

Gesundheitsversorgung bedarfsgerecht gestalten – was kann Hessen tun?

Diskussionsforum zur Landtagswahl 2018 am 30.08.2018 in Wiesbaden - Rückblick



Rückblick

01 Veranstaltungsprogramm

02 Impressionen

03 Vortrag Prof. Dr. Ferdinand Gerlach



Einladung

Gesundheitsversorgung bedarfsgerecht gestalten – was kann Hessen tun?

Diskussionsforum zur Landtagswahl 2018
Donnerstag, 30.08.2018; 19:00 – 21:00 Uhr in Wiesbaden



Inhaltsbeschreibung

Sehr geehrte Damen und Herren,

die gesundheitliche Versorgung bedarfsgerecht zu planen und sowohl in urbanen wie auch ländlichen Regionen nachhaltig auszustalten und zu sichern - dies sind drängende Herausforderungen für die Zukunft. Wesentliche Potenziale liegen darin, die Sektoren ambulant und stationär besser miteinander zu verzähnen sowie die Möglichkeiten von Telemedizin und Digitalisierung zu nutzen.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) hat dazu jüngst ein neues Gutachten vorgestellt. Das Gutachten zeigt, dass trotz vielfältiger Reformbemühungen im deutschen Gesundheitswesen Über-, Unter-, und Fehlversorgung nebeneinander bestehen. Unter dem Titel „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“ werden Vorschläge zur verbesserten Bedarfsschätzung und sektorenübergreifenden Planung bzw. Steuerung ambulanter, stationärer und kombinierter Versorgung vorgestellt.

Was lässt sich daraus für die Gesundheitspolitik in Hessen ableiten? Welche Stellschrauben für eine bedarfsgerechte Versorgung gibt es auf Landesebene? Und wo setzen die im Landtag vertretenen Parteien Ziele und Prioritäten?

Ich lade Sie herzlich ein, zu diesen Fragen gemeinsam ins Gespräch zu kommen und freue mich, Sie in Wiesbaden zu begrüßen.

Mit freundlichen Grüßen

Norbert Sudhoff



Landesgeschäftsführer
BARMER Hessen

Programm

ab 18:30 Uhr Ankommen der Gäste

19:00 Uhr Begrüßung und Keynote

Norbert Sudhoff,
Landesgeschäftsführer BARMER Hessen

19:15 Uhr Impulsvortrag

„Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung: Was können die Bundesländer tun?“

Prof. Dr. Ferdinand Gerlach,
Institut für Allgemeinmedizin,
Goethe-Universität Frankfurt am Main,
Vorsitzender des Sachverständigenrates zur
Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

19:45 Uhr Podiumsdiskussion mit den gesundheitspolitischen SprecherInnen und Sprechern der Landtagsfraktionen:

Dr. Ralf-Norbert Bartelt (CDU)
Markus Bocklet (Bündnis 90/Die Grünen)
René Rock (FDP)
Marjana Schott (Die Linke)
Dr. Daniela Sommer (SPD)

Moderation:

Stefan Schröder,
Wiesbadener Kurier

ab 21:00 Uhr Ausklang mit kleinen Snacks und Getränken



Impressionen

Gesundheitsversorgung bedarfsgerecht gestalten – was kann Hessen tun?



(v.l.n.r.) Dr. Ralf-Norbert Bartelt, Prof. Dr. Ferdinand Gerlach, Dr. Daniela Sommer, René Rock, Marjana Schott, Markus Bocklet, Norbert Sudhoff

Foto: Paul Müller

Impressionen

Gesundheitsversorgung bedarfsgerecht gestalten – was kann Hessen tun?



Fotos: Paul Müller

Kontakt

BARMER Landesvertretung Hessen

Erlenstraße 2

60325 Frankfurt am Main

Ihre Ansprechpartnerin für Rückfragen

Rike Hertwig, Referentin für Gesundheitspolitik

E-Mail: rike.hertwig@barmer.de

Telefon: 0800 333004 352-231

Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung: Was können die Bundesländer tun?

Wiesbaden, 30. August 2018
Ferdinand Gerlach

§ 142 SGB V

„(...) Der Sachverständigenrat hat die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu erstellen.

Im Rahmen der Gutachten entwickelt der Sachverständigenrat (...) Prioritäten für den **Abbau von Versorgungsdefiziten** und bestehenden **Überversorgungen** und zeigt Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens auf (...)"

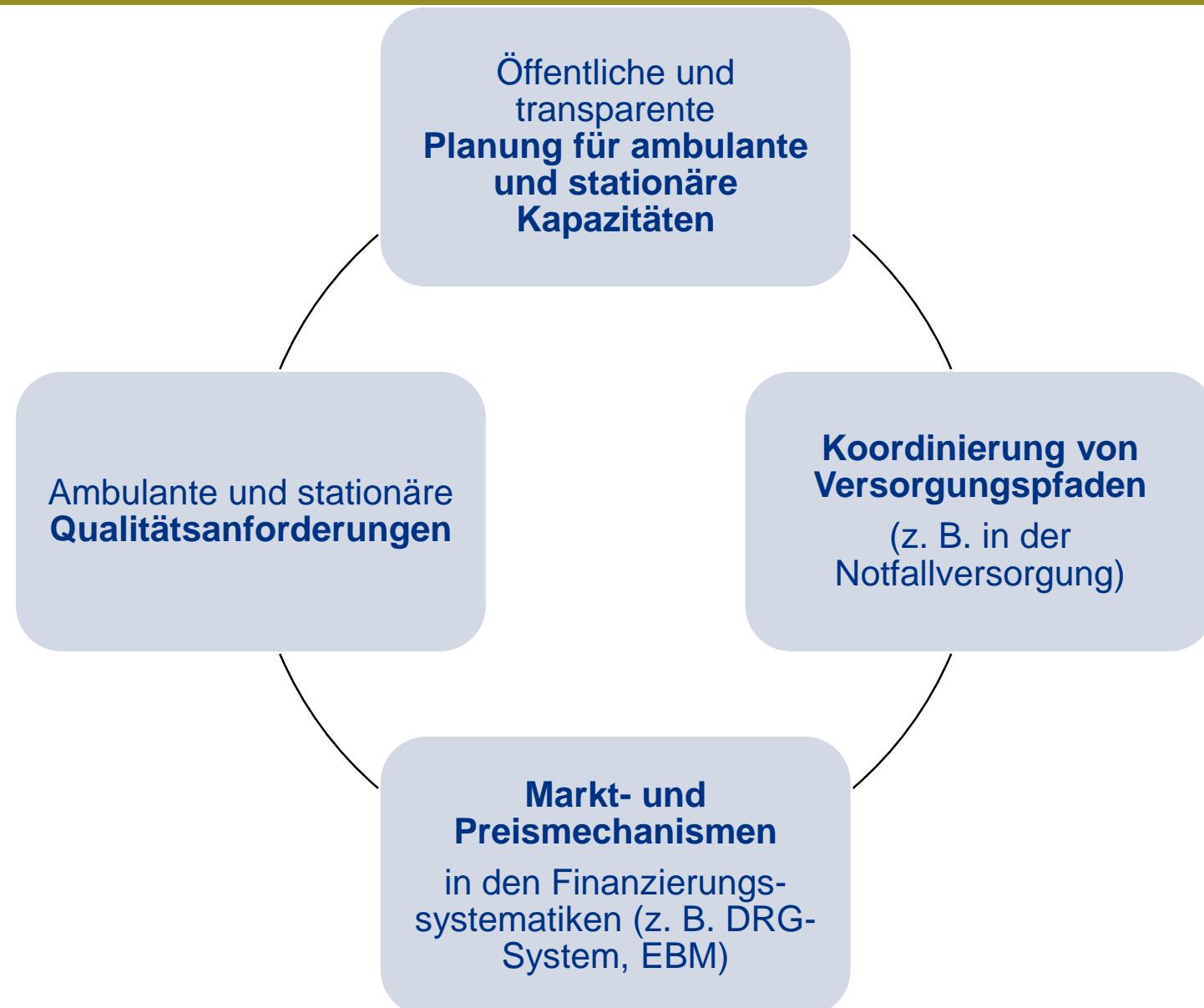
Herausforderungen für das Gesundheitssystem



- 1. Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung**
(gemessen an aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, objektivem Bedarf und in diesem Rahmen einer informierten individuellen Entscheidung)
- 2. Steuerungsdefizite auf der Angebots- und auf der Nachfrage- bzw. Inanspruchnahmeseite**
- 3. Vielfältige Ursachen: Bündel von (Steuerungs-)Maßnahmen zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung erforderlich**

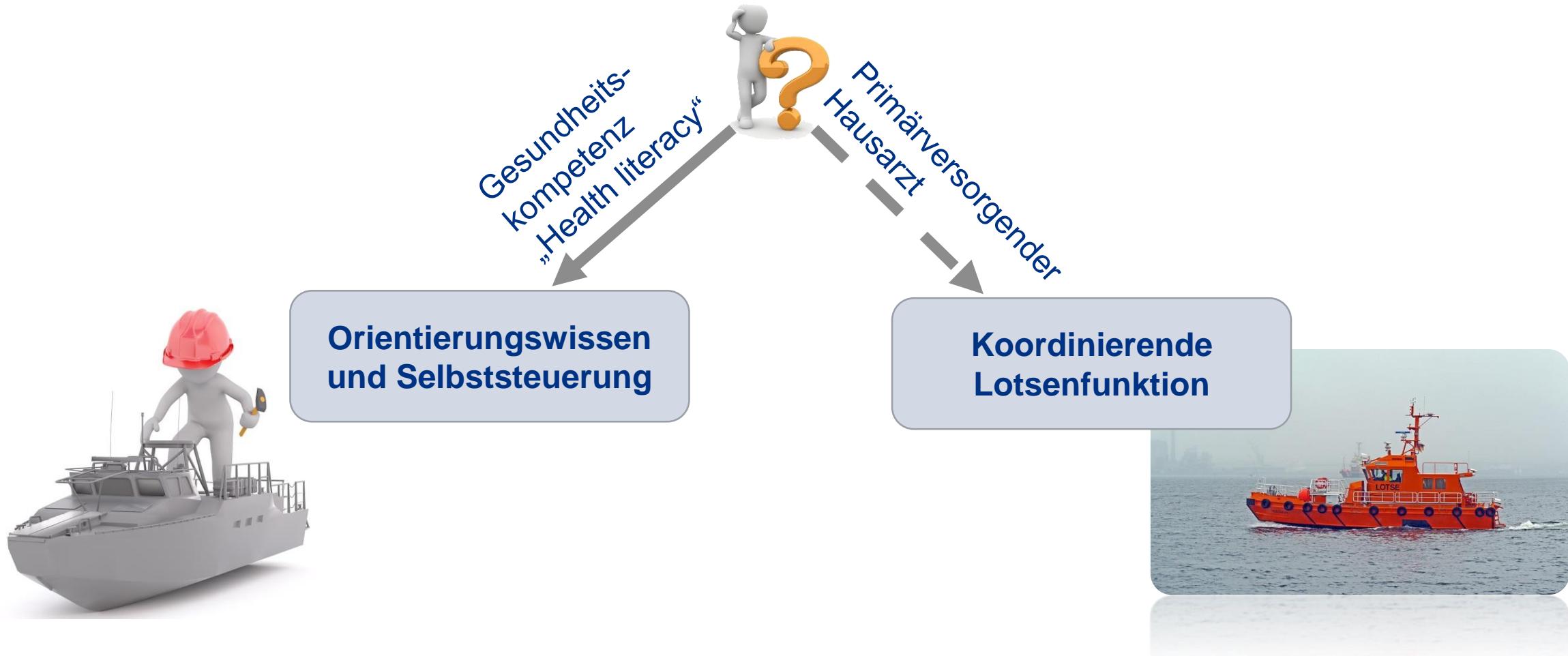
- Leitprinzip aller Empfehlungen ist das **Patientenwohl** (jetziger *und* zukünftiger Patienten)
- Optimum an Gesundheit durch **Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung** im Sinne der **Bedarfsgerechtigkeit**
- Zur Verfügung stehende **Mittel gezielt und nachhaltig einsetzen**
- Steuerung des **Angebots *und* der Nachfrage** zur Sicherung des Patientenwohls erforderlich
- Steuerungsdefizite **nicht** notwendig **durch mehr**, sondern **durch gezieltere** Steuerung ausgleichen

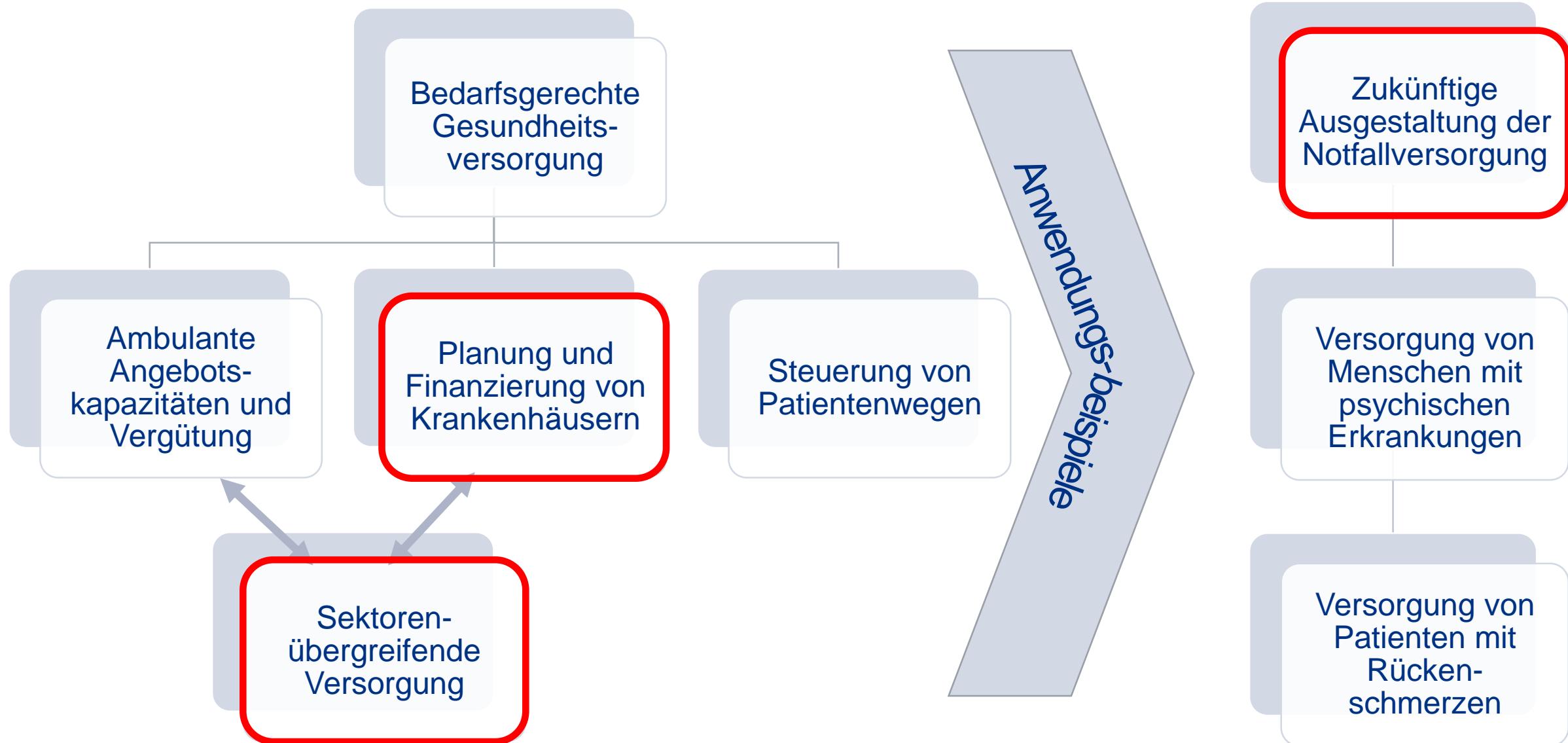
Angebotsseitige Steuerung



Nachfrageseitige Steuerung von Patientenwegen

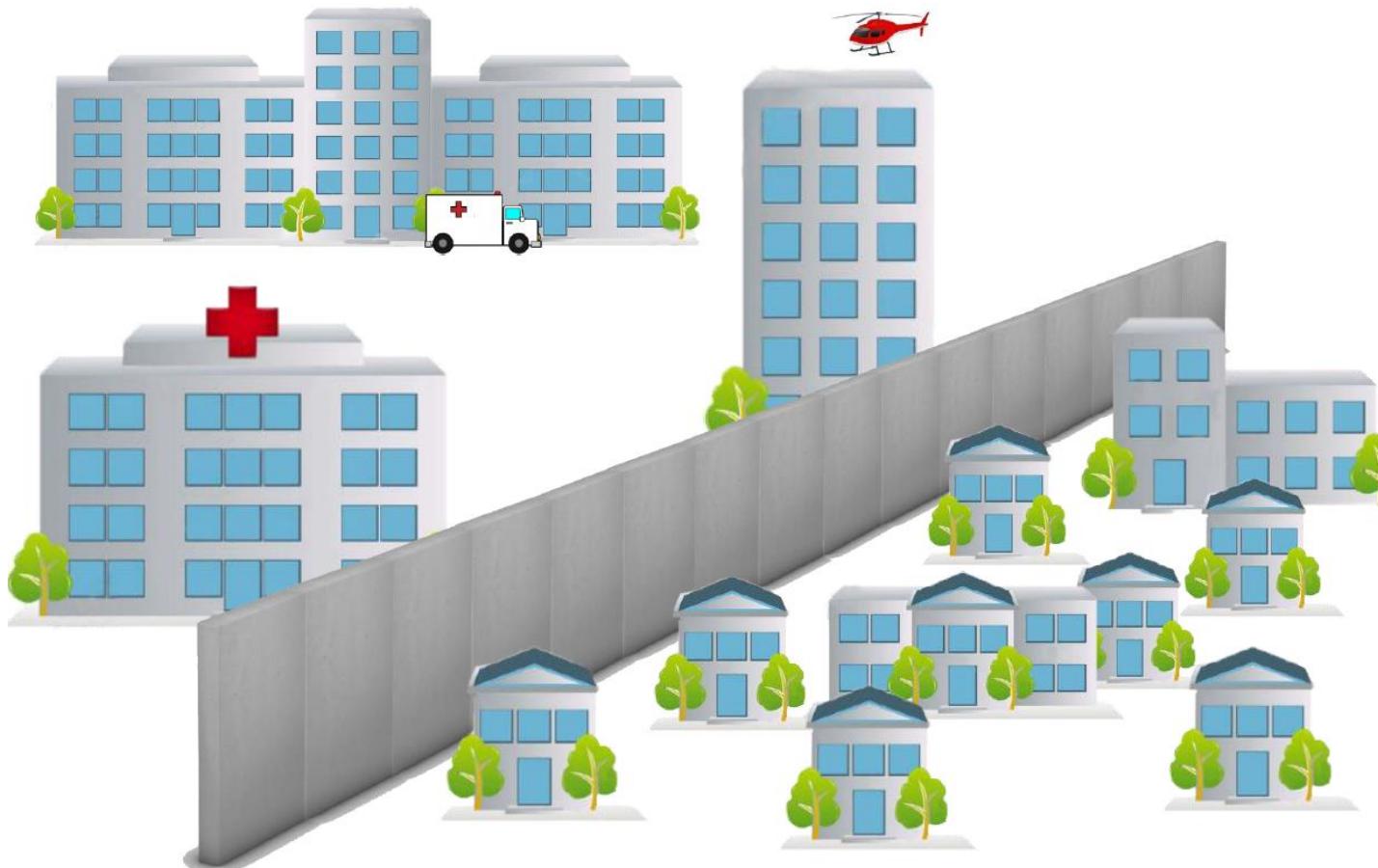
Was bedeutet Steuerung in einem komplexen Gesundheitssystem für Patienten?





Grenzen überwinden: Die Schnittstelle ambulant/stationär

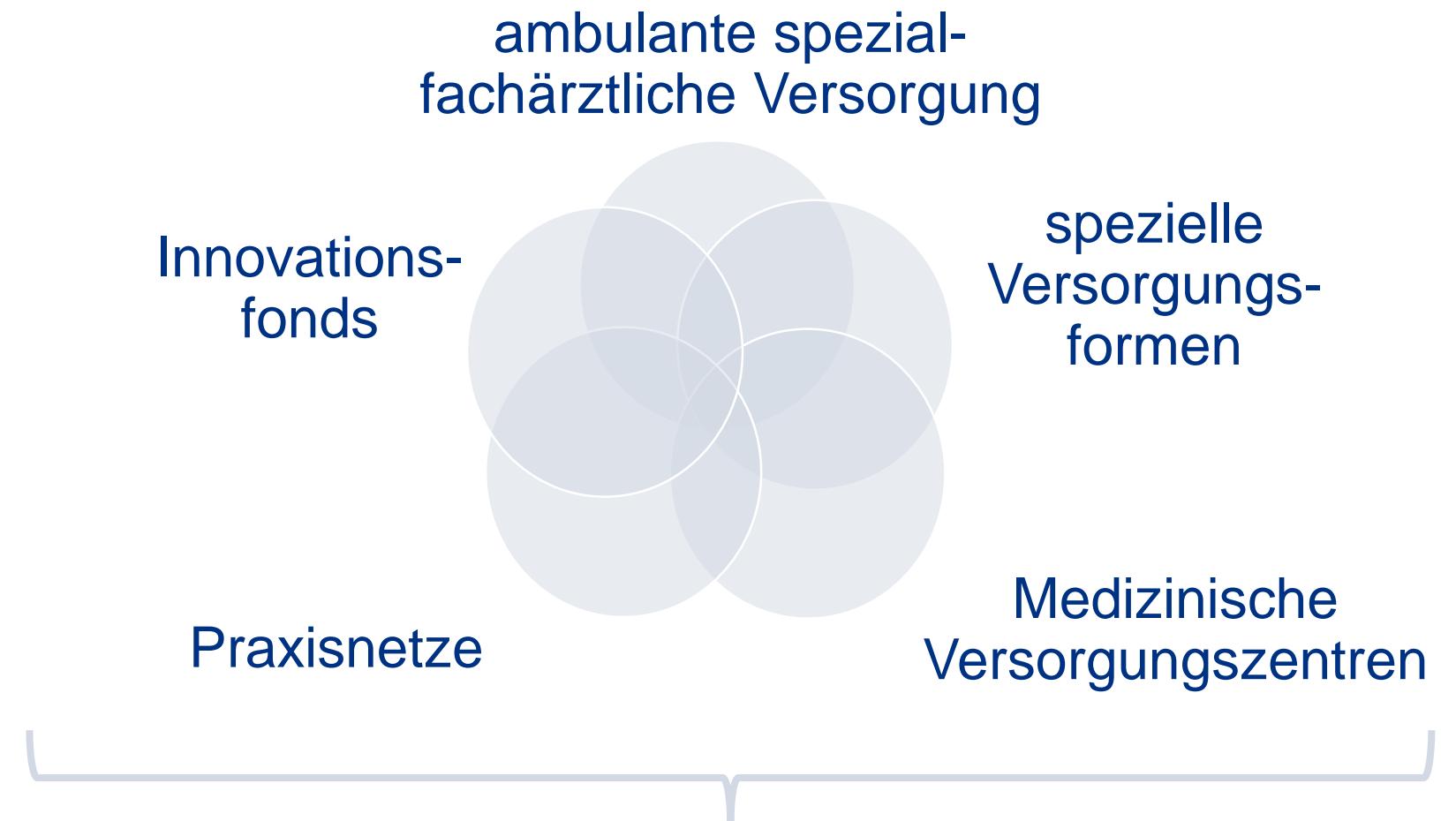
Die Mauern sind standhaft



- starke Abschottung der Leistungssektoren steht einer bedarfsgerechten Versorgung entgegen
 - keine Anreize zur Kooperation
 - unangemessene Angebotskapazitäten
 - unzureichende Koordination und Steuerung

Einheitliche Rahmenbedingungen sind notwendig

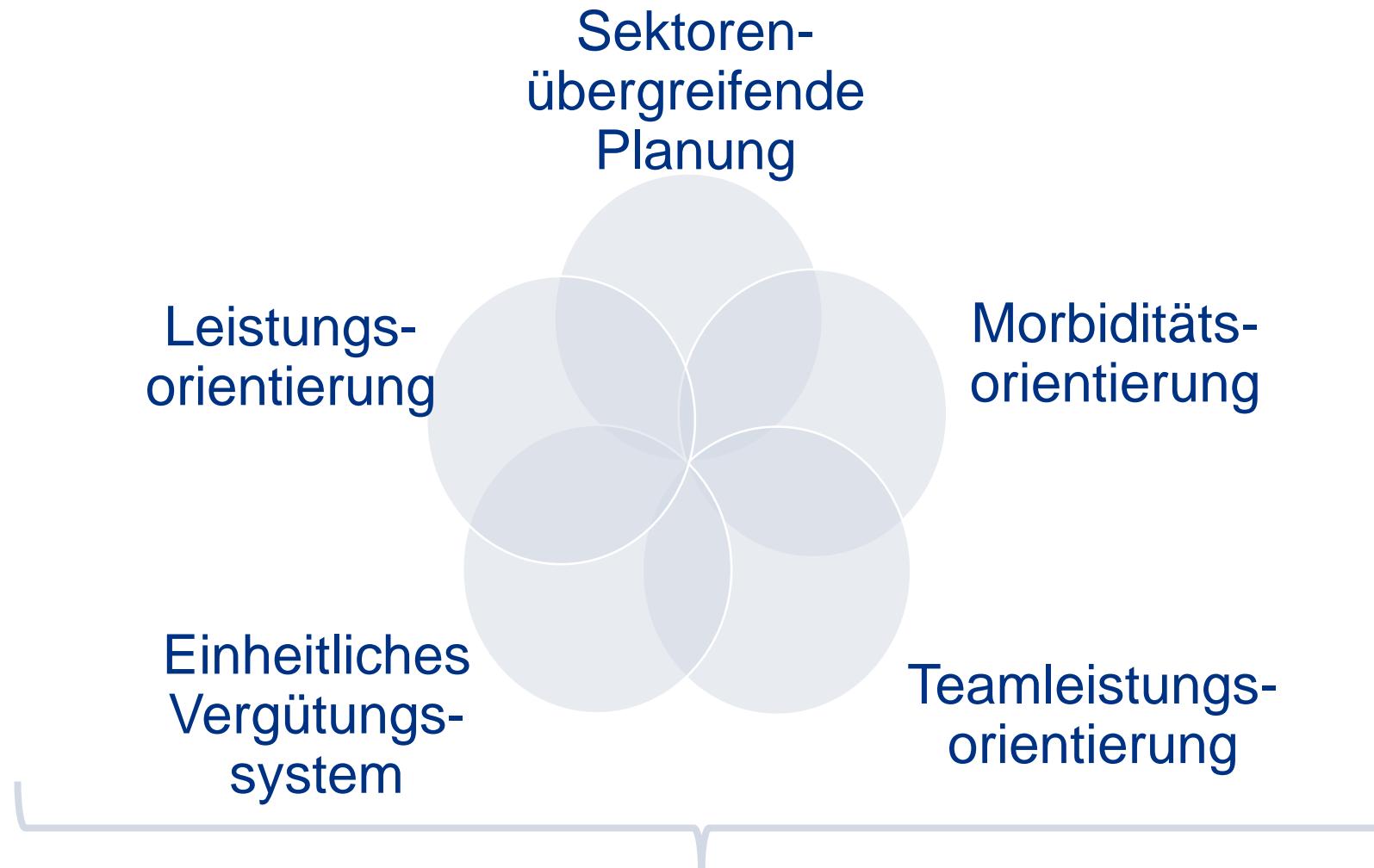




Grundsätzliches Potential, die Versorgung an der Schnittstelle zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung zu verbessern

- Teilnahmevoraussetzungen für die ASV entbürokratisieren
- Auswahl DMP regionalisieren
- Wirtschaftlichkeitsnachweis in § 140a streichen
- Apotheker als gleichberechtigte Partner an der besonderen Versorgung aufnehmen
- Praxisnetze der Stufen I und II sollten künftig den Leistungserbringerstatus erhalten können
- Sektorenübergreifende populationsorientierte Versorgungskonzepte besonders fördern

Kernprinzipien einer Reform



Umsetzung dieser Kernprinzipien durch verschiedene Maßnahmen möglich

Realisierung des Kernprinzips

Stufe 1: Harmonisierte Planung

Stufe 2: Einführung eines hybriden
Planungsbereichs

Stufe 3: Planung aller ambulanten und
stationären Kapazitäten in einem
Gremium

Aufwand der Umsetzung

Stufe 1: Ausarbeitung einer einheitlichen Vergütungssystematik für die ASV und Hybrid-DRGs

Stufe 2: Stärkere Zusammenarbeit zwischen InEK und InBA

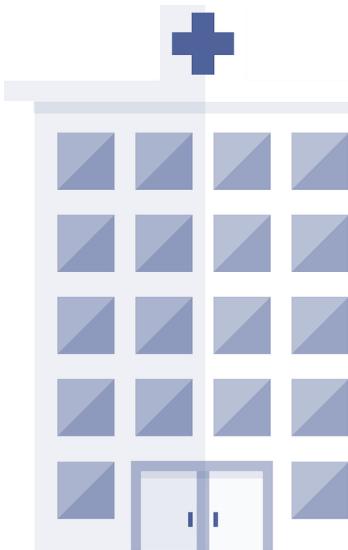
Stufe 3: Sektorenübergreifendes Vergütungssystem unabhängig vom Ort der Leistungserbringung

Aufwand der Umsetzung

Krankenhausplanung/-finanzierung

Investitionsförderung

- die vorhandenen Investitionsmittel der Länder reichen nicht aus, um den Bedarf zu decken
 - auch infolge eines Überangebots an Krankenhäusern
- Investitionen aus Eigenmitteln gewinnen für die Kliniken an Bedeutung



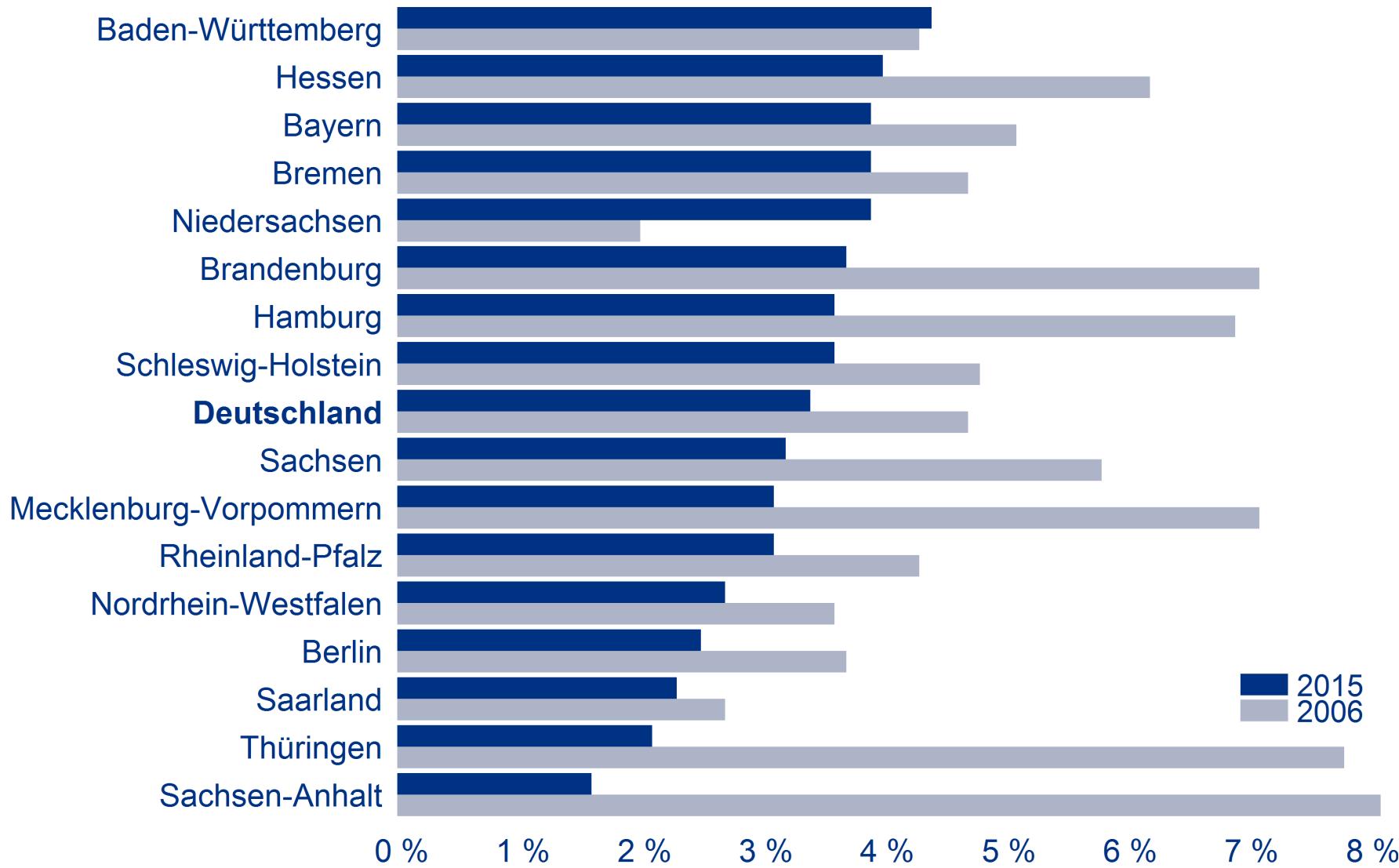
Betriebskostenfinanzierung

- das DRG-System hat zur Erhöhung der Transparenz geführt
- enthält allerdings zahlreiche Fehlanreize (z. B. zur Mengenausweitung)
- die Anzahl der DRGs hat sich zwischen 2003 und 2018 fast verdoppelt (1 292 DRGs im Jahr 2018)

Finanzierung der Universitätsmedizin

- Funktionszusammenhang zwischen Krankenversorgung, Forschung und Lehre
- Fehlentwicklungen in der Finanzierung sind für Universitätskliniken besonders gravierend

Investitionsquoten im zeitlichen Verlauf



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2018); DKG (2017).

Option I: Übergang zu einer „differenzierten Monistik“



Option II: Stärkung des Krankenhaus- Strukturfonds

- Verteilung der Investitionsmittel im Rahmen **selektiver Einzelversorgungsverträge** zwischen den Krankenkassen und Krankenhäusern (nicht über fallbezogene Investitionszuschläge)
- Zusätzlicher Finanzierungsbedarf von GKV und PKV könnte durch Steuermittel vom Bund und von den Ländern sowie aus Versichertenbeiträgen gedeckt werden

- Verfestigung des Fonds
- Schwerpunkt im Bereich der **Schließung von Krankenhäusern**
- Finanzierung des Bundesanteils durch den Bund (nicht durch den Gesundheitsfonds)
- **Mitgestaltungskompetenzen** für den Bund in bundeslandübergreifenden Gebieten in Form einer permanenten Bund-Länder-Kommission

Empfehlungen II – Betriebskostenfinanzierung

- Gleiche Vergütung für definierte ambulante Leistungen im Krankenhaus oder im vertragsärztlichen Bereich

Einheitliche Vergütung für ambulante Operationen

Versorgungsstufen im DRG-System

- z. B. durch Multiplikatoren auf die Relativgewichte

Stärkung pauschaler Vergütungselemente

- gezielte Berücksichtigung der Besonderheiten in der Versorgungslandschaft



Bundeseinheitlicher Basisfallwert

Sicherung der Indikationsqualität

- Zweitmeinungsverfahren als obligatorische Maßnahme
- Dokumentations- und Begründungspflicht

Konstanthaltung der Kalkulationsstichprobe

- langjährige Betrachtung identischer Krankenhäuser
- statistische Konstanthaltung einer repräsentativen Stichprobe

- Preisindex aus einem repräsentativen krankenhauspezifischen Warenkorb
- Regionalisierungsfaktoren

Empfehlungen III – Finanzierung der Universitätsmedizin und der ärztlichen Weiterbildung

- z. B. durch die Einführung eines Risikopools



- Zuschläge für ausgeschriebene Innovationszentren zur Erprobung bestimmter innovativer Verfahren
- Zuschläge für die Vorhaltung definierter Kapazitäten für Katastrophen und Epidemien
- Weiterentwicklung der Zuschläge für spezialisierte Zentren (z. B. für seltene Erkrankungen)

- Einrichtung eines Weiterbildungsfonds durch entsprechende Bereinigung der Vergütung
- Zuordnung der Mittel für Ärztinnen und Ärzten ad personam entsprechend der Weiterbildungsdauer

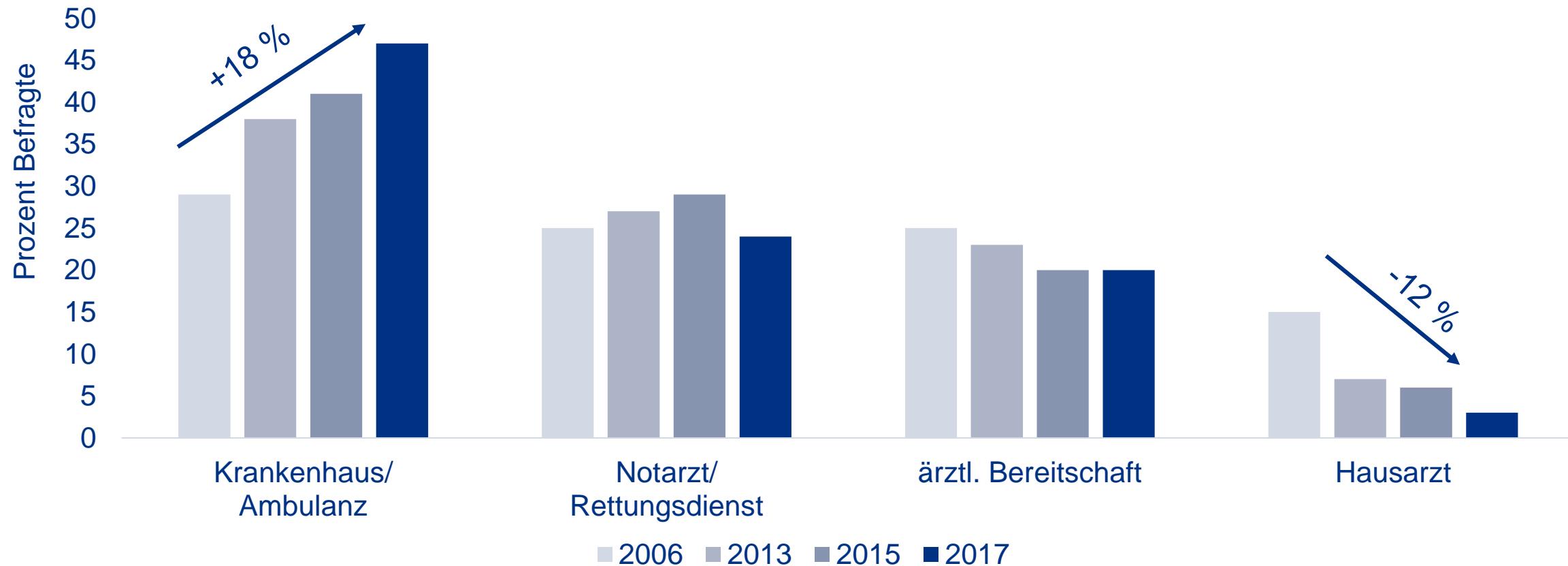
- Erhöhung des Anteils an der Forschungsfinanzierung seitens der Länder
- Finanzierung von Drittmittelprojekten (insb. durch das BMBF und die DFG) auf der Basis von Vollkosten und entsprechende Erhöhung des Overheadanteils

Notfallversorgung

- **Drei getrennte Sektoren:** Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst, Notaufnahmen der Kliniken
- **Stark steigende Inanspruchnahmen**, insbesondere in den Notaufnahmen und lange Wartezeiten
- Kette **finanzialler Fehlanreize**:
z.B. RTW-Transporte: i.d.R. kein Geld für Leertransporte
-> mehr Patienten in Notaufnahmen / Rettungsstellen
-> vermehrt stationäre Aufnahmen, da finanziell attraktiver
- **Überlastung und Unzufriedenheit des Personals**
- **Steigende Kosten**, insbesondere infolge nicht bedarfsgerechter Versorgung auf höheren Versorgungsebenen

Die Präferenzen der Patienten ändern sich

„Wenn Sie oder ein naher Angehöriger nachts oder am Wochenende ärztliche Hilfe brauchen, wohin wenden Sie sich dann?“

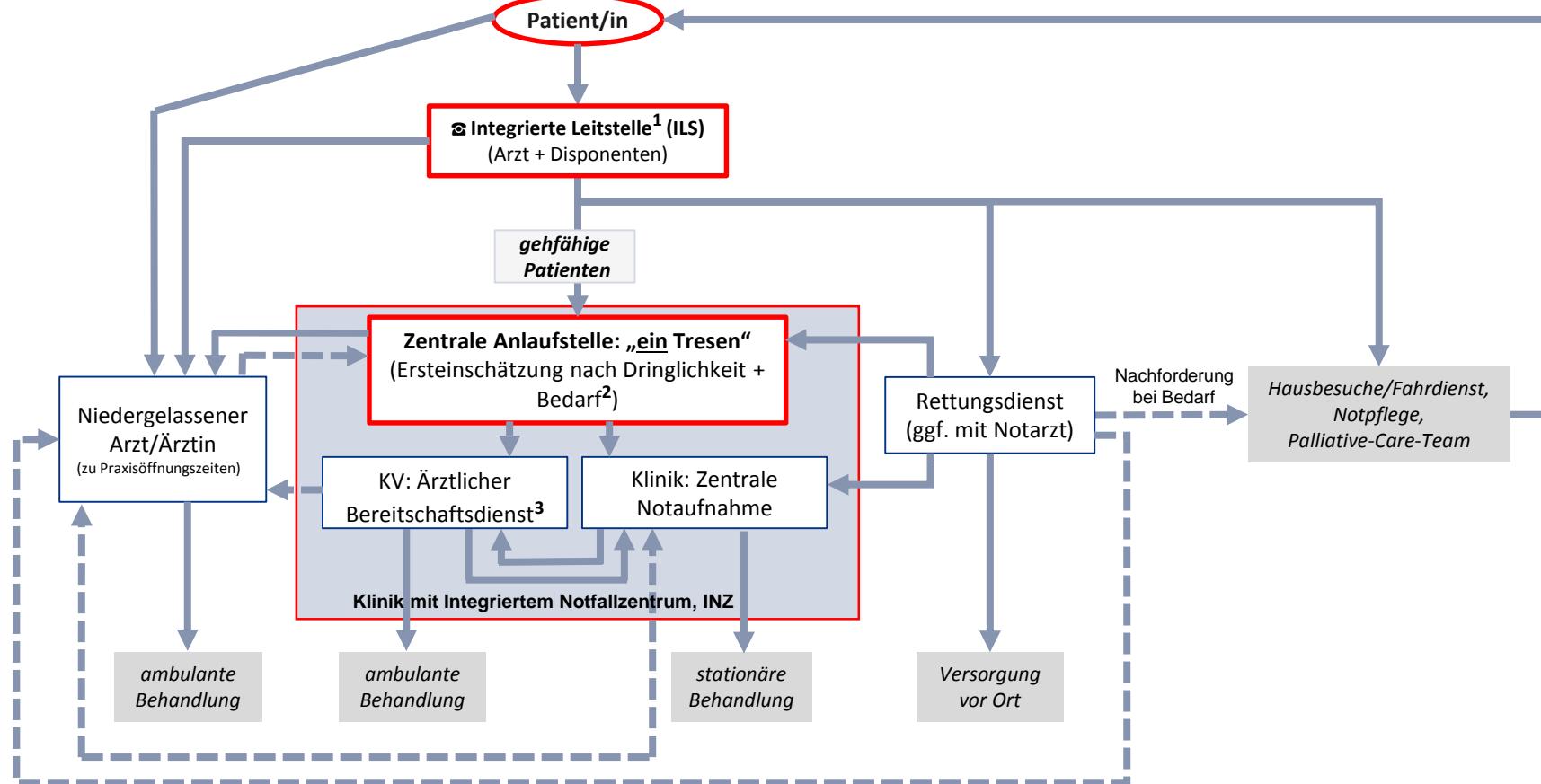


Quelle: Versichertenbefragung (19-79 Jahre) der KBV 2006, 2013, 2015 und 2017

„Zur Verbesserung der Notfallversorgung wird eine gemeinsame Sicherstellung der Notfallversorgung von Landeskrankenhausgesellschaften und Kassenärztlichen Vereinigungen in gemeinsamer Finanzierungsverantwortung geschaffen.“

Dazu sind Notfallleitstellen und integrierte Notfallzentren aufzubauen.“

Konzept einer integrierten Notfallversorgung

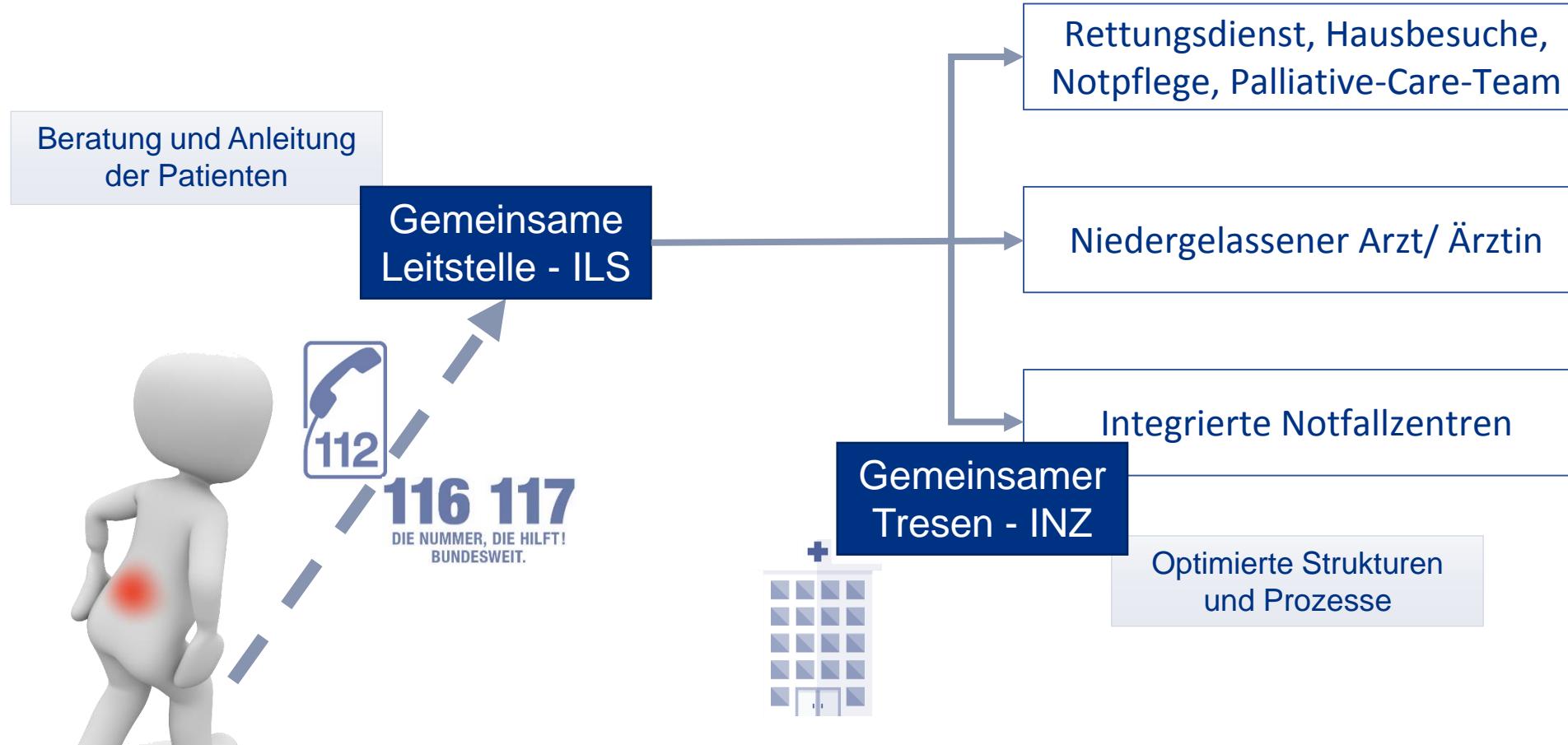


¹ nutzt Notfall-Algorithmen / Versorgungspfade, Zugriff auf verfügbare Ressourcen, bucht Termine bei zentraler Anlaufstelle

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

Was bedeutet dies für den Patienten?



Verbesserung der Patientensicherheit

- Konsequente, unabhängige Triage erst am Telefon in der ILS, dann im INZ
- Einheitliche Notfallalgorithmen

Transparente und effiziente Prozesse

- Integrierte Notfallzentren als zentrale Anlaufstellen
- Gemeinsamer Tresen
- Gemeinsame Behandlungsstrukturen

Zielführende Begleitung und Aufklärung

- Digitale Vernetzung aller Beteiligten
- Patienteninformationen und Aufklärungskampagnen
- Anreizsetzung z. B. mit Terminvereinbarungen

Was kann in Hessen getan werden?

- **Überwindung lokaler Perspektiven / Egoismen: Gemeinde- und Kreisgrenzen überwindende, qualitätsorientierte Angebotsplanung**
 - Beispiel: Integration von Rettungsdienstbezirken / Leitstellen
- **Überwindung von Sektorenengrenzen: sektorenübergreifende Angebotsplanung**
 - Weiterentwicklung guter Ansätze, wie des hessischen Onkologiekonzepts, mit zukünftig stärkerer Verzahnung mit dem ambulanten Bereich
- **Regionale, interdisziplinäre und professionsübergreifende Versorgungsnetze**
 - Förderung von Best-Practice-Modellen
- **Gezielte Maßnahmen für strukturschwache / ländliche Regionen**
 - lokale Gesundheitszentren, evtl. kommunale MVZ oder Praxisnetz-MVZ
 - Mobilitäts- und Digitalisierungskonzepte
 - *Zur Diskussion:* hessenweite Zweigcampus-Modelle der Universitäten Frankfurt und Marburg zur Ausbildung von Studierenden im und für den ländlichen Raum

Einladung

**Regionalkonferenz
des Sachverständigenrates
am 19. Oktober
in Frankfurt am Main**



**Lang- und Kurzfassungen aller Gutachten
sowie weitere Informationen kostenlos
unter: www.svr-gesundheit.de**