



ÄRZTEKAMMER
WESTFALEN-LIPPE



Reform der Krankenhausfinanzierung

28. Januar 2022

Prof. Dr. Boris Augurzky

Das DRG-System hat Ecken und Kanten

DRG-System hat sich bewährt

- Es hat **Standards** und **Transparenz** geschaffen
- Es hat zu einer hohen betrieblichen **Effizienz im Krankenhaus** geführt
- Es hat die Krankenhausfinanzierung gegenüber der Zeit vor DRG verbessert

Jedes Vergütungssystem im Gesundheitswesen hat **Nebenwirkungen**; so auch das DRG-System

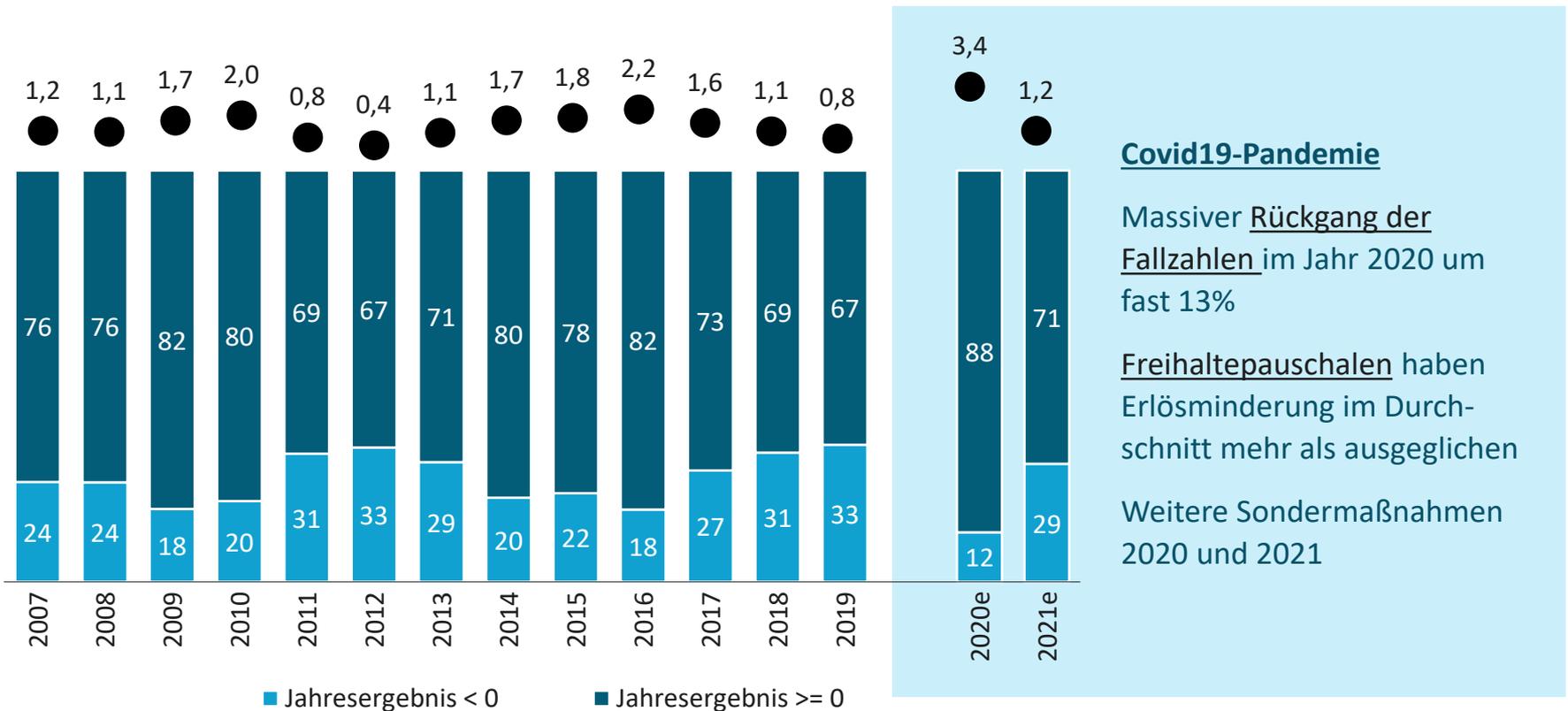
- Es setzt den Anreiz zur Erbringung einer hohen **Menge** stationärer Leistungen; versorgungsnotwendige **Vorhaltungen** sind erst nach einer gewissen Leistungsmenge finanziert
- Es verhindert eine sektorenübergreifende Versorgung und bremst die **Ambulantisierung** aus
- Die **Pflege** ist nicht erlösrelevant; aber Pflegebudget mit neuen schweren Fehlanreizen
- Es führt nicht zu einer hohen **Systemeffizienz**



Seit 2017 verschlechtert sich wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser, vorübergehend Verbesserung für 2020 erwartet

Erneute Schwierigkeiten 2021

Jahresergebnis⁽¹⁾ (als Anteil an Erlösen)



Covid19-Pandemie

Massiver Rückgang der Fallzahlen im Jahr 2020 um fast 13%

Freihaltepauschalen haben Erlösminderung im Durchschnitt mehr als ausgeglichen

Weitere Sondermaßnahmen 2020 und 2021

Auf Standortebene 2019 vermutlich 41% mit Jahresverlust

(1) EAT, Earnings after tax

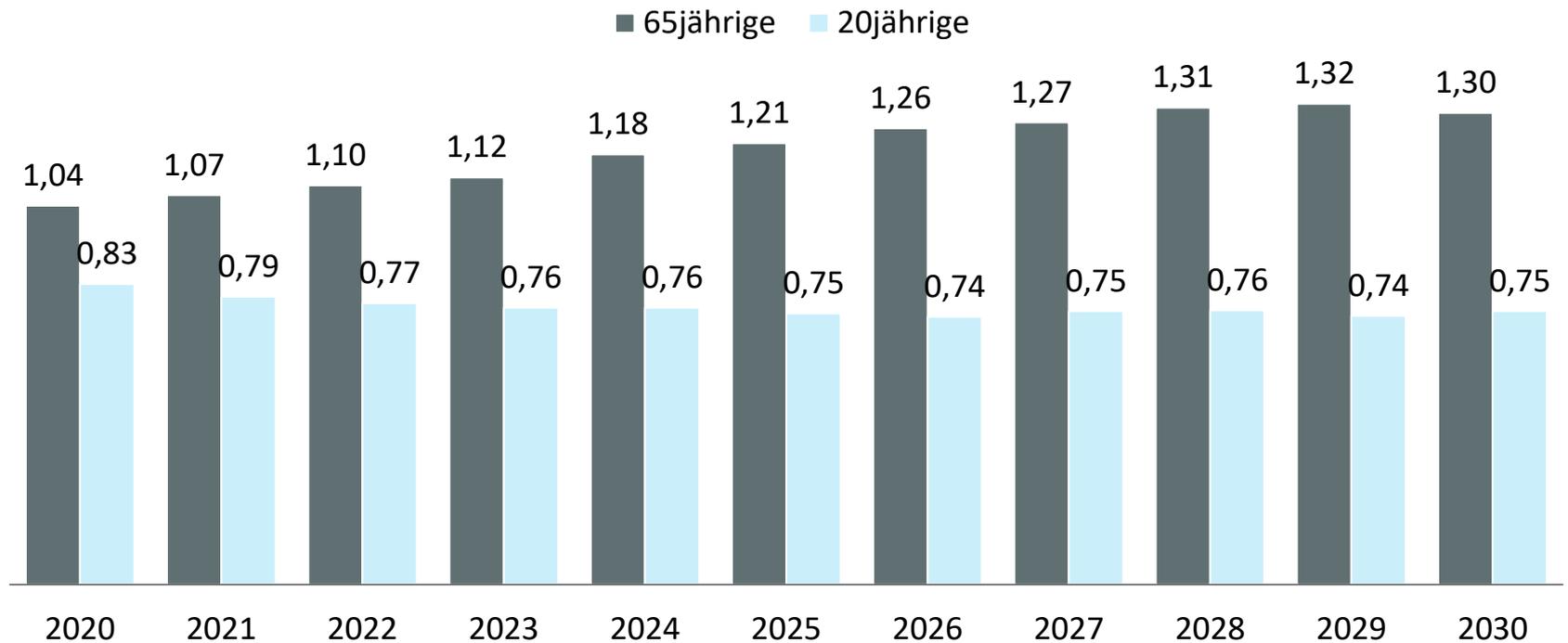
Anmerkung : Die jährliche Stichprobengröße schwankt zwischen 810 und 984 Einrichtungen.

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2021

Die größte Herausforderung steht jedoch erst an: enormer Engpass der Personalressourcen

Bevölkerungsentwicklung am Beispiel der 20jährigen und 65jährigen

Anzahl in Tausend



Das heißt, immer weniger Menschen können mithelfen, eine Medizin und Pflege in Würde zu erbringen
Anders formuliert: **„Weiter so“ bedeutet mittelfristig Rationierung mangels Fachkräften**

Quelle: Bevölkerungsvorausberechnung 13te Deutschland bis 2060, Variante 2: Kontinuität bei stärkerer Zuwanderung

In Bezug auf Rationierung ...

Demografische Wandel

=

**„Corona-Schock“ verteilt
über viele Jahre?**

Heißt: Krise mit rechtzeitiger Ansage

Wir sollten daher über Potenziale im Gesundheitswesen sprechen



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 Technologien

Digitalisierung Telemedizin, KI, Robotik



Zentralisierung und Schwerpunktbildung

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



Die Zukunft des DRG-Systems entscheidet sich daran, ob es diese Potenziale realisieren kann



Um Potenziale zu heben, müssen wir aber auch neue Wege gehen.

Um neue Wege zu gehen, müssen wir kreativ sein dürfen.

Um kreativ sein zu können, müssen wir uns von Regeln und Denkverboten befreien.

Deutschland baut jedoch seit Jahren Regulierung auf

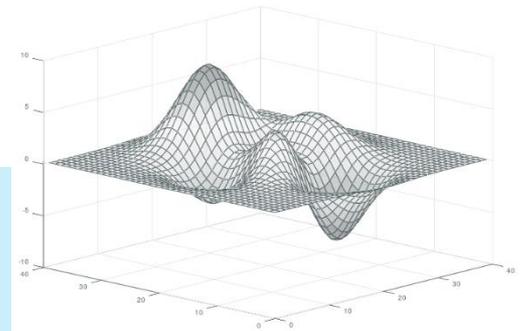
Der Gestaltungsraum wird dadurch immer kleiner

Deutschland befindet sich in einer „**Regulierungsfalle**“

- Jemand entdeckt ein unerwünschtes Ergebnis in der Gesundheitsversorgung
- Eine neue Regulierung soll das unerwünschte Ergebnis verhindern
- Dabei wird manchmal das Kind mit dem Bade ausgeschüttet, es macht sich erneut Unzufriedenheit breit und die Motivation derjenigen, die etwas zum Besseren verändern wollen, geht in den Keller

Je mehr Nebenbedingungen (Regulierung), desto niedriger fällt das erreichbare Effizienzniveau aus, das über eine Optimierung erreicht werden kann

Mehr Gestaltungsfreiheit erweitert den Optionenraum und damit das erreichbare Effizienzniveau
Allerdings braucht es dazu: Versorgungsziele, eine Budgetrestriktion, Vergütungsanreize, um diese Ziele zu erreichen, sowie harte Sanktionen bei Missbrauch



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 mengenunabhängiges 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

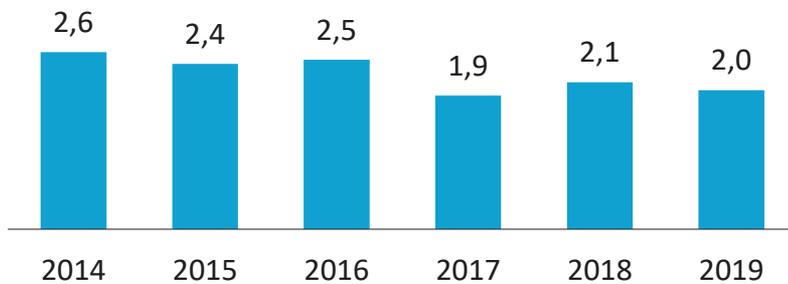
Oder Selbstkostendeckung? Zurück ins Paradies? Ein Leben ohne Knappheit?



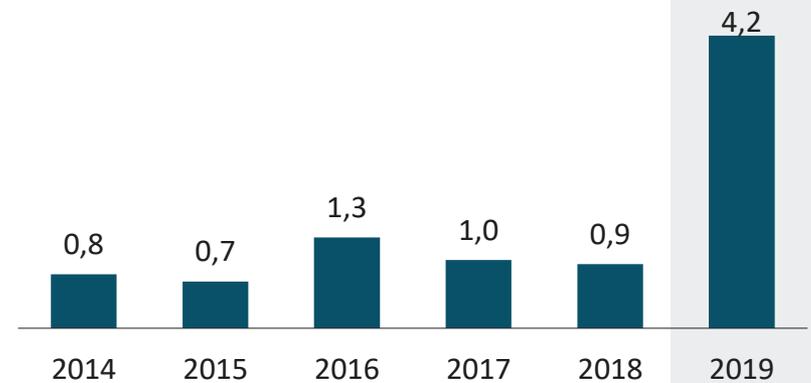
Quelle: <http://www.zeno.org/Kunstwerke/B/Wenzel,+Peter%3A+Adam+und+Eva+im+Irdischen+Paradies>

Exkurs Selbstkostendeckung Pflege: Im Jahr 2019 starker Aufbau des Pflegedienstes bei gleichzeitigem Abbau im Funktionsdienst

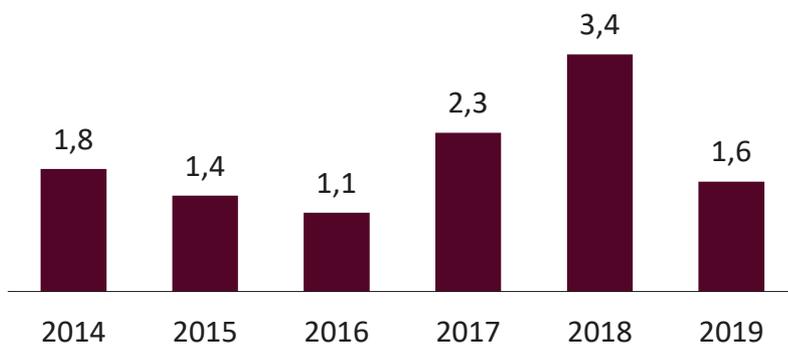
Vollkräfte **Ärztlicher Dienst**, Veränderung in %



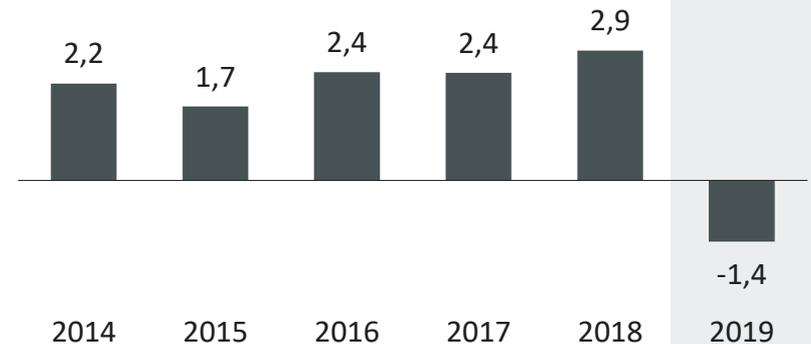
Vollkräfte **Pflegedienst**, Veränderung in %



Vollkräfte **Medizinisch-technischer Dienst**, Veränderung in %



Vollkräfte **Funktionsdienst**, Veränderung in %



Quelle: Krankenhaus Rating Report 2021

Selbstkostendeckung ist kein nachhaltiges Vergütungsmodell

Es gibt keine **Welt ohne Knappheit** der Ressourcen – zumindest nicht auf der Erde

Im Gesundheitswesen

- **Fachkräfte** sind heute schon knapp, ihre Knappheit wird im Laufe des Jahrzehnts weiter zunehmen
- **Investitionsmittel** sind sehr knapp (zu wenige Fördermittel der Länder)
- Finanzvolumen der **Sozialversicherungen** sind nicht unbeschränkt; Restriktionen nehmen in diesem Jahr sogar noch stärker zu

Es braucht einen Mechanismus, um die Knappheit auf die betriebliche Ebene herunterzubrechen

Selbstkostendeckung?

- Wer achtet darauf, dass **vermeidbare Kosten** vermieden werden?
- Ohne Schranke wachsen Kosten grenzenlos – bis eine äußere Grenze einen jähen Stopp erzwingt
- Wie erfolgt bei Erreichen der Grenze die **Priorisierung**? Für welche Leistungen darf Geld ausgegeben werden, für welche nicht?
- Wer kümmert sich darum, neue und ggf. kostengünstigere Verfahren einzubringen? Ohne Druck zu kostengünstigeren Verfahren, kein **Fortschritt**

Vergütung von am Patienten **erbrachten Pflege-
minuten** bis zu einer definierten Obergrenze

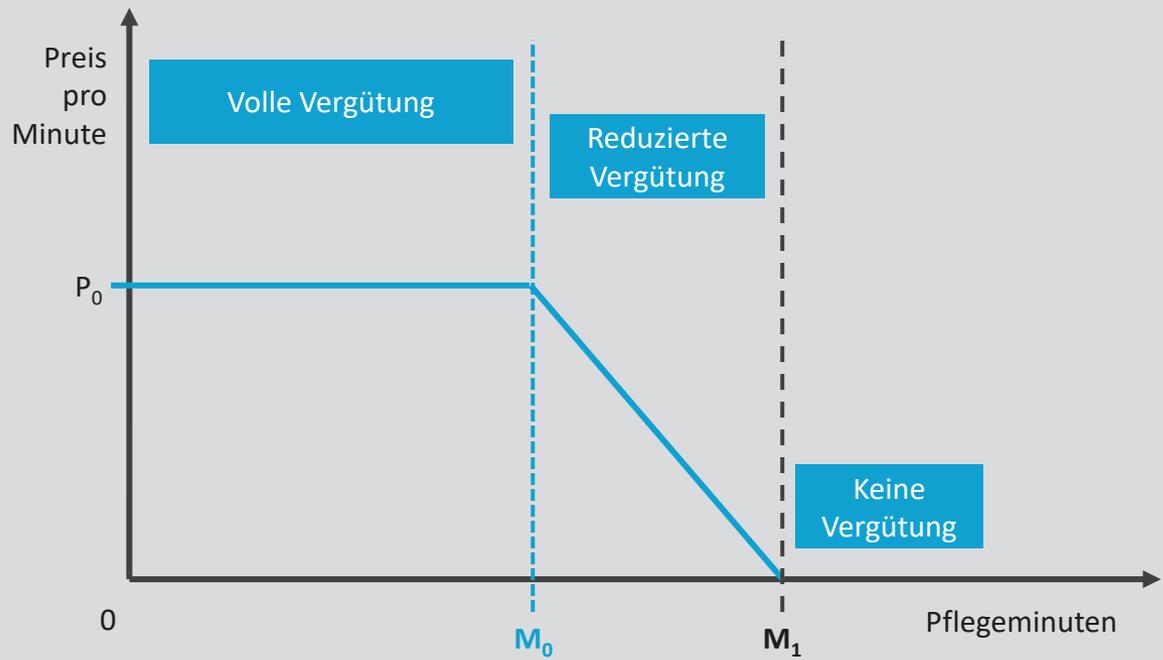
Mehr Pflege = mehr Erlöse

Fair und versorgungsrelevant – Pflege richtig vergüten

Anreize für patientenindividuelle, gute Pflege und attraktive Arbeitsbedingungen im Krankenhaus

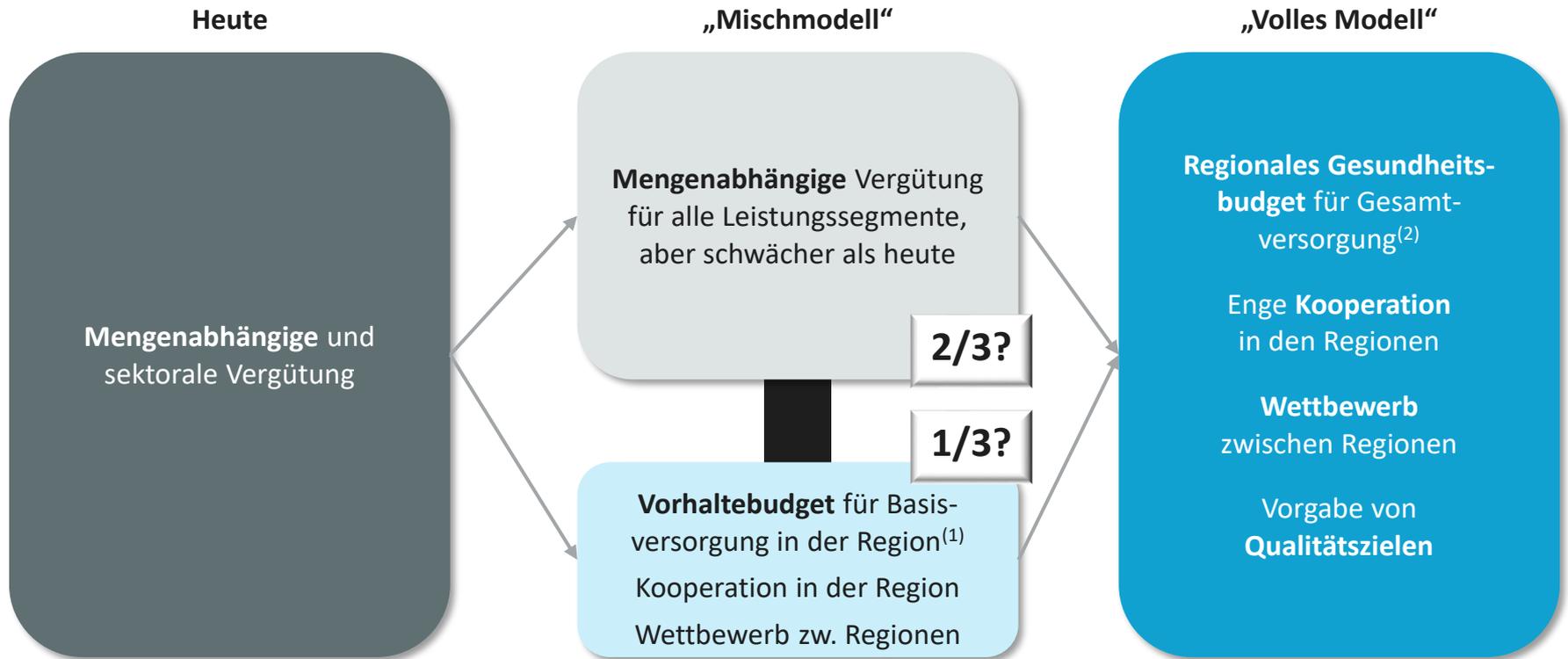
Impulspapier im Auftrag der
AOK Rheinland-Hamburg

26. Oktober 2021



Budgetorientierte Ansätze können die Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme sowie die Ambulantisierung befördern

Das Vergütungssystem ist heute praktisch zu 100% mengenorientiert



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: hcb / RWI

Regionale Gesundheitsbudgets: Lokale Lösungen für lokale Probleme



Quelle: Stiftung Münch

INHALT

| | |
|---|----|
| Mitglieder der Reformkommission | 3 |
| Wirtschaften für Gesundheit: | |
| Gesundheitsprämien für Regionen | |
| ▶ „Weiter so“ bedeutet auf kurz oder lang Rationierung | 4 |
| ▶ Das DRG-System setzt zu wenige Anreize zur Erhöhung der Systemeffizienz | 4 |
| ▶ Das präventive und das ambulante, stationersetzende Potenzial bleibt ungenutzt, Versorgung aus einer Hand gibt es nicht | 5 |
| ▶ Nur eine höhere Effizienz erlaubt in Zukunft menschenwürdige, nicht-rationierte Medizin | 5 |
| ▶ Regionale Gesundheitsprämien erlauben Gestaltungsfreiheit | 6 |
| Stiftung Münch setzt Reformkommission ein und formuliert einen Forderungskatalog | |
| ▶ Pilotregionen | 8 |
| ▶ Übergeordnete Voraussetzungen | 9 |
| ▶ Gestaltungsfreiheit und Ergebnisorientierung in Pilotregionen | 10 |
| Impressum | 12 |

Regionale Gesundheitsbudgets: Forderungskatalog der Stiftung Münch

1

Pilotregionen identifizieren

2

Budget festlegen

3

Vertragslaufzeit von mindestens zehn Jahren ermöglichen

4

Gestaltungsfreiheit ermöglichen

5

Qualitätsziele setzen

6

Wettbewerb zwischen Regionen stärken

7

Stationäre und ambulante Versorgung gemeinsam sicherstellen

8

Ausschreibungspflicht und Vorstandshaftung aufheben

9

Pilotregionen evaluieren

10

Datennutzungsgesetz erlassen

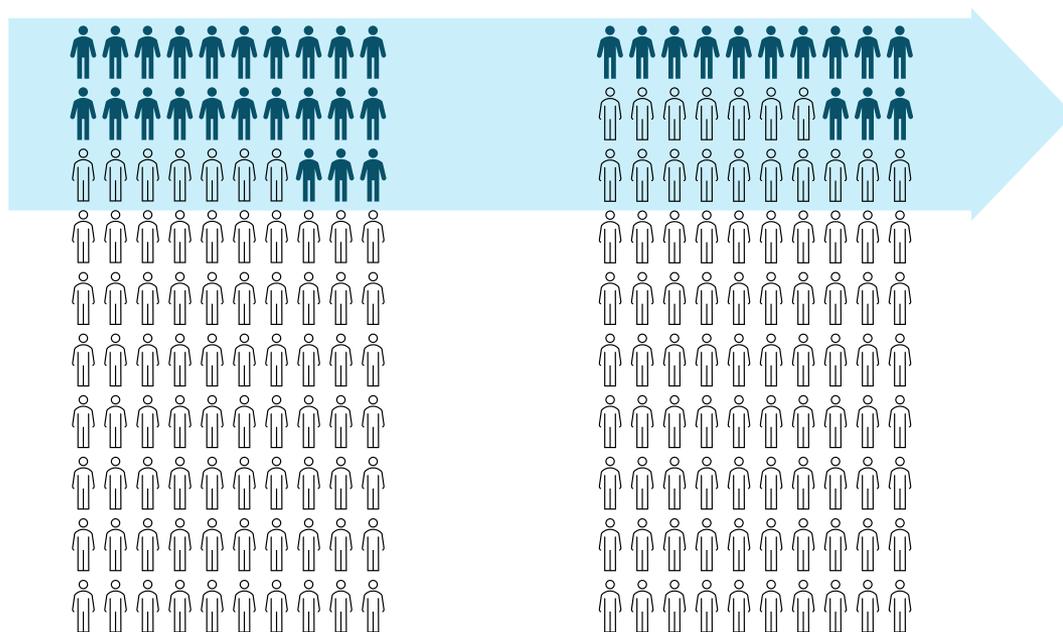
Ambulantisierung mit großem Potenzial?



Deutschland: 23 stationäre Fälle je 100 Einwohner



Dänemark: 13 stationäre Fälle je 100 Einwohner



40% weniger stationäre Fälle?

Vergleich Fallzahl in deutschen Krankenhäusern im April 2020 (1. Welle Corona): -40%

Aber nicht jede stationersetzende Leistung ist ohne Klinik möglich

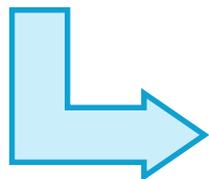
Beispiel aus der Gastroenterologie

Entfernung Stein,
aus Gallengang
mittels ERCP⁽¹⁾



Ambulanter endoskopischer Eingriff

*Notwendigkeit der Nachbeobachtung aufgrund von **Komplikationen** während der Untersuchung (z. B. Blutung)*

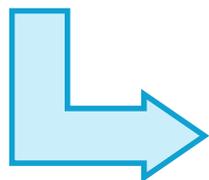


Notwendigkeit
Nachbeobachtung

Vorhaltung von
stationären Kapazitäten



Verletzung des Gallen- oder Pankreasganges, Steinentfernung endoskopisch nicht möglich etc.



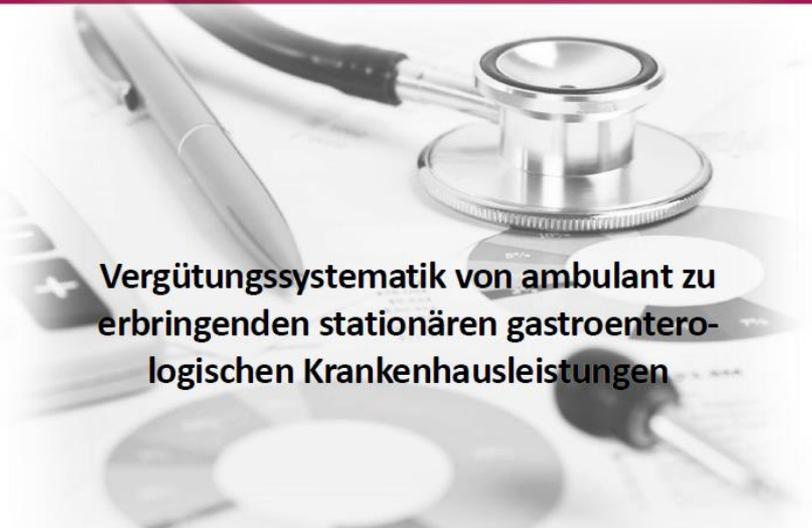
Umstieg auf ein
operatives
Verfahren

Vorhaltung von **OP-Kapazitäten**



(1) Endoskopische retrograde Cholangiopankreatographie

Quelle: hcb



Vergütungssystematik von ambulant zu erbringenden stationären gastroenterologischen Krankenhausleistungen

23. Dezember 2021

Gutachten im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Leitender Gastroenterologischer Krankenhausärzte e.V. (**ALGK**), des Berufsverbands Gastroenterologie Deutschland (**BVGD**) und des Berufsverbands niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands (**bng**)

Vorschlag zu **Stufenmodell komplex-ambulanter DRG**

Veröffentlichung am 1. Februar 2022

Lessons learned aus anderen Ländern: Finanzielle Anreize zur Förderung sektorengleicher Leistungserbringung mit Übergangsphase nötig



Lesson 1: Vergütung über EBM nicht ausreichend

→ **Finanzielle Anreize** setzen, um Ambulantisierung zu beschleunigen



Lesson 2: Übergangsphase nötig

Andere Länder starteten mit ausgewählten Leistungsbereichen

- Frankreich: 18 Leistungsbereiche
- England: 20 Leistungsbereiche
- Dänemark: 29 Leistungsbereiche

Anschließend starker **Anstieg der Anzahl der Leistungsbereiche**

Auch für **Deutschland** möglich, Start mit bis zu **30 Leistungsbereichen** denkbar

Komplex-ambulante DRG mit Einordnung in Stufen nach Patienteneigenschaften und nötigen Prozeduren

Abrechenbarkeit an strukturelle Anforderungen knüpfen

| 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 |

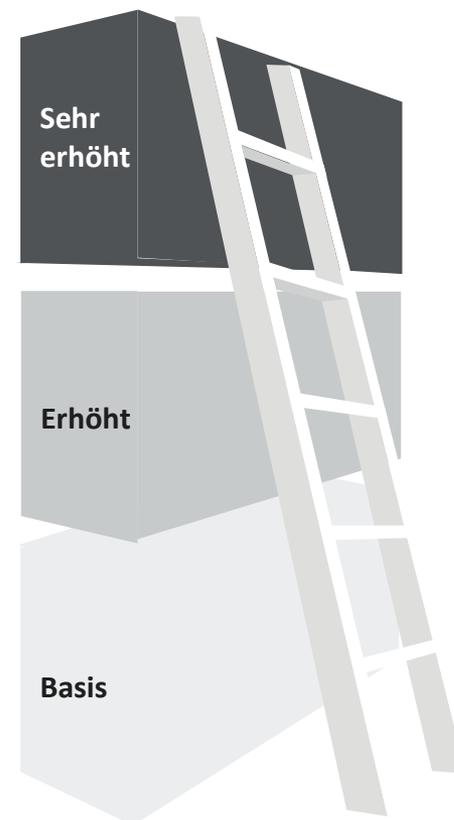
Einheitliche Anforderungen und Rahmenbedingungen

an sektorengleiche Versorgung und Vergütung:
infrastrukturelle und personelle Voraussetzungen

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

Anstreben einer **sektorenübergreifenden Bedarfsplanung**

Vergütung je Stufe
(komplex-ambulante DRG)

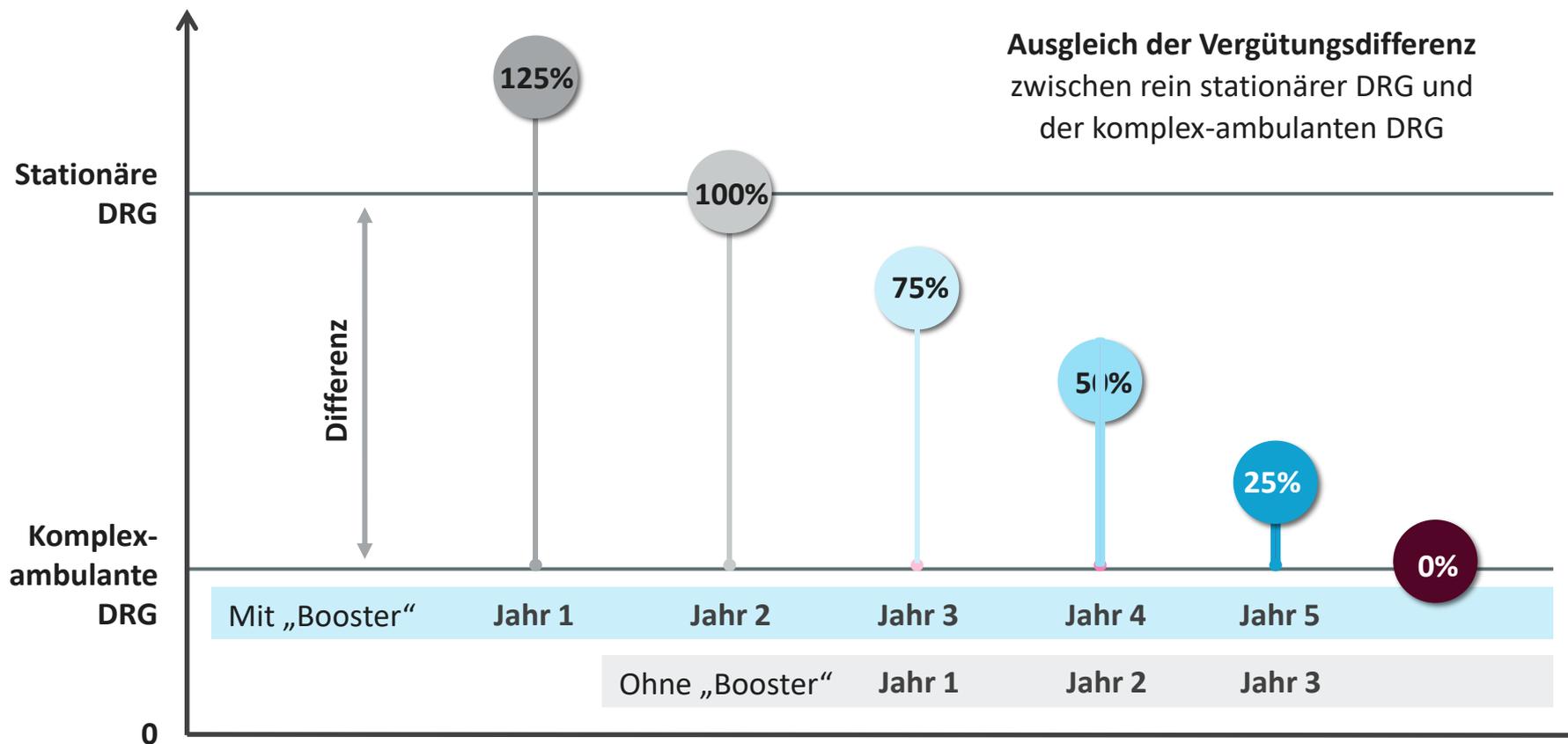


(*) Als Begleiterkrankungen gelten alle 80 Erkrankungen der Liste, die für die Zuweisung erhöhter finanzieller Mittel im Rahmen des Morbi RSA relevant sind.

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

Quelle: hcb

Konvergenzphase zur Umsetzung des Stufenmodells zu empfehlen, eventuell mit „Ambulantisierungs-Booster“



Quelle: hcb

Dabei muss das Krankenhaus auch eine neue Rolle finden

Zentrum für
fachärztliche
Versorgung

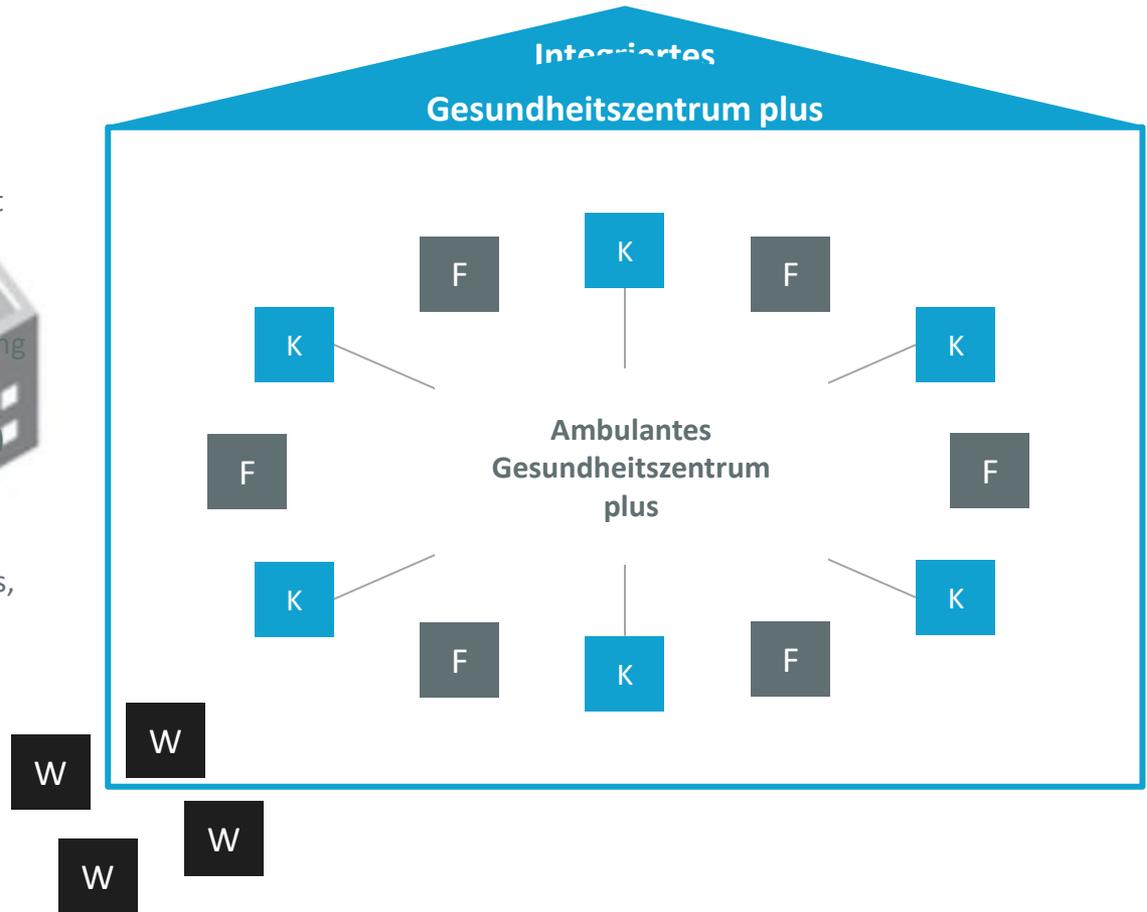


Verantwortung für
die Koordination der
lokalen Versorgung

Kleine Grundversorger können in integriertem Gesundheitszentrum aufgehen und zum Prototyp sektorenübergreifender Versorgung werden

Integriertes Gesundheitszentrum (mit und ohne Betten)

- **Flächendeckende Sicherstellung** stat.+amb. fachärztl. Basisversorgung
- Erreichbarkeit: <30 Min. Fahrzeit
- **Koordination** der Case Manager (K)
- **Mögliche Leistungssegmente:** stationäre Behandlung, komplexe nicht-stat. KH-Leistungen, amb. OPs, Notfallversorgung, Kurzzeitpflege, amb. Pflege, amb. fachärztliche Versorgung



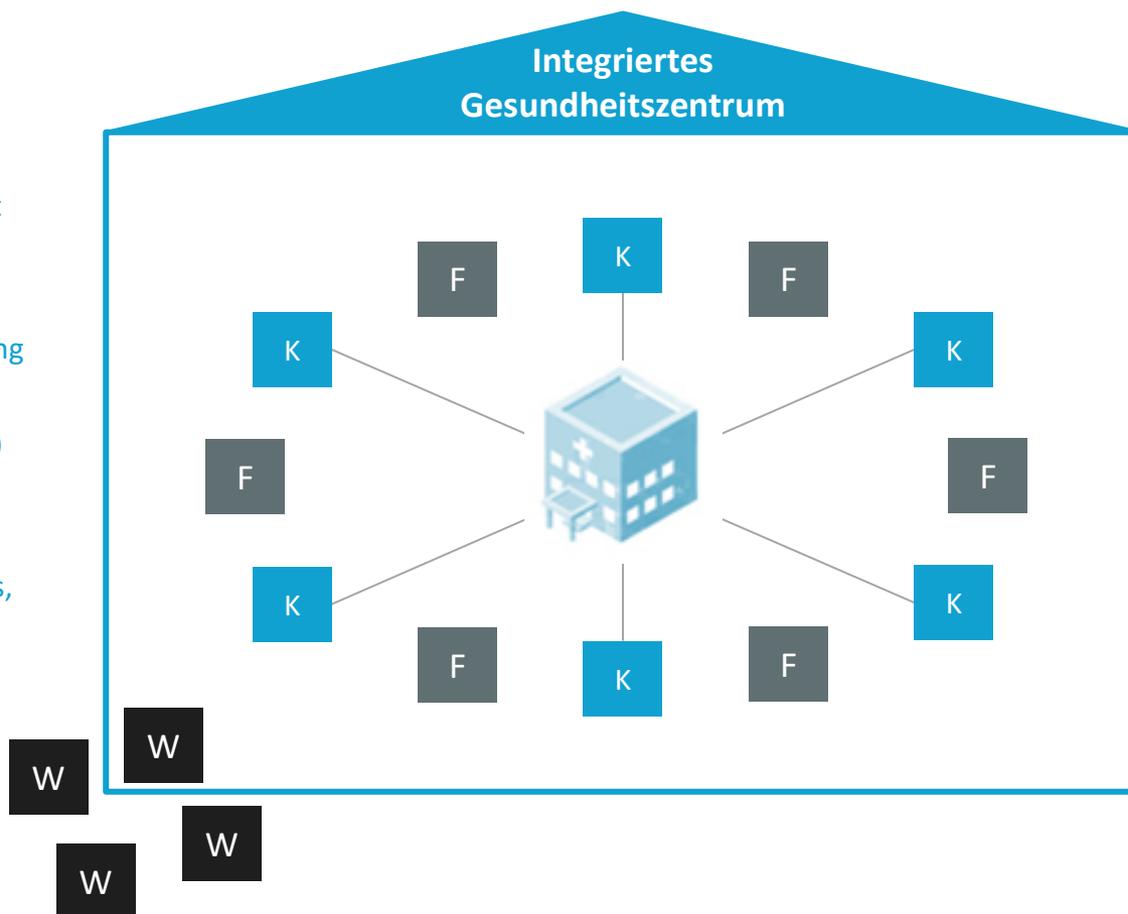
Mit weiteren Diensten vernetzen, insbesondere im Bereich der Altenhilfe die **Kurzzeitpflege**

Anmerkung: „W“ steht für weitere Dienste; „F“ steht für Facharzt; „K“ steht für Dezentrale Kümmerer
Quelle: hcb

Kleine Grundversorger können in integriertem Gesundheitszentrum aufgehen und zum Prototyp sektorenübergreifender Versorgung werden

Integriertes Gesundheitszentrum (mit und ohne Betten)

- **Flächendeckende Sicherstellung** stat.+amb. fachärztl. Basisversorgung
- Erreichbarkeit: <30 Min. Fahrzeit
- **Koordination** der Case Manager (K)
- **Mögliche Leistungssegmente:** stationäre Behandlung, komplexe nicht-stat. KH-Leistungen, amb. OPs, Notfallversorgung, Kurzzeitpflege, amb. Pflege, amb. fachärztliche Versorgung

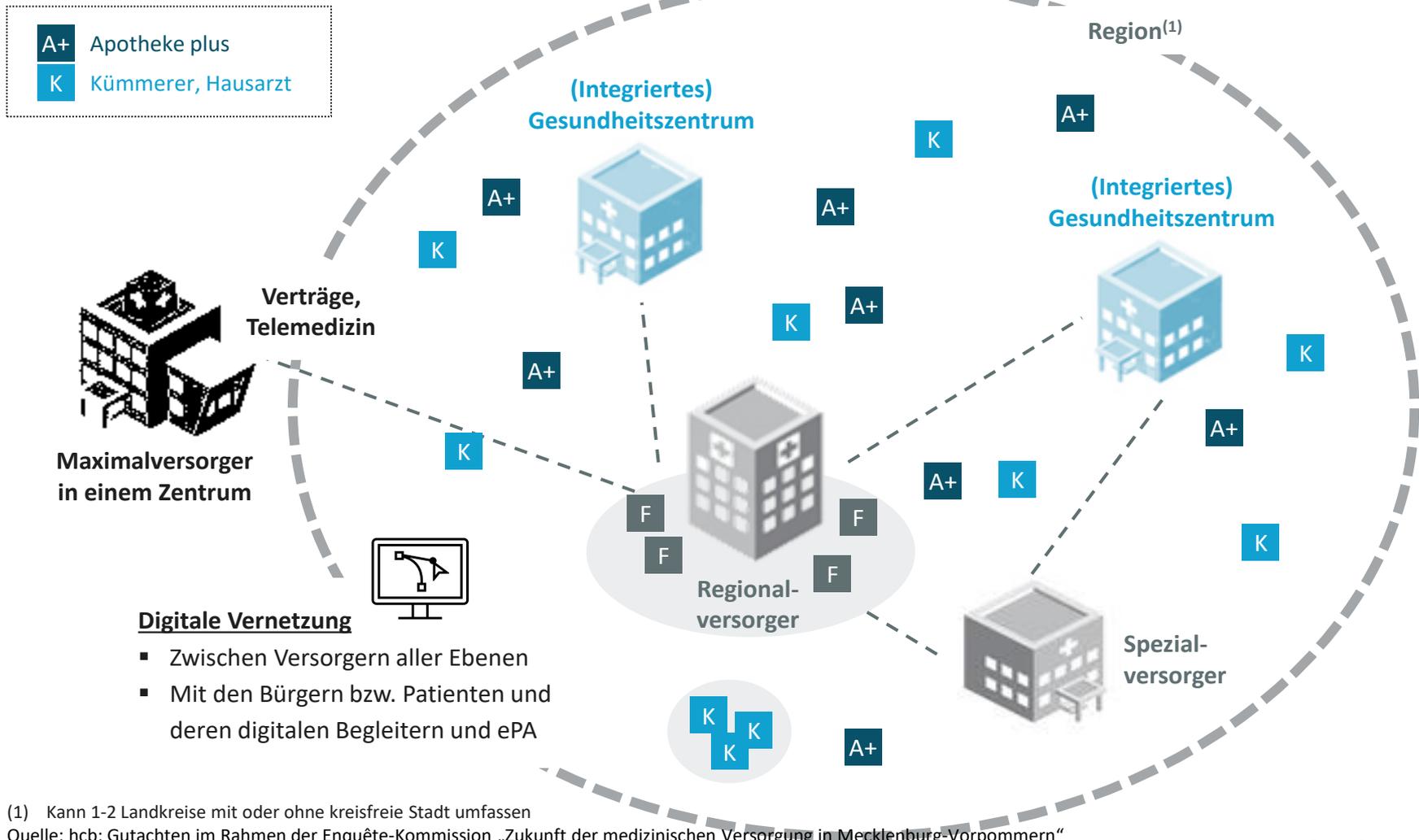


Mit weiteren Diensten vernetzen, insbesondere im Bereich der Altenhilfe die **Kurzzeitpflege**

Anmerkung: „W“ steht für weitere Dienste; „F“ steht für Facharzt; „K“ steht für Dezentrale Kümmerer
Quelle: hcb

Auf Regionsebene organisiert ein großes Krankenhaus als Regionalversorger die Gesundheitsversorgung

Austausch mit den lokalen Gesundheitszentren und überregionalen Maximalversorgern



Aktuelles Papier von Prof. Hecken, Januar 2022

Gute Gesundheitsversorgung und Pflege langfristig sichern

von
Prof. Josef Hecken

Herausforderungen:

In der Bundesrepublik Deutschland verfügen wir über ein sehr gutes und leistungsfähiges Versorgungssystem. Das schließt Mängel in Einzelfällen bei der Gesundheitsversorgung nicht aus, schmälert die Gesamtbewertung aber nicht. Dank des Einsatzes der vielen engagierten Beschäftigten hat sich die Versorgungsstruktur aus ambulanten und stationären Leistungsangeboten nicht nur während der extremen Belastungen durch die COVID-19-Pandemie, sondern auch in seinen Grundsätzen bewährt.

Trotzdem stehen wir vor der Notwendigkeit, Veränderungen anzugehen. In einer älter werdenden Gesellschaft und der damit einhergehende Multimorbidität wird die Nachfrage nach medizinischer und pflegerischer Versorgung zwangsläufig steigen. Daneben werden durch den medizinisch-technischen Fortschritt immer mehr Krankheiten behandelbar. Die damit einhergehenden Versorgungsbedarfe bei älteren multimorbiden Patientinnen und Patienten werden komplexer. Gleichzeitig verschärft sich der Wettbewerb um Personal für den Gesundheitssektor infolge der demographischen Entwicklung dramatisch, sodass es zwingend notwendig ist, die immer kostbarer werdende Ressource der im Gesundheitswesen Mitarbeitenden in effizienten Strukturen einzusetzen. Zugleich ergeben sich hieraus Fragen nach der dauerhaften Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems.

Das alles zusammen macht es unabdingbar, Versorgungsstrukturen zu optimieren und Fehlanreize für medizinisch nicht notwendige Leistungserbringungen zu beseitigen, um eine gute Gesundheitsversorgung und Pflege auch in Zukunft zu gewährleisten.

Heute stehen 16,2 Millionen Menschen über 67 Jahre noch 51,8 Millionen potenziell erwerbsfähige Menschen im Alter von 20 bis unter 67 Jahren gegenüber. Im Jahr 2040 wird die Zahl der über 67-Jährigen um 5,2 Millionen auf 21,4 Millionen angestiegen sein, während die Zahl der potenziell Erwerbsfähigen um 6 Millionen auf 45,8 Millionen absinkt. Dies macht die Dringlichkeit zu handeln deutlich, denn allein durch Digitalisierung und Nutzung von Automatisierungspotenzialen kann der damit einhergehende Versorgungsmehrbedarf und die sich absehbar manifestierende Personalknappheit nicht gedeckt werden.

Um unnötige Doppelstrukturen zu vermeiden, ist eine koordinierte Planung und Gestaltung aller Versorgungsangebote zwingend geboten. Deshalb müssen Krankenhausplanung und ambulante Bedarfsplanung auch bei absehbar fortbestehenden unterschiedlichen Zuständigkeiten für die Krankenhaus- und die ambulante vertragsärztliche Versorgung gemeinsam betrachtet und abgestimmt gestaltet werden.

Stufenmodell für Krankenhausplanung

Bund: Anforderungen an Versorgungsstufen und verbindliche Zuordnung von Leistungskomplexen zu Versorgungsstufe

Länder: Festlegung Versorgungsregionen

Bedarfe

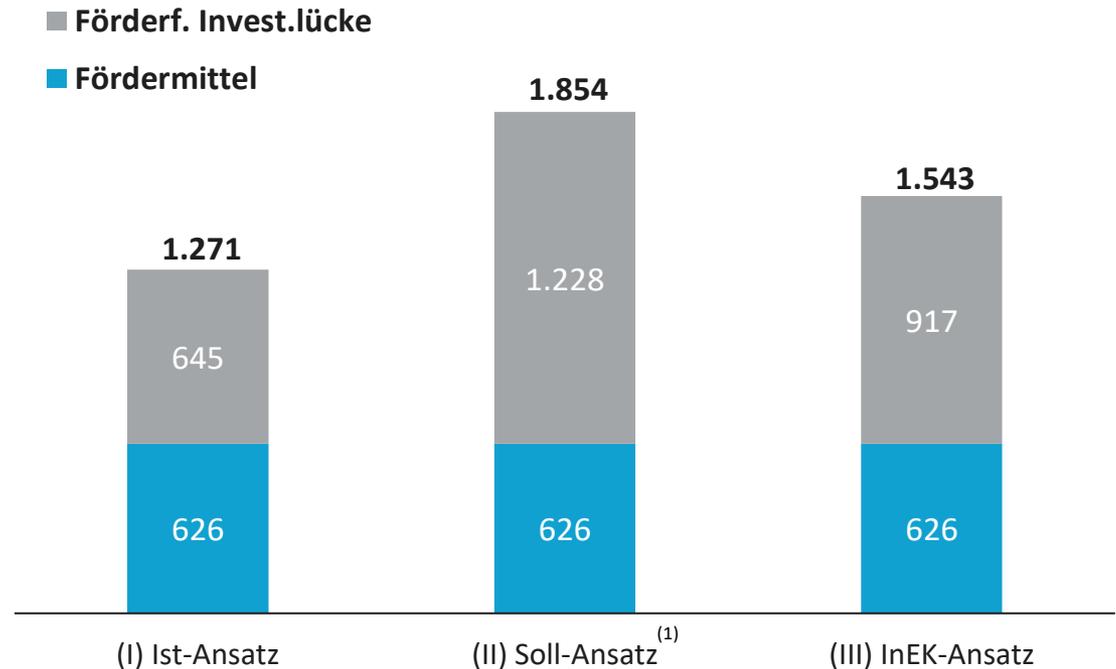
- Sektorenübergreifend zu ermittelnde Versorgungsbedarfe
- Populationsbezogene Leistungsplanung statt Bettenplanung

Anpassung Vergütungssystematik, gemeinsame Abrechnungssystematik für sowohl ambulant als auch stationär erbringbare Leistungen

Strukturveränderungen erfordern jedoch auch Investitionen, schon jetzt beträgt Investitionsförderlücke in NRW 600 bis 1.200 Mio. € p.a.



Investitionsbedarf und Förderlücke **NRW 2019**, in Mio. €
(ohne Universitätskliniken)



Außerdem Investitionen in **Digitalisierung**, **Klimaneutralität** und **Strukturanpassungen** im Rahmen des neuen Krankenhausplans NRW

Da bereits in der Vergangenheit Substanzabbau stattgefunden hat, müsste die Substanz heute viel höher als gemessen sein

(1) Benchmark = ostdeutsche KH 2013
Quelle: Krankenhaus Rating Report 2021, Investitionsbarometer (2016)

Fazit

DRG-System hat sich bewährt, es hat aber auch **unerwünschte Nebenwirkungen**

Größte **Herausforderung** in diesem Jahrzehnt: **Personal** aufgrund demografischer Entwicklung

Systemeffizienz muss verbessert werden, um Rationierung zu vermeiden: Ambulantisierung, sektorenübergreifende Versorgung, Technologie, effizienter Personaleinsatz, Prävention, Zentralisierung und Schwerpunktbildung

Neue **Rolle des Krankenhauses** (Stufenmodell, integrierte Versorgung) und mehr **Gestaltungsfreiheit** nötig

Sektorenübergreifende, populationsbasierte **Krankenhausplanung**

Anpassungen am **Vergütungssystem**: komplex-ambulante DRG, Vorhaltebudgets für Regionen, vereinzelt Regionalbudgets, Schaffung von Erlösrelevanz der Pflege, Investitionsfinanzierung

Selbstkostendeckung sowohl in der Pflege als auch im ärztlichen Dienst ist **nicht nachhaltig** und wird der immer existierenden Ressourcenknappheit nicht gerecht