

Öffentliche Anhörung Krankenhauszukunftsgesetz, DRG-System

Montag, 14. September 2020

Kurzstellungnahme von Prof. Dr. Boris Augurzky¹

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

19(14)203(13)

gel. ESV zur öAnh am 14.09.2020 -

KHZG

08.09.2020

Im Folgenden nehme ich als Einzelsachverständiger zu ausgewählten Themen des Gesetzesentwurfs zum Krankenhauszukunftsgesetz der Fraktionen CDU/CSU und SPD sowie in Kürze zum Antrag der AfD-Fraktion „Abschaffung des DRG-Systems im Krankenhaus und Einführung des Prospektiv-Regionalen-Pauschalensystems – PRP-System“ Stellung.

Grundsätzliches

Die im Gesetzesentwurf zum KHZG genannten zu fördernden Themen im Bereich der Digitalisierung dienen dazu, die Krankenhausversorgung in Deutschland weiterzuentwickeln. Investitionen in die gezielte Entwicklung und Stärkung regionaler Versorgungsangebote, insbesondere in sektorenübergreifende telemedizinische Netzwerkstrukturen, sind dabei besonders zu begrüßen. Der Krankenhauszukunftsfonds leistet damit einen Beitrag, die jährliche Investitionslücke im Krankenhausbereich – in der Größenordnung von drei Milliarden Euro – zu reduzieren. Gleichwohl kann er das Problem der investiven Unterfinanzierung nicht lösen.

Zur Digitalisierung der Krankenhausversorgung reichen die vorgesehenen Mittel jedoch zunächst aus. Digitalisierung ist eine umfangreiche und eine nie endende Aufgabe, weil sich die digitale Technologie selbst ständig weiterentwickelt. Das Ziel „Digitalisierung“ ist dynamisch und kann daher nie zu einem bestimmten Zeitpunkt erreicht werden. Insofern würden die zur Verfügung gestellten Mittel grundsätzlich nie ausreichen können. Wichtig ist aber, dass ein Anfang gemacht wird. Dafür sind die Mittel ausreichend bemessen. Es liegt an den Krankenhäusern zu beweisen, dass sie damit eine Verbesserung ihres digitalen Reifegrads erzielen. Wird der Beweis erbracht, könnte zu einem späteren Zeitpunkt über eine Aufstockung nachgedacht werden, wie dies auch beim Struktur- und Innovationsfonds geschehen ist.

Nicht zu vergessen ist allerdings, dass der großflächige Erfolg auch davon abhängt, ob es eine standardisierte elektronische Patientenakte und generell einheitliche Standards für digitale Tools geben wird. Insofern muss die Einführung der elektronischen Patientenakte Hand in Hand mit Maßnahmen des Krankenhauszukunftsfonds gehen. Ein weiterer Aufschub bei der Einführung der elektronischen Patientenakte darf es nicht geben. Auch länderübergreifende Maßnahmen sind unbedingt zu befürworten, weil überbetriebliche Digitalisierung nicht an Landesgrenzen Halt macht. Offen bleibt im Gesetzesvorschlag aber, wie eine länderübergreifende Motivation zur Durchführung solcher Maßnahmen erreicht werden kann. Eine Reservierung von zum Beispiel 5-10% der Mittel des Zukunftsfonds für länderübergreifende Maßnahmen könnte helfen, diese Motivation zu fördern.

Mittelverteilung

Hinsichtlich der Zuteilung der Mittel des Krankenhauszukunftsfonds sollen die gleichen Regelungen gelten wie beim bestehenden Strukturfonds. Während die Anträge auf Mittel aus dem Strukturfonds

¹ Für wertvolle Kommentare und Anregungen bedanke ich mich bei Dr. Adam Pilny (RWI) und Dr. Antonius Reiferscheid (hcb GmbH).

hinsichtlich der zu erreichenden Strukturoptimierung bewertet werden, wird bei Anträgen auf Mittel aus dem Zukunftsfonds meines Erachtens nicht vollkommen klar, wie die Zielgröße „mehr Digitalisierung“ operationalisiert wird. Je mehr die Zielgröße im Unverbindlichen bleibt, desto eher ist zu befürchten, dass es zu einer Überlappung mit anderen Interessen kommt und die Allokation der knappen Mittel nicht optimal erfolgt.

