

Der Krankenhausstrukturfonds

Bestandsaufnahme und Ausblick

27. Juni 2018

Agenda

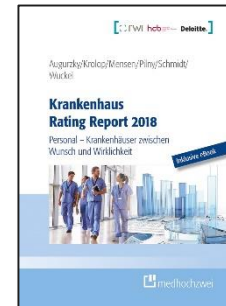


Bestandsaufnahme

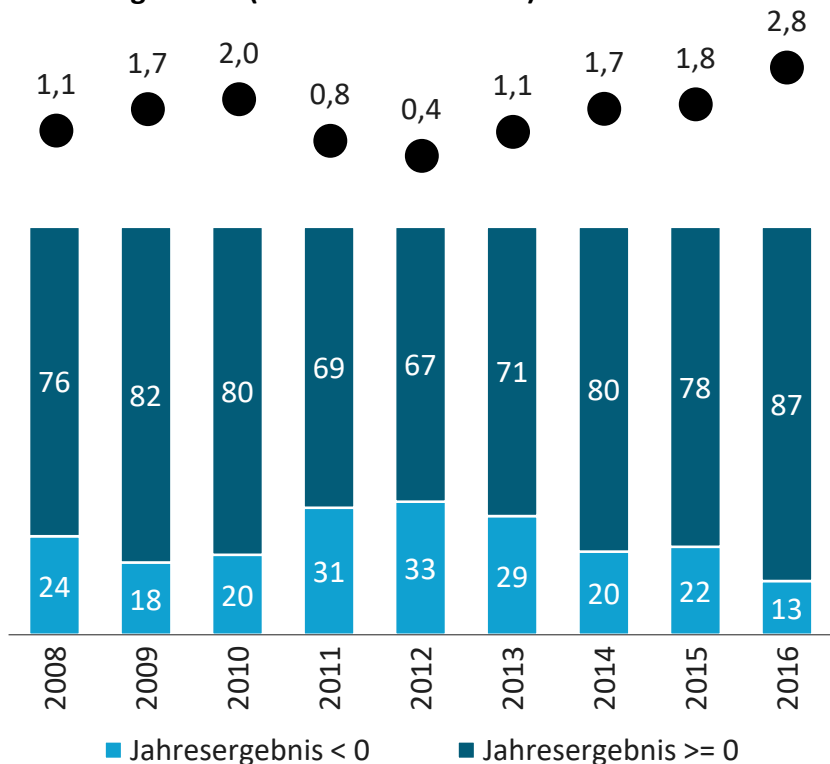
Strukturfonds

Ausblick

Verbesserung der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser im Jahr 2016

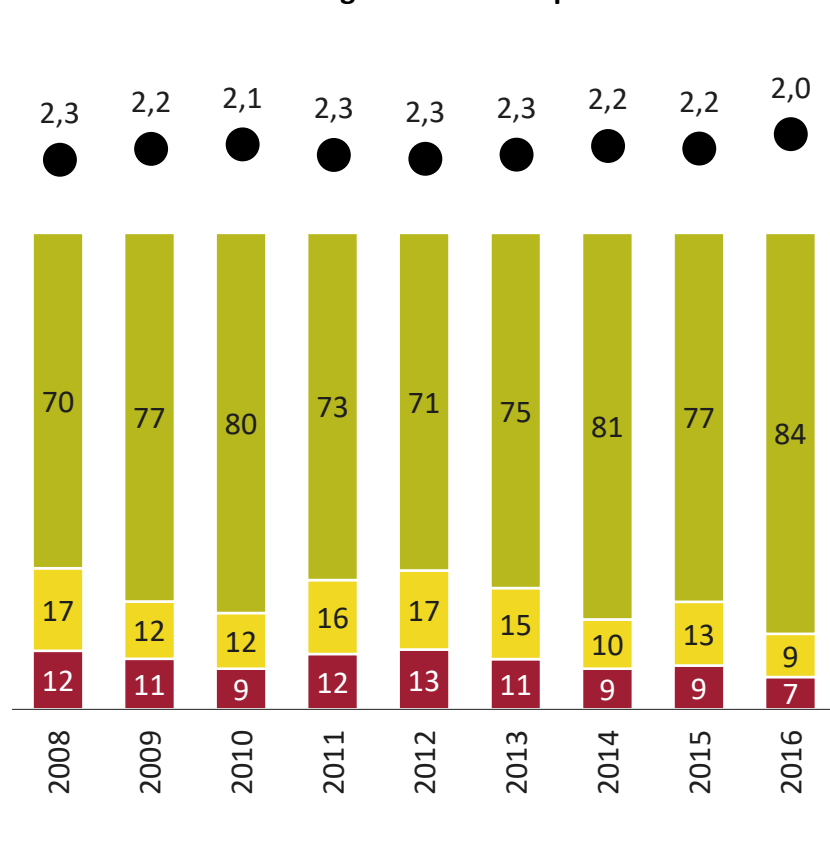


Jahresergebnis⁽¹⁾ (als Anteil an Erlösen)



