

# Berlin kompakt

Nr. 1 // 4. Februar 2021

## Krankenhausversorgung in der Corona-Pandemie

### Bisherige Finanzhilfen zur Sicherstellung der Krankenhäuser

Seit Beginn der Corona-Pandemie vor einem Jahr wurde eine Vielzahl an Maßnahmen ergriffen, um die Versorgung von COVID-19-Erkrankten in den Krankenhäusern sicherzustellen. Während zu Beginn der Pandemie alle Krankenhäuser einen pauschalen finanziellen Ausgleich für verschobene Eingriffe und Behandlungen erhielten, um zusätzliche Behandlungskapazitäten für COVID-19-Patienten zu schaffen, wurden die Krankenhaus-Ausgleichszahlungen später in der Höhe differenziert.

Mit dem Dritten Bevölkerungsschutzgesetz wurde eine Modifikation der Ausgleichszahlungen und ihre Fortführung bis zum 31.01.2021 beschlossen. Seitdem erhalten Krankenhäuser, die sich an der stationären Notfallversorgung beteiligen, Ausgleichszahlungen in Abhängigkeit vom Anteil freier Intensivbetten im Land- oder Stadtkreis und der 7-Tage-Inzidenz der Neuinfektionen. In einer kürzlich in Kraft getretenen Änderungsverordnung wurde der Anspruch der Krankenhäuser auf den Erhalt von Finanzhilfen bis Ende Februar 2021 verlängert sowie der Kreis der berechtigten Krankenhäuser um bestimmte Fachkliniken vergrößert.

### Weitere Maßnahmen zur Unterstützung der Kliniken

Gleichzeitig haben die Krankenkassen für 2020 beispielsweise das Zahlungsziel für Krankenhausrechnungen auf fünf Tage verkürzt, die Prüfquote wurde auf fünf Prozent reduziert; es wurden Pauschalen für persönliche Schutzkleidung je Fall eingeführt, der Pflegeentgeltwert erhöht sowie zusätzliche Ausgleichsregelungen für Mindererlöse vereinbart (wobei die gesamten Mehrerlöse bei den Krankenhäusern verbleiben). Daneben erhielten die Krankenhäuser bis zum 30.09.2020 pro zusätzlich eingerichteter Beatmungskapazität 50.000 Euro Investitionshilfe aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.

### Verlängerung der Ausgleichszahlungen in Kraft getreten

Mit der rückwirkenden Änderung der Ausgleichszahlungsverordnung zum 15.01.2021 wurden die Krankenhaus-Finanzhilfen bis zum 28.02.2021 verlängert, gleichzeitig wurde der Kreis der Berechtigten um Fachkliniken erweitert. Damit wird Fachkrankenhäusern mit nachgewiesener Erfahrung bei Beatmung die Möglichkeit gegeben, ebenfalls von den Finanzhilfen zu profitieren. Es handelt sich bei den zusätzlich anspruchsberechtigten Krankenhäusern ausschließlich um Lungen- und Herzfachkliniken.

Daneben werden die Finanzhilfen für die Reha-Kliniken ebenfalls bis Ende Februar 2021 verlängert. Reha-Kliniken können auch weiterhin zur Krankenhausbehandlung ermächtigt werden.

 **Die zeitlich befristete Verlängerung der Ausgleichszahlungen ist vor dem Hintergrund der anhaltend hohen Krankenhausbelegungen durch COVID-19-Patienten notwendig. Mit Blick auf das tatsächliche Versorgungsgeschehen und die finanzielle Unterstützung der Krankenhäuser ist es richtig, auch Fachkliniken in den Kreis der anspruchsberechtigten Krankenhäuser aufzunehmen.**

### Aktuelle Diskussion um die Weiterentwicklung der Finanzhilfen für Krankenhäuser

Vor dem Hintergrund der noch immer angespannten Lage bei der Versorgung von COVID-19-Patienten in den Krankenhäusern, bei gleichzeitig sinkenden Neuinfektionszahlen, wird derzeit kontrovers diskutiert, in welcher Form und welchem Umfang weiter Liquiditätshilfen an die Krankenhäuser gewährt werden sollen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft

# Berlin kompakt

Nr. 1 // 4. Februar 2021

(DKG) kritisiert, dass die finanzielle Absicherung der Krankenhäuser aktuell unzureichend und für das gesamte Jahr 2021 noch ungeklärt sei. Nötig seien aus Sicht der DKG Liquiditätshilfen für alle Krankenhäuser bis mindestens Mitte 2021, die dann Ende 2021 mit den sonstigen Erlösen verrechnet werden müssten. Ebenfalls unzureichend refinanziert seien die Mehrkosten für den höheren Infektionsschutz und die persönliche Schutzausrüstung, die sich auf mehrere hundert Millionen Euro beliefen.

Die Krankenkassen hingegen beklagen, dass insbesondere die Regelungen zu Freihaltpauschalen, aber auch zum erhöhten Pflegeentgeltwert und zu Mindererlösausgleichen im Jahr 2020 zu einer Überfinanzierung bestimmter Kliniken geführt hätten. Insbesondere kleine Krankenhäuser sowie psychiatrische und psychosomatische Fachkliniken, die keine schweren COVID-19-Fälle versorgt haben, hätten durch die pauschalen Finanzhilfen zu Beginn der Pandemie übermäßig profitiert. Kritisiert wird in dem Zusammenhang auch die mangelnde Transparenz über die ausgezahlten Finanzhilfen und die Verteilung der Mittel.

↗ **Es ist sinnvoll, die Liquiditätshilfen für die Zeit der Pandemie weiterzuführen. Notwendig sind dabei zielgerichtete Finanzhilfen an die Krankenhäuser, die sich nach der tatsächlichen Betroffenheit bei der Versorgung von COVID-19-Patienten richten. Grundlage dafür müssen quartalsweise bzw. monatliche Datenauswertungen zum Leistungsgeschehen in den Jahren 2020 und 2021 sein. Diese Auswertungen sollten für die Dauer der Pandemie monatlich fortgeführt werden, um die Betroffenheit der Krankenhäuser an konkreten Zahlen zu belegen. Ebenso müssen die Länder Aufstellungen zu den pro Krankenhaus geleisteten Ausgleichszahlungen sowie zu den geförderten zusätzlichen Intensivbetten im Jahr 2020 zur Verfügung stellen.**

Die Finanzierung von Corona-bedingten Mehrkosten wird bereits seit Beginn der Pandemie in Form von pauschalen Zuschlägen je voll- und teilstationären Behandlungsfall durch die Kassen sichergestellt, die künftig durch krankenhausindividuelle Zuschläge ersetzt werden sollen. Sinnvoll wäre weiterhin eine pauschale Finanzierungsregelung mit eindeutig definierten Finanzierungstatbeständen, die sich auf die Finanzierung persönlicher Schutzausrüstung sowie auf die erhöhten Anforderungen an die Hygiene begrenzen.

## MTA-Reform-Gesetz vom Bundestag beschlossen

Der Deutsche Bundestag hat das Gesetz zur Reform der medizinisch-technologischen Assistenzberufe am 28.01.2021 in 2./3. Lesung gebilligt. Der Gesetzentwurf bedarf noch der Zustimmung des Bundesrates. Mit dem MTA-Reform-Gesetz soll die Ausbildung zu Berufen der technischen Assistenz in der Medizin zeitgemäß und umfassend qualifizierend gestaltet werden. Dabei wird die Berufsbezeichnung Medizinisch-Technische Assistenz (MTA) ersetzt durch die Bezeichnung medizinischer Technologe/in. Zudem wird Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern im Einsatz mehr Rechtssicherheit gegeben.

