



Gesundheitsversorgung neu denken: Stationäre Versorgung im Aufbruch

Herbstsymposium, 21. September 2022

Agenda



Bestandsaufnahme

Handlungsoptionen

Vergütungssystem

Wir hatten zehn Jahre
lang **Party**: 2010 bis 2019

Wir haben zehn Jahre lang konsumiert und
zu **wenig in die Zukunft investiert**

Jetzt läuft uns die **Zeit** davon

It's party time ... die goldenen 10er Jahre

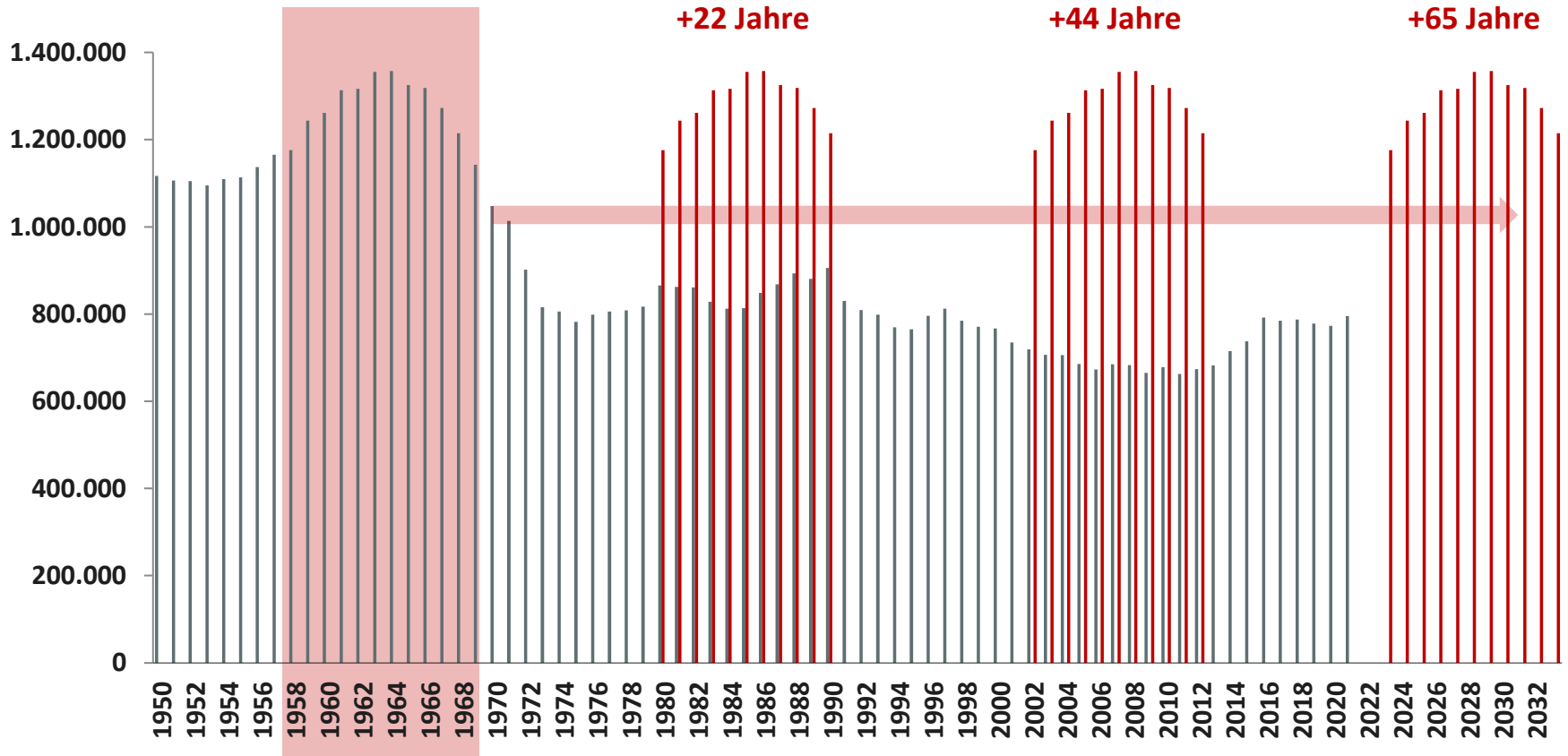
**Nicht geschenkt.
Sondern verdient.**

- ✓ Rente mit 63
- ✓ Mütterrente
- ✓ Erwerbsminderungsrente
- ✓ Höheres Reha-Budget



Seit den 1970er Jahre ist jedoch bekannt, dass das schief geht
Eine Tsunami-Welle läuft durch die Zeit und trifft etwa 2023 auf

Anzahl Geburten in Deutschland (Ost und West)



Quelle: Destatis

Wenn die Demografie das einzige
Problem wäre, wäre sie schon eine
immense Herausforderung

Es braut sich aber mehr zusammen:
Viele **Krisen** auf einmal

Vieles läuft **nicht mehr rund**



Beschleunigung des demografischen Wandels

- Wachsende **Gesundheitsbedarfe**
- Enormer **Fachkräftemangel** und sinkende Belastbarkeit
- **Defizite** der Sozialversicherungen



Neue Weltordnung

Krieg in Europa, Deglobalisierung, Energieknappheit

- Reduktion weltweiter Arbeitsteilung
- Verteuerung von Produkten, **Inflation**
- **Großinvestitionen** in Verteidigung



Euro-Krise

Aufgeblähte EZB-Bilanz

- Instabile Staaten innerhalb der EU
- Verschleppung von Reformen
- **Inflation**



Klimawandel

- **Großinvestitionen** zur Schaffung von Klimaneutralität
- Verteuerung von Produkten, **Inflation**



Infektionskrankheiten

- **Hygieneanforderungen**
- **Diversifikation** von Lieferketten
- **Ausbremsen** der wirtschaftlichen Aktivität



Veraltete Infrastruktur

- **Ausbremsen** der wirtschaftlichen Aktivität
- **Großinvestitionen** in Infrastruktur

Mangelhafte Infrastruktur



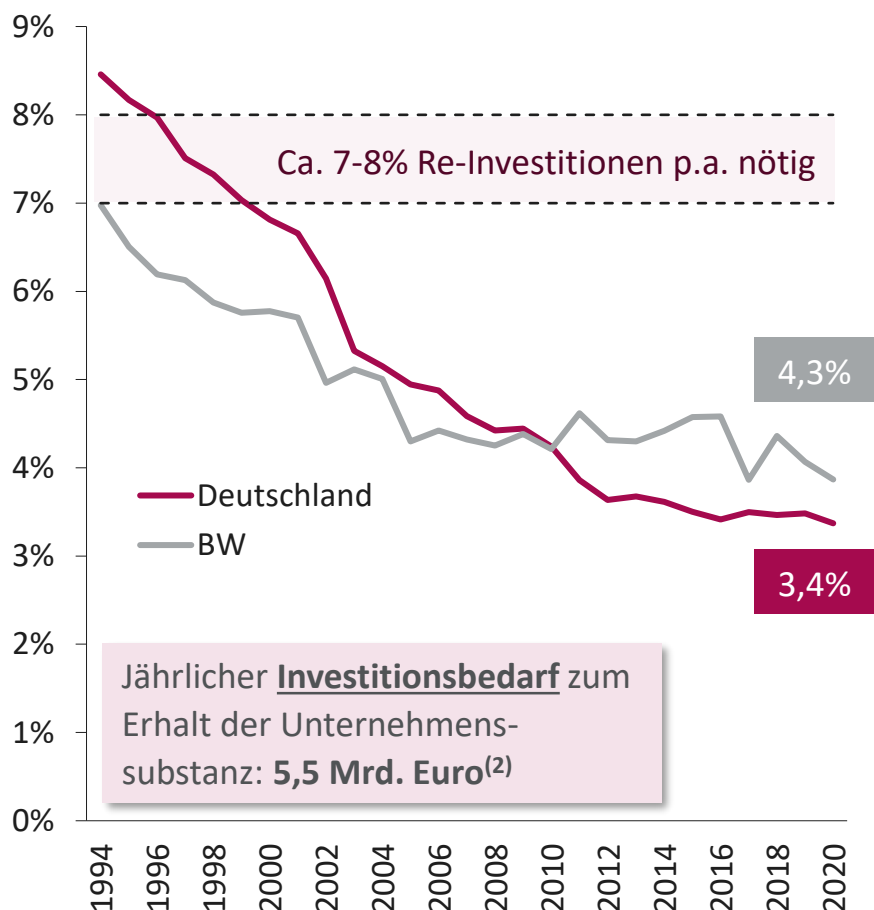
**Vollsperrung der Talbrücke Rahmede
bei Lüdenscheid auf der A45**



Brücke der A1 bei Leverkusen

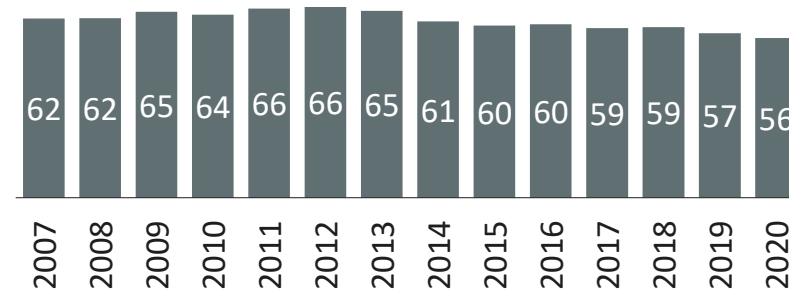
Unterinvestierte Krankenhäuser: Abnehmende Unternehmenssubstanz

KHG-Fördermittel / Krankenhauserlöse⁽¹⁾

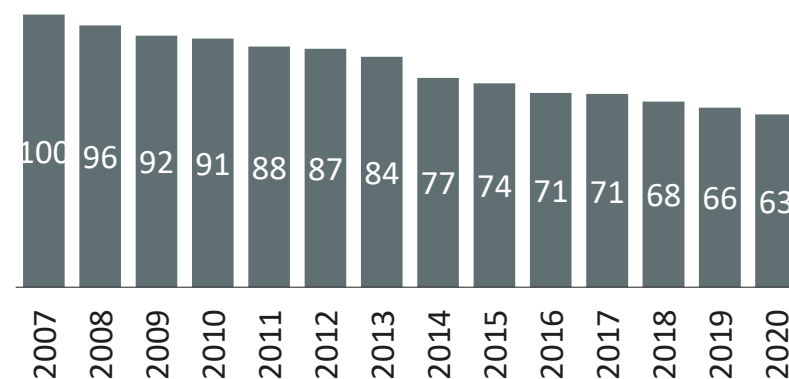


Sachanlagevermögen (in Cent) je Euro Gesamterlöse

West-Deutschland



Ost-Deutschland



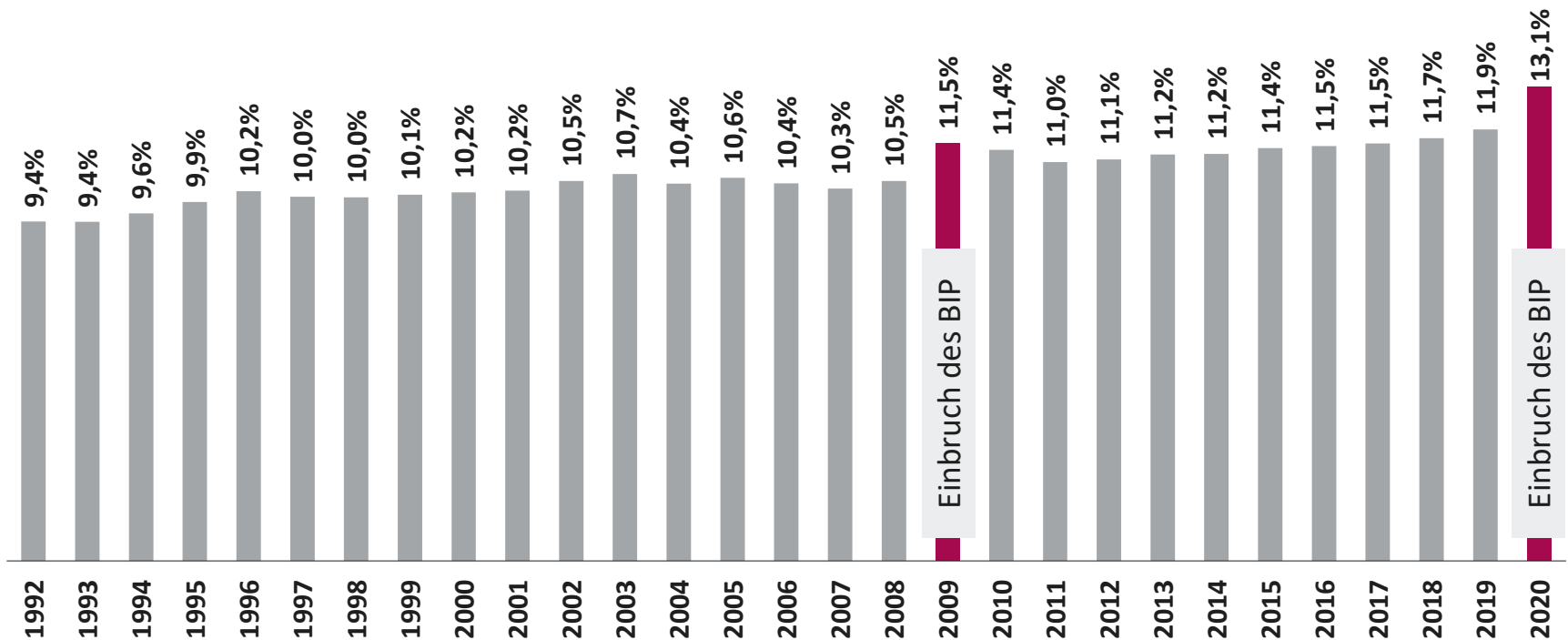
(1) Ohne Universitätskliniken

(2) Mit Universitätskliniken: ca. 6,3 Mrd. Euro

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2022

Gleichzeitig erklimmen im Jahr 2020 die Gesundheitsausgaben mit über 13% des BIP eine neue Höchstmarke

Gesundheitsausgaben als Anteil am Bruttoinlandsprodukt



Und die Defizite der Krankenkassen nehmen zu

Zusatzbeiträge können drastisch steigen

≡ kma Online

kma-online.de / Aktuelles / Politik / GKV-Zuschuss für 2022 wird aufgestockt

Bundeskabinett

GKV-Zuschuss für 2022 wird aufgestockt

Die geforderte Finanzspritze für die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) von weit über sieben Milliarden Euro für 2022 wird als Zuschüsse als nicht mehr möglich angesehen. Die PKV monierte die

Kassen erhalten 2021
Zuschuss aus Steuermitteln
in Höhe von 7 Mrd. € p.a.

Kommentar

teilen

in mitteilen

f te

Die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) sollen im nächsten Jahr eine zusätzliche Milliardenspritze vom Bund bekommen, um die Beiträge stabil zu halten. Das sieht eine Verordnung von Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) vor, die das geschäftsführende Kabinett am 3. November auf den Weg gebracht hat. Im Einvernehmen mit dem Finanzressort soll der Zuschuss für 2022 demnach um nochmals sieben Milliarden Euro aufgestockt werden - auf dann insgesamt 28,5 Milliarden Euro. Der Bundestag muss noch zustimmen. Die Kassen begrüßten die Schritte, fordern die neue Regierung aber auch grundsätzliche Entscheidungen zur Finanz-Stabilisierung



Symbolfoto

Ärzteblatt vom 22.11.2021

Finanzdefizit der Krankenkassen wächst weiter

Montag, 22. November 2021



Newsletter abonnieren

Zur Startseite



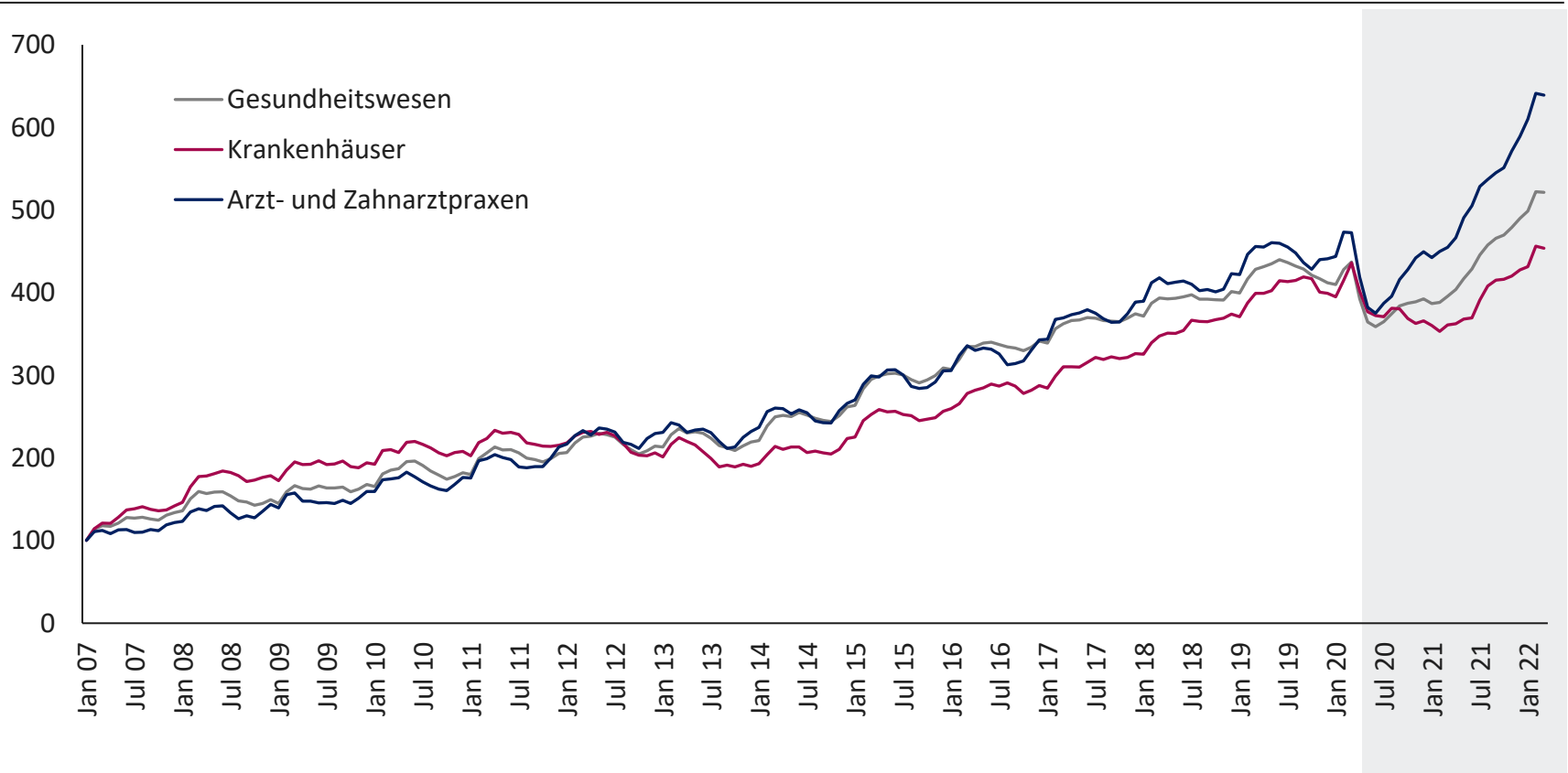
Im Jahr 2023 wird ein Defizit
von 17 Milliarden Euro erwartet
= ca. 1 Beitragssatzpunkt

Berlin – Die Krankenkassen trudeln offenbar immer tiefer ins Defizit. Nach drei Quartalen sind Ausgaben-überschüsse von 3,2 Milliarden Euro aufgelaufen. Allein die AOK-Gemeinschaft verzeichnet nach neun Monaten ein Minus von 2,7 Milliarden Euro. Das berichtete die Ärzte-Zeitung am vergangenen Freitag.

Quelle: [Finanzdefizit der Krankenkassen wächst weiter \(aerzteblatt.de\)](#); SPIEGEL vom 21.05.2022, Interview mit Jens Baas, Techniker Krankenkasse

Personalknappheit: steigende Zahl gemeldeter offener Stellen

Anzahl der bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldeten Stellen, Januar 2007 = 100

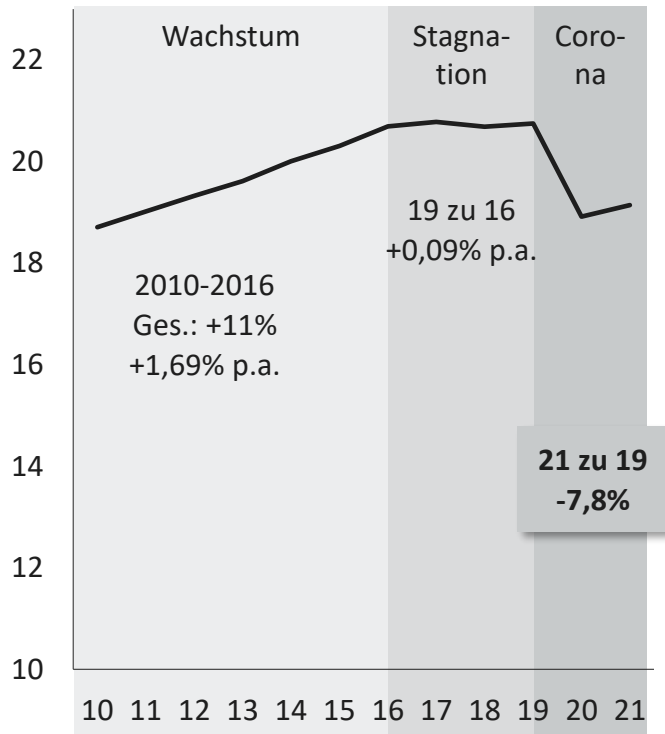


Anmerkung: Gesundheitswesen umfasst Krankenhäuser, Arztpraxen und sonstige Einrichtungen.

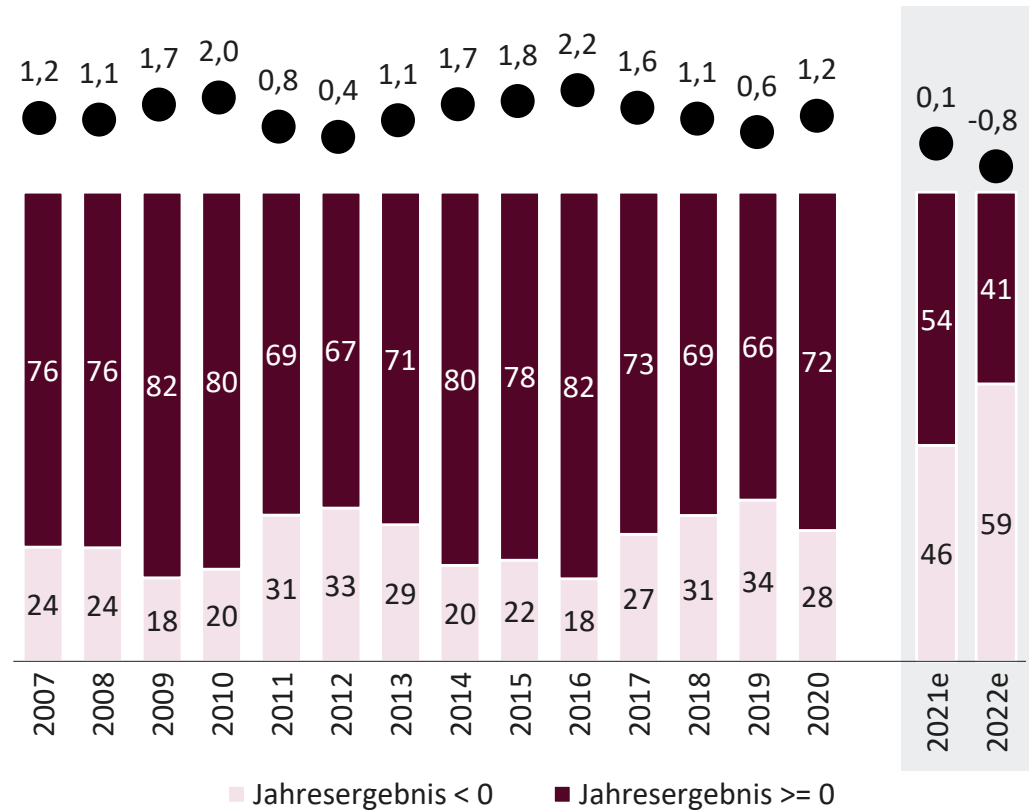
Quelle: Krankenhaus Rating Report 2022

Einbruch der Leistungszahlen der Kliniken, Ausblick 2022 düster

Leistungszahlen = Casemixvolumen⁽¹⁾



Jahresergebnis⁽²⁾ (als Anteil an Erlösen)



(1) Casemix vor Umstellung im Zuge der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten

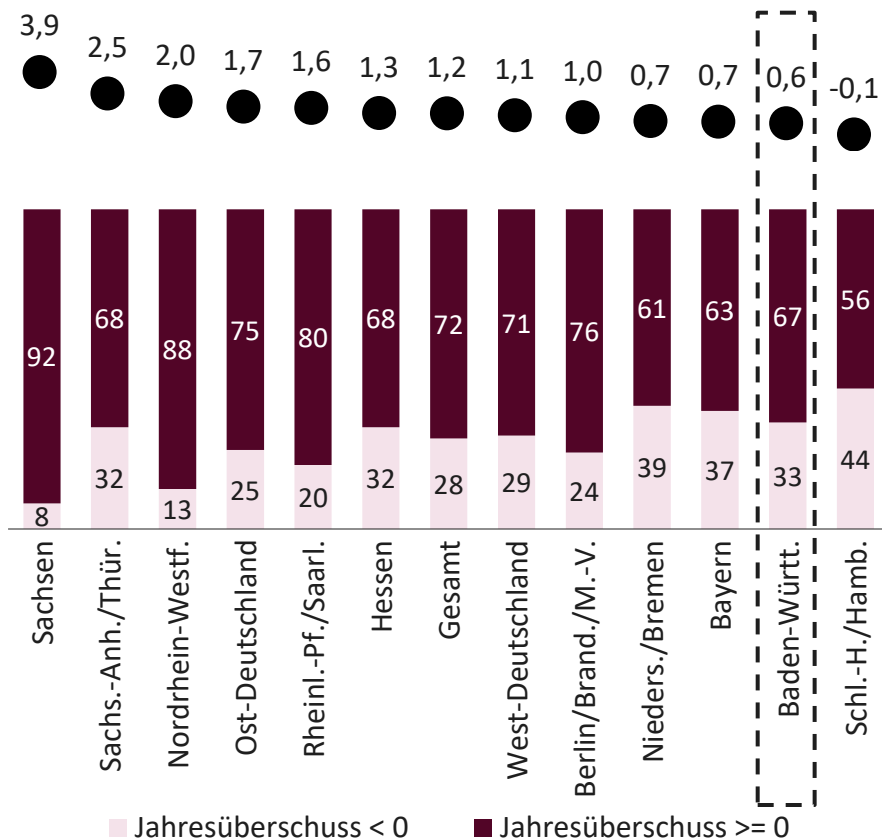
(2) EAT, Earnings after taxes

Anmerkung : Die jährliche Stichprobengröße schwankt zwischen 810 und 987 Einrichtungen.

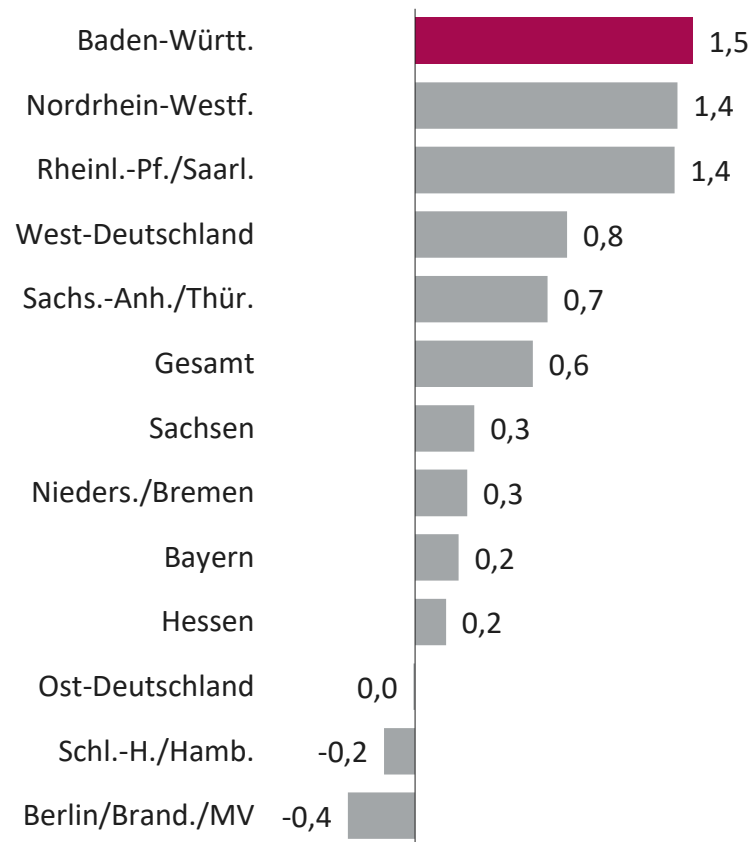
Quelle: Krankenhaus Rating Report 2022

Lage in Baden-Württemberg unterdurchschnittlich, jedoch Verbesserung im Jahr 2020

Jahresergebnis⁽¹⁾ 2020; als Anteil an Erlösen



Betriebsergebnis⁽²⁾ 2020 zu 2019; in %-Punkten



(1) Jahresergebnis nach Steuern, EAT

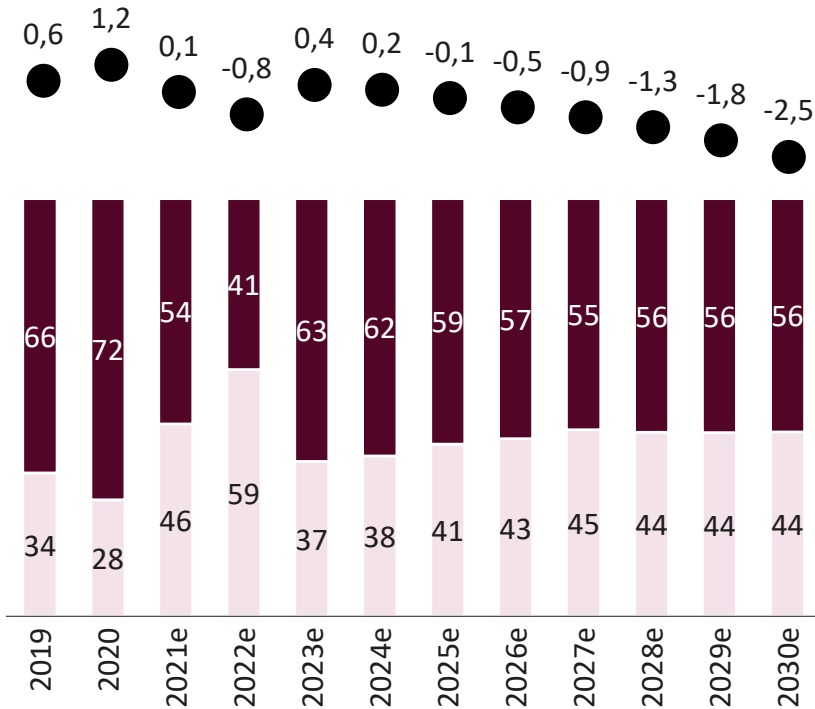
(2) EBITDA

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2022

Bei anhaltend niedrigen stationären Fallzahlen massiver Einbruch der wirtschaftlichen Lage ab 2023 erwartet

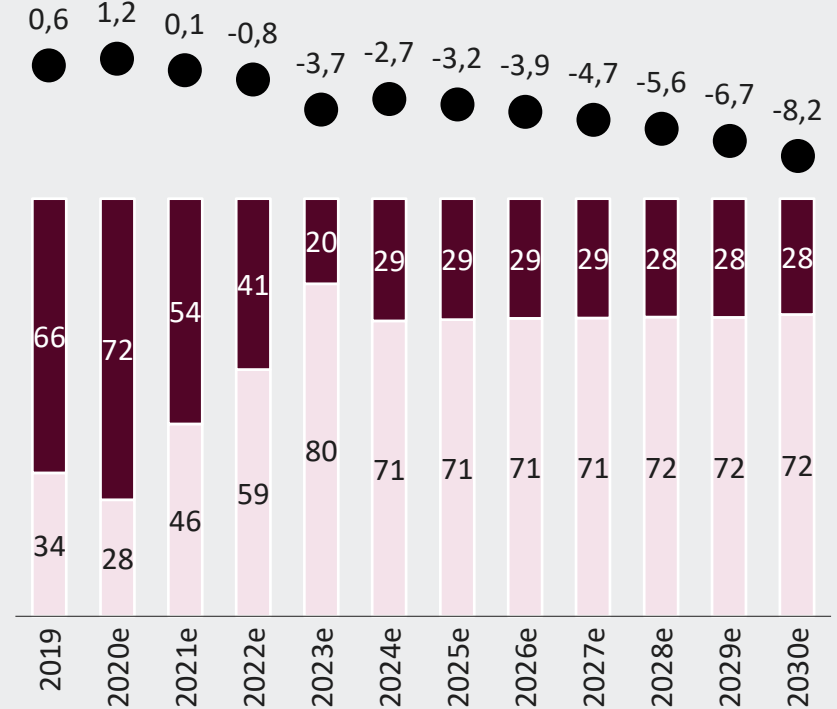
Rückkehr der Leistungszahlen zu 2019⁽¹⁾

Projektion des Jahresergebnisses in % der Erlöse



Leistungszahlen bleiben niedrig⁽¹⁾

Projektion des Jahresergebnisses in % der Erlöse



Jahresergebnis < 0
 Jahresergebnis >= 0

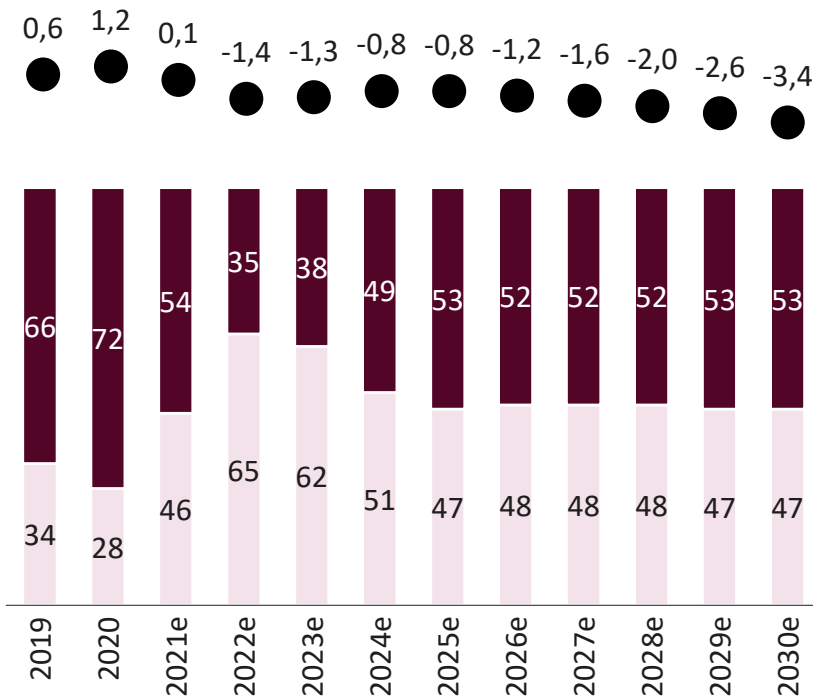
(1) Berücksichtigung der demografischen Entwicklung, stabiler Orientierungswert, steigende Löhne, gesetzliche Sondereffekte und bei niedrig bleibenden Leistungszahlen Anpassung der Personal- und Sachkosten auf das neue Niveau

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2022

Bei anhaltend hohen Energiepreisen entsteht zusätzlicher Druck (Update der Projektionen)

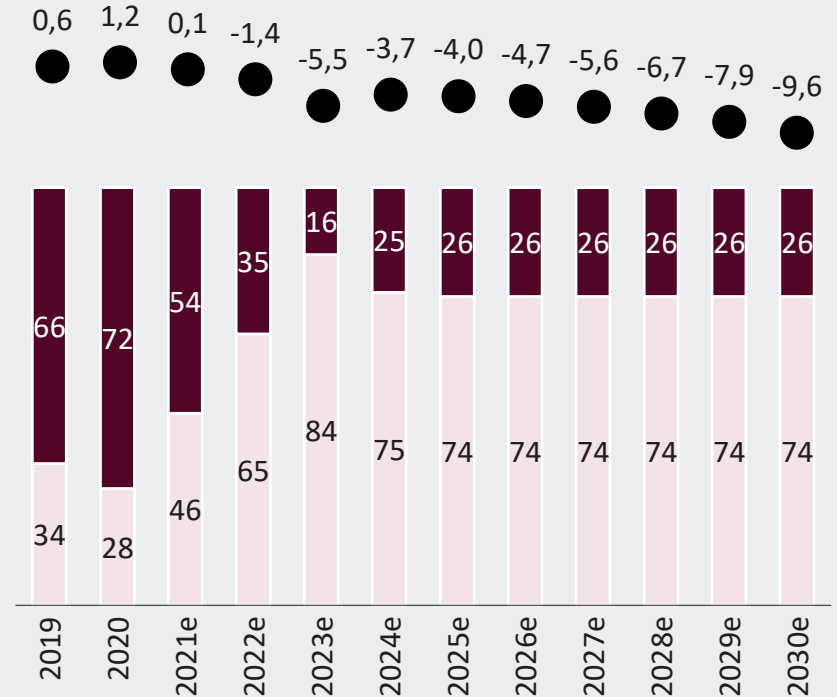
Rückkehr der Leistungszahlen zu 2019⁽¹⁾

Projektion des Jahresergebnisses in % der Erlöse



Leistungszahlen bleiben niedrig⁽¹⁾

Projektion des Jahresergebnisses in % der Erlöse



Jahresergebnis < 0
 Jahresergebnis >= 0

(1) Berücksichtigung der demografischen Entwicklung, stabiler Orientierungswert, steigende Löhne, gesetzliche Sondereffekte und bei niedrig bleibenden Leistungszahlen Anpassung der Personal- und Sachkosten auf das neue Niveau

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2022

Verzagen? Denkblockade? Nichts geht mehr?



Agenda



Bestandsaufnahme

Handlungsoptionen

Vergütungssystem

Das Gesundheitswesen hat sich seine Potenziale aufgespart ...



... und noch reichlich zu bieten (I)



Prävention

Reduktion der Bedarfe



Sektorenübergreifende Versorgung und Ambulantisierung

Komplexe ambulante Leistungen



Effiziente Allokation von Personal und Kapital

Interprofessionelle Zusammenarbeit,
mehr Verantwortung für die Pflege

Neue Medizin, neue Technologien

Digitalisierung Tele-
medizin, KI, Robotik,
personalisierte Medizin



Zentralisierung und Schwerpunktbildung

Sowohl in der stationären als
auch ambulanten Versorgung,
Berücksichtigung von Erreichbarkeit



... und noch reichlich zu bieten (I)

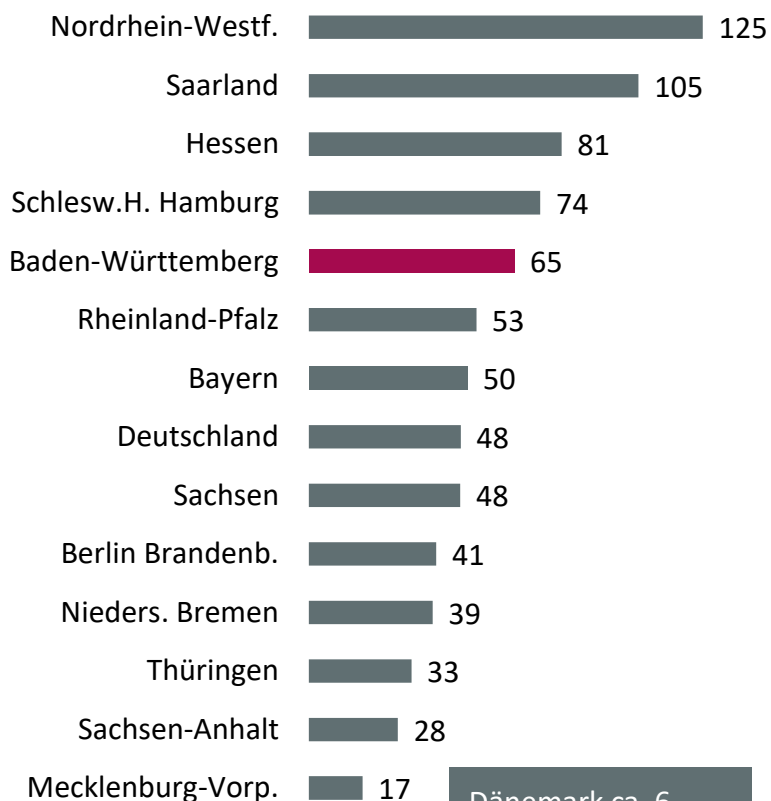
Zentralisierung und Schwerpunktbildung

Sowohl in der stationären als
auch ambulanten Versorgung,
Berücksichtigung von Erreichbarkeit



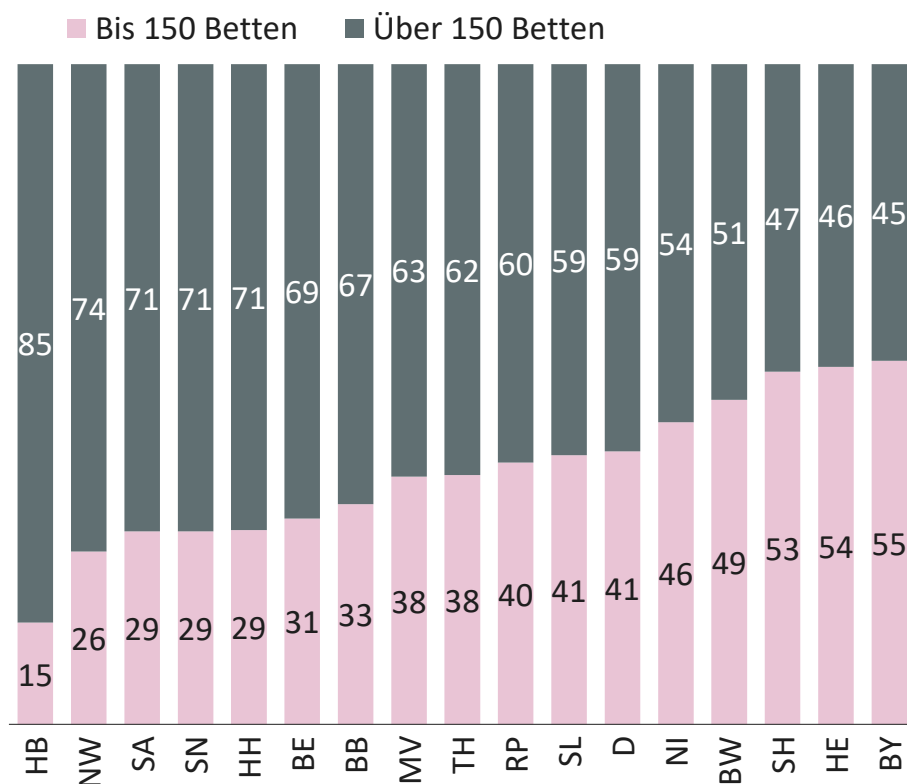
Hohe Krankenhausdichte in den meisten Bundesländern

Anzahl Standorte je 10.000 km² (2017)



Dänemark ca. 6
Niederlande: ca. 18

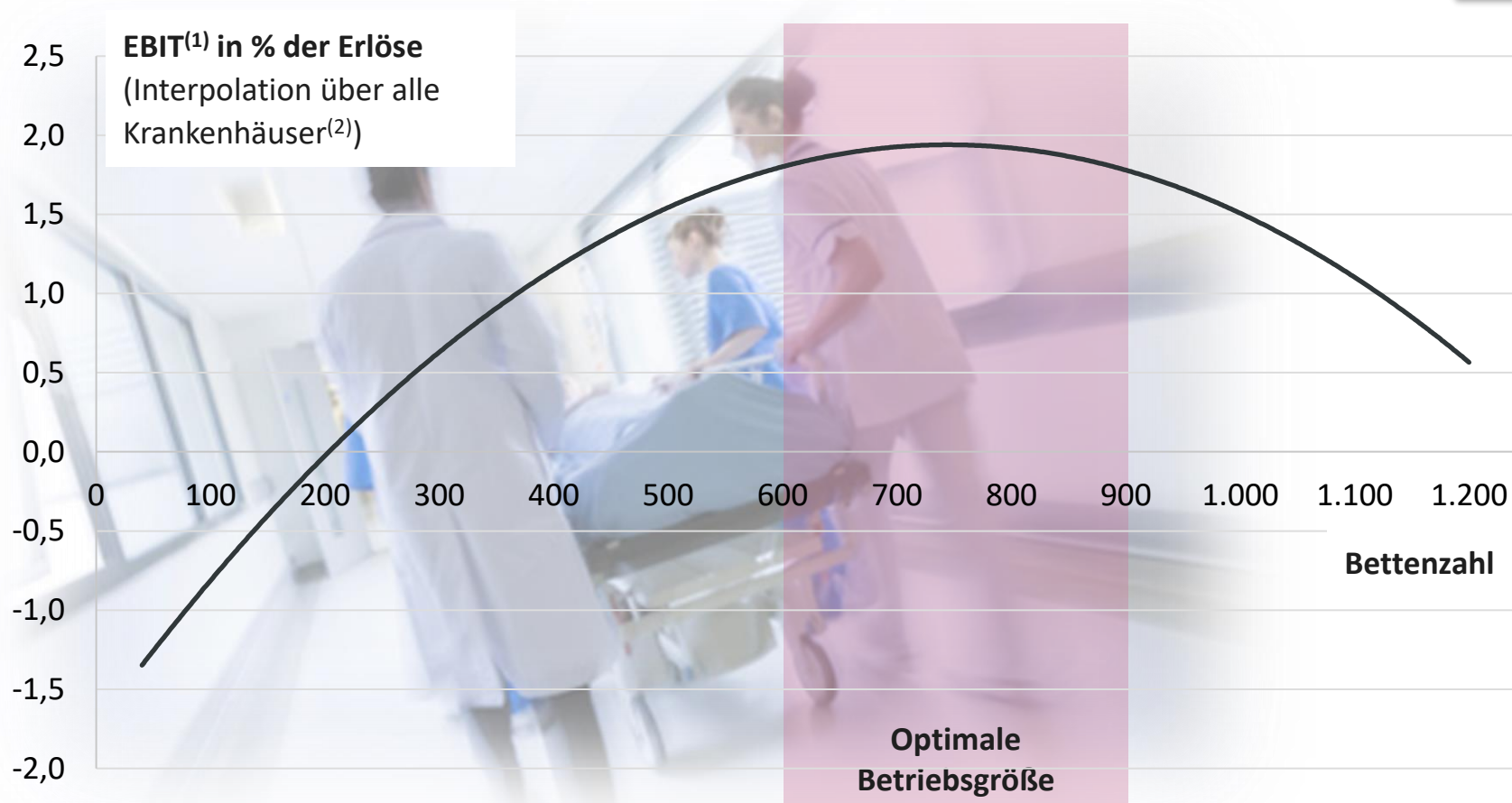
Verteilung nach Größenklassen⁽¹⁾ 2017 in %



(1) Nach Qualitätsberichten

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2018 und 2019; OECD (2019); Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2017

Optimale Betriebsgröße zwischen 600 und 900 Betten (Ohne Fachkliniken)



(1) EBIT = Earnings before interest and tax

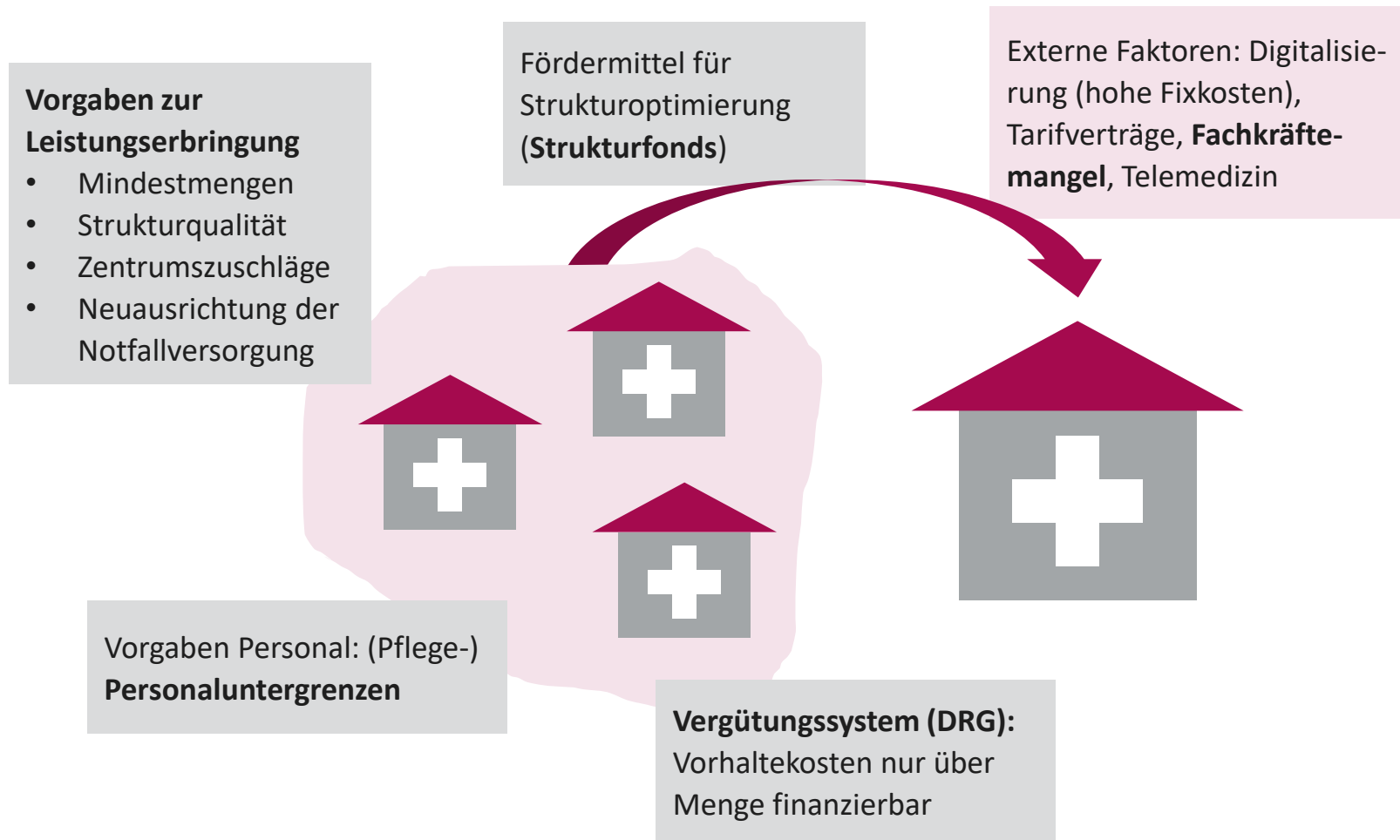
(2) R-Quadrat aus der multivariaten Regression liegt bei rund 10%

Anmerkung: Daten von Krankenhausstandorten, nicht von Ketten; keine Fachkrankenhäuser

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2021

Gesetzgeber forciert Zentralisierung der Krankenhausstruktur

Inzwischen zusätzlicher Druck über externe Einflussfaktoren



Inzwischen ist immer häufiger der Personalengpass Anlass zur Optimierung der regionalen Krankenhausstruktur

Aktuelles Beispiel aus der Praxis



Grundproblem: Selbst wenn Defizit ausgeglichen oder Sicherstellung voll finanziert würden, gelingt der Erhalt der bestehenden Versorgungsangebote aus personellen Gründen nicht

... und noch reichlich zu bieten (II)



Prävention

Reduktion der Bedarfe



Sektorenübergreifende Versorgung und Ambulantisierung

Komplexe ambulante Leistungen



Effiziente Allokation von Personal und Kapital

Interprofessionelle Zusammenarbeit,
mehr Verantwortung für die Pflege

Neue Medizin, neue Technologien

Digitalisierung Tele-
medizin, KI, Robotik,
personalisierte Medizin



Zentralisierung und Schwerpunktbildung

Sowohl in der stationären als
auch ambulanten Versorgung,
Berücksichtigung von Erreichbarkeit

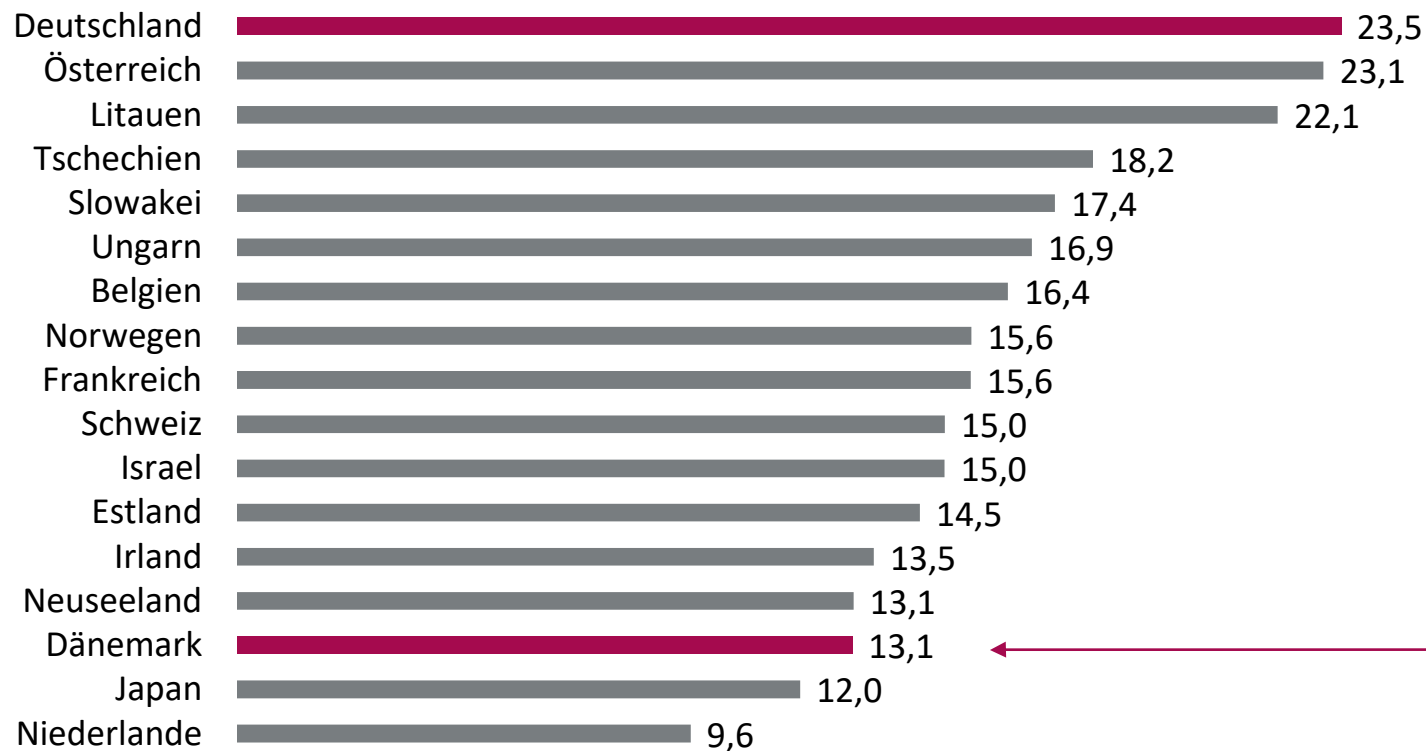


... und noch reichlich zu bieten (II)



Ambulantisierung mit großem Potenzial in Deutschland

Krankenhausfälle je 100 Einwohner (vor „Corona“)

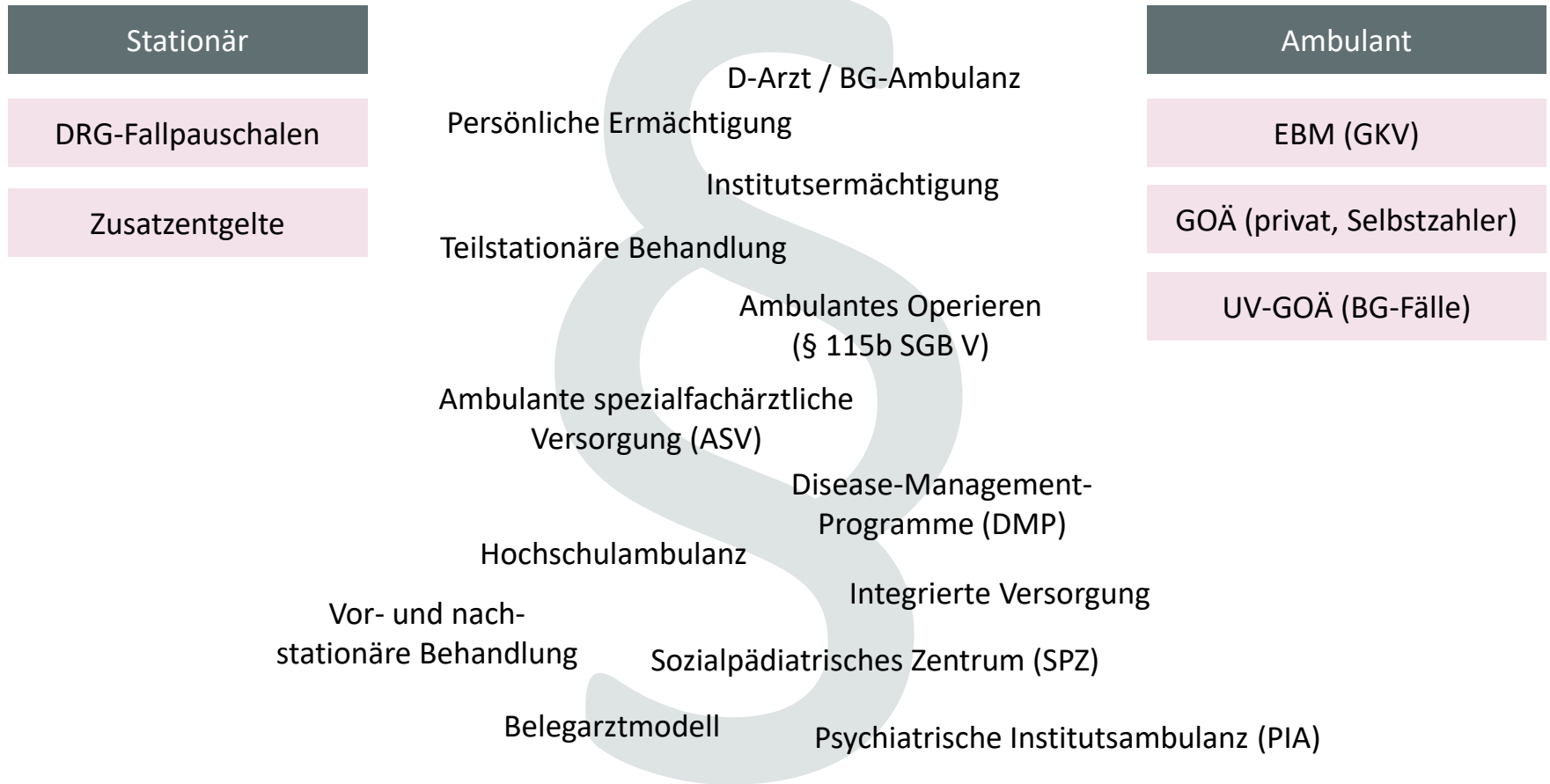


„Bottom-up-Schätzungen“ rechnen mit ambulantem **Potenzial von 20%**⁽¹⁾

(1) Sundmacher et al. 2015 und verschiedene Abschätzung auf Basis des IGES-Gutachtens 2022

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2018; OECD (2019)

In Deutschland gelang es den bestehenden Vergütungssystemen bislang nicht, das ambulante Potenzial zu realisieren



Am 31. März veröffentlichte das IGES ein Gutachten mit Vorschlag zu neuem **Katalog der stationersetzenden Maßnahmen**

Agenda



Bestandsaufnahme

Handlungsoptionen

Vergütungssystem

Wie kann das Vergütungssystem helfen, die Potenziale zu realisieren?

Komplex-ambulante DRG

DRG für komplex-ambulante Leistungen: weitere Ausdifferenzierung des DRG-Systems für ambulant-sensitive Krankenhausfälle („Stufenmodell“)

Patienteneigenschaften und Strukturvoraussetzungen definieren „DRG-Stufe“ (nur wenn Voraussetzungen stimmen, kann höhere Stufe abgerechnet werden)
Ambulant am Krankenhaus ermöglichen

**Vorschlag in
f&w 2/2022**

Regionale Gesundheitsbudgets

Für einzelne Regionen weitgehend mengen-unabhängiges Gesundheitsbudget mindestens für ambulante und stationäre Leistungen mit freier Mittelverwendung, Zielvorgaben und Wettbewerb der Regionen nötig

**Forderungen
in f&w 1/2022**

Regionale Vorhaltebudgets

Ausgliederung eines Teils der DRG-Erlöse zur Finanzierung von Vorhaltebudgets für Versorgungsregionen (Rückwirkung auf Krankenhausplanung)

Kombinierbar mit amb. Grundversorgung und Notfallversorgung

Vergütung der Pflege

Pflegebudget hat schwerwiegende Nachteile: es finanziert Kosten statt Ergebnisse und ist ungedeckt → unbegrenzte Kosten

Stattdessen Pflegeleistungen (z.B. Pflegeminuten) vergüten innerhalb eines bedarfsorientierten Korridors

**Gutachten aus
Okt. 2021**

Investitionsfinanzierung

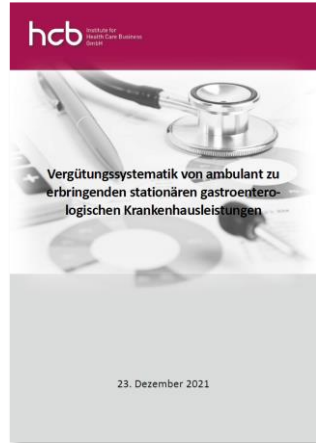
Derzeit keine nachhaltige Lösung in Sicht

Verschiedene Investitionsfonds mit Bundesbeteiligung: Strukturen, Digitales, evtl. Klima

Investitionsbarometer NRW 2021

Komplex-ambulante DRG differenziert nach drei Stufen gemäß Patienteneigenschaften und nötigen Prozeduren

Abrechenbarkeit an strukturelle Anforderungen knüpfen



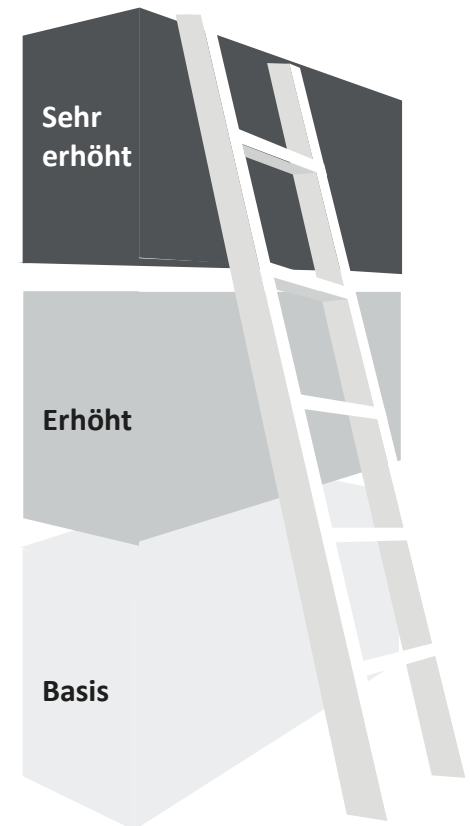
Einheitliche Anforderungen und Rahmenbedingungen
an sektorengleiche Versorgung und Vergütung:
infrastrukturelle und personelle Voraussetzungen

**Gleicher Anspruch an Behandlung beim
Niedergelassenen und im Krankenhaus**

Anstreben einer **sektorenübergreifenden
Bedarfsplanung**

Begleiterkrankungen*	Eingriffsdauer		
	<30 Min.	30-60 Min.	>60 Min.
0	Basis	Erhöht	Sehr erhöht
1, nicht ASA3	Erhöht	Erhöht	Sehr erhöht
Mind. 2 und/oder ASA3	Sehr erhöht	Sehr erhöht	Sehr erhöht

**Vergütung je Stufe
(komplex-ambulante DRG)**



(*) Als Begleiterkrankungen gelten alle 80 Erkrankungen der Liste, die für die Zuweisung erhöhter finanzieller Mittel im Rahmen des Morbi RSA relevant sind.

ASA (Am. Society of Anesthesiologists): Intern. Risikoklassifik. zur Einstufung präoperativer physischer Beschaffenheit der Patienten: Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung

Quelle: hcb

Komplex-ambulante DRG meist niedriger als stationäre DRG vergütet

Beispielhafte Berechnung auf Basis der Kostendaten von inspiring health

	DRG ¹⁾	Komplex-ambulante DRG ²⁾		
Schweregrad	1-Tagesfall	Sehr erhöht	Erhöht	Basis
ERCP diagnostisch bzw. mit wenig aufwendigen Zusatzleistungen	1.606 €	1.079 €	805 €	531 €
Interventionelle ÖGD: ÖGD mit 1-2 Schlingenpolypektomien	952 €	935 €	686 €	437 €
ÖGD mit Langzeit-pH-Metrie mit Langzeit-Impedanzmessung	809 €	1.247 €	852 €	456 €

Kosten der 1-Tagesfälle im Bereich Funktionsdiagnostik **höher als DRG-Erlös** für den 1-Tagesfall

- 1) DRG-Erlös der 1-Tagesfälle als gewichteten Mittelwert berechnet. Gleiche Verteilung über die DRGs wie bei den komplex-ambulanten DRGs.
- 2) Berechnet aus Kostendaten der InEK-Kalkulationshäuser (Daten von inspiring health) der entsprechenden 1-Tagesfälle und mit der Differenz aus Bundesbasisfallwert und InEK-Bezugsgröße auf Erlösniveau angehoben, entsprechend zum DRG-System.

Quelle: hcb, Kostendaten 1-Tagesfälle inspiring health



Neue Rolle für das Krankenhaus?

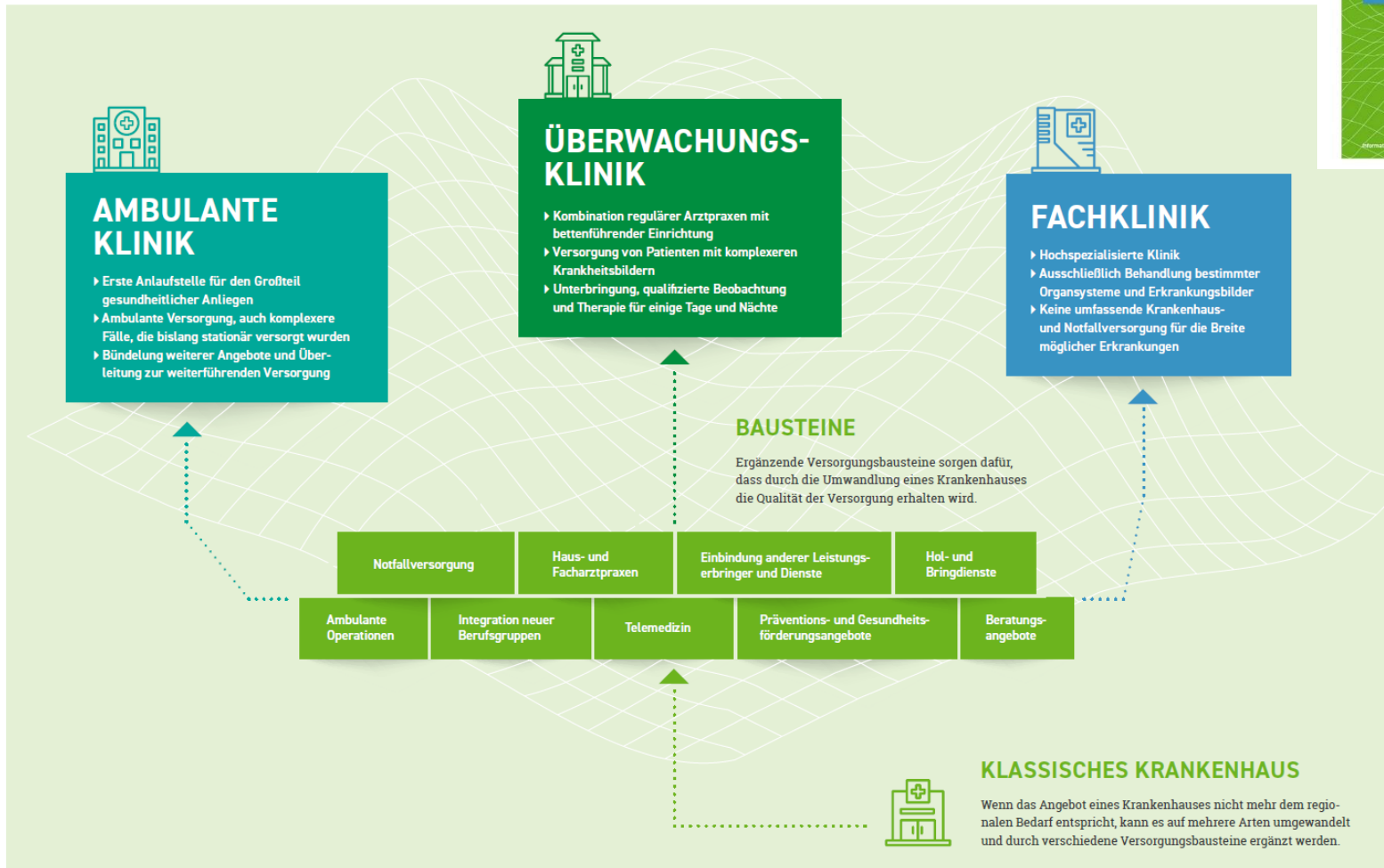
(Besonders für kleine)



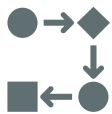
Ambulante Großklinik?

*Auf Basis komplex-
ambulanter DRG*

Stiftung Münch: Umwandlung kleiner Krankenhausstandorte



Um ambulante Angebote am Krankenhaus wirtschaftlich erbringen zu können, sind am Krankenhaus aber noch Voraussetzungen zu schaffen



Trennung von ambulanten und stationären Prozessen



Geeignete **Prozesse** für ambulante Behandlung schaffen



Kooperation mit Niedergelassenen
u.a. bei Sicherstellung der Notfallversorgung

Es gibt Gründe, die für eine Vorhaltefinanzierung sprechen

1

Es kann zu **Schwankungen** kommen, **die das übliche Maß übersteigen**, d.h. die Schwankung liegt außerhalb des Erwarteten

Beispiel: Plötzliche Ereignisse⁽¹⁾

2

Die erwarteten Bedarfe sind zu klein, um die Fixkosten decken zu können, und das Angebot an Leistungen ist notwendig

Beispiel: Ländliches versorgungsrelevantes Krankenhaus mit begrenztem Einzugsgebiet

3

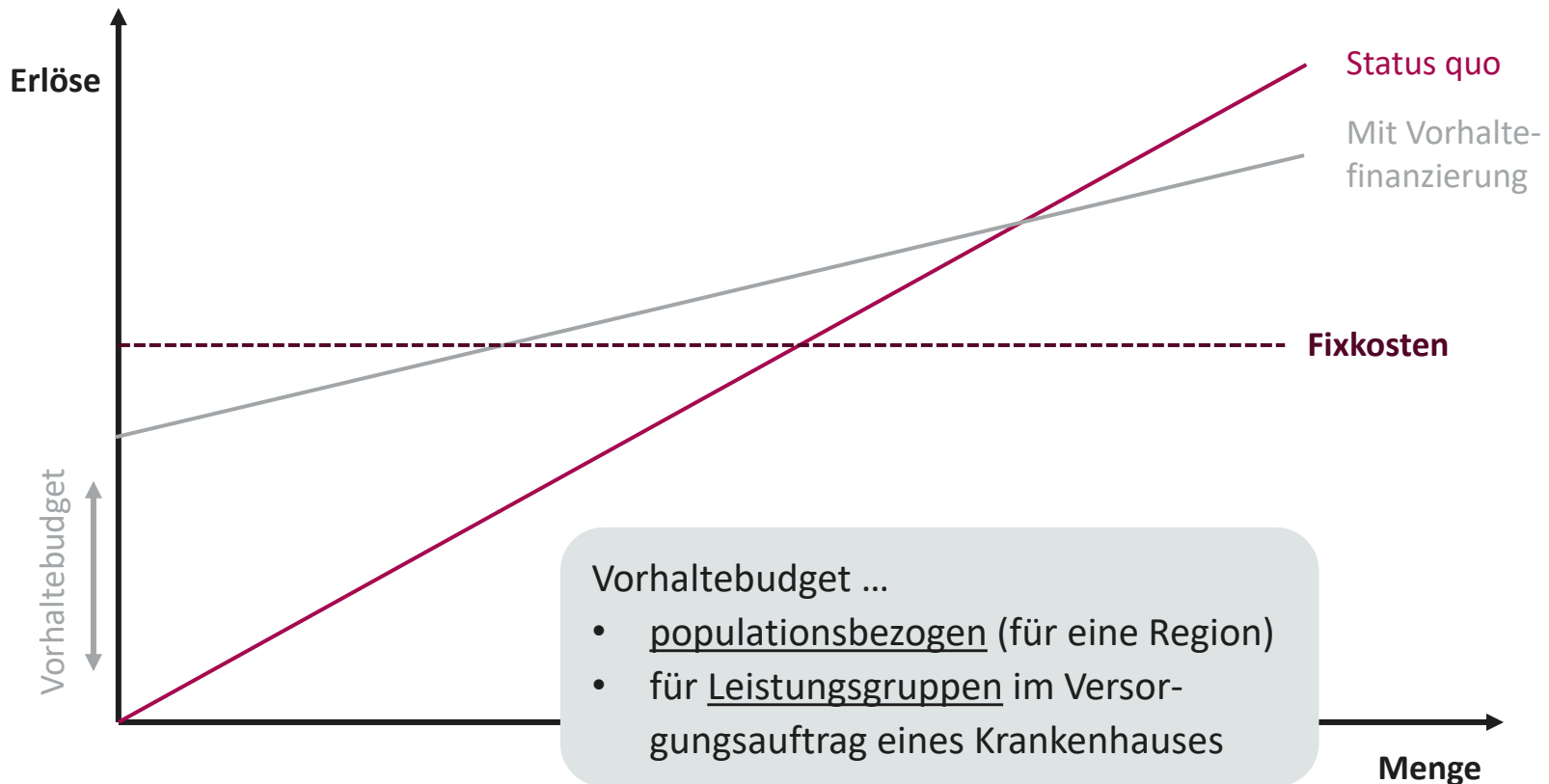
Reduktion des Mengenanreizes in der Vergütung

Beispiel: DRG-System

(1) So führte die Corona-Pandemie plötzlich zu einer enormen Unterauslastung

Quelle: RWI / hcb

Zwei Säulen der Finanzierung: Vorhaltung und Leistungsmenge



Das Vorhaltebudget sollte kleiner als die Fixkosten sein, um einen Leistungsanreiz zu lassen

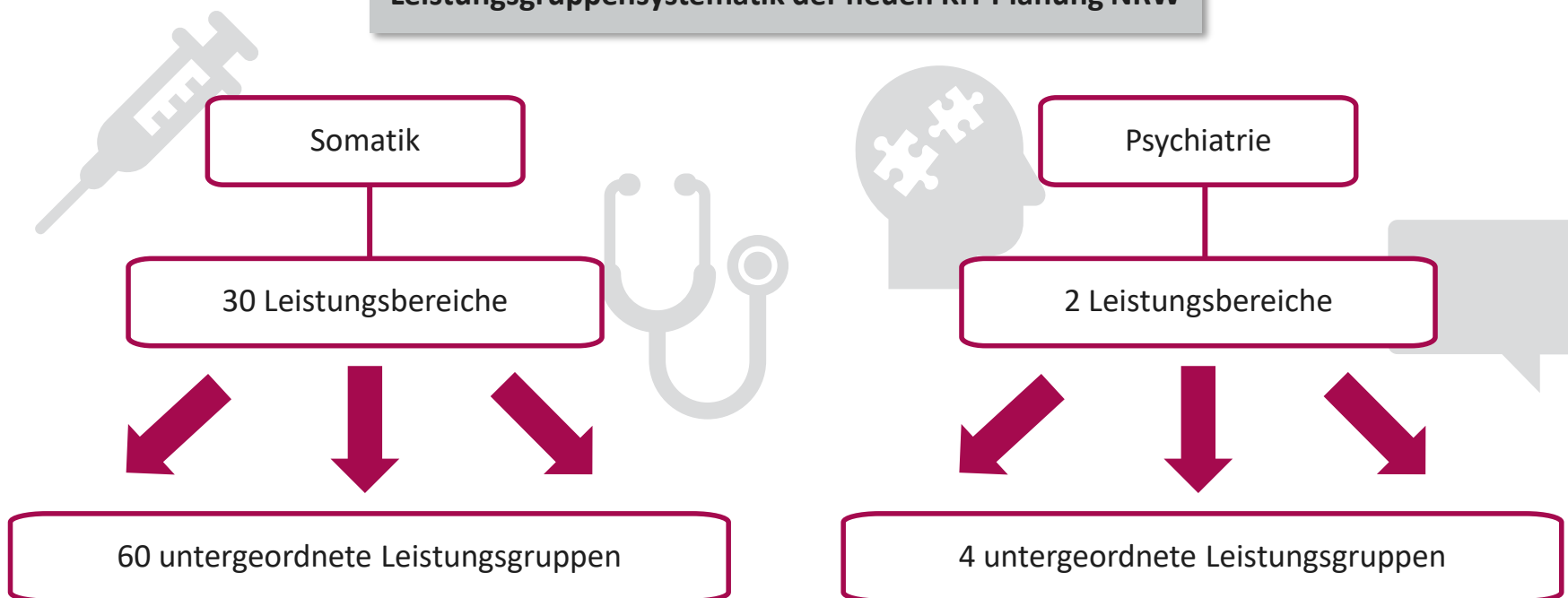
Aktuelles Positionspapier des AOK Bundesverbands



Quelle: AOK Bundesverband

Leistungsgruppen der neuen Krankenhausplanung NRW als Beispiel

Leistungsgruppensystematik der neuen KH-Planung NRW

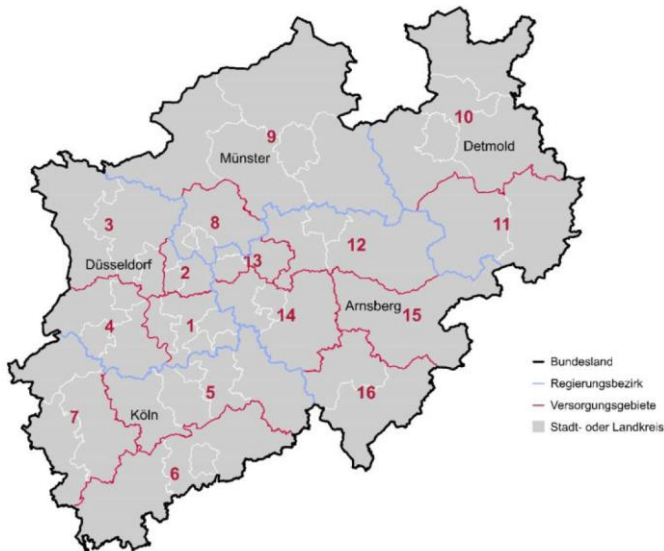


Vier Planungsebenen sind vorgesehen

Zuordnung zur Planungsebene in Abhängigkeit von Komplexität der Leistungsgruppe

1. Landesteil: 2
2. Regierungsbezirk (RB): 5
3. Versorgungsgebiet (VG): 16
4. Kreis/ kreisfreie Stadt: 31

Die 16 Versorgungsgebiete in NRW



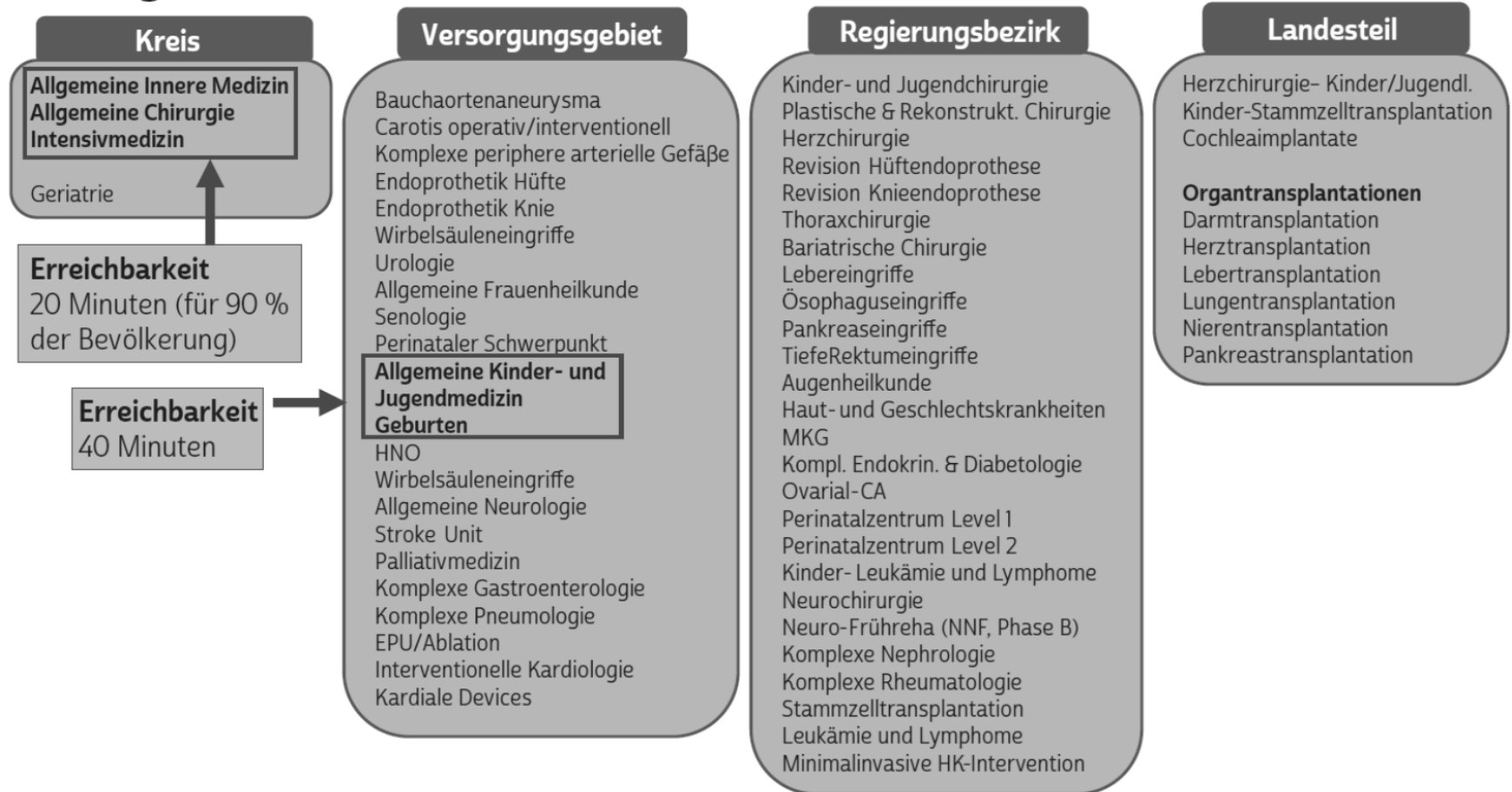
Quelle: hcb, MAGS

Administrative Gliederung Nordrhein-Westfalens



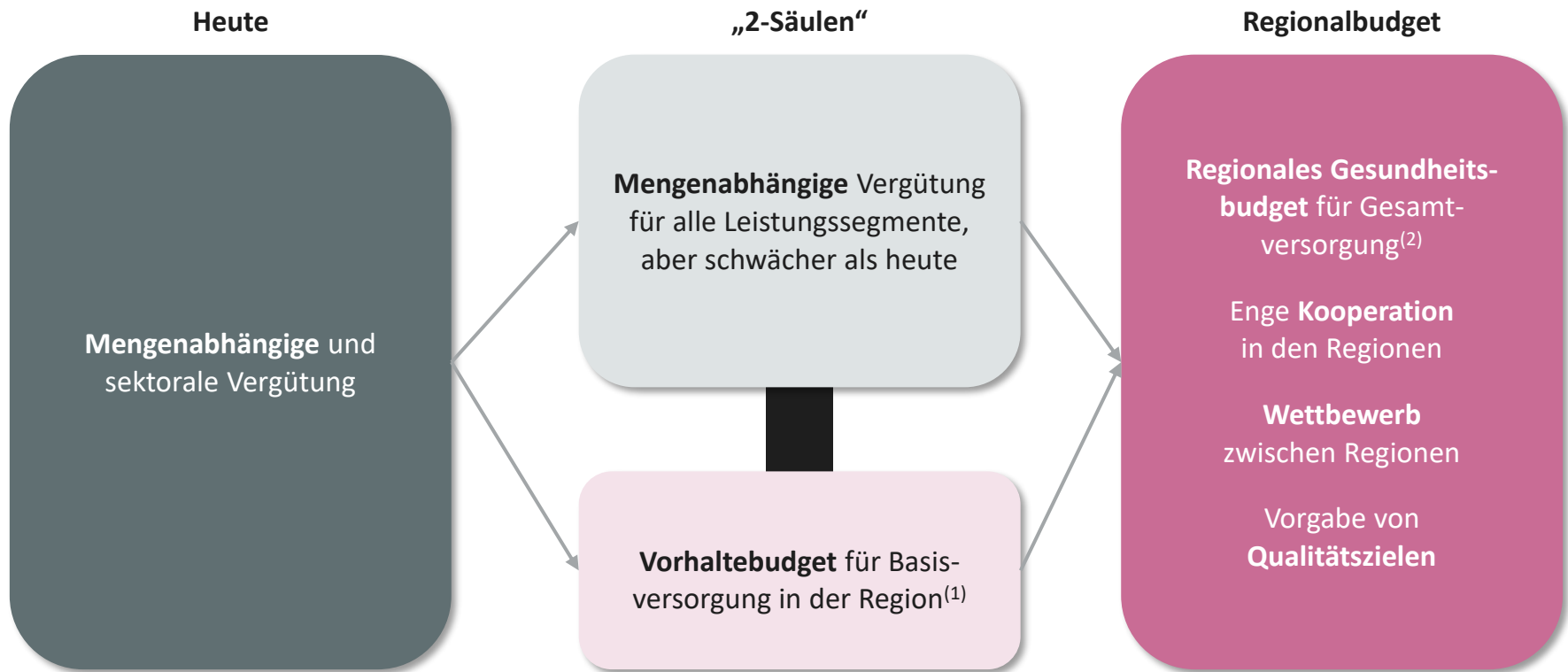
Die Leistungsgruppen sind den vier Planungsebenen zugeordnet

Planungsebenen



Quelle: Roeder et al. in das Krankenhaus 10/2021

... oder gleich ein gesamthaftes Regionalbudget für alle Gesundheitsleistungen einer Region



Budgets jeweils für zu definierende Versorgungsregionen, um bestehende Strukturen nicht zu zementieren

(1) Und für spezielle Leistungsbereiche überregional

(2) Eine Region erhält u.a. in Abhängigkeit von ihrer Bevölkerungs- und Flächenstruktur ein Gesundheitsbudget für mindestens die stationäre und ambulante Akutversorgung

Quelle: Stiftung Münch

Dabei auf ausreichende Größe, Qualitätstransparenz und Wettbewerb zwischen Regionen achten

Größe: Region mit 200.000 bis 400.000 Einwohner

Nicht zu klein, weil sonst Fixkosten zu hoch und Risikodiversifikation schwer

Abdeckung

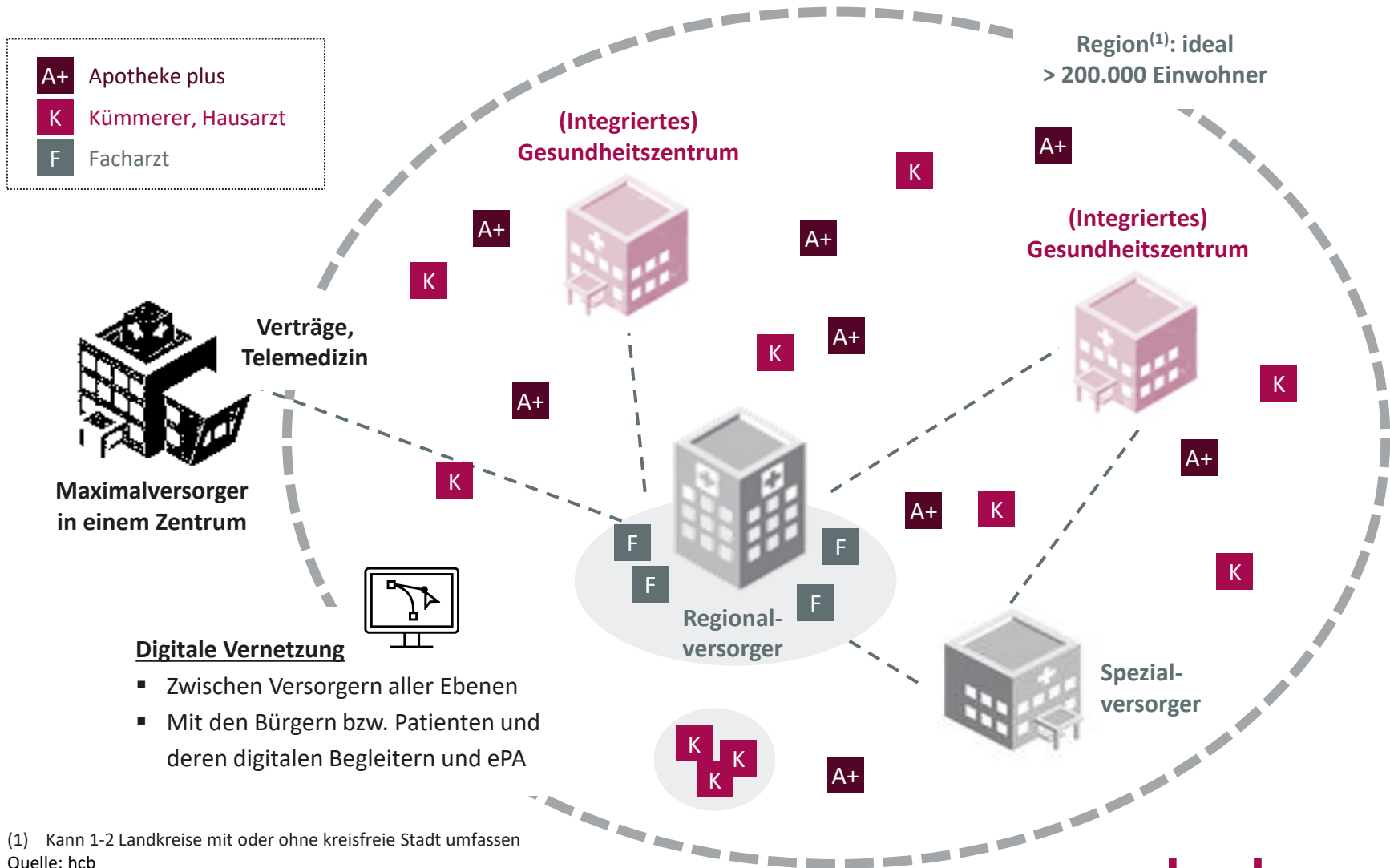
1. Möglichst alle Krankenkassen, idealerweise nicht weniger als 75%
2. Idealerweise alle Indikationen
3. Ambulant und stationär, idealerweise auch alle anderen Gesundheitsleistungen

Art der Region: ein dominanter Akteur sollte vorhanden sein, der Koordination übernehmen kann; innerhalb der Region sollte Landschaft wettbewerbsarm sein

Qualität: Keine Input-Kontrolle mehr nötig, stattdessen Vorgabe von Qualitätszielen
Qualitätskontrolle und Qualitätsboni
Public Reporting

Wettbewerb:
Wettbewerb zwischen Regionen essenziell, freie Wahl des Leistungserbringers durch Patienten

Auf Regionsebene kann damit eine neue Versorgungsstruktur entstehen



Der Koalitionsvertrag bietet einige Ansatzpunkte

Auszug aus dem neuen Koalitionsvertrag 2021: Fokus Krankenhaus

Sektorenübergreifende, patientenorientierte Versorgung

Sektorenübergreifende **Versorgungsplanung**, Leitplanken für eine auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierende Krankenhausplanung

Aufnahme des **Rettungswesens** als integrierten Leistungsbereich in SGB V

Integrierte Gesundheits- und Notfallzentren

Ausbau der **Kurzzeitpflege**

„**Kümmerer**“-Funktionen: Gesundheitskioske, Gemeindeschwestern und Gesundheitslotsen

Gestaltungsmöglichkeiten

Verbesserung der Attraktivität von **bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträgen** (Gesundheitsregionen)

Ausweitung des gesetzlichen **Spielraums für Verträge** zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern

Vergütung

Vorhaltepauschalen nach Versorgungsstufen⁽¹⁾

Hybrid-DRG zur Ambulantisierung von ambulant-sensitiven Krankenhausfällen

ABER: Es fehlen Aussagen zur **Investitionsfinanzierung**

(1) Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Uniklinika

Quelle: RWI / hcb

Fazit: Die 2020er sind ein Jahrzehnt mit erheblichen Disruptionen

Jahrzehnt der schnellen Veränderungen

Dauerhafter **Fachkräftemangel**

Grundlegend veränderte **Nachfragestruktur**

- Gesundheitsnachfrage wächst weiter, aber: sinkende Zahl an stationären Fällen
- Nachfragestruktur ändert sich; Bedeutungsgewinn von: *ambulant, Altersmedizin, Kurzzeitpflege, digitale Angebote, aus-einer-Hand-Angebote*

Völlig neuartige medizinische und technologische **Innovationen**

Neue **Vergütungssysteme**

Jahrzehnt der fundamentalen Anpassungen

Das **Krankenhaus** wird ambulanter und übernimmt mehr Verantwortung vor Ort

Arztpraxen rücken enger zusammen und bilden ambulante Zentren

Angebote vernetzen sich **digital**, Nachfrage und Angebot interagieren digital

Die kommenden Jahre erfordern eine erhebliche **Veränderungsbereitschaft** und hohe **Entscheidungsgeschwindigkeit**

Den Letzten beißen die Hunde

