

Stellungnahme des Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung e. V. zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)

Das DNVF begrüßt vor dem Hintergrund des Referentenentwurfs eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) die Einführung von Leistungsgruppen mit entsprechenden Mindestfallzahlen und Strukturvorgaben. Dadurch können grundsätzlich die Behandlungsqualität und die Patientensicherheit gestärkt werden, **jedoch ist hierbei entscheidend, dass die Struktur- und die Finanzierungsreform Hand in Hand gehen.** Daher sollten die Rechtsverordnungen zur Definition der Leistungsgruppenanforderungen vorgezogen werden. Aus Sicht der Versorgungs- und Patientensicherheitsforschung ist es auch wichtig, dass die Leistungsgruppen so definiert werden, dass damit die Qualitätspotenziale tatsächlich erreicht werden. Aus diesem Grund ist es auch wichtig, dass es nur begründete und zeitlich befristete Ausnahmemöglichkeiten zu Qualitätsanforderungen der Leistungsgruppen gibt und diese den Bürgern transparent dargelegt werden sollten.

Es ist ansonsten zu befürchten, dass beispielsweise der interdisziplinäre Ansatz der Krebsbehandlung, wie ihn Leitlinien und letztlich auch der Nationale Krebsplan vorsehen, mit der Krankenhaus Reform nicht umgesetzt wird, da Abschied von dem Levelkonzept genommen wurde und es keine Leistungsgruppe Onkologie gibt. Die jetzt vorgesehene Lösung sieht vor, dass die fallschwächsten Standorte von der Vergütung ausgenommen werden. Dies entspricht jedoch nicht dem Zertifizierungskonzept, das sich in der WiZen Studie [1] als besonders erfolgreich gezeigt hat. Die vorgeschlagene gesetzliche Regelung wird das vorhandene Qualitätspotenzial nicht heben können und es bleibt zu befürchten, dass Menschen mit Krebserkrankung auch weiterhin entgegen der wissenschaftlichen Evidenz in nicht entsprechend qualifizierten, zertifizierten Kliniken behandelt werden. Hier muss dringend nachgebessert werden, damit alle Patientinnen und Patienten vom medizinischen Fortschritt in der Krebsbehandlung profitieren können.

Im Gesetz wird erfreulicherweise die Grundidee der Regierungskommission umgesetzt, einen Teil der Klinikfinanzierung unabhängig von der Fallzahl/Behandlungsmenge auszugestalten und somit das Gesundheitswesen resilienter aufzustellen. Leider überzeugt die Umsetzung bisher nicht. Durch die Orientierung der Finanzierung am Behandlungsfall wird es nicht gelingen, die Vorhaltefinanzierung aus der Mengenlogik herauszulösen. Besser wäre es, die Vorhaltefinanzierung an der Bevölkerung auszurichten. Die Versorgungsforschung [2] hat dazu ein Konzept entwickelt, das genutzt werden könnte, die Vorhaltefinanzierung von der Mengenlogik zu lösen. Damit würde es auch gelingen, die Mittel entsprechend der Bedeutung der Krankenhäuser für die Versorgung zu konzentrieren. Dabei ist die Leistungskonzentration der entscheidende Schlüssel für die Fachkräftesicherung an den richtigen Stellen und für die Qualitätsverbesserung der Versorgung.

Eine entscheidende Frage bei der Reform ist es, dass die Konzentration von Leistungen nicht zu einer Gefährdung der Versorgung in der Fläche führt und damit je nach Lebensumfeld zu unterschiedlichen Versorgungsstandards. Genau vor diesem Hintergrund haben Versorgungsforschende, Gesundheitsökonominnen und Expertinnen und Experten des GKV-Spitzenverbands ein prototypisches Simulationsinstrument entwickelt, das die Erreichbarkeit für die Bevölkerung und die Leistungsfähigkeit und Qualität der Klinikstandorte gleichermaßen in einer Metrik berücksichtigt [2]. Mit diesem Instrument kann gezeigt werden, welche Standorte für welches konkrete

Erkrankungsspektrum (Leistungsgruppe) im Sinne der Daseinsvorsorge gebraucht werden und welche besonders leistungsfähig sind. Diese Standorte gilt es zu erhalten und zu stützen.

