

Positionspapier des Arbeitskreises Stationärer Gesundheitsmarkt

„Zukunftsgerichtete Weiterentwicklung im stationären Gesundheitsmarkt“

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|------|--|---|
| I. | Im Zentrum unseres Handelns stehen Patienten- und Versorgungssicherheit!..... | 1 |
| II. | Visionen im Krankenhausmarkt und im ambulanten Markt..... | 2 |
| | 1. Konsolidierung der Krankenhausstrukturen | 2 |
| | 2. Leistungsverlagerung ambulanter Sektor | 2 |
| | 3. Leistungsverlagerung aus der stationären Versorgung in den ambulanten Sektor..... | 3 |
| III. | Finanzierung von Versorgungsleistungen und Infrastruktur..... | 3 |
| | 1. Investitionsfinanzierung/ Investitionskosten | 3 |
| | 2. Reform des DRG-Systems..... | 4 |
| | 3. Qualitätsorientierte Vergütungsmodelle | 5 |

I. Im Zentrum unseres Handelns stehen Patienten- und Versorgungssicherheit!

Die bedarfsgerechte Versorgung der Patienten im Krankenhaus mit qualitativ hochwertigen Medizinprodukten muss auch zukünftig mit den richtigen Rahmenbedingungen sichergestellt sein. Innovative Medizintechnologien und Prozesse führen heute schon zu einer verbesserten Ergebnisqualität und Versorgung von Patienten. Manche Therapiergebnisse werden erst durch den Einsatz von Medizintechnologien ermöglicht. Dabei werden Liegezeiten häufig verkürzt, der Pflegeaufwand minimiert und unnötige Zusatzkosten, wie sie z. B. durch vermeidbare Infektionen oder Ergebnisvariationen bei chirurgischen Eingriffen entstehen können, verhindert. Durch Einsatz von Digitalisierung, Robotik und Automatisierung kann medizinisches Fachpersonal in Apotheke, Labor, OP und auf Station spürbar entlastet und die engen personellen Ressourcen gezielter eingesetzt werden. Robotische Assistenzsysteme in der Patientenbehandlung können für stabilere und höhere Ergebnisqualität sorgen. Der BVMed setzt sich für die vernetzte und sektorenübergreifende Zusammenarbeit sowie die Übernahme von Verantwortung aller Beteiligten im deutschen Gesundheitswesen ein. Nachfolgend stellen wir unsere Ideen für eine zukunftsgerichtete Weiterentwicklung der Gesundheitspolitik in Deutschland vor.

II. Visionen im Krankenhausmarkt und im ambulanten Markt

1. Konsolidierung der Krankenhausstrukturen

Situation:

Der deutsche Krankenhausesektor ist von einer im internationalen Vergleich hohen Anzahl z. T. kleinerer Krankenhäuser geprägt. Gleichzeitig setzt die strukturelle Unterfinanzierung der Krankenhäuser mit Investitionsfördermitteln durch die Bundesländer sowie punktuelle Fehlanreize des DRG-Systems viele Krankenhäuser ökonomisch unter starken Druck. Der geplante Ausbau des ambulanten bzw. tagesstationären Operierens wird diesen Trend verschärfen. Aktuelle Analysen zeigen, dass insbesondere die wenig spezialisierten, kleineren Krankenhäuser komplexe Interventionen und Operationen durchführen, für die die medizinische Routine fehlt. Das daraus resultierende Qualitätsproblem wird durch fehlendes medizinisches, insbesondere pflegerisches Personal verschärft. Diese Herausforderungen muss die Politik auf Bundes- und Landesebene angehen.

Forderungen:

Eine gute Gesundheitsversorgung mit Versorgungssicherheit im Notfall und Qualität der Leistungen sind unabhängig vom Wohnort sicherzustellen. Die Unterfinanzierung der Krankenhausinvestitionen durch die Bundesländer ist zu beenden. Zur Sicherung der Versorgungsqualität bedarf es einer Konzentration komplexer Methoden und Leistungen an geeigneten Standorten. In der Notfallversorgung sind zeitliche Behandlungsfenster und Rettungswege zu berücksichtigen. So kann medizinisches Fachpersonal in ausreichendem Maße an den Standorten verfügbar sein. Eine Trägervielfalt gewährleistet eine dauerhafte Versorgung in allen Leistungsbereichen.

Kleinere ländliche Krankenhäuser sollten in regionale Versorgungszentren inkl. allgemeiner Innerer Medizin, ambulanten und kurzzeitstationäre OPs, Diagnostik und fachärztliche Versorgung umgewandelt und ausreichend finanziert werden.

Eine patienten- und bedarfsorientierte, intersektorale Versorgungsplanung ist unter Berücksichtigung lokaler Anforderungen zu etablieren. Eine gute Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen sollte verstärkt auf intersektoralen Versorgungsstrukturen, einer engen und abgestimmten Zusammenarbeit der unterschiedlichen Gesundheitsberufe und Nutzung digitaler Lösungen aufbauen.

