

Krankenhäuser erhalten zusätzliche Unterstützung

Angesichts des anhaltend hohen Coronavirus-Infektionsgeschehens und der steigenden Zahl von Intensivpatienten erhalten die Krankenhäuser weiterhin finanzielle Unterstützung. Am 09.04.2021 trat die „Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser“ in Kraft. Damit werden unter anderem die Ausgleichszahlungen für coronabedingte Einnahmeausfälle von Krankenhäusern bis zum 31.05.2021 verlängert.

Im Vergleich zu einem ersten Entwurf der Verordnung (wir berichteten in Berlin kompakt Nr. 3/2021) sind darin wesentliche Änderungen enthalten:

Regelungen zum Erlösausgleich 2021

Beim vorgesehenen Gesamtjahreserlösausgleich für das Jahr 2021 sollen pandemiebedingte Erlösrückgänge und Erlösanstiege gegenüber dem Jahr 2019 ausgeglichen werden können. Erlösanstiege werden nur berücksichtigt, wenn diese auf den Erhalt von Ausgleichszahlungen zurückzuführen sind. Die Liquiditätshilfen in Form von Abschlagszahlungen werden ebenfalls angerechnet. GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft erhalten den Auftrag, bis zum 31.07.2021 die Rahmenbedingungen und Kriterien für diesen Ganzjahresausgleich festzulegen.

Die Verordnung sieht zudem vor, dass Erlöse für das Jahr 2019 auf das Preisniveau für das Jahr 2021 angehoben werden. Ausgleichszahlungen für allgemeine Krankenhausleistungen müssen bei der Ermittlung der Erlöse für 2021 in Höhe von 85 Prozent berücksichtigt werden. Bei der Vereinbarung eines Erlösrückgangs sind 98 Prozent der ermittelten Erlöse für das Jahr 2019 zugrunde zu legen. Im Referentenentwurf der Verordnung lag diese Größe für das Jahr 2019 bei 95 Prozent.

Die Höhe des Ausgleichssatzes wird auf 85 Prozent (analog des Vorjahres) festgelegt – anders als im Erstentwurf, der noch vorsah, dass die Selbstverwaltungspartner ihn innerhalb eines Korridors von 75 bis 95 Prozent festlegen.

- **Die vorgesehene Erhöhung der Erlösabsenkung von 95 auf 98 Prozent ist nicht sachgerecht. Aufgrund der nachhaltigen Belegungsrückgänge in der stationären Versorgung, ausgelöst durch die Corona-Pandemie, wäre eine Erlösabsenkung um mindestens fünf Prozent zielführender gewesen. Grund für diese Entwicklung ist ein verändertes Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten, die Krankenhausaufenthalte vermeiden und beispielsweise eher ambulante Behandlungsmöglichkeiten wahrnehmen. Der Wegfall des Verhandlungskorridors ist nachvollziehbar und erleichtert die Verhandlungen auf Bundesebene.**

Liquiditätshilfen in Form von Abschlagszahlungen

Anders als im Verordnungsentwurf sind jetzt zusätzliche Liquiditätshilfen für Krankenhäuser vorgesehen, die im ersten Quartal 2021 keine Ausgleichszahlungen erhalten haben. Darauf hatten sich die Ministerpräsidentinnen und Ministerpräsidenten der Länder mit der Bundeskanzlerin in ihrer Videokonferenz am 22.03.2021 verständigt. Diese Krankenhäuser können vor dem Abschluss des Gesamtjahreserlösausgleichs für das Jahr 2021 bereits unterjährig Abschlagszahlungen in Anspruch nehmen, die über die Krankenhausrechnungen von den Krankenkassen finanziert werden. Neben der Voraussetzung, dass das jeweilige Krankenhaus im ersten Quartal 2021 keine Ausgleichszahlungen erhalten hat, muss es im ersten Quartal 2021 durchschnittlich einen Belegungsrückgang gegenüber dem Jahres-

Zum Download

Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser

durchschnitt 2019 verzeichnen. Das Krankenhaus muss die Erhebung des ermittelten Zuschlags bei der zuständigen Landesbehörde beantragen, welche die Höhe des Zuschlags ohne Beteiligung der Krankenkassen genehmigt.

