

Regierungskommission: Empfehlungen zur Tagesklinikbehandlung

In ihrer zweiten Stellungnahme unterbreitet die vom Bundesgesundheitsministerium eingesetzte Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung den Vorschlag einer deutlichen Ausweitung tagesklinischer Behandlungen in Krankenhäusern. Kliniken sollen bislang vollstationär erbrachte Behandlungen als Tagesbehandlungen ohne Übernachtungen durchführen können, wenn dies medizinisch vertretbar ist. Damit soll vor allem dem Personalmangel in Krankenhäusern begegnet werden, der nach Auffassung der Kommission eine Hauptursache für die Kapazitätsengpässe der Kliniken ist. Aufgrund des medizinischen Fortschritts sei vielfach eine stationäre Überwachung der Patientinnen und Patienten in der Nacht oder am Wochenende nicht mehr notwendig, das dadurch freiwerdende Personal könne an anderer Stelle im Krankenhaus eingesetzt werden.

Die Kommission sieht darin einen ersten Schritt für eine kurzfristige Entlastung der Kliniken. Erst in einem zweiten Schritt will das Gremium bislang stationär durchgeführte Behandlungen auch für den vertragsärztlichen Bereich öffnen. Die Leistungen sollen dann bei identischer Vergütung sowohl im niedergelassenen als auch im stationären Bereich erbracht werden können. Zugleich bewertet die Regierungskommission die aktuell diskutierte Ausweitung des ambulanten Operierens eher zurückhaltend.

Vorschläge für Tagesbehandlungen im Krankenhaus

Spätestens ab dem 01.01.2023 soll es Krankenhäusern gestattet werden, alle bisher vollstationär erbrachten Behandlungen als Tagesbehandlungen durchzuführen, so die Empfehlung der Kommission. Voraussetzung dafür ist in der Regel, dass es sich nicht um eine komplexe oder risikoreiche Behandlung handelt und die Strukturen des Krankenhauses tatsächlich benötigt werden – zudem muss die Möglichkeit für eine notfallmäßige Behandlung gegeben sein. Die Entscheidung für eine Tagesbehandlung liegt in jedem Einzelfall beim Krankenhaus und erfordert zugleich die Zustimmung der Patientin oder des Patienten. Dabei muss die soziale und häusliche Versorgungssituation des Patienten Berücksichtigung finden.

Ein wichtiger Anreiz für die Kliniken, Tagesbehandlungen durchzuführen, besteht nach Auffassung der Kommission in einer deutlich verminderten Belastung des Personals. Da Nacht- und Wochenenddienste reduziert würden, könnte der Personalschlüssel eines Krankenhauses verbessert werden.

 **Bei dem Vorschlag der Regierungskommission handelt es sich vor allem um eine Entlastungsmaßnahme für Krankenhäuser. Eine qualitätsorientierte Modernisierung der Krankenhausstrukturen sowie eine sektorenübergreifende Ausrichtung am Versorgungsbedarf finden dabei nicht statt. So wird der vertragsärztliche, niedergelassene Bereich bei den Empfehlungen nicht mitberücksichtigt und die notwendige Ambulantisierung stationärer Leistungen ausgeblendet.**

Vergütung der Tagesbehandlungen nach DRG

Die Empfehlung der Regierungskommission sieht vor, dass Tagesbehandlungen wie bisher als Fallpauschale (DRG) abgerechnet werden. Weil keine Übernachtungen anfallen, soll die Vergütung für das Krankenhaus reduziert werden: Das Relativgewicht der jeweiligen DRG wird pauschal um 0,04 Punkte pro entfallender Nacht gemindert. Eine Vergütung nach DRG erfolgt nur für Tage, an denen ein Patient mindestens sechs Stunden im Krankenhaus war. Andernfalls wird die Behandlung als ambulant gewertet und nach EBM vergütet –

[Zum Download](#)

Zweite Stellungnahme
Regierungskommission

soweit das Krankenhaus dafür eine Berechtigung besitzt. Ein Behandlungsfall kann sich künftig aus Tagen mit und ohne Übernachtung im Krankenhaus zusammensetzen. Ein weiterer Vorschlag der Regierungskommission betrifft die Vergütung der ambulanten Notfallbehandlung im Krankenhaus. Die bisherige EBM-Vergütung der Kliniken soll um Betreuungszuschläge ergänzt werden, gestaffelt je nach der Dauer der Betreuung von Patienten in der Notaufnahme bis zu einer Größenordnung von 400 Euro.

