

**Anspruch und Realität von Budgetverhandlungen
zur Umsetzung medizintechnischer Innovationen**

**Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI)
im Auftrag des Bundesverbandes Medizintechnologie
(BVMed)**

Projektbearbeiter

Dr. Karl Blum

Dr. Matthias Offermanns

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Hansaallee 201

40549 Düsseldorf

www.dki.de

Düsseldorf, im November 2009

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Executive Summary.....	4
Abkürzungsverzeichnis.....	9
1 Einleitung.....	10
1.1 Hintergrund.....	10
1.2 Ziele.....	11
1.3 Methodik.....	12
2 Grundlagen.....	15
2.1 Rechtliche Grundlagen für NUB.....	15
2.2 Vertragliche Grundlagen.....	17
2.3 Das NUB-Verfahren.....	18
2.4 Kritik am NUB-Verfahren.....	23
2.5 Verbots- und Erlaubnisvorbehalt.....	26
2.6 Rechtliche Grundlagen für Zusatzentgelte.....	27
2.7 Verfahren für Zusatzentgelte.....	30
3 Verhandlungen zu NUB.....	33
3.1 Wichtigkeit von NUB.....	33
3.2 Vorgehen bei NUB-Anträgen.....	35
3.3 Ablehnungsgründe für NUB.....	38
3.4 Informationen zu MDK-/MDS-Gutachten.....	42
3.5 Förderliche Bedingungen für NUB-Vereinbarungen.....	44
3.6 Verhandlungstaktik bei NUB.....	50
3.7 Schiedsstellenverfahren zu NUB.....	53
3.8 Probleme mit NUB.....	51
3.9 Neuregelung der Innovationsklausel.....	54
4 Statistische Angaben zu NUB.....	57
4.1 Anzahl der NUB-Anträge.....	57
4.2 Erfolgsquoten der NUB-Anträge beim InEK.....	58
4.3 Erfolgsquoten medizintechnischer NUB-Anträge beim InEK.....	60
4.4 NUB-Vereinbarungen mit Kostenträgern.....	62
4.5 Erfolgsquoten der Status-1-Anträge bei Entgeltvereinbarungen.....	64
4.6 Erfolgsquoten medizintechnischer Status-1-Anträge bei Entgeltvereinbarungen.....	65
4.7 Erfolgsquoten von NUB-Anträgen insgesamt.....	67
4.8 Erfolgsquoten von medizintechnischen NUB-Anträgen insgesamt.....	73
4.9 Fälle mit NUB.....	74
4.10 Erlöse aus NUB.....	76

5	Bewertung des NUB-Verfahrens.....	78
5.1	Zufriedenheit mit dem NUB-Verfahren.....	78
5.2	Zufriedenheit mit Detailregelungen des NUB-Verfahrens.....	81
5.3	Änderungsvorschläge zum NUB-Verfahren.....	84
5.4	Alternativen zum NUB-Verfahren.....	87
6	Zusatzentgelte und Ausgleichs.....	91
6.1	Wichtigkeit von Zusatzentgelten.....	91
6.2	Ablehnungsgründe für die Vereinbarung von Zusatzentgelten.....	93
6.3	Förderliche Bedingungen für die Vereinbarung von Zusatzentgelten.....	97
6.4	Vereinbarung und Abrechnung von Zusatzentgelten für das Jahr 2008.....	101
6.5	Vereinbarte Erlössumme.....	103
6.6	Vereinbarte Ausgleichs bei Fallpauschalen mit hohem Sachkosten- anteil	108
6.7	Vereinbarte Ausgleichs bei krankenhausindividuellen Entgelten.....	110
7	Handlungsoptionen.....	112
7.1	Stärkung des Verbotsvorbehaltes.....	112
7.2	Neuausrichtung der Entgeltvereinbarungen.....	114
7.3	Entbürokratisierung des NUB-Verfahrens.....	116
7.4	Veröffentlichung von MDK-/MDS-Gutachten.....	118
7.5	Schaffung innovationsfreundlicher Rahmenbedingungen.....	120
7.6	Förderung von Zusatzentgelten.....	123
8	Zusammenfassung.....	125
	Literaturverzeichnis.....	135
	Anhang: Projektbegleitende Arbeitsgruppe.....	136

Executive Summary

Hintergrund

Der Gesetzgeber will den Innovationstransfer im Krankenhaus ausdrücklich fördern. Nach der sog. Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt des Sozialgesetzbuches ist daher im Krankenhaus die Anwendung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) im Rahmen des GKV-Systems im Prinzip so lange erstattungsfähig, bis der Gemeinsame Bundesausschuss dies ausdrücklich verbietet. Durch den Verbotsvorbehalt soll die Einführung von Innovationen im Krankenhaus gezielt erleichtert werden, ohne dass dem aufwendige Antrags- und Bewilligungsverfahren entgegenstehen, welche den medizinischen und medizintechnischen Fortschritt ggf. be- oder verhindern könnten.

Das Krankenhausrecht sieht darüber hinaus eine sog. Innovationsklausel vor, wonach für die Vergütung von NUB, die mit den definierten Fallpauschalen und Zusatzentgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden, zeitlich befristet Entgelte vereinbart werden können. Das NUB-Verfahren ist zweistufig angelegt: Demnach müssen Krankenhäuser Anfragen für NUB an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) richten. Nach ggf. positivem Bescheid durch das INEK können Kostenträger und Krankenhäuser vor Ort ein individuelles NUB-Entgelt vereinbaren. Über die NUB-Entgelte hinaus können Zusatzentgelte zusätzlich zu den Fallpauschalen vereinbart werden, wenn bestimmte Krankenhausleistungen mit den Fallpauschalen nicht leistungsorientiert vergütet werden können.

Angesichts von Praxisproblemen beim Innovationstransfer im Krankenhaus hat der Bundesverband Medizintechnologie (BVMed) das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) mit einer Studie zu „Anspruch und Realität von Budgetverhandlungen zur Umsetzung medizintechnischer Innovationen“ beauftragt. Das Projekt verfolgte zwei zentrale Ziele: Zum einen waren die Ursachen für Praxisprobleme beim Innovationstransfer zu ermitteln. Zum anderen sollten Handlungsoptionen für einen besseren Innovationstransfer im Krankenhaus aufgezeigt werden.

Das Projekt umfasste drei Forschungsmodule: eine standardisierte Repräsentativbefragung von Krankenhäusern, ergänzende Telefoninterviews mit Krankenhäusern zu ausgewählten

Fragestellungen sowie vertiefende Experteninterviews mit exponierten Vertretern von Krankenhäusern und Krankenkassen.

Ergebnisse

In den Entgeltverhandlungen spielen NUB eine eher untergeordnete Rolle. Für die Mehrheit der Krankenhäuser hat die Vereinbarung von NUB keine hohe Dringlichkeit oder Wichtigkeit. Dementsprechend stellen sie mehrheitlich nie, nur in Ausnahmefällen oder bei ausgewählten NUB überhaupt entsprechende Anträge. Größere Relevanz hat die Vereinbarung von NUB insbesondere für die Universitätskliniken, darüber hinaus für andere Großkrankenhäuser oder Krankenhäuser mit Spezialisierung in einzelnen Leistungsbereichen.

Die Wahrscheinlichkeit einer NUB-Vereinbarung zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern vor Ort erhöht sich deutlich, wenn die Kostenträger die wissenschaftliche Evidenz für die jeweiligen NUB gegeben sehen und die Kosten über Fallzahl- oder Erlösvorgaben steuern können. Umgekehrt bildet eine vermeintlich fehlende Evidenzbasierung, vielfach unter Verweis auf eigens in Auftrag gegebene Gutachten ihrer Medizinischen Dienste (MDK/MDS), den wichtigsten Ablehnungsgrund für NUB seitens der Kostenträger.

Insbesondere die MDK-/MDS-Gutachten spielen eine überragende Rolle in den Entgeltverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern. Kostenträgerseitig bilden sie die maßgebliche Informationsquelle und Entscheidungsgrundlage für die Verhandler vor Ort. Nichtsdestotrotz werden sie den Krankenhäusern faktisch kaum zugänglich gemacht. In aller Regel werden ihnen die Gutachten weder übermittelt noch können sie diese einsehen. Die Entscheidungsgrundlagen sind somit krankenhauseitig intransparent.

Lediglich für 35 % aller NUB-Anträge kann letztlich ein Entgelt vereinbart werden. An der ersten Hürde des NUB-Verfahrens, der Prüfung durch das InEK, scheitern schon 40 % aller NUB-Anträge. Abermals knapp 40 % der erfolgreichen Anträge beim InEK scheitern an der Hürde der Vereinbarung eines krankenhausindividuellen Entgeltes. Medizintechnische NUB machen 30 % aller NUB-Anträge aus. Mit rund 28 % vereinbarter Entgelte fallen die Erfolgsquoten medizintechnischer NUB unterdurchschnittlich aus.

Es gibt sehr große Varianzen der Erfolgsquoten von NUB nach Krankenhausgröße und Krankenhaustyp: Vor allem die Universitätskliniken mit großem Antragsvolumen haben überproportional Probleme, für ihren Antrag einen positiven Bescheid vom InEK zu erhalten. In

den Entgeltverhandlungen vor Ort kehren sich die Erfolgsquoten um. Die Universitätskliniken können hier für neun von zehn Anträgen ein Entgelt vereinbaren.

Dies ist zum einen auf die besondere Stellung der Universitätskliniken bei Forschung und Innovation zurückzuführen. Zum Anderen liegt eine gezielte Einflussnahme der Kostenträger auf die Leistungssteuerung und Versorgungsplanung nahe, ohne hierfür krankenhausspezifisch autorisiert zu sein. Stellt man zusätzlich regionale Varianzen in den NUB-Vereinbarungen in Rechnung, dann muss die Vereinbarungspraxis aus Krankenhaussicht teilweise als willkürlich gelten.

Fallzahlen wie Erlöse für NUB sind in der Mehrzahl der Krankenhäuser äußerst gering. Im Vergleich zu den Fallzahlen bzw. den Erlösen insgesamt liegen die entsprechenden Werte für NUB im Promillebereich. In der Summe gibt es zudem keine großen Diskrepanzen zwischen den vereinbarten und den abgerechneten Fallzahlen. Die Studie belegt somit, dass eine Mengenexpansion bzw. Erlössteigerung bei NUB kein relevantes Praxisproblem darstellt.

Viele Detailregelungen des NUB-Verfahrens stoßen auf Kritik der betroffenen Krankenhäuser. Das gilt insbesondere für die Mehrfach- bzw. Wiederholungsanträge bei identischen NUB sowie die dezentralen Entgeltvereinbarungen durch Krankenhäuser und Kostenträger vor Ort. Aus Krankenhaussicht weist das NUB-Verfahren daher einen großen Änderungsbedarf auf. Das betrifft faktisch alle Aspekte des Verfahrens, im Einzelnen die Antrags-, Vergütungs- und Vereinbarungsmodalitäten.

Im Vergleich zu den NUB hat die Vereinbarung von Zusatzentgelten einer merklich höhere Relevanz für die Krankenhäuser. Die überwiegende Mehrheit der Krankenhäuser vereinbart Zusatzentgelte. Allerdings sind Anzahl und Erlöse überschaubar. Als störend wird von den Krankenhäusern vor allem empfunden, dass die Kostenträger oftmals keine Begründung für die Ablehnung von Vereinbarungen für Zusatzentgelte angeben.

Praktische Schlußfolgerungen

Der Verbotsvorbehalt ist beizubehalten bzw. zu stärken. Die Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt hat ausdrücklich das Ziel, die Einführung von Innovationen in die stationäre Versorgung zu erleichtern und zu fördern. Eine Prüfung der Evidenz oder des Innovationspotentials von NUB durch die Kostenträger oder in ihrem Auftrag durch den MDK/MDS ist deswegen eben-

so wenig zulässig, wie die Ablehnung eines NUB-Entgeltes seitens der Kostenträger wegen vermeintlich mangelnder Evidenzbasierung. Die Praxis der Kostenträger, ohne gesetzliche Grundlage in den Entgeltverhandlungen eine zusätzliche Innovationshürde zu errichten, ist in jedem Fall zu beenden.

Falls Kostenträger und MDK/MDS an der rechtlich fragwürdigen Praxis einer Evidenzbewertung von NUB festhalten, sollten die entsprechenden MDK-/MDS-Gutachten in jedem Fall veröffentlicht werden. Dies würde es der Krankenhauseseite erlauben, sich wesentlich gezielter auf die NUB-Verhandlungen vorzubereiten. Darüber hinaus hätten Verbände, Fachgesellschaften, Wissenschaftler etc. die Möglichkeit eines Peer Reviews der Gutachten.

Eine stärker zentralisierte Preisfestsetzung von NUB-Entgelten sollte ernsthaft erwogen werden. Zentralisierte Preisverhandlungen, etwa auf Bundes- oder Landesebene, würden eine Blockadehaltung der Kostenträger vor Ort bzw. eine mehr oder weniger willkürliche Vereinbarungspraxis verhindern oder zumindest erheblich erschweren. Vom InEK genehmigte NUB sollten dann im Rahmen des Versorgungsauftrags der Krankenhäuser grundsätzlich erstattungsfähig sein. Vorteile einer zentralisierten Preisfestsetzung wären insbesondere eine Reduktion des Verhandlungsaufwandes durch Wegfall von parallelen Verhandlungen in zahlreichen Krankenhäusern, ein einheitliches und vergleichbares Preisniveau bei identischen NUB sowie mittelbar eine schnellere Verbreitung des medizinischen und medizintechnischen Fortschritts.

Das NUB-Verfahren sollte grundlegend überarbeitet werden, da es insgesamt zu bürokratisch und selbst ein Innovationshemmnis ist. In jedem Fall sollten separate Anträge durch jedes Krankenhaus bzw. jährliche Wiederholungsanträge bei identischen NUB entfallen. Des Weiteren sollten NUB-Entgelte unabhängig von einem Antrag des Krankenhauses vereinbart werden können. Vereinbarte NUB-Entgelte sollten grundsätzlich rückwirkend ab Jahresbeginn erstattungsfähig sein. Schließlich sollte das INEK verpflichtet werden, künftig positive sowie negative NUB-Bescheide sachgerecht zu begründen.

Das NUB-Verfahren als solches sowie die eher restriktive Einführung von Zusatzentgelten in den Entgeltkatalog reichen in der derzeitigen Form nicht aus, um die Einführung des medizinischen und medizintechnischen Fortschritts in die Versorgung hinreichend zu sichern. Durch angemessene rechtliche sowie finanzielle Rahmenbedingungen ist das Innovations-

klima also insgesamt zu verbessern. Maßgeblich für die weitere Diskussion sollte die Antwort auf die Frage sein, welche Bedingungen und Mechanismen zu einer verbesserten Innovationsdynamik beitragen.

Abkürzungsverzeichnis

BVMed	Bundesverband Medizintechnologie
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
DRG	Diagnosis Related Groups
FPV	Fallpauschalenvereinbarung/-verordnung
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuß
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
InEK	Institut das Entgeltsystem im Krankenhaus
KH	Krankenhäuser
KHEntG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
PKV	Private Krankenversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
UK	Universitätskliniken

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden überwiegend über Fallpauschalen (DRG) vergütet. Dem als lernendes System angelegtem DRG-System muss eine gewisse Dynamik immanent sein, um den medizinischen Fortschritt in das System einzubeziehen. Zu diesem Zweck sieht das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) eine Innovationsklausel vor, wonach für die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), die mit den definierten Fallpauschalen noch nicht sachgerecht vergütet werden, zeitlich befristete, fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte vereinbart werden können.

Die Definition von NUB erfolgt in einem standardisierten Verfahren.¹ Demnach müssen Krankenhäuser Anfragen für NUB an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) richten. Das InEK prüft, ob für diese Methoden oder Leistungen eine sachgerechte Vergütung über die Entgeltkataloge (Fallpauschalen und Zusatzentgelte) möglich ist. Nach Prüfung durch das InEK können anerkannte NUB vergütet werden, falls Kostenträger und Krankenhäuser vor Ort eine entsprechende Vereinbarung über ein individuelles NUB-Entgelt schließen.

Eine Repräsentativbefragung des DKI aus dem Jahr 2007 zeigt indes, dass die "Erfolgsquoten" von NUB vergleichsweise gering sind.² Nur rund 44% der NUB-Anträge werden vom InEK anerkannt. Davon werden lediglich für rund die Hälfte krankenhausespezifische Entgelte vereinbart. Damit liegt insgesamt nur eine Erfolgsquote für NUB-Anträge von knapp einem Viertel vor. Die Ursachen hierfür sind im Detail vielfach nicht bekannt.

Über die Vereinbarung individueller Entgelte im Rahmen des NUB-Verfahrens hinaus können die Vertragspartner auf Bundesebene (GKV/PKV und DKG) zur Ergänzung der Fallpauschalen bundesweite Zusatzentgelte vereinbaren. Dabei handelt es sich um Leistungen, die aus diversen Gründen nicht in eine bestehende oder neu zu bildende DRG überführt werden können. Zusatzentgelte sind Teil des DRG-Kataloges und können insofern im Prinzip von allen Krankenhäusern abgerechnet werden. Bereits in den Weiterentwicklungen des DRG-Systems der vergangenen Jahre ist eine Vielzahl vormaliger NUB-Leistungen in Form von

¹ Vgl. ausführlich Kap. 2

² Vgl. DKI, 2007

Zusatzentgelten in das DRG-System integriert worden. Bislang ist allerdings nichts darüber bekannt, unter welchen Bedingungen dies erfolgt und inwieweit es den Krankenhäusern gelingt, entsprechende Zusatzentgelte für innovative Leistungen in den Budgetverhandlungen zu vereinbaren bzw. inwieweit die vereinbarten Fallzahlen ggf. bedarfsgerecht sind.

Angesichts der genannten Schwierigkeiten des Innovationstransfers in der stationären Versorgung hat der Bundesverband Medizintechnologie (BVMed) das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) beauftragt, eine Studie zum Thema "Anspruch und Realität von Budgetverhandlungen zur Umsetzung medizintechnischer Innovationen" durchzuführen. Das DKI legt hiermit das Abschlussgutachten des Projektes vor.

Zur Unterstützung des Projektes wurde eine projektbegleitende Arbeitsgruppe eingerichtet. Ihr gehörten ein Vertreter des BVMed sowie Vertreter verschiedener Medizintechnikunternehmen an. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe sind im Anhang aufgeführt.

Die primäre Aufgabe der projektbegleitenden Arbeitsgruppe war es, Details der Projektkonzeption und der Operationalisierung von Fragestellungen zu entwickeln und abzustimmen. An dieser Stelle sei allen Mitgliedern der projektbegleitenden Arbeitsgruppe für die konstruktive Unterstützung der Studie herzlich gedankt. Unser besonderer Dank gilt dem BVMed für die finanzielle Förderung des Projektes. Bedanken möchten wir uns schließlich bei den Krankenhäusern und Interviewpartnern für ihre Teilnahme an den Projektbefragungen.

1.2 Ziele

Vor diesem Hintergrund verfolgte das Projekt zwei zentrale Ziele: Zum einen waren die Ursachen für die relativ geringen Erfolgsquoten von NUB-Anträgen zu ermitteln. Zum anderen sollten Handlungsoptionen für einen besseren Innovationstransfer im Krankenhaus aufgezeigt werden.

Konkret waren also erfolgskritische Faktoren für die Einführung von Innovationen im Krankenhaus zu analysieren. Dabei war im Einzelnen zu untersuchen, welche hemmenden bzw. förderlichen Bedingungen für die Umsetzung von Innovationen existieren. Gegenstand der Untersuchung waren absprachegemäß vor allem die Entgelt- bzw. Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern. Hier sollte analysiert werden, wie Innovationen in den Verhandlungen vor Ort thematisiert werden, welche Strategien die Verhandlungspartner verfolgen und wie Dissens bzw. Konsens mit Blick auf Innovationen entsteht.

In Umsetzung dieser allgemeinen Projektziele sollten im Rahmen der Untersuchung vor allem die folgenden Fragen beantwortet werden:

- Welche Rolle spielen NUB in den Budgetverhandlungen?
- Welche Rolle spielen MDK-Gutachten in der Bewertung von NUB bzw. in den Budgetverhandlungen?
- Welche Strategien haben die Krankenhäuser hinsichtlich ihrer NUB?
- Welche Strategien verfolgen die Krankenkassen mit Blick auf NUB?
- Welche Einflussfaktoren begünstigen bzw. verhindern die Vereinbarung krankenhaushausindividueller NUB-Entgelte?
- Gibt es Abhängigkeiten zwischen der Art von NUB und Strukturmerkmalen der Krankenhäuser, wie Größe, Trägerschaft oder regionale Lage?
- Wie hoch sind die Umsätze und Fallzahlen bei NUB?
- Welche Rolle spielen Zusatzentgelte in den Budgetverhandlungen?
- Welche Handlungsoptionen bestehen für einen verbesserten Innovationstransfer?

1.3 Methodik

Methodisch erfolgte ein mehrstufiges Vorgehen. Ausgehend von einer in enger Abstimmung mit dem Auftraggeber geplanten Projektkonzeption kamen drei methodische Ansätze zum Einsatz kommen: eine standardisierte Repräsentativbefragung von Krankenhäusern zur Umsetzung des NUB-Verfahrens sowie zur Vereinbarung von Zusatzentgelten in den Verhandlungen mit den Kostenträgern, ergänzende Telefoninterviews mit Krankenhäusern, welche die veränderte Innovationsklausel des Krankenhausentgeltgesetzes bereits angewandt haben sowie vertiefende Experteninterviews mit exponierten Vertretern von Krankenhäusern und Krankenkassen zu deren spezifischer Strategie und Problemsicht.

Die maßgeblichen Untersuchungsfragen sollten vor allem mittels einer repräsentativen Krankenhausbefragung beantwortet werden. Für die Befragung wurde seitens des DKI eigens ein Fragebogen entwickelt. Konzeptionelle Grundlage des Fragebogens bildeten zum einen die o.g. zentralen Forschungsfragen. Zum anderen wurde mit der projektbegleitenden Arbeitsgruppe ein spezieller Workshop durchgeführt, wo Details der Projektkonzeption und der Ope-

rationalisierung von Fragestellungen abgestimmt worden sind. Auf Basis dieses Workshops hat das DKI einen ersten Fragebogenentwurf erstellt. Dieser Entwurf wurde der projektbegleitenden Arbeitsgruppe zur Prüfung bzw. für Verbesserungsvorschläge zugeleitet. Auf Basis der eingehenden Vorschläge und Anregungen hat das DKI dann die Endfassung des Fragebogens erstellt. Der Fragebogen umfasst rund 10 Seiten bzw. ca. 140 Items und war in die folgenden vier Kapitel unterteilt:

- Verhandlungen zu NUB
- Statistische Angaben zu NUB
- Bewertung des NUB-Verfahrens
- Zusatzentgelte und Ausgleichs

Grundgesamtheit der Krankenhausbefragung bildeten alle Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten. Kleinere Krankenhäuser unter 100 Betten wurden nicht einbezogen, da sie, wie aus früheren Erhebungen bekannt, vergleichsweise selten NUB-Anträge stellen. Durch die Nicht-einbeziehung dieser Häuser, auf die bundesweit lediglich 5% der Betten, der Patienten und des Krankenhauspersonals entfallen, wird eine mit Blick auf die Fragestellung homogenere Grundgesamtheit geschaffen.

Aus der Grundgesamtheit der Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten wurde eine disproportionale Zufallsstichprobe von 606 Krankenhäusern gezogen. Für Krankenhäuser ab 600 Betten wurde eine Vollerhebung durchgeführt, zum einen wegen der ohnehin geringen Besetzungszahlen, zum anderen weil aus einer früheren Erhebung bekannt war, dass Häuser dieser Größenklasse nahezu standardmäßig NUB-Anträge stellen. In den Größenklassen von 100-299 Betten bzw. 300-599 Betten wurden jeweils Zufallsstichproben gezogen. Die jeweilige Größe der Teilstichprobe war dabei näherungsweise proportional zur Verteilung der NUB-Anträge gemäß einer früheren Erhebung¹, so dass in dieser Hinsicht eine sich selbst gewichtende Stichprobe resultierte.

Insgesamt nahmen 154 Krankenhäuser an der Erhebung teil. Das entspricht einer Rücklaufquote von gut 25%. Ein höherer Rücklauf wurde insbesondere durch die unterproportionale Teilnahme kleinerer Krankenhäuser verhindert, welche ohnehin vergleichsweise selten NUB-

¹ Vgl. DKI, 2007

Anträge stellen und insofern von der Thematik weniger betroffen sind. Krankenhäuser mit NUB sind allerdings in hinreichender Zahl in der Stichprobe vertreten. Nach Maßgabe der sich selbst gewichtenden Stichprobe sind die Ergebnisse näherungsweise repräsentativ für Krankenhäuser mit NUB.

Die Krankenhausbefragung wurde im Juli 2009 durchgeführt. Die Erhebungsunterlagen (Anschreiben, Fragebogen, freigemachtes Rückkuvert) waren an die Geschäftsführung des Krankenhauses adressiert. Die Auswertung der Fragebogen erfolgte mittels des Statistikprogramms SPSS.

Auf Basis der Ergebnisse der Krankenhausbefragung wurden anschließend noch Telefoninterviews mit ausgewählten Krankenhäusern geführt. Hier sind Krankenhäuser befragt worden, welche - entsprechend der Änderung der Innovationsklausel im § 6 Abs. 2 KHEntG¹ bereits 2009 unabhängig von den Budgetverhandlungen NUB verhandelt oder vereinbart haben. Die Befragungsteilnehmer sollten detailliert von ersten Erfahrungen mit der neuen Rechtslage berichten. Insgesamt wurden 10 Telefoninterviews durchgeführt. Diese Anzahl war ausreichend, um exemplarisch erste Tendenzen und spezifische Probleme mit der Umsetzung der veränderten Innovationsklausel zu ermitteln.

Zur Ergänzung und Vertiefung der Krankenhausbefragung waren schließlich Experteninterviews mit ausgewählten Experten von Krankenhäusern und Kostenträgern (bzw. MDK/MDS) vorgesehen. Die ausgewählten Interviewpartner sollten sich durch eine besondere Expertise auf dem Gebiet der Bewertung, Verhandlung und Vereinbarung von NUB bzw. Zusatzentgelten auszeichnen. Insgesamt wurden drei Interviews mit Vertretern der Krankenseite und zwei Interviews mit Vertretern der Kassenseite geführt. Die angesprochenen Experten des MDK/MDS waren nicht zu Interviews bereit. In den Interviews wurden mittels eines Interviewleitfadens spezifische Hintergrund- und Detailinformationen ermittelt, die im Rahmen einer standardisierten Befragung nicht oder nur begrenzt erfasst werden können.

¹ Vgl. im Einzelnen Kap. 2.1

2 Grundlagen

2.1 Rechtliche Grundlagen für NUB

Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden über vorab definierte Fallpauschalen vergütet. Dem als lernendes System angelegtem DRG-System muss eine gewisse Dynamik inhärent sein, damit einerseits eine Anpassung der Fallpauschalen an die Gegebenheiten der Krankenhäuser erfolgen kann, andererseits der medizinische Fortschritt in das System transferiert werden kann. Das ist nur bedingt der Fall.

"Die Abbildung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in einem DRG-System ist grundsätzlich mit Schwierigkeiten behaftet. Dies liegt einerseits daran, dass für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden OPS-Kodes zumeist nur zeitlich verzögert geschaffen werden; andererseits kann eine angemessene Berücksichtigung der Leistungen in der Kalkulation nur dann erfolgen, wenn ausreichend viele Krankenhäuser die neue Methode anwenden." ¹

Das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sieht hierfür eine Regelung in § 6 Abs. 2 vor, wonach für die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die mit den definierten Fallpauschalen und Zusatzentgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden, zeitlich befristete, fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte vereinbart werden können. Konkret lautet der entsprechende Gesetzespassus in der aktuellen Fassung, wie folgt:

"Für die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die mit den Fallpauschalen und Zusatzentgelten nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 noch nicht sachgerecht vergütet werden können und die nicht gemäß § 137c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von der Finanzierung ausgeschlossen worden sind, sollen die Vertragsparteien nach § 11 erstmals für das Kalenderjahr 2005 zeitlich befristete, fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte außerhalb des Erlösbudgets nach § 4 Abs. 2 und der Erlössumme nach Absatz 3 vereinbaren. Die Entgelte sind sachgerecht zu kalkulieren; die Empfehlungen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 sind zu beachten. Vor der Vereinbarung einer gesonderten Vergütung hat das Krankenhaus bis spätestens zum 31. Oktober von den Vertragsparteien nach § 9 eine Information einzuholen, ob die neue Methode mit den bereits vereinbarten Fallpauschalen und Zu-

¹ Schlottmann, 2005

satzentgelten sachgerecht abgerechnet werden kann. Die Vertragsparteien nach § 11 haben die Informationen bei ihrer Vereinbarung zu berücksichtigen. Liegt bei fristgerecht erfolgter Anfrage nach Satz 3 bis zur Budgetvereinbarung für das Krankenhaus eine Information nicht vor, kann die Vereinbarung ohne diese Information geschlossen werden; dies gilt nicht, wenn die Budgetvereinbarung vor dem 1. Januar geschlossen wird. Die Entgelte sollen möglichst frühzeitig, auch unabhängig von der Vereinbarung des Erlösbudgets, nach § 4 vereinbart werden. Wird ein Entgelt vereinbart, melden die an der Vereinbarung beteiligten gesetzlichen Krankenkassen Art und Höhe des Entgelts an die Vertragsparteien nach § 9; dabei haben sie auch die der Vereinbarung zu Grunde liegenden Kalkulationsunterlagen und die vom Krankenhaus vorzulegende ausführliche Beschreibung der Methode zu übermitteln. Die Vertragsparteien nach § 9 können eine Bewertung der Untersuchungs- und Behandlungsmethode nach § 137c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch veranlassen; § 137c Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt. Für das Schiedsstellenverfahren nach § 13 kann eine Stellungnahme des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eingeholt werden." (§ 6 Abs. 2 KHEntgG)

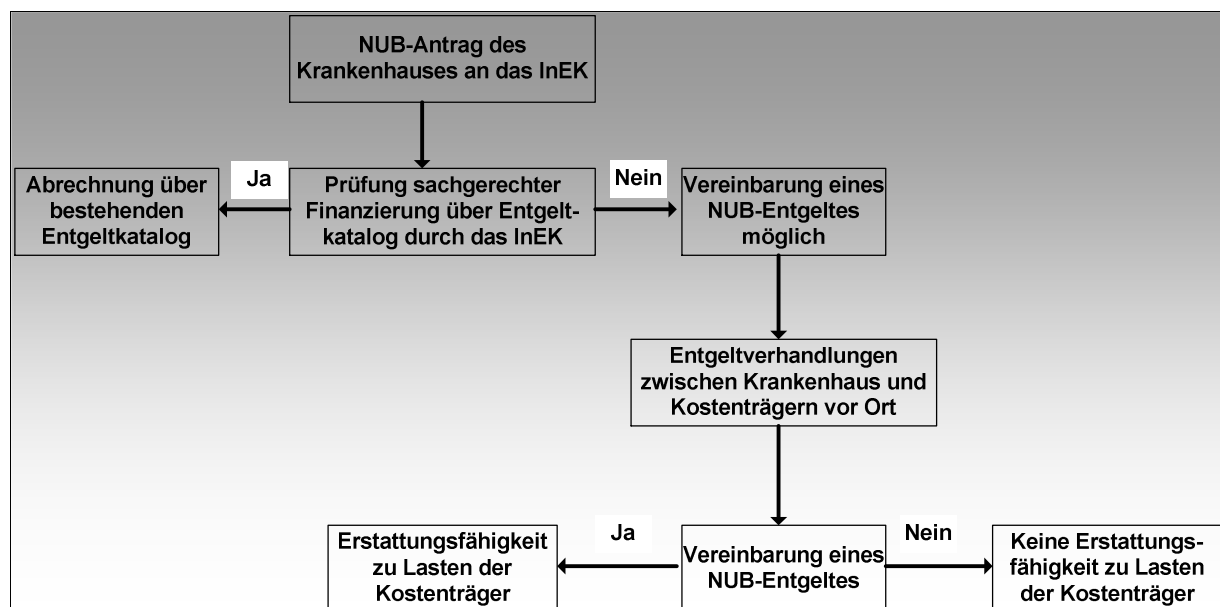


Abb. 1: Ablauf des NUB-Verfahrens

Die Einführung von NUB in die stationäre Versorgung umfasst somit im Wesentlichen zwei Verfahrensschritte: das zentrale Zulassungsverfahren mit den Antrags- und Prüfungsprozeduren für NUB sowie das dezentrale Vergütungsverfahren mit den Preis- und Mengenverhandlungen für NUB. Der Verfahrensablauf ist vereinfacht in Abb. 1 dargestellt. Können sich die Vertragsparteien vor Ort über die Höhe der NUB-Entgelte nicht verständigen, besteht die Möglichkeit zur Anrufung der Schiedsstelle nach § 13 KHEntG. Die Schiedsstelle entscheidet dann ggf. über die Entgelthöhe.

Im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes hat das Vergütungsverfahren eine wesentliche Änderung erfahren. Die Bestimmung, wonach die NUB-Entgelte möglichst frühzeitig und unabhängig von der Vereinbarung eines Erlösbudgets vereinbart werden sollen, wurde neu in den Gesetzestext aufgenommen. Die bisherige Regelung, NUB im Rahmen der Budgetverhandlungen zu vereinbaren, hatte zu Problemen geführt. Da die Budgetverhandlungen vielfach unterjährig stattfinden, gab es teilweise Probleme mit der rückwirkenden Vergütung von NUB; d. h. die Kostenträger verweigerten ggf. eine entsprechende Vergütung bzw. die Krankenhäuser hatten die NUB ohne Kenntnis der tatsächlichen Preise und damit des Kostendeckungsgrades durchgeführt. Teilweise wurden die Leistungen auch gar nicht erbracht, solange die Finanzierung nicht gesichert war. Die Probleme, die aus einer verspäteten Vereinbarung von NUB-Entgelten resultieren, sollen durch die Gesetzesänderungen behoben werden, weil NUB-Entgelte nunmehr im Grundsatz gleich zu Jahresbeginn vereinbart werden können.

2.2 Vertragliche Grundlagen

Bevor eine Vergütung erfolgen kann, muss zunächst definiert werden, was eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode ist. Hierzu wurde im Jahre 2004 mit der "Vereinbarung zu § 6 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden" ein umfangreiches standardisiertes Verfahren von den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene beschlossen (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverbände der GKV, PKV-Verband).

Die Vereinbarung bildet die vertragliche Grundlage des NUB-Verfahrens. Auf dieser Basis regeln die Vertragsparteien der Vereinbarung das Einholen von Informationen zu NUB durch die Krankenhäuser bzw. die Informationerteilung durch die Vertragsparteien selbst respektive in deren Auftrag. Demnach beauftragen die Vertragsparteien das Institut für das Entgelt-

system im Krankenhaus (InEK) bis zum 31. Oktober eines Jahres Anfragen von Krankenhäusern entgegenzunehmen und zu entscheiden, ob eine NUB mit den bereits vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht abgerechnet werden kann. Ist dies nicht der Fall, kann bis zu einer sachgerechten Integration der NUB in das DRG-System ein krankenhausespezifisches Entgelt zwischen Krankenhaus und Kostenträgern vor Ort vereinbart werden. Eine Antwort über das Prüfergebnis hat das InEK den anfragenden Krankenhäusern innerhalb bestimmter Fristen zu erteilen.¹

Der Auftrag der Vertragsparteien der Vereinbarung an das InEK umfasst darüber hinaus noch eine Reihe administrativer Aufgaben wie das Erstellen eines Formblatts für das Einholen der Informationen durch die Krankenhäuser, die Kurzdarstellung der beantragten NUB, die statistische Aufbereitung der Anfragen und Prüfergebnisse und die Veröffentlichung im Internet. Schließlich sieht die Vereinbarung auch Sonderbestimmungen für den Fall vor, dass Anfragen nicht in der vorgesehenen Frist bearbeitet werden können. In diesem Fall hat das InEK eine Priorisierung vorzunehmen und deren Kriterien den Vertragsparteien mitzuteilen.

2.3 Das NUB-Verfahren

Den grundlegenden Ablauf des Verfahrens hat das InEK in sogenannten Verfahrenseckpunkten festgelegt, die, wenngleich weitestgehend unverändert, jährlich herausgegeben werden. Danach nimmt das InEK stellvertretend für die Vertragsparteien der Vereinbarung Anfragen der Krankenhäuser zu NUB entgegen. Entsprechend den gesetzlichen Grundlagen müssen die Anfragen an das InEK bis zum 31.10. eines Jahres gestellt und vom InEK bis zum 31.01. des Folgejahres beantwortet werden. Anfragen können nur auf elektronischem Weg mittels eines gesonderten Erfassungstools gestellt werden, das von der Internetseite des InEK heruntergeladen werden kann. Die eingehenden Anfragen werden vom InEK daraufhin geprüft, ob sie im DRG-System sachgerecht abgebildet bzw. vergütet werden können oder nicht. Im Ergebnis der Prüfung unterscheidet das InEK vier sogenannte Statuskategorien:

Genehmigte NUB-Anträge erhalten vom InEK den **Status 1**. Die angefragten NUB erfüllen damit die Kriterien der NUB-Vereinbarung der Vertragsparteien. Solche neuen Verfahren werden im Folgejahr automatisch auf die Möglichkeit der Integration in das DRG-System ge-

¹ vgl. Kap. 2.3

prüft. Bis dahin ist die Vereinbarung eines krankenhausesindividuellen Entgeltes zulässig. Die Krankenhäuser dürfen mit den Krankenkassen vor Ort über die Finanzierung der NUB verhandeln. Wird das genehmigte NUB auch im kommenden Jahr nicht im DRG-System erfasst, muss das Krankenhaus den Antrag für diese bereits positiv beschiedene Methode an das InEK erneut stellen.

Die mit **Status 2** versehenen NUB-Anfragen erfüllen die Kriterien der NUB-Vereinbarung der Vertragsparteien nicht. Die Vereinbarung eines krankenhausesindividuellen Entgeltes ist damit nicht zulässig.

Wenn die angefragten neuen Methoden oder Leistungen nicht innerhalb der festgesetzten Frist vom InEK bearbeitet werden können, erhalten die Anfragen den **Status 3**. In diesem Fall sind die Krankenhäuser berechtigt, auch ohne endgültige Antwort durch das InEK eine Vereinbarung über krankenhausesindividuelle Leistungen vor Ort zu schließen.

Mit **Status 4** werden schließlich Methoden und Leistungen gekennzeichnet, bei denen die mit der Anfrage übermittelten Informationen unplausibel oder nicht nachvollziehbar waren. Hierfür können allenfalls in begründeten Einzelfällen NUB-Entgelte vereinbart werden.

NUB-Anfragen können immer nur im Hinblick auf das DRG-System des Folgejahres gestellt werden. Positiv beschiedene Anträge (Status 1) werden bei der Weiterentwicklung des DRG-Systems standardmäßig auf die Möglichkeit der Integration in das DRG-System für das Folgejahr geprüft. Kann eine positiv beschiedene NUB auch im Folgejahr nicht im DRG-System abgebildet werden, ist gleichwohl eine erneute Anfrage erforderlich. Überdies hat jedes interessierte Krankenhaus einen eigenen NUB-Antrag zu stellen, selbst bei identischen NUB. Von Ausnahmen für Krankenhäuser eines Krankenhausverbundes abgesehen, kann ein Krankenhaus nur dann ein NUB-Entgelt vereinbaren, wenn es vorab einen entsprechenden Antrag beim InEK gestellt hat und dieser positiv beschieden worden ist. Das heißt, selbst bei NUB mit Status 1 kann ein Krankenhaus kein entsprechendes Entgelt vereinbaren, wenn es vorher keinen Antrag gestellt hat.

Grundlage für die NUB-Beantragung durch die Krankenhäuser bildet ein vom InEK eigens entwickeltes Erfassungstool, das im Internet abrufbar ist. Das NUB-Erfassungstool 2009 besteht aus 5 Registerkarten, die durch detaillierte Ausfüllhinweise und mit Beispielen aus der Praxis ergänzt werden (Abb. 2 und 3).

Das Stammbblatt muss von jedem Antragssteller ausgefüllt werden und beinhaltet einschlägige Strukturdaten wie das Institutionskennzeichen, den Namen des Krankenhauses, Ansprechpartner und Anschrift des Krankenhauses. Darüber hinaus wird für Krankenhausverbände, die inhaltlich identische NUB beantragen, die Möglichkeit geschaffen, eine zentrale Anfrage abzugeben. Dadurch wird eine Aufwandsreduzierung für Antragssteller mit inhaltlich identischen Anfragen ermöglicht. Abschließend wird auf dem Stammbblatt die Information abgefragt, ob bzw. von wem der Antragssteller externe Hilfestellung beim Ausfüllen in Anspruch genommen hat.

Die folgenden vier Formblätter konzentrieren sich inhaltlich auf die neuen Methoden und Verfahren. Im ersten Formblatt (NUB 1/4) sind die angefragten NUB zu benennen und zu beschreiben, etwa nach Kriterien wie Funktions-/Anwendungsweise, Technik, Materialien/Mengen, Wirkmechanismus, Wirkstoff, Dosierungen, Häufigkeit und Dauer der Anwendung etc. Falls vorhanden, sollte auch der Operationsschlüssel aufgeführt sein, mit dem die Methode verschlüsselt wird.

Das zweite Formblatt (NUB 2/4) verlangt Angaben und mögliche Änderungen in der Versorgungsstruktur, die sich durch die Einführung der NUB im einzelnen Krankenhaus ergeben. Dazu gehören die Beschreibung der Patientengruppe, welche mit dieser NUB behandelt wird, die Nennung der bestehenden Behandlungsmethoden, die durch die neue Methode abgelöst oder ergänzt werden, sowie die Auswirkung der Methode auf die Verweildauer im Krankenhaus. Im Antrag ist zu begründen, warum es sich um eine neue Methode handelt und inwiefern Unterschiede zu den bisherigen Behandlungsmethoden bestehen.

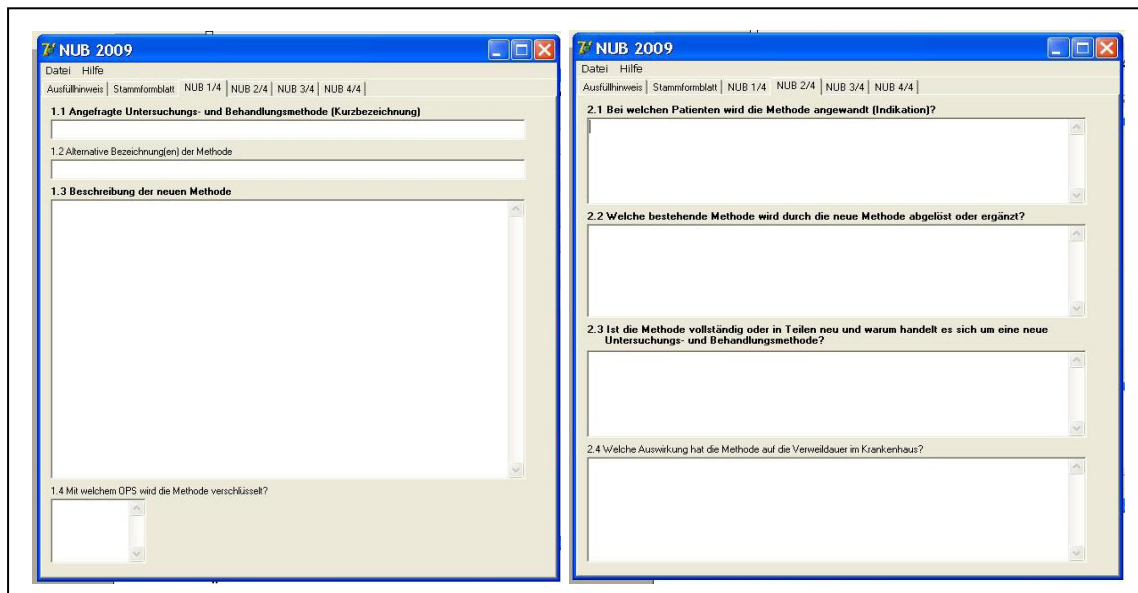


Abb. 2: Das NUB-Erfassungstool 2009 vom InEK - (NUB 1/4 und NUB 2/4) ¹

Im dritten Registerblatt (NUB 3/4) des NUB-Antrags werden vorwiegend statistische Größen abgefragt. Diese betreffen etwa den Zeitpunkt der Einführung der neuen Verfahren oder die Zulassung von neuen Medikamenten in Deutschland. Darüber hinaus sind ggf. frühere oder künftig geplante Fallzahlen anzugeben.

