Klinikstrukturen und -finanzierung in und nach Krisenzeiten

Dr. David Scheller-Kreinsen
Referatsleiter Stationäre Versorgung, Rehabilitation
AOK-Bundesverband

AOK. Die Gesundheitskasse.

Agenda

1. Ausgangslage und Herausforderungen
2. Klinikstrukturen: Was können wir aus der Pandemie lernen?
3. Krankenhausfinanzierung: Wie kann die Resilienz erhöht werden?
4. Fazit

Ausgangslage vor der Pandemie

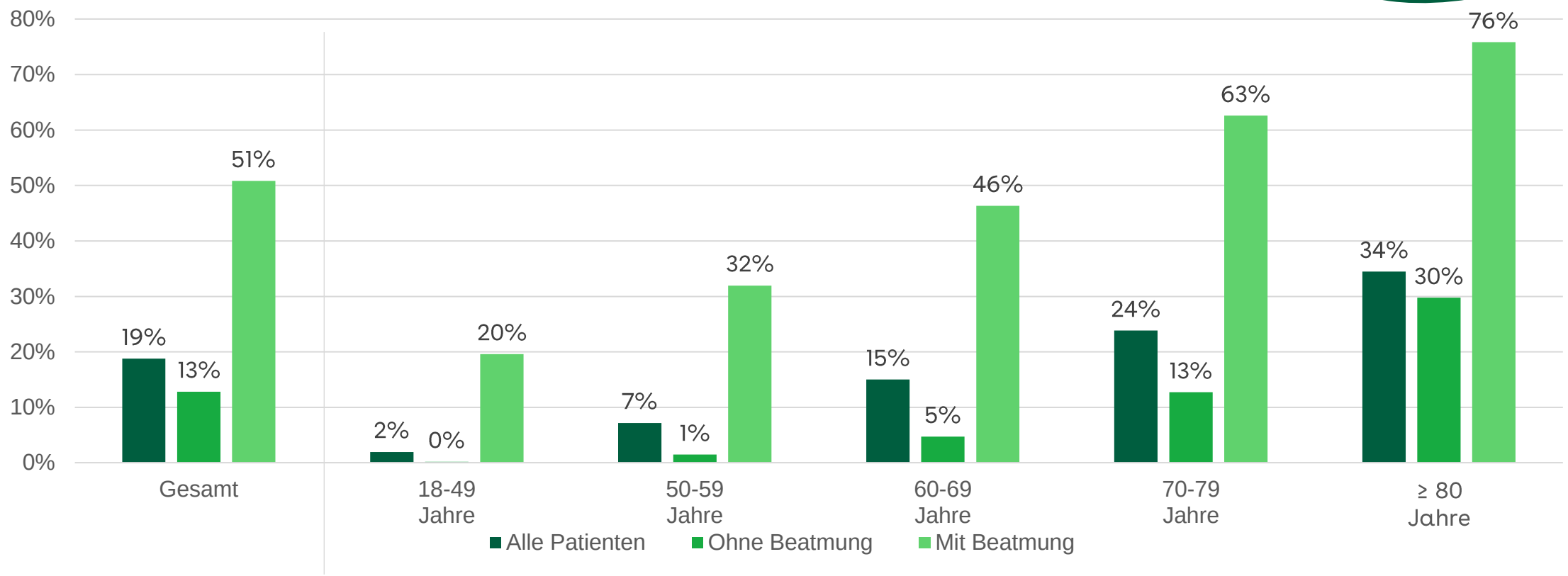
1. Investitionskostenfinanzierung rückläufig
2. Keine ausreichende Modernisierung der Kliniklandschaft
   - Versorgungsstruktur
   - Digitalisierung
3. Hohe Fallabhängigkeit der Vergütung (bis zur Pflegeausgliederung)
4. Dauerkonflikte
   - Abrechnungsprüfung u. Pflegebudget
5. Eher traditionell-standespolitisch geprägte Berufs- und Tätigkeitsbilder
6. Verkrustete Sektorengrenzen
7. Kein Zielbild für eine Krankenhaus- u. Versorgungsreform

Hoher Reformbedarf

Hohe Covid-Fallzahlen und hohe Krankenhaussterblichkeit, AOK-Versicherte: Ca. 200.000 Covid-Fälle (2020-2021)

Heraus-
forderung 1

Krankenhaussterblichkeit nach Beatmungsstatus und Altersgruppen, in %



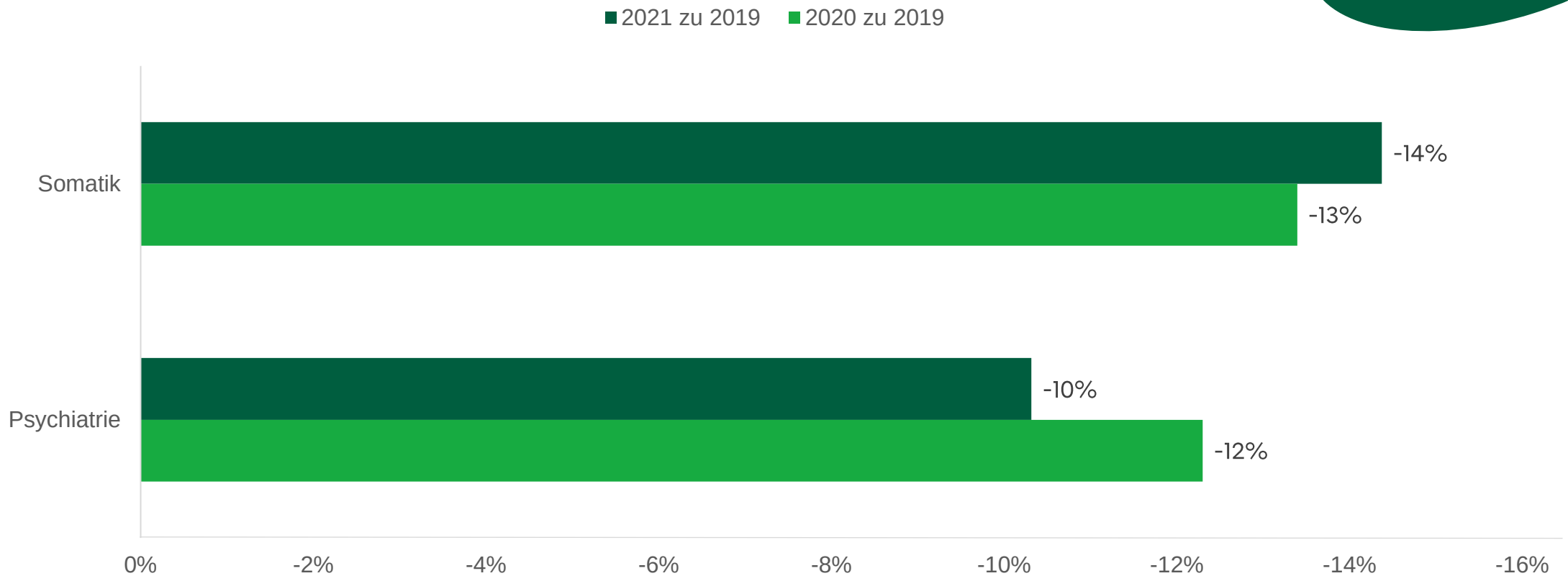
Anmerkung: N = 231.063. Entlassene Covid-19-Fälle (Diagnosekode: U07.1). Aufnahme im Krankenhaus zwischen 01.02.2020 und 31.12.2021.

