

Positionspapier

Zukunftsfähige Krankenhausversorgung gelingt nur mit MedTech - Krankenhauspolitische Forderungen auf Bundes- und Landesebene

17. Februar 2025

Vorbemerkung

Der Krankenhausstandort Deutschland steht vor der bedeutendsten Transformationsphase seit Einführung des DRG-Systems. Deutschland braucht ein effizienteres, spezialisierteres und nachhaltigeres Krankenhaussystem. Moderne Medizinprodukte können einen entscheidenden Beitrag zum Erfolg der Reform und zur Qualitätssteigerung leisten. Um die Potenziale der Reform zu erschließen, bestehende Fehlansätze zu beseitigen und eine qualitativ hochwertige sowie wirtschaftlich tragfähige Krankenhausversorgung sicherzustellen, sind gezielte Anpassungen und Konkretisierungen zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) unerlässlich.

Die aktuellen Pläne zur Krankenhausreform sind nicht geeignet, ihre selbstgesetzten Ziele zu erreichen und den Beitrag der Medizintechnologie zu einer effizienteren, spezialisierteren und nachhaltigeren Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.¹

Ressourceneffizienz steigern – Medizinprodukte sind Teil der Lösung

Die Krankenhausreform stellt hohe Anforderungen an die Modernisierung und Effizienzsteigerung der Versorgungsstrukturen. Medizinprodukte spielen hier eine wichtige Rolle für den Erfolg der Reformmaßnahmen. Moderne Medizintechnologie² bietet erhebliche Potenziale zur Steigerung der Ergebnisqualität, Effizienz und Personaleinsparungen sowie zur Gewährleistung einer sicheren und ressourcenschonenden Versorgung sowohl für Patientinnen und Patienten als auch das Gesundheitspersonal. Damit ermöglichen Medizinprodukte eine ganzheitliche und bedarfsgerechte Patientenversorgung entlang des gesamten Behandlungspfades – von der Diagnostik über die Therapie bis zur Nachsorge.

Durch den gezielten Einsatz moderner Medizinprodukte können die angestrebten Verbesserungen in der Krankenhausversorgung sowie der Ausbau ambulanter und kurzstationärer Leistungen realisiert werden. Dies ist besonders wichtig angesichts der doppelten demografischen Herausforderung: Weniger Personal muss mehr Patienten betreuen. Moderne Technologien führen nicht nur zu effizienteren Prozessen, sondern ermöglichen auch weniger invasive Behandlungen mit verbesserter Ergebnisqualität und erhöhter Patientensicherheit.

¹ In diesem Positionspapier wird der Begriff moderne Medizintechnologie verwendet und umfasst moderne Medizinprodukte, die durch innovative Entwicklungen und intelligente Vernetzung entscheidend zur Optimierung der Patientenversorgung, zur Effizienzsteigerung im Klinikalltag und zur Sicherstellung einer hohen Behandlungsqualität beitragen.

Zukunftssichere Krankenhausversorgung durch Innovationskraft

Für eine zukunftssichere Krankenhausversorgung ist es essenziell, die Innovationskraft der Medizintechnikbranche voll auszuschöpfen und gezielt in moderne Medizintechnologien zu investieren. Diese müssen nahtlos in die Versorgungsstrukturen integriert werden, um deren Potenziale optimal zu nutzen.

Zum Gelingen einer Krankenhausreform und Sicherstellung einer lückenlosen Gesundheitsversorgung in der Transformation des Krankenhausesektors sind kurzfristig folgende fünf Punkte sicherzustellen und entsprechende Anpassungen am KHVVG vorzunehmen

1. Krankenhausplanung bedarfsgerecht gestalten.
2. Vorhaltefinanzierung pausieren und eine Zwischenfinanzierung sicherstellen.
3. Ergebnisqualität: Wettbewerbliche Anreize zur Stärkung der Ergebnisqualität nutzen.
4. Transformationsfonds: Förderkriterien an den medizintechnischen Investitionsbedarf anpassen.
5. Hybrid DRG/AOP: Gezielte Förderung von Ambulantisierung und kurzstationärer Versorgung.

Der BVMed setzt sich dafür ein, dass diese Punkte im weiteren Gestaltungsprozess sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene sowie in zukünftigen Gesetzgebungsprozessen berücksichtigt werden. Ziel ist es, eine nachhaltige und qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sicherzustellen.

Unsere Forderungen

1. Krankenhausplanung bedarfsgerecht gestalten

Um eine bedarfsgerechte stationäre Versorgung sicherzustellen, müssen Krankenhausplanung und Finanzierung auf einer kontinuierlichen Bedarfsprognose basieren. Der regional effektive und prognostische Versorgungsbedarf sowie die überregionale Bedeutung von spezialisierten Zentren sind dabei zentrale Größen für die Entwicklung künftiger Versorgungsstrukturen. Die Vorgaben des KHVVG verwenden Daten der historischen Inanspruchnahme und Art der erbrachten Leistungen als zentrale Determinanten, ohne den künftigen Bedarf im Hinblick auf die medizinische Entwicklung ausreichend abzubilden.

Das Bundesverwaltungsgericht hat 2018 entschieden (Urteil vom 26.04.2018 - BVerwG 3 C 11.16, Rn. 30ff), dass die für die Krankenhausplanung und Versorgungssicherheit verantwortlichen Entitäten die notwendigen Kapazitäten unter Berücksichtigung von Leistungs- und Bedarfsentwicklung, demografischen Veränderungen, medizinisch-technischem Fortschritt sowie sich ändernden Versorgungsstrukturen analysieren und prognostizieren müssen.

Die zukünftige Berechnung des Vorhaltbudgets der leistungsgruppenbasierten Volumina gemäß § 37 Abs. 1 KHG durch das InEK für das Budgetjahr 2027 stützt sich jedoch auf die gemittelten Leistungsvolumina der Jahre 2023/2024. Aber auch die Budgetverteilung durch die Bundesländer steht im Widerspruch zu den Vorgaben des Bundesverwaltungsgerichts, da sie auf historischen Leistungsdaten beruht.

Daher müssen Vorhaltevolumen und Leistungsplanung der Bundesländer prospektiv bestimmt und synchronisiert werden, um die Indikationsbereiche differenziert und angemessen zu berücksichtigen. Dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts folgend muss eine umfassende Bedarfsprognose den medizintechnologischen Fortschritt sowie demografische Entwicklungen integrieren, um Fehl- oder Unterversorgung zu vermeiden. Zusätzlich ist eine jährliche Anpassung der leistungsgruppenspezifischen Volumina gemäß § 37 Abs. 1 KHG notwendig, um den sich wandelnden Anforderungen der Krankenhausversorgung gerecht zu werden.

Der erste Schritt wäre die Rücknahme der Bezugsjahre 2023/2024 als Berechnungsgrundlage für die Leistungsgruppenvolumina 2027, da diese nicht in der Lage ist, aktuelle sowie zukünftige Entwicklungen angemessen abzubilden und strukturelle Fehlentwicklungen begünstigt. Stattdessen sollte eine flexiblere Methodik entwickelt werden, die vorausschauende Anpassungen auf der Basis aktueller Daten und fundierter Prognosen ermöglicht. Hier können auch die medizinischen Fachgesellschaften einen entscheidenden Beitrag leisten.

2. Vorhaltefinanzierung pausieren und Zwischenfinanzierung sicherstellen

Im Rahmen des mehrjährigen Transformationsprozesses sieht der BVMed die Gefahr, dass Versorgungslücken, Leistungsrationierung und finanzielle Schief lagen einzelner Krankenhäuser entstehen. Daher sollte die Vorhaltefinanzierung ausgesetzt werden, bis die Planungsreform auf Basis von Leistungsgruppen umgesetzt und der anschließende Transformationsprozess abgeschlossen ist. Um einer weiteren Verschlechterung der angespannten Finanzsituation der Krankenhäuser vorzubeugen, sollten während des Transformationsprozesses die Erlöse an die Kostensituation der Krankenhäuser über eine Basiskorrektur der Landesbasisfallwerte angepasst werden, damit die Leistungsqualität aufrechterhalten wird und keine bedarfsnotwendigen Leistungserbringer aus dem Krankenhausmarkt ausscheiden.

Das KHVVG verknüpft Krankenhausplanung und Finanzierung direkt. Die umfangreichen Leistungsverschiebungen durch Verlagerung von Leistungsgruppen und gegebenenfalls Schließung von Standorten erfordern umfangreiche bauliche, investive und personelle Kapazitätsanpassungen, die sich in einem mehrjährigen Prozess vollziehen werden. Nach der aktuellen Regelung soll das entsprechende Vorhaltebudget jedoch umgehend angepasst werden, wodurch es zu einer Unterfinanzierung der Leistungen abgebenden Krankenhäuser und Überfinanzierung der Leistungen aufnehmenden Krankenhäuser kommen könnte. Beide Prozesse müssen synchronisiert werden, was nur in der aktuellen Finanzierungssystematik gelingen kann.

Die aktuelle Unsicherheit im Krankenhaussektor birgt die Gefahr, dass Krankenhäuser ihr Leistungsportfolio und ihre Personalstrukturen aus ökonomischen und medizinischen Gründen ineffizient umgestalten, was bereits zu einer proaktiven Neuorientierung des medizinischen Personals ggf. in andere Branchen führen könnte.

Erfahrungen aus der Einführung des DRG-Systems zeigen, dass beim neu entwickelten Leistungsgruppen-Grouper des InEK erheblicher Verbesserungsbedarf zu erwarten ist. Notwendige Anpassungen werden eine Nachjustierung im Leistungsgruppen-Grouper erfordern, der jedoch gleichzeitig die Grundlage für die Krankenhausplanung bildet und durch die Verknüpfung mit den Vorhaltebudgets praktisch keine Weiterentwicklung erlaubt. Unmittelbare Anpassungen würden

daher erhebliche Auswirkungen auf die fallzahlbezogene Krankenhausplanung und die entsprechenden Vorhaltebudgets haben.

3. Ergebnisqualität durch wettbewerbliche Anreize stärken

Die Krankenhausfinanzierung muss die Ergebnisqualität der Versorgung in den Mittelpunkt stellen, um einen echten Wettbewerb um Qualität zu fördern. Eine zentrale Maßnahme dafür wäre die Einführung finanzieller Anreize für Krankenhäuser, die aktiv an der Erhebung und Veröffentlichung von Ergebnisparametern teilnehmen.

Hierzu sollte ein zweiprozentiger Zuschlag zum Vorhaltebudget pro Leistungsgruppe für die Erhebung und Nutzung von Patient Reported Outcome Measures (PROMs) und Patient Reported Experience Measures (PREMs) eingeführt werden. Während PROMs die Ergebnisqualität aus Patientensicht abbilden, bieten PREMs Einblicke in die Gestaltung und Reaktionsfähigkeit der Versorgungsprozesse. Die Zuschlagsregelung sollte über § 5 Absatz 3k KHEntgG (neu) verankert werden, um eine einheitliche Umsetzung zu gewährleisten. Zusätzlich sollte die Teilnahme an IQTIG-zertifizierten Qualitätsregistern sowie die Meldung an Referenzzentren zu Hygienemaßnahmen incentiviert werden, um die Transparenz und Vergleichbarkeit der Versorgungsqualität zu erhöhen.

Die Krankenhausfinanzierung sollte zudem stärker an messbaren Behandlungsergebnissen orientiert werden, dafür ist die Einführung ergebnisorientierter Vergütungselemente erforderlich, die finanzielle Anreize zur Reduktion von Komplikationen setzen. Eine gesetzliche Verankerung dieser Vergütungselemente in § 135e SGB V (neu) sollte den Entwicklungs- und Einführungsprozess klar definieren.

Zudem ist die Beauftragung der Selbstverwaltungspartner erforderlich, um ein Gutachten zu erstellen, das geeignete Messinstrumente sowie einen Katalog relevanter Ergebnisparameter identifiziert, analog zum Verfahren nach § 115b Absatz 1a SGB V.

4. Transformationsfonds: Förderkriterien an medizintechnischem Investitionsbedarf ausrichten

Die Zentralisierung von Leistungsgruppen soll zu einer Verschiebung der Patientenströme führen, ohne durch eine (temporäre) Reduktion der Versorgungskapazitäten die Versorgung zu rationieren. Krankenhäuser, die zusätzliche Leistungsmengen von anderen Einrichtungen übernehmen sollen, müssen die notwendigen Kapazitäten aufbauen, um Rationierung zu vermeiden und die Versorgungsqualität verbessern zu können. Der Ausbau von Kapazitäten im Zuge der Reform und die Modernisierung der technologischen Infrastruktur müssen daher auch mit Geldern des Transformationsfonds förderfähig gemacht werden.

Angesichts einer alternden Bevölkerung ist es entscheidend, dass die Zentralisierung nicht zu einem Abbau von Versorgungskapazitäten oder zu einer Wartelistenmedizin führt, insbesondere in versorgungsschwachen Regionen. Ein Mangel an qualifiziertem Personal im Gesundheitswesen ist ein wesentlicher Grund für die Notwendigkeit der Krankenhausreform. Daher sollten Investitionen in Medizintechnologie gefördert werden, die einen effizienteren und besseren Einsatz des Personals ermöglichen.

Um die Finanzierung der medizintechnischen Vorhaltestrukturen (sachliche Ausstattung) für die einzelnen Leistungsgruppen durch die Investitionsfinanzierung der Länder zu gewährleisten, sollte die Finanzierung verpflichtend festgeschrieben werden. Zusätzlich sollten erforderliche medizintechnische Investitionsgüter über den Transformationsfonds gemäß § 12b Absatz 1 KHG unterstützt werden. Jedem Krankenhaus sind die für die zugewiesenen Leistungsgruppen notwendigen Investitionsmittel für die medizintechnische Ausstattung aus dem Transformationsfonds oder den Landesmitteln bereitzustellen.

5. Gezielte Förderung von Ambulantisierung und kurzstationärer Versorgung

Das Effizienzpotential durch Ambulantisierung und starke Verweildauerreduktion vollstationärer Leistungen (Kurzlieger-DRG, Hybrid-DRG ambulantes Operieren - AOP) birgt erhebliche Möglichkeiten, den investiven und personellen Ressourceneinsatz bei operativen Eingriffen zu reduzieren und die Versorgungssicherheit und -qualität zu steigern. Alle hierzu erstellten Gutachten und Studien zeigen international einen deutlich höheren Anteil an ambulanter und kurzstationärer Versorgung auf. Sie weisen jedoch auch auf die notwendigen ökonomischen Anreize hin, die in diesen Ländern einen möglichst kurzen stationären Aufenthalt fördern. Krankenhäuser haben durch eine z. T. identische, d. h. quasi verweildauerunabhängige Vergütung starke finanzielle Anreize, Verweildauern zu reduzieren bzw. die Leistung kurzstationär als 1-Tagesfall oder ambulant zu erbringen. Gleichzeitig werden international keine Grenzen gesetzt, ressourcensparende Medizintechnologien einzusetzen und deren Finanzierung ist oft umfangreicher als in Deutschland sichergestellt.

Die praktische Umsetzung der Regelungen des §115b SGB V zum ambulanten Operieren (AOP), der Hybrid-DRGs (§115f SGB V) und die derzeitigen 15%igen Abschläge auf die impliziten 1-Tagesfall-DRGs wirken jedoch hemmend. Entgegen der erfolgreichen, anreizorientierten Ambulantisierungsinitiativen im europäischen Ausland enthalten die deutschen Regelungen keine oder nur geringe finanzielle Anreize für Krankenhäuser und Vertragsärzte, um die Transformation vollstationärer Leistungen voranzutreiben. Anreize werden vielmehr durch dirigistische Vorgaben mit hohem Potential bürokratischer Prüfprozesse ersetzt, die Ambulantisierung zum ökonomischen Risiko der Leistungserbringer machen und damit zudem qualitätssenkend wirken. Die erforderlichen medizinischen Sachkosten, die aufgrund unterschiedlicher Verfahren und Technologien gegenüber einer vollstationären Versorgung höher sein können, werden nicht oder nur unzureichend finanziert. Die pauschalierte Unterfinanzierung führt bei den Hybrid-DRGs inzwischen zu Qualitätseinbußen und Abweichen vom medizinischen Standard.

Moderne Medizinprodukte sind eine unverzichtbare Voraussetzung für die Ambulantisierung bzw. ressourcensparende Durchführung von Interventionen und Operationen. Um das volle Effizienzpotential zu erschließen, ist die Finanzierung erforderlicher medizinischer Sachkosten im Krankenhaus und vertragsärztlichen Versorgung sicherzustellen:

1. Ambulantes Operieren im Krankenhaus - AOP: Erweiterung der im Rahmen der Sachkostenerstattung finanzierten Medizinprodukte (§11 AOP Vertrag) anhand eines wertmäßigen Schwellenwerts für separat erstattungsfähige Sachkosten analog dem Schwellenwert für Medikamente (§ 11 Abs. 7 AOP Vertrag).
2. Ambulantes Operieren in der vertragsärztlichen Versorgung: Bundeseinheitliche Sachkostenerstattung ohne Positivlisten.
3. Hybrid-DRG: separate Einzelkostenfinanzierung während einer Übergangszeit zur Leistungsetablierung und Schaffung einer validen Kalkulationsgrundlage.
4. Implizite 1-Tagesfall-DRGs: Streichung des 15%igen Vergütungsabschlags und kalkulatorische Sicherung der Sachkostenfinanzierung. Prüfung auf Überführung der Leistungen in eine Hybrid-DRG.
5. Aussetzung des Erlaubnisvorbehalts bzw. Anwendung des Potenzialbegriffs gem. 137c SGB V für innovative Technologien, die eine vollstationäre Versorgung substituieren (EBM, AOP, Hybrid-DRG).
6. Aufbau und Finanzierung erforderlicher ambulanter OP-Kapazitäten im Rahmen der Krankenhausplanung der Bundesländer. Gewährung eines Investitionskostenzuschlags in der vertragsärztlichen Versorgung.
7. Aufbau und Finanzierung intersektoraler Versorgungspfade zur Sicherstellung der prä- und postoperativen Versorgung durch Harmonisierung einer sektorübergreifenden Bedarfsplanung.

Kontakt

Olaf Winkler

Leiter Referat Industrieller Gesundheitsmarkt

winkler@bvmed.de

BVMed

Bundesverband Medizintechnologie e.V.

Georgenstraße 25, 10117 Berlin

+49 30 246 255 - 26

www.bvmed.de

The logo for BVMed, consisting of the letters 'BV' in a large, bold, blue font, followed by the word 'Med' in a smaller, bold, blue font.