

Pressekonferenz am 16. Juni 2021: Erkenntnisse aus der Corona-Pandemie für die stationäre Versorgung

- Transkription des Videos -

Florian Lanz

Schönen guten Tag, meine Damen und Herren. Ich begrüße Sie herzlich zu unserer heutigen Pressekonferenz. Wir wollen sprechen über die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die stationäre Versorgung. Sprechen wollen mit Ihnen vor allem Stefanie Stoff-Ahnis, die von Ihnen aus gesehen in der Mitte... Sie sehen sie gleich, wenn ich mein Mikrofon aushabe, dann sehen Sie nämlich wieder alle drei auf der Bühne. Das sind die Tücken der Technik.

Neben Frau Stoff-Ahnis, die Vorstand beim GKV-Spitzenverband ist, sehen Sie Dr. Wulf-Dietrich Leber. Der leitet die Abteilung Krankenhäuser.

Jetzt mache ich einmal kurz mein Mikro aus, damit Sie die beiden auch sehen können. Bevor es gleich losgeht, noch zwei wichtige technische Hinweise. Zum einen – Sie kennen das schon aus zahlreichen Videokonferenzen –, machen Sie bitte alle Ihr Mikrofon aus, damit wir hier keine Störgeräusche haben oder Ihre Privatgespräche sozusagen ungewollt mit anhören.

Das zweite ist, wir zeichnen diese Veranstaltung auf. Das heißt alles, was in die Mikrofone gesprochen wird, wird aufgezeichnet und wir werden das auch später auf unserer Internetseite veröffentlichen. Das möchte ich gerne, dass Ihnen das bewusst ist und wenn Sie hier entsprechend dabei sind, dann sind Sie damit einverstanden. Wenn Sie Fragen haben, Sie sehen auf Ihren Bildschirmen ziemlich weit oben rechts ein kleines Symbol, ein Smiley daneben mit einer gehobenen Hand. Dort können Sie sich virtuell melden.

Nachdem Frau Stoff und Herr Leber gesprochen haben, stehen wir gerne für Ihre Fragen rund um die stationäre Versorgung, rund um das Krankenhaussystem in Deutschland zur Verfügung. Frau Stoff wird beginnen, Herr Leber wird übernehmen und nachdem Frau Stoff ein Fazit gezogen hat, sind wir dann bereit für Ihre Fragerunde. Vielen Dank und Frau Stoff, Sie haben das Wort.

Stefanie Stoff-Ahnis

Sehr geehrte Damen und Herren, auch von meiner Seite ganz herzlich willkommen und vielen Dank für Ihr Interesse.

Seit März 2020 dominiert die Corona-Pandemie die gesundheitspolitische Debatte und vor allem natürlich auch unsere Arbeit im Gesundheitswesen. Aus den Erfahrungen lassen sich Rückschlüsse ziehen. Insbesondere haben sich altbekannte Schwächen der stationären



Versorgung jetzt deutlich gezeigt und aus unserer Sicht ist es jetzt nach den langjährigen Diskussionen notwendig, dass wir die Reform im Krankenhausbereich beginnen.

Wir werden Sie anhand dieser Agenda durch unsere Überlegungen führen und wir beginnen sogleich mit der Pandemie im Kontext der Krankenhausfinanzierung. Zusammenfassend lässt sich sagen, die Corona-Krise hat gezeigt, dass eine schnelle und eine effektive Reaktion auf neue Lagen möglich ist, aber dass diese teuer bezahlt werden müssen. Das Krankenhausmanagement hat in der Pandemie sehr schnell gehandelt, umsichtig, unbürokratisch und die Anordnungen der Länder umgesetzt. Das war insbesondere gerade zu Beginn eine sehr unklare Ausgangssituation und insofern wurde hier beherzt angepackt.

Das System der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich auch bewährt, im Hintergrund die Versorgung im Land sichergestellt. Wir haben mit einer Vielzahl von Partnern Verträge geschlossen, haben die vielzähligen gesetzlichen Grundlagen umgesetzt und somit eine schnelle Reaktion in der Versorgungspraxis ermöglicht.

Bemerkenswert ist, dass ein besonderer Fallzahlrückgang im Jahr 2020 zu verzeichnen ist im Krankenhausbereich. Bemerkenswert ist auch, dass sehr viel Geld in den Krankenhausbereich geflossen ist. Hier gab es gesetzliche Anordnungen, aber auch noch weitere Effekte. Auf die würde ich im Folgenden etwas genauer eingehen.

Es ist zu keinem Zeitpunkt die Finanzierung im Krankenhausbereich gefährdet gewesen. Es gibt eine Besonderheit: Es zeigt sich nämlich eine Durchmischung der Finanzierungswege. Der Bund hat über Steuermittel einen Großteil der Beträge gezahlt in Form von Ausgleichspauschalen für freigehaltene Betten und die Krankenkassen haben aus dem Gesundheitsfonds finanziert den Aufbau von zusätzlichen Intensivbetten. Beide Aufgaben hätten gelegen in der Verantwortung der Länder, zum einen aus dem Sicherstellungsauftrag und aus der Verantwortung für Pandemiesituationen, zum anderen aus der Investitionskostenverantwortung. Allein die Länder wurden nicht verpflichtet über gesetzliche Anordnung.

Schauen wir etwas genauer auf die Erlöszuwächse und auf die Fallzahlrückgänge. Erkennbar ist hier in Blau, dass die Fallzahlen sich im Jahr 2020 um sage und schreibe 13 Prozent reduziert haben. Die Ausgaben der Krankenkassen sind dennoch gestiegen um 1,2 Milliarde Euro – hier in Rot erkennbar – und wir haben die Säule für das Jahr 2020 noch ergänzt um ein graues Feld. Das sind die zusätzlichen Zahlungen, die pandemiebedingt an die Krankenhäuser geflossen sind. Dadurch hat sich der Erlöszuwachs auf Krankenseite positiv um 15 Prozent ausgewirkt. Das ist der Grund, warum wir das Jahr 2020 ganz klar einordnen als das goldene Jahr der Krankenhausfinanzierung.

Über den Aufbau zusätzlicher Intensivbetten haben Sie in den zurückliegenden Tagen und Wochen schon viel lesen können. In der Finanzierungsverantwortung der gesetzlichen Krankenversicherung lag genau dieser Teilbestandteil des Rettungsschirms, der aufgespannt wurde über den Krankenhäusern. Wir haben hier die Problematik, dass wir als gesetzliche

Krankenversicherung nicht nachvollziehen können und nicht erkennen können, genauso wenig das Gesundheitsministerium, in welchen Krankenhäusern sind genau wie viele zusätzliche Intensivbetten aufgebaut worden. Wir können auch nicht erkennen, sind die eingesetzten Mittel konkret auch für den Aufbau von Intensivbetten eingesetzt worden. Fest steht allein: Wir haben 686 Millionen Euro gezahlt aus dem Gesundheitsfonds, sozusagen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, und das sind rechnerisch 13.722 Betten.

Sie sehen hier bewusst, wir haben die rechte Säule, die sozusagen den Status Quo, das ist abbilden soll, ohne Kennzahlen belassen, weil eben genau nicht klar ist, wie viele Betten stehen tatsächlich zur Verfügung. Wir haben über das DIVI-Register immer taggleiche Meldungen. Wir können erkennen, was grundsätzlich die Notfallreserve sein soll. Aber es besteht ein Delta zu dem rechnerisch ermittelbaren sozusagen Ausgangspunkt und sozusagen den zusätzlich finanzierten Betten. Dieses Delta, was sozusagen für uns nicht transparent ist, nicht erklärbar ist, das ist ein Punkt, der aufgeklärt werden muss. Das ist eine klare Forderung der gesetzlichen Krankenversicherung. In dem Bericht des Bundesrechnungshofs vom 9. Juni dieses Jahres wird diese Forderung ebenso betont.

Das ist für uns einfach nicht nachvollziehbar, warum können wir als diejenigen, die die Intensivbetten zahlen, nicht erkennen, an welches Krankenhaus genau sind welche Mittel geflossen und deshalb eben auch entsprechende zusätzliche Kapazitäten aufgebaut worden. Für uns ist das wichtig insbesondere auch zur Versachlichung dieser Diskussion, denn wir möchten natürlich sehr gern auch hier nicht einen Generalvorwurf an alle deutschen Krankenhäuser richten müssen, sondern hier soll einfach die Spreu vom Weizen getrennt werden.

