

Update

Positionen des Arbeitskreises Stationärer Gesundheitsmarkt (AKS) **Krankenhausreform – Vorhaltefinanzierung**

19. September 2023

Vorbemerkung

Die Krankenhausreform, wie sie von der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ vorgeschlagen und im Eckpunktepapier vom 10. Juli 2023 zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und den Ländern verabschiedet wurde, verfolgt „drei Ziele: „Gewährleistung von Versorgungssicherheit (Daseinsvorsorge), Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität sowie Entbürokratisierung.“

Der BVMed und seine Mitgliedsunternehmen unterstützen ausdrücklich die Notwendigkeit einer Krankenhausreform und die formulierten Ziele. Allerdings überzeugen die vorgeschlagenen Maßnahmen im Detail nicht. Aus Sicht des BVMed werden Anreize erzeugt, die das Gegenteil der Reformziele bewirken. Nachfolgend werden die Risiken der Vorhaltefinanzierung in der aktuell geplanten Form für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung in Deutschland aufgezeigt.

In diesem Positionspapier werden Forderungen des BVMed zur Vorhaltefinanzierung vorgestellt, die als Nachbesserung in die Ausarbeitung des Referentenentwurfs einfließen sollten. Bei der Berücksichtigung der Empfehlungen des BVMed ist darauf zu achten, dass es bei der Umsetzung dieser für die Krankenhausform vorgesehenen Maßnahmen zu einer Bürokratieentlastung kommt. Dies sollte im Rahmen einer grundsätzlichen Auswirkungsanalyse zum Bürokratieaufwand der Maßnahmen der Krankenhausreform erfolgen.

Forderungen zur Verbesserung der Reformvorschläge

1. Patientenversorgung durch Vorhaltefinanzierung verbessern und nicht durch Umverteilungseffekte gefährden
2. Leistungsgruppen für Planung und Vorhaltefinanzierung trennen
3. Gleichgerichtete Finanzierung von Investitionen und Betriebskosten sicherstellen
4. Krankenhausfinanzierung transparent und datengetrieben anpassen und weiterentwickeln
5. Auswahl geeigneter diagnostischer und Behandlungsmethoden durch die Leistungserbringer anhand des Patientennutzens statt anhand betriebswirtschaftlicher Kriterien sicherstellen
6. Durch effektive Anreize die Versorgungsqualität positiv beeinflussen und die Verbesserung der Ergebnisqualität der medizinischen Leistung sicherstellen
7. Begriffe für die Beschreibung der Reformvorschläge klar, einheitlich und rechtssicher definieren
8. Zeitplan für die Umsetzung den aktuellen und langfristigen Erfordernissen anpassen

1.

Patientenversorgung durch Vorhaltefinanzierung verbessern und nicht durch Umverteilungseffekte gefährden

Die Vorhaltevergütung soll zunächst ohne Bezug zu tatsächlichen Vorhaltekosten mit einer normativen Absenkung der aG-DRG-Vergütung erfolgen. Dieses Vorgehen birgt die Gefahr, dass auch variable Sachmittel zukünftig zu 40-60 % fallunabhängig über die Vorhaltebudgets vergütet werden. Das verschärft den ökonomischen Anreiz, medizinisch notwendige Leistungen mit hohen variablen Sachkosten als Teil der Betriebskosten zu meiden und generell weniger Leistungen durchzuführen.

Risiken der Vorhaltefinanzierung in der aktuell geplanten Form:

- > versteckte, intransparente und nicht steuerbare Leistungsrationierung
- > eingeschränkter Zugang zu medizinisch notwendigen Leistungen
- > sich daraus ergebenden Wartelisten
- > Risiken für die Versorgungsqualität

Eine zwischenzeitlich vorhandene klarere Formulierung zur Vorab-Abgrenzung der variablen Sachkosten ist im derzeitigen Eckpunktepapier nicht mehr enthalten.

Hintergrund

Ein wesentlicher Baustein der Krankenhausreform ist die Implementierung einer Vorhaltefinanzierung.

Bundesministerium für Gesundheit, 2023
Eckpunktepapier. Krankenhausreform. Stand: 10. Juli 2023

Die Vorhaltefinanzierung ist mit bundeseinheitlichen Leistungsgruppen verbunden. Die erstmalige Definition der Leistungsgruppen wird auf den in NRW eingeführten Leistungsgruppen basieren. (Bundesministerium für Gesundheit, 2023)

Bisher werden die Betriebskosten (ohne Pflegekosten) aller stationären Behandlungsfälle über das G-DRG-System fallbezogen vergütet.

Folgen der Vorhaltefinanzierung:

- > signifikante Teile der Vergütung werden
 - > aus der fall- bzw. leistungsorientierten Vergütung ausgegliedert und
 - > auf die Leistungsgruppen umverteilt
- > gewollte Umverteilung des Erlösvolumens zwischen den Krankenhäusern (Bundesministerium für Gesundheit, 2023).
- > Verwerfungen und unerwünschten Anreize, die eigentlich durch die Vorhaltefinanzierung reduziert werden sollen (Schaffert)

Besonders benachteiligt erscheinen bei diesem Ansatz alle Behandlungsfälle, die einen verhältnismäßig hohen Sachkosteneinsatz bei der Behandlung bedürfen. Das können z. B. Implantate aber auch teure Einmalprodukte und -instrumentarien sein. Indirekt erschwert sich zudem die Finanzierung medizintechnischer Anlagegüter.

