

Berlin  Senatsverwaltung
für Gesundheit, Umwelt
und Verbraucherschutz
GESUNDHEIT


Wie soll alles werden ?

Krankenhausplan 2010-2015, Investitionsmittelvergabe und Landeskrankenhausgesetz in Berlin

Berliner Krankenhausseminar am 4. November 2009


Dr. Benjamin-Immanuel Hoff
Staatssekretär für Gesundheit, Umwelt
und Verbraucherschutz

1

Berlin 


- Inhalt**
- Ausgangslage
- Krankenhausplan 2010 - 2015
- Krankenhausinvestitionen

Dr. Benjamin-Immanuel Hoff 2

Berlin 


- Inhalt
- Ausgangslage**
- Krankenhausplan 2010 - 2015
- Krankenhausinvestitionen

Dr. Benjamin-Immanuel Hoff **3**

Berlin 


- **Enorme Veränderungen in Berlins KH seit 1990**
 - Berlin hat mit den Mitteln der Krankenhausplanung und Krankenhausförderung seit 1991 einen bundesweit einmaligen Veränderungsprozess gestaltet
 - Ohne Qualitätseinbußen wurden die 1991 bestehenden 43.000 Krankenhausbetten auf rd. 20.600 Betten in den Plankrankenhäusern und im universitären Bereich zusammengefasst
 - Diese Entwicklung beruht auf einer gemeinsamen Kraftanstrengung von Land, Kostenträgern und Leistungserbringern

Dr. Benjamin-Immanuel Hoff **4**

Berlin 

- **Kraftanstrengung: „Berlin-Vereinbarung“ erfolgreich umgesetzt**
 - Vertragspartner: Land Berlin, Spitzenverbände GKV, GKV Berlin
 - Ziel: Beitragssatz der GKV Berlin soll max. 0,5% über bundesweitem durchschnittlichen Beitragssatz liegen
 - Ergebnisse:
 - Budgetreduzierungen 1998/1999 von 157 Mio. € bei städtischen Krankenhäusern
 - Standortkonzentrationen, Fusionen, Schließungen...
 - Budgetabsenkung 1995-2007 um 17,2% (-511 Mio. €)
 - Bundesweite keine vergleichbare, erfolgreiche Vereinbarung.


Dr. Benjamin-Immanuel Hoff **5**

Berlin 

- **Gravierende Veränderungen in der Trägerstruktur**
 - Gesetzlicher Auftrag: Trägerpluralität
 - Durch Trägerwechsel wurde Pluralitätsauftrag Rechnung getragen

Trägerstruktur	Anteil (%)
Öffentlich	43%
davon Charité	15%
davon Vivantes	28%
Freigemeinnützig	43%
Privat	14%

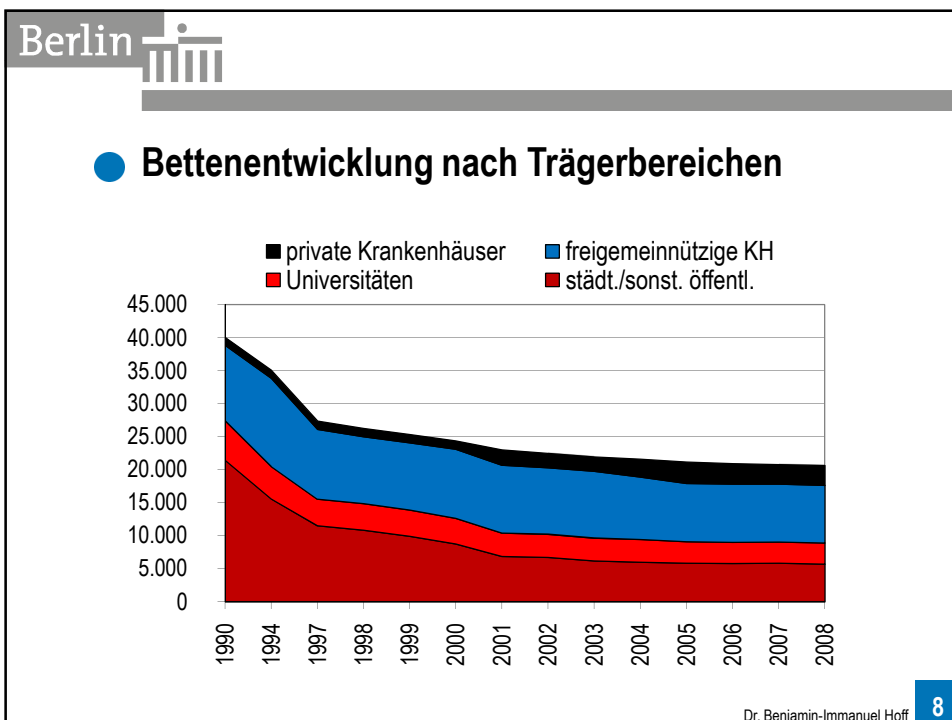
Dr. Benjamin-Immanuel Hoff **6**

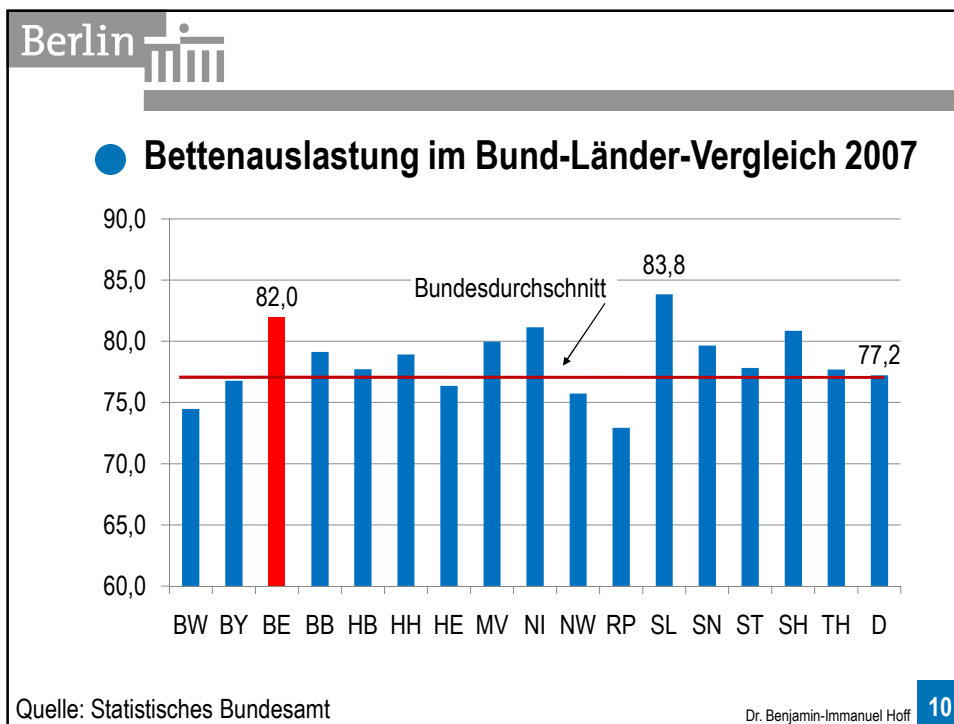
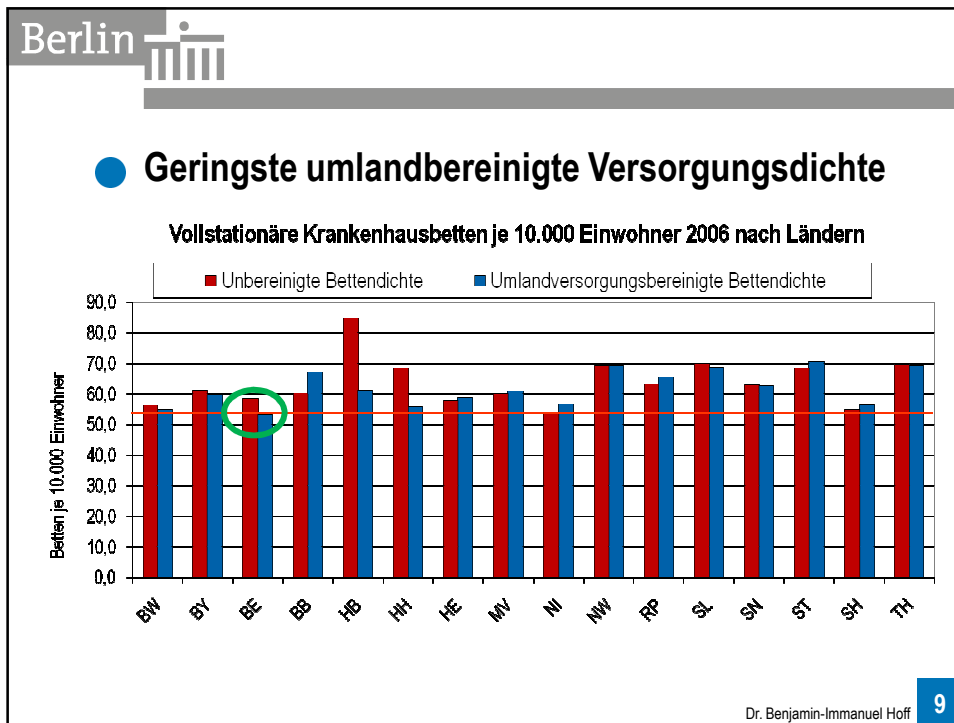
Berlin 

