

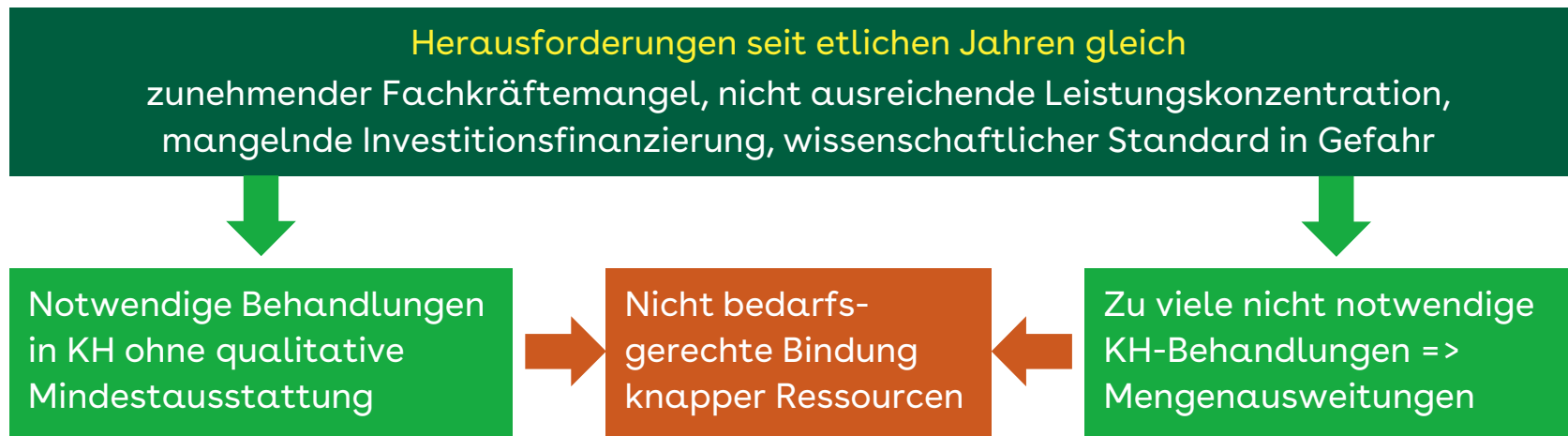
Zukunftsvision Gesundheitspolitik

Die Reform einer bedarfsgerechten Krankenhausreform Revolution, Evolution oder Kollaps?

Perspektiven der AOK

Dr. Jürgen Malzahn, AOK-Bundesverband

Ausgangslage: Versorgungsstrukturen



In der Konsequenz sind Strukturanpassungen dringend erforderlich:

- Berücksichtigung des Versorgungsbedarfs im Rahmen der Versorgungsplanung
- Verknüpfung leistungsunabhängiger Vorhaltefinanzierung mit der Planung
- Investitionen von Bund und Länder in den Strukturwandel erforderlich
- Ambulantisierung von Leistungen mit ambulantem Potenzial

Ausgangslage: Versorgungsstrukturen

Herausforderungen seit etlichen Jahren gleich

zunehmender Fachkräftemangel, nicht ausreichende Leistungskonzentration, mangelnde Investitionsfinanzierung, wissenschaftlicher Standard in Gefahr

Notwendig
in KH o
Minde

Und dabei gilt – wir haben keine Zeit mehr

- 2016 kam das KHSG und es ist viel zu wenig geschehen!
- Covid und der Ukrainekrieg haben den Reformdruck verstärkt – Effizienzsteigerung ist das Gebot der Stunde
- Der Fachkräftemangel wächst weiter... und KH Insolvenzen nehmen zu
- Es gilt zügig zu handeln – Geld für Geschwindigkeit

In de

- Verknüpfung
- Investitionen von Bund und Länder in den Wandel erforderlich
- Ambulantisierung von Leistungen mit ambulantem Potenzial

Erfolgskritische Fragen.....

Gelingt eine Modernisierung der Klinikstrukturen?

- Qualitätsorientierte Konzentration
- Ausschluss von Gelegenheitsversorgung

Gelingt es die richtigen Anreize zu setzen?

- Erbringung von bedarfsnotwendigen Mengen
- Vorhaltung in Relation zum Bedarf der Bevölkerung

Bevölkerungsbezug: Warum ist der Baustein zentral?

1. Anker für die Vorhaltekostenfinanzierung

- Fall fällt als Bezugspunkt weg , aber es wird ein „rationaler/begründbarer“ Anker für die Dimensionierung von Vorhalteerlösen benötigt; Ansonsten: Vorhalteerlöse = politischer Basar

2. Modernisierung

- Vorhaltepauschalen je Einwohner können nur einmal vergeben werden, das befördert einen „Tausch“ von LGs um eine Spezialisierung zu erreichen => „Sortieren“ der Versorgungsstrukturen

3. Fortschreibung

- Fortschreibung der Vorhaltepauschalen im Zeitverlauf kann mit Bevölkerungsbezug auf rationaler Basis erfolgen
- Ansonsten zwangsläufig wieder am Fall orientiert (Vorhaltepauschalen folgen mit Zeitverzug der erbrachten Menge)

Vorhaltepauschalen: Wie die Ziele der Reform erreicht werden können...

Fallunabhängiges Vorhaltemodell

1. Vorhaltepauschale je Leistungsgruppe: Ausgliederung aus den DRGs & finanzielle Bewertung von Leistungsgruppen durch das InEK
2. Landesvorhaltebudget: zunächst auf Basis historischer Inanspruchnahme (künftig: Bedarf auf wissenschaftlicher Basis), Volumen wird zu festem Termin im Vorjahr ermittelt, zunächst keine Umverteilung zwischen den Bundesländern
3. Krankenkassen u. Kostenträger zahlen Vorhaltevolumen in Vorhaltefonds ein
4. Vorhaltebudgets einer Klinik: wird zu festem Termin im Vorjahr auf Basis der bevölkerungsbezogenen Versorgungsaufträge ermittelt/abschließend definiert
5. Auszahlung: durch neutrale Stelle („Sparkasse“)

Vorteile

- Lösung vom Fall! / Daseinsvorsorge
- Planungssicherheit für die Kliniken
- Krisenfestigkeit des Systems
- Keine Steigerung der Komplexität von Budgetverhandlungen

Ambulantisierung von Krankenhausleistungen

AOK-Konzept zur kurzfristigen Ambulantisierung

Prämissen:

- Verwendung der vorhandenen Vergütungssysteme
- Anreiz zur Ambulantisierung ohne Übervergütung für Kliniken
- Anreize für Vertragsärzteschaft entbehrlich
- Keine neue Komplexität schaffen– Bestehendes nutzen

Vorschlag: Ambulantisierungsbudget

- TOP X Leistungen „Ambulantes Operieren“ auswählen
- Zielwert je Klinik: In den nächsten 3 Jahren jeweils 10 Prozentpunkte mehr ambulanter Versorgungsanteil
- welche Behandlung im einzelnen ambulant erbracht wird, entscheidet das KH
- Erlösausgleich nach EBM und DRG entsprechend des Zielwertes



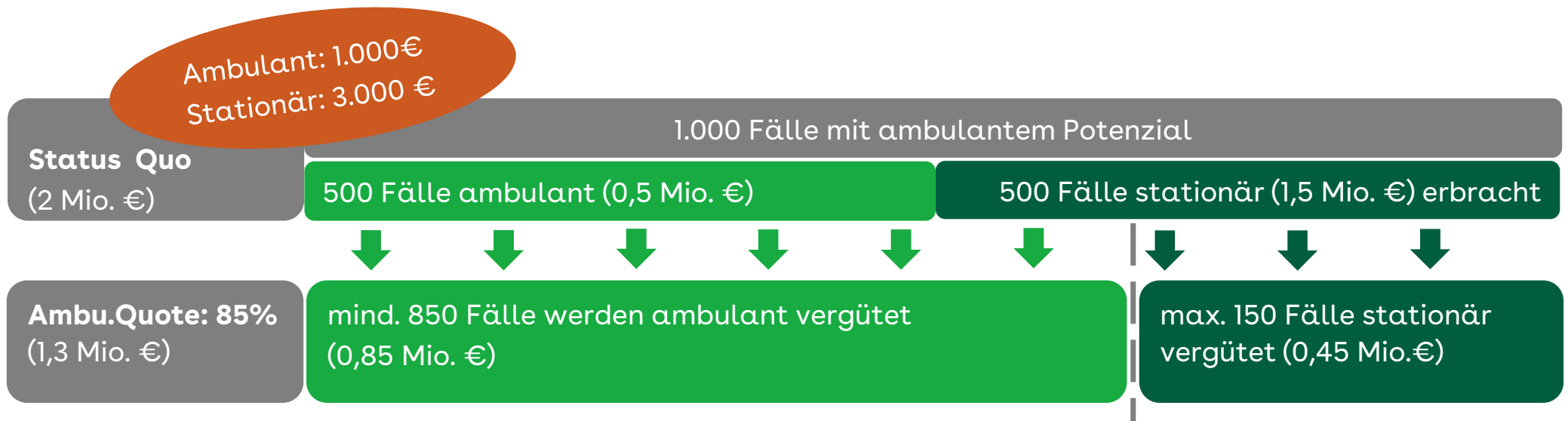
Dieses Bett bleibt künftig leer

Ambulant vor stationär: Welche Ressourcen sich bei Operationen und Therapien sparen lassen, erläutern Dörte Jäckel, David Scheller-Kreinsen und Jürgen Malzahn vom AOK-Bundesverband.

G+G digital 2023

Ambulantisierung von Leistungen mit ambulantem Potenzial: Reformvorschläge der AOK

Wirkweise des Vorschlags der AOK



Regionale Herausforderungen in der stationären Versorgung

Zentrale Herausforderungen

- „Kleine Krankenhäuser“ ohne qualitative und wirtschaftliche Perspektive
- Schwierigkeiten bei der Personalgewinnung
- Fehlinanspruchnahme der Notfallversorgung
- ungenutztes Ambulantisierungspotenzial der Krankenhäuser
- ...

Nicht bedarfsgerechte Bindung knapper Ressourcen

Klinikinsolvenzen

Wie krank sind unsere Krankenhäuser?

Stand: 17.01.2023 19:02 Uhr

tagesschau.de

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft warnt vor zahlreichen Insolvenzen. Die Pleitewelle bei Krankenhäusern liegt auch an Inflation und Energiekrise. Vor allem kleinere Häuser auf dem Land sind akut bedroht.

Tausende Herzinfarkt- und Krebspatienten in Kliniken ohne adäquate Ausstattung

Viele komplizierte Eingriffe finden in Kliniken mit wenigen Fällen statt – obwohl die Behandlung dort oft schlechter ist. Eine aktuelle Studie zeigt, wo das Problem am größten ist.

Handelsblatt, 13.12.2022

... und in der ambulanten Versorgung

Zentrale Herausforderungen

- zunehmende Sicherstellungsprobleme
- schlechte Erreichbarkeit
- Fragmentierung der Versorgungslandschaft
- ebenso Personalengpässe wie im stationären Bereich
- junge Ärzte/-innen präferieren häufig Angestelltenverhältnis
- große regionale Unterschiede (Bedarf/Angebotssituation)

Hemmnisse

- starre sektorale Regelungen
- geringe Veränderungsbereitschaft der Vertragsärzte
- neue Versorgungsformen in Form bundesweiter Blaupausen im SGB V nicht praktikabel
- beendete Innovationsfondsprojekte in bestehende Strukturen bisher nicht überführbar
- Selektivverträge: hohe Hürden und geringe Relevanz für eine echte Weiterentwicklung der regionalen Versorgung

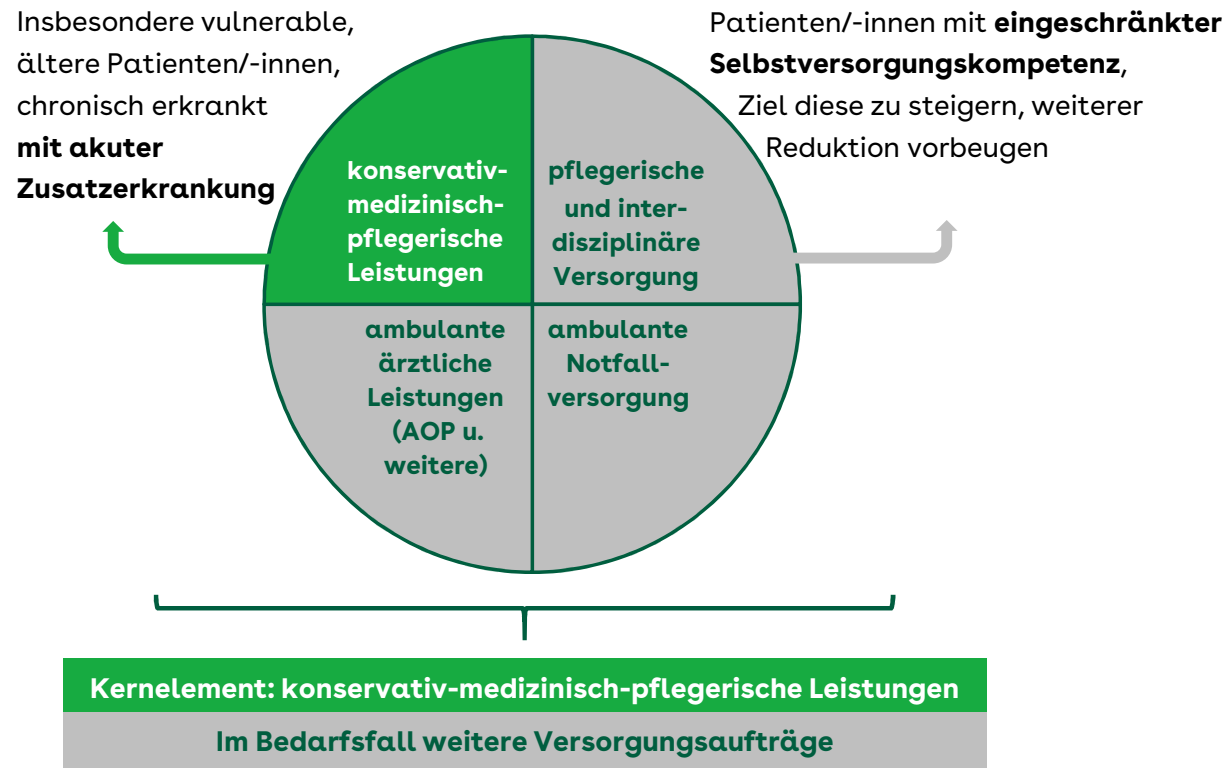
Bei guter Ausgestaltung bieten die aktuellen Überlegungen zu Level-1i Lösungspotenziale.

Level Ii- anstelle stationärer Versorgung pflegerische und ambulante Versorgung

Level Ii lässt sich auch mit dem Ansatz der Primärversorgungszentren verknüpfen!

Bedarfsorientierte Ausgestaltung

- medizinisch-pflegerisch-therapeutische Versorgung („high care – low tech“)
- multiprofessionell ausgestaltet
- Ambulantisierung bislang stationär erbrachter Leistungen
- einheitlicher vertraglicher Rahmen für alle ambulanten Leistungen (Komplexitätsreduktion)
- **Kurzfristig:** Level Ii-Kliniken = Teil der Krankenhausplanung; bzw. jeweiliger Ordnungsrahmen
- **Mittelfristig** sektorenunabhängiges Gesamtkonzept



Level 1i und seine Chancen bei bedarfsorientierter Ausgestaltung

- es werden regionale Gestaltungsspielräume geschaffen
- das KH bleibt als Gesundheitsstandort in der Region erhalten
- positiver Effekt für Image und Betriebsklima durch proaktive Neuausrichtung
- attraktive Perspektiven für Pflegefachpersonen sowie Ärzte/-innen und dadurch Verringerung von Personalengpässen
- Verbesserung der Versorgungssteuerung und klare Patientenpfade
- Reduktion von Fehlinanspruchnahmen der stationären Notfallversorgung

Echter Motor für die ambulant-stationäre Transformation!

Inhaltlich PVZ und Level 1i gemeinsam denken und regional am Versorgungsbedarf orientieren

Arbeitsentwurf -> Blick in die Zukunft?!

- **Nah am Eckpunktpapier**
- **Leistungsgruppen, Vorhaltefinanzierung, Level 1i/Ambulantisierung sind erkennbar**
- **Zeitvorstellungen unangemessen lang**
- **Finanzierungsfragen offen**
 - **Investitionskosten – rund 4 Mrd. € fehlen pro Jahr**
 - **Transformationskosten unklar**
 - **Zahlungsfähigkeit vieler Krankenhäuser aktuell gefährdet**

Vielen Dank für Ihr Interesse!

Dr. Jürgen Malzahn

Abteilungsleiter Stationäre
Versorgung, Rehabilitation
AOK-Bundesverband
Rosenthaler Strasse 31
10178 Berlin

+49 30 34646 - 2491
juergen.malzahn@bv.aok.de