Problembeschreibung

Für 2023 ist nach eigenen Berechnungen¹ von einem Gesamterlösvolumen von 59 Mrd. € im aG-DRG-System auszugehen. Wird das Pflegebudget von ca. 20 % der Gesamtvergütung hinzugerechnet, ergibt sich ein Betrag von ca. 73,5 Mrd. €. Bei einer normativen Ausgliederung der Vorhaltevergütung in Höhe von 40 % bis 60 %, inklusive Pflegebudget, ergibt sich ein Betrag von etwa 29 Mrd. € bis 44 Mrd. €, der zwischen den Krankenhäusern neu verteilt werden soll. Nicht enthalten in dieser Gesamtvergütung sind die unbewerteten DRGs, bewertete und unbewertete Zusatzentgelte und Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

Die Vergütung über das G-DRG-System ist fallgruppenbezogen inklusive variabler Sachkosten kalkuliert. Im Rahmen der Vorhaltefinanzierung findet jetzt eine Umverteilung pauschal auf der Ebene der Leistungsgruppe statt.

Durch die Vorhaltevergütung sollen jetzt alle Leistungserbringer in einem Bundesland, welche die Leistungsgruppe erbringen dürfen, entsprechend ihrer „Fallzahl und Fallschwere“ die gleiche Vorhaltevergütung erhalten. Das erscheint auf den ersten Blick unproblematisch, wenn man davon ausgeht, dass alle Leistungserbringer das gleiche Leistungsspektrum erbringen. Das ist allerdings nicht der Fall.

Erläuterung der verborgenen Anreize am Beispiel der Wirbelsäulenchirurgie:

„Wirbelsäuleneingriffe“ sind als Leistungsgruppe für NRW definiert (Quelle NRW Leistungsgruppen) und werden damit als übersichtlicher Leistungsbereich auch für die bundesweiten Planungen Berücksichtigung finden.

Zur Abbildung der Leistungsgruppe Wirbelsäuleneingriffe stehen im G-DRG-System 2023 insgesamt 22 DRGs mit einer Vergütung von ca. 2.200 € bis 28.180 € (Median ca. 9.150 €) in vier Basis-DRGs (I06, I09, I10 und I45) zur Verfügung. 2022 wurden bundesweit (gemäß „InEK DatenBrowser – Unterjährige Datenlieferung DRG Januar bis Dezember 2022“) in diesen DRGs ca. 250.000 Behandlungsfälle mit einem Casemix von 456.921 behandelt, was einer DRG-Vergütung (ohne Pflege) von 1,8 Mrd. € entspricht. Das Vergütungsvolumen, das in dieser Leistungsgruppe bundesweit neu verteilt wird, entspricht zwischen ca. 900 Mio. € und 1,35 Mrd. €.

Die 22 DRGs sind ökonomisch differenziert und bilden ein Spektrum von Wirbelsäulenoperationen bei Krebserkrankungen und Metastasen, angeborenen Fehlbildungen und komplexen Korrekturoperationen bei Kindern, angeborenen Erkrankungen und komplexen Operationen bei Erwachsenen, sowie erworbenen Operationen z. B. bei Brüchen (Frakturen) der Wirbelsäule und Versteifungsoperationen bei altersbedingten Verschleißerkrankungen, u. a. ab.

Differenzierung von Operationen:

- > mit teilweise sehr hohem personellen Aufwand durch vielstündige Operationen
- > mit teilweise hohem Sachkostenaufwand, z. B. in Form von teuren Implantaten
- > teilweise verhältnismäßig kurze Operationen, die relativ geringe Expertise und wenig Sachkostenaufwand bedürfen
- > Kombinationen aus hohem Sachkostenaufwand und niedrigem Personalaufwand oder umgekehrt

Die Behandlungsfälle sind den verschiedenen DRGs aufgrund ihrer Gesamtkosten zugeordnet. Eine pauschale Vorhaltevergütung führt, ausgehend von der Gesamtvergütung, einschließlich der Vergütung für variable Sachkosten, zu neuen, nicht gewollten Anreizen.

¹ Casemix laut InEK Abschlussbericht Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2023 (Seite 52)
14.854.198 * BBFW 4.000,71 € ~ 59 Mrd. €

Neue, bisher nicht vorhandene Anreize für nicht gemischte DRGs:

Beispielsweise wurde die DRG I06B mit einem Relativgewicht von 4,745 (ca. 19.000 €) und Sachkosten (Kostenmodule 4_5, 4_6a, 4_6b) in Höhe von ca. 6.000 € speziell für komplexe Eingriffe bei Kindern bis zum Alter von 18 Jahren kalkuliert. Dies ist eine Leistung, die überwiegend in spezialisierten Zentren und Abteilungen erbracht wird.

Folgen leistungsunabhängiger Vorhaltefinanzierung nicht gemischter DRGs, z. B.:

- > Vergütung wird „mit der Gießkanne“ auf alle Krankenhäuser mit der Leistungsgruppe Wirbelsäuleneingriffe verteilt; unabhängig davon, ob sie komplexe angeborene Deformitäten bei Kindern operieren
- > Überfinanzierung von Leistungserbringern ohne spezielle Behandlungen
- > Schlechterstellung der Behandlung schwerkranker Kinder
- > Umverteilung der Vergütung erfolgt in Richtung weniger komplexer (z. T. als vermeidbar eingestufte) Wirbelsäuleneingriffe

Selbst wenn in einer Abteilung beide Leistungen erbracht werden, führt dieser neue Anreiz dazu, die teuren und komplexen Korrekturen mit teuren Implantaten bei Kindern zu Gunsten von Leistungen mit weniger hohen variablen Sachkosten zu vermeiden. Das kann nicht gewollt sein.

