

**Konzept
der Arbeitsgemeinschaft
der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG)
zur
Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung unter
Berücksichtigung der Finanzierungsfragen**

Zukunft der Krankenhausversorgung

vom 16. November 2007

Grundsätze:

1. Die Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) ist der Auffassung, dass sich die Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung angesichts der Veränderungen und des Reformtempos der letzten Jahre an der Richtung des eingeleiteten Reformprozesses orientieren sollte. Die Auswirkungen des zum 1. Januar 2003 eingeführten pauschalierten Entgeltsystems mit seinen einschneidenden Veränderungen bedürfen einer eingehenden Analyse und Bewertung. Gesetzgeberischer Handlungsbedarf besteht in erster Linie bei der Anschlussgesetzgebung zum Fallpauschalengesetz.
2. In den nächsten Jahren muss die weitere Ausrichtung der Krankenhausversorgung die Steigerung des Wettbewerbs um die Qualität, die Effizienz und die Effektivität der Leistungserbringung zum Ziel haben.
3. Die AOLG betrachtet mit Sorge die wirtschaftliche Entwicklung vieler Krankenhäuser. Die bisherige Form der Budgetdeckelung ist nicht mehr sachgerecht. Es wird vorgeschlagen, geeignetere Indikatoren als die Grundlohnsumme zur Berechnung der jährlichen Steigerungsrate der Vergütungen der Krankenhäuser zu verwenden.
4. Der von der AOLG vorgelegte Katalog an Vorschlägen zur Weiterentwicklung des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausversorgung soll die Gestaltungsspielräume der Länder im Rahmen des Föderalismus erweitern und die Grundlage für die Fortentwicklung von Bundes- und Landesrecht sein.

Vorschläge im Einzelnen:

Finanzierung der Betriebskosten

5. An dem durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 eingeführten DRG-Fallpauschalensystem soll festgehalten werden. Mit dem Auslaufen der Konvergenzphase sind daher zum 1. Januar 2009 Regelungen zu schaffen, die eine Fortführung und Weiterentwicklung des DRG-Systems ermöglichen.
6. Das DRG-System soll weiterhin bundeseinheitlich definiert und kalkuliert werden.
7. Eine Verlängerung der Übergangsphase der Konvergenz der landeseinheitlichen Basisfallwerte über das Jahr 2009 hinaus wird nicht für erforderlich erachtet.
8. Bei der Weiterentwicklung des Entgeltsystems soll im bisher nach der Bundespflege-satzverordnung vergüteten Bereich Psychiatrie die Vergütung auf der Grundlage des durch die Psychiatrie-Personalverordnung vorgegebenen Leistungsspektrums tages-bezogen pauschaliert erfolgen. Dabei soll die Möglichkeit einer sektorenübergreifen-den Versorgung berücksichtigt werden.
9. Zur Abschätzung der Wirkungen des DRG-Systems ist die vorgesehene und vom Sachverständigenrat geforderte Begleitforschung nach § 17b Abs. 8 KHG dringend erforderlich. Der Bund wird gebeten, diese gegenüber der Selbstverwaltung nach-drücklich einzufordern.

Landes- oder Bundesbasisfallwert / Preissysteme

10. Am Ziel der Einführung eines bundeseinheitlichen Basisfallwertes mit einer entspre-chenden Konvergenzphase ist perspektivisch festzuhalten. Dies setzt eine eingehende Analyse der Entwicklung und der Auswirkungen landesweit gültiger Basisfallwerte voraus; erst auf der Grundlage einer solchen Analyse sollten weitergehende Ent-scheidungen getroffen werden. Die Analyse soll auch die regional unterschiedlichen Versorgungs- und Kostenstrukturen einbeziehen.
11. Am Prinzip „gleicher Preis für gleiche Leistungen“ ist grundsätzlich fest zu halten. Das Festpreissystem gewährleistet grundsätzlich die Sicherstellung einer flächendecken-

den bedarfsgerechten Versorgung. Ein Preiswettbewerb für bestimmte Krankenhausleistungen bedarf insbesondere der Entwicklung von Qualitätskriterien.

Sicherstellungsauftrag / Krankenhausplanung

12. Der staatliche Sicherstellungsauftrag ist Ausdruck der durch das Grundgesetz geforderten staatlichen Verantwortung für eine ausreichende und qualitativ gute Versorgung der Bevölkerung. Die Länder müssen dabei auch künftig die Letztverantwortung für die Gewährleistung der stationären Versorgung und insbesondere der Notfallversorgung haben.
13. Die Krankenhausplanung soll – möglichst im Konsens mit den Kostenträgern – für bedarfsgerechte Angebotsstrukturen sorgen und Überkapazitäten vermeiden. Der Wirkungsgrad der Krankenhausplanung und die Effizienz der Angebotsstruktur in den Ländern soll anhand ausgewählter Indikatoren analysiert und bewertet werden.
14. Die Krankenhausplanung der Länder mit Planung der Fachrichtungen und der den Fachrichtungen zuzuordnenden Bettenzahlen ist zugunsten einer Rahmenplanung, die die Kriterien der Qualität verstärkt berücksichtigt, weiter zu entwickeln. Hierbei kann die Krankenhausplanung künftig insbesondere auf die Festlegung von Standorten, die medizinischen Fachgebiete und die Gesamtbettenzahl beschränkt sein. Daneben hat sie die Anforderungen der Notfallversorgung zu berücksichtigen. Die nähere Ausgestaltung der Krankenhausplanung obliegt den Ländern im Rahmen ihrer Zuständigkeit.
15. Die Länder haben dafür Sorge zu tragen, dass die Krankenhäuser ihrer Aufgabenstellung entsprechend aufnahme- und dienstbereit sind; insbesondere muss im Rahmen der Notfallversorgung eine rechtzeitige ärztliche Hilfeleistung gewährleistet sein.

Kontrahierungszwang / sektorübergreifende Versorgung

16. Die Gewährleistung einer flächendeckenden und wirtschaftlichen Krankenhausversorgung setzt einen Kontrahierungszwang für alle Kostenträger voraus.

17. Die eingeleiteten Maßnahmen zur Überwindung der sektoralen Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sind zu stärken und fortzuführen. Dazu gehören auch notwendige einzelvertragliche Vereinbarungen. Hierbei ist eine einheitliche Wettbewerbsordnung für den ambulanten und stationären Bereich zu schaffen, z.B. durch Angleichung der Kalkulationsgrundlagen der Vergütungssysteme.

Investitionsfinanzierung

18. Die Krankenhäuser sollen als Unternehmen ihre baulichen Investitionen eigenverantwortlich planen und realisieren. Dazu brauchen sie größere Flexibilität, aber auch Planungssicherheit in der Finanzierung.

19. Zur Deckung des Gesamtinvestitionsbedarfs der Krankenhäuser sind auch weiterhin Fördermittel erforderlich, die aus Steuern aufgebracht werden.

20. Das finanzielle Engagement der Länder in der Krankenhausfinanzierung ist Ausdruck der Daseinsvorsorgeverantwortung und deshalb beizubehalten. Solange die Länder dieser Verpflichtung ausreichend nachkommen und verstärkt Anreize für einen rationalen und wirtschaftlichen Mitteleinsatz schaffen, entfällt die Notwendigkeit des Übergangs zu einer Investitionsfinanzierung durch die Krankenkassen.

21. Die Pauschalförderung der Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter und kleiner baulicher Maßnahmen durch feste leistungsbezogene Jahrespauschalen hat sich bewährt.

22. Im Rahmen der Förderung von langfristigen Anlagegütern, die länderspezifisch nach krankenhauserplanerischen Prioritäten gewährt werden, soll von unterschiedlichen Finanzierungsformen (z.B. Festbetragsförderung, Teilförderung oder Baupauschale) verstärkt Gebrauch gemacht werden. Eine größere Flexibilität in den Förderverfahren ist auch ohne grundlegende Anpassungen des KHG erreichbar; eine ausdrückliche Klarstellung ist wünschenswert.

23. Die Aktivierung zusätzlichen privaten Kapitals zur Finanzierung von Krankenhausinvestitionen ist als Ergänzung der staatlichen Investitionsförderung zu unterstützen.

Qualität

24. Qualitätskriterien und Qualitätsindikatoren der stationären Versorgung, insbesondere auch zur sektorenübergreifenden Ergebnisqualität, sind auch vor dem Hintergrund der Nutzung als Wettbewerbsinstrument von der Selbstverwaltung zügig weiter zu entwickeln. Zusätzlich sind Instrumente zu entwickeln, die eine Zertifizierung von Krankenhäusern ermöglichen, wie sie etwa auch bei Vorsorge- und Rehabilitationskliniken eingeführt wurde.

Begründung:

A. Ausgangslage

Das Krankenhauswesen in Deutschland ist in den letzten Jahren geprägt durch zahlreiche grundlegend neue Entwicklungen und Reformschritte, die zu weit reichenden Systemanpassungen und -veränderungen geführt haben und noch führen. Diese Entwicklung, aber auch die hohe Anzahl immer neuer Rechtsvorschriften hat allen Betroffenen ein hohes Maß an Reformbereitschaft und Flexibilität abverlangt.

Neben den allgemeinen Trends wie der zunehmenden Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“, dem medizinischen und medizintechnischen Fortschritt, der Beseitigung der sektoralen Trennung und der Veränderung der Nachfrage nach Krankenhausleistungen durch die demografische Entwicklung hat insbesondere die Einführung des pauschalierten Entgeltsystems (DRG-System) zum 1. Januar 2003 zu einschneidenden Veränderungen geführt. Das DRG-System, das marktwirtschaftliche Elemente und damit eine wettbewerbliche Orientierung gebracht hat, hat einen Entwicklungsprozess eingeleitet, der noch nicht abgeschlossen ist. Es schafft zunehmend mehr Transparenz sowohl bei der Leistungserbringung als auch bei der Kostenerfassung.

Die Krankenhäuser sind durch diese Entwicklungen und die Änderung der Finanzierung der Betriebskosten besonderen Belastungen ausgesetzt. Unternehmerisches Denken und Handeln ist gefragt; an das Management werden hohe Anforderungen gestellt. Rationalisierungspotenziale müssen erschlossen und ausgeschöpft werden, Abläufe und Strukturen eingehend analysiert und optimiert werden. Mit der DRG- Einführung mussten insbesondere die innerbetrieblichen Kosten- und Leistungsrechnung, die IT-Infrastruktur und die Abrechnungsregeln weiter entwickelt werden. Im Wettbewerb um Patienten sind Unternehmensstrategien gefragt.

Die zunehmende wettbewerbliche Ausrichtung der Krankenhausunternehmen lässt sich bundesweit an massiven Strukturveränderungen fest machen: Allgemein sind ein erheblicher Abbau von Bettenkapazitäten, eine deutliche Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer und eine Konzentration der stationären Kapazitäten zur Verbesserung der Qualität und Quantität festzustellen.

Zwischenzeitlich gibt es deutliche Anzeichen für eine zunehmende, bewusste Wanderbewegung der Patienten zwischen den Krankenhäusern. Dies kann als Hinweis dafür gewertet werden, dass der gewünschte Qualitätswettbewerb im Krankenhausbereich an Bedeutung gewinnt und sich in den nächsten Jahren noch weiter verstärken wird. Mit wachsender Transparenz des Leistungsgeschehens und Informiertheit der Nachfrageseite wird es zunehmend zu Mengenverschiebungen und damit Budgetverschiebungen kommen.

B. Auftrag, Beschlusslage

Die 79. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen, Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder (GMK) am 29./30. Juni 2006 in Dessau hat es für erforderlich erachtet, den ordnungspolitischen Rahmen für die Krankenhausversorgung zu überdenken und gegebenenfalls anzupassen.

Auf einer Sonderkonferenz am 8. März 2007 in Stuttgart hat die GMK Eckpunkte für die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung und –finanzierung beschlossen. Gleichzeitig wurde die Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) beauftragt, der GMK auf der Grundlage dieser Eckpunkte – unter Einbeziehung von Kostenträgern und Leistungserbringern – bis Ende 2007 ein Konzept zur Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung unter Berücksichtigung insbesondere der Finanzierungsfragen vorzulegen. Dabei sollen auch Grundsätze für eine Anpassung des KHG unter Wahrung der Länderbelange erarbeitet werden.

Zur Unterstützung der Beratungen in der GMK wurde von der AG Krankenhauswesen der AOLG im November 2006 ein Bericht und im Dezember 2006 ein ergänzender Bericht zu definierten Varianten und deren Konsequenzen erarbeitet.

Die 80. GMK hat am 4./5. Juli 2007 in Ulm einen Zwischenbericht der AOLG beraten, dem eine Länderumfrage der AG Krankenhauswesen zur Frage der Transparenz der Entgeltvereinbarungen in den Ländern sowie zum bundeseinheitlichen Fallwert und zur Anschlussgesetzgebung beigelegt war.

Am 20. September 2007 fand in Stuttgart auf Einladung der AOLG eine Anhörung von Experten der Leistungserbringer, Kostenträger sowie verschiedener Sachverständiger und Verbände zur Zukunft der Krankenhausversorgung statt.

C. Themenbereiche

Ausgehend vom Beschluss der GMK am 29./30. Juni 2006 in Dessau zum künftigen ordnungspolitischen Rahmen für die Krankenhausversorgung sind seither insbesondere folgende Themenbereiche eingehend diskutiert worden:

- Weiterentwicklung des eingeführten pauschalierten Vergütungssystems nach Ablauf der Konvergenzphase; Verlängerung der im Jahr 2009 endenden Konvergenzphase;
- Einführung eines bundesweiten Basisfallwertes als Grundlage der Preisbildung;
- Beibehaltung des DRG-Systems als Festpreissystem bzw. Einführung eines Preiswettbewerbs unter den Krankenhäusern mit Höchst-, Richt- und /oder Festpreisen;
- Beibehaltung des Kollektivvertragssystems einschließlich des Kontrahierungszwanges bzw. Einführung des selektiven Kontrahierens zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern (-gruppen) auf der Grundlage eines fixen Leistungskatalogs für elektive Leistungen;
- Beibehaltung des Sicherstellungsauftrages der Länder als Teil ihrer öffentlichen Aufgabe der Daseinsvorsorge;
- Umfang und Detailtiefe der Krankenhausplanung der Länder;
- Weiterentwicklung des Krankenhauses als „Gesundheitszentrum“ unter Ausweitung seines Leistungsspektrums (sektorübergreifende Versorgung);
- Abschaffung der dualen Krankenhausfinanzierung bzw. Einführung der monistischen Finanzierung;

- Entwicklung von Qualitätskriterien zur Zulassung und Bewertung von Krankenhausleistungen.

D. Entscheidungslage

Die GMK hat auf ihrer Sondersitzung am 8. März 2007 wesentliche Eckpunkte für die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung beschlossen. Entsprechende Prüfaufträge an die AOLG wurden im Bericht der AG Krankenhauswesen zur Zukunft der Krankenhausversorgung vom 25. Juli 2007 (Anlage 1) abgearbeitet.

Die grundlegenden Fragen der konzeptionellen Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens der Krankenhausversorgung werden seit längerem eingehend und sehr differenziert diskutiert. Die Expertenanhörung der AOLG am 20. September 2007 hat dies nochmals eindrücklich belegt. Auf die synoptische Aufarbeitung der im Rahmen der Anhörung abgegebenen schriftlichen Stellungnahmen wird verwiesen (Anlage 2).

Angesichts weit divergierender konzeptioneller Ansätze, aber auch angesichts unterschiedlicher Strukturen und Interessenlagen in den Ländern war in der AOLG die durchgängige und einvernehmliche Beratung eines in sich geschlossenen Gesamtkonzeptes zur zukünftigen Entwicklung der Krankenhausversorgung nicht möglich; der Erkenntnisprozess in diesem komplexen Bereich der Gesundheitsversorgung muss noch weiter voranschreiten. Jedoch konnte über wichtige Grundsätze der Weiterentwicklung des ordnungspolitischen Rahmens Einvernehmen erzielt werden.

Im Hinblick auf die laufenden tief greifenden Veränderungen und das hohe Reformtempo der letzten Jahre im deutschen Gesundheitswesen sollten sich grundlegende Überlegungen zur Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung auf die Fortführung des eingeleiteten Reformprozesses konzentrieren. Es ist dabei auch zu beachten, dass allen Beteiligten ausreichend Zeit eingeräumt werden sollte, sich auf die in den letzten Jahren geschaffenen neuen Rahmenbedingungen einzustellen und hinreichend Erfahrung mit diesen zu sammeln. Ein umfassender ordnungspolitischer Handlungsbedarf oder die Notwendigkeit eines Systemwechsels wird daher für den stationären Bereich derzeit nicht gesehen.

Anlagen:

Bericht der AG Krankenhauswesen zur Zukunft der Krankenhausversorgung vom 25. Juli 2007 (Anlage 1)

Synoptische Aufarbeitung der AG Krankenhauswesen der im Rahmen der Expertenanhörung der AOLG am 20. September 2007 abgegebenen schriftlichen Stellungnahmen (Anlage 2)