

Anforderungen an die Rahmenbedingungen für Krankenhäuser aus Sicht des BDPK

Krankenhausgesellschaft Sachsen:

Krankenhausinvestitionen – ständige Herausforderungen

Thomas Bublitz
Hauptgeschäftsführer BDPK
Friedrichstr. 60, 10117 Berlin

www.bdpk.de

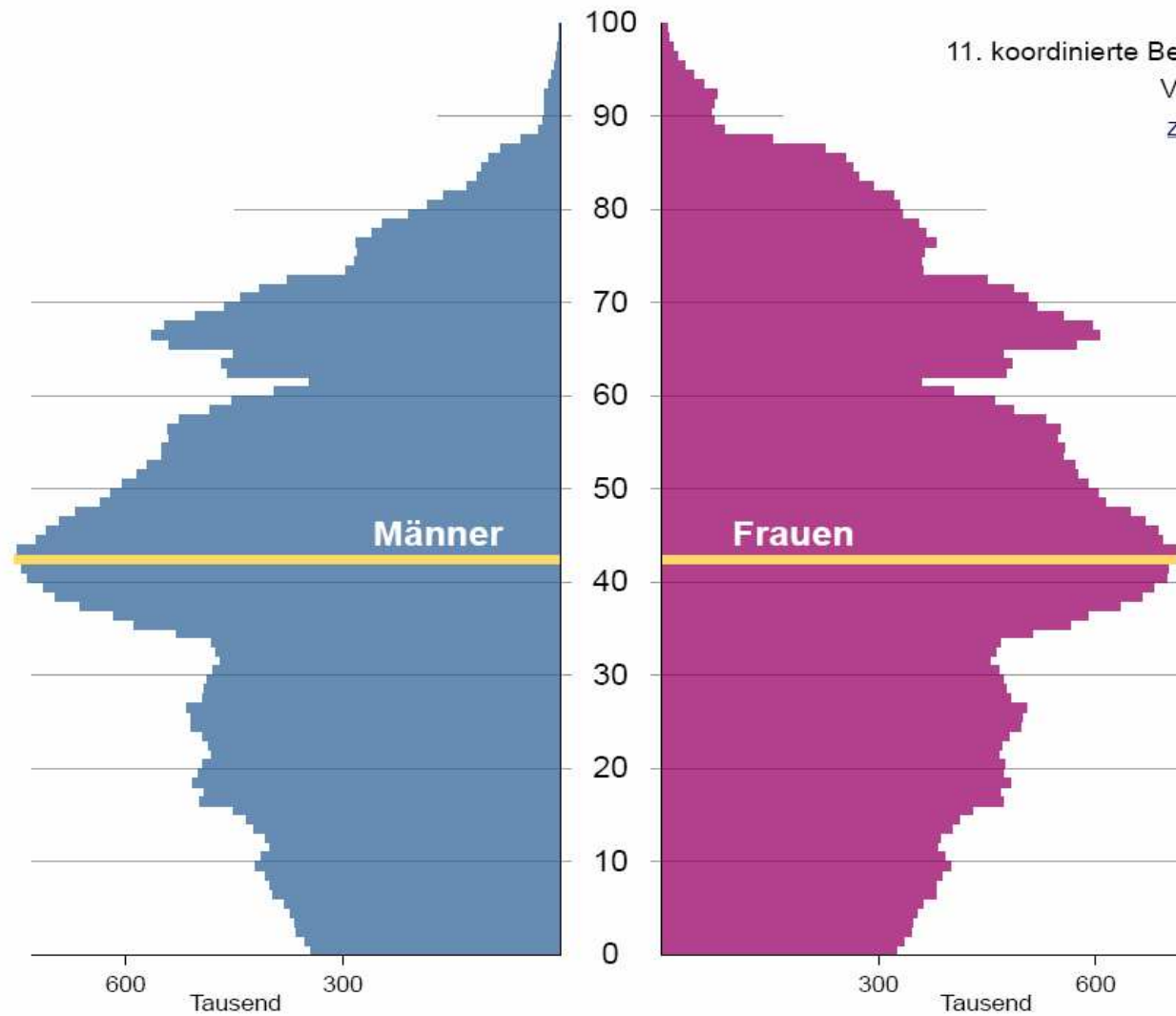
post@bdpk.de

BDPK seit über 50 Jahren

- **Interessenvertretung auf Bundes – / Landesebene für 600 Krankenhäuser in privater Trägerschaft**
 - Asklepios Kliniken GmbH
 - Helios Kliniken im Konzern der Fresenius AG
 - Rhön-Klinikum AG
 - SANA-Kliniken AG
 - ...
- **> 500 Reha-Kliniken in privater Trägerschaft**
- **Kliniken versorgen alle Versicherten!**
- **Mitglied der Deutschen Krankenhausgesellschaft**
- **Anhörungsrechte bei Gesetzgebung**
- **Gilt als gesundheitspolitisch reformwillig und -fähig**

Altersaufbau: 2006 Deutschland

11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung
Variante 1-W1
[Zu den Annahmen](#)



Insgesamt: 82.3 Mill.

2006

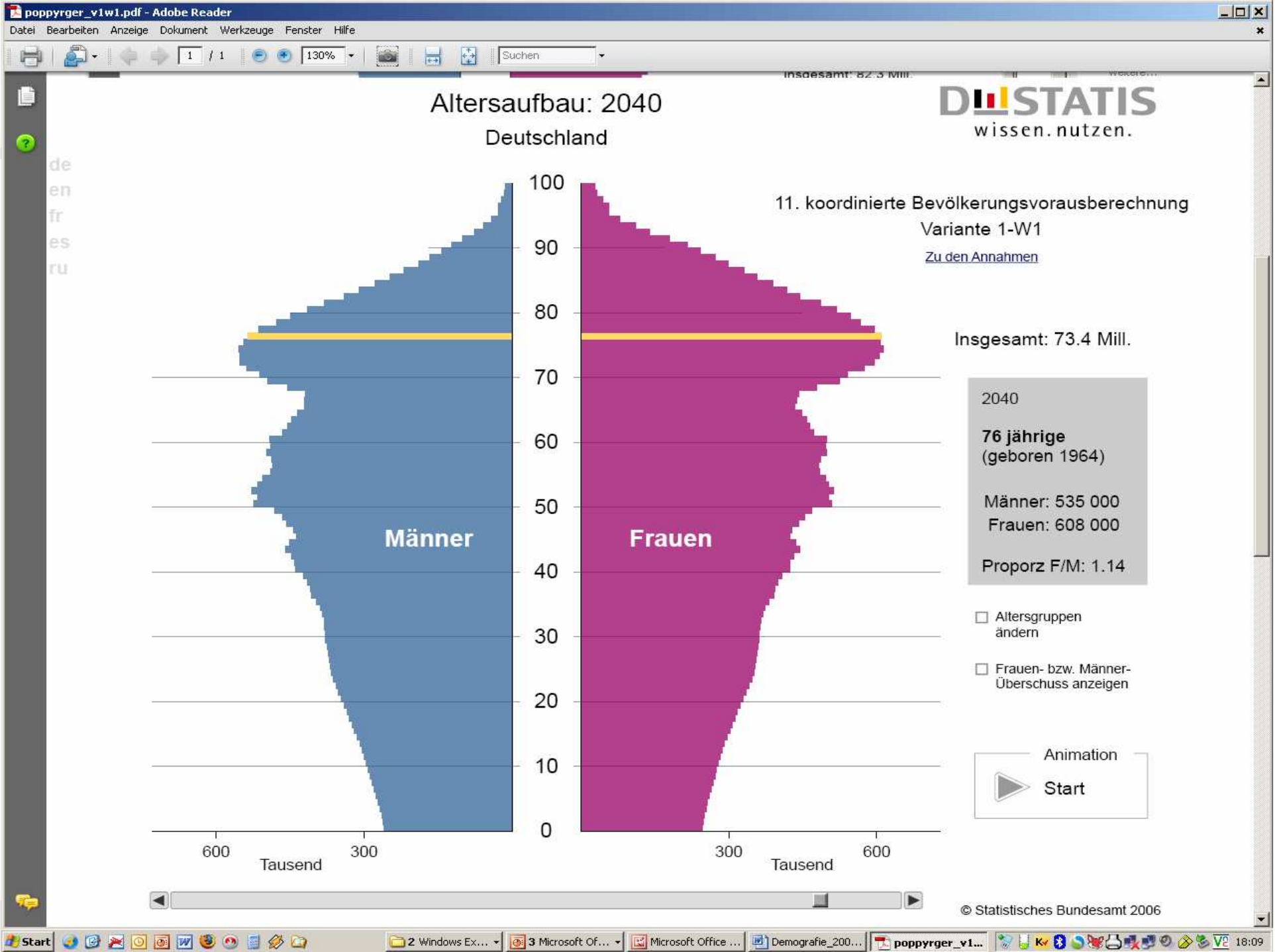
42 jährige
(geboren 1964)