Auch wenn im aktuellen Eckpunktepapier die „Fallschwere“ bei der Zuordnung des Vorhaltebudgets zu den Krankenhäusern eine Rolle spielen soll, ist unklar, wie eine ausreichende Differenzierung erreicht werden kann.

Es ist nicht nachvollziehbar, wie dieser Mechanismus dazu führen soll, die Versorgungssicherheit im Sinne der Daseinsvorsorge für alle Patientengruppen gleichermaßen und eine bessere Qualität gewährleisten soll.

Lösungsvorschlag

Um diesen Anreiz zu vermeiden, müssen mindestens die variablen (direkt patientenbezogenen) Sachkosten aus dem G-DRG-System abgegrenzt werden, bevor die Vorhaltefinanzierung hieraus abgezogen wird. Denn solange die variablen Sachkosten Bestandteil der pauschalen leistungsunabhängigen Vorhaltevergütung sind, entsteht für die Krankenhäuser der Anreiz, die Kosten vor allem für die patientenindividuell eingesetzten Sachmittel (z. B. Implantate, Herzkatheter, Sonden u. a.) zu reduzieren, um von der Vorhaltevergütung zu profitieren. Dieser Mechanismus stellt auch einen Anreiz dar, moderne Verfahren mit höheren Sachkosten durch überholte technische Verfahren mit niedrigeren Sachkosten, aber möglicherweise höheren Gesamtkosten zu ersetzen.

Ohne Bezug zu tatsächlichen Vorhaltekosten besteht die Gefahr, dass

- > sachmittelintensive Leistungen vermieden werden
- > Aufwand für Medizinprodukte zulasten der Qualität minimiert wird

Beides steht im Widerspruch zu den Zielen der Krankenhausreform:

- > Behandlungsqualität zu sichern und zu steigern
- > Versorgungssicherheit (Daseinsvorsorge) zu gewährleisten

2.

Leistungsgruppen für Planung und Vorhaltefinanzierung trennen

Die Verwendung identischer Leistungsgruppen für die Krankenhausplanung auf der einen Seite und für die leistungsunabhängige Vorhaltefinanzierung auf der anderen Seite führt zu einer Überfinanzierung weniger komplexer und einer Unterfinanzierung komplexer Leistungen. Das ist nicht gewollt und führt zu einem Anreiz, im Einzelfall ungeeignete, wenig sachkostenintensive Leistungen zu erbringen.

Im Eckpunktepapier vom 10. Juli 2023 ist nach wie vor die Nutzung von Leistungsgruppen „als Instrument einer leistungsdifferenzierten Krankenhausplanung“ und gleichzeitig „als Kriterium für die Zuordnung einer Vorhaltevergütung“ vorgesehen.

Bundesministerium für Gesundheit, 2023

Eckpunktepapier. Krankenhausreform. Stand: 10. Juli 2023.

Die Verbindung zwischen Versorgungsleveln und Leistungsgruppen wurde aufgehoben. Zur Ausdifferenzierung und Weiterentwicklung der Leistungsgruppen wurde ein vierstufiger Prozess mit konsekutiver Beteiligung unterschiedlicher Institutionen und Verbände eingeführt.

Diese Veränderungen bedeuten eine gewisse Entschärfung, wobei der hoch komplex ausgestaltete Weiterentwicklungsprozess zur erforderlichen zeitnahen Steuerung der Vergütung nicht geeignet erscheint.

Insgesamt ist nach wie vor kein Lösungsansatz für die grundlegende Problematik der Verwendung identischer Leistungsgruppen für die Krankenhausplanung und die Vorhaltefinanzierung erkennbar.

Da sich die damit verbundenen Fehlanreize anhand der konkreten Ausgestaltung der Vorhaltefinanzierung beschreiben lassen, gilt die Erläuterung von Forderung 1 (s. oben) auch für die Forderung 2.

3.

Gleichgerichtete Finanzierung von Investitionen und Betriebskosten sicherstellen

Die gleichgerichtete Finanzierung von Investitionen und Betriebskosten ist notwendig, um die Krankenhausversorgung für die Bevölkerung im Sinne der Daseinsvorsorge nachhaltig und innovationsoffen zu sichern. Basierend auf den aktuellen Rahmenbedingungen ist es nicht ohne weiteres möglich, die Infrastruktur und Ausstattung der Krankenhäuser für die Behandlung von ambulanten Patienten einzusetzen. Ohne gleichgerichtetes und abgestimmtes Zusammenspiel von Investitions- und Betriebsmittelfinanzierung für die Gesamtheit der im Krankenhaus erbrachten Leistungen ist eine ökonomisch tragfähige stationäre oder auch sektorengleiche Leistungserbringung nicht möglich.

Hintergrund

Medizintechnische Anlagegüter werden nicht über das G-DRG-System vergütet. Sie gehören zu den Investitionsgütern und sollen weiterhin von den Bundesländern und nicht von den Krankenkassen finanziert werden.

Zu den medizintechnischen Anlagegütern zählen alle Medizinprodukte, die über einen längeren Zeitraum (> 3 Jahre) genutzt werden können und die nicht nur für einen einzelnen Behandlungsfall angewendet werden.

Beispiele für medizintechnischen Anlagegüter:

- > Operationssiebe mit Operationsinstrumenten,
- > Röntgen- und CT-Anlagen
- > Ultraschallgeräte
- > Operationsroboter
- > Herzkatheter-Labore/ Ausstattung
- > OP-Säle und Hybrid OP-Säle
- > medizintechnische Ausstattung wie OP-Lampen und OP-Tische
- > Narkosegeräte
- > für die Behandlung notwendige medizintechnische Anlagegüter

Während die Einmalprodukte, die bei der Verwendung dieser Geräte verbraucht werden (OP-Abdeckungen, Herzkatheter, Implantate, Einmalinstrumente, Kontrastmittel, etc.), über das G-DRG-System vergütet werden, werden die Anlagegüter – zumindest theoretisch – über die Investitionsmittel der Länder finanziert.