AOK

Starke Fallzahlrückgänge in 2020 und 2021 im Vergleich zu 2019

Heraus-
forderung 2

Vergleich Fallzahlen 2020 und 2021 mit 2019, Veränderung in %

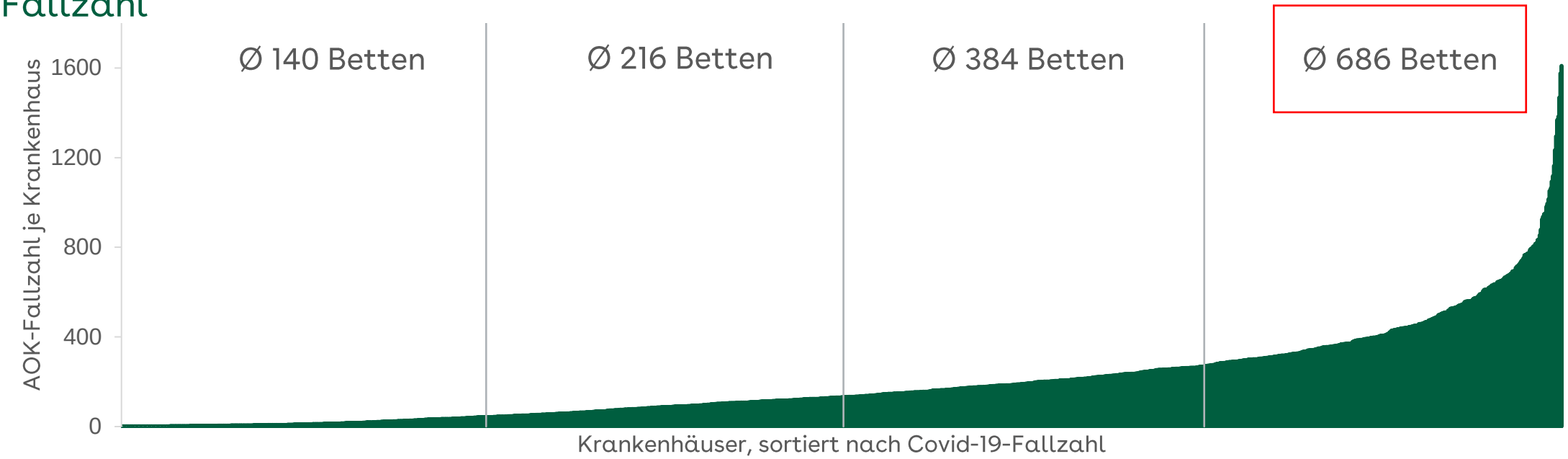


Agenda

1. Ausgangslage und Herausforderungen
2. **Klinikstrukturen: Was können wir aus der Pandemie lernen?**
3. Krankenhausfinanzierung: Wie kann die Resilienz erhöht werden?
4. Fazit

Versorgung der Covid-19-Fälle: Ein Viertel der Kliniken behandelt 62 Prozent der Fälle

Verteilung der Krankenhäuser nach Covid-19-Fallzahl

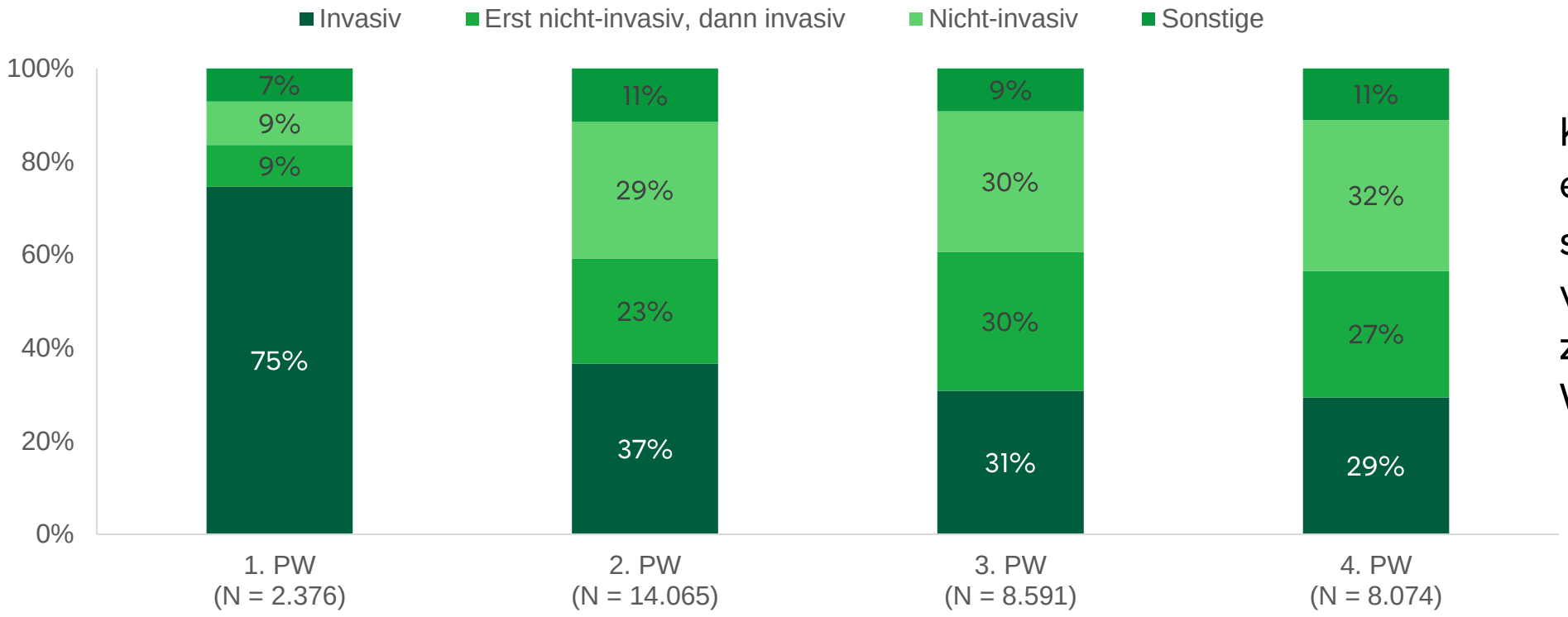


Quartil (AOK-Fallzahl)	1. Quartil (1-42)	2. Quartil (43-131)	3. Quartil (132-268)	4. Quartil (269-3.299)
Anzahl Krankenhäuser	335 (25,3%)	328 (24,8%)	331 (25,0%)	329 (24,9%)
Anzahl Fälle	4.849 (1,9%)	28.281 (10,9%)	64.561 (24,8%)	162.628 (62,5%)

Anmerkung: N = 260.319 Fälle und 1.323 Krankenhäuser. Ein Krankenhaus im 4. Quartil mit mehr als 1.700 Fällen nicht dargestellt. Quartilseinteilung der KH entspricht nicht immer 25%, da KH mit gleicher Fallzahl dem gleichen Quartil zugeordnet werden.

