

BMG legt Eckpunkte für erste Reformen im Krankenhausbereich vor

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat seine Planungen für eine Reform der Krankenhausfinanzierung im Bereich der Pädiatrie und Geburtshilfe konkretisiert. Ein Änderungsantrag für das aktuell im Gesetzgebungsverfahren befindliche Krankenhauspflegeentlastungsgesetz sieht vor, dass das Erlösvolumen von Krankenhäusern in den Jahren 2023 und 2024 für pädiatrische Fälle angehoben wird. Ländliche Krankenhäuser mit einer Geburtshilfe-Abteilung, die bereits heute einen Sicherstellungszuschlag erhalten, sollen zusätzliche Finanzmittel erhalten.

Darüber hinaus soll den Krankenhäusern gestattet werden, geeignete, bisher vollstationär erbrachte Behandlungen als sogenannte Tagesbehandlungen durchzuführen.

Das BMG will damit die Empfehlungen der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung umsetzen (wir berichteten in Berlin kompakt Nr. 9 und 12).

Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie und Kinderchirurgie

Um den wirtschaftlichen Druck bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu mindern, wird Krankenhäusern in den Jahren 2023 und 2024 für die Behandlung von Kindern im Alter von 28 Tagen bis 16 Jahren ein um 270 Millionen Euro angehobenes Erlösvolumen garantiert. Das Erlösvolumen für 2023 wird auf Basis der Leistungen des Jahres 2019 ermittelt und entsprechend erhöht.

Geplant ist, dass das Leistungsvolumen vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) anhand der vom Krankenhaus gemeldeten Leistungsdaten ermittelt wird. Gesetzlich definiert wird, welche Erlöse zu berücksichtigen sind. Um dabei Anreize zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen zu erhalten, erfolgt bei Unterschreiten eines Mindesterlösvolumens von 80 Prozent ein Abschlag auf das angehobene Erlösvolumen.

Zur Finanzierung der Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenkassen werden für die Jahre 2023 und 2024 jeweils 270 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds entnommen.

➔ **Aus Sicht der BARMER ist es bedauerlich, dass das BMG nicht dem Vorschlag der Regierungskommission für ein Modell zur Verteilung zusätzlicher Finanzmittel nach versorgter Bevölkerungszahl gefolgt ist. Damit hätte im Bereich der Pädiatrie eine Finanzierung von Vorhaltekosten anhand der tatsächlichen Versorgungsbedarfe erprobt werden können. Stattdessen werden die zusätzlichen Mittel auf Basis des Jahres 2019 verteilt, obwohl sich das Leistungsgeschehen und das Inanspruchnahmeverhalten seitdem nachhaltig verändert haben.**

Damit wird das stationäre Leistungsvolumen der Pädiatrie überzeichnet, gleichzeitig werden Ambulantisierungspotenziale nicht genutzt. Aufgrund der Entwicklung in der Kinderheilkunde, Kinder möglichst wenig zu traumatisieren, soll in diesem Bereich möglichst viel Versorgung ambulant erbracht werden. Dieser Trend wirkt stärker als in anderen Bereichen der Medizin. Im Durchschnitt sinken deshalb die Fallzahlen im stationären Bereich – auch unbeeinflusst von Corona – um 2,7 Prozent pro Jahr.

Zudem handelt es sich lediglich um eine Kurzfristmaßnahme – unklar bleibt, wie die Finanzierung nach dem Jahr 2024 sichergestellt werden soll.

Umsetzung der Empfehlungen im Bereich der Geburtshilfe

Weiter sieht der Änderungsantrag vor, dass ländliche Krankenhäuser, die eine Fachabteilung für Geburtshilfe, beziehungsweise Gynäkologie und Geburtshilfe vorhalten, für die

Jahre 2023 und 2024 jeweils Anspruch auf eine zusätzliche Finanzierung in Höhe von 1,5 Millionen Euro erhalten, sofern sie im Jahr 2022 oder 2023 in der Liste der bedarfsnotwendigen ländlichen Krankenhäuser aufgenommen sind (sogenannte Sicherstellungskandidaten).

