

Stellungnahme

Referentenentwurf Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz

30. April 2024

Das Bundesministerium für Gesundheit setzt mit dem vorliegenden Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG die Vorschläge der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ und die im Eckpunktepapier vom 10. Juli 2023 zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und den Bundesländern geeinten Grundsätze.

Der Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) und seine mehr als 300 Mitgliedsunternehmen unterstützen die Notwendigkeit einer Krankenhausreform und die formulierten Ziele ohne Einschränkung im Sinne der Patienten: „Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten sowie Entbürokratisierung“.

Aus gesamtsystematischer Perspektive erscheinen die vorgeschlagenen Maßnahmen notwendig, da in der stationären, aber auch ambulanten Gesundheitsversorgung die verfügbaren Ressourcen ineffizient eingesetzt werden. Allerdings überzeugen die Maßnahmen im Detail nicht. Es werden ineffiziente Anreize manifestiert und weitere Fehlanreize erzeugt, die das Gegenteil bewirken können. Der Referentenentwurf versäumt, bei Krankenhausplanung und Leistungsfinanzierung die Potentiale innovativer Medizintechnologien zur Erreichung der Reformziele freizusetzen.

Inhalt

1	Vorbemerkung	3
2	Empfehlungen des BVMed.....	4
3	Krankenhausplanung.....	4
3.1	Leistungsgruppen	5
3.2	Qualitätskriterien der Leistungsgruppen	6
3.3	Qualitätskriterien zur sachlichen Ausstattung	6
3.4	Mindestvorhaltezahl.....	7
3.5	Strukturierter Dialog / Beteiligungsrechte	7
4	Krankenhausfinanzierung	8
4.1	Vorhaltefinanzierung.....	8
4.1.1	Qualitätsorientierte Vergütung.....	8
4.1.2	Finanzierung investiver Vorhaltestrukturen	9
4.1.3	Vorhaltebewertungsrelation: Transparenz der Methodik.....	10
4.2	Anreize zur Prozessoptimierung und Verweildauerreduktion	11
4.3	Fallzahlkorridor und Planfallzahlen der Vorhaltebudgets.....	11
4.4	Krankenhausinvestitionsfinanzierung und Transformationsfonds	13
5	Sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung.....	14
5.1	Hilfsmittelversorgung in der sektorübergreifenden Gesundheitsversorgung.....	14
5.2	Telemedizinische Versorgung.....	15
6	Folgeabschätzung und frühzeitige Evaluation	16

1 Vorbemerkung

Der BVMed unterstützt die Ziele der Krankenhausreform, um die Herausforderungen der Finanzierung und Bereitstellung der Gesundheitsversorgung für die Zukunft sichern zu können. Der vorliegende Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) fokussiert auf die konsolidierenden Maßnahmen der Krankenhausplanung, die Definitionen von Strukturkriterien sowie eine anteilige, fallzahlunabhängige Pauschalierung der Betriebskostenfinanzierung.

Die Maßnahmen greifen zu kurz und bergen ökonomische Fehlanreize, die die Qualität der Patientenversorgung verschlechtern und zu einer Leistungsrationierung führen können. Die finanzielle Schieflage der Krankenhäuser ist nicht nur durch die fehlende Deckung der inflations- und tarifbedingten Kostensteigerungen bedingt. Die Investitionsfinanzierung spielt eine Schlüsselrolle. Das KHVVG lässt den zentralen Baustein, die Finanzierung der medizintechnischen Anlagegüter, insbesondere der interventionellen und chirurgischen Leistungsgruppen, unberücksichtigt. Im Gegenteil, die Krankenhäuser müssen angesichts zu geringer Budgets der Länder für die Investitionsförderung notgedrungen Investitionen weiterhin zum Teil aus den abgesenkten DRG-Erlösen finanzieren. Mit der Reform wird den Krankenhäusern die Möglichkeit der Querfinanzierung genommen und die Lücke in der Investitionskostenfinanzierung verschärft. Dieses wird auch nicht durch die definierten sachlichen Strukturkriterien verbessert, da die dort genannten medizintechnischen Anlagegüter nur einen geringen Teil der erforderlichen Anlagegüter abdecken. Der ökonomische Druck auf die Methoden- und bedarfsgerechte und patientenindividuelle Wahl eines Implantats wird verstärkt. Da die Prozess- und Ergebnisqualität nicht als Ziele und Bewertungskriterien berücksichtigt werden, wird dieser Fehlanreiz in der Krankenhausplanung und Leistungsfinanzierung verstärkt.

Ein fortwährend postuliertes Ziel der Krankenhausreform ist die Entökonomisierung medizinischer Entscheidungen. Dieses betrifft nicht nur die Indikationsstellung, sondern auch die Wahl einer Behandlungsform, einer Technologie oder eines Medizinprodukts, z. B. in Form eines Implantats. Sie wird in der Versorgungspraxis durch die konkrete Ausgestaltung der Vergütung beeinflusst. Regulatorische Vergütungsentscheidungen wirken sich damit direkt auf die Versorgungsqualität der Patienten aus.

Der vorliegende Referentenentwurf fokussiert auf wenige Strukturqualitätsparameter, lässt aber die wesentlichen Dimensionen Prozess- und Ergebnisqualität unberücksichtigt. Dies betrifft Dimensionen, wie z. B. die Vermeidung von Fehlern, die Reduktion von Komplikationsraten oder der Dauer bis zur vollständigen Genesung, der längere Verbleib von Implantaten im Körper, die Verkürzung von Verweildauern oder die Ermöglichung von Ambulantisierung und nicht zuletzt die Entlastung von Pflegepersonal. Auch die Potentiale der Digitalisierung können nur gehoben werden, wenn Produkte technologisch „anschlussfähig“ sind.

Zentrale gesundheitspolitische Ziele können nur mit einem zielführenden Einsatz von Technologie erreicht werden. Dieses muss bei der Gestaltung der Krankenhausreform sowie der Ambulantisierung zwingend mitbedacht werden. Technologie ist kein Kostenfaktor, sondern Teil der Lösung!

Die Medizinprodukte der Mitgliedsunternehmen des BVMed sind zentrale Bestandteile der Leistungserbringung im ambulanten und stationären Bereich. Unsere Mitgliedsunternehmen haben Sorge, dass die Ziele durch die Maßnahmen nicht erreicht werden können und die Gefahr besteht, dass sich die Versorgungssituation für Patientinnen und Patienten verschlechtert.

Bei den zahlreichen Regelungen, die der Referentenentwurf des KHVVG vorsieht, setzt der BVMed mit seinen Kommentaren Schwerpunkte bei folgenden Themen:

- Krankenhausplanung
- Krankenhausfinanzierung
- Behandlungsqualität
- sektorübergreifende und telemedizinische Versorgung

2 Empfehlungen des BVMed

Der BVMed empfiehlt zehn Kerninhalte zur notwendigen Anpassung des Referentenentwurfs zum KHVVG, die im Verlauf dieser Stellungnahme erläutert werden.

1. Investive medizintechnische Vorhaltestrukturen bedarfsgerecht finanzieren
2. Qualität der Versorgung an der Ergebnisqualität ausrichten
3. Anreize zur Prozessoptimierung und Verweildauerreduktion durch Medizintechnologien setzen
4. Standortbezogene Vorhaltefallzahlen jährlich anpassen
5. Ungewollte Anreize bei der Kalkulation der Vorhaltebewertungsrelationen vermeiden
6. Individuellen Hilfsmittelanspruch in den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen sichern
7. Kooperation mit ambulant tätigen sonstigen Leistungserbringern und telemedizinische Versorgung in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen ermöglichen
8. Strukturierten Dialog zu Leistungsgruppen und Qualitätskriterien etablieren
9. Qualitätskriterien je Leistungsgruppe transparent ausgestalten
10. Begleitforschung zur Messung und Weiterentwicklung der Behandlungsqualität und Versorgungssicherheit frühzeitig implementieren

3 Krankenhausplanung

Die Gliederung des gesamten stationären Behandlungsspektrums anhand von Leistungsgruppen soll einer sachgerechten, bundeseinheitlichen und transparenten Strukturierung der Versorgung dienen. Hierbei sollen durch die Zuweisung von Qualitätskriterien an die Strukturqualität bundesweit einheitliche, hochwertige Versorgungsstandards und eine hohe Behandlungsqualität gefördert werden.

Damit werden große Chancen geboten, Anreize zur Qualitätssteigerung, einer Ressourcenoptimierung, mit dem Ziel eines effizienteren Einsatzes knapper werdender Personalressourcen, sowie einer Konsolidierung und Spezialisierung zu setzen.

3.1 Leistungsgruppen

In einem ersten Schritt werden die Leistungsgruppen aus Nordrhein-Westfalen übernommen, die auf dem dortigen Landeskrankenhausgesetz basieren und anhand der dort existierenden Versorgungsstrukturen definiert wurden. Bei der Übertragung wurde jedoch auf die Übernahme einer Obergruppierung in Leistungsbereiche als strukturelle Klammer verzichtet.

Der nordrhein-westfälische Leistungsgruppenkatalog ist einerseits in einigen Leistungsbereichen sehr differenziert, fasst andererseits unterschiedliche medizinischen Fachbereiche auf Fachabteilungsebene grob zusammen. Zur Förderung der Qualität und Sicherstellung der erforderlichen Finanzierung einzelner Leistungsbereiche hält der BVMed eine differenziertere Herangehensweise für erforderlich.

Beispielsweise werden in der Leistungsgruppe „Urologie“ sehr komplexe Operationen wie die radikale Entfernung der Prostata bei Prostatakrebs und weniger komplexe Eingriffe wie endoskopische Untersuchungen der Harnblase zusammengefasst. Innerhalb des Fachbereichs Urologie gibt es unterschiedliche Leistungsbereiche, die unterschiedliche Anforderungen an den Leistungserbringer hinsichtlich der sachlichen und personellen Ausstattung und dessen Qualifikation bedeuten. Um sachgerechte Qualitätsanforderungen für Anbieter (hoch-)komplexer und weniger komplexer Leistungen einer breiten Leistungsgruppe definieren zu können, aber auch die erforderliche Spezialisierung (hoch-)komplexer Leistungen voranzutreiben, sollte die Leistungsstruktur dieser bisher undifferenzierten Leistungsgruppen untersucht und ggf. in unterschiedliche Leistungsgruppen gesplittet bzw. spezialisierte Untergruppen gebildet werden.

In Abstimmung mit den Fachgesellschaften der AWMF sollte hinterfragt werden, ob die Abgrenzung der Leistungsgruppen auch im Sinne einer bundesweit abbildbaren, differenzierten Fachabteilungsstruktur sachgerecht und einer systematischen Aus- und Weiterbildung der einzelnen Facharztgruppen dienlich ist.

Die Leistungsgruppen, sollten in ihrer Differenziertheit und Abgrenzung auch die Definition qualitätsfördernder Strukturkriterien hinsichtlich der sachlichen und personellen Ausstattung unterstützen.

Die Festlegung der Qualitätskriterien für die Leistungsgruppen erfordert eine differenzierte Sichtweise unter Berücksichtigung der Versorgungsrealität, um die mit der Reform angestrebten Ziele zu erreichen. Daher fordert der BVMed den externen Sachverstand über einen strukturierten Dialog einzubinden und damit den Ausschuss nach §135e Abs. 3 Satz 1 inhaltlich zu unterstützen.

Eine abschließende Bewertung, ob dieses Leistungsgruppensystematik auf die existierenden Versorgungsstrukturen aller Bundesländer übertragbar ist und auch als Zuschnitt für die Vorhaltefinanzierung geeignet ist, kann aus Sicht des BVMed erst nach Fertigstellung des Leistungsgruppen-Grouper durch das InEK vorgenommen werden.

3.2 Qualitätskriterien der Leistungsgruppen

Der neue § 135e SGB V definiert die Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung sowie die Verordnungsermächtigung mit Zustimmung der Bundesländer.

Der BVMed begrüßt grundsätzlich den Ansatz bundeseinheitlicher Mindestanforderungen an die Qualität der Krankenhausbehandlung durch Festlegung von Kriterien zur Struktur- und Prozessqualität je Leistungsgruppe.

Der neu geschaffene § 135e SGBV definiert vier Anforderungsbereiche:

1. Erbringung verwandter Leistungsgruppen
2. sachliche Ausstattung
3. personelle Ausstattung
4. sonstige Struktur- und Prozesskriterien

Diese Anforderungsbereiche decken jedoch nur einen kleinen Teil der qualitätsrelevanten Faktoren ab und lassen ein ganzheitliches Verständnis von Qualität, das den Akteuren auch notwendige Freiräume zur Steigerung der Ergebnisqualität und Effizienz belässt, vermissen. Der extreme Fokus auf Strukturvorgaben, insbesondere auf das ärztliche Personal schränkt die Nutzung medizintechnologischer Innovationspotentiale erheblich ein. Dadurch bleiben Effizienzpotentiale ungenutzt, die Versorgungsqualität zu erhöhen und die stationäre Verweildauer zu reduzieren. Die Krankenhausversorgung steht jedoch vor der demographisch bedingten Herausforderung, mit weniger verfügbarem Fachpersonal mehr, insbesondere ältere Patienten zu versorgen. Die dafür notwendigen medizintechnischen und digitalen Lösungen sollten gefördert und in die Strukturkriterien integriert werden.

Grundsätzlich muss das KHVVG die Finanzierung der erforderlichen sachlichen und personellen Qualitätsanforderungen in der Betriebskosten- und Investitionskostenfinanzierung sicherstellen.

3.3 Qualitätskriterien zur sachlichen Ausstattung

§ 135e SGB V definiert nicht näher, was unter sachlicher Ausstattung gem. § 135e Abs. 1 Nr. 2 SGB V zu verstehen ist. Aus den bisher in Nordrhein-Westfalen definierten Qualitätskriterien lässt sich ableiten, dass sowohl strukturelle Ausstattungen z. B. für intensivmedizinische Behandlung oder medizinische Geräte wie ein MRT-Gerät als Kriterien definiert werden können. Hierbei handelt es sich weitgehend um über Fachabteilungsgrenzen hinweg nutzbare Großgeräte, die heute zur Basisausstattung eines jeden Krankenhauses gehören, aber hinsichtlich des technologischen Standes deutlich variieren. Durch die Vorgabe technischer Mindeststandards könnte das Qualitätsniveau angehoben werden.

Die Leistungserbringung spezialisierter, interventioneller und chirurgischer Leistungsgruppen erfordert jedoch eine darüberhinausgehende, spezifische sachliche Ausstattung, die fortlaufend an den medizintechnischen Fortschritt angepasst werden muss. Um insbesondere für die spezialisierten, komplexen Leistungsgruppen die erforderliche Strukturqualität sicherzustellen, sollte auch diese medizintechnische Ausstattung in den Qualitätskriterien hinterlegt und regelmäßig mit Hilfe von Expertinnen und Experten an den technischen Fortschritt angepasst werden.

3.4 Mindestvorhaltezah

Ergänzend zum Instrument der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) entwickelten Mindestmengen gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V sollen Mindestvorhaltezahlen pro Leistungsgruppe eingeführt werden (§ 135f SGB V). Die Vorhaltevergütung wird mit der Zuweisung von Leistungsgruppen sowie der Erfüllung der betreffenden Qualitätskriterien und der Mindestvorhaltezahlen verknüpft. Durch die Festlegung einer Vorhaltezah je Leistungsgruppe soll eine „sachgerechte Konzentration von Versorgungsstrukturen“ sichergestellt und eine „patientengefährdende Gelegenheitsversorgung“ ausgeschlossen werden.

Der BVMed unterstützt die Definition einer Mindestvorhaltezah je Leistungsgruppe, wenn diese die Finanzierung (Kostendeckung) der Vorhaltekosten sicherstellt.

Im Gegensatz zur Mindestmengenregelung und deren etablierter Methodik beim G-BA sehen wir noch nicht die wissenschaftlich fundierte Basis für das Konzept der Mindestvorhaltezah. Die geplante Festlegung anhand eines Perzentils der Gesamtfallzah gem. § 137f Abs. 2 erscheint bisher willkürlich.

Bei der Bewertung gem. § 135f Abs. 1 Satz 3, ob ein Krankenhausstandort prognostisch die Mindestfallzah erfüllt, sollte nicht nur die Fallzah im vorausgegangenen Kalenderjahr erfüllt sein oder durch beurkundete Leistungsverlagerungen erfüllt werden. Aus Sicht des BVMed ist die prognostische Fallzahentwicklung der Leistungsgruppe zu berücksichtigen, um medizinisch oder technologisch begründete Leistungsverlagerungen und -steigerungen abzubilden.

3.5 Strukturierter Dialog / Beteiligungsrechte

Der Definition der Qualitätskriterien sowie der Mindestvorhaltezahlen kommt demnach eine große Bedeutung für die Krankenhausplanung zu. Laut Referentenentwurf sollen die Qualitätskriterien „den aktuellen Stand der medizinisch wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigen und zu einer leitliniengerechten, qualitativ hochwertigen und für Patienten sicheren medizinischen Versorgung beitragen.“

Zur Festlegung und Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und ihrer Qualitätsmerkmale ist laut Referentenentwurf ein Ausschuss einzurichten, der seine Arbeitsweise, Besetzung und Beschlussfassung in einer Geschäftsordnung festlegen soll.

Der BVMed begrüßt die Beteiligung der Bundesländer und Selbstverwaltung am Ausschuss selbst und insbesondere die vorgesehenen Möglichkeiten, externen Sachverstand und Beratungsleistungen in Anspruch zu nehmen.

Das Instrument des strukturierten Dialogs hat sich z. B. im Rahmen der Weiterentwicklung des DRG-Systems langfristig bewährt und trägt nach wie vor wesentlich zur sachgerechten Ausgestaltung des DRG-Systems bei.

Aufgrund der weitreichenden Bedeutung der Leistungsgruppen und ihrer Qualitätsmerkmale für die gesamte Versorgung fordert der BVMed einen strukturierten Dialog, der regulär die Einbeziehung externen Sachverstands, über die im Gesetzesentwurf genannten Gruppen und Institutionen hinaus, vorsieht.

Der strukturierte Dialog soll darauf abzielen, die für die Versorgung sinnvollsten Lösungen herauszuarbeiten, damit die Qualitätskriterien jederzeit, wie zurecht gefor-

dert, die aktuellen Erkenntnisse berücksichtigen. Hierzu gehört es, den medizintechnischen Fortschritt einzubeziehen, aus dem sich unter anderem Möglichkeiten ergeben, die Versorgung vor Ort an veränderte Bedingungen anzupassen, z. B. indem telemedizinische Anbindungen und andere Technologien die Erbringung von Leistungen mit weniger Personalressourcen (Veränderung von Prozessen) ermöglichen und gleichzeitig die Ergebnisqualität der Versorgung verbessern können.

4 Krankenhausfinanzierung

4.1 Vorhaltefinanzierung

Der BVMed begrüßt das Ziel, mit der Vorhaltefinanzierung die Vorhaltung von Strukturen in Krankenhäusern künftig weitgehend unabhängig von der Leistungserbringung zu sichern. Das vorgestellte Konzept, wie sich die Vorhaltevergütung berechnet, erscheint zur Erreichung dieses Ziels ungeeignet.

Der Begriff der Vorhaltevergütung impliziert, dass hierdurch anteilig sämtliche Kosten vergütet werden, welche den Krankenhäusern durch die bedarfsnotwendige Vorhaltung bestimmter personeller und technischer Strukturen für die Behandlung der Patienten entstehen. Mit einem pauschalen Anteil von 60 % soll diese Vergütung aus der DRG-Vergütung abgegrenzt und den Kliniken vorab, weitgehend leistungsunabhängig, zur Verfügung gestellt werden.

Der BVMed sieht das vorliegende Konzept der Vorhaltefinanzierung kritisch:

1. Fehlender Ansatz einer qualitätsorientierten Vergütung
2. Verpflichtende Finanzierung investiver Vorhaltestrukturen nicht sichergestellt
3. Vorhaltebewertungsrelation: Transparenz in der Methodik herstellen

4.1.1 Qualitätsorientierte Vergütung

Ausgangspunkt der Reform sind auch internationale Vergleiche, z. B. der OECD, welche aufzeigen, dass die Behandlungsqualität der stationären Gesundheitsversorgung im Verhältnis zum Ressourceneinsatz ungenügend ist. Erklärtes Ziel der Krankenhausreform ist dieses nachhaltig zu verbessern.

Der Referentenentwurf fokussiert im neu geschaffenen § 135e SGB V in den vier Anforderungsbereichen auf personelle Strukturqualität und Fallzahlen. Prozesskriterien werden nur einbezogen, sofern sie vom Gemeinsamen Bundesausschuss definiert werden. Inwieweit dieses zur Erreichung einer sehr guten Behandlungsqualität ausreicht, ist unklar. Die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung betont selbst in ihrer siebenten Stellungnahme und Empfehlung, dass die Messung und Bewertung der „planungsrelevanten Qualitätsindikatoren“ in der gegenwärtigen Form als Instrumente der Krankenhausplanung nicht geeignet sind. Vielmehr bedürfe es der Entwicklung geeigneterer Instrumente für die Krankenhausbedarfsplanung der Länder.

Die sachliche und personelle Ausstattung ist Grundvoraussetzung, sagt jedoch noch nichts über die Qualifizierung und Erfahrung sowie Methodenwahl und -durchführung aus. Eine Mindestmenge oder Mindestvorhaltezahle kann hierfür nur ein Surrogatparameter sein. Es bedarf der Einbeziehung der Dimension Ergebnisqualität.

Nach einer Bewertung verschiedener Instrumente zur Sicherstellung bzw. Förderung einer „qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung“ empfiehlt die Regierungskommission in ihrem siebten Gutachten die Einführung einer qualitätsabhängigen Vergütung als wichtigen Baustein der Qualitätsförderung. Die Regierungskommission empfiehlt einen 2-prozentigen Zuschlag zum Vorhaltebudget bei Einsatz eines Instrumentensets, zu dem auch PREMs und PROMs gehören.

Entsprechende Regeln zur Einführung eines ersten Schritts zur Einführung einer qualitätsabhängigen Vergütung fehlen jedoch im Referentenentwurf. Der BVMed schlägt im Sinne der Qualitätsorientierung dieser Krankenhausreform vor, einen Anreiz für die Einführung einer datengestützten Qualitätssicherung zu setzen und für die Nutzung und Kommunikation von PREMs und PROMs einen Zuschlag zum Vorhaltebudget vorzusehen. Damit könnte die Messung der Ergebnisqualität im Rahmen einer datengestützten Qualitätssicherung perspektivisch zu einer Größe in der Planung und Vergütung von Krankenhäusern/-leistungen werden.

4.1.2 Finanzierung investiver Vorhaltestrukturen

In der dualen Krankenhausfinanzierung ist grundsätzlich problematisch, dass die „Vorhaltung von Strukturen“ an einem Krankenhaus aktuell nur anteilig über das DRG-System finanziert wird.

Interventionelle und chirurgische Leistungsgruppen weisen einen erheblichen Bedarf an einer medizintechnischen Ausstattung auf. Es handelt sich um eine bedarfsgerechte, mengenunabhängige Vorhaltung der sachlichen Ausstattung. Allerdings wird die sachliche Ausstattung, die unmittelbar in der Patientenversorgung eingesetzt wird und eine Abschreibungsdauer von mehr als 3 Jahren hat, nicht über die Vorhaltevergütung finanziert. Die Kosten der Anschaffungskosten bzw. der Abschreibung dieser medizintechnischen Anlagegüter gehören zu den Investitionskosten, die nicht Teil der Vorhaltevergütung sein werden und weiterhin im Rahmen der Pauschalfinanzierung gem. § 9 Abs. 3 KHG finanziert werden.

Insbesondere in diesem Bereich ist seit Einführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) im Jahr 1972 eine zunehmende Lücke zwischen dem durch den medizintechnischen Fortschritt begründeten Finanzierungsbedarf und den Investitionsbudgets und Zuweisungen der Bundesländer entstanden. Diese erforderlichen Investitionen wurden bei steigendem Finanzierungsbedarf aus Überschüssen der Betriebskostenfinanzierung finanziert. Hierbei werden diese Investitionen nicht als bedarfsnotwendige, fallzahlunabhängige Vorhaltung betrachtet, denn fallzahlabhängige Refinanzierung hat zu einem entsprechenden Leistungsdruck geführt. Die betriebswirtschaftliche Notwendigkeit, fehlende Investitionsmittel aus den Betriebsmitteln zu finanzieren, hat die Krankenhäuser geschwächt und gefährdet bereits aktuell die Versorgungsqualität.

Obwohl der Gesetzesentwurf zum KHVVG richtigerweise den Zusammenhang zwischen ökonomischem Fallzahlendruck der Krankenhäuser und fehlender Investitionsfinanzierung der Länder als Grund für die notwendige Anpassung der Krankenhausfinanzierung anführt, wird das Problem der nicht sachgerechten Finanzierung medizintechnischer Investitionen jedoch nicht gelöst. Auch zukünftig würden der Patientenversorgung Mittel aus der Betriebskostenfinanzierung entzogen, die für eine an der Ergebnisqualität ausgerichtete Versorgung, z. B. mit hochwertigen und leistungsfähigen Implantaten, erforderlich sind.

Auch die Mittel des Transformationsfonds stellen keine Lösung dar, da sie für andere Zwecke vorgesehen sind (Änderungen der Versorgungsstrukturen insgesamt, z. B. Bildung von Zentren) und nur befristet zur Verfügung stehen.

Das Konzept der Vorhaltevergütung ist zu korrigieren. Ein ordnungspolitischer Rahmen wird benötigt, der, wie von der Reform angestrebt, die medizinisch bedarfsgerechte Versorgung vor ökonomischen Einschränkungen und (Fehl-)Anreizen schützt.

Jedem Krankenhaus sind die für die zugewiesenen Leistungsgruppen erforderlichen Investitionsmittel für die räumliche, wie für die medizintechnische Ausstattung bereitzustellen. Der BVMed fordert, im Rahmen des KHVVG, die Voraussetzungen für die bedarfsgerechte Finanzierung der investiven Vorhaltekosten zu schaffen.

Der BVMed verweist auf sein „Positionspapier des Arbeitskreises Stationärer Gesundheitsmarkt (AKS) Krankenhausreform – Investitionsfinanzierung“ ([Link](#)) vom 19. September 2023, in dem weitere Aspekte zum Thema Investitionsfinanzierung in der Krankenhausreform aufgearbeitet werden.

Unsere Empfehlung ist, die entsprechenden medizintechnischen Kompetenzen aus den Bereichen der ambulanten und stationären Leistungserbringer, ggfs. aus der Gruppe der Leistungsempfänger und Kostenträger, für die Beratungsleistung gegenüber dem BMG einzubeziehen. Schwerpunkt dabei könnte die Bewertung in der bedarfsgerechten Finanzierung von Vorhaltestrukturen sein.

4.1.3 Vorhaltebewertungsrelation: Transparenz der Methodik

Der BVMed begrüßt, dass im vorliegenden Gesetzesentwurf die jährliche Re-Kalkulation der Vorhaltebewertungsrelationen, basierend auf den Kosten des Vorjahres neu bestimmt wird. Dies ist ein wichtiger Aspekt, um auf dynamische Veränderungen des Leistungsgeschehens zu reagieren und eine sachgerechte Finanzierung der medizinischen Versorgung sicherzustellen. Damit wird das neue Vergütungssystem zeitnah auf veränderte Kosten und Kostenstrukturen reagieren können.

Die Bemessung der Vorhaltebewertungsrelationen auf Ebene der DRG, anstatt auf Ebene der Leistungsgruppen, berücksichtigt das tatsächliche Leistungsspektrum eines Krankenhauses. Hierdurch werden gravierende Fehlanreize vermieden.

Variable Sachkosten der patientenspezifischen Behandlung in vollem Umfang weiterhin in der DRG-basierten Vergütung abzubilden und nicht anteilig den Vorhaltebudgets zuzuordnen, vermeidet potenzielle, qualitätsmindernde Fehlanreize und Fehlsteuerungen. Die Regelung sichert eine hohe Behandlungsqualität.

Regelungen zur Kalkulation der Vorhaltebewertungsrelationen betreffen überwiegend Zuständigkeiten und Prozesse. Transparente Zielsetzungen für das methodische Vorgehen, die eine Abschätzung von Veränderungen ermöglichen, fehlen.

Die Vorhaltevergütung als neuer Bestandteil der Krankenhausfinanzierung erzeugt eine größere Komplexität des methodischen Vorgehens. Es entstehen neue Wechselbeziehungen zwischen den einzelnen Komponenten.

Das InEK wird beauftragt, ein „Konzept zur Vorgehensweise bei der Ermittlung des Vorhaltevolumens je Land, je Leistungsgruppe sowie je Krankenhausstandort“ zu ermitteln und zu veröffentlichen. Der BVMed unterstützt die Zuständigkeit des InEK für diese Aufgabe und begrüßt das Konzept öffentlich zugänglich zu machen.

Im Gesetzesentwurf fehlen Zielvorgaben für die methodische Umsetzung, sodass nicht transparent ist, in welche Richtung mit der Methodik gesteuert werden soll.

Für die Kalkulation der Vorhaltevergütung sind zahlreiche Zusammenhänge und Einflussfaktoren zu beachten. Um ungewollte Effekte zu vermeiden, fordert der BVMed transparente Rahmenvorgaben bzw. Ziele, denen die zu entwickelnde Methodik folgt.

4.2 Anreize zur Prozessoptimierung und Verweildauerreduktion

Ziel der Krankenhausreform ist die Verbesserung der Indikations- und Behandlungsqualität durch Maßnahmen zur Konzentration und Spezialisierung insbesondere komplexer Leistungen. Diese sollen aber auch den demographisch bedingten Herausforderungen begegnen, mit weniger verfügbarem Fachpersonal mehr, insbesondere ältere Patienten zu versorgen. Die fortwährende Erweiterung des Katalogs stationärsersetzender Maßnahmen, die Einführung der Krankenhaustagesbehandlung und spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRGs) sollen nicht erforderliche stationäre Behandlungen, die Aufenthaltsdauer sowie den personellen Ressourcenaufwand reduzieren. Referenzpunkte der politischen Argumentation sind hierfür geringere stationäre Verweildauern und höhere Anteile ambulanter Behandlungen im Ausland.

Der BVMed vermisst entsprechende Anreize zur Prozessoptimierung und Verweildauerreduktion stationärer Leistungen. Innovative Medizintechnologien können den personellen Aufwand verringern, Operations- und Interventionszeiten sowie Verweildauern verkürzen. Da die Kosten des Einsatzes dieser Medizintechnologien nicht separat finanziert werden, muss die Gegenfinanzierung durch Einsparungen der Prozess- und Verweildauern erfolgen. Die Ausgliederung der Pflege- und jetzt der Vorhaltekosten aus den DRG lassen den Einsatz der Medizintechnologien aufwendiger erscheinen. Die untere Grenzverweildauer stellt zudem eine magische Grenze nach unten dar, da es für das Krankenhaus nicht betriebswirtschaftlich sinnvoll ist, bei höheren Sachkosten einen Vergütungsabschlag hinzunehmen. Daher können sich ressourcensparende und effizienzsteigernde Technologien im deutschen Gesundheitswesen schwer durchsetzen.

Der BVMed fordert, die Verbesserung der Ressourcen- und Personaleffizienz in das Zielbild der Krankenhausreform aufzunehmen und konsequenter zu verfolgen. Es sollten nicht nur bestehende Fehlanreize abgebaut und neue vermieden werden, sondern der Einsatz innovativer Medizintechnologien zur Verbesserung der Ergebnisqualität, sowie Fachpersonal- und Ressourceneffizienz gezielt gefördert werden.

4.3 Fallzahlkorridor und Planfallzahlen der Vorhaltebudgets

Das Vorhaltebudget soll standortbezogen innerhalb eines Fallzahlkorridors von $\pm 20\%$ für jeweils drei Jahre festgeschrieben werden. Mit diesen Maßnahmen beabsichtigt der Gesetzgeber, Anreize zur Mengensteigerung zu reduzieren. Die Festbeschreibung eines Fallzahlkorridors kann jedoch zu massiven Fehlanreizen mit der Folge einer Rationierung führen. Der Fallzahlkorridor nach unten soll Krankenhäuser vor einer Unterfinanzierung aus temporären Fallzahlrückgängen schützen. Er kann jedoch auch zu einem strategischen, fallzahlreduzierenden Verhalten führen, das Leistungsangebot auf knapp -20% zu reduzieren, da kaum echte Fixkosten existie-

ren. Dieser Fehlanreiz widerspricht dem Ansatz einer Entökonomisierung. Krankenhäuser, die aufgrund einer hohen Qualitätsreputation steigende Fallzahlen aufweisen, müssen einen permanenten Erlösabschlag hinnehmen. Dieses wiegt besonders schwer, da die Vorhaltebudgets nur alle drei Jahre angepasst werden. Weiterhin entsteht der ökonomische Fehlanreiz, eine outcome-orientierte Qualitätsstrategie zu meiden und insbesondere elektive Patienten nur im Rahmen der Planfallzahl zu behandeln.

Diese Fehlanreize wiegen besonders schwer, da der BVMed umfangreiche und dynamische Reaktionen und Veränderungen der regionalen Gesundheitsmärkte mit relevanten Fallzahlverschiebungen zwischen den Standorten erwartet. Diese können jedoch nur bedingt von den Planungsbehörden planerisch antizipiert werden:

1. Patientenpräferenzen

Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass Patienten sich an den von Landesbehörden vorgenommenen Fallzahlzuweisungen orientieren, insbesondere, wenn regional Leistungen konzentriert und Leistungsgruppen neu zugeteilt werden.

2. Verzögerte Kapazitätsanpassung

Einzelne Standorte werden sehr unterschiedlich kurzfristig mit Anpassungen ihrer baulichen, technischen und personellen Infrastruktur auf eine Erhöhung ihrer Planfallzahlen reagieren können. Insbesondere bei fehlenden Investitionsmitteln zur Anpassung der medizintechnischen Infrastruktur, wird eine Kapazitätsanpassung kurzfristig stattfinden.

Auf nationaler, regionaler und Standortebene kann es bedingt durch den medizintechnischen Fortschritt, bei deutlich verbesserter Evidenzlage sowie Systementscheidungen des G-BA, zu einer dynamischen Entwicklung einzelner Leistungsgruppen kommen. Innovative Medizintechnik und neue pharmakologischen Behandlungsansätze können diesen Prozess unterstützen und zu zusätzlichen Verschiebungen zwischen Leistungsgruppen und Leistungsbereichen führen. Beispiele:

- Verschiebungen zwischen Leistungsgruppen
Erkrankungen, die bisher konservativ behandelt wurden, werden vermehrt durch interventionelle oder operative Maßnahmen therapiert und umgekehrt. Dadurch kommt es zu einer Verschiebung von Fallgruppen aus internistischen in operative oder interventionelle Leistungsbereiche.
- Zunahme stationärer Behandlungen
In einigen Leistungsgruppen sind in den kommenden Jahren weiter ansteigende Fallzahlen zu erwarten, die zeitnah in den Planungszahlen und Vorhaltebudgets abgebildet werden müssten. Beispiele:
 - Leistungsgruppe Thoraxchirurgie:
Mit der Einführung eines nationalen Programms zur Früherkennung von Lungenkrebs bei Raucherinnen und Rauchern mittels Niedrigdosis-Computertomographie wird die Fallzahl thoraxchirurgischer Eingriffe durch frühzeitiges Erkennen operierbarer Tumore deutlich ansteigen.
 - Leistungsgruppe bariatrische Chirurgie:
Durch die Anwendung des Ultima-Ratio-Prinzips und fehlender konservativer Therapieangebote als Voraussetzung für einen bariatrischen Eingriff liegt in Deutschland eine Fehl- und Unterversorgung vor, die in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich stark ausgeprägt ist. Mit der Anerkennung der

Adipositas als chronische Krankheit, neuerer BSG-Rechtsprechung, und Aufnahme der bariatrischen Chirurgie in den Patientenpfad des DMP-Adipositas ist von einer weiter zunehmenden Indikationsstellung auszugehen.

- **Ambulantisierung**

Leistungsverschiebungen durch die Erweiterung der Hybrid-DRG und AOP-Leistungskataloge zwischen Krankenhäusern und vertragsärztlichen Anbietern können sich zwischen städtischen und ländlichen Regionen stark unterscheiden. Auch ambulante pharmakologische Therapien können stationäre Behandlungen substituieren.

Um das Ziel einer qualitativ hochwertigen medizinischen und bedarfsgerechten Behandlung für Patientinnen und Patienten zu erreichen, dürfen die Regeln zur Budgetbildung keine ökonomischen Fehlanreize provozieren, die die Wahl einer geeigneten Therapie einschränken und zu deren Rationierung führen.

Aus Sicht des BVMed ist es daher nicht ausreichend, die Vorhaltebewertungsrelation pro DRG (Kosten) jährlich neu zu berechnen. Auch die Planfallzahlen der Leistungsgruppen und die Verteilung der Vorhaltevergütung sind jährlich anzupassen und nachzuführen. Für die standortbezogene Aufteilung des Vorhaltebudgets ist jedoch derzeit, nach einer einmaligen Pause von zwei Jahren, eine reguläre Wiederholung alle drei Jahre geplant. Dieses wird die erwünschten Konzentrationsprozesse hemmen und birgt die Gefahr einer Leistungsrationierung.

Der BVMed fordert eine jährliche Anpassung der standortbezogenen Leistungsgruppenvolumen und die Aufteilung der Vorhaltevergütung nach normativen Gesichtspunkten. Ergänzend ist eine Öffnungsklausel für wachsende Therapien und innovative Technologien im Rahmen eines strukturierten Dialogs zu implementieren.

4.4 Krankenhausinvestitionsfinanzierung und Transformationsfonds

Das KHVVG beschreibt zwar wiederholt die Fehlentwicklungen, die aus der bestehenden Finanzierungslücke investiver Vorhaltestrukturen und deren Querfinanzierung aus den Betriebskostenerlösen entstanden sind, bietet jedoch keine Lösung an.

Der neue § 12b Abs. 1 KHG regelt die Förderungsbereiche des Transformationsfonds. Im Rahmen der angestrebten Leistungsverlagerung und -konzentration sind jedoch nur Investitionen förderungsfähig, wenn diese zur Erfüllung der Qualitätskriterien nach § 135e SGB V oder zur Erfüllung der Mindestvorhaltezahlen nach § 135f SGB V erforderlich sind. Sind diese Kriterien bereits erfüllt und kommt es zu einer deutlichen konzentrationsbedingten Fallzahlsteigerung, sind die notwendigen Investitionen in die bauliche und medizintechnische Infrastruktur nicht über den Transformationsfonds förderungsfähig. Auch erforderliche Ersatzinvestitionen und die Einführung von Innovationen sind von den jeweiligen Landesinvestitionsbudgets und Verteilungsregelungen abhängig.

Der BVMed fordert daher eine Konkretisierung der Fördertatbestände des §9 Krankenhausfinanzierungsgesetz zur Sicherstellung der Finanzierung investiver medizintechnischer Vorhaltestrukturen der einzelnen Leistungsgruppen.

5 Sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung

Die Zielsetzung der Politik ist, mit der sektorenübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung eine qualitätsgesicherte medizinische Grundversorgung insbesondere in struktur- und bevölkerungsschwachen Regionen aufrecht zu erhalten. Neben stationären Leistungen sollen hier auch erweiterte ambulante sowie medizinisch-pflegerische Leistungen gemäß der neu formulierten §§ 115g und 115h SGB V erbracht werden. Somit entsteht ein neuer Bereich, in dem sowohl bisherige stationäre als auch ambulante ärztliche und pflegerische Leistungen erbracht werden.

Der BVMed unterstützt die Intention des BMG, eine bedarfsgerechte, qualitätsgesicherte medizinische Grundversorgung bundesweit zur Verfügung zu stellen.

5.1 Hilfsmittelversorgung in der sektorübergreifenden Gesundheitsversorgung

Wichtig für die praxisnahe Ausgestaltung der neu zu schaffenden intersektoralen Versorgungsangeboten ist, dass diese mit bisherigen ambulanten Versorgungsangeboten beispielsweise der Hilfsmittelversorgung vernetzt werden und der individuelle, zeitgemäße Hilfsmittelanspruch der Versicherten auch in der intersektoralen Versorgung umgesetzt wird. Gerade im Hilfsmittelbereich erfolgt gemäß Hilfsmittelrichtlinie die konkrete Produktauswahl in Abstimmung mit dem Versicherten und seinem individuellen Versorgungsbedarf aus der Vielzahl der Produkte durch den Leistungserbringer nach §§ 126, 127 SGB V. Nur so kann der sach- und fachgerechte Teilhabeanspruch der Versicherten gewährleistet werden.

Um die Versorgungssicherheit der Betroffenen mit individuell geeigneten Hilfsmitteln auch bei der intersektoralen Versorgung zu gewährleisten, ist klarzustellen:

- Individueller Hilfsmittelanspruch der Versicherten gem. §§ 33, 126, 127 SGB V besteht auch in den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen.
- Kooperationsgebot mit den ambulant tätigen, sonstigen Leistungserbringern besteht für die qualitätsgesicherte Grundversorgung von Versicherten.

Änderung

Der BVMed regt an, in § 115g Abs. 2 folgenden Satz 5 anzufügen:

„Der Anspruch auf Hilfsmittel gemäß § 33 SGB V bleibt unberührt bestehen. Im Rahmen der qualitätsgesicherten medizinischen Grundversorgung sollen Kooperationen mit ambulant tätigen Leistungserbringern nach §§ 126, 127 SGB V unter Beachtung der Patientenwahlrechte und des § 128 SGB V erfolgen.“

Diese Änderung ist notwendig, damit der individuelle Hilfsmittelanspruch der Versicherten auch für Versorgungsleistungen in den neuen intersektoralen Versorgungseinrichtungen erhalten bleibt. Die Notwendigkeit der intersektoralen Versorgung besteht unabhängig von einem bestehenden oder neu veranlassten Hilfsmittelbedarf. Nur so kann sichergestellt werden, dass auch in den intersektoralen Versorgungseinrichtungen Hilfsmittelversorgungsleistungen, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, fortbestehen bleiben und keine Versorgungslücken und -defizite auftreten. Durch diese Klarstellung wird eine Regelung getroffen, die vergleichbar ist mit dem individuellen Hilfsmittelanspruch in stationären Pflegeeinrichtungen.

Gleichzeitig ist wichtig, dass die neuen intersektoralen Versorgungseinrichtungen, im Zuge einer qualitätsgesicherten Hilfsmittelversorgung, mit den Hilfsmittelleistungserbringern kooperieren dürfen. Hierbei sind das Patientenwahlrecht, die Compliance-Grundsätze und insbesondere die Regelungen des § 128 SGB V zu beachten.

5.2 Telemedizinische Versorgung

Mit Blick auf die neu zu gestalteten sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen müssen telemedizinische Strukturen folgen, die prozessual unterstützen Sektorengrenzen zu verbinden. Aktuell sind die neu zu verbindenden Sektoren in ihren Strukturen sehr unterschiedlich aufgestellt. Um hier eine optimale Patientenversorgung zu gewährleisten, muss medizinische Expertise adäquat zur Verfügung gestellt werden. Eine telemedizinische Betreuung kann dabei oft ausreichend sein und sollte daher explizit Erwähnung finden.

Der BVMed schlägt folgende Anpassungen vor:

Änderung

In Artikel 1, Nr. 5, § 115h, Abs. 2 wird in Satz 1 ergänzt:

*"...eine Kooperationsvereinbarung, die auch **telemedizinische Betreuung enthalten kann**, erbracht werden"*

Begründung:

Die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, die in § 115h geregelt werden, sollen ärztliche Leistungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung auch zusammen mit Vertragsärztinnen und Vertragsärzten auf der Basis von Kooperationen erbringen können. Um das Potenzial der telemedizinischen Versorgung voll ausnutzen zu können, sollte klargestellt werden, dass es sich hierbei auch um Kooperationsvereinbarungen zur telemedizinischen Kooperation handeln kann, die zum Beispiel mit einem 24/7 erreichbaren telemedizinischen Zentrum geschlossen werden.

Änderung

In Artikel 1, Nr. 9 § 135e wird Abs. 2 ergänzt:

§ 135 Abs. 2 Nr. 4 (neu) „Regelungen wie zum Beispiel telemedizinische oder andere technische Verfahren und Kooperationen genutzt werden können, um von Qualitätskriterien abweichen zu können.“

Nr. 4 wird Nr. 5.

Begründung:

Technische Ausstattung kann dazu führen, dass weniger Personal die gleiche Leistung mit gleichem Ergebnis erbringen kann, neue Arten von Geräten können bisherige Standards ablösen. Diese Regelung soll dafür sorgen, dass solche technischen Lösungen angemessen berücksichtigt werden können.

Änderung

In Artikel 1, Nr. 9 § 135e Abs. 4 wird in Satz 3 ergänzt:

*„Bis zum Inkrafttreten der Rechtsverordnung nach Absatz 2 können die Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe in Kooperationen und Verbänden mit anderen Krankenhäusern, **auch durch telemedizinische Kooperationen**, unter den Voraussetzungen des § 6a Absatz 2 Satz 1 bis 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erfüllt werden.“*

Begründung:

Um eine nicht sachgemäße Einschränkung auf Vor-Ort-Kooperationen zu vermeiden, sollten ausdrücklich auch telemedizinische Kooperationen erwähnt werden.

Änderung

In Artikel 1, Nr. 22, § 283 Abs. 2a wird nach Satz 1 ergänzt:

„Dabei sind auch geeignete Verfahren für die Berücksichtigung von telemedizinischen Kooperationen und Einsatz von Personal entlastende technische Lösungen zu bestimmen.“

Begründung:

Technische Ausstattung kann dazu führen, dass weniger Personal für den gleichen medizinischen Outcome benötigt wird. Um Kliniken, die technische Lösungen einführen, nicht durch die Finanzierungssystematik zu benachteiligen, sollen solche Kooperationen und Personal entlastende Faktoren berücksichtigt werden.

6 Folgeabschätzung und frühzeitige Evaluation

Der BVMed fordert im Rahmen der schrittweisen Implementierung eine fortlaufende Folgeabschätzung und dessen Publikation vor Verabschiedung von Detailregelungen sowie die zeitnahe Implementierung einer Begleitforschung zum KHVVG.

Der BVMed erwartet, bereits unabhängig von der Krankenhausfinanzierungsreform, z. B. durch die Ambulantisierung (Hybrid-DRG), demographische Veränderungen (sowohl bei Patienten als auch bei medizinischem Personal und Vertragsärzten), medizintechnische Innovationen (Digitalisierung, Künstliche Intelligenz, telemedizinische Leistungen) neue ökonomische Anreize durch das KHVVG und nicht zuletzt durch den Klimawandel umfangreiche Veränderungen des Gesundheitsmarktes.

Die Krankenhausfinanzierungsreform wird den Gesundheitsmarkt und die Krankenhaus- und die Versorgungsstrukturen darüber hinaus umfassend verändern. Es werden nicht nur umfangreiche Leistungsverchiebungen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor erwartet, sondern auch Leistungsverchiebungen zwischen den Bundesländern, zwischen dicht- und weniger dicht besiedelten Gebieten sowie zwischen den verschiedenen Leistungsbereichen und auch Leistungsgruppen.

Der BVMed unterstützt all diese Veränderungen, soweit sie die „Behandlungsqualität“ (Ergebnisqualität) der Gesundheitsversorgung verbessern. Aber auch perspektivisch wichtige Zielgrößen und des Zielbildes des KHVVG, die die stationäre und ambulante Versorgung zukunftsfähig machen, sollten evaluiert werden. Hierzu gehören regionale Personalverlagerungen, Reduktion von Verweildauern und Interventionszeiten, Verlagerung in die ambulante Versorgung, etc.

Der BVMed schlägt vor, mit der Verabschiedung des Gesetzes im Rahmen des Gesetzes die Begleitforschung mit einer 0-Punkterhebung zu beginnen und die erste Evaluation der Auswirkungen bereits ab dem Jahr 2027 durchzuführen. Die Begleitforschung sollte von einem vom InEK und BMG unabhängigen Institut der Selbstverwaltung, welches vollen Datenzugriff erhält, durchgeführt werden.

Die Ergebnisse sind transparent und nachvollziehbar für die Fachöffentlichkeit zu publizieren. Zur Weiterentwicklung aus den Erkenntnissen ist ein strukturierter Dialog, wie er bereits erfolgreich durch die Selbstverwaltung für das DRG-System implementiert wurde, einzuführen.

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