Beatmungsverfahren bei Covid-19-Patienten: Zunahme der nicht-invasiven Beatmung

Beatmungsverfahren nach Pandemiewelle (PW), Anteil in %

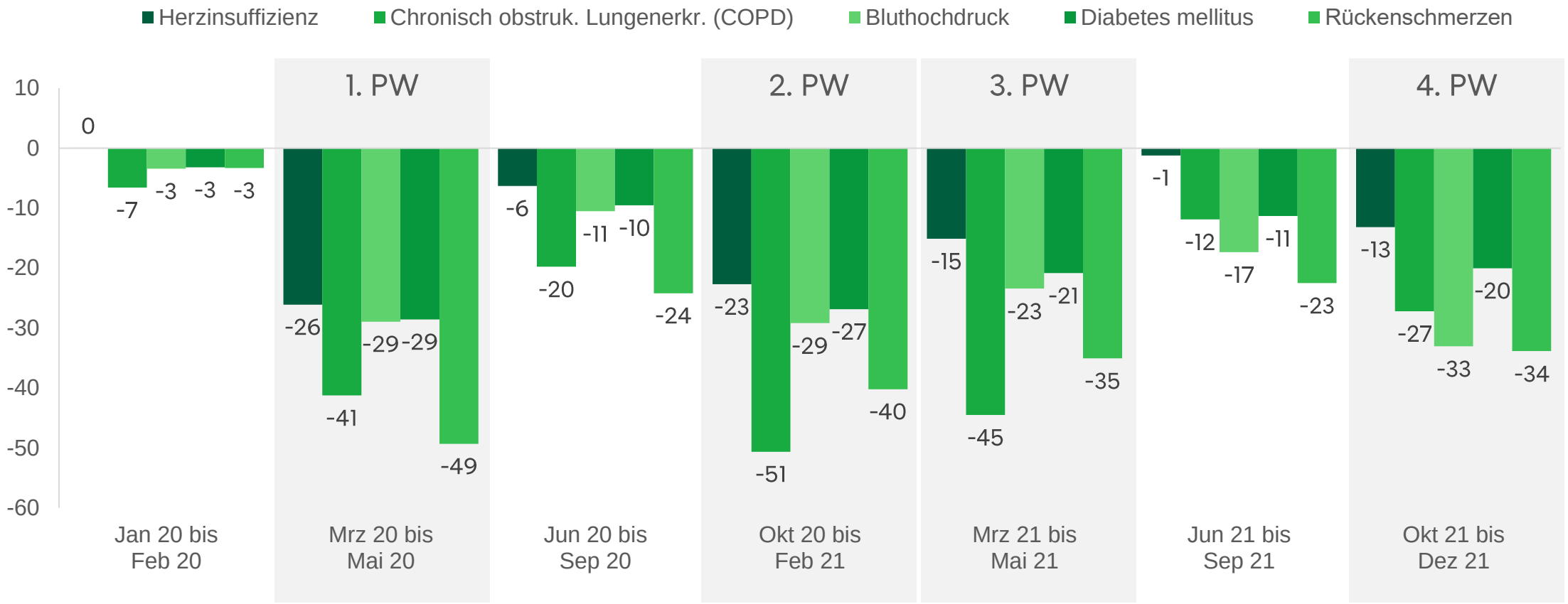


Konzentration ermöglicht schnelle Genese von Wissen und zügigen Wissenstransfer

Anmerkung: Einteilung in die Beatmungsverfahren bei Beatmungsdauer von mind. 6 Stunden und entsprechendem Prozedurenkode. Gruppe „Sonstige“ sind Patienten mit weniger als 6 Stunden Beatmung oder fehlendem Prozedurenkode. Patienten in den Sommermonaten 2020 und 2021 nicht dargestellt. PW – Pandemiewelle.

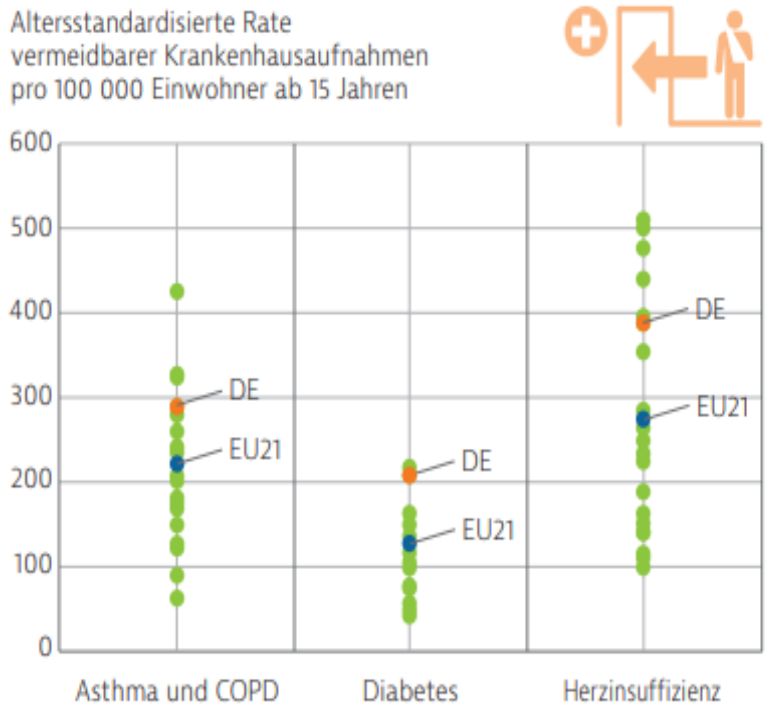
Bei COPD, Rückenschmerzen, Bluthochdruck, Diabetes und Herzinsuffizienz durchgängig Fallzahlrückgänge, auch im Sommer

Vergleich Fallzahlen im Jahr 2020/2021 mit 2019 bei amb.-sensitiven Behandlungen, Veränderung in %



Anmerkung: Aufgrund unterschiedlicher Anzahl von Wochenenden oder in unterschiedliche Monate fallende Feiertage können einige Monate etwas fallzahlschwächer/-stärker sein als der Vergleichsmonat. Vergleich Fälle im Aufnahmemonat 2020/2021 mit entsprechendem Monat 2019. Dargestellt wird Veränderung in %. PW – Pandemiewelle.