Die anspruchsberechtigten Krankenhäuser können eine weitere zusätzliche Vergütung in Höhe von 1 Millionen Euro erhalten, sofern der Krankenhausstandort auch eine bedarfsnotwendige Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin und/oder ein Zentrum oder einen Schwerpunkt für Neonatologie vorhält.

Gegenüber den Empfehlungen der Regierungskommission hat das BMG Abstand von einer Differenzierung anhand der Fallzahlen genommen. Dabei war eine höhere Vergütung für Häuser mit weniger als 500 Geburten pro Jahr vorgeschlagen worden.

Für die Maßnahme werden in den Jahren 2023 und 2024 jeweils 111 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt.

➤ **Für die Geburtshilfe sollen nicht alle Krankenhäuser zusätzliche finanzielle Mittel erhalten, sondern nur die ländlichen Krankenhäuser, die als Sicherstellungskandidaten gelten. Es handelt sich somit um keine umfassende Vorhaltekostenfinanzierung für alle Krankenhausstandorte, sondern um eine Förderung zur Aufrechterhaltung der ländlichen Geburtsstationen. Zu beachten ist, dass neben dieser Finanzierungsregelung auch weiterhin die regulären Sicherstellungszuschläge (Defizitausgleich) sowie die Pauschalförderung für ländliche Krankenhäuser (400.000 Euro - 800.000 Euro) gewährt werden können. Dieses Nebeneinander zahlreicher Sonderfinanzierungsinstrumente ist nicht nachvollziehbar.**

Aus medizinischer Sicht ist es richtig, dass von einer höheren Vergütung bei niedrigen Fallzahlen Abstand genommen wurde. Zudem ist es sinnvoll, dass Pädiatrie und Geburtshilfe „unter einem Dach“ gefördert werden.

Einführung einer Tagesbehandlung im Krankenhaus

Ende September hatte die Regierungskommission Empfehlungen zur Einführung einer Tagesbehandlung im Krankenhaus vorgelegt. Aus einem aktuellen Papier des BMG geht hervor, dass das BMG nun die Umsetzung der Maßnahme plant. So wird die neue Behandlungsform in die Definition des Sozialgesetzbuchs zur Krankenhausbehandlung aufgenommen. Die leistungserbringerrechtlichen Voraussetzungen und das Nähere sollen in einem neuen § 115e SGB V geregelt werden, weitere Anforderungen, etwa die Dokumentation, durch die Selbstverwaltung.

Das BMG will sicherstellen, dass künftig nicht anstelle teilstationärer Behandlungen die über DRG besser vergütete Tagesbehandlung erbracht wird. An der Neufassung des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen wird festgehalten.

➤ **Für die Einführung der neuen Krankenhausleistung der Tagesbehandlung sind bislang noch wesentliche Fragen ungeklärt. Das zentrale Ziel der Maßnahmen ist eine kurzfristige Freisetzung zusätzlicher Pflegekapazitäten. Ob diese Maßnahme in Bezug auf die Mehrheit der Krankenhäuser den gewünschten Erfolg haben wird, scheint sehr fraglich. Die vorgesehene Abgrenzung der Leistung ist unbedingt notwendig. Diese sollte so konkret wie möglich erfolgen, da es ansonsten zu Problemen in den Bereichen der Abrechnung, Budgetverhandlung und Bedarfsplanung kommen kann.**

Es ist richtig und zwingend erforderlich, dass weiter an der Umsetzung der AOP-Reform festgehalten wird. Verhindert werden muss, dass über die Einführung der Tagesbehand-

lung eine konsequente Nutzung des ambulanten Potenzials im Krankenhaus umgangen wird.


