

Stellungnahme des
Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD)

für die Anhörung des
Bundesministeriums für Gesundheit
am 4. September 2008

zum

**Referentenentwurf eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfi-
nanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsrahmengesetz – KHRG)**

3. September 2008

I. Allgemeiner Teil

1. Fehlende Lösung des Scherenproblems

Das überragende Problem aller deutschen Krankenhäuser ist die Scherenproblematik bei der Preisfestsetzung für Krankenhausleistungen. Eine Lösung muss zwei Aspekte umfassen:

- a. Ausgleich vergangener, nicht refinanzierter Kostensteigerungen infolge von Tarifabschlüssen, der Mehrwertsteuererhöhung und allgemeinen Kostensteigerungen: Für die Jahre 2008/2009 stehen hier ungedeckte 6,7 Mrd. Euro zu Buche.
- b. Änderung der Systematik des Krankenhausfinanzierungsgesetzes: Der Landesbasisfallwert muss künftig regelhaft auf Basis eines Krankenhauskostenindex fortgeschrieben werden. Entsprechend muss die schneidende Obergrenze nach § 10 Abs. 4 KHEntgG abgeschafft werden (Abkehr von der Zwei-Säulen-Theorie).

Zu beiden Aspekten enthält der Gesetzentwurf keine konsequente, nachhaltige Lösung:

- a. Eine anteilige Refinanzierung bisher ungedeckter Kostensteigerungen ist zwar im Gesetzentwurf angelegt. Es fehlen aber Angaben zur Höhe. Zu befürchten ist, dass der Gesetzgeber hier an den bisher absehbaren 1,5 Mrd. Euro festhalten wird. Dies würde dem Ausmaß des Finanzierungsproblems nicht annähernd gerecht werden.
- b. Die im Gesetzentwurf angelegte Umstellung auf einen Krankenhauskostenindex bleibt weit hinter den Möglichkeiten eines solchen Instruments zurück. Das Bundesministerium für Gesundheit könnte jedes Jahr per Rechtsverordnung entscheiden, welcher Anteil der durch den Index ausgewiesenen Kostensteigerungen tatsächlich refinanziert wird. Damit würde die Finanzierung noch interventionsanfälliger und erratischer, als sie es heute schon ist. Denn heute ist zumindest garantiert, dass bei entsprechender Kostenentwicklung die Fortschreibung des Basisfallwerts in Höhe der Veränderungsrate erfolgt. Die beabsichtigte Neuregelung würde es dagegen dem BMG ermöglichen, trotz deutlich höherer Kostensteigerungen per Verordnung auch unter die Veränderungsrate zu gehen, bis hin zu Nullrunden. Zudem würde die vom BMG vorgegebene Rate wie bisher als schneidende Obergrenze für alle den Basisfallwert erhöhenden Effekte wirken. Die Zwei-Säulen-Theorie würde beibehalten.

Bestehen bleibt damit das systematische Problem einer nicht sachgerechten Preisgestaltung bei Krankenhausleistungen. Zwar bringen die vorgesehenen, voraussichtlich viel zu niedrig angesetzten Finanzhilfen kurzfristig leichte Linderung. Ihre Wirkung wird aber schon binnen Jahresfrist weitgehend verpufft sein.

Der Gesetzgeber ist an dieser Stelle nicht konsequent. Einerseits erkennt er die Notwendigkeit eines Hilfspakets für die Krankenhäuser an. Damit gesteht er gleichzeitig das Scheitern der bisherigen gesetzlichen Preisbildungsmechanismen ein. Trotzdem fehlen im Gesetzentwurf systematische Änderungen, die die eigentliche Ursache des Problems beseitigen, nämlich das Auseinanderdriften von Kosten- und Vergütungsniveau.

Das Krankenhaus ist kein Ökonomie freier Raum. Der Versuch, die Ausgaben für Krankenhausversorgung durch die permanente Absenkung der realen, d.h. um die Kostenentwicklung bereinigten Preise zu kontrollieren, ruiniert auf Dauer die wirtschaftlichen Grundlagen für hochwertige Krankenversorgung.

Neben der Gesundheitspolitik gibt es keinen weiteren Politikbereich, in dem diese elementaren ökonomischen und betriebswirtschaftlichen Zusammenhänge und Gesetzmäßigkeiten so konsequent ignoriert werden. Bundesverkehrsminister Tiefensee hat dem Zusammenhang zwischen Kosten- und Preisentwicklung für sein Ressort besser Rechnung getragen. Die Bahn hat mit Verweis auf Kostensteigerungen in den letzten eineinhalb Jahren drei Mal die Preise erhöht. In diesem Punkt unterscheidet sich das Unternehmen Krankenhaus nicht vom Unternehmen Bahn.

Deshalb müssen die durch den Krankenhauskostenindex ausgewiesenen Kostensteigerungen in voller Höhe refinanziert werden. Abzulehnen ist die Möglichkeit, per Verordnung unabhängig von der Kostenentwicklung beliebige Steigerungsraten festzulegen.

2. Verzicht auf selektives Kontrahieren

Zu begrüßen ist der Verzicht auf die ursprünglich geplanten Rabattverträge. Diese wären nicht vereinbar mit der Pflicht der Universitätsklinik, das für die studentische Ausbildung und die klinische Forschung erforderliche Leistungsspektrum vorzuhalten. Zudem würden sie zahlreiche weitere Probleme u.a. in den Bereichen Investitions- und Personalplanung, ärztliche Weiterbildung, Wettbewerbsrecht, Qualitätssicherung und Bürokratiekosten aufwerfen.

3. Regelungen zur Investitionsfinanzierung greifen zu kurz

Im Bereich der Investitionskostenförderung besteht in zwei Punkten Handlungsbedarf:

- a. Der Modus der Mittelzuteilung muss von einer projekt- bzw. strukturbezogenen Einzelförderung auf leistungsbezogene Pauschalen umgestellt werden, damit leistungsbezogene Preise gebildet werden können („Preismonistik“).
- b. Die für den universitären und den nicht-universitären Bereich bestehende Finanzierungslücke von ca. 4 Mrd. Euro muss geschlossen werden. Dies entspräche der Anhebung der Investitionsquote auf ca. 12 Prozent.

Viele Länder kommen nicht mehr annähernd ihrer Finanzierungsverantwortung nach. Dies verhindert den dringend notwendigen Umbau der stationären Versorgungslandschaft und belastet die GKV im Betriebskostenbereich erheblich. Die Unterfinanzierung bei den Investitionen und der daraus resultierende enorme Investitionsstau tragen maßgeblich zur aktuellen Finanzmisere der Krankenhäuser bei.

Nicht nachvollziehbar ist deshalb, dass die Bundesländer sich dazu bisher jeder Diskussion verweigern. Bund und Länder müssen dringend gemeinsam ein Konzept für eine solide Investitionsfinanzierung entwickeln. Die Fragen zum Mechanismus der Mittelverteilung und zum anzustrebenden Finanzierungsniveau können nicht getrennt voneinander diskutiert und geregelt werden. Eine Pauschalierung ohne ausreichende Finanzierung erwiese den Krankenhäusern einen Bärendienst.

Positiv ist, dass die Bundesregierung dies erkennt und sich im vorliegenden Gesetzentwurf um eine Reform der Investitionskostenfinanzierung bemüht, die sowohl die Mittelverteilung als auch das Finanzierungsniveau umfasst. Die angestrebte Umstellung der Mittelverteilung bei der Investitionskostenfinanzierung von der Einzelförderung auf eine überwiegende Pauschalförderung ist der richtige Weg. Dies wertet das Krankenhausmanagement auf und trägt zu politikferneren, primär unternehmerisch motivierten Investitionsentscheidungen bei.

Dieser positive Ansatz wird aber durch die bestehende Unterfinanzierung im Bereich der Investitionsförderung in weiten Teilen konterkariert. Deshalb muss die Frage des Förderniveaus im anstehenden Gesetzgebungsverfahren konkret behandelt werden. Es ist bedauerlich, dass der Gesetzentwurf keine greifbare Perspektive aufweist, wie die bestehende Unterfinanzierung behoben werden soll. In dieser Frage sollten Bund und Länder aufeinander zugehen.

4. Fehlende Einbindung der Universitätsklinika in die Reform der Investitionskostenfinanzierung

Der Gesetzgeber strebt eine Reform der Investitionskostenfinanzierung lediglich für den KHG-Bereich an. Klärungsbedarf besteht hinsichtlich Auswirkungen einer fehlenden Einbeziehung der 33 Universitätsklinika. Auf sie entfällt ein großer Teil der Investitionen in die stationäre Versorgung in Deutschland. Zudem versorgen sie rund 9 Prozent aller stationären Fälle und erzielen über 14 Prozent der stationären Umsätze. Sie sind damit eine tragende Säule des Versorgungssystems.

Eine Reform nur des KHG-Bereichs hätte erhebliche Wettbewerbsverzerrungen zwischen universitären und nicht-universitären Krankenhäusern zur Folge. Würde für die KHG-Krankenhäuser die angestrebte leistungsbezogene Pauschalierung verwirklicht, während gleichzeitig die Universitätsklinika im hergebrachten System der struktur- bzw. projektbezogenen Einzelförderung verharren müssten, so blieben die oben genannten unternehmerischen und wettbewerbsrechtlichen Vorteile einer Pauschalierung den Universitätsklinika vorenthalten. Unter den scharfen Wettbewerbsbedingungen eines einheitlichen, alle Versorgungsstufen umfassenden DRG-Systems wäre das problematisch.

Die Spaltung des Krankenhausmarktes bei der Investitionsfinanzierung passt ordnungspolitisch nicht zu dem von der Bundesregierung immer wieder formulierten Anspruch, den Krankenhaussektor wettbewerblich zu strukturieren. Wettbewerb bedarf eines einheitlichen Wettbewerbsrahmens. Im Gegensatz dazu wird bei der Investitionskostenfinanzierung das betrieben, was bei der DRG-Einführung unbedingt vermieden werden sollte: Der Aufbau zweier paralleler, systematisch völlig unterschiedlicher Allokationssysteme innerhalb des Krankenhaussektors.

Diese grundsätzlichen Fragen müssen im Zuge der anstehenden Reformdiskussion behandelt werden. Eine Schlechterstellung der Universitätsklinika im Wettbewerb mit anderen Krankenhäusern muss auf jeden Fall vermieden werden.

II. Besonderer Teil

Hinsichtlich der Bewertung der Einzelregelungen wird grundsätzlich auf die Stellungnahme der DKG verwiesen. Im Folgenden wird nur auf ausgewählte Einzelregelungen eingegangen.

Zu Artikel 1 Nr. 4 (§ 8 Abs. 2 KHG) i.V.m. Nr. 5 (§ 9a KHG): Umstellung auf Investitionspauschalen

Die weitgehende Umstellung auf Investitionspauschalen ist zu begrüßen. Die Abkehr von der bisher dominierenden Einzelförderung versetzt das Management des Krankenhauses in die Lage, Investitionsentscheidungen selbständig zu treffen. Außerdem werden damit neben den Betriebskosten auch die Investitionskosten leistungsbezogen finanziert. Dadurch erhalten die Leistungserbringer ein klares Preissignal und mehr Planungssicherheit. Neue Finanzierungsformen lassen sich so besser realisieren. EU-Beihilferechtliche Verwerfungen im Verhältnis zum niedergelassenen Bereich werden beseitigt. Dies erleichtert Sektoren übergreifende Versorgungsmodelle.

In § 9a Abs. 2 ist die „Kalkulation in einer sachgerechten Auswahl von Krankenhäusern“ normiert. Unklar ist, wie dies insbesondere in den Leistungsbereichen der Maximalversorgung ohne die Beteiligung der Universitätsklinik erfolgen soll. Die Beteiligung der Universitätsklinik war und ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor für die Entwicklung des DRG-Systems zu seiner heutigen Güte. Bei der Entwicklung von Investitionspauschalen dürfte es sich nicht anders verhalten.

Ausländischen Patienten wird bisher für die allgemeinen Krankenhausleistungen nur die DRG in Rechnung gestellt. Der Investitionskostenanteil wird nicht abgerechnet, da die leistungsbezogene Zuordnung von Investitionskosten derzeit nicht möglich ist. Dadurch wird die Behandlung ausländischer Patienten faktisch subventioniert.

Sachgerecht wäre es, dass sich auch ausländische Patienten an der Investitionskostenfinanzierung beteiligen. Dies ist auch mit Blick auf das EU-Beihilferecht sinnvoll. Deutsche Krankenhäuser arbeiten im Vergleich zu monistisch finanzierten Krankenhäusern im EU-Ausland mit subventionierten Preisen. Diese Praxis wird sich nach der Umstellung auf eine pauschalierte Investitionsförderung nicht auf Dauer rechtfertigen lassen.

Die bisherigen Regelungen des Gesetzentwurfs legen nahe, dass die Krankenhäuser künftig auch für ausländische Patienten Investitionspauschalen vom Land erhalten sollen. Damit würde die bisherige Subventionierung fortgesetzt. Deshalb sollte klargestellt werden, dass sich die pauschalierte Investitionskostenförderung der Länder nur auf Inländer erstreckt. Ausländischen Patienten sollten die vom jeweiligen Bundesland festgesetzte Investitionspauschale selbst tragen. Damit würde die Rechnungsstellung auf Vollkostenbasis erfolgen.

Zu Artikel 1 Nr. 4 (§ 8 Abs. 3 KHG): Beibehaltung der Einzelförderung in Einzelfällen

Grundsätzlich positiv ist, dass die Einzelförderung künftig auf eine zweckbestimmte Förderung im Einzelfall beschränkt werden soll. Die Einzelförderung soll damit deutlich selektiver erfolgen als bisher.

Unklar ist jedoch, inwieweit dieser Anspruch durch die Formulierungen im Gesetzentwurf umgesetzt wird. Die angeführten Kriterien, nach denen künftig im Einzelfall die Möglichkeit einer Einzelförderung zu beurteilen wäre, sind sehr weit auslegbar. Unklar ist, inwiefern sie sich so weit auslegen lassen, dass letztlich das Verhältnis von Einzel- zu Pauschalförderung wieder weitgehend ins Belieben des einzelnen Bundeslandes gestellt wäre. Deshalb wäre es bspw. sinnvoll, das Kriterium „Aus-

gleichsmaßnahme im Zusammenhang mit der Umstellung der Investitionsfinanzierung auf Investitionspauschalen“ auf einen Übergangszeitraum zu beschränken.

Eine weitere Konkretisierung der Voraussetzungen für eine Einzelförderung ist auch aus einem anderen Grund sinnvoll. Sofern künftig die Einzelförderung deutlich selektiver gewährt wird als bisher, wirft dies die Frage auf, inwieweit entsprechende staatliche Zuwendungen bei Überschreiten des entsprechenden Schwellenwertes als Beihilfe nach EU-Recht einzustufen sind. Hier scheint ein Abgleich der Regelungen des Art. 1 Nr. 4 KHRG mit den Anforderungen des EU-Beihilferechts erforderlich. Insbesondere ist zu klären, wie der notwendige staatliche Betrauungsakt ausgestaltet sein soll und nach welchen nachvollziehbaren, auf den Verwendungszweck abstellenden Kriterien entsprechende Zuwendungen bemessen werden sollen. Dies sollte bundeseinheitlich geregelt werden.

Zu Artikel 1 Nr. 6 (§ 10 KHG): Entwicklung einer Investitionsquotenfinanzierung

Auch bzgl. der Entwicklung einer Investitionsquotenfinanzierung gilt das bereits weiter oben zur Einbeziehung der Universitätsklinika Gesagte. Das Grundproblem der investiven Unterfinanzierung ist für universitäre und nicht-universitäre Krankenhäuser identisch.

Zwar verfügen die Universitätsklinika im Vergleich noch über mehr Investitionsmittel als andere Krankenhäuser. Im KHG-Bereich lag die Investitionsquote 2005 bei ca. 5,5 Prozent, während sie bei den Universitätsklinika inkl. Forschung und Lehre ca. 8,6 Prozent betrug. Trotzdem liegt dieser Wert noch weit unter den erforderlichen 12 Prozent. Entsprechend hat sich auch bei den Universitätsklinika ein enormer Investitionsstau in Höhe von 6-10 Mrd. Euro aufgebaut. Es ist zudem bereits heute absehbar, dass sich die Finanzierungssituation für die Universitätsklinika infolge der Abschaffung des HBFG in den kommenden Jahren erheblich verschlechtern wird.

Deshalb ist bei der Entwicklung von „Kriterien für eine angemessene Investitionsquotenfinanzierung“ die Einbeziehung der Universitätsklinika folgerichtig und notwendig, soweit Investitionen in die Krankenversorgung betroffen sind.

Unklar bleibt, welches Konzept die Bundesregierung verfolgt, um die zusätzlichen Mittel zur Finanzierung einer ggf. für „angemessen“ befundenen Investitionsquote aufzubringen. Es scheint politisch ausgeschlossen, dass sich die Länder auf eine gesetzlich festgeschriebene Investitionsquote verpflichten lassen. Die daraus resultierenden Mehrbelastungen der Länderhaushalte würden sich bezogen auf den Bedarf aller Krankenhäuser bei einer Investitionsquote von 12 Prozent auf ca. 4 Mrd. Euro belaufen. Es ist nicht zu erwarten, dass die Länder angesichts der Vielzahl ihrer anderen fiskalischen Herausforderungen diese Mittel in absehbarer Zeit bereitstellen werden.

Die vollständige Übertragung der Finanzierungsverantwortung auf die Kassen („Finanzierungsmonistik“) scheidet ebf. aus. Die Kassen müssten dann neben dem heutigen Finanzierungsbeitrag der Länder auch die zusätzlich notwendigen Mittel aufbringen. Die Gesamtbelastung von 7-8 Mrd. Euro entspräche ca. 0,8 Beitragssatzpunkten. Sie bewegt sich damit außerhalb des derzeit gesundheitspolitisch Realistischen.

Der Gesetzgeber sollte angesichts dieser Ausgangslage eine klare und realistische Perspektive aufzeigen, wie er die Misere bei der Investitionsfinanzierung beenden will. Die bloße Festschreibung eines Verfahrens zur Ermittlung des Finanzierungsbedarfs greift zu kurz. Bund und Länder sind gefordert, konstruktiv aufeinander zuzugehen und gemeinsam ein Finanzierungskonzept zu entwickeln, um die zusätzlich notwendigen Mittel aufzubringen.

Zu Art. 1 Nr. 9 (§ 17b KHG): Ärztliche Weiterbildung

Unverständlich ist der vorgesehene gesetzliche Prüfauftrag für die Selbstverwaltung zur Finanzierung der Weiterbildung. Die Selbstverwaltung hat bereits seit geraumer Zeit einen Auftrag des BMG, sich um dieses Thema zu kümmern. Seither hat sie hierzu wenig unternommen und noch nicht einmal im Ansatz ein Ergebnis erreicht.

Zum einen fehlt bei allen auf Selbstverwaltungsebene Beteiligten das Interesse, dieses Thema engagiert anzugehen. Zum anderen wird schlicht die Existenz eines Finanzierungsproblems in diesem Bereich bestritten. Dabei steht außer Frage, dass Weiterbildungsaktivitäten Kosten verursachen, die zwischen den Leistungserbringern ungleich verteilt sind.

Ein gesetzlicher Prüfauftrag allein wird deshalb nicht dazu führen, dass sich die Selbstverwaltung mit Engagement und mit der notwendigen Unvoreingenommenheit um die Finanzierung der Weiterbildung kümmert. Zusätzlich notwendig ist neben der im Gesetzentwurf gesetzten kurzen Frist eine klare Perspektive für eine Ersatzvornahme durch das BMG für den Fall, dass die Selbstverwaltung dieses Problem weiterhin nicht löst. Flankierend zur Beauftragung der Selbstverwaltung sollte zudem in einem Ressortforschungsprojekt die Thematik inhaltlich begleitet und differenziert aufgearbeitet werden.

Positiv ist der Ansatz, eine mögliche Finanzierung an den Nachweis der Qualität von Weiterbildungsangeboten zu koppeln. Je nach Ausgestaltung konkreter Qualitätsanforderungen ist jedoch zu prüfen, inwieweit hierfür eine zusätzliche Finanzierung notwendig ist.

Zu Art. 2 Nr. 3g (§ 4 Abs. 10 KHEntgG): Förderung der Neueinstellung von Pflegepersonal

Mit dem Förderprogramm erkennt der Gesetzgeber an, dass infolge der Scherenproblematik in vielen Krankenhäusern erheblich Personal abgebaut wurde und u.a. im Pflegebereich die Rationalisierungspotenziale vielerorts ausgeschöpft sind. Grundsätzlich zu begrüßen ist, dass zusätzliche Mittel für die Krankenhäuser bereit gestellt werden sollen. Diese werden dringend benötigt. Die Form der Bereitstellung ist allerdings unter mehreren Gesichtspunkten problematisch.

Zu bemängeln ist zum einen, dass hier ein Förderprogramm aufgelegt werden soll, ohne vorher auf empirischer Basis zu analysieren, wo genau die Probleme in der pflegerischen Versorgung liegen. Die Pflege ist kein homogener Block. Es fehlt eine Differenzierung nach Einsatzfeldern und Spezialisierungen. Für Normal-, Intensiv-, OP- oder Anästhesiepflege ist die Situation jeweils unterschiedlich zu beurteilen. Gleiches gilt für Spezialisierungen im Bereich Geriatrie, Onkologie oder Pädiatrie. Insbesondere in den Teilarbeitsmärkten für spezialisierte Pflegekräfte ist ein Mangel an qualifizierten Kräften das Problem, nicht fehlende Stellen. An diesem Problem, das zudem regional unterschiedlich stark ausgeprägt ist, geht das geplante Förderprogramm völlig vorbei.

Fraglich ist auch, ob die Förderung wirklich in den Häusern ankommt, die ggf. Probleme haben. Da die Förderung nur anteilig erfolgen soll, müssen die Häuser Geld mitbringen, um zusätzliche Mittel zu erhalten. Das können nur Häuser, die finanziell bereits gut aufgestellt sind. Bei diesen stellt sich aber die Frage, warum sie nicht auch ohne Förderung Pflegepersonal rekrutieren, wenn sie dies wirklich benötigen. Umgekehrt werden jene Häuser, die finanziell keine Reserven mehr haben, nicht von der Förderung profitieren können, obwohl dort aufgrund des wirtschaftlichen Drucks die Gefahr einer übermäßigen Ausdünnung der Pflege eher besteht als bei wirtschaftlich gesunden Klinika.

Festzuhalten ist daher: Die vorgesehene anteilige, hausbezogene Förderung der Einstellung von Pflegepersonal geht zumindest in Teilen an den realen Problemen vorbei. Zum einen ist in vielen spe-

zialisierten Bereichen das benötigte Personal nicht auf dem Markt. Zum anderen können gerade die Einrichtungen, die am wahrscheinlichsten auf die Förderung angewiesen sein dürften, diese wegen des Eigenanteils nicht nutzen. Deshalb ist bei einer hohen Eigenbeteiligung zu erwarten, dass trotz gegebenen Bedarfs ein großer Teil der bereitgestellten Förderung nicht abgerufen werden wird.

Unsicher ist zudem, was nach dem Auslaufen der hausbezogenen Förderung zusätzlicher Pflegestellen mit dem neu eingestellten Personal passiert. Wahrscheinlich ist folgendes Szenario: Die zusätzlichen Stellen werden nach dem Auslaufen des Förderprogramms in der DRG-Finanzierung für viele Häuser nicht ausreichend abgebildet sein. Das kann auch durch die geplante Anhebung des Landesbasisfallwerts und die Aufwertung pflegeintensiver DRG nicht verhindert werden. Diese Häuser sind dann gezwungen, das zusätzliche Personal wieder abbauen, um Defizite zu vermeiden.

Damit wäre nicht nur der Effekt des Förderprogramms für die Pflege zu großen Teilen verpufft. Die Einstellung und ggf. nach zwei Jahren folgende Entlassung der zusätzlichen Pflegekräfte würde in den Betrieben enorme Unruhe verursachen. Der Qualität der Pflege wäre dies eher ab- als zuträglich. Das Förderprogramm produziert folglich absehbar in größerem Ausmaße Fehlsteuerungen.

Der Ansatz einer hausindividuellen Förderung zusätzlicher Stellen sollte aus den genannten Gründen aufgegeben werden. Der beste Weg zur Absicherung einer angemessenen Personalausstattung der Krankenhäuser ist eine auskömmliche Finanzierung über entsprechend bemessene Leistungsentgelte. Nur so kommt man der eigentlichen Ursache des Personalproblems, der Scherenproblematik, bei. Deshalb sollten die vorgesehenen Mittel über eine Erhöhung der Leistungsentgelte allen Krankenhäusern gleichermaßen zur Verfügung gestellt werden.

Es sollte dem Krankenhausmanagement überlassen bleiben zu entscheiden, wie diese Mittel am Besten zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung eingesetzt werden. Dies ist eine unternehmerische Entscheidung, in die nicht durch die Zweckbindung von Finanzierungsmitteln politisch eingegriffen werden sollte. Die jetzige Konzeption des Förderprogramms widerspricht allen Bekenntnissen der Politik, das Krankenhausmanagement und die unternehmerische Selbständigkeit von Krankenhäusern stärken zu wollen.

Will man bestimmte Versorgungsstandards inhaltlich nachhalten, dann funktioniert dies aus den genannten Gründen mittels Berufsgruppen bezogener Stellenförderprogramme bestenfalls sehr eingeschränkt. Ein besserer Weg zur Absicherung einer Mindest-Strukturqualität führt über ausgewogene Konzepte und Mindestvorgaben zur Struktur- und Prozessqualität. Dazu gehören auch Vorgaben zur Pflege. Diese müssen auf konkrete Leistungsbereiche bezogen werden.

Nur aufgrund solch definierter Standards lässt sich überhaupt feststellen, in welchen Bereichen ggf. Defizite bei der Ausstattung mit Pflegekräften bestehen. Dabei ist jeweils zu prüfen, welche Finanzausstattung für die Klinika erforderlich ist, um solche Vorgaben umzusetzen.

Der GBA hat hier für die Bereiche Neonatologie und Kinderonkologie erste Ansätze für Mindeststandards zur Struktur- und Prozessqualität entwickelt. Für die Kinderherzchirurgie wird derzeit eine entsprechende GBA-Richtlinie erarbeitet.

Die vorhandenen GBA-Richtlinien sind hinsichtlich der definierten Standards inhaltlich noch nicht ausgegoren. Auch fehlen sachgerechte, praxistaugliche Finanzierungsregelungen. Konzeptionell sollte der GBA-Ansatz dennoch ernst genommen und weiterentwickelt werden. Dabei ist jedoch darauf zu achten, dass man nicht in Konzepte aus den 80er Jahren zurückfällt, als man u.a. im Pflegebereich Bedarfe mit kruden, wirklichkeitsfernen Personalanhaltszahlen zu greifen versuchte, ohne je zu praxisrelevanten Ergebnissen zu kommen.

Grundsätzlich sollte die Absicherung eines Minimums an Struktur- und Prozessqualität künftig verstärkt im Rahmen der Krankenhausplanung erfolgen. Das Zusammenspiel von Planung und GBA-Vorgaben bedarf deshalb der Klärung.

Zu Art. 2 Nr. 9g (§ 10 Abs. 8 KHEntgG): Einführung eines Basisfallwertkorridors auf Bundesebene

Sollte sich der Gesetzgeber für die Einführung eines solchen Korridors entscheiden, so müssen zwei Bedingungen erfüllt sein:

1. Die Konvergenzphase muss aufkommensneutral sein, d.h. es darf durch die Konvergenz nicht zu einem Mittelentzug aus dem Gesamtfinanzierungsvolumen der deutschen Krankenhäuser kommen.
2. Die Konvergenz darf nicht die vergütungserhöhenden Effekte der Grundlohnrate und ggf. einmaliger Ausgleiche von Kostensteigerungen konterkarieren.