

Universität Bielefeld Fakultät für Gesundheitswissenschaften – Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement

40 Jahre Krankenhausfinanzierung – Wie kann man das DRG-System fit für die Zukunft machen?

Prof. Dr. Wolfgang Greiner

35. Frühjahrskolloquium des Bundesbildungswerkes Deutscher Krankenhäuser e.V. (BBDK)

Meschede, 05. April 2019

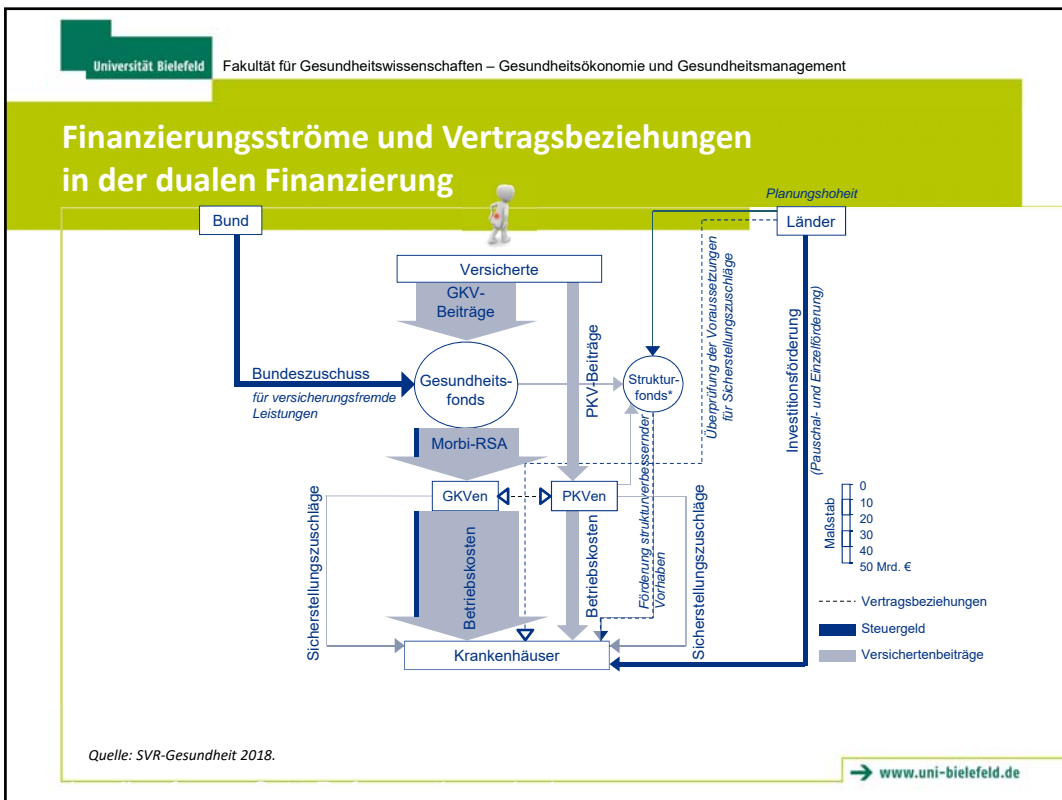
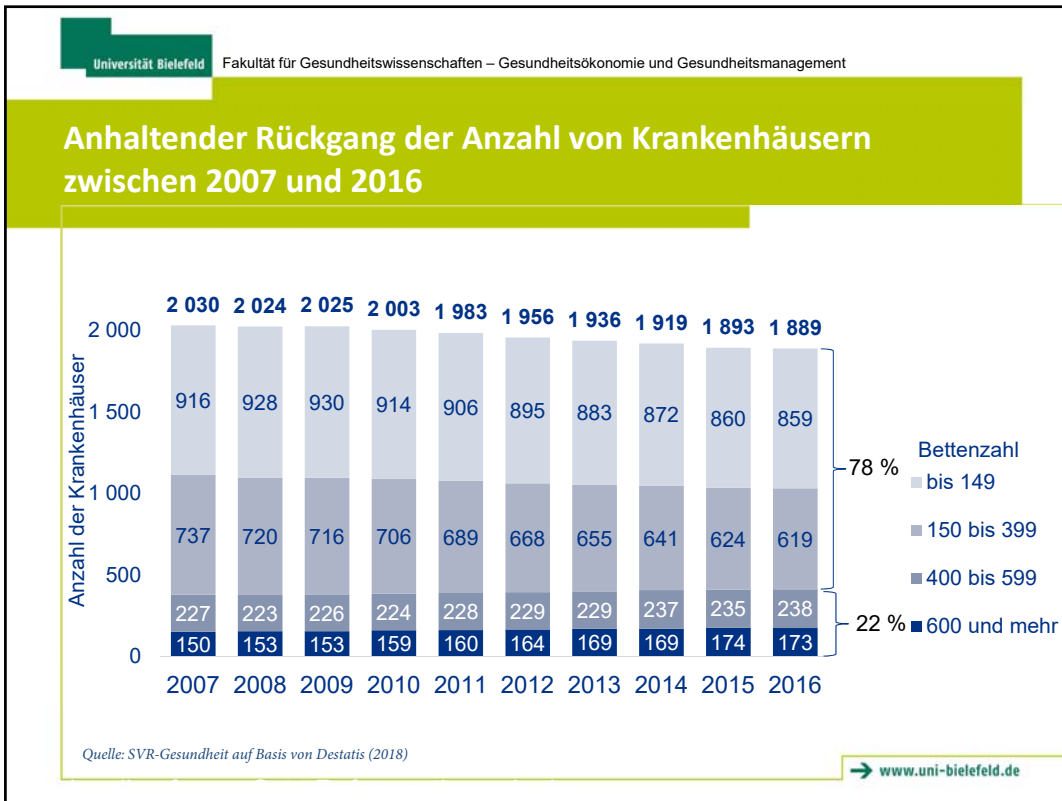
→ www.uni-bielefeld.de

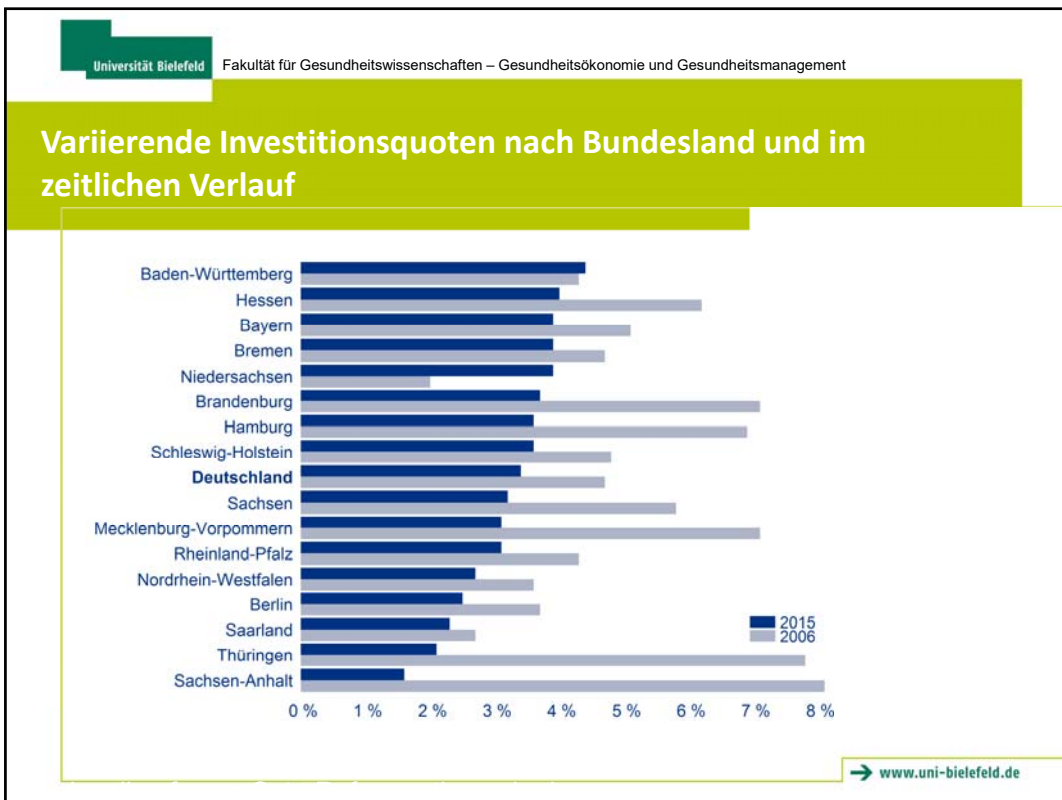
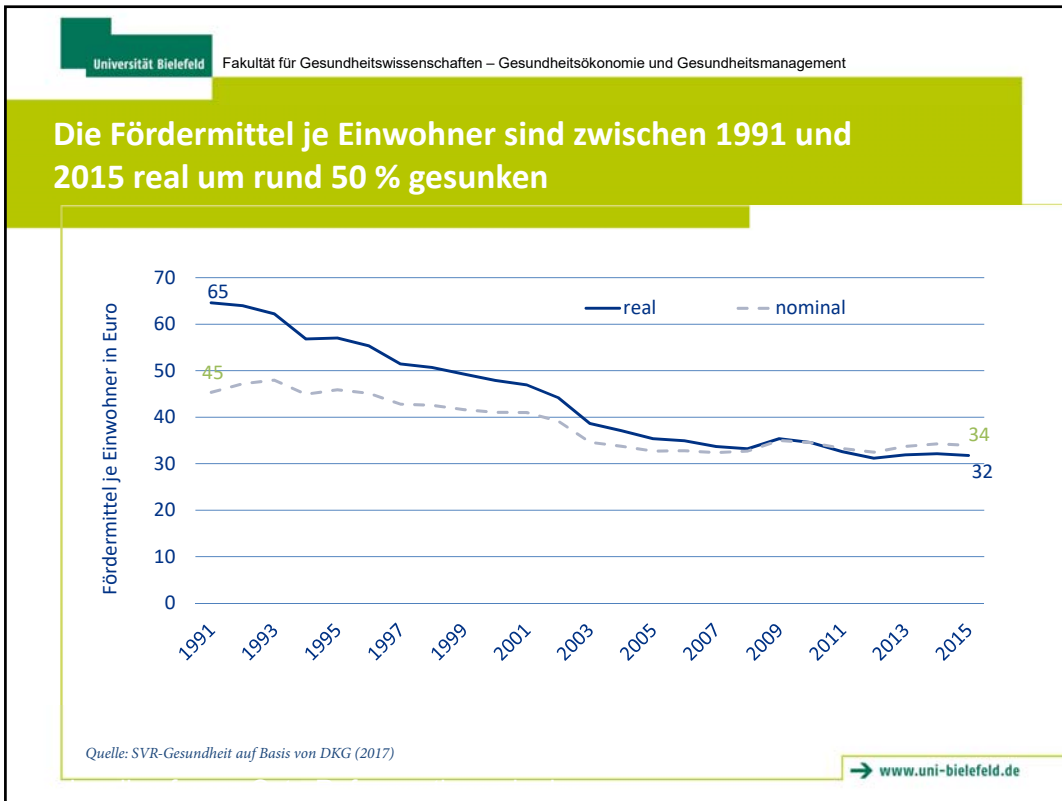
Universität Bielefeld Fakultät für Gesundheitswissenschaften – Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement

Ziele bei der Einführung des DRG-System

- Liegezeitverkürzung
- Vereinheitlichung der Honorierung
(*gleicher Preis für gleiche Leistung*)
- Erhöhung von Transparenz und Vergleichbarkeit der
Krankenhausleistungen
- Abbau von Überkapazitäten im Krankenhausbereich
- Begrenzung von Kostensteigerungen im stationären
Bereich

→ www.uni-bielefeld.de



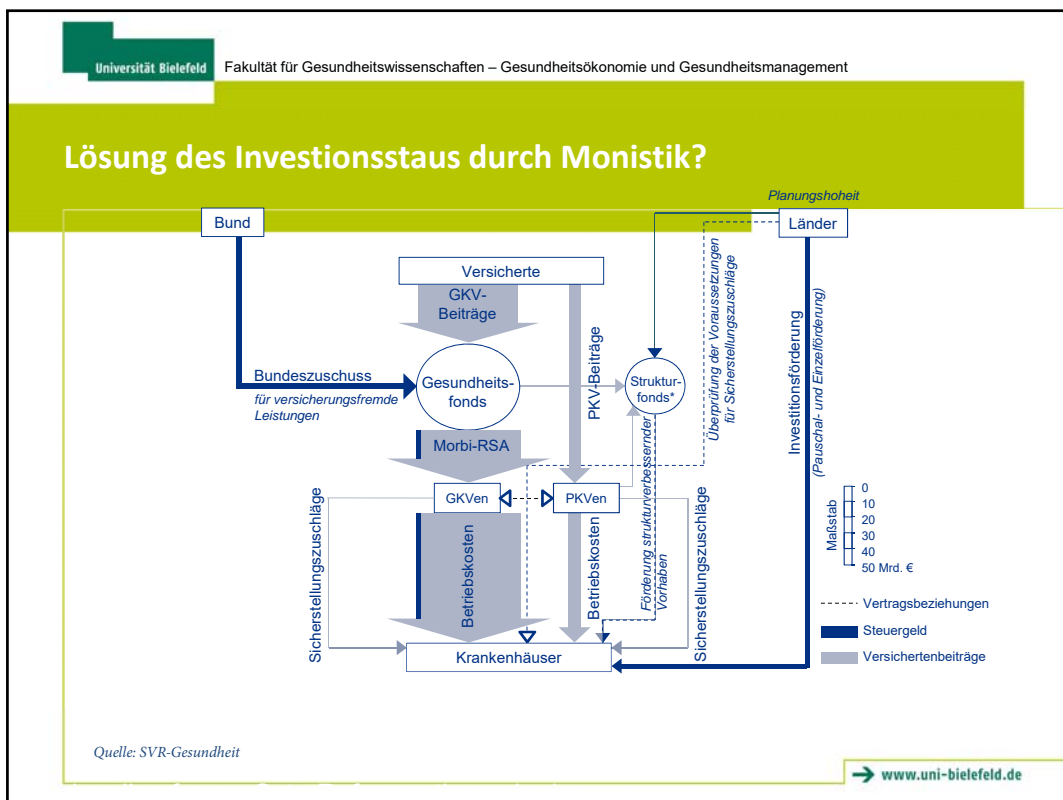


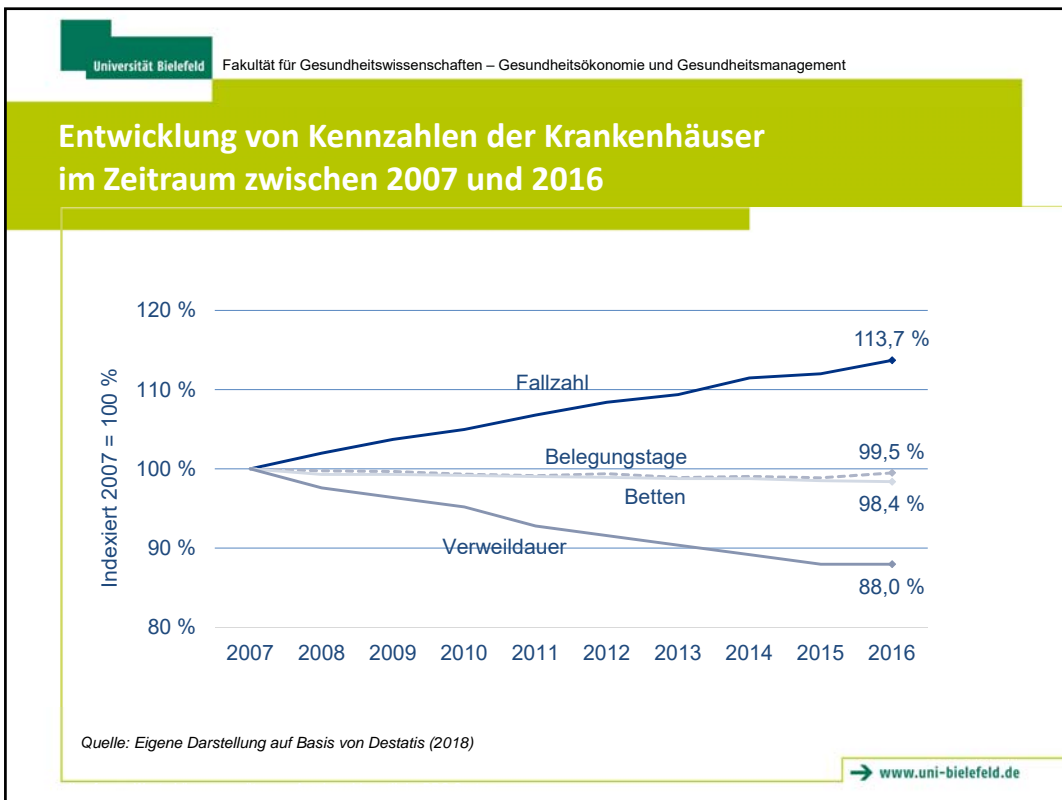
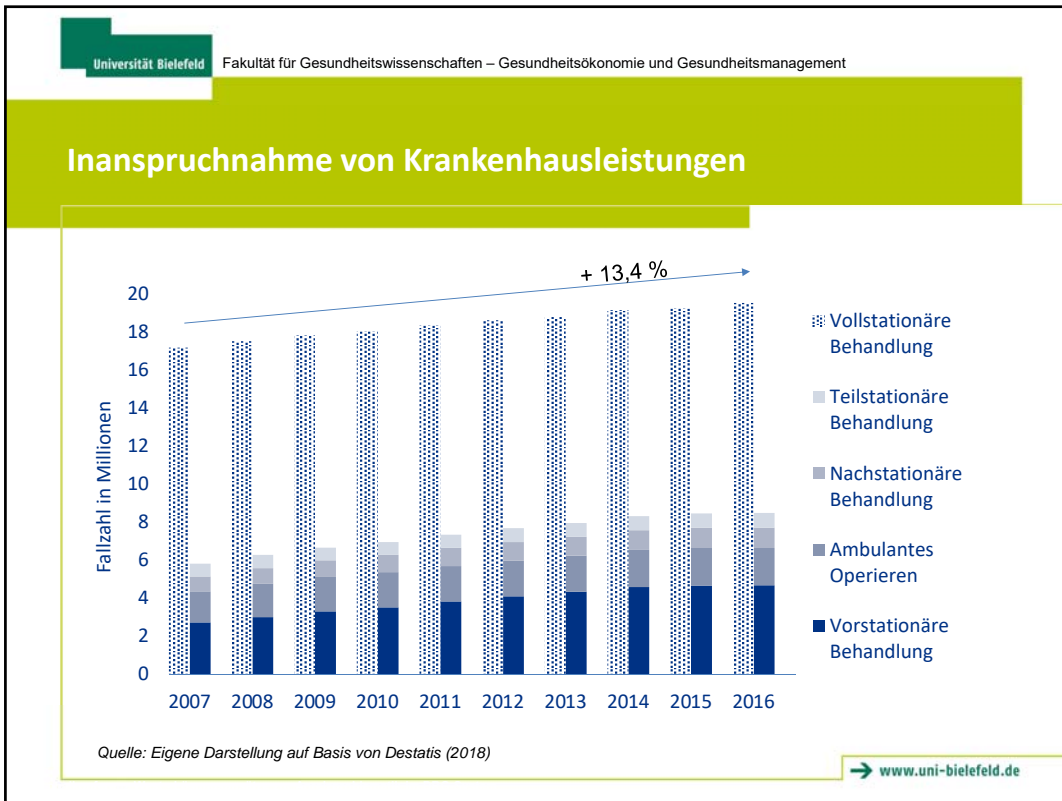
Universität Bielefeld Fakultät für Gesundheitswissenschaften – Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement

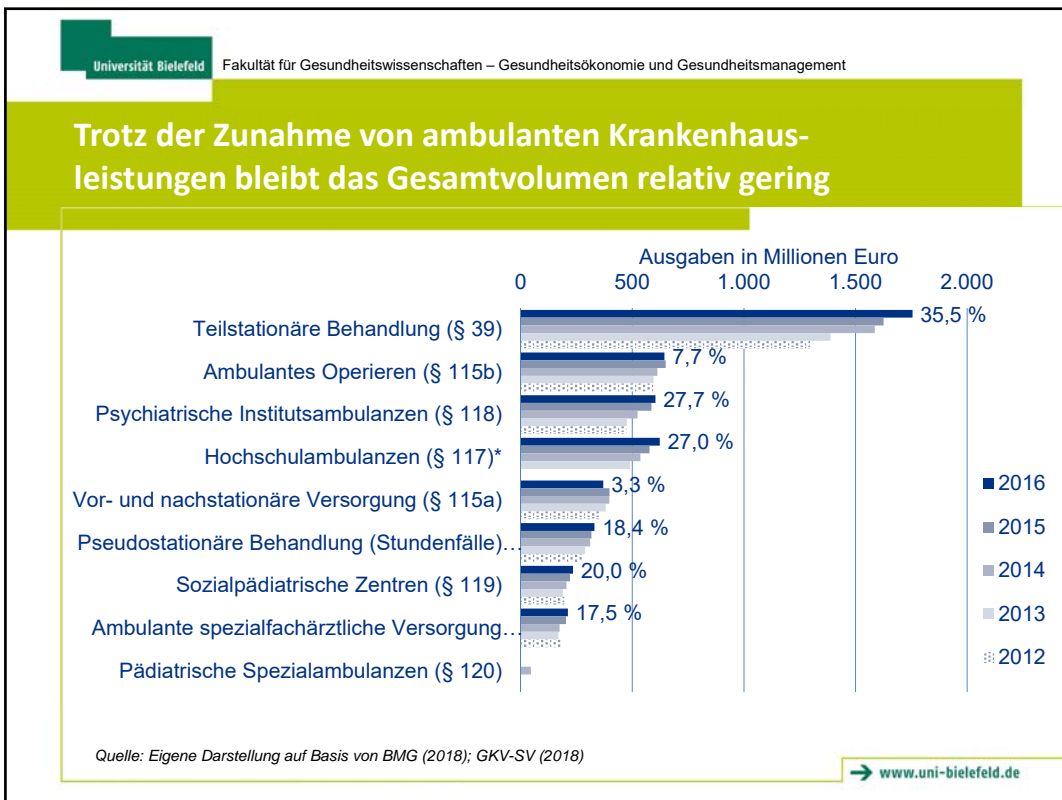
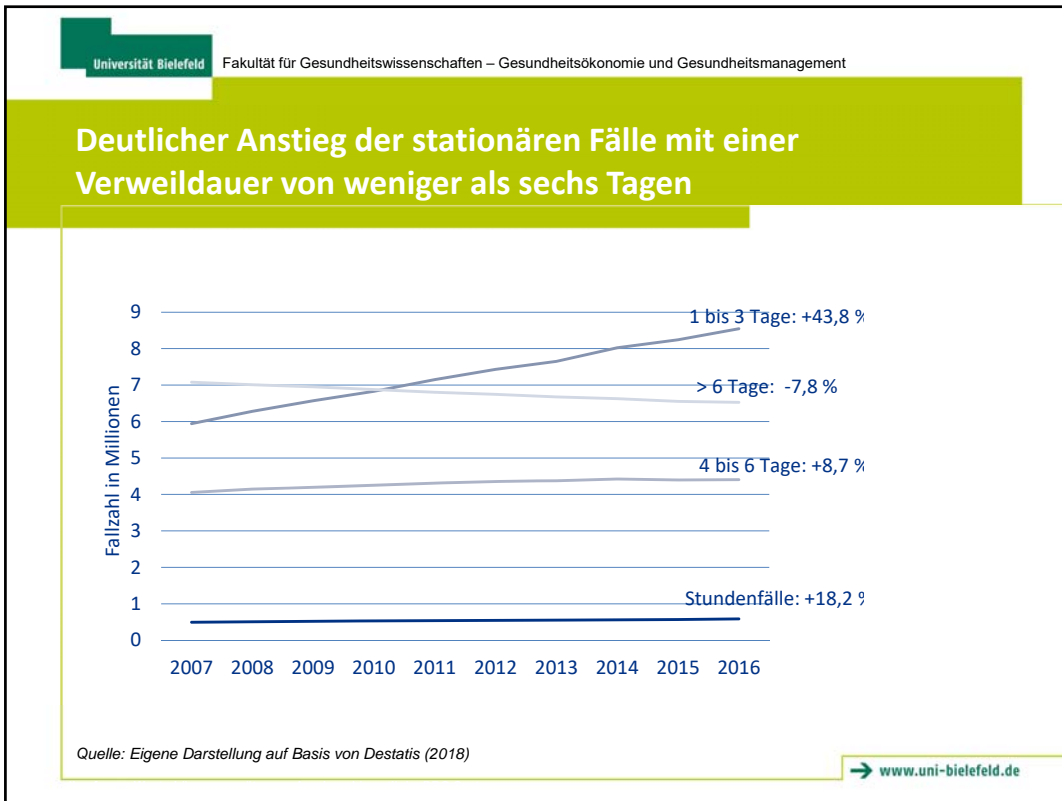
Reformbedarf in der Investitionskostenfinanzierung

- Die Investitionsmittel der Länder reichen nicht aus, um den Bedarf zu decken
 - Auch aufgrund der im internationalen Vergleich sehr hohen Krankenhausdichte
- Investitionen aus Eigenmitteln gewinnen an Bedeutung
 - Rund die Hälfte der Investitionen wird über Erlöse aus DRG, Zusatzentgelte, Wahlleistungen, Spenden, Trägerzuschüsse etc. finanziert (Morton et al. 2015)
 - Druck auf Krankenhäuser, Überschüsse durch steigende Fallzahlen zu generieren
- „Schleichende Monistik“
 - Entkopplung Planungskompetenzen von der finanziellen Verantwortung

→ www.uni-bielefeld.de







Universität Bielefeld Fakultät für Gesundheitswissenschaften – Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement

Empfehlungen zur Betriebskostenfinanzierung

- Gleiche Vergütung für definierte ambulante Leistungen im Krankenhaus oder im vertragsärztlichen Bereich
- Einheitliche Vergütung für ambulante Operationen
- Versorgungsstufen im DRG-System
- Stärkung pauschaler Vergütungselemente
- Sicherung der Indikationsqualität
- Konstanthaltung der Kalkulationsstichprobe
- Bundes-einheitlicher Basisfallwert
- Z. B. durch Multiplikatoren auf die Relativgewichte
- Gezielte Berücksichtigung der Besonderheiten in der Versorgungslandschaft
- Zweitmeinungsverfahren bei ausgewählten Indikationen obligatorisch
- Dokumentations- und Begründungspflicht
- Preisindex aus einem repräsentativen krankenhausspezifischen Warenkorb
- Regionalisierungsfaktoren
- Langjährige Betrachtung von Krankenhäusern mit identischen Leistungsspektren
- Statistische Konstanzhaltung

→ www.uni-bielefeld.de

Universität Bielefeld Fakultät für Gesundheitswissenschaften – Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement

Pflegepersonaluntergrenzen

§ 6 Festlegung der Pflegepersonaluntergrenzen

(1) Für die folgenden pflegesensiblen Bereiche in Krankenhäusern werden die folgenden Pflegepersonaluntergrenzen schichtbezogen als Verhältnis von Patientinnen und Patienten zu einer Pflegekraft unter Berücksichtigung der in Absatz 2 genannten Höchstanteile von Pflegehilfskräften festgelegt, die auf den Stationen der betroffenen Fachabteilungen oder für die betroffenen intensivmedizinischen Behandlungseinheiten einzuhalten sind.

1. Intensivmedizin täglich in der Tagschicht 2,5 zu 1 und in der Nachtschicht 3,5 zu 1; ab dem 1. Januar 2021 täglich in der Tagschicht 2 zu 1 und in der Nachtschicht 3 zu 1,
2. Geriatrie täglich in der Tagschicht 10 zu 1 und in der Nachtschicht 20 zu 1,
3. Unfallchirurgie täglich in der Tagschicht 10 zu 1 und in der Nachtschicht 20 zu 1,
4. Kardiologie täglich in der Tagschicht 12 zu 1 und in der Nachtschicht 24 zu 1.

(2) Der Anteil von Pflegehilfskräften an der Gesamtzahl der Pflegekräfte darf stations- und schichtbezogen die folgenden Grenzwerte in den folgenden pflegesensiblen Bereichen in den Krankenhäusern nicht überschreiten:

1. Intensivmedizin täglich in der Tagschicht 8 Prozent und in der Nachtschicht 8 Prozent,
2. Geriatrie täglich in der Tagschicht 20 Prozent und in der Nachtschicht 40 Prozent,
3. Unfallchirurgie täglich in der Tagschicht 10 Prozent und in der Nachtschicht 15 Prozent,
4. Kardiologie täglich in der Tagschicht 10 Prozent und in der Nachtschicht 15 Prozent.

Quelle: Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV vom 05.10.2018

- Woher kommen die zusätzlichen Pflegekräfte?
- Bleibt es bei diesen vier pflegeintensiven Bereichen?
- Transparenz und Veröffentlichungspflichten über Pflegeausstattung als Alternative?

→ www.uni-bielefeld.de

Fazit

- Der **Investitionsstau** in deutschen Krankenhäusern ist beträchtlich und lässt sich ohne Bundesbeteiligung kaum abbauen.
- Ein Übergang zur **Monistik** wäre mit abgestaffelten Investitionsbestandteilen in den DRGs oder einer direkten Finanzierung von Investitionsmitteln durch die Kostenträger möglich, aber politisch unwahrscheinlich.
- Ein Ausbau des **Strukturfonds** erscheint daher zielführender.
- Die Stärkung **pauschaler Vergütungselemente** würde zudem Fehlanreize im DRG-System verringern.

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit**

Kontakt:

Prof. Dr. Wolfgang Greiner

Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement
(AG5)

Email: wolfgang.greiner@uni-bielefeld.de

→ www.uni-bielefeld.de