Anstieg der notwendigen Anlagegüter:

Die erste CT-Aufnahme beim Menschen wurde 1971, PET ca. 1975, PET/CT ca. 2001, die erste Ballon-Dilatation am Herzen 1977 als Geburtsstunde der interventionellen Kardiologie, erste robotisch-assistierte Operationen wurden in den 1980er Jahren in den USA (Schreuder & Verheijen, 2008) und die ersten robotisch-assistierte Entfernungen der Prostata in Deutschland im Jahr 2000 durchgeführt. Diese Daten sollen als Beleg dafür dienen, dass der Anteil der für die Patientenbehandlung notwendigen Anlagegüter seit der Einführung der dualen Krankenhausfinanzierung im Jahr 1972 bis heute deutlich gestiegen ist.

Problembeschreibung

Die Vergütung des G-DRG-Systems wird jährlich anhand der in Kalkulationskrankenhäusern verursachungsgerecht auf den einzelnen Behandlungsfall zugeordneten Betriebskosten durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) weiterentwickelt. Die Investitionskosten, dies gilt auch für die Kosten der medizintechnischen Anlagegüter, werden hierbei nicht berücksichtigt.

Bei der geplanten Ausgliederung der Vorhaltefinanzierung aus dem DRG-System werden die Vorhaltekosten für medizintechnische Anlagegüter nicht berücksichtigt, obwohl die vorgesehene Investitionskostenfinanzierung unzureichend ist.

Bestehende Probleme bei den Leistungsgruppen:

- > Finanzierung für zahlreiche Strukturmerkmale (Vorhaltung von Medizintechnik), die zur Erreichung der geforderten Strukturqualität der Leistungsgruppen notwendig sind, ist nicht geregelt.
- > Es bleibt offen, wie die Zuordnung von Leistungsgruppen zu Krankenhäusern und die für die konkrete Leistungserbringung notwendigen Investitionen in medizintechnische Anlagegüter aufeinander abgestimmt und ausreichend Mittel zur Verfügung gestellt werden sollen.

Hinweis zur geplanten Intensivierung der Ambulantisierung:

Bei der Leistungsvergütung für Belegärzte oder Ärzte mit ambulanter Ermächtigung (§ 120 SGB V) sind die Kosten, die durch die Anwendung von ärztlichen Geräten entstehen sowie die sonstigen Sachkosten bereits abgegolten. Daher geben auch einzelne Landeskrankengesetze eine Zweckbindung für die stationäre Leistungserbringung vor. (z.B. § 21 Abs. 2 KHGG NRW). Ambulante medizinische Leistungen dürfen ggf. nicht ohne weiteres mit medizinischen Anlagen erbracht werden, die aus Mitteln der stationären Investitionsfinanzierung angeschafft wurden.

Lösungsvorschlag

Die Finanzierung von Betriebskosten und medizintechnischen Anlagegütern ist gleichgerichtet als Ganzes weiterzuentwickeln, damit die Leistungserbringung für die anstehenden Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung nachhaltig weiterentwickelt werden kann. Daher muss auch die Investitionskostenfinanzierung Teil der Krankenhausreform sein.

4.

Krankenhausfinanzierung transparent und datengetrieben anpassen und weiterentwickeln

Ohne eine klare und auf Daten basierende Weiterentwicklung sind politische Anpassungen willkürlich und eine dynamische Anpassung des Leistungsgeschehens an den Bedarf nicht möglich. Die Einführung einer normativen Vorhaltefinanzierung führt beispielsweise, allein durch eine tarifbedingte Erhöhung der Pflegevergütung, zu einer proportionalen Reduzierung des übrigen Vorhaltefinanzierungsanteils.

Hintergrund

Gemäß Eckpunktepapier vom 10. Juli 2023 ist „perspektivisch“ eine sachgerechte Kalkulation „tatsächlicher Vorhaltekostenanteile der jeweiligen Fallpauschalen“ geplant.

Bundesministerium für Gesundheit, 2023

Eckpunktepapier. Krankenhausreform. Stand: 10. Juli 2023.

Die kann jedoch zur Einführung der Vorhaltefinanzierung noch nicht umgesetzt werden, da die Definition der Leistungsgruppen noch nicht erfolgt ist und vermutlich längere Zeit in Anspruch nehmen wird. Daher bleibt es zunächst bei einer normativen Absenkung der Fallpauschalen mit den entsprechenden Risiken für die Schaffung neuer Fehlanreize, die eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung gefährden.

Die Vorhaltefinanzierung soll zu einer neuen Verteilung des bestehenden Erlösvolumens zwischen den Krankenhäusern führen. (Bundesministerium für Gesundheit, 2023)

- > Die Veränderungen sind nicht unumstritten und Kritiker befürchten, dass neue finanzielle Anreize etabliert werden, die für die Erreichung der gesteckten Ziele nicht hilfreich sind (Fiori et al., 2023; Klinikverbund Hessen e.V., 2023; Raab & Zarling, 2023; Roeder, 2023; Simon, 2023)
- > Gleichmaßen müssen die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen für Gebiete mit einer medizinischen Überversorgung ebenso geeignet sein, wie für Gebiete, die schon heute eine medizinische Unterversorgung aufweisen. „Die Ausgangslagen in den Bundesländern sind sehr unterschiedlich“.
- > Es werden sich Veränderungen der Erreichbarkeit von Krankenhausleistungen aber auch in Bezug auf die Versorgungsqualität, die Sicherheit und Effizienz ergeben.
- > Erste Potentialanalysen zu den Veränderungen haben aufgrund einer veralteten Datenbasis und einer nicht überzeugenden Systematik die Bedenken in Teilen eher verstärkt.

