

STIFTUNG MÜNCH

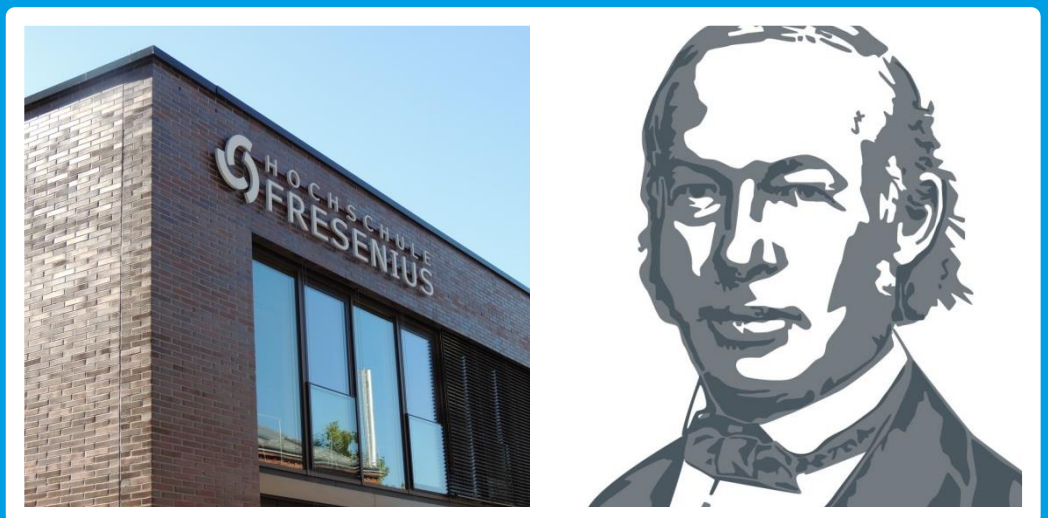
 HOCHSCHULE
FRESENIUS
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

 RWI
Leibniz-Institut für
Wirtschaftsforschung

Wird die Gesundheitspolitik zur Reise nach Jerusalem?

Prof. Dr. rer. pol.
Andreas Beivers

Neujahrsforum der vdek-Landesvertretung Sachsen
Dresden, den 13. Januar 2023



AGENDA

- **Ausgangslage: Die Großwetterlage**
- **Die „Reise nach Jerusalem“ beginnt**
- **Druck durch Ambulantisierung?**
- **Welche strukturellen Veränderungen brauchen wir?**
- **Ausblick**

#1 Energiekrise:

Inflation, Rezession, Wohlstandsverlust

- Die krisenhafte Zuspitzung auf den Gasmärkten belastet die deutsche Wirtschaft schwer
- Stark gestiegene Gaspreise erhöhen die **Energiekosten** drastisch und gehen mit einem **massiven gesamtwirtschaftlichen Kaufkraftentzug** einher
- Trotz eines Rückgangs in der zweiten Jahreshälfte dürfte das **BIP in diesem Jahr um 1,4% ausgeweitet** werden
- Für **2023** erwarten die Institute für das BIP im Jahresdurchschnitt **einen Rückgang um 0,4%**, für das **Jahr 2024 einen Anstieg um 1,9%**
- Die Inflationsrate dürfte sich in den kommenden Monaten weiter erhöhen: Für **2023 wird eine Teuerungsrate von 8,8% erwartet**
- Erst im Jahr 2024 wird die 2%-Marke allmählich wieder erreicht



#2 Energiekrise:

Inflation, Rezession, Wohlstandsverlust

- Grund für die Verschlechterung:
V.a. die **reduzierten Gaslieferungen aus Russland**
- Risiko, dass die verbleibenden Liefer- & Speichermengen im Winter nicht ausreichen werden, um Nachfrage zu decken
- Versorgungslage bleibt äußerst angespannt
- Mittelfristig dürfte sich die Lage zwar etwas entspannen, dennoch dürften die Gaspreise deutlich über Vorkrisenniveau liegen
- **Dies bedeutet für Deutschland einen permanenten Wohlstandsverlust**
- **Der Arbeitsmarkt bleibt stabil:** Die Nachfrage nach neuen Arbeitskräften könnte angesichts der konjunkturellen Schwächephase zurückgehen, jedoch kompensiert dies der Fachkräftemangel



Gesundheitspolitik wird zum Pulverfass



...de facto werden wir aber „nur“ älter

Analysen des KH-Rating-Reportes:

Der Blick in die Zukunft macht Sorge

Szenario „Rückkehr zu 2019“

- Annahme: **2023 Rückkehr zum Vor-Krisen-Niveau**
- Bis **2030** Zunahme der Fallzahl um **18 %** gegenüber 2020
- Anteil der Krankenhäuser im **roten Rating-Bereich steigt bis 2030 auf 25 %**

Szenario „Neustart“

- Annahme: Leistungsvolumen erreicht **nicht mehr das Vorkrisenniveau**
- Stationäre Fallzahl im Jahr **2030** liegt nur rund **7 %** über dem Niveau von **2020**
- **Dramatische Verschlechterung** der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser
 - **¾ schreiben 2023 Verluste, 2030** betrüge das durchschn. Jahresergebnis **-8 %**
 - **Struktur- & Prozessoptimierungen** sowie **Anpassung der KH-Kapazitäten an das neue, niedrigere Leistungsniveau** können die Lage bis 2030 stabilisieren



Quelle: KHRR (2022)

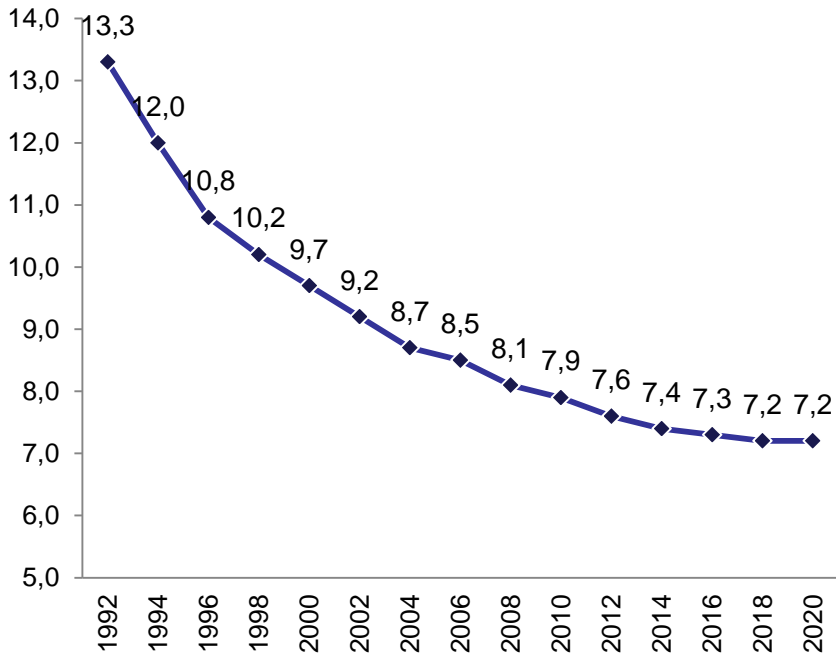
Die Reise nach Jerusalem beginnt

Was ist zu erwarten?

