

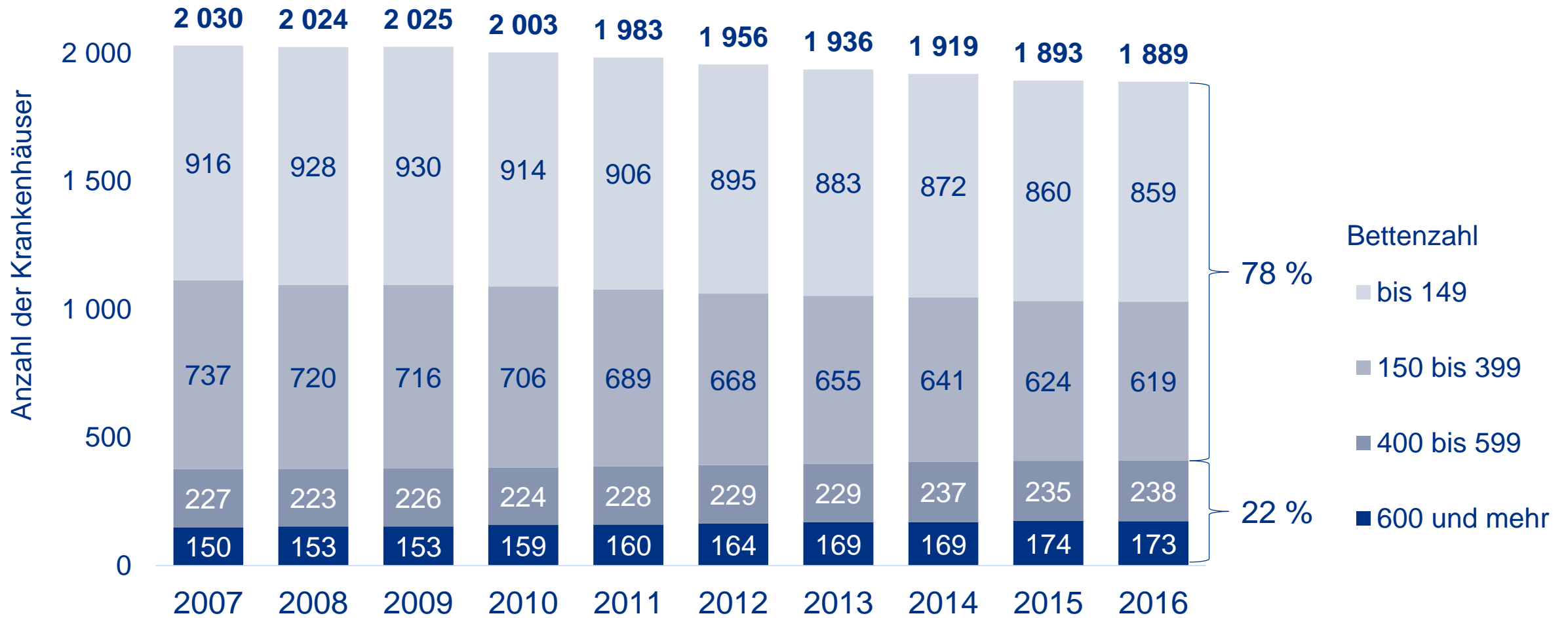
Reformoptionen in der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser

Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Universität Bielefeld

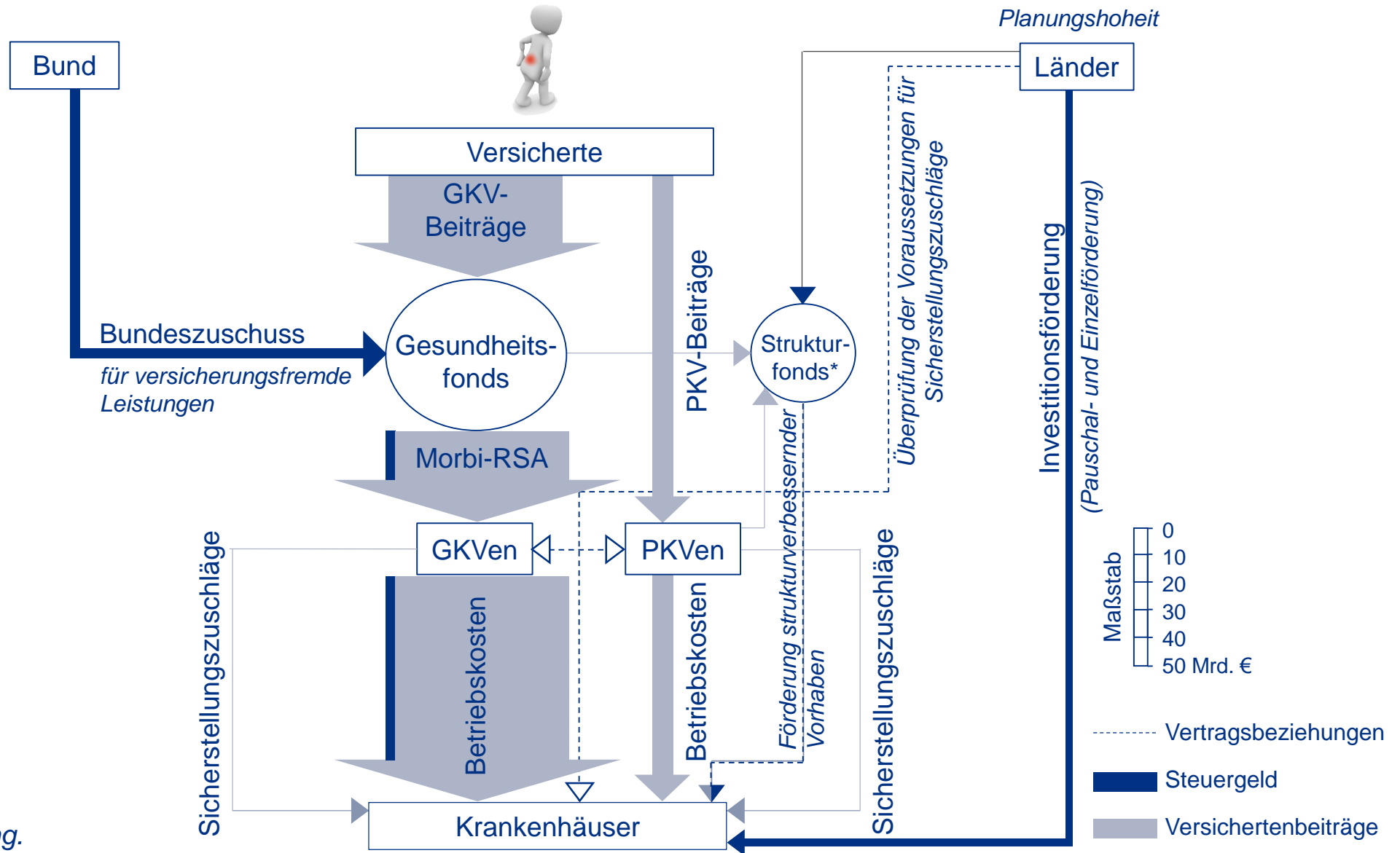
Regionalkonferenz Ost: Berlin, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen

Halle (Saale), 14. November 2018

Anhaltender Rückgang der Anzahl von Krankenhäusern zwischen 2007 und 2016

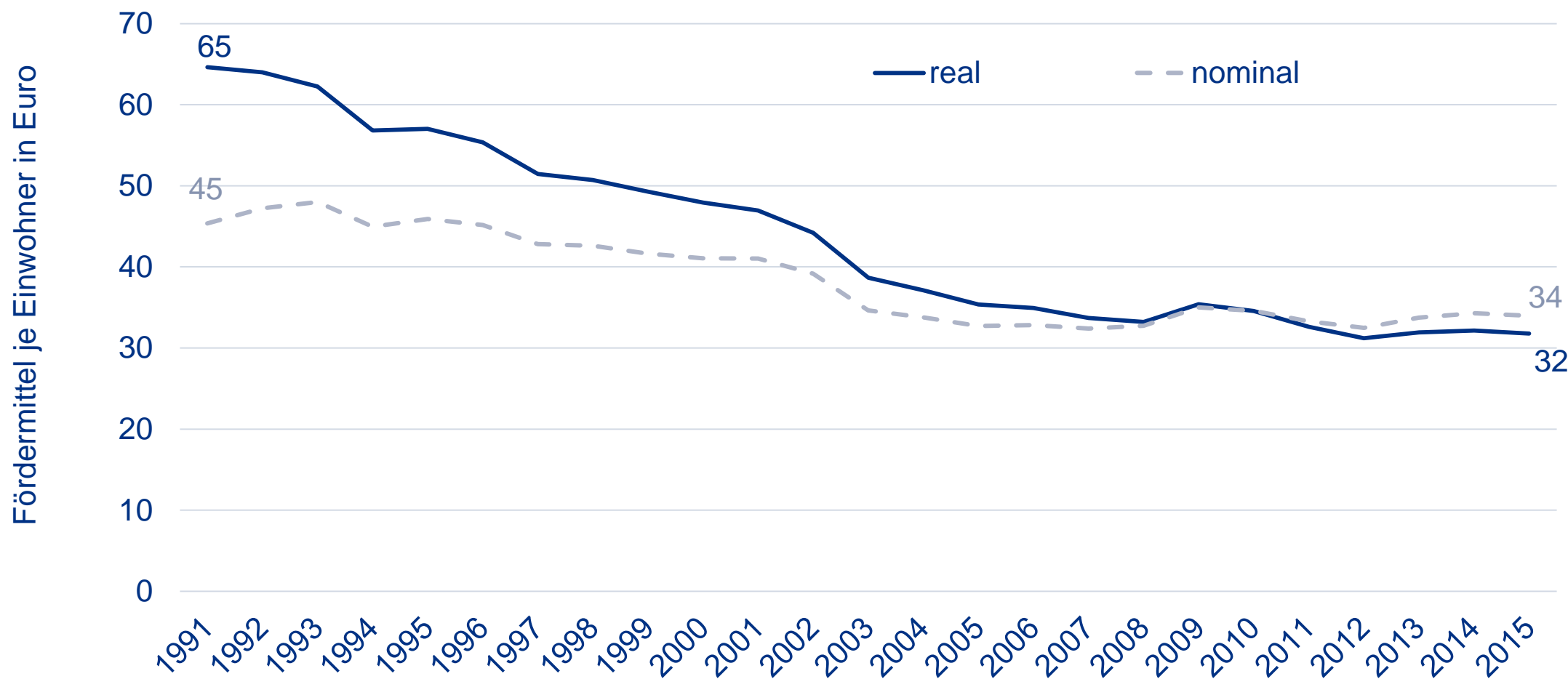


Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2018)



Quelle: Eigene Darstellung.

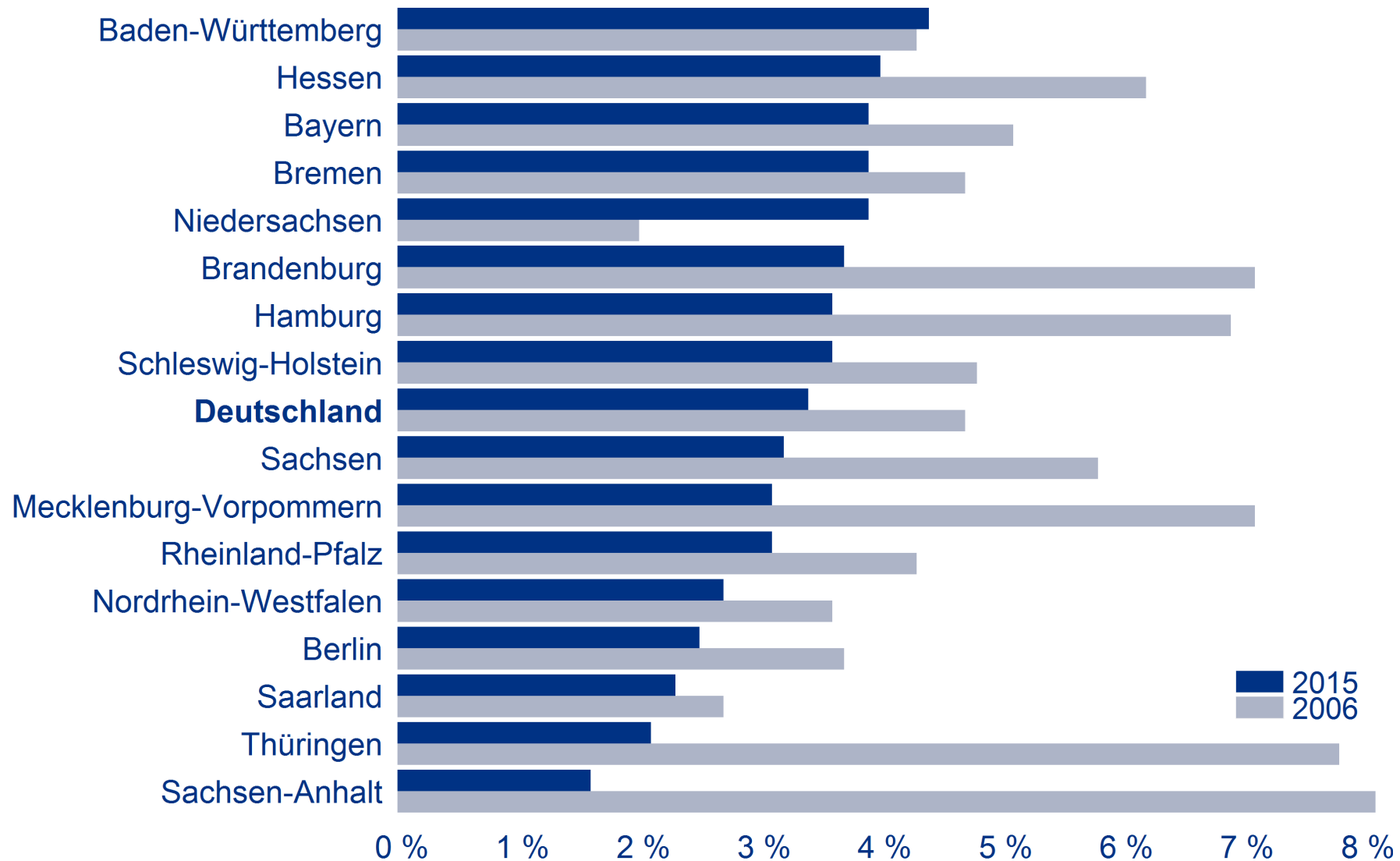
Die Fördermittel je Einwohner sind zwischen 1991 und 2015 real* um rund 50 % gesunken



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von DKG (2017)

*Für die Inflationsbereinigung wurde der Verbraucherpreisindex mit Basisjahr 2010 herangezogen

Variierende Investitionsquoten nach Bundesland und im zeitlichen Verlauf

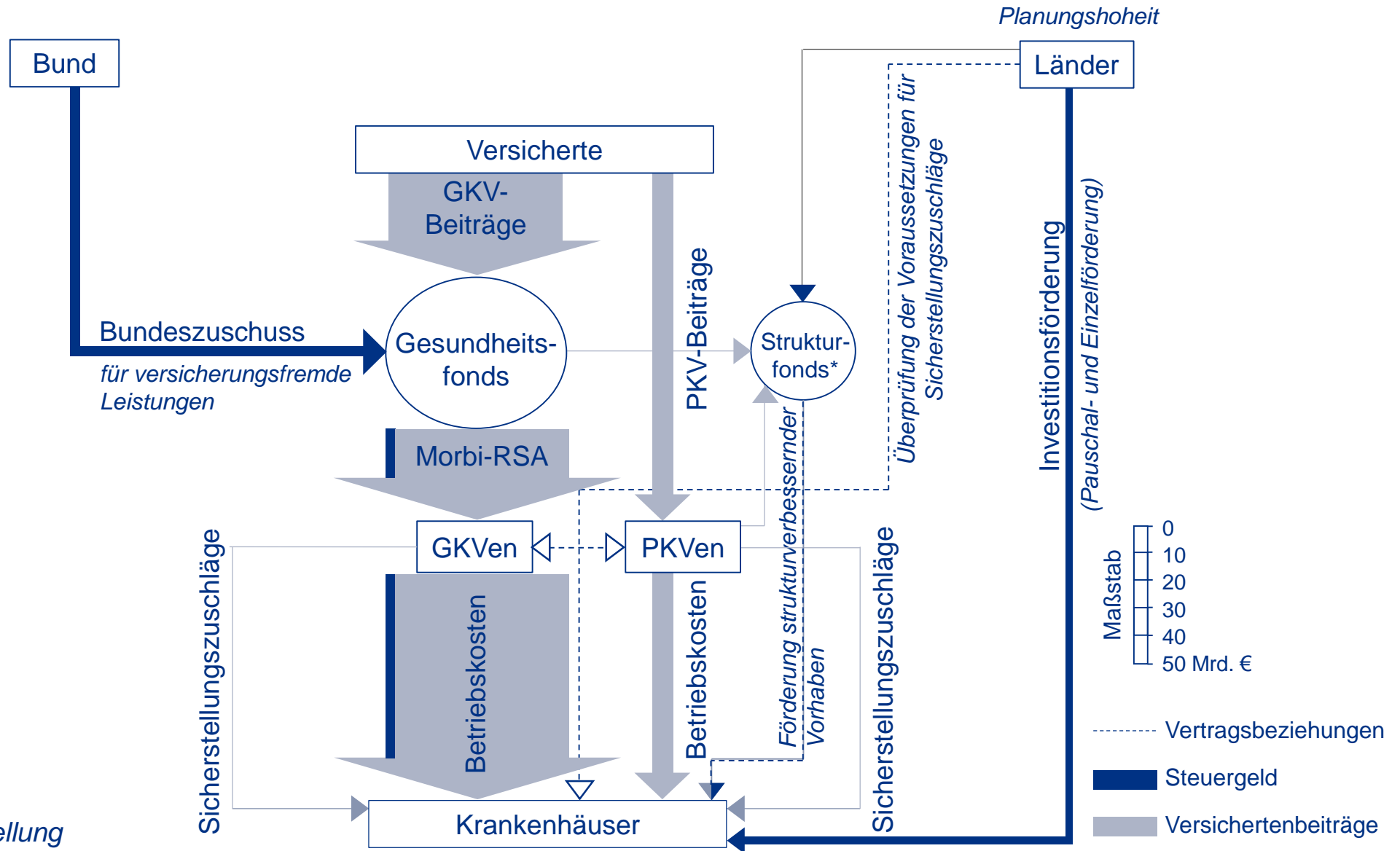


Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2018); DKG (2017).

- Die Investitionsmittel der Länder reichen nicht aus, um den Bedarf zu decken
 - Auch aufgrund der im internationalen Vergleich sehr hohen Krankenhausdichte
- Investitionen aus Eigenmitteln gewinnen an Bedeutung
 - Rund die Hälfte der Investitionen wird über Erlöse aus DRG, Zusatzentgelte, Walleistungen, Spenden, Trägerzuschüsse etc. finanziert (Morton et al. 2015)
 - Druck auf Krankenhäuser, Überschüsse durch steigende Fallzahlen zu generieren
- „Schleichende Monistik“
 - Entkopplung Planungskompetenzen von der finanziellen Verantwortung



- In der Monistik finanzieren die Krankenkassen sowohl die Betriebs- als auch die Investitionskosten der Krankenhäuser.
 - Zusätzlicher Finanzierungsbedarf von den Krankenkassen könnte durch Steuermittel vom Bund und von den Ländern sowie aus Versichertenbeiträgen gedeckt werden.
- Verteilung der Investitionsmittel im Rahmen **selektiver Einzelversorgungsverträge**
 - Von der Verteilung der Investitionsmittel über fallbezogene Investitionszuschläge wird abgeraten (Anreiz zur Mengenausweitung)
 - Gemeinsame Verhandlung aller Verbände der Kassen (kollektives Kontrahieren) mit den einzelnen Krankenhäusern
 - Kriterien zur Auswahl der Vertragskrankenhäuser könnten u.a. Versorgungsgrad und Mindestqualitätsstandards sein
 - Die einzelvertraglichen Lösungen würden eine Strukturbereinigung befördern, indem in überversorgten Gebieten nicht mit allen Krankenhäusern kontrahiert wird
- Die bisherige Krankenhausplanung durch die Bundesländer wird aufgegeben (an ihre Stelle tritt eine **Rahmenplanung zur Sicherstellung der Versorgung**).



Quelle: Eigene Darstellung



- **Verstetigung** des Fonds
- **Erweiterung des finanziellen Rahmens**
- Schwerpunkt im Bereich der **Schließung von Krankenhäusern** (nicht nur einzelner Abteilungen)
- Finanzierung des Bundesanteils durch den Bund (nicht durch den Gesundheitsfonds)
- **Mitplanungskompetenzen für den Bund** in bundeslandübergreifenden Gebieten in Form einer permanenten Bund-Länder-Kommission
 - Das Ziel: eine länderübergreifende Strukturbereinigung und eine besser koordinierte Versorgung mit hochspezialisierten Behandlungskapazitäten
 - Reservierung eines bestimmten Anteils des Fonds für länderübergreifende Förderzwecke
 - Aufstellung eines länderübergreifenden **föderalen Krankenhausversorgungsplans** vom Bund im Benehmen mit den Ländern

- Gleiche Vergütung für definierte ambulante Leistungen im Krankenhaus oder im vertragsärztlichen Bereich

Einheitliche Vergütung für ambulante Operationen

Versorgungsstufen im DRG-System

- Z. B. durch Multiplikatoren auf die Relativgewichte

Stärkung pauschaler Vergütungselemente

- Gezielte Berücksichtigung der Besonderheiten in der Versorgungslandschaft



Bundeseinheitlicher Basisfallwert

Sicherung der Indikationsqualität

- Zweitmeinungsverfahren bei ausgewählten Indikationen obligatorisch
- Dokumentations- und Begründungspflicht

Konstanthaltung der Kalkulationsstichprobe

- Langjährige Betrachtung von Krankenhäusern mit identischen Leistungsspektren
- Statistische Konstanzhaltung

- Preisindex aus einem repräsentativen krankenhausspezifischen Warenkorb
- Regionalisierungsfaktoren

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Kontakt:

Prof. Dr. Wolfgang Greiner

Universität Bielefeld

Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement (AG5)

Email: wolfgang.greiner@uni-bielefeld.de