Gesundheitspolitische Nachrichten aus der Hauptstadt

Berlin kompakt

Nr. 3 // 5. März 2024

Einigung beim Transparenzgesetz, neue Vorschläge zur Klinikreform

Krankenhaustransparenz-gesetz

vsl. 22.03.2024
Befassung Bundesrat

21.02.2024
Sitzung des Vermittlungs-ausschusses

24.11.2023
Bundesrat – Anrufung Vermittlungsausschuss

Krankenhaustransparenzgesetz vor dem Abschluss

Der Vermittlungsausschuss von Bundestag und Bundesrat hat am 21.02.2024 grünes Licht für das Krankenhaustransparenzgesetz gegeben. Nachdem der Bundesrat im vergangenen November dem Gesetz die Zustimmung verweigert und ein Vermittlungsverfahren angestoßen hatte (wir berichteten in Berlin kompakt Nr. 14/2023), empfiehlt der Vermittlungsausschuss nun, den vorliegenden Gesetzentwurf ohne Änderungen zu bestätigen. Im nächsten Schritt wird der Bundesrat voraussichtlich am 22.03.2024 entscheiden, ob er dem Einigungsvorschlag des Vermittlungsausschusses folgen wird, womit das Gesetz zeitnah in Kraft treten könnte. Sollte der Bundesrat Einspruch einlegen, könnte im Anschluss der Bundestag diesen mit einfacher Mehrheit der Ampel-Koalition zurückweisen. Damit wäre ebenfalls ein Inkrafttreten gewährleistet.

Weg frei für Klinik-Atlas und Krankenhaus-Liquiditätshilfen
Zentrales Ziel des Krankenhaustransparenzgesetzes ist die Einführung eines Transparenzverzeichnisses, in dem sich die Bevölkerung über Leistungen und Qualität aller Krankenhäuser informieren und diese miteinander vergleichen kann. Wie Bundesgesundheitsminister Lauterbach im Anschluss an die Einigung im Vermittlungsausschuss mitteilte, wird das Transparenzverzeichnis, wie im Gesetz vorgesehen, zum 01.05.2024 vom Bundesgesundheitsministerium veröffentlicht. Auch die im Gesetz vorgesehenen liquiditätssichernden Maßnahmen für die Krankenhäuser können damit in Kraft treten: So sind eine frühzeitige Refinanzierung der Tarifkostensteigerungen beim Pflegepersonal, die Erhöhung des vorläufigen Pflegeentgeltwertes auf 250 Euro sowie der vorzeitige Ausgleich noch nicht finanzierter Pflegekosten vorgesehen (wir berichteten in Berlin kompakt Nr. 14/2023).

BMG macht Ländern weitere Zusagen für Krankenhausreform

Möglich wurde die Einigung zum Krankenhaustransparenzgesetz durch eine Reihe von Zusagen für die geplante Krankenhausreform, zu der es auch weiterhin keine Verständigung zwischen Bund und Ländern gibt. So unterbreitete Minister Lauterbach den Ländern Vorschläge in einer Protokollerklärung für den Vermittlungsausschuss. Neben einem milliardenschweren Transformationsfonds wird darin auch eine höhere Betriebsmittelfinanzierung für die Krankenhäuser beschrieben.

Die Vorschläge im Einzelnen:

Transformationsfonds zum Umbau der Krankenhauslandschaft
Zur Umstrukturierung von Kliniken und zur Konzentration von Versorgungskapazitäten soll in den Jahren 2026 bis 2035 ein so genannter Transformationsfonds aufgesetzt werden. Die Umsetzungsvorschläge zur Protokollerklärung sehen vor, dass dazu der beim Bundesamt für Soziale Sicherung angesiedelte Strukturfonds genutzt wird. Dieser soll in zehn Jahren mit insgesamt 25 Milliarden Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds befüllt werden.
Voraussetzung für die Zuteilung von Fördermitteln ist die hälftige Beteiligung des Landes auch unter möglicher Beteiligung des Krankenhausträgers, womit insgesamt bis zu 50 Milliarden Euro an Fördermitteln fließen könnten. Die Mittel sollen über den Königsteiner Schlüssel an die Länder verteilt werden. Voraussetzung für die Förderung eines Projektes ist, dass das antragstellende Land seine Investitionsfinanzierung in den Jahren 2026 bis

BARMER
Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de, Tel. 030-23 00 22-012
www.barmer.de/politik

2035 in der Höhe des Durchschnitts der Jahre 2021 bis 2025 beibehält. Laut Gesetzesvorschlag sollen auch Krankenhausverbünde, Zentren zur Behandlung seltener Erkrankungen an Universitätskliniken oder telemedizinische Netzwerkstrukturen und nicht zuletzt tatsächliche Krankenhausschließungen förderfähig sein. Alle Einzelheiten sollen in einer Rechtsverordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geregelt werden.