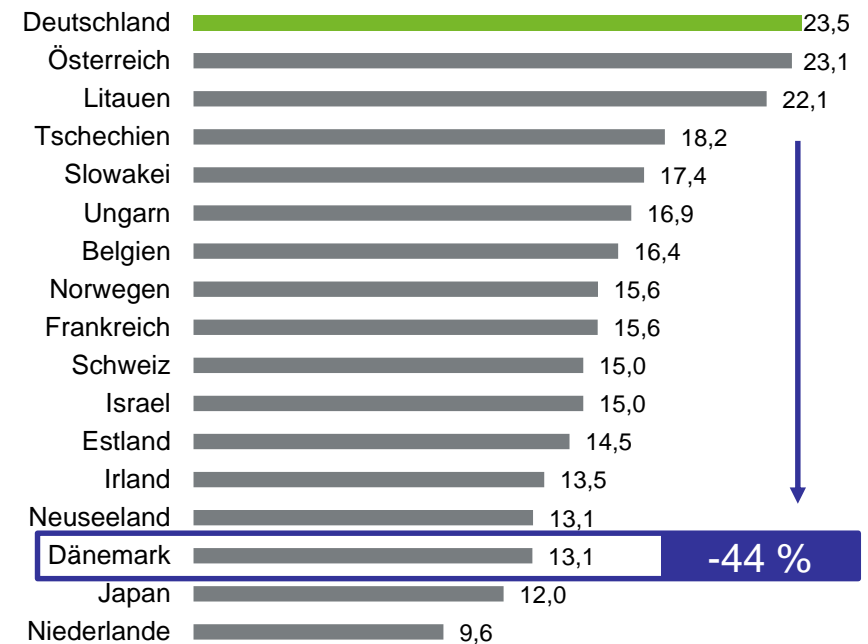
- **Einsparungen bei den Versicherten**
Leistungskatalog, Zuzahlungen (z.B. GRG von 1989, GMG von 2003)
- **Einsparungen bei den Leistungserbringern**
 - Zwangsrabatt für Arzneimittelhersteller erhöhen (z.B. GKV-ÄndG 2010 von 6% auf 16%)
 - Modifikationen am AMNOG (*keine freie Preisgestaltung im 1. Jahr, keine Privilegien mehr für Orphan Drugs*)
 - Begrenzung der Zuwächse der Gesamtvergütungen der KVen (z.B. GSG von 1992, GKV-FinG von 2010)
 - Begrenzung der Zuwächse von Krankenhausbudgets (z.B. GSG von 1992, GKV-FinG von 2010)
- **Strukturelle Veränderungen**
(...jedoch zumeist keine kurzfristige Finanzwirksamkeit)

Medizinischer Fortschritt und Ambulantisierung lassen deutlich weniger und kürzere Krankenhausaufenthalte erwarten

Durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus, Deutschland (1992-2020)



Krankenhausfälle je 100 Einwohner (2019)



Verweildauer und Anzahl an Krankenhausfällen reduzieren sich
 → **Wachsender Bedarf an ambulanter Versorgung**

Ambulantisierung ja, aber...

...Was bedeutet das für die Versorgung im Detail?

- **Qualitätsmessung und -transparenz ambulanter Leistungen** als ganz zentrales Thema (Spezialisierung, Mindestmengen etc.)
- **Entlass- und Case-Management** muss im Rahmen der Ambulantisierung ein wesentlich größeres Augenmerk geschenkt werden (v.a. in einem Flächenstaat)
- Macht es Sinn eine Art **Recall-System** zu etablieren?
- Wer prüft ex ante, ob es das soziale Umfeld eines Patienten*in zulässt, dass dieser **ambulant behandelt werden kann**?
- ➔ Wenn hier die Prozesse nicht geklärt sind, ist möglich, dass Notaufnahmen, Rettungsdienste / KV-Bereitschaftsdienste unnötig in Anspruch genommen werden und wichtige Informationen im Bedarfsfall nicht vorliegen
- ➔ **GEFAHR: Ambulantisierung als Nullsummenspiel?**

