

# Intersektorale Planung: Reformen und Ausblick

## Krankenhausplanung

KBV-Sicherstellungskongress  
Berlin, 21. Mai 2019

Johannes Wolff  
Referatsleiter Krankenhausvergütung  
GKV-Spitzenverband

# Ausgangslage Krankenhausstruktur: „Jeder macht alles.“

„Eine **generelle Leistungsspezialisierung** der Krankenhäuser ist im gesamten Zeitraum nach Einführung des G-DRG-Systems **nicht zu beobachten**.

Allerdings wirkt die **Fallzahlsteigerung** insbesondere ab dem Jahr 2005 einer deutlichen Spezialisierung entgegen.

In der Regel gehen **Ausweitungen des Leistungsportfolios** der Krankenhäuser mit entsprechenden Fallzahlzunahmen einher, sodass korrespondierend die durchschnittliche Fallzahl je Krankenhaus bei einem Großteil der G-DRGs zugenommen hat.“\*

\* IGES, DRG-Begleitforschung, 3. Forschungszyklus, S. 12

# Die Krankenhauslandschaft braucht Struktur und Vision!

- ▶ Der „väterliche“ Planer wurde durch die ordnende Hand des Marktes ersetzt, die wiederum durch Algorithmen (wie überall...).
- ▶ Zuständig für die KH-Planung sind „die Länder“!  
Diagnose „Planungsversagen“: „Überangebot bei Art und Menge, Indikationsausweitung, Wirtschaftsförderung, Qualitätsdefizite, Kostendruck, Personalmangel, Investitionsdefizite, Ausgabenschub“
- ▶ Länder ohne Geld stellen im DRG-Finanzierungssystem nichts mehr sicher und vollziehen nur noch nach.
- ▶ Der Krankenhausplan reduziert sich auf die Erlaubnis zur Marktteilnahme.
- ▶ In Fragen der **Finanzierung** und **Qualitätssicherung** bestimmt der Bund!

# Zuschläge als Finanzierungsinstrument: Das kann das DRG-System

- ▶ Das DRG-System (**finanziert am Fall**):
  - homogene Behandlungsinhalte je DRG
  - unterschiedlicher Aufwand bei gleichartiger Verteilung zwischen Krankenhäusern je DRG
  
- ▶ Das DRG-System wird durch ergänzende Finanzierungsinstrumente begleitet (**finanziert am Fall**):
  - teure, nicht regelmäßige Behandlungen („Zusatzentgelte“)
  - Methode zur Implementierung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden („NUB-Verfahren“)
  
- ▶ Der Fall wird regelhaft mit DRG am Fall finanziert!

# Zuschläge als Finanzierungsinstrument: Das kann das DRG-System nicht

- ▶ Das DRG-System hat ein Problem mit Tatbeständen, die nicht an allen KHs vorliegen **und**
  - Vorhaltung betreffen  
**nicht finanzierbar über Fälle**  
(Besondere Einrichtungen, Sicherstellung, Notfall) **oder**
  - Leistungen „für andere“ betreffen  
**nicht finanzierbar über Fälle**  
(Ausbildungsstätten, Zentren)
  
- ▶ Wünschenswerte Tatbestände mit Zuschlägen finanzieren und so erhalten, um einen Rückzug der KHs zu verhindern. Einbezug in die Kalkulation führt zu Fehlallokation.
  
- ▶ Die **besonderen Aufgaben/Vorhaltung** – trotz DRG-Fallpauschalierung – erhalten!