Männer: 753 000
Frauen: 714 000

Proporz F/M: 0.95

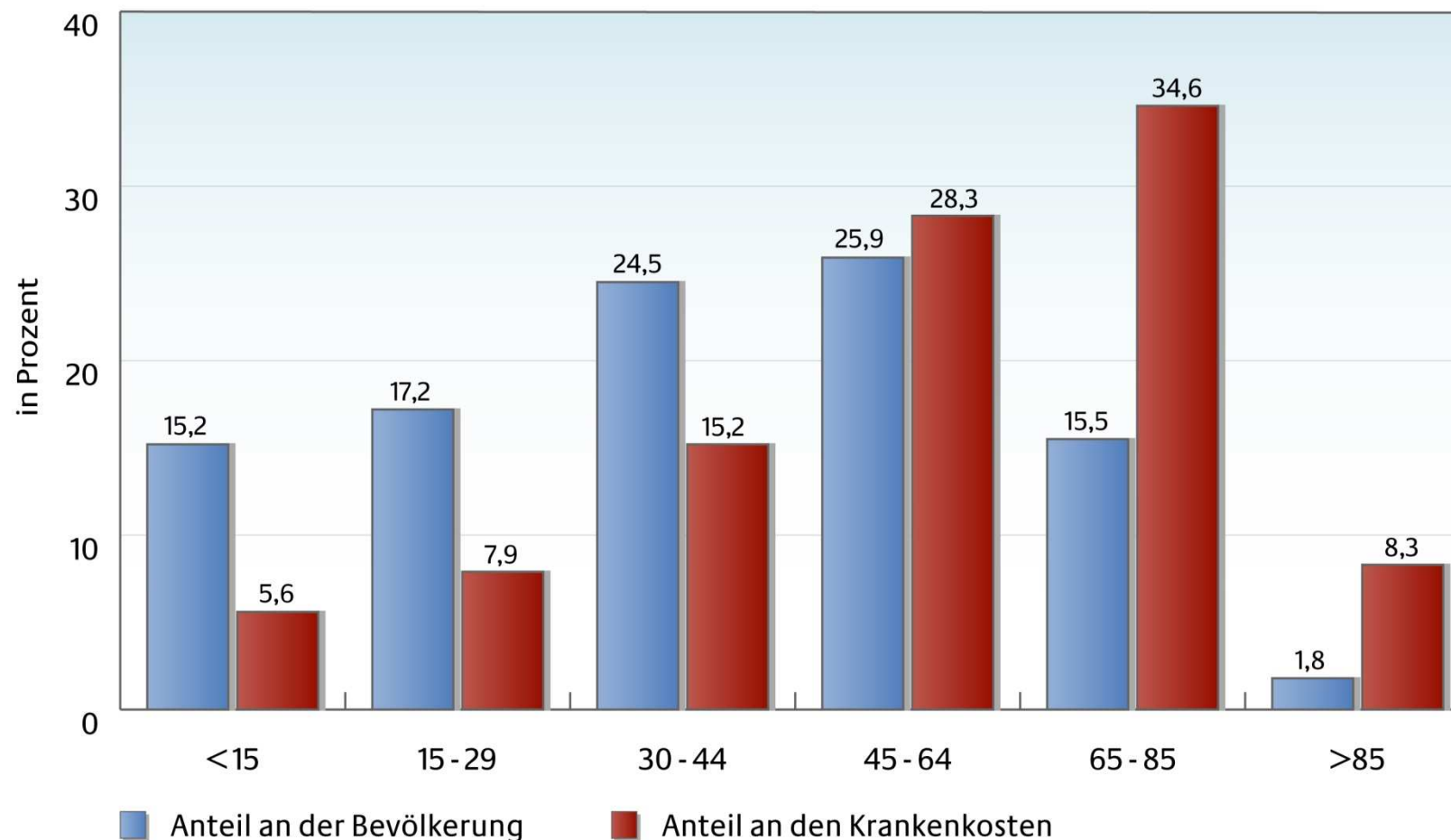
- Altersgruppen ändern
- Frauen- bzw. Männer-Überschuss anzeigen

Animation
Start



Krankheitskosten in Deutschland 2002

Durchschnittlicher Kostenanteil (pro Person nach Alter) in Prozent

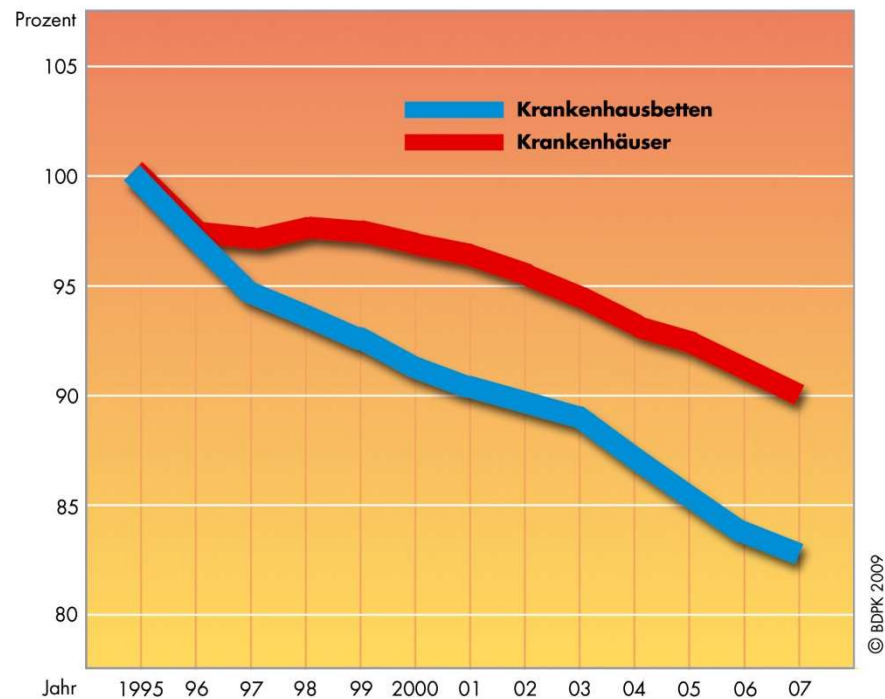


Im Jahr 2002 wurden in Deutschland insgesamt knapp 224 Milliarden Euro für die Behandlung von Krankheiten aufgewendet.