Im vierten Formblatt (NUB 4/4) werden Kalkulationsdaten abgefragt. Dabei sind, falls möglich, die Mehrkosten, die durch den Einsatz der NUB im Vergleich zur herkömmlichen Behandlung entstehen, in Sach- und Personalkosten aufzugliedern. Darüber hinaus soll begründet werden, warum die NUB derzeit im DRG-System nicht sachgerecht abgebildet wird. Ferner sind die am häufigsten von dieser Methode betroffenen DRG aufzulisten.

¹ Quelle: www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/Neue_Untersuchungs_und_Behandlungsmethoden_NUB/Erfassungstool_fuer_2009 (Abruf August 2009)

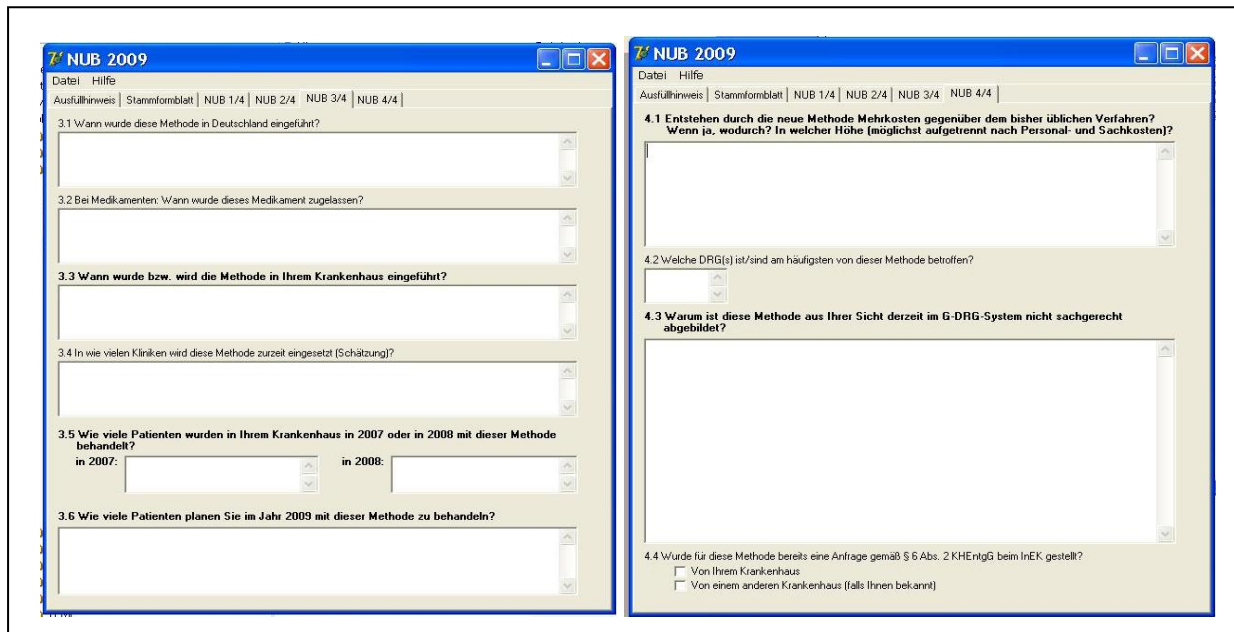


Abb. 3: Das NUB-Erfassungstool 2009 vom InEK - (NUB 3/4 und NUB 4/4) ¹

Abschließend ist anzugeben, ob es sich möglicherweise um einen Wiederholungsantrag handelt, sei es vom Antrag stellenden Haus oder, falls bekannt, von einem anderen Krankenhaus. Bei Wiederholungsanträgen empfiehlt es sich zu prüfen, ob die genehmigten NUB aus dem Vorjahr zwischenzeitlich in das DRG-System überführt worden sind. Hierzu werden verschiedene Hilfstools im Internet angeboten.

In dem für diese Untersuchung maßgeblichen Bezugsjahr 2008 wurden insgesamt 8.212 NUB-Anträge an das InEK gestellt (nach Bereinigung um inhaltliche Duplikate und inklusive der stellvertretenden Anfragen): 4.258 Anfragen wurden mit Status 1, 3.797 Anfragen mit Status 2, keine Anfrage mit Status 3 und 76 Anfragen mit Status 4 gekennzeichnet. Für 76 Anfragen wurde eine inhaltlich differenzierte Statuskennzeichnung vergeben. Insgesamt erhielt somit gut jeder zweite NUB-Antrag an das InEK den Status 1, das heißt, für diese NUB konnten im Prinzip Entgelte vor Ort vereinbart werden. ²

Selbst bei identischen NUB müssen alle interessierten Krankenhäuser unabhängig voneinander jeweils einen separaten Antrag stellen, sodass infolge von Parallelanträgen die An-

¹ Quelle: www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/Neue_Untersuchungs_und_Behandlungsmethoden_NUB/Erfassungstool_fuer_2009 (Abruf August 2009)

² InEK, 2008

zahl der Anträge höher ausfällt als die Anzahl unterschiedlicher NUB. Bezogen auf die erfassten unterschiedlichen NUB fielen die Erfolgsquoten deutlich geringer aus. Im Jahr 2008 bezogen sich die gut 8.200 NUB-Anträge auf insgesamt 556 inhaltlich verschiedene Methoden, Verfahren oder Leistungen. Davon erhielten nur 68 NUB den Status 1, 466 den Status 2, keine den Status 3 und 14 den Status 4. Dass heißt, nur etwa jede achte inhaltlich verschiedene NUB erhielt eine Anerkennung durch das InEK.¹

2.4 Kritik am NUB-Verfahren

In der Fachöffentlichkeit wird vielfach Kritik an NUB-Verfahren geäußert. Ein zentraler Kritikpunkt am NUB-Verfahren ist zunächst seine Intransparenz. Das gilt gleichermaßen für beide Ebenen des Prüfverfahrens: dem InEK-Antragsverfahren und den Entgeltverhandlungen vor Ort. Im Hinblick auf das InEK-Verfahren wird insbesondere mehr Transparenz über die Datengrundlagen, die Entscheidungskriterien und die Entscheidungsfindung gefordert.²

Das InEK muss die Gründe für positive sowie negative Bescheide von NUB-Anträgen nicht offen legen, weder gegenüber den Vertragsparteien der Vereinbarung noch gegenüber den Verhandlungsparteien vor Ort. Dadurch wird eine sachgerechte und zielorientierte Antragsstellung durch die Krankenhäuser erheblich beschwert. Auch die Entscheidungskriterien des InEK bleiben weitgehend im Dunkeln. Maßstab für die Entscheidung sollte sein, dass ein NUB im bestehenden System nicht hinreichend abgebildet werden kann, sei es definitorisch oder kalkulatorisch. Ein negativer Bescheid (nach Status 2) würde insofern bedeuten, dass eine Abbildung im DRG-System möglich ist. Eine entsprechende Begründung wird den negativen Bescheiden jedoch ebenso wenig beigefügt wie den positiven Bescheiden eine Begründung dafür, warum eine Abbildung im DRG-System nicht möglich ist. Angesichts der Intransparenz der InEK-Entscheidungen muss offen bleiben, wie eine sachgerechte Abbildung und Vergütung von NUB im Rahmen des DRG-Systems bzw. deren Fehlern konkret operationalisiert wird.

Auch vor Ort in den Entgeltverhandlungen zwischen Kostenträgern und Krankenhäusern sind die Kriterien der Entscheidungsfindung vielfach intransparent. Die Bewilligung von NUB wird offensichtlich zwischen verschiedenen Krankenkassen, zwischen verschiedenen Regio-

¹ InEK, 2008
² BMBF, 2008

nen und zwischen verschiedenen Krankenhäusern, selbst bei vergleichbarem Leistungsspektrum oder Versorgungsauftrag, unterschiedlich gehandhabt.¹

Dafür können Unterschiede in den Verhandlungsstrategien, unterschiedliche qualitative Bewertungen der NUB, abweichende Auffassungen zum Preisniveau der NUB-Entgelte oder eine gezielte Leistungssteuerung von NUB auf ausgewählte Einrichtungen verantwortlich zeichnen. Derzeit existieren keine Erkenntnisse dazu, wie die anerkannten NUB in den Entgeltverhandlungen realisiert wurden. Im Ergebnis erscheint den Krankenhäusern die Vereinbarungspraxis der Kostenträger daher teilweise als willkürlich.

Vor diesem Hintergrund wird den Kostenträgern eine Blockadehaltung bzw. eine Verhinderung oder Verzögerung des medizinischen bzw. medizintechnischen Fortschritts vorgehalten. So wird beispielsweise von Seiten der Bundesärztekammer die derzeitige Praxis kritisiert, dass Krankenkassen trotz Anerkennung der NUB durch das InEK die Zusage vor Ort verzögern oder verweigern. Indirekt wird dabei auch die fachliche Kompetenz und Expertise der Verhandler vor Ort in Frage gestellt. Deswegen wird eine verbesserte Koordination des NUB-Verfahrens unter Nutzung der medizinisch-wissenschaftlichen Kompetenz der Ärzteschaft und ihrer Fachgesellschaften gefordert.²

Auch Krankenhausverbände wie die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Verband der Krankenhausedirektoren und der Verband der Universitätsklinika kritisieren, dass die praktische Umsetzung des NUB-Verfahrens oft an der Blockade der Kostenträger scheitert. Durch das erforderliche Placet der Kostenträger in den Entgeltverhandlungen wird eine zusätzliche Innovationshürde in die stationäre Versorgung implementiert. Die gesetzlich vorgesehene Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt wird damit faktisch in Teilen ausgehöhlt, wenn die Kostenträger eine qualitative Bewertung von Innovationen vornehmen, die nach der Gesetzeslage letztlich dem GBA vorbehalten ist.

Schließlich wird das NUB-Verfahren auch als zu bürokratisch und unflexibel kritisiert. Vor allem die Verknüpfung von NUB-Entgeltverhandlungen und Budgetverhandlungen boten lange Anlass zur Kritik. Wegen der erst unterjährig geführten Budgetverhandlungen resultierten die o. g. Probleme mit der Erbringung und Vergütung von NUB. Durch die Novellierung der Innovationsklausel des KHEntgG können NUB-Entgelte nunmehr unabhängig von den Bud-

¹ Vgl. Neumann, 2007
² BMBF, 2008

getverhandlung vereinbart werden, so dass - vorbehaltlich zügiger Entgeltvereinbarungen mit den Kostenträgern - das Krankenhaus künftig nicht mehr in Vorleistung treten muss, ohne zu wissen, ob eine adäquate Finanzierung erfolgt.

Ein weiterer Kritikpunkt am Verfahren betrifft die Tatsache, dass selbst bei identischen NUB jedes interessierte Krankenhaus unabhängig voneinander einen separaten NUB-Antrag stellen und die aufwendige Bearbeitung durchführen muss. Insbesondere bei häufig gestellten NUB-Anträgen resultieren deswegen erhebliche Redundanzen im Aufwand der Krankenhäuser. Umgekehrt hängt die Entgeltvereinbarung für ein NUB von einem vorherigen Antrag des jeweiligen Krankenhauses ab. D.h., ein Krankenhaus kann solange kein NUB vereinbaren - selbst bei Anerkennung durch das InEK - wie es selbst einen entsprechenden Antrag gestellt hat. Des Weiteren müssen auch bei identischen NUB jährlich Anträge bzw. Wiederholungsanträge an das InEK gestellt werden, solange das jeweilige NUB nicht über das DRG-System abgebildet bzw. sachgerecht vergütet ist. Auch diese Vorgabe bedingt erhebliche Redundanzen und Mehraufwand in den Krankenhäusern.

Auch die dezentralen Entgeltvereinbarungen für NUB werden einem zeitnahen Innovationstransfers als wenig förderlich erachtet. Dafür zeichnen sich insbesondere zwei Gründe verantwortlich: Zum einen sind die Verhandler vor Ort nur bedingt in der Lage, das Innovationspotential bzw. die medizinische Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit zu beurteilen. Dazu fehlt ihnen teilweise die fachliche Kompetenz; teilweise liegt es im Wesen von Innovationen, dass noch keine hinreichende Evidenz vorliegt. Zum anderen werden NUB in den Budgetverhandlungen verhandlungstaktisch wie verhandlungsstrategisch von anderen Themen überlagert. Deswegen haben sie vielfach nur eine untergeordnete Bedeutung in den Entgeltverhandlungen, so dass entsprechende Vereinbarungen beiderseits keine hohe Priorität haben. Selbst wenn dies auf Krankenseite der Fall ist, sind die Bereitschaft bzw. die Möglichkeiten der Krankenhäuser eher gering, NUB in den Verhandlungen ggf. gegen den Willen der Kostenträger durchzusetzen. Letztendlich entscheiden somit die Kostenträger auf Ortsebene vielfach über den medizinischen und medizintechnischen Fortschritt bzw. über das Tempo des Innovationstransfers in der stationären Versorgung. Dazu sind sie allerdings weder fachlich noch rechtlich autorisiert.

2.5 Verbots- und Erlaubnisvorbehalt

Für die Einführung und Anwendung von innovativen Verfahren und innovativen Medizinprodukten gelten in der ambulanten und stationären Versorgung unterschiedliche Rahmenbedingungen bzw. rechtliche Grundlagen. Mit Blick auf die Leistungserbringung in der stationären Versorgung gilt nach § 137c SGB V die sogenannte Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt. Der entsprechende Gesetzestext lautet, wie folgt:

"Der gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 überprüft auf Antrag des Spitzenverbandes Bund, der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder eines Bundesverbandes der Krankenträger Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden oder angewandt werden sollen, daraufhin, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind. Ergibt die Überprüfung, dass die Methode nicht den Kriterien nach Satz 1 entspricht, erlässt der gemeinsame Bundesausschuss eine entsprechende Richtlinie." (§ 137c Abs. 1 SGB V)

Danach ist im Krankenhaus die Anwendung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bzw. von zugelassenen Medizinprodukten im Rahmen des GKV-Systems im Prinzip solange erstattungsfähig, bis sich der GBA auf Antrag ausdrücklich gegen die Zulässigkeit einer Innovation ausspricht.¹

Allerdings stehen die Einführung und Anwendung von Innovationen unter einem Finanzierungsvorbehalt. D. h., sofern das Krankenhaus die Innovation nicht aus eigenen Mitteln bestreitet, muss die Innovation im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten finanziert werden. Grundsätzlich bestehen hier insbesondere die Optionen einer entsprechenden Anpassung des DRG-Systems (in Form einer neuen bzw. angepassten DRG oder einem neuen Zusatzentgelt), der Abrechnung als krankenhausespezifisches fall- oder tagesbezogenes Entgelt bzw. Zusatzentgelt nach § 6 Abs. 1 KHEntgG oder eine Vergütung als NUB nach § 6 Abs. 2 KHEntgG. Weitere Finanzierungsmöglichkeiten für Innovationen, die aber faktisch von untergeordneter Bedeutung sind, sind die Modellvorhaben nach § 63ff SGB V, Disease Manage-

¹ Vgl. BMBF, 2008

ment-Programme nach § 137f SGB V, die Integrationsversorgung nach § 140a ff. SGB V sowie bei Innovationen aus dem Investitionsgüterbereich die Investitionsförderung über die öffentliche Krankenhausfinanzierung.¹

Die Regelung zur Einführung und Anwendung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bzw. innovativen Medizinprodukten in der stationären Versorgung unterscheidet sich damit grundsätzlich von der entsprechenden Regelung im ambulanten Sektor. Hier gilt nach § 135 SGB V das sogenannte Verbot mit Erlaubnisvorbehalt. Danach dürfen NUB in der vertragsärztlichen Versorgung nur erbracht werden, wenn der GBA ihren diagnostischen oder therapeutischen Nutzen sowie die medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit ausdrücklich anerkannt hat. Demnach sind NUB, welche vom GBA nicht positiv beschieden worden sind, im Rahmen der GKV im Wesentlichen nicht erstattungsfähig. Ausnahmen bilden insbesondere die Finanzierung über Modellvorhaben, DMP oder die Integrationsversorgung sowie über das Hilfsmittelverzeichnis.

Die besondere Rechtstellung der stationären Versorgung resultiert daraus, dass primär Krankenhäuser Einrichtungen der Forschung sowie der Einführung und Evaluation von NUB darstellen. Dieser Status soll durch die Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt unterstrichen und damit die Einführung von Innovationen gezielt gefördert und erleichtert werden, ohne dass dem aufwendige Antrags- und Bewilligungsverfahren entgegenstehen, welche den medizinischen und medizintechnischen Fortschritt ggf. be- oder verhindern könnten.

2.6 Rechtliche Grundlagen für Zusatzentgelte

Neben den NUB-Entgelten stellen die Zusatzentgelte einen weiteren wichtigen Bausteingröße dar, um Innovationen in die Krankenhausfinanzierung zu integrieren.

In Ergänzung zu den Fallpauschalen können Zusatzentgelte vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen, dem Verband der privaten Krankenversicherung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbart werden. Die rechtliche Grundlage dazu findet sich in § 17 b Abs. 1 Satz 12 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG):

„Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschale in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren, insbesondere für die Behandlung

¹ Ebd.

von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren oder für eine Dialyse, wenn die Behandlung des Nierenversagens nicht die Hauptleistung ist. Sie vereinbaren auch die Höhe der Entgelte; diese kann nach Regionen differenziert festgelegt werden.“

Sofern bestimmte Krankenhausleistungen mit den Fallpauschalen nicht leistungsorientiert vergütet werden, können Zusatzentgelte von den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbart werden. Bei den Zusatzentgelten handelt es sich somit um eine die Fallpauschalen ergänzende Finanzierungsform.

Eine weitere Differenzierung der Vorschrift des KHG erfolgt über das KHEntgG. Gemäß § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG vereinbaren die Vertragspartner auf Bundesebene einen Katalog ergänzender Zusatzentgelte nach § 17 b Abs. 1 Satz 12 KHG einschließlich der Vergütungshöhe. Von diesen bundeseinheitlich festgelegten Zusatzentgelten sind die Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG zu unterscheiden. Zwar werden diese auch von den Vertragsparteien auf Bundesebene definiert und festgelegt. Die Entgelthöhe ergibt sich aber in den Verhandlungen zwischen Kostenträgern und Krankenhäusern vor Ort.

Die näheren gesetzlichen Ausführungen zu den Zusatzentgelten finden sich für 2009 in § 5 der Fallpauschalenvereinbarung (FPV):

„(1) Zusätzlich zu einer Fallpauschale oder zu den Entgelten nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes dürfen bundeseinheitliche Zusatzentgelte nach dem Zusatzentgelte-Katalog nach Anlage 2 bzw. 5 abgerechnet werden. Die Zusatzentgelte nach Satz 1 sind mit Inkrafttreten der Vereinbarung (§ 12) abrechenbar.

(2) Für die in Anlage 4 bzw. 6 benannten, mit dem bundeseinheitlichen Zusatzentgelte-Katalog nicht vergüteten Leistungen vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes. Diese können zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen oder den nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Entgelten abgerechnet werden. Für die in Anlage 4 bzw. 6 gekennzeichneten Zusatzentgelte gilt § 15 Abs. 1 Sätze 3 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend. Können für die Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2008 noch keine krankenhausesindividuellen Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt

600 Euro abzurechnen. Wurden für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 im Jahr 2008 keine Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes für jedes Zusatzentgelt 600 Euro abzurechnen.

(3) Zusatzentgelte für Dialysen können zusätzlich zu einer DRG-Fallpauschale oder zu einem Entgelt nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes abgerechnet werden; dies gilt nicht für die Fallpauschalen der Basis-DRG L60 oder L71 oder der DRG L90C und für das nach Anlage 3a krankenhauses individuell zu vereinbarende Entgelt L61 und die nach Anlage 3b krankenhauses individuell zu vereinbarenden Entgelte L90A und L90B, bei denen die Behandlung des Nierenversagens die Hauptleistung ist.“

Das InEK wurde 2004 von den oben genannten Vertragspartnern u.a. damit beauftragt, über die Fallpauschalenkalkulation hinausgehende, erforderliche Maßnahmen zu ergreifen, um nicht sachgerecht vergütete Leistungen gemäß § 17 b KHG bestimmen und berechnen zu können. Das InEK ermittelt seitdem den Zusatzentgelte-Katalog für die bundeseinheitlich kalkulierten und bewerteten Zusatzentgelte sowie den Katalog von Zusatzentgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG, der nur die Definition der entsprechenden Entgelte enthält.

Für die Bestimmung der Zusatzentgelte werden „Leistungen auf eine Vergütung über Zusatzentgelte untersucht, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Streuung über mehrere DRGs
- Sporadisches Auftreten ohne feste Zuordnung zu DRGs
- Definierbare Leistung mit eindeutigem Identifikations- und Abrechnungsmerkmal
- Relevante Höhe der Kosten
- Strukturelle Schiefelage bei der Leistungserbringung.“¹

¹ InEK, 2008, 5.10

2.7 Verfahren für Zusatzentgelte

Abb. 4 zeigt den Verfahrensablauf für die Definition und Vergütung von Zusatzentgelten. Dabei muss differenziert werden zwischen den bundeseinheitlichen Zusatzentgelten und den („krankenhausindividuellen“) Zusatzentgelten.

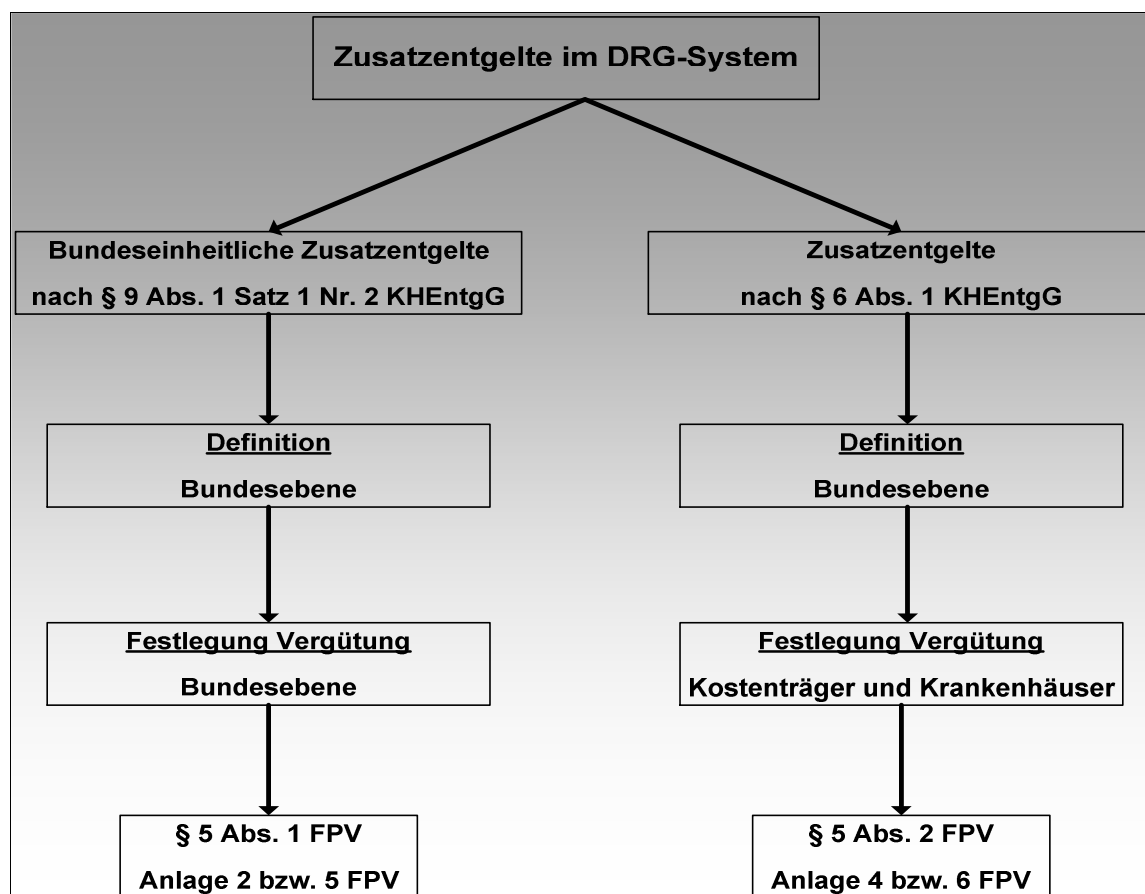


Abb. 4: Ablauf des Verfahrens für Zusatzentgelte

In der Fallpauschalenvereinbarung sind die konkreten Abrechnungsbestimmungen u.a. für Zusatzentgelte aufgeführt. Demnach werden gemäß § 5 FPV 2009 verschiedene Arten von Zusatzentgelten unterschieden:

- bundeseinheitliche Zusatzentgelte gemäß § 5 Abs. 1 FPV,
- „krankenhausindividuelle“ Zusatzentgelte gemäß § 5 Abs. 2 FPV und
- Zusatzentgelte für Dialysen gemäß § 5 Abs. 3 FPV.

Die Definition und die Festlegung der Vergütungshöhe erfolgt bei den bundeseinheitlichen Zusatzentgelten auf der Bundesebene. In der Fallpauschalenverordnung finden sie sich in Anlage 2 („Zusatzentgelte-Katalog - Liste“) bzw. in Anlage 5 („Zusatzentgelte-Katalog - Definition und differenzierte Beträge“). Diese Zusatzentgelte sind mit Euro-Beträgen bewertet. Die aufgeführten Zusatzentgelte sind nach Inkrafttreten der Vereinbarung für Krankenhäuser abrechenbar.

Bei den „krankenhausindividuellen“ Zusatzentgelten erfolgt die Definition der Leistung gleichfalls auf der Bundesebene. Die Festlegung der Vergütung ist dann aber Aufgabe der Verhandlungen zwischen Kostenträger und Krankenhäusern vor Ort. Die Fallpauschalenverordnung weist diese Entgelte in Anlage 4 („Zusatzentgelte-Katalog - Liste“) bzw. in Anlage 6 („Zusatzentgelte-Katalog - Definition“) aus. „Diese Zusatzentgelte umfassen folgende Leistungskomplexe:

- Teure Arzneimittel,
- Teure Sachmittel,
- Besondere therapeutische Verfahren,
- Besondere diagnostische Verfahren.“¹

Euro-Beträge sind nicht ausgewiesen, da die die Festlegung der Entgelthöhe Aufgabe der Verhandlungspartner auf Ortsebene ist.

Für Dialysen können gemäß § 5 Abs. 3 FPV unter bestimmten Bedingungen Zusatzentgelte vereinbart werden. Diese Zusatzentgelte zählen zu den bundeseinheitlichen Zusatzentgelten und sind dementsprechend auch in Anlage 2 bzw. 5 FPV aufgeführt.

Durch die Fallpauschalenverordnung 2004 wurden die Zusatzentgelte in das Entgeltsystem eingeführt. Zunächst waren ein Zusatzentgelt in Anlage 2/5 und 25 Zusatzentgelte in Anlage 4/6 enthalten. Die Anzahl der Zusatzentgelte wuchs bis zum Jahr 2009 moderat an. So sieht die Fallpauschalenvereinbarung 2009 74 bundeseinheitliche Zusatzentgelte in Anlage 2/5 und 53 Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG in Anlage 4/6 vor. Die nachfolgende Tabelle verdeutlicht die Entwicklung der Zusatzentgelte zwischen 2004 und 2009.

¹ Deutsche Krankenhausgesellschaft: Hinweise zu den Budget- und Entgeltverhandlungen für das Jahr 2008 nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, Berlin 2007, S34.

Tab. 1: Entwicklung der Zusatzentgelte 2004-2009

Fallpauschalen- verordnung (FPV)	Zusatzentgelte Anlage 2 bzw. 5 FPV	Zusatzentgelte Anlage 4 bzw. 6 FPV	Summe Zusatzent- gelte
2004	1	25	26
2005	35	36	71
2006	40	46	86
2007	59	46	105
2008	64	51	115
2009	74	53	127

3 Verhandlungen zu NUB

3.1 Wichtigkeit von NUB

Mit Blick auf NUB stellt sich zunächst die Frage, inwieweit NUB-Vereinbarungen für die Krankenhäuser überhaupt relevant sind. Daher sollten die Befragungsteilnehmer konkret angeben, welche Dringlichkeit und Wichtigkeit die Vereinbarung von NUB für sie hat. Die Antworten zeigt Abb. 5.

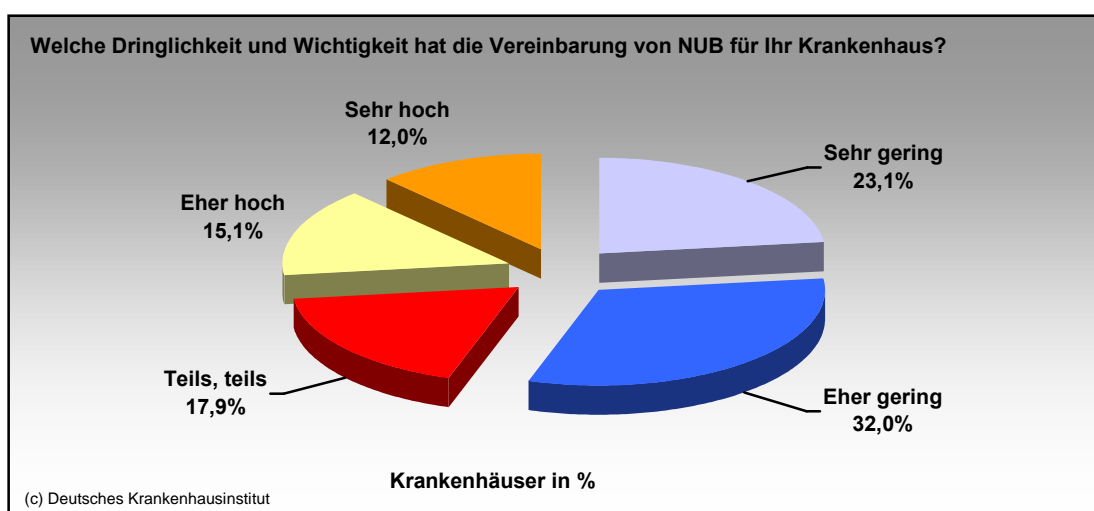


Abb. 5: Wichtigkeit von NUB

Demnach haben NUB-Vereinbarungen für gut ein Viertel der Krankenhäuser eine sehr hohe (12%) oder zumindest eine eher hohe (15,1%) Dringlichkeit und Wichtigkeit. Für mehr als die Hälfte der Häuser sind die NUB dagegen von eher geringer (32%) oder sehr geringer Wichtigkeit (23,1%). Für die übrigen Befragungsteilnehmer (17,9%) sind NUB allenfalls partiell wichtig.

Weiterführende Analysen zeigen, dass die Relevanz von NUB in hohem Maße in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße variiert (Tab. 2): Insbesondere in kleinen Krankenhäusern unter 300 Betten sind die NUB von eher untergeordneter Bedeutung; für fast zwei Drittel der Einrichtungen dieser Größenklasse haben sie eine geringe bis sehr geringe Wichtigkeit und Dringlichkeit. Umgekehrt verhält es sich bei den Großkrankenhäusern ab 600 Betten (ohne Universitätsklinika). Hier hat für mehr als die Hälfte der Einrichtungen die Vereinbarung von NUB eine hohe bis sehr hohe Relevanz. Auch in Häusern der mittleren Bettengrößenklasse

(300-599 Betten) fällt die Wichtigkeit von NUB mit rund 40% noch überdurchschnittlich aus. Da Forschung und Entwicklung schwerpunktmäßig in den Universitätskliniken stattfinden, haben NUB hier die höchste Relevanz.

Tab. 2: Wichtigkeit von NUB nach Krankenhausgröße

Bettengrößenklasse Dringlichkeit und Wichtigkeit von NUB	KH unter 300 Betten	KH mit 300-599 Betten	KH ab 600 Betten (ohne Universitätskliniken)	Universitäts- kliniken
Sehr gering	32,6%	8,1%	0,0%	0,0%
Eher gering	32,6%	35,1%	22,2%	0,0%
Teils, teils	17,4%	16,2%	22,2%	25,0%
Eher hoch	9,8%	21,6%	33,3%	25,0%
Sehr hoch	7,6%	18,9%	22,2%	50,0%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p (Chi²) < 0,05

Tab. 3 zeigt die Relevanz von NUB nach Regionen, konkret im Ost-West-Vergleich. Demnach gibt es hier keine signifikanten Unterschiede zwischen alten und neuen Bundesländern. Eine weitere regionale Differenzierung der Regionen im Westen war aus statistischen Gründen nicht möglich: Teilweise waren hier die Fallzahlen zu klein, teilweise sind die regionalisierten Daten durch Krankenhausgrößeneffekte konfundiert (z.B. infolge der Überrepräsentanz kleinerer Krankenhäuser im Süden der Bundesrepublik).

Tab. 3: Wichtigkeit von NUB nach Region

Region	KH in alten Bundesländern	KH in neuen Bundesländern
Dringlichkeit und Wichtigkeit von NUB		
Sehr gering	22,6%	25,8%
Eher gering	31,3%	32,3%
Teils, teils	18,3%	16,1%
Eher hoch	16,5%	9,7%
Sehr hoch	11,3%	16,1%
Gesamt	100,0%	100,0%

p (Chi²) = n.s.

- Im Ergebnis kann somit festgehalten werden, dass die Vereinbarung von NUB lediglich für eine Minderheit der Krankenhäuser eine hohe Relevanz besitzt. Darunter sind Großkrankenhäuser deutlich überrepräsentiert.

3.2 Vorgehen bei NUB-Anträgen

Von der grundsätzlichen Relevanz der NUB ist die konkrete Strategie bei NUB-Anträgen zu unterscheiden. Hier sollten die Krankenhäuser ihre Vorgehensweise beschreiben, also ob sie möglichst zahlreiche NUB-Anträge stellen oder eher zurückhaltend agieren.

Demnach zeichnet sich jeweils rund die Hälfte der Krankenhäuser durch einen hohen oder geringen Beteiligungsgrad am NUB-Verfahren aus (Abb. 6): Auf der einen Seite versucht rund ein Drittel der Krankenhäuser (34,2%) möglichst alle relevanten NUB in Anträge umzusetzen. Knapp ein Fünftel (18,8%) konzentriert sich primär auf NUB, die kostenintensiv sind oder von denen viele Patienten betroffen sind. Auf der anderen Seite beteiligen sich Krankenhäuser nie (33,5%) oder nur in absoluten Ausnahmefällen (13,4%) am NUB-Verfahren. Von ihnen werden daher in der Regel keine Anträge auf neue NUB gestellt.

Verglichen mit dem Jahr 2007, als die entsprechende Fragestellung schon einmal im *DKI-Krankenhaus Barometer* erhoben wurde, hat sich das Antragsverhalten bei NUB intensiviert.

Seinerzeit versuchte rund ein Viertel der Häuser möglichst alle relevanten NUB in Anträge umzusetzen. Gut die Hälfte der Häuser gab an, nie oder selten NUB-Anträge zu stellen.¹

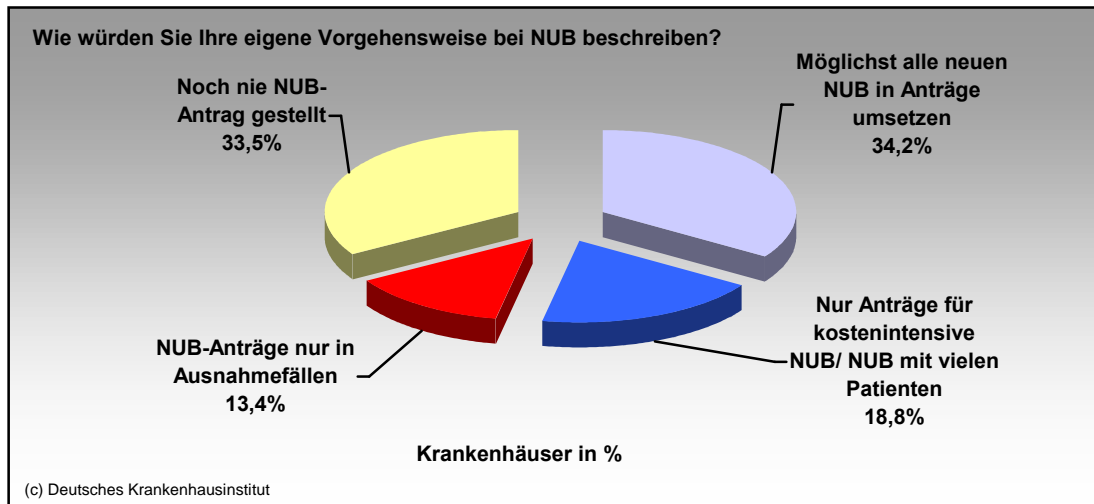


Abb. 6: Vorgehensweise bei NUB-Anträgen

Mit Blick auf die Vorgehensweise oder Strategie bei NUB resultieren abermals signifikante Unterschiede nach Krankenhausgrößen (Tab. 4): So gaben fast 60% aller Krankenhäuser unter 300 Betten an, sich nie oder selten mit Anfragen an das InEK zu wenden.

Ein wesentlicher Grund hierfür dürfte vor allem darin liegen, dass in diesen Krankenhäusern die Grund- und Regelversorgung stattfindet und die Forschung und Umsetzung von Innovationen nicht die oberste Priorität besitzt. Gleichwohl kommen auch in kleineren Häusern NUB zur Anwendung. Denn jeweils rund 20% dieser Einrichtungen stellen häufig oder gelegentlich NUB-Anträge.

Bei den großen Krankenhäusern ab 600 Betten dominiert eine andere Vorgehensweise. Die Hälfte dieser Häuser versucht, möglichst alle relevanten NUB in Anträge an das InEK umzusetzen; bei den Universitätskliniken ist dies sogar ausnahmslos bei allen Stichprobenkrankenhäusern der Fall. Ursache hierfür dürfte neben der hohen Priorität der Forschung in Krankenhäusern der Maximalversorgung und der Universitätskliniken vor allem die hohe Spezialisierung und ausgeprägte medizinische Kompetenz in einzelnen Fachbereichen sein, die innovative Verfahren und Methoden begünstigen. Allerdings unterziehen sich 40% der großen Krankenhäuser dem NUB-Antragsverfahren nur dann, wenn es sich um kosteninten-

¹ Vgl. DKI, 2007

sive Methoden handelt oder viele Patienten betroffen sind. Kaum ein Haus ab 600 Betten stellt hingegen nie oder nur in Ausnahmefällen NUB-Anträge.

Auch bei den Häusern der mittleren Größenklasse fallen die Ergebnisse abermals überdurchschnittlich aus. Mehr als die Hälfte (55,3%) dieser Häuser versucht, alle relevanten Methoden in NUB-Anträge umzusetzen. Nur etwa eins von zehn Häusern (13,2%) hat noch nie einen NUB-Antrag gestellt.

Tab. 4: Vorgehen bei NUB-Anträgen nach Krankenhausgröße

Bettengrößenklasse Vorgehensweise bei NUB	KH ab 600 Betten (ohne Universitätskliniken)			
	KH unter 300 Betten	KH mit 300-599 Betten	KH ab 600 Betten (ohne Universitätskliniken)	Universitätskliniken
Möglichst alle neuen NUB in Anträge umsetzen	22,3%	55,3%	50,0%	100,0%
Nur Anträge für kostenintensive NUB/ NUB mit vielen Patienten	18,4%	15,8%	40,0%	0,0%
NUB-Anträge nur in Ausnahmefällen	13,6%	15,8%	10,0%	0,0%
Noch nie NUB-Antrag gestellt	45,6%	13,2%	0,0%	0,0%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p (Chi²) < 0,05

Im Ost-West-Vergleich gibt es abermals keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern. Tendenziell versuchen allerdings Krankenhäuser in den alten Bundesländern eher möglichst alle neuen NUB in Anträge umzusetzen (Tab. 5).

Tab. 5: Vorgehen bei NUB-Anträgen nach Region

Region	KH in alten Bundesländern	KH in neuen Bundesländern
Dringlichkeit und Wichtigkeit von NUB		
Möglichst alle neuen NUB in Anträge umsetzen	36,9%	24,2%
Nur Anträge für kostenintensive NUB/ NUB mit vielen Patienten	19,7%	15,2%
NUB-Anträge nur in Ausnahmefällen	11,5%	21,2%
Noch nie NUB-Antrag gestellt	32,0%	39,4%
Gesamt	100,0%	100,0%

p (Chi²) = n.s.

- Im Ergebnis kann somit festgehalten werden, dass nur rund die Hälfte der Krankenhäuser in größerem Umfang NUB-Anträge stellt. Darunter sind kleinere Einrichtungen deutlich unterrepräsentiert.

3.3 Ablehnungsgründe für NUB

Die Krankenhäuser der Stichprobe, welche in der Vergangenheit bereits NUB-Anträge gestellt haben, wurden dezidiert zu ihren diesbezüglichen Erfahrungen befragt. Krankenhäuser, welche noch nie einen NUB-Antrag gestellt haben, finden aus naheliegenden Gründen in den folgenden Auswertungen keine Berücksichtigung mehr. Erfasst sind mithin alle Häuser, die möglichst viele NUB-Anträge stellen bzw. zumindest in Ausnahmefällen oder bei NUB mit hohen Kosten bzw. Fallzahlen.¹

Zunächst ist grundsätzlich zu fragen, ob die Kostenträger überhaupt Gründe für die Ablehnung von NUB-Vereinbarungen speziell bei medizintechnischen Innovationen anführen oder nicht. Für immerhin rund zwei Drittel der Einrichtungen ist das Entscheidungsverhalten der Kostenträger intransparent, weil die Gründe für die Ablehnung von NUB teilweise (35,8%)

¹ Vgl. Kap. 3.2

oder vielfach (29,6%) nicht genannt werden. Nur gut ein Drittel der Häuser berichtet, dass die Ablehnungsgründe üblicherweise bekannt gemacht werden (Abb. 7).

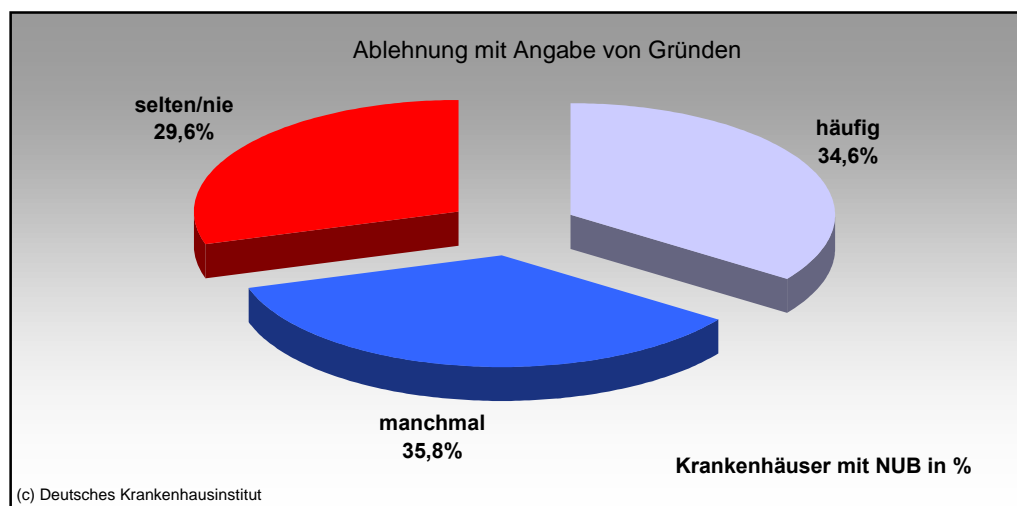


Abb. 7: Ablehnung von NUB-Anträgen mit Angabe von Gründen

In dieser Hinsicht gab es auch keine signifikanten Unterschiede nach alten und neuen Bundesländern sowie nach Krankenhausgröße. Tendenziell kommt in großen Krankenhäusern ab 600 Betten und hier insbesondere in den Universitätskliniken eine Ablehnung ohne Angabe von Gründen seltener vor. Die Kostenträger versuchen mithin, hier ihre Entscheidungen stärker zu legitimieren.

Darüber hinaus sollten die Befragungsteilnehmer konkret die Gründe für eine etwaige Ablehnung von medizintechnischen NUB nennen. Die mit Abstand am häufigsten genannten Gründe bildeten der Verweis auf MDK-/MDS-Gutachten sowie eine vermeintlich fehlende Evidenzbasierung von NUB.¹ In jeweils rund einem Drittel der Einrichtungen mit negativ beschiedenen NUB wird häufig oder zumindest manchmal auf Gutachten des MDK oder MDS verwiesen. Eine vermeintlich fehlende Evidenzbasierung von NUB bildet sogar in 75% der Fälle einen Ablehnungsgrund (Abb. 8).

¹ Teilweise gibt es sicherlich Redundanzen zwischen den beiden Items, teilweise kann eine fehlende Evidenzbasierung auch unabhängig von MDS-Gutachten behauptet werden. Deswegen wurde die Thematik hier über zwei Items operationalisiert.

