

Positionspapier

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen **Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)**

BT-Drs.20/11854

15. August 2024

MedTech ist Teil der Lösung

Der Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed) mit seinen mehr als 300 Mitgliedsunternehmen unterstützt die Notwendigkeit einer Krankenhausreform und die formulierten Ziele des Gesetzentwurfs ohne Einschränkung im Sinne der Patienten: „Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, Gewährleistung einer flächen-deckenden medizinischen Versorgung für Patientinnen und Patienten, Steigerung der Effizienz in der Krankenhausversorgung sowie Entbürokratisierung“.

Übergreifend betrachtet sind die im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vorgeschlagenen Maßnahmen notwendig, da aktuell in der stationären sowie ambulanten Gesundheitsversorgung nur wenige Qualitätsanreize gesetzt und die verfügbaren Ressourcen teilweise ineffizient genutzt werden. Allerdings überzeugen die Reformbemühungen aus Sicht des Verbandes im Detail nicht.

Die alleinige Berücksichtigung von Strukturkriterien und Leistungskonzentration reicht nicht aus, um ausreichende Qualitätsimpulse zu setzen oder Effizienzpotenziale zu heben. Die Reform schafft weder Anreize zur Steigerung der Ergebnisqualität noch zur effizienten Nutzung von Personalressourcen und Prozessoptimierung. Obwohl der Fachkräftemangel im Gesetzentwurf als stark limitierender Faktor für die Gesundheitsversorgung erwähnt wird, werden keine nachhaltigen Lösungsansätze zu dessen Bewältigung präsentiert. Stattdessen werden bestehende Fehlanreize verstetigt und weitere geschaffen.

Die Mitgliedsunternehmen des BVMed tragen mit ihren Produkten und Lösungen tagtäglich zu einer qualitativ hochwertigen und ressourcenschonenden Versorgung bei. Medizintechnologie (MedTech) steht für Ergebnisqualität, Effizienzsteigerung und Personalentlastung durch Innovationen. Die Potenziale medizintechnischen Fortschritts sind Teil der Lösungen, um die Reformziele zu erreichen, müssen aber mit einem umfassenden Fokus auf Qualität und ausreichende Finanzierung freigesetzt werden.

Ergebnis- und Prozessqualität in den Fokus der Reform rücken

Mit dem KHVVG muss es gelingen, den Qualitätswettbewerb in der Gesundheitsversorgung zu fördern. Der vorliegende Gesetzentwurf konzentriert sich jedoch auf die Leistungskonzentration und ausgewählte Strukturqualitätsparameter. Die eigentlich zentralen Dimensionen von Qualität, nämlich Prozess- und Ergebnisqualität, bleiben bisher unberücksichtigt.

Prozess- und Ressourceneffizienz steigern

Der BVMed fordert, die Verbesserung der Ressourcennutzung und die Erhöhung der Personaleffizienz als Ziel in die Krankenhausreform zu integrieren und konsequent umzusetzen. Nur so kann den Herausforderungen des demografischen Wandels im Gesundheitswesen effektiv begegnet werden. Diese erfordert eine adäquate Finanzierung medizintechnischer Lösungen zur Reduktion von OP-Zeit und Verweildauer. Die Vergütungsabschlüsse im Fallpauschalen-Katalog nach § 17b Absatz 1 Satz 4 sind für Kurzlieger bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer für interventionelle oder operative DRGs zu streichen.

Umsetzung

Die Streichung der Abschlüsse bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer für interventionelle und chirurgische Fallpauschalen kann über eine entsprechende Ergänzung des § 9 Absatz 1 Nr. 3 KHEntgG umgesetzt werden (Regelungen über Zu- und Abschlüsse in der jährlichen Fallpauschalenvereinbarung).

Eines der zentralen Ziele des KHVVG ist die Steigerung der Effizienz in der Krankenhausversorgung, um einerseits die prognostizierten Minderausgaben zu realisieren und andererseits dem Fachkräftemangel im Gesundheitswesen zu begegnen. Der Fokus im KHVVG liegt jedoch primär auf der Erhöhung von Skaleneffekten durch Leistungskonzentration und Ambulantisierung wenig komplexer Leistungen. Das große Potenzial aus gezielter Prozessoptimierung und Verweildauerverkürzung zur Erhöhung der Personaleffizienz sowie effizienteren Nutzung stationärer (Betten-)Kapazitäten, als auch Qualitätssteigerung bleibt damit ungenutzt. Internationale Erfahrungen zeigen, dass die Streichung bzw. Abwesenheit eines Kurzliegerabschlages die schrittweise Reduktion der Verweildauer auch bei komplexeren Eingriffen fördert, bis hin zur Durchführung als Kurzlieger- und Tageseingriffe für einzelne Patientengruppen im Krankenhaus.

