellten unterstützenden Maßnahmen für die Krankenhäuser umgesetzt werden konnten. Parallel dazu haben sich auch weitere, ergänzende und außerparlamentarische Strukturen und Gesprächskreise gebildet, die teilweise Empfehlungen vorlegten und mit Beschlüssen die politischen Entscheidungen prägten. Exemplarisch werden an dieser Stelle der Covid-Beirat des BMG und die Bund-Länder-Konferenzen vorgestellt.

Covid-Expertenbeirat des BMG

Mit dem Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetz wurde die Einberufung eines Covid-Expertenbeirates beim BMG initiiert. Qualifizierte Vertreter aus den Fachkreisen sollten gemeinsam die finanziellen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Krankenhäuser bewerten. Dazu wurden sachkundige und praxiserfahrene Repräsentanten der Krankenhäuser und der Krankenkassen vom BMG benannt und durch wissenschaftliche Experten ergänzt. Für die gemeinsam diskutierten und bewerteten Problemlagen sollten gemeinschaftliche Lösungsvorschläge erarbeitet und der Politik vorgeschlagen werden.

Bund-Länder-Konferenzen

Um die Maßnahmen zur Bekämpfung der SARS-CoV-2-Pandemie wirkungsvoll und möglichst einheitlich umzusetzen, berief Bundeskanzlerin Merkel im März 2020 die erste Bund-Länder-Konferenz¹⁾ ein. Dazu wurde das bestehende, rein informativ und koordinativ stattfindende Gremium der Ministerpräsidentenkonferenz um die Beteiligung der Bundesregierung ergänzt. Zudem wurden Wissenschaftler verschiedener Professionen als Berater dazugeschaltet. Die Tagungsfrequenz der Bund-Länder-Konferenz orientierte sich an der Infektionslage: Bei

hohen Inzidenzzahlen fanden die Treffen häufiger statt, in Zeiten des Impffortschritts und der niedrigen Inzidenzen wurden die Beratungen teilweise monatelang ausgesetzt. Die jeweils getroffenen Beschlüsse definierten die weiteren Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie. Diese Konferenzen sind rein informeller Natur und besitzen daher eigentlich keinerlei gesetzgeberische Kompetenzen, sodass die Beschlüsse nachfolgend in Bund und Ländern legislativ umgesetzt werden mussten.

In Bezug auf ein möglichst breites und fundiertes Meinungsbild bieten diese neu geschaffenen Strukturen zusätzliche Möglichkeiten. Zu diskutieren bleibt vor diesem Hintergrund die Beteiligung der Parlamente. Durch das Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite wurden zahlreiche Kompetenzen in den Bereich der Exekutive verlagert. Mit den Bund-Länder-Konferenzen und den dort getroffenen Beschlüssen wurden darüber hinaus die Landesparlamente umgangen. Die dadurch schnelleren und umfassender getroffenen Entscheidungen führten zusammen mit der großen Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems dazu, dass Deutschland die Pandemie im internationalen Vergleich effektiv bekämpfen konnte. Die Beschleunigung der Verfahren sorgte jedoch andererseits für eine maximale Dehnung demokratischer Prinzipien und geltender Rechtsnormen.

Fazit

Die Corona-Pandemie hat die politischen Strukturen und die Gesundheitsversorgung auf den Kopf gestellt. Mit zahlreichen und vielfältigen Maßnahmen wurde dem Pandemieverlauf begegnet. Viele dieser Schritte waren wirksam und haben zu einer vergleichsweise erfolgreichen Pandemiebekämpfung beigetragen. Die Politik folgte der Maxime, zunächst zu handeln und den weiteren Verlauf zu beobachten. Oft mussten die bestehenden Regelungen deshalb kurzfristig an neue Erkenntnisse und Entwicklungen angepasst werden.

Die Krankenhäuser befinden sich indes konstant und absehbar weiterhin im Ausnahmezustand. Die finanzielle Absicherung bildet die Grundlage für die Konzentration auf die medizinisch-notwendige Versorgung. Unabhängig davon befindet sich das Krankenhauspersonal nach anderthalbjähriger Hochbelastung, insbesondere auf den Intensivstationen, an der Belastungsgrenze und geht vielerorts darüber hinaus. Eine umfassende, wirksame und entschiedene Pandemiepolitik ist deshalb weiterhin unabdingbar.

Anmerkungen

- 1) Die offizielle Bezeichnung dieses Gremiums lautet laut Terminkalender der früheren Bundeskanzlerin „Konferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder“

Anschrift der Verfasser

Sabrina Krause/Jan Eilrich, Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG), Bereich I – Politik, Wegelystraße 3, 10623 Berlin