

# Qualität im Fokus

Impulse für die Weiterentwicklung der  
Krankenhausfinanzierung in Deutschland



*Wir wollen, dass alle Patienten in Deutschland den bestmöglichen Zugang zum medizinischen Fortschritt erhalten. Qualität muss dabei das entscheidende Kriterium sein.*



*Ein Gesundheitswesen, das einerseits Zugang zu medizinischen Innovationen für alle ermöglicht und andererseits für die gesamte Gesellschaft leistbar bleibt, ist ein wichtiger Baustein für unseren gesellschaftlichen Zusammenhalt.*

Rahmenbedingungen:

## **Unser Gesundheitssystem steht vor großen Herausforderungen – grundlegende Reformen in den nächsten Jahren sind unausweichlich**

Im Spannungsfeld von medizinischem Fortschritt, demographischer Entwicklung und digitaler Transformation gilt es, eine qualitativ hochwertige Versorgung langfristig sicherzustellen.

Ein Gesundheitswesen, das einerseits Zugang zu medizinischen Innovationen für alle ermöglicht und andererseits für die gesamte Gesellschaft leistbar bleibt, ist ein wichtiger Baustein für unseren gesellschaftlichen Zusammenhalt.

Zentraler Bestandteil ist eine zukunftsfähige Krankenhausversorgung in Deutschland. Das aktuelle System der Krankenhausfinanzierung muss an die wachsenden Anforderungen angepasst werden. Die Liste der identifizierten Probleme ist lang. Die der dazugehörigen Lösungsvorschläge noch viel länger.

## **Die Neujustierung und Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung müssen gesundheitspolitische Schwerpunktaufgaben der neuen Bundesregierung werden**

Die Struktur des Gesundheitswesens zeigt sich in der Corona-Epidemie in Deutschland im Vergleich zu anderen hochentwickelten Staaten krisenfest. Während in vielen anderen Ländern die Gesundheitssysteme heillos überlastet waren, konnte Deutschland z.B. Intensivbetten in ausreichender Kapazität bereitstellen.

Die Kliniken des Landes haben auf die coronabedingten Herausforderungen schnell und flexibel reagiert und damit gezeigt, dass umfassende Veränderungen kurzfristig umsetzbar sind, wenn es die Situation erfordert. Allerdings hat das Versorgungsmanagement während der Pandemie auch verdeutlicht, dass in der Tat Reformbedarf besteht.

Für die bestmögliche medizinische Versorgung der Patienten müssen wir das bestehende System weiterentwickeln und auch neue Wege gehen, da sind sich alle Experten einig. Die Neuregelung der Krankenhausfinanzierung wurde schon im Koalitionsvertrag für die Legislaturperiode 2017-2021 verabredet, musste allerdings aufgrund der Herausforderungen der Corona-Pandemie verschoben werden.

Die Neujustierung der Krankenhausfinanzierung muss daher unabhängig von der politischen Konstellation eine Schwerpunktaufgabe im Bereich der Gesundheitspolitik einer neuen Bundesregierung ab Ende 2021 sein.

## Der GKV-Schätzerkreis prognostiziert eine erhebliche Finanzierungslücke für 2022 – Die Krankenhausfinanzierung ist mittelbar betroffen

Experten sind sich über den Reformbedarf in weiten Teilen einig. Der Abbau des immensen Investitionsstaus in den Krankenhäusern ist prioritär. Hauptproblem sind die unzureichenden Investitionen der Länder. Sollte der Bund hier aushelfen, wird das nicht ohne eine Erweiterung seines Mitspracherechts, wie z.B. über die Setzung allgemeiner Rahmenbedingungen bei der Krankenhausplanung, gehen.

Auch eine Strukturreform ist, da sind sich alle politischen Lager einig, unumgänglich. Eine stärkere Spezialisierung der Krankenhauslandschaft ist nicht nur aus ökonomischer Sicht sinnvoll, sondern auch im Sinne der Versorgungsqualität für die Patienten. Gleichzeitig muss die medizinische Ver-

sorgung in der Fläche weiterhin nicht nur gesichert, sondern verbessert werden. Telemedizinische Anwendungen und digitale Infrastrukturen sind hierfür zentral.

All das geschieht vor dem Hintergrund eines stark zunehmenden Kostendrucks auf unser Gesundheitssystem. In Folge der Pandemie sind die öffentlichen Kassen leer und der Ruf nach Einsparungen wird lauter. Einsparungen sollten hierbei über eine Steigerung der ökonomischen Effizienz des Gesundheitswesens generiert werden und sich nicht nur auf Kürzungen konzentrieren. Ein zentraler Hebel dafür liegt in einer konsequenten Weiterentwicklung des aktuellen Systems der Fallpauschalen.

