

MBS Purgator Seminar

Hamburg, 17. April 2008

Die Zeit nach der Konvergenzphase: Alles neu oder weiter so?

Die Sicht der Kostenträger

Johann-Magnus v. Stackelberg
Stellv. Vorstandsvorsitzender

1 DRGs in der Routinephase

2 Die großen Entwicklungslinien

2.1 Auf dem Weg in die Monistik

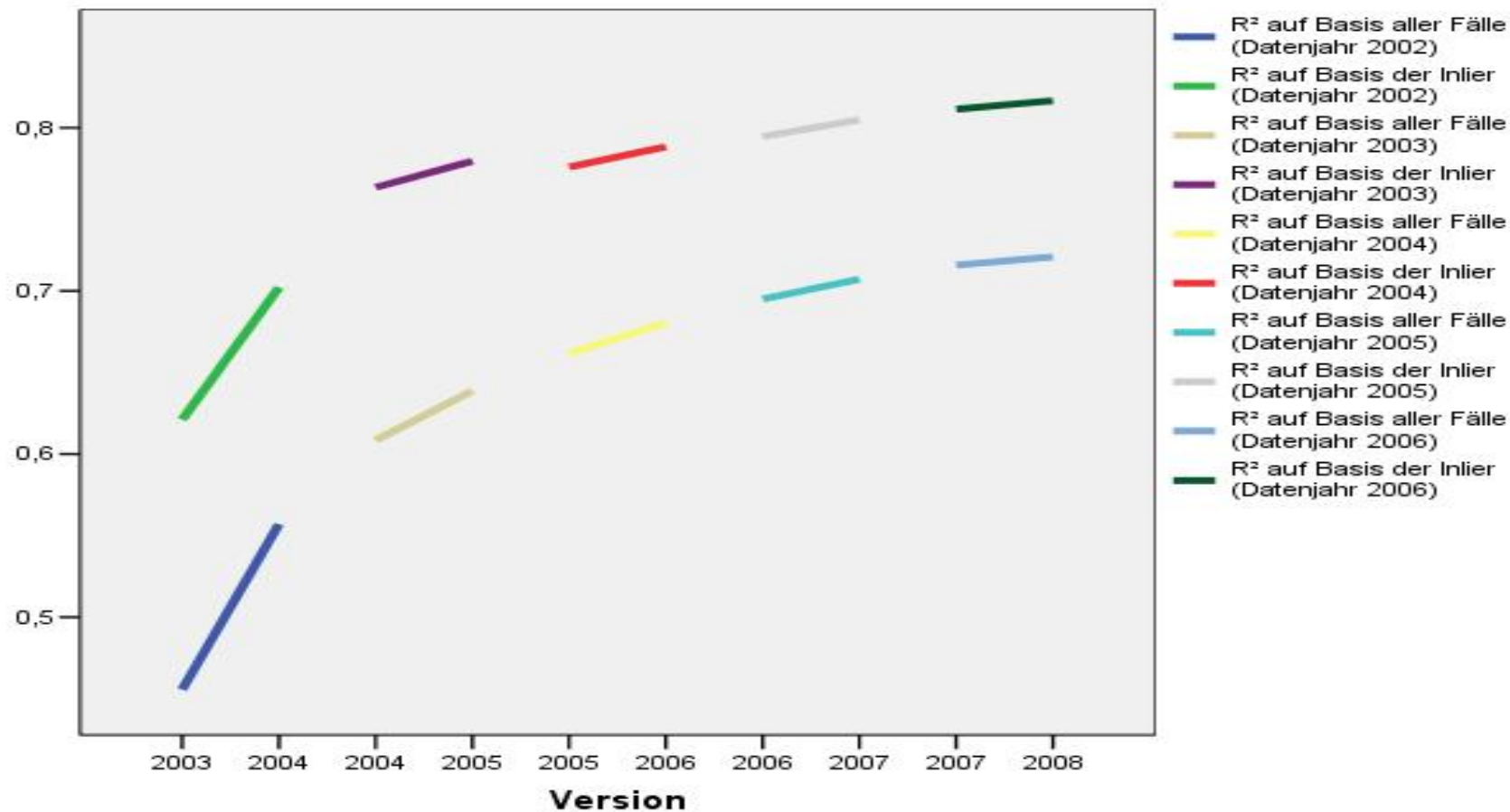
2.2 Ambulante Krankenhausleistungen

2.3 Wettbewerbliche Neuordnung

3 Fazit

Entwicklung der Abbildungsgüte (R²) des DRG-Systems

Spitzenverband Bund
der Krankenkassen



Universitäten, Abweichung vom Landesbasisfallwert in Prozent

Spitzenverband Bund
der Krankenkassen

Universitätsklinik	Bundesland	2005	2006	2007
Klinikum Rechts der Isar der Technischen Universität München	Bayern	7,9 *	3,5	-6,3
Universitätsklinikum Heidelberg	Baden-Württemberg	10,2 *	1,1	-5,8
Medizinische Hochschule Hannover	Niedersachsen	9,9 *	2,5	-4,1
Universitätsklinikum Regensburg	Bayern	2,6	0,0	-3,0
Klinikum Mannheim gGmbH	Baden-Württemberg	0,0	-3,1	-2,9
Universitätsklinikum Erlangen	Bayern	9,7 *	2,4	-2,0
Universitätsklinikum Leipzig AöR	Sachsen	9,8 *	3,8	-1,5
Universitätsklinikum Greifswald	Mecklenburg-Vorpommern	13,4 *	-1,9	-1,3
Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena	Thüringen	9,6 *	2,7	-1,0
Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München	Bayern	6,0		-0,9
Universitätsklinikum Freiburg	Baden-Württemberg	13,8 *	4,9	-0,7
Universitätsklinikum Würzburg	Bayern	3,9	0,4	-0,3
Universitätsklinikum Düsseldorf	Nordrhein-Westfalen	8,0 *	4,1	-0,3

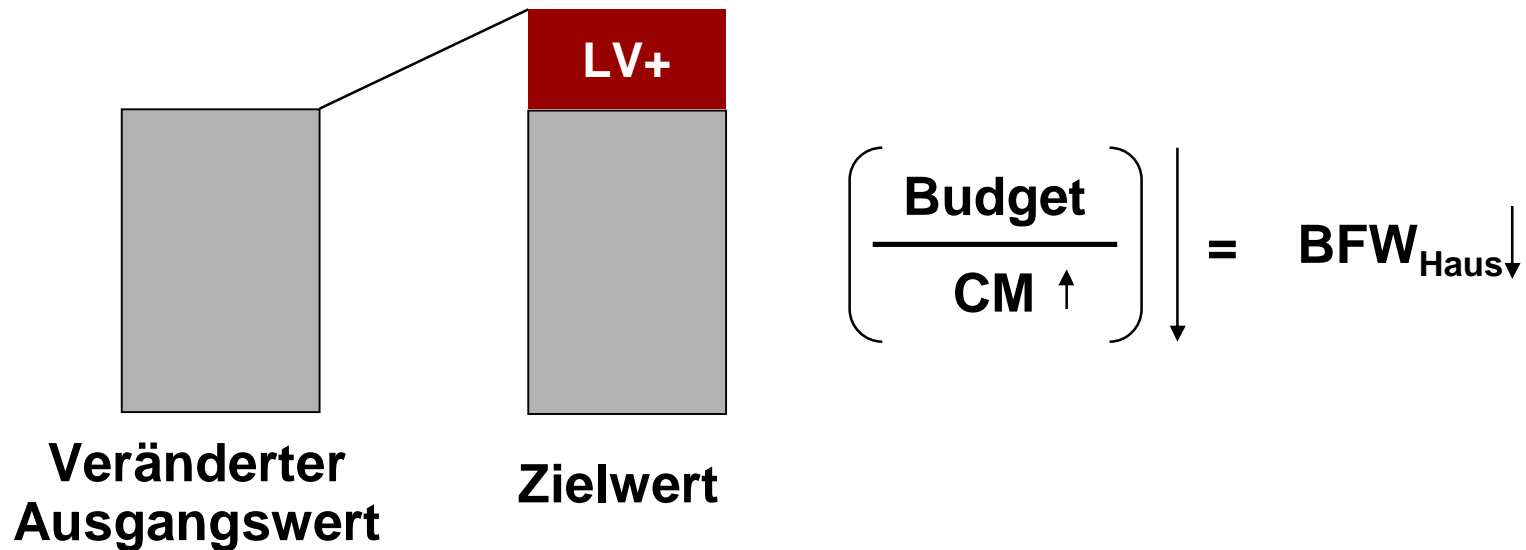
Quelle:

ESE-DB der AOK (Stand 28.11.2007):

leer = noch kein Verhandlungsergebnis

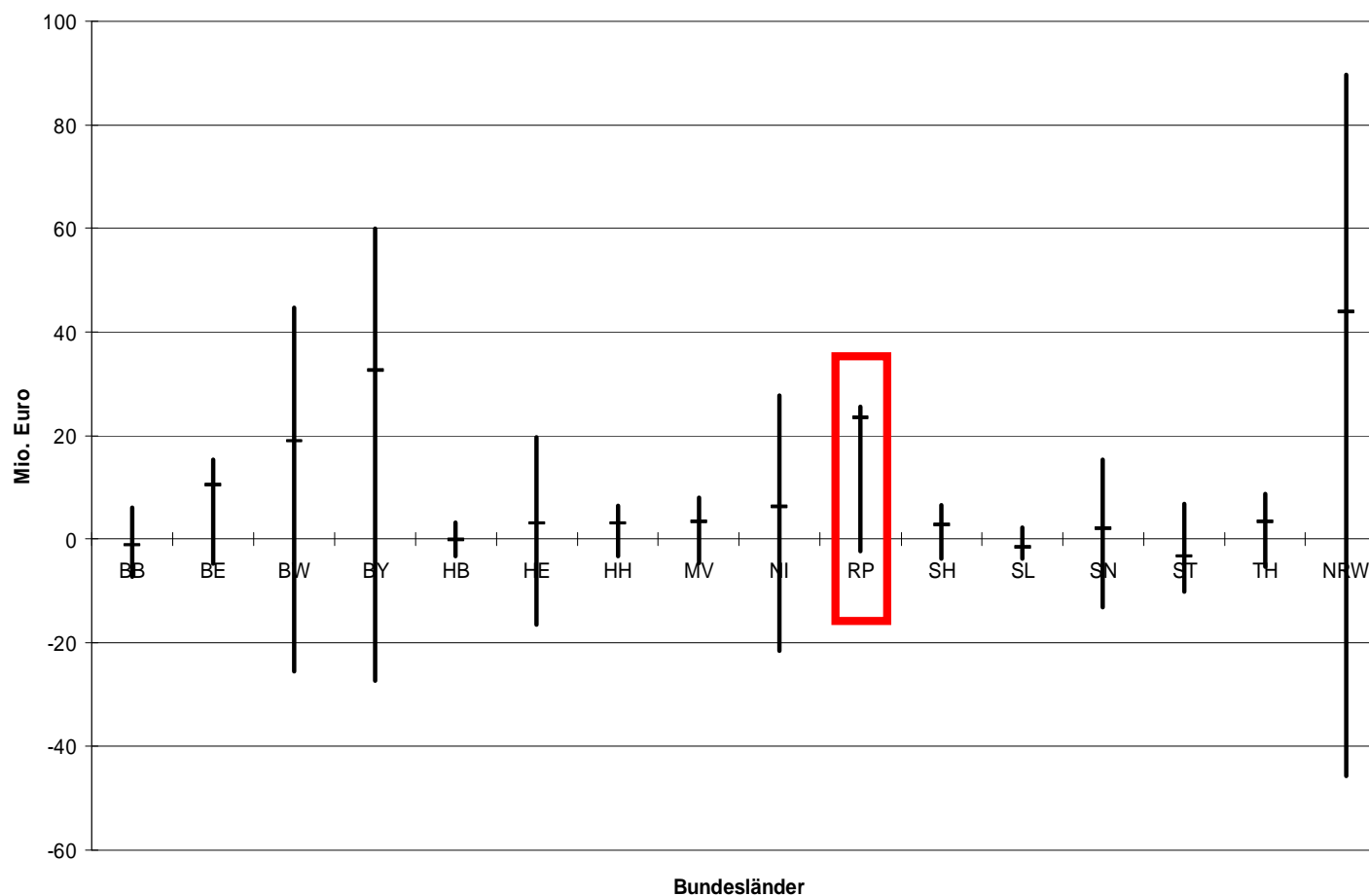
* = im jeweiligen Konvergenzjahr gekappt

- **Delta zwischen LBFW und MW BFW_{Haus} durch positive Leistungsveränderungen (Mehrleistungen und Casemix-Steigerungen)**



Angleichungsbeträge 2006 (Nr. 23 B 2 KHEntgG)

Spitzenverband Bund
der Krankenkassen



77 Krankenhaus-
abrechnungs-IKs in
Rheinland-Pfalz

- 17 „Verlierer“
- 60 „Gewinner“

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der AEB-Daten des Jahres 2006
(Summe der negativen Angleichungsbeträge (tief), des Saldos der
Angleichungsbeträge (mittel) und der positiven Angleichungsbeträge (hoch))

6

Johann-Magnus v. Stackelberg
Stellv. Vorstandsvorsitzender

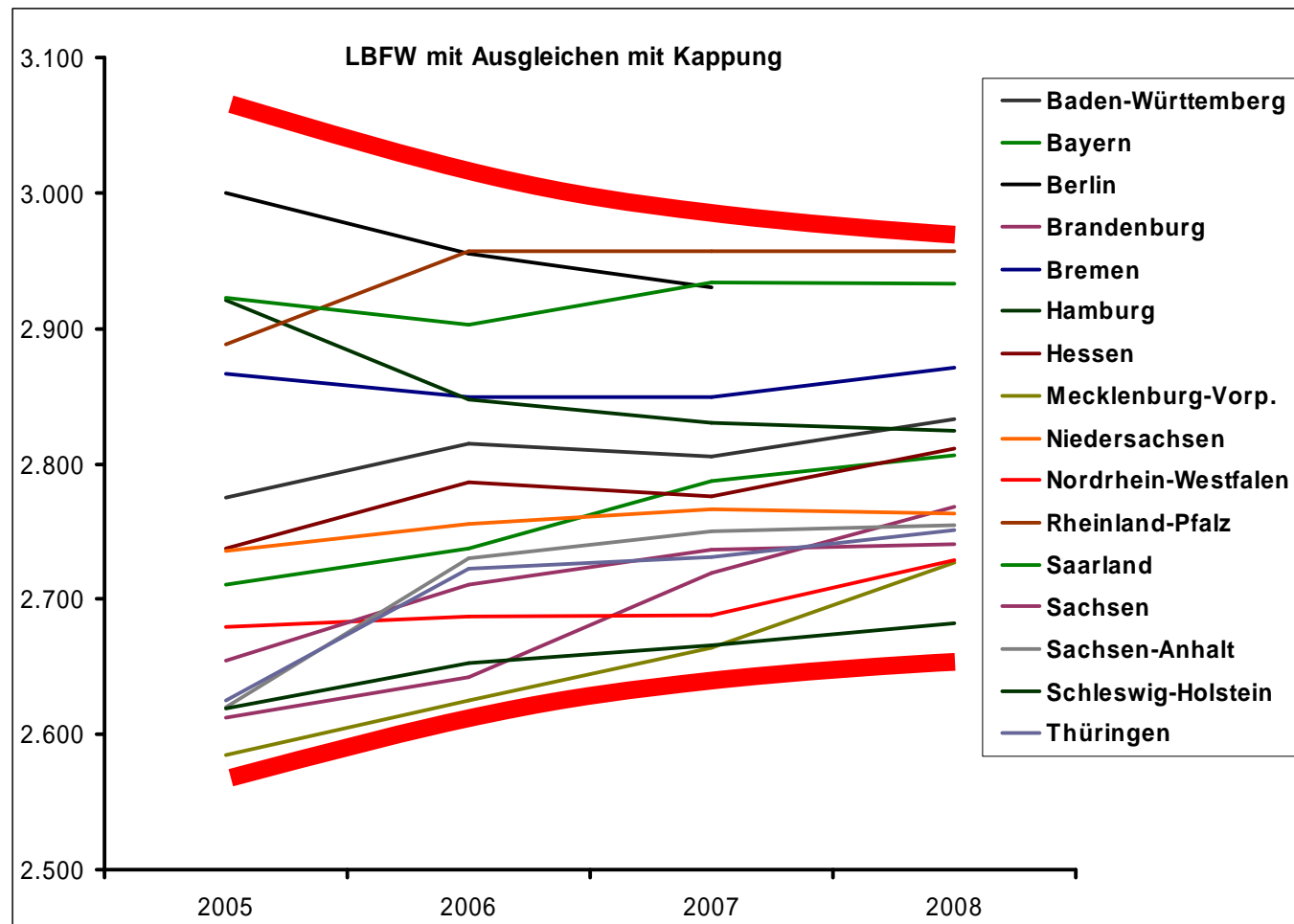
Landes- oder Bundesbasisfallwert?

Spitzenverband Bund
der Krankenkassen

- Die Frage ist nicht so wichtig.
- Kassenposition: Der Übergang zu einem Bundesbasisfallwert sollte aber **diesmal wirklich aufwandsneutral für die GKV** sein!
- Aufgrund bundeseinheitlicher Zuweisungen im Risikostrukturausgleich gibt es Tendenzen in Richtung eines Bundesbasisfallwertes.
- Unabhängig davon gibt es eine leichte „natürliche“ Konvergenz der LBFW.