Ambulantes Potenzial bindet Ressourcen und Personal



Quelle: OECD 2020

Vermeidbare Krankenhausaufnahmen sind häufiger als in den meisten anderen EU-Ländern

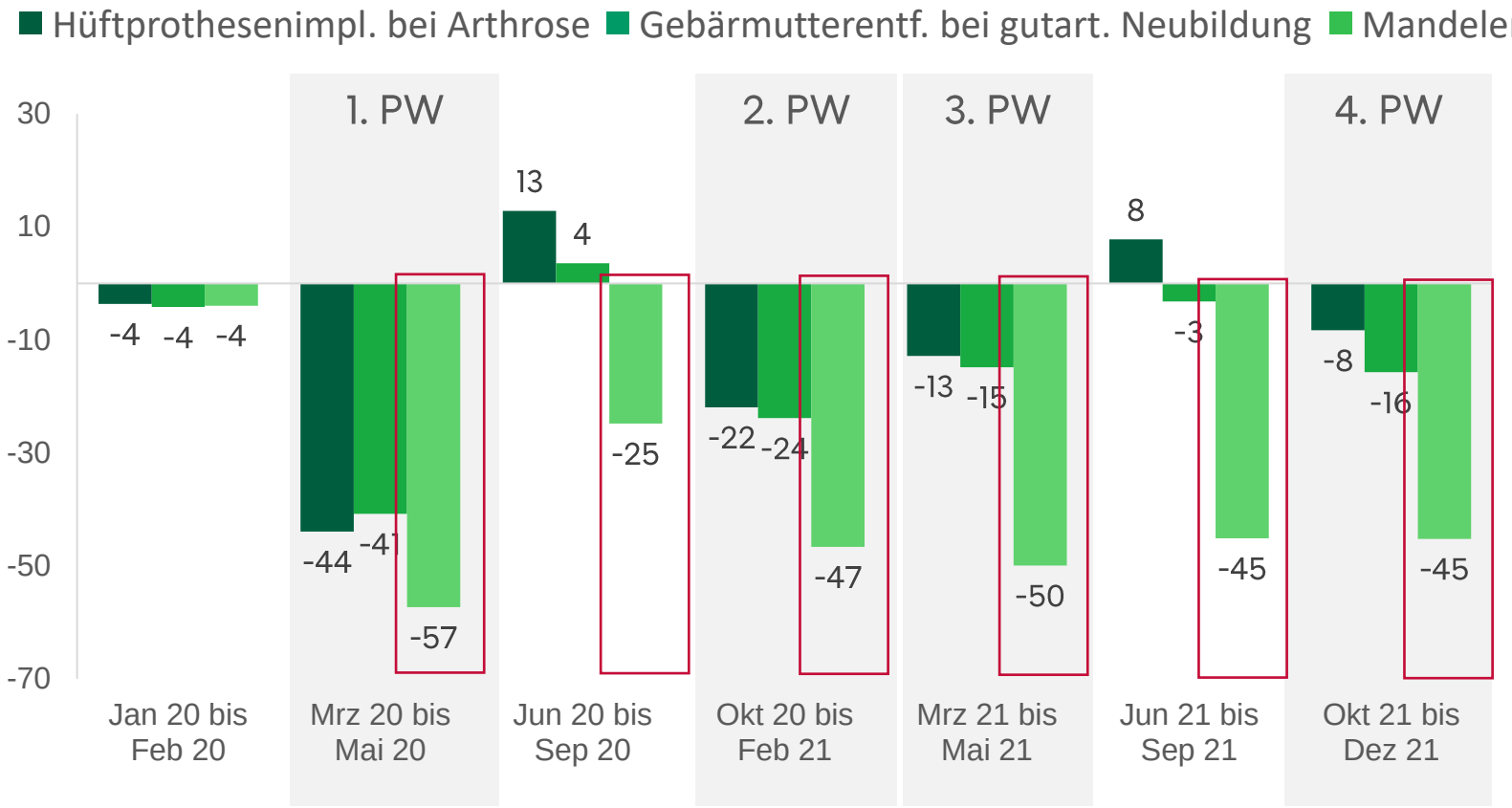
Ambulantisierung ist ein drängendes Projekt der Legislaturperiode

Ordnungspolitische Anforderungen

- Intersektorales Vergütungssystem
- Sektorenübergreifende Versorgungsplanung und Sicherstellung auf Basis von Versorgungsaufträgen und Leistungskomplexen.
- 3+1-Gremien auf Landesebene als organisatorischer Rahmen

Hüftprothesen und Gebärmutterentfernungen abgeschwächter Fallzahlrückgang nach erster Welle, Mandelentfernungen durchgängig rückläufig

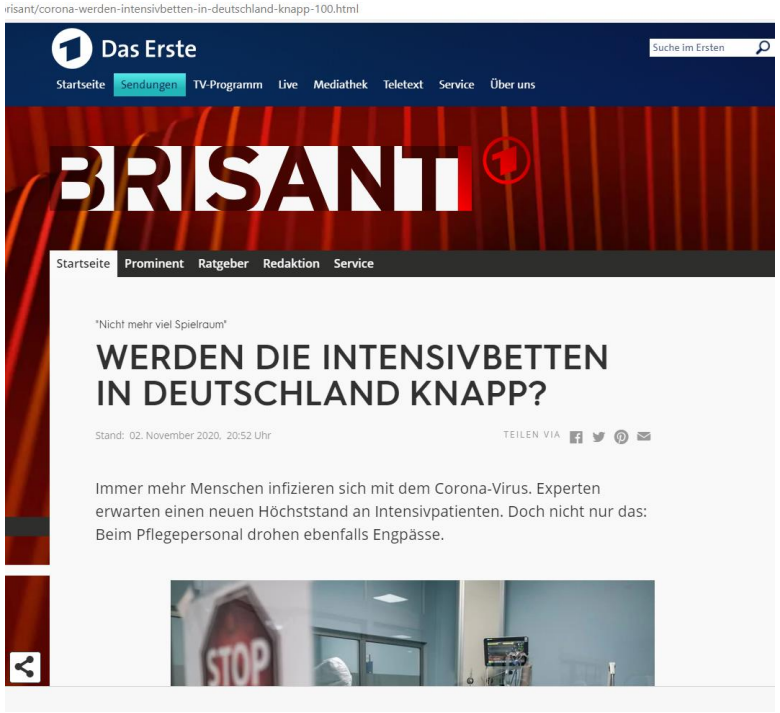
Vergleich Fallzahlen im Jahr 2020/2021 mit 2019 bei planbaren Eingriffen, Veränderung in %



	2020 zu 2019	2021 zu 2019
Hüfte	-11%	-10%
Gebär-mutter-entf.	-14%	-16%
Mandel-entf.	-33%	-49%

Anmerkung: Aufgrund unterschiedlicher Anzahl von Wochenenden oder in unterschiedliche Monate fallende Feiertage können einige Monate etwas fallzahlschwächer/-stärker sein als der Vergleichsmonat. Vergleich Fälle im Aufnahmemonat 2020/2021 mit entsprechendem Monat 2019. Dargestellt wird Veränderung in %. PW – Pandemiewelle.

Auch in der Pandemie ist die Personalfrage zentral



Intensivpflege

Drohende Personalausfälle

Während sich die Intensivstationen des Landes wieder mit schwerkranken COVID-19-Patienten füllen, zeichnet eine Umfrage unter Intensivmedizinern und -pflegern ein beunruhigendes Bild: Viele der Betten werden wegen zu erwartender Unterbesetzungen auf den Stationen nicht zu betreiben sein.

Seit April müssen deutsche Krankenhäuser ihre freien und betreibbaren Intensivbetten täglich an das Register der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung der Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) melden. Als betreibbar gilt ein Intensivbett, wenn pflegerisches und ärztliches Fachpersonal vorhanden ist, um die darin liegenden Intensivpatienten zu versorgen. Eine Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) legt nun allerdings nahe, dass der Personalmangel in der Intensivpflege im Verlauf der kommenden Monate zunehmen

mungsbild in der Intensivmedizin dar und erhebt nicht den Anspruch einer wissenschaftlichen Studie.