## Das DRG-System in seiner jetzigen Form wird den aktuellen Herausforderungen der Versorgungssteuerung nur noch unzureichend gerecht

Der Anteil der Krankenhauserlöse durch DRGs beträgt mittlerweile bis zu 90 % und liegt damit weit über der Quote in anderen Ländern mit ähnlichen Systemen. Die ursprünglich gut gemeinte politische Absicht, das System durch die DRGs gerechter zu machen, hat bedauerlicherweise zu einer signifikanten Überkomplexität und Inflexibilität geführt. Im Gegensatz dazu sind regionale und versorgungsspezifische Unterschiede nur ungenügend abgebildet.

Die negativen Folgen der betriebswirtschaftlichen Kostensenkung als oberste Maxime werden für die Patienten zunehmend spürbar. Häufig hat nicht mehr der Arzt, sondern das Management das letzte Wort bei der Auswahl z.B. der verwendeten Medizinprodukte. Dabei erhalten Patienten oft nicht die optimale Therapie, sondern die wirtschaftlich attraktivste aus Krankenhaus-Sicht. Die Konsequenz ist ein „Drehtüreffekt“ auf der einen und eine schleichende

Abwertung des Innovationsaspekts auf der anderen Seite.

Selbst wenn neue Produkte besser (im Sinne des Patientenwohls) sind, werden sie häufig aus Kostengründen nicht genutzt, sondern es wird auf billige und leider häufig schlechte Alternativen zurückgegriffen. Dieser Entwicklung kann durch eine stärkere Nutzung von Versorgungsforschungsdaten und Qualitätsindikatoren begegnet werden.



*Kardiovaskuläre Erkrankungen  
sind in Deutschland  
Todesursache Nummer 1*

Trotz der riesigen Erfolge der Herzmedizin in den letzten Jahrzehnten, die zu einer signifikanten Senkung bei Mortalität und Morbidität geführt hat, bleiben kardiovaskuläre Erkrankungen – noch vor Krebs – die Todesursache Nummer 1 in Deutschland.

Ungeachtet ihrer Erfolge hat die Kardiologie in Deutschland mit wachsenden finanziellen Problemen zu kämpfen. Die Herzmedizin hat im Vergleich zu anderen Therapiegebieten die schnellsten Innovationszyklen, doch das bestehende Vergütungssystem führt zu einer Situation, in welcher ungeachtet des medizinischen Fortschritts für gleiche Leistungen immer weniger bezahlt wird. Die direkten medizinischen und indirekten ökonomischen Kosten-Nutzen-Effekte sind in der Kardiologie überdurchschnittlich hoch. Die aktuelle Finanzierungsstruktur kann eine angemessene Vergütung nicht gewährleisten.

Ein weiterer Hemmschuh für die kardiologische Versorgung in Deutschland sind die hohen Hürden für die Markteinführung innovativer Produkte. Die hohen regulatorischen Anforderungen des BfArM führen zu einer immer geringeren Anzahl klinischer Prüfungen in Deutschland.

Die Forschungsförderung im kardiovaskulären Bereich muss der medizinischen Bedeutung des Indikationsfeldes entsprechen. Hier existiert derzeit ein Ungleichgewicht, zum Beispiel im Vergleich zu onkologischen Erkrankungen.

## Gemeinsame Zielsetzung

# **Wir wollen, dass alle Patienten in Deutschland den bestmöglichen Zugang zum medizinischen Fortschritt erhalten. Überall, jedermann und zu jeder Zeit!**

Deutschland verliert im Bereich der klinischen Forschung und Zulassung im internationalen Vergleich an Gewicht.

Übergeordnetes Ziel ist daher eine bedarfsgerechte, nachhaltige und Fehlsteuerungen vermeidende Ausgestaltung der Krankenhausfinanzierung. Unterschiedlichste Reformvorschläge wurden und werden diskutiert. Ziel des White Papers ist es, Ideen für eine Weiterentwicklung der bestehenden Finanzierungsstruktur aufzuzeigen.

Dabei soll insbesondere das Thema Qualität bei der Weiterentwicklung des aktuellen DRG-Systems Beachtung finden. Ein Beispiel hierfür ist medizinische Innovation im kardiovaskulären Bereich (z. B. durch minimal invasive Verfahren).