Was können wir ableiten für den Themenblock der Krankenhausfinanzierung? Viele der getroffenen Maßnahmen mögen effektiv gewesen sein. Effizient aus unserer Sicht waren sie jedoch nicht. Die Politik hatte im Vorfeld ja das Ziel erklärt, dass die Krankenhäuser keine wirtschaftlichen Nachteile erleiden sollen durch die Pandemiegesetzgebung. Dieses Ziel ist nicht allein erfüllt worden, sondern übererfüllt worden. Es ist vom Expertenbeirat, der beim BMG eingerichtet wurde, ja ein Gutachten erstellt worden von den Professoren Busse und Augurzky und hieraus geht hervor, dass die Nettoerlösänderungen im Durchschnitt positiv lagen für den DRG-Bereich plus 3,7 Prozent, für den Bereich der Psychiatrie sogar bei plus 10,6 Prozent. Das heißt also, die weggebrochenen Erlöse sind nicht nur kompensiert worden, sondern sie sind eben teilweise überkompensiert worden. Genau diesen Punkt kritisiert auch der Bundesrechnungshof sehr scharf. Hier wird ausgeführt, dass eben letztlich mit diesen Mitteln aus Steuergeldern das betriebswirtschaftliche Risiko der Krankenhäuser getragen wurde, was aus Leerständen grundsätzlich auch entstehen kann.

Für uns ein wesentlicher Punkt, in der öffentlichen Darstellung noch nicht ganz so präsent, das ist hier als vierter Punkt genannt: Es wurde im Zuge der Pandemie auch eine Vielzahl von Regelungen sehr kurzfristig verändert, hier beispielsweise auch die Anforderung an die Rechnungsprüfung der

Krankenkassen im Krankenhausbereich. Sozusagen unter der Rubrik Bürokratieabbau wurde die Prüfquote von im Vorfeld sozusagen unbegrenzt auf fünf Prozent reduziert und gerade im Bereich der Abrechnungsprüfung haben Krankenkassen im Schnitt 2,8 Milliarden Euro rückerstattet bekommen. Das war aufgrund von fehlerhaft in Rechnung gestellten Leistungen. Dieses Potenzial ist weggebrochen auf einen Schlag.

Hier war insbesondere die Zielrichtung der Politik, die Krankenhäuser zu entlasten. Natürlich sind aber gerade Krankenhauscontroller nicht am Patientenbett tätig. Insofern hier eine kurzfristige Maßnahme, die sehr erhebliche Auswirkungen auf die GKV-Finanzsituation hatte. Wir sehen ja jetzt auch in der Diskussion um die Testzentren, dass es eben wichtig ist, auch in Situationen, wo Eile geboten ist, dass man trotzdem genau darauf schaut, welche sozusagen Abrechnungen stattfinden, dass man Kontrolle sichert und letztlich eben öffentliche Gelder, die hier sozusagen zur Diskussion stehen, an der Stelle sachgerecht verwaltet.

Kommen wir zur Krankenhauslandschaft, die sich im Umbruch befindet. Ich hatte es vorhin schon kurz erwähnt, es ist ja ein großer Rettungsschirm gespannt worden über die deutschen Krankenhäuser, die letztlich in der Gesamtheit der Regelung eine weitgehende Erlössicherung sozusagen absichern. Es gibt in keinem anderen Leistungsbereich einen derart umfassenden Schutzschirm. Grundsätzlich ist das auch nachvollziehbar. In der Zeit der Krisensituation war das wichtig, dass die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser gewahrt wird.

Allerdings, und das ist unser Kritikpunkt, Anknüpfungspunkt aller Regelungen ist die Leistungsentwicklung im Jahr 2019, wo letztlich die Fallzahlentwicklung noch eine ganz andere war und wir möchten frühzeitig darauf hinweisen, dass wir eben über diese vielen Zahlungen im Rahmen des Rettungsschirms nicht darüber hinwegtäuschen, wie tatsächlich das Leistungsaufkommen im Krankenhausbereich aussieht, welche Reformveränderungen, Strukturveränderungen erforderlich sind und wir möchten nicht diesen Status Quo einfach nur konservieren.

Schauen wir doch auf die Leistungsentwicklung. Hier eine Darstellung aus dem Gutachten, das der Beirat beauftragt hatte. Sie sehen im Vergleich zum Jahr 2019, dass natürlich im Rahmen der ersten Welle zwischen der 11. und 21. Kalenderwoche die Leistungen ganz besonders eingebrochen sind. Hier hatten wir Fallzahlrückgänge um 30 Prozent und das waren genau die eben sozusagen auf politische Anordnung ausgesetzten planbaren Operationen. Die Patienten wurden nicht mehr in die Krankenhäuser gelassen, es sei denn, es waren medizinisch notwendige Behandlungen. Dann gibt es bis zur 25. KW einen Anstieg und dann gleichbleibend niedrigere Leistungsaufkommen als im Vorjahr.

Hier müssen Sie beachten: Die Patienten wurden nicht mehr aus den Krankenhäusern ferngehalten, sondern das war letztlich die Entscheidung der Patienten, Krankenhausleistungen nicht mehr so in Anspruch zu nehmen und wir gehen davon aus, dass sich dieser Trend als

dauerhafter Trend fortsetzt, denn grundsätzlich war auch bereits im Vorfeld erkennbar, dass sich das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern verändert.

Schauen wir etwas genauer auf die Bettenauslastung. Hier sehen Sie in der Darstellung links die DRG-Häuser, in der Mitte die Intensivstationen der DRG-Häuser und rechts die psychiatrischen und psychosomatischen Häuser. Keine Sorge, die Folie ist etwas unübersichtlich von der Farbwahl, weil hier zwei Jahre sozusagen miteinander vergleichend dargestellt sind. Wichtig sind die freien Kapazitäten, also wo sind die Betten nicht ausgelastet und das sind insbesondere die gelben Teilstücke. Die zeigen nämlich auf, wie bereits im Jahr 2019 die Krankenhäuser nicht ausgelastet waren.

Das ist im Bereich der DRG-Häuser, der somatischen Häuser also, etwa ein Viertel der Betten waren nicht belegt. Im Zuge der Pandemie hat sich die Auslastung nochmals reduziert. Das sind die grauen Felder. Wir sind insofern auf einem historischen Allzeittief in der Bettenauslastung angelandet. Die liegt für den Bereich der Somatik jetzt bei 67,3 Prozent im Jahr 2020. Zum Vergleich: In der Mitte natürlich die Auslastung der Intensivstationen ist im Kontext der Pandemie nur um 1 Prozentpunkt größer geworden. Also der Leerstand ist nur um 1 Prozentpunkt größer geworden. Auffällig ist, dass im Bereich der Psychiatrie die Bettenauslastung sich mehr als verdoppelt hat. Das sehen Sie an dem rechten Kreisdiagramm. Hier ist zumindest das nicht erklärbar mit der Versorgung von COVID-Patienten.

Eingeschlossen in die Betrachtung der Bettenauslastung ist die Behandlung von COVID-Patienten im Krankenhausbereich. Sie sehen es hier dargestellt in den roten Feldern: Betrachtet auf den gesamten stationären Bereich waren etwa zwei Prozent belegt mit COVID-Patienten und die Intensivstationen waren etwa zu vier Prozent mit COVID-Patienten belegt.

Klar ist, dass es sowohl versorgungspolitisch als auch finanziell nicht haltbar ist, nicht tragbar ist, dass wir auf Basis der Vorpandemiesituation die Krankenhausfinanzierung zementieren. Also die Pandemiejahre sind mit Blick auf die Krankenhausausgaben keine typischen Jahre und aus unserer Sicht brauchen wir für die Zukunft Anpassungen der Strukturen angepasst an die Nachfrage, an den Versorgungsbedarf der Bevölkerung und wir erwarten, dass wir im Zuge von Strukturreform darüber sprechen, wie wir mit der gesunkenen Nachfrage umgehen.

Kommen wir drittens zu bundesweiten Vorgaben und unseren Chancen, die wir darin sehen für eine verbesserte Versorgung. Im März 2020 waren Freihaltepauschalen zunächst an alle Krankenhäuser in Deutschland ausgezahlt worden. Das war als Sofortmaßnahme richtig und auch verständlich. Es hat sich aber sehr schnell gezeigt, dass die 560 Euro, die täglich an Krankenhäuser geflossen sind, um die COVID-Versorgung zu sichern, ineffizient war und auch nicht versorgungsgerecht, denn natürlich ist versorgungspolitisch die Frage zu stellen: Wo werden denn COVID-Patienten gut versorgt? Die Differenzierung, die dann im Hinblick auf die Leerbettenpauschalen erfolgt ist, dass man nämlich nicht mehr 560 Euro täglich, sondern in

einem Fünf-Stufen-Prinzip ausgezahlt hat, das war sicherlich aus wirtschaftlicher Sicht zunächst sinnvoll.