- **Der von der Regierungskommission vertretene Ansatz wird kritisch gesehen, weil damit potentiell ambulant erbringbare Leistungen nach wie vor durch die in den DRG enthaltenen hohen Infrastrukturkosten der Kliniken überfinanziert würden. Deshalb dürfen sich diese Vorschläge ausschließlich auf Fälle beziehen, die eine Krankenhausbehandlung erfordern und die Infrastruktur eines Krankenhauses benötigen.**
- Auch der Betreuungszuschlag für ambulante Notfälle im Krankenhaus stellt lediglich eine weitere finanzielle Unterstützung für die Krankenhäuser dar, ohne die Strukturen der Notfallversorgung zu verbessern.**

Vorschlag für eine sektorengleiche Vergütung

Für die Entwicklung sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen fehlt bislang ein klares Vergütungskonzept. SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP haben sich in ihrem Koalitionsvertrag auf die Einführung einer einheitlichen Vergütung verständigt. Damit soll die Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen gefördert werden. Nach Auffassung der Projektpartner des Innovationsfondsprojekts „Einheitliche, sektorengleiche Vergütung“ stehen die aktuellen Vergütungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen einer sektorengleichen Leistungserbringung grundsätzlich entgegen: Weil ambulante und stationäre Leistungen aus unterschiedlichen Budgets und nach unterschiedlichen Prinzipien vergütet würden, entstünden finanzielle Fehlanreize. Im Ergebnis führe dies zu einer Zementierung der Sektorengrenzen, eine gemeinsame Leistungserbringung werde verhindert.

Mit dem Innovationsfondsprojekt hat das Konsortium um Prof. Dr. Jonas Schreyögg vom Hamburg Center for Health Economics ein System zur einheitlichen Vergütung von sektorengleichen Leistungen entwickelt. Inzwischen liegt eine Kurzfassung der Ergebnisse des Projekts vor. Darin schlagen die Autoren ein zweistufiges Konzept vor, bei dem zunächst auf bestehende Instrumente zurückgegriffen wird, um eine schnelle Umsetzung zu ermöglichen. Für das endgültige Vergütungssystem wird eine Entwicklungsphase von etwa drei Jahren veranschlagt.

Entwicklung eines sektorengleichen ambulanten-stationären Vergütungssystems

Definition der sektorenübergreifenden Leistungen

Für ihren pragmatischen Ansatz zur kurzfristigen Einführung des neuen Vergütungssystems gehen die Projektpartner bei der Definition der sektorenübergreifenden Leistungen zunächst einen Kompromiss ein. So sollen übergangsweise die bestehenden Kataloge der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) sowie des ambulanten Operierens (AOP) genutzt werden, um die relevanten Leistungskomplexe für eine sektorenübergreifende Versorgung zu ermitteln.

Zum Download

Ergebnisse Innovationsfondsprojekt – Kurzfassung

Mittelfristig soll eine einheitliche Leistungsdokumentation für ein breites ambulant-stationäres Leistungsspektrum erarbeitet werden. Ziel ist die Entwicklung eines Baukastensystems, mit dem flexibel sektorengleiche Leistungsgruppen (SLG) zusammengestellt werden können, bei denen nach dem Versorgungsbedarf unterschieden wird: Stufe 1 bezieht sich auf Patientinnen und Patienten mit geringem Versorgungsbedarf, bei Patientinnen und Patienten mit mäßig schweren oder schweren Komplikationen greift die Stufe 2. Bei der Erbringung sektorengleicher Leistungen werden nach dem Konzept einheitliche Kodiervorschriften angewendet.

