

Die Krankenhausreform: Vorschläge der Regierungskommission

– Vorhaltepauschalen, Leistungsgruppen und Level:
der aktuelle Diskussionsstand

Prof. Dr. med. Jochen Schmitt, MPH
Hochschulmedizin Dresden

| 14. Qualitätssicherungskonferenz | Berlin, 23.11.2023

Statement zu Interessen

Materiell

- Institutionelle Fördermittel für wissenschaftlich-initiierte Forschung vom Innovationsfonds/ GB-A, dem BMG, BMBF, Freistaat Sachsen, Novartis, Sanofi, ALK und Pfizer.
- Teilnahme an Advisory Board Meetings der Firmen Sanofi, Lilly und ALK als Berater gegen ein persönliches Honorar.

Immateriell

- Mitglied Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung
- Mitglied im Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege
- Stellvertretender Vorsitzender Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung

Detaillierte Aufstellung: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-e&q=DNVF+Vorstand>

Gliederung

- | Ausgangssituation
- | Arbeitsweise und Lösungsvorschläge der Regierungskommission
- | Stand der Umsetzung
- | Diskussion und Fazit

Herausforderungen im Gesundheitssystem (Auswahl)

- | Fachkräftemangel
- | Geringe Effizienz
- | Sektorengrenzen = Designfehler
 - Betrifft Sektoren: ambulant – stationär – Reha (inklusive Planung)
 - Betrifft im ambulanten Sektor Primär – Sekundär – Tertiär
 - Betrifft in allen Sektoren berufsgruppenübergreifend
- | Unzureichende Steuerung und Netzwerkhilfen
- | Unzureichende Ambulantisierung
- | Vergütung primär nach Leistung
- | Sehr große Versorgungsmix aus Über- und Unterversorgung
- | Unvollständige Digitalisierung und fehlende digitale Transformation → Eine Ursache für
- | Unzureichende Investitionsfinanzierung (durch die Bundesländer)
- | Keine ausreichende Resilienz

**Keines dieser Probleme ist neu!
Reformfähigkeit des Systems ???**

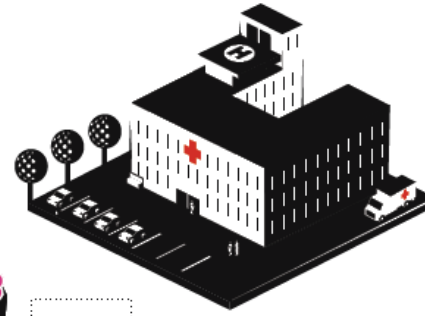
Krankenhausdichte in Deutschland und Dänemark

Stand 2018

5,77 Mio. Einwohner
26 Krankenhäuser

DÄNEMARK

1 KH/ 220.000 EW



DEUTSCHLAND

82,52 Mio. Einwohner
1151 Krankenhäuser

1 KH/ 72.000 EW



Daseinsvorsorge

In Deutschland gibt es – neben Hunderten Fachkliniken – 1151 »Grundversorger«: Krankenhäuser, die mindestens über eine Chirurgie sowie über eine Fachabteilung für innere Medizin verfügen.

Qualität und Wirtschaftlichkeit

Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse

Gesamtgesellschaftliche Herausforderungen

- Demographischer Wandel
- Fachkräftemangel
- Starke Konkurrenz um limitierte finanzielle Mittel
- Unzufriedenheit eines relevanten Teils der Bevölkerung
- Rückstand bei Digitaler Transformation

Strukturelle Probleme stationärer Bereich

- Unzureichende Leistungskonzentration
- Unzureichende Steuerung
- Starke Fallzahlenreize
- Unzureichende Ambulantisierung
- Mangelnde Investitionsfinanzierung
- Sehr viel Bürokratie



Ungehobene Qualitätspotenziale

- Notwendige KH-Behandlungen ohne qualitative Mindestausstattung
- Suboptimales Patientenoutcome (mit konsekutivem Folgebedarf)
- Große regionale Unterschiede



Nicht bedarfsgerechte Bindung knapper Ressourcen

- Nicht notwendige KH-Behandlungen
- Zunehmender Fachkräftemangel



Ineffizienz des derzeitigen Systems

- Zu hohe Kosten des solidarisch finanzierten Systems
- Kalter Strukturwandel
- Unzufriedenheit bei allen Beteiligten

Aktuelles SVR-Gutachten: Bewältigung des Fachkräftemangels



Bonn / Berlin, 26. Oktober 2023

Mutige Krankenhausreform und wirksame Digitalisierung zum gezielteren Einsatz der Fachkräfte im Gesundheitswesen nötig

Seit Jahren wird ein Fachkräftemangel im Gesundheitswesen beklagt. Deutschland habe, so ist oft zu hören, zu wenig Ärztinnen und Ärzte, zu wenig Pflegefachpersonen und andere Fachkräfte. Dabei bewegen sich die deutschen Kennzahlen bei vielen Heilberufen im internationalen Vergleich pro Einwohner im oberen Mittelfeld.

Jedoch tragen regionale Fehlverteilung und nicht bedarfsgerechter Einsatz vorhandener Fachkräfte sowie eine erschreckend beschränkte Nutzung digitaler Technologien deutlich zu den beklagten Engpässen bei.

Steuerung und sektorenübergreifende Versorgung verbessert Personalallokation

- | Unzureichende Ambulantisierung: Alle Top 30 Kurzliegerdiagnosen sind im AOP Katalog enthalten:
 - à Potenzial ca. 10 Mio. Patientenpflegetage/Jahr
- | In Deutschland wird jeder 2. Fall aus der Notaufnahme stationär aufgenommen (Niederlande 32%, Frankreich 22%)
 - à Potenzial ca. 30 Mio. Patientenpflegetage/Jahr
- | Ambulant Sensitive Krankenhausfälle
 - à Weiteres Potenzial zur Vermeidung pflegeintensiver stationärer Behandlungen

(Gesamtzahl Patientenpflegetage 2022: 120 Mio)

Koalitionsvertrag

- I „Mit einem Bund-Länder-Pakt bringen wir die nötigen Reformen für eine moderne und *bedarfsgerechte Krankenhausversorgung* auf den Weg.
- I Eine kurzfristig eingesetzte Regierungskommission wird hierzu Empfehlungen vorlegen und insbesondere *Leitplanken für eine auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierende und sich an Kriterien wie der Erreichbarkeit und der demographischen Entwicklung orientierende Krankenhausplanung* erarbeiten.
- I Sie legt Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der *Krankenhausfinanzierung* vor, die das bisherige System um ein nach *Versorgungsstufen* (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Uniklinika) differenziertes System *erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen* ergänzt.
- I Kurzfristig sorgen wir für eine *bedarfsgerechte auskömmliche Finanzierung für die Pädiatrie, Notfallversorgung und Geburtshilfe.*“

Gliederung

- | Ausgangssituation
- | **Arbeitsweise und Lösungsvorschläge der Regierungskommission**
- | Stand der Umsetzung
- | Diskussion und Fazit

Arbeitsweise der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Ziel laut Koalitionsvertrag: Sie soll Empfehlungen vorlegen und Ziele für eine auf Leistungsgruppen und auf Versorgungsstufen basierende Krankenhausplanung formulieren.

- | Unabhängige Kommission am Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
- | Im Mai 2022 eingerichtet
- | 17 Mitglieder (Medizin, Ökonomie, Management, Pflege, Sozialwissenschaften, Recht)
- | Tagungen der Kommission alle 14 Tage + Klausurtagungen
- | Anhörungen
- | Arbeitsgruppen erarbeiten Vorschläge für Stellungnahmen und Empfehlungen, die dann in der gesamten Kommission diskutiert und weiterentwickelt werden



Arbeitsweise der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

Bisher wurden 9 Empfehlungspapiere vorgelegt

1. Kurzfristige Reform der stationären Vergütung für Pädiatrie, Kinderchirurgie und Geburtshilfe
2. Tagesbehandlung zur kurzfristigen Entlastung der Krankenhäuser
3. **Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung**
4. Reform der Notfall- und Akutversorgung: Integrierte Notfallzentren und Leitstellen
5. **Potenzialanalyse: Verbesserung von Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung**
6. Kurz-, mittel- und langfristige Reform der konservativen Kinder- und Jugendmedizin
7. Weiterentwicklung der Qualitätssicherung, des Qualitäts- und des klinischen Risikomanagements
8. Psychiatrie, Psychosomatik und KJP: Reform und Weiterentwicklung der KH-Versorgung
9. Reform der Notfall- und Akutversorgung: Rettungsdienst und Finanzierung

Dritte Stellungnahme und Empfehlung
der Regierungskommission für eine moderne
und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

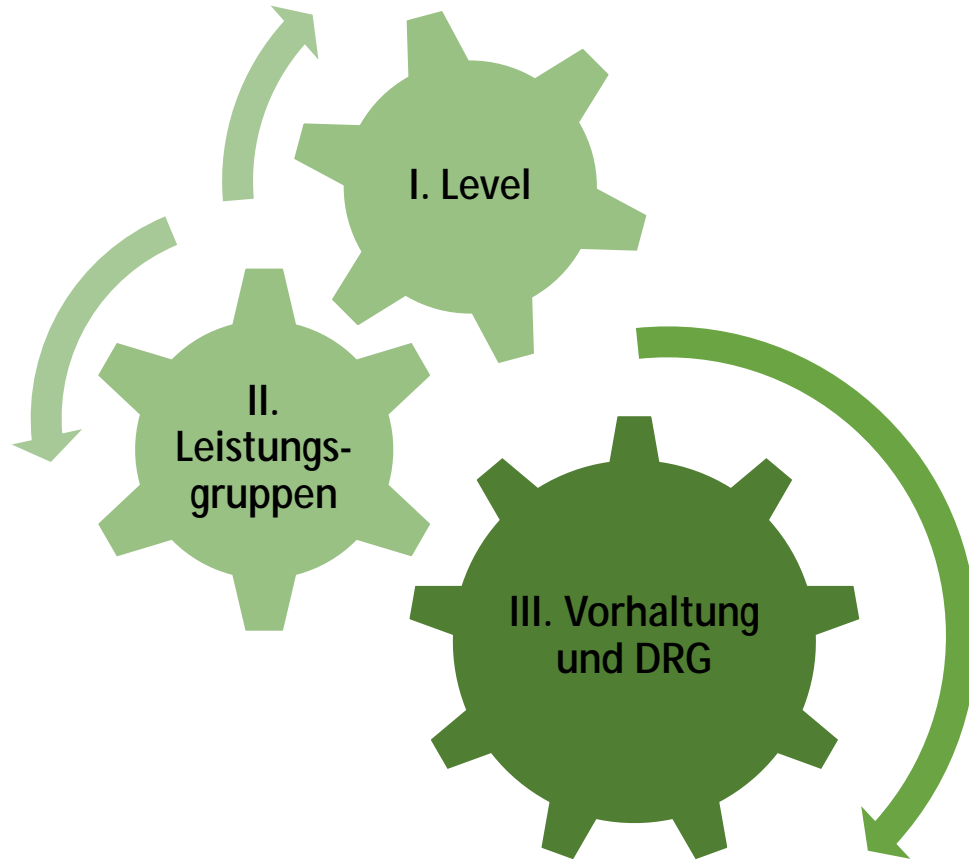
Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung

Leitgedanke / Ausgangshypothese

Konzentration
Steuerung
Ambulantisierung

führen zu
besserer

Qualität
Effizienz (Finanzmittel und Personal)
Daseinsvorsorge



Grundprinzipien des Reformvorschlags

- Strukturqualität im Vordergrund stehend (Level und Leistungsgruppen)
- Jeder Leistungsgruppe wird ein Versorgungslevel zugeordnet (Wesentliche Vorarbeiten: G-BA mit Notfallstufen Level I-III)
- Interdisziplinarität und Steuerung durch Kombination bestimmter notwendiger Leistungsgruppen für Level
- Leistungsgruppen mit dezidiertem Definition des Leistungsspektrums lösen Fachabteilungen ab.
- Für jede Leistungsgruppe ein Vorhalteanteil in der Vergütung festgelegt → Vergütung soll aus einer Vorhalte- und einer Mengenkomponekte bestehen.
- Level 1i: integrierte ambulant-stationäre Grundversorgung
- Konvergenzphase



- | Länder pochen auf Planungskompetenz
- | Krankenhausgesellschaft schürt Ängste durch „Auswirkungsanalysen“, die ausschließlich die Erreichbarkeit adressieren
- | Qualität und Erreichbarkeit werden gleichgesetzt



Potenzialanalyse der Regierungskommission (5. Stellungnahme)

Ziel: Versachlichung der Diskussion

Potenzialanalyse der Regierungskommission

Kriterien für Auswahl der Fallbeispiele:

- Publierte Evidenz für Qualitätspotenzial in Deutschland
- Relevanz für Definition von Leistungsgruppen
- Relevanz für Bevölkerung
- Zugang zu versorgungsnahen Daten zur Ermittlung der tatsächlichen Versorgungsrealität

à Fallbeispiele sind: Krebs, Schlaganfall und Endoprothetik (künstlicher Gelenkersatz)

Arbeitsschritte

1. Darstellung der zugrundeliegenden Studienevidenz
2. Darstellung der Versorgungsrealität im Jahr 2021
3. Berechnung des Potenzials der Konzentration der Versorgung auf Kliniken mit hoher Strukturqualität
4. Auswirkungen der Konzentration der Versorgung auf Kliniken mit entsprechender Strukturqualität auf die Erreichbarkeit für die Bürgerinnen und Bürgern

Fallbeispiel 3, Krebs

16. Juni 2008: Nationaler Krebsplan

Theoretische Fundierung

Evidenzbasierte
Leitlinien

Evidenzbasierte
Qualitätsindikatoren

Klinische
Krebsregister

Erfassung der
Qualitätsindikatoren

Zertifizierung
von Kliniken

Überprüfung der
Qualitätsindikatoren

 Bundesministerium
für Gesundheit

 ADT
Arbeitsgemeinschaft
Deutscher Tumorzentren

 DKG
KREBSGESELLSCHAFT

 Deutsche Krebshilfe
HELLEN. FORSCHEN. INFORMIEREN.

Empirische Evidenz für Effekt: lückenhaft: nur regional und für einzelne Entitäten gegeben: Überlebensvorteile in Zentren bzw. nach Zertifizierung bzgl. Kolonkarzinom (GKV-Daten), bzgl. Kolorektalem Karzinom (KKR-Daten) sowie bzgl. Mammakarzinom (Zentren-Daten)

Fallbeispiel Krebs

Darstellung zugrunde liegender Studienevidenz

Wirksamkeit zertifizierter Zentren (WiZen)



Gefördert durch

**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss



Förderkennzeichen:
01VSF17020

Methodik der WiZen-Studie

- | Komplementäre, longitudinale Beobachtungsstudien mit Kontrollgruppen
- | Randomisierung ethisch nicht möglich (Nationaler Krebsplan!)
- | Zielpopulation: Menschen mit inzidenter Krebserkrankung
- | Intervention: Erstbehandlung in zertifiziertem Zentrum
- | Kontrolle: Erstbehandlung in nicht-zertifiziertem Zentrum
- | Falldefinitionen unter Einbezug systematischer klinischer Expertise
- | Outcomes: Gesamtüberleben, rezidivfreies Überleben
- | Daten: bundesweite GKV-Daten, regionale KKR-Daten, SQB-Daten, Zertifizierungsdaten, Zeitraum 2009-2017
- | Statistik: Cox-Regression (Hazard ratio des Zertifizierungsstatus) mit Shared frailty
- | Berücksichtigung von Confoundern: Adjustierung für patientenseitige Risikofaktoren (Alter, Geschlecht, Schweregrad, Sekundärmalignom), Strukturmerkmale der Krankenhäuser (z.B. Bettenzahl, Trägerschaft) und zeitliche Trends

 **Hochwertige Evidenz unter gegebenen Bedingungen**

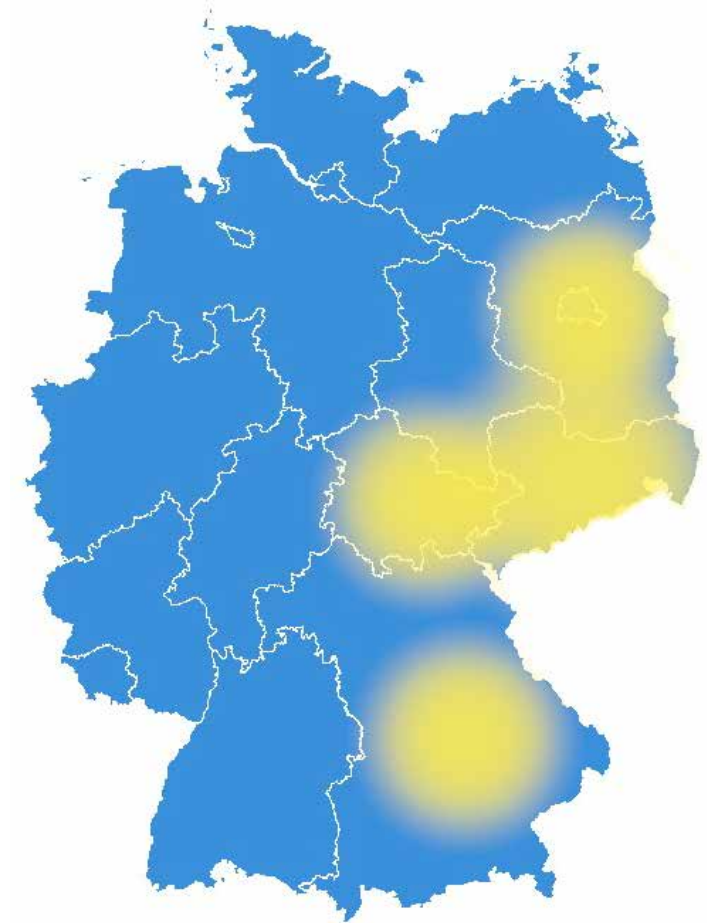
Datengrundlage

- AOK-Routinedaten
(≥ 20 Mio. Versicherte ab 18 J.)
 - Daten regionaler klinischer Krebsregister Erfurt, Dresden, Regensburg, Berlin/Brandenburg (KKR)
 - Gelinkte Daten AOK und KKR
-
- Ergänzt durch Daten der DKG zur Zertifizierung
 - Ergänzt durch Daten strukturierter Qualitätsberichte nach §137 SGB
 - Daten über 9 Jahre: 2009-2017

WIdO | Wissenschaftliches
Institut der AOK

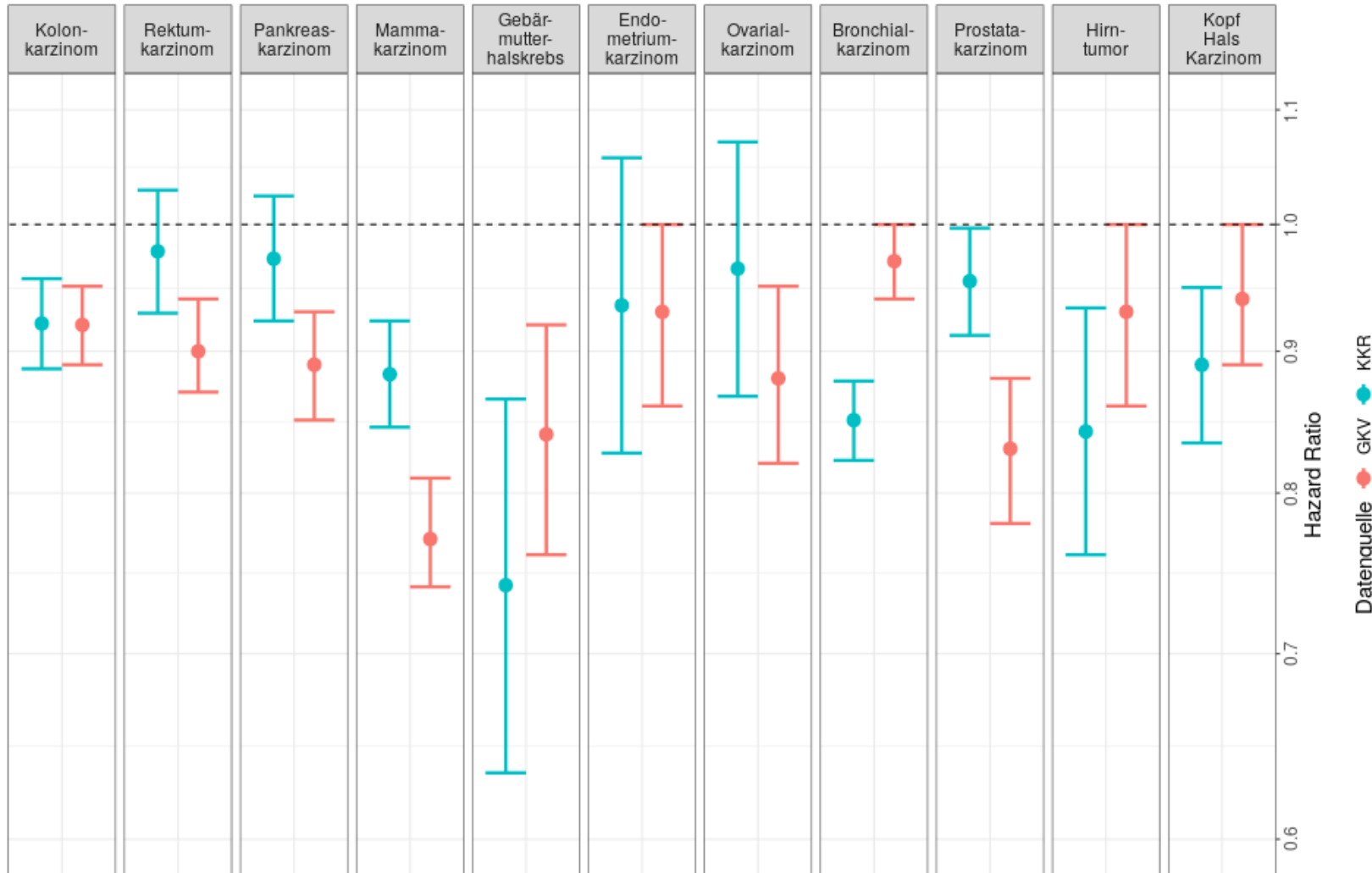
DKG 
KREBSGESELLSCHAFT

 **Gemeinsamer
Bundesausschuss**



Ergebnis der WiZen-Studie

KKR+GKV: Gesamtüberleben und Zertifizierung (Cox-Regression)



▸ Signifikante Überlebensvorteile für Patient:innen in zertifizierten Zentren für einen Großteil der Krebsarten

▸ Ergebnisse einheitlich und robust

Fallbeispiel Krebs

Darstellung zugrunde liegender Studienevidenz



Gemeinsamer
Bundesausschuss

Pressemitteilung | Innovationsfonds

Innovationsfonds-Projekt zeigt: Zertifizierte onkologische Zentren behandeln besser – Erkenntnisse sollen in die Versorgung einfließen

Berlin, 17. Oktober 2022 – Krebserkrankungen sind die zweithäufigste Todesursache in Deutschland. Eine Behandlung an zertifizierten onkologischen Zentren kann die Überlebenschancen für Patientinnen und Patienten jedoch deutlich erhöhen. Dies konnte das Versorgungsforschungsprojekt "WiZen – Wirksamkeit der Versorgung in onkologischen Zentren" anhand umfangreicher Datenauswertung belegen und überzeugte damit den Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Auch das Verknüpfen verschiedener Datensätze im Projekt – Daten der gesetzlichen Krankenversicherung und Registerdaten – stufte der Innovationsausschuss als wegweisend für weitere Forschungen ein. Wegen der hohen Relevanz der Erkenntnisse regt der Innovationsausschuss daher gegenüber verschiedenen Organisationen und Institutionen im Gesundheitswesen an zu prüfen, ob und wie die Projektergeb-

Fallbeispiel Krebs: Versorgungsrealität 2021

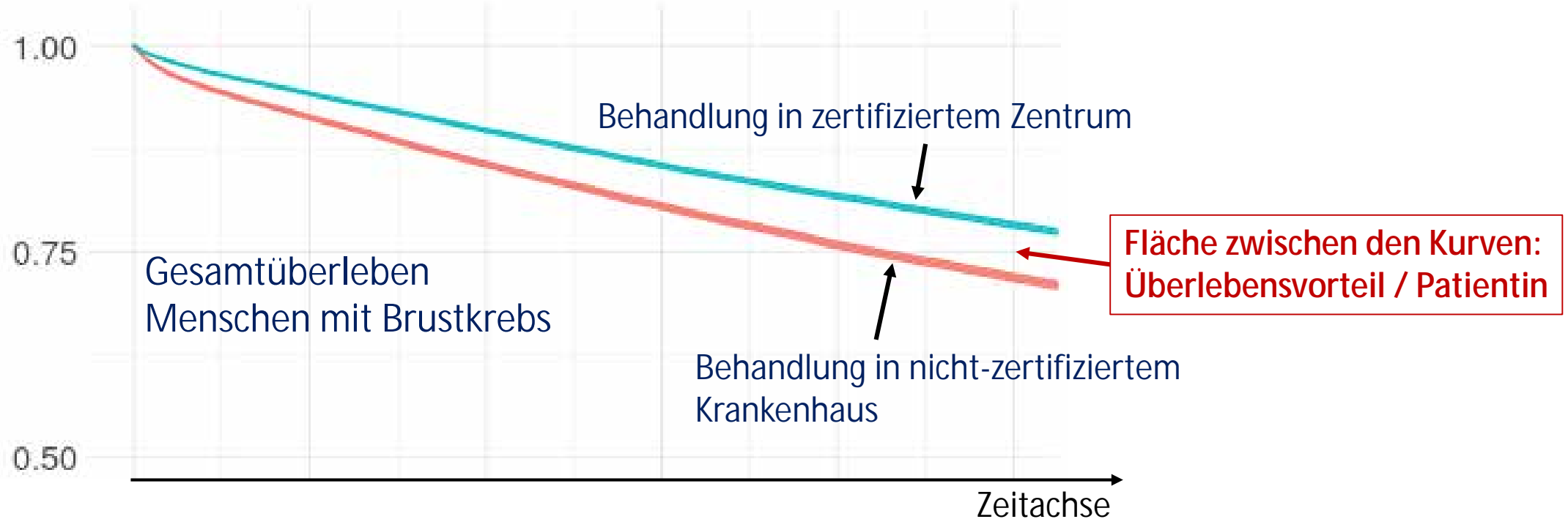
Krebsart	Relativer Vorteil im Gesamt-überleben bei Erstbehandlung in zertifiziertem Zentrum (%)	Inzidenz	Anteil Behandlung inzidenter Fälle in zertifizierten Zentren 2021 ^{#&}	Anzahl zertifizierte Standorte Deutschland
	GKV-Daten, WiZen	RKI-Daten (GKV-Daten bei Hirntm)	DKG**-Daten	DKG**-Daten
Kolonkarzinom	8 %	39.939	42 %	295
Rektumkarzinom	10 %	17.895	50 %	295
Pankreaskarzinom	11 %	19.685	35 %	125
Mammakarzinom	23 %	78.135	84 %	263
Zervixkarzinom	16 %	4.575	62 %	168
Endometriumkarzinom	7 %	11.266	47 %	168
Ovarialkarzinom	12 %	7.319	61 %	168
Lungenkarzinom	3 %	59.151	39 %	79
Prostatakarzinom	17 %	27.619*	81%	131
Hirntumore	8 %	14.721	73 %	49
Kopf-Hals Tumore	6 %	18.628	54 %	65

* nur radikale Prostatektomien berücksichtigt; Deutsche Krebsgesellschaft

à Relative Konzentration der Erstbehandlung in zertifizierten Krankenhäusern bei Brustkrebs, Prostatakrebs, Hirntumoren

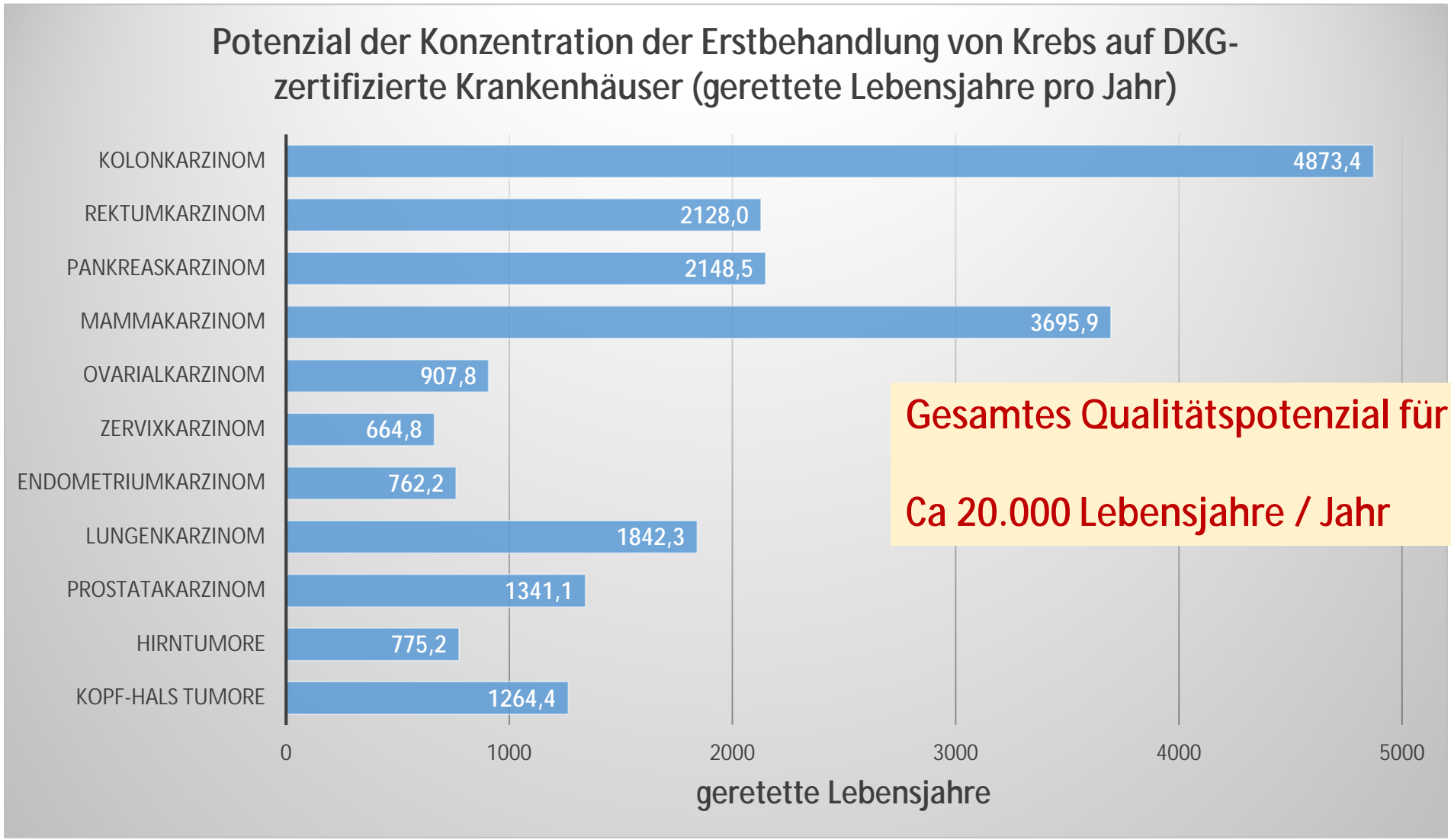
Fallbeispiel Krebs: Berechnung des Potenzials der Konzentration

Das Potenzial wird anhand geretteter Lebensjahre (YLL) bei Erstbehandlung aller Erkrankter mit den untersuchten Krebsarten in zertifizierten Kliniken berechnet.



Das Potenzial geretteter Lebensjahre (YLL) entspricht der Differenz der Fläche unter den adjustierten Überlebensfunktionen. Es konnten aufgrund der Beobachtungszeit in der WiZen-Studie nur die ersten acht Jahre nach Erstbehandlung betrachtet werden → wahres Potenzial wird somit unterschätzt.

Fallbeispiel Krebs: Berechnung des Potenzials der Konzentration der Erstbehandlung von Krebs in zertifizierten Zentren



Fallbeispiel Krebs: Auswirkungen auf Erreichbarkeit

Beispielhafte Analyse für

- Brustkrebs: Häufig, bereits relative Konzentration, Effekt stark
- Kolonkarzinom: Häufig, keine Konzentration, relativ viele zertifizierte Zentren
- Prostatakarzinom: Häufig, bereits relative Konzentration, weniger zertifizierte Zentren
- Hirntumore Seltener, bereits relative Konzentration, 49 zertifizierte Zentren

à Berechnung der Erreichbarkeit des vom Wohnort nächstgelegenen DKG-zertifizierten Zentrums bezogen auf Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland

Krebsart	Mediane Erreichbarkeit (Minuten)	Anteil der Bevölkerung in Erreichbarkeitskategorie				
		≤ 10 Minuten	11 bis 20 Minuten	21 bis 30 Minuten	31 bis 40 Minuten	>40 Minuten
Kolonkarzinom	16,4	29,1%	30,3%	18,5%	11,2%	11,0%
Mammakarzinom	17,5	25,2%	31,6%	19,5%	12,1%	11,6%
Prostatakarzinom	22,3	18,4%	26,8%	19,5%	14,9%	20,5%
Hirntumore	32,0	9,5%	21,0%	16,9%	13,1%	39,4%

Bevölkerungsbezogene Fahrzeiten zu DKG-zertifizierten Krebszentren

Fallbeispiel Krebs: Zusammenfassung

- Konzentration der Erstbehandlung auf zertifizierte Krankenhausstandorte birgt ein sehr hohes Potenzial für die Verbesserung der Prognose und des Behandlungsergebnisses für Menschen mit Krebs.
- Innerhalb eines Jahres könnten durch die Krankenhausreform ca. 20.000 Lebensjahre gerettet werden.
- Erreichbarkeit von zertifizierten Krankenhausstandorten für die Bevölkerung ist gut.
- Schätzung ist konservativ, es besteht wissenschaftliche Evidenz für weiteren Patientennutzen, zum Beispiel:
 - Prostatakarzinom: seltener Inkontinenz, weniger unvollständige (R1) Operationen
 - Darmkrebs: weniger Anastomoseninsuffizienzen und 5-Jahres Rezidive
 - Kopf-Hals Tumore: kürzere Intensivbehandlung, weniger Bluttransfusionen
 - Entitätsübergreifend: längeres Rezidiv-freies Überleben

Wie wurde der konstruktiv gemeinte Vorschlag zur Versachlichung der Diskussion aufgenommen?

- | Hohe mediale Aufmerksamkeit
- | Breite Öffentlichkeit überrascht von Qualitätsunterschieden
- | Ablehnung der Ergebnisse durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft innerhalb von 60 min wegen unwissenschaftlicher Durchführung

*„Die von Karl Lauterbach bestellte Auswertung von Abrechnungsdaten zur Qualitätsbewertung markiert einen neuen Tiefpunkt in der politischen Debatte um die Zukunft der Krankenhausversorgung in Deutschland. Krankenhäuser beteiligen sich seit vielen Jahren freiwillig und trotz fehlender Refinanzierung gerade im Bereich der Krebstherapie mit großem Engagement an Qualitätssicherungsmaßnahmen und Zertifizierungen. **Aus unwissenschaftlichen Analysen abgeleitete plakative Aussagen** über vermeidbare Todesfälle bei Krebspatienten und Schlaganfällen sind kein konstruktiver Beitrag zu einer sachlichen politischen Debatte. **Den vom Minister beauftragten Autoren sind offensichtlich keine Schlussfolgerungen zu schlicht und fernab jeder wissenschaftlichen medizinischen Erkenntnis, um sie nicht für ihre Zwecke zu nutzen.**“**

- | Zahlreiche Landeskrankenhausgesellschaften schließen sich an

*[Dr. Gerald Gaß, <https://www.dkgv.de/dkg/presse/details/wissenschaftlich-zweifelhafte-potentialanalyse-verunsichert-die-bevoelkerung-und-ist-kein-sachlicher-beitrag-zur-qualitaetsdebatte/>
Hervorhebungen durch Autor]

Stand der Umsetzung der Krankenhausreform

- | Grundlage bilden Empfehlungen der Regierungskommission
- | Regierungskommission nicht an Umsetzungsprozess beteiligt
- | Bund-Länder-Beratungen → Eckpunktepapier vom 10.7.2023
 - | Einführung Leistungsgruppen nach NRW-Modell (64 LG anstatt 128)
 - | Ausdifferenzierung der Leistungsgruppen durch AWMF, InEK und BfArM
 - | Einführung einer Vorhaltevergütung (60% anstatt 40%)
 - | Keine Einführung von Krankenhaus-Leveln (entgegen Koalitionsvertrag und Empfehlung RK)
 - | Einführung von Level 1i-Krankenhäusern (Sektorenübergreifende Versorger)
- | Gesetzentwurf durch BMG erarbeitet (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG)
- | Abstimmung zwischen Bund und Ländern

Wichtige Stellschrauben*: 1. Vorhaltefinanzierung

Ziel: Finanzielle **Sicherstellung bedarfsnotwendiger Krankenhäuser** bei **Reduktion des Mengenanreizes** unter **Aufrechterhaltung des Qualitätswettbewerbs**

- | Krisensicherheit: Keine Kopplung an den Fall → Finanzierung über Fonds/neutrale Stelle
- | Reduktion des Mengenanreizes: Ermittlung unabhängig vom aktuellen Fallvolumen
 - Populationsbezug entscheidend
- | Umverteilung bestehender Mittel erfordert gestaltende Rolle der Länder bei Strukturveränderung
- 1. Sicherstellung *bedarfsnotwendiger* Krankenhäuser
 - Bedarfsnotwendiger Versorgungsumfang unklar, Bedarfsbemessungsinstrument
 - Versorgungsziele, Zielbild
- 2. Verteilung restlicher Mittel aus LG-Vorhaltebudget auf übrige Kliniken, die sich um LG bewerben
 - Populationsbezug, Erreichbarkeit („vom Bürger aus gedacht“)
 - Berücksichtigung relativer CMI der LG in einem betreffenden KH, sowie die vorhandenen Kapazitäten, um definierten Anteil der Bevölkerung versorgen zu können
 - Berücksichtigung (Ergebnis)Qualität

Wichtige Stellschrauben*: 2. Level Ii Krankenhäuser

Integrierte ambulant-stationäre Versorgung durch Level Ii KH sind zentral, weil

- sie mit hoher regionaler Gestaltungsmöglichkeit eine regional angemessene, sektorenunabhängige bzw. sektorenübergreifende Versorgung bieten sollen
- durch sie eine Zusammenführung ambulanter und stationärer Planung eingeleitet werden soll
- durch sie die Ambulantisierung vorangetrieben werden soll
- sie auch einen Rahmen für Delegations- und Substitutionsmodelle bieten

Angebotsspektrum soll flexibel, regional adaptiert gestaltet werden können:

- **Medizinisch-pflegerischer Bereich mit Übernachtungsmöglichkeit:** Schwerpunkt pflegerische Behandlung, Geriatrie, Weiterbehandlung in Wohnregion nach OP in KH höherer Versorgungsstufe, Tagesbehandlung, Sie betreiben keine Notaufnahme; Akutbehandlungen und -aufnahmen müssen aber möglich sein.
- **Hybrider Bereich:** AOP, Hybrid-DRG, Übergangspflege, Kurzzeitpflege
- **Ambulanter Bereich:**
 - Ermächtigungsambulanz, Institutsambulanz je nach Versorgungsgrad
 - Planung durch regionales, sektorenübergreifendes Planungsgremium in Anlehnung an den erweiterten Landesausschuss nach § 90a SGB V
- **Kooperierend** am Level Ii Krankenhaus: MVZ, KV-Praxen, Belegärzte, Gesundheitsdienstleister

Diskussion und Fazit

- Bundesweite Gesundheitsreform ist überfällig.
- Hohe Einigkeit aller Akteure im Vorfeld → Jetzt muss auch echte Reform kommen.
- Veränderung heißt, dass nicht alles so weitergehen kann, wie es ist.
- Das bedeutet, dass Kompetenzen, Zuständigkeiten und Ressourcen im System neu verteilt werden müssen.
- Ausgangssituation ist in einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich
- Konsolidierung hat in ostdeutschen BL in 1990er Jahren stattgefunden
 - Sektorenunabhängige, regional adaptive Gestaltungsmöglichkeiten
- Ausgangssituation ist in Ballungsräumen und ländlichen Gebieten sehr unterschiedlich
- Digitale Transformation und Versorgungstransparenz sind wesentliche Schlüssel

Die Krankenhausreform: Vorschläge der Regierungskommission

– Vorhaltepauschalen, Leistungsgruppen und Level:
der aktuelle Diskussionsstand

Prof. Dr. med. Jochen Schmitt, MPH
Hochschulmedizin Dresden

| 14. Qualitätssicherungskonferenz | Berlin, 23.11.2023