

Bundesarbeitsgemein-  
schaft Arbeit, Soziales,  
Gesundheit



STIFTUNG MÜNCH

# Patientenorientierte Versorgung mit regionalen Gesundheitsbudgets?

9. Juni 2020

*Prof. Dr. Boris Augurzky*

# Agenda



Status quo

Ausblick

Handlungsoptionen

# Wo stehen wir?

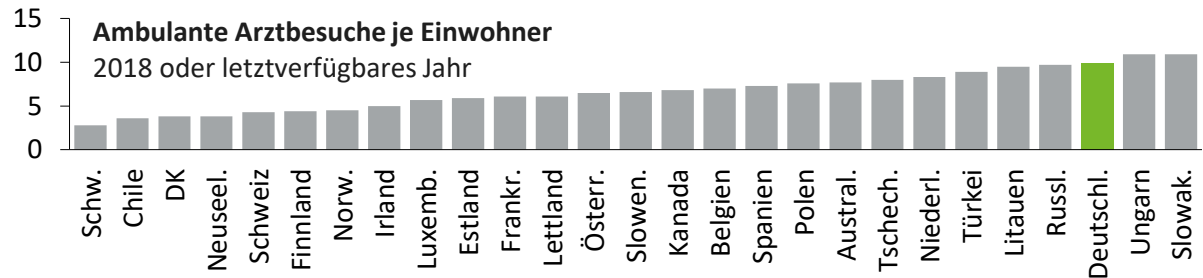
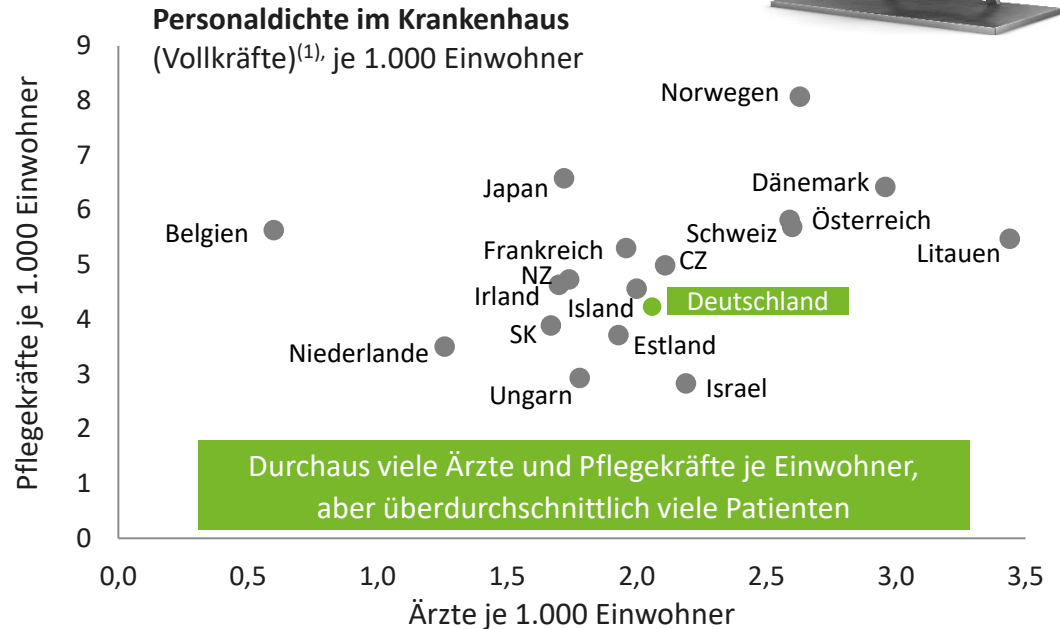
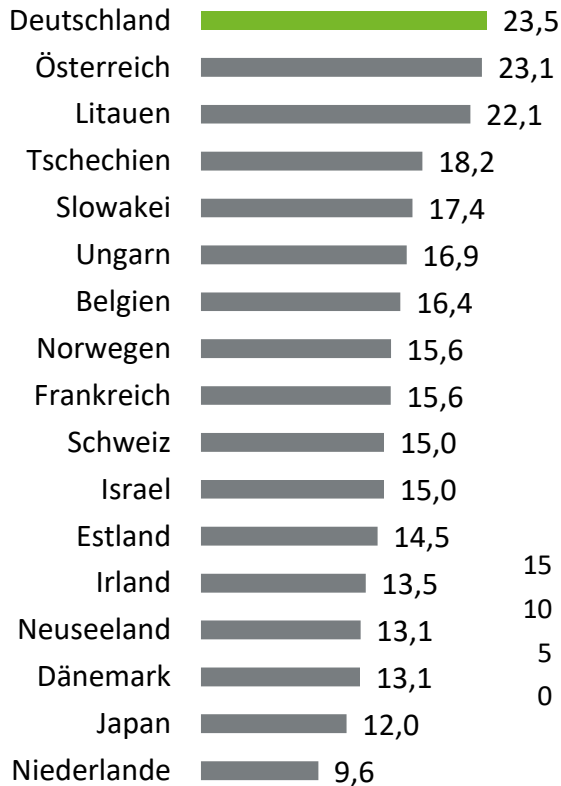
- 1 Hohe und tendenziell wachsende **Patientenzahl**
- 2 Hoher **Personaleinsatz**, aber tendenziell schrumpfendes Reservoir an Nachwuchs
- 3 **Hoher finanzieller Einsatz**, aber künftig tendenziell keine ausreichende Steigerungsrate, inzwischen verstärkt durch Folgen der Pandemie
- 4 Für die bestehenden **Anbieter** wird es eng
- 5 Jeder **optimiert im Regelwerk** soweit wie möglich
- 6 **Misstrauen** nimmt zu, Kontrolle nimmt zu, Bürokratie wächst
- 7 Politik misstraut, weitet Detailregulierung aus und schränkt **Gestaltungsfreiheit** ein
- 8 Patient bleibt auf der Strecke, Tätigkeiten im Gesundheitswesen werden unattraktiver



# Leistungserbringer sind auf Menge getrimmt

Höchste Zahl an Krankenhausfällen je Einwohner in Deutschland

## Krankenhausfälle je 100 Einwohner



(1) Jeweils aktuellstes Jahr (2017 oder 2018). Grundlage: Ärzte und Pflegekräfte im Krankenhaus (Vollzeitäquivalente)

Anmerkung: Nur OECD-Länder, für die Zahl der Ärzte und Pflegekräfte im KH als Vollzeitäquivalente sowie Krankenhausfälle je Einwohner von OECD bereitgestellt