Aber versorgungspolitisch entscheidend war, dass eben die Steuerung der COVID-Patienten über die gezielteren Freihaltepauschalen ab der zweiten Welle vorgenommen wurden. Hier gibt es ein recht komplexes System von Voraussetzungen. Maßgeblich – und darauf möchte ich Sie gern hinweisen – ist aber, dass man sich orientiert hat an dem gestuften System von Notfallstrukturen, die der gemeinsame Bundesausschuss schon definiert hatte. Also auf der Grundlage der guten Vorarbeit des G-BA konnten die Freihaltepauschalen festgelegt werden. Anspruchsberechtigt war aber der zweiten Welle letztlich nur noch das Haus, was letztlich in der umfassenden oder erweiterten Notfallversorgung tätig war.

Hinzu kamen dann im späteren Verlauf auch Spezialkliniken Herz und Lunge auch nach vordefinierten Anforderungen des G-BA und grundsätzlich ist also über diese Logik, über diese Systematik die COVID-Versorgung in die richtige Richtung gelenkt worden aus Qualitätsaspekten, aber eben auch aus dem Aspekt der sozusagen sachgerechten Verwendung von Mitteln.

Die Freihaltepauschalen – vielleicht an der Stelle angemerkt – sind jetzt zunächst Teil der jüngeren Geschichte, sie endeten nämlich mit dem gestrigen Tag. An dem Beispiel der Freihaltepauschalen, was hier gewählt wurde, zeigt sich, dass wir sehr viele Vorteile darin sehen und werden für die Versorgung bundeseinheitliche Strukturanforderungen definieren. Das ist aus unserer Sicht der ganz wesentliche Schritt für eine Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft. Wir vermeiden damit, dass letztlich jedes Krankenhaus meint, jede Leistung erbringen zu können. Denken Sie an eine Situation in Notaufnahmen, Patienten mit schwersten Verletzungen, die sollen eben nicht in solchen Notaufnahmen landen, die aufgrund ihrer Ausstattung überfordert wären. Das ist die Logik dahinter, das ist die Überlegung dahinter. Insofern ist es aus unserer Sicht eine der wichtigsten Aufgaben, dass wir mit den Strukturreformen die systemrelevanten Versorger in den Blick nehmen und dann gestärkt aus der Krise hervorgehen lassen.

Das steht aus unserer Sicht auch nicht im Widerspruch zur Versorgung im ländlichen Raum, denn natürlich bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen, die müssen eben auch gerade sicherstellen, dass bedarfsnotwendige Häuser dort sozusagen arbeiten können und versorgt sind und dafür gibt es beispielsweise ja die Sicherstellungszuschläge. Darauf geht Herr Leber später noch ein.

Viertens: Transparenz. Das ist natürlich ein Muss für die Versorgung und fehlt zurzeit im Krankenhausbereich an allen Ecken und Enden. In der aktuellen Krisensituation waren viele darüber überrascht, dass es keine Übersicht gibt über die Versorgungssituation in den Krankenhäusern. Es gibt übergreifend keine Transparenz, keine gemeinsamen Daten, die ausgewertet werden könnten. Das war natürlich in der Pandemie kein haltbarer Zustand. Aus diesem Grunde wurde ganz kurzfristig zur Vermeidung natürlich von Fehlversorgung, von Engpässen in Intensivstationen das DIVI-Register eingeführt. Es startete schon Mitte März letzten Jahres. Ab April war es dann auch verbindlich für alle Krankenhäuser, die Intensivstationen

fürten, und hier haben wir in einer Grafik dargestellt einfach beispielhaft, wie letztlich die Daten des DIVI-Registers, was sie an Auskunft gegeben haben, einfach der Blick auf die Intensivstationen, wo sind freie Betten. Hier waren letztlich erkennbar die betreibbaren vorhandenen Intensivbetten. Es wurde sozusagen dagegengestellt, wie sind die Intensivbetten aktuell belegt und erkennbar war sozusagen, wie viele COVID-Patienten werden zurzeit auf den Intensivstationen versorgt.

Hier letztlich in dieser Darstellung, vielleicht, weil Sie sich jetzt durch die Diskussion schon einlesen konnten, nicht dargestellt sind die Reservebetten. Die waren immer noch gesondert im DIVI-Register angegeben.

Was leiten wir daraus ab? Dank Digitalisierung war es ganz schnell ganz unbürokratisch möglich, Transparenz zu schaffen über die Versorgungslage auf den Intensivstationen. Das ist als Steuerungsinstrument für Patientinnen und Patienten einfach elementar und wichtig. Aus unserer Sicht sollte das nicht nur Anwendung bringen für COVID-Versorgung für COVID-Patienten, sondern das sollte auf weitere Versorgungsbereiche ausgedehnt werden. Wir brauchen künftig tagesaktuelle Register auch auf Normalstationen. Das ist eine bessere Versorgungssteuerung, das bräuchten wir auch in der Versorgungsplanung, das ist bürokratiearm, natürlich ein gutes Beispiel für Digitalisierung und vielleicht fragen Sie sich jetzt, da ich ja den Bericht des Bundesrechnungshofs erwähnt habe, ob wir nicht sozusagen an der Stelle doch jetzt Zweifel bekommen haben aufgrund der Vermutungen, die der Bundesrechnungshofs äußerte, Rückäußerungen des RKI mit Blick auf das Meldeverhalten der Krankenhäuser.

Da muss ich ganz ehrlich sagen: Das Instrument als solches, diese Transparenz, die wir aus dem Register haben, kann ich nicht in Frage stellen für den Fall, dass mit krimineller Energie gegebenenfalls die Datenmeldungen unzutreffend erfolgt sind. Also das Instrument als solches steht für uns unstreitig als ein sehr gutes. Es zeigt vielmehr, dass man natürlich, wenn solche existieren, auch zwischenzeitlich eben Plausibilitätsprüfungen und Kontrollprüfungen haben muss, um letztlich zu sehen, dass dieses Register auch sachgerecht geführt wird. An der Stelle vielleicht nochmals erwähnt der Rettungsdienst: Stellen Sie sich vor, wir hätten tagesaktuelle Informationen. Das wäre genauso überlebensnotwendig wie im Bereich der COVID-Versorgung es war.

Lanz

Vielen Dank, Frau Stoff. Ich übergebe an Herrn Leber.

Wulf-Dietrich Leber

Auch von mir einen schönen guten Morgen. Ich freue mich auf die Zeit, wo Sie wieder hier sind.

Ich will jetzt aber auf diesem Wege dazu beitragen, etwas über diese Strukturierung zu erzählen, nicht nur über die ganz aktuellen Corona-Entwicklungen, sondern auch über die längerfristigen Trends und einer der Trends, den Sie kennen, ist natürlich der zu kürzeren Verweildauern.

Diese interessante textierte Darstellung sagt Ihnen Folgendes: Die Krankenhausverweildauern sind nicht wie eine Glockenkurve verteilt, sondern haben eine hohe Konzentration beim Ein- und Zwei-Tages-Bereich. Das sind die ersten Säulen, wobei innerhalb der Säulen immer die Entwicklung der letzten Jahre dargestellt ist vom Jahr 2005 bis 2009. Da sehen Sie durch den roten Pfeil ein wenig hervorgehoben, dass wir fast eine Verdoppelung der Ein-Tages-Fälle haben. Wenn Sie an einen Krankenhausfall denken, dann denken Sie, der dauert einen Tag. Das ist quasi der häufigste Krankenhausfall. Sie wissen, was medizinisch-technischer Fortschritt bedeutet. Er sagt nämlich: Heute ein Tag, morgen ambulant. Deswegen gibt es enorm viel Potenzial in diesem Kurzliegerbereich, wo wir in Zukunft überlegen müssen, wie das adäquat versorgt wird.

Gucken wir uns an, was in der Corona-Pandemie passiert ist. Wir gehen gleich zum dritten Spiegelstrich und stellen fest, in dem Gutachten von Busse und Augurzky sind diese Fälle um 28 Prozent zurückgegangen. Also gerade im Kurzliegerbereich starke Rückgänge. Die Leute haben gehört „Haltet Abstand“ und sie haben es interpretiert als „Haltet Abstand von Krankenhäusern“. Das hatten wir früher auch empfohlen, aber es wurde nicht richtig beherzigt. Jetzt also ein wenig Rückgang in diesem Bereich und die große Frage ist: Bleibt das oder ist das eine vorübergehende Erscheinung?

