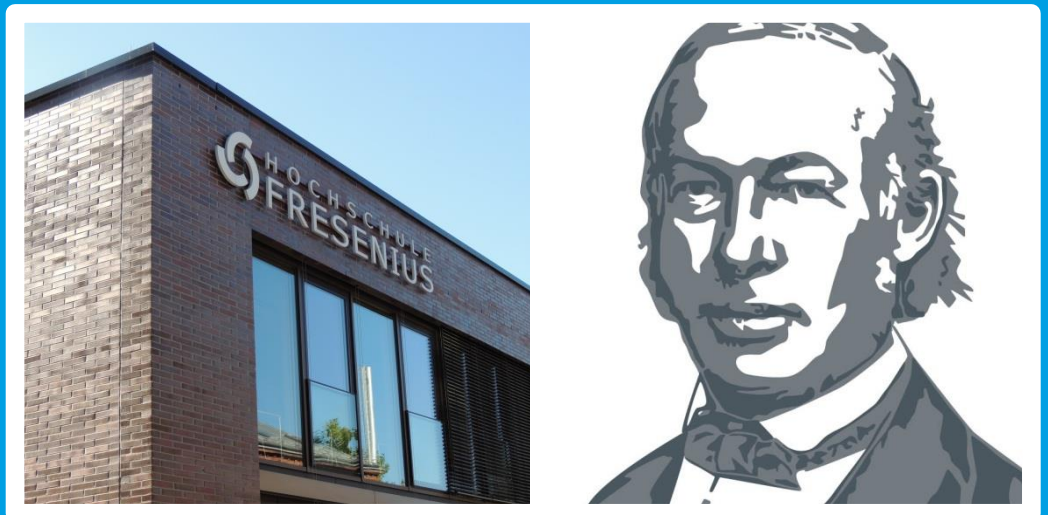




Die Lauterbach'sche Reform: Auswirkungen auf den Rettungsdienst

Prof. Dr. rer. pol.
Andreas Beivers

20. DRK-Rettungsdienstsymposium
16. November 2023



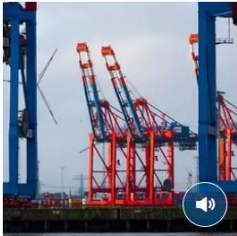
AGENDA

- **Ausgangslage: Die Großwetterlage**
- **Die große Revolution? Ein gesundheitsökonomischer Blick und Auswirkungen auf den Rettungsdienst**
- **„Neue Player“ im ambulanten Bereich?**
- **Ausblick**

Es bleiben volks- und weltwirtschaftlich angespannte Zeiten: Prognosen zur Entwicklung des deutschen Bruttoinlandsprodukts



tagesschau



25.09.2023

ifo-Geschäftsklima erneut schlechter
"Deutsche Wirtschaft tritt auf der Stelle"

Erneut beurteilen deutsche Führungskräfte das Wirtschaftsklima schlechter, wenn auch nur minimal. | [mehr](#)

ZEIT  ONLINE



Konjunktur

IWF: Deutsche Wirtschaft schrumpft 2023 um 0,5 Prozent

SPIEGEL Wirtschaft

☰ Menü | Startseite > Wirtschaft > IWF > IWF-Prognose: Deutschland fällt 2023 noch tiefer in die Rezession.

IWF-Konjunkturprognose

Deutschland fällt noch tiefer in die Rezession

Der Internationale Währungsfonds geht von einer weltweit anhaltend schwächeren Konjunktur aus. Laut Prognose schrumpft Deutschland jedoch als einzige bedeutende Volkswirtschaft – und stärker als bislang erwartet.

10.10.2023, 12:39 Uhr

Die Revolutions-Reformidee zu Beginn

Regierungskommission schlägt eine KH-Reform mit drei Komponenten vor



a

Einheitliche Definition von **Versorgungsstufen (Leveln)**, um lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge abzugrenzen

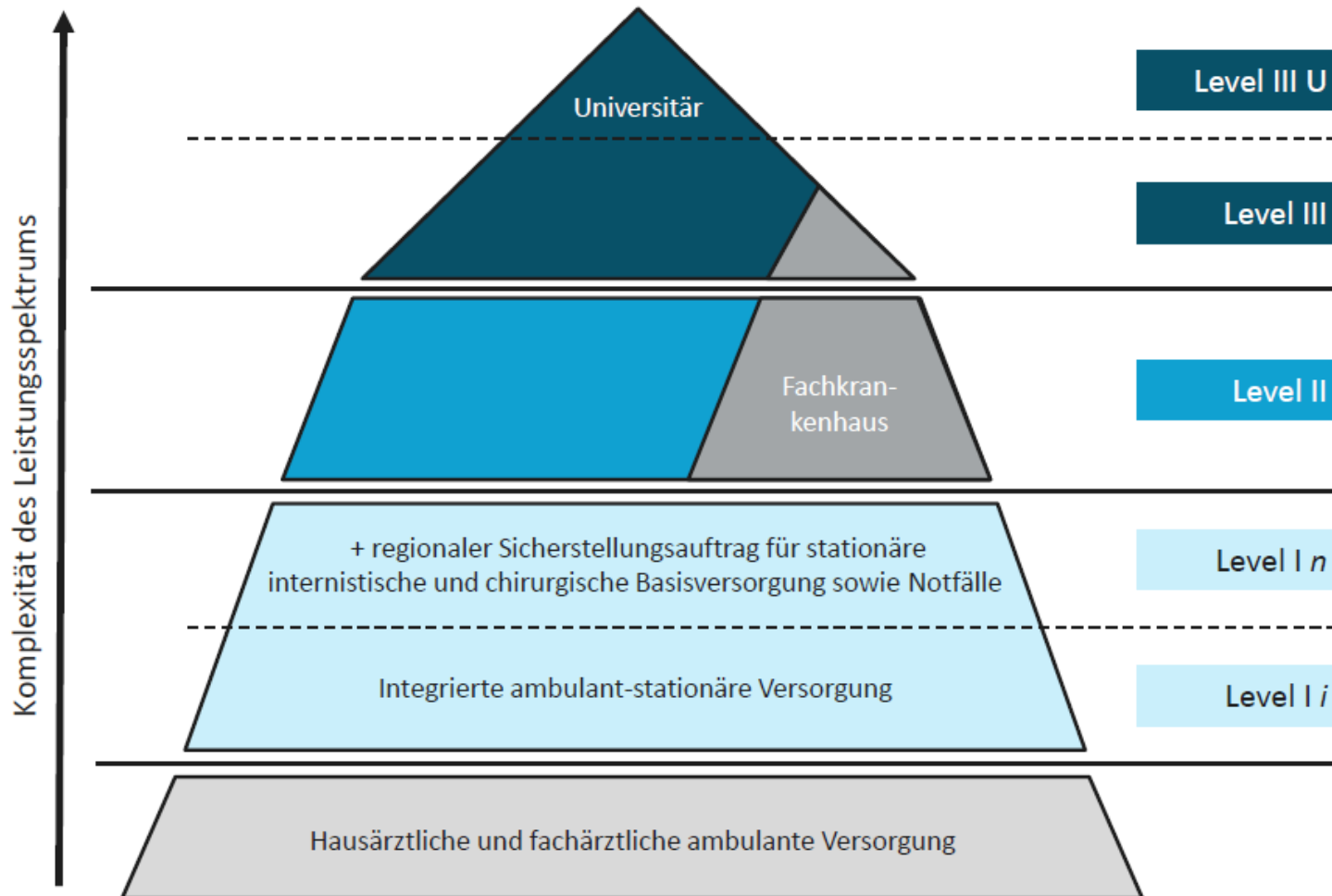
b

System von **Leistungsgruppen (LG)**, die passgenauer als die DRG und Fachabteilungen den Leveln zugeordnet werden können

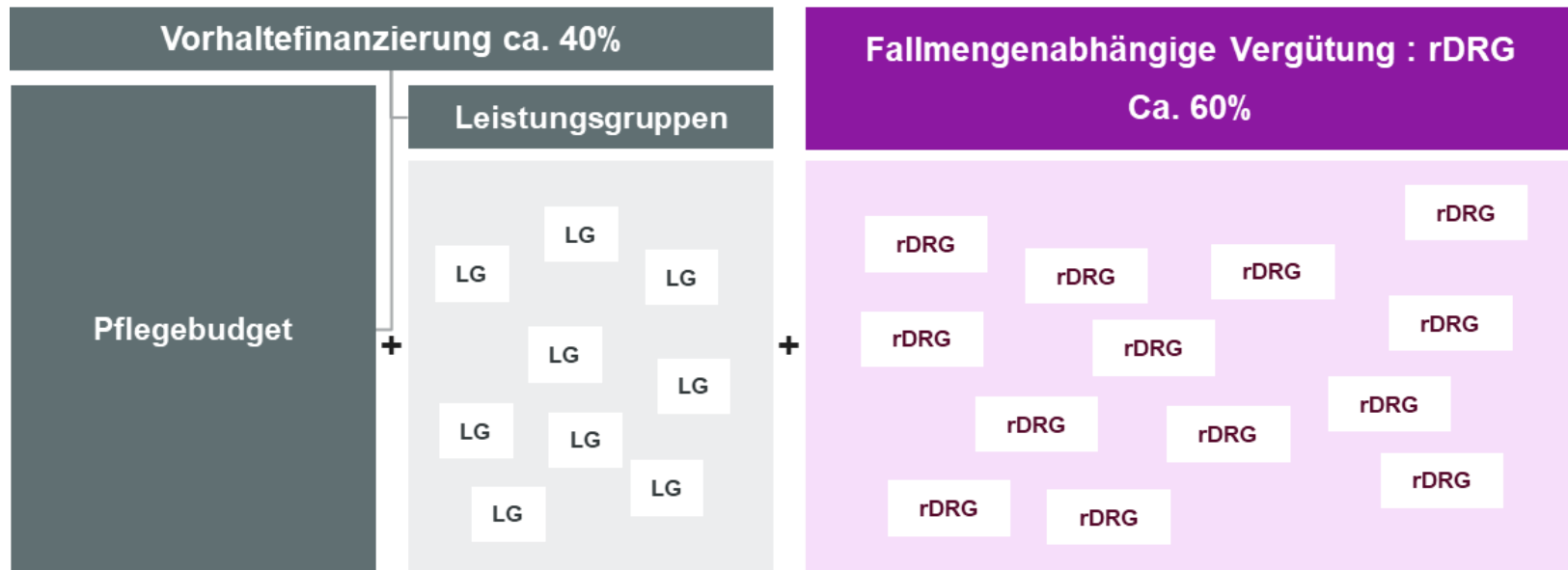
c

Neben reduzierten DRG ein **Vorhaltebudget** für jede Leistungsgruppe, die ein Krankenhaus anbietet, wenn es die Voraussetzungen dafür erfüllt

Die KH-Versorgung untergliedert sich dann in drei Versorgungslevel ...mit Substufen „universitär“ und „integriert ambulant stationär“



Künftig soll die Krankenhausvergütung aus einer mengenunabhängigen und einer mengenabhängigen Komponente bestehen



Pressekonferenz vom 23.03.2023:
Vorhaltefinanzierung auf 60% erhöhen

Lob und Tadel...

- Wiederholter Fehler: **Strukturanpassung via Vergütungssystem?**
- Zentraler Punkt: **Ausreichende Investitionsförderung?**
- **Öffnungsklauseln für Ausnahmekliniken?**
- **Kann Ii auf Vorhaltekosten verzichten?**
- **Ist Qualität statisch?**



Lauterbachs Krankenhausreform

Ein Schritt in die richtige Richtung

Von Prof. Dr. Andreas Beters und Prof. Dr. Volker Pentz

Derzeit ist es „nur“ die Empfehlung einer Expertenkommission - der genaue Gesetzes- bzw. Referentenentwurf steht noch aus. Dann wird zu klären sein, ob das Gesetz der Zustimmung des Bundesrates bedarf - und ob die Zustimmung der Länder auch erfolgt. Viele Anpassungen und Änderungen im Gesetzgebungsverfahren sind zu erwarten. Gerade ein zentraler Punkt ist noch immer offen: Wie geht es mit der dualen Krankenhausfinanzierung weiter - einer der Hauptprobleme der Krankenhäuser. Diese Frage ist der Nucleus einer erhofften Krankenhausreform, um den sich die ver-

3. Reduktion der mengenbezogenen Vergütungskomponente bei gleichzeitiger Ausweitung der Vorhaltefinanzierung

Krankenhaus-Versorgungsstufen
Anders als heute sollen die Krankenhaus-Versorgungsstufen (a) bundeseinheitlich verbindlich definiert, (b) diesen Versorgungsstufen sogenannte Mindeststrukturvoraussetzungen zugeordnet werden und (c) die Versorgungsstufen vergütungsrelevant sein. Das wäre eine völlig neue Qualität. Strukturqualität würde damit stärker in die Vergütung einfließen.

Die dritte Stellungnahme der Kommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung ist ein großer Schritt nach vorne und der richtige Schritt zur Weiterentwicklung der deutschen Krankenhausversorgung. Darauf hat die Fachwelt schon lange gewartet. Längst ist bekannt, dass die deutsche Krankenhauslandschaft dringend reformbedürftig ist. Ob mit den vorliegenden Empfehlungen der „große Wurf“ gelingt, lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt jedoch nur schwer abschätzen.

Keywords: Gesundheitspolitik, Strategie Krankenhausplanung

Unbedachte Auswirkungen der LG-Zuordnung?

- Wettbewerb funktioniert im Mangel nicht
- Wie umgehen mit **Monopol- und Oligopol-Stellungen?**
- Monopol-Freifahrtsschein via Lauterbach-Erlass?



Einige Einschätzungen im Verlauf

Krankenhausreform

Mehr Plan weniger Markt

Von Prof. Dr. Volker Penter und Prof. Dr. Andreas Beivers

Auf der Pressekonferenz nach der letzten Sitzung der Bund-Länder-Gruppe am 1. Juni 2023 wurde etwas deutlicher, wo die Reise der Krankenhausreform zu mindest aus der Sicht der Teilnehmenden der Pressekonferenz hingehen könnte. Auf dem Podium saßen für die Bundesebene Karl Lauterbach und für die Landesebene Melanie Schlotzhauer (Hamburg), Karl-Josef Laumann (Nordrhein-Westfalen) sowie Manfred Lucha (Baden-Württemberg). Man war um das Bild eines konstruktiven Miteinanders bemüht. Worte wie „Durchbruch“ oder „Stemstunde“ wurden im Zusammenhang mit der Krankenhausreform verwendet. Bei so viel Lob für die eigenen Reihen lohnt sich ein kritischer Blick auf das Geschehen.

Keywords: Gesundheitspolitik, Krankenhausplanung, Strategie

Gesundheitsminister Karl Lauterbach sprach auf der Pressekonferenz davon, dass die Grundstruktur der Reform steht und die Reform in der Einheit von Entbürokratisierung, Qualitätsverbesserung und Entökonomisierung gelingen wird. Dabei wurde der Vergleich mit der Schweiz bemüht. Deutschland gäbe pro Kopf etwa so viel für die Gesundheitsversorgung aus wie die Schweiz. Das Ergebnis des deutschen Versorgungssystems sei jedoch schlechter. Ziel sei es daher für das deutsche Gesundheitssystem zwar weiterhin viel

auszugeben, dafür aber ein deutlich besseres Ergebnis zu erzielen.

Entbürokratisierung, Qualitätsverbesserung, Entökonomisierung

Solche wohlklingenden Aussagen machen eher skeptisch. Fragen drängen sich auf. Noch nie wurde die Ankündigung der Politik wahr, Entbürokratisierung zu erreichen, schon gar nicht im Gesundheitswesen. Warum soll das ausgerechnet dieses Mal anders sein, wo doch das Gesundheitssystem mit noch mehr planwirtschaftlichen Elementen versehen werden soll? Planwirtschaft und Entbürokratisierung sind nicht als erfolgreiches Begriffspaar bekannt, Planwirtschaft und Mangel schon eher.

Wie kann es zu einer wirklichen Qualitätsverbesserung kommen, wenn doch das ganze System ausschließlich auf die Verbesserung der Strukturqualität ausgerichtet ist? Keine einzige Idee liegt vor, die auf die direkte Verbesserung der Ergebnisqualität fokussiert. Zugegeben, praktikable und erfolgreich erprobte Ansätze zur Messung und Vergütung von Ergebnisqualität sind auch weltweit selten. Man sollte aber nicht glauben, dass eine hohe Strukturqualität auch zu einer Verbesserung der Ergebnisqualität führen muss. Sicher ist nur, dass eine

höhere Strukturqualität mehr kostet. Und schließlich, was ist unter „Entökonomisierung“ zu verstehen? Ist es die Umkehr der Ökonomisierung? Dieser Begriff ist bekannt und meint die Ausweitung von Marktprinzipien auf gesellschaftliche Bereiche, in denen marktwirtschaftliche Prinzipien eher schädlich für das Handeln sind. Krankenhäuser werden von wechsellernen nach aktueller Motivationslage als ein solcher gesellschaftlicher Bereich gesehen. Die im deutschen Gesundheitssystem eingeführten marktwirtschaftlichen Prinzipien sollen also wieder zurückgedrängt werden? Die Ökonomie als Ursache der Probleme des deutschen Gesundheitssystems? Ist man sich bewusst, was das für die Investitionsbereitschaft von privatem Kapital für das deutsche Gesundheitswesen bedeutet? Und sind wir sicher, dass die ganzen Ineffizienzen, die vor Einführung der DRG im Bereich der Krankenhäuser bestanden, nach dieser Rolle rückwärts nun nicht mehr auftreten? Hier sind erhebliche Zweifel anzumelden.

Nächste Schritte im Gesetzgebungsverfahren

Wie geht es weiter mit der Reform? Theoretische Grundlage der Diskussion bildet nach wie vor die am 6. Dezember 2022 veröffentlichte dritte Stel-

Faktische Kraft des Normativen oder normative Kraft des Faktischen?

Einige grundsätzliche Überlegungen

Von Prof. Dr. Andreas Beivers und Prof. Dr. Volker Penter

Die Lauterbach'sche Krankenhausreform kommt nun in die „heiße Phase“: Die Abstimmungsrunde mit den Ländern ist in vollem Gange und so wird sich zeigen, welche Kompromisslösungen in Berlin noch vor der parlamentarischen Sommerpause gefunden werden. Danach, spricht im Herbst, folgen die einzelnen Phasen des Gesetzgebungsprozesses mit Lesungen im Bundestag sowie Bundesrat. Alles scheint im Fluss zu sein. Aber haben wir auch an die Menschen gedacht, die diese Reform umsetzen müssen?

Keywords: Gesundheitspolitik, Strategie, Krankenhausplanung

Man könnte sagen: „Ökonomie at its best“, obgleich man dieser ja eigentlich abschwören möchte.

Modellrechnungen

So richtig wie diese Ansätze – gemde aus gesundheitsökonomischer Sicht – auch sein mögen und von der Fachwelt ja schon lange gefordert werden, liegen ihnen sehr viele, zum Teil nicht validierte, normative Annahmen zugrunde. Aus wissenschaftlicher Sicht gilt es diese aber nochmals zu überprüfen und zu diskutieren, bevor man ein darauf aufgebautes Modell „charf stellt“, damit die gewünschten Ziele auch wirklich erreicht werden.

So hat die jüngst erschienene, fünfte Stellungnahme der Regierungskommission mit dem Titel „Verbesserung von Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung Potenzialanalyse anhand exemplarischer Erkrankungen“ schon eine normative Annahme adressiert und versucht diese modellhaft zu skizzieren. Mit Hilfe einer wissenschaftlichen Analyse wurde ermittelt, in welchem Ausmaß sich

die Qualität und Patientensicherheit der Behandlung der Bevölkerung bei einer konsequenten Umsetzung der Krankenhausreform heben lässt, etwa durch Reduktion von Todesfällen oder Revisionsoperationen.

Auch wenn die dargestellten Berechnungen gemäß einzelner Indikationsgebiete wie der Schlaganfallversorgung, der Onkologie oder auch der Endoprothetik beeindruckend sind, werfen sie viele, auch methodische Fragen auf. Ungeduldet ist auch, ob solche normativen Modellrechnungen, denen starre Annahmen zugrunde liegen, wirklich auf die durchaus heterogen ausgestattete Krankenhauslandschaft in Deutschland extrapolierbar sind?

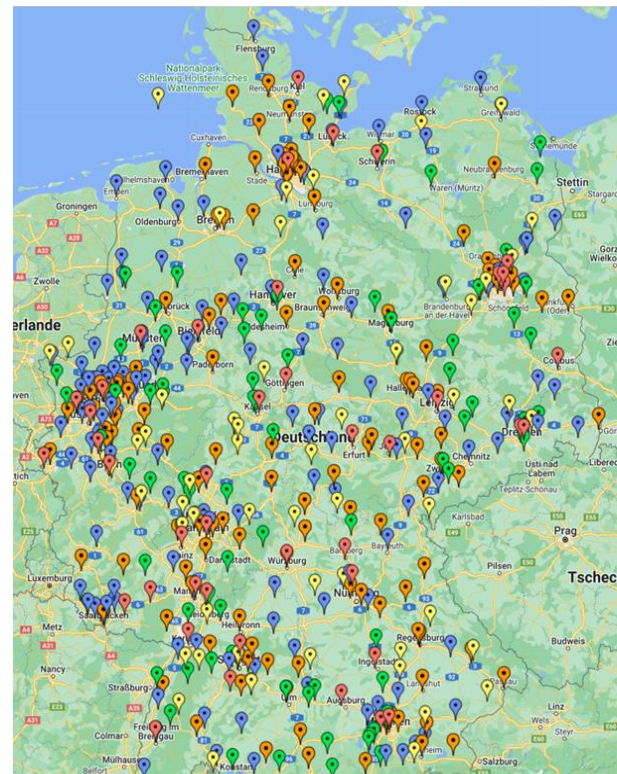
Modellannahmen

Ähnlich ist dies auch bei der Annahme, dass es durch eine Bündelung von Versorgungskapazitäten nicht nur zu einer besseren Ergebnisqualität kommt, sondern auch, dass dadurch das Personalproblem zumindest in Teilen gelöst werden kann.

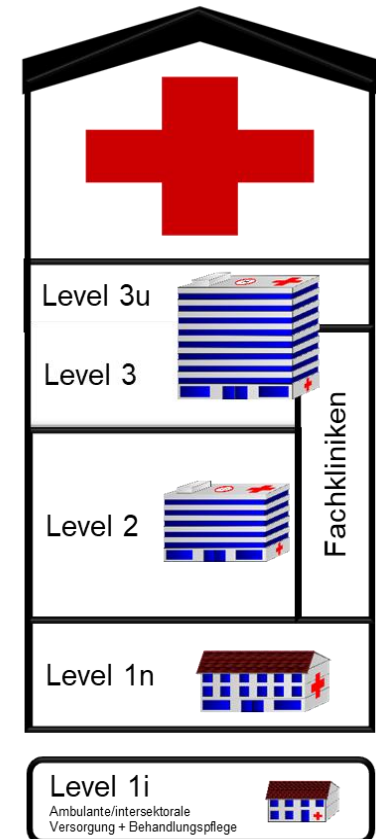
Über der ganzen Reform schwebt eine fundamentale Annahme: Das Bündeln von Versorgungskapazitäten in Kombination mit einer Ausweitung der stationärsetzenden, ambulanten Leistungserbringung wird Skalen- und Verbundeffekte generieren, welche dann die Qualität steigern und somit das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Patientenversorgung erhöhen.

Versorgungslevel: Das Lauterbach'sche Spezialprojekt

- Außerhalb der Krankenhausreform
- Zuordnung von Level und Leistungsgruppe auf einer Internetseite (Karte) als Transparenz für Patient:innen
 - Level 3u (Universitätsmedizin)
 - Level 3 (Maximalversorgung)
 - Level 2: (Schwerpunkt-versorgung)
 - Level 1n (Basisversorgung), Inklusiv 24h Notfallversorgung
 - Level F (Fachkliniken): Spezialisierung auf bestimmte Leistungsgruppen
 - Level 1i: „Intersektorales Gesundheitszentrum“/„Polikliniken“



KH-Strukturen

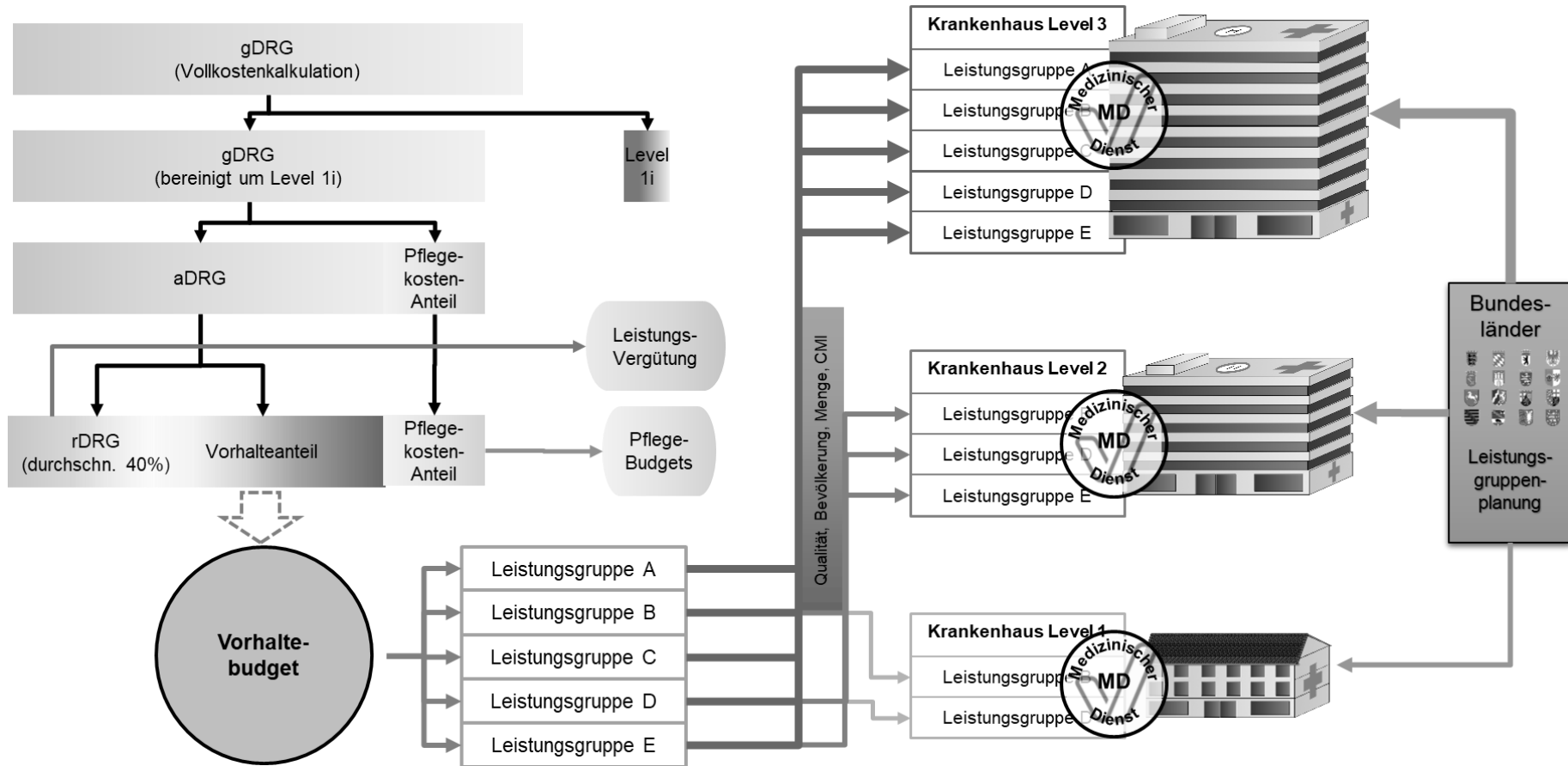


Fixkosten vs. Vorhaltekosten:

Vielleicht hilft ja künstliche Intelligenz?

- Vorhaltekosten (VHK), Fixkosten (FK) und Investitionskosten hängen eng zusammen und sind dennoch verschiedene Arten von Kosten
- FK sind Kosten, die **unabhängig von der Produktionsmenge oder dem Verkaufsvolumen eines Unternehmens anfallen**. Sie bleiben konstant, egal ob das Unternehmen viel oder wenig produziert. Beispiele für FK: Mietkosten, Gehälter
- VHK hingegen sind Kosten, die mit der **Lagerung von Waren oder Produkten verbunden sind. Sie entstehen, wenn ein Unternehmen bspw. Waren auf Lager hält, um sie später zu verkaufen**
- FK & VHK können unterschiedliche Auswirkungen auf die Rentabilität eines Unternehmens haben
- **FK sind unabhängig von der Produktionsmenge und können daher einen größeren Einfluss auf die Rentabilität** haben, wenn das Unternehmen nicht genügend Umsatz erzielt, um diese Kosten zu decken
- **VHK** hingegen können durch eine **effiziente Lagerverwaltung minimiert** werden, um die Rentabilität zu verbessern
- D.h.: Hier ergeben sich, je nach Ausgestaltung, **neue Fehlanreize für die Versorgung, wenn die Vorhaltungen nicht klar definiert werden**

...oder doch das „Monster“ der Vorhaltefinanzierung



Übersicht zu den häufigsten Bürokratiethemen im Krankenhaus

Quelle: Raab (2023), Aufwand hoch, Nutzen zu gering, in: f&w 4/2023, S. 324-327.

Zeitintensive Bürokratiethemen mit hohem Personalbindungsfaktor:

- MDK-Einzelfallprüfungen (inkl. Prüfquoten, Sanktionen, PrüVV)
- Begründung akutstationäre Notwendigkeit (6–15 % der Fälle)
- Entlassmanagement
- Datenschutzrichtlinien
- GBA-Qualitätsrichtlinien/Notfallstufen
- Investitionsfördermittel
- Komplexbehandlungen
- Qualitätssicherung/Qualitätsberichte Risikostatistik, Sollstatistik QSKH-RL, DEQS-RL, QS-Datenabgabe
- Pflegeberufegrenze (Ausgleichs-abrechnungen, Umlagemeldungen)
- Pflegebudget
- Pflegeuntergrenzen/Personalvorgaben
- Strukturprüfungen OPs
- Haftungsrecht

Additive Bürokratiethemen:

- Budgetverhandlungen
- Mindestmengen
- Ambulante Notfallabrechnung
- Datenschutzrichtlinien
- Risikomanagement, Compliance, Antikorruptionsgesetz
- Brandschutz/TÜV, Medizinproduktegesetz
- Energiewirtschaft
- Coronaverordnungen/Impfpflicht
- Registermeldungen (Tumor, Implantate, Transplantation, DIVI, Gesundheitsamt)
- Arbeitszeitgesetz/tarifliche Besonderheiten
- Statistikdaten (Krankenhausstatistik, Landesämter, InEK, DEMIS, Jahresabschlüsse)
- Hygiene
- Sektorengrenzen/KV-Bedarfsplanung
- Antrags- und Nachweispflichten KHZG

Neue Bürokratiethemen:

- Umsetzung der über 100 Kontextfaktoren zum AOP-Katalog -> Erweiterung der Begründungspflichten zur akutstationären Notwendigkeit; Erwartungswert mind. 30 % der Krankenhausfälle
- Budgetverhandlung (neues Fristen- und Prüffregime mit Präklusion)
- Erörterungsverfahren im Rahmen der Prüfverfahrensvereinbarung
- Tagesbehandlung im DRG-System

Zukünftige Bürokratiethemen:

- Hybrid-DRG
- Krankenhausreformvorschlag: Strukturenprüfung der Levelvoraussetzungen; weiter bestehende Fallpauschalen -> Prüffregime wird um weitere Komponente verschärft
- PPR 2.0
- Sektorenübergreifende Vergütung

Das bayerische Modellprojekt „Bürokratieabbau“



Bayerisches Staatsministerium für
Gesundheit und Pflege



MODELLPROJEKT BÜROKRATIEABBAU IN BAYERISCHEN KRANKENHÄUSERN

Handlungsplan

HOCHSCHULE
FRESENIUS
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

01. September 2023

INHALT

Grußwort	05
Hintergrund zum Modellprojekt „Bürokratieabbau in bayerischen Krankenhäusern“	06
1. Weniger Dokumentation und weniger Mehrfachmeldungen	08
2. Große Errungenschaft: Vereinfachungen bei Zusatzentgelten und neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	09
3. Aufwandsärmere Strukturprüfungen und Qualitätskontrollen	10
4. Entschlackung von Krankenhausabrechnungsprüfungen	11
5. Prüfung der Nutzenrelevanz der OPS-Komplexcodes	12
6. Optimierung der medizinischen Begründungen	13
7. Verbesserung von Einweisungs- und Entlassmanagement	14
8. Konturierung und Definition: Soziale Indikation	16
9. Etablierung eines Modellprojekts zu „Vorabprüfungen“	17
10. Stärkung von Digitalisierung und Automatisierung	18

Warum ist Entbürokratisierung gerade jetzt wichtig?

Die Herausforderungen der KH-Reform in diesem Bereich sind enorm

- Der Bundesgesundheitsminister verspricht durch die Reform Entbürokratisierung; dieses Versprechen muss sich erst noch erweisen
- Vielmehr ist durch die verschiedenen vorgesehenen Regelungen, wie beispielsweise im Bereich der **Vorhaltekostenfinanzierung**, der **Überprüfung von Struktur- und Prozess-Parameter von Leistungsgruppen via der Medizinischen Dienste** auf Bundes-, Landes- und Hausebene ein signifikanter **Anstieg der Bürokratie zu befürchten**
- Auch die zurecht gewünschte und im Fokus stehende **Ambulantisierung** der Versorgung wird zu neuen Herausforderungen in diesem Bereich führen. Wenn dort **klare Kriterien und Definitionen, z.B. was ambulant, was tagesklinisch und somit hybrid** ist fehlen, droht erheblicher bürokratischer Dokumentations- und Prüfaufwand
- Bis dato noch immer **unklare Prozesse im Einweisungs- und Entlassmanagement**, ebenso wie die **Definition der sozialen Indikation** haben hohes Bürokratiepotenzial

Und dann noch die „direkte Demokratie“

Liste erfolgreicher Bürgerbegehren zum Oberthema „Krankenhaus“ (2012 bis 2022)

Gemeinde/Stadt/Kreis		Thema
Singen (Hohentwiel), Stadt	Baden-Württemberg	Gegen die Klinikfusion
Ostallgäu, Landkreis	Bayern	Erhalt aller fünf Klinik-Standorte - Fortführung des Kommunalunternehmens
Alpirsbach, Stadt	Baden-Württemberg	Gegen den beschlossenen Verkauf des alten Krankenhauses der Klosterstadt
Wiesbaden, Landeshauptstadt	Hessen	Gegen Teilprivatisierung der Dr. Horst-Schmidt-Kliniken (HSK)
Weismain, St	Bayern	Gegen den Bau des neuen Krankenhauses in Lichtenfels
Altötting, Landkreis	Bayern	Für ein ambulantes Gesundheitszentrum in Burghausen [Für die Schließung einer Klinik]
Burghausen, St	Bayern	Gegen die Schließung einer Klinik
Emmerting	Bayern	Für den Erhalt der Klinik in Burghausen
Frankfurt am Main, Stadt	Hessen	Gegen die Fusion zweier Kliniken
Neu-Ulm, Landkreis	Bayern	Für neues Konzept der Geburtshilfe im Landkreis Neu-Ulm
Gemünden a.Main, St	Bayern	Für Krankenhaus-Standort in Gemünden
Nordfriesland, Landkreis	Schleswig-Holstein	Für Erhalt von Klinik in Tönning / Über die Zukunft der medizin. Grundversorgung in Nordfriesland
Velbert, Stadt	Nordrhein-Westfalen	Für Neubau des Klinikums Niederberg in Trägerschaft des Zweckverbandes Klinikum Niederrhein
Aurich, Landkreis	Niedersachsen	Für Erhalt der Ubbo-Emmius-Kliniken in Norden und Aurich (II), gegen Neubau Zentralklinik in Oldenburg
Emden, Stadt	Niedersachsen	Für den Erhalt des Klinikums in Emden (II)
Rotenburg (Wümme), Landkreis	Niedersachsen	Für den Erhalt der Krankenhäuser in Zeven und Bremervörde
Emden, Stadt	Niedersachsen	Für den Bau eines Zentralklinikums (Aufhebung Bürgerentscheid vom Juni 2017)
Oberkirch, Stadt	Baden-Württemberg	Gegen die Schließung des Krankenhauses in Oberkirch
Sankt Goar-Oberwesel, Verbandsgemeinschaft	Rheinland-Pfalz	Für Erhalt der Loreley-Kliniken
Essen, Stadt	Nordrhein-Westfalen	Für Übernahme der Trägerschaft zweier Krankenhäuser durch Stadt oder Land
Heidekreis, Landkreis	Niedersachsen	Für Neubau des Heidekreis-Klinikums (HKK) in Dorfmark
Seefeld	Bayern	Für Neubau eines Krankenhauses innerhalb eines Landschaftsschutzgebietes
Essen, Stadt	Nordrhein-Westfalen	Für Etablierung eines städtischen Krankenhauses im Essener Norden
Rendsburg-Eckernförde, Landkreis	Schleswig-Holstein	Gegen Umstrukturierung der Imland-Klinik
Minden-Lübbecke, Landkreis	Nordrhein-Westfalen	Für den Erhalt und die Sanierung des Lübbecke- und Rahdener Krankenhauses

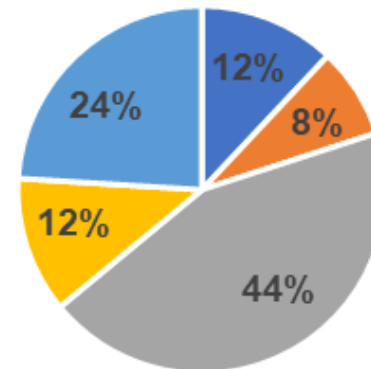
Datenquelle: Datenbank Bürgerbegehren, Mehr Demokratie e.V. (2023)

Verteilung der Bürgerbegehren zum Oberthema „Krankenhaus“ nach Bundesland und Themengebiet (2012-2022)

Verteilung nach Bundesländern

Bundesland	Anzahl Bürgerbegehren	in %
Bayern	8	32%
Niedersachsen	5	20%
Nordrhein-Westfalen	4	16%
Baden-Württemberg	3	12%
Hessen	2	8%
Schleswig-Holstein	2	8%
Rheinland-Pfalz	1	4%

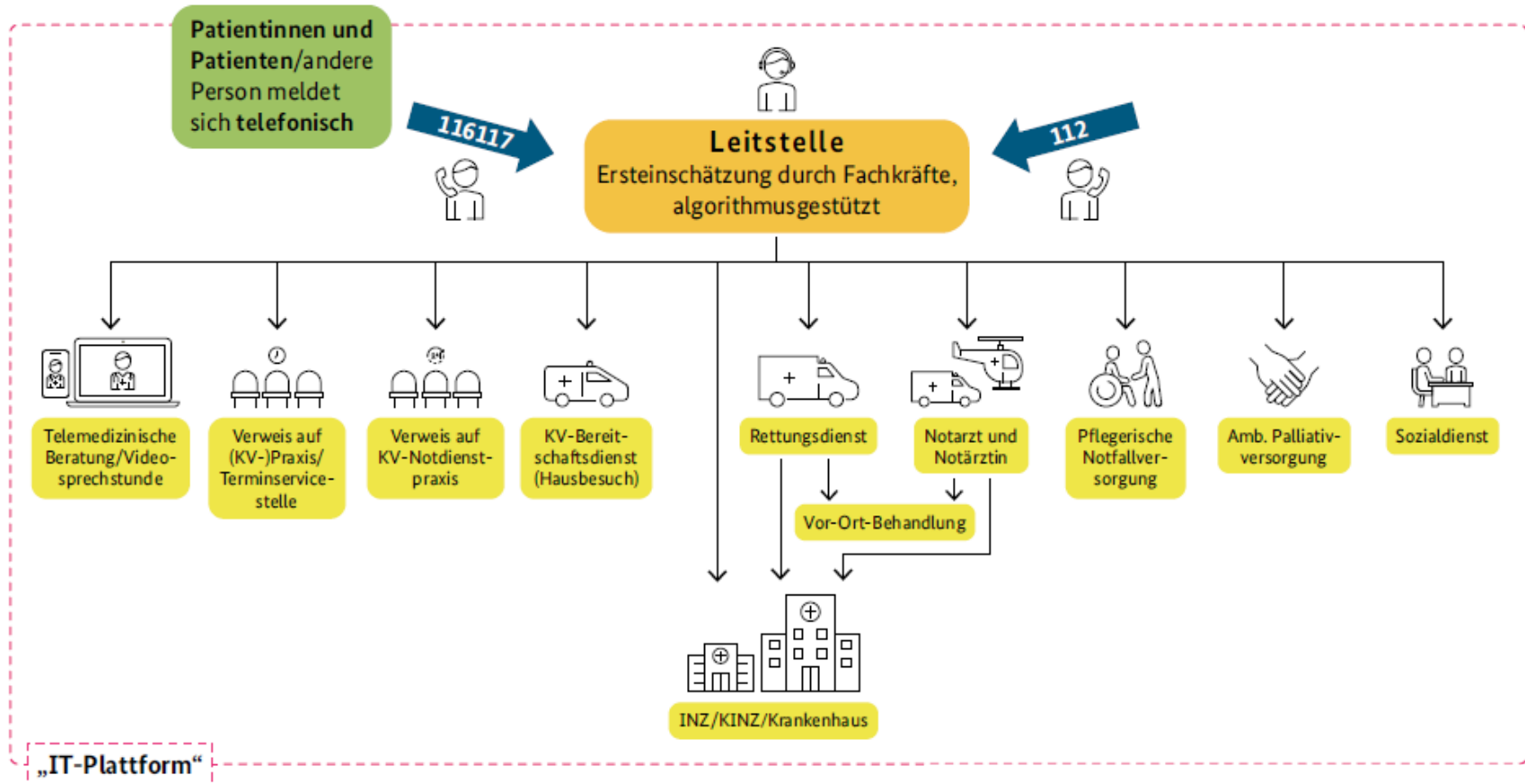
Verfahren thematisch geclustert



- Abstimmung für/ gegen Umwandlungskonzept
- Gegen Klinikfusion
- Für Erhalt / gegen Schließung von Standorten
- Gegen Verkauf / Privatisierung
- Für oder gegen den (Neu-)Bau eines Klinikums



Reform der Notfallversorgung: Die Idee der Integrierten Leitstellen





Das INZ und Implikationen auf die KV

- Ein INZ besteht aus der **Notaufnahme des Krankenhauses**, **einer KV-Notdienstpraxis** im oder direkt am Krankenhaus und einer **zentralen Ersteinschätzungsstelle** („Tresen“)
- Der Notaufnahme des Krankenhauses stehen bei Bedarf alle diagnostischen Möglichkeiten des Krankenhauses im Rahmen der Notfallversorgung zur Verfügung
- Die KV-Notdienstpraxen in den INZ sind in **Krankenhäusern der Notfallstufe 2** mind. Von **Mo. bis Fr. 14 bis 22 Uhr; Sa., So., feiertags 9 bis 21 Uhr** zu öffnen
- In den **Krankenhäusern der Notfallstufe 3** sind die KV-Notdienstpraxen in der Regel **24/7 zu betreiben**
- Für die verbindliche Planung der Öffnungszeiten an INZ und KINZ ist ein regionales Gremium einzurichten, an dem neben Vertreterinnen und Vertretern der beteiligten Ärzt:innen, der KV und des Krankenhauses auch Vertreter:innen der Länder oder der kommunalen Planungsbehörden beteiligt sind

Regierungskommission legt Rettungsdienst-Konzept vor

Die Vorschläge der Regierungskommission im Einzelnen



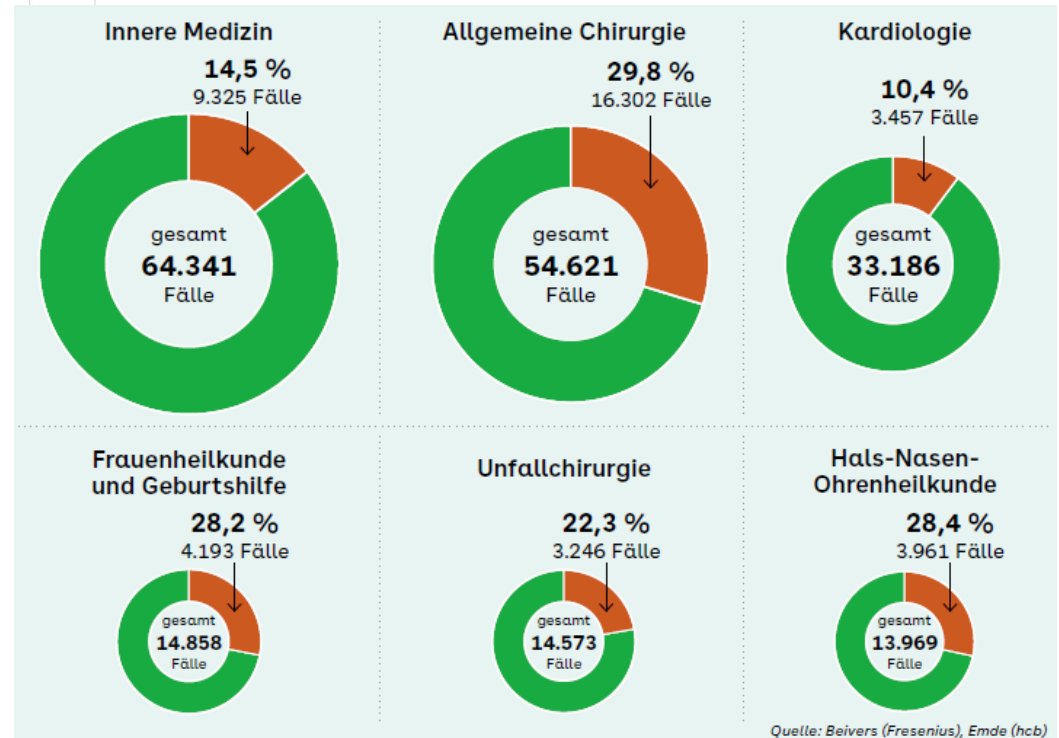
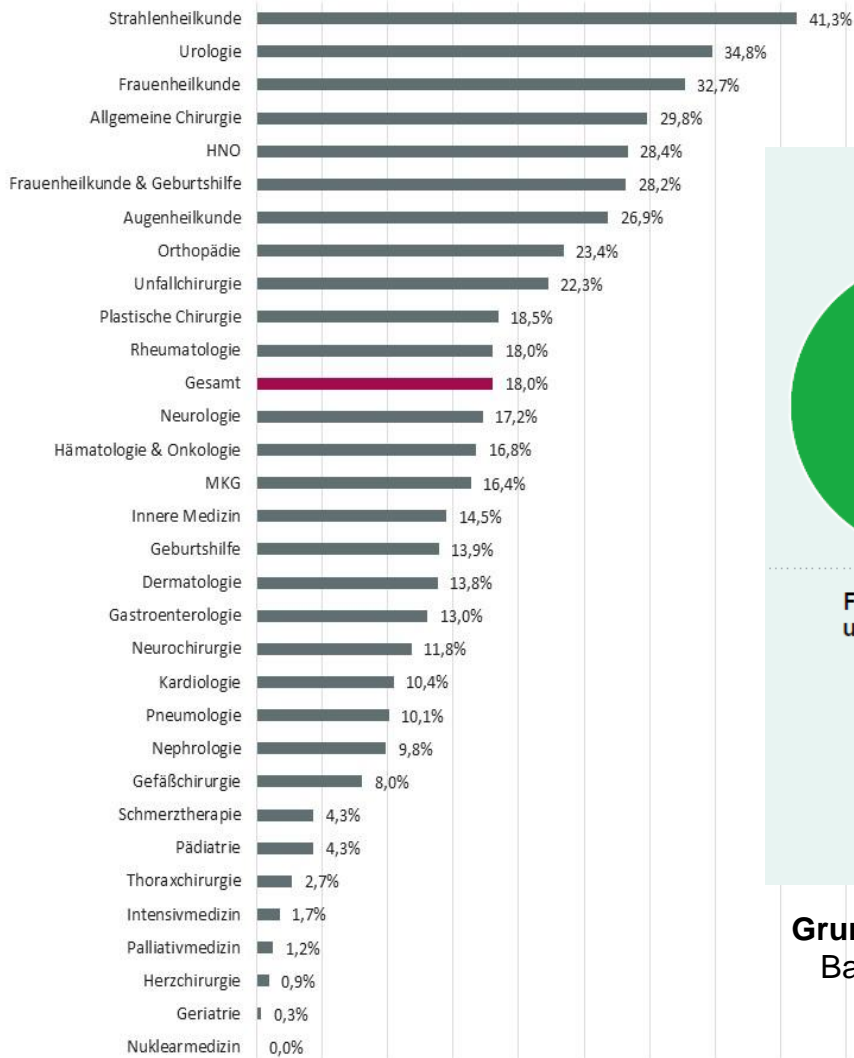
Neunte Stellungnahme und Empfehlung
der Regierungskommission für eine moderne
und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung

*Reform der Notfall- und Akutversorgung:
Rettungsdienst und Finanzierung*

- **Regelung des Rettungsdienstes im SGBV:** Leistungsanspruch als eigenständige Norm im SGB V
- **Mehr Transparenz & Qualitätssicherung:** Vorgaben für Mindestpersonalausstattung, Qualifikation etc.
- **Einheitliche Qualitätsstandards**
- **Digitales Ressourcenregister**
- **Leitstellen-Organisation:** Bundesländer sollen die Koordinierung des Rettungsdienstes straffen
- **Personalmanagement:** Befugnisse von Notfallsanitätern sollen ausgeweitet werden
- **Allgemeine Gesundheitskompetenz**
- **Finanzierung des Rettungsdienstes**
 - KK sollen die Leistungen der Leitstelle, Notfallversorgung vor Ort, Notfalltransport & zusätzliche Dienste (pflegerische Notfallversorgung) vergüten
 - **Vergütung des Rettungsdienstes sollte sich aus Vorhalte- und Leistungsanteil zusammensetzen**

Fokus Ambulantisierung

Zu erwartender AOP-Anteil an den bis dato stationären Fällen nach Fachabteilung



Grundlage: § 21-Datensatz des Institute for Health Care Business
 Basis: rund 350.000 stat. DRG-Fälle aus den Jahren 2020 & 2021

Ambulantisierung ja, aber...

...Was bedeutet das für die Versorgung im Detail?

- **Qualitätsmessung und -transparenz ambulanter Leistungen** als ganz zentrales Thema (Spezialisierung, Mindestmengen etc.)
- **Entlass- und Case-Management** muss im Rahmen der Ambulantisierung ein wesentlich größeres Augenmerk geschenkt werden (v.a. in einem Flächenstaat)
- Macht es Sinn eine Art **Recall-System** zu etablieren?
- Wer prüft ex ante, ob es das soziale Umfeld eines Patienten*in zulässt, dass dieser **ambulant behandelt werden kann**?
- ➔ Wenn hier die Prozesse nicht geklärt sind, ist möglich, dass Notaufnahmen, Rettungsdienste / KV-Bereitschaftsdienste unnötig in Anspruch genommen werden und wichtige Informationen im Bedarfsfall nicht vorliegen
- ➔ **GEFAHR: Ambulantisierung als Nullsummenspiel?**

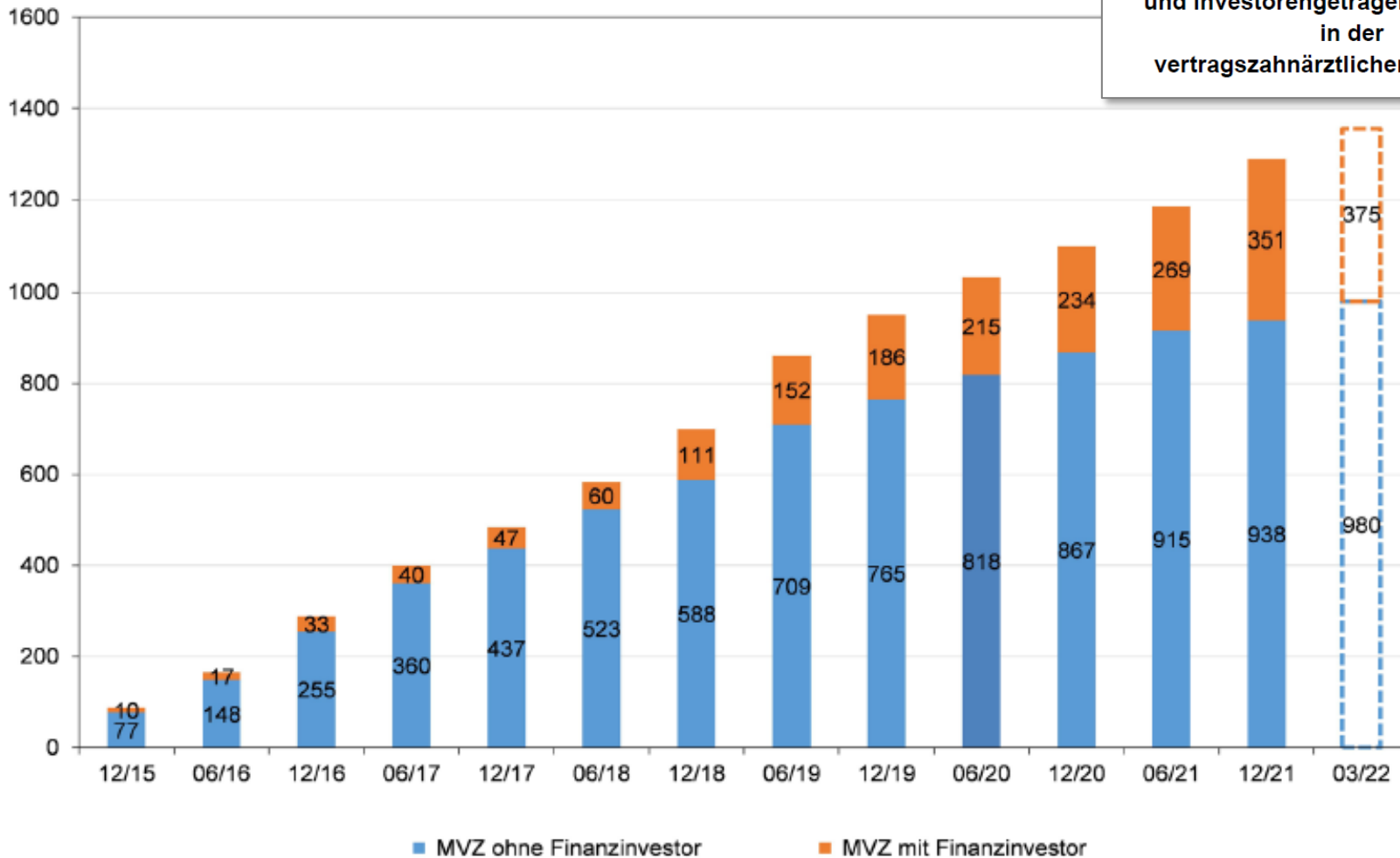


Prof. Dr. Andreas Beivers
Hochschule Fresenius | Stiftung Münch

**Ausblick:
„Neue Player“ im ambulanten Bereich**

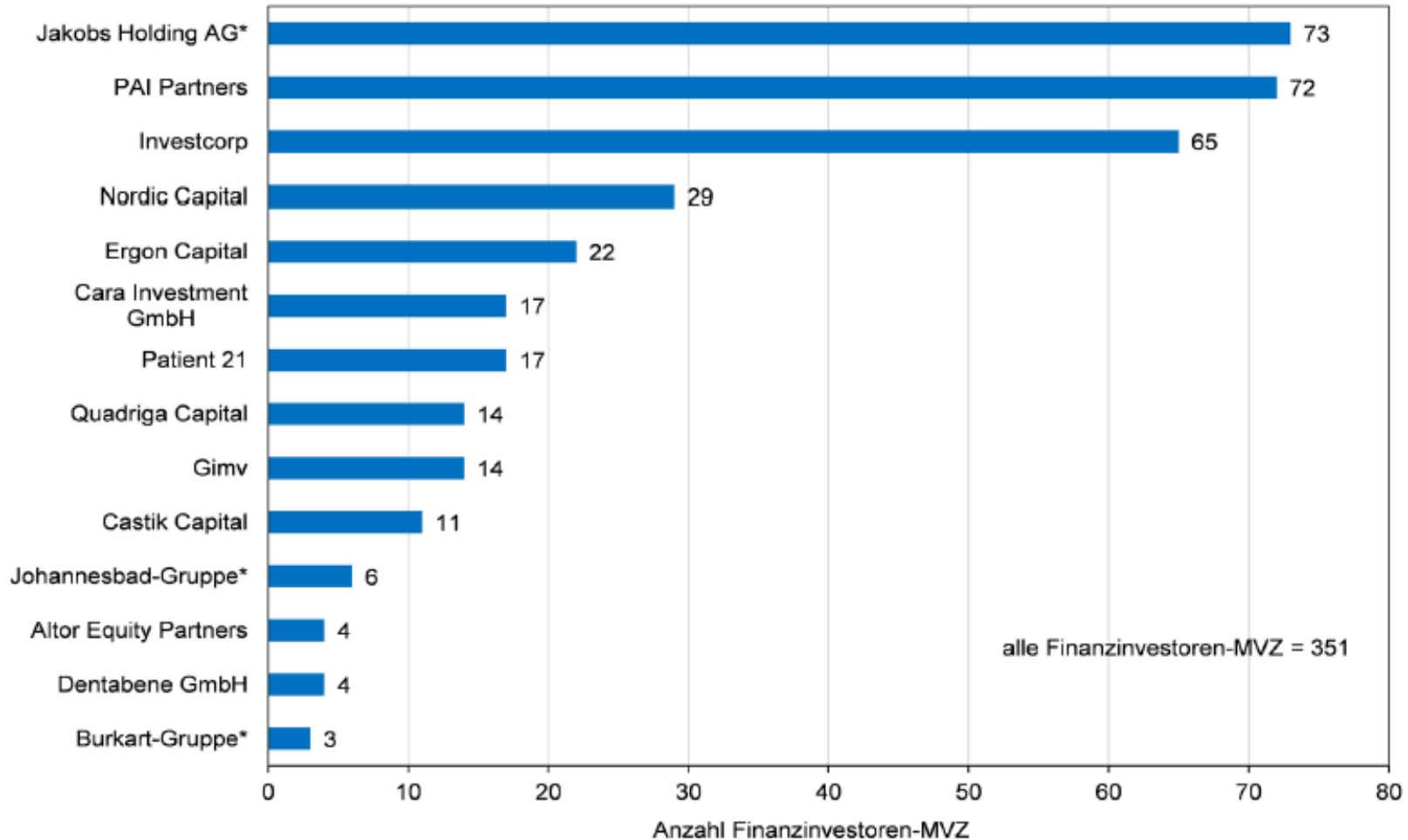
Relativ aktuelle Zahlen:

Entwicklung der zugelassenen MVZs in Deutschland
mit und ohne Finanzinvestoren



Medizinische Versorgungszentren (MVZ)
und investorengetragene MVZ (IMVZ)
in der
vertragszahnärztlichen Versorgung

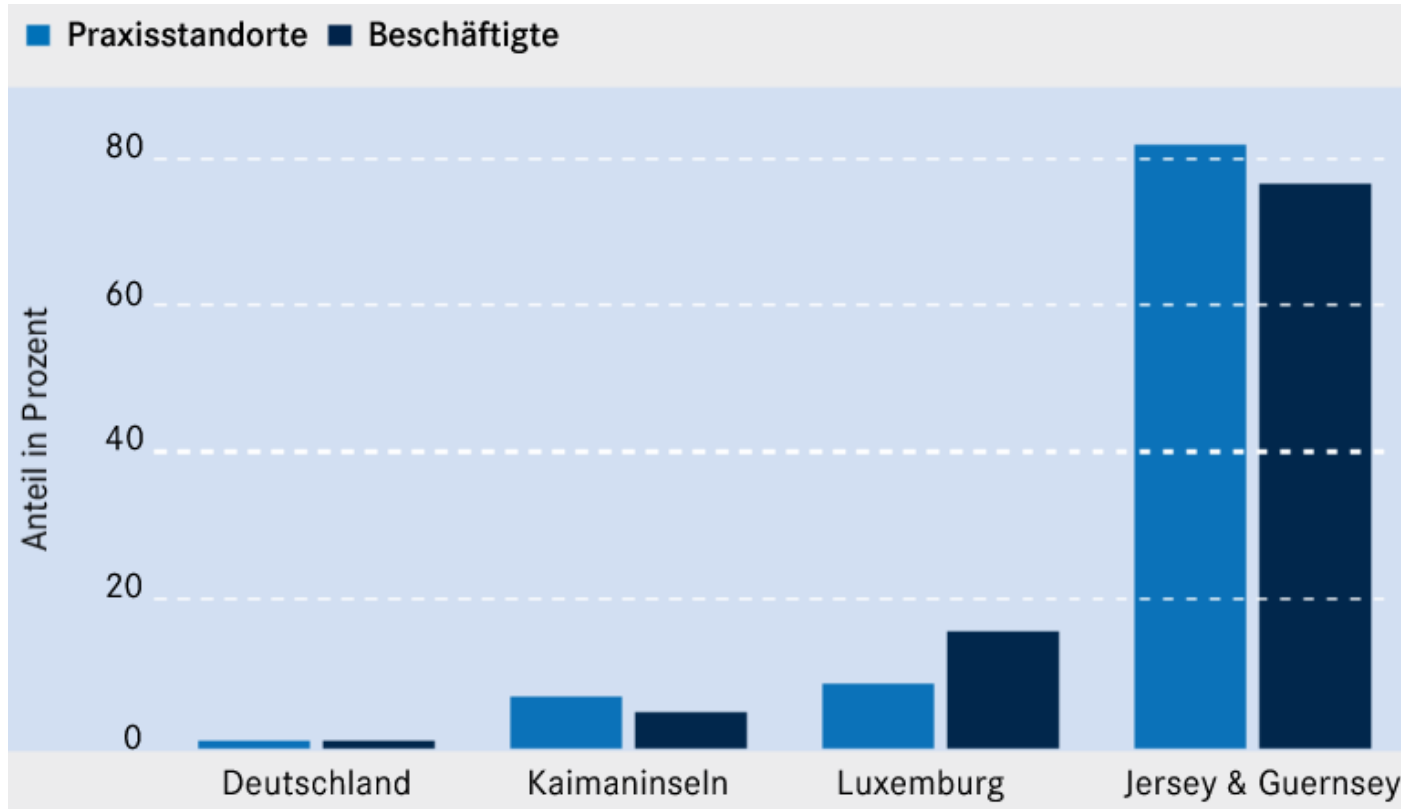
Im zahnärztlichen Bereich tätige Finanzinvestoren nach Anzahl ihrer MVZs (Stand: 31.12.2021)



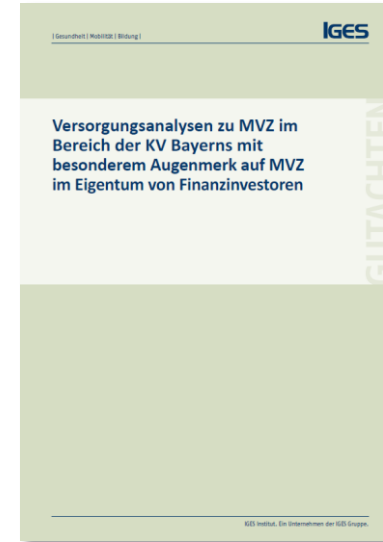
* Finanzart Family Office

Rechtlicher Sitz der Fonds

von aktuell in Bayern tätigen Private-Equity geführten
Arztpraxisketten nach Praxisstandorten und Beschäftigten



Quelle: eigene Erhebung,
N= 16 Arztpraxisketten; eine Arztpraxiskette mit unbekanntem Standort





„Die Luft der Freiheit weht“

Ulrich von Hutten (1488-1523)
deutscher Renaissance-Humanist



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