

Zurück zur guten alten Zeit?

Auswirkungen von Corona auf die Gesundheitsversorgung

9. September 2021

Wenn wir den Status quo beibehalten, steuern wir auf eine **Rationierung** von Gesundheitsleistungen und damit auf eine **ungünstige politische Gemengelage** zu

Hauptgrund dafür ist nicht „Corona“, sondern die anstehende **Beschleunigung der Alterung der Gesellschaft**

Die Erkenntnisse aus „**Corona**“ können uns helfen, offen für Veränderungen zu sein

Agenda

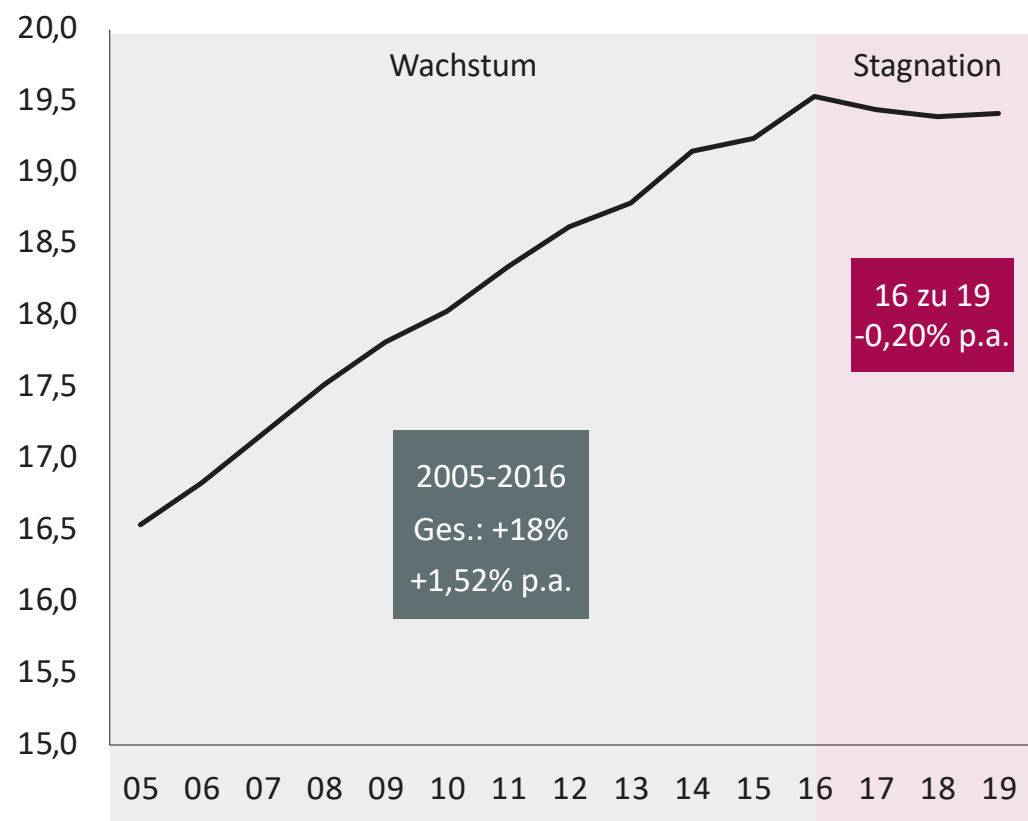


Herausforderungen

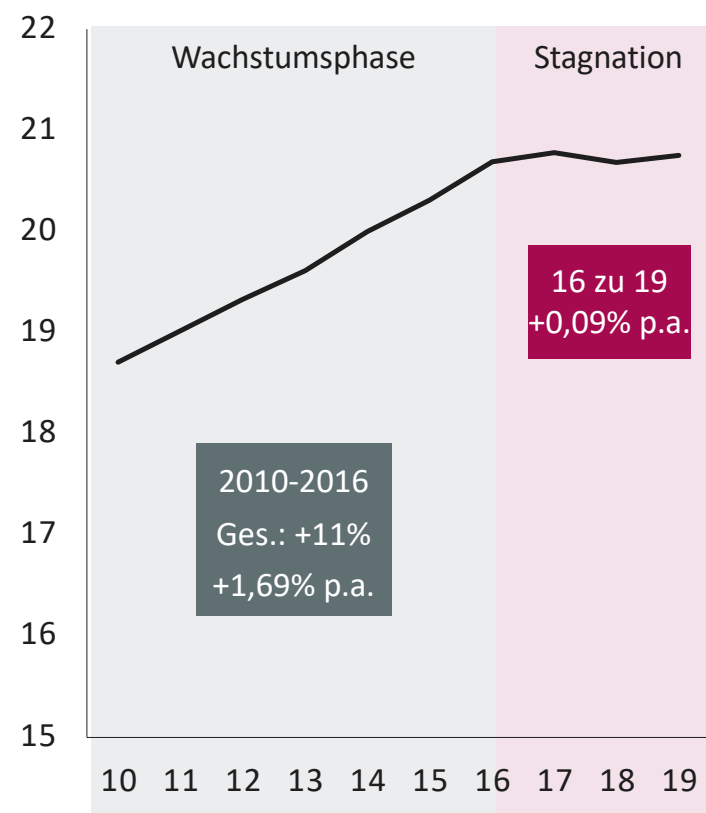
Optionen

Bereits vor Corona, seit 2017 stagnierte die stationäre Leistungsmenge

Stationäre Fälle in Mio.



Casemixvolumen in Mio.