Entwicklung der Vergütungsform der sektorengleichen Pauschalen

Auch bei der Vergütungsform wollen die Projektpartner zunächst an bestehenden Instrumenten festhalten. Die SLG werden dabei mit sektorengleichen Pauschalen vergütet, orientiert an den DRG des Krankenhausbereichs, allerdings bereinigt um die rein stationären Kosten. Um zügig mit der neuen Methode arbeiten zu können, soll die Kostenkalkulation auf Basis des Kostengerüsts des Instituts für das Entgeltsystem in Krankenhaus (InEK) durchgeführt werden, bevor in den drei darauffolgenden Jahren sukzessive eine neue, gemeinsame und sektorengleiche Datengrundlage in Zusammenarbeit mit dem InEK und dem Institut des Bewertungsausschusses (InBA) geschaffen wird.

Vorgesehen ist, dass die sektorengleichen Pauschalen alle mit der Leistungserbringung verbundenen Kosten vergüten, inklusive der Pflege-, Vorhalte- und Investitionskosten.

➤ **Im Rahmen des Innovationsfondsprojektes wurden pragmatische Lösungsansätze gefunden, die eine kurzfristige Umsetzung eines einheitlichen Vergütungssystems ermöglichen könnten.**

Gleichzeitig eröffnen sie eine Perspektive für eine mittelfristige Weiterentwicklung und eine notwendige Feinjustierung des Konzepts. Dies zeigt sich besonders bei der Leistungsidentifikation und -definition, der Datenbasis und der Bildung von zweistufigen sektorengleichen Leistungsgruppen für die Abbildung der Leistungskomplexität.

Kritisch anzumerken ist, dass der Aufsatzpunkt für die Vergütungskalkulation im Krankenhaus gesetzt wird und damit potenziell eine temporäre Übervergütung dieser Leistungen erfolgt. Ferner darf die Verfolgung dieses Ansatzes nicht zu weiteren Verzögerungen bei der Umsetzung der AOP-Reform führen. Vielmehr sollten die aus der AOP-Reform gezogenen Erkenntnisse in die Entwicklung eines sektorengleichen Vergütungssystems eingebracht werden.

Die Ergebnisse des Innovationsfondsprojektes zeigen an vielen Stellen eine große Übereinstimmung mit den Positionen der BARMER (10-Punkte-Papier 2.0).

[Zum Download](#)

BARMER 10-Punkte-Papier 2.0

BARMER Arzneimittelreport 2022

Schwerpunktthema: Arzneimitteltherapie 2025. Sicher. Digital.

Der Schwerpunkt des diesjährigen BARMER-Arzneimittelreports liegt auf der Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit für Patientinnen und Patienten. Dafür wurden die Routinedaten der BARMER zur Arzneimitteltherapie ihrer Versicherten über einen Zeitraum von zehn Jahren ausgewertet. Dank dieser breiten Datenbasis konnte die Komplexität von Arzneitherapien erstmals umfassend ermittelt werden.

Ohne digitale Hilfe wäre eine solche Auswertung nicht möglich. Zur Kontrolle vermeidbarer Risiken der Arzneimitteltherapie und zur Gewährleistung von Arzneimitteltherapiesicherheit sei die digitale Unterstützung absolut notwendig, unterstrich Prof. Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER, anlässlich der Vorstellung des BARMER-Arzneimittelreports. Auf Grundlage bereits vorausgegangener Analysen zu den Risiken der Arzneimitteltherapie und der Erprobung digitaler Unterstützungssysteme in Innovationsfondsprojekten hat die BARMER eine umfassende Digitalisierungsstrategie zur Arzneimitteltherapiesicherheit entwickelt.

