

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?

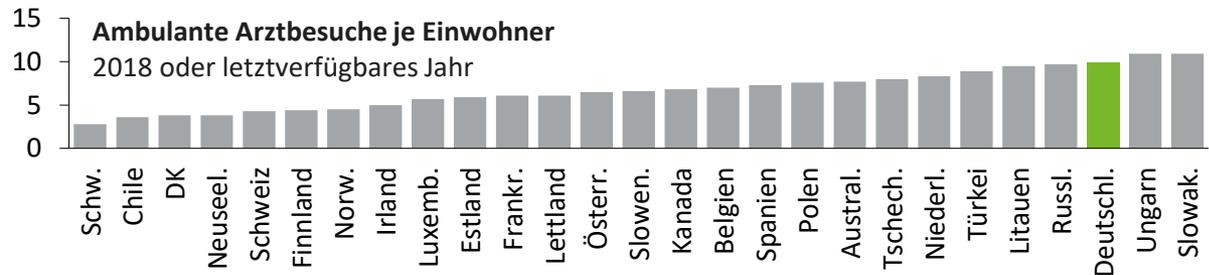
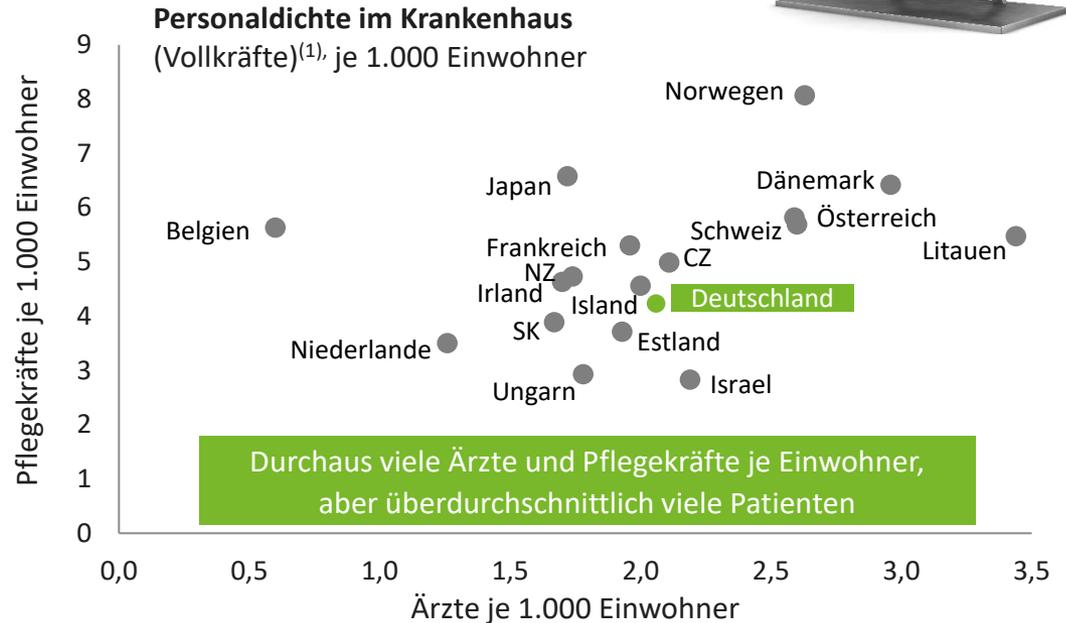
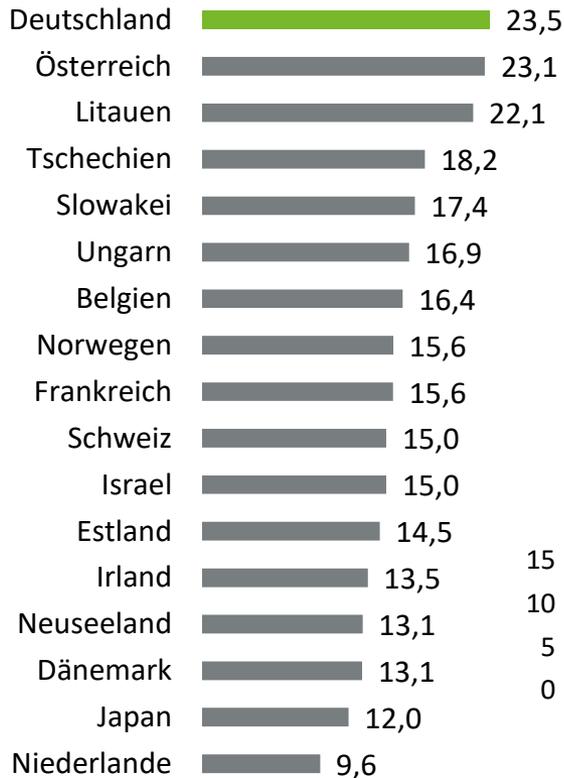
- 1 Hohe und tendenziell wachsende **Patientenzahl**
- 2 Hoher **Personaleinsatz**, aber tendenziell schrumpfendes Reservoir an Nachwuchs
- 3 **Hoher finanzieller Einsatz**, aber künftig tendenziell keine ausreichende Steigerungsrate, inzwischen verstärkt durch Folgen der Pandemie
- 4 Für die bestehenden **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

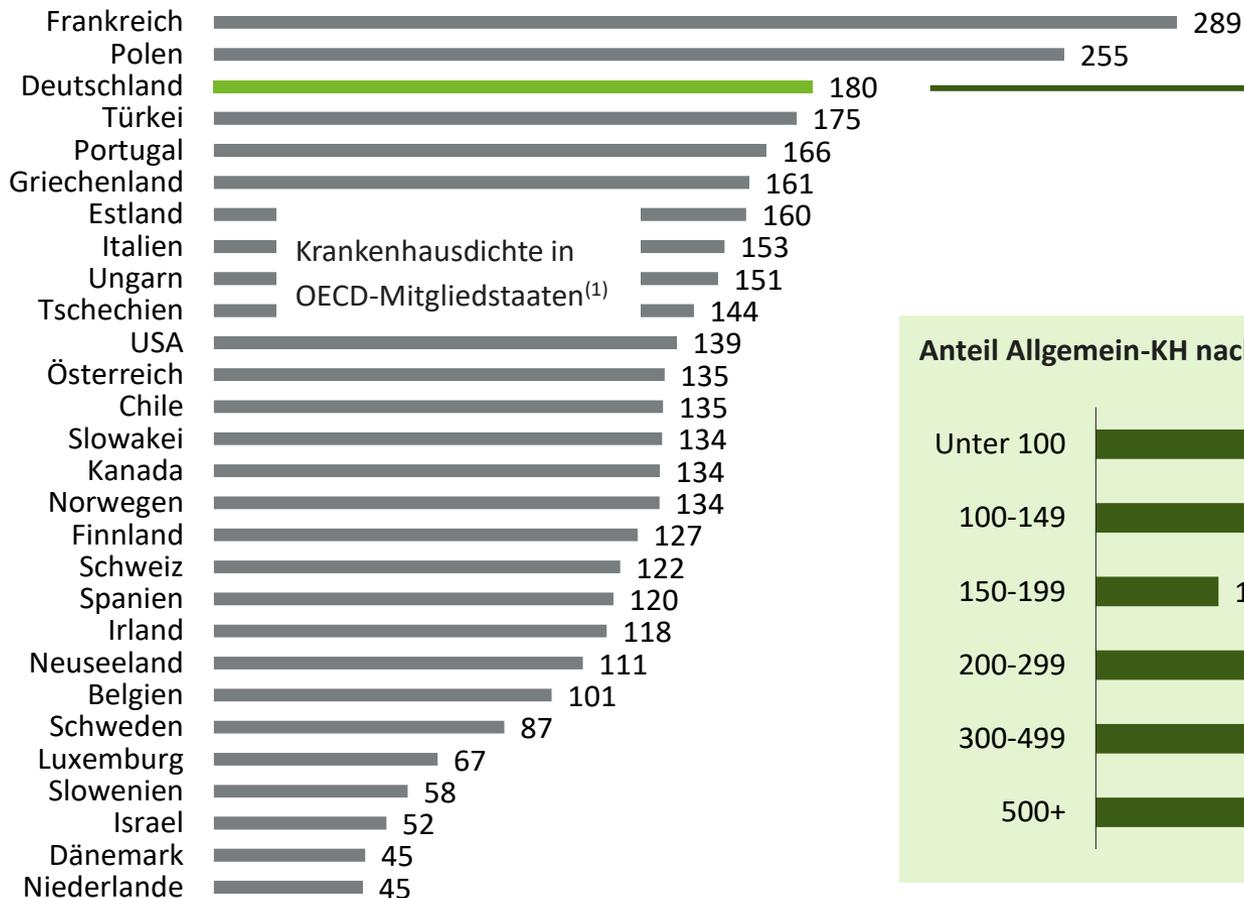
Quelle: Krankenhaus Rating Report 2018; OECD (2019, 2020)



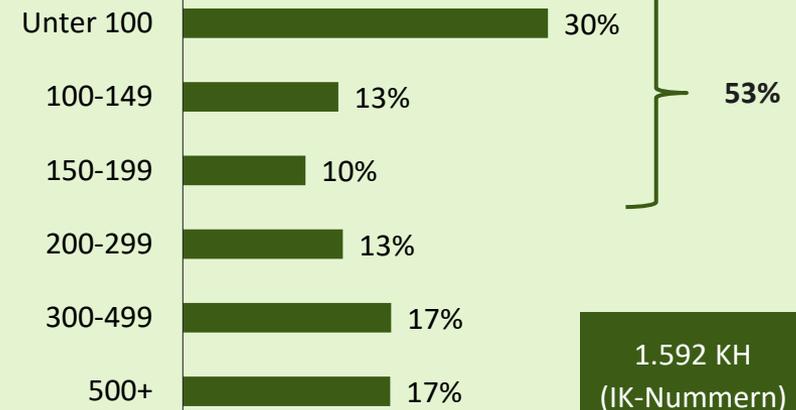
Auch hohe Krankenhausdichte und viele kleine Krankenhäuser