Medizintechnologien und digitale Lösungen können den Personalaufwand reduzieren, Operations- und Eingriffszeiten sowie Verweildauern verkürzen und gleichzeitig die Behandlungsqualität erhöhen. Allerdings werden die Kosten für den Einsatz dieser Medizintechnologien nicht gesondert finanziert und primär als Kostenfaktor betrachtet. Daher muss die Gegenfinanzierung über Einsparungen bei den Operations- und Verweildauern erfolgen. Dieser Mechanismus steht jedoch im Widerspruch zu Vergütungsabschlüssen bei Erreichen oder Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer und Kürzungen des Pflegebudgets, die als Fehlanreiz zur Aufrechterhaltung nicht notwendiger Verweildauern wirken. Eine alternative Gegenfinanzierung existiert nicht.

Auch können spezialisierte Zentren, die oft heute schon eine Warteliste haben, ihre Kapazitäten effizienter nutzen, indem sie bei dafür geeigneten Patientinnen und Patienten die Verweildauer, gemäß medizinischen Leitlinien und Erfahrungen in anderen Ländern, reduzieren. Mit diesen frei gesetzten baulichen und personellen Ressourcen können diese spezialisierten Zentren im Sinne der Reform zusätzliche spezialisierte Behandlungen anbieten.

Die Streichung der Kurzliegerabschläge hätte zudem den Vorteil, dass die Verweildauerprüfungen durch den Medizinischen Dienst obsolet würden, was zu einer starken Entbürokratisierung beitragen und zusätzliche Personalressourcen freisetzen würde.

Qualitätswettbewerb durch Ergebnistransparenz fördern

Der Qualitätswettbewerb ist zu fördern, indem Krankenhäuser einen 2-prozentigen Zuschlag zum Vorhaltebudget für die Erhebung und Veröffentlichung von Ergebnisparametern aus Patientensicht (PREMs und PROMs) erhalten (§ 5 Absatz 3k KHEntgG (neu)). Ergänzend dazu sollte die Teilnahme und Kommunikation der Ergebnisse IQTiG-zertifizierter Qualitätsregister über den Zuschlag incentiviert werden.

Umsetzung

Der Empfehlung der Regierungskommission folgend, sollte ein 2-prozentiger Zuschlag zum Vorhaltebudget pro Leistungsgruppe für die Erhebung und Kommunikation von Ergebnisparametern (PREMs und PROMs) eingeführt werden. Die Nutzung von PROMs (Patient Reported Outcome Measures) ermöglicht die Erfassung der Ergebnisqualität aus Patientensicht, während PREMs (Patient Reported Experience Measures) Aussagen über die Reaktionsfähigkeit und Ausgestaltung patientenfreundlicher Versorgungsprozesse zulassen. Die Zuschlagsregelung ist über § 5 Absatz 3k KHEntgG auszugestalten.

Krankenhausfinanzierung am Behandlungsergebnis ausrichten

Im KHVVG sollte die Einführung ergebnisorientierter Vergütungselemente aufgenommen werden. Der BVMed schlägt vor, finanzielle Anreize für das Erreichen messbarer Ergebnisparameter zu setzen. Im KHVVG sollte in § 135e SGB V die zukünftige Einführung ergebnisbezogener Vergütungselemente bestimmt, sowie der Entwicklungs- und Einführungsprozess definiert werden.

Umsetzung

Im KHVVG sollte § 135e SGB V um die Einführung ergebnisbezogener Vergütungselemente ergänzt werden. Hierzu sollte den Selbstverwaltungspartnern der Auftrag erteilt werden, ein Gutachten über geeignete Messinstrumente und einen Katalog zu bewertender Ergebnisparameter einzuholen (Verfahren analog § 115b Absatz 1a SGB V). Der BVMed ist bereit, seine Expertise und internationalen Erfahrungen einzubringen, um eine erfolgreiche Umsetzung der ergebnisorientierten Krankenhausvergütung zu unterstützen.

Es braucht eine qualitätsbasierte Vergütung, um die Patientenversorgung kontinuierlich zu verbessern und an den Stand der Wissenschaft und Technik anzupassen. National und international erprobte Messinstrumente und Benchmarking-Systeme können den Einführungsprozess unterstützen und einen entscheidenden Beitrag zur erfolgreichen Implementierung ergebnisorientierter Elemente leisten.

