

„Politische und ökonomische Grundlagen des deutschen Gesundheitssystems“ (Einführung in das Management im Gesundheitswesen) Stationäre Versorgung

Miriam Blümel

FG Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin
(WHO Collaborating Centre for Health Systems Research and Management)

&

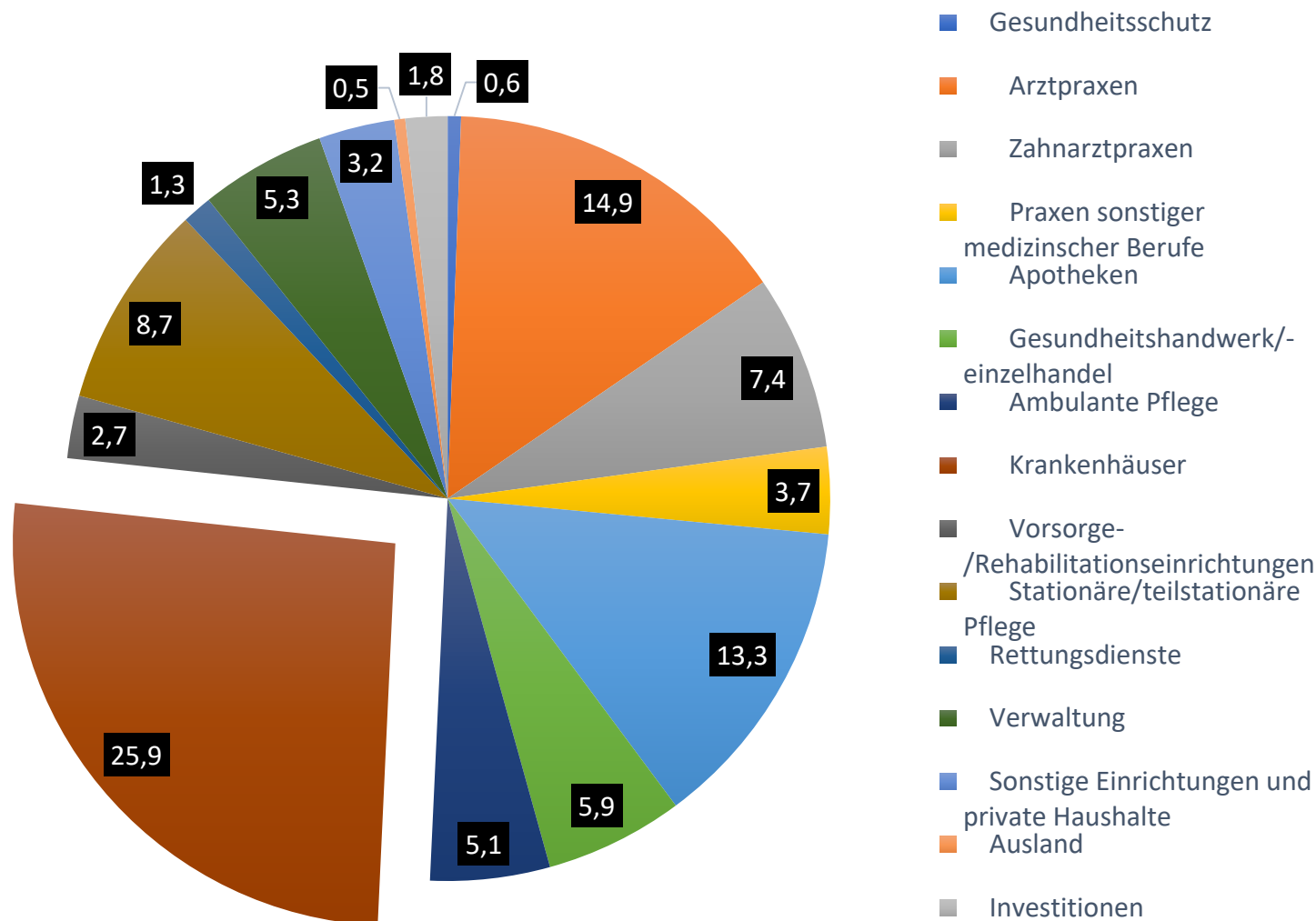
European Observatory on Health Systems and Policies



Gemessen an den **Gesamtausgaben für Gesundheit (2016)**, wie groß ist ca. der Anteil (in %) für die Krankenhausversorgung (größer oder kleiner als für Arzneimittel)?

