

MScPH-Basismodul

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

Thema 8: Stationärer Sektor

Reinhard Busse, Prof. Dr. med. MPH FFPH

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

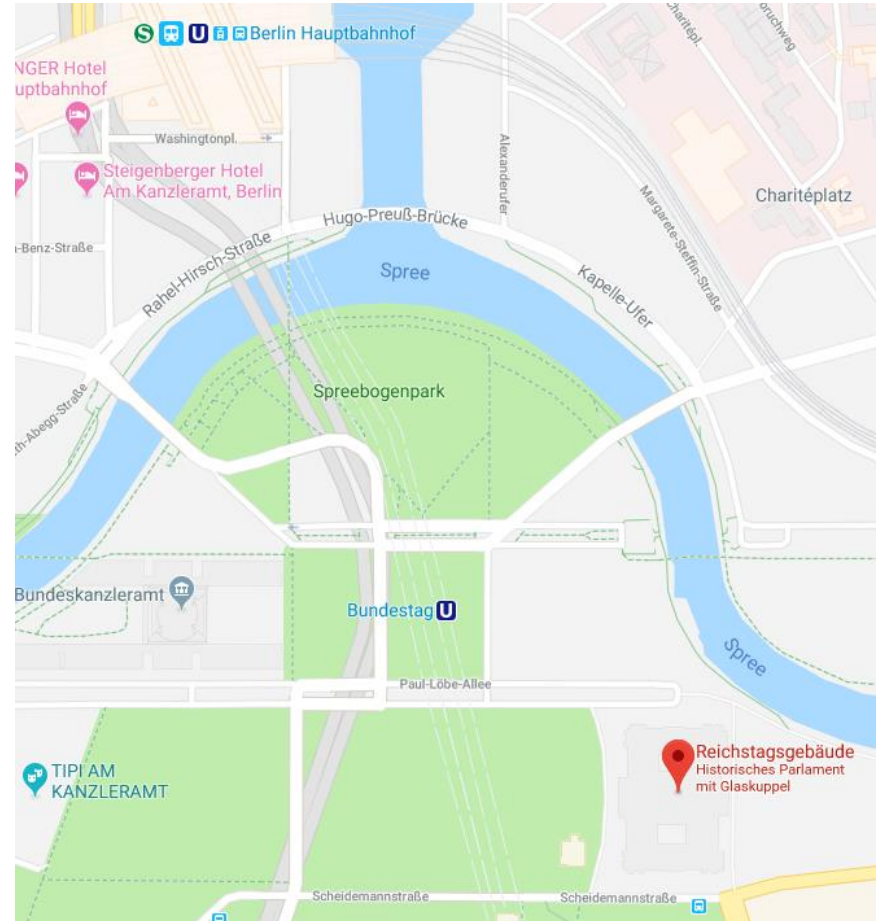
&

European Observatory on Health Systems and Policies



Datum	Inhalt der Lehrveranstaltung	Dozent/in
15.10.2018	Politische Grundlagen	Busse
22.10.2018	Ökonomische Grundlagen	Busse
29.10.2018	Das deutsche Gesundheitssystem	Busse
05.11.2018	Krankenversicherung	Blümel/Spranger
12.11.2018	Äußere Finanzierung	Busse
19.11.2018	Innere Finanzierung	Busse
26.11.2018	Ambulanter Sektor	Busse
03.12.2018	Stationärer Sektor	Busse
10.12.2018	Exkursion Bundestag	Blümel/Spranger
17.12.2018	Pflege und Langzeitversorgung	Busse
07.01.2019	Integrierte Versorgung	Busse
14.01.2019	Arzneimittelsektor	Busse
21.01.2019	E-Health	Stephani
28.01.2019	Gesundheitswirtschaft	Busse
04.02.2019	Zusammenfassung	Busse
20.02.2019	Klausur von 10-12 Uhr im MA 042	Blümel/Spranger

- Treffpunkt: vor dem Reichstagsgebäude, westl. Eingang (spät. **12:15** Uhr!)
- **Amtlichen Ausweis mitbringen!**
- TN-Liste heute im Seminar nochmal überprüfen
- Bitte auf der MiG-Website + im Blackboard nach evtl. aktuellen Änderungen schauen
- Veranstaltungsdauer: max. 1,3 Stunden ab 12:30 Uhr



Entwicklung, Definitionen, Typen und Grunddaten des Krankenhaussektors

Wie sah die Gesundheitsversorgung in Europa eigentlich vor dem 19. Jahrhundert aus?

- Krankenhäuser

- christlich geleitete Zufluchtsstätten
- Patienten “warteten geduldig darauf zu sterben” (→ Hospiz)

- Chirurgen

- Teilzeit-Friseure
- wurden daran gemessen, wie schnell sie Amputationen durchführen konnten

- Ärzte

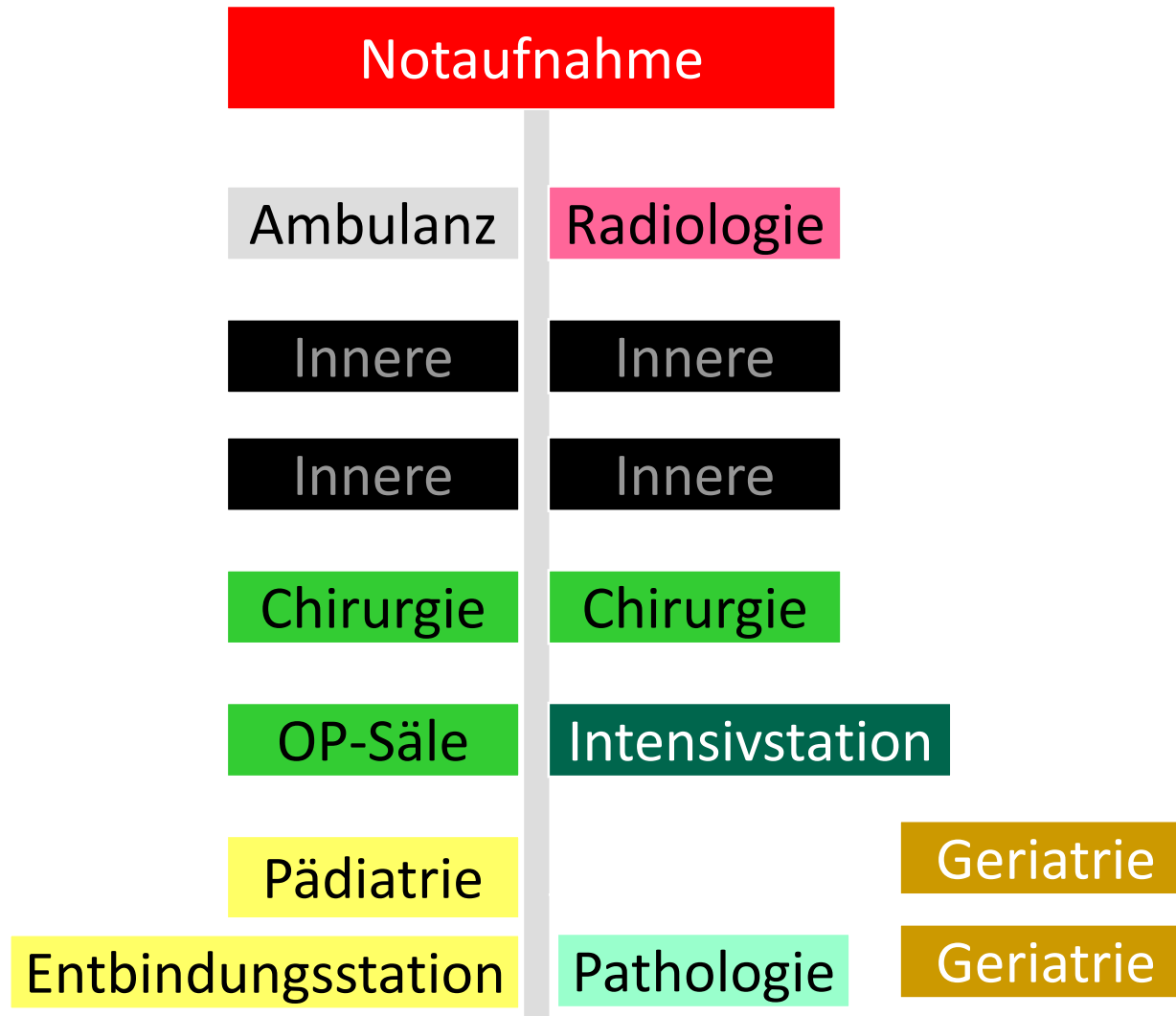
- Meister in der Kunst des Beobachtens und Abwartens
- behandelten mit Naturmedizin und Heilkräutern

