Mitteilung des Senats vom 16. April 2013

Information gemäß Artikel 79 der Landesverfassung über wesentliche Angelegenheiten im Beratungsverfahren des Bundesrates

Der Senat der Freien Hansestadt Bremen hat in seiner Sitzung am 16. April 2013 beschlossen, den Antrag der Länder Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen

Entschließung des Bundesrates zur Weiterentwicklung des Vergütungsrechts für Krankenhäuser

als Mit Antragsteller einzubringen.

Der Senat bittet um Kenntnisnahme.

03.04.13

Antrag

der Länder Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen

Entschließung des Bundesrates zur Weiterentwicklung des Vergütungsrechts für Krankenhäuser

Der Bundesrat fordert die Bundesregierung erneut auf, umgehend einen Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung vorzulegen, der folgendes berücksichtigt:

Der Deutsche Bundesrat hat in seiner Sitzung am 01.03.2013 in der Drucksache 74/13 festgestellt, dass Patientinnen und Patienten einen Anspruch darauf haben, die für sie notwendigen medizinischen Versorgungsleistungen zu erhalten. Ziel einer jeglichen Reform muss es daher sein, eine qualitativ hochwertige und flächendeckende Versorgung sicherzustellen. Dabei ist es nicht hinreichend, sich auf einzelne Schwachstellen zu konzentrieren. Vielmehr bedarf es einer umfassenden Krankenhausfinanzierungsreform, die die flächendeckende Versorgung und die Trägervielfalt absichert und Qualität sowie Patientensicherheit in den Mittelpunkt stellt.

Patientinnen und Patienten müssen sich dabei darauf verlassen können, dass Indikationsstellung ebenso wie die vorgeschlagene Therapie allein medizinisch begründet sind. Finanzielle Interessen der Leistungserbringer dürfen dabei keine Rolle spielen.

Die Krankenhäuser haben in den letzten Jahren zunehmend mehr Patientinnen und Patienten behandelt. Es ist sicherzustellen, dass diese Mehrleistungen nicht aus anderen als aus medizinisch vertretbaren Gründen erfolgen.

- Krankenhäuser müssen daher in der Lage sein, unabweisbare Kostensteigerungen (z.B. durch Tariflohnerhöhungen, Kostensteigerungen im Bereich der Hygiene durch das Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze, stark steigende Prämien für die Haftpflichtversicherungen und die steigenden Umlagen aus dem Erneuerbare Energien-Gesetz) ohne Mehrleistungen und ohne Personalabbau zu finanzieren. Geschieht dies nicht, drohen aus allein wirtschaftlichen Gründen weitere Mengenausweitungen und Personalentlassungen.
- Von daher sind unabweisbare und vom Krankenhaus nicht zu beeinflussende Kostensteigerungen bei einem sachgerecht ermittelten Orientierungswert zu berücksichtigen. Die Vorgabe eines Mindeststandards für die Personalausstattung sollte erwogen werden.
- Andererseits betont der Bundesrat erneut, dass die Finanzierungsgrundlage der Krankenhäuser unter den Bedingungen der diagnosebezogenen Fallgruppen

(Diagnosis Related Groups -DRG) zu überprüfen ist. Unter- und Überdeckungen von DRG's müssen identifiziert und verändert werden. Damit muss auch verhindert werden, dass sich Anbieter ausschließlich auf gut finanzierte Leistungen fokussieren und finanziell unattraktive Fälle abweisen. In einem gerechten Finanzierungssystem müssen auch die Personalkosten ausreichend Berücksichtigung finden, damit nicht auf eine Mengenausweitung ausgewichen werden muss. Anreize zur Anstellung von Pflegepersonal müssen geschaffen werden. Die besondere Situation für Maximalversorger und Universitätskliniken ist zu berücksichtigen.

- Gerade in ländlichen und strukturschwachen Regionen benötigen die Krankenhäuser mehr Flexibilität bei der Ausgestaltung der regionalen Versorgungsstrukturen. Starre Sektorengrenzen, nicht verzahnte Planungszuständigkeiten und das Beharren auf historisch überholten Zuständigkeiten dienen nicht der medizinischen Versorgung der dortigen Bevölkerung. Anreize zur Aufhebung der Sektorengrenzen sind notwendig. Krankenhäuser sollen sich bei fehlender ambulanter Versorgung verantwortungsvoll und finanziell abgesichert an der Sicherstellung beteiligen können. Die dafür notwendigen planungs- und vergütungsrechtlichen Voraussetzungen sind zu schaffen.
- Insbesondere in Flächenländern mit strukturschwachen Gebieten spielt das Instrument des Sicherstellungszuschlags zunehmend eine Rolle. Es muss gewährleistet sein, dass Sicherstellungszuschläge nicht auf den Landesbasisfallwert angerechnet werden. Des Weiteren sollen sie den Krankenhäusern zugutekommen, die Sicherstellungszuschläge wegen existentieller Gefährdung wirklich benötigen.
- Zusätzlich muss die Qualität der Versorgung - und dazu gehört auch eine Indikationsstellung ausschließlich aus medizinischen Gründen - stärker in den Fokus treten. Der Mengenentwicklung aus rein ökonomischen Gründen, die sich nicht durch die demografische Entwicklung und/oder den medizinischen Fortschritt begründet, muss wirksam begegnet werden.
- Die bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts verankerte Kollektivhaftung aller Krankenhäuser für Leistungssteigerungen muss abgeschafft und krankenhausspezifische Lösungen gefunden werden. Abzugstatbestände im Landesbasisfallwert sind nicht mehr sachgerecht. Die degressive Berücksichtigung der Mehrleistungen im Landesbasisfallwert für alle Krankenhäuser – unabhängig davon, ob sie Mehrleistungen erbracht haben oder nicht - benachteiligt insbesondere kleine Krankenhäuser, die keine Mehrleistungen erbracht haben.

Auf die weiteren Forderungen des Bundesrates in seiner begleitenden EntschlieÙung zum Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (BR-Drs. 74/13 [B]) wird verwiesen.

Begründung:

Die Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung ist eines der wichtigsten gesundheitspolitischen Anliegen. Zunehmend wird jedoch die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser durch eine unzureichende Betriebskostenfinanzierung gefährdet. Die Steigerung der Vergütung ist gesetzlich begrenzt, dem gegenüber stehen unabweisbare Kostensteigerungen,

die im Kostenorientierungswert unzureichend und/ oder verspätet abgebildet werden. Die Mehrheit der Krankenhäuser hat in den vergangenen Jahren ihre Betriebsabläufe gestrafft und Rationalisierungsreserven auch im Personalbereich gehoben. Der weiter bestehende Kostendruck führt daher nicht mehr zur Effizienzsteigerung und besserer Organisation, sondern zu weiterer Arbeitsverdichtung und Verschlechterungen im Ablauf des Krankenhausbetriebs, insbesondere in der Pflege.

Die negativen Aspekte der derzeitigen Betriebskostenfinanzierung der Kliniken werden anhand des Krankenhausbarometers 2012 deutlich: Hiernach haben im Jahr 2011 30,6% der Krankenhäuser ein negatives Jahresergebnis verzeichnet. Besonders zu beachten ist an dieser Stelle, dass im Vergleich 2011 zu 2010 58,4% der Krankenhäuser angeben, dass das Jahresergebnis gesunken ist. Betroffen sind sowohl kleine ländliche Grundversorger als auch Kliniken der Maximalversorgung.

Die Erhöhung des Landesbasisfallwertes ist in 2013 auf 2% beschränkt. Diese Erhöhung deckt nicht einmal die Inflationsrate ab. Neben den Tarifloohnerhöhungen belasten die Verpflichtungen durch die MedHygVO, die stark steigenden Prämien für die Haftpflichtversicherungen und die steigenden Umlagen aus dem Erneuerbare Energien-Gesetz die finanzielle Situation der Krankenhäuser. Diese müssen wieder in die Lage versetzt werden, ohne Mehrleistungen solche unabweisbaren Kostensteigerungen zu finanzieren. Um sicherzustellen, dass die Tariflohnsteigerungen nicht über Personalabbau finanziert werden, muss ein bereits 2013 wirksamer Zuschlag zum Landesbasisfallwert in Höhe von 1% gewährt werden. Im Gegensatz zur Tarifberichtigungsrate 2012 müssen die psychiatrischen Krankenhäuser in diese Soforthilfe einbezogen und sichergestellt werden, dass eine Soforthilfe 2013 im Folgejahr bei den Verhandlungen über den Veränderungswert auf der Bundesebene nicht absenkend berücksichtigt wird.

Die Prüfung von Alternativen zur Berücksichtigung zusätzlicher Leistungen beim Landesbasisfallwert ist zwar Bestandteil des gemeinsamen Forschungsauftrags der Vertragsparteien gem. PsychEntgG, angesichts der problematischen Situation zahlreicher Krankenhäuser ist aber rasches Handeln angezeigt. Besonders kleinere Krankenhäuser im ländlichen Raum sind von den Kürzungen auf Ebene des Landesbasisfallwertes betroffen, ohne dass sie die Möglichkeit haben, ihre Leistungsmengen zu steigern. Somit wird auch Häusern ein höherer Abzug für eine Fixkostendegression bei Fallzahlsteigerungen angerechnet, die sie tatsächlich nicht hatten, das verschärft die Finanzierungsprobleme dieser Kliniken deutlich.

Die Einführung eines Kostenorientierungswertes und der Abschied von der Anbindung an die Grundlohnrate im Jahr 2013 ist grundsätzlich zu begrüßen. Das Prinzip des Kostenorientierungswertes funktioniert aber nur dann, wenn der Wert korrekt berechnet ist, in vollem Umfang zur Geltung kommt und die Kostenentwicklung in den Krankenhäusern über die Jahre hinweg gleichmäßig erfolgt. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat die Berechnungsmethodik zum Kostenorientierungswert einer intensiven Prüfung unterzogen und sieht in relevantem Umfang Klärungsbedarf. Methodische Zweifel ergeben sich bereits aus der vom Statistischen Bundesamt selbst vorgenommenen Plausibilisierung der Berechnungsmethodik anhand von Vergangenheitsdaten. Dabei hat das Modell die tatsächlich beobachteten Kostensteigerungen stark unterschätzt, die Berechnungsmethodik wurde allerdings nicht angepasst. Ferner bestehen Zweifel an der Wahl der Indikatoren und deren Relevanz für den Krankenhausbereich. Wenn

außerdem nur ein anteiliger Orientierungswert zur Anwendung kommt, führt dies zusätzlich zu einer systematischen Unterfinanzierung der Krankenhäuser. Deshalb ist das System nur stimmig, wenn der volle Orientierungswert erlöswirksam wird.

Zur Vermeidung einer weiteren Unterfinanzierung der Krankenhäuser mit negativen Auswirkungen auf Versorgungsstrukturen, Behandlungsqualität und Arbeitsbedingungen der Beschäftigten sind sowohl kurzfristig als auch nachhaltig wirkende Maßnahmen zur Sicherung einer auskömmlichen Finanzierung der von den Krankenhäusern erbrachten Leistungen notwendig.