

Krankenhausreform: Nachbesserungen erwünscht

Am 3. Juli haben sich Bund und Länder auf Nachbesserungen zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) geeinigt, das Anfang des Jahres in Kraft getreten ist. Diese Nachbesserungen sollen in einem „Anpassungsgesetz“ finalisiert werden. Das Gesetz soll in der ersten Septemberwoche das Bundeskabinett passieren, so der Zeitplan von Bundesgesundheitsministerin Nina Warken.



*Dr. Sven Dreyer,
Präsident der
Ärztammer
Nordrhein*

Foto: Jochen Rolfes

Dass Nachbesserungen am KHVVG erfolgen, ist unbedingt erforderlich. Nur so kann eine am Bedarf orientierte Krankenhausreform gelingen. Begrüßenswert ist daher das von Bund und Ländern angekündigte Vorhaben, die Prüfung der Leistungsgruppen durch den Medizinischen Dienst zeitlich zu verschieben, da die Systematik der Leistungsgruppen im Bund in wichtigen Punkten überarbeitet werden muss. Das gilt unter anderem für die Qualitätskriterien und damit zusammenhängende Regelungen wie beispielsweise die Berücksichtigung von Zahl und Qualifikationen von Fachärztinnen und Fachärzten, für die Definition von Fachkliniken und für die Rahmenbedingungen für Belegärztinnen und Belegärzte. Erst wenn diese Anpassungen erfolgt sind, verfügen die Länder über eine verlässliche und einheitliche Grundlage für die Zuweisung der Leistungsgruppen.

Mit diesen Korrekturen allein ist es jedoch nicht getan. Grundlegende Instrumente zur Umsetzung der Reform gehören auf den Prüfstand. Dies betrifft insbesondere den bundesweiten Grouper des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), der jeden stationären Krankenhausfall genau einer Leistungsgruppe zuordnet. Die zugrundeliegende Logik der Zuordnung ist jedoch so komplex, dass die formale Beschreibung mehrere tausend Seiten füllt. Die Zuordnung einzelner Fälle ist mit menschlichem Sachverstand oft nicht mehr nachvollziehbar, dies erschwert die Planung erheblich. Warum sich das Bundesgesundheitsministerium so schwer tut, die bewährten, nachvollziehbaren und pragmatischen Leistungsgruppen-Definitionen aus der NRW-Krankenhausplanung zu übernehmen, ist schleierhaft. Hier sollte dringend nachjustiert werden.

Intensiv sollten wir uns auch noch einmal mit der Vorhaltevergütung beschäftigen, die in jetziger Form das intendierte Ziel verfehlen wird, den ökonomischen Druck von den Krankenhäusern gerade in strukturschwachen Gebieten zu nehmen. Denn nach wie vor orientiert sich die Ermittlung der Vorhaltebudgets zu großen Teilen an den Fallzahlen der Krankenhäuser. Damit auch in Zukunft die kleinen, aber bedarfsnotwendigen Häuser, vornehmlich auf dem Land, mit ihrem Portfolio an meist wenig lukrativen Grundleistungen wirtschaftlich überleben können, braucht es eine echte Finanzierungsreform, die fallzahlunabhängig unterschiedliche Vorhaltekosten, vor allem alle notwendigen Personalkosten der direkten Patientenversorgung, berücksichtigt.

Aktuell steht eine solche Überarbeitung leider nicht in Aussicht. Dafür hat die Bundesgesundheitsministerin angekündigt, die Konvergenzphase von zwei auf drei Jahre zu verlängern, sodass die Bundesländer mehr Zeit erhalten, um zu beurteilen, wie sich die Finanzierungsänderung auf die Standorte und Leistungsgruppensystematik auswirkt. Wenn sich dann allerdings zeigt, dass die Vorhaltepauschalen in der beschlossenen Form nicht funktionieren, bleibt kaum Zeit, das System nachzubessern.

Mein Fazit: Mit dem Anpassungsgesetz sind wir immerhin auf dem Weg, die bestehenden Schwächen der Krankenhausreform anzugehen. Und wenn wir bei schneller und gründlicher Prüfung feststellen, dass noch weiterer Nachbesserungsbedarf besteht, sollten wir weiter offen für Veränderungen sein.