Wir haben die Vermutung, es gibt Dinge, die sich durch Corona nachhaltig ändern. Es werden nie wieder morgens so viele Leute als komplette Belegschaft im Büro landen. Es werden nie wieder so viele innerdeutsche Flüge sein und es werden nie wieder so viele Krankenhausfälle sein wie im Jahr 2019. Das neue Normal wird eine Fallzahlreduktion mit sich bringen. Dazu muss man etwas tun an den Versorgungsstrukturen.

Im Augenblick ist in Arbeit die Überarbeitung des sogenannten AOP-Katalogs, also das, was ambulant operiert und versorgt werden kann. Hier werden wir wahrscheinlich einen Schub bekommen, der auch einen Wechsel bedeutet von der stationären Versorgung in den ambulanten Bereich hinein. Das zweite ist ein Ersteinschätzungsinstrument für die ambulante Notfallversorgung. Da wird sich möglicherweise – letzter Spiegelstrich – auch nochmal etwas an den Anreizen tun müssen. Wenn Patienten länger in der Notfallaufnahme sind, dann muss das natürlich ambulant adäquat abgebildet werden und dazu braucht man vielleicht nochmal solche Überwachungspauschalen, wo auch das besser abgebildet ist als bisher.

Damit kommen wir zur Finanzierungsfrage. Unserer Meinung nach hat sich das System der Fallpauschalen im Grundsatz bewährt. Natürlich muss man es weiter entwickeln. Was allen im Augenblick sozusagen bekannt ist, ist der zweite Punkt: Wir haben keine richtige Finanzierung von Vorhaltekosten. Das liegt daran, dass ursprünglich mal zu 20 Prozent die Länder sozusagen Investitionen finanziert haben und damit eine 20-prozentige Vorhaltefinanzierung im gesamten

System war. Durch den Rückgang der Länderfinanzen ist dieses vollständig verlorengegangen. Wir tun etwas inzwischen schon zur Vorhaltung.

Ich will nur den ersten Spiegelstrich gleich nutzen als Übergang zur nächsten Seite. Das sind die 150 Landkrankenhäuser, für die es Sicherstellungszuschläge gibt. Sie können das im Kliniksimulator nochmal im Einzelnen nachlesen. Hier ist also nicht die Leistungsorientierung im Vordergrund, sondern Sicherstellungszuschläge, die unabhängig davon sind.

Fragen wir uns: Was könnte sich in nächster Zeit an der Finanzierung tun? Die landläufige Logik ist ganz einfach: In Zeiten von steigenden Fallzahlen sind alle für Fallpauschalen. In Zeiten rückgängiger Fallzahlen sind alle für konstante Budgets und Vorhaltekosten. So einfach ist die Logik. Deswegen werden wir in nächster Zeit mehr Gegner des DRG-Systems erleben und sehr viel mehr Leute, die eine konstante Finanzierungskomponente bevorzugen. Aber wenn man Vorhaltekosten definiert, muss man auch sagen, wofür die Vorhaltung ist. Es hat keinen Zweck, einem Krankenhaus Geld zu geben und das erste, was sie machen, ist, die Kinderabteilung zu schließen. Also man muss dann schon definieren, für was etwas vorgehalten wird und das geschieht am besten natürlich mit Bevölkerungsbezug – letzter Punkt hier.

Man kann pro Bevölkerungsgruppe definieren, wie viel Vorhaltefinanzierung da sein muss. Dieses käme dann dem einen Krankenhaus zugute, was dort die Versorgung übernimmt, oder jeweils ein Drittel dieses Betrages, wenn drei Krankenhäuser diese Vorhaltung übernehmen. Wie macht man das?

Was grundsätzlich, glaube ich, beachtet werden muss, eine der Änderungen in dieser Corona-Krise ist, der Bund steigt ein. Wir haben alle in den Lehrbüchern gelernt, die Länder finanzieren Krankenhäuser. Sie tun es mitnichten. Der Beitrag des Bundes im letzten Jahr war dreimal so hoch wie alles, was die Länder an Investitionsfinanzierung gezahlt haben und das gibt natürlich auch neue Möglichkeiten der Einflussnahme des Bundes. Sie sehen, bei den Notfallstufen hat der Bund sich orientiert nicht an dem, was die Länder machen, sondern an G-BA-Vorgaben. Das heißt, der Bund geht mit eigenen Vorstellungen rein und strukturiert die Krankenhauslandschaft.

Das ist, glaube ich, zukunftsweisend für die nächste Zeit, wobei der Gesundheitsminister immer nur einer von zweien sein wird, die mitentscheiden. Früher stand in allen Rechtsverordnungen „mit Zustimmung des Bundesrates“. Inzwischen haben wir Rechtsverordnungen, da steht „im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen“. Das ist eine völlig neue Situation, die, glaube ich, strukturbestimmend sein wird. Was passiert mit diesen Mitteln? Werden sie im nächsten Jahr auf null reduziert? Gibt es sozusagen den kalten Entzug oder wird man überlegen, das in irgendeiner Form fortzuführen und eventuell Krankenhausinvestitionen damit zu finanzieren?

Wenn man das macht, dann wird es wahrscheinlich nach bundeseinheitlichen Kriterien mit Vorhaltekosten passieren. Also werden wir eine gezielte am Versorgungsbedarf orientierte Vorhaltung möglicherweise über den Bund bekommen.

Zweites großes Thema im Bereich Finanzierung ist die Pflege. Wir haben massiv Pflege finanziert und mussten feststellen, das Geld wurde zum Teil nicht für Pflege ausgegeben, sondern für Investitionen und ähnliches. Das wissen Sie alles im Einzelnen. Die Politik hat darauf mit einem Pflegebudget reagiert nach Selbstkosten. Das war eine nicht besonders gute Idee und führt im Augenblick dazu, dass man sich auf der Ortsebene nirgends einigen kann, wie hoch denn jetzt wirklich die Pflegekräfte sind. Nicht mal ein Drittel der Krankenhäuser hat ein Budget für das letzte Jahr inzwischen vereinbart. Es herrscht große Unsicherheit und es gibt die falschen Anreize: Im Pflegebudget wird alles bezahlt, also lohnt es, Pflegekräfte zum Putzen einzustellen, was langfristig natürlich keinen Sinn macht.

Wenn man fragt, wie viel Pflege fehlt, dann muss man erstmal im europäischen Vergleich feststellen: Deutschland hat eine Spitzenposition. Das heißt, wir haben sehr viele Pflegekräfte je Einwohner und sehr viele Ärzte je Einwohner. Wie kann es in einer solchen Situation sein, dass die Skandinavier trotzdem nur halb so viele Patienten je Pflegekraft haben? Nun, die Hauptidee ist halb so viele Patienten. Bei uns werden Leute im Krankenhaus versorgt, die dort nie im Krankenhaus landen würden. Damit kommen wir zu der ersten Folie zurück: Ein Hauptschritt natürlich zur Entlastung des Pflegepersonals lautet, entsprechend die Fallzahl zu reduzieren und das ambulant machen, was ambulant möglich ist.

Lassen Sie mich deshalb gleich hier zu den drei Maßnahmen kommen, die zur Verbesserung führen: Wir brauchen eine Pflegebedarfsermittlung, das ist klar. Wir schützen die Patienten und auch das Pflegepersonal durch Untergrenzen und wir nutzen das Ambulantisierungspotenzial. Das werden die wesentlichen Hebel sein, um etwas Veränderung zu erreichen. Die Pflegebedarfsermittlung ist nicht ganz trivial und strittig in den letzten Jahren. Ich glaube, wir sind an einem Schritt, wo wir digital werden müssen. Die wesentlichen Informationen müssen aus der digitalen Pflegedokumentation kommen und das GVWG hat ja auch einen Auftrag an die Selbstverwaltung in diese Richtung.

Eine Interimslösung gibt es letztlich. Wir zahlen übers Pflegebudget alles, was an Zuwachs im Bereich Pflege ist, und wir schützen Patienten und Pflegekräfte durch Untergrenzen, wo wir hoffen, irgendwann beteiligt sich die DKG wieder an deren Weiterentwicklung. Was wir nicht befürworten, ist ein weiteres Instrument, was DKG und ver.di vorschlagen, nämlich die Revitalisierung der 30 Jahre alten PPR, der Pflegepersonalregelung. Das ist ein Instrument aus der vordigitalen Zeit und würde keinerlei Verbesserung in den nächsten Jahren bringen. Wir sollten uns aktiv beteiligen an einem modernen digitalen System.

