

Mehr unternehmerische Freiheit – Krankenhäuser schrittweise entfesseln

Eckpunkte zur Gestaltung des
ordnungspolitischen Rahmens
für Krankenhäuser nach dem Ende
der Konvergenzphase



BDPK

Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

Der BDPK - Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. vertritt seit über 50 Jahren die Interessen von mehr als 1.000 Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken in privater Trägerschaft. Er ist damit maßgeblicher Spitzenverband dieser privatwirtschaftlich tätigen Leistungserbringer und flankiert die zunehmende Privatisierung im deutschen Gesundheitsmarkt. Der BDPK steht für Qualität, Innovation und Wirtschaftlichkeit in der stationären Versorgung.

Mehr unternehmerische Freiheit – Krankenhäuser schrittweise entfesseln

**Eckpunkte zur Gestaltung des
ordnungspolitischen Rahmens
für Krankenhäuser nach dem Ende
der Konvergenzphase**

Berlin, Januar 2007



Vorwort

"Wer Sicherheit sucht, darf den Wandel nicht scheuen". Diese Devise gilt auch für eine leistungsfähige, qualitativ hochwertige und zukünftig stabile Gesundheitsversorgung in Deutschland.

Im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD ist festgelegt, dass in der laufenden Legislaturperiode die Grundsätze des ordnungspolitischen Rahmens für Krankenhäuser nach dem Ende der Konvergenzphase ab dem Jahr 2009 festgelegt werden sollen. Diese Grundsätze werden über die Perspektive der Krankenhäuser – als tragende Säule der Gesundheitsversorgung – maßgeblich entscheiden. In diese Diskussion möchte sich der BDPK für die Krankenhäuser in privater Trägerschaft konstruktiv einbringen.

Im Fokus des ordnungspolitischen Rahmens für Krankenhäuser müssen Systemanreize stehen, die darauf hinwirken, die Qualität der Krankenhausleistungen für den Patienten permanent zu verbessern. Die Perspektive für „echten“ Wettbewerb um Krankenhausleistungen ist trotz gegenteiliger politischer Bekenntnisse derzeit eher zurückhaltend zu sehen. Deshalb muss es beim ordnungspolitischen Rahmen für Krankenhäuser ab dem Jahr 2009 zunächst darum gehen, Krankenhäuser sukzessive von staatlich administrierten Fesseln zu befreien. Damit wird die Grundlage für mehr Wettbewerb und höhere Effizienz im Gesundheitswesen geschaffen.

In diesem Sinne bietet sich der Bundesverband Deutscher Privatkliniken als konstruktiver Gestalter und Wegbereiter einer leistungsfähigen und zukunfts-sicheren Krankenhausversorgung von morgen an.

Karl Heinrich Rehfeld
Präsident

Thomas Bublitz
Hauptgeschäftsführer

Inhalt

Vorwort	4
I. Grundsätze zur Weiterentwicklung einer zukunftsorientierten Krankenhausversorgung	6
II. Forderungen zum ordnungspolitischen Rahmen im Einzelnen	
1. Finanzierung der Betriebskosten	8
2. Finanzierung der Investitionskosten	11
3. Ausgestaltung der Krankenhausplanung und Sicherstellungsauftrag	12
Impressum	14

I. Grundsätze zur Weiterentwicklung einer zukunftsorientierten Krankenhausversorgung



Stabilität der Gesundheits- und Wirtschaftspolitik

Die deutsche Gesundheitspolitik ist durch eine steigende Anzahl neuer Gesetze und Gesetzesänderungen gekennzeichnet, die immer kürzeren Bestand haben. Den Marktteilnehmern bleibt kaum Zeit, sich an die verändernden Rahmenbedingungen anzupassen, bevor diese erneut Veränderungen unterworfen werden. Eine vernünftige langfristige Planung von Leistungsstrukturen wird damit erheblich erschwert. Langfristige Investitionen erfordern Rechtssicherheit und Stabilität der ordnungspolitischen Rahmendbedingungen.

Stärkung des Wettbewerbs um Qualität und Leistungen

Die Forderung nach einer zunehmend wettbewerblichen Orientierung im Gesundheitswesen ist von der Politik eindeutig formuliert und unumkehrbar. Der BDPK befürwortet ausdrücklich eine stärkere wettbewerbliche Ausgestaltung des Krankenhausmarktes. Solange jedoch die Voraussetzungen für einen funktionierenden Wettbewerb in diesem Sektor nicht gegeben sind, kann sich der Wettbewerb nur auf die Parameter Qualität und Leistungen auswirken.

Stärkere Verzahnung der ambulanten und stationären Leistungserbringung

Eine Verbesserung der Versorgungsqualität für den Patienten lässt sich letztendlich nur über die Förderung neuer Versorgungsformen zur Überwindung der sektoralen Trennung zwischen der Leistungserbringung im ambulanten und stationären Bereich erreichen. Hierfür bedarf es einer Liberalisierung des

Gestaltungsrahmens der Versorgungsangebote und damit einhergehend den Wegfall der sektoralen Budgetierung und sachfremder Finanzierungsregelungen, wie z. B. der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung gem. § 140d SGB V. Fernziel ist eine weitgehende Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung und damit die Aufhebung der sektoralen Trennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung. Dabei darf es jedoch nicht zu einer Diskriminierung der Krankenhäuser in der Vergütung ambulanter Leistungen kommen.

Stärkung der Patientenautonomie

Eine grundlegende Voraussetzung für mehr Wettbewerb auf dem Krankenhausmarkt ist die Stärkung der Patientenautonomie. Die Krankenhäuser sind innerhalb ihres Leistungsspektrums zur Aufnahme und Behandlung jedes Patienten verpflichtet und wollen auch künftig diesen Auftrag zur Sicherstellung der Patientenversorgung verantwortungsbewusst erfüllen. Im Gegenzug muss jedoch dem Versicherten auch in Zukunft das Recht zur freien Krankenhauswahl erhalten bleiben. Die freie Wahl des Leistungsanbieters ermöglicht dem Patienten eine stärkere Steuerungsfunktion wahrzunehmen, die er orientiert an der Qualität der erbrachten Leistungen ausüben wird. Vor diesem Hintergrund ist es umso wichtiger, die bereits eingeführten flankierenden Maßnahmen zur Verbesserung der Leistungs- und Qualitätstransparenz im Krankenhausbereich fortzuführen und auszubauen.

Darüber hinaus muss dem Versicherten auch die Entscheidungsfreiheit in Bezug auf mögliche unterschiedliche Versorgungsalternativen eingeräumt werden, wobei auch grundsätzlich die Übernahme eventueller Mehrkosten durch den Patienten für gewählte aufwändigere Versorgungen in Betracht kommen muss.

II. Forderungen zum ordnungspolitischen Rahmen im Einzelnen



Zu den Schwerpunkten der Neuordnung der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen nach Ablauf der Konvergenzphase zählen folgende Regelungsbereiche:

1. Finanzierung der Betriebskosten
2. Finanzierung der Investitionskosten
3. Ausgestaltung der Krankenhausplanung und Sicherstellungsauftrag

Hierzu nimmt der BDPK wie folgt Stellung:

1. Finanzierung der Betriebskosten

DRG-System als Preissystem

Das DRG-System als pauschalierendes Entgeltsystem im Krankenhaus hat sich grundsätzlich bewährt und sollte deshalb auch fortgeführt werden. Der Konzeption als lernendes System folgeleistend, sollten auch weiterhin notwendige Nachbesserungen, wie sie derzeit z. B. hinsichtlich der Leistungen der Früh-Rehabilitation sowie bei der Abbildung von Innovationen bestehen, vorgenommen werden. Ausnahmeregelungen in Form der krankenhausespezifischen Entgelte nach § 6 KHEntG müssen, solange eine Abbildung der Leistungen im DRG-System nicht adäquat möglich ist, auch künftig zulässig bleiben.

Landeseinheitliche Basisfallwerte vor flexiblen Preisen

Wettbewerb definiert sich über Qualität und Preis. Das deutsche Gesundheitswesen ist durch umfangreiche, regulierende Maßnahmen und planwirtschaftliche Elemente gekennzeichnet. Solange diese Rahmenbedingungen vorherrschen, sind die Voraussetzungen für einen funktionierenden Wettbewerb auf dem

Krankenhausmarkt nicht gegeben. Ungleiche Machtverteilungen zwischen den Vertragspartnern (Krankenhäuser und Krankenkassen) und der Ausschluss der Anwendbarkeit des Wettbewerbsrechts auf die Krankenkassen führen zu einem Marktungleichgewicht und stehen im Widerspruch zu einem Preiswettbewerb.

Eine politische Grundsatzentscheidung zur Schaffung fairer Wettbewerbsbedingungen ist derzeit nicht absehbar. Daher ist es vorzuziehen, das bestehende Festpreissystem in Form von einheitlichen Landesbasisfallwerten zu erhalten. Eine regionale Preisdifferenzierung wird den bestehenden strukturellen Unterschieden der einzelnen Bundesländer besser gerecht als ein bundeseinheitliches Preisniveau. Die Landesbasisfallwerte sollten auf Basis der allgemeinen Kosten- und Preisentwicklungen (inkl. Tarifabschlüsse) fortgeschrieben werden. Eine Anbindung der jährlichen Anpassung der Landesbasisfallwerte an die Grundlohnsummensteigerungsrate ist nicht sachgerecht.

An dieser Stelle sei ergänzend darauf hingewiesen, dass neue Versorgungsformen zukünftig an Bedeutung gewinnen und bei sachgerechter Anwendung den Weg zu mehr Wettbewerb um verbesserte Versorgungsstrukturen und -qualität sowie zur Überwindung der Sektorengrenzen ebnen können. In diesem Zusammenhang werden auch Möglichkeiten zur freien Preisgestaltung erweitert. Abweichungen von den Festpreisen sind bereits jetzt im Rahmen der integrierten Versorgung gängige Praxis.

Aufhebung der Budgetierung

Die prospektive Budgetierung der Krankenhausleistungen (inkl. Mehr- und Mindererlösausgleiche) ist unter der Maßgabe der freien Krankenhauswahl der Patienten und der Behandlungspflicht der Krankenhäuser aufzuheben. Für die zukünftige marktgerechte Entwicklung der Versorgungsstrukturen ist der Wegfall der restriktiven Leistungsbudgetierung unabdingbar.



Abschaffung der Defizitfinanzierung öffentlicher Krankenhäuser und der Privilegierung freigemeinnütziger Träger

Die in Deutschland üblichen staatlichen Verlustausgleichszahlungen an öffentliche Krankenhäuser stellen eine massive Wettbewerbsverzerrung gegenüber den privaten und freigemeinnützigen Trägern dar. Diese Subventionspraxis behindert die durch das DRG-System gewollte Effizienzsteigerung im Krankenhaus. Jede direkte oder indirekte Subventionierung durch die Finanzierung der Defizite öffentlicher Krankenhäuser aus Steuermitteln verstößt gegen das Prinzip des Wettbewerbs. Deshalb muss die wettbewerbsverzerrende Subventionspraxis öffentlicher Krankenhäuser (Defizitausgleich aus Steuermitteln) umgehend beendet werden. Darüber hinaus ist auch die abgabenrechtliche Privilegierung freigemeinnütziger Träger gegenüber Krankenhäusern in privater Trägerschaft abzuschaffen.

Beibehaltung der wahlärztlichen Leistungen und GOÄ-Abrechnung

Wahlärztliche Leistungen im Krankenhaus und deren Abrechnung auf Basis der GOÄ müssen weiterhin möglich bleiben. Der Erhalt des Privatliquidationsrechts für wahlärztliche Leistungen auf Basis der GOÄ stärkt die Wahlfreiheit des Patienten und die individuelle Arzt-Patienten-Beziehung auch im Krankenhaus und ist ein wichtiges Instrument, das Innovationen den Eingang ins Gesundheitssystem ermöglicht.

2. Finanzierung der Investitionskosten

Monistische Finanzierung von Investitionskosten

Die Länder kommen ihrer Verpflichtung zur Übernahme der Investitionskosten immer weniger nach. Im Vergleich zu 1995 führen die Länder die Krankenhausfinanzierung um 37,6 Prozent zurück. Die Investitionsfördermittel aller Länder beliefen sich im Jahr 2005 auf knapp 2,7 Mrd. Euro. Der Investitionsstau in den deutschen Krankenhäusern ist bereits auf ein Volumen von über 50 Mrd. Euro angestiegen. Die Aussichten auf eine Verbesserung der Investitionsförderung ist aufgrund der nach wie vor desolaten Haushaltslage der Länder eher gering. Darüber hinaus führt die duale Finanzierung zu einer Abhängigkeit der Krankenhäuser von der jeweiligen Haushaltslage der Länder. Vor diesem Hintergrund lässt sich ein Festhalten an dieser Finanzierungsform nicht länger rechtfertigen.

Der Umstieg auf eine monistische Finanzierung darf allerdings nicht zum Selbstzweck werden. Vielmehr muss diese Umstellung dazu führen, dass die Probleme der unzureichenden Investitionskostenförderung durch die Bundesländer sowie der aufgelaufene Investitionsstau aufgelöst werden.

Eine bedarfsgerechte Verteilung der Fördermittel für Investitionskosten im DRG-System setzt eine sachgerechte Kalkulation der Investitionskosten voraus. Diese sind in Form eines leistungsgerechten Zuschlags bezogen auf einzelne DRGs (unter Berücksichtigung der Bewertungsrelation - BWR) zu berechnen.

Ausgestaltung einer Übergangsphase

Der Umstieg auf eine monistische Krankenhausfinanzierung bedarf einer Übergangslösung, in der die unterschiedlichen Ausgangssituationen der Krankenhäuser ausgeglichen werden. Hierbei sind zwei Ebenen zu unterscheiden: Einerseits die Unterschie-

de in dem Fördervolumen zwischen den einzelnen Bundesländern und andererseits die unterschiedliche Fördersituation der einzelnen Krankenhäuser innerhalb eines Bundeslandes. Während ein Ausgleich der Differenzen zwischen den Ländern in der Praxis schwerlich umsetzbar und im Übrigen auch nicht zwingend notwendig erscheint, ist es hingegen wichtig, die unterschiedliche Berücksichtigung der einzelnen Krankenhäuser bei der Einzelförderung größerer Investitionsvorhaben in den letzten Jahren zu nivellieren. Dies könnte am einfachsten im Rahmen einer Konvergenzphase vorgenommen werden, in der auf Basis der steuerrechtlichen Abschreibungsregelungen (Nutzungsdauer) der jeweilige Investitionsbedarf und die bereits getätigten Investitionen aus den Fördermitteln der Länder berücksichtigt werden. Dabei ist zwischen öffentlich geförderten und eigenfinanzierten Investitionen zu unterscheiden.



3. Krankenhausplanung und Sicherstellungsauftrag – Krankenhausplanung als Rahmenplanung

Eine ausdifferenzierte Detailplanung der Länder ist mit einem DRG-Preissystem und einer monistischen Finanzierung der Krankenhausleistungen nicht vereinbar. Deshalb sollten die Planungskompetenzen der Länder auf eine Rahmenplanung mit Bezug auf Versorgungsregionen (ohne Bettenzahl- und Leistungsmengenbeschränkungen) reduziert werden. Die Krankenhausplanung kann nur flankierend wirken und sollte es den Ländern ermöglichen, ihren gesetzlichen Sicherstellungsauftrag zu gewährleisten und eine regionale Unterversorgung zu vermeiden. Den Krankenhäusern muss die Krankenhausplanung ausreichend Freiräume zur Gestaltung und Weiterentwicklung ihrer Leistungsangebote gestatten.

Abschaffung von Mindestmengenvorgaben

Mindestmengenvorgaben für die Erbringung bestimmter Leistungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss stehen im Widerspruch zu einer wettbewerblich ausgestalteten Krankenhausversorgung. Eine hohe Transparenz über Qualität und Leistungen der Krankenhäuser bietet die besten Voraussetzungen für ein marktgerechtes Angebot auf hohem Qualitätsniveau. Ein Qualitätswettbewerb regelt automatisch auch die Mengen, die über den Markt unter den Anbietern ggf. umverteilt werden. Spezialisierungen werden sich im Interesse einer Effizienz- und Qualitätssteigerung und damit zum Nutzen der Patienten zwangsläufig einstellen.

Impressum

Herausgeber
BDPK - Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.
Friedrichstraße 60, 10117 Berlin

Gestaltung
Orange Konzept GmbH, Berlin

Druck
Eggersdorfer Druckerei, Berlin

Wir danken unserem Mitgliedsunternehmen
Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA
für das verwendete Bildmaterial

Januar 2007

Weitere Informationen des BDPK unter
www.bdpk.de
im Internet



BDPK

Bundesverband
Deutscher Privatkliniken e.V.

Friedrichstraße 60, 10117 Berlin
Tel.: 0049 (0) 30 - 2 40 08 99 - 0
Fax: 0049 (0) 30 - 2 40 08 99 - 30
info@bdpk.de,
<http://www.bdpk.de>