Die Vorhaltefinanzierung ist nicht die einzige Maßnahme, die zu Veränderungen führen wird. Unter den Schlagworten „Ambulantisierung“ mit der veränderten Vergütung für bestimmte Leistungen über „Hybrid-DRGs“ und „sektorenübergreifende und integrierte Gesundheitsversorgung“ durch sogenannte sektorübergreifende Versorger (bisher Level II-Krankenhäuser benannt) sind weitere grundsätzliche Veränderungen geplant, die auf Änderungen der Versorgungsstrukturen abzielen. Themen wie Mitarbeitendenbindung und -ausbildung, Digitalisierung, Klimawandel, Umweltschutz, Nachhaltigkeit, Energiewende und Inflation sind weitere Themenbeispiele, die insbesondere vor dem Hintergrund des demografischen Wandels weitere große Herausforderungen darstellen und zu diversen Veränderungen der Gesundheitsversorgung führen werden.

Problembeschreibung

Zum aktuellen Zeitpunkt ist – unter dem Stichwort „ungeordneter kalter Strukturwandel“ nicht absehbar, welche Krankenhausstrukturen für die Anpassungen im Rahmen der Krankenhausreform überhaupt noch zur Verfügung stehen werden, wenn diese nach der derzeit geplanten Konvergenzphase 2026 greift.

Im Eckpunktepapier zur Krankenhausreform vom 10. Juli heißt es:

„Die Krankenhausreform stellt ein lernendes System dar, sie enthält laufende kritische Überprüfungsschritte und fünf Jahre nach ihrem Start eine umfassende Evaluation.“

Bundesministerium für Gesundheit, 2023

Eckpunktepapier. Krankenhausreform. Stand: 10. Juli 2023.

Nicht die Reform als solches sollte lernen, sondern das Vergütungssystem und die Rahmenbedingungen. Das G-DRG-System wird aktuell im Sinne eines lernenden Systems jährlich vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) weiterentwickelt. Auch wenn nicht jeder mit der Richtung der Weiterentwicklung einverstanden ist, so hat sich die jährliche Weiterentwicklung als solches bewährt.

Die vorgeschlagenen Prozesse, z. B. für die Etablierung neuer Leistungsgruppen, sind kompliziert und langwierig. Sie sind politisch motiviert und basieren nicht auf einer datengetriebenen Weiterentwicklung. Ist die initiale Einteilung von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen durch Fachgesellschaften auf der Basis des wissenschaftlichen und medizinischen Sachverständnisses nachvollziehbar, so muss sich unmittelbar eine Phase anschließen, in welche die ökonomischen Anreize auf die Versorgung gemessen und korrigiert werden können. Ein strukturierter jährlicher Prozess zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und sonstigen Sachverständnisses, der auch die Verbände der Selbstverwaltung, Leistungserbringer, Kostenträger und Industriepartner einbezieht, ist ein bereits etablierter und funktionierender Prozess, der auf die neuen Vergütungselemente der Krankenhausreform anzupassen und weiterzuentwickeln ist.

Lösungsvorschlag

1. Die im Eckpunktepapier beschriebene Einbeziehung des InEK bei der Ermittlung des Vorhaltebudgets je Krankenhaus geht in die richtige Richtung aber nicht weit genug. Leistungsgruppen und die damit verknüpfte Vorhaltefinanzierung sind zwar keine Fallpauschalen aber Leistungsgruppenpauschalen, die auch über Diagnosen und Prozeduren eindeutige Fallgruppen definieren. Für die Weiterentwicklung von Leistungsgruppen und Vorhaltefinanzierung sollte der für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems etablierte und bewährte Prozess übernommen und entsprechend angepasst werden.
2. Das InEK und die Selbstverwaltungspartner sind damit zu beauftragen, eine Weiterentwicklungsmethodik im Rahmen der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen zu entwickeln, diese in Form einer Verfahrensordnung transparent festzuhalten und zu veröffentlichen.
3. Fallpauschalensystem, Leistungsgruppen, Vorhaltefinanzierung etc. sind als einzelne Vergütungsbestandteile eines Gesamtsystems (z. B. inklusive Hybrid-DRGs) datenbasiert, idealerweise unter Einbeziehung von Daten der Ergebnisqualität, weiterzuentwickeln. Nur so lassen sich die potenziell großen Auswirkungen, die z. B. allein veränderte Tarifvereinbarungen für die Pflegenden (am Bett) auf die Umverteilungseffekte als Teil einer weitgehende leistungsunabhängigen und starren Vorhaltevergütung (welche die Kosten für die Pflege am Bett enthält) erkennen.

5. Auswahl geeigneter diagnostischer und Behandlungsmethoden durch die Leistungserbringer anhand des Patientennutzens statt anhand betriebswirtschaftlicher Kriterien sicherstellen

Aktuell führt die Kombination aus pauschaler Betriebsmittelvergütung und fehlender/nicht ausreichender Investitionsvergütung dazu, dass Deutschland bei der Anwendung verschiedener innovativer Therapien hinter anderen europäischen Ländern zurückbleibt. Die Rahmenbedingungen sind so zu gestalten, dass der medizintechnische Fortschritt in geeigneter Weise zur Verbesserung der Ergebnisqualität genutzt werden kann.