53% der Krankenhäuser in Deutschland unter 200 Betten

Anzahl Krankenhäuser je 10 Mio. Einwohner



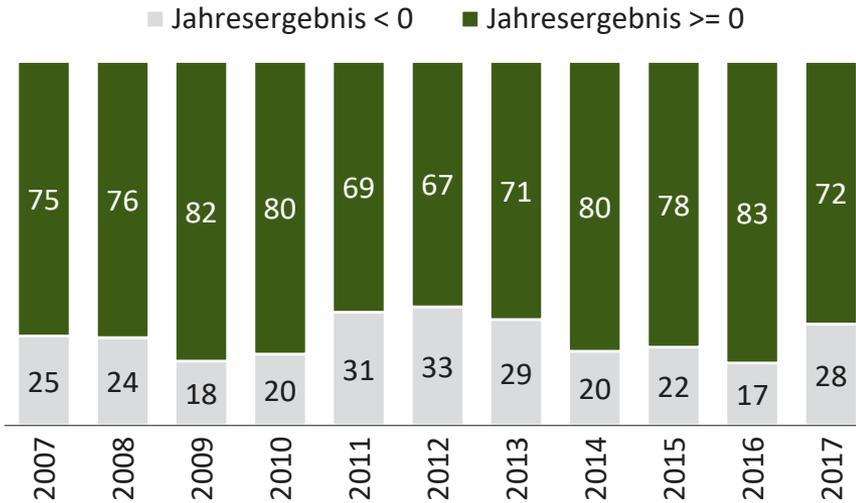
Anteil Allgemein-KH nach Größenklassen (Betten)



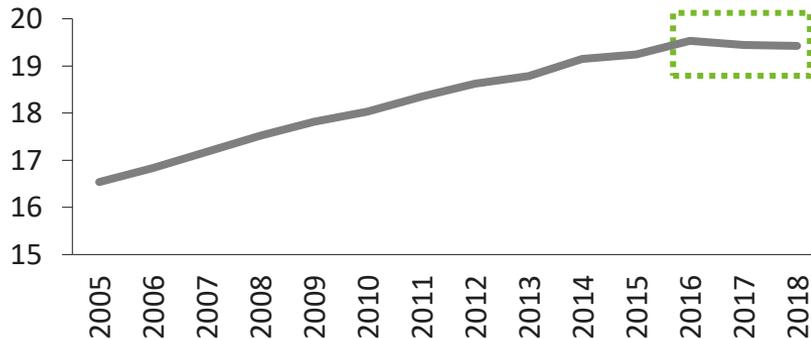
(1) Jeweils aktuellstes Jahr (2012 bis 2017). Daten zu D aus 2017 beziehen sich auf Versorgungs-KH (Unikliniken, Plan-KH und KH mit Versorgungsvertrag) ohne psychiatr. Kliniken.
Quelle: Krankenhaus Rating Report 2019; Grundlage der OECD-Länder: „general hospitals“; Grunddaten Krankenhäuser Destatis (2018)

Seit 2017 Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage der Kliniken

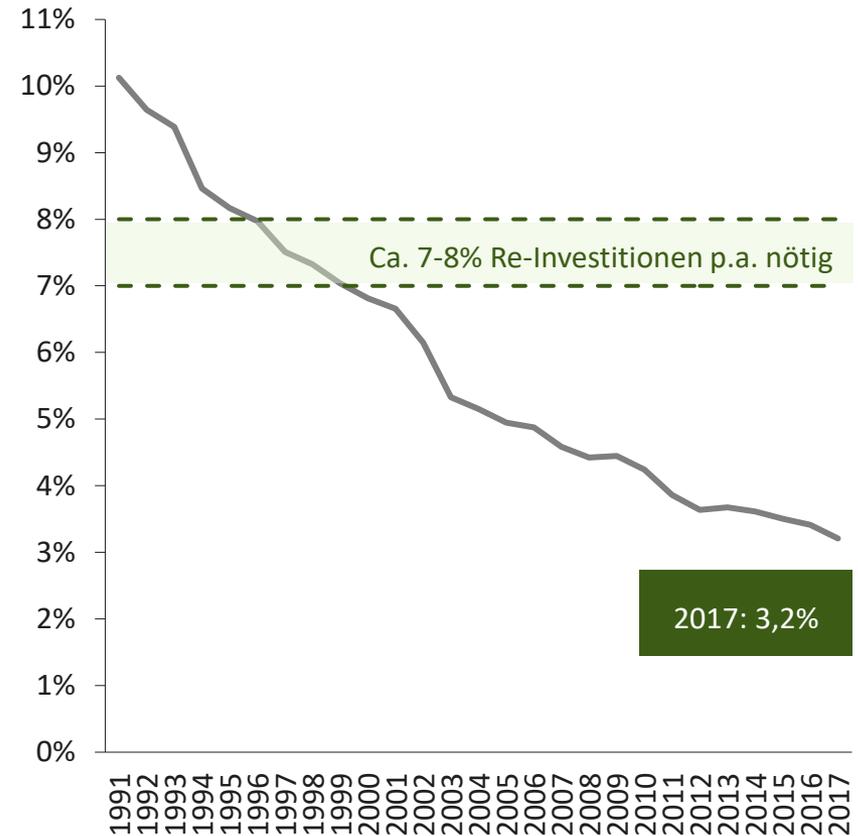
Erstmals sinkende stationäre Fallzahl 2017 und 2018 – Rückgang auch 2019 erwartet



Stationäre Fallzahlen in Mio.



KHG-Fördermittel als Anteil am Krankenhausumsatz (ohne Universitätskliniken)

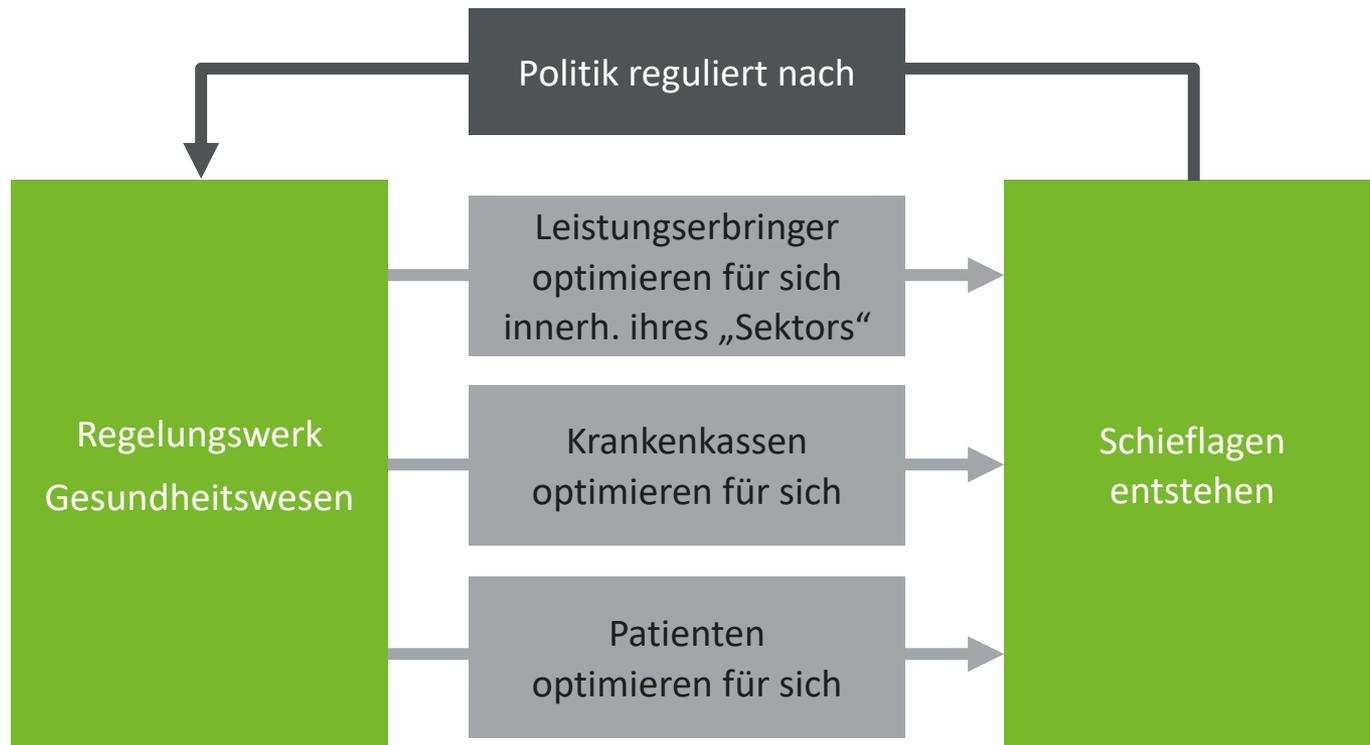


Anmerkung : Die jährliche Stichprobengröße schwankt zwischen 813 und 981 Einrichtungen.

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

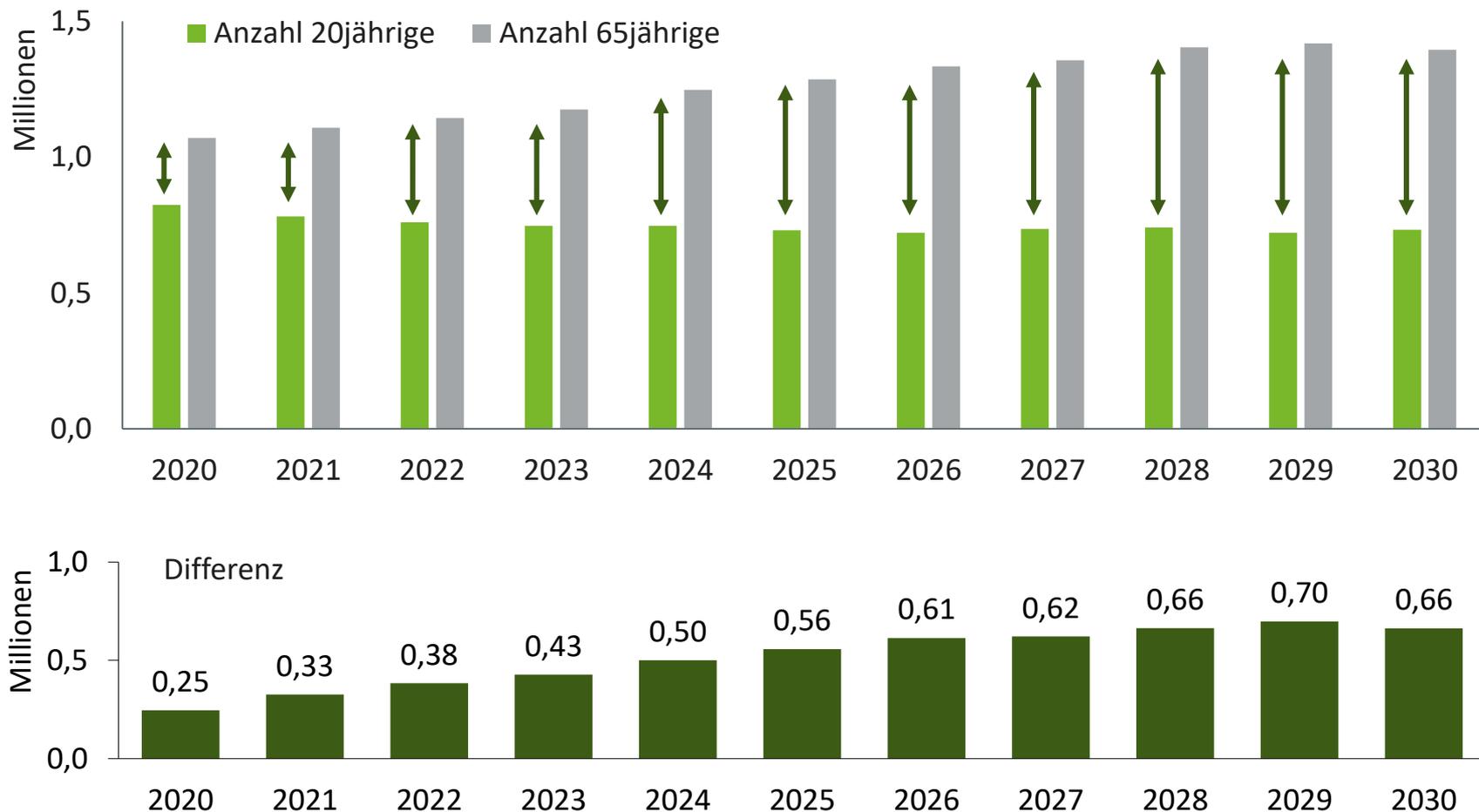
Handlungsoptionen

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; www.ada.com



Schätzungen gehen von einem ambulanten Potenzial bis zu 20% aus

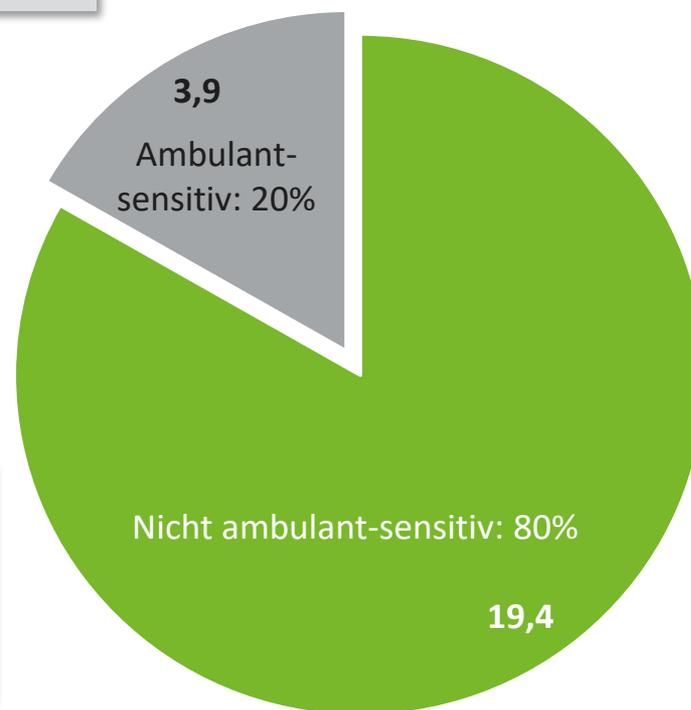
Sundmacher et al. (2015): **22 Diagnosegruppen** in **Expertengruppen** konsentiert und Anteil vermeidbarer stationärer Fälle geschätzt

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**“*

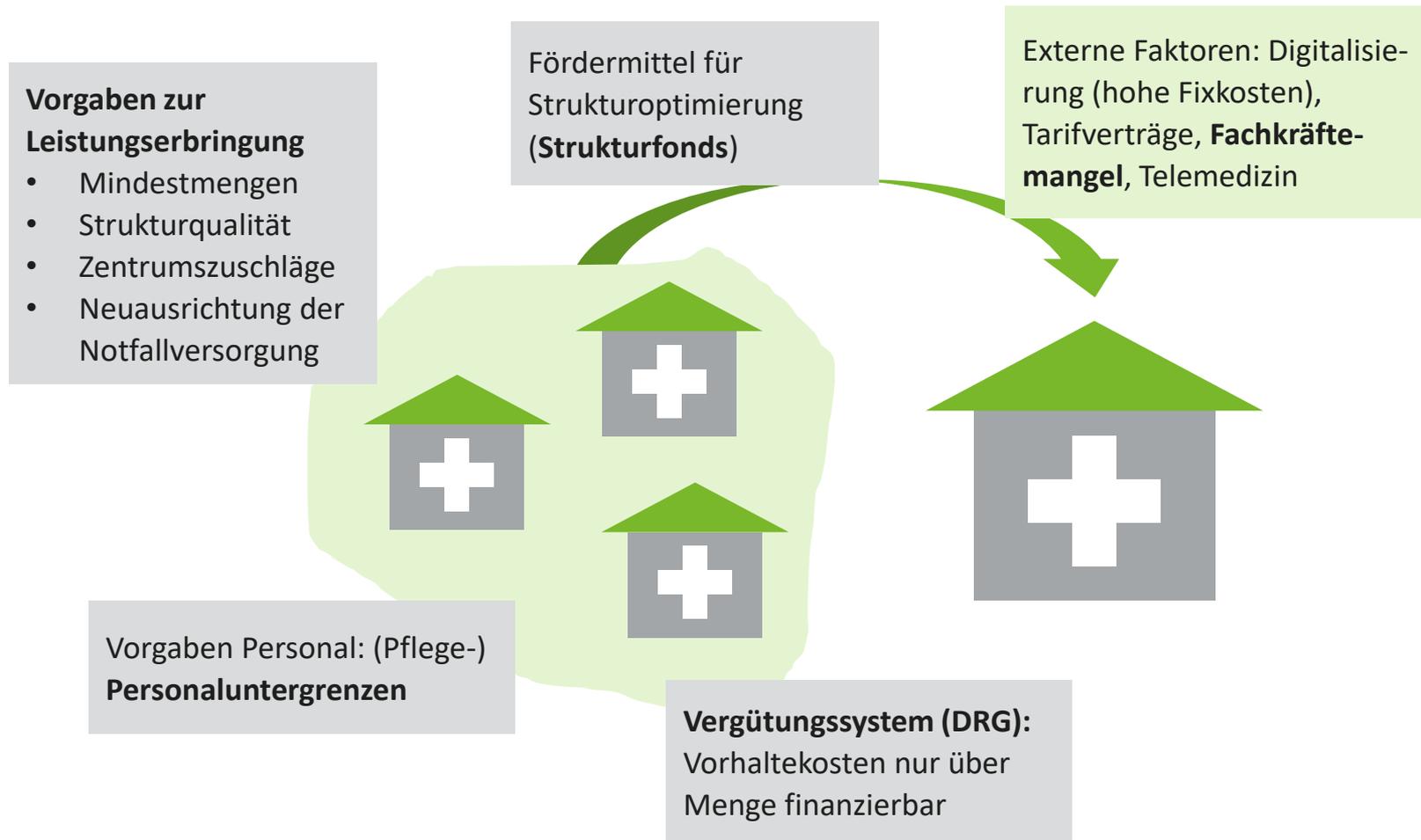
Anzahl stationärer Fälle 2017, in Mio.



Künftig: „digital vor ambulant vor stationär“?

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



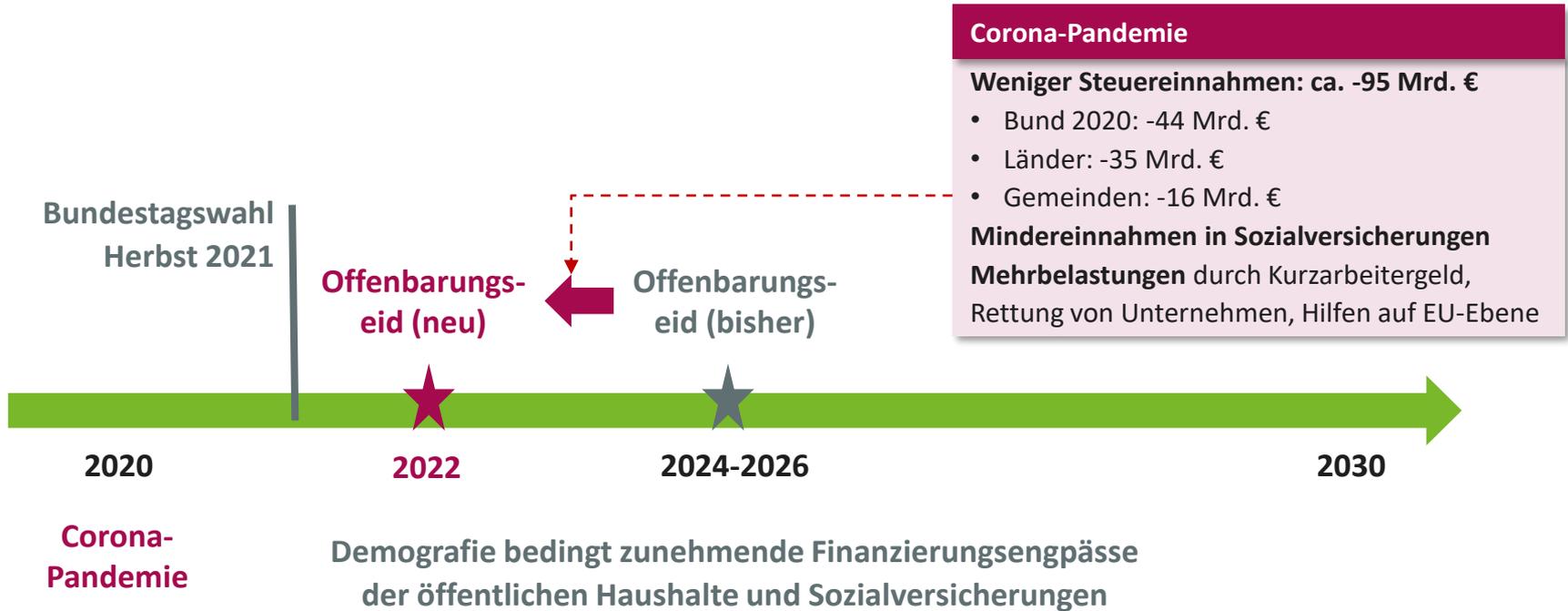
Spannungen nehmen in kommenden fünf Jahren stark zu

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

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2020

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

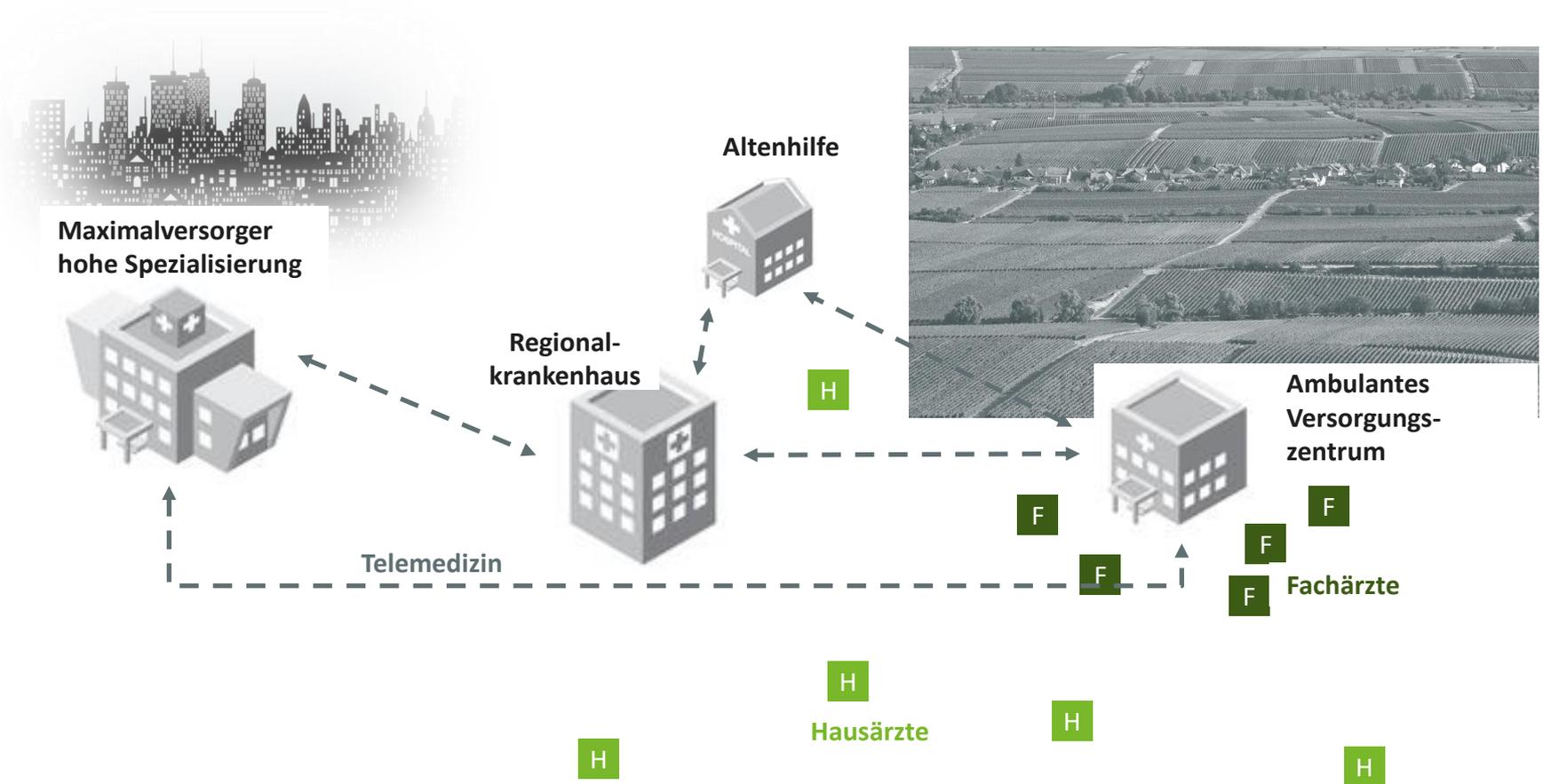


Altersgerechte Angebote

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

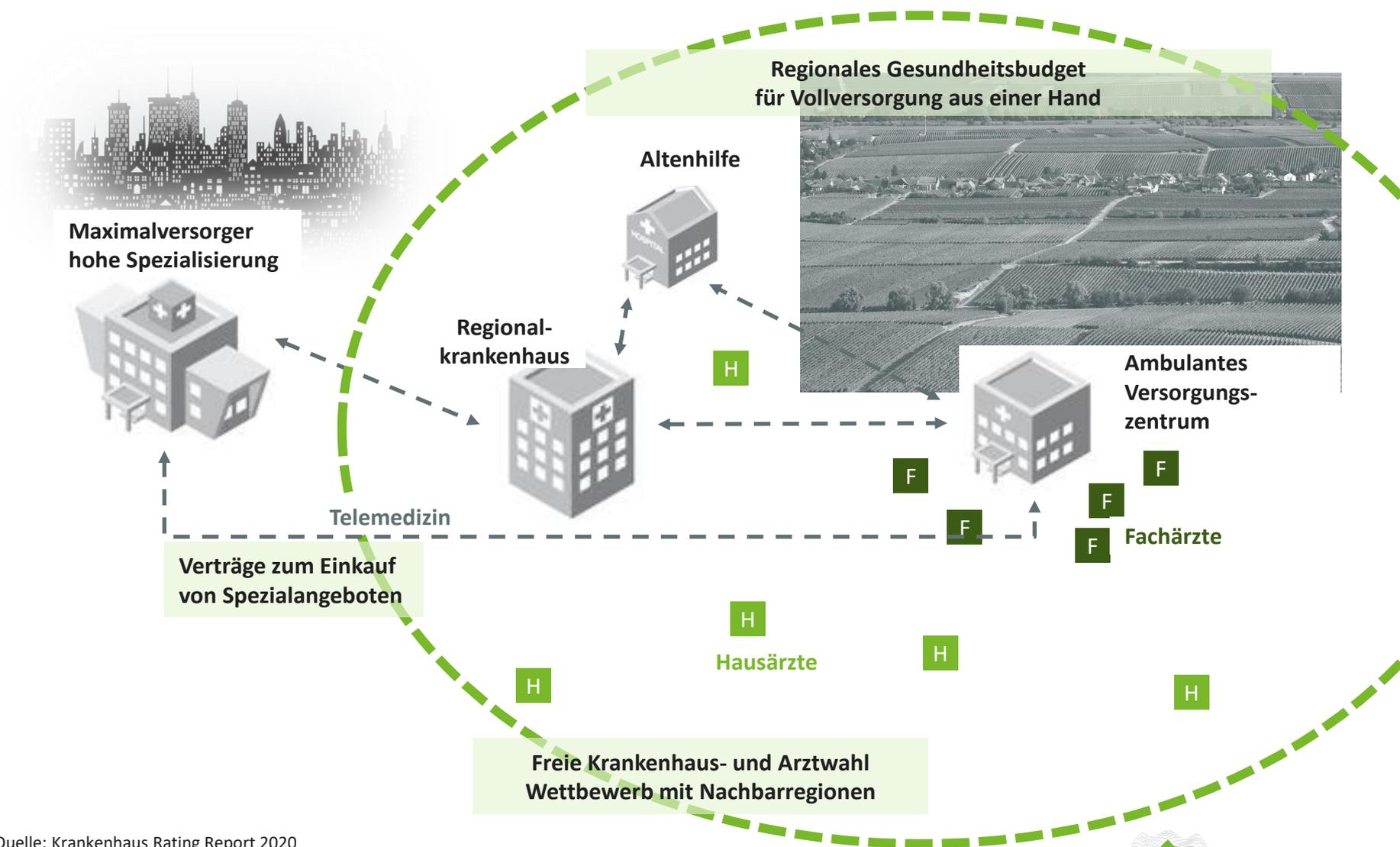


