

Zukunft der Krankenhausversorgung

**Bericht der
Arbeitsgruppe Krankenhauswesen der AOLG**

vom 25.07.2007

Inhalt:

1.	Möglichkeiten zur Verbesserung des derzeitigen Finanzierungssystems	3
1.1.	Erforderliche Änderungen, um Investitionsentscheidungen zeitnäher an betriebswirtschaftlichen Erfordernissen zu orientieren und an der grundsätzlichen Eigenverantwortung der Krankenhäuser auszurichten	3
1.2.	Möglichkeiten zur Beseitigung von Hindernissen für sektorübergreifende Angebote durch gezielte Investitionen	3
1.3.	Geeignete Verfahren, um durch Pauschalierung der Krankenhausförderung ein höheres Maß an Flexibilität zu erreichen	4
1.4.	Änderungsnotwendigkeit der Fördertatbestände in § 9 KHG.....	5
2.	Notwendigkeit der Berücksichtigung unterschiedlicher funktionaler Zustände der Krankenhäuser für einen Übergangszeitraum im Falle der Einführung der monistischen Finanzierung.....	5
3.	Volumen der erforderlichen Finanzierungsmittel für Investitionskosten	6
4.	Aufbringung der erforderlichen Finanzierungsmittel für Investitionskosten bei Einführung der Monistik.....	7
4.1.	Wer sollte die Investitionsmittel für den Übergang und auf Dauer aufbringen (Länder, Krankenkassen, Bund oder alle gemeinsam)?	7
4.2.	Notwendigkeit der Zweckbindung und Kontrolle der Mittel	8
4.3.	Einflussmöglichkeiten der Länder auf den Einsatz der Mittel, wenn die Finanzierungsverantwortung für Investitionen bei den Krankenkassen, beim Bund, bei den Ländern oder bei allen gemeinsam liegt.....	8
5.	Regionale Mittelverteilung bei Monistik	8
6.	Qualitätssicherung und Qualitätstransparenz.....	9
6.1.	Qualitätsindikatoren	9
6.2.	Zertifizierung	9
7.	Betriebskostenfinanzierung	10
7.1.	Weitere Notwendigkeit von Budgetverhandlungen und Möglichkeit des Abschlusses von Einzelverträgen zwischen dem einzelnen Krankenhaus und einzelnen Krankenkassen .	10
7.2.	Notwendigkeit einer Budgetdeckelung bei einem stärker auf Wettbewerb ausgerichteten System.....	10
8.	Krankenhausplanung	11
8.1.	Mindestregelungsbedarf und Durchsetzbarkeit der Krankenhausplanung der Länder bei monistischer Finanzierung	11
8.2.	Grund-/Notfallversorgung vor dem Hintergrund des Sicherstellungsauftrages der Länder	12

1. Möglichkeiten zur Verbesserung des derzeitigen Finanzierungssystems

1.1. Erforderliche Änderungen, um Investitionsentscheidungen zeitnäher an betriebswirtschaftlichen Erfordernissen zu orientieren und an der grundsätzlichen Eigenverantwortung der Krankenhäuser auszurichten

1.

Bei der Planung und Ausführung von Krankenhausbaumaßnahmen handelt es sich unabhängig von der Form der öffentlichen Finanzierung wegen der Komplexität der Maßnahmen um aufwendige Verfahren mit einer erheblichen Planungs- und Ausführungszeit. Auch ohne öffentliche Förderung müssten umfangreiche Planungsunterlagen, z.B. für die Baugenehmigungsbehörden, die Gesundheitsfachbehörde u.a. erstellt werden.

2.

Krankenhäuser brauchen Finanzierungssicherheit bei ihren Investitionen. Sowohl das duale als auch das monistische Finanzierungssystem können auf Dauer nur bestehen, wenn sie mit den erforderlichen Mitteln ausgestattet werden. Die monistische Finanzierung stellt heute noch keine Alternative zum gegenwärtigen System dar.

Hauptursache dafür, dass Investitionsentscheidungen der Krankenhäuser nicht zeitnäher umgesetzt werden können, ist insbesondere die bislang angespannte Finanzsituation vieler Länder. Sie bewirkt, dass die Fördermittel weder ausreichend noch zeitgerecht bereitgestellt werden. Durch eine bessere Finanzausstattung in den Landeshaushalten kann eine bedarfsgerechte Finanzierung erreicht und damit für die Krankenhäuser langfristige Planungs- und Finanzierungssicherheit gegeben werden.

3.