Durch die Regelung werden vorwiegend kleine Krankenhäuser ohne Teilnahme am Notfallstufenkonzept sowie Psychiatrien/Psychosomatiken erfasst.

➔ **Die Ausgestaltung der Regelungen zu Abschlagszahlungen ist äußerst komplex, nur bedingt praxistauglich und zeitverzögert. Da die Finanzierung der Pandemiekosten eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, sollte diese von Bund und Ländern sichergestellt werden.**

Eine Finanzierung über den Gesundheitsfonds wäre insofern sachgerechter und würde den betroffenen Krankenhäusern schneller zugutekommen. Wenn die Kassen finanzielle Mittel wie vorgesehen bereitstellen, müssen sie jedoch auch in das Verfahren eingebunden werden. Deshalb sollten den Krankenkassen vor Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde die Antragsunterlagen zur Prüfung übermittelt werden. Ebenfalls bedarf es eines eindeutigen Nachweisverfahrens über die Höhe der erhaltenen krankenhausesindividuellen Liquiditätshilfen.

SVR-Gutachten zur Digitalisierung des Gesundheitssystems

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) hat Ende März 2021 ein Gutachten zur Digitalisierung des Gesundheitssystems vorgelegt. Darin unterbreitet er Vorschläge für die Weiterentwicklung der elektronischen Patientenakte (ePA), zur Qualität und Vergütung digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA) sowie für eine leistungsfähigere digitale Infrastruktur des Gesundheitssystems.

Um die Vorteile der Digitalisierung für die Versorgung nutzen zu können, mahnt der SVR insgesamt leistungsstarke und flächendeckende Internetverbindungen an. Insbesondere das Glasfasernetzwerk müsse konsequenter als bisher ausgebaut werden. Eine Herausforderung sieht er außerdem darin, die Finanzierung der digitalen Infrastruktur effizient zu gestalten. So dürften Investitionen in die Digitalisierung des stationären Sektors nicht dazu führen, ineffiziente Krankenhausstrukturen zu konservieren.

Vorschläge für die Weiterentwicklung der elektronischen Patientenakte

Seit dem 01.01.2021 sind die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten eine ePA anzubieten. Vor diesem Hintergrund formuliert der SVR strategische Überlegungen zur Weiterentwicklung der Patientenakte. Die ePA müsse alle gesundheitspezifischen Daten eines Patienten im gesamten Zeitverlauf enthalten. Mit Hilfe der ePA-Daten könne so etwa ein möglicher Zusammenhang zwischen einer Infektionskrankheit im Kindesalter und einer bestimmten Erkrankung Jahre später erkannt werden.

Aufgrund der bestehenden Gesetzeslage seien die Hürden dafür jedoch hoch. Aktuell müssten Versicherte der Speicherung von Daten mehrmals aktiv zustimmen: Dies gelte für die Anlage einer ePA, die Übertragung von Daten in die Akte sowie für die Freigabe von Forschungsdaten. Stattdessen schlägt der SVR als Möglichkeit vor, dass die ePA-Daten grundsätzlich der Forschung zur Verfügung gestellt werden. Patienten könnten dem ohne Angabe von Gründen widersprechen. Alternativ diskutiert der SVR eine Anpassung der aktuell geltenden Entscheidungslösung. So könnte sich der Versicherte bei der Entscheidung

[Zum Download](#)
SVR-Gutachten

für die Nutzung einer ePA mit einem „Klick“ für oder gegen die Freigabe der Daten zu Forschungszwecken entscheiden.

