

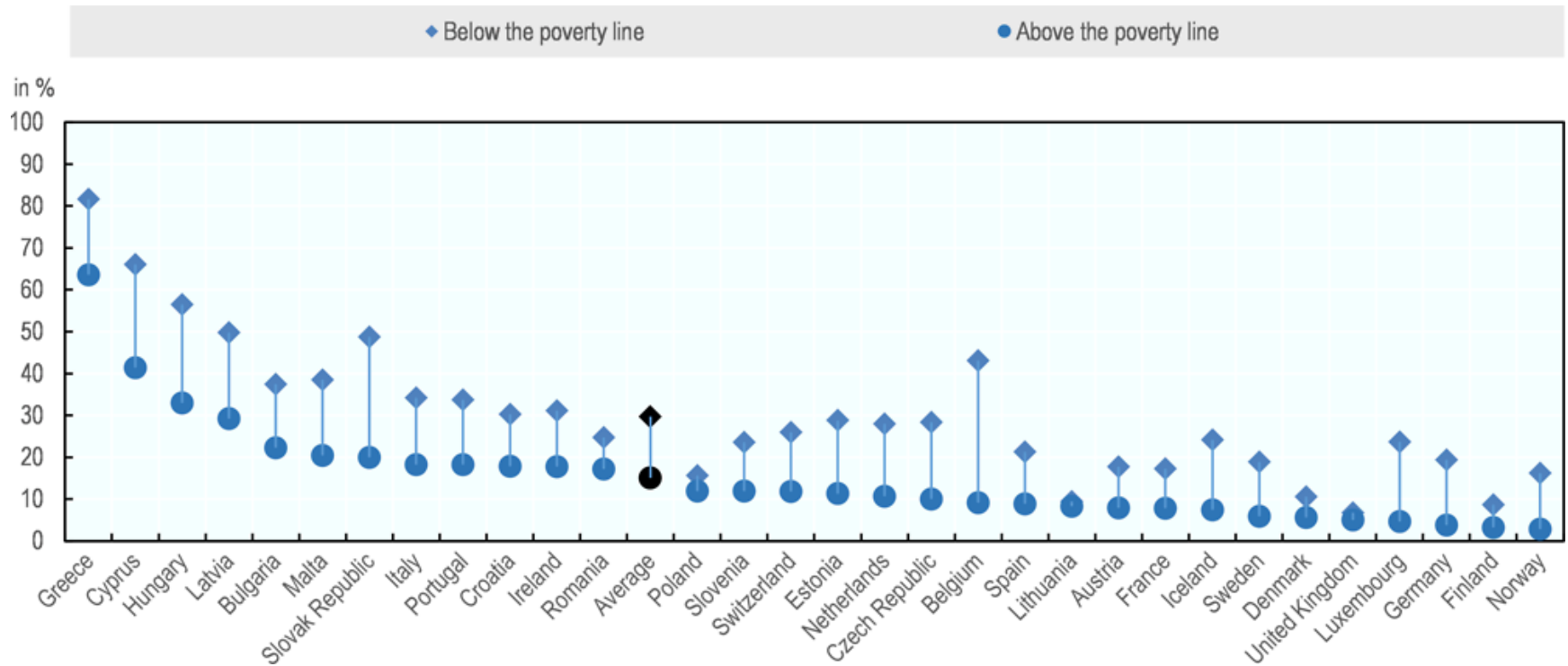
Ambulantisierung unter gesundheitsökonomischen Aspekten?

Jürgen Zerth, Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt,
Tizian Juschkat, Universität Bayreuth

Disclaimer:

- Jürgen Zerth hat die Professur für Sozialmanagement in Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesens der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt inne
- Tizian Juschkat ist wissenschaftlicher Mitarbeiter an Rechts- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Bayreuth
- Es liegen keine Interessenskonflikte vor

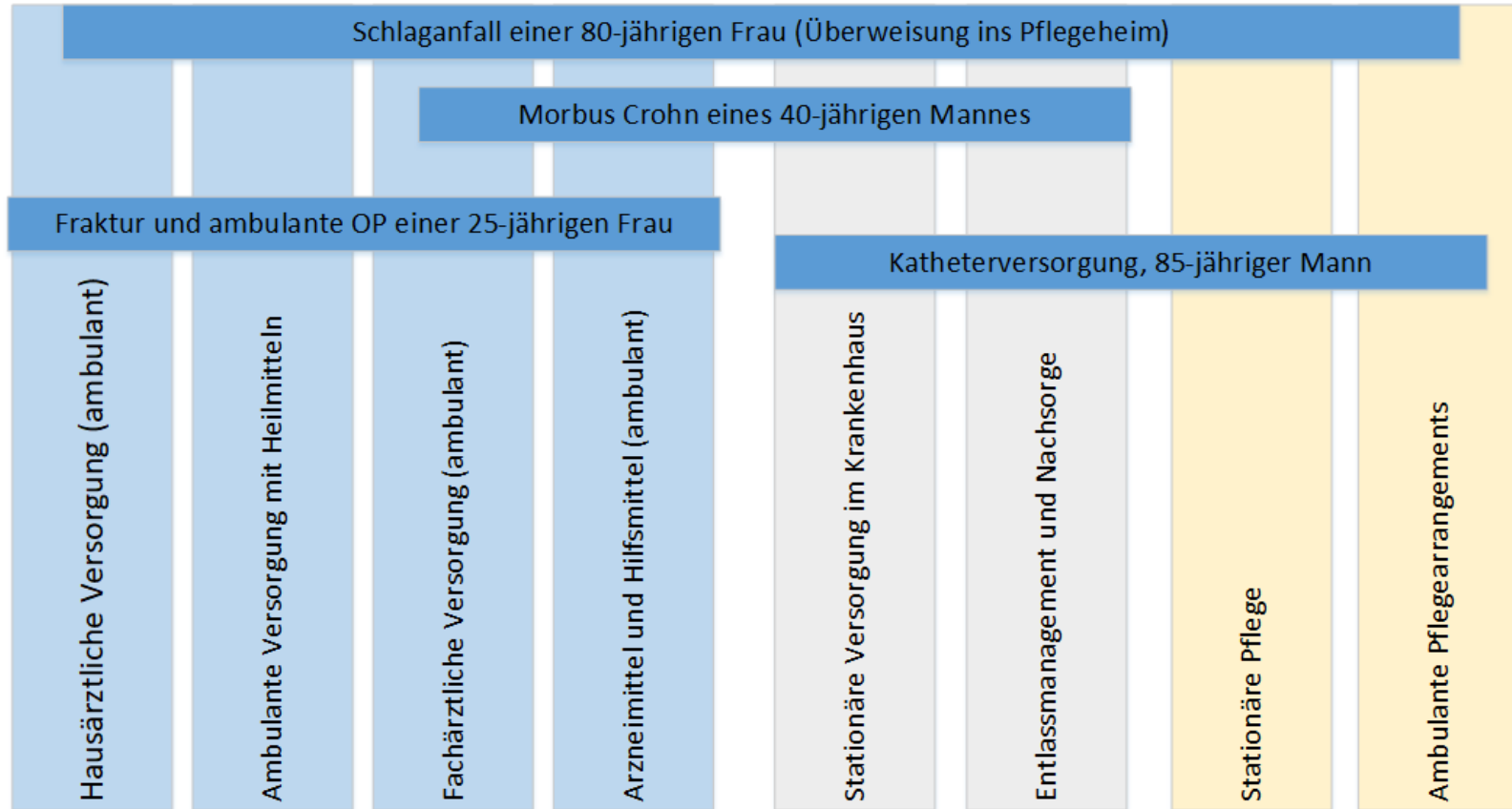
Inanspruchnahme von ausgesuchten Gesundheitsleistungen (OECD 2019) II



Note: Share of households that responded being able to afford health care services.
 Below the poverty line refers to households with 60% or less of median equalised income.
 Source: EU-SILC ad-hoc module 2016

Integrierende Versorgung.....wo liegt die Verantwortung für Bedarfslagen?

Informationskontinuität als Bestandteil der Versorgungskontinuität



Gliederung

Krankenhaus: quo vadis oder die Frage der Versorgung

Ambulantisierung: wo liegt die Verantwortung?