Investive Vorhaltestrukturen qualitätsorientiert finanzieren

Der Gesetzentwurf zum KHVVG betont den Zusammenhang zwischen ökonomischem Fallzahlendruck, Krankenhausdefiziten und unzureichender Investitionsfinanzierung durch die Länder. Der BVMed sieht das Problem weniger in fehlenden baulichen Investitionen, vielmehr in der unzureichenden Finanzierung bedarfsnotwendiger medizintechnischer Investitionen. Das betrifft insbesondere interventionelle, chirurgische und radiologische Leistungsgruppen. Weder die Vorhaltefinanzierung noch der temporär angelegte Transformationsfonds lösen diese Finanzierungslücke. Auch zukünftig könnten die Krankenhäuser gezwungen sein, erforderliche Investitionsgüter aus den Mitteln der Betriebskostenfinanzierung zu finanzieren, die aber für eine an der Ergebnisqualität ausgerichteten Versorgung, z. B. mit hochwertigen und leistungsfähigen Implantaten, erforderlich sind.

Bedarfsnotwendige medizintechnische Vorhaltestrukturen verpflichtend finanzieren

Um die Finanzierung von investiven medizintechnischen Vorhaltestrukturen (sachliche Ausstattung) für die einzelnen Leistungsgruppen durch die Investitionsfinanzierung der Länder sicherzustellen, sollte deren Finanzierung verpflichtend in § 9 KHVVG festgeschrieben werden. Zusätzlich sollten die erforderlichen medizintechnischen Investitionsgüter über den Transformationsfonds (gemäß § 12b Absatz 1 KHG) gefördert werden. Jedem Krankenhaus sind die für die zugewiesenen Leistungsgruppen erforderlichen Investitionsmittel für die medizintechnische Ausstattung bereitzustellen.

Umsetzung

Der erforderliche Investitionsbedarf im Bereich der investiven Medizintechnologie für eine bestimmte Leistungsgruppe kann anhand der vom InEK kalkulierten Investitionsbewertungsrelationen unter Berücksichtigung des medizintechnischen Fortschritts ermittelt werden.

Strukturqualität komplexer Leistungsgruppen durch medizintechnische Ausstattung definieren

Die Erbringung spezialisierter, interventioneller, chirurgischer und radiologischer Leistungsgruppen erfordert eine über die im Entwurf zum KHVVG festgelegten Mindestkriterien hinausgehende, sachliche Ausstattung. Die notwendige medizintechnische Ausstattung sollte in den Qualitätskriterien hinterlegt, über den Transformationsfonds finanziert und regelmäßig mit Hilfe von geeigneten Expertinnen und Experten in einem strukturierten Dialog an den technischen Fortschritt angepasst werden.

Umsetzung

Die Qualitätsmindestanforderungen gem. § 135e SGB V (neu) sollten hinsichtlich der sachlichen Ausstattung (§ 135e Absatz 1 Nr. 2b SGB V (neu)) die erforderliche medizintechnische Ausstattung konkret benennen. Auf dieser Grundlage könnte zukünftig auch der medizintechnische Investitionsbedarf als Voraussetzung für eine Finanzierung durch den Transformationsfonds (§ 12b Absatz 1 KHG (neu)) oder Pauschalförderung gem. § 9 KHG bedarfsgerecht abgeleitet werden. Hierdurch könnte der investive medizintechnische Bedarf nicht nur aus den InEK-Daten des vorangegangenen Jahres, sondern zukunftsorientiert auch an medizinische und technische Entwicklungen angepasst werden. Zur differenzierten Definition der erforderlichen medizintechnischen Ausstattung in § 135e SGB V sollten medizinische Fachgesellschaften und der BVMed als externer Sachverstand im Rahmen eines strukturierten Dialogs eingebunden werden, um den Ausschuss nach § 135e Absatz 3 Satz 1 SGB V inhaltlich zu unterstützen.

Leistungsvolumina und Vorhaltebudgets an Versorgungsrealität ausrichten

Die zukünftigen Vorhaltebudgets der Krankenhäuser sind laut Gesetzesentwurf abhängig von den vom InEK zu berechnenden Leistungsvolumina sowie der Bestimmung der standortbezogenen Planfallzahlen. Bei diesem Vorgehen sollte darauf geachtet werden, dass die fallzahlunabhängige Kostendeckung bedarfsnotwendiger Krankenhäuser sichergestellt und eine standortbezogene Rationierung vermieden wird. Budgetregeln dürfen im Sinne einer qualitativ hochwertigen Versorgung von Patientinnen und Patienten keine ökonomischen Fehlanreize provozieren, die die Wahl geeigneter Therapien einschränken und zu Leistungsrationierung führen.