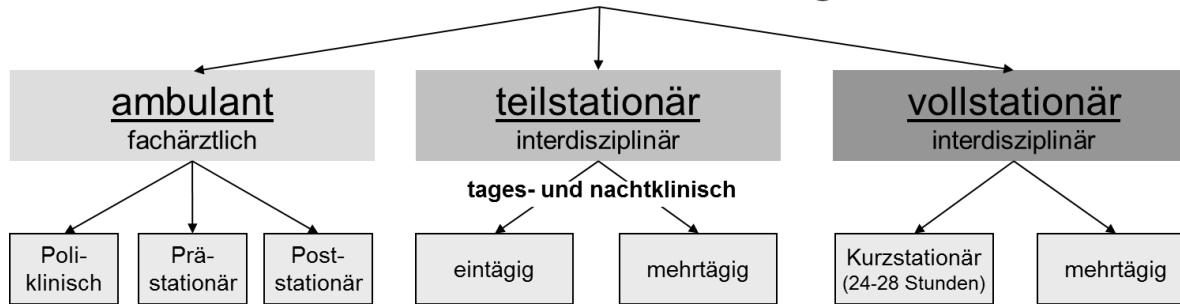


Prof. Dr. Andreas Beivers
Hochschule Fresenius | Stiftung Münch

Eben nicht nur Äpfel und Birnen:

Bedarf einer genaueren Abgrenzung der Leistungen ambulant, teilstationär und vollstationär

Krankenhausbehandlung




- ergänzend zum ambulanten Leistungsangebot im niedergelassenen Bereich
- auf bestimmte Erkrankungen beschränkt
- ambulante Operationen

- Eine interdisziplinäre fachärztliche Behandlung ist erforderlich
- Eine techn. interdisziplinär nutzbare Infrastruktur eines KHs ist vorhanden und wird benötigt
- Für Risikofälle stehen Betten zur Verfügung
- Die patientenspezifische Behandlung dauert mindestens vier Stunden am Tag
- Die medizinische Hauptleistung ist identisch zur vollstationären Behandlung

- Originäre Krankenhausleistung mit notwendiger, ganztägiger Betreuung für mehrere Tage

Krankenhausreform: *Kommt jetzt der „große Wurf“?*



Ministerium Themen [Presse](#) Service 

[Startseite](#) > [Presse](#) > [Presse](#) > Regierungskommission legt Krankenhauskonzept vor - Lauterbach: Weniger Ökonomie, mehr Medizin

Regierungskommission legt Krankenhauskonzept vor - Lauterbach: Weniger Ökonomie, mehr Medizin

Die Behandlung von Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern soll künftig mehr nach medizinischen und weniger nach ökonomischen Kriterien erfolgen. Das empfiehlt die 17-köpfige „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“. Dafür sollen die Kliniken nach drei neuen Kriterien honoriert werden: Vorhalteleistungen, Versorgungsstufen und Leistungsgruppen. Das Fallpauschalensystem müsse entsprechend weiterentwickelt werden, heißt es in der Empfehlung.

