

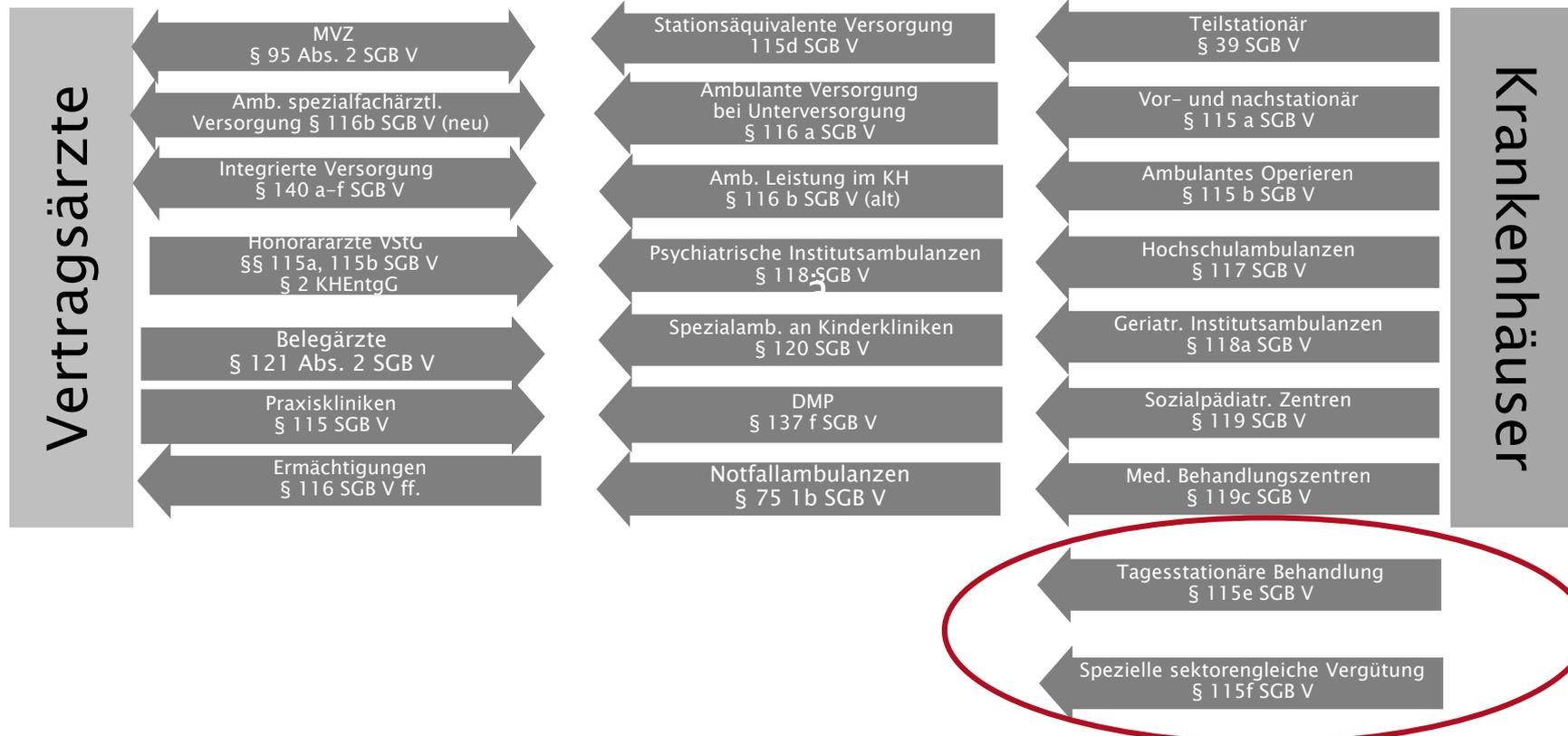
Erwartungen an eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung

Sieben Thesen aus Sicht des GKV–Spitzenverbandes

Rechtssymposium des Gemeinsamen Bundesausschusses
Berlin, 17.04.2023

Dr. Wulf–Dietrich Leber
GKV–Spitzenverband

Ambulant-stationärer Grenzbereich



Stellungnahmen der Regierungskommission



Spitzenverband

 **Regierungskommission**
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

**Erste Stellungnahme und Empfehlung
der Regierungskommission für eine
moderne und bedarfsgerechte Kranken-
hausversorgung**

Empfehlungen der AG Pädiatrie und Geburtshilfe
für eine kurzfristige Reform der stationären Vergütung
für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe



 **Regierungskommission**
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

**Zweite Stellungnahme und Empfehlung
der Regierungskommission für eine
moderne und bedarfsgerechte Kranken-
hausversorgung**

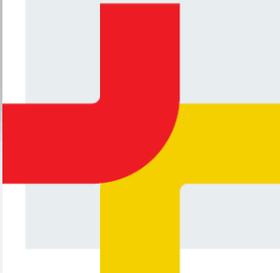
Tagesbehandlung im Krankenhaus zur kurzfristigen
Entlastung der Krankenhäuser und des Gesundheitswesens



 **Regierungskommission**
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

**Dritte Stellungnahme und Empfehlung
der Regierungskommission für eine moderne
und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung**

**Grundlegende Reform
der Krankenhausvergütung**



 **Regierungskommission**
für eine moderne und bedarfsgerechte
Krankenhausversorgung

**Vierte Stellungnahme und Empfehlung
der Regierungskommission für eine moderne
und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung**

**Reform der Notfall- und Akut-
versorgung in Deutschland
Integrierte Notfallzentren und
Integrierte Leitstellen**



Novum: 1i-Krankenhäuser

- ▶ Grundversorger des Levels 1i: integrierte ambulant/stationäre Krankenhäuser verbinden ambulante fachärztliche Leistungen mit Akutpflegebetten, in denen Patienten z. B. zur Beobachtung und Basistherapie oder nach der Verlegung stationär überwacht und gepflegt werden können.
- ▶ Leitung u. a. durch Pflegefachpersonen (z. B. Nursing Practitioners).
- ▶ Vergütung erfolgt durch sachgerecht kalkulierte, degressive Tagespauschalen (Tagessätze) für die Akutpflege. Ärztliche Leistung nach EBM für KV-Ärzte oder erhöhte Tagespauschale für fest am Krankenhaus angestellte Ärzte.
- ▶ Deutungsvariante 1: Krankenhäuser in Abwicklungsmodell
- ▶ Deutungsvariante 2: Eine neue Rechtsform nahe an der Kurzzeitpflege

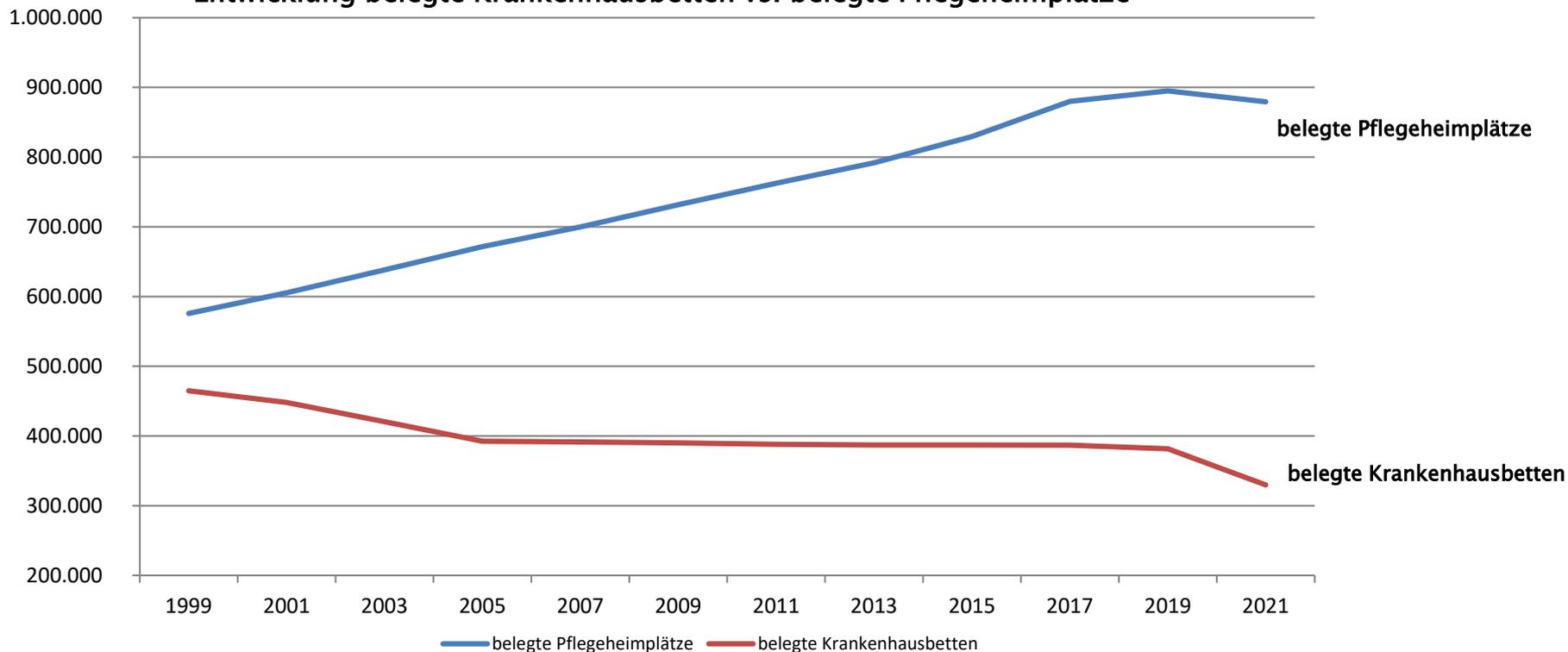
These 1:

Welche Sektoren sind gemeint? Wichtiger ist künftig die multisektorale Pflegeversorgung?

- ▶ Die Regierungskommission spricht von der Notwendigkeit einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung.
- ▶ Rückfrage: Welche Sektoren sind gemeint?
- ▶ Wer sich auf die ärztliche Tätigkeit konzentriert, wird an den stationären und ambulanten Sektor denken.
- ▶ Wer die pflegerische Tätigkeit in den Blick nimmt, wird hingegen Pflege im Krankenhaus zusammen mit stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanter Pflege betrachten.
- ▶ Die multisektorale Pflegeversorgung wurde bislang gesundheitspolitisch weitestgehend ignoriert.
- ▶ Level 1i-Häuser müssen zusammen mit Kurzzeitpflege, Übergangspflege und anderen Pflegeformen gesehen werden.

Je älter die Bevölkerung wird, desto weniger liegt sie im Krankenhaus – sie liegt im Pflegeheim.

Entwicklung belegte Krankenhausbetten vs. belegte Pflegeheimplätze



These 2: Krankenhausplanung funktioniert schlecht.

- ▶ Alle wissen, dass Länder kein Interesse an kapazitätsbegrenzender Planung haben.
- ▶ Aber noch größer ist das Problem, dass die Planung nicht mehr funktioniert, auch wenn es die Länder (gegen ihre Interessen) wollten.
- ▶ Das Drei-Häuser-Beispiel:
 - An der östlichen Kreisgrenze ist ein kleines Haus von Sana.
 - An der westlichen Kreisgrenze ist ein kleines Haus des Roten Kreuzes.
 - Ein Haus in der Mitte wäre sinnvoll (wegen Fallzahl und Erreichbarkeit).
 - Aber: Kein Land hätte die Rechtsmittel, dies durchzusetzen.
- ▶ Krankenhausaktivitäten sind aufgrund von Eigentumsrechten und Freiheit der Berufswahl verfassungsrechtlich geschützt.
- ▶ Das ändert sich nur, wenn jemand Geld für Investitionen oder Vorhaltefinanzierung in die Hand nehmen würde und „klassisch“ verteilt.

These 3: Vertragsärztliche Bedarfsplanung funktioniert schlecht.

- ▶ Vertragsärztliche Bedarfsplanung folgt dem richtigen Grundprinzip: „Sperrt die Städte, damit die Ärzte aufs Land gehen.“
- ▶ Aber der Abbau der Überversorgung in den Städten funktioniert schlecht, weil zugelassene Arztsitze eine Ewigkeitsgarantie haben – sogar über den Tod des Praxisinhabers hinaus.
- ▶ Die stark eingeschränkte Funktionsfähigkeit von stationärer und ambulanter Versorgungsplanung besteht ganz unabhängig von den Problemen an der Sektorengrenze.

These 4: Sektorenübergreifende Bedarfsplanung ist unnötig.

- ▶ Der Ruf nach „sektorenübergreifender“ Planung ist vor allem eine Folge der Fehlbelegung im Krankenhaus.
- ▶ Wenn man klar zwischen Fällen mit und ohne Bett unterscheidet, dann braucht man letztlich keine sektorenübergreifende Planung.
- ▶ Der adäquate Versuch einer solchen Grenzziehung sind die Kontextfaktoren gemäß IGES–Gutachten zur AOP–Abgrenzung.
- ▶ Setzt man das IGES–Schema um, dann sind ambulante und stationäre Fälle nicht substituierbar. Man braucht sie nicht gemeinsam beplanen.

Gutachten nach § 115b SGB V (AOP-Gutachten)

Auftragnehmer

- ▶ IGES Institut GmbH zusammen mit Gesundheit Österreich Beratungs GmbH (Bewerbergemeinschaft)
 - externe Kooperationen mit
 - ▶ Prof. Dr. Thomas Mansky (Begleitung des Projekts als Senior Expert)
 - ▶ Prof. Nikolas Matthes (Assistant Professor, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, USA)

Vorschlag: Erweiterung des AOP-Katalogs
im Vergleich zu 2019 um **86 %!**



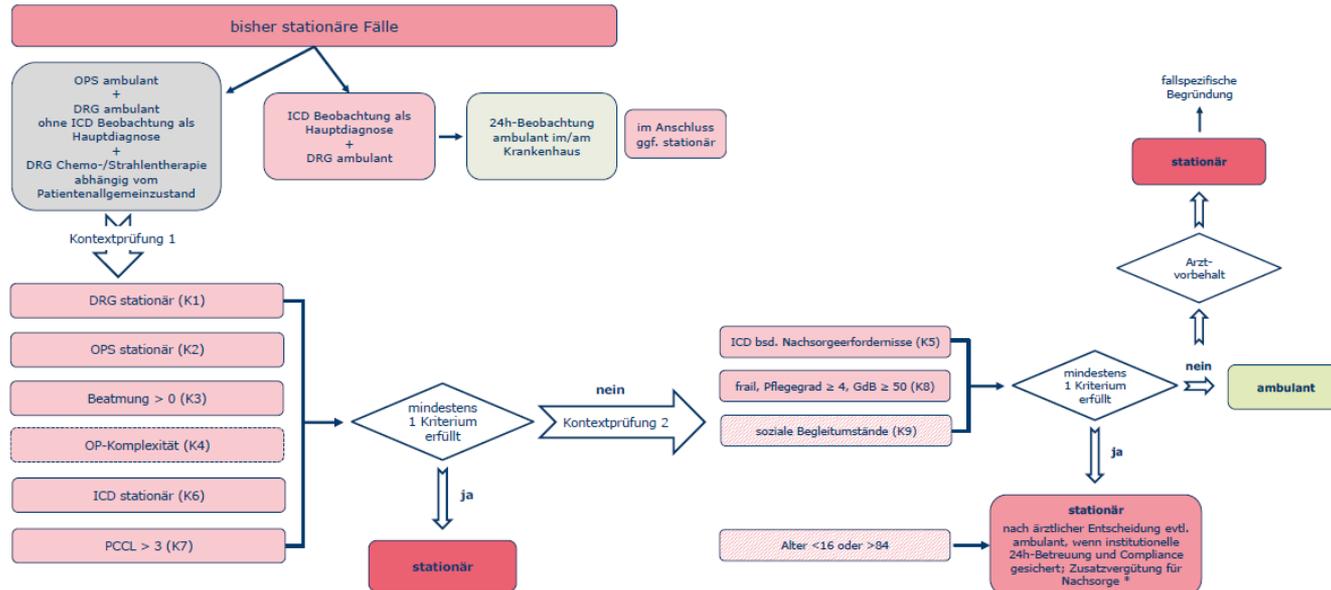
Gutachten nach § 115b SGB V (AOP-Gutachten)

Kontextprüfung



Spitzenverband

Abbildung 12: Darstellung der Kontextprüfung als Flussdiagramm



Ex ante lässt sich das Ambulantisierungspotenzial der Erweiterung des AOP-Katalogs nicht exakt abschätzen, da bislang keine empirischen Ergebnisse aus der Kontextprüfung vorliegen.

→ „Lernendes System“

Quelle: IGES

Anmerkung: K6 umfasst bei Tumorbehandlungs-/Strahlentherapie-DRGs (vgl. Kapitel 3.4.2) zusätzlich den Tumorstatus (vgl. Tabelle 48).

* Chirurgische Nachsorge ist durch Heimpflege finanziell und fachlich nicht abgedeckt.

Quelle: IGES Institut, Abschlussbericht „Gutachten nach § 115b Absatz 1a SGB V“, Seite 232.

These 5:

Ein neuer ambulant–stationärer Sektor beseitigt eine Grenze, schafft aber zwei neue Grenzen.

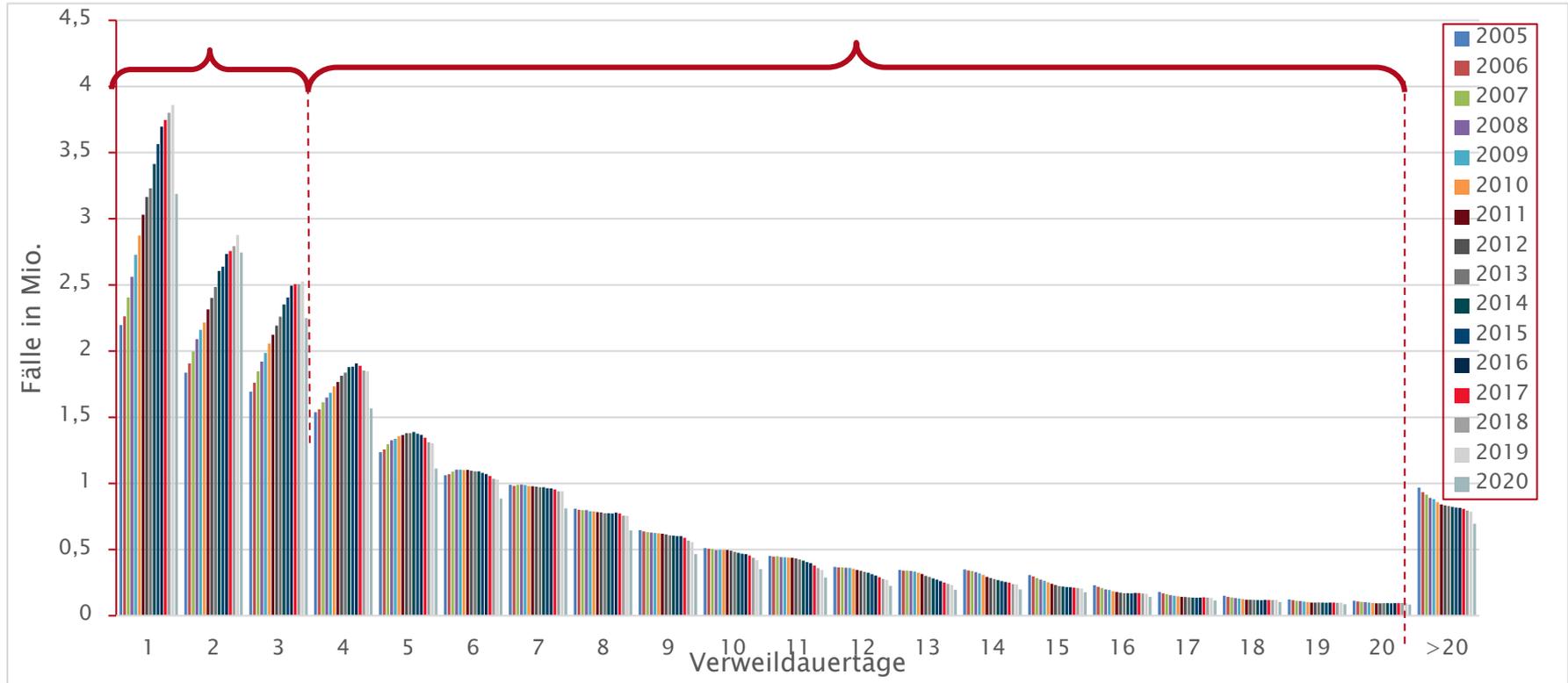
- ▶ Würde man die ambulanten Leistungen und die fehlbelegten Leistungen im Krankenhaus zu einem neuen ambulant–stationären Sektor amalgamieren, dann verschwindet eine Grenze und zwei neue entstehen.
- ▶ Die Grenze zu sonstigen stationären Leistungen und die zu den übrigen ambulanten Leistungen sind komplizierter als die Grenze „mit und ohne Bett“.
- ▶ Die Idee eines neuen, gedeckelten ambulant–stationären Budgets ist gesundheitspolitisch wenig wahrscheinlich und wäre beitragsatzsteigernd.

Enormes Ambulantisierungspotenzial

Ambulantes Potenzial



Spitzenverband



Quelle: Daten nach § 21 KHEntgG: Verweildauer gemäß § 21 KHEntgG 2005 bis 2019 (Jahr der Entlassung)

These 6: Ambulante Krankenhausleistungen in die vertrags- ärztliche Bedarfsplanung zu integrieren, macht Sinn.

- ▶ Stationäre und ambulante Leistungen gemeinsam planen macht keinen Sinn. Aber ambulante Leistungen von Krankenhäusern in die vertragsärztliche Versorgungsplanung zu integrieren, ist sinnvoll.
- ▶ Durch Festlegung ärztlicher Arbeitszeitkontingente lassen sich Krankenhausambulanzen, Medizinische Versorgungszentren, Gemeinschafts- und Einzelpraxen problemadäquat in ein einheitliches Regelwerk einfügen.
- ▶ Die Zulassung von Arztkontingenten muss befristet sein (vgl. These 2).
- ▶ Die Einbeziehung von Krankenhausambulanzen ist konfliktträchtig. Sie erfordert ggf. „Vorfahrtsregeln“.

These 7:

Die Notaufnahme ist der einzige Bereich, in dem stationäre und ambulante Leistungen gemeinsam geplant werden sollten.

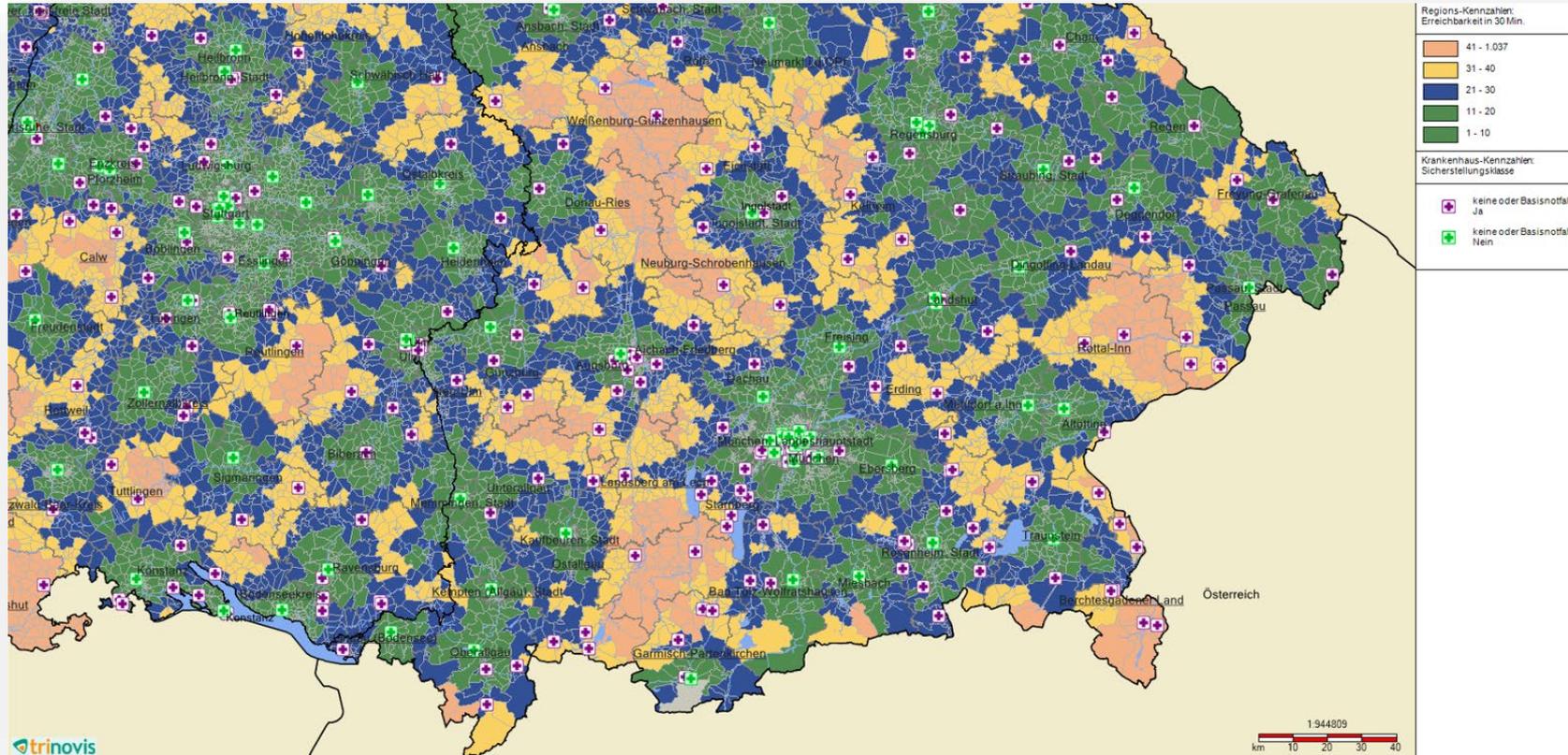
- ▶ Sachverständigenrat und Regierungskommission fordern eine integrierte Notaufnahmen (INZ).
- ▶ Wahrscheinlich kommen ein gemeinsamer Tresen und verpflichtende KV-Notdienstpraxen am Krankenhaus.
- ▶ Die zwingende Besetzung der KV-Notdienstpraxen ist eine Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages. Das „Nebenamtmodell“ für notärztliche Tätigkeit sollte aufgegeben werden.
- ▶ Nur Krankenhäuser mit INZ (bzw. Tresen und KV-Notdienstpraxis) sollten Notfälle aufnehmen können.
- ▶ Die Regelung der Notaufnahmen ist der einzige Bereich, in dem Betten und ambulanten Leistungen gemeinsam geplant werden sollten.

Entfernung zu KH mit Notfallstufe 2, 3 und Sicherstellungshäuser (beige: > 40 min)

Bayern – Süd



Spitzenverband



Fazit

1. Ambulante Bedarfsplanung und Krankenhausplanung funktionieren schlecht – ganz unabhängig von der Sektorenproblematik.
2. Klare Abgrenzung von Fällen mit und ohne Bett erübrigen eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung.
3. Ein neue ambulant–stationärer Sektor schafft ein Grenzproblem mehr.
4. Die Einbeziehung ambulanter Krankenhausleistungen in eine übergreifende ambulante Versorgungsplanung macht Sinn.
5. Der einzige Bereich, in dem ambulante und stationäre Leistungen gemeinsam geplant werden sollten, ist die künftige Notaufnahme.
6. Mittelfristig gibt es Regelungsbedarf bei der multisektoralen Pflegeversorgung.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

www.GKV-Spitzenverband.de

Wulf-Dietrich-Leber.de