Auf Standortebebene 2016 vermutlich 24% mit Jahresverlust

Durchschnittliche Ratingnote⁽²⁾ und Ampelklassifikation



(1) EAT, Earnings after tax

(2) Die Ratingnoten gehen von 1 = sehr gut bis 5 = mangelhaft

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

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2018

Bisher beobachtete Zusammenhänge wieder bestätigt



Trägerschaft: private und freigemeinnützige Krankenhäuser schneiden am besten ab, kommunale Kliniken in ärmeren Kreisen schneiden jedoch genau so gut ab wie freigemeinnützige



Bundesländer: Lage in Ost-Deutschland weiterhin am besten, schwierig dagegen in Niedersachsen/Bremen, Bayern, Hessen und Baden-Württemberg



Ländlichkeit: Ländlichkeit selbst kein Nachteil bzgl. der wirtschaftlichen Lage, aber ...



Größe: Kleine Krankenhäuser schneiden schlechter ab als große



Verbünde: Ketten wirtschaftlich solider als Solisten (außer kommunale)



Spezialisierung: wirtschaftlich und besonders bei Patientenzufriedenheit sehr vorteilhaft



Digitalisierungsgrad: wirtschaftlich besser schneiden Kliniken mit einem EMRAM > 1 ab⁽¹⁾

Neu

(1) EMRAM = Electronic Medical Record Adoption Model – Digitalisierungsmaß, das den Fortschritt bei der Einführung von papierlosen, elektronischen Patientenakten und Behandlungspfaden abbildet, von der HIMSS freundlicherweise zur Verfügung stellt

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2018

Lage regional jedoch sehr unterschiedlich

Copyright medhochzwei Verlag

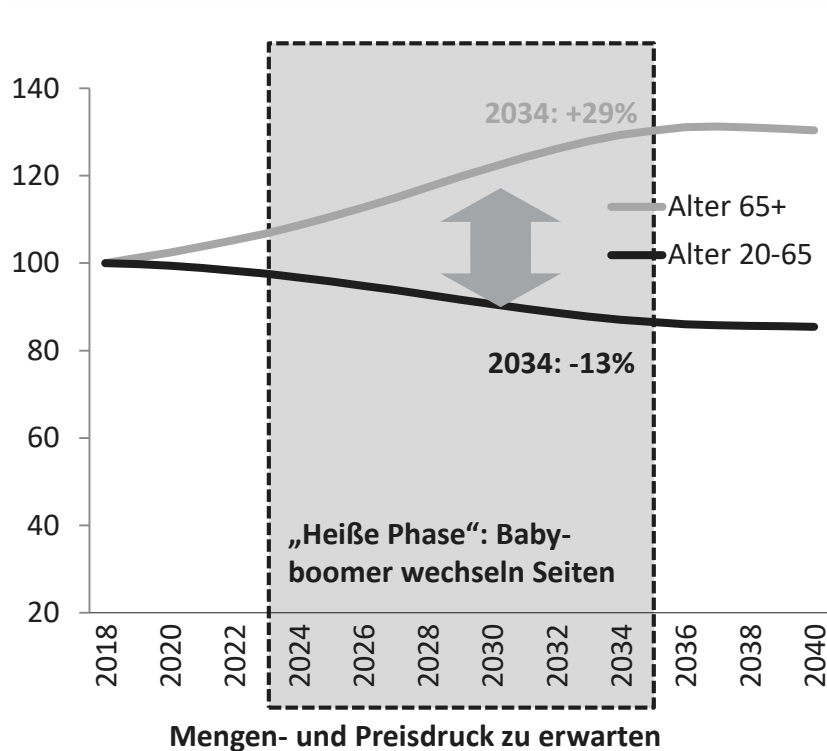
(1) Die Ratingnoten gehen von 1 = sehr gut bis 5 = mangelhaft
Anmerkung: Roter Bereich in ostdeutschen Bundesländern unter 4%
Quelle: RWI / hcb / deloitte.

