

AMBULANTISIERUNG UND SEKTORENÜBERGREIFENDE VERSORGUNG ZUR ÜBERWINDUNG DES FACHKRÄFTEMANGELS

Gespräche am Fluss „Krankenhausreform und sektorenübergreifende Versorgung“
VDEK, Landesvertretung Bremen

17. Mai 2024, Bremen

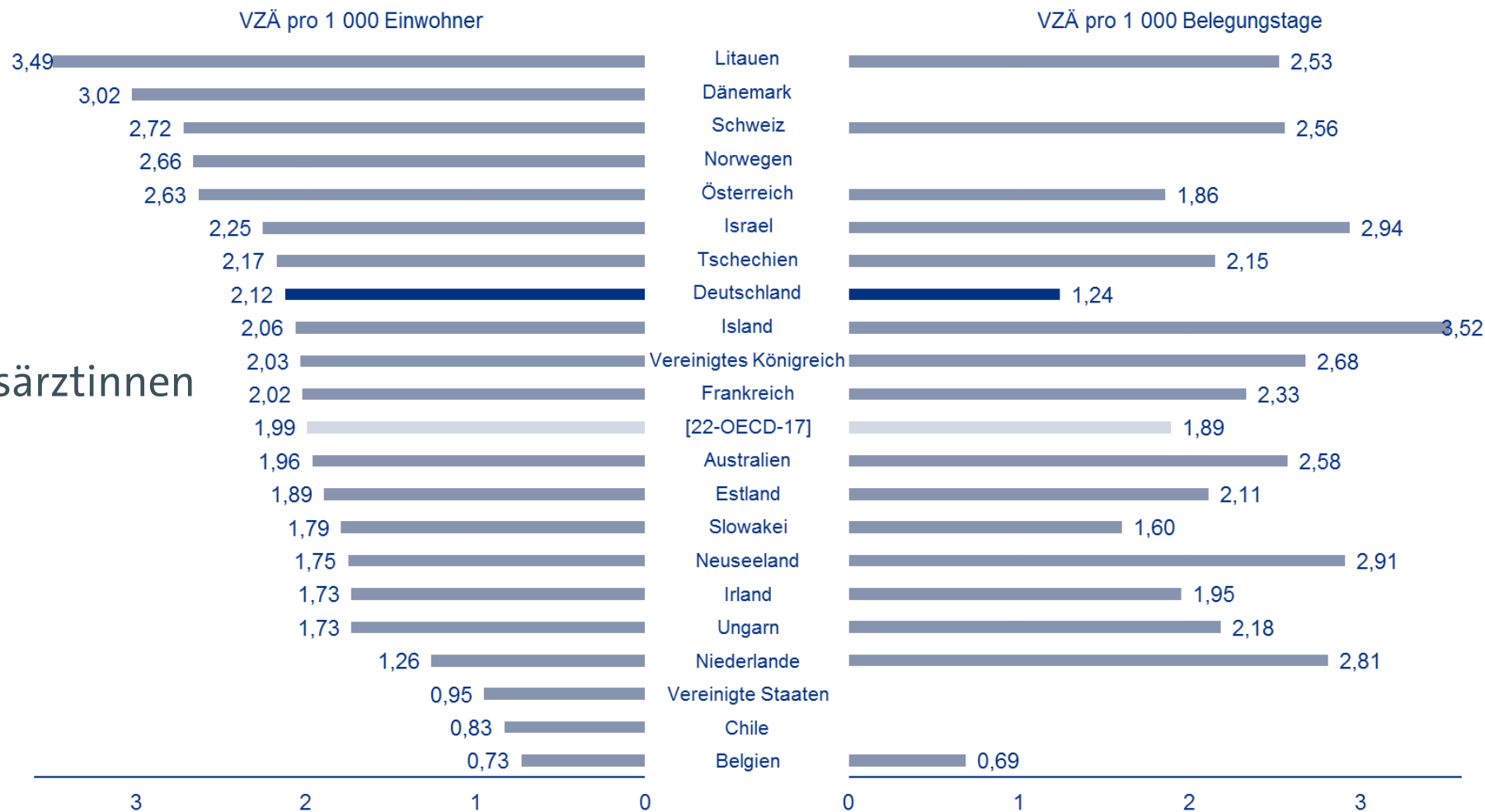
Professor Dr. Jonas Schreyögg
Lehrstuhl für Management im Gesundheitswesen
Hamburg Center for Health Economics
Universität Hamburg



Fachkräftesituation im Gesundheitswesen

- Personalengpässe sind dominierendes Thema nicht nur im Gesundheitswesen
- Personalbelegung korreliert mit Versorgungsqualität
- Daher Verbesserung von Versorgungsqualität nur durch Verbesserung der Fachkräftesituation zu erreichen
- Entscheidende Frage der nächsten Jahre:
Wie kann ich ein nachhaltiges Arbeitsumfeld für Fachkräfte im Gesundheitswesens erreichen und gleichzeitig eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleisten?

Internationaler Blick: Die Versorgungsstruktur in Deutschland wird sich verändern müssen



Beispiel
Krankenhausärztinnen
und -ärzte

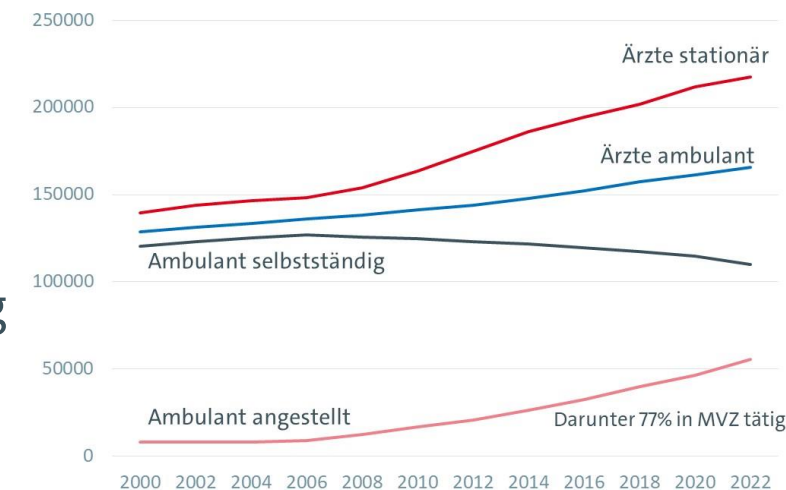
Quelle: SVR (2023) auf Basis von OECD (2022).

Überwindung des Fachkräfteengpasses durch Strukturreformen

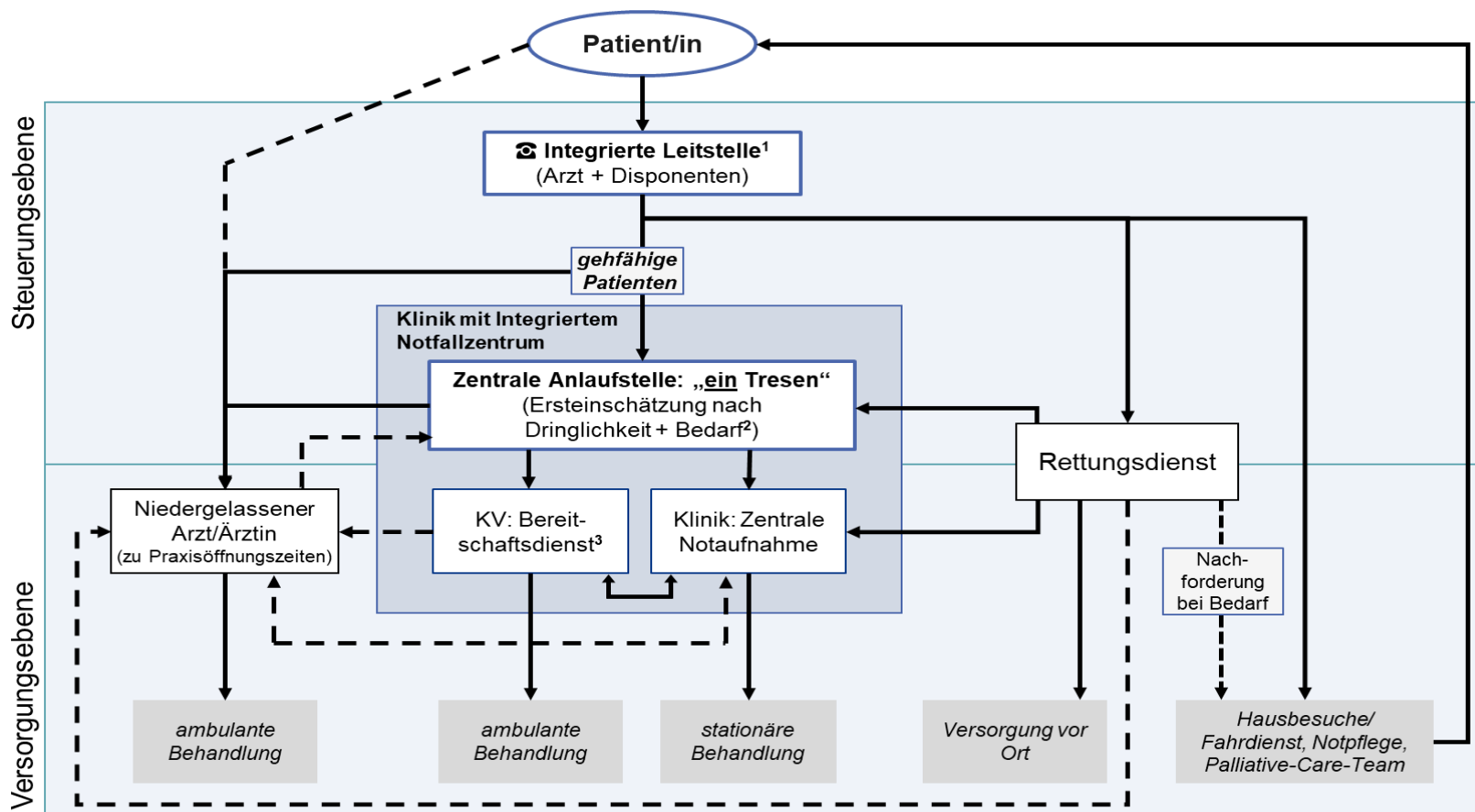
- **Angebotsseitige Maßnahmen:** u.a. Einstellung ausländischer Pflegefachpersonen, Reduktion des pflegerischen Arbeitsaufwandes durch Digitalisierung, Erhöhung der Attraktivität der Arbeitsplätze
- werden nicht ausreichen, um genügend Personal für derzeitige Strukturen zu gewinnen
- Lösung des Fachkräfteengpasses durch Strukturwandel: **Hebel Reduktion stationärer Belegungstage**

Wirkung der Reduktion stationärer Belegungstage:

- **Reduktion des künftigen Fachkräftebedarfs** in stationärer Versorgung
- **Verbesserung des Arbeitskräftepotenzials** für die ambulante Versorgung
- **Reduktion von Kapazitäten/ Fachabteilungen**



1. Reform der Notfallversorgung



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

2 Ersteinschätzung möglichst durch ärztliche „Generalisten“, breit weitergebildete (Allgemein-)Mediziner mit notfallmedizinischer Erfahrung. Die Ersteinschätzung muss unabhängig von Interessenskonflikten, die Patienten stationär aufzunehmen, erfolgen.

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

Quelle: Messerle & Schreyögg 2022; nach SVR 2018

Wirkung einer Reform der Notfallversorgung

- **Reduktion der Kontakte in Notaufnahmen (mind. - 30%) durch**
 - Effektive Steuerung durch Leitstelle (z.B. Dänemark) -> u.a. bis zu 20% in vertragsärztliche Versorgung (Haas et al. 2015)
 - Aufnahme des Rettungsdienstes als eigenständige SGB V Leistung -> 15%-20% vor Ort behandelbar (Trentzsch et al. 2020)
- **Senkung der stationären Aufnahmen aus der Notaufnahme von 44% auf 30% (bis zu -20 Mio. Bel.tage) durch**
 - Einführung von Integrierten Notfallzentren/ gemeinsamer Tresen
 - Veränderung der ökonomischen Anreize durch neues INZ Vergütungsmodell
- **Synergien in der Notfallversorgung durch**
 - Konzentration der Notfallstandorte
 - Multiprofessionelle Zusammenarbeit

2. Stärkung der primärärztlichen Versorgung

Steuerung der Patientenwege durch Stärkung der primärärztlichen Versorgung

- **Registrierung aller Versicherten** bei einer hausärztlichen bzw. einer kinderärztlichen Praxis
- **Incentivierung der Versicherten** zur Teilnahme an einem hausarztzentrierten Modell im Kollektivsystem
- Reform der Vergütung, insbesondere Umstellung auf **Jahrespauschalen**

Entlastung der Fachkräftesituation durch

- Reduktion der Anzahl **unkoordinierter fachspezialisierter Kontakte**
- Reduktion der Anzahl und der **Dauer von stationären Aufenthalten**

3. Vergütungspauschalen für sektorengleiche Leistungen (“Hybrid DRGs”)

- Ambulantes Operieren bisher **nicht kostendeckend für Krankenhäuser**
 - Im internationalen Vergleich werden in Deutschland viele Fälle stationär erbracht, die ambulant erbracht werden könnten
 - **Andere Länder, u.a. in England & Frankreich** haben durch sektorengleiche Pauschalen wenig komplexe Fälle aus der stationären Versorgung herausgelöst
 - Sektorengleiche Pauschalen müssen allerdings **wesentlich ausgeweitet** und **anders konzipiert** werden als bisher (Split über Schweregrad, z.B. PCCL, und nicht Verweildauer)
- > wirkungsvolles Instrument, schnell umzusetzen und mittelfristig auch für nicht-operative Leistungen

4. Aktuelle Krankenhausvergütungsreform inkl. intersektoraler Zentren

- Ziele:
 - Gewährleistung von **Versorgungssicherheit** (Daseinsvorsorge),
 - Sicherung und **Steigerung der Behandlungsqualität** sowie
 - Entbürokratisierung.
- Kernidee: Reduktion der Vergütung auf Basis von Fallpauschalen zugunsten einer **Vorhaltevergütung**



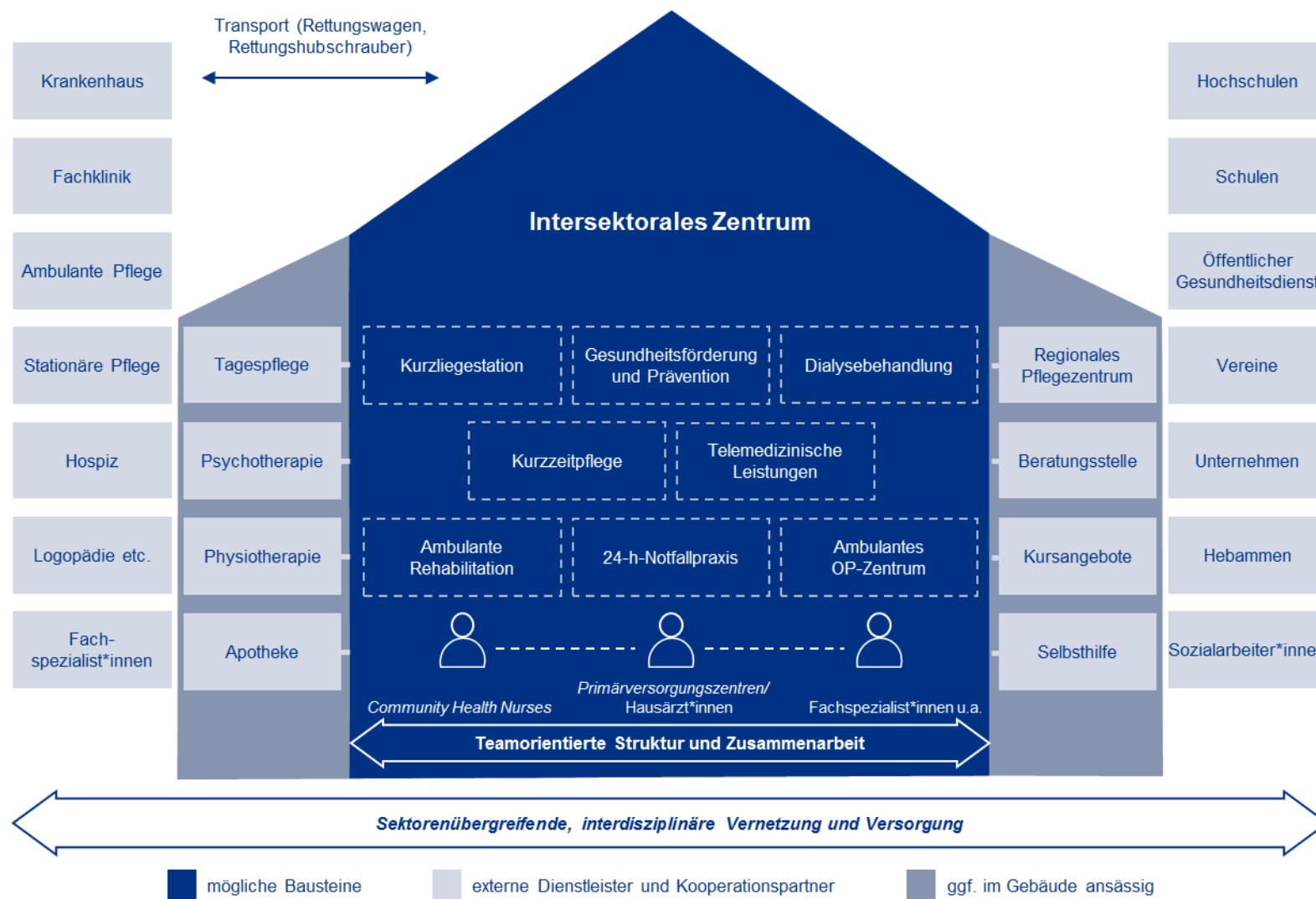
Stand der aktuellen Krankenhausreform

- Vorhaltevergütung erfolgt **auf Basis der bisher erbrachten Mengen**
- Kernidee: **Bindung der Vorhaltevergütung an Strukturqualität:**
 - Definition von 69 Leistungsgruppen
 - **Erfordernisse an Strukturqualität** in jeweiligen Leistungsgruppen
 - Vergütung nur ausgezahlt, wenn erfüllt
- Transparenzgesetz soll **Versorgungsqualität der Krankenhäuser transparenter** machen und Versorgungsstufen aufzeigen
- Schaffung der gesetzlichen Voraussetzungen für die **Umwandlung von ausgewählten Krankenhäusern in intersektorale Zentren** (inkl. kurzstationäre Versorgung)

Regionale Gesundheitszentren = intersektorale Zentren = sektorübergreifende Versorger

- Schwarz-Weiß-Sichtweise verbreitet: entweder „richtiges Krankenhaus“ oder keines
- Umwandlung in intersektorale Zentren mit kurzstationärem Angebot oftmals bedarfsgerechtere Alternative
- Erfahrungen aus vielen anderen Ländern, u.a. England, Finnland, Kanada (SVR, 2023)
- Gesetzliche Verankerung und Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Finanzierungs- bzw. Vergütungsmöglichkeiten erforderlich

Die Idee intersektoraler Zentren



Intersektorales Zentrum in England

St Austell Community Hospital in Cornwall (England)

Helston Community



St Austell Community

Launceston Community



St Austell Community Hospital provides inpatient care and a range of clinics to people in the local area.

Liskeard Community



We recommend patients bring a **small number of items** with them to make their stay in hospital more comfortable.

Newquay Community



A number of outpatient clinics are provided from the hospital. Your appointment letter will provide more information. If you have any queries, please don't hesitate to call.

St Austell Community



Facilities at St Austell Community Hospital

Harold White Ward

Heligan Ward

- Minor injury unit - access by using NHS 111 online or by calling 111
- X-Ray: 9am to 5pm Monday to Saturday (not Sundays or Bank Holidays)
- Inpatient care

2 x 24 Betten für Kurzzeitpflege nach (ambulanter) OP
+ Geriatriische Kurzzeitpflege

Stratton Community



- Provides emergency contraception

Please note St Austell Hospital does not provide dental services. People looking to access dental services should visit <https://westcountrydentalcare.co.uk/>

Wirkung einer Reform der Krankenhausvergütung

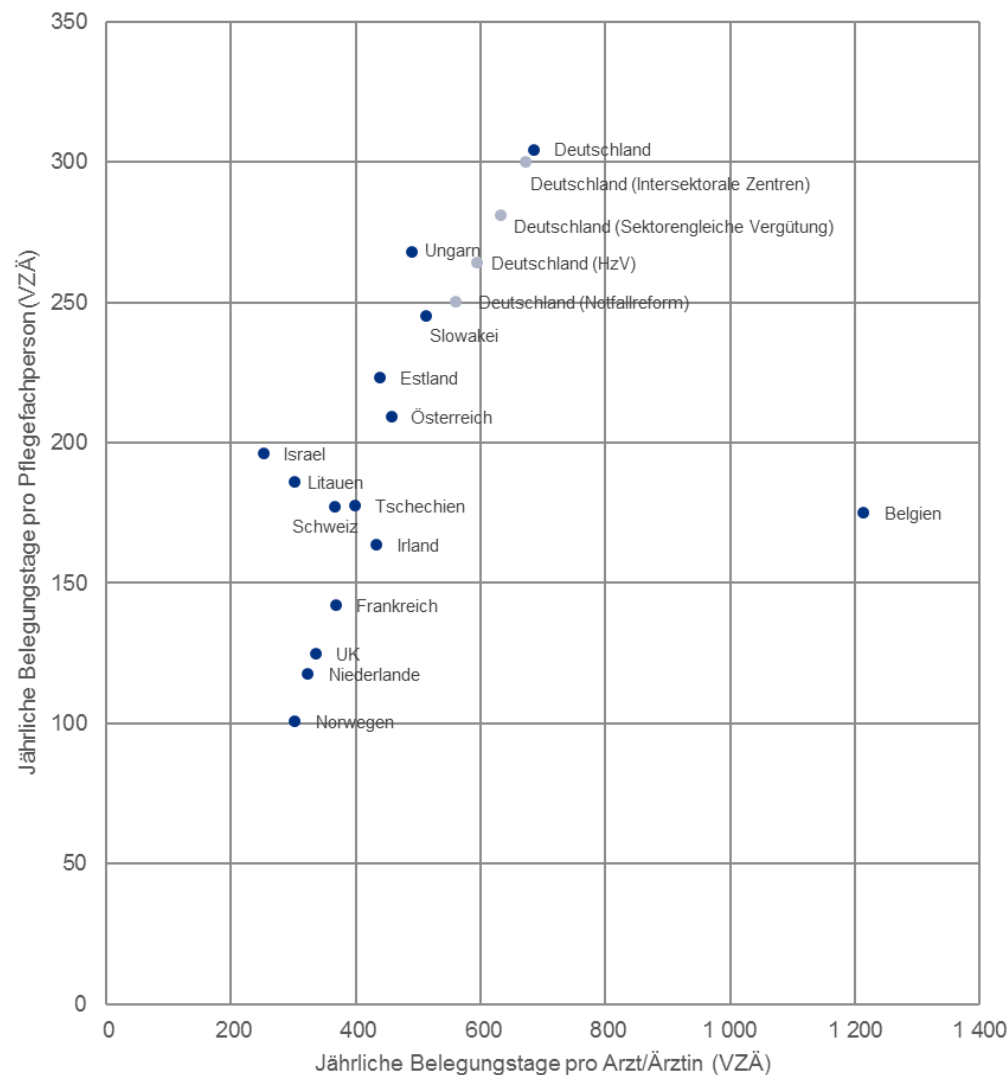
- **Reduktion der Belegungstage durch Korridormodell**
 - Für viele Krankenhäuser Anreiz, Fallzahlen um 19% zu reduzieren
 - Eventuell entsprechende Reduktion der Kapazitäten
- **Potenzielle Reduktion von Belegungstagen durch**
 - Bindung der Vorhaltepauschalen an Leistungsgruppen
 - Vergütungsschluss durch Leistungsgruppen
- **Reduktion der Kapazitäten in kleinen Krankenhäusern durch**
 - Umwandlung in regionale Gesundheitszentren
 - Veränderung der ökonomischen Anreize

-> **Potential bisher schwer abzuschätzen**

Potenzielle Effekte ausgewählter Strukturreformen auf die Belegungstage

Strukturreform	Wirkungsebene	Potenzielle Reduktion der Belegungstage von aktuell 123 Mio.
Notfallreform	Senkung der Aufnahmequote (von 44% auf 30%); weniger INZ Besuche (30%)	12,1 Mio – 32,2 Mio.
Ausweitung HZV	Senkung Hospitalisierungsrate (9%); Senkung der Liegezeit (0,5 Tage)	12,5 Mio. – 20 Mio.
Sektorengleiche Vergütung	Ambulantisierung gruppierungsrelevanter Kurzlieger gemäß AOP Katalog; Erweiterung AOP Katalog	6,3 Mio. – 12,6 Mio.
Intersektorale Zentren	Reduzierung der Fallaufkommens in Krankenhäusern	1,2 Mio. – 2,7 Mio.

Personalrelationen im stationären Sektor im internationalen Vergleich und nach Strukturreformen



Quelle: SVR Gesundheit (2024) auf Basis von OECD (2024c, 2024b) und den Berechnungen von SVR Gesundheit (2024).

Fazit

- Reformen sind dringend notwendig, um Belegungstage zu senken und Versorgung zu koordinieren
- **Wandel der Gesundheitsversorgung** wird im Übergang für viele Bürgerinnen und Bürger eine Umstellung und auch Zumutung sein
- Andere Länder zeigen, dass es möglich ist, **bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen** zu schaffen, die ein **nachhaltiges Arbeitsumfeld** ermöglichen
- Reformprozess wird **viele Jahre** dauern und **intensive Kommunikation** erfordern
- **Zum Nachlesen:** Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege: Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource, 2024; <https://www.svr-gesundheit.de/>

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