- **Die elektronische Patientenakte ist ein zentrales Instrument für die koordinierte und sektorenübergreifende medizinische und pflegerische Versorgung. In der Einführungsphase ist das Vertrauen der Versicherten in die Akte entscheidend. Sie haben die Hoheit über ihre Daten. Ihnen muss jederzeit eine freiwillige und informierte Entscheidung über die Nutzung der Daten möglich sein.**

Qualität und Nutzen einer DiGA besser abbilden

Der SVR unterbreitet daneben weitreichende Vorschläge zu Qualität und Vergütung der digitalen Gesundheitsanwendungen. Die Entscheidung über die Aufnahme einer DiGA in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) müsse auf Grundlage einer Nutzenbewertung vorgenommen werden, für die vorab Qualitätsanforderungen definiert werden sollen. So müssten künftig sowohl positive als auch negative Versorgungseffekte, also Nutzen und Schaden, von DiGA für die Patienten transparent gemacht werden. Ähnlich wie bei Arzneimitteln legen Hersteller die Preise für DiGA im ersten Jahr selbst fest. Die Preise der ersten DiGA sind vergleichsweise hoch. Sollte dies so bleiben, empfiehlt der SVR, die aktuell geltende „Kann“-Regelung zur Vereinbarung von Höchstbeträgen für DiGA in eine „Muss“-Regelung zu überführen. Damit müssten dann ab dem ersten Tag der Erstattung Höchstpreise gelten. Darüber hinaus sollte sich die Vergütung einer DiGA ab dem zweiten Jahr der Erstattung am Patientennutzen orientieren.

- **Die Vorschläge des Sachverständigenrats sind positiv zu bewerten. Sowohl für den Arzt als auch für den Patienten ist es wichtig, den Nutzen einer digitalen Anwendung zu erkennen. Die Preise von DiGA müssen in einem angemessenen Verhältnis zum Versorgungsnutzen stehen – nach Ansicht der BARMER sollte für DiGA grundsätzlich eine Höchstbetragsregelung ab dem ersten Tag der Zulassung geschaffen werden.**

Gesundheitspolitische Positionen der BARMER zur Bundestagswahl

Am 26.09.2021 finden die Bundestagswahlen statt. Dazu hat die BARMER ihre gesundheitspolitischen Reformvorschläge für die kommende Legislaturperiode vorgelegt. Schon seit über einem Jahr bestimmt die Corona-Pandemie den Alltag der Verantwortlichen in der Gesundheitspolitik. Die Eindämmung der Pandemie erfordert schnelle Entscheidungen und den Einsatz enormer Ressourcen. Dabei zeigt sich, dass das deutsche Gesundheitssystem grundsätzlich sehr leistungsfähig ist. Doch dürfen dabei die großen Reformbaustellen nicht aus dem Blick geraten.

Notwendigkeit struktureller Reformen

Die nächste Bundesregierung muss grundlegende strukturelle Reformen im Gesundheitswesen einleiten. Es geht dabei um eine bessere Qualität der medizinischen Behandlung, eine höhere Patientensicherheit und mehr Effizienz im Gesundheitssystem.

- Im Bereich der Digitalisierung ist aufgrund der Corona-Pandemie bereits ein Durchbruch gelungen: Wegen des großen Bedarfs an schneller Kommunikation und Koordination sowie an der Übertragung von medizinischen und epidemiologischen Daten ist die Akzeptanz digitaler Prozesse bei Patienten und Ärzten zuletzt erheblich gestiegen. Die Digitalisierung des Gesundheitswesens muss deutlich beschleunigt und ihre technischen Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgung genutzt werden.

- Ein weiteres Beispiel ist der Krankenhausbereich: Es gibt in Deutschland noch immer zu viele kleine Krankenhäuser, die häufig nicht über die erforderliche personelle und apparative Ausstattung sowie ausreichend Routine verfügen, um lebensbedrohliche Notfälle wie einen Schlaganfall adäquat zu behandeln. Die BARMER fordert deshalb eine Konzentration stationärer Leistungen auf geeignete Standorte. Krankenhäuser sollten konkrete Versorgungsaufträge nach ihrer jeweiligen Versorgungsstufe zugeordnet bekommen. Im Rahmen der Strukturreform kommt kleinen Kliniken eine wichtige Funktion für die Region zu: Je nach Bedarf können sie in lokale Versorgungseinrichtungen wie Gesundheits- oder Pflegezentren umgewandelt werden – ohne akut-stationäre Funktion.
- Zu den strukturellen Voraussetzungen für einen hohen medizinischen Standard gehört auch die Durchsetzung von Qualitätsanforderungen. Medizinische Eingriffe dürfen nur dort stattfinden, wo die personellen und strukturellen Voraussetzungen vorhanden sind. Die BARMER fordert deshalb, dass Krankenhäuser die Regelungen zu Mindestmengen konsequent einhalten müssen, andernfalls dürfen die Leistungen nicht vergütet werden. Mindestmengenregelungen sollten darüber hinaus auch auf andere Leistungsbereiche ausgeweitet werden.

Strukturen des Gesundheitswesens vernetzen

Auch die Planung medizinischer Leistungen muss auf eine neue Grundlage gestellt werden. Weil inzwischen ein wachsender Bereich medizinischer Leistungen sowohl in der Vertragsarztpraxis als auch im Krankenhaus erbracht werden kann, dürfen stationäre und ambulante Leistungen bei der Planung nicht mehr isoliert betrachtet werden. Nötig ist daher eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung, begleitet von einer gemeinsamen Vergütung. Die notwendigen Strukturveränderungen können jedoch nur gelingen, wenn Bund und Länder gemeinsam die gesetzlichen Grundlagen dafür schaffen.

Finanzielle Grundlagen des Gesundheitssystems sichern

In der kommenden Legislaturperiode wird der finanzielle Druck auf das Gesundheitswesen massiv steigen. Gründe dafür sind die erheblichen Kosten, die der medizinische Fortschritt mit sich bringt aber auch die sehr teuren Gesetze der letzten zwei Legislaturperioden. Die Gesetzgebung der neuen Bundesregierung muss deshalb darauf ausgerichtet sein, die Effizienzpotenziale des Systems zu heben. Strukturelle Veränderungen im Krankenhaus- und Arzneimittelbereich sowie die Vernetzung und Digitalisierung der Versorgung sind dafür notwendig. Klar muss aber auch sein, dass Bund und Länder ihren finanziellen Verpflichtungen nachkommen. Die GKV kann nicht auf Dauer für Kosten aufkommen, die die öffentliche Hand tragen muss, sei es im Bereich der Investitionskosten bei Kliniken und in der Pflege, sei es bei versicherungsfremden Leistungen wie den Ausgaben für ALG II-Bezieher.

Strukturen der sozialen und gemeinsamen Selbstverwaltung stärken

In der Corona-Pandemie hat sich das deutsche Gesundheitssystem bewährt. Eine seiner Stärken ist das Prinzip der Selbstverwaltung, das für einen Interessensausgleich zwischen allen Beteiligten im Gesundheitswesen sorgt. Beschlüsse etwa des Gemeinsamen Bundesausschusses erfahren deshalb eine hohe Akzeptanz aller Beteiligten. Bestrebungen des Bundes, die gemeinsame Selbstverwaltung fachlich zu kontrollieren, lehnt die BARMER ab. Nur wenn die Selbstverwaltung ihre gesetzlich verbrieften Freiräume behält, kann sie ihren

Aufgaben im Sinne der gesetzlich Versicherten nachkommen. Notwendig für die Arbeit der Selbstverwaltung sind politische Anerkennung und Unterstützung.

Zum Download

Gesundheitspolitische
Positionen der BARMER
zur Bundestagswahl 2021



Die Herausforderung annehmen

Reformvorschläge für ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen
Gesundheitspolitische Positionen zur Bundestagswahl 2021

Zum Download

Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren