



# Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens ab 2013 – Positionen und Erwartungen der DKG

14. vdek-Symposium der Landesvertretung Sachsen-Anhalt  
Donnerstag, 24. November 2011, Magdeburg

Dr. Roland Laufer  
Geschäftsführer, Dezernat II,  
Krankenhausfinanzierung und –planung  
Deutsche Krankenhausgesellschaft  
Bundesverband der Krankenhausträger  
in der Bundesrepublik Deutschland  
Wegelystraße 3, 10623 Berlin



# Übersicht

- **GKV – Versorgungsstrukturgesetz**
- **Finanzierungssituation**
- **Leistungsveränderungen**
- **Fazit**



- **GKV – Versorgungsstrukturgesetz**
- **Finanzierungssituation**
- **Leistungsveränderungen**
- **Fazit**



## GKV – VStG und Versorgungsstrukturen

- Sektorübergreifende Ansätze:
  - Sektorübergreifendes Gremium auf Landesebene
  - Klarstellungen zu Kooperationsmöglichkeiten mit niedergelassenen Ärzten (ambulante Operationen, vollstationäre Leistungen, vor- und nachstationäre Leistungen)
- 116b - Grundsatz: Freier Zugang für Krankenhäuser und Vertragsärzte
- Zugang bei Erfüllung einheitlicher Qualitätsanforderungen
  - *Neuer, innovativer Versorgungsbereich, der klar zu definieren und aufgrund seiner Spezialisierung grundsätzlich geeignet ist über einen freien Marktzugang sektorübergreifende Strukturen herauszubilden.*
  - ***Die (Bedarfs-) Planwirtschaft muss nicht jeden Bereich umfassen***



## GKV – VStG und Versorgungsstrukturen

- Demographie und Ärztemangel erfordern eine stärkere Einbindung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung
- Chance des neuen 116b wird nicht genutzt, da das Spektrum deutlich reduziert werden soll
- Integration der Krankenhäuser in eine strukturierte ambulante Notfallversorgung als „Kann“-Regelung
- Verschlechterung der Regelungen für Krankenhaus-MVZ
- Die sektorübergreifenden Strukturen werden nicht wesentlich verbessert
- ***Das ambulante Potential der Krankenhäuser wird nicht genutzt, eine strukturierte Verbindung der Sektoren findet nicht statt***



## GKV – VStG und Finanzierung

- Der Mehrleistungsabschlag des GKV-FinG bleibt bisher bestehen
- Die für 2012 vorgesehene individuelle Vereinbarung der Abschlagsquoten vor Ort bisher unverändert
- Erneute Absenkung der Grundlohnrate in 2012 ist nicht bedarfs- und versorgungsgerecht
- Hinzu kommt im GKV-VStG noch ein 5%-Abschlag auf spezialärztliche Leistungen in Krankenhäusern
- Für die neuen geriatrischen Ambulanzen ist ein 10%-Abschlag vorgesehen
- ***Fehlende Rücknahme der Sparmaßnahmen des GKV – FinG und neue Kürzungen***



## GKV – VStG und Finanzierung

- Eine zusätzliche Berücksichtigung der Tarifraten zum Ausgleich von Lohnsteigerungen ist bisher nicht vorgesehen.
  - Der Kostenorientierungswert ist (weiterhin) nicht umgesetzt.
  - Leistungsveränderungen werden sowohl beim Landesbasisfallwert absenkend berücksichtigt, als auch (zusätzlich) über die Mehrleistungsabschläge vor Ort.
  - Falls die Wirkung des Mehrleistungsabschlags, wie diskutiert, auf 2 Jahre erweitert wird, verschärft sich die doppelte Mehrleistungskürzung ( $50\% + 30\% = 80\%$  für 2 Jahre = **Doppelte Degression „plus“**)
- ***Zumindest eine Anrechnung der Abzüge vor Ort auf die Kürzungsvolumen der gleichen Leistungen auf Landesebene ist unabdingbar!***



- **GKV – Versorgungsstrukturgesetz**
- **Finanzierungssituation**
- **Leistungsveränderungen**
- **Fazit**





## Entwicklung der Landesbasisfallwerte 2011

- ⇒ Obergrenze ist die um 0,25 % gekürzte Veränderungsrate von 0,9 %.
- ⇒ Auf die durch die Obergrenze gedeckelten Landesbasisfallwerte wirkten weitere Absenkungstatbestände:
  - Basisberichtigungen durch Fehlschätzungskorrekturen der Vereinbarungen für 2010,
  - Ausgleiche für Fehlschätzungen,
  - Kürzungsvolumen wegen vereinbarter Pauschalen für pädiatrische Spezialambulanzen.
- ⇒ Die Landesbasisfallwerte konnten deshalb trotz (in den meisten Fällen) Erreichen der Obergrenze durchschnittlich nur um ca. 0,3 % steigen!
- ***Die Sparmaßnahmen des GKV – FinG wirken und kumulieren mit einer verschärft wirkenden Mengendegression (KHRG: Einbeziehung der Schweregrade)***



## Finanzierung und Kosten

### Situation in 2011:

- Durchschnittlicher Anstieg der Landesbasisfallwerte 0,3 %
- Anstieg der Personalkosten hingegen 2,5 – 3,0 %

### Situation in 2012:

- GKV-FinG: Abzug 0,5 % von Grundlohnrate (300 Mio. €) auf dann 1,48 %
- Vorauss. erneutes Unterschreiten der Veränderungsrate bei den L-BFW
- Abschluss Marburger Bund bei + 3,6 % (+ Einmalzahlung,...)
- Verhandlungen mit Verdi stehen noch aus

➤ ***L-BFW-Entwicklung deckt die Kostensteigerungen erneut nicht***

➤ ***Kosten-Erlös-Schere öffnet sich zu stark***

➤ ***Argument der Kompensation durch Leistungssteigerungen geht mindestens bei 40 % der Häuser fehl, da diese keine Mehrleistungen verzeichnen, zudem stehen Mehrleistungen auch entsprechende Mehrkosten gegenüber***



- **GKV – Versorgungsstrukturgesetz**
- **Finanzierungssituation**
- **Leistungsveränderungen**
- **Fazit**



## Finanzierung und Leistungsentwicklung

### Entwicklung von 2005 bis 2010:

- ⇒ Steigerung der Leistungen von 16,1 Mio. auf 18,7 Mio. Casemix-Punkte (CM-Punkte), das sind + 16,1 %

### ABER:

- ⇒ Dahinter stehen erbrachte Leistungen, die die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens ermöglichen: **Fehlende Wartezeiten, umfassende Wahlmöglichkeiten, (nahezu) alle Leistungen für Jeden,...**
- ⇒ Steigerung der Ausgaben pro CM-Punkt in 5 Jahren um + 2,6 %, das sind + 0,5 % pro Jahr! (bei deutlich höheren jährlichen Kostensteigerungen)
- ⇒ Steigerung der CM-Punkte pro Vollkraft von 20,3 auf 22,7, das sind + 11,8 %, d. h. deutlich geringerer Einsatz von Personal pro Leistung



## Finanzierung der Leistungsentwicklung

- ⇒ Durch das DRG-System ist die Leistungsfähigkeit des Krankenhaussektors deutlich gestiegen
- ⇒ Effizienzsteigerungen können nicht dauerhaft erzielt werden, da sogenannte Skaleneffekte nicht (ähnlich einer Bandfertigung) mit steigenden Mengen unbegrenzt erhöht werden können
- ⇒ Sprungfixe Kosten werden derzeit im System nicht berücksichtigt, da bei hinzukommenden Leistungen lediglich die variablen Kosten berücksichtigt werden und der Preis dadurch dauerhaft abgesenkt wird
- ⇒ Im Krankenhaus resultiert daraus u. a. eine stetig steigende Arbeitsverdichtung mit negativen Effekten auf die Leistungsfähigkeit und Arbeitszufriedenheit des Krankenhauspersonals
- ⇒ Kontraproduktiv hinsichtlich des zunehmenden Fachkräftemangel



## Finanzierung der Leistungsentwicklung

- ⇒ Die Sinnhaftigkeit von einzelnen medizinischen Behandlungen muss fachlich innerhalb der Ärzteschaft und grundsätzlich über eine gesellschaftlich notwendigen Diskurs hinterfragt werden
- ⇒ Das Vergütungssystem kann medizinisch-qualitative Grundsatzfragen oder priorisierende Restriktionen jedoch nicht vollständig ersetzen und wäre damit überfordert
- ⇒ Weder eine Über- noch eine Untervergütung ist sachgerecht. Eine lediglich die variablen Kostenanteile berücksichtigende Vergütung mit einem zusätzlichen weiteren Abzug auf Ortsebene ist jedoch in jedem Fall unsachgemäß
- ⇒ ***Mehrleistungen sind sachgerecht zu vergüten, unabhängig ob diese durch Morbidität, Demographie oder Innovationen bedingt sind***



- **GKV – Versorgungsstrukturgesetz**
- **Finanzierungssituation**
- **Leistungsveränderungen**
- **Fazit**



## Fazit

- ⇒ Ein leistungsorientiertes Vergütungssystem muss Leistungen, unabhängig davon, ob es sich um „alte“ oder „neue“ Leistungen handelt, adäquat vergüten
- ⇒ 3 Systemfehler („Hamsterradeffekt“, doppelte Mengendegression, Kosten-Erlösschere) führen regelmäßig zu Verwerfungen
- ⇒ Effekte sind an der Arbeitsverdichtung und einer im europäischen Vergleich niedrigen Personalquote schon deutlich ablesbar (mit entsprechenden negativen Auswirkungen)
- ⇒ Verbesserung des Gesundheitssystems durch sinnvolle Nutzung des ambulanten Potentials der Krankenhäuser über eine (sektorübergreifende) Einbindung, und durch eine geregelte Refinanzierungsmöglichkeit der unabwendbaren Kostensteigerungen
- ⇒ Krankenhäuser als Wirtschaftsfaktor, statt Kostenfaktor





*Vielen Dank für die Aufmerksamkeit*