Gesundheitspolitische Implikationen

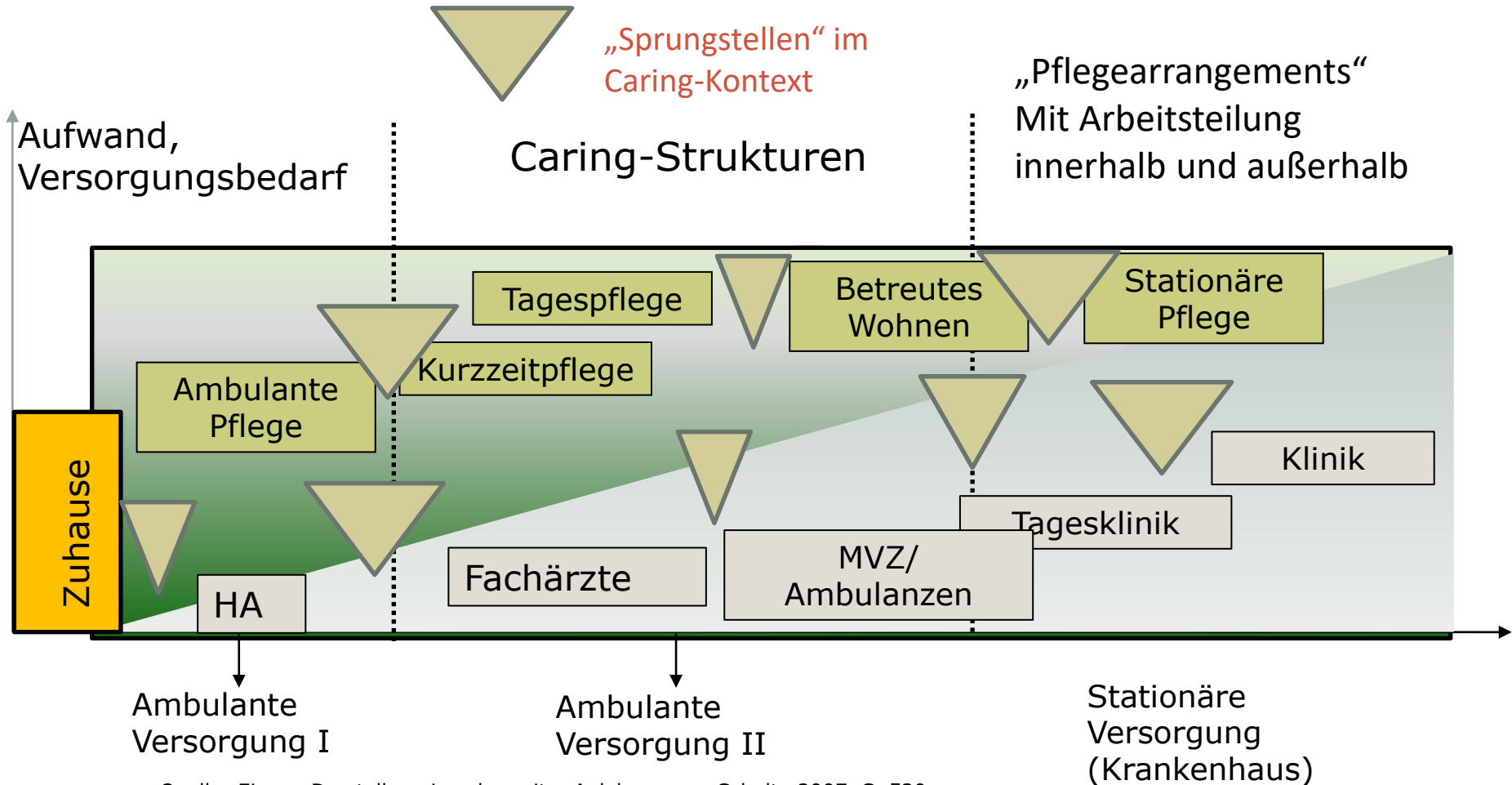


Inanspruchnahme von ausgesuchten Gesundheitsleistungen (OECD 2019) I

	Visited any doctor	Visited any GP	Visited any specialist	Number of GP visits	Number of specialists visits	Hospitalised as inpatient
EU28/27	78%	71%	47%	0.70	0.65	10%
OECD	79%	73%	47%	0.69	0.66	10%
France	90%	88%	49%	0.78	0.70	12%
Germany	87%	79%	65%	0.90	0.91	15%
Norway	77%	74%	33%	0.47	0.30	9%
UK	77%	74%	34%	0.59	0.46	9%

Proportion of adults who had a medical visit in the past 12 months. Number of visits in the past 4 weeks for people who had a medical visit in the past year; OECD 2019

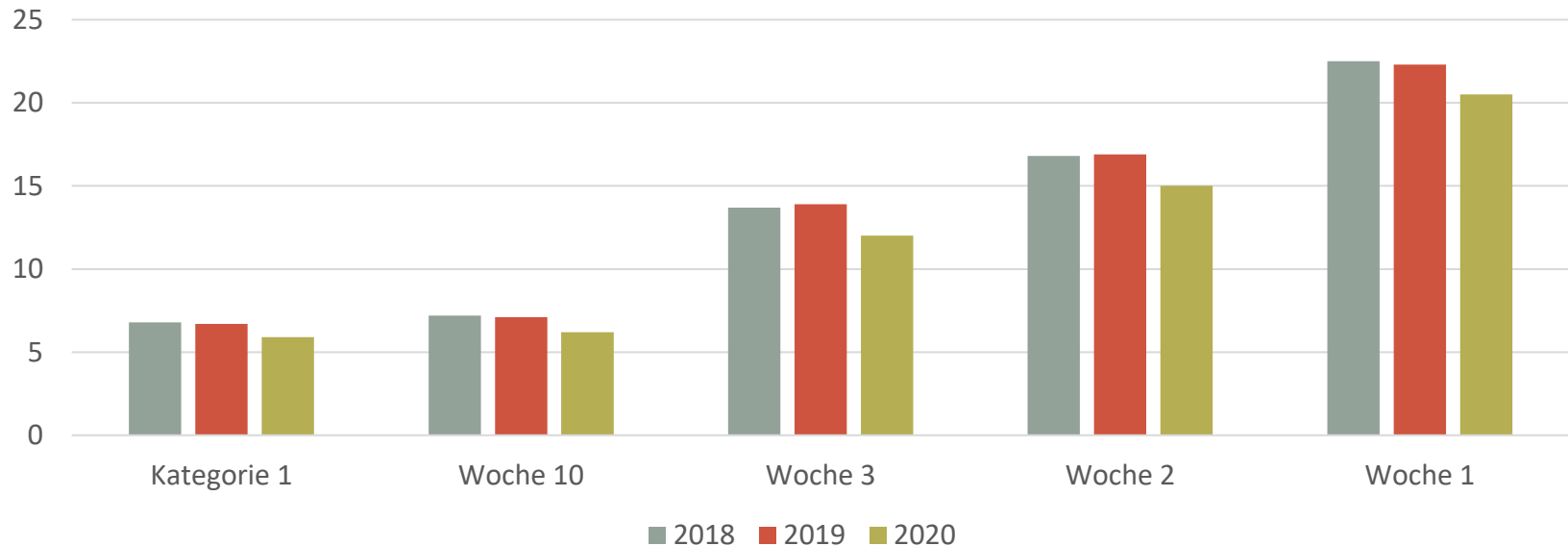
Versorgungspraxis: Der Blick auf den Versorgungspfad



Quelle: Eigene Darstellung in sehr weiter Anlehnung an Schulte 2007, S. 520

Beispiel Untersuchung von Schwinger et al. (2022)

Anteil Pflegeheimbewohner mit Krankenhausaufenthalt in den zwölf Woche vor Versterben

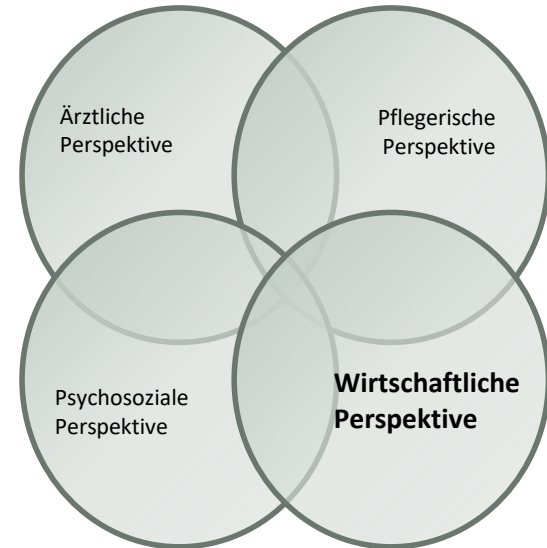


Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Schwinger et al. 2022, S. 63

Komplexer und sektorenübergreifender Versorgungsbedarf

Externe Rahmenbedingungen

- Sich wandelnde Patientenstruktur → **komplexer** und sektorenübergreifender **Versorgungsbedarf**
- **Verkürzung** der **Liegedauer** im KH → Gestaltung von Übergängen
- Aktuelle Debatte zur Umsetzung des **Entlassungsmanagements**
- **Qualifikationswandel** in den Gesundheitsberufen (z.B. Akademisierung/Generalisierung der Pflege)



- **Häufige Versorgungsbrüche** im poststationären Setting (Kontinuität der Versorgung nicht gegeben) (AQUA 2015)
- Häufige **ungeplante Wiederaufnahmen** (Wingenfeld 2011 und Jencks et al. 2009) und ambulante Notaufnahmen (MCK et al. 2015)
- **Mangelnde Selbstbestimmtheit**, Kompetenz und Zufriedenheit des Patienten (AQUA 2015)

Gliederung

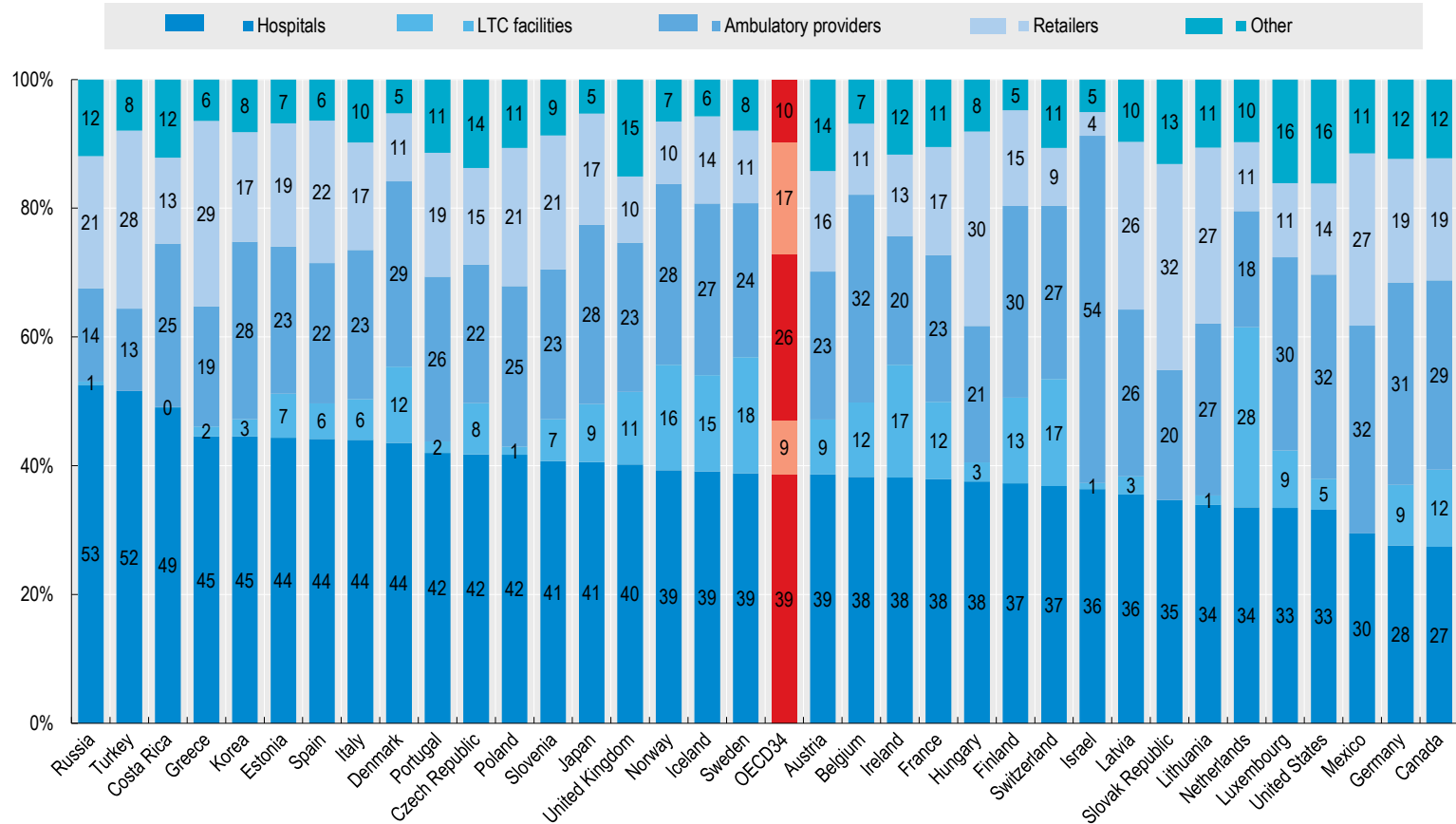
Krankenhaus: quo vadis oder die Frage der Versorgung

Ambulantisierung: wo liegt die Verantwortung?

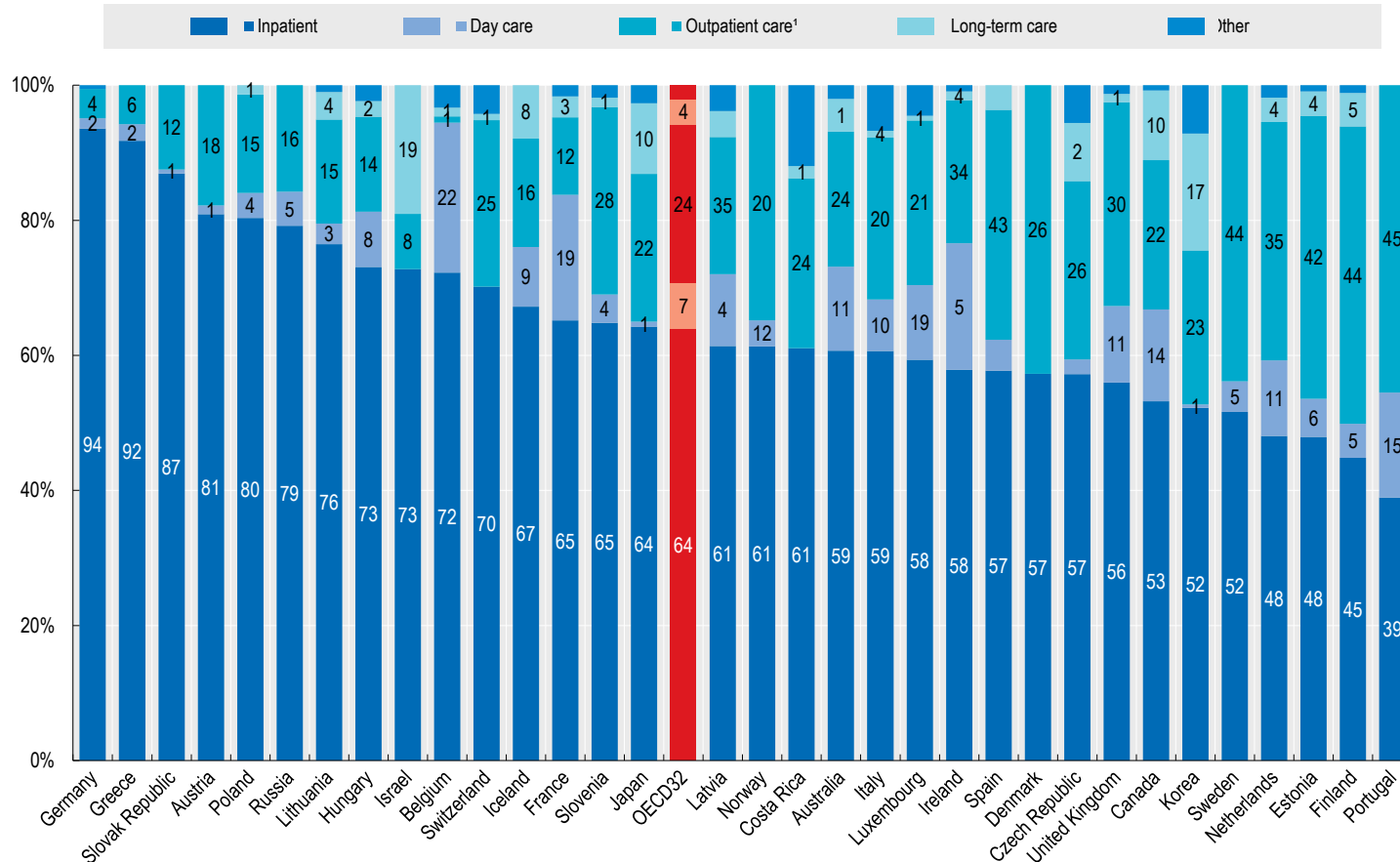
Gesundheitspolitische Implikationen



Health expenditures per provider (OECD 2019)



Hospital expenditure by type of service (OECD 2019)



Quellen: HEALTH AT A GLANCE https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/7/8/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en&_csp_=ca413da5d44587bc56446341952c275e&itemIGO=oecd&itemContentType=book

Ambulant durchführbare Operationen

A1 Internationaler Vergleich Tagesfall-Operationen

Tabelle 51: Anteil der Eintagesfälle bei ausgewählten Operationen im internationalen Vergleich, 2019

kind of surgery	Germany	Germany	Austria	Denmark	Switzerland	United Kingdom
	Total procedures per 100 000 population	% performed as day cases				
Cataract surgery *	1.061,8	83,2	87,9	96,2	88,2	99,1
Transluminal coronary angioplasty	419,5	1,0	2,6	22,2	21,7	31,4
Hysterectomy (females)	239,8	0,0	0,0	57,7	1,2	2,1
Laparoscopic cholecystectomy	204,6	0,0	0,7	55,3	5,1	51,0
Partial excision of mammary gland (females)	193,9	0,4	3,4	88,3	8,2	77,8
Transurethral prostatectomy (males)	182,1	0,0	0,1	25,0	0,8	9,5
Laparoscopic repair of Inguinal hernia	138,7	0,2	5,6	88,6	26,8	77,4
Laparoscopic appendectomy	121,8	0,0	0,0	12,6	0,3	2,6
Total mastectomy	65,5	0,0	0,0	45,6	4,1	21,2

Quelle: IGES auf Basis von Daten der OECD

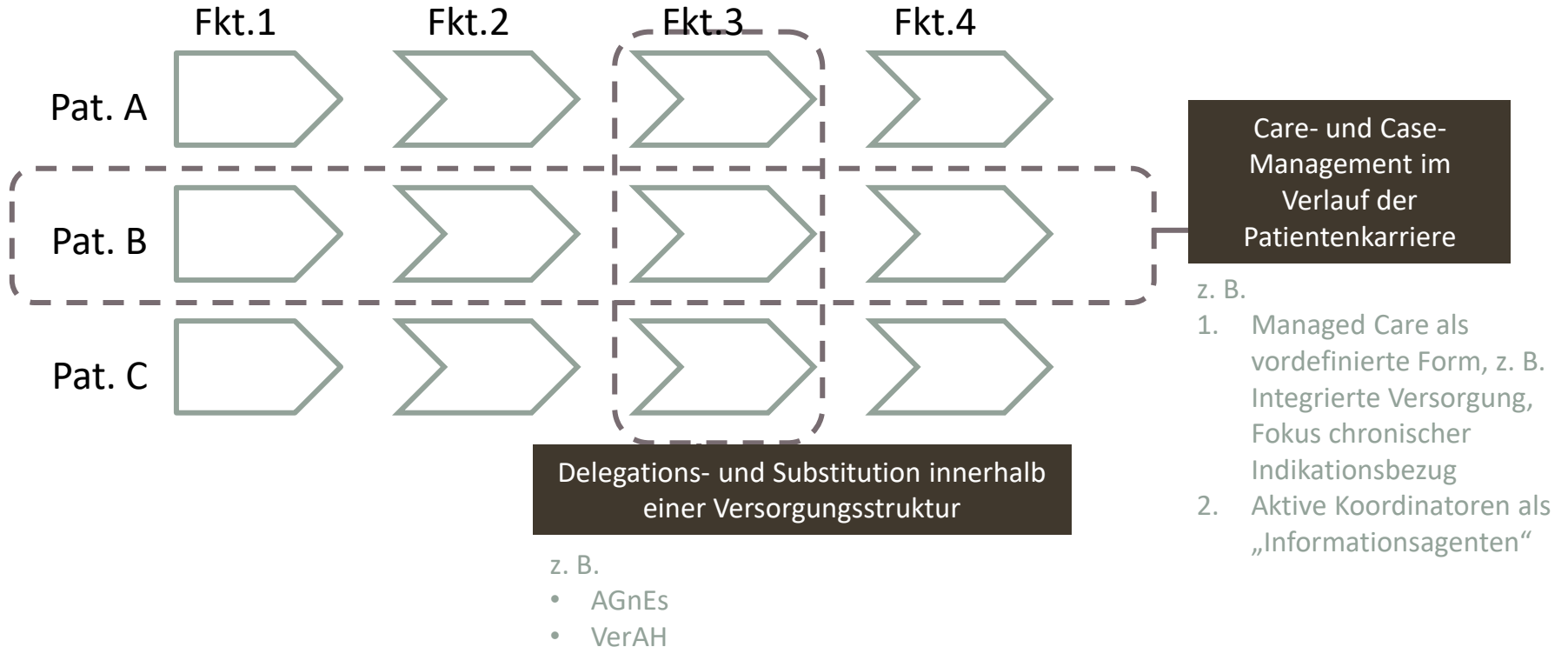
Anmerkung: Die bevölkerungsbezogene Häufigkeit der Operationen weicht in den Vergleichsländern teilweise deutlich von der in Deutschland ab. Vergleichbarkeit der Tagesfall-Anteile aufgrund unterschiedlicher Zählweisen und Abgrenzungen eingeschränkt.

* Die Angaben zu Katarakt-Operationen enthalten auch die ambulant durchgeführten Fälle (in Deutschland: 82,8%). Ambulante Fälle gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus sind nicht enthalten.

Ambulante Leistungen zu stationären Leistungen; internationaler Überblick IGES (2019)

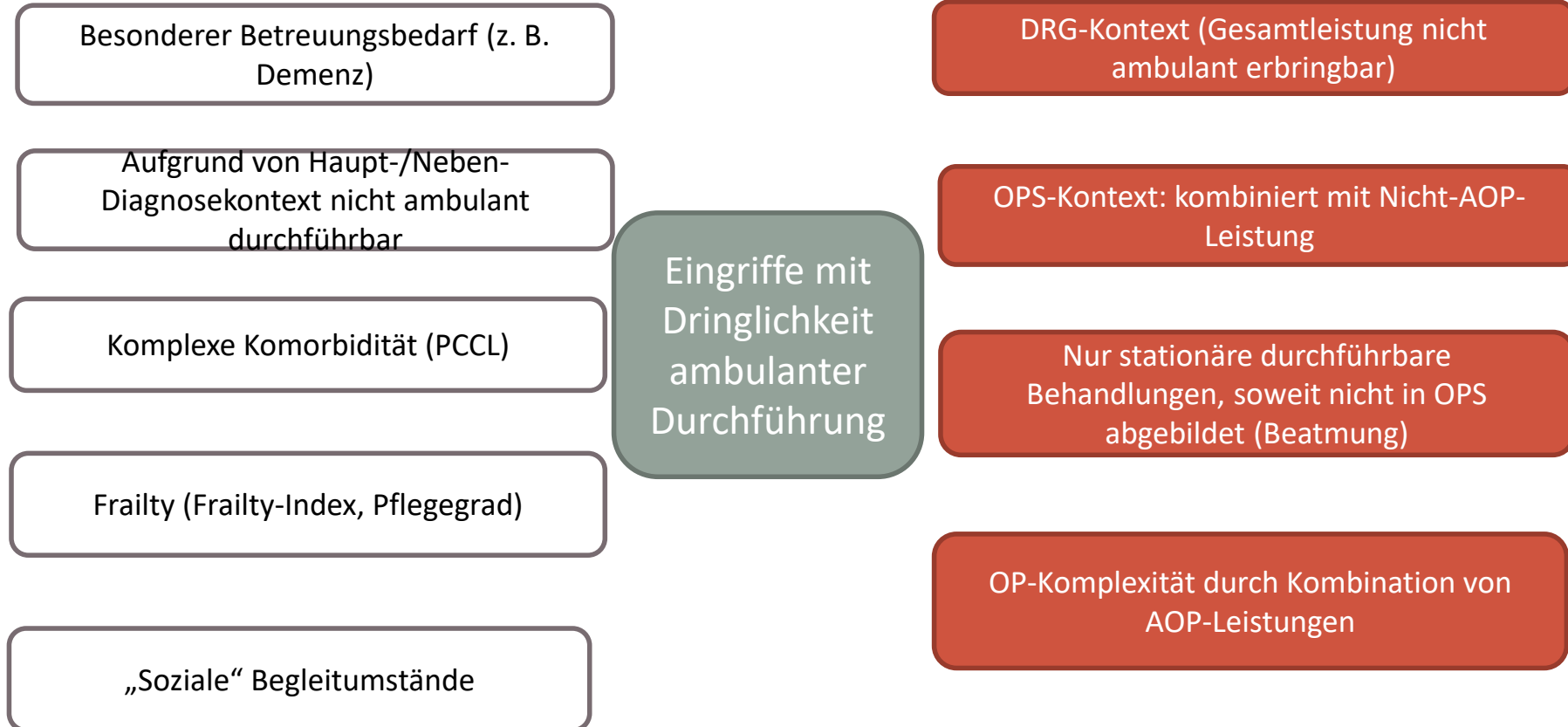
Beispielsland	Gesamtbudget ambulant	Ärztebudget	Mengenbegrenzungen
Deutschland	Eher gering	Eher gering, extrabudgetär	Stark vorhanden; Volumenbegrenzung/Bedarfsplanung
Niederlande	Stark vorhanden	Stark vorhanden/“kliniknahe Leistungen“ mit Preisdifferenzierung	Vorhanden/Teil des Vertragskontextes
Österreich	Teilweise, Bedarfsorientierung	Teilweise, auch klinikspezifische Zuschläge	Teilweise, Bedarfs- und Leistungsplanung

GOE-Implikation: Neuformulierung der horizontalen und vertikalen Arbeitsteilung

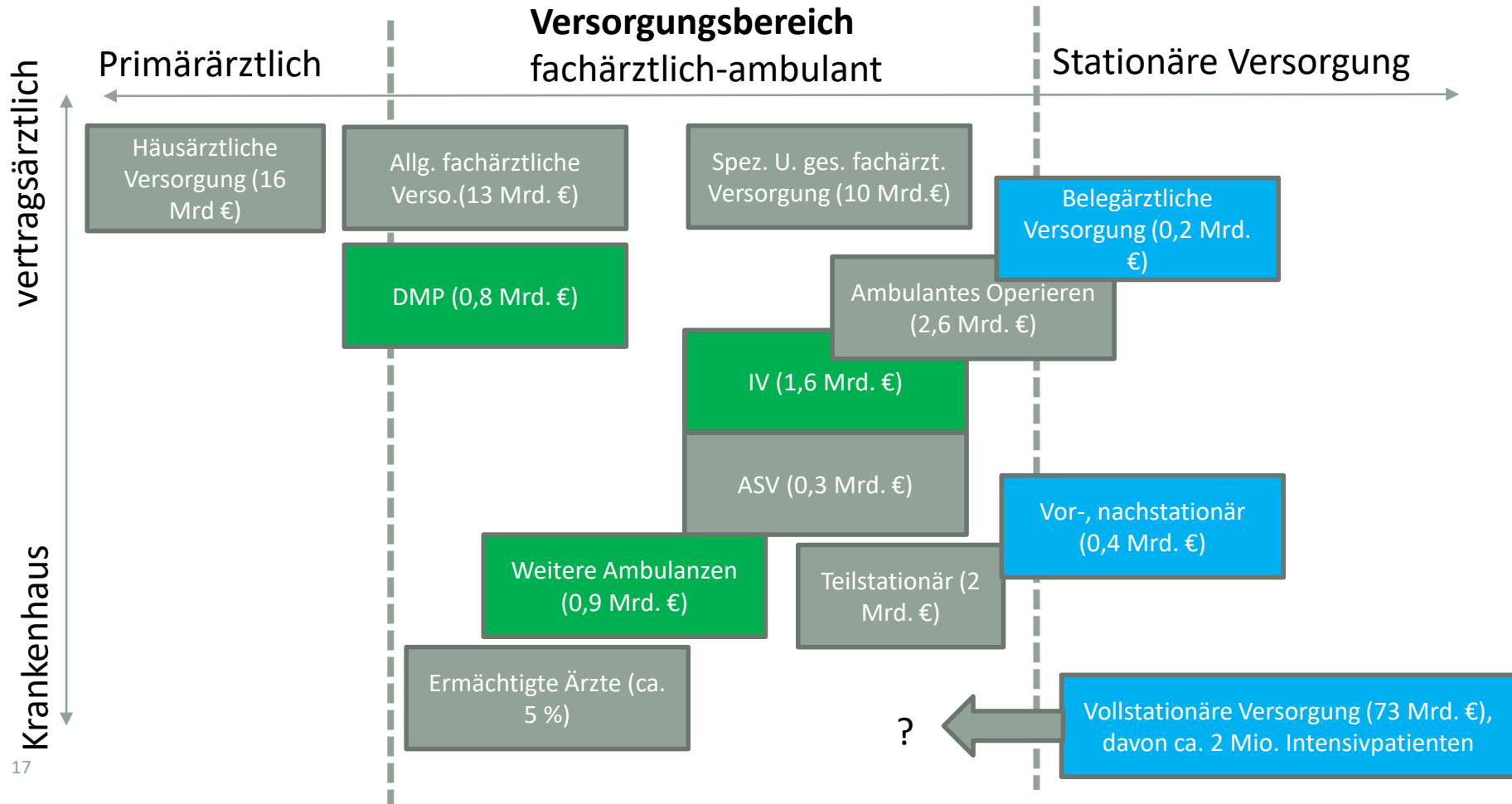


Umfangreiche Änderungen in der Arbeitsteilung des Versorgungsprozesses haben beträchtliche Auswirkungen auf die gesamte Aufbau- und Ablauforganisation.

Die Bedeutung des (Pathway-)Kontextes: IGES 2022, S. 217



Potenzial einer „Ambulantisierung“ (Perspektive 2018) (Messerle/Schreyögg 2021)

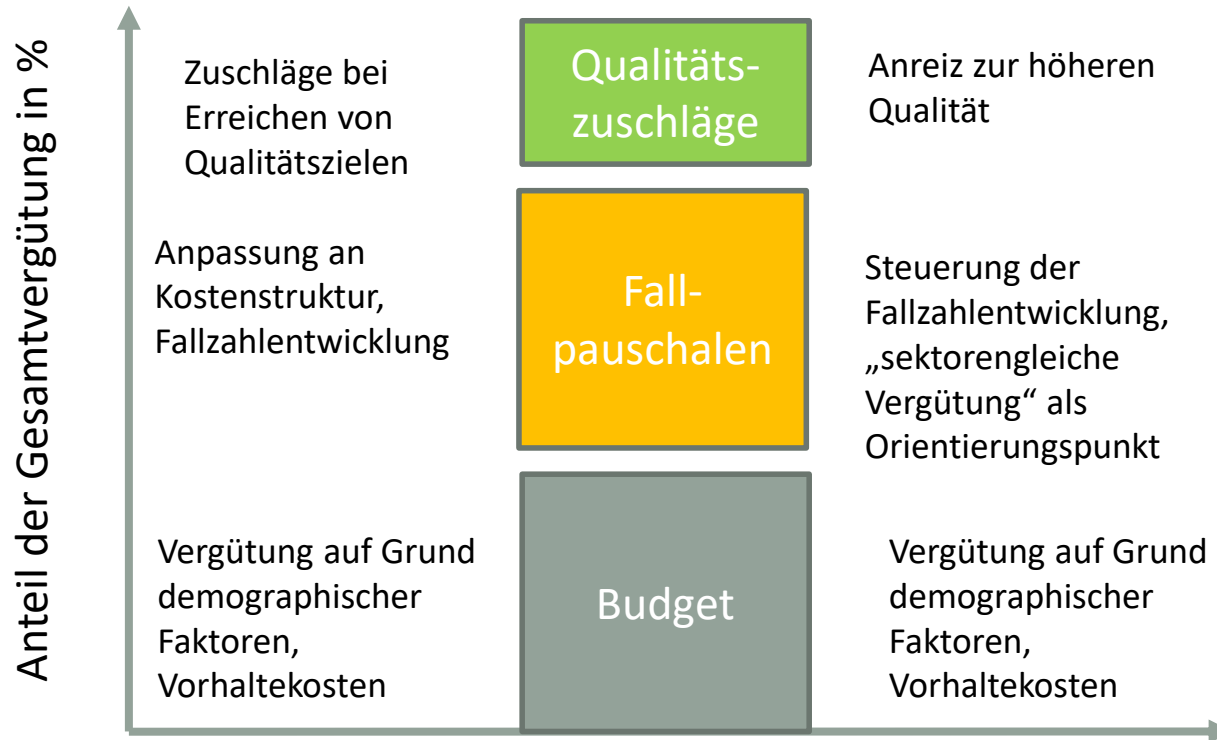


Einschub: es gibt nicht die „optimale Vergütung“

Instru- ment	Bedarfe (Risiko- selektion)	Aktivität		Ausgaben -kontrolle	Tech- nische Effizienz	Trans- parenz
		Zahl der Patienten	Leistun- gen pro Patient			
Fallpau- schalen	0	+	-	0	+	+
„Budget“	-	-	-	+	0	-

Quelle: Eigene Darstellung nach Busse 2020

„Baukasten“ zur Risiko(Finanzierungs-)Teilung (Schreyögg/Milstein 2020, S. 43)