Hintergrund

Gegenwärtig entsteht durch die Kombination aus pauschaler Betriebsmittelvergütung und fehlender/nicht ausreichender Investitionsvergütung ein primärer betriebswirtschaftlicher Anreiz, die Behandlung stärker ökonomisch als an der Qualität auszurichten und Sachkosten zu reduzieren, andererseits wird kein Anreiz für eine ergebnisorientierte Medizin geboten.

Ein Grund für die im internationalen Vergleich längere Krankenhausverweildauer und die höhere Anzahl stationärer Betten scheint darin begründet zu sein, dass in Deutschland im Vergleich zum europäischen Ausland verschiedene minimalinvasive Methoden, die geeignet sind, die Verweildauer zu reduzieren, unterrepräsentiert sind. So gibt es Anreize durch die Therapiefinanzierung, die dazu führen, dass nicht immer die am besten für den Patienten geeignete Methode ausgewählt wird.

Das Potenzial zur Einsparung stationärer Ressourcen zeigt sich beispielsweise im Vergleich von minimalinvasiven gegenüber endoskopischen Operationen an den Nasennebenhöhlen bei chronischer Rhinosinusitis. Durch den Einsatz geeigneter medizintechnischer Unterstützung kann eine gleichwertige Symptomverbesserung bei schonenderer OP-Technik mit rascherer postoperativer Erholung erzielt werden. (Benninger et al., 2015; Chandra et al., 2016; Jenks et al., 2017) Da sich die Vergütung bei einer niedrigeren stationären Verweildauer häufig reduziert, verringern sich auch die Anreize für den Einsatz dieser patientenschonenden innovativen Technologien.

Am Beispiel der Herzinsuffizienz, einer chronisch fortschreitenden Erkrankung, die im Verlauf häufig zu stationären Aufenthalten führt, kann gezeigt werden, dass medizintechnische Lösungen dazu beitragen können, Ressourcen durch Vermeidung stationärer Aufenthalte zu sparen bei gleichzeitiger Verbesserung der Ergebnisqualität. (Abraham et al., 2011, 2016; Angermann et al., 2020; Shavelle et al., 2020)

Im europäischen Vergleich ist auch die Anwendung innovativer medizintechnischer Lösungen außerhalb von Deutschland stärker vertreten. So finden sich z. B. für die Rückenmarkstimulation (SCS) deutlich höhere Behandlungsanteile in Belgien, den Niederlanden, der Schweiz und Schweden als in Deutschland.²

Problembeschreibung

Die Erbringung moderner, medizintechnisch unterstützter Leistungen ist heutzutage häufig durch eine Kombination aus initialer Investition und im Vergleich zum bisherigen Vorgehen veränderten Betriebskosten gekennzeichnet und ermöglicht auch Behandlungen, die sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden können.

Die unterschiedlichen Zuständigkeiten in der Krankenhausfinanzierung verhindern, dass geeignete Rahmenbedingungen für eine sektorübergreifende koordinierte Einführung dieser Leistungen im deutschen Gesundheitswesen geschaffen werden. Diese Fehlregulierung ist umso mehr zu korrigieren, da die entsprechende medizintechnische Unterstützung einen wesentlichen Baustein zur Bewältigung der Herausforderungen wie die demografische Entwicklung, Personalmangel u. a. darstellt.

² Data source for country population: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1187610/umfrage/bevoelkerung-der-laender-europas/>; <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/19320/umfrage/gesamtbevoelkerung-der-usa/>; <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/19291/umfrage/gesamtbevoelkerung-in-australien/>
Data source for SCS procedures: for Europe -> MedTech Europe (aggregated self-declarations of SCS vendors), for AUS -> MBS data, for US -> Komodo Claims data

Die konkrete Behandlung der Patienten hängt vielfach unmittelbar von dem Vorhandensein medizintechnischer Anlagegüter ab, die damit für das Erstellen und Bereithalten der erforderlichen Betriebskapazität eines Krankenhauses über die Sektorengrenzen hinweg erforderlich sind. Das verlangt nach einer gleichgerichteten und auskömmlichen Investitionskostenfinanzierung für medizintechnische Anlagegüter als Bestandteil der Krankenhausreform, damit medizintechnischer Fortschritt in Deutschland weiterhin zur Verbesserung der Ergebnisqualität führen kann.

Dass unterschiedliche Zuständigkeiten für die Finanzierung einer zusammengehörigen Leistungseinheit aus Investition und Betriebsleistung im ambulanten und stationären Bereich Fehlanreize bei der Ausrichtung der Leistungserbringung setzen, wird von der Krankenhausreform bisher nicht adressiert, obwohl diese für die Daseinsvorsorge im Sinne einer Patienten- und bedarfsgerechten Versorgung eine fundamentale Bedeutung haben.

Lösungsvorschlag

Die Daseinsvorsorge im Sinne einer Patienten- und bedarfsgerechten Versorgung erfordert Rahmenbedingungen, die den medizintechnischen Fortschritt zur Lösung der Herausforderungen im Gesundheitswesen nicht behindern, sondern darauf abzielen, die medizintechnische Unterstützung und Weiterentwicklung in geeigneter Weise zur Umgestaltung der Versorgung einzusetzen. Hierfür sind einerseits bei der Krankenhausvergütung und andererseits im Kontext der Ambulantisierung abgestimmte Maßnahmen erforderlich.

6.