2. Leistungsverlagerung ambulanter Sektor

Situation:

Immer mehr Methoden können heute medizinisch auch ohne stationären Aufenthalt erbracht werden. Die Vertragspartner auf Bundesebene haben durch das MDK-Reformgesetz die Aufgabe erhalten, einen erweiterten Katalog für das ambulante Operieren und einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte in diesem Leistungsbereich zu vereinbaren. Die Fristen hierfür wurden bereits einmal auf 2022 verschoben.

Forderungen:

Die Erstellung des neuen Katalogs von Prozeduren für das ambulante Operieren nach § 115b SGB V ist ohne weitere Verschiebungen umzusetzen.

Bei der einheitlichen Vergütung von Vertragsärzten und Krankenhäusern müssen, wie im Gesetz vorgesehen, die Sachkosten und die Investitionsbedingungen angemessen berücksichtigt werden. Die Sachkosten sind generell wie im EBM zu behandeln, wobei Mehrfachinstrumente, die nur für eine begrenzte Zahl von Nutzungen zugelassen sind, anteilig wie Einmalgeräte behandelt werden sollen. Investitionsgüter, die bei Krankenhäusern aus Steuermitteln finanziert werden, müssen für Vertragsärzte durch einen Investitionszuschlag in der Vergütung abgebildet werden. Entsprechende Grundsatzfragen zu den Sachkosten sollten im Gesetz ergänzt werden.

Für den Katalog des ambulanten Operierens sollte klargestellt werden, dass gemäß § 137c SGB V anwendbare Methoden auch von Vertragsärzten erbracht werden können (Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt). Sind größere OP-Risiken vorhanden, so muss eine intensivmedizinische Versorgung im Krankenhaus in einer vorgegebenen Zeit erreichbar sein.

Um möglichst viele Behandlungen in den neuen AOP-Katalog aufnehmen zu können, sollten das Entlassmanagement und die ambulante Nachsorge weiter ausgebaut werden. Dies würde auch in der stationären Versorgung bei manchen Indikationen kürzere Liegezeiten ermöglichen.

3. Leistungsverlagerung aus der stationären Versorgung in den ambulanten Sektor

Situation:

In der Vergangenheit hat es immer wieder zu Problemen mit dem MDK geführt, wenn eine bisher stationäre Methode in die vertragsärztliche Versorgung überführt werden sollte. Mit dem Argument der primären Fehlbelegung wurden stationäre Behandlungen schon während der teils mehrjährigen Entscheidungsfindung in G-BA oder Bewertungsausschuss nicht mehr akzeptiert, obwohl eine ambulante Behandlung noch nicht vergütet wurde. Unversorgte Patienten waren die Folge.

Forderungen:

Wird der Übergang einer Methode oder Leistung aus der stationären Versorgung in den ambulanten Sektor oder in das ambulante Operieren vorgeschlagen, so muss während der Dauer der Entscheidungsverfahren die Vergütung für die stationäre Versorgung der Patienten weiterhin voll erhalten bleiben. Die Arbeit des Bewertungsausschusses muss weiter beschleunigt und transparenter gemacht werden. Für all seine Entscheidungen sind Fristen und Verfahrensordnungen zu erlassen - über die Diagnostik und neu bewertete Methoden hinaus.

III. Finanzierung von Versorgungsleistungen und Infrastruktur

1. Investitionsfinanzierung/ Investitionskosten

Situation:

In allen Bundesländern sind die Krankenhausinvestitionen durch die Länder über viele Jahre unterfinanziert. Dies führt zum einen zu Problemen bei der Beschaffung moderner Medizintechnik und bei der Digitalisierung, zum anderen erhöht es den Druck auf die Krankenhäuser, notwendige Investitionen aus den dafür nicht kalkulierten DRG-Erlösen zu finanzieren. Mit Ausnahme der Pflegepersonalkosten, die aus dem DRG-System ausgegliedert sind, führt dies zu einem Einspardruck bei allen anderen Ausgaben des Krankenhauses. Nicht das DRG-System ist hierfür verantwortlich, sondern die mangelhaften Investitionsentscheidungen der Bundesländer.

Forderung:

Die jahrelange Unterfinanzierung von Krankenhausinvestitionen muss beendet werden. Da die Länder offenkundig nicht willens oder nicht in der Lage sind, die Investitionen dauerhaft zu erhöhen, muss eine Lösung gefunden werden, die unabhängig von der Finanzlage der Länderhaushalte ist.

Krankenhäuser müssen technisch für die Zukunft vorbereitet werden. Es ist besonders sicherzustellen, dass die Digitalisierung der Krankenhäuser und ihre Ausstattung mit Robotik als Unterstützung sowohl von Operationen der Behandlung als auch der Pflege vorangetrieben wird.