Gliederung

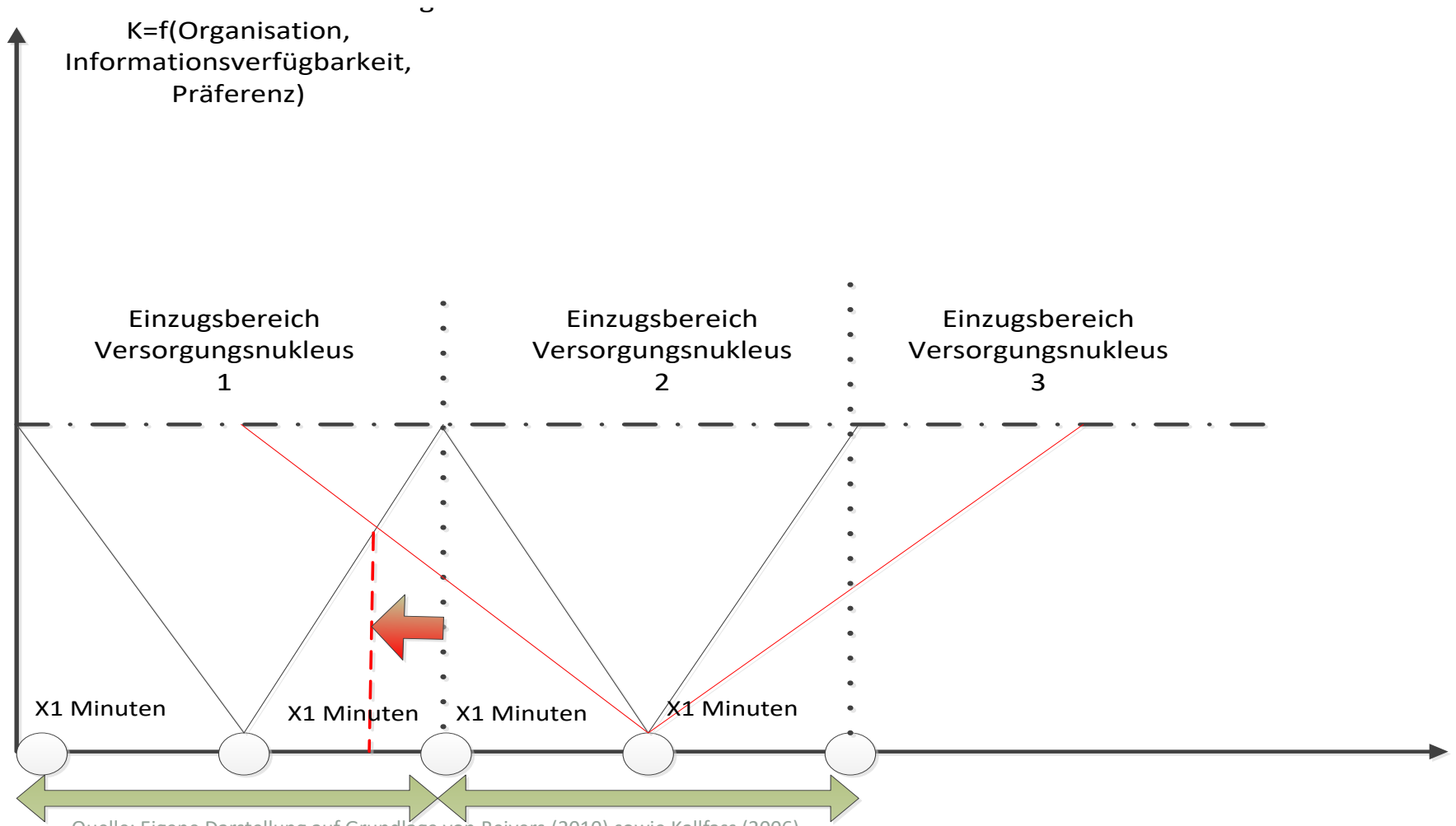
Krankenhaus: quo vadis oder die Frage der Versorgung

Ambulantisierung: wo liegt die Verantwortung?

Gesundheitspolitische Implikationen



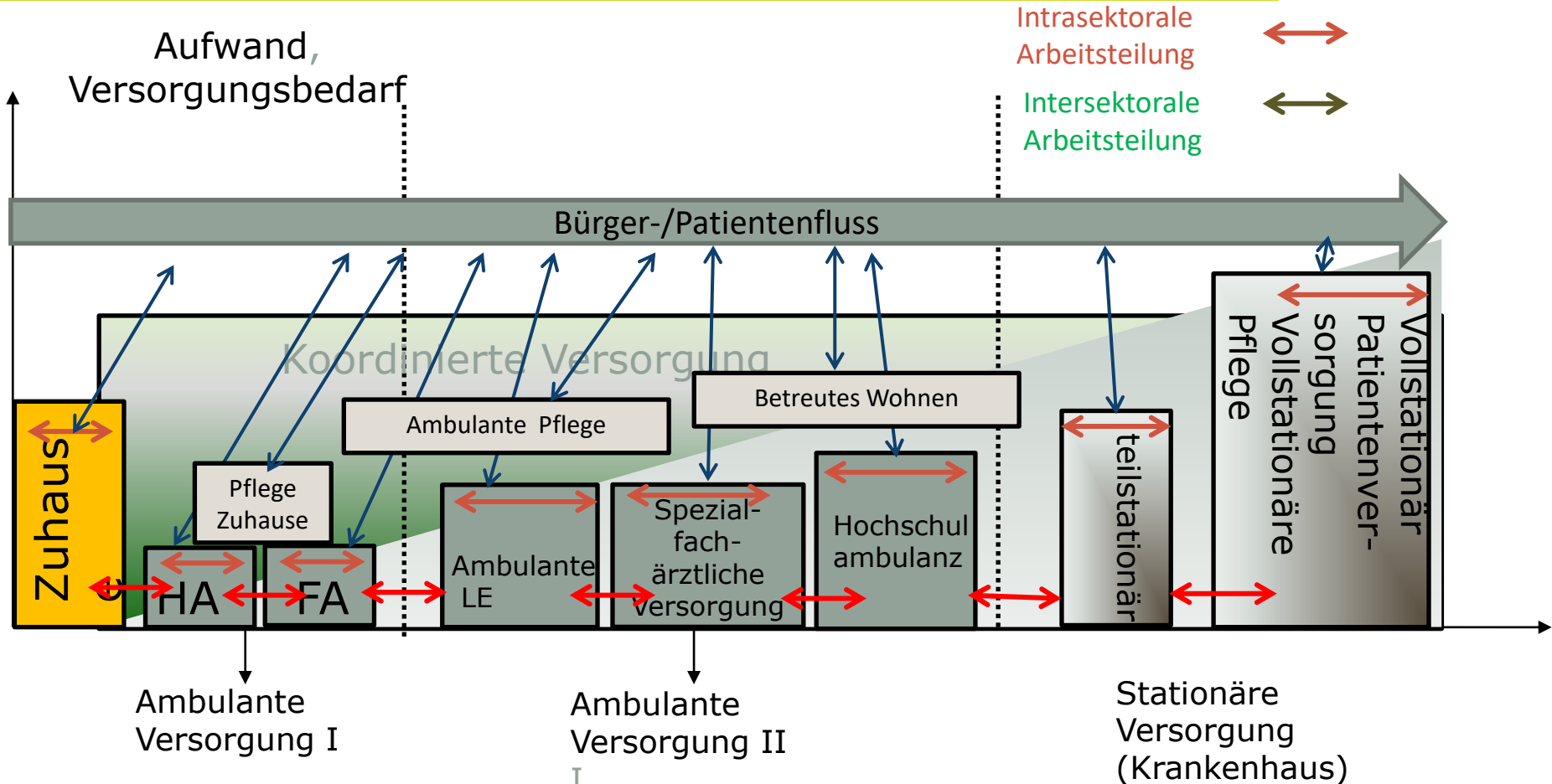
Was ist „kapazitiv“ bedarfsnotwendig: Von Versorgungsleveln zu Leistungsgruppen oder zurück?