Der Ausblick in die Zukunft ist unter den Mitarbeitern der Intensivstationen eher pessimistisch. Fast alle Befragten befürchten eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen und zweifeln daran, dass es ausreichend Intensivpflegende für die etwa 30 000 im DIVI-Intensivregister gemeldeten Intensivbetten gibt. Es ist zudem zu befürchten, dass in einigen Regionen auch ein Ärztemangel in der Intensivmedizin besteht und analog zur Intensivpflege fachfremdes Personal ad hoc geschult und eingesetzt werden muss. Lediglich ein Viertel der Teilnehmenden berichtet über Pläne zur

TABELLE 1

Arbeitsbedingungen in der Intensivmedizin

	Ja	Nein
Sind Sie im Moment noch genauso motiviert zu arbeiten wie im Rahmen der ersten Pandemiewelle?	52 %	48 %
Glauben Sie, dass es ausreichend Intensivpflegekräfte für die etwa 30 000 gemeldeten Inten-	3 %	97 %

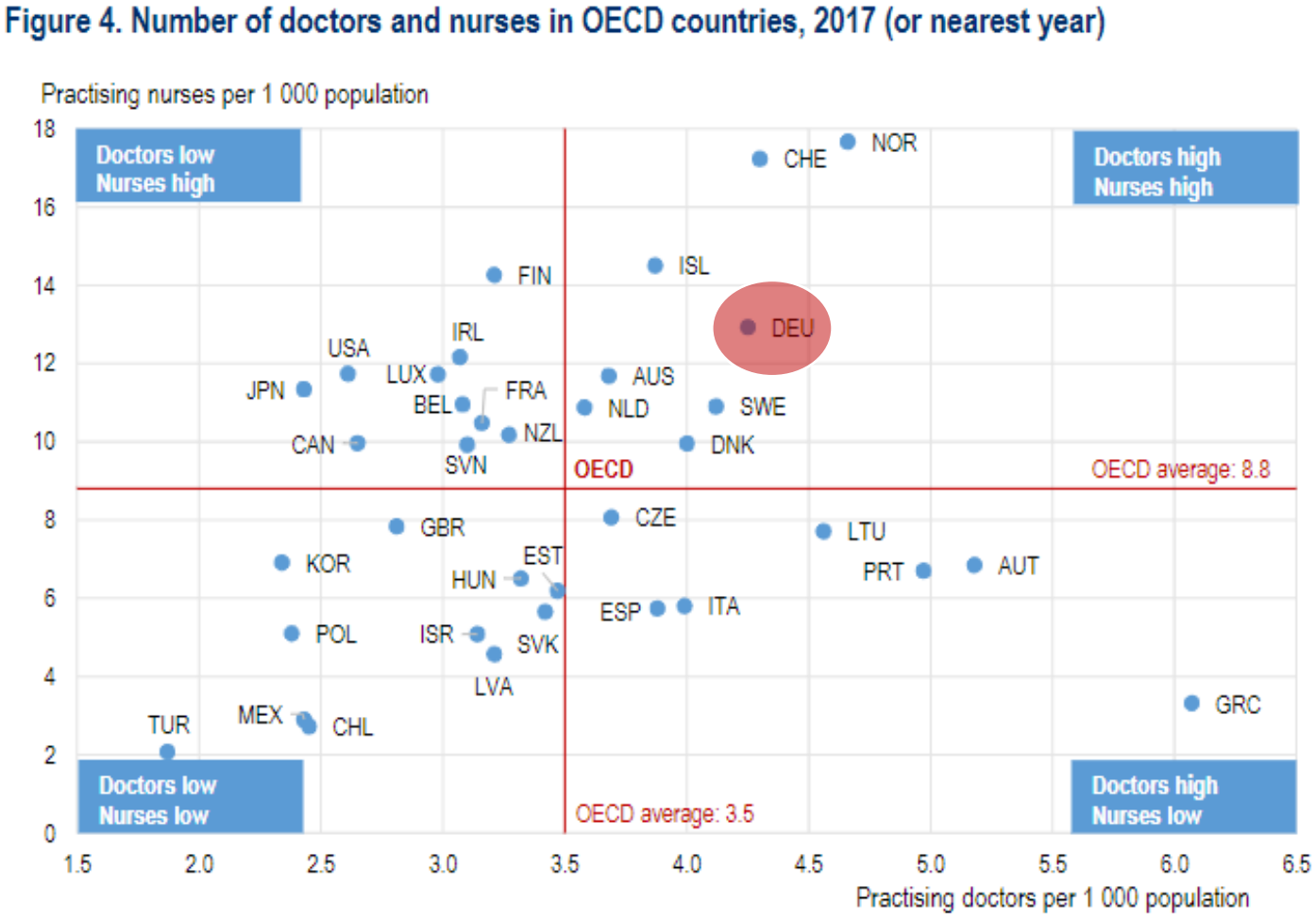
Deutsches Ärzteblatt | Jg. 117 | Heft 46 | 13. November 2020

Ärzteblatt, 21. Oktober 2020

„Es wird keiner in Deutschland sterben, weil er kein Beatmungsbett bekommt. Das wird nicht passieren", sagte Prof. Kluge. Freie Intensivbetten gebe es derzeit genug – der Engpass sei das Personal.

Quelle: Stefan Kluge, der Chef der Intensivmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) im NDR-Podcast „Coronavirus-Update" (20.11.2020).

Das Personalproblem und die Strukturfrage



Quelle: OECD 2020

Paradoxe Situation:

- Vergleichsweise hohes Niveau der Pflegekapazitäten im Verhältnis zur Bevölkerung
- gleichzeitig Personalmangel

Es gibt offensichtlich ein Verteilungsproblem.

Strukturreform wird:

- Patienten helfen (mehr Pflege)
- Pflegepersonal helfen (bessere Arbeitsbedingungen)

Agenda

1. Ausgangslage und Herausforderungen
2. Klinikstrukturen: Was können wir aus der Pandemie lernen?
3. Krankenhausfinanzierung: Wie kann die Resilienz erhöht werden?
4. Fazit

Rekordausgaben und große Unzufriedenheit: Wie passt das zusammen?

DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT DKG

Bundesverband der Krankenhausträger in der Bundesrepublik Deutschland

Pressemitteilung

DKG zur Rechtsverordnung Rettungsschirm

Die Lage ist genauso schlecht wie die Stimmung

Berlin, 23. März 2022 – Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) kritisiert die aktuelle Regelung über den Krankenhaus-Rettungsschirm und fordert weitergehende Regelungen, um den Kliniken wirtschaftliche Sicherheit und Planbarkeit zu ermöglichen.

Ein „goldenes Jahr"? Kaum zu glauben!

Josef Düllings, Präsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) FOTO: VKD/LOPARTA

AKG Allianz Kommunaler Großkrankenhäuser e.V.

Pandemiehilfen an der Versorgungsrolle ausrichten. Fehlanreize vermeiden.

