

## Editorial

### COVID-19 stellt Gesundheitswesen und Bund auf die Probe



Unser Gesundheitswesen erbringt derzeit den größten Leistungsbeweis der letzten

70 Jahre. Jede Institution erbringt ihr Möglichstes. Insbesondere aber die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gehen mit größtem Einsatz und großer Professionalität an ihre Grenzen und darüber hinaus. Dafür sind wir Ihnen unglaublich dankbar!

Nun muss der Staat Wort halten und dem Personal sowie den Krankenhäusern für diese essenziell wichtigen Aufgaben den Rücken freihalten. Wie versprochen müssen sehr kurzfristig, unbürokratisch und in ausreichendem Maße die Liquidität der Krankenhäuser gesichert und Budgets für die aktuelle Versorgungslage zur Verfügung gestellt werden.

Alle sind nun dankbar für jedes Bett auf Intensiv- und Infektionsstationen. Kein Bett ist zu viel!

Dr. Daisy Hünefeld

### Kampf gegen Coronavirus

## Größte Krise der Nachkriegszeit: Werden DRGs bis Jahresende ausgesetzt?

René Adler

Immer mehr Infizierte, eine steigende Anzahl von Toten und die Prognose von Experten, dass die Fälle von Corona-Virus zumindest kurzfristig noch deutlich steigen dürften: Deutschland befindet sich mitten in der größten Gesundheits-Krise der Nachkriegszeit, die auch praktisch alle anderen Bereiche umfasst und das gesellschaftliche Leben nahezu lahmlegt. Eine Schlüsselrolle bei der Eindämmung kommt den Krankenhäusern zu: Sie sollen die Zahl der Beatmungsplätze rasant erhöhen, die entsprechenden

(intensivmedizinischen) Bereiche auch personell aufstocken und dafür auf viele Eingriffe verzichten, die nicht unmittelbar notwendig sind. Dafür macht sich auch Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) stark.

Um dadurch entstehende Einnahmeausfälle zu kompensieren, verlangte die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) nach einem Rettungsschirm für Kliniken. Und anders als bei vielen anderen Themen standen die Zeichen in den Verhandlungen mit den Kranken-

### In dieser Ausgabe

Kampf gegen Coronavirus  
**Größte Krise der Nachkriegszeit: Werden DRGs bis Jahresende ausgesetzt? ..... 1-4**  
**Köpfe..... 3**  
 Dokumentation:  
**RWI-Positionspapier zur Corona-Krise.....5-8**  
 Zusatzkode:  
**Kodierung von Fällen mit Coronavirus und COVID-19 .....8-9**  
 Leicht verständliche Briefe für Patienten  
**Hessen: „Sektorenübergreifendes Entlassmanagement“ verbessert Übergang ..... 9-11**

Trotzdem Streit über Weiterführung in Berlin:  
**Mobile Stroke Units verbessern Überlebenschancen gravierend ..... 11-12**  
**Infos ..... 12-14**  
 „Generalanfrage“ beschäftigt die Gerichte:  
**Wofür gilt die Ausschlussfrist zur Einreichung der Unterlagen beim MDK? ..... 14-15**  
**Bücher/Termine/Video-Tipp/ Impressum ..... 16**

kassen in dieser außergewöhnlichen Zeit zunächst eher auf Solidarität denn Streit. Ob dies beim später formulierten DKG-Konzept zur finanziellen Sicherstellung der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser auch so ist, muss sich noch erweisen. Zudem will Spahn in Kürze ein Finanzierungskonzept für Kliniken in der Corona-Krise vorlegen.

Das DKG-Papier wurde vom Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands öffentlich gemacht. Nach einer Telefonkonferenz des Präsidiums mit dem Bundesgesundheitsminister habe die DKG den Plan für die Dauer der Coronapandemie erarbeitet und dem Minister mit Schreiben vom 17. März übermittelt, hieß es einen Tag später. Darin fordert die Krankenhausgesellschaft, die bisherigen Entgeltsysteme bis zum Jahresende auszusetzen. Wörtlich heißt es: „Ab dem 01.04. rechnen die Krankenhäuser nicht mehr über die bisherigen Entgeltsysteme (DRG-System / BpflV) ab. Zur Sicherstellung der Kostenträgerzuordnung werden den Krankenkassen fallbezogenen Angaben aus den Entgeltsystematiken übermittelt.“ Es solle monatliche Abschlagsbeträge auf der Grundlage des zuletzt vereinbarten Budgets geben. Und weiter formulierte die DKG: „Ebenfalls zur Sicherung der Liquidität werden sämtliche Rechnungen für Patientenaufnahmen bis einschließlich 31.03.2020 vollständig innerhalb von fünf Tagen nach Rechnungsstellung von den Kostenträgern ausbezahlt.“

### Weitere Forderungen

Zudem solle bis zum Jahresende ein zusätzlicher Versorgungs-

zuschlag in Höhe von fünf Prozent gezahlt werden – als pauschaler Ausgleich für etwa den vermehrten Anfall tariflich vereinbarter Zuschläge für Überstunden und Nacharbeit oder die Reaktivierung von Personal. Zum Thema Förderung von Intensivbettenkapazitäten mit Beatmung verlangte die DKG: „Der Bund stellt den Ländern 85.000 Euro je nachgewiesenem zusätzlichen Platz zur Verfügung, die an die Krankenhäuser für die Schaffung zusätzlicher Intensivbetten ausgezahlt werden.“

Außerdem solle die Bundesregierung alle nicht zwingend erforderlichen Regulierungsvorgaben für das laufende Jahr, wie MDK-Prüfungen, aussetzen. Auch die InEK-Kalkulation für 2021 muss nach Überzeugung der DKG gestoppt werden. Stattdessen solle der Katalog des laufenden Jahres gelten und die Erstattung der bisher nicht refinanzierten Pflegepersonalkosten mit dem Pflegebudget 2021 erfolgen. Der Fixkostendegressionsabschlag solle erst wieder ab 2022 erhoben werden.

### Kassen bieten dreimonatigen Rettungsschirm

Der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) hat noch nicht direkt auf das DKG-Konzept reagiert, dürfte aber kaum mit allen Forderungen einverstanden sein. Er will den Krankenhäusern jedoch monatliche Abschlagszahlungen zur Liquiditätssicherung garantieren. Neben der normalen Rechnung könnten Kliniken in Höhe des Einnahmeausfalls Abschlagszahlungen bekommen, die sich am aktuellen Budget eines Hauses

orientieren sollen. Zusätzlich stellten die Kassen den Kliniken Gelder für erhöhte Materialkosten und den Aufbau weiterer Intensivbehandlungsplätze in Aussicht. Zur unbürokratischen Abwicklung der Zahlungen solle eine Krankenkasse je Bundesland bestimmt werden. Dieser Rettungsschirm solle auf zunächst drei Monate beschränkt sein, könne aber je nach Lage verlängert werden.

„Wir sorgen dafür, dass die gesundheitliche Infrastruktur auch unter Krisenbedingungen funktioniert, während Mediziner und Pfleger vor Ort die praktische Versorgung sicherstellen. Wir achten darauf, dass Kliniken und Ärzte mit der erforderlichen Liquidität versorgt werden, damit sie leisten können, was medizinisch notwendig ist“, versprach die Vorstandsvorsitzende des GKV-SV, Doris Pfeiffer, im Interview mit dem Redaktionsnetzwerk Deutschland. Derzeit würden Medizinerinnen und Mediziner im Ruhestand aktiviert, damit sie in den Kliniken und Praxen helfen könnten. „In einer solchen Krise ist es ein beeindruckendes Zeichen von Gemeinsinn, wenn Ruheständler sich zurück in der Klinik melden und sagen ‚Hier bin ich, wo kann ich helfen?‘. Dass diese notwendigen zusätzlichen medizinischen und pflegerischen Leistungen finanziert werden, steht für uns außer Frage“, so Pfeiffer.

Die gesetzliche Krankenversicherung mit ihren 73 Millionen Versicherten sei eine starke Solidargemeinschaft, die große Lasten schultern könne. Der Gesundheitsfonds verfüge über Reserven, die nun dringend gebraucht

würden. Reiche das Geld nicht aus, müsse möglicherweise der Bund einspringen. „Spätestens im Herbst werden wir einen Kassensturz machen, um zu sehen, wo wir finanziell stehen und ob wir zum Beispiel über eine Erhöhung des Bundeszuschusses sprechen müssen“, erklärte Pfeiffer. Sie finde, dass der Gesundheitsminister „auch in der Abwägung und Stafelung der Maßnahmen wirklich gute Arbeit macht“.