Entwicklung des LBFW-“Tunnels“ 2005 bis 2008

Spitzenverband Bund
der Krankenkassen



1 DRGs in der Routinephase

2 Die großen Entwicklungslinien

2.1 Auf dem Weg in die Monistik

2.2 Ambulante Krankenhausleistungen

2.3 Wettbewerbliche Neuordnung

3 Fazit

1 DRGs in der Routinephase

2 Die großen Entwicklungslinien

2.1 Auf dem Weg in die Monistik

2.2 Ambulante Krankenhausleistungen

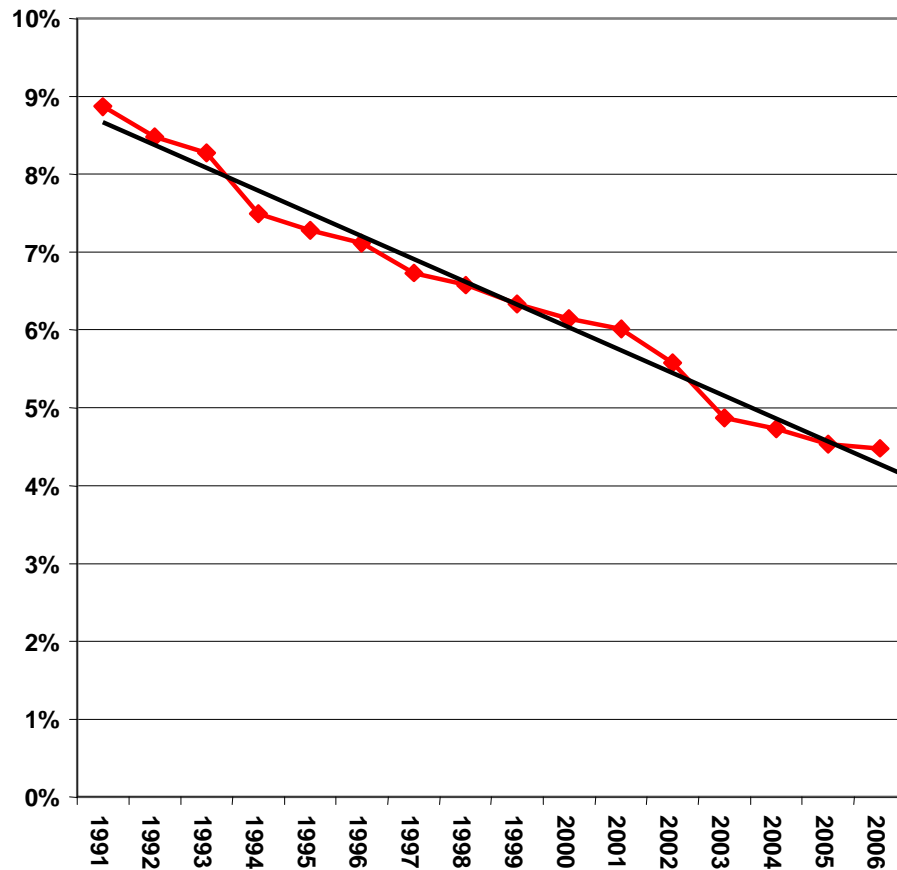
2.3 Wettbewerbliche Neuordnung

3 Fazit

- **Geplantes Finanzierungsverhältnis zwischen Ländern und Krankenkassen bei Einführung der dualen Finanzierung 1972: 1 : 3!**
- **Zwischenzeitlich ist der Anteil der Länderfinanzierung im Verhältnis zu den Gesamtausgaben der GKV und PKV von über 20 % auf eine Restgröße von unter 5 % geschrumpft.**
- **Auch bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt hat sich der Anteil der Krankenhausinvestitionen von 1991 bis 1995 um 50 % von 0,24 % auf 0,12 % verringert.**

Erosion der Dualen Finanzierung 1991 bis 2006

Spitzenverband Bund
der Krankenkassen



Verhältnis der Länderinvestitionen zu
Gesamtkosten der KH lt. Destatis zzgl.
Investitionskosten

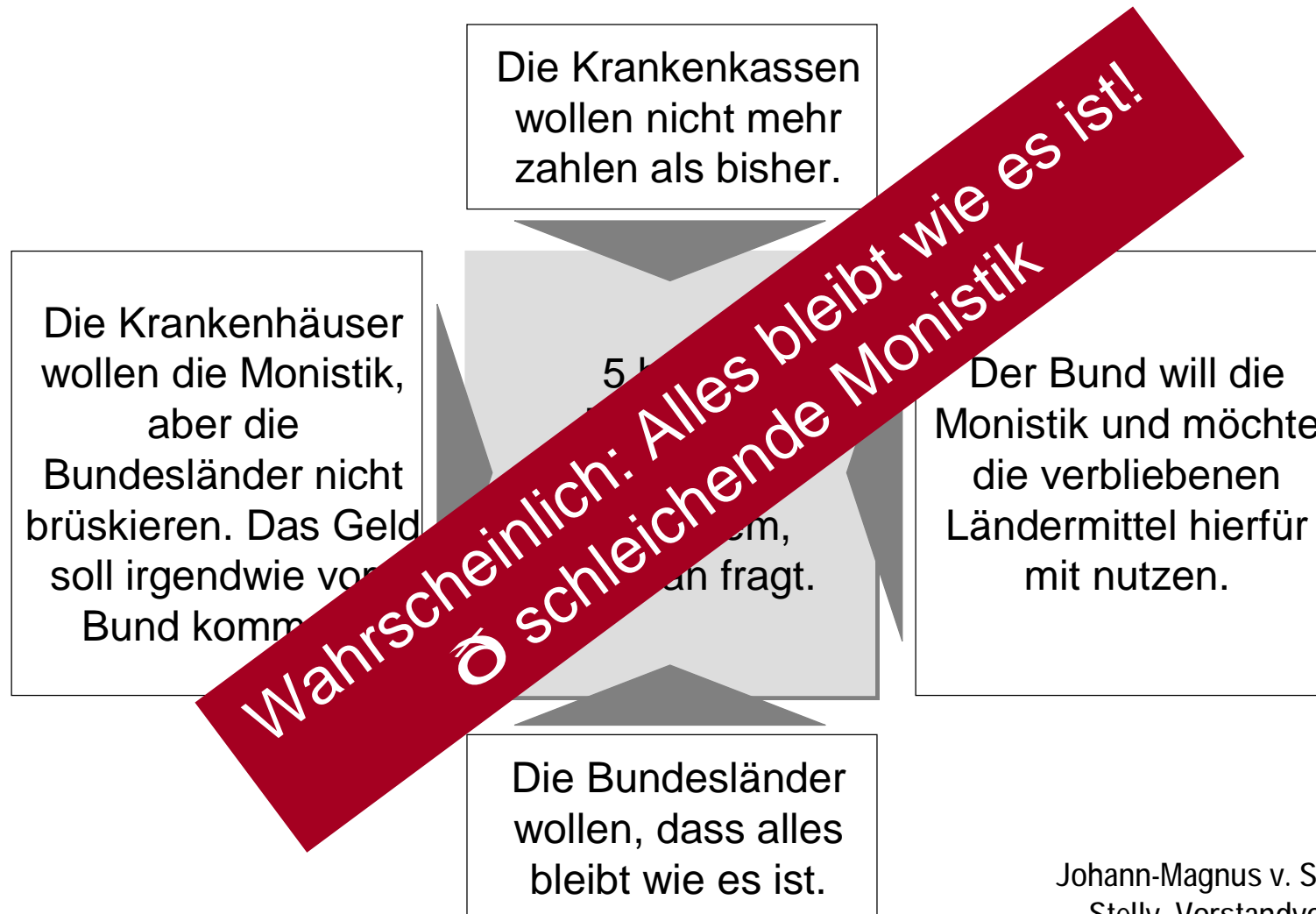
**Die Wissenschaft ist sich grundsätzlich einig:
Es führt kein Weg an der Monistik vorbei.**

Rürup-/IGES-Vorschlag

- **Der Vorwegabzug von der Umsatzsteuer, die den Ländern zukommt, fließt direkt in den Gesundheitsfonds.**
- **Die Krankenhäuser erhalten diese Investitionsgelder.**
- **Die Investitionen sollen in Form von DRG-Zuschlägen erfolgen.**
- **Zusätzlich wird von einem Teil der Gelder (z. B. 10 %) ein sog. Infrastrukturfonds gegründet, aus dem die Länder selbstständig Krankenhäuser in strukturschwachen Regionen unterstützen können.**
- **Die Gutachter nehmen, abgeleitet aus Modellrechnungen anderer Wirtschaftszweige, 5 Mrd. Euro als Investitionsförderung an. Dieses Volumen überschreitet die 2,3 Mrd. Euro, die de facto zzt. von den Ländern gezahlt werden.**