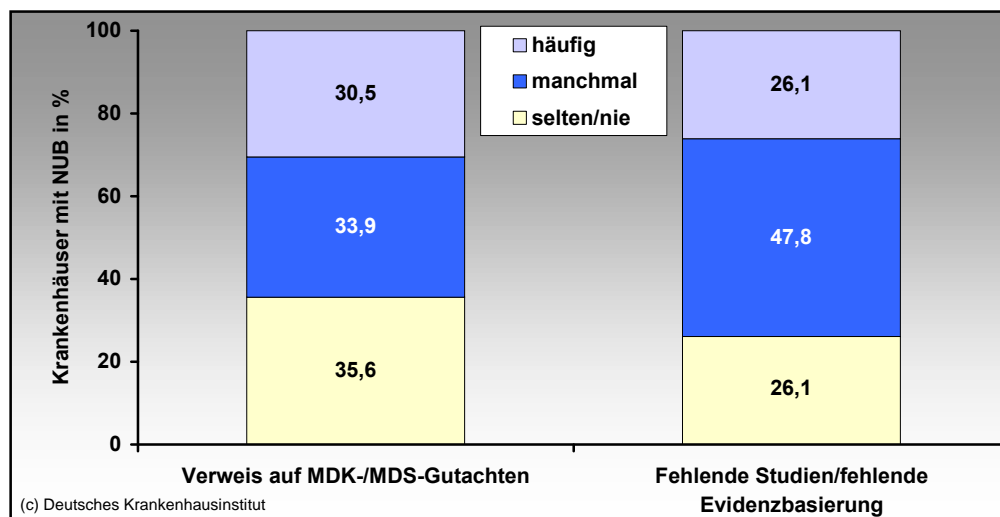


Abb. 8: Hauptgründe für die Ablehnung von NUB

Alle anderen Gründe werden dagegen vergleichsweise selten angeführt. Bei rund einem Fünftel der Krankenhäuser bildet ein angeblich fehlender Versorgungsauftrag für das fragliche NUB oder eine fehlende Entsprechung im Leistungsspektrum des Krankenhauses zumindest manchmal einen Ablehnungsgrund. Eine Beschränkung von NUB auf ausgewählte Krankenhäuser wird dementsprechend von den Kostenträgern des Öfteren gefordert. Auch die Mengenthematik spielt bei den NUB keine herausragende Rolle. Fehlende Mengenbegrenzung bei NUB oder zu kleine Fallzahlen bilden keine Hauptgründe für die Ablehnung von NUB.

Im Vergleich zur Evidenzbasierung spielen vordergründig selbst die Kosten von NUB eine untergeordnete Rolle. So bildet das Finanzierungsrisiko bei gut 5% der Häuser einen häufigen und bei gut einem Viertel einen gelegentlichen Ablehnungsgrund der Kostenträger. Eine Finanzierung der NUB aus dem bestehenden Erlösbudget wird dagegen etwas häufiger gefordert (Abb. 9).

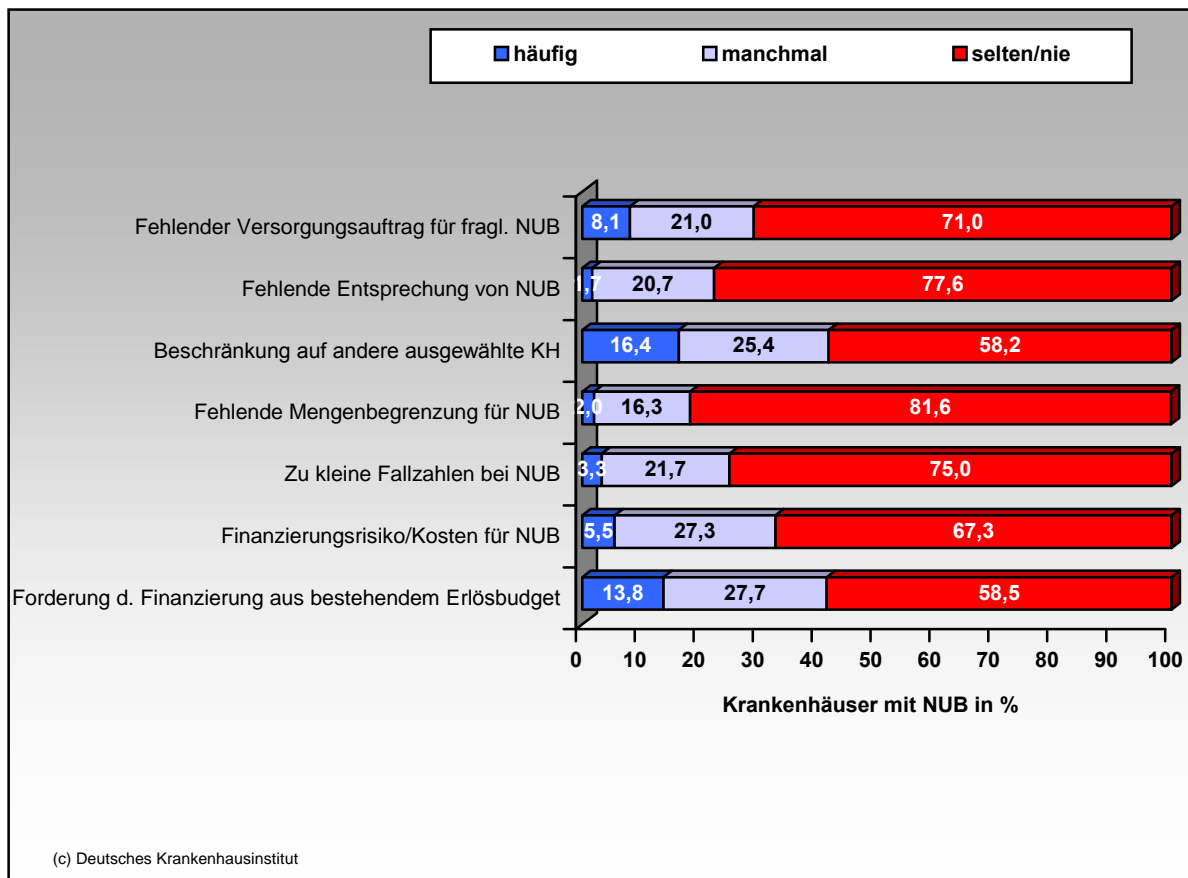


Abb. 9: Sonstige Gründe für die Ablehnung von NUB

Tab. 6 zeigt die Ablehnungsgründe nach Krankenhausgröße. Nach Bettengrößenklassen gibt es bei den Ablehnungsgründen nur einen statistisch signifikanten Unterschied. Demnach wird mit steigender Krankenhausgröße überproportional häufig auf MDK-/MDS-Gutachten verwiesen. Beispielsweise bildet dies bei zwei Dritteln der Universitätskliniken einen häufigen Ablehnungsgrund. Daneben wird bei anderen Krankenhäusern als den Universitätskliniken überproportional häufig auf eine fehlende Entsprechung von NUB im Leistungsspektrum sowie eine Beschränkung auf NUB auf ausgewählte Krankenhäuser verwiesen.

Unter regionalen Gesichtspunkten gab es keine nennenswerten Unterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern. Eine Detaildarstellung ist damit verzichtbar. In den Experteninterviews wurde zwar kolportiert, dass das Bewilligungsverhalten der Kostenträger teilweise regional variierte. Es müsste jedoch über kleinräumigere Analysen mit entsprechend

höheren Fallzahlen ermittelt werden, ob solche regionalen Unterschiede zufällig verteilt oder räumlich konzentriert sind.

Tab. 6: Ablehnungsgründe im NUB-Verfahren nach Krankenhausgröße (Chi²-Test)

	Bettengrößenklassen												p
	(in Prozent)												
	KH unter 300 Betten			KH mit 300-599 Betten			KH ab 600 Betten (ohne UK)			Universitätskliniken			
	h	m	n	h	m	n	h	m	n	h	m	n	
Verweis auf MDK-/MDS-Gutachten	0	25	75	18	54	29	39	17	44	67	11	22	p<0.05
Fehlender Versorgungsauftrag für fragl. NUB	13	13	75	10	28	62	0	22	78	14	0	86	n.s.
Fehlende Entsprechung von NUB	13	13	75	0	28	72	0	22	78	0	0	100	n.s.
Fehlende Mengenbegrenzung für NUB	0	0	100	5	10	86	0	27	73	0	29	71	n.s.
Beschränkung auf andere ausgewählte KH	27	9	64	20	33	47	11	32	58	0	0	100	n.s.
Fehlende Studien/ fehlende Evidenzbasierung	29	29	43	27	49	24	20	60	20	33	33	33	n.s.
Zu kleine Fallzahlen bei NUB	0	22	78	4	22	74	6	24	71	0	14	86	n.s.
Finanzierungsrisiko/ Kosten für NUB	13	25	63	8	32	60	0	20	80	0	29	71	n.s.
Forderung der Finanzierung aus bestehendem Erlösbudget	10	10	80	24	24	52	5	37	58	0	43	57	n.s.

h = häufig, m = manchmal, n = nie/selten

- Insgesamt ist festzuhalten, dass die Kostenträger ihre Ablehnungsgründe für NUB-Vereinbarungen vielfach nicht transparent machen. Sofern dies erfolgt, bildet insbesondere die fehlende Evidenzbasierung, vielfach unter Verweis auf MDK-/MDS-Gutachten, den maßgeblichen Ablehnungsgrund.

3.4 Informationen zu MDK-/MDS-Gutachten

Der Verweis auf MDK-/MDS-Gutachten bildet einen maßgeblichen Ablehnungsgrund von NUB-Anträgen bei medizintechnischen Innovationen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, inwieweit die Krankenhäuser überhaupt Zugriff auf diese Gutachten haben. Konkret sollten die Befragungsteilnehmer daher angeben, ob und wie ihnen die entsprechenden Informationen zugänglich gemacht werden. Wie aus Abb. 10 ersichtlich, werden den Krankenhäusern die maßgeblichen Informationsgrundlagen vielfach vorenthalten:

So erfolgt die Übermittlung oder schriftliche Vorlage von Gutachten, sei es vollständig oder in Auszügen, allenfalls in Ausnahmefällen. Nur einzelne Stichprobenkrankenhäuser berichten davon, dass ihnen die Gutachten häufig oder zumindest manchmal vorliegen. Bei rund 94% der Krankenhäuser ist dies jedoch nicht der Fall. Selbst eine visuelle Einsichtnahme wird den Krankenhäusern weitestgehend verwehrt. 9 von 10 Häusern (91,7%) können die Gutachten selten oder nie einsehen. Auch veröffentlichte wissenschaftliche Quellen von Gutachten werden kaum benannt. Gut drei Viertel der Krankenhäuser (77,1%) erhalten selten oder nie entsprechende Quellenangaben, ein Fünftel nur gelegentlich.

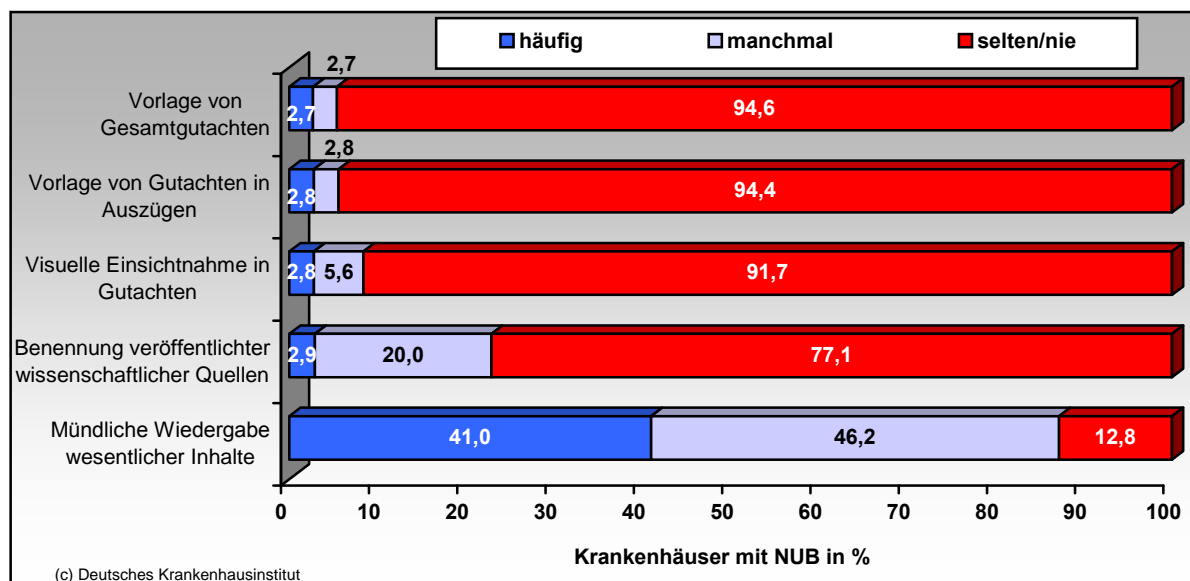


Abb. 10: Informationen zu MDK-/MDS-Gutachten

Die maßgebliche bzw. in der Regel einzige Informationsquelle zu den MDK-/MDS-Gutachten bildet somit die mündliche Wiedergabe wesentlicher Inhalte durch Vertreter der Kostenträger. In 41% der Krankenhäuser ist dies häufig der Fall und bei 46% der Einrichtungen manchmal.

Da den Krankenhäusern die MDK-/MDS-Gutachten bzw. deren wissenschaftliche Quellen quasi flächendeckend vorenthalten werden, resultieren - schon aus statistischen Gründen - in dieser Hinsicht auch faktisch keine Unterschiede nach Krankenhausgröße oder regionaler Lage. Eine detaillierte Darstellung erübrigt sich somit.

- Insgesamt lässt sich konstatieren, dass eine vermeintlich fehlende Evidenzbasierung zwar einen wichtigen Ablehnungsgrund von NUB bildet. Für die Krankenhäuser bleibt diese Evidenzbasierung jedoch weitestgehend intransparent bzw. nicht nachvollziehbar, da sie keine originären oder unmittelbaren Informationen zu den diesbezüglich maßgeblichen MDK-/MDS-Gutachten erhalten. Die Informationen beschränken sich insofern weitestgehend auf die mündliche Wiedergabe wesentlicher Gutachteninhalte durch Vertreter der Kostenträger. Es muss offen bleiben, inwieweit diese Informationen umfassend und hinreichend oder zu Verhandlungszwecken gezielt aufbereitet und gefiltert sind.

3.5 Förderliche Bedingungen für NUB-Vereinbarungen

Ähnlich wie bei den Ablehnungsgründen stellt sich die Frage, welche Gründe ggf. förderlich für die erfolgreiche Vereinbarung von NUB speziell bei medizintechnischen Innovationen sind. Zu diesem Zweck wurde den Befragungsteilnehmern eine entsprechende Fragenliste möglicher Erfolgsfaktoren zur Beantwortung vorgelegt. Für eine erfolgreiche NUB-Vereinbarung zeichnen demnach im Wesentlichen drei Gründe verantwortlich:

Analog zur fehlenden Evidenzbasierung als maßgeblichen Ablehnungsgrund stellt eine hohe Evidenzbasierung den wichtigsten Einflussfaktor einer NUB-Vereinbarung dar. Bei knapp drei Vierteln der Krankenhäuser ist dies mehr oder weniger häufig der Fall (Abb. 11). Dabei ist davon auszugehen, dass die Evidenz insbesondere auf entsprechende MDK-/MDS-Gutachten basiert, weil sie seitens der Kostenträger die wesentliche Informations- und Referenzquelle bilden und maßgeblich für deren Entscheidungsverhalten sind.¹ Gleichwohl ist hervorzuheben, dass immerhin gut ein Viertel der Krankenhäuser angab, bei ihnen würde eine hohe Evidenzbasierung der NUB keine große Rolle in den Verhandlungen mit den Kostenträgern spielen.

¹ Vgl. Kap. 3.4

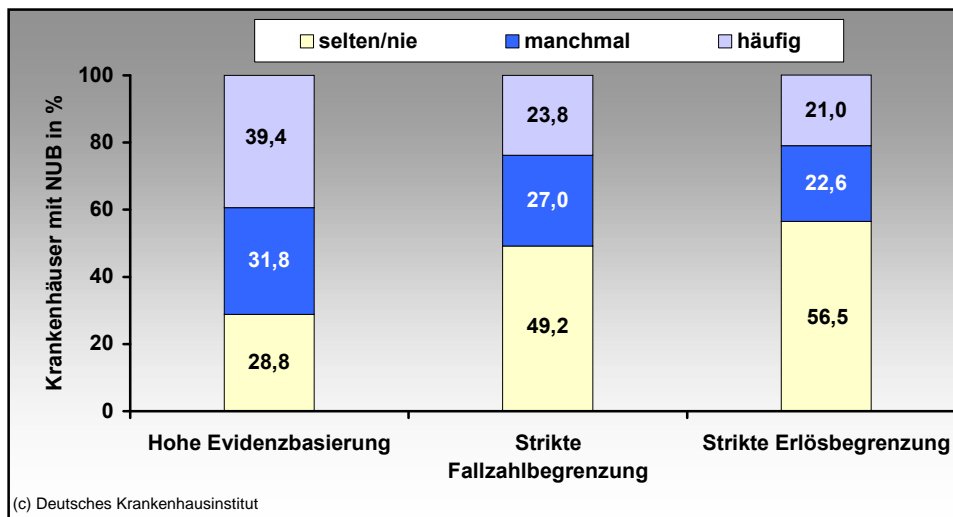


Abb. 11: Hauptgründe für die Vereinbarung von NUB

Neben der Evidenzbasierung bilden eine strikte Begrenzung von Fallzahlen bzw. Erlösen bei NUB weitere erfolgskritische Faktoren. Bei jeweils knapp der Hälfte der Krankenhäuser haben diesbezügliche Verständigungen häufig oder manchmal NUB-Vereinbarungen begünstigt.

Demgegenüber sind die übrigen erfragten Gründe von eher untergeordneter Bedeutung (Abb. 12): Ein besonderes Wohlwollen der Kostenträger vor Ort, Zugeständnisse der Krankenhäuser bei anderen Verhandlungsthemen oder eine Unterstützung von NUB-Anträgen durch die Industrie fördern zumindest gelegentlich die Vereinbarung von NUB bei medizinischen Innovationen. Die Drohung mit der Schiedsstelle respektive die Einschaltung der Schiedsstelle sind hingegen keine wirksamen Instrumente. Auch im Rahmen einer offenen Frage konnten keine weiteren Einflussfaktoren identifiziert werden.

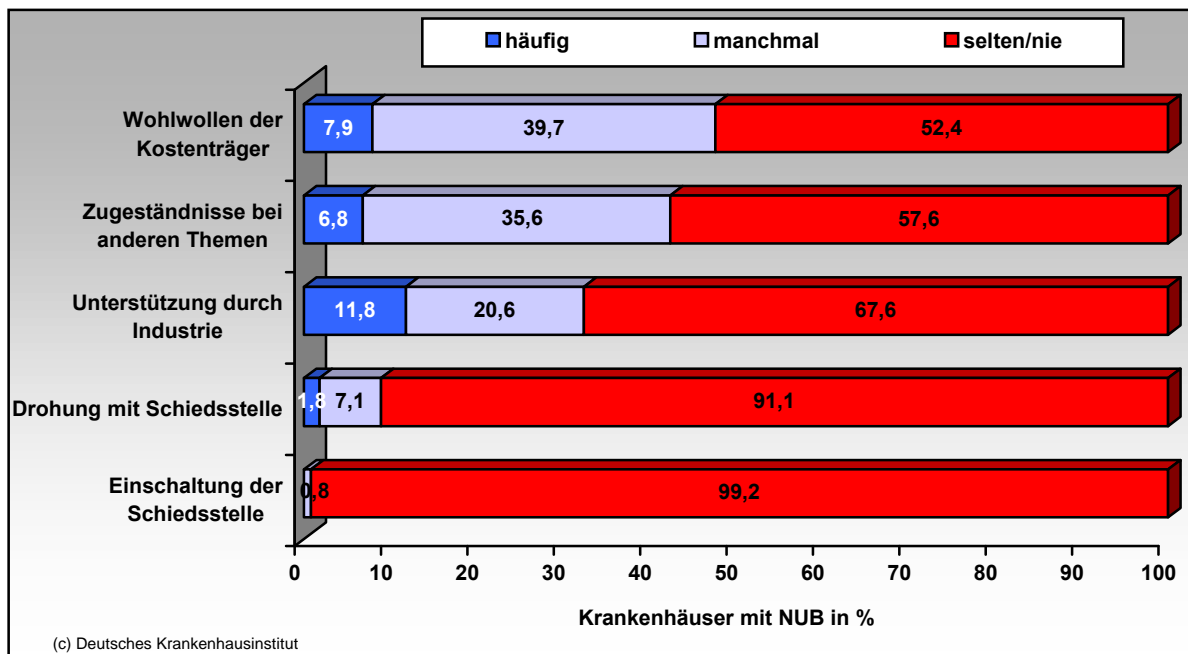


Abb. 12: Sonstige Gründe für die Vereinbarung von NUB

Tab. 7 zeigt die erfolgskritischen Faktoren nach Krankenhausgröße. Nach Bettengrößenklassen gab es nur einen statistisch signifikanten Unterschied. Demnach hat bei größeren Krankenhäusern und hier insbesondere bei Universitätskliniken die etwaige Unterstützung durch die Industrie keinen positiven Effekt auf den Abschluss von NUB-Vereinbarungen. Größere Krankenhäuser sind stattdessen bei NUB eher auf das Wohlwollen ihrer Kostenträger vor Ort angewiesen. Darüber hinaus sind strikte Fallzahl- und Erlösbegrenzungen bei kleineren Krankenhäusern unter 300 Betten tendenziell weniger wichtig für eine erfolgreiche NUB-Vereinbarung, möglicherweise vor allem auf Grund begrenzter Möglichkeiten zur Mengenexpansion.

Tab. 7: Erfolgsfaktoren von NUB-Vereinbarungen nach Krankenhausgröße (Chi²-Test)

	Bettengrößenklassen (in Prozent)												p
	KH unter 300 Betten			KH mit 300-599 Betten			KH ab 600 Betten (ohne UK)			Universitäts- kliniken			
	h	m	n	h	m	n	h	m	n	h	m	n	
Besonderes Wohlwollen der Kostenträger vor Ort	22	22	56	4	35	62	0	63	47	22	44	33	n.s.
Zugeständnisse bei anderen Verhandlungsthemen	0	11	89	4	33	63	13	38	50	10	60	30	n.s.
Unterstützung NUB-Anträge durch die Industrie	22	11	67	21	28	52	0	25	75	0	0	100	p<0.05
Drohung mit Schiedsstelle	0	0	100	0	14	86	6	0	94	0	10	90	n.s.
Strikte Fallzahlbegrenzung bei NUB	0	33	67	28	24	48	26	32	42	30	20	50	n.s.
Strikte Erlösbegrenzung bei NUB	0	25	75	22	22	56	29	24	47	20	20	60	n.s.
Hohe Evidenzbasierung von NUB	22	44	33	43	37	20	44	17	39	33	33	33	n.s.

h = häufig, m = manchmal, n = nie/selten

Vorbehaltlich der geringen statistischen Basis gibt die Regionalanalyse für ausgewählte Items zumindest Hinweise auf ein regional unterschiedliches Vorgehen der Kostenträger bei NUB: So spielen Fallzahlbegrenzungen bei NUB in den neuen Bundesländern eine signifikant größere Rolle als in den alten Ländern. Im Westen ist man hingegen eher auf ein besonderes Wohlwollen der Kostenträger vor Ort angewiesen als im Osten, wenngleich der Unterschied statistisch nicht signifikant ist (Tab. 8).

Tab. 8: Erfolgsfaktoren von NUB-Vereinbarungen nach Regionen (Chi²-Test)

	KH in alten Bundesländern			KH in neuen Bundesländern			p
	(in Prozent)						
	h	m	n	h	m	n	
Besonderes Wohlwollen der Kostenträger vor Ort	8	47	45	7	14	79	n.s.
Zugeständnisse bei anderen Verhandlungsthemen	9	35	57	0	39	62	n.s.
Unterstützung NUB-Anträge durch die Industrie	8	23	69	25	13	63	n.s.
Drohung mit Schiedsstelle	0	7	93	8	8	83	n.s.
Strikte Fallzahlbegrenzung bei NUB	27	19	54	13	53	33	p<0.05
Strikte Erlösbegrenzung bei NUB	23	19	58	14	36	50	n.s.
Hohe Evidenzbasierung von NUB	40	34	26	39	23	39	n.s.

h = häufig, m = manchmal, n = nie/selten

- Alles in allem lässt sich festhalten, dass sich die Wahrscheinlichkeit einer NUB-Vereinbarung deutlich erhöht, wenn die Kostenträger eine Evidenzbasierung für die jeweiligen NUB gegeben sehen und die Kosten über Fallzahl- oder Erlösvorgaben steuern können. Konsequenterweise bedeutet dies, dass letztlich und maßgeblich die Kostenträger über die Erstattungsfähigkeit von NUB entscheiden. Angesichts partieller Varianzen im Entscheidungsverhalten nach Krankenhausgröße und regionaler Lage wäre die Einheitlichkeit ihrer Vorgehensweisen ggf. zu problematisieren.

3.6 Verhandlungstaktik bei NUB

NUB sind im Rahmen der Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern nur ein Thema unter vielen. Wie erwähnt, hat für viele Krankenhäuser die Vereinbarung von NUB nicht einmal eine besondere Wichtigkeit und Dringlichkeit. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, inwieweit NUB auch zu verhandlungstaktischen Zwecken eingesetzt werden, um bei Preisgabe im Gegenzug andere Ziele durchsetzen zu können.

Dies ist indes vergleichsweise selten der Fall (Abb. 13). Nur ein Viertel der Krankenhäuser setzt NUB zumindest manchmal zu verhandlungstaktischen Zwecken im genannten Sinne

ein. Die große Mehrheit der Krankenhäuser (72,4%) verneinte hingegen die entsprechende Frage.



Abb. 13: Einsatz von NUB zu verhandlungstaktischen Zwecken durch Krankenhäuser

Analog zur eigenen Verhandlungstaktik wurden die Krankenhäuser überdies um eine Einschätzung dazu gebeten, inwieweit NUB von den Kostenträgern verhandlungstaktisch instrumentalisiert, also gezielt abgelehnt werden, um bei Preisgabe im Gegenzug andere Ziele durchsetzen zu können. Dies ist allerdings auch hier nur begrenzt der Fall (Abb. 14): Nach Einschätzung der Krankenhäuser nutzen 63% der Kostenträger NUB selten oder nie aus verhandlungstaktischen Gründen und 31% tun dies nur manchmal.



Abb. 14: Einsatz von NUB zu verhandlungstaktischen Zwecken durch die Kostenträger

Tab. 9 zeigt die Ergebnisse nach Bettengrößenklassen. Tendenziell werden NUB eher in kleineren Einrichtungen zu verhandlungstaktischen Zwecken eingesetzt, allerdings sind die Unterschiede nach Krankenhausgröße nicht statistisch signifikant. In größeren Krankenhäusern bzw. Universitätskliniken mit zahlreichen NUB oder NUB-Anträgen werden NUB hingegen kaum zu verhandlungstaktischen Zwecken eingesetzt. Umgekehrt verhält es sich bei den Kostenträgern, welche NUB in den Universitätskliniken überproportional häufig zu verhandlungstaktischen Zwecken einsetzen. Regional gab es in dieser Hinsicht keine signifikanten Unterschiede zwischen alten und neuen Bundesländern.

Tab. 9: Einsatz von NUB zu verhandlungstaktischen Zwecken nach Krankenhausgröße (Chi²-Test)

	Bettengrößenklassen												p
	(in Prozent)												
	KH unter 300 Betten			KH mit 300-599 Betten			KH ab 600 Betten (ohne UK)			Universitätskliniken			
	h	m	n	h	m	n	h	m	n	h	m	n	
Einsatz von NUB zu verhandlungstaktischen Zwecken durch Krankenhäuser	10	24	67	0	32	69	0	18	82	0	18	82	n.s.
Einsatz von NUB zu verhandlungstaktischen Zwecken durch Kostenträger	0	26	74	2	34	64	12	31	58	25	25	50	n.s.

h = häufig, m = manchmal, n = nie/selten

- Insgesamt lässt sich somit festhalten, dass NUB weder von den Krankenhäusern noch von den Kostenträgern vorwiegend zu verhandlungstaktischen Zwecken instrumentalisiert werden. In einem Teil der Krankenhäuser mag dies die geringe Priorität und damit das geringe verhandlungstaktische Potenzial von NUB widerspiegeln, in einem anderen Teil deren Dringlichkeit und Wichtigkeit reflektieren.

3.7 Schiedsstellenverfahren zu NUB

NUB-Vereinbarungen sind schiedsstellenfähig. Vor diesem Hintergrund wurden die Krankenhäuser gefragt, ob sie seit 2007 schon einmal die Schiedsstelle angerufen haben, weil es zu keiner Vereinbarung von NUB mit den Kostenträgern kam. Allerdings behauptete nur ein Stichprobenkrankenhaus, deswegen in diesem Zeitraum die Schiedsstelle angerufen zu haben.

Das entsprechende Krankenhaus gab an, bei immerhin ca. 20 NUB die Schiedsstelle angerufen zu haben, weil es zu keiner Vereinbarung mit den Kostenträgern hierzu gekommen sei. Angaben zum Ergebnis des Schiedsstellenverfahrens wurden nicht gemacht.

- Faktisch sind NUB also einstweilen nicht Gegenstand von Schiedsstellenverfahren. Selbst bei hoher Relevanz im Krankenhaus ist die Vereinbarung von NUB mithin nicht so dringlich, dass man aus diesem Grunde die Schiedsstelle anruft.

3.8 Probleme mit NUB

Die Budgetverhandlungen finden vielfach erst unterjährig statt. Da bis zur Novellierung der Innovationsklausel des KHEntgG dort NUB mitverhandelt wurden, wurden sie somit häufig erst im Laufe des Jahres vereinbart. Daraus können Probleme entweder mit der rückwirkenden Vergütung von NUB für das entsprechende Jahr resultieren, falls die Kostenträger NUB erst ab dem Zeitpunkt der Budgetvereinbarung zahlen, oder aber mit der Erbringung von NUB, falls die Finanzierung noch ungeklärt ist.

Ein Drittel der Krankenhäuser gab an, häufig Probleme mit der rückwirkenden Vergütung von NUB auf Grund einer verspäteten Entgeltvereinbarung zu haben. In gut einem Fünftel der Häuser ist dies manchmal der Fall. In der Summe stellt somit die rückwirkende Vergütung von NUB für die Mehrzahl der Krankenhäuser ein mehr oder weniger großes Problem dar.

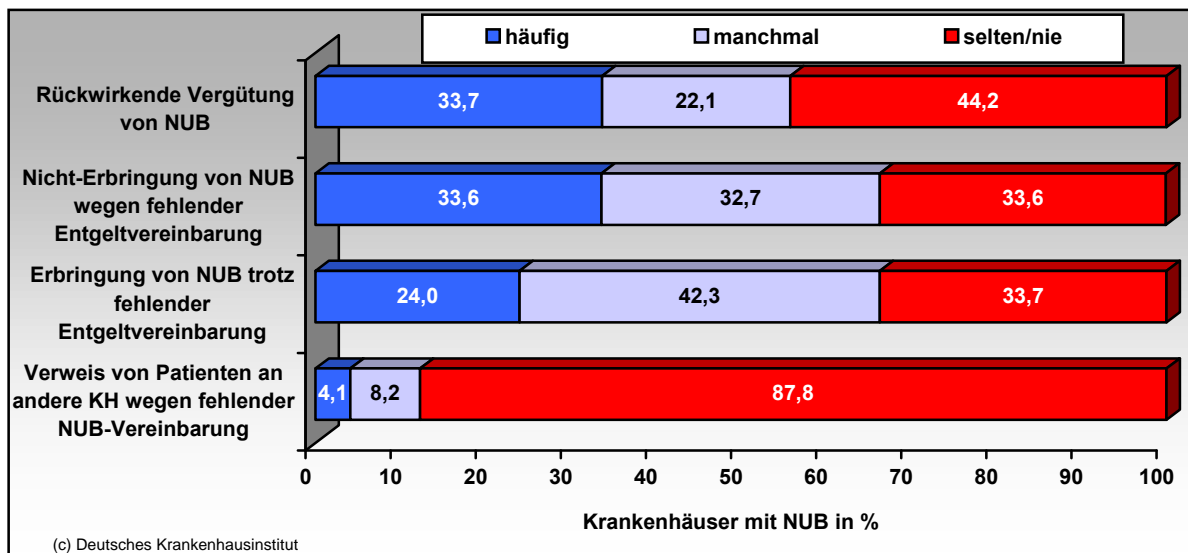


Abb. 15: Probleme mit NUB

Wenn keine NUB-Vereinbarung vorliegt, sei es wegen der Ablehnung der Kostenträger oder weil die Verhandlungen noch nicht abgeschlossen sind, hat das Krankenhaus grundsätzlich zwei Möglichkeiten: die Erbringung oder Nicht-Erbringung der jeweiligen NUB. In dieser Hinsicht gibt es allerdings keine eindeutigen Tendenzen. Jeweils rund ein Drittel der Krankenhäuser führt die Nicht-Erbringung von NUB wegen fehlender Entgeltvereinbarungen in abgestufter Häufigkeit an. Näherungsweise vergleichbare Anteile von Krankenhäusern erbringen NUB trotz fehlender Entgeltvereinbarung (Abb. 15).

Gleichwohl kommt es eher selten vor, dass Patienten wegen einer fehlenden NUB-Vereinbarung an andere Krankenhäuser verwiesen werden, die ggf. die entsprechende NUB erbringen. In nur gut 10% der Einrichtungen ist dies häufig oder manchmal der Fall. D.h. die entsprechenden Patienten werden überwiegend entweder mit etablierten oder traditionellen Behandlungs- oder Untersuchungsmethoden im jeweiligen Krankenhaus behandelt oder die Erbringung von NUB wird vom Krankenhaus selbst bzw. anderweitig finanziert.

Die Auswertung nach Krankenhausgröße ergab, dass in allen Bettengrößenklassen die Mehrzahl der Krankenhäuser Probleme mit der rückwirkenden Vergütung von NUB hat. Des Weiteren zeigt sich, dass vor allem die Universitätskliniken mit einer hohen Zahl von NUB bzw. NUB-Anträgen häufig NUB trotz fehlender Entgeltvereinbarung erbringen, vielfach NUB infolge einer fehlenden Vereinbarung aber auch nicht anwenden (Tab. 10). Die Vorgehens-

weise hängt also hier von den jeweiligen NUB bzw. den individuellen Rahmenbedingungen ab.

Tab. 10: Probleme mit NUB nach Krankenhausgröße (Chi²-Test)

	Bettengrößenklassen (in Prozent)												p
	KH unter 300 Betten			KH mit 300-599 Betten			KH ab 600 Betten (ohne UK)			Universitäts- kliniken			
	h	m	n	h	m	n	h	m	n	h	m	n	
Probleme mit der rückwirkenden Vergütung von NUB	31	25	44	28	23	49	40	20	40	46	18	36	n.s.
Nicht-Erbringung von NUB wegen fehlender Entgeltvereinbarung	24	18	59	25	35	40	46	39	15	64	27	9	p<0.05
Erbringung von NUB trotz fehlender Entgeltvereinbarung	5	52	42	22	39	39	27	46	27	60	30	10	n.s.
Verweis von Patienten an andere Krankenhäuser wegen fehlender NUB-Vereinbarung	6	6	89	7	9	84	0	11	89	0	0	100	n.s.

h = häufig, m = manchmal, n = nie/selten

In regionaler Betrachtung gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen alten und neuen Bundesländern hinsichtlich der Erbringung und Vergütung von NUB. Dies schließt kleinräumigere Differenzen ausdrücklich nicht aus (Tab. 11).

Tab. 11: Probleme mit NUB nach Regionen (Chi²-Test)

	KH in alten Bundesländern			KH in neuen Bundesländern			p
	(in Prozent)						
	h	m	n	h	m	n	
Probleme mit der rückwirkenden Vergütung von NUB	34	21	45	33	25	42	n.s.
Nicht-Erbringung von NUB wegen fehlender Entgeltvereinbarung	37	31	32	23	39	39	n.s.
Erbringung von NUB trotz fehlender Entgeltvereinbarung	28	44	28	12	39	50	n.s.
Verweis von Patienten an andere Krankenhäuser wegen fehlender NUB-Vereinbarung	4	8	88	4	8	89	n.s.

h = häufig, m = manchmal, n = nie/selten

- Zumindest auf Basis der alten Rechtslage ohne die Möglichkeit von NUB-Vereinbarungen unabhängig von den Budgetverhandlungen bildet die rückwirkende Vergütung von NUB wegen verspäteter Entgeltvereinbarung ein zentrales Praxisproblem. Teilweise verhindert oder verzögert dies die Erbringung von NUB, teilweise erschwert oder verhindert es die Finanzierung von erbrachten NUB seitens der Krankenhäuser.

3.9 Neuregelung der Innovationsklausel

Die Verknüpfung von NUB- und Budgetvereinbarung in Verbindung mit den vielfach unterjährig geführten Verhandlungen haben in der Vergangenheit häufig zu Problemen mit der Erbringung und Vergütung von NUB geführt. Auch vor diesem Hintergrund hat der Gesetzgeber im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes die Innovationsklausel gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG zwischenzeitlich geändert. Danach können NUB frühzeitig im Jahr und unabhängig von der Vereinbarung des Erlösbudgets vereinbart werden.

Von dieser Neuregelung will die Mehrzahl der Krankenhäuser, die schon in der Vergangenheit NUB-Anträge gestellt haben, in den nächsten Jahren verstärkt Gebrauch machen (Abb. 16). Rund 57% dieser Befragungsteilnehmer bejahte eine entsprechende Frage. Vor allem die Universitätskliniken wollen die novellierte Innovationsklausel überproportional nutzen (Tab. 12).

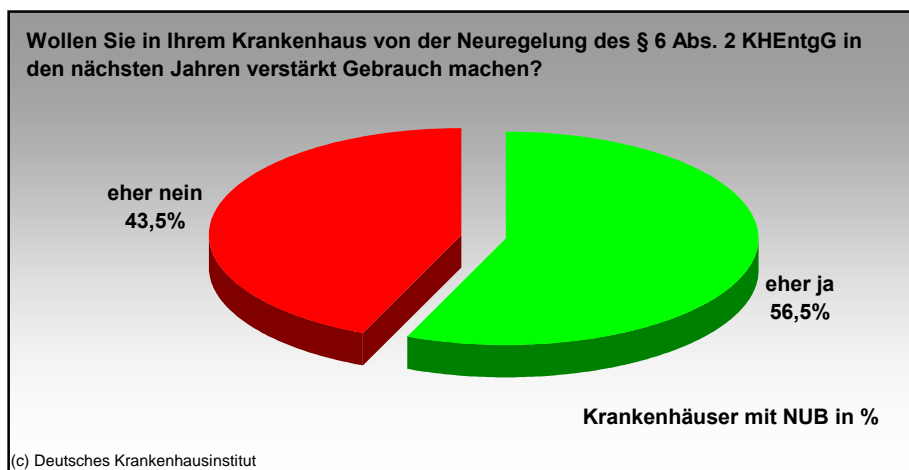


Abb. 16: Akzeptanz der novellierten Innovationsklausel zu NUB

Tab. 12: Akzeptanz der novellierten Innovationsklausel zu NUB nach Krankenhausgröße (Chi²-Test)

	Bettengrößenklassen (in Prozent)			
	KH unter 300 Betten	KH mit 300-599 Betten	KH ab 600 Betten (ohne UK)	Universitäts- kliniken
eher ja	52	53	61	73
eher nein	48	47	39	27

p (Chi²) < 0,05

Nach den Ergebnissen der Krankenhausbefragung wird schon in diesem Jahr von der Neuregelung rege Gebrauch gemacht (Abb. 17). Zwar haben erst 7% der Krankenhäuser auf dieser Basis NUB vereinbart; im Mittel (Median) waren dies 10 NUB. 84% der Einrichtungen gaben aber an, Verhandlungen hierzu terminiert oder aufgenommen zu haben - gemäß der Fragestellung ausdrücklich unabhängig von den Budgetverhandlungen. Angesichts des sehr hohen Prozentsatzes muss offen bleiben, ob diese Bedingung von den Befragungsteilnehmer stets beachtet wurde respektive der Wert überhöht ist. Auf telefonische Nachfrage¹ berichteten die befragten Häuser jedoch überwiegend, dass NUB-Verhandlungen entweder unabhängig von den Budgetverhandlungen aufgenommen bzw. teilweise schon vor deren

¹ Vgl. Kap. 1.3

Ende NUB-Entgelte vereinbart worden sind. Wie auch immer, selbst bei einer gewissen Überschätzung würden die Ergebnisse immer noch belegen, dass die novellierte Innovationsklausel des KHEntgG in hohem Maße von den Krankenhäusern mit NUB angenommen wird.

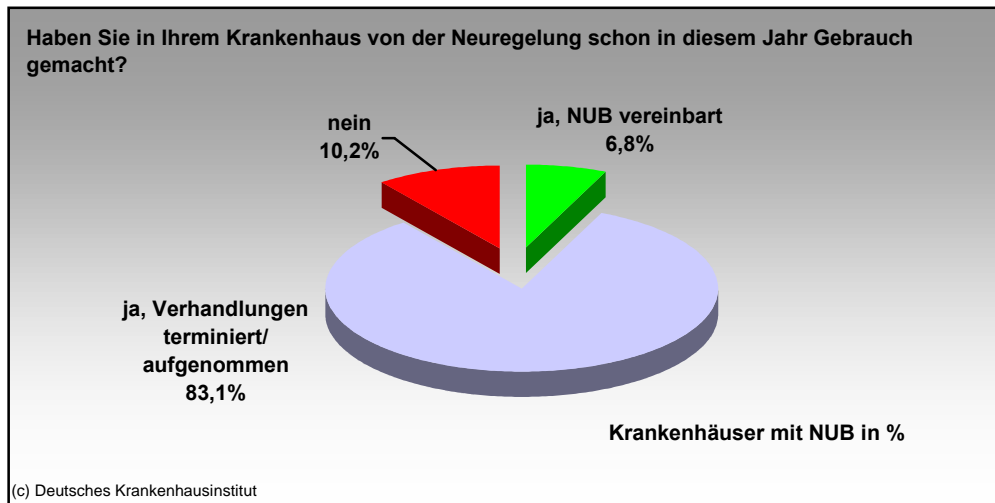


Abb. 17: Anwendung der novellierten Innovationsklausel zu NUB

- Die Neuregelung des § 6 Abs. 2 KHEntgG schafft im Grundsatz die Voraussetzung dafür, die Probleme einer rückwirkenden Vergütung von NUB zu vermeiden oder zumindest merklich abzuschwächen. Deswegen trifft die Neuregelung bereits kurz nach ihrem Inkrafttreten auf eine hohe Akzeptanz und Anwendung.

4 Statistische Angaben zu NUB

4.1 Anzahl der NUB-Anträge

Laut Angaben des InEK wurden im Jahr 2007 für das Jahr 2008 insgesamt 8.212 NUB-Anträge gestellt, allerdings bereinigt um inhaltliche Duplikate und inklusive der stellvertretenden Anfragen. Eine entsprechende Bereinigung bzw. Differenzierung war im Rahmen der Krankenhausbefragung des vorliegenden Projektes nicht möglich. Aus diesem Grunde sowie auf Grund von Stichprobeneffekten weicht daher die Anzahl der NUB-Anträge und deren Verteilung über die verschiedenen Statuskategorien leicht von den InEK-Daten ab.

Die statistischen Angaben zu NUB beziehen sich abermals nur auf diejenigen Krankenhäuser, welche zumindest gelegentlich NUB-Anträge stellen.¹ Krankenhäuser, die noch nie einen Antrag gestellt haben, finden ausdrücklich keine Berücksichtigung.

Im statistischen Durchschnitt hat die genannte Gruppe von Krankenhäusern im Jahr 2007 15,4 NUB-Anträge für das Jahr 2008 an das InEK gestellt. Allerdings sind die Werte sehr schief verteilt. So beträgt der Median der Verteilung sieben Anträge. Der untere Quartilswert liegt bei gut zwei Anträgen und der obere Quartilswert bei 21,5 Anträgen.

Erwartungsgemäß nehmen die NUB-Anträge mit steigender Krankenhausgröße signifikant zu (Tab. 13). So stellen kleinere Häuser unter 300 Betten, welche überhaupt am NUB-Verfahren teilnehmen, im Mittel (Median) zwei Anträge. In den Großkrankenhäusern ab 600 Betten sind es bereits 15 Anträge. NUB-Anträge konzentrieren sich insbesondere auf die Universitätskliniken. Hier liegt der Median der Verteilung bei 43 NUB-Anträgen, das arithmetische Mittel bei 55 und der obere Quartilswert bei 75 Anträgen.

