

Privatkrankenanstalten im Aufwind

Finanzschwäche der Kommunen bleibt Hauptursache der Privatisierungswelle

Interview mit BDPK-Präsident K. Heinrich Rehfeld

Der Bundesverband der Privatkrankenanstalten Deutschlands führte vom 24. bis 25. Juni 2004 in Freiburg seinen Jahreskongress durch. Er stand unter dem Motto „Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen im Spannungsfeld zwischen Wettbewerb und Subventionierung“. Angesichts einer rasant wachsenden Präsenz privater Träger im Akutkrankenhausmarkt und einer nach wie vor problematischen wirtschaftlichen Lage zahlreicher Rehabilitationskliniken hat der BDPK einen gesundheitspolitischen Spagat zu vollbringen. Im nachfolgenden Interview antwortete BDPK-Präsident K. Heinrich Rehfeld auf Fragen von „das Krankenhaus“-Chefredakteur Peter Ossen.

1. Welche Position nimmt Ihr Verband in der Frage der Anpassung der Rahmenbedingungen in der Konvergenzphase des DRG-Systems ein?

K. Heinrich Rehfeld: Der BDPK hat stets eine Konvergenzphase von 3 Jahren für ausreichend erachtet. Er hat darüber hinaus die Einführung eines vorgezogenen Optionsjahres für das Jahr 2003 gefordert und letztendlich auch durchsetzen können. Die Mitgliedseinrichtungen des BDPK haben sich auf diese gesetzlichen Rahmenbedingungen eingestellt und auf eine entsprechende Konvergenzphase vorbereitet.

2. Gibt es eine einheitliche Haltung, oder ist die Meinung eher geteilt? Worin bestehen ggf. die Unterschiede?

K. Heinrich Rehfeld: Die vorgenannte Auffassung des BDPK wird von der großen Mehrheit der Mitglieder getragen. Auch innerhalb des BDPK gibt es durchaus Mitglieder, die Schwierigkeiten für ihre Betriebe mit einer dreijährigen Konvergenzphase erkennen. Man ist sich innerhalb des BDPK einig, dass eine geringfügige Verlängerung der Konvergenzphase das geringere Übel ist gegenüber einem völligen Scheitern des DRG-Systems, aber nur unter diesem Gesichtswinkel hat auch der BDPK entsprechende Bemühungen der DKG unterstützt.

3. Wie sind die privaten Krankenhausträger auf das DRG-System vorbereitet? Werden die Folgen des DRG-Systems die zahlenmäßige Erfolgsgeschichte der Privatisierungen noch beschleunigen?

K. Heinrich Rehfeld: Die privaten Krankenhausträger haben sich überwiegend sehr frühzeitig und intensiv auf das DRG-System vorbereitet und in großer Zahl auch bereits die Optionsmöglichkeit im Jahr 2003 wahrgenommen. Das DRG-System selbst ist grundsätzlich nicht dazu angetan, die Privatisierungswelle im deutschen Krankenhauswesen zu vergrößern, denn es haben ja alle Krankenhausträger die

gleichen Rechte und Möglichkeiten, sich auf das DRG-System frühzeitig und rechtzeitig einzustellen. Tatsache ist allerdings, dass das DRG-System ein völliges Umdenken im Management eines Krankenhauses erfordert und dass hierfür private Unternehmer sicherlich schon bisher besser gerüstet sind als öffentliche oder freigemeinnützige Träger. Gleichwohl gibt es auch zahlreiche Beispiele dafür, dass Krankenhäuser in öffentlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft die Zeichen der Zeit erkannt und sich auf die Einführung moderner Managementmethoden in ihren Krankenhäusern eingerichtet haben. Privatisierungsüberlegungen öffentlicher Träger werden zweifellos eher mit Haushaltsüberlegungen, das heißt mit der Frage, ob weiterhin Defizitausgleiche zu finanzieren sind, zusammenhängen oder auch mit Fragen, wie notwendige Investitionen künftig finanziert werden können. Solche Überlegungen sind allerdings allenfalls mittelbare Folgen der Einführung des DRG-Systems.

4. Wie hoch ist die Zahl materiell privatisierter oder privat geführter Akutkrankenhäuser in Deutschland? Wie hoch ist ihr Anteil an der Gesamtzahl der Akutkrankenhäuser? Welche Zahl bzw. welcher Anteil wird in 10 Jahren erreicht sein?