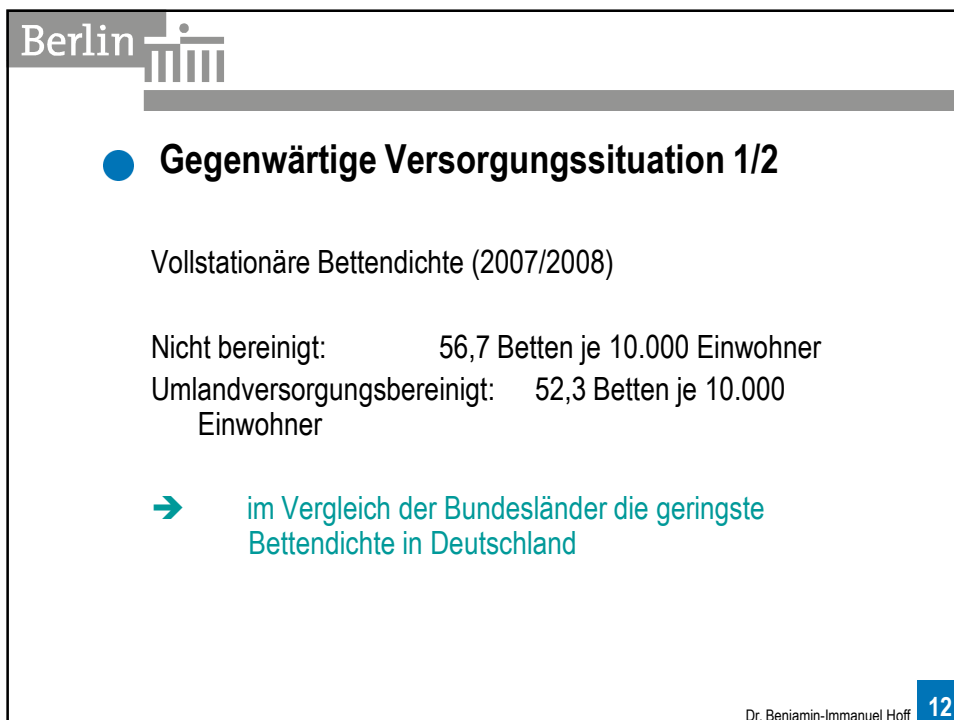
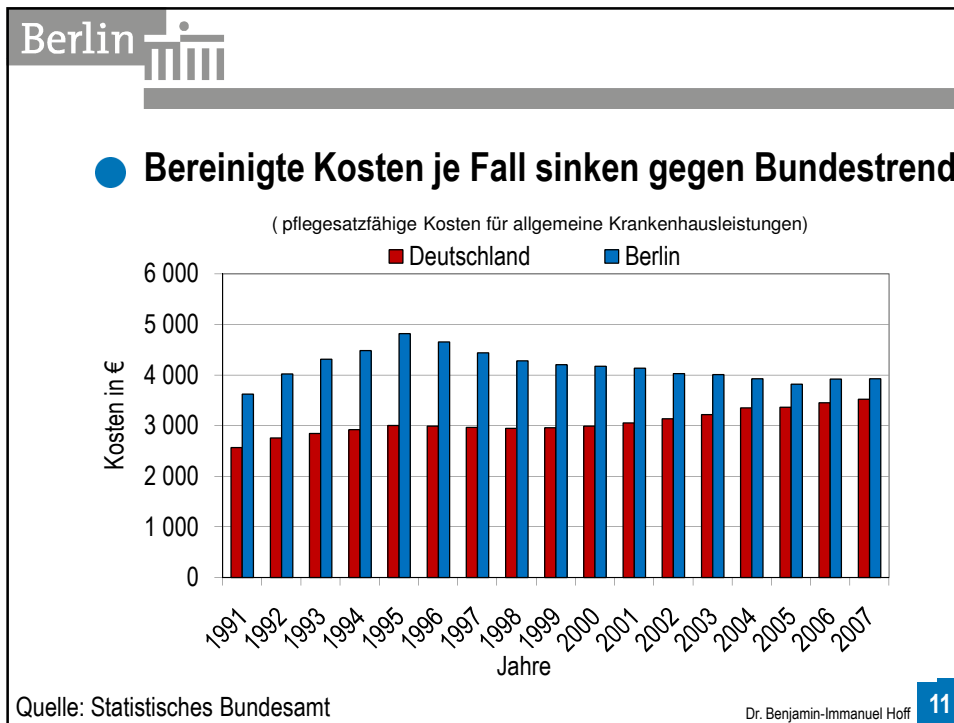
● Veränderungsdynamik


Land	Veränderung in Prozent von 1991 bis 2006						Differenz der Platz-ziffern	Rang 2006	Rang 2004
	Betten pro 100.000 Einwohner	Pflege tage pro 100.000 Einwohner	Fälle pro 100.000 Einwohner	Kosten in Euro pro Einwohner	Kosten in Euro pro Fall	Tote pro 100.000 Einwohner			
Berlin	-51,5	-54,2	11,7	20,3	7,6	-26,9	-46	1	1
Hamburg	-29,2	-39,4	0,4	20,2	19,8	-24,1	-30	2	2
Bremen	-24,6	-39,5	5,9	35,5	28,0	-13,7	-12	3	4
Niedersachsen	-26,6	-32,3	5,3	43,2	35,9	-9,8	-12	4	3
Nordrhein-Westfalen	-24,1	-34,2	9,6	35,1	23,3	-7,4	-7	5	7
Baden-Württemberg	-18,2	-29,6	3,0	39,0	33,9	-11,2	-6	6	5
Hessen	-21,2	-29,7	9,3	43,2	31,0	-13,2	-6	7	6
Schleswig-Holstein	-22,0	-29,4	5,8	44,8	36,9	-10,7	-3	8	13
Sachsen	-31,9	-29,3	43,4	138,7	66,4	-19,4	5	9	10
Rheinland-Pfalz	-17,5	-31,3	8,0	52,3	40,9	-9,2	6	10	8
Bayern	-19,9	-28,3	8,6	48,9	37,2	-9,9	8	11	12
Brandenburg	-32,7	-26,7	34,0	120,4	64,4	-15,6	9	12	9
Mecklenburg-Vorpom.	-27,7	-23,5	24,8	119,7	76,0	-10,1	11	13	11
Saarland	-20,6	-28,2	12,2	59,4	42,0	0,2	17	14	14
Sachsen-Anhalt	-25,3	-22,1	42,5	156,6	80,1	-11,8	32	15	16
Thüringen	-24,4	-19,4	43,4	146,8	74,4	-10,9	34	16	15
Deutschland	-25,3	-32,0	12,4	51,0	34,4	-12,1			

