

Verband der
Krankenhausdirektoren
Deutschlands eV



**Faire Finanzierung und Perspektiven
für die Krankenhausversorgung in Deutschland**

Gesundheitspolitische Empfehlungen 2013 des VKD

Berlin, im Oktober 2013

Inhalt

I.	AUSGANGSLAGE	3
II.	GESUNDHEITSPOLITISCHE EMPFEHLUNGEN	3
1	Die Bedürfnisse der Patienten zuerst	3
2	Für eine bessere Vernetzung der Leistungsangebote vor Ort	4
2.1	Ambulante Leistungen des Krankenhauses	4
2.2	Vor- und nachstationäre Behandlung	5
2.3	Schnittstelle zwischen Akutversorgung und Rehabilitation	6
2.4	Zugang für ältere Menschen zur Rehabilitation	6
2.5	Schnittstelle zwischen Akutversorgung und Pflege	8
3	Wertschätzung der Arbeit im Krankenhaus	8
4	Zukunftsbranche und Jobmotor	10
5	Für eine faire Finanzierung	11
5.1	Weiterentwicklung des G-DRG-Systems	11
5.2	Überarbeitung des Psych-Entgeltsystems	13
5.3	Neuordnung der Investitionsfinanzierung	14
5.4	Anhebung des Budgets der Rentenversicherung für Rehabilitationsmaßnahmen	15
5.5	Pflegeversicherung zukunftssicher reformieren	15
6	Weniger Bürokratie – Mehrwert für die Patientenversorgung	16
7	Für eine zweckentsprechende Mittelverwendung	17
III.	MITGESTALTUNG DER GESUNDHEITSVERSORGUNG	17

I. AUSGANGSLAGE

Im Juni 2013 hat der Bundestag ein Maßnahmenpaket zur finanziellen Entlastung der Krankenhäuser verabschiedet. Damit kann eine, durch die überzogene Sparpolitik der letzten Jahre herbeigeführte Unterfinanzierung der Krankenhäuser in 2013 und 2014 lediglich abgemildert werden. Ab 2015 wird der überwiegende Teil dieser Hilfen jedoch wieder entfallen, so dass bei weiter steigenden Tariflöhnen und Sachkosten im Krankenhausbereich für die neue Bundesregierung ein immenser Handlungsdruck besteht, zügig die nötigen Voraussetzungen für eine zukunftsfeste Krankenhausversorgung zu schaffen.

Auch unter Berücksichtigung der Finanzhilfen sind die politischen Prioritäten bislang nicht in der Patientenversorgung und bei den zentralen Problemen, unter anderem zur Lösung des Ärzte- und Fachkräftemangels, angekommen. Mit einem Aufschlag auf die Fallpauschalen von ganzjährig deutlich unter einem Prozent (Versorgungszuschlag) werden die Probleme der Krankenhäuser nicht gelöst.

Ausdrücklich zu begrüßen ist jedoch, dass politische Entscheidungsträger auf Bundesebene eine grundlegende Reform der Krankenhausfinanzierung für die nächste Legislaturperiode fordern. Der VKD hatte bereits auf dem Deutschen Krankentag 2012 Bund und Länder dazu aufgefordert, dies gemeinsam endlich in Angriff zu nehmen. Über 38 Millionen Patienten in Deutschland werden jährlich stationär oder ambulant durch Krankenhäuser versorgt. Krankenhauspolitik ist damit auch Gesellschaftspolitik. Mit dem Älterwerden der Bevölkerung und den Ansprüchen an eine auch im Alter hohe Lebensqualität wird der gesellschaftspolitische Stellenwert der Krankenhausversorgung in Zukunft eher steigen als sinken.

Zur Unterstützung der politischen Meinungsbildung legen wir hiermit Empfehlungen zu Schwerpunkten des von uns gesehenen Reformbedarfs vor.

II. GESUNDHEITSPOLITISCHE EMPFEHLUNGEN

1.

Die Bedürfnisse der Patienten zuerst

Die Gestaltung einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung muss zu allererst das Interesse und die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten in den Vordergrund stellen. Ganz besonders ist hierbei auf die Bedürfnisse älterer Patienten zu achten, die den größten Teil der Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Der medizinisch-technische Fortschritt muss allen Patienten zugänglich sein.

Unser Anspruch ist es, auch weiterhin eine im internationalen Vergleich vorbildliche Krankenhausversorgung zu organisieren: Keine Wartelisten, keine Leistungsverweigerung aufgrund einer Zwei-Klassen-Medizin, keine Selektiv- oder Rabattverträge, keine Einschränkung der Wahlfreiheit des Patienten sowie im Notfall ein sofortiger Zugang zu jeder bedarfsnotwendigen Leistung bis hin zur Maximalversorgung. Zur Leistung eines Krankenhauses gehören auch Zuwendung und seelsorgliche Begleitung. Dies ist bei der Weiterentwicklung des Finanzierungssystems zu berücksichtigen.

2.

Für eine bessere Vernetzung der Leistungsangebote vor Ort

Die vorrangige Orientierung am Patienteninteresse erfordert eine intersektorale Gestaltung der Gesundheitsversorgung. Die demographische Entwicklung führt zu einer höheren Zahl älterer Menschen. Damit steigt auch die Zahl älterer Krankenhauspatienten. Ältere leiden oft an mehreren Erkrankungen und weisen komplexere Krankheitsbilder auf. Etwa 20 Prozent der in der gesetzlichen Krankenversicherung behandelten Patienten (vorwiegend chronisch Kranke) verursachen rund 80 Prozent der Ausgaben.