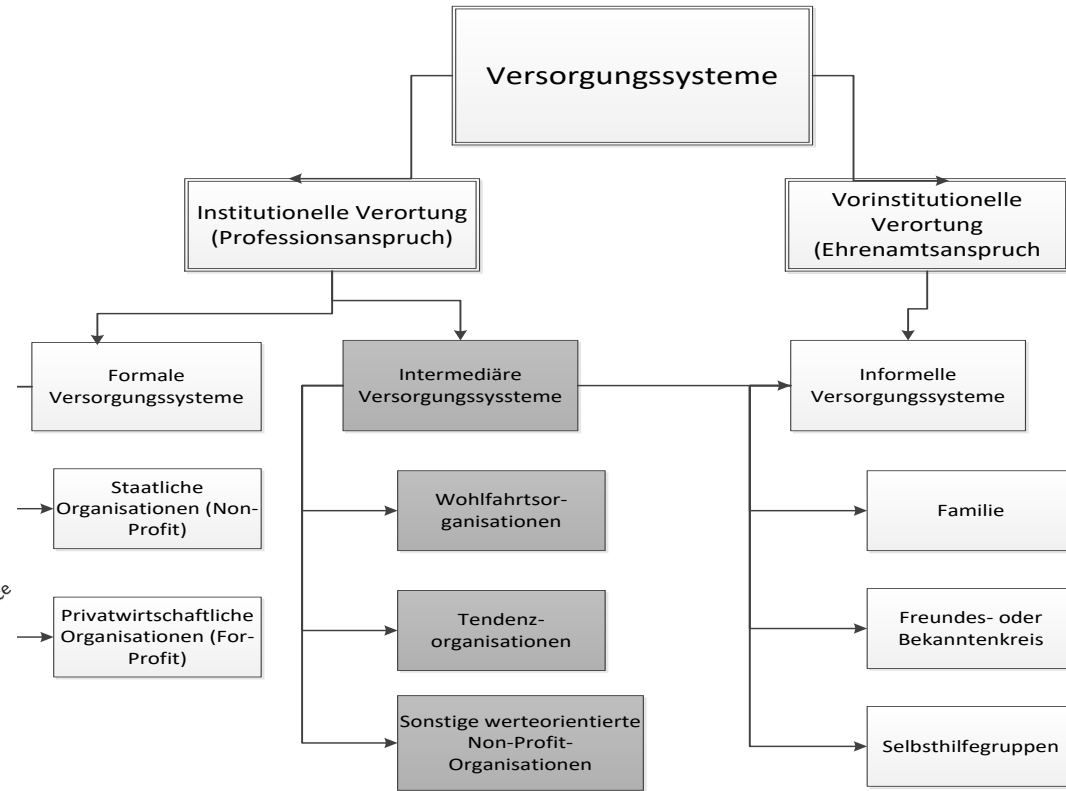
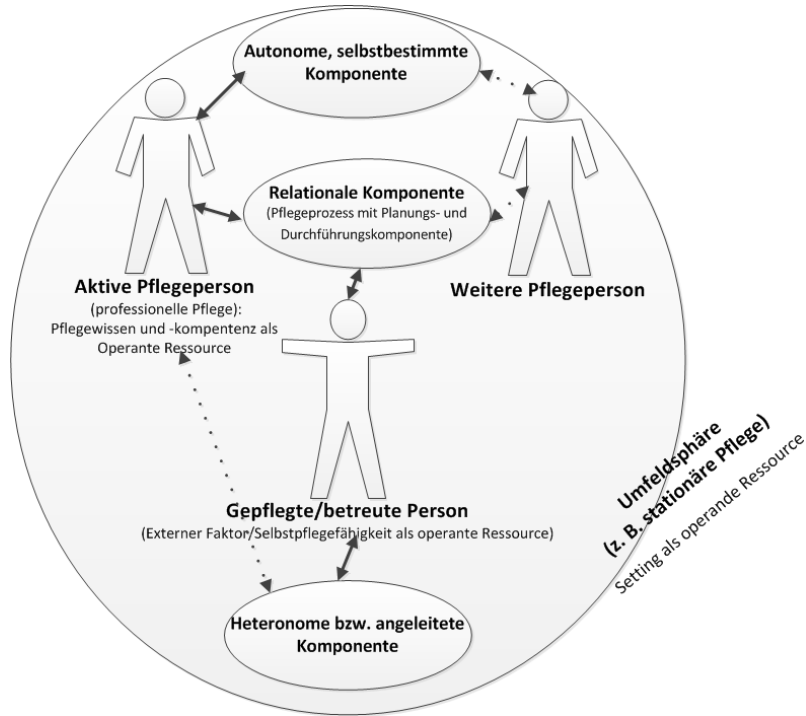
Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von Beivers (2010) sowie Kalfass (2006)

Was wäre die Frage?

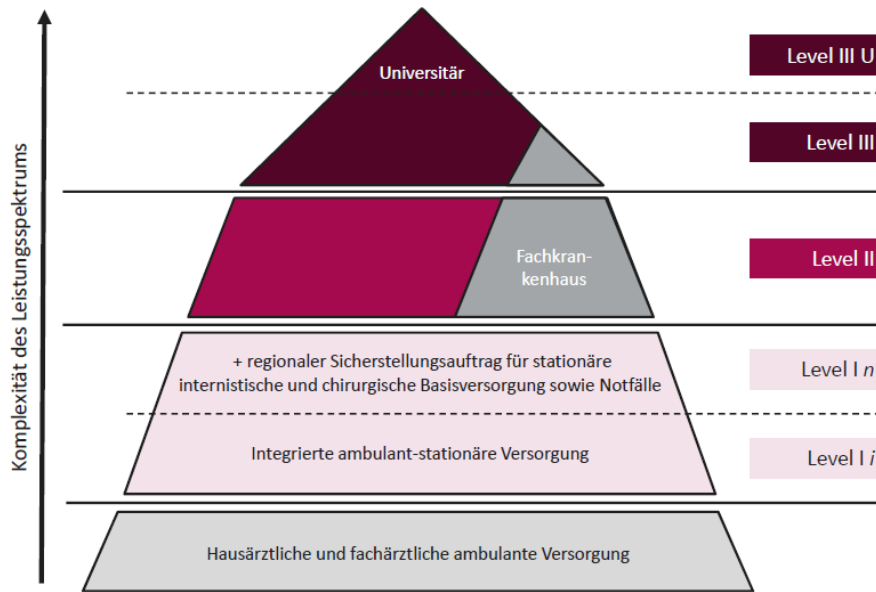
Informationskontinuität als Schlüssel für Versorgungskontinuität



Wer ist verantwortlich?



Was definiert künftig den (regionalen) Bedarf: Versorgungslevel und Leistungsgruppen



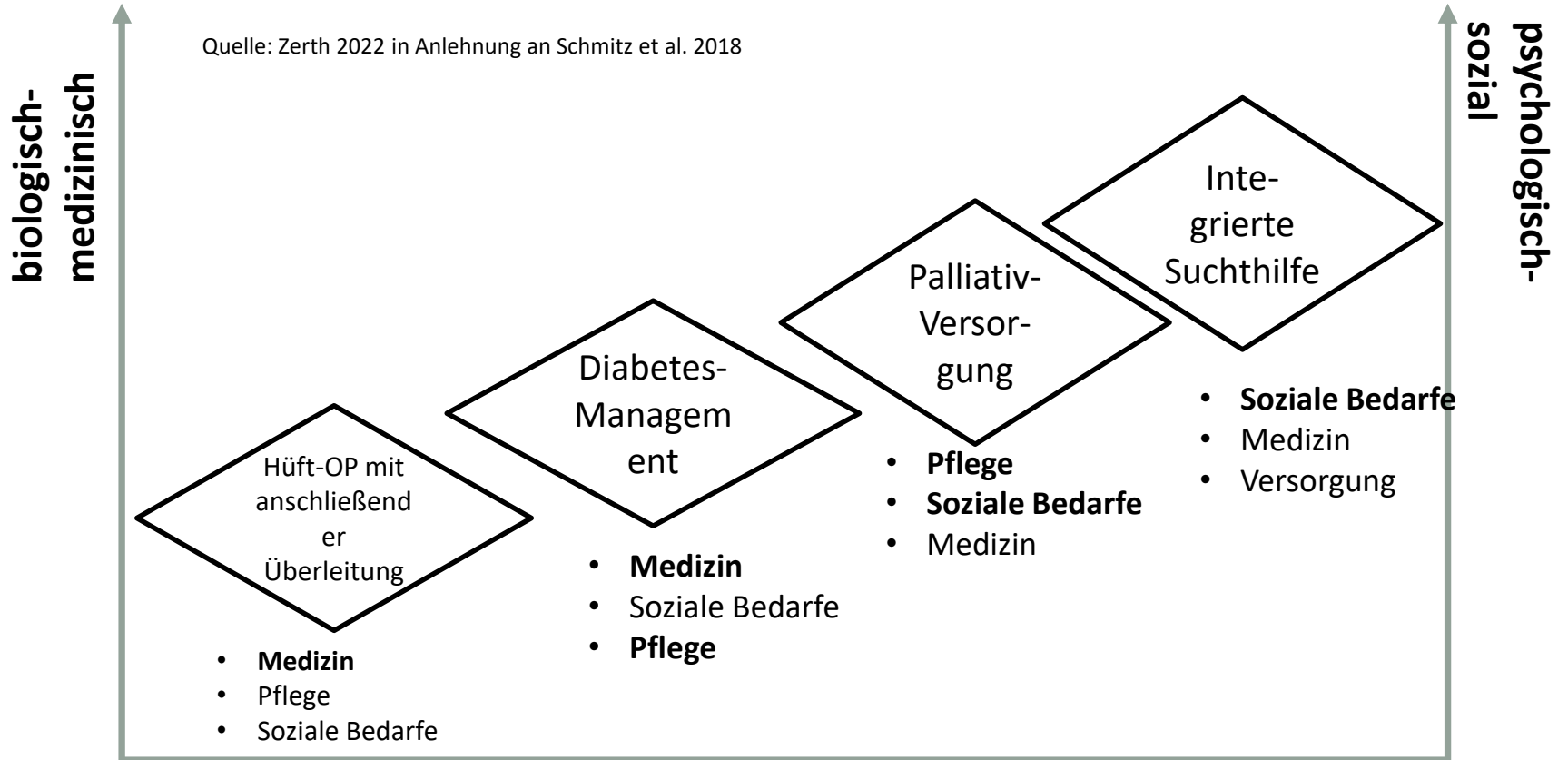
Quelle: BMG/Regierungskommission 2022

Tabelle A 1

LG-Nr.	Leistungsgruppe (LG)	Level ¹	Vorhalte ²
NEUROLOGIE			
10.0	Basisbehandlung Neurologie	1	40
10.1	Allgemeine Neurologie	2	40
10.2	Komplexe Neurologie	3	40
10.3	Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)	2/FA	40
UROLOGIE			
11.0	Basisbehandlung Urologie	1	40
11.1	Allgemeine Urologie	2	40
11.2	Komplexe Urologie	3/FA	40
NOTFALLMEDIZIN >18 Jahre			
12.0	Basisbehandlung Notfallmedizin Stufe I	1	60
12.1	Erweiterte Notfallmedizin Stufe II	2	60
12.2	Umfassende Notfallmedizin Stufe III	3	60

Approximationen: Bedarfscluster

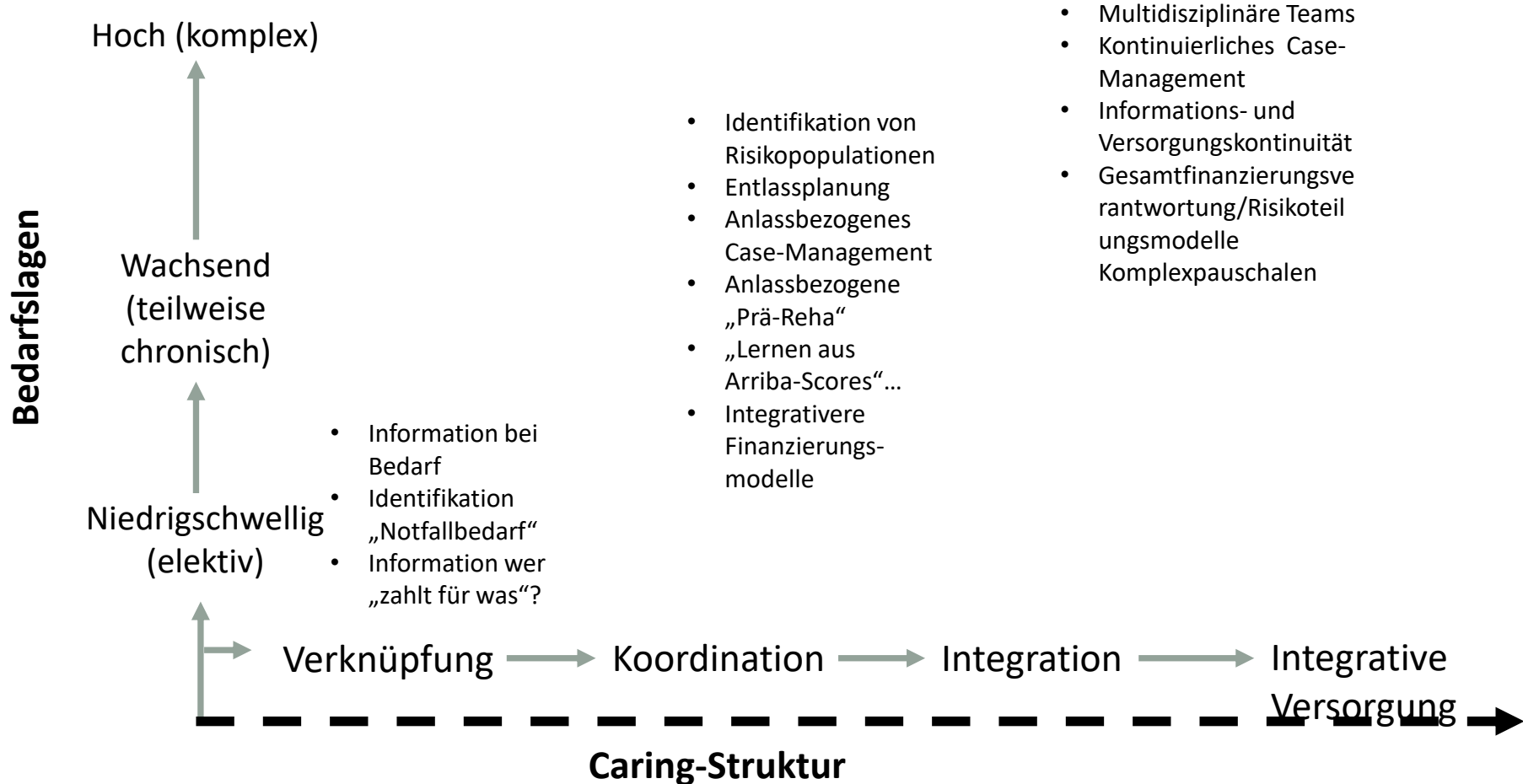
Quelle: Zerth 2022 in Anlehnung an Schmitz et al. 2018



Akute Bedarfslage, in einem oder wenigen Settings absolvierbar

Chronische Bedarfslage, Kombination und Abstimmung verschiedener, diverser Settings

Implikationen für eine „verzahnte“ Caring-Struktur....



Source: Nolte/McKee: What is the evidence of the economic impacts of integrated care management (2014)

Versorgungsbilder: Kommunale Gesundheitsstrukturen – Elaborierung von „Primary Care (Starfield 1994/Schmid/Günther/Baierlein 2020)

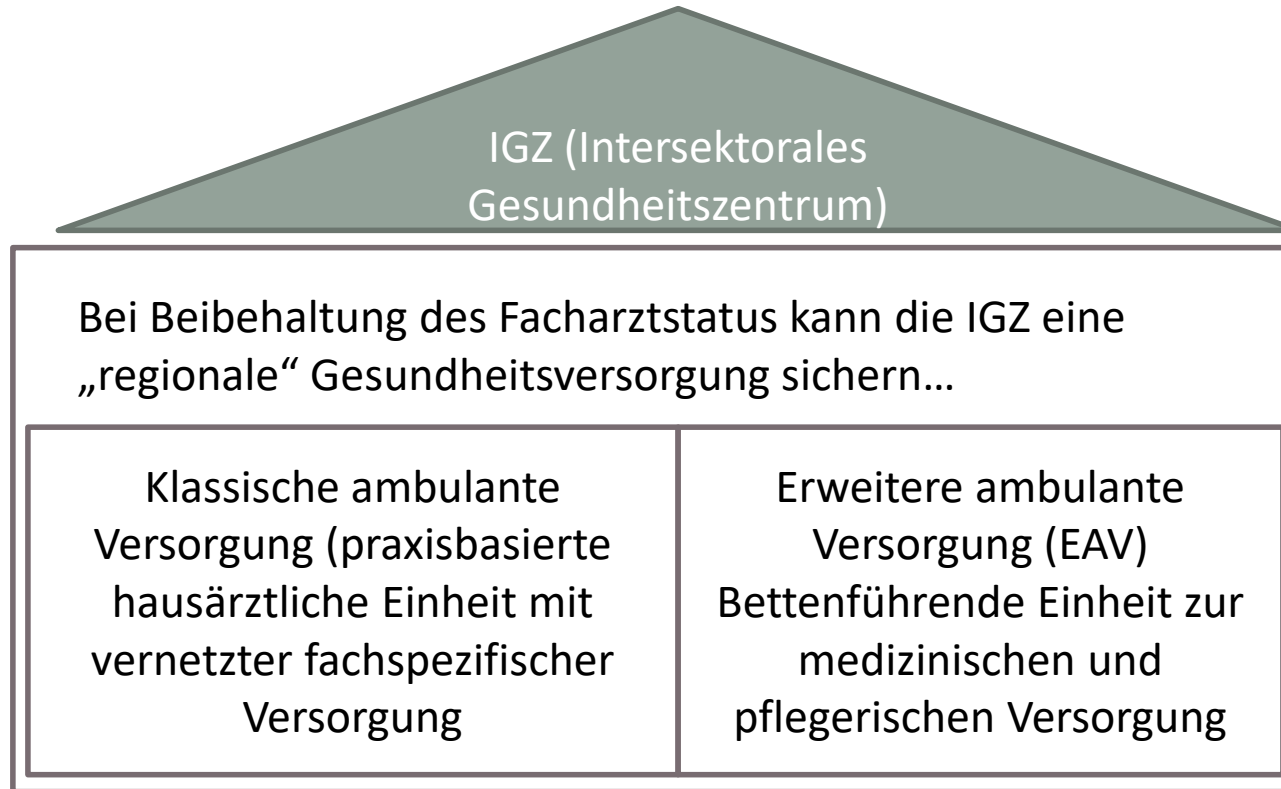
- **„First Contact“:**
Eintrittspunkt und Koordination und Steuerung
- **„Comprehensiveness“:**
Einbettung der „regionalen Bedarfsstruktur“
an Sorgeleistung (Information, Beratung, Fallmanagement)
- **„Continuity“:**
Netzwerkstrukturen und „Verantwortungsteilung“ zum
Abbau/Vermeidung von „Sprüngen“
- **„Coordination“:**
Regelgeleiteter Informations- und Koordinationsaustausch-
Infrastruktur der Versorgung



Was beeinflusst Gesundheit und
Lebenszufriedenheit („Health Map“)

Quelle: eigene Darstellung, direkt an Barton/Grant (2006), p.2

Die organisatorische Orientierung zu „Points of Care“, Beispiel IGZ



Quelle: Schmid et al. 2018

Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Prof. Dr. Jürgen Zerth
Katholische Universität Eichstätt-
Ingolstadt

Merkurstr. 19/Kapuzinergasse 2

Juergen.zerth@ku.de

Tizian Juschkat
Universität Bayreuth

Universitätsstraße 30

Tizian.juschkat@uni-bayreuth.de