Darstellung Bruckenberger







Berlin 

● **Gegenwärtige Versorgungssituation 2/2**

Auslastung 2008:

Berlin (vollstationär):	82,0 %
• öffentliche Krankenhäuser:	86,2 %
• freigemeinnützige Krankenhäuser:	80,7 %
• private Krankenhäuser: (inkl. Nicht-Plankrankenhäuser)	71,8 %

Normauslastungen:

- 65% (Belegabteilungen),
- 75% (Pädiatrie)
- 80% (Abteilungen mit kurzer Verweildauer unter 5 Tage)
- 85% (übrige Abteilungen); 90% (Geriatric, Psych./Psychosom)

→ nahezu Vollauslastung

Dr. Benjamin-Immanuel Hoff **13**

Berlin 


Inhalt

Ausgangslage

Krankenhausplan 2010 - 2015


Krankenhausinvestitionen

Dr. Benjamin-Immanuel Hoff **14**

Berlin 

- **Rechtsgrundlagen 1/2**
 - Krankenhausplanung bleibt das wichtigste Instrument zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung
 - Rechtsfolgen der Aufnahme in den Krankenhausplan:
 - Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen
 - Anspruch auf öffentliche Investitionsförderung

Dr. Benjamin-Immanuel Hoff 15

Berlin 

- **Rechtsgrundlagen 2/2**
 - [Versorgungsauftrag eines Krankenhauses](#)
 - ergibt sich aus dem Krankenhausplan und den Feststellungsbescheiden zu seiner Umsetzung
 - wird im Rahmen der Budgetvereinbarungen näher bestimmt und mit einer Leistungskalkulation unterlegt
 - Konkretheit der Beschreibung der Aufgabenstellung im Krankenhausplan und Feststellungsbescheid beeinflusst Verhandlungs- und Gestaltungsspielräume

Dr. Benjamin-Immanuel Hoff 16

● Grundsätze des neuen KH-Plan

- Ausweis der Krankenhausstandorte mit ihrer Bettenkapazität
- Differenzierung nach Fachrichtungen
- Notfallversorgung: Ausweis von ausgewählten Subdisziplinen:
 - zur Sicherstellung der Notfallversorgung
 - zur Unterstützung der Leistungskonzentration in spezialisierten Versorgungsbereichen
- Berücksichtigung von Besonderheiten der Psychatrieplanung
- Leistungsgeschehen besser abbilden –Transparenzinformationen
 - u.a.: Notfallversorgung bei Herzinfarkt und Schlaganfall, Endoprothetik, chirurgische Eingriffe bei Kindern im Säuglingsalter)

Dr. Benjamin-Immanuel Hoff

17

● Bedarfsprognose zum neuen KH-Plan


Der demografisch bedingte Mehrbedarf an stationären Versorgungskapazitäten in fast allen Fachgebieten wird insgesamt nicht mehr durch bedarfsmindernde Einflüsse kompensiert.

→ Die bisherige Soll-Bettenzahl des derzeitigen KH-Plans 2006 von rund 20.300 Betten wird mit dem neuen KH-Plan 2010 deutlich angehoben.

→ Die Spielräume für eine weitere Verminderung der Bettenkapazität beschränken sich auf Einzelfälle.

Dr. Benjamin-Immanuel Hoff

18

Berlin 

- **Erste Aussagen zum neuen KH-Plan**
 - Kapazitätsveränderungen**


Neue Sollvorgabe: bei ca. 21.100 Betten/Plätze

 - ⇒ + 800 Betten (im Vergleich zu bisherigen Vorgaben)
 - + 300 Betten (im Vergleich zur Ist-Bettenzahl in Plankrankenhäusern)
 - ⇒ überproportionale Erhöhung im teilstationären Bereich

Vergleich Soll-Alt/Soll-Neu nach Fachabteilungen:

 - Absenkung der Bettenzahl: in keiner Fachrichtung
 - Beinah unveränderte Zahl: in 14 Fachrichtungen
 - Stärkere Erhöhung: in fünf Fachrichtungen (Geriatric, KJPsych, Psychiatrie, Neurochirurgie und Neurologie)

Dr. Benjamin-Immanuel Hoff **19**

Berlin 

- **Gestaltung der Planung 1/3**
 - Vergrößerung der Vorgaben im Krankenhausplan
Entwicklung der Planung in Richtung Rahmenplanung in fast allen Bundesländern, auch in Berlin
 - Bett bleibt (alternativlos) zentrales Kriterium für die Krankenhausplanung - Jedes Bett hat seinen „Wert“

Dr. Benjamin-Immanuel Hoff **20**

● Gestaltung der Planung 2/3

- **Planungsbehörde:** Wechselspiel zwischen staatlichem Steuerungsinteresse und Interessenlagen von Kostenträgern und Krankenhäusern
- **Unternehmensgrundlage:** betriebswirtschaftlich abgesicherten Unternehmenskonzepte
- **Krankenhausplanung**
 - sichert die (bedarfsgerechte) stationäre Versorgung der Bevölkerung,
 - verfolgt die finanzielle Sicherung der Krankenhäuser,
 - orientiert Planungsentscheidungen an der Gestaltung im Wettbewerb leistungsfähiger und handlungsfähiger Krankenhäuser

● Gestaltung der Planung 3/3: Neues LKG (Vorhaben)

LKG - Novelle, Entwurfsfassung

„Der Krankenhausplan ist ein Rahmenplan. Er beinhaltet Versorgungsziele, eine Bedarfsanalyse, Qualitätsanforderungen und krankenhausbetragene Festlegungen. Der Krankenhausplan kann durch medizinische Versorgungskonzepte sowie Informationen zum Leistungsgeschehen ergänzt werden ...“

„Der Krankenhausplan weist insbesondere die krankenhausbetragene Standorte mit Fachrichtungen, die standort- und abteilungsbezogene Gesamtzahl der Planbetten und die Notfallversorgung aus sowie die Ausbildungsstätten im Sinne des § 2 Nummer 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“

● Spezielle Versorgungsziele im neuen KH-Plan

- Bedarfsgerechte Versorgung von Unfall- und Notfallpatienten/-innen rund um die Uhr
- Sicherstellung der wohnortnahen Grundversorgung
- Unterstützung von Konzentrationsprozessen im Bereich der spezialisierten Krankenhausversorgung
- regionalisierte Sicherstellung der Pflichtversorgung im Bereich der Psychiatrie, integrierte psychiatrische Versorgung


● Umsetzung der Versorgungsziele im neuen KH-Plan

- Ausreichende Gesamtkapazität in der erforderlichen fachlichen Struktur (demografische Entwicklung)
- Verändertes zweistufiges Konzept zur Sicherstellung der Unfall- und Notfallversorgung (Notfallkrankenhäuser und Notfallzentren)
- Wettbewerb darf nicht zu Lasten der Qualität gehen (Verankerung von Qualitätsanforderungen)
- Wettbewerb erfordert Transparenz zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser

Berlin 


- **KH-Plan und Südwestregion**
 - Senat hat Strategiegruppe eingerichtet, mit dem Auftrag, in der Region Südwest für Charité und Vivantes ein Strukturkonzept in der Krankenhausversorgung zu entwickeln
 - Vorschläge bis Ende November 2009, Senatsentscheidung bis Ende Dezember vorgesehen
 - Ergebnisse werden im neuen Krankenhaus-Plan 2010 berücksichtigt (d.h. erst Senatsbefassung zum „Südwesten“, dann Senatsentscheidung zum Krankenhausplan 2010)

Dr. Benjamin-Immanuel Hoff **25**

Berlin 

- **KH-Plan und Transparenzdarstellungen**
 - Fast alle Krankenhäuser haben bereits einer Veröffentlichung auch der neuen Darstellungen zugestimmt
 - Einige Modifizierungen im Ergebnis der Abstimmung mit den Krankenhäusern wurden notwendig (z.B. Berücksichtigung von Leistungen im Rahmen der integrierten Versorgung)
 - Dank an die Krankenhäuser – Beitrag zu mehr Transparenz in der Berliner Krankenhausversorgung


Dr. Benjamin-Immanuel Hoff **26**

Berlin 

● KH-Planung – Weiteres Vorgehen


- Klärung noch offener Einzelfragen mit den Krankenhäusern
- Ergebnis der Diskussion „Südwesten“ einarbeiten
- Aufnahmevorschlag dem jeweiligen Krankenhaus schriftlich mitteilen
- Planentwurf erarbeiten
- Planentwurf an BKG (alle Krankenhäuser) und Krankenkassen
- Sitzung mit den unmittelbar Beteiligten und Erörterung im Krankenhausbeirat (Anstreben des Einvernehmens)
- Senatsvorlage / Mitzeichnungsverfahren
- Senatsbeschluss....

Dr. Benjamin-Immanuel Hoff **27**

Berlin 


- Inhalt
- Ausgangslage
- Krankenhausplan 2010 - 2015
- Krankenhausinvestitionen**

Dr. Benjamin-Immanuel Hoff **28**

Berlin 


- **Bund-Länder-Gesundheitspolitik im Wandel**
 - Deutliche Verschiebung der Zuständigkeiten von Bund und Ländern durch:
 - Gesundheitsfonds
 - Kassenartenübergreifende Fusionen (perspektivisch nur noch bundesunmittelbare GKV?)
 - Einwirkung von Bundesgesetzgeber und Bundesselbstverwaltung auf regionale Versorgungsstrukturen und örtliches Leistungsgeschehen
 - ↻ Neustrukturierung der Länderzuständigkeiten im Bereich der Ausgestaltung und Vereinbarung regionaler gesundheitlicher Versorgung und Kassenaufsicht ist erforderlich.

Dr. Benjamin-Immanuel Hoff **29**

Berlin 


- **DRG-Vergütungssystem in der „Echtphase“**
 - Krankenhäuser erhalten seit 2009 grundsätzlich landeseinheitliche Pauschalpreise für gleiche Leistungen
 - Das DRG-System
 - ist grundsätzlich akzeptiert
 - wird routinemäßig weiterentwickelt
 - erhöht Transparenz und ökonomische Vergleichbarkeit
 - initiierte politisch gewollten Konsolidierungsprozess (z.B. Prozessoptimierung, Konzentrationen, Kooperationen)
 - hat „by the way“ den Status der Patient/-innen verbessert

Dr. Benjamin-Immanuel Hoff **30**

Berlin 

- **Krankenhausfinanzierung – Bund-Länder-Debatte**
 - Ausgangsthese BMG: „Länder kommen ihren finanziellen Verpflichtungen nicht in ausreichendem Umfang nach“
 - Reform zur nachhaltigen, bedarfsorientierten und angemessenen Investitionsfinanzierung, d.h. auch Strukturanpassung und Spezialisierung
 - **Einigung zwischen Bund und Ländern**
 - Keine Umstellung auf eine monistische Finanzierung
 - Mittelfristig Umstellung auf leistungsorientierte Investitionspauschalen
 - Verzicht auf die gesetzliche Vorgabe einer Investitionsquote

Dr. Benjamin-Immanuel Hoff **31**

Berlin 

- **Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung § 10 KHG**
 - Einführung leistungsorientierter Investitionspauschalen ab 2012 (für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ab 2014)
 - Bis Ende 2009 sind Grundsätze und Kriterien für die Ermittlung eines Investitionsfallwertes auf Landesebene zu entwickeln
 - Die Investitionsfinanzierung der Hochschulkliniken ist zu berücksichtigen
 - Entwicklung und Kalkulation bundeseinheitlicher Investitionsbewertungsrelationen bis Ende 2010 respektive 2012 für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen
 - Wahlrecht der Länder zur Beibehaltung der Einzelförderung

Dr. Benjamin-Immanuel Hoff **32**

● Krankenhausfinanzierungsreformgesetz 2009

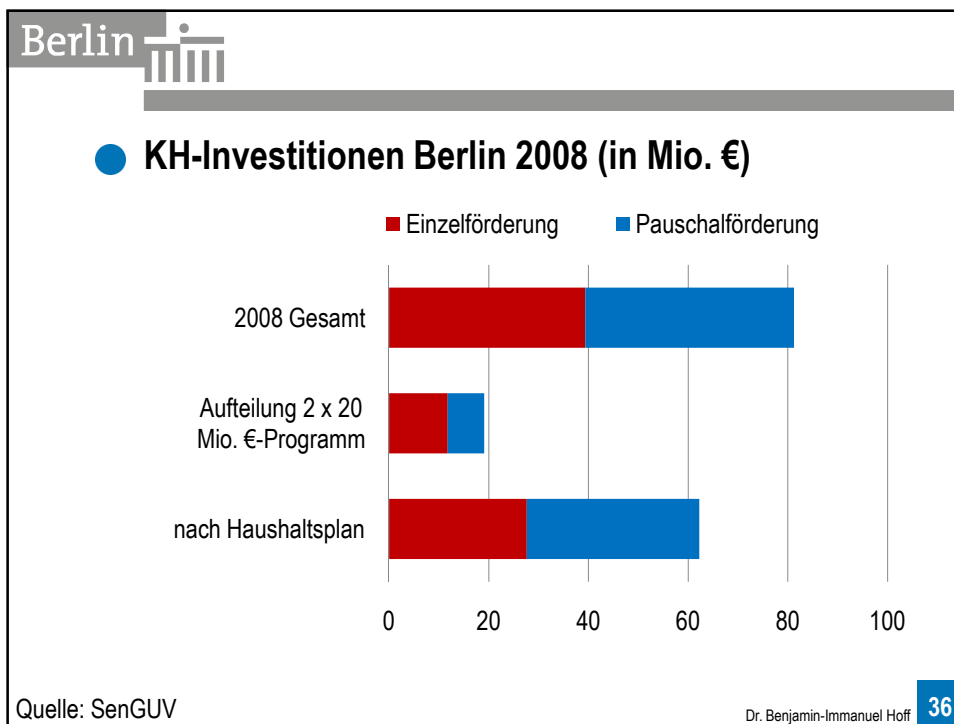
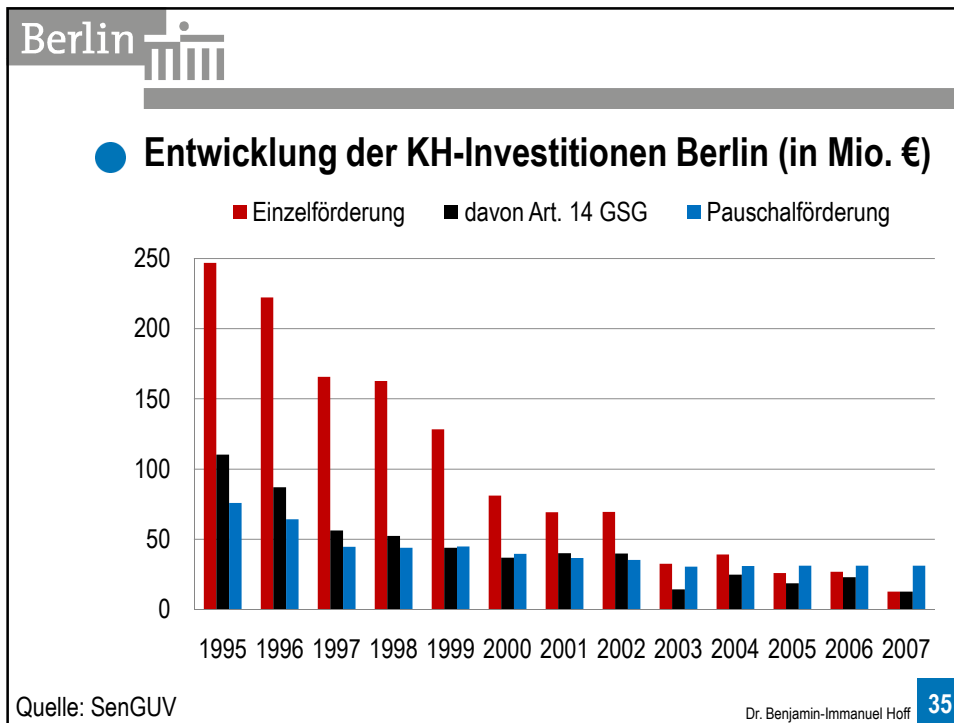
- Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung
§ 10 KHG
 - „...soll eine Investitionsförderung durch **leistungsorientierte Investitionspauschalen** ab dem 1. Januar 2012, für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ... ab dem 1. Januar 2014 ermöglicht werden.“
 - „... Das **Recht der Länder**, eigenständig ... zu entscheiden, bleibt **unberührt**.“
 - „Die Vertragsparteien auf Bundesebene ... vereinbaren bis zum 31. Dezember 2009 die Grundstrukturen ...“

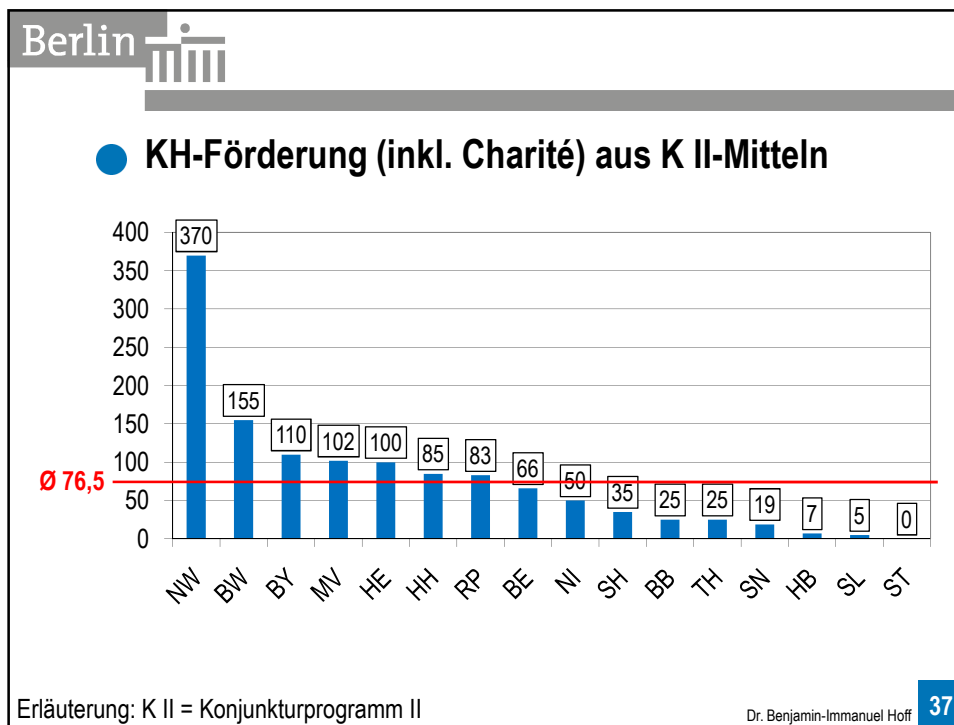
Dr. Benjamin-Immanuel Hoff


33

● Investitionsplanungsansätze 2009 – 2013

KHG-Förderung und Konjunkturpaket II	2009 in T€	2010 in T€	2011 in T€	2012 in T€	2013 in T€
Pauschalförderung nach § 8 LKG	33.310	33.744	34.185	34.631	0
Einführung von Leistungsorientierten Investitionszuschlägen	0	0	0	0	45.082
Einzelförderung/ <u>Fortsetzungsmaßnahmen</u>	39.532	18.697	18.800	14.500	4.315
Einzelförderung / <u>Neubeginner</u> ab 2011	0	0	3.000	9.000	8.900
Schuldendienst/ Darlehenprogramm	33.748	33.770	33.794	33.819	33.847
Nutzungsentgelte	2.647	2.272	2.281	2.310	2.319
Schließungs-/Umstellungskosten	525	200	0	0	0
Summe (ohne K II)	109.762	88.683	92.060	94.260	94.463
Konjunkturpaket II / Pauschalförderung	13.000	6.000	0	0	0
Konjunkturpaket II / Einzelförderung	12.000	23.000	0	0	0
Summe	134.762	117.683	92.060	94.260	94.463






Berlin 

● Nachweisprobleme des Investitionsstaus

- Auch 37 Jahre nach Einführung der dualen Finanzierung kein einheitlicher Begriff der Investitionsquote – Nachweisprobleme bei Investitionsstau

DKG	Investitionsquote I = IST-KHG-Investitionen im Verhältnis zu den gesamten Krankenhausaussgaben Investitionsquote II = IST-KHG-Investitionen im Verhältnis zu den Krankenhausaussgaben von GKV + PKV
DKI	Investitionsquote = Verhältnis der Investitionsmittel zu dem bestehenden Anlagevermögen der Krankenhäuser
Allg. BWL	Investitionsquote = Verhältnis von Investitionen * 100% / Umsatzerlöse
Allg. VWL	Investitionsquote = Verhältnis aus Bruttoanlageinvestitionen und BIP


Dr. Benjamin-Immanuel Hoff **38**

Berlin 

● **Nachweisprobleme des Investitionsstaus: Berlin**

Modell	Summe
Vereinfachte statistische Berechnung	142,9 Mio. €
Berechnung nach DKI / AfA-Werten	140-154 Mio. €
Wirtschaftliche Abschreibungswerte	228 Mio. €
Expertenkommission Baden-Württemberg	272 Mio. €


Dr. Benjamin-Immanuel Hoff **39**

Berlin 

● **Fördermittelfinanzierung in Abhängigkeit des Haushaltes**


- Haushaltsmittel zu niedrig – aber gesetzlicher Auftrag bleibt
- Notwendigkeit alternativer Finanzierungen; Kopplung mit privatem Kapital (PPP); schwierig in der Konstellation Krankenhaus, Land, Investor
- Eigenmittel, Kreditmittel
- Welche weiteren Finanzierungsquellen ???

Dr. Benjamin-Immanuel Hoff **40**

Berlin 

- **Ziel: Einführung einer Investitionszuschuss**
 - Bislang: separate Fördermittelgewährung
 - für Einzelbaumaßnahmen (mittel- und langfristige Anlagegüter),
 - als Pauschale (kurzfristige Anlagegüter),
 - für Nutzungsentgelte (Mietförderung)
 - **Künftig geplant: leistungsorientierter Zuschuss (Investitionszuschuss) für alle Investitionskosten**

Dr. Benjamin-Immanuel Hoff **41**

Berlin 

- **Ziele der Umstellung**
 - Mehr Verteilungsgerechtigkeit, Planungssicherheit und Wirtschaftlichkeit
 - Beschleunigung von Rationalisierungsinvestitionen zur Prozessoptimierung
 - Förderung von Krankenhausverbänden und Kooperationen
 - Anpassung an den Grundsatz „Geld folgt Leistung“
 - Reduzierung ministerieller Detailsteuerung

Dr. Benjamin-Immanuel Hoff **42**

● Änderungen in anderen Ländern:

- **NRW** hat ab 1.1.2008 eine Investitionspauschale eingeführt
- Im **Saarland** wurde ab Mai 2009 die Krankenhausförderung auf eine Pauschale umgestellt; die jährlichen Investitionssummen sind bis 2016 verbindlich festgelegt
- Weitere Länder prüfen eine Pauschalierung, gehen grundsätzlich von einer praktikablen Alternative zum bestehenden System aus
- **Konsequenz für Berlin:**
 - gesichertes, der Höhe nach werthaltiges Fördermittelvolumen
 - neben laufender Investitionspauschale ein zu definierender „Ansatz“ direkter Krankenhausstrukturförderung für „Einzelfälle“

● Krankenhausplanung - Investitionsförderung

- Krankenhausförderung im Umsetzung der Vorgaben der Krankenhausplanung nicht ohne inhaltliche Einflussnahme des Landes auf Krankenhausbaumaßnahmen (Strategische Investitionsplanung)
- Land muss aber nicht steuern w i e das Krankenhaus baut aber sagen, w a s das Krankenhaus mit öffentlichen Fördermitteln bauen darf
- Vorgaben auch bei Pauschalierung der Förderung: Bauplanung und Maßnahmenplanung der Krankenhäuser richten sich am Krankenhausplan, am Versorgungsauftrag und an den gesundheitspolitischen Zielvorstellungen des Landes aus

● Einführung einer Investitionspauschale

- transparente Mittelvergabe nach Leistungs- und Bedarfskriterien
- Entfallen von Fehlanreizen
- Vereinfachung von Verfahren
- Stärkung der Eigenverantwortung der Krankenhäuser
- Kontinuierlich zufließende Mittel - hohes Maß an Planungssicherheit
- Erhöhung der Flexibilität der Investitionstätigkeit (früher und freier in Gestaltung) - Ansparmöglichkeiten
- Erhöhung der Bonität des Unternehmens durch kontinuierlich zufließende Investitionsmittel

Aber: Haushaltsansätze müssen verlässlich sein!


Dr. Benjamin-Immanuel Hoff

● Gerechte Startchancen im Fall der Einführung

- durch unterschiedliche Förderungen in der Vergangenheit und aktuellem Investitionsbedarf kein homogener Bauzustand zum Einführungszeitpunkt
- Ermittlung von Kennzahlen zur „Förderhistorie“ auf der Basis der seit 1991 ausgezahlten Einzelfördermittel unter Berücksichtigung des jeweiligen Zahlungszeitpunktes und eines aktuellen Restwertes
- Berücksichtigung der unterschiedlichen „Förderhistorie“ in einem Übergangszeitraum von mehreren Jahren


Dr. Benjamin-Immanuel Hoff

46

Berlin 

- **Einzelförderung bleibt Instrument des Landes**
 - Gezielte Förderung von Investitionsmaßnahmen bei besonderem Landesinteresse zur Sicherstellung der stationären Versorgung oder zur Gefahrenabwehr
 - Regelungen hinsichtlich der Aufnahme der Maßnahme in das Investitionsprogramm würden entsprechend gelten

Dr. Benjamin-Immanuel Hoff **47**

Berlin 

- **Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit**

Dr. Benjamin-Immanuel Hoff **48**