Auch gibt es im Bereich der Digitalisierung unterschiedliche Themenfelder, angefangen von einer Basis-Digitalisierung, über IT-Sicherheit, Aufnahme- und Entlassmanagement, digitale Entscheidungsunterstützung und vieles mehr. Wie werden diese Themenfelder priorisiert? Dabei ist ferner zu differenzieren nach innerbetrieblichen, innersektoralen und sektorenübergreifenden Digitalisierungsmaßnahmen. Einerseits dürfte in manchen Fällen eine innerbetriebliche Basis-Digitalisierung der erste wichtige Schritt sein. Große Bedeutung haben andererseits überbetriebliche Maßnahmen, die zum Beispiel den Informationsfluss zwischen Leistungserbringern optimieren, mehr Transparenz schaffen und/oder der besseren Patienteninformation und -steuerung dienen. Da es sich zum größten Teil um Gelder des Bundes handelt, sollte der Bund konkretere Aussagen zur gewünschten Gewichtung von Themenfeldern und zu den Förderkriterien machen. Denn sollte es mehr förderwürdige Anträge als Fördermittelvolumen geben, braucht es zwangsläufig eine Priorisierung.

Folgende **Prämissen zur Mittelvergabe** sollten meines Erachtens zu Grunde gelegt werden:

- Keine Benachteiligung der Krankenhäuser, die bereits stärker digitalisiert sind. Krankenhäuser mit einem bereits hohen digitalen Reifegrad sollten sich auch weiter verbessern können und keine niedrigere Priorität bei der Mittelvergabe bekommen. Sie dürfen nicht ex post dafür „bestraft“ werden, dass sie schon aus eigener Kraft erste Schritte auf dem Weg zur Digitalisierung gegangen sind.
- Erfolgsabhängige Vergabe eines Teils der Mittel. Ein Teil der Mittel (etwa ein Drittel) sollte erfolgsabhängig vergeben werden, wobei Erfolg mittels einer Verbesserung des digitalen Reifegrads zwischen 30.6.2021 und 30.6.2023 gemessen werden sollte. Eine ungeprüfte Selbsteinschätzung des Digitalisierungsgrads ist dafür jedoch nicht geeignet.
- Wo nötig, sollten zuerst bundesweite Standards definiert werden, bevor investiert wird. Investitionen in digitale Tools, die abhängig von einem IT-Standard sind, sollten erst getätigt werden, sobald ein Standard steht².
- Keine Benachteiligung von Regionen mit einer günstigeren Krankenhausstruktur im Sinne einer geringeren Krankenhausdichte.³

Messung des digitalen Reifegrads

Es soll eine Messung des digitalen Reifegrads eines Krankenhauses geben. Ein Modell dafür kann auf bestehenden anerkannten Reifegradmodellen aufsetzen. Da jedoch nicht nur der Krankenhausbetrieb stärker digitalisiert werden soll, sondern die gesamte Krankenhausversorgung, sollte der Reifegrad auch Fortschritte in der überbetrieblichen Digitalisierung abbilden können. Beispielsweise sollten telemedizinische und sektorenübergreifende Kommunikation berücksichtigt werden. Ein solches Reifegradmodell muss zügig erarbeitet werden, damit am 30.6.2021 eine umfassende Bestandsaufnahme aller Krankenhäuser möglich wird.

² Eine oft wichtige Voraussetzung, um Investitionen in Digitalisierung zu tätigen, ist, dass es bundesweit einheitliche Standards gibt. Eine Investition in ein digitales Tool, das für sich genommen sehr nützlich sein kann, wird verloren sein, wenn später ein Standard definiert wird, der für dieses digitale Tool das Aus bedeutet. Ein Investor muss also erst auf den Standard warten, bevor er investieren kann.

³ Die Verteilung nach dem Königsteiner Schlüssel kommt dieser Forderung zumindest auf Bundeslandebene nach.

Eine alleinige Selbsteinschätzung scheint für eine objektive Bestandsaufnahme jedoch nicht zielführend zu sein, insbesondere wenn auch eine erfolgsabhängige Mittelvergabe vorgesehen würde. Allerdings scheint es auch nicht möglich, innerhalb weniger Monate alle Krankenhäuser komplett durch unabhängige Institutionen zu vermessen. Insofern sollte die Selbsteinschätzung mit stichprobenartigen Kontrollen durch unabhängige Dritte verknüpft werden. Bei bewusst fehlerhafter Selbsteinschätzung sollten Sanktionen erfolgen. Darüber hinaus sollte der gemessene digitale Reifegrad eines Krankenhauses der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden.

Vorschlag für eine erfolgsabhängigen Mittelvergabe

Die Mittel des Zukunftsfonds sollen den Grad der Digitalisierung der deutschen Krankenhauslandschaft erhöhen. Es macht daher Sinn, die Mittelvergabe daran zu knüpfen, ob dieses Ziel erreicht wird. Im Folgenden wird schematisch vorgestellt, wie eine erfolgsabhängige Mittelvergabe aussehen könnte. Dazu braucht es den digitalen Reifegrad S_0 zum 30.6.2021, der zum Beispiel Werte zwischen 0% - 100% annehmen könnte. Zum 30.6.2023 wird der dann vorliegende digitale Reifegrad S_1 gemessen. Die Differenz $\Delta S = S_1 - S_0$ gibt die Verbesserung zwischen 30.6.2021 und 30.6.2023 an.

