



## **Bericht**

der Landesregierung

Zukunft der Krankenhausfinanzierung in Schleswig-Holstein

- Drucksache 16/1583 -

**Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren**

Der Schleswig-Holsteinische Landtag hat in seiner Sitzung am 14.09.2007 die Landesregierung gebeten, in der 28. Tagung des Landtages schriftlich darzulegen, wie aus Sicht der Landesregierung der ordnungspolitische Rahmen für die Krankenhausfinanzierung in Schleswig-Holstein nach Abschluss der Konvergenzphase Ende 2009 gestaltet werden soll und wie sich die Landesregierung dazu positioniert. Im Bericht sollen insbesondere folgende Aspekte Berücksichtigung finden

- **Detaillierungsgrad der Krankenhausplanung** - dabei soll dargelegt werden, ob weiterhin konkrete Vorgaben für einzelne Krankenhäuser gelten sollen, oder die Krankenhausplanung auf eine regionale Rahmenplanung zurückgeführt wird, die in Verträgen zwischen Krankenhäusern sowie Universitätskliniken und Krankenkassen auszufüllen ist.
- **Investitionsfinanzierung** – dabei soll dargestellt werden, ob nach dem Willen der Landesregierung künftig die Finanzierung großer Investitionen durch Fördermittel des Landes (duale Finanzierung) durch eine monistische Finanzierung abgelöst werden soll, bei der Investitionskosten über die DRG-Fallpauschalen mitfinanziert werden.
- **Bundeseinheitlicher Basisfallwert** – es soll berichtet werden, wie weit die Bemühungen der Landesregierung in den Verhandlungen über die eingebrachte Bundesratsinitiative zur Einführung eines bundeseinheitlichen Basisfallwertes in Krankenhäusern gediehen sind und welche konkreten Beschlüsse bisher die Gesundheitsministerkonferenz hierzu gefasst hat.
- **Preiswettbewerb** – hierbei soll die Landesregierung darlegen, ob nach ihrem Willen der bisherige Wettbewerb der Krankenhäuser um Patienten, der zunehmend als Qualitätswettbewerb geführt wird, durch einen Preiswettbewerb ergänzt werden soll; welche Auswirkungen ein solcher Wettbewerb auf Schleswig-Holstein hat und wie sich die Landesregierung auf Bundesebene zu diesem Thema positionieren will.
- **Feinjustierung des DRG-Systems** – dabei soll dargelegt werden, ob eine weitere Justierung des DRG-Systems notwendig ist und wie diese Überarbeitung nach dem Willen der Landesregierung aussehen soll, insbesondere in speziellen Fachbereichen, der Hochleistungsmedizin, bei Leistungen mit schwieriger Abgrenzung, z.B. bei neurologischer Frührehabilitation sowie teilstationären Leistungen in Abgrenzung zum ambulanten Bereich.

## 1. Vorbemerkungen

Die Fragen des o.g. Berichtsantrages sind Gegenstand intensiver und umfassender Beratungen von Bund und Ländern.

Im Juni 2006 hat die Landesregierung eine Initiative zur Einführung des bundesweiten Basisfallwertes in den Bundesrat eingebracht. Im Gesetzgebungsverfahren des am 01.04.2007 in Kraft getretenen GKV-WSG wurde der Bereich der stationären Versorgung allerdings bewusst ausgeklammert. Stattdessen wurde eine Sonder-Gesundheitsministerkonferenz für den 8. März 2007 einberufen, die sich mit der Zukunft der Krankenhausversorgung beschäftigte. Nach intensiver Diskussion, in der vor allem Schleswig-Holstein seine Positionen deutlich eingebracht hat, fasste die Sonder-GMK unter Ziffer 3 folgenden Beschluss:

3. *Die ab dem Jahr 2009 geltenden ordnungspolitischen Rahmenbedingungen sollen mit dem Ziel formuliert werden, mehr Wettbewerb zu erreichen. Bei der Entscheidung über die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung und -finanzierung sind folgende Eckpunkte zu berücksichtigen:*

- 3.1. *Die Gewährleistung der Krankenhausversorgung ist eine staatliche Aufgabe*

