



Dr. Gerald Gaß

Vorstandsvorsitzender der DKG

**5. Versorgungsdiallog
2029 – Gesundheit regional weiter gedacht
Ambulant und stationär zusammengedacht – Die Zukunft der
gesundheitlichen Versorgung im Spannungsverhältnis
Bund-Länder**

Fachtagung BARMER am 8. Februar 2023

Krankenhausstrukturreform



Stand: 16. April 2021



Stand: 7. Dezember 2021



Stand: 6. Dezember 2022

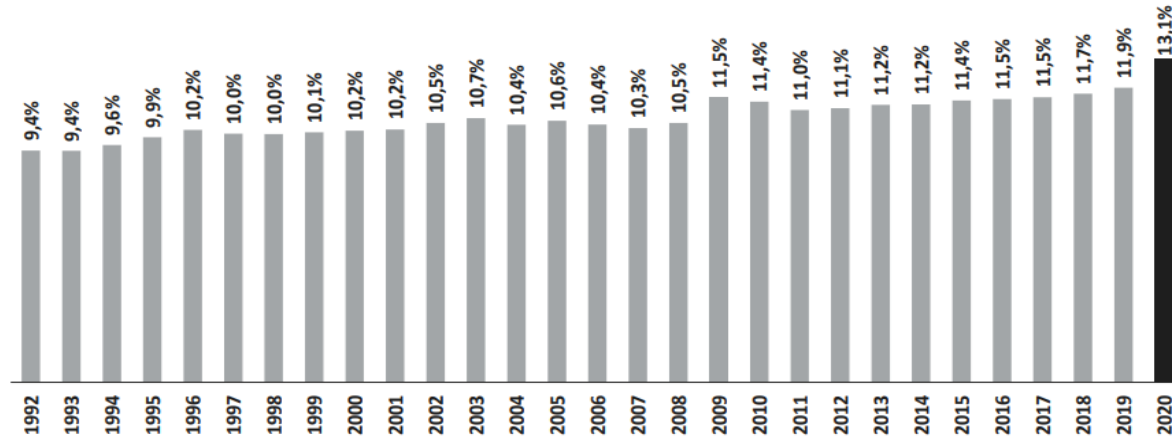
Die vier Mythen der politischen Kommunikation zur Revolution in der Krankenhauspolitik

1. *Die Gesundheitsausgaben in Deutschland und insbesondere die für Krankenhausversorgung können wir uns nicht mehr leisten.*
2. *Krankenhäuser betreiben „billige Medizin“, „Jeder macht alles“*
3. *Der revolutionäre Reformvorschlag führt zu einem „Vorrang der Medizin vor der Ökonomie“.*
4. *Die Reform löst keine relevante Zusatzausgaben aus, die man aktuell beziffern kann.*

Mythos 1: „Kostentreiber Krankenhaus“

Gleichzeitig erklimmen im Jahr 2020 die Gesundheitsausgaben mit über 13% des BIP eine neue Höchstmarke

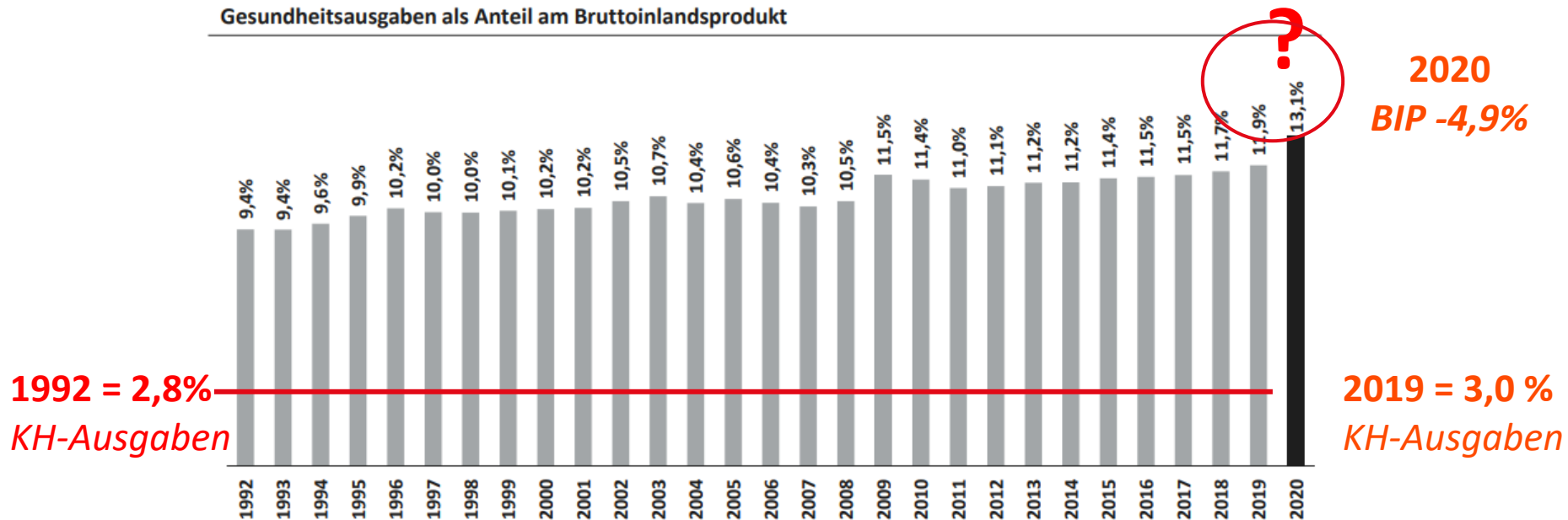
Gesundheitsausgaben als Anteil am Bruttoinlandsprodukt



Quelle: Krankenhaus Rating Report 2022

Gleichzeitig erklimmen im Jahr 2020 die Gesundheitsausgaben mit über 13% des BIP eine neue Höchstmarke

Gesundheitsausgaben als Anteil am Bruttoinlandsprodukt



Quelle: <https://stats.oecd.org/>

Mythos 1: „Kostentreiber Krankenhaus“

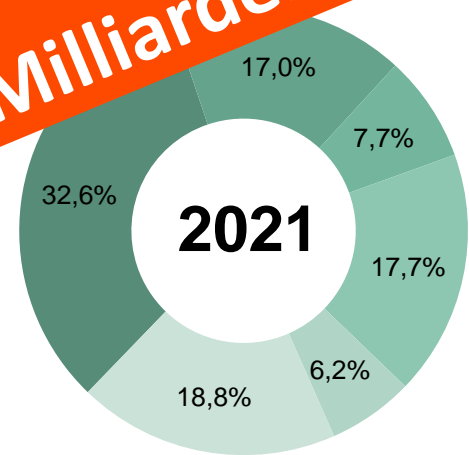
GKV-Leistungsausgaben: 164,96 Mrd. €

davon:
Krankenhausbehandlung
g
35,6 %
(58,73 Mrd. €)



GKV-Leistungsausgaben: 164,96 Mrd. €

davon:
Krankenhausbehandlung
g
32,6 %
(53,87 Mrd. €)



Die Krankenhäuser ersparen der GKV im Jahr 2022 Ausgaben in Höhe von 12 Milliarden Euro

Mythos 2: „Billige Medizin - Jeder macht alles“



Startseite > Th...



G
B



Quali
Eine ent
Qualität
insbesor
können i

Startseite //

Qualit

Patientinne
arztpraxen
schaftliche
setzgeber c
sicherung t

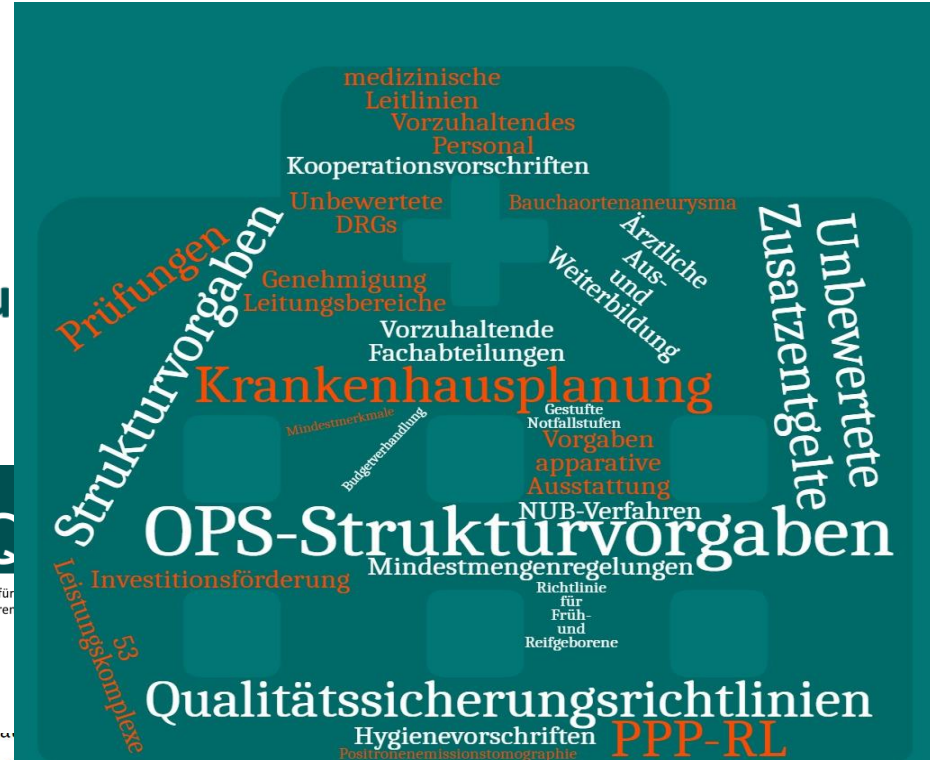
Qualitätsk



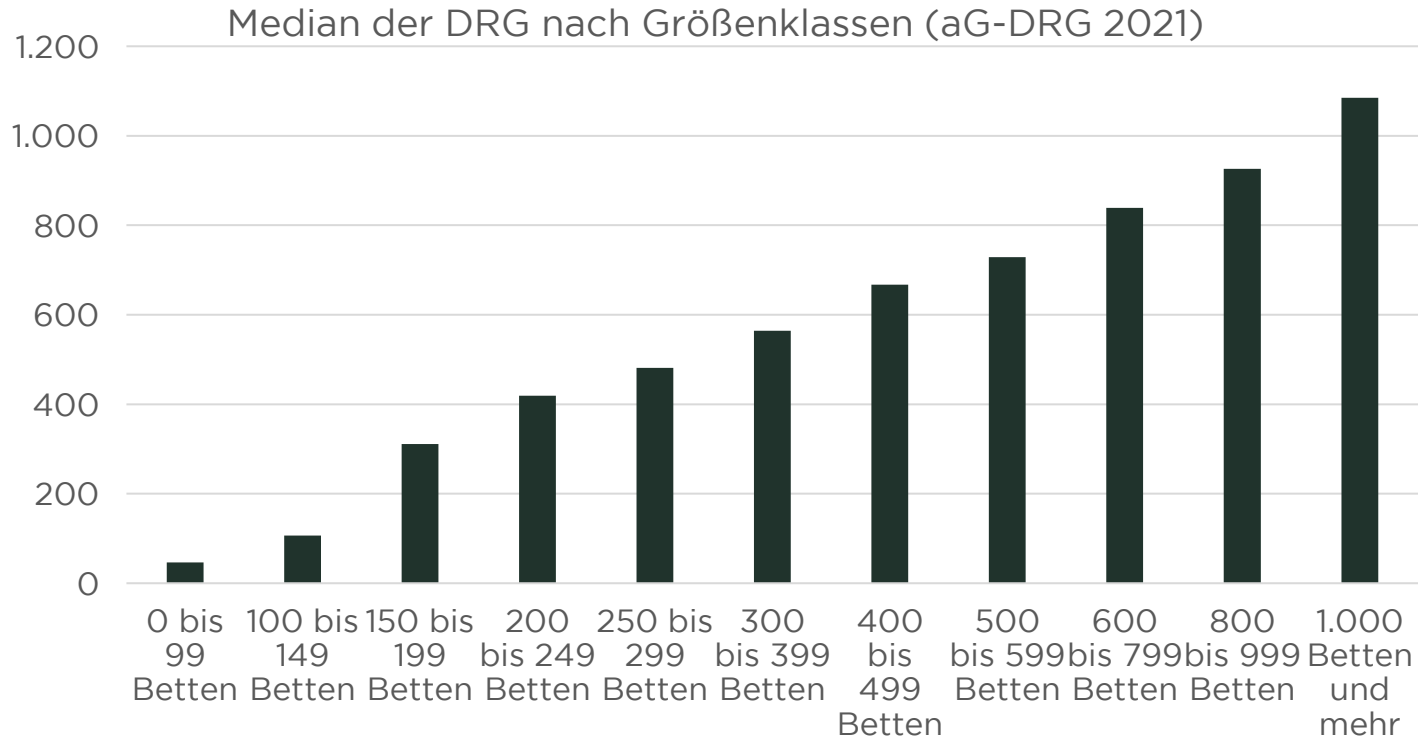
Weise Zugriff auf unabhängige und a
Qualität der Leistungen von Kranken

Bu

IG
Institut für
Transparen



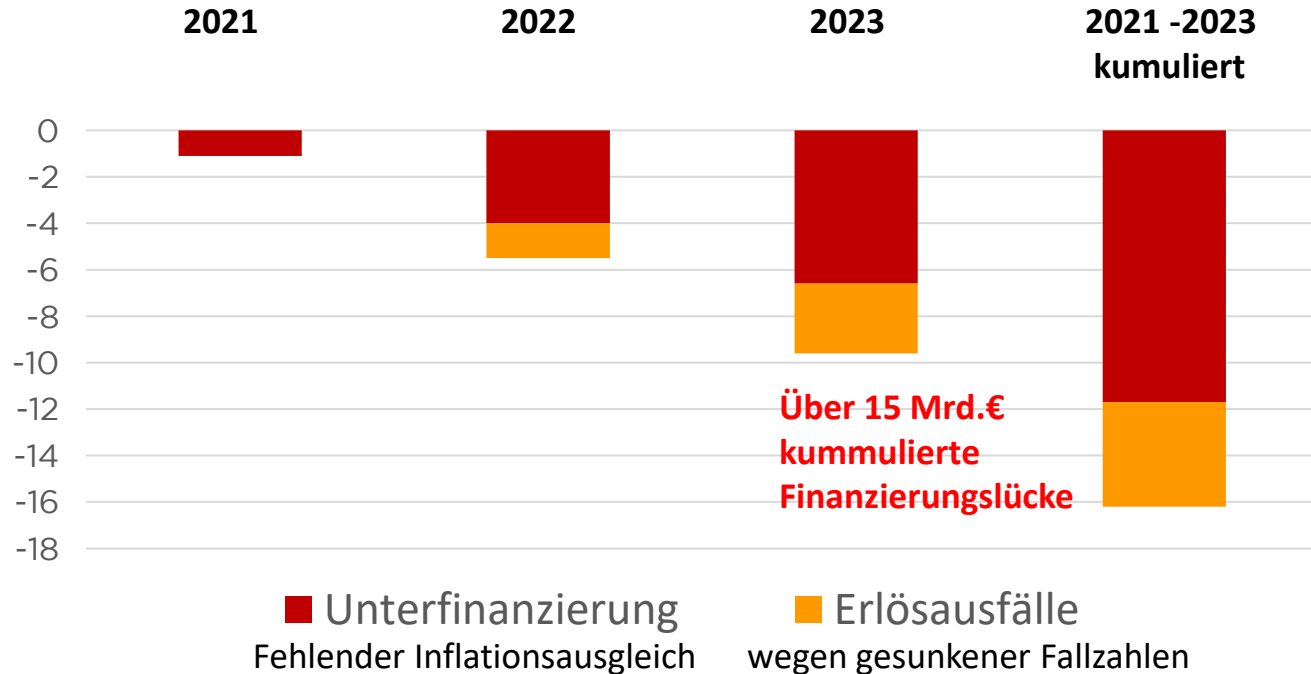
Mythos 2: „Billige Medizin - Jeder macht alles“



Abrechnungsdaten der Krankenhäuser, 2021

Mythos 3: „Wir überwinden die Ökonomisierung, endlich wieder Vorrang für Medizin und Pflege“

Fakten



Mythos 4: „Keine Ahnung, was das kostet, wird schon nicht so teuer“

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach am 06.12.2022 in der Bundespressekonferenz:



Da kann man
noch kein Preisschild
anbringen

Quelle: Pressekonferenz am 6. Dezember 2022

Herr Minister, wir haben da ein paar Ideen....

„Keine Ahnung, was das kostet, wird schon nicht so teuer“

BKK Dachverband e. V., Königlich Dänische Botschaft und TU Berlin

Dänische Krankenhäuser in Deutschland? **5,7 Milliarden Euro in Dänemark = 80 Milliarden Euro in Deutschland**

Was klappt in Dänemark? Was hapert? Über die ersten Erfolge durch Digitalisierung der dänischen Krankenhäuser. 27. Mai Vertreter des dänischen Gesundheitswesens des BKK Dachverbandes und der TU Berlin in der Königlich Dänischen Botschaft in Berlin.

Quelle: Augurzky Interview zu Bertelsmann-Studie: „Allein Krankenhäuser schließen hilft nicht“ (fr.de)

„Keine Ahnung, was das kostet, wird schon nicht so teuer“

1993: Gesundheitsreform

**21 Milliarden DM damals für den Osten
= 75 Milliarden Euro heute für ganz Deutschland**

Nach
Krank
Horst S
und SPD
einerseits
Regelunge

... die gesetzliche
... von Hasselfeldt, ab Frühjahr 1992 mit
... im Herbst 1992 verständigten sich Regierung
... z (GSG), das 1993 in Kraft trat. Das GSG beinhaltete
... reichende strukturelle Änderungen in der GKV. Die wichtigsten

„Keine Ahnung, was das kostet, wird schon nicht so teuer“

hcb Institute for
Health Care Business
GmbH

**7,84 Milliarden Euro NRW =
40 Milliarden Euro für ganz
Deutschland**

Das

Einheiten

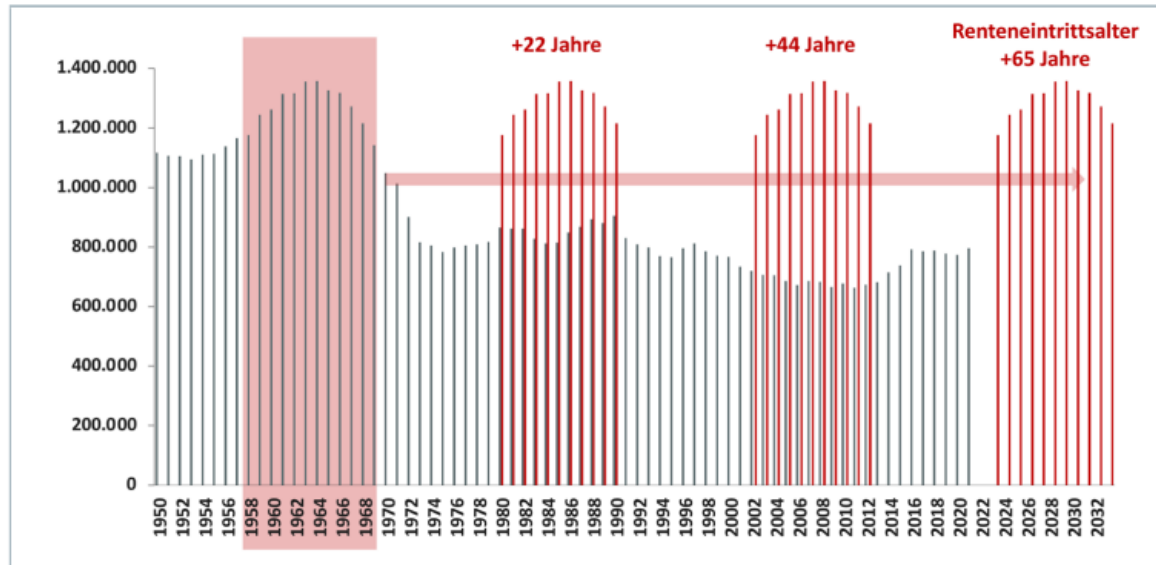
Maßnahmen

„Keine Ahnung, was das kostet, wird schon nicht so teuer“

In den nächsten 10 Jahren werden insgesamt 80 Milliarden Euro an Investitionen erforderlich sein

Die zentrale Herausforderung ist der demographische Wandel

› Abbildung 1: Anzahl Geburten in Deutschland (Ost und West)

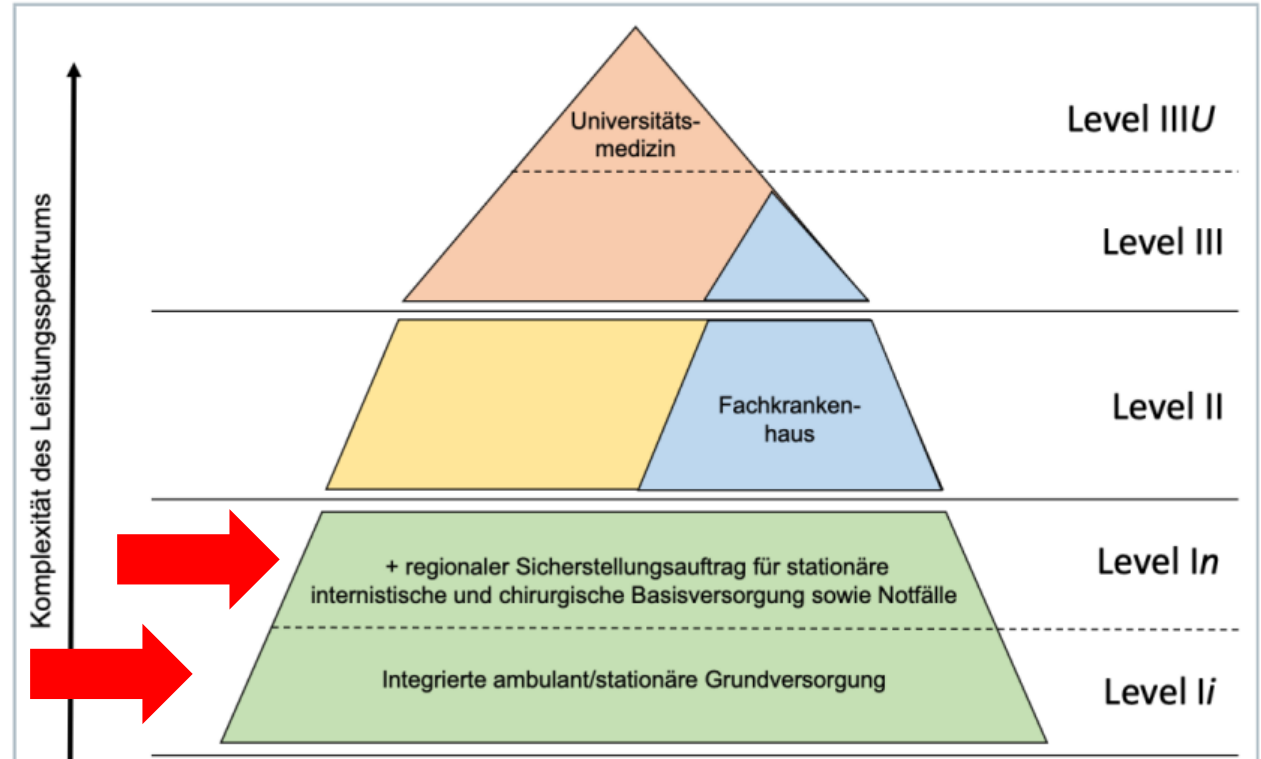


**Wir müssen effizientere
Strukturen entwickeln
und Ressourcen
kooperativ nutzen**

Quelle: Statistisches Bundesamt. Abbildung der Regierungskommission



› **Abbildung 3:**
Das Versorgungsstufenmodell



- › Level Ii (integrierte ambulant/stationäre Versorgung)
- › Level In (mit Notfallstufe I)
- › Level II
- › Level III
- › Level IIIU (Universitätsmedizin)

Kliniken des **Level Ii** stellen Bindeglied zwischen stationärer und ambulanter Versorgung dar

Schlüsselrolle auf dem Weg zu einer integrierten Gesundheitsversorgung

Keine Betten zur KH- Behandlung

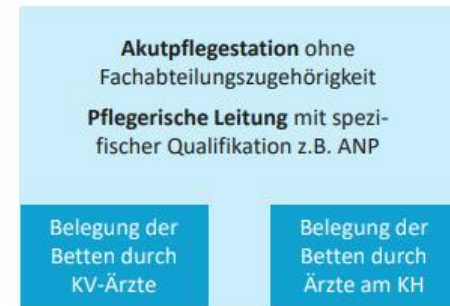
Angebot	<p>Medizin: <u>Akutpflegebetten</u> ohne feste Fachabteilungszuordnung, Innere Medizin und/oder Chirurgie, allgemeine fachärztliche Versorgung und Allgemeinmedizin möglich</p> <p>Ausstattung: Labor, Ultraschall, Röntgen</p> <p>Tagdienst: Ärztliche Anwesenheit / Nacht und Wochenende: Fachärztl. Rufdienst, Sozialdienst</p> <p>Leitung durch qualifizierte Pflegefachpersonen, z. B. <u>Advanced Nursing Practitioners (ANP)</u></p>
----------------	--

Kein Arzt
24/7

Keine KH Vergütung

Vergütung	<p>Keine Vorhaltebudgets, kein Pflegebudget</p> <p>Degressive Tagespauschalen für Akutpflege und Abrechnung der ärztlichen Leistungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • nach EBM für <u>KV-Ärzte</u> • um ärztlichen Anteil erhöhte Tagespauschale für fest <u>am KH angestellte Ärzte</u> mit Budgetdeckung
------------------	--

Keine umfassende KH Diagnostik



Level Ii ist kein Krankenhaus sondern ein lokales Gesundheitszentrum

Quelle: Regierungskommission „Krankenhaus“; weitere Details im Anhang des Kommissionspapiers



Unsere Vorschläge liegen auf dem Tisch



FA+R
Diskutieren, entscheiden, handeln.

Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die 20. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags

DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT 



FA+R
Diskutieren, entscheiden, handeln.

DKG-Konzept zur Reform der ambulanten Notfallversorgung

DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT 



FA+R
Diskutieren, entscheiden, handeln.

DKG-Positionspapier
Förderung der Ambulantisierung im stationären Versorgungsbereich – Einführung von Hybrid-DRGs und klinisch-ambulanten Leistungen

DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT 

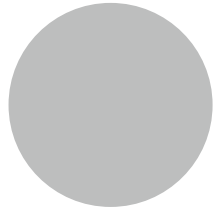


FA+R
Diskutieren, entscheiden, handeln.

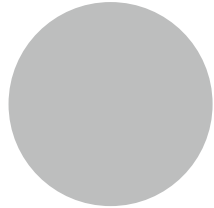
Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung für die 20. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages

DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT 

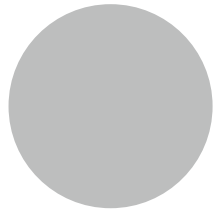
Welche Potentiale haben wir in Deutschland?



Klinisch-ambulante
Versorgung ausbauen



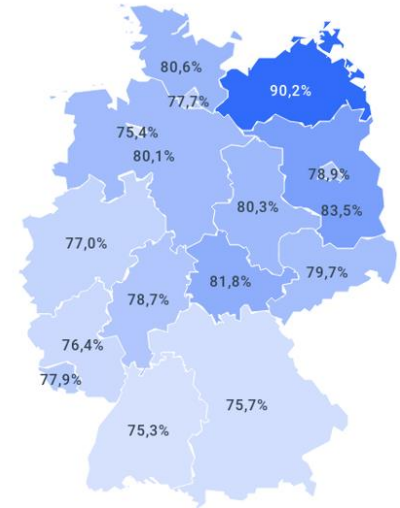
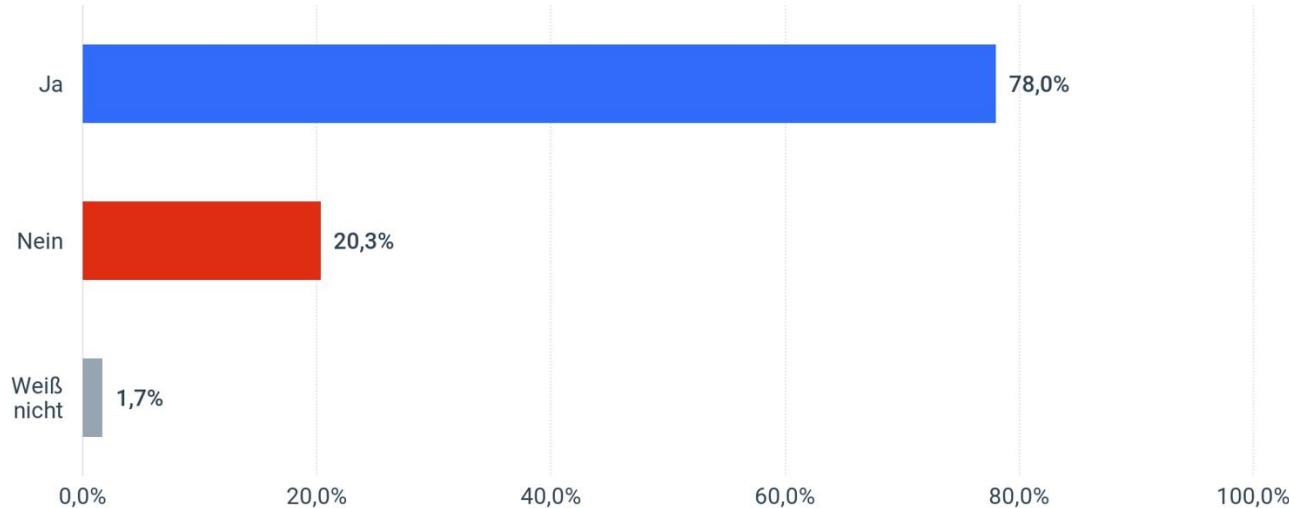
Digitalisierung
vorantreiben, Bürokratie
abbauen



Mehr Kooperation,
weniger Wettbewerb

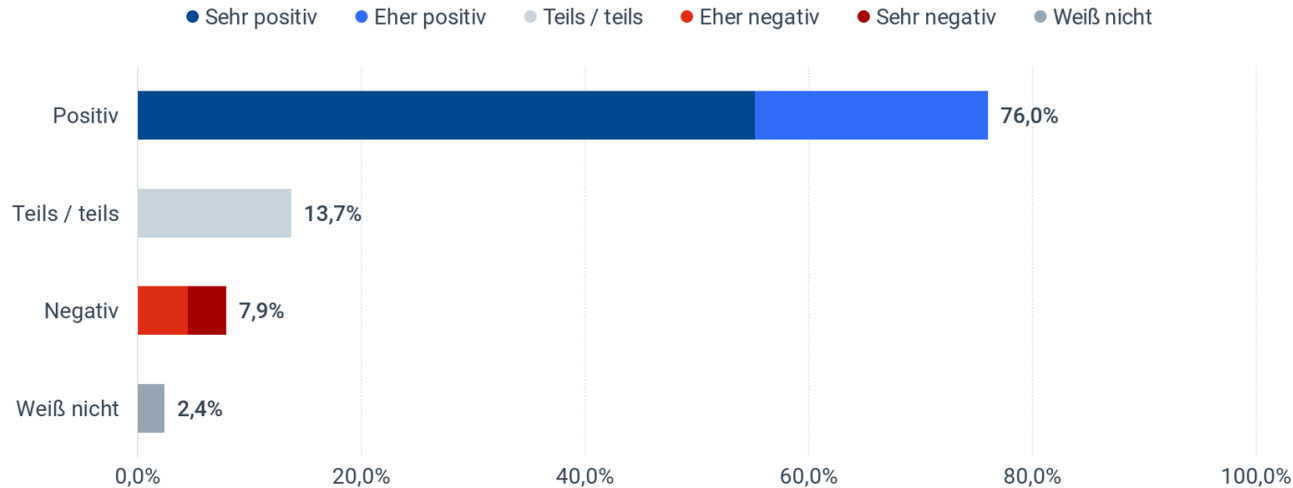
Die Bürger spüren die Defizite in der vertragsärztlichen Versorgung ...

Haben Sie bereits einmal die Erfahrung gemacht, dass Sie lange auf einen Termin bei einem Facharzt warten mussten?



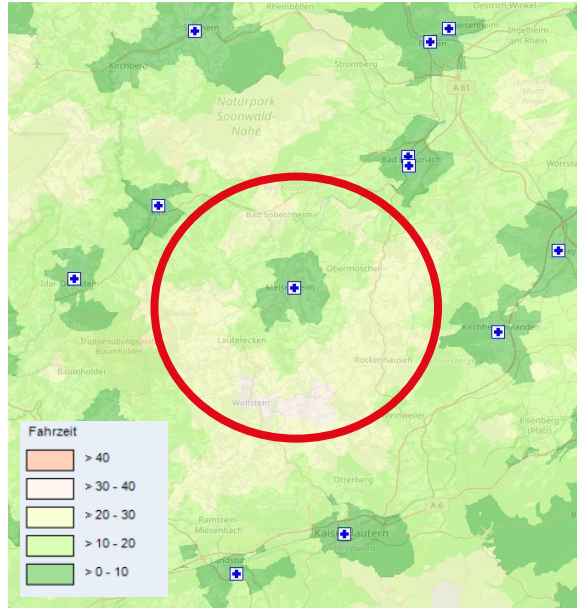
... und wünschen sich die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung.

Wie würden Sie es bewerten, wenn zukünftig auch Krankenhäuser ambulante Facharzttermine anbieten würden (d. h. nicht an Krankenhausaufenthalt gebunden)?

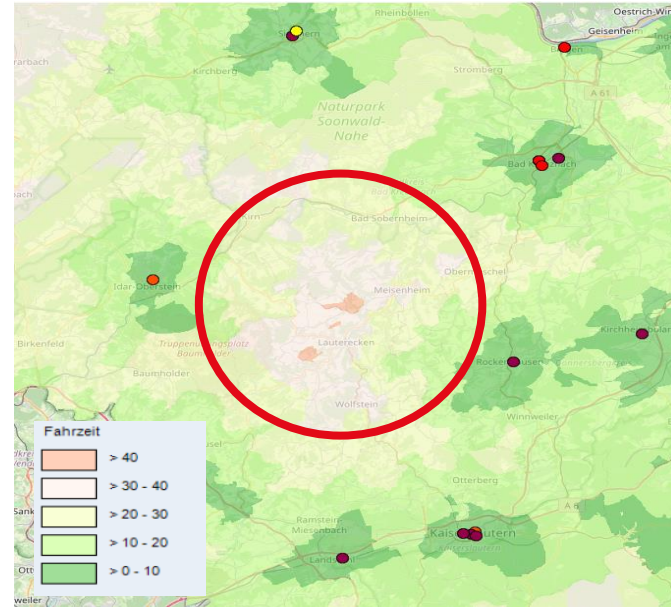


Aktuelle Versorgungsrealität Beispiel: Erreichbarkeit der Radiologie

Stationär



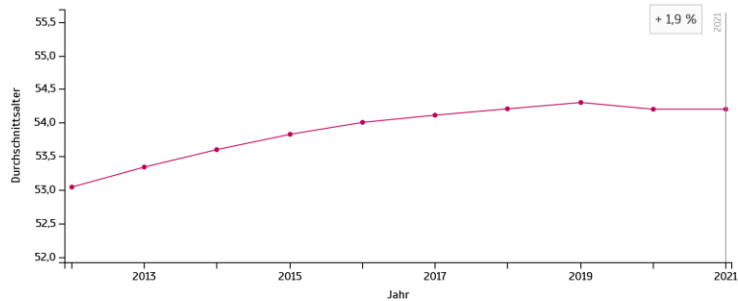
Ambulant



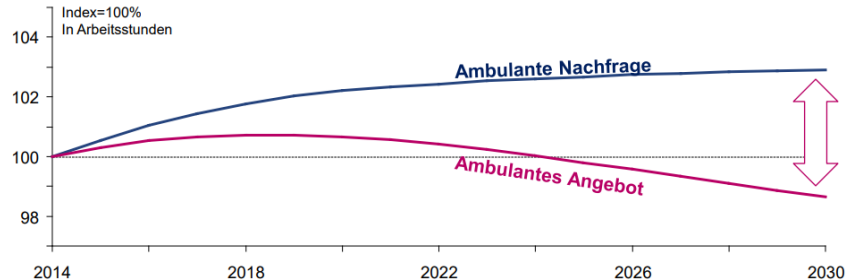
Defizite in der vertragsärztlichen Versorgung werden weiter zunehmen

Durchschnittsalter, alle Altersgruppen, alle Ärzte/Psychotherapeuten, 2021

KBV



Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV



- Teilzeit bevorzugt
- Nachwuchsmangel
- Nachbesetzung- und Niederlassungsprobleme
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- Einzelniederlassung vielfach unattraktiv
-

Krankenhäuser erste Anlaufstelle außerhalb der Sprechstundenzeiten...

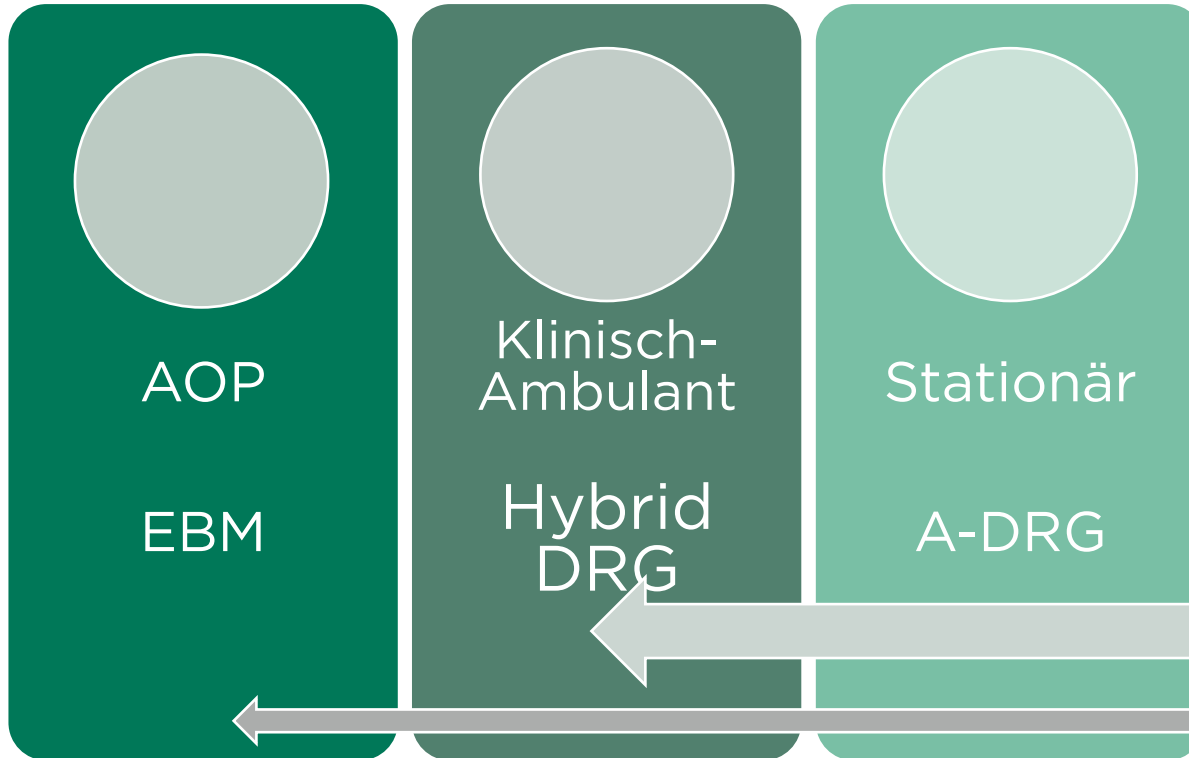
An welchen Tagen und zu welchen Tageszeiten behandeln Sie die meisten Patienten in Ihrer Notaufnahme? (Angaben in %)

Tag	Vormittags	Nachmittags	Abends	Nachts
Montag	62,8	53,2	31,9	4,3
Dienstag	40,0	45,7	26,6	2,1
Mittwoch	36,2	61,7	41,5	2,1
Donnerstag	40,4	44,7	27,7	2,1
Freitag	37,2	61,7	43,6	9,6
Samstag	28,7	44,7	34,0	12,8
Sonntag	28,7	43,6	31,9	7,4

50 % der ambulanten Notfälle werden im Krankenhaus versorgt obwohl der Sicherstellungsauftrag dazu bei den Kven liegt

2021: 9,8 Mio. ambulante Notfälle im Krankenhaus

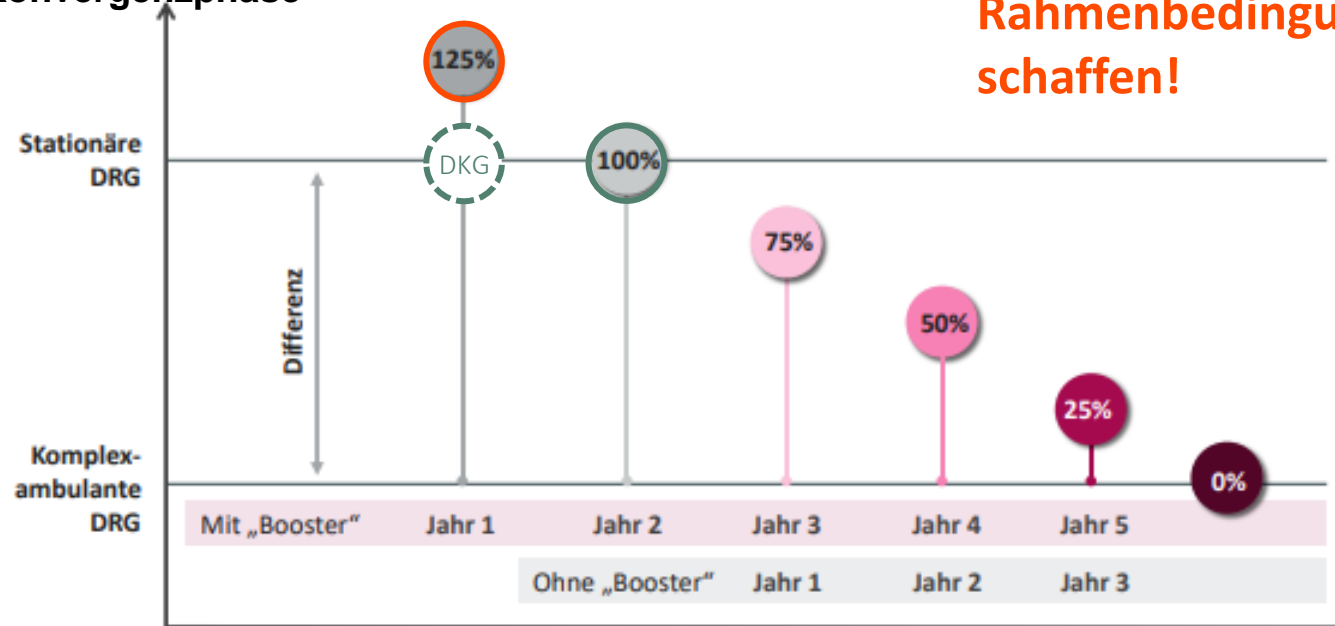
Klinisch – Ambulant als neue Aufgabe der KH



Ambulantisierung durch Hybrid DRGs

Ambulantisierung/Hybrid DRGs
Konvergenzphase

Anreize und geeignete
Rahmenbedingungen
schaffen!



Quelle: Augurzky et al., Gutachten „Vergütungssystematik von ambulant zu erbringenden stationären gastroenterologischen Krankenhausleistungen“, 2021, ergänzt durch eigene Darstellung

Versorgungsstrukturen neu denken – weniger Wettbewerb, mehr Kooperation

- Bundesweite Orientierungsvorgaben für die KH-Planung aber Letztentscheidungsrecht der Länder
- Sektorenübergreifende Versorgungsplanung
- Regionale Versorgungsnetzwerke als Leitbild
- **Medizinisch-Pflegerisches Versorgungszentrum als Option zur Umwandlung von Krankenhausstandorten**

Gesundheitszentren, Level II, Medizinisch-pflegerische Versorgungszentren

Der Auftrag ist gestaltbar und sollte an den regionalen Versorgungsbedarf angepasst werden

- **Ambulante Medizin**
- **Akutpflege**
- **24/7 Notfallversorgung (ambulant)**
- **Kurzstationäre medizinische Versorgung**
- **Case Management**
- **Gesundheitskiosk**

Finanzierung muss geregelt werden

Zulassung im Rahmen einer sektorübergreifenden Landesplanung

Fazit



1. Bundesweiter Ordnungsrahmen für die Krankenhausplanung aller Bundesländer
2. Kein zwanghaftes Auflösen bewährter Arbeitsteilung durch dirigistische Eingriffe
3. Dynamik zu mehr klinisch-ambulanten Leistungen
4. Ohne Strukturfonds wird es nur sehr wenige Fusionen geben
5. **Das Entstehen der medizinisch-pflegerischen Zentren hängt wesentlich von deren Rahmenbedingungen ab**
6. Mehr Ordnung im Leistungsgeschehen und ein Abbau stationärer Kapazitäten sind auch in einem konsensorientierten Prozess möglich

**Vielen Dank für
Ihre
Aufmerksamkeit!**