Ab 2024 Verschärfung des demografischen Problems

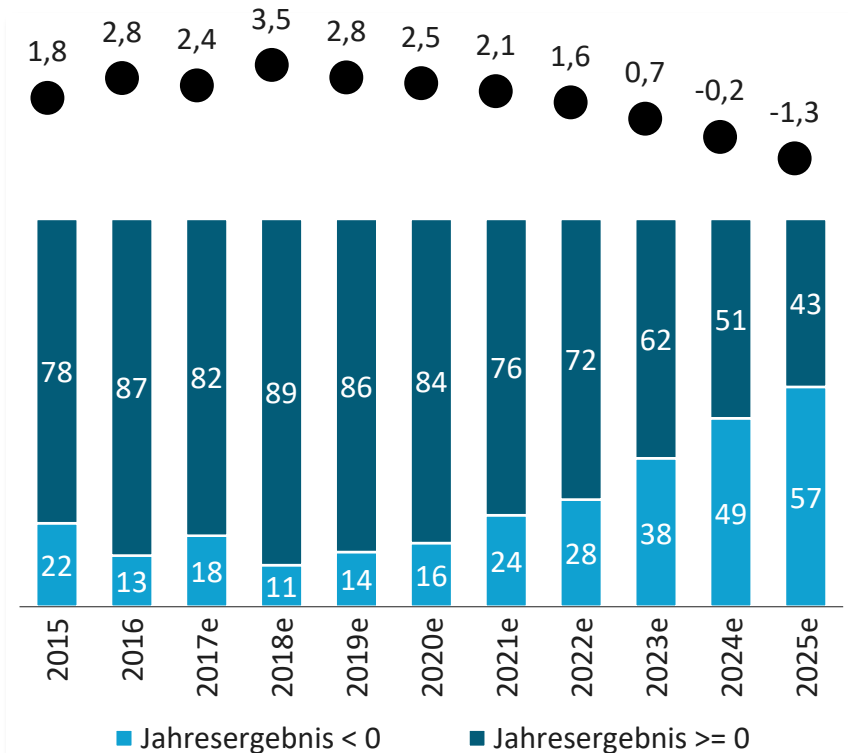
Infolgedessen spürbare Verschlechterung der Lage in 20er Jahren



Bevölkerung normiert auf 100 im Jahr 2018



Jahresergebnis⁽¹⁾ (als Anteil an Erlösen)



Verschiedene Gegenmaßnahmen möglich – eine davon: **Optimierung der Krankenhausstrukturen**

(1) EAT, Earnings after tax

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2018

Agenda



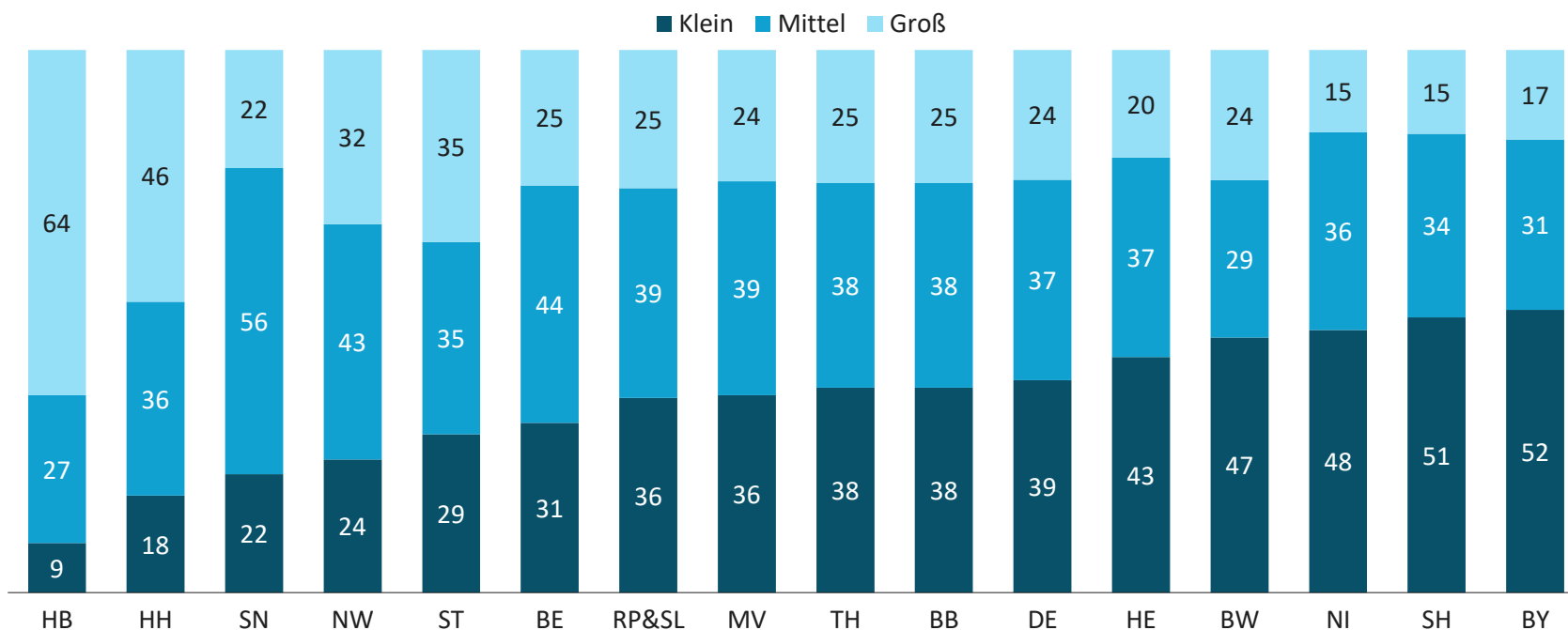
Bestandsaufnahme

Strukturfonds

Ausblick

Krankenhausstrukturen sind vielfach ungünstig ...

Krankenhausgröße: Verteilung nach Größenklassen⁽¹⁾ 2015 in %, nur bettenführende Versorgungskrankenhäuser⁽²⁾



(1) klein: weniger als 150 Betten; mittel: 150 bis 400 Betten, groß: über 400 Betten

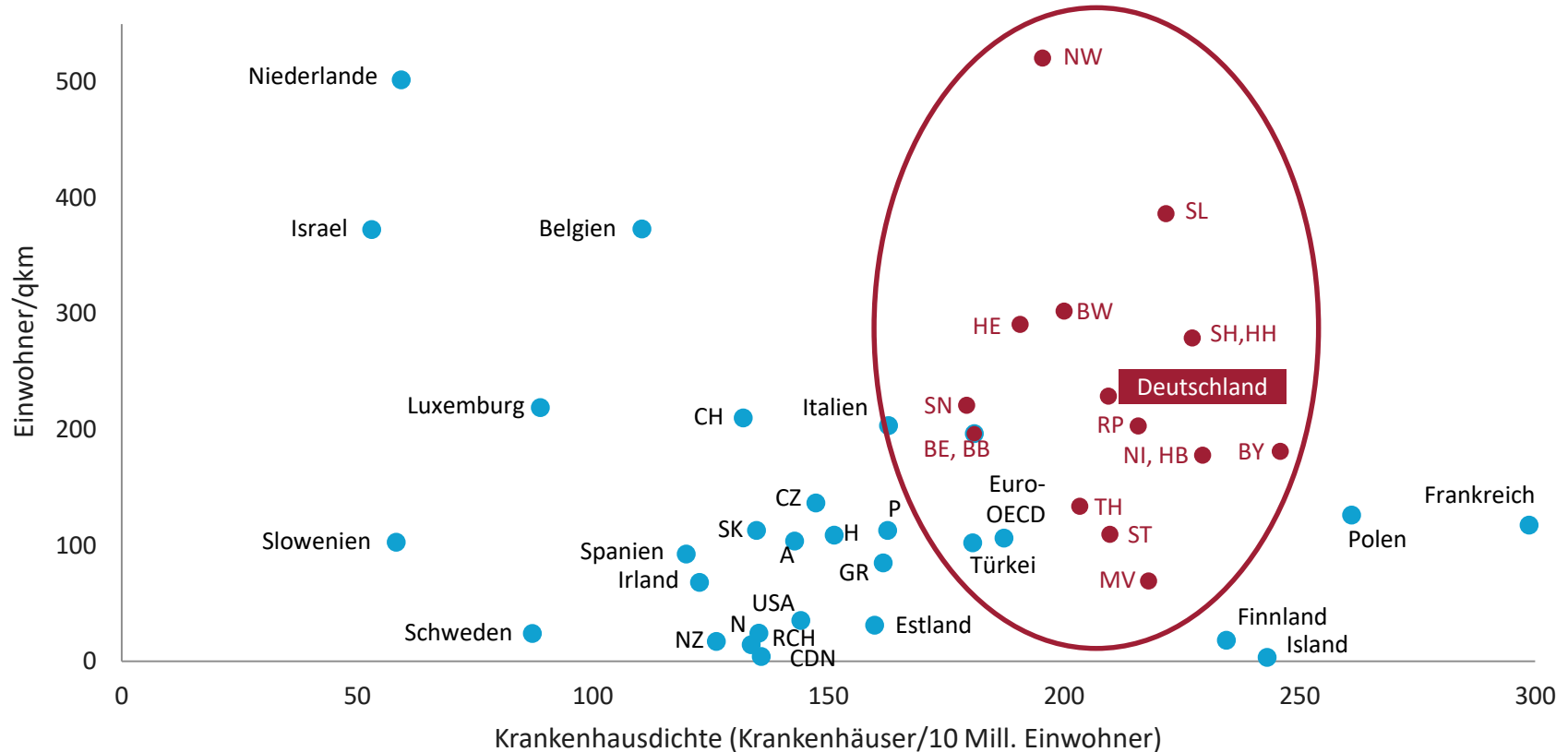
(2) Plankrankenhäuser oder Krankenhäuser mit einem Versorgungsvertrag

