Deutsches Netzwerk
Versorgungsforschung e.V.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSG) vom 30.06.2015 (**Drucksache 18/5372)**

des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e.V. (www.dnvf.de)

Vorbemerkung: Das DNVF begrüßt die Neustrukturierung des 9. Abschnittes des 4. Kapitels im SGB V und den vorgelegten Gesetzentwurf ausdrücklich, weil hierdurch der ernsthafte Versuch unternommen wird, Krankenhausvergütung und -planung durch die Elemente Qualität und Patientenbezug grundlegend weiterzuentwickeln und gleichzeitig regionale Versorgungsaspekte mit einzubeziehen Das DNVF möchte zu ausgewählten Bereichen des Gesetzesentwurfs Stellung beziehen, die aus Sicht der Patienten von besonderer Bedeutung sind. Die geplanten neuen Regelungen zur Qualitätsorientierten Krankenhausplanung sind dabei von entscheidender Bedeutung und stehen deshalb am Anfang unserer Stellungnahme.

1. Qualitätsorientierte Krankenhaus- und Versorgungsplanung

Die Absicht, Qualitätsparameter in die Krankenhausplanung einzuführen ist begrüßenswert, erscheint dieser Zugang doch sehr viel sinnvoller als die statische Planung von Fachabteilungsbetten oder von Fällen ohne irgendeine Differenzierung. Erhebliche Skepsis an dieser Krankenhausplanung ist dennoch angebracht, denn primär ist die Frage zu klären, ob die Thematik „Qualitäts-orientierte Krankenhausplanung“ überhaupt sinnvoll gewählt ist - oder muss nicht angesichts des Versorgungsbedarfs, zwangsläufig eine „Qualitäts-orientierte **Versorgungsplanung“** angegangen werden, die nicht mehr nur den stationären Sektor, sondern das ganze Versorgungsgeschehen einer Region in den Blick nimmt. Für den Patienten ist es nicht entscheidend wo er behandelt wird, sondern dass er sektorenübergreifend „gut“ behandelt wird. Es steht deshalb in Frage, ob die sektoren-bezogene Betrachtungsweise überhaupt noch sinnvoll ist und ob unter sektoraler Perspektive mit Qualitätsparametern eine Verbesserung der Planung möglich ist.

Das DNVF plädiert deshalb für eine weitreichendere Lösung. Die geplanten Regelungen, die sich allein auf die Krankenhäuser beziehen, werden diese aus betriebswirtschaftlichen Gründen zu Reaktionen verleiten, die für die Populationsgesundheit und für das Gesundheitssystem als Ganzes höchstwahrscheinlich nicht positiv sind. Risikoselektion, Fallzahlsteigerung und Indikationsausweitung sind ebenso zu erwarten wie Verlagerungen in den ambulanten Sektor. Besser aus Sicht der Versorgungsforschung wäre es daher, direkt einen Schritt weiter zu gehen und die Anreize nicht auf Krankenhäuser alleine zu beziehen, sondern alle Leistungserbringer in einer Region gemeinsam für die Qualität der Versorgung der Bevölkerung in die Verantwortung zu nehmen.

In Zukunft werden im Rahmen der Versorgung einer alternden Bevölkerung eher Kooperation mit maximaler Integration der Versorgung, die Behandlung chronischer Mehrfacherkrankungen mit konservativem Schwerpunkt, und eine Begleitung- statt einer eingriffsbezogenen Versorgung benötigt. Aus Sicht des DNVF können deshalb gewisse Zweifel nicht ausbleiben, ob die gute Absicht hinter dem gegenwärtigen Gesetzesentwurf sich wirklich durchsetzen wird.

2. Qualitäts-orientierte Vergütung (Pay for Performance, P4P)

Die Regelungen zur Qualitäts-orientierten Vergütung (P4P) sind in der gesundheitspolitischen Diskussion ganz besonders in den Vordergrund getreten. Neben den bereits vorbestehenden Regelungen zu Fortbildungspflichten, Mindestmengen, Qualitätsbericht und den Qualitätsverträgen (§110a [neu]) wird dem GBA jetzt zusätzlich aufgetragen,

"*einen Katalog von Leistungen oder Leistungsbereichen, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen eignen, sowie Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren*" zu entwickeln (§136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 5). Diese P4P-Leistungen sollen lt. §136b Abs. 9 bis zum 31.12.2016 vom GBA konsentiert sein, eingeschlossen "*ein Verfahren, das den Krankenkassen und den Krankenhäusern ermöglicht, auf der Grundlage der beschlossenen Festlegungen Qualitätszuschläge für außerordentlich gute und Qualitätsabschläge für unzureichende Leistungen zu vereinbaren*" (Satz 2). Für diese Leistungen oder Leistungsbereiche hat der GBA "*insbesondere jährlich Bewertungskriterien für außerordentlich gute und unzureichende Qualität zu veröffentlichen, möglichst aktuelle Datenübermittlungen der Krankenhäuser zu den festgelegten Qualitätsindikatoren an das Institut nach § 137a vorzusehen und ihre Auswertung sicherzustellen*" (Satz 3). Die Auswertungsergebnisse sind Kassen und Krankenhäusern zugänglich zu machen, die Krankenkassen können die Ergebnisse veröffentlichen, und die Landesbehörden erhalten zwecks Krankenhausplanung ebenfalls Zugriff. Es wird in der Begründung "*ein möglichst enger zeitlicher Zusammenhang zwischen Qualitätserhebung, Auswertung und Vergütungsfolge gefordert*".

Einschätzung: Die deutsche Gesundheitspolitik setzt ein international gut erprobtes und intensiv genutztes Instrument ein, so wie es vom Sachverständigenrat bereits im Gutachten 2007 gefordert worden war. P4P stellt weder eine „magic bullet" noch ein isoliertes Instrument im Sinne einer neuen Ära der Krankenhausvergütung dar, denn es wird lediglich an wenigen Punkten in ein bestehendes Vergütungssystem (DRG) integriert. Im Gesetzestext (§136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 5) wird explizit die Definition von Qualitätszielen gefordert, denn erst diese lassen ein so differenziertes Instrument wie P4P sinnvoll erscheinen. Diese Qualitätsziele sollten nicht die akutmedizinische, prozedurale und sektorale Orientierung des Systems verstärken, sondern der Behandlung und Prävention chronischer Erkrankungen sowie der Weiterentwicklung und Stärkung der Integration dienen (z.B. aktive Beteiligung von Krankenhäusern an der Gestaltung der Integration über die Sektorengrenzen hinweg, Patientensicherheit, EDV- Ausstattung etc.).

Unklar, schwer verständlich und in jedem Fall in hohem Maße auf verschiedene Ebenen verteilt, ist die Kompetenzverteilung: GBA für die Indikatoren und Leistungsbereiche, Spitzenverbände auf Bundesebene für die "nähere Ausgestaltung" und die Ebene vor Ort für die Frage, ob die Indikatoren zur Anwendung kommen. Es wird kritisch angemerkt, ob sich aus dieser Verteilung der Kompetenzen ein gangbares Verfahren entwickeln kann. Kritisch ist weiterhin der Rekurs auf Routinedaten. (schwache Reliabilität, da die Dokumentation starken Anreizen hinsichtlich der Vergütungsrelevanz ausgesetzt ist, fördern der Anbieterorientierung der Versorgung etc.) Eine potentielle "Nebenwirkung" von P4P liegt auch in der Verstärkung des Mengenanreizes liegt, insbesondere wenn Ergebnisindikatoren bei Krankheitsbildern mit möglicher Mengenausweitung verwendet werden.

3. Qualitätsverträge – Selektivverträge

Der Gesetzgeber hat die Absicht, parallel zur Qualitäts-orientierten Vergütung (P4P) die sog. "Qualitätsverträge" nach §110a [neu] SGB V einzuführen. Die Einführung von Qualitätsverträgen, die grundsätzlich wissenschaftlich zu evaluieren sind, wird befürwortet, da hier eine begrenzte Erprobung und nicht direkt wie bei den anderen Punkten eine bundesweite Einführung ohne vorherige begrenzte Erprobung vorgesehen ist. Das DNVF plädiert hier für eine hohe Transparenz der Planung und Durchführung zur Sicherstellung einer wissenschaftlich hochwertigen Studienplanung und Auswertung. Die Qualitätsverträge sollten darüber hinaus insoweit verändert werden, als nicht nur Verträge mit Krankenhäusern, sondern Verträge mit ambulanten und stationären Leistungserbringern in Regionen, die für begrenzte Populationen Verantwortung tragen, ermöglicht werden sollten

4. Mindestmengen

Die jetzt angestrebte Regelung zu den Mindestmengen ist im Aufgabenkatalog des neuen §136b enthalten (Abs. 1 Satz 1 Nr. 2). Sie hat im Zusammenhang mit der Qualitätsorientierten Krankenhausplanung eine noch verstärkte Bedeutung erhalten. Für die Krankenhausplanung bzw. die modernen Ansätzen einer integrierten Versorgung werden hier neue Handlungsoptionen eröffnet. Bei der Weiterentwicklung der Mindestmengen ist u.a. zu beachten, dass eine Prognose der wahrscheinlichen Fallzahlen aufgrund der Ergebnisse allein des letzten Jahres nicht ausreicht. Bisher zeigen Ergebnisse der Versorgungsforschung aus Deutschland (de Cruppé W, Geraedts M. [How Steady are Hospitals in Complying with Minimum Volume Standards? A Retrospective Longitudinal Data Analysis of the Years 2006, 2008, and 2010.]. Zentralbl Chir. 27. Februar 2015), dass zum Beispiel bei Pankreaseingriffen bis zu 35 % der Krankenhäuser wechselnd die Mindestmenge in einem Jahr erfüllen, in einem anderen Jahr nicht erfüllen. Daher sollten mehrjährige Verläufe der Fallzahlen in Betracht gezogen werden. Ansonsten besteht die Gefahr, dass Krankenhäuser zu einer Indikationsausweitung angeregt werden.

5. Zugangsindikatoren (Access-Indicators)

In der gegenwärtigen Gesetzesinitiative (KHSG) wird nach jahrelangen Versuchen die Zugangsproblematik im neuen §136c *"Beschlüsse des GBA zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung"* angesprochen, und zwar über die Sicherstellungszuschläge für Krankenhäuser in Regionen geringen Behandlungsbedarfs. Neben den Regelungen zur Notfallversorgung (Abs. 4) wird hier die Erreichbarkeit in Abs. 3 in die Krankenhausplanung eingeführt. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird hier verpflichtet insbesondere Vorgaben zu beschließen

1. zur Erreichbarkeit (Minutenwerte) für die Prüfung, ob die Leistungen durch ein anderes geeignetes Krankenhaus, das die Leistungsart erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden können,

2. zur Frage, wann ein geringer Versorgungsbedarf besteht und

3. zur Frage, für welche Leistungen die notwendige Vorhaltung für die Versorgung der

Bevölkerung sicherzustellen ist.

Die Vorgaben werden vom DNVF als erster wichtiger Schritt gewertet .Sie müssen jedoch so ausgestaltet sein, dass sie regionalen Besonderheiten, die die Erreichbarkeit beeinflussen (z. B. Topographie, Verkehrsinfrastruktur und -lage), hinreichend Rechnung tragen. Ein Sicherstellungszuschlag soll nur gezahlt werden, wenn die Defizite des Krankenhauses auf den geringen Versorgungsdarf zurückgehen und nicht die mangelnde Wirtschaftlichkeit der Krankenhausorganisation. Es handelt sich nicht um Leistungen der unmittelbaren Notfallversorgung, sondern um Leistungen, "bei denen eine unmittelbare diagnostische oder therapeutische Versorgung notwendig ist"

6. Zweitmeinung

Die seit dem Jahr 1989 im Sozialgesetzbuch verankerte Möglichkeit, ein Zweitmeinungsverfahren einzuführen, wird nun nach einem 26-jährigen Dornröschenschlaf zum Leben erweckt. Die angedachte Fokussierung auf mengenrelevante Eingriffe bzw. Prozeduren könnte bedeuten, dass in anderen Bereichen keine Zweitmeinungen mehr auf Kosten der GKV eingeholt werden können. . Für diesen Bereich fehlt jegliche aktuelle Forschung aus Deutschland, die dies rechtfertigen würde. Entsprechende Forschungsanträge wurden bisher zwar beantragt, jedoch nicht bewilligt. Unklar ist deshalb, inwiefern Zweitmeinungsverfahren tatsächlich eine Reduktion der wirklich unnötigen Prozeduren verursachen oder aber die Nebenwirkungen mögliche positive Effekte ad absurdum führen. Deshalb ist zwingend eine Evaluation der geplanten Zweitmeinungsverfahren vorzusehen.

Unter dem Dach des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (www.dnvf.de) e.V. sind 45 Fachgesellschaften, 24 wissenschaftliche Institute und Forschungsverbünde, 15 Juristische Personen und Personenvereinigungen (u.a. Organisationen der Selbstverwaltung), > 80 Natürliche Personen sowie 12 fördernde Mitglieder zur Förderung der Versorgungsforschung und des Dialogs für die Versorgungsforschung vernetzt.

Kontakt:

Die Stellungnahme ist unter Mitwirkung von Prof. Dr. Max Geraedts, PD Dr. Monika Klinkhammer-Schalke, Prof. Dr. Edmund A.M. Neugebauer, Prof. Dr. Matthias Schrappe in Abstimmung mit dem DNVF-Vorstand erstellt worden.

Ansprechpartner: Univ.-Prof. em. Dr. Prof. h.c. Edmund A.M. Neugebauer

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V.
c/o IMVR
Eupener Str. 129
50859 Köln
Tel. 0221-478-97115
dnvf@uk-koeln.de