

Biersdorfer Krankenhausgespräche 2017

"Die Ökonomie muss der Medizin dienen - Was bedeutet dies für die Politik zwischen 2018 und 2022?,"

Univ.-Prof. Dr. Jürgen Wasem

Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement
Medizinische und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät
Universität Duisburg-Essen

Gesundheitsökonomisches Zentrum CINCH, Essen

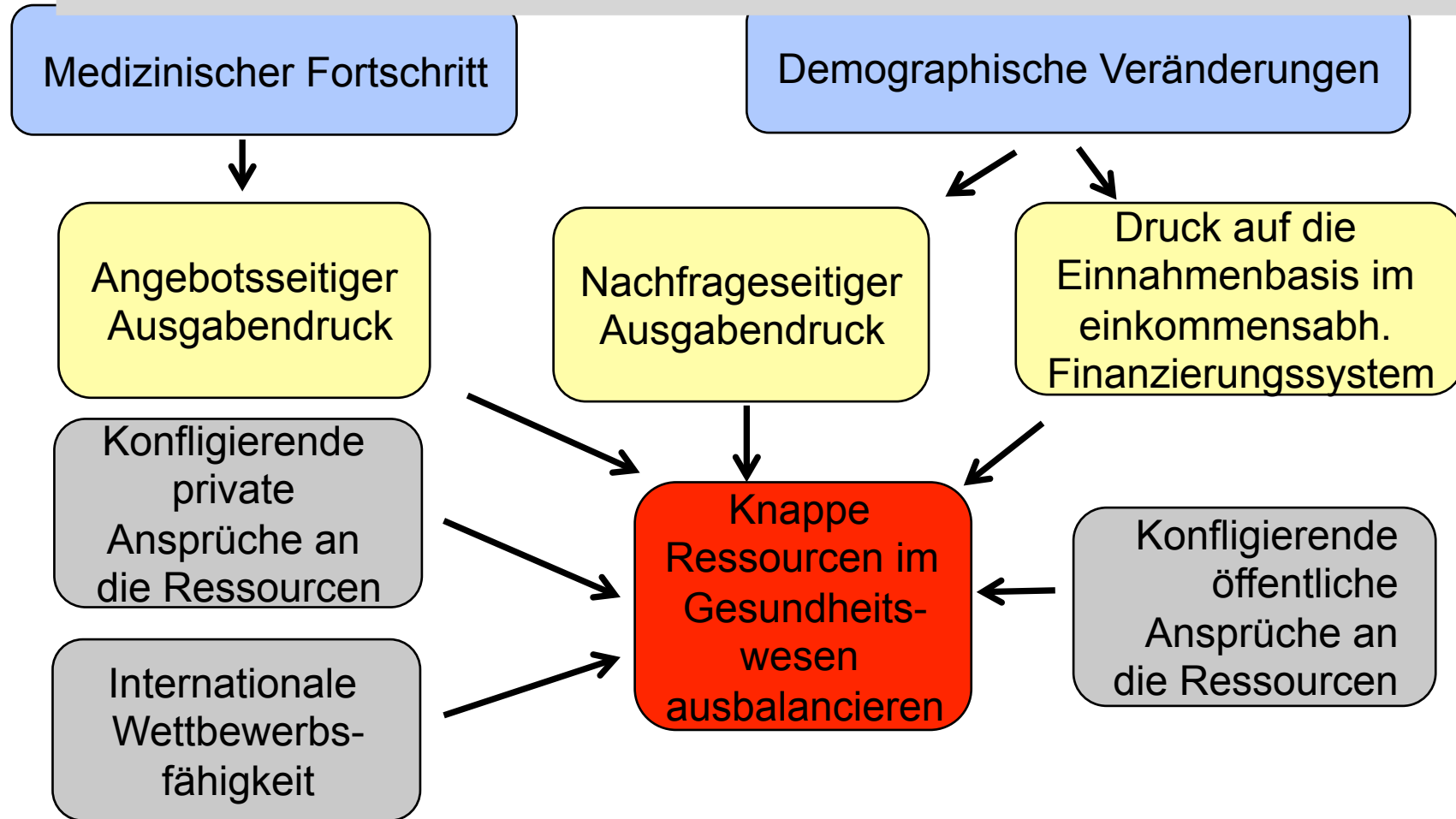
Überblick:

- ▼ Vorfrage
- ▼ Zentrale Aufgaben im Spannungsverhältnis Ökonomie und Medizin 2018 bis 2022
- ▼ Was sonst noch wünschenswert wäre

Vorfrage:

Muss die Ökonomie der Medizin dienen?

Herausforderungen an den Stellenwert von Medizin in der Gesellschaft



Überblick:

- ▼ Vorfrage

- ▼ Zentrale Aufgaben im Spannungsverhältnis Ökonomie und Medizin
2018 bis 2022

- ▼ Was sonst noch wünschenswert wäre

Zentrale Aufgaben im Spannungsverhältnis zwischen Ökonomie und Medizin 2018 bis 2022

- ▼ Das Gesundheitssystem konsequent auf die demographische Herausforderung einstellen
- ▼ Versagen der Politik bei den Investitionskosten im Krankenhaus korrigieren
- ▼ Fortschritte bei der Überwindung der Sektorengrenzen erzielen

Das Gesundheitswesen konsequent auf die demographische Herausforderung einstellen

	Gesamtbevölkerung (in Mio.)			Altenquotient 60+ (in % von 20-59)			Altenquotient 67+ (in % von 20-66)		
	2015	2030	2060	2015	2030	2060	2015	2030	2060
VAR 1	82,2	79,2	67,6	50,5	74,5	88,8	29,7	41,6	57,0
VAR 2	82,2	80,9	73,1	50,5	72,5	84,2	29,7	40,6	53,5
VAR2A	82,2	82,9	76,5	50,5	70,7	82,2	29,7	39,6	52,1
VAR3	82,2	79,6	69,2	50,5	75,5	94,0	29,7	42,3	61,2
VAR4	82,2	81,3	74,8	50,5	73,5	89,0	29,7	41,3	57,4
VAR5	82,2	80,2	71,2	50,5	74,5	84,1	29,7	41,6	54,5
VAR6	82,2	81,9	76,9	50,5	72,5	80,1	29,7	40,6	51,3
VAR7	82,2	80,6	72,9	50,5	75,5	89,1	29,7	42,3	58,5
VAR8	82,2	82,3	78,6	50,5	73,5	84,7	29,7	41,3	55,0

Quellen: Statistisches Bundesamt, 13. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, diverse Tabellen, Wiesbaden 2017

Demographie wird zu steigenden Ausgaben in der Krankenversicherung führen - Szenario ohne Berücksichtigung kostentreibender Effekte des medizinischen Fortschritts -

	Pro-Kopf-Ausgaben			entspricht Wachstum p.a.	
	2015	2030	2060	2015-2030	2030-2060
VAR2A	2.710 €	2.894 €	3.155 €	0,4%	0,3%
VAR3	2.710 €	2.982 €	3.341 €	0,6%	0,5%
VAR6	2.710 €	2.917 €	3.113 €	0,5%	0,3%

Quelle: Eigene Berechnungen 2017 auf Basis der Bevölkerungsvorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes und der RSA-Ausgabenprofile des BVA

Der Prozess läuft ja bereits heute: Demographische Komponente in den Beschlüssen des Bewertungsausschusses für die „Morbi-Rate“ der Gesamtvergütungen in der vertragsärztlichen Versorgung

2. Veränderungsrate auf der Grundlage demografischer Kriterien nach § 87a Abs. 5 Satz 3 SGB V

Der Bewertungsausschuss empfiehlt folgende Veränderungsrate für das Jahr 2017 auf der Grundlage demografischer Kriterien je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung:

- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von 0,1706 %
- Für den KV-Bezirk Bayerns	in Höhe von 0,0888 %
- Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von -0,1086 %
- Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von 0,4561 %
- Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von -0,0245 %
- Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von -0,1096 %
- Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von 0,0624 %
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von 0,4526 %
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von 0,2307 %
- Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von 0,1820 %
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von 0,2583 %
- Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von 0,3770 %
- Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von 0,1584 %
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von 0,4328 %
- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von 0,2957 %
- Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von 0,5028 %
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von 0,2800 %

Quelle: Beschluss des BA in seiner 383. Sitzung, Sept. 2016

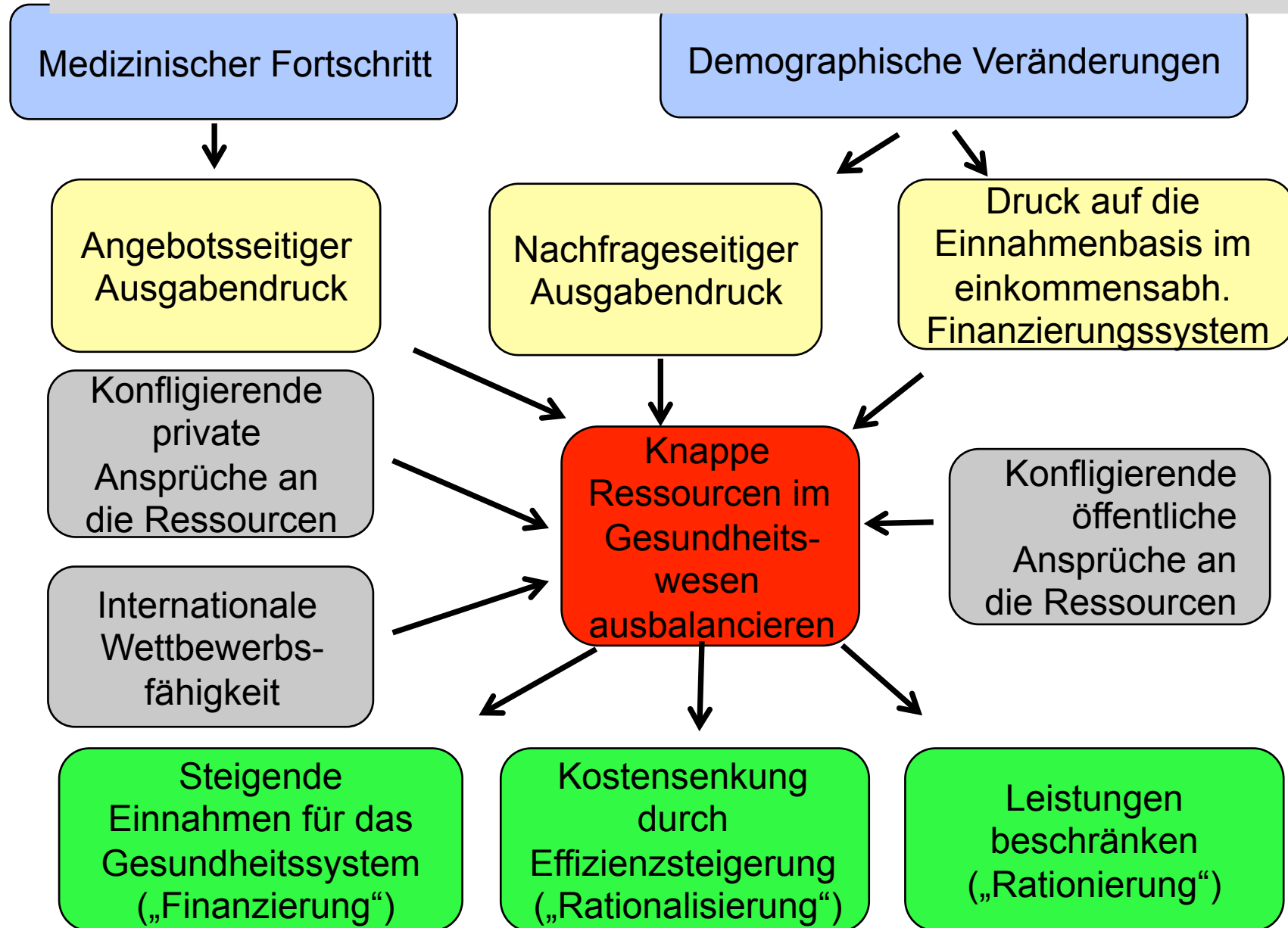
Konservative Modellrechnung: Ausgabenseitiger Demographie-Effekt, medizinischer Fortschritt und einnahmenseitiger Demographie-Effekt kumuliert

Annahmen: Medizinischer Fortschritt: 0,3 % p.a.; einnahmenseitiger Effekt: nur Demographie bei konstantem relativen Rentenniveau (d.h. ohne Wirksamwerden der Rentenreformen)

	kombinierter Beitragssatzeffekt		
	2015	2030	2060
VAR2A	15,5%	17,7%	22,0%
VAR3	15,5%	18,3%	23,9%
VAR6	15,5%	17,9%	21,9%

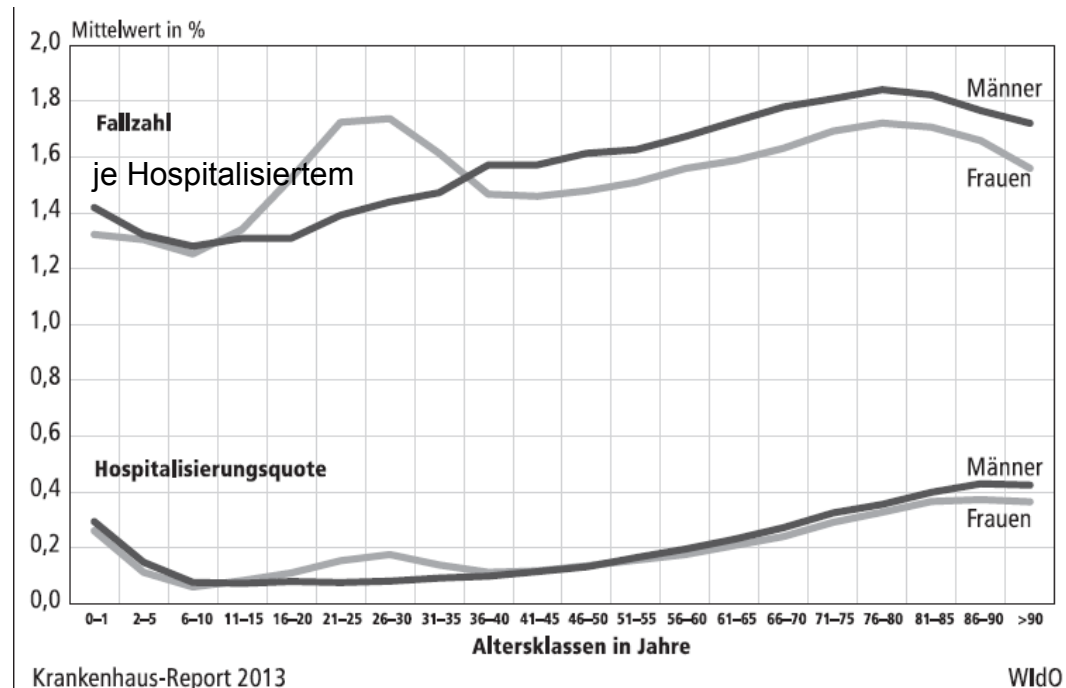
Quelle: Eigene Berechnungen 2017

Herausforderungen an den Stellenwert von Medizin in der Gesellschaft



Demographische Entwicklung und personelle und sächliche Ressourcen im Gesundheitswesen