¹ Vgl. Kap. 3.2

Tab. 13: Anzahl der NUB-Anträge für 2008

	Mittelwert	Median	Unterer Quartilswert	Oberer Quartilswert	Standardabweichung
KH Gesamt	15,4	7,0	2,3	21,5	19,3
KH unter 300 Betten	4,7	2,0	2,0	6,5	4,8
KH mit 300-599 Betten	9,3	5,0	2,0	11,8	10,2
KH ab 600 Betten (ohne UK)	17,4	15,0	3,8	27,5	14,1
Universitätskliniken	55,4	43,0	35,0	75,0	25,3
KH in alten Bundesländern	17,1	8,0	3,0	25,8	20,7
KH in neuen Bundesländern	10,0	5,0	2,0	11,8	12,3

Trotz der Überrepräsentanz großer Krankenhäuser in den neuen Bundesländern fällt hier die Anzahl der NUB-Anträge mit einem Median von fünf Anträgen niedriger aus als in den alten Ländern bei einem Median von acht Anträgen.

- Zwar beteiligen sich die Krankenhäuser nur selektiv am NUB-Verfahren. Sofern sie aber teilnehmen, stellen sie in der Regel mehrere Anträge. Das Antragsvolumen ist dabei innerhalb wie zwischen den Bettengrößenklassen sehr ungleich verteilt.

4.2 Erfolgsquoten der NUB-Anträge beim InEK

Im Jahr 2008 hat das InEK über die im Jahr 2007 von den Krankenhäusern eingereichten Anträge entschieden. Entsprechend dem Prüfverfahren wird dem Antrag ein Status zugewiesen.¹ In der Erhebung wurde nach den Anträgen gefragt, die den Status 1 (positiver Bescheid) bzw. Status 2 (negativer Bescheid) erhalten haben. Die Statusgruppen 3 und 4 sind statistisch von untergeordneter Bedeutung und bilden im Folgenden lediglich eine Restkategorie.

Basierend auf den Angaben der Krankenhäuser wurden Erfolgsquoten für die NUB-Anträge ermittelt, welche sich aus der Relation der Anträge mit Status 1 oder Status 2 zu der Gesamtzahl der gestellten Anträge ergeben. Diese Erfolgsquoten geben Auskunft darüber, wie viele Anträge auf NUB ihr Ziel erreichen konnten oder nicht. Es geht also nicht um die Zahl

¹ Vgl. ausführlich Kap. 2.3

unterschiedlicher Methoden, die den Status 1 oder 2 erhalten haben. Diese Angaben können der Veröffentlichung des InEK zu den "Informationen nach § 6 Abs. 2 KHEntg für 2008: Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden" entnommen werden.

Im Jahr 2008 erhielten rund 57% aller NUB-Anträge der Stichprobenprobenkrankenhäuser den Status 1¹. Für das Jahr 2006, als eine entsprechende Frage schon einmal im *DKI-Krankenhaus Barometer* gestellt wurde, lag der Anteil der Anträge mit Status 1 noch bei 44%.² Vorbehaltlich von Stichprobeneffekten deutet diese Steigerung auf ein fokussierteres Antragsverhalten der Krankenhäuser in den letzten Jahren hin.

Die Erfolgsquoten der NUB-Anträge nehmen mit steigender Krankenhausgröße tendenziell ab. In den Universitätskliniken mit dem größten Antragsvolumen erreicht etwa nur jeder zweite Antrag (48,7%) den Status 1. In allen übrigen Bettengrößenklassen fallen dagegen die Erfolgsquoten von NUB-Anträgen überproportional aus. Demgegenüber ist der Anteil der NUB-Anträge, welche vom InEK den Status 1 erhalten, in den alten und neuen Bundesländern nahezu identisch (Abb. 18).

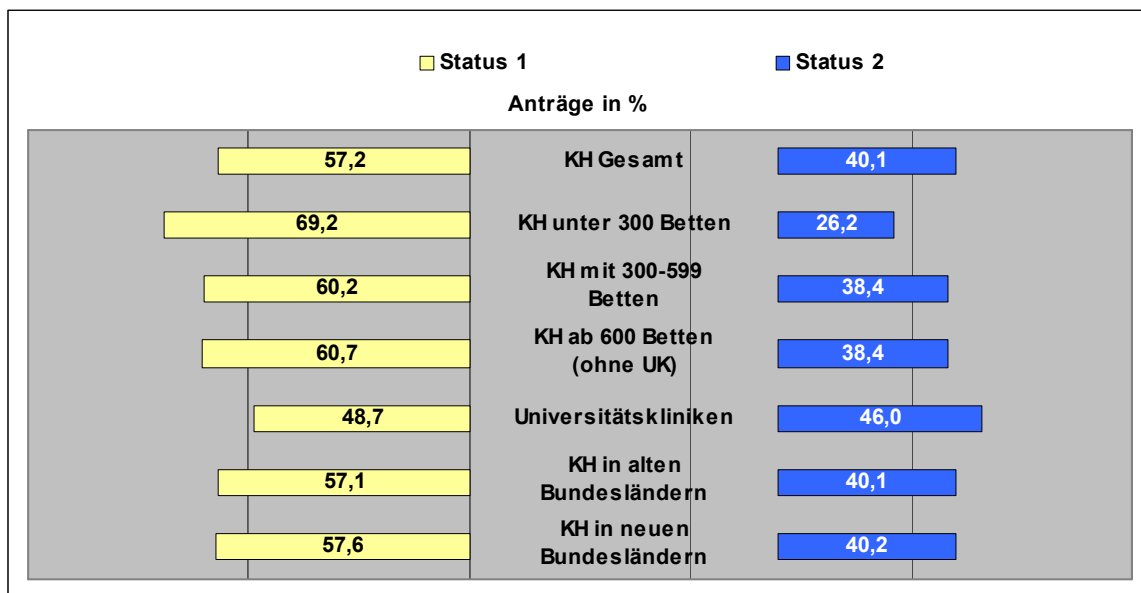


Abb. 18: NUB-Anträge mit Status 1 und Status 2 für 2008³

¹ Laut Aufstellung des InEK erhielten rund 52% der NUB-Anträge des Status 1. Die Unterschiede sind durch Stichprobeneffekte und einen teilweise abweichenden Erlassungsmodus erklärbar (vgl. Kap. 4.1).

² DKI, 2007

³ Fehlende Angaben zu 100% = Anträge mit Status 3 oder Status 4 und keine Angabe

- Festzuhalten bleibt, dass trotz steigender Tendenz nur gut jeder zweite NUB-Antrag vom InEK positiv beschieden wird. Vor allem die Universitätskliniken mit großem Antragsvolumen haben überproportional Probleme, für ihre Anträge den Status 1 zu erhalten.

4.3 Erfolgsquoten medizintechnischer NUB-Anträge beim InEK

Von den Erfolgsquoten der NUB-Anträge insgesamt sind die Erfolgsquoten der Anträge zu unterscheiden, welche sich ausdrücklich auf medizintechnische Innovationen beziehen. Zu diesem Zweck sollten die Krankenhäuser konkret angeben, wie viele Anträge mit Status 1 bzw. Status 2 medizintechnische NUB erfassen.

Insgesamt machen medizintechnische Innovationen 30% aller NUB-Anträge aus, sind also insbesondere im Vergleich zu pharmazeutischen Innovationen in der Minderheit. Abgesehen von kleineren Krankenhäusern mit deutlich unterproportionalem Anteil an medizintechnischen NUB-Anträgen (15,2%), gibt es ansonsten keine nennenswerten Unterschiede weder nach Bettengrößenklassen noch nach regionaler Lage (Abb. 19).

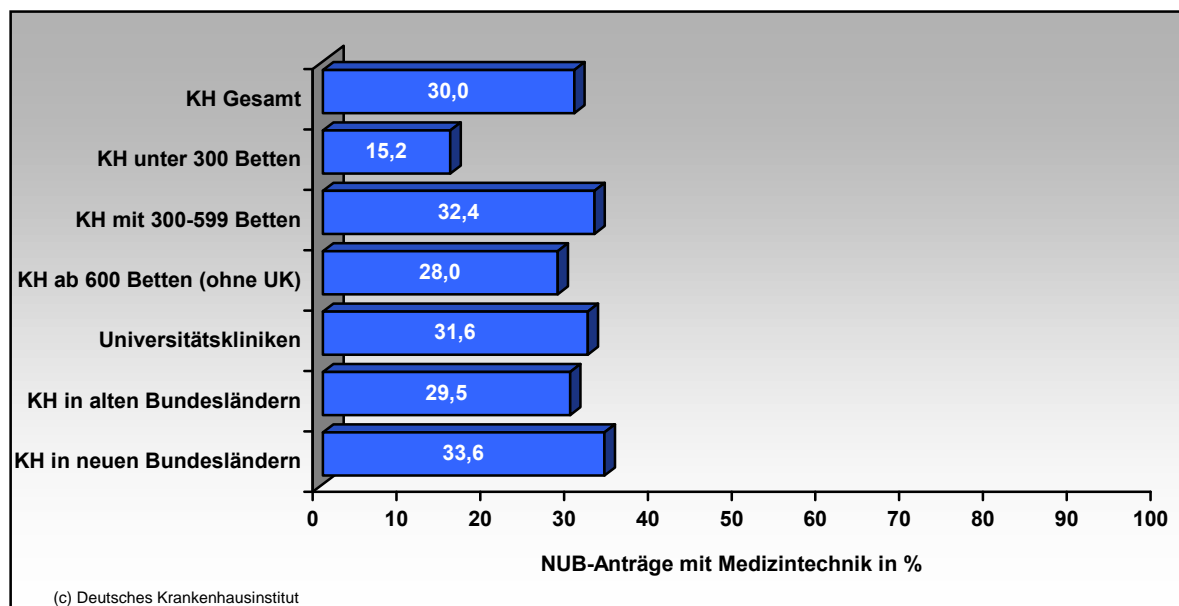


Abb. 19: Anteil medizintechnischer NUB an allen NUB-Anträgen für 2008

Abb. 20 weist zunächst die Anteile der medizintechnischen NUB-Anträge jeweils an den Anträgen mit Status 1 und Status 2 aus. Demnach beziehen sich 18,8% aller Anträge mit Status 1 auf medizintechnische Innovationen sowie 44% aller Status-2-Anträge. Stellt man in Rechnung, dass 30% aller NUB-Anträge medizintechnischer Art sind, so fällt die Erfolgsquote für

medizintechnische NUB insgesamt unterdurchschnittlich aus. Das gilt gleichermaßen für alle Bettengrößenklassen sowie für die alten und neuen Bundesländer.

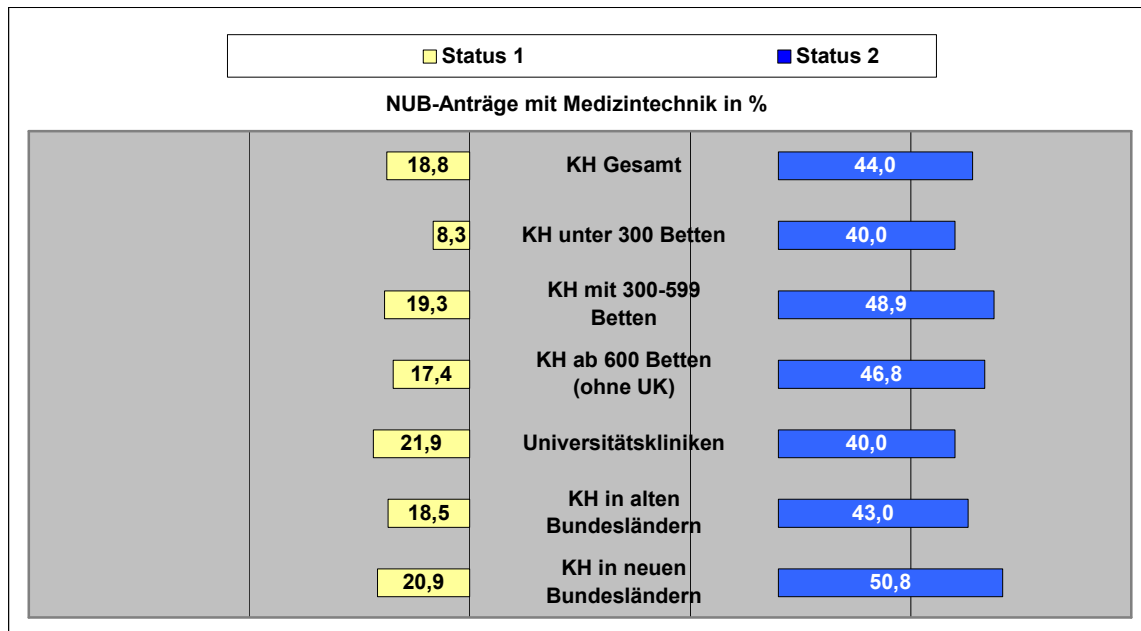


Abb. 20: Anteil medizintechnischer NUB an allen Anträgen mit Status 1 oder Status 2 für 2008

Abb. 21 weist die Erfolgsquoten ausschließlich für NUB-Anträge mit medizintechnischen Innovationen aus, also der Anteil dieser Anträge, welche vom InEK den Status 1 erhalten haben. Demzufolge erreicht nur gut ein Drittel (34,7%) der medizintechnischen NUB-Anträge den Status 1. Zum Vergleich: Die Erfolgsquote für NUB-Anträge insgesamt liegt bei 57%. D.h. medizintechnische Innovationen haben schon auf der ersten Stufe des Prüfverfahrens geringere Erfolgsaussichten als andere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Das gilt abermals für alle erfassten Krankenhausgrößen und Regionen.

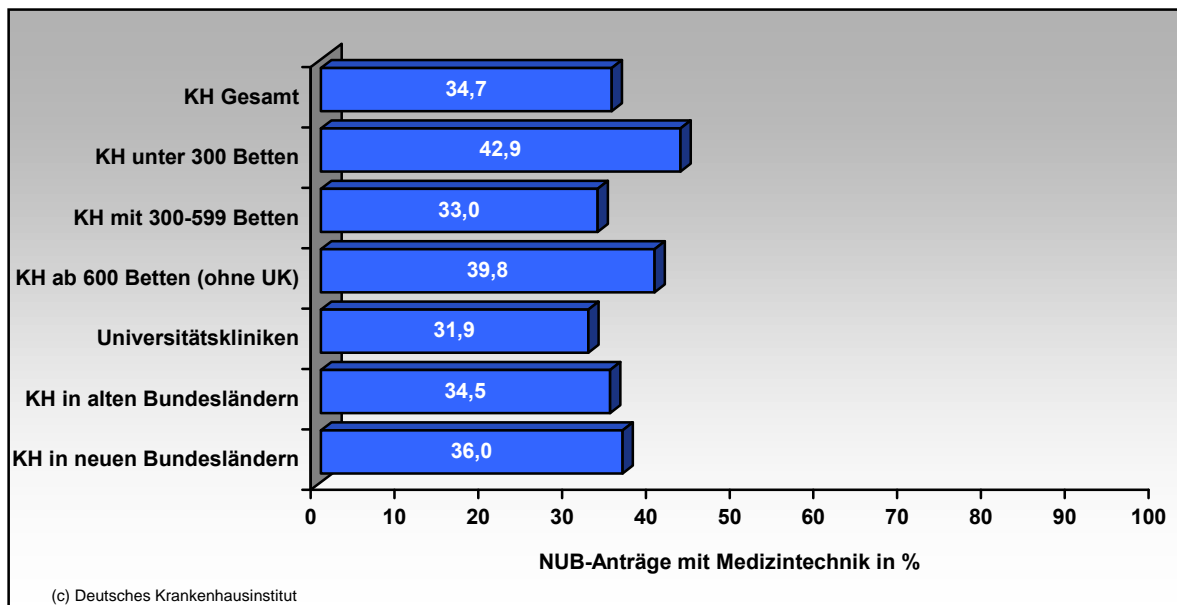


Abb. 21: Medizintechnische NUB-Anträge mit Status 1 für 2008 in %

- Insgesamt sind medizintechnische Innovationen sowohl unter den NUB-Anträgen insgesamt als auch unter den Status-1-Anträgen unterrepräsentiert. In dieser Hinsicht haben sie daher größere Probleme, die finanzielle Erstattungsfähigkeit zu erlangen, als andere neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

4.4 NUB-Vereinbarungen mit Kostenträgern

Nach der etwaigen Bewilligung durch das InEK bildet die Vereinbarung mit den Kostenträgern die letzte Stufe im Prüfverfahren für NUB. 73% der Krankenhäuser, die mindestens einen Antrag mit Status 1 hatten, haben für das Jahr 2008 krankenhaushausindividuelle Entgelte vereinbart. Verglichen mit 2006 ist dies eine Steigerung um rund 14 Prozentpunkte.¹ Auch angesichts ihres großen Antragsvolumens gelang es allen Universitätskliniken in der Stichprobe, Vereinbarungen zu schließen. In den übrigen Bettengrößenklassen fielen die entsprechenden Anteilswerte leicht unterproportional aus (Abb. 22).

¹ Vgl. DKI, 2007

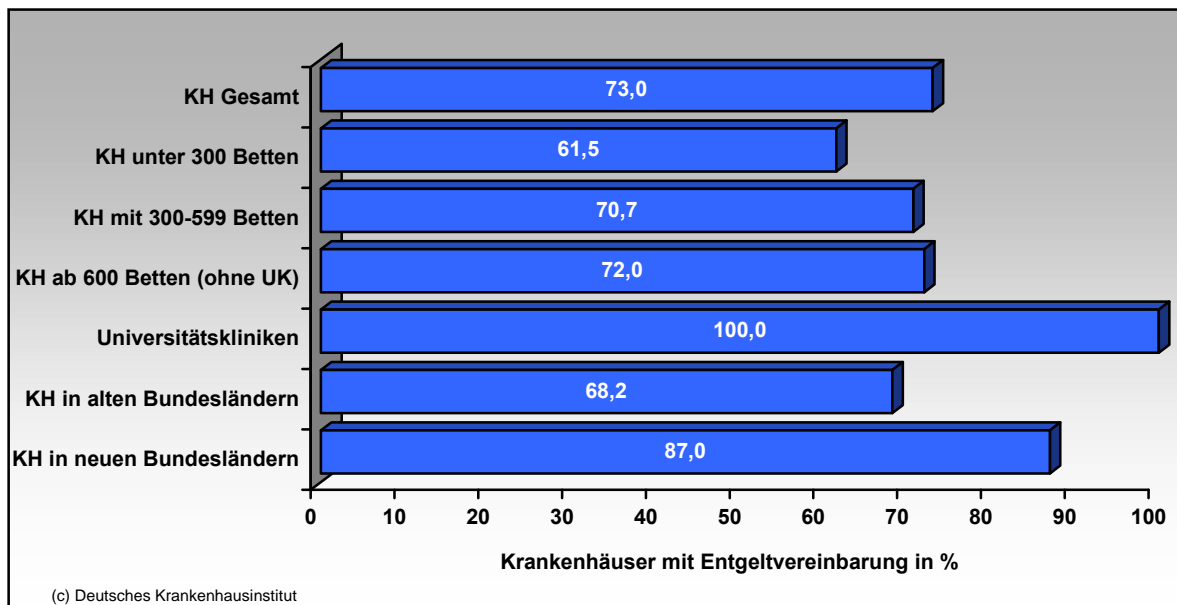


Abb. 22: Anteil der Krankenhäuser mit Entgeltvereinbarung an Krankenhäusern mit Status-1-Anträgen in 2008

Krankenhäuser mit Entgeltvereinbarungen hatten im Durchschnitt 18,5 NUB-Anträge bzw. 10,4 Anträge mit Status 1. Einrichtungen ohne jegliche Entgeltvereinbarung wiesen durchschnittlich 6,3 NUB-Anträge respektive 4,3 Status-1-Anträge auf. Diese Verteilung spiegelt insofern die größeren Erfolgsaussichten von NUB-Vereinbarungen in größeren Krankenhäusern mit entsprechendem Antragsvolumen wider.

Im arithmetischen Mittel konnten die Häuser mit Entgeltvereinbarungen für 7,7 NUB ein krankenhausesindividuelles Entgelt vereinbaren. Bei abermals schiefer Verteilung lag der Median der Verteilung bei 4 NUB-Entgelten, der untere Quartilswert bei einem Entgelt und der obere Quartilswert bei 13 Entgelten. Nach Krankenhausgröße resultierte der übliche Gradient. Die höchste Anzahl an krankenhausesindividuellen Entgelten wird in Universitätskliniken mit durchschnittlich 24,5 NUB erzielt (Tab. 14).

- Trotz abnehmender Tendenz verhindert ein grundsätzliches Scheitern der NUB-Entgeltvereinbarung mit den Kostenträgern in gut einem Viertel der Krankenhäuser mit Status-1-Anträgen die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

Tab. 14: Anzahl der vereinbarten NUB-Entgelte für 2008

	Mittelwert	Median	Unterer Quartilswert	Oberer Quartilswert	Standardabweichung
KH Gesamt	7,7	4,0	1,0	13,0	9,1
KH unter 300 Betten	3,6	2,0	1,0	8,0	3,8
KH mit 300-599 Betten	3,6	3,0	1,0	6,0	3,5
KH ab 600 Betten (ohne UK)	7,3	7,0	2,0	13,0	5,4
Universitätskliniken	24,5	22,0	16,5	29,0	10,7
KH in alten Bundesländern	8,8	6,0	1,8	13,3	10,2
KH in neuen Bundesländern	5,3	2,0	1,0	7,0	5,7

4.5 Erfolgsquoten der Status-1-Anträge bei Entgeltvereinbarungen

Analog zur Prüfung durch das InEK wurde auch für die Entgeltvereinbarungen mit den Kostenträger wiederum eine Erfolgsquote berechnet. Diese ergibt sich aus der Anzahl der vereinbarten NUB-Entgelte in Relation zur Anzahl der Status-1-Anträge insgesamt. Die letztgenannte Basis umfasst somit auch ausdrücklich die Krankenhäuser mit erfolgreichen InEK-Anträgen, welche überhaupt keine Entgeltvereinbarungen schließen konnten.¹

Insgesamt konnten für 61,4% der NUB-Anträge mit Status 1 entsprechende Entgelte zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern vor Ort vereinbart werden. Gegenüber 2006 ist das Steigerung um gut 8 Prozentpunkte.² Für nahezu 40% der NUB-Anträge wäre ein krankenhausesindividuelles Entgelt möglich gewesen, aber es kam zu keiner Vereinbarung zwischen den Vertragsparteien.

Die höchsten Erfolgsaussichten für NUB-Entgelte bestehen eindeutig in den Universitätskliniken. Hier konnte 2008 bei 9 von 10 NUB mit Status 1 (91,6%) ein Entgelt vereinbart werden, in den übrigen Bettengrößenklassen hingegen nur für etwa jedes zweite NUB. Die Ergebnisse legen insofern die Schlussfolgerung nahe, dass die Kostenträger Entgeltvereinbarungen für NUB sehr gezielt auf Universitätskliniken fokussieren. Daneben mag eine größere Expertise der Universitätskliniken in der Beantragung bzw. Anwendung von NUB einer entsprechenden Vergütung gleichfalls zuträglich sein.

¹ Vgl. Kap. 4.4
² Vgl. DKI, 2007

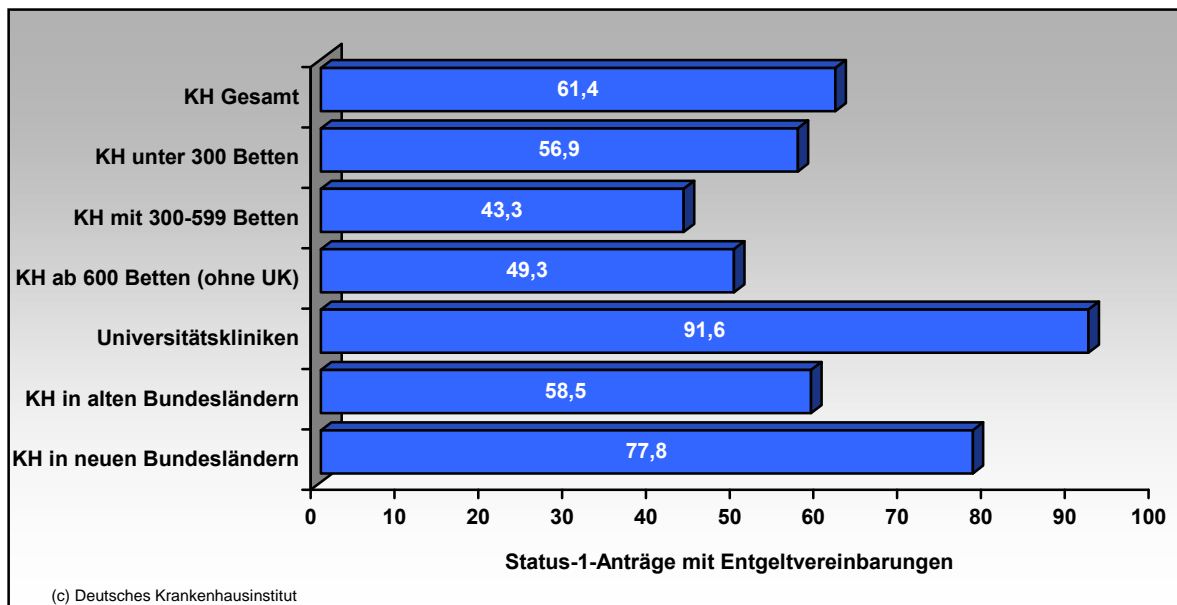


Abb. 23: Anteil von Status-1-Anträgen mit Entgeltvereinbarungen für 2008

- Trotz abnehmender Tendenz können für fast 40% der Status-1-Anträge keine NUB vereinbart werden, weil Krankenhäuser und Kostenträger vor Ort sich nicht über die Vergütung einigen können.

4.6 Erfolgsquoten medizintechnischer Status-1-Anträge bei Entgeltvereinbarungen

Von den Erfolgsquoten für Status-1-Anträge insgesamt sind die Erfolgsquoten der Anträge zu unterscheiden, welche sich ausdrücklich auf medizintechnische Innovationen beziehen. Zu diesem Zweck sollten die Krankenhäuser konkret angeben, wie viele NUB-Entgelte medizintechnische NUB erfassen.

Insgesamt machen medizintechnische Innovationen fast 22% aller vereinbarten NUB-Entgelte aus. Stellt man einerseits in Rechnung, dass 30% aller NUB-Anträge medizintechnischer Art sind, so fällt die Erfolgsquote für medizintechnische NUB mit Blick auf die Entgeltvereinbarungen abermals unterdurchschnittlich aus. Bedenkt man andererseits, dass nur 19% der Status-1-Anträge Medizintechnik zum Gegenstand haben, wäre die Erfolgsquote medizintechnischer NUB zumindest in dieser Hinsicht leicht überdurchschnittlich. Der Anteil

medizintechnischer NUB-Entgelte an allen NUB-Entgelten variiert dabei weder nennenswert nach Krankenhausgröße noch zwischen alten und neuen Bundesländern (Abb. 24).¹

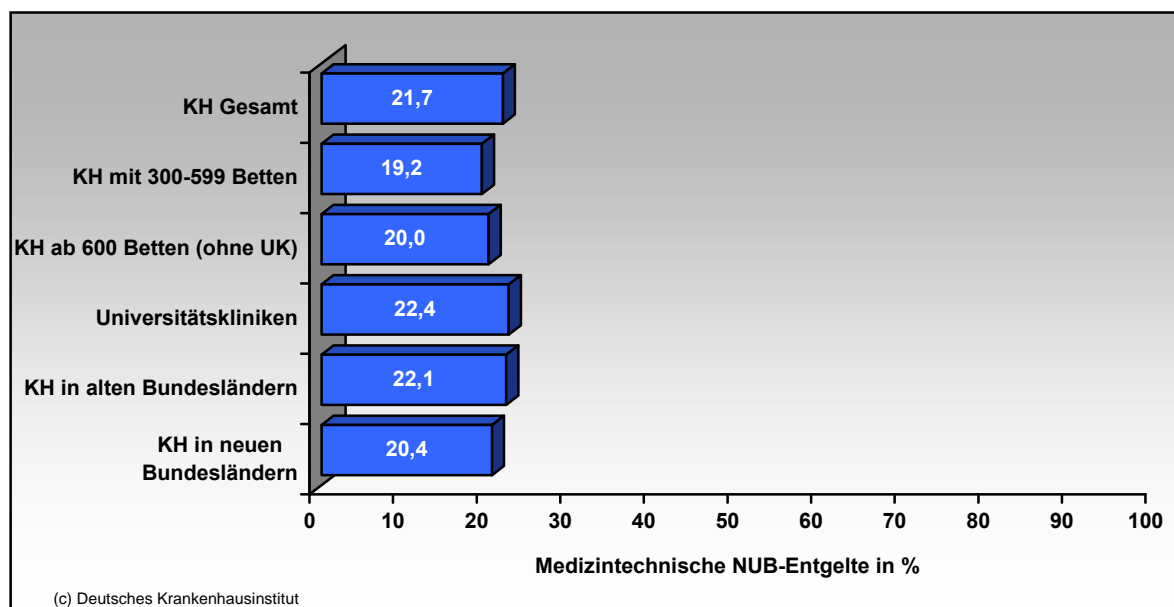


Abb. 24: Anteil medizintechnischer NUB an allen NUB-Entgelten in 2008

Eine weitere Messgröße bilden die Erfolgsquoten ausschließlich für medizintechnische Status-1-Anträge, also der Anteil dieser Anträge, für die ein Entgelt durch die Vertragspartner vor Ort vereinbart werden konnte. Allerdings fiel der Anteil der Stichprobenkrankenhäuser, welche zu beiden Merkmalen Angaben machen konnten, vergleichsweise gering aus. Vorbehaltlich der kleinen Fallzahl konnten für 79,4% der medizintechnischen NUB-Anträge mit Status 1 Entgelte zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern vor Ort vereinbart werden. Die entsprechende Vereinbarungsquote für medizintechnische NUB liegt damit deutlich über der entsprechenden Quote für NUB-Entgelte insgesamt (61,4%).² D.h. sofern eine medizintechnische Innovation überhaupt den Status 1 erhält, erhöht sich insbesondere im Vergleich zu pharmazeutischen Innovationen die Wahrscheinlichkeit einer entsprechenden Entgeltvereinbarung.

- In Relation zum Anteil medizintechnischer NUB-Anträge an den NUB-Anträgen insgesamt sind medizintechnische Innovationen unter den NUB-Entgelten unterrepräsentiert.

¹ Wegen zu kleiner Fallzahlen sind kleine Krankenhäuser unter 300 Betten in Abb. 22 nicht aufgeführt.
² Vgl. Kap. 4.5

Bezogen auf die Status-1-Anträge insgesamt bzw. ausschließlich für medizintechnische Innovationen, fällt der Anteil medizintechnischer NUB-Entgelte - verglichen mit anderen neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden - dagegen überdurchschnittlich aus.

4.7 Erfolgsquoten von NUB-Anträgen insgesamt

Die nachfolgenden Auswertungen fassen die Erfolgsquoten von NUB-Anträgen über die beiden Stufen des Prüfverfahrens, also die Prüfung durch das InEK und die Entgeltvereinbarung vor Ort, zusammen. Die Basis der Berechnung (= 100%) bilden alle NUB-Anträge, welche an das InEK gestellt wurden. Dies sind laut Angaben des InEK gut 8.200 Anträge. Infolge von Stichprobeneffekten und einem abweichenden Erfassungsmodus¹ weichen die hochgerechneten Daten der vorliegenden Studie davon moderat ab.

An der ersten Hürde, der Prüfung durch das InEK, scheitern schon 40% aller NUB-Anträge. Rund 57% der von den Krankenhäusern gestellten Anträge schafften den Status 1 und damit die Voraussetzung für die Vereinbarung eines krankenhausesindividuellen Entgeltes. Abermals knapp 40% der erfolgreichen Anträge bzw. 22,1% der Anträge insgesamt scheitern aber an der Hürde der Vereinbarung eines krankenhausesindividuellen Entgeltes.

Damit können für rund 61% der Status-1-Anträge bzw. lediglich für 35% aller NUB-Anträge insgesamt Entgelte vereinbart werden. Verglichen mit 2006 ist dies gleichwohl eine merkliche Steigerung um rund 12 Prozentpunkte.² Für 22% der NUB-Anträge wäre ein krankenhausesindividuelles Entgelt möglich gewesen, aber es kam zu keiner Vereinbarung zwischen Krankenhaus und den Kostenträgern vor Ort.

¹ Vgl. Kap. 4.2
² Vgl. DKI, 2007

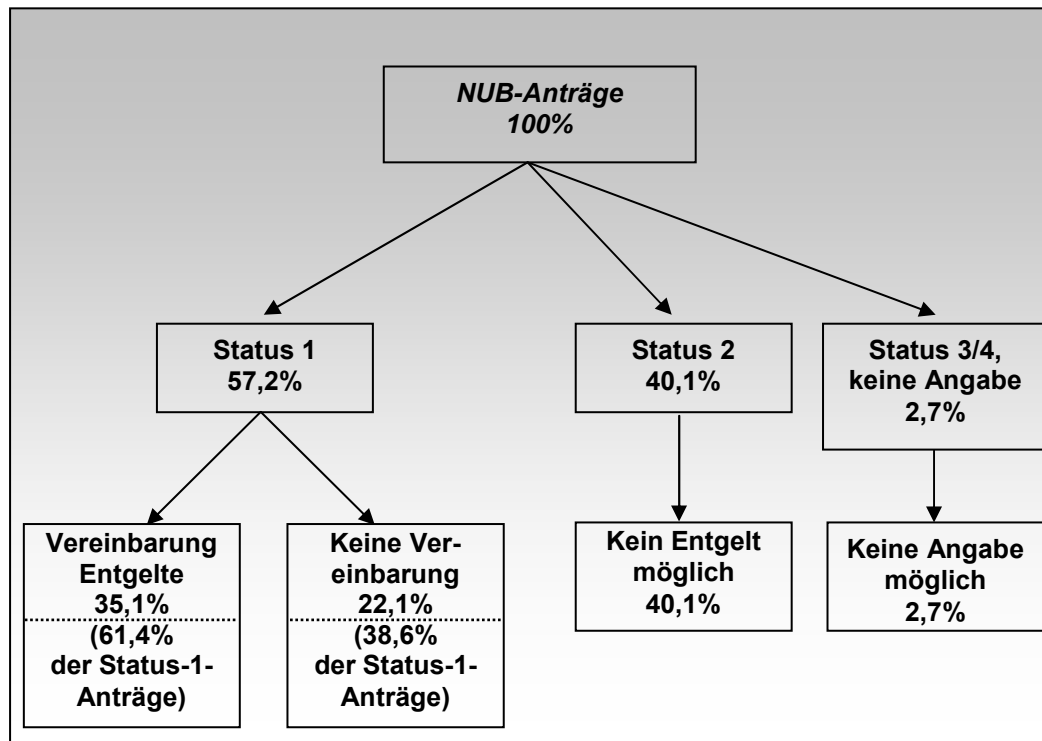


Abb. 25: Erfolgsquoten der NUB-Anträge insgesamt in 2008

Die Abbildungen 26-29 zeigen die entsprechenden Erfolgsquoten nach Krankenhausgröße. Die größten Erfolgsaussichten hatten NUB-Anträge demnach in Universitätskliniken. Hier kann letztlich für fast jeden zweiten NUB-Antrag (44,6%) ein Entgelt vereinbart werden. Dieses Ergebnis ist maßgeblich durch den hohen Anteil an Status-1-Anträgen bedingt, die in den Universitätskliniken zu Entgeltvereinbarungen führen (rund 92%). Denn auf der ersten Stufe des Prüfverfahrens fällt der Anteil der vom InEK positiv beschiedenen NUB-Anträgen hier mit 48,7% unterproportional aus.

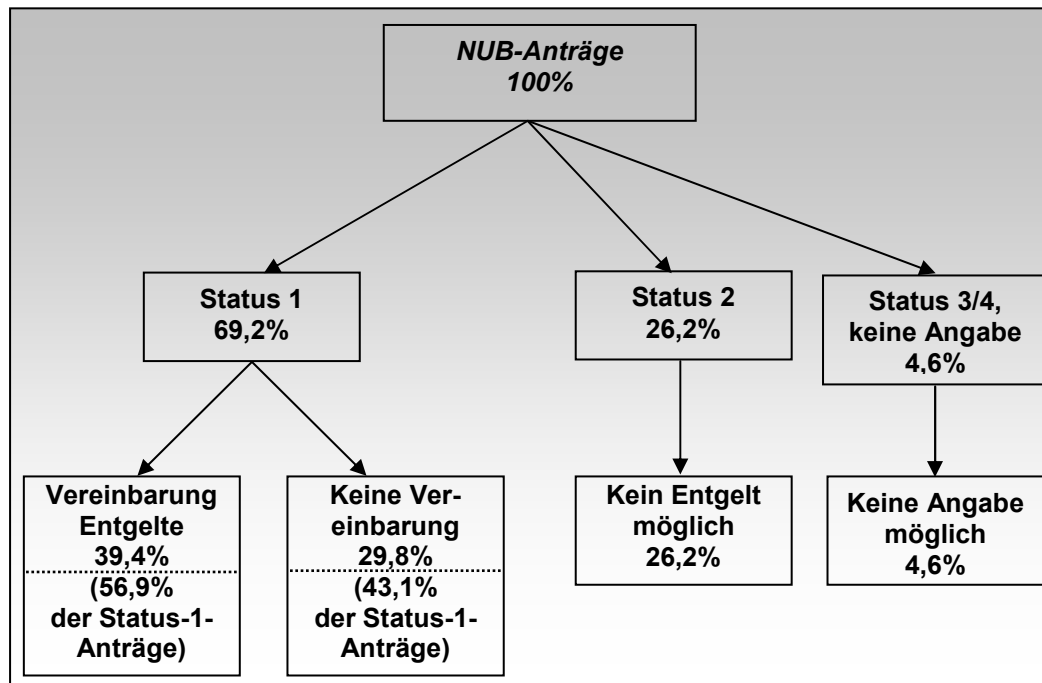


Abb. 26: Erfolgsquoten der NUB-Anträge insgesamt in Krankenhäusern unter 300 Betten in 2008

Umgekehrt verhält es sich in den übrigen Bettengrößenklassen. Hier erhalten zwar zwischen 60-70% aller NUB-Anträge vom InEK den Status 1. Allerdings kommt es nur für jeweils der Hälfte der so positiv beschiedenen Anträge zu einer Entgeltvereinbarung zwischen Krankenhaus und Kostenträger. Deswegen kann etwa in Krankenhäusern mit 300-599 Betten bzw. ab 600 Betten für weniger als 30% aller NUB-Anträge im Endeffekt ein NUB-Entgelt vereinbart werden.

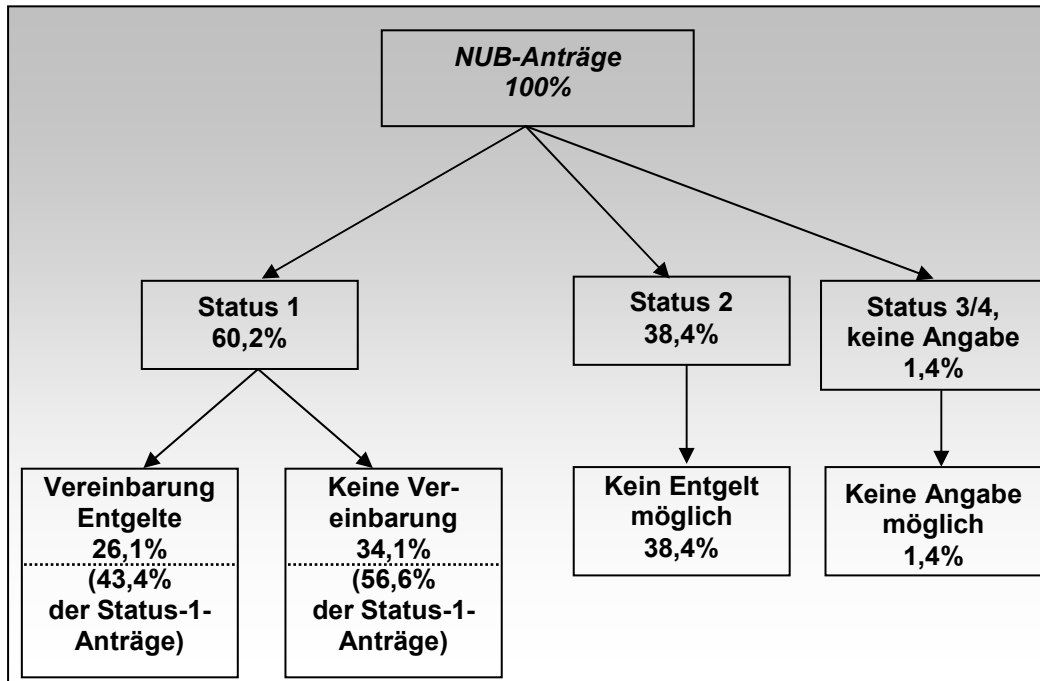


Abb. 27: Erfolgsquoten der NUB-Anträge insgesamt in Krankenhäusern mit 300-599 Betten in 2008

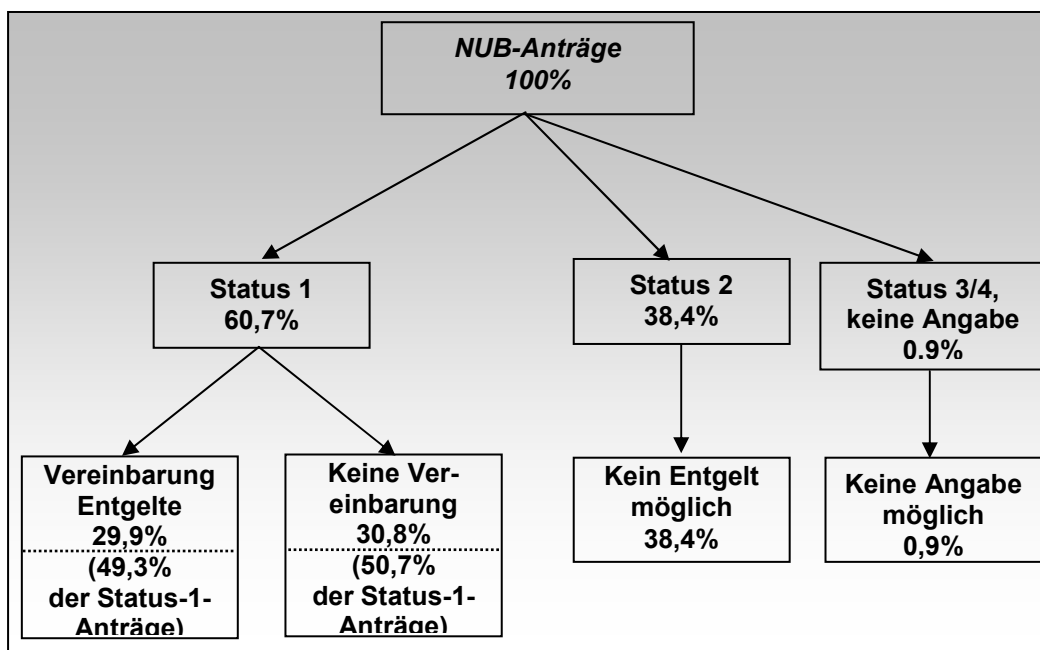


Abb. 28: Erfolgsquoten der NUB-Anträge insgesamt in Krankenhäusern ab 600 Betten (ohne Universitätskliniken) in 2008

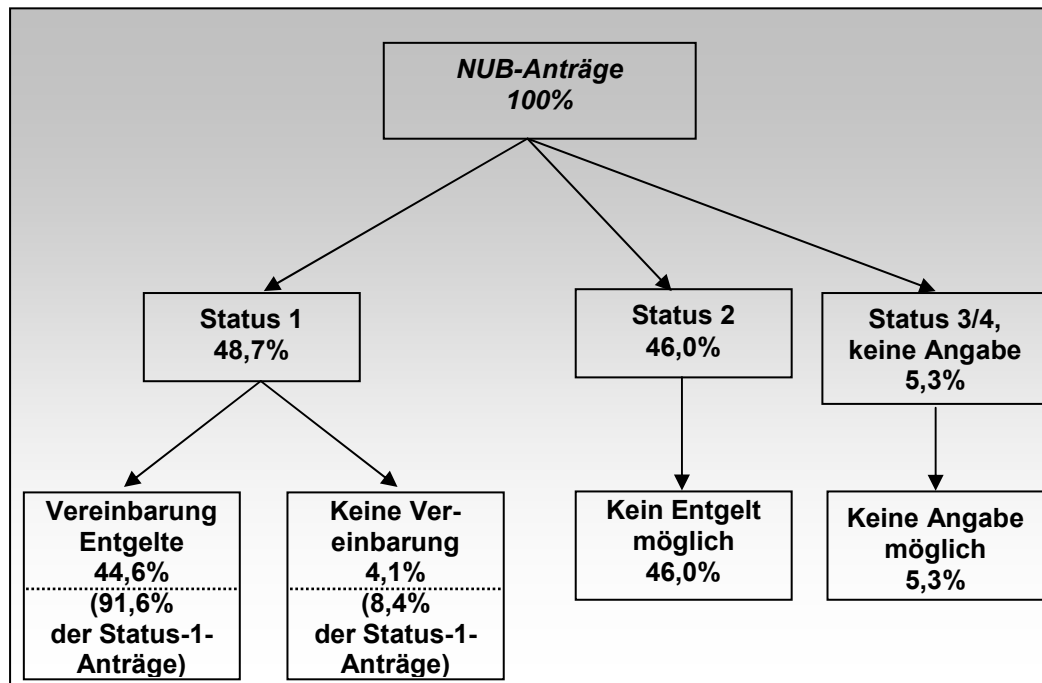


Abb. 29: Erfolgsquoten der NUB-Anträge insgesamt in Universitätskliniken in 2008

In den neuen Bundesländern sind NUB-Anträge erfolgreicher als in den alten Ländern (Abb. 30 und 31). Während im Osten für 44,8% aller NUB-Anträge letztlich ein Entgelt vereinbart werden kann, ist dies im Westen bei 33,4% der Anträge der Fall. Auf der ersten Stufe des Prüfverfahrens gibt es keine regionalen Unterschiede, insofern der Anteil der Status-1-Anträge in den alten und neuen Bundesländern nahezu identisch ist. Allerdings können die ostdeutschen Krankenhäusern in höherem Maße auch NUB-Entgelte vereinbaren. Während es in den neuen Bundesländern bei rund 78% der Status-1-Anträge zu einer Entgeltvereinbarung kommt, liegt der entsprechende Anteilswert in den alten Ländern bei knapp 59%. Neben etwaig nicht auszuschließender Stichprobeneffekte auf Grund der kleinen Fallzahlen ostdeutscher Krankenhäuser ist dies ggf. auch auf die Überrepräsentanz größerer Krankenhäuser und Universitätskliniken in den neuen Bundesländern zurückzuführen.