Vorhaltevolumina bedarfsorientiert, zukunftsgerichtet und demografiebasiert definieren

Der BVMed fordert eine jährliche Anpassung der Leistungsgruppenvolumina nach § 37 Absatz 1 KHG (neu) auf Grundlage einer zukunftsgerichteten Bedarfsprognose, um den Bedarf an stationären Leistungen für die Krankenhausplanung genauer abzuschätzen zu können. Entsprechend sind demographische Faktoren, der medizintechnische Fortschritt, veränderte Leitlinien, Entscheidungen der Selbstverwaltung sowie das Ambulantisierungspotenzial (AOP, EBM, Hybrid-DRG) zu berücksichtigen.

Umsetzung

Die jährliche Berechnung der Vorhaltevolumina durch das InEK sollte nicht ausschließlich auf den Krankenhausfällen des jeweils vorangegangenen Kalenderjahres basieren und diese unkorrigiert fortschreiben (§ 37 Absatz 1 KHG (neu)). Stattdessen bedarf es einer flexibleren Anpassung, die auch zukünftige Entwicklungen vorausschauend berücksichtigt. Hierzu sollte der Ausschuss nach § 135e Absatz 3 SGB V (neu) jährlich Korrekturfaktoren je Leistungsgruppe auf Grundlage einer zukunftsgerichteten Bedarfsprognose bestimmen. Bei der Bedarfsprognose sind demographische Faktoren (Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur), der medizintechnische Fortschritt (Innovationen und neue Behandlungsmethoden), aktuelle medizinische Erkenntnisse und Empfehlungen (Leitlinien, Consensus Statements), Entscheidungen des Bundesgesundheitsministeriums, der Selbstverwaltung und des Bundessozialgerichts sowie die Verschiebung von Leistungen in den ambulanten Bereich (AOP, EBM, Hybrid-DRG) zu berücksichtigen. Die Festlegung der Korrekturfaktoren sollte in einem strukturierten Dialog erfolgen, der weiteren externen Sachverstand (medizinische Fachgesellschaften und BVMed) einbezieht.

Standortbezogene Vorhaltebudgets jährlich anpassen

Der BVMed fordert eine jährliche Anpassung der standortbezogenen Leistungsgruppenvolumina und der daraus resultierenden Vorhaltebudgets unter Berücksichtigung demographischer Faktoren, des medizintechnischen Fortschritts sowie des Ambulantisierungspotenzials (AOP, EBM, Hybrid-DRG). Der Fallzahlkorridor sollte auf $\pm 10\%$ begrenzt werden.

Umsetzung

Das geplante Vorhaltebudget im aktuellen KHVVG-Gesetzentwurf sieht eine standortbezogene Festlegung innerhalb eines Fallzahlkorridors von $\pm 20\%$ für jeweils drei Jahre vor. Ziel soll es sein, Anreize zur Mengensteigerung zu reduzieren. Allerdings birgt die Festschreibung eines großen Fallzahlkorridors für den Zeitraum von drei Jahren das Risiko massiver Fehlanreize und einer Leistungsrationierung. Der untere Fallzahlkorridor soll Krankenhäuser vor Unterfinanzierung durch temporäre Rückgänge schützen, sichert ihnen aber kein kostendeckendes Budget zur Erfüllung der Strukturkriterien zu. Der untere Fallzahlkorridor birgt darüber hinaus die Gefahr einer strategischen Reduzierung des Leistungsangebots um bis zu 20% , da echte Fixkosten kaum existieren. Wartelisten könnten das Resultat dieser künstlichen Verknappung sein. Zudem müssen im Qualitätswettbewerb gut positionierte Krankenhäuser bei steigenden Fallzahlen einen permanenten Erlösabschlag hinnehmen, da Vorhaltebudgets nur alle drei Jahre angepasst werden. Eine an hoher Ergebnisqualität orientierte Versorgung würde somit „bestraft“ werden.

Mindestvorhaltezahl kostengerecht definieren

Der BVMed unterstützt die Definition einer Mindestvorhaltezahl je Leistungsgruppe, sofern diese die Finanzierung (Kostendeckung) der aus den Strukturanforderungen gem. § 135e SGB V resultierenden Vorhaltekosten sicherstellt. Bei der Definition der Krankenhausstandorte sind auch prognostizierte Fallzahlentwicklungen zu berücksichtigen.