Angesichts dieser, schon jetzt absehbaren Entwicklungen ist eine stärkere und besser strukturierte Vernetzung der Leistungsangebote vor Ort notwendig. Dafür müssen bessere gesetzliche Grundlagen geschaffen werden. Derzeit krankt die Gesundheitsversorgung in Deutschland – besonders in Schnittstellenfragen – an der durch Lobbyinteressen einschließlich der Kostenträger geförderten Trennung der Sektoren. Was die Patienten vor Ort erwarten, ist eine gut organisierte, sektorübergreifende medizinische Versorgung aus einem Guss.

2.1.

Ambulante Leistungen des Krankenhauses

Es ist allseits bekannt, dass es im ambulanten vertragsärztlichen Bereich, auch bei diagnostischen Leistungen, teilweise zu erheblichen Wartezeiten kommt. Dies führt dazu, dass die davon betroffenen Patienten das Krankenhaus direkt aufsuchen, obwohl diese Leistungen auch von Vertragsärzten erbracht werden könnten. Gleiches gilt für ambulante Notfälle, deren Zahl seit Jahren stetig steigt, ohne dass dafür eine leistungsgerechte Vergütung vorgesehen ist. Hinzu kommt ein in Zukunft weiter steigender Ärzte- und Fachkräftemangel. Viele Praxissitze können dadurch nicht mehr besetzt werden. Krankenhäuser übernehmen in strukturschwachen und ländlichen Regionen schon heute de facto die Sicherstellung für die ambulant-fachärztliche Versorgung.

Vor diesem Hintergrund empfiehlt der VKD eine Neuverteilung der ambulanzfachärztlichen Leistungserbringung gekoppelt mit einer leistungsgerechten Vergütung. Die ambulante Leistungserbringung am Krankenhaus kann durch den Gesetzgeber wesentlich patientenfreundlicher gestaltet werden, als es bisher bei Patientinnen und Patienten erlebte Versorgungspraxis ist.

Dazu bedarf es einer grundsätzlichen Öffnung der Krankenhäuser für ambulanzfachärztliche Leistungen. Diese sollte jedoch beschränkt werden auf die Gebiete und Teilgebiete des stationären Versorgungsauftrags des Krankenhauses. Es soll nicht darum gehen, für das Krankenhaus neue Leistungsfelder zu erschließen. Die Kernaufgabe liegt nach wie vor in der stationären Versorgung. Aber es sollte darum gehen, die Schnittstelle der fachärztlichen Versorgung zwischen ambulante und stationärem Bereich im Patienteninteresse flexibler und unbürokratischer zu regeln.

Auch das Rationalisierungspotenzial in der Versorgungskette dürfte erheblich sein. Es werden Doppeldiagnostik, doppelte Wartezeiten und doppelte Ausgaben der Krankenversicherung vermieden. Zudem bestünden Anreize und verbesserte organisatorische Voraussetzungen auch zur Entlastung des vollstationären Bereichs. Gerade im internationalen Vergleich zeigt sich, dass eine Gesundheitsversorgung mit einer im fachärztlichen Bereich integrierten ambulanten und stationären Leistungserbringung eine geringere Krankenhausinanspruchnahme aufweist als das deutsche System. Nicht zuletzt steigt die Betreuungsqualität für den Patienten. Damit bestünde auch die Möglichkeit, vorhandene Elemente einer Zwei-Klassen-Medizin aufzuheben. Als „ambulante Selbstzahler“ können Privatpatienten schon heute den Krankenhausarzt auch für ambulante Leistungen in Anspruch nehmen. GKV-Patienten ist diese Möglichkeit als Regelversorgung versagt.

2.2.

Vor- und nachstationäre Behandlung

Ein zweiter Punkt sollte die Erweiterung der Möglichkeiten zur vor- und nachstationären Behandlung nach § 115 a SGB V sein. Die zeitlichen Begrenzungen sollten aufgehoben werden, wobei eine leistungsgerechte Vergütung unabdingbar ist. Dies sollte vor allem für die nachstationäre Behandlung gelten, um dem Krankenhausarzt eine verbesserte Kontrolle des Behandlungserfolges und der Nachsorge zu ermöglichen. Gerade in der fachärztlichen Behandlung wird dies immer wieder vom Patienten gewünscht.

Zudem sollte mit Blick auf die kritische Diskussion der sogenannten Mengenentwicklung dem Patienten bei der vorstationären Behandlung ein zusätzliches Instrument

für die Einholung einer Zweit- und ggf. Drittmeinung an die Hand gegeben werden, indem dies neben der Prüfung oder Vorbereitung einer stationären Behandlung in § 115 a SGB V als weiteres Kriterium zugelassen wird.

2.3.

