
Gemeinsame Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG) vom 24.04.2024

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat einen Referentenentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (KHVVG) in Deutschland vorgelegt. Dieses beinhaltet u.a. eine Reduktion des Anteils der Refinanzierung von Krankenhausleistungen über Fallpauschalen (Diagnosis-related Groups, DRG) durch Einführung einer ergänzenden Vorhaltevergütung. Diese sollen die Krankenhäuser jeweils für die ihnen laut Krankenhausplan zugewiesenen Leistungsgruppen erhalten. Die Vorhaltevergütung soll daran gebunden sein, dass ein Krankenhaus definierte Mindestvorhaltezahlen (Mindestanzahl jährlicher Behandlungsfälle) und evidenzbasierte Qualitätskriterien für die jeweilige Leistungsgruppe erfüllt.

Das Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. (EbM-Netzwerk) und die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) begrüßen die Bestrebungen des BMG, die Krankenhausfinanzierung zu reformieren und damit eine bedarfsgerechte, evidenzbasierte Versorgung zu fördern. Seit langem ist bekannt, dass das fallpauschalenbasierte Finanzierungssystem mit verschiedenen ökonomischen Fehlanreizen einhergeht. Insbesondere kann es aufgrund der Mengenorientierung zur Überversorgung, z. B. in Form nicht unbedingt notwendiger chirurgischer Eingriffe, kommen, die mitunter mit negativen Folgen für die Patientinnen und Patienten einhergeht. Zudem besteht die Gefahr von Unterversorgung aufgrund zu frühzeitiger Entlassung [1]. Der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten 2018 mehrere Anzeichen von Über- und Fehlversorgung in der akutstationären Versorgung in Deutschland beschrieben [2]. So ist in vielen Diagnosebereichen ein Anstieg der Fallzahlen seit Einführung des DRG-Systems dokumentiert, ohne dass diese Steigerung allein durch Nachfragefaktoren wie etwa demografische Veränderungen erklärbar ist. Der Fallzahlanstieg betrifft teils Eingriffe wie z. B. orthopädische Operationen, für die der Nutzen nach aktueller Evidenzlage unklar ist. Zudem werden hochspezialisierte Eingriffe oft in verhältnismäßig kleinen Krankenhäusern erbracht, die nicht die hierfür empfohlene Strukturqualität und Mindestfallzahl aufweisen. Für einige patientenrelevante Indikatoren, wie z. B. postoperative Lungenembolie oder 30-Tages-Mortalität nach Herzinfarkt, liegt die Qualität der akutstationären Versorgung in Deutschland unter dem OECD-Durchschnitt [3].

Die mit dem KHVVG-Referentenentwurf geplante Vorhaltevergütung hat prinzipiell das Potenzial, die oben genannten Fehlanreize des DRG-Systems zu reduzieren und die Patientenversorgung zu verbessern. Das EbM-Netzwerk und DGP bewerten auch die angestrebte stärkere Konzentration von Leistungen durch zugewiesene Leistungsgruppen und die daran gekoppelten Mindestvorhaltezahlen positiv, da diverse Studien einen Zusammenhang zwischen der Zahl der Behandlungsfälle und der Ergebnisqualität gezeigt haben [4]. Die Mindestvorhaltezahlen pro Leistungsgruppe sollen vom BMG auf der

Basis wissenschaftlicher Empfehlungen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) via Rechtsverordnung festgesetzt werden. Nach Einschätzung von EbM-Netzwerk und DGP stellt das IQWiG aufgrund seiner ausgewiesenen Expertise in der Bewertung von Gesundheitsleistungen nach den Methoden der evidenzbasierten Medizin eine geeignete Stelle für diese Aufgabe dar. Angesichts des breiten Spektrums akutstationärer Leistungsgruppen setzt eine rechtzeitige und methodisch robuste Erarbeitung der Mindestvorhaltezahlen bis zum avisierten Inkrafttreten Anfang 2027 jedoch eine angemessene Ressourcenausstattung voraus. Aus Sicht des EbM-Netzwerks und der DGP ist es wichtig, dass aufgrund mangelnder Ressourcenausstattung zur Erarbeitung der Mindestvorgaben nicht regelhaft auf Expertenmeinung anstelle von systematischen Übersichtsarbeiten zurückgegriffen wird.

EbM-Netzwerk und DGP begrüßen ebenso die geplante Bindung der Leistungsgruppen an bundeseinheitliche evidenzbasierte Qualitätskriterien pro Leistungsgruppe. Diese Qualitätskriterien sollen von einem vom BMG zu bildenden Ausschuss der Selbstverwaltungspartner unter Einbindung u.a. der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) erarbeitet und weiterentwickelt sowie ebenfalls per Rechtsverordnung des BMG gültig werden. Laut Referentenentwurf soll mit den verbindlichen Qualitätskriterien eine leitliniengerechte Versorgung gefördert werden. Dieses Ziel unterstützen beide Fachgesellschaften ausdrücklich, erachten jedoch eine zeitnahe Etablierung verbindlicher methodischer Standards für die Entwicklung der Qualitätskriterien als wichtig. Zwar erscheint eine Ableitung der Qualitätskriterien aus hochwertigen Leitlinien (S3-Niveau) als machbar und sinnvoll, allerdings wird dies oftmals nicht möglich sein, weil nicht für sämtliche Leistungen aktuelle evidenz- und konsensbasierte Leitlinien zur Verfügung stehen. Es muss daher davon ausgegangen werden, dass für eine konsequente evidenzbasierte Festlegung der Qualitätskriterien ein erheblicher Ressourcenbedarf besteht, z. B. für die Erstellung systematischer Evidenzsynthesen und Konsensbildungsprozesse. Dieser Bedarf ist zeitnah personell und prozedural abzusichern. Aus Sicht des EbM-Netzwerks und der DGP ist es zudem essenziell, dass mittel- bis langfristig nicht nur Indikatoren für Struktur- und Prozessqualität berücksichtigt werden, sondern auch Indikatoren für die patientenrelevante Ergebnisqualität.

Bei der geplanten Reform der Krankenhausfinanzierung handelt es sich um eine hochkomplexe systemische Intervention, deren Auswirkungen auf die Patientenversorgung nur schwer vorhersehbar sind. Auch die geplante künftige Mischfinanzierung aus Vorhaltevergütung und Fallpauschalen ist nicht frei von möglichen unerwünschten Auswirkungen. So könnten z. B. die Vorgabe von Korridoren für die Leistungsmenge und der geplante nur relativ geringe Anteil fallpauschalisierter Vergütungsanteils theoretisch zu einer Unterversorgung führen. Zudem bleibt weiterhin ein Anreiz bestehen, Patientinnen und Patienten frühzeitig zu entlassen, wovon insbesondere jene mit hoher Morbidität und Komorbidität negativ betroffen wären. Es sollten daher Begleitevaluationen der Auswirkungen direkt mitgeplant werden. Laut Referentenentwurf sollen die Umsetzung und die Auswirkungen der neuen Regelungen vor allem durch den Medizinischen Dienst und durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus überwacht werden, ein Evaluationsbericht auf der Basis dieser Routineprüfungen soll dem BMG erstmalig fünf Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes vorgelegt werden. Nach Einschätzung von EbM-Netzwerk und DGP ist dies nicht ausreichend, um frühzeitig mögliche Auswirkungen auf die Prozesse und Ergebnisse in der Versorgung zu erkennen und gegenzusteuern. Mithilfe robuster quasi-experimenteller Designs könnten negative Effekte frühzeitig identifiziert werden. Zudem wären begleitende systematische Reviews der empirischen Evidenz aus anderen Ländern mit vergleichbaren Systemen durch eine wissenschaftlich unabhängige Institution und Abgleich der Erkenntnisse mit den Entwicklungen in Deutschland wünschenswert.

Referenzen

- [1] Aragón MJ, Chalkley M, Kreif N. The long-run effects of diagnosis related group payment on hospital lengths of stay in a publicly funded health care system: Evidence from 15 years of micro data. *Health Econ.* 2022;31(6):956-972. doi: 10.1002/hec.4479.
- [2] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung Gutachten. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf [07.04.2024].
- [3] Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health at a Glance 2023: OECD Indicators. 6. Quality and outcomes of care. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/> [07.04.2024].
- [4] Levaillant M, Marcilly R, Levaillant L, Michel P, Hamel-Broza JF, Vallet B, Lamer A. Assessing the hospital volume-outcome relationship in surgery: a scoping review. *BMC Med Res Methodol.* 2021;21(1):204. doi: 10.1186/s12874-021-01396-6.