

# Gliederung

1. Das deutsche Gesundheitssystem - ein Überblick
2. Gesetzliche und private Krankenversicherung
3. Die Rolle der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitssystem
4. Der Gemeinsame Bundesausschuss – Zusammensetzung, Arbeitsweise und Aufgaben
5. Ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung und deren Vergütung
- 6. Stationäre Versorgung und deren Vergütung**
7. Arznei-, Heil- und Hilfsmittel-Versorgung
8. Überblick: Reha – Pflege - Prävention

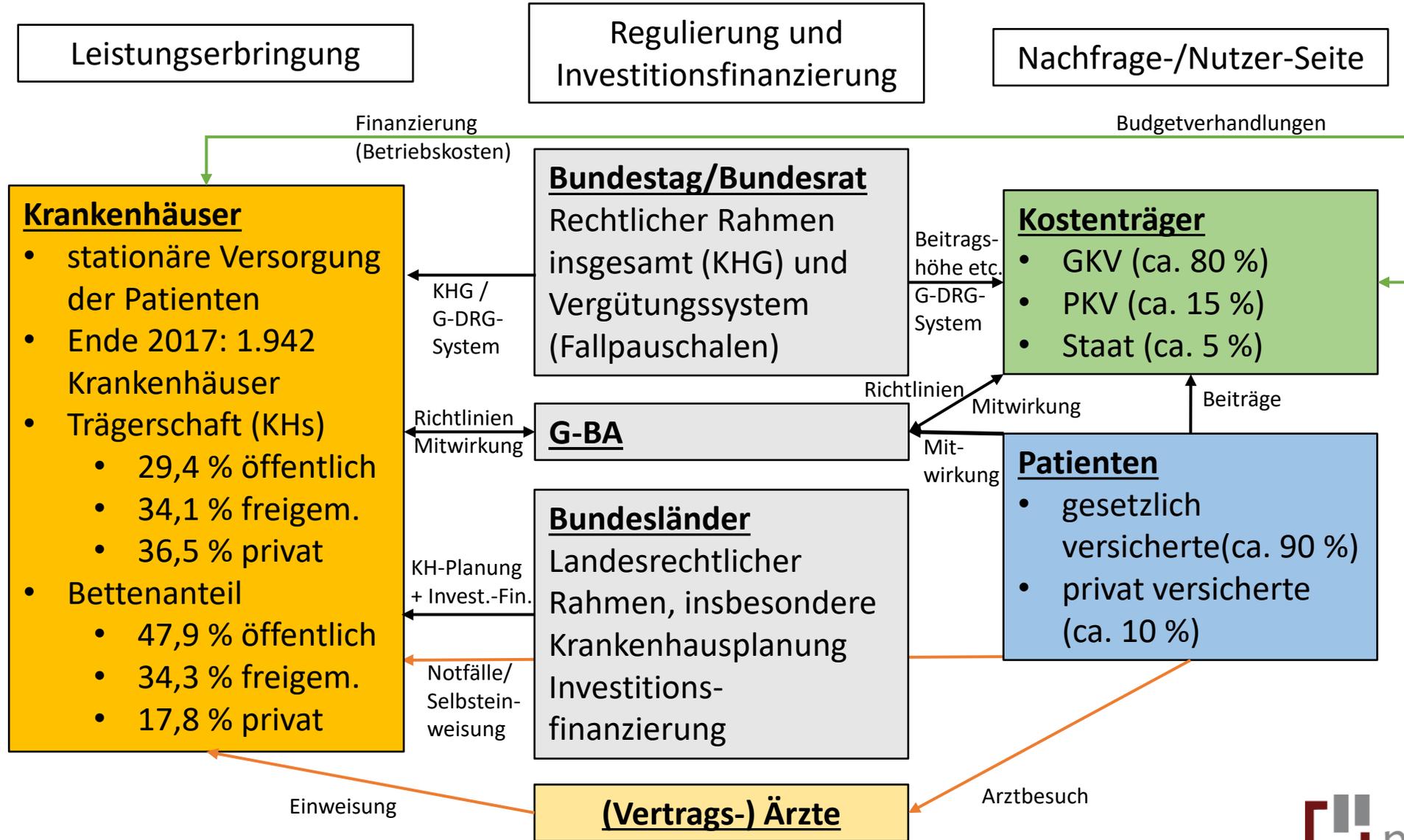
# Kapitel 6

## Stationäre Versorgung und deren Vergütung

# Stationäre Versorgung

- Unter „stationärer Versorgung“ wird die medizinische Versorgung in einem Krankenhaus einschließlich Unterbringung und Verpflegung verstanden
- Nach den Vorschriften des SGB V (§ 39 Abs. 1 Satz 1) umfasst die Krankenhausbehandlung ...
  - ... „im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind,...

# Systematik der Krankenhausversorgung



# Krankenhausplanung

- Die Krankenhausversorgung wird seit 1972 von den einzelnen Bundesländern verantwortlich geplant (Landes-Krankenhausplanung)
- Ziel: bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und wirtschaftlich selbstständigen Krankenhäusern
  - **Plankrankenhäuser** -> Sämtliche Krankenhäuser, die planmäßig zur Versorgung der Bevölkerung beitragen (rund 97 % aller KHS) werden in den Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes aufgenommen
  - Krankenhauspläne ordnen jedem Krankenhaus seine Kapazität in Form von Leistungsstrukturen, Fachabteilungen und Planbetten bzw. zunehmend in DRG-Fallzahlen und Qualitätsanforderungen zu.

