

Landtag Mecklenburg-Vorpommern  
7. Wahlperiode  
**Enquete-Kommission**  
**„Zukunft der medizinischen Versorgung  
in Mecklenburg-Vorpommern“**

**Kommissionsdrucksache 7/28**

**Kommissionsdrucksache**

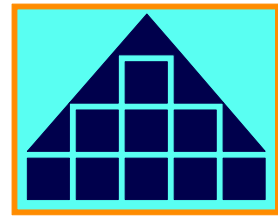
27.11.2020

Inhalt

Beschlussantrag der KGMV an die Enquete-Kommission vom  
27.11.2020

# Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Wismarsche Straße 175, 19053 Schwerin



## KGMV

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V.  
Wismarsche Straße 175 ■ 19053 Schwerin

Landtag Mecklenburg-Vorpommern  
Enquete-Kommission  
Zukunft der med. Versorgung in MV  
Sekretariat  
Lennéstraße 1 (Schloss)  
19053 Schwerin

Ansprechpartner:  
Uwe Borchmann  
Tel.: 0385 / 4 85 29-0  
Fax: 0385 / 4 85 29 29  
E-Mail: info@kgmv.de  
Internet: www.kgmv.de

AZ: 1438-00 u. 0371-01

Datum: 27.11.2020

vorab per E-Mail: [enquete@landtag-mv.de](mailto:enquete@landtag-mv.de)

## Beschlussantrag an die Enquete-Kommission

Sehr geehrter Herr Heydorn,

wunschgemäß haben wir aus den Äußerungen des Sachverständigen Herrn Prof. Albrecht, welche auch auf unser Bundesland zutreffen, die Notwendigkeiten der Änderung des 3. Bevölkerungsschutzgesetzes zusammengefasst und als Beschlussantrag formuliert. Dieses Schreiben geben wir zugleich den Obleuten der Landtagsfraktionen zur Kenntnis, um ggf. ein interfraktionelles Handeln zu ermöglichen.

Mit freundlichen Grüßen

Uwe Borchmann  
Geschäftsführer

## Anlage

Beschlussantrag an die Enquete-Kommission

### Beschlussantrag an die Enquete-Kommission

Die Enquete-Kommission bittet die Landesregierung sich zur Sicherung der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern während der Coronapandemie nachhaltig für eine Nachbesserung des 3. Bevölkerungsschutzgesetzes einzusetzen. Dieser Einsatz soll sowohl gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium als auch in Form des Startes einer Bundesratsinitiative erfolgen.

Die Nachbesserung möge folgenden Inhalt haben:

1. Die Zahlung von Freihaltepauschalen für Krankenhäuser ist alternativ zur bisherigen Kopplung an eine Inzidenzschwelle auch an die Aufnahme eines Corona-positiven Patienten zu koppeln.
2. Die bisherige Teilung der Auslösungsschwelle zwischen Krankenhäusern der Basisnotfallversorgung und Krankenhäusern der erweiterten und umfassenden Notfallversorgung wird aufgehoben.
3. Hinsichtlich der Einstufung der Krankenhäuser in die Notfallversorgungsstufen 1-3 kann bei fehlender Vereinbarung mit den Kostenträgern für die Jahre 2019 / 2020 auch eine vorläufige Bestätigung durch die für die Krankenhausplanung des Landes zuständige Behörde erfolgen.

### Begründung:

zu 1:

Eine reine Kopplung an die landkreisbezogene Überschreitung der Inzidenzschwelle 70/100.000, wie derzeit im Bevölkerungsschutzgesetz festgelegt, ist für die Versorgung im Flächenland MV kontraproduktiv. Aufgrund der regionalen Lebenswirklichkeit versorgen die Krankenhäuser auch Patienten aus umliegenden Landkreisen. Dies betrifft insbesondere auf Krankenhäuser in Mittel- und Oberzentren zu. Vorstehende Versorgungswirklichkeit führt zu einer grundsätzlichen Teilnahme aller Krankenhäuser mit Intensivkapazitäten an der Corona-Versorgung. Mit Aufnahme des ersten Corona-Patienten auf einer Normal- oder Intensivstation müssen diese Krankenhäuser ihren Regelbetrieb herunterfahren und verlieren dadurch Einnahmen; ggf. in existenzbedrohender Höhe. Dabei ist die Inzidenz der Corona-Neuinfektionen im Landkreis des Krankenhauses nicht maßgeblich. Diese kann nur als präventive Freihalteschwelle angesehen werden.

Insoweit bedarf es eines weiteren Momentums, welches die Freihaltepauschale für Krankenhäuser in Flächenländern auslöst. Dieses Momentum soll in der Aufnahme des Corona-Falles selbst liegen. Es ist alternativ zur präventiven Freihaltung zu sehen.