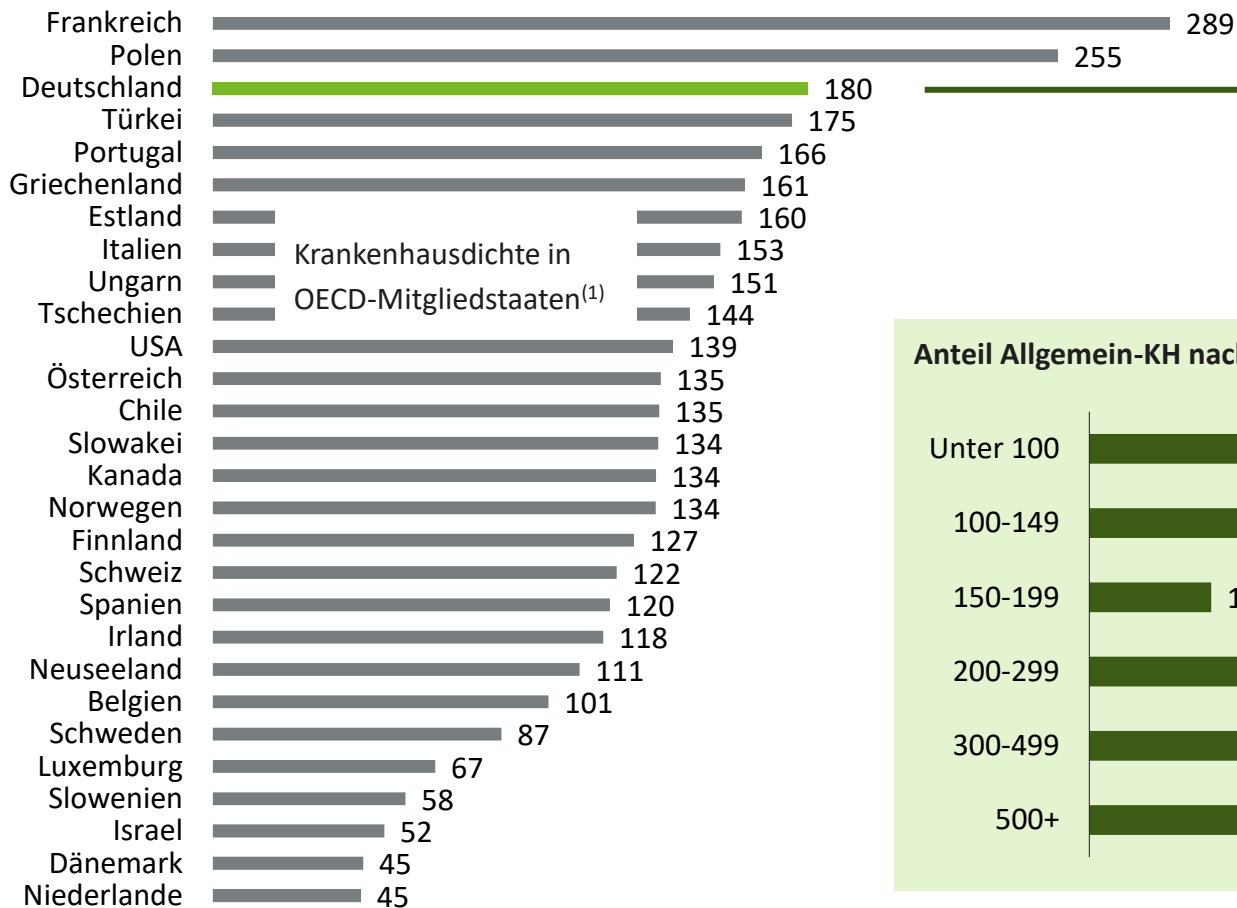
Quelle: Krankenhaus Rating Report 2018; OECD (2019, 2020)



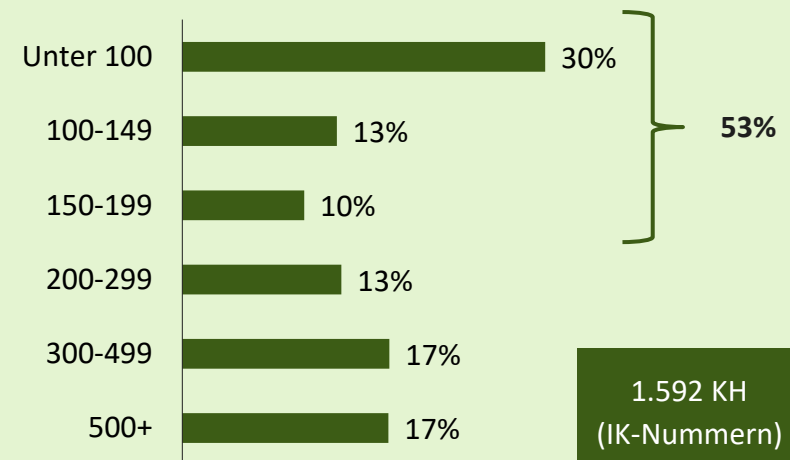
# Auch hohe Krankenhausdichte und viele kleine Krankenhäuser

## 53% der Krankenhäuser in Deutschland unter 200 Betten

### Anzahl Krankenhäuser je 10 Mio. Einwohner



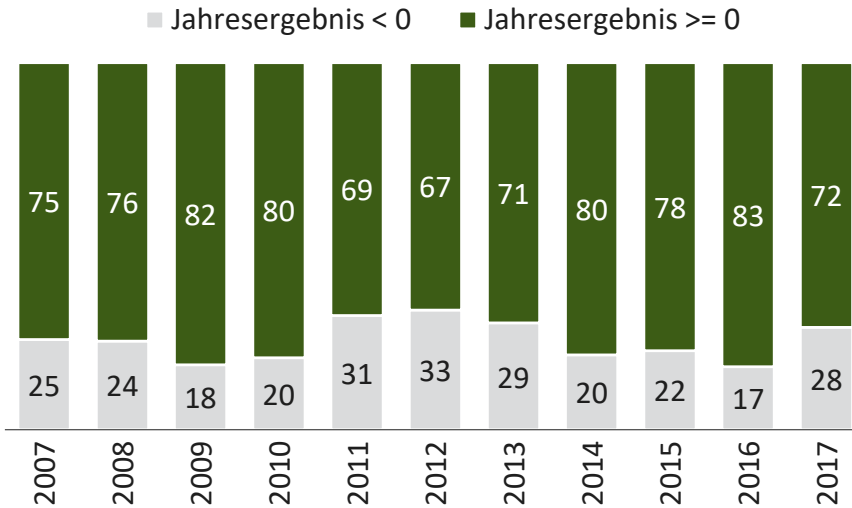
### Anteil Allgemein-KH nach Größenklassen (Betten)



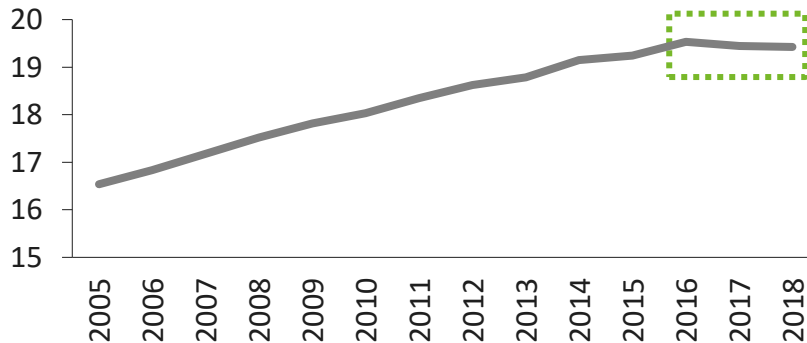
(1) Jeweils aktuellstes Jahr (2012 bis 2017). Daten zu D aus 2017 beziehen sich auf Versorgungs-KH (Unikliniken, Plan-KH und KH mit Versorgungsvertrag) ohne psychiatr. Kliniken.  
Quelle: Krankenhaus Rating Report 2019; Grundlage der OECD-Länder: „general hospitals“; Grunddaten Krankenhäuser Destatis (2018)

