

Stellungnahme

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

BT-Drs.20/11854

20. September 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 flächendeckenden 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, muss aber mit einem umfassenden Fokus auf Qualität eine ausreichende Finanzierung freigesetzt werden.

1. 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 eigentlichen zentralen Dimensionen von Qualität, nämlich Prozess- und Ergebnisqualität, bleiben bisher unberücksichtigt.

1.1 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. Dies erfordert eine adäquate Finanzierung medizintechnischer Lösungen zur Reduktion von OP-Zeit und Verweildauer. Die Vergütungsabschläge im Fallpauschalen-Katalog nach § 17b Absatz 1 Satz 4 sind für Kurzlieger bei Unterschreiten der unteren Grenzerweildauer für interventionelle oder operative DRGs zu streichen.

Umsetzung

Die Streichung der Abschläge bei Unterschreiten der unteren Grenzerweildauer für interventionelle und chirurgische Fallpauschalen kann über eine entsprechende Ergänzung des § 9 Absatz 1 Nr. 3 KHEntgG umgesetzt werden (Regelungen über Zu- und Abschläge 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 weniger 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 Kurzliegerabschlags 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. Gleichzeitig kann die Behandlungsqualität erhöht werden. Allerdings werden die Kosten für den Einsatz dieser Medizintechnologien nicht gesondert finanziert und primär als Kostenfaktor betrachtet. Deswegen muss die Gegenfinanzierung über Einsparungen bei den Operations- und Verweildauern erfolgen. Dieser Mechanismus steht jedoch im Widerspruch zu Vergütungsabschlägen bei Erreichen oder Unterschreiten der unteren Grenzerweildauer 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 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.

1.2 Qualitätswettbewerb durch Ergebnistransparenz fördern

Der Qualitätswettbewerb ist zu fördern, indem Krankenhäuser einen zweiprozentigen 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 und Meldungen an Referenzzentren über Hygienemaßnahmen zum Infektionsschutz über den Zuschlag incentiviert werden.

Umsetzung

Der Empfehlung der Regierungskommission folgend, sollte ein zweiprozentiger 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.

1.3 Krankenhausfinanzierung am Behandlungsergebnis ausrichten

Im KHVVG sollte die Einführung ergebnisorientierter Vergütungselemente aufgenommen werden. Der BVMed schlägt vor, finanzielle Anreize für das Erreichen messbarer Ergebnisparameter inklusive Infektionsreduktion 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.

2. 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.

2.1 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.

2.2

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 Sachverständiger im Rahmen eines strukturierten Dialogs eingebunden werden, um den Ausschuss nach § 135e Absatz 3 Satz 1 SGB V inhaltlich zu unterstützen.

3.

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.

3.1

Vorhaltevolumina bedarfsorientiert, zukunftsgerichtet und demografiebasiert definieren

Der BVMed fordert eine jährliche Anpassung der landesbezogenen 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 auf Landesebene durch das InEK sollte nicht ausschließlich auf den Krankenhausfällen des jeweils vorangegangenen Kalenderjahres basieren (zwei Jahreslücke) 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 neben demographische Faktoren (Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur), auch der medizintechnische Fortschritt (Innovationen und neue Behandlungsmethoden), aktuelle medizinische Erkenntnisse und Empfehlungen (aktualisierte 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 Identifizierung der erforderlichen Anpassungen und die Festlegung der Korrekturfaktoren sollte in einem strukturierten Dialog analog zum erfolgreichen G-DRG-Vorschlagsverfahren erfolgen, der weiteren externen Sachverstand (medizinische Fachgesellschaften und BVMed) einbezieht.

Änderungsvorschlag

Der § 37 Absatz 1 KHG (neu) wird wie folgt ergänzt:

„Die Leistungsgruppenvolumina nach Satz 1 sind jährlich auf Grundlage einer zukunftsgerichteten Bedarfsprognose anzupassen. Bei der Anpassung sind insbesondere folgende Faktoren zu berücksichtigen:

- demographische Entwicklungen
- medizinisch-technischer Fortschritt
- aktualisierte medizinische Leitlinien
- Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses und Bundessozialgerichts
- Ambulantisierungspotenzial, einschließlich des Katalogs für ambulante Operationen und stationärsersetzende Eingriffe (AOP-Katalog), des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) und der Hybrid-DRGs

Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates, das Nähere zur Methodik der Bedarfsprognose und zur Gewichtung der einzelnen Faktoren zu bestimmen.“

Begründung

Die vorgeschlagene Änderung zielt darauf ab, die Krankenhausplanung flexibler und bedarfsgerechter zu gestalten. Durch die jährliche Anpassung der Leistungsgruppenvolumina auf Basis einer umfassenden Bedarfsprognose kann besser auf Veränderungen im Gesundheitswesen reagiert werden. Die Berücksichtigung demographischer Faktoren, des medizinisch-technischen

Fortschritts und aktualisierter Leitlinien ermöglicht eine zukunftsorientierte Planung.

Die Einbeziehung von Entscheidungen des G-BA, des Bundessozialgerichts und des Ambulantisierungspotenzials stellt sicher, dass aktuelle Entwicklungen in der Versorgungslandschaft zeitnah in die Planung einfließen. Dies trägt dazu bei, Überkapazitäten sowie eine Unterversorgung zu vermeiden und dadurch eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen.

Die Ermächtigung des Bundesministeriums für Gesundheit zur Konkretisierung der Methodik gewährleistet eine einheitliche und transparente Umsetzung der Bedarfsprognose.

3.2

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.

3.3

Mindestvorhaltezahle kostengerecht definieren

Der BVMed unterstützt die Definition einer Mindestvorhaltezahle 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 Mindestvorhaltezahle 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.

4. Intersektorale Hilfsmittelversorgung stärken

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

5. Hygienemaßnahmen und ihre Compliance fördern

Hygienemaßnahmen, zur Vermeidung nosokomialer Infektionen, sind zwingender Bestandteil eines jeden Qualitätsmanagementsystems in Krankenhäusern und ambulanten Einrichtungen. Die Hygienemaßnahmen sollten in den Mindestvoraussetzungen für die Erbringung der jeweiligen Leistungsgruppen ergänzt und entsprechend in der Rechtsverordnung berücksichtigt werden. Dazu gehören das notwendige Personal sowie die erforderliche Ausstattung. Die Aufnahme von evidenzbasierten Definitionen durch Qualitätsindikatoren zur Prävention von nosokomialen Infektionen innerhalb der Leistungsgruppen sieht der BVMed als zwingend notwendig an. Denn dies sichert den erforderlichen Infektionsschutz, schützt Leben, vermeidet unnötige Kosten für das Gesundheitssystem und trägt dem § 23 des Infektionsschutzgesetzes Rechnung. Zusätzlich sollte das Thema Krankenhaushygiene auch im Klinikatlas abgebildet sein. Dadurch erhalten Patienten bei der Auswahl ihres Krankenhauses einen Überblick zu den empfohlenen Hygienemaßnahmen.

Umsetzung

Noch immer erkranken jährlich in Deutschland 400.000-600.000 Patienten an Krankenhausinfektionen, die zu einem Teil vermieden oder beeinflusst werden können. Dabei versterben etwa 10.000 bis 20.000 Menschen laut Schätzungen aus Studien jedes Jahr in Deutschland an Krankenhausinfektionen. Um die Infektionspräventions- und Hygienemaßnahmen in deutschen Krankenhäusern zu stärken und nosokomiale Infektionen effektiv auf ein Minimum reduzieren zu können, ist es notwendig, alle Leistungsgruppen um einen koordinierenden Part Krankenhaushygiene und Infektionsprävention transparent und individuell definiert zu erweitern. Derzeit sind die Leistungsgruppen um eine eigene Leistungsgruppe Infektiologie ausgeweitet worden. Hierin sind richtigerweise die notwendigen unterschiedlichen Fachärzte in Bezug auf die Infektiologie aufgeführt, jedoch ein Facharzt oder eine Fachärztin für Hygiene nur als Option (Verfügbarkeit) angegeben.

Die Krankenhaushygiene ist jedoch für die umfassende Etablierung und Evaluierung von Hygienemaßnahmen zuständig und deckt gemäß den Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) und Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts (RKI) die verschiedenen wichtigen Aspekte und Prozesse ab. Dazu gehören u. a. die Überwachung von Reinigungs- und Desinfektionsprozessen oder intraoperative Maßnahmen zur Infektionsprävention.