Im Förderverfahren der Länder wird besonders auf die Wirtschaftlichkeit bei der Gestaltung funktionell optimaler Verfahrensabläufe im Krankenhaus geachtet. Die Krankenhausträger und ihre Fachberater arbeiten in der Praxis eng mit den Förderbehörden zusammen. Die Krankenhausträger können dabei eigenverantwortlich konzeptionelle Vorstellungen für die notwendigen Investitionsentscheidungen vorbereiten. Die Einbeziehung des Sachverständigen der baufachlichen Prüfbehörden ist erfahrungsgemäß dabei notwendig, um unwirtschaftliche Lösungen und damit Fehlinvestitionen zu vermeiden.

4.

Das Verfahren der Investitionsförderung der Länder wurde seit der Einführung des KHG 1972 laufend verbessert. Es sind aber noch weitere Maßnahmen zur Beschleunigung möglich: Dies reicht vom vorzeitigen Maßnahmebeginn über den Ausbau der Festbetragsförderung und der Teilförderung mit Zustimmung des Krankenhausträgers bis zur Erprobung alternativer Finanzierungsmöglichkeiten wie Public Private Partnership (PPP) beim Krankenhausbau.

1.2. Möglichkeiten zur Beseitigung von Hindernissen für sektorübergreifende Angebote durch gezielte Investitionen

5.

Auswirkungen auf die Krankenhausförderung der Länder haben sich durch die zunehmende Verzahnung des ambulanten und des stationären Bereichs, verbunden mit der Übertragung weiterer Aufgaben auf die Krankenhäuser (vor- und nachstationäre Behandlung, ambulantes Operieren im Krankenhaus, integrierte Versorgung, Medizinische Versorgungszentren, hochspezialisierte Leistungen) ergeben. Aus der Zweckbindung der Krankenhausfördermittel für stationäre Zwecke ergeben sich nur eingeschränkte Möglichkeiten, mit KHG-Fördermitteln sektorübergreifende Angebote zu fördern.

6.

Im Krankenhausbereich bestehen Schnittstellen, deren Finanzierung aus KHG-Mitteln zulässig

ist, wie die vor- und nachstationäre Behandlung. In mehreren Ländern ist die Mitbenutzung von Funktionsstellen für nichtstationäre Zwecke unter bestimmten Bedingungen förderunschädlich, so dass sektorübergreifende Angebote und Kooperationen ermöglicht werden. Investitionen für sektorübergreifende Angebote können über die jeweilige Finanzierungsart anteilig und damit insgesamt finanziert werden. Kooperationen zwischen Krankenhäusern sind förderrechtlich ohnehin möglich.

7.

Eine Erweiterung des Einsatzes von KHG-Mitteln bei sektorübergreifenden Angeboten über die bisherige stationäre Zweckbindung hinaus wäre zwar gesetzestechnisch denkbar. Dies würde aber grundsätzliche Fragen der Wettbewerbsverzerrung und des EU-Beihilferechts aufwerfen.

1.3. Geeignete Verfahren, um durch Pauschalierung der Krankenhausförderung ein höheres Maß an Flexibilität zu erreichen

8.

Verfahren der Pauschalierung bestehen im derzeitigen Fördersystem bereits für die Kosten der Wiederbeschaffung und den kleinen Baubedarf. Die Länder machen von dieser Förderart mit unterschiedlichen Bezugsgrößen und Bemessungskriterien Gebrauch. Die Anteile der Haushaltsmittel gegenüber der Einzelförderung betragen in den Ländern zwischen 30 und 70 Prozent. Auch im Verfahren der Einzelförderung wurde die Pauschalierung von Kosten weiterentwickelt, z.B. bei den Baunebenkosten. Vor allem bei der Festbetragsförderung können in einigen Bereichen Kostenrichtwerte angewandt werden.

9.

Im Rahmen der derzeitigen Förderung besteht im Landesrecht die Möglichkeit, die Pauschalierung durch Erweiterung des Geltungsbereichs für kleine bauliche Maßnahmen auszuweiten. Allerdings könnte dadurch der Einsatz von Mitteln der Einzelförderung je nach Haushaltslage eingeschränkt werden.

10.

Eine voll pauschalierte Förderung von Maßnahmen im Rahmen der Einzelförderung ist bei der regelmäßigen Größenordnung von Krankenhausbauvorhaben im zweistelligen Mio €-Bereich nicht zweckmäßig, weil Mittel in diesem Umfang nicht ohne Bezug zur konkreten Verwendung vergeben werden sollten. Gleiches gilt für anzuspärende Pauschalen zur Finanzierung, da sie relativ hoch sein müssten und nicht unmittelbar am Bedarf künftig notwendiger Bau- und Umstrukturierungsmaßnahmen orientiert sein könnten. Die Länder hätten im Falle einer weitergehenden Pauschalierung trotz des Einsatzes umfangreicher Mittel keinen Einfluss mehr auf die Strukturierung der Krankenhauslandschaft. Eine entsprechende gezielte Steuerung und Unterstützung von strukturpolitisch besonders wichtigen Vorhaben hat sich in der Vergangenheit bewährt und sollte daher nicht aufgegeben werden. Der Gestaltungsspielraum der Länder bei der Vergabe der Fördermittel für Krankenhausinvestitionen könnte erweitert werden, wenn nach einer Änderung des KHG die Investitionsförderung auch ausschließlich über Pauschalen zugelassen würde.