Letzter Punkt: Strukturierung der Krankenhauslandschaft durch Mindestmengen und auch anderen Vorgaben. Dieses scheint uns einer der wesentlichen Hebel, um die Versorgung sicherer und besser zu machen. „Übung macht den Meister“ ist ein Universalgesetz, das auch in Krankenhäusern Gültigkeit hat und deswegen muss man gucken, dass man durch klarere Regeln die Patienten vor Gelegenheitschirurgie und anderen Dingen schützt. Man kann, glaube ich,

relativ gut zeigen: Es ist ein veritabler Beitrag, die Versorgung zu verbessern. Es gibt genug Studien zu vermeidbaren Todesfällen. Denken Sie nur an Mansky und Nimptsch und andere, die hier gearbeitet haben.

Der nächste Punkt über die Mindestmengen ist ein wenig peinlich, weil er eigentlich zehn Jahre alt ist. Es gab einfach keine vernünftige Weiterentwicklung im Bereich Mindestmengen und wir setzen uns dafür ein, dass das in nächster Zeit anders wird, zum Beispiel bei Brustkrebs- und Prostataoperationen. Wir hoffen, der G-BA kommt hier in Schwung und wir können auch auf Ortsebene überprüfen, ob das alles funktioniert.

Das gilt auch für den nächsten Punkt, nämlich die Frage von Mindestanforderungen, wo man eben gucken muss, ob eine Geriatrie auch noch einen Geriater hat. Ab und zu, wenn man dort höher abrechnet aufgrund eines OPS-Codes, sollte man überprüfen, ob die Anforderungen an die Geriatrie vorhanden sind. Wir haben Beispiele für solche Strukturierungen. Die Notfallstufen sind es, Anforderungen an Stroke Units und auch die Geriatrie, und die Einhaltung ist keine bürokratische Überlastung. Na ja, die Autoindustrie findet Abgasuntersuchungen auch als Bürokratie und möchte sie weghaben. Aber hier muss man im Sinne der Patienten dafür sorgen, dass eine entsprechende Strukturierung stattfindet.

Viele erwarten diese Strukturierung von der Landesplanung. Wir glauben, das funktioniert nicht. Stellen Sie sich das Drei-Häuser-Modell vor. Sie haben an der einen Kreisgrenze im Osten ein Haus des Roten Kreuzes und an der anderen Seite ein Haus von Helios. Es wäre sinnvoll aus Qualitätsgründen, aus Erreichbarkeitsgründen, ein Haus stattdessen in der Mitte zu machen. Kein Land hat die Rechtsmittel, um das durchzusetzen. Landesplanung ist Fake News. Wir haben keine Möglichkeiten, die autonomen Entscheidungen der Träger zu beeinflussen. Das, was sich alle vorstellen unter Landesplanung, dass man sozusagen die Krankenhäuser dorthin baut, wo auch die Menschen leben, das funktioniert nicht. Deswegen muss man die Strukturierung vornehmen durch solche G-BA-Vorgaben und definieren, was Notfallstufen sind, was Entfernungen sind, was Sicherstellungen sind usw. usf.

Von der DKG wird das zum Teil als sogenannte kalte Strukturierung bezeichnet. Wir glauben, es gibt keine bessere Idee als durch Qualitätssicherung die Landschaft zu strukturieren. Was Hecken dort macht, ist wohltemperiert – wenigstens im Grundansatz. Das heißt, wir brauchen eine Strukturierung durch bundesweite Vorgaben und das zieht sich durch all das, was wir an Positionen formuliert haben und was Sie hoffentlich schon gelesen haben und nochmal lesen werden, weil es so wunderbar schön ist.

Frau Stoff-Ahnis übernimmt wieder.

Stoff-Ahnis

Vielen Dank. Wir wollen sehr gern hinweisen auf unser Positionspapier, was bereits Anfang Dezember letzten Jahres von unserem Verwaltungsrat verabschiedet wurde. Hier haben wir die zwölf aus unserer Sicht besonders relevanten Themenfelder aufgegriffen und dargestellt, wie letztlich der Krankenhausbereich verändert werden kann und Anfang Dezember 2020 sind natürlich schon die Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Pandemie bis zu diesem Zeitpunkt eingeflossen. Soll heißen: Als gesetzliche Krankenversicherung wollen wir uns in den Austausch zur Weiterentwicklung natürlich konstruktiv einbringen.

2020 war sicher ein atypisches Jahr mit atypischen Entwicklungen. Es war noch nie so viel Geld im System für so wenig Leistung. Das könnte sozusagen die Überschrift sein. Dieses goldene Jahr der Krankenhausfinanzierung darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass wir einen enormen Reformbedarf im Krankenhausbereich haben. Also nur, weil jetzt viel Geld dort hineingeschüttet wurde, hat sich nichts sozusagen an den Abläufen und an den Defiziten verändert. Insofern plädieren wir dafür: Wenn wir dauerhaft eine hohe Versorgungsqualität in den Krankenhäusern sichern wollen, wenn wir das auch dauerhaft finanzieren können sollen, dann brauchen wir nachhaltige Strukturreformen.

Insbesondere hat sich jetzt auch gezeigt: Wichtig ist, dass wir eine Transparenz haben über das Versorgungsgeschehen. Wir brauchen eine verbesserte Pflegesituation durch reduzierte Fallzahlen, aber eben auch über moderne Personalbemessung und wir brauchen insbesondere veränderte Strukturen, die sich an dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung orientieren, die eben eine Vorhaltestruktur sichern für das, was Tatsache bedarfsgerecht ist auch in den ländlichen Regionen und hierfür eignen sich bundesweit einheitliche Vorgaben, die die Qualität sichern, aber auch sachgerecht die Mittel zufließen lassen. In diesem Sinne: Die Neuordnung der Krankenhausversorgung sollte ein wichtiges Kapitel des neuen Koalitionsvertrages sein. Vielen Dank.

Lanz

Herzlichen Dank, Frau Stoff. Herzlichen Dank, Herr Leber. Wir kommen jetzt zu den Fragen der Journalistinnen und Journalisten. Ich habe dazu drei Bitten: Zum einen, dass Sie kurz Ihren Namen sagen, für welche Zeitung oder welchen Sender Sie arbeiten, und drittens wäre es total nett, wenn Sie Ihre Kamera anmachen könnten. Solange Sie die Frage stellen, ist es immer schöner für uns, wenn wir sehen, wer uns etwas fragt. Ich habe jetzt Herrn Kloepfer und Herrn Doll gesehen, die sich beide gemeldet haben. Herr Kloepfer, bitte.

Kloepfer

Viertens haben Sie vergessen: Es wäre auch gut, wenn man sein Mikro anmacht. Das habe ich hiermit getan. Sie hören mich?

Lanz

Ja, danke schön.

Kloepfer

Angesichts der Zahlen von Herrn Leber zur Entwicklung der Liegezeiten im Krankenhaus: Wäre es nicht angezeigt, mal über die Neuorganisation der Grenze zwischen ambulant und stationär nachzudenken, zum Beispiel im Sinne eines gemeinsamen Versorgungsbereiches oder sowas? Das heißt ja aber, dass man etwas großflächiger mal ans SGB V rangehen muss, um ambulant und stationär und ihre gemeinsamen Aufgaben neu zu definieren. Frau Stoff-Ahnis kann das gerne beantworten oder Herr Leber. Vielleicht Frau Stoff-Ahnis.

Stoff-Ahnis

Vielen Dank für die Frage. Natürlich ist eine übergreifende Ausgestaltung der Versorgung aus unserer Sicht wichtig. Sie haben recht, dass wir in der Tat die ambulante Versorgung natürlich nicht vergessen können, nur weil wir hier heute über die stationäre sprechen. Aber was wir zum Ausdruck bringen wollten, ist ja, dass wir insbesondere auch im Bereich der Notfallversorgung erste Ansätze sozusagen in der aktuellen Legislatur sehen können, dass wir uns große Hoffnungen machen über die Weiterentwicklung des AOP-Kataloges, also das ambulante Operieren sozusagen als eines der Themenfelder, wo wir natürlich ambulantes Potenzial sehen. Das sind aus unserer Sicht wichtige, richtige Ansätze.

Mehr hat es an Vorschlägen jetzt in dieser Legislatur oder auch Umsetzungen nicht gegeben. Das ist Tatsache Handlungsfeld noch für die Zukunft und wir wissen ja auch, die Bund-Länder-Arbeitsgruppe, die eingesetzt war, um genau an den sektorübergreifenden Themen zu arbeiten, ist hier noch nicht sozusagen zu Ergebnissen gekommen. Also das ist für uns aber in der Tat auch ein Prozess, der relevant ist, der wichtig ist, auch Stichwort Versorgungsplanung genannt.

Kloepfer

Da könnte man ja die Bund-Länder-Arbeitsgruppe ein bisschen vor sich hertreiben. Deswegen frage ich nach Ihren Positionen oder frage, ob Sie Positionen haben und ob Sie die in die Diskussion einspeisen wollen?