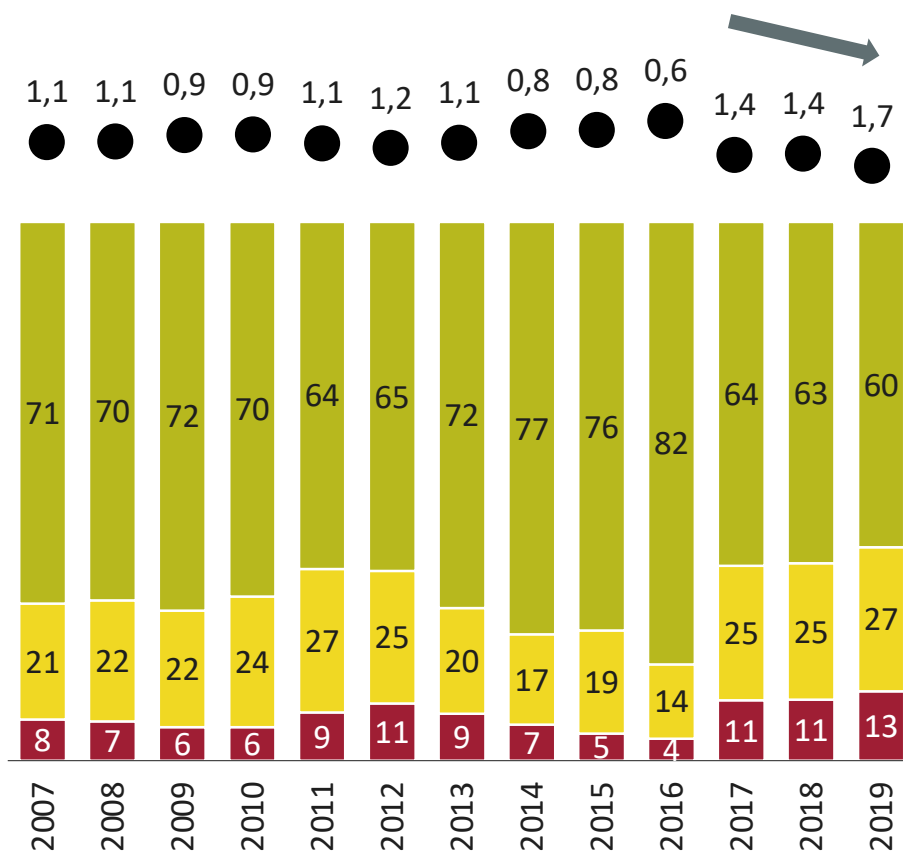


Quelle: Krankenhaus Rating Report 2021

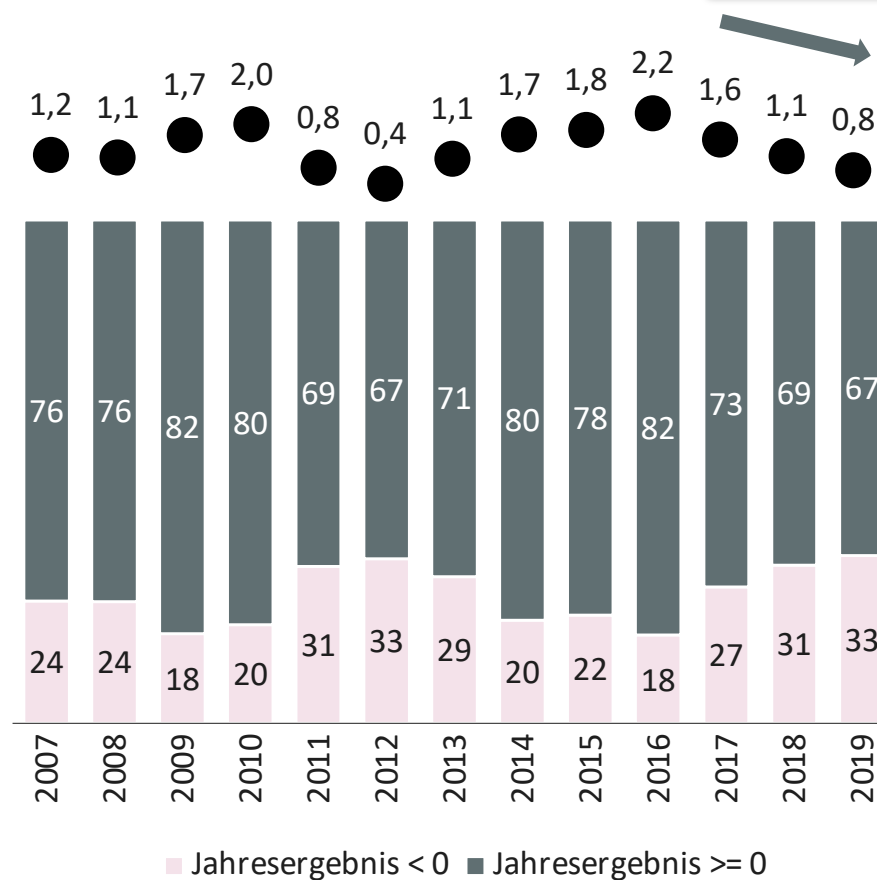
Seit 2017 hat sich auch die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser verschlechtert



Ausfallwahrscheinlichkeit in % und Ampelklassifikation



Jahresergebnis⁽¹⁾ (als Anteil an Erlösen)



Auf Standortebeine 2019 vermutlich 41% mit Jahresverlust

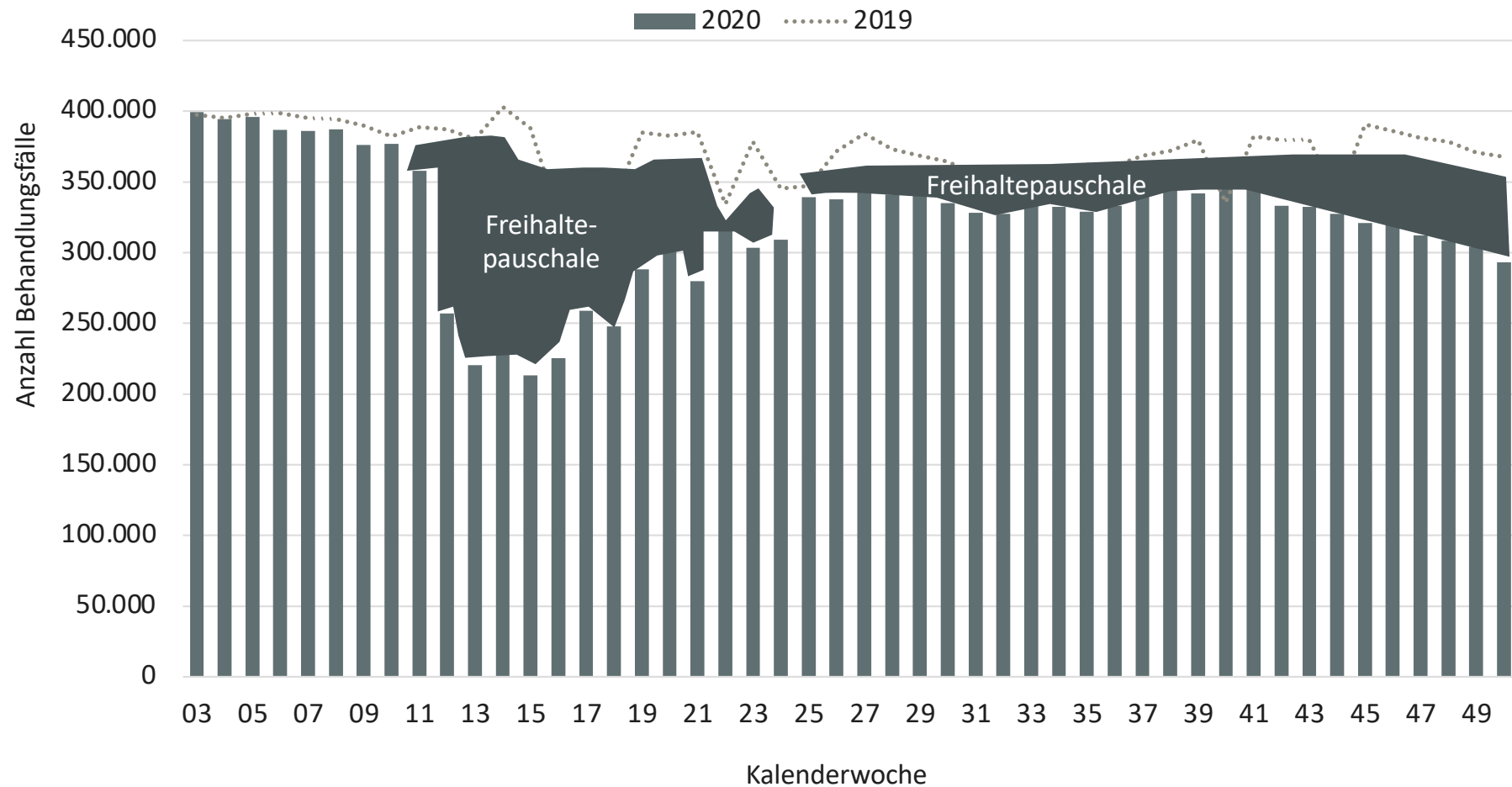
(1) EAT, Earnings after tax

Anmerkung : Die jährliche Stichprobengröße schwankt zwischen 810 und 984 Einrichtungen.

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2021

Im Jahr 2020 massiver Rückgang der Fallzahlen um fast 13%

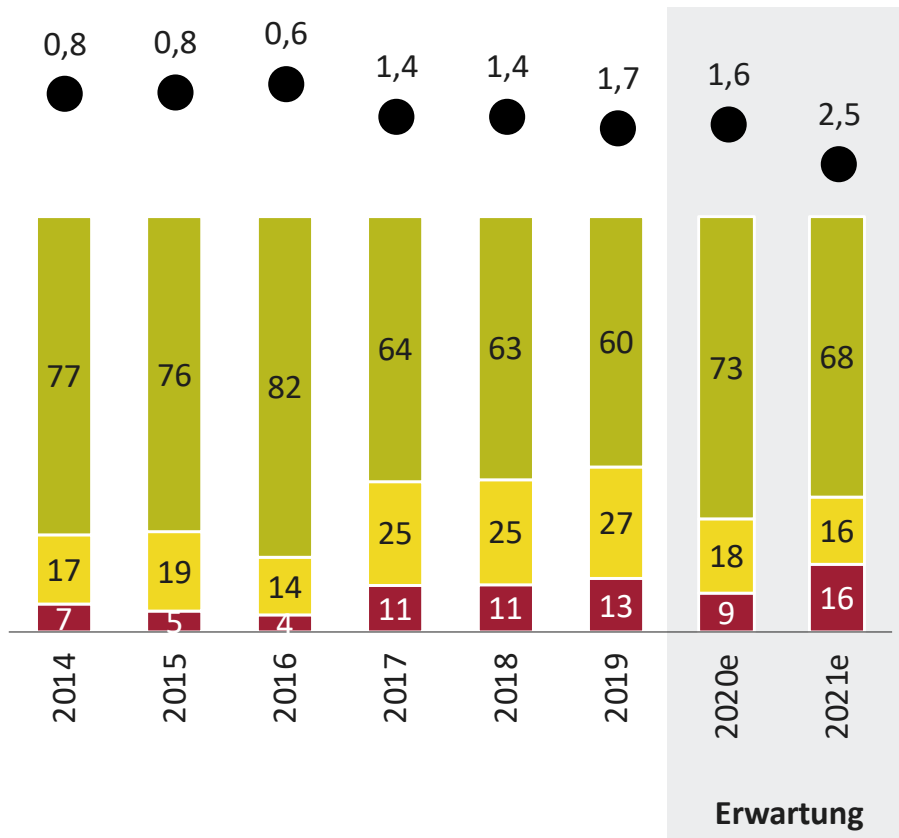
Erlösausfälle durch Freihaltepauschale aufgefangen