Patienten profitieren von Krankenhäusern mit besonders guten Hygieneergebnissen. Diese Krankenhäuser selbst können wiederum incentiviert werden. Die Datensammlung und Überwachung von nosokomialen Infektionen bietet Vorteile für alle und muss gestärkt werden.

Änderungsvorschlag

In Absatz 1 § 135e SGB V wird ergänzt:

„Der Infektionsschutz und die dafür notwendigen Hygienemaßnahmen sind gesondert in den Leistungsgruppen zu berücksichtigen.“

Begründung

Die Definition der „Krankenhaushygiene“ innerhalb der jeweiligen Leistungsgruppen könnte durch die Integration von Hygiene-Indikatoren in die Leistungsbewertung unter dem KHVVG verbessert werden, indem bestimmte Qualitätsindikatoren in die Berechnung der Leistungsgruppen einfließen wie bspw. die notwendige Personalie an Hygienefachkräften und/oder Fachärzten für Hygiene und Umweltmedizin, die Einhaltung von Hygienestandards sowie auch die Rate an nosokomialen Infektionen

6.

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. Bei der Förderung aus dem Transformationsfonds muss die Formulierung zur Einbindung der robotergestützten Chirurgie in telemedizinische Netzwerkstrukturen präziser gefasst werden: In §12b KHG ist das Wort „Telechirurgie“ durch „Chirurgie“ zu ersetzen.

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.

Der Wortlaut des § 12b Satz 4 Nr. 3 Krankenhausfinanzierungsgesetz im Entwurf des KHVVG bietet Raum für Missverständnisse. Unklar ist, was mit „Telechirurgie“ gemeint ist. Unter „Telechirurgie“ könnte man in einer engen Auslegung verstehen, es gehe ausschließlich um ferngesteuerte Operationen, bei denen der verantwortliche Operateur und Patient nicht am gleichen Ort sind. Solche Operationssysteme sind derzeit nicht auf dem Markt und es fehlen auch noch technische und rechtliche Voraussetzungen. Damit würde die sehr sinnvolle Förderung von telemedizinischen Netzwerken in der Chirurgie ins Leere laufen.

Praktisch umsetzbar ist heute die telemedizinische Konsultation während eines Eingriffs. Ärzte mit besonderer Expertise können in laufende Operationen

zugeschaltet werden, um Empfehlungen für nächste Schritte an den verantwortlichen Arzt vor Ort geben können.

Der Begriff „robotergestützte Telechirurgie“ sollte daher an dieser Stelle durch „robotergestützte Chirurgie“ ersetzt werden, um die Potenziale der Telemedizin voll ausschöpfen zu können.

Änderungsvorschlag

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.

Änderungsvorschlag

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.

Änderungsvorschlag

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.“

7. Wundzentren etablieren

Der BVMed fordert, dass die Versorgung chronischer Wunden bei Klinikumwandlungen in sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen explizit mitberücksichtigt wird, um dem wachsenden medizinischen und pflegerischen Bedarf gerecht zu werden.

Umsetzung

Aktuell leiden ca. 2,7 Mio. Menschen an chronischen Wunden. Im Alter steigt die Prävalenz für chronische Wunden erheblich an. Durch sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen werden stationäre Krankenhausbehandlung mit ambulanten und pflegerischen Leistungen verbunden. Diese Einrichtungen sollen eine wohnortnahe medizinische Grundversorgung durch eine Bündelung interdisziplinärer und interprofessioneller Leistungen sichern.

Die Wundversorgung ist prädestiniert für eine sektorenübergreifende Versorgung. Entscheidend hierbei ist das Zusammenspiel aus Diabetolog:innen, Phlebolog:innen, Dermatolog:innen, Internist:innen, Allgemeinmediziner:innen und spezialisierter pflegerischer Kompetenz. Hierfür sind spezialisierte Wundzentren mit enger Anbindung zur hausärztlichen und klinischen Versorgung ein geeignetes Setting. Solch ein Setting fördert die Wundheilung, verbessert die Lebensqualität der Patient:innen und kann Rückfälle verhindern.

Änderungsvorschlag

Um die Einrichtung von Wundzentren zu erleichtern, soll im §115g der nachstehende Satz eingefügt werden:

"6. Leistungen nach § 37 Absatz 7 der HKP, die außerhalb der Häuslichkeit erfolgen"

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

BV
Med