



BKG

Berliner
Krankenhausgesellschaft e.V.

Dr. Behrend Behrends

Vorsitzender

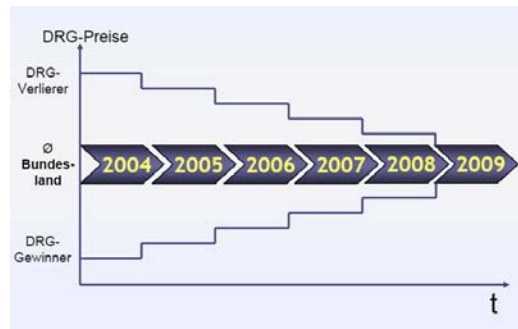
24. Oktober 2007



Ordnungspolitischer Rahmen ab 2009 **Positionen und Ziele der Krankenhäuser**

1. Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung
2. Auswirkungen der Konvergenz
3. Erosion der öffentlichen Investitionskostenförderung
4. Handlungsbedarf
5. Reformvorschläge
6. Bewertung der Reformvorschläge aus Sicht der DKG/ BKG

Fallpauschaliertes Vergütungssystem (1) Angleichung des Preisniveaus

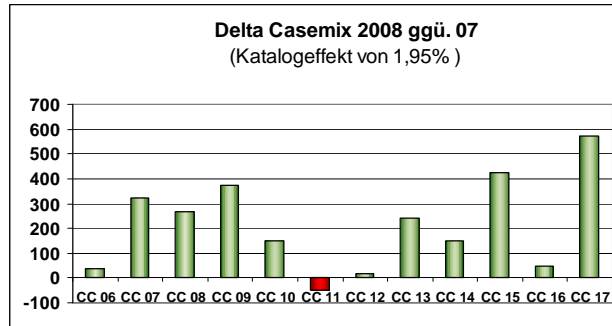


Fallpauschaliertes Vergütungssystem (2) Angleichung des leistungsbezogenen Preisniveaus

- **Konvergenz:**
Konvergenzschnitte zur Budgetanpassungen –
15% (2005), 20% (2006 bis 2008), 30% (2009),
Kappung der Budgetabsenkung –
1,0% (2005), 1,5% (2006), 2,0% (2007), 2,5% (2008), 3,0% (2009)
- **Katalogeffekt:**
weitere Differenzierung des G-DRG-Systems in 2008
zunehmende Kostenhomogenität der Fallgruppen,
Minderung des Kompressionseffekts
aufgrund besserer Abbildung von Leistungen der Maximalversorgung
(Beatmung, Transplantation usw.),
höhere Bewertung in 2008 für Intensivmedizin, Pädiatrie, Stroke Units

Fallpauschaliertes Vergütungssystem (3)

Katalogeffekt des G-DRG-Systems 2008, Beispiel Charité

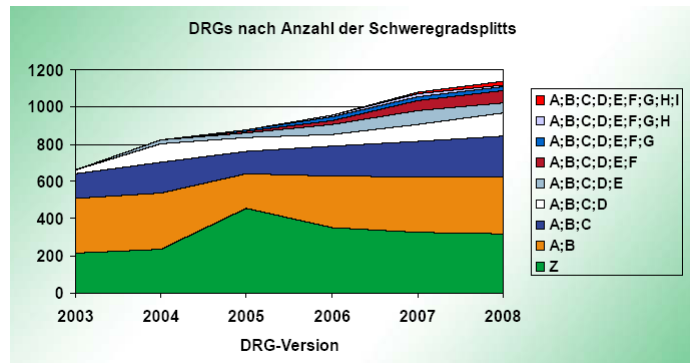


Fallpauschaliertes Vergütungssystem (4)

Differenzierung des G-DRG-Systems

Systemversion/ Geltungsjahr	1.0/ 2003	2.0/ 2004	3.0/ 2005	4.0/ 2006	5.0/ 2007	6.0/ 2008
DRGs insgesamt	664	824	878	954	1.082	1.137
Änderung im Vorjahr (%)		24	7	9	13	5
DRGs bewertet	642	806	845	912	1.040	1.039
DRGs unbewertet	22	18	33	40	42	43
Minimales Relativgewicht	0,122	0,113	0,118	0,117	0,106	0,111
Maximales Relativgewicht	29,709	48,272	57,633	65,563	64,899	68,875
Spannweite	29,587	48,159	57,515	65,583	64,793	68,764
Zusatzentgelte	0	26	71	83	105	115