## Seit 2017 Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage der Kliniken

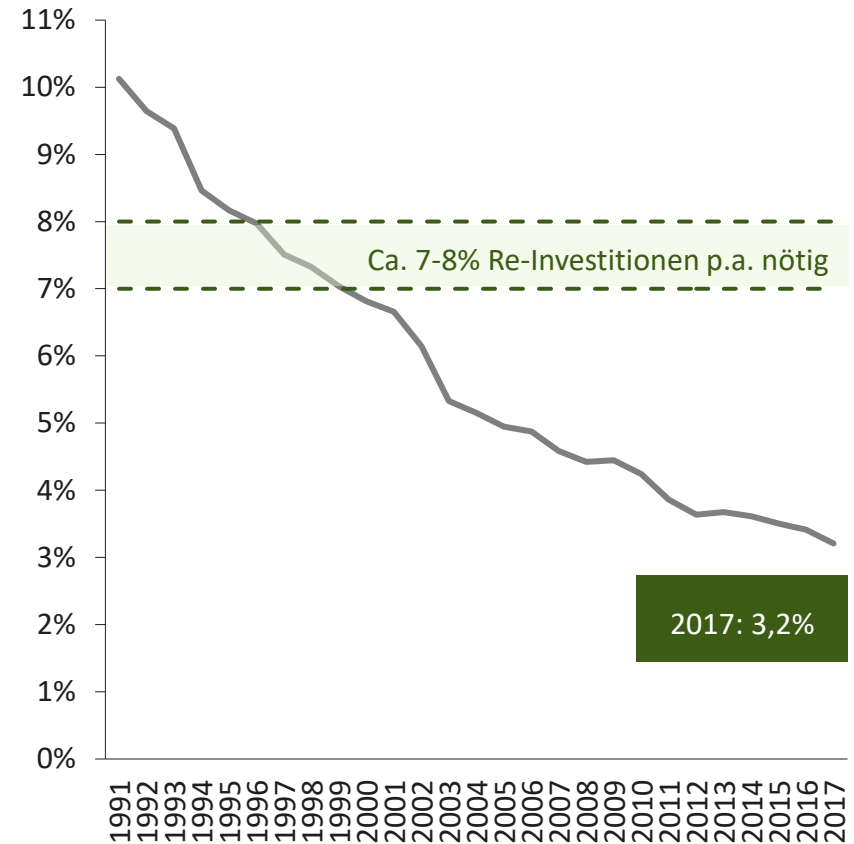
Erstmals sinkende stationäre Fallzahl 2017 und 2018 – Rückgang auch 2019 erwartet



### Stationäre Fallzahlen in Mio.



### KHG-Fördermittel als Anteil am Krankenhausumsatz (ohne Universitätskliniken)

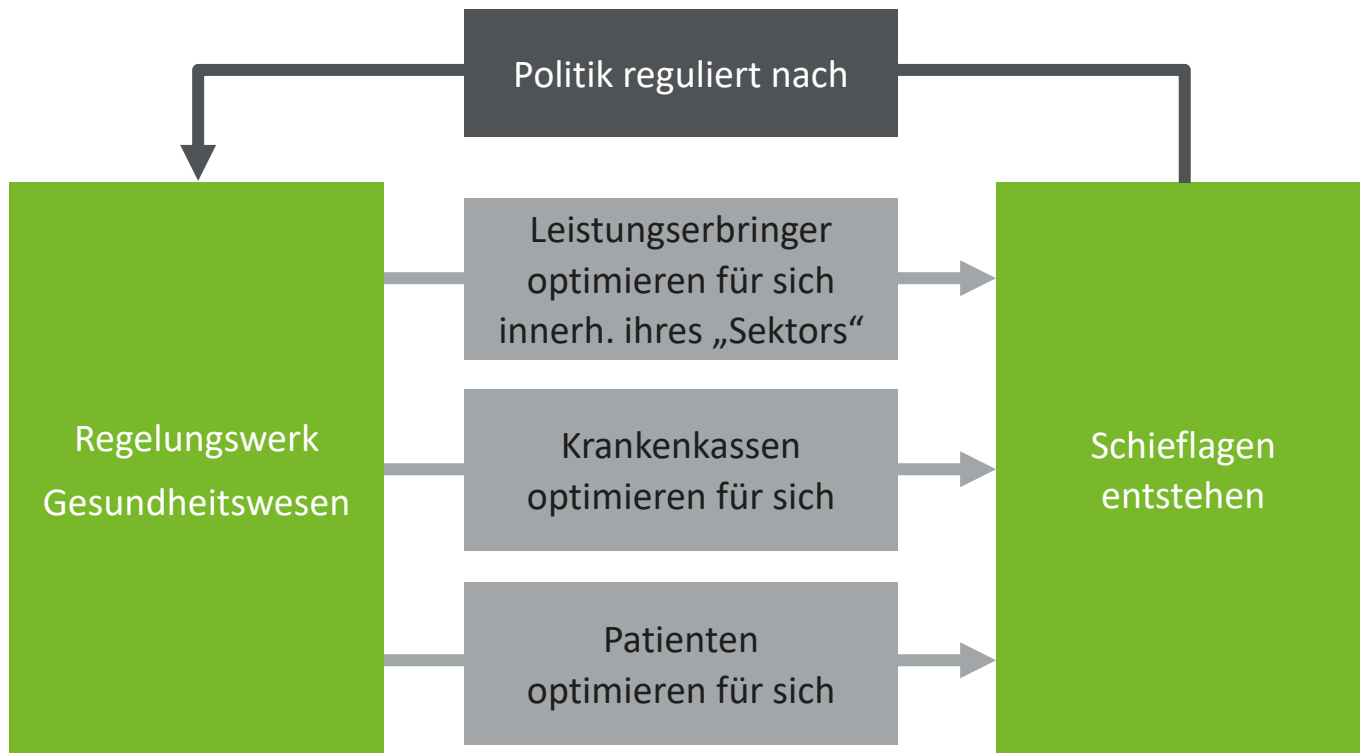


Anmerkung : Die jährliche Stichprobengröße schwankt zwischen 813 und 981 Einrichtungen.

