

[Zum Download](#)

ePaper

Reformvorschläge für eine Weiterentwicklung der stationären Versorgungsstrukturen und der Krankenhausfinanzierung



[Zum Download](#)

Gesundheitswesen aktuell 2021



BARMER-Vorschläge für eine Krankenhausstrukturreform

Zu viele medizinische Eingriffe finden in Krankenhäusern statt, die technisch und personell nicht dafür ausgestattet sind. Zugleich ist nicht jeder Eingriff medizinisch notwendig. Das deutsche Gesundheitswesen verfügt über enorme Ressourcen, die jedoch nicht immer zielgerichtet eingesetzt werden. Um die bestehenden Defizite im Bereich der stationären Versorgung zu beheben, fordert Prof. Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER, eine konsequente und umfassende Reform der Krankenhausstrukturen in Deutschland.

Bei der Vorstellung der Publikation „Gesundheitswesen aktuell 2021“ des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung (bifg) hob Straub hervor, dass bei einer Neuordnung der Krankenhauslandschaft nicht die Anzahl der Kliniken im Fokus stehe, sondern die Qualität der Versorgung und die Patientensicherheit. Jeder Standort werde gebraucht, möglicherweise aber in einer anderen Funktion, etwa als intersektorales Gesundheits- und Pflegezentrum.

Planung nach Versorgungsstufen mit bundesweiten Qualitätsvorgaben

Wichtiger Bestandteil der Strukturreform ist eine Neuordnung der Krankenhausplanung. Sie sollte in Zukunft einem Konzept mit drei Versorgungsstufen aus Regel-, Grund- und Maximalversorgern folgen. Dafür werden die stationären Leistungen auf Bundesebene einzelnen Versorgungsstufen zugeordnet. Eine wesentliche Rolle spielt dabei die Qualitätssicherung. Erfahrung und Routine sind die entscheidenden Parameter für mehr Qualität im Krankenhaus und für bessere Behandlungsergebnisse: Die Einhaltung von bestehenden Mindestmengen muss deshalb ohne Ausnahme verpflichtend werden, dies dient der Patientensicherheit. Krankenhausstandorte werden den Versorgungsstufen zugeordnet mit der Folge, dass nicht mehr jedes Krankenhaus jede Leistung erbringen kann. Damit wird eine stärkere Spezialisierung einzelner Krankenhäuser erreicht.

Perspektivisch sollten die derzeitige Krankenhausplanung sowie die Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturplanung weiterentwickelt werden, unter Berücksichtigung der Qualität und des Bedarfs sowie der Erreichbarkeit.

DRG-Vergütungssystem weiterentwickeln

Eine solche Anpassung der Krankenhauslandschaft bildet aus Sicht der BARMER die Grundlage für eine Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems, das sich als Finanzierungsinstrument aufgrund seiner Leistungsorientierung grundsätzlich bewährt hat. Da die Vorhaltekosten in den Versorgungsstufen stark variieren, sollten diese vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) neu kalkuliert werden. Die DRG werden dabei differenzierter ausgestaltet. Leistungen können auf diese Weise besser abgebildet und angemessen finanziert werden, die Vorhaltekosten je Versorgungsstufe werden bei der Kalkulation besser berücksichtigt.

Zielgenauere Fallpauschalen sind aus Sicht der BARMER aber nur ein erster Schritt. Um die Grenzen zwischen dem ambulanten und stationären Bereich zu überwinden, werde perspektivisch ein sektorenübergreifendes Vergütungssystem benötigt, fordert Straub. Ein Ausgangspunkt dafür könnte die Überarbeitung des Katalogs für ambulante Operationen und seine Erweiterung auf ambulante Leistungen sein. Im Sinne des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ könnten damit bestehende ambulante Behandlungsmöglichkeiten in den Krankenhäusern noch besser genutzt und ausgebaut werden.

Investitionsfinanzierung sicherstellen – Mitwirkungsrecht der Kassen

Seit Jahren kommen die Bundesländer ihren Verpflichtungen für die Investitionskostenfinanzierung nicht mehr in ausreichendem Maße nach. Dies hat zur Folge, dass in großem Umfang Mittel der Krankenkassen zur Patientenversorgung für die Refinanzierung notwendiger Investitionen zweckentfremdet werden. Deshalb fordert die BARMER eine deutliche Anhebung der Mittel zur Finanzierung von Investitionen. Neben dem Bund können daran in Zukunft auch die Krankenkassen beteiligt werden. Im Gegenzug dafür müssten sie ein Mitwirkungsrecht bei der Krankenhausplanung erhalten, so Straub.

GKV-Schätzerkreis legt Prognose für 2021 und 2022 vor

Der GKV-Schätzerkreis* hat in seiner Sitzung am 12. und 13.10.2021 die Höhe der Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die Jahre 2021 und 2022 geschätzt. Die Expertinnen und Experten kamen dabei zu der einvernehmlichen Prognose, dass ein zusätzlicher Finanzbedarf von sieben Milliarden Euro besteht. Grund hierfür sind die zu erwartenden Ausgabensteigerungen im kommenden Jahr. Die Ausgabensteigerungen in Milliardenhöhe sind nicht nur durch die Corona-Pandemie, sondern auch durch die Gesetzgebung der letzten beiden Legislaturperioden, den medizinisch-technischen Fortschritt und den demografischen Wandel begründet.

