


per E-Mail an: [216@bmg.bund.de](mailto:216@bmg.bund.de)

Bundesverband  
Medizintechnologie e.V.  
Reinhardtstraße 29b  
10117 Berlin  
Tel. +49 (0)30 246 255 - 0  
Fax +49 (0)30 246 255 - 99  
info@bvmed.de  
www.bvmed.de

Berlin, 12. Mai 2015  
Sch/KI/Win  
 030/246 255-11/-23

## **BVMed-Stellungnahme**

zum

### **Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSKG)**

Der Bundesverband Medizintechnologie (BVMed) nimmt beim Referentenentwurf nur zu den Regelungen Stellung, von denen seine Mitgliedsunternehmen betroffen sind.

## **I. Vorbemerkung**

Die Aufforderung zu einer kurzfristigen Stellungnahme der Verbände erschwert die Ausarbeitung einer vollumfänglichen Stellungnahme. Der BVMed nimmt nur zu ausgewählten Themen des Referentenentwurfs Stellung und behält sich im Gesetzgebungsprozess vor, auf weitere inhaltliche Aspekte einzugehen. Der BVMed wünscht sich ausreichende Vorlaufzeiten zur Erarbeitung einer konstruktiven Stellungnahme im Hinblick auf eine qualitätsorientierte Abstimmung der Inhalte mit den Mitgliedsunternehmen.

### **1. Anmerkungen zur Qualität**

Der BVMed unterstützt die Absicht des Gesetzgebers, die Qualität in der Krankenhausversorgung zu stärken. Daher wird qualitätsdifferenzierte Vergütung grundsätzlich befürwortet. Hierbei sollte insbesondere die Ergebnisqualität aus Sicht der Patienten im Mittelpunkt stehen. Gerade innovative Medizinprodukte können hierfür einen wertvollen Beitrag leisten. Dieser Aspekt wird in der derzeitigen Ausgestaltung des G-DRG-Systems bislang nicht gewürdigt.

Bei den im Referentenentwurf vorgeschlagenen Kriterien für eine qualitätsdifferenzierte Vergütung müssen Methoden unter Nutzung qualitativ hochwertiger Medizinprodukte explizit mit einbezogen werden. Dabei müssen Medizinprodukte besonderer Qualität differenziert bewertet werden. Zukünftige Qualitätsindikatoren sollten den Beitrag von Medizinprodukten zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Versorgung, wie z. B. die längeren Stand-/Laufzeiten von aktiven Implantaten (Batterielaufzeiten) oder Infektionsvermeidungen durch antibiotikabeschichtete Implantate, berücksichtigen.

Dank qualitativ hochwertiger Medizinprodukte können Komplikationsraten und Liegezeiten von Patienten reduziert und eine zeitnahe Rückkehr in das Arbeitsleben gewährleistet werden. Die Qualität sollte prioritär aus medizinischer und nicht ausschließlich aus wirtschaftlicher Sicht bewertet werden. Besondere Bedeutung muss hierbei der Ergebnisqualität zukommen.

In einem „Lernenden System“ sollte hierzu ein strukturierter Dialog in einem jährlich stattfindenden Verfahren mit allen Beteiligten (u. a. BVMed), dem G-BA und dem Qualitätsinstitut etabliert werden, analog dem bewährten Prozess zur Weiterentwicklung im G-DRG-System.

### **2. Anmerkungen zur Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung**

Bei der Darstellung der Fehlanreize der systematischen Übervergütung von Sachkosten fehlt im Umkehrschluss auch die Prüfung der Untervergütung von Sachkosten in der Kalkulation.

### **3. Anmerkungen zu Fallzahlsteigerungen**

Komplette Behandlungsverfahren werden unter Generalverdacht gestellt, unnötig erbracht zu werden. Fallzahlsteigerungen basieren jedoch hauptsächlich auf der demographischen Entwicklung, dem medizinisch-technischen Fortschritt und einem veränderten Anspruchsverhalten der Patienten sowie Fehlentwicklungen in der ambulanten Versorgung. Zur Abwendung von medizinisch nicht-indizierten Leistungen steht mit der primären Fehlbelegungsprüfung durch die Kostenträger bereits ein etabliertes Verfahren unter Einbeziehung des MDK zur Verfügung.

Die Argumentationsbasis auf Basis von Zählungen nicht-fallbezogener Prozeduren-Kodes ist zu hinterfragen.

Die fallzahlgestaffelte Absenkung der Vergütung führt in die Rationierung von notwendigen Leistungen, da die Gefahr besteht, dass die Krankenhäuser aus Kostenunterdeckungsgründen diese den Patienten nicht mehr anbieten können.

## II. Stellungnahme im Detail

### 1. Zu Artikel 1- Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

#### a) § 17b Absatz 1, Satz 5 KHG Fallzahlabsonkungen der Bewertungsrelationen und Fallpauschalen

##### Originaltext des Referentenentwurfs:

*„Die Bewertungsrelationen sind als Relativgewichte auf eine Bezugsleistung zu definieren; sie sind für Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind, gezielt abzusenken oder in Abhängigkeit von der Fallzahl bei diesen Leistungen gestaffelt vorzugeben.“*

##### Änderungsvorschlag:

Verzicht zur Überregulierung und Rationierung der Gesundheitsversorgung im stationären Sektor. Streichung von Satz 5.

##### Begründung:

Mit der Vorgabe zur kollektiven Fallzahlabsonkung in einem Misch-DRG-System werden komplette Behandlungsverfahren unter Generalverdacht gestellt, unnötig erbracht zu werden. Unstrittig verursachen u. a. fortschreitende demographische Entwicklungen, der medizinisch-technische Fortschritt und ein zunehmend verändertes Anspruchsverhalten der Patienten, ebenso wie Fehlentwicklungen in der ambulanten Versorgung, die Zunahme von Gesundheitsleistungen im stationären Sektor.

Bereits heute bestehende etablierte Mechanismen zur Vermeidung eventueller Fehlsteuerungsanreize, wie die Prüfverfahren (medizinische Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit) des MDK, oder die bereits erprobten Weiterentwicklungsverfahren zu Diagnosen, Prozeduren und dem Fallpauschalenkatalog, gemeinsam mit den Vorschlägen zur Verbesserung der Kalkulationsmethodik dieses Referentenentwurfs, sollten geeignet sein, die Adjustierung einzelner Leistungen vorzunehmen. In einem Misch-DRG-System, welches überwiegend keine Finanzierung auf der Ebene einzelner Leistungen, sondern die homogener Fallgruppen (also unterschiedlicher Leistungen innerhalb einer DRG) vergütet, führt eine kollektive Haftung (Abwertung der Vergütung) aller Verfahren innerhalb einer Misch-DRG zu weiteren Fehlsteuerungsanreizen. Im Umkehrschluss besteht hierbei die Gefahr, dass hiermit nicht die gewünschte Qualitätsversorgung erreicht wird, sondern auf unrentable einzelne Leistungen verzichtet oder Leistungen in geringerer Qualität (Billigmedizin) ausgewichen werden kann. Zusammenfassend führt eine fallzahlgestaffelte Absenkung der Vergütung in eine Rationierung notwendiger Leistungen.

#### b) § 17b Absatz 1, Satz 6 KHG Systematische Übervergütung von Sachkostenanteilen

##### Originaltext des Referentenentwurfs:

*„Bis spätestens zum 30. Juni 2016 sind auf der Grundlage eines Konzepts des DRG-Instituts sachgerechte Korrekturen der Bewertungsrelationen der Fallpauschalen zu vereinbaren, um mögliche Fehlanreize durch eine systematische Übervergütung der Sachkostenanteile bei voll- und teilstationären Leistungen jährlich zu analysieren und geeignete Maßnahmen zum Abbau vorhandener Übervergütung zu ergreifen; die Analyse und geeignete Maßnahmen sind erstmals bei der Weiterentwicklung des Vergütungssystem für das Jahr 2017 durchzuführen.“*

##### Änderungsvorschlag:

„Bis spätestens zum 30. Juni 2016 und in der Folge jährlich, ist, auf der Grundlage eines Konzepts des DRG-Instituts zu prüfen, ob und in welchen Leistungsbereichen eine systematische **Über- oder Untervergütung der Sachkostenanteile** bei voll- und teilstationären Leistungen besteht. Es sind auf dieser Grundlage mögliche sachgerechte Maßnahmen zum Abbau einer solchen Über- oder Untervergütung, einschließlich Korrekturen der Bewertungsrelationen der Fallpauschalen, zu vereinbaren. Die Analyse und geeignete Maßnahmen sind erstmals bei der Weiterentwicklung des Vergütungssystem für das Jahr 2017 durchzuführen.“

Weiterhin sollte die Neufassung des Paragraphen dazu genutzt werden, folgende Punkte im Gesetz hinsichtlich des InEK festzuschreiben:

- > strukturierter Dialog, nicht nur zur DRG-Weiterentwicklung, sondern auch für die Kalkulation von Sachkosten,
- > Transparenz für sachkundige Dritte hinsichtlich Entscheidungen und Methodik; die Entscheidungen und die zu den Entscheidungen führenden Daten sind in geeigneter Weise einem interessierten Fachpublikum zugänglich zu machen.

**Begründung:**

Die im Referentenentwurf gewählte Formulierung unterstellt bereits Übervergütung, bevor sie analysiert wird. Zudem schließt sie Untervergütung aufgrund eines steigenden Sachkostenanteils aus. Ein Großteil der Fallgruppen sind, gemäß den Erläuterungen des Kalkulationsinstitutes, sogenannte Misch-DRGs, die für eine medizinische Fallgruppenbeschreibung eine Vielzahl von Verfahren bzw. Prozeduren beinhalten, die auch verschiedene Sachkosten verursachen. Zudem werden aufgrund der Kalkulation nur die Verfahren berücksichtigt, die innerhalb der Grenzverweildauer erbracht werden. Dabei werden Verfahren außerhalb dieser Verweildauer (Unter- und Überlieger) nicht in die Kalkulation mit einbezogen.

Zudem verändert sich aufgrund der sich ändernden Stichprobe und Migration von Prozeduren, infolge des Kriteriums der Kostenhomogenität, der Wert der Sachkostenanteile innerhalb der Fallgruppen. Diese Faktoren sind in der Analyse mit zu berücksichtigen. Diese Analyse ist bei der gewählten Methodik und Wertermittlung transparent zu machen. Zudem ist zu prüfen, inwieweit die im letzten Satz des Absatzes vorgesehene Intention zur Extremkostenprüfung (Kostenausreißer) auch für die Sachkostenermittlung mit herangezogen werden kann.

**c) § 17b Absatz 1, Satz 11 KHG Kostenunterdeckungen von außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen**

**Originaltext des Referentenentwurfs:**

*„Entstehen bei Patientinnen oder Patienten mit außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen extrem hohe Kostenunterdeckungen, die mit dem pauschalierten Vergütungssystem nicht sachgerecht finanziert werden (Kostenausreißer), sind entsprechende Fälle zur Entwicklung geeigneter Vergütungsformen vertieft zu prüfen.“*

**Änderungsvorschlag:**

Es wird folgender Satz angefügt: „Hierbei müssen auch Investitionskosten differenziert beachtet werden.“

**Begründung:**

Diese Regelung kann dazu beitragen, eine sachgerechte Refinanzierung von Medizintechnologien zu gewährleisten. Es gibt jedoch zahlreiche Therapiebereiche, die insbesondere durch den Einsatz innovativer Medizintechnik, verbunden mit hohen Investitionen, zu andersartigen Kosteneinsparungen, z. B. zu signifikant verkürzter Liegezeit führen. Nur durch die gemeinsame Betrachtung von Investitions- und Betriebskosten kann erstmalig eine sachgerechte und differenzierte Vergütung betroffener Therapien ermöglicht werden.

**2. Zu Artikel 2 - Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

**§ 5 Absatz 3a KHEntG Vereinbarung von Qualitätszu- oder -abschlägen**

**Änderungsvorschlag:**

Die Ergebnisqualität sollte als vorrangiges Kriterium für die qualitätsdifferenzierte Vergütung genannt werden. Dies kann z. B. durch eine Konkretisierung im § 136b Absatz 1. Nr. 5 SGB V erfolgen.

**Begründung:**

Der Gesetzestext gibt keine Orientierung für Entscheidungen des G-BA oder der Vertragsparteien; weder für Anwendungsgebiete und Kriterien noch für die maximale Höhe von Zu- und Abschlägen. Anders bei den planungsrelevanten Qualitätskriterien: hier werden Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität explizit genannt.

Lediglich die Begründung zum § 136b SGB V-E, Satz 5, gibt Orientierung bei der qualitätsdifferenzierten Vergütung: „Dabei kann der G-BA für Zu- und Abschläge einer Leistung oder eines Leistungsbereichs auch unterschiedliche Qualitätsindikatoren auswählen (z. B. geringe Komplikationsrate für Zuschläge und hohe postoperative Infektionsrate für Abschläge). Er kann grundsätzlich Indikatoren aus allen Dimensionen der Qualität (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) bestimmen. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Einhaltung von Mindestanforderungen an die Struktur- oder Prozessqualität für die Vergütungs differenzierung außer Betracht bleibt. So kann es für die Einhaltung von Mindestanforderungen naturgemäß keine Zuschläge geben [...]“

Es wäre sinnvoll, sich bei der Vergütungs differenzierung auf die Ergebnisqualität für die Patienten zu konzentrieren.

**3. Zu Artikel 4 – Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)**

**a) § 110a SGB V Qualitätsverträge**

**Bemerkung:**

Die Erprobung von Qualitätsverträgen wird als sinnvoll erachtet, insbesondere dann, wenn sie auch hochwertige Medizintechnologien höherer Ergebnisqualität adäquat berücksichtigen soll. Während der Erprobung dieser Verträge sollte evaluiert werden, ob und wie weit vergleichbare negative Auswirkungen auf die Patientenversorgung vorkommen, wie sie auch in anderen Leistungsbereichen der GKV (Hilfsmittelbereich) zu beobachten sind, wo anstelle eines Qualitätswettbewerbs ein reiner Preiswettbewerb herrscht. Hierbei sollte insbesondere beachtet werden, dass die Verträge nicht dazu führen, auf Leistungen hoher Ergebnisqualität zu verzichten und stattdessen, infolge von Fehlsteuerungsanreizen, billigere Verfahren oder Medizinprodukte geringerer Ergebnisqualität zulasten einer qualitätsorientierten Versorgung der Patienten zu erbringen.

**b) § 136 Absatz 3 (und Absatz 1 Nr. 2) SGB V Kriterien für indikationsbezogene Notwendigkeit aufwändiger medizintechnischer Leistungen**

**Originaltext des Referentenentwurfs:**

„Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe sind bei den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 zu beteiligen; die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer sind, soweit jeweils die Berufsausübung der Psychotherapeuten oder der Zahnärzte berührt ist, zu beteiligen.“

**Änderungsvorschlag:**

§ 136 Absatz 3 SGB V sollte nach „[...] Bundesärztekammer“ ergänzt werden um die Formulierung „und medizinischen Fachgesellschaften“.

**Begründung:**

Hier sind zwingend die medizinischen Fachgesellschaften zu beteiligen.

**c) § 136b Absatz 1, Satz 1 Nr. 4 SGB V u. a. Qualitätsverträge, Zu- und Abschläge**

**Originaltext des Referentenentwurfs:**

*„Der Gemeinsame Bundesausschuss fasst für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten auch Beschlüsse über [...]*

4. *vier Leistungen oder Leistungsbereiche, zu denen Verträge nach § 110a mit Anreizen für die Einhaltung besonderer Qualitätsanforderungen erprobt werden sollen,“*

**Änderungsvorschlag:**

Bei § 136b Absatz 1, Satz 1 Nr. 4 SGB V wird vor dem Wort „vier“ das Wort „mindestens“ ergänzt.

**Begründung:**

Die BVMed-Unternehmen stellen sich dem Qualitätswettbewerb. Die Beschränkung der Qualitätsverträge auf vier Leistungen oder Leistungsbereiche (die durch den G-BA festgelegt werden) ist willkürlich und schränkt die Aussagekraft der Erprobung von Qualitätsverträgen unnötig ein.

**d) § 136 b Absatz 1, Satz 1 Nr. 5 SGB V Qualitätsindikatoren**

**Originaltext des Referentenentwurfs:**

*„Der Gemeinsame Bundesausschuss fasst für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten auch Beschlüsse über [...]*

5. *einen Katalog von Leistungen oder Leistungsbereichen, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen eignen, sowie Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren.“*

**Änderungsvorschlag:**

§ 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V soll ergänzt werden. Nach dem Wort Qualitätsindikatoren soll folgender Satz hinzugefügt werden: „Dabei sind vorrangig Ziele und Indikatoren der Ergebnisqualität zu berücksichtigen.“

**Begründung:**

Die qualitätsdifferenzierte Vergütung sollte vorrangig in den Dienst des Behandlungsergebnisses für den Patienten gestellt werden. Bereits die Begründung des Referentenentwurfs macht deutlich, dass im Bereich der Vergütung (anders als bei der Krankenhausplanung) die Orientierung an Struktur- und Prozessqualität Probleme aufwirft. Dies sollte sich auch im Text des Gesetzentwurfs niederschlagen.

Berlin, 12. Mai 2015

BVMed – Bundesverband Medizintechnologie e.V.