Fallpauschaliertes Vergütungssystem (5) Zunahme der DRGs mit Schweregradsplitts



AOK-Bundesverband, 2007

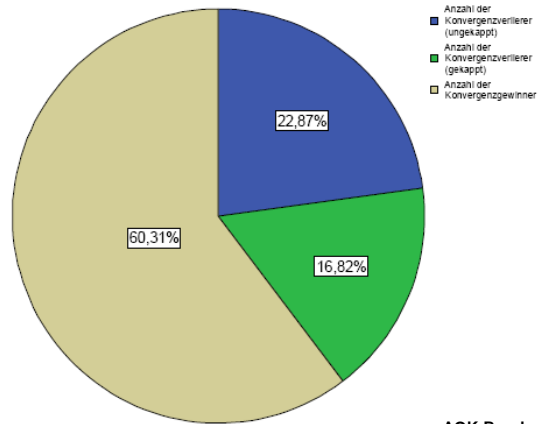
Konvergenzgewinner/ -verlierer auf der Bundesebene (1) Höherer Landesbasisfallwert in 8 Bundesländern [2007 ggü. 06]

Bundesland	2005		2006		2007	
	LBFW vor Kappung	LBFW nach Kappung	LBFW vor Kappung (ohne Ausgleich)	LBFW nach Kappung (mit Ausgleich)	LBFW vor Kappung (ohne Ausgleich)	LBFW nach Kappung (mit Ausgleich)
Baden-Württemberg	2.855,51 €	2.774,57 €	2.850,38 €	2.814,85 €	2.845,50 €	2.805,70 €
Bayern	2.789,75 €	2.710,50 €	2.789,38 €	2.737,07 €	2.805,19 €	2.787,19 €
Brandenburg	2.639,31 €	2.612,31 €	2.668,72 €	2.642,56 €	2.723,45 €	2.719,27 €
Bremen	2.915,00 €	2.866,00 €	2.899,08 €	2.849,57 €	2.885,34 €	2.849,57 €
Hamburg	2.970,73 €	2.920,41 €	2.893,40 €	2.847,39 €	2.850,00 €	2.830,00 €
Hessen	2.748,00 €	2.737,99 €	2.793,30 €	2.786,58 €	2.808,14 €	2.775,92 €
Mecklenburg-Vorpommern	2.636,04 €	2.585,00 €	2.650,00 €	2.625,00 €	2.680,00 €	2.664,00 €
Niedersachsen	2.784,64 €	2.735,79 €	2.791,93 €	2.756,03 €	2.786,93 €	2.766,58 €
Nordrhein-Westfalen	2.734,30 €	2.679,80 €	2.740,95 €	2.687,23 €	2.736,22 €	2.687,99 €
Rheinland-Pfalz	2.928,10 €	2.888,10 €	2.959,53 €	2.956,53 €	2.959,53 €	2.956,53 €
Saarland	2.930,00 €	2.923,02 €	2.935,00 €	2.902,82 €	2.935,00 €	2.934,05 €
Sachsen	2.704,68 €	2.654,68 €	2.727,61 €	2.711,18 €	2.753,63 €	2.736,63 €
Sachsen-Anhalt	2.744,19 €	2.620,30 €	2.780,00 €	2.730,00 €	2.780,00 €	2.750,00 €
Schleswig-Holstein	2.649,63 €	2.619,63 €	2.666,10 €	2.653,10 €	2.673,00 €	2.666,00 €
Thüringen	2.729,60 €	2.624,98 €	2.730,00 €	2.722,50 €	2.743,00 €	2.731,00 €

Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2007

Auswirkungen der Konvergenz

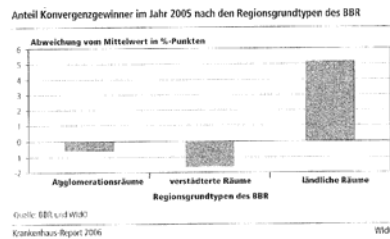
Konvergenzgewinner/ -verlierer auf der Bundesebene (2) 60% der Krankenhäuser Konvergenzgewinner [2006]