Gesamtausgaben für Gesundheit: Einrichtungen

Innere Finanzierung

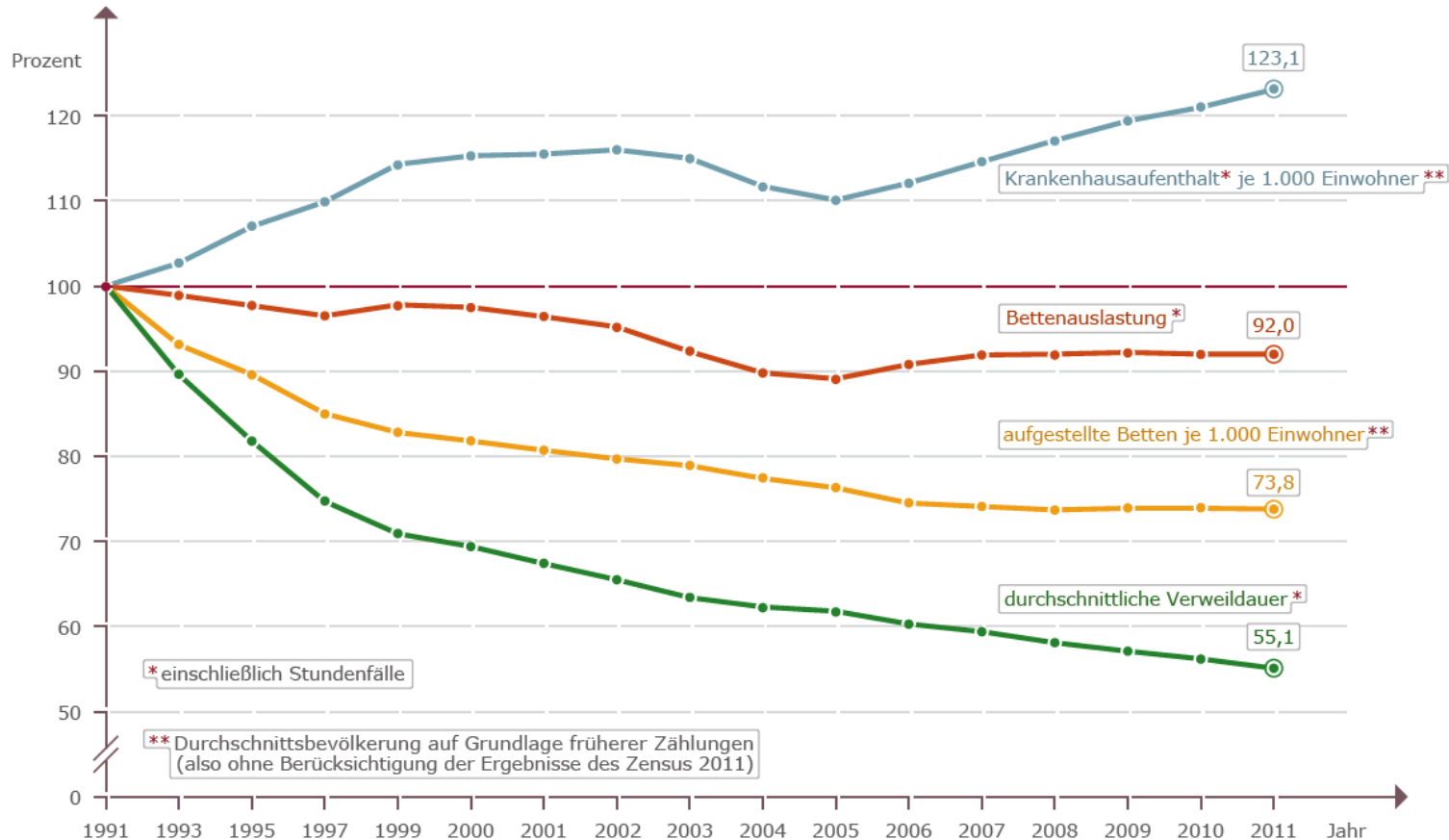


Quelle:
Gesundheitsausgaben in Mio. €, gesamte Einrichtungen und Ausgabenträger, 2016
(Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2018)

Wie haben sich wichtige **Indikatoren der Krankenhausversorgung** (Betten, Verweildauer, Fälle, Auslastung) in den letzten zwei Jahrzehnten verändert? Geben Sie einen Erklärungsansatz

Krankenhausversorgung

Index (1991 = 100), 1991 bis 2011



Quelle: Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser, www.destatis.de
 Lizenz: Creative Commons by-nc-nd/3.0/de
 Bundeszentrale für politische Bildung, 2013, www.bpb.de



Welche Arten von **Krankenhausträgern** unterscheidet das Statistische Bundesamt?

- **öffentliche Einrichtungen**, die von Gebietskörperschaften (Bund, Land, Bezirk, Kreis, Gemeinde) oder von Zusammenschlüssen solcher Körperschaften betrieben oder unterhalten werden,
–z.B. *Vivantes, Charité*
- **freigemeinnützige Einrichtungen**, die von Trägern der kirchlichen und freien Wohlfahrtspflege, Kirchengemeinden, Stiftungen oder Vereinen unterhalten werden,
–z.B. *Franziskus, Malteser*
- **private Einrichtungen**, die als gewerbliche Unternehmen einer Konzession (behördliche Genehmigung) nach §30 Gewerbeordnung bedürfen.
–z.B. *Helios, Sana*
-> es gibt keine gesetzliche Definition der Krankenhausträger

Einteilung nach Rechtsform innerhalb der öffentlichen Krankenhäuser: Staat kann privatrechtlich oder öffentlich-rechtlich handeln

Privatrechtlich: In privatrechtlicher Form (z.B. als GmbH) betriebene Krankenhäuser befinden sich in öffentlicher Trägerschaft, wenn Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Bezirke, Kreise, Gemeinden) oder Zusammenschlüsse solcher Körperschaften (z.B. Arbeitsgemeinschaften oder Zweckverbände) oder Sozialversicherungsträger (z.B. Rentenversicherungsträger oder Berufsgenossenschaften) unmittelbar oder mittelbar mehr als 50 v.H. des Nennkapitals oder des Stimmrechts halten.

Öffentlich-rechtlich:

- **unselbstständig** (z.B. Regie- oder Eigenbetrieb): Öffentlich-rechtliche Unternehmensform bzw. Organisationseinheit ohne eigene Rechtspersönlichkeit
- **selbstständig** (z.B. Zweckverband, Anstalt, Stiftung): Mit Sachmitteln und Personal ausgestattetes Krankenhaus, welche in der Hand eines Trägers öffentlicher Verwaltung steht und dauerhaft einem öffentlichen Zweck dient. Anders als eine Körperschaft des öffentlichen Rechts hat die Anstalt keine Mitglieder, sondern Nutzer. Rechtsfähige Anstalten können im Gegensatz zu nichtrechtsfähigen Anstalten Träger von Rechten und Pflichten sein. Sie können also z. B. selbst vor Gericht klagen und verklagt werden.

Neben der Einteilung der Krankenhäuser nach der Trägerschaft: welche Logik gibt es noch?

Einteilung nach GKV-Status:

Hochschulkliniken: Gehören sowohl dem Gesundheits- (Krankenversorgung) als auch dem Hochschulsystem (Lehre und Forschung) an. Dieser Funktionszusammenhang gilt auch für die Finanzierung.

Plankrankenhäuser: Von den Ländern in die Krankenhausplanung aufgenommene Einrichtungen. Haben Anspruch auf Investitionsmittel aus den Landeshaushalten und Versorgungsverträge mit den Krankenkassen. Letzteres gilt auch für Hochschulkliniken.

Vertragskrankenhäuser: Haben Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen. Keine Investitionsmittel aus den Landeshaushalten.

Krankenhäuser ohne Vertrag: Reine „Privatkliniken“

Erläutern Sie kurz, was unter dem **dualen Charakter der Krankenhausfinanzierung** verstanden wird.

Seit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1972 gilt für Krankenhäuser die duale Finanzierung:

(1) Investitionskosten:

- über staatliche Fördermittel/ von den Ländern finanziert

(2) Betriebskosten (laufenden Kosten):

- von gesetzlichen Krankenkassen, privaten Krankenversicherungen und Selbstzahlern finanziert
- wobei die Krankenkassen den Großteil der laufenden Ausgaben (Personal, Sachkosten, etc.) finanzieren
- Finanzierung der laufenden Ausgaben ist Gegenstand von Verhandlungen zwischen einzelnen Krankenhäusern und den Krankenkassen
- erfolgt seit 2004 überwiegend auf Basis von Diagnosis Related Groups (DRGs, deutsch: Diagnose-bezogene Fallgruppen)

Beschreiben Sie kurz die Grundzüge der **Krankenhausplanung** (z.B. Verantwortlichkeit, Inhalte).

Teil I Krankenhausplanung

- Sicherstellungsauftrag wird auf der **Länderebene** konkret umgesetzt:
 - Jedes Bundesland ist nach dem KHG verpflichtet, einen **Krankenhausplan** aufzustellen (schließt Hochschulkliniken *nicht* ein).
 - Die näheren Details der Planung und Finanzierung bzw. der Krankenhauspläne werden in den individuellen **Landeskrankenhausgesetzen** geregelt.
 - Gegenstand der Krankenhausplanung sind die **baulichen und apparativen Vorhaltungen** und **nicht** die konkreten Leistungen.
 - Grundlage für die Planung ist i.d.R. das **„Bett“**
 - Einteilung in **Versorgungs- und Leistungsstufen** (häufig: Grund-, Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorgung)

Teil II Krankenhausplanung

- Planung der Kapazitäten
- Im Krankenhausplan werden die **bedarfsnotwendigen Krankenhäuser** bestimmt, z.B. nach:
 - Orientierung an Zahl und Art der Krankenhausbetten, Fachabteilungen pro Kommune bzw. Landkreis
 - analytische Bettenermittlung nach Bevölkerungszahl, Verweildauer, Krankenhaushäufigkeit und Bettenauslastungsgrad

-> Inhalte und Methoden der Krankenhausplanung variieren je nach Bundesland

Teil III Krankenhausplanung

- Nach Aufstellung des **Krankenhausplanes** wird die Aufnahme oder Nichtaufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan durch einen schriftlichen Bescheid festgestellt (Feststellungsbescheid).
 - **Feststellungsbescheid**: ist ein Versorgungsauftrag bzw. quasi ein Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen:
 - enthält eine Auflistung der Fachgebiete
 - die zu betreibende Bettenzahl
 - die Großgeräteausstattung
 - Teilnahme an der Not- und Unfallversorgung
- „*Staatliche Angebotsplanung*“: da grundsätzlich nur die Leistungen abgerechnet werden können, die im Rahmen des Versorgungsauftrags erbracht wurden (Ausnahme Notfälle!)

Bundesland	Allgemeine und psychiatrische Betten pro 1000 Einwohner (Bundesdurchschnitt = 1,0)		Veränderung	Krankenhausinvestitionen (€ pro Bett)
	1991	2013	1991–2013	2013
Baden-Württemberg	7,0 (0,84)	5,4 (0,86)	-23%	6 787
Bayern	7,6 (0,92)	6,0 (0,98)	-21%	6 607
Berlin	11,6 (1,40)	5,9 (0,95)	-49%	4 748
Brandenburg	9,0 (1,08)	6,2 (1,00)	-31%	7 524
Bremen	10,7 (1,28)	7,8 (1,25)	-27%	5 608
Hamburg	9,2 (1,10)	7,0 (1,13)	-24%	8 765
Hessen	7,5 (0,91)	6,0 (0,97)	-20%	6 679
Mecklenburg-Vorpommern	8,4 (1,01)	6,5 (1,04)	-23%	5 858
Niedersachsen	7,5 (0,90)	5,4 (0,87)	-28%	6 110
Nordrhein-Westfalen	9,2 (1,10)	6,8 (1,09)	-29%	4 100
Rheinland-Pfalz	7,7 (0,92)	6,4 (1,02)	-17%	4 724
Saarland	8,8 (1,06)	6,5 (1,04)	-27%	5 026
Sachsen	9,1 (1,09)	6,5 (1,04)	-28%	3 834
Sachsen-Anhalt	9,0 (1,08)	7,3 (1,17)	-19%	3 246
Schleswig-Holstein	6,9 (0,83)	5,7 (0,91)	-18%	5 301
Thüringen	8,8 (1,06)	7,5 (1,20)	-15%	3 079
Deutschland	8,3 (1,00)	6,2 (1,00)	-25%	5 441