



VERBAND DER
UNIVERSITÄTSKLINIKA
DEUTSCHLANDS

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0166(11)
gel. VB zur öAnhörung am 13.04.
16_KH-Finanzierung
12.04.2016

STELLUNGNAHME

Zum Antrag der Bundestagsfraktion
DIE LINKE (BT-Drs. 18/6326)

„Krankenhäuser gemeinwohlorientiert
und bedarfsgerecht finanzieren“

12. April 2016

© Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD), 2016

Kontakt

Verband der Universitätsklinika
Deutschlands e.V. (VUD)
Alt-Moabit 96
10559 Berlin
info@uniklinika.de
www.uniklinika.de

Dipl.-pol. Oliver Stenzel
Politik und Gremienarbeit
F. +49 (0)30 3940517-19
stenzel@uniklinika.de

Der Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD) repräsentiert die 33 deutschen Universitätsklinika. Diese sind eine tragende Säule des Gesundheitssystems und stehen für eine Krankenversorgung auf höchstem Niveau sowie für Spitzenforschung und die Einführung neuer Behandlungsmethoden. Zudem sichern die Universitätsklinika gemeinsam mit den medizinischen Fakultäten die Ausbildung künftiger Generationen von Ärzten und Wissenschaftlern. Gemeinsam mit außeruniversitären Partnern führen sie neue medizinische Methoden in das Gesundheitssystem ein.

Mit dem Antrag „Krankenhäuser gemeinwohlorientiert und bedarfsgerecht finanzieren“ greift die Fraktion DIE LINKE drei gesundheitspolitische Themenbereiche auf: Neben der Krankenhausplanung sind dies die Abschaffung des DRG-Systems und die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser. Zudem fordert die Fraktion die Festlegung einer verbindlichen Personalbemessung in Krankenhäusern. Die deutschen Universitätsklinika nehmen zu den Vorschlägen des Antrags wie folgt Stellung:

1. Gemeinwohlorientierte Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung

Im Antrag wird gefordert, die Krankenhausplanung der Länder auf eine kleinräumig organisierte Bedarfsplanung umzustellen. Ziel ist eine Optimierung der medizinischen Versorgung. Dabei sollen die Sektorengrenzen zwischen ambulanter, stationärer und pflegerischer Versorgung zugunsten einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung überwunden werden. Ziel ist unter anderem eine stärkere Einbeziehung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung. Der Landeskrankenhausplan soll als Rahmenplanung durch demokratisierte Planungsprozesse auf regionaler Ebene (Gesundheitskonferenzen) ergänzt werden. Für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung ist eine ausreichende Finanzierung der Investitionskosten unabdingbar. Die Fraktion DIE LINKE schlägt hier eine stärkere Beteiligung des Bundes an den Mehraufwendungen der Länder vor.

Bewertung des VUD:

Anzuerkennen ist, dass mit dem Antrag die unzureichende Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser aufgegriffen wurde. Anders als im Antrag dargestellt, sind von dieser Problematik aber nicht nur Plankrankenhäuser betroffen. Auch die nicht nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) geförderten Universitätsklinika sind in erheblichem Ausmaß von sinkenden Investitionsmitteln der Länder betroffen. Den 33 deutschen Universitätsklinika fehlen voraussichtlich in den nächsten 10 Jahren Investitionsmittel in Höhe von 12 Milliarden Euro (siehe *Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 11.02.2016: „Solide Bauten für leistungsfähige Hochschulen Wege zum Abbau des Sanierungs- und Modernisierungsstaus im Hochschulbereich“*).

Die Länder werden diese Mittel auch in Zukunft nicht annähernd aufbringen können. Alternative Finanzierungsmodelle zur Überwindung des Investitionsstaus sind daher erforderlich. Aus

Sicht der Universitätsklinik ist hier der Einstieg der Kostenträger (GKV und PKV) und/oder des Bundes in die Investitionsfinanzierung mit einer klar definierten Investitionsquote zielführend. Eine konkrete Möglichkeit ist die Weiterentwicklung des Strukturfonds zu einem Instrument zum Aufbau regionaler Versorgungsverbände unter Beteiligung der Uniklinika.

Die Forderung im Antrag der Fraktion DIE LINKEN nach einer stärkeren sektorübergreifenden Planung ist besonders für die Notfallversorgung, spezialisierte medizinische Leistungen und die Versorgung von Patienten mit komplexen Krankheitsbildern (z.B. Onkologie) sinnvoll. Gerade bei der Versorgung von komplexen oder Seltenen Erkrankungen ist die Kontinuität der Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg für die Patienten entscheidend.

Der im Antrag skizzierte Ansatz einer kleinräumigen regionalen Angebotsplanung ist aus Sicht der Uniklinika differenziert zu betrachten. Grund- und Regelversorgung sowie Notfallversorgung müssen wohnortnah und niedrighschwellig erreichbar sein. Bei der Behandlung schwerer und seltener Erkrankungen ist dagegen die Konzentration in spezialisierten Zentren für den Behandlungserfolg von Vorteil. Betroffene Patienten sind in der Regel auf eine hochspezialisierte Behandlung und eine aufwendige Spezialdiagnostik angewiesen. Dafür braucht es in der Regel ein mit der Erkrankung erfahrenes interdisziplinäres und multiprofessionelles Behandlungsteam. Diese sind oftmals an den Standorten der Universitätsmedizin angesiedelt. Einzugsgebietsanalysen machen deutlich, dass zahlreiche universitäre Kliniken für bestimmte Krankheitsbilder schon heute als überregionale Zentren fungieren.

Verstärkt werden dürfte dieser Trend zur Zentrenbildung noch durch den Ausbau telemedizinischer Versorgungsangebote. Dies hat zur Folge, dass die ärztliche Kompetenz nicht mehr wohnortnah angesiedelt sein muss, um für die Patienten verfügbar zu sein. Diese Entkopplung des Arztsitzes bzw. Klinikstandortes vom Wohnort des Patienten muss bei Planungsansätzen berücksichtigt werden, ebenso wie die notwendige Bildung von Zentren für komplexe Krankheitsbilder. Entscheidend ist die niedrighschwellige Verfügbarkeit qualifizierter Versorgung für den Patienten.

Dass Krankenhäuser sich verstärkt auch an der ambulanten Versorgung beteiligen – wie in dem Antrag gefordert – zeigt der stetige Zuwachs der Patientenzahlen in den Hochschulambulanzen. Im Jahresdurchschnitt werden in Deutschland mittlerweile bis zu sieben Millionen Patienten von diesen ambulanten Einrichtungen der Universitätsklinik behandelt. Damit sichern Hochschulambulanzen die ambulante Versorgung in vielen Regionen des Landes. Sie bieten hochwertige Leistungen an, die vielfach nicht von niedergelassenen Fachärzten erbracht werden können.

Für die Beteiligung der Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung ist die Sicherstellung einer ausreichenden Vergütung entscheidend. Dies zeigen die Erfahrungen der Hochschulambulanzen, die bis heute nicht annähernd kostendeckend vergütet werden. Pro Uniklinikum summieren sich dadurch jährlich Defizite in Millionenhöhe. Die Umsetzung der im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz angekündigten Vergütungs-Verbesserungen für Hochschulambulanzen wird aktuell noch im Rahmen der Selbstverwaltung verhandelt.

2. DRG-System

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE sieht vor, das System der diagnoseorientierten Fallpauschalen (DRGs) abzuschaffen. Stattdessen sollen die begründeten krankenspezifischen individuellen Kosten sämtlicher Plankrankenhäuser erstattet werden. Diagnosebezogene Fallpauschalen werden als unvereinbar mit der Finanzierung von bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen Krankenhäusern eingeschätzt.

Bewertung des VUD:

Das Fallpauschalen-System hat einen enormen Transparenzschub in das Krankenhaussystem gebracht und die Grundlagen für neue betriebliche Steuerungsinstrumente geschaffen. Der wirtschaftliche Druck, der auf den Krankenhäusern lastet, ist nicht ausschließlich im DRG-System begründet. Fehlende Investitionsmittel der Länder führen dazu, dass immer stärker Anteile aus der Betriebskostenfinanzierung des DRG-Systems zur Finanzierung baulicher Erhaltungs- und Investitionsmaßnahmen herangezogen werden müssen.

Eine Weiterentwicklung bzw. Ergänzung des DRG-Systems sowie das Schließen der Lücke bei der Investitionsfinanzierung sind insgesamt zielführender zur Überwindung der Unterfinanzierung der Krankenhäuser als eine Abschaffung des DRG-Systems. Dabei muss aber jede Weiterentwicklung immer auch die praktische Umsetzbarkeit und den bürokratischen Aufwand in den Krankenhäusern berücksichtigen.

Aus Sicht der Universitätsklinik besteht zusätzlicher Korrekturbedarf beim ordnungspolitischen Rahmen des Fallpauschalensystems. Hierbei ist insbesondere die Sonderrolle der universitären Medizin stärker zu berücksichtigen. Zahlreiche Leistungen der Uniklinika werden gar nicht bzw. nicht ausreichend vom DRG-System erfasst. Hierzu gehören Aufgaben, die von Uniklinika in deutlich höherem Umfang übernommen werden als von anderen Krankenhäusern. Als Beispiele sind zu nennen: die maximale Notfallversorgung an 24 Stunden und 7 Tagen der Woche, die Facharztweiterbildung in sämtlichen Disziplinen, die Behandlung von besonders komplexen und aufwendigen Krankheitsbildern, die Versorgung von Seltenen Erkrankungen und die Vorhaltung von interdisziplinären Zentren.

Der Rückgang der Investitionsmittel und die unzureichend finanzierten Sonderaufgaben der Universitätsmedizin summieren sich vor Ort. Mittlerweile ist die Unterfinanzierung der Universitätsmedizin dramatisch. Seit 2012 befinden sich Uniklinika strukturell im Minus. Für das Jahr 2015 gehen sie insgesamt von einem Defizit in Höhe von 133 Mio. Euro aus.

Der Gesetzgeber hat mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) ergänzende Finanzierungselemente wie Zuschläge für Zentren, Notfallvorhaltungen oder qualitativ hochwertige Leistungen gestärkt. Die genaue Ausgestaltung und Wirkung dieser Zuschläge muss noch abgewartet werden. Die Universitätsklinik erhoffen sich von diesen neuen Instrumenten eine spürbare Verbesserung ihrer aktuellen Finanzierungssituation. Allerdings bestehen bei den Universitätsklinik erhebliche Zweifel, dass die Selbstverwaltung diese Instrumente zeitnah umsetzt und am Ende Zusatzfinanzierungen in relevanter Größenordnung resultieren. Daher

sollte in jedem Fall geprüft werden, inwieweit eine stärkere Berücksichtigung von strukturellen Unterschieden zwischen Krankenhäusern im DRG-System ermöglicht werden kann. Dies gilt vor dem Hintergrund des aktuellen Extremkostenberichts insbesondere für Universitätsklinik und große nicht-universitäre Krankenhäuser der Maximalversorgung.

Der im Frühjahr 2016 veröffentlichte 2. Extremkostenbericht des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zeigt, dass die untersuchten Universitätsklinik und Maximalversorger weiterhin beträchtliche Finanzierungslücken von durchschnittlich 3,5 Mio. Euro pro Klinikum durch sogenannte Extremkostenfälle haben. Das Defizit beträgt hochgerechnet auf alle Uniklinika knapp 100 Millionen Euro. Ursache: In größeren Krankenhäusern werden tendenziell mehr Patienten mit ungewöhnlichen oder besonders schweren Krankheitsverläufen behandelt. Der Vorhalteaufwand ist entsprechend hoch. Das Entgeltsystem trägt diesen leistungs- und strukturbedingten Kostenunterschieden nicht ausreichend Rechnung.

3. Einführung einer bundeseinheitlichen Personalbemessung

Der Antrag sieht die Einführung einer bundesgesetzlichen, für sämtliche Krankenhäuser verbindlichen Personalbemessung vor. Die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser definiere sich vor allem als Strukturqualität über die personelle und sachliche Ausstattung der Krankenhäuser.

Bewertung des VUD:

Die Uniklinika wenden sich gegen die Einführung einer einheitlichen, pauschalen Personalbemessung. Pauschale Personalvorgaben sind nicht realistisch und können den unterschiedlichen Organisationsstrukturen der Krankenhäuser nicht Rechnung tragen. Der medizinisch-technische Fortschritt, Maßnahmen der Mitarbeiterentlastung (etwa durch IT) oder Umschichtungen von Aufgaben zwischen den Berufsgruppen verändern permanent die Arbeitsprozesse. Der Personalbedarf ist deshalb weder krankenhaushübergreifend pauschal festlegbar, noch ist es realistisch, angesichts des dynamischen Krankenhausumfelds entsprechende Personalbedarfsvorgaben zeitnah fortzuschreiben und anzupassen. Hierzu fehlen schlicht evidenzbasierte Instrumente.

Die Krankenhäuser unterscheiden sich zudem erheblich in der Organisation ihrer Arbeitsabläufe. Dies bezieht sich nicht nur auf die unterschiedlichen Organisationsstrukturen von Fachkliniken und Allgemeinkrankenhäusern, sondern ist auch von der baulichen Ausstattung des Krankenhauses und letztendlich von der jeweiligen Patientenkielentel abhängig. Der erforderliche Personalbestand wird auch von diesen Faktoren mitbestimmt.

Starre Personalvorgaben berücksichtigen auch nicht, dass in bestimmten Bereichen des Pflegedienstes schon heute ausgebildete Fachkräfte fehlen. In der Neonatologie, der Intensivpflege oder der onkologischen Fachpflege suchen Uniklinika und Krankenhäuser bereits heute

händeringend Fachkräfte. Hinzukommt, dass sich das Personal in Krankenhäusern zunehmend ausdifferenziert. So ist in einigen Uniklinika das medizintechnische Personal inzwischen die größte Berufsgruppe. Die Qualität der Versorgung kann daher nicht allein an der Quantität des beschäftigten Pflegepersonals festgemacht werden.

Der VUD schlägt deshalb vor, im DRG-System Instrumente zu implementieren, die eine angemessene Personalausstattung der Krankenhäuser fördern. Hier sollten die Ergebnisse der Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ für eine sachgerechte Berücksichtigung des Pflegebedarfs im Vergütungssystem der Krankenhäuser abgewartet werden.