

Positionspapier des Arbeitskreises Stationärer Gesundheitsmarkt (AKS) **Krankenhausreform – Investitionsfinanzierung**

19. September 2023

Herausforderungen in der Krankenhausreform

Der BVMed unterstützt die Ziele der Krankenhausreform, um die Herausforderungen der Finanzierung und Bereitstellung der Gesundheitsversorgung für die Zukunft sichern zu können. Die angedachten Maßnahmen lassen den zentralen Baustein, die Investitionsfinanzierung, unberücksichtigt.

Im Gegenteil: die Krankenhäuser finanzieren angesichts zu geringer Budgets der Länder für die Investitionsförderung notgedrungen Investitionen zum Teil aus den DRG-Erlösen. Mit der Reform wird den Krankenhäusern die Möglichkeit der Querfinanzierung zunehmend genommen und verschärft die Lücke in der Investitionskostenfinanzierung weiter. Die finanzielle Schieflage der Krankenhäuser ist nicht nur durch die fehlende Deckung der inflations- und tarifbedingten Kostensteigerungen bedingt: Die Investitionsfinanzierung spielt eine Schlüsselrolle.

Folgen jahrzehntelange Unterdeckung der Investitionsfinanzierung:

1. massiver Investitionsstau
2. zunehmende Querfinanzierung

Der Patientenversorgung wurden über Jahrzehnte erforderliche Mittel entzogen, die zu ökonomischen Fehlanreizen in den Krankenhäusern geführt haben.

Laufende Kredite zur Fremdfinanzierung der Investitionsgüter belasten heute die Krankenhäuser ebenso wie inflationsbedingte Kostensteigerungen. Die Vorhaltefinanzierung in der aktuell geplanten Form birgt die Gefahr, diese Situation weiter zu verschärfen. Ein kalter Strukturwandel muss zugunsten einer geordneten Reform, welche die vorhandenen Strukturen weiterentwickelt, vermieden werden.

Wege zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser

Mit dieser Stellungnahme stellt der BVMed dar, warum die Einbeziehung der Investitionsfinanzierung für medizintechnische Anlagegüter in das Konzept der Krankenhausreform zwingend notwendig ist, um die Neuordnung einer modernen und bedarfsangepassten Versorgung auf eine stabile Basis zu stellen.

Forderungen, um die Investitionsfinanzierung in die Krankenhausreform einzubeziehen:

- 1. Jetzt die historische Chance nutzen und die Investitionsfinanzierung in die Reform der Krankenhausfinanzierung einbeziehen**
- 2. In einem „Masterplan Krankenhausfinanzierung“ die Definition von medizinischen Anlagegütern, hinsichtlich ihrer Nutzungsdauer neu denken, planen und die Finanzierungszuständigkeit neu regeln**
- 3. Investitionen in medizintechnische Anlagegüter als integralen Bestandteil der Daseinsvorsorge anerkennen und im Rahmen der Krankenhausreform berücksichtigen**
- 4. Medizinisch sinnvolle Geschäftsentscheidungen der Krankenhäuser, durch auskömmliche Finanzierung medizintechnischer Investitionen, sicherstellen**
- 5. Finanzierung der an die Leistungsgruppen gebundenen Strukturvoraussetzungen durch die Bundesländer sicherstellen**
- 6. Grundprinzipien einer modernen, bedarfsgerechten und bundesweit harmonisierten Investitionskostenfinanzierung definieren und dabei Gestaltungspielräume für regionale Besonderheiten und Anforderungen schaffen**

„Es müssen vielmehr zusätzliche Wege zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser gefunden werden, die generell dem Grundsatz Rechnung tragen, dass die Bereitstellung von Krankenhäusern eine öffentliche Aufgabe der allgemeinen Daseinsvorsorge ist. Der hohe Investitions- und Personalaufwand macht es dabei notwendig, dass jedes derartige System der Krankenhausfinanzierung verbunden wird mit langfristigen, ordnenden und koordinierenden Planungen der Länder, die untereinander für das gesamte Bundesgebiet abgestimmt werden, in der die Grundsätze für die Errichtung, Modernisierung und Erweiterung einer bedarfsgerecht gegliederten Krankenhausversorgung festgelegt sind. Nur so können die notwendigen Investitionen der nächsten Jahre gesichert werden, um den wachsenden Bedarf an medizinischen Leistungen optimal zu decken. Ob und wie weit der Bund bei der Finanzierung von Krankenhausbauten mitwirken soll, gehört zum Fragenkreis der Finanzreform.“

Der Bundesminister für Gesundheitswesen, 1969
Bericht über die finanzielle Lage der Krankenanstalten, Deutscher Bundestag

1.

Investitionsfinanzierung in die Krankenhausreform einbeziehen

Forderung 1:

Jetzt die historische Chance nutzen und die Investitionsfinanzierung in die Reform der Krankenhausfinanzierung einbeziehen

Nur ein bundeseinheitliches und sektorenübergreifendes Finanzierungskonzept für alle notwendigen Krankenhausinvestitionen kann dazu führen, dass medizinische Entscheidungen nicht ökonomischen Begrenzungen unterliegen. Dieses betrifft insbesondere medizintechnische Anlagegüter, die unmittelbar mit den jeweiligen Leistungen der geplanten Leistungsgruppen verbunden sind.

Die dauerhafte Unterfinanzierung der Investitionen durch die Bundesländer führt seit Jahren dazu, dass Krankenhäuser die Mittel für medizintechnische Anlagegüter zur Durchführung notwendiger Leistungen über die DRG-basierte Vergütung, z. B. durch Fallzahlausweitungen, erwirtschaften müssen. Das gelingt nur zum Teil über Mengenausweitungen und Skalierungseffekte, mit denen Deckungsbeiträge erwirtschaftet werden können, um die medizintechnischen Anlagegüter zu finanzieren. Die Vergütung der Investitionsgüter über das G-DRG-System im Sinne einer monistischen Krankenhausfinanzierung ist nicht vorgesehen. Die betriebswirtschaftliche Notwendigkeit, fehlende Investitionsmittel aus den Betriebsmitteln zu finanzieren, hat die Krankenhäuser geschwächt und gefährdet bereits aktuell die Versorgungsqualität.