Lanz

Herr Leber hat noch eine Ergänzung.

Kloepfer

Ja, gerne.

Leber

Wir diskutieren erstens viel über die Neuordnung der Notfallstrukturen. Dort finden Sie auch entsprechende Positionen. Das alles geht nicht so sehr in Richtung eines neuen Sektors, denn neuer Sektor heißt immer zwei Grenzen statt bisher einer Grenze. Wir haben das in der ASV erlebt, wo man auch den Traum hatte, einen neuen Sektor zu schaffen und inzwischen sind alle hochgradig genervt von den Abgrenzungsregeln, die dann doppelt sein müssen: Abgrenzung gegenüber Krankenhaus und Abgrenzung gegenüber der sonstigen kassenärztlichen Versorgung. Das heißt, unsere Ideen gehen dahin, ein etwas umfassenderes Vergütungssystem in dem Fall zu schaffen und eine klarere Regelung, was ins Krankenhaus gehört und was nicht da reingehört. Von einem neuen Sektor würde ich jetzt erstmal abraten.

Lanz

Vielen Dank. Herr Kloepfer, Entschuldigung, ich will ungerne sozusagen in einen Dialog eintreten. Wir haben jetzt auf der Redeliste Herrn Doll, Herrn Grill, Frau Broll und Herrn Koch. Herr Doll, bitte sehr.

Kloepfer

Ich habe nur herzlichen Dank gesagt, lieber Herr Lanz. Alles in Ordnung.

Doll

Guten Tag in die Runde. Mein Name ist Nikolaus Doll, WELT und WELT am Sonntag. Ich habe zwei Fragen an Frau Stoff-Ahnis. Die erste ist eine Nachfrage/ Verständnisfrage zu dem, was Sie gesagt haben. Ich beziehe mich dabei auf Folie 7: Pandemie- und Krankenhausfinanzierung. Frau Stoff-Ahnis, Sie hatten gesagt, die Rechnungsprüfung ist von 17 auf 5 Prozent reduziert worden. Das heißt mit anderen Worten, wie haben ich das zu verstehen? Es wurde einfach deutlich weniger kontrolliert? Sehe ich das richtig? Das ist die eine Frage. Die zweite kommt gleich.

Stoff-Ahnis

Vielen herzlichen Dank für die Frage. Das kann ich sehr gern etwas erläutern. Im Vorfeld der Pandemie gab es keine Quotierung der Abrechnungsprüfung im Krankenhausbereich und der Wert, den ich benannte, 17 Prozent, das war letztlich die durchschnittliche Prüfquote, die Krankenkassen genutzt haben, um die Abrechnung aus den Krankenhäusern zu prüfen. Aus diesem sozusagen umfassenden Prüfgeschehen wurden 2,8 Milliarden Euro letztlich an Rückflüssen gesichert. Das waren wohlgerne eben fehlerhaft gestellte Abrechnungen. Im Kontext der Pandemie hat die Politik entschieden, zur Arbeitserleichterung für die Krankenhäuser sollte die Abrechnungsprüfung arg reduziert werden, und zwar auf 5 Prozent. Insofern galt ab dem vergangenen Jahr bis zum 31.12.2020 die reduzierte Prüfquote von nur noch 5 Prozent – mit allen Auswirkungen, die wir daraus ja mit Fantasie ableiten können. Mit einem einfachen Dreisatz ist dann klar, dass letztlich die Rückflüsse nicht höher als 800 Millionen Euro grundsätzlich liegen können. Das heißt, 2 Milliarden Euro für fehlerhafte Abrechnungen konnten nicht zurückfließen an das System der gesetzlichen Krankenversicherung.

Doll

Okay, vielen Dank. Das habe ich verstanden. Jetzt kommen wir zum zweiten Punkt, auf den ich eigentlich hinauswollte, auf die Intensivauslastung. Wenn ich Sie richtig verstanden habe, können Sie nicht nachvollziehen – haben Sie ja gesagt –, welche Mittel geflossen sind. Das heißt, es ist in der Tat so, dass Sie überhaupt keinen Überblick haben, wer was bekommt und da müssen Sie doch eigentlich ein starkes Interesse daran haben, dass das sehr schnell aufgeklärt wird. Jetzt stellt sich für mich die Frage: Wie soll das Ihrer Meinung nach geschehen? Was fordern Sie ganz konkret auch mit Blick auf den Rechnungshofbericht?

Stoff-Ahnis

Vielen Dank für die weitere Frage. In der Tat, Herr Doll, Sie haben das sehr zutreffend erkannt, aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung besteht hier ein sehr hohes Aufklärungsinteresse. 686 Millionen Euro sind gezahlt worden für diese zusätzlich aufgebauten Betten. Zum einen möchten wir gern wissen, welche Krankenhäuser haben Mittel in welcher Höhe erhalten. Zum anderen möchten wir dann auch konkret erkennen können, dass die Mittel auch sachgerecht eingesetzt wurden. Wir sind uns darüber im Klaren, dass durch die besondere Schnelligkeit der gesetzlichen Regelung Definitionen zu Beginn nicht präzise getroffen wurden. Wir sind uns klar, dass die Politik es versäumt hat, zu Beginn der Pandemie und zu Beginn der Regelung die Nulllinie festzustellen, also sprich festzustellen, wie viele Intensivbetten gibt es denn bereits, um dann vergleichen zu können, wie viele zusätzliche sind aufgebaut worden. Aber grundsätzlich hat der Bundesrechnungshof hier ja dargelegt, dass man durch auch eine nachträgliche Definition und durch letztlich Anfragen im Hinblick auf Unterlagen über zusätzlich beschaffte Sachmittel etc. pp. von den Krankenhäusern Nachweise erfragen kann und das auch eben nachträglich tun muss. Die Länder sind hier wiederum in einer besonderen Rolle. Sie haben nämlich letztlich diese Mittel, die das BAS zur Verfügung gestellt hat, ausgeschüttet sozusagen an die Krankenhäuser in ihrem Hoheitsgebiet. Die Länder müssten hier auch letztlich in die Sachaufklärung eingebunden werden und wir als Kostenträger GKV müssen eben ebenso wie das Gesundheitsministerium die Länder in Kenntnis gesetzt werden, wer hat welche Mittel erhalten.

Lanz

Vielen Dank. Wir haben jetzt eine Frage hier im Saal von Herrn Grill. Also nicht wundern: Er hat keine Kamera, die er anmachen könnte.

Grill

Ich habe zwei Fragen, einmal zu dem Gesamtbudget. Es ist ja so, dass die Krankenhäuser aus den GKV-Mitteln bereits 1,2 Milliarden Euro mehr bekommen haben bei 13 Prozent weniger Patienten. Heißt das im Umkehrschluss, dass Sie die Freihaltepauschalen insgesamt eigentlich gar nicht für nötig gehalten haben? Hätte man sie sich komplett sparen können? Dann die damit verbundene Frage: Wie viele Kliniken haben überhaupt zuletzt Freihaltepauschalen bekommen? Sie haben ja gesagt, dass das jetzt am 15. Juni ausgelaufen ist.

Stoff-Ahnis

Vielen Dank für die Frage, Herr Grill. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für das Jahr 2020 haben sich in der Tat erhöht um 1,2 Milliarden Euro. Diese 1,2 Milliarden Euro hätten aber nicht – also das ist sozusagen nicht der Umkehrschluss – die angeordneten Freihaltungen in den Krankenhäusern kompensieren können. Also das ist sozusagen nicht die Grundannahme. Wir haben mit diesen Mehrkosten aus der GKV beispielsweise auch finanziert zusätzliche Ausgaben wie Corona-Mehrkosten, wie beispielsweise diese Intensivbetten, die zusätzlich aufgebaut werden sollten. Wir haben beispielsweise diese erste Prämie für Pflegekräfte in Höhe von 100 Millionen Euro bezahlt aus der GKV. Es gab also viele zusätzliche Sonderkostenblöcke, die die Ausgaben belastet haben. Die angeordnete Einstellung von Operationen, die nicht medizinisch notwendig sind, wären über dieses Budget nicht abgedeckt gewesen.

Wir werden aber letztlich bei der GKV-Ausgabensituation nicht bei den 1,2 Milliarden Euro aus unserer Sicht stehenbleiben, denn gesetzlich vorgesehen ist, dass Krankenhäuser für das Jahr 2020 und dann auch für das Jahr 2021 noch Defizite geltend machen können, wenn sie nachweisen, dass über die Bundesausgleiche und die schon bisher erhaltenen Zahlungen immer noch Defizite bestehen. Insofern, der Betrag für die GKV kann sich nochmals erhöhen. Freihaltepauschalen parallel waren sinnvoll, aber diese Ausgleiche per Gießkanne auf alle Krankenhäuser, auch wenn sie nichts für die COVID-Versorgung beigetragen haben, das ist unser Kritikpunkt. Das war nicht sachgerecht. Das hätte frühzeitiger korrigiert werden sollen. Die zweite Frage würde gern Herr Leber beantworten.

