

**Deutscher Bundestag**

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

18(14)0125(32)

gel. ESV zur öAnhörung am 07.09.

15\_KHSG

02.09.2015

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform  
der Strukturen der Krankenhausversorgung  
(Krankenhausstrukturgesetz – KHSG)  
Bundestagsdrucksache 18/5372

Prof. Dr. Jonas Schreyögg  
Hamburg Center for Health Economics  
Universität Hamburg

September 2015

Der Gesetzentwurf enthält viele umfangreiche Änderungen, die den Wettbewerb stärken und die Krankenhausversorgung verbessern werden. Vor allem die Maßnahmen zur Stärkung der Qualität der Versorgung und die Einführung einer gestuften Vergütung von Notfallstrukturen sind sehr zukunftsweisend. An einigen Stellen sollte der Gesetzentwurf jedoch präzisiert bzw. ergänzt werden. Andere wichtige Aspekte fehlen.

**1. Qualitätszu- und abschläge:** Ein pay-for-performance System in der Krankenversorgung ist international in vielen Staaten üblich und könnte positive Impulse für einen Qualitätswettbewerb auslösen. Abschläge bei schlechter Qualität wären jedoch wenig zielführend, da die Erbringung von Qualität unterhalb einer definierten Referenzzone nicht akzeptabel erscheint. Eine mögliche Lösung, die auch in anderen Staaten bereits praktiziert wird, wäre es, für alle Krankenhäuser einen Vorabzug zu definieren und dann nur bei besonders guter Qualität oberhalb einer Referenzzone Zuschläge auszuschütten. Krankenhäuser mit besonders guter Qualität hätten so die Möglichkeit, über Zuschläge den Vorabzug zurückzuerhalten sowie zusätzliche Mittel zu bekommen, während Krankenhäuser mit schlechter Qualität die vorabgezogenen Mittel nicht zurückerhielten. Es wäre außerdem wichtig klarzustellen, dass Qualitätszuschläge nur auf Basis von Routinedaten, d.h. §301 SGB u.a. definiert werden sollen, um Manipulationsmöglichkeiten zu minimieren.

**2. Pflegestellen-Förderprogramm:** In der Tat ist die Zahl der Pflegekräfte in deutschen Krankenhäusern im internationalen Vergleich gering und Studien aus den USA zeigen, dass die Anzahl der Pflegekräfte sowie deren Qualifikation pro Bett oder pro Fall Einfluss auf die Ergebnisqualität haben. Daher ist eine Berücksichtigung dieser Erkenntnis im Prinzip begrüßenswert. Die Bereitstellung von Mitteln durch ein Pflegestellenförderprogramm erscheint kurzfristig sinnvoll, dürfte jedoch mittelfristig die mit dem Gesetz avisierten Umstrukturierungsprozesse wenig befördern und sollte daher befristet werden. Innerhalb von 2-3 Jahren, sobald aussagekräftige Indikatoren aus Routinedaten vorliegen, sollten diese Mittel stattdessen zusätzlich in den Topf fließen, aus dem Qualitätszuschläge finanziert werden sollen. Denn eine hohe Versorgungsqualität wird sich nur durch eine angemessene Anzahl an Pflegepersonal erreichen lassen. Im Falle einer geplanten Fortführung des Versorgungszuschlags wäre eine analoge Ausschüttung in Abhängigkeit von der Versorgungsqualität sinnvoll.

**3. Mengensteuerung:** Diese Umstellung der Mengensteuerung ist sicherlich systeminhärent konsistent. Die Krankenhäuser eines Bundeslandes werden nicht mehr für Mengensteigerungen individueller Krankenhäuser in Kollektivhaftung genommen. Nichts desto trotz erfolgt auch mit der neuen Mengenregulierung eine starre Budgetierung auf Krankenhausebene, die einen Qualitätswettbewerb möglicherweise verhindert. Es wird implizit unterstellt, dass die Erbringung zusätzlicher Fälle per se medizinisch nicht gerechtfertigt ist und gleichzeitig eine Fixkostendegression auslöst. Eine Mengenregulierung in dieser Form ist aus wettbewerbsökonomischer Sicht nicht optimal. Es stellt sich die Frage, ob es nicht gerade wünschenswert ist, dass Kliniken mit einer hohen Versorgungsqualität zusätzliche Fallzahlen erbringen, die möglicherweise in anderen Kliniken wegfallen. Auch Qualitätszu- und abschläge sowie die Möglichkeit zu selektiven Qualitätsverträgen lösen dieses grundsätzliche Problem nicht. Es wäre sinnvoller, die Anforderungen an die Indikationsqualität bei mengenanfälligen Indikationen möglichst hoch zu schrauben, um zwischen guter und schlechter Menge differenzieren zu können und dann nur Preisabschläge (bis hin zur Nichterstattung)

bei schlechter zusätzlicher Menge vorzunehmen. Indikationsqualität kann für viele Leistungen über die § 301 SGB V und/oder in Verbindung mit § 295 Abs. 1 Nr. 1–3 SGB V Daten gemessen werden. Leistungen bei denen es sich um typische Notfalldiagnosen handelt und gleichzeitig eine Ausweitung der Indikationsstellung unwahrscheinlich oder nicht relevant ist, z.B. Herzinfarkt, sollten ohnehin von mengenbezogenen Abschlägen ausgenommen werden.

**4. Änderungen am DRG-System:** Eine angestrebte repräsentative Kalkulationsstichprobe kann potenziell positive Impulse auslösen. Desweiteren sollen Fehlanreize durch eine Übervergütung von Sachkosten abgebaut werden. In der Tat ergibt sich im G-DRG-System ein Zeitverzug, bevor sich bei neuen Technologien sinkende Preise infolge von Diffusion in den DRG-Gewichten niederschlagen. Es konnte jedoch bisher nicht empirisch nachgewiesen werden, dass dies tatsächlich einen Mengenanreiz auslöst. Auch dürfte eine Umsetzung schwierig werden, da starke Annahmen über den Diffusionsverlauf einer neuen Technologie getroffen werden müssten. Bevor hier Änderungen am G-DRG-System vorgenommen werden, sollten diesbezüglich Untersuchungen in Auftrag gegeben werden. Hierfür wäre eine Öffnung der Kalkulationsdaten für wissenschaftliche Zwecke notwendig. Ohnehin sind sinkende Sachkosten nicht die Hauptursache für den Mengenanreiz. Eines der Kernprobleme sind jedoch sich jährlich ändernde DRG-Gewichte, die sich nur teilweise aufgrund von Kostenänderungen der Krankenhäuser ergeben. Es konnte im gesetzlichen Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG klar statistisch gezeigt werden, dass Krankenhäuser auf diese Änderungen der DRG-Gewichte mit ihren Fallmengen reagieren. Es konnte auch gezeigt werden, dass sich Änderungen der DRG-Gewichte vor allem aus der sich ändernden Stichprobe der nach Plausibilitätskontrollen berücksichtigten Krankenhäusern (vor allem durch variable Kalkulationsqualität und den daraus folgenden Ausschlüssen) und zahlreichen Migrationen ergeben. Die Beseitigung dieser Problematik, d.h. Schaffung einer konstanten Stichprobe, wäre sehr effektiv und würde jährlich zu substantziellen Einsparungen in den Krankenhausausgaben führen. Es wäre empfehlenswert, in der Änderung von § 17b, Absatz 3, Satz 3, das Wort konstant aufzunehmen. „Die Bewertungsrelationen werden auf der Grundlage der Fallkosten einer sachgerechten, konstanten und repräsentativen Auswahl von Krankenhäusern kalkuliert.“

**5. Investitionskosten:** Eine Lösung der Investitionskostenproblematik wird im Gesetzentwurf nicht vorgenommen. Eine durch die Investitionskostenlücke bedingte Quersubventionierung könnte in vielen Bundesländern die Effektivität diverser geplanter Maßnahmen gefährden.

**6. Öffnung Krankenhausbezogener Daten für wissenschaftliche Zwecke:** Zu vielen Fragestellungen der Krankenhausfinanzierung in Deutschland existiert nur wenig wissenschaftliche Evidenz. Dies hängt vor allem damit zusammen, dass die in Deutschland eigentlich exzellenten Datenbestände für wissenschaftliche Zwecke nicht oder nicht ausreichend nutzbar sind. So können die §21 Daten nur sehr limitiert und wissenschaftlich kaum verwertbar über Fernabfrage genutzt werden. Auch die durch das IQTIG zusammenzuführenden Krankenhausbezogenen Kassendaten (u.a. §301 SGB V) und die Kalkulationsstichprobe des InEK sollten regulär auf Antrag für wissenschaftliche Zwecke geöffnet werden. Die genannten Datenbestände sind in den meisten anderen europäischen Staaten regulär für wissenschaftliche Zwecke geöffnet. Eine Ergänzung im Gesetzentwurf wäre im Sinne der Versorgungsforschung und damit auch im Sinne von politischen Entscheidungsträgern dringend empfehlenswert.