

Februar 2023

Info Broschüre

Krankenhausreform

Die Reform im
Überblick

Vorbereiten - aber wie?

S. 1

S. 7

Hybride
Versorgungsmodelle

S. 11

Seminarreihe
Masterplan
Krankenhausreform

S. 13

Krankenhausreform Kompakt - Erste Inhalte & Analysen

INHALT

- 1 ▶ Die Reform im Überblick
- 7 ▶ Vorbereiten - aber wie?
 - ▶ Analyse des Krankenhauslevels
- 8 ▶ Analyse des Leistungsspektrums & der Leistungsgruppe Intensivmedizin
- 9 ▶ Analyse des ambulanten (Risiko-) Potenzials & Tagesbehandlungspotenzials
- 11 ▶ Hybride Versorgungsmodelle
- 13 ▶ Seminarreihe Masterplan Krankenhausreform

IMPRESSUM

- ▶ Herausgeber: BinDoc GmbH
Karlstraße 3, 72072 Tübingen
- ▶ Verantwortlich für den Inhalt:
Dr. univ./vites Manuel Heurich
- ▶ Erscheinungsdatum: 02/2023 // Auflage: 1

DIE REFORM IM ÜBERBLICK

AUSGANGSSITUATION

Das deutsche Gesundheitswesen ist geprägt von einer systematischen Trennung des ambulanten vom stationären Sektor. Diese Sektorentrennung in Verbindung mit dem starken Leistungsbezug des DRG-Systems hat in den letzten Jahren zu einer unangemessenen Ausweitung stationärer Behandlungen geführt. Teile dieser stationären Mengenausweitung könnten auch in einer geeigneten ambulanten Infrastruktur erbracht werden.

Neben der Ausweitung des stationären Volumens sind auch die Indikationsgebiete, die von Krankenhäusern behandelt werden, mitunter nicht adäquat für technische und personelle Ausstattung. Die Krankenhausplanung, welche von den Bundesländern vorgenommen wird, erfolgt in den meisten Bundesländern auf Fachabteilungsebene. Diese Ebene ist allerdings zu grob, um die personellen und infrastrukturellen Mindestvoraussetzungen in allen Kliniken vorzuhalten, die für ein umfangreiches Leistungsspektrum einer entsprechenden Fachabteilung notwendig sind. Aus diesem Grund werden in einzelnen Kliniken Indikationen behandelt, für welche sie nicht ausreichend ausgestattet sind. Die Bundesländer, welche für die Investitionsfinanzierung zuständig sind, können aber nicht alle Kliniken in ausreichendem Maße mit finanziellen investiven Mitteln ausstatten, weshalb es einer stärkeren Fokussierung und Schwerpunktbildung bedarf.



Vorschlag und Lösungsansätze der Regierungskommission

Die Regierungskommission empfiehlt eine grundlegende Reform der Krankenhausvergütung, um einen Beitrag zur nachhaltigen Stabilisierung der Krankenhausversorgung und -vergütung zu leisten. Die Grundprinzipien der Reform gliedern sich in drei Schwerpunktbereiche:

(1) Es soll eine einheitliche Definition von Krankenhaus-Versorgungsstufen (Leveln) implementiert werden, um lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge abzugrenzen. Diese Versorgungslevel werden an Mindestvoraussetzungen in den Bereichen der Leistungsspektren, der Notfallversorgung, der Intensivmedizin sowie des ärztlichen und pflegerischen Personal geknüpft.

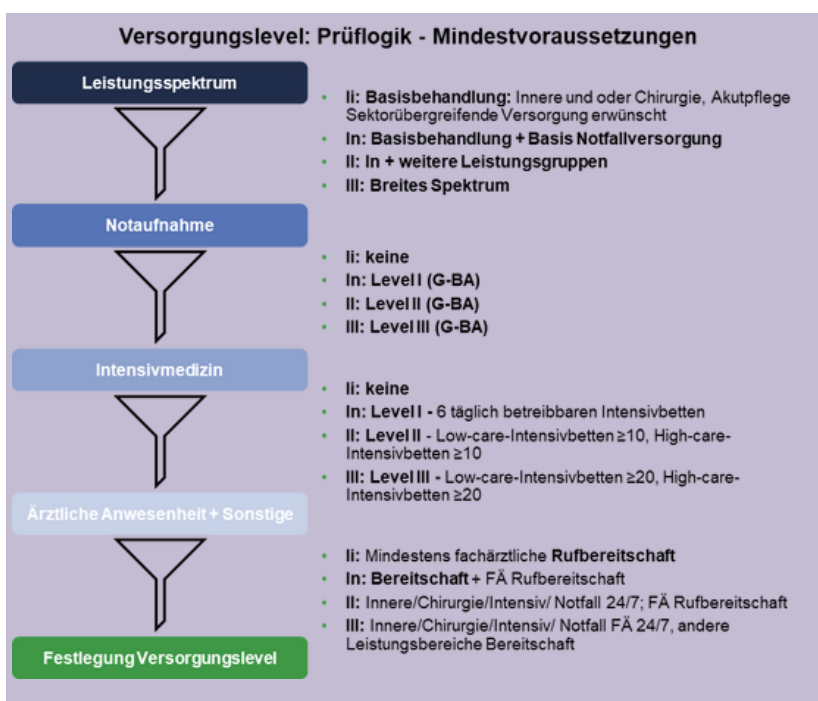
(2) Parallel soll ein System von Leistungsgruppen eingeführt werden, das an die bereits eingeführte Leistungsgruppensystematik des Bundeslandes NRW erinnert, aber noch etwas fein granulärer gegliedert sein soll. Insgesamt sollen 128 Leistungsgruppen den Versorgungsleveln zugeordnet und an den Bevölkerungsbedarf angepasst werden.

(3) Der dritte wichtige Eckpfeiler stellt die Finanzierung dar. Das aktuell stark mengenbezogene DRG-System soll um eine Vorhaltefinanzierung ergänzt werden. Durch die Kombination aus Vorhaltefinanzierung und DRG-Finanzierung soll ein besseres Gleichgewicht aus Qualität, Bedarfsgerechtigkeit und Ökonomie erreicht werden.

Versorgungslevel: Prüflogik - Mindestvoraussetzungen

Die Versorgungslevel reichen von Level I bis Level III Krankenhäuser, wobei Level I Krankenhäuser in Level II und Level III unterschieden werden. Level II Krankenhäuser stellen hierbei keine klassischen Krankenhäuser mehr dar, sondern vielmehr intersektorale Gesundheitszentren mit Akutpflegekapazitäten. Diese neue Versorgungsform soll insbesondere zu einer Sektorenverschmelzung des ambulanten und stationären Sektors beitragen.

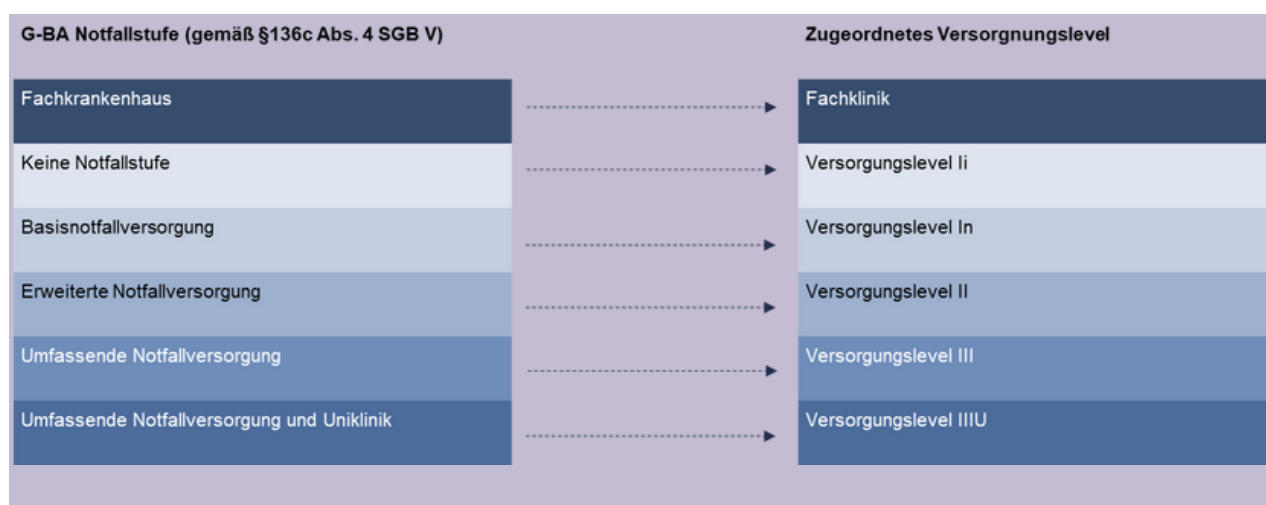
Die Grafik zeigt einen Ausschnitt der Prüflogik, die angewandt werden soll, um die jeweiligen Versorgungslevel zuzuordnen. Die wichtigsten Mindestvoraussetzungen werden das Leistungsspektrum, die Notfallversorgung, die intensivmedizinische Kapazität, die personelle Verfügbarkeit sowie medizinisch technische Ausstattung darstellen.



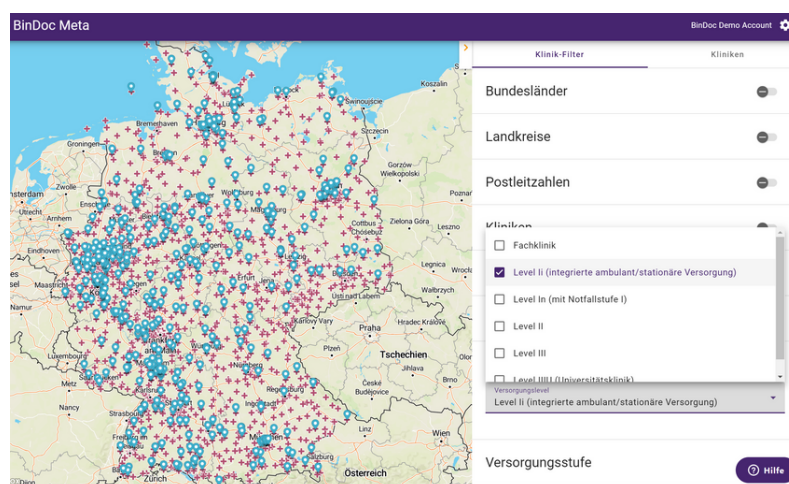
Eine Mindestvoraussetzung ist die Breite des Leistungsspektrums, das sich an den Leistungsgruppen orientiert. Je breiter das Leistungsspektrum desto höher kann das Versorgungslevel sein, wenn die anderen Mindestvoraussetzungen ebenfalls gegeben sind. Zwei weitere Voraussetzungen in der Prüflogik sind die Notaufnahme und die Intensivmedizin.

Die Regierungskommission greift hier die 2018 beschlossenen Notfallstufen gemäß §136c Abs. 4 SGB V auf und verknüpft diese mit den Versorgungslevels. Die intensivmedizinische Kapazität ist ebenfalls ein zentrales und hartes Mindestkriterium. Weitere Mindestvoraussetzungen für die verschiedenen Versorgungslevels sind die ärztliche Anwesenheit, die zumindest in Teilen bereits an die Notfallstufen gebunden sind und sonstige Punkte wie medizinisch technische Geräte, telemedizinische Ausstattung, Ausbildungsvoraussetzungen usw.

Eine erste Operationalisierung der Versorgungslevel haben wir auf Basis der G-BA Notfallstufen gemäß §136c Abs 4 SGB V durchgeführt. Diese Mindestvoraussetzung ist als Einzige aktuell vollständig definiert und somit operationalisierbar.



Sobald weitere "harte" Kriterien definiert und operationalisierbar werden, wird eine Überarbeitung der Level-Zuordnung erfolgen. Nebenstehende Grafik zeigt eine Übersicht aller Level Ii Krankenhäuser in Deutschland. Die Level-einteilung kann in der BinDoc Software für alle Krankenhäuser in Deutschland modelliert werden.



Leistungsgruppen und Leistungsbereiche

Aktuell sieht die Stellungnahme der Regierungskommission 17 Leistungsbereiche mit insgesamt 128 Leistungsgruppen vor. Jeder Leistungsgruppe wird ein Versorgungslevel zugeordnet, so dass nicht alle Kliniken auch alle Leistungsgruppen erbringen dürfen. Ziel dieser Leistungsgruppen-Zuordnung ist es, dass Krankenhäuser personell und technisch für die Behandlung der jeweiligen Indikationsgebiete gut ausgestattet sind und Patienten in einer hohen Qualität behandeln können. Die Behandlung von Herzinfarkten erfordert beispielsweise das Vorhandensein eines Linksherzkatheters, Schlaganfälle benötigen zur Behandlung eine Stroke Unit und onkologische Erkrankungen sollten in zertifizierten Krebszentren behandelt werden. Eine beispielhafte Darstellung von Leistungsgruppen innerhalb der Leistungsbereiche Innere Medizin sind in der untenstehenden Tabelle dargestellt.

Leistungsbereich	Leistungsgruppe	Mindestlevel
1 INNERE MEDIZIN	1.0 Basisbehandlung Innere Medizin	1
1 INNERE MEDIZIN	1.1 Angiologie	2
1 INNERE MEDIZIN	1.2 Endokrinologie und Diabetologie	2
1 INNERE MEDIZIN	1.3 Gastroenterologie	2
1 INNERE MEDIZIN	1.4 Hämatologie und Onkologie	2
1 INNERE MEDIZIN	1.4.1 Solide Tumoren (ggf. weiter unterteilt)	2
1 INNERE MEDIZIN	1.4.2 Leukämie und Lymphome	2
1 INNERE MEDIZIN	1.4.3 Stammzelltransplantation	3

(Quelle: Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung).

Vorhaltebudgets & DRG Vergütung

Die aktuelle Planung sieht vor, dass die DRG-Vergütung um sogenannte Vorhaltebudgets ergänzt werden. Für jede Leistungsgruppe wird der Anteil der Vorhaltebudgets und der Anteil der Vergütung an der Gesamtvergütung festgelegt. Die Vorhaltebudgets sollen zwischen 40% bis 60% der Gesamtfinanzierung ausmachen. Die Vorhaltebudgets sollen sich aus dem aktuellen Pflegebudget 20% und einer Vorhaltung für die restliche Infrastruktur (personell und medizinisch-technisch) zusammensetzen.

Dieses Vorhaltebudget soll im ersten Schritt unabhängig von der Fallmenge auf alle Krankenhäuser in den jeweiligen Leistungsgruppen aufgeteilt werden.

Zu Beginn soll die Aufteilung auf Basis der Marktanteile im Status Quo erfolgen. Die DRG-Vergütung soll weiterhin mengenabhängig pro Fall ausgezahlt werden. Nach einer Konvergenzphase sollen die Vorhaltebudgets an drei Komponenten geknüpft werden.

3 Komponenten zu Berechnung der Vorhaltebudgets¹



- 1 Eine Bevölkerungskomponente, um die Einwohnerdichte und Fahrtzeiten zu berücksichtigen. Ziel ist es hierbei die Kapazitätsvorhaltung in Einklang zum Bedarf der Einwohnerzahl zu bringen.
- 2 Eine Qualitätskomponente mit konkreten operationalisierbaren Qualitätsindikatoren, welche die Sicherstellung und Belohnung der qualitativen Outcomes zum Ziel haben soll.
- 3 Eine zusätzliche mengenbezogene Komponente, um auch die Nachfrage der Patienten und Einweiser im Vorhaltebudget berücksichtigen zu können. Diejenigen Krankenhäuser, die einen guten Ruf durch Qualität, Fürsorge etc. genießen und dadurch einen stärkeren Patientenzulauf haben, der mit höheren Vorhaltekosten verbunden ist, sollen auch ein höheres Vorhaltebudget erhalten.

VORBEREITEN

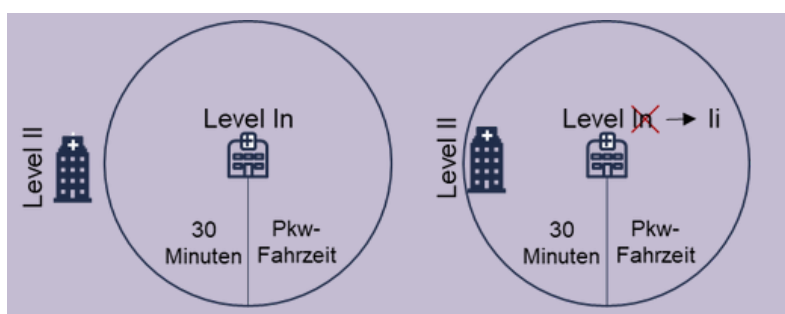
- ABER WIE?

Krankenhauslevel Analyse

In der Stellungnahme der Regierungskommission wurden eine Reihe von Mindestvoraussetzungen definiert. Der aktuelle stattfindende Diskurs zeigt, dass die Definition der Krankenhauslevel eine der heikelsten Fragen im Rahmen der Reform darstellen wird und es ist davon auszugehen, dass die Kriterien aus dem Entwurf sicherlich noch modifiziert werden. Nichtsdestoweniger ist es absolut ratsam und sinnvoll als Krankenhaus auf dieser Basis die ersten Analysen durchzuführen. Darüber hinaus können potenzielle Veränderungen im Markt modelliert werden, um mögliche Szenarien für die eigene Strategie präsent zu haben.

FA	LG des Fachs		Level I + 4 Low Care + 2 High Care + Ausnahmen	24/7 für LG
li	Basisbehandlung		keine	FÄ-Rufbereitschaft
In	Basisbehandlung + Sicherstellung der NV	G-BA Stufe I	Level I - 6 täglich betreibbaren Intensivbetten	Bereitschaft + Rufbereitschaft
II	In + weitere LG	G-BA Stufe II	Level II > 10 Low-Care + High-Care Intensivbetten	IM,CH,Intensiv,Notfall 24/7 + Rufbereitschaft
III	Breites LG Spektrum	G-BA Stufe III	Level III > 20 Low Care & High-Care Intensivbetten	IM,CH,Intensiv,Notfall 24/7 + Rufbereitschaft
IIIU	Breites LG Spektrum	G-BA Stufe III	Level III > 20 Low Care & High-Care Intensivbetten	IM,CH,Intensiv,Notfall 24/7 + Rufbereitschaft

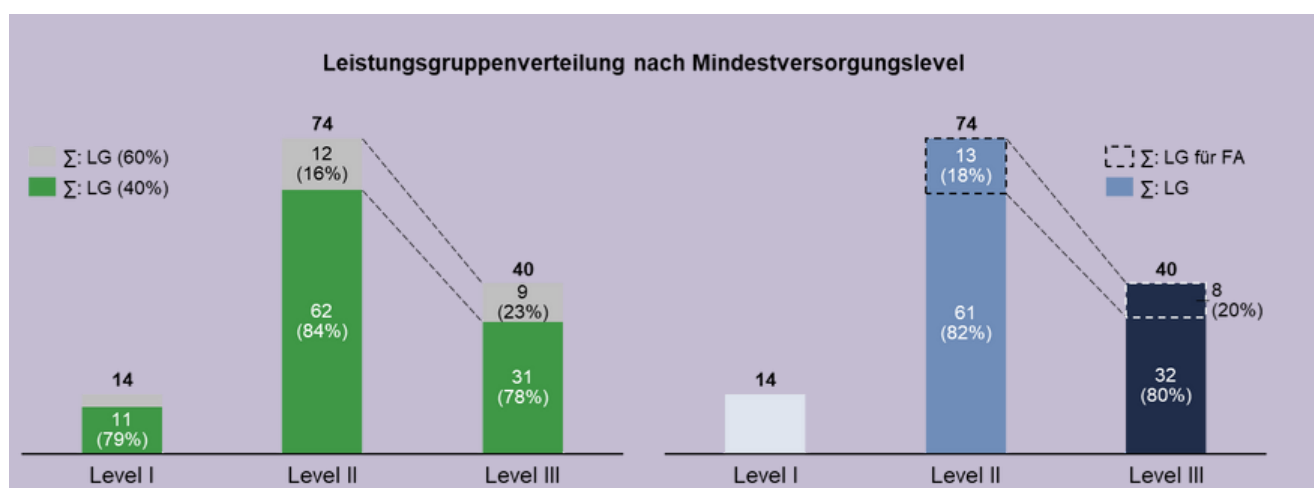
Neben den bereits benannten und in Tabelle 1 nochmals aufgeführten Mindeststrukturkriterien, könnte für potenzielle Level-In-Häuser ein weiteres Kriterium relevant werden. Diese Level-In-Krankenhäuser würden laut Stellungnahme der Regierungskommission nur dann einen Sicherstellungsauftrag erhalten, wenn im 30 Minuten Fahrzeitradius kein Krankenhaus der Regel- und Schwerpunktversorgung vorhanden ist. Vor diesem Hintergrund werden Markt- und Wettbewerbsanalysen sehr wichtig, um den Status der eigenen Klinik im Markt bewerten zu können.



Analyse des Leistungsspektrums & der Leistungsgruppe

Transparenz über den Status Quo des eigenen Leistungsspektrums ist die Grundvoraussetzung für eine medizin-strategische Entscheidungsfindung. Im Rahmen der Reform bekommen diese Analysen eine noch wichtigere Bedeutung, denn zukünftig werden sich Kliniken stärker fokussieren müssen.

Untenstehende Grafik zeigt die potenziell möglichen Leistungsgruppen je Krankenhauslevel.



Kliniken sollten sich über Spezialisierungsgrad, Marktanteile und Wettbewerber in den einzelnen Leistungsgruppen bewusst sein, um sich strategisch sinnvoll positionieren zu können.

Erste Analysen für das Leistungsspektrum der Intensivmedizin, eine Leistungsgruppe, deren medizinischen Inhalte von der Regierungskommission bereits definiert wurde, zeigt mitunter dramatische Auswirkungen.

Analyse des ambulanten (Risiko-) Potenzials

Die Möglichkeiten für ambulante Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe in Krankenhäusern sollten Experten zufolge substanziell ausgeweitet werden. Die Aufnahme von 208 weiteren OPS-Kodes in den AOP-Katalog 2023 scheint für Kliniken im Vergleich zu den Empfehlungen im Rahmen des IGES-Gutachtens für Erleichterung zu sorgen. Nichtsdestoweniger dürfen sich die Kliniken nicht in falscher Sicherheit wiegen. Die Anzahl der neuen OPS-Kodes ist zwar deutlich geringer als erwartet ausgefallen, aber dafür sind die Kontextfaktoren verschärft worden. Das bedeutet es gibt weniger Ausnahmen, die zukünftig eine stationäre Behandlung begründen können.

Key Facts AOP-Katalog 2023

208 neue OPS-Kodes

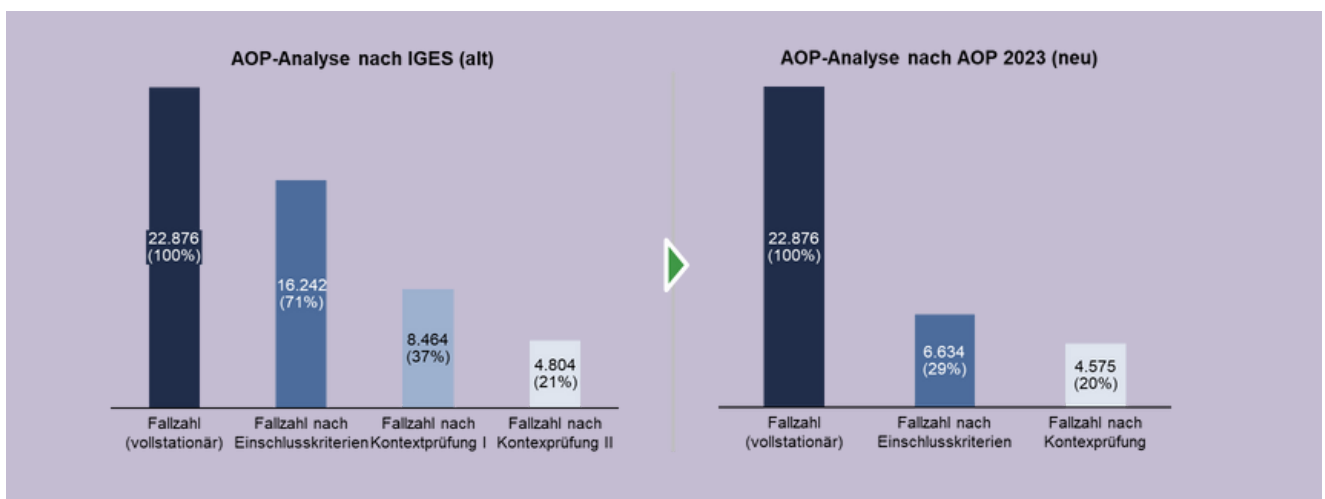
- o 154 in Abschnitt 1
- o 54 in Abschnitt 2

AOP-Katalog Summe 3.089 OPS-Kodes

- o Kontextfaktoren lösen G-AEP Kriterien ab

- o stationär durchführbare OPS-Kodes
- o Beatmungspflichtige Patienten (operationalisiert über Beatmungsstunden)
- o Stationär durchführbare Diagnosen (ICD-Kodes)
- o Gebrechlichkeit, operationalisiert über Pflegegrad und Barthel-Index
- o Untere Altersgrenze: bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres

Erste Klinikanalysen zeigen, dass sich zwar die Anzahl der in Frage kommenden ambulanten Leistungen im Vergleich zum ursprünglichen IGES-Gutachten verringert hat. Das ambulante Potenzial ist allerdings aufgrund der "härteren" Kontextfaktoren nahezu identisch geblieben. Im dargestellten Beispiel werden von knapp 23.000 stationären Fällen ca. 4.500 als ambulant eingestuft.



Analyse des Tagesbehandlungspotenzials

Seit Januar 2023 dürfen Krankenhäuser vollstationäre Behandlungen als Tagesbehandlung erbringen. Das Ziel dahinter ist, die Krankenhäuser und deren Mitarbeitenden zu entlasten. Für viele Patienten sollte diese Einführung eine interessante Option sein, weshalb sich auch Kliniken intensiv mit Vor- und Nachteilen befassen sollten. Der Vergütungsrahmen ist nicht üppig gefasst, so dass Kliniken, die sich dafür entscheiden Tagesbehandlungen anzubieten, den Prozess der Patientenbehandlung optimal gestalten müssten. Die Option ist insbesondere für Kliniken interessant, die viele freie Kapazitäten durch den generellen Rückgang der stationären Fallzahlen haben.

Definition Tagesbehandlung:

- Die Behandlung wird mit allen Mitteln (Personal und Infrastruktur) des Krankenhauses durchgeführt.
- Die Patienten verbringen die Nacht nicht im Krankenhaus.
- Eine Tagesbehandlung kann über mehrere Tage mit einer maximalen Unterbrechung von 2 Tagen am Stück erfolgen

Abrechnung:

- Die Tagesbehandlung wird wie bisher als DRG abgerechnet.
- Das Relativgewicht der DRG wird pauschal um 0,04 pro entfallender Nacht gemindert (4 Tage Behandlung = Minderung von 0,12 Relativgewichten).
- Grenzverweildauern finden gleiche Anwendung wie bei der Behandlung mit Übernachtung.
- Vergütet (angerechnet) werden nur Tage, an denen der Patient oder die Patientin mindestens 6 Stunden im Krankenhaus war.

Folgende Fragen stehen im Zentrum der Analyse

- Welche und wie viele Behandlungsfälle können zukünftig von Kliniken als Tagesbehandlung abgebildet werden?
- Wie viele Übernachtungen können eingespart werden und wie hoch ist der zu kompensierende Erlösrückgang?
- An welchen Wochentagen werden potenzielle Tagesbehandlungen zum heutigen Zeitpunkt in meiner Klinik aufgenommen und entlassen?
- Wie bilde ich homogene Patientencluster, um das Potenzial im neuen Jahr maximal ausschöpfen zu können?

HYBRIDE VERSORGUNGS- MODELLE

VOM GRUNDVERSORGER ZUM INTERSEKTORALEN GESUNDHEITZENTRUM DER REGION

Was sind hybride Versorgungsmodelle im Gesundheitswesen denn genau?

Hybride Versorgungsmodelle sind eine Kombination aus ambulanter, stationärer und digital unterstützter Gesundheitsversorgung, die in das deutsche Gesundheitswesen im Rahmen der Krankenhausreform integriert werden könnten. Sie ermöglichen es, Patienten in einer komfortableren, zeit- und kosteneffizienten Umgebung zu versorgen. Bereits bestehende ambulante Versorgungszentren können durch eine Erweiterung von stationären Betten- und Pflegekapazitäten, Komponenten der Telemedizin und kontinuierlichen Überwachungsgeräten zu einer hybriden Versorgung umstrukturiert werden. Umgekehrt können Krankenhäuser niedriger Versorgungsstufen zu hybriden Zentren transformiert werden, um so den Bedürfnissen der Patienten vor Ort gerecht zu werden. Weitere Vorteile können in einer verbesserten Kommunikation zwischen Arzt und Patient liegen, da Patienten über die Sektorengrenzen hinweg von einem Arzt versorgt werden können.

Welche potenziellen hybriden Versorgungsmodelle gibt es?

Praxiskliniken: Praxiskliniken im deutschen Gesundheitswesen sind ambulante Einrichtungen, die in erster Linie eine fachärztliche Versorgung für Patienten anbieten.

Sie werden häufig von niedergelassenen Ärzten betrieben, so dass sie ihre ambulanten Leistungen nach dem KV-System abrechnen können. Die stationären Leistungen werden häufig nur für Privatpatienten (§30 Klinik) oder über Verträge der integrierten Versorgung angeboten.



Ambulante OP-Zentren mit Selektivverträgen: Ambulante OP-Zentren mit Selektivverträgen bieten eine Kombination aus hochwertiger medizinischer und ökonomischer Versorgung. Sie ermöglichen Krankenversicherungsunternehmen hohe Qualität bei gleichzeitiger Kosteneffizienz. Das Leistungsspektrum ist meist eng abgesteckt und sehr bürokratisch in der Festlegung, da die Verträge mit jeder Krankenversicherung einzeln ausgehandelt werden müssen.

Integrierte Versorgungszentren: Integrierte Versorgungszentren (IVZ) existieren im deutschen Gesundheitswesen aktuell eher in der Theorie, da kein flächendeckender rechtlicher Vergütungsrahmen existiert, der eine Abrechnung sektorübergreifender Leistungen ermöglicht. Dies soll sich durch die Krankenhausreform ändern! Das IVZ bietet eine Kombination aus ambulanter und stationärer Versorgung, die auf den individuellen Bedarf des Patienten zugeschnitten ist und die Abläufe zwischen den verschiedenen Einrichtungen besser koordiniert.

Potenzielle Leistungsspektren und Patientengruppen

Mit Blick auf die aktuellen Defizite im Gesundheitswesen, das von zu hohen stationären und zu geringen ambulanten oder hybriden Angeboten geprägt ist, werden ambulante Leistungsspektren, die mitunter eine stationäre aber nicht intensive Überwachung bedürfen, eine potenziell große Nachfrage nach sich ziehen.

Im Zentrum stehen Patientenfälle mit folgenden Charakteristiken:

- Nach der ambulanten Behandlung ist eine Überwachung ratsam, aber keine intensivmedizinische Behandlung notwendig.
- Der Schweregrad, gemessen als PCCL-Level, liegt zwischen 0-2, so dass die Patienten keine komplexen Komorbiditäten aufweisen und in der Regel auch keine klassische stationäre Therapie benötigen.
- Eine ärztliche Rufbereitschaft ist ausreichend.
- Eine stationäre Beobachtung ist aufgrund der sozialen Umstände erforderlich, weil sich die Patienten nicht selbständig zu Hause versorgen können.

Darüber hinaus zeigt das Bild der Notaufnahmen in den Kliniken, dass auch Kinder und Jugendliche von diesen hybriden Versorgungsmodellen stark profitieren können. Sowohl die Compliance als auch die berechtigte Vorsicht bei der Behandlung von Kindern können eine stationäre Überwachungen für beispielsweise Infusionstherapien oder vorbereitende Maßnahmen vor einer ambulanten Intervention erforderlich machen. Diese Patientengruppe wird in den wenigsten hybriden Modellskizzen bislang beachtet, sollte aber unbedingt Berücksichtigung finden.

Hybride Versorgungsmodelle sind dafür geeignet das Gesundheitswesen in Deutschland zu verbessern und das Angebot und die Nachfrage wieder besser zusammenzuführen. Bislang fehlt ein einheitlicher rechtlicher Rahmen, der mit der Reform kommen soll.

Unsere Seminarreihe **Masterplan Krankenhaus- reform**

Die Regierungskommission empfiehlt eine grundlegende Reform der Krankenhausvergütung, um einen Beitrag zur nachhaltigen Stabilisierung der Krankenhausversorgung und -vergütung zu leisten.

Der Umfang und die Komplexität dieses Reformvorhabens sind sehr groß. Aus diesem Grund veranstalten wir von der BinDoc GmbH im Jahr 2023 die Seminarreihe „Masterplan Krankenhausreform“ um Krankenhäusern und Stakeholdern von Krankenhäusern eine substanzielle Hilfestellung bei der Vorbereitung und Umsetzung des Reformvorhabens zu leisten.

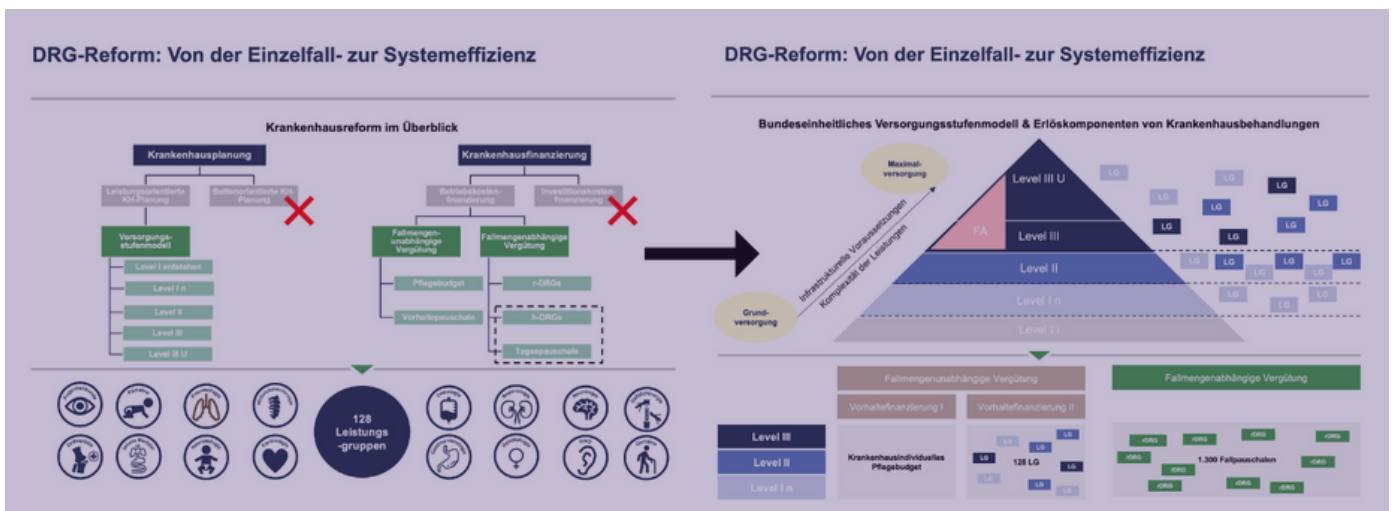


BAUSTEIN 1

KEY FACTS

AUS DER SEMINARREIHE

MASTERPLAN KRANKENHAUSREFORM



Unsere Krankenhausexperten bereiten die Inhalte für Sie auf. Wir beleuchten alle wichtigen Facetten der Neuerungen, welche sich auf die Medizinstrategie und die Wirtschaftlichkeit besonders stark auswirken.

In Baustein 1 besprechen wir in jedem Seminar zunächst die wichtigsten Updates zur Krankenhausreform. Wir ordnen die Updates in den Gesamtkontext ein und thematisieren mögliche Änderungen für die in Baustein 2 folgende Analyse und Modellierung.

Das erste der vier Seminare wird die gesamten Grundlagen der neuen Reform zum Thema haben. Hierzu beginnen wir wie in der dargestellten Grafik auf der Meta-Ebene und gehen von hier Stück für Stück tiefer ins Detail. Hierdurch haben alle Teilnehmer die Möglichkeit die Reform von der Basis kennenzulernen, um später die Analysen und Modellierungen einfach nachvollziehen zu können.

BAUSTEIN 2

ANALYSEN

In Baustein 2 erstellen wir konkrete Analysen entlang beispielhafter Kliniken. Hierzu greifen wir auf unsere Analytics Plattform und die größte analytische Klinikdatenbank im deutschen Raum zurück.

Wir analysieren die Strukturvorgaben und zeigen, wie Kliniken und Stakeholder diese bestmöglich auswerten können. Welche Versorgungsstufe kann eine Klinik anstreben?

Welche ist sinnvoll – aus wirtschaftlicher und medizinstrategischer Sicht?

Wie wirkt sich die Versorgungsstufe auf die Struktur der Klinik und damit auf die Stakeholder aus?

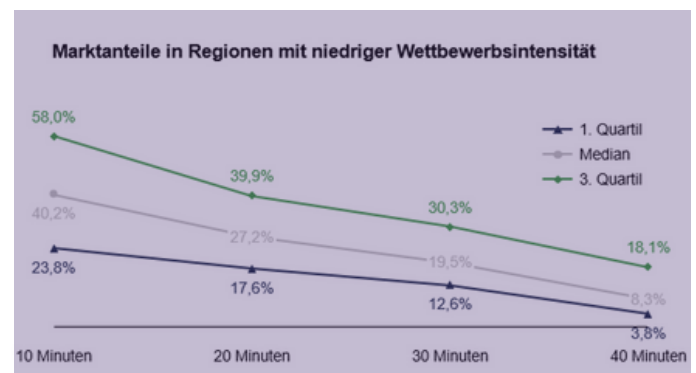
Es werden Leistungsgruppenanalysen durchgeführt, um aufzuzeigen wie der Status Quo im Vergleich zu möglichen Veränderungen im beispielhaften Leistungsspektrum einer Klinik aussieht. Neben den Auswirkungen für die Kliniken werden auch die indirekten Implikationen z.B. für Medizintechnikunternehmen dargestellt.

Detaillierte Analysen der Wettbewerbssituation, der Gebietsarten und Marktanteile werden vorgestellt. Diese sind wichtig, um zu zeigen welche Klinikkooperationen möglich, notwendig und sinnvoll sind. Was sind potenzielle Kooperationskrankenhäuser?

Wie ist der Marktanteil einer Klinik in den einzelnen Leistungsgruppen?

Wie werde ich unter Berücksichtigung von Gebietsart und Wettbewerbsintensität bewertet?

Anhand von Patientenwanderungen können auch Simulationsanalysen dargestellt werden, wie sich der Markt verändert bei Schließung, Zusammenlegung oder Öffnung von Leistungsgruppen in einzelnen Krankenhäusern.



BAUSTEIN 3

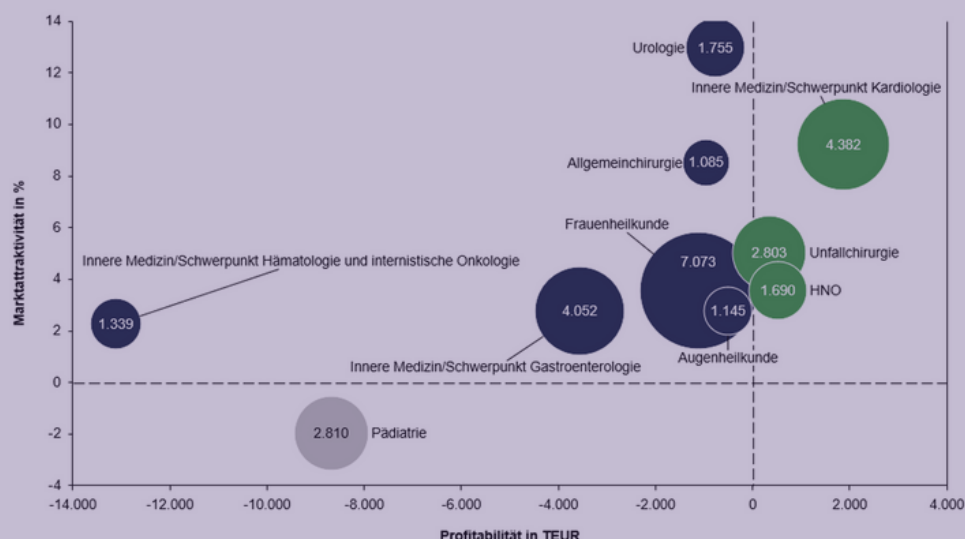
INTERPRETATION

Unsere Experten interpretieren und bewerten die Reformschritte aus Sicht der Krankenhäuser und Stakeholder der Kliniken.

Die Seminarreihe, die sich über vier Quartale des Jahres 2023 erstreckt, ermöglicht es etwaige Updates und Anpassungen der Reformschritte dynamisch zu bewerten, so dass die Teilnehmer immer Up to Date bleiben!

Wir simulieren an konkreten Beispielen wie sich die Reformen auf unterschiedliche Krankenhäuser auswirken. Wie kann sich eine Klinik positionieren, um zu den Reformgewinnern zu gehören? Wir simulieren an konkreten Beispielen wie sich die Reformen auf unterschiedliche Krankenhäuser auswirken.

- ▶ Wie kann sich eine Klinik positionieren, um zu den Reformgewinnern zu gehören?
- ▶ Welche Prozessschritte sollten frühzeitig eingeleitet werden, um die notwendigen Anforderungen zu den jeweiligen Stichtagen zu erfüllen?
- ▶ Wie wirken sich unterschiedliche Szenarien auf die Erlössituation einer Klinik aus?
- ▶ Welche Kennzahlen können als Benchmarks herangezogen werden?
- ▶ Werden sich bestehende Erfolgsfaktoren zugunsten anderer Faktoren ändern?



BAUSTEIN 4 HANDOUT

► Alle Ergebnisse aus den Webinaren werden komprimiert als Schulungsunterlagen nach dem Webinar zur internen Verwendung bereitgestellt

► Die Leitfäden enthalten die wichtigsten Inhalte, Analysen, Interpretationen und Bewertungen.



ZIELGRUPPE AN WEN RICHTET SICH UNSERE SEMINARREIHE?

Grundsätzlich können alle Stakeholder des Krankenhauses von den Seminarinhalten und den Analysen profitieren. Der Fokus liegt auf Klinikführung, Klinikberatung und Medizintechnik.

Im Krankenhaus benötigen insbesondere die Führungsebenen im Bereich des Managements, der Medizin und Pflege die Erkenntnisse aus den Seminaren, da sie die Grundlagen für die strategischen Entscheidungen darstellen. Hierbei ist es für diese Zielgruppe von besonderer Bedeutung die Auswirkungen der Reformschritte auf die eigene Klinik übertragen zu können. Genau das soll Ziel der Seminare sein: Kompakt, Analytisch, Objektiv!

Weitere Stakeholder aus Industrie können sich frühzeitig auf eine sich verändernde Kliniklandschaft, mit neuer Schwerpunktbildung und anderen Anreizen vorbereiten. Auch hier gilt: Wer die Marktveränderung frühzeitig antizipieren kann, wird von First Mover Advantages profitieren.

NEHMEN SIE KONTAKT AUF: MARKUS SCHICKTANZ



Markus Schicktanz

Sales Manager

Telefon: +49 7071 7543170

E-Mail: markus.schicktanz@bindoc.de

Webseite:

<https://www.bindoc.de/seminarreihe-masterplan-krankenhausreform>

Um was geht es in der DRG-Reform?



Die Regierungskommission empfiehlt eine grundlegende Reform der Krankenhausvergütung, um einen Beitrag zur nachhaltigen Stabilisierung der Krankenhausversorgung und -vergütung zu leisten.

Dies soll ein weiterer Baustein für eine sektorenübergreifende Reform der ärztlichen und pflegerischen Versorgung in Deutschland sein. Sie erkennt, dass das DRG-System, das auf Leistungs- und Mengenorientierung basiert, Fehlanreize schafft und die Möglichkeiten für eine Ambulantisierung nicht ausnutzt. Deshalb plädiert sie für eine Kombination aus leistungsabhängiger Vergütung und einer Vorhaltefinanzierung, die an Versorgungslevel und Leistungsgruppen gekoppelt ist. Darüber hinaus sieht sie eine regelmäßige Evaluation und wissenschaftliche Begleitung der Umstellung als unerlässlich an.