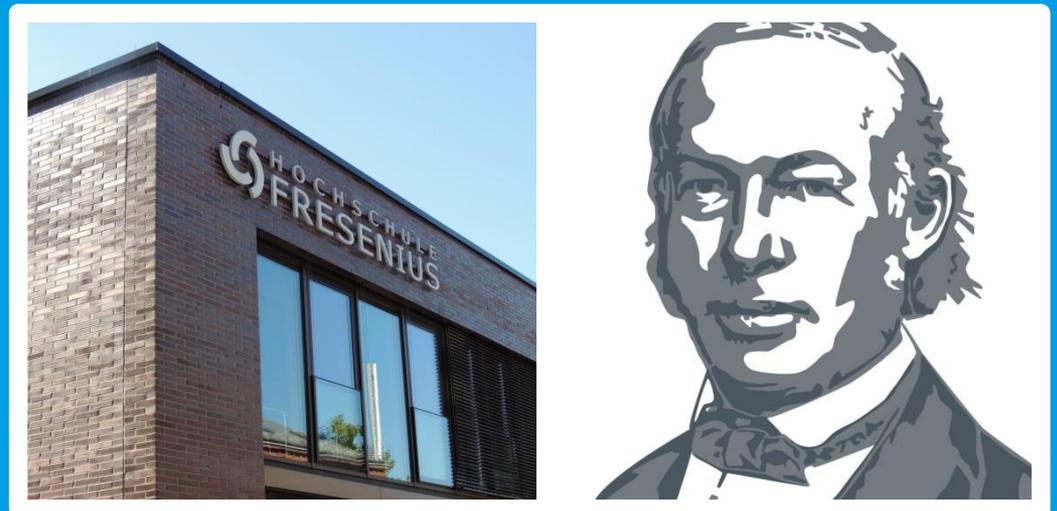


Versorgung ohne Sektorengrenzen: Was sind die nächsten Schritte?

Prof. Dr. rer. pol.
Andreas Beivers

vdek-Ersatzkassenforum Rheinland-Pfalz
Mainz, den 19. November 2018



„Es ist nicht zu wenig Zeit, die wir haben, sondern es ist zu viel Zeit, die wir nicht nutzen “

Lucius Annaeus Seneca (ca. 4 v. Chr. - 65 n. Chr.)

Römischer Dichter und Philosoph

AGENDA

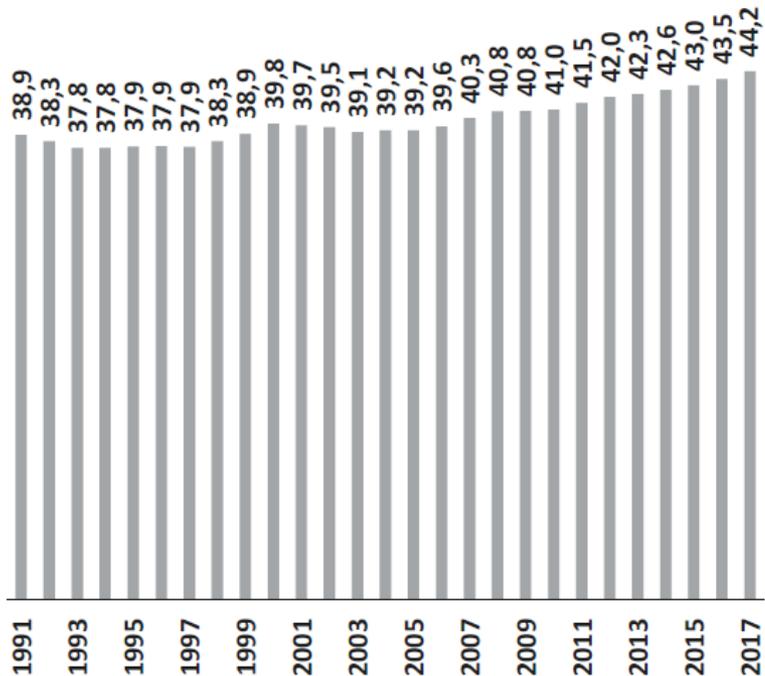
- **Ausgangslage: In welchen Rahmen agieren wir derzeit?**
- **Versorgung über Sektorengrenzen:**
 - **Über die Vergütung: Hybride Vergütungsmodelle**
 - **Sektorenübergreifende Notfallversorgung**
- **Ausblick: Kann Patientensteuerung helfen?**

**Ausgangslage:
In welchen Rahmen agieren wir derzeit?**

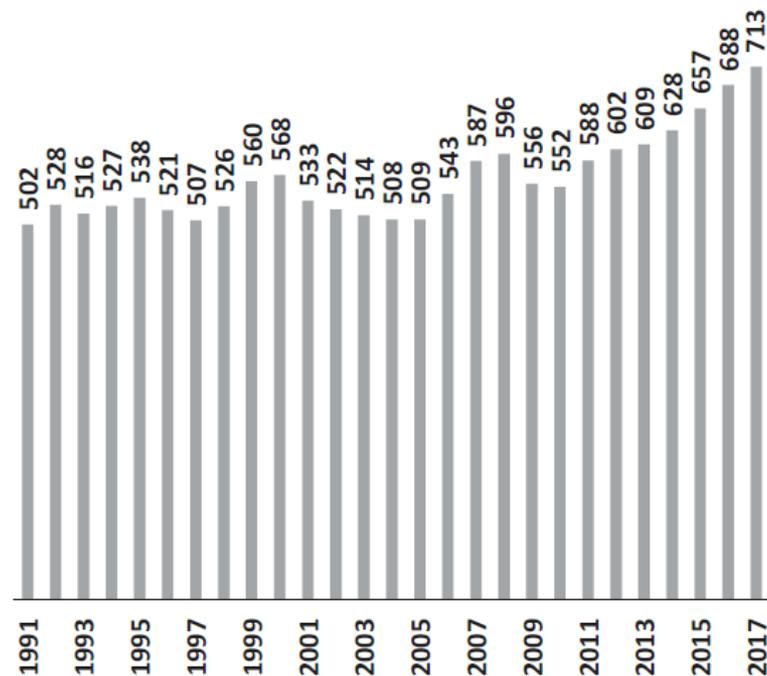
In Deutschland derzeit hervorragende wirtschaftliche Lage

Noch nie so viele Erwerbstätige und so hohe Steuereinnahmen in Deutschland wie 2017

Erwerbstätige (Inländerkonzept) in Millionen



Steuereinnahmen (Bund, Länder, Gemeinden) in Mrd. €
Inflationsbereinigt mit Verbraucherpreisindex (2017=100)



Noch mehr Erwerbstätige sind kaum zu schaffen

Versorgung über Sektorengrenzen:

Über die Vergütung: Hybride Vergütungsmodelle

Zum aktuellen Diskussionsstand

- Koalitionsvertrag fokussiert sektorenübergreifende Versorgung
- Einsetzung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe, die bis zum Jahr 2020 unter anderem Vorschläge für die Einführung einer sektorenübergreifenden Vergütung machen soll
- Ein wichtiger Vorstoß davor war das Modellprojekt der Techniker Krankenkasse zu den sogenannten Hybrid-DRGs
- IGES-Gutachten „*Perspektiven einer sektorenübergreifenden Vergütung ärztlicher Leistungen*“ im Auftrag des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung:
 - Fünf Behandlungsanlässe wurden identifiziert, deren Versorgung sowohl ambulant als auch stationär erfolgen kann: *Tonsillektomie, gastroenterologische Erkrankungen, Schlafapnoe und Poly(somno)grafie, kardiale Arrhythmien und Diabetes mellitus*
 - In allen Fällen werden dieselben Leistungen im Krankenhaus deutlich höher vergütet als in der vertragsärztlichen Versorgung. Vergleichen werden dabei v.a. die Abrechnung nach EMB und DRGs

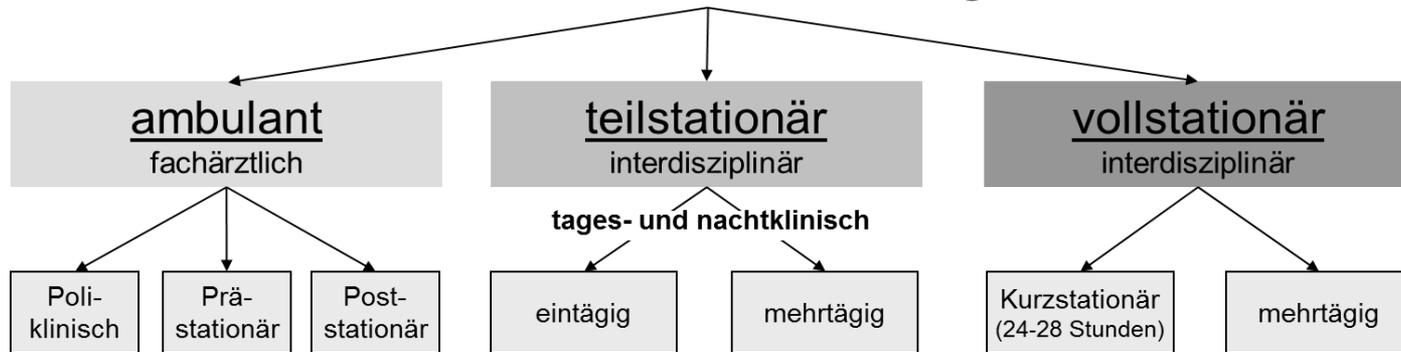
Perspektiven einer sektorenübergreifenden Vergütung ärztlicher Leistungen

Vergütungsunterschiede an der Sektorengrenze und Ansatzpunkte zur Entwicklung sektorenübergreifender Vergütungsformen

Quelle: IGES-Institut (2018)

Abgrenzung der Leistungen ambulant, teilstationär und vollstationär

Krankenhausbehandlung



- ergänzend zum ambulanten Leistungsangebot im niedergelassenen Bereich
- auf bestimmte Erkrankungen beschränkt
- ambulante Operationen

- Eine interdisziplinäre fachärztliche Behandlung ist erforderlich
- Eine techn. interdisziplinär nutzbare Infrastruktur eines KHs ist vorhanden und wird benötigt
- Für Risikofälle stehen Betten zur Verfügung
- Die patientenspezifische Behandlung dauert mindestens vier Stunden am Tag
- Die medizinische Hauptleistung ist identisch zur vollstationären Behandlung

- Originäre Krankenhausleistung mit notwendiger, ganztägiger Betreuung für mehrere Tage

Die Idee teilstationärer DRGs: Zeilen-, Spalten- & Abschlagslösung

Zeilenlösung:

<u>DRG (FPK 2018)</u>	<u>Bezeichnung</u>	<u>Relativgewicht</u>
H08B	Laparoskopische Cholezystektomie ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation	0,932
H08B-T	Laparoskopische Cholezystektomie ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, teilstationär	0,60

Spaltenlösung

<u>DRG</u>	<u>Bezeichnung</u>	<u>Vollstationäres Relativgewicht</u>	<u>Teilstationäres Relativgewicht</u>
H08A	Laparoskopische Cholezystektomie ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation	0,932	0,60

Abschlagslösung

Bundebasisfallwert 2018

3.553,98 Euro

Teilstationärer Basisfallwert

1.800,00 Euro

Quelle: Beivers (2010)

Definition von Teilstationär

Eine funktionale Bestimmung teilstationärer Leistungen muss folgende vier Komponenten enthalten:

- **Es ist eine fachärztliche Behandlung erforderlich**
- **Eine technisch interdisziplinär nutzbare Infrastruktur ist vorhanden**
- **Für Risikofälle stehen Betten zur Verfügung**
- **Die patientenspezifische Behandlung dauert mindestens vier**
- **Stunden am Tag**

Modellprojekt Hybrid-DRGs

- Auf Grundlage der **Fallpauschalen im Krankenhaus und des EBM** werden im Rahmen eines Modellprojektes **Mischpreise für operative Leistungen kalkuliert**; diese sollen im **stationären und ambulanten Sektor gelten**
- Getestet wird das Modell der TK zunächst bei Patienten mit **Kreuzbandverletzungen, Leistenbrüchen, Krampfadern und beim Karpaltunnelsyndrom**
- Außer der TK machen **acht Kliniken***, **niedergelassene Operateure (in Thüringen)** und die Kaufmännische Krankenkasse (KKH) mit
- Vergleichbare Leistungen und Eingriffe sollten **gleich bezahlt werden, unabhängig davon, ob sie in Kliniken oder Praxen erbracht werden**

* Erfurt (Katholisches Krankenhaus), Jena (Universitätsklinikum), Saalfeld/Pößneck (Thüringenkliniken), Sömmerda/Bad Frankenhausen/Sondershausen (DRK-Kliniken) und Weimar (Sophien- und Hufeland-Klinikum)

Die TK-Idee der Hybrid-DRGs



Quelle: Techniker Krankenkasse (2016), Krankenhausversorgung 2020

- Hybrid-DRG vergüten und beschreiben **Leistungskomplexe für operative und konservative Behandlungen**
- Sie setzen sich zusammen aus **Behandlungen, die bisher sowohl stationär als auch ambulant erbracht wurden**
- Anbieter: **Krankenhäuser, einzelne niedergelassene Ärzte oder verschiedene Kooperationsformen**
- Für alle Hybrid-DRG **identische Qualitätsparameter inklusive gleichartiger Dokumentation und Prüfung vor**
- Kalkulation durch InEK

Offene Fragen

- Wie kann hier die ASV integriert werden?
- Macht es nicht auch Sinn für diagnostische Leistungen (Stichwort: Teilstationär)?
- Muss die „Hotelkomponente“ nicht finanziert werden, wenn es aus (sozialer) Indikation angezeigt ist?
- Wann bekommt das InEK einen Kalkulationsauftrag?
- Wie wird die Problematik duale-monistische Finanzierung gelöst, v.a. wenn Hybrid-DRGs auch im ambulanten Bereich Anwendung finden?
- Können Patientenhotels ein Zukunftsmodell sein (vgl. Schweden etc.)?

Versorgung über Sektorengrenzen:

Sektorenübergreifende Notfallversorgung

Derzeitige Notfallversorgung in Deutschland mit Ineffizienzen



Patienten

Übernachfrage hinsichtlich

- örtlicher Erreichbarkeit
- zeitlicher Erreichbarkeit
- medizinischer Ressourcen



Steuern ihre **Inanspruchnahme** selbst

Definition eines **Notfalls** deckt sich nicht immer mit Risikostufe



KV-Arzt

Unterangebot an

- **zeitlicher Erreichbarkeit**
- **örtlicher Erreichbarkeit**



Erwarten **kostendeckende** Vergütung

Behandlung **nur** von **niedrigen Risiken**



Krankenhaus

Unterangebot an kurzen Wartezeiten in Notfallzentrum

Überangebot an station. Aufenthalten



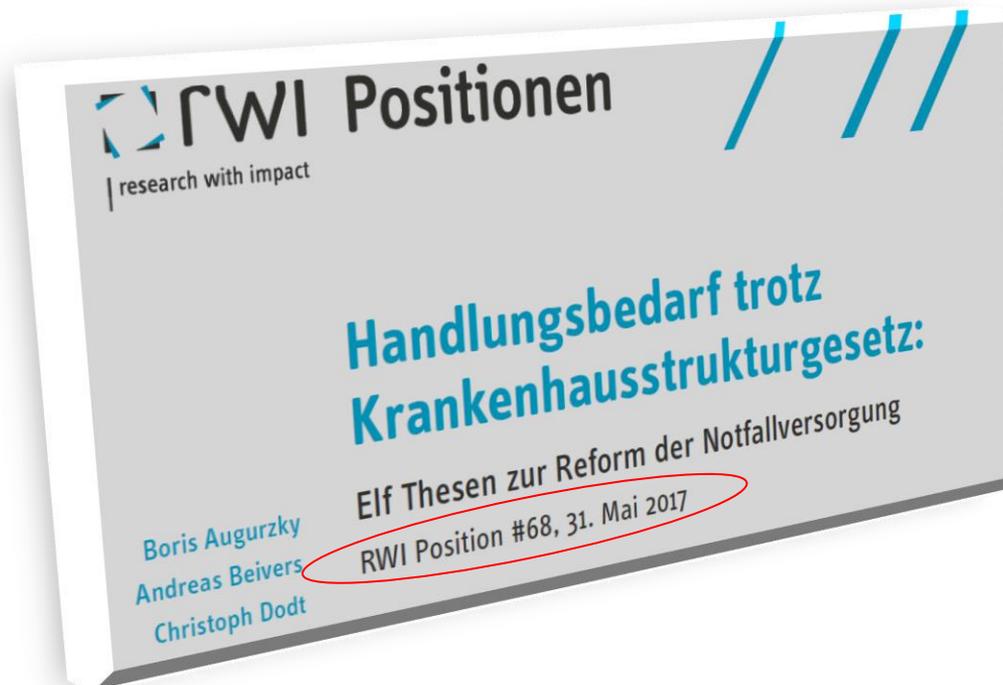
Erwarten **kostendeckende** Vergütung

Behandlung **nur** bei zu erwartendem **stationären Aufenthalt** / von **hohen Risiken**

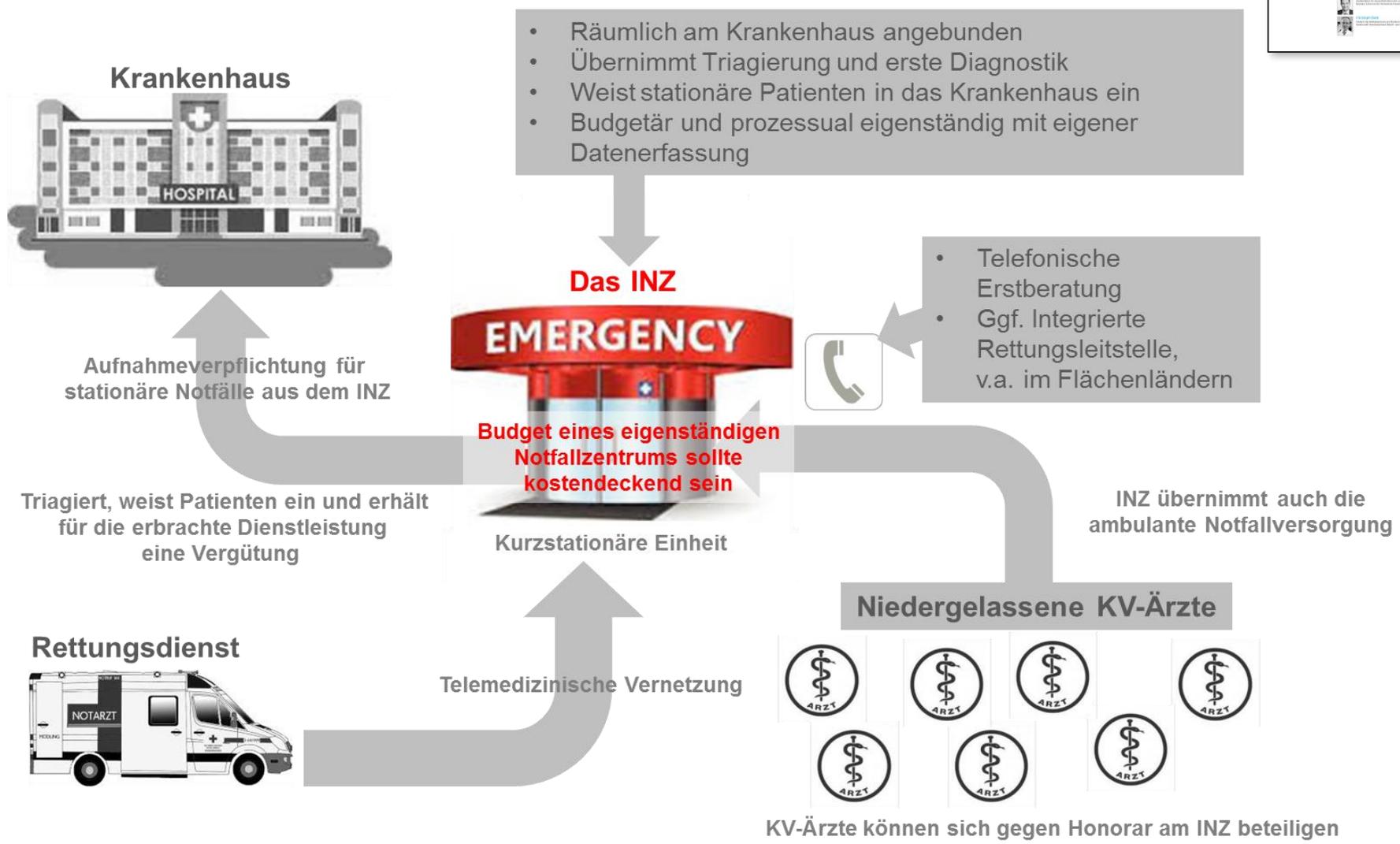
Es **fehlen** klare und **einheitliche Regelungen, Definitionen** und feste **Zuständigkeiten** von KV-Bereitschaftsdienst, Krankenhausnotaufnahme und Rettungswesen⁽¹⁾

(1) Im vorliegenden Bericht wird das Rettungswesen nicht betrachtet

Thesen und neue Ideen zur sektorenübergreifenden Notfallversorgung



Die Idee des Integrierten Notfallzentrums (INZ)



Das Gutachten adressiert drei Themenfelder

1

Status quo der Notfallversorgung

- Übersicht
- Kennzahlen zur Inanspruchnahme
- Aktuelle Probleme

2

Simulation des Bedarfs an Notfallzentren

- Regionale Fallzahlen
- Simulation „Grüne Wiese“
- Simulation „Reale Standorte“

3

Instrumente zur Verbesserung der Patientensteuerung

- Status quo in Deutschland
- Situation in anderen europäischen Staaten
- Übertragbarkeit auf Deutschland



Zwei Arten von Notfallzentren definiert ...

... (a) mit derzeitigen Öffnungszeiten und (b) mit Öffnung rund um die Uhr („24/7“)

Derzeitige Öffnungszeiten

Öffnungszeiten

- Mo. - Fr. 18-22 Uhr
- Mi. + Fr. 13-18 Uhr
- Sa. + So. 8-22 Uhr

Kosten: 0,5 Mio. € p.a. für personelle Ausstattung & Infrastruktur
= ca. 4,1 Fälle pro Stunde



„24/7“

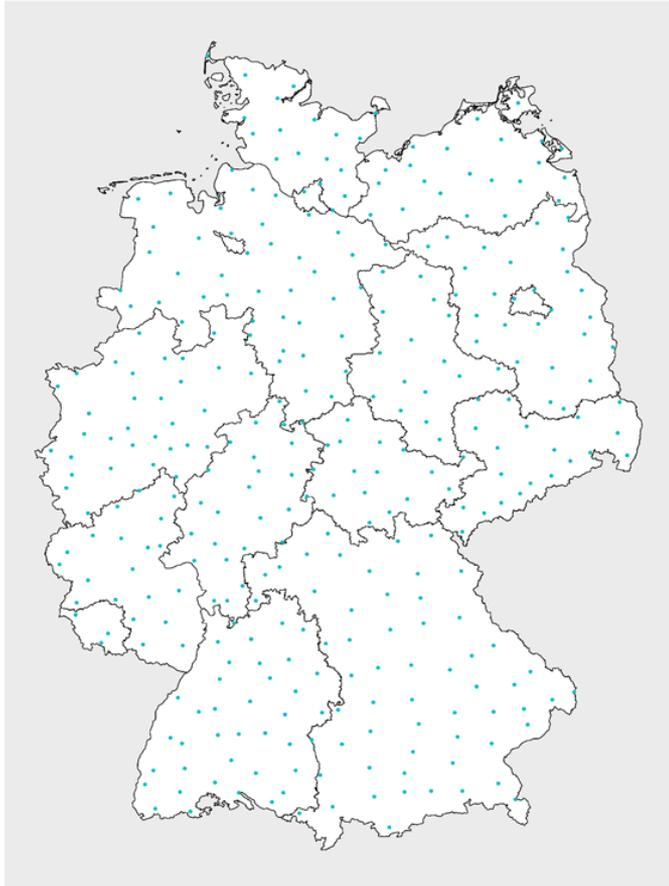
Öffnungszeiten

- Mo. - So. an 24 Stunden am Tag

Kosten: 1,3 Mio. € p.a. für personelle Ausstattung & Infrastruktur
= ca. 4,0 Fälle pro Stunde

Die **Notfallzahlen** je Raster werden über **Prävalenzraten** (nach Alter und Geschlecht) sowie **Verteilung** der Fälle an **Samstagen, Sonntagen und Feiertagen** bestimmt, für restliche Wochentage wird die Verteilung approximativ über die **Uhrzeit** angepasst

Je nach Art der Öffnungszeiten beim Ansatz „Grüne Wiese“ kumuliertes Defizit bei 25 bzw. 88 Mio. €



Derzeitige Öffnungszeiten „Grüne Wiese“ (Variante 3)



Bei Split von Megazentren⁽¹⁾: 345 Standorte

Anzahl nicht-wirtschaftlicher Zentren: **126**

→ Kumuliertes Defizit: **25 Mio. € p.a.**

„24/7“ „Grüne Wiese“ (Variante 3)



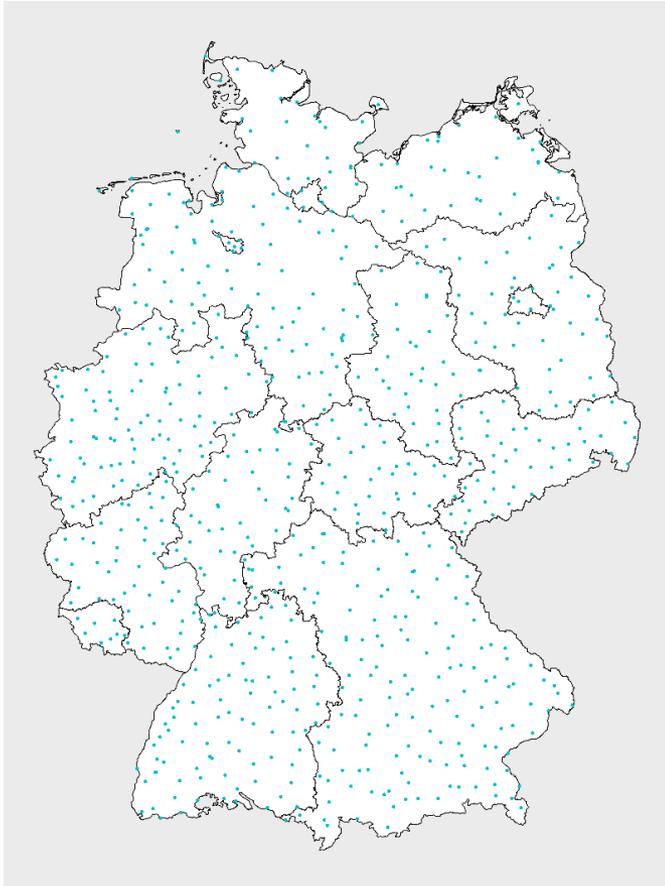
Bei Split von Megazentren⁽¹⁾: 381 Standorte

Anzahl nicht-wirtschaftlicher Zentren: **166**

→ Kumuliertes Defizit: **88 Mio. € p.a.**

- (1) Ein „Megazentrum“ versorgt mehr als 170.000 Fälle p.a. und wird aufgrund seiner Größe so lange in mehrere Zentren aufgeteilt, bis die daraus entstehenden Zentren weniger als 170.000 Fälle versorgen

Je nach Art der Öffnungszeiten beim Ansatz „Reale Krankenhausstandorte“ kumuliertes Defizit bei 130 bzw. 400 Mio. €



Derzeitige Öffnungszeiten

„Reale Krankenhausstandorte“ (Variante 2)



Bei Split von Megazentren⁽¹⁾: 738 Standorte

Anzahl nicht-wirtschaftlicher Zentren: **527**

→ Kumuliertes Defizit: **130 Mio. € p.a.**

„24/7“

„Reale Krankenhausstandorte“ (Variante 2)



Bei Split von Megazentren⁽¹⁾: 751 Standorte

Anzahl nicht-wirtschaftlicher Zentren: **581**

→ Kumuliertes Defizit: **400 Mio. € p.a.**

- (1) Ein „Megazentrum“ versorgt mehr als 170.000 Fälle p.a. und wird aufgrund seiner Größe so lange in mehrere Zentren aufgeteilt, bis die daraus entstehenden Zentren weniger als 170.000 Fälle versorgen

Ausblick: Kann Patientensteuerung helfen?

Ineffiziente Patientensteuerung in der Notfallversorgung

Derzeitige Situation in der Notfallversorgung in Deutschland

- Ambulante Notfälle von KV-Bereitschaftspraxen zu versorgen
- **Patient entscheidet jedoch häufig selbst**, keine einheitliche Steuerung der Notfallpatienten
- **Bundesweit einheitliche Telefonnummer** für Bereitschaftsdienst: **116 117**



Probleme

- **Unzureichende Bekanntheit** und regional abweichende Erreichbarkeitszeiten der **116 117**
- **Keine einheitlichen Öffnungszeiten** der KV-Bereitschaftsdienstpraxen
- Auch während der Praxis-Öffnungszeiten suchen Patienten **vermehrt Notfallambulanzen der Krankenhäuser** auf
- Wirtschaftliche **Unterdeckung** bei ambulanter Notfallbehandlung **im Krankenhaus**

Pilot-Versuche mit **Portalpraxen** am Krankenhaus **zeigen positive Effekte**

Patientensteuerung in anderen europäischen Staaten untersucht

Experteninterviews mit Fachgesellschaften für Notfallmedizin und Literaturlauswertung



Dänemark



Schweiz



Niederlande



Frankreich



Groß-
britannien

Struktur des Gesundheitssystems: Versicherungssystem, Organisation, Finanzierung, Co-Payment und anderes

Versorgungseinheiten für Notfälle

- Ambulante **primärärztliche Notfallversorgung:** zeitliche Verfügbarkeiten, Personal, Ausstattung
- Ambulante und stationäre Notfallversorgung durch **Kranken-häuser:** Größe, Voraussetzungen, Leistungen, Personal

Art der Patientensteuerung

- Telefonzentralen: Zuständigkeiten, Organisation, Personal, Finanzierung
- Online Dienste, Apps
- Einbindung des Rettungsdienstes

Vorbildliche Patientensteuerung: Dänemark, Niederlande und GB



DK



24/7 verfügbare Notfallpraxen in Kliniknähe für primärärztliche, ambulante Versorgung
Gefilterter Zugang zur Notfallversorgung im Krankenhaus
Notfallmedizin als **eigenständige Spezialisierung**



CH



Organisation **kantonal unterschiedlich**
Keine Verfügbarkeit **24/7**



NL



Strikte Trennung primärärztliche/ambulante und stationäre Notfallversorgung, **24/7 Verfügbarkeit**
Für Laien **verständliche Patientensteuerung**
Gefilterter Zugang zur Notfallversorgung im Krankenhaus
Notfallmedizin als **Zusatzqualifikation**



F



Uneinheitliche Zugangswege
Viele Regionen mit primärärztlicher **Unterversorgung**
Keine ubiquitäre **24/7** Verfügbarkeit



GB



Einbeziehung von **spezialisiertem, nicht-ärztlichem Personal** für primärärztliche und stat. Versorgung
Gemeinsame Triage von ambulanten und stationären Patienten
Primärärztliche Versorgung **24/7 verfügbar**
Notfallmedizin als **eigenständige Spezialisierung**

Gute Erreichbarkeit schaffen, Patientensteuerung verbessern

Patientensteuerung

Transparente **Festlegung der Aufgabenteilung** zwischen ambulanter Notfallversorgung in Praxen und Notfallversorgung im Krankenhaus

Förderung der **Gesundheitskompetenz** der Bevölkerung

Möglichkeit der Selbstinformation bei weniger bedrohlichen Notfällen über Online-Angebote

Telefonischer Erstkontakt vor Inanspruchnahme einer notfallmedizinischen Leistung, telefonische Steuerung via validierter Telefon-Triagierung

116 117: Erhöhung des Bekanntheitsgrads und bundesweit einheitliche Erreichbarkeit „24/7“

Großräumige Organisation

Primärärztliche Versorgung („24/7“) von Patienten mit niedrigem Gesundheitsrisiko durch **qualifizierte Ärzte** (Allgemeinmediziner)

Anbindung der KV-Notfallpraxis an Krankenhausnotaufnahme: Enge **räumliche Verknüpfung** von primärer ambulanter und sekundärer stationärer Notfallversorgung sowie gemeinsame Ressourcen- und Datennutzung

Bessere Verzahnung von Notdienstpraxen und Notaufnahmen: **gemeinsamer Tresen** und abgestimmte Öffnungszeiten

Patientensteuerung und Ersteinschätzung innerhalb eines Notfallzentrums durch zuverlässiges, validiertes und anerkanntes **Triage-System**

„24/7“ **Erreichbarkeit** des ärztlichen Bereitschaftsdienstes⁽¹⁾

Zur flächendeckenden Versorgung bundesweit **zw. 700 und 800 Standorte**

Klärung des **Umgangs mit kleinen defizitären**, aber für die Versorgung nötigen KV-Notfallpraxen

- (1) In Abhängigkeit von regionalen Gegebenheiten können abweichende Versorgungsmodelle und Kooperationen sinnvoll sein, z.B. Anpassung der Versorgungsform zu bestimmten Uhrzeiten mit sehr geringer Nachfrage („tiefe Nacht“)



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

- Literatur bei dem Referenten -

Kontaktdaten:

Prof. Dr. Andreas Beivers

Hochschule Fresenius München

Infanteriestraße 11 a, 80797 München

Tel.: 089–200037346; Email: beivers@hs-fresenius.de