### DKG: „Wir verlassen uns auf die Bundeskanzlerin“

Die zentrale Aufgabe allen Handelns in der Corona-Krise sei es, die Arbeitsfähigkeit der Krankenhäuser und damit die Versorgung schwer kranker Patienten sicherzustellen, betonte die DKG, als

die Krise begann sich zuzuspitzen. Selbstverständlich kämen in diesem Zusammenhang die Kliniken der Aufforderung der Bundeskanzlerin und des Bundesgesundheitsministers nach, ab der kommenden Woche, soweit wie es medizinisch vertretbar ist, Patientenbehandlungen in den Kliniken zurückzufahren, erklärte die DKG am 13. März. Damit machten die Krankenhäuser notwendige Kapazitäten für die Versorgung der von Covid-19 schwer betroffenen Patienten und aller weiteren akut behandlungsbedürftigen Bürger verfügbar.

„Wir verlassen uns in diesem Zusammenhang darauf, dass der von der Bundeskanzlerin versprochene Schutzschirm für alle Krankenhäuser schnell und un-

kompliziert umgesetzt wird. Es muss jetzt alles Mögliche getan werden, um den Bestand und die Arbeitsfähigkeit der Kliniken zu erhalten“, sagte DKG-Präsident Dr. Gerald Gaß. Drei maßgebliche Punkte müssten im Vordergrund der politischen Handlungsnotwendigkeiten stehen:

1. Die finanziellen Hilfen müssten unbürokratisch und schnell die Liquidität der Krankenhäuser sichern.
2. Es dürfe auf keinen Fall zu einem Klein-Klein zwischen einzelnen Krankenkassen und Krankenhäusern darüber kommen, welche Kosten in welcher Form erstattet werden.
3. Die personelle und materielle Unterstützung der Krankenhäuser sei unabdingbar, um die Ver-

## Köpfe

### Anspach wird Geschäftsführerin des Herzzentrums Leipzig

Sabine Anspach verlässt die Helios-Klinik München und übernimmt zum 1. April die Geschäftsführung des Herzzentrums Leipzig, ebenfalls eine Klinik der Helios Kliniken Gruppe. Ihr Nachfolger wird Florian Aschbrenner, der zum 1. April die Klinikgeschäftsführung in München und zusätzlich die der Helios Klinik in Dachau übernimmt. Dort tritt der Diplom-Kaufmann die Nachfolge von Gerd Koslowski an, der nach zwei Jahren am Amper Klinikum den Konzern verlässt und als Vorstand Medizin zur Katholischen Jugendfürsorge der Diözese Augsburg wechselt. Anspach, Absolventin der WHU Otto Beisheim School of Management, leitete seit April 2019 das Helios Klinikum München West und die Helios Klinik München Perlach. Von 2017 bis März 2019 leitete sie gemeinsam mit Dr. Sebastian Heumüller das Helios Klinikum Berlin-Buch. Davor war sie knapp sechs Jahre in verschiedenen Positionen für die CompuGroup Medical tätig, unter anderem als Area Vice President Schweden, Vice President Finance Nordeuropa und Vice President Business Development. In Leipzig folgt sie auf Prof. Sebastian Heumüller, der das Herzzentrum Leipzig seit dem Weggang von Dr. Roland Bantle seit März interimweise geführt hat. Aschbrenner war bis Anfang 2019 bereits dreieinhalb Jahre Klinikgeschäftsführer der beiden Münchner Helios Kliniken und übernahm dann die Führung des Helios Kli-

nikums Erfurt, einer Klinik der Maximalversorgung. Davor war er seit 2009 in verschiedenen Führungspositionen für die Sana Kliniken AG tätig, zuletzt 2014 als Kaufmännischer Direktor des Klinikum Dahme-Spreewald. Auch mit Dachau hat der gebürtige Niedersachse bereits Berührungspunkte: Er war während seiner Zeit als Klinikgeschäftsführer in München zugleich Aufsichtsratsmitglied der Amper Kliniken AG. In der neuen Konstellation wird Aschbrenner für die vier Helios Kliniken in der Region München (Helios Amper-Klinikum Dachau, Helios Amper-Klinik Indersdorf, Helios Klinikum München West und Helios Klinik München Perlach) verantwortlich sein. In den vier Krankenhäusern versorgen rund 2.400 Mitarbeiter jährlich mehr als 135.000 Patienten.

Da Bantle auch das Helios Park-Klinikum in Leipzig geführt hatte, gibt es auch dort einen Nachfolger. Seit Anfang März ist Julian Zimmer dort Klinikgeschäftsführer. Er war als Kaufmännischer Leiter seit September 2017 für das operative Geschäft des Helios Park-Klinikums sowie seit März 2018 zusätzlich für das Herzzentrum Leipzig verantwortlich. Der studierte Gesundheitsökonom absolvierte das Trainee-Programm bei Helios und war im ambulanten Sektor sowie im Bereich der Rehabilitation tätig.

(scp)

sorgung in den nächsten Monaten sicherzustellen.

### Keine Klinik solle ins Defizit kommen

Angela Merkel (CDU) habe von einem jetzt „notwendigen Schutzschirm“ für die deutschen Krankenhäuser gesprochen und auch die Beschlusslage des Treffens mit den Ministerpräsidenten, dass die „entstehenden wirtschaftlichen Folgen für die Krankenhäuser ausgeglichen werden und kein Krankenhaus ins Defizit kommt“, wolle die DKG im Dialog mit den politisch Verantwortlichen konkretisieren. Erste Gespräche mit dem GKV-Spitzenverband und der Fachebene des Bundesgesundheitsministeriums seien bereits geführt worden.

In den Kliniken kämen neben dem Wegfall vieler OP-Einnahmen als zusätzliche Belastungen ausufernde Beschaffungskosten für Schutzmaterial hinzu. Zudem müsse für unter Corona-Verdacht stehende Mitarbeiter zusätzliches Personal einspringen. Spahn nannte ausdrücklich auch medizinische Fachleute im Ruhestand sowie Studenten. In einer Telefonkonferenz mit der DKG kündigte der Politiker großzügige Finanzhilfen an. „Whatever it takes“ („Was auch immer nötig ist“), wurde der Minister von Klinikvertretern zitiert.

Der Medizinische Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) reagierte am 18. März auf die Forderungen der DKG und erklärte, jede Form der körperlichen Untersuchung auszusetzen, um besonders verletzte Personengruppen wie etwa Pflegebedürftige zu

schützen. Spahn hatte zuvor den Pflege-TÜV in den Pflegeheimen und die Pflegepersonaluntergrenzen in den Krankenhäusern vorübergehend gestoppt, um das Personal zu entlasten. Die DKG forderte zudem die Aussetzung der Psych-Personal-Richtlinie.

Bund und Länder wollen die Zahl der Intensivbetten verdoppeln. Die Länder sollten mit den Kliniken Pläne erarbeiten, „um dieses Ziel durch den Aufbau provisorischer Intensivkapazitäten zu erreichen“, zitierte die Deutsche Presse-Agentur aus einem Beschluss. Gemäß Spahn gibt es derzeit in Deutschland 28.000 Intensivbetten, von denen 25.000 Beatmungsmöglichkeiten haben.

### „Grobkonzept Infrastruktur Krankenhaus“

Um Krankenhäuser zu entlasten, die sich auf den Aufbau von Intensivkapazitäten konzentrieren, müssten an anderen Kliniken und gegebenenfalls provisorischen weiteren Standorten wie Hotels oder umgerüsteten Hallen zusätzliche Betten- und Behandlungskapazitäten aufgebaut werden, hieß es in einem „Grobkonzept Infrastruktur Krankenhaus“, auf das sich Bund und Länder verständigt haben. Notfalls sollen dazu Deutsches Rotes Kreuz, Technisches Hilfswerk oder andere Dienste herangezogen werden.

Der Präsident der Bundesärztekammer, Klaus Reinhardt, hat Bund und Länder im ‚Tagesspiegel‘ aufgerufen, Virustests aus den meisten Kliniken auszulagern und einzelne Häuser der Grund- und Regelversorgung vorübergehend ausschließlich zur Versorgung

von Corona-Erkrankten umzuorganisieren. „Dadurch könnte die Versorgung der Patienten mit anderen Akut-Erkrankungen unter geringerem Risiko stattfinden“, sagte er.

### Mehr als jede zweite OP könnte verschoben werden

Die Verschiebung von planbaren Operationen könnte im bevölkerungsreichsten Bundesland mehr als jeden zweiten Eingriff betreffen. Das sagte der Präsident der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Jochen Brink, dem WDR. Für die Kliniken bedeute dies eine „gewaltige Herausforderung“. Die Patienten reagierten nach seinem ersten Eindruck „sehr verständnisvoll“.

Sieben Punkte für eine Strategie zum Umgang mit der akuten Herausforderung im Gesundheitswesen hat das RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung herausgearbeitet. Damit aus einer einmaligen Krisensituation in der industrialisierten Welt aufgrund der vom Coronavirus ausgelösten Pandemie keine medizinische Katastrophe werde, müssten die Kapazitäten der Gesundheitsversorgung umgehend erheblich ausgeweitet und dann entlang dieses Weges nicht völlig ausgereizt werden. Das Konzept von RWI-Präsident Christoph M. Schmidt und Prof. Boris Augursky als Leiter des Kompetenzbereichs Gesundheit dokumentieren wir auf Seite 5-8 in Auszügen. Sie machen sich unter anderem dafür stark, die Budgetsicherheit für Krankenhäuser zu gewährleisten.