Maßnahmen zur Liquiditätssicherung der Pflegeversicherung

Der sozialen Pflegeversicherung (SPV) sind in den vergangenen Jahren durch Aufgaben in der Corona-Pandemie umfangreiche Ausgaben entstanden. Dazu zählen zum Beispiel Mehrausgaben und Mindereinnahmen der Pflegeeinrichtungen, die Übernahme von Antigentests, der Corona-Bonus für Beschäftigte oder die Finanzierung von Hygienebeauftragten in Pflegeeinrichtungen. Den durch die SPV finanzierten Betrag für versicherungsfremde Leistungen beziffert der GKV-Spitzenverband bis Ende 2022 auf ca. 12 Milliarden Euro. Nur einen Teil der in den vergangenen Jahren ausgezahlten Mittel hat die Pflegeversicherung bisher zurückerstattet bekommen. Sie erhält in diesem Jahr zur kurzfristigen Liquiditätssicherung weitere Mittel in Raten zurück.

Soziale Pflegeversicherung erhält weiteren Zuschuss von einer Milliarde Euro

Der Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung hat im Oktober 2022 auf Grundlage der zweiten Pandemieerstattungsverordnung einen Betrag von einer Milliarde Euro erhalten. Das Bundesgesundheitsministerium hatte hierfür im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen vor wenigen Tagen einen entsprechenden Entwurf veröffentlicht – die Verordnung ist am 12.10.2022 in Kraft getreten. Dieser Zuschuss wurde notwendig, um die Liquidität der SPV kurzfristig zu sichern. Allerdings waren im Laufe dieses Jahres bereits zwei weitere Unterstützungsmaßnahmen notwendig geworden.

So hatte das Bundesamt für Soziale Sicherung der SPV bereits im August 2022 ein bis Ende 2023 rückzahlbares Darlehen von einer Milliarde Euro zur Verfügung gestellt, um die Liquidität der Pflegekassen zu sichern. Auch hier wurden als Begründung für die Liquiditätssengpässe in der Pflegeversicherung vor allem pandemiebedingte Ausgaben für den Schutz von Pflegebedürftigen, Beschäftigten in der Pflege sowie von pflegenden Angehörigen genannt. Schon im April 2022 hatte der Bund mit einer ersten Pandemieerstattungsverordnung über den Ausgleichsfonds der SPV 1,2 Milliarden Euro zur Verfügung gestellt. Auch dies diente der Vermeidung eines Unterschreitens des gesetzlichen Betriebsmittel- und Rücklagessolls der Pflegekassen aufgrund der Mehrausgaben von Pflegeeinrichtungen im Zuge der Corona-Pandemie.

 Ein Großteil der aufgrund der Corona-Pandemie entstandenen Kosten im Bereich der Pflege wurde durch die soziale Pflegeversicherung aufgebracht. Noch immer fehlt eine vollständige Refinanzierung dieser gesamtgesellschaftlichen Kosten durch den Bund. Laut GKV-Spitzenverband wird auch mit der aktuellen Pandemieerstattungsverordnung bisher nur ein Teil der gesamten Kosten ausgeglichen.

Auch die Rentenbeiträge für pflegende Angehörige, eine weitere versicherungsfremde Leistung, sollte vollständig aus Steuermitteln finanziert werden. So sieht es auch der Koalitionsvertrag vor. Benötigt wird ein tragfähiges Finanzierungskonzept, um die soziale Pflegeversicherung dauerhaft zu stabilisieren.

Bifg legt aktuelle Analysen zum Gesundheitswesen vor

Ein Schwerpunktthema der diesjährigen Ausgabe von „Gesundheitswesen aktuell“ ist die Nutzung von Gesundheitsdaten für die Versorgungsforschung. Das BARMER Institut für

Zum Download

Zweite Pandemieerstattungsverordnung

Gesundheitssystemforschung (bifg) greift damit ein in Deutschland kontrovers diskutiertes Thema auf, da Forderungen nach deutlich umfassenderen Datenauswertungen nicht selten an der engen Auslegung des Datenschutzes scheitern.