- Trotz steigender Tendenz bleibt festzuhalten, dass letztlich nur eine Minderheit von gut einem Drittel der NUB-Anträge erfolgreich im Sinne einer abschließenden Entgeltvereinbarung ist. Je nach betrachteter Stufe des Prüfverfahrens gibt es starke Varianzen, sei es zwischen verschiedenen Bettengrößenklassen oder nach regionaler Lage. Die höchsten Erfolgsquoten bei den NUB-Entgelten insgesamt erzielen die Universitätskliniken.

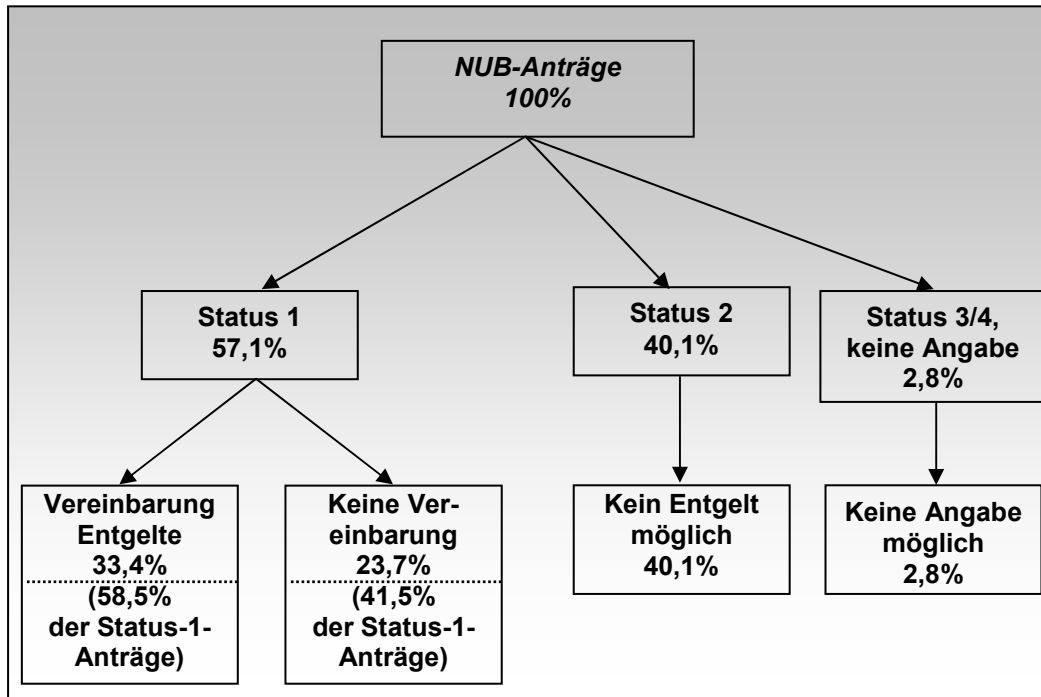


Abb. 30: Erfolgsquoten der NUB-Anträge insgesamt in den alten Bundesländern in 2008

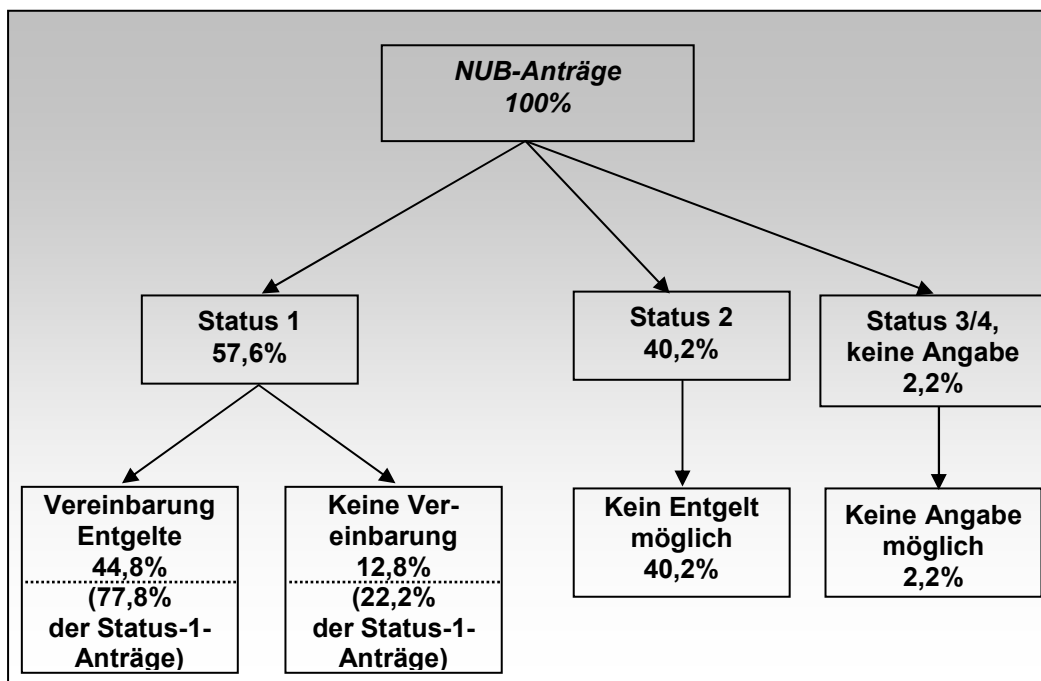


Abb. 31: Erfolgsquoten der NUB-Anträge insgesamt in den neuen Bundesländern in 2008

4.8 Erfolgsquoten von medizintechnischen NUB-Anträgen insgesamt

Die nachfolgenden Auswertungen fassen die Erfolgsquoten von medizintechnischen NUB-Anträgen über die beiden Stufen des Prüfverfahrens zusammen, also die Prüfung durch das InEK und die Entgeltvereinbarung vor Ort. Die Basis der Berechnung (=100%) bilden alle medizintechnischen NUB-Anträge, welche vom InEK den Status 1 oder Status 2 erhalten haben. Das sind unter Zugrundelegung der Krankenhausangaben zu medizintechnischen NUB-Anträgen in der vorliegenden Studie rund 2.500 Anträge. Im Unterschied zu den NUB-Anträgen insgesamt sind bei den medizintechnischen NUB-Anträgen Status-3-Anträge und Status-4-Anträge nicht erfasst worden. Die Berechnungsbasis ist hier somit geringfügig anders als bei den NUB-Anträgen insgesamt.¹

Auf der ersten Stufe des Prüfverfahrens, der Prüfung durch das InEK, scheitern schon rund zwei Drittel (65,3%) aller medizintechnischen NUB-Anträge. Rund 35% der von den Krankenhäusern gestellten Anträge erhalten hingegen den Status 1. Rund 20% der erfolgreichen Anträge bzw. 7,2% der Anträge insgesamt scheitern aber an der Hürde der Vereinbarung eines krankenhausesindividuellen Entgeltes.

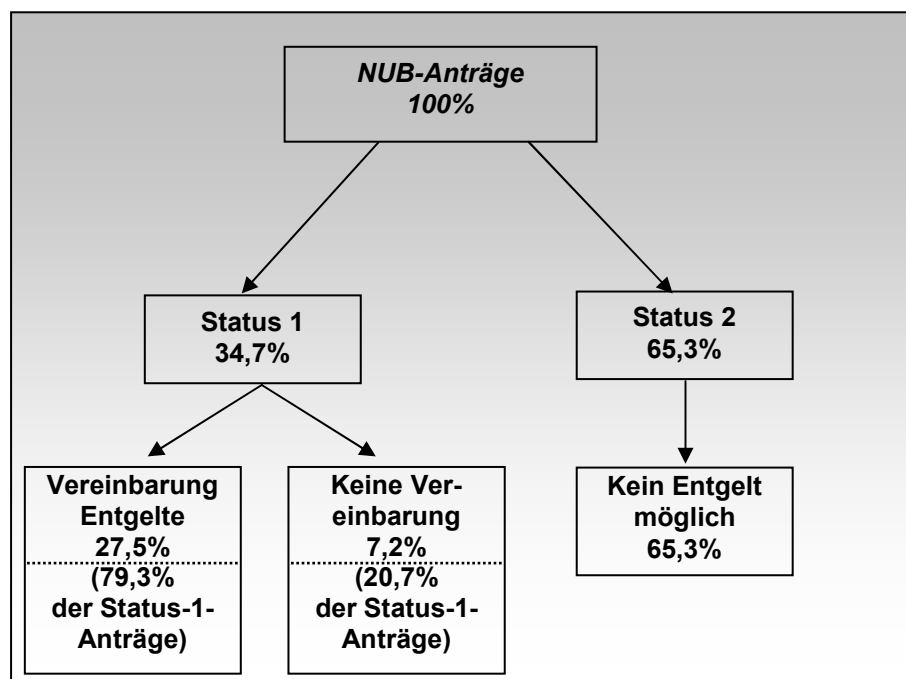


Abb. 32: Erfolgsquoten medizintechnischer NUB-Anträge insgesamt in 2008

¹ Vgl. Kap. 4.7

Damit können insgesamt nur für 27,5% aller medizintechnischen NUB-Anträge Entgelte vereinbart werden. Die Erfolgsquote medizintechnischer NUB-Anträge fällt somit um gut ein Fünftel niedriger aus als für die NUB-Anträge insgesamt (35,1%).¹ Die unterproportionale Erfolgsquote medizintechnischer NUB ist insbesondere auf den unterproportionalen Anteil medizintechnischer NUB mit Status 1 im InEK-Verfahren zurückzuführen. Während lediglich knapp 35% aller medizintechnischer NUB-Anträge den Status 1 erhalten, liegt die entsprechende Anerkennungsquote bei den NUB-Anträgen insgesamt bei gut 57%.² Umgekehrt verhält es sich auf der zweiten Stufe des Prüfverfahrens, der Entgeltvereinbarung zwischen Krankenhaus und Kostenträgern vor Ort. Hier kann für fast 80% aller medizintechnischer NUB mit Status 1 ein Entgelt vereinbart werden, bei den Status-1-Anträgen insgesamt hingegen nur für gut 60%.³ Die überproportionale Vereinbarungsquote für medizintechnische NUB-Entgelte kann aber die unterproportionale Anerkennungsquote von NUB-Anträgen nicht vollständig kompensieren.

Eine Differenzierung der Erfolgsquoten von medizintechnischen NUB-Anträgen insgesamt nach Krankenhausgröße oder regionaler Lage war auf Grund der kleinen Fallzahlen nicht möglich.

- Insgesamt ist nur eine Minderheit von gut einem Viertel der medizintechnischen NUB-Anträge erfolgreich im Sinne einer abschließenden Entgeltvereinbarung. Die spezifischen Probleme medizintechnischer NUB liegen dabei weniger in der Entgeltvereinbarung vor Ort als im Anerkennungsverfahren durch das InEK.

4.9 Fälle mit NUB

NUB-Entgelte können entweder fallbezogen (gemäß AEB E 3.1) oder als Zusatzentgelt (gemäß AEB E 3.2) vereinbart und abgerechnet werden. Allerdings kommt die Abrechnung als fallbezogenes NUB-Entgelt vergleichsweise selten vor. Nur 23% der Stichprobenkrankenhäuser, welche überhaupt NUB-Entgelte vereinbaren konnten, führten die Vereinbarung fallbezogener Entgelte an. Der entsprechende Anteilswert für die NUB-Zusatzentgelte lag demgegenüber bei 73%. Die übrigen Häuser machten hierzu keine Angaben.

¹ Vgl. Kap. 4.7
² Ebd.
³ Ebd.

Wegen der geringen Anzahl an Krankenhäusern mit fallbezogenen NUB-Entgelten ist die statistische Basis für die entsprechenden Fallzahlen relativ klein, so dass die Ergebnisse hier bestenfalls orientierende Funktion haben. Die Fallzahl fallbezogener NUB-Entgelte ist jedenfalls eher gering, im Mittel (Median) liegt sie bei 29 Fällen über alle fallbezogenen NUB-Entgelte bei einer äußerst schiefen Verteilung: So liegt der untere Quartilswert bei 11 Fällen und der obere Quartilswert bei 139 Fällen. In der Summe lag der Anteil der tatsächlich abgerechneten an den vereinbarten Fällen bei etwa zwei Dritteln. Insofern ist hier eindeutig keine Mengenexpansion zu beobachten.

Eine weitere Differenzierung fallbezogener NUB-Entgelte nach Entgelten mit Medizintechnik, wie im Erhebungsinstrument erfragt, ist wegen weitgehend fehlender Angaben nicht möglich.

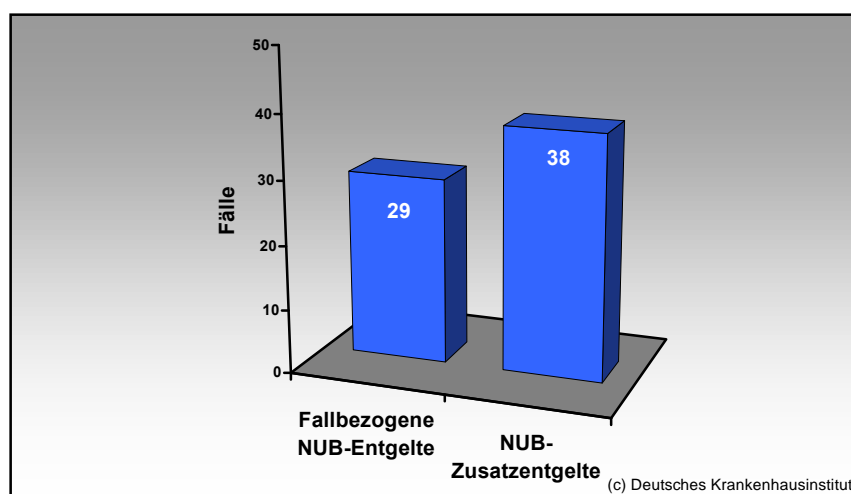


Abb. 33: Vereinbarte Fälle mit NUB-Entgelten (Median) für 2008

Für die NUB-Zusatzentgelte haben die Krankenhäuser im Mittel (Median) 38 Fälle über alle NUB-Entgelte vereinbart. Allerdings sind die Werte wiederum äußerst schief verteilt: Während der untere Quartilswert bei nur 8 Fällen liegt, beträgt der obere Quartilswert bereits 263 Fälle.

Im Mittel (Median) haben die Krankenhäuser 35 Fälle für NUB-Zusatzentgelte abgerechnet. In der Summe über alle Krankenhäuser lag der Quotient von abgerechneten und vereinbarten Fällen bei 99%, d.h. die Krankenhäuser haben die vereinbarten Zahlen an NUB-Zusatzentgelten eingehalten. Auch hier lässt sich keine Mengenexpansion feststellen.

Eine Differenzierung der NUB-Zusatzentgelte nach Entgelten mit Medizintechnik ist wegen geringer Fallzahlen, einer sehr schiefen Werteverteilung bzw. extremer Varianzen nicht sinnvoll. Aus analogen Gründen werden die Fallzahlen für fallbezogene NUB bzw. NUB-Zusatzentgelte auch nicht nach Krankenhausgröße oder regionaler Lage ausgewertet.

- Vorbehaltlich der geringen Anzahl an Krankenhäusern mit entsprechenden Angaben sowie der großen Varianzen in den Werten sind die vereinbarten wie die abgerechneten Fallzahlen bei NUB zumindest im Mittel bzw. in der Mehrzahl der Krankenhäuser eher gering. In der Summe gibt es zudem keine großen Diskrepanzen zwischen vereinbarten und abgerechneten Fallzahlen. Die Krankenhäuser nutzen die Vereinbarung von NUB somit nicht zur Mengenexpansion.

4.10 Erlöse aus NUB

Die Entgelte für NUB, sei es fallbezogen oder als Zusatzentgelt, werden krankenhausesindividuell zwischen Kostenträgern und Krankenhäusern vor Ort ausgehandelt. Die Entgelthöhe wird dabei für jedes einzelne NUB separat festgelegt. Die Produktsumme von vereinbarter Fallzahl (gemäß AEB E 3.1) bzw. vereinbarten Zusatzentgelten (gemäß AEB E 3.2) und der jeweiligen Entgelthöhe entspricht den vereinbarten Gesamterlösen aus NUB nach der AEB. Im Erhebungsinstrument sollten die Krankenhäuser die vereinbarte Summe für das Jahr 2008 angeben. Im Mittel (Median) lag diese vereinbarte Erlössumme aus NUB-Entgelten bei 50.630 Euro, allerdings bei wiederum sehr schiefer Verteilung (Tab. 15). So liegt der untere Quartilswert bei 16.500 Euro und der obere Quartilswert schon bei 258.000 Euro.

Erwartungsgemäß nimmt die Erlössumme aus NUB mit steigender Krankenhausgröße signifikant zu. Den höchsten Wert erreichen hier die Universitätskliniken mit einem Median von 467.000 Euro.

Tab. 15: Erlöse aus NUB-Entgelten je Krankenhaus in 2008

	Mittelwert	Median	Unterer Quartilswert	Oberer Quartilswert	Standardabweichung
KH Gesamt	267.332	50.632	16.500	258.000	467.365
KH unter 300 Betten	381.753	70.000	14.750	863.880	585.846
KH mit 300-599 Betten	140.519	22.104	3.911	92.500	294.561
KH ab 600 Betten (ohne UK)	193.729	84.000	12.337	240.519	297.307
Universitätskliniken	781.768	467.716	240.975	1.221.283	798.017

Bezogen auf das vereinbarte Erlösbudget gemäß § 4 KHEntgG fällt die Größenordnung der NUB-Entgelte aber eher klein aus. Konkret lag das Verhältnis von NUB-Gesamterlösen und Erlösbudget im Jahr 2008 bei rund 0,3%. In dieser Hinsicht gab es faktisch keine Unterschiede nach Bettengrößenklassen. Zu den Erlösen aus NUB-Entgelten mit Medizintechnik haben nur vergleichsweise wenige Häuser Angaben gemacht. Vorbehaltlich der geringen Fallzahl lag der Anteil der medizintechnischen NUB-Entgelte an den NUB-Entgelten insgesamt bei rund 35%. Das Verhältnis von Gesamterlösen aus medizintechnischen NUB-Entgelten und dem Erlösbudget insgesamt lag 2008 bei ca. 0,1%.

Relativ gesehen, fallen die Erlöse aus NUB-Entgelten insgesamt bzw. aus medizintechnischen NUB-Entgelten zwar eher gering aus. Zur Gewährleistung des Innovationstransfers in die Praxis ist eine ausreichende Finanzierung der NUB gleichwohl unerlässlich.

5 Bewertung des NUB-Verfahrens

5.1 Zufriedenheit mit dem NUB-Verfahren

Abschließend zu den NUB-Fragestellungen wurden die Krankenhäuser um eine resümierende Bewertung des NUB-Verfahrens im Allgemeinen bzw. der Detailregelungen des Verfahrens im Besonderen gebeten. Die Auswahl der Krankenhäuser beschränkt sich abermals auf Einrichtungen, welche schon einmal NUB-Anträge gestellt haben.¹

Abb. 34 zeigt zunächst die Ergebnisse hinsichtlich der allgemeinen Zufriedenheit mit der derzeit bestehenden Regelung zur Einführung und Vergütung von NUB. Hier gibt keine eindeutige Tendenz, vielmehr sind die Antworten näherungsweise um den mittleren Wert der Skala normalverteilt. Die relative Mehrheit der Krankenhäuser (35%) ist in ihrer Einschätzung des derzeitigen NUB-Verfahrens unentschieden. Jeweils rund 28% der Häuser sind eher zufrieden bzw. eher unzufrieden. Nur vergleichsweise wenige Einrichtungen sind sehr zufrieden (1,6%) oder sehr unzufrieden (7,3%).

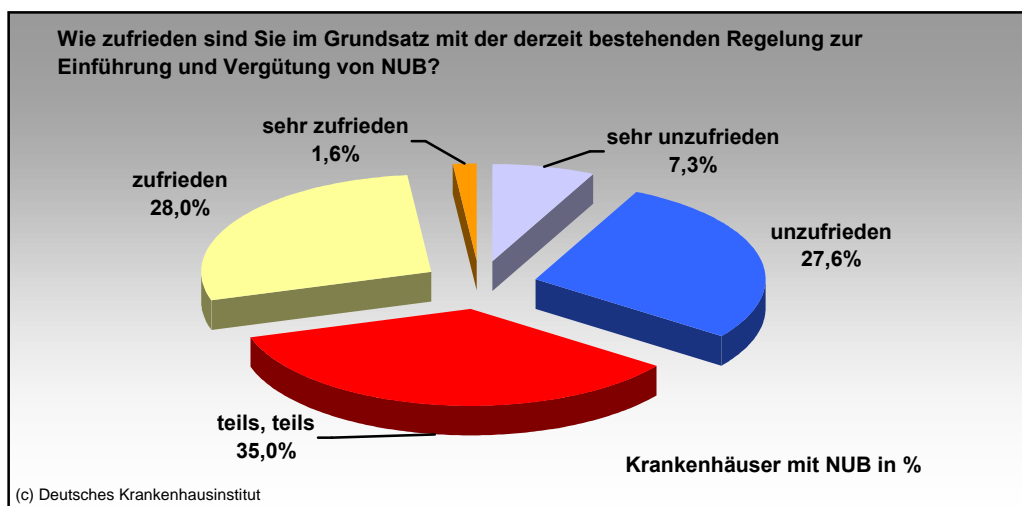


Abb. 34: Grundsätzliche Zufriedenheit mit dem NUB-Verfahren

Von der eher grundsätzlichen Einschätzung des NUB-Verfahrens ist die Zufriedenheit mit seiner konkreten Umsetzung zu unterscheiden. Auch diesbezüglich gibt es kein eindeutiges Bild. Tendenziell fallen die Ergebnisse hier aber etwas schlechter aus: Jeweils rund ein Drittel der Krankenhäuser ist mit der praktischen Umsetzung der derzeit bestehenden Regelung

¹ Vgl. Kap. 3.2

zur Einführung und Vergütung von NUB unzufrieden oder nur teilweise zufrieden; mehr als 10% sind sogar sehr unzufrieden. Weniger als ein Viertel der Einrichtungen ist zufrieden oder sehr zufrieden (Abb. 35).

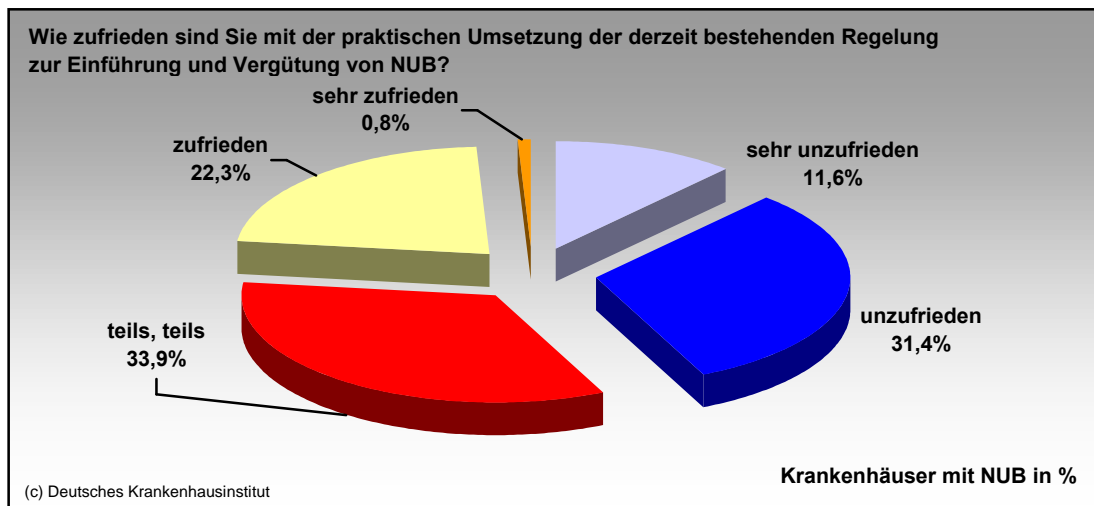


Abb. 35: Zufriedenheit mit der praktischen Umsetzung des NUB-Verfahrens

Die Zufriedenheit mit dem NUB-Verfahren nach Krankenhausgröße kann Tab. 16 entnommen werden. Dabei wurden die positiven bzw. negativen Kategorien der Zufriedenheitsskala jeweils zusammengefasst. Sowohl mit Blick auf die grundsätzliche Zufriedenheit als auch die praktische Umsetzung gibt es demnach keine signifikanten Unterschiede zwischen den Bettengrößenklassen. Tendenziell sind jedoch eher die Großkrankenhäuser ab 600 Betten mit dem NUB-Verfahren im Grundsatz unzufrieden und insbesondere die Universitätskliniken mit dessen praktischer Umsetzung.

Tab. 16: Zufriedenheit mit dem NUB-Verfahren nach Krankenhausgröße (Chi²-Test)

	Bettengrößenklassen (in Prozent)												p
	KH unter 300 Betten			KH mit 300-599 Betten			KH ab 600 Betten (ohne UK)			Universitätskliniken			
	sehr/ unzu- frie- den	teils, teils	sehr/ zu- frie- den	sehr/ unzu- frie- den	teils, teils	sehr/ zu- frie- den	sehr/ unzu- frie- den	teils, teils	sehr/ zu- frie- den	sehr/ unzu- frie- den	teils, teils	sehr/ zu- frie- den	
Grundsätzliche Zufriedenheit mit NUB	32	41	27	33	33	34	45	35	21	27	36	36	n.s.
Zufriedenheit mit praktischer NUB-Umsetzung	36	36	27	44	31	25	41	38	21	55	36	9	n.s.

In der regionalen Betrachtung fällt die Zufriedenheit mit dem NUB-Verfahren in den neuen Bundesländern mehrheitlich höher aus als im alten Bundesgebiet, sowohl grundsätzlich als auch hinsichtlich der praktischen Umsetzung. Der letztgenannte Unterschied ist statistisch sogar signifikant. Dies reflektiert insofern die schon anderweitig aufgezeigten regionalen Varianzen im NUB-Verfahren.

Tab. 17: Zufriedenheit mit dem NUB-Verfahren nach Regionen (Chi²-Test)

	Ost-West-Vergleich (Prozent)						p
	KH in alten Bundesländern			KH in neuen Bundesländern			
	sehr/ unzu- frie- den	teils, teils	sehr/ zufrie- den	sehr/ unzu- frie- den	teils, teils	sehr/ zufrie- den	
Grundsätzliche Zufriedenheit mit NUB	39	35	26	21	36	43	n.s.
Zufriedenheit mit praktischer NUB-Umsetzung	49	31	20	22	44	33	p>0.05

- Alles in allem trifft das NUB-Verfahren in der jetzigen Form bei den betroffenen Krankenhäusern bislang nur auf eine begrenzte Akzeptanz. Die Gründe hierfür lassen sich aus den nachfolgend dargestellten Detailregelungen und Verbesserungsvorschlägen herleiten.

5.2 Zufriedenheit mit Detailregelungen des NUB-Verfahrens

Die Fragen zu den Detailregelungen des NUB-Verfahrens orientierten sich an den aus Krankenhaussicht maßgeblichen Prozesssequenzen von der Antragstellung bis zur Entgeltvereinbarung. Abb. 36 zeigt die Mittelwerte für die entsprechenden Items auf der 5-wertigen Zufriedenheitsskala. Demnach treffen auch die Detailregelungen des NUB-Verfahrens unter den Krankenhäusern auf eine begrenzte Akzeptanz.

Am ehesten zufrieden sind die Krankenhäuser noch mit der Prüfung von NUB durch das InEK. Insgesamt zwei Drittel der Einrichtungen äußerten sich in dieser Hinsicht positiv, weniger als 10% der Krankenhäuser sind mit dieser Regelung ausdrücklich unzufrieden.

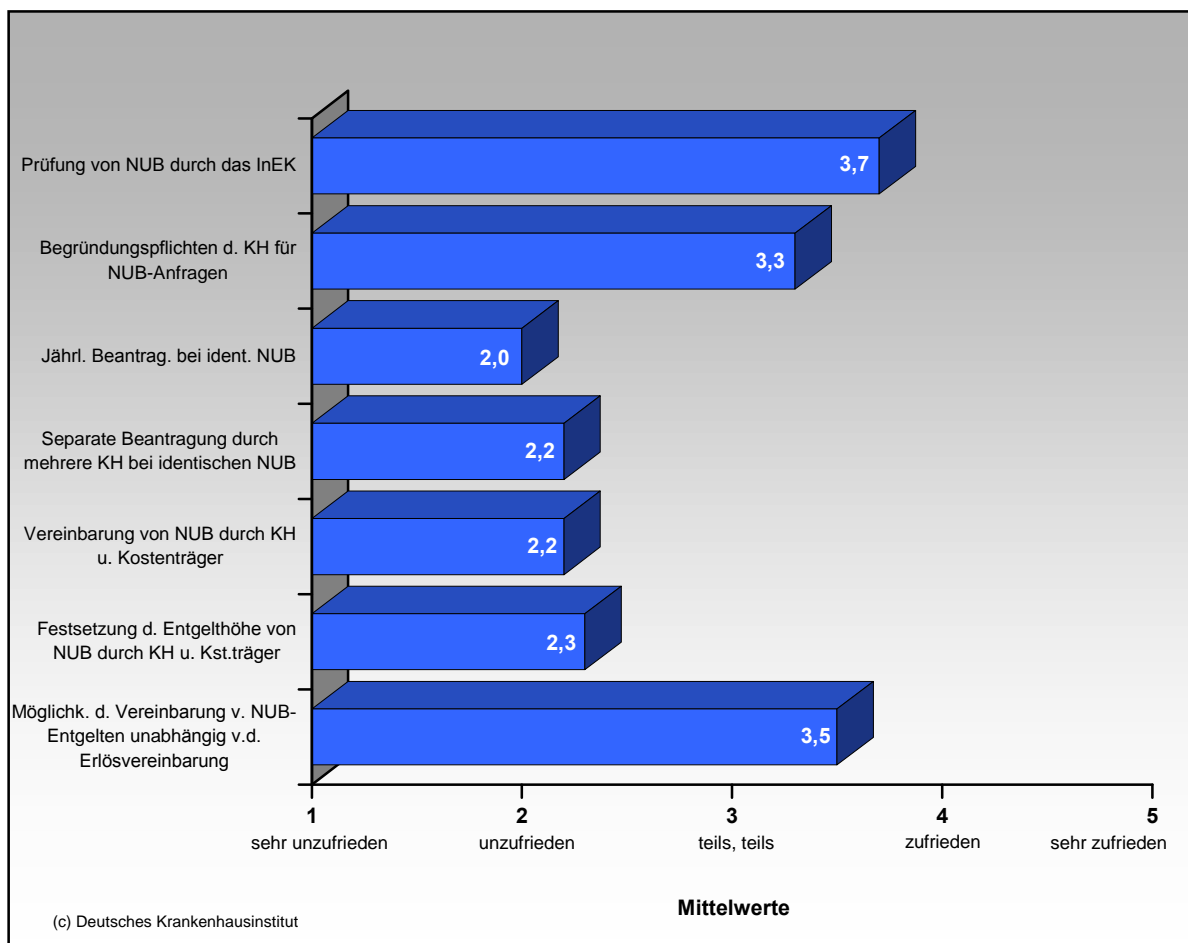


Abb. 36: Zufriedenheit mit Detailregelungen des NUB-Verfahrens

Dementsprechend fällt die Einschätzung zu den Begründungspflichten des einzelnen Krankenhauses für NUB-Anfragen an das InEK (gemäß Erfassungstool des InEK) eher positiv aus. Der Mittelwert liegt hier noch in der oberen Hälfte der Zufriedenheitsskala. Auch die Neuregelung der Innovationsklausel des KHEntgG, wonach NUB unabhängig vom Erlösbudget vereinbart werden können, trifft mehrheitlich noch auf eine positive Resonanz.

Alle anderen Detailregelungen werden von den Krankenhäusern dagegen kritisch gesehen: So sind etwa drei Viertel der Krankenhäuser mit der Bestimmung unzufrieden bis sehr unzufrieden, bei identischen NUB jährlich Anträge stellen zu müssen. Das gleiche gilt analog für das Erfordernis einer separaten Beantragung durch mehrere Krankenhäuser bei identischen NUB. Beide Regelungen implizieren aus Krankenhaussicht Redundanzen im Antragsverfahren.

Weitere Kritikpunkte betreffen die Vor-Ort-Vereinbarungen zu NUB durch Krankenhäuser und Kostenträger. Im Mittel sind die Krankenhäuser sowohl mit dem Erfordernis der Vereinbarung von NUB als auch der Festsetzung von deren Entgelthöhe durch die Vertragspartner vor Ort unzufrieden. In dieser Hinsicht halten die Krankenhäuser folglich eine stärkere Zentralisierung der NUB-Vereinbarung für sinnvoll.¹

Tab. 18 zeigt die Zufriedenheit mit den Detailregelungen des NUB-Verfahrens nach Krankenhausgröße. Der Mittelwertvergleich erfolgt dabei mittels Varianzanalysen (ANOVA). Varianzanalytisch sind zwei Mittelwertdifferenzen statistisch signifikant: Dies betrifft im Einzelnen die Begründungspflichten für die NUB-Anträge und die separate Beantragung durch mehrere Krankenhäuser bei identischen NUB, welche vor allem bei den Universitätskliniken jeweils auf eine überdurchschnittliche Akzeptanz treffen. Darüber hinaus fällt bei größeren Krankenhäusern (inklusive der Universitätskliniken) die Zufriedenheit mit der Prüfung von NUB durch das InEK eher unterdurchschnittlich und mit dem Erfordernis einer NUB-Vereinbarung vor Ort eher überdurchschnittlich aus.

¹ Vgl. auch Kap. 5.3

Tab. 18: Zufriedenheit mit Detailregelungen des NUB-Verfahrens nach Krankenhausgröße (ANOVA)

	Bettengrößenklassen (Mittelwerte)				p
	KH unter 300 Betten	KH mit 300-599 Betten	KH ab 600 Betten (ohne UK)	Universitätskliniken	
Prüfung von NUB durch das InEK	3,8	3,8	3,5	3,4	n.s.
Begründungspflichten des einzelnen Krankenhauses für NUB-Anfragen	3,5	3,4	2,9	3,8	p<0.05
Jährliche Beantragung bei identischen NUB	2,1	2,0	1,8	2,2	n.s.
Separate Beantragung durch mehrere Krankenhäuser bei identischen NUB	2,2	2,1	2,0	2,9	p<0.05
Erfordernis der Vereinbarung von NUB durch Krankenhaus und Kostenträger	2,0	2,2	2,4	2,6	n.s.
Festsetzung der Entgelthöhe von NUB durch Krankenhaus und Kostenträger	2,0	2,3	2,4	2,3	n.s.
Möglichkeit der Vereinbarung von NUB-Entgelten unabhängig von der Vereinbarung	3,6	3,6	3,3	2,9	n.s.

Analog zur allgemeinen Zufriedenheit fällt auch die Zufriedenheit mit den Detailregelungen des NUB-Verfahrens in den neuen Bundesländern abermals höher aus (Tab. 19). Vor allem die Ablehnung einer dezentralen Vereinbarung von NUB und NUB-Entgelten fällt im Osten signifikant niedriger aus. Daneben findet insbesondere die novellierte Innovationsklausel des KHEntgG dort überdurchschnittliche Akzeptanz.

Tab. 19: Zufriedenheit mit Detailregelungen des NUB-Verfahrens nach Regionen (ANOVA)

	Ost-West-Vergleich (Mittelwerte)		p
	KH in alten Bundesländern	KH in neuen Bundesländern	
Prüfung von NUB durch das InEK	3,7	3,8	n.s.
Begründungspflichten des einzelnen Krankenhauses für NUB-Anfragen	3,3	3,4	n.s.
Jährliche Beantragung bei identischen NUB	2,0	1,9	n.s.
Separate Beantragung durch mehrere Krankenhäuser bei identischen NUB	2,1	2,4	n.s.
Erfordernis der Vereinbarung von NUB durch Krankenhaus und Kostenträger	2,1	2,6	p<0.05
Festsetzung der Entgelthöhe von NUB durch Krankenhaus und Kostenträger	2,2	2,7	p<0.05
Möglichkeit der Vereinbarung von NUB-Entgelten unabhängig von der Vereinbarung	3,3	3,8	n.s.

- Insgesamt stoßen viele Detailregelungen des NUB-Verfahrens auf Kritik der betroffenen Krankenhäuser. Das gilt insbesondere für die Mehrfach- bzw. Wiederholungsanträge bei identischen NUB sowie die dezentralen NUB-Vereinbarungen durch Krankenhäuser und Kostenträger vor Ort. Die Prüfung durch das InEK und die damit verbundenen Begründungspflichten schneiden hingegen besser ab.

5.3 Änderungsvorschläge zum NUB-Verfahren

Vor dem Hintergrund der Detailkritik vieler Krankenhäuser an den NUB-Regelungen stellt sich die Frage nach Alternativen. Die Befragungsteilnehmer sollten daher angeben, welche konkreten Änderungsvorschläge für das NUB-Verfahren sie begrüßen würden. Abb. 37 gibt die positiven Antworten auf die entsprechende Vorschlagsliste wieder. Auf den ersten Blick ist ersichtlich, dass alle Änderungsvorschläge von der überwältigenden Mehrheit der Krankenhäuser befürwortet werden. Dies indiziert einen entsprechend hohen Handlungsbedarf aus Krankenhaussicht. Betrachten wir die Ergebnisse im Einzelnen:

Oberste Priorität für die Krankenhäuser hat eine Veränderung der Finanzierungsmodalitäten von NUB. Fast alle Krankenhäuser fordern unisono eine rückwirkende Erstattungspflicht für

vereinbarte NUB ab Jahresbeginn sowie eine grundsätzliche Erstattungspflicht von einmal vereinbarten NUB bis auf die Widerruf durch das InEK.

Eng damit zusammenhängend würde ein Wegfall von Wiederholungsanträgen bei einmal genehmigten NUB gleichfalls weitestgehend befürwortet. Auch separate Anträge bei identischen NUB durch jedes interessierte Krankenhaus erscheinen aus Sicht der Krankenhäuser obsolet. Stattdessen sollte es die Möglichkeit geben, vom InEK genehmigte NUB unabhängig von einem eigenen Antrag des Krankenhauses zu vereinbaren.

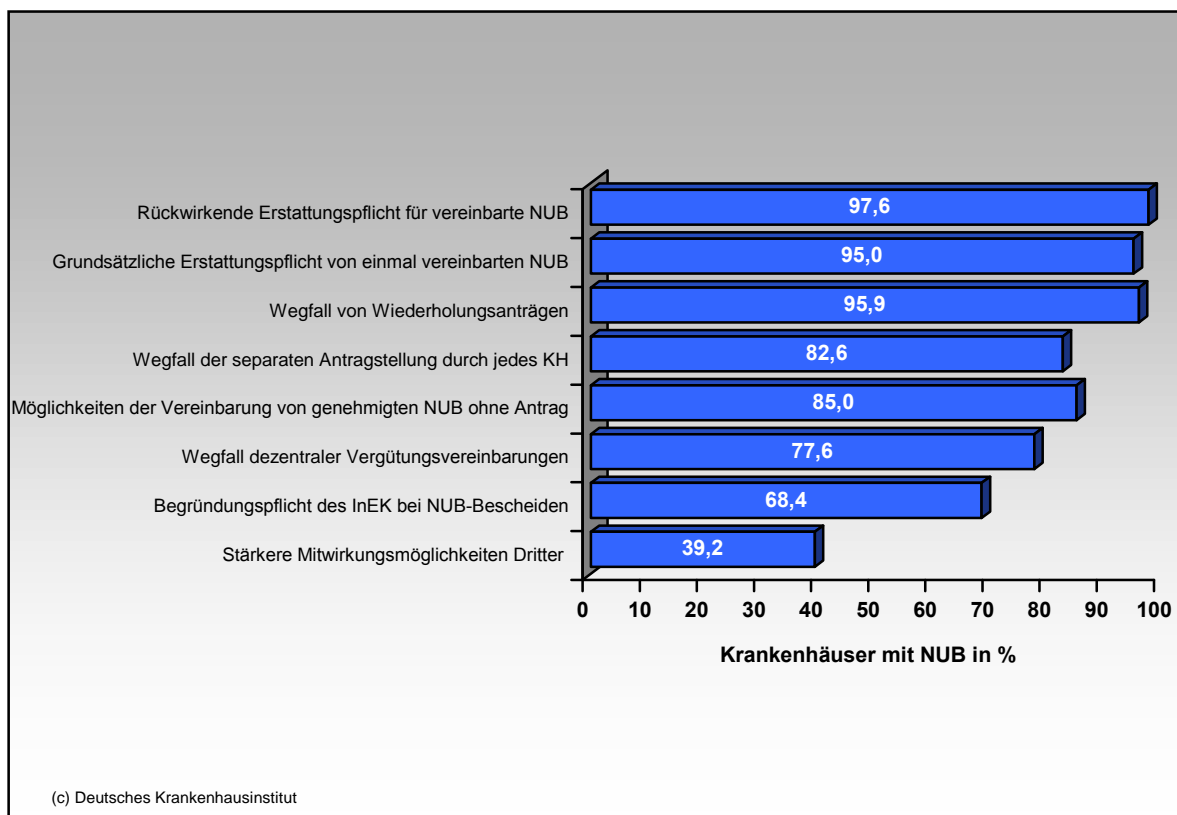


Abb. 37: Änderungsvorschläge zum NUB-Verfahren

Schließlich würden gut drei Viertel der Krankenhäuser eine Abkehr von den bisher dezentralen Vergütungsvereinbarungen für NUB zwischen Krankenhaus und Kostenträgern begrüßen. Stattdessen präferieren sie - ausdrücklich so im Fragebogen ergänzend formuliert¹ - eine zentrale Entgeltfestsetzung auf Bundes- oder Landesebene.

¹ Aus Kapazitätsgründen ist diese Ergänzung in Abb. 37 nicht explizit aufgeführt.

Einzig stärkere Unterstützungs- oder Mitwirkungsmöglichkeiten Dritter beim NUB-Verfahren (z.B. der Industrie) werden von den Krankenhäusern mehrheitlich nicht befürwortet. Allerdings wäre dies bei einer stärkeren Zentralisierung der Entgeltfestsetzung zwangsläufig teilweise der Fall (etwa in Form einer stärkeren Mitwirkung von Politik oder Selbstverwaltung).

Angesichts generell sehr hoher Zustimmungsquoten für die diversen Änderungsvorschläge gibt es insgesamt sehr wenig Varianz nach Krankenhausgröße, in jedem Fall wenn man von den Universitätskliniken abstrahiert. Die Letztgenannten nehmen mit Blick auf die Änderungsvorschläge eine Sonderstellung ein, insofern sie auf eine stärkere Autonomie im NUB-Verfahren pochen (Tab. 20). Der Wegfall dezentraler Vergütungsvereinbarungen wird von den Universitätskliniken ebenso mehrheitlich abgelehnt wie der Wegfall der separaten Antragstellung durch jedes interessierte Krankenhaus bei identischen NUB. Auch die Möglichkeit der Vereinbarung von genehmigten NUB unabhängig von einem eigenen Antrag des Krankenhauses findet bei den Universitätskliniken signifikant weniger Zustimmung.