AOK-Bundesverband, 2007

Auswirkungen der Konvergenz

Konvergenzgewinner/ -verlierer auf der Bundesebene (3) Konvergenzvorteile kleiner und ländlicher Krankenhäuser [2005]

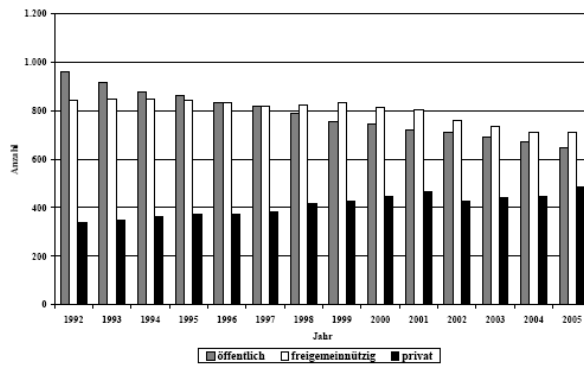


Krankenhaus-Report 2006

Auswirkungen der Konvergenz

Veränderung der Trägerstruktur

Zunahme privater zulasten kommunaler Krankenhausträger

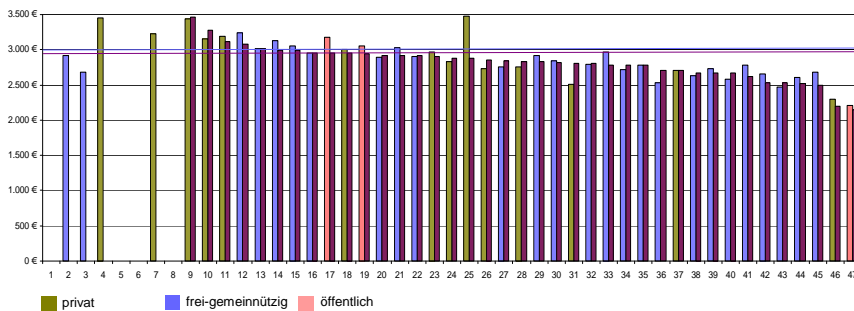


Sachverständigenrat Gesundheitswesen, 2007

Auswirkungen der Konvergenz

Konvergenzgewinner/ -verlierer im Land Berlin

Große Spanne der individuellen Basisfallwerte [2005/ 06]



- Abweichung vom Landesbasisfallwert:**
 über Landesbasisfallwert 29 in 2005, 29 in 2006,
 unter Landesbasisfallwert 13 in 2005, 8 in 2006

Erosion der öffentlichen Investitionskostenförderung



Öffentliche Investitionskostenförderung insgesamt (1) Verringerung des Fördervolumens um 26% [2005 ggü. 1991]

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
RW	325,80	323,65	339,29	353,35	348,85	336,12	336,23	327,89	325,95	336,43	338,99	312,70	331,70	322,30	281,20
BAY	664,68	664,68	664,68	664,68	614,57	634,00	592,79	633,49	613,55	613,55	613,55	613,55	501,55	452,55	452,55
BR	210,50	241,79	252,48	202,88	229,77	181,51	161,77	166,53	165,15	165,15	165,20	161,66	128,37	127,04	113,61
HB	37,17	43,10	34,67	33,69	33,44	38,81	34,87	35,74	30,06	36,15	27,97	32,99	33,58	34,10	34,24
HH	70,05	74,34	69,23	60,95	85,90	85,82	90,09	95,17	96,23	86,72	100,95	61,74	64,51	70,73	86,83
HE	182,02	184,58	194,29	194,80	199,40	208,61	212,19	219,86	219,86	208,35	203,24	203,25	159,95	230,10	247,35
NIW	121,99	114,84	120,82	119,23	148,73	149,45	146,49	143,16	117,65	130,38	125,78	118,70	121,99	127,80	82,00
NIE	207,92	217,61	222,62	225,53	221,44	216,38	224,00	229,67	249,31	235,81	229,47	185,00	185,45	87,39	97,27
NRW	649,44	659,87	641,88	609,49	571,93	543,71	534,04	493,27	470,49	469,67	454,56	494,10	482,10	495,82	485,82
RP	133,65	139,12	138,92	137,23	138,00	141,63	143,83	143,83	143,83	143,83	143,83	138,80	118,80	118,80	120,30
SAAR	39,63	42,33	27,97	31,60	38,35	39,42	38,96	39,16	38,86	43,56	43,10	40,90	38,34	38,18	23,40
SA	306,78	353,81	340,52	281,21	270,88	295,07	293,38	290,62	299,67	299,67	298,75	298,70	184,25	164,25	166,50
SAA	173,84	200,68	284,64	210,81	219,55	231,62	216,33	204,57	191,89	172,46	190,51	174,32	170,36	172,51	179,40
SH	69,02	76,08	67,29	59,82	66,01	78,69	74,55	80,58	86,10	86,68	77,21	48,50	84,32	86,40	83,49
TH	129,00	171,79	171,79	195,21	209,12	228,19	212,54	214,90	212,85	207,48	189,54	167,58	133,90	134,08	127,10
ABL**	2.698,85	2.741,54	2.739,38	2.856,85	2.677,99	2.618,85	2.482,64	2.474,50	2.434,27	2.403,17	2.417,92	2.311,19	2.110,16	2.071,05	2.027,42
NBL	942,11	1.082,91	1.170,25	1.009,34	1.077,85	1.085,84	1.030,51	1.019,78	987,21	975,14	969,79	920,96	738,67	715,69	668,61