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2019; Destatis 2020

# Im Gesundheitswesen findet ein **Wettrüsten** von Kassen, Leistungserbringern und Gesetzgeber statt

Mit der Folge einer immer weiter zunehmenden Regulierungsdichte



Es kommt zu einem **Aufrüsten** bei Leistungserbringern und Krankenkassen und im Gefolge über den Gesetzgeber zu einer Aufrüstung der **Regulierung**, Handlungsspielräume nehmen ab

# Agenda



Status quo

Ausblick

Handlungsoptionen

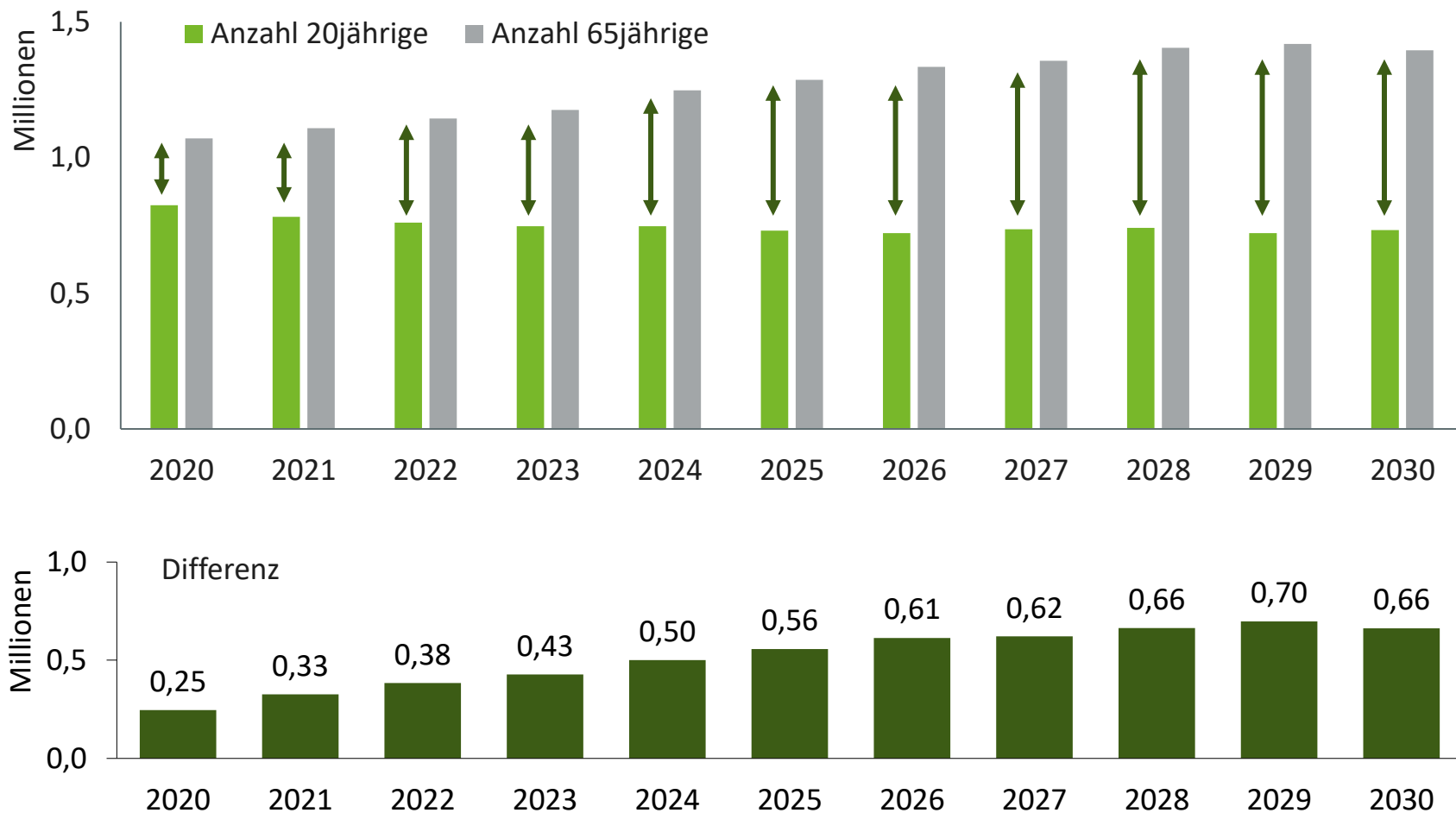


# Zahlreiche Veränderungen kommen auf die Krankenhäuser zu



Quelle: hcb

# Nachwuchs kann immer weniger Lücke der aus dem Erwerbsleben ausscheidenden Menschen füllen



Quelle: Krankenhaus Rating Report 2020

## Besondere Schwierigkeiten in ländlichen Regionen

Überproportional schrumpfende  
**Bevölkerungszahlen**

Schlechtere allgemeine **Infrastruktur**  
und schwächeres Internet

**Kleinere Krankenhäuser** mit größeren  
wirtschaftlichen Problemen

Größerer **Fachkräfteengpass** sowohl  
in der stationären als auch in der  
ambulanten Versorgung



Auslagerung der Pflegepersonalkosten (PpSG) schafft zusätzlichen **Sog von Pflegepersonal in die Städte**, weil Ballungszentren künftig Lebenshaltungskosten über Löhne besser abbilden können

**Neue Wege in der ländlichen Versorgung nötig**

# Neue Akteure: Alexa = Gesundheitsberater im Haushalt? Ada = smartes Helferlein für Patienten und Leistungserbringer? Enormes Potenzial für telemedizinische Behandlung von Patienten

Künstliche Intelligenz für den Heimgebrauch



Manager Magazin vom 8.4.2019: „Amazon ist dabei, für Alexa **Gesundheitsdienstleistungen anzubieten**, wofür der Onlinehändler bereits reichlich Gesundheits- und Wellness-Experten rekrutiert hat. [...] Der Konzern hat bereits eine **Software für Alexa** entwickelt, die es ihm als erstem großen Tech-Konzern ermöglicht, **sensitive gesundheitsbezogene Daten** gesetzlichen Anforderungen entsprechend zu übermitteln.“

Finanzen.net vom 30.10.2019: „Amazon **übernimmt Telemedizin-Startup Health Navigator**; das Startup wird in virtuelle Gesundheitsdienstleistungen für Mitarbeiter integriert; Amazon könnte den Service in Zukunft aber öffnen.“



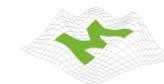
ada

... bringt künstliche Intelligenz zum Konsumenten



„Unsere künstliche Intelligenz unterstützt auch die **klinische Entscheidungsfindung** und hilft Krankenkassen und Leistungserbringern, gute Qualität und eine effektive Gesundheitsversorgung zu leisten.“

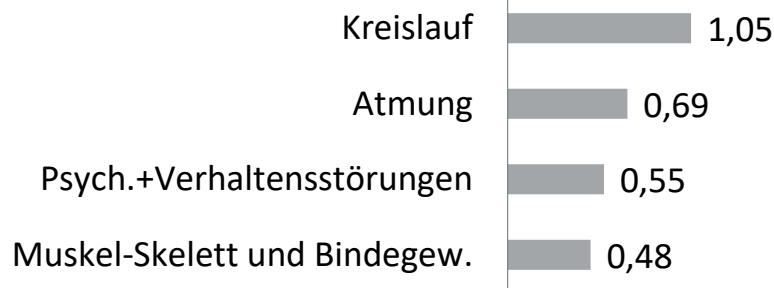
Quelle: [http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/alexa-siri-oder-cortana-wer-gewinnt-das-wettrennen-um-unsere-wohnzimmer-15060464.html?printPageArticle=true#pageIndex\\_2](http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/alexa-siri-oder-cortana-wer-gewinnt-das-wettrennen-um-unsere-wohnzimmer-15060464.html?printPageArticle=true#pageIndex_2); [www.ada.com](http://www.ada.com)



# Schätzungen gehen von einem ambulanten Potenzial bis zu 20% aus

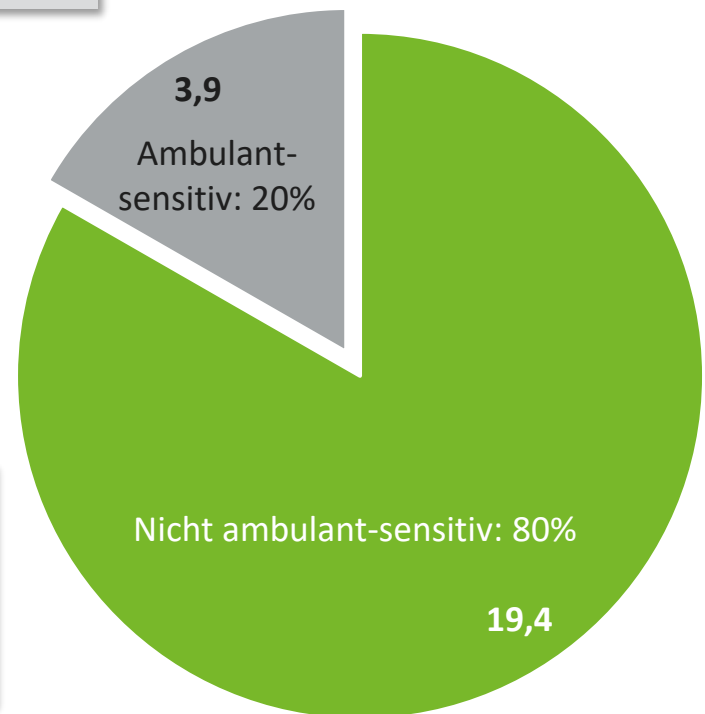
Sundmacher et al. (2015): **22 Diagnosegruppen** in **Expertengruppen** konsentiert und Anteil vermeidbarer stationärer Fälle geschätzt

**TOP-ICD-Kapitel** bzgl. amb.-sens. Fälle 2017, in Mio.



*„Viele der **heute stationär erbrachten Leistungen** lassen sich prinzipiell **vermeiden durch effektive und schnelle Behandlung akuter Beschwerden, Früherkennung, gutes chronisches Krankheitsmanagement und Immunisierung**“*

**Anzahl stationärer Fälle 2017, in Mio.**

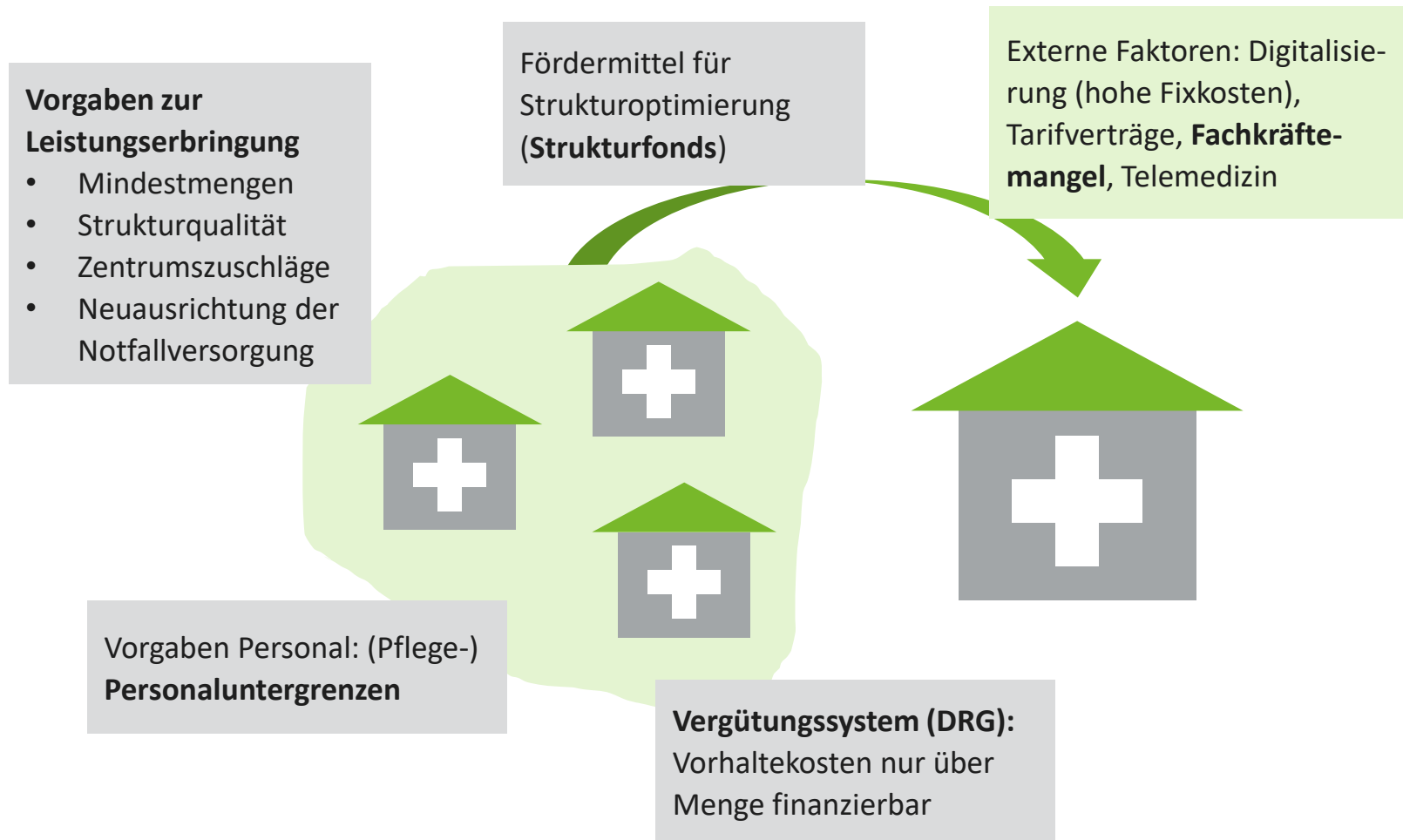


**Künftig: „digital vor ambulant vor stationär“?**

Quelle: hcb, Sundmacher et al. 2015.

# Gesetzgeber forciert Zentralisierung der Krankenhausstruktur

Inzwischen zusätzlicher Druck über externe Einflussfaktoren



Zwischenfazit: Gesundheitswesen ist leistungsseitig und regulativ aufgebläht, drinnen brodelt es, vereinzelt herrscht Endzeitstimmung ... dabei beginnen die wirklich ernstesten Probleme erst noch



**Spannungen** nehmen in kommenden fünf Jahren stark zu



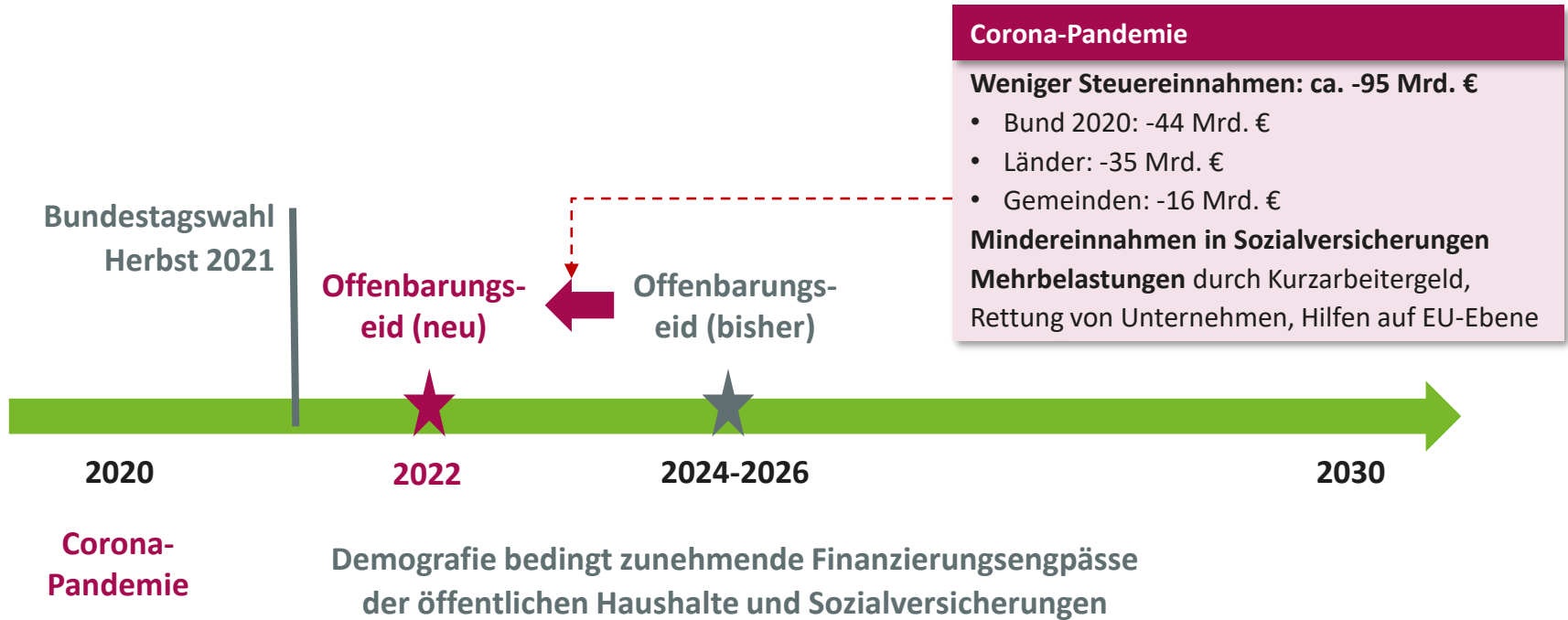
# Vor der Corona-Krise war Offenbarungseid Mitte des Jahrzehnts zu erwarten gewesen ...



Demografie bedingt zunehmende Finanzierungsengpässe der öffentlichen Haushalte und Sozialversicherungen



... jetzt bereits 2022



**Gesellschaftliches Ziel:** Nicht-rationierter Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle Bürger

# Agenda



Status quo

Ausblick

Handlungsoptionen

# Die zwei wichtigsten Herausforderungen für das Gesundheitssystem

## System **patienten-** **orientiert** aufstellen

**Sektorengrenze** überwinden

**Qualitätsorientierung** ausweiten

Moderne **Technologie**,  
insbesondere ePA  
und KI, nutzen

Unabhängige **Algorithmen**  
gewährleisten

Effektive und qualitätsorientierte  
**Patientensteuerung** anstreben

Dabei auf  
Effizienz  
achten

## **Personal** für das Gesundheitswesen gewinnen

Neue **Berufsbilder** schaffen

Moderne **Technologie** nutzen

**Verantwortung** delegieren

Verlässlichkeit schaffen und  
**Gestaltungsfreiheit** ermöglichen

# Ziel: Integrierte Gesundheitsversorgung aus einer Hand



## Ambulante Versorgung

- Vorsorge und Prävention
- Hausärzte
- Fachärzte
- Notfall
- Apotheken
- Heil- und Hilfsmittel
- Telemedizin
- Ausbildung



## Stationäre Versorgung

- Akutstationäre Versorgung
- Notfall
- Rettungswesen
- Telemedizin
- Ausbildung



## Rehabilitation

- Nachsorge
- Ambulante und stationäre Rehabilitation
- Ausbildung

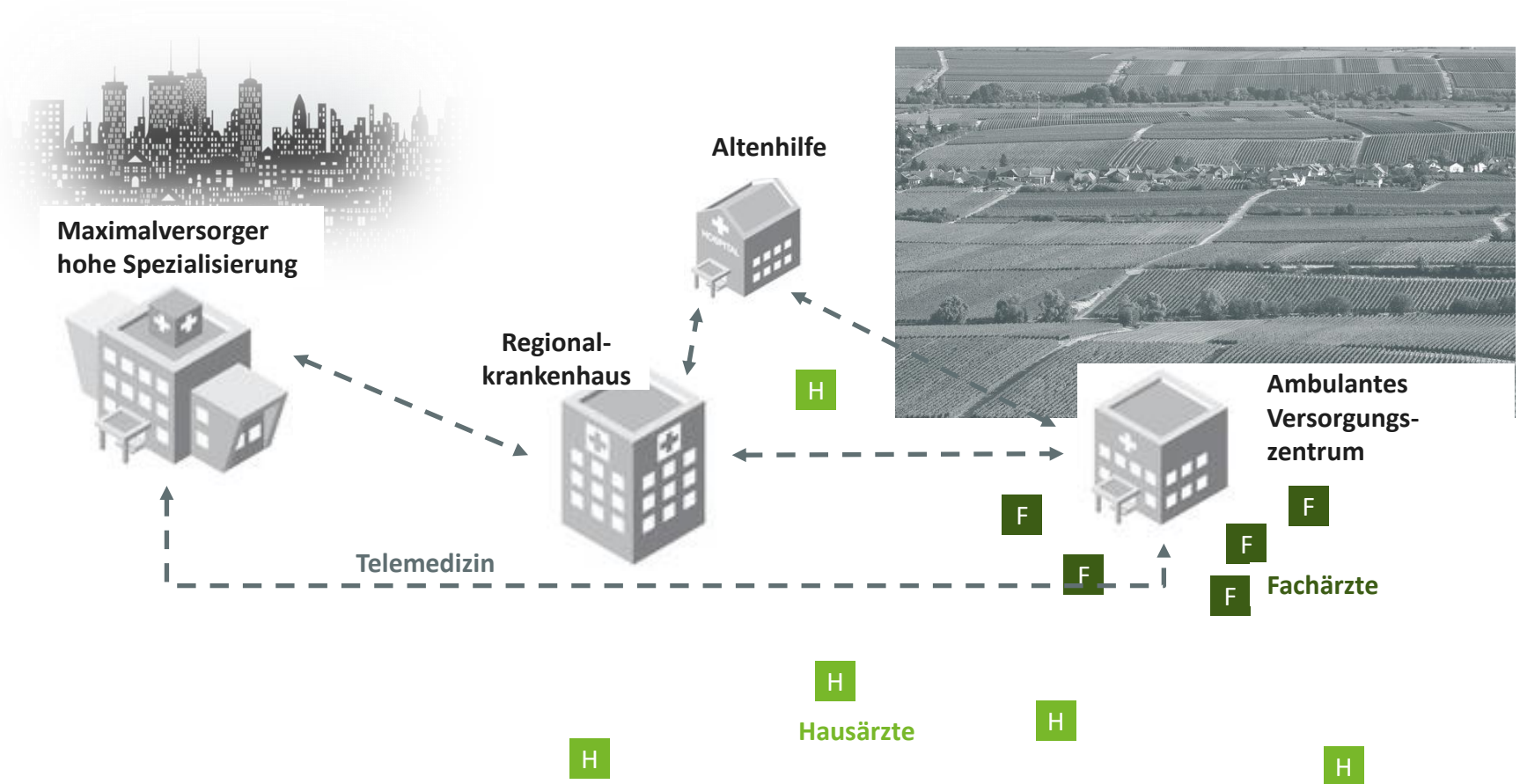


## Altersgerechte Angebote

- Pflege, Kurzzeitpflege
- Betreutes Wohnen
- Altersgerechtes Wohnen
- Mobilitätsunterstützung
- Ausbildung