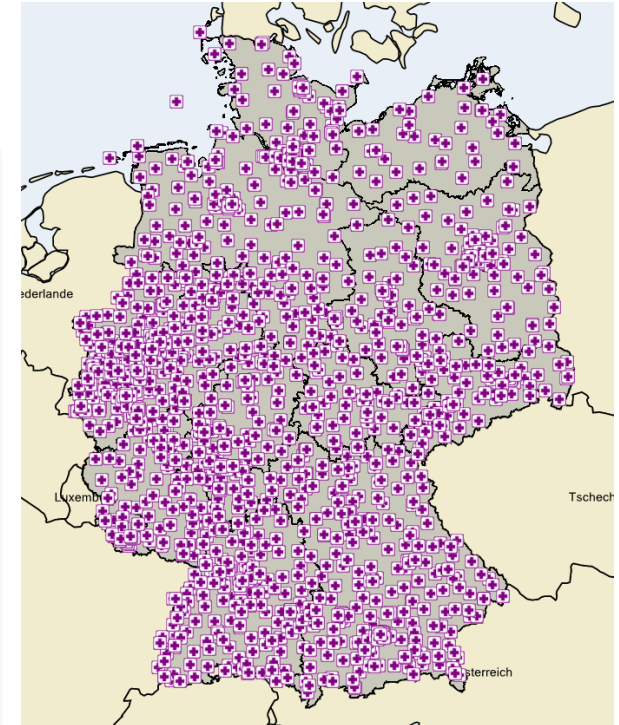
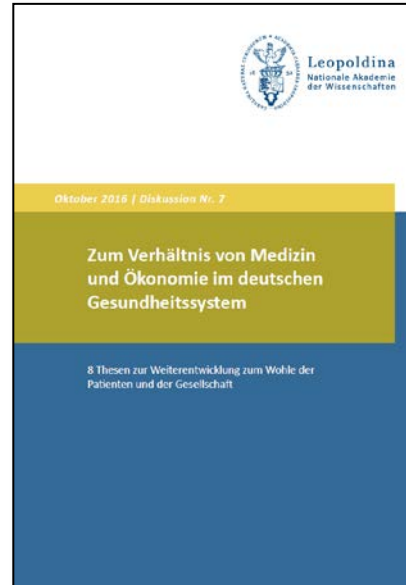


# Die essenziellen Strukturfragen

- |   |                |
|---|----------------|
| ▶ Wer wird unmittelbar gebraucht?                 | Und wer nicht! |
| ▶ Wer leistet in welchem Umfang Notfallversorgung | Und wer nicht! |
| ▶ Wer ist exzellent?                              | Und wer nicht! |
| ▶ Wer liefert gute Qualität?                      | Und wer nicht! |
| ▶ Wer übernimmt welche Aufgaben?                  | Und wer nicht! |

# Vorher: Welche Krankenhäuser brauchen wir?

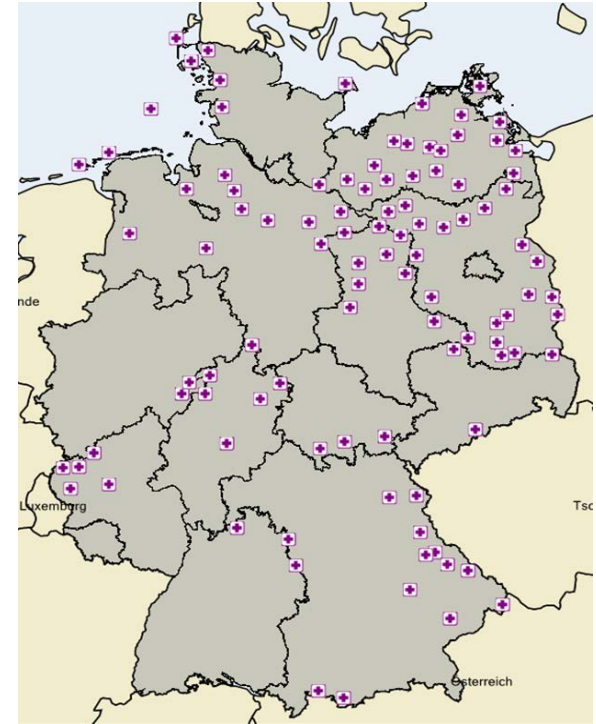
- ▶ Alle Krankenhäuser werden gebraucht?  
Alle Krankenhäuser liefern gute Qualität?
- ▶ Leopoldina:  
„Hätte Deutschland die Krankenhausstruktur von Dänemark mit einem Krankenhaus pro 250.000 Einwohner, wären es bei uns 330 [...]“
- ▶ Wer steuert das System?



# Sicherstellungszuschläge ab 2016: Das Kriterien-Set

## Kriterien für die Bedarfsprüfung:

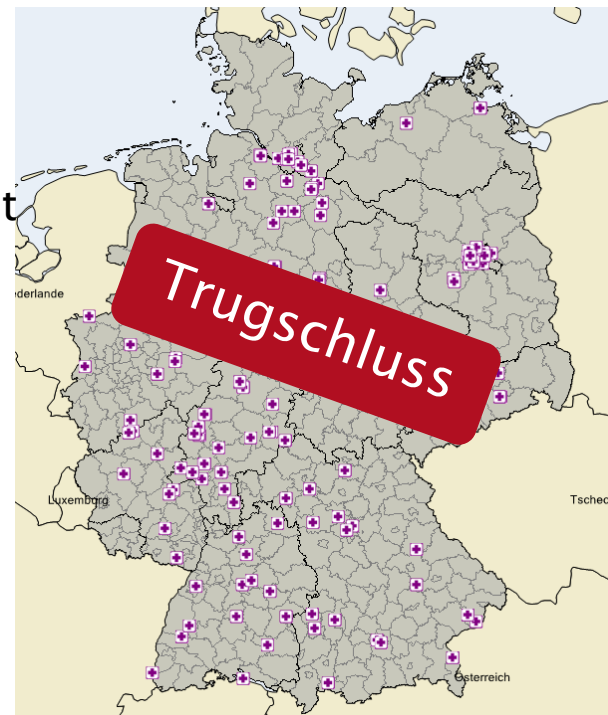
- ▶ Durchsetzung des GKV-Modells:
  - Erreichbarkeitsnorm:  
30 min (5.000 Einwohner)
  - Geringer Versorgungsbedarf:  
 $\leq 100$  Einwohner/km<sup>2</sup>
  - Notwendige Vorhaltungen:  
Innere Medizin und Chirurgie
- ▶ ca. 100 Sicherstellungskandidaten von 1.748 sind sicherstellungsrelevant.  
Voraussetzung für Zuschlag: Defizitkriterium– ca. 1/3 defizitär!





# Vorher: Notfallversorgung Standorte mit Notfallabschlag 2014

- ▶ 143 Krankenhäuser haben im Jahr 2014 einen Abschlag für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung vereinbart.
- ▶ Bei Krankenhäusern mit Notfallabschlägen handelt es sich insbesondere um Fachkliniken mit einem stark eingeschränkten Leistungsspektrum (Venenklinik, Augenklinik etc.)
- ▶ Die bundesweite Umsetzung erfolgt **nicht, unvollständig oder uneinheitlich.**



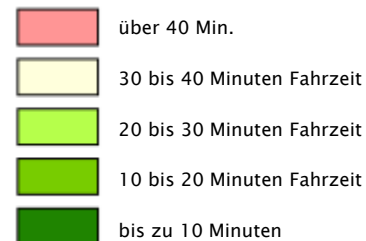
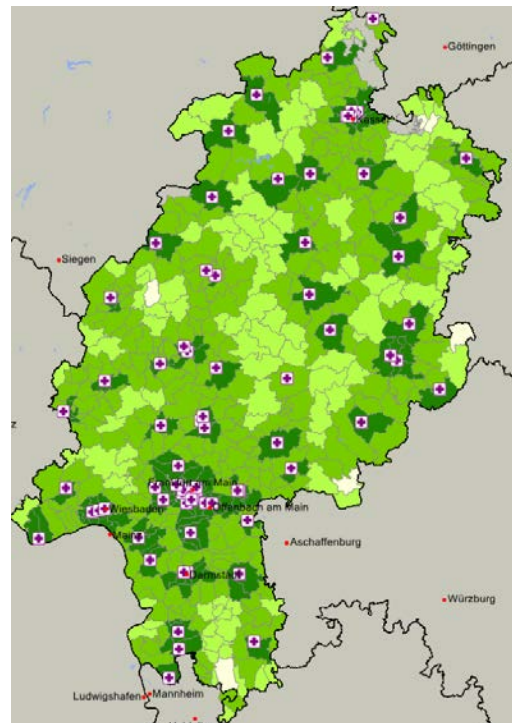
# Geografische Verteilung der Notfall-Teilnehmer und Erreichbarkeit in **Hessen – GKV-Folgeabschätzung**

## Verteilung:

- ▶ **58% Teilnehmer**
- ▶ **42% Nicht-Teilnehmer**

Teilnehmer haben **94 % der Notfälle** nachts (zw. 20 Uhr und 6 Uhr) und am Wochenende versorgt.

**Übereinstimmung von 87 % mit der  
krankenhausplanerischen Ausweisung!**

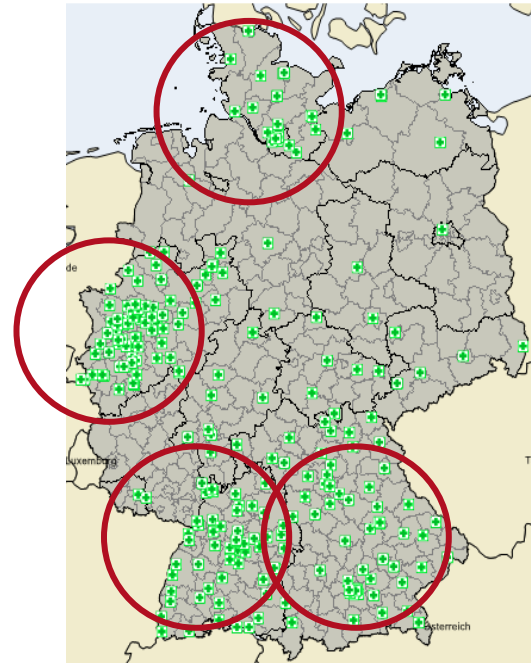


# Vorher: Zentren (besondere Aufgaben) Bundesuneinheitliche Entwicklung

- ▶ Streit und Flickenteppich aufgrund fehlender Definition der besonderen Aufgaben von Zentren!
- ▶ Länder mit ganz unterschiedlichen Ideen, oft auch „planlos“:
- ▶ Brustzentren
  - ▶ Onkologische Zentren
  - ▶ Geriatriische Zentren
  - ▶ Schlaganfallnetzwerke
  - ▶ Tumorzentren
  - ▶ Sonstige

} ca. 70 % der KH

## KH mit Zentrumszuschlag



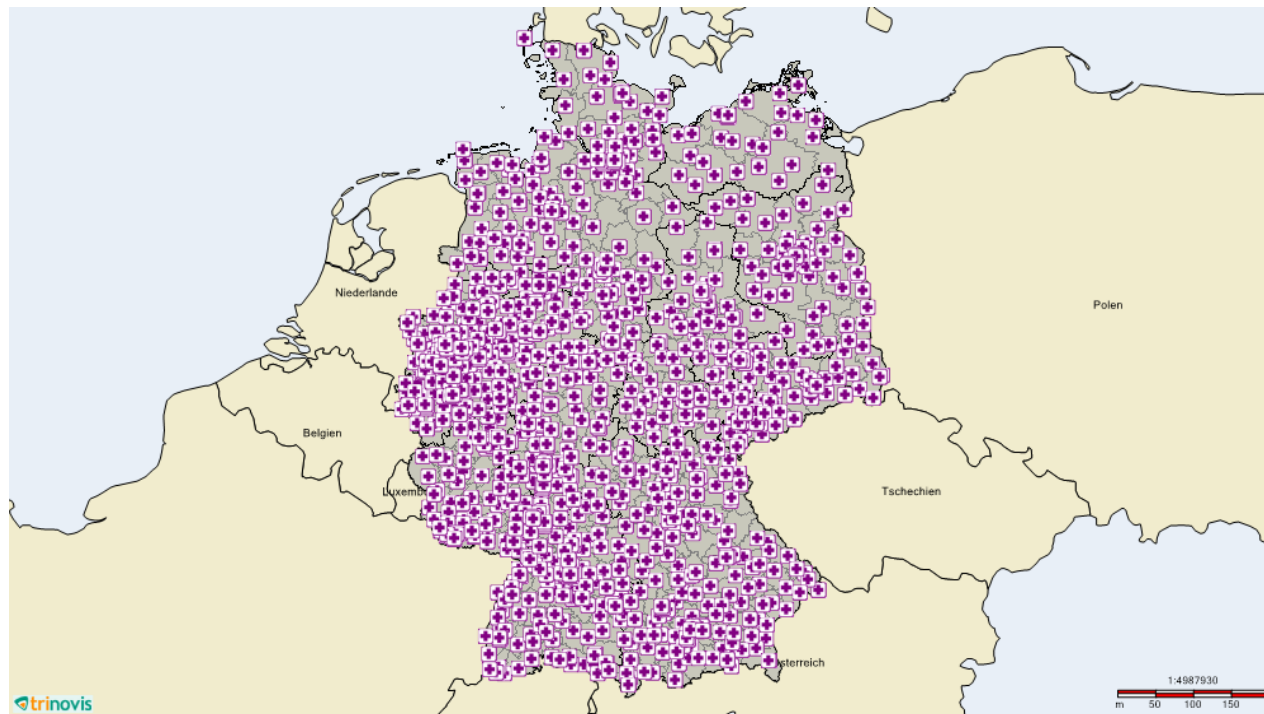
250 KHs (Datenjahr 2014)

Intern

# Vorher: Beispiel Onkologie

## Grundgesamtheit

Standorte 2016 mit mindestens 50 Fällen pro Jahr (Hauptdiagnose „C00“ bis „C97“)



Standorte

1.321

Fälle

1.480.129

Ausgaben €

8.675.955.823

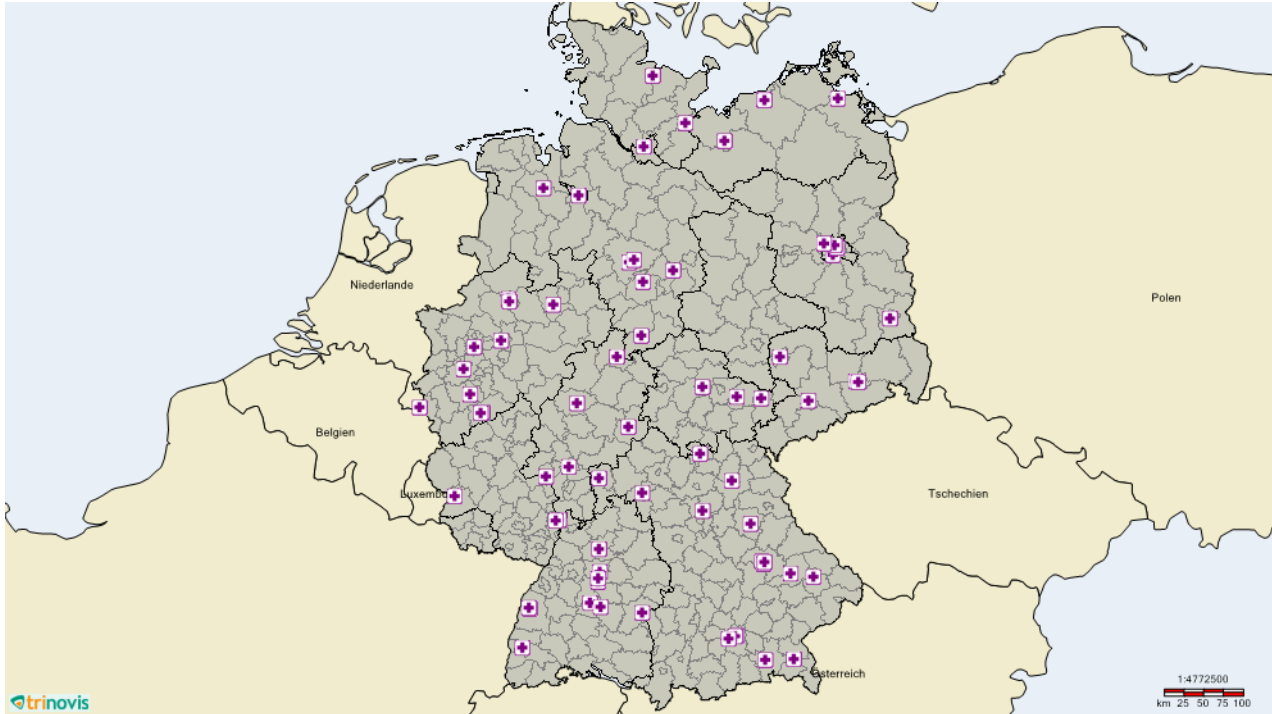
durch-  
schnittliche  
Fahrzeit  
in Min.

23,1

# Onkologische Zentren – Folgeabschätzung des GKV-Spitzenverbandes

## Zentrums-kandidaten nach Kriterien

Räumliche Verteilung aller onkologischen Zentren mit Zertifikat der Deutschen Krebsgesellschaft  
und mindestens 4 Organkrebszentren/Modulen (n=70)



Operationalisierung/  
Basis:

DKG-zertifizierten  
Zentren mit z.B.  
min. 4 Organ-  
krebszentren oder  
Modulen

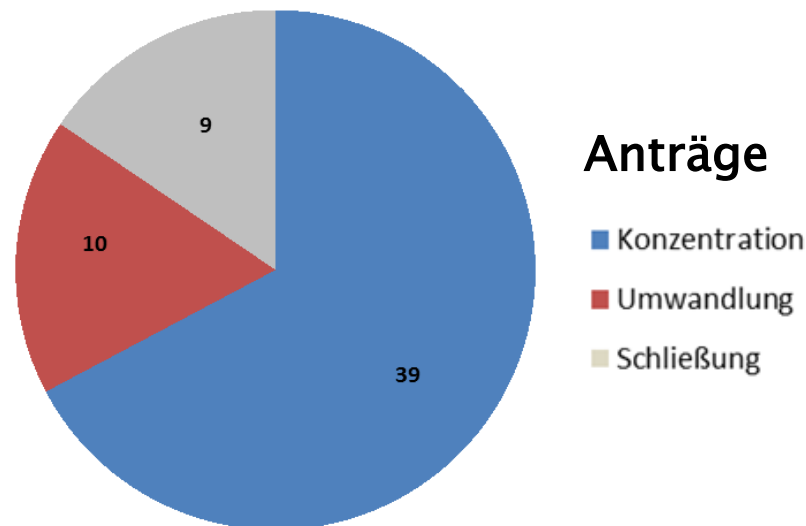
TOP 5 %!

# Strukturfonds: Krankenhausplanung mit Stützrädern?

Mittelverwendung Stand: 31.12.2018

## 3 mögliche Verwendungsarten:

1. **Abbau von Überkapazitäten:**  
Schließung von Standorten oder Abteilungen
2. **Konzentration:**  
Verlagerung von Kapazitäten, um Leistungen zu konzentrieren
3. **Umwandlung von Krankenhäusern**  
in andere Versorgungseinrichtungen



Quelle: Bundesversicherungsamt – Mitteilung über die Verwaltung des Strukturfonds (31.12.2018)

# Qualität durch Struktur, Struktur durch Qualität

1. Komplex-OPS / Abrechnungsprüfung / Strukturprüfungen
2. Strukturqualitätsvorgaben des G-BA
3. Qualität durch Finanzierung
  - Qualitätsverträge
  - Qualitätszu- und -abschläge
  - „Sonderprogramme“
4. Mindestmengen
5. Plan-QI
6. (Pflege-)Untergrenzen

# Der Krankenhausmarkt braucht Steuerung!

Welcher Ansatz führt zur gesteuerten Reform der  
Krankenhauslandschaft?

- ▶ Krankenhausplanerischer Ansatz „wohlmeinende Diktator“  
Falsifiziert, aber „unkündbar“...
- ▶ Marktbezogener Ansatz „unsichtbare Hand“  
Falsifiziert durch das „Primat der Politik“
- ▶ Qualitätsbezogener Ansatz  
Richtig, aber so schwierig, dass er nie universell gilt.
- ▶ **Marktregulatorischer/Algorithmischer Ansatz**  
**Die Zukunft: Werden Sie Teil des Algorithmus!**



# Wie geht es (perspektivisch) weiter?

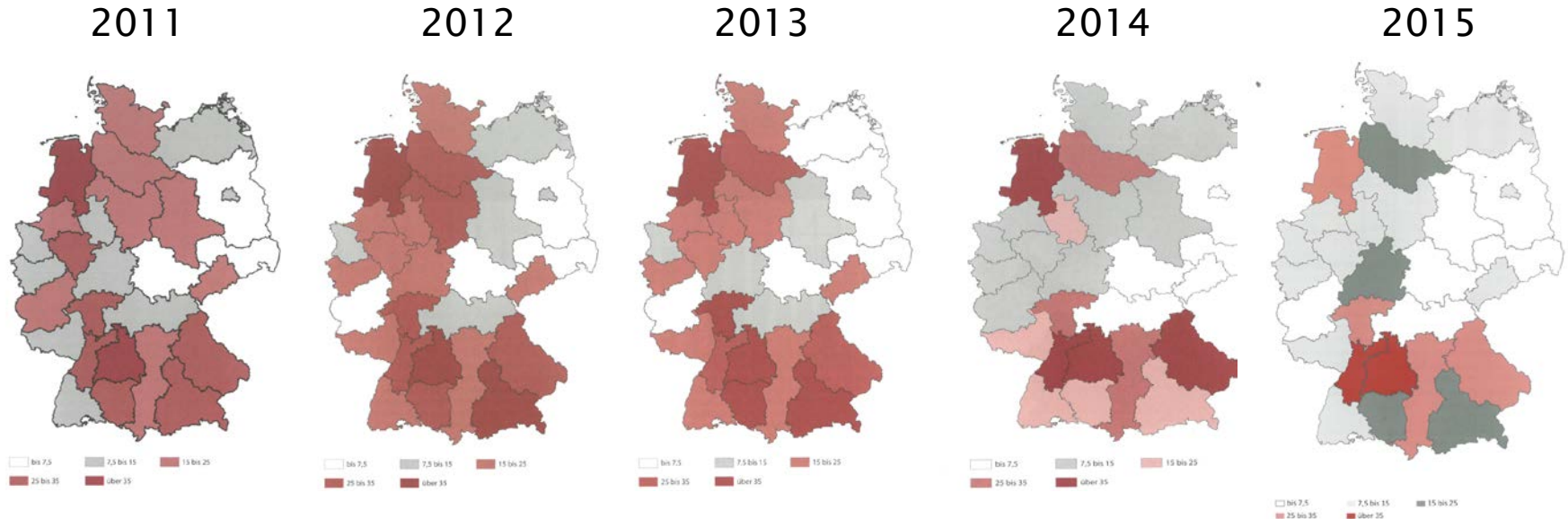
- ▶ SVR Gesundheit 2018. Randziffer 1309:

„Zur Weiterentwicklung der Betriebskostenfinanzierung wird eine Unterscheidung nach Versorgungsstufen im DRG-System empfohlen, z. B. durch Multiplikatoren auf die Relativ- gewichte. Die derzeit heterogene Definition von Versorgungsstufen ist hierfür nicht geeignet. Vielmehr sollte eine neue bundeseinheitliche und empirisch abgeleitete Definition von Versorgungsstufen auf Fachabteilungsebene erfolgen.“

- ▶ GKV–SV–Positionspapier für die 19. Legislaturperiode:

„Ein erster Paradigmenwechsel zeichnet sich an mehreren Stellen bereits ab. Der G–BA hat neue Aufgaben, die die Krankenhausplanung tangieren. [...] Der Länderplanung der Kapazitäten sollte eine Bundesplanung über den G–BA an die Seite gestellt werden, um Fehlentwicklungen zu korrigieren. Der Grundsatz „Gleicher Preis für gleiche Leistung“ im DRG–System ist mit bundeseinheitlichen Vorgaben zu flankieren. [...]

# Gesunde Krankenhausstrukturen: Anteil gefährdeter Krankenhäuser nach Regionen (in %)



Quelle: Krankenhaus Rating Report 2013–2017, RWI

- Eine „gesunde Krankenhausstruktur“ ist entscheidend für
  - die Qualität der Versorgung (Konzentration, vorhandene Infrastruktur),
  - die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser.

# Was ist die Meta-Agenda?

## Was zeichnet gute Regulierung aus?

1. Die Struktur des Krankenhaussektors ist die zentrale Agenda (Finanzierung/Qualität).
2. Ehrlich bleiben: Wer kann es, wer kann es nicht?
3. Regulierung so effektiv, einfach und bürokratiearm und nie ohne Evaluation!

## Literaturtipp:



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.