

ECKPUNKTE EINER REFORM DER KRANKENHAUSVERSORGUNG

Vorschläge des Marburger Bundes

an die

Bund-Länder-Arbeitsgruppe

**Reinhardtstraße 36
10117 Berlin**

Telefon 030 746846-11

Telefax 030 746846-16

hauptgeschaeftsfuehrung@marburger-bund.de

www.marburger-bund.de

Berlin, 23. Juli 2014

Der Marburger Bund appelliert an die Mitglieder der Bund-Länder-Arbeitsgruppe, die Chancen für eine grundlegende Reform der Krankenhausversorgung jetzt zu nutzen und gemeinsam die Weichen für eine ausreichende und dauerhaft gesicherte Finanzierung der stationären Versorgung zu stellen. Notwendig ist insbesondere eine adäquate Ausstattung der Krankenhäuser in personeller und materieller Hinsicht. Hierzu sind die notwendigen Korrekturen an der bestehenden Betriebskostenfinanzierung vorzunehmen sowie eine nachhaltige Investitionskostenfinanzierung sicherzustellen.

Auf Grundlage der von seiner Hauptversammlung gefassten Beschlüsse unterbreitet der Marburger Bund folgende Vorschläge für die Erarbeitung von Eckpunkten einer Reform der Krankenhausversorgung:

Investitionskosten der Krankenhäuser

Der Marburger Bund begrüßt, dass die Problematik der unzureichenden Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser durch die Bundesländer auf der Agenda der Bund-Länder-Arbeitsgruppe steht.

Der ständig notwendige strukturelle Wandel in den Krankenhäusern und der medizinische Fortschritt erfordern Investitionen. Tatsächlich aber kommen die Bundesländer seit vielen Jahren ihren Investitionsverpflichtungen nur unzureichend nach. Die Fördermittel nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG-Fördermittel) betragen derzeit insgesamt 2,7 Mrd. Euro. Dies entspricht einer Investitionsquote von vier Prozent. Es muss sichergestellt werden, dass der tatsächliche Finanzierungsbedarf zukünftig verbindlich gedeckt wird. Die von der Selbstverwaltung beauftragte Kalkulation von Investitionsbewertungsrelationen hat ergeben, dass der tatsächliche Bedarf an Investitionsmitteln jährlich mindestens sechs Milliarden Euro beträgt. Allein die Umstellung der Investitionskostenfinanzierung auf leistungsbezogene Investitionspauschalen, die an die DRGs gekoppelt sind, löst das Problem der unzureichenden Finanzierung daher nicht.

➤ Vorschläge des Marburger Bundes

Die alleinige Verantwortung der Länder für eine ausreichende Finanzierung der Investitionskosten würde den Mangel angesichts fehlender Haushaltsmittel fortschreiben. Der Marburger Bund spricht sich daher für eine von Bund und Ländern gemeinsam getragene nationale Kraftanstrengung zur ausreichenden Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser aus. Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung bleiben in staatlicher Verantwortung. Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung bleibt den Bundesländern als Aufgabe im Rahmen der Daseinsvorsorge übertragen. Die Krankenhausinvestitionsfinanzierung wird durch eine gesetzlich verankerte Mindestförderung gesichert.

Vergütung der Krankenhausleistungen

Die gesetzlich vorgegebene Preisentwicklung der Krankenhäuser liegt seit Jahren unterhalb der tatsächlichen Kostenentwicklung. Die jährliche Preisfindung auf Landesebene muss eine volle Refinanzierung der Tariflohnsteigerungen berücksichtigen, um eine adäquate Stellenbesetzung und damit Arbeitsbedingungen zu ermöglichen, die den Erhalt der Qualität

der medizinischen Versorgung gewährleisten können. Das gleiche gilt für unabwendbare Sachkostensteigerungen.