Tab. 20: Zufriedenheit mit den Änderungsvorschlägen zum NUB-Verfahren nach Krankenhausgröße (Chi²-Test)

	Bettengrößenklassen (in Prozent)				p
	KH unter 300 Betten	KH mit 300-599 Betten	KH ab 600 Betten (ohne UK)	Universitätskliniken	
Rückwirkende Erstattungspflicht für vereinbarte NUB ab Jahresbeginn	100	97	100	91	n.s.
Grundsätzliche Erstattungspflicht von einmal vereinbarten NUB	96	97	96	82	n.s.
Wegfall von Wiederholungsanträgen bei einmal genehmigten NUB	100	97	93	91	n.s.
Wegfall der separaten Antragstellung durch jedes interessierte Krankenhaus	86	81	96	44	p<0.05
Möglichkeit der Vereinbarung von genehmigten NUB ohne Antrag	91	88	86	55	p<0.05
Wegfall dezentraler Vergütungsvereinbarung für NUB durch Krankenhaus und Kostenträger	83	85	72	40	p<0.05
Begründungspflicht des InEK bei NUB-Bescheiden	74	67	69	60	n.s.
Stärkere Unterstützungs-/Mitwirkungsmöglichkeiten Dritter	45	46	29	20	n.s.

Differenziert nach alten und neuen Bundesländern entsprachen die Zustimmungsquoten für die Änderungsvorschläge weitgehend der Verteilung im Bundesgebiet insgesamt. Eine Detaildarstellung erübrigt sich somit.

- Alles in allem bleibt festzuhalten, dass das NUB-Verfahren aus Krankenhaussicht einen großen Änderungsbedarf aufweist. Dies betrifft faktisch fast alle maßgeblichen Aspekte des Verfahrens, im Einzelnen die Antrags-, Vergütungs- und Vereinbarungsmodalitäten.

5.4 Alternativen zum NUB-Verfahren

Von den konkreten Änderungsvorschlägen sind grundsätzliche Alternativen zum NUB-Verfahren zu unterscheiden. Zu diesem Zweck wurde den Krankenhäusern eine Liste möglicher Alternativen zum NUB-Verfahren mit der Bitte vorgelegt, diesbezüglich ihre Präferenzen zu äußern (Abb. 38).

Einige Alternativvorschläge betreffen eine stärker zentrale Verteilung von Innovationsmitteln, etwa über Innovationszuschläge pro Krankenhaus, einen zentralen Innovationsfonds oder Innovationspauschalen im Rahmen der öffentlichen Krankenhausfinanzierung. Keiner dieser Vorschläge ist unter den Krankenhäusern mehrheitsfähig. Relativ gesehen, treffen krankhausindividuelle Zuschläge bzw. ein Innovationsfond je Krankenhaus noch auf die höchste Zustimmung (44,4%).

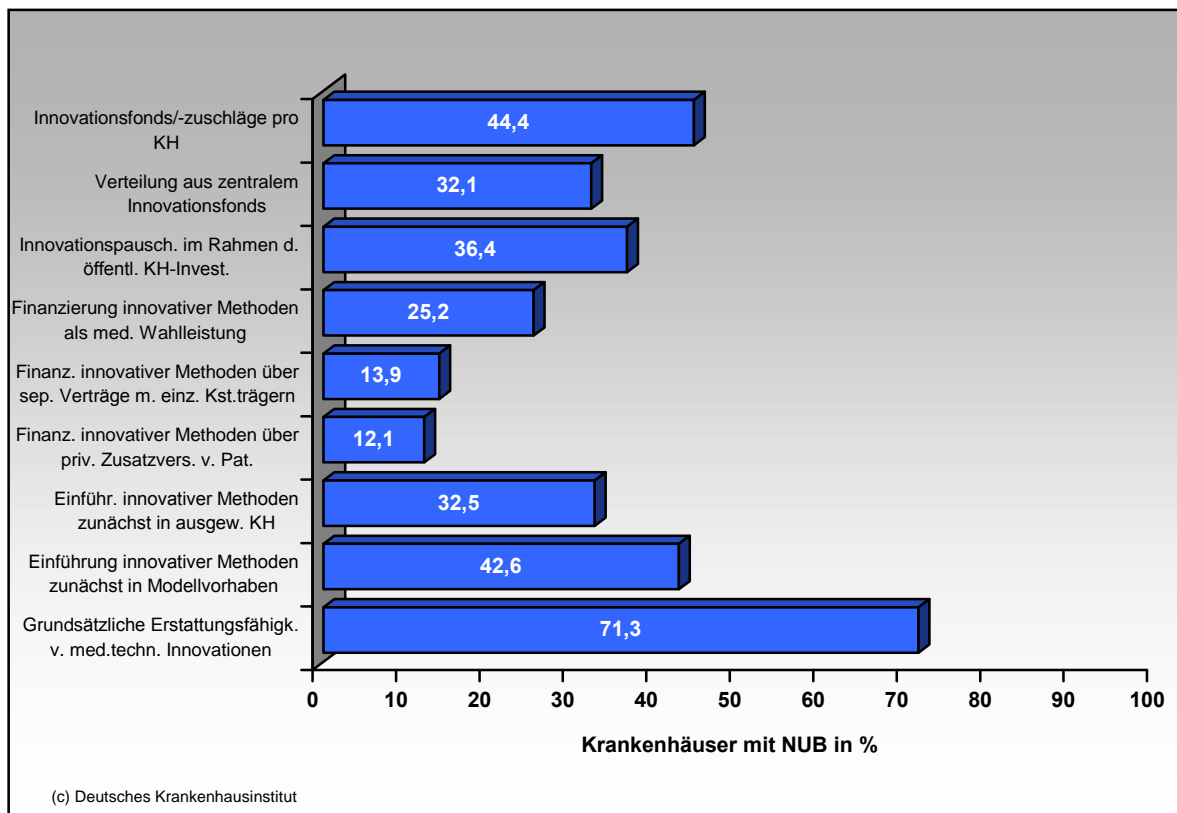


Abb. 38: Alternativen zum NUB-Verfahren

Eine Individualisierung der Innovationsfinanzierung auf einzelne Patienten oder Kostenträger trifft dagegen auf deutliche Ablehnung unter den Krankenhäusern. Nur ein Viertel der Einrichtungen würde die Finanzierung innovativer Methoden als medizinische Wahlleistung befürworten. Noch geringer ist die Akzeptanz für Selektivverträge für Innovationen mit einzelnen Kostenträgern, ggf. mit exklusiven Leistungsrechten für Mitglieder (13,9%), und die Innovationsfinanzierung über private Zusatzversicherungen von Patienten (12,1%).

Aber auch eine gezielte Beschränkung auf ausgewählte Krankenhäuser findet nur partiell Zustimmung. Das gilt gleichermaßen für die Einführung von innovativen Methoden beispielsweise zunächst in Kompetenz- oder Exzellenzzentren (32,5%) oder in Modellvorhaben zur Evaluation (42,6%).

Die einzige Option, die unter den Krankenhäusern mehrheitsfähig ist, ist die grundsätzliche Erstattungsfähigkeit medizintechnischer Innovationen nach Marktzulassung (vorbehaltlich einer Vergütungsvereinbarung mit den Kostenträgern). Fast drei Viertel der Befragten (71,3%)

befürworten eine solche Regelung, die zumindest im Kern dem Status quo des Erlaubnisvorbehaltes entspricht. Die Krankenhäuser wollen mithin mehrheitlich und grundsätzlich an der bestehenden Vorbehaltsregelung festhalten.

Tab. 21: Zufriedenheit mit den Alternativen zum NUB-Verfahren nach Krankenhausgröße (Chi²-Test)

	Bettengrößenklassen (in Prozent)				p
	KH unter 300 Betten	KH mit 300-599 Betten	KH ab 600 Betten (ohne UK)	Universitätskliniken	
Innovationsfonds/-zuschläge pro Krankenhaus	36	49	39	55	n.s.
Verteilung aus zentralem Innovationsfonds	41	31	25	36	n.s.
Innovationpauschalen im Rahmen der öffentlichen Krankenhaus-Investitionen	36	35	36	46	n.s.
Finanzierung innovativer Methoden als medizinische Wahlleistung	48	20	16	30	n.s.
Finanzierung innovativer Methoden über separate Verträge mit einzelnen Kostenträgern	9	14	15	20	n.s.
Finanzierung innovativer Methoden über private Zusatzversicherung von Patienten	18	11	8	18	n.s.
Einführung innovativer Methoden zunächst in ausgewählten Krankenhäusern	33	26	24	90	p<0.05
Einführung innovativer Methoden zunächst in Modellvorhaben	53	41	29	64	n.s.
Grundsätzliche Erstattungsfähigkeit von medizintechnischen Innovationen	60	71	80	75	n.s.

Nach Krankenhausgröße resultierte nur ein statistisch signifikanter Unterschied (Tab. 22): Demnach würden es die Universitätskliniken signifikant häufiger begrüßen, wenn Innovationen zunächst in ausgewählten Krankenhäusern, wie Kompetenz- oder Exzellenzzentren, eingeführt würden. Auch bei anderen Optionen, die möglicherweise die Universitätskliniken

begünstigen könnten, fällt deren Zustimmung höher aus (z.B. Innovationsfinanzierung über Modellvorhaben, Innovationszuschläge oder -pauschalen).

In regionaler Perspektive gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern. Dies bedeutet insbesondere, dass die Krankenhäuser im Osten wie im Westen gleichermaßen für eine grundsätzliche Erstattungsfähigkeit medizintechnischer Innovationen plädieren, entsprechend dem Verbotsvorbehalt. Eine detaillierte Ergebniswiedergabe erübrigt sich.

- Insgesamt fordern die Krankenhäuser mehrheitlich also keine grundsätzliche Alternativen zum jetzigen NUB-Verfahren. Im Kern sollten medizintechnische Innovationen entsprechend der vorherrschenden Regelung des Verbotsvorbehalts nach Marktzulassung prinzipiell erstattungsfähig sein.

6 Zusatzentgelte und Ausgleiche

6.1 Wichtigkeit von Zusatzentgelten

Zur Ergänzung des DRG-Fallpauschalenkataloges können gemäß § 17 b Abs. 1 KHG Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbart werden. Bei den Zusatzentgelten handelt es sich um eine zu den Fallpauschalen ergänzende Finanzierungsform. Sofern bestimmte Krankenhausleistungen mit den Fallpauschalen nicht leistungsorientiert vergütet werden, können Zusatzentgelte von den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbart werden. „Für eine Vergütung im Rahmen von Zusatzentgelten eignen sich ... grundsätzlich Leistungen oder Leistungskomplexe, die sporadisch über mehrere DRGs verteilt auftreten und Kosten in für das G-DRG-System relevanter Höhe verursachen. Voraussetzung für die Bewertung ist die eindeutige Identifizierbarkeit der Leistung, z.B. in Form ubiquitärer ICD- oder OPS-Kodes.“¹

Es stellt sich zunächst die Frage, welche Relevanz Zusatzentgelte für die Krankenhäuser haben. Daher sollten alle Krankenhäuser der Stichprobe konkret angeben, welche Dringlichkeit und Wichtigkeit die Vereinbarung von Zusatzentgelten für sie hat. Aus der nachfolgenden Abbildung gehen die Antworten hervor (Abb. 38).

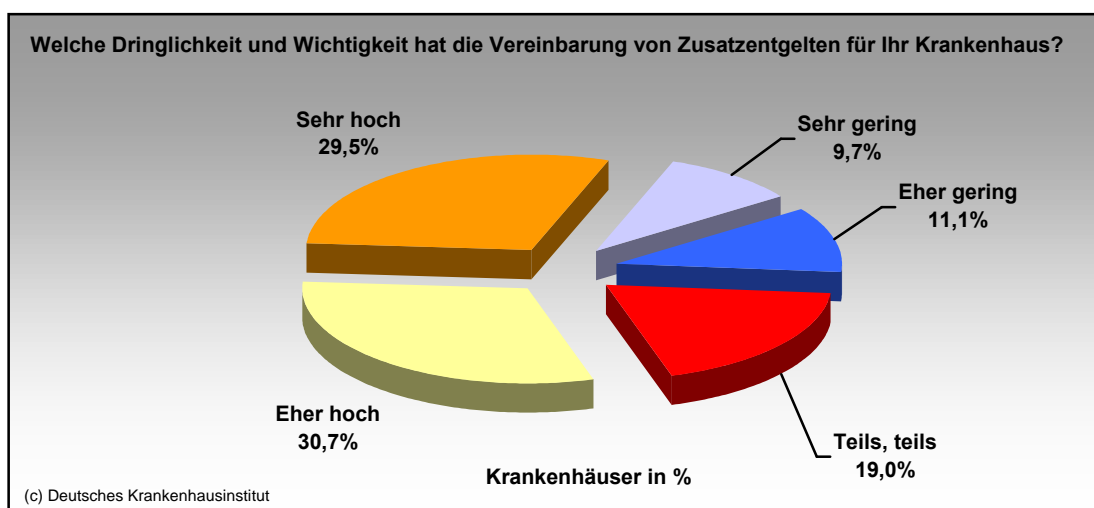


Abb. 38: Wichtigkeit von Zusatzentgelten

¹ Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus: Abschlussbericht – Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2004, Band I: Projektbericht, Siegburg 2003, S.50. Vgl. auch Kap. 2.6-2.7

Vereinbarungen von Zusatzentgelten haben demnach für rd. 60% der Krankenhäuser eine sehr hohe (29,5%) oder zumindest eine eher hohe (30,7%) Dringlichkeit und Wichtigkeit. Für gut ein Fünftel der Häuser sind die Zusatzentgelte dagegen von eher geringer (11,1%) oder sehr geringer Wichtigkeit (9,7%). Eine partielle Wichtigkeit wird den Zusatzentgelten ebenfalls von einem Fünftel der Häuser (19%) zugemessen.

Die Wichtigkeit und Dringlichkeit der Vereinbarung von Zusatzentgelten variiert in hohem Maße in Abhängigkeit von der Krankenhausgröße (Tab. 19): In kleinen Krankenhäusern unter 300 Betten attestierten weniger als die Hälfte der Häuser den Zusatzentgeltvereinbarungen eine hohe oder sehr hohe Wichtigkeit. Umgekehrt verhält es sich bei den Großkrankenhäusern ab 600 Betten und, stärker noch, bei den Universitätskliniken. Hier geben fast alle bzw. alle Einrichtungen der Vereinbarung von Zusatzentgelten eine hohe bis sehr hohe Relevanz. In eine vergleichbare Richtung zielt auch die Aussage der Häuser der mittleren Bettengrößenklasse (300-599 Betten). Immerhin von mehr als drei Vierteln (78%) werden Vereinbarungen über Zusatzentgelte als wichtig eingeschätzt.

Tab. 19: Wichtigkeit von Zusatzentgelten nach Krankenhausgröße

Bettengrößenklasse Dringlichkeit und Wichtigkeit von Zusatzentgelten	KH unter 300 Betten	KH mit 300-599 Betten	KH ab 600 Betten (ohne Universitätskliniken)	Universitäts- kliniken
Sehr gering	14,0%	1,5%	0%	0%
Eher gering	14,0%	7,4%	0%	0%
Teils, teils	23,3%	13,2%	3,6%	0%
Eher hoch	30,2%	30,9%	42,9%	9,1%
Sehr hoch	18,6%	47,1%	53,6%	90,9%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

p (Chi²) < 0,05

Ein Vergleich der Relevanz der Zusatzentgelte nach Regionen zeigt im Ost-West-Vergleich keine signifikanten Unterschiede zwischen alten und neuen Bundesländern.

Tab. 20: Wichtigkeit von Zusatzentgelten nach Region

Region Dringlichkeit und Wichtigkeit von Zusatzentgelten	KH in alten Bundesländern	KH in neuen Bundesländern
Sehr gering	4,3%	5,9%
Eher gering	8,6%	2,9%
Teils, teils	12,1%	17,6%
Eher hoch	31,0%	32,4%
Sehr hoch	44,0%	41,2%
Gesamt	100,0%	100,0%

p (Chi²) < 0,05

Insgesamt hat die Vereinbarung von Zusatzentgelten eine hohe Relevanz für die Krankenhäuser. Je größer die Krankenhäuser, desto höher ist die Dringlichkeit und Wichtigkeit einer solchen Vereinbarung für die Häuser.

6.2 Ablehnungsgründe für die Vereinbarung von Zusatzentgelten

Alle Krankenhäuser der Stichprobe wurden danach befragt, mit welchen Gründen die Kostenträger die Vereinbarung von Zusatzentgelten speziell bei stärker medizintechnischen Entgelten ablehnen.

Zunächst wurde gefragt, ob die Kostenträger überhaupt Gründe für die Ablehnung von Vereinbarungen für Zusatzentgelte anführen oder nicht. Eine Ablehnung mit Angabe von Gründen kommt bei rund der Hälfte der Krankenhäuser (49,3%) selten oder nie vor. Die Kostenträger teilen in 38% der Häuser manchmal die Gründe mit, weshalb sie Vereinbarungen von Zusatzentgelten verweigern. In lediglich 13% der Häuser begründen die Kostenträger ihre Ablehnung häufig (Abb. 39).

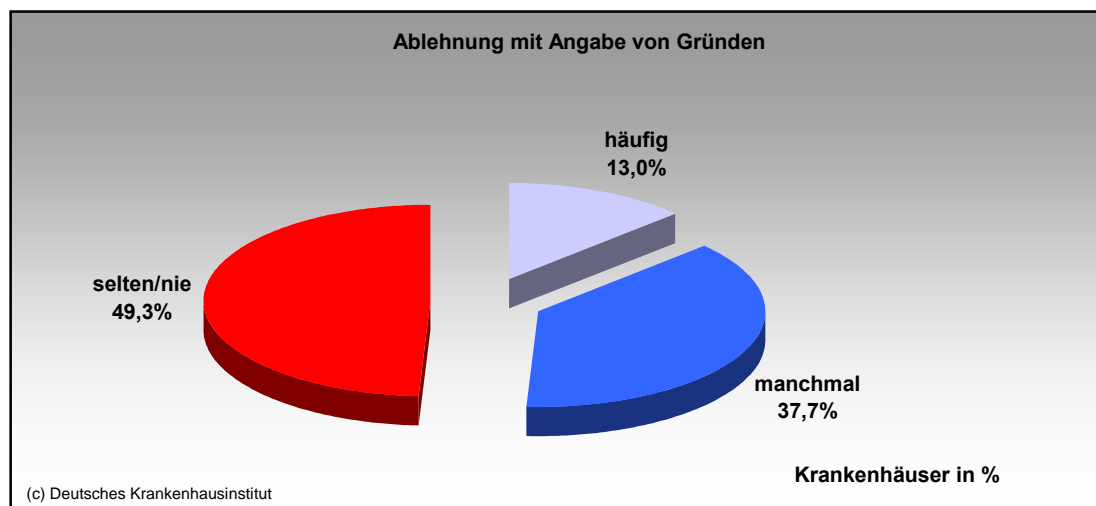


Abb. 39: Ablehnung der Vereinbarung von Zusatzentgelten mit Angabe von Gründen

Keine Unterschiede bei der Ablehnung mit Angabe von Gründen gab es hinsichtlich der Unterscheidung nach alten und neuen Bundesländern sowie nach Krankenhausgröße.

Darüber hinaus sollten die Befragungsteilnehmer konkret die Gründe für eine etwaige Ablehnung von Zusatzentgelten nennen. Der häufigste Ablehnungsgrund war demnach die fehlende Entsprechung der Zusatzentgelte im Leistungsspektrum des Krankenhauses. Immerhin 30,5% der Krankenhäuser gaben an, dass das häufig ein Argument der Kostenträger gewesen sei. Weiteren 30% wurde dies von den Krankenkassen manchmal vorgehalten, um eine Vereinbarung von Zusatzentgelten abzulehnen.

In die gleiche Richtung zielt auch die Begründung der Kostenträger, dass für die Zusatzentgelte ein Versorgungsauftrag fehlen würde. Mehr als ein Fünftel der Krankenhäuser (22%) hörte dies häufig in den Budget- und Entgeltverhandlungen. Mehr als ein Drittel (35,3%) der Krankenhäuser wurde der fehlende Versorgungsvertrag manchmal als Ablehnungsgrund mitgeteilt.

Dass fehlende Studien oder eine fehlende Evidenzbasierung häufig als Ablehnungsgrund herangezogen wurden, gab ein Fünftel der betroffenen Häuser an. Bei fast 28% der Krankenhäuser wurde diese Begründung manchmal von den Kostenträgern herangezogen.

Im Vergleich zu den drei genannten Argumentationsstrategien der Kostenträger spielt die Höhe der Fallzahlen oder ein etwaiges Finanzierungsrisiko nur eine untergeordnete Rolle.

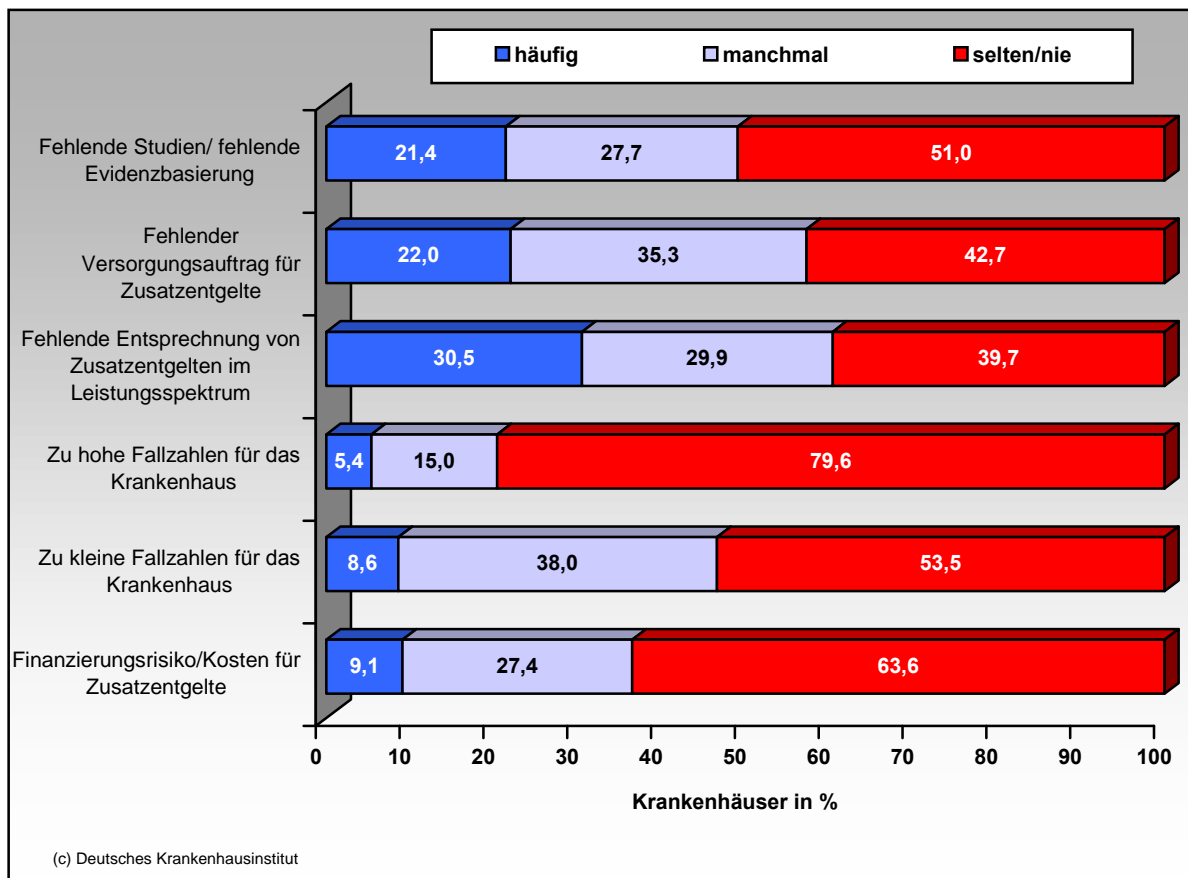


Abb. 40: Gründe für die Ablehnung von Zusatzentgelten

Ein Vergleich der Ablehnungsgründe nach den Größenklassen zeigt insbesondere für die kleinen Krankenhäuser unter 300 Betten sowie spiegelbildlich für die Universitätsklinik stringente Argumentationen seitens der Kostenträger.

Überdurchschnittlich häufig werden Zusatzentgelte in den kleineren Krankenhäusern mit den Begründungen

- fehlender Versorgungsauftrag,
- fehlende Entsprechung im Leistungsspektrum sowie
- zu kleine Fallzahlen

abgelehnt. Auf der anderen Seite spielen hier die zu hohen Fallzahlen sowie das mögliche Finanzierungsrisiko keine Rolle in der Argumentation der Kostenträger.

Geradewegs umgekehrt die Begründung bei den Universitätsklinika: Dass aufgrund des Leistungsspektrums eine Ablehnung der Vereinbarung von Zusatzentgelten mit dem fehlenden Versorgungsauftrag oder der mangelnden Entsprechung des Leistungsspektrums keine Rolle spielt, dürfte selbstevident sein. Aber auch zu hohe Fallzahlen spielen offensichtlich eher eine untergeordnete Rolle. Stattdessen wird überdurchschnittlich häufig das Finanzierungsrisiko von den Kostenträgern genannt.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Ablehnungsgründe nach Krankenhausgröße im Einzelnen.

Tab. 21: Ablehnungsgründe für die Vereinbarung von Zusatzentgelten nach Krankenhausgröße (Chi²-Test)

	Bettengrößenklassen (in Prozent)												p
	KH unter 300 Betten			KH mitb 300-599 Betten			KH ab 600 Betten (ohne UK)			Universitätskliniken			
	h	m	n	h	h	m	h	m	n	h	m	n	
Fehlende Studien/ fehlende Evidenzbasierung	30	10	60	10	25	50	16	44	38	25	50	25	n.s
Fehlender Versorgungsauftrag	25	31	43	21	0	12	15	35	50	0	12	87	n.s
Fehlende Entsprechung Leistungsspektrum	43	25	31	17	0	12	0	33	66	0	12	87	n.s
Zu hohe Fallzahlen	0	0	100	12	0	25	5	33	61	0	25	75	n.s
Zu kleine Fallzahlen	13	40	46	3	0	50	0	22	77	0	50	50	n.s
Finanzierungsrisiko	0	11	88	19	25	50	5	42	52	25	50	25	n.s

h = häufig, m = manchmal, n = nie/selten

Bei der Differenzierung nach alten und neuen Bundesländern gibt es lediglich bei einem Item einen signifikanten Unterschied (p (Chi²) < 0,05), nämlich bei dem Ablehnungsgrund der zu kleine Fallzahlen (Abb. 41).

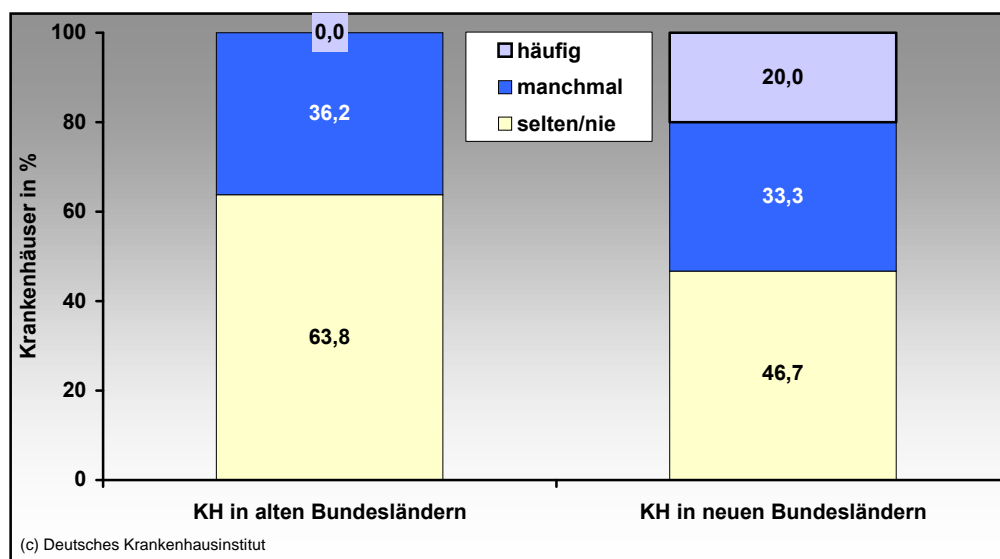


Abb. 41: Ablehnungsgrund „zu kleine Fallzahlen“ nach Region

In rund 64% der westdeutschen Krankenhäuser wurden die zu kleinen Fallzahlen selten oder nie von den Kostenträgern als Begründung für die Ablehnung von Zusatzentgelten herangezogen. In den neuen Bundesländern lag der entsprechende Anteil der Krankenhäuser bei rund 47%. In einem Fünftel der Häuser wurde diese Begründung aber häufig von den Kostenträgern verwendet, um keine Vereinbarung abzuschließen. In keinem der westdeutschen Stichprobenkrankenhäuser war dies der Fall.

- Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Kostenträger in der Hälfte der Krankenhäuser selten oder nie ihre Gründe für die Ablehnung von Vereinbarungen von Zusatzentgelten anführen. Nur in wenigen Fällen sehen sich die Kostenträger in der Lage, häufiger ihre Ablehnungsgründe den Krankenhäusern mitzuteilen. Sofern Gründe von den Kostenträgern genannt werden, wird die Vereinbarung von Zusatzentgelten am häufigsten mit der fehlenden Entsprechung der Zusatzentgelte im Leistungsspektrum bzw. mit einem fehlenden Versorgungsauftrag abgelehnt.

6.3 Förderliche Bedingungen für die Vereinbarung von Zusatzentgelten

Analog zu den Hinderungsgründen stellt sich die Frage, welche Gründe ggf. förderlich für die erfolgreiche Vereinbarung von Zusatzentgelten speziell bei stärker medizintechnischen Entgelten sind. Zu diesem Zweck wurde den Befragungsteilnehmern wieder eine entsprechende Fragenliste möglicher Erfolgsfaktoren zur Beantwortung vorgelegt.

Für eine erfolgreiche Vereinbarung von Zusatzentgelten zeichnen demnach genau wie schon bei der Vereinbarung von NUB-Entgelten im Wesentlichen drei Gründe verantwortlich (Abb. 42):

Eine hohe Evidenzbasierung stellt einen wichtigen Einflussfaktor der Vereinbarung dar. Bei mehr als einem Fünftel der Krankenhäuser ist dies häufig der Fall. In knapp einem Drittel der Krankenhäuser kommt dies manchmal vor.

Eine strikte Erlösbegrenzung bei Zusatzentgelten wurde von einem Fünftel der Häuser als einer Vereinbarung häufig förderlich qualifiziert. Etwas mehr als ein Viertel der Krankenhäuser betonte, dass eine solche Begrenzung manchmal dem Abschluss einer Vereinbarung dienlich sei.

Einer erfolgreichen Vereinbarung zweckmäßig sei auch eine strikte Fallzahlbegrenzung. Dass dies häufig bzw. manchmal der Fall, wurde von 56% der Krankenhäuser berichtet.

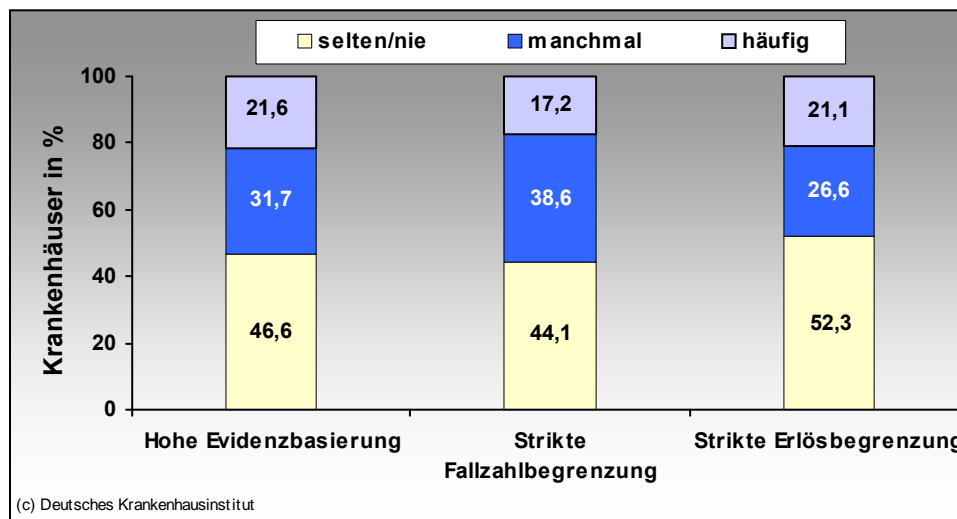


Abb. 42: Hauptgründe für die Vereinbarung von Zusatzentgelten

Weitere erfolgskritische Faktoren lassen sich der nachstehenden Abbildung entnehmen. Danach spielt die Schiedsstelle keine Rolle für den Abschluss einer Vereinbarung von Zusatzentgelten, sowohl was die Drohung mit der Einschaltung angeht als auch die tatsächliche Einschaltung.

Dagegen hat ein Wohlwollen der Kostenträger vor Ort durchaus eine gewisse Relevanz für eine erfolgreiche Verhandlung. Bei knapp der Hälfte der Krankenhäuser hat ein diesbezügliches Verhalten häufig oder manchmal Vereinbarungen begünstigt.

Im Sinne von Kompensationsgeschäften kommt es bei knapp der Hälfte der Befragten gelegentlich vor, dass Vereinbarungen mit den Kostenträgern abgeschlossen werden können, sofern bei anderen Verhandlungsthemen ausdrücklich Zugeständnisse gemacht werden.

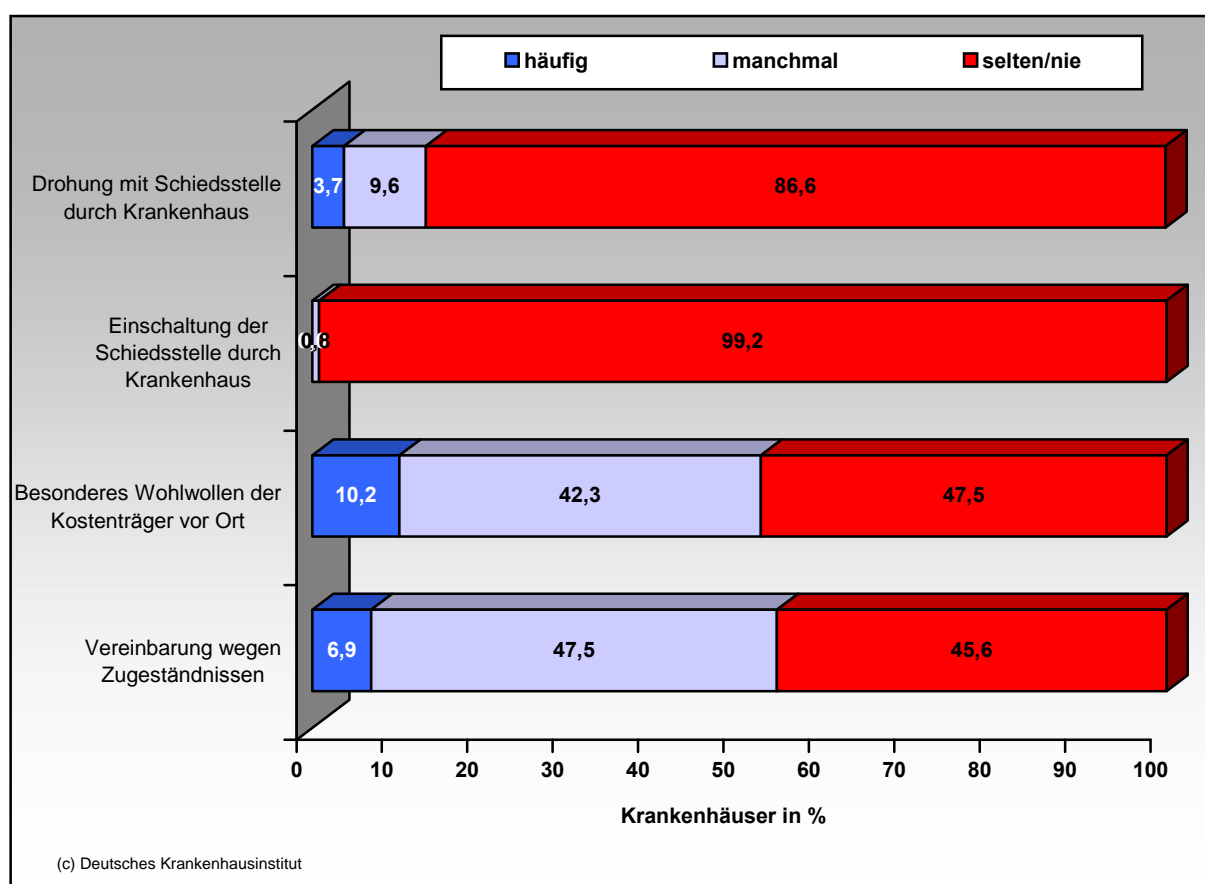


Abb. 43: Sonstige Gründe für die Vereinbarung von Zusatzentgelten

Tab. 22 zeigt für ausgewählte Fragestellungen die erfolgskritischen Faktoren nach Krankenhausgröße.

Tab. 22: Erfolgskritische Faktoren für die Vereinbarung von Zusatzentgelten nach Krankenhausgröße (Chi²-Test)

	Bettengrößenklassen (in Prozent)												p
	KH unter 300 Betten			KH mit 300-599 Betten			KH ab 600 Betten (ohne UK)			Universitäts- kliniken			
	h	m	n	h	h	m	h	m	n	h	m	n	
Hohe Evidenzbasierung	10	30	60	32	32	35	23	28	47	37	50	12	n.s
Strikte Fallzahlbegrenzung	14	38	47	25	36	38	18	45	36	0	50	50	n.s
Strikte Erlösbegrenzung	11	17	70	36	36	27	25	40	35	14	42	42	n.s
Besonderes Wohlwollen der Kostenträger	11	41	47	8	41	50	0	52	47	28	42	28	n.s
Zugeständnisse bei anderen Themen	4	42	52	8	52	39	10	57	31	25	62	12	n.s
Hohe Evidenzbasierung	10	30	60	32	32	35	23	28	47	37	50	12	n.s

h = häufig, m = manchmal, n = nie/selten

Die nicht signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Größenklassen zeigen insbesondere für die Universitätsklinika auf der einen Seite ein besonderes Wohlwollen seitens der regionalen Kostenträger, auf der anderen Seite überdurchschnittlich häufig eine Verhandlungsstrategie, die auf Zugeständnisse bei anderen Themen setzt.

Die strikte Begrenzung von Fallzahlen bzw. Erlösen zählt offensichtlich zu den besonders erfolgskritischen Faktoren bei den Krankenhäusern ab 300 Betten (ohne Universitätsklinika). Hier führt eine Begrenzung überdurchschnittlich häufig zu einer Vereinbarung von Zusatzentgelten.

Die Regionalanalyse zeigt keine Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern im Vorgehen der Kostenträger bei der Vereinbarung von Zusatzentgelten.

- Insgesamt lässt sich festhalten, dass eine hohe Evidenzbasierung der Zusatzentgelte, eine strikte Erlösbegrenzung sowie eine strikte Fallzahlbegrenzung wichtige Einflussfaktoren für die Vereinbarung von Zusatzentgelten darstellen.

6.4 Vereinbarung und Abrechnung von Zusatzentgelten für das Jahr 2008

Für das Jahr 2008 haben rund 86% der befragten Krankenhäuser Zusatzentgelte entweder vereinbart oder abgerechnet.

Die bettengrößenklassenspezifische Analyse belegt nachdrücklich, dass bei den Krankenhäusern ab 600 Betten jedes und mit 300 bis 599 Betten nahezu jede Krankenhaus im Jahr 2008 über eine Vereinbarung verfügte oder zumindest aber Zusatzentgelte abgerechnet hat. Vergleichbares gilt immerhin noch für rund vier Fünftel der Häuser mit weniger als 300 Betten.

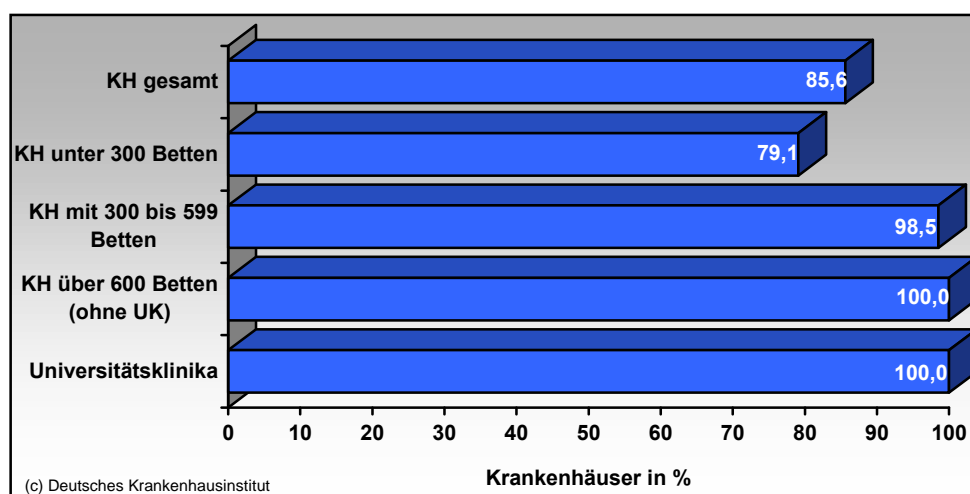


Abb. 44: Vereinbarung und Abrechnung von Zusatzentgelten im Jahr 2008

Zusatzentgelte zählen damit neben den Fallpauschalen zur standardmäßigen Finanzierungsform von stationären Leistungen in Deutschland. Hierbei spielt es keine Rolle, ob die Krankenhäuser im Westen oder im Osten der Republik liegen.

Die meisten Krankenhäuser haben für 2008 eine Vereinbarung zur Abrechnung von Zusatzentgelten bzw. haben Zusatzentgelte abgerechnet. Von den Krankenhäusern wurde erfragt, wie viele Zusatzentgelte vereinbart oder abgerechnet worden sind. Aufgrund der unterschiedlichen Größe der Krankenhäuser würde der arithmetische Mittelwert durch Ausreißerwerte die Anzahl der Zusatzentgelte extrem verzerrt darstellen. Aus diesem Grunde wird im Folgenden der Median verwendet.

Im Mittel haben die Krankenhäuser die Abrechnung von 206 Zusatzentgelten nach § 5 Abs. 1 FPV vereinbart, abgerechnet wurden dann im Jahr 2008 im Mittel 218.

Vergleicht man die Vereinbarung mit der Abrechnung, dann war

- in 52% der Krankenhäuser die Anzahl der abgerechneten höher als die Zahl der vereinbarten Zusatzentgelte,
- in 43% der Häuser wurde die vereinbarte Anzahl der Zusatzentgelte nicht erreicht und
- in 5% der Einrichtungen wurde eine Punktlandung geschafft.

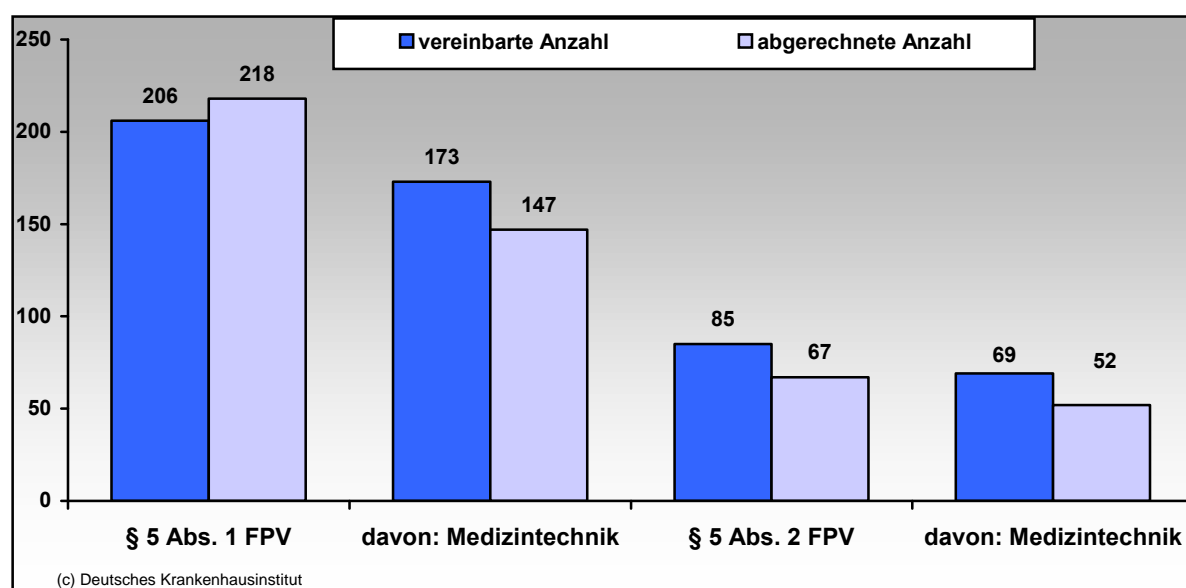


Abb. 45: Durchschnittliche Anzahl (Median) der vereinbarten und abgerechneten Zusatzentgelte

Deutlich niedriger lag die durchschnittliche Anzahl der Vereinbarungen von Zusatzentgelten nach § 5 Abs. 2 FPV. Lediglich 85 Zusatzentgelte aus diesem Katalog nach Anlage 4 FPV wurden im Mittel vereinbart. Im Unterschied zu den Zusatzentgelten gemäß § 5 Abs. 1 FPV wurden hier aber weniger Zusatzentgelte abgerechnet als vereinbart wurden. Insgesamt haben in etwa gleich viele Krankenhäuser, nämlich jeweils rd. 45%, die vereinbarte Anzahl nicht erreicht bzw. überschritten.