Darüber hinaus erfordert der Ausbau von ambulanten und kurzstationären Leistungen (AOP, Hybrid-DRGs) investive Strukturanpassungen, um eine schlanke und kostendeckende Leistungserbringung durch die Krankenhäuser sicherzustellen. Die Förderung z. B. ambulanter OPs sowie erforderlicher medizintechnischer Anlagegüter ist bisher nicht explizit im KHG bzw. in den Landeskrankenhausgesetzen geregelt bzw. wird von diesen explizit ausgeschlossen (z. B. § 21 Abs. 2 KHGG NRW).

Ohne die Neuregelung der Investitionsfinanzierung im Rahmen der Krankenhausreform werden bestehende Fehlanreize verstärkt und neue geschaffen, anstatt sie zu beseitigen. Dieser Mechanismus gefährdet die für eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung notwendige Anpassung der Gesundheitsversorgung im Rahmen der Daseinsvorsorge.

Forderung 2:

In einem „Masterplan Krankenhausfinanzierung“ die Definition von medizinischen Anlagegütern, hinsichtlich ihrer Nutzungsdauer neu denken, planen und die Finanzierungszuständigkeit neu regeln

Investition in Medizintechnik müssen auf einer stabilen und nachhaltig finanzierten Basis stehen. Es wichtig, diese getrennt von baulichen Investitionen in die Krankenhausreform einzubeziehen.

Um die modernen medizintechnischen Lösungen für eine bedarfsgerechte Versorgung nutzen zu können, sind heutzutage erhebliche Investitionen für medizintechnische Anlagen, die unmittelbar der Erbringung einzelner medizinischer Leistungen dienen, erforderlich (Beispiel siehe Anhang A). Dies können medizintechnische Großgeräte, aber auch „kleinere“ medizintechnische Apparate und Instrumente sein, die Investitionsgüter im Sinne von „kurzfristigen Anlagegütern“ (§ 9 Abs. 3 KHG) mit einer Nutzungsdauer > 3 Jahren, darstellen. In Anbetracht des gravierenden Investitionsstaus bedarf es dringend einer Neugestaltung der Rahmenbedingungen. Es ist wichtig, dass die Definition und Abgrenzung von medizinischen Anlagegütern mit einer Nutzungsdauer von mehr (Investitionsgüter) und weniger (Verbrauchsgüter) als drei Jahren aus Sicht der medizinischen Versorgungsnotwendigkeit neu gedacht, geplant und ggf. Zuständigkeiten der Finanzierung neu geregelt werden.

Forderung 3:

Investitionen in medizintechnische Anlagegüter als integralen Bestandteil der Daseinsvorsorge anerkennen und im Rahmen der Krankenhausreform berücksichtigen

Die Krankenhausversorgung steht vor der demographisch bedingten Herausforderung mit weniger verfügbarem Fachpersonal mehr, insbesondere ältere Patienten zu versorgen. Für die dafür notwendige medizintechnische und digitale Unterstützung müssen entsprechende Investitionsmittel zur Verfügung gestellt werden. Es ist daher essenziell, dass diese Investitionen im Rahmen der geplanten Krankenhausreform Berücksichtigung finden, um die Verfügbarkeit der für den Krankenhausbetrieb notwendigen Medizintechnik sicherzustellen. Derzeit ist rechtlich eine Finanzierung durch die Länder vorgesehen, doch faktisch decken die Krankenhäuser einen Teil dieses Investitionsbedarfs aktuell aus den DRG-Erlösen. Nur mit der Einbeziehung der erforderlichen Investitionen in die Krankenhausreform lassen sich die aktuellen Herausforderungen erfolgreich bewältigen und eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung sichern.

Forderung 4:

Medizinisch sinnvolle Geschäftsentscheidungen der Krankenhäuser, durch auskömmliche Finanzierung medizintechnischer Investitionen, sicherstellen

Ein auskömmlicher finanzieller Spielraum zur Finanzierung der notwendigen Medizintechnik ist entscheidend, um im klinischen Alltag medizinisch sinnvolle Geschäftsentscheidungen treffen zu können. Die Bereitstellung notwendiger Gesundheitsleistungen darf nicht daran scheitern, dass die dafür notwendigen Investitionen das Krankenhaus wirtschaftlich gefährden. Eine angemessene medizintechnische Infrastruktur ist ein relevanter Beitrag zur wirtschaftlichen Stabilität bedarfsnotwendiger Krankenhäuser und einer bedarfsgerechten Patientenversorgung.

Forderung 5:

Finanzierung der an die Leistungsgruppen gebundenen Strukturvoraussetzungen durch die Bundesländer sicherstellen

Die Bundesländer sind im Rahmen der Krankenhausreform mit Unterstützung des Bundes gefordert, konkrete Pläne vorzulegen, wie der Investitionsstau beseitigt und der durch die Reform neu entstehende Investitionsbedarf gedeckt werden kann. Dazu müssen die Bundesländer einen konkreten Plan vorlegen, wie die Finanzierung der an die Leistungsgruppen gebundenen Strukturvoraussetzungen sichergestellt werden kann.

Die Länder müssen die gesundheitliche Daseinsvorsorge entsprechend hoch priorisieren. Für die einem Krankenhaus zugewiesenen Leistungsgruppen sind ausreichende Investitionsmittel für die räumliche, ebenso wie für die medizintechnische Ausstattung bereitzustellen, um die vorgegebenen Qualitätskriterien zu erfüllen. Die zu konkretisierenden ordnungspolitischen Rahmenbedingungen müssen konkret und justiziabel sein.

Forderung 6:

Grundprinzipien einer modernen, bedarfsgerechten und bundesweit harmonisierten Investitionskostenfinanzierung definieren und dabei Gestaltungsspielräume für regionale Besonderheiten und Anforderungen schaffen

Die Berücksichtigung regionaler Unterschiede ist wichtig, um den spezifischen Anforderungen einzelner Gebiete gerecht zu werden. Gleichzeitig wird betont, dass eine stärkere Harmonisierung der Länder im Rahmen übergeordneter Rahmenvorgaben erforderlich ist. So lässt sich eine gerechte und einheitliche Grundlage auf übergeordneter Ebene schaffen, mit der auf regionaler Ebene eine bedarfsgerechtere Planung, Koordination und zielgerichteterer Ressourcenallokation erreicht werden können.

2. Ziel dieses Dokuments

Dieses Dokument hat das Ziel die zwingende Notwendigkeit darzustellen, warum die Investitionsfinanzierung mit Fokus auf medizintechnische Anlagegüter im Rahmen der Krankenhausreform bundeseinheitlich, ordnend, koordiniert, sektorenübergreifend, harmonisiert, verbindlich und justiziabel für das gesamte Bundesgebiet abgestimmt werden muss, um das Erreichen der Ziele der Krankenhausreform nicht zu gefährden. Nur so lassen sich die Ziele, die durch die Regierungskommission zur Errichtung, Modernisierung und Erweiterung einer bedarfsgerecht gegliederten Krankenhausversorgung gesteckt wurden, erreichen.

Mit der Krankenhausreform werden drei zentrale Ziele verfolgt:

- 1. Gewährleistung von Versorgungssicherheit (Daseinsvorsorge)**
- 2. Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität**
- 3. Entbürokratisierung**

Bundesministerium für Gesundheit, 2023

Eckpunkt Papier. Krankenhausreform. Stand: 10. Juli 2023.

Kernelemente sind gemäß der zwischen Bund und Ländern geeinten Eckpunkte die Einführung einer Vorhaltefinanzierung und von Leistungsgruppen mit definierten Kriterien zur Sicherung einer Strukturqualität, für die es unterschiedliche Vorhaltebudgets geben soll. Es fällt jedoch auf, dass das Thema Investitionsfinanzierung kein Bestandteil der Gesundheitsreform ist. Ferner ist es verwunderlich, dass auch in der öffentlichen Diskussion um die Reform das Thema Investitionsfinanzierung kaum Beachtung findet.

Die „angestrebte Krankenhausreform berührt eine Vielzahl von regulatorischen und finanziellen Regelwerken, die sinnvoll ineinandergreifen müssen, wenn die Reform einen wirksamen Beitrag zur Modernisierung der Krankenhauslandschaft leisten soll“. (Loeser et al., 2023) Da die „Veränderung von Vergütungsanreizen“ stets die Gefahr birgt, „neue Fehlanreize zu setzen“ (Simon, 2023) und da „sich eine Vielzahl von Fragen [ergibt], die umso größer wird, je tiefer man in die Modellbeschreibung eindringt“ (Simon, 2023), hat eine breite Diskussion über die unterschiedlichen Reformbausteine und deren technische Auswirkungen begonnen. (Simon, 2023)

Da das Thema Investitionsfinanzierung von der Reform nicht „mitgedacht“ wird, ist es aus Sicht des BVMed dringend erforderlich, die essenzielle Bedeutung der (fehlenden) Finanzierung medizintechnischer Anlagegüter für die aktuelle Situation und die zukünftige Lösung als Teil der Krankenhausreform darzustellen. Denn die für die notwendige Patientenversorgung erforderliche Medizintechnik bedarf in der heutigen Zeit häufig einer anfänglichen Investition in Form von kurzfristigen Anlagegütern, Umbaumaßnahmen oder technischen Anlagen und muss daher in einem sektorenübergreifenden Konzept und abgestimmt mit der Betriebsfinanzierung neu aufgestellt werden.

Hintergrund

Die aktuellen Pläne von Bund und Ländern zur Krankenhausreform (Eckpunktepapier vom 10. Juli 2023 (Bundesministerium für Gesundheit, 2023)), die seit der Ankündigung der Reform von Bundesgesundheitsminister Lauterbach auf dem deutschen Krankenhaustag 2023 in Düsseldorf weiterentwickelt wurden, stellen den vorerst letzten Schritt vor dem ersten Gesetzentwurf für eine Krankenhausreform dar. Bereits im Koalitionsvertrag der Ampelkoalition wurden verschiedene Anpassungen und Maßnahmen, z. B. die Einsetzung einer Regierungskommission, vereinbart. Die Regierungskommission schlägt eine „grundlegende Reform der Krankenhausvergütung“ vor und sieht dies als einen wesentlichen Beitrag zur „nachhaltigen Stabilisierung der Krankenhausversorgung und Vergütung“. (Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, 2022)

„Weniger Ökonomie, mehr Medizin. Die Medizin wird wieder in den Vordergrund der Therapie gestellt und folgt nicht der Ökonomie“ versprach Bundesgesundheitsminister Lauterbach.

Zarling, 2023

Viva La Revolution? KU Gesundheitsmanagement, 1, 11.

Grundsätzlich besteht eine breite Übereinstimmung auch jenseits der Bundesregierung und der Regierungskommission sowohl bei den Leistungserbringern, den Kostenträgern als auch den verschiedenen Verbänden, dass die Krankenhausfinanzierung vor einer Vielzahl an Herausforderungen steht und eine Anpassung der Krankenhausfinanzierung, der Krankenhausstruktur und auch der Krankenhausplanung notwendig ist. Die Ziele der Krankenhausreform sind überzeugend und werden auch vom BVMed und seinen Mitgliedsunternehmen unterstützt.

Allerdings können die vorgeschlagenen Maßnahmen – auch im aktuellen von Bund und Ländern geeinten Eckpunktepapier vom 10. Juli 2023 (Bundesministerium für Gesundheit, 2023) – nicht überzeugen. Es bleibt bei detaillierter Betrachtung verborgen, wie die gesetzten Ziele durch die benannten Maßnahmen erreicht werden sollen.

Die vorgeschlagenen Maßnahmen führen zu:

- > einem höheren Grad an Ökonomisierung
- > einem zweiten Fallpauschalensystem neben dem DRG-System
- > einem höheren Grad an Bürokratisierung

Fiori et al., 2023; Loeser et al., 2023; Simon, 2023

3.

Investitionsfinanzierung im stationären Sektor – eine Herausforderung, die es zu lösen gilt

Gemäß Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) schreiben ca. 70 % aller Krankenhäuser in Deutschland rote Zahlen. Die finanzielle Notlage besteht nicht erst seit der Corona-Pandemie, Inflation und Energiepreisexplosion. Sie ist über Jahrzehnte hinweg entstanden, indem der Krankenhausfinanzierung durch sinkende Investitionsmittel stetig Geld entzogen wurde – obwohl mit der Einführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) das Gegenteil geplant war. Der heutige Investitionsstau wird mit ca. 50 Mrd. € beziffert, während der Investitionsbedarf steigt, um die Krankenhäuser für die aktuellen Herausforderungen (Medizintechnik, Telemedizin, Ambulantisierung, Digitalisierung, Klimawandel, Demografie u. a.) zu rüsten.

Bezogen auf den aktuellen Katalog der Investitionsbewertungsrelationen des InEK beträgt allein der bestandserhaltende Investitionsbedarf etwa 7 Mrd. € im Jahr, wovon die Bundesländer nur etwa die Hälfte abdecken.

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. et al., 2023

Die wirtschaftliche Notwendigkeit, fehlende Investitionsmittel aus den Betriebsmitteln zu decken, hat die Krankenhäuser geschwächt und gefährdet bereits die Versorgungsqualität. Durch die aktuellen wirtschaftlichen Herausforderungen spitzt sich die Situation nun dramatisch zu und erfasst sämtliche Arten von Krankenhäusern. So scheint nach Ansicht von Fachleuten (Prof. Steffen Gramminger, Pressekonferenz zur abschließenden Sitzung der Bund-Länder-Gruppe zur Krankenhausreform, 29.6.23) klar zu sein, dass ohne eine finanzielle Nothilfe ein „kalter Strukturwandel“ die Folge ist. Aus diesem werden nur Krankenhäuser mit finanziell starken Trägern hervorgehen – unabhängig davon, ob sie für die regionale oder fachliche Versorgung notwendig sind oder welche Versorgungsqualität sie erbringen. Diese Entwicklung kann im Sinne einer Erhaltung und notwendigen Weiterentwicklung unseres hohen Standards im deutschen Gesundheitswesen nicht gewollt sein und muss nicht nur akut, sondern auch langfristig vermieden werden.

Vorhaltevergütung, Vorhaltekosten, Investitionen

Die Überlegungen zur Vorhaltefinanzierung sind grundsätzlich nachvollziehbar. Unter den Rahmenbedingungen des aG-DRG-Systems besteht für ein Krankenhaus die Notwendigkeit, eine bestimmte Anzahl an Patienten zu behandeln, um die Gesundheitsleistungen kostendeckend anbieten zu können. Jeder Behandlungsfall bringt über die DRG-Vergütung seinen Anteil am Krankenhausbudget mit.

Im Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern existieren verschiedene ökonomische Anreize, die Fallmenge (Casemix) zu erhöhen. Durch eine Vorhaltefinanzierung kann der ökonomische Anreiz reduziert werden, da diese die Fixkosten, inklusive der Personalkosten, zu einem bestimmten Anteil leistungsunabhängig vergütet.

Die geplante Vorhaltefinanzierung soll sich durch eine Verschiebung von Mitteln aus der aktuellen DRG-Vergütung speisen. Damit ist sie ausschließlich für die Finanzierung von Betriebskosten vorgesehen, denn über das DRG-System werden nur die Betriebskosten der Krankenhäuser von den Krankenkassen finanziert.

Die Kosten für wiederverwendbare medizintechnische Güter mit einer Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren gehören zu den Investitionskosten. Wiederverwendbaren Instrumente für medizinische Behandlungen werden nicht über das DRG-System finanziert (Beispiele siehe auch Anhang A). Als kurzfristige Anlagegüter ist ihre Finanzierung aus der Pauschalförderung gemäß § 9 Abs. 3 KHG vorgesehen, für die aber schon seit Jahrzehnten keine ausreichenden Mittel zur Verfügung stehen.

Beispiele für wiederverwendbare medizintechnische Investitionsgüter mit einer Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren, z. B.:

- > im Rahmen von Operationen:
 - OP-Siebe
 - Herz-Katheter-Arbeitsplätze
 - Hybrid-OPs
- > OP-Ausstattung, inkl. Einrichtung zur Durchführung endoskopischer oder minimalinvasiver Behandlungen
 - CTs, MRTs
 - spezifische IT-Lösungen zur Behandlungsplanung und -durchführung (z. B. Navigationssysteme)
- > robotische Chirurgie-Systeme

Diese Finanzierungslücke versuchen die Krankenhäuser aus erwirtschafteten Rücklagen oder über den Kapitalmarkt zu schließen und müssen über Fallzahlsteigerungen und DRG-Erlöse refinanziert werden. In den Plänen der Krankenhausreform ist nicht ersichtlich, dass diese Finanzierungslücke erkannt wurde. Denn die Vorhaltefinanzierung wird ausschließlich aus der DRG-Vergütung gebildet, die diese medizintechnischen Anlagegüter nicht finanziert. Mit der Reduzierung der DRG-basierten Vergütung durch Einführung von Vorhaltebudgets sinkt der Spielraum der Krankenhäuser, die nicht ausreichend vorhandene Investitionsfinanzierung auszugleichen, so dass der ökonomische Druck zunimmt.

Seit der Einführung der dualen Krankenhausfinanzierung 1972 hat sich der Anteil der Medizintechnik, die nicht über die Betriebskosten, sondern über die Investitionsfinanzierung zu beschaffen ist, deutlich erhöht. Es ist zu erwarten, dass sich in Zukunft durch Innovationen im Bereich der Digitalisierung, Telemedizin etc. dieser Anteil weiter erhöhen wird.

Im aktuellen Eckpunktepapier ist an keiner Stelle nachvollziehbar dargestellt, wie über die geplante Vorhaltefinanzierung im Zusammenspiel mit der Investitionsfinanzierung diese für eine moderne und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung unabdingbaren Vorhaltungen finanziert werden sollen, obwohl die Vorhaltung z. T. über die Anforderungen an Leistungsgruppen und Leistungsbereiche vorgegeben werden (Beispiel siehe Anhang A).

Da die konkrete Behandlung der Patienten heutzutage vielfach unmittelbar von dem Vorhandensein bestimmter Geräte und anderer medizintechnischer Ausstattung abhängt, stellt sich die Frage nach der differenzierten Abgrenzung von den Betriebskosten; im Gegensatz zu einem Gebäude, das für die generelle Leistungserbringung notwendig ist. Der Zweck entsprechender Investitionen in „behandlungsspezifische“ Medizintechnik scheint eher dem von Betriebskosten zu entsprechen, weshalb eine geänderte Finanzierungsverantwortung ggf. zu prüfen wäre.

Gemäß dem Gesundheitsbericht für Deutschland 1998 fallen solche medizintechnischen Investitionen auch unter die Definition der Vorhaltekosten: „Fixe Kosten, die durch das Erstellen und Bereithalten der erforderlichen Betriebskapazität verursacht werden.“ (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2023) Daher sollten die Investitionen für kurzfristige medizintechnische Anlagegüter gleichgerichtet zur Vorhaltefinanzierung geplant und durch ein sachgerechte und auskömmliche Investitionskostenfinanzierung mitberücksichtigt werden.

In einem Szenario, in dem wir davon ausgehen, dass die Länder auch weiterhin ihren Verpflichtungen der Investitionsfinanzierung nicht ausreichend nachkommen werden, wird auch die für die medizinische Versorgung notwendige investive Medizintechnik nicht ausreichend finanziert. Die Beschaffung medizintechnischer Anlagegüter, die zum Teil mit hohen Investitionskosten verbunden sind, ist aktuell aus ökonomischen Gründen nur möglich, wenn die Kosten auf möglichst viele Patienten verteilt werden können (Skalierungseffekte). Ohne eine auskömmliche Finanzierung der gesamten Vorhalte- und Investitionskosten – dies schließt auch wiederverwendbare medizintechnische Anlagegüter mit ein – ist zu befürchten, dass das ökonomische Hamsterrad eher angetrieben als gebremst wird.

Darüber hinaus versuchen Krankenhäuser die Finanzierung von kurzfristigen medizintechnischen Anlagegütern durch Einsparungen an anderer Stelle (z. B. Sachkosten im Bereich der Betriebsmittel) zu ergänzen. Diese betriebswirtschaftlich erzwungenen „Sparmaßnahmen“ stellen ein generelles Risiko für die Qualität der Gesundheitsversorgung dar.

Historische Fehler in der Krankenhausfinanzierung erkennen und korrigieren!

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) wurde 1972 eingeführt, da man zu dem Schluss kam, dass „teilkostendeckende Pflegesätze auf der Basis der Bundespflege-satzverordnung und — in den einzelnen Ländern unterschiedliche — Finanzhilfen der öffentlichen Hand in der Vergangenheit nicht befriedigt [haben]“. (Der Bundesminister für Gesundheitswesen, 1969).

Eine vom Gesundheitsministerium durchgeführte Datenerhebung mit allen Krankenhäusern bestätigte, dass „die Schaffung einer rechtlich gesicherten Ordnung der Krankenhausfinanzierung [...] eine dringliche Aufgabe [sei]“, mit der „die strukturellen Änderungen eingeleitet werden, die nach den modernen Erkenntnissen Voraussetzung für ein bedarfsgerecht gegliedertes Krankenhaussystem sind.“

Der Bundesminister für Gesundheitswesen, 1969

Bericht über die finanzielle Lage der Krankenanstalten. Deutscher Bundestag

Bei der Einführung des KHG diskutierte Möglichkeiten der Krankenhausfinanzierung:
„a) Pflegesätze, die sowohl die Kosten der stationären Versorgung als auch die Abschreibungen der Anlagen enthalten (vollkostendeckende Pflegesätze),
b) Pflegesätze, die nur einen näher zu bestimmenden Teil der Kosten enthalten unter gleichzeitiger Übernahme der nicht durch den Pflegesatz gedeckten Kosten durch die öffentliche Hand (teilkostendeckende Pflegesätze).“ (Der Bundesminister für Gesundheitswesen, 1969)

Eine vollständige Finanzierung über die Krankenkassen hatte man verworfen, da dies zu einer nicht tragbaren Erhöhung der Sozialabgaben (ca. 20 %) geführt hätte. Daher wurde die heute als „duale Krankenhausfinanzierung“ bekannte Form geplant. Bereits zu diesem Zeitpunkt war klar, dass „in dem Pauschalsystem des Pflegesatzes [...] ein Anreiz für die Verlängerung der Verweildauer [liegt].“ (Der Bundesminister für Gesundheitswesen, 1969)

In der weiteren Diskussion, dies erscheint erschreckend aktuell, konnten Bund und Länder sich zunächst nicht darauf verständigen, wer und in welcher Höhe die Finanzierung der Investitions- und der „Vorhaltekosten“ verpflichtend übernehmen sollte. (Der Bundesminister für Gesundheitswesen, 1969) Da die Länder bereits ohne gesetzliche Verpflichtung, jedoch in sehr unterschiedlichem Umfang, Investitionen zunehmend förderten, wurde daraus ihre Bereitschaft zur weiteren Beteiligung an der Krankenhausfinanzierung abgeleitet. (Der Bundesminister für Gesundheitswesen, 1969)

Heute wissen wir, dass die Investitionsquote der Länder, die 1972 – mit nach wie vor großen Unterschieden zwischen den Ländern – noch bei 25 % lag, im Zeitverlauf stets reduziert wurde und im Jahr 2020 (nicht inflationsbereinigt) nur noch bei 3 % lag. (BMG, 2023) Laut Krankenhausreport 2020 erhalten die Krankenhäuser seit Jahrzehnten nur knapp die Hälfte der benötigten Mittel. (Hermann & Mussa, 2020)

Mit dem GKV-Reformgesetz waren ursprünglich große Veränderungen der Strukturen geplant, wie etwa die schrittweise Überführung in die monistische Finanzierung durch die Krankenkassen. Viele der geplanten Veränderungen konnten politisch nicht durchgesetzt werden, so dass ein „Gestaltungsvakuum“ resultierte, in dem die Krankenkassen keine Durchsetzungsrechte hatten und die Länder ihre Verantwortung nur unzureichend annahmen. (Hermann & Mussa, 2020)

Diverse Gesetzesvorhaben aus der jüngeren Geschichte, die als Ausgleichsmaßnahmen für die fehlenden Investitionsmittel gedacht waren, wie z. B. das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG, 2016) oder das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG, 2020), waren allenfalls für punktuelle Entlastungen geeignet. Es fehlt dabei ein Zielbild für die Gestaltung der Krankenhausstrukturen. (Hermann & Mussa, 2020)

Der Bedarf an Investitionsmitteln, die unmittelbar dafür erforderlich sind, Patienten mit geeigneten Methoden behandeln bzw. diagnostizieren zu können, ist durch den medizintechnischen Fortschritt gerade in den letzten Jahren mit der Entwicklung hoch entwickelter Technologien gestiegen.

Hierzu gehören z. B. Herzkatheter Labore, Hybrid-OPs und minimalinvasive Chirurgesysteme, die für den medizinischen Fortschritt von großer Bedeutung sind und die Patientenversorgung durch Verkürzung der Rekonvaleszenzzeit, Reduktion der Verweildauer, Verminderung von Schmerzen aber auch Zentrumsbildung oder Prozessoptimierung u. a. verbessern können.

Zusätzlich erfordert der demografische Wandel die Anpassung der Krankenhäuser aber auch der medizintechnologischen Verfahren an veränderte Anforderungen auf Seiten der Patienten und der Leistungserbringer. Aufgrund dieser Entwicklungen werden Investitionen notwendig, ohne die die heutige Qualität im Gesundheitswesen nicht gehalten und die im Zuge der Reform geforderte Verbesserung der Qualität erst gar nicht erreicht werden kann.

In diesem Kontext ist auch eine Verschiebung der Leistungserbringung von stationär nach ambulant geplant – Ambulantisierung – und zum Teil schon umgesetzt. Damit wechseln die Leistungen die Sektoren, in denen unterschiedliche Regelungen gelten. So dürfen Investitionsgüter, die im Rahmen der stationären Leistungserbringung finanziert wurden, ggf. nicht für die ambulante Leistungserbringung genutzt werden. Sollen ambulanten Patienten die vorhandenen medizintechnischen Lösungen vor-enthalten werden, obwohl an Ort und Stelle eine moderne Ausstattung vorhanden ist? Entspricht diese Situation den Zielen einer qualitätsorientierten und bedarfsge-rechten Gesundheitsversorgung?

Die duale Finanzierung benötigt einen übergeordneten, zielgebenden Rahmen und die notwendigen Mittel für die tragfähige Implementierung von medizinischem Fortschritt und die über die Sektoren- und Zuständigkeitsgrenzen hinweg harmonisierte Reaktion auf veränderte Herausforderungen.

Umgang der Krankenhäuser mit dem Investitionsstau

Um trotz Unterfinanzierung von Investitionen bestehen und sich weiterentwickeln zu können, haben die Krankenhäuser die Ihnen zur Verfügung stehenden ökonomischen Möglichkeiten genutzt. Zu Zeiten der tagesgleichen Pflegesätze wurde dementsprechend ein Teil der Kosten über die Verweildauer gegenfinanziert. Mit der Einführung der pauschalierten Fallvergütung über das G-DRG-System war dies nicht mehr möglich.

Die Einführung des G-DRG-Systems hatte viele Ziele, die hier nicht detailliert aufgeführt werden sollen. Eine auskömmliche Finanzierung gehörte jedoch nicht dazu. Mit dem G-DRG-System wurde ein System eingeführt, mit welchem weitgehend Verweildauerunabhängig das Geld der Leistung folgen sollte. Das war die politische Vorgabe. So wie bei der Einführung der tagesgleichen Pflegesätze bereits bekannt war, dass ein Anreiz für die Verlängerung der Verweildauer geschaffen wurde, so war bei der Einführung des G-DRG-Systems auf Bundesebene bekannt, dass damit ein Anreizsystem für mehr Behandlungsfälle folgen würde.

Es erscheint daher nicht verwunderlich, dass die Krankenhäuser, den politischen Vorgaben folgend und um kostendeckend Patienten versorgen zu können, möglichst viele Leistungen angeboten haben und darüber hinaus das Angebot auf die besonders wirtschaftlich zu erbringenden Leistungen ausgedehnt haben. Andere Leistungen wurden nach Möglichkeit reduziert. So hat das G-DRG-System auch in großem Maße dazu beigetragen, wirtschaftliche Reserven in den Prozessen zu heben. (Yaman, 2014) Darüber hinaus haben sich Kliniken, wie von der Politik (zu Recht) gefordert, auf Leistungen spezialisiert, um über Skalierungseffekte weitere ökonomische Reserven zu heben.

Es ist schwierig für die Krankenhäuser, aus der DRG-basierten Betriebskostenfinanzierung Deckungsbeiträge für Investitionen zu erwirtschaften. (Auschra et al., 2023) Um die notwendigen Betriebsmittel einzusparen, besteht ein Anreiz, möglichst günstige Sachmittel einzukaufen. Dieser Mechanismus kann dazu führen, dass Preis vor Qualität steht und negative Auswirkungen auf die medizinische Leistungsfähigkeit und damit auf die Patientenversorgung entstehen. Meist kann nur investiert werden, wenn möglichst geringe, auf den einzelnen Behandlungsfall umgelegte Investitionskosten anfallen. (Auschra et al., 2023) Aufgrund der aktuellen Rahmenbedingungen kann dies nur über das Erreichen einer kritischen Masse von entsprechend behandelten Fällen, Lern- und Skalierungseffekten erfolgreich sein. (Auschra et al., 2023) Ohne die Berücksichtigung von ausreichenden Investitionsmitteln auch für medizintechnische Anlagegüter bei der Krankenhausreform, werden sich dieser Effekt und damit die wirtschaftlichen Risiken für die Krankenhäuser weiter verschärfen.

Im Ergebnis hat die Unterfinanzierung der Investitionsgüter durch die Bundesländer die Krankenhäuser über Jahrzehnte zu einer Querfinanzierung von Investitionen aus den Betriebserlösen gezwungen. Das hat in der Praxis zu einer innerbetrieblichen Verflechtung der dualen Finanzierung geführt, indem Betriebserlöse für Investitionen „zweckentfremdet“ wurden. Eine Folge dieser notwendigen Querfinanzierung war ein starker Abbau von Mitarbeitenden der Pflege. Durch die Einführung Ist-Kosten-basierter Pflegebudgets stehen potenzielle Einsparungen nicht mehr zur Querfinanzierung (Fehlsteuerung) investiver Medizintechnik zur Verfügung.

Die zukünftigen Vorhaltebudgets sichern den Krankenhäusern eine leistungsunabhängige Finanzierung eines relevanten Anteils der Fixkosten, reduzieren aber auch die Möglichkeit, über Fallzahlsteigerungen aus den reduzierten rDRGs erforderliche kurzfristige Anlagegüter zu erwirtschaften. Damit ist anstelle der angestrebten Entökonomisierung eine Anfeuerung des Hamsterradeffekts zu erwarten.

Zukünftige Gesundheitsversorgung ohne medizintechnische Investitionen gefährdet

Die Einführung medizintechnischer Innovationen stellt für Krankenhäuser in Deutschland eine ökonomische Herausforderung aufgrund des stark reglementierten Gesundheitsmarktes und des Vergütungssystems dar. (Auschra et al., 2023) Neben den Anschaffungskosten sind bei der Implementierung moderner Medizintechnik auch Investitionskosten für die Anpassungen der Infrastruktur, Umbauten im Operationssaal und anderen Abteilungen sowie Kosten für die Ausbildung des Personals zu berücksichtigen.

Medizinische Technologien als Lösungen für Herausforderungen bedingt durch Demographieentwicklung und Personalmangel, z. B.

- > Personalsparende Technologien (OP-Techniken)
- > Qualifikations-unabhängige Technologien („jeder“ kann das Gerät bedienen, spezialisierte Behandlung/Diagnostik erfolgt gebündelt an einem anderen Ort)
- > Kapazitätssparende Technologien (OP-Techniken)
- > Reduktion der Verweildauer
- > Verkürzung der OP-Zeit
- > verbesserte Diagnostik zur Verkürzung der Zeit bis zur Diagnose und damit bis zu einer zielgerichteten, erfolgreichen Therapie

Die Kosten der Technologien, die unter die investiven Güter fallen, werden nicht im G-DRG-System berücksichtigt und daher auch nicht über die Fallpauschalen finanziert. Folglich können sie auch nicht in die geplante Vorhaltefinanzierung einfließen. In den vorliegenden Eckpunkten zur Krankenhausreform fehlt eine Lösung zur Finanzierung der beschriebenen medizin-technischen kurzfristigen Anlagegüter, die für die Erbringung einzelner Leistungen in Leistungsgruppen und Leistungsbereichen zwingend erforderlich sind. Um die Krankenhäuser aus der wirtschaftlichen Notwendigkeit der Querfinanzierung zu befreien, ist die Einbeziehung der Investitionen für Medizintechnik in die Krankenhausreform unabdingbar.

Ergänzend sei hier angemerkt, dass die vom InEK kalkulierten Investitionsbewertungsrelationen in der aktuellen Form nicht dafür geeignet sind, den Investitionsbedarf für jegliche Art von Weiterentwicklung der Versorgung zu beziffern. Innovative Methoden sind in den Daten der Krankenhäuser meist noch nicht ausreichend repräsentiert, so dass sie auch in den Investitionsbewertungsrelationen unterrepräsentiert sind.

4.

Die Krankenhausreform kann ohne ein Konzept für eine dauerhaft tragfähige Lösung der Investitionsfinanzierung nicht gelingen

Aktuell ist die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser dramatisch. (Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V., 2023) Der aktuelle Krankenhaus Rating Report zeigt, dass sich die finanzielle Situation weiter verschlechtert hat. 11 % der Krankenhäuser seien 2021 in erhöhtem Maße insolvenzgefährdet. (RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, 2023) Aus einer Projektion der Daten in die Zukunft wird geschlossen, dass dieser Anteil 2023 auf 18 % ansteigen und bis 2030 auf 44 % steigen könne. (Kurz, 2023) Es mag zutreffen, dass der Bedarf in der stationären Versorgung zurückgeht. Es erscheint im Rahmen des demografischen Wandels und der Fortschritte der Medizin utopisch anzunehmen, dass der Gesamtbedarf rückläufig sein wird, denn die medizintechnische Unterstützung wird zur Bewältigung der aktuellen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung benötigt.

Dementsprechend kann die Reform nur gelingen, wenn auch die Investitionen ausreichend finanziert und in das Gesamtkonzept einbezogen werden:

„In Abhängigkeit von dem angestrebten Modernisierungsgrad der Reform müssen die notwendigen investiven Mittel für den Strukturumbau von der öffentlichen Hand im Zuge der Daseinsvorsorge zur Verfügung gestellt werden.“

Loeser, S., Scheller-Kreinsen, D., Jäckel, D., & Mostert, C., 2023

Vorhaltekostenfinanzierung: Vorschläge zur zielführenden Ausgestaltung. In J. Klauber, J. Wasem, A. Beivers, & C. Mostert (Eds.), Krankenhaus-Report 2023 (pp. 281–303). Springer Berlin.

Darüber hinaus besteht seit Jahrzehnten ein Investitionsstau in den Krankenhäusern. Es ist nicht ersichtlich, wie sich in dieser Situation der Investitionsstau, der von verschiedenen Seiten mit 50 Mrd. € angegeben wird, abgebaut werden kann. Die Vorhaltefinanzierung, die nach der aktuellen Planung keine Investitionskosten enthalten wird, kann dieses Problem nicht lösen.

Es ist Zeit, zur wirtschaftlichen Sicherung einer modernen und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung, endlich neue Wege zu finden, die dem Grundsatz Rechnung tragen, dass die Bereitstellung von Krankenhäusern eine öffentliche Aufgabe der allgemeinen Daseinsvorsorge ist. Die aktuelle Krankenhausreform stellt eine historische Chance dar, die seit der Einführung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHG) 1972 unzureichende Regelung der Investitionsfinanzierung zu korrigieren und verbindlich – für die Krankenhäuser verlässlich – und an dem Bedarf einer modernen Gesundheitsversorgung ausgerichtet zu regeln.

Wiederverwendbare Materialien, diagnostische/therapeutische Geräte und Instrumente, die kurzfristige Anlagegüter darstellen, werden nicht über das DRG-System finanziert und werden auch nach den aktuellen Plänen nicht über die Vorhaltebudgets finanziert. Zur entsprechenden Finanzierung ist eine Lösung zu finden, um den ökonomischen Druck zu reduzieren, die notwendigen Mittel aus der Vergütung der Betriebsleistungen zu erwirtschaften.

Literaturverzeichnis

- Auschra, C., Behar, B., Sauer mann, S., & Sydow, J. (2023). Robotereinsatz und strategisches Timing Zur Ökonomie einer medizintechnischen Innovation im deutschen Gesundheitsmarkt. *Zeitschrift Führung + Organisation*, 4.
- BMG. (2023). Krankenhausfinanzierung. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhausfinanzierung.html#c28130>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2023). Eckpunktepapier. Krankenhausreform. Stand: 10. Juli 2023.
- Der Bundesminister für Gesundheitswesen. (1969). Bericht über die finanzielle Lage der Krankenanstalten. Deutscher Bundestag.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (2023, June 15). DKG zum „Krankenhaus Rating Report“: Sachverständige zeichnen dramatisches Bild. Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. <https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/sachverstaendige-zeichnen-dramatisches-bild/>
- Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., GKV-Spitzenverband, & PKV-Verband. (2023, July 17). Bundesländer müssen endlich ihrer Pflicht zur Krankenhaus-Finanzierung nachkommen. Verband Der Privaten Krankenversicherung e.V. <https://www.pkv.de/verband/presse/pressemitteilungen/bundeslaender-muessen-endlich-ihrer-pflicht-zur-krankenhaus-finanzierung-nachkommen/>
- Fiori, W., Bunzemeier, H., & Roeder, N. (2023). Die „Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung.“ *Das Krankenhaus*, 2, 115–134.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2023, July 27). Vorhaltekosten. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. https://www.gbe-bund.de/gbe/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=2254#:~:text=Nach%20dem%20Gesundheitsbericht%20f%C3%BCr%20Deutschland,der%20erforderlichen%20Betriebskapazit%C3%A4t%20verursacht%20werden.
- Hermann, C., & Mussa, N. (2020). Investitionsfinanzierung und ineffiziente Krankenhausstrukturen. In J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich, J. Wasem, & A. Beivers (Eds.), *Krankenhaus- Report 2020. Finanzierung und Vergütung am Scheideweg* (pp. 231–242).
- Kurz, C. (2023). Krankenhäuser: Ein Drittel in den roten Zahlen. *Dtsch Arztebl International*, 120(25), A-1105-A-1106. <https://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=232345>
- Loeser, S., Scheller-Kreinsen, D., Jäckel, D., & Mostert, C. (2023). Vorhaltekostenfinanzierung: Vorschläge zur zielführenden Ausgestaltung. In J. Klauber, J. Wasem, A. Beivers, & C. Mostert (Eds.), *Krankenhaus-Report 2023* (pp. 281–303). Springer Berlin.
- Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. (2022). Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. *Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung*.
- RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung. (2023, June 15). Krankenhaus Rating Report 2023: Wirtschaftliche Lage deutscher Krankenhäuser hat sich 2021 wegen anhaltend niedriger Auslastung verschlechtert. Pressemitteilung vom 15.06.2023. RWI – Leibniz-Institut Für Wirtschaftsforschung. <https://www.rwi-essen.de/presse/wissensschaffskommunikation/pressemitteilungen/detail/krankenhaus-rating-report-2023>
- Simon, M. (2023). Grundlegende Reform der Krankenhausfinanzierung. *Das Krankenhaus*, 4, 332–343.
- Yaman, K. (2014). Strengths and Weaknesses of Financing Hospitals in Germany. *Business and Economics Research Journal*, 5(4), 1–17.
- Zarling, A. (2023). Viva La Revolvion? *KU Gesundheitsmanagement*, 1, 11.

Anhang A

Qualitätskriterien der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen												
LB-Nr.	LB	LG-Nr.	Leistungsgruppe	Planungs-ebene	Erbringung verwandter LG			Fachärztliche Vorgaben*		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien		
					Standort	Kooperation	Vorhaltung Geräte	Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land	
9	Allgemeine Chirurgie	9.1	Allgemeine Chirurgie	Kreis	Mindest-voraussetzung	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Innere Medizin	Röntgen, EKG, Sonographiegerät, Basislabor 24/7, CT 24/7 mind. in Kooperation, Möglichkeit zur Anforderung und Transfusion von Erythrozytenkonzentraten und Thrombozytenkonzentraten (mind. in Kooperation, 24/7), mind. 2 OP-Säle	FA Allgemeinchirurgie FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Viszeralchirurgie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft 24/7 Jeweils 1 FA für Allgemeinchirurgie kann durch 1 FA für Orthopädie und Unfallchirurgie und 1 FA für Viszeralchirurgie ersetzt werden.	Die personellen Vorgaben richten sich nach der derzeit geltenden Fassung der PpUGV.	
						Auswahl-kriterium	LG Geriatrie					

Qualitätskriterien der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen												
LB-Nr.	LB	LG-Nr.	Leistungsgruppe	Planungs-ebene	Erbringung verwandter LG			Fachärztliche Vorgaben*		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien		
					Standort	Kooperation	Vorhaltung Geräte	Qualifikation	Verfügbarkeit	G-BA/Bund	Land	
14 28	Zuweisung zu LB 14 oder 28	14.5/ 25.2	Wirbelsäulen-eingriffe	VG	Mindest-voraussetzung	LG Allgemeine Chirurgie ¹ LG Allgemeine Innere Medizin ² LG Intensivmedizin	Angebot Schmerztherapie ¹	Röntgen 24/7, Teleradiologischer Befund möglich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Neurochirurgie	3 FA (VZÄ) beschäftigt, mind. Rufbereitschaft 24/7	Die personellen Vorgaben richten sich nach der derzeit geltenden Fassung der PpUGV.	Konservative Schmerztherapie
						Auswahl-kriterium	Angebot Schmerztherapie ¹	LG Neurochirurgie	CT 24/7, MRT	ZW Spezielle Orthopädische Chirurgie		Psychiatrische, psychosomatische und/oder psychotherapeutische Kompetenz in Kooperation

Ergänzend zu den Inhalten dieser Stellungnahme möchten wir an dieser Stelle bereits auf weitere Herausforderungen bei der Umsetzung der Leistungsgruppen hinweisen:

Allein beim Vergleich der Mindestvoraussetzungen, die für die Leistungsgruppe „Allgemeine Chirurgie“ und die Leistungsgruppe „Wirbelsäuleneingriffe“ in der Tabelle zu den „Qualitätskriterien der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen“ für NRW definiert sind, fallen eklatante Unterschiede auf. Während in der Leistungsgruppe „Allgemeine Chirurgie“ verschiedene medizintechnische Anlagegüter (Röntgen, EKG, CT und 2 OPs, u.a.) genannt sind, werden für die „Wirbelsäuleneingriffe“ lediglich ein Röntgen 24/7 und „Teleradiologischer Befund möglich“ gefordert. Weder ein CT noch ein OP oder andere Geräte sind notwendig. Konkrete Vorgaben an die OP-Ausstattung (wie in anderen Leistungsgruppen) fehlen bei beiden Leistungsgruppen. Das bedeutet, dass die Vorgaben für die Mindestvoraussetzungen in Bezug auf die Gerätevorhaltung unvollständig, inhomogen und inkonsistent sind. Sie sind damit als Instrument für eine zielgerichtete Allokation von Finanzmitteln für eine Vorhaltefinanzierung problematisch.

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