Schnittstelle zwischen Akutversorgung und Rehabilitation

Nach wie vor unzureichend geregelt ist die Schnittstelle zwischen Akutversorgung und Rehabilitation. Es ist richtig, dass der Gesetzgeber das Entlassungsmanagement der stationären Akutversorgung bei den Krankenhäusern angesiedelt hat. Ein großes Hindernis für die zügige Entlassung von Patienten ist jedoch oft der Genehmigungsvorbehalt der Kostenträger (Kranken- und Rentenversicherung) bei der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen. Dieser Vorbehalt muss aufgehoben werden. Für die Einleitung von Reha-Maßnahmen und für konkrete Empfehlungen zur Weiterbehandlung sollte insbesondere aus medizinischen Gründen ausschließlich der behandelnde Arzt des Akutkrankenhauses zuständig sein. Er sollte dies auch entscheiden können, so wie der niedergelassene Arzt an der Schnittstelle des ambulanten Bereichs zur stationären Versorgung auch über die Einweisung entscheidet. Das wäre patientengerecht. Die bisher geübte Praxis ist patientenunfreundlich. Angesichts stark verkürzter Verweildauern führt sie dazu, dass der Patient zwischen die Mühlsteine von Krankenkasse, Rentenversicherung, Krankenhaus und Rehaklinik gerät. Diese Hemmnisse sind abzubauen; das führt zu weniger bürokratischer Steuerung der Patienten.

2.4.

Zugang für ältere Menschen zur Rehabilitation

Ziel der Gesundheitspolitik sollte sein, den Menschen ein aktives Altern ohne Pflegebedürftigkeit zu ermöglichen. Zur Unterstützung dieser Aufgabe existieren hervorragend ausgestattete medizinische Rehabilitationseinrichtungen, die die Patienten nachhaltig rehabilitieren. Der normale Zugang zur Rehabilitation außerhalb der Akut-Nachsorge für die älteren Versicherten ist durch bürokratische Hürden jedoch so gut wie verschlossen.

Während die Zuweisung in den akutmedizinischen Sektor nach § 109 SGB V durch die Krankenhauseinweisung aus der ambulanten Versorgung bzw. durch die Verlegung aus anderen Kliniken erfolgt, ist für die Einleitung der Versorgung älterer Patienten in Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V ein Antrag nach den Rehabilitationsrichtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses mit Prüfung durch die Krankenkassen unter teilweiser Einbeziehung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung notwendig.

Konkret bedeutet dies, dass der Verordnung von Heilverfahren durch die Rehabilitations-Richtlinie zwei Hürden vorgeschaltet sind.

1. Entgegen der Vorgabe des SGB V darf nicht jeder Vertragsarzt die Verordnung der Reha-Leistung vornehmen. Die Berechtigung zur Verordnung ist auf einen eingeschränkten Kreis besonders weitergebildeter Ärzte beschränkt, so dass die Versicherten Schwierigkeiten haben, einen berechtigten Arzt zu finden. Sie müssen unter Umständen weite Wege überbrücken und einen mit Ihrer Krankengeschichte nicht vertrauten Arzt aufsuchen.
2. Außerdem ist der eigentlichen Verordnung ein Vorverfahren vorgeschaltet, in dem der Vertragsarzt die Krankenkasse über die Notwendigkeit der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation informiert und die eigentliche Antragstellung beantragt.

Fazit: Durch dieses Verfahren wird den älteren Menschen die Teilhabe am normalen Leben praktisch verwehrt.

Vor dem Hintergrund der demographischen Herausforderungen in unserem Land ist ein solch bürokratisches Vorgehen nicht zeitgemäß. Der Verband der Krankenhausdirektoren fordert daher, dass die medizinische Rehabilitation einschließlich der geriatrischen Rehabilitation endlich ein integraler Bestandteil der Gesundheitsversorgung in Deutschland wird, da hier insbesondere die älteren und multimorbiden Menschen ein auf ihre Bedürfnisse zugeschnittenes Leistungsangebot erhalten. Die Zugangswege zu diesen Kliniken sind wie in der Akut-Versorgung einfach zu gestalten. Die Einweisung des Vertragsarztes in die Rehabilitationsklinik ist der richtige Weg für eine rasche Intervention bei drohender Pflegebedürftigkeit von chronisch kranken und multimorbiden Versicherten. Die Kompetenz des Arztes und die teilweise jahrzehntelangen Kenntnisse über die Krankengeschichte des Patienten sind für eine solche Vorgehensweise mehr als ausreichend. Da die Rehabilitationskliniken seit vielen Jahren standardmäßig reha-spezifische Assessments zur Reha-bedürftigkeit, Reha-fähigkeit, den Reha-zielen und dem Vorliegen einer positiven Rehabilitationsprognose durchführen, sind die vom Gemeinsamen Bundesausschuss vorgesehenen Instrumente zur Dokumentation im System enthalten.

Die Krankenversicherung sollte jedoch dann auch von den Kosten entlastet werden, die durch ihre Leistungen zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit entstehen; und die Pflegeversicherung wäre zu einem finanziellen Ausgleich zu verpflichten.

2.5.

