

Ambulantisierung – Welchen Beitrag leisten die ärztliche Bedarfsplanung und die Krankenhausplanung aus Sicht der Versicherten?

Michael Mruck

Stellv. Leiter der Landesvertretung
des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)
in Nordrhein-Westfalen

10. Westdeutscher Medizincontrollingtag
am 7. Juni 2022 in Bochum

Agenda

Verband der Ersatzkassen e. V.

Die neue Krankenhausplanung in NRW

Ärztliche Bedarfsplanung

Ambulantisierung

Fazit

Die Verbände der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland



Regionale und bundesweite Präsenz des vdek durch 530 Mitarbeiter:innen an 17 Standorten

vdek-Zentrale

- Politik/Selbstverwaltung
- Kommunikation
- Finanzen/Versicherungen
- Gesundheit
- Ambulante Versorgung
- Stationäre Versorgung
- Informatik
- Recht
- Verwaltung

210 Mitarbeiter:innen



Landesvertretungen

- 15 Landesvertretungen in den Landeshauptstädten
- GSt Westfalen-Lippe

Leitung vdek-LV NRW:

- Dirk Ruiss (Leiter LV), Düsseldorf
- Michael Mruck (Stellv. Leiter LV), Dortmund

320 Mitarbeiter:innen

Die wesentlichen Aufgaben des vdek in NRW

- Interessenvertretung gegenüber Landesregierungen, den Kommunen, Kassenärztlichen Vereinigungen, Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, Krankenhausgesellschaften und weiteren Entscheidungsträgern
- Fachveranstaltungen, Pressearbeit etc.
- Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, Apotheken, Reha-Einrichtungen, ambulanten/stationären Pflegeeinrichtungen, ambulanten Einrichtungen an Krankenhäusern und mit sonstigen Vertragspartnern (z. B. Physiotherapeuten, Sanitätshäusern, Hörgeräteakustikern, Rettungsdiensten)
- **Ärztliche Bedarfsplanung**
- Krankenhausfinanzierung/**Krankenhausplanung**; regionale Planungskonzepte
- Prävention und Selbsthilfeförderung
- Datenmanagement, technische Dienstleistungen

Vorüberlegungen

Wie ist die derzeitige Versorgung?

Strukturebene

- derzeitiges System: häufig noch das Ideal der Einzelpraxis mit Einzelverrichtung
- Es gibt zwar nach wie vor viele Ärzte/Krankenhäuser in NRW. Diese sind aber nicht durchgängig da, wo sie gebraucht werden.
- Die Versorgung ist gut, aber es gibt Ausdünnungseffekte in ländlichen Regionen.
- weiterhin unbefriedigend: Ärzte/Ärztinnen können sich nach wie vor auch in überversorgten Regionen niederlassen.
- Krankenhausplanung mit zu geringer Steuerungswirkung

Prozessebene

- Regelversorgung: vorrangig auf Preis- und Mengenwachstum ausgerichtet. Prozessinnovationen: eher nachrangig. Ältere und chronisch Kranke benötigen aber abgestimmte Versorgungsabläufe.
- Zukunftsthemen: Delegation/Substitution sind im Bewusstsein der Akteure/-innen nur teilweise angekommen.
- Digitalisierung: findet nur in Form von Insellösungen statt
- kooperative Versorgungsmodelle gibt es nach wie vor zu wenig
- Ambulantisierung: punktuell ja, in der Breite aber noch zu wenig spürbare Versorgungseffekte!!

Vorüberlegungen

Die Handlungsebenen zur Verbesserung der ambulanten und stationären Versorgung

Angebotsplanung

- **Ärztliche Bedarfsplanung**
- **Krankenhausplanung**

Strukturförderung

- Strukturfonds (§ 105 Absatz 1a SGB V)
- Bundesstrukturfonds § 12a KHG
- Krankenhauszukunftsfonds KHZG

Kooperation/ Delegation

- Praxisnetze (ambulant)
- Geriatrische Versorgung (stationär)
- Einsatz von nicht-ärztlichem Fachpersonal

Sektorübergreifende Versorgung

- Notfallversorgung
- **Ambulante spezialfach. Vers. (ASV)**
- **Ambulantes Operieren (AOP)**
- Virtuelles Krankenhaus



Strukturebene



Prozessebene

Die neue Krankenhausplanung in NRW

Neue Krankenhausrahmenplanung

Die Grundlogik der Krankenhausplanung

- Die Bundesländer haben die Planungshoheit über ihre stationären Kapazitäten. Ziel der Krankenhausplanung ist eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und wirtschaftlich selbstständigen Krankenhäusern.
- Das Land definiert in einem Krankenhausplan den strukturellen Rahmen des stationären Leistungsangebots.
- Krankenhäuser und Krankenkassen verhandeln über das regionale stationäre Angebot.
- Das Land trifft die finale Entscheidung über die Zulassung im Rahmen von Feststellungsbescheiden.
- Nach Aufnahme in den Krankenhausplan ist das Land verpflichtet, das entsprechende Krankenhaus zu finanzieren (Investitionsfinanzierung).
- Die Krankenkassen sind zur Erstattung der Behandlungskosten eines Plankrankenhauses verpflichtet.