Leber

Wie viele Krankenhäuser haben eigentlich von der Freihaltung profitiert? Es gab eine initiale Regelung im März letzten Jahres und diese initiale Regelung ist wahrhaftig siebenmal geändert worden durch das Bevölkerungsschutzgesetz und durch Verordnungen und nochmal ein Sicherungsgesetz und Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und jetzt gab es nochmal eine letzte Regelung, die dafür gesorgt hat, dass gestern die letzte Freihaltepauschale gezahlt worden ist in dieser Republik. Ab jetzt gelten wieder normale Bedingungen und die Grundidee am Anfang war einfach: Wer Betten freihalten kann, der soll es tun. Deswegen gab es 1.772 Häuser, die davon profitiert haben. Da haben natürlich auch Krankenhäuser von profitiert, die nicht richtig was nützen, wenn man COVID hat, also eine Augenklinik und andere.

Deswegen hat man dann im Herbst einen neuen Ansatz gewählt und hat gesagt „Wir unterstützen nur die Krankenhäuser, die auch wichtig für die COVID-Versorgung sind“ und hat sich dann auf diese Notfallstufen bezogen. Das waren dann 430 Häuser. Es folgte dann aber durch immer neue

Verordnungen eine Erweiterung, und zwar in dem Maße, wie die Inzidenz stieg, war es dann möglich, dass die Länder weitere Krankenhäuser für die Freihaltepauschale bestimmen konnten und das geschah in mehreren Schritten, in mehreren Häppchen, und es führte am Ende dazu, dass wir ungefähr 977 Einrichtungen haben, die davon profitierten. Also erst an alle, dann die bundesweite Strukturierung auf die Notfallkrankenhäuser und dann eine Erweiterung durch die Länder mit dem Ergebnis, dass dann 977 Einrichtungen davon profitiert haben.

Grill

Die zweite Frage wäre: Sie haben ja gesagt, dass in der zweiten und dritten Welle Patienten nicht abgewiesen wurden in Krankenhäusern, sondern von sich aus nicht gekommen sind. Da wollte ich Sie fragen: Woher wissen Sie das eigentlich? Welche Untersuchungen gibt es dazu und widerspricht das eigentlich nicht dem Anreiz der Freihaltepauschalen, nämlich gerade, dass man etwas bezahlt, dass ich etwas nicht mache, also dass Krankenhäuser dafür Geld bekommen, dass sie Patienten ja nicht behandeln, dass Betten leerstehen? Also woher kann man eigentlich sicher sein, dass in der zweiten und dritten Welle Patienten nicht abgewiesen wurden?

Leber

Die Untersuchung, die wir zitiert haben, war Busse und Augurzky. Die war jetzt nicht für zweite und dritte Welle, sondern für die erste Welle. Da haben die untersucht, wie stark sind sozusagen die Krankenhausbestimmungsfaktoren für diesen Prozess und dann sind sie eben zu dem Ergebnis gekommen, dass das Krankenhaus nicht alles erklärt, sondern dass es auch patientenseitig einen Effekt hat. Nachlesbar sozusagen in Busse/Augurzky und jetzt keine Prognose für die zweite und dritte Welle.

Lanz

Vielen Dank. Ich habe jetzt Frau Broll und Herrn Koch auf der Liste. Frau Broll, bitte.

Broll

Guten Tag. Hier ist Gisela Broll. Ich muss mich erstmal entschuldigen. Meine Kamera ist kaputt. Also beim nächsten Mal werde ich mich auch wieder bildlich zeigen und ich komme vom gesundheitspolitischen Informationsdienst und Schützebrief und ich habe auch zwei Fragen. Die erste Frage ist ein etwas größerer Komplex zu dieser Intensivbettenaffäre – in Anführungsstrichen. Da würde mich mal interessieren, ob in diese Gelder sozusagen auch das

notwendige Personal mit nicht eingerechnet im finanztechnischen Sinne war, aber dass also an das betreibbare Bett auch das notwendige Personal geknüpft wurde, denn damit wird ja jetzt auch seitens des BMG argumentiert, dass sie sagen, das freie Bett ist das eine, aber die andere Frage ist eben, ob das Personal überhaupt zur Verfügung stand durch Krankenstände und ähnliches. Dann würde mich noch interessieren, Herr Dr. Leber, Sie hatten gesagt, die Pflegepersonalplanung wäre sozusagen altbacken – sage ich jetzt mal –, ein altbackener Vorschlag und dagegen müsste die Digitalisierung gesetzt werden. Das war mir aber zu unspezifisch. Das habe ich nicht ganz verstanden, wie dieser Digitalisierungsgegentvorschlag dann aussehen soll. Das sind die beiden Fragen.

Lanz

Vielen Dank, Frau Broll. Dann übernimmt Frau Stoff die erste und Herr Leber die zweite.

Stoff-Ahnis

Vielen Dank, Frau Broll. Sie sprechen mit der Frage nach der personellen Aufstellung einen der Diskussionspunkte an, wo eben zurzeit festgestellt werden kann und werden muss, dass die Definition an das, was man letztlich eingekauft hat für 50.000 Euro, dass die nicht hinreichend präzise war. Die Betreibbarkeit von einem Intensivbett mit Beatmungsmöglichkeit setzt natürlich in der Natur der Sache auch das erforderliche Personal voraus.

Aber an der Stelle nochmals angemerkt: In der gesetzlichen Regelung findet sich keine Legaldefinition, was genau von diesem Intensivbett umfasst sein muss beziehungsweise auch, wie die personelle Aufstellung ist. Über die Thematik wird jetzt sicherlich in der Folgezeit zu diskutieren sein, zu streiten sein und es gibt ja – das ist auch in dem Bericht des Bundesrechnungshofs deutlich geworden – noch weitere Aspekte, insbesondere auch die Aufrüstung eben von sogenannten Low-Care-Betten und High-Care-Betten etc., also wo letztlich nur kleine Bestandteile dieser Intensivbettenausstattung verändert wurden, aber trotzdem eben der Anspruch auf 50.000 Euro dann geltend gemacht wurde oder geltend gemacht werden konnte.

Aber diese Frage lässt sich nicht mit einem klaren „Ja, natürlich war das Personal inkludiert“ beantworten, sondern das ist eines der Diskussionsthemen.

Leber

Wie funktioniert die PPR? Sie hat etwas sehr Vernünftiges: Sie teilt die Patienten in verschiedene Schweregrade ein, also in verschieden starken Pflegebedarf. Das ist die alte Regelung. Das

passiert, indem ich sage jetzt mal jeden Nachmittag auf Station jeder Patient einsortiert wird in die vier, fünf Schweregrade sozusagen als zusätzlicher Aufwand, als bürokratischer Aufwand, um dann zu zeigen: Jemand ist frisch operiert und hat einen höheren Pflegebedarf.

Die Tatsache, dass jemand frisch operiert ist, kann man aber auch aus der Patientenakte entnehmen, kann man aus dem digitalen Krankenhaussystem übernehmen. Wir wollen, dass nichts gesondert und extra erfasst werden muss für eine solche Erfassung des Pflegebedarfs, sondern dass alles abgeleitet wird aus der elektronischen Patientenakte, aus der Fallakte des Krankenhauses. Dort muss ja alles Wesentliche erfasst werden von der Arzneimittelgabe bis zur Flüssigkeitsaufnahme, bis hin zu Verbandswechseln und ähnlichen Dingen. Diese Dinge muss man abgreifen und daraus den Pflegebedarf ermitteln und nicht nur den Bedarf, sondern auch das, was dann tatsächlich passiert ist. Das ist die Grundidee: Man nehme die Pflegeakte und erfasse nicht zusätzlich.

Lanz

Vielen Dank, Herr Leber. Herr Koch, Sie haben das Wort.

Koch

Guten Tag. Hannes Koch, Korrespondent unter anderem für die Tageszeitung taz und Regionalzeitungen wie die Badische Zeitung und den Generalanzeiger in Bonn. Ich habe folgende Fragen: Erstens, wie groß ist aus Ihrer Sicht das Delta gewesen zwischen den Intensivbetten im DIVI-Register und dem, was Sie rechnerisch gezahlt haben? Zweitens, brauchen wir als Konsequenz aus Corona künftig mehr Intensivbetten in Deutschland oder weniger? Drittens, muss es zu einer Zentralisierung der Intensivbetten in weniger Krankenhäusern kommen, die dann aber besser ausgestattet sind und eher in der Lage sind, diese Anforderungen auch zu erfüllen? Danke.