- Krankenschwestern

- barmherzige Schwestern



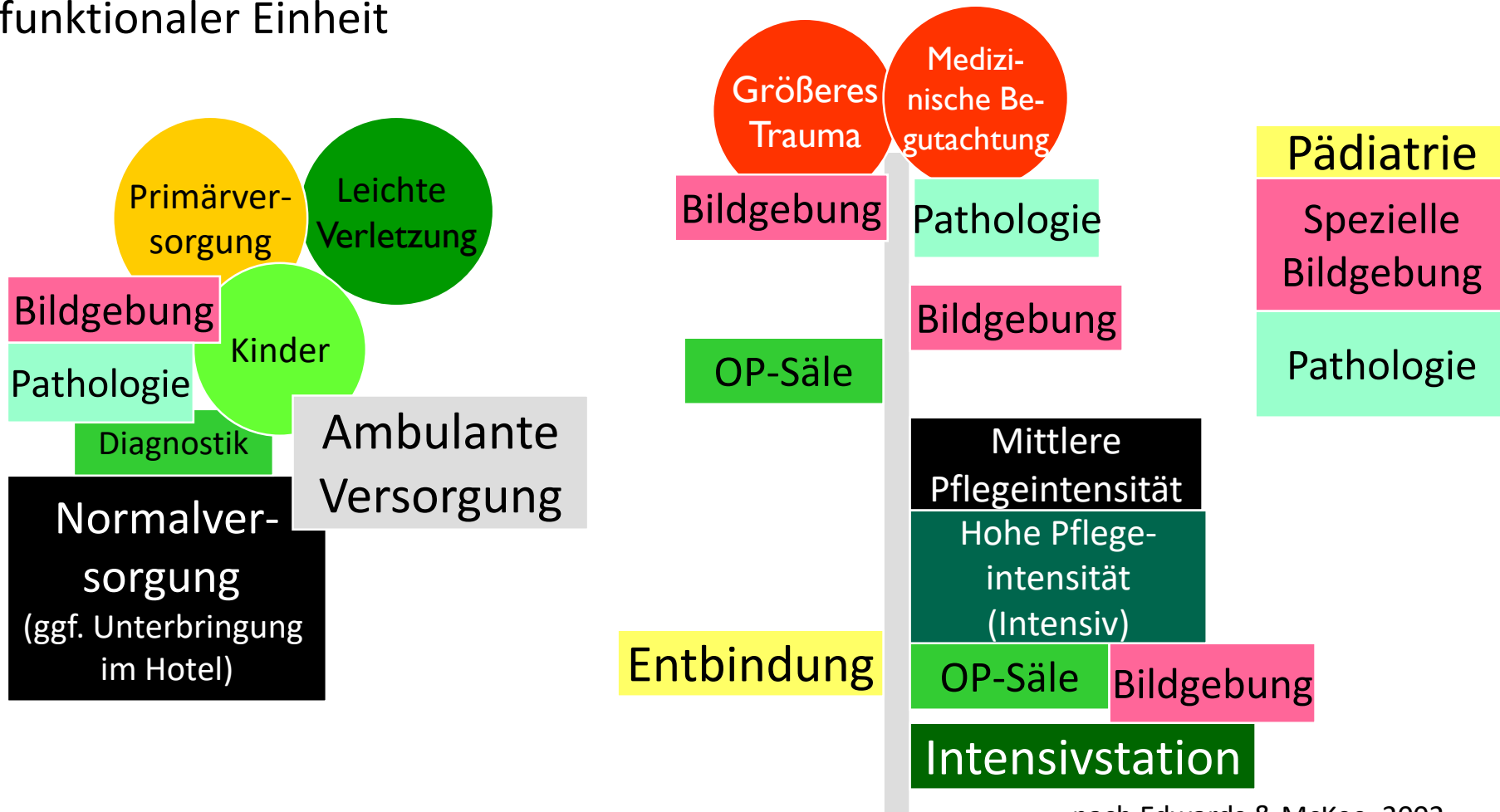
stationäre Patienten nach med. Fachgebieten sortiert



nach Edwards & McKee, 2002

- demographischer Wandel
 - medizinisch-technischer Fortschritt
 - Wandel des Krankheitsspektrums und Wertewandel
 - ...
 - starker **Veränderungsdruck auf Krankenhaussektor und Krankenhäuser**
 - auf allen Ebenen ergeben sich enge Schnittstellen mit Fragen des **Qualitäts- und des Kostenmanagements**
-

→ Größere Rolle für ambulante Behandlung und Zuordnung stationärer Patienten nach Pflegeintensität und funktionaler Einheit



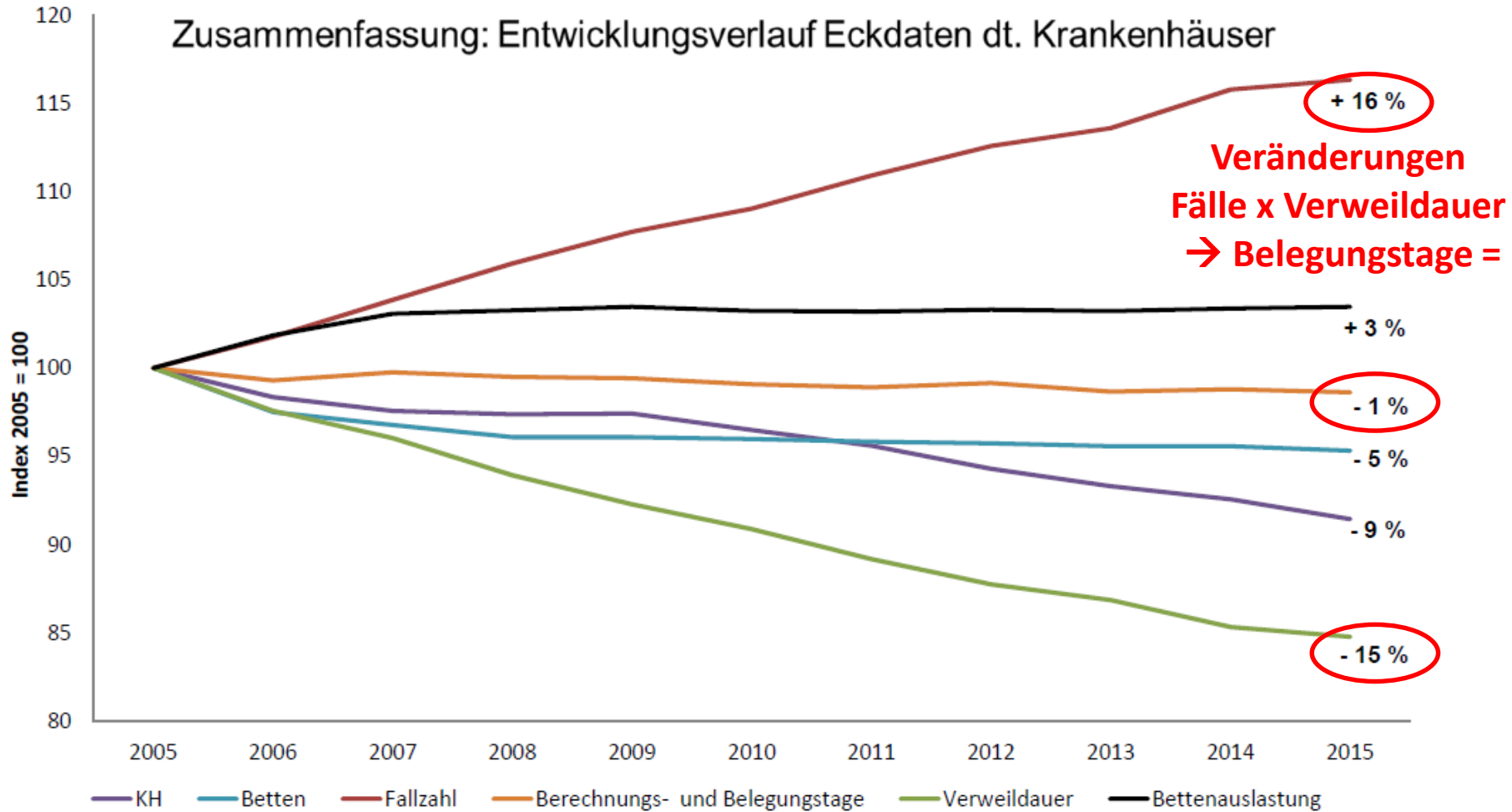
nach Edwards & McKee, 2002

- 34% der gesamten GKV-Leistungsausgaben sind 2017 für Krankenhausversorgung entstanden (zum Vergleich: je 17% für Arzneimittel und für ambulante Versorgung)
- Beschäftigung (2017): ca. 1,2 Mio. Menschen
- Knapp 1.950 Krankenhäuser mit knapp 500.000 aufgestellten Betten (6 Betten/ 1000 Einwohner)
- ca. 19,5 Mio. Krankenhaufälle pro Jahr (ca. 24/ 100 Einw.), durchschnittliche Verweildauer von 7,3 Tagen
→ 1,75 Bettentage pro Einwohner

Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Fachserie 12, Reihe 6.1.1
Grunddaten der Krankenhäuser 2016 und 2017
GKV-Spitzenverband (2017): GKV-Kennzahlen.
<https://www.gkv-spitzenverband.de>

- versorgt eine Bevölkerung von 42.000 Personen
- hat 255 Betten, von denen im Schnitt 200 belegt sind
- beschäftigt rund 640 Personen (460 VZÄ → 2,3/ belegtes Bett),
davon 95 Ärzte (83 VZÄ → 0,4/ bel. Bett) und
225 Krankenschwestern/-pfleger (170 VZÄ → 0,85/ bel. Bett)
- versorgt knapp 10.000 stationäre Fälle, d.h. 39/ Bett und Jahr
(→ bei 7,3 Tagen Verweildauer ist jedes Bett 285 Tage belegt)
- erzielt einen jährlichen Umsatz von rund €45 Mio.
→ >€175.000/ Bett oder €4.500/ Fall
(zzgl. € 1,5 Mio. = 4% Investitionsmittel)

Inanspruchnahme stationärer Versorgung



Quelle: DKG Foliensatz Krankenhausstatistik 2017

- **Sozialgesetzbuch V (SGB V)**
- **Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)** (seit 1972; dient der **wirtschaftlichen Sicherung** der Krankenhäuser und, regelt die Investitionsförderung aber auch Grundsätze der Vergütung)
- **Fallpauschalengesetz (FPG; 2002)** mit Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG, seit 2003/04; **regelt die Vergütung** der vollstationären und teilstationären Leistungen der zugelassenen Krankenhäuser)
- **Bundespflugesatzverordnung (BPflV)** war bis vor kurzem nur für psychiatrische Krankenhäuser relevant (aber auch dies hat sich seit 2013 geändert)

- **Legaldefinition der Krankenhäuser nach § 107 Abs. 1 SGB V:**

„Einrichtungen, die

- 1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,*
- 2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,*
- 3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen*
- 4. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.“*

- **Abgrenzung von Vorsorge und Reha–Einrichtungen (§107 Abs. 2 SGB V) wichtig, da insbesondere Unterschiede hinsichtlich Finanzierung und Vergütung**

- **Allgemeine** Krankenhäuser verfügen über Betten in vollstationären Fachabteilungen (wobei die Betten nicht ausschließlich für psychiatrische und neurologische Patienten vorgehalten werden).
- **Sonstige** Krankenhäuser sind solche, die
 - (a) ausschließlich über psychiatrische oder psychiatrische und neurologische Betten verfügen sowie
 - (b) reine Tages oder Nachtkliniken, in denen ausschließlich teilstationär behandelt wird.

- Das Statistische Bundesamt unterscheidet folgende Arten von Krankenhausträgern (es gibt keine gesetzliche Definition der Krankenhausträger):
 - **öffentliche Einrichtungen**, die von Gebietskörperschaften (Bund, Land, Bezirk, Kreis, Gemeinde) oder von Zusammenschlüssen solcher Körperschaften betrieben oder unterhalten werden,
 - **freigemeinnützige Einrichtungen**, die von Trägern der kirchlichen und freien Wohlfahrtspflege, Kirchengemeinden, Stiftungen oder Vereinen unterhalten werden,
 - **private Einrichtungen**, die als gewerbliche Unternehmen einer Konzession nach § 30 Gewerbeordnung bedürfen.
- „wirtschaftliche Sicherung“ erfolgt nach §1 Abs. 2 KHG trägerunabhängig

	öffentlich		freigemeinnützig		privat		gesamt
	Betten (Anzahl in 1000)	% aller Betten	Betten (Anzahl in 1000)	% aller Betten	Betten (Anzahl in 1000)	% aller Betten	Betten (Anzahl in 1000)
1991	-	-	-	-	-	-	665,5
2002	298	54	201	37	49	9	547,3
2006	261	51	180	35	70	14	510,8
2010	244	49	173	34	85	17	502,7
2013	241	48	170	34	90	18	500,6
2014	240	47	169	33	91	18	500,6
2017	238	48	165	33	93	19	497,1
Veränderung (2002-2017)	-60 (-20%)		-36 (-18%)		+44 (+90%)	X 2	-50 (-9,1%)

*Größerer Marktanteil
der privaten KH zumeist
durch Übernahmen*

Allgemeine Krankenhäuser nach GKV-Status & Trägerschaft

(& Rechtsform innerhalb der öffentl. KHs)

→ 2 Logiken:

Anzahl Krankenhäuser (insg.): 1592
 Anzahl Betten (insg.): 450 453

	Öffentlich (29,4% der Kh)	Freigemein- nützig (34,1%)	Privat (36,5%)

davon
↓

- privatrechtlich (59,8%)
- öffentlich-rechtlich (40,1%)
 - unselbständig (15%)
 - selbständig (25,1%)

Quelle:
 Statistisches
 Bundesamt
 2018

Anteile im Jahr 2017

→ 2 Logiken:

Anzahl Krankenhäuser (insg.): 1592
 Anzahl Betten (insg.): 450 453

	Öffentlich (29,4% der Kh)	Freigemein- nützig (34,1%)	Privat (36,5%)
Hochschulkliniken (2% der KH / 10% der Betten)			
Plankrankenhäuser (83% der KH / 88% der Betten)			
Vertragskrankenhäuser (4% der KH / 1% der Betten)			
Ohne Vertrag mit GKV (11% der KH / <1% der Betten)			

davon
↓

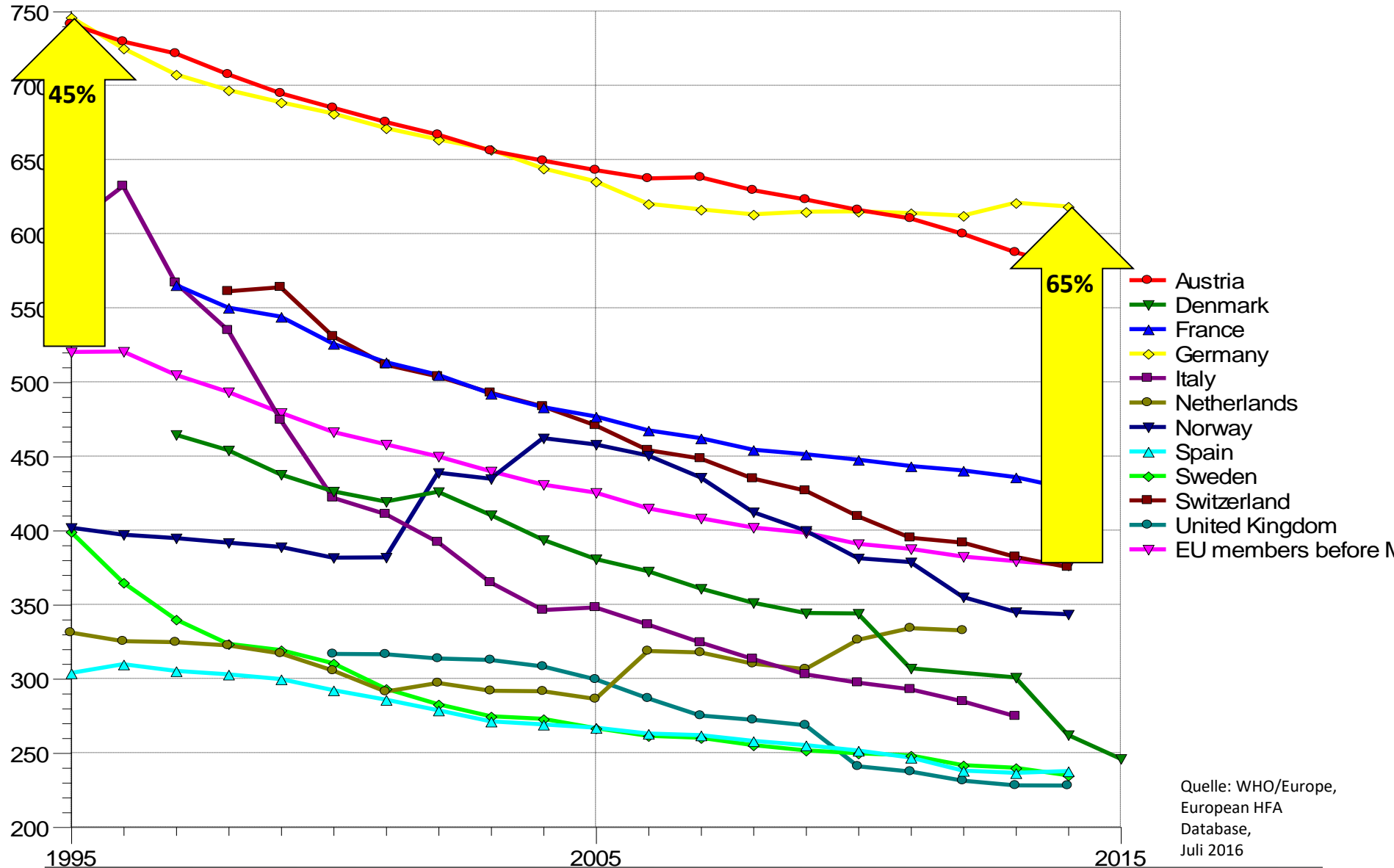
Anteile im Jahr 2017

- privatrechtlich (59,8%)
- öffentlich-rechtlich (40,1%)
 - unselbständig (15%)
 - selbständig (25,1%)

Quelle:
 Statistisches
 Bundesamt
 2018

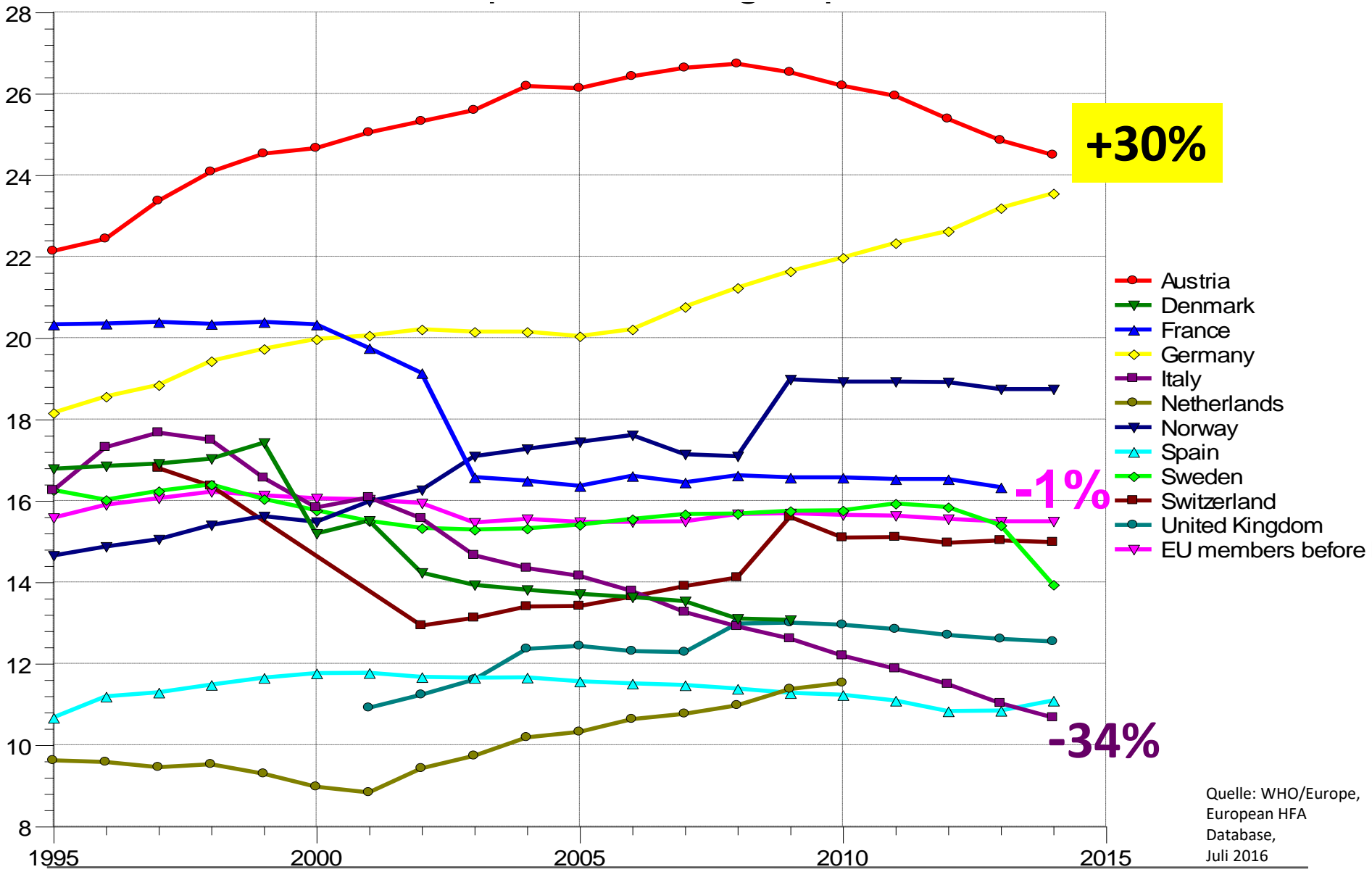
Krankenhaussektor in Deutschland:

trotz Bettenabbaus deutlich über EU-Schnitt



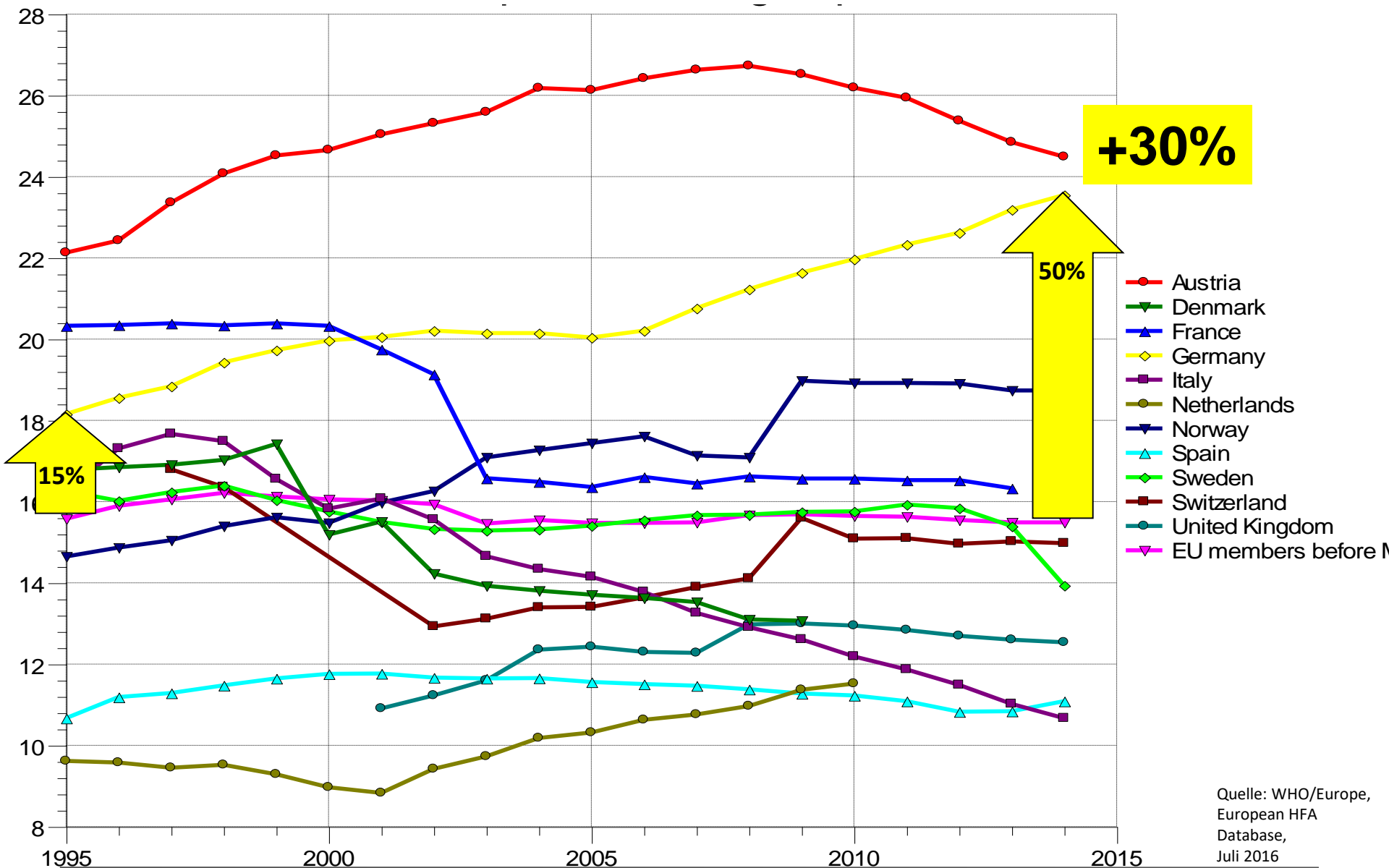
Quelle: WHO/Europe, European HFA Database, Juli 2016

Akute Krankenhausfälle/ 100 Einwohner



Quelle: WHO/Europe, European HFA Database, Juli 2016

Akute Krankenhausfälle/ 100 Einwohner



Wie sieht das ganz konkret in einem Jahr aus?

(am Beispiel einer Stadt mit 160.000 Einwohnern, z.B. Potsdam)

Deutschland

3,8 Krankenhäuser
mit je 255 Betten
= 980 Betten

38.000 Patienten
a 7,3 Tage
= 275.000 Bettentage

→ 39 Patienten/ Bett,
1,7 Tage/ Einwohner

1 Krankenhaus
mit 500 Betten
= 500 Betten

18.500 Patienten
a 6,4 Tage
= 120.000 Bettentage

→ 37 Patienten/ Bett,
0,7 Tage/ Einwohner

Niederlande

Norwegen

2 Krankenhäuser
mit 270 Betten
= 540 Betten

30.000 Patienten
a 5,5 Tage
= 165.000 Bettentage

→ 56 Patienten/ Bett,
1,0 Tage/ Einwohner

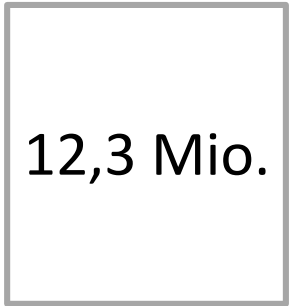
Wie kommen die (vielen) Patienten in's Krankenhaus?

2009

Notfälle: 24,9 Mio.



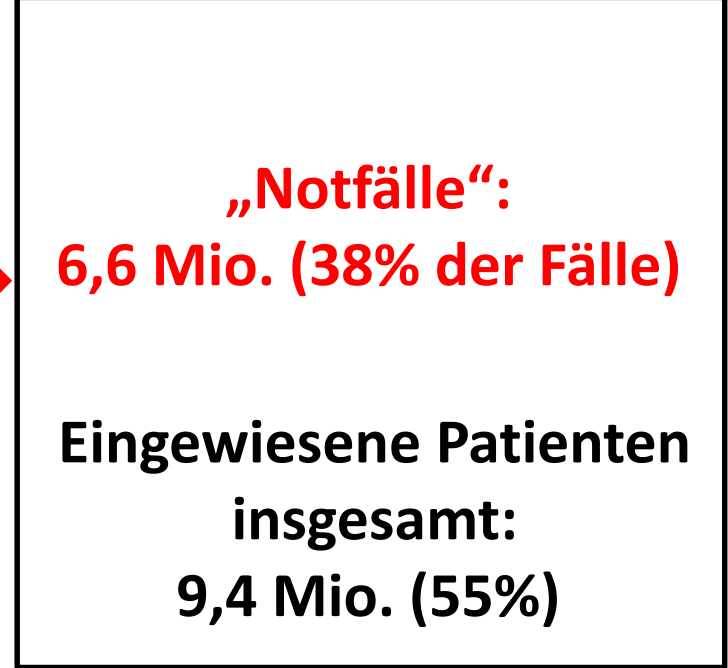
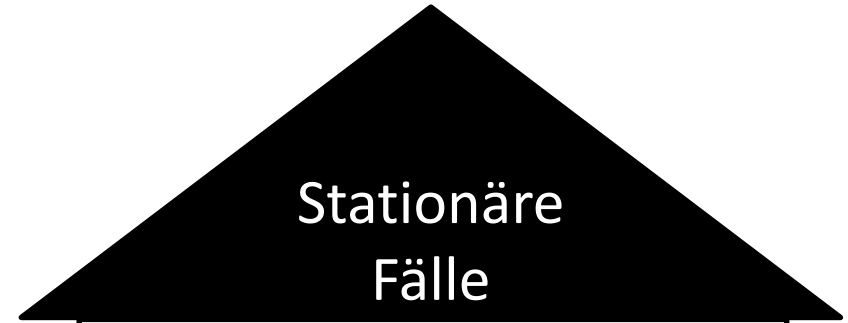
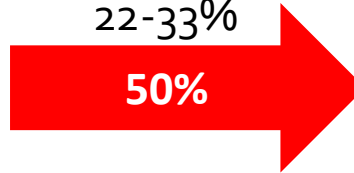
**KV-
NOTDIENST**



**NOT-
AUFNAHME**



In anderen
Ländern
22-33%



Nach Hause: 18,3 Mio.

* Entspricht für jedes der ca. 1100 Krankenhäusern mit Notaufnahmen pro Krankenhaus im Schnitt 30 pro Tag

Wie kommen die (vielen) Patienten in's Krankenhaus?

2015

Notfälle: 27,4 Mio.

+10%

Veränderung zu 2009



**KV-
NOTDIENST**

10,5 Mio.

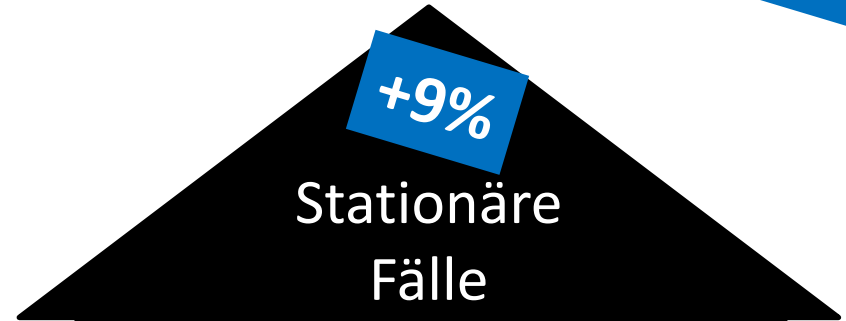
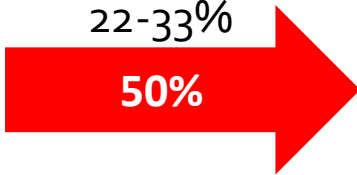
-15%

**NOT-
AUFNAHME**

16,9 Mio.*

+34%

In anderen
Ländern
22-33%



+9%

**Stationäre
Fälle**

+27%

**„Notfälle“:
8,5 Mio. (45% der Fälle)**

**Eingewiesene Patienten
insgesamt:
8,9 Mio. (47%)**

-5%



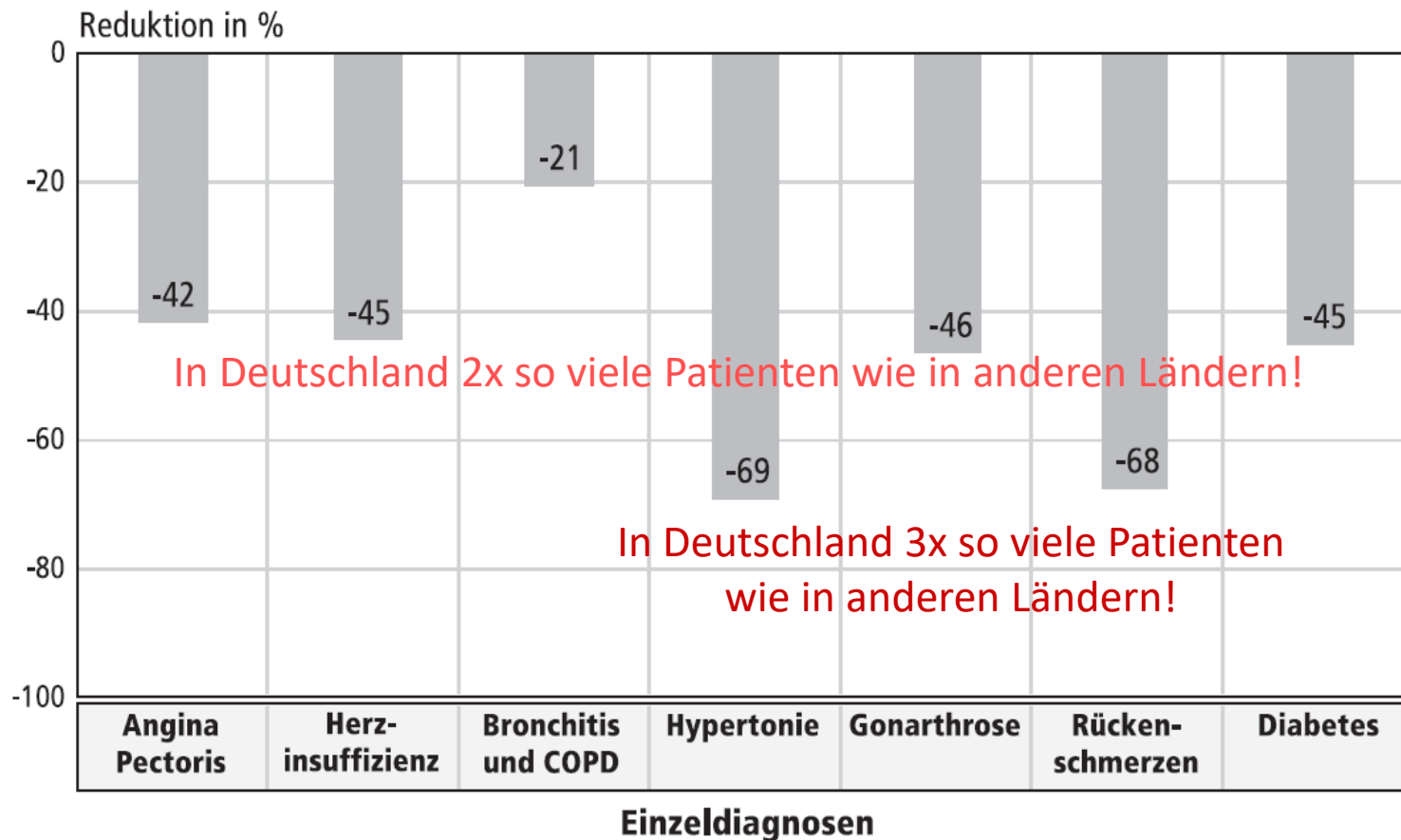
Nach Hause: 18,9 Mio.

+3%

* Entspricht für jedes der ca. 1100 Krankenhäusern mit Notaufnahmen pro Krankenhaus im Schnitt 40 pro Tag

Was für Diagnosen haben die (vielen) Patienten?

Mögliche Fallzahlreduktion in Deutschland bei Angleichung an den EU-Mittelwert (voll)stationärer Fälle



Quelle: Busse und Berger nach WHO 2017

Krankenhaus-Report 2018

WHO

Busse R, Berger E (2018): vom planerischen Bestandschutz zum bedarfsorientierten Krankenhausangebot? In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg.) Krankenhausreport 2018: Schwerpunkt Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit. Stuttgart: Schattauer, S.149-170

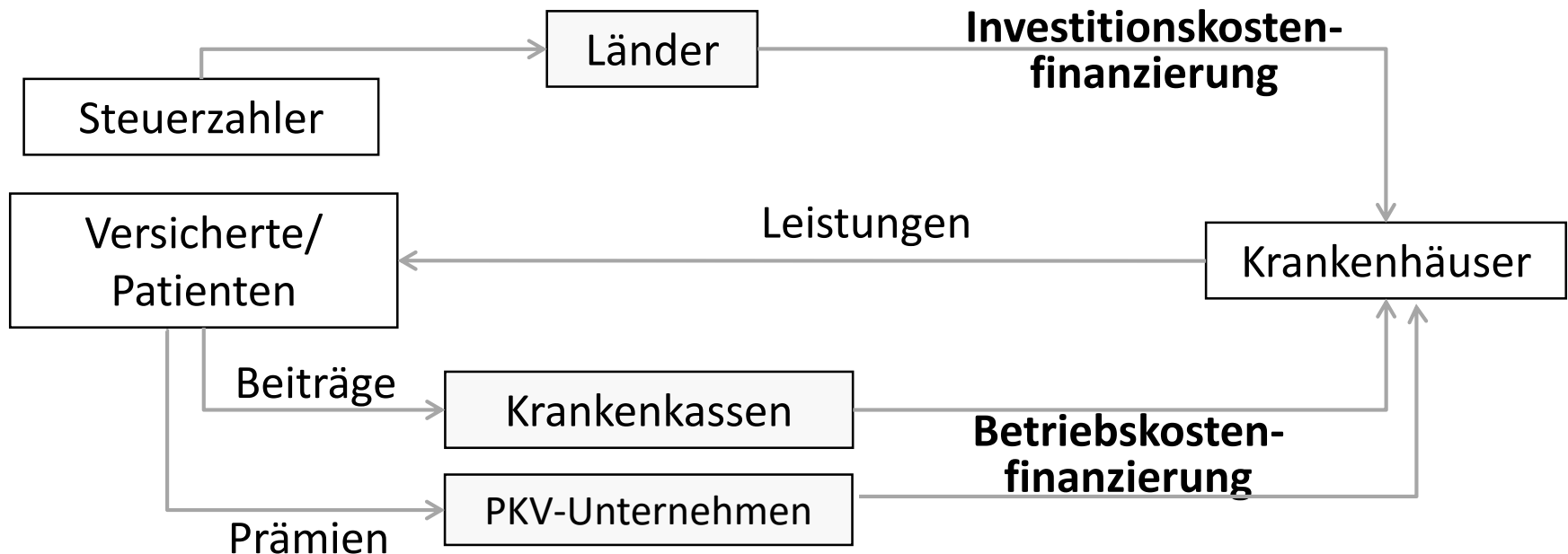
Finanzierung und Vergütung

a) Systematik der Krankenhausfinanzierung

b) Investitionsfinanzierung

c) Leistungsvergütung (*vgl. vorletzte Woche*)

Seit 1972 dualer Charakter der Krankenhausfinanzierung durch:
Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG)



Abgrenzung erforderlich, welche Kosten von den Ländern und welche von der GKV & PKV übernommen werden → Abgrenzungsverordnung (AbgrV)

Quelle: vgl. Keun/Prott 2006

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

- Im Krankenhausplan werden die bedarfsnotwendigen Krankenhäuser bestimmt:
 - Orientierung an Zahl und Art der Krankenhausbetten,
 - „analytische“ Bettenermittlung nach Bevölkerungszahl, Verweildauer, Krankenhaushäufigkeit und Bettenauslastungsgrad
- **Problem**: der künftige Bedarf kann von staatlicher Seite her nicht adäquat bestimmt werden
- sehr unterschiedliche Detailtiefe der Krankenhausplanung
- Bsp. für detaillierte Planung: Berliner Krankenhausplan 2016
 - <http://www.berlin.de/sen/gesundheit/themen/stationaere-versorgung/krankenhausplan/>
 - www.berlin.de/sen/.../grundzuge_des_krankenhausplans_2016.pdf

- Der sog. **Feststellungsbescheid** ist ein Versorgungsauftrag bzw. quasi ein Versicherungsvertrag mit den Krankenkassen:

- enthält eine Auflistung der Fachgebiete
- die zu betreibende Bettenzahl
- die Großgeräteausstattung
- Teilnahme an der Not- und Unfallversorgung

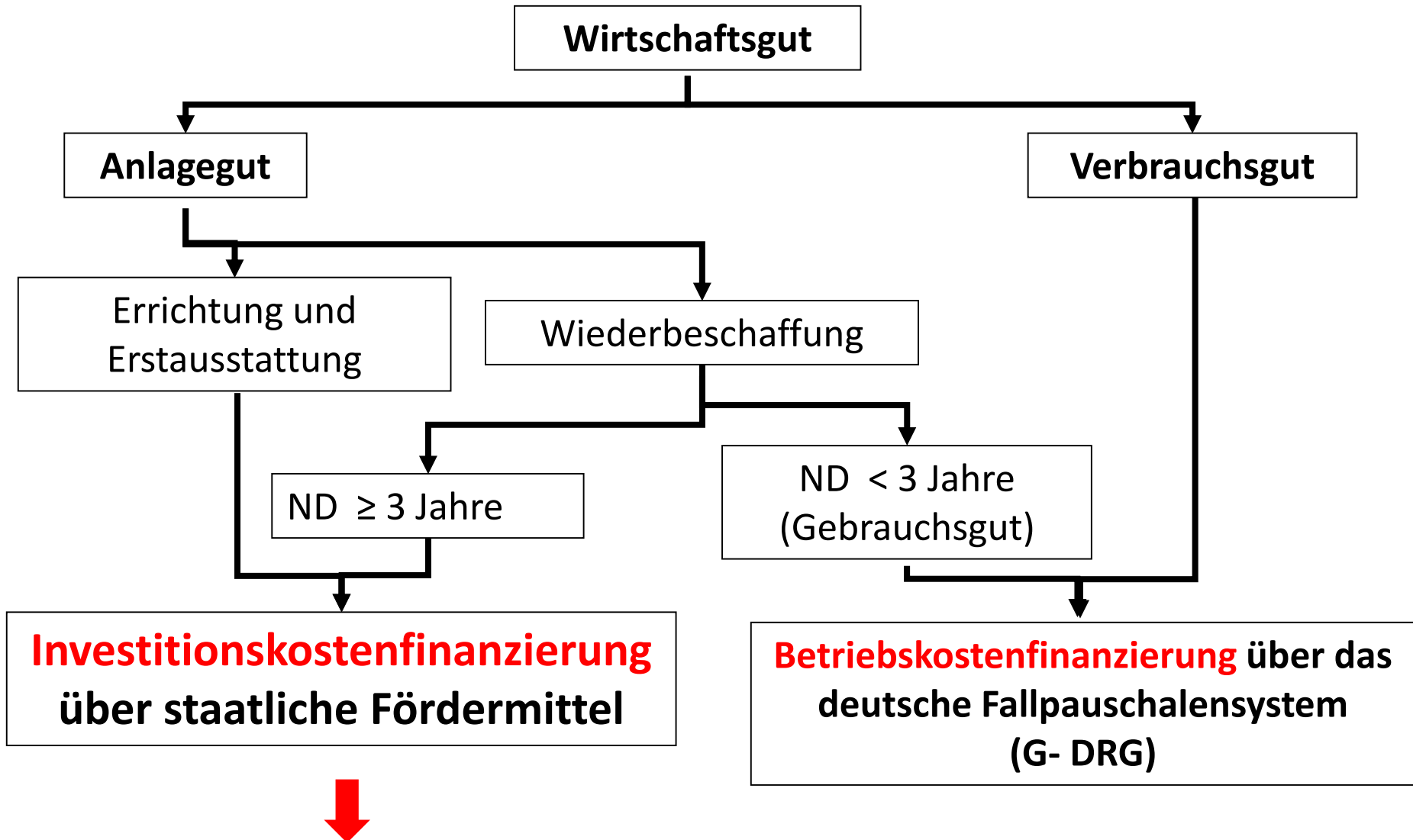
→ „Staatliche Angebotsplanung“

da grundsätzlich nur die Leistungen abgerechnet werden können, die im Rahmen des Versorgungsauftrags erbracht wurden (Ausnahme Notfälle!)

a) Systematik der Krankenhausfinanzierung

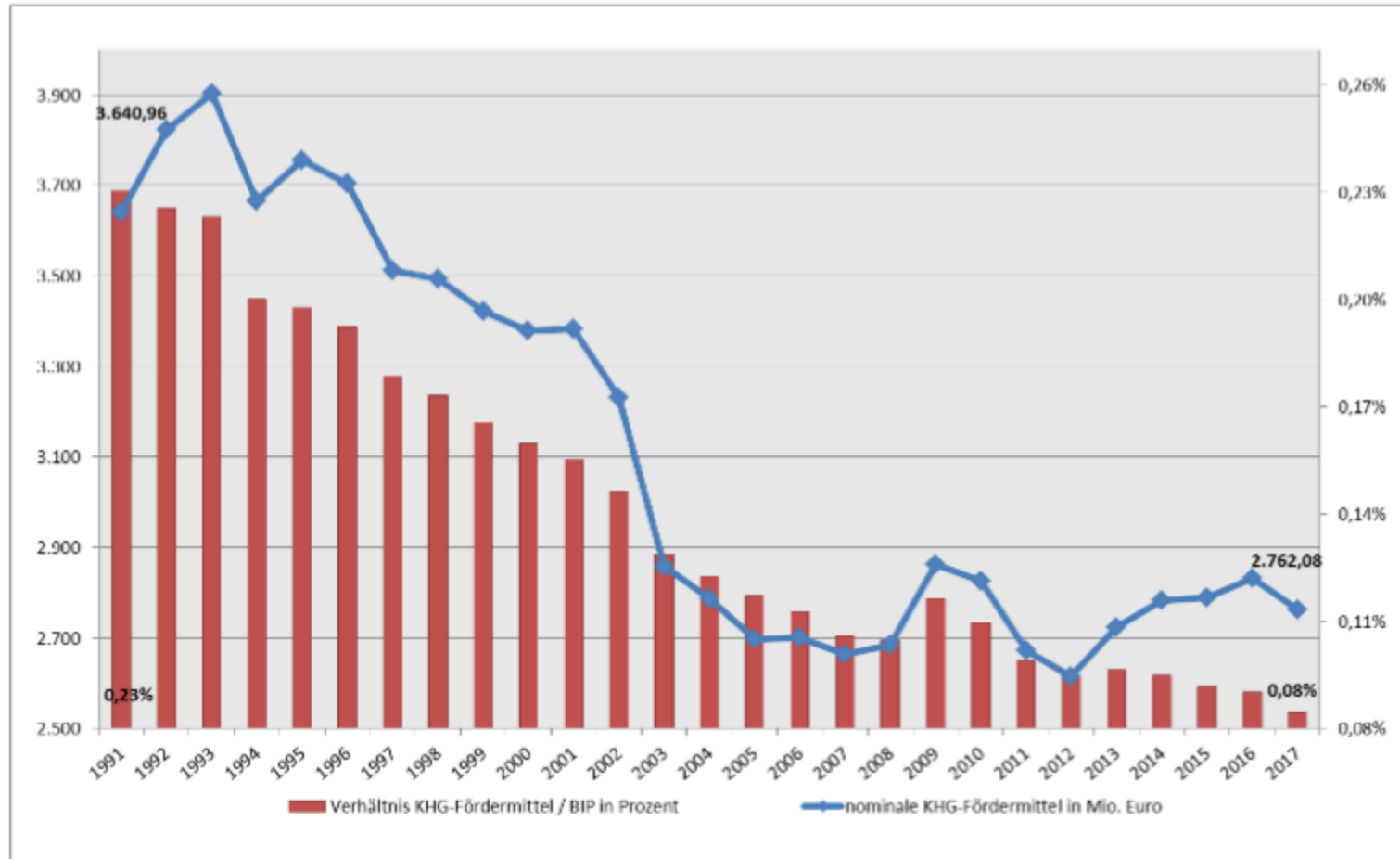
b) Investitionsfinanzierung

c) Leistungsvergütung (*vgl. vorletzte Woche*)



Quelle: KHG/ Abgrenzungsverordnung/ Tuschen/Trefz 2004

Abbildung 4.1: Entwicklung der nominalen KHG-Mittel²² in Mio. Euro und im Verhältnis zum BIP in Prozent von 1991 bis 2017



In den Haushaltsansätzen der neuen Bundesländer (einschließlich Berlin) sind in den Jahren 1995 bis 2014 jeweils die Investitionszuschläge gemäß Art. 14 GSG enthalten.

Quelle: DKG Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2018