Die Vergütung der stationären Behandlungen über rein leistungsorientierte Fallpauschalen (DRG) führt zu Fehlentwicklungen und bedarf der Überprüfung. Durch das DRG-System gesetzte Fehlanreize sind zu korrigieren. Zumindest dort wo eine Finanzierung mit Pauschalen an ihre Grenzen stößt, muss das System sinnvoll verändert werden. Die Finanzierung der Vorhaltekosten für gesellschaftlich erwünschte Versorgungsstrukturen muss gesichert werden. Dazu zählt auch eine flächendeckende Notfallversorgung.

➤ **Vorschläge des Marburger Bundes**

Die Vorgabe des Orientierungswerts als Obergrenze für die Preisfindung auf Landesebene bei Personal- und Sachkostensteigerungen wird aufgehoben. Zukünftig kommt der durch das Statistische Bundesamt ermittelte vollständige Orientierungswert zur Anwendung. Zudem wird der Orientierungswert im Sinne eines krankenhausspezifischen Warenkorbes weiterentwickelt.

Leistungen, die mit DRG-Pauschalen nicht sachgerecht vergütet werden können, wie zum Beispiel schwere und komplexe Erkrankungen mit einem besonderen Therapiebedarf, Leistungen der Organtransplantation und umfangreiche intensivmedizinische Leistungen, Ausgaben im Rahmen der Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie zur Sicherstellung des Versorgungsauftrages von Plankrankenhäusern und die darüber hinausgehenden besonderen Aufgaben der Universitätsklinik bzw. der Maximalversorger, werden aus der Kalkulationsbasis der DRG herausgenommen und über krankenspezifische Zuschläge ausgeglichen. Dies betrifft auch außerordentliche Kostenbelastungen, die durch Übernahme der Notfallversorgung bedingt sind. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (Destatis) waren im Jahr 2012 rund 42 Prozent der stationären Aufnahmen (rund 7,5 Mio. Fälle) Notfälle.

Die bisher praktizierte Politik pauschaler Preisabschläge auf alle zusätzlichen Leistungen muss beendet werden. Die Degression von Mehrleistungen im Landesbasisfallwert ist ökonomisch und versorgungspolitisch unsinnig, weil sie zu einer Kollektivhaftung der Krankenhäuser bei Leistungssteigerungen führt.

Im Sinne einer adäquaten Ausgestaltung des Sicherstellungszuschlags werden sachgerechte und kalkulierbare Kriterien ausgegeben, die eine Finanzierung gesellschaftlich erwünschter Vorhaltekosten ermöglicht. Dies sichert nicht nur den Erhalt einer flächendeckenden stationären Versorgung insbesondere im ländlichen Raum, sondern wirkt auch dem Anreiz einer Fokussierung auf lukrative medizinische Leistungen entgegen.

Personalausstattung im Krankenhaus

Wesentliche Voraussetzung für die Qualität der Patientenversorgung ist qualifiziertes Personal. Für eine hochwertige Behandlung und humane Betreuung kranker Menschen sind hochqualifizierte Ärztinnen und Ärzte, aber auch andere Gesundheitsberufe wie Krankenpflege, Physiotherapeuten, medizinische Fachangestellte etc. unabdingbare Voraussetzung.

Ohne eine umfassende Reform der Krankenhausfinanzierung ist zu befürchten, dass Personalabbau und Rationalisierungsdruck sich unbegrenzt fortsetzen. Die Überforderung

des Krankenhauspersonals würde weiter zunehmen und die ohnehin schon zu knapp bemessene Zeit für eine zuwendungsorientierte Medizin und Pflege weiter begrenzt. Unter prekären finanziellen Rahmenbedingungen wird die Qualität der flächendeckenden Versorgung nicht in dem auch gesellschaftlich geforderten Umfang aufrecht zu erhalten sein.

Medizinischer Fortschritt, demographischer Wandel, erschwerte Arbeitsbedingungen, aber auch organisatorische Veränderungen wie verstärkte Teamarbeit, Delegation ärztlicher Leistungen, Telemedizin und neue gesetzliche Vorschriften, wie beispielsweise im Patientenrechtegesetz, machen verstärkte Bemühungen um die Qualifikation medizinischen, pflegerischen und anderen Gesundheitspersonals unumgänglich.