Anmerkung: Hamburg und Bremen beruhen auf KHV; Rheinland-Pfalz und Saarland zusammengefasst (fehlende Angaben in der Krankenhausstatistik, Datenschutzrichtlinien)

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2018

... auch im internationalen Vergleich: hohe Klinikdichte in Deutschland

Krankenhausdichte und Bevölkerungsdichte in OECD-Mitgliedstaaten⁽¹⁾



(1) Jeweils aktuellstes Jahr (2012 bis 2015). Daten zu Deutschland aus 2015 beziehen sich auf Versorgungsk-H (Unikliniken, Plan-KH und KH mit Versorgungsvertrag) und psychiatrische Kliniken, Daten zu Schweden aus 2003 und zu Norwegen aus 2000.
Anmerkung: Grundlage der OECD-Länder: „general hospitals“; Australien, Japan und Korea ausgeblendet, weil Werte weit außerhalb des Diagrammbereichs.
Quelle: Krankenhaus Rating Report 2017

Dänemark bündelt derzeit Kapazitäten massiv

Bau des „Superkrankenhauses“

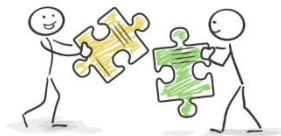


Ziel: Qualitative Verbesserung der Gesundheitsversorgung in den Regionen und trotzdem **Kosten senken**

Umfangreichster Ausbau der Krankenhauslandschaft in der Geschichte Dänemarks

Maßnahmen

- **Zentralisierung** der Behandlungsorte
- Stärkere Ausrichtung auf **ambulante** Behandlung
- Stärkere **Verzahnung von stationär und ambulant**
- **Zusammenarbeit** von Behörden, privaten Unternehmen, Regionen und Krankenhäuser
- Einsatz von **eHealth** und Technik
- **Flexible Arbeitsabläufe**
- Verringern von wiederholten Aufnahmen in Krankenhäuser
- **Verweildauer im Krankenhaus auf 3,8 Tage reduzieren**
- Möglichkeit der **Rehabilitation von zu Hause aus** (Patient bekommt Anweisungen per PC)
- **Schulung der Patienten** im Umgang mit Technologie während Krankenhausaufenthalt
- Größere Datenmengen → **Versorgungsforschung**



Dänemark stellt dafür Investitionssumme von **5,7 Milliarden Euro** bereit
→ Hochgerechnet auf **Deutschland⁽¹⁾** wäre dies eine Summe von **80 Mrd. €**

(1) Dänemark hat eine Bevölkerung von 5,6 Mio. Menschen, Deutschland von rund 80 Mio. Menschen

Quelle: hcb, „Dänemark baut die Superkliniken der Zukunft“ in Klinik Markt Inside 03/2016

Strukturfonds stellt immerhin 1 Mrd. € zur Optimierung der Strukturen in Deutschland zur Verfügung

87% der beantragten Mittel für Konzentrationsmaßnahmen



Land	Anzahl beantragter Projekte				Verteilung der beantragten Mittel		
	Gesamt	Abbau	Konzentration	Umwandlung	Abbau	Konzentration	Umwandlung
Baden-Württemberg	29	0	19	10	0%	93%	7%
Bayern	9	0	7	2	0%	98%	2%
Berlin	1	0	1	0	0%	100%	0%
Brandenburg	3	0	1	2	0%	33%	67%
Bremen	1	0	1	0	0%	100%	0%
Hamburg	2	0	2	0	0%	100%	0%
Hessen	13	5	8	0	34%	66%	0%
Mecklenburg-Vorp.	3	1	1	1	85%	0%	15%
Niedersachsen	25	6	17	2	11%	88%	1%
Nordrhein-Westfalen	17	7	9	1	10%	88%	2%
Rheinland-Pfalz	4	0	4	0	0%	100%	0%
Saarland	2	0	2	0	0%	100%	0%
Sachsen	3	1	2	0	34%	66%	0%
Sachsen-Anhalt	3	1	2	0	21%	79%	0%
Schleswig- Holstein	3	0	3	0	0%	100%	0%
Thüringen	10	4	3	3	6%	70%	24%
Deutschland	128	25	82	21	9%	87%	4%

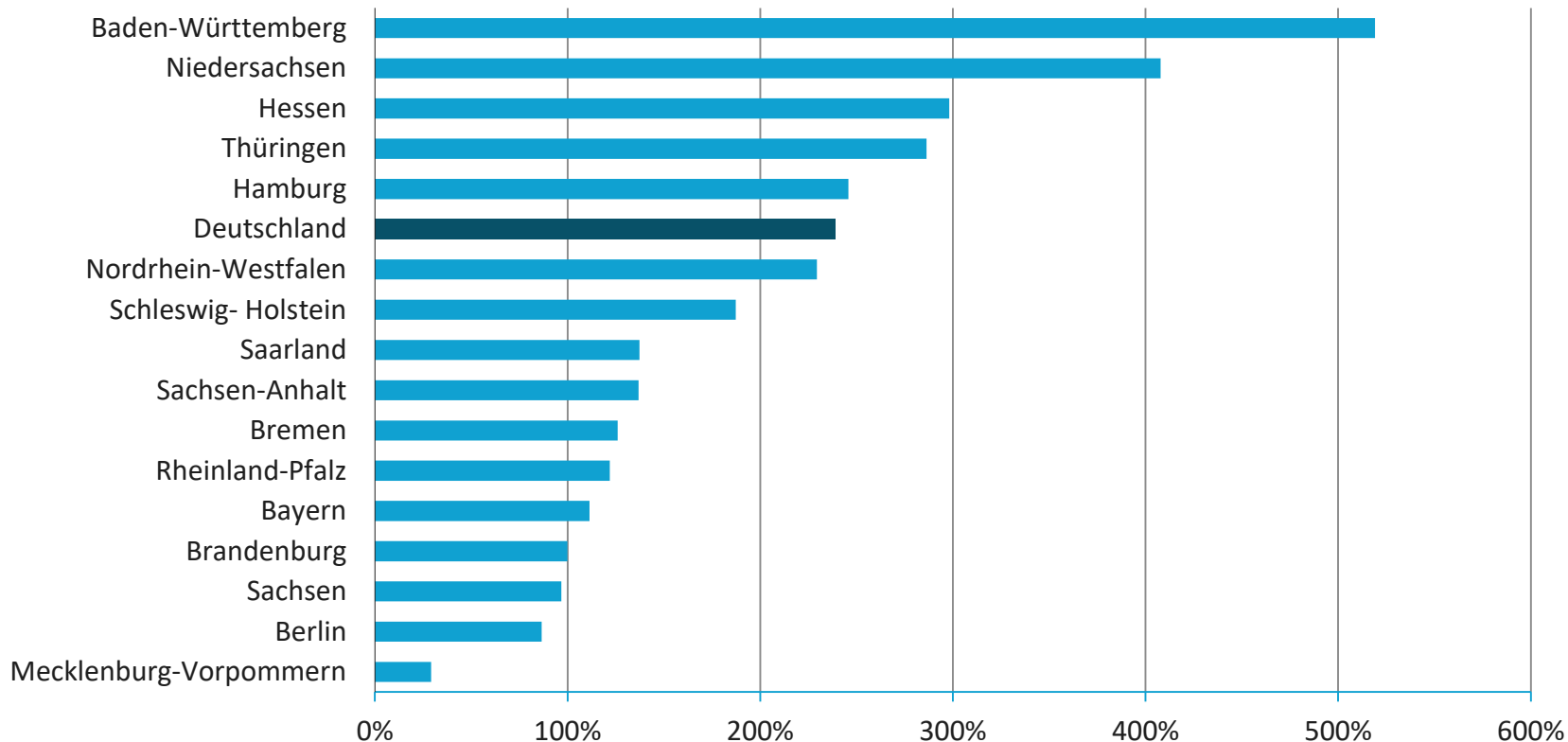
Einige Konzentrationsmaßnahmen beinhalten auch Standortschließungen

Anmerkungen: Grundlage: beantragte Projekte bei den Ländern, nicht Einreichungen beim BVA

Quelle: vdek, Stand 4.8.2017

Bundesweit mehr als 2fache „Überzeichnung“ der Strukturfondsmittel

Beantragte Mittel in Relation zu verfügbaren Mitteln



Strukturfonds wird von den Akteuren angenommen

Beispiel für eine Strukturoptimierung (ohne Fondsmittel)

Landkreis Lörrach baut ein Zentralklinikum

Informationen zum Landkreis Lörrach

Einwohnerzahl: 227.000

Krankenhausstandorte: 4 + 1 (MediClin)

Betten: 806 + 49 (MediClin)

Fälle: rd. 35.000 + 1.800 (MediClin)



Zentralklinikum

Aufgabe der vier Standorte

- 3 Standorte des Klinikums Lörrach (Lörrach, Rheinfelden, Schopfheim): 567 Betten
- 1 Standort des St. Elisabeth Krankenhauses Lörrach: 239 Betten

Neubau Zentralklinikum mit 650 bis 700 Betten in Lörrach-Entenbad, das städtischen und ländlichen Raum verbindet

Gute Erreichbarkeit für alle Verkehrsträger





Dabei auch integrierte Gesundheitszentren bilden

Zentralisierung, Versorgung aus einer Hand, Vorhaltekosten teilen

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
- Betreutes Wohnen
- Altersgerechtes Wohnen
- Mobilitätsunterstützung
- Ausbildung



Kombination mit regionalen Pflegekompetenzzentren nach DAK?

Agenda



Bestandsaufnahme

Strukturfonds

Ausblick

Probleme bei der aktuellen Ausgestaltung des Strukturfonds

Insgesamt zu **geringes Volumen**, um große Strukturveränderungen anzustoßen

Keine Beteiligung der **PKV**

Aufwändiges **Antragsverfahren**

- Relativ kurze Fristen (zeitliche Abläufe, Abstimmungen in kommunalen Gremien)
- Jährliche Bindung
- Einbindung von Landesbehörden mit eigenen Interessen

Wettbewerbsverzerrungen bei Umwandlungen (insbesondere mit ambulanter Nachnutzung)

Keine Investitionen in **IT-Sicherheit** und **sektorenübergreifende Ansätze**



Übergang zu „Soll-Struktur“ (orientiert an Sachsen) wäre mit weiteren Investitionen in Höhe von 10 Mrd. € verbunden

Investitionsbedarf für den Übergang zur Soll-Struktur

Benchmark Sachsen (Soll-Struktur):
14,6% geringere KH-Dichte

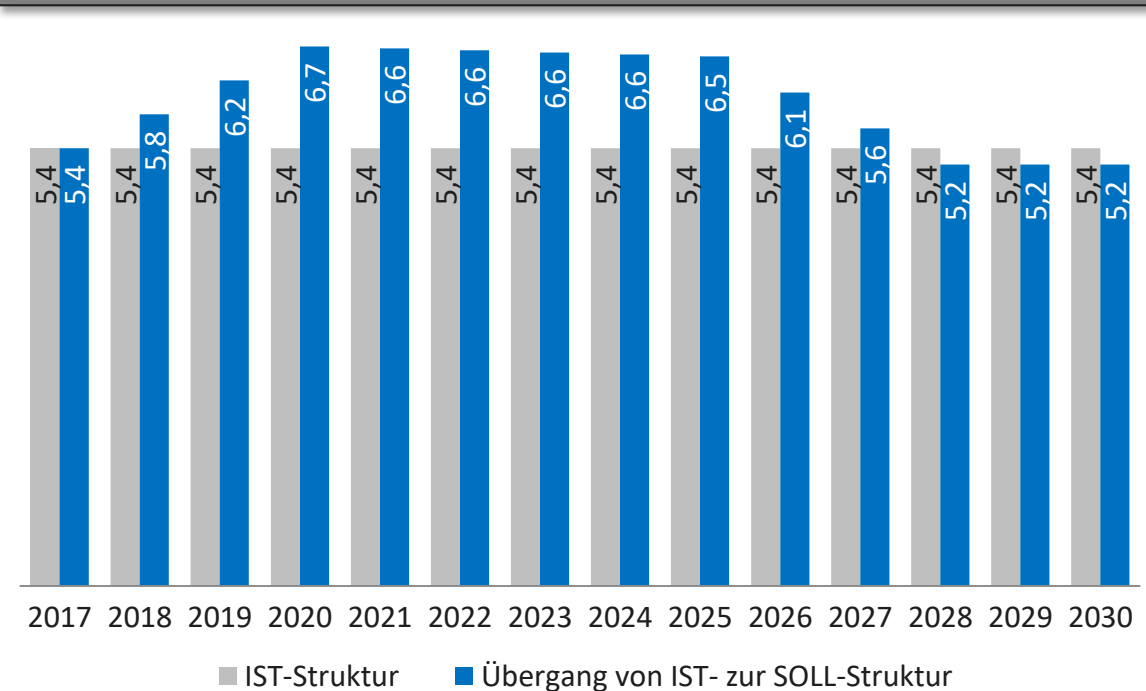
Investitionsbedarf für Übergang zur Soll-Struktur: ca. 11 Mrd. € für

- Schließungen
- Bettenverlagerungen bei Schließungen
- Bettenverlagerungen bei Konzentration

Erwartete volkswirtschaftliche Rendite auf eingesetztes Kapital: rd. 8%

- Bessere Betriebsergebnisse der Krankenhäuser
- Leicht geringerer Investitionsbedarf zum Erhalt der Ist-Struktur

Jährlicher Investitionsbedarf in Mrd. € über die Zeit⁽¹⁾



(1) Annahme: 8 Jahre laufend + Nachlauf (einzelne Maßnahme dauert drei Jahre); hier nur der Investitionsbedarf dargestellt, nicht Verbesserung des Jahresergebnisses auf der betrieblichen Seite; außerdem 1 Mrd. € abgezogen, die der bestehende Strukturfonds bereits eingebracht hat

Anmerkung: der jährliche Investitionsbedarf von 5,4 Mrd. € dient dem Erhalt des derzeit vorhandenen Anlagevermögens der Krankenhäuser (ohne Unikliniken); ein möglicher Nachholbedarf hinsichtlich des Anlagevermögens ist dabei nicht berücksichtigt.

Quelle: RWI

Vorschläge zur besseren Ausgestaltung des Strukturfonds 2.0

Insgesamt geringes Investitionsvolumen	▶ Fortführung des Strukturfonds: weitere 10 Mrd. € <i>Politik: Beschlossen sind 4 Mrd. € auf 4 Jahre</i>
Keine Beteiligung der PKV	Finanzierung aus Steuermitteln des Bundes mit Ko-Finanzierung der Länder <i>Politik: 50% weiterhin aus Gesundheitsfonds</i>
Aufwändiges Antragsverfahren	Krankenhausträger sollten Anträge stellen, nach bundesweit einheitlichen Kriterien • Bewertungssystem nach Punkten (Punkte je geschlossenem oder verlagertem Bett) • Priorisierung der Anträge nach Relation „beantragte Mittel je Punkt“ • Ziel: günstiges Verhältnis zwischen zu erreichender Strukturoptimierung und beantragter Mittel
Landesbehörden mit eigenen Interessen	
Wettbewerbsverzerrungen bei Umwandlungen	Wettbewerbsverzerrungen sollten vermieden werden
Keine Investitionen in IT-Sicherheit	Separates Programm, siehe BMG-Gutachten
Keine Investitionen in sektorenübergreifende Ansätze	Separates Programm, siehe BMG-Gutachten

Zu diskutieren: Regionale Pflegekompetenzzentren



Maßnahmenbündel zur Behebung der Fördermittellücke

Gutachten im Auftrag des BMG⁽¹⁾

Aufstockung Landesmittel mit Bundesmitteln, wenn Land mehr Mittel bereitstellt	Für 1 € Landesmittel on top zu Vorjahresniveau 2 € Bundesmittel als Investitionspauschale – begrenzt auf max. 860 Mio. € Bundesmittel p.a. und Mitspracherechte des Bundes bei der Krankenhausplanung Laufzeit: zeitlich befristet	Max. 1.290 Mio. € p.a.
Vorsteuerabzugsvoucher: Keine MwSt. auf Investitionsgüter der Krankenhäuser	Finanzierung aus Mehrwertsteueraufkommen des Bundes und der Länder Bei 5,4 Mrd. € Investitionen ca. 600 Mio. € Mehrwertsteuereinnahmen Laufzeit: unbegrenzt	Max. 600 Mio. € p.a.
Strukturfonds 2.0	625 Mio. € Bundesmittel und 625 Mio. € Landesmittel p.a. und Anpassung der Vergabekriterien Laufzeit: zehn Jahre, bis Erreichen der Soll-Struktur ⁽²⁾	Max. 1.250 Mio. € p.a. ⁽³⁾
„Digital Boost“: Ausbau der Digitalisierung des Krankenhausbereichs	340 Mio. € Bundesmittel und 170 Mio. € aus Landesmittel p.a., Fokus auf Maßnahmen mit positiven externen Effekten Laufzeit: acht Jahre	Max. 510 Mio. € p.a.
Auf- und Ausbau sektorenübergreifender Notfallzentren	200 Mio. € Bundesmittel und 100 Mio. € aus Landesmittel p.a., Vorrang der integrierten Notfallversorgung in ländlichen Regionen Laufzeit: vier Jahre	Max. 300 Mio. € p.a. ⁽⁴⁾

(1) Zusammen mit Hochschule Fresenius und Dr. Halbe GmbH

(2) Orientiert an den Neuen Bundesländern, insbesondere an Sachsen

(3) Langfristig könnte damit der Investitionsbedarf um 200 Mio. € p.a. gesenkt werden, was die Fördermittellücke entsprechend reduziert

(4) Diese Mittel dienen nicht der Reduktion der Fördermittellücke

Quelle: RWI (2017): Stand und Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich