

14.02.2017 Politik

32 Thesen zur Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl 2017

BDC, BDI, VKD, VLK



(c) iStock/Vladstudioraw

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC), der Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI), der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) und der Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V. (VLK) als Spitzenverbände maßgeblicher Berufsgruppen im Krankenhaus und in der ambulanten Versorgung stellen nachfolgend die aus ihrer Sicht zentralen Anforderungen an die Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl 2017 vor.

Das Thesenpapier soll als Leitfaden für politische Gespräche der beteiligten Verbände mit Politikern

dienen und zugleich eine schnelle Orientierung darüber geben, wo aus Sicht der unterzeichnenden Verbände Handlungsbedarf besteht.

A. Nach der Standortbestimmung des Ethikrates

1. In Übereinstimmung mit den Empfehlungen des Deutschen Ethikrates sind sich die beteiligten Verbände einig: Das leitende normative Prinzip der Gesundheitsversorgung muss wieder das Wohl des einzelnen Patienten sein.
2. Die dazu erforderliche Neugestaltung der Finanzierungssysteme (Betriebs- und Investitionsfinanzierung) muss dafür sorgen, dass die Ökonomie der Patientenversorgung dient und nicht umgekehrt.
3. Über die Neugestaltung der Finanzierungssysteme muss die Behandlungsqualität des Patienten gefördert werden. Leistungserbringer dürfen nicht in Entscheidungssituationen gebracht werden, in denen ökonomische Vorgaben Vorrang vor medizinischen Notwendigkeiten gewinnen. Die Behandlungsqualität findet ihren Ausdruck insbesondere auch in einer verantwortungsvollen und nach den individuellen Gesundheitsbedürfnissen des Patienten abgewogenen medizinischen Indikationsstellung.

4. Eine Zuteilung von Ressourcen mit fehlender Effektivität und mangelnder Effizienz erzeugt Ungerechtigkeit mit Über- und Unterversorgung des Patienten. Sie ist daher nicht nur aus ökonomischen, sondern auch aus ethischen Gründen zu vermeiden.
5. Die Neugestaltung der Finanzierungssysteme muss dafür sorgen, dass Kommunikation und Zuwendung im Krankenhaus sowie eine sektorübergreifende Betreuung auch im ambulanten Bereich ausdrücklich Teil der Patientenversorgung werden. Der organisatorische Aufwand muss bei den Vorgaben des Vergütungssystems berücksichtigt werden. Im derzeitigen DRG-System sind die Komponenten auf der Bundesebene (Katalog der Bewertungsrelationen) und auf der Landesebene (Landesbasisfallwert) darauf eingestellt, die Vergütungsentwicklung unterhalb der Kostenentwicklung zu halten. Gleiches gilt für die strenge Budgetierung der niedergelassenen Vertragsärzte. Damit wird ein von Jahr zu Jahr steigender Rationalisierungsdruck auf die Patientenversorgung ausgeübt.
6. Die Verbände fordern eine intensive Diskussion über die Führungsstrukturen am Krankenhaus, zu welcher der Ethikrat ausführt: „Eine fachinklusive Leitungsstruktur am Krankenhaus, die kaufmännische Leitung, ärztliche Direktion und Pflegeleitung gleichberechtigt und unbelastet durch arbeitsrechtliche Sanktionsmöglichkeiten in der Krankenhausleitung zusammenführt, kann ein geeignetes Modell darstellen, um eine fachübergreifende Perspektive auf den Patienten auch strukturell abzubilden. Für die Sicherung der Transparenz ist auch die Einrichtung von Gremien im Krankenhaus denkbar, die als Beratungs- und Kommunikationsstellen fungieren und ggf. zwischen der Leitung und den Mitarbeitern vermitteln.“
7. Die Dokumentationspflichten sollten auf das Notwendige reduziert und nicht ständig erweitert werden. Dokumentation zur Transparenz der Qualität ist gut. Es darf jedoch nicht zum Aufbau einer „Qualitätsbürokratie“ kommen.
8. Zwischen ambulanter Versorgung im niedergelassenen Bereich und stationärer Versorgung im Krankenhausbereich erfährt der Patient regelhaft einen Bruch seiner Behandlungskette. Dies führt zu systemisch bedingten Informationsverlusten, Wartezeiten, Fehlerrisiken, Fehlzusweisungen, unnötigen Zusatzausgaben für die Krankenversicherung und Risiken einer schlechten Behandlungs- und Betreuungsqualität. Es ist dringend geboten, über die bisherigen gesetzlichen Vorgaben hinaus eine echte sektorübergreifende Versorgung einzurichten. Hierzu erwarten die Verbände Lösungen vom Gesetzgeber. Ein erster Schritt wäre die gemeinsame Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung durch Vertragsärzte und Krankenhäuser mit gleichen Rechten und Pflichten und angemessener Vergütung. Die bisherigen gesetzlichen Regelungen konnten diese für den Patienten belastende Versorgungslücke nicht schließen.
9. Eine echte sektorübergreifende Versorgung ist gekennzeichnet durch gemeinsame Betreuung eines individuellen Patienten je nach medizinischer Notwendigkeit des Einsatzes von Kompetenzen und Ressourcen. Zu einer sektorübergreifenden Versorgung gehört daher nicht

nur der Austausch von Informationen, sondern auch eine gemeinsame Verantwortung für die Gesamttherapie einschließlich der damit verbundenen finanziellen Ressourcen.

10. In Deutschland gilt mit gutem Grund die freie Arztwahl durch den Patienten. Das schließt im Falle einer stationären Behandlung auch die Freiheit ein, das Krankenhaus der eigenen Wahl, ggf. auf Empfehlung des behandelnden Arztes aufzusuchen.
11. Angesichts der zunehmenden Zahl von Behandlungen im ambulanten Bereich muss die fachärztliche Weiterbildung in allen Disziplinen in der ambulanten Praxis ermöglicht werden. Dies kann nicht auf ausgewählte Fachgebiete begrenzt werden. Im Besonderen muss eine Finanzierung von Weiterbildungsassistenten gewährleistet werden. In Weiterbildungspraxen müssen die Budgetgrenzen angepasst werden.
12. Angedachte Vergütungsmodelle unter dem Schlagwort „Pay for Performance“ müssen sich an plausibler und nachweisbarer Ergebnisqualität orientieren. Dies ist ohne adäquate Risikoadjustierung unter Einbeziehung ärztlichen Sachverständes nicht vorstellbar. Erfahrungen in den USA zeigen, dass hier durch mangelnde Risikoadjustierung – insbesondere auf Grund der sozioökonomischen Faktoren der Patienten – und durch Förderung einer Qualitätsbürokratie die Negativeffekte überwiegen und die Versorgung dadurch nicht besser wird.

B. Antikorruptionsgesetz

13. Die Verbände stimmen vom Grundsatz her der Strafbewehrung korruptiven Verhaltens auch im ärztlichen Bereich zu. Es muss verhindert werden, dass Geldmittel der Sozialversicherung in Form von Prämienzahlungen fehlgeleitet werden.
14. Andererseits führt das aktuelle Gesetz zu erheblichen Verunsicherungen, weil die Straftatbestände nur sehr vage ausformuliert sind. Insbesondere fehlt eine eindeutige Regelung zu innerärztlichen und sektorübergreifenden Kooperationen.
15. Angesichts einer immer weiter fortschreitenden und im Sinne der Patientenversorgung auch notwendigen Spezialisierung als Konsequenz aus dem medizinischen Wissensfortschritt ist es zwingend geboten, die Breite der Medizin durch Zusammenführung der einzelnen Spezialisten zu gewährleisten. Das betrifft sowohl ambulante Versorgungsstrukturen, beispielsweise in der Kooperation zwischen Operateuren und Anästhesisten, als auch die Kooperationsnotwendigkeit zwischen selbstständig tätigen Fachärzten und Krankenhäusern oder Krankenhausverbünden. Dazu gehört auch die Hinzuziehung selbstständig tätiger Spezialisten für bestimmte Leistungen am Krankenhaus.
16. Die genannten erforderlichen Kooperationen stehen allerdings prinzipiell unter Strafandrohung des Antikorruptionsgesetzes und werden deshalb aktuell in großem Umfang aufgelöst. Dies ist für die Patientenversorgung kontraproduktiv und bedarf einer umgehenden gesetzlichen Klarstellung.