K. Heinrich Rehfeld: Die genaue Zahl privatisierter oder privat geführter Akutkrankenhäuser in Deutschland ist leider nicht überschaubar. Der Anteil dürfte derzeit bei etwa 10 bis 14 Prozent liegen. Hierbei lassen auch die unterschiedlichen Formen der Privatisierung kein einheitliches Bild zu. So gibt es öffentlich getragene Krankenhäuser, die über Managementverträge von privaten Unternehmen geführt werden, ohne dass der Gesamtbetrieb privatisiert worden ist, und es gibt auch eine Reihe von Krankenhäusern, die in privaten Rechtsformen geführt werden, hinter denen sich aber weiterhin Finanzierungen der öffentlichen Hand verbergen. Wenn man diese Frage mit genauen Zahlen beantworten will, so wird man zunächst Kriterien festlegen müssen, nach denen sich genau beurteilen lässt, was ein privat geführtes Krankenhaus und was ein öffentlich oder freigemeinnützig geführtes Krankenhaus ist. Die Frage, inwieweit sich die Privatisierungen in den nächsten 10 Jahren fortsetzen, ist sicherlich schwer zu beantworten. Nach Meinung vieler Experten wird sich die Privatisierungswelle grundsätzlich fortsetzen und zu einem Anteil der privaten Träger von 20 bis 25 Prozent am Gesamtaufkommen der Krankenhäuser bzw. der Betten entwickeln. Aus Sicht des BDPK kann jedoch nicht nachvollzogen werden, ob diese Aussagen zutreffend sind.

5. Was ist das Hauptziel des Engagements privater Träger im Bereich der Akutkrankenanstalten? Welche anderen Zielsetzungen gibt es? ▶

K. Heinrich Rehfeld: Private Träger verfolgen das Ziel, deutlich zu machen, dass gerade auch im Krankenhauswesen unternehmerisch erfolgreich gearbeitet werden kann, ohne dass die dabei vielfältig beschworenen Qualitätsverluste eintreten. Private Träger sind sicherlich gewinnorientiert. Die entscheidende Frage stellt sich allerdings danach, was mit dem Gewinn geschieht. Wenn der erzielte Gewinn in einem erfolgreich arbeitenden Krankenhaus auch dazu benutzt wird, Modernisierungsinvestitionen zu finanzieren, so entlastet das auf der einen Seite die Staatskasse und zeugt andererseits von verantwortlichem unternehmerischem Handeln.

6. Welche Rolle spielt die Qualitätssicherung in den Vorstellungen privater Krankenhausträger?

K. Heinrich Rehfeld: Die Qualitätssicherung spielt in den Vorstellungen privater Krankenhausträger eine ganz besondere Rolle. Der BDPK hat erst vor wenigen Jahren ein eigenes Institut für Qualitätsmanagement in der Rechtsform einer GmbH gegründet, das mittlerweile auf diesem Gebiet gemeinsam mit maßgeblichen wissenschaftlichen Institutionen wegweisende Qualitätsmanagementverfahren entwickelt hat und diese auch weiterführen wird.

7. Wie steht der BDPK zu der umstrittenen Frage der sogenannten Mindestmengen?

K. Heinrich Rehfeld: Der BDPK ist der Meinung, dass die Forderung nach so genannten Mindestmengen grundsätzlich eine berechtigte Forderung ist, weil einerseits mit der Zahl beispielsweise gleichartiger Operationen die Erfahrung der Operateure und der sonstigen Beteiligten zunimmt und weil andererseits durch eine größere Zahl gleichartiger Dienstleistungen im Gesundheitswesen (zum Beispiel Operationen) auch diese Vorgänge wirtschaftlicher organisiert und abgewickelt werden können. Allerdings muss und darf dies nicht das alleinige Qualitätskriterium sein.

8. Wie stehen private Krankenhausträger zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung, zum Beispiel in Flächenländern? Ist die wohnortnahe Versorgung in den Positionen des BDPK ein eigenständiger Wert?

K. Heinrich Rehfeld: Der BDPK ist sich der Problematik einer flächendeckenden Krankenhausversorgung und einer wohnortnahen Versorgung durchaus seit langem bewusst. Es zeigt sich aber gerade bei den aktuellen Privatisierungen, dass private Träger in allen Fachbereichen, aber auch in allen Regionalsektoren, bereit sind, entsprechende Verantwortung zu übernehmen. Die Frage in Deutsch-

land ist in der Regel nicht die Frage nach der wohnortnahen Versorgung, sondern die Frage nach der notwendigen betriebswirtschaftlichen Größenordnung eines Krankenhauses, das entsprechende Leistungen erbringen kann. Hier begrüßt der BDPK ausdrücklich die Initiativen der Politik, dass Krankenhäuser – insbesondere in Flächenstaaten – auch zur Erbringung ambulanter Leistungen oder zur Kooperation mit niedergelassenen Ärzten berechtigt werden.



Foto: Redaktion

„Wir fordern einen Wettbewerb mit gleichen und fairen Bedingungen für alle Leistungserbringer.“

„Der BDPK-Vorstand setzt ein politisches Zeichen mit der Unterstützung für ein großes Mitgliedsunternehmen, das in Brüssel gegen Wettbewerbsverzerrungen durch versteckte Subventionen für öffentliche Krankenhäuser vorgehen will.“

„Akutmedizin und Rehabilitation wachsen immer mehr zusammen.“

9. Welche Rolle spielt der Wettbewerb – auch der Wettbewerb untereinander – für private Krankenhausträger?

K. Heinrich Rehfeld: Der Wettbewerb ist ein selbstverständliches Element unternehmerischen Handelns und wird aus Sicht des BDPK als Entwicklung fördernd begrüßt. Allerdings müssen gerade im Gesundheitswesen für einen ordnungsgemäßen Wettbewerb die Rahmenbedingungen eindeutig bestimmt werden. Es müssen die Spielregeln festgelegt und es müssen Kontrollorgane und Systeme entwickelt werden, die dort eingreifen, wo der Wettbewerb zu Verzerrungen oder Bevorzugung Einzelner führt.

10. Wie müssen sich private Krankenhausträger politisch positionieren, um langfristig erfolgreich sein zu können?

K. Heinrich Rehfeld: Private Krankenhausträger fordern von der Politik gleiche Rahmenbedingungen im Bereich des Wettbewerbs für alle auf dem Markt der Krankenhäuser tätigen Leistungserbringer. Die Politik muss daher dafür sorgen, dass Defizitfinanzierung oder Subventionierung einzelner Träger oder Trägergruppen

unterbleibt und dass die Zugangsvoraussetzungen für alle Anbieter die gleichen sind. Den Rest regelt dann der Wettbewerb.

11. Wie sollte ein Gesundheitswesen nach den Vorstellungen des BDPK Aussehen? Welche Schritte müsste die Gesundheitspolitik noch gehen, um sich diesem Ziel anzunähern?

K. Heinrich Rehfeld: Das deutsche Gesundheitswesen muss sich stärker auf den Behandlungsablauf und nicht auf die bisher im Vordergrund der Betrachtung stehenden Sektoren konzentrieren. Für den Patienten ist entscheidend, wie eine bestimmte Krankheit möglichst schnell, effizient und qualitätsorientiert behandelt und letztendlich beseitigt wird. Für ihn steht nicht die Frage im Vordergrund, wer hier agiert. Das heißt, dass die Frage der Organisation einer vernetzten Behandlungskette künftig im Vordergrund stehen muss und damit auch Vergütungssysteme zu entwickeln sind, die eine solche Behandlungskette und ihren Erfolg angemessen darstellen. ■

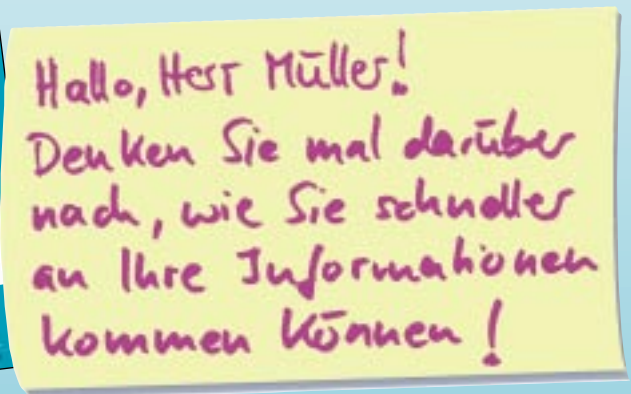
Aktuelle Informationen aus erster Hand



Zögern Sie nicht!

Sicher haben Sie sich längst von der Kompetenz und Aktualität der Beiträge von »das Krankenhaus« überzeugt. Möchten Sie das Heft frühzeitig erhalten und nicht auf den Umlauf warten? Dann sichern Sie sich heute noch Ihr Probeabo! Zu Ihrem eigenen Vorteil!

Als Dankeschön für Ihre Bestellung erhalten Sie den hochwertigen Kugelschreiber »Floating Pen«, den Sie auf jeden Fall behalten dürfen.



Ihr Vorteil: 3 Hefte + 1 Geschenk!

»das Krankenhaus« berichtet in ausgewählten, exklusiv publizierten Fachartikeln über:

- modernes Krankenhausmanagement,
- Organisationsmethoden,
- Anwendung und Umsetzung neuer Rechtsnormen,
- Budgetierung, Finanzierung, Controlling, Datenverarbeitung,
- Krankenhausarchitektur und -technik, Personalführung.

Widerrufsrecht: Wenn mir »das Krankenhaus« gefällt, brauche ich nichts weiter zu tun. Ich erhalte »das Krankenhaus« nach den 3 Probemonaten 12 x im Jahr für € 174,60 (zzgl. Porto- und Versandkosten € 8,40). Ansonsten kündige ich 14 Tage nach Erhalt des 3. Probeheftes. Eine formlose Mitteilung an den Abo-Service genügt. Sie haben das Recht, Ihr Jahresabo innerhalb von 14 Tagen nach Lieferung zu widerrufen. Der Widerruf bedarf keiner Begründung, hat jedoch schriftlich oder durch Rücksendung der Ware an Ihren Buchhändler oder an den W. Kohlhammer Verlag, 70549 Stuttgart, zu erfolgen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs oder der Ware (Datum des Poststempels). Bei einem Warenwert unter € 40,- liegen die Kosten der Rücksendung beim Rücksender.

Bestellcoupon (bitte ausschneiden oder kopieren und einsenden an:
Verlag W. Kohlhammer, 70549 Stuttgart; oder per Fax: 0711/78 63-81 41)



Ja, ich teste »das Krankenhaus«
von der nächsten Ausgabe an probeweise für 3 Monate zum Vorzugspreis
von nur € 38,85 statt € 54,30 im Einzelverkauf. (zzgl. Versandkosten € 8,40)

Jetzt bestellen!
Sie erhalten einen
hochwertigen Kugel-
schreiber als Geschenk.

Name, Vorname

Behörde/Abteilung/Telefon-Nr.

Straße/PLZ/Ort

Datum

Unterschrift

Widerrufsrecht: Wenn mir »das Krankenhaus« gefällt, brauche ich nichts weiter zu tun. Ich erhalte »das Krankenhaus« nach den 3 Probemonaten 12 x im Jahr für € 174,60 (zzgl. Porto- und Versandkosten € 8,40). Ansonsten kündige ich 14 Tage nach Erhalt des 3. Probeheftes. Eine formlose Mitteilung an den Abo-Service genügt.

Sie haben das Recht, Ihr Jahresabo innerhalb von 14 Tagen nach Lieferung zu widerrufen. Der Widerruf bedarf keiner Begründung, hat jedoch schriftlich oder durch Rücksendung der Ware an Ihren Buchhändler oder an den W. Kohlhammer Verlag, 70549 Stuttgart, zu erfolgen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs oder der Ware (Datum des Poststempels). Bei einem Warenwert unter € 40,- liegen die Kosten der Rücksendung beim Rücksender.

Datum

Unterschrift

www.daskrankenhaus.de



Kohlhammer

Deutsche Krankenhausgesellschaft bezieht neue Geschäftsstelle in Berlin



Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) führte am 28. Juni 2004 ihre bisherigen Geschäftsstellen in Düsseldorf und Berlin in zentraler Lage in der Bundeshauptstadt zusammen und gab ihren Gründungssitz Düsseldorf nach 55 Jahren auf. Knapp 2 Jahre nach Baubeginn ist die neue Geschäftsstelle der DKG in Berlin bezugsfertig. „Mit dem Umzug unter ein gemeinsames Dach werden sich die Arbeitsabläufe deutlich vereinfachen. Wir werden unsere Kräfte künftig besser bündeln können und uns damit noch wirkungsvoller als kompetenter Partner im deutschen Gesundheitswesen positionieren“, erklärte DKG-Hauptgeschäftsführer Jörg Robbers.

Auf dem historischen Gelände der Königlichen Porzellan Manufaktur (KPM) in Berlin-Charlottenburg, unweit des Regierungsviertels, in unmittelbarer Nähe zum S-Bahnhof Tiergarten, zwischen Bahnhof Zoo und Lehrter Bahnhof, dem

künftigen Berliner Hauptbahnhof, sowie in guter Erreichbarkeit vom Flughafen Tegel, bezogen die 65 DKG-Mitarbeiter ein innovatives Bürogebäude in zentraler Stadtlage.

Der Neubau an der Wegelystraße in Berlin-Charlottenburg mit Blick auf den Tiergarten und die Siegestsäule ist Teil des KPM-Quartiers, das sich die DKG mit der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) teilt.

Das gemeinsame Haus der Gesundheitsverbände wird damit zu einer der ersten Adressen im gesundheitspolitischen Dialog.

DKG-Anschrift: Wegelystraße 3, 10623 Berlin, Postfach 12 05 55, 10595 Berlin, Telefon: 0 30/3 98 01-0, Telefax: 0 30/3 98 01-30 00, dkgmail@dkgev.de, www.dkgev.de

2. Fallpauschalenänderungsgesetz: Positionen der DKG

Am 24. Juni 2004 gab die DKG nach Beratungen in den zuständigen Fachgremien ihre – vorläufige – schriftliche Stellungnahme zum 2. Fallpauschalenänderungsgesetz („Zweites Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnoseorientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften – 2. FPÄndG“) ab. Die DKG begrüßte darin wenige Tage vor der mündlichen Anhörung im BMGS am 29. Juni grundsätzlich die Entscheidung des Ministeriums, die bisherigen Regelungen zur Konvergenzphase anzupassen. Die im Referentenentwurf vorgesehene Verlängerung des Anpassungszeitraums um lediglich 1 Jahr und die Absenkung des Einstiegs winkels im Startjahr 2005 auf 15 Prozent sind jedoch aus DKG-Sicht „weder dem Reifegrad des Systems noch den mit der Konvergenzphase verbundenen strukturellen Auswirkungen auf die Krankenhauslandschaft angemessen“.

Die DKG fordert in ihrer Stellungnahme

- eine Verlängerung der Konvergenzphase bis 2009,
- ein Absenken des Einstiegs winkels auf 10 Prozent in 2005,
- 4 weitere Konvergenzschritte von 20, 20, 25 und 25 Prozent in den Folgejahren.

In der Präambel ihrer Stellungnahme betont die DKG, dass die Einführung des G-DRG-Systems, explizit der Beginn der Konvergenzphase im Jahre 2005, von den Krankenhäusern nicht in Frage gestellt werde. An ein Preissystem für Krankenhausleistungen müssten jedoch hohe Anforderungen gestellt werden, damit die politisch gewollte Grundlage für eine stärker wettbewerblich orientierte Steuerung der Krankenhausversorgung auch sach- und versorgungsgerecht ausfallen könne. Dies erfordere einen „ausreichenden Reifegrad des G-DRG-Systems, mit dem sich die wirtschaftlichen Auswirkungen auf die Krankenhäuser und

damit auf die Versorgung der Bevölkerung rechtfertigen“ ließen. Notwendig ist aus DKG-Sicht außerdem ausreichend Zeit, „damit die Krankenhäuser ihre Kosten- und Leistungsstrukturen an die neuen Rahmenbedingungen anpassen können“.

Die Leistungsstrukturen der Krankenhäuser werden nach Einschätzung der DKG infolge des G-DRG-Systems gravierende Änderungen erfahren. Die Einführung eines neuen Vergütungssystems und die durch das GMG geschaffenen Möglichkeiten neuer Versorgungsformen für Krankenhäuser müssen nach Überzeugung der DKG koordiniert werden, weil eine künstliche Trennung der Behandlung in ambulant, vor-, voll- und nachstationär dem DRG-System fremd sei. In der Realität zeige sich allerdings, dass die Umsetzung der GMG-Regelungen weitgehend blockiert werden. Der politisch gewollte Leistungswettbewerb zur Überwindung der sektoralen Trennung des Gesundheitswesens werde zurzeit weitgehend verhindert. Schlüssige Lösungsvorschläge zur Umsetzungsproblematik der GMG-Regelungen will die DKG parallel zum Gesetzgebungsverfahren des 2. FPÄndG vorlegen.

Im allgemeinen Teil ihrer schriftlichen Stellungnahme thematisiert die DKG folgende Punkte:

- Richtwerte für Ausbildung und Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen (§ 17a Absatz 2)
- Ausnahmetatbestände von der pauschalen Ausbildungsfinanzierung (§ 17a Absatz 3)
- Ausgleichsfonds für die Ausbildungsfinanzierung (§ 17a Absatz 8)
- Finanzierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten (§ 17 b KHG und § 5 KHEntgG)
- Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe (§ 17b KHG)
- Unterstützung der Kalkulationskrankenhäuser (§ 17b KHG)
- Ermittlung des Ausgangswerts bei Leistungsveränderungen (§ 4 KHEntgG)
- Konvergenzphase (§ 4 KHEntgG)
- Korrekturmöglichkeit des Landesbasisfallwertes bei Fehleinschätzungen (§ 10 KHEntgG)



VOLLACK-4-Phasen-Methode®:
Die Bürgschaft für höchsten
Parkhaus-Nutzen.

www.vollack.de/parkhaus
Telefon: 07 21/4 76 83 00

vollack® 
Erfolg bauen
Parkhaus AG

- Genehmigungspflicht des Landesbasisfallwertes (§ 14 KHEntgG)
- Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung – AEB
- Definition der teilstationären Versorgung (§ 39 SGB V)

Weiteren Anpassungsbedarf sieht die DKG in den Vorgaben für die Ermittlung des landesweiten Basisfallwertes, in der Erhöhung des Ausgangswerts um entfallende Zuschläge, in der Vorlage einer LKA zur Vereinbarung von Entgelten nach § 6 Absatz 1 KHEntgG, im Falle eines Kostenträgerwechsels während der stationären Krankenhausbehandlung, in einer Klarstellung zur Gründung medizinischer Versorgungszentren und zur Ausübung ärztlicher Tätigkeit im medizinischen Versorgungszentrum und im Krankenhaus.

■ Münchner Rathaus-SPD: Forderungen zum DRG-System

Die Münchner Universitätsklinik, die Bayerische Krankenhausgesellschaft und der Leiter der Abteilung Krankenhausversorgung im bayerischen Sozialministerium, Dr. Gerhard Knorr, sind dem Vorschlag der Münchner Rathaus-SPD nach einer Staffelung des Basisfallwertes nach der Versorgungsstufe der Krankenhäuser laut einer Pressemeldung von Ende Juni 2004 gefolgt. Großkrankenhäuser sollen demnach durch das neue fallbezogene Entgeltssystem nicht benachteiligt werden. Die SPD-Stadtratsfraktion erwarte nun, dass die CSU-Landesregierung umgehend handele und sich für entsprechende Rahmenbedingungen einsetze. Der Basisfallwert müsse nach den 4 Versorgungsstufen des Landeskrankenhausplans gestaffelt werden. ■



Steriset: „Airbag“ serienmäßig

Erstaunlich: fast jedes Auto hat einen Airbag, aber es gibt immer noch Sterilcontainer mit ungeschützter Biobarriere!

Das Steriset® Sterilcontainer System ist konsequent sicher und wird ausschließlich mit serienmäßigem Schutzdeckel gefertigt. Klar- ohne wär's leichter, aber bei der Sicherheit gibt es für WAGNER keinen Kompromiss.

Haben Sie noch Fragen? Rufen Sie uns an oder besuchen Sie unsere Website. Wir beraten Sie gerne und kompetent.

steriset®
Konsequent sicher.



CE Qualitätsmanagement-System
DIN EN ISO 9001/DIN EN 46001



Wagner GmbH · Fabrik für medizinische Geräte · Schulstraße 16 a · D-80634 München
Tel. (0 89) 12 11 01-0 · Fax (0 89) 13 30 99 · www.wagner-steriset.de