Service FAKTR DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT DKG

PRESSE

DKG zu den Ergebnissen der Gesundheitsministerkonferenz

Politische Erklärung zur wirtschaftlichen Stabilisierung der Krankenhäuser gefordert

05. November 2021

DIE DEUTSCHEN UNIVERSITÄTSKLINIKA | VERBAND DER UNIVERSITÄTSKLINIKA DEUTSCHLANDS

STARTSEITE · AKTUELLES/PRESSE · LOGIN · KONTAKT

DIE DEUTSCHEN UNIVERSITÄTSKLINIKA | THEMEN, DIE BEWEGEN | VERBAND DER UNIVERSITÄTSKLINIKA | GESUNDHEITSPOLITISCHE THEMEN

Home › Aktuelles/Presse › Presse

21.10.2021

Uniklinika in Finanznot – Neuausrichtung der Krankenhausversorgung dringend erforderlich

BMG PM, 09.03.2022:

„Bei den Krankenhausausgaben verbuchten die Krankenkassen 2021 einen Anstieg von 3,6 Mrd. Euro bzw. 4,4 Prozent. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Krankenhäuser bis Ende Dezember zusätzlich rund 5 Mrd. Euro aus Steuermitteln für freigehaltene Betten erhalten haben."

AOK

Krankenhausfinanzierung während der Pandemie

8.3 · Finanzierung in der Pandemie

Tab. 8.2 Regelungen zur Freihaltepauschale in den Jahren 2020 und 2021

Nr.	Datum, Art und Rechtsgrundlage		
	Geltungszeitraum		Anwendungsbereich und Höhe der Pauschalen
	Voraussetzungen/Bestimmungskriterien Erst ab „zweiter Welle" (Nr. 3), zuvor alle Häuser anspruchsberechtigt		
	Pandemielage Inzidenz[a] und Intensivauslastung[b]		Fachliche Voraussetzung: Notfallstufe[c]/Spezialversorger[d]
1.	**28.03.2020: Erste Regelung: COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz (§ 21 KHG)**		
	16.03.2020 bis 12.07.2020		Somatik/Psychiatrie: 560 €
2.	**08.07.2020: Anpassung: COVID-19-Ausgleichszahlungs-Anpassungsverordnung (AusglZAV)**		
	13.07.2020 bis 30.09.2020		Somatik (5 Gruppen, CMI-abhängig): 360, 460, 560, 660, 760 € Psychiatrie: 280 € [Teilstationär: 190 €]
3.	**18.11.2020: Neuregelung zur „zweiten Welle": 3. Bevölkerungsschutzgesetz (§ 21 Absatz 1a KHG)**		
	ab 18.11.2020 (bis zunächst 31.01.2021)		nur noch Somatik (5 Gruppen, CMI-abhängig): 360, 460, 560, 660, 760 €
	Inzidenz **über 70**	freier Anteil **unter 25/15 %**	Notfallstufe 2 und 3/in angrenzenden Kreisen
4.	**22.12.2020: Ergänzung: Verordnung zur Anpassung der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Absatz 1a KHG**		
	17.12.2020 bis 14.01.2021 (rückwirkend)		wie Nr. 3
	Sonderregelung: Inzidenz **über 200**	nicht relevant	Notfallstufe 2 und 3 (nachrangig: 1)
5.	**26.01.2021: Anpassung/Ergänzung: Erste Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Anpassung der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Absatz 1a KHG**		
	ab 15.01.2021 (rückwirkend)		wie Nr. 3
	Sonderregelung: Inzidenz **über 150** (zuvor 200)		
	Inzidenz **über 70/150**	freier Anteil **unter 15 %/** nicht relevant	Spezialversorger

160 Kapitel 8 · Die Vergütung von Krankenhäusern nach der Pandemie

Tab. 8.2 (Fortsetzung)

Nr.	Datum, Art und Rechtsgrundlage		
	Geltungszeitraum		Anwendungsbereich und Höhe der Pauschalen
	Voraussetzungen/Bestimmungskriterien Erst ab „zweiter Welle" (Nr. 3), zuvor alle Häuser anspruchsberechtigt		
	Pandemielage Inzidenz[a] und Intensivauslastung[b]		Fachliche Voraussetzung: Notfallstufe[c]/Spezialversorger[d]
6.	**24.02.2021: Fortschreibung: Zweite Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Anpassung der Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung der Krankenhäuser nach § 21 Absatz 1a KHG**		
	01.03.2021 bis 11.04.2021		wie Nr. 3
7.	**07.04.2021: Anpassung: Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser**		
	05.04.2021 bis 31.05.2021		wie Nr. 3
	Inzidenz **über 50** (zuvor 70)		
8.	**02.06.2021: Fortschreibung: Erste Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser**		
	01.06.2021 bis 15.06.2021		wie Nr. 3

[a] 7-Tage-Inzidenz der Coronavirus SARS-CoV-2-Fälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner
[b] Anteil freier betreibbarer intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten in dem Landkreis oder der kreisfreien Stadt in einem ununterbrochenen Zeitraum von 7 Tagen
[c] Notfallstufen Stufe 1 Basis, Stufe 2 erweiterte, Stufe 3 umfassende Notfallversorgung
[d] Besondere Expertise bei Lungen- und Herzerkrankungen gemäß Zusammenstellung InEK
Krankenhaus-Report 2022

KHR 2022: Leber & Schwarz 2022

- Bis Mitte 2021: 8 unterschiedliche Finanzierungsregelungen für Kliniken
- Inzwischen sind 3 weitere hinzugekommen:
  - 29.12.2021: 2. Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser
  - 22.03.2022: 3. Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser)
  - 28.03.2022: 4. Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Regelung weiterer Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser
- Weitere Regelungen ab Herbst 2022?

KH-Finanzierung in Krisenzeiten – Prospektiv festlegen

These: Ein Modell für die Finanzierung für Krankenhäuser in Kliniken muss vor dem Krisenfall vorliegen

Nachteile des Ad-Hoc Finanz-MNG der Pandemie

- Hohe Unsicherheit
- Dauerhafte Kontroverse
- Zusätzliche Verwaltungsaufwände durch schrittweise Anpassung (Krankenhäuser & Krankenkassen)
- Ständiges intensives Monitoring der Finanzentwicklung notwendig / ohne klare Indikatoren
- Pauschalen (insbesondere 1. Variante) sehr ungenau

Vorteile von prospektiv definierten hausindividueller Ausgleichspauschalen

- Ressourcen können auf die Patientenversorgung konzentriert werden
- Ständiges „Lernen“ und Anpassen von KH-Management auf neue Gesetze entfällt
- Technische Herausforderungen können vorab in KIS Systemen hinterlegt werden
- Spitzausgleich zum Ausgleich von Über- und Überzahlung (alle Erlöskomponenten)

KH-Finanzierung in Krisenzeiten – Rolle von Staat und GKV festlegen

These: Finanzierungsverantwortung muss klar sein. Die GKV finanziert die Behandlungskosten, die öffentliche Hand pandemie-bedingten Leerstand und pandemie-bedingte Mehrkosten.

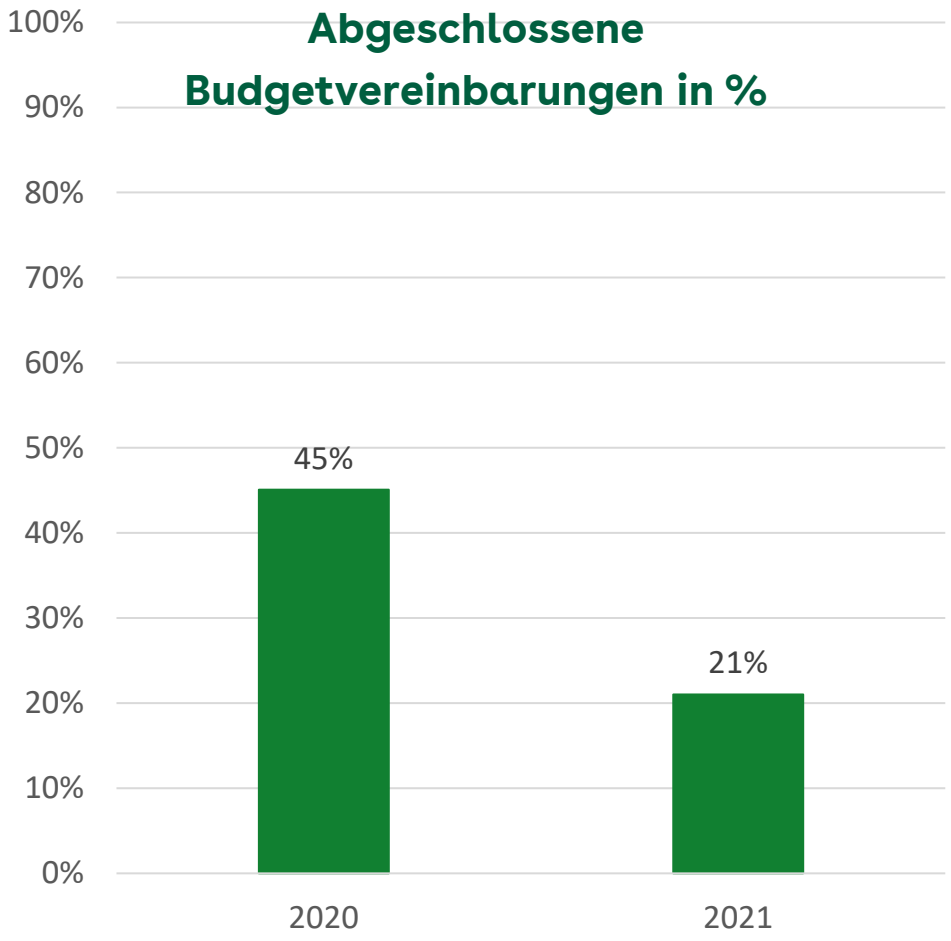
Nachteile durch unklare Finanzierungsverantwortung

- Das Fehlen klarer Grundsätze hat in der Diskussion um die einzelnen Krankenhausfinanzierungsgesetze viel unnötige Zeit gekostet.
- Das Gemisch aus Preisvorgaben durch den Staat (z.B. Testkosten) und Finanzierung durch die GKV hat zu Unwirtschaftlichkeit geführt

Vorteile einer klaren Finanzierungsverantwortung

- Klinken und Kassen können sich auf ihre Kernaufgaben konzentrieren
- Finanzströme sind belastbar und auch neue Tatbestände sind einfach zuzuordnen
- Strukturveränderungen durch direkte Wirkung der Krisen werden vermieden

Beschleunigung von Budgetverhandlungen I Vereinbarungsstau auflösen..



Komplexitätsreduktion Pflegebudgetverhandlungen

- Selbstkostendeckung = Streit über Nachweise
- Definitorischer Irrsinn: „Pflege am Bett“ (statt qualifikationsgebundener Abgrenzung)
- Hauptstreitthemen in den Randbereichen:
  - „Pflegeentlastende Maßnahmen (PEM)“
  - „Sonstige Berufe“ und Personal ohne Berufsabschluss

Kurzfristig: *Pauschale gesetzliche Lösungen für die Randbereiche, um den Konflikt vor Ort entschärfen*

Mittelfristig: *Klare Abgrenzung auf Basis von Qualifikation*

Langfristig: *„Pflegeleistungen“ statt „Pflegekosten“*

Beschleunigung von Budgetverhandlungen II
Mittelfristig: Schieflage durch klare Regeln verhindern

Phase: „Vor der Verhandlung“

- **Verbindliche Frist zur Übermittlung der Forderungsunterlagen** des zu verhandelnden Kalenderjahres an die beteiligten Vertragspartner.

Phase: „Während der Verhandlung“

- Verbindliche Frist für Vereinbarungszeitpunkt - ansonsten tagt eine **automatische Schiedsstelle.**
- Voraussetzung: Frist für Definition finaler Verhandlungsgrundlagen **(Präklusion)**.

Phase: „Nach der Verhandlung“

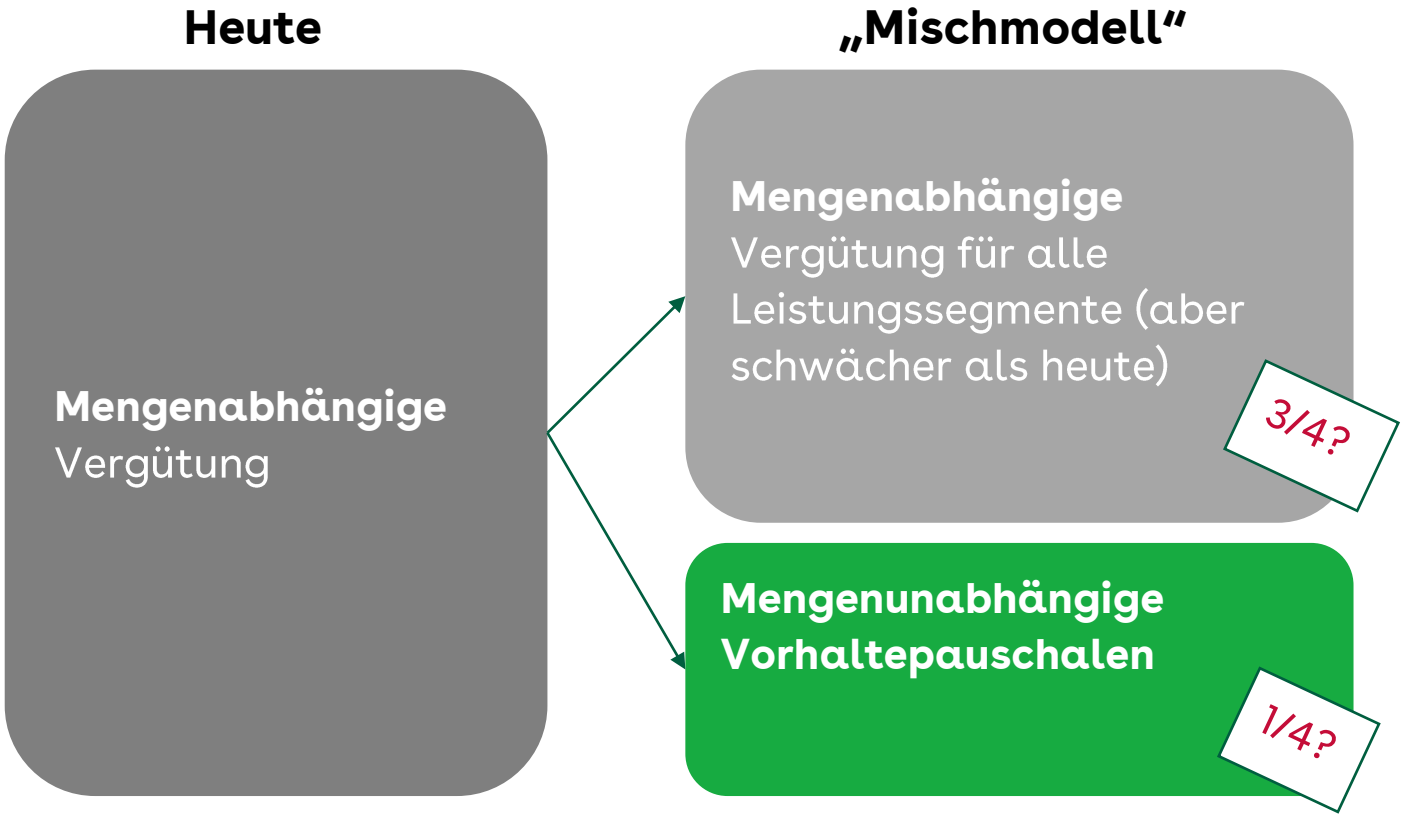
- Gesetzliche Frist zur Einreichung der vollständigen Unterlagen für die Vertragsparteien bei der Genehmigungsbehörde
- **Genehmigungsfiktion:** Entscheidet die Genehmigungsbehörde nicht innerhalb von 4 Wochen über die Genehmigung, gilt die Genehmigung als erteilt.