Umsetzung

Um eine „sachgerechte Konzentration von Versorgungsstrukturen“ sicherzustellen und eine „patientengefährdende Gelegenheitsversorgung“ zukünftig auszuschließen, sieht das KHVVG vor, Mindestvorhaltezahlen pro Leistungsgruppe als ergänzendes Strukturkriterium einzuführen und mit der Vorhaltevergütung zu verknüpfen (§ 135f SGB V (neu)).

Im Gegensatz zur Mindestmengenregelung und deren etablierter Methodik beim G-BA lässt sich keine klare wissenschaftlich fundierte Basis für das Konzept der Mindestvorhaltezahl erkennen. Die geplante Festlegung anhand eines Perzentils der Gesamtfallzahl gem. § 137f Absatz 2 SGB V erscheint bisher willkürlich. Die Einführung der Mindestvorhaltezahlen sollten daher neben Qualitäts- auch Wirtschaftlichkeitsaspekte einbeziehen.

Bei der Bewertung gem. § 135f Absatz 1 Satz 3 SGB V, ob ein Krankenhausstandort prognostisch die Mindestfallzahl erfüllt, sollte nicht nur die Fallzahl im vorausgegangenen Kalenderjahr erfüllt sein oder durch beurkundete Leistungsverlagerungen erfüllt werden. Aus Sicht des BVMed ist die prognostische regionale Fallzahlentwicklung der Leistungsgruppe zu berücksichtigen, um medizinisch begründete Leistungsverlagerungen und -steigerungen abzubilden. Es ist ein strukturiertes und transparentes Verfahren zur Festlegung und Aktualisierung der Mindestvorhaltezahlen zu definieren, an denen externer Sachverstand über einen strukturierten Dialog eingebunden wird.

Intersektorale Hilfsmittelversorgung stärken

Um die Versorgungssicherheit der Betroffenen mit individuell geeigneten Hilfsmitteln auch bei der intersektoralen Versorgung zu gewährleisten, ist klarzustellen das der individuelle Hilfsmittelanspruch der Versicherten gem. §§ 33, 126, 127 SGB V auch in den sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen sowie das Kooperationsgebot mit den ambulant tätigen, sonstigen Leistungserbringern für die qualitätsgesicherte Grundversorgung von Versicherten bestehen bleibt.

Umsetzung

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 die Auswahl des geeigneten Produkts gemäß den Hilfsmittelrichtlinien sowie den §§ 126 und 127 SGB V durch den Leistungserbringer. Diese Auswahl wird unter Berücksichtigung des individuellen Versorgungsbedarfs und in Abstimmung mit dem Versicherten getroffen. Nur so kann der sach- und fachgerechte Teilhabeanspruch der Versicherten gewährleistet werden.

Telemedizinische Versorgung in den neuen Strukturen mitdenken

Der BVMed fordert, dass Kooperationsvereinbarungen zur telemedizinischen Kooperation vereinfacht werden, um flächendeckend eine optimale Patientenversorgung mit adäquater Expertise zu gewährleisten.

Umsetzung

Telemedizinische Strukturen haben das Potenzial, Expertise ortsunabhängig zur Verfügung zu stellen. Mit Blick auf den Fachkräftemangel und wohnortnahe Versorgung müssen telemedizinische Strukturen aufgebaut werden, die Expertise in die Fläche bringen und zudem die Sektorengrenzen zu überwinden helfen. Eine telemedizinische Betreuung kann als Versorgungsform oftmals ausreichend sein und sollte daher explizit ermöglicht werden. Der BVMed befürwortet die breite, sektorunabhängige Förderung telemedizinischer Netzwerkstrukturen. In der Gesetzesbegründung wird allerdings nur auf sektorenübergreifende Versorgungseinheiten eingegangen. Es ist sicherzustellen, dass Krankenhäuser aller Versorgungsstufen in die Möglichkeiten, die die Telemedizin bietet, einbezogen werden können. Die sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen, die in § 115h SGB V 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 nutzen 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.

Kontakt

Olaf Winkler
Referat Industrieller Gesundheitsmarkt
winkler@bvmed.de

BVMed

Bundesverband Medizintechnologie e.V.
Georgenstraße 25, 10117 Berlin
+49 30 246 255 - 26
www.bvmed.de