Ein weiterer Fokus des Bandes liegt auf Aspekten der Finanzierung des Gesundheitswesens. Nach dem Reformansatz der Monopolkommission für eine Neuordnung der Krankenhausfinanzierung soll diese zukünftig im Wesentlichen aus zwei Komponenten bestehen: einer wettbewerblichen, leistungsorientierten Komponente in Form von DRG-Fallpauschalen und einer struktursichernden Komponente in Form von Vorhaltezuschlägen. Ein anderer Beitrag unterstreicht die Notwendigkeit einnahmenorientierter Ausgabenpolitik und struktureller Reformen für die gesetzliche Krankenversicherung, um eine nachhaltige Finanzierung der GKV überhaupt zu ermöglichen.

Forderung nach einem verbesserten Zugang zu Forschungsdaten im Gesundheitswesen


Die umfangreichen Datenbestände des deutschen Gesundheitswesens können nur eingeschränkt für die Versorgungsforschung genutzt werden. So sind die Daten entweder nur in Ausschnitten zugänglich, aufgrund von restriktiven Nutzungsbedingungen kaum für Forschungsprojekte nutzbar oder gar nicht für Forschungszwecke zugänglich, stellt Prof. Dr. Jonas Schreyögg vom Hamburg Center for Health Economics in seinem Beitrag fest. Andere Länder würden ihre durchaus ähnlichen Datenschutzgesetze liberaler auslegen. Ein Problem sei auch, dass die vorhandenen Daten aus unterschiedlichen Quellen nicht miteinander verknüpft werden könnten. Erst diese Möglichkeit mache die Daten für die Forschung wertvoll und nutzbar.

Schreyögg empfiehlt, die umfassende Bereitstellung und Verlinkung verfügbarer Datenquellen auf Grundlage eines bundesweiten Forschungsdatengesetzes zu regeln – damit würde auch der unterschiedlichen Auslegung der EU-Datenschutzgrundverordnung durch die Bundesländer entgegengewirkt. Um die Daten aus der elektronischen Patientenakte grundsätzlich für Forschungszwecke zugänglich zu machen, sei das Vorhaben der Koalition für ein Opt-out Verfahren ein großer Fortschritt.

Nutzung von Routinedaten der gesetzlichen Krankenkassen

In ihrem Aufsatz zum Forschungsdatenzentrum Gesundheit beschreiben Peter Ihle, Katharina Schneider und Steffen Heß den wichtigen Stellenwert der GKV-Routinedaten für die Forschung, da sie das medizinische Versorgungsgeschehen nahezu lückenlos abbildeten. Das Forschungsdatenzentrum werde die Gesundheitsdaten aller gesetzlichen Krankenkassen zusammenführen und bereitstellen. Damit ständen in Zukunft große Datenmengen für „Big Data“-Analysen zur Verfügung.

Ein weiterer Beitrag kommt zu dem Ergebnis, dass die Berücksichtigung der GKV-Routinedaten in der Corona-Pandemie von großem Nutzen bei der Entscheidung über die Impffreihefolge sein könnte. Aus den Daten der Krankenkassen gehe hervor, welche Vorerkrankungen für Corona-Infizierte eine besondere Gefahr darstellten, einen schweren Verlauf zu erleiden.

 **Um die im deutschen Gesundheitswesen vorhandenen Gesundheitsdaten optimal für die medizinische Versorgung für Patientinnen und Patienten nutzen zu können, wird ein gesetzlicher Regulierungsrahmen benötigt, der auch eine bundesweit einheitliche Auslegung des Datenschutzes gewährleistet. Dafür sollte die Koalition das geplante Datennutzungsgesetz auf Basis der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung zügig auf den Weg bringen.**

[Link](#)

Gesundheitswesen aktuell
2022

Durch das geplante Opt-out-Verfahren bei der elektronischen Patientenakte kann die Anzahl der Versicherten mit einer eigenen Akte erheblich vergrößert werden, viel mehr Menschen als bisher können damit von der Patientenakte profitieren. Um diese Vorteile nutzen zu können, muss der Gesetzgeber dafür sorgen, dass schnellstmöglich alle Leistungserbringer verpflichtend an die Telematikinfrastruktur angeschlossen werden.

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren