

**Deutscher Bundestag**

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

**20(14)146(8)**

gel. SV zur öffent. Anh. am

**18.10.2023 - VorschaltKH**

**17.10.2023**



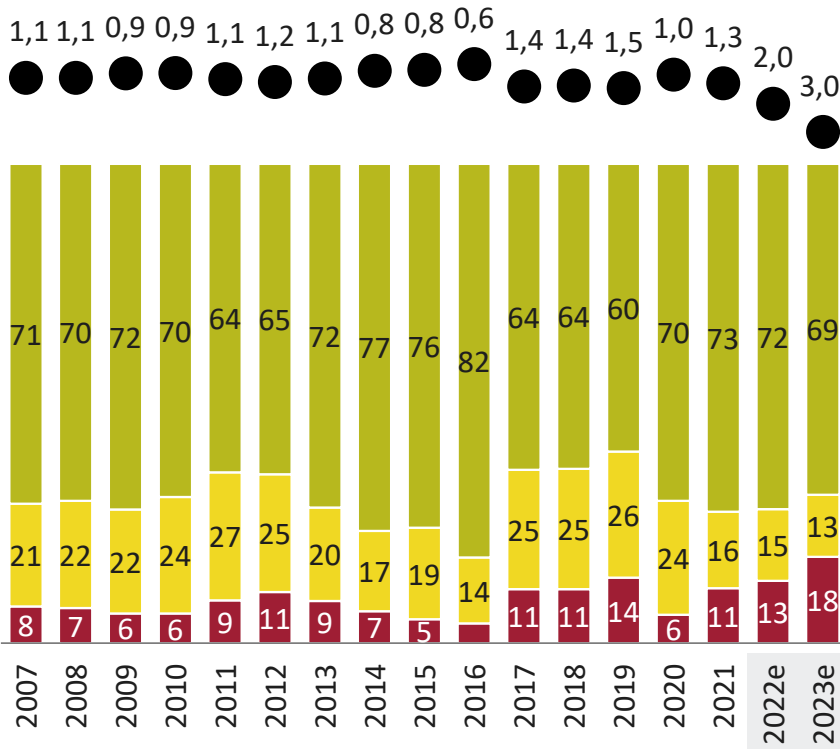
Leibniz Institute for  
Economic Research

# Überlegungen zum Vorschaltgesetz vor Krankenhausreform

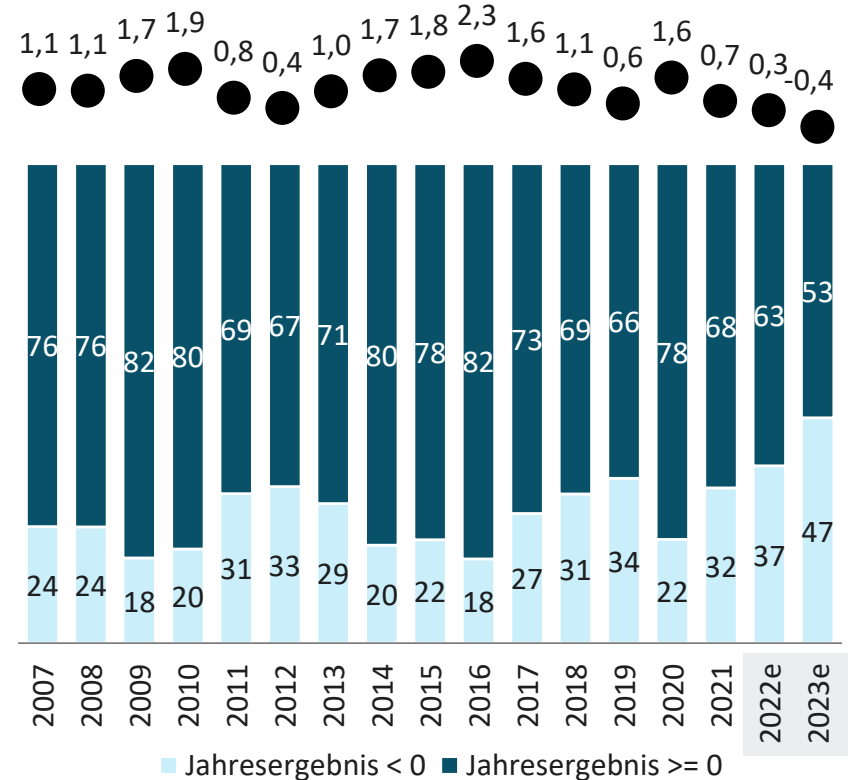
Sitzung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestags am 18.10.2023

# Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser ist schlecht

Ausfallwahrscheinlichkeit in % und Ampelklassifikation



Jahresergebnis<sup>(1)</sup> (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

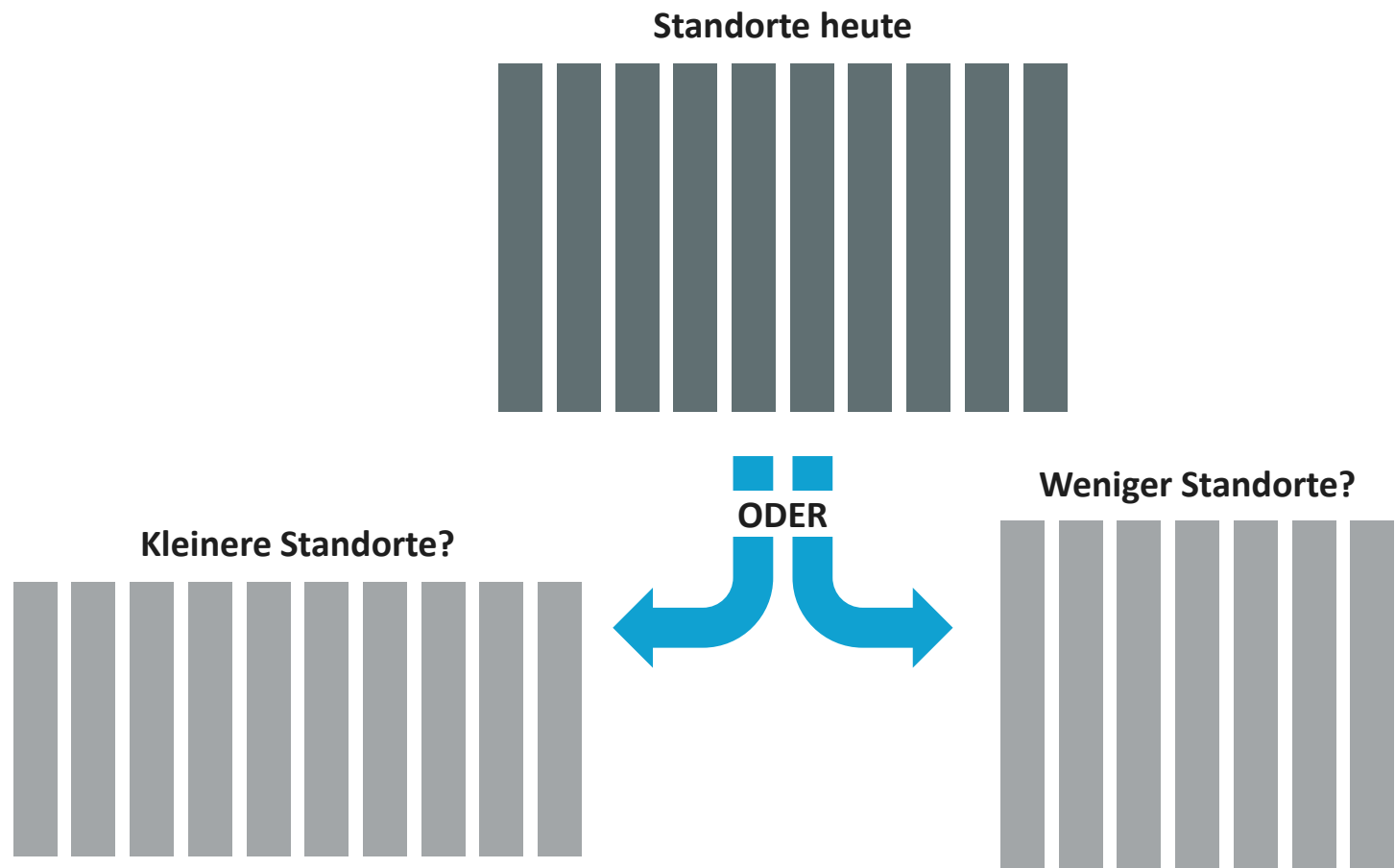
**In der Summe sinkender Bedarf**

## Ausblick

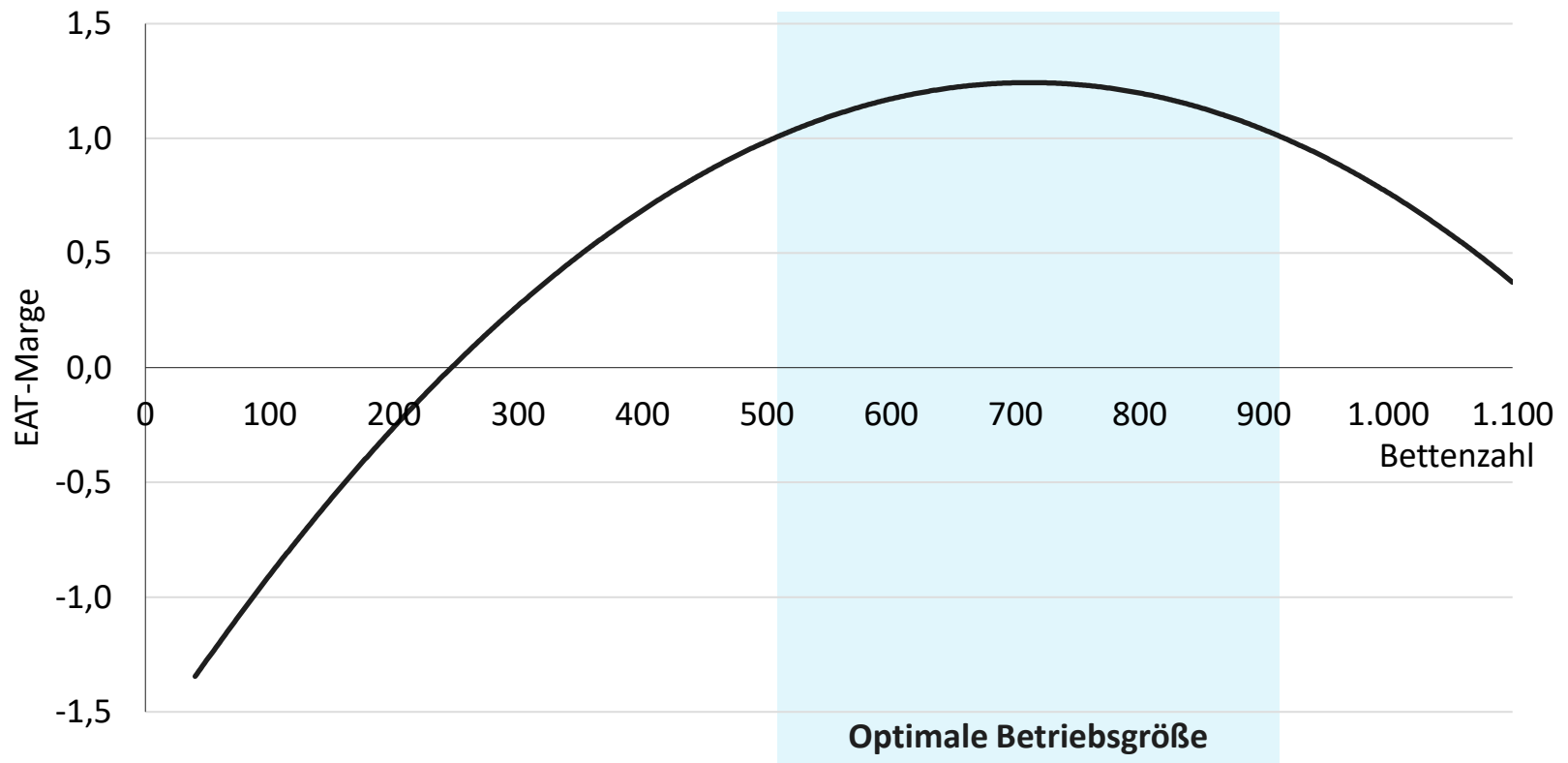
**Lohnkosten:** Nachwuchs bleibt knapp  
→ Lohnkosten steigen weiter überproportional

**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
<b>Summe</b>	<b>1.697</b>	<b>437.231</b>	<b>258</b>

## Zielbild

Anzahl Standorte	Betten insgesamt	Betten je Standort
185	129.500	700
350	122.500	350
350	42.000	120
0	0	80
280	22.400	80
<b>1.165</b>	<b>316.400</b>	<b>272</b>

## 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%
<b>Summe</b>	<b>-31%</b>	<b>-28%</b>	<b>5%</b>

## Absolute Veränderung

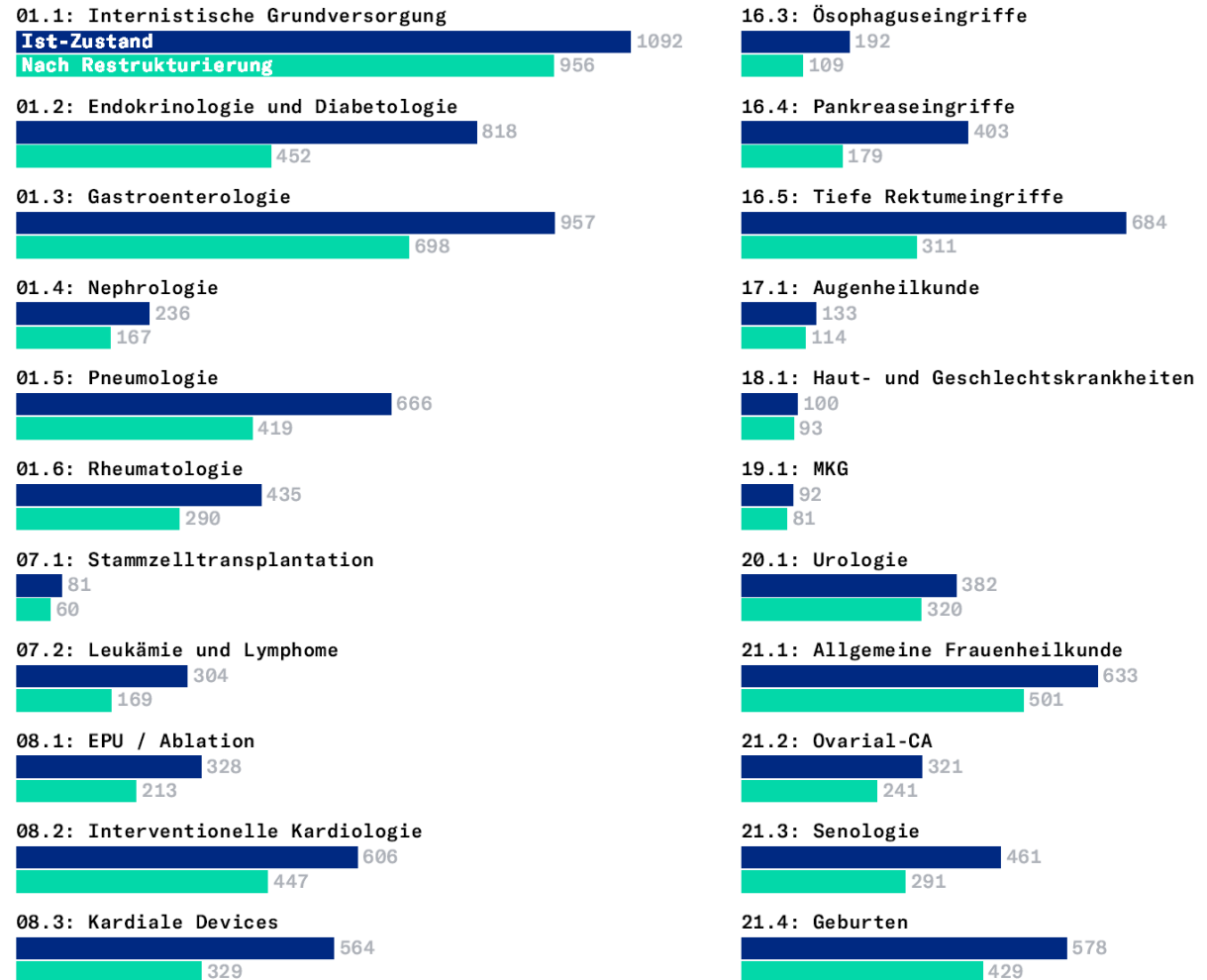
Anzahl Standorte	Betten insgesamt	Betten je Standort
21	-4.980	-120
89	15.229	-61
-298	-97.320	-95
-274	-24.660	-10
-70	-9.100	-10
<b>-532</b>	<b>-120.831</b>	<b>14</b>

# 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

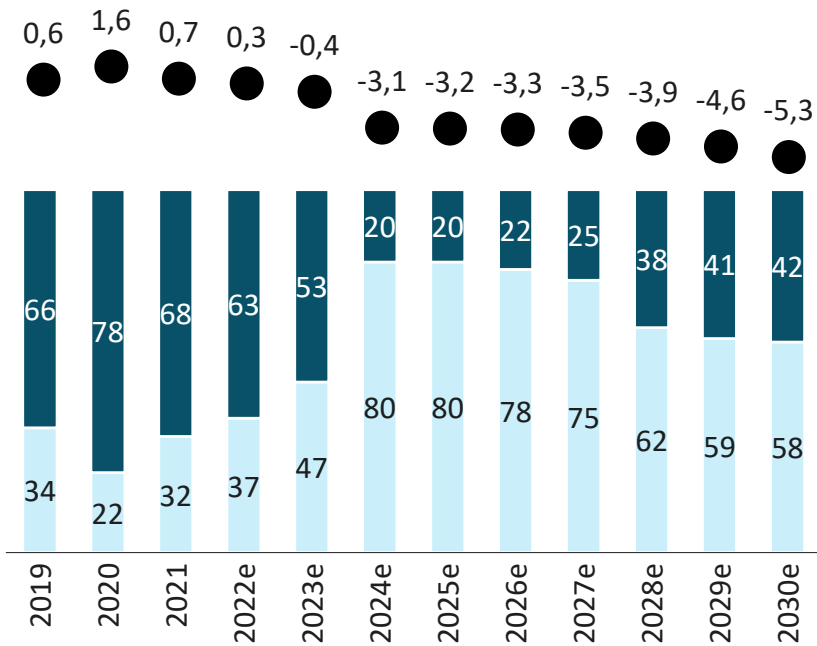
## Vorhaltefinanzierung

Regional bestimmte Vorhaltebudgets

# Positive Effekte zeigen sich jedoch erst mittelfristig

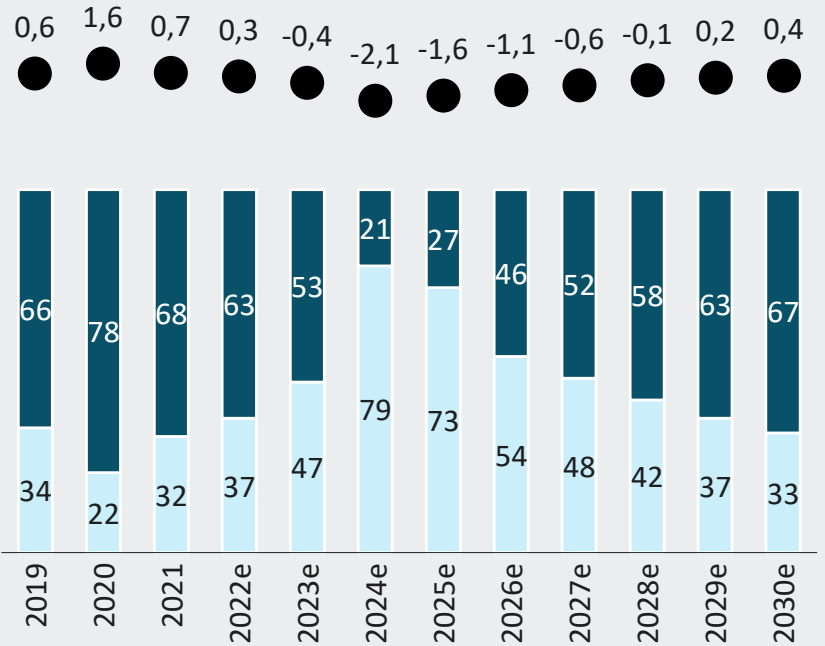
## Szenario Fortschreibung<sup>(1)</sup>

Jahresergebnis in % der Erlöse



## Szenario Fortschreibung + Personalengpass und Ambulantisierung + Optimierung<sup>(2)</sup>

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

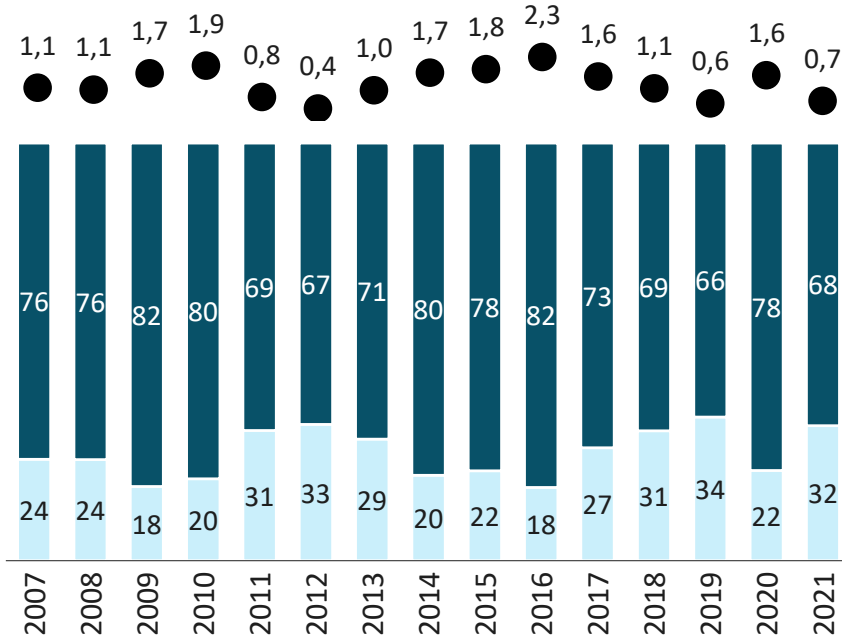
1	„Kalte“ Strukturbereinigung vermeiden durch <b>Hilfsfonds für versorgungsnotwendige Häuser</b> ( <i>Definition der Versorgungsnotwendigkeit erforderlich</i> )	ca. <b>+1 Mrd. €</b>
2	Deutliche Erhöhung der <b>Investitionsfördermittel der Länder</b> , um die Kapitalkosten der Krankenhäuser zu entlasten,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

(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

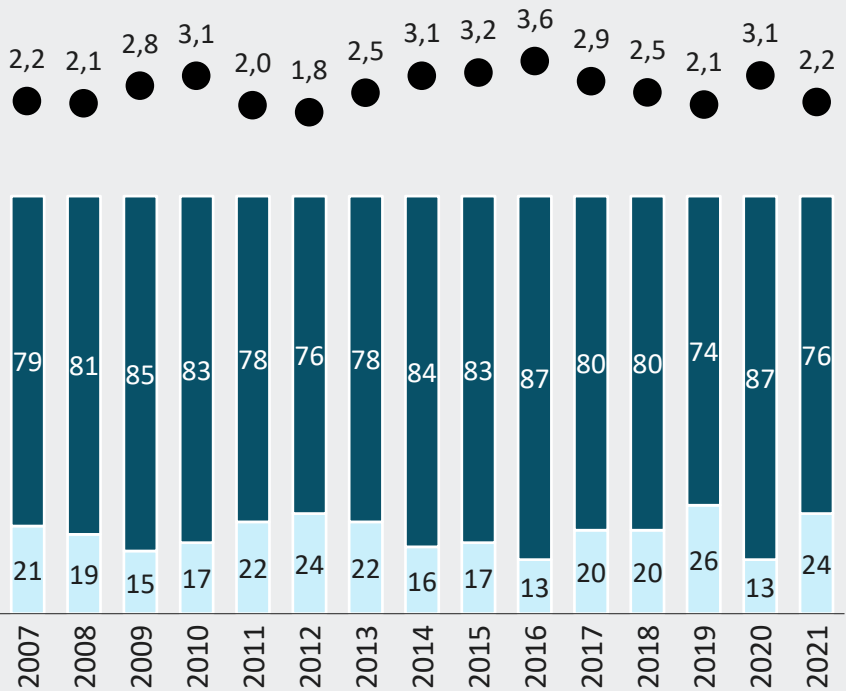
## Tatsächliche Entwicklung

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