

Strategische Herausforderungen für Krankenhäuser in der neuen Legislaturperiode

Das Positive vorweg: Für die Gesundheitswirtschaft sind gegenwärtig keine weiteren Spargesetze in Vorbereitung. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass nach der Kommunalwahl in NRW im Mai 2010 eine neue Kostendämpfungsdiskussion beginnt. Die Eckpunkte des Koalitionsvertrags von CDU/CSU und FDP vom 26. September 2009 zur künftigen Ausgestaltung des Gesundheitswesens sind insgesamt wenig konkret und zum Teil in sich widersprüchlich.

KOALITIONSVERTRAG · KRANKENHAUSFINANZIERUNG · MVZ · SEKTORÜBERGREIFENDE VERZAHNUNG · WETTBEWERB

Krankenhausfinanzierung

Die Regierung bekennt sich zur wohnortnahen und flächendeckenden Krankenhausversorgung und will die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser in den Regionen bei verlässlicher Investitionsfinanzierung gewahrt wissen. Dies erfordert aber insbesondere im hochspezialisierten medizinischen Bereich hohe Investitionen. Ob eine dualistische Finanzierung dies leisten kann, bleibt abzuwarten – von einem Umstieg auf eine monistische Krankenhausfinanzierung ist jedenfalls keine Rede. Insgesamt sind zur Finanzierung von Krankenhausinvestitionen im Koalitionsvertrag kaum Aussagen enthalten. Dies sei nach Ansicht der Regierung schließlich Ländersache. Allerdings wird hierbei verkannt, dass zumindest eine Bundeskompetenz für solche Regelungen besteht, die für die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse notwendig sind. Auf Landesebene bleibt abzuwarten, ob die Lösung in der in NRW bereits eingeführten Baupauschale liegen kann.

Zu konstatieren bleibt, dass die Investitionsvereinbarung zwischen den Vertragsparteien auf Bundesebene am 17. November 2009 gescheitert ist. Zwar herrscht weitestgehende Einigkeit über die Kalkulation, wonach diese ähnlich wie bei den Betriebskosten fallbezogen im Rahmen von Modulen zur innerbetrieblichen Leistungsverrechnung erfolgen soll. Differierende Vorstellungen herrschen in Bezug auf die Ergebnisdarstellung. Nach den Vorstellungen der DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) soll es einen „Investitionsgrouper“ geben. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) will eine weitere Spalte mit Investitionsgewichten in der bestehenden DRG-Systematik ergänzt sehen. Es erfolgt somit im Ergebnis eine Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Das DRG-System wird weiterhin als lernendes System begriffen. Es wird in seinen Auswirkungen weiter beobachtet und wo notwendig weiterentwickelt. Damit können sich Krankenhäuser im Hinblick auf die Betriebskosten auf eine weitere Zementierung des DRG-Systems verlassen. Abzuwarten bleibt, ob die Regierung das Versprechen der verlässlichen Investitionsfinanzierung tatsächlich zu halten vermag.

»
Nach dem Spiel
ist vor dem Spiel.
«

Sepp Herberger

Finanzielle Entlastungen ergeben sich im Jahr 2010 für die Krankenhäuser durch das Einfrieren des Arbeitgeber-Beitrags zur Krankenversicherung sowie durch eine 100%-Finanzierung der Leistungen (auch Zusatzleistungen). Dieser Effekt gilt jedoch umgekehrt auch bei rückläufiger Leistungsentwicklung. Zusätzlich entfällt die Kappung für „Konvergenzverlierer“. Die Konvergenzphase geht somit auf Landesebene planmäßig zu Ende. Das schafft die für die Krankenhäuser notwendige Planbarkeit und Berechenbarkeit.

Die Entgelte für die Krankenhausleistungen dürfen in diesem Jahr um höchstens 1,54% steigen. Dies entspricht der Veränderungsrate der Grundlohnsumme, die im Jahr 2010 letztmalig Maßstab für die Zuwachsrate der Krankenhausbudgets ist. Sie soll abgelöst werden von einem Kostenorientierungswert, den das Statistische Bundesamt erstmalig für das Jahr 2011 zu entwickeln hat. Es hängt allerdings vom BMG ab, diesen Orientierungswert in Kraft zu setzen. Es wäre auch möglich, dass das BMG den Orientierungswert ignoriert und es zur Umsetzung einer womöglich negativen Grundlohnrate käme. Einen bundeseinheitlichen Basisfallwert wird es nicht geben. Es ist davon auszugehen, dass die zu Beginn des Jahres 2010 eingeführte Korridorlösung beibehalten werden soll. Danach können die Landesbasisfallwerte vom Bundesbasisfallwert um 2,5% nach oben und um 1,25% nach unten abweichen.

Sektorübergreifende Verzahnung

Auch wenn die Bundesregierung vordergründig das Ziel verfolgt, die stationäre und ambulante Versorgung weiterhin besser zu verzahnen, müssen Krankenhäuser hier zukünftig mit Hindernissen rechnen. Nur das Belegarztsystem scheint sicher. Dagegen zeichnen sich zwei strukturpolitische Rückschritte bei der Öffnung der Häuser für die ambulante Versorgung ab: So soll das Verfahren der Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung von hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (§ 116b SGB V) kritisch überprüft und gegebenenfalls präzisiert werden. Sind Krankenhäuser bereits zu entsprechenden Leistungen bestimmt worden, dürfte

Bestandsschutz bestehen. Die weitere Rolle der Kassenärztlichen Vereinigung steht auf dem Prüfstand – insbesondere bei der onkologischen Versorgung. Häuser, die einen Antrag nach § 116b SGB V gestellt haben, welcher noch nicht beschlossen wurde, oder solche, die zukünftig einen Antrag stellen, werden mit (noch) stärkerem Gegenwind zu rechnen haben.

Ein weiterer Einschnitt in der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser zeigt sich bei den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte soll nur Ärztinnen und Ärzten zustehen dürfen (vgl. hierzu Fachbeitrag Seite 8/9).

Förderung wettbewerblicher Strukturen

Der Wettbewerb um Leistungen, Preise und Qualität soll verstärkt werden. Auf der Versicherungs-, Nachfrage- und Angebotsseite werden die Voraussetzungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb um innovative und effiziente Lösungen geschaffen. Der Wettbewerb kommt den Versicherten und Patienten zugute, stellt sie in den Mittelpunkt und ermöglicht ihnen Entscheidungsspielräume. Dazu soll grundsätzlich auch das allgemeine Wettbewerbsrecht als Ordnungsrahmen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung Anwendung finden. Dies betrifft neben Rabattverträgen und Fusionen von Krankenkassen auch die Krankenhausfusionen. Hier sieht die Regierung Überprüfungsbedarf, wozu auch die Überprüfung des Rechtswegs zählt.

Unklar bleibt jedoch, wie und in welchen konkreten Feldern die Wettbewerbsstrukturen forciert werden sollen. Eine Verstärkung des Wettbewerbs zwischen Leistungserbringern kann mehr bewirken als gezielte Spargesetze. Die Frage, ob ein Zusammenschluss von Krankenhäusern im räumlich relevanten Markt zu einer marktbeherrschenden Stellung führt, ist zwar spätestens nach der obergerichtlichen Entscheidung im Verfahren Rhön-Klinikum AG/Landkreis Rhön-Grabfeld (BGH, Beschluss vom 16. Januar 2008 – KVR 26/07) nach kartellrechtlichen Grundsätzen zu bewerten. Sie kann aber nicht losgelöst von der Bedarfsplanung entschieden werden. Hier ist die Politik gefordert, einen Einklang zwischen Bundeskartellamt einerseits und Krankenhausplanungsbehörden andererseits herzustellen.

FAZIT

Der Gesundheitssektor ist Zukunftsbranche. Viele Krankenhäuser hatten mit dem Regierungswechsel auf eine freiere Gestaltung des Gesundheitsmarkts gehofft. Hiervon hat die Koalition eher zurückhaltend Gebrauch gemacht. Das Bekenntnis zum Innovations- und Wachstumspotenzial des Gesundheitswesens sowie zur Bedeutung seiner Arbeitsplätze ist zu begrüßen. Auch ist positiv zu bewerten, dass die Koalitionspartner sich (zunächst) nicht zu erneuten Kostendämpfungsmaßnahmen hinreißen ließen. Die Auswirkungen der Finanzkrise werden aber spätestens nach der NRW-Wahl zu erhöhten Kostendämpfungsansätzen führen. Die Prognosen sehen für das Jahr 2010 in der GKV eine Finanzierungslücke von 7,5 Milliarden Euro vor. 3,9 Milliarden Euro sollen durch einen weiteren Steuerzuschuss finanziert werden. Die Differenz von 3,6 Milliarden Euro ist durch Eigenmittel der Krankenkassen (Rücklage = 5 Milliarden Euro) und Zusatzbeiträge/-prämien der Versicherten zu begleichen. Darüber hinaus erfolgt eine Initiierung von Wettbewerb um die beste Qualität. Da Preise und Leistungsmengen reglementiert sind, wird die Qualität zum entscheidenden Wettbewerbsparameter. Krankenhäuser sind gut beraten, hier frühzeitig Transparenz zu schaffen. Modelle zur Versorgungssteuerung nach Behandlungsqualität werden kommen. Krankenhäuser mit hochwertiger Behandlungsqualität erhalten dann eine Belohnung, andere hingegen scheiden aus dem Markt aus.

Jan Grabow

Wirtschaftsprüfer/Steuerberater
CURACON GmbH
Geschäftsführer
Tel. 02 11/68 87 59-0
jan.grabow@curacon.de

Claudia Mareck

Rechtsanwältin
CURACON Weidlich
Rechtsanwaltsgesellschaft mbH
Tel. 02 51/53 03 50-511
claudia.mareck@curacon-recht.de

Zur Neufassung IDW RS KHFA 1

Seit der Verabschiedung der IDW (Institut der Wirtschaftsprüfer) Stellungnahme zur Rechnungslegung „Einzelfragen zur Rechnungslegung von Krankenhäusern“ (IDW RS KHFA 1) durch den Krankenhausfachausschuss (KHFA) am 29. November 2004 haben sich mehrere Gesetzesänderungen im Gesundheitsbereich ergeben, die sich auf die Finanzierung und die Rechnungslegung von Krankenhäusern auswirken. Insbesondere vor dem Hintergrund der Verabschiedung des Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG) hat der KHFA eine Neufassung dieser Verlautbarung erarbeitet und am 5. November 2009 den Entwurf einer Neufassung der IDW Stellungnahme zur Rechnungslegung „Rechnungslegung von Krankenhäusern“ (IDW ERS KHFA 1 n. F.) verabschiedet. Der Entwurf berücksichtigt nunmehr die aktuelle Gesetzeslage und wurde u. a. um Ausführungen zur Investitionsförderung mittels der sogenannten Baupauschale (§ 18 Abs. 1 Nr. 1 KHGG NRW) ergänzt.