

KRANKENHAUSREFORM: MEHR MITEINANDER STATT GEGENEINANDER

Fachtagung 10. Oktober 2023

„Krankenhausreform: gute Ansätze oder pure Umverteilung?“

Dr. Günther Matheis,

Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz



Landesärztekammer
Rheinland-Pfalz

Gute Ansätze für eine neue Krankenhausstruktur

- Level-Einteilung
- Leistungsgruppenplanung und Vorhaltevergütung

Aktuelle Strukturen in Rheinland-Pfalz

Strukturen in Rheinland-Pfalz: Stationär

- 81 Krankenhäuser mit
- 23.374 vollstationären Krankenhausbetten
- Pro Jahr 790.627 stationäre Behandlungsfälle
- 9.110 tätige Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus

(Stand 2021)

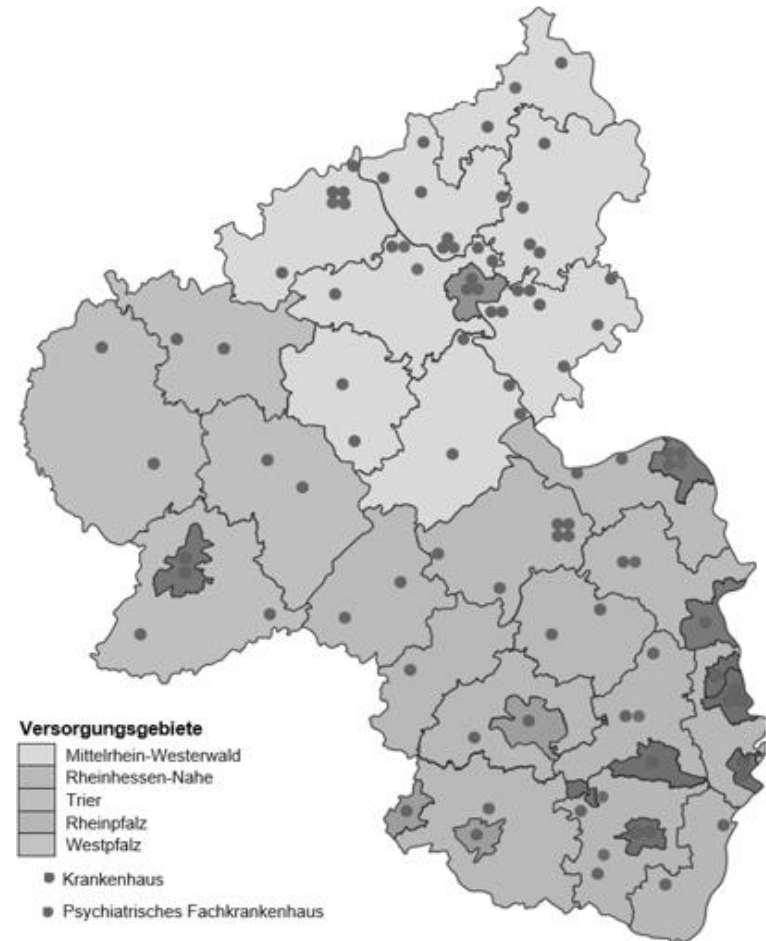
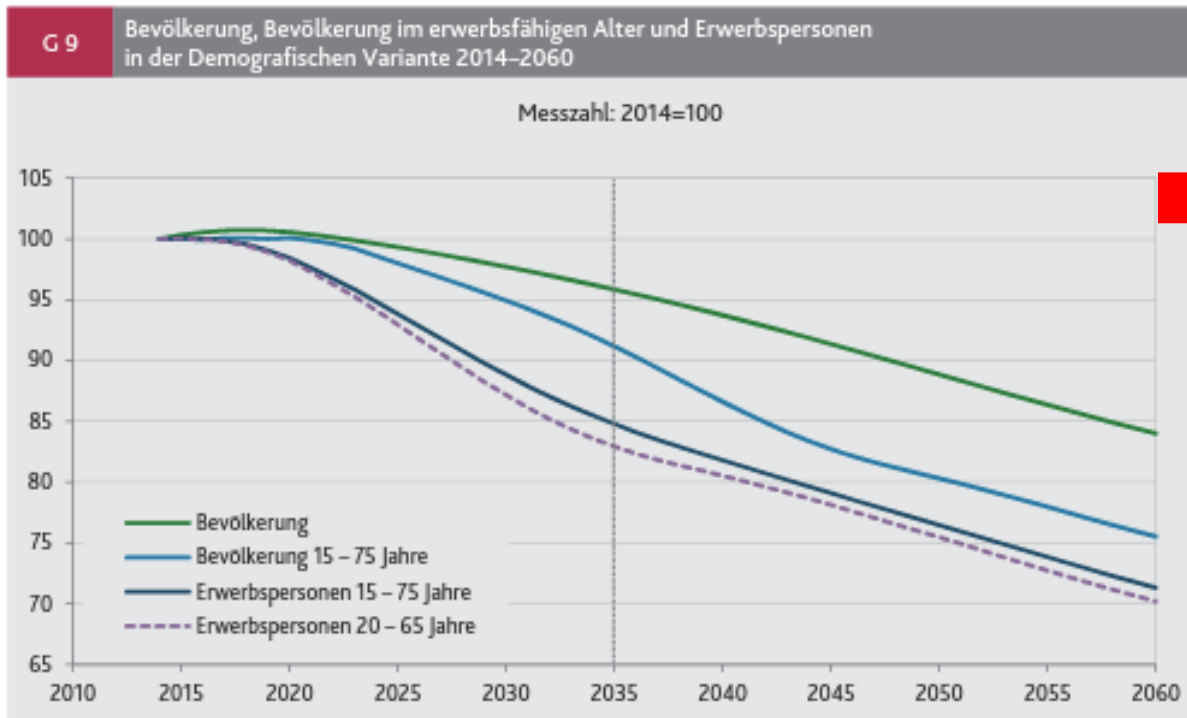


Foto: MWG RLP Landeskrankenhausplan

Extremer Fachkräftemangel steht bevor



Etwa 164 Tsd.
Erwerbstätige
weniger
In Rheinland-Pfalz
im Zeitraum von
2014 bis 2035

Foto: Statistisches Landesamt RLP

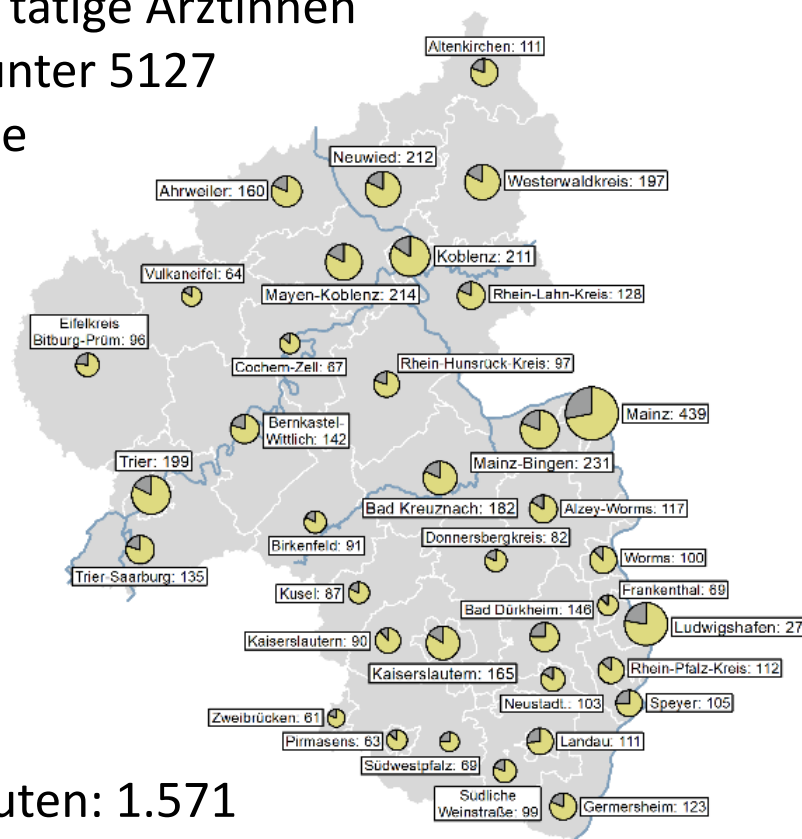
Strukturen in Rheinland-Pfalz: Ambulant

- 7903 ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte, darunter 5127 Niedergelassene

- Anzahl der Praxen in RLP: 4.954

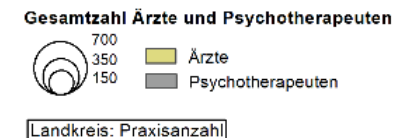
- Psychotherapeuten: 1.571

(Stand 2022)



ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung in Rheinland-Pfalz

Anzahl in Landkreisen



Kartographie: Versorgungsforschung – KV RLP
 Daten: KV RLP, W/GeoGIS
 Stand: 08.08.2023

Strukturen in Rheinland-Pfalz

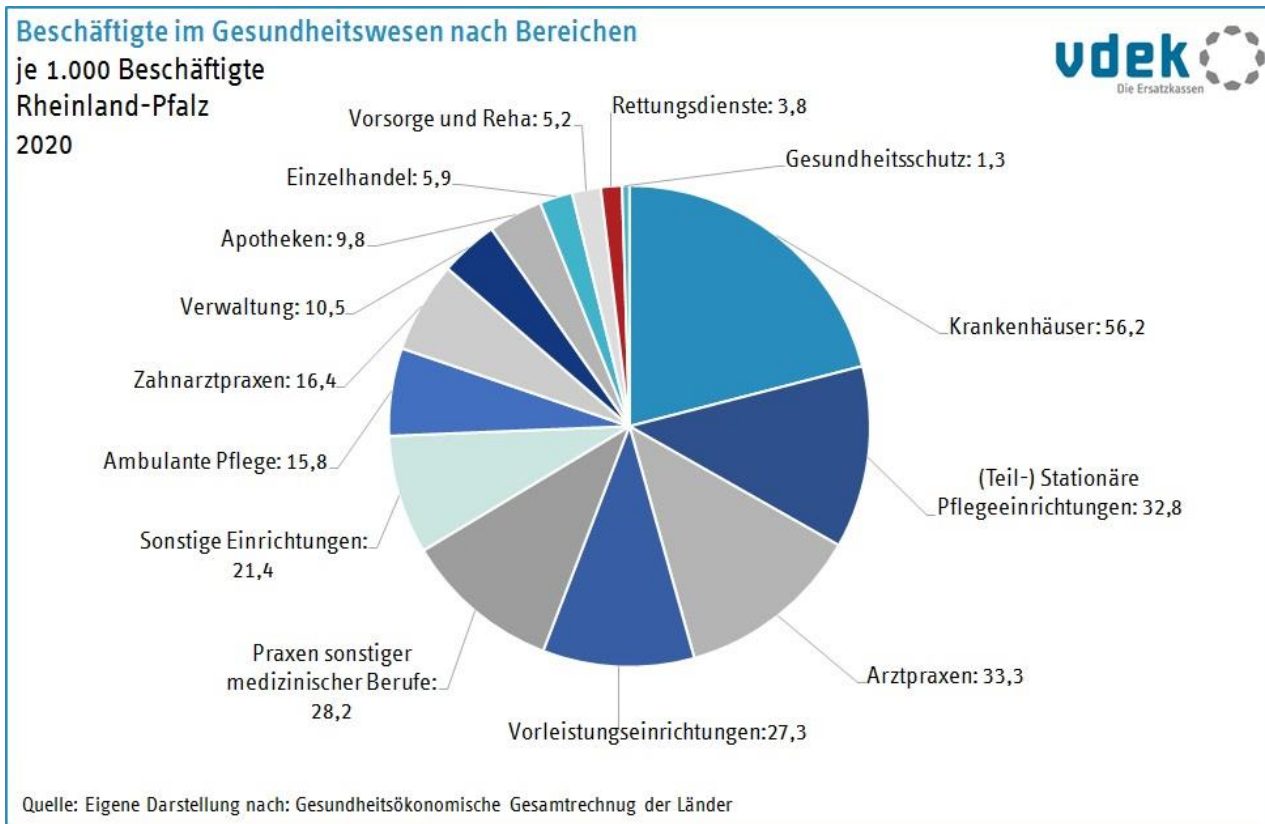


Foto: VDEK

Worin besteht aktuell das Gegeneinander?

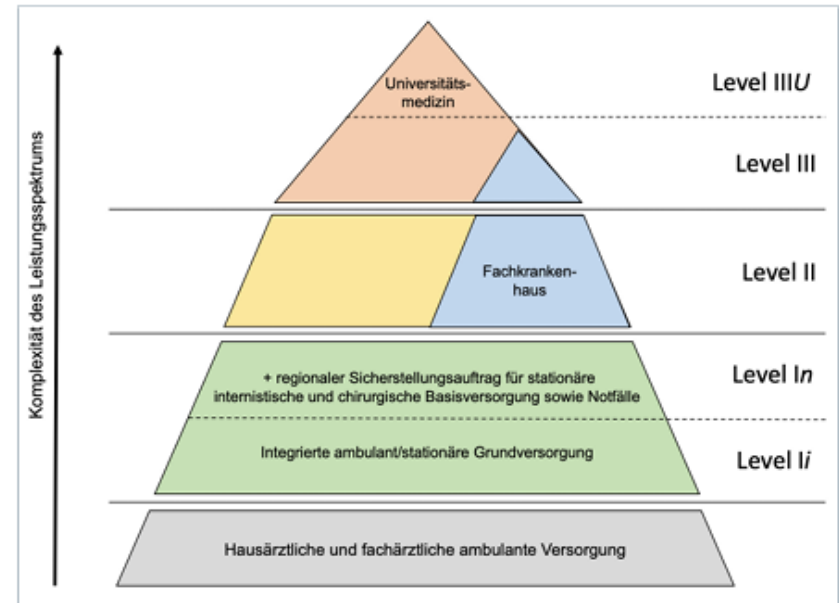
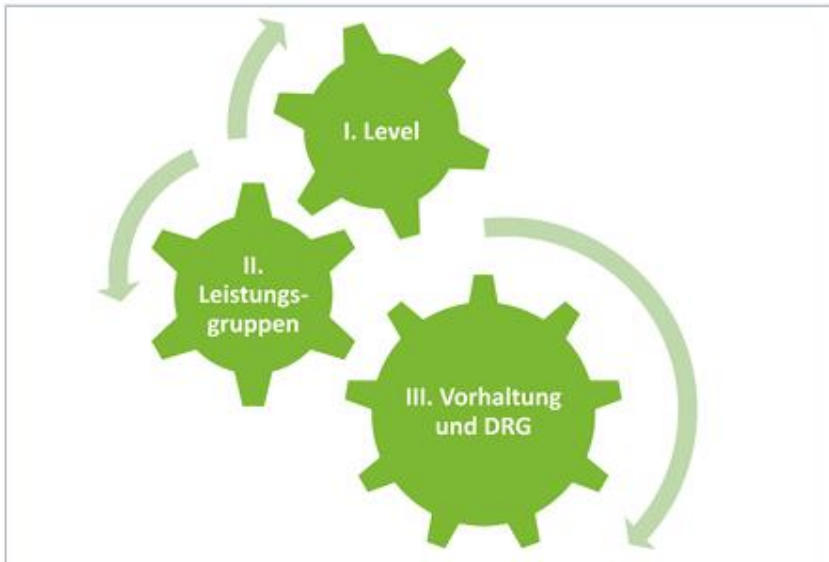
- Doppelstrukturen...
 - führen durch allgemeinen Personalmangel zu Konkurrenz um Fachkräfte
 - sind hoher Kostentreiber
 - erzeugen Fehlanreize
 - führen zu höherer Arbeitslast
 - und sorgen unter Umständen für Qualitätseinbußen in der medizinischen Versorgung

Die Krankenhausreform

Ziele der Krankenhausreform

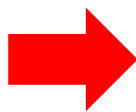
- Flächendeckende Versorgung bei hoher Qualität
- Entbürokratisierung
- Entkommerzialisierung
- Optimierung der Finanzierung im Krankenhaus
- Gleiche Vergütung für gleiche Leistung
- **Kooperation und Verzahnung der Sektoren**

Kernbestandteile der Reform



Fotos: Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung




Parallelen wesentlicher Charakteristika der jeweiligen Stufen



| Level | Leistungsspektrum | Notaufnahme | Intensivmedizin | Ärztliche Anwesenheit außerhalb Kernarbeitszeiten |
|-------|--|------------------|------------------------|---|
| ii | Innere Medizin und/oder Chirurgie muss gewährleistet sein. Schwerpunkt amb. med. Leistungen, weitere Fachdisziplinen möglich. Zwingend Akutpflegebetten für regionale Grundversorgung ohne Fachabteilungszuordnung. <div style="border: 2px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">Sektorübergreifende Integration mit niedergelassenen Ärzten erwünscht.</div> | Keine | Keine | Mindestens fachärztliche Rufbereitschaft |
| In | Basisbehandlung Innere Medizin und Chirurgie und nach lokalem Umfeld weitere Fachgruppen mit Sicherstellung der Basis-Notfallversorgung | Level I (G-BA) | Level I (s. Tab. 1b) | Bereitschaft; FÄ Rufbereitschaft |
| II | + weitere Leistungsgruppen | Level II (G-BA) | Level II (s. Tab. 1b) | Innere/Chirurgie/Intensiv/Notfall 24/7; FÄ Rufbereitschaft (s. Tabelle Vorhaltung jeweilige LG) |
| III | Breites Spektrum | Level III (G-BA) | Level III (s. Tab. 1b) | Innere/Chirurgie/Intensiv/Notfall FÄ 24/7, andere Leistungsbereiche Bereitschaft |

Fotos: Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Stufenversorgung

- Kleinchirurgie im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) 
- Ambulantes Operieren
§ 115b SGB V „neu“ und § 115f SGB V [neu] 
- Tagesstationäre Behandlung 
- Vollstationäre Behandlung

§ 39 SGB V

- Erst, wenn ein Behandlungsziel nicht durch eine ambulante Versorgung erreicht werden kann, haben Patienten Anspruch auf eine vollstationäre Behandlung
- Kurz: „ambulant vor stationär“
- Das heißt auch: ambulant nicht ohne stationär
- Und: gleiches Geld für gleiche Leistung

§ 115e SGB V (e) und § 115f SGB V (f)

- (e) „Zugelassene Krankenhäuser können in medizinisch geeigneten Fällen, wenn eine Indikation für eine stationäre somatische Behandlung vorliegt, mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten anstelle einer vollstationären Behandlung eine tagesstationäre Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus erbringen.“
- (f) Konkret sieht der neue § 115f eine sektorengleiche Vergütung vor, die lt. Absatz 1 und 3 unabhängig davon erfolgt, wo - im Krankenhaus oder der vertragsärztlichen Versorgung - oder wie - ambulant oder stationär - sie erbracht wird. Die Auszahlung soll als Fallpauschale erfolgen.

Die neue Welt der medizinischen Behandlung

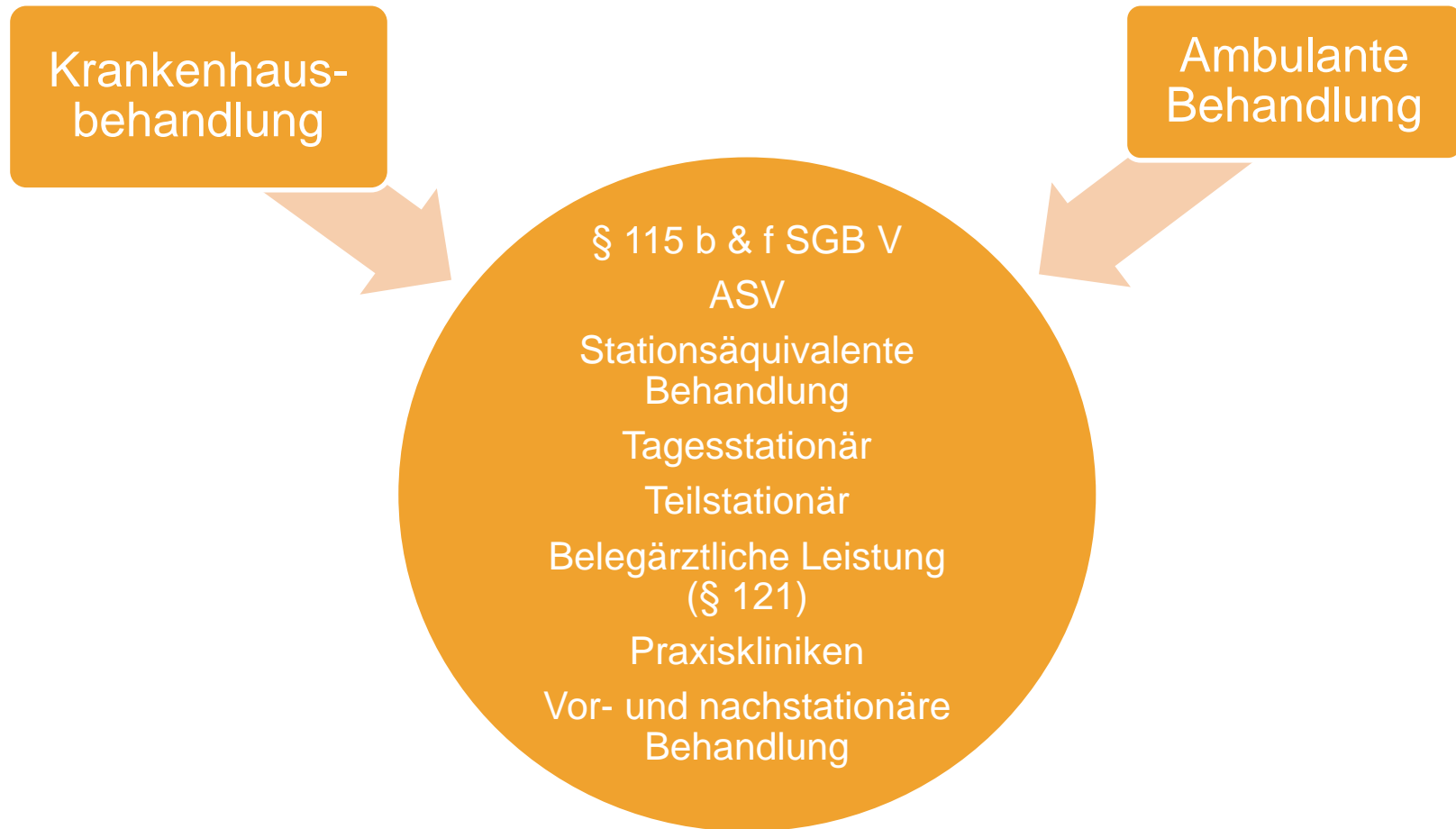
Krankenhausbehandlung

| | |
|---------------------------------------|---------------|
| Vollstationär | |
| Stationsäquivalente Behandlung | |
| Tagesstationär | |
| Teilstationär | |
| Vor- und nachstationäre Behandlung | |
| ASV | |
| § 115b SGB V | § 115f |

Ambulante Behandlung

| | |
|---|---------------|
| Vertragsärztliche Versorgung | |
| § 115b SGB V | § 115f |
| Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) | |
| Belegärztliche Leistungen (§ 121) | |
| Praxiskliniken | |

Die neue Welt der medizinischen Behandlung



Sektorenübergreifende Konzepte

Sektorenübergreifende Konzepte („Level II“)

Den Krankenhäusern des Levels II kommt eine zentrale Rolle auf dem Weg zu einer sektorenübergreifenden und integrierten Gesundheitsversorgung zu. Sie verbinden stationäre Leistungen der interdisziplinären Grundversorgung wohnortnah sowohl mit ambulanten fachärztlichen Leistungen als auch mit medizinisch-pflegerischen Leistungen und zeichnen sich durch eine enge Zusammenarbeit mit anderen weiteren Leistungserbringern im Bereich der gesundheitlichen Versorgung aus. Die Standorte der Level II-Krankenhäuser sollen wesentlicher Bestandteil in der ärztlichen und pflegerischen Aus- und Weiterbildung sowie weiterer Gesundheitsberufe sein. Im Verbund mit anderen Kliniken sollen sie eine zentrale Rolle in der Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegepersonal bekommen. Ihre Attraktivität als Arbeitgeber soll darüber hinaus durch eine weitgehende Entbürokratisierung der Versorgung in dieser Stufe erhöht werden. Mit dem Level II steht ein weiteres Werkzeug im Instrumentenkasten der ärztlichen und pflegerischen Vor-Ort-Versorgung in Deutschland zur Verfügung. Zudem sind Level II-Krankenhäuser perspektivisch gut geeignet für die Koordination und Vernetzung von Gesundheitsleistungen sowie Case Management.

Screenshot: LÄK, auf dem Referentenentwurf

Forderungen an die Krankenhausreform

Qualität und Qualitätstransparenz

- Leistungsgruppenplanung soll sicherstellen, dass Krankenhäuser aller Versorgungsstufen für die angebotenen Leistungen entsprechend qualifiziert sind

Forderungen an die Krankenhausreform

Auswirkungen auf die ärztliche Weiterbildung

- Noch kein stimmiges Konzept für die ärztliche Weiterbildung
 - Eckpunkte weisen die zentrale Rolle der Weiterbildung den Krankenhäusern der niedrigsten Versorgungsstufe zu. Dies wird den Anforderungen an die Weiterbildung nicht gerecht
 - Größte Teil des stationären Versorgungsspektrums kann dort nicht erbracht werden
 - Trägerübergreifende Weiterbildungsverbände unter Einbeziehung mehrerer Kliniken und des ambulanten Bereiches müssen gefördert werden

Forderungen an die Krankenhausreform

Berücksichtigung aller patientennahen Berufsgruppen bei der Vorhaltevergütung

- Vorhaltevergütung an den Qualitätserfordernissen und der Fallschwere ausrichten
- Vollständige Refinanzierung der erforderlichen Personalkostenausstattung bei allen patientennahen Berufsgruppen
- Personalbemessungssystem der BÄK für Ausgestaltung der Vorhaltevergütung nutzen

Forderungen an die Krankenhausreform

Einbindung der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern in weiteren Reformprozess

- Medizinisch-fachlicher Sachverstand und sektorenübergreifendes ärztliches Versorgungswissen bei Reform berücksichtigen

Forderung an Krankenhausreform

Krankenhausplanung ist Ländersache

- Verantwortung für Krankenhausstrukturen muss bei Bundesländern verbleiben (regionale Verhältnisse und Anforderungen unterschiedlich – keine Schablone für ganz Deutschland möglich)

Mehr Miteinander

Denken von ambulant



stationär

Es gibt keine



- Einbeziehung der ambulanten Strukturen vor Ort und das Potential für die Versorgung nutzen, die bewiesene Effizienz und Expertise

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!