

Reform der Krankenhausfinanzierung und der Krankenhausplanung – ein Blick in die Zukunft



Armin Grau, MdB





**BÜNDNIS 90
DIE GRÜNEN**
BUNDESTAGSFRAKTION

PROF. DR. ARMIN GRAU
GESUNDHEITS- UND SOZIALPOLITIKER
BERICHTERSTATTER FÜR KRANKENHAUS, AMBULANTE
VERSORGUNG UND SEKTORÜBERGREIFENDE VERSORGUNG
NEUROLOGE
AUTOR

Ausgangslage & Lösungsansätze der Ampel



Die Pandemie hat gezeigt, dass wir ein gutes Gesundheitssystem haben, aber auch die strukturellen Probleme verdeutlicht.

Was wir jetzt brauchen:

- gute Koordination und Integration der Gesundheitsversorgung
- Ausbau der Vernetzung und Zusammenarbeit
- Effizienter Einsatz knapper personeller und monetärer Ressourcen
- regionale Verankerung
- Patientenbedürfnisse und Prävention müssen im Vordergrund stehen

Grundfrage: Haben wir den Menschen aus dem Auge verloren ?



- Vorwürfe der letzten Jahre:
 - Profitorientierung, „Gesundheitswirtschaft“
 - „Kostenexplosion“, „Lohnnebenkosten“
 - Hohe Ausgaben, mäßiger Erfolg
 - Viel Technik, wenig Gespräch
 - Viel Intervention, wenig Prävention
 - Zwei-Klassen-Medizin
 - Ausnutzen von Berufsgruppen, v.a. Pflege
 - fehlende Zusammenarbeit und Strukturen
 - fehlende Investitionen (IT, Krankenhäuser)
 -
- Stimmt das (alles)?



Ausgangslage & Lösungsansätze der Ampel



- Wirtschaftlicher Druck = Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern häufig in Konfliktsituationen zwischen der Wahrnehmung der Interessen der Patient*innen und den wirtschaftlichen Interessen ihrer Arbeitgeber.
- Grüne mit Ampel-Partnern wollen ein auf Vorsorge ausgerichtetes Gesundheitswesen in Deutschland
- Im ersten Schritt sollen die unterfinanzierten Fächer Geburtshilfe, Pädiatrie und Notfallversorgung angegangen werden: Beratungen laufen, eine auskömmliche Finanzierung soll zeitnah angeschoben werden

Status quo der Finanzierung und Strukturplanung von KH in Deutschland



- Pandemie hat die ohnehin angespannte wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser zusätzlich verschärft:
- 2019 haben rund 30% der Kliniken Verluste gemacht.
- Für 2021 rechnen laut Krankenhaus-Barometer 60% der Krankenhäuser mit Verlusten.
- Häufige Kritik an akt. KH-Finanzierung:
Fehlanreize hin zu Fallzahlsteigerungen und Orientierung an besonders lukrativen Leistungen



Koalitionsvertrag



Krankenhausplanung und -finanzierung

„Mit einem Bund-Länder-Pakt bringen wir die nötigen Reformen für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung auf den Weg bringen“.

- eine **Regierungskommission** wird hierzu Empfehlungen & Leitplanken vorlegen
- Ziel: eine auf **Leistungsgruppen und Versorgungsstufen** basierende und sich an Kriterien wie der **Erreichbarkeit und der demographischen Entwicklung** orientierende **Krankenhausplanung** erarbeiten.

Koalitionsvertrag



Krankenhausplanung und -finanzierung

Regierungskommission:

- wie im Ampel-Koalitionsvertrag vorgesehen wurde kürzlich eine Regierungskommission durch das BMG einberufen
- setzt sich aus einem 16 köpfigen interdisziplinären Team zusammen
- soll rasch und mit hoher wissenschaftlicher Expertise Anregungen für entsprechende Reformen ausarbeiten
- im Austausch mit den Spitzenorganisationen aus der Praxis

Koalitionsvertrag



Krankenhausplanung und -finanzierung

- Erarbeitung von Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der **Krankenhausfinanzierung**
- Ergänzung des bisherigen Systems um ein nach **Versorgungsstufen** (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Uniklinika) differenziertes System mit erlösunabhängigen **Vorhaltepauschalen**.
- **Kurzfristig** sorgen wir für eine bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für die **Pädiatrie, Notfallversorgung und Geburtshilfe**.

Hintergrund I



- Investitionskostenfinanzierung durch Länder: 3 - 4 Mrd. € Defizit/J.
- Querfinanzierung aus Einnahmen der Betriebskosten (DRGs)
- Fallpauschalensystem: nahezu gesamte Betriebskostenvergütung
- Stärken: Transparenz
- Kritik: 1) Fehlanreize hin zu Fallzahlsteigerung, Up-Coding, „lukrativen“ (operative/ interventionelle) Leistungen
 - 2) keine separate Vergütung v. Vorhaltekosten
 - 3) Ein-Haus-Ansatz
 - 3) IST-Kostenansatz, keine Normen
 - 4) „Cash cows“ versus „benachteiligte Fächer“ (Pädiatrie,...)
 - 5) Keine Qualitätsaspekte in der Vergütung

DRG – System: Faktor „Zeit“



- „Zeit ist Geld“

Obere Grenzverweildauer

Mittlere Verweildauer

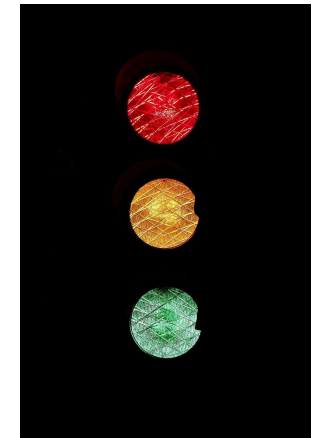
Untere Grenzverweildauer

Zuschläge (gering)

„Überlieger*in“

„Gute/r Patient*in“

Abschläge



Oft Ziel: „InEK“ – 5%. -> Hamsterrad-Effekt, Zeitdruck



Hintergrund II



- Hohe Zahl an Krankenhäusern (2019: 1914; 19,4 Mill. Pat., 115 Mrd. € Gesamtkosten der KH)
- Viele kleine Krankenhäuser (57% < 200 Betten); 1/3 kein CT
- Viele Betten (D.: 8,0 OECD: 4,7 /1000 E.)
- Viele Intensivbetten (D.: 33,9 OECD: 15,9 /100T. E.)
- Viele stat. KH-Behandlungen (D.: 255 OECD: 154/ 1000 E.)
- Hohe Zahl an Ärzt*innen/ Pflegekräften, aber niedrige Quotient Fachkräfte/ Pat.
- Starke regionale Heterogenität d. KH-Dichte (Über-/Unter-/Fehl.)
- Hohe Zahl stat. Behandlungen v. Diabetes mell., COPD, Herzinsuff.

• Zahlen von 2017

Hintergrund III



- Landeskrankenhausplanung nach Betten, nicht nach Leistungsbereichen
- Meist Fortschreibung des Status quo
- Bestandsschutz der KH (Eigentumsrecht)
- Wettbewerbs- und kartellrechtliche Einschränkungen
- Zu wenige regionale Absprachen (Konkurrenz statt Kooperation)
- Zu wenig „Spezialisierung“ (cave: auch Überspezialisierung)
- Getrennte Planung ambulant (KVen)- stationär (Länder)

→ **Strukurreform und Finanzierungsreform erforderlich**

Finanzierung - Überlegungen



- Vorhaltekosten (Personal-, Sachkosten) aus DRGs herausnehmen
- unterschiedliche Gewichtung der Strukturgruppen/ Regionen - Gesamtvorhaltekosten bleiben (zunächst) konstant (z.B. 2019)
- an einzelnen Pat. anfallende Kosten bleiben in der DRG
- Einführ. von Qualitätselementen (Struktur-, Prozess-; Ergebnis?)
- Normen für Personalbemessung. (PPR 2.0 für Pflege)
- Beschluss BÄK für eine Personalbemessung für Ärzt*innen
- Normative Elemente mit DRG-System verknüpfen
- Anreize für Ambulantisierung (Hybrid-DRGs)

Sektorengleiche Vergütung „Hybrid-DRG“



Koalitionsvertrag:

- „Um die Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen zu fördern, setzen wir zügig für geeignete Leistungen eine sektorengleiche Vergütung durch sogenannte Hybrid-DRG um“
- Ziel: Sektorengrenzen durchlässiger machen & Ambulantisierung vorantreiben
- Katalog/Definition von Leistungsbereichen mit sektorengleicher Pauschalvergütung und Qualitätsindikatoren
- Neue Preisstruktur jenseits von EBM und DRGs

Krankenhausstruktur/-planung



1. Zunehmende ambulante und teilstat. Versorgung am KH
2. Allmähliche Reduktion von Standorten + Betten, wo sinnvoll
3. Mittel- langfristiger Umbauprozess
4. Umbau kleiner KH -> Integrierten Gesundheitszentren (Pflege, INZ)
5. Hoher Finanzierungsbedarf für Um- und Neubauten
6. Vorhaltung von Kapazitäten für Sondersituationen (Finanzierung?)
7. Mehrgliedriges System der Krankenhäuser (2 – 4)

Krankenhausstruktur/-planung 2



8. Planungsgrundlagen: Leistungsbereiche statt Betten
Regionale Krankheitslast + Erreichbarkeit
Heimatnahe Versorgung v.a. geriatrischer Pat. als Ziel
9. Möglichst bald: Sektorübergreifende Planung
10. Strukturvorgaben (Mindestmengen) für Leistungsebenen
11. Netzwerkstrukturen, regionale Kooperation, auch in Ausbildung
keine strikte Orientierung an einzelnen Krankheiten/ Fächern
Telemedizinische Vernetzung
12. Enge Kooperation mit dem Rettungsdienst
13. Anpassung des Wettbewerbs- und Kartellrechts
14. Keine 24/7 Facharztpräsenz, keine strikten Mindestgrößen

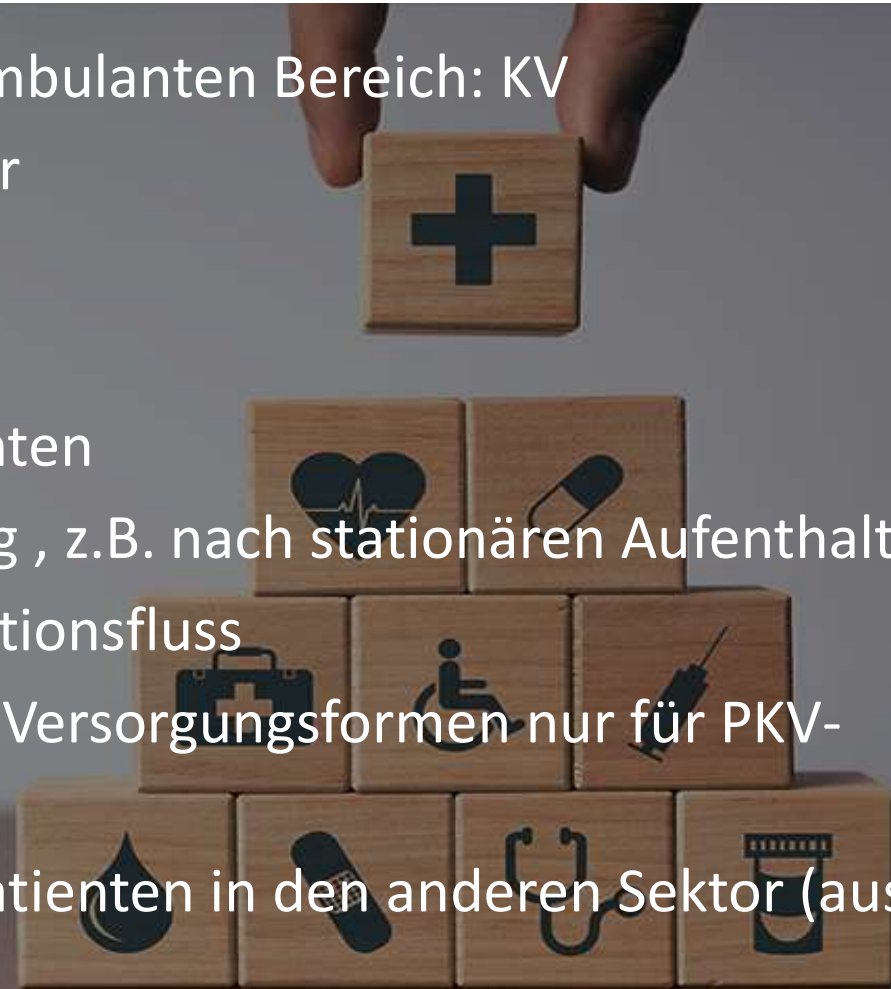
Sektorentrennung



Sicherstellungsauftrag für ambulanten Bereich: KV
Krankenhausplanung: Länder

Konsequenzen für die Patienten

1. Brüche in der Versorgung , z.B. nach stationären Aufenthalten
2. Unzureichender Informationsfluss
3. Zugänglichkeit einzelner Versorgungsformen nur für PKV-Versicherte
4. ein „Verschieben“ von Patienten in den anderen Sektor (aus Zeit- oder Budgetgründen)
5. Zu häufige stationäre Behandlung, nicht im Patienteninteresse



Abbau von Sektorengrenzen



- Kostenreduktion und Kosteneffizienz
- mehr Patientensicherheit
- mehr Patientenzufriedenheit
- Umfassendere Qualitätssicherung



Bevölkerungsbezogene Versorgungsverträge : Gesundheitsregionen



sektoren- /berufsgruppenübergreifende Kooperationen schaffen
Planung und Versorgung soll populationsorientiert stattfinden
wohnnah und niedrigschwellig, multiprofessionelle Versorgung
besonderer Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention
hierfür sollen kommunale Angebote und insbesondere Leistungen
des Öffentlichen Gesundheitsdiensts stärker in das regionale
Versorgungsnetz integriert werden

Zielorientierter Einsatz von Ressourcen

Gesundheitsnutzen und Patient*innenzufriedenheit verbessern

Digitalisierung



Krankenhauszukunftsgesetz: große Fortschritte in den Krankenhäusern

Klare Möglichkeiten zur Entlastung bei Ärzt*innen/ Pflegekräften,...

Notwendig: Digitale Vernetzung mit niedergelassenen Ärzt*innen

Digitalisierung – wichtiges Werkzeug für regionale Vernetzung

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!