Die Notwendigkeit eines Umbaus und einer stärkeren Konzentration der Krankenhauslandschaft ist unbestritten. Deshalb muss die Reform der Krankenhausstrukturen rasch und konsequent erfolgen. Ursächlich für die bestehenden Defizite ist eine seit Jahren verfehlte Krankenhausplanung bei gleichzeitig mangelnder Investitionsfinanzierung der Länder. Für diese Versäumnisse darf keinesfalls der Beitragszahler aufkommen. Eine jährliche Belastung der GKV in Höhe von 2,5 Milliarden Euro wäre daher nicht angemessen.

Während die Bundesländer den Kliniken seit Jahren keine auskömmlichen Investitionsmittel bereitstellen – die Investitionsquote sinkt kontinuierlich und entfernt sich damit immer weiter von den erforderlichen acht bis zehn Prozent – muss die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) Jahr für Jahr Rekordausgaben für die Krankenhausbehandlung aufwenden. Diese werden von den Krankenhäusern teilweise zur Investitionsfinanzierung zweckentfremdet. Nötig ist daher eine deutliche und dauerhafte Steigerung der Investitionsmittel der Länder. Um insbesondere den Einstieg in die energetische Sanierung der Krankenhäuser zu sichern, sollten dabei die Sonderfördermittel der Länder deutlich erhöht werden.

Anpassungen bei der Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser

Das BMG will die wirtschaftliche Lage und Liquidität der Krankenhäuser verbessern. Dazu sollen die Tariferhöhungen aller Krankenhausbeschäftigten künftig bei einer unterjährigen Anpassung der Landesbasisfallwerte berücksichtigt werden, sofern eine Vertragspartei diese Neuvereinbarung verlangt. Bislang wird der Landesbasisfallwert, der eine wichtige Grundlage für die Ermittlung der abzurechnenden Entgelte im Krankenhaus ist, jährlich festgelegt.

Der Orientierungswert, der die jährliche Kostenentwicklung in den Krankenhäusern wiedergibt, soll bei der Ermittlung des Veränderungswertes künftig nicht mehr anteilig, sondern in voller Höhe angesetzt werden. Der Veränderungswert definiert die maximal zulässige Steigerung für die Vereinbarung der Landesbasisfallwerte. Die volle Berücksichtigung des Orientierungswertes beim Veränderungswert führt somit zu einem deutlich stärkeren Anstieg der Landesbasisfallwerte.

Die vollständige und unterjährige Tarifrefinanzierung für alle Beschäftigtengruppen sowie die Anwendung des vollen Orientierungswertes beim Veränderungswert soll in Zukunft auch für die psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser gelten.

Durch die geplanten Neuregelungen werden die Verhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen deutlich komplexer, die heute schon überbordende Bürokratie wird weiter zunehmen. Mit der vollen Refinanzierung aller Tariflohnsteigerungen und der Berücksichtigung des vollen Orientierungswertes wird der Weg in Richtung Selbstkostendeckung beschritten. Anreize für die Krankenhäuser zum wirtschaftlichen Einsatz von Beitragsmitteln gehen verloren. Statt einer breiten Streuung begrenzter Finanzmittel an alle Krankenhäuser ist eine gezielte Finanzierung bedarfsnotwendiger Standorte notwendig.

BARMER
Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de, Tel. 030-23 00 22-012
www.barmer.de/politik

Gesundheitspolitische Nachrichten aus der Hauptstadt

Berlin kompakt

Nr. 3 // 5. März 2024

Der Verzicht auf kostendämpfende Instrumente wird die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung weiter in die Höhe treiben. Zusätzlich werden der Versichertengemeinschaft damit erhebliche Mehrausgaben entstehen, was vor dem Hintergrund steigender Gesamtsozialversicherungsabgaben vermieden werden muss.

BARMER-Arztreport zu Digitalen Gesundheitsanwendungen

Zum Download
BARMER-Arztreport 2024

Pressemappe

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) können bereits seit Oktober 2020 zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verschrieben werden. Sie werden jedoch noch nicht breit in der Versorgung genutzt. Aus dem neuen BARMER-Arztreport 2024 geht hervor, welches die wichtigsten Gründe dafür sind: So fehlen den Behandelnden oft wichtige Informationen zu den DiGA, Versicherte hingegen sehen ihre Erwartungen an die DiGA nicht erfüllt. Für die aktuelle Analyse hat das BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg) einerseits BARMER-Abrechnungsdaten genutzt. Andererseits wurden Befragungen unter 1.000 behandelnden Ärztinnen, Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie von mehr als 1.700 BARMER-Versicherten durchgeführt, die eine DiGA genutzt haben.
Der Arztreport 2024 wurde in Zusammenarbeit mit dem aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen unter Leitung von Prof. Dr. Joachim Szecsenyi erstellt.