* Bis 1993 nur Berlin-West ABL inkl. Berlin

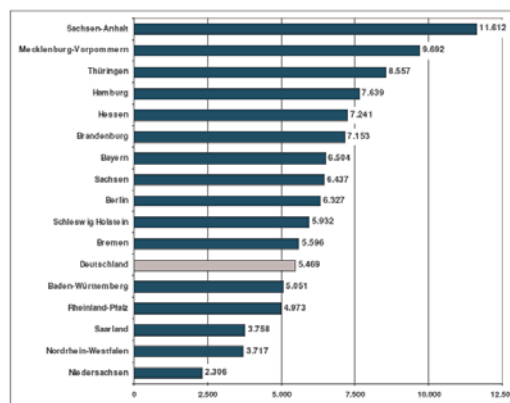
Die Ansätze basieren auf den jeweiligen, öffentlich zugänglichen, jährlichen Haushaltsansätzen der Länder (ohne Verpflichtungsermächtigungen für die Folgejahre); nicht berücksichtigt wurden: 1. Die Investitionsmittel der Hochschulkliniken 2. Die Investitionsmittel der Vertragskrankenhäuser 3. Die Eigenmittel der Plankrankenhäuser 4. Die Mittel zur Restfinanzierung noch nicht ausfinanzierter Maßnahmen 5. Die Finanzierung von Zins und Tilgung noch offener Darlehensbeträge

Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2007

Erosion der öffentlichen Investitionskostenförderung



Öffentliche Investitionskostenförderung insgesamt (2) Ungleiche Förderbeträge je Bett nach Bundesländern [2005]



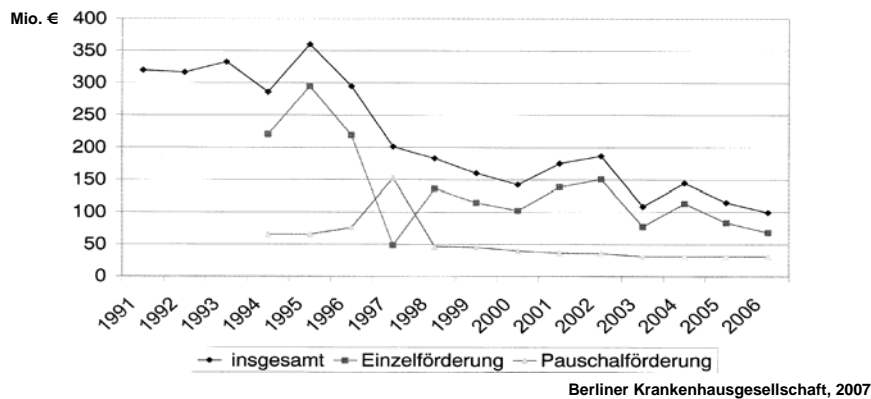
* Voll- und teilstationäre Betten/Plätze in nach § 108 Abs. 2 KHG zugelassenen Krankenhäusern, Stand: 01.01.2005.

Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2007

Erosion der öffentlichen Investitionskostenförderung

Öffentliche Investitionskostenförderung in Berlin

Erheblicher Rückgang der Einzelförderung [2006 ggü. 1991]



Handlungsbedarf

Ordnungspolitischer Rahmen ab 2009

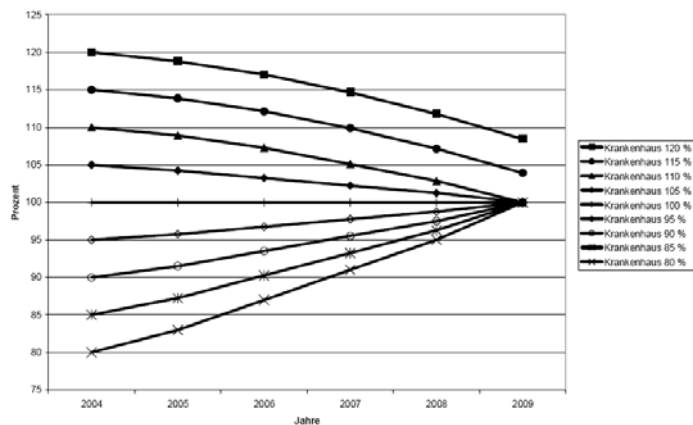
Anlass für eine Neugestaltung

- **Überprüfung des Systems der Krankenhausfinanzierung:**
Vereinbarung im Koalitionsvertrag, nach Ablauf der Konvergenz in 2008 den ordnungspolitischen Rahmen neu zu gestalten
- **Konvergenz nach 2009 erforderlich:**
Abweichung mehr als 11,1% zu Beginn der Konvergenz – keine Erreichung des Landesbasisfallwerts in 2009, Anschlussregelung erforderlich
- **Handlungsbedarf bezüglich weiterer Themen:**
 - Krankenhausplanung,
 - DRG-System/ Landes- oder Bundesbasisfallwert,
 - Investitionskostenfinanzierung

Handlungsbedarf

Konvergenz nach 2009 erforderlich

Nicht alle Krankenhäuser erreichen den Landesbasisfallwert



AOK-Bundesverband, 2007

Reformvorschläge

Position des Bundesgesundheitsministeriums

Übergang zum Höchstpreissystem

- **Krankenhausplanung:**
Rahmenplanung: Sicherstellung der stationären Daseinsvorsorge, Zulassung der Plankrankenhäuser zur Versorgung unverändert, kein Kontrahierungszwang für Elektivleistungen (Bundes-Katalog)
- **DRG-System/ Landes- oder Bundesbasisfallwert:**
Fallpauschalen als Fest- bzw. Höchstpreissystem, Bundesbasisfallwert, Selektivverträge für elektive und hochstandardisierbare Leistungen, Höchstpreissystem: freiwillige Rabattangebote der Leistungserbringer, nicht schiedsstellenfähig, keine Mehr- und Mindererlösausgleiche
- **Investitionskostenfinanzierung:**
Übergang zur monistische Finanzierung binnen 10 bis 15 Jahren, gekoppelt an DRGs, bundeseinheitliche Investitionspauschalen

Position des Sachverständigenrats Gradueller Übergang zum Höchstpreissystem

- **Krankenhausplanung:**
„Gewährleistungsstaat“: Krankenhaus-Rahmenplanung
- Zulassung von Krankenhäusern zur Versorgung,
- Monitoring von Kapazität und Qualität,
- Regulierung bei drohender Unterversorgung (Sicherstellungszuschläge)
- **DRG-System/ Landes- oder Bundesbasisfallwert:**
Fallpauschalen als Fest- bzw. Höchstpreissystem, Landesbasisfallwert, Selektivverträge für ausgewählte Elektivleistungen der Grundversorgung, Orientierung am niederländischen Modell, etwa 10% der Fallpauschalen, Höchstpreissystem: freiwillige Rabattangebote der Leistungserbringer
- **Investitionskostenfinanzierung:**
Monistische Finanzierung, gekoppelt an DRGs, funktionale Zuschläge

Position der Gesundheitsministerkonferenz Mehrheitliche Vorbehalte gegen Höchstpreissystem

- **Krankenhausplanung:**
Mehrheitliche Vorbehalte gegen eine Zuständigkeitseinschränkung, Beibehaltung der Bedarfsermittlung und detaillierten Planung
- **DRG-System/ Landes- oder Bundesbasisfallwert:**
Beibehaltung der Fallpauschalen als Festpreissystem, kontroverse Positionen zu Bundes- oder Landesbasisfallwert, mehrheitliche Vorbehalte gegen Selektivverträge für Elektivleistungen
- **Investitionskostenfinanzierung:**
Beibehaltung der dualen Finanzierung, mehrheitliche Ablehnung eines Gesundheitsfonds aus Landesmitteln

Reformvorschläge

Position der AOK

Konsequentes Einkaufsmodell und Rabattwettbewerb

- **Landesplanung:**
Sicherstellung der Notfallversorgung (Sicherstellungszuschläge),
Mengen- und Qualitätsüberwachung („Verbraucherschutzbehörde“),
Aufhebung des Kontrahierungszwangs außerhalb der Notfallversorgung
- **DRG-System/ Landes- oder Bundesbasisfallwert:**
Kollektivverträge nur für „notfallähnliche“ Leistungen (Einlieferung RTW),
Selektivverträge für sämtliche elektiven und ambulanten Leistungen,
Ausschreibung von Leistungspaketen in Bieterverfahren: Rabattangebote,
Festlegung von Mindestleistungsmengen durch Gemeinsamen BA,
kollektivvertragliche Regelungen, sofern keine Selektivverträge entstehen
- **Investitionskostenfinanzierung:**
Öffentlichen Investitionskostenförderung nur für die Notfallversorgung

Reformvorschläge

Position des VdAK

Partielles Einkaufsmodell und flexiblere Versorgungsverträge

- **Landesplanung:**
Bedarfsorientierte Rahmenplanung: Qualitäts- und Strukturanforderungen,
Mengenregulierung über flexible Budgetierung
- **DRG-System/ Landes- oder Bundesbasisfallwert:**
Kollektivverträge für stationäre Kernleistungen gemäß §108 SGB V,
Berücksichtigung der Fallzahlenentwicklung auf Landesebene,
dynamischer Erlösrahmen mit Mehr-/ Mindererlösausgleichen,
kassenindividuell verhandelte ergänzende/ substitutive Leistungen,
z.B. an der Schnittstelle ambulanter und stationärer Versorgung
- **Investitionskostenfinanzierung:**
Beibehaltung der dualen Finanzierung,
solange der Investitionsstau nicht aufgelöst ist

Reformvorschläge

Position des BDPK

Dynamische Mengenanpassung und Monistik

- **Landesplanung:**
Bedarfsorientierte Rahmenplanung,
ohne Mindestmengenvorgabe, Betten- und Mengebeschränkung,
keine wettbewerbsrechtlichen Fusionsbeschränkungen
- **DRG-System/ Landes- oder Bundesbasisfallwert:**
Kollektivverträgen für sämtliche stationären Leistungen,
Festpreissystem mit Landesbasisfallwerten,
spätere Öffnung für Preisvereinbarungen vorstellbar
- **Investitionskostenfinanzierung:**
„Regionale Monistik“ über Gesundheitsfonds, gekoppelt an DRGs,
zunächst Investitionsbedarf-Landesbasisfallwert,
später spezifische DRG-Investitionsanteile gemäß Trägerrechnung

Bewertung der Reformvorschläge aus Sicht der DGK/ BKG

Potenzielle Verteilungswirkung eines Bundesbasisfallwerts

Fiktiver Bundesbasisfallwert 2.766 EUR [gew. Ø LBFW 2007]

Konvergenzverlierer BFFW	TEUR	Konvergenzgewinner BFFW	TEUR
Berlin	-120.495	Nordrhein-Westfalen	277.775
Rheinland-Pfalz	-109.560	Schleswig-Holstein	50.062
Baden-Württemberg	-74.325	Mecklenburg-Vorpommern	36.610
Bayern	-48.005	Sachsen	26.388
Saarland	-38.372	Thüringen	22.564
Hamburg	-25.746	Brandenburg	22.497
Bremen	-15.927	Sachsen-Anhalt	8.679
Hessen	-11.374		
Niedersachsen	-771		

nach Verband der Angestellten-Krankenkassen, 2007



Einkaufsmodell und Rabattwettbewerb

Gefährdung qualitativer und flächendeckender Versorgung

- **Wettbewerb um Qualität:**
Wettbewerb soll sich an Qualität, nicht an Preisen entscheiden –
Rabattwettbewerb bewirkt eine Konzentration von Ressourcen,
starre, monopolartige Strukturen aufgrund der Marktbereinigung
- **Planungssicherheit durch Festpreissystem:**
Beibehaltung von Kollektivverträgen, prospektive Budgetvereinbarungen,
schiedsstellenfähige Mengenvereinbarungen je Krankenhaus,
Mehr-/ Mindererlösausgleiche, abweichende Vereinbarungen möglich
- **Vermeidung von Bürokratie und Rechtsunsicherheit:**
Enormer Aufwand zur Erstellung von Leistungsbeschreibungen,
kaum mögliche Abgrenzung zwischen Kollektiv- und Selektivverträgen,
rechtliche Risiken bei Bieterverfahren



Krankenhaus-Rahmenplanung

Beschränkung auf Gewährleistung der Versorgung

- **Öffentlicher Sicherstellungsauftrag:**
Zulassung zur Leistungserbringung gemäß §108 SGB V,
Leistungsangebot entsprechend Versorgungsvertrag gemäß §109 SGB V,
Festlegung von Standorten und medizinischen Fachgebieten,
Vermeidung von Unterversorgung, keine Leistungsbeschränkung
- **Planungssichere öffentliche Investitionskostenfinanzierung:**
Vorläufige Beibehaltung der dualen Finanzierung,
Verfahrensvereinfachung durch vermehrte Pauschalierung,
freie Entscheidung über Verwendungsart und -zeitpunkt
- **Vorläufige Beibehaltung von Landesbasisfallwerten:**
Berücksichtigung regionaler Versorgungsstrukturen,
prekäre Umverteilungswirkung bei Umstellung auf Bundesbasisfallwert



Anreize zur Strukturentwicklung

Beibehaltung krankenhausesindividueller Budgetvereinbarungen

- **Stärkung der Transparenz:**
Verpflichtung zur Qualitätsberichtserstattung, freiwillige Initiativen,
Beispiel: Qualitätssicherung mit Routinedaten (QRS)
- **Stärkung der Patientensouveränität:**
Erhaltung der Wahlmöglichkeit von Patienten als Wettbewerbselement,
Angebot (nicht-) medizinischer Zusatzleistungen für Selbstzahler,
Krankenhausindividuelle Preisgestaltung
- **Entwicklung zum Integrierten Gesundheitszentrum:**
Aufhebung der sektoralen Trennung,
Erweiterung zur ambulanten Behandlung, insbesondere nachstationär,
Entwicklung zum Integrierten Gesundheitszentrum,
patientengerechter Steuerung der Behandlungsabläufe



Bedeutung teilstationärer/ ambulanter Leistungen

Zunehmender Anteil am Gesamterlös

- **Teilstationäre Leistungen** (§39 SGB V)
- **MVZ** (§95 Abs. 2 SGB V)
- **Vor- und nachstationäre Behandlung** (§115a SGB V)
- **Ambulantes Operieren** (§115b SGB V)
- **Ermächtigungen** (§116 SGB V)
- **Hochspezialisierte Leistungen** (§116b SGB V)
- **Psychiatrische Institutsambulanzen** (§118 SGB V)
- **Disease Management-Programme** (§137 f SGB V)
- **Integrierte Versorgung** (§140a-f SGB V)



Konkurrenz der „doppelten Facharztschiene“ Bestimmungsverfahren für Erbringung von §116b-Leistungen

- **Weitere Öffnung für ambulante Leistungserbringung:**
GKV-WSG (§116b SGB V) definiert ambulanten Leistungsbereich:
hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen,
Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen
(z.B. HIV/ AIDS, schwere Herzinsuffizienz, Multiple Sklerose)
- **Beschränkung der Bestimmung durch Beteiligungsverfahren:**
Bestimmung „geeigneter Krankenhäuser“ durch Beteiligungsverfahren:
„Eine einvernehmliche Bestimmung mit den an der
Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten ist anzustreben.“ –
Interessengegensätze werden im Bestimmungsverfahren manifest
- **Lösung durch gesundheitspolitische Entscheidung –
nicht durch Konsens**