Dabei ist zu beachten, dass der Freihaltepauschale ab 2021 nur eine liquiditätssichernde Funktion zukommt, da über den gesamten Jahreszeitraum ein anteiliger Erlösausgleich für die Krankenhäuser festgelegt werden wird. Während die Freihaltepauschale aus dem Gesundheitsfonds finanziert wird, ist zu erwarten, dass der Mindererlösausgleich durch die gesetzlichen Krankenkassen zu tragen ist. Dieser Zusammenhang ist sachlich auch richtig, da die Krankenkassen ihrerseits auch weniger Ausgaben für die Krankenhausbehandlung vornehmen müssen. Insoweit wirkt eine möglichst geringe Ausgabe für Freihaltepauschalen entlastend für den Gesundheitsfonds und den Staatshaushalt. Dieses Ziel darf aber nicht zu einer Liquiditätsunterdeckung für Krankenhäuser führen, die Corona Patienten versorgen.

zu 2:

Die bisherige Teilung in zwei Versorgungsstufen führt in unserem Flächenland dazu, dass sich ein Großteil der Grund- und Regelversorger nicht mehr als für die primäre Corona-Versorgung geeignet empfinden kann. Teilweise wurden innerhalb der vier Cluster bereits Patienten umgeleitet. Dieses Vorgehen ist durch die Regelungen zu den Freihaltepauschalen im 3. Bevölkerungsschutzgesetz verursacht und steht dem Corona-Versorgungskonzept unseres Bundeslandes entgegen. Bei steigender Fallzahl droht in diesem Zusammenhang auch ein Kapazitätsengpass im verlegenden Rettungsdienst. Die Aufrechterhaltung des Konzeptes ist aber allein aus dem Grunde schon wesentlich, dass sich ca. 50% der ITS- Betten unseres Bundeslandes in den Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung befinden.

zu 3:

Der Zugang zu Freihaltepauschalen ist bisher an die Zuerkennung einer Notfallversorgungsstufe im Rahmen der zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern zu führenden Budgetverhandlungen geknüpft. Die Zuordnung wurde gesetzlich erstmals 2019 vorgenommen. Sofern für einzelne Krankenhäuser noch kein genehmigtes Budget 2019 besteht, benötigen diese einen alternativen Zugangsweg. Hier soll das MWAG eine entsprechende Vorabbestätigung über die Teilnahme an der Notfallversorgung geben können und so den Zugang ermöglichen.

Derzeitige Formulierung aus dem 3. Bevölkerungsschutzgesetz (beschlossen von Bundestag und Bundesrat am 18.11.2020):

Änderung des § 21 Krankenhausfinanzierungsgesetz:

Sofern in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt die 7-Tage-Inzidenz der Coronavirus SARS-CoV-2 Fälle je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner über 70 liegt und sich aufgrund der nach Satz 8 übermittelten Angaben ergibt, dass der Anteil freier betreibbarer intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten in dem Landkreis oder der kreisfreien Stadt in einem ununterbrochenen Zeitraum von sieben Tagen durchschnittlich

1.

unter 25 Prozent liegt, kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde Krankenhäuser in dem Landkreis oder in der kreisfreien Stadt bestimmen, die Ausgleichszahlungen nach Satz 1 erhalten, wenn diese

a) einen Zuschlag für die Teilnahme an der umfassenden oder erweiterten Notfallversorgung gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 5 des Krankenhausentgeltgesetzes für das Jahr 2019 oder für das Jahr 2020 vereinbart haben oder

b) noch keine Zu- oder Abschläge für die Teilnahme oder Nichtteilnahme an der Notfallversorgung gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 5 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart haben und eine Versorgungsstruktur aufweisen, die nach Feststellung der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde mindestens den Anforderungen des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136c Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern für eine Teilnahme an der erweiterten Notfallversorgung entspricht,

2.

unter 15 Prozent liegt, kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde nachrangig zu den Krankenhäusern nach Nummer 1 und nachrangig zu Krankenhäusern in den angrenzenden Landkreisen oder kreisfreien Städten, die die Voraussetzungen nach Nummer 1 erfüllen, weitere Krankenhäuser im Landkreis oder in der kreisfreien Stadt bestimmen, die Ausgleichszahlungen nach Satz 1 erhalten, wenn diese gemäß § 9 Absatz 1a Nummer 5 des Krankenhausentgeltgesetzes einen Zuschlag für die Teilnahme an der Basisnotfallversorgung für das Jahr 2019 oder für das Jahr 2020 vereinbart haben.

Die Feststellung nach Satz 2 Nummer 1 Buchstabe b entfaltet keine bindende Wirkung für die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2. Befindet sich im Fall des Satzes 2 Nummer 1 in dem Landkreis oder in der kreisfreien Stadt kein Krankenhaus, das die Voraussetzungen nach Satz 2 Nummer 1 erfüllt, kann die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde Krankenhäuser in den angrenzenden Landkreisen oder den angrenzenden kreisfreien Städten bestimmen, die die Voraussetzungen nach Satz 2 Nummer 1 erfüllen; in begründeten Ausnahmefällen kann sie auch Krankenhäuser bestimmen, die die Kriterien nach Satz 2 Nummer 2 erfüllen. Die Krankenhäuser nach den Sätzen 2 und 4 sind unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten grundsätzlich nach dem Umfang ihrer intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten und ihrer Erfahrung in der intensiv-medizinischen Beatmungsbehandlung zu bestimmen. Sind die Voraussetzungen nach Satz 2 in dem Landkreis oder in der kreisfreien Stadt vierzehn Tage in Folge nicht mehr erfüllt, hat die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde die Bestimmung nach den Sätzen 2 und 4 am fünfzehnten Tag aufzuheben. Der Anspruch auf die Ausgleichszahlungen endet am vierzehnten Tag nach der Aufhebung. Das Robert Koch-Institut übermittelt, auf der Grundlage der von den Krankenhäusern an das DIVI Intensiv-Register übermittelten Angaben, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden wöchentlich, erstmals für die 47. Kalenderwoche des Jahres 2020, für die Landkreise und kreisfreien Städte des Landes sowie für die Länder Berlin, Bremen und Hamburg für die Stadtbezirke eine tagesbezogene Übersicht über das Verhältnis der im Durchschnitt der der Übermittlung vorausgehenden sieben Tage freien betreibbaren intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten zu den insgesamt betreibbaren intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten.“