➤ **Vorschläge des Marburger Bundes**

Neben der besseren Berücksichtigung der Personalkosten in den DRG-Fallpauschalen werden Personalanzahlzahlen für den ärztlichen Dienst und den Pflegedienst vorgelegt, damit sichergestellt ist, dass das Argument der „Wirtschaftlichkeit“ nicht zu weiterem unverhältnismäßigem Personalabbau führt.

Personalentwicklungskosten werden künftig zusätzlich vergütet. Derzeit sind sie entweder gar nicht oder nur unzureichend in den DRG-Kalkulationen abgebildet. Zur Personalentwicklung zählt auch die Facharztweiterbildung. Die Anforderungen an die ärztliche Weiterbildung in einem weiterbildenden Krankenhaus sind in den DRG-Pauschalen nicht ausreichend berücksichtigt. Der Marburger Bund hält daher eine adäquate Abbildung der Aufwendungen für die ärztliche Weiterbildung in der Krankenhausfinanzierung für dringend erforderlich. Eine substanzielle Weiterbildung zum Facharzt erfordert umfangreiche zeitliche und personelle Ressourcen. Dem steht insbesondere das mit dem DRG-System verbundene Ziel der kontinuierlichen Verweildauerreduzierung entgegen. Die Weiterbildung junger Ärztinnen und Ärzte muss aber gerade angesichts der demographischen Entwicklung ein wesentliches Anliegen des Gesundheitswesens bleiben.

Qualität der Krankenhausversorgung

Aus Sicht des Marburger Bundes mangelt es unserem Gesundheitssystem nicht an Vorgaben und Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Allerdings wurde bislang nicht definiert, was unter einer guten Qualität medizinischer Leistungen zu verstehen ist. Dies führt unter anderem zu divergierenden oder unsachlichen Vergleichen, die die Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten sowie anderen medizinischen Berufsgruppen skandalisieren und stigmatisieren und den Eindruck erwecken, die medizinische Versorgung in Deutschlands Kliniken sei nicht mehr sicher.

Maßnahmen zur Messung, zur Verbesserung und zum Vergleich von Qualität setzen voraus, dass ein gesellschaftlicher Konsens darüber besteht, was gute Qualität ist, zukünftig sein soll und wie diese sichergestellt bzw. finanziert werden kann. Deshalb muss es vorrangige Aufgabe sein, ein einheitliches Qualitätsverständnis zu entwickeln.

Maßnahmen zur Qualitätssicherung müssen auf die Sicherung und Verbesserung der Patientenversorgung gerichtet sein. Die Entwicklung und der Einsatz von Qualitätskriterien dürfen auf keinen Fall als Mittel zur Behebung von Finanzierungsproblemen oder zur Strukturbereinigung missbraucht werden.

➤ **Vorschläge des Marburger Bundes**

Qualitätsbegründete Zu- und Abschläge auf die Vergütung stationärer Leistungen sind kein geeignetes Mittel zur Sicherung und Verbesserung der Behandlungsqualität, sondern setzen Fehlanreize. Die Möglichkeiten, die Versorgungsqualität mittels finanzieller Anreize (Pay for Performance - P4P) zu verbessern, sind derzeit nicht ausreichend erforscht, wie ein im Jahr 2012 veröffentlichtes Gutachten im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit belegt. Danach sollten P4P-Instrumente erst dann gewählt werden, wenn die Möglichkeiten der vorhandenen anderen Steuerungsinstrumente ausgeschöpft sind und zweifelsfrei die Wirksamkeit von P4P-Projekten nachgewiesen wurde.

Qualitätsverträge, bei denen die Krankenkassen festlegen, was Qualität ist, lehnt der Marburger Bund ab. Solche Selektivverträge münden immer in einem ruinösen Wettbewerb. Qualitätswettbewerb darf aber nicht über Preise und Rabatte stattfinden. Diese Gefahr besteht bei Selektivverträgen, wenn Kostenträger bei medizinischen Leistungen deren Qualität und Kosten gegeneinander abwägen müssen. Selektivverträge sind daher auch kein geeignetes Instrument, um Erkenntnisse über die Behandlungsqualität zu gewinnen.