2. Reform des DRG-Systems

Situation:

Mit der Einführung des DRG-Systems konnten in den vergangenen fast zwei Jahrzehnten erhebliche Verbesserungen im stationären Leistungssektor erreicht werden. Bisher erzielte Verbesserungen in der Transparenz und Wirtschaftlichkeit der Leistungen durch Prozessoptimierung und/oder das Heben von Wirtschaftlichkeitsreserven gehen jedoch in zunehmendem Maße mit ungewollten Fehlsteuerungsanreizen einher. Dieses verlangt nach einer umfassenden Reform der Krankenhausfinanzierung unter Beibehaltung eines Fallpauschalensystems. Hiervon ist aus unserer Sicht auch die Finanzierung innovativer hochwertiger Medizinprodukte betroffen.

> **Ausgliederung der Pflegekosten aus den DRG**

Durch die Ausgliederung der Pflegekosten kommt es bei interventionellen und chirurgischen DRGs z. T. zu einer gravierenden Schiefelage. DRGs fassen Fallgruppen mit vergleichbaren durchschnittlichen Fallkosten zusammen. Bildet eine DRG Methoden mit hohem Pflegeaufwand und geringen Sachkosten ab und gleichzeitig Methoden mit geringem Pflegeaufwand und hohen Sachkosten, war die Vergütung über dieselbe DRG sachgerecht. Bei Ausgliederung der Pflegekosten werden die Methoden mit geringen Sachkosten überfinanziert und die Methoden mit hohen Sachkosten unterfinanziert. Hierdurch ist ein Fehlanreiz entstanden, der zu einer Absenkung des Versorgungsniveaus führen kann.

> **Qualitätsorientierte Versorgungsprozesse**

In einem zukünftigen Finanzierungssystem sind insbesondere Qualitätsorientierte Versorgungsprozesse, im Hinblick auf die Qualität der Versorgung, von Produkten und Dienstleistungen adäquat und mit dem Ziel einer weiteren Verbesserung der Patientensicherheit und Ergebnisqualität zu berücksichtigen. Um den Krankenhäusern ein effektives Wirtschaften zu ermöglichen, ist es notwendig, auch die Sachkosten, Service, Logistik, Dienstleistungen, Infrastrukturkosten für z. B. telemedizinische Leistungen und Services sachgerecht abzubilden.

Forderungen:

> **Vorhaltekosten im Krankenhaus**

Zur Lösung der bestehenden Finanzierungsproblematik wird die leistungsunabhängige Finanzierung der Vorhaltekosten versorgungsrelevanter Krankenhäuser diskutiert. Hierbei müssten nicht nur die Personalkosten, sondern auch die korrespondierenden Kosten für Medizinprodukte, z. B. Schutzausrüstung, Infektionsschutz, in ausreichendem Maße Berücksichtigung finden.

> **Vorgaben zur Mengensteuerung**

Die Reform des Krankenhausfinanzierungssystems sollte mit einer Entbürokratisierung der Abrechnungsbestimmungen und Abschaffung weiterer flankierender Vorgaben zur Mengensteuerung einhergehen.

Eine differenzierte Planung von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen der Krankenhäuser durch die Bundesländer kann eine bedarfsorientierte Versorgung ohne Fehlsteuerungsanreize gewährleisten. Durch die Einführung einer stationären Grundversorgung und einhergehender Konzentration spezialisierter Leistungen können die Leistungsqualität erhöht und Anreize zu wirtschaftlich begründeter Fallzahlsteigerung vermieden werden. Sie verlangen nach einer Überprüfung bestehender Regelungen zur Mengensteuerung (Fixkostendegressionsausgleich, Erlösausgleiche, Sachkostenkorrektur). Die Sachkostenkorrektur behindert medizinischen Fortschritt mit innovativen und hochwertigen Medizinprodukten und schränkt eine adäquate Patientenversorgung ein.

3. Qualitätsorientierte Vergütungsmodelle

Situation:

Im SGB V sind Qualitätsverträge im Krankenhaus auf vier Indikationen beschränkt. Die Möglichkeiten des SGB V für Zu- und Abschläge auf die Krankenhausvergütung bei besonders guter oder schlechter Qualität wurden vom G-BA bisher nicht genutzt. Und bei Selektivverträgen nach § 140a SGB V behindert die Aufsicht über die Krankenkassen aus rein wirtschaftlichen Gründen innovative Versorgung, da im Gesetz der Nachweis der Wirtschaftlichkeit besonders hervorgehoben ist.

Forderung:

Wir sprechen uns für die Ausweitung von Qualitätsverträgen im Krankenhaus aus. Sie sollten für alle Indikationen zulässig sein. Im Blick auf Verträge zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V sollte gesetzlich geregelt werden, dass bei nachgewiesener erhöhter Qualität der Versorgung auf den Nachweis der Wirtschaftlichkeit verzichtet werden kann.

In der Regelversorgung ist das gesetzlich vorgesehene System mit Zu- und Abschlägen für besonders gute bzw. schlechte Qualität ins Leere gelaufen. Es sollte ein wirksameres gesetzliches Instrument für eine qualitätsdifferenzierte Vergütung geschaffen werden, das nicht von der Interessenlage der Bänke des G-BA abhängt.