„Top-ten“ Krankenhauseinweisungen nach Diagnosekapiteln in Millionen Patienten:

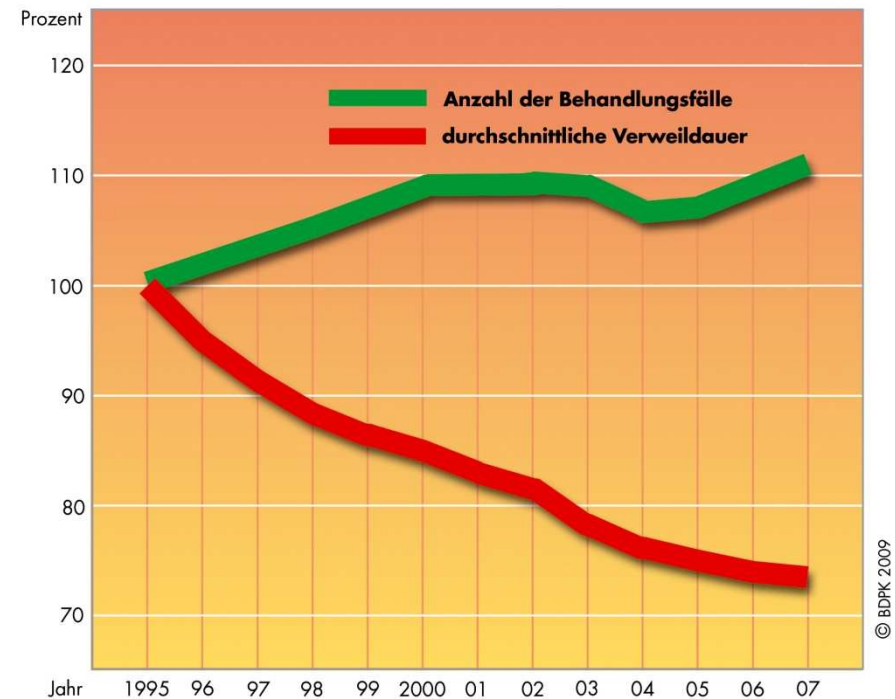
• <u>Krankheiten des Kreislaufsystems</u>	<u>2,75</u>
• <u>Bösartigen Neubildungen</u>	<u>1,92</u>
• <u>Krankheiten der Verdauung Systems</u>	<u>1,79</u>
• <u>Verletzungen, Vergiftungen etc.</u>	<u>1,72</u>
• <u>Muskel-Skelett-System, Bindegewebe</u>	<u>1,39</u>
• <u>Krankheiten des Urogenitalsystems</u>	<u>1,07</u>
• <u>Psychische und Verhaltensstörungen</u>	<u>0,99</u>
• <u>Krankheiten des Nervensystems</u>	<u>0,69</u>
• <u>Abnorme Symptome und klinische Befunde</u>	<u>0,55</u>
• <u>Endokrine, Ernährungs-und Stoffwechselkrankheiten</u>	<u>0,48</u>

Anzahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten



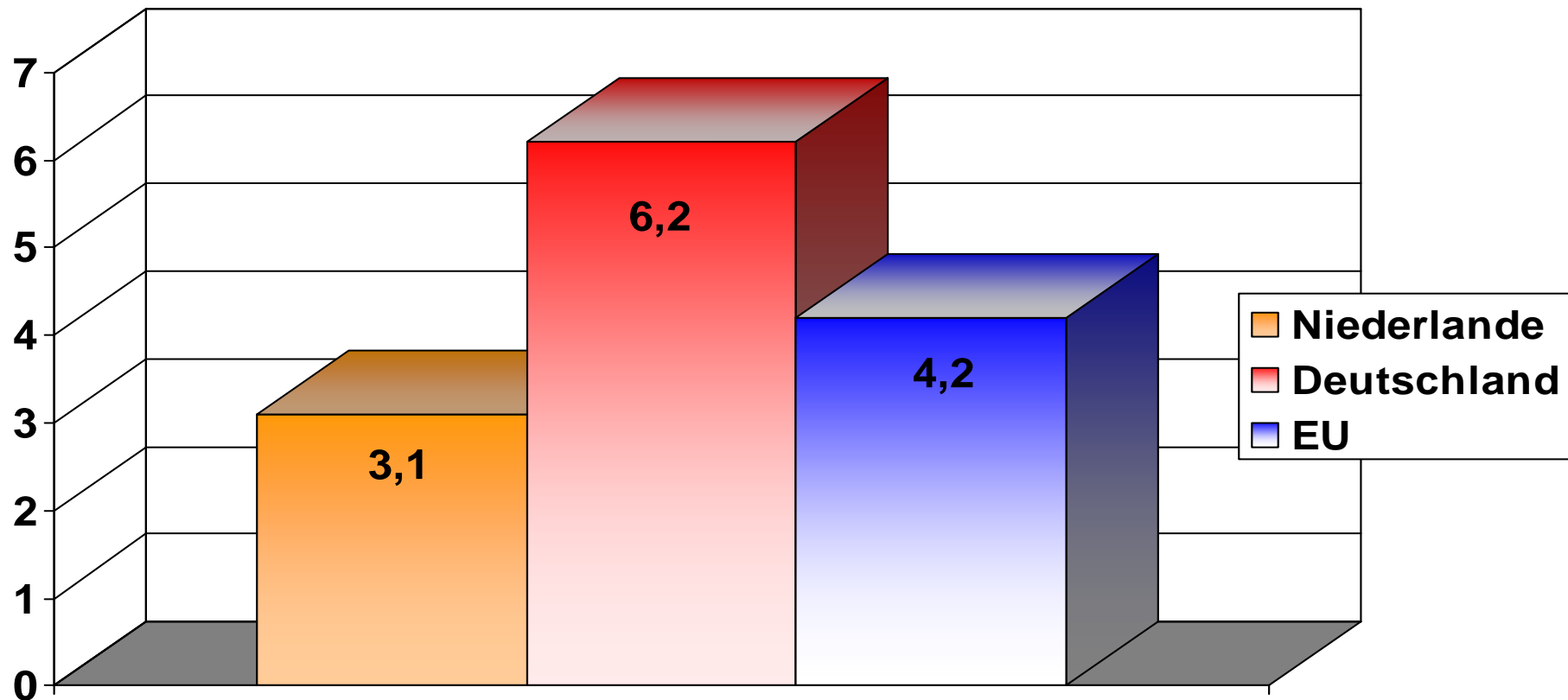
Jahr	Krankenhäuser Anzahl	Krankenhausbetten in 1.000
1995	2.325	609,1
2000	2.242	559,7
2006	2.104	510,8
2007	2.087	506,9

Behandlungsfälle und -dauer in Krankenhäusern



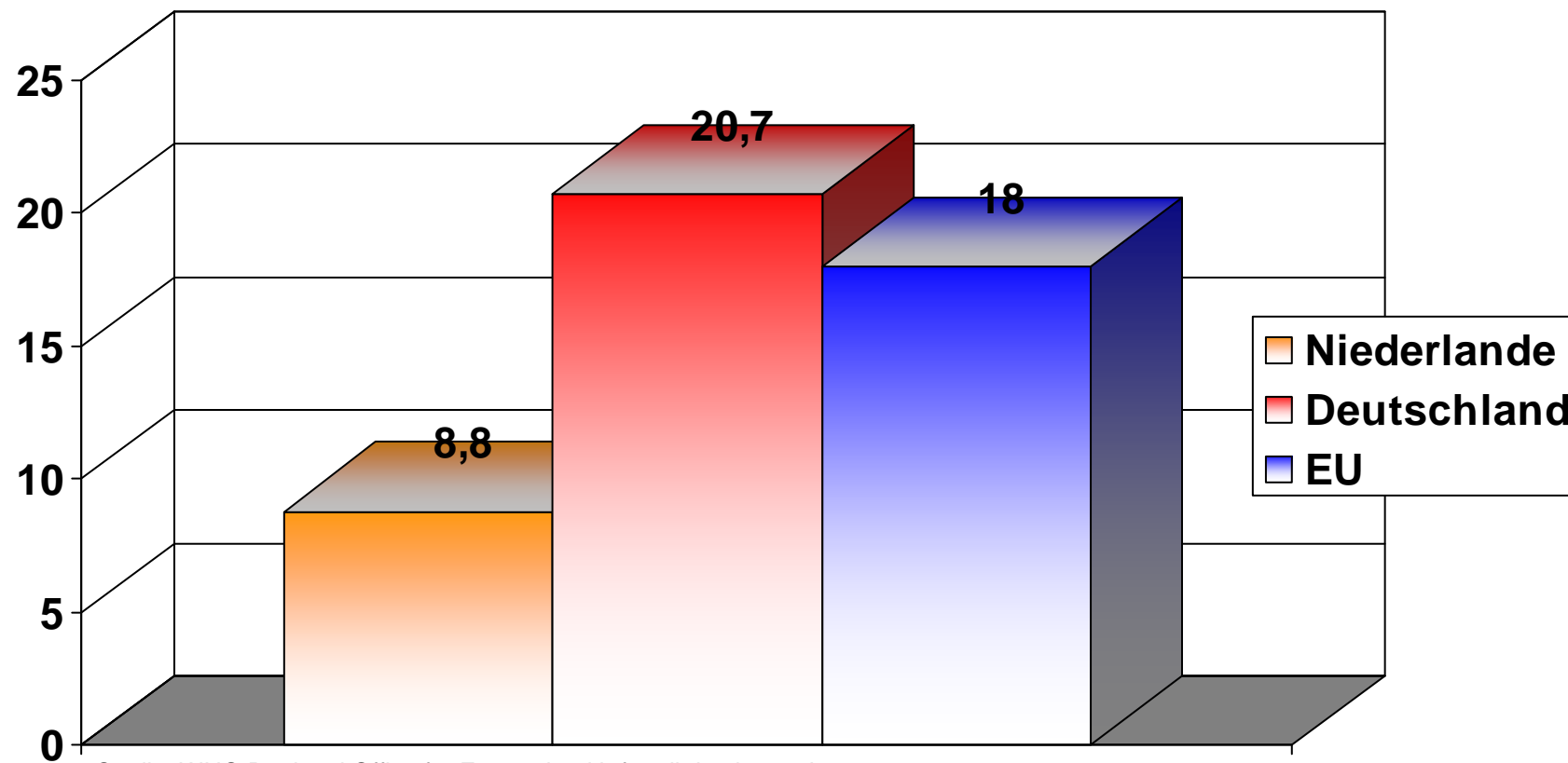
Jahr	Behandlungsfälle in Mio.	Verweildauer Ø Tage
1995	15,9	11,4
2000	17,3	9,7
2006	16,8	8,5
2007	17,2	8,3

Zahl der Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner



Quelle: WHO Regional Office for Europe health for all database, January 2005

Krankenhausbehandlungen je 100 Einwohner



Quelle: WHO Regional Office for Europe health for all database, January 2005

Zwischenfazit

- Zunahme lebensbedrohlicher / chronischer Erkrankungen
 - Demographischer Wandel
 - Medizinischer Fortschritt (Überlebensrate)
 - 17 Mio. Krankenhauspatienten mit immer kürzeren Krankenhausaufenthalten
 - Durchschnittsalter KH-Patienten: ca. 54 Jahre, Tendenz ansteigend
- **Führen zu Rationalisierungsdruck im Gesundheitssystem und auch im Krankenhaus**

Finanzielle Ausgangslage

GKV-Schätzerkreis: Prognose für 2010

- Fondsvolumen: 171,1 Mrd. Euro
- Zuweisungen: 170,3 Mrd. Euro
- Ausgaben der GKV: 173,4 Mrd. Euro
- Deckungslücke: **- 3,1 Mrd. Euro**
- Fondsdeckung: 98,2%
- Ø Zusatzbeitrag: 5,00 Euro mtl. (51,5 Mio. Mitglieder)

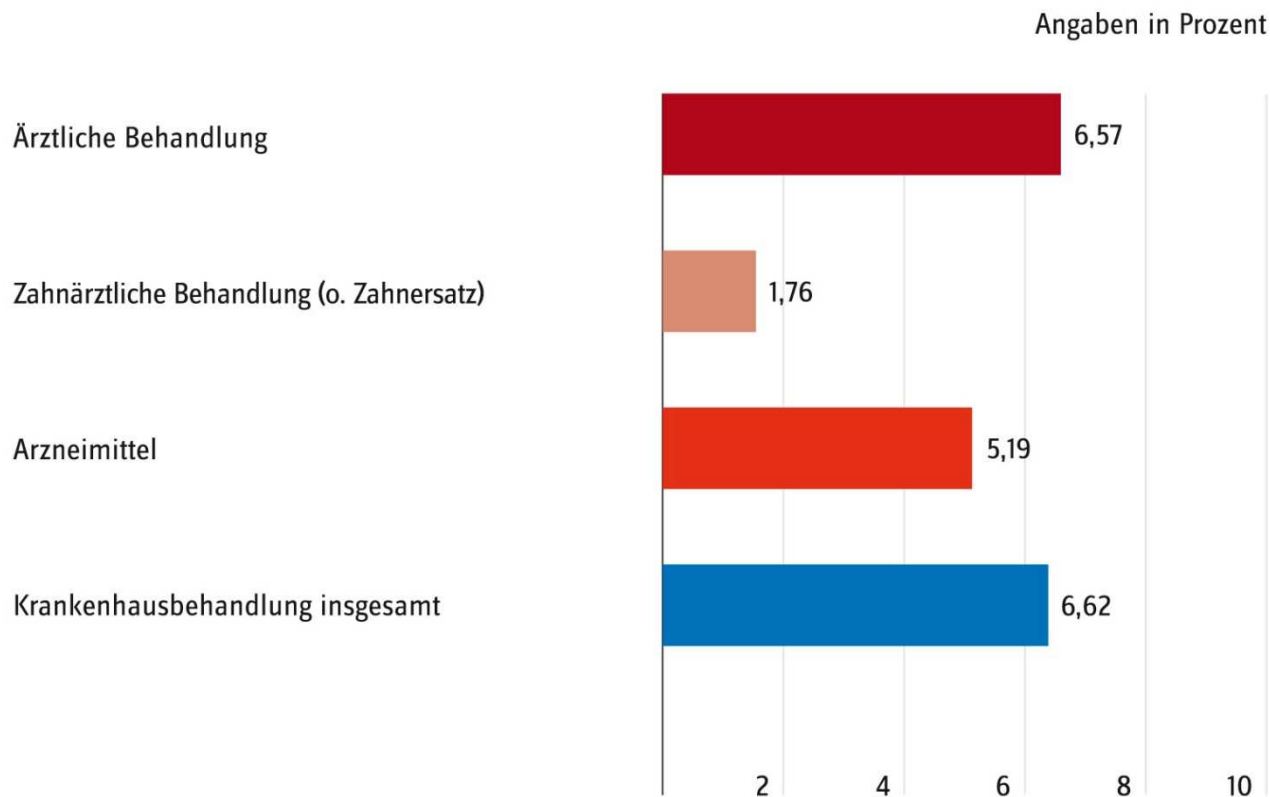
(Quelle: GKV-Schätzerkreis, 28.04.2010)

Prognose für 2011

- Bundesversicherungsamt: **- 6,4 Mrd. bis - 15,0 Mrd. Euro**
- GKV-Spitzenverband: **- 9,0 Mrd. bis - 11,0 Mrd. Euro**
 - ⇒ Beitragserhebung durch Zusatzbeiträge bereits erschöpft

Ungebremster Ausgabenanstieg

Veränderungsraten der Leistungsausgaben 1. - 4. Quartal 2009 im Vergleich zum 1. - 4. Quartal 2008



Quelle: Amtliche Statistik KV45; Stand: 10. März 2010
Darstellung: GKV-Spitzenverband

Zum Vergleich: Veränderungsraten der Einnahmenseite

- Grundlohnsumme:
+ 0,6 Prozent
- Rentensumme:
+ 1,4 Prozent
- Beiträge für
geringfügig Beschäftigte:
- 4,9 Prozent

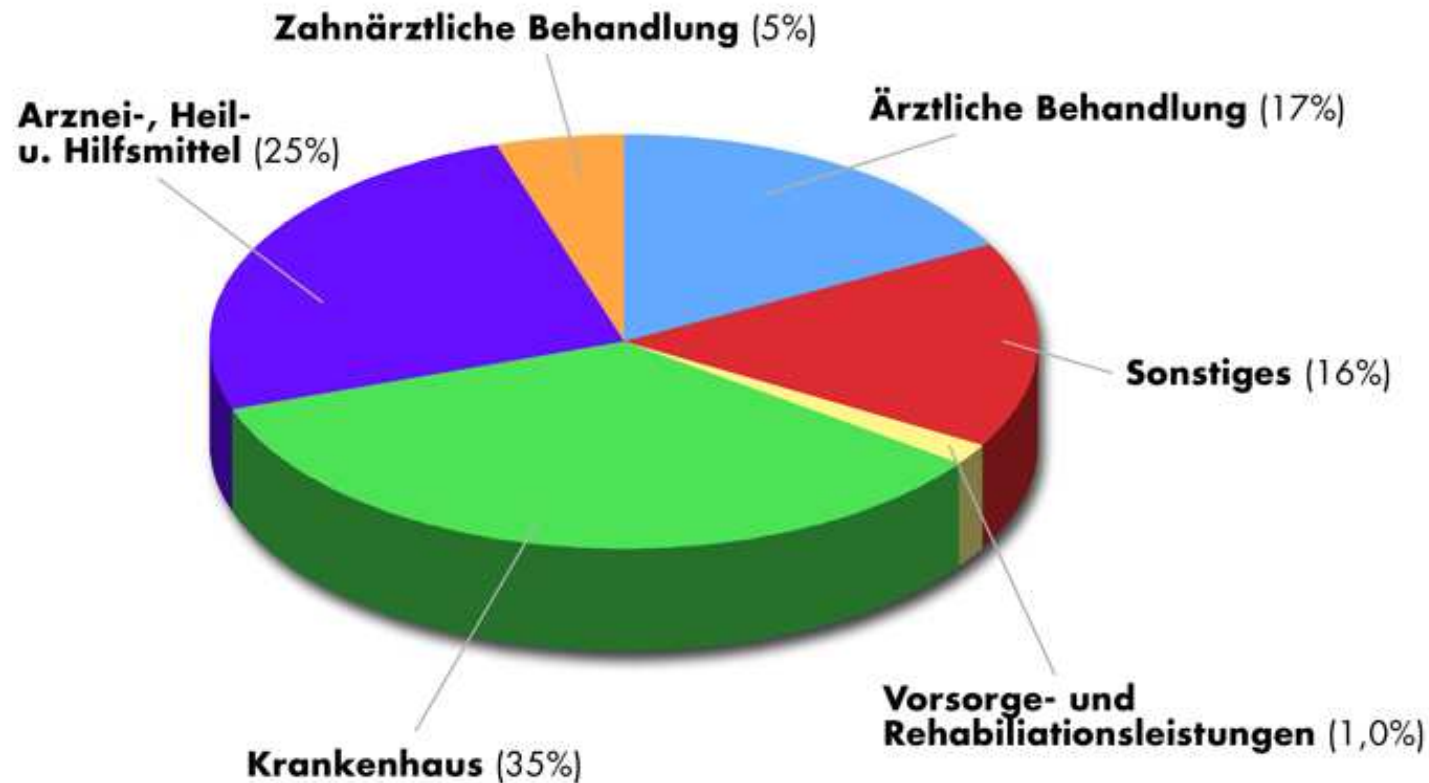
(Quelle: GKV-Schätzerkreis,
9.12.2009)

Veränderung BIP

- 1.-4. Quartal 2009 zum
Vorjahr:
- 5 Prozent

(Quelle: Destatis)

Leistungsausgaben der GKV 2009





Aktueller „Sparhammer“

- **Verschiebung Einführung Orientierungswert (bis Ende 2012?)**
- **Dafür halber Grundlohn ($0,5 \% / 2$) = 0,25 %**
- **Pauschaler, 30 % hausindividueller Abschlag auf Mehrleistungen in 2011 (vereinbarte?!)**
- **Ab 2012: hausindividuelle Vereinbarungen von Abschlägen**
- **Selektives Kontrahieren??**

Politischer Konsens

Stärkung des Wettbewerbes durch Einzelverträge:

Schaffung einzelvertraglicher Spielräume, die Kollektiv-Vertragsrecht ablösen:

- Preisvereinbarungen einzelner Krankenkassen mit Reha-Kliniken
- Rabattverträge für Arzneimittel
- Hausarztverträge ohne KV-Beteiligung
- Ausschreibungen für Hilfsmittel
- Strukturelle Weiterentwicklung des Krankenhausmarktes

Frage:

Sind Wettbewerb und Preisverhandlungen im Krankenhaussektor möglich?

Antwort: unter bestimmten Bedingungen (z. B. „BDPK-Modell 21“) ja

BDPK-Konzept „Modell 21“

- **Stammt aus dem 2007; Modifikationen notwendig**
- **beabsichtigt nicht, dass mutigste Wettbewerbskonzepte im Krankenhausbereich zu sein**
- **will nicht theoretisch brillieren, berücksichtigt die derzeitigen Gegebenheiten**
- **liefert die Vorschläge, die einen Einstieg in mehr Wettbewerb im Krankenhaus möglich machen**

Zentrale Punkte “Modell 21”

- 1. Wettbewerb braucht einen Rahmen**
- 2. Freie Krankenhauswahl für Patienten erhalten**
- 3. KH-Planung und Sicherstellung anpassen**
- 4. Finanzierung der Investitionskosten**

➤ ***Nummern 1 bis 4 gehören zusammen!!***

Wettbewerbsrahmen

- **gleiches Wettbewerbsrecht für KH + KKe: § 69 SGB V: Vertragsbeziehungen = Sozialgerichte vs. Kartellgerichte**
 - Fusionskontrolle für Krankenhäuser + Krankenkassen
 - Missbrauchskontrolle, marktbeherrschende Stellung der Krankenkassen wird hingenommen
 - Kartellverbot
- **Verbot von Subvention für öffentliche Krankenhäuser:**
 - sonst können öffentliche Krankenhäuser Preise Niedrigstpreise anbieten, die zu Betriebskostendefiziten führen. Diese werden heute durch den Träger aus Steuermitteln ausgeglichen. Auf EU-Kommission einwirken: Bereichsausnahme fraglich
- **monistischer Investitionskostenfinanzierung**

Wettbewerb: Rolle der Player

- **Wettbewerb braucht Markt, Markt braucht souveräne Teilnehmer und faire Regeln**
 - Anbieter/Wettbewerber = Krankenhäuser
 - Nachfrager = zunächst **Patienten, die frei wählen dürfen**; nicht die Krankenkassen dürfen entscheiden
 - Rolle der Krankenkassen als Versicherung, die die Kosten des Schadensfalles trägt
 - Sicherstellungsverpflichtung der Krankenhäuser schränkt Entscheidungsspielraum ein (Lizenz: KH-Plan!)
 - Wettbewerb kennt keine Höchstpreise!
- **Wettbewerb braucht Freiheiten, die mit staatlichen Eingriffen kollidieren (Planung und Sicherstellung)**

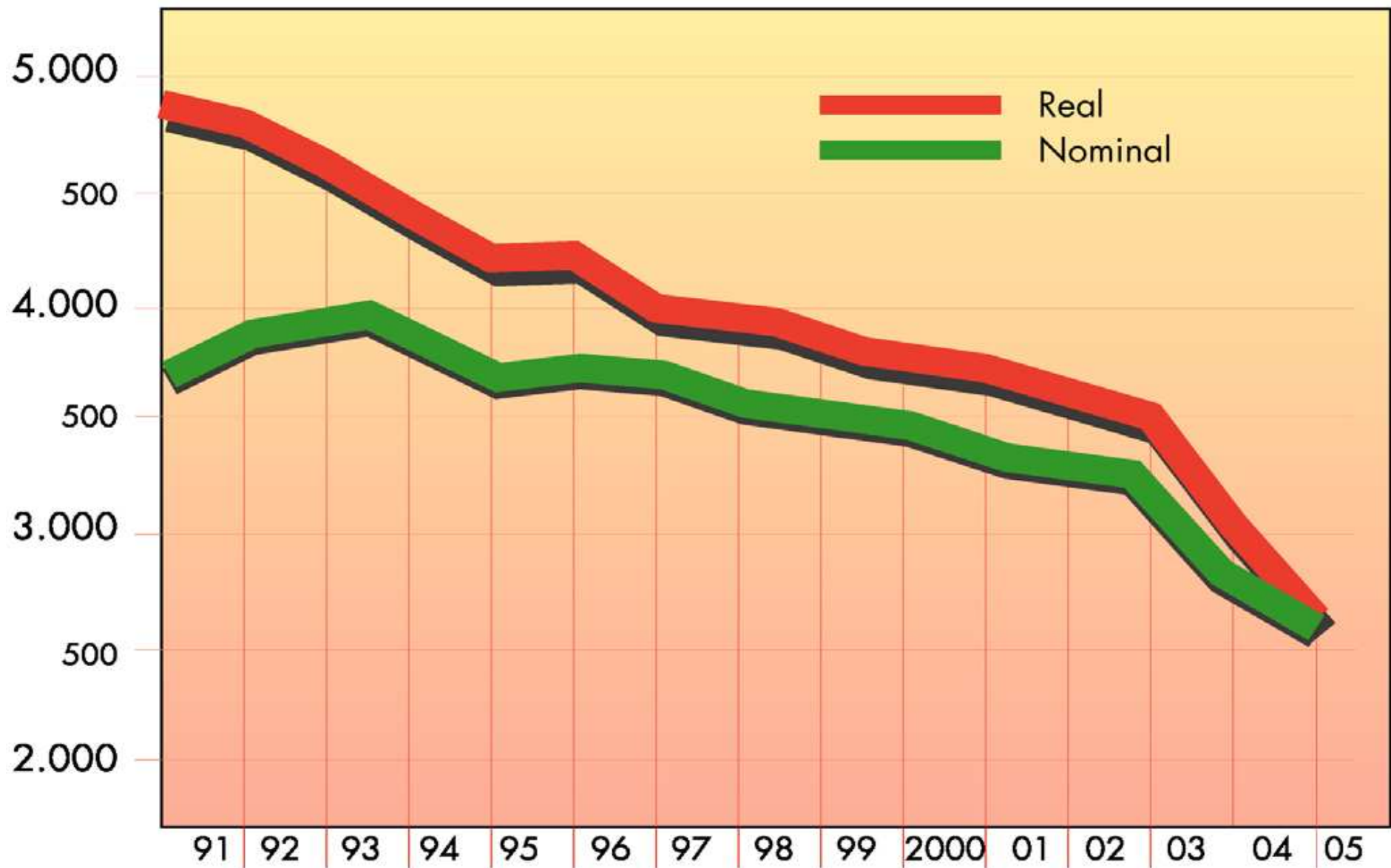
Sicherstellung und KH-Planung

- **KH-Plan und Versorgungsverträge regeln den Marktzugang (nicht frei). Dies stört Wettbewerb**
- **Sicherstellungsauftrag verpflichtet Krankenhäuser jenseits der Verträge zur Behandlung**
- **Schrittweiser Übergang auf Kassen, wenn diese diese neben den Betriebskosten auch die Investitionskosten tragen**
- **Land übernimmt die Rechtsaufsicht und hat im Fall der Unterversorgung staatliche Eingriffsrechte**

Investitionskostenfinanzierung

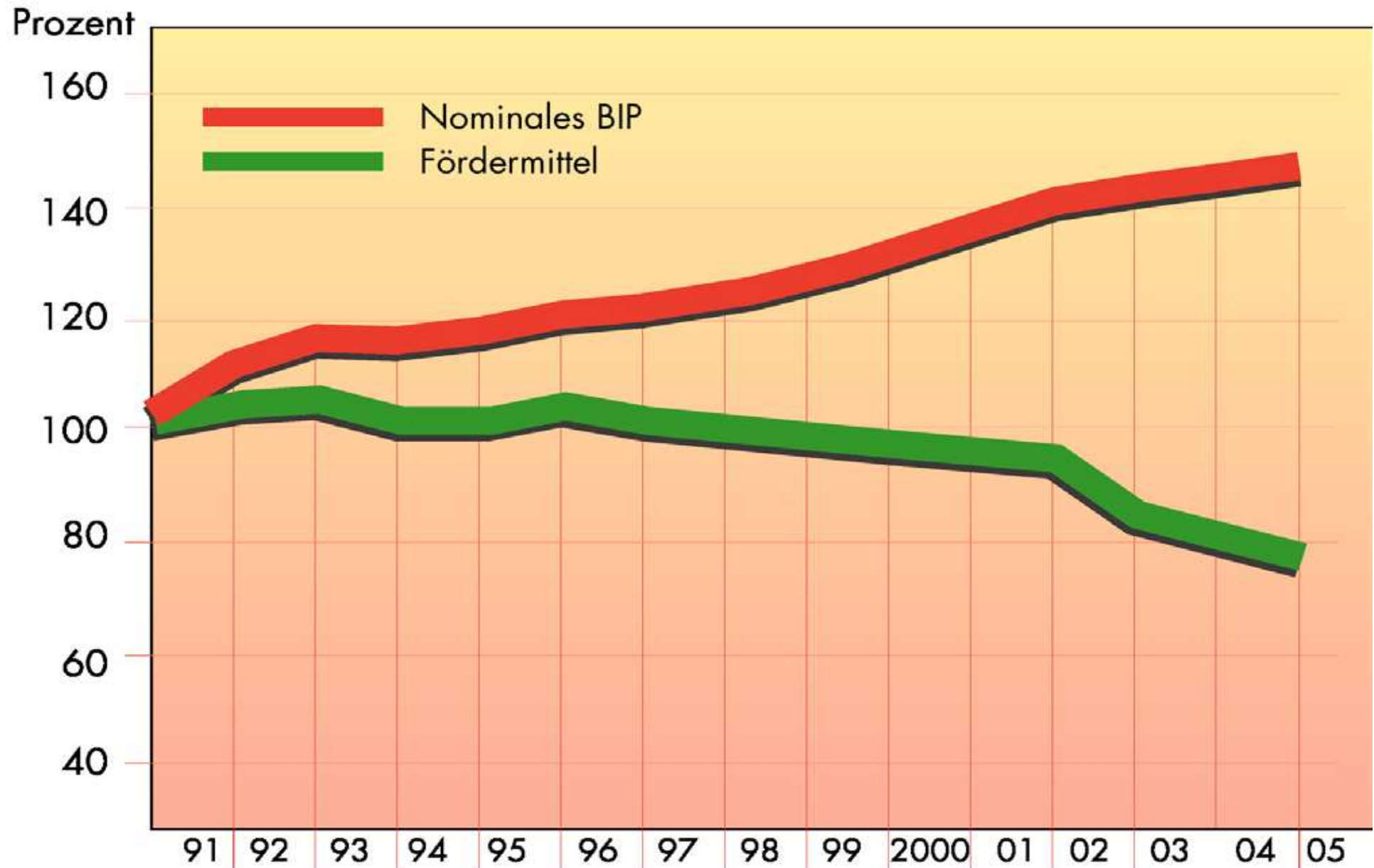
- **Preise für Leistungen können nicht losgelöst von Investitionskosten kalkuliert werden**
- **Preiswettbewerb passt deshalb nicht zu dualer Finanzierung**
 - **Mangelhafte Förderung ist ungerecht und wettbewerbsverzerrend**
- **klare Bestimmung des Investitionsbedarfs (Kalkulation!)**
- **klare Schuldverhältnisse (Patient bzw. Versicherung) = reine Monistik**

KHG-Fördermittel in Mill €



Nominale Fördermittel und BIP

Entwicklung indexiert, 1991 = 100



Weitere grundsätzliche Probleme der Dualistik (neben dem bestehenden Investitionsstau)

Behörde zur Mittelvergabe

Behörde nötig, umfangreiche Antrags- und Kontrollmodalitäten
Schwerfälliger Entscheidungsprozess über Mittelvergabe;
wichtige Entscheidungen können sich verzögern

Willkürliche Entscheidungen möglich; mangelnde Transparenz
über Entscheidungskriterien

Öffentliche Bewilligungsinstanzen können einer informellen
Beeinflussung unterliegen

Korrekte Bedarfseinschätzung schwierig

Krankenhaus

Krankenhäuser besitzen nicht die Entscheidungshoheit über
wichtige strategische Investitionen

Planungsunsicherheit bei den Krankenkassen

Übernachfrage nach Fördermitteln

Ungleiche Verteilung der Mittel zwischen Krankenhäusern

Investitionen unterliegen öffentlichem Vergaberecht

Monistik geht nicht weil ...

- **sie schon 1971 nicht funktionierte und durch Dualistik ersetzt wurde!**
- **Dadurch kommt ja auch nicht mehr Geld `rein**
- **Gerechtigkeit zwischen den Bundesländern**
- **Gerechtigkeit zwischen den Krankenhäusern innerhalb eines Bundeslandes**

Investitionsmittelbedarf

- **Leistungsbezogene Kalkulation durch das InEK**
- **Bis dahin politische Festsetzung: Investitionsquote 10 % der Betriebskosten = 5 Mrd. € pro Jahr**
- **Entspricht einem vorläufigen Investitionskosten-Basisfallwert in Höhe von 295 €, den das Krankenhaus zusätzlich mit der Krankenkasse abrechnet**
- **Zuschuss heute 168 € pro Fall**

Fördermittel je DRG-Fall =

Abb. 4

Investitionsbedarfs- Landesbasisfallwert (I-LBFW)

Bestimmungsfaktoren:

Investitionsbedarf (1)

Investitions-Casemix
(zunächst Fallzahl)

X

Fallgewicht

Am Anfang:

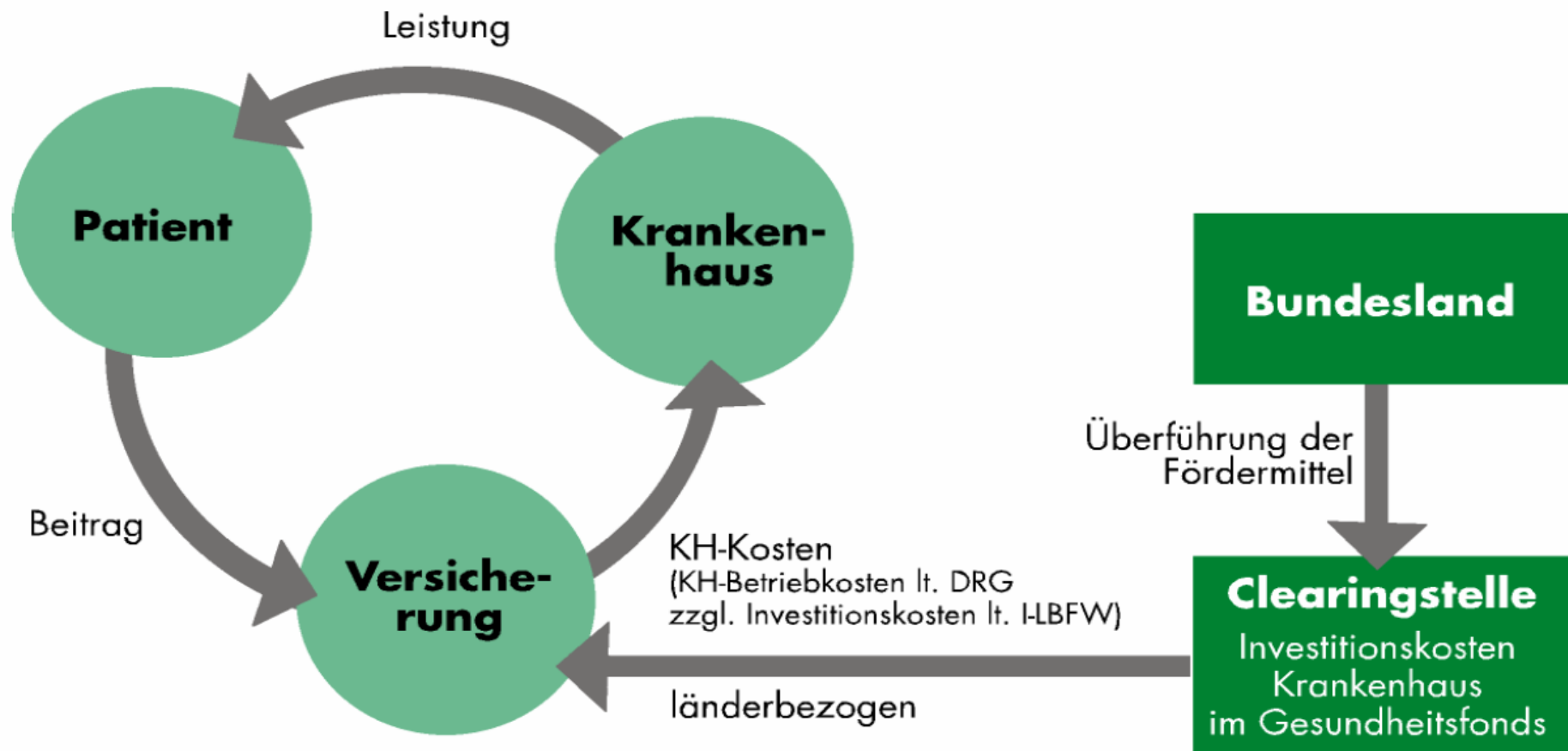
1,0
(jeder Fall gleich gewichtet)

Am Ende:

DRG Investitions- (2)
Relativgewicht

Ausgleich von Ungerechtigkeiten zwischen den einzelnen Bundesländern

Übertragung der Landesmittel auf Kostenträger



Ausgleich von Ungerechtigkeiten zwischen den Krankenhäusern eines Landes

Verteilung

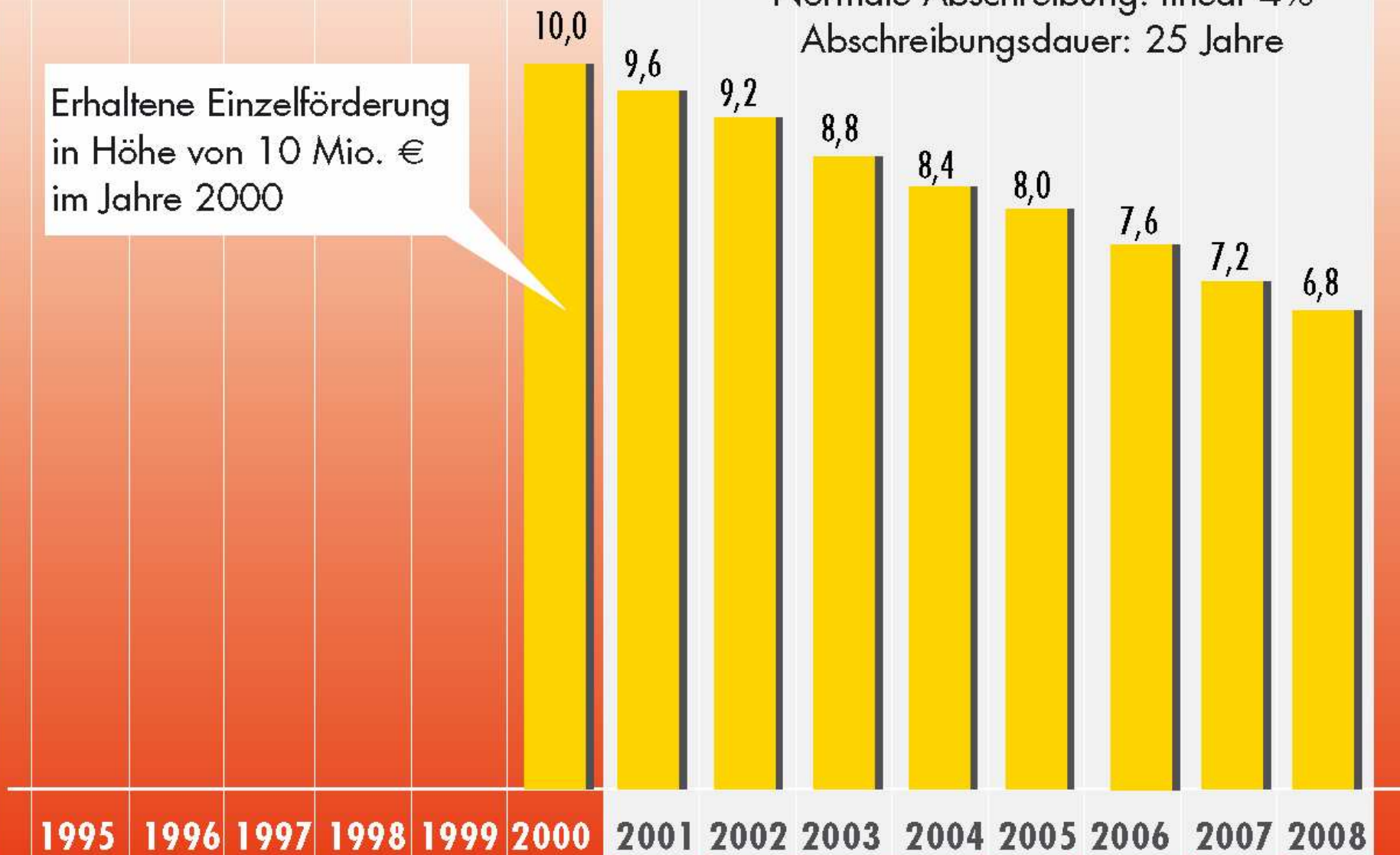
Abb. 7

In der Vergangenheit erhaltene Einzelförderung wird bis zur Gegenwart abgeschrieben

(Bsp.: Einzelförderung 10 Mio. € im Jahr 2000)

Erhaltene Einzelförderung
in Höhe von 10 Mio. €
im Jahre 2000

Normale Abschreibung: linear 4%
Abschreibungsdauer: 25 Jahre



Unterschiedliche Förderung

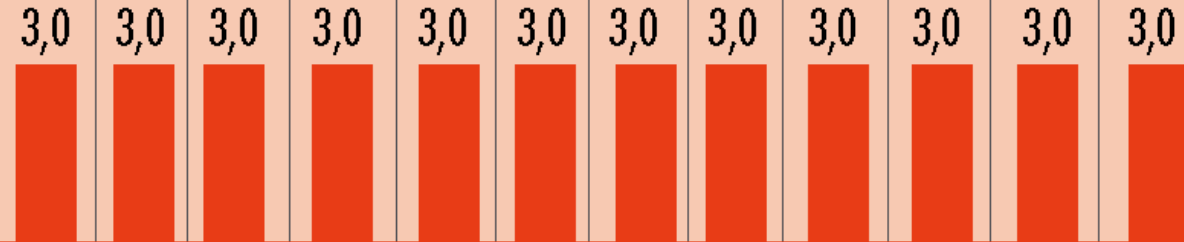
Abb. 9

Konvergenzphase

2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020

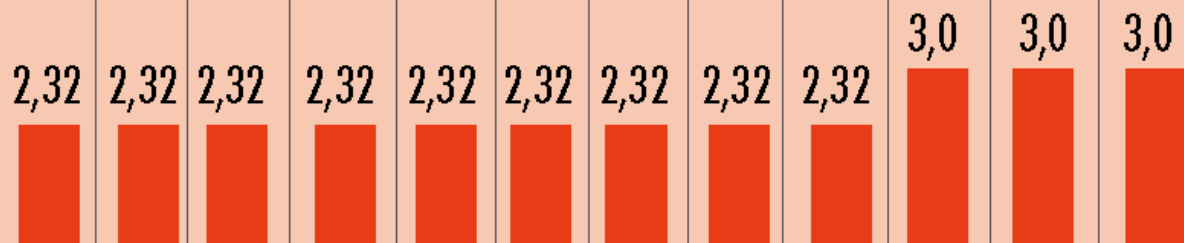
Beispiel 1

Fallzahl 10.000
I-LBFW 300 E
Fördermittel p.a. 3 Mio. €
Einzelförderung: keine



Beispiel 2

Fallzahl 10.000
I-LBFW 300 E
Fördermittel p.a. 3 Mio. €
Einzelförderung*: 10 Mio. €



Beispiel 3

Fallzahl 10.000
I-LBFW 300 €
Fördermittel p.a. 3 Mio. €
Einzelförderung*: 50 Mio. €



* im Jahr 2000

Fazit:

- **Einstieg in mehr Wettbewerb und Preisverhandlungen ist unter bestimmten Bedingungen möglich**
 - 1. Wettbewerb braucht einen Rahmen**
 - 2. Freie Krankenhauswahl für Patienten erhalten**
 - 3. Zurückführung der KH-Planung**
 - 4. Monistische Finanzierung der Investitionskosten**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Ich freue mich auf Ihre Fragen...

**Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.
Friedrichstraße 60
10117 Berlin**

**Telefon: 0 30 - 2 40 08 99 - 0
Telefax: 0 30 - 2 40 08 99 - 30
E-Mail: post@bdpk.de
Internet: www.bdpk.de**