Qualitätskriterien der Krankenhausplanung

Der Marburger Bund begrüßt die Absicht, Qualität als weiteres Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung gesetzlich in § 1 KHG einführen zu wollen. Die Bundesländer haben eine bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung mit Krankenhäusern sicherzustellen und die Einhaltung des jeweiligen Versorgungsauftrags zu gewährleisten. Mit der Krankenhausplanung stehen die Bundesländer auch in der Verpflichtung, die Leistungsfähigkeit der Plankrankenhäuser sicherzustellen. Hier können Qualitätsvorgaben sinnvoll sein. Notwendig ist die Entwicklung von Methoden und Indikatoren zur Messung der Qualität von Krankenhausleistungen, die für eine qualitätsbezogene Krankenhausplanung verwendet werden können.

➤ **Vorschläge des Marburger Bundes**

Die Entwicklung und Anwendung verbindlicher Qualitätskriterien müssen besonderen Anforderungen genügen:

- Qualitätskriterien müssen relevant sein. Qualität ist, was beim Patienten ankommt. Qualitätsindikatoren bilden Heilung, Linderung und/oder höhere Lebensqualität ab. „Surrogat-Parameter“ wie „Mindestmengen“ o. ä. sind abzulehnen.
- Qualitätskriterien müssen wissenschaftlich entwickelt werden.
- Qualitätskriterien müssen rechtssicher sein. Je gravierender die Folgen im Falle der Nichtbeachtung oder Nichterfüllung von Qualitätskriterien sind, desto rechtssicherer müssen die Kriterien sein. Dies erfordert auch eine ausreichende Risikoabschätzung, um Fehlentwicklungen gerade im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung zu vermeiden.

- Qualitätskriterien müssen praktikabel sein. Sie müssen im Klinikalltag von den Ärztinnen und Ärzten umsetzbar sein. Sie dürfen nicht zu mehr Bürokratie und zu einem ungedeckten Ressourcenverbrauch führen und damit zu Lasten ärztlicher Tätigkeit gehen.
- Qualitätskriterien müssen transparent und vermittelbar sein. Die Auswirkungen der eingesetzten Qualitätsinstrumente müssen evaluiert und kommuniziert werden. Fehlentwicklungen muss rechtzeitig gegengesteuert werden. Um die Anforderungen an die Qualitätskriterien sicherzustellen, sind die Ärztekammern adäquat einzubinden.

Die Vorgabe von planungsrelevanten Qualitätskriterien sollte sich auf die Qualität der strukturellen Voraussetzungen für die Erfüllung des Versorgungsauftrages eines Krankenhauses konzentrieren, wie sie bereits in den Krankenhausgesetzen und Krankenhausplänen einiger Bundesländer erfolgt. Dies ist zum Beispiel die Vorgabe von Mindestanforderungen an Kompetenz und Verfügbarkeit des ärztlichen Dienstes sowie an die apparative und infrastrukturelle Ausstattung.

Die Qualifikation des ärztlichen Nachwuchses auch als gesamtgesellschaftlich notwendige Aufgabe muss gefördert werden, indem zum Beispiel die Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte zum Facharzt als Qualitätsmerkmal der Krankenhäuser nach Maßgabe des Weiterbildungsrechts ausgebaut wird.

Eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung muss sich aber auch mit der Frage auseinandersetzen, mit welchen Konsequenzen für den Versorgungsauftrag eines Krankenhauses Qualitätskriterien eingesetzt werden sollen.

Die Bundesländer müssen zudem die erforderlichen Finanzmittel zur Umsetzung von (zusätzlichen) Strukturmaßnahmen im Wege einer ausreichenden Investitionskostenförderung zur Verfügung stellen.

Der Marburger Bund ist bereit, die Arbeit der Bund-Länder-Arbeitsgruppe mit seinem Sachverstand in jeder ihm möglichen Weise zu unterstützen.