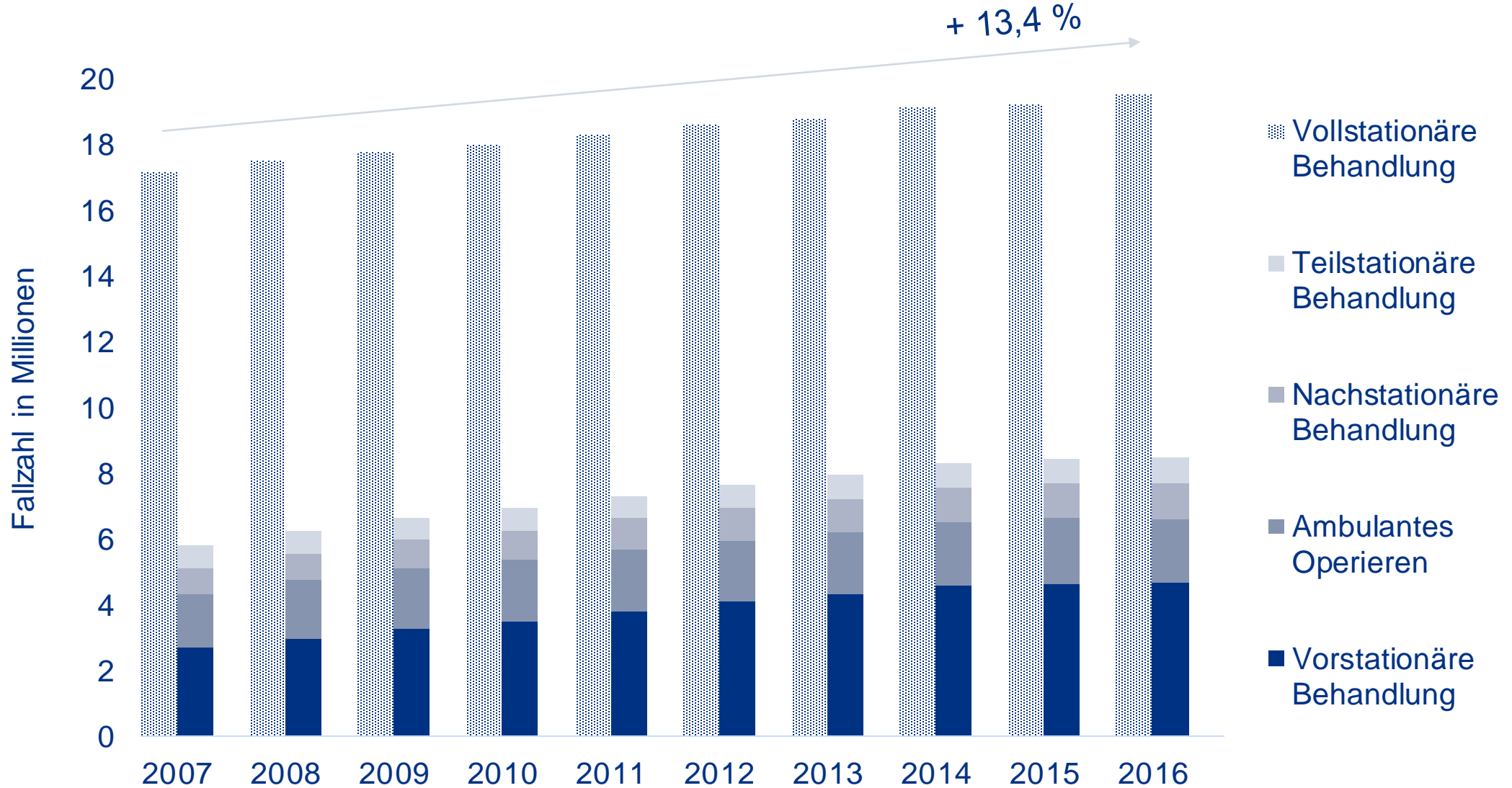


# Weiterentwicklung der Krankenhausplanung und -finanzierung

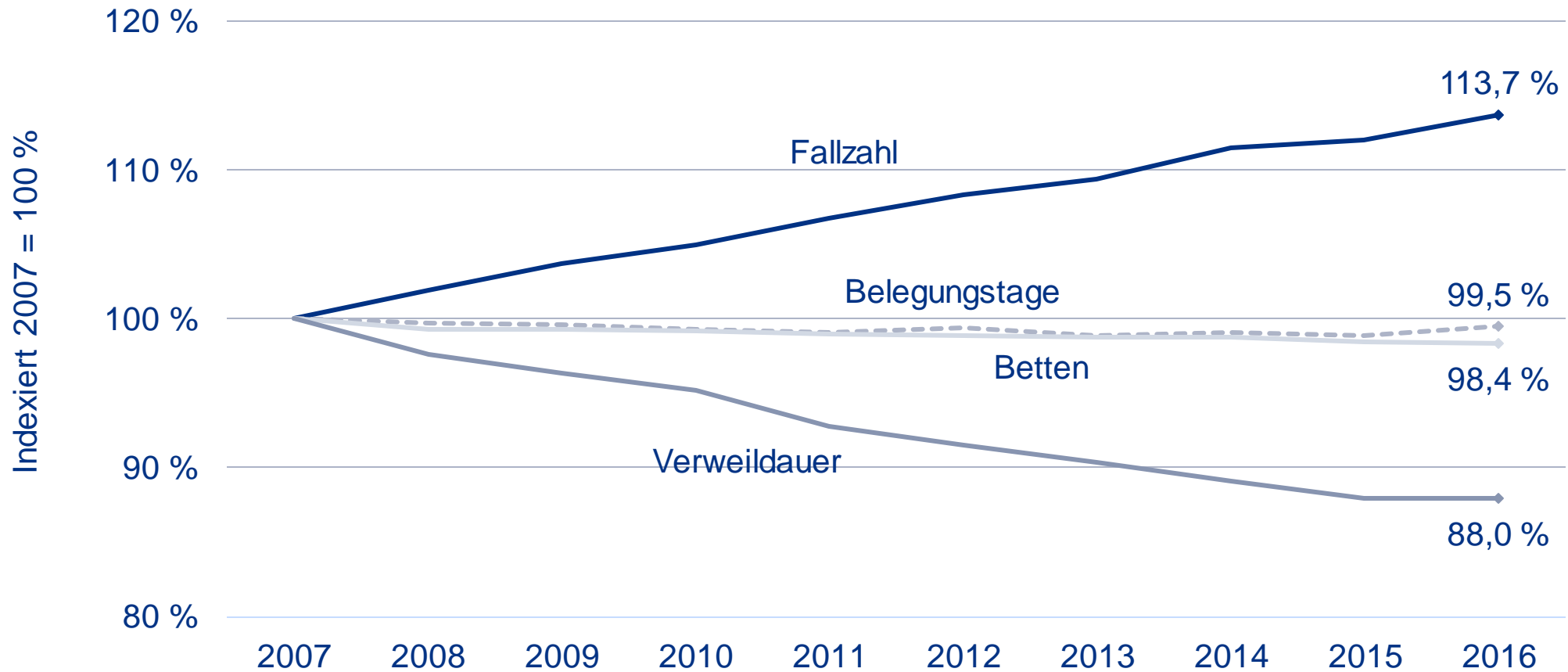
**Prof. Dr. Jonas Schreyögg, Universität Hamburg**

Symposium 2018 – Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung

Berlin, 26. September 2018

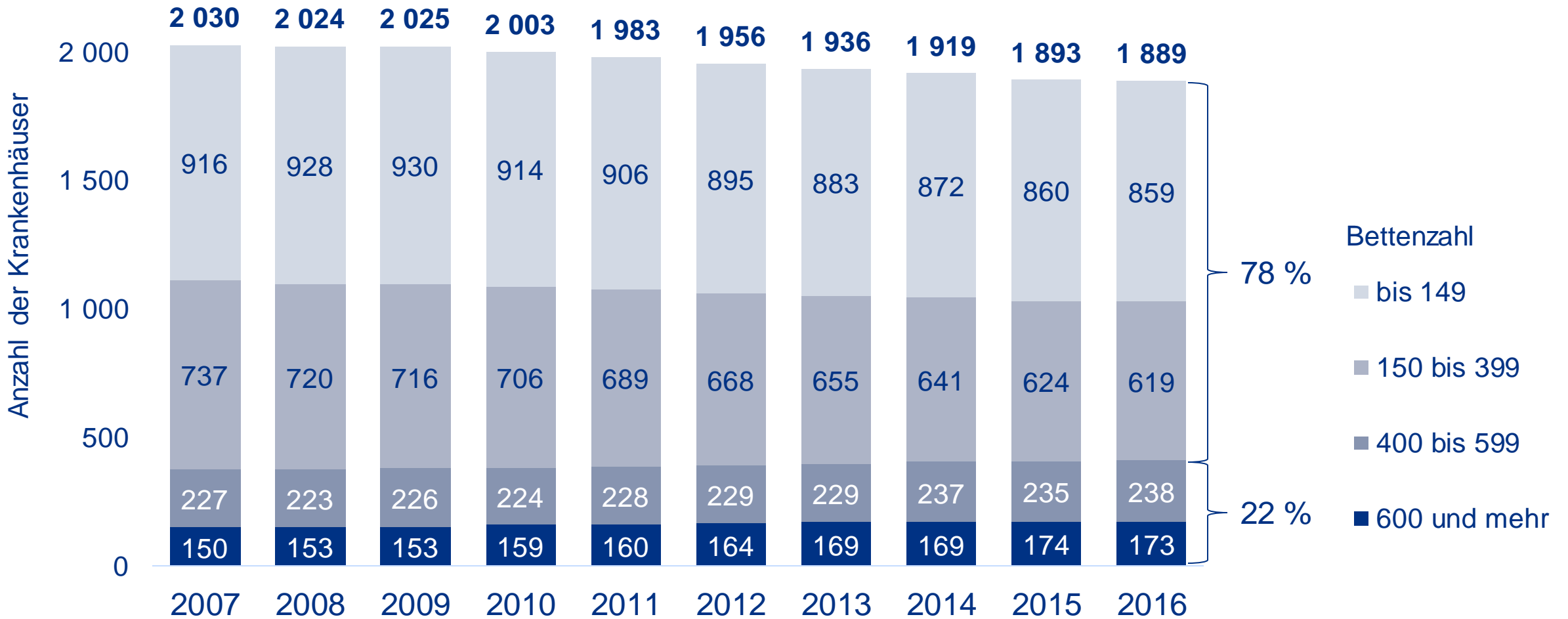


Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2018)



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2018)

# Anhaltender Rückgang der Anzahl von Krankenhäusern zwischen 2007 und 2016

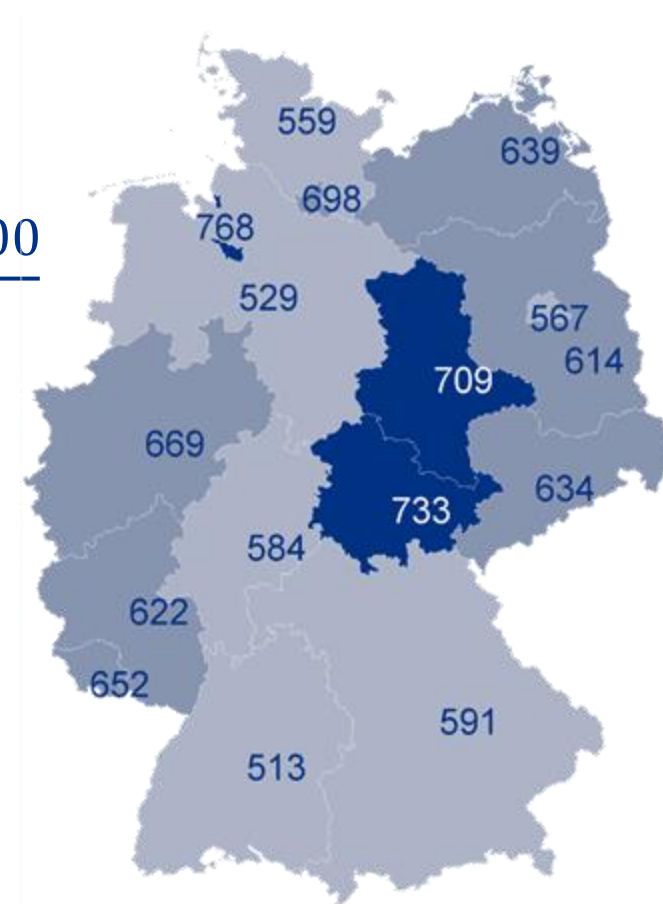


Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2018)

- Prognose des zukünftigen Bedarfs meistens mittels der Hill-Burton Formel:

$$\text{Bettenbedarf} = \frac{\text{Einwohner} * \text{Krankenhaushäufigkeit} * \text{Verweildauer} * 100}{\text{Bettennutzungsgrad} * 1000 * 365}$$

- Variierende Bettendichte nach Bundesländern
- Die derzeitige bettenorientierte Planung bildet den medizinischen Bedarf nicht optimal ab
- Keine ausreichende Berücksichtigung unterschiedlicher Versorgungsstufen bzw. -strukturen sowie Personal- und Geräteausstattung

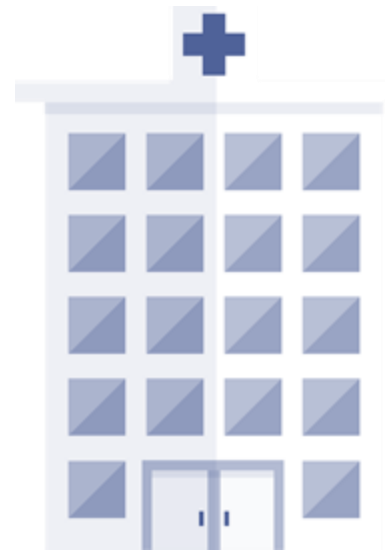


Betten je 100 000 Einwohner:



## Investitionsförderung

- Die vorhandenen Investitionsmittel der Länder reichen nicht aus, um den Bedarf zu decken
  - auch aufgrund der im internationalen Vergleich sehr hohen Krankenhausedichte
- Investitionen aus Eigenmitteln gewinnen an Bedeutung
  - rund die Hälfte der Investitionen wird über Erlöse aus DRG, Zusatzentgelte, Wahlleistungen etc. finanziert (Morton et al. 2015)
- 2015 lag die Krankenhaus-Investitionsquote von 3,4 % deutlich unter der Quote für die gesamte Volkswirtschaft von 19,2 %



## Betriebskostenfinanzierung

- Unübersichtliches und komplexes Vergütungssystem
  - 1 292 DRGs im Jahr 2018
  - rund 200 Zusatzentgelte und Zu- und Abschläge
- Die Annahme einheitlicher Kostenstrukturen (sog. **Einhausansatz**) benachteiligt Krankenhäuser mit besonderen Versorgungsstrukturen
- Der Anteil pauschaler Vergütungselemente an der Gesamtvergütung ist – international gesehen – vergleichsweise gering
- Vermeidbare Schwankungen der Relativgewichte
- Landesbasisfallwerte berücksichtigen nicht regionale Kostenunterschiede



## Finanzierung der Forschung

- Die Bereitstellung von Grundmitteln durch die Länder für die Finanzierung der Hochschulmedizin ist seit Jahren unzureichend
- Die Zunahme des Anteils der Drittmittelfinanzierung könnte eine Umorientierung bei den Forschungsschwerpunkten nach Fördermöglichkeiten als Folge haben
  - die Grundlagenforschung könnte dabei in Gefahr geraten



## Mehraufwand in der Krankenversorgung

- Organisatorische Mehrkosten
- Extremkostenfälle
- Finanzierung der Hochschulambulanzen
- Interdisziplinäre Krankenversorgung
- Hohe Vorhaltungskosten
  - u. a. für die Notfallversorgung, hochspezialisierte Zentren, Innovationszentren
- Überproportionaler Anteil an Ärzten in Weiterbildung





Option I:  
Übergang zu  
einer  
„differenzierten  
Monistik“



Option II:  
Stärkung des  
Krankenhaus-  
Strukturfonds

- Verteilung der Investitionsmittel im Rahmen **selektiver Einzelversorgungsverträge** zwischen den Krankenkassen und Krankenhäusern (nicht über fallbezogene Investitionszuschläge)
- Zusätzlicher Finanzierungsbedarf von GKV und PKV könnte durch Steuermittel vom Bund und von den Ländern sowie aus Versichertenbeiträgen gedeckt werden

- Verstetigung des Fonds
- Schwerpunkt im Bereich der **Schließung von Krankenhäusern**
- Finanzierung des Bundesanteils durch den Bund (nicht durch den Gesundheitsfonds)
- **Mitplanungskompetenzen** für den Bund in bundeslandübergreifenden Gebieten in Form einer permanenten Bund-Länder-Kommission

- 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

- Z. B. durch die Einführung eines Risikopools

Vergütung von Extremkostenfällen

Stärkung pauschaler Vergütungselemente

- Zuschläge für ausgeschriebene Innovationszentren zur Erprobung bestimmter innovativer Verfahren
- Zuschläge für die Vorhaltung definierter Kapazitäten für Katastrophen und Epidemien
- Weiterentwicklung der Zuschläge für spezialisierte Zentren (z. B. für seltene Erkrankungen)



Rucksack-Modell

Balance zwischen Grund- und Drittmitteln

- Einrichtung eines Weiterbildungsfonds durch entsprechende Bereinigung der Vergütung
- Zuordnung der Mittel Ärztinnen und Ärzten ad personam entsprechend der Weiterbildungsdauer

- Erhöhung des Anteils an der Forschungsfinanzierung seitens der Länder
- Finanzierung von Drittmittelprojekten (insb. durch das BMBF und die DFG) auf der Basis von Vollkosten und entsprechende Erhöhung des Overheadanteils

- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2018): Krankenhausstatistik - Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Zweigstelle Bonn.
- DKG (Deutsche Krankenhaus Gesellschaft) (2017): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern (Stand: August 2015).
- Morton, A.; Blum, K. und Offermanns, M. (2015): Investitionsfähigkeit der deutschen Krankenhäuser. BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft und Deutsches Krankenhausinstitut.