Lanz

Wir danken auch. Frau Stoff, bitte, Sie haben das Wort.

Stoff-Ahnis

Vielen Dank, Herr Koch. Das Delta ist in der Tat ein sehr interessanter Punkt, aber schwer bezifferbar. Wir hatten bewusst diesen großen Balken offengelassen und darüber auch festgestellt, dass wir nicht genau sagen können mangels konkreter Meldungen, wie viele Betten fehlen.

Jetzt war in den zurückliegenden Wochen auch die Diskussion über bestimmte Größenordnungen, aber das sind zurzeit ehrlich gesagt Mutmaßungen. Wir gehen davon aus, dass es aber durchaus etwas mehr als 2.000 Betten sein können, die zurzeit eben nicht plausibel nachgewiesen sind. Eine konkrete Zahl kann ich Ihnen nicht nennen, einfach aufgrund der fehlenden Transparenz. Wo ich ganz klar zustimmen kann, das ist Ihre Frage, ob eine Leistungskonzentration aus unserer Sicht der richtige Ansatz wäre. Das können wir jetzt auch nach der Erfahrung der Pandemie ganz klar bestätigen: Ja, eine Strukturierung aus unserer Sicht setzt voraus, dass wir natürlich die Versorgung gerade von komplizierten Behandlungen dort stattfinden lassen, wo man Routine hat, wo die Erfahrungen sind, wo die Qualifikation vorliegt.

Ich hatte vorhin auch genannt, dass gerade die großen Häuser zu 60 Prozent – die 335 größten Häuser – die schweren COVID-Versorgungen vorgenommen haben. Das bestätigt uns und insofern auch im Hinblick auf Intensivversorgung ist eine Konzentration sinnvoll. Die Anzahl von Intensivbetten, das haben wir jetzt im internationalen Vergleich gesehen, ist in Deutschland im internationalen Vergleich überdurchschnittlich groß. Wir haben letztlich erkannt, dass wir nicht an die Kapazitätsgrenzen gelangt sind in Deutschland – zum Glück. Wir haben an unterschiedlichen Stellen schon darüber diskutiert, unter anderem auch im Beirat, ob die jetzt geschaffenen zusätzlichen Kapazitäten als Art Reserve im Hintergrund gehalten werden sollen für etwaige künftige pandemische Lagen. Ähnlich hat sich auch der Bundesrechnungshof geäußert, aber einen zusätzlichen Bedarf sehen wir im Bereich der Intensivversorgung nicht.

Koch

Eine Nachfrage dazu: Sollten es weniger Intensivbetten sein?

Stoff-Ahnis

Es sollten bedarfsgerecht Intensivbetten sein. Es könnten durchaus weniger sein, aber das wäre letztlich in einer umfassenden Strukturierung nach den Kriterien, wie ich das vorhin genannt hatte, dass wir eben bundeseinheitliche Standards setzen, Anforderungen setzen, dass wir bedarfsgerecht uns orientieren, wie ist sozusagen die Bevölkerung ringsum, da könnte es durchaus auch eine geringere Anzahl von Intensivbetten sein.

Lanz

Vielen Dank. Herr Albert hat sich zu Wort gemeldet.

Albert

Vielen Dank. Florian Albert, führen und wirtschaften im Krankenhaus. Frau Stoff-Ahnis, Herr Dr. Leber, ein Thema, das gerade die GRÜNEN etwas pushen und auch die privaten Krankenhausträger, sind regionale Versorgungsmodelle. Das kam jetzt in Ihrer Präsentation zur Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturlandschaft gar nicht vor. Warum? Ist es nicht interessant oder wie stehen Sie zu diesen Konzepten? Welche Chancen würden Sie so etwas einräumen? Vielen Dank.

Leber

Wir versuchen noch rauszufinden, wie das ganz konkret aussehen soll. Also ein Modell, wo im Grunde aus der KV auf einmal die niedergelassenen Ärzte rausgebrochen werden und Eingang finden in ein regionales Budget, wo alle dann kooperativ zusammenarbeiten, da habe ich noch ein paar Umsetzungsschwierigkeiten. Es ist auch nicht ganz klar, wer ist eigentlich sozusagen der Herr im Ring.

Früher war es mal so, dass Arztnetze geplant werden sollten, um Krankenhäuser zu kontrollieren. Jetzt wollen Krankenhäuser sozusagen das Management solcher Gesundheitsbudgets für den regionalen Bereich übernehmen. Wir müssen da noch sehr viele Sachen klären.

Wo das vergleichsweise viel diskutiert worden ist, ist in der Psychiatrie. Aber all diese Modelle sind immer nur die ambulante Versorgung durch das Krankenhaus und ohne Beteiligung der niedergelassenen Ärzte gewesen. Mir ist nicht ganz klar, ob die GRÜNEN jetzt weitergehen wollen und ein Modell vorschlagen, wo im Grunde kleinere Inseln gebaut werden. Es gibt noch eine kleine Vermutung von mir, die lautet: Was im Schwarzwald funktioniert, ist vielleicht für Bochum-Süd nicht ganz die richtige Lösung.

Lanz

Herzlichen Dank. Ich schaue noch einmal fragend in die Kamera, ob es noch Fragen gibt, noch Hinweise? Frau Broll hat sich gemeldet. Gibt es noch weitere Wortmeldungen? Ansonsten würde ich gerne nach der Frage von Frau Broll dann die Liste schließen. Das ist nicht der Fall. Frau Broll, dann haben Sie jetzt die Abschlussfrage.

Broll

Die geht nochmal an Frau Stoff-Ahnis. Meine Frage ist: Es wird ja auch der Vorwurf gemacht, das ist auch bezüglich der Intensivbetten-Affäre noch einmal, dass Sie ja in diesem Begleitgremium

auch mitgesessen haben und warum das nie so deutlich thematisiert worden ist, sondern jetzt praktisch hinterher erst als Vorwurf vorgebracht wurde?

Stoff-Ahnis

Vielen Dank, Frau Broll. Ich habe kurz gezögert, weil akustisch sind Sie jetzt nicht ganz so gut zu hören und Sie hatten das jetzt auch eher nur irgendwie angedeutet und nicht so konkret gesagt, welchen Aspekt Sie jetzt meinen.

Broll

Ich kann das nochmal sagen. Es gab ja dieses Begleitgremium.

Stoff-Ahnis

Den Expertenbeirat meinen Sie?

Broll

Ganz genau. Da ist ja nicht, jedenfalls nicht durchgängig oder für die Öffentlichkeit jedenfalls nicht wahrnehmbar diskutiert worden, dass nicht die Anzahl der bezahlten Intensivbetten wirklich bereitgestellt wurde und seitens DKG usw. kommt jetzt natürlich die Gegenargumentation, dass das jetzt auf einmal sozusagen als Vorwurf vorgebracht wurde, obwohl es vorher gar nicht thematisiert wurde.

Stoff-Ahnis

Gut, alles klar. Vielen Dank, Frau Broll. Dann habe ich die Frage jetzt verstanden. Der Expertenbeirat hatte ja die Aufgabe zu schauen, wie sind die wirtschaftlichen Auswirkungen auf die Krankenhäuser. Aber dennoch haben wir natürlich – da sind auch Vertreter von der Krankenversicherung eingebunden gewesen neben Wissenschaft und deutscher Krankenhausgesellschaft – auch geschaut, wie insgesamt die Einzelmaßnahmen des Rettungsschirms wirken und aus diesem Grunde wurde auch über die Thematik Intensivbetten sehr intensiv diskutiert, kontrovers diskutiert.

Die Forderung, dass wir als Kostenträger für die Intensivbetten hier Transparenz brauchen und Klarheit, wurde zu jeder Zeit sehr deutlich adressiert. Es gab letztlich Beratungen, wo die

verfügbaren Informationen aus den Bundesländern vorgestellt wurden den Beiratsmitgliedern, aber diese Informationen haben eben auch noch keine abschließende Aufklärung ermöglicht. Insofern, eine Befassung mit der Themenstellung Intensivbetten ist erfolgt, aber nicht im Sinne von: Wir konnten zu einem gemeinsamen Ergebnis kommen, eine Empfehlung aussprechen, sondern es wurde letztlich festgestellt, wo die Defizite liegen.

Lanz

Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit. Ich wünsche Ihnen für den Tag vor allem ein schattiges Plätzchen und bleiben Sie gesund. Tschüss.