

» Modell 21 «

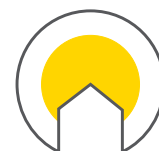
Regionale monetarische Finanzierung

Krankenhäuser gesund zukunftsfähig machen!

**BDPK-Konzept zur Gestaltung
der Krankenhausfinanzierung**

**Entwickelt in Zusammenarbeit
mit dem RWI Essen**

Stand: Juni 2007



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.

INHALT

Vorwort	4
Summary	5
Grundsätzliche Vorstellungen des BDPK zu Wettbewerb und Effizienz im Krankenhausmarkt	6
Das BDPK-Konzept „Modell 21 - Regionale monistische Finanzierung“	9
Anhang: BDPK-Eckpunktepapier	15
Impressum	19

VORWORT

Niemand hat ein Allheilmittel für das deutsche Gesundheitswesen. Auch wir nicht, die Krankenhäuser in privater Trägerschaft. Aber wir haben Ideen, Erfahrung und Mut, und damit konnte schon zu allen Zeiten viel bewegt werden. Auf dieser Grundlage stellen wir im vorliegenden Papier unser Konzept für die Finanzierung der Investitionskosten von Krankenhäusern vor. Dieses „Modell 21 - Regionale monistische Finanzierung“ hat die Schaffung von Bedingungen zum Ziel, die eine Sicherstellung der Krankenhausversorgung ermöglichen und die von allen Beteiligten mitgetragen werden können, also von den Patienten und Versicherten, den Kostenträgern, den Leistungserbringern und der Politik.

Seine Positionen zur Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens für die Krankenhausfinanzierung ab 2009 hatte der BDPK bereits im Januar 2007 in seinem Eckpunktepapier „Mehr unternehmerische Freiheit – Krankenhäuser schrittweise entfesseln“ vorgestellt. Diese Eckpunkte sind im Anhang dieses Papiers noch einmal für Sie zusammengefasst. Als Übersicht und schnelle Information über unseren Vorschlag zur Krankenhausfinanzierung im 21. Jahrhundert „Modell 21 - Regionale monistische Finanzierung“ stellen wir der ausführlichen Beschreibung des Konzepts eine Zusammenfassung voran.

Das „Modell 21“ berücksichtigt die zwischenzeitlich von den Bundesländern im Rahmen der Sonder-Gesundheitsministerkonferenz am 8. März 2007 beschlossenen Grundsätze:

- Gewährleistung der Krankenhausversorgung bleibt staatliche Aufgabe
- Sicherstellungsauftrag bleibt bei den Ländern
- Reduzierung der Krankenhausplanung auf Rahmenplanung möglich
- Stärkung des Wettbewerbs unter Beibehaltung der Angebotsplanung
- bundeseinheitlicher Basisfallwert angestrebt
- Umstellung auf Monistik bedarf einer eingehenden Prüfung

Insbesondere zu den Themenkomplexen

- selektives Kontrahieren („Einkaufsmodelle“ der Kassen) und
- Investitionsfinanzierung

hat die Positionierung der Länder weitere Diskussionen ausgelöst. Die Frage der kassenindividuellen Vertragsgestaltung wird in den Vorstellungen der Krankenkassen zum ordnungspolitischen Rahmen offensiv diskutiert. Die Themen Preiswettbewerb und Investitionsfinanzierung werden maßgeblich die Gestaltung des gesamten ordnungspolitischen Rahmens bestimmen. Sie stehen deshalb auch im Mittelpunkt unserer Betrachtungen.

An dieser Stelle gilt unser besonderer Dank Herrn Dr. Boris Augurzyk vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung und den Mitgliedern der BDPK-Facharbeitsgruppe „Ordnungspolitischer Rahmen für Krankenhäuser“ für die gute und konstruktive Zusammenarbeit.

Wir hoffen, dass unser Modell als Anstoss und Grundlage für eine sachbezogene und zielgerichtete Debatte dient, an deren Ende eine praktikable und zukunftssichernde Entscheidung steht.