- 3.2. *Die Länder haben die Letztverantwortung der Gewährleistungsträgerschaft.*

- 3.3. *Auch künftig wird staatlich verantwortete Krankenhausplanung notwendig bleiben. Die Detailtiefe der Krankenhausplanung können die Länder in eigener Zuständigkeit zugunsten einer Rahmenplanung zurückführen. Sie können ihre Sicherstellungsplanung auf eine Grund- und Notfallversorgung beschränken und auch nur länderbezogen die bedarfsnotwendige Versorgung definieren. Die nähere Ausgestaltung der Krankenhausplanung bleibt Ländergesetzen vorbehalten.*

- 3.4. *Angebotsplanung und Wettbewerb der Krankenhäuser schließen sich nicht aus. Ein Preiswettbewerb in vertretbarem Rahmen setzt langfristig gesicherte Qualitätskriterien voraus, die zu entwickeln sind.*

- 3.5. *Perspektivisch sollte ein bundesweiter Basisfallwert die Grundlage für das Preissystem bilden, wobei zuvor die Erfahrungen mit landesweiten Festpreisen auszuwerten sind. Bestehende Unterschiede in den Versorgungsstrukturen der Länder sind in einer Konvergenzphase zu berücksichtigen. Über die in den Ländern neben den Fallpauschalen bestehenden Entgeltvereinbarungen muss volle Transparenz hergestellt werden, da die Fallpauschalen zwar das überwiegende aber nicht abschließende Entgeltvolumen darstellen.*

- 3.6. *Die Weiterentwicklung des Leistungsrechts und die Planungskompetenzen der Länder müssen kompatibel gestaltet werden. Dies darf nicht zu einer Aushöhlung der Planungskompetenzen der Länder führen.*

- 3.7. *Die Investitionsentscheidungen sollen sich stärker an betriebswirtschaftlichen Erfordernissen ausrichten und daher von den Krankenhausträgern grundsätzlich eigenverantwortlich getroffen werden. Um wettbewerbsfähig zu bleiben, brauchen die Krankenhäuser Finanzie-*

*rungssicherheit 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 dualen System dar. Sie kann künftig dann eine Alternative zum gegenwärtigen dualen System darstellen, wenn insbesondere die Fragen des Übergangs, der Aufbringung der erforderlichen Finanzierungsmittel und die regionale Mittelverteilung gelöst werden.*

*Bevor darüber entschieden werden kann, ob die Monistik eine mögliche Alternative darstellt, sind obige Bedingungen durch die AOLG aufzubereiten und zu konkretisieren.*

*Die staatliche Letztverantwortung für die Krankenhausversorgung und unverzichtbare staatliche Entscheidungskomponenten müssen erhalten bleiben.*

*3.8. Hindernisse für sektorübergreifende Angebote und Kooperationen müssen beseitigt werden.*

*3.9. Es ist zu prüfen, wie die Qualität der Versorgung im Wettbewerb nach bundesweit einheitlichen Kriterien durch ein für alle Anbieter standardisiertes Zertifizierungsverfahren kontrolliert und gesichert werden kann.*

Mit dem Beschluss hat die GMK in Ziffer 3.5 erstmals festgelegt, dass ein bundesweiter Basisfallwert die Grundlage für das Preissystem bilden sollte.

Die GMK hat die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) beauftragt, zur Lösung dieser Fragen bis Ende des Jahres 2007 ein Konzept zur Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung unter Berücksichtigung insbesondere der Finanzierungsfragen vorzulegen.

In diesem Zusammenhang fand am 20.09.2007 eine Expertenanhörung der AOLG zur Zukunft der Krankenhausversorgung in Stuttgart zu diesen Fragestellungen statt (siehe hierzu nachfolgende Ausführungen).

Ein Vertreter des Bundesgesundheitsministeriums hat im Rahmen der ASMK am 15./16.11.2007 zudem zugesagt, Anfang des Jahres 2008 einen Entwurf für die Anschlussgesetzgebung ab 2009 vorzulegen.

Eine wesentliche Rolle bei den Beratungen spielen die im Berichts Antrag genannten Fragen zur Detaillierung der Krankenhausplanung, zur Finanzierung von Investitionen und zum Preiswettbewerb.

Abschließende Ergebnisse liegen noch nicht vor. Das federführende Land Baden-Württemberg beabsichtigt, den Bericht bis zum Jahresende abzuschließen.

Die Landesregierung wird ihre Position auf der Grundlage der Expertenanhörung und des Berichtes abschließend festlegen.

## **2. Detaillierungsgrad der Krankenhausplanung**

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, Haushaltslage, Nähe zu Metropolregionen usw.

Die Länder kommen ihrer Verpflichtung, die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen zu gewährleisten, nach, indem sie Krankenhauspläne aufstellen. An der Aufstellung sind Dritte, u.a. Krankenkassenverbände, Krankenhausgesellschaft und kommunale Verbände, beteiligt. Die Letztverantwortung für die Aufstellung liegt bei den Ländern, die Sicherstellungsverantwortung bei den Ländern und Kommunen.

Derzeit bestimmen die Länder in der Regel mindestens die Krankenhausstandorte, die in den Krankenhausplan aufgenommen werden, und die Kapazitäten dieser Standorte nach Fachgebieten. Die konkrete Ausformung der Krankenhauspläne hat sich in den Ländern unterschiedlich entwickelt.

In Schleswig-Holstein soll der Krankenhausplan im Rahmen einer leistungsorientierten Rahmenplanung kontinuierlich weiterentwickelt werden. Spielräume – wie beispielsweise die Größe und Schwerpunktsetzung einzelner Abteilungen des Krankenhauses – können durch die Krankenhausträger in Abstimmung mit den Kostenträgern flexibel ausgefüllt werden. Die Grundsätze der standortbezogenen Planung und der Ausweisung von medizinischen Fachbereichen der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer sollen beibehalten werden und der Kapazitätsrahmen des einzelnen Krankenhauses soll weiterhin durch Gesamtbettenzahlen festgelegt werden.

### **3. Investitionsfinanzierung**

Im geltenden System der dualistischen Finanzierung erfolgt die Verteilung der Investitionsmittel seitens der Länder durch ein an Bedarfsnotwendigkeit, Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit orientiertes Prüfungsverfahren. Über die Investitionsförderung nehmen die Länder ihren Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung wahr. Zugleich werden durch die Investitionsförderung Impulse für Bauwirtschaft und Medizintechnik gesichert. Die Krankenhäuser sind der größte Arbeitsgeber der Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein.

Das duale System stößt allerdings insofern an Grenzen, als die Krankenhäuser - im Rahmen der wirtschaftlichen Sicherung ihres Standortes und auf der Basis gesetzlicher Möglichkeiten - zunehmend Aufgaben aus anderen Versorgungsbereichen übernehmen (z.B. medizinische Versorgungszentren (MVZ), integrierte Versorgung, vor- und nachstationäre Behandlung, ambulantes Operieren, zukünftig auch Leistungen nach 116b SGB V), die nicht nach dem KHG förderfähig sind. Hier wird die Abgrenzung zwischen förderfähigen und nicht förderfähigen Kosten bei Investitionsmaßnahmen zunehmend schwieriger; die Finanzierung der Investitionskosten der ambulanten Leistungen erfolgt jetzt schon über die Leistungsentgelte. Außerdem finanzieren private Betreiber zunehmend Teile der Investitionen selbst.

Die Sonder-Gesundheitsministerkonferenz vom 8. März 2007 zur Zukunft der Krankenhausversorgung beschäftigte sich mit der Frage der künftigen Investitionsfinanzierung im Krankenhaussektor und kam zu dem Schluss, „dass sich die Investitions-

entscheidungen stärker an betriebswirtschaftlichen Erfordernissen ausrichten sollen und von den Krankenhausträgern grundsätzlich eigenverantwortlich getroffen werden sollen. 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 dualen System dar. Sie kann künftig dann eine Alternative zum gegenwärtigen dualen System darstellen, wenn insbesondere Fragen des Übergangs, der Aufbringung der erforderlichen Mittel und die regionale Mittelverteilung gelöst werden.“

Bei realistischer Betrachtung wird ein Übergang von der dualistischen auf eine monistische Investitionsfinanzierung wegen der zu lösenden Fragestellungen aller Voraussicht nach nur im Rahmen einer längeren Umstellungsphase möglich sein. Als Zeitraum geht das BMG von 10 – 15 Jahren aus.

Die Landesregierung spricht sich mittelfristig für die Umstellung auf eine monistische Krankenhausfinanzierung aus, insbesondere aus betriebswirtschaftlichen Aspekten und im Interesse einer optimalen Allokation der Ressourcen. Die Investitionsmittel sollten über Zuschläge auf die DRGs finanziert werden.

Bei einem Übergang von der dualistischen auf die **monistische Finanzierung** sind aber wichtige Aspekte zu berücksichtigen:

- Die Krankenhäuser in einem Land sind zu unterschiedlichen Zeiten gebaut und in Betrieb genommen. Demzufolge wird der bauliche Zustand der Krankenhäuser zum Zeitpunkt einer möglichen Umstellung der Krankenhausfinanzierung hin zu einer monistischen System sehr verschieden sein: Neugebauten Krankenhäusern stehen Krankenhäuser gegenüber, die vor Jahren gebaut worden sind. Insbesondere aufgrund der begrenzten Fördermittel ist es so gut wie ausgeschlossen, einen gleichen bzw. einheitlichen baulichen Zustand für alle Krankenhäuser bis zum Zeitpunkt der Einführung eines monistischen Finanzierungssystems zu erreichen.
- Bei einer monistischen Finanzierung durch die Krankenkassen muss es im Hinblick auf die Sicherstellung der Krankenhausversorgung eine Abstimmung mit dem Land als Letztverantwortlichem geben.

#### **4. Bundeseinheitlicher Basisfallwert**

Das geltende Krankenhausfinanzierungsrecht schreibt landesweit geltende Basisfallwerte vor. Seit Beginn des Jahres 2005 haben alle DRG -Krankenhäuser den jeweiligen Landesbasisfallwert bei ihren Abrechnungen mit den Kostenträgern zu Grunde zu legen.

Die gesetzlich verbindliche landesweite Konvergenzphase sorgt für den Zeitraum 2005 bis 2009 für ein Angleichen der krankenhausesindividuellen Basisfallwerte an den jeweiligen landesspezifischen Wert. Für den Zeitraum ab 2009 ist eine Anschlussgesetzgebung notwendig.

Bereits in die Begründung zum Fallpauschalengesetz vom 23.04.2002, das die landesweiten Basisfallwerte einführt, wurde auf Drängen von Schleswig-Holstein fol-

gende Passage eingebracht: „Ziel auf mittlere Frist sind bundeseinheitliche Basisfallwerte. Im Hinblick auf die Auswirkungen für die Krankenhäuser und die regional organisierten Krankenkassen wird jedoch für die mit diesem Gesetz geregelte Übergangsphase bis Ende 2006 zunächst ein einheitliches DRG-Preisniveau auf Landesebene eingeführt.“ Die Übergangsphase wurde durch das 2. Fallpauschalen-Änderungsgesetz (2004) um 2 Jahre verlängert.

Die Landesregierung vertritt die Auffassung, dass vom methodischen Ansatz her die z. Zt. gesetzlich verankerten landesbezogenen Basisfallwerte auf Dauer bei einem leistungsgerechten, vollpauschalierten Klassifikations- und Abrechnungssystem mit bundesweit einheitlich definierten Relativgewichten nicht systemkonform sind. Gleiche stationäre, medizinische Leistungen in Deutschland müssen auch gleich hoch vergütet werden. Um dieses Ziel zu erreichen, hatte Schleswig-Holstein am 16.06.2006 einen Entschließungsantrag zur Einführung eines bundeseinheitlichen Basisfallwertes in den Bundesrat eingebracht, um die Erarbeitung gesetzlicher Grundlagen zu forcieren, die einen bundeseinheitlichen Basisfallwert vorsehen. Im Rahmen der Anschlussgesetzgebung zum geltenden Fallpauschalenrecht soll aus Sicht Schleswig-Holstein gesetzlich verankert werden, dass unmittelbar nach Ablauf der landesweiten Konvergenzphasen eine bundesweite Konvergenzphase auf Basis eines bundeseinheitlichen Basisfallwertes mit Wirkung ab 01.01.2010 greifen kann.

Die Bundsratsausschüsse haben beschlossen, eine Beratung der Vorlage bis zum Wiederaufruf zu vertagen.

Die Weiterentwicklung des Fallpauschalenrechts ist in der Sonder-Gesundheitsministerkonferenz zur „Zukunft der Krankenhausversorgung“ am 8. März 2007 beraten worden. Die Beratungen gestalteten sich aufgrund der unterschiedlichen Ausgangsinteressenlagen der Länder äußerst schwierig.

Die Beratungen wurden in der 80. Gesundheitsministerkonferenz am 4./5. Juli 2007 fortgesetzt. Wegen uneinheitlicher Positionierungen der Länder wurden in dieser Sitzung keine Beschlüsse gefasst. Das BMG hat jedoch zugesagt, Anfang des Jahres 2008 einen Gesetzesentwurf vorzulegen. Ende 2007 soll der Abschlussbericht der AOLG zur Zukunft der Krankenhausversorgung vorliegen.

## **5. Preiswettbewerb**

Die Einführung eines Preiswettbewerbes im Krankenhaussektor wird kontrovers diskutiert. Das ergab auch die Expertenanhörung, zu der die AOLG am 20.09.2007 nach Stuttgart eingeladen hatte. Vertreten waren u.a. Vertreter der Krankenhausverbände, der Kostenträger, des Deutschen Landkreistages, Mitglieder des Sachverständigenrats und Einzelexperten.

Eine mehrheitlich akzeptierte Haltung zu dieser Frage ist zurzeit nicht erkennbar. Es überwiegt aber die Meinung, dass sich das DRG-System mit seinem pauschalierenden Charakter grundsätzlich bewährt hat und dass es weiterhin bundeseinheitlich definiert und kalkuliert werden soll.

Die Landesregierung sieht als vorrangiges Ziel den Übergang auf ein bundeseinheitliches Festpreissystem, der in der Anschlussgesetzgebung zum noch geltenden Krankenhausentgeltrecht verankert werden müsste. Wenn in allen Ländern gleiche Preise für gleiche Leistungen erhoben werden und somit keine Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenhäusern in Deutschland aufgrund unterschiedlicher landesspezifischer Preise existieren, sollte die Gesetzgebung begrenzt für Elemente eines Preiswettbewerbs geöffnet werden. Denkbar wäre, dies für den Bereich von planbaren hochstandardisierten Leistungen vorzusehen, diese Position vertritt das BMG.

Im Vordergrund muss jedoch ein Qualitätswettbewerb stehen, nicht ein Preiswettbewerb.

## **6. Feinjustierung des DRG-Systems**

Die Landesregierung ist der Auffassung, dass der deutsche DRG-Fallpauschalenkatalog laufend angepasst werden muss, da das DRG-System als „lernendes System“ ausgelegt ist.

Die bisherigen, jährlich erfolgten Fortschreibungen des Katalogs zeigen, dass stetig neue Fallpauschalen erfasst und in den Katalog aufgenommen wurden. Die Aufgaben im Zusammenhang mit der Einführung, Weiterentwicklung und Pflege des Vergütungssystems obliegen dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH).

Die Landesregierung bewertet die Leistungen des InEK - wie die Vertragspartner auf Bundesebene - als positiv. Die Fortentwicklung der DRG-Fallpauschalen zeigt deutlich, dass die Abbildung der Krankenhausleistungen zunehmend besser wird. Insbesondere werden die Leistungen der Hochleistungsmedizin gegenüber den ersten Katalogen präziser und damit höher bewertet, während ursprünglich überbewertete Leistungen der einfacheren Versorgung mittlerweile ebenfalls realistischer und damit niedriger bewertet werden. Der sogenannte „Kompressionseffekt“, der zu Beginn der DRG-Einführung Krankenhäusern der anspruchsvollen Versorgung tendenziell zu niedrigen und Häusern der einfacheren Versorgung eher zu hohen Vergütungen bescherte, dürfte mittlerweile im Wesentlichen beseitigt sein.