11.

Die jetzt in der Pauschalförderung angewandten Verfahren zur Bemessung kommen zwar auch bei einer Ausweitung der Pauschalförderung in die Einzelförderung im KHG grundsätzlich in Frage. Allerdings sind sie nur auf die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter abgestellt. Darüber hinaus liegen bisher keine geeigneten Verfahren und Bezugsgrößen (Investitionskosten pro Krankenhausbett, pro OP, nach Abschreibungen, Fallzahl oder Schwierigkeitsgrad der Fälle u.a.) vor, die geeignet sein könnten, die Kosten der heterogenen und komplexen Krankenhausbauvorhaben sowie den künftigen Umstrukturierungsbedarf realistisch abzubilden.

1.4. Änderungsnotwendigkeit der Fördertatbestände in § 9 KHG

12.

Die Überprüfung der Fördertatbestände in § 9 KHG ist an den Möglichkeiten von Verbesserungen innerhalb des derzeitigen Systems der Investitionsfinanzierung und damit am Grundsatz, dass die notwendigen Investitionen der Krankenhäuser von den Ländern finanziert werden, zu orientieren. Der Rechtsanspruch der Krankenhäuser auf volle Übernahme der Investitionskosten ist letztlich Folge der Einbeziehung der Krankenhäuser in das System der Krankenhausplanung und des Kontrahierungszwangs mit Einführung des KHG 1972, der im Hinblick auf Art. 14 GG gewahrt werden muss.

13.

Eine Überprüfung der Fördertatbestände hat weiter zu beachten, dass die förderfähigen Investitionskosten in der Systematik des KHG von den pflegesatzfähigen Kosten sowie den über das neue Entgeltsystem zu finanzierenden Betriebskosten abzugrenzen sind. Jede Herausnahme von Kosten aus der Förderung bedeutet zwangsläufig, dass sie den Betriebskosten zuzuordnen sind, wie die Entwicklung der Finanzierung des Erhaltungsaufwands gezeigt hat.

14.

Unter den gegebenen Rahmenbedingungen des KHG kommen für eine Anpassung, Veränderung und Weiterentwicklung der Fördertatbestände des § 9 KHG mehrere Möglichkeiten in Frage. Nicht mehr angewandte Fördertatbestände könnten ersatzlos aufgehoben werden. Fördertatbestände, die bei Schaffung des KHG noch nicht bekannt waren, könnten neu aufgenommen werden. Eine Aufhebung der meisten Fördertatbestände wird deshalb nicht möglich sein, weil es sich um notwendige Investitionskosten handelt. Die Zusammenfassung einzelner Fördertatbestände ist wegen der Unterschiedlichkeit der Kosten, die gefördert werden sollen, kaum möglich.

15.

Innerhalb des Förderkatalogs des § 9 KHG bestimmen die Länder das Nähere zur Förderung durch Landesrecht. Sie haben damit einen gewissen Spielraum, den sie im Rahmen ihres Haushaltsvorbehalts ausfüllen können. Bei einer Weiterentwicklung der Fördertatbestände käme auch in Frage, die Möglichkeiten der Länder zu erweitern, soweit der Grundsatz der Übernahme der Investitionskosten beachtet wird.

2. Notwendigkeit der Berücksichtigung unterschiedlicher funktionaler Zustände der Krankenhäuser für einen Übergangszeitraum im Falle der Einführung der monistischen Finanzierung

16.

Die Krankenhäuser in einem Land sind zu unterschiedlichen Zeiten gebaut und in Betrieb genommen worden. Folglich wird der bauliche Zustand der Krankenhäuser zum Zeitpunkt einer möglichen Umstellung der Krankenhausfinanzierung von einem dualen zu einem monistischen System sehr verschieden sein; neugebauten Krankenhäusern stehen Krankenhäuser gegenüber, die vor 20, 30 oder noch mehr Jahren gebaut worden sind. Insbesondere aufgrund der begrenzten Finanzmittel ist es so gut wie ausgeschlossen, einen gleichen beziehungsweise einheitlichen baulichen Zustand für alle Krankenhäuser bis zum Zeitpunkt der Einführung eines monistischen Finanzierungssystems zu erreichen.

17.

Erfolgt die Umstellung auf die Monistik in der Form, dass alle Krankenhäuser einen einheitlichen Investitionszuschlag auf die Entgelte erhalten, führt dies aufgrund des nicht homogenen Bauzustandes der Krankenhäuser zu Verzerrungen. Ein Krankenhaus, das gerade oder vor

wenigen Jahren neu gebaut oder generalsaniert worden ist, erhalte den gleichen Investitionszuschlag wie ein altes Krankenhaus, das vor einem Neubau oder einer Generalsanierung steht. Während das neugebaute oder generalsanierte Krankenhaus die Investitionszuschläge thesaurieren kann, reichen die Rücklagen von Investitionszuschlägen für das alte Krankenhaus nicht aus, um eine Generalsanierung in den nächsten Jahren durchzuführen oder einen Neubau errichten zu können. Das alte Krankenhaus ist gezwungen, für die Generalsanierung oder den Neubau andere Finanzquellen (Einbringung von Trägermitteln, Aufnahme von Fremdkapital u.a.) zu erschließen.

18.

Der im Rahmen der Umstellung auf die Monistik einzuführende Investitionszuschlag könnte, um die vorgenannten Verzerrungen zu vermeiden, so gestaltet sein, dass er in einem Übergangszeitraum die älteren Krankenhäuser günstiger stellt und ihnen eine frühere Finanzierung von Baumaßnahmen ermöglicht. Denkbar wäre, dass alte Krankenhäuser für einen bestimmten Übergangszeitraum zunächst einen höheren als den nach Beendigung des Übergangszeitraums anzustrebenden Investitionszuschlag erhalten, neue Krankenhäuser dagegen zunächst einen niedrigeren Investitionszuschlag erhalten. So könnte für einen bestimmten Zeitpunkt (z.B. 10 Jahre nach der Einführung der Monistik) für alle Krankenhäuser ein fester Investitionszuschlag auf die Krankenhausentgelte (z.B. 5 %) angestrebt werden, der für „alte Krankenhäuser“ zunächst höher (z.B. 10 %) und für neue Krankenhäuser niedriger ist und linear bis zum Erreichen des festgelegten Zeitpunkts angepasst wird.

Eine Schwierigkeit dieser Lösung besteht darin, die Krankenhäuser in alte und neue Krankenhäuser aufzuteilen. Viele, wenn nicht sogar die meisten Krankenhäuser, weisen eine gemischte Baustruktur auf. Neben alten Bauteilen bestehen Erweiterungs- oder Teilneubauten mit der Folge, dass das Krankenhaus als Ganzes nicht einfach der Kategorie neu oder alt zugerechnet werden kann. Um weiter zu differenzieren, käme eine Staffelung z.B. nach Abschreibungswerten in Frage, die aber einen konkreten Umstrukturierungsbedarf nicht wiedergibt. Dafür kann allerdings ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand entstehen.

19.

Eine Staffelung würde in der Übergangszeit bedeuten, dass Krankenhäuser in Ländern, die eine höhere Investitionsfinanzierung bereitgestellt haben, wegen des guten Bauzustands weniger Mittel aus dem Investitionszuschlag erhielten als Krankenhäuser in Ländern, die bisher weniger Investitionsmittel gewährt haben. Eine Staffelung könnte dazu führen, dass alte Krankenhäuser für die Kostenträger vergleichsweise teurer wären, die Finanzierung insoweit nicht wettbewerbsneutral wäre und diese Krankenhäuser möglicherweise doppelt benachteiligt würden.

3. Volumen der erforderlichen Finanzierungsmittel für Investitionskosten

20.

Die derzeitige Höhe der durch die Länder verausgabten Investitionsmittel in Deutschland beträgt rd. 2,7 Mrd. € pro Jahr (1,6 Mrd. KHG-Förderung sowie 1,1 Mrd. € pauschale Förderung kurz- und mittelfristiger Anlagegüter). Hinzu kommt ein noch zu ermittelnder Anteil der Hochschulbauförderung, jedoch ohne die Mehrkosten für Forschung und Lehre in Höhe von etwa 10 % bis 20 %.

21.

Allgemein unstrittige Kennzahlen, die den Investitionsbedarf verlässlich beschreiben könnten, sind nicht vorhanden. Selbst wenn es solche krankenhausesindividuell gäbe, wäre jedoch die jeweils landesweite Bandbreite wahrscheinlich derart groß, dass ein Durchschnittswert zur Bildung einer verlässlichen Größenordnung herangezogen werden müsste.

22.

Denkbar ist die Orientierung an der Investitionsquote anderer Dienstleistungsbereiche. Die statistische Datenlage ist in diesem Bereich allerdings insgesamt schwierig, zudem gibt es kaum sachlich vergleichbare Dienstleistungen. Der investitionsnahe Sachaufwand in Arztpraxen (Mieten, Pachten, Leasing) macht etwa 6 % des Umsatzes aus. Würde man als Erfahrungswert aus anderen Dienstleistungsbereichen eine Rate von 5 % des Umsatzes zugrunde legen, so käme man bei einem Umsatz der Krankenhäuser in Deutschland in Höhe von rd. 60 Mrd. € auf ein jährliches Investitionsvolumen von ca. 3 Mrd. €.

23.

Alternativ könnte folgende Modellrechnung zugrunde gelegt werden, in der für einen Krankenhausneubau etwa 200.000 € pro Bett für Baukosten angesetzt werden. Danach ergibt sich folgende Berechnung: Zurzeit gibt es in Deutschland ca. 474.000 KHG-geförderte Betten/Plätze (ohne Unikliniken). Aufgrund des Strukturwandels durch Sinken der Verweildauer und Konzentrationen/Fusionen kann man einen künftigen Bedarf von max. 400.000 Betten unterstellen. Bewertet zu heutigen Herstellungskosten entspricht dies einem notwendigen (baulichen) Anlagevermögen in Höhe von ca. 80 Mrd. €. Rechnet man mit einer wirtschaftlichen Abschreibung über 25 Jahre, so ergibt sich ein jährlich erforderlicher Betrag von ca. 3,2 Mrd. €. Hinzu kämen die mit den pauschalen Fördermitteln finanzierten kurz- und mittelfristigen Anlagegüter. Hierfür wenden die Länder aktuell jährlich ca. 1,1 Mrd. € auf. Addiert man diese 1,1 Mrd. € hinzu, ergibt sich damit ein notwendiges Gesamtfinanzierungsvolumen von 4,3 Mrd. € jährlich. Dies entspricht etwa einer Investitionsquote von 7% (bezogen auf den Jahresumsatz der Krankenhäuser).

24.

Bei dieser vorangehenden Art der Berechnung wird ein in der Vergangenheit nicht befriedigter Investitionsbedarf in die Betrachtung nicht mit einbezogen. Die von der Krankenhausesseite propagierten, aber bisher nicht begründeten 50 Mrd. €, können nicht nachvollzogen werden.

25.

Da bei einer monistischen Finanzierung Investitionen zumeist über Kredite vorfinanziert werden dürften, müssten zusätzlich die damit verbundenen Finanzierungskosten berücksichtigt werden. Nicht alle Krankenhäuser erreichen zwar die notwendige Kreditwürdigkeit für Investitionsdarlehen auf dem freien Kapitalmarkt. Allerdings verbessert sicher ein zweckgebundener Investitionskostenzuschlag auf die DRG das für die Kreditwürdigkeit maßgebende Rating. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht sind zudem (kalkulatorische) Zinsen grundsätzlich zu berücksichtigen.

4. Aufbringung der erforderlichen Finanzierungsmittel für Investitionskosten bei Einführung der Monistik.

4.1. Wer sollte die Investitionsmittel für den Übergang und auf Dauer aufbringen (Länder, Krankenkassen, Bund oder alle gemeinsam)?

26.

Derzeit werden die bereitgestellten Fördermittel über Steuern finanziert. Eine Finanzierung der Investitionskosten durch die GKV hätte dort Mehrkosten zur Folge, würde zu einer Erhöhung der Beitragssätze führen und damit die Lohnnebenkosten erhöhen. Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt wären nicht auszuschließen. Eine zusätzliche Belastung der Krankenkassen kann nur durch eine Kompensation aus Steuermitteln vermieden werden. Der ehemals gezahlte Bundeszuschuss aus der Tabaksteuer würde den Investitionsbedarf der Krankenhäuser decken. Denkbar wäre allerdings eine Beteiligung der Länder z.B. über Wege, wie sie aktuell in Verbindung mit dem geplanten Ausbau von Krippenplätzen diskutiert wurden.

27.

Eine Beteiligung der Länder hätte zur Folge, dass diese ggf. im zum Teil noch höherem Maße als zuvor weiterhin an der Aufbringung investiver Mittel beteiligt werden, ohne über die Verteilung der Mittel entscheiden und ohne eine gleichzeitige Entlastung der Länderhaushalte erreichen zu können. Diese wäre durch eine Kompensation aus dem Bundeshaushalt möglich, z. B. über den durch das GKV-WSG eingeführten Fonds. Finanzielle Verpflichtungen der Länder aus bewilligten Finanzierungen, Darlehen, Eigenmittelausgleich sowie die Besonderheiten des Finanzierungsprogramms aus Artikel 14 des Gesundheitsstrukturgesetzes müssten ebenfalls berücksichtigt werden.

4.2. Notwendigkeit der Zweckbindung und Kontrolle der Mittel

28.

Die Festlegung einer Zweckbindung des Investitionskostenzuschlages verbunden mit einer Mittelverwendungskontrolle ist notwendig. Die früher in den Pfllegesätzen und heute in den DRG enthaltenen Finanzierungsanteile der Instandhaltungskosten unterliegen keiner Kontrolle. Dies hat dazu geführt, dass die Instandhaltung in den Krankenhäusern teilweise vernachlässigt wurde. Die zweckentsprechende Mittelverwendung der künftigen Investitionszuschläge sollte durch einen Wirtschaftsprüfer testiert werden, wie bei der Pauschalförderung in einigen Ländern heute bereits üblich. Die Länder sollten mit Aufsichtsbefugnissen ausgestattet werden (Verwaltungsaufwand bedenken).

4.3. Einflussmöglichkeiten der Länder auf den Einsatz der Mittel, wenn die Finanzierungsverantwortung für Investitionen bei den Krankenkassen, beim Bund, bei den Ländern oder bei allen gemeinsam liegt

29.

Einfluss haben die Länder nur bei Beibehaltung einer eigenen Finanzierungsverantwortung. Da eine monistische Finanzierung den Handlungsspielraum der Krankenhausträger erweitern soll, schließt dies Einflussmöglichkeiten der Länder auf den Einsatz der Mittel im Einzelfall aus.

5. Regionale Mittelverteilung bei Monistik

30.

Eine gesonderte regionale Mittelverteilung, zum Beispiel differenziert nach Ländern oder städtischen und ländlichen Gebieten ist nicht praktikabel. Ein bundesweit einheitlicher Investitionszuschlag sollte über die DRG-Fallpauschalen an die Krankenhäuser verteilt werden. Kriterien für die Bemessung des Zuschlags (Fallzahl, Schweregrad o. ä.) müssen noch festgelegt werden.

31.

Die Höhe der Zuschläge sollte pauschal kalkuliert werden. Eine Möglichkeit besteht darin, die Investitionsmittel durch die Summe der Bewertungsrelationen aller Krankenhäuser und Pflegefälle zu dividieren. Als Alternative bietet sich an, die durchschnittlichen Investitionskostenanteile je Fallpauschale zu kalkulieren, um eine Mittelzuweisung mit Bezug zur Leistung zu erreichen. Daraus können sich dann differenzierte Pauschalierungen ableiten. Um den unterschiedlichen baulichen Zuständen der Krankenhäuser Rechnung zu tragen, können die Zuschläge in der Konvergenzphase gestaffelt werden. Krankenhäuser, die neu errichtet wurden, erhielten in dieser Übergangsphase geringere, Krankenhäuser mit aktuellem hohem Investitionsbedarf demgegenüber höhere Zuschläge.

6. Qualitätssicherung und Qualitätstransparenz

6.1. Qualitätsindikatoren

32.

Mit den Qualitätsindikatoren der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS) liegt für Deutschland ein gut entwickeltes Instrumentarium für Qualitätsindikatoren in der stationären, überwiegend operativen Versorgung vor, die allerdings bei Weitem noch nicht das gesamte Leistungsspektrum umfassen. Daneben bestehen unterschiedliche Zertifizierungsverfahren (z.B. KTQ), aus denen sich Indikatoren für eine Qualitätsbeobachtung ableiten lassen.

33.

Indikatoren, die als Monitoring der Qualität der stationären Versorgung im Sinne einer Ergebnisqualität herangezogen werden können, sind aus der internationalen Literatur bekannt und befinden sich in der Erprobung. Beispiele sind entsprechende Projekte zum Medicare Pay for Performance in den USA oder in der allgemeinärztlichen Versorgung im englischen NHS.

33.

DRG sind für die Abbildung der Qualität der Leistung nicht geeignet, da sie für Abrechnungszwecke entwickelt wurden. Aus diesem Grund hat der Gesetzgeber eine Begleitforschung vorgesehen, die die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität bewerten soll. Die Indikatoren für die Qualität der Leistung können stattdessen aus Kombinationen von Prozeduren- und krankheitsbezogenen Klassifikationen - wie z.B. der OPS-301 oder die ICD -entwickelt werden.

34.

Bei der Entwicklung eines entsprechenden Systems sind vorrangig vorhandene, auch abrechnungsbezogene Datenquellen zu verwenden. Bei der Entwicklung eines Qualitätsmonitorings ist darauf zu achten, dass eine Abbildung des wesentlichen Leistungsspektrums erreicht wird.

35.

Qualitätsindikatoren werden künftig als Wettbewerbsinstrument dienen. Dieser Wettbewerb könnte in der Folge durch eine entsprechende Preisgestaltung unterstützt werden. Dafür müssen Qualitätsindikatoren bestimmte Voraussetzungen erfüllen:

- notwendige Bedingung der Vergleichbarkeit zwischen den Krankenhäusern
- gerichtsfeste Unterscheidbarkeit zwischen guten und schlechten Ausprägungen der Qualitätsindikatoren
- Gewährleistung von Verlässlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Daten, wenn die Dokumentation von nicht positiven Ausprägungen der Qualitätsindikatoren zu finanziellen Einbußen bei den beteiligten Leistungserbringern führen kann
- Beurteilbarkeit der Sinnhaftigkeit eines ‚Rankings‘.

36.

Qualitätskriterien sind weiter zu entwickeln im Hinblick auf gut verständliche und für die Patientinnen und Patienten transparente Kriterien. Sie erleichtern damit die Auswahl eines geeigneten Krankenhauses.

6.2. Zertifizierung

37.

Wenn die Krankenhausversorgung für bestimmte Leistungen durch Einzelverträge für den Wettbewerb geöffnet wird, müssen in diesen Verträgen nachprüfbar Qualitätskriterien zu Grunde gelegt werden, damit ein reiner Preiswettbewerb zu Lasten der Qualität vermieden wird. Die dafür zu entwickelnden Qualitätsvoraussetzungen können z.B. durch den G-BA im

Rahmen eines Zertifizierungsverfahrens unter Berücksichtigung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ausgestaltet werden.

7. Betriebskostenfinanzierung

7.1. Weitere Notwendigkeit von Budgetverhandlungen und Möglichkeit des Abschlusses von Einzelverträgen zwischen dem einzelnen Krankenhaus und einzelnen Krankenkassen

38.

Eine gemeinsame und einheitliche Verhandlung der Budgets – wie bisher üblich – ist bei Beibehaltung des Kontrahierungszwangs nach § 108 SGB V erforderlich. Der Kontrahierungszwang nach § 108 SGB V bedeutet, dass Krankenkassen nur in zugelassenen Krankenhäusern (Hochschulkliniken, Plankrankenhäuser und Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V) Leistungen erbringen lassen dürfen. Daraus leitet sich das Prinzip der freien Krankenhauswahl für Patientinnen und Patienten ab. Der Kontrahierungszwang nach § 108 SGB V bedeutet weiterhin, dass die Krankenhäuser einen Rechtsanspruch auf Budgetverhandlungen und die sich daraus ergebenden Abrechnung ihrer Leistungen gegenüber der GKV haben.

39.

Der Abschluss von Einzelverträgen würde hingegen bedeuten, dass der Zugang zu Leistungen für Patientinnen und Patienten grundsätzlich nur in den Krankenhäusern möglich ist, mit denen ein Vertragsverhältnis mit seiner/ihrer Krankenkasse besteht (z.B. wie im Gesundheitssystem in den USA). Einzelverhandlungen vonseiten der Krankenkassen machen allerdings nur dann Sinn, wenn sie nicht zu einer Verhandlung durch den Kontrahierungszwang gezwungen werden können. Nur unter dieser Voraussetzung ist es wahrscheinlich, dass Krankenhäuser durch attraktive Angebote versuchen, einen Versorgungsauftrag durch den Abschluss eines Vertrages zu erhalten.

40.

Für bestimmte Leistungen wird der Abschluss von Einzelverträgen zur Stärkung des Wettbewerbs diskutiert. Dies betrifft insbesondere elektive (= planbare) Leistungen. Mit der Definition dieser Leistungen kann der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) nach § 91 SGB V beauftragt werden, der gem. § 92 (1) SGB V Richtlinien zur Sicherung der ärztlichen Versorgung über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten beschließt. Ein Preiswettbewerb in vertretbarem Rahmen setzt langfristig gesicherte Qualitätskriterien voraus, die gemeinsam zu entwickeln sind.

41.

Außerhalb der elektiven Leistungen ist aufgrund des öffentlichen Sicherstellungsauftrages auch zukünftig der Abschluss gemeinsamer Budgetverhandlungen mit Kontrahierungszwang – auf der Basis der Krankenhausplanung der Länder – erforderlich.

7.2. Notwendigkeit einer Budgetdeckelung bei einem stärker auf Wettbewerb ausgerichteten System

42.

Seit dem 1. Januar 1993 sind die Budgets der Krankenhäuser in Deutschland gedeckelt. Die Einnahmen steigen nur entsprechend der Entwicklung der Grundlohnsumme. Es muss entschieden werden, ob diese Situation fortgeschrieben oder aufgehoben werden soll.

43.

Bei einem auf stärkeren Wettbewerb ausgerichteten System ist eine Budgetdeckelung nicht mehr sinnvoll, da ansonsten aufgrund einer zu erwartenden Mengenausweitung bei gleichem Vergütungsvolumen ein Preisverfall die Folge ist. Ziel eines Wettbewerbes ist vielmehr, bei Einzelverhandlungen und bei Einschränkung des Kontrahierungszwangs die Mittel effizienter zu steuern, so dass eine Konzentration von Leistungen an bestimmten Standorten stattfindet. Damit wäre der Beitragssatzstabilität gedient.

44.

Eine völlige Aufhebung der Budgetierung würde jedoch dazu führen, dass die Krankenhäuser versuchen, in die Mengensteigerung auszuweichen - mit der Gefahr der erheblichen Überschreitung der Entwicklung der Grundlohnsumme und dem Problem der Ausgabensteigerung der Krankenkassen mit entsprechenden Folgen für die Beitragssätze.

8. Krankenhausplanung

45.

Krankenhausplanung fällt in den Zuständigkeitsbereich der Länder. Dies hat zur Folge, dass sich im Laufe der Jahrzehnte unterschiedliche Strukturen in der Krankenhausversorgung entwickelt haben. Diese historisch gewachsenen Strukturen sind von verschiedenen Einflussfaktoren bestimmt worden, wie z. B. Bevölkerungsdichte, Größe des Landes, Haushaltsslage, Nähe zu Metropolregionen etc.

46.

Auch bei einer Neuregelung des ordnungspolitischen Rahmens sind die bestehenden Strukturen und die tatsächlichen Unterschiedlichkeiten zu berücksichtigen. Hierzu gehört auch die politische Entscheidungsfreiheit jedes Landes, wie die Krankenhausversorgung strukturiert werden soll. Diese Vielfältigkeit sollte sich auch zukünftig in einer flexiblen Regelung des ordnungspolitischen Rahmens widerspiegeln, um sowohl die föderale Struktur der Bundesrepublik Deutschland als auch den partnerschaftlichen Wettbewerb der Länder untereinander abzubilden.

8.1. Mindestregelungsbedarf und Durchsetzbarkeit der Krankenhausplanung der Länder bei monistischer Finanzierung

47.

Die staatlich verantwortete Krankenhausplanung wird notwendig bleiben. Die Entscheidung über die Detailtiefe der Krankenhausplanung obliegt hierbei den Ländern. Krankenhäuser brauchen Finanzierungssicherheit bei ihren Investitionen.

48.

Auch bei einer monistischen Finanzierung muss die Krankenhausplanung das gesamte Spektrum der Versorgung umfassen. Da die Sicherstellung der Versorgung weiterhin beim Land bzw. den Kommunen liegt, müssen dem Land umfangreiche Aufsichtsbefugnisse einschließlich der Möglichkeit der Ersatzvornahme eingeräumt werden, zumal strukturierende Maßnahmen nicht mehr über Investitionsförderung möglich sind. Zumindest muss die Möglichkeit gegeben sein, die Vertragsparteien insbesondere im Bereich der Notfallversorgung über aufsichtsrechtliche Maßnahmen und deren Vollstreckung zur Einhaltung von Rahmenvorgaben zu zwingen.

8.2. Grund-/Notfallversorgung vor dem Hintergrund des Sicherstellungsauftrages der Länder

49.

Der im Beschluss der GMK vom 08. März 2007 eingeführte Begriff der Sicherstellungsplanung wird bisher nicht verwendet und ist nicht definiert. Die gegenwärtige Gesetzeslage und Rechtsprechung unterscheidet zwischen Krankenhausplanung und Sicherstellungsauftrag.

Unter Sicherstellungsplanung kann die Sicherstellung der wohnortnahen Notfall- und Unfallversorgung sowie die angemessene Erreichbarkeit eines darüber hinausgehenden notwendigen Versorgungsangebotes (Grundversorgung) durch planerische Festlegungen verstanden werden. Die inhaltliche Ausgestaltung dieser planerischen Festlegung bleibt den Ländergesetzen vorbehalten.

50.

Ansatzpunkte für eine Abgrenzung in der Grundversorgung können sein:

a. über die Fachdisziplinen:

Chirurgie und Innere, optional Gynäkologie/Geburtshilfe, Kinderheilkunde

b. über die Leistungen:

anhand des DRG-Katalogs müssten vom Gemeinsamen Bundesausschuss gem. § 91 SGB V die Grundversorgungsleistungen definiert und den Fachdisziplinen zugeordnet werden. Dies wäre jedoch mit erheblichem Aufwand verbunden, zumal es jährlich einen neuen DRG-Katalog gibt und die Zuordnung der DRG zu Fachdisziplinen ist – systembedingt - in Teilen durchaus problematisch.

Eine bundesweite, einheitliche und unstreitige Abgrenzung von Leistungen, die der Sicherstellungsplanung unterliegen sollen, wird nicht zu realisieren sein.