



Herausforderungen für das deutsche Gesundheitswesen

BDPK Bundeskongress 2018

13. Juni 2018

Krankenhaus Rating Report 2018 vom 7.6.2018 und Faktenbuch „Private Kliniken“ am 13.6.2018



Agenda



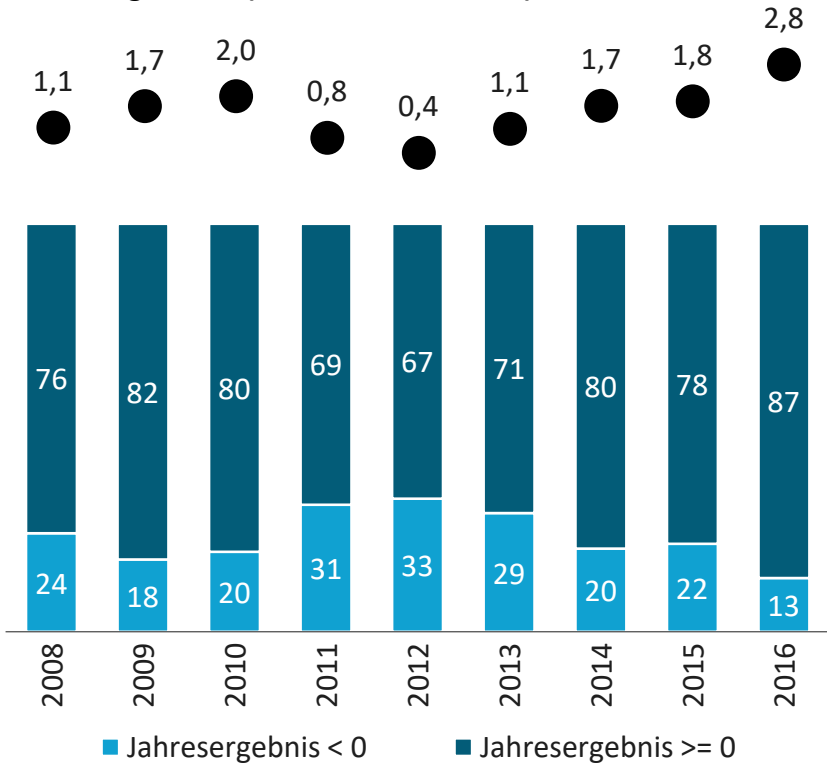
Aktuelle Lage und Herausforderungen

Potenziale



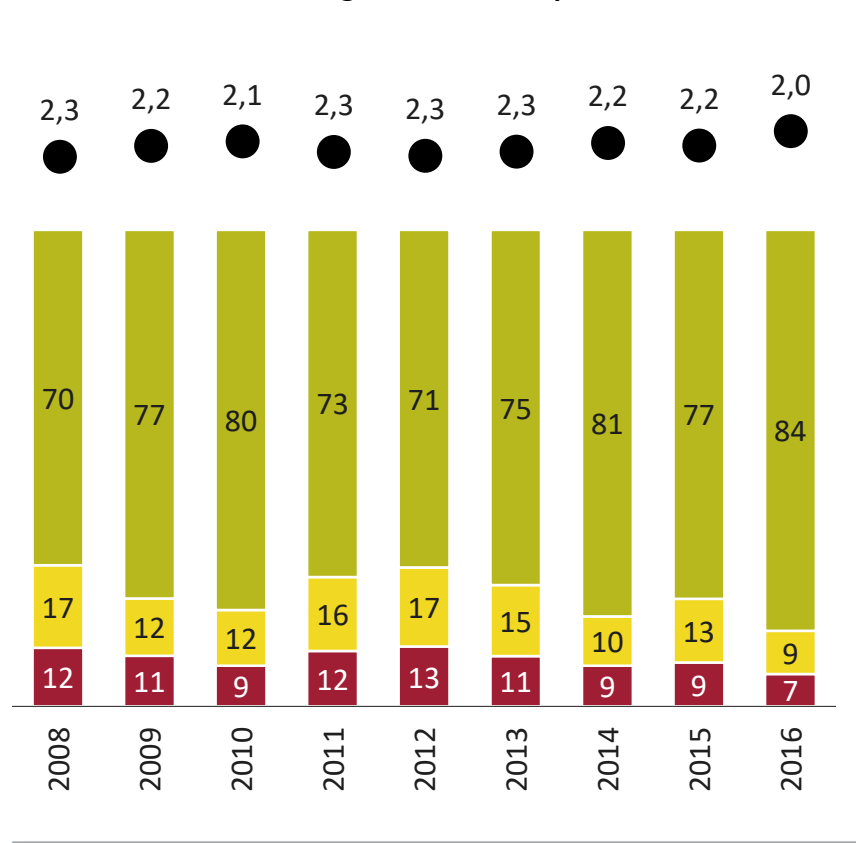
Verbesserung der wirtschaftlichen Lage im Jahr 2016

Jahresergebnis⁽¹⁾ (als Anteil an Erlösen)



Auf Standortebene 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 ...

... außerdem erstmals Mitglieder der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) untersucht

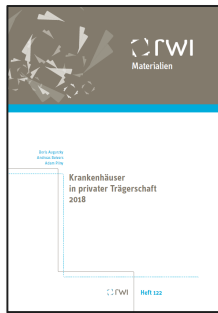
	Trägerschaft: private und freigemeinnützige Krankenhäuser schneiden am besten ab, kommunale Kliniken in ärmeren Kreisen schneiden jedoch genau so gut ab wie freigemeinnützige	
	Bundesländer: Lage in Ost-Deutschland weiterhin am besten, schwierig dagegen in Niedersachsen/Bremen, Bayern, Hessen und Baden-Württemberg	
	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	
	Investitionen: Sinkender Kapitaleinsatz und rückläufige Förderquoten Jährlicher Investitionsbedarf ⁽¹⁾ , um bestehendes Sachanlagevermögen zu halten: 5,8 Mrd. €	
	Digitalisierungsgrad: wirtschaftlich besser schneiden Kliniken mit einem EMRAM > 1 ab ⁽²⁾	Neu
	Qualität: (i) Hohe Variation der Standardized Mortality Ratio (SMR) bei kleinen Fallzahlen → in kleinen Einrichtungen ist gutes oder schlechtes Ergebnis eher dem Zufall geschuldet. (ii) Bei kleinen Fallzahlen manchmal (jedoch nicht immer) im Durchschnitt schlechtere SMR. (iii) Kein Zusammenhang zwischen SMR und Anzahl Pflegekräfte je Fall feststellbar.	Neu

(1) Ohne Universitätskliniken

(2) 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

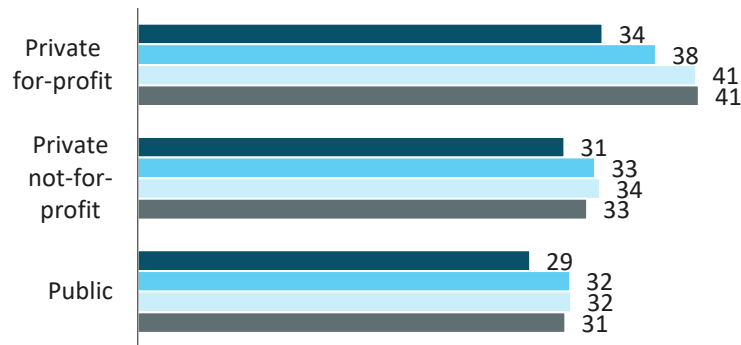
Quelle: Krankenhaus Rating Report 2018

Faktenbuch: Höhere Arbeitsproduktivität und weniger qualitative Auffälligkeiten bei privaten Krankenhausbetreibern



■ 2006 ■ 2009 ■ 2012 ■ 2015

Case-Mix-Punkte je medizinischer Vollkraft⁽¹⁾



Vollkräfte im Pflegedienst je 1 000 Belegungstage



Standardized mortality ratio (SMR)⁽²⁾ 2014-2016

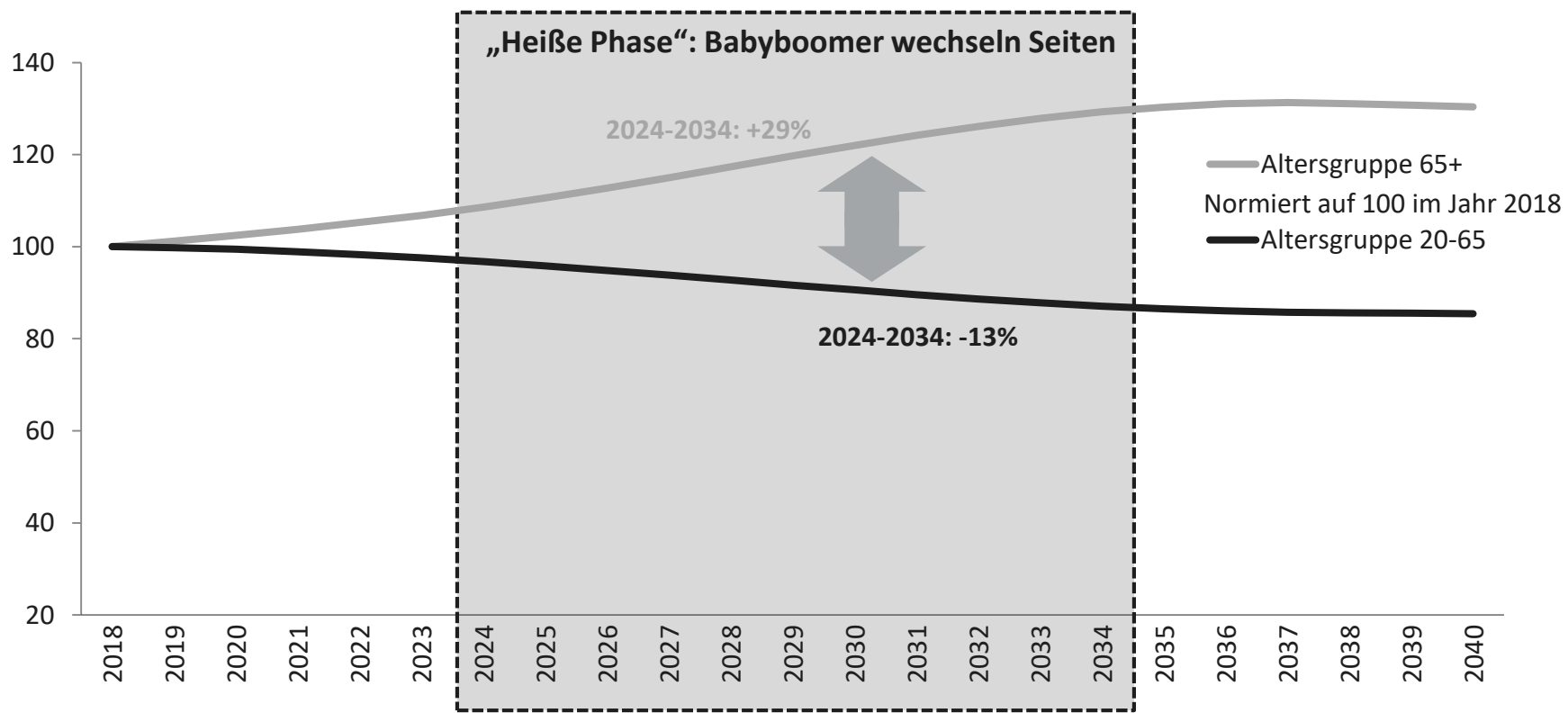


Vollkräfte im Pflegedienst nach Leistungsmenge⁽³⁾



(1) Medizinische Vollkräfte umfassen alle Vollkräfte des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes und des Funktionsdienstes.
 (2) Nach IQM, aggregierte SMR über 21 Indikatoren, siehe Krankenhaus Rating Report 2018, SMR = 1 → tatsächliche Mortalitätsrate entspricht der erwarteten Rate
 (3) 50% Fallzahl und 50% Belegungstage; Normiert auf „Public 2006=100“
 Quelle: Faktenbuch Private Krankenhäuser (2018)

Ausblick: Demografisches Problem verschärft sich deutlich ab 2024

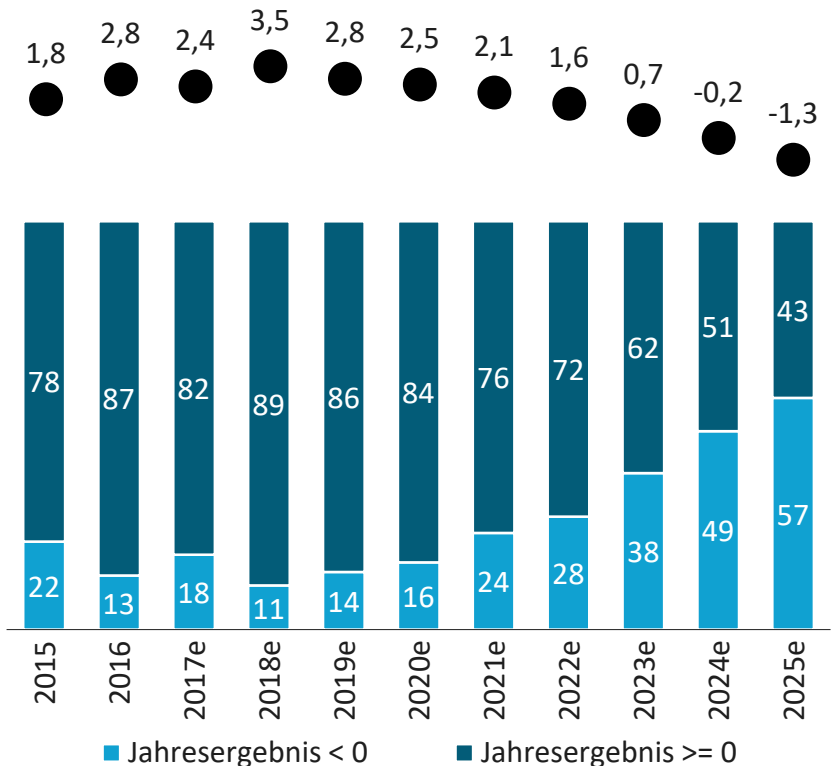


Finanzierungsengpässe der Kassen, geringes Preis- und abflachendes Mengenwachstum erwartet

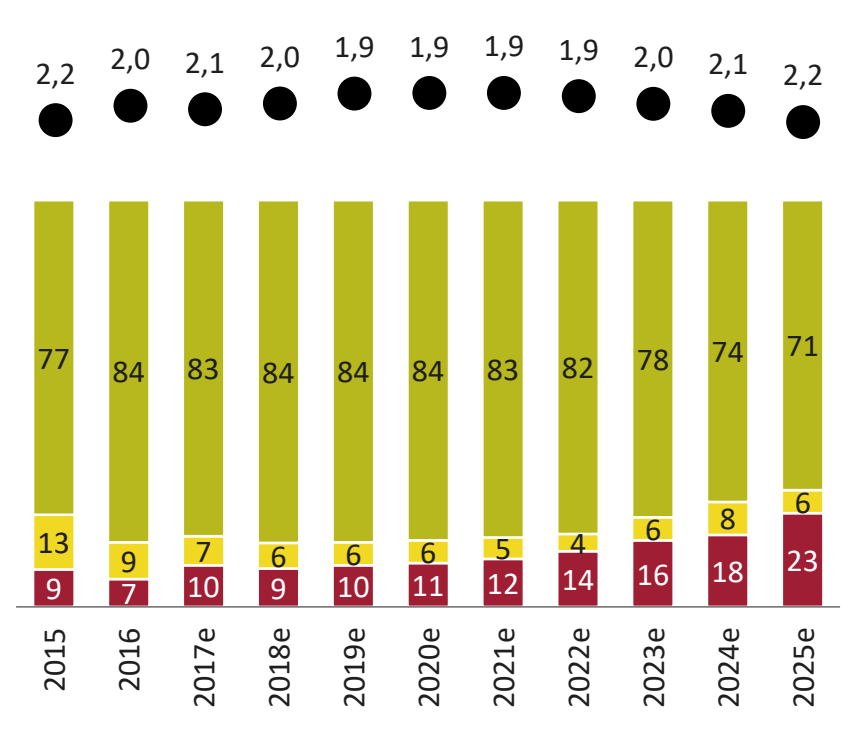
Quelle: Krankenhaus Rating Report 2018

Infolgedessen spürbare Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser in den 20er Jahren erwartet ...

Jahresergebnis⁽¹⁾ (als Anteil an Erlösen)



Durchschnittliche Ratingnote⁽²⁾ und Ampelklassifikation



Bei gleichbleibenden Leistungs- und Preiszuwächsen dagegen Stabilisierung der Lage möglich

(1) EAT, Earnings after tax

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

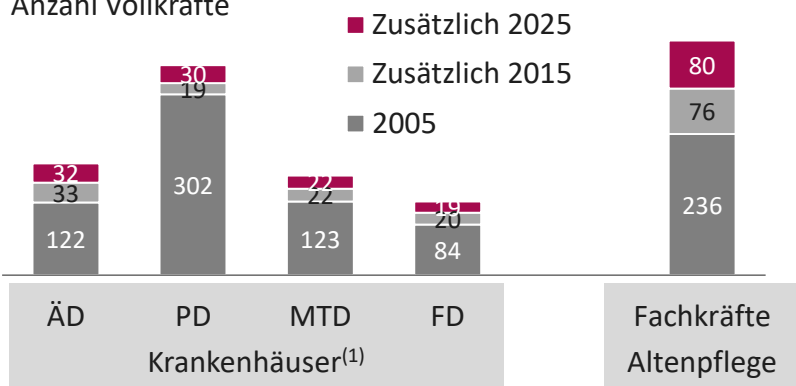
Quelle: Krankenhaus Rating Report 2018

... und bei Fortschreibung des Status quo Mehrbedarf an Personal bei gleichzeitig sinkender Zahl an Personen im erwerbsfähigen Alter

Dabei schon heute steigende Vakanzenzeiten bei der Besetzung offener Stellen

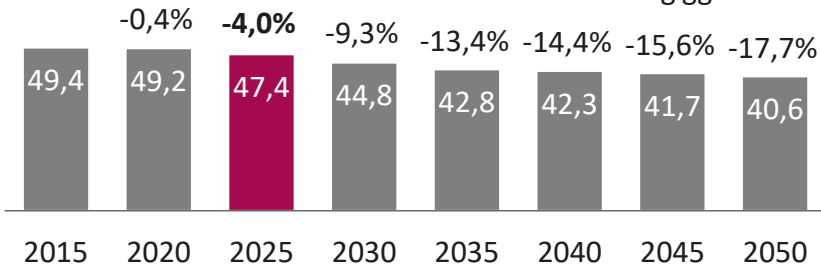
Bis 2025: +80.000 VK in med. Diensten der Krankenhäuser und weitere 80.000 Pflegefachkräfte in der Altenpflege

Anzahl Vollkräfte

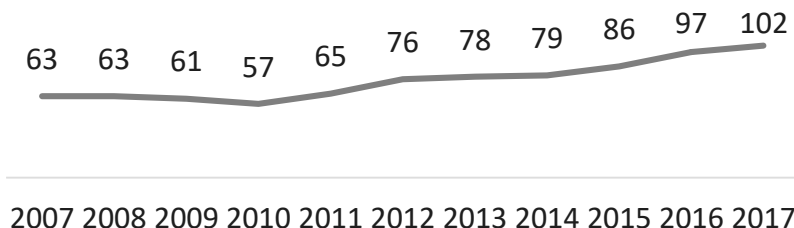


Bevölkerung im Alter von 20-65 Jahren = Pool an Fachkräften

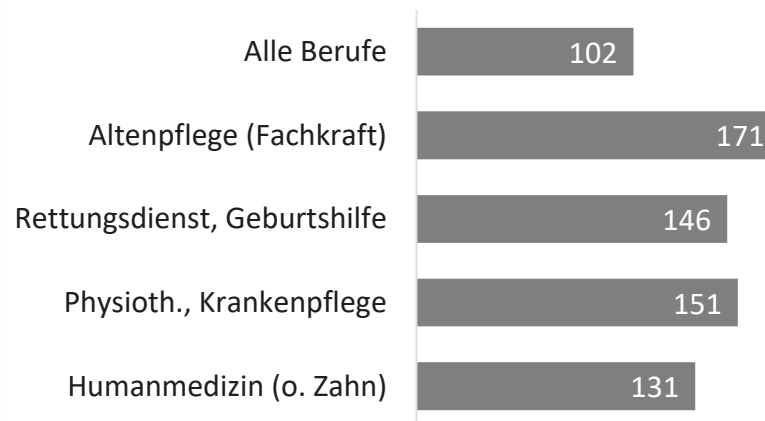
Veränderung ggü. 2015



Vakanzen⁽²⁾ bei der Besetzung offener Stellen in Tagen



Vakanzen bei Gesundheits- und Pflegeberufe 2017



(1) ÄD = Ärztlicher Dienst, PD = Pflegedienst, MTD = Medizinisch-technischer Dienst, FD = Funktionsdienst

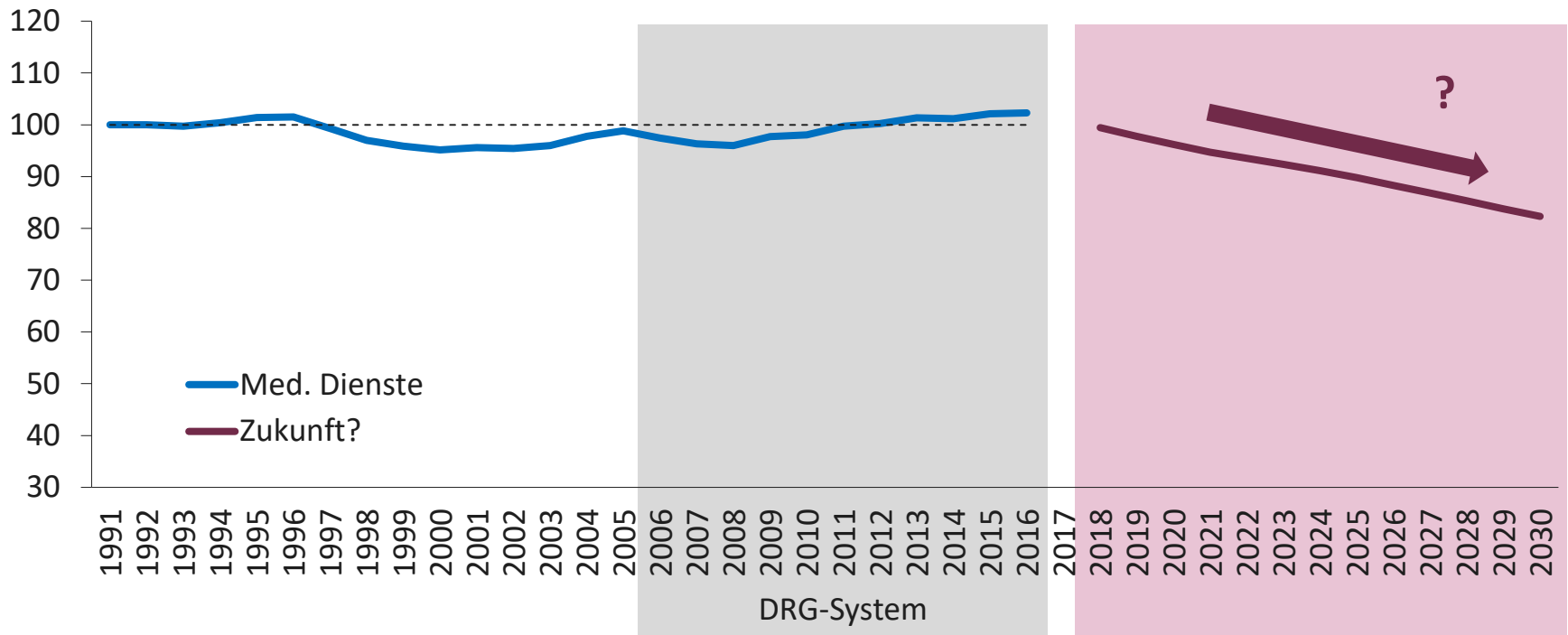
(2) Ohne Helfer- und Zeitarbeitsstellen, gleitender Durchschnitt, 2017: gleitender Jahresdurchschnitt Nov 2016 – Okt 2017

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2018; Fachkräfteengpassanalyse Dezember 2017 der Bundesagentur für Arbeit

Muss daher künftig weniger Personal mehr Leistung erbringen?

Droht Rationierung von Leistungen mangels Personal?

Vollkräfte je Leistungsmenge⁽¹⁾ im Krankenhaus, normiert auf 100 im Jahr 1991



Wege zur Steigerung der **Produktivität** und zur Reduktion des **Nachfragewachstums** nötig
 Hauptziel: **arbeitssparende Innovationen**, um Personalbedarf je Patient zu senken

(1) Leistungsmenge als gewichtetes Mittel aus der (normierten) Fallzahl (75%) und der (normierten) Zahl an Behandlungstagen (25%)

Anmerkung: Medizinische Dienste = Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, medizinisch-technischer Dienst und Funktionsdienst

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2018

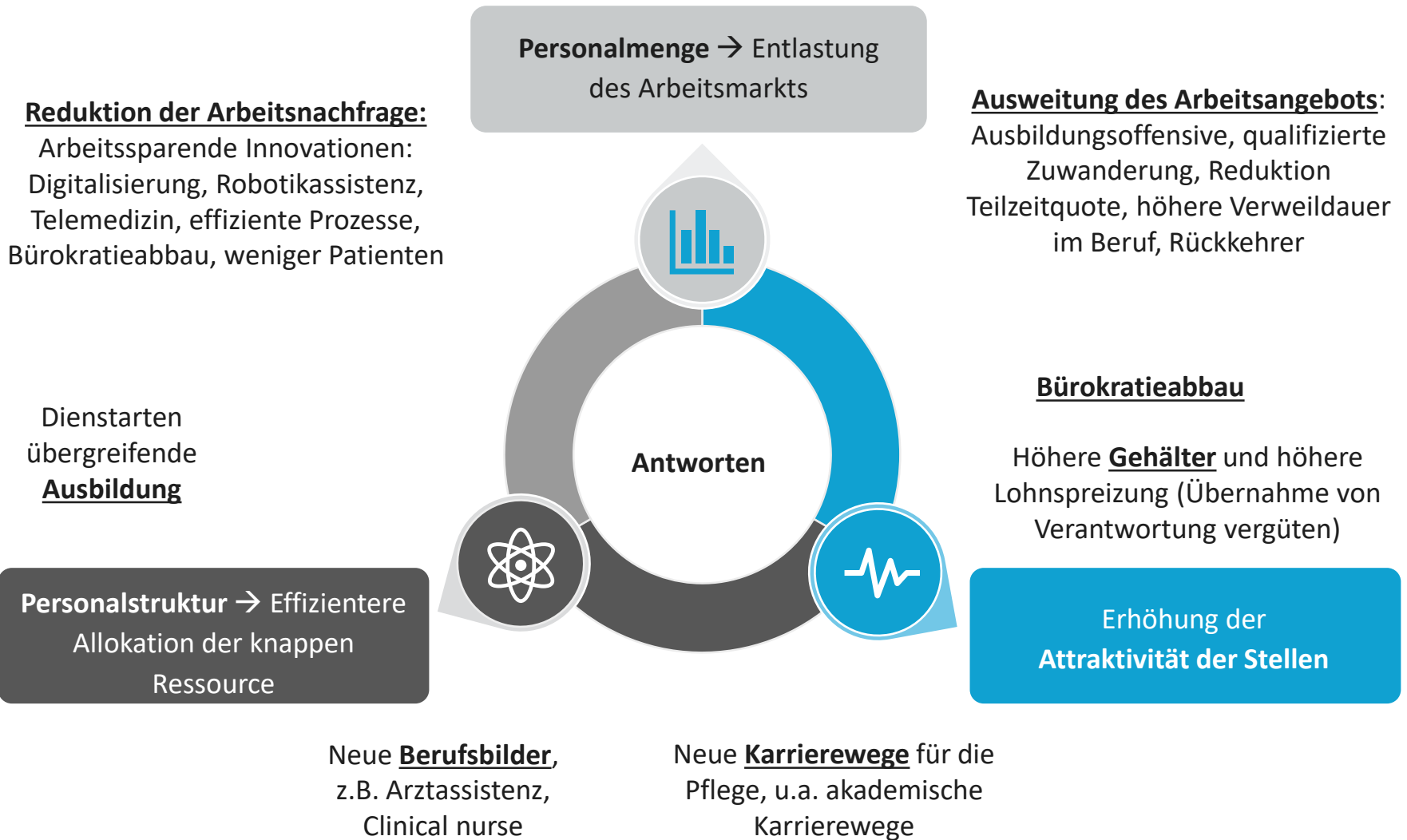
Agenda



Aktuelle Lage und Herausforderungen

Potenziale

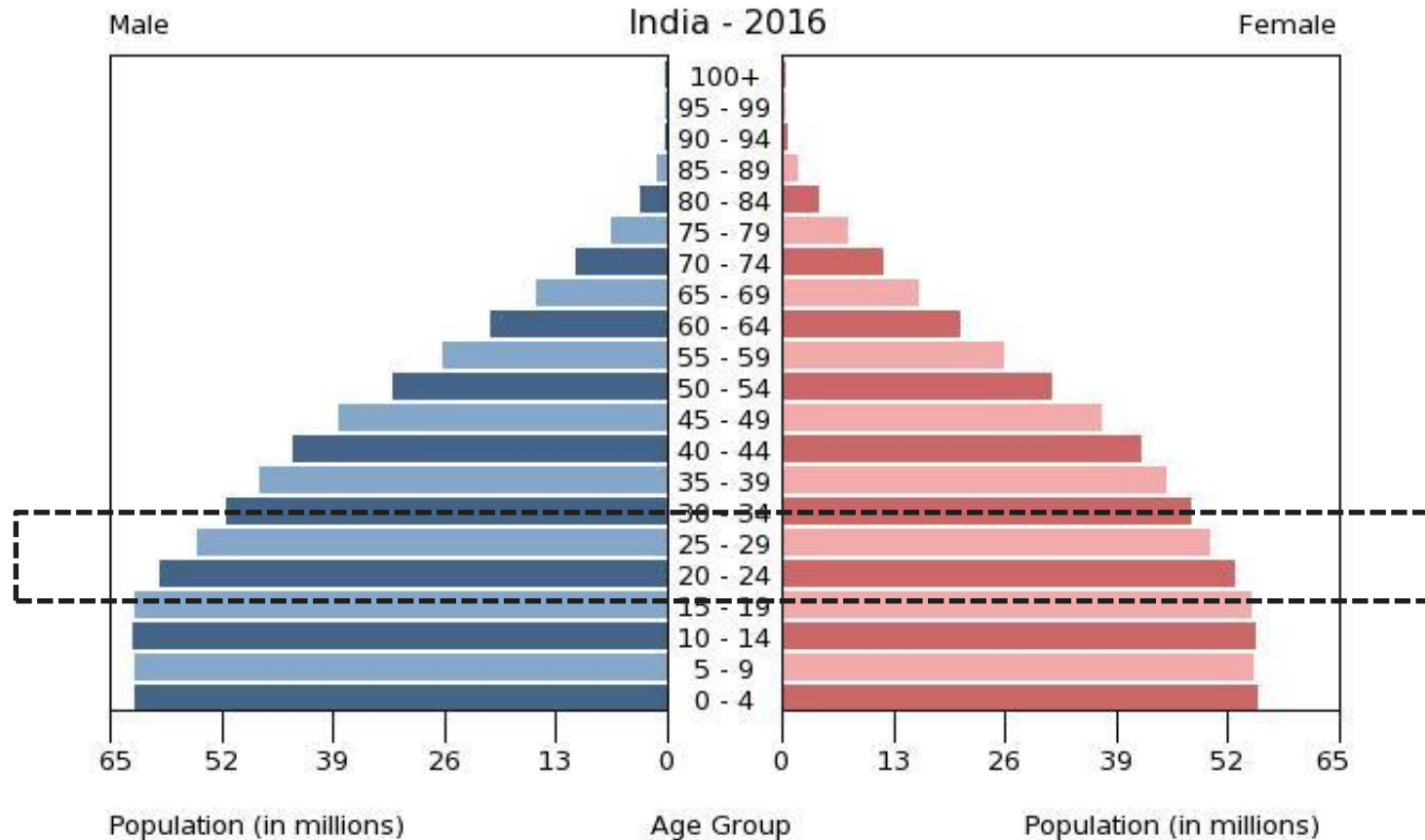
Maßnahmen zur Reduktion des wachsenden Fachkräftemangels



Quelle: Krankenhaus Rating Report 2018

Warum Zuwanderung nicht unmoralisch ist

Bevölkerungspyramide Indien: mehr als 200 Mio. Menschen im Alter von 20-29 Jahren



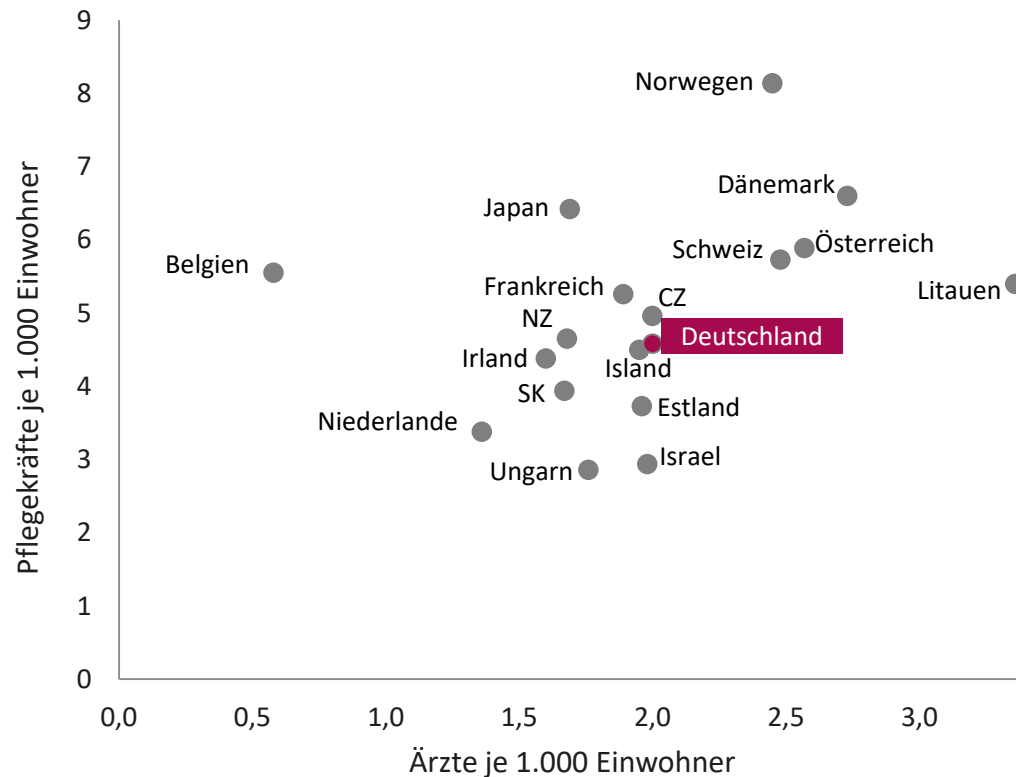
Herausforderung ist vielmehr die **kulturelle Integration** der Fachkräfte, insbesondere sprachlich

Quelle: https://www.laenderdaten.de/bevoelkerung/_popgraphs/pyramides/IN_popgraph.png

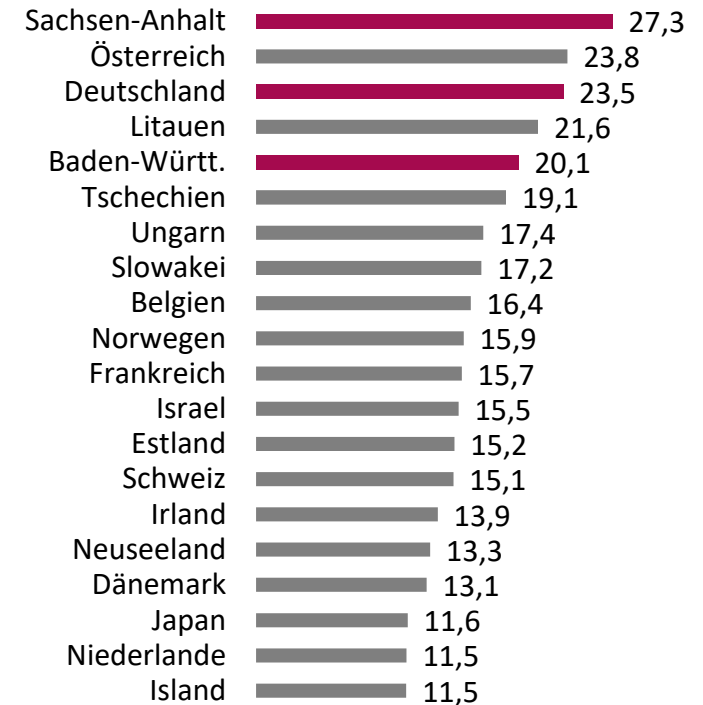
Außerdem ist die Nachfragestruktur in Deutschland ungünstig

Durchaus viele Ärzte und Pflegekräfte je Einwohner, aber überdurchschnittlich viele Patienten

Personaldichte im Krankenhaus (Vollkräfte)⁽¹⁾, je 1.000 Einwohner



Krankenhausfälle je 100 Einwohner



Anreize zur Ambulantisierung der Medizin in Deutschland schaffen

(1) Jeweils aktuellstes Jahr (2015 oder 2016). Daten zu Belgien und Dänemark aus 2014. Grundlage: Ärzte und Pflegekräfte im Krankenhaus (Vollzeitäquivalente)
 Anmerkung: Nur OECD-Länder, für die Zahl der Ärzte und Pflegekräfte im KH als Vollzeitäquivalente sowie Krankenhausfälle je Einwohner von OECD bereitgestellt
 Quelle: Krankenhaus Rating Report 2018

Dabei muss das Rad nicht immer neu erfunden werden

Blick auf andere Länder: Ausgewählte Themenfelder



Zentrenbildung

Beispiel Dänemark

Zentralisierung der Behandlungsstandorte, **Verzahnung** ambulante und stationäre **Sektoren**, **Flexibilisierung** Arbeitsabläufe

Elektronische Patientenakte

Beispiele Dänemark, Österreich, Estland

Digitalisierung der gesamten **Behandlungshistorie**, Ausstellung von **e-Rezepten** mit automatischer Wechselwirkungsprüfung, **Vernetzung** aller **Akteure** mit Zugriffssteuerung durch Patient

Digitalisierung, Telemedizin, Robotik

Beispiele Estland, Schweiz, Japan

Nutzung **digitaler Medien** zur **Vernetzung**, Abdeckung der **Versorgung** in der **Fläche** durch **Telematik**, Ausweitung von **Robotik** in **Unterstützungsfunktionen**

Effektive Patientensteuerung

Beispiel Dänemark

Nutzung von Hausarzt und Hotline als „**Gatekeeper**“
Vermeidung von Fällen in der **Notfallaufnahme**

Integrierte Versorgung

Beispiele Spanien, Niederlande

Krankenversicherungen auch als **Gesundheitsdienstleister** zur Sicherstellung der **regionalen Versorgung**; außerdem wenige stationäre Fälle, **ambulante** fachärztliche Versorgung am Krankenhaus