

„Politische und ökonomische Grundlagen des deutschen Gesundheitssystems“ (Einführung in das Management im Gesundheitswesen) Wrap-up 17.12.2018

Miriam Blümel/ Anne Spranger

FG Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin
(WHO Collaborating Centre for Health Systems Research and Management)
&
European Observatory on Health Systems and Policies



Datum	Inhalt der VL	Dozierende	Raum
22.10.2018	Organisatorisches / Politische Grundlagen	Blümel	H 3006/3007
29.10.2018	Ökonomie-Bingo	Spranger, Blümel	H 3006/3007
05.11.2018	Wrap-up VL 1-3	Spranger, Blümel	H 3006/3007
12.11.2018	Externe Referenten: Vorstellung und Gruppenübungen zum GBA	Conrad	H 3006/3007
19.11.2018	Szenarien Krankenversicherung	Spranger, Blümel	H 3006/3007
26.11.2018	Wrap-up VL 4-6	Spranger, Blümel	H 3006/3007
03.12.2018	Vorbereitung Bundestag, Bedarfsplanung	Spranger, Blümel	H 3006/3007
10.12.2018	Exkursion Bundestag (verschoben)	Alle!	
17.12.2018	Wrap-up VL 7-9	Spranger, Blümel	H 3006/3007

Datum	Inhalt der VL	Dozierende	Raum
07.01.2019	Integrierte Versorgung	Spranger, Blümel	H 3006/3007
14.01.2019	Arzneimittel	Spranger, Blümel	H 3006/3007
21.01.2019	Wrap-up VL 10-12	Spranger, Blümel	H 3006/3007
28.01.2019	Exkursion Bundestag (verschoben)	Spranger, Blümel	H 3006/3007
04.02.2019	Klausurvorbereitung	Spranger, Blümel	H 3006/3007
20.02.2019	Klausur bzw. Schriftlicher Test		MA 042
27.03.2019	2. Termin Klausur bzw. Schriftlicher Test		NN

Themen der bisherigen Veranstaltungen:

- 1) Ambulanter Sektor, wie z.B. Struktur der Ärzteschaft, Bedarfsplanung
- 2) Stationärer Sektor, wie z.B. Krankenhausplanung und Vergütung
- 3) Langzeitpflege, Pflegeversicherung

Fragen:

- Wer ist für die **Bedarfsplanung** in der ambulanten Versorgung verantwortlich (Bundes- und Landesebene beachten)?
- Welche **Versorgungsebenen** werden seit der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie (2013) unterschieden?

Lösung:

Bundesebene (G-BA)

- Abgrenzung von unterschiedlichen Planungsbezirken
- Bildung von arztgruppenspezifischen Verhältniszahlen

Landesebene (Zulassungsausschuss)

- Aufstellung von Bedarfsplänen
- Feststellung von „Überversorgung“ (Planungsbezirk geschlossen), „normalen“ Niederlassungsmöglichkeiten und „Unterversorgung“ (besondere Förderung)
- tatsächliche Zulassung
- Regelung der Weitergabe von Praxissitzen

Lösung:

- Seit 2013 gilt die neue **Bedarfsplanungs-Richtlinie** des G-BA: Um den Bedarf in der ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung besser abzubilden, wurde die **Berechnung der Arzt-Patienten-Verhältniszahlen an den Versorgungsgrad verschiedener Arztgruppen sowie an räumliche Unterschiede angepasst.**
- Es wird zwischen **vier Versorgungsebenen unterschieden:**

Hausärztliche Versorgung	Allg. fachärztl. Versorgung	Spezialisierte fachärztl. Vers.	Gesonderte fachärztl. Versorg.
Mittelbereiche <i>[klein]</i>	Kreise <i>[mittel]</i>	Raumordnungs- regionen <i>[größer]</i>	KVen <i>[sehr groß]</i>

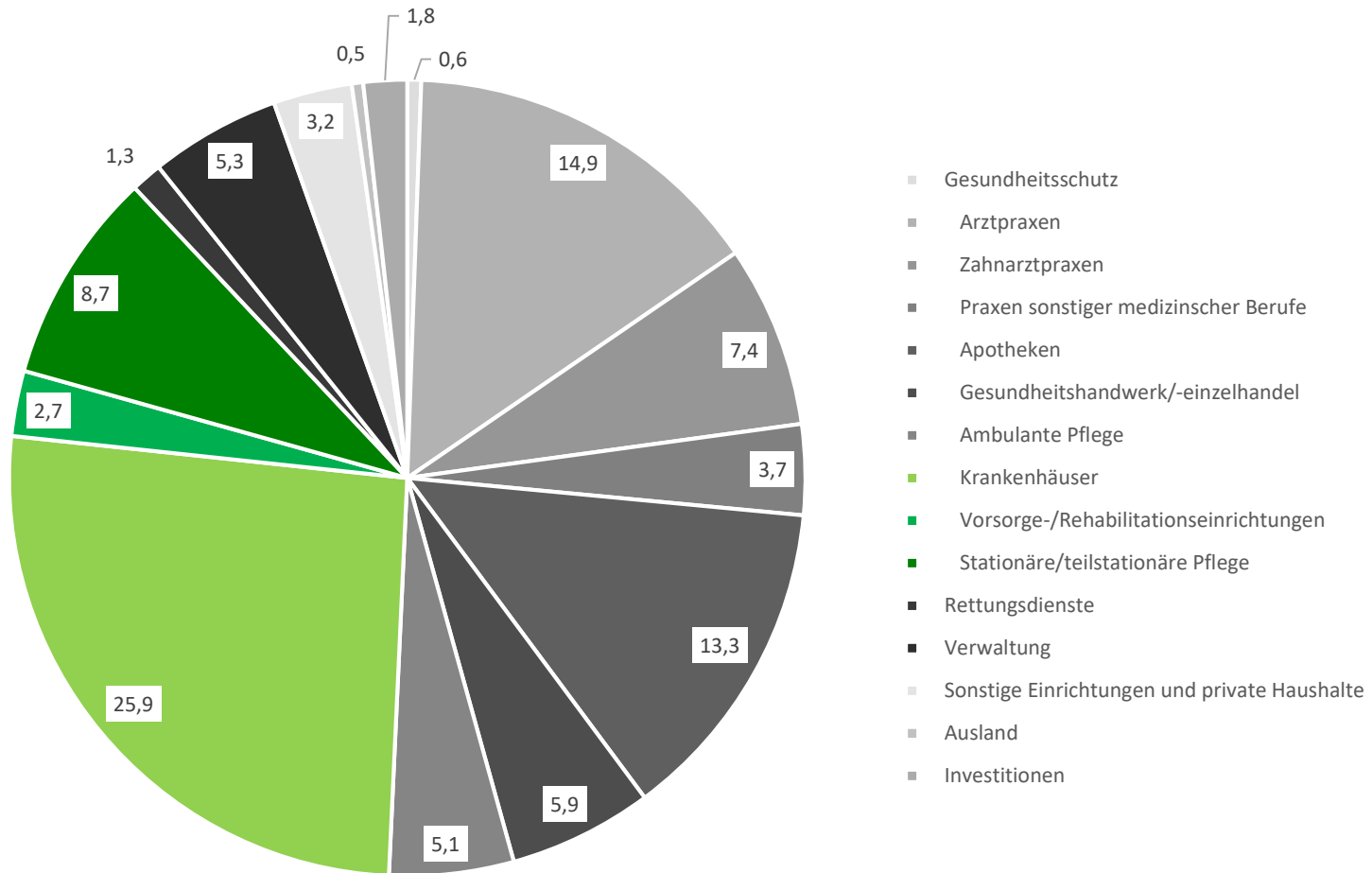
-> Ärzte mit einem höheren Grad der fachärztlichen Spezialisierung können einen größeren Einzugsbereich versorgen (Bsp. Humangenetiker -> Planungsbereich sehr groß)

Frage:

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

Gesundheit: Einrichtungen

Innere Finanzierung



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

Lösung:

- Ca. 37% der Gesamtausgaben für Gesundheit werden für Krankenhausversorgung aufgewendet (zum Vergleich: je 15% bzw. 13% für Arzneimittel und für ambulante Versorgung)

Frage:

- Welche Arten von **Krankenhausträgern** unterscheidet das Statistische Bundesamt?
- Neben der Einteilung der Krankenhäuser (KH) nach der Trägerschaft: welche Logik gibt es noch?

Lösung:

- **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*

Lösung:

- Einteilung nach GKV-Status:
 - Hochschulkliniken
 - Plankrankenhäuser
 - Vertragskrankenhäuser
 - KH ohne Vertrag mit GKV
- (sowie nach Rechtsform innerhalb der öffentl. KHs:
 - Privatrechtlich und öffentlich-rechtlich (unselbstständig und selbstständig))

Aufgabe:

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

Lösung:

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)

Aufgabe:

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

Lösung:

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)

Lösung:

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

Lösung:

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!)

Fragen:

- Über welches **System** werden in Deutschland seit wann die laufenden Kosten (Betriebskosten) **vergütet**? Woran (an welchem Land) hatte man sich bei der Entwicklung orientiert?
- Nennen Sie kurz die **allgemeinen Grundzüge** eines solchen Systems?
- Welches **Ziel** verfolgte man mit der Einführung dieses Vergütungssystems?
- Welches Institut wird auch **DRG-Institut** genannt und übernimmt welche Aufgabe?

Lösung: Diagnosis Related Groups (DRGs, deutsch: Diagnosebezogene Fallgruppen)

- Systeme zur Klassifizierung von stationären Behandlungsfällen (sog. Patientenklassifikationssystem)
- DRGs sind diagnosebezogene kostenhomogene Gruppen von stationären Behandlungsfällen
- Aufbauend auf der Patientenklassifikation werden sie als Vergütungssysteme verwendet
- ein Behandlungsfall kann nur in eine Gruppe (DRG) eingeordnet werden
- Fallgruppenzuordnung: Durch einen Gruppierungsalgorithmus (Entscheidungsbaum) wird jeder Behandlungsfall anhand verschiedener Kriterien des Entlassungsdatensatzes genau einer der DRG-Fallgruppen zugeordnet.

Lösung:

- Grundlage für die deutschen DRGs: Australien Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRG) Version 4.1
- Vertragspartner vereinbaren eine jährliche Anpassung der Klassifikation
- Zur Wahrnehmung der Aufgaben zur Pflege des G-DRG-Systems: Gründung „DRG-Institut“ (InEK)
- Prinzip des G-DRG-Systems: Jedes Krankenhaus erhält unabhängig von seinen Selbstkosten für jeden Patienten einer DRG denselben Preis
- **Ziel:** nicht in erster Linie Ausgaben reduzieren, sondern Budgets leistungsorientierter verteilen, Geld folgt der Leistung.

Lösung:

- überwiegend bestimmt die Hauptdiagnose die Klassifikation in eine der **26** Hauptkrankheitskategorien (**Major Disease Categories, MDC**)
- die tatsächliche DRG wird dann zuerst durch die Prozedur und dann durch die Begleitkrankheit sowie den klinischen Schweregrad bestimmt
- Schweregrad ergibt sich aus Begleitdiagnosen und Patientenmerkmalen wie Alter, ist aber abhängig von der DRG unterschiedlich gewichtet

MDC	Code	Bezeichnung
00	A	Sonderfälle / Prä-MDC
01	B	Krankheiten und Störungen des Nervensystems
02	C	Krankheiten und Störungen des Auges
03	D	Krankheiten und Störungen im HNO-Bereich
04	E	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
05	F	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
06	G	Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
07	H	Krankheiten und Störungen des hepatobiliären Systems und Pankreas
....

Fragen: Welche Dienstleistungen umfasst der Begriff
Langzeitpflege?

Lösung:

Langzeitpflege umfasst:

- Rehabilitation,
- grundlegende medizinische Behandlung,
- häusliche Pflege,
- soziale Betreuung & Hilfe bei der Bewältigung des Alltags
- Unterbringung
- Dienstleistungen wie Transport, Mahlzeiten etc.
- berufliche Unterstützung

Frage: Nennen Sie die Leistungserbringer und die (Leistungs-) Finanzierer in der Langzeitpflege?

Lösung:

Leistungserbringer:

- **ambulante** Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste)
 - **stationäre** Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime, Reha-Einrichtungen)
- => diese können in öffentlicher, frei-gemeinnütziger oder privater Trägerschaft stehen
- Pflegende Angehörige oder sonstige informell Pflegende (Freunde, Nachbarn)

Finanzierer:

- Pflegekassen
- Krankenkassen
- Kommunen
- Rentenversicherung
- Private Haushalte