

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

20(14)146(8)

gel. SV zur öffent. Anh. am

18.10.2023 - VorschaltKH

17.10.2023



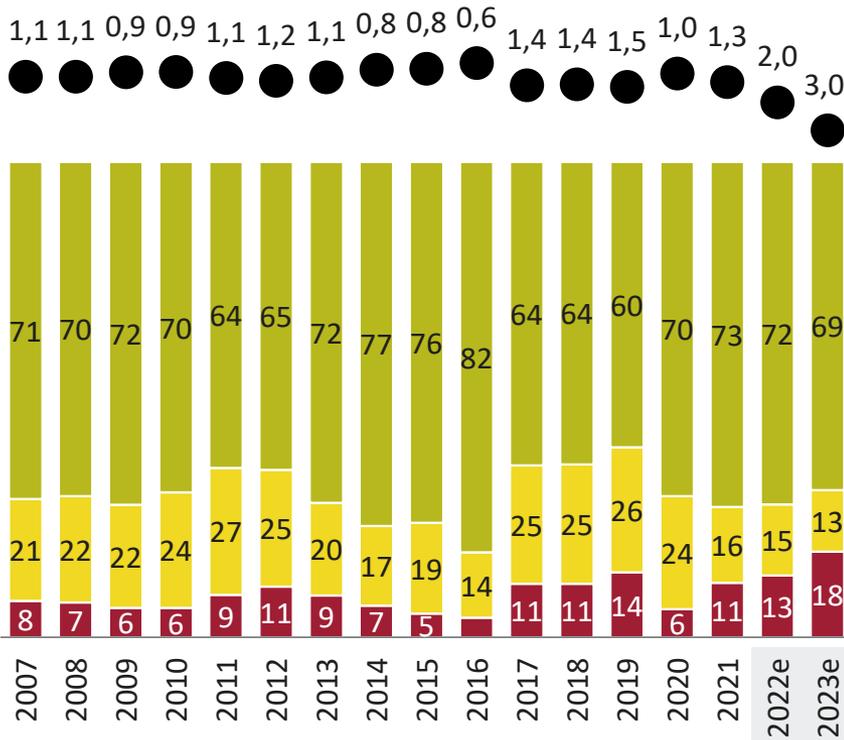
Leibniz Institute for
Economic Research

Überlegungen zum Vorschaltgesetz vor Krankenhausreform

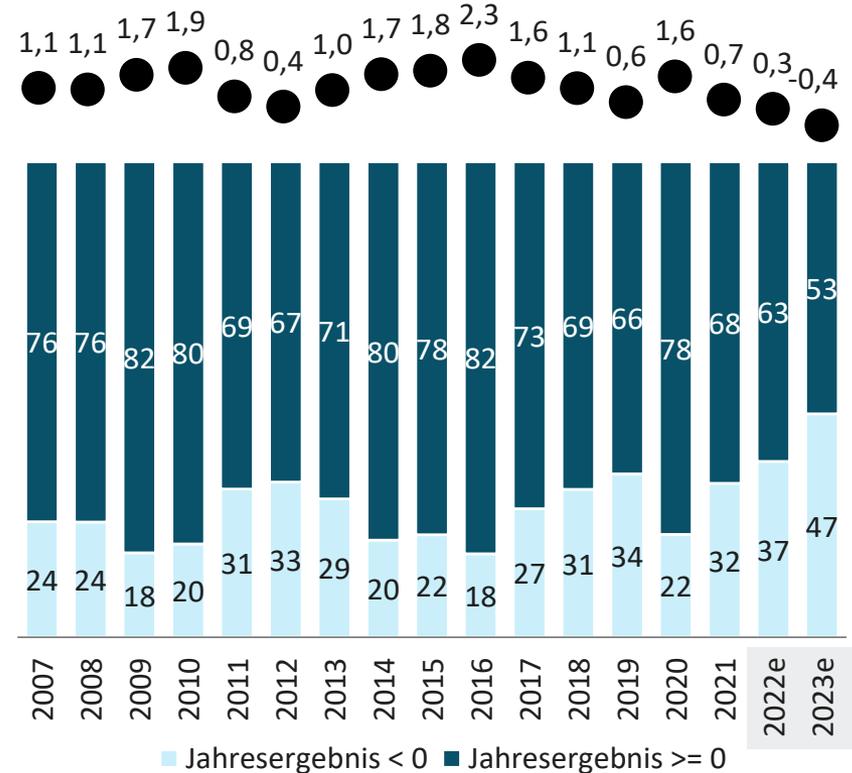
Sitzung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestags am 18.10.2023

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser ist schlecht

Ausfallwahrscheinlichkeit in % und Ampelklassifikation



Jahresergebnis⁽¹⁾ (als Anteil an Erlösen und Verteilung in %)



2022 und 2023 sind Hochrechnungen

(1) EAT, Earnings after taxes

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

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2023

Gründe für die im Durchschnitt schlechte Lage sind bekannt

Einige Gründe bleiben dauerhaft bestehen

Stagnierende oder sinkende Erlöse

Leistungsmenge 2023 deutlich niedriger als 2019

Bettenauslastung

- 2023: 69,0%
- 2019: 77,2%

Steigende Kosten

Energieknappheit
Gestörte Lieferketten
Fachkräftemangel

Lohn- und Preisinflation

Sinkende Gewinne bzw. steigende Defizite

Ausblick

Bettenbedarf

- Alterung der Gesellschaft → Bedarf steigt
- Ambulantisierung → Bedarf sinkt
- Verweildauerrückgang → Bedarf sinkt

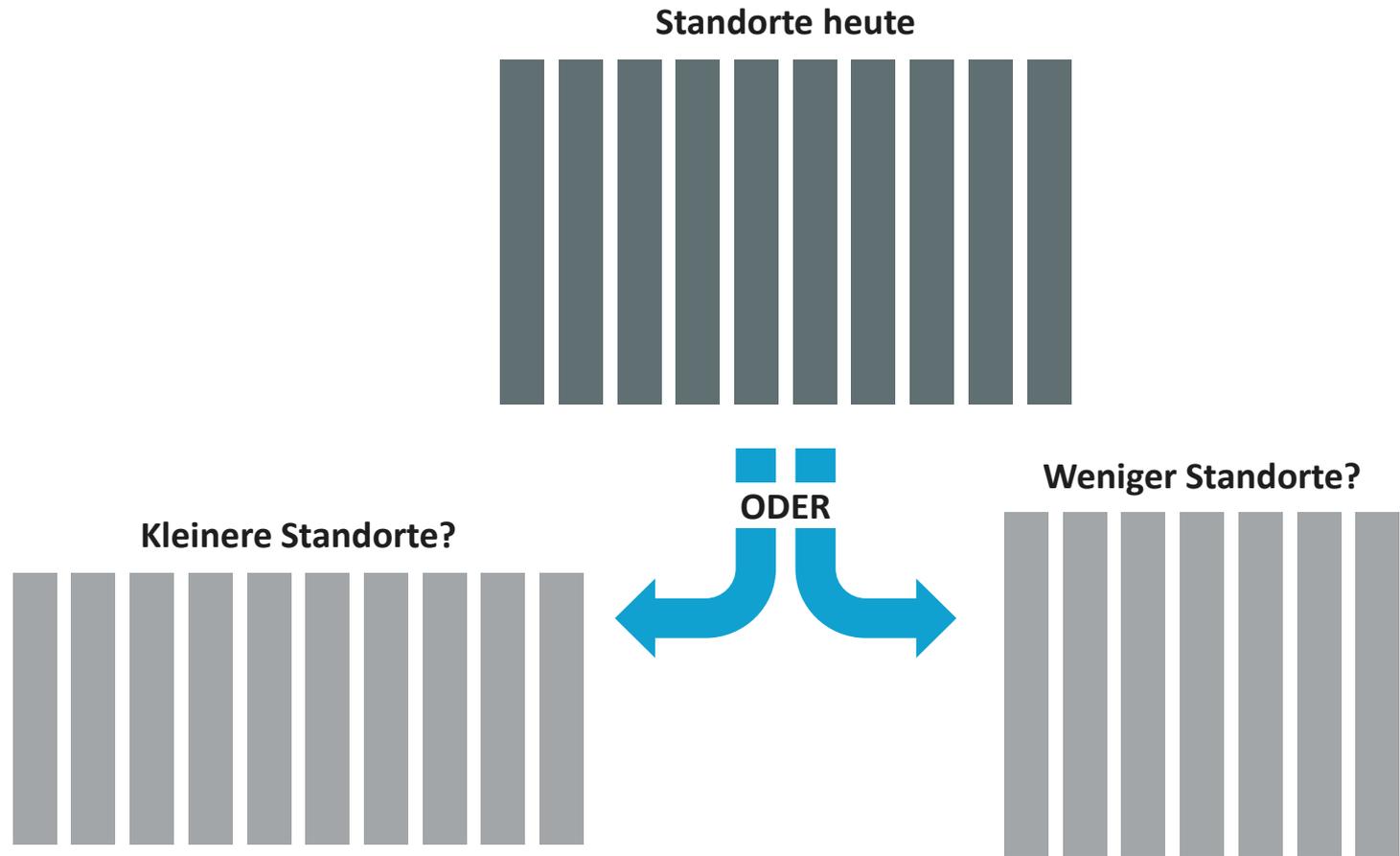
In der Summe sinkender Bedarf

Ausblick

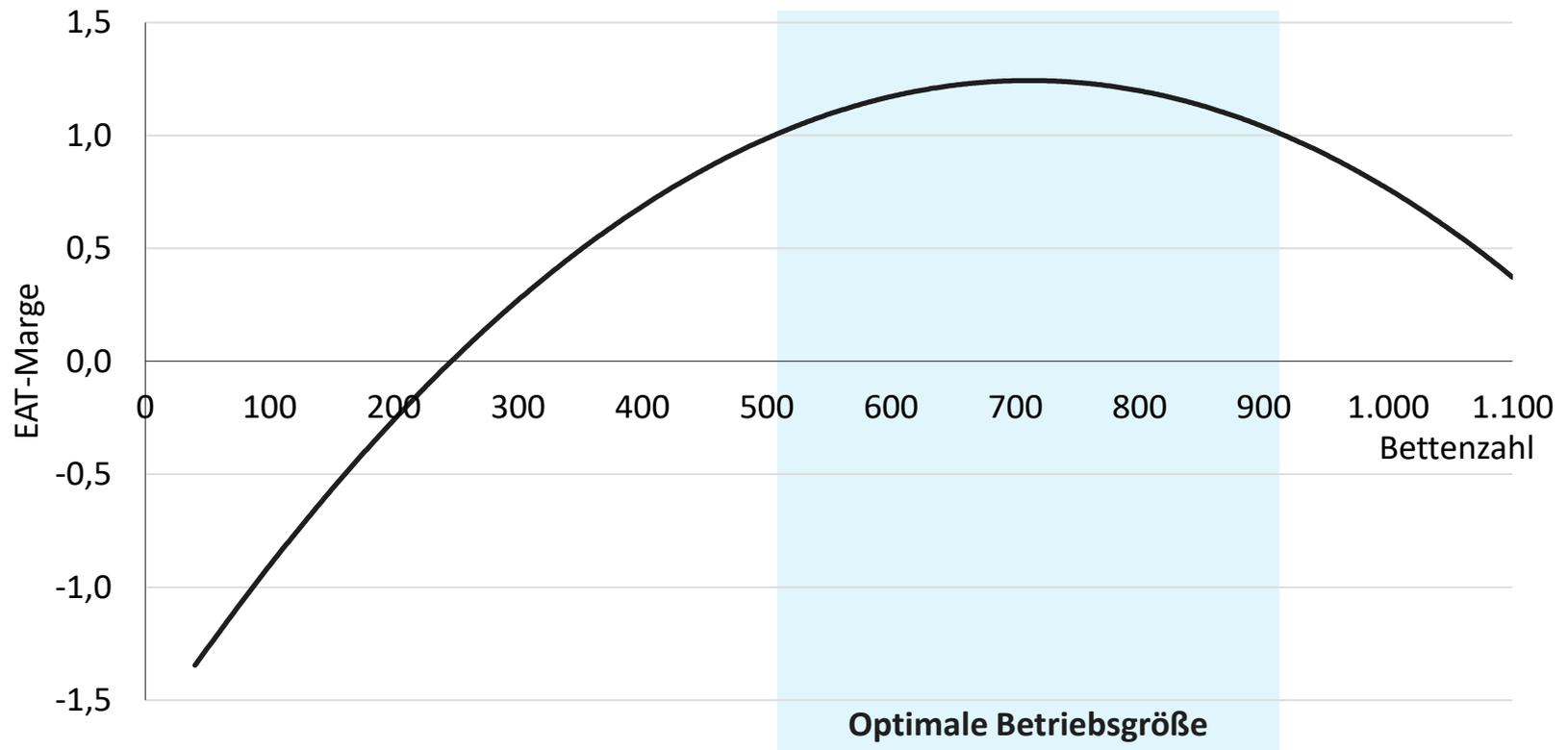
Lohnkosten: Nachwuchs bleibt knapp
→ Lohnkosten steigen weiter überproportional

Sachkosten: Abhängig von weltpolit. Lage, Inflation könnte sinken, aber deutlich über 0 bleiben

Was tun, wenn künftig weniger stationäre Kapazitäten benötigt werden? Viele kleine oder weniger größere Standorte?



Optimale Betriebsgröße von Krankenhäusern unter wirtschaftlicher Hinsicht zwischen 500 und 900 Betten



Anmerkung: Grundlage ist Krankenhauspanel 2007 bis 2021 mit 4 969 Beobachtungen von 596 Unternehmen. Ohne Krankenhausketten und Fachkrankenhäuser.
Quelle: Krankenhaus Rating Report 2023

Besser weniger mittelgroße und große als viele kleine Standorte

Beispielhafte Überschlagsrechnung für Deutschland

Ambulantisierung
und bestehende
Überkapazitäten

Status quo			
GBA-Notfallstufe	Anzahl Standorte	Betten insgesamt	Betten je Standort
Level 3	164	134.480	820
Level 2	261	107.271	411
Level 1	648	139.320	215
Level 0	274	24.660	90
Fachkliniken	350	31.500	90
Summe	1.697	437.231	258

Zielbild			
GBA-Notfallstufe	Anzahl Standorte	Betten insgesamt	Betten je Standort
Level 3	185	129.500	700
Level 2	350	122.500	350
Level 1	350	42.000	120
Level 0	0	0	80
Fachkliniken	280	22.400	80
Summe	1.165	316.400	272

Relative Veränderung			
GBA-Notfallstufe	Anzahl Standorte	Betten insgesamt	Betten je Standort
Level 3	13%	-4%	-15%
Level 2	34%	14%	-15%
Level 1	-46%	-70%	-44%
Level 0	-100%	-100%	-11%
Fachkliniken	-20%	-29%	-11%
Summe	-31%	-28%	5%

Absolute Veränderung			
GBA-Notfallstufe	Anzahl Standorte	Betten insgesamt	Betten je Standort
Level 3	21	-4.980	-120
Level 2	89	15.229	-61
Level 1	-298	-97.320	-95
Level 0	-274	-24.660	-10
Fachkliniken	-70	-9.100	-10
Summe	-532	-120.831	14

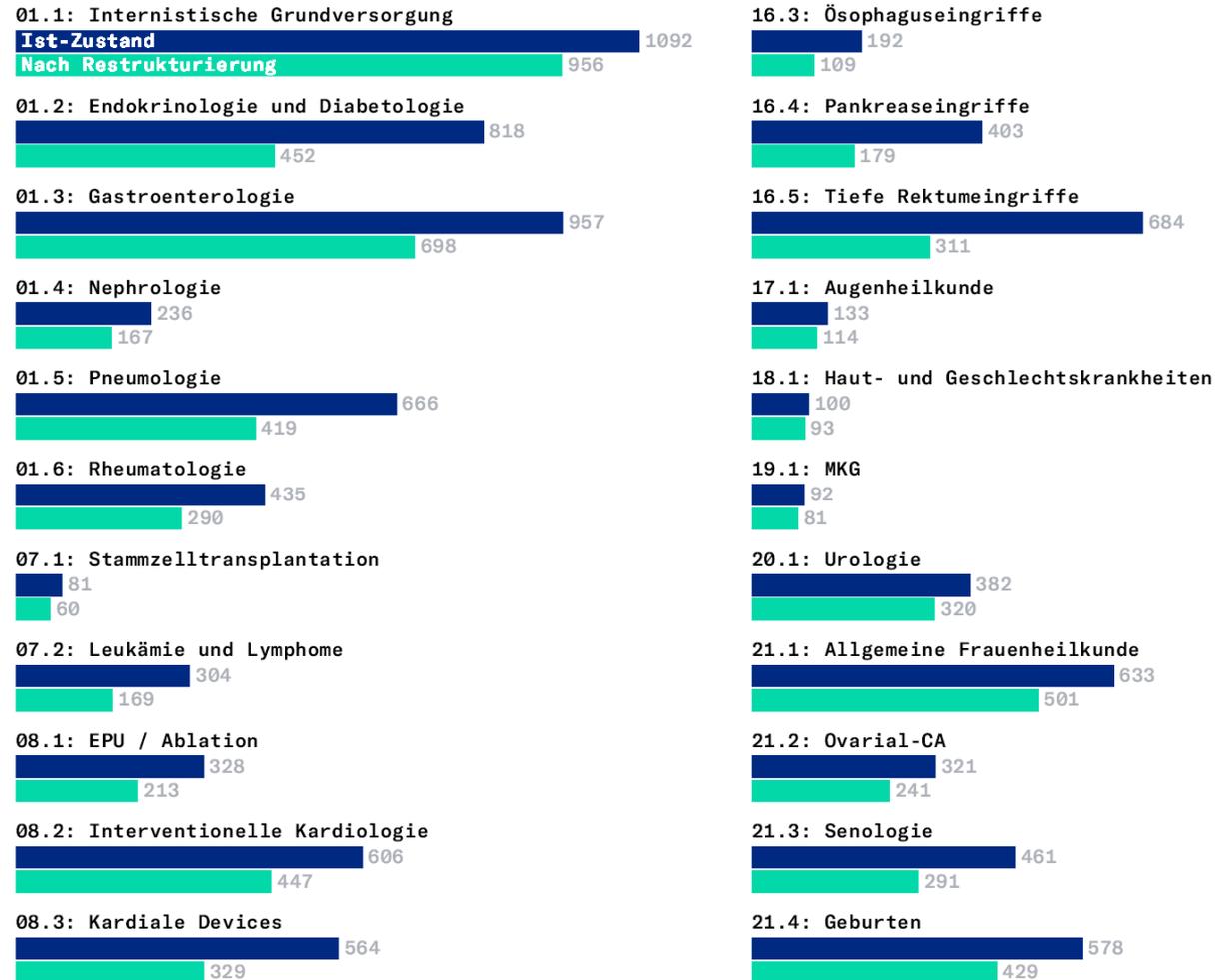
Quelle: Krankenhaus Rating Report 2023; nur somatische Standorte nach QB

Potenzial zur Schwerpunktbildung vorhanden

Simulation von Vebeto zeigt, was möglich wäre, ohne die Erreichbarkeit zu gefährden

Beispielhaft ausgewählte **Leistungsgruppen** aus NRW

Moderate Annahmen in der Simulation



Wir müssen die **Systemeffizienz** steigern

Ansonsten droht in der Gesundheitsversorgung aufgrund der ungünstigen demografischen Entwicklung **Rationierung**

Je höher die **Effizienz** der Leistungserbringung ist, desto mehr Menschen können versorgt werden

Effizienz im Gesundheitswesen ist **ethisch geboten!**

Erhöhung der Systemeffizienz durch ...

Weniger Standorte

Weniger kleine, mehr mittelgroße und größere Standorte

Veränderungsdruck für die Träger

Krankenhausträger müssen zusammen mit der Kommunalpolitik weitreichende Entscheidungen zur Optimierung der lokalen Krankenhausstrukturen fällen

Investitionen

Auskömmliche Investitionsfördermittel der Länder und Strukturfonds für Veränderungsprozesse

Modellprojekte

Modellprojekte in Regionen zur sektorenübergreifenden, patientenorientierten Versorgung mit mehr Gestaltungsfreiheit vor Ort

Unterstützende

Patientensteuerung

Integrierte Leitstelle, telemedizinische Angebote, ePA und KI-Helfer

Ambulantisierung

Stärkere Umschichtung von „stationär“ zu „ambulant“

Leistungsgruppen

Differenzierung der Fachabteilungen in Leistungsgruppen (LG) und Mindestvorgaben an LG

Funktionierende

Zuwanderung

Etablierte Pfade für qualifizierte Zuwanderung in das Gesundheitswesen

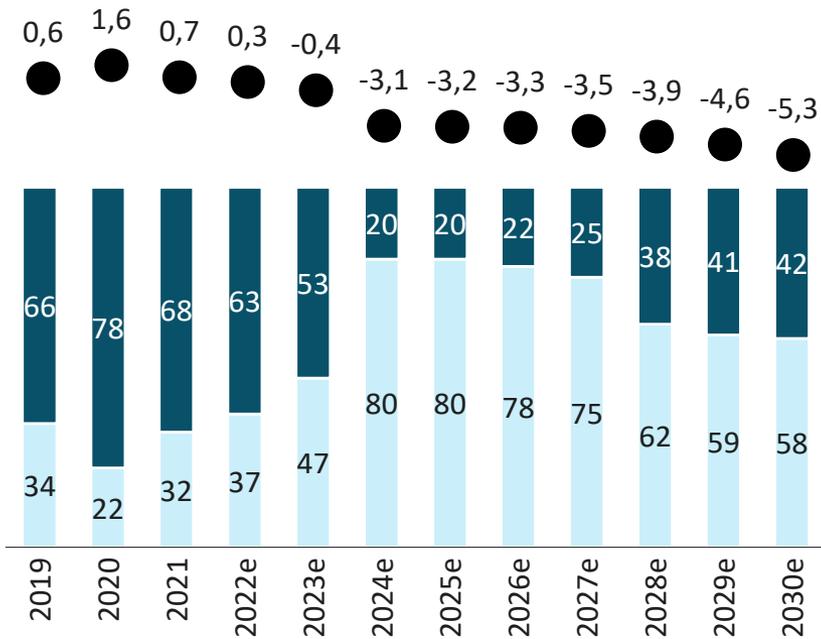
Vorhaltefinanzierung

Regional bestimmte Vorhaltebudgets

Positive Effekte zeigen sich jedoch erst mittelfristig

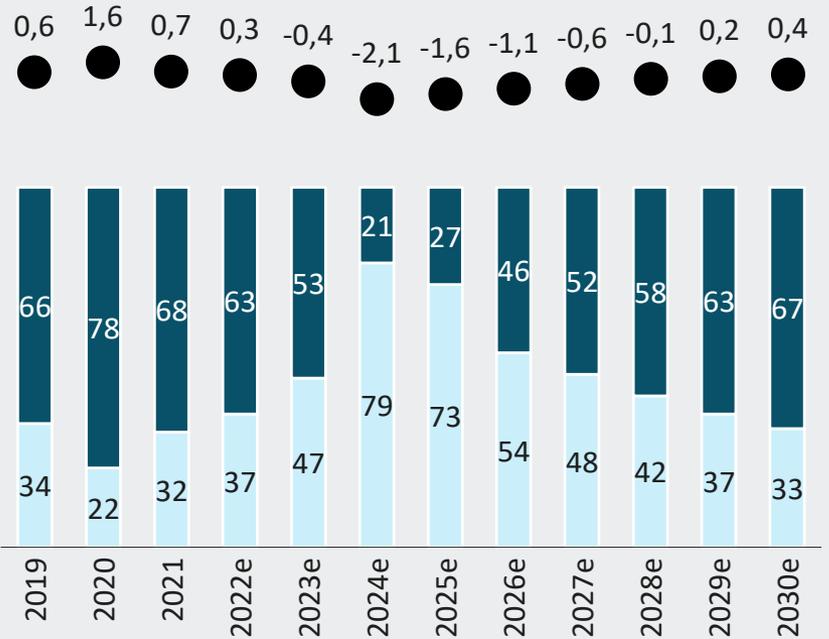
Szenario Fortschreibung⁽¹⁾

Jahresergebnis in % der Erlöse



Szenario Fortschreibung + Personalengpass und Ambulantisierung + Optimierung⁽²⁾

Jahresergebnis in % der Erlöse



(1) Geringes Leistungsniveau bleibt, Lohninflation, Sachkosteninflation, beschlossene Kurzfristhilfen (Energiepreisbremse, Härtefallfonds)
 (2) Produktivitätsverbesserung + Strukturoptimierung + Kapazitätsabbau → sinkende Betriebskosten um 0,8% p.a. 2024 -2030 und Bettenabbau von Kliniken mit schlechtem Rating; 2024: 5,0% / 2025: 3,0% / 2026: 2,5% / 2027: 2,5% / 2028: 2,0%

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2023

Halten bis dahin
die „richtigen“ Kranken-
häuser durch?

Kommt es zuvor zu einer
„kalten“ Strukturbereinigung,
die man später bereut?

Dilemma bei kompletter Schließung der Lücke der Krankenhäuser ohne Anforderungen

Komplette Schließung der Lücke zur Stabilisierung der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser **als Überbrückung, bis Effekte wirken**

(Nach Krankenhaus Rating Report 2023: ab 2024 +4 Mrd. € p.a. zur Erreichung der Lage aus 2019)



Kaum Druck auf die Träger, Veränderungsprozesse anzustoßen



Weniger Struktur-optimierung



Weniger Verbesserung der Systemeffizienz



Dauerhafte Finanzierung von **nicht benötigten Kapazitäten**

Kommunale Krankenhäuser weisen signifikant bessere wirtschaftliche Lage auf, wenn ihr Träger sie nicht so stark unterstützen kann



Multivariate Regressionsanalyse
(viele Einflussfaktoren simultan berücksichtigt)

Datenbasis: Jahresabschlüsse 2007 bis 2021

Differenzierung nach „reichen“ Kreisen (mit hohem Steueraufkommen) und „ärmeren“ Kreisen (mit geringem Steueraufkommen)

Ergebnis: Kommunale Krankenhäuser in „ärmeren“ Kreisen weisen ein signifikant besseres Jahresergebnis auf als solche in „reichen“ Kreisen

Differenz im Jahresergebnis: rd. 2%-Punkte

Finanzieller Druck erhöht Veränderungsbereitschaft von Krankenhausträgern

Zusätzliche Mittel v.a. an Verbesserung der Systemeffizienz koppeln

Beispielhafte Überlegung und Abschätzung

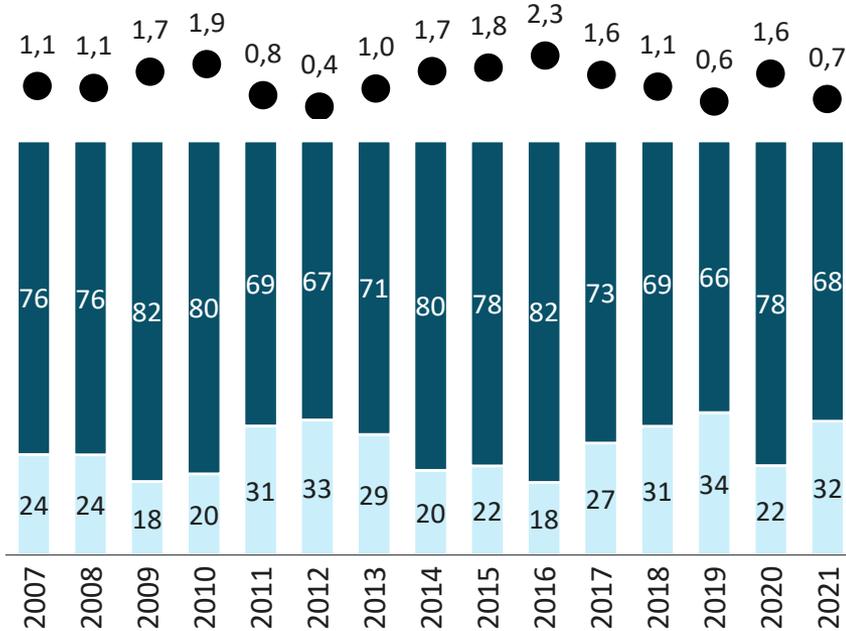
1	„Kalte“ Strukturbereinigung vermeiden durch Hilfsfonds für versorgungsnotwendige Häuser (<i>Definition der Versorgungsnotwendigkeit erforderlich</i>)	ca. +1 Mrd. €
2	Deutliche Erhöhung der Investitionsfördermittel der Länder , um die Kapitalkosten der Krankenhäuser zu entlasten, ca. +60%	ca. +2 Mrd. €
3	LBFW für 2024 mit dem aktuellen Orientierungswert (6,95%) anheben ⁽¹⁾	ca. +1 Mrd. €
		<hr/> <hr/> ca. +4 Mrd. €

(1) Im Vergleich zu +5,13%
Quelle: Eigene Darstellung

Wenn die Länder in der Vergangenheit alle förderfähigen Investitionen getragen hätten, hätte die Lage besser ausgesehen

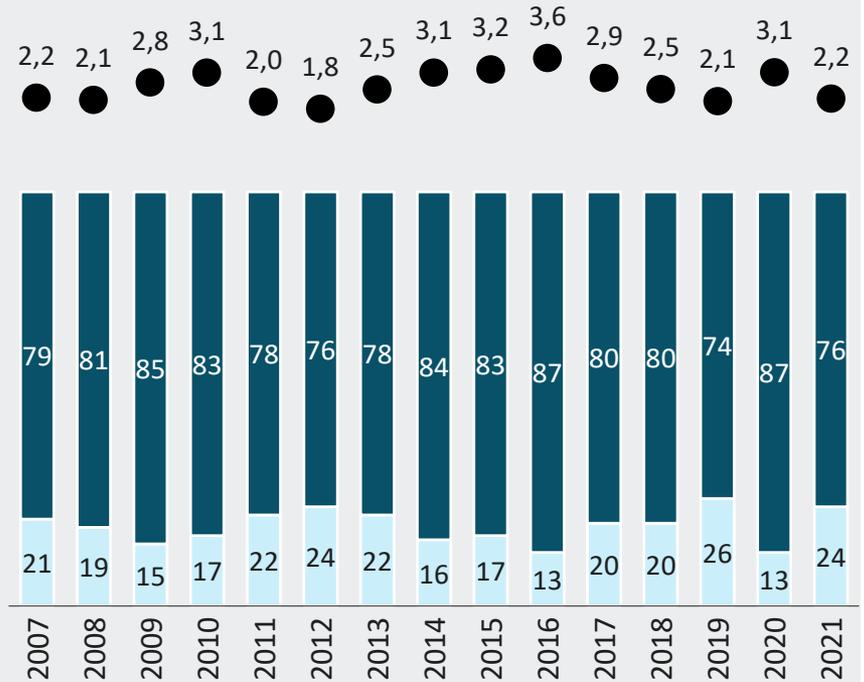
Tatsächliche Entwicklung

Jahresergebnis in % der Erlöse



Entwicklung, wenn die Länder alle förderfähigen Investitionen getragen hätten

Jahresergebnis in % der Erlöse



Jahresergebnis < 0

Jahresergebnis >= 0

Anmerkung: Keine Effekte aus Eigenkapitalaufbau und geringerem Kreditbedarf, die sich über Zeit kumulieren.

Quelle: Ergänzende Analyse