- Die skizzierten finanziellen Mehrbedarfe infolge der demographischen Entwicklung haben ihre Ursache in einer altersabhängigen Inanspruchnahme personeller und sächlicher Ressourcen



Krankenhaus-Report 2013

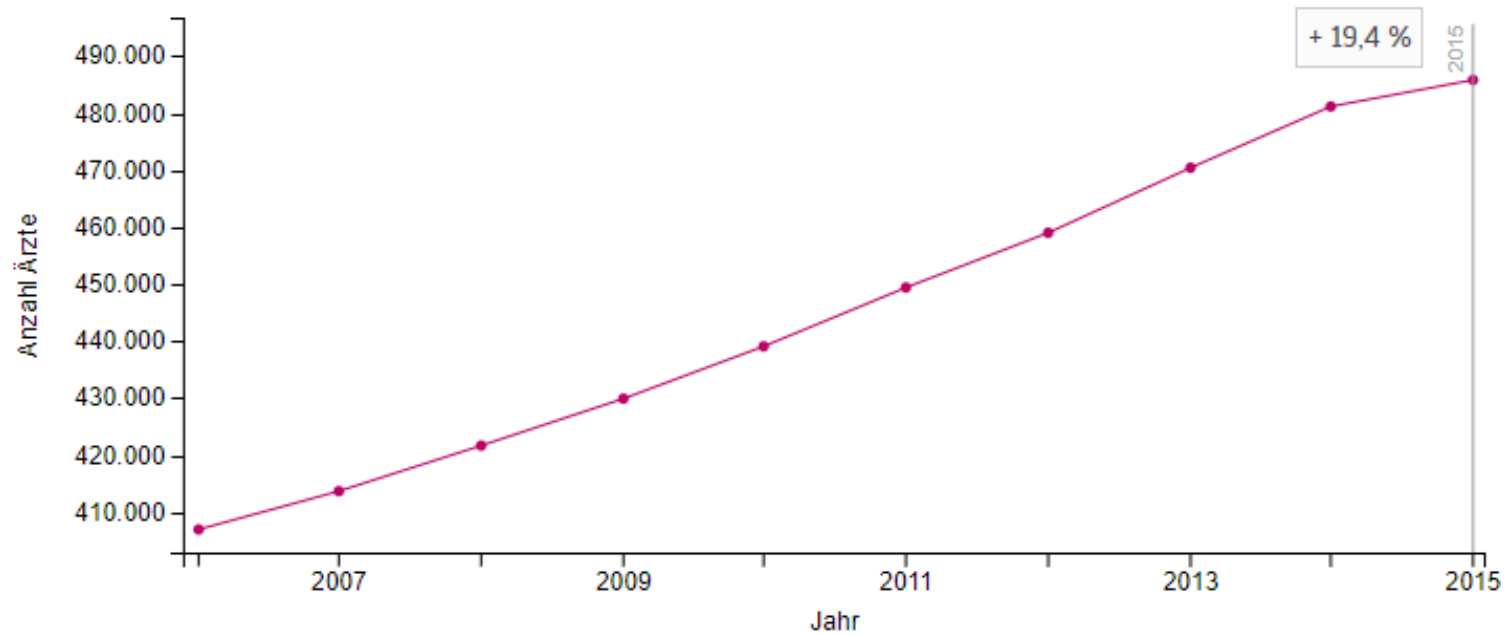
WIdO

Lux, Wasem (2013)

Die knappe Ressource „Arzt“ / I

- ▼ Bislang ist die Zahl der berufstätigen Ärzte kontinuierlich gestiegen

Anzahl Ärzte, Tätigkeitsbereiche insg., Summe Ärzte, 2015



Die knappe Ressource „Arzt“ /2

- ▼ aufgrund der Altersstruktur der Ärzte und der allgemeinen Bevölkerungsentwicklung wird für die Zukunft ein allgemeiner sowie insbesondere in einzelne Regionen ein spezifischer Mangel an Ärzten prognostiziert
- ▼ Die Fragestellungen der Delegation und Substitution stehen daher zwangsläufig auf der Tagesordnung
- ▼ Allerdings gilt zumindest für Pflegekräfte ebenso ein absehbar steigender Mangel
- ▼ Die „Zahlungsbereitschaft für steigende Attraktivität der Gesundheitsberufe“ ist in den vorangestellten Berechnungen noch nicht eingepreist

Qualitative Aspekte des demographischen Wandels für das Gesundheitswesen

- ▼ Die Alterung der Gesellschaft stellt auch qualitativ eine Herausforderung an das Gesundheitswesen dar
- ▼ Weitere Zunahme der Multimorbidität
- ▼ Das deutsche Gesundheitswesen ist hierauf erst in ersten Ansätzen eingestellt
- ▼ vernetzte, interdisziplinäre und intersektorale (Gesundheit u. Soziales) Angebote gewinnen an Bedeutung
- ▼ Ausbau von Geriatrie als Querschnittsaufgabe erforderlich
- ▼ Multimedikation in den Fokus nehmen

Versagen der Politik bei den Investitionskosten korrigieren / I

Landesmittel für KH- Investitionen	in. Mio. Euro				Veränderung 2014 ggn. 1991 real (VPI: 48,8%)	
	1991	2000	2005	2014	nominal	
Baden-Württemberg	325,8	336,4	281,2	410,0	26%	-15%
Bayern	664,7	613,6	452,6	500,0	-25%	-49%
Berlin	319,4	142,3	114,9	106,5	-67%	-77%
Brandenburg	210,5	165,2	113,6	104,8	-50%	-66%
Bremen	37,2	36,2	34,2	38,6	4%	-30%
Hamburg	70,1	86,7	86,8	137,5	96%	32%
Hessen	182,0	208,4	247,4	241,5	33%	-10%
Meckl.-Vorpommern	122,0	130,4	83,0	55,8	-54%	-69%
Niedersachsen	208,0	235,9	97,3	258,9	24%	-16%
Nordrhein-Westfalen	649,4	469,7	485,8	492,3	-24%	-49%
Rheinland-Pfalz	133,7	143,8	120,3	119,8	-10%	-39%
Saarland	39,6	43,6	23,5	28,6	-28%	-51%
Sachsen	306,8	299,7	166,5	101,0	-67%	-78%
Sachsen-Anhalt	173,8	172,5	179,4	47,9	-72%	-81%
Schleswig-Holstein	69,0	86,7	83,5	90,1	31%	-12%
Thüringen	129,0	207,5	127,1	50,0	-61%	-74%
Gesamt	3.641,0	3.378,3	2.697,0	2.783,2	-24%	-48%

Versagen der Politik bei den Investitionskosten korrigieren /2

- ▼ Fehlgeschlagen ist der moralische Appell an die Bundesländer
- ▼ Auch der Strukturfonds ist kein Ersatz für ausreichende Investitionsmittel
- ▼ Allerdings lenkt er richtigerweise den Fokus:
 - Es geht nicht darum, alle Häuser am Netz zu halten und mit Investitionen auszustatten
 - Aber diejenigen, die wir am Netz halten, brauchen ausreichend Investitionsmittel
- ▼ Alternativen:
 - Bundesmittel
 - GKV-Mittel
 - In beiden Fällen (zumindest mittelfristig) verbunden mit Änderungen in den Kompetenzen bei der Krankenhausplanung

Wahlprogramme – hier: Themenfeld „Krankenhäuser und ihr Personal“

Gegenstand	CDU/CSU	SPD	Grüne/B90	Linke	FDP	AfD
KH-Finanzierung: Investitionskosten		mehr Geld (vom Bund) für Investitionen	Krankenkassen an Investitions- kosten beteiligen	Beteiligung des Bundes	Anreize des Bundes für die Länder zu Investitionen	Abbau des Investitions- staus
KH-Finanzierung: Benutzerkosten	voller Ausgleich der Tarif- steigerungen			Abschaffung der DRGs	Beseitigung von Fehlanreizen bei den DRGs	
Trägerstrukturen				Privatisierungen rückabwickeln		
Pflegepersonal		besser bezahlen, Mindest- personal- schlüssel einführen	Mindest- personal- schlüssel einführen	besser bezahlen, Mindest- personal- schlüssel einführen		Mindest- personal- schlüssel einführen; Pflege erlöswirksam machen

Eigene Zusammenstellung

Versagen der Politik bei den Investitionskosten korrigieren /3

- ▼ Übergang zur Monistik vollziehen
- ▼ Die kalkulationstechnischen Voraussetzungen liegen vor
- ▼ Nicht warten, bis der Investitionsstau abgebaut ist
- ▼ Rücklagen der GKV für den Start nutzen
- ▼ Die Übergangsprobleme (z.B. die ungleichen Startchancen) sind komplex aber beherrschbar

Fortschritte bei der Überwindung der Sektorengrenzen erzielen / I

- ▼ Konsens, dass historisch entwickelte Sektorengrenze ambulant/
stationär den Versorgungsnotwendigkeiten nicht mehr entspricht
 - Qualitäts-, Kapazitäts- und Kostenthema
- ▼ Kreierung pluraler ambulanter Behandlungsformen am Krankenhaus
seit 25 Jahren als Ausweg
 - Jedes Reformgesetz eine weitere Behandlungsform
- ▼ Flickenteppich an Regulierung bzgl. Bedarfsplanung, Vergütung incl.
Bereinigung, Innovationszugang, Qualitätssicherung: Keine Rechtsform
gleich der anderen

Fortschritte bei der Überwindung der Sektorengrenzen erzielen /2

- ▼ Ordnungspolitische Konsolidierung des Flickenteppichs geboten
 - „One fits for all“ ist allerdings unrealistisch, da es zu berücksichtigende Besonderheiten (z.B. bei der Notfallversorgung) gibt
- ▼ Unterschiedliche Optionen; realistisch ist kein „Big Bang“, sondern ein kontinuierlicher Prozess in folgende Richtung:
 - G-BA als Regulierungsinstanz wird ausgebaut
 - Weiterentwickeltes §90a-Gremium als Nukleus einer sektorübergreifenden Versorgungsplanung
 - Weitergehende Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante (fach)ärztliche Versorgung
 - DRG-ähnliche Konstrukte als Kern der Vergütung

Überblick:

- ▼ Vorfrage
- ▼ Zentrale Aufgaben im Spannungsverhältnis Ökonomie und Medizin 2018 bis 2022
- ▼ Was sonst noch wünschenswert wäre

„Wunschliste“ mit Blick auf die Krankenhausversorgung

- ▼ Finanzierung von finanziellen Auswirkungen von Tarifverträgen im Krankenhaus auf eine dauerhaft sichere Basis stellen
- ▼ Neuregelungen im Bereich der Qualitätssicherung durch das KHSG „in Ruhe“ entwickeln lassen und monitorieren (und nicht – wie so oft – vor Entfaltung schon wieder reformieren)
- ▼ Balance zwischen Mindestpersonalausstattung und Flexibilität für das Management finden
- ▼ Konzeptionelle Klarheit zwischen Zentrenbildung und Sanktionierung von Mengenwachstum entwickeln

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Prof. Dr. Jürgen Wasem

**Medizinische Fakultät &
Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät**

**Gesundheitsökonomisches Zentrum CINCH &
Lehrstuhl für Medizinmanagement**

Universität Duisburg-Essen