Sektorenübergreifende Bündelung der Gesundheitsexpertise und enge Verzahnung mit Know-how der Zentren



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



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-Dachverbandschef 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

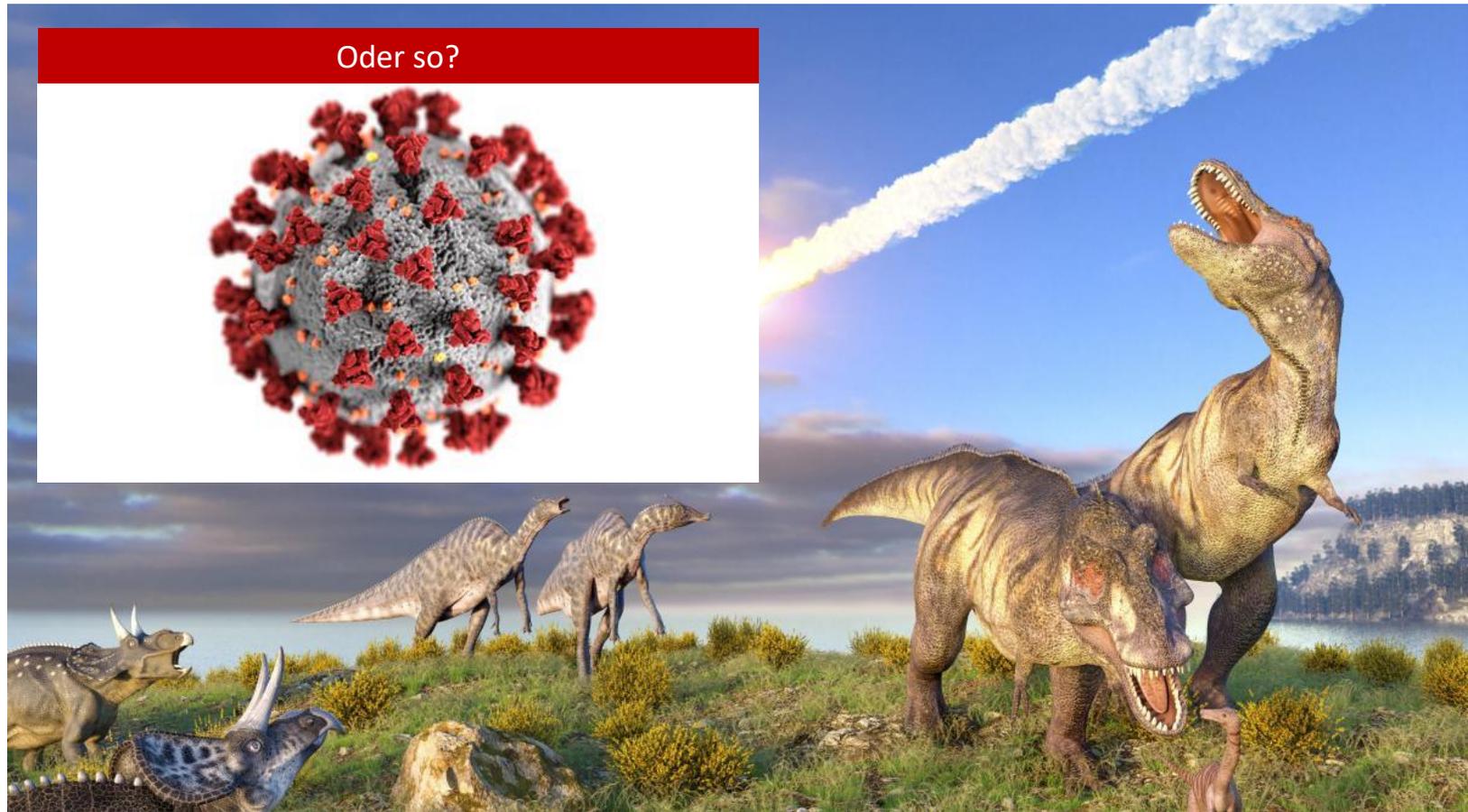
Alles nur Träumerei?



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>