Berlin, im Juni 2007

Summary

- Wettbewerb und die Gewährung staatlicher Fördermittel sind in jedem Wirtschaftszweig nur schwer zu harmonisieren, denn fast immer kommt es zu Wettbewerbsverzerrungen durch bzw. bei der Mittelvergabe. Zur konsequenten Schaffung sinnvoller Wettbewerbsbedingungen würde deshalb auch im Krankenhaussektor der Wegfall der staatlichen Finanzierung von Investitionskosten gehören, die im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1972 geregelt ist. In der gegenwärtigen wirtschaftlichen Situation der deutschen Krankenhäuser kann eine solche Forderung jedoch nicht ernsthaft erhoben werden, ohne gleichzeitig eine Lösung für einen verträglichen Übergang mitzuliefern. Deshalb ist als erster Schritt zur Liberalisierung des Marktes der Umstieg von der dualen zur regionalen monistischen Krankenhausfinanzierung notwendig.
- Zur Überleitung der dualen Krankenhausfinanzierung in ein monistisches System hat der BDPK in Zusammenarbeit mit dem RWI Essen ein Konzept erarbeitet, nach dem der Nutzer von Krankenhausleistungen sowohl die Betriebs- als auch die Investitionskosten – wie in allen anderen Branchen auch – entsprechend der von ihm in Anspruch genommenen Leistungen zahlt. Die Bestimmung des Investitionsbedarfs erfolgt letztlich auf Basis der aufwandsbezogenen Kalkulation des Institutes für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Bis dahin wird der Investitionsbedarf pauschal je Fall festgelegt. Faktoren sind das Investitionsvolumen (erhaltene Fördermittel, aufgebrauchte Eigenmittel) zuzüglich der für den Abbau des Investitionsstaus notwendigen Investitionsmittel. Damit wird einerseits erreicht, dass der Investitionsbedarf nicht mehr ausschliesslich auf das Fördervolumen des jeweiligen Bundeslandes begrenzt wird. Andererseits werden Finanzverschiebungen zwischen den Bundesländern durch die unterschiedlichen Höhen der Fördermittel vermieden.
- Im Ergebnis können die Länder nach diesem Konzept jeweils ihre derzeitige Einzel- und Pauschalförderung über die „Clearingstelle Investitionskosten für Krankenhäuser“ im Gesundheitsfonds in das DRG-System integrieren. Über einen Investitionsbedarfs-Landesbasisfallwert werden die notwendigen Investitionsmittel den DRGs aufwandsgerecht zugerechnet. Um die unterschiedliche Verteilung der Mittel im Status quo zwischen den Krankenhäusern innerhalb eines Bundeslandes auszugleichen, wird eine Übergangsphase (Konvergenzphase) von 10 Jahren eingeführt. Eine ggf. politisch gewollte kürzere Übergangszeit erscheint zwar aus Gründen der Gerechtigkeit nicht zweckmäßig, ist aber technisch realisierbar und wäre in Anbetracht des hohen Investitionsbedarfs aller Krankenhäuser bei rückläufiger Investitionsförderung der Länder auch begründbar. Die Umstellung der bisherigen dualen in eine regionale monistische Krankenhausfinanzierung auf Basis dieses Konzepts hat darüber hinaus keine unmittelbaren Auswirkungen auf die Kompetenzen der Länder im Rahmen der Krankenhausplanung und ihren Sicherstellungsauftrag. Sie entspricht den Festlegungen der Gesundheitsministerkonferenz vom 8. März 2007.
- Die Krankenhäuser bekommen mit der Einführung der „Regionalen Monistik“ erstmals die Möglichkeit, unternehmerisch über notwendige Investitionen zu entscheiden. Behördliche Investitionsplanung für das Unternehmen Krankenhaus gehört damit der Vergangenheit an.
- Mit dem „Modell 21“ erfolgt eine schrittweise und behutsame Einführung in die monistische Finanzierung, womit einerseits die Versorgung der Bevölkerung durch leistungsfähige Krankenhäuser gesichert bleibt und andererseits bei laufender Erfolgskontrolle notwendige Kurskorrekturen ermöglicht werden. Zugleich wird der Weg zu einem offenen und fairen Vertragswettbewerb eröffnet, bei dem den Beteiligten sukzessive mehr Risiko und Verantwortung übertragen werden – wenn sie beweisen, dass sie verantwortungsvoll mit ihrer Freiheit umgehen.

Grundsätzliche Vorstellungen des BDPK zu Wettbewerb und Effizienz im Krankenhausmarkt

Wettbewerb im Krankenhausmarkt

Wettbewerbsrecht

Der eingeschlagene Weg zur Stärkung des Wettbewerbes im Gesundheitswesen kann nicht abgebrochen werden und erfordert eine konsequente Fortführung. Allerdings wird derzeit fast ausschließlich von der Intensivierung des Wettbewerbs auf der Leistungserbringerseite ausgegangen. Für die Krankenkassen hingegen findet Wettbewerbsrecht keine oder nur begrenzte Anwendung. Dies kann im Hinblick auf die bevorstehende Welle von Kassenfusionen und die auch im Krankenhausbereich beabsichtigte Rolle der Krankenkassen als "Einkäufer von Leistungen" nicht akzeptiert werden. Es bedarf dringend der Anwendung gleicher wettbewerbsrechtlicher Spielregeln für Krankenkassen und Leistungserbringer.

Fusionskontrolle im Krankenhausmarkt

Da bislang die für freie Märkte konzipierten Mechanismen der Fusionskontrolle im Krankenhausbereich nicht voll wirken können und aufgrund der Anforderung der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Patienten fraglich sind, sind auch die Wettbewerbs- und Fusionskontrolle nicht ohne weiteres auf den Krankenhausmarkt übertragbar. Zudem steht die Fusionskontrolle in gravierendem Widerspruch zu den Zielen der Gesundheitspolitik und der Gesundheitsgesetzgebung, die aus versorgungsqualitativen und ökonomischen Gründen regionale Versorgungskooperationen und Clusterbildung befürworten. Daher ist die Fusionskontrolle so anzuwenden, dass gesundheitspolitisch gewollte Effizienz- und Effektivitätssteigerungen im Krankenhauswesen zu erreichen sind.

Das Krankenhausrecht und das SGB V sorgen bereits für gesundheitspolitisch gewollten Wettbewerb auf den Krankenhausmärkten. Durch die einseitige Anwendung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) werden die gesundheitspolitischen Ziele in Frage gestellt.

Betrieb von Krankenhäusern ist keine staatliche Aufgabe

Dem Staat obliegt die Sicherstellung und Gewährleistung der Krankenhausversorgung als staatliche Aufgabe. Das heißt aber nicht, dass eine Notwendigkeit dafür besteht, dass der Staat selbst als Anbieter von Krankenhausleistungen auftritt (Subsidiaritätsprinzip). Ihm obliegt tatsächlich die Aufgabe, auf eine Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen mit den Mitteln des Rechtsstaates Einfluss zu nehmen. Wo der Staat selbst Anbieter von Krankenhausleistungen wird, sind Wettbewerbsverzerrungen innerhalb der unterschiedlichen Trägerstrukturen von Krankenhäusern vorprogrammiert. Dies wird insbesondere am Beispiel der vom BDPK kritisierten Defizitfinanzierung öffentlicher Krankenhäuser deutlich. Insofern darf sich die Rolle des Staates lediglich auf die Krankenhausplanung und deren Einhaltung konzentrieren.

Gerade in den letzten Jahren haben private Krankenhausträger mit ihren Investitionen einen maßgeblichen Beitrag zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung geleistet. Ihren massiven Finanzierungsanstrengungen mit der erheblichen Einbringung von Eigenmitteln ist es zu verdanken, dass Investitionen zur Modernisierung nach der Übernahme defizitärer öffentlicher Häuser kurzfristig nachgeholt werden konnten und sich deshalb das Problem der Investitionslücke im deutschen Krankenhaussektor nicht noch stärker auf das Versorgungsgeschehen niedergeschlagen hat.

Krankenhausfinanzierung und Wettbewerb

Schrittweise Flexibilisierung des DRG-Festpreissystems

Hinter der Diskussion um den zukünftigen ordnungspolitischen Rahmen für Krankenhäuser verbirgt sich auch die Zukunft der DRG als Preissystem. In diesem Zusammenhang sorgen vor allem die Vorstellungen der Krankenkassen für Aufmerksamkeit, die jenseits der Notfallversorgung Kontrahierungs- und Preisfreiheit fordern. Damit wird offenkundig von den Krankenkassen das Ziel verfolgt, über Preise Einfluss auf die Zahl der existierenden Krankenhäuser in Deutschland zu nehmen. Dies ist entschieden abzulehnen, weil damit eine heute funktionierende, flächendeckende Krankenhausversorgung einschließlich der Notfallversorgung gefährdet wird.

Wettbewerb schrittweise wagen

Die Möglichkeit, von den DRG abweichende Preise zu vereinbaren, besteht heute schon z.B. im Rahmen der Verträge zur integrierten Versorgung. Mit der Zunahme der Bedeutung der Verträge zur integrierten Versorgung entwickeln sich auch schrittweise die wettbewerblichen Rahmenbedingungen für Krankenhäuser und Krankenkassen. In diesem Rahmen müssen die Akteure beweisen, ob sie verantwortlich mit den möglichen Wettbewerbselementen umgehen können.

Anforderungen an „echten“ Wettbewerb

Will man darüber hinaus von den DRG-Preisen losgelöste Preisvereinbarungen zum generellen Gestaltungsprinzip im Krankenhausesektor erklären, gilt es folgende Voraussetzungen zu beachten:

► Freie Krankenhauswahl für Patienten erhalten

Solange alle zugelassenen Krankenhäuser zur umfassenden Sicherstellung der Versorgung der Patienten verpflichtet sind, behält der Patient – nicht die Krankenkasse für ihren Versicherten – die freie Wahl unter allen zugelassenen Krankenhäusern. Sein Wahlrecht muss er sich auch nicht durch die Übernahme in Höhe der Differenz zwischen DRG-Preisen und dem niedrigsten Vertragspreis seiner Krankenkasse mit einem anderen Krankenhaus erkaufen.

► Sicherstellungsverpflichtung schließt „freie“ Preisverhandlungen aus

Die Einführung eines Preiswettbewerbes im Krankenhausesektor muss in unmittelbarem Zusammenhang mit der Sicherstellungsverpflichtung der Krankenhäuser zur Behandlung aller Patienten gesehen werden. Ein wettbewerbliches System verträgt sich nicht mit der Verpflichtung des Leistungsanbieters, gezwungenermaßen Leistungen zu den von den Krankenkassen angebotenen Konditionen erbringen zu müssen. Es sind die unmittelbaren Wechselwirkungen zwischen der Ausgestaltung des Wettbewerbes und der Verpflichtung der Krankenhäuser zur Sicherstellung der Versorgung zu beachten.

► Keine Notfallversorgung ohne „normalen“ Krankenhausbetrieb möglich

Eine Krankenhausstruktur, die Investitionen in die Vorhaltungen für Notfallversorgung ohne grundsätzlich garantierten Zugang zur elektiven Versorgung erwartet, ist betriebswirtschaftlich nicht vorstellbar. Eine solche Struktur wird als solitäres Angebot unter heutigen Bedingungen vom Markt verschwinden. Dies ist zu beachten, wenn die Krankenkassen die Patientensteuerung für alle elektiven Leistungen über die von ihnen mit einzelnen Krankenhäusern vereinbarten Preise fordern.

▶ **Wettbewerb kennt keine Höchstpreise**

Wettbewerb mit einer einseitigen Begrenzung der Preise auf DRG als Höchstpreise widerspricht allen wirtschaftswissenschaftlichen Prinzipien¹. Im Wettbewerb bilden sich Preise aus dem Kräfteverhältnis zwischen Angebot und Nachfrage. Das Ergebnis dieses Prozesses können deshalb sowohl niedrigere aber auch höhere Preise sein.

▶ **Wettbewerbsblockaden beseitigen:**

Die Einführung von Wettbewerb im Krankenhausesektor erfordert die Eliminierung der heute im System vorhandenen Wettbewerbsblockaden:

- Prospektive Vereinbarung fallzahlbezogener Budgets von Krankenhausleistungen
- Mehr- und Mindererlösausgleiche
- Mindestmengenvorgaben

¹ Wettbewerb bezeichnet in der Wirtschaftswissenschaft das Streben von mindestens zwei Akteuren (hier Krankenhäusern) nach einem Ziel (hier: Versorgung des Patienten), wobei der höhere Zielerreichungsgrad eines Akteurs einen niedrigeren des anderen bedingt.

» Modell 21 – Regionale Monistik «

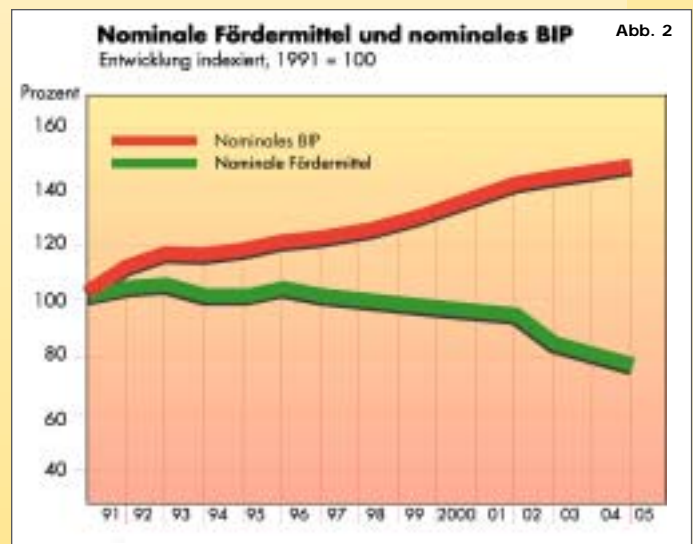
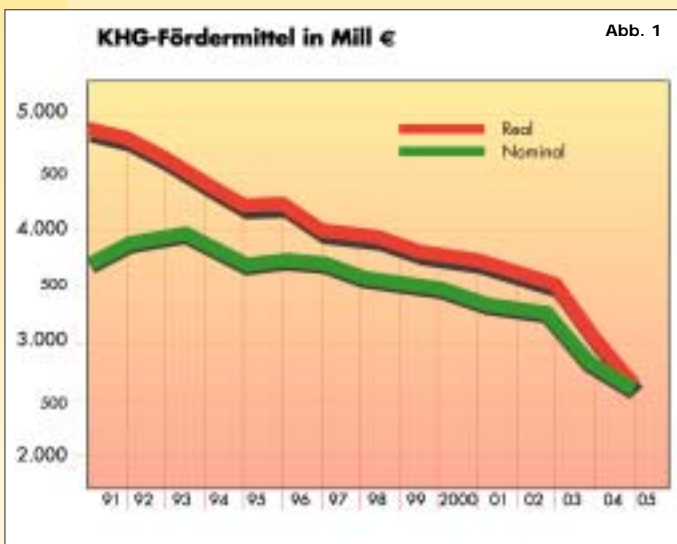
Im Zentrum der Diskussion um den ordnungspolitischen Rahmen für Krankenhäuser ab dem Jahr 2009 steht die Finanzierung der Investitionskosten. Der BDPK befürwortet dabei ausdrücklich die Umstellung auf die monistische Krankenhausfinanzierung. Hierzu haben der BDPK und das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung, Essen gemeinsam das „Modell 21 - Regionale Monistik“ entwickelt. Mit diesem Modell ist es möglich, zwei zentrale Probleme bei der Umstellung von der dualistischen auf die monistische Krankenhausfinanzierung zu bewältigen:

- unterschiedliche Fördervolumen der Investitionskosten zwischen den einzelnen Bundesländern
- unterschiedliche Ausgangssituation hinsichtlich der Förderung zwischen den einzelnen Krankenhäusern in einem Bundesland.

1. Schwachstelle dualistische Finanzierung

Schwachstellen im derzeitigen System der dualistischen Krankenhausfinanzierung in Bezug auf Investitionskostenförderung durch die Bundesländer:

1. Nicht ausreichende Investitionsmittel



KHG-Fördermittel	Nominal	Real
Rückgang p.a. seit 1991:	-2,1%	-3,3%
Rückgang p.a. seit 1996:	-4,2%	-6,2%

Quelle: Arbeitskreis für Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder, Umfrage der AOLG (2006), Preisindex, ADMED / HCB / RWI Analyse

2. Verlagerung unternehmerischer Investitionsentscheidungen auf eine öffentliche Behörde
3. Fehlende Transparenz bei der Mittelvergabe
4. Gefahr informeller/unbewusst unterschiedlicher Förderung einzelner Krankenhäuser
5. Gefahr der Unwirtschaftlichkeit bei der Planung und Ausführung bei mit Fördermitteln subventionierten Investitionen
6. hoher Zeit- und Verwaltungsaufwand von Beantragung bis Ausschüttung der Fördermittel
7. die Zuteilung von Fördermitteln ist vom tatsächlichen Leistungsgeschehen und der Leistungsentwicklung in der Region weitgehend unabhängig.

Im Hinblick auf die beschriebenen Defizite der notwendigen Investitionen in die Krankenhausinfrastruktur ist die Finanzierung aus einer Hand – die so genannte Monistik – die einzige Variante, die ökonomisch sinnvoll ist. Der Nutzer der Krankenhausleistung – also der Patient – hat grundsätzlich die gesamten Kosten der von ihm in Anspruch genommenen Leistungen inklusive der Investitionskosten zu tragen, die mit seiner Versicherung abgerechnet werden.

Weitere grundsätzliche Probleme der Dualistik (neben dem bestehenden Investitionsstau)

Abb. 3

Behörde zur Mittelvergabe	<ul style="list-style-type: none"> 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 Bedarfs einschätzung schwierig
Krankenhaus	<ul style="list-style-type: none"> 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

2. Investitionsbedarf

Der Investitionsbedarf ist die entscheidende Größe für die Feststellung der nötigen Investitionsmittel. Der Investitionsbedarf ergibt sich aus einer aufwands- und leistungsbezogenen Kalkulation je DRG. Diese Kalkulation sollte sinnvollerweise vom InEK vorgenommen werden.

Bis dahin kann im Übergang auch eine politisch administrierte Festsetzung des Investitionsbedarfs festgelegt werden, die aus Gründen der Existenzsicherung der Krankenhäuser nicht unter 5 Mrd. € pro Jahr liegen darf. Diese Investitionsquote liegt mit weniger als 10% unterhalb der Investitionsquote in anderen Wirtschaftsbereichen, die ohne Investitionsstau 15% beträgt. Unterstellt man, dass das Förderverhalten der Bundesländer auf dem Vorjahresniveau (2,7 Mrd. €) stabil bleibt, wären bei Investitionskosten für Deutschlands Krankenhäuser in Höhe von mindestens 5 Mrd. € zusätzlich 2,3 Mrd. € durch die Nutzer bzw. deren Versicherungen aufzubringen. Bei einer Quote an privat Versicherten und Selbstzahlern in Höhe von circa 10% würden circa 2 Mrd. € von der gesetzlichen Krankenversicherung aufzubringen sein. Dies entspräche einer Beitragssteigerung von circa 0,2%.

Die bisher bestehende Praxis der Aufteilung der Fördermittel in Mittel zur Pauschal- und Einzelförderung wird aufgegeben. Diese Mittel werden künftig nicht mehr unterschieden und in einer Investitionsförder summe der Bundesländer für Krankenhäuser zusammengefasst. Hierzu wird ein zweistufiges Verfahren vorgeschlagen:

1. zunächst Festlegung der Investitionsmittel pauschal je Krankenhausfall („Investitionsbedarfs-Landesbasisfallwert“)
2. später aufwandsbezogene Kalkulation der Investitionskostenanteile je DRG zum Beispiel durch das InEK

(1) Der Investitionsbedarf ergibt sich aus der Kalkulation der Investitionskosten durch das InEK. Bis diese vorliegt, wird der Investitionsbedarf aus den Faktoren des Investitionsvolumens (erhaltene Fördermittel und aufgebrachte Eigenmittel) zusätzlich der notwendigen Mittel zum Abbau des Investitionsstaus politisch festgesetzt. In diesem Falle betragen die notwendigen Investitionsmittel für Deutschlands Krankenhäuser mindestens 5 Mrd. € pro Jahr.

Fördermittel je DRG-Fall =

Abb. 4



(2) Berechnung durch InEK

3. Investitionsbedarfs-Landesbasisfallwerte

Im ersten Schritt würde durch Division des Investitionsbedarfs (5 Mrd.€) durch Fallzahl (17 Mio.) ein pauschaler Investitionsbedarfs-Landesbasisfallwert in Höhe von 294 € (heute 158 €) entstehen. Diesen Betrag muss der Patient bzw. seine Krankenkasse nach Umstellung auf die monistische Finanzierung ab dem Jahr 2009 zusammen mit der DRG-Fallpauschale nach Rechnungsstellung an das behandelnde Krankenhaus zahlen.

Durch die spätere Kalkulation der Investitionskosten je DRG durch das InEK kann sich eine von den pauschalen Investitionsmitteln abweichende Investitionssumme insgesamt aber auch in der Verteilung je Fall ergeben.

4. Auswirkungen für die Beteiligten

Auswirkungen für die Krankenhausplanung durch die Bundesländer

Die Verteilung der aufzubringenden Investitionsmittel erfolgt annähernd hälftig zwischen den Bundesländern und den Nutzern beziehungsweise deren Krankenversicherungen. Mit diesem Verfahren wird der Positionierung der Gesundheitsministerkonferenz, dass die Gewährleistung der Krankenhausversorgung und der Sicherstellungsauftrag sowie die Krankenhausplanung bei den Ländern als staatliche Aufgabe bleiben, weitgehend entsprochen.

Überführung der Investitionskostenförderung der Länder an die Krankenkassen

Der Gesundheitsfonds übernimmt die Zusammenführung der Förderbeträge der einzelnen Bundesländer und deren Weiterleitung an die einzelnen Krankenkassen entsprechend der von den einzelnen Krankenkassen zu finanzierenden Krankenhaufälle in einer besonderen Organisationseinheit („Clearingstelle Investitionskosten im Krankenhaus“). Die Höhe des an die einzelne Krankenkasse weiterzuleitenden Förderzuschusses je Krankenhaufall bemisst sich nach dem Fördervolumen und der Fallzahl des Bundeslandes, in dem das behandelnde Krankenhaus seinen Sitz hat.

In der Phase der fallbezogenen pauschalen Investitionsmittelzuteilung ergibt sich der Förderzuschuss je Fall rechtzeitig vor Jahresbeginn aus der Division der vom zuständigen Landesgesundheitsministerium für das betreffende Jahr zur Verfügung gestellten Fördermittel und der prognostizierten Fallzahl des betreffenden Jahres. Korrekturen erfolgen – wenn vertretbar – nur rechnerisch für die Zukunft. Dies gilt sowohl bezogen auf die Fallzahl als auch für das zur Verfügung gestellte Fördervolumen. Mit diesem Verfahren werden verwaltungsaufwändige Rechnungskorrekturen vermieden.

Alternative: Regionale Monistik		Abb. 5
Bestimmung des Investitionsbedarfs	Grundlage: Kumulierter Investitionsstau und Investitionsquoten anderer Branchen und Bundesländer	
Berechnung des Investitionskostenanteils je Fall	Zunächst pauschal je Fall, danach Kalkulation von aufwandsgerechten Investitions-Relativgewichten (z.B. durch InEK) ⁽¹⁾	
Ungleiche Verteilung der Mittel im Status quo zwischen Bundesländern	Entfällt	
Ungleiche Verteilung der Mittel im Status quo innerhalb eines Bundeslandes	Näherungsweise Ausgleich zwischen den Krankenhäusern eines Bundeslandes (Konvergenzphase)	
Verlagerung der heutigen KHG Landesmittel auf die Kostenträger	Überführung der Landesmittel an die Kostenträger	
Welche Kostenträger erhalten die Landesmittel? GKV, PKV, Selbstzahler, andere?	Beschränkung der Steuerzuschüsse auf GKV und PKV	
Einfluss der Landespolitik bei <ul style="list-style-type: none"> • KH-Planung und Sicherstellung • Mittelzuteilung und Verwendung 	<ul style="list-style-type: none"> • bleibt erhalten • entfällt 	
<small>(1) Diese Systematik ist auch für Leistungen nach der Bundespflegegesetz-Verordnung anzuwenden</small>		

Dieses Verfahren kann aus Vereinfachungsgründen auch beibehalten werden, wenn die Investitionskosten je einzelner DRG aufwandsbezogen durch das InEK kalkuliert werden, weil es sich lediglich um einen pauschalen Investitionskostenzuschuss des jeweiligen Bundeslandes handelt.

Möglich ist die Verteilung der Länderzuschüsse unter kassenbezogener Berücksichtigung der Summe der Investitions-Relativgewichte.

Dies würde bewirken, dass Krankenkassen mit überproportional investitionskostenintensiven Krankenhausfällen auch entsprechend mehr an der Zuteilung der Länderfördermittel partizipieren würden.

In jedem Fall führt dieses Verfahren der regionalen Monistik zu keinerlei Verwerfungen des unterschiedlichen Förderverhaltens der einzelnen Bundesländer und basiert auf den derzeitigen Gegebenheiten.

Ausgleich der unterschiedlichen Ausgangsbedingungen der Krankenhäuser innerhalb eines Bundeslandes

Die einzelnen Krankenhäuser innerhalb eines Bundeslandes haben durch die unterschiedliche Zuteilung von Investitionsmitteln als Einzelförderung (Zeitpunkt und Höhe) unterschiedliche Ausgangssituationen zu Beginn der monistischen Finanzierung. Diese sind über eine zehnjährige Konvergenzphase auszugleichen. Eine ggf. politisch gewollte kürzere Übergangszeit erscheint zunächst weniger gerecht. Technisch realisierbar ist sie aber und wird in Anbetracht des ohnehin bereits vorhandenen hohen Investitionsbedarfs aller Krankenhäuser bei rückläufiger Investitionsförderung der Länder auch begründbar. Für die bisherigen pauschalen Investitionsmittelzuweisungen an alle Krankenhäuser bedarf es keiner Konvergenzphase, weil sie allen Krankenhäusern gleichermaßen zugute gekommen sind.

An den folgenden Beispielen soll verdeutlicht werden, wie sich die unterschiedlichen Zuteilungen von Fördermitteln zu unterschiedlichen Zeitpunkten und in unterschiedlicher Höhe innerhalb der Konvergenzphase auswirken. Dabei wird vorgeschlagen, dass die innerhalb der letzten 25 Jahre zugeteilten Einzelförderungen bis zum Ende des Jahres 2008 mit 4% jährlich linear abgeschreiben werden. Dies entspricht einem Zeitfenster vom 01.01.1984 bis zum 31.12.2008, indem sich Krankenhäuser alle erhaltenen Einzelförderungen unter Berücksichtigung der vierprozentigen, linearen Abschreibung in der Konvergenzphase anrechnen lassen müssen.

Das in Abb. 7 (auf der folgenden Seite) beschriebene Krankenhaus hat im Jahr 2000 eine Einzelförderung in Höhe von 10 Mio. € erhalten. Diese Einzelförderung hat am 31.12.2008 nach der jährlich vierprozentigen Abschreibung einen „Buchwert“ von 6,8 Mio. €. Dieser Betrag geht als Ausgangswert in die Konvergenzphase ein. Gleichmäßig verteilt auf eine zehnjährige Konvergenzphase beträgt der zu berücksichtigende Restwert der Einzelförderung aus dem Jahr 2000 680.000 € (Abb. 8). Um diesen Wert sind die zukünftigen moni-



stischen Investitionsmittel zu kürzen. Die Kürzung stellt die „Clearingstelle Investitionskosten im Krankenhaus“ im Gesundheitsfonds in Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Landesgesundheitsministerium fest und teilt den Kürzungsbetrag je Krankenhaus den Krankenkassen mit.

Die Auswirkungen der Konvergenzphase werden exemplarisch in den drei Beispielen in Abb. 9 dargestellt. Alle drei Krankenhäuser verfügen über die gleiche Fallzahl von 10.000 Fällen und einen Investitionsbedarfs-Landesbasisfallwert in Höhe von 300 €.

Im Beispiel 1 hat das Krankenhaus keine Einzelförderung erhalten. Demzufolge erhält es eine in der Konvergenzphase ungekürzte jährliche Netto-Förderung in Höhe von 3 Millionen €.

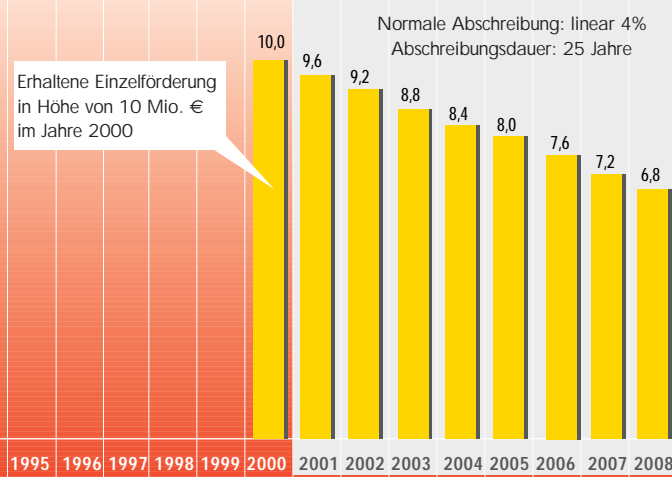
Im Beispiel 2 handelt es sich um das zuvor beschriebene Krankenhaus mit einer Einzelförderung in Höhe von 10 Millionen € im Jahr 2000. Die Netto-Förderung wird in der Konvergenzphase um jährlich 680.000 € auf 2,32 Millionen € gekürzt.

Beispiel 3 zeigt ein Krankenhaus, das im Jahr 2000 Fördermittel in Höhe von 50 Millionen € bekommen hat. Nach der jährlichen Abschreibung verbleibt ein jährlich in der Konvergenzphase zu berücksichtigender Kürzungsbetrag in Höhe von 3,4 Millionen €. Da er die Summe der jährlichen Förderung in Höhe von 3 Millionen € überschreitet, müsste das Krankenhaus den überschüssigen Betrag von 400.000 € jährlich zurückzahlen. Wenn in diesen Fällen keine Rückzahlungen erfolgen sollen, erhalten diese Krankenhäuser in der Konvergenzphase keine Fördermittel.

Verteilung

Abb. 7

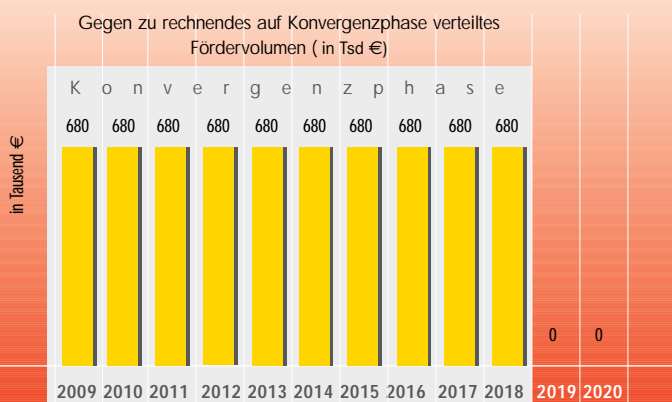
In der Vergangenheit erhaltene Einzelförderung wird bis zur Gegenwart abgeschrieben
(Bsp.: Einzelförderung 10 Mio. € im Jahr 2000)



Konvergenzphase

Abb. 8

Restwert der Einzelförderung wird über die Konvergenzphase gleichmäßig verteilt
(Bsp.: Einzelförderung 10 Mio. € im Jahr 2000)



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 €											
Fördermittel p.a.	3 Mio. €	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Einzelförderung:	keine											
Beispiel 2												
Fallzahl	10.000											
I-LBFW	300 €											
Fördermittel p.a.	3 Mio. €	2,32	2,32	2,32	2,32	2,32	2,32	2,32	2,32	2,32	3,0	3,0
Einzelförderung:	10 Mio. €											
Beispiel 3												
Fallzahl	10.000											
I-LBFW	300 €											
Fördermittel p.a.	3 Mio. €											
Einzelförderung*:	50 Mio. €	-0,4	-0,4	-0,4	-0,4	-0,4	-0,4	-0,4	-0,4	-0,4		

* im Jahr 2000

» Modell 21 – Regionale Monistik «



Zur Vervollständigung und besseren Übersicht sind hier die Eckpunkte des BDPK zur „Gestaltung des ordnungspolitischen Rahmens für Krankenhäuser nach dem Ende der Konvergenzphase“ vom Januar 2007 angefügt.

Grundsätze des BDPK 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.

Grundsätzliche Forderungen des BDPK zum ordnungspolitischen Rahmen

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 krankenhausesindividuellen Entgelte nach § 6 KHEntgG 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.

Finanzierung der Investitionskosten

Monistische Finanzierung von Investitionskosten

Die Länder kommen ihrer Verpflichtung zur Übernahme der Investitionskosten immer weniger nach. Im Vergleich zu 1995 fuhren 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 Unterschiede 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.

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

Autoren
Thomas Bublitz,
Hauptgeschäftsführer des BDPK, Berlin

Dr. Boris Augurzky,
Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, Essen

Gestaltung
Orange Konzept GmbH, Berlin

Druck
Druckerei Wilke, Hilchenbach

Juni 2007

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

Wirtschaftsfaktor Krankenhaus

Das Krankenhaus ist immer da. 24 Stunden täglich und 365 Tage im Jahr, Heiligabend ebenso wie in der Silvesternacht oder Ostern. Nachts um drei genauso wie morgens um zehn. Hier werden Menschen gerettet, versorgt und betreut, hier wird geheilt, gehandelt und geholfen, hier wird geboren und gestorben. Und: hier wird Sicherheit „produziert“, denn die Menschen in Deutschland brauchen das Krankenhaus nicht nur im Ernstfall, sondern auch das gute Gefühl und die alltägliche Gewissheit darüber, dass „im entscheidenden Moment“ alles Menschenmögliche für ihre gesundheitliche Versorgung getan wird. Diese, von den Krankenhäusern an allen Orten des Landes garantierte, gesundheitliche Sicherheit ist ein Garant für eine leistungsbereite und flexible Bevölkerung. Schon allein deshalb sind Krankenhäuser keine negativen, die Wirtschaft belastenden Kostenfaktoren. Vielmehr gewährleisten sie - volkswirtschaftlich gesehen - die Verfügbarkeit des unentbehrlichen Produktionsfaktors Arbeit. Krankenhäuser sichern das „human capital“ der Bundesrepublik Deutschland und haben damit erheblichen Anteil an der volkswirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Nation.

Natürlich ist das Krankenhaus auch aus anderen Gründen ein wichtiger ökonomischer Faktor: Mit rund 1,1 Millionen Beschäftigten und einem jährlichen Gesamtumsatz von mehr als 60 Milliarden € gehört der Krankenhausektor zu den bedeutendsten Dienstleistungsbranchen Deutschlands. Krankenhäuser sind die Keimzelle und die Entwicklungsstätte für medizinische und medizinisch-technische Erfindungen und Verbesserungen. Sie leisten entscheidende Beiträge für Deutschlands weltweit führende Rolle in Sachen medizinischer Innovation. Aber dabei geht es nicht allein um wirtschaftliche Erfolge, sondern vor allem um den Erfolg für den Menschen, denn nicht nur die deutschen Patienten können immer schonender und wirksamer behandelt werden. Dafür gehen Krankenhäuser oftmals in erhebliche finanzielle Vorleistung und entwickeln eine starke regionale, überregionale und internationale Wirtschaftskraft, die auf regionaler Ebene spürbar ist durch die bedeutende Nachfrage von Gütern und Dienstleistungen.

Die Stellung der Krankenhäuser auf dem Arbeitsmarkt ist herausragend. Der Krankenhausektor gehört zu den personalintensivsten Dienstleistungsbranchen und besitzt ein überaus vielfältiges Spektrum beruflicher Tätigkeiten. Weil die wichtigste Voraussetzung für die Erfüllung der anspruchsvollen Aufgaben eines Krankenhauses hoch motiviertes und qualifiziertes Personal ist, genießt die Aus- und Weiterbildung im Krankenhaus einen besonders hohen Stellenwert.



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 www.bdpk.de