Alle Krankenhäuser, auch solche mit einem hohen S_0 , können Anträge einreichen. Krankenhäuser mit einem hohen S_0 genießen dabei die gleiche Priorität wie solche mit einem niedrigen S_0 . Die Mittel vom Bund oder den Ländern würden bei Genehmigung des Antrags zunächst etwa nur zu 60% ausbezahlt. Am 30.6.2023 würde gemessen, wie groß die Verbesserung ΔS ausfällt. Je größer, desto mehr der restlichen Mittel werden am 30.6.2023 zusätzlich ausbezahlt. Es muss eine Schwelle für ΔS festgelegt werden, oberhalb der die gesamten restlichen Mittel und unterhalb der nur ein Teil der restlichen Mittel ausbezahlt werden. Bei $\Delta S=0$ werden keine weiteren Mittel ausgezahlt. Die Förderung beliefe sich dann nur auf 60%. Eine Schwierigkeit wäre, dass S_0 erst ab dem 30.6.2021 bekannt sein wird. Bei einer Selbsteinschätzung besteht die Gefahr, dass der Ausgangswert S_0 untertrieben wird, um bis zum 30.6.2023 eine möglichst große Verbesserung nachweisen zu können. Daher braucht es stichprobenartige Kontrollen.

Überbetriebliche Maßnahmen wie zum Beispiel sektorenübergreifende telemedizinische Netzwerkstrukturen würden aus dieser Systematik herausfallen und würden auf Antrag zu 100% gefördert, sollte es keine praktikable anderweitige Möglichkeit geben, den digitalen Reifegrad auch im überbetrieblichen Kontext umfänglich zu messen.

Die Sanktionsregelung in Höhe von bis zu 2% des Rechnungsbetrags für jeden voll- und teilstationären Fall, sofern ein Krankenhaus keine entsprechenden digitalen Dienste bereitstellt, könnte bei einer erfolgsabhängigen Auszahlung der Mittel des Zukunftsfonds entfallen. Gegen die Sanktionsregelung spricht darüber hinaus, dass die zur Verfügung gestellten Mittel des Fonds nicht ausreichen könnten, um in allen Krankenhäusern die entsprechenden digitalen Dienste tatsächlich implementieren zu können.

Einzelne Anmerkungen

Es gilt eine Frist für Anträge auf Mittel des Zukunftsfonds bis zum 31.12.2021. Sollte bis dahin das Fördervolumen nicht aufgebraucht sein, spricht eigentlich nichts dagegen, die Antragsfrist zu verlängern. Dies gilt auch, wenn manche der bis dahin eingebrachten Anträge nicht vollständig überzeugend sein sollten. Dann wäre es besser, auf überzeugendere Anträge zu warten als die noch übrigen Mittel für weniger gute Anträge auszugeben.

Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass mindestens 15% der für die Förderung eines Vorhabens beantragten Mittel für Maßnahmen zur Verbesserung der IT-Sicherheit verwendet werden sollen. Diese Quote dürfte im Durchschnitt passend sein, jedoch nicht für jedes einzelne Vorhaben. Daher erscheint es sinnvoller, 15% der Gesamtmittel des Zukunftsfonds für IT-Sicherheit zu reservieren, diese Quote aber

nicht für jedes einzelne Vorhaben vorzuschreiben, sondern für einzelne Vorhaben eine gewisse Bandbreite zuzulassen.

Es bleibt schließlich unklar, inwiefern die Förderung des Umbaus von Dreifachzimmer in Doppelzimmer der Digitalisierung dient. Vermutlich passt diese Fördermaßnahme besser in den Strukturfonds, falls damit eine Strukturoptimierung angestrebt werden soll.

Maßnahmen zur Bewältigung der Covid19-Pandemie

Zu begrüßen ist, dass Erlösrückgänge, die Krankenhäusern in diesem Jahr gegenüber dem Vorjahr wegen der Corona-Pandemie entstanden sind, auf Verlangen des Krankenhauses in Verhandlungen mit den Kostenträgern krankenhausesindividuell ermittelt und ausgeglichen anteilig werden. Dies gilt auch für nicht anderweitig finanzierte Mehrkosten von Krankenhäusern aufgrund der Corona-Pandemie, z. B. bei persönlichen Schutzausrüstungen. Dafür können für den Zeitraum 1.10.2020 bis Ende 2021 krankenhausesindividuelle Zuschläge vereinbart werden. Um Streitpotenzial zu minimieren, sollten jedoch auf Bundesebene möglichst viele bundeseinheitliche Rahmenbedingungen festgelegt werden. Zu begrüßen sind außerdem die im Gesetzesentwurf getroffenen Klarstellungen für die Anwendung des Fixkostendegressionsabschlags (FDA), mit denen ebenfalls Streitpotenzial auf der Ortsebene vermindert wird⁴.

Darüber hinaus wären Regelungen zu folgenden Fragen das Jahr 2021 betreffend hilfreich:

- Wo und mit welchen regionalen Netzwerken sollen Covid19-Patienten versorgt werden?
- Wer bestimmt vor Ort, wie viele (Intensiv-)Betten in welchen Krankenhäusern freizuhalten sind, wenn die Infiziertenzahlen ein bestimmtes Maß überschreiten?
- Braucht es jenseits der im COVID-19-Krankenhausesentlastungsgesetz getroffenen Regelungen zur Finanzierung der Vorhaltungen weitere Anpassungen?
- Wie wird gewährleistet, dass derjenige, der über lokale Maßnahmen entscheidet, auch die Finanzierungsverantwortung im Auge behält?

Ebenfalls zu begrüßen ist, dass die für das Jahr 2020 unterjährig übermittelten Struktur- und Leistungsdaten der Krankenhäuser in anonymisierter und zusammengefasster Form veröffentlicht werden sollen, um diese insbesondere der Selbstverwaltung und der Wissenschaft zur Untersuchung der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie zugänglich zu machen. Anzuregen ist eine unterjährige Datenübermittlung auch für die Zeit nach der Pandemie.

Antrag zur Abschaffung des DRG-Systems im Krankenhaus und Einführung des Prospektiv-Regionalen-Pauschalensystems

Der Antrag stellt ein grobes Zielbild einer neuen Vergütung von Krankenhausleistungen vor. Besonders für ländliche Regionen besitzt das Zielbild interessante Aspekte. Mindestens in städtischen Gebieten, aber nicht nur dort, sind jedoch zuvor noch viele offene Fragen zu klären. Daher reicht das vorgestellte Zielbild nicht als Grundlage für eine Gesetzesänderung aus. Stattdessen müssen Modelle zu Regionalbudgets weiter ausgearbeitet und vor allem in ausgewählten Pilotregionen praktisch erprobt werden. Die Komplexität eines solch großen Systemumbaus darf nicht unterschätzt werden. Vor einer vor-schnellen kompletten Abschaffung des DRG-Systems ist daher zu warnen. Am vorgeschlagenen Zielbild sollte jedoch weitergearbeitet werden.

⁴ Konkret: Bei der Anwendung des FDA im Jahr 2021 wird festgelegt, dass für die Frage, welche Leistungen für das Jahr 2021 zusätzlich vereinbart werden, das Leistungsniveau des Jahres 2019 zugrunde zu legen ist. Erst für Leistungen, die über dem Leistungsniveau des Jahres 2019 liegen, kommt der FDA zur Anwendung und den Kostenträgern entstehen um 35 Prozent geminderte Ausgaben für die vereinbarten Mehrleistungen.

Grundsätzlich sei außerdem darauf hingewiesen, dass jedes Vergütungssystem im Gesundheitswesen Vor- und Nachteile hat. Einige Nachteile des DRG-Systems wurden im Antrag genannt. Regionalbudgets können manche dieser Nachteile beheben. Sie könnten über Prävention die Gesunderhaltung der Bevölkerung sowie die Ambulantisierung der Medizin fördern und damit möglicherweise der Personalengpass verringern. Die Regionalbudgets müssten dazu jedoch sowohl ambulante als auch stationäre fachärztliche Leistungen und idealerweise auch Leistungen der Kurzzeitpflege umfassen. Darauf geht der Antrag nicht ein bzw. er scheint sich nur auf Krankenhausleistungen zu beziehen. Regionalbudgets haben jedoch auch verschiedene Nachteile, die zu adressieren sind. Insbesondere muss dafür Sorge getragen werden, dass der Leistungswille der Leistungserbringer bestehen bleibt. Dazu sind ein Wettbewerb der Regionen und kontrollierbare Qualitätsziele nötig, worauf der Antrag kurz eingeht. Diese Elemente und weitere mögliche „Nebenwirkungen“ müssen aber stärker herausgearbeitet werden. Zur Verrechnung von Leistungen, die in anderen Regionen in Anspruch genommen werden, braucht es zum Beispiel ein Verrechnungssystem. Basis dafür könnte wiederum das bestehende DRG-System sein, womit es indirekt weiter gebraucht würde.