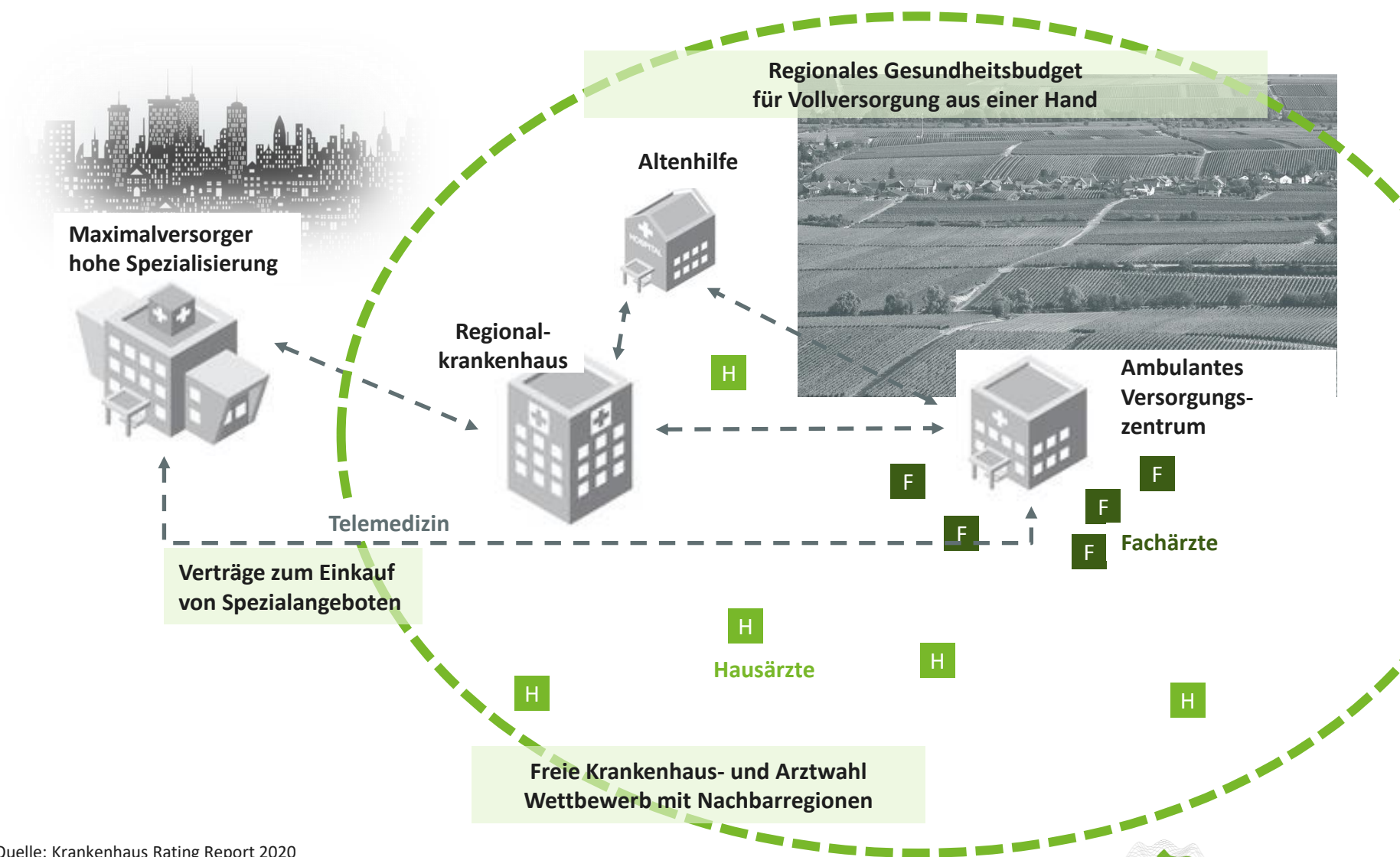


# Sektorenübergreifende Bündelung der Gesundheitsexpertise und enge Verzahnung mit Know-how der Zentren



Quelle: Krankenhaus Rating Report 2020

# Sektorenübergreifendes regionales Gesundheitsbudget als eine Option zur Schaffung einer Gesamtverantwortung für die Versorgung vor Ort



Quelle: Krankenhaus Rating Report 2020

# Zahlreiche Punkte sind für regionale Gesundheitsbudgets in Bezug auf die geeignete Region zu klären

**Größe:** Region mit 200.000 bis 400.000 Einwohner  
Nicht zu klein, weil sonst Fixkosten zu hoch und  
Risikodiversifikation schwer

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

**„Gesundheits-GmbH“:** koordiniert  
regionale Versorgung, lokale  
Akteure haben Anteile an GmbH,  
Beteiligung von Kassen denkbar

## Abdeckung

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

# Gesundheitsbudget definieren, Erlöse auf die einzelnen Akteure verteilen, Pilotregionen evaluieren

**Berechnung Budget:** Jährliche Ausgaben pro Kopf, adjustiert nach Alter, Geschlecht, Morbidität  
Beispiel CH: Spitalaufenthalt im Vorjahr, Pharmaceutical Cost Group, Mutterschaft  
Erweiterung um Qualitätsindikatoren

**Risikotransfer:** Morbiditätsrisiko geht weitgehend auf Region über, jedoch Rückversicherung von Extremrisiken nötig

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

**DRG-System:** bleibt als Verrechnungssystem bestehen für Ausgleich zwischen Regionen und zur Festsetzung des Regionalbudgets

**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

**Evaluation:**  
Unabhängige Evaluation von Pilotregionen



# Voraussetzungen für Gesundheitsbudgets in der Somatik analog zu Modellprojekten in der psychiatrischen Versorgung gestalten

Spielraum für Modellprojekte bereits im SGB V zu finden

## **Psych-Regionalbudgets** laufen über den **§ 64b SGB V**

- Modellprojekte z.B. in Hanau, Itzehoe, Hamm
- In Hanau bereits 2011 Start auf Basis von § 140a („Besondere Versorgung“)

## **Somatik:** bisher keine explizite Regelung analog zu § 64b SGB V, **aber ...**

- § 63 + § 64 SGB V erlauben „**Modellvorhaben** zur Weiterentwicklung ... der Vergütungsformen“
- Abweichung von KHG und KHEntgG möglich, insb. wenn Einsparungen Mehraufwendungen ausgleichen
- KVen dürfen ebenfalls Modellvorhaben mit den Kassen vereinbaren
- Wenn alle Kassen sich beteiligen, ist einheitlicher Finanzierungsmodus vorgesehen
- **Keine Einschreibung der Patienten erforderlich**

## **§ 140a** weiterer möglicher Ansatzpunkt für die Somatik

- Ermöglicht integrierte Versorgung – unter Beteiligung vertragsärztlicher Leistungserbringer
- Abweichung von KHG und KHEntgG möglich, wenn Wirtschaftlichkeit und Qualität im Fokus
- Vorige **Einwilligung der Patienten** zur Datenverarbeitung erforderlich → bedingt Patientensteuerung

**Hürden:** Möglichst viele Kassen „an Bord“ holen  
Wegen Hindernis durch Einschreibung von Patienten Variante §§ 63f. SGB V präferieren

Quelle: hcb, Schillen & Thiex-Kreye (2014), [https://www.aok-gesundheitspartner.de/nds/krankenhaus/modellprojekte/index\\_14158.html](https://www.aok-gesundheitspartner.de/nds/krankenhaus/modellprojekte/index_14158.html)



# Brauchen wir gar einen Neustart des SGB V?

Dritter Sektor

## Knieps fordert Neustart des SGB V

Veröffentlicht: 26.11.2019, 16:30 Uhr



**Berlin.** Ein dritter Sektor in der Gesundheitsversorgung ist umstritten. Am Vorabend des Bundeskongresses der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen (DGIV) überwog Skepsis. So forderte BKK-Dachverbandchef Franz Knieps, einer der Autoren des SGB V von 1989, einen Neustart. „Ich will ein neues Leistungs- und Vertragsrecht, das vom Integrationsgedanken getragen ist“, sagte Knieps am Montag. Leistungen müssten einheitlich vergütet werden, gleich „ob sie im Bett, am Bett oder ohne Bett“ erbracht würden. Zudem müsse ein „integratives Planungssystem“ aufgesetzt werden.

Hintergrund der Debatte sind Vorgaben der Koalition im MDK-Gesetz, die Vergütung für fachärztliche Leistungen zu vereinheitlichen, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können. Beim DGIV-Abend wurde davor gewarnt, dass die geplante einheitliche Honorierung de facto einen dritten Sektor schaffe. Ein neuer Sektor sei „völlig überflüssig“ sagte SpiFa-Vorstand Dr. Hans-Friedrich Spies. Stattdessen sollten alle DRG unter vier Tagen von einem neuen Paragraphen 115 SGB V geregelt werden. Gelten solle dies für Kliniken und alle Gemeinschaftsstrukturen niedergelassener Ärzte. (af)



”

Wir brauchen im Sozialgesetzbuch V einen Perspektivwechsel von den Institutionen zu den Nutzern.

**Franz Knieps, Vorstand des BKK Dachverbands**

Quelle: Ärztezeitung 26.11.2019 und 21.01.2020

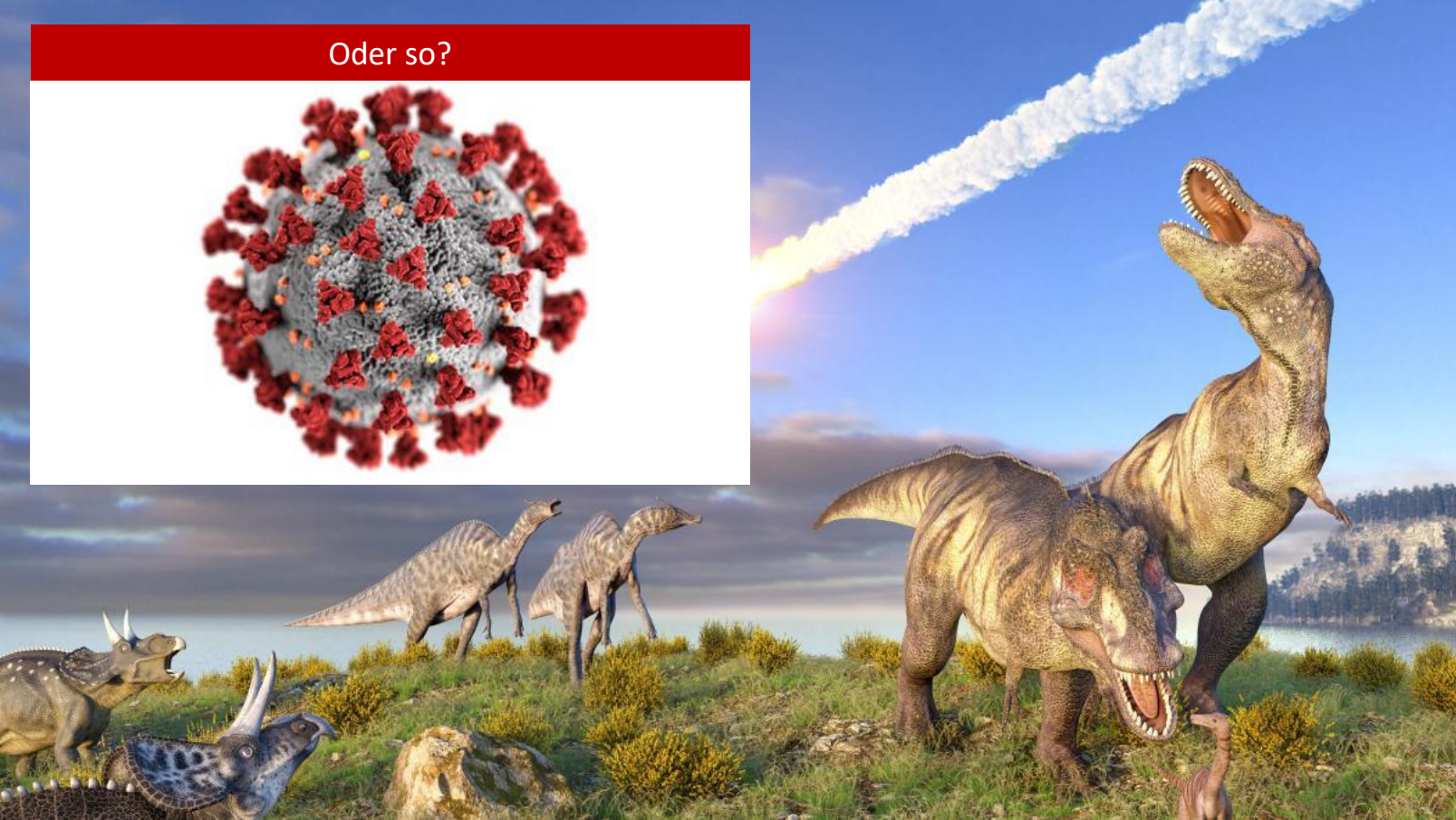
# Alles nur Träumerei?



## Lieber kleinere Schritte?

- Preissteuerung im DRG-System
- Variation BFW auf Hausebene
- Separate Finanzierung von Vorhaltekosten
- Hybrid-DRGs
- „Dritter Sektor“
- Katalog für spezielle ambulante Leistungen im Krankenhaus

# Evolutionssprung ist möglich, wenn es kräftig kracht



Quelle: RWI, Stiftung Münch; <https://www.welt.de/wissenschaft/article200004980/Aussterben-der-Dinosaurier-Was-in-den-letzten-Stunden-geschah.html>