Durch effektive Anreize die Versorgungsqualität positiv beeinflussen und die Verbesserung der Ergebnisqualität der medizinischen Leistung sicherstellen

Ohne gleichzeitige oder vorherige Implementierung eines Systems zur Validierung der Versorgungs- und der Ergebnisqualität lässt sich nicht beurteilen, ob es zu einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung kommt. Auch das selektive Kontrahieren muss in bewährter Form weiterhin möglich sein.

Hintergrund

Sowohl die Vorschläge der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung als auch das aktuelle Eckpunktepapier zur Krankenhausreform betonen die Notwendigkeit von Maßnahmen, um die „Qualität“ der Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Die Qualität klinischer Versorgung wird seit mehr als 50 Jahren in die Dimensionen „Strukturqualität“, „Prozessqualität“ und „Ergebnisqualität“ unterschieden. Nach dem Verständnis des BVMed und seiner Mitgliedsunternehmen muss die Ergebnisqualität der Versorgung das Maß aller Reformbemühungen sein. Veränderungen in der Strukturqualität und gegebenenfalls der Prozessqualität sind kein Selbstzweck.

Problembeschreibung

Es ist anzunehmen, dass die Maßnahmen im Eckpunktepapier, die auf Veränderungen der Strukturqualität abzielen, mit dem Ziel die Ergebnisqualität zu verbessern vorgeschlagen werden. Dieser Zusammenhang ist im Eckpunktepapier, welches die Vorlage für den Referentenentwurf zur Krankenhausreform bildet, nicht nachvollziehbar beschrieben und kann nur in der Gesamtschau der Thematik interpretiert werden.

Aus den Stellungnahmen der Regierungskommission, insbesondere der fünften, lassen sich mehr, wenn auch nur wenig mehr Zusammenhänge ableiten. Insgesamt kann das nicht überzeugen. (Raab, 2023)

Der BVMed und seine Mitgliedsunternehmen erwarten eine klare und im Rahmen einer Begleitforschung überprüfbare Beschreibung, für welche Änderungen welches Ergebnis erwartet wird.

Lösungsvorschlag

1. Für eine Messung und Überprüfung ist mindestens ein Datenendpunkt zu zwei verschiedenen Zeiten zu erheben und zu vergleichen. Die Endpunkte, die Ausgangssituation und die Zielsituation sind klar zu beschreiben und zu benennen. Das bedeutet auch, dass bereits bei Einführung und Implementierung der verschiedenen Änderungen durch ein Institut oder eine Begleitforschung sichergestellt werden muss, dass die relevanten Daten und Endpunkte erhoben und verglichen werden.
2. Geringere Erwartungen an die Validierung erscheinen angesichts der umfassenden Reformmaßnahmen und zahlreichen Einflussfaktoren nicht verantwortbar.
3. Es ist sicherzustellen, dass bereits in der Vergangenheit begonnene Maßnahmen zur Förderung der Ergebnisqualität, z. B. im Rahmen von Selektivverträgen, auch in der Zukunft weitergeführt werden können.

7.

Begriffe für die Beschreibung der Reformvorschläge klar, einheitlich und rechtssicher definieren

Nur mit einer einheitlichen – bundeslandübergreifenden – und klaren Definition von Begriffen wie „Vorhalteanteil“, „Vorhaltebudget“, „Vorhaltevergütung“, „Fachklinik“ oder „Fachkrankenhaus“ und andere kann die Reform erfolgreich entwickelt und umgesetzt werden. Anderenfalls sind Fehlentwicklungen durch ein im politischen Kontext unterschiedliches Verständnis vorprogrammiert.

Aufgrund der vielfältigen Diskussionen durch Experten und Verbände im Vorfeld, vielleicht auch mit angestoßen durch die Einlassungen des BVMed, ist dieser Aspekt nicht mehr im Eckpunktepapier zur Krankenhausreform enthalten.

Das bedeutet, dass sich diese Forderung des BVMed inzwischen erübrigt hat.

8.

Zeitplan für die Umsetzung den aktuellen und langfristigen Erfordernissen anpassen

Der Zeitplan der Krankenhausreform muss abgestuft und differenziert sowohl die aktuellen finanziellen Bedürfnisse der Krankenhäuser im Rahmen der Daseinsvorsorge als auch die langfristigen Anforderungen berücksichtigen. Die Einführung von vielen gleichzeitigen Anpassungen und Änderungen (leistungsunabhängige Vorhaltevergütung, veränderte Leistungsplanung, Abwertung der DRGs, Einführung von sektorengleicher Vergütung, Einführung von sektorübergreifenden Versorgern (ehem. Level-II-Krankenhäusern), etc.) wird zu zahlreichen Effekten führen, deren Ursachen nicht bestimmt werden können und die sich damit einer zielgerichteten Steuerung entziehen. Gleichzeitig benötigen viele Krankenhäuser akut finanzielle Unterstützung.

Hintergrund

Der aktuelle Zeitplan weist schon größere Anpassungen im Sinne einer Entzerrung auf und erscheint realistischer. Die Erwartung ist jedoch, dass auch ab 2024 noch Anpassungen erforderlich sind, was auch im Sinne der „lernenden Reform“ zu sehen ist.

Problembeschreibung

Der nun im Grundsatz der Größe und Komplexität der Krankenhausreform angemessenere Zeitplan hilft aber nicht bei den unmittelbaren finanziellen Herausforderungen der Krankenhäuser. Der ohne „Notfallpaket“ bevorstehende kalte Strukturwandel wird zur Zerstörung und Zerschlagung von Strukturen, die für eine nachhaltige, bedarfsgerechte Versorgung über Jahrzehnte aufgebaut wurden und notwendig sind, führen.