Anders als in den vergangenen Jahren kann das Defizit nicht über eine Erhöhung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages ausgeglichen werden, da dieser mit dem Gesundheitsversorgungsentwicklungsgesetz (wir berichteten in Berlin kompakt Nr. 7/2021) auf 1,3 Prozent festgeschrieben wurde. Hintergrund ist die sogenannte „Sozialgarantie“ der Bundesregierung. Diese beinhaltet, dass der Gesamtsozialversicherungsbeitrag auch im Jahr 2022 nicht über 40 Prozent steigen soll. Ohne die Sozialgarantie müsste der Zusatzbeitrag um 0,4 Prozentpunkte auf 1,7 Prozent steigen, um die geschätzten Mehrausgaben im nächsten Jahr zu decken.

Das Bundesministerium für Gesundheit muss nun im Einvernehmen mit dem Bundesfinanzministerium eine Rechtsverordnung vorlegen, um die fehlenden sieben Milliarden Euro bereitzustellen. Die Rechtsverordnung ist im Parlament zustimmungspflichtig.

➤ **Die Verordnung zur Erhöhung des Bundeszuschusses um weitere sieben Milliarden Euro für das Jahr 2022 muss schnell auf den Weg gebracht werden, damit die Krankenkassen Planungssicherheit bekommen. Zugleich wird die neue Bundesregierung Maßnahmen zur Konsolidierung der GKV-Finzen für die Zeit ab 2022 beschließen müssen.**

Eine wichtige Maßnahme wäre die generelle Reduzierung des Mehrwertsteuersatzes für Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen von 19 auf sieben Prozent, wie dies bereits für andere Gesundheitsleistungen (z. B. Prothesen und zahntechnische Leistungen) gilt. Hierbei ist wichtig, dass die Entlastung auch wirklich bei der GKV ankommt – und nicht als zusätzlicher Gewinn etwa bei pharmazeutischen Unternehmen oder Leistungserbringern verbucht wird.

Weiterhin sollten die aus Steuermitteln finanzierten Pauschalen für ALG-II-Empfänger kostendeckend ausgestaltet werden, die jährliche Deckungslücke für die GKV beläuft sich auf ca. zehn Milliarden Euro.

Um eine nachhaltige Finanzierung des Systems sicherzustellen, müssen zudem Effizienzpotenziale durch gezielte Strukturreformen etwa im stationären Bereich, bei der sektorenübergreifenden Versorgung oder bei hochpreisigen Arzneimitteln genutzt werden.

*Der GKV-Schätzerkreis besteht aus Experten des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), des Bundesamts für Soziale Sicherung (BAS) sowie des GKV-Spitzenverbands.

HERA – Gemeinsame Bewältigung gesundheitlicher Krisen in Europa

Mit HERA (European Health Emergency Response Authority) richtet die Europäische Kommission eine neue Behörde für gesundheitliche Notfallvorsorge und -reaktion bei grenzüberschreitenden Gesundheitsbedrohungen ein. Sie ist Teil der Europäischen Gesundheitsunion, innerhalb derer die EU-Kommission Vorschläge für eine koordinierte Zusammenarbeit bei künftigen Gesundheitskrisen unterbreitet. Ziel von HERA ist es, auf Ebene der Europäischen Union eine bessere Krisenvorsorge zu etablieren und schneller auf gesundheitliche Notlagen reagieren zu können. Auslöser für die Gründung der EU-Behörde war die Corona-Krise und die damit verbundene Notwendigkeit, gemeinsame Strategien zur Eindämmung der Pandemie über die einzelnen Ländergrenzen hinweg zu entwickeln. Anders als ihr amerikanisches Vorbild BARDA (Biomedical Advanced Research and Development Authority) wird HERA jedoch keine eigenständige Agentur. Stattdessen wird die neue Behörde innerhalb der EU-Kommission angesiedelt, was die Einflussmöglichkeiten des EU-Parlaments begrenzt.

HERA hat im September ihre Arbeit aufgenommen und soll zu Beginn des Jahres 2022 voll funktionsfähig sein. Dann soll sie befähigt werden, im Notfall von einem Vorbereitungs- in einen Krisenmodus zu wechseln: HERA führt Gefahrenanalysen durch, sammelt Informationen und entwickelt Vorhersagemodelle für einen Krankheitsausbruch. Sie fördert Forschung und Entwicklung von medizinischen Gegenmaßnahmen im Krisenfall und entwickelt eine Strategie gegen Lieferkettenengpässe. Im Notfall kann HERA unter der Leitung eines hochrangigen Krisenstabes rasche Entscheidungen treffen und Sofortmaßnahmen ergreifen.

Die Bundesregierung sieht die Einrichtung von HERA grundsätzlich positiv. Gesundheitsminister Spahn betont aber, dass es für die Mitgliedsstaaten sehr wichtig sei, dass die EU-Staaten bei HERA ein Mitspracherecht hätten.

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren