

Anforderungen an eine nachhaltige Krankenhausreform aus wissenschaftlicher Sicht

26. Plattform Gesundheit des IKK e.V.

Berlin, 9. November 2022

Professor Dr. Jonas Schreyögg
Lehrstuhl für Management im Gesundheitswesen
Hamburg Center for Health Economics
Universität Hamburg



Kernprobleme der Versorgungslandschaft in Deutschland

- Starre Versorgungslandschaft mit traditionellen Rollendefinitionen
- Zu viele „traditionelle“ Krankenhäuser und Betten
- Fehlende Anreize zu Ambulantisierung: elektive Kurzlieger absorbieren benötigte stationäre Ressourcen
- Vergütung zu eng auf DRG-System zugeschnitten
- Versorgungssteuerung und -planung eigentlich wichtig, aber in D kaum effektiv

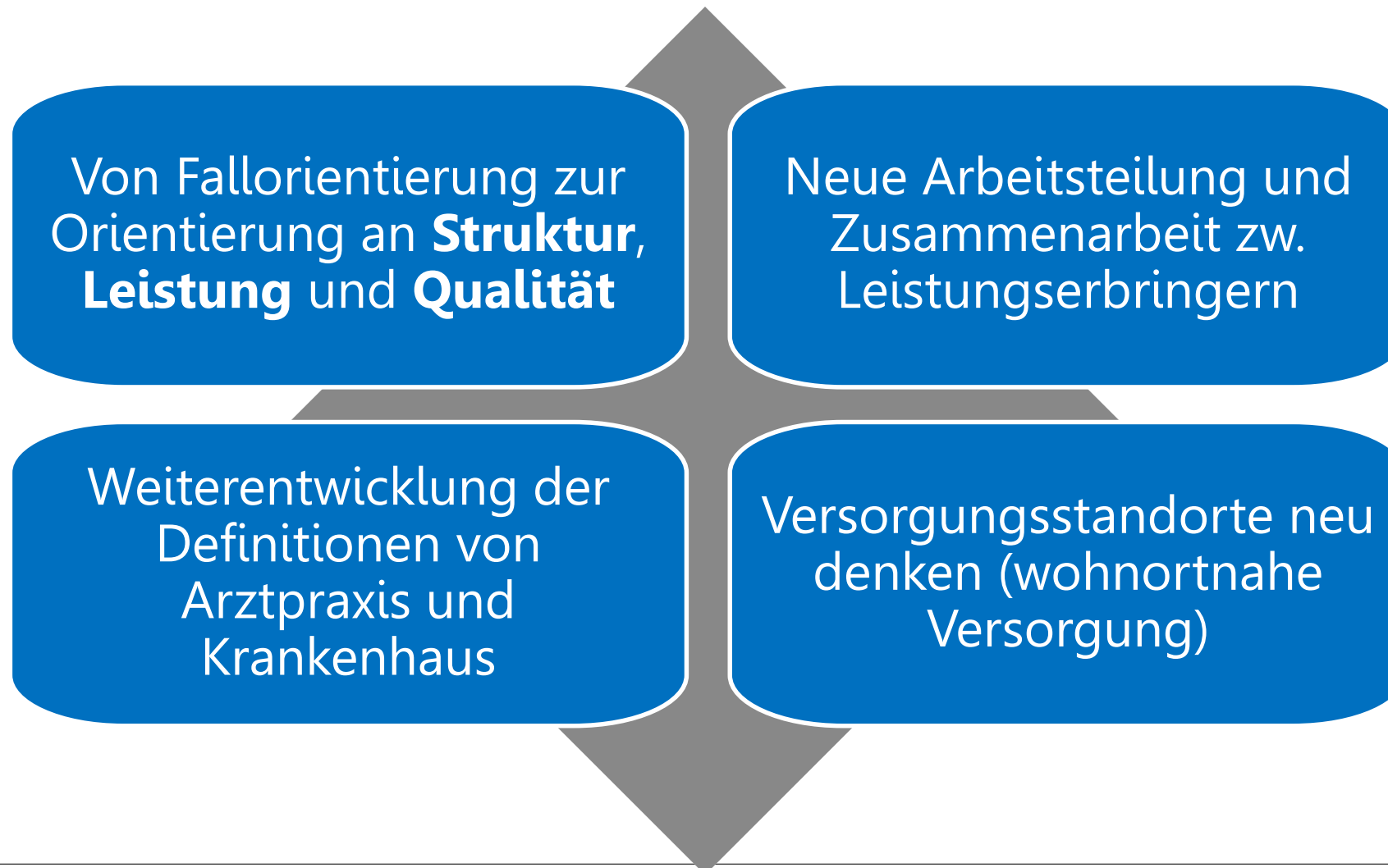
-> Reform der Krankenhausvergütung ist **Schlüssel zu Strukturveränderung** und **stärkerer**

Veränderung der Zielstruktur

- Ziel der G-DRG Einführung 2001: Transparenz, Wirtschaftlichkeit und Reduktion der Verweildauer -> aber: DRGs auch Instrument zur Inzentivierung von Aktivität
- Soll weiterhin die Inzentivierung von Krankenhausaktivität im Mittelpunkt stehen?
- Wie sollte eine neue Versorgungslandschaft aussehen?
- Was wollen wir inzentivieren?

-> **bedarfsgerechtere und ressourcenschonendere Versorgungslandschaft**

Gestaltung durch Weiterentwicklung und Öffnung



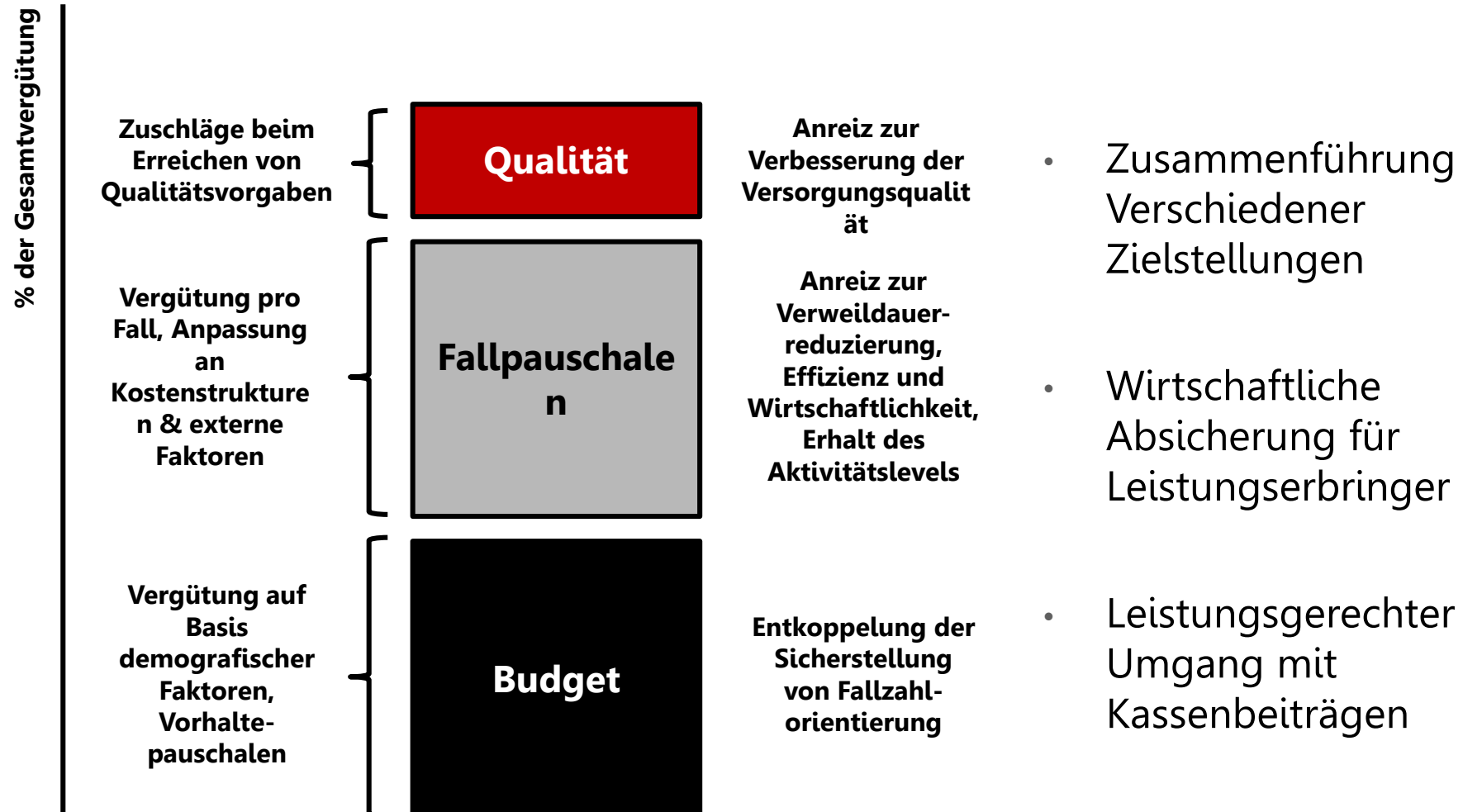
1. Weiterentwicklung der stationären Vergütung

- **Berücksichtigung von Vorhaltekosten in der Vergütung**
 - Insbesondere Fachabteilungen mit einem hohen Anteil nicht planbarer Fälle und geringer Kapazitätsauslastung (Beispiel Frankreich) z.B. bedarfsnotwendige Pädiatrien
 - Entkopplung von Fallzahlenreiz

- **Berücksichtigung unterschiedlicher Kostenstrukturen in der Vergütung**
 - Anpassung von DRGs an geografische Charakteristika: höhere Fairness für Krankenhäuser in z.B. urbanen Regionen (Beispiel: England)
 - Anpassung von DRGs an Versorgungsstufe: höhere Fairness für z.B. Universitätsklinika und Maximalversorger (Beispiel: Österreich)

- **Integration von Qualität in die Vergütung** (z.B. Frankreich und England)

Perspektivisch: Performanzorientierte Vergütung von Krankenhäusern



2. Vergütungspauschalen für sektorengleiche Leistungen (“Hybride DRGs”)

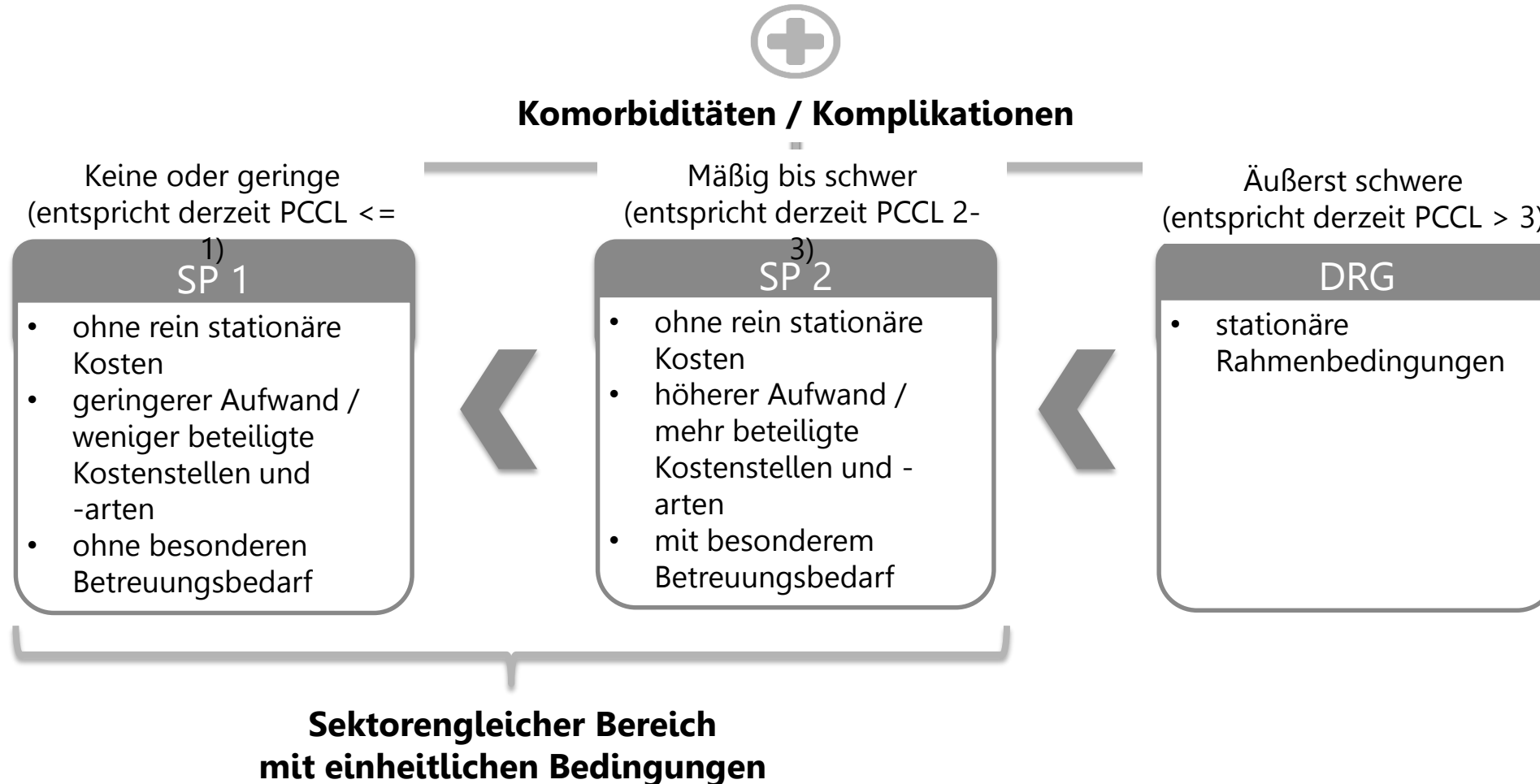
- § 115b SGB V nicht kostendeckend für Krankenhäuser/ EBM nicht geeignet
 - Andere Länder, u.a. in England & Frankreich haben durch sektorengleiche Pauschalen wenig komplexe Fälle aus der stationären Versorgung herausgelöst
 - Ziele für sektorengleichen Versorgungsbereich:
 - **flexible, bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung**
 - **fairer Wettbewerb** zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten
 - **finanziell attraktiv** für Akteure beider Sektoren
 - sollte die **stationäre Versorgung von Fällen entlasten** und so Personalkapazitäten sichern
- > wirkungsvolles Instrument, leicht umzusetzen und mittelfristig auch für nicht-operative Leistungen

Initial: pragmatisches Vorgehen; mittelfristig: Aufbau eigenes Vergütungssystem

- **Auswahl von geeigneten OPS** für ambulante Leistungserbringung aus DRG-System (z.B. Top 30 nach Fallzahl) -> Volumenstarke Kurzlieger sind alle in bisherigem AOP-Katalog
- **Definition eines Schwellenwertes** zur Abgrenzung von der rein stationären Versorgung: initial PCCL (>3 rein stationär)
- Alle ausgewählten OPS Fälle mit PCCL 0-3 werden **aus dem DRG-Katalog herausgenommen**
- Zunächst: Berechnung Tagessatz unter Nutzung des Kostengerüsts der InEK Kalkulationshäuser
- **Identische Vergütung für alle Leistungserbringer**
- Nach drei Jahren: **Kalkulation der Pauschalen auf Basis einer neuen Datengrundlage** (Berücksichtigung von Mischstrukturen)

*Quelle: Innovationsfondsprojekt ESV 2022;
Schreyögg & Milstein, BMG Gutachten
2021*

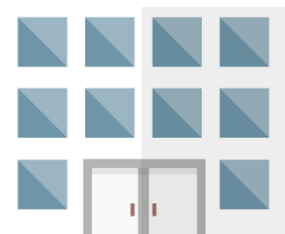
Vergütungsstruktur der sektorengleichen Pauschalen (SP)



Quelle: Innovationsfondsprojekt ESV,
2022

3. Neue Modelle der zukünftigen Versorgung in ländlichen Regionen + Vergütung

Regionales
Gesundheitszentrum



Leistungen je nach lokalem Bedarf:

- Kurzliegestation für Beobachtungsfälle
- Kurzzeitpflege nach größeren Eingriffen
- Ambulantes OP-Zentrum
- Fachärzte und andere Leistungserbringer u.a. Physiotherapie
- Ggf. Notfallpraxis mit 24 Std. Erreichbarkeit

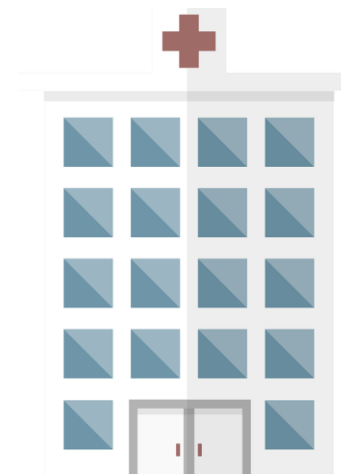
Transport



RTW ggf. Luftrettung

Krankentransport nach größeren Eingriffen

Krankenhaus in
Ballungszentrum



Leistungen:

- Integriertes Notfallzentrum (INZ)
- Stroke Unit/ Chest Pain Unit
- Breites Spektrum komplexer Eingriffe

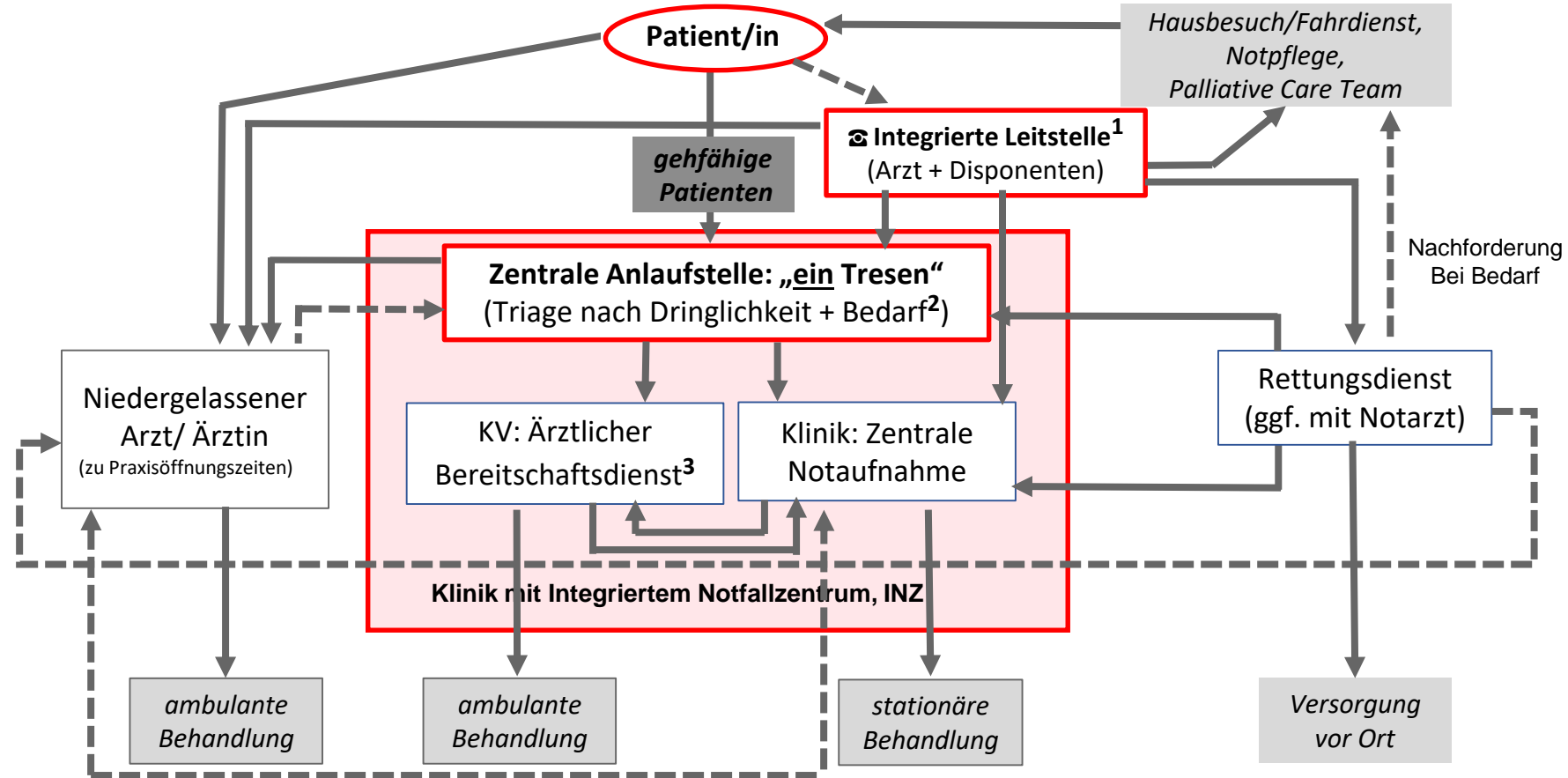
Beispiel für zukünftige Versorgung schon heute: Stadtteilklinik HH

Ambulante Behandlung + Kurzliegebettenstation

- **Ambulante Versorgung:** Innere Medizin, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Chirurgie / Orthopädie und Gynäkologie +
- **Bettenstation** (15 Betten) für Aufenthalte 1-3 Tage mit 24 Std. Betreuung
- Zielgruppe: **ältere Menschen** mit akuten medizinischen Problemen z.B. unkomplizierter fieberhafter Harnwegsinfekt
- Gesundheitskiosk im Haus



4. Integrierte Notfallversorgung (SVR Modell)



¹ nutzt Notfall-Algorithmen / Versorgungspfade, Zugriff auf verfügbare Ressourcen, bucht Termine bei zentraler Anlaufstelle

² Triage möglichst durch Generalisten, breit weitergebildete (Allgemein-)Mediziner mit notfallmedizinischer Erfahrung

³ ggf. mit kinder- und/oder augenärztlichem Bereitschaftsdienst und/oder psychiatrischem Kriseninterventionsdienst

Quelle: SVR
2018

Vergütung integrierter Notfallzentren

■ Finanzierungstopf

- Vergütung der INZ aus **neuem Finanzierungstopf für sektorenübergreifende Notfallversorgung**
- Finanzierungstopf aus ambulanter und stationärer Vergütung herausgelöst

↳ sektorenübergreifende Finanzierung folgt neu geschaffenen integrierten organisatorischen Strukturen

■ Vergütungsmodell für INZ

- Sektorenübergreifende Grundpauschale für alle Vorhaltekosten plus Vergütung je Fall
- **Grundpauschale:** 3 Stufen nach Kapazität / Ausstattung des Notfallzentrums
- **Pauschale pro Fall:** unabhängig von Fallschwere und Ort der Leistungserbringung, Zuschlag nur für Beobachtung über Nacht

5. Episodenbasierte Vergütung (bundled payments)

- Leistungserbringer (ambulant, stationär) z.B. eines ganzen Landkreises erhalten eine **episodenbasierte Vergütung von KK**
- Sie könnten dann **selbst entscheiden**, wie die Versorgung der Patienten erbracht werden soll und wie hierfür gegebenenfalls die **Strukturen angepasst werden müssen**
- **Frankreich**: u.a. nach OPs für Darmkrebs, Hüftarthrose
- Deutschland: teilweise ähnlich bei **Modellvorhaben in Psych-Bereich nach § 64b SGB V**

-> Vergütungsansatz erscheint auch für Deutschland vielversprechend

Quelle: Schreyögg & Milstein 2020

Fazit

- Ein **Strukturwandel in der Versorgungslandschaft** ist dringender denn je erforderlich
- Wir müssen deutlich **über die stationäre Versorgung hinaus denken**
- Reformen der Krankenhausvergütung stärken Wettbewerb und sind **Schlüssel zu Strukturwandel und Integration**
- Durch Vergütungspauschalen für sektorengleiche Leistungen kann **Personal effektiver eingesetzt werden**
- **Flexible Vergütungsinstrumente** könnten die Bildung regionaler Gesundheitszentren und INZ maßgeblich unterstützen

Kontakt

Professor Dr. Jonas Schreyögg
Hamburg Center for Health Economics
Universität Hamburg
Esplanade 36 · 20354 Hamburg

Tel: +49 40 428 38 - 8041

Fax: +49 40 428 38 - 8043

jonas.schreyoegg@uni-hamburg.de
www.hche.de

hche | Hamburg Center
for Health Economics