# Krankenhausplanung

- Mitwirkung an Aufstellung der Krankenhauspläne: Landesausschuss bzw. die Landeskonferenz für Krankenhausplanung (Bezeichnungen variieren) mit
- Beteiligte: vor allem Landeskrankenhausgesellschaft, Landesverbände der Krankenkassen, PKV, KV, Ärztekammer, Patientenorganisationen
- **Universitätsklinika** -> nicht direkt Gegenstand der Krankenhausplanung, jedoch Teil der Versorgung
  - Zu den Aufgaben der Uniklinika gehört neben der Krankenversorgung auch die Forschung und Lehre (Ausbildung in der Medizin)

# Drei Versorgungsebenen

- Es gibt drei verschiedene Krankenhaus-Versorgungsebenen:
  - **Grund- und Regelversorgung**
    - ortsnahe Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen in der Allgemeinchirurgie, der inneren Medizin und der Frauenheilkunde/Geburtshilfe (meist kleinere Krankenhäuser)
  - **Schwerpunktversorgung**
    - Zusätzlich zur Grundversorgung weitere Spezialisierungen (Beispiele: Bauchchirurgie, Gefäßchirurgie, Unfallchirurgie, Subspezialitäten der inneren Medizin sowie kleine Fächer wie HNO, Augen und Urologie / Größenordnung 400-700 Betten / Zuständig für die Versorgung einer Bevölkerung von rund einer halben Million Einwohnern)

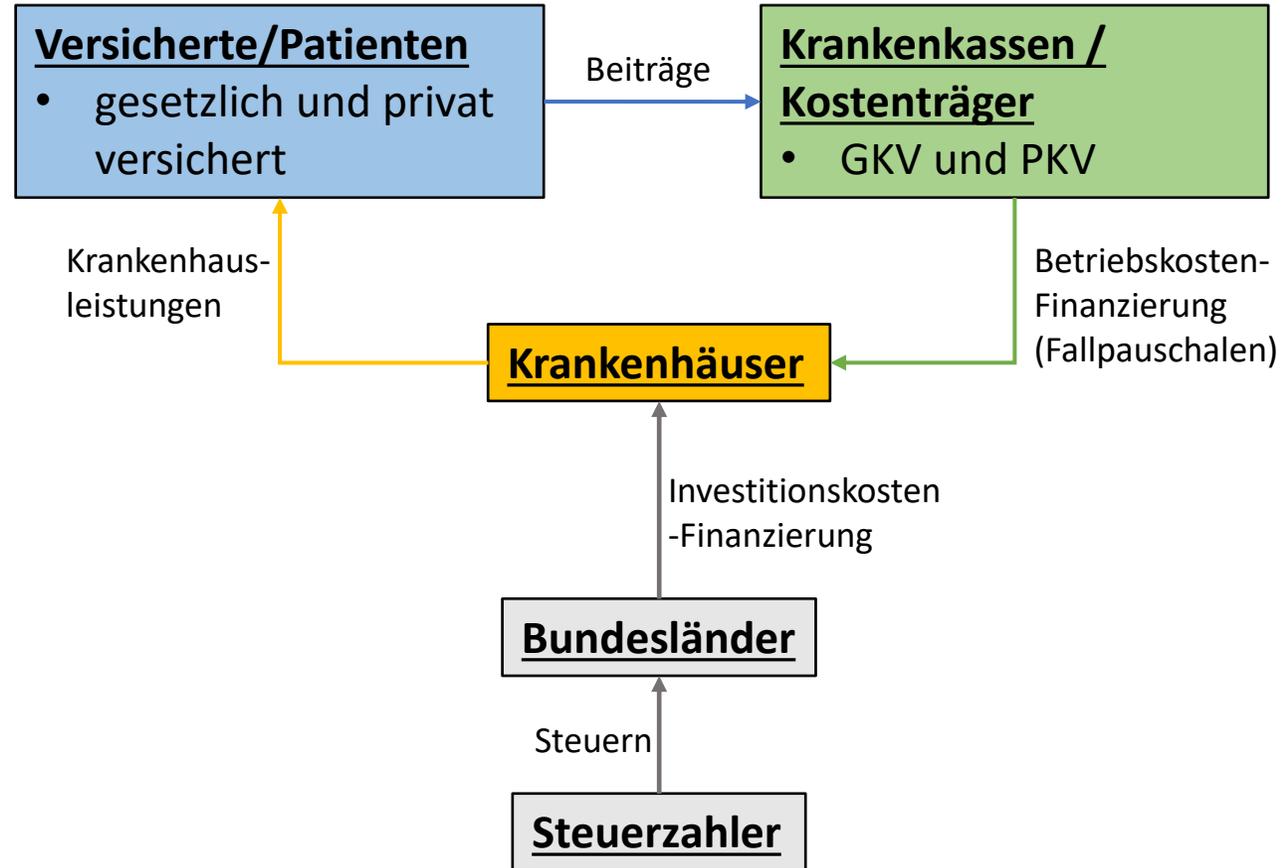
# Drei Versorgungsebenen

- **Maximalversorgung**
  - Deckt das gesamte stationäre Leistungsspektrum ab
  - Typischerweise gehören zu dieser Versorgungsebene Universitätskliniken
  - Aber auch etliche große Krankenhäuser in kommunaler und privater Trägerschaft gehören zur Maximalversorgung