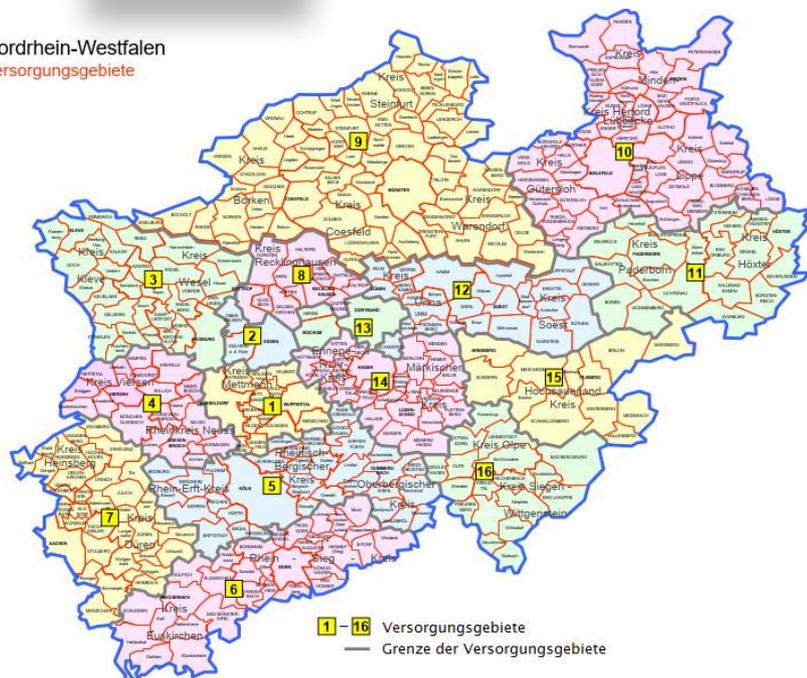
Strukturebene

Neue Krankenhausrahmenplanung

Die Planung seit 2015



Nordrhein-Westfalen
Versorgungsgebiete



Quelle: MAGS NRW, Krankenhausplan 2015

Krankenhausplan 2015

Planungsgrundsätze

- Planung im Rahmen von 16 Versorgungsgebieten (Aggregation aus bis zu fünf Landkreisen/Städten)
- Regionale Planungskonzepte als zentrales Umsetzungsinstrument
- Versorgungsziele:
(primär quantitativ = Bettenzahl)
- aber: Krankenhausplan 2015 setzt auch qualitative Akzente (Geriatric, Psychiatrie, Neugeborene)
- Ergänzende Qualitätsvorgaben:
(Mindestmengen, Vorgaben des G-BA, landeseigene Vorgaben, wie z. B. Geriatriekonzept, Brustzentren)

➔ Ziel:

Richtiges Krankenhaus am richtigen Platz!



Strukturebene

Neue Krankenhausrahmenplanung

Das Krankenhausgutachten NRW - die analytische Basis

- 350 Krankenhäuser in NRW mit stark streuenden Auslastungsgraden.
- NRW liegt mit 77,3 Betten/100.000 Einwohner:innen deutlich über dem Bundesdurchschnitt (68 Betten/100.000 Einwohner:innen).
- Case-Mix-Index (CMI) als Maß für die durchschnittliche Schwere der Krankenhaufälle liegt mit 1,101 unter dem Bundesdurchschnitt von 1,119.
- Bedarf ist gedeckt! Im somatischen Bereich teilweise Anzeichen von Überversorgung, insbesondere in der Rhein-Ruhr-Schiene.
- Leistungsmenge stagniert bereits seit Jahren. Perspektivisch ist mit deutlichen Überkapazitäten innerhalb der nächsten zehn Jahre zu rechnen.
- Fahrtzeiten spielen in der Grundversorgung keine Rolle.



Strukturebene

Neue Krankenhausrahmenplanung

Starke Krankenhausplanung;

notwendig, oder unnötige Einschränkung des Wettbewerbs?

- Die Planungslogik der letzten Jahre hat mit einer geringen Regelungstiefe nur bedingt funktioniert. Leistungsangebote sind häufig da entstanden, wo sie nicht durchgängig gebraucht werden.
- zusätzlich: wettbewerblich organisierte Finanzierungsinstrumente (DRG-System)
- ungeordnete Krankenhausschließungen ohne Berücksichtigung von Bedarf und Erreichbarkeit
- Die Medizin macht große Fortschritte. Innovationen bedingen aber auch immer mehr Strukturvorhaltungen.
- schlechte Verteilung der ohnehin knappen Pflegekräfte
- Investitionsfinanzierung: Das Land Nordrhein-Westfalen leistet sich eine Krankenhausstruktur, ohne eine ausreichende Finanzierung sicherzustellen. Haushaltsmittel werden zukünftig noch stärker priorisiert sein als bisher.



Strukturebene

Neue Krankenhausrahmenplanung

Die neue Planungslogik - ein Paradigmenwechsel

- Zwei Drittel aller Fälle werden im Bereich „Innere Medizin“ und „Chirurgie“ versorgt. Die aktuelle Krankenhausplanung mit dem Bett als zentrale Größe ist daher viel zu unspezifisch.
- Zukünftig soll die Planung daher im Wesentlichen auf Basis von Leistungsbereichen und Leistungsgruppen (LB/LG) erfolgen.
- LB/LG werden mit konkreten Qualitätskriterien (fachärztliche/ apparative Vorgaben, Vorgaben des G-BA) und auch Mindestmengen versehen.
- zusätzlich Auswahlkriterien zur Sicherstellung eines rechtssicheren Auswahlermessens der Planungsbehörde
- Die neue Krankenhausplanung stellt einen Paradigmenwechsel dar. Weg vom Bett hin zu einer leistungsbedarfs- und qualitätsorientierten Planung.



Strukturebene

Neue Krankenhausrahmenplanung

Leistungsbereiche und Leistungsgruppen - die Grundlogik

Krankenhausgestaltungsgesetz (KHGG NRW) § 12 Absatz 3

Leistungsbereiche

- bilden den übergeordneten medizinischen Rahmen
- Strukturierung der Leistungsgruppen
- Orientierung an den Weiterbildungsordnungen (WBO) der Ärztekammern in Nordrhein und Westfalen-Lippe

Leistungsgruppen

- bilden konkrete medizinische Leistungen (Cluster) ab
- Allgemeine Innere Medizin/Chirurgie richten sich nach der WBO
- spezifische LG richten sich nach OPS/ICD
- LG werden qualitativen/apparativen Anforderungen zugeordnet
- Versorgungskapazitäten werden durch quantitative oder qualitative Parameter bestimmt
- sind als Zuteilungsinstrument für den VV das zentrale Steuerungsinstrument
- dienen auch dem Leistungsausschluss



Neue Krankenhausplanung in NRW

Auswirkungsanalysen

- Was bedeutet eine stärker auf Leistungskonzentration ausgerichtete Planungslogik für die Versorgung der Patientinnen und Patienten?
- Ist es auch zukünftig noch möglich, ein grundversorgendes Krankenhaus in angemessener Zeit zu erreichen?
- Die Krankenkassen haben umfangreiche Auswirkungsanalysen für ausgewählte Leistungsbereiche erstellt. Untersucht wurden hierbei die Auswirkungen auf die Leistungskonzentration und die zukünftige Erreichbarkeit von Krankenhausstandorten.
- Grundlage für die Analysen waren die strukturierten Qualitätsberichte nach § 136b Absatz 1, Satz 1, Nr. 3 SGB V.



Strukturebene

Neue Krankenhausrahmenplanung

Ergebnisse der Auswirkungsanalysen der GKV

LG Wirbelsäulenchirurgie

- ❖ Es existieren 282 KH-Standorte.
- ❖ 46 Prozent der KH-Standorte erbringen 95 Prozent der Leistungen.
- ❖ Würde man nur diese Kliniken berücksichtigen, würden 130 KH-Standorte ausreichen.

LG Komplexe Eingriffe Bewegungsapparat

- ❖ Es existieren 274 KH-Standorte.
- ❖ 27 Prozent der KH-Standorte erbringen 66 Prozent der Leistungen.
- ❖ Würde man nur diese Kliniken berücksichtigen, würden 73 KH-Standorte ausreichen.

LG Endoprothetik Hüfte

- ❖ Es existieren 289 KH-Standorte.
- ❖ 64 Prozent der KH-Standorte erbringen 89 Prozent der Leistungen.
- ❖ Würde man nur diese Kliniken berücksichtigen, würden 184 KH-Standorte ausreichen.

LG Kardiale Devices

- ❖ Es existieren 249 KH-Standorte.
- ❖ 39 Prozent der KH-Standorte erbringen 88 Prozent der Leistungen.
- ❖ Würde man nur diese Kliniken berücksichtigen, würden 96 KH-Standorte ausreichen.

LG Endoprothetik Knie

- ❖ Es existieren 237 KH-Standorte.
- ❖ 57 Prozent der KH-Standorte erbringen 84 Prozent der Leistungen.
- ❖ Würde man nur diese Kliniken berücksichtigen, würden 134 KH-Standorte ausreichen.

LG Interventionelle Kardiologie

- ❖ Es existieren 268 KH-Standorte.
- ❖ 46 Prozent der KH-Standorte erbringen 95 Prozent der Leistungen.
- ❖ Würde man nur diese Kliniken berücksichtigen, würden 124 KH-Standorte ausreichen.



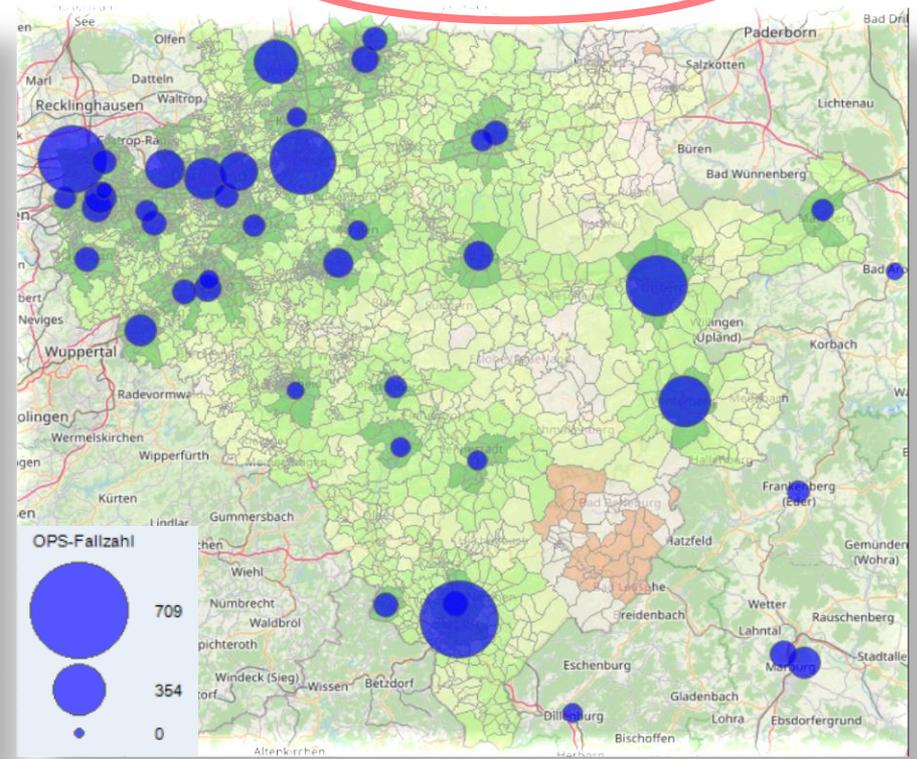
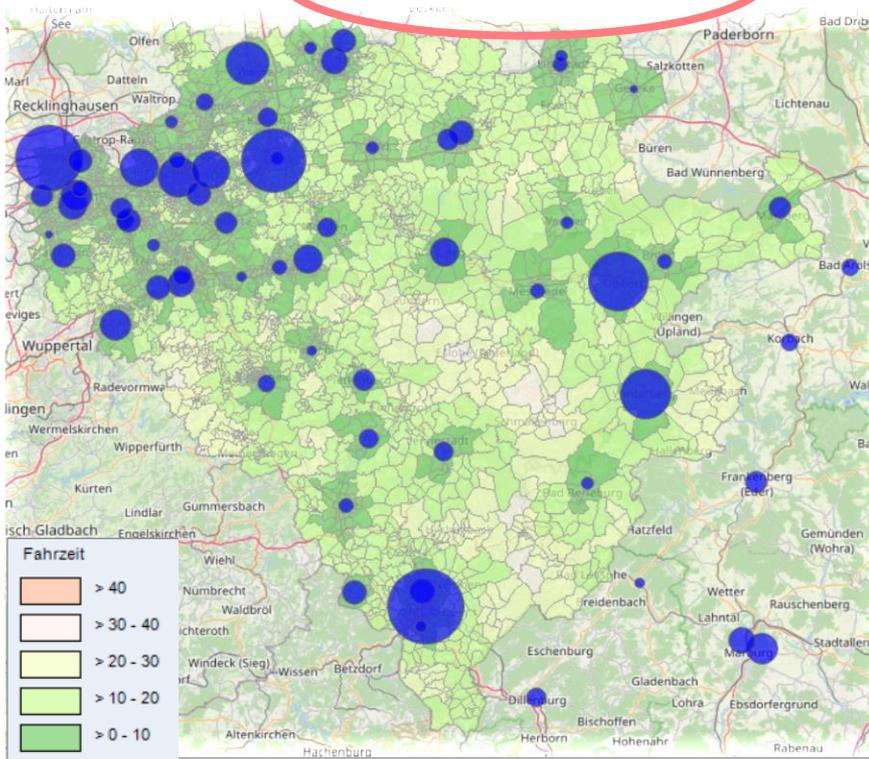
Strukturebene Quelle: Eigene Berechnungen

Beispiel: LG Hüfte im RB Arnsberg

Status quo versus Mindestvorgabe 100 Prozeduren

Status quo - 60 Krankenhäuser,
Mittlere Fahrtzeit 9 Minuten

Neu - 38 Krankenhäuser,
Mittlere Fahrtzeit 11 Minuten



 Strukturebene

Neue Krankenhausplanung in NRW

Wo stehen wir und wie geht es weiter?

- Der neue Krankenhausplan ist am 27.04.2022 veröffentlicht worden. Umsetzung frühestens ab Mitte des Jahres 2022.
- Die Bezirksregierungen werden ab Start alle Krankenhäuser auffordern, Verhandlungen im Rahmen von regionalen Planungskonferenzen (RPK) mit den Krankenkassen aufzunehmen.
- Das MAGS NRW muss zum Ablauf der RPK noch Verwaltungsvorschriften erlassen. Zudem fehlen auch noch technische Voraussetzungen.
- Ein RPK muss grundsätzlich nach 19 Monaten mit Ausfertigung des Feststellungsbescheides abgeschlossen sein. Der Zeitraum der eigentlichen Verhandlungen beträgt dabei grundsätzlich sechs Monate.
- Problematisch: Es gibt keine Verteilungslogik!! Zentraler Streitpunkt wird daher die Verteilung der Versorgungsaufträge auf Basis des vorhandenen Bedarfs werden. Bei Nichteinigung: externe Moderation.



Strukturebene

Neue Krankenhausplanung in NRW

Fazit: Viel Licht, aber auch Schatten!

- Der neue Krankenhausplan ist deutlich besser als der alte!
- Vorteile: Im Wesentlichen der Einstieg in eine neue Planungslogik mit Leistungsbereichen und Leistungsgruppen sowie dezidiertere Vorgaben zur personellen und apparativen Ausstattung der Krankenhäuser als bisher. Das wird die Qualität heben.
- Steuerungswirkung: Häuser ohne nennenswerte Versorgungsbeiträge werden vermutlich auch zukünftig Teil der Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen sein.
- Politische Einschätzung: „Der Teufel steckt im Detail“; das Land hat seine Ankündigung einer neuen Krankenhausrahmenplanung für NRW verwirklicht. Ob am Ende auch der politische Mut für strukturelle Veränderungen vorhanden ist, bleibt abzuwarten.
- Sektorübergreifende Planung: Auch der neue Krankenhausrahmenplan bietet hierfür kein Packende!



Strukturebene

Die ärztliche Bedarfsplanung

Die ärztliche Bedarfsplanung

Die Grundlogik

Bundesebene

Der G-BA macht über die Bedarfsplanungs-Richtlinie konkrete Vorgaben zu

- Verhältniszahlen
- Versorgungsebenen und Arztgruppen
- Planungssystematik
- Versorgungsgrade

§ 99 SGB V

Landesebene

- Kassenärztliche Vereinigungen erstellen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen **regionale Bedarfspläne**
- Umsetzung erfolgt über Zulassungs-/Berufungsausschüsse in den einzelnen KV-Bezirken



Strukturebene

Die ärztliche Bedarfsplanung

Die einzelnen Planungsebenen – Die Detailplanung



 Strukturebene

Die ärztliche Bedarfsplanung

Verhältniszahlen – Die zentrale Stellschraube

gesonderte
fachärztliche Versorgung

Verhältniszahlen je Facharztgruppe
für den gesamten KV-Bezirk

spezialisierte
fachärztliche Versorgung

Verhältniszahlen je Facharztgruppe
für jede Raumordnungsregion

allgemeine fachärztliche
Versorgung

Bildung von Verhältniszahlen für
6 Regionstypen (Versorgungslast!)

Hausärztliche
Versorgung

Verhältniszahl
= 1 Hausarzt für 1.607 Einwohner:innen



Strukturebene

Die ärztliche Bedarfsplanung

Das zentrale Problem:

die Konzentration in den städtischen Zentren

Verhältnis Einwohner:innen je Arzt/Ärztin bei Hausärzten/-ärztinnen:

Bund	1.607 Einwohner:innen/Arzt
NRW	1.661 Einwohner:innen/Arzt
Nordrhein	1.605 Einwohner:innen/Arzt
Westfalen-Lippe	1.733 Einwohner:innen/Arzt
Köln	1.591 Einwohner:innen/Arzt
Münster	1.597 Einwohner:innen/Arzt
Gütersloh	2.035 Einwohner:innen/Arzt

Quelle: Eigene Berechnungen

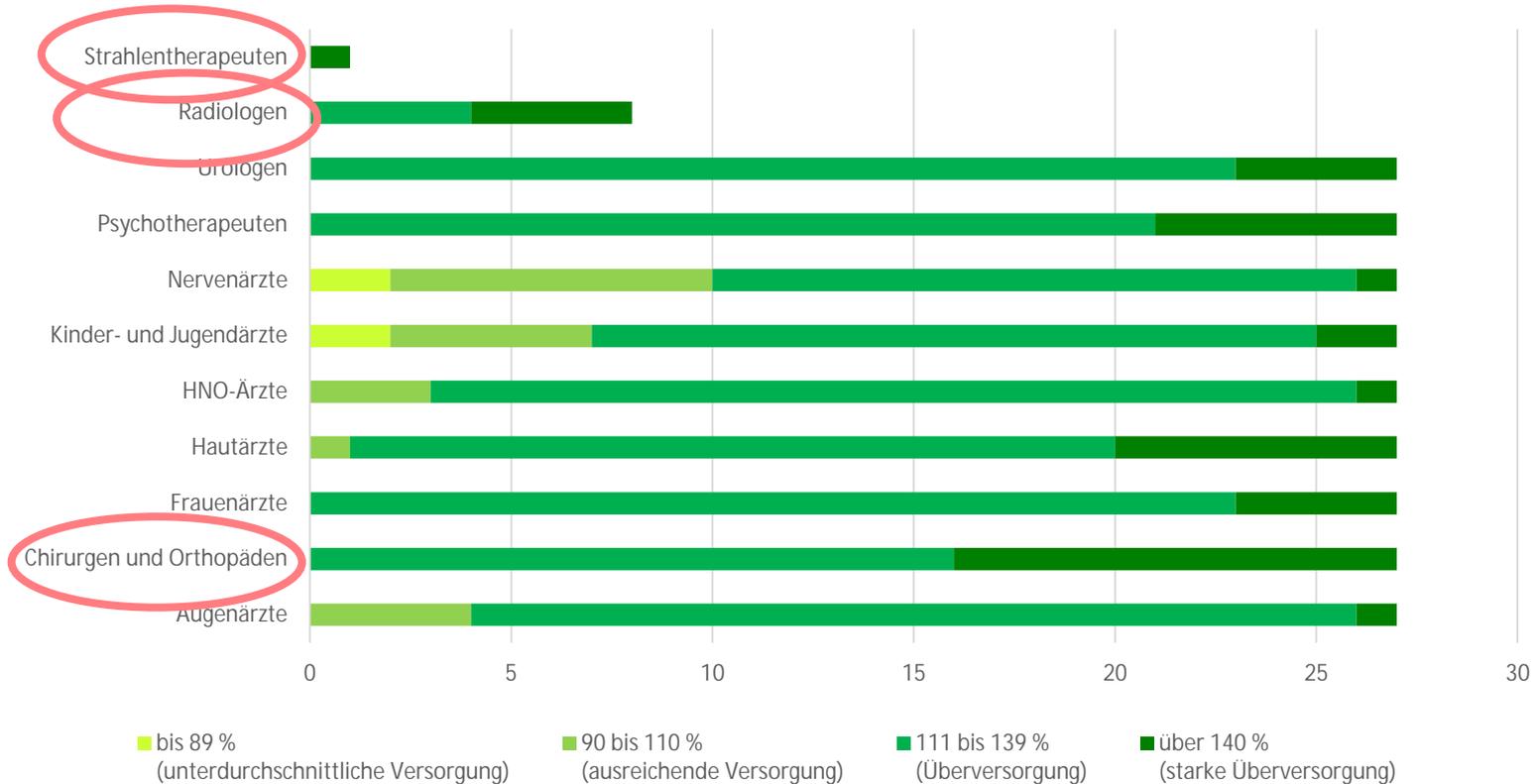


Strukturebene

Die ärztliche Bedarfsplanung

Hohe Versorgungsgrade in der fachärztlichen Versorgung

Westfalen-Lippe



Quelle: Eigene Berechnungen

 Strukturebene

Die ärztliche Bedarfsplanung

Wenig Effekte für die sektorübergreifende Versorgung!

- aktueller Rechtsrahmen (Kontrahierungszwang); es geht kein Weg an der ärztlichen Bedarfsplanung vorbei
- im Sinne der Versorgung wären aber mehr Eingriffsmöglichkeiten sinnvoll
- strukturelle Fördermaßnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung; ein abrundendes Element
- Die Planungslogik ist nur auf den vertragsärztlichen Bereich ausgerichtet. Daher in der Breite nur wenig Effekte auf die Ambulanzisierung.
- Aber: punktuell Impulse über Sonderbedarfe, Ermächtigungen
- Insbesondere in ländlichen Regionen gewinnt der Aufkauf von Arztsitzen durch Krankenhäuser immer mehr an Bedeutung!



Ambulantisierung

Ambulantisierung

Sektorübergreifende Planung steht seit langem auf der politischen Agenda

- Eine bessere Verzahnung von stationären und ambulanten Angebotsstrukturen wird bereits seit über 20 Jahren politisch und fachlich diskutiert.
- Das Thema ist mindestens genauso lange berufspolitisch zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten/Ärztinnen hoch umstritten.
- Die aktuelle Bundesregierung will das Thema aufgreifen und hat dies im Koalitionsvertrag auch festgelegt:
 - ➔ *„Die ambulante Bedarfs- und stationäre Krankenhausplanung entwickeln wir gemeinsam mit den Ländern zu einer sektorübergreifenden Versorgungsplanung weiter“*
- Das Thema korreliert mit der Reform der Krankenhausfinanzierung (Stichwort: Hybrid-DRG), der Krankenhausplanung und auch der Notfallversorgung (INZ). Auch dazu finden sich im Koalitionsvertrag konkrete Absichtserklärungen.



Ambulantisierung

Das Kernproblem: Es gibt keine schlüssige Methodik für eine gemeinsame Angebotsplanung

- Einer sektorübergreifenden Angebotsplanung steht die starke rechtliche und ökonomische Abschottung der Versorgungssektoren gegenüber. Die vorhandenen Planungs- und Finanzierungsinstrumente sind nicht ausreichend kompatibel.
- Wer macht was? Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte/Ärztinnen arbeiten häufig nicht im Rahmen einer strukturierten Behandlungskette miteinander, sondern weitgehend nebeneinander her.
- IV-Modelle gibt es im Rahmen von Selektivverträgen bereits seit über 20 Jahren; die Bilanz fällt jedoch eher ernüchternd aus.
- Das Gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V hat sich zwar als Kommunikationsplattform und Impulsgeber bewährt. Eine Institutionalisierung der sektorübergreifenden Angebotsplanung ist aber auch im Rahmen dieses Gremiums bislang nicht erfolgt.



Prozessebene

Landesvertretung des vdek in Nordrhein-Westfalen

Zur Erinnerung!

Das Gremium nach § 90a SGB V

Im Rahmen des im Jahr 2012 in Kraft getretenen Versorgungsstrukturgesetzes hatten sich die Bundesländer das Recht zur Einrichtung von Landesgremien erstritten, um **regional** eine bessere Verzahnung von ambulanten und stationären Versorgungsfragen sicherzustellen.

Das Gremium dient als „Runder Tisch“, um die Vielzahl an versorgungsrelevanten Themen, die bislang isoliert nebeneinander behandelt worden sind, zu bündeln.



 Ziel ist die Verbesserung der Koordinierung versorgungsrelevanter Themen



Prozessebene

Ambulantisierung

Unser Eindruck: Auch ohne sektorübergreifende Planung ist nicht alles schlecht!

Zulassungsrecht

- ❖ derzeit 244 ermächtigte Krankenhausärzte in NRW
- ❖ Die Versorgung ist geprägt vom Wunsch der Patient:innen auf ambulante Weiterbehandlung durch das Krankenhaus.
- ❖ permanentes Konfliktfeld aufgrund der doppelten Facharztschiene
- ❖ MVZ-Lösungen gewinnen an Attraktivität

ASV

- ❖ insgesamt eingespieltes Zulassungsverfahren, aber „wer kann, der darf“!
- ❖ 15 Indikationen, 192 ASV-Teams überwiegend unter KH-Leitung in NRW
- ❖ Versorgungseffekte noch nicht ausreichend evaluiert!

Notfallversorgung

- ❖ weiteres gesundheitspolitisches Konfliktfeld zwischen Ärzten/Ärztinnen und Krankenhäusern
- ❖ massive Fehlinanspruchnahme, auch durch Versorgungsdefizite im vertragsärztlichen Bereich
- ❖ unbefriedigende Finanzierung aus Sicht von Ärzten/Ärztinnen und Krankenhäusern
- ❖ Notfallstufenkonzept des G-BA mit Vorgaben nur für den stationären Bereich
- ❖ spürbare Versorgungsverbesserungen durch die Einführung von Portalpraxen!!

- **Gesetz zur Reform der Notfallversorgung (2020)!**
- **Koalitionsvertrag!**



Prozessebene

AOP

- ❖ 75 Prozent der ambulanten Operationen werden im ambulanten Bereich erbracht.
- ❖ Ambulante Operationen haben für die Krankenhäuser nur eine geringe ökonomische Bedeutung.
- ❖ Vergütung stationärer Kurzzeitfälle ist deutlich höher als die Vergütung über den EBM (teilweise 4,3-fach).
- ❖ Fallzahl der Kurzlieger hat sich in den Jahren 2007 bis 2016 fast verdoppelt (+ 43 Prozent).

MDK-Reformgesetz!

Ambulantisierung

MDK-Reformgesetz – Die Kernregelungen

- Das Gesetz ist am 01.01.2020 in Kraft getreten.

Kernregelungen:

- Medizinische Dienste von den Krankenkassen lösen (Medizinische Dienste als unabhängige Körperschaften des öffentlichen Rechts)
- Prüfung der Krankenhausabrechnung soll einheitlicher und transparenter werden
- Erweiterung des Katalogs für „Ambulante Operationen“ und stationersetzender Eingriffe sowie stationersetzender Behandlungen (AOP-Katalog)!!



Prozessebene

Ambulantisierung

MDK-Reformgesetz – Ziele und unser Eindruck

Versorgungsziele:

- Mehr ambulante Operationen im stationären Bereich!!
- Schaffung eines einheitlichen Ordnungsrahmens durch eine Vereinheitlichung der Voraussetzungen und der Vergütung
- Unterscheidung der Vergütung nach dem Schweregrad der Erkrankung
- kein dritter Vergütungssektor (EBM als Grundlage)

Unser Eindruck:

- Das Gesetz verfolgt viele gute Ansätze!
- gleiche Wettbewerbsbedingungen durch gleiche Vergütung, dadurch fairer Wettbewerb
- Vergütungssystem mit Ausrichtung auf die Fallschwere ist sinnvoll
- Krankenhäuser haben die Möglichkeit, gleiche Deckungsbeiträge zu erzielen wie mit Kurzzeitliegern.



Prozessebene

Ambulantisierung

MDK-Reformgesetz – Aktueller Umsetzungsstand

- Das Gutachten wurde durch das IGES-Institut in Zusammenarbeit mit der Gesundheit Österreich Beratungs GmbH erstellt und am 01.04.2022 vorgestellt.
- Rund 2.500 medizinische Leistungen können in den AOP-Katalog neu aufgenommen werden. Bisher umfasst der AOP-Katalog fast 2.900 Leistungen; das Volumen würde sich dadurch nahezu verdoppeln.
- Erste Reaktionen: Sehr gemischt! Alle Seiten begrüßen zwar den Versorgungsansatz, zentraler Streitpunkt bleibt aber insbesondere die Vergütung. Während die niedergelassenen Ärzte/Ärztinnen eine Einzelleistungsvergütung favorisieren, fordern die Krankenhäuser eine pauschale Vergütungslogik.



Prozessebene

Ambulantisierung

MDK-Reformgesetz – Die nächsten Schritte (1)

Stufenkonzept:

- Stufe 1: Vereinbarung bis zum 01.07.2022
 - Vereinbarung einer ersten Erweiterung des bestehenden AOP-Katalogs um Leistungen, die ab dem 01.01.2023 abgerechnet werden können. Festlegung von Eckpunkten zur Vergütung.

Ambulantisierung

MDK-Reformgesetz – Die nächsten Schritte (2)

Stufenkonzept:

- Stufe 2: Vereinbarung bis Oktober/November 2022
 - Erweiterung des AOP-Kataloges in Verbindung mit Anpassungen der Vergütung nach Schweregrad zum 01.01.2023

Ambulantisierung

MDK-Reformgesetz – Die nächsten Schritte (3)

Stufenkonzept:

- Stufe 3: Vereinbarung bis Mitte 2023
 - Aufnahme aller konsentierten Leistungen in den AOP-Katalog einschließlich Anpassung des DRG-Systems (Bereinigungen) und notwendiger EBM-Anpassungen (neue Ziffern) zum 01.01.2024



Prozessebene

Ärztliche Bedarfsplanung und Krankenhausplanung

Sinnvoll auch mit Blick auf die Ambulantisierung?

- Beide Versorgungssektoren weisen trotz langjähriger Planung insbesondere hinsichtlich ihrer Verteilungswirkung Schwächen auf. Die Versorgung ist stark fragmentiert und unübersichtlich. Es fehlt zudem nach wie vor an Steuerung und Kooperation.
- MVZ-Lösungen, ASV, AOP, Portalpraxen gehen in die richtige Richtung und werden auch aktiv genutzt. Das Kernproblem einer mangelnden Planungs- und Finanzierungsperspektive beider Sektoren lässt sich damit aber nicht lösen.
- § 90a SGB V hat den Blick auf das Thema geschärft, mehr aber auch nicht.
- Ambulantisierung bedeutet nicht automatisch vertragsärztliche Versorgung!! Wer macht zukünftig was und wie wird das bezahlt? Die wichtigen Struktur- und Finanzierungsfragen sind nach wie vor allenfalls punktuell gelöst.
- Trotz Schwächen; Bedarfsplanung und Krankenhausplanung sind ordnungspolitisch weiterhin notwendig (Kontrahierungszwang).

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Michael Mruck
Stellv. Leiter der Landesvertretung
des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) in Nordrhein-Westfalen
Königswall 44, 44137 Dortmund
Tel.: 02 31/9 17 71 - 21
michael.mruck@vdek.com