Ziel:
Mindestens „jahresgleiche Budgetabschlüsse“

KOA-Vertrag:
Vorhaltefinanzierung als Ergänzung zur fallabhängigen Vergütung

Koalitionsvertrag 2021 – 2025

„Sie [die Regierungskommission] legt Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung vor, die das bisherige System um ein nach Versorgungsstufen (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Uniklinika) differenziertes System ***erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen*** *ergänzt."*



Quelle: Angelehnt an Augurzky 2022

Primäre Zielstellungen einer Vorhaltefinanzierung

1. Strukturierung der Versorgung

Durch eine Verknüpfung der Vorhaltefinanzierung mit Strukturmerkmalen und dem Bevölkerungsbedarf → Struktureffekte und Versorgungsgestaltung

2. Mengendämpfung

Durch eine Reduktion des mengenabhängigen Vergütungsanteils, wird der Mengenanreiz reduziert

3. Sicherstellung

Die erwarteten Bedarfe sind zu klein, um die Fixkosten decken zu können + das Angebot ist notwendig, Beispiel: Ländliches versorgungsrelevantes Krankenhaus

4. Reservekapazitäten

Reserve vorhalten, Leerstand finanzieren, Beispiel: Corona-Pandemie

Quelle: Angelehnt an Augurzky 2022

Zielsetzungen und Umsetzungseckpunkte

Zielstellungen

1. Strukturierung der Versorgung

Durch eine Verknüpfung der Vorhaltefinanzierung mit Strukturmerkmalen und dem Bevölkerungsbedarf → Struktureffekte und Versorgungsgestaltung

2. Mengendämpfung

Durch eine Reduktion des mengenabhängigen Vergütungsanteils, wird der Mengenanreiz reduziert

3. Sicherstellung

Die erwarteten Bedarfe sind zu klein, um die Fixkosten decken zu können + das Angebot ist notwendig, Beispiel: Ländliches versorgungsrelevantes Krankenhaus

4. Reservekapazitäten

Reserve vorhalten, Leerstand finanzieren, Beispiel: Corona-Pandemie

Zentrale Eckpunkte einer Umsetzung

1. Vorhaltepauschalen müssen mit **konkreten Strukturanforderungen** verknüpft sein. Sie setzen daher auf der Ebene von Leistungsbereichen bzw. -gruppen an.
2. Vorhaltepauschalen müssen **anhand von Bedarfen (Bevölkerungsbezug)** definiert werden, d.h. nicht jedes KH erhält zwingend Vorhaltezahlungen.
3. Hand-in-Hand: Vorhaltefinanzierung und **reformierte Krankenhausplanung** müssen einander greifen.
4. Die Finanzierung erfolgt durch eine **pauschale Ausgliederung aus den DRGs.**

Fazit

Struktur

1. Die Covid-19-Versorgung fand vorwiegend in den großen Kliniken statt (Universitätskliniken und Maximalversorger).
2. Die Pandemie bestätigt: Konzentration erhöht Adaptionsfähigkeit, beschleunigt Wissenstransfer und steigert die Routine → Wir brauchen Zentren zur Verbesserung der Versorgungsqualität.
3. Die Fallzahl-Rückgänge bei ambulant-sensitiven Leistungen und bei bestimmten elektiven Eingriffen zeigen ambulantes Potenzial auf. → Ambulantisierung muss angegangen werden! Dazu braucht es einen klaren Ordnungsrahmen.

Finanzierung

5. „Erlösbudget 2019 for ever and everybody" kann es nicht geben (vgl. Strukturherausforderungen und Finanzierbarkeit).
6. Berechenbarkeit der Finanzierung in Krisenzeiten muss für alle Beteiligten deutlich erhöht werden (Kliniken, Kassen und öffentliche Hand).
7. „Jahresaktuelle" Budgetvereinbarungen und eine klug dosierte Vorhaltefinanzierung können die Resilienz der Krankenhausfinanzierung erhöhen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Dr. David Scheller-Kreinsen

Referatsleiter Stationäre Versorgung, Rehabilitation

AOK-Bundesverband

E-Mail: David.Scheller-Kreinsen@bv.aok.de

SUV-Konzept

3+1-Gremien auf Landesebene: So könnte die regionale Planung funktionieren
Bundesebene
• Vorgaben zur Bedarfsermittlung
• Festlegung von Leistungskomplexen
Finanzielle Ressourcen
• Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen
• Krankenhaus-strukturfonds
• Krankenhaus-zukunftsfonds
Patienten-vertretung
Land
Kranken-kassen
Kassenärztliche Vereinigung
Landeskran-ken-hausgesell-
Aufgaben
• Sicherstellung der Versorgung
• Versorgungsplanung nach Maßgaben des Bundes
• Vergabe von Versorgungsaufträgen
Quelle und Grafik: AOK-Bundesverband

Covid-19-Stichprobe

Datengrundlage: AOK-Abrechnungsdaten § 301 SGB V (ca. ein Drittel der Bevölkerung in Deutschland)

Entlassene **Covid-19-Fälle** (Diagnose-Kode U07.1)

Aufnahme im Krankenhaus zwischen **01.02.2020 und 31.12.2021**

Mindestalter: 18 Jahre

Einteilung nach **Pandemiewellen**

1. Pandemiewelle	Februar 2020 bis Mai 2020
Sommer 2020	Juni 2020 bis September 2020
2. Pandemiewelle	Oktober 2020 bis Februar 2021
3. Pandemiewelle	März 2021 bis Mai 2021
Sommer 2021	Juni 2021 bis September 2021
4. Pandemiewelle	Oktober 2021 bis Dezember 2021