

BVMed-Kurzposition zur geplanten Reform der Krankenhausvergütung: Finanzierung von Medizinprodukten zur Sicherstellung der Patientenversorgung

Innovative und moderne Medizinprodukte sind Voraussetzung für eine moderne Patientenversorgung. Eine hochqualitative Behandlung von komplexen Erkrankungen erfordert die Verwendung von notwendigen Medizinprodukten. Die Vergütung dieser Medizinprodukte wird zum Teil über das aG-DRG-System von den Krankenversicherungen erstattet. Die aktuellen Überlegungen der Politik zur Krankenhausreform gehen dahin, die DRG-Vergütung um 25 % zu reduzieren, um so zusätzlich zu den Pflegekosten auch die Vorhaltung von Betriebsmitteln über die Fallpauschalen budgetneutral zu finanzieren. Hierzu ist anteilig eine Vorhaltevergütung vorgesehen, welche normativ und fallunabhängig ausgestaltet werden soll.

Das Kernanliegen der Reformpläne ist die qualitativ hohe und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Der BVMed sieht in dem Konzept (Vorschlag der Regierungskommission) am Beispiel der Vorhaltevergütung und insbesondere bei DRGs mit einem hohen Sachkostenanteil negative Folgen für die Patientenversorgung mit notwendigen Medizinprodukten sowie für den Zugang zum medizintechnischen Fortschritt. Beides steht der Intention der Reformbemühungen entgegen.

Bei der Reformgestaltung sind folgende Anpassungen vorzunehmen:

1. Die Vorhaltefinanzierung muss zu einer Verbesserung der bestehenden Patientenversorgung führen und darf diese nicht durch Umverteilungseffekte gefährden.

Mit der derzeitig geplanten Ausgestaltung der Vorhaltefinanzierung entsteht ein großer ökonomischer, betriebswirtschaftlich motivierter Anreiz, dass medizinisch notwendige Leistungen mit hohen variablen Sachkosten zwar vorgehalten, aber nicht – oder nicht in notwendiger Menge – durchgeführt werden.

Bei gleichzeitiger Reduktion der Leistungsanbieter und somit einer Leistungskonzentration führt dies insbesondere für Leistungen mit hohem Sachkostenanteil zur Leistungsrationierung und zukünftigen Wartelisten für Patienten.

Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass diese spezialisierten medizinischen Leistungen insbesondere in weniger besiedelten ländlichen Gebieten nicht in ausreichender Menge und/oder Erreichbarkeit zur Verfügung stehen. Damit werden bereits bestehende Tendenzen zu einer Medizin begünstigt, die den Zugang zu medizinischen Leistungen vom Wohnort abhängig macht („Stadt vs. Land“). Die Reform sollte diese Tendenzen nicht verstärken, sondern ihnen entgegenwirken.

2. Leistungsgruppen sind für die Planung und für die Vorhaltefinanzierung getrennt zu betrachten.

Innerhalb der Leistungsgruppen (z. B. Wirbelsäuleneingriffe) und unabhängig von der Zuordnung zu den Leistungsbereichen (z. B. Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie und Neurochirurgie) spielen unterschiedliche ärztliche und medizinische Expertise und „Vorhaltung“ eine Rolle. Auch der Sachkostenanteil einer Behandlung fällt hierbei sehr unterschiedlich aus.

Eine normative Absenkung der DRGs und Überführung des damit verfügbaren Vergütungsanteils in das Vorhaltebudget führt ggf. bei einer zu groben Gliederung der Leistungsgruppen, welche die Grundlage für die Vergütungsermittlung darstellen, 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.

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

Die Politik ist gefordert, eine klare Begriffsbestimmung im Gesetzesverfahren vorzulegen, um unnötigen Streitpunkten vorzubeugen (z. B. „Vorhalteanteil“, „Vorhaltebudget“, „Vorhaltevergütung“, „Fachklinik“ oder „Fachkrankenhaus“).

4. Um die Krankenhausversorgung auf eine solide Basis zu stellen, darf sich die Reform nicht allein auf die Betriebskosten fokussieren, sondern muss auch für eine auskömmliche Investitionsmittelfinanzierung sorgen (gleichgerichtete Finanzierung von Investitionen und Betriebskosten sicherstellen)

Ohne ein Zusammenspiel von Investitions- und Betriebsmittelfinanzierung ist eine ökonomisch tragfähige stationäre Leistungserbringung nicht möglich. Bauliche und strukturelle Veränderungen, ebenso wie der medizintechnische Fortschritt, sind zumindest anfänglich häufig mit Investitionen und/oder veränderten Betriebskosten verbunden. Dies stellt die Krankenhäuser aktuell vor große Herausforderungen, da die Investitionsfinanzierung schon heute nicht ausreichend ist.

5. Krankenhausfinanzierung transparent und datengetrieben anpassen und weiterentwickeln

Das Vorhaltebudget soll im Reformvorschlag – anders als die DRG-Vergütung – keinen Bezug zum Basisfallwert haben und laut Kommissionsvorschlag auch keine jährliche Anpassung erfolgen. Ohne eine klare und auf Daten basierende Weiterentwicklung wären Anpassungen jedoch willkürlich und eine dynamische Anpassung des Leistungsgeschehens an den Bedarf nicht möglich.

Allein der durch veränderte Tarifverträge bedingte Anstieg der Pflegevergütung würde zu einer proportionalen Reduktion der Vorhaltefinanzierung für technische und nichttechnische Ausstattung führen und so den Mengeneffekt wieder forcieren.

6. Auswahl geeigneter diagnostischer- und Behandlungsmethoden durch die Leistungserbringer anhand des Patientennutzens sicherstellen und nicht anhand betriebswirtschaftlicher Kriterien

Aktuell führt die Kombination aus pauschaler Betriebsmittelvergütung und fehlender Investitionsvergütung dazu, dass Deutschland bei der Anwendung verschiedener innovativer Therapien hinter anderen europäischen Ländern zurückbleibt.

7. Positive Effekte auf die Versorgungsqualität und Anreize für die Verbesserung der Ergebnisqualität der medizinischen Leistung sicherstellen

Die Rahmenbedingungen sind so zu gestalten, dass der medizintechnische Fortschritt in geeigneter Weise zur Umgestaltung und Verbesserung der Ergebnisqualität genutzt werden kann.

8. Zeitplan für die Umsetzung den aktuellen und langfristigen Erfordernissen abgestuft anpassen

Der Zeitplan der Krankenhausreform ist zu eng bemessen und muss abgestuft und differenziert gestaltet werden. Hierbei sind sowohl die aktuellen finanziellen Bedürfnisse der Krankenhäuser im Rahmen der Daseinsvorsorge als auch die langfristigen Anforderungen zu berücksichtigen.

Die Langversion finden Sie unter: www.bvmed.de/stellungnahmen

Berlin, im Juni 2023