

Ökonomische Grundlagen

Tagung der Forschungsstelle Sozialrecht und
Sozialpolitik der Universität Hamburg

22.06.2023

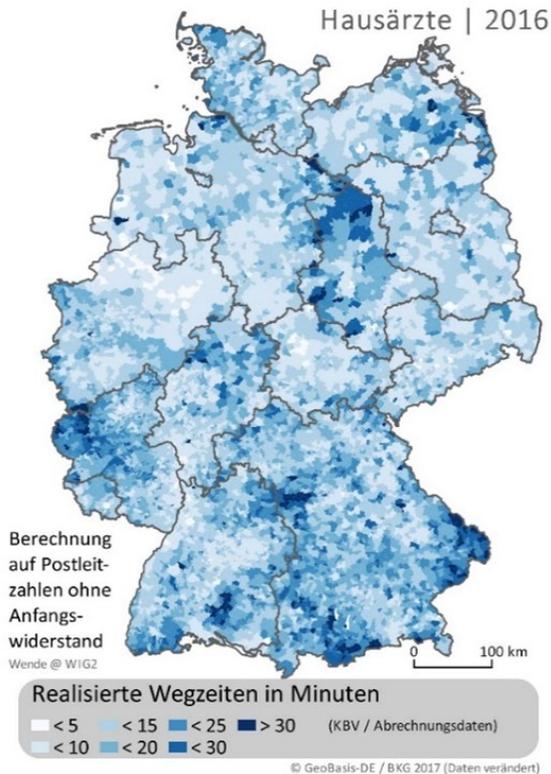
Prof. Dr. Leonie Sundmacher
Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie
TU München



Drehzahl und Erreichbarkeit

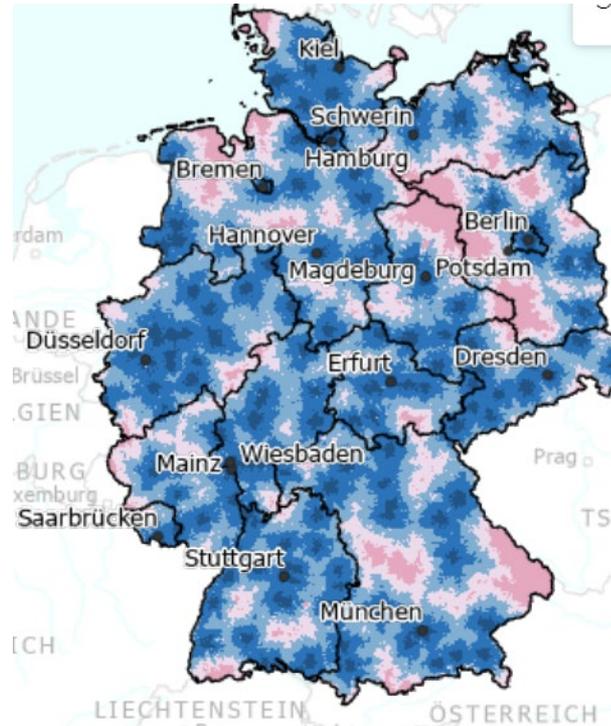
- In Deutschland arbeiten 416.120 Ärzt:innen, die im Jahr 2019 circa 553 Mio. Fälle im vertragsärztlichen Bereich und circa 22,2 Mio. Krankenhausfälle in 1889 Krankenhäusern behandelten
- 99,8% der Bevölkerung erreichen den nächstgelegenen Hausarzt in unter 10 PKW-Minuten und mehr als 80% der Bevölkerung fahren im Jahr 2015 weniger als 15 Minuten zum Hausarzt ihrer Wahl
- 78% der Bevölkerung erreichen in maximal 15 Minuten das nächste Krankenhaus der Grundversorgung. Maximal- und Schwerpunktversorger werden durchschnittlich in 33 PKW-Minuten erreicht
- Verzögerte Einführung der Digitalisierungsstrategie, insbesondere der ePA, bestehende sektorale Trennung und ein Mangel an konsentierten Patientenzugängen erschweren die Koordination zwischen den Leistungserbringern und der Patientensteuerung

Drehzahl und Erreichbarkeit



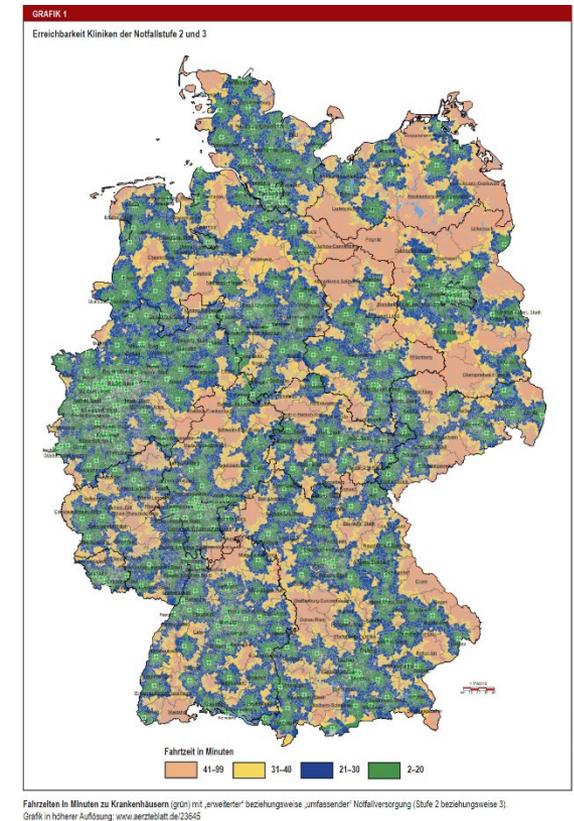
Realisierte Wegzeiten zum Hausarzt

Quelle: Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung



Wegzeiten zum nächstgelegenen Maximalversorger

Quelle: <https://www.deutschlandatlas.bund.de/>;
Legende: rot >45 Min)



Wegzeiten zu Häusern mit GBA-Notfallstufe 2&3

Quelle: Dtsch Arztebl 2023; 120(15): A-645 / B-553
Legende: gelb 31-40 Min, orange >41

Internationaler Vergleich von Outcomes und flat-of-the-curve-medicine

JOURNAL ARTICLE

Mapping interventional cardiology in Europe: the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI) Atlas Project FREE

Emanuele Barbato ✉, Marko Noc, Andreas Baumbach, Dariusz Dudek, Matjaz Bunc, Emmanouil Skalidis, Adrian Banning, Jacek Legutko, Nils Witt, Manuel Pan ... [Show more](#)

European Heart Journal, Volume 41, Issue 27, 14 July 2020, Pages 2579–2588, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa475>

Published: 25 June 2020 **Article history** ▾

Höchste Rate an (interventionellen) Kardiologen, höchste Rate an Erstinterventionen, mittlere Sterblichkeit

MEDIZINREPORT: Studien im Fokus

Kardiovaskuläre Mortalität: Deutschland nur im Mittelfeld

Dtsch Arztebl 2017; 114(6): A-272 / B-242 / C-239

Lenzen-Schulte, Martina

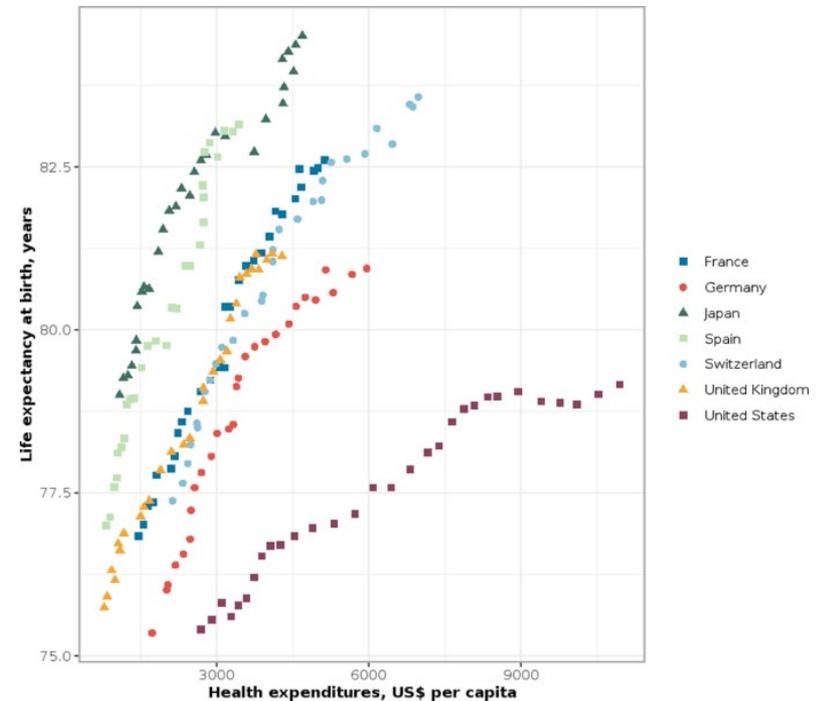
Altersstandardisierte CVD-Sterblichkeitsrate mit Griechenland und Finnland vergleichbar, aber schlechter als in Frankreich, Niederlande, Spanien oder Großbritannien

ESSAY | [Open Access](#) | [Published: 25 April 2023](#)

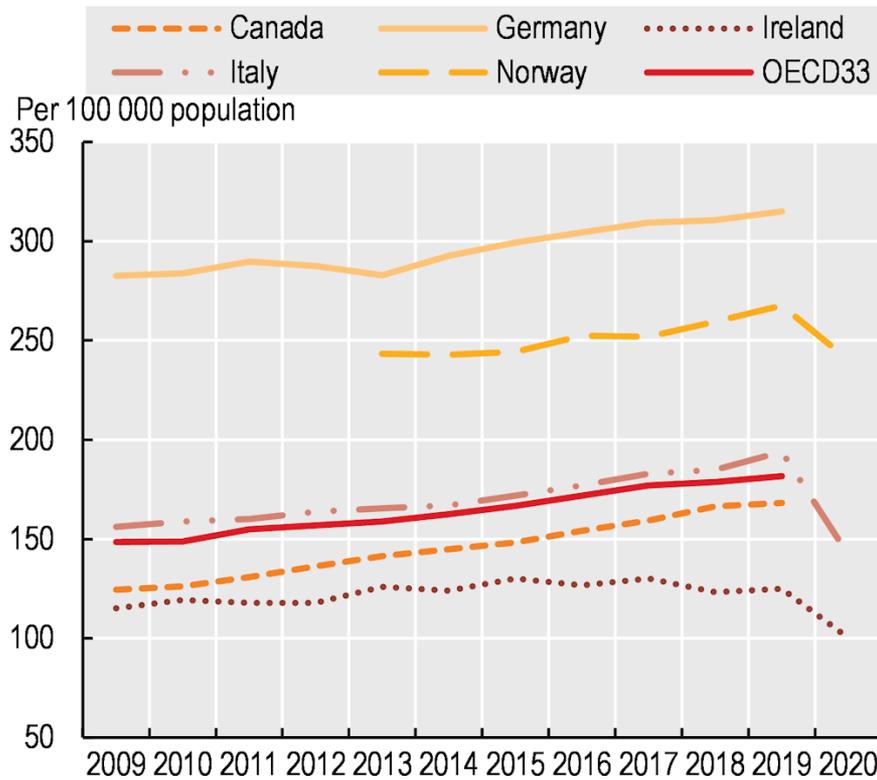
The underwhelming German life expectancy

Domantas Jasilionis ✉, Alyson A. van Raalte, Sebastian Klüsener & Pavel Grigoriev

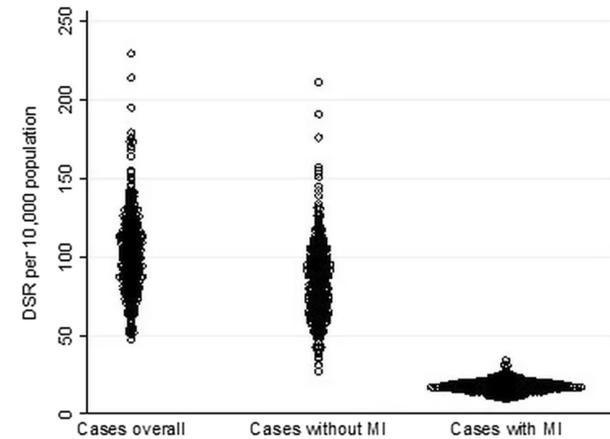
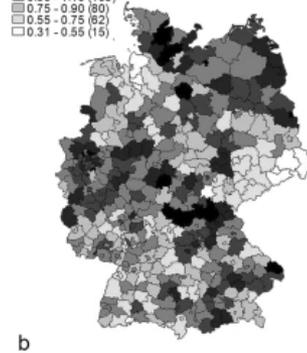
European Journal of Epidemiology (2023) | [Cite this article](#)



Bedarfsgerechte Versorgung – der regionale Blick



Quelle: Hip and knee replacement | Health at a Glance 2021 : OECD Indicators | OECD iLibrary (oecd-ilibrary.org)



Quelle: Frank-Tewaag et al. Regional Variation in Coronary Angiography. BMC Card. Disord.

Hintergrund: Anreize des DRG-Systems

Einerseits hat sich das DRG-System **bewährt**

- Es hat **Standards** und **Transparenz** geschaffen
- Es hat zu einer hohen betrieblichen **Effizienz im Krankenhaus** geführt
- Es hat die Krankenhausfinanzierung gegenüber der Zeit vor DRG **verbessert**

Andererseits hat jedes Vergütungssystem im Gesundheitswesen **Nebenwirkungen**; die DRG ...

- ... setzen den Anreiz zur Erbringung einer hohen **Menge** stationärer Leistungen; versorgungsnotwendige **Vorhaltungen** sind erst nach einer gewissen Menge finanziert → **Hamsterradeffekt**
- ... verhindern eine sektorenübergreifende Versorgung und bremsen die **Ambulantisierung** aus
- ... führen nicht zu einer hohen **Systemeffizienz**

JOURNAL ARTICLE

DRG systems in Europe: variations in cost accounting systems among 12 countries FREE

Siok Swan Tan, Alexander Geissler, Lisbeth Serdén, Mona Heurgren, B. Martin van Ineveld, W. Ken Redekop, Leona Hakkaart-van Roijen on behalf of the EuroDRG group

European Journal of Public Health, Volume 24, Issue 6, December 2014, Pages

Hintergrund: Anreize des DRG-Systems



The effects of DRGs-based payment compared with cost-based payment on inpatient healthcare utilization: A systematic review and meta-analysis

Zhaolin Meng,^a Wen Hui,^b Yuanyi Cai,^a Jiazhou Liu,^a Huazhang Wu,^a

Show more

+ Add to Mendeley Share Cite

- 18 Artikel
- Verkürzung der Liegezeiten
- Höhere Wiederaufnahmeraten

Austria	96%
England	60%
Estonia	39%
Finland	Varies by hospital
France	80%
Germany	80%
Ireland	<80%
Poland	>60%
Portugal	80%
The Netherlands	84%
Spain/Catalonia	15-20%
Sweden	Varies by hospital

- 21 Artikel
- Verkürzung der Liegezeiten
- Höhere Wiederaufnahmeraten
- Hälfte der Studien berichtet reduzierte Fallzahl, Laborleistungen und Ops
- Teilweise Anreize für Ambulantisierung

Articles

Investigation of the impact of DRG based reimbursement mechanisms on quality of care, capacity utilization, and efficiency- A systematic review

Mohsen Barouni, Leila Ahmadian, Hossein Saberi Anari & Elham Mohsenbeigi

Pages 1463-1474 | Received 17 May 2019, Accepted 14 May 2020, Published online: 24 Jun 2020

Download citation | <https://doi.org/10.1080/20479700.2020.1782663> | Check for updates

Ambulantisierung

Tabelle 51: Anteil der Eintagesfälle bei ausgewählten Operationen im internationalen Vergleich, 2019

kind of surgery	Germany	Germany	Austria	Denmark	Switzerland	United Kingdom
	Total procedures per 100 000 population	% performed as day cases				
Cataract surgery *	1.061,8	83,2	87,9	96,2	88,2	99,1
Transluminal coronary angioplasty	419,5	1,0	2,6	22,2	21,7	31,4
Hysterectomy (females)	239,8	0,0	0,0	57,7	1,2	2,1
Laparoscopic cholecystectomy	204,6	0,0	0,7	55,3	5,1	51,0
Partial excision of mammary gland (females)	193,9	0,4	3,4	88,3	8,2	77,8
Transurethral prostatectomy (males)	182,1	0,0	0,1	25,0	0,8	9,5
Laparoscopic repair of Inguinal hernia	138,7	0,2	5,6	88,6	26,8	77,4
Laparoscopic appendectomy	121,8	0,0	0,0	12,6	0,3	2,6
Total mastectomy	65,5	0,0	0,0	45,6	4,1	21,2

Quelle: IGES auf Basis von Daten der OECD

Anmerkung: Die bevölkerungsbezogene Häufigkeit der Operationen weicht in den Vergleichsländern teilweise deutlich von der in Deutschland ab. Vergleichbarkeit der Tagesfall-Anteile aufgrund unterschiedlicher Zählweisen und Abgrenzungen eingeschränkt.

* Die Angaben zu Katarakt-Operationen enthalten auch die ambulant durchgeführten Fälle (in Deutschland: 82,8%). Ambulante Fälle gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus sind nicht enthalten.

Fachkräftemangel

- Im Zuge des demografischen Wandels und steigender Lebenserwartung steigt der Versorgungsbedarf. Gleichzeitig wirkt der demografische Wandel auf das Angebot und die Finanzierung der Sozialversicherungssysteme ein
- 2023 werden circa 1,2 Mio. Menschen 65 und etwas 700.000 Menschen 20 Jahre alt
- Fachkräftengpässe betreffen alle Wirtschaftszweige und verstärken die Konkurrenz zwischen Arbeitgebern
- Laut Befragung denken 38,8% der Pflegenden und 45% der MFAs über Berufswechsel nach
- Anstieg der Arztdicht und Zunahme um 41% seit 2001, aber regional ungleich verteilt. Seit diesem Jahr mehr als 50% Ärztinnen

Niedrige Leistungszahlen, wirtschaftlicher Ausblick

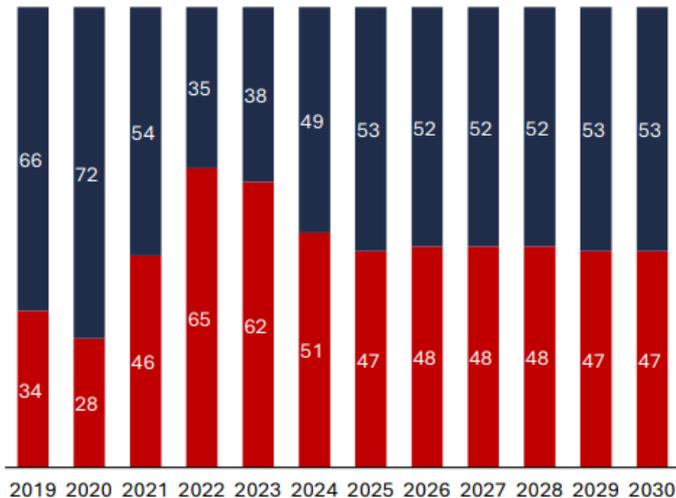
Prognosen zur wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser

Anteil (%) der Krankenhäuser mit:

■ Jahresergebnis ≥ 0 ■ Jahresergebnis < 0

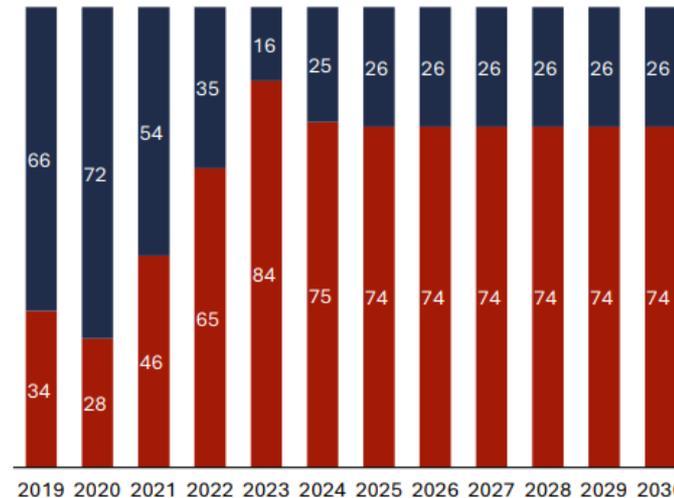
Szenario 1: Rückkehr der Leistungszahlen zu 2019

Künftig wird wieder das Fallzahlenniveau von vor der COVID-Pandemie erreicht.



Szenario 2: Leistungszahlen bleiben niedrig

Das Fallaufkommen kehrt nicht wieder auf das vor-COVID-Niveau zurück, sondern bleibt auf dem derzeit niedrigen Niveau.



1) RWI — Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung

Quelle: RWI Krankenhaus-Rating-Report 2022; medhochzwei 2022, Oberender AG. Stand 10/2022

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

(2) EAT, Earnings after taxes

Anmerkung : Die jährliche Stichprobengröße schwankt zwischen 810 und 987 Einrichtungen.

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2022

Defizite bei den Krankenkassen erwartet

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 Krankenkassen (GKV) von weit über sieben Milliarden Euro für 2022 wird durch den PKV monierte die Zuschüsse als nicht ausreichend angesehen.

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

Die gesetzlich vorgesehenen Zuschüsse für die Krankenkassen (GKV) sollen im kommenden Jahr eine zusätzliche Milliarden-spritze 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

f t x in Newsletter abonnieren Zur Startseite



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

Reformen in den Ländern

- Nach einem Vorschlag einer Enquete Kommission legt der **niedersächsische Landtag Mitte 2022** die Neufassung des Krankenhausgesetzes beschlossen
 - Jedes KH wird einer von 3 Versorgungsstufen zugeteilt (1. Grund- und Regelversorgung, 2. Schwerpunktversorgung, 3. Maximalversorgung) Ziel ist die Konzentration von „speziellen Versorgungsleistungen“
 - Kleinräumigere Planung (8 statt 4 Versorgungsregionen) Regionale Gesundheitszentren
- Nach dem Gutachten zur „Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen“ wird **2022 ein neuer Krankenhausplan in NRW** erstellt.
 - 32 medizinische Leistungsbereiche (orientiert an Weiterbildungsordnung. Bsp.: LB: Neurologie) und 64 Leistungsgruppen (Bsp. Stroke Unit) bilden seit 2022 das zentrale Steuerungselement der Krankenhausplanung
 - Überschreitet Angebot die Bedarfsprognose, so kann eine Auswahlentscheidung getroffen werden; auch Vorhaltung verwandter Leistungsgruppen kann Vorgabe sein

Vorschlag der Regierungskommission

**a**

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

b

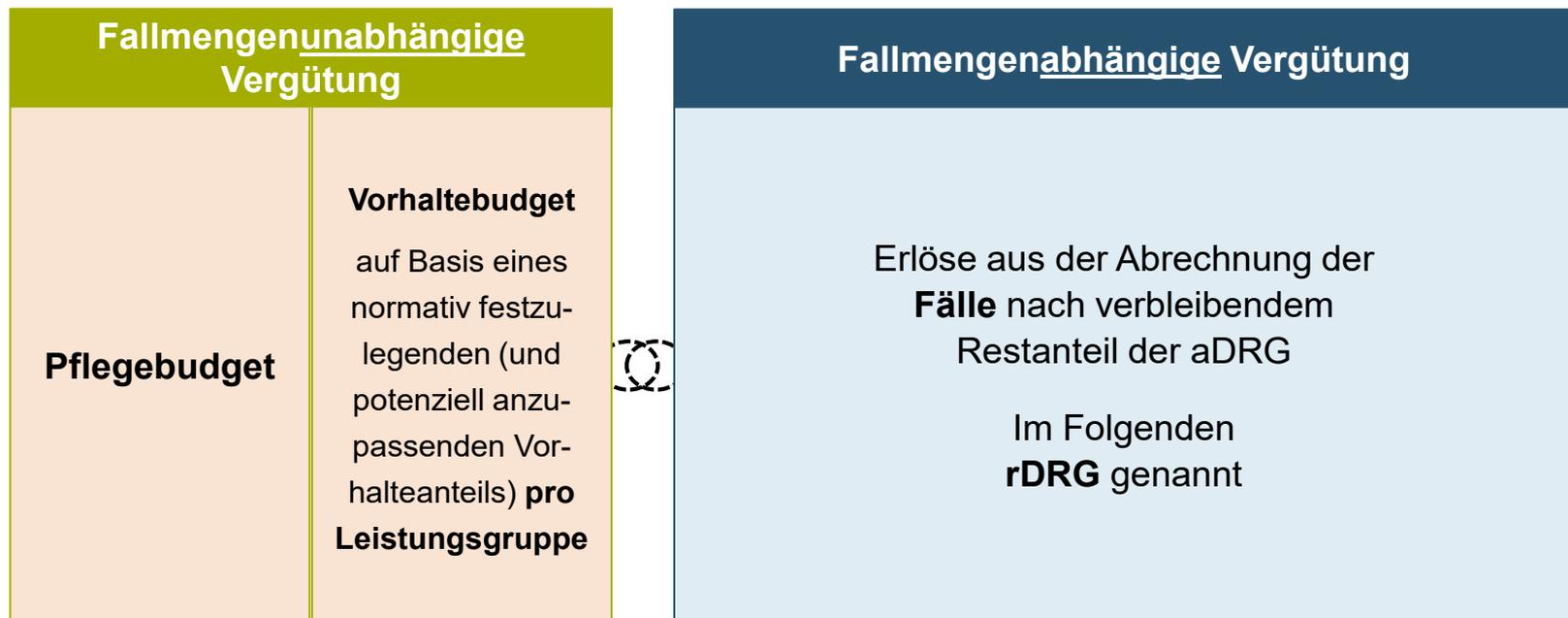
System von **Leistungsgruppen (LG)**, die passgenauer als die DRG und Fachabteilungen den Leveln zugeordnet werden können

c

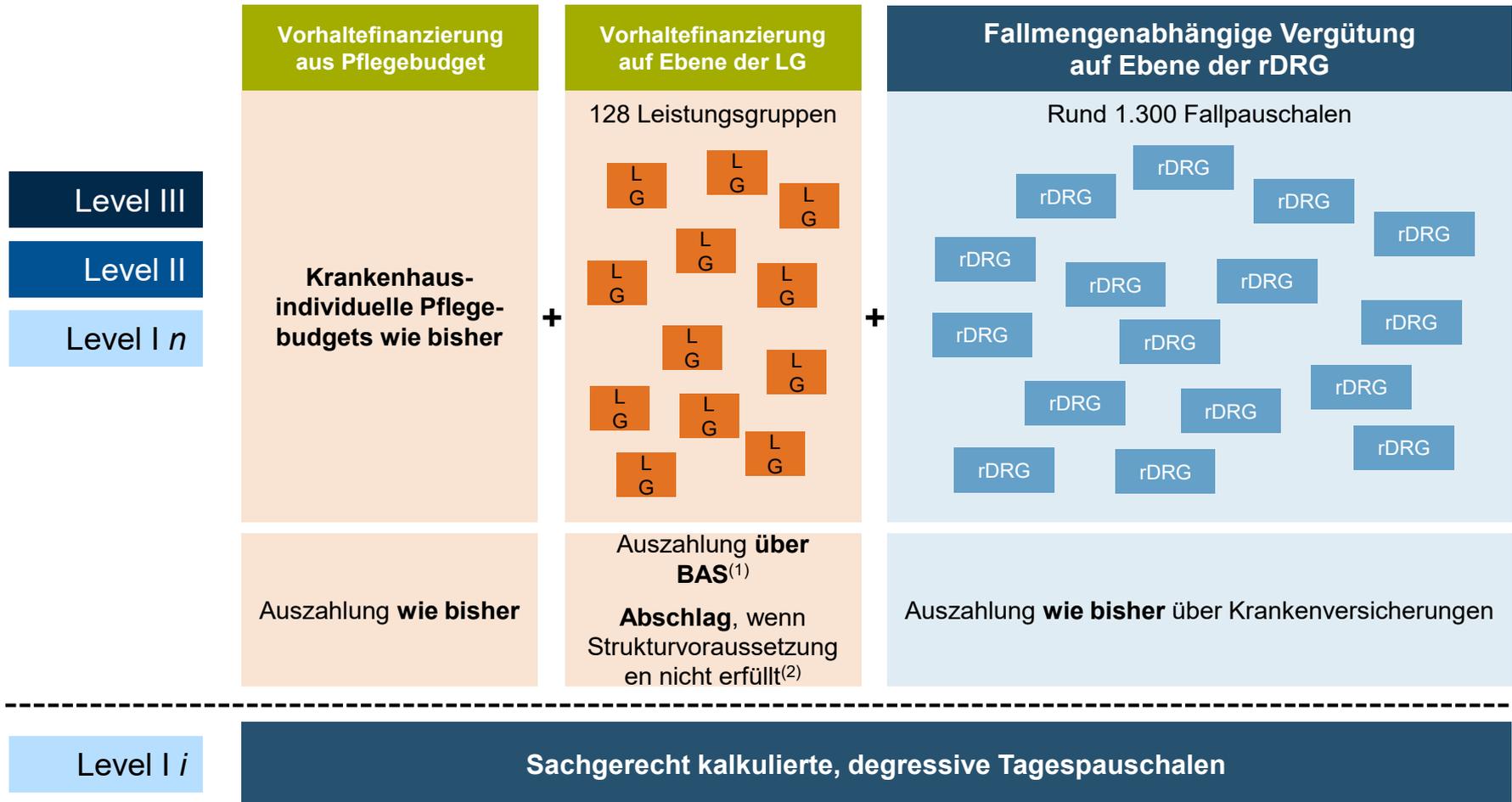
Neben reduzierten DRG ein **Vorhaltebudget** für jede Leistungsgruppe, die ein Krankenhaus anbietet, wenn es die Voraussetzungen dafür erfüllt

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

Für Kliniken der Level In, II, III und Fachkliniken



Ausnahme: Kliniken des Level Ii



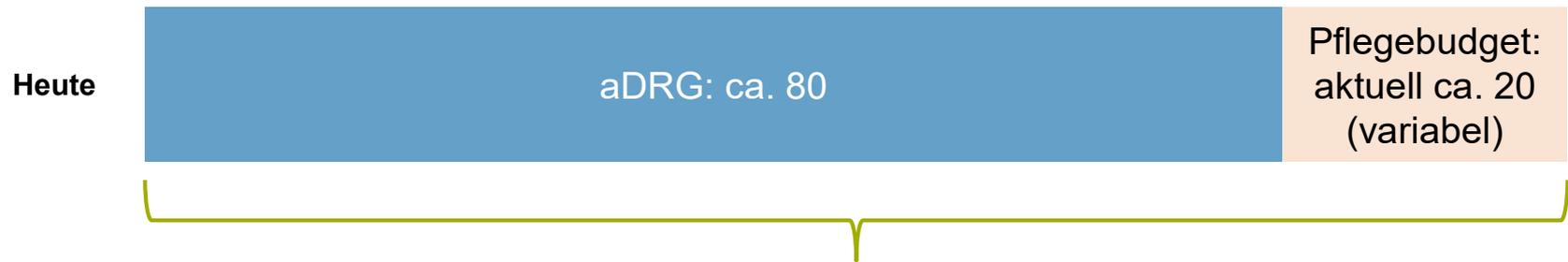
(1) Bundesamt für Soziale Sicherung

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

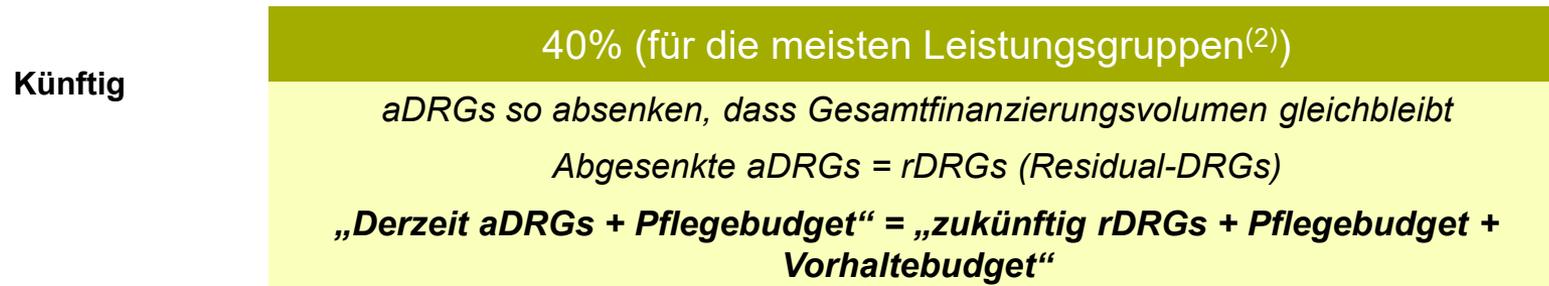
Quelle: Eigene Darstellung, angelehnt an Regierungskommission „Krankenhaus“

Normative Festlegung der Vorhalteanteile je LG

Erlösvolumen bezogen auf Basisjahre 2022/23⁽¹⁾ (normiert auf 100)



Der Vorhalteanteil ist normativ festzulegen



Anmerkung: Vorhaltebudgets zzgl. Pflegebudget als Anteil am gesamten Erlösvolumen = 40%;
Vorhaltebudgets ohne Pflegebudget als Anteil am gesamten Erlösvolumen = 20% und am
aDRG-Volumen = 25%. Quelle: Eigene Darstellung.

(1) Anhand von ICD-10-Diagnosen und OPS-Codes ist eine Zuordnung der Leistungen der Basisjahre zu den neuen Leistungsgruppen möglich

(2) Orientiert an den mittelfristig fixen Kosten (FDA = 35%), Ausnahme: für Intensiv-, Notfallmedizin, Geburtshilfe und Neonatologie 60%

Quelle: Regierungskommission „Krankenhaus“

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

Angebot

Medizin: Akutflegebetten 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

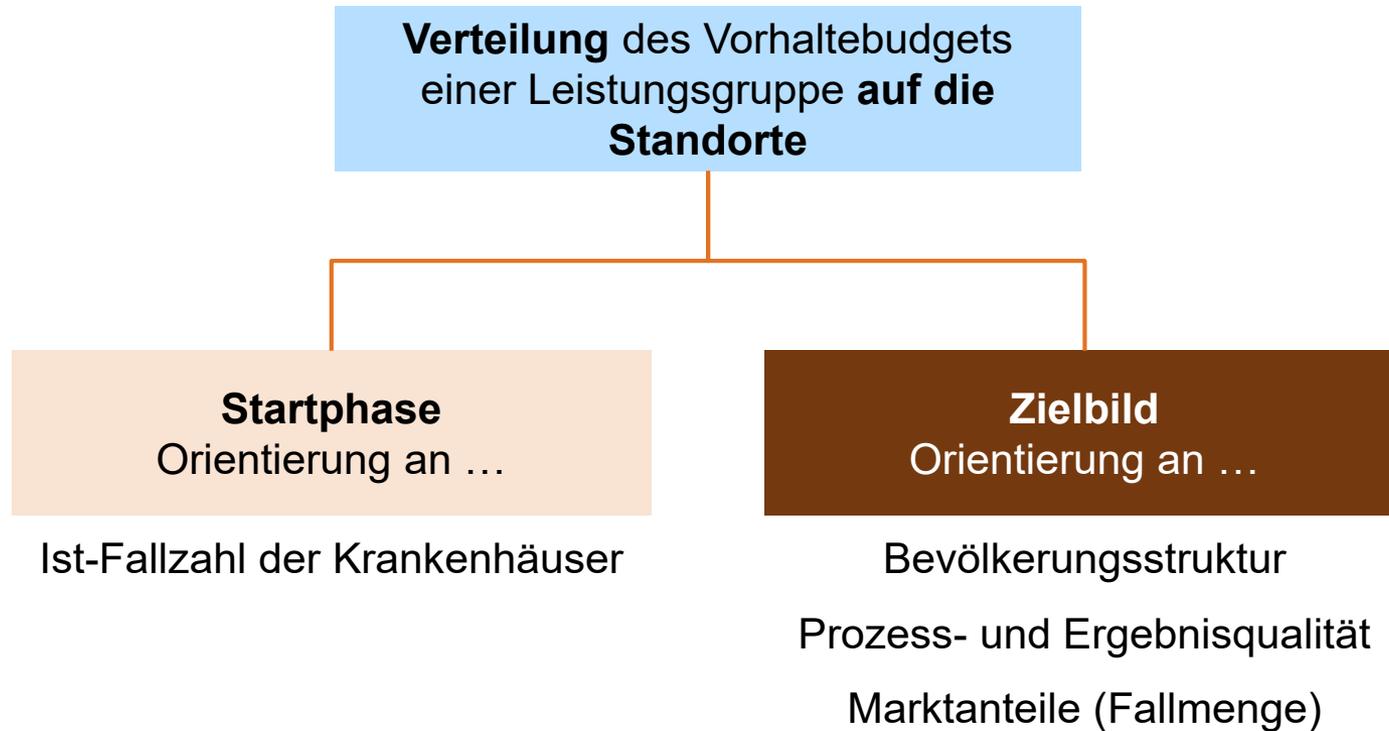
Reinigungs-
kräfte

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



Zusammenfassung

- DRG-System in hoher Wettbewerbsdichte hat zu einem Hamsterradeffekt der Erbringung von Leistungen geführt
- Rückgang der Investitionskostenfinanzierung hat den Effekt verschärft während Fachkräftemangel und Corona-Pandemie die Möglichkeiten zur Mengenerbringung nachhaltig eingeschränkt haben
- Ziel der Krankenhausreform ist eine Vergütungs- und Strukturreform, um
 - Bedarfsgerechte Versorgung der Patienten zu verbessern;
 - Betriebswirtschaftliche Tragfähigkeit der Krankenhäuser nachhaltig zu sichern;
 - Effektive Verteilung von Fachkräften in Zeiten der Abnahme zu sichern

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit

Prof. Dr. Leonie Sundmacher
Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie
TU München