Dokumentation:

## RWI-Positionspapier zur Corona-Krise

Das RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung hat ein Positionspapier zum Thema Corona-Krisenmanagement mit Fokus auf das Gesundheitswesen veröffentlicht. Darin geben die Autoren Prof. Christoph M. Schmidt, Präsident des RWI, und Prof. Boris Augursky, Leiter des Kompetenzbereichs Gesundheit am RWI, sieben Empfehlungen für den Umgang mit der momentanen Krisensituation. Um eine medizinische Katastrophe zu vermeiden, müssten die Kapazitäten der Gesundheitsversorgung umgehend erheblich ausgeweitet und dann entlang dieses Weges nicht völlig ausgereizt werden. Im Kern gehe es jetzt kurzfristig darum, die zu erwartenden Entwicklungen auf der Angebots- und Nachfrageseite fortlaufend und bis hinunter in die kommunale Ebene abzuschätzen und dadurch zentrale Stellschrauben sowie etwaige Engpässe zu identifizieren.

Im Folgenden dokumentieren wir die Empfehlungen in Auszügen:

„Die folgenden sieben Empfehlungen skizzieren notwendige Schritte einer Strategie zum Umgang mit SARS-CoV-2 im Gesundheitswesen. Sie konzentrieren sich auf Bedarfsdämpfung, Kapazitätsausweitung sowie Kapazitätsauslastung.

### **Empfehlung 1: Nach Schweregraden bedarfsgerecht versorgen, keine Kapazitäten blockieren**

Um auf einen erhöhten Anstieg der Neuerkrankungen vorbereitet zu sein,

muss sich das Gesundheitswesen konsequent auf eine bedarfsgerechte Versorgung konzentrieren: Denn nicht alle schweren Fälle erfordern eine Intensivbehandlung oder gar eine Vollbeatmung; eine Überversorgung würde wertvolle Kapazitäten blockieren, mit der Folge eines drohenden Kollapses der Intensivkapazitäten. Die jetzt unabdingbare Aufrüstung der Infrastruktur der Krankenhäuser auf die Behandlung von schweren Fällen und die notwendigen Isolationen erfordern daher nicht nur die Bereitstellung von Intensivbetten mit Beatmungsgeräten. In den Krankenhäusern sollten vielmehr für schwere, aber nicht intensivpflichtige Fälle zusätzliche Überwachungs- und Beatmungskapazitäten jenseits der Intensivstation zur Verfügung gestellt und personell besetzt werden können, zum Beispiel durch Aufrüsten von Aufwächerräumen und OPs. Auch sollten schwer erkrankte Patienten, die sich bereits auf dem Weg der Besserung befinden, so rasch wie möglich Intensiv- und Beatmungskapazitäten freigeben. Auch die Normal-Stationen der Krankenhäuser müssen hinreichend leistungsfähig bleiben, denn nur mit Möglichkeiten der Behandlung und Isolierung außerhalb der Intensivstationen ist es gewährleistet, dass Intensivpatienten bei Besserung verlegt werden können und damit die Aufnahme neuer Patienten überhaupt möglich wird. Dabei sollte man über die Akutkliniken hinausdenken und die Rehakliniken in die Krisenplanung mit einschließen. Die Entscheidung über die Zuordnung der Patienten muss von den Ärztinnen und Ärzten vor Ort medizinisch vollständig eigenverantwortlich getroffen werden, ohne Einschränkung durch bindende übergreifende

Regelungen. Gleichzeitig müssen dem Gesundheitspersonal klare, bundesweit einheitliche Entscheidungskriterien auf Basis der Erfahrungen in anderen Gebieten zur Verfügung gestellt werden.

### **Empfehlung 2: Ausrüstungsreserven identifizieren, Produktion priorisieren, Zuteilung zentral koordinieren**

Angesichts der hohen internationalen Bedarfe wird es aktuell schwerfallen, größere Beschaffungskontingente an Beatmungsgeräten zu sichern. Um die unabdingbare Versorgung der Krankenhäuser mit ergänzenden Beatmungsgeräten zu gewährleisten, sind daher bestehende Reserven an Beatmungsgeräten zu aktivieren, etwa aus Krankenhäusern, die zeitweilig ihre OP-Tätigkeit einstellen können, weil sie keine lebensnotwendigen Operationen durchführen. Eine detaillierte Bestandsaufnahme sollte nicht nur die Kliniken in den Blick nehmen, sondern auch die Bundeswehr mit ihren medizinischen Strukturen sowie den Katastrophenschutz. Das Gleiche gilt für eine Inventarisierung von Seuchenschutzanzügen und generellem medizinischen Material, welches für den Schutz der Ärzteschaft und der Pflegekräfte benötigt wird. Dazu zählen zum Beispiel Schutzmasken, Schutzkleidung und Desinfektionsmittel. Darüber hinaus sollten die Hersteller zur zeitlichen Priorisierung und den Ausbau der Produktion kritischer Materialien und Geräte gedrängt werden, entweder durch Anreize oder bei Bedarf durch Vorgaben. Es erscheint durchaus angemessen, diesen Bereich während der Zeit der akuten Krise als eine Angelegenheit der nationalen Sicherheit zu defi-

nieren und entsprechend politisch zu priorisieren. Darüber hinaus sollte das Vergaberecht für diese Zeit ausgesetzt werden. Außerdem ist eine zentrale Koordination sinnvoll, insbesondere bei der Zuordnung von Beatmungsgeräten, weil nicht alle Regionen in Deutschland gleichermaßen zur selben Zeit betroffen sein werden: Eine unkoordinierte dezentrale Lagerbildung sollte vermieden werden. Ggf. müssen ein mobiler Beatmungsdienst eingerichtet sowie Video-Tutorials zur Unterweisung von Helfern erstellt werden.

### Empfehlung 3: Bürokratie vollständig aussetzen, verantwortungsvoll lokale Lösungen finden

Um ein schnelles Handeln zu ermöglichen, ist für die Zeit der akuten Hochphase der Pandemie jegliche hemmende Bürokratie durch Vorgaben rund um die Betreuung von Patienten auszusetzen. In der Krise sollte stattdessen grundsätzlich das Prinzip gelten, dass die Ärzte vor Ort ausschließlich anhand medizinischer Kriterien entscheiden können, wie und mit welchen Ressourcen die Behandlung vorgenommen wird. So sollte das Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes für diese Zeit

vollständig pausiert werden, Auflagen zur Erfassung von Beatmungszeiten und zur Dokumentation der Einhaltung bestimmter personeller Strukturvoraussetzungen zur Abrechnungen von Intensivbehandlungen im Rahmen der so genannten Komplexpauschalen sollten entfallen. Darüber hinaus sollte es ohne Genehmigungsverfahren möglich sein, Container oder andere räumliche Behelfe für die Aufnahme und Versorgung von Patienten zu verwenden und diese hierfür mit Betten und mobilen Geräten auszurüsten. Die Einhaltung arbeitszeitrechtlicher Vorgaben darf die Versorgung nicht behindern, diese Vorgaben sollten für das Krankenhauspersonal befristet ausgesetzt werden. Ebenfalls sollte die Fachweiterbildungsquote in der Intensivmedizin zeitlich befristet außer Kraft gesetzt werden.

### Empfehlung 4: Budgetsicherheit für Krankenhäuser gewährleisten

Um die für die Behandlung schwerer Krankheitsverläufe notwendigen Kapazitäten freizuschöpfen, sollten Krankenhäuser geplante elektive Eingriffe zeitlich verschieben. Ein Krankenhaus, das Elektivfälle verlegt, um für den

Notfall gerüstet zu sein, wird allerdings annähernd so viele personelle und materielle Ressourcen verbrauchen wie ein normal funktionierendes Krankenhaus, bei zeitgleich deutlich sinkenden Einnahmen. Krankenhäuser werden somit diese Entscheidung nicht verantworten können, wenn sie durch die dadurch entstehenden wirtschaftlichen Einbußen in die Insolvenz getrieben werden. Um den Krankenhäusern die nötige Planungs- und Finanzsicherheit zu geben, die ihnen erlaubt, in der Krise effizient und zügig zu handeln, werden kurzfristig liquiditätsstützende Maßnahmen für Krankenhäuser benötigt. Es ist überdies nicht auszuschließen, dass die Kosten für über Leasingfirmen eingesetztes ärztliches und pflegerisches Personal infolge des hohen Bedarfs noch weiter steigen. Hier sollte geprüft werden, inwieweit Höchstgrenzen für Leasing-Entgelte gesetzlich vorgegeben werden. Es muss sichergestellt werden, dass den Krankenhäusern die entstandenen Kosten in voller Höhe refinanziert werden. Auch erscheint sinnvoll, Corona-Fälle vom Fixkostendegressionsabschlag auszunehmen sowie Anreize dafür zu setzen, die Verweildauer von Corona-Patienten im medizinisch verantwortbaren Ausmaß gering zu halten.

## Immer wissen, was wichtig ist, ohne in der Informationsflut unterzugehen!

### Jetzt abonnieren und Thermosflasche als Geschenk sichern!

Jahresabonnement (online):	564,- €
Jahresabonnement (print + online):	655,- €
Schnupperabo, 6 Ausgaben (print + online):	99,- €

Preise inkl. MwSt. und Versandkosten.

Die Zusendung der Thermosflasche erfolgt 14 Tage nach der Bestellung. Nur solange der Vorrat reicht.

#### Bestellung unter:

Mail: medhochzwei-verlag@sigloch.de

Tel: 07953/7189076



alle 14 Tage  
topaktuell

# Klinik Markt [inside]

**Empfehlung 5: Ruhendes Personal aktivieren, Personalressourcen umlenken, Laienreserve ertüchtigen**

Um die Versorgungskapazität in der akuten Krisenphase zu erhöhen, sollten sämtliche Personalreserven soweit wie möglich aktiviert werden. Hierfür sollten Teilzeitkräfte vorübergehend zu Vollzeit animiert werden und Eltern aus der Elternzeit mit Hilfe entsprechender Kinderbetreuungsmöglichkeiten und unkomplizierter Vergütung reaktiviert werden. Zudem sollten Fachkräfte aus anderen Bereichen, die z.B. durch das zeitliche Verschieben elektiver Fälle Kapazitäten freigeschaufelt haben, zur Unterstützung in der intensivmedizinischen Betreuung eingesetzt werden. Hier können sie Aufgaben entsprechend ihrer Qualifikation übernehmen, welche nicht direkt intensivmedizinischer Natur sind, und so das intensivmedizinische Fachpersonal entlasten. Darüber hinaus sollten Fachkräfte, welche die Branche gewechselt haben, vorübergehend reaktiviert werden, zumal in anderen Branchen derzeit geringere Aktivitäten anfallen. Dies gilt auch für die Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes. Ebenso könnte Personal aus Rehabilitationskliniken sowie derzeitige Medizinstudierende eingebunden werden. Beim Einsatz von Fachkräften, die bereits im Ruhestand sind, ist allerdings ihr Schutz als Risikogruppe zu jedem Zeitpunkt zu gewährleisten. Wenn es gelingt, die Infektionswelle zeitlich zu entzerren, können bereits geheilte Mitarbeiter in besonderem Maße eingesetzt werden. Denkbar ist zudem die Einrichtung eines Freiwilligendienstes. Menschen, die nach einer Erkrankung als geheilt gelten, könnten für Hilfsdienste in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten eingesetzt werden. Dabei sollten der administrative und der Schulungsaufwand so gering wie möglich gehalten werden. Entsprechende Crash-Kurse für Pflegekräfte sollten in

umgehend einzurichtenden Zentren und ggf. auch virtuell angeboten werden, etwa mithilfe eines Basiseinweiskurses für Laien auf YouTube und einer Video-Hotline, um bei krisenhafter Zuspitzung auch durch die Aktivierung von Angehörigen und Nachbarn Beatmungskapazitäten für schwerer Erkrankte zu Hause organisieren zu können. Dafür wären lokale Beatmungsgerätepools und Transportkapazitäten erforderlich.

**Empfehlung 6: Transparenz über lokale Ressourcen schaffen, Engpässe frühzeitig identifizieren**

Die Gesundheitsversorgung ist darauf angewiesen, Angebot und Nachfrage auf lokaler Ebene in Einklang zu bringen. Die Zunahme der Infektionen erfordert die Identifikation des lokalen Angebots von und der lokalen Nachfrage nach Ressourcen. Es sollte eine zentrale Lösung angestrebt werden, die von allen Leistungserbringern genutzt werden muss. Zu diesem Zweck sollten die Plattform, die das Robert-Koch-Institut (RKI) gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) entwickelt hat, ausgebaut sowie eine App für mobile Geräte eingerichtet werden, um einen reibungslosen Informationsfluss zwischen den Kliniken und anderen Leistungserbringern zu gewährleisten. Neben Intensiv- und Beatmungskapazitäten müssen z.B. nötige Geräte, Laborkapazitäten und insbesondere Personalressourcen ebenso erfasst werden wie geheilte Mitarbeiter: Der Schutz von Leben steht dabei im Zweifelsfall über Belangen des Datenschutzes. Darüber hinaus müssen wichtige Engpassartikel, v.a. FFP-Masken, nach Art und Anzahl kleinräumig dokumentiert werden, damit bei Bedarf eine Bereitstellung in den Behandlungsschwerpunkten ermöglicht werden kann. Die Erfassung sollte über alle Einrichtungen des Gesundheitswesens

hinausgehen, da derzeit FFP-Masken auch in Industriebetrieben in großer Zahl eingesetzt werden. Auch der Ressourcenverbrauch muss detailliert auf kleinräumiger Ebene erfasst werden. Dies betrifft die Anzahl der hospitalisierten Corona-Patienten und des jeweiligen Anteils der intensivpflichtigen Patienten. Nur die völlige Transparenz über die regionalen Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Behandlungskapazitäten (Betten, Personal und Beatmungsgeräte) erlaubt es, bei Bedarf Patienten in andere Kliniken zu verlegen.

**Empfehlung 7: Keine Vollbremsung der Volkswirtschaft provozieren**

Ein behutsames Einbremsen des öffentlichen Lebens und der Wirtschaft, z.B. durch die Absage von Großveranstaltungen und Reisen, ist zur Eindämmung der Zahl an Neuinfizierten zielführend und der ungehemmten Verbreitung des Virus deutlich vorzuziehen. Dieser Strategie sind jedoch Grenzen gesetzt. Denn eine langanhaltende Vollbremsung der Volkswirtschaft könnte ebenfalls zu desaströsen Ergebnissen führen, da sie die Versorgung der Bevölkerung in Frage stellen und die Basis für das künftige Funktionieren der Volkswirtschaft gefährden würde. Außerdem würde es nicht helfen, wenn das Virus durch eine solche Vollbremsung nach einiger Zeit in Deutschland zwar „ausgehungert“ wäre, aber später über andere Länder wieder ins Land getragen würde. Ohne die Immunisierung der Bevölkerung ist letztlich kein dauerhaft stabiler Zustand möglich. Es dürfte daher besser sein, dem akuten Anstieg der Neuerkrankungen zwar durch das Unterbinden von unnötigen Sozialkontakten die Spitze zu brechen, aber danach in langsamem Tempo eine „Durchseuchung“ der Bevölkerung zuzulassen, um eine ausreichende Immunisierung der Bevölkerung zu er-

reichen. Diese Strategie muss aber mit besonderen Schutzmaßnahmen für die Gruppe der besonders Gefährdeten (> 65jährige und Mehrfacherkrankte) verbunden werden. Gesundete sollten zudem konsequent erfasst werden, um die Nachhaltigkeit eines Rückgangs von Neuinfektionen einschätzen zu können. Mit der Schließung von Kindertagesstätten und Schulen stehen viele Mitarbeiter, die dringend für die medizinische Versorgung, für Gewährleistung der öffentlichen Ordnung und die Sicherstellung der Grundversorgung benötigt werden, vor einem Betreuungsproblem. Großeltern wiederum sollten bewusst aus der Kinderbetreuung herausgehalten werden, um sie zu schützen. Über die sinnvollen Ausnahmen für Beschäftigte der für die Versorgung und die öffentliche Ordnung kritischen Infrastruktur hinaus sollten daher private Initiativen und Initiativen von Unternehmen unbürokratisch ermöglicht und bei den daraus erwachsenden Kosten finanziell unterstützt werden. Dabei müssen maximale Gruppengrößen definiert werden, um das mit der Schließung der Kinder-

tagesstätten und Schulen verfolgte Ziel nicht zu konterkarieren. Um keine neuen Ansteckungswege zu schaffen, sollten bestehende Gruppen ausgedünnt, aber keine neuen Gruppen zusammengestellt werden.

#### Die Zeit danach: Forschung im Bereich der Virologie und bei anderen Krankheitserregern intensivieren

Bereits in der aktuellen Krise sollten die Weichen für den besseren Umgang mit möglichen neuen Pandemien nach der SARS-CoV-2-Pandemie gestellt werden. Um Viren allgemein besser zu verstehen und auf dieser Basis Infektionskrankheiten gezielt zu behandeln, neuauftretende pathogene Virusvarianten frühzeitig zu erkennen und ihren Übergang von Tieren auf Menschen zu vermeiden, muss vor allem das Engagement in der Infektionsforschung erhöht werden. Zugleich sollten die gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen für groß angelegte epidemiologische Studien geschaffen werden, um Ausbrüche besser verstehen und diesen in Zukunft präziser begegnen zu können. Dabei

dürfen auch andere Krankheitserreger als Viren nicht aus den Augen verloren werden. So drohen durch den massiven Einsatz von Antibiotika bakteriell bedingte Krankheiten wiederaufzuleben, die aktuell als therapierbar gelten. Sie könnten und würden dann ebenfalls Epidemien oder Pandemien auslösen. Die Forschung im Bereich der Antibiotika muss darum ebenfalls massiv forciert werden. Die Erforschung und Entwicklung von antiviralen Medikamenten kosten pro Medikament mehrere Milliarden Euro. Diese Mittel werden von der forschenden Pharmaindustrie aber nur eingesetzt, wenn auch ein entsprechender Markt zu erwarten ist, was nicht ausreichend gut prognostizierbar ist. Die notwendige Intensivierung der Forschung macht deshalb den „marktunabhängigen“ Einsatz von Mitteln in einer Größenordnung von mehreren Milliarden Euro notwendig, der nur in einem multinationalen Verbund geleistet werden kann, wie er z.B. in der europäischen Raumfahrt verwirklicht ist. Ähnliche Anstrengungen sollten daher auch im Bereich der Medikamentenentwicklung eingeleitet werden.“

Zusatzkode:

## Kodierung von Fällen mit Coronavirus und COVID-19

*Dr. med. Markus Thalheimer*

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat dem neuartigen Coronavirus die Bezeichnung Sars-CoV-2 gegeben. Auch die Lungenkrankheit, die vom Virus ausgelöst wird, erhielt mit Covid-19 einen Namen. Covid steht dabei für „Corona Virus Disease“. Für die Kodierung der Coronavirus-Krankheit Covid-19 hat das DIMDI einen Zusatzkode bereitgestellt:

U07.1!  
COVID-19  
Coronavirus-Krankheit-2019

Als Sekundärkode muss U07.1! mit einem Primärkode aktiv verknüpft werden.

Die Kodierung von Fällen mit Coronavirus erfolgt folgendermaßen: Der Schlüssel U07.1! ist in der ICD-10-GM als sekundärer Kode (Ausrufezeichenschlüsselnummer)

angelegt und muss ergänzend zu einem Primärkode verwendet werden.

**1. Der Patient ist positiv getestet, hat keine Symptome**  
Z22.8 Keimträger sonstiger Infektionskrankheiten  
B97.2! Coronaviren als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind  
Z29.0 Isolierung als prophylaktische Maßnahme



[hier wird U07.1! nicht verwendet, da es sich (noch) nicht um die Erkrankung handelt. Reine Virusträger sind auch nicht aus diesem Grund stationär, sondern haben andere stationär behandlungsbedürftige Erkrankungen]



Dr. med. Markus Thalheimer, Leiter QM/MC, Universitätsklinikum Heidelberg

Foto: Universitätsklinikum Heidelberg

## 2. Patient hat leichte Symptome

J98.7 Infektion der Atemwege, anderenorts nicht klassifiziert

B97.2! Coronaviren

als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind

U07.1! COVID 19

Z29.0 Isolierung als prophylaktische Maßnahme

## 3. Patient hat einen schweren Verlauf mit Atemnot

U04.9 Schweres akutes respiratorisches Syndrom [SARS], nicht näher bezeichnet

B97.2! Coronaviren als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind

U07.1! COVID 19

Z29.0 Isolierung als prophylaktische Maßnahme

Ansonsten kann der Code U07.1! mit weiteren geeigneten Diagno-

sen verknüpft werden, die eine Ursache in Sars-CoV-2 haben, also z.B. Codes für virale Lungenerkrankungen.

Aufgrund der Isolierungspflicht wird als Prozedur

8-98g.1 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen

Erregern – nicht auf spezieller Isoliereinheit

ergänzt, an der 6. Stelle mit der Dauer der Behandlung.

Die Erfüllung der Mindestmerkmale des Codes ist zu beachten. Weitere Prozeduren und Diagnosen sowie ggf. Beatmungstunden sind nach den üblichen Regelungen zu kodieren.

Leicht verständliche Briefe für Patienten in Dresden

## Hessen: „Sektorenübergreifendes Entlassmanagement“ verbessert Übergang

René Adler

Am 1. Oktober 2017 ist der Rahmenvertrag Entlassmanagement in Kraft getreten. Er soll eine bedarfsgerechte, kontinuierliche Versorgung im Anschluss an die Klinikbehandlung gewährleisten. Hierzu gehört unter anderem eine strukturierte und sichere Weitergabe versorgungsrelevanter Informationen. Schnell wurde klar: Der Brief ist vielerorts ein ungeliebtes Kind. Obwohl es sich um ein Pflichtangebot handelt, waren laut einer Studie der Handelskrankenkasse ein halbes Jahr nach Einführung gerade mal ein gutes Drittel der Krankenhauspatienten darüber informiert. Später berichteten

Experten bei einer Veranstaltung in Berlin über einen enormen bürokratischen Aufwand sowie Unstimmigkeiten zwischen Krankenhaus, Patienten, Angehörigen und Nachversorgern. Die nachstationäre Versorgung habe sich eher noch verschlechtert. Die hessische Landesregierung hat sich dem Thema gestellt und meldet erste Erfolge ihres Modellprojekts „sektorenübergreifendes Entlassmanagement“.

Davon machte sich Sozialminister Kai Klose (Grüne) im St. Josefs-Hospital Rheingau in Rüdesheim persönlich ein Bild. Das Krankenhaus hatte sich innerhalb des

Projekts mit den im Gesundheitsnetz Rheingau niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten auf einen rascheren zielgerichteten Informationsaustausch verständigt. So werden medizinische Daten nun direkt vom stationären in den ambulanten Bereich übermittelt, um die frühzeitige Nachsorge sicherzustellen. Erarbeitung und Implementierung des Projekts werden mit 151.000 Euro gefördert.

### „Wir brauchen interdisziplinäre Lösungen“

„Mit dem demografischen Wandel geht eine Steigerung der Zahl chronisch und mehrfach Erkrank-

ter einher, die einen komplexen Hilfebedarf haben. Deshalb brauchen wir übergreifende interdisziplinäre Lösungen, die die Bedürfnisse der Menschen in den Mittelpunkt rücken“, verdeutlichte Klose. Das Land hatte 2018 bereits eine Versorgungsanalyse für den Rheingau-Taunus-Kreis mit rund 175.000 Euro unterstützt. Im Anschluss wurde 2019 eine Koordinationsstelle beim Kreis mit fast 86.000 Euro subventioniert. Oben drauf kommt die Förderung des Entlassmanagement-Projekts mit 151.000 Euro in den Jahren 2019 und 2020.

Das Modellprojekt zeige, dass Verbesserungen im Entlassmanagement essentiell seien, um die bestmögliche Nachsorge von Patientinnen und Patienten im Anschluss an einen Kranken-

hausaufenthalt sicherzustellen. „Die Kooperation zwischen dem St. Josefs-Hospital und dem Gesundheitsnetz Rheingau ist ein erfolgreiches Beispiel für die dringend notwendige sektorenübergreifende Kooperation im Gesundheitswesen“, betonte der Minister.

### Wichtige Informationslücke geschlossen

„Mit dem Projekt zum Aufbau eines sektorenübergreifenden Entlassmanagements ist es allen Beteiligten gelungen, eine wesentliche Informationslücke an der Schnittstelle ambulant-stationärer Behandlung zu schließen und die Kommunikation zwischen Krankenhaus und niedergelassener Praxis zu stärken. Wir sind stolz darauf, mit diesem in Hessen

einmaligen ambulant-stationären Pilotprojekt zur Verbesserung der Behandlungskontinuität unserer Patientinnen und Patienten im Rheingau beitragen zu können“, erklärte Jens Gabriel, Klinikleiter des St. Josefs-Hospitals.

Die frühzeitige Information der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in dem Projekt lobte auch Dr. Ole Waller vom Gesundheitsnetz Rheingau. „Der Vorteil des Entlassmanagements liegt auf der Hand: Informationen über das ambulante Prozedere können schon vor Entlassung der Patientinnen und Patienten durch die weiterbehandelnde Praxis geplant und vorbereitet werden“, sagte er.

In der Barmer hat eine große Krankenkasse Interesse an einer

## Die Kodierleitfäden 2020

Kompakt, praxisnah und leicht verständlich

Die ideale Ergänzung

**Kodierhilfe Intensivmedizin 2020 und  
Kodierhilfe Kardiologie 2020**

2020. Preis je € 9,99. Softcover.



Außerdem erhältlich sind die Kodierleitfäden zu: Kardiologie, Angiologie, Hämatologie/Onkologie, Pneumologie, Viszeralchirurgie, Psychiatrie und Psychosomatik. 2020. Preis je € 21,99. Softcover.

**Weitere Informationen zur Reihe Praxiswissen Abrechnung und Bestellung unter:**

www.medhochzwei-verlag.de/shop  
Tel.: 07953-7189076, Fax: 07953-7189082  
E-Mail: medhochzwei-verlag@sigloch.de

Kooperation angemeldet. „Wir dürfen die Patienten nicht zwischen den medizinischen Versorgungssektoren alleine lassen. Deshalb möchten wir das Projekt unterstützen und könnten uns perspektivisch eine Erweiterung, wie zum Beispiel die Einbeziehung von Pflegeheimen, gut vorstellen“, so Martin Till, Leiter Verträge der Barmer Landesvertretung Hessen.