Lösungsvorschlag

Die Krankenhausreform muss um kurzfristige Maßnahmen für die akute wirtschaftliche Gefährdung zahlreicher Krankenhäuser ergänzt werden. Für den Zeitplan der langfristig wirksamen Veränderungen muss der Anspruch einer „lernenden Reform“ umgesetzt und die Überprüfung einzelner Maßnahmen und die Bereitschaft zu „Korrekturen“ ermöglicht werden.

Literaturverzeichnis

- Abraham, W. T., Adamson, P. B., Bourge, R. C., Aaron, M. F., Rosa Costanzo, M., Stevenson, L. W., Strickland, W., Neelagaru, S., Raval, N., Krueger, S., Weiner, S., Shavelle, D., Jeffries, B., Yadav, J. S., & the CHAMPION Trial Study Group, for. (2011). Wireless pulmonary artery haemodynamic monitoring in chronic heart failure: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 377, 658–666.
<https://doi.org/10.1016/S0140>
- Abraham, W. T., Stevenson, L. W., Bourge, R. C., Lindenfeld, J. A., Bauman, J. G., & Adamson, P. B. (2016). Sustained efficacy of pulmonary artery pressure to guide adjustment of chronic heart failure therapy: Complete follow-up results from the CHAMPION randomised trial. *The Lancet*, 387(10017), 453–461.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00723-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00723-0)
- Angermann, C. E., Assmus, B., Anker, S. D., Asselbergs, F. W., Brachmann, J., Brett, M. E., Brugts, J. J., Ertl, G., Ginn, G., Hilker, L., Koehler, F., Rosenkranz, S., Zhou, Q., Adamson, P. B., & Böhm, M. (2020). Pulmonary artery pressure-guided therapy in ambulatory patients with symptomatic heart failure: the CardioMEMS European Monitoring Study for Heart Failure (MEMS-HF). *European Journal of Heart Failure*, 22(10), 1891–1901. <https://doi.org/10.1002/ejhf.1943>
- Benninger, M. S., Sindwani, R., Holy, C. E., & Hopkins, C. (2015). Early versus Delayed Endoscopic Sinus Surgery in Patients with Chronic Rhinosinusitis. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 152(3), 546–552.
<https://doi.org/10.1177/0194599814565606>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2023). *Eckpunktepapier. Krankenhausreform. Stand: 10. Juli 2023.*
- Chandra, R. K., Kern, R. C., Cutler, J. L., Welch, K. C., & Russell, P. T. (2016). REMODEL larger cohort with long-term outcomes and meta-analysis of standalone balloon dilation studies. *Laryngoscope*, 126(1), 44–50.
<https://doi.org/10.1002/lary.25507>
- Fiori, W., Bunzemeier, H., & Roeder, N. (2023). Die “Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung.” *Das Krankenhaus*, 2, 115–134.
- Jenks, M., Willits, I., Turner, E. E., Hewitt, N., Arber, M., Cole, H., Craig, J., & Sims, A. (2017). The XprESS Multi-Sinus Dilation System for the Treatment of Chronic Sinusitis: A NICE Medical Technology Guidance. In *Applied Health Economics and Health Policy* (Vol. 15, Issue 5, pp. 567–582). Springer International Publishing.
<https://doi.org/10.1007/s40258-017-0337-7>
- Klinikverbund Hessen e.V. (2023). *Klinikverbund Hessen zu Details der Krankenhausreform Ausgliederung und Verteilung des Vorhaltebudgets müssen transparent, nachvollziehbar und ausgewogen sein.* Klinikverbund Hessen e.V.
https://www.klinikverbund-hessen.de/fileadmin/Dateien/Presse/2023/2023-08-01_PM_Details_der_Krankenhausreform_-_Vorhaltebudget.pdf
- Raab, E. (2023). *Kritische Würdigung der Analyse der Regierungskommission zur Verbesserung von Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung Potenzialanalyse anhand exemplarischer Erkrankungen Teil I: Grundsätzliches, Krebs und Schlaganfall.*
- Raab, E., & Zarling, A. (2023). Der ökonomische Druck steigt. *KU Gesundheitsmanagement*, 1, 14–16.
- Roeder, N. (2023). Krankenhausplanung: Welches Leistungsgruppensystem passt? *Das Krankenhaus*, 5, 409–422.
- Schreuder, H. W. R., & Verheijen, R. H. M. (2008). Robotic surgery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116(2), 198–213.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.02038.x>

Shavelle, D. M., Desai, A. S., Abraham, W. T., Bourge, R. C., Raval, N., Rathman, L. D., Heywood, J. T., Jermyn, R. A., Pelzel, J., Jonsson, O. T., Costanzo, M. R., Henderson, J. D., Brett, M. E., Adamson, P. B., & Stevenson, L. W. (2020). Lower Rates of Heart Failure and All-Cause Hospitalizations During Pulmonary Artery Pressure-Guided Therapy for Ambulatory Heart Failure: One-Year Outcomes From the CardioMEMS Post-Approval Study. *Circulation: Heart Failure*, 13(8), E006863. <https://doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.119.006863>

Simon, M. (2023). Grundlegende Reform der Krankenhausfinanzierung. *Das Krankenhaus*, 4, 332–343.

Kontakt

Olaf Winkler

Referat Industrieller Gesundheitsmarkt

winkler@bvmed.de

BVMed

Bundesverband Medizintechnologie e.V.

Reinhardtstraße 29b, 10117 Berlin

+49 30 246 255 - 26

www.bvmed.de