# Krankenhausfinanzierung – Vorgabe

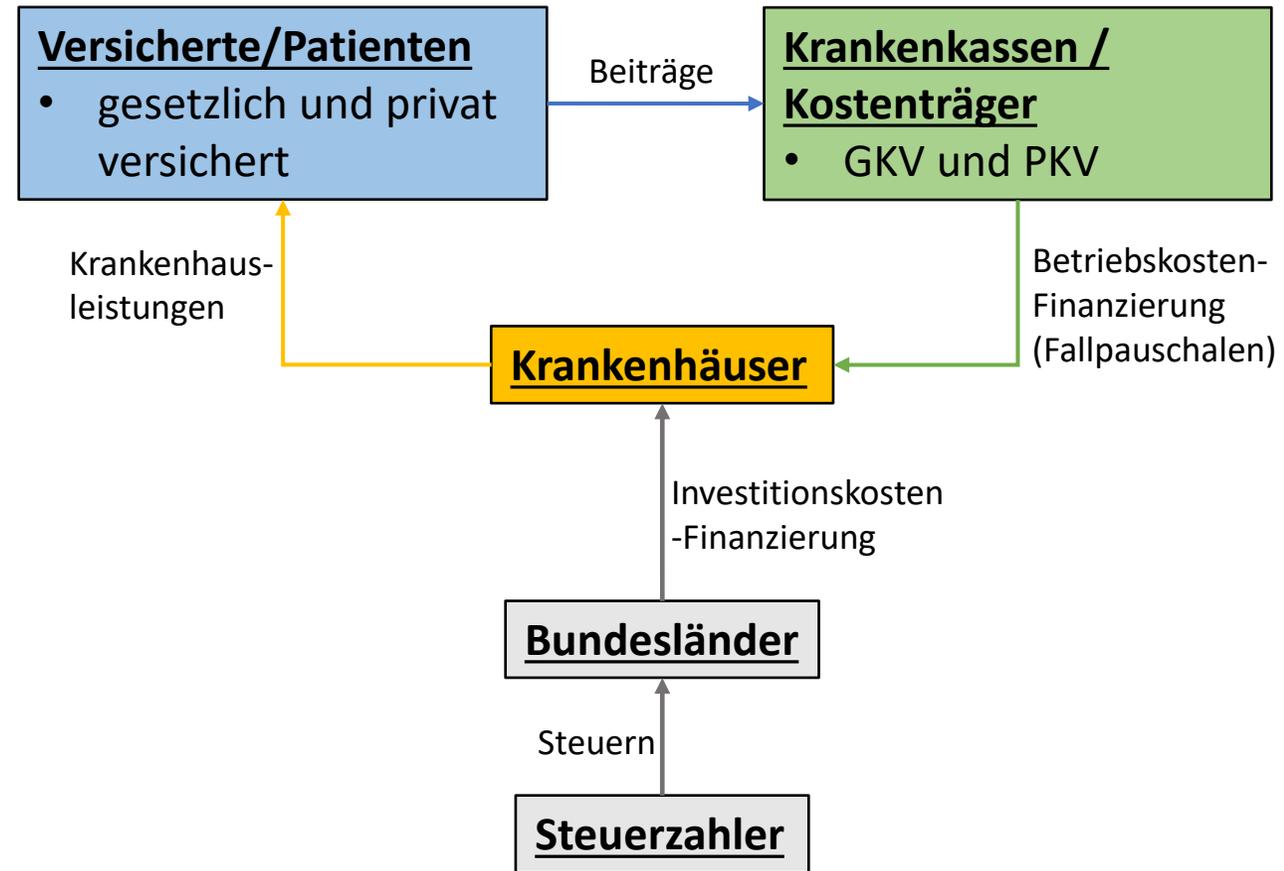
- Krankenhäuser werden laut gesetzlicher Vorgabe (KHG) dual finanziert (duale Krankenhausfinanzierung):
  - Betriebskosten werden über Fallpauschalen nach dem DRG-System von den Krankenkassen finanziert
  - Investitionskosten werden durch Investitionskosten-Zuschüsse bzw. zunehmend durch jährliche Investitionspauschalen (z.B. NRW, Brandenburg, Hessen) von den Bundesländern finanziert
- Gemäß Krankenhausfinanzierungsgesetz haben die Plankrankenhäuser einen Anspruch auf Finanzierung ihrer Investitionen aus Steuermitteln der Bundesländer
- Im Gegenzug sind Veränderungen der Kapazitäten nach Umfang oder Struktur nur über die jeweilige Planungs- und Förderbehörde des Bundeslandes möglich

# Prinzip der dualen KH-Finanzierung



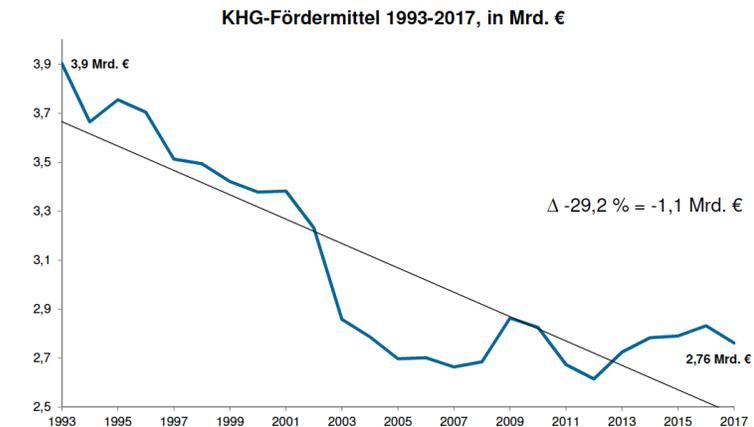
# Prinzip der dualen KH-Finanzierung

- Krankenhäuser werden dual finanziert (duale KH-Finanzierung gemäß KHG):
  - Betriebskosten werden über Fallpauschalen (G-DRG) von den Krankenkassen und der PKV finanziert
  - Investitionskosten werden durch Investitionskosten-Zuschüsse bzw. jährliche Investitionspauschalen (z.B. NRW, Brandenburg, Hessen) von den Bundesländern finanziert
- Gemäß KHG haben die Plankrankenhäuser einen Anspruch auf Finanzierung ihrer Investitionen aus Steuermitteln der Bundesländer
- Im Gegenzug sind Veränderungen der Kapazitäten nach Umfang oder Struktur nur über die jeweilige Planungs- und Förderbehörde des Bundeslandes möglich



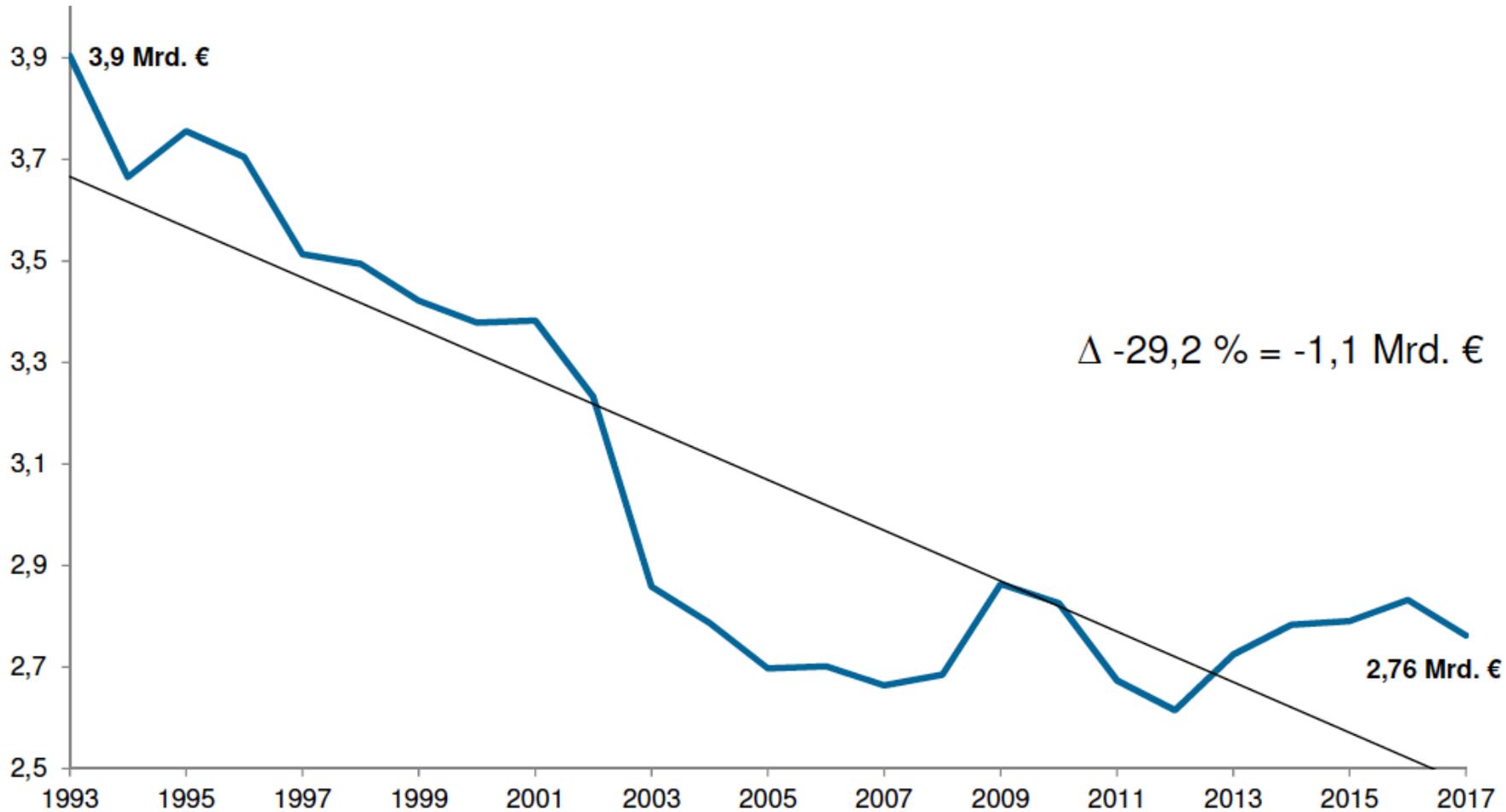
# Krankenhausfinanzierung – Realität

- Die Realität der Investitionskosten-Finanzierung der Krankenhäuser entspricht jedoch bereits seit längerem nicht mehr dem Idealbild der dualen Finanzierung
  - Die Höhe der Fördermittel liegt deutlich unter dem Bedarf
  - Zusätzlich gibt es Wartezeiten von bis zu zehn Jahren, bevor eine Bau- oder andere Investitionsmaßnahmen vom jeweiligen Bundesland (teil-) finanziert wird
  - Darüber hinaus wird die Finanzierung in nahezu allen Fällen nicht bei Bau- bzw. Investitionsbeginn, sondern erst später und in Raten gewährt
    - Dies führt dazu, dass die Krankenhäuser wichtige Bau- und Investitionsmaßnahmen zunehmend selbst finanzieren sowie Vor- bzw. Zwischenfinanzierung von Bau- und Investitionsmaßnahmen sicherstellen müssen



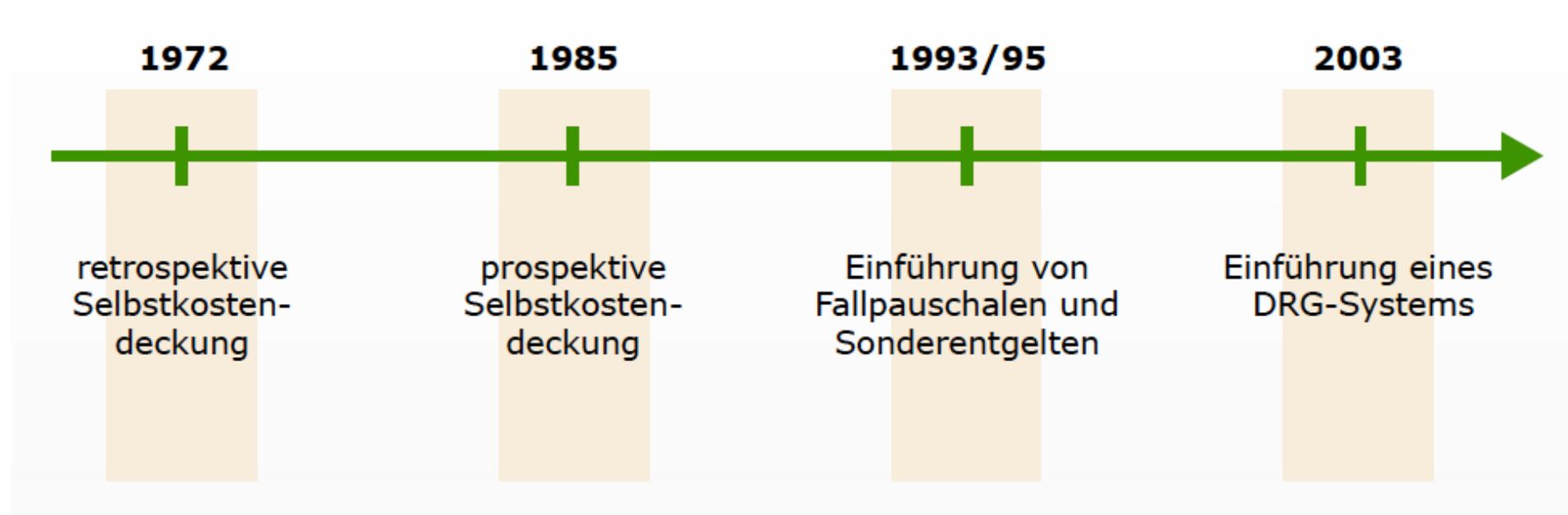
# Krankenhausfinanzierung - Realität

KHG-Fördermittel 1993-2017, in Mrd. €



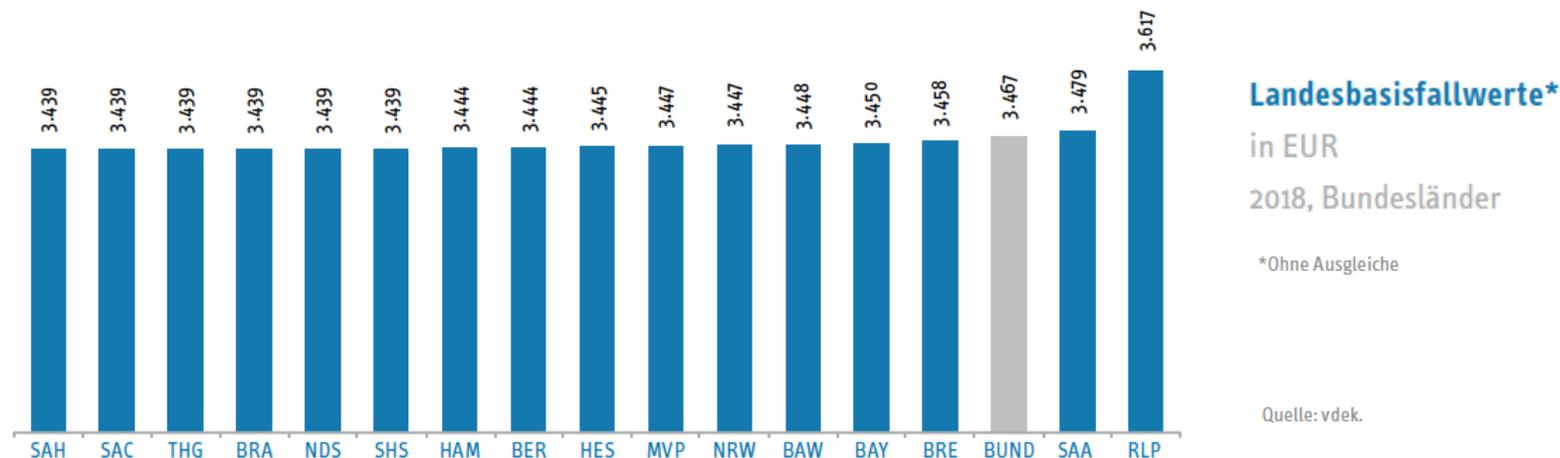
# Krankenhaus-Vergütungssysteme

## Systeme für Krankenhausvergütung seit 1972



# Krankenhaus-Vergütung: G-DRG

- Das deutsche DRG-System (G-DRG) wurde stufenweise ab 2003 als allgemein gültiges Vergütungssystem der somatischen KH-Behandlung auf der Basis **diagnose-orientierter Fallpauschalen** eingeführt
- Das deutsche G-DRG-System umfasst in der Version 2019 insgesamt 1.318 DRGs und 214 **Zusatzentgelte**
- Bestandteile des Fallpauschalensystems sind insbesondere der **Landesbasisfallwert** sowie der **Fallpauschalenkatalog** und die dazu gehörenden Kodierungs- und Abrechnungsbestimmungen.
- Für die Zuordnung von Behandlungsfällen zu einer DRG-Gruppe werden vom „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“ (InEK) geprüfte und zertifizierte **Groupier** verwendet



# Krankenhaus-Vergütung: G-DRG

- Um von der Einordnung eines Behandlungsfalles in eine DRG-Gruppe zu einem in Euro ausgedrückten Preis (Fallpauschale) für die damit verbundenen Leistungen zu kommen, sind noch Abrechnungsregeln und Bewertungsrelationen erforderlich.
- Das bedeutet, dass einer DRG-Gruppe ein bestimmtes DRG-Gewicht zugeordnet wird.
- Über die Vereinbarung oder Bestimmung eines Basisfallwertes, der die preisliche Bewertung eines durchschnittlichen DRG-Falles mit dem Schweregrad 1,0 angibt, kommt man dann zu einem Preis (Fallpauschale) für die Abrechnung der jeweiligen DRG zwischen Krankenhaus und Krankenkasse.

## Beispielrechnung zur DRG-Vergütung für medizinische Leistungen während der Geburt (Basiswert: 3.500 €)

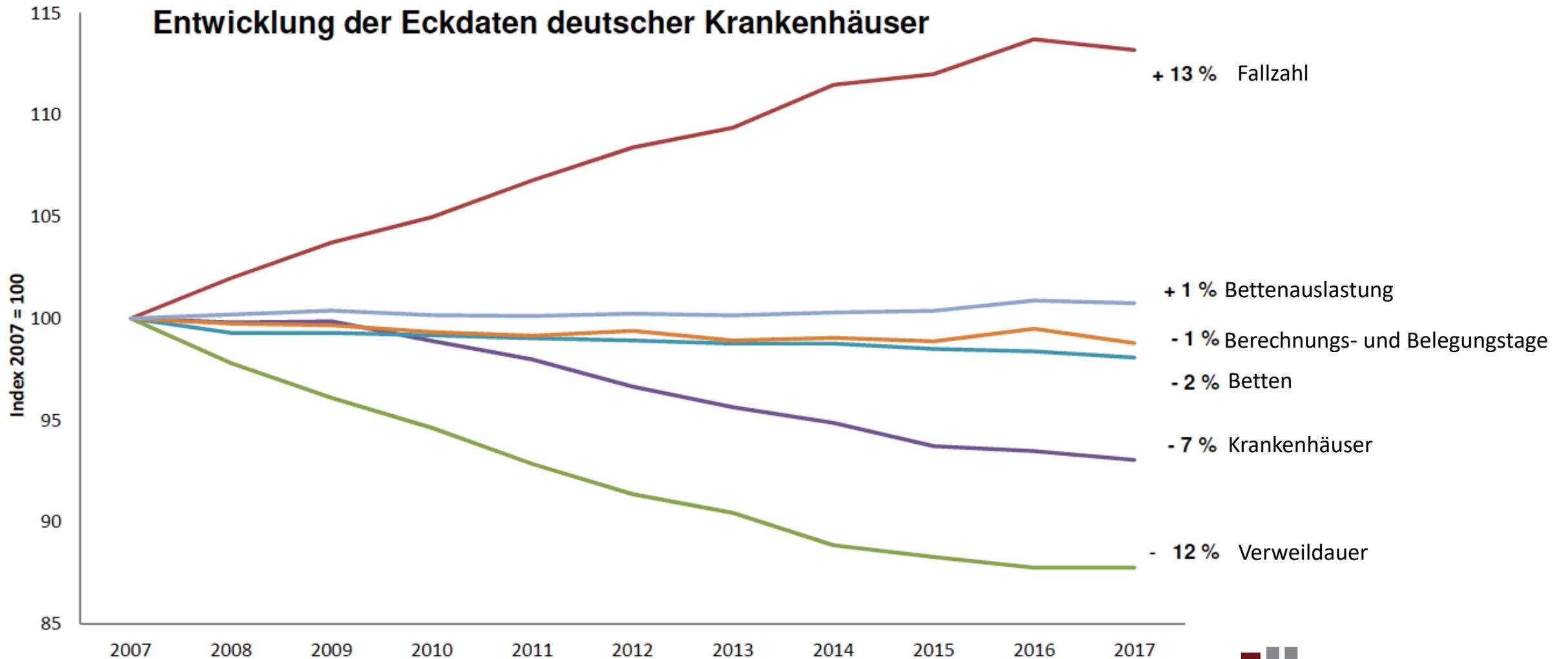


DRG	Bezeichnung	Relativgewicht	Vergütung Pro Fall
O01C	Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose	1,000	3.500,00 €
O60B	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose	0,683	2.390,50 €
O60C	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose	0,568	1.988,00 €

# Krankenhaus-Vergütung: Psychiatrie

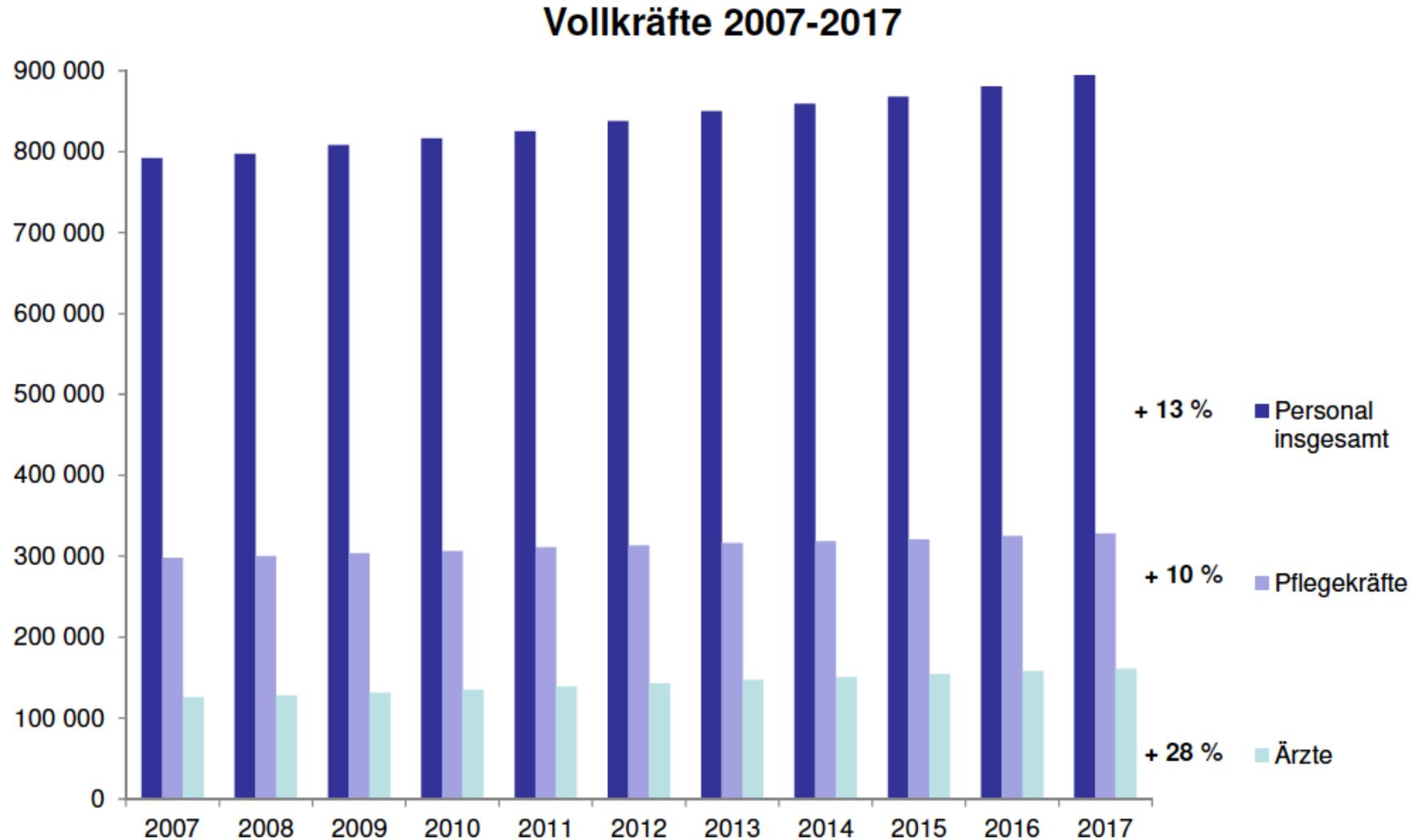
- Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
  - Anstelle der ursprünglich geplanten Einführung eines DRG-Systems auch in der Psychiatrie ist das Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Leistungen als Budgetsystem ausgestaltet worden
  - Die Leistungen aus dem Entgeltkatalog (PEPP) haben im Budgetsystem die Funktion von Abschlagszahlungen (statt der vorher geltenden tagesgleichen Pflegesätze)
  - Seit 2018 ist die Anwendung des Psych-Entgeltsystems verpflichtend
  - Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist gesetzlich mit der Festlegung von verbindlichen Mindestvorgaben zur Personalausstattung in der Psychiatrie beauftragt worden

# Krankenhaus-Kennzahlen 2007-2017



Quelle: Destatis/DKG

# Krankenhaus-Kennzahlen - Personal



# Krankenhäuser: Ambulante und teilstationäre Versorgung I

- Ambulante Versorgung im Krankenhaus
  - Ambulantes Operieren
  - ambulante spezialfachärztliche Versorgung
  - Behandlung seltener Erkrankungen und von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen
  - psychiatrische / geriatriische Institutsambulanzen
  - vor- und nachstationäre Behandlung

# Krankenhäuser: Ambulante und teilstationäre Versorgung II

- Teilstationäre Behandlung, insbesondere als
  - Psychiatrische Tagesklinik
  - Geriatrische Tagesklinik
  - Onkologische Tagesklinik
  - Diabetes-Tagesklinik
  - Kardiologische Tagesklinik
- Ziel: Vermeidung oder Verkürzung vollstationärer Behandlung
- Voraussetzung: vollstationäre Behandlung ist nicht erforderlich

# Krankenhäuser: Entwicklung ambulante und teilstationäre Versorgung

## Behandlungsformen in Krankenhäusern

Jahr	Behandlungsfälle <sup>1)</sup>				Ambulante Operationen
	vollstationär	teilstationär	vorstationär	nachstationär	
Anzahl					
2005	16 539 398	527 213	1 965 027	654 277	1 371 708
2006	16 832 883	623 657	2 266 670	703 488	1 513 716
2007	17 178 573	675 082	2 714 169	781 197	1 638 911
2008	17 519 579	702 649	2 991 986	820 371	1 758 305
2009	17 817 180	667 093	3 298 544	875 259	1 813 727
2010	18 032 903	673 080	3 510 861	905 602	1 854 125
2011	18 344 156	686 364	3 820 969	958 163	1 865 319
2012	18 620 442	734 263	4 092 333	988 307	1 867 934
2013	18 787 168	724 685	4 336 205	993 593	1 897 483
2014	19 148 626	743 561	4 581 160	1 031 277	1 953 727
2015	19 239 574	764 745	4 656 886	1 057 015	1 978 783
Vergleichsjahr	Veränderung in %				
2014	0,5	2,8	1,7	2,5	1,3
2005	16,3	45,1	137,0	61,6	44,3

<sup>1)</sup> Vor Inkrafttreten der 1. Novellierung der KHStatV wurde lediglich die Anzahl der aus teilstationärer Behandlung entlassenen Patientinnen und Patienten erhoben.

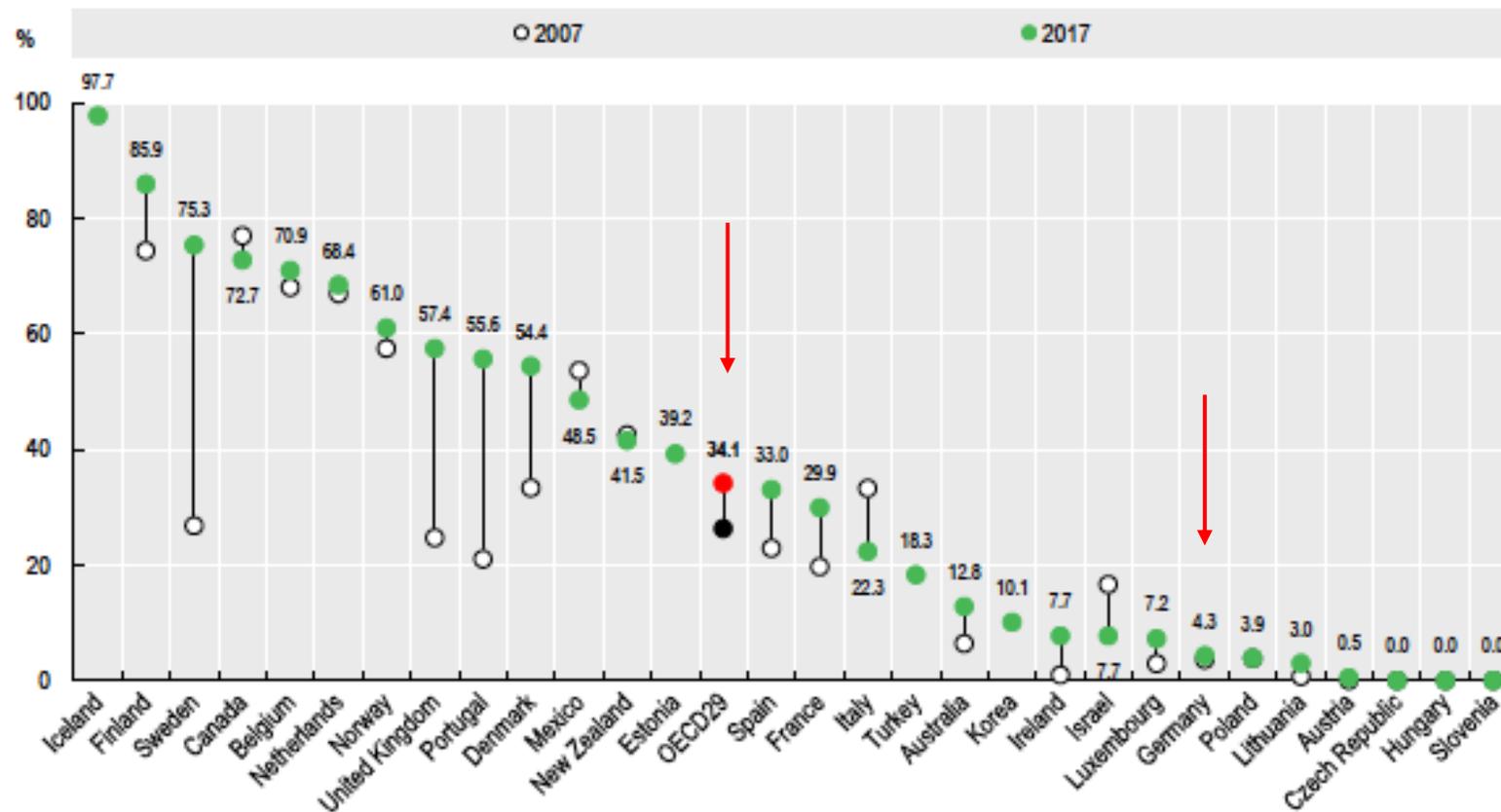
Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

# Krankenhäuser: Entwicklung ambulante und teilstationäre Versorgung

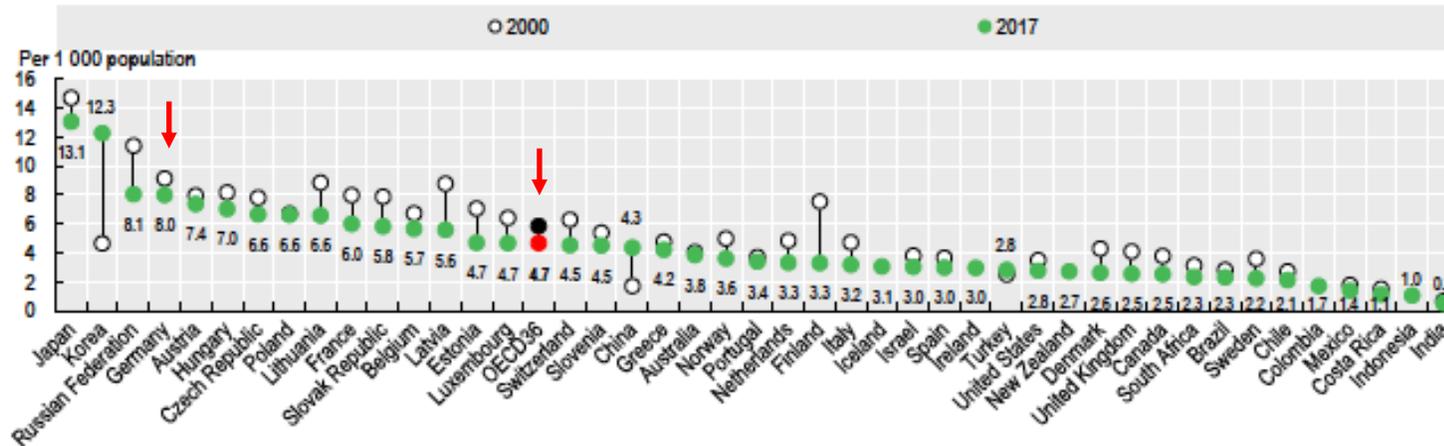
Figure 9.19. Share of tonsillectomy carried out as ambulatory cases, 2007 and 2017 (or nearest year)



In Deutschland wurden 2017 deutlich weniger ambulante Operationen im Krankenhaus durchgeführt als im OECD-Durchschnitt (4,3 ambulante Operationen im KH gegenüber 34,1 im OECD-Durchschnitt) Gegenüber 2007 gab es dabei in Deutschland kaum eine Zunahme

# Krankenhäuser: Internationaler Vergleich

Figure 9.6. Hospital beds, 2000 and 2017 (or nearest year)

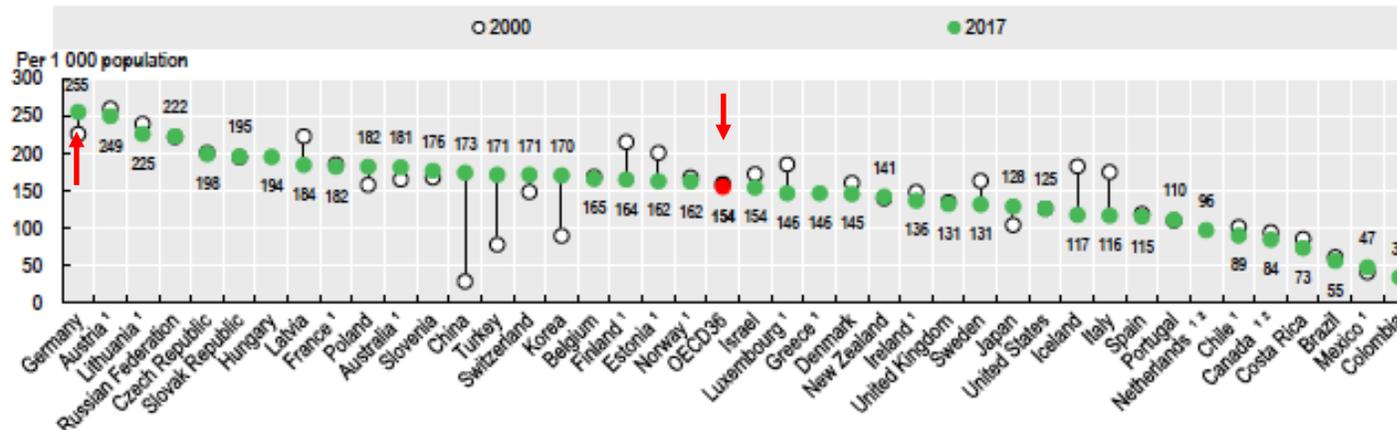


Deutschland verfügt über knapp doppelt so viele KH-Betten als der OECD-Durchschnitt (8,0 gegenüber 4,7 KH-Betten/1.000 Einwohnern)

Source: OECD Health Statistics 2019.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888934017728>

Figure 9.7. Hospital discharge rates, 2000 and 2017 (or nearest year)



In Deutschland werden rund 2/3 mehr Patienten stationär behandelt als im OECD-Durchschnitt (255 gegenüber 154 pro 1.000 Einwohnern)

1. Data exclude discharges of healthy babies born in hospital (3-10% of all discharges).

2. Data include discharges for curative (acute) care only.

Source: OECD Health Statistics 2019.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888934017747>