C. Qualitätsoffensive und planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Vorbemerkung:

Die Verbände unterstützen ausdrücklich eine sachgerechte und mit Augenmaß geführte „Qualitätsoffensive“, die zu einer Verbesserung der qualitativen Standards bei der Versorgung der Bevölkerung im stationären und ambulanten Bereich führen kann. Deren Erkenntnisse können eine Krankenhausplanung unterstützen, dürfen aber nicht Vehikel einer verkappten Mengenbegrenzung sein.

Vor diesem Hintergrund haben die Verbände erhebliche – methodische und inhaltliche – Bedenken, dass dieser Weg auf der Basis des vom IQTIG vorgelegten Abschlussberichtes zur „Auswahl und Umsetzung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren“ zielführend beschritten werden kann. Aus Sicht der Verbände sind hier folgende Kritikpunkte anzuführen:

17. Das Konzept „Patientengefährdung“ wurde als Konstrukt zur Legitimierung der Einschränkung der beruflichen Praxis in Planungsentscheidungen bei anhaltenden Qualitätsmängeln geschaffen. Es steht im Widerspruch zu dem international üblichen Prinzip der Patientensicherheit. Es stammt aus dem Katastrophenschutz und ist nach Expertenmeinung rechtsunsicher. Das moderne Fehlerverständnis bezieht sich nicht auf Gefahr, sondern auf die Analyse von Fehlerketten und hat Prävention als Ziel, nicht Strafe.
18. Um die Versorgungsqualität einer Abteilung beurteilen zu können, hat das IQTIG Indikatoren ausgewählt, die gemeinsam über die Hälfte der Fälle der Fachabteilung abdecken, das sogenannte „Repräsentationsprinzip“. Der Ansatz, Qualitätsindikatoren (esQS) nach dem Repräsentationsprinzip zu benennen, ist aber wissenschaftlich nicht belegt und führt zu einer Selektion von Indikatoren, die viele Fachbereiche gänzlich auslassen und bietet so keinen Ansatz zur Bewertung einer Klinik als Ganzes.
19. Vor dem Hintergrund existenzbedrohender Konsequenzen der Anwendung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren für die Krankenhäuser ist für die Rechtssicherheit vor allem eine hohe Evidenzstufe nötig. Der Nachweis des Zusammenhangs zwischen Qualitätsmängeln und potentiellem Schadensereignis muss demnach wissenschaftlich hochgradig abgesichert sein. Dies ist bei den ausgewählten esQS nur sehr bedingt gegeben.
20. Bei der Validierung der von den Krankenhäusern an die Daten-Annahme-Stelle gelieferten Daten dürfen durch den MDK nur Fachärzte und – wo entsprechend der Weiterbildungsordnung gegeben – Fachärzte mit Schwerpunkt des betroffenen Gebietes eingesetzt werden.
21. Die als Kommentierungsverfahren inklusiver fachlicher Klärung bezeichnete abschließende Stellungnahme des IQTIG von auffälligen Leistungserbringern bedarf einer Klärung hinsichtlich der Einbindung eines Teams medizinischer Fachexperten. Sie müssen einerseits vor jeder planungsrelevanten Entscheidung zwingend hinzugezogen werden, andererseits bedarf es eines Besetzungsrechts durch die Fachgesellschaften (mindestens 50 Prozent). Im Abschlussbericht

wird argumentiert, dass Fachexperten durch ihre Zugehörigkeit zu den Leistungserbringern nicht frei von Interessenskonflikten seien und daher nicht beteiligt werden können. Dies geht an der Sachnotwendigkeit einer qualifizierten Evaluation vorbei und wird deshalb strikt abgelehnt. Mit dieser Argumentation wäre keines der in der Qualitätssicherung erfolgreich eingeführten Peer Review-Verfahren mehr möglich.

22. Stellungnahme der Einrichtung: Das IQTIG lässt keine Einzelfallanalysen zu, sondern nur Ausnahmekonstellationen zu spezifischen Risikokonstellationen einer Klinik, die nicht in der Risikoadjustierung berücksichtigt sind, da alle anderen Faktoren in den statistischen Verfahren bewertet seien. Diese Argumentation ist abzulehnen, da die Risikoadjustierung der esQS unzureichend ist. Es sollen nur systematische Einflüsse erfasst werden, die es aber bei der Bewertung von Komplikationen häufig nicht gibt, insbesondere wenn diese selten auftreten. Hier ist die medizinische Konstellation des Einzelfalles mit all seinen Facetten entscheidend für die Bewertung, wie sie heute üblicherweise in Peer Review-Verfahren bewertet wird. Eine solche Berücksichtigung muss auch bei der Bewertung planungsrelevanter Indikatoren erfolgen.
23. Die für den Bereich der Frauenheilkunde und Geburtshilfe vom IQTIG empfohlenen Qualitätsindikatoren waren zum Teil bereits als esQS Indikatoren umstritten und sind erst recht für den geplanten Zweck der Planungsrelevanz von geringer Aussagekraft und Relevanz. Sie beinhalten zusätzlich im Bereich der Geburtshilfe einen hohen Fehlanreiz z. B. zu einer Steigerung der Kaiserschnitte.
24. Keinesfalls dürfen ungeeignete esQS aus dem Fachbereich Gynäkologie und Geburtshilfe nur deshalb zum Einsatz kommen, um unverantwortlich kurze Zeitvorgaben des GBA und des KHSG einzuhalten und eine Art Testlauf für planungsrelevante Qualitätsindikatoren zu ermöglichen, der die Übertragung in andere Fachbereiche vorbereitet.

Zwischenfazit:

Nach Auffassung der Verbände kann die vorgenannte Zielstellung einer sachgerechten „Qualitätsoffensive“ – nämlich die Verbesserung der qualitativen Standards bei der Versorgung der Bevölkerung im stationären Bereich – nachhaltig nur durch folgende Vorgehensweise erreicht werden:

25. Es müssen aussagefähige Indikatoren für die Bewertung der Ergebnisqualität der Krankenhausleistungen entweder aus dem Pool der esQS-Daten entnommen oder anderenfalls neu erarbeitet bzw. durch Verknüpfung mit Sozialdaten ertüchtigt werden. Neue Indikatoren zur Ergebnisqualität, die wissenschaftlich fundiert und rechtssicher entwickelt werden, sind nicht im Schnellverfahren bereitzustellen, sondern erfordern einen Zeitraum von Jahren. Sie müssen manipulations- und rechtssicher sein und einen möglichst geringen Fehlanreiz bieten.
26. Sollten in Zukunft Indikatoren zur Struktur- und Prozess-Bewertung von Krankenhausleistungen herangezogen werden, kann das nur bei gesicherter Gegenfinanzierung erfolgen. Bei diesen Indikatoren werden aller Voraussicht nach kostenintensive Vorgaben im

Personal- und Sachkostenbereich durch den G-BA vorgegeben, die vor dem Hintergrund der seit Jahren zu konstatierenden Unterversorgung der Krankenhäuser im Betriebskostenbereich und vor allem auch im Bereich der Investitionsfinanzierung nur schwer erfüllt werden können.

27. Zum Nachweis der Effizienz und Validität der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren und zur frühzeitigen Erkennung zu erwartender Fehlanreize ist eine Begleitforschung zwingend nötig.
28. Das gesamte Verfahren im GBA und IQTIG bedarf dringend einer Transparenz. Es liegen von 51 Fachgesellschaften und Verbänden Stellungnahmen zu dem Vorbericht des IQTIG vor, die konkrete, wissenschaftlich begründete Einwände gegen das jetzt geplante Verfahren enthalten. Sie sollen beim IQTIG bis zur Abschlussentscheidung in der Sache beim GBA unter Verschluss bleiben. Dies verhindert jeden konstruktiven Dialog in diesem komplexen Verfahren zwischen den medizinischen Fachleuten und dem GBA/IQTIG in der entscheidenden Phase der Entwicklung. Dies ist nicht zu akzeptieren, da es zu unausgewogenen Entscheidungen vor allem bei den Mehrheitsverhältnissen im GBA führt.

D. MDK – Fehlsteuerungen des Abrechnungssystems

29. Das derzeitige System der Abrechnungsprüfung durch den MDK enthält aus Sicht der Krankenhäuser nicht akzeptable Fehlsteuerungen. Die Trägerschaft des Medizinischen Dienstes durch die Krankenkassen erweckt zumindest den Anschein fehlender Neutralität und potenzieller Ungerechtigkeit gegenüber Krankenhäusern. Es entsteht der Eindruck, dass der MDK beauftragt wird, unter dem Deckmantel der Rechnungsprüfung größere finanzielle Volumina von den Krankenhäusern zurückzuholen – teilweise mit dem Risiko von Verstößen gegen eine leitliniengerechte Medizin. Zudem kommt es auf beiden Seiten zum „Wettrüsten“ und damit zu einer Verschwendung von Ressourcen, die der Patientenversorgung fehlen.
30. Abrechnungsprüfungen sind grundsätzlich erforderlich und werden auch von Krankenhausesseite unterstützt. Ziel muss die korrekte Abrechnung sein.
31. Dazu sollte eine neue unabhängige Institution geschaffen werden, die den Auftrag hat, Abrechnungen der Krankenhäuser allein sachbezogen und neutral zu prüfen. Statt einer weiteren Erhöhung der Prüfquote sollte je Krankenhaus eine nach statistischen Kriterien repräsentative Stichprobe von Abrechnungen erhoben und geprüft werden. Eine Stichprobe von fünf Prozent ist dazu völlig ausreichend, wenn sie statistischen Anforderungen genügt.
32. Krankenhäuser, die nachweislich und regelhaft zu hoch abrechnen, müssen die Beträge zurückzahlen und sich zusätzlich einem Review-Verfahren unterziehen mit dem Ziel, das Abrechnungsverhalten gegen Auflagen an zu definierende Standards für korrekte Abrechnung anzupassen. Vorsätzliche Falschabrechnung ist als Straftat zu werten. Krankenhäuser, die zu wenig abrechnen, sollten darüber informiert werden. Die zu wenig gezahlten Erlöse sollten im Interesse der Fairness ausgeglichen werden.

Autoren des Artikels



Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer

Präsident des Berufsverband der Deutschen Chirurgie e.V. (BDC)

Referat Presse- &

Öffentlichkeitsarbeit/Weiterbildungskommission

Luisenstr. 58/59

10117 Berlin

[> kontaktieren](#)



Dr. Hans-Friedrich Spies

Präsident

Berufsverband Deutscher Internisten e.V.

[> kontaktieren](#)



Dr. Josef Düllings

Präsident

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V.

[> kontaktieren](#)



Prof. Dr. Hans-Fred Weiser

Präsident

Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.

[> kontaktieren](#)