Schnittstelle zwischen Akutversorgung und Pflege

Ein dringender Handlungsbedarf besteht auch im Hinblick auf die im heutigen System bestehenden Versorgungslücken bei den sog. „Überbrückungsfällen“, die ebenfalls ein Hindernis für eine zügige Entlassung und eine adäquate Nachversorgung darstellen. Nach einer stationären Akutbehandlung sind Versicherte oftmals weder unmittelbar reha-fähig, noch sind sie in der Lage, sich in der eigenen Häuslichkeit selbst zu versorgen. Grund hierfür ist, dass diese Versicherten nur vorübergehend auf Pflege angewiesen sind. Da die Pflegebedürftigkeit der Betroffenen regulär aber keine sechs Monate dauert, erhalten sie während der Überbrückungszeit bislang keine Leistungen aus der Pflegeversicherung, mit denen sie beispielsweise eine überbrückende Kurzzeitpflege bis zum Antritt einer Rehabilitationsleistung oder der Rückkehr in die Häuslichkeit finanzieren könnten.

Vor dem Hintergrund, dass der MDK zwischenzeitlich die Zuordnung zu einer Pflegestufe befristet aussprechen und zeitnahe Wiederholungsbegutachtungen durchführen kann, sollten die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen im Interesse aller Beteiligten auf den Prüfstand. Hierbei ist vor allem die Sechs-Monatsfrist kritisch zu hinterfragen.

Notwendig ist auch eine gesetzliche Regelung zur weiteren Reduzierung der Begutachtungsfristen beim Übergang vom Krankenhaus oder der Rehabilitation in Pflegeeinrichtungen, wie sie derzeit in einzelnen Ländern bereits „freiwillig“ praktiziert wird (z.B. Begutachtung beim Übergang von der Akutversorgung in die stationäre Pflege binnen 48 Stunden). Dies würde die Versorgungssituation verbessern und die Problematik der Versorgungslücken weiter reduzieren.

3.

Wertschätzung der Arbeit im Krankenhaus

Mit einem Personalkostenanteil von rund 60 Prozent ist die Krankenhausbranche dienstleistungsintensiv. Kostensenkungsmaßnahmen führen damit sehr schnell zu einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern: Leistungsverdichtung durch Ausdünnung der Personaldecke, insbesondere im Pflegedienst, steigende Fluktuation und steigende Kosten der Personalgewinnung sowie nachlassende Attraktivität der Berufe im Krankenhaus. Solche Entwicklungen tragen nicht zu einer Verbesserung der Patientenversorgung bei. Sie gefährden überdies die Bemühungen nicht nur des Gesetzgebers gegen den zunehmenden Ärzte- und Fachkräftemangel.

Nach der zuletzt herausgegebenen Berufsprestige-Skala 2011 des Instituts für Demoskopie in Allensbach standen im Berufe-Ranking der Arzt auf Platz 1 und die Krankenschwester auf Platz 2. Die gleichen Platzierungen ergaben sich 2005. Die Bevölkerung bringt diesen Berufsgruppen und ihrem Dienst am Menschen also eine hohe Wertschätzung entgegen. Auch die Tätigkeit wird überwiegend positiv bewertet. In einer im August 2013 veröffentlichten bundesweiten Befragung von rund 700.000 stationären Patienten durch zwei große Krankenkassen wurde festgestellt, dass 82 Prozent der Patienten ihre Klinik weiterempfehlen würden.

Angesichts dieser hohen Wertschätzung in der Bevölkerung fehlt eine nachhaltige und faire Finanzierung der Tariflohnsteigerungen. Von 2006 bis 2012 konnten nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) die Tariflohnsteigerungen nur zu etwa 55 Prozent über Preiszuwächse refinanziert werden. Folge davon sind wirtschaftliche Defizite, da weitere Rationalisierung und Arbeitsverdichtung in den Krankenhäusern ohne Qualitätsverlust kaum noch möglich sind.

Studien belegen mittlerweile, dass eine so erzwungene Steigerung der Produktivität zu einer Gefährdung von Patienten führen kann und unbedingt vermieden werden muss. Auch im internationalen Vergleich weisen die deutschen Krankenhäuser mit durchschnittlich etwa 22 Patientenentlassungen je Mitarbeiter eine mittlerweile "ungesunde Effizienz" auf. Das heißt, es gibt auch Krankenhäuser mit einer noch höheren Belastungsziffer. Dagegen ist die Belastungsziffer deutlich niedriger in Norwegen (10), Niederlande (10), Dänemark (9), Frankreich (9) und der Schweiz (10).

Im Interesse einer hochwertigen und sicheren Patientenversorgung sollten Tariflohnsteigerungen in der gegenwärtigen Phase des zunehmenden Ärzte- und Fachkräftemangels in vollem Umfang refinanziert werden. Dies dient dem Erhalt vertretbarer Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Der Orientierungswert muss so ausgestaltet sein, dass eine volle Refinanzierung prospektiv sichergestellt ist, ggf. einschließlich einer Ausgleichsregelung nach abschließender Ermittlung aller Tariflohnsteigerungen in einem Jahr.

Solange der Gesetzgeber den Krankenhausmitarbeitern an dieser Stelle eine faire Finanzierung für ihren in der Bevölkerung geschätzten Dienst am Menschen verwehrt, wird es kaum gelingen, eine zukunftsfeste Krankenhausversorgung zu organisieren. Im Einstiegswettbewerb um junge Nachwuchskräfte wird die Krankenhausbranche gegenüber anderen Branchen das Nachsehen haben, wenn der Status Quo fortgeschrieben wird. Gerade hier muss die Politik die gesellschaftlichen Prioritäten neu setzen.

4.

Zukunftsbranche und Jobmotor

In Deutschland versorgen über 2.000 Krankenhäuser mit rund 1 Million Beschäftigten jährlich über 18 Millionen stationäre und rund 20 Millionen ambulante Patienten. Ein Krankenhausaufenthalt ist für die meisten Patienten ein einschneidendes Ereignis. In vielen Fällen sind die Angehörigen mindestens ebenso besorgt über den Krankheitsverlauf und den Ausgang der Therapie. Damit ist ein Großteil der Bevölkerung unseres Landes jedes Jahr direkt betroffen von der Tätigkeit der Krankenhäuser. Die Zahl älterer Menschen steigt. Damit wird auch die Krankenhaus- und Gesundheitsversorgung als Politikfeld an Bedeutung gewinnen. Hinzu kommt, dass auch das Wahlverhalten und die politischen Präferenzen älterer Menschen an Bedeutung gewinnen werden.

Krankenhäuser zählen in vielen Kommunen zu den größten Arbeitgebern. Neben der Patientenversorgung ist ein Krankenhaus damit auch ein wichtiger Beschäftigungs- und Standortfaktor. Deutlich wird dies, wenn eine Region von der Schließung eines Krankenhauses betroffen ist. Anders als in vielen anderen Branchen weisen Krankenhäuser eine hohe inländische Wertschöpfung auf. Im Durchschnitt erzielen Krankenhäuser etwa 60 Prozent ihrer Umsätze und fast 70 Prozent ihrer Beschäftigungswirkung in der Region. Hinzu kommt die indirekte Wertschöpfung durch Lieferanten des Krankenhauses im etwa gleichen Umfang.

Im Vergleich zur Krankenhausbranche wird die Automobilindustrie als Schlüsselindustrie von der Politik hofiert und subventioniert. Dabei arbeiten in von der Automobilindustrie besonders stark geprägten Bundesländern nur etwa sieben Prozent der Arbeitnehmer in der Fahrzeugindustrie, während es in der Gesundheitswirtschaft mittlerweile über zwölf Prozent sind.

Vor diesem Hintergrund ist die bedarfsgerechte Entwicklung der Krankenhäuser immer auch Wirtschafts- und Standortpolitik mit Auswirkungen auf andere Branchen. Eine der vordringlichsten Zukunftsaufgaben der Gesundheitspolitik ist aus unserer Sicht daher die Sicherstellung optimaler Entwicklungsbedingungen für bedarfsgerechte Krankenhäuser und nicht ihre Schwächung wie überwiegend in den vergangenen Jahren. Dazu gehört auch eine grundlegende Reform der Krankenhausfinanzierung.

Ebenso müssen Innovation und Internationalität auch weiterhin über universitäre Spitzenmedizin und Forschungsaktivitäten gefördert und gewährleistet werden. Im Bereich der Forschungsförderung ist Deutschland allenfalls im internationalen Mittelfeld angesiedelt, so dass die zusätzlichen Potentiale für die Gesundheitswirtschaft

und den Standort Deutschland, die sich aus einem deutlich stärker an Innovation orientierten Fokus ergeben, nicht optimal genutzt werden.

5. Für eine faire Finanzierung

Maßstab einer rationalen Krankenhauspolitik muss die Stärkung der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser sein. Insbesondere wird eine Strukturpolitik durch finanzielle Auszehrung der Krankenhäuser, wie sie in den letzten Jahren zugelassen wurde, nicht zu optimalen Strukturen führen.

Als Teil der regionalen Daseinsvorsorge stehen Krankenhäuser immer auch im politischen Interesse. Eine zielführende Strukturpolitik erfordert Transparenz zwischen Krankenhausträgern und Landesbehörden über Standort- und Strukturentscheidungen. Strukturpolitik muss dem Versorgungsauftrag der Träger vor Ort wie auch der Letztverantwortung des Landes für eine bürgernahe und bedarfsorientierte Versorgung gerecht werden. Gleichzeitig muss ein Vergütungssystem für Krankenhäuser sicherstellen, dass ein wirtschaftlich arbeitendes bedarfsnotwendiges Krankenhaus seine medizinischen Leistungen für die Bevölkerung über die regelhaften Preisanpassungen refinanzieren kann.

5.1. Weiterentwicklung des G-DRG-Systems

Die VKD-Umfragen 2012 und 2013 haben gezeigt, dass insbesondere kleinere Grundversorger mehrheitlich in ihrem Bestand gefährdet sind. Bei den Allgemeinkrankenhäusern mit weniger als 250 Betten – das sind ca. 60% aller Krankenhäuser - liegt der Anteil der Häuser mit negativem Ergebnis bei 53 Prozent (2012). Während Fachkrankenhäuser mit Möglichkeiten zur Spezialisierung besser mit dem DRG-System zurechtkommen, werden kleine Krankenhäuser mit einem planungsrechtlich zugewiesenen Spektrum der Grundversorgung massiv benachteiligt.

Grund ist die Durchschnittskalkulation der Fallpauschalen. Das DRG-System erzeugt für Grundversorger eine strukturelle Unterfinanzierung. Nach Angaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) nahmen nach Abschluss der Plausibilitätsprüfungen 241 Krankenhäuser mit 3,3 Mio. Fällen an der Kalkulation für das G-DRG-System 2013 teil (Abschlussbericht G-DRG-System 2013, S. 14). Die durchschnittliche Fallzahl je Krankenhaus lag bei etwa 13.700 Fällen, die durchschnittliche Größe des Krankenhauses bei etwa 400 Betten.

Der auf dieser Basis kalkulierte durchschnittliche Anteil der Vorhaltekosten in den Fallpauschalen liegt rein statistisch deutlich unter dem Anteil der Vorhaltekosten je Fall eines Krankenhauses der Grundversorgung mit zum Beispiel 200 Betten und nur 7.000 stationären Fällen.

Ein einfaches Beispiel ist die personelle Besetzung des Empfangs. Geht man hier für eine Rund-um-die-Uhr-Vorhaltung von etwa 200.000 Euro Bruttopersonalkosten aus, dann ergibt sich in der Kalkulation ein Anteil von 14,60 Euro je Fall ($200.000 \div 13.700$ Fälle). Für das durchschnittliche Kalkulationshaus ist dies in der Abrechnung kostendeckend. Für den Grundversorger jedoch resultieren nur etwa 102.000 Euro ($14,60 \times 7.000$ Fälle), so dass eine Unterdeckung der Kosten von knapp 100.000 Euro verbleibt. Diese Unterdeckung setzt sich in sämtlichen Abteilungen und Bereichen des Krankenhauses fort, wenn es nicht eine signifikante Steigerung der Leistungszahlen herbeiführen kann.

Die Mechanik des DRG-Systems macht damit kleine Grundversorger „kaputt“. Das Sterben kleiner Krankenhäuser erfolgt von Jahr zu Jahr auf Raten und ist insofern ein schleichender Prozess der Enteignung des Krankenhausträgers. In vielen Fällen können Abteilungen sogar bei Unterschreitung der gesetzlich vorgeschriebenen personellen Mindestbesetzung keine Deckung der minimal notwendigen Betriebskosten mehr erzielen. Die nachteiligen Folgen dieser Entwicklung werden dem Management und den Aufsichtsgremien vor Ort zugerechnet, obwohl die Ursache systembedingt ist. Faktisch erfolgt damit eine Strukturpolitik „auf kaltem Wege“.

Wenn die politischen Entscheidungsträger auf Landes- und Bundesebene eine wohrortnahe und flächendeckende Krankenhausversorgung wirklich wollen – wie uns in den Abgeordnetengesprächen Anfang dieses Jahres vielfach versichert wurde – dann muss das DRG-System an dieser Stelle zügig korrigiert werden. Ein bedarfsnotwendiges Krankenhaus muss seine medizinischen Leistungen für die Bevölkerung über die regelhaften Preisanpassungen refinanzieren können. Der im Gesetz als Notfallklausel vorgesehene Sicherstellungszuschlag ist so „wasserdicht“ geregelt, dass er praktisch nur in seltenen Einzelfällen zur Anwendung kommt. Die Regelungen sind eher ein „Verhinderungsprogramm“.

Für kleinere Grundversorger sollte eine praxistaugliche Regelung des Sicherstellungszuschlags zur Finanzierung des erhöhten Anteils der Vorhaltekosten vorgesehen werden. Die Regelung sollte nach einem Kriterienkatalog die regelhafte Vereinbarung eines Sicherstellungszuschlages mit den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene im Rahmen der jährlichen Entgeltverhandlungen ermöglichen. Die Regelung sollte schiedsstellenfähig sein. Der Kriterienkatalog sollte durch das für die Planung zuständige Land erlassen werden.

5.2. Überarbeitung des Psych-Entgeltsystems

Das neue Psych-Entgeltsystem wurde gegen fundierte Argumente zahlreicher Fachverbände in Kraft gesetzt. Zusammen mit den Fachverbänden teilt der VKD die Sorge, dass die Qualität des Versorgungssystems für Menschen mit psychischen Erkrankungen durch den ordnungspolitischen Rahmen des Psych-Entgeltgesetzes und den vom Bundesministerium für Gesundheit per Ersatzvornahme in Kraft gesetzten PEPP-Entgeltkatalog gefährdet ist.

Potentiell sind von dieser Entwicklung sehr viele Menschen und deren Umfeld betroffen. Nach dem jüngsten Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Institutes leidet mindestens jeder vierte Mann und jede dritte Frau im Laufe des Lebens unter einer ernsthaften psychischen Störung. Das neue Entgeltsystem wird in seiner momentanen Ausgestaltung mittelfristig zu einer spürbaren Verschlechterung der Versorgung für diese Menschen führen.

Der VKD empfiehlt daher in Übereinstimmung mit den Fachverbänden folgende Punkte einer grundlegenden Überarbeitung des Psych-Entgeltsystems:

1. Definition von tagesbezogenen Entgeltstufen (Tagescluster) als Gliederungssystematik für die Entgeltgruppen im Katalog. Einbeziehung der von den Fachverbänden erarbeiteten konkreten Vorschläge hierzu (z. B. TEPP). Dabei soll es nicht um die patientenindividuelle Abbildung von tagesbezogenen Einzelleistungen gehen, sondern um sachgerecht differenzierte Aufwandspakete, die diagnoseübergreifend nutzbar und in der Lage sind, relevante Aufwandsunterscheide tagesbezogen abzubilden.
2. Die Kalkulation sollte unabhängig von Diagnosen erfolgen und sich an einer tagesbezogenen Graduierung der psychiatrischen, somatischen und psychosozialen Aufwände orientieren.
3. Entfernen der Mengengerichteten Regelung durch Streichung im § 4 Abs.3 Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV). Explizite budgeterhöhende Berücksichtigung von krankenhauplanerischen Veränderungen und nicht kodierbedingten Mehrleistungen bei der Ermittlung des Landesbasisentgeltwertes in vollem Umfang durch Neufassung des § 10 Bundespflegegesetzverordnung.
4. Modifikation der Kalkulationssystematik und Neugestaltung des PEPP-Entgeltkataloges im Sinne einer leistungsgerechten und praktikablen Abbildung der klinischen Realität.

5. Beauftragung des InEK mit der Kalkulation des besonderen Aufwandes der regionalen Pflichtversorgung.
6. Verbindliche Mindestkriterien der Strukturqualität als Qualitätsindikatoren, geeignet basierend auf den Grundprinzipien der PsychPV (Psychiatrie-Personalverordnung) als Voraussetzung für den Beginn der Konvergenzphase.
7. Verlängerung der Optionsphase und der budgetneutralen Phase um mindestens zwei Jahre. Halbjährliche Überprüfung der erreichten Entwicklungsstufen unter Einbeziehung der Verbände. Realisierung der oben genannten Systemveränderungen als Voraussetzung für den Beginn der Konvergenzphase.

5.3.

Neuordnung der Investitionsfinanzierung

Da die stationären Patienten als Versicherte der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung den weit überwiegenden Anteil der Leistungen von Krankenhäusern in Anspruch nehmen, sollten die Krankenkassen an der Regelfinanzierung von Krankenhausinvestitionen beteiligt werden. Möglich wäre dies über einen Aufschlag auf die Fallpauschalen. Um zu einer betriebswirtschaftlich vernünftigen Investitionsquote zu kommen, sollte die Höhe dieses Zuschlags 5 Prozent nicht unterschreiten.

Die Krankenhäuser, vor allem in den alten Bundesländern, leiden seit Jahren an einem immensen Investitionsstau. Abhilfe schaffen kann mittlerweile nur noch ein zeitlich begrenzter nationaler Aktionsplan finanziert aus Bundes- und Landesmitteln. Die Investitionsmittel der Bundesländer sollten daher, ergänzt um Investitionsmittel aus dem Bundeshaushalt (50/50), in einen jeweils auf Landesebene zu bildenden „Fonds zur Strukturentwicklung und Modernisierung der Krankenhausversorgung“ eingezahlt werden. Diese Mittel sollten in Abhängigkeit von dem im jeweiligen Land aufgelaufenen Investitionsstau ca. 5 Prozent des stationären Umsatzvolumens aller Krankenhäuser in einem Bundesland umfassen und zusätzlich zu den, nach diesem Modell von den Krankenkassen finanzierten Mitteln zur Verfügung stehen. Der Fonds sollte die Grundlage für eine modernisierende Standort- und Rahmenplanung mit Letztverantwortung der Länder für die Krankenhausversorgung als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge sein.

5.4. Anhebung des Budgets der Rentenversicherung für Rehabilitationsmaßnahmen

Die gesetzlich zugelassenen Rehabilitationsausgaben wurden 1996 durch die Verabschiedung des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (WFG) im Bereich der Rentenversicherung auf das Ausgabenniveau des Jahres 1993 minus 300 Millionen Euro – also praktisch auf das Niveau des Jahres 1990 – zurückgeführt. Seitdem dürfen die Ausgaben nur noch im Verhältnis der voraussichtlichen Entwicklung der Bruttolohn- und Gehaltssumme je durchschnittlich beschäftigten Arbeitnehmer steigen. Durch die gesellschaftlichen Entwicklungen mit einem starken Ausbau des „Billiglohnbereichs“ und der gewünschten Ausweitung des Teilzeitangebotes in vielen Branchen hat sich dieser Wert kaum verändert.

Mit dem damals festgelegten Budget wurde also nicht nur der vollständige Aufbau der Rehabilitationsstrukturen in den neuen Bundesländern finanziert, sondern auch alle Kostensteigerungen im Personal, Energie- und Sachkostenbereich der vergangenen zwanzig Jahre. Die Rehabilitationsbudgets können von den Rentenversicherungsträgern nur noch durch immer restriktivere Steuerungsmaßnahmen eingehalten werden. Gleiches gilt für die Vergütungssätze in den Rehabilitationskliniken.

Die Rehabilitation der Rentenversicherung hat den Erhalt der Erwerbsfähigkeit der Versicherten zum Ziel. Aus diesem Grund haben sich die Rehabilitationskliniken immer mehr in Richtung einer beruflich orientierten medizinischen Rehabilitation entwickelt und unterstützen die Unternehmen bei der Wiedereingliederung ihrer Mitarbeiter. Das Vorhandensein der spezifischen Rehabilitationsstrukturen in Deutschland stellt daher einen Standortvorteil für die heimische Wirtschaft im internationalen Wettbewerb dar, der nicht zu unterschätzen ist.

Konkret schlagen wir vor, in § 220 (1) SGB VI eine, die strukturellen Veränderungen, z. B. die demografische Entwicklung, und die Versichertenzahl berücksichtigende Regelung einzuführen, um eine zukunftsfeste und bedarfsgerechte Finanzierung sicherzustellen.

5.5. Pflegeversicherung zukunftssicher reformieren

Im Zusammenhang mit einer fairen Finanzierung der Krankenhäuser wird ergänzend darauf hingewiesen, dass die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung von zentraler Bedeutung für die gesundheits- und sozialpolitische Zukunft in Deutschland ist. Erforderlich ist eine Reform, die – vor allem im Hinblick auf die Umsetzung eines

neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs – die Pflegeversicherung auf eine für die Zukunft finanziell solide Basis stellt. Unter volkswirtschaftlicher Betrachtung muss es darum gehen, Bürokratiekosten zu senken und die Allokation der verfügbaren Mittel zu optimieren.

In diesen Kontext gehört auch, die Dynamisierungsregelung der Pflegeversicherungsleistungen weiter zu entwickeln und den hohen bürokratischen Aufwand zu senken, indem beispielsweise die Dynamisierung automatisch an die allgemeine Preisentwicklung gekoppelt wird.

6.

Weniger Bürokratie – Mehrwert für die Patientenversorgung

Der Aufwand für Bürokratie im Gesundheitssektor allgemein und im Krankenhausbereich ganz besonders ist in den letzten Jahren erheblich angestiegen. So hat eine Studie der Unternehmensberatung A. T. Kearney aus 2011 errechnet, dass der bürokratische und administrative Aufwand im Gesundheitsbereich rund 23 Prozent beträgt, der Vergleichswert aus der Industrie beträgt demnach 6,1 Prozent.

Verursacht wird dies zum Einen durch den Gesetzgeber selbst, der in immer kürzeren Abständen aufwändige Nachjustierungen am System vornimmt, vor allem aber durch die Krankenkassen, die mit Forderungen nach mehr Transparenz und ungehemmten Kontrollbedürfnissen die Dokumentationsverpflichtungen der Krankenhäuser ständig steigen lassen.

Der immense Personalaufwand für die Dokumentationspflichten fehlt am Ende bei der Versorgung der Patienten. Der Bürokratieaufwand ist damit auch Symptom eines in sich nicht stimmigen Systems, bei dem zudem mit deutlich unterschiedlichem Maß zwischen den Leistungssektoren der niedergelassenen Ärzte und der Krankenhäuser gemessen wird.

Vor diesem Hintergrund fordert der VKD, dass jede vom Gesetzgeber wie auch vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossene neue Maßnahme künftig vorher auf Vermeidung von zusätzlichem Bürokratieaufwand geprüft wird oder alternativ im Gesetzentwurf bzw. GBA-Beschluss dargelegt wird, wie hoch die zu erwartenden Bürokratiekosten sind. Gleichzeitig sollte ein Maßnahmenplan zur „Entbürokratisierung der Gesundheitswirtschaft“ entwickelt werden. Hierzu steht der VKD für Gespräche und Vorschläge zur Verfügung.

7.

Für eine zweckentsprechende Mittelverwendung

Neben den weiter bestehenden Engpässen im Krankenhausbereich ist auf Seiten der Krankenkassen und des Gesundheitsfonds bereits seit längerem eine sozialstaatsferne Kapitalakkumulation zu beobachten. Bis Ende 2012 entwickelte sich dort u.a. durch die von den Leistungserbringern in den Vorjahren aufgebrauchten Beiträge zur Stützung der Krankenkassen ein historisch beispielloses Gesamtvolumen an Überschüssen und Rücklagen von 28 Milliarden Euro. Weder Patienten, noch Mitarbeiter, noch die Versicherten können nachvollziehen, warum der Gesetzgeber dies zulässt. Aufgabe der Krankenkassen ist es nicht, Versichertengelder in unverhältnismäßiger Höhe anzusparen. In § 1 des Sozialgesetzbuches V heißt es: „Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.“

Die Vorenthaltung von Versichertengeldern gegenüber den Gesundheitsversorgern kann nur als rechtswidrige Zweckentfremdung gesehen werden, die von der Politik im Wesentlichen toleriert wird. Die politischen Entscheidungsträger und die Aufsicht der Krankenkassen sind aufgefordert, dafür zu sorgen, dass die im Gesundheitsfonds akkumulierten Versichertengelder an die Leistungserbringer zur bedarfsgerechten Finanzierung ihrer Leistungen zu Gunsten der Patienten zurückgegeben werden.

III.

MITGESTALTUNG DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Der Verband der Krankenhausdirektoren (VKD) vertritt mit rund 2.500 Mitgliedern das Management fast aller deutschen Krankenhäuser einschließlich der Rehabilitationskliniken und Pflegeeinrichtungen. Unser Anspruch ist es, eine vorbildliche Krankenhaus- und Gesundheitsversorgung zu organisieren, neuere Entwicklungen aufzugreifen und nach Verbesserungen zu streben. Wir beteiligen uns am politischen Dialog und an der Meinungsbildung. Wir beteiligen uns an der Gestaltung der Gesundheitsversorgung vor Ort sowie auf Landes- und Bundesebene. Wir verstehen uns als Ansprechpartner für politische Entscheidungsträger und Verbände der Gesundheitswirtschaft, insbesondere in Fragen der Krankenhauspraxis und des Krankenhausmanagements.