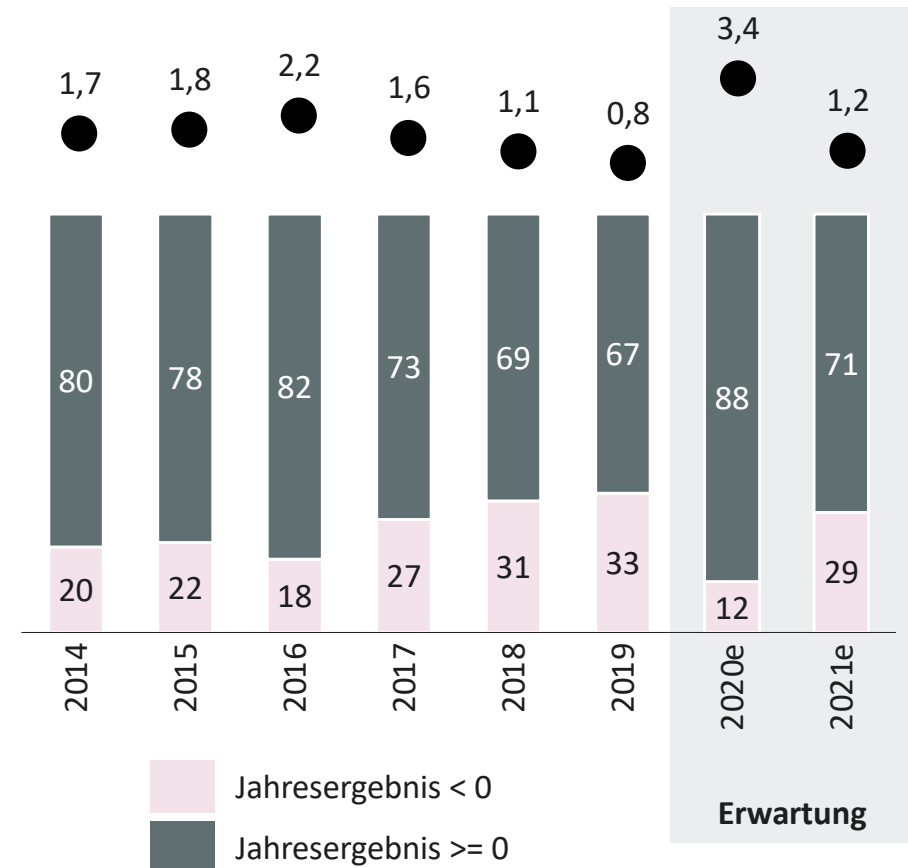
Quelle: RWI / TU Berlin (Basis InEK-Daten 2020)

Zuzüglich weiterer Maßnahmen, die vor und während Corona einge- leitet wurden, Verbesserung der wirtschaftlichen Lage 2020 erwartet 2021 noch leicht besser als 2019

Verteilung nach Rating-Ampel und
Ausfallwahrscheinlichkeit



Jahresergebnis in % der Erlöse



Ruhe vor dem Sturm?

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2021

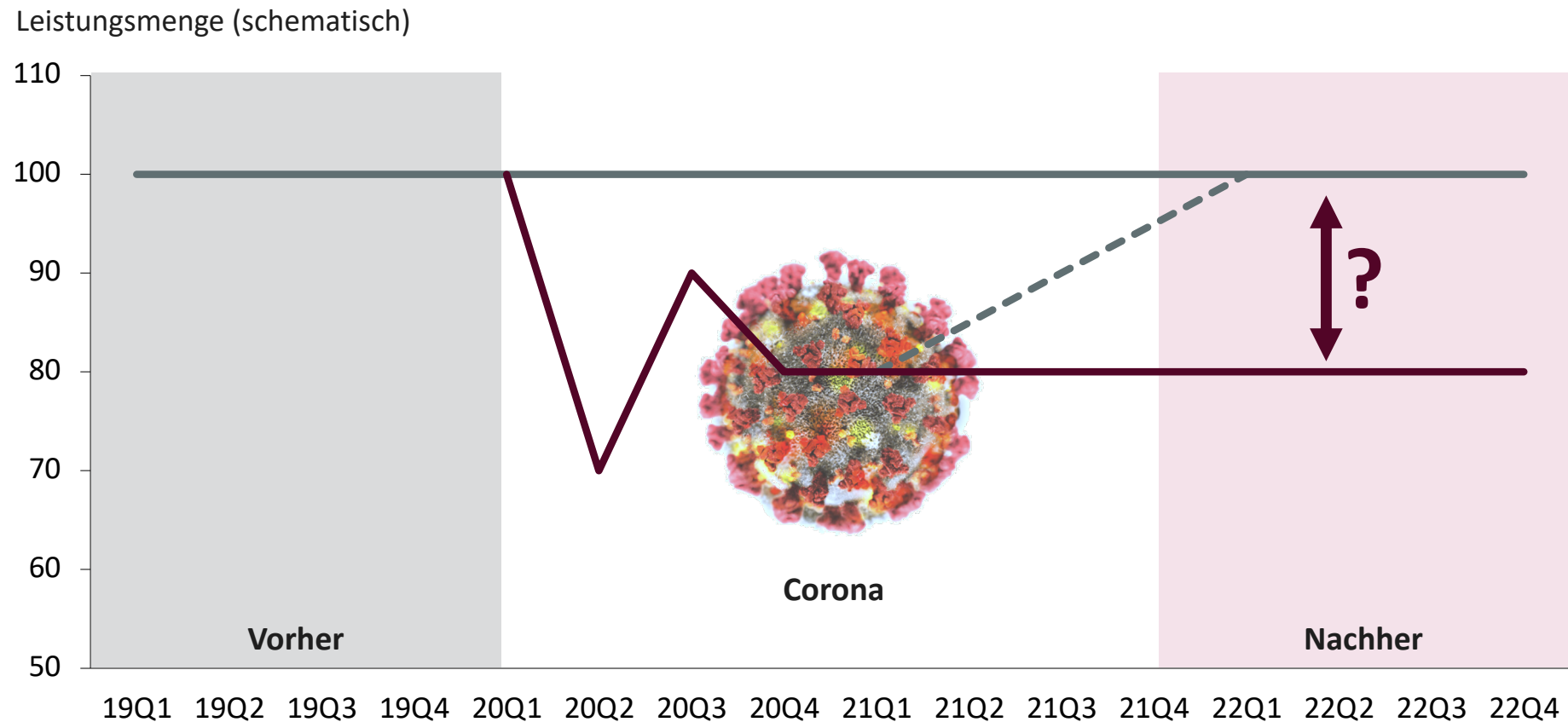
Welche Faktoren bestimmen das laufende Jahrzehnt?

**Folgen von
Corona**

**Beschleunigung des
demografischen
Wandels**

**Technologische
Veränderungen**

Nach Corona: Altes Niveau oder „Neustart“?



Quelle: hcb

Dabei tun sich eine Menge Fragen auf

1

Welche Arten von Leistungen hat es bisher **am meisten getroffen**?

2

Bei welchen Leistungen war die **Reduktion von kurzer Dauer**, bei welchen hält sie an?

3

Gibt es **Nachholeffekte**?

4

Welche Leistungen werden **stattdessen ambulant erbracht**?

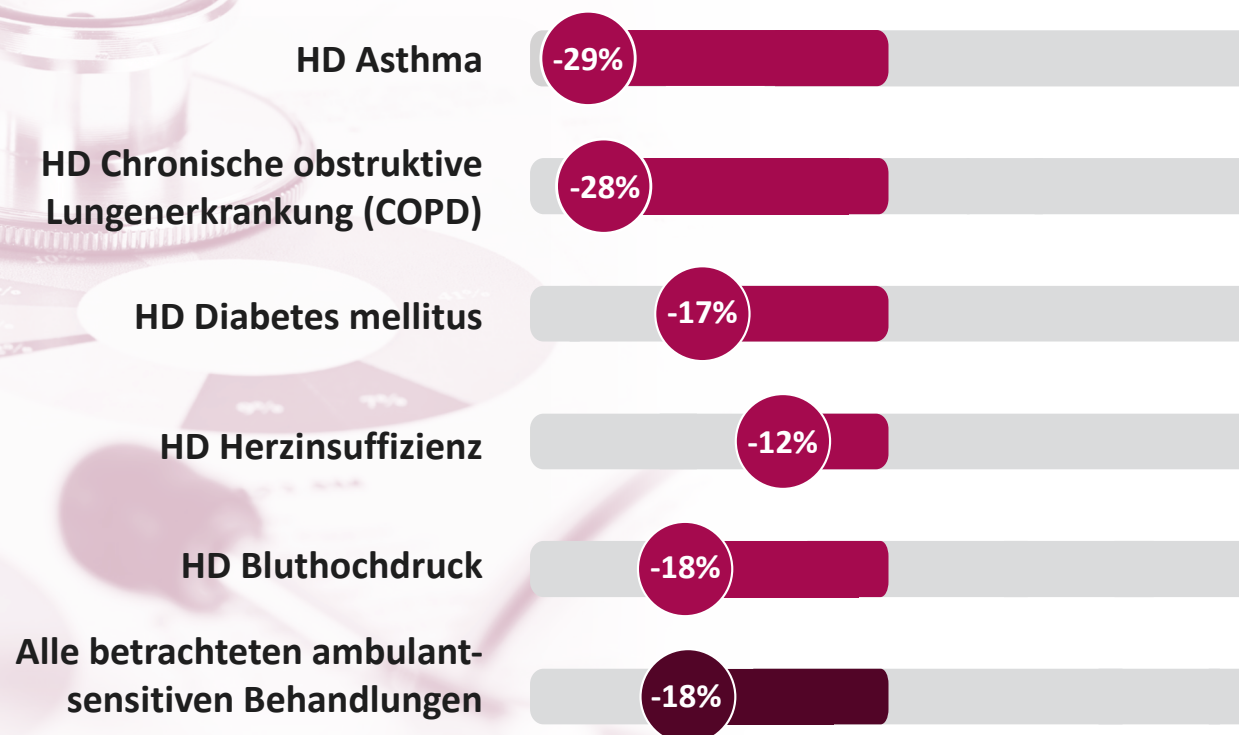
5

Welche Leistungen werden **nach der Pandemie** wieder zurückkommen?

6

Welcher **zusätzlicher Bedarf** ist **coronabedingt** zu erwarten?

Im Jahr 2020 weniger Behandlungen von ambulant-sensitiven Fällen als 2019, Verstärkung der Entwicklung möglich



Anmerkung: HD: Hauptdiagnose
Quelle: RWI/TU Berlin

Auch 2021 weiterhin niedrige stationäre Fallzahlen

Analysen des WIdO zur dritten Welle

Behandlungsanlass	Jan bis Feb	1. PW Mrz bis Mai	Jun bis Sep	2. PW Okt bis Feb 21	3. PW Mrz bis Mai 21
Alle Fälle (Somatik)	→ -2 %	↓ -27 %	↘ -8 %	↓ -20 %	↓ -16 %
Notfall-Behandlungen					
Herzinfarkt	→ -4 %	↓ -16 %	→ -1 %	↓ -13 %	↓ -11 %
Schlaganfall	→ 0 %	↓ -12 %	→ -2 %	↘ -9 %	↘ -8 %
Operation einer Hüftfraktur	→ -1 %	→ -1 %	→ -2 %	→ -1 %	↘ -7 %
Krebs-Operationen					
Operative Entfernung von Brustkrebs	→ -3 %	↘ -10 %	↘ -5 %	↘ -6 %	→ -3 %
Operative Entfernung von Darmkrebs	→ -5 %	↓ -17 %	↘ -5 %	↓ -18 %	↓ -13 %
Planbare, weniger dringliche Operationen					
Hüftprothesenimplantation bei Arthrose	→ -4 %	↓ -44 %	↑ 13 %	↓ -22 %	↓ -13 %
Gebärmutterentfernung bei gutartiger Neubildung	→ -4 %	↓ -41 %	→ 4 %	↓ -24 %	↓ -16 %
Ambulant-sensitive Behandlungen					
Herzinsuffizienz	→ 0 %	↓ -26 %	↘ -6 %	↓ -23 %	↓ -16 %
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	↘ -7 %	↓ -41 %	↓ -20 %	↓ -51 %	↓ -45 %
Asthma	↘ -6 %	↓ -39 %	↓ -21 %	↓ -50 %	↓ -49 %
Diabetes mellitus	→ -3 %	↓ -29 %	↘ -10 %	↓ -27 %	↓ -22 %

Anmerkung: Aufgrund unterschiedlicher Anzahl von Wochenenden oder Feiertagen können einige Monate etwas fallzahlschwächer/-stärker sein als der Vergleichsmonat. ↓ Rückgang um mehr als -10 %, ↘ Rückgang zw. -5 % und -10 %, → Änderung zw. -5 % und +5 %, ↗ Anstieg zw. 5 % und 10 %, ↑ Anstieg größer als 10 %. Abgeschlossene vollstationäre KH-Fälle. Vergleich Fälle der Monatsgruppe im Jahr 2020/2021 mit entsprechender Monatsgruppe 2019. Dargestellt wird die Veränderung in Prozent.

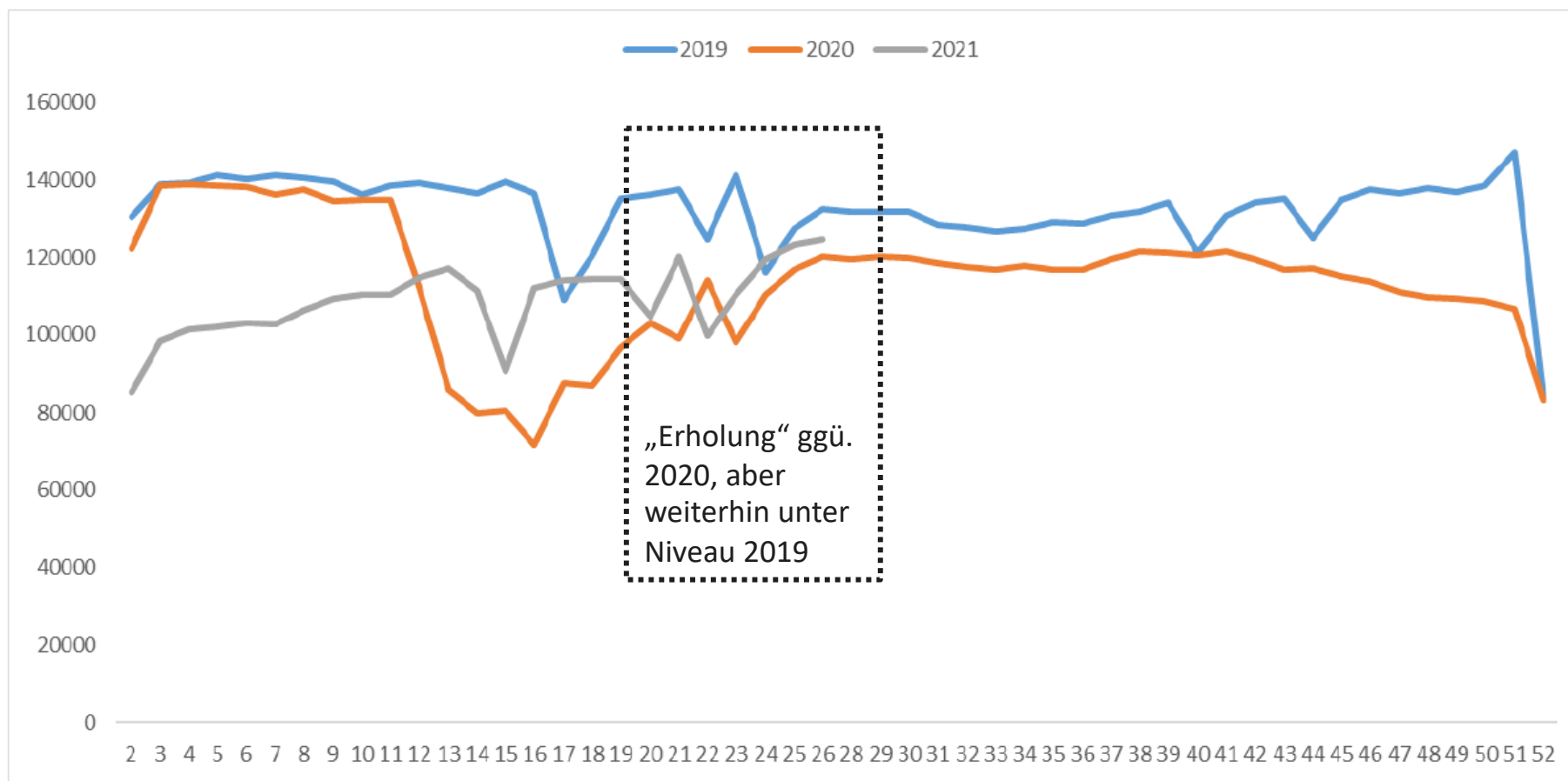
PW – Pandemiewelle.

Quelle: AOK-Abrechnungsdaten nach § 301 SGB V

Im Juni 2021 werden die Leistungszahlen von 2019 noch nicht erreicht

Analyse von IQM zum ersten Halbjahr 2021

Anzahl Fälle je Woche



Quelle: Analyse von 427 IQM-Krankenhäuser vom 2.8.2021

2021 dauerhaft? = Luftfahrtbranche?

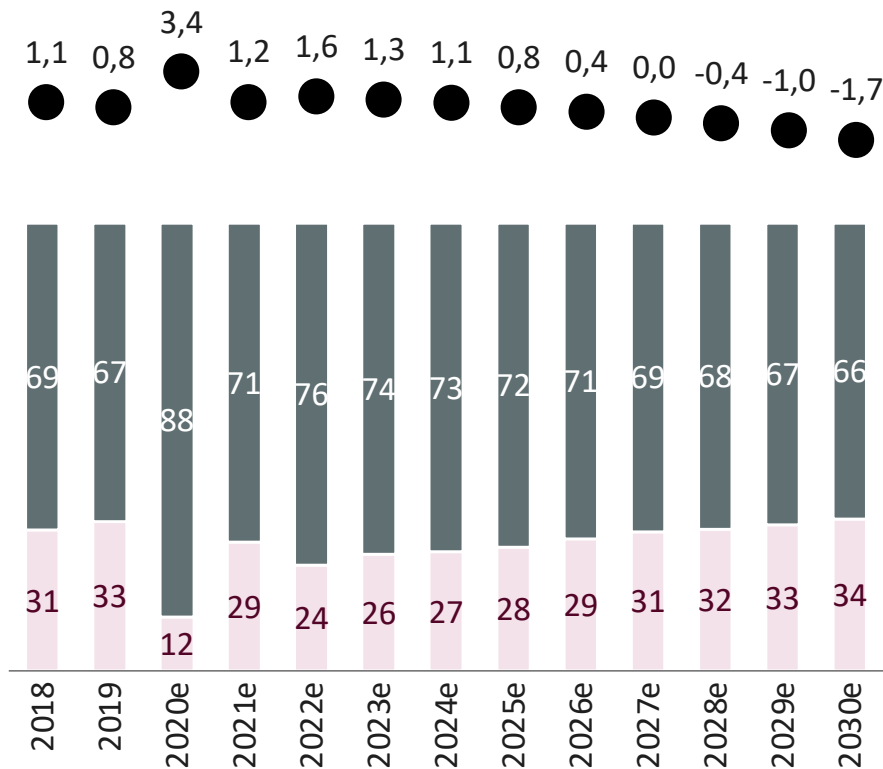
**Schöpferische
Zerstörung 2022ff?**



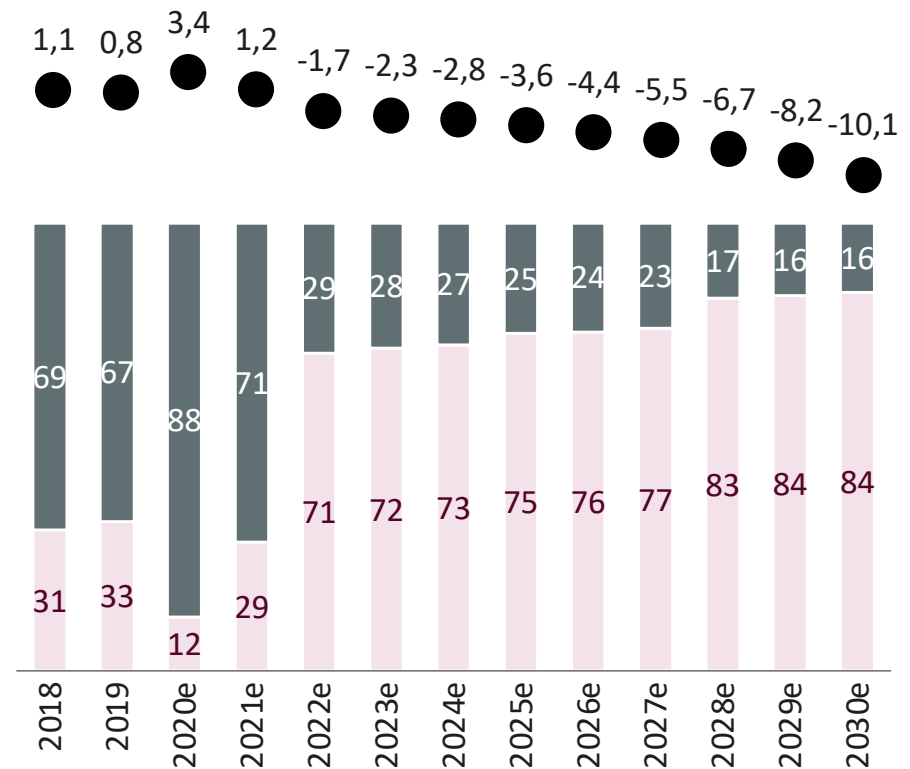
Quelle: hcb

Massiver Einbruch der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser bei anhaltend niedrigen stationären Fallzahlen

2022 zurück zum alten Leistungsniveau 2019⁽¹⁾



2022 bleibt auf dem Niveau 2020/2021



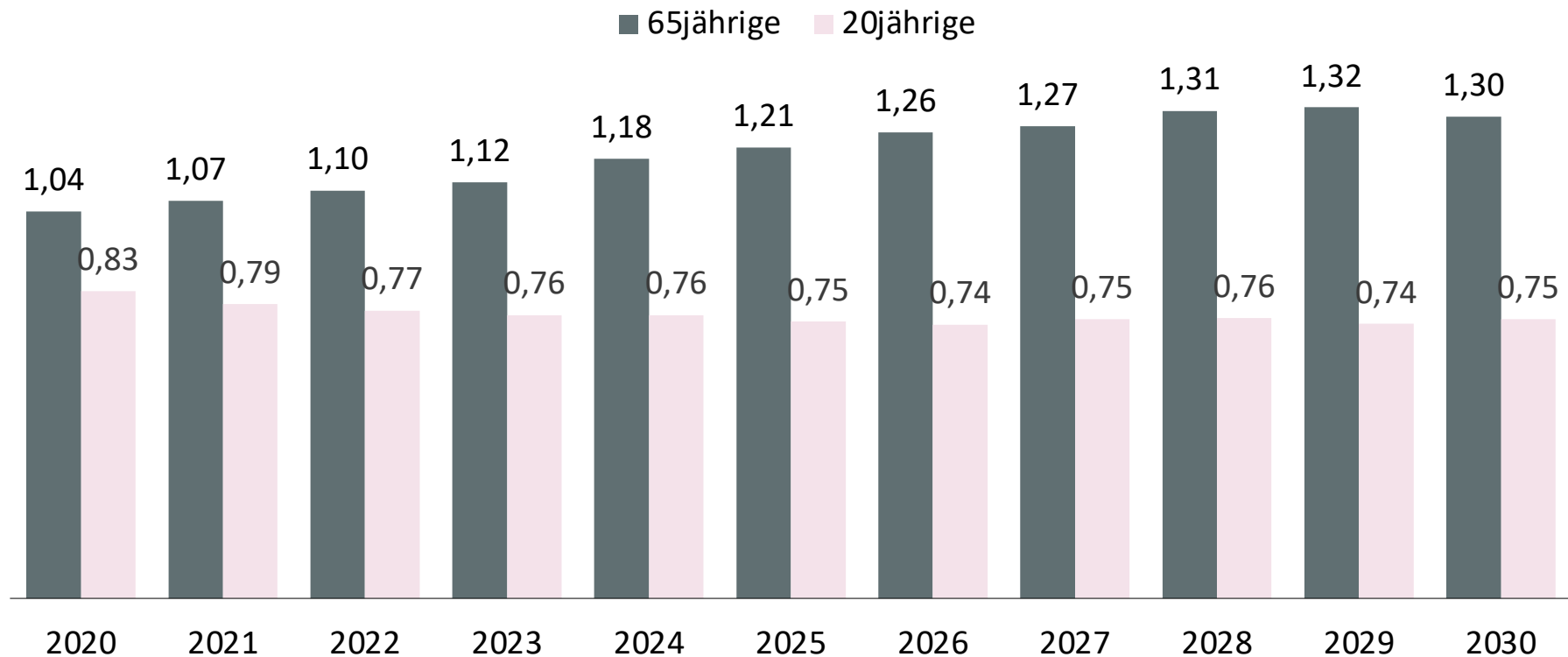
Jahresergebnis < 0
 Jahresergebnis >= 0

(1) Fortschreibung des Status quo unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung, stabiler Orientierungswert, steigende Löhne, zu erwartende Sondereffekte aus Corona-Krise 2020 und 2021, danach Rückkehr der Fallzahlen zum Vorkrisenniveau 2019
 Quelle: Krankenhaus Rating Report 2021

Beschleunigung des demografischen Wandels

Bevölkerungsentwicklung am Beispiel der 20jährigen und 65jährigen

Anzahl in Tausend



Das heißt, immer weniger Menschen können mithelfen, eine Medizin und Pflege in Würde zu erbringen

Quelle: Bevölkerungsvorausberechnung 13te Deutschland bis 2060, Variante 2: Kontinuität bei stärkerer Zuwanderung

**Kriegen wir den Wunsch
nach einer guten Versorgung
einerseits und weniger zur
Verfügung stehender Arbeits-
zeit andererseits unter
einen Hut?**

Agenda



Herausforderungen

Optionen

Potenziale hätte das Gesundheitswesen noch reichlich zu bieten



Prävention
Reduktion der Bedarfe



**Sektorenübergreifende
Versorgung und
Ambulantisierung**
Komplexe ambulante Leistungen



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

**Neue
Technologien**

Digitalisierung Tele-
medizin, KI, Robotik



**Zentralisierung und
Schwerpunktbildung**

Sowohl in der stationären als
auch ambulanten Versorgung,
Berücksichtigung von Erreichbarkeit



Neues Zielbild für die Gesundheitsversorgung nötig?

**100% Patienten-
orientierung!**

**Ethisch ist, was
Ressourcen spart!**



Zehn Tipps von Elon Musk

1. Arbeiten Sie hart
2. Legen Sie sich ein dickes Fell zu
3. **Stellen Sie den Status quo in Frage**
4. Folgen Sie nicht blind jedem Trend
5. **Denken Sie ein Produkt oder einen Service nur vom Kunden her**
6. Gehen Sie bewusst Risiken ein
7. Arbeiten Sie auf ein höheres Ziel hin
8. **Seien Sie attraktiv für Fachkräfte**
9. Holen Sie konstant Feedback ein
10. Scheitern? Gehört dazu – aber stehen Sie darüber



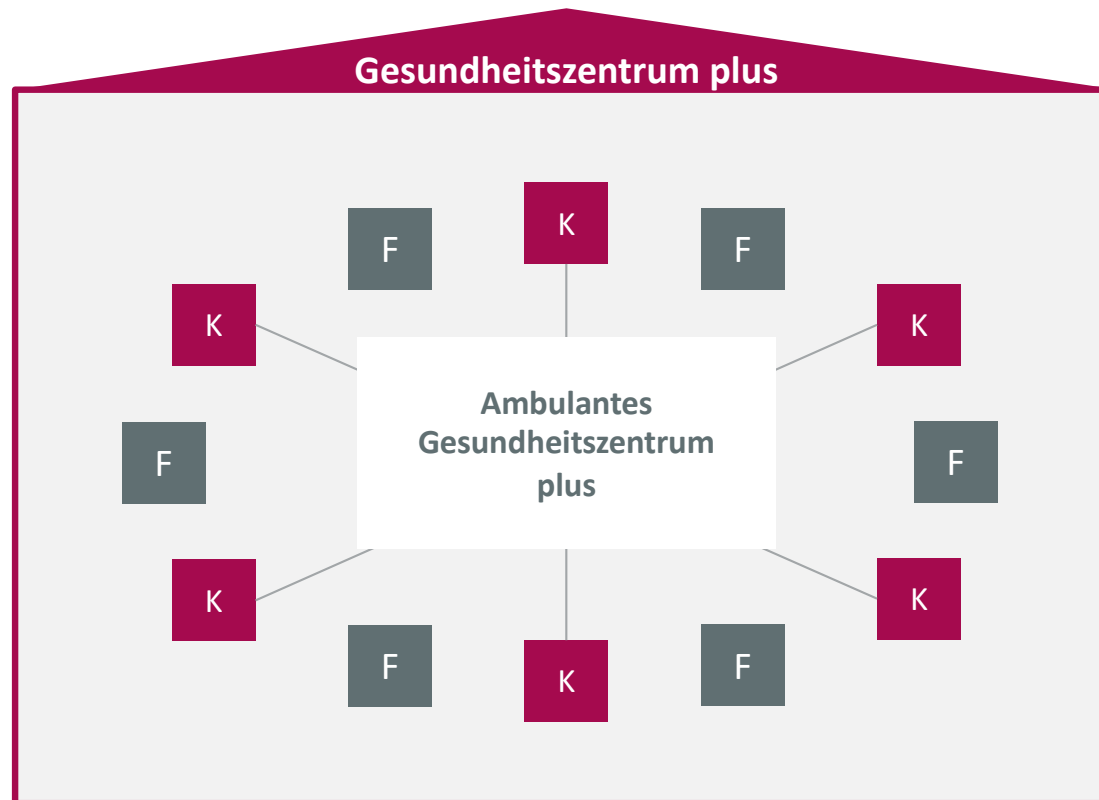
Neue Rolle des Kranken- hauses nötig?

**Zentrum für
fachärztliche
Versorgung**



**Verantwortung für
die Koordination der
lokalen Versorgung**

Bündelung der ambulanten Versorgung in Gesundheitszentren⁽¹⁾

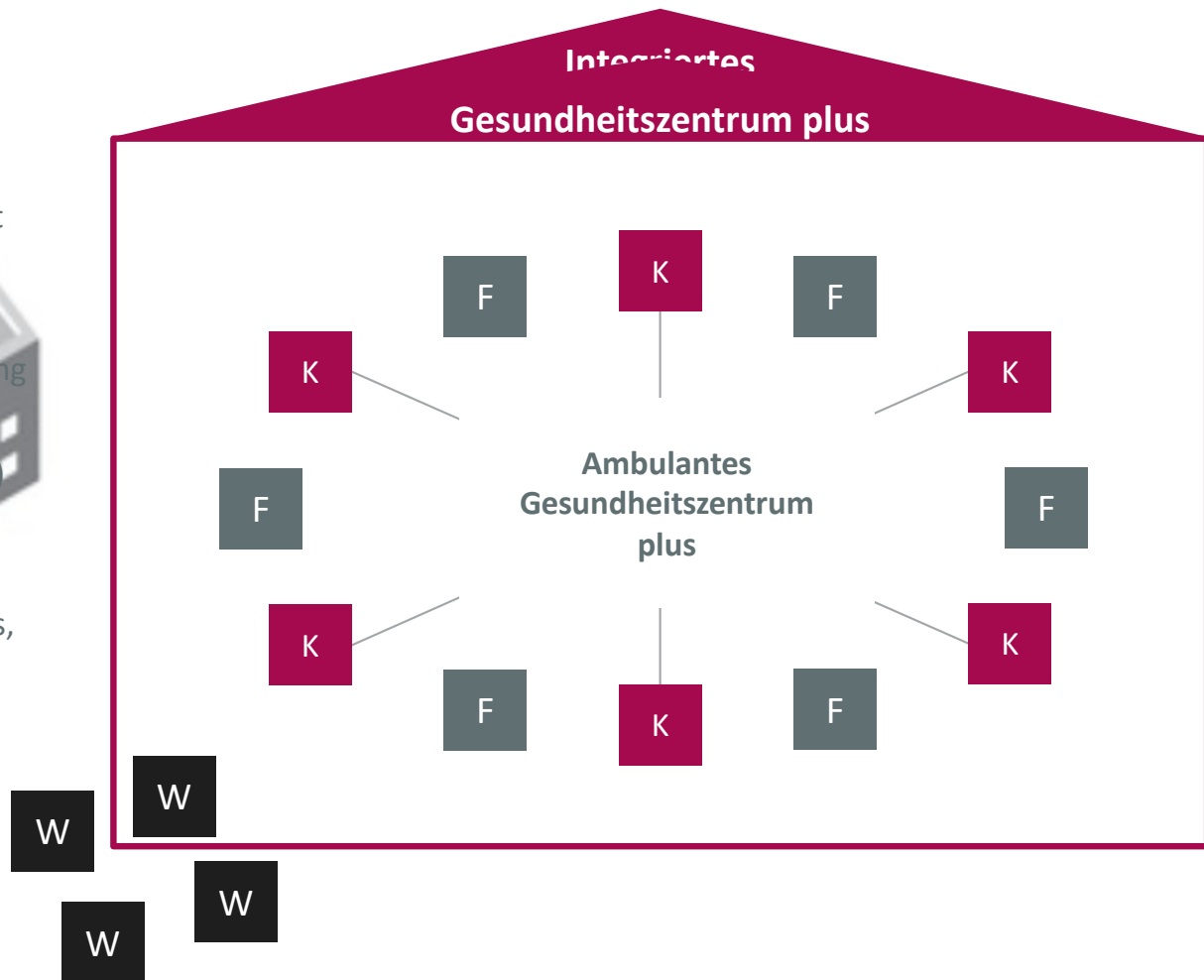


(1) Zum Beispiel nach dem Vorbild der Gesundheitszentren in Finnland
Anmerkung: „F“ steht für Facharzt; „K“ steht für Dezentrale Kümmerer
Quelle: Krankenhaus Rating Report 2021

Kleine Grundversorger können in integriertem Gesundheitszentrum aufgehen und zum Prototyp sektorenübergreifender Versorgung werden

Integriertes Gesundheitszentrum (mit und ohne Betten)

- **Flächendeckende Sicherstellung** stat.+amb. fachärztl. Basisversorgung
- Erreichbarkeit: <30 Min. Fahrzeit
- **Koordination** der Case Manager (K)
- **Mögliche Leistungssegmente:** stationäre Behandlung, komplexe nicht-stat. KH-Leistungen, amb. OPs, Notfallversorgung, Kurzzeitpflege, amb. Pflege, amb. fachärztliche Versorgung



Mit weiteren Diensten vernetzen,
insbesondere im Bereich der
Altenhilfe die **Kurzzeitpflege**

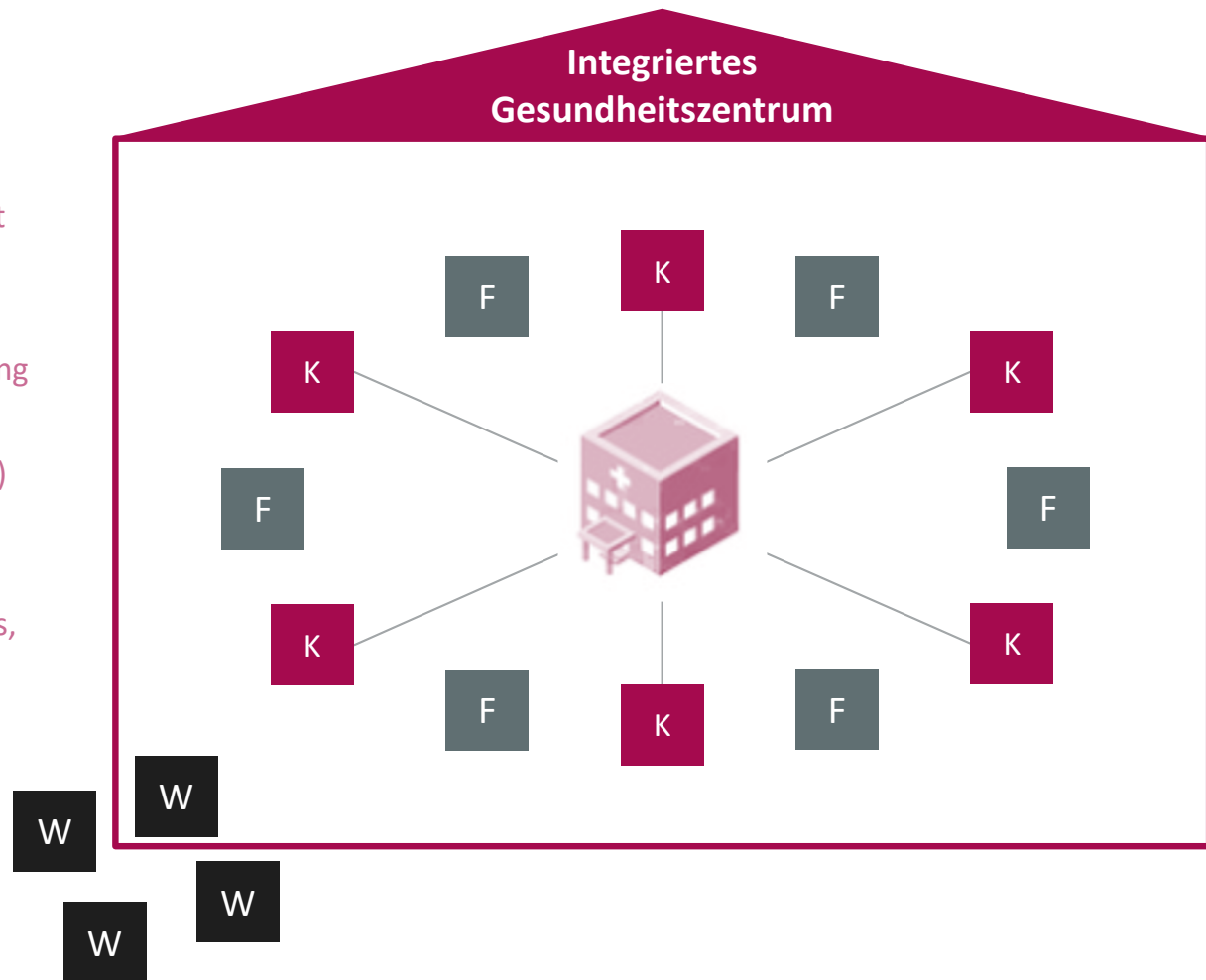
Anmerkung: „W“ steht für weitere Dienste; „F“ steht für Facharzt; „K“ steht für Dezentrale Kümmerer
Quelle: hcb

Kleine Grundversorger können in integriertem Gesundheitszentrum aufgehen und zum Prototyp sektorenübergreifender Versorgung werden

Integriertes Gesundheitszentrum (mit und ohne Betten)

- **Flächendeckende Sicherstellung** stat.+amb. fachärztl. Basisversorgung
- Erreichbarkeit: <30 Min. Fahrzeit
- **Koordination** der Case Manager (K)
- **Mögliche Leistungssegmente:** stationäre Behandlung, komplexe nicht-stat. KH-Leistungen, amb. OPs, Notfallversorgung, Kurzzeitpflege, amb. Pflege, amb. fachärztliche Versorgung

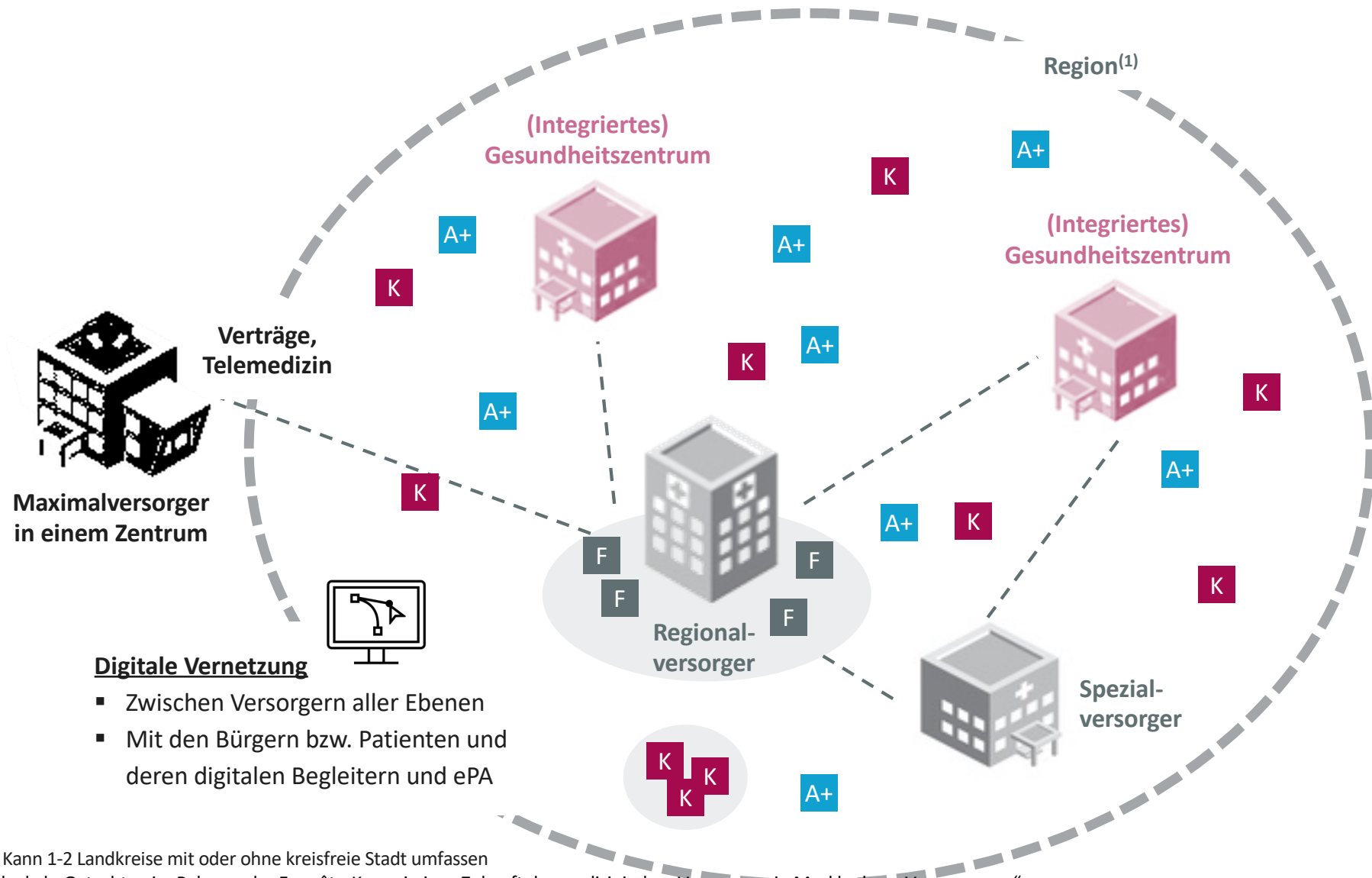
Mit weiteren Diensten vernetzen, insbesondere im Bereich der Altenhilfe die **Kurzzeitpflege**



Anmerkung: „W“ steht für weitere Dienste; „F“ steht für Facharzt; „K“ steht für Dezentrale Kümmerer
Quelle: hcb

Auf Regionsebene organisiert ein großes Krankenhaus als Regionalversorger die Gesundheitsversorgung

Austausch mit den lokalen Gesundheitszentren und überregionalen Maximalversorgern



(1) Kann 1-2 Landkreise mit oder ohne kreisfreie Stadt umfassen

Quelle: hcb; Gutachten im Rahmen der Enquête-Kommission „Zukunft der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern“



Versorgungskategorien bilden: Grundversorger, Regionalversorger, Maximalversorger

Ambulantisierung fördern

Reduktion der Nachfrage über **Prävention** fördern

Public Health stärken

ÖGD aufwerten

Versorgungsforschung ausbauen

Integrierte Gesundheitszentren

Ambulant am Krankenhaus

Sektorenübergreifende **Versorgungsplanung**

Vorhaltung finanzieren

Rettungswesen aufrüsten und regional koordinieren

Aufwertung der Pflege, neues Verständnis des Pflegeberufs schaffen

Potenzial der **Teilzeitbeschäftigten** nutzen

Qualifizierte Zuwanderung

Sektorenübergreifende **Investitionsfördermittel**

Schnittstellen zur Altenhilfe optimieren, **Kurzzeitpflege andocken**

Technologie einsetzen, um Arbeitszeit zu sparen

Sektorenübergreifende Vergütung

Innovationskraft stärken: **Gestaltungsfreiheit**, Outcome-Kontrolle statt Inputvorgaben

Elektronische Patientenakte

Digital vor ambulant vor stationär

Modellprojekte für sektorenübergreifende Regionalbudgets

Mehr Eigenverantwortung für Krankenkassen, **Reduktion aufsichtsrechtlicher Vorgaben**

Mobile Gesundheits- und Pflegeexperten

Praxen von Pflegefachpersonen

Sonderregionen ermöglichen und/oder §140a anpassen

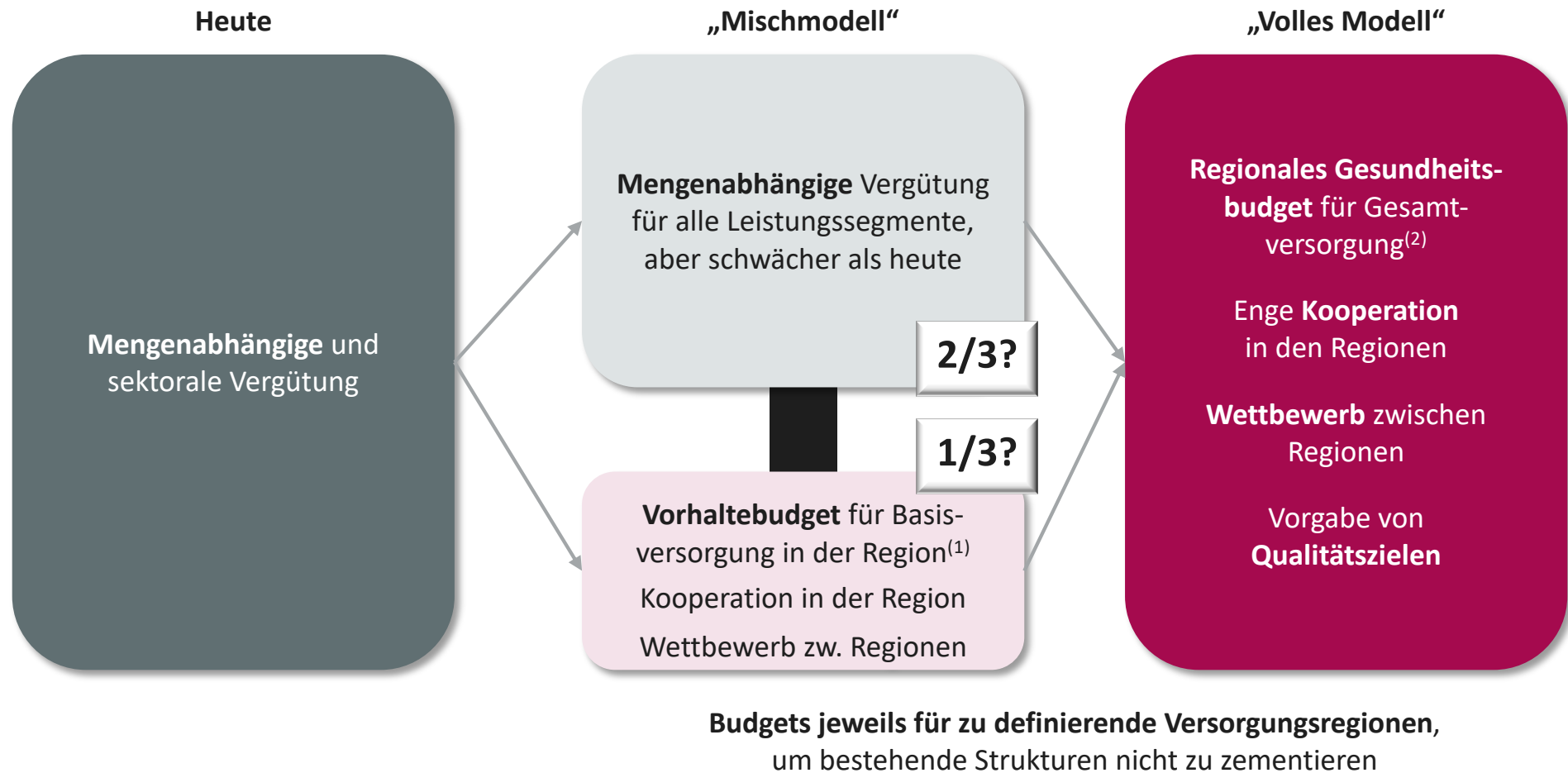
Kooperation innerhalb der Region, **Wettbewerb** zwischen Regionen

Apotheken telemedizinisch einbinden

Gutes Internet in der Fläche

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2021; BARMER Richtungspapier „Zwischenbilanz Corona“

Budgetorientierte Ansätze könnten die Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme sowie die Ambulantisierung fördern



(1) Und für spezielle Leistungsbereiche überregional

(2) Eine Region erhält u.a. in Abhängigkeit von ihrer Bevölkerungs- und Flächenstruktur ein Gesundheitsbudget für mindestens die stationäre und ambulante Akutversorgung

Quelle: hcb / RWI



**Veränderung ermöglichen -
Gesundheitsversorgung
regional und patientenorientiert
weiterentwickeln**

Forderungen zum notwendigen Strukturwandel
im Gesundheitssystem / Leitplanken zur Entwicklung
einer sektorenunabhängigen Versorgung

August 2021

Umstellung auf sektorenübergreifende
Bedarfsplanung

Regionale Vergabe von **Versorgungs-
aufträgen**

Erweiterung der regionalen **Spielräume**

Regionale **Verantwortung** über Kosten und
Qualität

Orientierung an **Ergebnisqualität**

Regionale **Strukturoptimierungen**,
ambulante Gesundheitszentren

Quelle: Helios, AOK, Diakoneo, Bezirkskliniken Mittelfranken

Versorgungsstufen mit klarer Verantwortungsteilung

- i. Umfassend
- ii. Erweitert
- iii. Basis

Klare **Zuordnung** eines Krankenhauses zu einer Stufe,
Vorgaben zur **Erreichbarkeit** je Stufe und Finanzierung der
nötigen Strukturanpassungen

Abbau der Sektorengrenze und sektorenübergreifende Bedarfsplanung

Bundesebene: Je Stufe

- Versorgungsrolle und Anforderungen definieren
- **Vorhaltepauschale** im DRG-System integrieren



Landesebene

- Versorgungsstufe in KH-Planung abbilden
- **Versorgungsaufträge** konkretisieren
- Investitionsmittel nach Stufe vergeben