

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

für die Anhörung des
Ausschusses für Gesundheit
des Deutschen Bundestages
am 24. November 2008

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung
zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009
[Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG]
[BT-Drs. 16/10807]

17. November 2008

I. Allgemeiner Teil

1. Fehlende Lösung des Scherenproblems

Für Universitätsklinika ist wie für alle anderen deutschen Krankenhäuser die Scherenproblematik das überragende Problem. Scherenproblematik heißt, dass infolge der Deckelung der Leistungsentgelte durch die Grundlohnrate die Preise für Personal und Sachmittel schneller steigen als die Leistungsentgelte in der GKV. 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: Die Grundlohnratebindung muss abgeschafft werden. Stattdessen muss der Landesbasisfallwert künftig regelmäßig auf Basis eines Krankenhauskostenindex fortgeschrieben werden, damit Preissteigerungen vollständig refinanziert werden.

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

- a. Eine anteilige Refinanzierung bisher ungedeckter Kostensteigerungen ist zwar im Gesetzentwurf angelegt. Sie erfasst aber nur Personalkosten, keine Sachkosten, und fällt mit 1,35 Mrd. € (nur 50 Prozent der bisher nicht refinanzierten Tarifkostensteigerung) viel zu niedrig aus. Damit bleiben trotz Hilfspaket mehrere Milliarden nicht refinanzierter Kostensteigerungen. Hier muss der Gesetzgeber nachbessern.
- 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 Grundlohnrate erfolgt. Die beabsichtigte Neuregelung würde es dagegen dem BMG ermöglichen, trotz deutlich höherer Kostensteigerungen per Verordnung auch unter die Grundlohnrate 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.

Bestehen bliebe damit das systematische Problem einer nicht sachgerechten Preisgestaltung bei Krankenhausleistungen. Das Scherenproblem würde nur in ein neues Gewand gekleidet. Das ist u.a. angesichts der den Universitätsklinika 2009 bevorstehender Tarifrunden keine nachhaltige Lösung.

Der Gesetzgeber ist an dieser Stelle nicht konsequent. Einerseits erkennt er die Notwendigkeit eines Hilfspakets für die Krankenhäuser an. Damit gesteht er gleichzeitig ein, dass die bisherigen gesetzlichen Preisbildungsmechanismen nicht sachgerecht sind und eine Tendenz zur Unterfinanzierung haben. Trotzdem fehlen im Gesetzentwurf systematische Änderungen, die zuverlässig die eigentliche Ursache des Problems beseitigen, nämlich das Auseinanderdriften von Personal- und Sachkosten einerseits und Leistungsentgelten andererseits.

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

Wer glaubt, durch den Druck der Schere würden dauerhaft Wirtschaftlichkeitspotenziale zugunsten der Versicherten erschlossen, der liegt falsch. Im Gegenteil: Die Schere hat dysfunktionale Wirkungen, die der Gesetzgeber über kurz oder lang aufwendig wird reparieren müssen:

1. Tariffucht und damit verbunden Lohndumping im Zuge von Outsourcing: Diese Entwicklung war in den letzten zehn Jahren in den patientenfernen Bereichen (Küche, Wäsche, Reinigung etc.) trägerübergreifend zu beobachten. Sie greift nun auch auf pflegerische und medizinische Kernbereiche über.
2. Arbeitsverdichtung: Real sinkende Preise müssen durch Produktivitätssteigerung aufgefangen werden. Das bedeutet: Jeder Mitarbeiter muss mehr leisten. Die Fallzahlsteigerungen der letzten Jahre bei gleichzeitig sinkendem Personalbestand sind Ausdruck dieses Zusammenhangs. Die Universitätsklinika haben dabei das Zusatzproblem, dass insbesondere den ärztlichen Mitarbeiter immer weniger Zeit für Forschung und Lehre bleibt.

Die Folgen dieser Entwicklung werden immer offensichtlicher: sinkende Betreuungsschlüssel für die Patienten, sinkende Mitarbeiterzufriedenheit, Abwanderung in andere Branchen. Dies ist kein Versagen der Krankenhausmanager, es ist ein Versagen der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen.

Neben der Gesundheitspolitik gibt es keinen weiteren Politikbereich, in dem der elementare ökonomische und betriebswirtschaftliche Zusammenhang zwischen Produktionskosten und Leistungsentgelten so konsequent ignoriert wird. Bundesverkehrsminister Tiefensee hat diesem Zusammenhang 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 für das BMG, per Verordnung unabhängig von der Kostenentwicklung beliebige Steigerungsraten festzulegen.

2. Verzicht auf selektives Kontrahieren

Zu begrüßen ist der Verzicht auf die ursprünglich geplanten Rabattverträge. Selektivverträge mit den Krankenkassen wären nicht vereinbar mit der Sicherstellungspflicht der Universitätsklinika für studentische Ausbildung und klinische Forschung. Für beides müssen die Universitätsklinika ein breites, differenziertes Leistungsspektrum vorhalten. Zudem würden Selektivverträge 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“). In Kombination mit den DRG lägen dann erstmals leistungsbezogene Gesamtpreise vor, die alle Kostenkomponenten enthalten.
- b. 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 hohe Investitionsstau verschärfen maßgeblich die aktuelle Finanzmisere der Krankenhäuser. Deshalb muss dringend für den universitären und

den nicht-universitären Bereich die jährliche Finanzierungslücke von ca. 4 Mrd. € geschlossen werden. Dies entspräche in etwa der Verdopplung der Investitionsquote (Investitionen bezogen auf den Gesamtumsatz) auf ca. 12 Prozent.

Die Fragen zum Modus 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 den Handlungsbedarf erkannt hat. Sie hat sich im Zuge der Erarbeitung des vorliegenden Gesetzentwurfs um eine Reform der Investitionskostenfinanzierung bemüht, die sowohl die Mittelverteilung als auch das Finanzierungsniveau umfasst. Die von der Bundesregierung angestrebte Umstellung der Mittelverteilung bei der Investitionskostenfinanzierung von der Einzelförderung auf eine regelhafte Pauschalförderung ist der richtige Weg. Dies würde das Krankenhausmanagement aufwerten und zu politikferneren, primär unternehmerisch motivierten Investitionsentscheidungen beitragen.

Nicht nachvollziehbar ist, dass die Bundesländer sich zu diesen Themen bisher jeder Diskussion verweigern. Bund und Länder müssen dringend gemeinsam ein Konzept für eine solide Investitionsfinanzierung entwickeln. Es ist bedauerlich, dass wegen des Widerstands der Länder notwendige Entscheidungen und Weichenstellungen unterbleiben und nur ein wenig konkreter und unverbindlicher Entwicklungsauftrag im Gesetz steht.

4. Einbindung der Universitätsklinika in die Reform der Investitionskostenfinanzierung

Positiv ist, dass laut Gesetzentwurf bei der Weiterentwicklung der Investitionskostenfinanzierung die Situation der Universitätsklinika zu berücksichtigen ist. Auf die 32 Universitätsklinika, die ein eigenständiges System für die Investitionskostenfinanzierung haben, entfällt ein großer Teil der Investitionen in die stationäre Versorgung in Deutschland. Sie versorgen rund 9 Prozent aller stationären Fälle und erzielen über 14 Prozent der stationären Umsätze. Damit sind sie eine tragende Säule des Versorgungssystems.

Eine Reform nur für nicht-universitäre Krankenhäuser (KHG-Bereich) hätte erhebliche Wettbewerbsverzerrungen zwischen universitären und nicht-universitären Krankenhäusern zur Folge. Würde bspw. 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 wettbewerbslich zu strukturieren. Wettbewerb bedarf eines einheitlichen Wettbewerbsrahmens. Deshalb darf bei der Investitionskostenfinanzierung nicht das betrieben werden, was bei der DRG-Einführung unbedingt vermieden werden sollte: Der Aufbau zweier paralleler, systematisch völlig unterschiedlicher Allokationssysteme innerhalb des Krankenhaussektors.

Diese grundsätzlichen Fragen müssen bei der Umsetzung des Entwicklungsauftrags zur Reform der Investitionskostenfinanzierung behandelt werden. Eine Schlechterstellung der Universitätsklinika im Wettbewerb mit anderen Krankenhäusern muss vermieden werden.

II. Besonderer Teil

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

Zu Artikel 1 Nr. 1 (§ 10 KHG): Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung

Positiv ist, dass die Situation der Universitätsklinika bei der Entwicklung eines Investitionsfallwerts und von Investitionsbewertungsrelationen berücksichtigt werden soll. Dies ist aus den im Allgemeinen Teil genannten Gründen unerlässlich.

Wegen des Widerstands der Länder bleibt allerdings völlig offen, inwieweit die Länder tatsächlich ihre Förderung pauschalieren werden, nachdem die methodischen Grundlagen dafür gelegt worden sind. Kritisch zu hinterfragen ist, wie sich angesichts dieser unklaren Perspektive der absehbar erhebliche Entwicklungsaufwand für ein solches System rechtfertigen lässt. Unklar ist auch, wie jene Krankenhäuser, deren Landesregierung eine Pauschalierung grundsätzlich ablehnen, für die Beteiligung an der Entwicklungsarbeit motiviert werden sollen.

Bedauerlich ist zudem, dass auf Betreiben der Länder Regelungen zur Überprüfung des Fördervolumens und zur Entwicklung von Kriterien für dessen Bemessung völlig fehlen. Der Gesetzentwurf eröffnet diesbezüglich nicht einmal eine Perspektive für Verbesserungen.

Zu Art. 1 Nr. 4 b (§ 17 b KHG): Finanzierung der Ärztlichen 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 auf der Selbstverwaltungsebene das Interesse, dieses Thema engagiert anzugehen. Zum anderen wird von Vertretern der Selbstverwaltung schlicht die Existenz eines Finanzierungsproblems in Frage gestellt. Dabei ist offenkundig, 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 Frist eine klare Perspektive für ein alternatives Vorgehen seitens des BMG für den Fall, dass die Selbstverwaltung dieses Problem weiterhin nicht löst. Ggf. sollte flankierend zur Beauftragung der Selbstverwaltung die Thematik in einem Ressortforschungsprojekt 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 sind für die Weiterbildung jedoch zusätzliche Finanzmittel notwendig.

Zu Artikel 1 Nr. 5 (§ 17 d KHG): Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

In Absatz 1 Satz 3 wird allein auf medizinisch unterscheidbare Patientengruppen als Differenzierungskriterium abgehoben. Dabei bleibt unklar, ob diese Differenzierung nur oder vorrangig nach

Diagnosen erfolgen soll wie im G-DRG-System. Dies würde auf erhebliche Schwierigkeiten treffen, weil bei der Behandlung psychischer Erkrankungen für gleiche Diagnosen unterschiedliche Therapiekonzepte zur Anwendung kommen. Mit diesen Alternativen im Spektrum von Tiefenpsychologie, über Verhaltenstherapie bis zu biologisch-pharmazeutisch zentrierten Therapien sind deutliche Kostenunterschiede verbunden. Selbst Tagesfallpauschalen müssen deshalb zwingend in diesem Segment auch nach Therapien unterschieden werden. Ein leistungsorientiertes Vergütungssystem sollte diese Heterogenität berücksichtigen und der Vielfalt therapeutischer Ansätze gerecht werden.

Zu Art. 2 Nr. 4d (§ 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 ist zu begrüßen, dass zusätzliche Mittel für die Krankenhäuser bereit gestellt werden sollen. Diese werden dringend benötigt. Die Form der Bereitstellung ist allerdings unter mehreren Gesichtspunkten problematisch:

1. 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.
2. Fraglich ist auch, ob die Förderung wirklich in den Häusern ankommt, die ggf. Probleme haben. Da die Förderung nur 70 Prozent der anfallenden Personalkosten abdecken soll, müssen die Häuser eigenes Geld aufbringen, 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 Kliniken.

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 spezialisierten 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 zu erwarten, dass trotz gegebenen Bedarfs ein großer Teil der bereitgestellten Förderung nicht abgerufen werden wird.

3. 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 abzubauen, 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 politischen Bekenntnissen, das Krankenhausmanagement und die unternehmerische Selbständigkeit von Krankenhäusern stärken zu wollen.

Will man Versorgungsstandards inhaltlich nachhalten, dann funktioniert dies aus den genannten Gründen mittels berufsgruppenbezogener Stellenförderprogramme bestenfalls sehr eingeschränkt. Ein besserer Weg zur Absicherung einer Mindest-Strukturqualität führt über ausgewogene Konzepte mit 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, praxisgängige 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. 10e (§ 10 Abs. 5 KHEntgG): Erhöhung des Landesbasisfallwerts um die 50%-Refinanzierung für Tariferhöhungen

In Absatz 5 wird das Verfahren zur 50 %-Refinanzierung der Tarifkostensteigerungen 2008/2009 geregelt. Laut Gesetzentwurf soll sich diese Refinanzierung auf 1,35 Mrd. Euro belaufen. Unklar ist angesichts dieser eindeutigen Zusage des Gesetzgebers, warum trotzdem mit den Kassen über die

Höhe der Refinanzierung verhandelt werden muss. Die versprochenen 1,35 Mrd. Euro ließen sich problemlos über einen prozentualen Aufschlag von knapp 3 Prozent auf die jeweiligen Landesbasisfallwerte im Gesetz verbindlich festschreiben. Stattdessen wird mit der Verhandlungslösung für die Kassen eine Hintertür geöffnet, um die dringend notwendigen Hilfen auf dem Verfahrenswege weiter hinaus zu zögern und ggf. gar in Teilen zu verhindern. Damit ist die im Gesetzentwurf angelegte anteilige Refinanzierung der Tarifsteigerungen nicht nur – wie im Allgemeinen Teil ausgeführt – deutlich zu gering bemessen; es ist auch höchst fraglich, ob sie sich in der angekündigten Höhe realisieren wird.

Zu Art. 2 Nr. 10i (§ 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.

Für den Fall, dass im Zuge einer Konvergenz hin zu einem Basisfallwertkorridor diesbezüglich Probleme auftreten, sollte im Gesetz eine Korrekturmöglichkeit vorgesehen werden.