

Beschluss des MIT-Bundesvorstands am 10.12.2012 in Berlin

Antragsteller: Kommission Gesundheitspolitik

Vorstand: Dr. Rolf Koschorrek MdB, Hans-Peter Küchenmeister, Horst Tarnawski

Finanzierungssicherheit und Qualitätssicherung bei der Krankenhausversorgung

Der MIT-Bundesvorstand stellt fest, dass die Situation in der stationären Krankenversorgung verbesserungsbedürftig ist. Er fordert Bundes- und Landespolitiker und die Vertragspartner auf, insbesondere folgende Maßnahmen zu ergreifen:

- Die Basisfallwerte sind deutschlandweit anzugleichen.
- Die DRG-Werte sind den Kostensteigerungen - insbesondere durch Tarifierhöhungen - entsprechend zu erhöhen.
- Die Zeit für Patientenbehandlung ist durch eine nachhaltige Entbürokratisierung zu ermöglichen.
- Die Krankenhausfinanzierung wird auf die Monistik statt der dualen Finanzierung umgestellt.

Ausführungen zum Beschluss:

- **Die DRG-Werte sind den Kostensteigerungen – insbesondere durch Tarifierhöhungen – entsprechend zu erhöhen.**

Die Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung ist in mehreren Bundesländern gefährdet (z. B. Bayern, Niedersachsen, Schleswig-Holstein). Seit Jahren werden unabweisbar auftretende Kostensteigerungen durch die gesetzlich begrenzten Steigerungen der Vergütungen (Budgetierung) nicht hinreichend gedeckt.

Nach Angaben der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft mussten deshalb z. B. dort im Geschäftsjahr 2011 40 % der Häuser Verluste hinnehmen. Für das Geschäftsjahr 2012 gehen die Prognosen nur noch für 30 % der Häuser von einer positiven Bilanz aus.

Auch der Antrag des Freistaates Bayern (Entschließung des Bundesrates zur Weiterentwicklung des Vergütungsrechtes für Krankenhäuser) vom 31.07.2012 (Drucksache 432/12) enthält die Forderung an die Bundesregierung, umgehend einen Gesetzesentwurf vorzulegen, in dem eine zwingende Anrechnung der tatsächlichen Kostensteigerungen gesetzlich vorgeschrieben wird.

Während bisher die Budgetsteigerungen gesetzlich wesentlich an der Grundlohnrate orientiert waren, bringt die vermeintlich stärkere Berücksichtigung der tatsächlichen Kostensteigerungen über den Orientierungswert keine realistischen Änderungen.

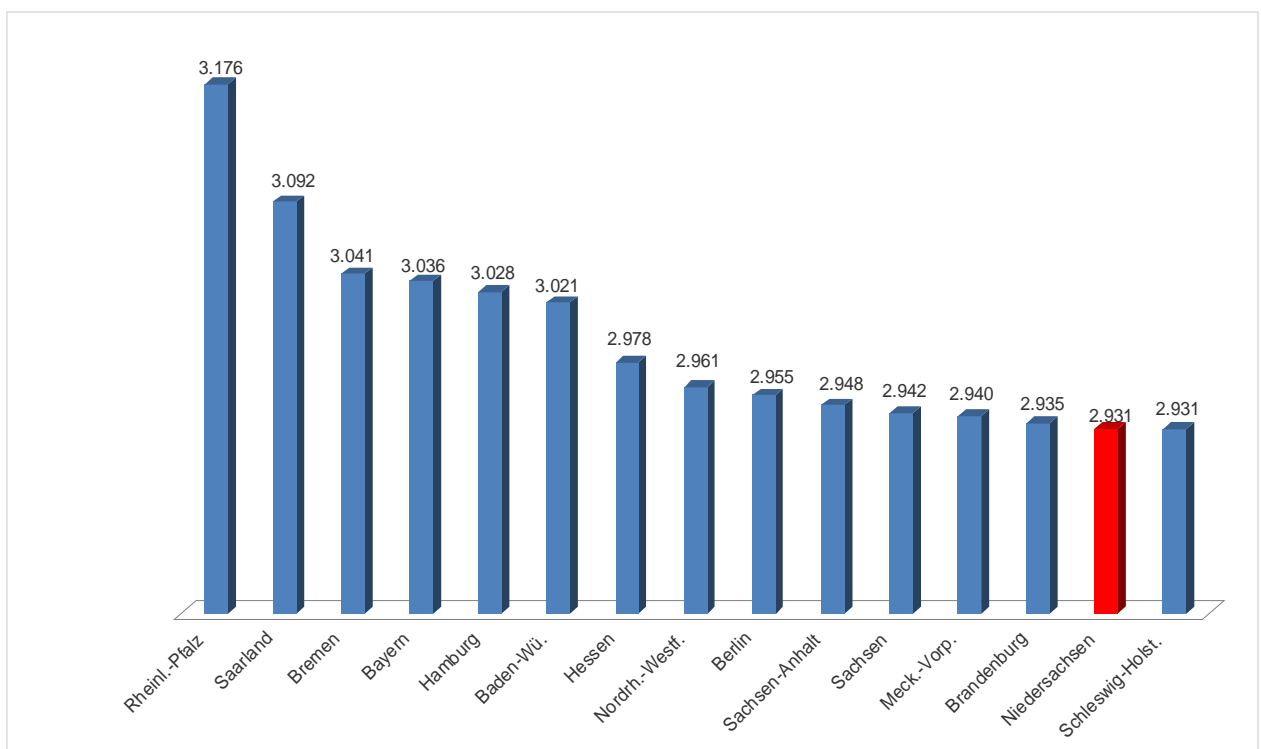
- **Die Basisfallwerte sind deutschlandweit anzugleichen.**

Für die o. g. Bundesländer resultiert eine weitere Finanzierungslücke aus den aktuellen Differenzen in den landeseinheitlichen Basisfallwerten.

Sie sind Berechnungsgrundlage für die Vergütung von Krankenhausleistungen. Im DRG – System werden die Vergütungen aus einem krankheitsspezifischen Multiplikator und dem Basisfallwert ermittelt.

Die Asymmetrie ist historisch gewachsen und fortgeschrieben, bedingt für Häuser in der Nähe von Landesgrenzen Budgetunterschiede in sechsstelligen Größenordnungen. Diese Differenzen sind nicht plausibel.

Landesbasisfallwert 2012



- **Die Zeit der Patientenbehandlung ist durch eine nachhaltige Entbürokratisierung zu ermöglichen.**

Der Klinikalltag wird zunehmend bürokratisch beeinträchtigt. Auch die oben beschriebene Finanzierung zieht ein aufwändiges Codierungs-, Controlling- und Kommunikationssystem mit den Kostenträgern nach sich.

Diese Bürokratismen sollten auf ein für die medizinischen und wirtschaftlichen Belange reduziertes Maß zurückgeführt werden.

- **Die Krankenhausfinanzierung wird auf die Monistik statt der dualen Finanzierung umgestellt.**

Die Finanzierung der laufenden Kosten erfolgte bisher über die jährlichen gesetzlich budgetierten Erlöse mit den oben beschriebenen Problemen.

Eine Förderung der Investitionen in Renovierungen und Neubeschaffungen ist so nicht gewährleistet. Ein zukünftiges Vergütungssystem sollte das ermöglichen, wie es in einer monistischen Betrachtung geplant ist. Dabei ist der Gestaltungsrahmen der Länder im Sicherstellungsauftrag zu berücksichtigen und zu erhalten.