## Verstehen statt Fachchinesisch in Dresden

Als Vorreiter versteht man sich auch in Sachsen. Das Herzzentrum Dresden GmbH Universitätsklinik hat nach eigenen Angaben als erstes Krankenhaus eingeführt, den Patienten zusätzlich zu ihrem regulären Entlassbrief auch einen leicht zu verstehenden Patientenbrief auszuhändigen.

Möglich macht es die Software von „Was hab' ich?“. Sie erstellt automatisiert patientenverständliche Briefe – ohne Mehraufwand für Ärzte und Klinikpersonal. Das System ist mit tausenden leicht verständlichen Textbausteinen befüllt. Mittels der an die Klinik-IT angeschlossenen Software werden individuelle Patientenbriefe auf Basis strukturierter Entlass-Daten erzeugt, automatisch gedruckt und können den Patienten direkt übermittelt werden. Damit gelinge es, das Entlassmanagement effektiver zu gestalten – und auch kostengünstiger, hieß es aus Dresden.

## Gesundheitskompetenz der Patienten stärken

Prof. Bärbel Held hat das Projekt entscheidend mit vorangetrieben. „Wir suchen immer nach

Möglichkeiten, wie wir den Aufenthalt unserer Patienten noch besser machen können. Und das Verständnis ärztlicher Informationen zu fördern und die Gesundheitskompetenz zu stärken, gehört aus meiner Sicht genauso dazu, wie die bestmögliche medizinische Versorgung zu gewährleisten“, unterstrich die Geschäftsführerin des Herzzentrums. Prof. Axel Linke ergänzte als Ärztlicher Direktor: „Das hier in Dresden entwickelte Tool von ‚Was hab' ich?‘ informiert die Patienten nicht nur laienverständlich über ihre Erkrankung, sondern gibt ihnen auch die Möglichkeit, sich bewusster zu verhalten, auf ihre Gesundheit zu achten und ihren Lebensstil anzupassen.“

Trotzdem Streit über Weiterführung in Berlin:

## Mobile Stroke Units verbessern Überlebenschancen gravierend

René Adler

Die auf einem sehr hohen Niveau befindliche Akutversorgung von Schlaganfallpatienten in Deutschland könnte noch deutlich optimiert werden. Wenn vermehrt speziell ausgerüstete Krankenwagen – sogenannte Mobile Stroke Units – zum Einsatz kommen würden, könnten sich die Behandlungsergebnisse erheblich verbessern, wie eine Studie ergab. Dennoch wollte der Berliner Innenausschuss die Schlaganfall-Mobile streichen.

Doch der Regierende Bürgermeister sprach ein Machtwort.

Gemäß der kürzlich auf der International Stroke Conference in Los Angeles vorgestellten Erhebung traten nach Angaben der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) bei Patienten, die direkt nach einem Schlaganfall in speziell ausgerüsteten Einsatzfahrzeugen behandelt wurden, signifikant weniger Todesfälle und Behinderungen auf als bei

Erkrankten, die erst in der Klinik eine Behandlung erhielten. Diese Studie präsentierten DSG-Experte Prof. Heinrich Audebert und sein Berliner Forscherteam bei der Tagung in Kalifornien.

## Jede Minute zählt

Bei einem Schlaganfall verringert ein Blutgerinnsel die Durchblutung eines Gehirnareals. „Die Unterversorgung mit Sauerstoff muss möglichst rasch nach dem

Eintritt der Symptome behoben werden, sonst drohen dem Patienten massive bleibende Behinderungen oder sogar der Tod“, verdeutlichte Studienleiter Audebert, stellvertretender Klinikdirektor der Neurologie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Je früher das Blutgerinnsel mit einer Thrombolyse aufgelöst werde, desto größer seien die Chancen, bleibende Schäden zu vermeiden.

Er hat mit seinem Team untersucht, ob eine Versorgung in Mobil Stroke Units - in Berlin „Stroke Einsatz-Mobile“ (Stemo) genannt - direkt an der Einsatzstelle wirksam sein kann. Die speziellen Krankenwagen sind mit einem Computertomographen, einem Mini-Labor und einem auch als Notarzt ausgebildeten Neurologen technisch und personell für die Diagnostik und Behandlung von Schlaganfallpatienten bestückt.

### Deutlich weniger Todesfälle und Behinderungen

Zwischen Februar 2017 und Mai 2019 analysierten Mediziner aus verschiedenen Kliniken, wie sich die Versorgung mit den drei Mobil Stroke Units, die inzwischen in der Hauptstadt betrieben wurden, auf den Genesungsverlauf

auswirkt. Die Ergebnisse überzeugten: Bei 749 Patienten, die in Mobil Stroke Units behandelt wurden, war die Wahrscheinlichkeit für Tod oder Behinderungen nach einem Schlaganfall um 26 Prozent niedriger als bei 794 Betroffenen, die erst in der Klinik behandelt wurden. Zudem bekamen 60 Prozent der in den speziellen Rettungswagen behandelten Patienten eine prähospital Thrombolyse mit Alteplase, einem Medikament zur Auflösung eines Blutgerinnsels. Von den erst im Krankenhaus versorgten Patienten erhielten diese Behandlung nur 48 Prozent.

„Wir hatten erwartet, dass Schlaganfallerkrankte bessere Überlebens- und Genesungschancen haben, wenn ihnen schon auf dem Weg ins Krankenhaus geholfen werden kann, waren vom Ausmaß des Effektes dann aber doch beeindruckt“, sagte Audebert. Ein weiterer Vorteil: Die Zeit bis zur ersten Behandlung war für Patienten, die in Mobil Stroke Units behandelt wurden, 20 Minuten kürzer – 50 statt 70 Minuten.

### Einsatz auch in ländlichen Gebieten empfohlen

Die DSG rät zu einem häufigeren Einsatz der Mobil Stroke Units. „Die spezialisierten Rettungswa-

gen sollten zukünftig vermehrt verwendet werden, da die Studie ihren hohen Nutzen in der Schlaganfallakutversorgung klar herausgestellt hat“, erklärte Pressesprecher Prof. Wolf-Rüdiger Schäbitz. Prof. Helmuth Steinmetz ergänzte als 1. Vorsitzender: „Wir empfehlen den Einsatz vor allem auch in Speckgürtelregionen oder ländlichen Gebieten zu evaluieren, da hier Stroke Units oft weit entfernt sind und bei der Schlaganfallbehandlung immer jede Minute zählt.“

Trotz der positiven Resultate stand das Projekt schon im vergangenen Herbst auf der Kippe. Der Berliner Innenausschuss beschloss, es nicht fortzusetzen. Statt der seit 2011 eingesetzten Stemo-Fahrzeuge wolle man Rettungsfahrzeuge für die Feuerwehr erwerben, so der Sprecher von Innensenator Andreas Geisel (SPD) im rbb. Herkömmliche Rettungswagen könnten die Patienten schneller in die Kliniken bringen. Doch nach heftiger Kritik sprach der Regierende Bürgermeister ein Machtwort. Michael Müller (SPD) stellte sich gegen die Innenpolitiker der rot-rot-grünen Koalition und entschied: Die Stemos bleiben vorerst, bis mindestens 2021.

DGfM-Forderung:

### Nicht unbedingt notwendige Bürokratie aussetzen

Die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM)

appelliert an die Politik und die Gemeinsame Selbstverwaltung, die nicht der unmittelbaren Patientenversorgung dienenden administrativen Aufgaben sofort und weitgehend auszusetzen. Durch diese Entlastung könnten dringend benötigte personelle

Ressourcen in Behandlung und Verwaltung tätiger Ärzte und Pflegekräfte mobilisiert werden. Ausgesetzt werden müssten die extrem personalaufwendigen Abrechnungsprüfungen, gegebenenfalls könnten Stichprobenprüfungen in der zweiten Jahreshälfte



te rückwirkend die Korrektheit der Abrechnungen verifizieren. Die Zahlungsfrist für übermittelte Rechnungen müsse auf einen bundeseinheitlichen kurzen Zeitraum vereinbart werden, um Liquiditätsengpässe in den Kliniken zu vermeiden. Ebenso müssten Rechnungsrückweisungen und damit verbundene zeitintensive Abstimmungen zwischen Kassen und Krankenhäusern ausgeschlossen werden. Zusätzlich müssten Aufrechnungen der Krankenkassen und Sanktionszahlungen ausgesetzt werden, um die Liquidität zu sichern. Die externe Qualitätssicherung müsse pausiert werden, da sie massiv die ärztliche und pflegerische Expertise binde, welche am Krankenbett benötigt werde. Auch die geplanten Strukturprüfungen müssten verschoben werden, bis die Pandemie beherrscht sei.

(scp)

Berlin:

## COVID-19-Krankenhaus geplant

Der Berliner Senat hat am 17. März auf Vorlage der Senatorin für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Dilek Kalayci (SPD), umfangreiche Maßnahmen zur Vorbereitung der Behandlung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten beschlossen.

Kalayci sagte, die Gesundheitsverwaltung habe sich gemeinsam mit den Berliner Krankenhäusern auf die Behandlung von Corona-Patientinnen und -Patienten frühzeitig vorbereitet. Es gebe ein dreistufiges System, das die Arbeitsteilung zwischen den Krankenhäusern regle. Zu-

sätzlich hat der Senat zwei weitere Maßnahmen beschlossen, die darüber hinaus die Kapazitäten erweitern sollen: Zum einen werden die Krankenhäuser per Rechtsverordnung verpflichtet, die planbaren OPs zu verschieben, um für mögliche COVID-19-Patientinnen und -Patienten frühzeitig Kapazitäten zu schaffen. Außerdem wurde die Einrichtung eines COVID-19-Krankenhauses mit Kapazitäten bis zu 1.000 Patientinnen und Patienten in Zusammenarbeit mit der Bundeswehr und anderen Partnern initiiert. Das Projekt wird von Albrecht Broemme geleitet, der seit 2006 Präsident des Technischen Hilfswerks und Anfang des Jahres in Pension gegangen war. Die Planung für das Behelfskrankenhaus in einer Messehalle soll bis zum 23. März stehen. Das Krankenhaus soll ergänzend und ausschließlich zur Vermeidung eines realen Engpasses genutzt werden und leicht Erkrankte mit der Notwendigkeit der stationären Versorgung sowie Notfallbeatmungspatientinnen und -patienten versorgen.

(scp)

Desinfektionsmittel und Atemmasken:

## Warum werden sie knapp?

Wie konnte es in Deutschland zu Engpässen bei medizinischen Materialien kommen? Warum werden Desinfektionsmittel und Atemmasken knapp? Der Frankfurter Gesundheitsökonom Prof. Thomas Busse, Professor für Pflegemanagement sowie Leiter des Zentrums für Gesundheitswirtschaft und -recht (ZGWR) an

der Frankfurt University of Applied Sciences (Frankfurt UAS), macht dafür die massiven Sparanstrengungen deutscher Krankenhäuser in den letzten Jahren verantwortlich.

„Die durch die Fallpauschalen ausgelösten massiven Sparanstrengungen deutscher Krankenhäuser der letzten Jahre hatten natürlich auch die sogenannten Materialkosten im Fokus – diese betragen etwa zwischen 30 und 40 Prozent eines Krankenhausbudgets“, so Busse. Um einen Teil dieses Budgets, nämlich Lagerhaltungs- und sogenannte Kapitalbindungskosten zu reduzieren, hätten Krankenhäuser oft ihre eigene Lagerhaltung massiv verkleinert und die Prozesse so gestaltet, dass relativ kurzfristige, aber dafür häufigere Materialbestellungen beim Lieferanten teure Lagerkapazitäten überflüssig gemacht hätten. Zudem hätten die Krankenhäuser bei der Auswahl primär nur auf den Preis von Materialien geachtet und somit einen großen Preisdruck auf die Lieferanten ausgeübt. Dadurch habe sich die Anzahl der möglichen Lieferanten reduziert und fast auf die gesamte Welt verteilt. In Folge gäbe es für einige Produkte nur noch wenige Anbieter und diese befänden sich manchmal am anderen Ende der Welt. „Dies fällt uns nun auf die Füße und wird meiner Einschätzung nach nur mittelfristig zu ändern sein“, prognostizierte Busse. Ob hier ein Sonderfonds des Bundes für Kliniken helfen könnte, der ja bereits Milliardenhilfen für die Wirtschaft zugesichert hat, hält Busse für fraglich: „Sonderfonds oder zusätzliche Finanzspritzen helfen natürlich nur dann etwas, wenn man sich dafür auch das



kaufen kann, was in der aktuellen Corona-Krise benötigt wird. Dies wage ich nach dem jetzigen Stand in Bezug auf die dringend notwendigen Schutzmasken, Sicherheitskleidung oder auch Beatmungsgeräte stark zu bezweifeln.“ Generell seien natürlich seitens der Politik solche Gelder schnell versprochen – ob der Bund, die Länder oder die Krankenkassen diese Gelder auszahlen und nach welchen Kriteri-

en dies geschehen solle, sei ihm noch nicht bekannt. Krankenhäuser seien in dieser Hinsicht aus vorherigen kleinen Krisen (z.B. SARS) „gebrannte Kinder und deshalb eher pessimistisch“. Wichtig sei es jetzt, pragmatische und unbürokratische Wege aufzuzeigen, wie Krankenhäuser ohne großen Aufwand an das benötigte Geld kommen könnten. „Ich könnte mir beispielsweise vorstellen, dass Rechnungen, die

Corona-relevante Produkte betreffen, direkt von den Krankenhäusern an die Krankenkassen weitergegeben werden und die Krankenkassen diese ohne große Nachfragen bezahlen.“

(scp)

„Generalanfrage“ beschäftigt die Gerichte:

## Wofür gilt die Ausschlussfrist zur Einreichung der Unterlagen beim MDK?

Maurice Berbuir

Während eines Abrechnungsprüfungsverfahrens werden vom MDK regelhaft Unterlagen beim Krankenhaus angefragt. Dabei ist bislang u.a. hochumstritten, ob §§ 7, 9 PrüfV nur bezüglich der konkret angefragten Unterlagen eine Ausschlussfrist enthält – insbesondere auch bezüglich solcher, die nur im Rahmen einer „Generalanfrage“ erbeten wurden. Das LSG Baden-Württemberg (Urteil vom 21.01.2020, L 11 KR 1437/19) musste sich nun mit dieser Frage auseinandersetzen und hat seine zuvor bereits vertretene Auffassung, dass es sich grundsätzlich um eine Ausschlussfrist handele,

<sup>1</sup>Maurice Berbuir, Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht; E-Mail: koeln@medizin-recht.com, Internet: www.medizin-recht.com; Dr. Halbe – Rechtsanwältin, Im Mediapark 6A, 50670 Köln



Maurice Berbuir<sup>1</sup>

Foto: Dr. Halbe  
Rechtsanwältin

weiter konkretisiert.

In dem zu entscheidenden Fall hatte der MDK beim Krankenhaus einige konkret bezeichnete Unterlagen angefordert, allerdings die Anfrage um folgenden Zusatz ergänzt: „Sollten Sie bei der Durchsicht Ihrer

Unterlagen feststellen, dass die angeforderten Unterlagen die für die Begutachtung notwendigen Unterlagen nicht oder nicht vollständig enthalten, so fügen Sie bitte alle Dokumente bei, die zur Klärung der Frage beitragen können.“ Das Krankenhaus übersandte anschließend die vom MDK aufgelisteten Dokumente

fristgerecht. Der MDK kam nach Prüfung der Unterlagen zu dem Ergebnis, dass eine ambulante Weiterbehandlung indiziert gewesen wäre, woraufhin die Krankenkasse den nach dem Ergebnis des Gutachtens zu viel gezahlten Betrag verrechnete. Das Krankenhaus hat hiergegen beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) Klage erhoben.

Im Klageverfahren hat das SG die Patientenakte beigezogen und einen Sachverständigen mit der Prüfung beauftragt, welcher zu dem Ergebnis gekommen ist, dass eine stationäre Behandlung aufgrund einer eingetretenen Verschlechterung des klinischen Bildes indiziert gewesen ist. Daraufhin ließ die Krankenkasse den MDK erneut prüfen. Der MDK-Gutachter kam nunmehr zu dem Ergebnis, dass - sämtliche Patientendokumentation und insbe-

sondere ein ausführliches Schreiben des Vorbehandlers zugrunde gelegt - die stationäre Behandlung der Patientin tatsächlich zu bestätigen sei.

„Generalanfrage“ reiche nicht aus Die Krankenkasse ist dennoch unter Berufung auf die vermeintlichen Ausschlussfristen der §§ 7, 9 PrüfV auf dem Standpunkt geblieben, dass die Klage unbegründet und die Rückforderung bzw. Verrechnung daher zu Recht erfolgt ist. Aufgrund der oben zitierten „Generalanfrage“ sei das Krankenhaus verpflichtet gewesen, alle Dokumente beizufügen, auch das nicht explizit angeforderte Schreiben des Vorbehandlers, aus dem sich die Erforderlichkeit der stationären Behandlung auch für den MDK-Gutachter ergab. Da das Krankenhaus dieses Schreiben nicht vorgelegt habe, sei es diesbezüglich präkludiert. Das SG entschied, dass die Krankenkasse zur Zahlung verpflichtet war, die Verrechnung also zu Unrecht erfolgt ist. Zur Begründung führte es aus, dass eine im Gerichtsverfahren zur Unverwertbarkeit der Unterlagen führende Präklusion gem. § 7 Abs. 2 PrüfV nur dann gegeben ist, wenn die vom MDK für relevant gehaltenen und daher angeforderten Unterlagen nicht übersandt werden. Die „Generalanfrage“ sei jedoch nicht dazu geeignet, eine solch weitreichende Folge in Gang zu setzen, denn damit bürde der MDK-Gutachter dem Krankenhaus die Entscheidung auf, welche Unterlagen relevant sind, was § 7 Abs. 2 PrüfV gerade nicht vorsehe.

Die gegen diese Entscheidung gerichtete Berufung der Krankenkasse hat das LSG Baden-

Württemberg abgewiesen. Die Wirkung der Präklusion des § 7 Abs. 2 PrüfV hat es klar umrissen: Dem Krankenhaus stehe bei einer nicht fristgerechten Vorlage der angeforderten Unterlagen nur ein Anspruch auf den unstrittigen Betrag vor. Würden Unterlagen jedoch nicht konkret benannt, seien diese nicht angefordert. Die Krankenkasse kann sich daher nicht auf die „Generalanfrage“ berufen, da hierdurch keine Unterlagen angefordert werden, eine derart unbestimmte salvatorische Klausel ist vor dem Hintergrund der Rechtsfolge der § 7 Abs. 2 PrüfV nicht ausreichend. Insbesondere wäre in diesem Fall die Prüfung des MDK durch das Krankenhaus bezüglich sämtlicher Unterlagen vorwegzunehmen, was einen nicht vertretbaren Aufwand des Krankenhauses zur Folge hätte. Das LSG Baden-Württemberg wird diesbezüglich unmissverständlich eindeutig: „Mit einer sinnvollen Handhabung des Prüfverfahrens hat dies nichts mehr zu tun.“

Es lässt sich also feststellen: Das LSG Baden-Württemberg hält einerseits an der Ansicht fest, dass § 7 Abs. 2 PrüfV eine absolute Ausschlussfrist sei, die sich nicht nur im Prüfverfahren auswirkt, sondern auch in einem weiteren, gegebenenfalls stattfindenden Gerichtsverfahren. Allerdings engt es andererseits den Anwendungsbereich der Vorschrift stark ein, indem es die Präklusionswirkung nur auf solche Unterlagen bezieht, die konkret angefordert worden sind.

Aus dem Urteil und den Gründen geht indes nicht hervor, wie andere, in der Praxis häufig vor-

kommende Fälle im Rahmen der Anforderungen von Unterlagen durch den MDK zu beurteilen sind: Nicht selten fordert der MDK Unterlagen in Bezug auf die abgerechnete DRG an, konkretisiert diese Anfrage auf einzelne Unterlagen mit der Formulierung „insbesondere“. Unter strenger Zugrundelegung der Begründung des LSG Baden-Württemberg könnte man zu dem Schluss gelangen, dass auch bei „insbesondere-Formulierungen“ nur die dort konkret genannten Unterlagen von der Präklusionswirkung des § 7 Abs. 2 PrüfV erfasst sind. Denn auch in einem solchen Fall wäre es ansonsten Aufgabe des Krankenhauses, sämtliche Unterlagen auf die Entscheidungsrelevanz hinsichtlich der abgerechneten DRG zu prüfen, was, wie das LSG Baden-Württemberg so treffend formuliert hat, mit einer sinnvollen Handhabung des Prüfverfahrens nichts mehr zu tun hat. Urteil ist mit Vorsicht zu genießen Zusammenfassend kann daher auch dieses im Grunde erfreuliche Urteil auch nur mit einer gewissen Vorsicht genossen werden, da es sich um eine Einzelfallentscheidung handelt und andere Einzelfälle wieder anders gelagert sein können. Darüber hinaus bindet dieses Urteil andere (Landes-)Sozialgerichte nicht. Es bleibt weiterhin abzuwarten, wie das BSG sich hier letztlich positioniert. Gerade mit Blick auf das Erörterungsverfahren nach dem MDK-Reformgesetz sollten die Vertragsparteien dann darauf achten, bei der Umsetzung praktikable Vorgaben festzulegen, um die Unzulänglichkeiten der bisherigen PrüfV und daraus resultierenden formalen Streitigkeiten nicht zu wiederholen.

## Neue Bücher



Mit dem „Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen“ (MDK-Reformgesetz) waren vor allem auf Krankenhausseite hochgespannte Erwartungen verbunden: Die bisherigen Abrechnungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen sollten einfacher und gerechter werden – und die Häufigkeit sollte deutlich eingeschränkt werden, um nur die wichtigsten Ziele zu benennen.

Doch Änderungen im Gesetzgebungsverfahren – kurz vor der endgültigen Verabschiedung im Deutschen Bundestag – haben viele dieser Hoffnungen zunichtegemacht. Das Buch gibt wertvolle Hinweise und Handreichungen, um mit der neuen Situation umzugehen.

Augurzyk/Berbuir/Halbe/Preusker/Rebscher (Hrsg.): MDK-Reform und Krankenhausabrechnung – Auswirkungen auf die Praxis. 1. Auflage, medhochzwei Verlag 2020. Erscheint Mai 2020. Softcover, ca. 320 Seiten. ISBN: 978-3-86216-615-2  
Infos: <https://bit.ly/2x700Xt>

## Impressum

### Klinik Markt inside

**Herausgeber:** Dr. Uwe K. Preusker

**Herausgeberbeirat:** Dr. Daisy Hünefeld; Alexander Schmidtke; Prof. Dr. Christian Schmidt; Prof. Dr. Bernd Halbe

**V.i.S.d.P.:** Julia Rondot

**Chefredakteur:** Sven C. Preusker

**Redaktion:** René Adler

[kmi-redaktion@medhochzwei-verlag.de](mailto:kmi-redaktion@medhochzwei-verlag.de)

[www.klinikmarktinside.de](http://www.klinikmarktinside.de)

Tel. + 49 6221 91 49 6-15

**Verlag:** medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg

[www.medhochzwei-verlag.de](http://www.medhochzwei-verlag.de)

**Bezugsbedingungen:** Klinik Markt inside erscheint mit 24 Ausgaben pro Jahr, Abonnement jährl. 655,00 Euro inkl. Versandkosten. Auch als elektronische Ausgabe in der KMi-App erhältlich. Weitere Informationen unter [www.klinikmarktinside.de](http://www.klinikmarktinside.de). Das Abonnement verlängert sich zu den jeweils gültigen Bedingungen um ein Jahr, wenn es nicht mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende des Bezugszeitraumes gekündigt wird.

**Vertrieb:** medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Straße 42/1, 69115 Heidelberg, Tel. +49 6221 91 49 6-15, Fax +49 6221 91 49 6-20, [sabine.hornig@medhochzwei-verlag.de](mailto:sabine.hornig@medhochzwei-verlag.de)  
Vervielfältigung nur nach Absprache mit dem Verlag.

## Termine

12.-14.03.2020, Berlin: Deutscher Pflegeetag 2020 – verschoben auf den 11.-12.11.2020!  
Infos: [www.deutscher-pflegetag.de](http://www.deutscher-pflegetag.de)

24.03.2020, Düsseldorf: BVMed E-Commerce-Konferenz – abgesagt!  
Infos: <https://www.bvmed.de/de/bvmed/veranstaltungen/2020-03-24-medinform>

25.-28.04.2020, Himmelfort bei Berlin: 15. NextHealth Business Retreat – abgesagt; nächster Termin im Herbst!  
Infos: <https://www.nexthealth.de/business-retreat>

06.-07.05.2020, Hannover: Klinik-ManagementPersonal – Wege aus der Orientierungslosigkeit?; Infos: [www.KlinikManagementPersonal.de](http://www.KlinikManagementPersonal.de)

11.-12.05.2020, Potsdam: 27. Deutscher Krankenhaus Controller-Tag „Schöne neue Welt – Transformation und

Controlling“  
Infos: <https://controllertag.de>

15.05.2020, Berlin: Recare Summit 2020: Cross-Industry Innovation;  
Infos: <https://www.recaresolutions.com/summit-2020>

26.-28.05.2020, Helsinki: HIMSS & Health 2.0 Europe Conference 2020 – verschoben auf den 07.-09.09.2020!  
Infos: <https://www.himss-europe-conference.eu>

17.-19.06.2020, Berlin: Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit – „Next Generation Healthcare: Steigerung von Qualität und Effizienz“  
Infos: [www.hauptstadtkongress.de](http://www.hauptstadtkongress.de)

Bei allen Veranstaltungen bitte immer wieder nachschauen, ob sie wirklich stattfinden – mit kurzfristigen Absagen/Verschiebungen ist zu rechnen.

## Video-Tipp

### Andreas Westerfellhaus im Video-Interview auf dem 3. HFG



Andreas Westerfellhaus, Bevollmächtigter der Bundesregierung für die Pflege, spricht im Interview beim 3. Heidelberger Forum Gesundheitsversorgung über das jetzt von ihm eingebrachte Konzept zur Neuordnung der Leistungen für die häusliche Pflege. Weitere Themen sind unter anderem die Neujustierung der Zusammenarbeit der Gesundheitsfachberufe und die Attraktivität des Pflegeberufs. Unter <https://www.medhochzwei-verlag.de/Video/Details/77652> können Sie das Video sehen.

**Die nächste Ausgabe erscheint am 06.04.2020**