



Krankenhausversorgung im Umbruch Nun alles anders in Bremen?

Veranstaltung der senatorischen Behörde, 31. Januar 2023

Agenda

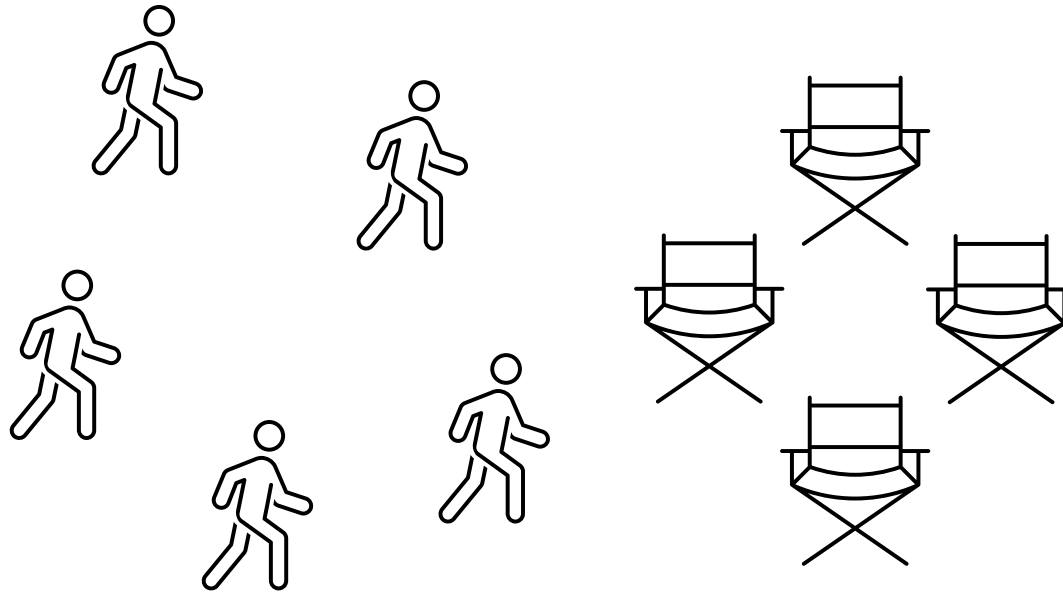


Trends und Herausforderungen

Krankenhausreform

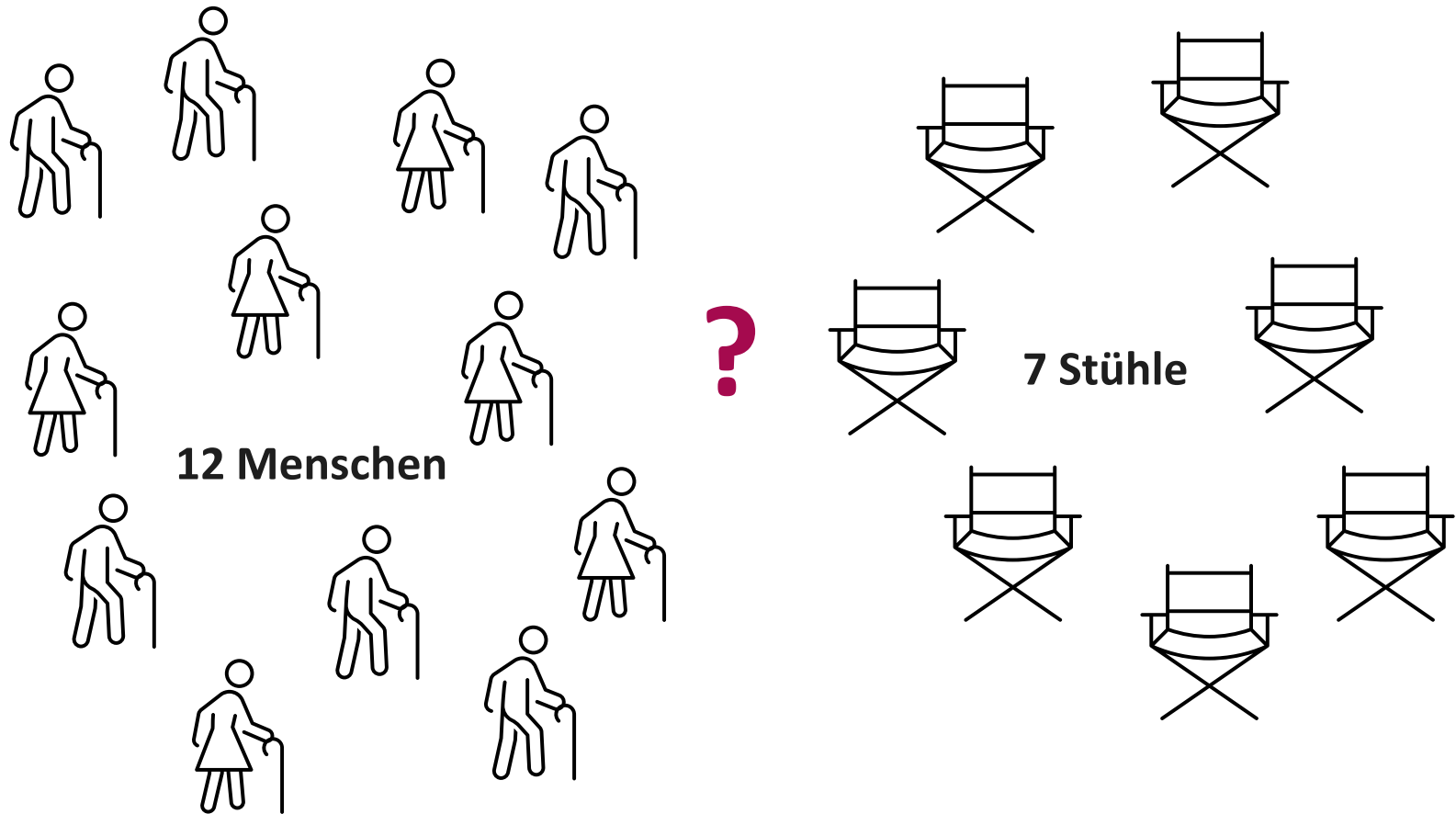
Bedeutung für Bremen

Die „Reise nach Jerusalem“



Quelle: Eigene Darstellung

Variante für Fortgeschrittene im Jahr 2023

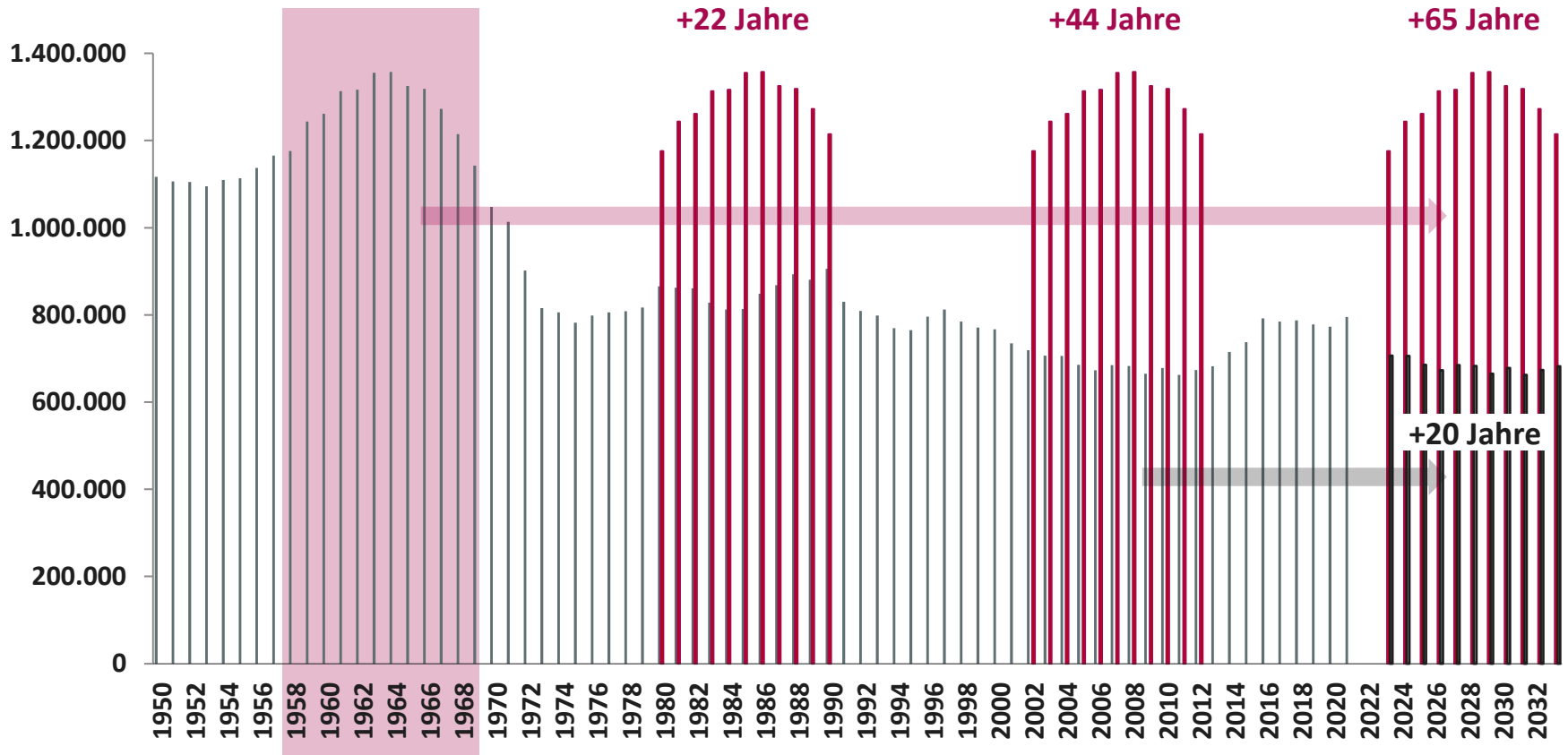


In den Jahren danach wird sich dieses Verhältnis noch verschärfen – mindestens zehn Jahre lang

Quelle: Eigene Darstellung

Im Jahr 2023 feiert die erste große Babyboomer-Generation ihren 65. Geburtstag und der kleine Jahrgang aus 2003 seinen 20. Geburtstag
 Etwa 1,2 Millionen Menschen werden 65, etwa 700.000 Menschen werden 20

Anzahl Geburten in Deutschland (Ost und West)



Quelle: Destatis

Personal wird der Engpassfaktor
in der gesamten Volkswirtschaft.

Was knapp wird, **wird teuer**.

Wir werden **nicht deutlich mehr Personal** haben,
wir werden aber mehr dafür bezahlen.

Nicht mehr alle Leistungen können daher in der
bislang gewohnten Weise zur Verfügung gestellt werden.

Wenn die Demografie das einzige Problem wäre, wäre sie schon eine **immense Herausforderung**.

Es braut sich aber mehr zusammen:
Viele **Krisen** auf einmal.

Vieles läuft **nicht mehr rund**.



Beschleunigung des demografischen Wandels

- Wachsende **Gesundheitsbedarfe**
- Enormer **Fachkräftemangel** und sinkende Belastbarkeit
- **Defizite** der Sozialversicherungen



Neue Weltordnung

Krieg in Europa, Deglobalisierung, Energiemangel

- Reduktion weltweiter Arbeitsteilung
- Verteuerung von Produkten, **Inflation**
- **Großinvestitionen** in Verteidigung



Euro-Krise

Aufgeblähte EZB-Bilanz

- Instabile Staaten innerhalb der EU
- Verschleppung von Reformen
- **Inflation**



Klimawandel

- **Großinvestitionen** zur Schaffung von Klimaneutralität
- Verteuerung von Produkten, **Inflation**



Infektionskrankheiten

- **Hygieneanforderungen**
- **Diversifikation** von Lieferketten
- **Ausbremsen** der wirtschaftlichen Aktivität

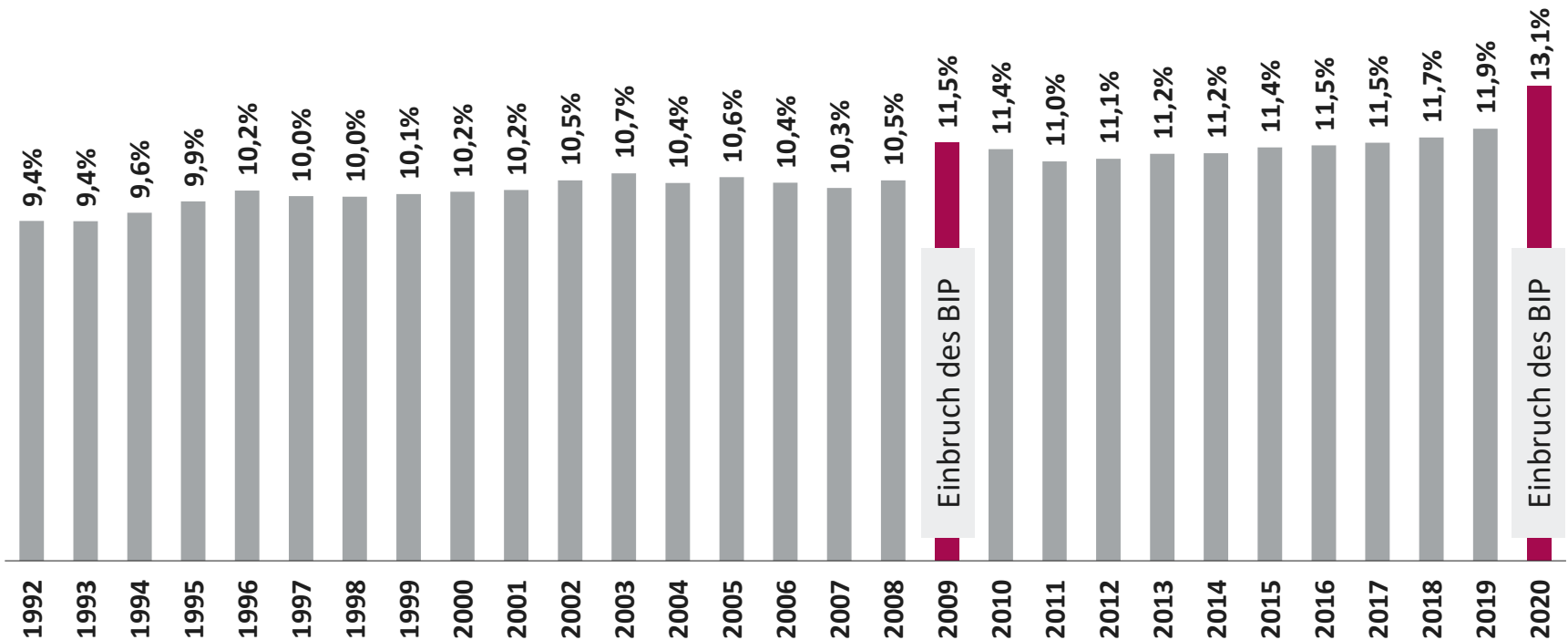


Veraltete Infrastruktur

- **Ausbremsen** der wirtschaftlichen Aktivität
- **Großinvestitionen** in Infrastruktur

Im Jahr 2020 neue Höchstmarke der Gesundheitsausgaben erreicht

Gesundheitsausgaben als Anteil am Bruttoinlandsprodukt



Quelle: Krankenhaus Rating Report 2022

Die Defizite der Krankenkassen nehmen zu Zusatzbeiträge können drastisch steigen

kma Online

kma-online.de / Aktuelles / Politik / GKV-Zuschuss für 2022 wird aufgestockt

Bundeskabinett

GKV-Zuschuss für 2022 wird aufgestockt

Die geforderte Finanzspritze für die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) von weit über sieben Milliarden Euro für 2022 wird aufgestockt. Die PKV monierte die Zuschüsse als nicht ausreichend.

**Kassen erhalten 2021
Zuschuss aus Steuermitteln
in Höhe von 7 Mrd. € p.a.**

Die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) sollen im nächsten Jahr eine zusätzliche Milliardenspritze vom Bund bekommen, um die Beiträge stabil zu halten. Das sieht eine Verordnung von Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) vor, die das geschäftsführende Kabinett am 3. November auf den Weg gebracht hat. Im Einvernehmen mit dem Finanzressort soll der Zuschuss für 2022 demnach um nochmals sieben Milliarden Euro aufgestockt werden - auf dann insgesamt 28,5 Milliarden Euro. Der Bundestag muss noch zustimmen. Die Kassen begrüßten die Schritte, fordern die neue Regierung aber auch grundsätzliche Entscheidungen zur Finanz-Stabilisierung



Symbolfoto

Ärzteblatt vom 22.11.2021

Finanzdefizit der Krankenkassen wächst weiter

Montag, 22. November 2021



**Im Jahr 2023 wird ein Defizit
von 17 Milliarden Euro erwartet
= ca. 1 Beitragssatzpunkt**

**22.02.2022: 5,7 Milliarden
Minus: Krankenkassen
melden laut Bericht
höchstes Defizit aller Zeiten**

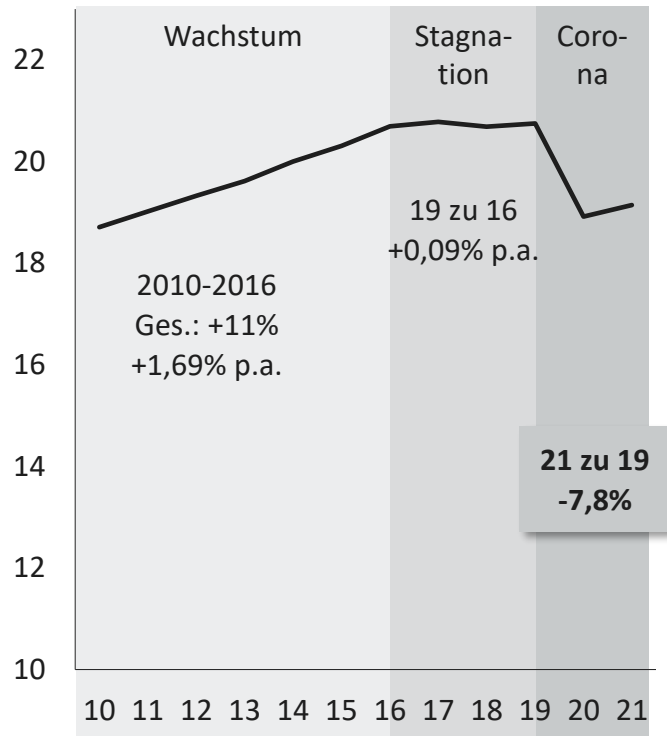
Berlin – Die Krankenkassen trudeln offenbar immer tiefer ins Defizit. Nach drei Quartalen sind Ausgabenüberschüsse von 3,2 Milliarden Euro aufgelaufen. Allein die AOK-Gemeinschaft verzeichnet nach neun Monaten ein Minus von 2,7 Milliarden Euro. Das berichtete die *Ärzte-Zeitung* am vergangenen Freitag.

Quelle: [Finanzdefizit der Krankenkassen wächst weiter \(aerzteblatt.de\)](https://www.aerzteblatt.de); SPIEGEL vom 21.05.2022, Interview mit Jens Baas, Techniker Krankenkasse

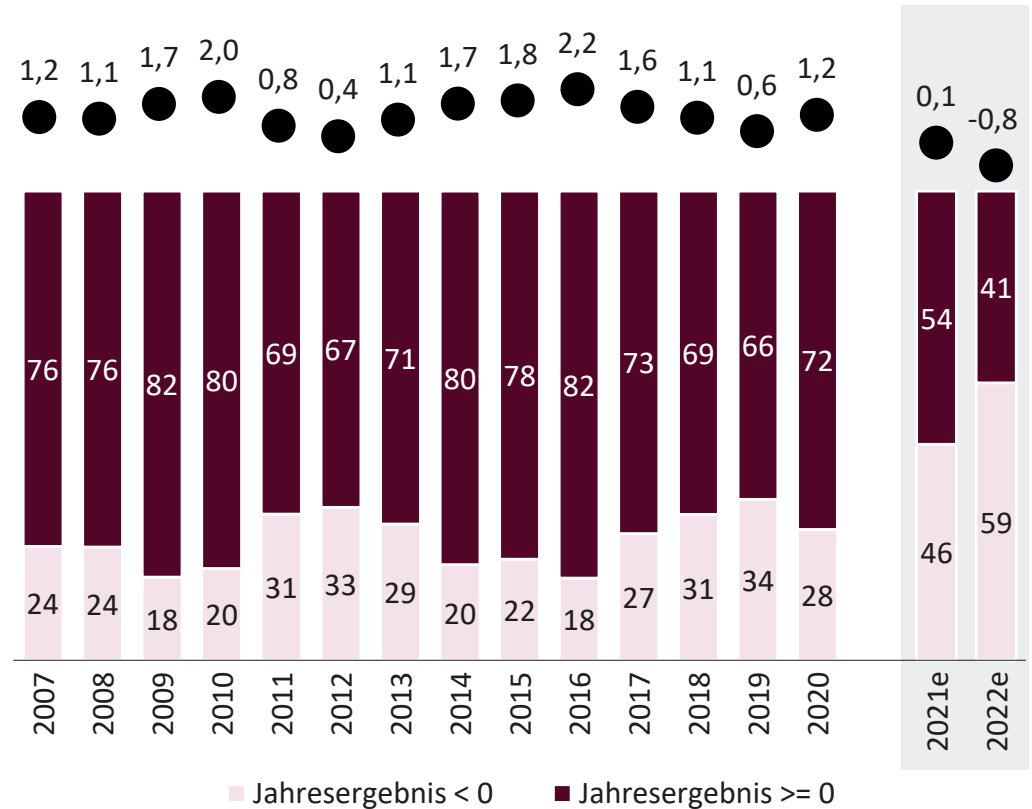


Einbruch der Leistungszahlen der Kliniken, Ausblick düster

Leistungszahlen = Casemixvolumen⁽¹⁾



Jahresergebnis (als Anteil an Erlösen)



Bei anhaltend niedrigen stationären Fallzahlen starker Einbruch ab 2023 erwartet

(1) Casemix vor Umstellung im Zuge der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2022; Anmerkung : Die jährliche Stichprobengröße schwankt zwischen 810 und 987 Einrichtungen.

Verzagen? Denkblockade? Nichts geht mehr?



Agenda



Trends und Herausforderungen

Krankenhausreform

Bedeutung für Bremen

Das Gesundheitswesen hat sich seine Potenziale aufgespart



Das Gesundheitswesen hat sich seine Potenziale aufgespart



Prävention
Reduktion der Bedarfe



**Neue Medizin,
neue Technologien**
Digitalisierung Telemedizin, KI,
Robotik, personalisierte Medizin



**Sektorenüber-
greifende Versorgung
und Ambulantisierung**
Komplexe ambulante Leistungen



**Besserer Abgleich von
Angebot und Nachfrage**
Notfallbehandlung,
Steuerung im System



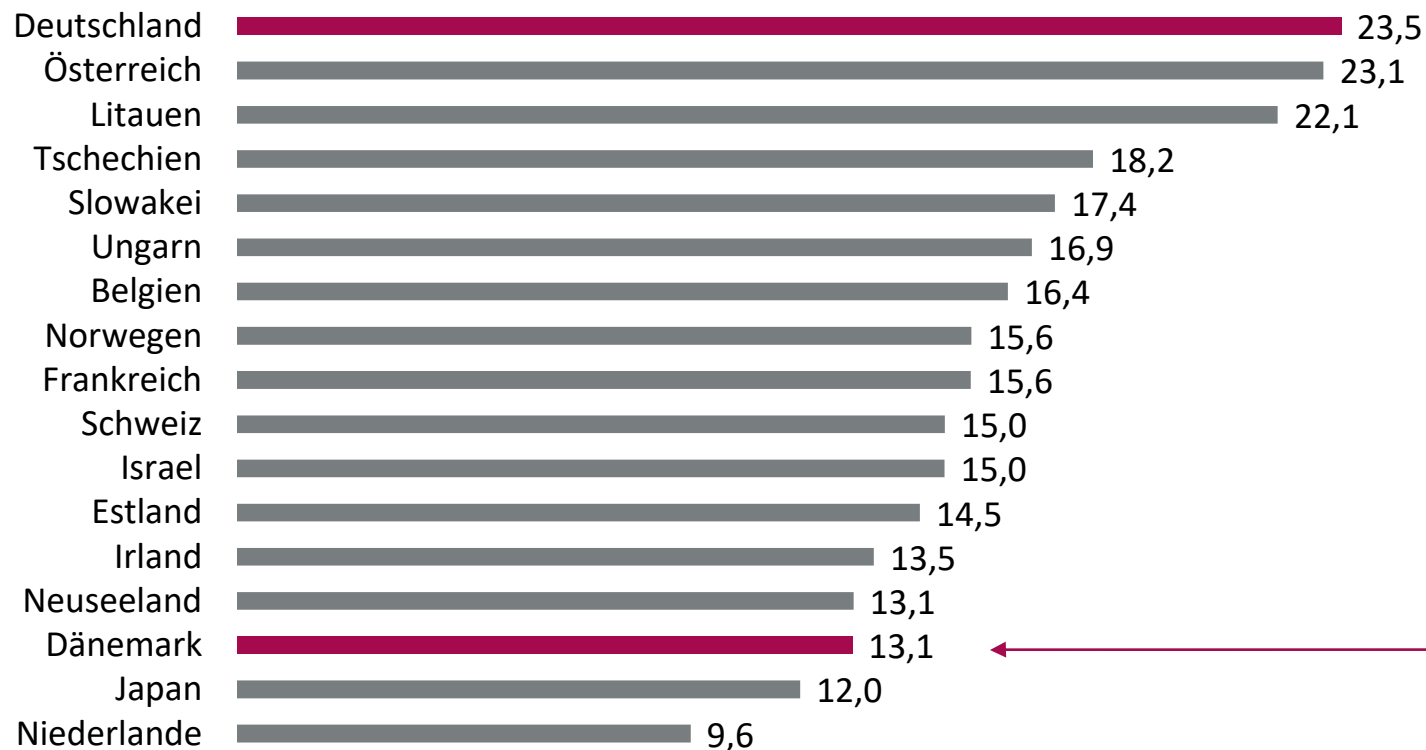
**Effiziente Allokation
von Personal und Kapital**
Interprofessionelle Zusammenarbeit,
mehr Verantwortung für die Pflege

**Zentralisierung und
Schwerpunktbildung**
Sowohl in der stationären als
auch ambulanten Versorgung,
Berücksichtigung von Erreichbarkeit



Ambulantisierung mit großem Potenzial in Deutschland

Krankenhausfälle je 100 Einwohner (vor „Corona“)



-40%

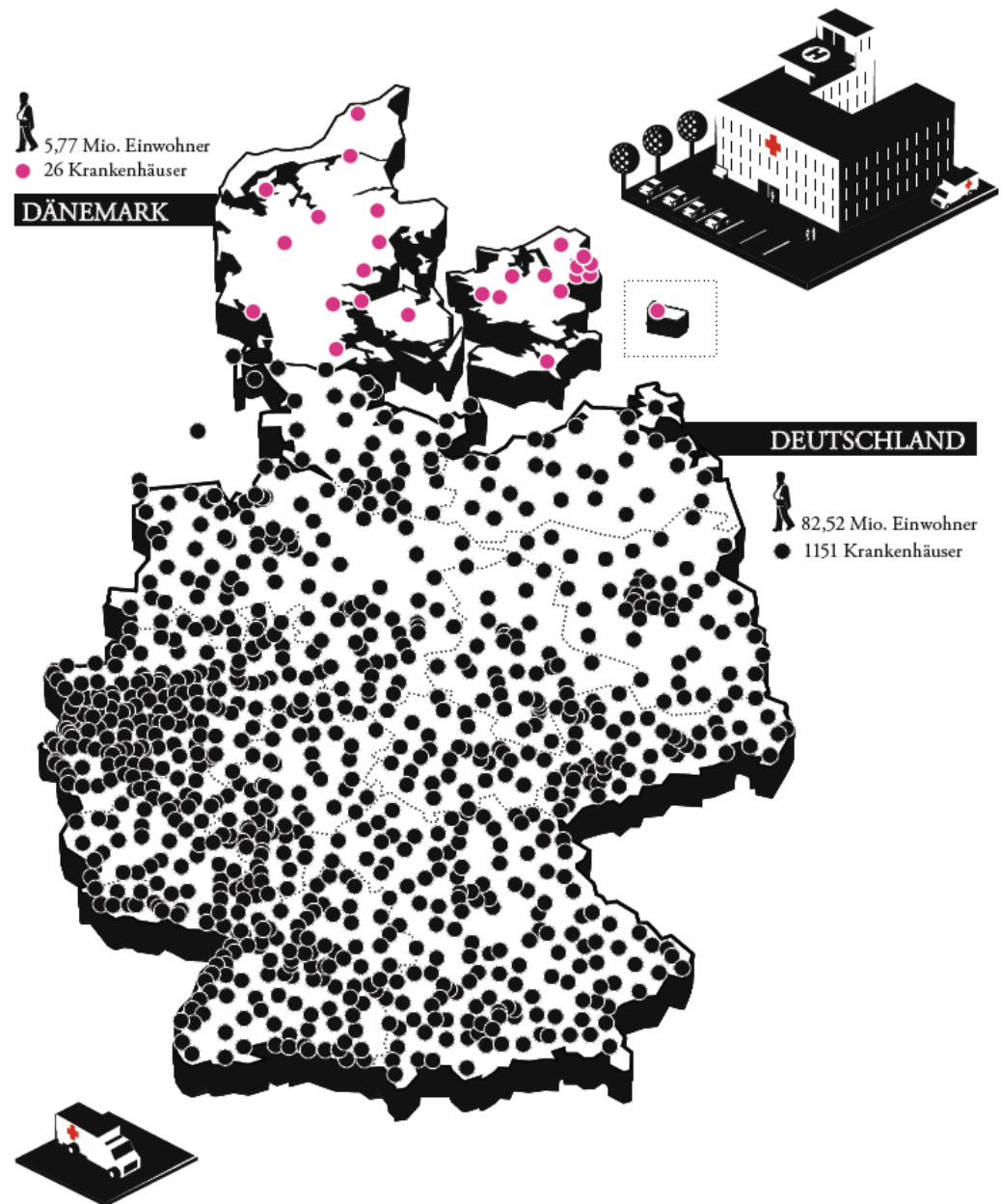
„Bottom-up-Schätzungen“ rechnen mit ambulantem Potenzial von 20%⁽¹⁾

(1) Sundmacher et al. 2015 und verschiedene Abschätzung auf Basis des IGES-Gutachtens 2022
 Quelle: Krankenhaus Rating Report 2018; OECD (2019)

Hohe Krankenhausdichte in Deutschland

Stand 2018

In Deutschland gibt es – neben
Hunderten Fachkliniken – **1.151
Grundversorger**, d.h. Kranken-
häuser mit mindestens Chirurgie
sowie Innere Medizin



Quelle: ZEIT-Grafik, GKV-Spitzenverband, WIdO-Qualitätsmonitor, OECD, Krankenhausreport

Inzwischen ist immer häufiger der Personalengpass Anlass zur Optimierung der regionalen Krankenhausstruktur

Aktuelles Beispiel aus der Praxis



Grundproblem: Selbst wenn Defizit ausgeglichen oder Sicherstellung voll finanziert würden, gelingt der Erhalt der bestehenden Versorgungsangebote aus personellen Gründen nicht

Der Koalitionsvertrag sieht einige Veränderungen vor

Auszug aus dem neuen Koalitionsvertrag 2021: Fokus Krankenhaus

Sektorenübergreifende, patientenorientierte Versorgung

Sektorenübergreifende **Versorgungsplanung**, Leitplanken für eine auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierende Krankenhausplanung

Aufnahme des **Rettungswesens** als integrierten Leistungsbereich in SGB V

Integrierte Gesundheits- und Notfallzentren

Ausbau der **Kurzzeitpflege**

„**Kümmerer**“-Funktionen: Gesundheitskioske, Gemeindeschwestern und Gesundheitslotsen

Gestaltungsmöglichkeiten

Verbesserung der Attraktivität von **bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträgen** (Gesundheitsregionen)

Ausweitung des gesetzlichen **Spielraums für Verträge** zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern

Vergütung

Vorhaltepauschalen nach Versorgungsstufen⁽¹⁾

Hybrid-DRG zur Ambulantisierung von ambulant-sensitiven Krankenhausfällen

ABER: Es fehlen Aussagen zur **Investitionsfinanzierung**

(1) Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Uniklinika
Quelle: RWI / hcb

Die Regierungskommission „Krankenhaus“ befasst sich mit den Themen aus dem Koalitionsvertrag

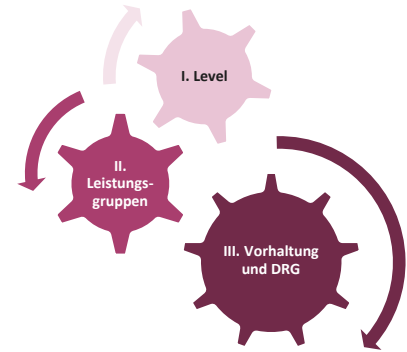
Drei Stellungnahmen veröffentlicht



Quelle: Regierungskommission Krankenhaus

Regierungskommission schlägt eine grundlegende Reform mit drei Komponenten vor

Pressekonferenz vom 6.12.2022



a

Reduktion der Bedeutung der DRG; im Gegenzug **Vorhaltebudgets** für Leistungsgruppen

b

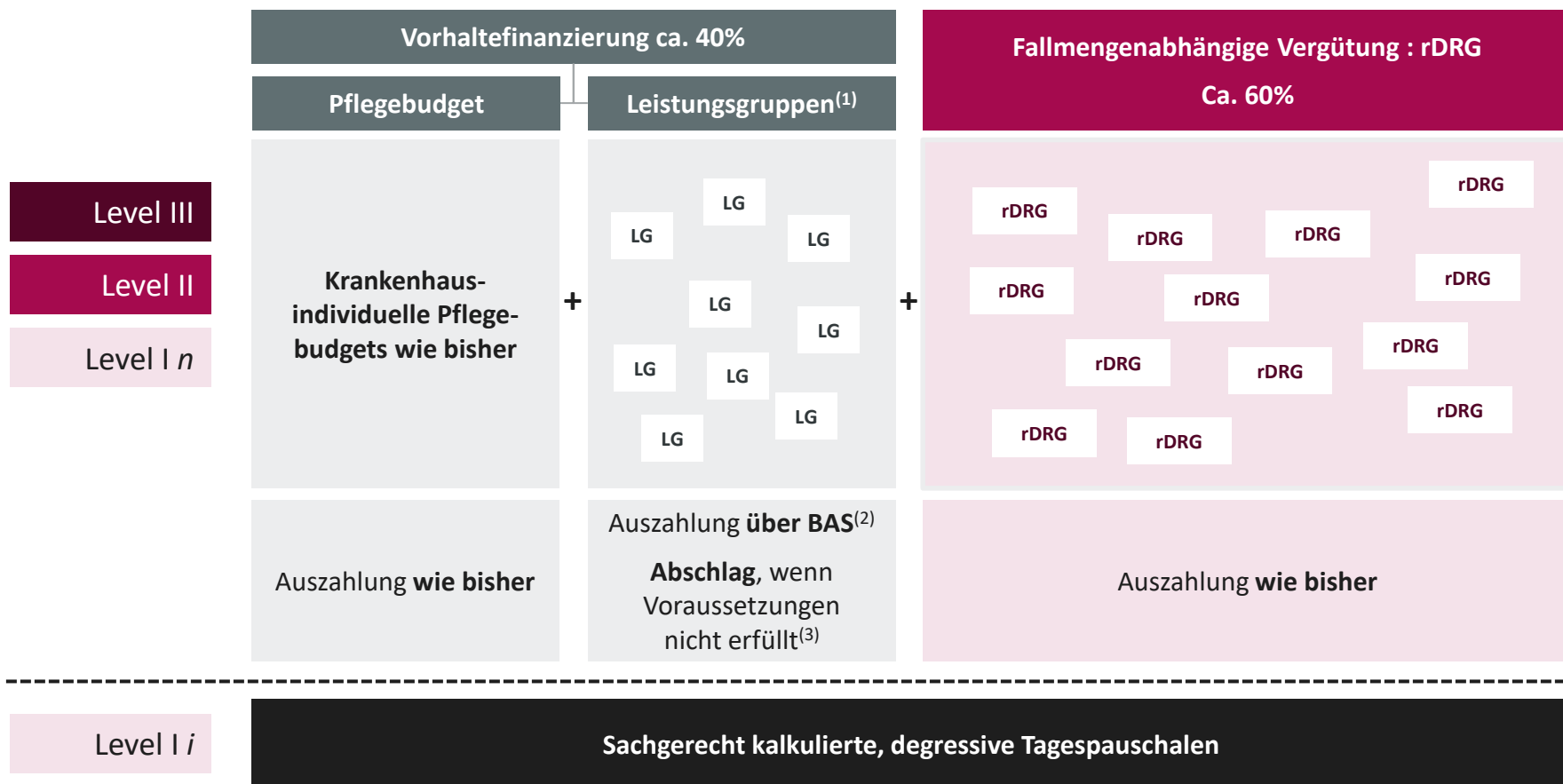
System von **Leistungsgruppen** (LG), die passgenauer als die DRG und Fachabteilungen den Versorgungsstufen zugeordnet werden können

c

Einheitliche Definition von **Versorgungsstufen (Level)**, um lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge abzugrenzen

Künftig soll die Krankenhausvergütung aus einer mengenunabhängigen und einer mengenabhängigen Komponente bestehen

Ausnahme: Kliniken des Level Ii



(1) auf Basis eines normativ festzulegenden (und potenziell anzupassenden Vorhalteanteils)

(2) Bundesamt für Soziale Sicherung

(3) Die Abschlagszahlungen gehen zurück an das BAS und werden dann auf die übrigen Kliniken verteilt

Quelle: Eigene Darstellung, angelehnt an Regierungskommission „Krankenhaus“

Kategorisierung der Krankenhausleistungen in 128 Leistungsgruppen

Behandlung innerhalb einer Gruppe benötigt **ähnliche Qualifikationen, Kompetenzen und Erfahrungen** sowie gleichartige technische **Ausstattung**

Mindestvorgaben für Personal und Technik, die später die derzeit getrennt existierenden Qualitätsvorgaben berücksichtigen bzw. erweitern⁽¹⁾

Definition der Leistungsgruppen nach ICD und OPS

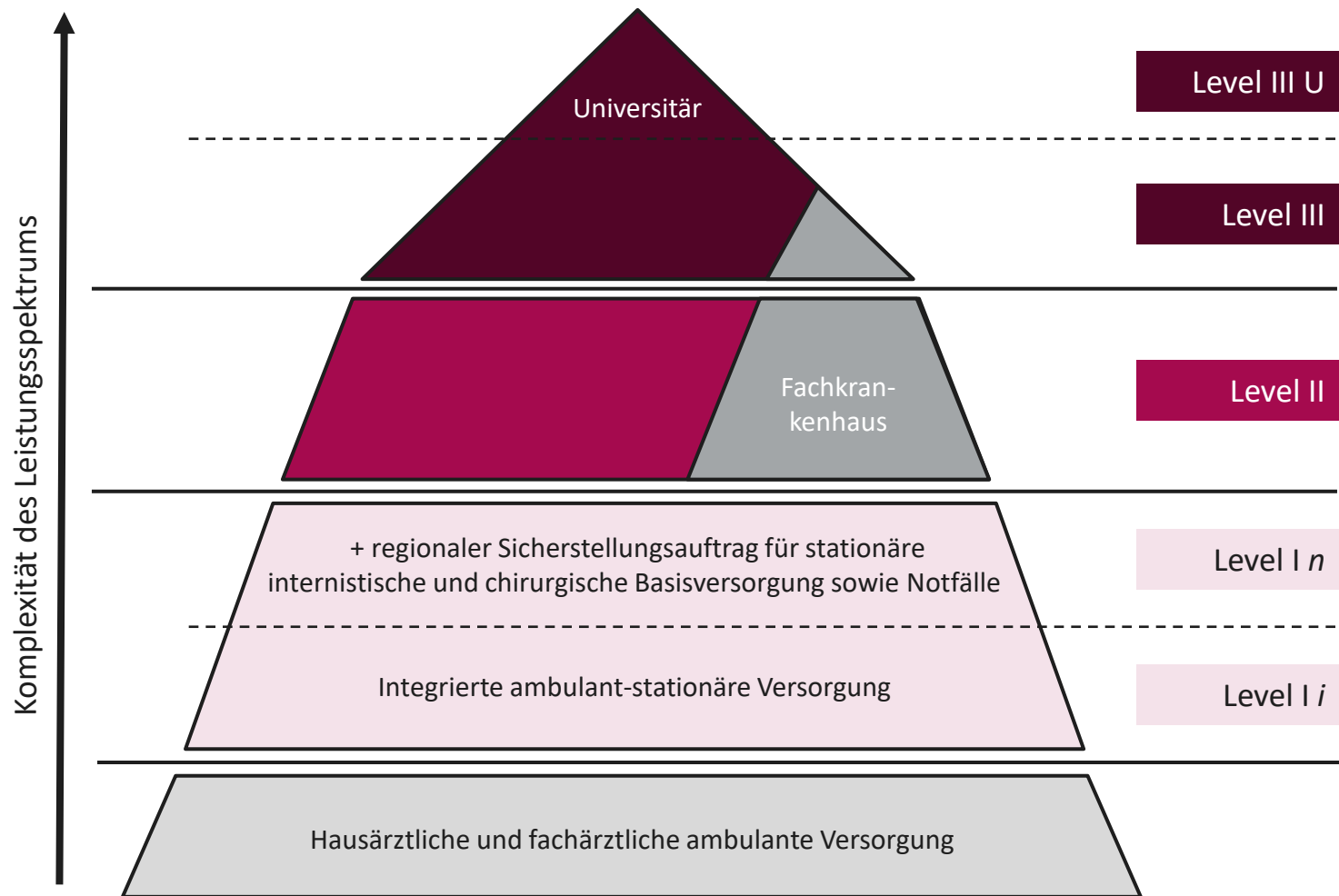
Insgesamt 128 LG

Querschnittsbereiche wie Radiologie, Anästhesie, Labormedizin, Hygiene oder Virologie sind Teil der Mindeststrukturvoraussetzung

(1) Dabei gelten die Personalvorgaben nicht nur innerhalb der bettenführenden Abteilungen, sondern auch darüber hinaus, etwa in Radiologie oder im Labor
Quelle: Regierungskommission „Krankenhaus“

Die Krankenhausversorgung untergliedert sich in drei Versorgungslevel

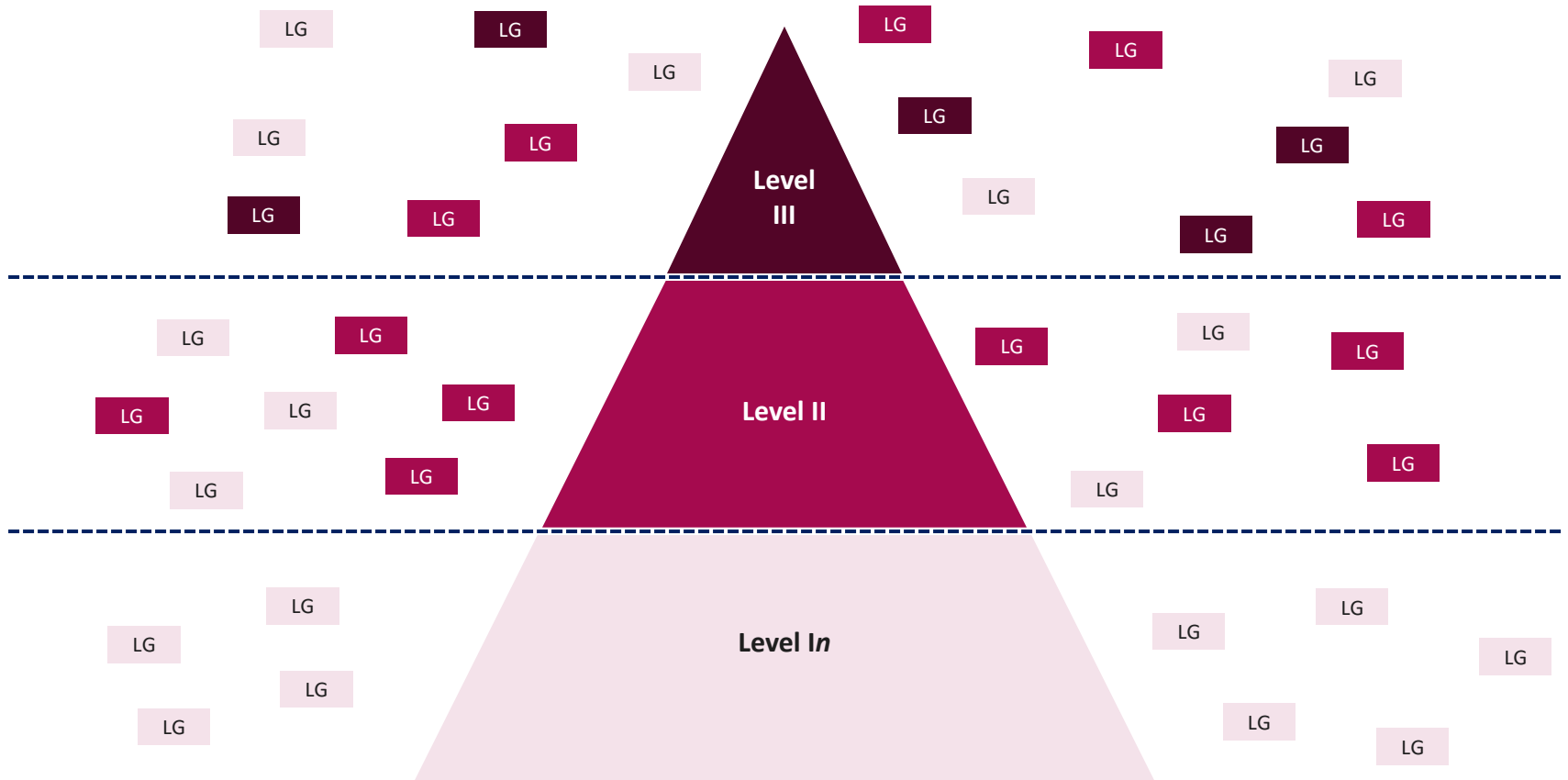
Mit Substufen „universitär“ und „integriert ambulant-stationär“



Quelle: Eigene Darstellung, angelehnt an Regierungskommission „Krankenhaus“

Die Leistungsgruppen werden mit den Krankenhausleveln verknüpft

Nicht jede Leistungsgruppe kann von allen Leveln erbracht werden



Anmerkung: Fachkliniken sind in ihrem Fachgebiet dem Level II und/oder III zugeordnet
 Quelle: Regierungskommission „Krankenhaus“

Kliniken des Level I/ stellen Bindeglied zwischen stationärer und ambulanter Versorgung dar

Schlüsselrolle auf dem Weg zu einer integrierten Gesundheitsversorgung

Angebot

Medizin: Akutpflegebetten ohne feste Fachabteilungszuordnung, Innere Medizin und/oder Chirurgie, allgemeine fachärztliche Versorgung und Allgemeinmedizin möglich

Ausstattung: Labor, Ultraschall, Röntgen

Tagdienst: Ärztliche Anwesenheit / **Nacht und Wochenende:** Fachärztl. Rufdienst, Sozialdienst

Leitung durch qualifizierte Pflegefachpersonen, z.B. Advanced Nursing Practitioners (ANP)

Vergütung

Keine Vorhaltebudgets, kein Pflegebudget

Degressive **Tagespauschalen** für Akutpflege und Abrechnung der ärztlichen Leistungen

- nach EBM für KV-Ärzte
- um ärztlichen Anteil erhöhte Tagespauschale für fest am KH angestellte Ärzte mit Budgetdeckelung

Beispiel

Stations-
apotheke

Reinigungs-
kräfte

Akutflegestation ohne
Fachabteilungszugehörigkeit

Pflegerische Leitung mit spezi-
fischer Qualifikation z.B. ANP

Belegung der
Betten durch
KV-Ärzte

Belegung der
Betten durch
Ärzte am KH

Kliniken des Level II konzentrieren sich auf die stationäre Versorgung innerhalb einer Region

Angebot

Medizin⁽¹⁾

- Mindestens drei internist. LG (1.1-1.9, in jedem Fall 1.6) und drei chirurgische LG (2.1-2.7)
- LG Frauenheilkunde, Geburtshilfe, Stroke Unit
- LG Allg. (erweiterte) Intensivmedizin mit min. tgl. betreibbarer Low-care-Intensivbetten ≥ 10 und High-care-Intensivbetten ≥ 10 , erweiterte Notfallmedizin LG 12.1 (Level 2 gem. G-BA)
- Weitere LG aus mindestens fünf weiteren Leistungsbereichen 3-11 und 15/16

Ausstattung: Telemedizin. Anbindung an andere KH in jeweiligen LG, MRT, Angiographie, Endoskopie, Stroke Unit, Hubschrauberlandeplatz (falls Distanz zur nächsten Level III-Klinik > 30 km)

Pflege-Ausbildungsstätten, Sozialdienst, Onkologie in zertifizierten Zentren

Vergütung

Vorhaltebudgets nach **Leistungsgruppen**

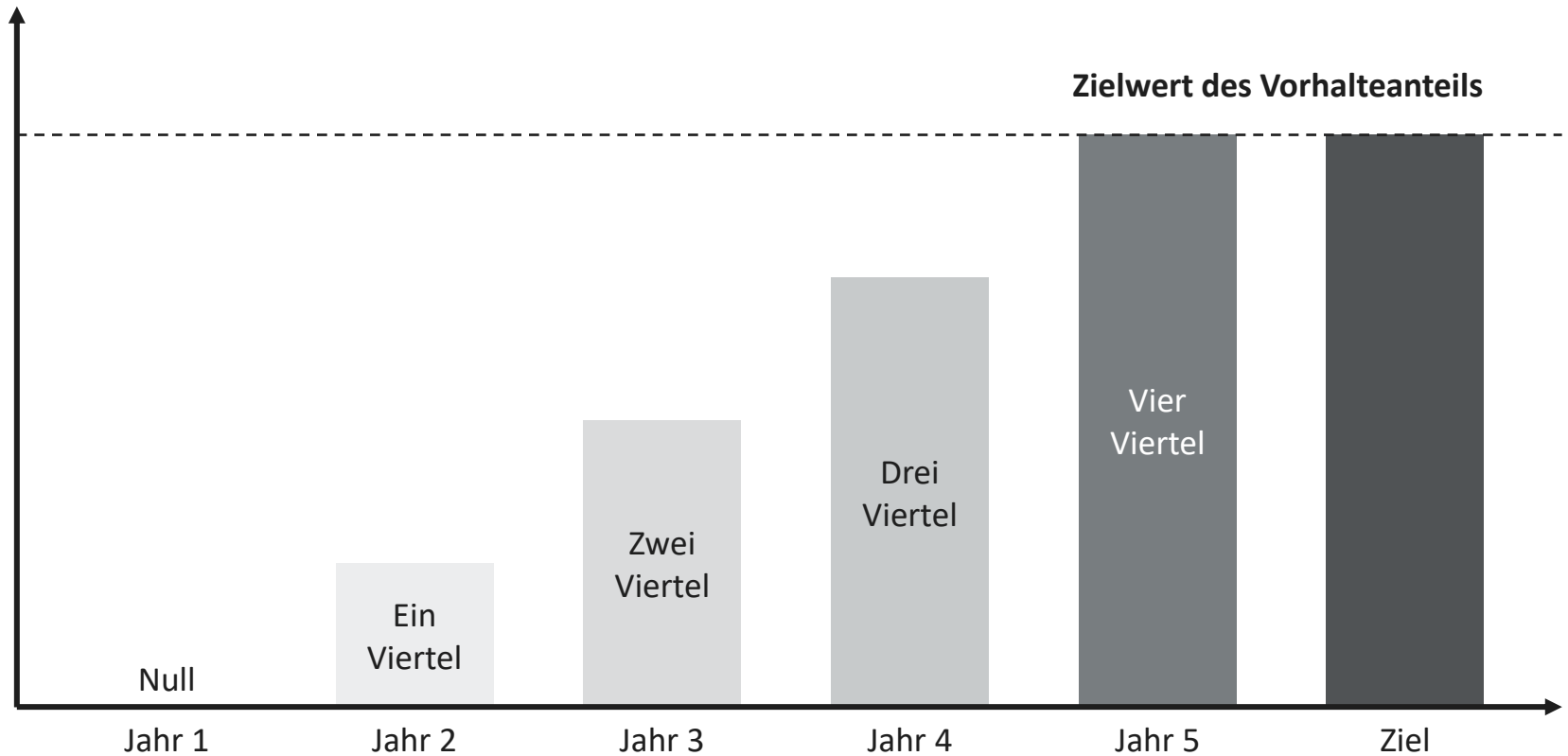
Residual-DRG

Pflegebudget

(1) Siehe Anhang des Kommissionspapiers zur Definition der Leistungsgruppen
Quelle: Regierungskommission „Krankenhaus“; weitere Details im Anhang des Kommissionspapiers

Konvergenzphase von fünf Jahren vermeidet abrupte Systeminstabilität

Schrittweises Erreichen des Zielwerts des Vorhalteanteils



Quelle: Regierungskommission „Krankenhaus“

Fazit: Die 2020er sind ein Jahrzehnt mit erheblichen Disruptionen

Jahrzehnt der schnellen Veränderungen

Dauerhafter **Fachkräftemangel**

Grundlegend veränderte **Nachfragestruktur**

- Gesundheitsnachfrage wächst weiter, aber: sinkende Zahl an stationären Fällen
- Nachfragestruktur ändert sich; Bedeutungsgewinn von: *ambulant, Altersmedizin, Kurzzeitpflege, digitale Angebote, aus-einer-Hand-Angebote*

Völlig neuartige medizinische und technologische **Innovationen**

Neue **Vergütungssysteme**

Jahrzehnt der fundamentalen Anpassungen

Das **Krankenhaus** wird ambulanter und übernimmt mehr Verantwortung vor Ort

Arztpraxen rücken enger zusammen und bilden ambulante Zentren

Angebote vernetzen sich **digital**, Nachfrage und Angebot interagieren digital

Die kommenden Jahre erfordern eine erhebliche **Veränderungsbereitschaft** und hohe **Entscheidungsgeschwindigkeit**

Die geplante **Krankenhausreform** wird die Veränderungsprozesse noch beschleunigen.

Es wird **weniger Betten** geben, weil auch mehr ambulant am Krankenhaus gearbeitet wird.

Die Kapazitäten werden stärker **gebündelt** und **Schwerpunkte** werden sich noch mehr herausbilden.

Am Ende sind es **weniger Standorte**; diese dann aber auskömmlich finanziert.

Gerade in **Städten** ist das Potenzial hierfür enorm.

Bilden Sie **Schwerpunkte**: Welcher Standort macht was? Vorteil: In Bremen müssen Sie nicht auf Erreichbarkeiten achten.

Setzen Sie das wenig vorhandene **Personal** dort ein, wo es am meisten nützt – bzw. wo Rationierung am wenigsten weh tut.

Investieren Sie in moderne Strukturen:
Denken Sie dabei auch an ambulante Angebote, Digitalisierung, Energieeffizienz, Klimaneutralität.

Agenda



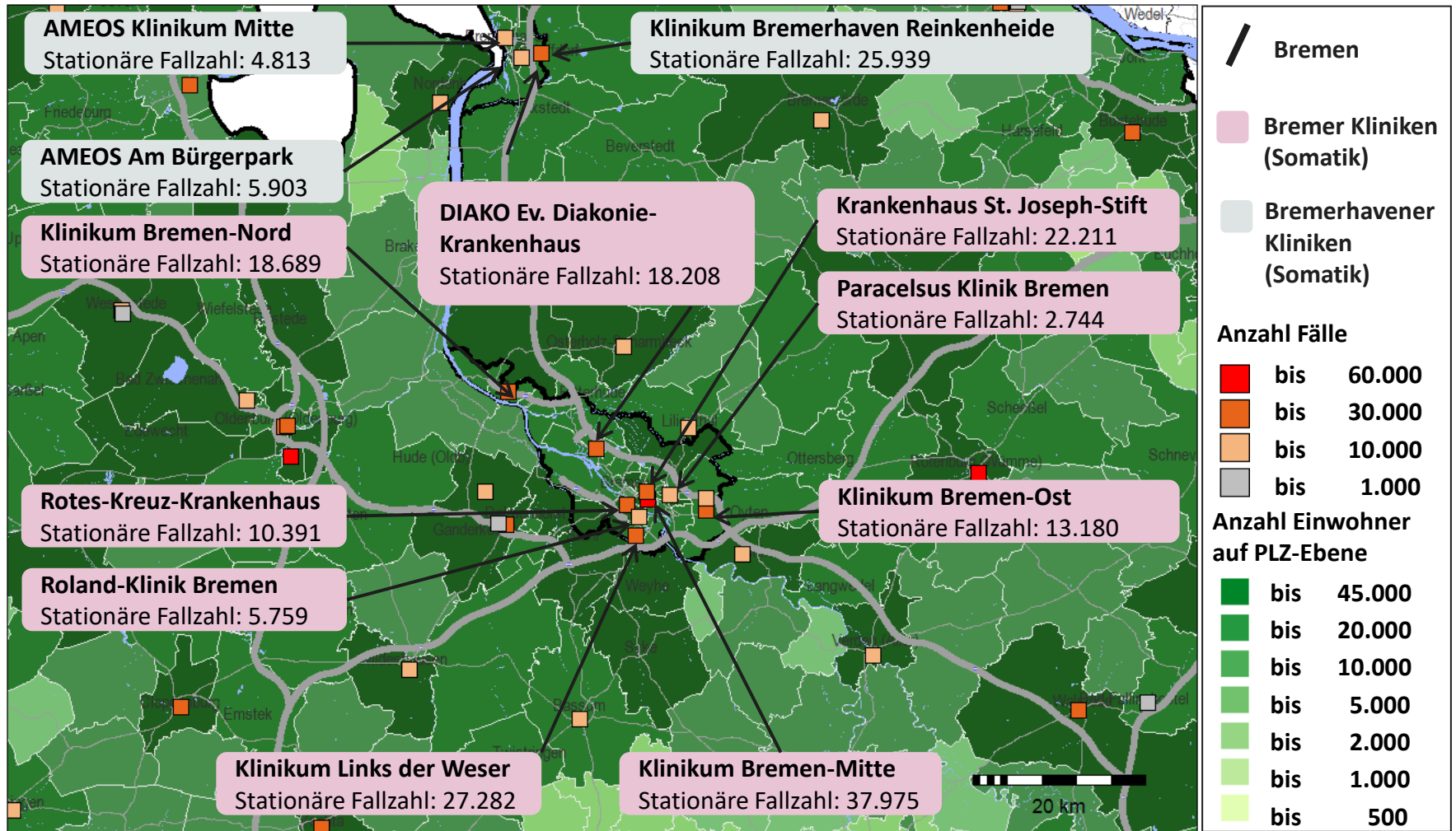
Trends und Herausforderungen

Krankenhausreform

Bedeutung für Bremen

Neun Standorte mit somatischem Leistungsspektrum in der Stadt Bremen, Bremerhaven mit drei Standorten

Klinikstandorte, Bevölkerung



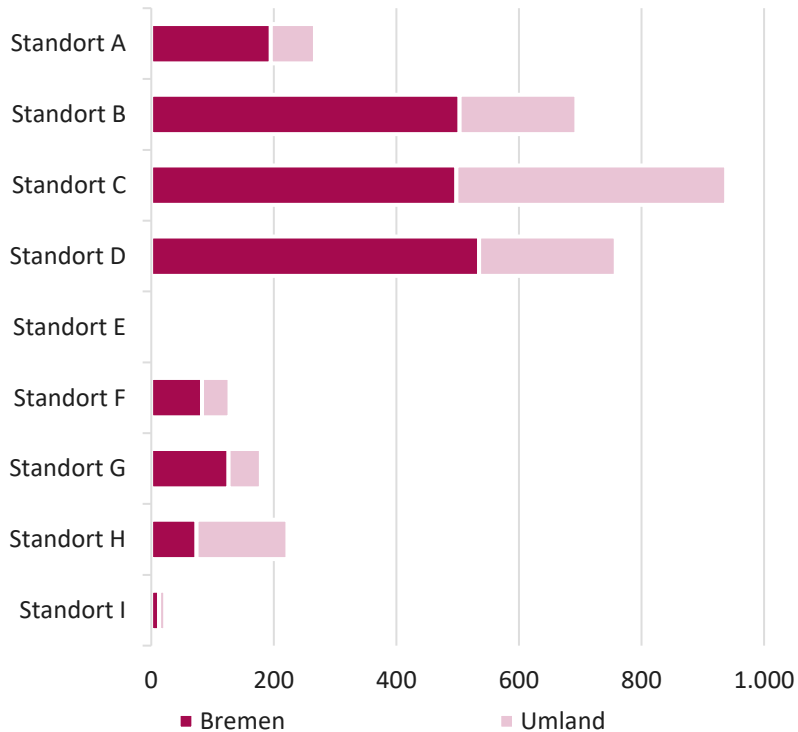
Anmerkung: Im Hintergrund: Bevölkerung

Quelle: hcb, Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2019, GfK Bevölkerungsdaten 2021, §21er Datensätze der Kliniken 2019

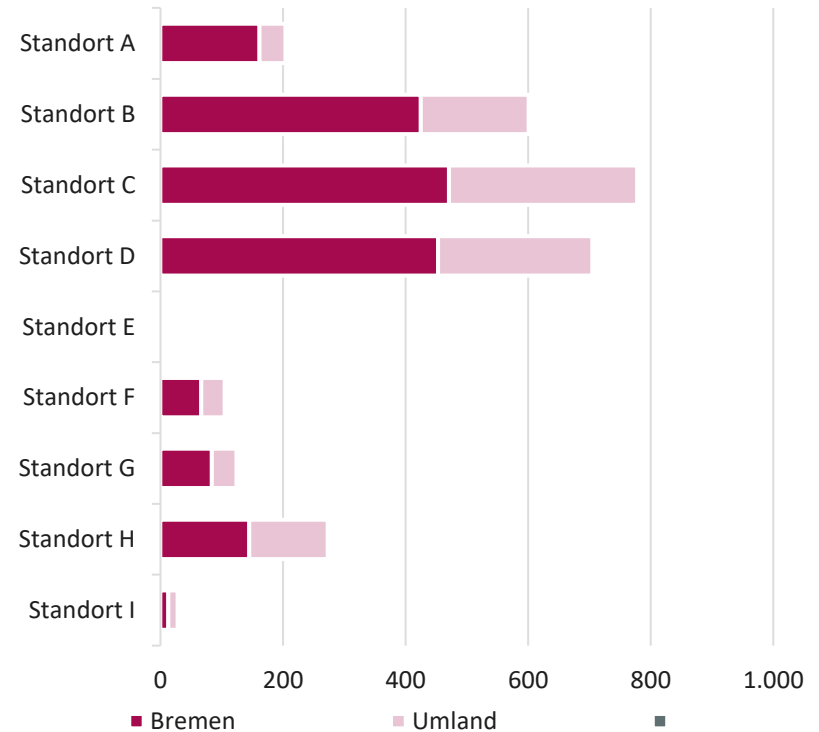
Gutachten: Je Leistungssegment wurden Fallzahlen dargestellt, in vielen Bereichen Doppelstrukturen erkennbar

Beispielhaft ein Leistungssegment

Fallzahlen je KH für Bremen und Umland (2019)



Fallzahlen je KH für Bremen und Umland (2021)



Marktübersicht: stärkster Anbieter in Bremen mit deutlichem Fallzahlrückgang insbesondere im Umland
 Einzugsgebiet: ca. 65% der Patienten kommen aus Bremen

Auswertung auf Basis der Leistungsbereiche Innere Medizin und Chirurgie.
 Quelle: hcb, §21-er Datensätze Bremer Krankenhäuser 2019

Großes Potenzial trägerübergreifender Schwerpunktbildung in Bremen vorhanden, weitere enge Begleitung des Prozesses notwendig

- ➔ **Großes Potenzial** trägerübergreifender Schwerpunktbildung in Bremen vorhanden
- ➔ Hohe **Komplexität** der Handlungsmöglichkeiten erfordert **vertraulichen, langfristig angelegten Prozess** mit **fortlaufenden Gesprächen**, vorliegendes **Projekt wichtige Basis** hierfür
- ➔ Bisherige Ergebnisse sind **Zwischenstand**; im Kontext **künftiger Reformen** (Vorschlag der **Regierungskommission**) weiter zu vertiefen
- ➔ Wesentliche Voraussetzung zur Zielerreichung ist **Schaffung von Verbindlichkeit**

➔ Umsetzungen auch an **natürliche Veränderungen** (z.B. Chefarztwechsel) knüpfen

➔ **Enge Begleitung des Prozesses** durch senatorische Behörde oder externen Dritten empfohlen



Quelle: hcb