BARMER legt Digitalisierungsstrategie zur Arzneimitteltherapiesicherheit vor

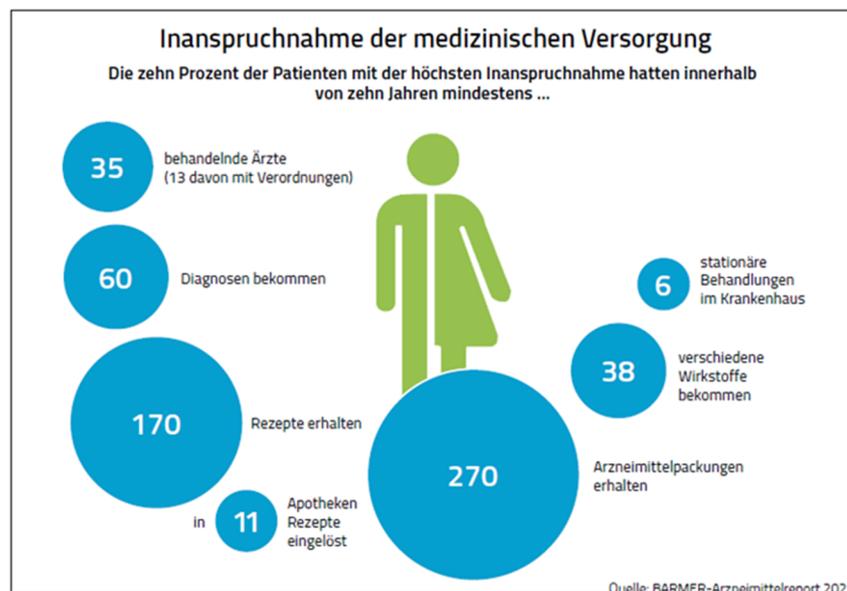
Die möglichen Risiken der Arzneimitteltherapie werden durch die Auswertung der BARMER Routinedaten bei Versicherten ab dem Alter von 40 Jahren deutlich: Im Ergebnis wurden je Versicherten im Schnitt 37 Diagnosen im Verlauf von zehn Jahren dokumentiert. Patientinnen und Patienten bekamen etwa 20 Wirkstoffe verordnet, Menschen ab 80 Jahren sogar eineinhalbmal so viele. In dieser Zeit besuchte eine Patientin oder ein Patient im Schnitt rund 21 Arztpraxen.



Zum Download

BARMER-Arzneimittelreport 2022

Pressemappe BARMER



AdAM, TOP und eRIKA sind Innovationsfondsprojekte der BARMER zu digital unterstützten neuen Versorgungsformen, die jeweils unterschiedliche Aspekte des Arzneitherapieprozesses optimieren und die Effizienz der Arzneimittelversorgung erhöhen. Mit dem Projekt AdAM wurden den teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzten aus den Routinedaten der Krankenkassen die medizinischen Informationen zur Verfügung gestellt, die für eine sichere und adäquate Arzneimitteltherapie erforderlich sind. Diese erhielten damit in digitaler Form einen Überblick über die Gesundheitsgeschichte ihrer Patienten. Durch das bereits 2021 beendete Innovationsfondsprojekt konnte gezeigt werden, dass die Risiken für besonders gefährdete Patientinnen und Patienten mit Polypharmazie signifikant verringert werden können. Bei flächendeckender Anwendung könnten durch AdAM, so die Autoren des Arzneimittelreports, jährlich 65.000 bis 70.000 Todesfälle bundesweit vermieden werden.

AdAM

Anwendung für ein digital unterstütztes Arzneimitteltherapie-Management

TOP

Transsektorale Optimierung der Patientensicherheit

eRIKA

e-Rezept als Element interprofessioneller Versorgungspfade für kontinuierliche Arzneimitteltherapiesicherheit

Mit den Projekten TOP und eRIKA werden auch die Krankenhäuser beziehungsweise die Apotheken in die verbesserte Arzneimitteltherapie einbezogen.

Forderungen an den Gesetzgeber für eine kontinuierliche Arzneimitteltherapiesicherheit

Die digitale Unterstützung der Arzneimitteltherapiesicherheit sollte zum Standard in der Arzneimittelversorgung werden, so Prof. Straub. Dazu müssten die Innovationsfondsprojekte in die Regelversorgung übertragen werden. Zudem müsse der ordnungspolitische Rahmen besonders im Bereich der Digitalisierung angepasst werden: So bedürfe es eines geeigneten Standards für die maschinenlesbare Erfassung von Arzneimitteltherapien des ambulanten und stationären Sektors, einschließlich des Dosierungsschemas. Es müsse darüber hinaus gesetzlich gestattet werden, die Arzneimittelverordnungsdaten der Krankenkassen für die Arzneimittelsicherheit einzusetzen. Schließlich könnten die Daten zur Arzneimitteltherapie nur dann zwischen den Beteiligten im Gesundheitswesen sicher ausgetauscht werden, wenn die Interoperabilität der Informationssysteme gewährleistet sei. Doch hier sei der Gesetzgeber bereits tätig und sehe im Entwurf für das Krankenhauspflegentlastungsgesetz Regelungen für eine bessere Interoperabilität vor.

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren