

Aktuelle Positionsbestimmung zur Krankenhausfinanzierung

**Neue Wege in der Krankenhausfinanzierung - Abschied von den DRGs?
Symposium der Ärztekammer Westfalen-Lippe
Virtuell**

28. Januar 2022

Prof. Dr. med. Norbert Roeder
Roeder & Partner



Krankenhausfinanzierung 2022

A >

Ausgangslage



Historisch entwickelt seit
G-DRG Einführung (2003) 2004

B >

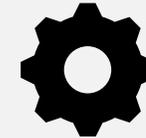
Umsetzung



Viele „Korrektureingriffe“ der
Politik, Abkehr von
„Geld folgt der Leistung“

C >

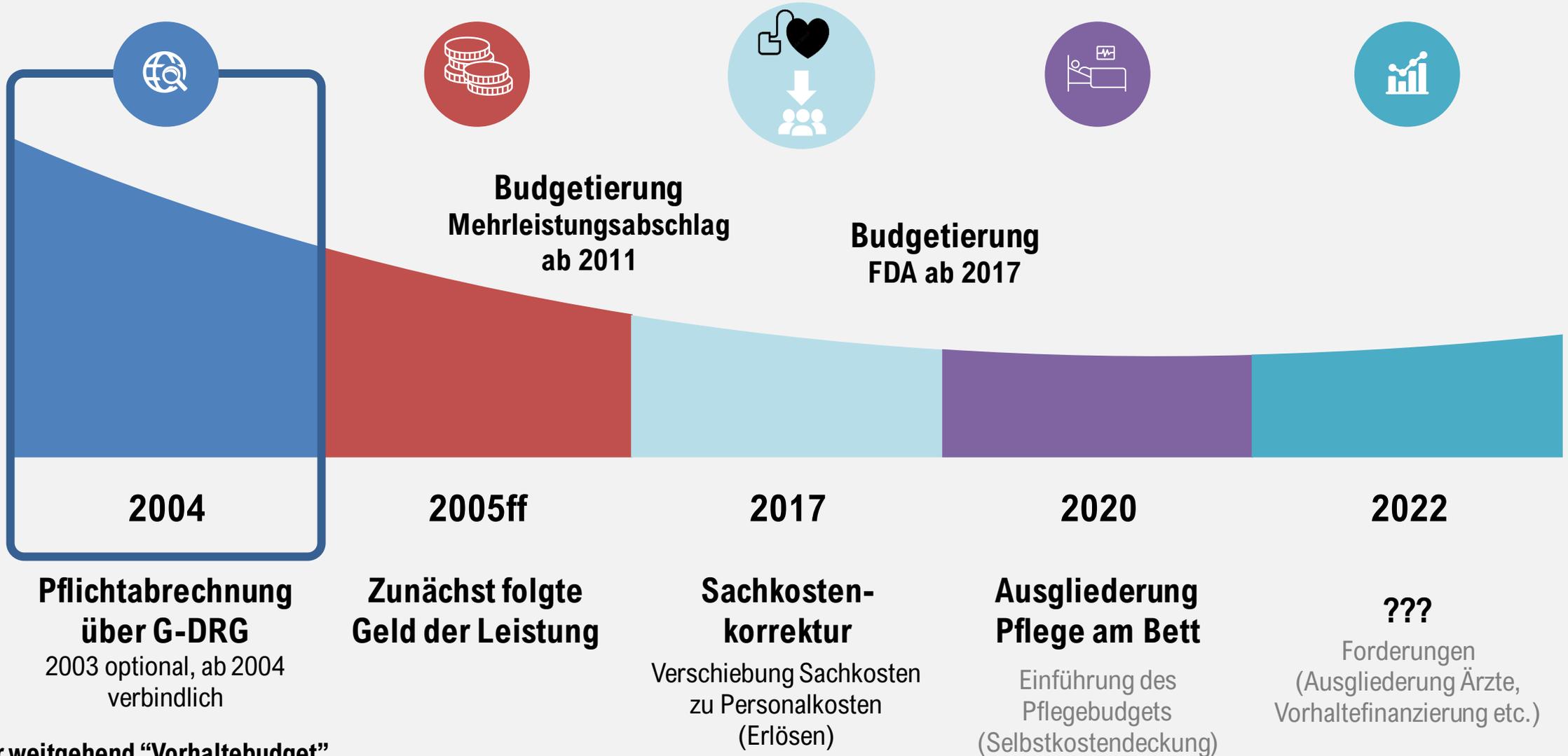
Zukunft



Neuaufstellung der
Krankenhausfinanzierung bei
engem Finanzrahmen

19. Jahr der verpflichtenden Abrechnung nach DRG-Fallpauschalen

Konvergenzphase 2005-2009



Einführung des G-DRG-Systems: Ziele und Erwartungen

- ➔ Leistungsbezogene Vergütung der Krankenhäuser
- ➔ Mehr Transparenz über Leistungen und Kosten
- ➔ Mehr Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander
- ➔ Steigerung der Effizienz der Leistungserbringung
- ➔ Verkürzung der Verweildauern der Patienten im Krankenhaus
- ➔ Stabilisierung der Ausgaben der GKV
- ➔ **Strukturwandel** (wer nicht mehr kann, scheidet aus)

Was hat uns das G-DRG-System gebracht ?

- ➔ Große Transparenz über das Leistungsgeschehen
- ➔ Intensive Diskussion über Krankenhausleistungen
- ➔ „Ökonomisierung“ der Krankenhausleistung
- ➔ Optimierung von Prozessen/Abläufen
- ➔ Deutliche Verbesserung der Effizienz der Leistungserbringung
- ➔ Erheblicher Wettbewerb (Patienten, Fachkräfte, Qualität etc.)
- ➔ Gefühlte „Übermacht“ der Geschäftsführungen
- ➔ Gefühlte Reduktion der Freiheitsgrade für Ärzte*Innen

Duale Krankenhausfinanzierung

**Besonderer Anreiz zur Erwirtschaftung von Überschüssen
aus der Betriebskostenfinanzierung für alle Häuser,
unabhängig von der Trägerschaft
→ Finanzierung Investitionen oder Rendite für ...**

**Anreize zur Kostenoptimierung und
Erlössteigerung → Wettbewerb um Patienten**

Problem aktuell: Stagnation der Fallzahlentwicklung

Umsetzung

- ➔ **Fast zeitgleich mit DRG-Einführung** in vielen Bundesländern
 - ➔ **Liberalisierung der KH-Planung** (Aufgabe der Teilgebietsplanung)



Krankenhäuser konnten ihr Leistungsangebot liberal ausgestalten, wurden in den Wettbewerb geschickt



Deutliche Fallmengenentwicklung (besonders bei sachkostenintensiven Leistungen: Kardiologie, Muskuloskeletale Medizin)

➔ **Politik ist überrascht: Was ist passiert ?**

- Ausgaben steigen ➔ Wird zu viel operiert ?
- wird bei der Pflege gespart ?
 - ➔ Folge: Umfangreiche „Korrektureingriffe“ im System
 - ➔ Pflegestellenförderprogramm, Hygienesonderprogramm, Pflexit, etc.

Und nun ?

⇒ **Strukturwandel über Geld (DRG-System) hat nicht funktioniert**

⇒ **... dann machen wir es eben über Qualität**

- Stark steigende Anforderungen an Strukturqualität, OPS-Komplexcodes, G-BA-Mindestmengen, Pflegepersonaluntergrenzen, Pflegepersonalquotient etc.

➔ Erfüllung der Qualitätskriterien sichert „Lizenz zur Leistungserbringung“

DRGs der falsche Weg ?



Bildquelle: Roeder & Partner

Ist das DRG System am Ende ?

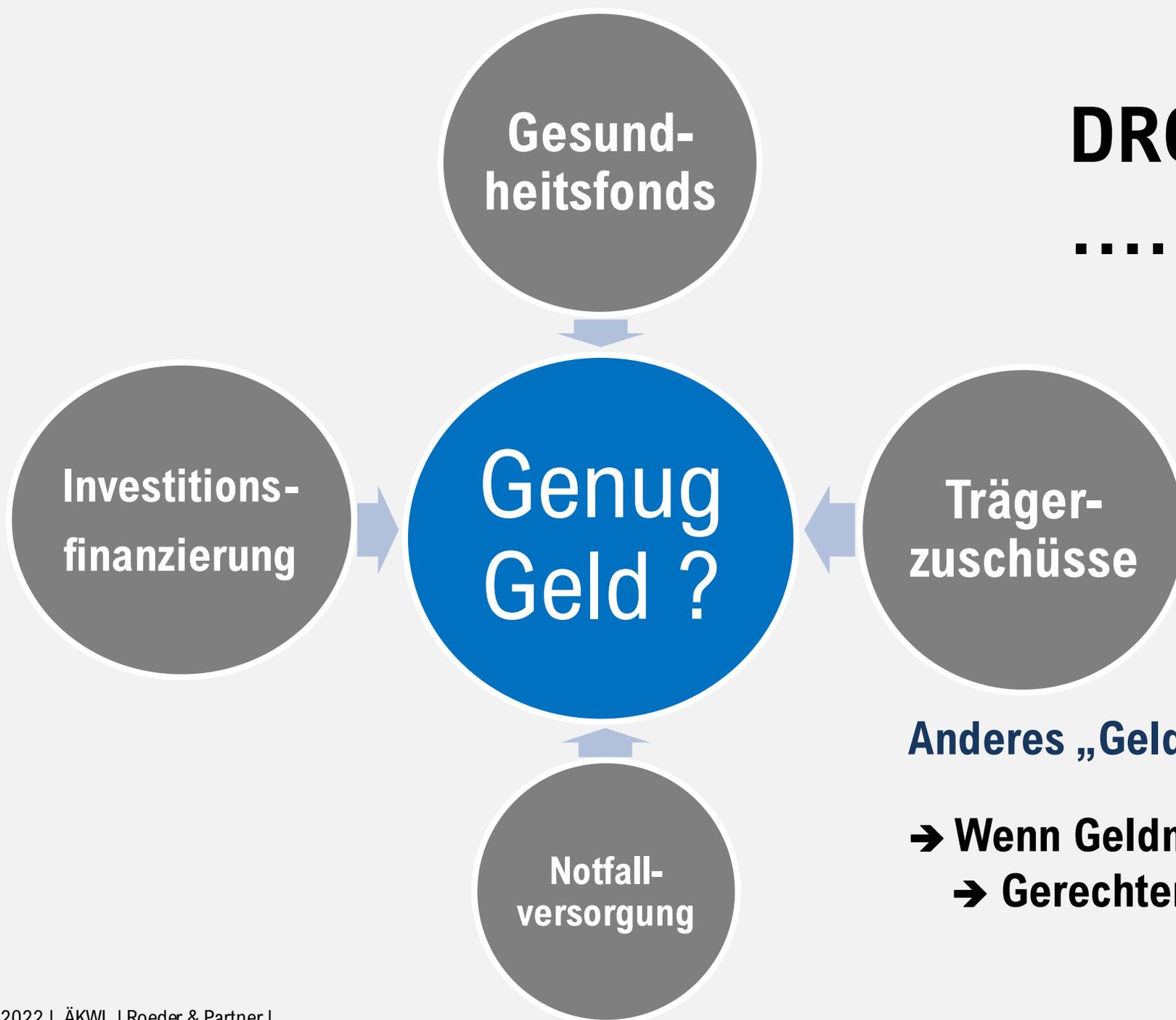
Ökonomischer Druck durch Fehlanreize des DRG-Systems ?

**Werden Ärzte gezwungen,
Profite für ihre Arbeitgeber zu
erwirtschaften,
statt sich am
Gesundheitsnutzen der
Patienten zu orientieren?**

Viele Fragen_

- Preisgetriebener Wettbewerb mit negativen Konsequenzen für Ärzte und Patienten ?
- Fehlentwicklung durch rein leistungsorientierte Fallpauschalen ?
- Effizienz der Leistungserbringung verbessert, aber Qualität der Leistungserbringung verschlechtert ?
- Tritt das individuelle Patientenwohl in den Hintergrund?

DRG abschaffen was ändert das ?



Anderes „Geldverteilungssystem“

- **Wenn Geldmenge gleich bleibt**
- **Gerechtere Verteilung als über DRGs ?**

Pflegeausgliederung

= 1. Schritt zur Abschaffung des Fallpauschalensystems ?

- **Abschaffung bedeutet Ersatz durch ein besseres System**
 - **besser** zur sachgerechteren Finanzierung der stat. Leistungen
 - **besser** zur Sicherung einer effizienten Leistungserbringung
 - **besser** zur Sicherung einer hohen Qualität

➔ **Welches System kann diese Anforderungen besser erfüllen ?**

Und wo stehen wir aktuell ?

- ➔ **DRG-Fallpauschalen können nur für erbrachte Leistungen**
(behandelte Patienten)
 - ➔ Werden weniger Patienten behandelt, sinken die Erlöse
- ➔ Gerade kleine Krankenhäuser haben nicht reduzierbare Vorhaltekosten
 - ➔ Mindestpersonalausstattung für 24/7 Leistungserbringung
nicht unterschreitbar
 - ➔ größere Krankenhäuser können in Grenzen beim Personal reduzieren



Bettenauslastung auf Rekordtief

Die Auswertung der Krankenhausdaten bis Juni 2021 zeigt: Die Fallzahlen sind in diesem Jahr weiter zurückgegangen und damit auch die Auslastung der Betten. Während akute Anlässe in etwa konstant blieben, sanken vor allem Fälle, die auch ambulant behandelt werden können.

- Gesamtjahr 2020 im DRG-Bereich ein **Rückgang von 13 % gegenüber 2019**
- Rückgang jetzt **weitere 5 % im Vergleich zu 2020 sowie 20 % gegenüber 2019**
- **Bettenauslastung: Im DRG-Bereich in 2021 bei 63,9 % (2019: 76,6 %, 2020: 67,1 %)**
 - KH bis 299 Betten: 2021: 60,0 %, 2020: 63,4 %, 2019: 73,8 %
 - KH mit 300 bis 599 Betten: 2021: 62,6 %, 2020: 66,9 %, 2019: 76,2 %
 - KH mit mehr als 599 Betten: 2021: 67,6 %, 2020: 70,6 %, 2019: 79,1 %
- Rückgang bei dringenden Behandlungen wesentlich weniger ausgeprägt, als bei weniger dringenden
➔ ...das Inanspruchnahmeverhalten hat eine deutlich größere Rolle gespielt, als die aktive Absage von Behandlungen durch die Krankenhäuser

Quelle: Busse et al., Deutsches Ärzteblatt, 10/2021, <https://www.aerzteblatt.de/archiv/221559/Krankenhaeuser-Bettenauslastung-auf-Rekordtief>

Bettenauslastung auf Rekordtief

Die Auswertung der Krankenhausdaten bis Juni 2021 zeigt: Die Fallzahlen sind in diesem Jahr weiter zurückgegangen und damit auch die Auslastung der Betten. Während akute Anlässe in etwa konstant blieben, sanken vor allem Fälle, die auch ambulant behandelt werden können.

eTABELLE 3

Weitere, nicht planbare Behandlungen (I): Fallzahlen und Fallzahldifferenzen, jeweils für den Zeitraum von der 2. bis zur 18. Kalenderwoche

	2019	2020	2021	Differenz 2020/19 (%)	Differenz 2021/20 (%)	Differenz 2021/19 (%)
HD Herzinfarkt insgesamt	72 303	63 570	64 520	-8 733 (-12 %)	950 (+1 %)	-7 783 (-11 %)
Davon: Transmuraler Herzinfarkt	22 557	20 839	21 811	-1 718 (-8 %)	972 (+5 %)	-746 (-3 %)
Davon: Nichttransmuraler Herzinfarkt	48 638	41 870	41 896	-6 768 (-14 %)	26 (0 %)	-6 742 (-14 %)
HD Schlaganfall insgesamt	101 583	93 163	93 377	-8 420 (-8 %)	214 (0 %)	-8 206 (-8 %)
Davon: Hirninfarkt	85 353	78 375	78 563	-6 978 (-8 %)	188 (0 %)	-6 790 (-8 %)
HD Transitorische Ischämische Attacke	35 817	29 954	29 855	-5 863 (-16 %)	-99 (0 %)	-5 962 (-17 %)
HD Hüftgelenknahe Fraktur	51 138	49 891	49 931	-1 247 (-2 %)	40 (0 %)	-1 207(-2 %)

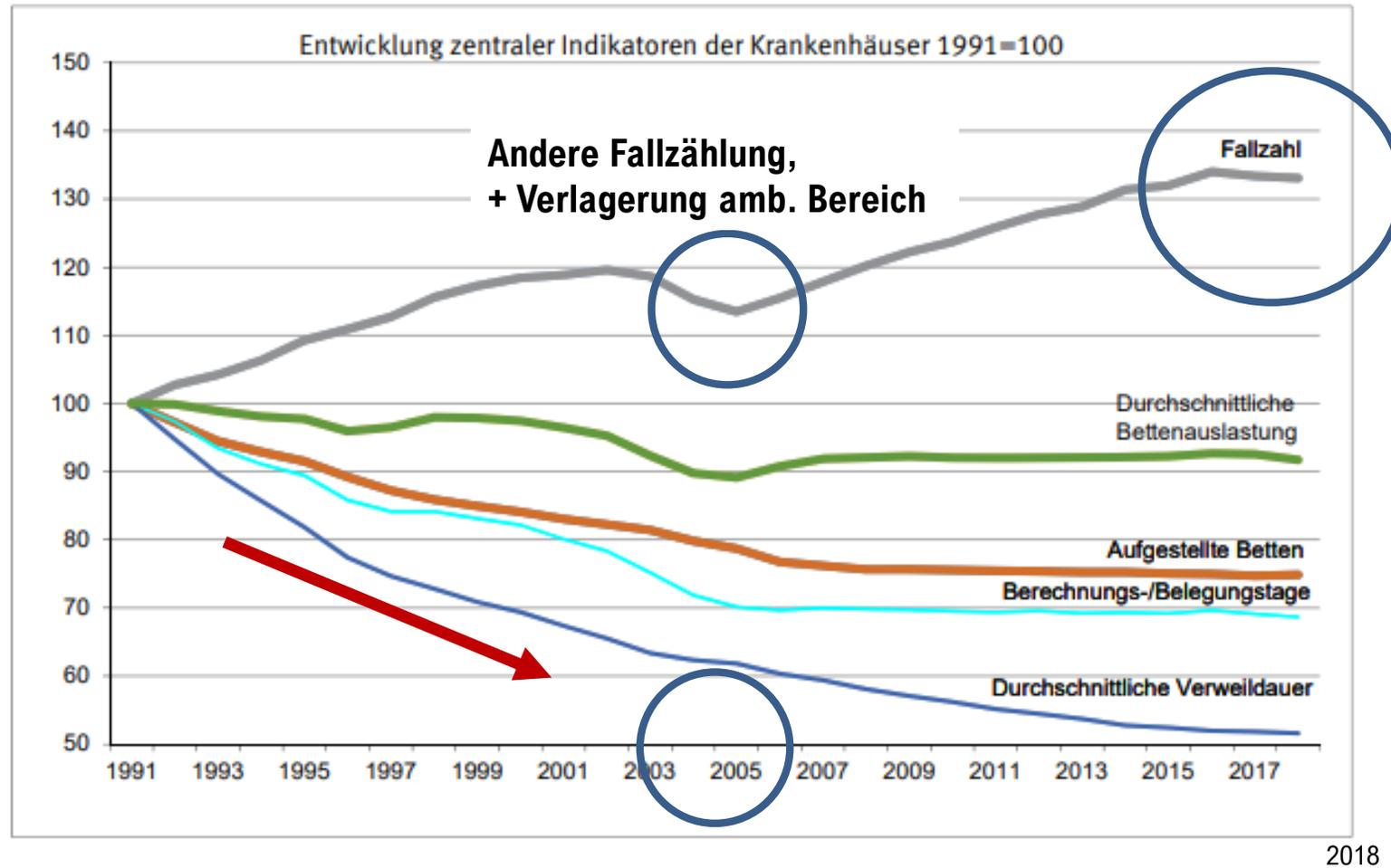
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von InEK-Daten. – Anmerkung: HD: Hauptdiagnose.

Quelle: Busse et al., Deutsches Ärzteblatt, 10/2021, Tabelle 3, <https://www.aerzteblatt.de/archiv/221559/Krankenhaeuser-Bettenauslastung-auf-Rekordtief>

Und wo stehen wir aktuell ?

- ➔ DRG-Fallpauschalen können nur für erbrachte Leistungen (behandelte Patienten)
 - ➔ Werden weniger Patienten behandelt, sinken die Erlöse
- ➔ Gerade kleine Krankenhäuser haben nicht reduzierbare Vorhaltekosten
 - ➔ Mindestpersonalausstattung für 24/7 Leistungserbringung nicht unterschreitbar
 - ➔ größere Krankenhäuser können in Grenzen beim Personal reduzieren
- ➔ **Fallzahlrückgänge unter der Pandemie führen zu Erlösrückgängen bei gleichen oder sogar höheren Kosten** (Zusatzmaterial und –personal)
- ➔ **Entstandene Erlösausfälle wurden (in Pandemie) partiell kompensiert** („Freihaltepauschalen“, „Versorgungsaufschlag“, etc.)

Fallzahlentwicklung stationär stagniert – schon vor der Pandemie



Indiziert auf 1991

Immer mehr Krankenhäuser schreiben rote Zahlen

Gründe

- ➔ Rückgang stationärer Fälle seit 2017
 - ➔ Stärkere Verlagerung stationärer zu ambulanter Leistungserbringung
 - ➔ Geringere Auslastung ➔ sinkende Erlöse bei gleichen Kosten
- ➔ **Personalengpässe begrenzen Leistung!!** (insbesondere Pflege, Hebammen)
- ➔ Chronische Unterfinanzierung bei Investitionen (Bau, Medizintechnik)

Erwartung der Krankenhäuser: Die Politik soll jetzt liefern

Was kann Politik liefern ?

- ➔ Erwartung vieler Krankenhäuser bezüglich der Änderung der Krankenhausfinanzierung
- ➔ Lager gespalten in Optimisten und Pessimisten (Realisten ?)

Optimisten glauben, es wird sich schon alles regeln und Bund und Länder werden dafür sorgen, dass sich die **Finanzierung der bestehenden Krankenhäuser deutlich verbessern wird.**

Es wird eine auskömmliche Vorhaltefinanzierung erwartet.

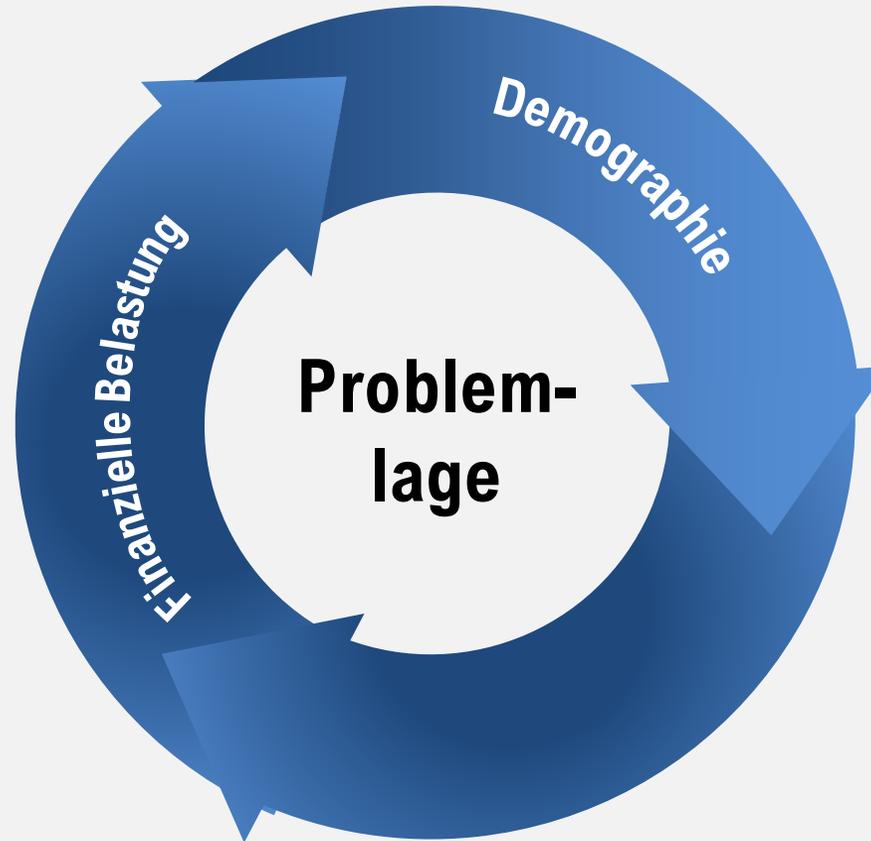
Pessimisten (Realisten) glauben eher daran, dass nicht deutlich mehr Geld für das Gesundheitssystem zur Verfügung steht und daher die **Versorgungskapazitäten an den verfügbaren Finanzrahmen angepasst werden.**

Keine Verschlechterung der Versorgung, da rechnerisch Überkapazitäten bestehen !?

Finanzielle Handlungsspielräume des neuen Bundesgesundheitsministers Karl Lauterbach ?

Problemlage nach COVID-19-Pandemie

**Ausgelöst schon vor
der Pandemie,
diese hat nur verstärkt**



Geld ist knapp

- Zinsen können nicht mehr tiefer sinken
- Demographie bedingt schrumpft die Zahl der Arbeitskräfte (Steuerzahler)
- 2020-2022 netto Kreditaufnahme 470 Milliarden €
- Deutsche Staatsverschuldung: 2,2 Billionen €
→ 27.000 € pro Bürger (vom Baby bis zum Greis)

Sozialsystem finanziert über Umlageverfahren

- Staatliche Rentenversicherung
- Soziale Pflegeversicherung
- Gesetzliche Krankenversicherung
- **auch hier großes Problem:**
→ **demographischer Wandel**

Handlungsspielräume Finanzierung Gesundheitssystem ?

Gesundheitsfonds (2009 eingeführt)

Versicherungsbeiträge

Beitragssatzstabilität

Weiterer Spielraum ???



Steuerzuschuss

In 2021 von 14,5 Milliarden €
auf 28,5 Milliarden € erhöht

Weiterer Spielraum ???

Politische Sozialgarantie 2021: SV-Beiträge auf max. 40 % stabilisieren (Grenze ist erreicht)

Geld wird knapp ...

Beitragssatzstabilisierung erfolgt durch Steuergeld

**Zusammen mit dem gesetzlich vorgesehenen
Bundeszuschuss von 14,5 Milliarden Euro soll der
Bund somit im nächsten Jahr insgesamt 28,5
Milliarden Euro an den Gesundheitsfonds überweisen.
(Doppelt soviel wie 2020)**

Prof. Busse: Klinikabbau alternativlos

Krankenhausstrukturreform notwendig

Aktuell:

- **Zu viele Krankenhäuser mit fehlender Ausstattung an Intensivbetten, CT, LHKM Stroke Unit**
→ keine adäquate Behandlung der häufigsten Notfälle Schlaganfall und Herzinfarkt möglich
- Zu wenig qualitätsorientierte Leistungserbringung
- Vermeintlicher Mangel an Pflegefachkräften (Verteilungsproblem?)

Ziele:

- Sicherstellen, dass KH nur die Fälle behandeln, für die sie personell und technisch qualifiziert sind

Wie:

- Theoretisch würden 337 (!) Krankenhausstandorte reichen
→ **derzeit gibt es rund 430 mit den Notfallstufen 2 und 3**
- Krankenhausplanung muss sich an Qualität orientieren, nicht an Betten
- Weg von „Betten“ bzw. „Abteilungen“ hin zu einer klaren Definition von Leistungsbereichen bzw. **Leistungsgruppen, für die jeweils klare an der Qualität orientierte Mindestvorgaben an Technik, Personal, Zertifizierung und Mengen definiert werden** – so wie es derzeit in NRW umgesetzt wird.

Politik ist immer spannend...

Twitter Message zur Veröffentlichung der Bertelsmann Studie

Jeder weiß, dass wir in Deutschland mindestens jede dritte, eigentlich jede zweite Klinik schließen sollten. Dann hätten wir anderen Kliniken genug Personal, geringere Kosten, bessere Qualität und nicht so viel Überflüssiges. Länder und Städte blockieren.

Quelle: Twitter Message von Prof. Lauterbach, 4.6.2019,
<https://www.twitter.com>

Aber wenn es um das eigene Umfeld geht:

„Köln ist mit Krankenhäusern insgesamt überversorgt. Die Krankenhausdichte ist hoch. **Dies gilt aber nicht für den rechtsrheinischen Raum**“, sagt SPD-Gesundheitsexperte Karl Lauterbach.

Quelle: Zitat aus Artikel des Kölner Express 10/2021 zum KH Holweide 9211
<https://www.express.de/>

...eine Gemeinsamkeit aller Stakeholder

➔ Reform der Strukturen und der Finanzierung unverzichtbar

Prognose:

- ➔ Diese Dekade wird die Dekade der größten Umstrukturierung, die wir seit Jahrzehnten im deutschen Gesundheitswesen gesehen haben
- ➔ Nicht das „OB“, sondern das „WIE“ wird die Diskussion dominieren



© Foto: AdobeStock | everythingpossible

zugehörige Drucksachen

Bundesrat fordert Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems

Die Länder streben eine Weiterentwicklung des Vergü-

Anreize zur Leistungsausweitung

Durch Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen müsse der Fehlentwicklung entgegen gewirkt werden

Übernimmt der Bund ?

Bundesrat fordert Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems

Die Länder streben eine Weiterentwicklung des Vergütungssystems für die Behandlung in Krankenhäusern an. Eine entsprechende EntschlieÙung hat der Bundesrat in seiner Plenarsitzung am 17. Dezember 2021 auf Initiative von Niedersachsen, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern und Rheinland-Pfalz gefasst.

Gerechte Refinanzierung der Vorhaltekosten

Er fordert die Bundesregierung insbesondere auf, durch Gesetzesinitiativen das geltende System weiter zu entwickeln, um die unterschiedlichen Kostenstrukturen abzubilden, denen die einzelnen Krankenhäuser z. B. als Grund-, Regel- oder Maximalversorger unterliegen. Nur so könnten die unterschiedlichen Vorhaltekosten in den einzelnen Einrichtungen gerecht refinanziert werden.

Mögliche Lösungen?

- ➔ **Umstellung der Krankenhausfinanzierung**
 - Ausgliederung Arztkosten (analog Pflexit) ?
 - Vorhaltefinanzierung ?
 - zzgl. leistungsorientierte Komponenten (Wettbewerb) ?
- ➔ Für alle bestehenden Krankenhäuser ?
- ➔ Abhängig von Größe, Leistungsspektrum etc. ?
- ➔ **Oder nur für ausgewählte Leistungsbereiche/Krankenhäuser**
 - z.B. Kinderkliniken, Geburtskliniken, ländliche KH der Grundversorgung ?

Ich glaube

- ➔ Volle Selbstkostendeckung kommt **NICHT** wieder
- ➔ Ausgliederung Arztkosten wird auch nicht kommen
- ➔ Wettbewerbskomponenten werden in der Finanzierung erhalten bleiben

➔ **Vorhaltefinanzierung kombiniert mit DRG-Fallpauschalen**

Diskussion ab 2022 ff

- DRG System + Zusatzentgelte und NUB System (Innovation) wird bleiben
- Zukünftig noch stärkere Berücksichtigung von Qualität ?

Die intensive Debatte über Pflegepersonalmangel, weniger über Ärztemangel kann andere wichtige Themen überlagern !

- ➔ Diskussion über die Zukunft des Gesundheitssystems ist ein **ärztliche** und eine **gesundheitsökonomische bzw. -politische Diskussion**
- ➔ Daher sollten (müssen) die **Ärztetkammern** und **Fachgesellschaften** diese **Diskussion mit gestalten**

Die Unruhe nimmt zu !

Unikliniken-Mitarbeiter setzen NRW ein Ultimatum

20.1.2022

Forderung an die NRW-Landesregierung und den Arbeitgeberverband des Landes (AdL)

- sofort Maßnahmen gegen Personalnotstand
- Ultimatum mit Frist von hundert Tagen
- Abschluss eines Tarifvertrags zur Entlastung
- **Mindestpersonalausstattungen für alle Bereiche der Unikliniken und angemessene Belastungsausgleiche**
- **Die Beschäftigten seien laut Verdi entschlossen, ihre Forderungen „mit allen betrieblichen, gewerkschaftlichen und politischen Aktionsformen durchzusetzen“.**

Wahrscheinlich keine Finanzierungsreform ohne Strukturreform

Struktur

Versorgungsnotwendige
Art und Anzahl der
Krankenhäuser,
Krankenhausdichte

Finanzierung

Investition,
Betriebskosten

Ein möglicher Weg ?

- ➔ **Entwicklung bundesweiter Kriterien zur Strukturierung der Krankenhauslandschaft**
 - Strukturen für Leistungsangebote
 - Erreichbarkeitsmaß für jedes Leistungsangebot
- ➔ **Länder orientieren sich an diesen Kriterien bei der Neustrukturierung ihres Krankenhausangebotes**
- ➔ **Neustrukturierung über Leistungsgruppen wie NRW ?**
(siehe Koalitionsvertrag)
- ➔ **Bundesvorgaben zu Art und Ort der Leistungserbringung und darüber indirekt auch die Anzahl der notwendigen Krankenhäuser**
 - Diese werden dann auskömmlich finanziert bei Erhalt wettbewerblicher Komponenten

Möglicher Weg einer Strukturänderung

... am besten durchgeführt durch die Länder selbst

- ➔ **Geordnetes Zusteuern auf ein Zielbild verbunden mit dem Versprechen, dass die notwendigen Strukturen gemäß Zielbild auch finanziert werden**

„Kein Krankenhausplan ohne Finanzierung!“

- ➔ **Die aktuell in NRW entwickelte Planungssystematik könnte einen Einstieg in eine geordnete Steuerung bilden**

Krankenhausplanung wird in NRW auf „neue Füße gestellt“

20. August 2021

Mehr Bedarfsorientierung, mehr Qualitätsorientierung, mehr Patientenorientierung: Grundzüge der neuen Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen vorgestellt

Minister Laumann: Nordrhein-Westfalen geht mutig voran

Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann hat gemeinsam mit der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, den nordrhein-westfälischen Ärztekammern sowie Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen die wesentlichen Inhalte des Entwurfs des neuen Krankenhausplans für Nordrhein-Westfalen vorgestellt.

Ziel der neuen Krankenhausplanung ist es, durch besonders leistungsfähige Strukturen eine innovative, qualitätsorientierte, bedarfsgerechte und flächendeckende stationäre Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger in Nordrhein-Westfalen sicherzustellen – von den Metropolregionen bis zum ländlichen Raum.

„Wir gehen in Nordrhein-Westfalen mutig voran. Als erstes Bundesland werden wir die Krankenhausstruktur künftig differenziert über Leistungsbereiche und Leistungsgruppen planen. Klar ist: Die nordrhein-westfälische Krankenhausplanung ist eine leistungsfähige, soziale und gerechte Krankenhausplanung für die Menschen. Die Patientinnen und Patienten stehen bei den neuen Strukturen im Mittelpunkt. Das bedeutet im Klartext: Ich will mit der neuen Krankenhausplanung die bestmögliche Qualität in der stationären Versorgung erreichen“, erklärt **Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann**.

Ziel

Bedarfsorientierte
Planung auf Basis
von Leistungs-
bereichen und
Leistungsgruppen

Wir erleben eine Dekade mit deutlichen Strukturveränderungen !

Strukturierungsdruck im Gesundheitswesen wird nach Pandemie nicht geringer, sondern stärker, wegen regionaler Überkapazitäten und Finanzierungsherausforderungen

➔ weiter „Zwang“ zur Rationalisierung, Effizienzsteigerung, Wettbewerb

➔ **aber eben auch umfassende Strukturreform**

⇒ **(Struktur-) Qualitätselemente werden deutlich verstärkt die KH-Finanzierung und Leistungssteuerung beeinflussen**

⇒ **Zentralisierung von spezialisierten Leistungsangeboten**

⇒ **Zunahme kooperativer (auch sektorübergreifender) Leistungserbringung**

⇒ **Trend zu größeren Krankenhäusern / Interdisziplinärer Behandlung**

⇒ **Neue KH-Planung NRW wird diesen Trend verstärken**



Roeder & Partner Ärzte

Berater im Gesundheitswesen



Roeder & Partner
Ärzte, Partnerschaftsgesellschaft
DRG-Research-Group

Prof. Dr. med. Norbert Roeder
Geschäftsführender Partner
Am Dorn 10, 48308 Senden
www.roederpartner.de