Gemengelage Monistik

Spitzenverband Bund
der Krankenkassen



1 DRGs in der Routinephase

2 Die großen Entwicklungslinien

2.1 Auf dem Weg in die Monistik

2.2 Ambulante Krankenhausleistungen

2.3 Wettbewerbliche Neuordnung

3 Fazit

Möglichkeiten der ambulanten Behandlung am KH seit 1989

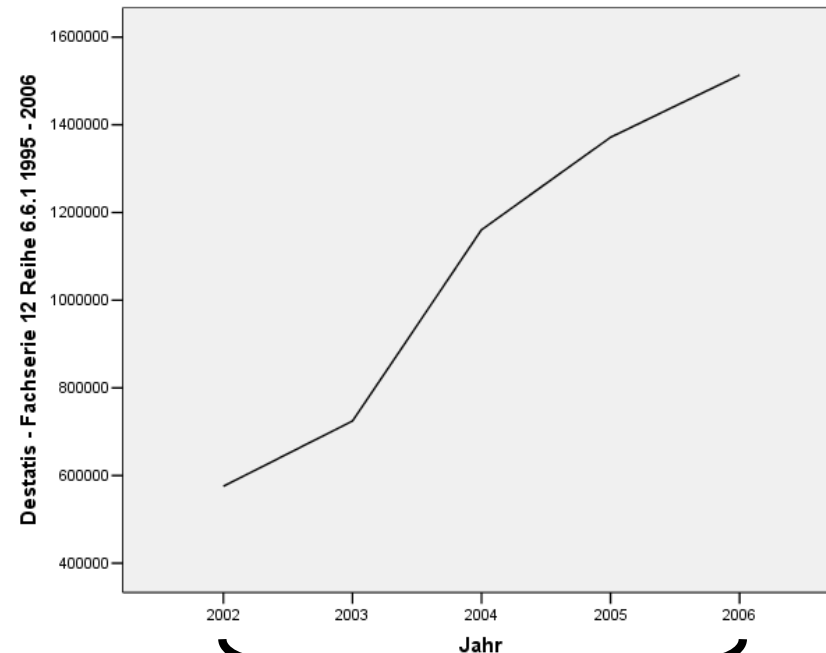
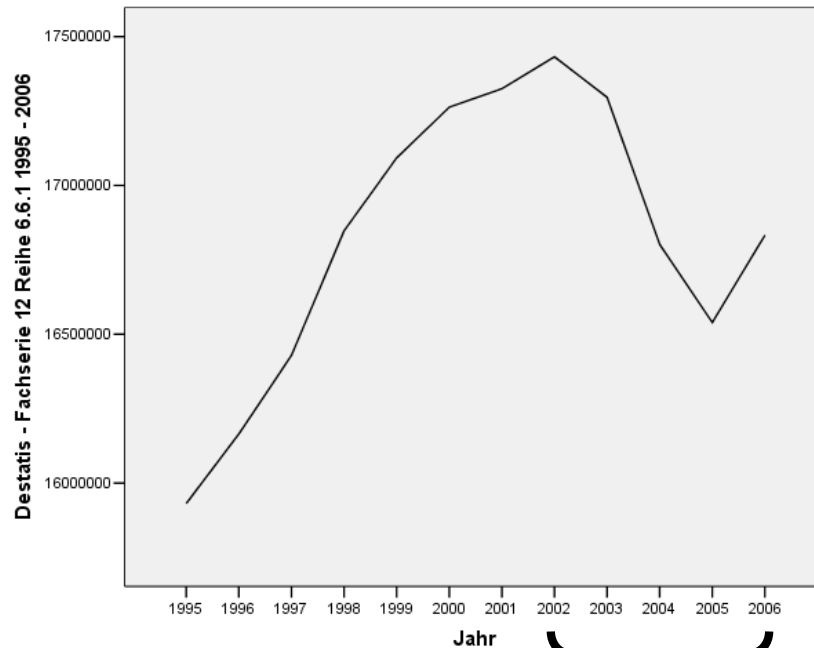
Spitzenverband Bund
der Krankenkassen

- 1989** Teilstationäre Versorgung
- 1989** Hochschulambulanzen
- 1989** Sozialpädiatrische Zentren
- 1989** Psychiatrische Institutsambulanzen
- 1993** Ambulantes Operieren
- 1993** Vor- und nachstationär
Integrierte Versorgung
- 2004** Disease-Management-Programme (DMP)
Hochspezialisierte Leistungen

- 2009** *Belegarztvergütung? Notfallvergütung?*

Fallzahlen gem. § 115 b SGB V und vollstationäre Fallzahlen

Spitzenverband Bund
der Krankenkassen



vollstationär

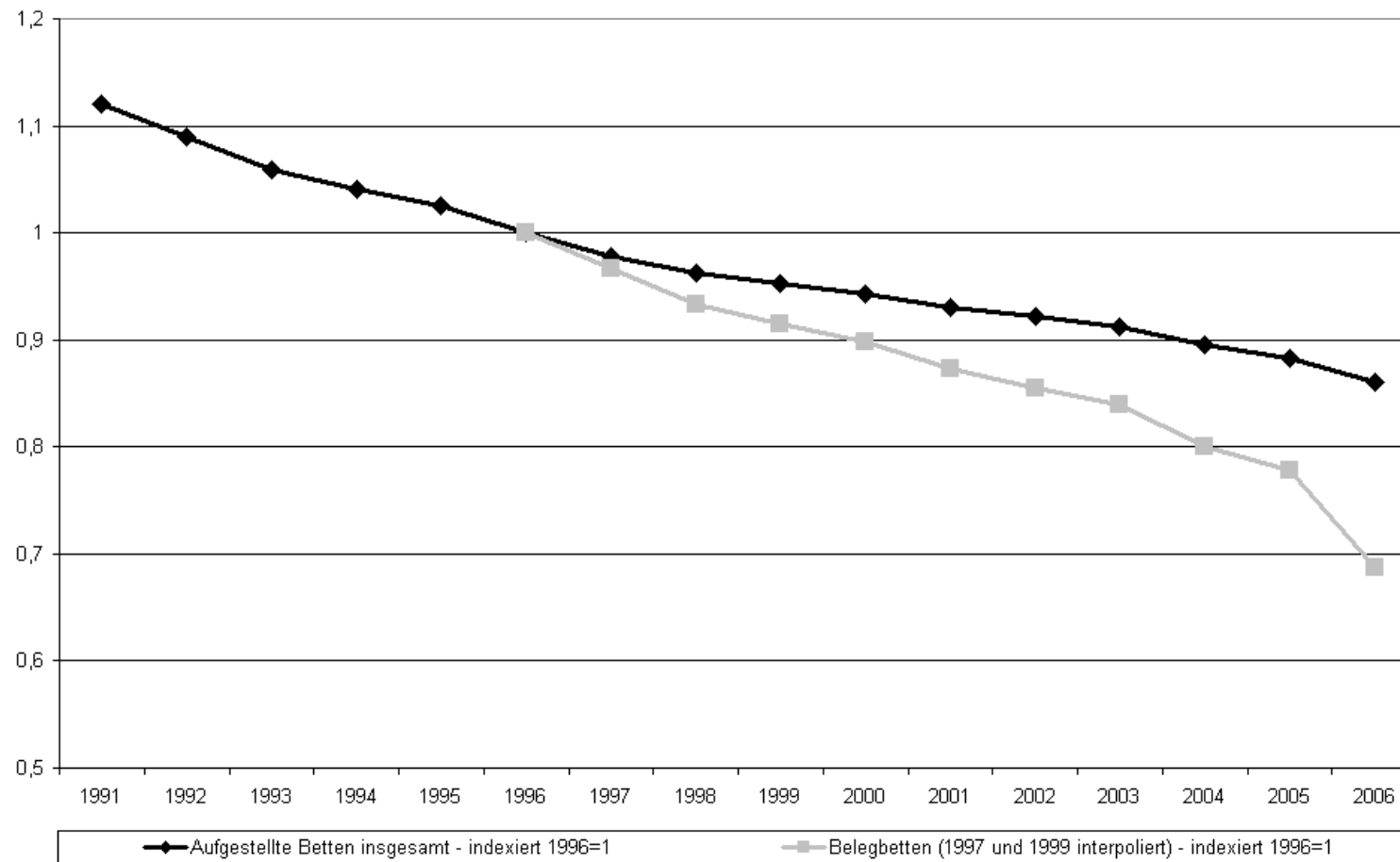
ambulantes
Operieren

Quelle: Destatis, Fachserie 12, Reihe 6.1.1

- Die mit dem VÄndG beschlossene Änderung der Zulassungsordnung für Vertragsärzte (§ 20 Abs. 2) sieht vor, dass „die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 111 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit der Tätigkeit des Vertragsarztes vereinbar“ ist.
 - Zukünftig ist es möglich, beliebig viele Ärzte anzustellen, KV-übergreifend tätig zu sein, gleichzeitig als niedergelassener Arzt und am Krankenhaus tätig zu sein oder Teilzeitzulassungen zu besitzen.
 - Am Krankenhaus tätige Vertragsärzte werden zukünftig ihre Vergütung verstärkt gemeinsam mit dem Krankenhaus verhandeln müssen.
- **Erste Konsequenz: Vermutliches Ende des Belegarztwesens**

Anzahl der Betten 1996 bis 2006

Spitzenverband Bund
der Krankenkassen



1 DRGs in der Routinephase

2 Die großen Entwicklungslinien

2.1 Auf dem Weg in die Monistik

2.2 Ambulante Krankenhausleistungen

2.3 Wettbewerbliche Neuordnung

3 Fazit

Wettbewerb – Die Perspektive

Spitzenverband Bund
der Krankenkassen



1. **Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1993 – „Lahnstein-Kompromiss“ – ordnet den Krankenkassenwettbewerb ab 1997.**
2. **Das Fallpauschalengesetz (FPG) von 2002 schafft über das DRG-System Vergleichbarkeit und sorgt somit für einen Wettbewerbsschub auf der Anbieterseite.**
3. **Hoffnung: Das Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen verbindet beide Marktseiten sinnvoll miteinander, schafft neue Freiräume und so auch die Voraussetzung für einen funktionierenden Wettbewerb.**

