



STIFTUNG MÜNCH

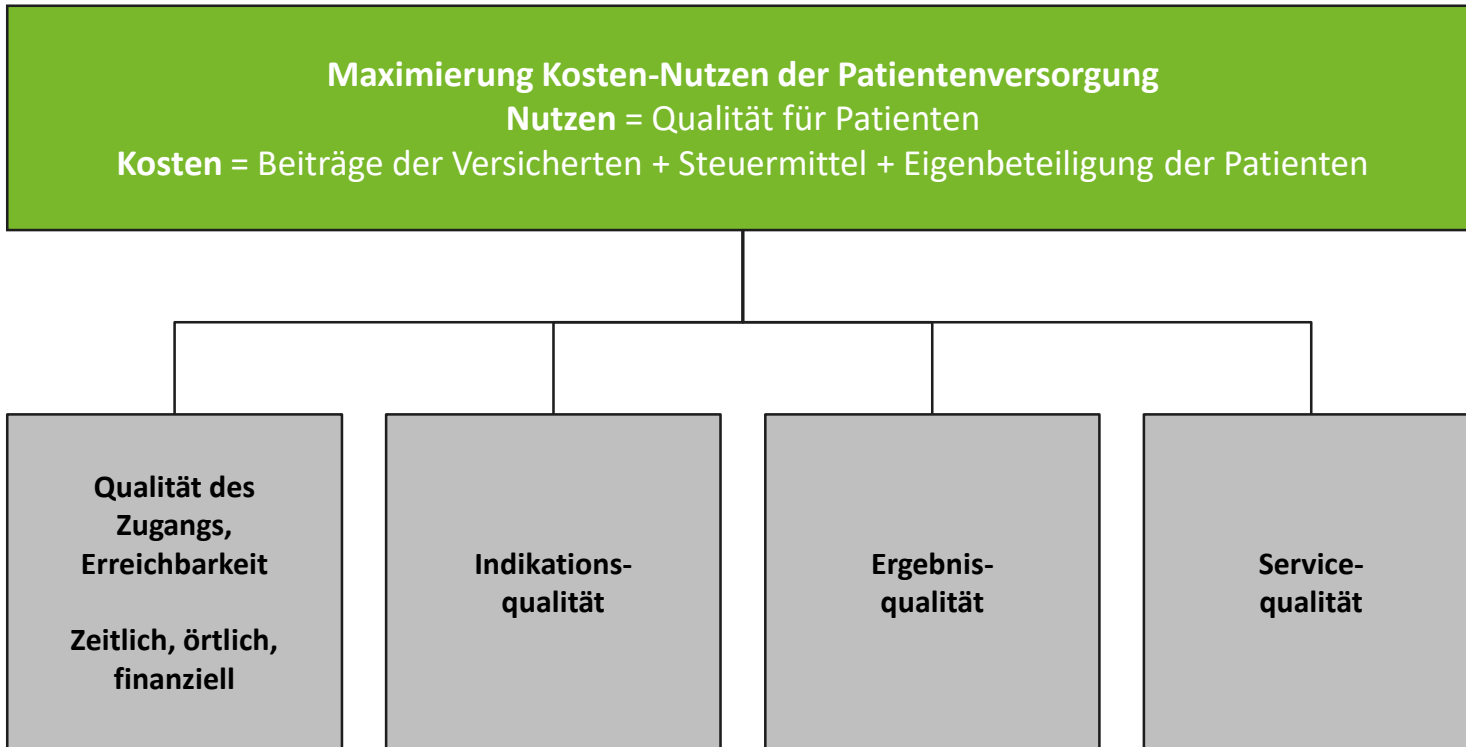
Regionale Budgets: Eine Chance für Kommunen?

Gesundheitsregion Delmenhorst
12. Juli 2022

Prof. Dr. Andreas Beivers

Zielbild zum Wohle der Patienten

Was muss eine hochwertige Patientenversorgung leisten?



Nicht alle Dimensionen können gleichzeitig maximiert werden, es bestehen Zielkonflikte

Quelle: RWI (2014)

Um die Gesundheitsversorgung nachhaltig aufzustellen, müssen wir über Potenziale im Gesundheitswesen sprechen



Prävention

Reduktion der Bedarfe



Sektorenübergreifende Versorgung und Ambulantisierung

Komplexe ambulante Leistungen



Effiziente Allokation von Personal und Kapital

Interprofessionelle Zusammenarbeit, mehr Verantwortung für die Pflege

Neue Technologien

Digitalisierung Telemedizin, KI, Robotik



Zentralisierung und Schwerpunktbildung

Sowohl in der stationären als auch ambulanten Versorgung, Berücksichtigung von Erreichbarkeit



Deutschland baut jedoch seit Jahren Regulierung auf

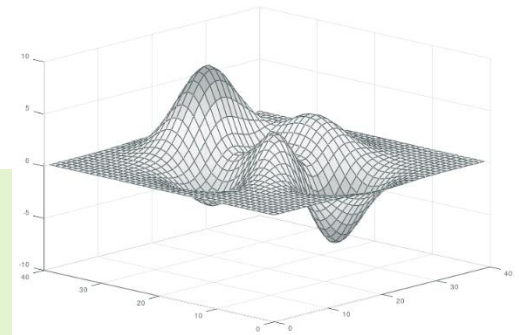
Der Gestaltungsraum wird dadurch immer kleiner

Deutschland befindet sich in einer „**Regulierungsfalle**“

- Jemand entdeckt ein unerwünschtes Ergebnis in der Gesundheitsversorgung
- Eine neue Regulierung soll das unerwünschte Ergebnis verhindern
- Dabei wird manchmal das Kind mit dem Bade ausgeschüttet, es macht sich erneut Unzufriedenheit breit und die Motivation derjenigen, die etwas zum Besseren verändern wollen, geht in den Keller

Je mehr Nebenbedingungen (Regulierung), desto niedriger fällt das erreichbare Effizienzniveau aus, das über eine Optimierung erreicht werden kann

Mehr Gestaltungsfreiheit erweitert den Optionenraum und damit das erreichbare Effizienzniveau
Allerdings braucht es dazu: Versorgungsziele, eine Budgetrestriktion, Vergütungsanreize, um diese Ziele zu erreichen, sowie harte Sanktionen bei Missbrauch

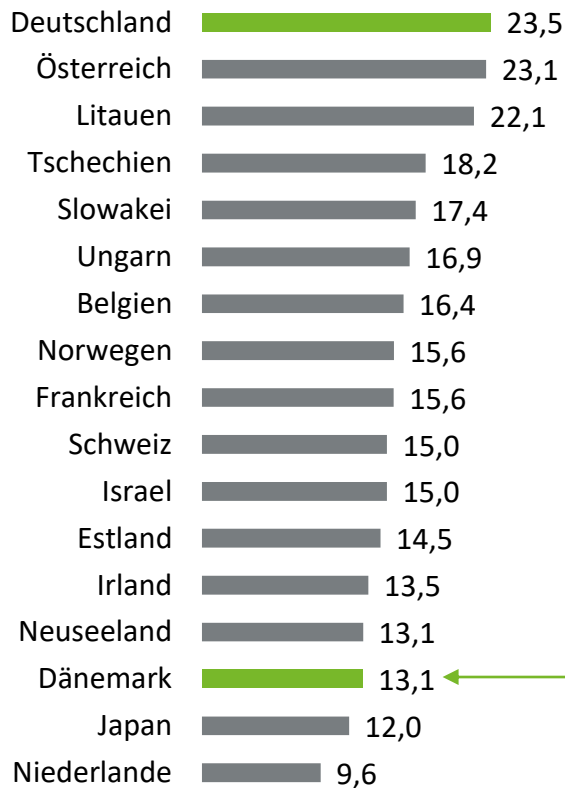


Ambulantisierung mit großem Potenzial?

Höchste Zahl an Krankenhausfällen je Einwohner in Deutschland

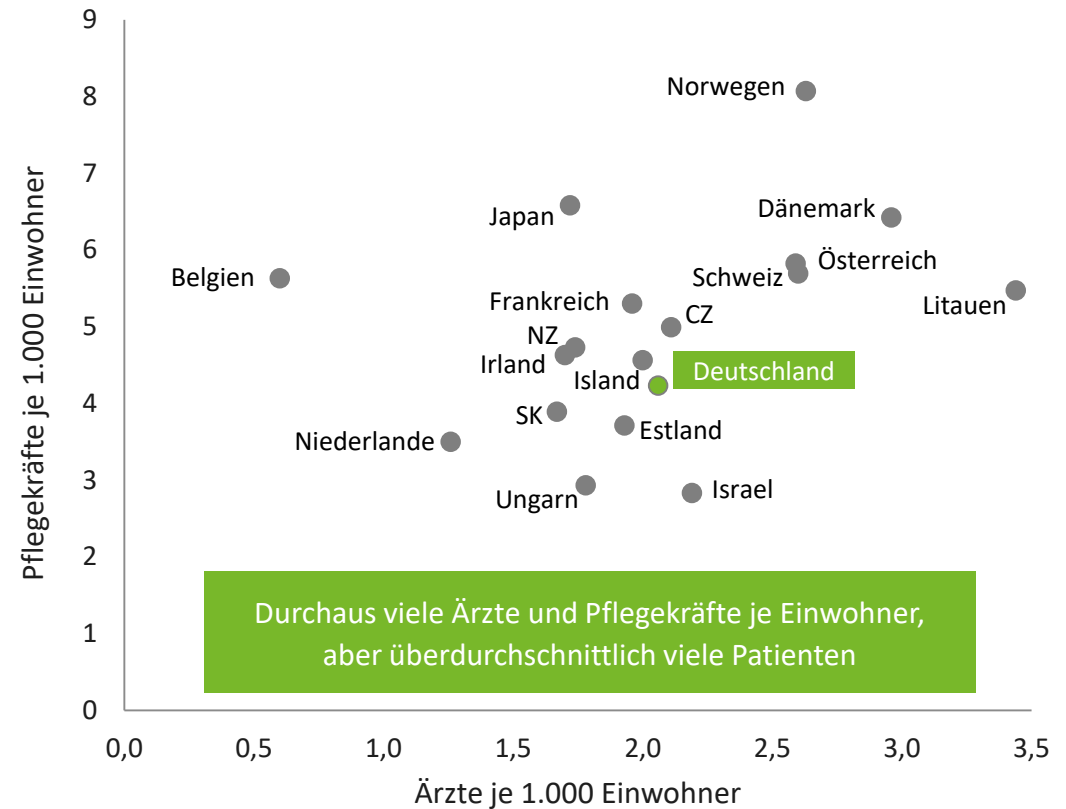


Krankenhausfälle je 100 Einwohner
(vor „Corona“)



-40%

Personaldichte im Krankenhaus (Vollkräfte)⁽¹⁾, je 1.000 Einwohner



(1) Jeweils aktuellstes Jahr (2017 oder 2018). Grundlage: Ärzte und Pflegekräfte im Krankenhaus (Vollzeitäquivalente)

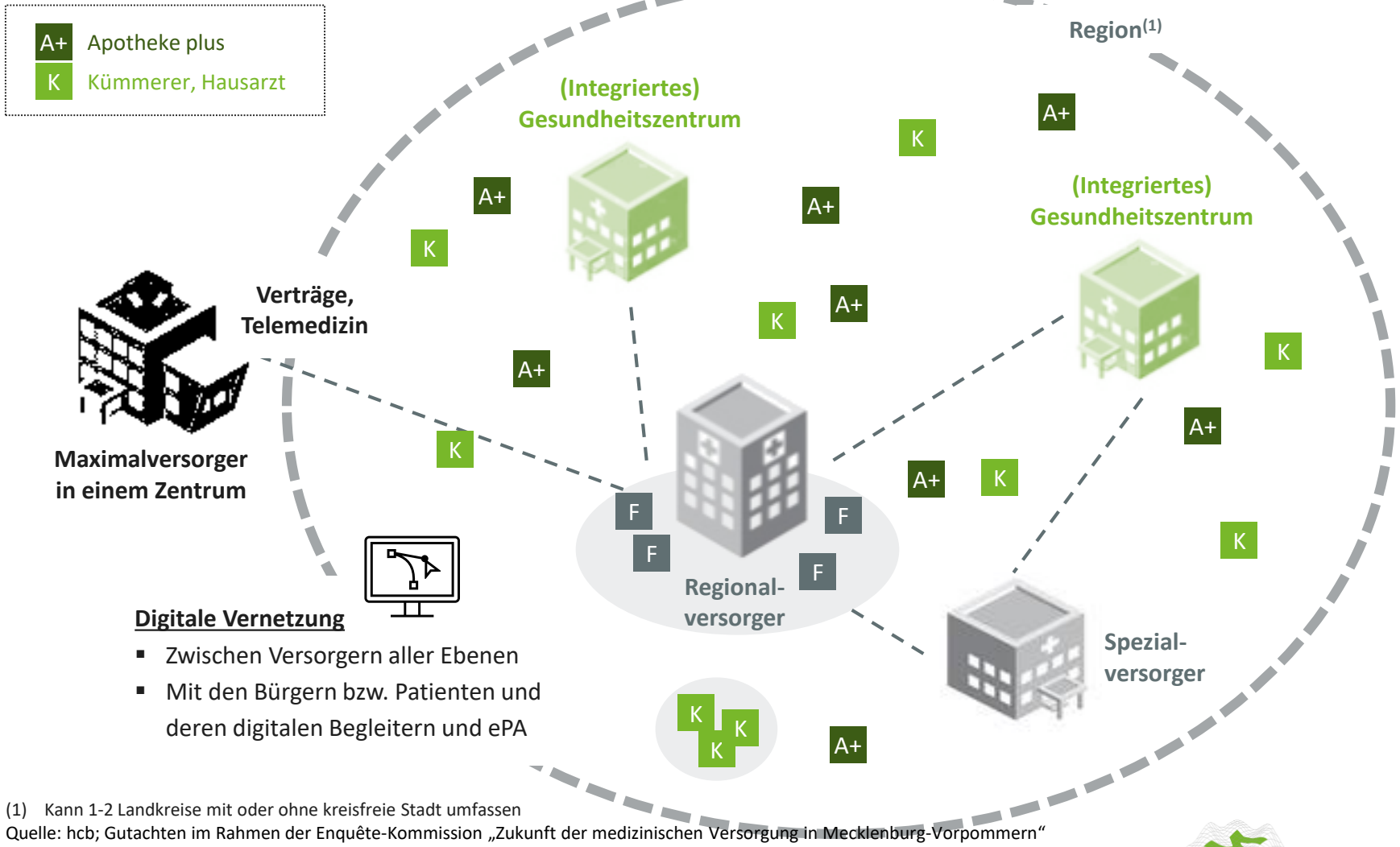
Anmerkung: Nur OECD-Länder, für die Zahl der Ärzte und Pflegekräfte im KH als Vollzeitäquivalente sowie Krankenhausfälle je Einwohner von OECD bereitgestellt

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2018; OECD (2019)



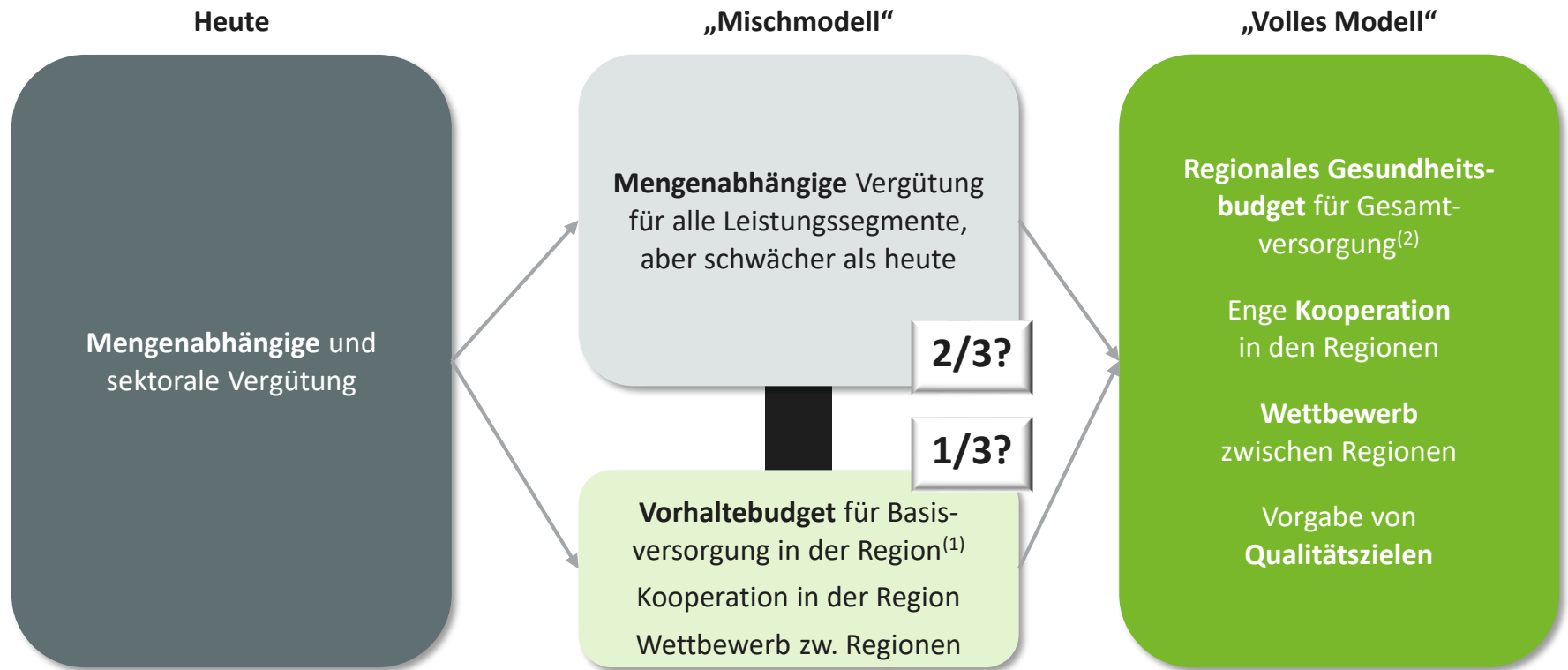
Im Zielbild vernetzen sich die Akteure vor Ort, um für die Bevölkerung ein Angebot aus einer Hand erbringen zu können

Kooperation in der Region, Wettbewerb zwischen Regionen



Budgetorientierte Ansätze können die Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme sowie die Ambulantisierung befördern

Das Vergütungssystem ist heute praktisch zu 100% mengenorientiert



Budgets jeweils für zu definierende Versorgungsregionen, um bestehende Strukturen nicht zu zementieren

(1) Und für spezielle Leistungsbereiche überregional

(2) Eine Region erhält u.a. in Abhängigkeit von ihrer Bevölkerungs- und Flächenstruktur ein Gesundheitsbudget für mindestens die stationäre und ambulante Akutversorgung

Quelle: hcb / RWI

Mögliches Anwendungsbeispiel

Regionale Notfallbudgets



Quelle: Eigene Darstellung, angelehnt an Stiftung Münch (2021)

Regionale Gesundheitsbudgets: Lokale Lösungen für lokale Probleme



INHALT

Mitglieder der Reformkommission	3
Wirtschaften für Gesundheit:	
Gesundheitsprämien für Regionen	
▶ „Weiter so“ bedeutet auf kurz oder lang Rationierung	4
▶ Das DRG-System setzt zu wenige Anreize zur Erhöhung der Systemeffizienz	4
▶ Das präventive und das ambulante, stationersetzende Potenzial bleibt ungenutzt, Versorgung aus einer Hand gibt es nicht	5
▶ Nur eine höhere Effizienz erlaubt in Zukunft menschenwürdige, nicht-rationierte Medizin	5
▶ Regionale Gesundheitsprämien erlauben Gestaltungsfreiheit	6
Stiftung Münch setzt Reformkommission ein und formuliert einen Forderungskatalog	
▶ Pilotregionen	8
▶ Übergeordnete Voraussetzungen	9
▶ Gestaltungsfreiheit und Ergebnisorientierung in Pilotregionen	10
Impressum	12

Quelle: Stiftung Münch

Regionale Gesundheitsbudgets: Forderungskatalog der Stiftung Münch

1

Pilotregionen identifizieren

2

Budget festlegen

3

Vertragslaufzeit von mindestens zehn Jahren ermöglichen

4

Gestaltungsfreiheit ermöglichen

5

Qualitätsziele setzen und messen

6

Wettbewerb zwischen Regionen stärken

7

Stationäre und ambulante Versorgung gemeinsam sicherstellen

8

Ausschreibungspflicht und Vorstandshaftung aufheben

9

Pilotregionen evaluieren

10

Datennutzungsgesetz erlassen

Pilotregionen identifizieren und Budget festlegen

1

Pilotregionen identifizieren

Antrag auf **Pilotregion** stellen

Festlegung von **Mindestvoraussetzungen** (z.B. Größe)

Regionen können sich **eigenständig bilden und Antrag stellen**

Antragsstellung durch **einzelne Leistungserbringer** oder durch ein **Netzwerk** aus Leistungserbringern

Teilnahme **nicht verpflichtend**

Nötig: **Versorgungskonzept** (ggf. auch mit kooperativen Leistungserbringern außerhalb der Region)

2

Budget festlegen

Gesundheitsbudget orientiert am Versorgungskonzept für die Region

Gesundheitsbudget z.B. aus **Morbi-RSA abgeleitet**

Retrospektive oder **prospektive Ermittlung** des Budgets

Pilotregionen steht es völlig frei, **eigene Ansätze** zu **entwickeln**

Mit dem Budget übernehmen **lokale Akteure** ganz oder teilweise das **Morbiditätsrisiko**

Vertragslaufzeit min. zehn Jahre und Gestaltungsfreiheit ermöglichen

3

Vertragslaufzeit von mindestens zehn Jahren ermöglichen

Sozialleistungsträger werden zur Teilnahme bei Status „Pilotregion“ verpflichtet

Für Versicherte: aktives **Einschreibemodell** oder **automatische Teilnahme**

Rückkehroptionen schaffen (Parallel-dokumentation im alten System zumindest in der Startzeit)

Wegen hoher Investitionen **lange Laufzeit** von mindestens zehn Jahren

Investitionsfördermittel zur Verfügung stellen

4

Gestaltungsfreiheit ermöglichen

Mit Status „Pilotregion“ können Akteure **eigenständig entscheiden**, wofür sie das Budget einsetzen

Keine Genehmigungspflicht durch BAS oder Länderaufsicht der Krankenkassen

Keine Ausschreibungspflicht der Kostenträger

Keine Abrechnungskontrolle durch MD nötig

Jedoch Kontrolle der Qualitätsziele

Qualitätsziele setzen und Wettbewerb zwischen Regionen stärken

5

Qualitätsziele setzen und messen

Festlegung von **Ergebniszielen** für die Öffentlichkeit und Kassen

Public Health Ansatz: Realisierte Ergebnisse in aggregierter Form darstellen und mit Soll-Zielen vergleichen

Regelmäßige Messungen

Kontrolle der Qualitätsziele durch Kassen oder eine neutrale Institution

Modell lebt von Vertrauen, Missbrauch daher hart **sanktionieren**

6

Wettbewerb zwischen Regionen stärken

Für Patienten weiter freie Wahl des Leistungserbringers → **Wettbewerb zwischen Regionen** als Korrektiv

Wanderungsbewegungen sind erwünscht

- Außerhalb der Pilotregion in Anspruch genommene Leistung aus dem Gesundheitsbudget vergüten
- Nehmen Bürger anderer Regionen Leistungen in Pilotregion in Anspruch, entsteht Zusatzvergütung für die Pilotregion

Aktives **Public Reporting**

Stationäre und ambulante Versorgung gemeinsam sicherstellen und Ausschreibungspflicht und Vorstandshaftung aufheben

7

Stationäre und ambulante Versorgung gemeinsam sicherstellen

Modellprojekte müssen mindestens **ambulante und stationäre** Leistungen umfassen

In Anfangsphase Leistungsspektrum nach **SGB V** (Kurzzeitpflege und Reha aber wünschenswert)

Sektorenübergreifende **Versorgungsplanung** anstreben

Wenige Partner im Planungsgremium

8

Ausschreibungspflicht und Vorstandshaftung aufheben

Keine Ausschreibungspflicht bei Vorliegen einer positiven Unterstützung des Versorgungsmodells durch kommunale Gebietskörperschaft

Aufhebung der Vorstandshaftung für solche Projekte bei Krankenkassen

Pilotregionen evaluieren und Datennutzungsgesetz erlassen

9

Pilotregionen evaluieren

Pilotregionen dienen dazu, neue Vergütungsmodelle **auszuprobieren**

Lernendes System

Wissenschaftliche **Begleitevaluation** nötig

Zur Vergleichbarkeit bundesweit **einheitlichen Kriterien** für Evaluation

10

Datennutzungsgesetz erlassen

Erhebung und Verarbeitung von **Gesundheitsdaten** zwingend erforderlich für

- Messung der Qualitätsziele
- Durchführung der Evaluation
- lernendes System

Datennutzungsgesetz für Gesundheitsdaten nötig

*„Die Effizienz liegt in den Spielzügen,
die Moral in den Spielregeln“*

Prof. Dr. Karl Homann Homann (1992)





STIFTUNG MÜNCH

Vielen Dank!

Prof. Dr. rer. pol. Andreas Beivers

Leiter wissenschaftliche Projekte

ab@stiftung-muench.org