



Krankenhausreform 2009 – aktuelle Entwicklung

106. Fortbildung des VKD, Landesgruppe Baden- Württemberg am 14. und 15.04.2008 in Bad Liebenzell

Dr. Peter Steiner
Geschäftsführer Dezernat II, Krankenhausfinanzierung und -planung
DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT e.V.
Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland
Wegelystraße 3, 10623 Berlin



Ausgangslage

➤ Enorme Kostensteigerungen 2007 und 2008

- Tarifentwicklung
- Arbeitszeitgesetz
- Mehrwertsteuer
- Energiekosten
- Verbot Naturalrabatte AVWG

➤ Völlig unzureichende Erlösentwicklung

	Grundlohnrate West	Grundlohnrate Ost	Sanierungs- beitrag
2006 (Rate vor AVWG)	+ 0,63 (+ 0,83)	+ 0,63 (+ 0,141)	
2007 (Rate vor AVWG)	+ 0,28 (+ 0,74)	+ 1,05 (+ 2,23)	- 0,5
2008 (Rate ohne erneuten Systemwechsel)	+ 0,64 (+ 1,16)	+ 0,64 (+ 1,06)	- 0,5

Dr. Peter Steiner



Ausgangslage

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

Aktuelles RWI-Gutachten (Februar 2008)

Finanzierungslücke 2008: **2,2 Mrd. Euro**
kumulativ 2009: **3,0 Mrd. Euro** } bei Erfüllung der Tarifforderungen
von Ver.di und des Marburger Bundes.

Finanzierungslücke 2008: **1,3 Mrd. Euro**
kumulativ 2009: **1,5 Mrd. Euro** } bei Annahme des Angebotes der
Arbeitgeber.

DKG-Forderung

2008: Sachgerechte Veränderungsrate von 2,5%

2009: Heranziehen der Veränderungsrate des nominalen BIP anstelle der
Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V (Grundlohnrate)

Dr. Peter Steiner



Ausgangslage

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

Rechtsrahmen

SGB V KHG KHEntgG

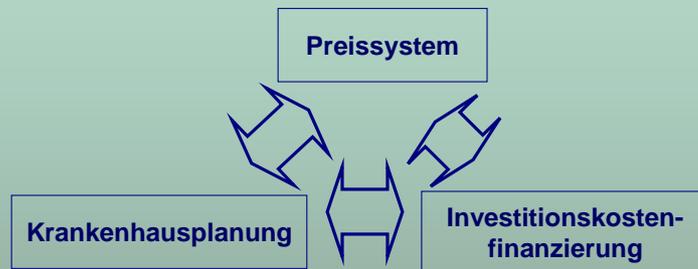


Dr. Peter Steiner



Ausgangslage

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT



- Krankenhausplanung, Investitionsfinanzierung sowie die zukünftige Ausgestaltung des DRG-Systems beeinflussen sich wechselseitig
- Über die Zukunft der Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung kann daher nur in Zusammenhang mit der Ausgestaltung des DRG-Systems ab 2009 entschieden werden

Dr. Peter Steiner



DKG-Position „Krankenhausplanung“

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

- Einführung des DRG-Systems führt zu deutlicher Intensivierung des Wettbewerbs
- Krankenhäuser müssen in wettbewerblichem Umfeld selbst über die Weiterentwicklung ihrer Leistungsspektren entscheiden können
- ➔ Zentraler Grundsatz: „Nicht mehr, sondern weniger Planung!“
- ➔ Beschränkung der staatlichen Krankenhausplanung auf
 - Festlegung von Standorten und medizinischen Fachgebieten
 - Vermeidung von Unterversorgung

Dr. Peter Steiner



DKG-Position „Sicherstellungsauftrag“

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

- Grundprinzipien eines solidarischen Gesundheitswesens und sozial-staatliche Verpflichtung zur Daseinsvorsorge bedingen, dass der Staat dafür sorgt, dass seinen Bürgern auch in Zukunft flächendeckend und in ausreichender Menge qualitativ hochwertige Krankenhausleistungen angeboten werden.
- Krankenkassen im Wettbewerb sind zur Wahrnehmung einer allgemeinwohl-orientierten Versorgungsverantwortung nicht geeignet.
- ➔ **Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung muss eine öffentliche Aufgabe bleiben!**

Dr. Peter Steiner



DKG-Position „DRG-System ab 2009“

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

- Preiswettbewerb ist mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung nicht zu vereinbaren
- Orientierung des Wettbewerbs am Grundsatz „gleiche Leistung, gleicher Preis“
- Patienten müssen auch in Zukunft frei entscheiden können, wo sie sich behandeln lassen
- ➔ **Beibehaltung des Rechts der Patienten auf freie Krankenhauswahl**
- ➔ **Einsatz des DRG-Systems als System mit Festpreisen, auf die das Krankenhaus grundsätzlich Anspruch hat**
- ➔ **Wettbewerb um die Patienten auch zukünftig als Wettbewerb um die beste Qualität**

Dr. Peter Steiner



1. Bundeseinheitliche Leistungsdefinition und –bewertung

- Beibehaltung der bisherigen Praxis, d. h. Vereinbarung auf der Grundlage der Vorarbeiten des InEK
- Fortführung der bestehenden Öffnungsklauseln und der Regelungen für besondere Einrichtungen
- Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden müssen weiterhin zusätzlich finanziert werden

Dr. Peter Steiner



2. Vereinbarung der Landesbasisfallwerte

- Vereinbarung der Basisfallwerte weiterhin durch die Vertragsparteien auf der Landesebene
- Entscheidung über Veränderung zu einem Vergütungssystem mit bundeseinheitlichem Preisniveau kann erst nach Analyse im Jahr 2009 erfolgen
- Ermittlung der Festpreise, auf die das Krankenhaus Anspruch hat, durch Multiplikation der Landesbasisfallwerte mit den bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen
- Aufhebung der Deckelung über Grundlohnsummenentwicklung
- Zusätzliche Finanzierung von Leistungszuwächsen infolge Morbidität sowie des Mehraufwandes infolge des medizinischen Fortschritts

Dr. Peter Steiner



3. Krankenhausindividuelle Budgetvereinbarungen

- Beibehaltung des Prinzips prospektiver Budgetvereinbarungen über die Leistungen des Krankenhauses mit allen Kostenträgern gemeinsam
- Schiedsstellenfähigkeit der Vereinbarung des erwarteten Leistungsvolumens
- Vergütung vereinbarter Mehrleistungen -bzw. Minderleistungen auf der Basis der vereinbarten Festpreise zu 100%
- Ausgleich von Mehrerlösen grundsätzlich zu 65% und von Mindererlösen zu 40%
- Zu- und Abschläge für besondere Versorgungsbereiche bzw. –situationen sind weiter erforderlich

Dr. Peter Steiner



- Zentrales Merkmal von Einkaufsmodellen: Kassenspezifische Einzelverträge bei freier Preisgestaltung
- Unterschiede insb. hinsichtlich Art und Umfang der Versorgungsbereiche, die für Preiswettbewerb geöffnet werden sollen, sowie der Tiefe der Reglementierung und deren konkreter Ausgestaltung (Ausschreibungsverpflichtung etc.)
- Ziel: Preisabsenkungswettbewerb: Preisnachlässe, Rabatte, Preisdumping
- Begründung:
 - Aufbrechen von Strukturen
 - Möglichkeit der Krankenkassen, sich im Wettbewerb zu differenzieren
 - Vermeidung von Zusatzbeiträgen

Dr. Peter Steiner



Wettbewerb durch „Einkaufsmodelle“?

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

- Unterstellung, Krankenhaussektor sei wettbewerbsfreier Raum
 - Tatsächlich: harter Qualitäts- und Leistungswettbewerb
 - Enorme Patientenwanderungsbewegungen zw. den Krankenhäusern
 - Fusionen, Holdingsbildungen, Kooperation
 - Krankenhausverkäufe und -übernahmen
 - Medizinische Versorgungszentren
 - Integrierte Versorgung
 - International beispiellose Qualitätstransparenz
 - BQS-Qualitätssicherung umfasst 20-25% Leistungsgeschehens
 - Strukturierte Qualitätsberichte
 - Veröffentlichung der BQS-Ergebnisse
- ⇒ spürbar gestiegene Patientensouveränität

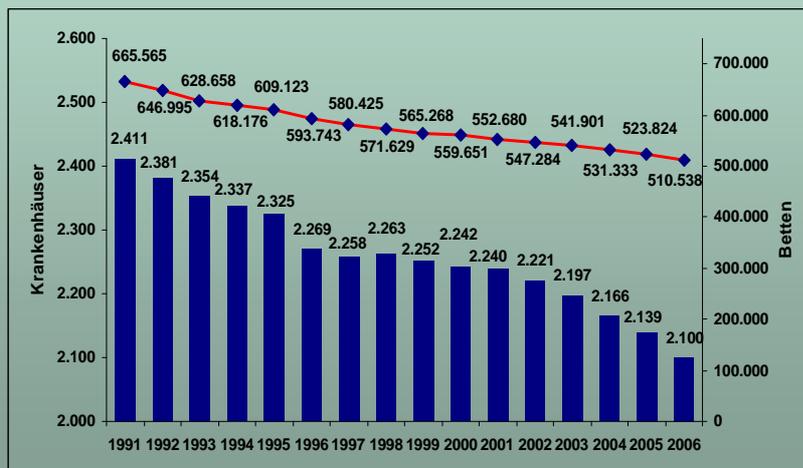
Dr. Peter Steiner



Wettbewerb durch „Einkaufsmodelle“?

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

Realität: Stetiger Bettenabbau, zahlreiche Krankenhausschließungen



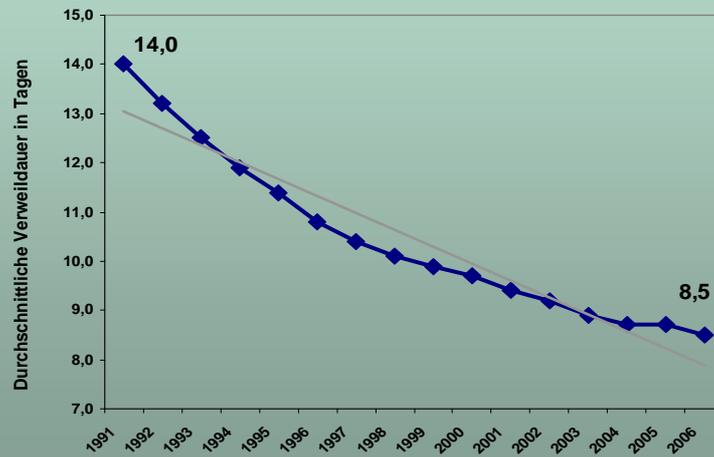
Dr. Peter Steiner



Wettbewerb durch „Einkaufsmodelle“?

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

Realität: Deutliche Verkürzung der Verweildauer



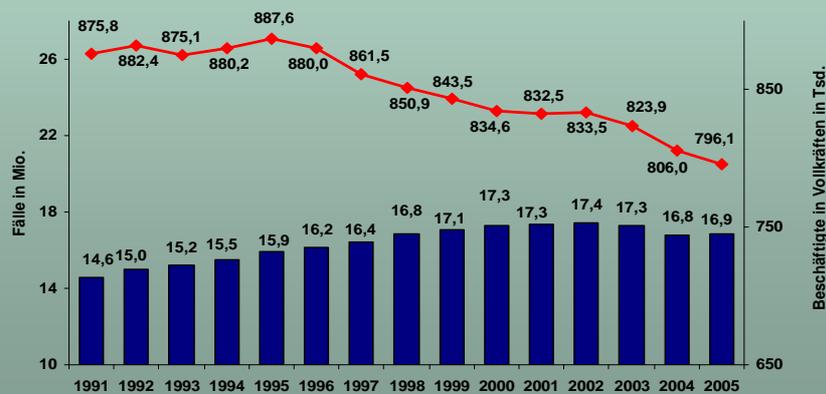
Dr. Peter Steiner



Wettbewerb durch „Einkaufsmodelle“?

