

Wie geht es weiter mit den G-DRGs ab 2009 ?

Zukunft der Krankenhausfinanzierung

Dr. med. Stefan Paech
Deutsches Krankenhausinstitut

Wie geht es weiter mit den G-DRGs ab 2009 ?

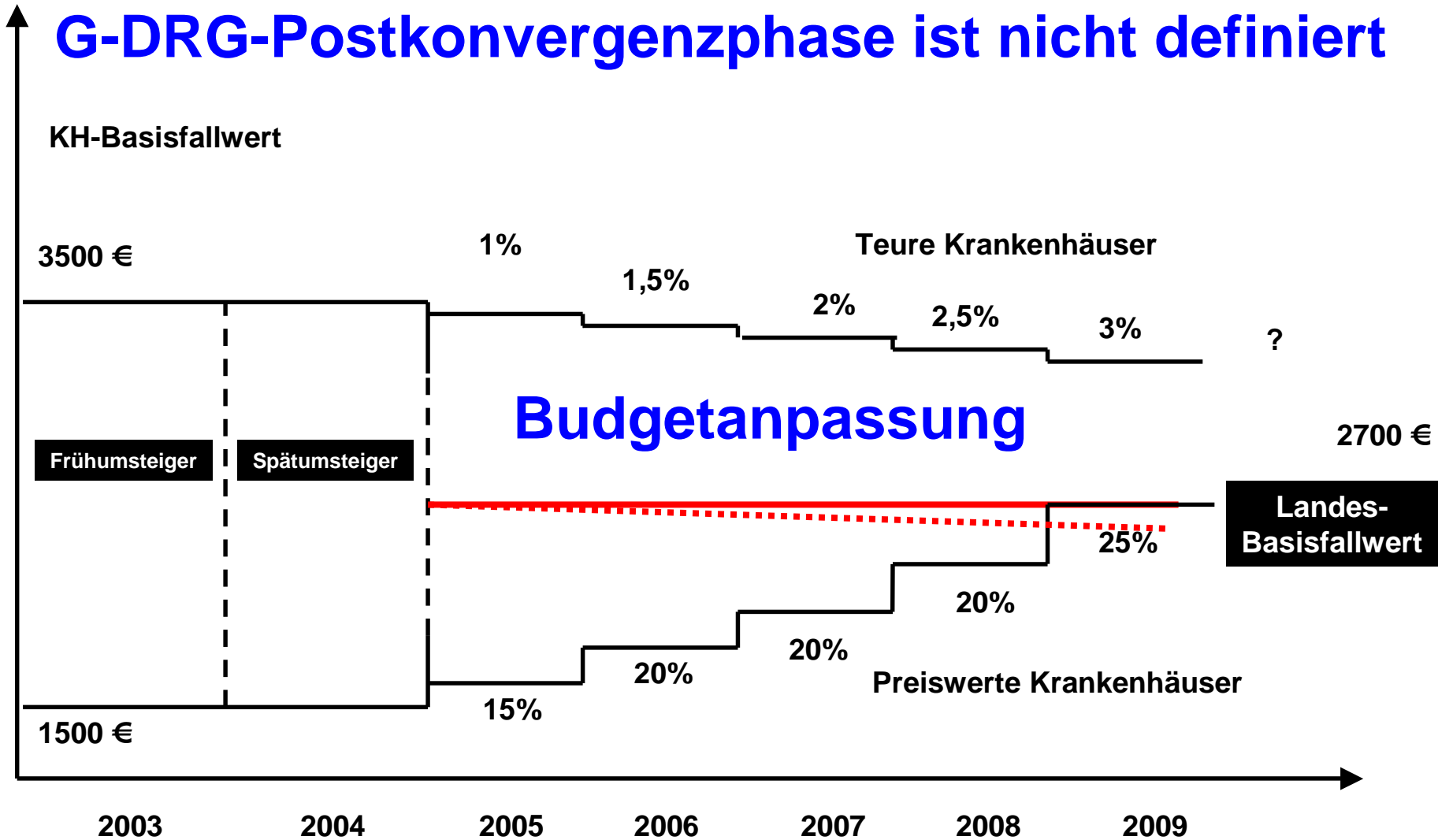
è **Post-Konvergenzphase**

è **Politischer Sachstand**

è **Problematik der dualistischen KH-Finanzierung**

è **Finanzierungsmodelle**

G-DRG-Postkonvergenzphase ist nicht definiert



Postkonvergenzphase

Ordnungspolitische Entscheidungen des Gesetzgebers erforderlich

è Landesbasisfallwert, Bundesbasisfallwert

è Preisbildung (Richtpreis, Festpreis)

è duale vs. monistische KH-Finanzierung

Postkonvergenzphase

Aktueller Diskussionsstand

- è **Eckpunkte-Papier des BMG (6/2007)**
- è **Beschlüsse Gesundheitsministerkonferenz (7/2007)**
- è **Positionspapier der DKG (1/2007)**
- è **Strategiepapier der Ersatzkassen (VdAK/AEV)**

Postkonvergenzphase

Eckpunkte-Papier des BMG (6/2007)

Eckpunkte ordnungspolitischer Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009

- è **Weitere Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit sowie erhöhte wettbewerbliche Ausrichtung**

- è **Weiterentwicklung des G-DRG-Vergütungssystems**
 - **Einführung eines bundeseinheitlichen Basisfallwertes (Zeitraum 10 Jahre)**
 - **Einzelverträge mit gesetzlichen Krankenkassen bei planbaren und hochstandardisierbaren Leistungen (gesonderter Katalog, Unterschreitung Landesbasisfallwert möglich, außerhalb der Budgetvereinbarung)**

Postkonvergenzphase

Eckpunkte-Papier des BMG (6/2007)

Eckpunkte ordnungspolitischer Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009

- è Einführung eines tagesbezogenen pauschalierten Vergütungssystems in der Psychiatrie
- è Überführung in eine monistische Investitionsfinanzierung (Übergangszeitraum 10 Jahre) durch leistungsbezogene bundeseinheitliche Investitionspauschalen
 - Einbringung der (bisherigen) Landesmittel in den Gesundheitsfonds

Postkonvergenzphase

Beschlüsse Gesundheitsministerkonferenz (7/2007)

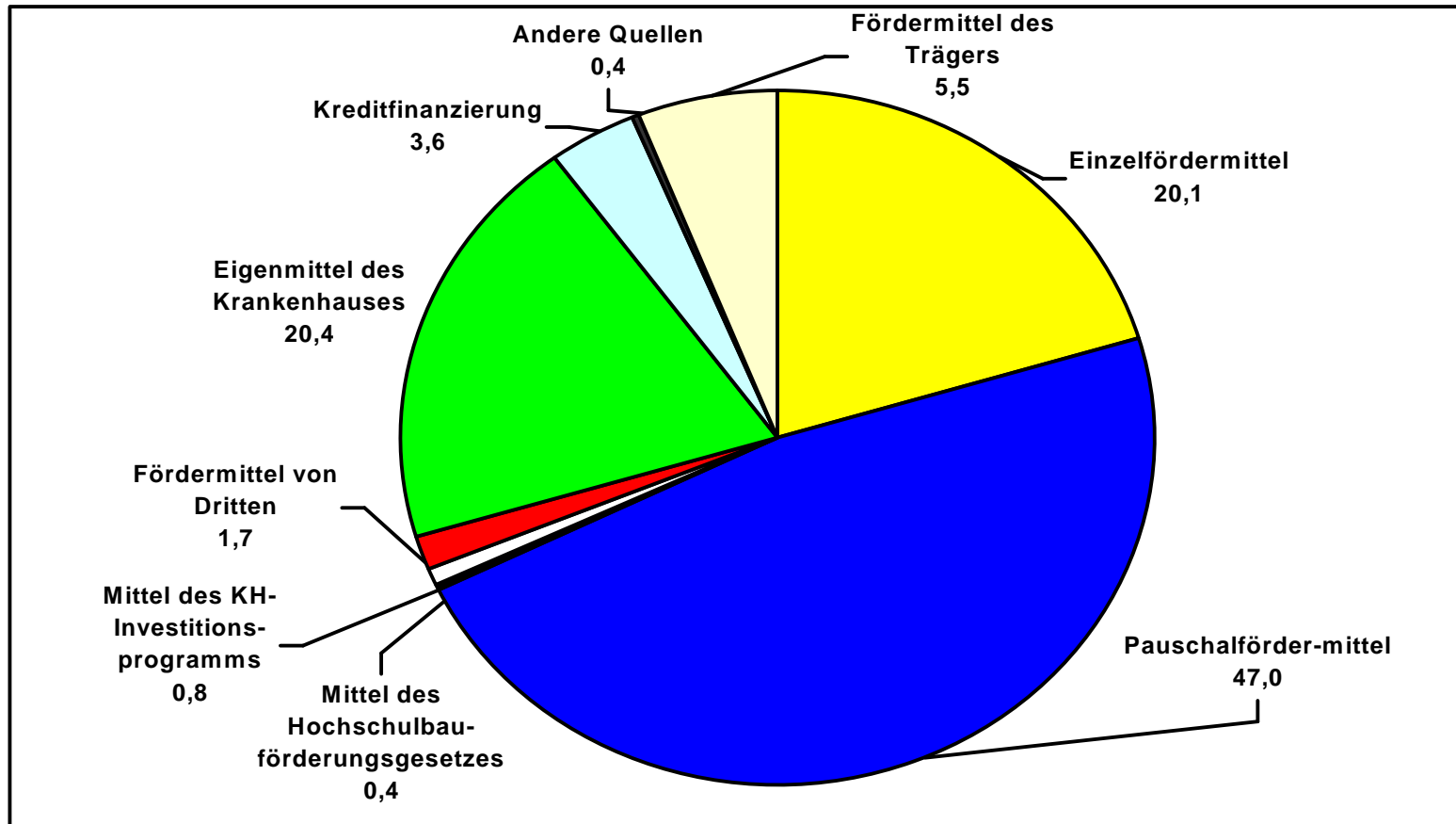
- è **Vorbehalte gegen Einführung der Monistik und Aufgabe der Zuständigkeit für die Investitionsplanung**
- è **Mehrheitliche Vorbehalte gegen Einführung von Einzelverträgen mit Krankenkassen**
- è **Uneinheitliche Haltung zu Landes- bzw. Bundesbasisfallwert**
- è **Auftrag an Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) bis Ende 2007 Konzept zu erarbeiten**
 - **Anhörungsverfahren von Leistungserbringern und Kostenträgern**
 - **Vorlage einer Empfehlung Mitte November 2007**

Postkonvergenzphase

Positionspapier der DKG

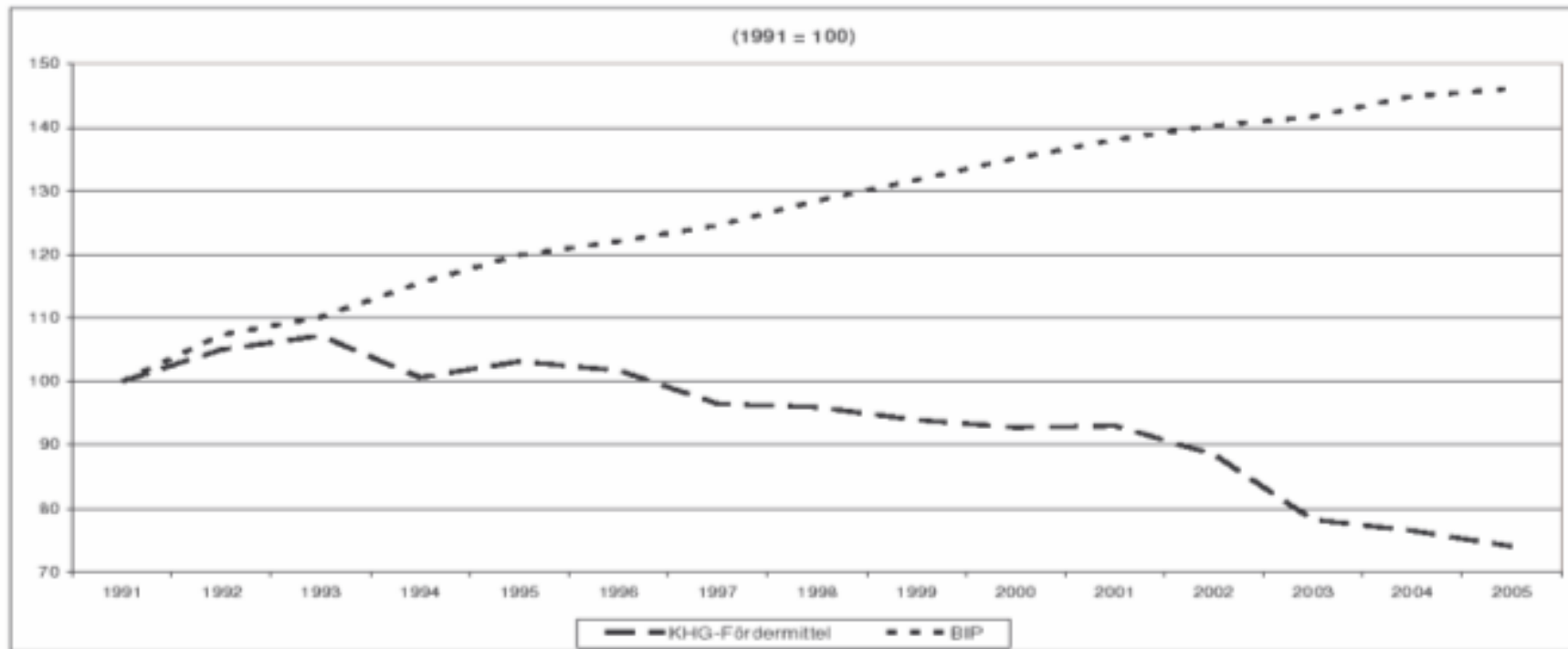
- è **Beibehaltung der bundeseinheitlichen G-DRG-Systematik**
- è **G-DRGs als Festpreise (auf Basis Landesbasisfallwert)**
- è **Entscheidung über bundeseinheitlichen Basisfallwert erst nach 2009 sinnvoll**
- è **Aufhebung der Budgetierung (Koppelung an Grundlohnsumme)**
- è **Adäquate Vergütung und Refinanzierung von Leistungszuwächsen und medizinischen Fortschritt**

Investitionsfinanzierung in Krankenhäusern



Quelle: DKI-Krankenhausbarometer

Entwicklung KHG-Fördermittel 1991 - 2005



Quelle: DKG 2006

Problematik der dualistischen KH-Finanzierung

- è **Jährliche Zunahme des Investitionsstaus um ca. 5 Mrd. €**
 - **Gesamt-Investitionsstau: ca. 30 – 50 Mrd. €**
- è **KHG-Fördermittel: Tendenz zur Vorfinanzierung und steigenden Eigenanteilen der KH**
- è **Trend zur Monistik**
- è **Erhöhte Anforderungen an Fremdfinanzierung (Rating, Basel II)**
- è **Suche nach alternativen Finanzierungswegen**
 - **PPP-Modelle**
 - **private equity -Investoren**

PPP (Public Private Partnership)

- è **Alternative Beschaffungs- und Investitionsmethode der öffentlichen Hand, die auf eine langfristige, vertraglich geregelte Partnerschaft mit Unternehmen bzw. Investoren zur wirtschaftlichen Erfüllung öffentlicher Aufgaben gerichtet ist**

- è **Nachteile öffentlicher KH-Investitions- und Baufinanzierung:**
 - **Fördermittelproblematik**
 - **Anwendung Vergaberecht**
 - **unangemessene Baurisikoverteilung**
 - **Einmalbeauftragung ohne langfristige Erfolgsbeteiligung**

PPP (Public Private Partnership)

- è **Planung, Errichtung, Finanzierung, langfristiger Betrieb (Lebenszyklus-Ansatz) durch private Partner (i.d.R. Konsortium)**
 - **Übertragung von Sekundär- und Tertiärprozessen auf private Partner**
(Diagnostisch-therapeutische Unterstützungsleistungen, Ver- und Entsorgung, Facility Management)
 - **Konzentration des KH auf Kerngeschäft (Medizin, Pflege)**

- è **Kurzfristiger Projektbeginn und zeitnahe Realisierung**
 - **output-Spezifikation (Funktionalitäten, nicht Gewerke)**
 - **Bieterverfahren, Wirtschaftlichkeitsvergleich (public sector comparator)**
 - **Know-how-Partizipierung (Planung, Vergabe, Bau, Kostencontrolling)**
 - **Kostenvorteil für Bau- und Betriebsphase von ca. 15-20%**
 - **Teilung/Verlagerung Projektrisiken**
 - **Anreizsysteme (Bonus-malus, Service-Level-Agreements)**

Typisches PPP-Modell