### Finanzierung der Ausbildungskosten für MTA

Im Zuge der Weiterentwicklung der Ausbildungen zu Berufen der medizinischen Technologie durch das MTA-Reform-Gesetz wird auch die Finanzierung der Ausbildungskosten für die vier medizinisch-technologischen Assistenzberufe für Laboratoriumsdiagnostik, Radiologie, Funktionsdiagnostik und Veterinärmedizin neu geregelt. Gleches gilt bereits für die neuen Ausbildungsberufe zum Anästhesie- und Operationstechnischen Assistenten/in.

### MTA-Reform-Gesetz

28.01.2021  
2./3. Lesung Bundestag  
  
12.02.2021  
2. Durchgang Bundesrat  
  
01.01.2023  
Inkrafttreten

Bei der Durchführung der praktischen Ausbildung dieser Ausbildungsberufe sollen künftig Kooperationen zwischen Schulen und Krankenhäusern ausreichen, um eine Finanzierungsverpflichtung dieser Ausbildungsstätten durch die Krankenkassen auszulösen. Bislang galt, dass das Krankenhaus zwingend „Mitträger“ einer Schule sein musste. Im Gesetz sind konkrete Vorgaben an die Kooperationsvereinbarungen formuliert, wie zum Beispiel Angaben zur Anzahl der Ausbildungsplätze oder zu den Ausbildungskosten der Schule.

Hintergrund der neuen Kooperation zwischen privaten Ausbildungsstätten und Krankenhäusern ist das im MTA-Reform-Gesetz vorgesehene Verbot, für die zukünftige Ausbildung Schulgeld zu erheben. Um die wegfallenden Einnahmen durch das Schulgeld zu kompensieren, treten Schulen in Kooperation mit Krankenhäusern: In diesem Fall werden die Kosten der Ausbildungsstätten durch die Krankenkassen übernommen.

- ↗ **Die Schulgeldfreiheit für die medizinisch-technologischen, anästhesie- und operations-technischen Ausbildungsberufe kann dazu beitragen, diese attraktiver zu machen und insgesamt zu stärken. Eine Kompensation der Einnahmeausfälle durch den Wegfall des Schulgeldes sollte jedoch aus Ländermitteln erfolgen, da diese bei der Ausbildung in einer besonderen Verantwortung stehen.**

## Änderung am Notfallsanitätergesetz schafft mehr Rechtssicherheit

Mit dem MTA-Reform-Gesetz wird gleichzeitig mehr Rechtsklarheit für Notfallsanitäter geschaffen: Sie dürfen künftig bis zum Eintreffen des Notarztes oder bis zum Beginn einer weiteren ärztlichen Versorgung heilkundliche Maßnahmen eigenverantwortlich durchführen. Voraussetzung dafür ist, dass sie die Maßnahmen in der Ausbildung erlernt haben und diese beherrschen. Sie müssen zudem erforderlich sein, um Lebensgefahr oder wesentliche Folgeschäden von der Patientin oder dem Patienten abzuwenden.

Von der ursprünglich im Gesetzentwurf vorgesehenen weiteren Konkretisierung des Aufgabenbereichs der Notfallsanitäter wurde abgesehen, um den oft lebensrettenden Einsatz nicht mit rechtlichen Vorgaben zu verkomplizieren. In der Begründung des einschlägigen Änderungsantrags zum Gesetz wird zudem betont, dass weiterhin keine abschließende gesetzliche Regelung des Einsatzes bestehe. Es sei auch in Zukunft möglich, dass Notfallsanitäter gezwungen sein könnten, heilkundliche Tätigkeiten zu verrichten, ohne dass alle Voraussetzungen der Regelung erfüllt seien.

- ↗ **Mit der Neuregelung kommt der Gesetzgeber langjährigen Forderungen sowohl der Bundesländer als auch der Berufsgruppe der Notfallsanitäter nach. Die Ausbildung zum Notfallsanitäter qualifiziert seit Inkrafttreten des Notfallsanitätergesetzes auch zur Ausübung von Heilkunde bei der Erstversorgung im Notfall. Deshalb ist es nur folgerichtig, dass Notfallsanitäter das Erlernte auch in einem rechtlich gesicherten Rahmen anwenden dürfen. Es handelt sich bei der Neuregelung um eine wichtige Initiative, die zur Rechtsicherheit für Notfallsanitäter beitragen kann und damit letztlich den Patienten im Notfall zugutekommen wird.**

## 10-Punkte-Programm des Spitzenverbands der Fachärzte

Auf wenigen Seiten positioniert sich der Spitzenverband Fachärzte (SpiFA) zu Beginn des Bundestagswahljahrs 2021: Der Dachverband fachärztlicher Berufsverbände hat sein Grundsatzprogramm „Facharzt 2025 – Gemeinsam in Klinik und Praxis“ vorgelegt, in wel-

# Berlin kompakt

Nr. 1 // 4. Februar 2021

chem er seine Forderungen in zehn Punkten formuliert. Es sei dringend notwendig, Veränderungsprozesse anzustoßen, so SpiFa-Vorstandsvorsitzender Dr. Dirk Heinrich, um die Leistungsfähigkeit der fachärztlichen Medizin erhalten und ausbauen zu können. Neben dem Bekenntnis zur Freiberuflichkeit, der Diagnose- und Therapiefreiheit stellt der SpiFa Forderungen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen sowie zu den wirtschaftlichen Voraussetzungen der Fachärztinnen und Fachärzte.

## Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Versorgung

Der SpiFa fordert eine intensive Zusammenarbeit von Fachärztinnen und Fachärzten in Klinik und Praxis, um die Patientinnen und Patienten „Hand in Hand“ zu versorgen. Dabei sollten Prävention, Diagnostik und Therapie ineinander greifen. Gleichzeitig fordert der Verband die Abschaffung der ambulant-stationären Sektorenengrenze. Die im SGB V vorgezeichnete Trennung der Versorgungsbereiche sei innovationshemmend, diene nur noch der ökonomischen Steuerung und verhindere die Patientenorientierung in der Versorgung. Die Fachärzte setzen auf die Zusammenarbeit mit nichtärztlichen Heil- und Gesundheitsfachberufen, allerdings mit dem Primat der rechtlichen und medizinischen Verantwortung bei den Ärzten. Selektivvertragliche Versorgungskonzepte sollen gestärkt werden, um die Defizite des Kollektivvertrags in Struktur und Leistungsangebot auszugleichen.

- ↗ **Die Forderung des SpiFa nach einer sektorenübergreifenden und interprofessionellen Versorgung ist wichtig und zeigt die Bereitschaft der Fachärzteschaft, sich an dieser umfassenden Strukturreform zu beteiligen. Zu ihrem Gelingen gehört jedoch auch, die nichtärztlichen Gesundheitsberufe stärker einzubinden und zum Beispiel qualifiziertem Pflegepersonal mehr Kompetenzen und Verantwortung zu übertragen als bisher.**  
**Die Funktion von Selektivverträgen kann nicht sein, neben dem Kollektivvertrag dauerhaft ein konkurrierendes Leistungsangebot aufrechtzuerhalten. Selektivverträge sollen gerade die Entwicklung abweichender Versorgungsstrukturen ermöglichen und so Impulse für die Regelversorgung geben. Sofern sich diese abweichenden Strukturen im selektivvertraglichen Kontext bewährt haben, muss zum Nutzen aller Versicherten eine Überführung in die Regelversorgung erfolgen.**

## Forderungen nach Entbudgetierung und Niederlassungsfreiheit

Die Vergütung ärztlicher Tätigkeit soll nach den Vorstellungen des SpiFa vollständig entbudgetiert werden. Zugleich soll der Gebührenordnung für Ärzte eine stärkere Rolle zu kommen, auch für Ärzte in der stationären Versorgung. Der Facharzt im Krankenhaus werde damit unabhängiger bei seinen medizinischen Entscheidungen. Sehr deutlich formuliert der SpiFa seine Forderung nach einer uneingeschränkten Niederlassungsfreiheit.

- ↗ **Eine Entbudgetierung der Vergütung ist nicht mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbar. Das Mengenrisiko würde vollständig auf die Krankenkassen verschoben. Aus wirtschaftlichen Erwägungen könnte gleichzeitig der Anreiz für Fehlbehandlungen steigen.**  
**Die Niederlassung von Fachärztinnen und Fachärzten wird in der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Bedarfsplanung geregelt. Dies ist entspricht dem hohen öffentlichen Interesse an der Sicherstellung eines gleichmäßigen und bedarfsgerechten Zugangs der Versicherten zur fachärztlichen Versorgung.**  
**Die starke Betonung der Niederlassung in eigener Praxis widerspricht dem erkennbaren Paradigmenwechsel bei heutigen Berufsentscheidungen: Vor allem jüngere Menschen im**

## Zum Download

10-Punkte-Programm des SpiFa

ärztlichen Beruf bevorzugen nach aktuellen Studien eine Teilzeitbeschäftigung im Angestelltenverhältnis.

## Bundeskabinett bringt Datenstrategie auf den Weg

Die Bundesregierung hat am 27.01.2021 die seit Langem diskutierte Datenstrategie beschlossen und der Öffentlichkeit vorgestellt. Die Strategie umfasst fünf Handlungsfelder für den Umgang mit Daten: So soll die digitale Kompetenz der Bevölkerung weiterentwickelt und die Dateninfrastruktur und -ausstattung verbessert werden. Ein wesentliches Ziel ist dabei, bis Ende 2025 gigabitfähige Datennetze bereit zu stellen. Einen weiteren Schwerpunkt bilden Innovation und digitale Transformation zur „Industrie 4.0“. Die Datenstrategie zielt zudem auf eine höhere Lebensqualität der „Gesellschaft im digitalen Wandel“ ab und will die staatliche Verwaltung modernisieren.

### Kontinuierliches Monitoring des Gesundheitssystems geplant

Für den Gesundheitsbereich sieht die Datenstrategie unter anderem die Erarbeitung von Verhaltensregeln für die Sekundärdatennutzung im Gesundheitswesen vor. Damit soll die Rechtssicherheit erhöht und die Voraussetzungen für eine Nutzung der Sekundärdaten innerhalb des Europäischen Gesundheitsdatenraums geschaffen werden.

Unabhängig von der Möglichkeit, die in der elektronischen Patientenakte (ePA) gespeicherten Behandlungsdaten ab 2023 freiwillig für Forschungszwecke an das neue Forschungsdatenzentrum freizugeben, sollen Patientinnen und Patienten ihre Daten auch individuell und unmittelbar für die medizinische Forschung zu Verfügung stellen können. Dies würde auf Grundlage einer individuellen Einwilligung, beispielsweise durch eine pauschale Zustimmung (broad consent) möglich sein.

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) strebt außerdem eine „systematische datenbasierte Messung der Leistungsfähigkeit und Effizienz des deutschen Gesundheitssystems“ an. Diese soll in einem Pilotprojekt getestet werden. Sie biete, so die Datenstrategie, große Chancen für ein kontinuierliches Monitoring des Gesundheitssystems. Damit sei eine „evidenzbasierte Entscheidungsgrundlage für die Politiksteuerung“ möglich.

- ↗ **Die im Rahmen der Datenstrategie der Bundesregierung angestoßene Verwendung der in der elektronischen Patientenakte gespeicherten Daten ist ein wichtiger Beitrag für eine bessere Versorgungssteuerung. Die Verwendung dieser Daten kann für die medizinische Forschung von Nutzen sein.**  
Ein datenbasiertes Monitoring des Gesundheitswesens kann positive Effekte entfalten, indem es die Wirkung der Digitalisierung auf die Versorgung der Versicherten aufzeigt. Wichtig wird sein, wie die Umsetzung erfolgen soll.

[Zum Download](#)

Datenstrategie der Bundesregierung

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

## Termine laufender Gesetzgebungsverfahren