Der überwiegende Anteil sowohl der vereinbarten als auch der abgerechneten Zusatzentgelte nach § 5 Abs. 2 FPV betraf Zusatzentgelte mit einem medizintechnischen Anteil.

Es besteht ein starker Zusammenhang zwischen der Zahl der Zusatzentgelte und der Größe des Krankenhauses. In Tab. 23 sind die vereinbarten und die abgerechneten Zusatzentgelte nach Größenklassen differenziert dargestellt. Es handelt sich jeweils um den Median der Entgelte.

Tab. 23: Vereinbarte (v) und abgerechnete (a) Zusatzentgelte nach Krankenhausgröße

	KH unter 300 Betten		KH mit 300-599 Betten		KH ab 600 Betten (ohne UK)		Universitäts- kliniken	
	v	a	v	a	v	a	v	a
Zusatzentgelte § 5 Abs. 1 FPV	124	132	282	304	1.308	1.491	5.546	6.652
davon: Zusatzentgelte mit Medizintechnik	39	36	143	144	856	837	2.410	2.374
Zusatzentgelte § 5 Abs. 2 FPV	37	23	102	122	328	295	2.085	2.532
davon: Zusatzentgelte mit Medizintechnik	42	9	100	100	141	130	986	1.222

Erwartungsgemäß wächst die Zahl der vereinbarten und der abgerechneten Zusatzentgelte mit der Größe des Krankenhauses.

Die regionalen Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern sind nicht signifikant. Sie lassen sich i.d.R. mit der unterschiedlichen Struktur der Krankenhäuser in West- und Ostdeutschland erklären.

- Es wird in der Zusammenschau deutlich, dass Zusatzentgelte zur standardmäßigen Finanzierungsform von stationären Leistungen in Deutschland zählen. Im Mittel wurden aber – im Vergleich zu den DRG-Fallzahlen – nur wenige Zusatzentgelte abgerechnet. Die Varianz zwischen den differenzierten Größenklassen der Krankenhäuser ist allerdings sehr hoch.

6.5 Vereinbarte Erlössumme

Die Vereinbarung zur Abrechnung von Zusatzentgelten enthält nicht nur die Art und die Anzahl der abzurechnenden Leistungen, sondern auch die daraus zu erwartenden Erlöse. Für die Zusatzentgelte gemäß § 5 Abs. 1 FPV ergibt sich die Erlössumme zwangsläufig aus der Multiplikation der vereinbarten Menge mit den in Anlage 2 FPV aufgeführten Euro-Beträgen.

Bei den Zusatzentgelten gemäß § 5 Abs. 2 FPV muss zusätzlich eine Vereinbarung über die Entgelthöhe getroffen werden.

Liegt keine Vereinbarung nach § 5 Abs. 2 FPV vor, so können die Krankenhäuser in Anwendung für jedes Zusatzentgelt 600 Euro in Rechnung stellen. Dieser Fall kam allerdings nur selten zum Tragen. Der überwiegende Teil der Krankenhäuser in der Stichprobe, die entsprechende Entgelte abgerechnet haben, verfügten über eine Vereinbarung.

Die durchschnittlich vereinbarte Erlössumme für Zusatzentgelte gemäß § 5 Abs. 1 FPV lag demnach im Jahr 2008 bei 186.307 Euro. Aufgrund der schon oben geschilderten Abhängigkeit der Anzahl der vereinbarten Zusatzentgelte von der Krankenhausgröße streut dieser Median stark.

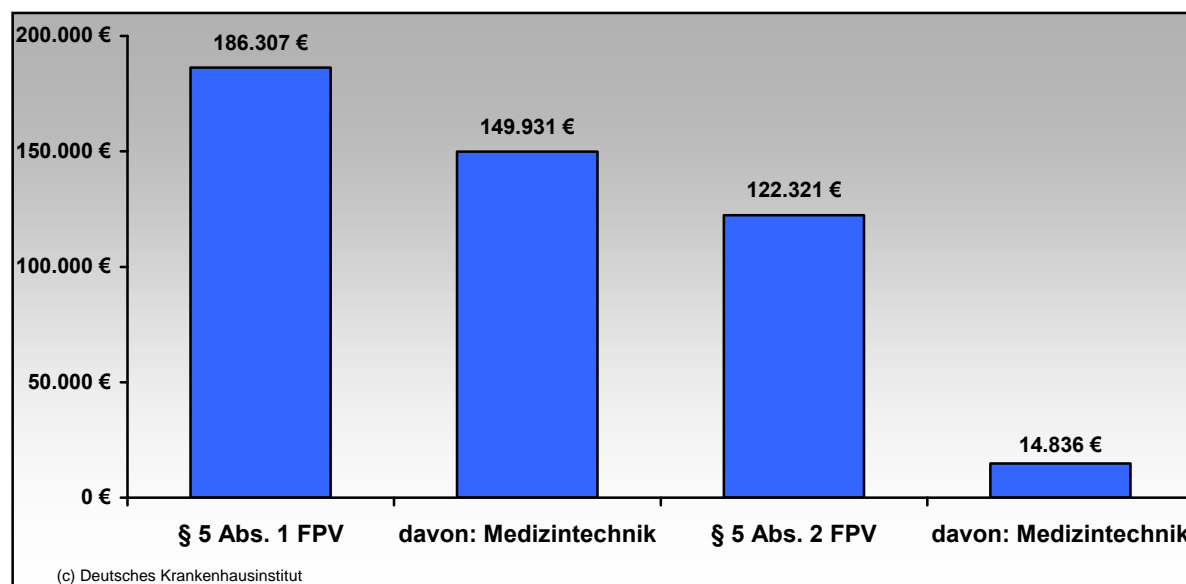


Abb. 46: Durchschnittlich vereinbarte Erlössumme (Median) der vereinbarten Zusatzentgelte

Den Großteil der Erlössumme ergibt sich hierbei aus Zusatzentgelten mit einem medizintechnischen Hintergrund.

Deutlich niedriger sind die vereinbarten Erlöse für die Zusatzentgelte nach § 5 Abs. 2 FPV und hier insbesondere für die medizintechnischen Entgelte. Inwieweit diese geringe Erlössumme auf die geringe Zahl von Vereinbarungen oder aufgrund von fehlenden Angaben zuzugrunde kommt, muss offen bleiben.

Die Varianz der vereinbarten Erlössummen in Abhängigkeit von der Größenklasse geht aus der nachfolgenden Abbildung hervor. Zur Erklärung sei noch angeführt, dass nicht alle Krankenhäuser Vereinbarungen für alle Items aufweisen. Die Anzahl der berücksichtigten Krankenhäuser variiert daher.

Tab. 24: Vereinbarte Erlössumme nach Größenklassen

Bettengrößenklasse Dringlichkeit und Wichtigkeit von NUB	KH unter 300 Betten	KH mit 300- 599 Betten	KH ab 600 Betten (ohne Universitäts- kliniken)	Universitäts- kliniken
Zusatzentgelte § 5 Abs. 1 FPV	129.389	286.665	1.185.989	6.406.552
davon: Zusatzentgelte mit Medizintechnik	77.186	214.583	332.005	1.406.783
Zusatzentgelte § 5 Abs. 2 FPV	58.697	150.176	389.799	3.805.392
davon: Zusatzentgelte mit Medizintechnik	80.350*	114.457	120.000	2.992.158

* Diese durchschnittliche Teil-Erlössumme ist höher als die durchschnittliche Gesamt-Erlössumme, da nicht alle Krankenhäuser medizintechnische Zusatzentgelte abgerechnet haben, insbesondere die Häuser nicht, die schon wenige Zusatzentgelte gemäß § 5 Abs. 5 FPV vereinbart haben.

Wie schon bei der Anzahl der vereinbarten Zusatzentgelte zeigt sich auch hier eine deutliche Steigerung der Erlössumme in Abhängigkeit von der Größe des Krankenhauses. Sowohl der Sprung von den Krankenhäusern mit 300 bis 599 Betten zu den Häusern ab 600 als auch der von diesen Häusern zu den Universitätskliniken ist sehr groß (Tab. 24).

Relativiert werden die Ergebnisse, wenn man die vereinbarte Erlössumme in Relation zur vereinbarten Anzahl der Zusatzentgelte stellt.

Im Folgenden wurden nur Krankenhäuser berücksichtigt, die in den jeweiligen Bereichen sowohl Fallzahlen als auch Erlössummen angegeben haben. Im Unterschied zu den bisherigen Auswertungen wird nun das arithmetische Mittel ausgewiesen.

Bei den Zusatzentgelten gemäß § 5 Abs. 1 FPV liegt der durchschnittliche vereinbarte Erlös je Zusatzentgelt bei 768 Euro. Allerdings variiert dieser Durchschnittserlös in Abhängigkeit von der Größenklasse (vgl. Tab. 25). Demzufolge liegen die vereinbarten Erlöse für die genannten Zusatzentgelte in den Krankenhäusern mit weniger als 600 Betten unterhalb des

ermittelten Durchschnittswertes. Die mittleren vereinbarten Erlöse in den Universitätskliniken sind mit rd. 1.100 Euro fast doppelt so hoch wie die in den Häusern unter 300 Betten.

Die Zusatzentgelte nach § 5 Abs. 1 FPV zeichnen sich dadurch aus, dass ihre Erlöse in Anlage 2 bzw. Anlage 5 FPV hinterlegt sind. Damit liegen bundeseinheitliche Vergütungen vor, von denen in den krankenhausesindividuellen Budget- und Entgeltverhandlungen nicht abgewichen werden kann. Daraus kann geschlossen werden, dass in den größeren Krankenhäusern höherpreisliche Zusatzentgelte vereinbart und auch erbracht werden.

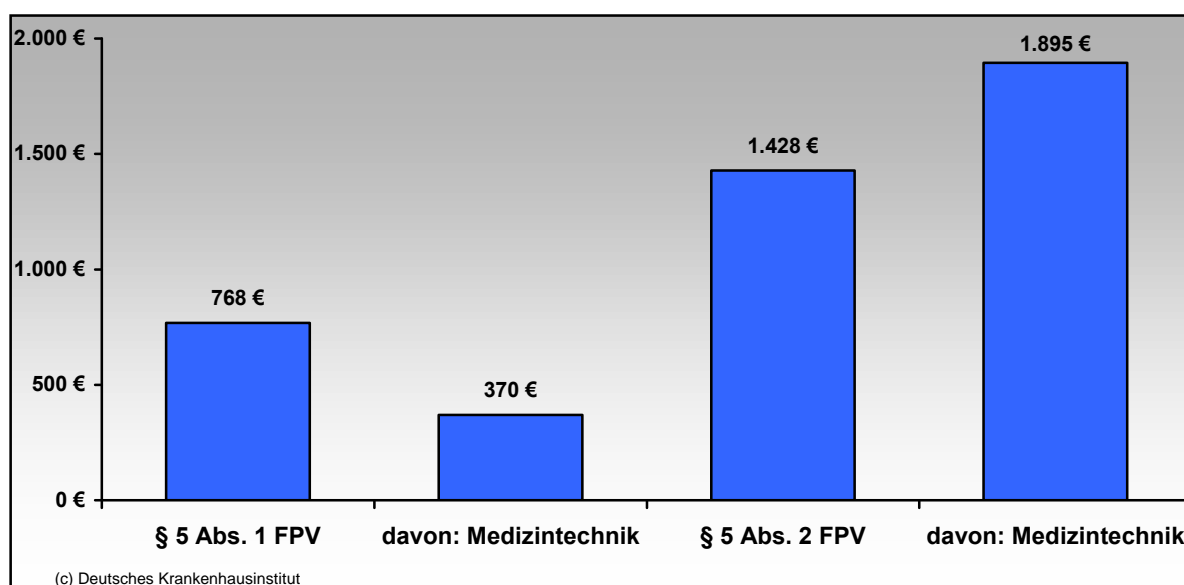


Abb. 47: Durchschnittliche Erlössumme je Zusatzentgelt (arithmetisches Mittel)

In die gleiche Richtung geht auch die Argumentation hinsichtlich der Zusatzentgelte mit einem medizintechnischen Hintergrund. Auch hier liegen die durchschnittlichen Erlöse der größeren Häuser deutlich über den der Krankenhäuser mit weniger als 600 Betten.

Die Durchschnittserlöse für die Zusatzentgelte gemäß § 5 Abs. 2 FPV sind mit 1.428 Euro fast doppelt so hoch wie die der Zusatzentgelte nach § 5 Abs. 1 FPV.

Tab. 25: Durchschnittliche Erlössumme je Zusatzentgelt nach Größenklassen (arithmetisches Mittel)

Bettengrößenklasse Dringlichkeit und Wichtigkeit von NUB	KH unter 300 Betten	KH mit 300- 599 Betten	KH ab 600 Betten (ohne Universitätskliniken)	Universitäts- kliniken
	Zusatzentgelte § 5 Abs. 1 FPV	597	731	848
davon: Zusatzentgelte mit Medizintechnik	254	315	438	556
Zusatzentgelte § 5 Abs. 2 FPV	1.635	1.101	720	2.305
davon: Zusatzentgelte mit Medizintechnik	2.268	1.755	989	2.720

Wiederum streuen die mittleren Erlöse stark zwischen den vier differenzierten Größenklassen. Diesmal allerdings liegen die Durchschnittserlöse der kleinen Krankenhäuser und der Universitätskliniken deutlich über dem größenklassenübergreifenden arithmetischen Mittel. Unter den Krankenhäusern mit weniger als 300 Betten sind Häuser, die sich auf die Erbringung hochpreislicher und medizinisch komplexer Zusatzentgelte spezialisiert haben. Bei den Universitätskliniken war aufgrund ihrer Forschungsaktivitäten und ihres hochspezialisierten Leistungsangebotes zu erwarten, dass hier entsprechend hohe Erlöse für Zusatzentgelte zustande kommen.

Die geringsten vereinbarten Erlöse je Zusatzentgelt verzeichnen die Krankenhäuser ab 600 Betten. Allerdings ergeben sich hier Verzerrungen durch einige Ausreißer nach unten. Würde man nicht das arithmetische Mittel, sondern den Median für die Durchschnittserlöse verwenden, so läge dieser Mittelwert bei 1.154 Euro je Zusatzentgelt.

Für die Zusatzentgelte nach § 5 Abs. 2 FPV mit einem medizintechnischen Hintergrund liegen die höchsten vereinbarten Durchschnittserlöse je Zusatzentgelt vor. Das arithmetische Mittel liegt bei 1.895 Euro. Dies spricht dafür, dass hier – aufgrund der Notwendigkeit der Vereinbarung mit den Kostenträgern vor Ort – entsprechend teure medizintechnische Geräte in die Zusatzentgelte einkalkuliert worden sind. Nur in einem Falle wurde offensichtlich der in § 5 Abs. 2 FPV vorgegebene Erlös in Höhe von 600 Euro je Zusatzentgelt in Anspruch genommen.

In allen vier Größenklassen liegen die mittleren Erlöse für medizintechnische Zusatzerlöse über den Durchschnittserlösen für alle vereinbarten Zusatzentgelte gemäß § 5 Abs. 2 FPV. Zwischen den Größenklassen, aber auch innerhalb der Größenklassen variieren die mittleren Erlöse sehr stark. Das könnte dafür sprechen, dass die krankenhausesindividuellen Vereinbarungen zu den Erlösen selbst bei gleichem Leistungsspektrum sehr unterschiedlich ausfallen.

Wiederum fällt das arithmetische Mittel für die Erlöse in den Krankenhäusern ab 600 etwas aus dem Rahmen. Wie auch in den drei anderen Klassen sind die krankenhausesindividuellen Erlöse sehr unterschiedlich, aber in dieser Größenklasse ist die Spannweite zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Durchschnittserlöse je Zusatzentgelt besonders groß.

- Es konnte insgesamt festgestellt werden, dass die vereinbarte Erlössumme für die Zusatzentgelte im Vergleich zu den vereinbarten Erlösbudgets für die DRGs eher niedrig ausfällt. Wiederum zeigen sich erhebliche Differenzen zwischen den Krankenhäusern der unterschiedlichen Größenklassen. Die durchschnittlichen Erlöse je Zusatzentgelt liegen bei den Zusatzentgelten nach § 5 Abs. 1 FPV bei 768 Euro und bei den Zusatzentgelten nach § 5 Abs. 2 FPV bei 1.428 Euro.

6.6 Vereinbarte Ausgleichs bei Fallpauschalen mit hohem Sachkostenanteil

Das Krankenhausentgeltgesetz sieht in § 4 Abs. 9 vor, dass für Fallpauschalen mit hohem Sachkostenanteil individuelle Ausgleichssätze für Minder- bzw. Mehrerlöse mit den Kostenträgern vereinbart werden können. Da es sich um eine Kann-Regelung handelt, ist eine Vereinbarung nicht verpflichtend umzusetzen.

Individuelle Ausgleichssätze werden nicht häufig vereinbart. Insbesondere Ausgleichssätze für Mindererlöse liegen nur in einem Bruchteil der Krankenhäuser vor. Nur in knapp 4% der deutschen Krankenhäuser liegt eine individuelle Vereinbarung für Ausgleichssätze für Mindererlöse vor. Sofern eine solche Vereinbarung vorliegt, konzentriert sie sich auf die Universitätskliniken. Hier hat mehr als ein Drittel der Einrichtungen eine Vereinbarung mit den Kostenträgern abschließen können.

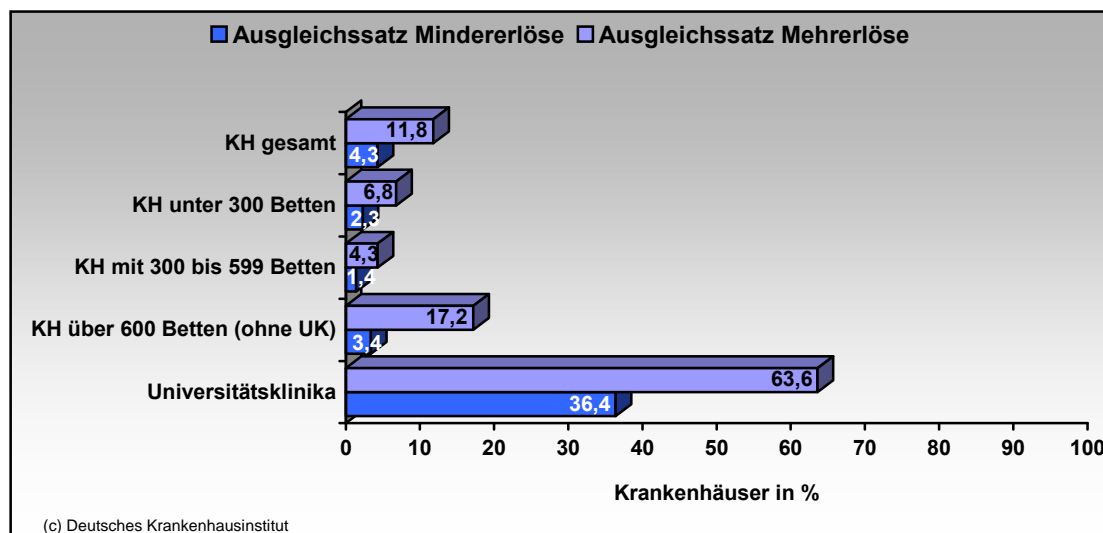


Abb. 48: Vereinbarung von individuellen Ausgleichssätzen für Minder- und Mehrerlösen bei Fallpauschalen mit hohem Sachkostenanteil

Häufiger finden sich abweichende Vereinbarungen zu den Ausgleichssätzen für Mehrerlöse. In rd. 12% der deutschen Krankenhäuser liegen entsprechende Vereinbarungen mit den Kostenträgern vor. Wiederum sind die Universitätskliniken hier führend beteiligt: Fast zwei Drittel dieser Einrichtungen konnten individuelle Ausgleichssätze abschließen. Aber auch 17% der Häuser ab 600 Betten verfügten über einen abweichenden Ausgleichssatz für Mehrerlöse.

Eine regionale Analyse belegt, dass die Verteilung der Vereinbarungen für Ausgleichssätze für Minder- und Mehrerlöse in den alten und den neuen Bundesländern nahezu identisch ist. Regionale Besonderheiten liegen damit nicht vor.

Nur für wenige Krankenhäuser liegen damit individuell vereinbarte Ausgleichssätze vor. Vorbehaltlich der kleinen Fallzahlen ergibt sich in allen Stichprobenkrankenhäusern, die eine Vereinbarung für Mindererlöse abgeschlossen haben, ein Ausgleichssatz von 0. Mit anderen Worten: Die Krankenhäuser erhalten von den Kostenträgern keine Kompensation dafür, wenn die vereinbarten Erlöse für Fallpauschalen mit einem hohen Sachkostenanteil nicht erreicht werden.

Bei den Vereinbarungen für Mehrerlöse liegt der Ausgleichssatz – wiederum vorbehaltlich der kleinen Fallzahl – im Mittel bei 56%.

- Deutlich wird, dass Vereinbarungen über Ausgleichs bei Fallpauschalen mit hohem Sachkostenanteil eher selten abgeschlossen werden. Wenn sie abgeschlossen werden, dann häufiger als Ausgleichssätze für Mehrerlöse und seltener als Ausgleichssätze für Mindererlöse.

6.7 Vereinbarte Ausgleichs bei krankenhausesindividuellen Entgelten

Für krankenhausesindividuelle Entgelte können gemäß § 6 Abs. 3 KHEntG in Verbindung mit § 11 Abs. 8 BpflV in der Fassung von 2003 abweichende Ausgleichssätze für Minder- bzw. Mehrerlöse mit den Kostenträgern vereinbart werden. Bei diesen Entgelten kann es sich um tages-, fallbezogene oder Zusatzentgelte handeln.

Wiederum wurden kaum abweichende Ausgleichssätze für krankenhausesindividuelle Entgelte vereinbart.

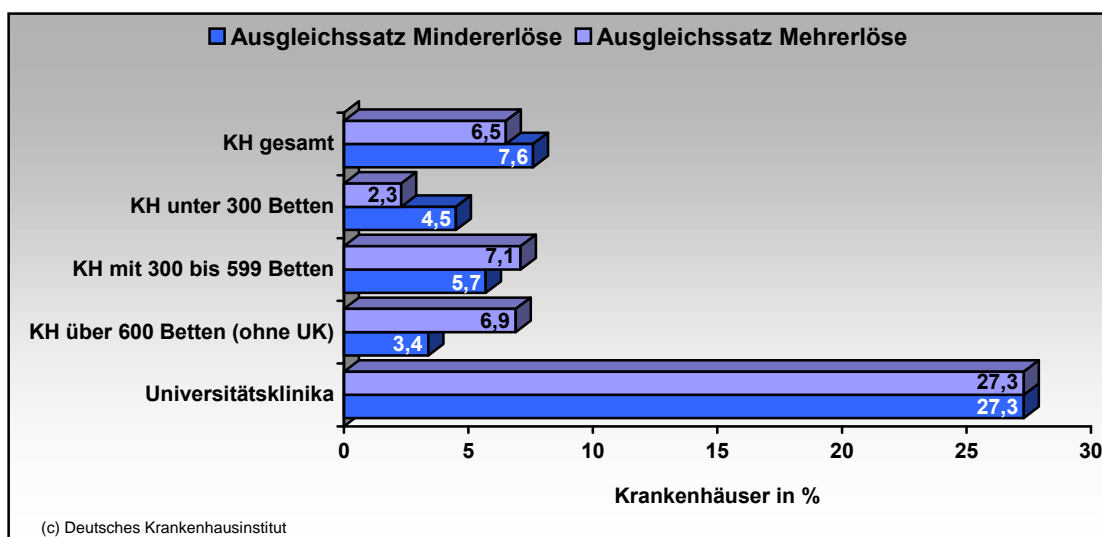


Abb. 49: Vereinbarung von individuellen Ausgleichssätzen für Minder- und Mehrerlösen bei krankenhausesindividuellen Entgelten

Sofern es zu einer Vereinbarung kam, waren vorwiegend die Universitätskliniken betroffen. Hier hatte in der Tat jede vierte Einrichtung abweichende Ausgleichssätze sowohl für Minder- als auch für Mehrerlöse abgeschlossen.

In den anderen Krankenhäusern spielten die individuellen Ausgleichssätze für krankenhausesindividuelle Entgelte so gut wie keine Rolle.

Aufgrund der geringen Fallzahlen werden die nachfolgenden Angaben zur Höhe der Ausgleichssätze vorbehaltlich angegeben. Demnach hat die überwiegende Anzahl der Krankenhäuser einen Ausgleichssatz für Mindererlöse für krankenhausesindividuelle Entgelte in Höhe von 0% abgeschlossen. Lediglich einem Haus gelang es, einen höheren Ausgleichssatz zu vereinbaren.

Mehrheitlich lag der Ausgleichssatz für Mehrerlöse bei krankenhausesindividuellen Entgelten ebenfalls bei 0%. Allerdings konnten hier mehrere Krankenhäuser Ausgleichssätze zwischen 50 und 100% mit den Krankenkassen vereinbaren.

- Auch vereinbarte Ausgleichs bei krankenhausesindividuellen Entgelten sind die Ausnahme. Die Wahrscheinlichkeit für eine Vereinbarung liegt bei einer Universitätsklinik noch am höchsten.

7 Handlungsoptionen

7.1 Stärkung des Verbotsvorbehaltes

Der rechtliche Rahmen für die Einführung bzw. Erstattungsfähigkeit von NUB ist eindeutig im Rahmen des KHEntG und des SGB V geregelt. Demnach können nur das InEK und der GBA die Anerkennung von NUB verhindern bzw., darauf basierend, die Erstattungsfähigkeit von NUB zu Lasten der GKV untersagen. Das InEK prüft dabei lediglich, ob eine NUB im DRG-System in dem Sinne abgebildet werden kann, dass sie keine relevanten Mehrkosten im Vergleich zu Standardverfahren verursacht. Es nimmt aber ausdrücklich keine Bewertung des Innovationspotenzials der NUB vor, weder im Sinne einer Evidenzbasierung noch in Form eines qualitativen Vergleichs mit Standardverfahren.

Eine solche Bewertung ist ausschließlich dem GBA nach § 137c Absatz 1 SGB V vorbehalten. Gemäß dieser Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt sind Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der Krankenhausbehandlung so lange zu Lasten der GKV erstattungsfähig, wie ihre Erbringung nicht ausdrücklich vom GBA untersagt wird. Das Verbotverfahren ist dabei an zwei Voraussetzungen geknüpft: zum einen an einen diesbezüglichen Antrag des Spitzenverbandes Bund, der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder eines Bundesverbandes der Krankenhausträger, zum anderen an die Feststellung des GBA, dass die fragliche Methode für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse nicht erforderlich ist.

Angesichts der beschriebenen Gesetzeslage ist eine Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch die Kostenträger vor Ort eindeutig nicht vorgesehen. Für die in dieser Studie nachgewiesene Praxis der Kostenträger, NUB-Entgelte unter Verweis auf MDK-/MDS Gutachten bzw. eine vermeintlich fehlende Evidenzbasierung zu verweigern, gibt es daher keine rechtliche Grundlage. Eine entsprechende Legitimation ist im Sozial- und Krankenhausrecht weder aufgeführt, noch lässt sie sich daraus ableiten. Stellen die Kostenträger vor Ort die Notwendigkeit oder Zweckmäßigkeit einer NUB in Frage, sind entsprechende Bedenken an den Spitzenverband Bund zu kommunizieren, der im beschriebenen Sinne aktiv werden müsste. Eine qualitative Bewertung von NUB durch die Kostenträger vor Ort widerspricht sowohl dem Inhalt als auch der Zielbestimmung des § 137c SGB V bzw. der

Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt, die Einführung von NUB in die stationäre Versorgung zu erleichtern und zu fördern.

Vor diesem Hintergrund ist auch die gängige Praxis der Kostenträger, den MDK/MDS mit Gutachten zur Evidenzbewertung von NUB zu beauftragen, äußerst kritisch zu sehen. Denn zum einen obliegt eine entsprechende Bewertung rechtlich nicht dem MDK/MDS, sondern eindeutig dem GBA. Deswegen dürfen die Gutachten zum anderen, zumindest mit Blick auf eine Evidenzbewertung, im Rahmen der Entgeltverhandlungen überhaupt nicht herangezogen werden. Die Notwendigkeit bzw. Sinnhaftigkeit und damit auch die Wirtschaftlichkeit der Beauftragung des MDK/MDS zur Gutachtenerstellung für NUB durch die Kostenträger sind deswegen zu hinterfragen.

Legitimiert wären sie ggf. dann, wenn sie der Vorbereitung eines Verbotsverfahrens nach § 137c SGB V dienen. Dies ist offensichtlich nicht der Fall, da entsprechende Gutachten standardmäßig und unabhängig von möglichen oder tatsächlichen Verbotsverfahren erstellt werden. Unter Umständen könnten sie zur Bewertung der Wirtschaftlichkeit von NUB im Vergleich zu Standardverfahren herangezogen werden. Denn selbst wenn NUB mit Status 1 im Grundsatz erstattungsfähig sind, müssen sich die Verhandlungspartner vor Ort gleichwohl über die Entgelthöhe verständigen. Allerdings spielen Kostenargumente bei der Ablehnung von NUB, wie die Ergebnisse dieser Studie nachdrücklich belegen, bislang eine eher untergeordnete Rolle in den NUB-Verhandlungen vor Ort. Deswegen können sie bis auf weiteres auch nicht zur Legitimation von MDK-/MDS-Gutachten zur Bewertung von NUB bzw. ihrer Beauftragung durch die Kostenträger dienen.

Im Ergebnis ist also festzuhalten, dass NUB mit einem positiven Bescheid durch das InEK (Status 1) und ohne Verbot durch den GBA im Rahmen seines Verbotsvorbehaltes im Grundsatz zu Lasten der GKV erstattungsfähig sind. Der Verbotsvorbehalt erstreckt sich eindeutig weder auf die Kostenträger vor Ort noch auf den MDK/MDS. Eine Prüfung der Evidenz oder des Innovationspotenzials von NUB durch die Kostenträger oder in ihrem Auftrag durch den MDK/MDS ist deswegen ebenso wenig zulässig, wie die Ablehnung eines NUB-Entgeltes seitens der Kostenträger wegen vermeintlich mangelnder Evidenzbasierung.

Die Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt hat das Ziel, die Einführung von Innovationen in die stationäre Versorgung zu erleichtern und zu fördern. Dies hat der Gesetzgeber ausdrücklich so

gewollt. In diesem Zusammenhang ist insbesondere in Rechnung zu stellen, dass Innovationseinführung und Evidenzbasierung zwangsläufig in einem Spannungsverhältnis stehen und eine hinreichende Evidenz teilweise erst unter den Bedingungen der Versorgungsrealität mit einem breiten Praxis-Roll-Out entstehen kann. Überdies sei daran erinnert, dass pharmazeutische wie medizintechnische Innovationen vor Marktzulassung eine Wirksamkeits- bzw. Risikobewertung durchlaufen haben, sei es in Form einer klinischen Prüfung bei Arzneimitteln gemäß Arzneimittelgesetz, sei es in Form einer Konformitätsbewertung mit CE-Kennzeichnung bei Medizinprodukten gemäß Medizinproduktegesetz. Eine weitere Innovationshürde für NUB, über den Verbotsvorbehalt des GBA hinaus, ist vor diesem Hintergrund abzulehnen. Im Sinne der Sicherung des medizinischen und medizintechnischen Fortschritts ist daher unbedingt an der Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt festzuhalten. Die Praxis der Kostenträger, ohne gesetzliche Grundlage in den Entgeltverhandlungen eine zusätzliche Innovationshürde zu errichten, ist in jedem Fall zu beenden.

7.2 Neuausrichtung der Entgeltvereinbarungen

Selbst bei einer Beibehaltung bzw. Stärkung des Verbotsvorbehalts sind NUB nur im Grundsatz erstattungsfähig. Nach der geltenden Gesetzeslage müssen sich Krankenhäuser und Kostenträger vor Ort über die Höhe der NUB-Entgelte verständigen. Zumindest aus wirtschaftlichen Gründen können die Kostenträger die Vereinbarung von NUB-Entgelten somit weiterhin verhindern, wenn sie die NUB im Vergleich zu Standardverfahren als zu kostenintensiv taxieren (ggf. in Relation zum erwarteten Nutzen). Infolgedessen ist den Krankenhäusern mit dem Verweis auf die eindeutige und innovationsfreundliche Rechtslage nur bedingt geholfen. Denn die Kostenträger können unter Hinweis auf eine tatsächliche oder vermeintliche Unwirtschaftlichkeit die Einführung von NUB blockieren oder gezielt auf ausgewählte Krankenhäuser beschränken. Letztlich können die Kostenträger somit unabhängig von einer vermeintlich mangelnden Evidenz die Einführung von NUB be- oder verhindern, eben weil sie einer Entgeltvereinbarung zustimmen müssen.

Angesichts dieser Konstellation hat sich, von den Universitätsklinika abgesehen, die große Mehrheit der befragten Krankenhäuser für einen Wegfall der dezentralen Entgeltvereinbarungen bei NUB und für eine zentrale Entgeltfestsetzung für NUB auf Landes- oder Bundesebene ausgesprochen.

Vorteile einer stärker zentralisierten Preisfestsetzung für NUB wären insbesondere eine Reduktion des Verhandlungsaufwandes durch Wegfall von parallelen Verhandlungen in zahlreichen Krankenhäusern sowie ein einheitliches und vergleichbares Preisniveau bei identischen NUB. Die Vorgabe, wonach NUB-Entgelte nur vereinbart werden dürfen, wenn eine NUB über das DRG-System nicht angemessen vergütet werden kann, engt den Preisspielraum nach unten ein, das Wirtschaftlichkeitsgebot des SGB V den Preisspielraum nach oben. Deswegen könnten auch bei einer stärker zentralisierten Vereinbarung von NUB-Entgelten unterschiedliche und ggf. divergierende Interessen von Krankenhäusern, Kostenträgern und Medizinprodukteherstellern im Grundsatz angemessen Berücksichtigung finden.

Bei einer stärker zentralisierten Preisfestsetzung sollten NUB – im Rahmen des Versorgungsauftrages der Krankenhäuser – dann grundsätzlich erstattungsfähig sein. Vor Ort in den Entgeltverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern würde nur noch über die jeweilige Menge, aber nicht mehr über den Preis verhandelt. Damit würde die bislang schwache Position der Krankenhäuser bei der Vereinbarung von NUB-Entgelten nachdrücklich gestärkt, einer fortgesetzten Aushöhlung des Verbotsvorbehalts durch die Kostenträger – in diesem Fall unter Vorgabe von Wirtschaftlichkeitsaspekten – gezielt vorgebeugt und eine rasche wie breite Einführung von Innovationen wirksam unterstützt.

Einschränkend sei allerdings erwähnt, dass eine relevante Minderheit von Krankenhäusern eine zentrale Entgeltfestsetzung auf Landes- oder Bundesebene ablehnt, darunter auch die Mehrheit der Universitätskliniken mit besonders hohem Antragsvolumen. Die Unterschiede sind insofern nachvollziehbar, als die Universitätskliniken schon heute für fast alle ihrer Anträge mit Status 1 ein Entgelt vereinbaren können. Demgegenüber fallen bei den übrigen Krankenhäusern die Erfolgsquoten in den Entgeltverhandlungen für NUB deutlich niedriger aus. Von stärker zentralisierten Entgeltverhandlungen auf Landes- oder Bundesebene erwarten diese Häuser insofern eine weitergehende Anwendung von NUB, während entsprechende Vorteile für die Universitätskliniken weniger offensichtlich sind.

Die Modalitäten einer zentralisierten Entgeltvereinbarung wären noch konkret festzulegen. Dies betrifft insbesondere Fragen der Zuständigkeiten und Kompetenzen für die Entgeltfestsetzung, die Berechnungsgrundlagen für die Entgeltbemessung, die Angemessenheit der Entgelthöhe sowie den Geltungsbereich der Entgelte (Landes- oder Bundesebene). Ange-

sichts diesbezüglicher Probleme und Unklarheiten wäre auch eine stärker zentralisierte Festsetzung der NUB-Entgelte fraglos nicht frei von Nachteilen und Schwierigkeiten.

Zumindest mit Blick auf eine Stärkung der Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt und damit einer schnellen Verbreitung des medizinischen wie medizintechnischen Fortschritts erscheint ein Wegfall der dezentralen Entgeltvereinbarung bei NUB jedoch als eine sinnvolle Alternative, weil eine Blockadehaltung der Kostenträger vor Ort bzw. eine mehr oder weniger willkürliche Vereinbarungspraxis verhindert oder zumindest erheblich erschwert würde. Eine Neuausrichtung der Entgeltvereinbarungen bei NUB sollte deswegen ernsthaft erwogen werden.

7.3 Entbürokratisierung des NUB-Verfahrens

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen eindeutig, dass die Krankenhäuser viele Detailregelungen des NUB-Verfahrens ablehnen bzw. für eine grundlegende Überarbeitung des Verfahrens plädieren. Insgesamt ist das Verfahren zu bürokratisch, zu aufwendig sowie in Teilen intransparent und selbst ein Innovationshemmnis. Eine Vereinfachung und Entbürokratisierung des NUB-Verfahrens ist deswegen dringend angezeigt:

So sehen die Verfahrensregeln bislang vor, dass jedes Krankenhaus, das eine fragliche NUB anwenden will, einen separaten Antrag stellen muss. Dies führt in der Konsequenz dazu, dass in der Regel mehrere, vielfach sogar zahlreiche Krankenhäuser identische NUB-Anträge stellen. Dadurch entstehen erhebliche Redundanzen bzw. Mehraufwand in den antragstellenden Krankenhäusern und mittelbar auch für das InEK, das zahlreiche inhaltsgleiche Anträge bearbeiten muss. Die entsprechende Verfahrensregel ist insgesamt zu bürokratisch und sollte deswegen abgeschafft werden. Eine mögliche Alternative besteht beispielsweise darin, dass das InEK den Erstantrag für eine fragliche NUB zeitnah auf seiner Homepage anzeigt. Damit würde anderen interessierten Krankenhäusern signalisiert, dass sich die entsprechende NUB in der Prüfung befindet und ein weiterer bzw. gesonderter Antrag nicht mehr erforderlich ist.

In der Konsequenz eines Wegfalls separater oder paralleler Anträge ist auch die Regelung zu streichen, wonach bei Anerkennung eines NUB durch das InEK nur antragstellende Krankenhäuser ein Entgelt vereinbaren können. Die Sinnhaftigkeit dieser Regelung ist ohnehin nicht ohne weiteres erkennbar. Wenn ein NUB über das DRG-System nicht abgebildet werden kann, dann gilt das unabhängig von einem NUB-Antrag eines Krankenhauses. Ein ent-

sprechendes Interesse vorausgesetzt, sollte daher jedes Krankenhaus mit einem entsprechenden Leistungsspektrum oder Versorgungsauftrag diese Innovation im Prinzip einführen können, also ausdrücklich ohne vorherigen Antrag. Für die Vereinbarung eines NUB-Entgeltes sollte mithin die Anerkennung durch das InEK ausreichen, die Beschränkung auf antragstellende Krankenhäuser sollte entfallen. Der entsprechende Vorbehalt stellt eindeutig ein Innovationshemmnis dar, weil er die Verbreitung von Innovationen verzögert.

Eine weitere bürokratische Hürde bilden Wiederholungsanträge bei identischen NUB. Wird eine NUB vom InEK positiv beschieden und im Folgejahr bzw. in den Folgejahren nicht in das DRG-System überführt, müssen die antragstellenden Krankenhäuser sowie ggf. weitere interessierte Krankenhäuser gleichwohl erneut Anträge beim InEK stellen. Ähnlich wie die separate Antragstellung bei identischen NUB bedingen auch Wiederholungsanträge erhebliche Redundanzen bzw. einen Mehraufwand bei Krankenhäusern und InEK. Deswegen sollten einmal positiv beschiedene NUB bis auf Widerruf durch das InEK die Anerkennung erhalten, d. h., bis sie in das DRG-System überführt werden oder ihnen anderweitig eine Anerkennung verweigert wird. Die fortgesetzte Anerkennung einmal genehmigter NUB bis auf Widerruf könnte das InEK auf seiner Homepage veröffentlichen. Eine entsprechende Praxis für NUB mit Status 1, welche in das DRG-System überführt werden, gibt es im Übrigen bereits; diese Leistungen werden auf der Homepage des InEK mit dem Hinweis ausgewiesen, dass eine weitere NUB-Anfrage nicht mehr erforderlich ist. Eine Erweiterung des Verfahrens auf Leistungen mit Status 1, für die bis auf weiteres NUB-Entgelte vereinbart werden können, wäre daher nur konsequent.

Ein grundlegendes Problem bei der Einführung von NUB bildete bislang ihre rückwirkende Erstattung. Da die Budgetverhandlungen vielfach erst unterjährig stattfinden, zahlen die Kostenträger NUB ggf. erst ab dem Zeitpunkt der Budgetvereinbarung bzw. die Krankenhäuser erbringen NUB solange nicht, wie die Finanzierung ungeklärt ist. Dieser Problematik wird durch die novellierte Innovationsklausel des KHEntG, wonach NUB nunmehr unabhängig von den Budgetverhandlungen vereinbart werden können, im Grundsatz begegnet. Allerdings muss offen bleiben, inwieweit diese Neuregelung tatsächlich genutzt wird bzw. NUB-Vereinbarungen schon zu Jahresbeginn vorliegen werden. In dem Maße, wie dies nicht der Fall ist, wird die Problematik der rückwirkenden Erstattung von NUB virulent bleiben. Vor diesem Hintergrund sollten vereinbarte NUB-Entgelte grundsätzlich rückwirkend ab Jahres-

beginn erstattungsfähig sein. Diesbezügliche Unsicherheiten stellen eindeutig ein Innovationshemmnis dar, das es zu beseitigen gilt. Eine rückwirkende Erstattungspflicht für NUB hätte überdies den wünschenswerten Nebeneffekt, dass auch die Kostenträger ein Interesse an möglichst frühzeitigen NUB-Vereinbarungen hätten.

Die Anerkennung von NUB obliegt dem InEK. Es prüft, ob NUB über das DRG-System angemessen abgebildet, d. h. sachgerecht vergütet werden können. Das Ergebnis der Prüfung teilt das InEK den antragstellenden Krankenhäusern in Form eines positiven oder negativen Bescheides mit. Die entsprechenden Begründungen, warum eine sachgerechte NUB-Vergütung möglich ist oder nicht, werden aber nicht mit geliefert. Die Prüfkriterien des InEK bleiben daher im Detail im Dunkeln. Dadurch ist das Verfahren bzw. die Prüfpraxis des InEK für die Krankenhäuser weitestgehend intransparent. Konkret wissen die Krankenhäuser bei positiven Bescheiden nicht, warum NUB im DRG-System nicht sachgerecht vergütet werden können, sowie vor allem bei negativen Bescheiden nicht, inwiefern dies der Fall ist, also für Krankenhäuser keine relevanten Mehrkosten entstehen. Im Sinne einer verbesserten Transparenz des Prüfverfahrens sollte das InEK daher verpflichtet sein, künftig positive wie negative NUB-Bescheide sachgerecht zu begründen. Eine erhöhte Transparenz des Prüfverfahrens würde es den Krankenhäusern erleichtern, schon im Vorfeld der Antragstellung die Erfolgsaussichten zu sondieren bzw. den Antrag gezielt auf die Prüfkriterien des InEK auszurichten.

7.4 Veröffentlichung von MDK-/MDS-Gutachten

Analog zur größeren Transparenz im InEK-Verfahren sollte es auch mehr Transparenz hinsichtlich der MDK-/MDS-Gutachten geben. Dabei ist zunächst abermals zu betonen, dass die Notwendigkeit, Sinnhaftigkeit und Wirtschaftlichkeit dieser Gutachten äußerst kritisch zu hinterfragen sind, da eine Evidenzbewertung von NUB durch die Kostenträger bzw. in ihrem Auftrag durch den MDK/MDS rechtlich nicht vorgesehen ist.¹ Falls Kostenträger und MDK/MDS nichtsdestotrotz an dieser fragwürdigen Praxis festhalten, sollten die entsprechenden Gutachten aber in jedem Fall veröffentlicht bzw. allgemein zugänglich gemacht werden.

¹ Vgl. ausführlich Kap. 7.1

Kennzeichnend für die NUB-Verhandlungen vor Ort ist eine völlig asymmetrische Informationsverteilung zwischen Krankenhaus und Kostenträgern. Maßgebliche Entscheidungsgrundlage seitens der Kostenträger bilden insbesondere die MDK-/MDS-Gutachten zu den NUB, in welche der MDS Bewertungen zum Innovationspotenzial bzw. zur Erstattungsfähigkeit von NUB durch die Kostenträger ausspricht. Die MDK-/MDS-Gutachten bilden somit einen erfolgskritischen Faktor für die Ablehnung bzw. Vereinbarung von NUB. Für die Krankenhäuser bleibt diese Evidenzbasierung jedoch weitestgehend intransparent bzw. nicht nachvollziehbar, da sie keine originären oder unmittelbaren Informationen zu den diesbezüglich maßgeblichen MDK-/MDS-Gutachten erhalten. Die Informationen beschränken sich weitestgehend auf die mündliche Wiedergabe wesentlicher Gutachteninhalte durch Vertreter der Kostenträger. Es muss offen bleiben, inwieweit diese Informationen umfassend und hinreichend oder zu Verhandlungszwecken gezielt aufbereitet und gefiltert sind.

Die mangelnde Zugänglichkeit der MDK-/MDS-Gutachten verstößt gegen elementare Regeln des wissenschaftlichen Diskurses und der wissenschaftlichen Auseinandersetzung, nämlich der Schaffung von Öffentlichkeit. Es bleibt weitestgehend im Dunklen, auf welche Weise die MDK-/MDS-Gutachter zu ihren Urteilen gelangen, welche Methoden sie anwenden, welche wissenschaftlichen und sonstigen Quellen sie genutzt haben, welche Experten sie befragt haben, wie sie mit widersprüchlichen Informationen und Positionen umgehen, wie medizinische, technische und ökonomische Aspekte in ein Gesamturteil einfließen und welche Maßstäbe sie letztlich ihren Bewertungen und Empfehlungen zugrunde legen.

Angesichts einer generellen Intransparenz der MDK-/MDS-Gutachten muss konsequenterweise auch die Qualifikation und Kompetenz der Gutachter, entsprechende Gutachten autorisiert durchführen zu können, zumindest offen bleiben. Vorderhand ist unklar, welche wissenschaftliche Expertise und Erfahrung sie aufweisen, welche Fachgebiete und Fachthemen sie abdecken und über welche Referenzen sie verfügen. Deswegen stellt sich die Frage, inwieweit die MDK-/MDS-Gutachter überhaupt mit Blick auf die Bewertung einer fraglichen NUB hinreichend qualifiziert sind.

Vollends zu problematisieren ist auf Seiten der Kostenträger die Fachkompetenz der Verhandler vor Ort. Diese haben in der Regel keinen medizinischen oder wissenschaftlichen Hintergrund, so dass sie weder die NUB als solche noch deren Einstufung durch den MDK/MDS hinreichend kompetent bewerten können. Letztlich sind sie daher auf das Know-

How des MDK/MDS angewiesen bzw. von dessen Expertise abhängig. Da das Zustandekommen einer Entgeltvereinbarung zu NUB letztlich vom Placet der Kostenträger abhängt, werden die Entscheidungen mithin von Personen getroffen, die hierfür fachlich vielfach nicht ausreichend qualifiziert sind auf einer Informationsbasis, deren Qualität und Expertise intransparent ist.

Aus der asymmetrischen Informationsverteilung zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern ist in jedem Fall die Schlussfolgerung zu ziehen, diese abzubauen oder aufzuheben. Zu diesem Zweck sind die MDK-/MDS-Gutachten zu NUB künftig generell zu veröffentlichen. Dies würde es der Krankenseite erlauben, sich wesentlich gezielter auf die NUB-Verhandlungen vorzubereiten und intern wie extern ggf. weitere Expertise einzuholen. Darüber hinaus hätten Verbände, Fachgesellschaften, Wissenschaftler etc. die Möglichkeit einer kritischen Überprüfung oder Validierung von Gutachten im Sinne eines wissenschaftlichen peer reviews; auch die Recherchearbeit der InEK würde ggf. erleichtert. Deswegen würde eine obligatorische Veröffentlichung von MDK-/MDS-Gutachten die Transparenz des NUB-Verfahrens in jedem Fall spürbar und nachhaltig erhöhen. Dies gilt allerdings nur unter der eingangs erwähnten Einschränkung, dass es für die Bewertung von NUB durch den MDK/MDS überhaupt eine hinreichende Rechtsgrundlage gibt bzw. die Kostenträger an einer rechtlich fragwürdigen Praxis festhalten.

7.5 Schaffung innovationsfreundlicher Rahmenbedingungen

Das NUB-Verfahren setzt erst bei der Anwendung oder Praxiseinführung von Innovationen in die Versorgung an. Vielfach erfordert die Innovationseinführung jedoch längerfristige strategische Entscheidungen oder kostenaufwendige Investitionen. Entsprechende Planungs- und Investitionsprozesse finden in einem stark regulierten Markt wie der Krankenhausversorgung allerdings mit geringen Freiheitsspielräumen und unter sehr großer Unsicherheit statt. Zwar sind Innovationen grundsätzlich mit wirtschaftlichen Risiken verbunden. Im Krankenhausbereich besteht aber die Besonderheit, dass Produktinnovationen letztlich nur im Wege der Erstattungsfähigkeit durch die GKV finanzierbar sind. Leistungsdefinition und Preishöhe werden somit von der Selbstverwaltung oder der Politik vorgegeben und sind nicht Gegenstand freier unternehmerischer Entscheidungen.

Angesichts der Grenzen und Unwägbarkeiten dieses Verfahrens stellt sich die grundsätzliche Frage, wie sich das Innovationsklima und die Innovationsfinanzierung generell verbes-

uern lassen. Die möglichen Alternativen reichen hier von einer vollständigen wettbewerblichen Lösung über eine Reorganisation der bisherigen Regulierungen bis hin zu Vorschlägen wie die Einrichtung eines Innovationsfonds, die Finanzierung über Innovationspauschalen oder -zuschlägen je Krankenhaus oder die Auswahl von Innovationszentren.

Die möglichen Alternativen zur bisherigen Innovationsförderung haben in der konkreten Ausgestaltung zu gewährleisten, dass hinreichende oder zumindest angemessene Mittel für die Innovationsfinanzierung zur Verfügung gestellt werden. Damit würden strategische Planungs- und Innovationsentscheidungen erleichtert, die Planungssicherheit erhöht und langfristig die Einführung und Verbreitung von Innovationen gesichert. Allerdings gilt es sehr sorgfältig zu überlegen, welche Steuerungswirkungen die genannten Alternativmöglichkeiten auslösen. Hierbei ist nicht nur an die direkten, sondern auch an indirekte Wirkungen zu denken. So haben z.B. Innovationspauschalen oder -zuschläge den Nachteil, dass Mitnahmeeffekte auftreten. Die knappen Mittel für Innovationen würden damit auch für Zwecke verwendet, die nicht dem beabsichtigten Ziel der Innovationsförderung dienen. Ein rein wettbewerbliches Modell mit ausschließlich individuellen Verhandlungen über die zur Verfügung gestellten Mittel zur Innovationsförderung wirft die Frage auf, inwieweit angesichts der Marktmacht der Kassen die Rahmenbedingungen hierfür gegeben sind. Schon die NUB-Verhandlungen in ihrer heutigen Form scheitern vielfach an der Blockadehaltung der Kostenträger.

Aber auch die Einführung einer stärker zentralisierten Vergabe der zur Verfügung stehenden Innovationsmittel kann nicht intendierte Steuerungswirkungen auslösen. Die Einführung von Innovationszentren wirft sofort Fragen nach Anzahl, Auswahl und Legitimation der entsprechenden Krankenhäuser auf. Bei einem Innovationsfond stellt sich die Frage nach einer sinnvollen und zielgerichteten Mittelverteilung. Des Weiteren ließe sich ordnungspolitisch problematisieren, ob oder inwieweit eine stärker zentralisierte Steuerung der Innovationsmittel nicht ihrerseits innovationshemmend sein kann.

Wie auch immer, das NUB-Verfahren als solches reicht in der derzeitigen Form nicht aus, um die Einführung des medizinischen und medizintechnischen Fortschritts in die Versorgung hinreichend zu sichern. Durch angemessene rechtliche wie finanzielle Rahmenbedingungen ist das Innovationsklima also insgesamt zu verbessern.

Von seiner Grundkonzeption her ist das DRG-System als lernendes System angelegt. Dieser Anspruch kann aber nur erfüllt werden, wenn es eine Möglichkeit für die Beteiligten gibt, mögliche oder vermeintliche Fehlentwicklungen zu korrigieren. Dazu muss aber Transparenz hergestellt werden. Bedenklich ist daher, dass (zumindest) für die Ermittlung der NUB und der Zusatzentgelte diese Transparenz nur sehr eingeschränkt vorhanden ist. Es ist nicht ersichtlich, aus welchen Gründen ein NUB vom InEK einen bestimmten Status erhält oder warum bestimmte Leistungen zu Zusatzentgelten werden und andere nicht.

Ein grundsätzliches Problem stellen die nicht aufeinander abgestimmten Rahmenbedingungen dar. Bis der medizinische und medizintechnische Fortschritt als Entgelt in die Kataloge aufgenommen ist, sind vielfältige Regulierungen zu durchlaufen:

1. Gemäß den Vorgaben des Arzneimittelgesetzes oder des Medizinproduktegesetzes gibt es Wirksamkeits- und Sicherheits- bzw. Risikobewertungen von NUB.
2. Das InEK überprüft, inwieweit NUB angemessen über das DRG-System abgebildet werden können oder nicht. Vergleichbares, natürlich mit einem anderen Verfahren, gilt für Fallpauschalen und Zusatzentgelte.
3. Der GBA kann die Erstattungsfähigkeit von NUB zu Lasten der GKV im Rahmen seines Verbotsvorbehalts untersagen.
4. Schließlich nimmt der MDK/MDS, allerdings mit fehlender gesetzlicher Begründung, Evidenzbewertungen für NUB vor.
5. Die Kostenträger entscheiden letztlich darüber, ob es eine Vereinbarung von NUB-Entgelten oder von Zusatzentgelten gibt.

Auf jeder dieser fünf Stufen gibt es eigenständige und komplexe Mechanismen, die häufig wenig transparent sind und im Zweifelsfalle nicht aufeinander abgestimmt sind.

Im deutschen Krankenhauswesen herrscht also kein Mangel an Steuerungsinstrumenten für die Innovationseinführung und –prüfung. Weitere Regulierungen wären daher kontraproduktiv, weil innovationshemmend; vielmehr sind Innovationshürden im oben beschriebenen Sinne abzubauen.¹ Ein nach sachlogischen Kriterien aufgebautes Verfahren, welches aufeinander abgestimmte Regulierungen inkorporiert, würde viel zur Schaffung von Innovationsanrei-

¹ Vgl. Kap 7.1-7.4

zen bzw. eines innovationsfreundlichen Klimas beitragen. Möglicherweise sekundär wäre dann die Frage, in welcher Form die Steuerung im Detail zu erfolgen hat.

Abzulehnen sind daher Ansätze, die in Form einer zusätzlichen Evidenzbewertung eine weitere Innovationshürde in der stationären Versorgung errichten. Das gilt zum einen für eine probeweise und vorbehaltliche Einführung von NUB, beispielsweise in Modellvorhaben; das betrifft zum anderen aber auch eine Ausdehnung des Erlaubnisvorbehalts von der ambulanten auf die stationäre Versorgung. Beide Varianten würden die Einführung von Innovationen verzögern oder erschweren bzw. sie zum Gegenstand politischer respektive verbandspolitischer Einflussnahme machen.

Maßgeblich für die weitere Diskussion sollte die Antwort auf die Frage sein, welche Mechanismen und Steuerungen zu einer verbesserten Innovationsdynamik beitragen.

7.6 Förderung von Zusatzentgelten

Bei den Zusatzentgelten bestehen keine größeren Probleme auf der krankenhausesindividuellen Ebene. Strittig in den Verhandlungen über eine Vereinbarung zu bundeseinheitlichen Zusatzentgelten ist natürlich häufig die zu vereinbarende Anzahl der Leistungen. Von den Vertragsparteien vor Ort wird auch über die grundsätzliche Abrechnungsfähigkeit von Zusatzentgelten diskutiert. Von Kostenträgerseite wird beispielsweise mit einer vermeintlich fehlenden Entsprechung der Zusatzentgelte im Leistungsspektrum oder dem fehlenden Versorgungsauftrag argumentiert.

Ein weiterer Verhandlungspunkt, nämlich die Höhe des Entgeltes, tritt bei den Zusatzentgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG hinzu. Die genannten Probleme stellen aber das gängige Verhandlungsgeschäft dar, welches nur mittelbar die Innovationsproblematik tangiert.

Die Innovationsproblematik betreffen aber die grundsätzlichen Modalitäten bei der Einführung von Zusatzentgelten. Die Integration von Zusatzentgelten erfolgt bislang nach wenig transparenten Kriterien. Nach Angaben des InEK erfolgt die „Auswahl der zu untersuchenden Leistungen auf der Grundlage von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren, InEK-eigenen Erkenntnissen und bereits in die Anlagen 2 bzw. 4 der FPV aufgenommenen Leistungen.“¹ Hier wäre zu überlegen, ob nicht eine offenere Vorgehensweise für die adäquate Einbindung des medizinischen und medizintechnischen Fortschritts in den Entgeltkatalog

¹ InEK, 2008, S.10.

zweckdienlicher wäre. Hilfreich wäre beispielsweise ein dem Vorschlagsverfahren für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems vergleichbares Verfahren für Zusatzentgelte.

Zusatzentgelte werden nur restriktiv in das Fallpauschalensystem eingebunden. Seit der Einführung im Jahr 2004 ist die Zahl der Zusatzentgelte nur moderat gestiegen. Zwar wird der medizintechnische Fortschritt auch über die Fallpauschalen in das System inkorporiert. Aber eine solche Vorgehensweise kann auch, gerade etwa was hochpreisliche Implantate angeht, zu wenig gewünschten Effekten führen – nämlich dann, wenn eine Durchschnittskalkulation die echten Kosten nur anteilig deckt. „Die getrennte Finanzierung über ein Zusatzentgelt stellt in diesen Fällen häufig die sachgerechtere Abbildung dar und vermeidet, dass spezialisierte Versorgungsstrukturen systematisch benachteiligt werden.“¹

Die Einführung von Zusatzentgelten erfolgt häufig über die Zwischenstufe der NUB. Beim NUB-Verfahren gibt es aber zwei große Hürden für die Einführung eines Entgelts. Wie beschrieben, scheitern schon viele Anträge am InEK-Verfahren. Aber selbst für die NUB, die vom InEK mit Status 1 qualifiziert worden sind, werden aufgrund der restriktiven Haltung der Kostenträger nur eher selten Entgelte vereinbart. Die Chance für ein innovatives Verfahren über ein NUB zu einem Zusatzentgelt zu werden, ist eher gering. Zukünftig sollte eine zügigere und umfassendere Einführung von Zusatzentgelten in die Entgeltkataloge statt finden.

¹ Roeder et al. 2008, S.78.

8 Zusammenfassung

Angesichts bestehender Schwierigkeiten beim Innovationstransfer in die stationäre Versorgung hat der Bundesverband Medizintechnologie das Deutsche Krankenhausinstitut beauftragt, diesbezüglich Ausmaß, Ursachen und Handlungsoptionen zu untersuchen. Zu diesem Zweck haben sich die Vertragspartner über zentrale Forschungsfragen verständigt, die im Projekt zu beantworten waren. Basierend auf diesen Forschungsfragen sind nachfolgend die wesentlichen Untersuchungsergebnisse zusammengefasst.

- *Welche Rolle spielen MDK-/MDS-Gutachten in der Bewertung von NUB bzw. in den Budgetverhandlungen?*

MDK-/MDS-Gutachten spielen eine überragende Rolle in den Entgeltverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern vor Ort. Kostenträgerseitig bilden sie teilweise die einzige, in jedem Fall aber die maßgebliche Informationsquelle der Verhandler vor Ort. Da diese in der Regel nicht über einschlägige oder zumindest hinreichende Fachexpertise verfügen, sind die MDK-/MDS-Gutachten somit auch die primäre Grundlage für die Einordnung und Bewertung von NUB durch die Kostenträger. Deswegen zählt der Verweis auf MDK-/MDS-Gutachten auch zu den wichtigsten Ablehnungsgründen in den Entgeltverhandlungen bzw. ist eine positive Bewertung eines NUB durch den MDK/MDS einer Vereinbarung in jedem Fall zuträglich.

Auffallend zur Bedeutung von MDK-/MDS-Gutachten für die Kostenträger kontrastiert ihre Informationspolitik mit Blick hierauf. Denn obwohl sie die maßgebliche Informations- und Bewertungsgrundlage der NUB bilden, werden sie den Krankenhäusern faktisch kaum zugänglich gemacht. In aller Regel werden ihnen die Gutachten weder übermittelt noch können sie diese einsehen; selbst etwaige wissenschaftliche Quellen werden selten benannt. Die Informationen beschränken sich weitestgehend auf die mündliche Wiedergabe wesentlicher Gutachteninhalte durch Vertreter der Kostenträger.

Die Rolle von MDK-/MDS-Gutachten im Rahmen des NUB-Verfahrens ist äußerst kritisch zu sehen. Zum einen obliegt eine Evidenzbewertung von NUB rechtlich nicht dem MDK/MDS, sondern eindeutig dem GBA im Rahmen des Verbotsvorbehalts. Zum anderen verstößt die mangelnde Zugänglichkeit der MDK-/MDS-Gutachten gegen elementare Regeln des wissenschaftlichen Diskurses bzw. einer evidenzbasierten Medizin, nämlich der Schaffung von Öff-

fentlichkeit. Angesichts einer generellen Intransparenz der MDK-/MDS-Gutachten muss konsequenterweise auch die Qualifikation der Gutachter offen bleiben, entsprechende Gutachten autorisiert durchführen zu können.

- *Welche Rolle spielen NUB in den Budgetverhandlungen?*

Insgesamt, d.h. über alle Krankenhäuser betrachtet, spielen NUB in den Budgetverhandlungen eine untergeordnete Rolle. Für die Mehrheit der Krankenhäuser hat die Vereinbarung von NUB keine hohe Dringlichkeit oder Wichtigkeit. Dementsprechend stellen sie mehrheitlich nie, nur in Ausnahmefällen oder bei ausgewählten NUB überhaupt entsprechende Anträge. Die Bedeutung von NUB spiegelt sich auch darin wider, dass NUB faktisch nicht schiedsstellenrelevant sind, kaum zu verhandlungstaktischen Zwecken eingesetzt werden und Fallzahlen bzw. Erlöse vergleichsweise gering ausfallen. Strategisch sind NUB für die meisten Krankenhäuser insofern von fehlender oder zumindest untergeordneter Relevanz.

Auf Krankenseite bedeutet dies in der Konsequenz, dass die Vereinbarung von NUB in den Budgetverhandlungen keine hohe Priorität hat. Angesichts dieser fehlenden Priorisierung ist die Bereitschaft der Krankenhäuser, auf die Vereinbarung von NUB zu insistieren oder diesbezüglich die Konfrontation mit den Kostenträgern zu suchen, eher gering. Die vielfach geringe strategische Relevanz von NUB in den Krankenhäusern erleichtert es der Kostenträgerseite merklich, ihrerseits weniger kompromissbereit zu agieren und somit Vereinbarungen zu verhindern oder deren Anzahl deutlich zu limitieren. Im Ergebnis führt dies dazu, dass die Erfolgsquoten von NUB in den Entgeltverhandlungen, von den Universitätskliniken einmal abgesehen, vor allem in den unteren Bettengrößenklassen bzw. bei Häusern mit kleinem Antragsvolumen eher gering ausfallen.

Der untergeordneten strategischen Bedeutung in vielen Krankenhäusern zum Trotz haben NUB für ausgewählte Krankenhäuser gleichwohl eine hohe Relevanz. Dies betrifft insbesondere die Universitätskliniken, darüber hinaus aber auch ausgewählte andere Krankenhausgruppen, wie beispielsweise Großkrankenhäuser außerhalb der Universitätskliniken. Ursache hierfür ist neben der hohen Priorität der Forschung in Krankenhäusern der Zentral- und Maximalversorgung und den Universitätskliniken vor allem die hohe Spezialisierung und ausgeprägte medizinische Kompetenz in den einzelnen Fachbereichen.

Dementsprechend hat die Vereinbarung von NUB zumindest in diesen Krankenhäusern eine höhere Priorität. Dies zeigt sich zum einen darin, dass diese Einrichtungen den NUB ausdrücklich eine hohe Dringlichkeit und Wichtigkeit einräumen. Zum anderen versuchen sie möglichst viele NUB in Anträge umzusetzen. Folglich dürften sie in den NUB-Verhandlungen auch stärker auf einer Vereinbarung bestehen oder eher die Konfrontation mit den Kostenträgern suchen. Die Erfolgsquoten für NUB-Vereinbarungen in diesen Häusern belegen umgekehrt auch eine höhere Kompromissbereitschaft auf Seiten der Kostenträger in den Verhandlungen.

- *Welche Strategien haben die Krankenhäuser hinsichtlich ihrer NUB?*

Mit Blick auf die Strategie bei NUB lassen sich, grob vereinfacht, zwei Gruppen von Krankenhäusern unterscheiden: Krankenhäuser mit einer eher defensiven Strategie bei NUB und Häuser mit einer eher offensiven Strategie. Für das Gros der Krankenhäuser hat die Vereinbarung von NUB keine hohe Wichtigkeit und Dringlichkeit. Dementsprechend ist ihre Strategie eher defensiv ausgerichtet, d. h. sie stellen nie oder allenfalls in Ausnahmefällen NUB-Anträge. Für diese Krankenhäuser sind NUB nicht von strategischer Relevanz. Folglich werden NUB in den Budgetverhandlungen auch nicht priorisiert. Die Erfolgsquoten von NUB fallen in diesen Häusern daher unterproportional aus.

Krankenhäuser mit einer offensiven Strategie versuchen hingegen, möglichst alle NUB in Anträge umzusetzen oder aber zumindest für kostenintensive NUB bzw. NUB mit vielen Patienten Anträge zu stellen. Darunter sind insbesondere Universitätskliniken sowie generell größere Häuser der Zentral- oder Maximalversorgung deutlich überrepräsentiert. Ursache hierfür dürfte neben der hohen Priorität der Forschung in diesen Einrichtungen vor allem die hohe Spezialisierung und ausgeprägte medizinische Kompetenz in einzelnen Fachbereichen sein, was innovative Verfahren und Methoden begünstigt.

Angesichts ihrer strategischen Relevanz werden NUB hier eher selten zu verhandlungstaktischen Zwecken eingesetzt, um bei Preisgabe im Gegenzug andere Ziele durchsetzen zu können. Ansonsten sind die verhandlungsstrategischen und -taktischen Möglichkeiten der Krankenhäuser begrenzt, weil in den Entgeltverhandlungen die Kostenträger bzw. die MDK-/MDS-Gutachten die ausschlaggebende Rolle spielen. Auch deswegen ist es schwierig, eigene Expertise oder Gegenexpertise einzubringen. Als Drohpotential bleibt den Kranken-

häusern nur eine mögliche Einschaltung der Schiedsstelle. Faktisch werden Schiedsstellenverfahren aber weder angedroht noch durchgeführt. Erfolgsversprechend ist, das Wohlwollen der Kostenträger vorausgesetzt, insofern vor allem eine strikte Fallzahl- und Erlösbegrenzung. Die im Schnitt eher geringen Fallzahlen und Erlöse bei NUB legen die Schlussfolgerung nahe, dass die Krankenhäuser in dieser Hinsicht eher kompromissorientiert verhandeln.

- *Welche Strategien verfolgen die Krankenkassen mit Blick auf NUB?*

Hinsichtlich der Strategie der Krankenkassen ist grundsätzlich zu unterscheiden zwischen der in den Verhandlungen explizit artikulierten Strategie und einer möglicherweise impliziten Strategie, wie sie sich krankenhausesübergreifend in den Erfolgsquoten von NUB manifestiert.

Ähnlich wie die Krankenhäuser setzen auch die Kostenträger NUB vergleichsweise selten zu verhandlungstaktischen Zwecken ein, um bei Preisgabe im Gegenzug andere Ziele durchsetzen zu können. Zumindest explizit lassen sie sich vor allem von der vermeintlichen Evidenzbasierung der NUB leiten. Vordergründig spielen daher Aspekte der Leistungs- oder Versorgungssteuerung bei NUB keine besondere Rolle. Eine Beschränkung von NUB auf ausgewählte Krankenhäuser, etwa mit besonderem Versorgungsauftrag oder Leistungsspektrum, wird in den Entgeltverhandlungen selbst eher selten angeführt.

Auf der anderen Seite belegen die Studienergebnisse sehr große Varianzen der Erfolgsquoten von NUB in den Entgeltverhandlungen nach Krankenhausgröße und Krankentyp. Die mit Abstand größten Erfolgsquoten für NUB-Entgelte lassen sich für die Universitätskliniken nachweisen, insofern hier für Status-1-Anträge überwiegend Entgelte vereinbart werden können, bei den übrigen Bettengrößenklassen und Krankentypen hingegen nur für jedes zweite Haus; hier gibt es auch wenig Varianzen bzw. keine Gradienten nach Krankenhausgröße.

Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass die Universitätskliniken ein zentraler Ort für Forschung und Innovation in der stationären Versorgung sind und eine Reihe von NUB speziell dem Versorgungsauftrag und dem Leistungsspektrum der Universitätskliniken entsprechen. Das gilt in abgestufter Form auch für andere Großkrankenhäuser der Maximal- und teilweise auch der Schwerpunktversorgung sowie ggf. für kleinere Kliniken mit spezialisiertem Leistungsspektrum. Die größenklassenabhängigen Erfolgsquoten spiegeln insofern teilweise auch die Besonderheiten eines abgestuften Versorgungssystems wider.

Allerdings betreffen viele NUB-Anträge identische NUB respektive werden von Krankenhäusern unterschiedlicher Größe Anträge für die gleichen NUB gestellt. Damit liegt die Schlussfolgerung nahe, dass die Kostenträger in den Entgeltvereinbarungen für NUB teilweise sehr gezielt bestimmte Krankenhäuser oder Krankenhaustypen bevorzugen und somit aktiv Einfluss auf die Leistungssteuerung und Versorgungsplanung nehmen, ohne hierfür krankenhauplanerisch autorisiert zu sein. Stellt man zusätzlich regionale Varianzen in den NUB-Vereinbarungen in Rechnung, dann muss die Vereinbarungspraxis aus Krankenhaussicht teilweise als willkürlich gelten.

- *Welche Einflussfaktoren begünstigen bzw. verhindern die Vereinbarung krankenhauserindividueller NUB-Entgelte?*

Mit Blick auf die Einflussfaktoren für die Vereinbarung von NUB-Entgelten ist zunächst hervorzuheben, dass die Verhandlungsstrategien und Entscheidungen der Kostenträger für die Krankenhäuser vielfach intransparent sind. Zum einen haben sie keinen Zugriff oder Einblick in die MDS-Gutachten. Zum anderen werden Gründe für die Ablehnung von NUB teilweise oder vielfach nicht genannt. Insgesamt sind die Entgeltverhandlungen für die Krankenhäuser daher durch eine erhebliche Intransparenz und große Informationsdefizite gekennzeichnet. Dadurch werden die Verhandlungen und die Entwicklung von Verhandlungsstrategien auf Krankenseite grundsätzlich erschwert. Mittelbar beeinträchtigt dies auch die Analyse von Einflussfaktoren für NUB-Vereinbarungen.

Vorbehaltlich dieser Einschränkung konnte die Studie zeigen, dass vor allem eine vermeintlich fehlende Evidenzbasierung, vielfach unter Verweis auf MDS-Gutachten, den wichtigsten Ablehnungsgrund für NUB bildet. Andere Gründe für die Ablehnung entsprechender Entgeltvereinbarungen werden in den Entgeltverhandlungen, zumindest soweit explizit vorgetragen, hingegen kaum genannt. Auf der einen Seite betrifft dies krankenhauplanerische Aspekte: So werden ein fehlender Versorgungsauftrag für fragliche NUB oder eine vermeintlich fehlende Entsprechung von NUB im Leistungsspektrum des Krankenhauses vergleichsweise selten als Ablehnungsgründe angeführt. Auf der anderen Seite spielen auch die Mengen bzw. Kosten für NUB eine untergeordnete Rolle. Weder eine mögliche Mengenexpansion noch das Finanzierungsrisiko von NUB sind kostenträgerseitig für die Ablehnung von NUB vorgeblich ausschlaggebend.

Die förderlichen Bedingungen für NUB-Vereinbarungen sind spiegelbildlich zu den Hindernissen zu betrachten. Analog zur fehlenden Evidenzbasierung als maßgeblichen Ablehnungsgrund stellt eine hohe Evidenzbasierung den mit Abstand wichtigsten Einflussfaktor einer NUB-Vereinbarung dar. Da letztlich die Kostenträger bzw. der MDS über die Evidenz entscheiden, bestimmen sie insofern primär darüber, ob NUB-Entgelte vereinbart werden oder nicht. Neben der Evidenzbasierung bilden eine strikte Begrenzung von Fallzahlen bzw. Erlösen bei NUB weitere erfolgskritische Faktoren, wenngleich von merklich untergeordneter Bedeutung verglichen mit der Evidenzbasierung. Dieses Resultat steht insofern nicht grundsätzlich im Widerspruch zu den o.g. Ergebnissen, wonach eine mögliche Mengen- und Kostenexpansion bei NUB keine maßgeblichen Ablehnungsgründe bilden. D.h. zumindest für ausgewählte NUB sind strikte Fallzahl- und damit auch Erlösbegrenzungen einer Vereinbarung förderlich, daneben gelegentlich noch ein besonderes Wohlwollen der Kostenträger oder Zugeständnisse der Krankenhäuser bei anderen Themen.

Festhalten lässt sich somit, dass sich die Wahrscheinlichkeit einer NUB-Vereinbarung deutlich erhöht, wenn die Kostenträger die Evidenzbasierung für die jeweiligen NUB gegeben sehen und die Kosten über Fallzahl- oder Erlösvorgaben steuern können.

- *Gibt es Abhängigkeiten zwischen den Erfolgsquoten von NUB und Strukturmerkmalen der Krankenhäuser wie Größe oder regionale Lage?*

Auf der ersten Stufe des NUB-Verfahrens, der Prüfung durch das InEK, wird nur gut jeder zweite NUB-Antrag vom InEK positiv beschieden. Vor allem die Universitätskliniken mit großem Antragsvolumen haben überproportional Probleme, für ihre Anträge den Status 1 zu erhalten, während die Anerkennungsquoten in den übrigen Bettengrößenklassen überproportional ausfallen. Regional gibt es in dieser Hinsicht keine Unterschiede zwischen alten und neuen Bundesländern.

Auf der zweiten Stufe des NUB-Verfahrens, den Entgeltverhandlungen vor Ort, kehren sich die Erfolgsquoten nach Krankenhausgröße um. Die Universitätskliniken können hier bei 9 von 10 Anträgen mit Status 1 ein Entgelt vereinbaren, Häuser in den übrigen Bettengrößenklassen hingegen nur für jeden zweiten Status-1-Antrag. Ggf. begünstigt durch eine Überrepräsentanz größerer Krankenhäuser in den neuen Bundesländern können im Osten überproportional viele NUB-Entgelte vereinbart werden.

Über beide Stufen des NUB-Verfahrens zusammengefasst, haben NUB-Anträge in Universitätskliniken die größten Erfolgsaussichten. Hier kann für fast jeden zweiten NUB-Antrag ein Entgelt vereinbart werden. Dieses Ergebnis ist im Wesentlichen durch die überdurchschnittlich erfolgreichen Entgeltvereinbarungen in den Universitätskliniken bedingt, welche die niedrigen Anerkennungsquoten im InEK-Verfahren überkompensieren. Umgekehrt verhält es sich in den übrigen Bettengrößenklassen: Hier werden die überdurchschnittlichen Anerkennungsquoten im InEK-Verfahren durch eine unterdurchschnittliche Anzahl an NUB-Entgelten kompensiert, so dass hier nur etwa jeder dritte NUB-Antrag zu einem Entgelt führt. Aufgrund einer anderen Krankenhausstruktur fallen die Erfolgsquoten für NUB in den neuen Bundesländern abermals überproportional aus.

Medizintechnische NUB machen Größenklassen- und Regionenübergreifend 30% aller NUB-Anträge aus. Gemessen daran, fallen die Erfolgsquoten medizintechnischer NUB sowohl auf der ersten Stufe des Verfahrens durch das InEK als auch auf der zweiten Stufe in den Entgeltverhandlungen vor Ort unterdurchschnittlich aus. Das gilt gleichermaßen für alle Bettengrößenklassen sowie im Ost-West-Vergleich.

Beschränkt man sich ausschließlich auf die Status-1-Anträge bzw. die medizintechnischen Status-1-Anträge, fällt der Anteil medizintechnischer NUB-Entgelte und damit die Erfolgsquote für medizintechnische NUB überdurchschnittlich aus. D. h. sofern eine medizintechnische Innovation überhaupt den Status 1 erhält, erhöht sich insbesondere im Vergleich zu pharmazeutischen Innovationen die Wahrscheinlichkeit einer entsprechenden Entgeltvereinbarung. In dieser Hinsicht gibt es abermals kaum Unterschiede nach Krankenhausgröße oder regionaler Lage.

- *Wie hoch sind die Umsätze und Fallzahlen bei NUB?*

Vorbehaltlich der geringen Anzahl an Krankenhäusern mit entsprechenden Angaben sowie der großen Varianzen in den Werten sind die vereinbarten wie die abgerechneten Fallzahlen bei NUB zumindest im Mittel bzw. in der Mehrzahl der Krankenhäuser eher gering. In der Summe gibt es zudem keine großen Diskrepanzen zwischen den vereinbarten und den abgerechneten Fallzahlen. Entsprechend den geringen Fallzahlen fallen auch die Erlöse aus den NUB-Entgelten eher niedrig aus. Im Vergleich zu den Fallzahlen bzw. den Erlösen insgesamt liegen die entsprechenden Werte für NUB im Promillebereich.

In jedem Fall zeigt die Studie, dass eine Mengenexpansion bzw. Erlössteigerung bei NUB kein besonders relevantes Problem darstellten. Dafür sprechen insbesondere vier Gründe: Erstens werden fehlende Mengenbegrenzungen bzw. das Finanzierungsrisiko bei NUB von den Kostenträgern vergleichsweise selten als Ablehnungsgrund für NUB-Entgelte angeführt. Im Gegenteil, sind zweitens strikte Mengen- oder Erlösbegrenzungen bei NUB den entsprechenden Vereinbarungen sogar förderlich. Drittens sind die vereinbarten Fallzahlen für NUB respektive die vereinbarten NUB-Erlöse, verglichen mit dem Erlösbudget oder den Fallzahlen insgesamt, eher gering. Und viertens werden die vereinbarten Fallzahlen nicht oder kaum überschritten.

Mit den Vorgaben der AEB ist eine gezielte Steuerung des Leistungs- und Kostenvolumens bei NUB gerade seitens der Kostenträger möglich. Die Krankenhäuser instrumentalisieren ihrerseits NUB nicht zu Mengenexpansionen. Vor diesem Hintergrund wären selbst bei einer generöseren Verhandlungspraxis der Kostenträger die zusätzlich entstehenden Kosten zu vernachlässigen. In jedem Fall eignen sich die NUB für die Krankenhäuser in keiner Weise dafür, anderweitig (d. h. bei den Katalogleistungen) bestehende Finanzierungsprobleme der stationären Versorgung zu kompensieren.

- *Welche Rolle spielen Zusatzentgelte in den Budgetverhandlungen?*

Für mehr als die Hälfte der Krankenhäuser hat die Vereinbarung von Zusatzentgelten eine hohe oder eine sehr hohe Relevanz. Je größer die Krankenhäuser, desto höher ist der Stellenwert von Zusatzentgelten.

Den Stellenwert der Zusatzentgelte erkennt man daran, dass im Jahr 2008 mehr als vier Fünftel der Krankenhäuser Zusatzentgelte entweder vereinbart oder abgerechnet haben. Bei den Häusern ab 300 Betten hat nahezu jedes Haus diese Entgelte vereinbart. Zusatzentgelte zählen damit neben den Fallpauschalen zur standardmäßigen Finanzierungsform von stationären Leistungen in Deutschland.

Im Vergleich zur Zahl der Fallpauschalen ist die Anzahl der vereinbarten bzw. abgerechneten Zusatzentgelte überschaubar. Gleiches trifft ebenso auf die durchschnittlich vereinbarte Erlössumme zu. Dies darf allerdings nicht den Blick für die Wichtigkeit dieser Entgeltform verstellen. Bei den Zusatzentgelten handelt es sich ja um eine die Fallpauschalen ergänzende Finanzierungsform. Diese Entgelte sollen gemäß der Intention des Gesetzgebers nur in

Ausnahmefällen definiert werden. Insofern wird den Zusatzentgelten der Vergleich mit allen abgerechneten Fallpauschalen nicht gerecht.

Hinzu kommt, und hieran erkennt man wiederum die Bedeutung der Zusatzentgelte, dass die Anzahl der abgerechneten bzw. vereinbarten Zusatzentgelte bei den Maximalversorgern und hier insbesondere bei den Universitätskliniken sehr hoch ist. Der besondere Stellenwert dieser Entgeltform kommt somit vor allem bei den Krankenhäusern voll zum Tragen, die solche Fälle in ihrem Leistungsmix aufweisen, bei denen die Fallpauschalen keine adäquate Vergütung bieten.

Die überwiegende Mehrheit der Krankenhäuser hat Zusatzentgelte vereinbart. Insofern lagen keine grundsätzlichen Probleme wie bei den NUB vor. Als störend wird von den Krankenhäusern aber empfunden, dass die Kostenträger oftmals keine Begründung für die Ablehnung von Vereinbarungen für Zusatzentgelte angeben. Sofern Kostenträger Gründe für die Verweigerung von Vereinbarungen angeben, werden die fehlende Entsprechung der Zusatzentgelte im Leistungsspektrum der Krankenhäuser sowie der fehlende Versorgungsauftrag genannt.

- *Welche Handlungsoptionen bestehen für einen verbesserten Innovationstransfer?*

Der Verbotsvorbehalt ist beizubehalten bzw. zu stärken. Denn die Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt hat ausdrücklich das Ziel, die Einführung von Innovationen in die stationäre Versorgung zu erleichtern und zu fördern. Eine Prüfung der Evidenz oder des Innovationspotentials von NUB durch die Kostenträger oder in ihrem Auftrag durch den MDK/MDS ist deswegen ebenso wenig zulässig, wie die Ablehnung eines NUB-Entgelts seitens der Kostenträger wegen vermeintlich mangelnder Evidenzbasierung. Die Praxis der Kostenträger, ohne gesetzliche Grundlage in den Entgeltverhandlungen eine zusätzliche Innovationshürde zu errichten, ist in jedem Fall zu beenden.

Eine stärker zentralisierte Preisfestsetzung von NUB-Entgelten sollte ernsthaft erwogen werden. Zentralisierte Preisverhandlungen, etwa auf Bundes- oder Landesebene, würden eine Blockadehaltung der Kostenträger vor Ort bzw. eine mehr oder weniger willkürliche Vereinbarungspraxis verhindern oder zumindest erheblich erschweren. Vorteile wären insbesondere eine Reduktion des Verhandlungsaufwandes durch Wegfall von parallelen Verhandlungen in zahlreichen Krankenhäusern, ein einheitliches und vergleichbares Preisniveau bei identi-

schen NUB sowie eine schnellere Verbreitung des medizinischen und medizintechnischen Fortschritts.

Das NUB-Verfahren sollte grundlegend überarbeitet werden, da es insgesamt zu bürokratisch, zu aufwändig sowie in Teilen intransparent und selbst ein Innovationshemmnis ist. In jedem Fall sollten separate bzw. Wiederholungsanträge bei identischen NUB entfallen. Des Weiteren sollten NUB-Entgelte unabhängig von einem Antrag des Krankenhauses vereinbart werden können. Vereinbarte NUB-Entgelte sollten grundsätzlich rückwirkend ab Jahresbeginn erstattungsfähig sein. Schließlich sollte das InEK verpflichtet werden, künftig positive wie negative NUB-Bescheide sachgerecht zu begründen.

Falls Kostenträger und MDK/MDS an der rechtlich fragwürdigen Praxis einer Evidenzbewertung von NUB festhalten, sollten die entsprechenden MDK-/MDS-Gutachten in jedem Fall veröffentlicht werden. Dies würde es der Krankenseite erlauben, sich wesentlich gezielter auf die NUB-Verhandlungen vorzubereiten. Darüber hinaus hätten Verbände, Fachgesellschaften, Wissenschaftler etc. die Möglichkeit eines wissenschaftlichen peer reviews der Gutachten. Deswegen würde eine obligatorische Veröffentlichung von MDK-/MDS-Gutachten die Transparenz des NUB-Verfahrens in jedem Fall spürbar und nachhaltig erhöhen.

Die Integration von Zusatzentgelten erfolgte bislang nach wenig transparenten Kriterien. Deswegen ist zu überlegen, ob nicht eine offenere Vorgehensweise für die adäquate Einbindung des medizinischen und medizintechnischen Fortschritts in den Entgeltkatalog zweckdienlicher wäre, etwa in Form eines Vorschlagsverfahrens für Zusatzentgelte. Grundsätzlich sind die Chancen für ein innovatives Verfahren über ein NUB zu einem Zusatzentgelt zu werden eher gering. Zukünftig sollte deswegen eine zügigere und umfassendere Einführung von Zusatzentgelten in die Entgeltkataloge stattfinden.

Das NUB-Verfahren als solches reicht in der derzeitigen Form nicht aus, um die Einführung des medizinischen und medizintechnischen Fortschritts in die Versorgung hinreichend zu sichern. Durch angemessene rechtliche wie finanzielle Rahmenbedingungen ist das Innovationsklima also insgesamt zu verbessern. Maßgeblich für die weitere Diskussion sollte die Antwort auf die Frage sein, welche Mechanismen und Steuerungen zu einer verbesserten Innovationsdynamik beitragen.

Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF): Identifizierung von Innovationshürden in der Medizintechnik. Berlin 2008. VDI/VDE Innovation+Technik GmbH/Deutsche Gesellschaft für biomedizinische Technik im VDE/Institut Gesundheitsökonomie und Medizinmanagement der Hochschule Neubrandenburg

Deutsches Krankenhausinstitut (DKI): Krankenhausbarometer 2007. Düsseldorf 2007.

<http://www.dki.de/pdf/bericht%20kh%20barometer%202007.pdf>

Deutsche Krankenhausgesellschaft: Hinweise zu den Budget- und Entgeltverhandlungen für das Jahr 2008 nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz. Berlin 2007. Deutsche Krankenhausgesellschaft

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK): Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB). Siegburg 2009.

http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/neue_untersuchungs-behandlungsmethoden_nub

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK): Abschlussbericht – Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2004, Band I: Projektbericht. Siegburg 2003

Neumann, U./Hagen A./Schönermark, T.: Regulation der Aufnahme von Innovativen nicht-medikamentöser Technologien in den Leistungskatalog solidarisch finanzierter Kostenträger. Köln 2007. Deutsche Agentur für HTA des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information

Röder, N./Fiori, W./Bunzemeier, H.: Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2009. Münster 2008. DRG-Research-Group Universitätsklinikum Münster

Schlottmann, N.: G-DRG-System 2006: Ein erster Überblick aus medizinischer Sicht. das Krankenhaus 2005 (97), S. 846-858

Anhang: Mitglieder der projektbegleitenden Arbeitsgruppe

Dr. Matthias Bosch

Jens Bussmann

Petra Cockrell

Steffi Erhardt

Gerhard Forkel

Wolfgang Frisch

Günter Gyarmathy

Dr. Lutz Helmke

Martin Kühl

Karl-Georg Schmitt

Peter Strieder

Olaf Winkler