Informationsstand der Leistungserbringer über DiGA oft unzureichend

75 Prozent der 1.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Befragung gaben an, in den vergangenen 12 Monaten maximal fünf DiGA-Verordnungen ausgestellt zu haben. Etwa 33 Prozent der Befragten schätzten ihren eigenen Kenntnisstand über DiGA insgesamt als schlecht ein. Rund 69 Prozent nutzten das offizielle DiGA-Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) nie oder nur selten. Dort werden zentral alle zugelassenen DiGA gelistet und Hinweise zu Anwendungsgebieten, Kontraindikationen und Kosten bereitgestellt. Stattdessen griffen die Behandelnden stärker auf Informationen ihrer Kassenärztlichen Vereinigung, aus Fachzeitschriften oder der DiGA-Hersteller selbst zurück.
Diesen Aspekt unterstrich der Vorstandsvorsitzende der BARMER, Prof. Dr. Christoph Straub, bei der Vorstellung des Arztreports. Er sieht in DiGA eine sinnvolle Ergänzung für die medizinische Versorgung der Versicherten. Da der Informationsstand jedoch oft unzureichend sei, könnten diese ihr Potenzial noch nicht voll entfalten. Das DiGA-Verzeichnis des BfArM werde als Informationsquelle nur wenig genutzt, deshalb sollten dort die vorhandenen Inhalte übersichtlicher und übergreifend dargestellt werden, so Straub. Nur so lasse sich sicherstellen, dass DiGA ausschließlich für Personen verschrieben werden, für die diese auch geeignet seien.

Erwartungen der Versicherten an DiGA werden nicht erfüllt

Aus Sicht der Patientinnen und Patienten gibt es deutliches Verbesserungspotenzial bei der Versorgung mit DiGA. Der Versicherten-Befragung des bifg zufolge brachen etwa 15 Prozent der Nutzerinnen und Nutzer die Anwendung bereits innerhalb des ersten Monats vorzeitig ab. Grund dafür war vor allem der Eindruck, dass die DiGA den eigenen Gesundheitszustand nicht verbessern. Mit Blick auf die acht am häufigsten verordneten DiGA zei-

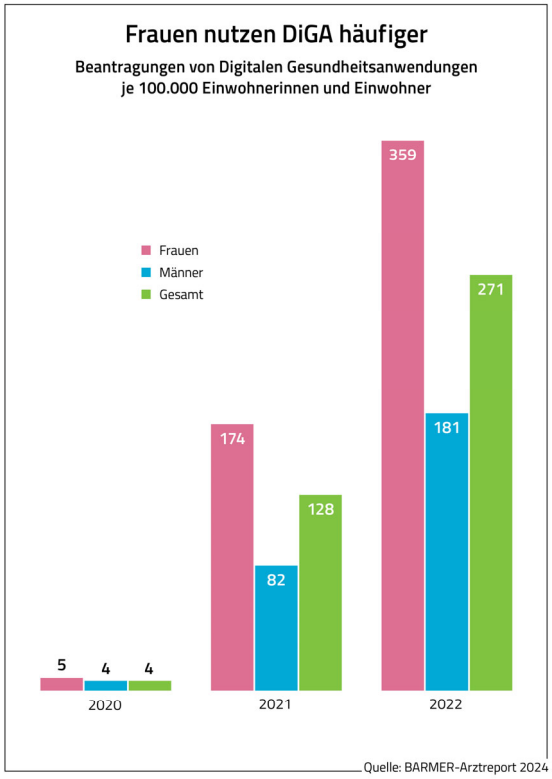
BARMER
Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de, Tel. 030-23 00 22-012
www.barmer.de/politik

Link
bifg ePaper
Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) – Mehr Transparenz für mehr Akzeptanz

gen Abrechnungsdaten der BARMER zudem, dass rund 18 Prozent der von den Krankenkassen freigegebenen Aktivierungscodes gar nicht erst eingelöst werden. Eine aktivierte DiGA kostet die gesetzliche Krankenversicherung für 90 Tage im Durchschnitt 367 Euro. Aus Sicht der BARMER wäre deshalb die Einführung eines Erprobungszeitraums von 14 Tagen für DiGA wichtig. In dieser Zeit könnten Versicherte ihre DiGA ausprobieren, so Straub. Erst bei fortlaufender Nutzung würde dann die Vergütung für die DiGA fällig.

Weitere Ergebnisse des BARMER-Arztreports 2024

- BARMER-Abrechnungsdaten zeigen, dass über alle Altersgruppen hinweg mehr Frauen als Männer DiGA nutzen.
- Vor allem in den großstädtischen Regionen werden DiGA am häufigsten beantragt – Berlin, Hamburg und Nordrhein-Westfalen stehen dabei an der Spitze.
- Die Daten zeigen auch, dass DiGA insbesondere in den Indikationsgebieten wie Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates, Adipositas und Tinnitus am häufigsten eingesetzt werden.



Zum Download
Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren

BARMER
Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de, Tel. 030-23 00 22-012
www.barmer.de/politik