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

Realität: Überproportionaler Personalabbau



Dr. Peter Steiner



Konsequenzen einer Einführung von Einkaufsmodellen

1. Kostensituation der Krankenhäuser

- **Vertragsmanagement:** Zusätzliche Kosten für Koordination der zahlreichen Einzelverträge (bis zu rund 250 Krankenkassen, unterschiedliche Laufzeiten und Inhalte (DRGs, Qualitäts- und Preisvereinbarungen, etc.) der Verträge)
- **Starke Auslastungsschwankungen** der Produktionskapazitäten verursachen steigende Produktionskosten
- **Permanenter Wandel des Leistungsangebots** i. V. m. hohem Spezialisierungsgrad des Klinikpersonals und der zur Behandlung notwendigen Anlagen und Einrichtungen verursacht steigende Produktionskosten
- **Ausschreibungsmanagement:** Zusätzliche Kosten durch Teilnahme an den Leistungsausschreibungen der Krankenkassen
- **Notfallversorgung:** Nicht mehr wirtschaftlich zu erbringen bei Wegbrechen der Elektivversorgung
- **Investitionen:** Steigendes Risiko infolge fehlender Planungssicherheit (Risikoprämie ggf. notwendig, kürzere Abschreibungsfristen!)

Dr. Peter Steiner



Konsequenzen einer Einführung von Einkaufsmodellen

2. Auswirkungen für die Patienten

- **Wahlfreiheit der Patienten** erheblich eingeschränkt durch unumgängliche Einweisungssteuerung durch die Krankenkassen
- **Intransparenz bei Kassenwahl**

3. Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung

- **Qualitativ hochwertige Aus- und Weiterbildung:** Zumindest erschwert durch Krankenhausabteilungen mit permanent variierenden Leistungsspektren
- **Qualitätssicherung:** Umsetzung der Vorgaben zumindest problematisch (z. B. Einhaltung und Koordination von Mindestmengenvorgaben)
- **Notfallversorgung:** Notwendiges interdisziplinäres Know-how bricht weg, wenn entsprechende Elektivleistungen nicht mehr erbracht werden dürfen
- **Preis- anstatt Qualitätswettbewerb:** Gefahr der Rationierung
- **Zusammengewürfelte, wechselnde Leistungsspektren:** suboptimale Kapazitäten und Prozesse unter Vernachlässigung von Synergien und Affinitäten

Dr. Peter Steiner



Konsequenzen einer Einführung von Einkaufsmodellen

4. Auswirkungen auf die Krankenkassen

- **Vertragsmanagement:** Zusätzl. Aufwand im Rahmen der Koordination der Einzelverträge u. d. Steuerung der Versicherten in die Vertragskrankenhäuser
- **Ausschreibungsmanagement:** Zusätzlicher Aufwand bei Verpflichtung zur Ausschreibung der Einzelverträge
- Verdrängungswettbewerb zwischen den Krankenkassen

Darüber hinaus würde die Etablierung eines unregelmäßigten Preiswettbewerbs

- die Krankenhäuser der Kassenwillkür ausliefern (Gefahr der Vetternwirtschaft, „Vergabe nach Gutsherrenart“)
- dem Krankenhaussektor systematisch weitere Mittel, die für die Behandlung der Patienten dringend benötigt werden, entziehen (Höchstpreisprinzip!)
- die Krankenhausplanung und die flächendeckende bedarfsgerechte Versorgung zu Lasten der Länder, die die Sicherstellung leisten müssen, unterlaufen

Dr. Peter Steiner



- Investitionen sichern den Fortschritt in der medizinischen Versorgung
- Investitionen sind eines der zentralen Instrumente zur Senkung der laufenden Betriebskosten von Krankenhäusern
- Einführung des DRG-Systems hat zu deutlichem Anstieg des Investitionsbedarfs der Krankenhäuser geführt
- Krankenhausträger benötigen verlässliche Grundlage für ihre unternehmerischen Investitionsentscheidungen

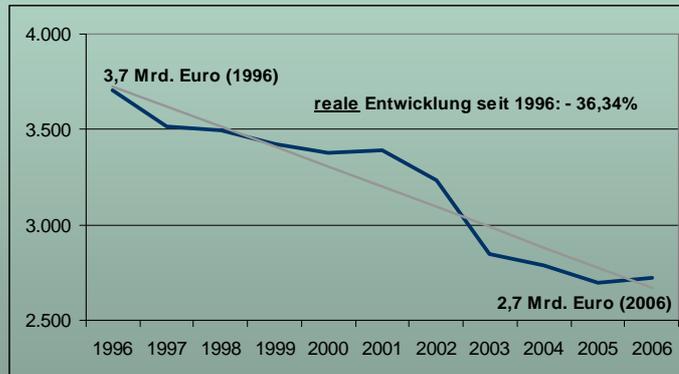
Dr. Peter Steiner



Bestandsaufnahme: Investitionsförderung nach KHG

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

Gesamtentwicklung, in Mio. Euro



Quelle: Umfragen der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, eigene Berechnungen.

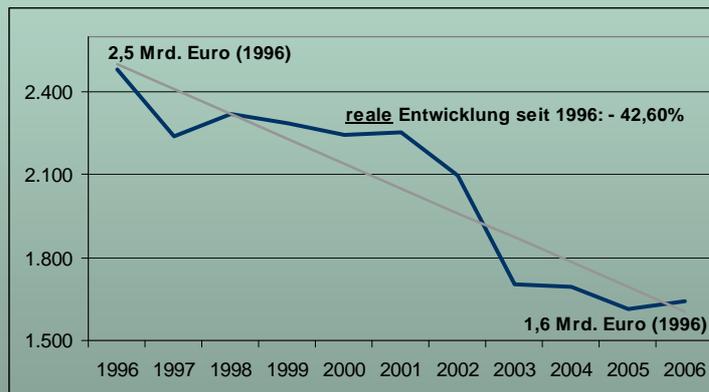
Dr. Peter Steiner



Bestandsaufnahme: Investitionsförderung nach KHG

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

Entwicklung der Einzelförderung, in Mio. Euro



Quelle: Umfragen der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, eigene Berechnungen.

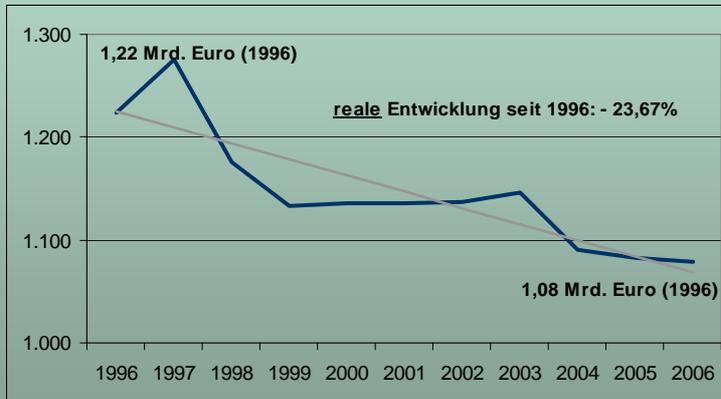
Dr. Peter Steiner



Bestandsaufnahme: Investitionsförderung nach KHG

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

Entwicklung der Pauschalförderung, in Mio. Euro



Quelle: Umfragen der Arbeitsgruppe für Krankenhauswesen der AOLG, eigene Berechnungen.

Dr. Peter Steiner

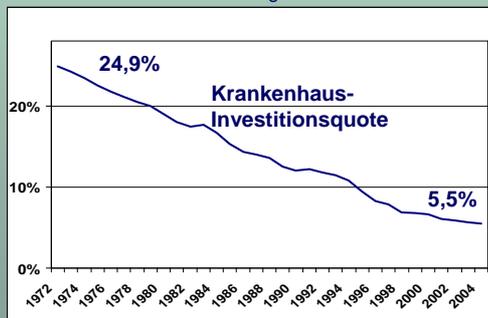


Bestandsaufnahme: Investitionsförderung nach KHG

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

Entwicklung der Krankenhaus-Investitionsquote

Anteil der KHG-Mittel an den GKV-/PKV-Ausgaben für die Krankenhausbehandlung



Quelle: BMG.

Krankenhaus-Investitionsquote:
5,5%

Volkswirtschaftliche
Investitionsquote: 17,9%

Investitionsstau: 50 Mrd. Euro

Dr. Peter Steiner



Nach Erfüllung folgender Forderungen wäre

- Abbau des Investitionsstaus
- Vollständige Überleitung der bisher von den Bundesländern zur Investitionsförderung bereitgestellten Mittel in das GKV-System
- Entscheidungsfreiheit der Krankenhäuser über Verwendungsart und Verwendungszeitpunkt der Investitionsmittel

Umstieg auf Monistik denkbar

Abschließende Präzisierung zur Ausgestaltung eines Überganges zur Monistik wegen wechselseitiger Abhängigkeiten erst bei Kenntnis der übrigen Rahmenbedingungen möglich!

Dr. Peter Steiner



➤ Von zentraler Bedeutung:

→ *Analyse der Ausgangslage, insbesondere*

- Quantifizierung des Investitionsstaus
 - Bundesweit, landesweit, krankenhausesindividuell
 - Methoden
 - Benchmarking-Ansatz?
 - Gegenüberstellung von Förderanträgen und Fördervolumen?
 - Vor-Ort-Erhebungen?
 - Sonstige?
- Quantifizierung des jährlichen Investitionsbedarfs
 - Bundesweit, landesweit, krankenhausesindividuell

Dr. Peter Steiner



Investitionskostenfinanzierung

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

Status quo:

- Ungleiche Verteilung der Investitionsfördermittel innerhalb der Bundesländer
- Ungleiche Verteilung der Investitionsfördermittel zwischen den Bundesländern

→ *Ausgestaltung der Übergangsphase*

- Sollen Unterschiede zwischen den Ländern und innerhalb der Länder ausgeglichen werden? Falls ja: wie?
- Wie kann der krankenhausesindividuelle Nachholbedarf quantifiziert werden?
- Was geschieht mit bereits genehmigten Vorhaben, die über mehrere Jahre laufen?
- Was geschieht mit langfristigen Verpflichtungen der Länder (Stichwort „Darlehensfinanzierung“)?
- Wer wird zur Finanzierung der zusätzlich erforderlichen Investitionsmittel herangezogen?
- Wie erfolgt die technische Umsetzung?
- Bis wann sollte die Übergangsphase abgeschlossen sein?

Dr. Peter Steiner



Investitionskostenfinanzierung

DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

→ *Ausgestaltung der zukünftigen Investitionskostenfinanzierung*

- Abgrenzung von Investitions- und Betriebskosten
- Mittelherkunft

Länder?

- Wer zahlt welchen Betrag?
- Ausgleich zwischen „Gebern“ und Nehmern“?
- Zahlungsbereitschaft der Länder überhaupt vorhanden bei gleichzeitigem Verlust von Einfluss auf Krankenhausstruktur?

Bund?

- Steuerfinanzierung?

GKV / PKV?

- Erhöhung der Beitragssätze?

- Zuverlässigkeit des Mittelzuflusses in ausreichender Höhe?
- Bezugsgrößen für Investitionskostenfinanzierung (Fälle, Betten, CM, Kalkulation durch InEK?)
- Gewährleistung d. zweckgebundenen Verwendung der Investitionsmittel?

Dr. Peter Steiner



**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit !**

Dr. Peter Steiner