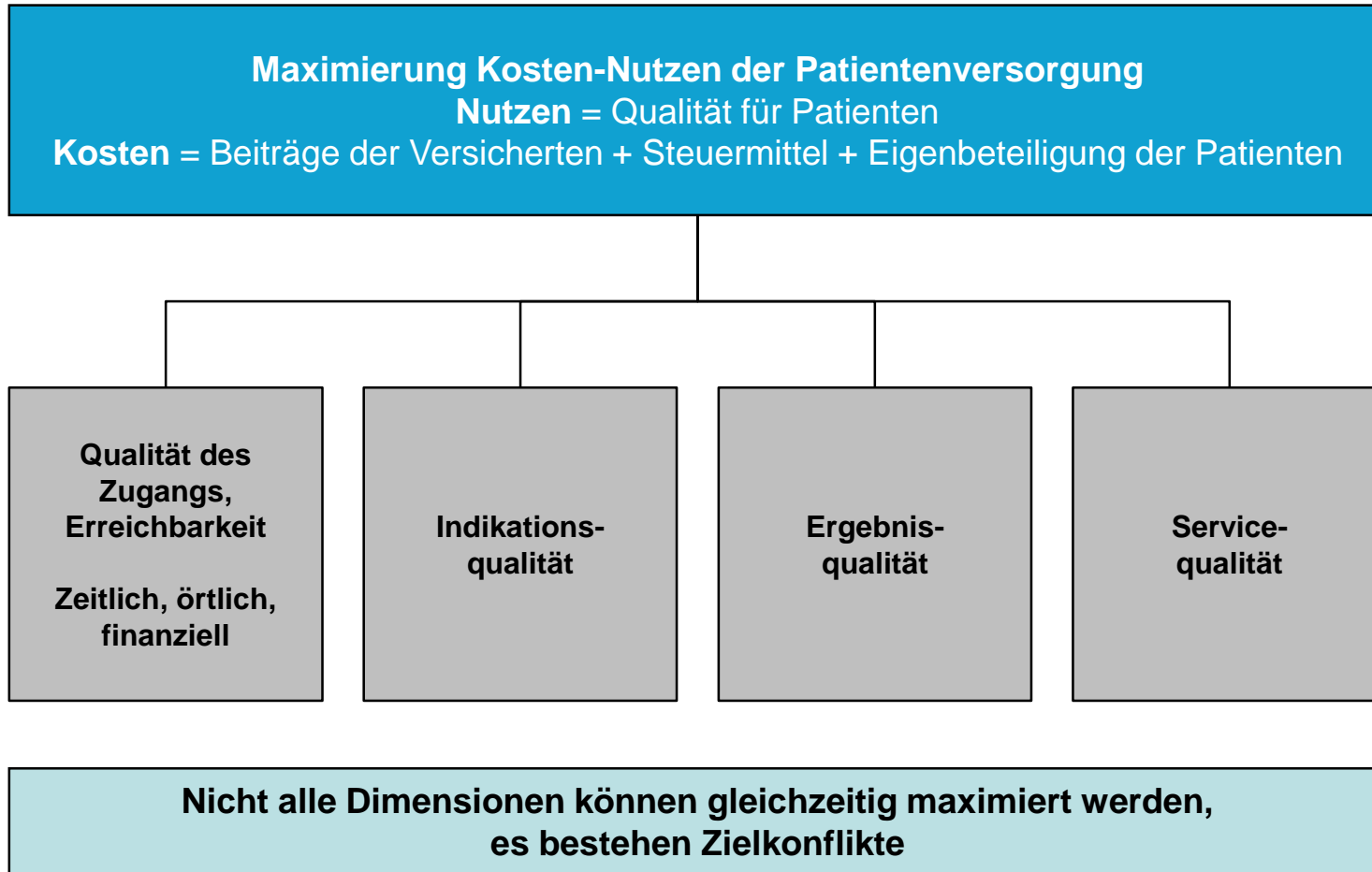
Die Vorschläge der Regierungskommission

1. Vergütung von Vorhalteleistungen
2. Definition von Krankenhaus-Versorgungsstufen (Leveln)
 - Grundversorgung – medizinisch und pflegerische Basisversorgung, zum Beispiel grundlegende chirurgische Eingriffe und Notfälle.
 - Regel- und Schwerpunktversorgung – Krankenhäuser, die im Vergleich zur Grundversorgung noch weitere Leistungen anbieten.
 - Maximalversorgung – zum Beispiel Universitätskliniken
3. Einführung von definierten Leistungsgruppen

Ausblick

Zum Wohle des Patienten:

Was muss eine hochwertige Patientenversorgung leisten?



Um die Gesundheitsversorgung nachhaltig aufzustellen...

...müssen wir 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 Tele-
medizin, KI, Robotik



Zentralisierung und Schwerpunktbildung

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



***„Mut ist so etwas wie
Veränderung - nur früher“***

Autor unbekannt



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

- Literatur bei dem Referenten -

Kontaktdaten:

Prof. Dr. Andreas Beivers

Hochschule Fresenius München

Infanteriestraße 11 a, 80797 München

Tel.: 089–200037346; Email: beivers@hs-fresenius.de