## **Die Qualität der medizinischen Versorgung zum Wohle der Patienten in den Mittelpunkt stellen und als zentrale Leitlinie für Reformen etablieren!**

Bisher gibt es noch zu wenige Anreize zur Qualitätssteigerung bei medizintechnischen Behandlungen. Der Einbezug von Qualitätskriterien in die Vergütung wird nur langsam umgesetzt. Insbesondere die Messung und Objektivierung der „Ergebnisqualität“ sind bisher ungelöste Probleme.

*Folge: Das DRG-System belohnt Qualität bisher nicht. Die Höhe der Erstattung ist entkoppelt von der eigentlichen medizinischen Intervention.*

Folgekosten durch Komplikationen fließen in die Betrachtung bisher nicht ein. Die Verbesserung der Behandlungsqualität für den Patienten muss erste Maßgabe bei der Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung und somit auch deren Finanzierung sein. Dies gilt für die Krankenhausfinanzierung in besonderem Maße.

Für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem

## **Handlungsempfehlungen**

**Für eine zukunftsfähige Krankenhausversorgung und eine angemessene Finanzierung medizinischer Innovationen:**

- 1. Ergebnisqualität als zentralen Indikator bei der Vergütung etablieren (S. 10)*
- 2. Rahmenbedingungen für Versorgungs- und klinische Forschung als Basis für Qualität verbessern (S. 10)*
- 3. Fokus auf den Nutzen statt der Kosten von Investitionen und Therapien - volkswirtschaftliche statt betriebswirtschaftlicher Kennzahlen nutzen (S. 11)*
- 4. Zugang der Patienten zu Innovationen verbessern (S. 12)*
- 5. Marktzugang für innovative Therapien attraktiver gestalten (S. 12)*
- 6. Prävention statt Intervention fördern (S. 13)*



## 1 | Handlungsempfehlung:

# Ergebnisqualität als zentralen Indikator bei der Vergütung etablieren

Dazu müssen neue und bessere Qualitätskriterien in die Vergütung von medizinischer Versorgung integriert werden - ohne zunehmende bürokratische Hürden für die Krankenhäuser und Ärzte. Die Verfügbarkeit von Evidenz in Form von Patientendaten ist hierfür die zentrale Stellschraube.

### MASSNAHMEN:

- » Eine einheitliche Definition von Qualität durch die Schaffung von aussagekräftigen Qualitätsindikatoren muss auch in der stationären Versorgung geschaffen werden.
- » In Deutschland gibt es hauptsächlich Daten zu Mortalität und Morbidität. Erforderlich ist aber die konsequente Nutzung von Versorgungsdaten, die über die eigentlichen medizinischen Interventionen hinausgehen.
- » Qualität muss ganzheitlich betrachtet werden. Dafür sollte eine flächendeckende Evaluierung von medizinischen Interventionen in Deutschland implementiert werden.
- » Die Bewertung der Qualität von Interventionen muss über den gesamten Behandlungspfad und sektorenübergreifend stattfinden. Die Nutzung der elektronischen Patientenakte ist ein zentraler Baustein. Ebenso wie die auf KH-Ebene generierten Qualitätsdaten.
- » Erforderlich ist die Verbesserung der Verfügbarkeit und Vergleichbarkeit von Registerdaten und somit eine einfachere Nutzung zur Qualitätsmessung.
- » Erhobene Daten müssen transparent zugänglich und vernetzt werden, sodass sie zeitnah und flächendeckend ausgewertet werden können. Eine enge Zusammenarbeit der Industrie mit Versicherern und qualitätssichernder Institutionen wie dem IQTIG sind hierfür Voraussetzung.
- » Möglicher Ansatz: Boni für schnelle Entlassung, für bessere Qualität und für weniger - im Anschluss notwendige - Folgebehandlungen.

## 2 | Handlungsempfehlung:

# Rahmenbedingungen für Versorgungs- und klinische Forschung als Basis für Qualität verbessern

Sowohl die klinische Forschung als auch die Versorgungsforschung müssen gestärkt werden, um wissenschaftliche Evidenz zu verbessern. Generierte Ergebnisse sollten als Basis für die volkswirtschaftliche und medizinische Kosten-Nutzen Betrachtung verwendet werden.

### MASSNAHMEN:

- » Umsetzung eines dreistufigen Modells:
  - › Modellprojekte zum Beispiel mit Kassen fördern,
  - › die Chancen und Wirtschaftlichkeit der Telemedizin und von digitalen Anwendungen wie z.B. Screenings in konkreten Projekten untersuchen und so
  - › schrittweise eine flächendeckende Forschung durch Nutzung von Registerdaten ermöglichen.

### 3 | Handlungsempfehlung:

## Fokus auf den Nutzen statt der Kosten von Investitionen und Therapien - volkswirtschaftliche statt betriebswirtschaftlicher Kennzahlen nutzen

Die Vergütung von medizinischen Interventionen und Produkten muss auf Basis von volkswirtschaftlichen und nicht betriebswirtschaftlichen Kennzahlen stattfinden. Aktuell liegt der Fokus auf den initialen Kosten der Behandlung, Folgekosten werden nicht betrachtet.

Durch Entwicklung und Implementierung neuer Bewertungsansätze für den Nutzen von Gesundheitsinvestitionen soll der gesellschaftliche und volkswirtschaftliche Nutzen von Gesundheitsinvestitionen stärker in den Vordergrund gestellt werden.

#### **MASSNAHMEN:**

- » Stärkerer Fokus auf Chancen statt Kosten von Investitionen durch die Betrachtung langfristiger Einsparpotenziale monetärer und nicht-monetärer Ressourcen und Technologien am Beispiel Digitalisierung und Künstliche Intelligenz.
- » Indirekte und induzierte Effekte über die reine medizinische Versorgung hinaus in die Bewertung neuer Investitionen integrieren.
- » Umsetzung von Piloten zur Klärung der Frage: Wie können wir geschickt und smart in unser Gesundheitssystem (Krankenhäuser und Innovationen) investieren?
- » Bei der Entscheidung zwischen Therapieoptionen nicht nur die einmaligen Kosten der Behandlung, sondern auch daraus resultierende zukünftige Kosten mit einbeziehen:
  1. Mittel- und langfristige Folgebehandlungen (Zeit),
  2. sektorenübergreifende medizinische Versorgung entlang des gesamten Versorgungspfad (Krankenhaus + niedergelassene Ärzte) und
  3. indirekte Kosten im Krankenhaus (z.B. Liegezeit)

#### 4 | Handlungsempfehlung:

### Zugang der Patienten zu Innovationen verbessern

Der Zugang zu Innovationen muss zum Wohle der Patienten beschleunigt und die Finanzierung sichergestellt werden. Handlungsmaxime: Die qualitativ besten Produkte müssen zeitnah Teil der Regelversorgung werden. Ärzte vor Ort sollen evidenzbasiert entscheiden, was das Beste für den Patienten ist. Die Freiheit der Therapieentscheidung steht im Mittelpunkt, kurzfristige finanzielle Aspekte werden davon weitgehend entkoppelt.

#### MASSNAHMEN:

- » Einen schnellen Zugang zu Versorgungsdaten über den Nutzen von Innovationen schaffen und dafür geeignete Krankenhäuser für die Erstanwendung der Innovationen definieren.
- » Kooperationen im gesamten Prozess der Entwicklung und Behandlung etablieren, um Evidenz durch Industrie und Krankenhäusern gemeinsam zu generieren.
- » Rahmenbedingungen und Anreize für neue (digitale) Technologien im Hard- und Softwarebereich schaffen, z. B. im Bereich der Künstlichen Intelligenz
- » Entbürokratisierung des DRG-Systems beschleunigen, um mehr Zeit für die Patienten zu ermöglichen:
  1. Flexibilisierung und Vereinfachung von Dokumentationspflichten
  2. Pauschale Vergütung der Vorhaltekosten für kleine Kliniken für bedarfsorientierte Leistungen, Maximalversorger analog
  3. Förderung der Individualität der Krankenhäuser durch bundeseinheitliche Differenzierung nach Versorgungsstufen

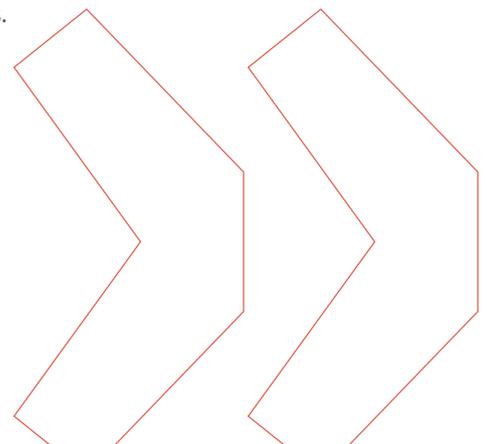
#### 5 | Handlungsempfehlung:

### Marktzugang für innovative Therapien attraktiver gestalten

Medizintechnische Innovationen müssen in Deutschland schneller und einfacher in die Versorgung integriert werden. Die derzeitige BfArM Zulassung ist deutlich zu langsam und wird für den Innovationsstandort Deutschland zunehmend zu einem Wettbewerbsnachteil.

#### MASSNAHMEN:

- » Etablierung einer `Fast track` Zulassung für Innovationen, die eine radikale medizinische Neuerung beinhalten und das Potenzial haben, die medizinische Versorgung nachhaltig zu verbessern (Sprunginnovationen).
- » Einführung einer unterjährigen NUB-Finanzierung, um u. a. die Attraktivität der Studiendurchführung in Deutschland zu erhöhen.
- » Bei Zulassungen gemäß §137h „Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Medizinprodukten hoher Risikoklasse“ wird die Einführung eines qualitätsbegleitenden Registers durch Fachgesellschaften notwendig.
- » Verlässliche Vergütung von Schritt-Innovationen, z. B. in Form eines Innovationszuschusses.
- » Freie Therapie- und Implantatauswahl für Ärzte.



## 6 | Handlungsempfehlung:

### Prävention statt Intervention fördern

Neben der Verbesserung der medizinischen Intervention und Therapie gilt es, die Prävention und Früherkennung zu verbessern, um Krankheitsrisiken der Patienten zu minimieren und die Belastungen so gering wie möglich zu halten.

#### MASSNAHMEN:

- » Umsetzung eines proaktiven und breiten Screenings in Risikogruppen durch die Nutzung von digitalen Technologien.
- » Frühzeitige Nutzung minimalinvasiver Eingriffe zur Verhinderung von chronischen Erkrankungen.

#### Prozess White Paper

### *Von der Diskussion zum Konzeptpapier - zentrale Fragestellungen der Krankenhausversorgung mit unterschiedlichen Stakeholder-Gruppen diskutieren und gemeinsam Lösungsansätze entwickeln*

Im Rahmen von drei digitalen Diskussionsrunden wurden zentrale Fragestellungen zur Krankenhausfinanzierung mit unterschiedlichen Stakeholdergruppen diskutiert. Dabei wurde die kardiovaskuläre Versorgung als Querschnittsthema mitgeführt und spezifische Aspekte im Rahmen der Diskussionsrunden eingebracht:

- » Die **erste Diskussionsrunde** betrachtete den Reformbedarf in der Krankenhausfinanzierung aus Sicht der medizinischen Praxis und der gesundheitsökonomischen Theorie.
- » In der **zweiten Diskussionsrunde** wurde die mögliche Finanzierungsperspektive „Qualität“ diskutiert, um eine ergänzende Berechnungsgrundlage zur Krankenhausfinanzierung zu schaffen.
- » Die **dritte Diskussionsrunde** beschäftigte sich mit den Ergebnissen der ersten beiden Runden. Konkrete Vorschläge für die Einbindung von Qualitätsmaßstäben in der Krankenhausfinanzierung unter Berücksichtigung innovativer Medizintechnik wurden mit der Politik diskutiert.

*Die Neujustierung und Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung werden gesundheitspolitische Schwerpunktaufgaben der nächsten Bundesregierung*

*Wir bedanken uns für die inhaltlichen Impulse unserer Speaker in den drei Diskussionsrunden:*

**Prof. Dr. Beate Jochimsen**

*Mitglied des Sachverständigenrates zur  
Begutachtung des Gesundheitswesens*

**Prof. Dr. med. Alfred Holzgreve**

*Chirurg und ehemaliger Direktor Klinische  
Forschung & Akademische Lehre des Vivantes  
Netzwerkes*

**Prof. Dr. Karl-Heinz Kuck**

*Leitung des ständigen Ausschusses Qualitäts-/  
Leistungsbewertung in der Kardiologie; ehem.  
Präsident der Deutschen Gesellschaft für  
Kardiologie*

**Martin Litsch**

*Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes*

**Prof. Dr. Dennis A. Ostwald**

*Gründer und Geschäftsführer des WifOR Instituts*

**Erwin Rüdchel, MdB**

*Vorsitzender der Gesundheitsausschusses im  
Deutschen Bundestag*

**Herausgeber des White-Papers:**

*SNPC GmbH  
Knesebeckstraße 59 – 61  
10719 Berlin*

**Autoren & Redaktion:**

*Tobias Unger, SNPC GmbH Bereichsleiter  
Gesundheit  
Stefanie Vogelsang, Mitglied des 17. Deutschen  
Bundestages, Beraterin für SNPC GmbH*

**Gestaltung & Produktion:**

*Projektverantwortlich Moritz Leidel  
Cleverworx Marketing Solutions  
Bahnhofstraße 17, 35037 Marburg*

**Redaktionsschluss:**

*September 2021*