Gesundheitsfonds

Spitzenverband Bund
der Krankenkassen

Arbeitgeber

**Einheitlich
gesetzlich**
vom
Einkommen

Mitglieder

**Einheitlich
gesetzlich**
vom
Einkommen
wie AG +0,9%

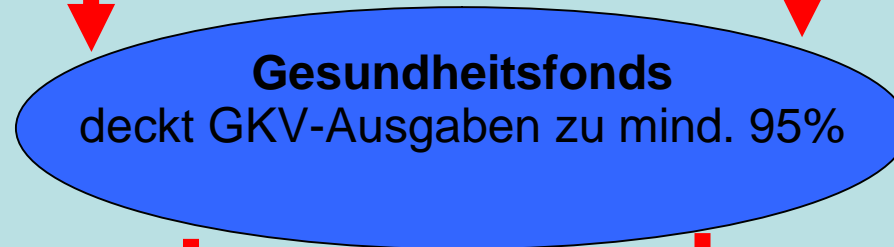
Steuern

Stufenmodell
bis 14 Mrd. €
2007/8: 2,5 Mrd.
€ p.a. +1,5 Mrd.
€

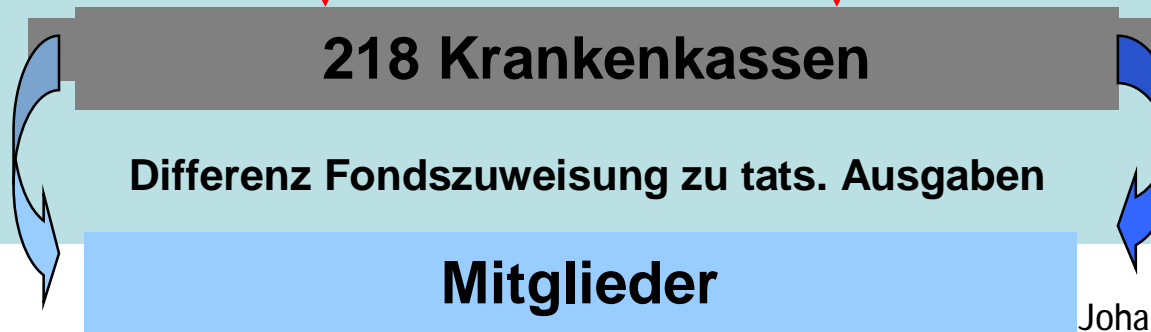
**Prämien-
Einflussgrößen:**

- 100% zum Start
- Entschuldung
- Morbi-RSA
- 1%-Härteklause
- Vertragsfreiheiten
- Liquiditätsreserve

**Beitragseinzug
durch Kassen**



**Verteilung über
Risikostrukturausgleich
(RSA)**



**Kasse ggf.
Zusatzbeitrag
oder
Erstattung**

Johann-Magnus v. Stackelberg
Stellv. Vorstandsvorsitzender

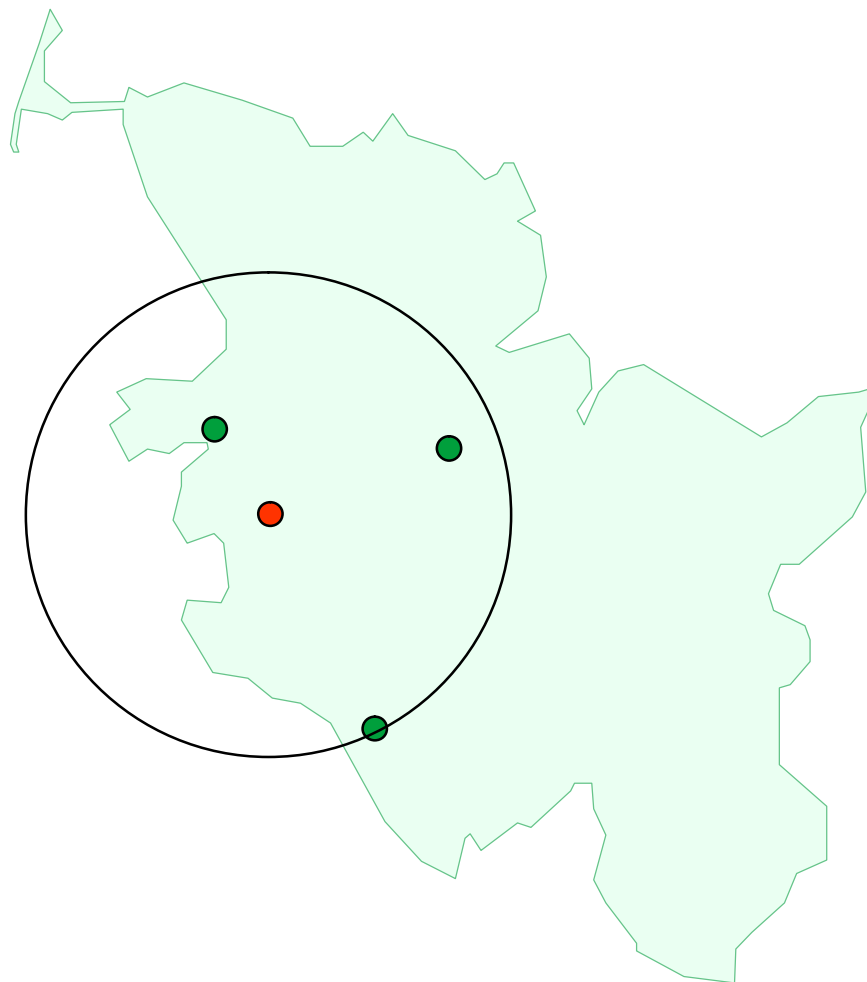
Ordnungspolitik – Offene Fragen

Spitzenverband Bund
der Krankenkassen

	stationär		ambulant		integriert
	kollektiv	elektiv	kollektiv	selektiv	
Vergütungssystem	<h2>Welche Formen von Wettbewerb lassen sich unter Fondsbedingungen realisieren?</h2>				
Vergütungshöhe					
Kontrahierungspflicht					
Einzelvertragsverhandlungen					
Landesplanung					
Landesförderung					

Region um Heide in Holstein

Spitzenverband Bund
der Krankenkassen

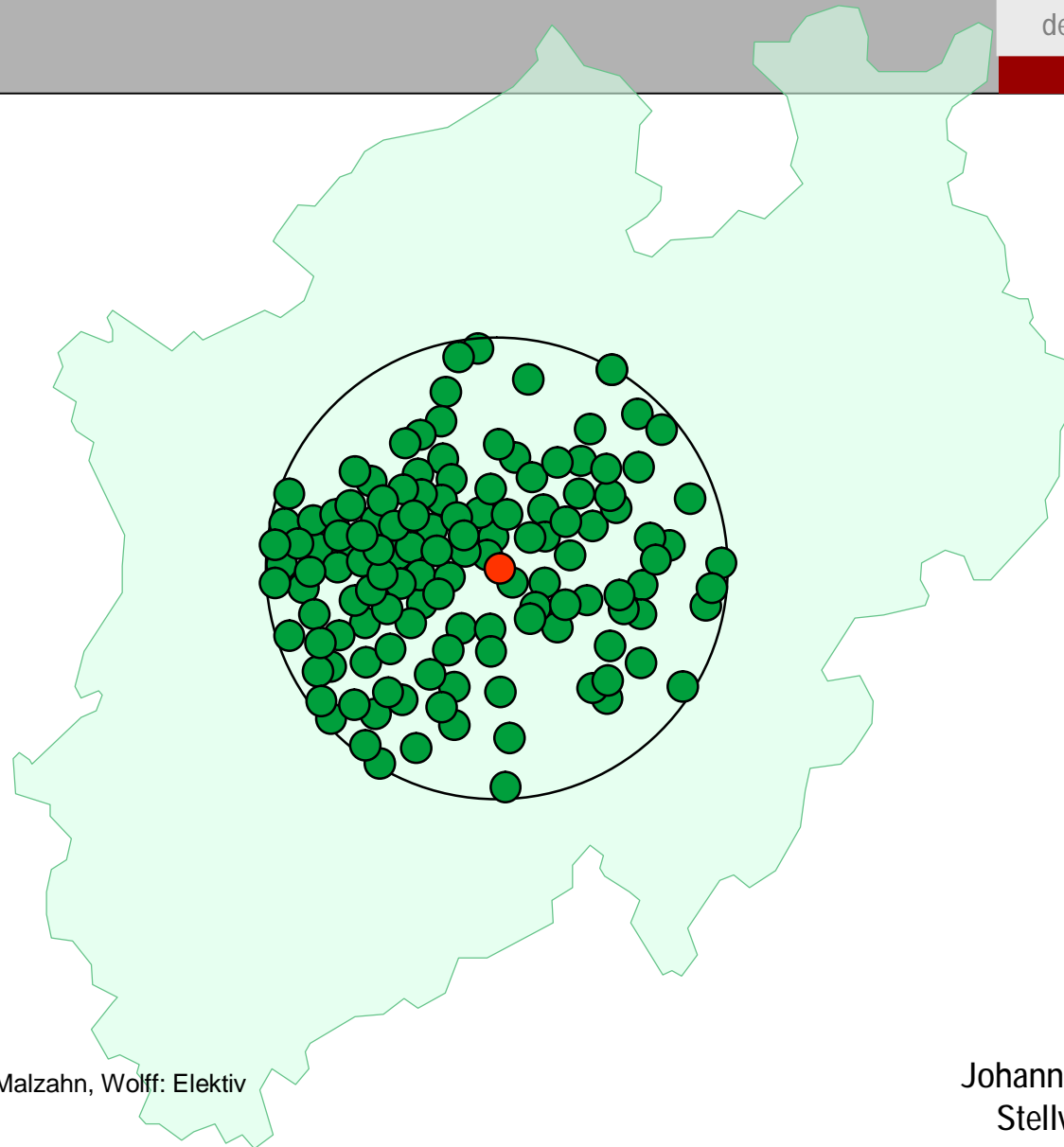


50 km

Quelle: Leber, Malzahn, Wolff: Elektiv

Region um Essen

Spitzenverband Bund
der Krankenkassen



Quelle: Leber, Malzahn, Wolff: Elektiv

Ordnungspolitische Positionen

Spitzenverband Bund
der Krankenkassen

SVRG



- **Sicherstellung/Krankenhausplanung:**
 - Die Sicherstellung obliegt weiter den Ländern.
 - Die Krankenhausplanung wird auf eine „Rahmenplanung“ zurückgeführt.
- **Krankenhausfinanzierung:**
 - Umstellung auf eine monistische Finanzierung in einem Übergangszeitraum von ca. 10 – 15 Jahren
 - Investitionsfinanzierung über bundeseinheitliche Investitionspauschalen
 - bundeseinheitliche Definition und Kalkulation des DRG-Systems; Einführung eines pauschalierenden Vergütungssystems in der Psychiatrie
 - Umstellung auf einen bundeseinheitlichen BFW mit 5-jähriger Konvergenz

- **Leistungen:**
 - grundsätzlich kollektivvertragliche Verhandlungen; Höchstpreissystem unter besonderer Beachtung der Qualität der Leistungserbringung
 - Öffnung für Einzelverträge mittels Katalog; Ausgliederung noch offen
 - **Erhalt des generellen Kontrahierungszwangs**, da Patienten auch weiterhin ohne finanzielle Nachteile jedes Krankenhaus unabhängig von geschlossenen Verträgen mit den Krankenkassen aufsuchen dürfen

**Alle – und besonders die Politik – hätten gern den Wettbewerb als Bonusmodell:
Kassen gewähren den Versicherten, die sich auf „Rabatt-Häuser“ beschränken, einen Bonus.**

**Das Bonusmodell funktioniert nicht:
Der Bonustarif wird von jenen gewählt, die mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht ins Krankenhaus gehen. Es gibt keine Umsteuerung.**

Die Kassen vermarkten den Tarif spitz als Halteprämie für gute Risiken.

- **Sicherstellung/Krankenhausplanung :**
 - Die Sicherstellung obliegt weiter den Ländern.
Die Krankenhausplanung wird auf eine Rahmenplanung mit Zulassung, Monitoring und Sicherung zurückgeführt.
- **Krankenhausfinanzierung:**
 - Einführung der monistischen Finanzierung und Koppelung der Investitionsmittel an die DRGs
- **Leistungen:**
 - **zunächst: Weiterentwicklung des DRG-Systems zu einem Festpreissystem auf Basis der LBFW**
 - später: Implementierung eines Höchstpreissystems mit selektiven Verträgen für elektive Krankenhausleistungen
- **Wettbewerb:**
 - Erste gute Ansätze zur Stärkung des Preiswettbewerbs sind erkennbar und gewollt.

- **Sicherstellung/Krankenhausplanung:**
 - Sicherstellung obliegt weiter den Ländern; Umstellung der Krankenhausplanung auf eine Leistungsartenplanung
- **Krankenhausfinanzierung:**
 - Beibehaltung der dualen Finanzierung solange Refinanzierung unklar
 - Weiterentwicklung des DRG-Fallpauschalensystems bei Festhalten am 100 %-Ansatz, keine krankenhaushausindividuellen Entgelte
 - Einführung des bundesweiten BFW als Richtwert für die LBFW-Verhandlungen; **Umstellung auf ein Höchstpreissystem**
- **Leistungen:**
 - Beibehaltung kollektivvertraglicher Regelungen für stationäre Kernleistungen; **sehr begrenzter Wettbewerb um Elektivleistungen**
- **Wettbewerb:**
 - im Wesentlichen Orientierung am derzeitigen System

Techniker Krankenkasse „Zwei-Säulen-Modell“

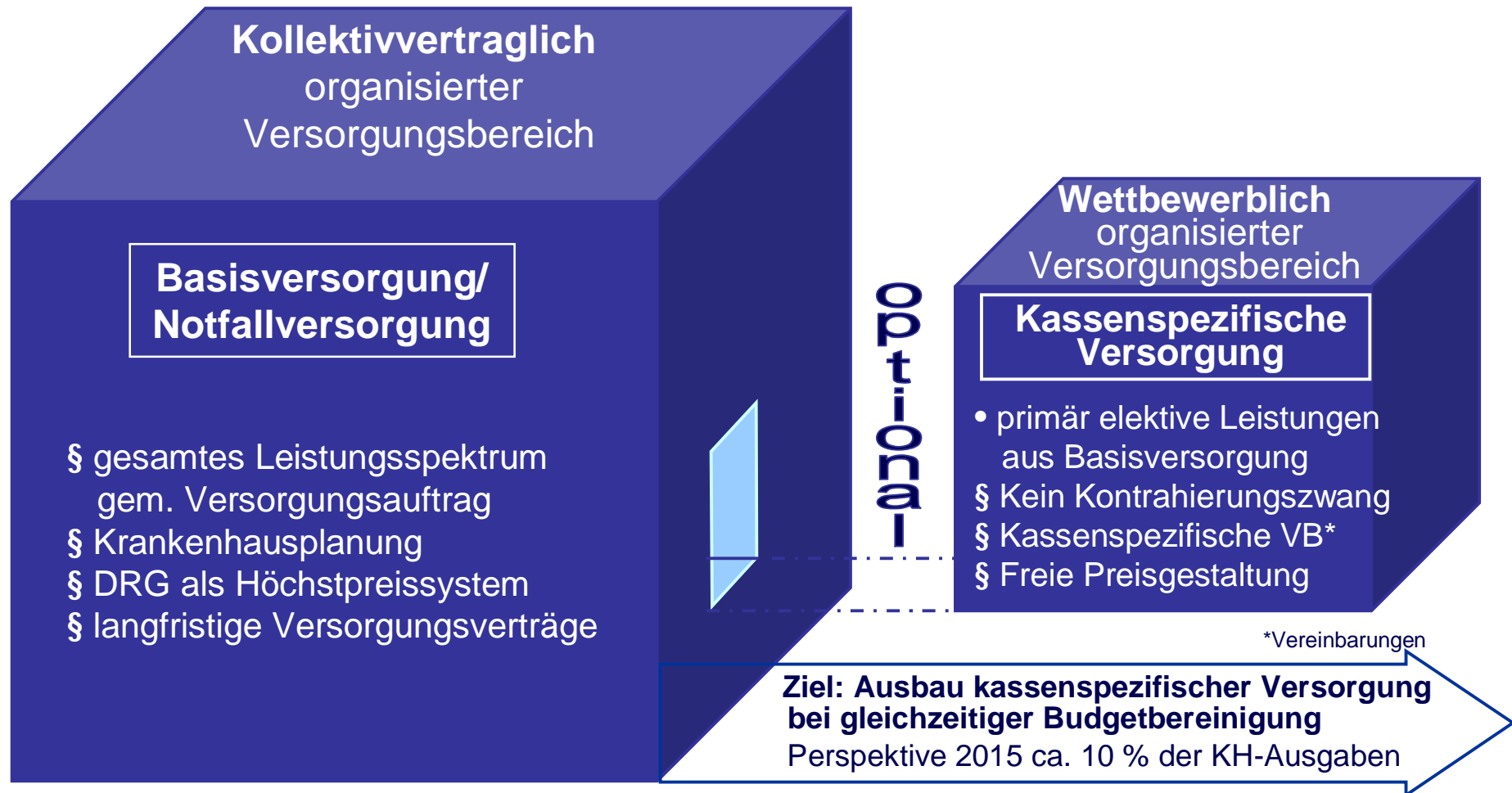
Spitzenverband Bund
der Krankenkassen

- **Krankenhausplanung:**
 - regionale Rahmenplanung durch die Länder
- **Krankenhausfinanzierung:**
 - monistische Finanzierung und Festlegung von fallbezogenen Investitionsanteilen
 - Festhalten am Landesbasisfallwert/bei Gesundheitsfonds Bundesbasisfallwert
- **Leistungen:**
 - Notfallversorgung kassenübergreifend – kollektiv (Höchstpreissystem)
 - Aufhebung des Kontrahierungszwangs und einzelvertragliche Gestaltung im Sinne eines Richtpreissystems für elektive Krankenhausleistungen
 - Qualitätsvorgaben dürfen im einzelvertraglichen Bereich über- aber nicht unterschritten werden
- **Wettbewerb:**
 - deutlicher Einstieg in den Qualitäts- und Preiswettbewerb
 - **Krankenhauswahlrecht des Versicherten bleibt erhalten**

Johann-Magnus v. Stackelberg
Stellv. Vorstandsvorsitzender

Krankenhausfinanzierung TK „Zwei-Säulen-Modell“

Spitzenverband Bund
der Krankenkassen



- **Sicherstellung/Krankenhausplanung:**
 - gemeinsame Krankenhausrahmenplanung von Krankenkassen und Ländern
- **Krankenhausfinanzierung:**
 - Übergang zur Monistik unter bestimmten Bedingungen
 - Weiterentwicklung des DRG-Systems unter Beachtung der Praktikabilität
 - Übernahme des DRG-Systems auch in anderen Leistungsbereichen
 - Beibehalten der LBFWs; BBFW nur bei echter Kontenneutralität
- **Leistungen:**
 - stufenweise Erweiterung der Vertragsfreiheit; Schaffung weiterer Möglichkeiten der Steuerung der Leistungsanspruchnahme; Sicherstellung der (Notfall)Versorgung in strukturschwachen Gebieten durch kollektive Regelungen; DRG-System mit Höchstpreisen für den Bereich der Einzelverträge
 - Betonung von Transparenz und Qualitätskriterien als Voraussetzung eines Qualitätswettbewerbs
- **Wettbewerb:**
 - klarer Einstieg in den Wettbewerb als Stufenmodell

Das BKK-Modell vertragliche Regelungen

Spitzenverband Bund
der Krankenkassen

Vertragswettbewerb im BKK Modell

heute Ausnahmefall und künftig bzw. zunehmend Regelfall

frei verhandelte Verträge

Für das gesamte Leistungsspektrum gilt Vertragsfreiheit und kein Kontrahierungszwang für Krankenhäuser und Krankenkassen.

liberalisiertes
und individu-
alisiertes Ver-
tragsgeschäft

heute Regelfall und künftig bzw. zunehmend Ausnahmefall

Rückfalllinie 1 Vertrag nach KHEntgG/BPfIV

Kontrahierungszwang für Krankenhäuser gilt nur bei Ausnutzung marktbeherrschender Stellung (gemessen am GWB) und wenn die Umsetzung der Vorgaben des Landes durch die Krankenkasse ansonsten unmöglich ist.

nicht liberali-
siertes, aber
individuali-
siertes Ver-
tragsgeschäft

künftig Ausnahmefall

Rückfalllinie 2 LBFW bzw. negative Meistbegünstigung

Vertrag je Krankenhausfall zwischen Versicherten, Krankenkasse und Krankenhaus (Behandlungsverpflichtung des Krankenhauses und Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse)

kein Vertrags-
geschäft

Wettbewerbsanreiz

Es gelten immer das GWB und UWG, alle Vorgaben zur Qualitätssicherung und der von den Ländern den Krankenkassen vorgegebene leistungs-, aber nicht leistungserbringerbezogene Kontrahierungszwang.

Quelle: **Die BKK 10/2007**
„Das Modell des BKK Systems
zum ordnungspolitischen
Rahmen ab 2009 im
Krankenhausbereich“

Johann-Magnus v. Stackelberg
Stellv. Vorstandsvorsitzender

- **Sicherstellung/Krankenhausplanung:**
 - “echte“ Rahmenplanung: leistungsbezogene Vorgaben der Länder an die Krankenkassen zur Versorgung mit Krankenhausleistungen (auf Basis DRG, MDC, ICD, oder OPS); keine Standortplanung, aber Vorgaben zur Erreichbarkeit; Sicherstellungsauftrag sowie die Kontrolle der Umsetzung verbleibt bei den Ländern (aufsichtsrechtliche Möglichkeiten der Länder gegenüber den Krankenkassen)
- **Krankenhausfinanzierung:**
 - Übergang zur Monistik durch Übertragung von Leistungsansprüchen auf die Länder (keine Erstattung der Länder oder Lösung über den Gesundheitsfond); Verteilung nach eigens ermittelten Relativgewichten
 - Vollendung der DRG-Konvergenzphase; Weiterentwicklung des DRG-Systems

- **Leistungen:**
 - frei verhandelbare kassenartenspezifische Verträge; Bezug zum DRG-System nicht unbedingt notwendig
 - Ausschreibung von Leistungen
 - kein Kontrahierungszwang, aber Rückfalllinie 1: KHEntgG-Pflegesatzverhandlung und Rückfalllinie 2: LBFW
 - Qualitätsvorgaben bleiben bundesweit erhalten; mehr Transparenz und verstärkte Nutzung leistungsbereichsübergreifender Routinedaten
- **Wettbewerb:**
 - kassenartenindividuelle Verhandlungssettings als Einstieg in den Wettbewerb (statt Katalog elektiver Leistungen); Ausschreibungspflicht (VOL/EU-Recht); Krankenkassen und Krankenhäuser können fusionieren und kooperieren, aber es gelten GWB und UWG (nicht § 69 SGB V); erweiterte Steuerungsmöglichkeiten der Krankenkassen (ohne Nachfragesteuerung kein funktionsfähiger Wettbewerb)

- **Krankenhausplanung:**
 - Beschränkung der Krankenhausplanung auf den Bereich der Notfallversorgung
- **Krankenhausfinanzierung:**
 - Übergang zu einer monistischen Finanzierung
 - Beschränkung der Fördermittel der Länder auf den Bereich der Notfallversorgung
 - Festhalten am Landesbasisfallwert, kein Sicherstellungszuschlag ohne Ausschreibung



AOK-Bundesverband

„Elektiv wird selektiv“ II

Spitzenverband Bund
der Krankenkassen

- **Leistungen:**

- Notfallversorgung kassen-
übergreifend und kollektivvertraglich
- Aufhebung des Kontrahierungszwangs
und einzelvertragliche Gestaltung im Sinne eines
Höchstpreissystems für elektive Krankenhausleistungen via
kassenindividueller Ausschreibung
- Qualitätsvorgaben gelten als Mindeststandard und können
innerhalb der Ausschreibungen steigen

award KRANKENHAUS
FINANZIERUNG 2009
B. Braun-Stiftung

- **Wettbewerb:**

- deutlicher Einstieg in den Preis- und Qualitätswettbewerb

Der ordnungspolitische Rahmen Arbeitshypothesen der AOK

Spitzenverband Bund
der Krankenkassen

- 1. Nicht alle Krankenhausleistungen sind gleich.**
- 2. Nicht für alle Krankenhausleistungen sollte der gleiche ordnungspolitische Rahmen gelten.**

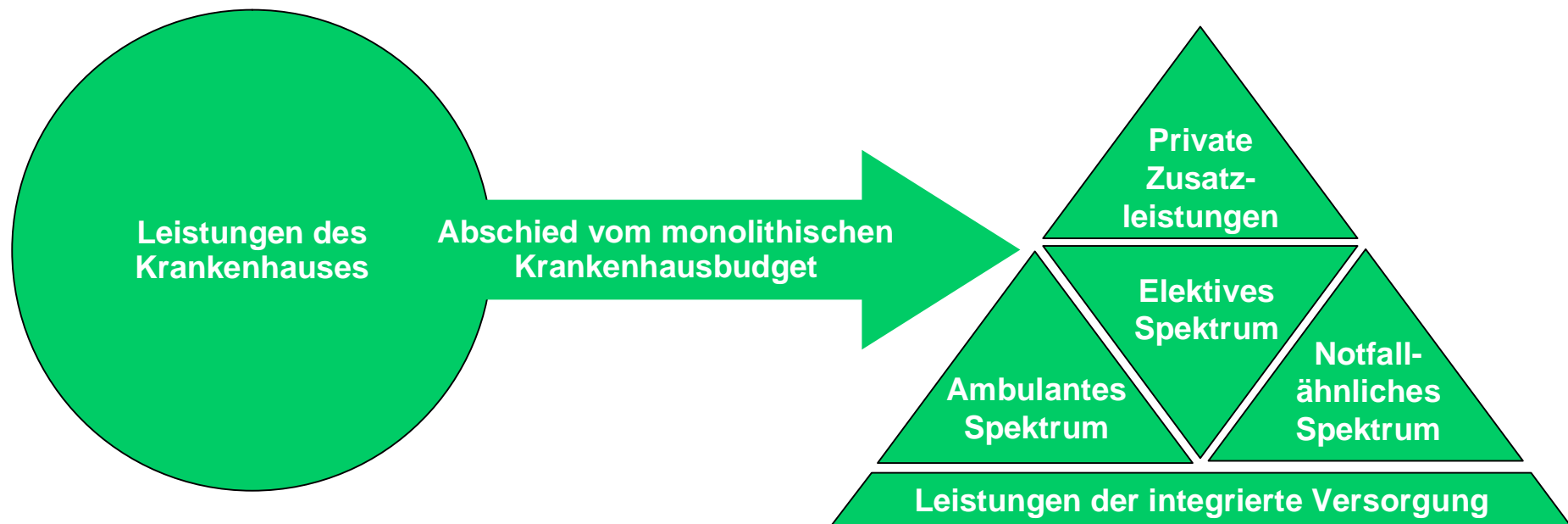
Pointiert:

Zwischen Rehabilitation und Rettungsdienst gibt es ein breites ordnungspolitisches Spektrum, das man für die Neuordnung des Krankenhausbereiches nutzen kann.

Der ordnungspolitische Rahmen ab 2009 – Arbeitshypothesen der AOK

Spitzenverband Bund
der Krankenkassen

1. Nicht alle Krankenhausleistungen sind gleich.
2. Nicht für alle Krankenhausleistungen sollte der gleiche ordnungspolitische Rahmen gelten.



„Elektiv wird selektiv“ Das AOK-Modell im Überblick

Spitzenverband Bund
der Krankenkassen

	stationär		ambulant		integriert
	Notfall	elektiv	kollektiv	selektiv	
Vergütungssystem	DRG		EBM + ?		frei
Vergütungshöhe	LBFW	Rabatt vom LBFW			frei
Kontrahierungspflicht	ja	beschränkt	ja	nein	nein
Preisverhandlung	gemeinsam	je Kasse	gemeinsam	je Kasse	je Kasse
Landesplanung	ja	je nach Modell	nein	nein	nein
Landesförderung	ja	nein	nein	nein	nein

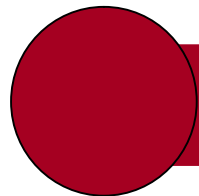
Quelle: Leber, Malzahn, Wolff: Elektiv wird selektiv

Wettbewerb – Krankenkassen

Spitzenverband Bund
der Krankenkassen

Status Quo

mehr wettbewerbliche Spielräume



mehr Wettbewerb

vdak Verband der
Angestellten-
Krankenkassen e.V.

 Knappschaft Bahn See

Spitzenverbände
der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung 

Techniker
Krankenkasse 

BARMER
Deutschlands größte Krankenkasse

BKK 

AOK
Die Gesundheitskasse.

- **Sicherstellung/Krankenhausplanung :**
 - Die Sicherstellung obliegt weiter den Ländern.
 - Die Krankenhausplanung ist staatlich verantwortet, die Detailtiefe und Ausgestaltung bleibt Landesrecht.
- **Krankenhausfinanzierung:**
 - Weiterentwicklung des DRG-Systems als Festpreissystem
 - Umstellung auf eine monistische Finanzierung bedarf eingehender Prüfung
 - Anstrebung eines bundeseinheitlichen BFW
- **Wettbewerb:**
 - **Kassenwettbewerb de facto nicht betrachtet;** im Wesentlichen Beschränkung auf einen Qualitätswettbewerb der Krankenhäuser untereinander

- **Sicherstellung/Krankenhausplanung:**
 - Sicherstellung obliegt weiter den Ländern; Rahmenplanung – Festlegung auf Standorte und medizinische Fachgebiete
- **Krankenhausfinanzierung:**
 - monistische Finanzierung nur, wenn Länderfördermittel und Investitionsstau in das GKV-System fließen, sonst Beibehaltung der dualen Finanzierung
 - Weiterentwicklung des DRG-Systems zu einem leistungsorientierten **Festpreissystem auf Landesebene**
 - Abschaffung der Bindung an die Veränderungsrate
- **Wettbewerb:**
 - Qualitätswettbewerb
 - **Erhalt des Rechts der freie Krankenhausauswahl** durch den Patienten
 - wesentliche Orientierung am derzeitigen System

- **Sicherstellung/Krankenhausplanung:**
 - Sicherstellung obliegt weiter den Länder; Umstellung der Krankenhausplanung auf eine Rahmenplanung mit Bezug auf Versorgungsregionen
- **Krankenhausfinanzierung (Kern des Modells):**
 - Umstieg zur regionalen monistischen Finanzierung mit einem Investitionskostenzuschlag auf die einzelnen DRGs
 - Weiterentwicklung des DRG-Systems zu einem **Festpreissystem in Form von einheitlichen Landesbasisfallwerten**
 - Abschaffung der Bindung an die Veränderungsrate
- **Wettbewerb:**
 - Qualitätswettbewerb
 - Erhaltung des Rechts der freien Krankenhausauswahl für den Patienten
 - wesentliche Orientierung am derzeitigen System

- **Sicherstellung/Krankenhausplanung:**
 - Sicherstellung obliegt weiter den Ländern; Umstellung der Krankenhausplanung auf eine leistungsbezogene Rahmenplanung
- **Krankenhausfinanzierung:**
 - Beseitigung des Investitionsstaus
 - Abschaffung der Bindung an die Veränderungsrate
- **Wettbewerb:**
 - wesentliche Orientierung am derzeitigen System

Wettbewerb – Leistungserbringer

Spitzenverband Bund
der Krankenkassen

Status quo

weniger Wettbewerb

mehr Wettbewerb



1 DRGs in der Routinephase

2 Die großen Entwicklungslinien

2.1 Auf dem Weg in die Monistik

2.2 Ambulante Krankenhausleistungen

2.3 Wettbewerbliche Neuordnung

3 Fazit

Katastrophenjahr 2008?

Spitzenverband Bund
der Krankenkassen



DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT

Pressemitteilung

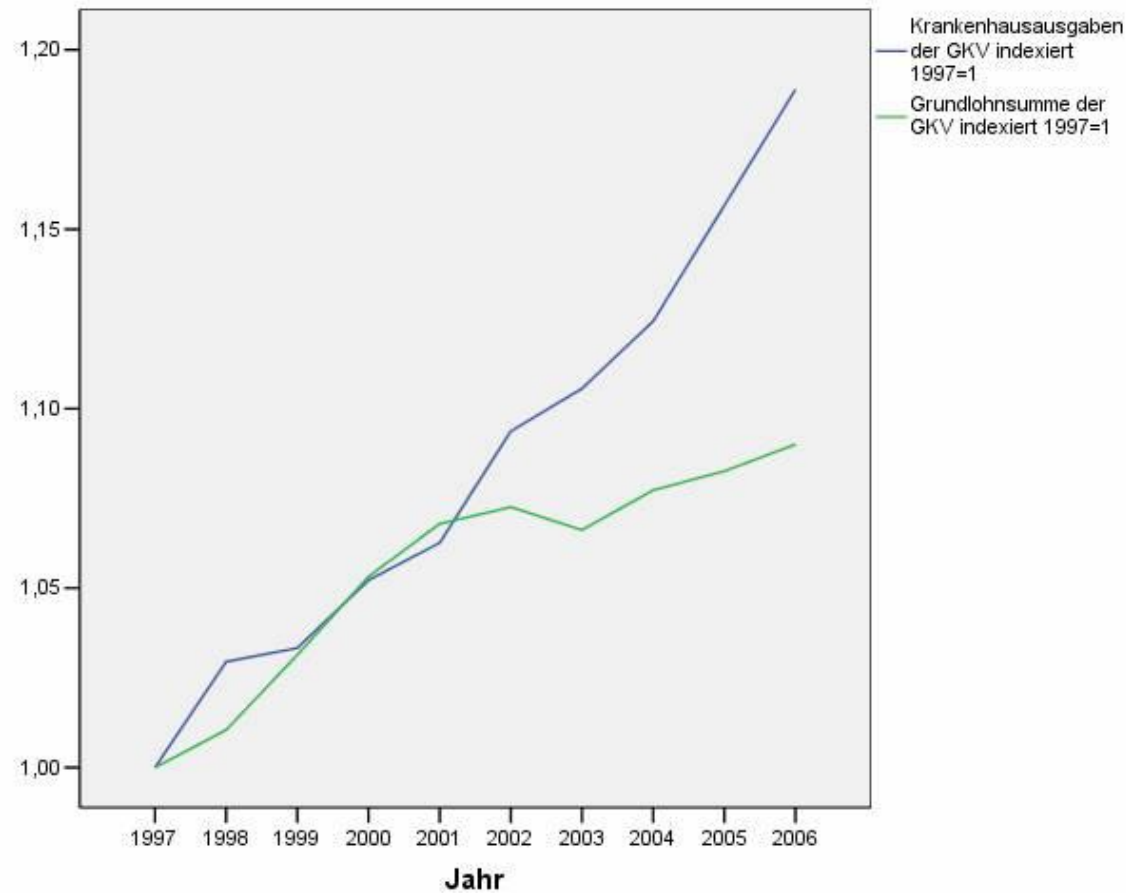
DKG zur wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser

Katastrophenjahr 2008: Finanzloch von 2,2 Mrd. Euro provoziert weiteren Stellenabbau in den Kliniken

Quelle: DKG

Indexierte Krankenhausausgaben und Grundlohnentwicklung von 1997 bis 2006

Spitzenverband Bund
der Krankenkassen



- **Realistisch erwarten die Krankenkassen dagegen das Inkrafttreten des sog. „Technikteils“ und einen „Startschuss“ für mehr Wettbewerb.**
- **Der Staat verlagert weiter Kosten auf die GKV. De facto kommt die Monistik.**
- **Der Gesundheitsfonds muss zukünftig mit ausreichend finanziellen Mitteln ausgestattet sein. Eine Abkopplung der Ausgaben im Krankenhausbereich bedarf gleichzeitig einer Antwort, woher diese Mittel kommen sollen.**
- **Beitragssatzstabilität bleibt eine wichtige Norm. Diese Norm wird durch die Anbindung an die Grundlohnsumme geschützt!**

Fazit: Wettbewerb

Spitzenverband Bund
der Krankenkassen

- **Der Spitzenverband Bund hält eine grundlegende Reform des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für notwendig.**
- **Alle Krankenkassen und Krankenkassenverbände wollen mehr Wettbewerb.**
- **Dies schließt die Schaffung der Rahmenbedingungen eines fairen Kassenwettbewerbs ein.**

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**

www.spibund.de