Die Reform erscheint dem DNVF vor allem auch aus wirtschaftlichen Gründen dringend notwendig. Denn trotz abnehmender Behandlungszahlen in Kliniken haben wir in Deutschland noch ein großes Ambulantisierungspotenzial. Insbesondere der jetzt schon zu verzeichnende Rückgang bei den ambulant-sensitiven Diagnosen macht das Ambulantisierungspotenzial deutlich [3].

Einen Nachbesserungsbedarf sehen wir bei Ausnahmeregelungen wie z.B. bei einer pauschalen >40 Minuten Fahrzeit für alle Leistungsgruppen, der Regelungen zu Kooperationen und der Festlegung der Qualitätskriterien für die Weiterentwicklung der Leistungsgruppen: In allen drei Bereichen dürfen die Ausnahmen nicht dazu führen, dass es durch die Reform zu einer geringen Steigerung der Qualität der medizinischen Versorgung und der Patientensicherheit kommt. Nach dem Verlauf der Verhandlungen in den letzten 1,5 Jahren ist zu befürchten, dass die Qualitätskriterien im Ergebnis einen politischen Minimalkonsens und nicht die wissenschaftliche Evidenz widerspiegeln werden.

Positiv schätzt das DNVF die Regelung zu den sektorenübergreifenden Versorgungszentren (SüV) ein. Diese sollte attraktive Arbeitsbedingungen für junge Ärztinnen und Ärzte anbieten und auch ökonomisch tragbar ausgestaltet werden. Insofern sollte in den SüV ärztliche 24/7 Präsenz auf unbedingt notwendige Ausnahmen begrenzt werden.

Bund und Länder sollten sich, wie im Koalitionsvertrag vorgesehen, rasch auf ein klares Zielbild einigen, das operationalisierbar und umsetzbar ist. Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung hat derartige, konsentiertere und politisch legitimierte Versorgungsziele [2] schon länger angemahnt und ist bereit, hier zu unterstützen. Das oben erwähnte Simulationstool bietet eine gute Grundlage, das gemeinsame Zielbild zu entwickeln. Es würde dann auch transparent nachvollziehbar, warum welches Haus mit welchem konkreten Ziel Mittel aus dem Transformationsfonds bekommt.

[1] Schmitt J. Klinkhammer-Schalke M. et al. Krebserstbehandlung in zertifizierten versus nichtzertifizierten Krankenhäusern, Dtsch Arztebl Int 2023; 120: 647-54; DOI: 10.3238/arztebl.m2023.0169.

[2] Schmitt J., Sundmacher L. et al. Krankenhausreform in Deutschland: Populationsbezogenes Berechnungs- und Simulationsmodell zur Planung und Folgenabschätzung; Monitor Versorgungsforschung S. 37–50. <http://doi.org/10.24945/MVF.03.24.1866-0533.2606>

[3] Neugebauer E., Piwernetz K. et al. Notwendigkeit und Wege zur Entwicklung von Versorgungszielen für das Gesundheitssystem in Deutschland – ein Positionspapier des DNVF, Gesundheitswesen DOI 10.1055/a-1911-8605, 2022

Die DNVF-Stellungnahme wurde im Auftrag des DNVF-Vorstands von der AG Qualitäts – und Patientensicherheitsforschung erarbeitet.

Kontakt:

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V.

Prof. Dr. Silke Kuske (AG Sprecherin)

Prof. Dr. Max Geraedts

c/o DNVF-Geschäftsstelle

Kuno-Fischer-Straße 8, 14057 Berlin

E-Mail: info@dnvf.de

Tel.: 030 1388 7070